

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนิสิตระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง
- ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายและการให้ความรู้ตามหลักการวิทยาศาสตร์ต่อระดับอาการปวดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ
- ประสิทธิภาพโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อการตรวจเต้านม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตือ อำเภอกเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ
- การสร้างความเป็นปกติในการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเด็กไทย: กรณีศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร

บทความพินิจ (Review Article)

- การสื่อสารการเมืองกับการสื่อสารสุขภาพ: บทวิเคราะห์เชิงอำนาจและการกำหนดวาระสุขภาพในสังคมไทย
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นในประเทศไทย: การทบทวนแบบบูรณาการในมิติสุขภาพทั่วไป สุขภาพช่องปาก และสุขภาพทางเพศ

บทความพิเศษ (Special Article)

- เทคนิคทางจิตวิทยาในการจัดการกับภาวะหมดไฟในการทำงาน

ปกิณกะ (Miscellany)

- ปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดต่อความเสี่ยงโรคมะเร็งและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ
- Otago Exercise Program: โปรแกรมเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

สารบัญ	หน้าที่	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial
ได้เวลาสร้างเสริมสุขภาพด้านอาหารในโรงเรียน อย่างยั่งยืน วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	241	It's Time to Promote Sustainable Healthy Diet in Schools Wiwat Rojanapithayakorn
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนิสิต ระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร สลิลดา มีระสิงห์ และคณะ	245	Factors Associated with Depression Among Undergraduate Students at Kasetsart University, Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campuse Salinda Mirasing, et al.
ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง สุดาร์ตน์ เกียรติพัฒนกุล	254	Effects of a Health Literacy Promotion Program on Health Literacy and Health Behaviors among Older Adults at Luang Phor Pern Hospital Sudarat Kiatpattanakul
ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายและการให้ ความรู้ตามหลักการยศาสตร์ต่อระดับอาการปวด และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง เบญจมาภรณ์ หาญชาญเลิศ	265	Effects of an exercise program and ergonomics education on severity of pain and activities of daily living in patients with low back pain Benjamaporn Hanchanlet
ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ อวนา ขวัญศักดิ์	273	The Effect of Health Promotion Program on Self-Care Behavior and Blood Sugar Level of Diabetes Risk Group in the Area of Kaset Sombun District Public Health Office, Chaiyaphum Province Awana Khunsak
ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพการตรวจ เต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านม และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ สมปอง ยงดี	284	Effectiveness of Self-Breast Examination Health Promotion Program on Breast Examination Skills and Breast Health Care Behavior among High-Risk Women in Ban Duea Subdistrict Health Promotion Hospital, Kasetsombun District, Chaiyaphum Province Sompong Yongdee

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
การสร้างความเป็นปกติในการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ของเด็กไทย: กรณีศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร นงนุช จินดารัตนาภรณ์, สลักจิต ชื่นชม	294	Normalization of E-Cigarette Use among Thai Children: a Case Study in Bangkok <i>Nongnuch Jindarattanaporn, Salakjit Chuenchom</i>
บทความพิเศษ		Review Article
การสื่อสารการเมืองกับการสื่อสารสุขภาพ: บทวิเคราะห์ เชิงอำนาจและการกำหนดวาระสุขภาพในสังคมไทย พงษ์ศักดิ์ ธงรัตนะ และคณะ	304	Health Communication as Political Communication in Thailand: Power and Health Agenda-Setting <i>Phongsak Thongratana, et al.</i>
ความรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นในประเทศไทย: การทบทวนแบบบูรณาการในมิติสุขภาพทั่วไป สุขภาพช่องปาก และสุขภาพทางเพศ อาทิตยา ไพจิตรโรจนา, ศุภิมน มังคลรังษี	313	Adolescent Health Literacy in Thailand: an Integrated Review of General, Oral, and Sexual Health Dimensions <i>Aticha Pichitrotchana, Sujimon Mungkalarungsi</i>
บทความพิเศษ		Special Article
เทคนิคทางจิตวิทยาในการจัดการกับภาวะหมดไฟ ในการทำงาน ประจักษ์จินต์ โสภณพนิชกุล	322	Psychological Techniques for Managing Occupational Burnout <i>Prajakjin Sophonpanichkul</i>
ปกิณกะ		Miscellany
ปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดต่อความเสี่ยง โรคมะเร็งและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ สิริกอร์ นามลาบุตร และคณะ	330	Risk Factors of Smoking, Alcohol Consumption, and Substance Abuse on Cancer Risk and Health Promotion Guidelines <i>Sirikorn Namlabut, et al.</i>
Otago Exercise Program: โปรแกรมเพิ่มความ แข็งแรงของกล้ามเนื้อ รั้วภักดิ์ สิริทิลลอร์	333	OTAGO Program: Powering Muscles, Empowering Life <i>Ratthaphat Sitthilor</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

ศาสตราจารย์เกียรติคุณประทีป วาทีสาธกกิจ
นายพงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์
รองศาสตราจารย์สรนิต ศิลธรรม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุปรียา อุดุลยานนท์

มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ
นักวิชาการอิสระ

บรรณาธิการ

นายวิวัฒน์ ไรจนพิทยากร

มูลนิธิเครือข่ายฝึกอบรมระดับนานาชาติอาเซียน

กองบรรณาธิการ

นายณัฐพันธ์ ศุภกา
นางสาวจิรจิต บุญแสน
นายประยงค์ โพธิ์ศรีประเสริฐ
ศาสตราจารย์พรชัย สิทธิศรีธนย์กุล
นายไพโรจน์ เสา่นวม
นายระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ลักขณา เต็มศิริกุลชัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิรัช เกษมทรัพย์
ศาสตราจารย์วีระศักดิ์ จงสูวิวัฒน์วงศ์
ศาสตราจารย์สาวิตรี อัมมวงค์กรชัย
ศาสตราจารย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
สถาบันอาศรมศิลป์
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข
ศูนย์พัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการควบคุมยาสูบ
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ฝ่ายบริหารจัดการ

นายรังสรรค์ มั่นคง
นางสาวณลินี เรืองฤทธิศักดิ์

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ได้เวลาสร้างเสริมสุขภาวะด้านอาหารในโรงเรียนอย่างยั่งยืน

งานอาหารสุขภาวะเป็นมาตรการสำคัญประการหนึ่งในการลดปัญหาโรคไม่ติดต่อ นอกเหนือจากการป้องกันการบริโภคยาสูบ ควบคุมการบริโภคแอลกอฮอล์ และส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ขณะนี้ การบริโภคอาหารไร้สุขภาพกำลังก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคอ้วนและภาวะน้ำหนักเกิน เป็นต้น ซึ่งการดำเนินงานของภาคส่วนต่างๆ ที่ผ่านมายังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ทำให้โรคดังกล่าวมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นตลอดมา

ถึงเวลาแล้วที่จะต้องเสริมความเข้มแข็งของงานสร้างเสริมอาหารสุขภาวะของประเทศ และกลวิธีที่เหมาะสมที่สุดน่าจะเป็นการดำเนินการที่เน้นบทบาทของทุกภาคส่วน ทั้งนี้ภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานด้านอาหารสุขภาวะมีหลากหลายมาก ตัวอย่างที่ชัดเจนได้จากภาพ obesity system map ของประเทศอังกฤษที่แสดงว่า การควบคุมความอ้วนให้ได้ผลจะมีภาคส่วนที่เกี่ยวข้องถึง 10 ภาคส่วน ซึ่งเมื่อดูจากเส้นที่เชื่อมโยงกันนับร้อยเส้น (ซึ่งดูได้จากอินเทอร์เน็ต โดยค้นด้วยคำว่า obesity system map) ทำให้เห็นว่า งานแก้ปัญหาภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินมีความซับซ้อนและยุ่งยากเพียงใด และภาพที่เห็นยังสื่อว่า ควรเน้นบทบาทของแต่ละภาคส่วนแยกส่วนกัน และยังต้องมีการบูรณาการเชิงระบบที่ครอบคลุมการประสานงานของหลายภาคส่วน อย่างไรก็ตาม ในชีวิตประจำวัน ความเป็นไปได้ที่การส่งเสริมงานด้านอาหารสุขภาวะจะสามารถดำเนินการให้สำเร็จได้ภายในองค์กรเดียว หากคนในองค์กรมีความสัมพันธ์ในเชิงระบบที่เอื้อต่อการขับเคลื่อนองค์ประกอบไปพร้อมๆ กันทั้งองค์กร เช่น ภายในโรงงานอุตสาหกรรม โรงพยาบาล เรือนจำ หรือในโรงเรียน ลักษณะเชิงระบบดังกล่าวคือ มีสมาชิกขององค์กรที่ประกอบด้วยผู้บริหารกำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติการทำงานที่สนับสนุน และสมาชิกต่างๆ ที่ปฏิบัติตามนโยบายที่กำหนด ตัวอย่างเช่น ในโรงเรียน มีองค์ประกอบคือ ผู้บริหาร ครูอาจารย์ บุคลากรฝ่ายสนับสนุน และนักเรียน รวมทั้งเครือข่ายผู้ปกครองของนักเรียน ซึ่งทุกองค์ประกอบสามารถร่วมกันสร้างความสำเร็จของงานสร้างเสริมสุขภาพภายในองค์กร

งานสุขภาวะด้านอาหารในโรงเรียนถือเป็นรากฐานสำคัญอันดับแรกในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชน เนื่องจากช่วงวัยเรียนเป็นช่วงเวลาทองแห่งการเจริญเติบโต ทั้งด้านร่างกาย สมอ และสติปัญญา การได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและปลอดภัยจึงเป็นปัจจัยชี้วัดศักยภาพในการเรียนรู้และการเติบโตไปเป็นกำลังสำคัญของชาติ อย่างไรก็ตาม ปัญหาด้านโภชนาการในเด็กนักเรียนยุคปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็นภาวะโภชนาการเกิน หรือโรคอ้วน และภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ ตลอดจนการบริโภคอาหารที่ขาดคุณค่าทางโภชนาการ เป็นโจทย์ท้าทายที่ทุกภาคส่วนต้องเผชิญอยู่ตลอดเวลาและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นมาตลอด

แนวทางหนึ่งในการสร้างสุขภาวะด้านอาหารในโรงเรียนคือการจัดอาหารกลางวันในโรงเรียน ซึ่งดำเนินการมายาวนานกว่า 30 ปี โดยพระราชบัญญัติกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายที่ตราขึ้นเพื่อจัดตั้งกองทุนใช้เป็นทุนหมุนเวียนและค่าใช้จ่ายในการจัด ให้นักเรียนระดับประถมศึกษาได้รับประทานอาหารกลางวันที่มีคุณภาพและโภชนาการที่เหมาะสม ปัจจุบัน เด็กนักเรียนจะได้รับอาหารกลางวันที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ 22-36 บาทตามขนาดของโรงเรียน

เท่าที่ผ่านมา โครงการนี้มีปัญหาและอุปสรรคมากมาย เช่น ปัญหางบประมาณไม่เพียงพอต่อต้นทุนวัตถุดิบ ค่าขนส่ง และค่าครองชีพที่สูงขึ้น การเพิ่มภาระงานและบุคลากร ทั้งเรื่องการจัดซื้อจัดจ้าง การทำบัญชี เอกสารธุรการ และบางโรงเรียนขาดบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการโดยตรง ปัญหาการบริหารจัดการและการจัดซื้อจัดจ้างที่ไม่โปร่งใส การอ้วประมูล และปริมาณอาหารไม่เพียงพอหรือไม่ครบถ้วนตามหลักโภชนาการ ปัญหาดังกล่าว ก่อให้เกิดความล้มเหลวของโครงการ ตัวอย่างที่สำคัญ เช่น คดีทุจริตงบประมาณจนเด็กได้รับอาหารไม่เพียงพอ (กรณี “ขนมจีนคลุกน้ำปลา”) การอ้วประมูลและการตดงบทอนหัวคิวในหลายพื้นที่ ปัญหาอาหารไม่ครบหลักโภชนาการในโรงเรียนขนาดเล็ก เพราะขาดแคลนแม่ครัวหรือขาดงบประมาณในการเดินทางไปซื้อวัตถุดิบสดใหม่ และเกิดช่องโหว่การตรวจสอบและเงินเหลือจ่าย มีการเบิกจ่ายงบประมาณช่วงปิดเทอมโดยไม่มีการเรียนการสอนจริง เป็นต้น

ในระดับมัธยมศึกษา ภาครัฐยังไม่มียุบายจัดสรรงบประมาณอาหารกลางวันให้แบบให้เปล่าเหมือนระดับประถมศึกษา (ยกเว้นในโรงเรียนขยายโอกาสบางแห่งหรือโรงเรียนประจำ) ปัญหาด้านอาหารและโภชนาการย่อมมีความหลากหลายมากกว่า โดยเฉพาะด้านประเภทและคุณภาพของอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากผู้บริหารของโรงเรียน โดยปล่อยให้เป็นการบริหารจัดการกันเองภายในโรงเรียน เช่น การเปิดให้มีร้านค้าสวัสดิการ โรงอาหารเอกชน หรือโครงการจำหน่ายอาหารราคาประหยัด

การแก้ปัญหาหรือการสร้างเสริมสุขภาพะด้านอาหารให้ประสบความสำเร็จอย่างแท้จริงต้องอาศัยกลไกการขับเคลื่อนแบบบูรณาการผ่าน “พลังความร่วมมือของ 4 เสาหลัก” ในสถานศึกษา ได้แก่ ฝ่ายบริหาร ครู นักเรียน และผู้ปกครอง ซึ่งแต่ละภาคส่วนต่างมีบทบาทและพันธกิจที่สอดประสานกันอย่างแยกไม่ออก

ฝ่ายบริหารโรงเรียนเปรียบเสมือนหัวเรือใหญ่ในการกำหนดทิศทางและสร้างระบบนิเวศด้านอาหารภายในสถานศึกษา การประกาศนโยบายที่ชัดเจน เช่น การกำหนดให้โรงเรียนเป็นพื้นที่ปลอดเครื่องดื่มรสหวานจัด ขนมกรุบกรอบไร้คุณค่า หรืออาหารที่มีไขมันและโซเดียมสูง ย่อมเป็นเกราะคุ้มครองเบื้องต้นให้กับนักเรียน นอกจากนี้ การบริหารจัดการงบประมาณ โครงการอาหารกลางวันอย่างโปร่งใส การยกระดับมาตรฐานโรงครัวและสุขาภิบาล ตลอดจนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชนและท้องถิ่นในการจัดหาวัตถุดิบที่สด สะอาด และปลอดภัย ถือเป็นรากฐานโครงสร้างที่ฝ่ายบริหารต้องผลักดันอย่างจริงจัง

ครูอาจารย์คือผู้ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดในมิติของการเรียนรู้และการใช้ชีวิตในโรงเรียน ครูมีบทบาทเป็นผู้ปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนผ่านการบูรณาการหลักสูตรโภชนาการเข้ากับกลุ่มสาระวิชาต่างๆ ช่วยให้นักเรียนเข้าใจคุณค่าของอาหาร และจัดกิจกรรมการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ เช่น โครงการเกษตรเพื่ออาหารกลางวัน การทำแปลงผักสวนครัว หรือการสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่สนุกสนาน นอกจากนี้ ครูยังต้องทำหน้าที่เป็นต้นแบบที่ดีและเป็นผู้เฝ้าระวังคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้น เพื่อส่งต่อความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

ในบริบทของการศึกษายุคใหม่ นักเรียนไม่ใช่เพียง “ผู้รับบริการ” ทางอาหารเท่านั้น แต่ต้องถูกยกระดับให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการออกแบบสุขภาพของตนเอง การเปิดพื้นที่ให้นักเรียนได้แสดงความคิดเห็นผ่านสภานักเรียนหรือกิจกรรมเยาวชนแกนนำ ในการร่วมเสนอเมนูอาหารที่ถูกปากแต่ยังคงคุณค่าทางโภชนาการ เพิ่มอัตราการบริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อเด็กได้ลงมือปฏิบัติและชักชวนเพื่อน ก็จะเป็นการพัฒนาพฤติกรรมกินอาหารที่ครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม ให้ถูกซิมซับกกลายเป็นนิสัยติดตัวไปตลอดชีวิต

ความพยายามทั้งหมดในโรงเรียนจะไร้ผลหากพฤติกรรมที่บ้านสวนทางกัน ผู้ปกครองจึงเป็นพลังสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในการสานต่อสุขภาวะด้านอาหาร การจัดเตรียมอาหารที่มีประโยชน์ มีคุณค่า และการจำกัดการเข้าถึงอาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ภายในครอบครัว รวมถึงการเป็นต้นแบบในการบริโภคที่ถูกต้อง จะช่วยตอกย้ำสิ่งที่เด็กเรียนรู้มาจากโรงเรียน นอกจากนี้การสื่อสารสองทางและการแลกเปลี่ยนข้อมูลภาวะโภชนาการระหว่างผู้ปกครองและครูอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้การดูแลเด็กที่มีภาวะเสี่ยงด้านน้ำหนักและส่วนสูงเป็นไปอย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพสูงสุด

ที่ผ่านมา มีตัวอย่างมากมายที่เป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในด้านสร้างเสริมอาหารสุขภาวะในโรงเรียน เช่น

- การใช้โปรแกรม Thai School Lunch เป็นมาตรฐานกลาง: หลายโรงเรียนประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาโภชนาการด้วยการนำโปรแกรมคำนวณคุณค่าสารอาหารอัตโนมัติมาใช้จัดสำหรับ ทำให้โรงเรียนสามารถวางแผนเมนูอาหารล่วงหน้าได้อย่างสมดุล ครบถ้วน 5 หมู่ และได้รับปริมาณสารอาหารที่จำเป็นตามเกณฑ์มาตรฐาน

- โมเดล “เด็กไทยแก้มใส” (สนับสนุนโดย สสส.): เป็นต้นแบบการดำเนินงานในหลายโรงเรียนทั่วทุกภาคที่เชื่อมโยง 5 มิติเข้าด้วยกัน ได้แก่ การทำเกษตรในโรงเรียน สหกรณ์นักเรียนในการจัดซื้อวัตถุดิบ การใช้วีเคราะห้เมนูอาหารกลางวัน การติดตามภาวะโภชนาการเด็กเป็นรายบุคคล และการจัดการเรียนรู้เรื่องโภชนาการ ซึ่งช่วยลดอัตราเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) ลงได้อย่างเป็นรูปธรรม

- การพึ่งพาตนเองและสร้างเครือข่ายชุมชน: ตัวอย่างเช่น โรงเรียนขนาดเล็กหลายแห่งที่ผู้บริหารและคุณครู-บุคลากรร่วมกับ “บ้าน วัด โรงเรียน” เช่น การที่ผู้ปกครองและชุมชนช่วยกันสนับสนุนวัตถุดิบเกษตรอินทรีย์ ปลอดสารพิษ หรือการที่ผู้บริหารโรงเรียนลงพื้นที่บริหารจัดการคัดสรรวัตถุดิบราคาประหยัดและมีคุณภาพด้วยตนเอง ทำให้เด็กได้กินอาหารที่ดีและอิ่มท้องภายใต้งบประมาณจำกัด

- ในจังหวัดตรัง โรงเรียนสภาราชนิ ซึ่งเป็นโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดใหญ่พิเศษ มีกิจกรรมเด่นด้านอาหารและโภชนาการที่ควรได้รับการยกย่องให้โรงเรียนต้นแบบในระดับประเทศ โดยเฉพาะโครงการ “โรงอาหารอ่อนหวาน” ที่ร่วมมือกับเครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน โดยมีกิจกรรมสำคัญคือ การกำหนดนโยบายโรงอาหารอ่อนหวานและการจัดการสุขภาวะ มีการออกประกาศนโยบายที่ชัดเจนจากผู้บริหารเพื่อควบคุมคุณภาพอาหารและเครื่องดื่มในโรงอาหาร ซึ่งรองรับนักเรียนกว่า 2,000-3,000 คน โดยกำหนดให้ผู้ประกอบการร้านค้าต้องจัดเมนูอาหาร 5 หมู่ที่มีผักเป็นส่วนประกอบหลักทุกวัน การควบคุมรสชาติและโภชนาการ (ลดหวาน มัน เค็ม) มีการรณรงค์จำหน่ายน้ำอวดลมภายในโรงเรียน จัดจุดบริการน้ำดื่มสะอาดฟรี และไม่อนุญาตให้วางขวดเครื่องปรุงรสบนโต๊ะอาหารเพื่อป้องกันการปรุงรสชาติที่จัดเกินไป มีการแสดงฉลากโภชนาการของอาหารที่จำหน่ายในแต่ละร้าน มีทีมนักเรียน “อย.น้อย” คอยสอดส่องและตรวจสอบความปลอดภัยร่วมกับครูอนามัยเป็นประจำ เก็บตัวอย่างอาหารมาตรวจสอบ โดยมีห้องปฏิบัติการอยู่ในบริเวณโรงอาหาร พร้อมทั้งเครื่องมือวัดระดับความหวานและระดับโซเดียมในอาหาร มีจุดบริการแปรงฟันหลังมื้ออาหารกลางวัน เพื่อป้องกันปัญหาฟันผุและดูแลสุขภาพช่องปากให้กับนักเรียน รวมทั้งมีการบูรณาการความรู้สู่หลักสูตรการเรียนการสอน ซึ่งสอดแทรกเรื่องโภชนาการและการลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม เข้าไปในกลุ่มสาระวิชาต่างๆ เช่น วิชาภาษาไทย ภาษาอังกฤษ คณิตศาสตร์ (คำนวณปริมาณน้ำตาล/ร้อยละ) และวิชาคอมพิวเตอร์ที่ให้นักเรียนออกแบบอินโฟกราฟิกรณรงค์เรื่องสุขภาพ

ตัวอย่างทั้งหมดที่กล่าวข้างต้น จัดได้ว่าเป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศ หรือ best practice ซึ่งสามารถปฏิบัติได้และได้ผลดี จึงควรมีการเผยแพร่ให้โรงเรียนทุกแห่งนำไปประยุกต์ใช้ ขยายผล และพัฒนาต่อยอด เพื่อให้แนวปฏิบัติดังกล่าวไม่ถูกจำกัดอยู่ในบางพื้นที่เท่านั้น แต่กระจายครอบคลุมโรงเรียนและสถานศึกษาทุกระดับทั่วประเทศ

โดยสรุป การสร้างเสริมสุขภาพะด้านอาหารในโรงเรียนเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ยาก และเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าที่สุดสำหรับอนาคตของเด็กไทย เมื่อฝ่ายบริหารนำนโยบายอย่างเข้มแข็ง ครุภัณฑ์เคลื่อนด้วยความใส่ใจ นักเรียนมีส่วนร่วมด้วยความเข้าใจ และผู้ปกครองสนับสนุนด้วยความรัก ประสานพลังกันเป็นเครือข่ายไร้รอยต่อ โรงเรียนก็จะเป็นเพียงสถานที่ให้ความรู้ แต่จะเป็นแหล่งที่สร้างเสริมสุขภาพและภูมิคุ้มกันชีวิตให้แก่เด็กและเยาวชนเติบโตเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ พร้อมขับเคลื่อนสังคมไทยให้ก้าวไปข้างหน้าอย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
บรรณาธิการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนิสิต ระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

สลิลา มิระสิงห์, ศรีวิภา ช่วงไชยยะ, นีรวรรณ แสนโพธิ์, นริฎา พักแก้ว, อนันต์ อภิตติการ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนิสิตระดับปริญญาตรีมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือนิสิตชั้นปีที่ 1-4 ปีการศึกษา 2567 คณะสาธารณสุขศาสตร์ จำนวน 230 คน โดยการสุ่มแบบมีระบบ การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) สาเหตุของความเครียดและแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (CES-D) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติ Chi-Square ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นนิสิตเพศหญิง ร้อยละ 71.3 มีอายุ 19 ปี ร้อยละ 62.6 และมีรายได้จากผู้ปกครอง ระหว่าง 2,000-4,000 บาท/เดือน ร้อยละ 42.2 กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 36.1 และอาศัยอยู่หอพักในมหาวิทยาลัย ร้อยละ 34.8 นิสิตมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 39.6 สาเหตุของความเครียดในนิสิตส่วนใหญ่มาจากสาเหตุด้านการศึกษามากที่สุด ร้อยละ 48.7 นิสิตส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 65.2 และมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 34.8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ระดับความเครียด สาเหตุของความเครียดกับภาวะซึมเศร้าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย ที่อยู่อาศัยระหว่างการเรียนและระดับความเครียด มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนิสิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา พบว่านิสิตส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และพบกลุ่มนิสิตที่มีภาวะซึมเศร้าจากแบบคัดกรอง ดังนั้นมหาวิทยาลัยควรมีระบบส่งเสริมสุขภาพจิต การคัดกรอง และการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความเครียด; ภาวะซึมเศร้า; นิสิตระดับปริญญาตรี

วันรับ: 19 มิ.ย. 2569

วันแก้ไข: 31 ก.ค. 2569

วันตอบรับ: 15 ส.ค. 2569

บทนำ

ในสังคมปัจจุบันที่เต็มไปด้วยการแข่งขันและการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความเครียดได้กลายเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของ

บุคคลในหลายช่วงวัย โดยเฉพาะวัยรุ่นซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอย่างต่อเนื่อง หากขาดทักษะในการปรับตัวหรือการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง ทั้งนี้ สาเหตุ

ของความเครียดในวัยรุ่นสามารถเกิดได้จากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายใน ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความต้องการ และการขาดวุฒิภาวะทางจิตใจ รวมถึงปัจจัยภายนอก ได้แก่ ปัญหาครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความคาดหวังจากครอบครัว และสภาพแวดล้อมทางสังคม⁽¹⁾ โดยความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องอาจส่งผลต่อการปรับตัวและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว⁽²⁾

สุขภาพจิตของวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นประเด็นสำคัญด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนผ่านที่สำคัญ โดยเฉพาะนิสิตระดับอุดมศึกษาที่ต้องปรับตัวต่อรูปแบบการเรียนรู้ที่แตกต่างจากระดับมัธยมศึกษา การบริหารจัดการตนเอง การสร้างความสัมพันธ์ใหม่ และการใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป นอกจากนี้ นิสิตบางส่วนต้องพักอาศัยห่างจากครอบครัว ซึ่งอาจทำให้เกิดความกังวล ความกดดัน และความเครียดจากการปรับตัว ทั้งด้านการเรียน เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลต่อสุขภาพทางจิตและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

จากสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตที่ผ่านมา พบว่าปัญหาความเครียดและภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนและนักศึกษา มีแนวโน้มได้รับความสนใจมากขึ้น เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา การดำเนินชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้เรียน โดยการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มนักศึกษาพบว่าความเครียด ภาวะซึมเศร้า และวิธีการจัดการความเครียดมีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบการเรียน การปรับตัว และความต้องการการสนับสนุนทางด้านจิตใจของนักศึกษา^(3,4) อย่างไรก็ตาม การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะซึมเศร้าของนิสิตนักศึกษามหาวิทยาลัยหลายสถาบัน แต่บริบทของนิสิตแต่ละสถาบันมีความแตกต่างกัน ทั้งด้านสภาพแวดล้อมทางการศึกษา ลักษณะพื้นที่ การพักอาศัย และระบบสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะมหาวิทยาลัยที่ตั้งอยู่ในภูมิภาค ซึ่งนิสิตอาจต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสภาพแวดล้อมและรูปแบบการดำรงชีวิต ดังนั้น การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนิสิตระดับปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร จึงมีความสำคัญ เพื่อให้ได้

ข้อมูลเฉพาะบริบทของนิสิตสำหรับใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิต การคัดกรอง และการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาระดับความเครียด สาเหตุของความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนิสิตระดับปริญญาตรี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และการพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือนิสิตให้สอดคล้องกับบริบทของมหาวิทยาลัยต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย คือ นิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1-4 มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ที่กำลังศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2567 โดยใช้สูตร Krejcie & Morgan⁽⁵⁾

$$n = \frac{x^2 NP(1-P)}{e^2(N-1) + x^2 P(1-P)}$$

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จากการแทนค่าในสูตรจะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 218 คน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูลของข้อมูล ผู้วิจัยจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 5 จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้เป็นตัวแทนของประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 230 คน โดยการสุ่มตัวอย่างใช้วิธี systematic random sampling โดยจัดทำรายชื่อ นิสิตระดับชั้นปีที่ 1-4 จำนวน 1,277 คน จากนั้นกำหนดช่วงการสุ่ม (sampling interval) จากจำนวนประชากรหารด้วยจำนวนกลุ่มตัวอย่าง และทำการสุ่มจุดเริ่มต้นก่อนเลือกกลุ่มตัวอย่างตามช่วงที่กำหนดจนได้จำนวน 230 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1) เป็นนิสิตระดับปริญญาตรีของคณะสาธารณสุขศาสตร์ ที่ลงทะเบียนศึกษาในภาคการศึกษาที่ทำการเก็บข้อมูล

2) อายุ 18 ปีขึ้นไป ณ วันเก็บข้อมูล และสามารถให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาได้ด้วยตนเอง

เกณฑ์การคัดออก

1) อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาจิตเวชหรือการรับการรักษาทางจิตที่มีผลต่อการรับรู้/อารมณ์อย่างรุนแรง ณ เวลาที่เก็บข้อมูล

2) ปฏิเสธหรือถอนความยินยอมก่อนหรือระหว่างการเก็บข้อมูล

3) ให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือแบบสอบถามที่ส่งมามีการขาดข้อมูลหลักที่จำเป็นต่อการวิเคราะห์

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามแบบชนิดตรวจรายการ (check list) ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนิสิต จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ รายได้จากผู้ปกครอง ชั้นปีการศึกษา ที่อยู่อาศัยระหว่างการเรียน

ตอนที่ 2 ความเครียด จำนวน 20 ข้อ โดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) ดำรงอยู่ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมาที่ผ่านมามีอาการพฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ตอนที่ 3 สาเหตุของความเครียด จำนวน 26 ข้อ แบบสอบถามสาเหตุของความเครียดแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ และด้านการเรียน ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมาเป็นแบบสอบถามเป็นรายการ

ตอนที่ 4 ภาวะซึมเศร้า โดยได้ใช้แบบวัดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่น Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D)⁽⁶⁾ จำนวน 20 ข้อ ที่สร้างและพัฒนาโดยอุมาพร ตรังสมบัติ และคณะ⁽⁷⁾

แบบประเมินนี้ใช้เป็นเครื่องมือที่ให้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง ซึ่งเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสำหรับการศึกษาวิจัยไปทำการทดสอบหาความเที่ยงตรง (validity) และความเชื่อมั่น (reliability) ดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงตรงโดยนำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและประยุกต์ใช้ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านหลังจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence; IOC) ทั้งนี้ผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 มาใช้เป็นข้อคำถามจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งได้ตรวจสอบแบบสอบถามแล้วเห็นว่าแบบสอบถามทุกข้อที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความเที่ยงตรงของเนื้อหาครอบคลุมในแต่ละด้านและครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษา และนำมาปรับปรุงแก้ไขซึ่งผลการวัดค่าดัชนีความสอดคล้องของคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.96

2. การหาความเชื่อมั่น โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่จะศึกษาจำนวน 30 คนโดยการนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นเป็นรายข้อ (item analysis) หาความเชื่อมั่นรวมโดยใช้วิธีของครอนบาค แบบประเมินความเครียด SPST-20 และแบบประเมิน CES-D เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพมาแล้ว สำหรับแบบสอบถามสาเหตุของความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ตรวจสอบความเชื่อมั่น พบว่ามีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha เท่ากับ 0.86

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความเครียด สาเหตุของความเครียด และภาวะซึมเศร้าของนิสิต โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ประกอบด้วย จำนวน ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ระดับความเครียด สาเหตุของความเครียด กับภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติ Chi-square test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน สิทธิ และการเก็บรักษาความลับแก่ผู้เข้าร่วมทุกคน การเข้าร่วมเป็นไปโดยสมัครใจ สามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่เสียสิทธิ ข้อมูลที่ได้รับใช้เพื่อการศึกษาเท่านั้น และไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนได้

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของนิสิต

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 164 คน ร้อยละ 71.3 ส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี จำนวน 144 คน ร้อยละ 62.6 รองลงมาคืออายุ 18 ปี จำนวน 60 คน ร้อยละ 26.1 และอายุ 20 ปีจำนวน 15 คน ร้อยละ 6.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่จะมีรายรับจากผู้ปกครองระหว่าง 2,000-4,000 บาท จำนวน 97 คน ร้อยละ 42.2 รองลงมา รายได้ในน้อยกว่า 2,000 บาท จำนวน 57 คน ร้อยละ 24.8 และรายได้ในช่วง 4,001-6,000 บาท จำนวน 50 คน ร้อยละ 21.7 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นิสิตกำลังศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 83 คน ร้อยละ 36.1 รองลงมาชั้นปีที่ 2 จำนวน 60 คน ร้อยละ 26.1 คน 36 คน ร้อยละ 15.7 นิสิตส่วนใหญ่จะอยู่หอพักภายในมหาวิทยาลัย จำนวน 80 คน ร้อยละ 34.8 รองลงมาพักนอกมหาวิทยาลัย จำนวน 65 คน ร้อยละ 28.3 นิสิตที่พักบ้านตัวเอง จำนวน 48 คน ร้อยละ 20.9

ระดับความเครียดของนิสิต

จากการศึกษา พบว่า นิสิตมีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 39.6 รองลงมาคือระดับสูง จำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 32.6 ระดับรุนแรงจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 13.5 และระดับต่ำ

จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 ตามลำดับ มีคะแนนค่าเฉลี่ย เท่ากับ 46.0 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 34.98

สาเหตุความเครียดของนิสิต

จากการศึกษา พบว่า สาเหตุของความเครียดในนิสิตส่วนใหญ่มาจากสาเหตุด้านการศึกษามากที่สุด จำนวน 112 คน ร้อยละ 48.7 รองลงมาคือด้านเศรษฐกิจ จำนวน 43 คน ร้อยละ 18.7 ด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 40 คน ร้อยละ 17.3 และด้านสังคม จำนวน 35 คน ร้อยละ 15.3 ตามลำดับ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 36.425 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 13.3

ภาวะซึมเศร้าของนิสิต

จากการศึกษา พบว่า นิสิตส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด เป็นจำนวน 150 คน ร้อยละ 65.2 และมีภาวะซึมเศร้า เป็นจำนวน 80 คน ร้อยละ 34.8

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนิสิต

จากการศึกษาความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยทางเพศ อายุ รายได้ผู้ปกครองต่อเดือน ชั้นปีที่กำลังศึกษา และสาเหตุของความเครียดกับภาวะซึมเศร้าของนิสิตไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) และปัจจัยที่อยู่อาศัยระหว่างการเรียนและระดับความเครียดกับภาวะซึมเศร้าของนิสิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้าของนิสิต (n=230)

ข้อมูลทั่วไป	ภาวะซึมเศร้า			
	ไม่อยู่ใน เครือข่าย ซึมเศร้า	อยู่ใน เครือข่าย ซึมเศร้า	Chi-square	p-value
เพศ				
ชาย	44 (19.1)	22 (9.6)	0.086	0.770
หญิง	106 (46.1)	58 (25.2)		

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้าของนิสิต (n=230) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ภาวะซึมเศร้า			
	ไม่อยู่ใน เครือข่าย ซึมเศร้า	อยู่ใน เครือข่าย ซึมเศร้า	Chi-square	p-value
อายุ (ปี)				
18	38 (16.5)	22 (9.6)	5.59	0.133
19	91 (39.6)	53 (23.0)		
20	14 (6.1)	1 (0.4)		
21	7 (3.0)	4 (1.7)		
รายได้จากผู้ปกครองต่อเดือน (บาท)				
น้อยกว่า 2,000	35 (15.2)	22 (9.6)	4.45	0.217
2,000 - 4,000	70 (30.4)	26 (11.3)		
4,001 - 6,000	29 (12.6)	21 (9.1)		
ชั้นปีที่กำลังศึกษา				
ชั้นปีที่ 1	23 (10.0)	13 (5.7)	1.56	0.667
ชั้นปีที่ 2	43 (18.7)	17 (7.4)		
ชั้นปีที่ 3	52 (22.6)	32 (13.9)		
ชั้นปีที่ 4	32 (13.9)	18 (7.8)		
ที่อยู่อาศัยระหว่างการเรียน				
บ้านตัวเอง	28 (12.2)	21 (9.1)	12.44	0.006*
หอพักภายในมหาวิทยาลัย	57 (24.8)	23 (10.0)		
หอพักเครือข่ายมหาวิทยาลัย	31 (13.5)	6 (2.6)		
หอพักนอกมหาวิทยาลัย	34 (14.8)	30 (13.0)		
ระดับความเครียด				
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	32 (13.9)	1 (0.4)	63.32	0.000*
เกณฑ์ปกติ	74 (32.2)	17 (7.4)		
รู้สึกเครียดปานกลาง	5 (2.2)	10 (4.3)		
รู้สึกเครียดมาก	1 (0.4)	15 (6.5)		

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับภาวะซึมเศร้าของนิสิต (n=230) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ภาวะซึมเศร้า			
	ไม่อยู่ใน เครือข่าย ซึมเศร้า	อยู่ใน เครือข่าย ซึมเศร้า	Chi-square	p-value
สาเหตุของความเครียด				
ด้านสังคม	23 (10.0)	20 (8.7)	6.23	0.101
ด้านสิ่งแวดล้อม	28 (12.2)	13 (5.7)		
ด้านเศรษฐกิจ	28 (12.2)	7 (3.0)		
ด้านการศึกษา	71 (30.9)	40 (17.4)		

วิจารณ์

ความเครียดของนิสิต จากการศึกษา พบว่า นิสิตส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนให้เห็นว่านิสิตในระดับอุดมศึกษายังคงเผชิญกับปัจจัยกดดันหลายด้านที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวต่อระบบการเรียนและการดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัย โดยความเครียดในระดับที่เหมาะสมอาจเป็นแรงผลักดันให้บุคคลเกิดความพยายาม และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ แต่หากความเครียดอยู่ในระดับสูงหรือรุนแรงอาจส่งผลกระทบต่อสมาธิในการเรียน ประสิทธิภาพทางการศึกษา ความสัมพันธ์ทางสังคม และคุณภาพชีวิตของนิสิตได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า ระดับความเครียดของผู้เรียนมีความสัมพันธ์กับบริบทของการดำเนินชีวิต สภาพแวดล้อม และปัจจัยด้านการศึกษาของทิววรรณ ปิยกุลมาลา⁽⁸⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของดลนชา อิศริยานันท์ และนวลไย พิศชาติ⁽⁹⁾ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีความเครียดจากการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระบบการเรียนในระดับมหาวิทยาลัย โดยเฉพาะการปรับตัวต่อรูปแบบการเรียนที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ระดับความเครียดที่พบในการศึกษานี้อาจมีความแตกต่างกัน เนื่องจากบริบทของแต่ละสถาบันมีความแตกต่างกันทั้งด้านหลักสูตร ลักษณะการเรียนการสอน

ภาระงานทางวิชาการ สภาพแวดล้อมทางสังคม ตลอดจนระบบสนับสนุนด้านสุขภาพจิตของมหาวิทยาลัย สาเหตุที่นิสิตมีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง อาจอธิบายได้จากการเปลี่ยนผ่านทางพัฒนาการจากวัยเรียนระดับมัธยมศึกษาสู่ชีวิตมหาวิทยาลัย ซึ่งเป็นช่วงที่บุคคลต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเองมากขึ้น ทั้งด้านการวางแผนการเรียน การบริหารจัดการเวลา การสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลใหม่ และการปรับตัวต่อความคาดหวังของตนเองและครอบครัว นอกจากนี้ ปัจจัยด้านการแข่งขันทางการศึกษา ความกังวลต่อผลการเรียน และความไม่แน่นอนเกี่ยวกับอนาคตหลังสำเร็จการศึกษา อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดความเครียดในกลุ่มนิสิตระดับอุดมศึกษา สะท้อนให้เห็นว่ามหาวิทยาลัยควรให้ความสำคัญกับการป้องกันและจัดการความเครียดของนิสิตอย่างเป็นระบบ โดยควรมีการประเมินภาวะความเครียดตั้งแต่ระยะเริ่มต้น การจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) การพัฒนาทักษะการบริหารเวลา การสร้างเครือข่ายช่วยเหลือระหว่างเพื่อน และการเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มนิสิตที่มีความเครียดในระดับสูงหรือรุนแรง ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระยะยาว

สาเหตุของความเครียดของนิสิต จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านการศึกษาคือสาเหตุสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของนิสิต รองลงมาคือปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และสังคม สะท้อนให้เห็นว่าการเรียนในระดับอุดมศึกษาเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะความเครียดของนิสิต เนื่องจากเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านที่ผู้เรียนต้องปรับตัวจากระบบการเรียนในระดับมัธยมศึกษาที่มีโครงสร้างและการกำกับดูแลค่อนข้างชัดเจน ไปสู่ระบบการเรียนรู้ที่เน้นความรับผิดชอบส่วนบุคคล และการจัดการตนเองมากขึ้น นอกจากนี้ภาระงานทางวิชาการ ความคาดหวังต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา และความกังวลเกี่ยวกับความพร้อมในการประกอบวิชาชีพหลังสำเร็จการศึกษา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของจิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ และคณะ⁽⁴⁾ พบว่าสาเหตุสำคัญของความเครียดในนักศึกษาพยาบาลมาจากการเรียน เนื่องจากนักศึกษาต้องปรับตัวต่อรูปแบบการเรียนการสอนที่แตกต่างจากระดับมัธยมศึกษา อย่างไรก็ตาม ลักษณะของความเครียดอาจแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละสาขาวิชา เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับภาระการเรียนภาคทฤษฎีควบคู่กับการฝึกปฏิบัติทางคลินิก ขณะที่นิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์มีลักษณะการเรียนที่เน้นการประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพ การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพชุมชน และการพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข นอกจากนี้ปัจจัยด้านเศรษฐกิจที่พบว่าเป็นอีกสาเหตุของความเครียด อาจสะท้อนถึงภาระค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตระหว่างศึกษา ทั้งค่าใช้จ่ายด้านการศึกษา ค่าใช้จ่ายส่วนตัว และความกังวลเกี่ยวกับภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัว การศึกษานี้มีความสำคัญและควรมีแนวทางป้องกันผ่านระบบสนับสนุนด้านการเรียน เช่น การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่มหาวิทยาลัย การส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเอง การบริหารจัดการเวลา และการจัดการความเครียด รวมถึงการสร้างช่องทางให้คำปรึกษาด้านการเรียนและสุขภาพจิต เพื่อช่วยให้นิสิตสามารถปรับตัวต่อการเข้าศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยต่อไป

ภาวะซึมเศร้าของนิสิต จากการศึกษา พบว่า นิสิตส่วนใหญ่ไม่พบภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม ยังคงพบว่ามีนิสิตบางส่วนมีภาวะซึมเศร้า สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตยังคงให้ความสำคัญในกลุ่มนิสิต แม้ว่านิสิตส่วนใหญ่

สามารถปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัยได้ แต่การเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระบบการศึกษาในระดับอุดมศึกษาซึ่งมีรูปแบบการเรียนรู้ที่เน้นความรับผิดชอบด้วยตนเอง ภาระทางการศึกษา ความคาดหวังต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความกังวลต่ออนาคตทางวิชาชีพ อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะอารมณ์และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในนิสิตบางกลุ่มได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล พรพิมล และคณะ⁽³⁾ พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่ไม่พบอาการของภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ ศรีสองเมือง⁽¹⁰⁾ พบว่า ปัจจัยด้านอายุ รายได้ของผู้ปกครอง และกลุ่มคณะ ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้าเป็นผลมาจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งปัจจัยด้านบุคคล จิตสังคม และสภาพแวดล้อม นอกจากนี้ความสามารถในการปรับตัว การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และรูปแบบการจัดการกับความเครียดอาจมีบทบาทสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษามีความสำคัญต่อการพัฒนาระบบดูแลนิสิต โดยเห็นถึงความจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงป้องกัน ควบคู่กับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและการให้ความช่วยเหลือแก่นิสิตกลุ่มเสี่ยง การจัดบริการให้คำปรึกษาที่เข้าถึงได้ง่าย รวมถึงการส่งเสริมทักษะการจัดการความเครียดและการปรับตัว อาจเป็นแนวทางที่ช่วยลดผลกระทบจากปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนิสิตได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนิสิต จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้จากผู้ปกครอง ชั้นปีที่กำลังศึกษา และสาเหตุของความเครียด ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนิสิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ปัจจัยด้านที่อยู่อาศัยระหว่างการเรียนและระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนิสิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่านิสิตที่พักอาศัยนอกมหาวิทยาลัยมีแนวโน้มพบภาวะซึมเศร้ามากกว่า อาจเนื่องมาจากการพักอาศัยนอกมหาวิทยาลัยทำให้นิสิตต้องเผชิญกับการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อม การดำเนินชีวิตประจำวัน การบริหารจัดการค่าใช้จ่าย และการเข้าถึงระบบสนับสนุนทางสังคมที่แตกต่างจากนิสิตที่พักอาศัยภายในมหาวิทยาลัย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลต่อภาวะอารมณ์และความสามารถในการ

ปรับตัวของนิสิต ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกลักษณ์ สรวมศิริ⁽¹¹⁾ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ของผู้ปกครองต่อเดือน และลักษณะของกลุ่มคณะ ที่ศึกษา ไม่มีความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกันพบว่า ปัจจัยด้านที่อยู่อาศัย ระหว่างการศึกษาและระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับ ภาวะซึมเศร้า โดยผู้ที่พักอาศัยนอกมหาวิทยาลัยมีแนวโน้ม อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่า นอกจากนี้ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัย มีความแตกต่างกันตามบริบท ทั้งด้านลักษณะส่วนบุคคล และสภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิต และสอดคล้องกับ การศึกษาของ สวรรยา งานวิวัฒน์ถาวร และบุญชูพงษ์ กุลสิทธิจินดา⁽¹²⁾ เรื่องความเครียดและภาวะซึมเศร้าใน แพทย์ฝึกหัดโรงพยาบาลตำรวจ ซึ่ง พบว่า ผู้ที่มีความเครียด

มีโอกาสพบภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยมากขึ้น โดยแพทย์ฝึกหัด ที่มีความเครียดมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยประมาณ 2.5 เท่า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ในการ สนับสนุนตลอดกระบวนการทำวิจัยครั้งนี้ ทั้งด้านข้อมูล และสถานที่ในการดำเนินงาน ขอขอบคุณทุนอุดหนุนวิจัย จากกองบริหารการวิจัยและบริการวิชาการ สำนักงาน- วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร ที่สนับสนุน งบประมาณในการดำเนินงาน และขอบคุณนิสิตทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลอย่างเต็มที่ ทำให้การศึกษานี้ สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. สมภพ เรืองตระกูล. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2545.
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานคลินิกบรรเทาความเครียด. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2540.
3. พรพิมล เพ็ชรกุล, พิชรบูรณ์ ศรีวิชัย. ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และวิธีการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2563;51(1):1-14.
4. จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์, มัชฌิมา ดำมี, จันทร์จิรา นิยมสุวรรณ, ชุตินา หมัดอะดัม, ศุภรัตน์ ละเอียดการ, สุชาติ โสภณ. ความเครียด การจัดการความเครียดและความต้องการความช่วยเหลือของนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2559;9(3): 36-49.
5. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement 1997;30(3):607-10.
6. Radloff LS. The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement 1977;1(3):385-401.
7. อุมพร ตรังคสมบัติ, วชิระ ลาภบุญทรัพย์, ปิยลัมพร หะวานนท์. การใช้ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสาร- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540;42(1):2-13.
8. ทิพวรรณ ปิยกุลมาลา. การพัฒนาระบบการจัดการความเครียดในนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์ คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า 2563;37(2):144-53.
9. ดลนชา อีสริยานันท์, นวลใย พิศชาติ. ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาใหม่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย- ชินวัตร. อุดรธานีเวชสาร 2564;29(3):371-378.
10. กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, ณสมพล หาญดี, สุดสบาย จุลกัทพพะ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษา- แพทย์ชั้นปีที่ 2 ถึง 6 ของคณะแพทย์แห่งหนึ่งในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2557;59(1):29-40.
11. เอกลักษณ์ สรวมศิริ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาล- มหาสารคาม 2564;18(2):148-58.
12. สวรรยา งานวิวัฒน์ถาวร, บุญชูพงษ์ กุลสิทธิจินดา. ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในแพทย์ฝึกหัด โรงพยาบาลตำรวจ. วารสารสมาคม- จิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2563;65(4):373-84.

Factors Associated with Depression Among Undergraduate Students at Kasetsart University, Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

Salinda Mirasing, Sriwipa Chuangchaiya, Nirawan Sanphoti, Narita Fakkaew, Anan Iftikhal
Faculty of Public Health, Kasetsart University, Chalermphrakiat, Sakon Nakhon Province Campus, Thailand

Abstract

This research is a cross-sectional study with the objective of studying factors related to stress and depression among undergraduate students at Kasetsart University, Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus. The sample group used in this research was 230 students in Years 1-4, academic year 2024, Faculty of Public Health, using systematic random sampling. Data were collected using the stress scale of the Department of Mental Health, the causes of stress scale, and the Thai version of the Depression Screening for Adolescents (CES-D). Data analysis was conducted using descriptive statistics, including number, frequency, percentage, mean, and standard deviation, and inferential statistics using the Chi-Square test. It was found that the majority of students were female (71.3%). Most students (62.6%) were 19 years old and had parental income between 2,000-4,000 baht/month. Most students (42.2%) were studying in their third year, and 36.1% lived in a university dormitory. The majority of students (39.6%) had a moderate level of stress. The most common cause of stress among students was related to education, affecting 48.7%. Most students did not have depression, accounting for 65.2%, and 34.8% had depression. Analysis of the relationship between general characteristics, stress level, and causes of stress with depression showed that variables related to depression included residence during study and stress level, which were significantly related to student depression ($p < 0.05$). Recommendations: The findings indicated that most students had a moderate level of stress, while some students were identified with depressive symptoms through the screening assessment. Therefore, universities should develop comprehensive mental health promotion strategies, including early screening and appropriate counseling services, to enhance students' psychological well-being and prevent potential mental health problems.

Keywords: stress; depression; undergraduate students

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง

สุดารัตน์ เกียรติพัฒนกุล
โรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนทั้งสองตัวแปรดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อบึง จังหวัดนครปฐม คัดเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.93 ดำเนินการเป็นเวลา 8 สัปดาห์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน ได้แก่ paired sample t-test และ Wilcoxon signed rank test ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล และการประเมินข้อมูลสุขภาพ ส่วนองค์ประกอบด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ แม้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านพฤติกรรมสุขภาพพบว่า คะแนนเฉลี่ยโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก และการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ขณะที่การบริโภคอาหารและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม แม้มีคะแนนเพิ่มขึ้น แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพมีแนวโน้มช่วยพัฒนาทั้งความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรม

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; ผู้สูงอายุ

วันรับ: 6 มิ.ย. 2569

วันแก้ไข: 16 ก.ค. 2569

วันตอบรับ: 27 ก.ค. 2569

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 โลกกำลังเผชิญกับปรากฏการณ์สังคมผู้สูงอายุ (aging society) อย่างรวดเร็ว องค์การสหประชาชาติ⁽¹⁾ รายงานว่า ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั่วโลกมีจำนวนกว่า 1.1 พันล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น

2.1 พันล้านคนภายในปี พ.ศ. 2593 หรือคิดเป็นร้อยละ 22 ของประชากรโลกทั้งหมด โดยเฉพาะภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ซึ่งเป็นหนึ่งในภูมิภาคที่มีอัตราการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วที่สุดในโลก สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 โดยมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 13 ล้านคน หรือประมาณ

ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28 ภายในปี พ.ศ. 2573⁽²⁾ สถานการณ์ดังกล่าวนำมาซึ่งความท้าทายด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งโรคติดต่อ เช่น โรคทางเดินหายใจและโรคโควิด 19 ตลอดจนโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะสมองเสื่อม รวมถึงภาวะพึ่งพิง ซึ่งสามารถป้องกันและควบคุมได้ด้วยพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้น การส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นนโยบายสำคัญของประเทศที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน

แนวทางหนึ่งที่ได้รับการสนใจอย่างแพร่หลายในการส่งเสริมสุขภาพคือ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งหมายถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมกับตนเอง โดย Nutbeam ได้จำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1) functional health literacy ความสามารถพื้นฐานในการอ่านและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (2) interactive health literacy ความสามารถในการแลกเปลี่ยนข้อมูล พูดคุย และปฏิบัติตามคำแนะนำจากบุคลากรสุขภาพ และ (3) critical health literacy ความสามารถในการวิเคราะห์ วิพากษ์ และใช้ข้อมูลอย่างมีเหตุผลเพื่อการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ⁽³⁾ ต่อมา Nutbeam ได้มีการขยายแนวคิดดังกล่าวโดยเสนอองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตในบริบทของสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ (cognitive skill) (2) การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ (access to health information) (3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ (communication skill) (4) การตัดสินใจ (decision Skill) (5) การจัดการตนเอง (self-management skill) และ (6) การรู้เท่าทันสื่อ (media literacy skill)⁽⁴⁾ แนวคิดดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมียุทธศาสตร์ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างรอบด้าน และลดความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพในระยะยาว อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์ในประเทศไทยยังคงชี้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ส่งผลให้ขาดทักษะสำคัญในการตัดสินใจดูแลตนเอง

ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁵⁾ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์ข้อมูลรวมที่ระบุว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงลบต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล โดยเฉพาะในประชากรสูงวัย ขณะที่ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก⁽⁶⁾ ปัจจัยเชิงโครงสร้างเหล่านี้จึงตอกย้ำถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาระบบการเสริมสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ และต้องออกแบบให้สอดคล้องกับศักยภาพ ข้อจำกัด รวมทั้งบริบทเฉพาะของผู้สูงอายุในชุมชน เมื่อพิจารณาบริบทของพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น จังหวัดนครปฐม พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2565-2567 มีจำนวนผู้สูงอายุ 4,271 คน 4,475 คน และ 4,658 คน ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 25.16, 26.45 และ 27.49 ของประชากรในพื้นที่⁽⁷⁾ จากการสำรวจข้อมูลสถานการณ์สุขภาพเบื้องต้นในพื้นที่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน และเผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน อีกทั้งยังมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและการได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพที่ไม่ถูกต้องจากสื่อสังคมออนไลน์ การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุในพื้นที่พบว่า ส่วนใหญ่ยังขาดทักษะในการคัดกรองและประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ ตลอดจนมีความยากลำบากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เคยชิน จากแนวโน้มดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในทุกมิติ โดยเฉพาะด้านสุขภาพซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการดำรงชีวิต การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความรู้ด้านสุขภาพจึงไม่ใช่เพียงการให้ข้อมูล แต่ต้องอาศัยกระบวนการพัฒนาทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ส่งผลต่อแรงจูงใจ ความสามารถในการตัดสินใจ และการลงมือปฏิบัติด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม นำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงและการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยและยั่งยืน ทั้งนี้ หากผู้สูงอายุสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ก็จะก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพแก่ผู้อื่นในชุมชนได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลหลวงพ่อบ้าง เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมห่วงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อันจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตและสามารถขยายผลสู่พื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันต่อไป โดยงานวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ และ (2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมห่วงการ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้กรอบแนวคิดอิงตามทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁽⁴⁾ โดยมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการส่งเสริมสุขภาพและการประเมินผลในระดับชุมชนผู้วิจัยจึงได้บูรณาการทักษะทั้ง 6 ด้านของ Nutbeam⁽⁴⁾ โดยประยุกต์ใช้แนวทางของกองทุนสุขภาพชุมชนสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบการตัดสินใจทางสุขภาพ 4 ขั้นตอนหลัก⁽⁸⁾ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การประเมินข้อมูล (ผสมผสานการรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจ) และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ (ผสมผสานการสื่อสารและการจัดการตนเอง) เพื่อให้สอดคล้องกับขีดความสามารถและการนำไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ กรอบแนวคิดจึงประกอบด้วยสองด้านหลัก ได้แก่ ด้านความรู้ด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบดังกล่าว และด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก การป้องกันภาวะสมองเสื่อม และการป้องกันโรคติดเชื้อ-โควิด 19 ซึ่งนำมาใช้เป็นฐานในการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้และสร้างเครื่องมือประเมินผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อบ้าง จำนวน 30 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการคำนวณตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.9.2 ทดสอบตระกูล t-test กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.50 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางตามเกณฑ์ของ Cohen⁽⁷⁾ ความน่าจะเป็นความผิดพลาดในการทดลองประเภทที่หนึ่ง (α) เท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบ ($1-\beta$) เท่ากับ 0.87 ผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน จึงเก็บกลุ่มตัวอย่าง 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก มีดังนี้ (1) ผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ (2) สามารถทำกิจวัตรพื้นฐานได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจากแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel activities of daily living; ADL)⁽¹⁰⁾ มีระดับตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และ (3) ไม่มีโรคหรืออาการใดที่เป็นข้อห้ามทำกิจกรรมการเคลื่อนไหว (4) สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษานี้

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ (1) ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดการศึกษา และ (2) มีการเจ็บป่วยแบบกะทันหันระหว่างดำเนินการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์จากแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดต่อและโรคเรื้อรังของประชาชนวัยสูงอายุในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของกองทุนสุขภาพ⁽⁸⁾ ร่วมกับแนวคิดของ Nutbeam⁽⁴⁾ 6 องค์ประกอบ ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 เข้าถึงข้อมูลสุขภาพอย่างรู้เท่าทัน กิจกรรมที่ 2 เข้าใจสุขภาพองค์รวม: กินดี อยู่ดี ป้องกันโรค กิจกรรมที่ 3 งามเป็น ใช้เป็น ตัดสินใจได้ ดูแลสุขภาพตนเอง กิจกรรมที่ 4 กายแข็งแรง ใจแข็งแรง ป้องกันการบาดเจ็บ และกิจกรรมที่ 5 การนำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม-สุขภาพของผู้สูงอายุ ปรับปรุงจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของประชาชนเพื่อป้องกันโรคติดต่อและโรคเรื้อรังที่สำคัญของประชาชนวัยสูงอายุ⁽⁸⁾ ประกอบด้วย 3 ตอน จำนวน 44 ข้อ เป็นการประเมินผลโดยวัดก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และบทบาททางสังคม

ตอนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ เป็นลักษณะคำถามปลายปิด ข้อคำถามประเมินจากการรับรู้ ความรู้สึก ความเชื่อมั่น ความสามารถหรือทักษะด้านสุขภาพของตนเอง แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ คือ (1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (2) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (3) ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ (4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้กรอบ 4 องค์ประกอบตามแบบประเมินของกองสุขศึกษา⁽⁸⁾ ที่พัฒนาต่อมาจากทฤษฎี 6 องค์ประกอบของ Nutbeam⁽⁴⁾ โดยจัดกลุ่มทักษะการรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจให้อยู่ในมิติการประเมินข้อมูล และจัดกลุ่มทักษะการจัดการตนเองและการสื่อสารให้อยู่ในมิติการประยุกต์ใช้ ทำให้การวัดและประเมินผลมีความกระชับเป็นรูปธรรม และสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างชัดเจน โดยทุกด้านของคำถามความรู้ด้านสุขภาพ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยทำ ทำได้ยากมาก ทำได้ยาก ทำได้ง่าย และทำได้ง่ายมาก การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของคะแนน (น้อยกว่า 48 คะแนน) คือ ระดับไม่ดี, ร้อยละ 60-69 ของคะแนน (48-55 คะแนน) คือ ระดับพอใช้, ร้อยละ 70-79 ของคะแนน (56-63 คะแนน) คือ ระดับดี และมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนน (64-80 คะแนน) คือ ระดับดีมาก

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ เป็นลักษณะคำถามปลายปิด ข้อคำถามประเมินจากเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ (1) การบริโภคอาหาร (2) การออกกำลังกาย (3) การจัดการความเครียด (4) การป้องกันการพลัดตกหกล้ม (5) การดูแลสุขภาพ-

ช่องปาก (6) พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม (7) พฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 สำหรับด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ประเมินจากความรู้ในการปฏิบัติเฉลี่ยต่อสัปดาห์ โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ 6-7 วัน 4-5 วัน 3 วัน 1-2 วัน และไม่ปฏิบัติ ส่วนด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปากการป้องกันภาวะสมองเสื่อมและการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 ใช้ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของคะแนน (น้อยกว่า 72 คะแนน) คือ ระดับไม่ดี ร้อยละ 60-69 ของคะแนน (72-83 คะแนน) คือ ระดับพอใช้ ร้อยละ 70-79 ของคะแนน (84-95 คะแนน) คือ ระดับดี และมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ของคะแนน (96-120 คะแนน) คือ ระดับดีมาก

การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การสร้างเครื่องมือ เพื่อเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาหลังจากนั้น ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index; CVI) ได้เท่ากับ 1.00

แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ผู้วิจัยปรับแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และคำนวณค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาได้เท่ากับ 0.93 ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลการตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถาม ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ 0.95 และ 0.98

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

และสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับโดยใช้รหัสแทนชื่อจริง โครงการได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เลขที่ 20/2568 (วันที่ให้การรับรอง 23 มิถุนายน พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 22 มิถุนายน พ.ศ. 2570)

การดำเนินการ

1. การขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม ก่อนเริ่มการดำเนินการศึกษา เพื่อให้มั่นใจว่าการศึกษานี้เป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์

2. จัดการประชุมชี้แจงให้ผู้เข้าร่วมรับฟังได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ในการศึกษา ให้ผู้เข้าร่วมรับฟังได้มีโอกาสในการซักถามเพื่อพิจารณาก่อนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครงานวิจัย คัดเลือกผู้ที่เหมาะสมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เมื่อผู้เข้าร่วมตัดสินใจได้แล้วจะได้รับใบยินยอมเพื่อลงชื่อ

3. ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนวิธีการนำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ทำการประเมินในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ต่อด้วยดำเนินการจัดกิจกรรมทั้งหมด 5 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1: เข้าถึงข้อมูลสุขภาพอย่างรู้เท่าทัน (2 ชั่วโมง) กิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อพัฒนาทักษะด้านความรู้ของผู้สูงอายุในมิติการ “เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ” อย่างมีวิจารณญาณ โดยเริ่มต้นจากการบรรยายให้ความรู้เรื่องแหล่งข้อมูลสุขภาพที่น่าเชื่อถือและปลอดภัย เช่น เว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) รวมถึงแหล่งข้อมูลในสื่อสังคมออนไลน์ที่มีความน่าเชื่อถือ เช่น LINE Official, Facebook และ YouTube ของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานด้านสุขภาพต่าง ๆ ซึ่งมักนำเสนอเนื้อหาที่อ้างอิงจากหลักวิชาการและข้อมูลที่ทันสมัย

กิจกรรมที่ 2: เข้าใจสุขภาพองค์รวม - กินดี อยู่ดี ป้องกันโรค (2 ชั่วโมง) กิจกรรมนี้มุ่งส่งเสริมความเข้าใจด้านโภชนาการ การดูแลสุขภาพช่องปาก และการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีการบรรยายให้ความรู้ควบคู่กับกิจกรรมเชิงปฏิบัติ ได้แก่ การอ่านฉลากโภชนาการ การดูแลสุขภาพช่องปาก และการออกกำลังกายสมอง (brain gym) เพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง รวมถึงแนะนำแนวทางป้องกันโรคติดเชื้อ เช่น การสวมหน้ากาก การล้างมือ และการ

รับวัคซีน ผลลัพธ์ที่คาดหวังคือผู้สูงอายุมีความรู้และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3: غامเป็น ใช้เป็น ตัดสินใจได้ ดูแลสุขภาพตนเอง (2 ชั่วโมง) กิจกรรมนี้เน้นเสริมสร้างทักษะด้านการตั้งคำถามเกี่ยวกับสุขภาพ การประเมินข้อมูล และการตัดสินใจด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้กิจกรรมสวมบทบาท (role play) ฝึกการสนทนากับบุคลากรสุขภาพ การอ่านฉลากยา รวมถึงการใช้เทคนิค SMART decision-making ในการวางแผนสุขภาพรายบุคคล ผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้ฝึกคิด วิเคราะห์ และจัดทำ “แผนสุขภาพฉบับฉันเอง” ที่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพ 7 ด้าน

กิจกรรมที่ 4: กายแข็งแรง ใจแข็งแรง ป้องกันการบาดเจ็บ กิจกรรมนี้ออกแบบเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย การป้องกันการล้ม และการจัดการความเครียดในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยมีการฝึกทำออกกำลังกายเบื้องต้น และกิจกรรมฝึกสมาธิแบบผ่อนคลาย (breathing/mindfulness) นอกจากนี้ยังมีการจัดทำ “แผนออกกำลังกายส่วนตัว” เพื่อใช้ต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งคาดหวังให้ผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้จริงและลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ

กิจกรรมที่ 5: นำไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน (2 ชั่วโมง) กิจกรรมสุดท้ายเป็นการสรุปองค์ความรู้ทั้งหมดที่ได้รับจากกิจกรรมที่ผ่านมา ผ่านกระบวนการถอดบทเรียนแบบกลุ่ม (group sharing) การเขียน commitment card เพื่อสะท้อนเป้าหมายด้านสุขภาพของแต่ละคน และกิจกรรมเล่าเรื่องเพื่อถ่ายทอดความรู้แก่ผู้อื่นโดยมีกิจกรรมจำลองสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้เกิดการฝึกใช้จริง คาดหวังให้ผู้สูงอายุสามารถประยุกต์ใช้ความรู้และส่งต่อความรู้สุขภาพได้อย่างเหมาะสม

4. นำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประเมินหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลห่างจากสัปดาห์ที่ 1 จำนวน 8 สัปดาห์ ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์

5. ระยะเวลาและสถานที่ศึกษา การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลและดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2568 ณ โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น จังหวัดนครปฐม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS สำหรับข้อมูลทั่วไปใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ ส่วนคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติ-พรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ สำหรับคะแนนในแต่ละองค์ประกอบ มีการทดสอบการแจกแจงข้อมูลด้วย Shapiro-Wilk test พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่า $p=0.106$ และ $p=0.200$ ตามลำดับ จึงถือว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงใช้ paired t-test ในการเปรียบเทียบคะแนนรวมก่อน-หลัง ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลัง มีค่า $p=0.008$ และ $p=0.200$ ตามลำดับ แสดงว่าข้อมูลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมไม่เป็นการแจกแจงปกติ จึงใช้ Wilcoxon signed rank test เปรียบเทียบคะแนนรวมก่อน-หลัง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 46.67) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 70.00) สถานะทางสังคม ส่วนใหญ่เป็นประชาชน (ร้อยละ 83.33) ดังตารางที่ 1

2. ระดับความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 36.67) โดยเฉพาะด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 46.67 และ 33.33 ตามลำดับ)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

คุณลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	16.67
หญิง	25	83.33
อายุ (ปี)		
60-69	14	46.67
70-79	12	40.00
80 ขึ้นไป	4	13.33
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	4	13.33
ประถมศึกษา	21	70.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	3.33
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	10.00
อนุปริญญา/ปวส.	0	0.00
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	3.33

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=30) (ต่อ)

คุณลักษณะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานะทางสังคม		
อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน	4	13.33
ผู้นำชุมชน	1	3.33
ประชาชน	25	83.33

ขณะที่ด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 33.33 และ 63.33 ตามลำดับ)

- ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมพัฒนาขึ้นมาอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 40.00) และเมื่อจำแนกรายองค์ประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปรับระดับขึ้นมาอยู่ในระดับดีมากครบทุกด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 43.33) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 36.67) ด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 53.33) และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 76.67)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

- ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 53.33) แต่เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดีสูงถึงร้อยละ 53.33 ขณะที่พฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 56.67) และพฤติกรรมด้านอื่นๆ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ได้แก่ การบริโภคอาหาร (ร้อยละ 30.00) การป้องกันการพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 56.67) การดูแลสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 40.00) การป้องกันภาวะสมองเสื่อม (ร้อยละ 46.67) และการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 (ร้อยละ 30.00)

- ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 66.67 โดยพบการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่เด่นชัดในพฤติกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างปรับระดับจากไม่ดีขึ้นมาอยู่ในระดับดีมากได้ถึงร้อยละ 33.33 เช่นเดียวกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดและการ

ป้องกันการพลัดตกหกล้มที่ส่วนใหญ่พัฒนาขึ้นมาอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 60.00 และ 73.33 ตามลำดับ) ส่วนพฤติกรรมด้านอื่นๆ ส่วนใหญ่ยังคงรักษาระดับการปฏิบัติตนอยู่ในเกณฑ์ดีถึงดีมาก ได้แก่ การบริโภคอาหาร (ระดับดี ร้อยละ 33.33) การดูแลสุขภาพช่องปาก (ระดับดี ร้อยละ 53.33) การป้องกันภาวะสมองเสื่อม (ระดับดีมาก ร้อยละ 30.00) และการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 (ระดับดี ร้อยละ 33.33)

3. การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบ พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และด้านการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ แม้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 2

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพภาพรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก และการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด 19 มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม แม้มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=30)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p-value
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล		
- องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	11.97	3.926	พอใช้	14.73	2.243	ดี	-4.732	0.000
- องค์ประกอบที่ 2 ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	12.67	4.080	พอใช้	14.63	2.930	ดี	-3.141	0.004
- องค์ประกอบที่ 3 การประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	13.07	3.921	พอใช้	15.40	2.500	ดี	-2.876	0.007
- องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	14.73	3.877	ดี	15.87	2.315	ดี	-1.894	0.068
สรุปคะแนนภาพรวม	52.43	12.915	ไม่ดี	60.63	7.801	ดี	-3.977	0.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตารางที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=30)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value
	Mean	SD	แปลผล	Mean	SD	แปลผล		
- พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	20.33	5.352	พอใช้	21.40	3.682	ดี	-1.342	0.180
- พฤติกรรมออกกำลังกาย	5.30	2.480	ไม่ดี	6.57	1.851	พอใช้	-3.621	0.000
- การจัดการความเครียด	6.60	2.127	พอใช้	7.77	1.331	ดี	-3.100	0.002
- พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม	14.70	4.403	ดี	16.07	2.947	ดีมาก	-2.675	0.007
- พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก	10.93	3.028	ดี	11.77	2.128	ดี	-2.207	0.027
- พฤติกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม	11.27	2.791	ดี	11.90	1.647	ดี	-1.826	0.068
- พฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อโควิด 19	13.03	3.864	พอใช้	14.33	2.468	ดี	-3.078	0.002
สรุปคะแนนภาพรวม	53.90	12.402	ดี	89.80	7.858	ดีมาก	-4.788	0.000

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

วิจารณ์

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน: 52.43 ± 12.92 , หลัง: 60.63 ± 7.80 , $p < 0.05$) ทิศทางนี้สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในระดับสากลที่ระบุว่าโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมและการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติมีประสิทธิภาพชัดเจนในการเพิ่มความรู้ ความสามารถในการจัดการตนเอง และความมั่นใจในการตัดสินใจดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ⁽¹¹⁾ งานวิจัยในประเทศให้ผลไปในทิศทางเดียวกัน ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย และคณะ⁽¹²⁾ รายงานว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับปริมาตรา ทศนมนเทียร และคณะ⁽¹³⁾ และภัทรพงษ์ ยิ่งดำรง⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีคะแนนการเรียนรู้เพิ่มขึ้นหลังจัดกิจกรรม เมื่อพิจารณาเรียงองค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ องค์ประกอบที่ 2 การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ และองค์ประกอบที่ 3 การประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งสามด้าน สอดคล้องกับการวิเคราะห์ห่อหุ้มที่ยืนยันว่าการสื่อสารข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อภาพและวิดีโอรวมกับการมีปฏิสัมพันธ์ช่วยลดภาระการอ่านและเพิ่มความเข้าใจข้อมูลสุขภาพได้ชัดเจนกว่าการให้เอกสารข้อความแบบดั้งเดิม⁽¹⁵⁾ ในทางกลับกัน องค์ประกอบที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ แม้คะแนนเฉลี่ยจะสูงขึ้น แต่ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$) ข้อค้นพบนี้ต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่มีรายงานว่าทุกองค์ประกอบพัฒนาไปพร้อมกัน จุดนี้น่าจะสะท้อนธรรมชาติของ “การรู้” กับ “การทำ” ที่ไม่ได้เคลื่อนไปด้วยอัตราเดียวกันเสมอ การนำความรู้ไปปฏิบัติจริงยังขึ้นอยู่กับปัจจัยบริบทหลายด้าน ไม่ว่าจะเป็นความพร้อมของบริการสุขภาพในชุมชน สิ่งอำนวยความสะดวกอย่างศูนย์ออกกำลังกายหรือสถานที่ฝึกทักษะ การสนับสนุนจากญาติและบุคลากรสุขภาพ ตลอดจนความมั่นใจส่วนบุคคลของผู้สูงอายุเอง ซึ่งสอดคล้องกับข้อสรุปจากการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณที่ระบุว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานมักเผชิญอุปสรรคเชิงโครงสร้างในการ

เปลี่ยนความรู้ไปสู่การปฏิบัติ และจำเป็นต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคม เข้ามาช่วยกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง⁽⁶⁾

ด้านพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเช่นกัน (ก่อน: 53.90 ± 12.40 , หลัง: 89.80 ± 7.86 , $p < 0.05$) ผลนี้ตรงกับที่ธัญรัตน์ ภูงศ์ชัย และคณะ⁽¹²⁾ และภัทรพงษ์ ยิ่งดำรง⁽¹⁴⁾ รายงานไว้ก่อนหน้านี้ เมื่อแยกเป็นรายด้าน พฤติกรรมการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การดูแลสุขภาพช่องปาก และการป้องกันโรคโควิด 19 ล้วนมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการป้องกันภาวะสมองเสื่อม กลับยังไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แม้ค่าเฉลี่ยจะขยับสูงขึ้นก็ตาม เมื่อมองผ่านบริบทเฉพาะของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลหลวงพ่อเป็น อาจอธิบายจุดที่ยังไม่ขยับได้ชัดเจนขึ้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ราวร้อยละ 70 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และผูกพันกับวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่นรวมถึงความเคยชินในครัวเรือนมาตลอดชีวิต พฤติกรรมการลดหวาน มัน เค็ม หรือการฝึกบริหารสมองอย่างสม่ำเสมอ จึงไม่ใช่สิ่งที่จะปรับเปลี่ยนได้ครบถ้วนภายในกรอบเวลาเพียง 8 สัปดาห์ หากขาดแรงกระตุ้นเนื่องจากครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ข้อสังเกตนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ชี้ว่าผู้สูงอายุซึ่งมีระดับการศึกษาจำกัดต้องอาศัยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวเร่งสำคัญ ก่อนที่ความรู้จะกลายเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืนได้จริง⁽⁶⁾

จุดแข็งของการศึกษา การศึกษานี้มีจุดแข็งในการออกแบบโปรแกรมที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุในชุมชน โดยลดทอนความซับซ้อนของเนื้อหาและใช้สื่อเชิงประจักษ์ เช่น ภาพ วิดีโอ ควบคู่กับกระบวนการเรียนรู้เชิงรุกที่เน้นการฝึกปฏิบัติจริง อาทิ การสวมบทบาทสมมติ ในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ การฝึกวิเคราะห์ผลยาและโภชนาการจำลอง ตลอดจนการจัดทำแผนสุขภาพส่วนบุคคล ทำให้ผู้สูงอายุเกิดทักษะและความมั่นใจในการนำไปใช้ ประกอบกับรูปแบบกิจกรรมมีความยืดหยุ่นและใช้อุปกรณ์ที่ไม่ซับซ้อนจึงเอื้อต่อการที่หน่วยบริการปฐมภูมิจะนำไปขยายผลในระดับพื้นที่ได้

ข้อจำกัดของงานวิจัย การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านแบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ซึ่งไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถยืนยันความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

ได้อย่างสมบูรณ์ว่าการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจากโปรแกรมเพียงอย่างเดียวโดยปราศจากอิทธิพลของตัวแปรภายนอก นอกจากนี้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างยังมีขนาดเล็ก ($n = 30$) ทำให้มีข้อจำกัดในการสรุปอ้างอิงสู่บริบทอื่น รวมถึงการประเมินผลสิ้นสุดทันทีหลังจบกิจกรรม 8 สัปดาห์ จึงยังไม่สามารถระบุความคงอยู่และความยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ ควรบูรณาการสมาชิกในครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามาเป็นผู้ดูแลร่วมเพื่อช่วยจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านและกระตุ้นการประยุกต์ใช้ทักษะสุขภาพในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารทั้งนี้ การศึกษาในระยะต่อไป ควรพัฒนาแบบแผนการทดลองที่มีกลุ่มควบคุม ขยายขนาดกลุ่มตัวอย่าง และมุ่งตอบคำถามวิจัยว่า การเพิ่มการมี

ส่วนร่วมของครอบครัวร่วมกับการติดตามผลระยะ 3-6 เดือน จะส่งผลให้การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมบริโภคอาหารเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความยั่งยืนหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลหลวงพ่เป็น ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณทีมงานกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมทุกท่านที่ร่วมแรงร่วมใจและให้กำลังใจตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย ท้ายที่สุด ขอขอบคุณผู้สูงอายุทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี จนทำให้การศึกษาครั้งนี้บรรลุวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population prospects 2022. New York: United Nations; 2023.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุของประเทศไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
3. 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.
4. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67(12):2072-8.
5. สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย: ระดับต่ำถึงปานกลางและผลกระทบต่อการตัดสินใจด้านสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2564.
6. Estrela M, Semedo G, Roque F, Ferreira PL, Herdeiro MT. Sociodemographic determinants of digital health literacy: a systematic review and meta-analysis. Int J Med Inform 2023;177:105124.
7. สำนักงานคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ประชากรจำแนกเพศ กลุ่มอายุรายปี: พื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลหลวงพ่เป็น [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 21 ธ.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://hdc.moph.go.th/npt/public/standard-report-detail/710884bc8d16f755073cf194970b064a>
8. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมของประชาชน เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรังที่สำคัญของประชาชนวัยสูงอายุในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://hed.hss.moph.go.th/tool-hlhb/>
9. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
10. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: https://dmscaretools.dms.go.th/geriatric/download/Manual_DMS_ASSESS64.pdf
11. Zolbin MG, Huvila I, Nikou S. Health literacy, health literacy interventions and decision-making: a systematic literature review. J Doc 2022;78(7):405-28.
12. ธัญรัตน์ ฤกษ์ชัย, ภัทรวรินทร์ ภัทราศิริสมบุรณ์, ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, ปาริชาติ ญาตินิยม, จิรัชญา เหล่าคมพฒณาจารย์. โปรแกรมเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ: วิจัยแบบผสมผสานวิธี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2566;41(2):1-18.

13. พริมรตา ทศนมนเกียรติ, ดนัย บวรเกียรติกุล, เอ็มอัชมา วัฒนบุรณนท์, วัลลภ ใจดี, ธนียา เจตยานุกรกุล. ผลของโปรแกรมการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิด 4smart เพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านสวน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2568;20(1):171-84.
14. ภัทรพงษ์ ยิ่งดำเนิน. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเทศบาล-พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2567;4(2):43-57.
15. Galmarini E, Marciano L, Schulz PJ. The effectiveness of visual-based interventions on health literacy in health care: a systematic review and meta-analysis. BMC Health Serv Res 2024;24:718.

Effects of a Health Literacy Promotion Program on Health Literacy and Health Behaviors among Older Adults at Luang Phor Pern Hospital

Sudarat Kiatpattanakul

Luang Phor Pern Hospital, Nakhon Pathom Province, Thailand

Abstract

This study employed a quasi-experimental research design using a one-group pretest-posttest model. The objectives were to examine the levels of health literacy and health behaviors among older adults before and after participating in a health literacy promotion program, and to compare the mean scores of these two variables. The sample consisted of 30 older adults residing in the service area of Luang Phor Pern Hospital, Nakhon Pathom Province, selected through purposive sampling. The research instrument was a health literacy promotion program that had been validated for content validity (CVI=0.93) and was implemented over a period of eight weeks. Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-test, and Wilcoxon signed rank test. The results revealed that, following participation in the program, the overall mean score of health literacy significantly increased ($p<0.05$). Significant improvements were observed in accessing health information and services, understanding health information, and appraising health information and services. However, the mean score for applying health information and services, although higher, was not statistically significant. Regarding health behaviors, the overall mean score also showed a statistically significant increase ($p<0.05$). Specifically, significant improvements were found in exercise, stress management, fall prevention, oral health care, and COVID-19 prevention behaviors, whereas improvements in eating behaviors and dementia prevention behaviors were not statistically significant. These findings suggest that the health literacy promotion program has the potential to enhance both health literacy and health behaviors among older adults after program completion.

Keywords: health literacy; health behaviors; older adults

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายและการให้ความรู้ตามหลักการยศาสตร์ต่อระดับอาการปวดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง

เบญจมาภรณ์ หาญชาญเลิศ

กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มโรคทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ซึ่งมักเกิดซ้ำๆ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายและการให้ความรู้ตามหลักการยศาสตร์ต่อระดับอาการปวดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในเดือนสิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2568 กำหนดขนาดตัวอย่างจากการคำนวณ โดยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปวดหลังส่วนล่างจำนวน 20 คน อายุเฉลี่ย 51.1 ± 7.9 ปี ใช้เวลา 4 สัปดาห์ให้อาสาสมัครออกกำลังกายอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ ร่วมกับให้ความรู้ตามหลักการยศาสตร์เกี่ยวกับท่าทางในการทำงาน โปรแกรมการออกกำลังกายประกอบด้วย 5 ท่า ได้แก่ ท่าแอ่นหลัง ท่ากอดเข่าชิดอก ท่าบิดตัว ท่ายืดลำตัว และท่ายกแขนขาสลับกัน ประเมินผลต่อระดับอาการปวด ด้วยแบบประเมิน Numerical Rating Scale และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยแบบประเมิน Oswestry Low Back Pain Disability Index (ฉบับภาษาไทย) วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยสถิติพรรณนาและ paired t-test ผลการวิจัยก่อนเข้าร่วมการวิจัยอาสาสมัครมีระดับอาการปวด 6.30 ± 1.13 คะแนน ภายหลังจากเข้าร่วมการวิจัยมีระดับอาการปวด 2.85 ± 1.09 คะแนน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าคะแนนผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ก่อนเข้าร่วมการวิจัย ร้อยละ 33.70 ± 13.69 หลังการเข้าร่วมการวิจัย ร้อยละ 10.80 ± 9.59 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การออกกำลังกายและการให้ความรู้ตามหลักการยศาสตร์มีแนวโน้มในการช่วยลดระดับอาการปวดและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างได้ สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมและรักษาในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างได้ อย่างไรก็ตาม ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมโดยการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มหรือการประเมินผลต่อคุณภาพชีวิต เพื่อให้เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ปวดหลังส่วนล่าง; ออกกำลังกาย; การยศาสตร์; กายภาพบำบัด; การสร้างเสริมสุขภาพ

วันรับ: 7 มิ.ย. 2569

วันแก้ไข: 11 ก.ค. 2569

วันตอบรับ: 22 ก.ค. 2569

บทนำ

อาการปวดหลังส่วนล่างเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบได้บ่อยในกลุ่มโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ปัจจัยสำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างคือปัจจัยด้านท่าทางการทำงาน⁽¹⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำงานในลักษณะก้มตัว การทำงานในท่าก้มๆ เงยๆ การบิดหมุนลำตัว การยกสิ่งของ การนั่งรถ⁽²⁾ หรือทำงานกับอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่มีแรงสั่นสะเทือน การทำงานในท่าเดิมซ้ำๆ ถี่ๆ และการทำงานในท่าเดิมเป็นเวลานาน⁽³⁾ ทั้งนี้ ประเทศไทยมีอุบัติการณ์โรคปวดหลังส่วนล่างในผู้ประกอบอาชีพเท่ากับ 52.23 คนต่อพันประชากร พบมากในกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป ลูกจ้างในโรงงาน-อุตสาหกรรม แรงงานภาคเกษตรกรรม⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นผู้ประกอบอาชีพที่มีลักษณะใช้แรงกายอย่างหนัก มีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานและท่าทางในการทำงานที่ผิดหลักการยศาสตร์ นอกจากนี้ยังพบว่าเกษตรกรร้อยละ 56 มีอาการปวดบริเวณหลังส่วนล่าง⁽⁵⁾ และมักเคยมีอาการปวดหลังอย่างน้อย 1 ครั้ง⁽⁶⁾ แม้ว่าการพยากรณ์โรคส่วนใหญ่ในผู้มีอาการปวดหลังส่วนล่างจะอยู่ในเกณฑ์ดีและอาการจะดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ แต่จะพบว่าอาการปวดหลังมักจะเกิดขึ้นซ้ำๆ ได้อีก⁽⁷⁾ ความรุนแรงของอาการปวดหลังส่วนล่างขึ้นอยู่กับความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลักษณะการใช้งาน และการดูแลตนเอง ทั้งนี้ผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่างส่งผลต่อความยากลำบากในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยจะมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองทั้งด้านการเคลื่อนไหว และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อีกทั้งยังส่งผลต่อการหยุดงานทำให้อาจจะส่งผลต่อสถานะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวได้⁽⁸⁾ และเนื่องจากการประกอบอาชีพที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีโอกาสที่จะเกิดอาการปวดหลังได้ตลอดเวลา

การรักษาทางกายภาพบำบัดเป็นการรักษาโดยไม่ใช้ยาหรือการรักษาแบบประคับประครองตามอาการที่นิยมใช้ในการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยประกอบไปด้วยการรักษาโดยใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัดและไม่ใช้เครื่องมือ ทั้งนี้การออกกำลังกายเป็นรูปแบบของการรักษาตามแนวทางปฏิบัติที่แนะนำในการรักษาผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างในแต่ละระยะของโรค⁽⁹⁾ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทางกาย ความทนทาน ความยืดหยุ่น การทำงานประสานสัมพันธ์และมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ดีขึ้น นอกจากนี้การให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสมในการประกอบอาชีพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งท่าทางในการทำงานด้วยหลักการยศาสตร์⁽²⁾ เพื่อป้องกันและรักษาอาการปวดจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง⁽¹⁰⁾

จากสถิติจำนวนผู้ป่วยและสถานการณ์การให้บริการทางกายภาพบำบัดของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย พบว่ามีผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเข้ารับการรักษาทางกายภาพบำบัดสูงเป็นอันดับหนึ่ง และเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกปี และมักกลับมาใช้บริการซ้ำๆ นักกายภาพบำบัดจึงเล็งเห็นถึงปัญหาและความสำคัญของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง จึงหาแนวทางการรักษาที่สามารถแก้ปัญหาในระยะยาว ลดการกลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ โดยเน้นการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นและความมั่นคงของกล้ามเนื้อหลัง ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการยศาสตร์ในการทำงานในแต่ละท่าทาง⁽¹¹⁾ จึงนำมาสู่การศึกษาในครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการออกกำลังกายและการให้ความรู้ตามหลักการยศาสตร์ต่อระดับอาการปวดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง ได้รับการอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย (เลขที่ 9/2568) ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปวดหลังส่วนล่างที่มีภูมิลำเนาในเขตพื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 20 คน ศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2568 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร $n = \frac{[\sigma^2 (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2]}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$ อ้างอิงการศึกษาของ Fiter และคณะ⁽¹²⁾

การศึกษานี้ใช้เวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ให้อาสาสมัครออกกำลังกายอย่างน้อย 4 วันต่อสัปดาห์ เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 0) ประเมินตัวแปรการศึกษา 2 ตัวแปร และฝึกสอนการออกกำลังกาย

ตามโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นและความมั่นคงของกล้ามเนื้อหลังสำหรับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง 5 ท่า ได้แก่ ท่าที่ 1 ท่าแอ่นหลัง (back extension) นอนคว่ำ ตั้งศอก 90 องศาข้างลำตัว แอ่นอกต้นตัวขึ้นจากพื้นจนรู้สึกตึง โดยสะโพกวางราบกับพื้น ค้างไว้ 30 วินาที แล้วผ่อนตัวลง ทำซ้ำ 10 รอบ ท่าที่ 2 ท่ากอดเข้าชิดอก (knee to chest) นอนหงายราบ กอดเข่าเข้าหาอกสะโพกชิดลำตัวจนรู้สึกตึง ค้างไว้ 30 วินาที แล้วเหยียดเข้าเหยียดสะโพกออก ทำสลับ 2 ข้าง ข้างละ 10 รอบ ท่าที่ 3 ท่าบิดตัว (knee roll) นอนหงาย งอสะโพก 90 องศา พับขาทางด้านข้างในท่าบิดตัวจนรู้สึกตึง ค้างไว้ 30 วินาที ทำสลับข้าง ข้างละ 10 รอบ ท่าที่ 4 ท่ายืดตัว (bottom to heel) นั่งทับส้นเท้าสองข้าง ยื่นแขนยืดลำตัวไปด้านหลังจนรู้สึกตึง โดยไม่ยกสะโพกจากส้นเท้า ค้างไว้ 30 วินาที ทำซ้ำ 10 รอบ และท่าที่ 5 ท่า ยกแขนขาสลับกัน (opposite arm/leg raise) อยู่ในท่าตั้งเข่า ยกแขนและขาด้านตรงข้ามขนานลำตัว ในลักษณะแขนเหยียดตรง สะโพกและเข่าเหยียดตรง ค้างไว้ 30 วินาที ทำสลับข้าง ข้างละ 10 รอบ รวมถึงให้ความรู้ตามหลักการยศาสตร์เกี่ยวกับท่าทางในการทำงาน พร้อมแจกแบบบันทึกการออกกำลังกาย ให้อาสาสมัครนำกลับไปทำที่บ้าน ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) ติดตามและทบทวนโปรแกรมการออกกำลังกาย ตรวจสอบอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น และตรวจสอบแบบบันทึกการออกกำลังกาย และ ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) ประเมินตัวแปรภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมการออกกำลังกาย โดยเป็นการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมภายในกลุ่มเดียวกัน ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ

เกณฑ์การคัดเข้า

- ผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
- ผู้ป่วยที่มีระดับอาการปวดมากกว่า 2 คะแนน
- ทรงตัวได้ดี
- พูดคุยสื่อสารได้ และเข้าใจกระบวนการศึกษา
- ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษา

เกณฑ์การคัดออก

- ผู้ที่เคยได้รับการผ่าตัดหลังหรือการผ่าตัดอื่นๆ ภายในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา
- ผู้ที่ได้รับการรักษาอาการปวดด้วยวิธีการอื่นๆ เช่น การรับประทานยา การฝังเข็ม การผ่าตัด หรือการรักษา

ทางเลือกอื่นๆ ในระหว่างที่เข้าร่วมการศึกษา

- ความบกพร่องด้านการรับรู้และมีภาวะทางจิตเวชที่มีผลทำให้ไม่เข้าใจกระบวนการศึกษา
- มีภาวะทางสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกาย และมีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการปวดจากการออกกำลังกาย

ตัวแปรการศึกษา

1. ระดับอาการปวด ประเมินด้วยแบบประเมิน Numerical Rating Scale (NRS) เป็นการประเมินโดยใช้ตัวเลขระบุระดับความเจ็บปวด โดยให้อาสาสมัครระบุตัวเลขที่ตรงกับระดับอาการปวดของตนในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมามากที่สุด (0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด และ 10 หมายถึง มีอาการปวดมากที่สุด) แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินที่เข้าใจง่าย ใช้งานสะดวก เหมาะกับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีความจำบกพร่องเล็กน้อยถึงปานกลาง⁽¹³⁾ ซึ่งผ่านการทดสอบคุณสมบัติในระดับดีเยี่ยม (Cronbach's alpha= 0.93, ICC=0.96)⁽¹⁴⁾

2. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Oswestry Low Back Pain Disability Index (ODI) ฉบับภาษาไทย แบบประเมินประกอบด้วย 10 หัวข้อ แต่ละหัวข้อมีตัวเลือกคำตอบ 6 ระดับ (0-5 คะแนน) โดยหัวข้อที่ใช้ประเมิน ได้แก่ ความรุนแรงของอาการปวด การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน การมีเพศสัมพันธ์ การเข้าสังคม และการเดินทาง การนับคะแนน รวมคะแนนจากทุกข้อ ((คะแนนรวม x 100)/50) คะแนนจะออกมาในรูปแบบร้อยละ ค่าคะแนนมาก หมายถึง อาการปวดหลังมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมาก ทำกิจวัตรประจำวันได้ไม่ดี แบบสอบถามนี้มีค่าความเที่ยงและน่าเชื่อถือในระดับสูง⁽¹⁵⁾

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลคุณลักษณะของอาสาสมัคร วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ และวิเคราะห์การกระจายตัวของข้อมูล ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรระดับอาการปวดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยใช้สถิติ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

อาสาสมัคร 20 คน เพศชาย 8 คน เพศหญิง 12 คน อายุเฉลี่ย 51.1 ± 7.9 ปี (อยู่ระหว่าง 36–64 ปี) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปวดหลังส่วนล่าง ตั้งแต่ 3 วัน – 10 ปี อาสาสมัครส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ดังตารางที่ 1

2. ระดับอาการปวดและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

การออกกำลังกายและการให้ความรู้ตามหลักกายศาสตร์มีแนวโน้มในการช่วยลดระดับอาการปวดและเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันในผู้ป่วย-

ปวดหลังส่วนล่างได้ โดยก่อนเข้าร่วมการวิจัยอาสาสมัครมีค่าคะแนน NRS 6.30 ± 1.13 คะแนน ภายหลังจากเข้าร่วมการศึกษามีค่าคะแนน NRS 2.85 ± 1.09 คะแนน จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ พบว่า อาสาสมัครมีระดับอาการปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความต่าง -3.45 คะแนน ($p < 0.001$) ส่วนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ก่อนเข้าร่วมการศึกษาอาสาสมัครมีคะแนน ODI ร้อยละ 33.70 ± 13.69 ภายหลังการเข้าร่วมการศึกษามีคะแนน ODI ร้อยละ 10.80 ± 9.59 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความต่าง ร้อยละ -22.90 ($p < 0.001$) ซึ่งหมายถึงมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันที่ดีขึ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 คุณลักษณะพื้นฐานของอาสาสมัคร (n=20)

คุณลักษณะ	ข้อมูล
เพศชาย : เพศหญิง (คน)	8 : 12
อายุ (ปี) (ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน))	51.1 (7.9)
ดัชนีมวลกาย กก./ม. ² (ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน))	24.7 (2.8)
สถานภาพ (คน (ร้อยละ))	
สมรส	19 (95.0)
หม้าย/หย่า/แยก	1 (5.0)
อาชีพหลัก (คน (ร้อยละ))	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2 (10.0)
เกษตรกร	10 (50.0)
รับจ้าง	7 (35.0)
รับราชการ	1 (5.0)
โรคประจำตัวอื่นๆ (คน (ร้อยละ)) (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
ไม่มี	13 (65.0)
ความดันโลหิตสูง	3 (15.0)
เบาหวาน	3 (15.0)
ไขมันในเลือดสูง	1 (5.0)
โรคหลอดเลือดสมอง	1 (5.0)
โรคหอบหืด	1 (5.0)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับอาการปวดและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยปวดหลัง-ส่วนล่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมการวิจัย (n=20)

ตัวแปร	ก่อน (Mean±SD)	หลัง (Mean±SD)	ค่าเฉลี่ย ความต่าง	ช่วงเชื่อมั่น (95%CI)	p-value
ระดับอาการปวด NRS (0-10 คะแนน)	6.30±1.13	2.85±1.09	-3.45	-4.07 - -2.83	<0.001
ความสามารถในการทำ กิจวัตรประจำวัน ODI (0-100%)	33.70±13.69	10.80±9.59	-22.90	-28.87 - -16.93	<0.001

วิจารณ์

การรักษาโดยการออกกำลังกายเป็นหนึ่งในรูปของการรักษาทางกายภาพบำบัด ที่ได้รับการแนะนำให้เป็นการรักษาตามแนวทางเวชปฏิบัติในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง โดยเป็นทางเลือกหนึ่งของการรักษาที่ไม่ใช้ยาและสามารถให้ผลที่ดีทางการรักษา สามารถลดระดับอาการปวด เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมไปถึงการเพิ่มคุณภาพชีวิต ทั้งนี้การออกกำลังกายในผู้ป่วย-ปวดหลังส่วนล่างควรได้รับการฝึกสอนอย่างถูกวิธีและทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บเพิ่มเติมจากการออกกำลังกาย และควรส่งเสริมการปรับพฤติกรรมให้ท่าทางการทำงานถูกต้องตามหลักกายศาสตร์เพื่อป้องกันการบาดเจ็บและการเป็นซ้ำ

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การออกกำลังกายด้วยการเพิ่มความยืดหยุ่นและความมั่นคงของกล้ามเนื้อหลัง ร่วมกับการให้ความรู้ สามารถช่วยลดระดับอาการปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างได้ ซึ่งนอกจากการออกกำลังกาย จะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแล้ว ยังส่งผลต่อการลดความเครียดและความตึงของกล้ามเนื้อหลังช่วยให้หลังมีความยืดหยุ่น ช่วยในการทรงท่าและปรับโครงสร้าง-หลังให้อยู่ในท่าทางที่เหมาะสม สามารถรับแรงได้ดี⁽¹⁶⁾ อีกทั้งยังกระตุ้นให้มีการควบคุมการเคลื่อนไหวและการรับรู้ความรู้สึก (motor control and proprioception) เกิดการทำงานของกล้ามเนื้อและข้อต่ออย่างเหมาะสม⁽¹⁷⁾ เพิ่มการไหลเวียนเลือด⁽¹⁸⁾ เพิ่มการหลั่ง endogenous opioids และเพิ่มระดับ pain threshold⁽¹⁹⁾ และทำงานในท่าทาง

ที่ถูกต้องตามหลักกายศาสตร์จะทำให้กล้ามเนื้อหลังและโครงสร้างหลังสามารถทำงานได้อย่างเหมาะสม ช่วยลดการบาดเจ็บต่อหลังได้⁽²⁰⁾ จึงช่วยลดอาการปวดในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างได้

โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในการศึกษาครั้งนี้ โดยเฉพาะการออกกำลังกายกล้ามเนื้อแกนกลาง นอกจากจะส่งผลให้กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง ความทนทานของกล้ามเนื้อ และการควบคุมการเคลื่อนไหวและการรับรู้ความรู้สึก (motor control and proprioception) เกิดการทำงานประสานสัมพันธ์ของกล้ามเนื้อและข้อต่ออย่างเหมาะสม⁽¹⁷⁾ เป็นปัจจัยส่งเสริมให้ท่าทางในการทำกิจวัตรประจำวันมีความปลอดภัยและมั่นคงยิ่งขึ้น⁽²¹⁾ กล้ามเนื้อที่มีความยืดหยุ่นจะส่งผลต่อการเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหว โดยเฉพาะกระดูกเชิงกรานและกระดูกสันหลัง สามารถทำให้กิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหว เช่น การก้มหยิบของ ลูกนั่งได้ดีขึ้น⁽²²⁾ โปรแกรมการออกกำลังกายในครั้งนี้จึงสามารถช่วยเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างได้

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Shamsi และคณะ ในปี ค.ศ. 2022⁽²³⁾ เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มในผู้ป่วยปวดหลังจำนวน 45 คน กำหนดให้ผู้ป่วยออกกำลังกายแบบยืดกล้ามเนื้อร่วมกับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัดแบบมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า การออกกำลังกายดังกล่าวนี้สามารถลดระดับอาการปวดและสามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบของการออกกำลังกาย เป็นรูปแบบการสอนและให้ผู้ป่วยทำเองที่บ้าน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการรวบรวมผลการวิจัยของ Qeuntin และคณะ ในปี ค.ศ. 2021⁽²⁴⁾ ซึ่งได้รวบรวมการวิจัยทั้งหมด 33 การวิจัย ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่ออกกำลังกายที่บ้าน สามารถลดระดับอาการปวดและลดระดับการจำกัดการเคลื่อนไหวและการทำกิจกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลของการออกกำลังกายและการให้ความรู้ตามหลักกายศาสตร์ในครั้งนี้ให้ผลการศึกษาที่ดีและไม่พบผลเสียที่สัมพันธ์กับการออกกำลังกาย อีกทั้งยังเป็นโปรแกรมที่สามารถใช้ในการรักษาและส่งเสริมสภาวะสุขภาพในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างได้ เนื่องจากโรงพยาบาลโกสุมพิสัยเป็นโรงพยาบาลชุมชน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ต้องทำงานอย่างต่อเนื่องด้วยท่าทางซ้ำๆ มักเกิดอาการซ้ำ โปรแกรมการรักษาและส่งเสริมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง โดยจุดเด่นคือ จำนวนท่าไม่มากเกินไป ไม่มีอุปกรณ์ ไม่มีค่าใช้จ่าย และมีแนวโน้มของการลดการใช้ยาได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองที่บ้านได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดบางประการ คือมีอาสาสมัครส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งอาจส่งผลต่อการอ้างอิงผลการศึกษาเมื่อนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งควรมีการกระจายตัวของอาสาสมัครในทั้ง 2 เพศ ให้มี

จำนวนที่ใกล้เคียงกัน นอกจากนี้การศึกษานี้ใช้อาสาสมัครเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปานกลาง และไม่มียาแก้ปวดเปรียบเทียบกับ ดังนั้นในการศึกษาค้างต่อไปควรศึกษาในผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้นด้วย รวมถึงควรศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มซึ่งมีกลุ่มควบคุม และศึกษาผลต่อคุณภาพชีวิตหรือการเป็นซ้ำ เพื่อให้เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

การศึกษานี้สรุปได้ว่า การออกกำลังกายและการให้ความรู้ตามหลักกายศาสตร์มีแนวโน้มในการช่วยลดระดับอาการปวดและเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง สามารถใช้เป็นทางเลือกในการออกกำลังกายเพื่อส่งเสริมสภาวะสุขภาพในการปวดหลังส่วนล่างได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ณัฐวุฒิ มาสาซ้าย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ภก.อัญญาชา สาครจันทร์ หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู พว.สุพิศ ศรีหลง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแพง ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ และขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลจนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สิริโชค ปะที, สายหยุด มูลเพชร, พิศศักดิ์ ชินชัย. พฤติกรรมเสี่ยงต่ออาการปวดหลังของเกษตรกรชาวสวนลำไยที่เข้ารับการรักษาโดยวิธีกายภาพบำบัดในโรงพยาบาลบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน. ลำปางเวชสาร 2560;38(2):59-68.
2. อนุวัฒน์ อัครสุวรรณ. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงทางกายศาสตร์ที่สัมพันธ์กับอาการทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ในกลุ่มคนตัดป่าลุ่ม ตำบลลิ้นปี่ อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560. 97 หน้า.
3. Hossain A, Kamrujjaman M, Malleque A. Associated factors and pattern of musculoskeletal pain among male handloom weavers residing in Belkuchi, Shirajgonj: a cross sectional study. Int J Sci Eng 2018;9(10):1447-51.
4. อรพันธ์ อันติมานนท์, โกวิทย์ บุญมีพงศ์, อธิรัตน์ สายแปง, กมลชนก สุขอนันต์, อารีพิศ พรหมรัตน์, พีรวิชญ์ จุลเรือง, และคณะ. ภาวะโรคปวดหลังในผู้ประกอบอาชีพ. วารสารควบคุมโรค 2559;42(2):119-29.
5. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟิคแอนดส์ดีไซน์; 2559.
6. นภาพร จันตะรังษี. แนวทางการรักษาทางกายภาพบำบัดกับผู้ป่วยภาวะหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน. วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล 2560;2(2):1-16.

7. Wang L, Ye H, Li Z, Lu C, Ye J, Liao M, et al. Epidemiological trends of low back pain at the global, regional, and national levels. *Eur Spine J* 2022;31(4):953-62.
8. รุจาธร อินทรตุล, วันชัย เลิศวัฒนวิลาส, เบญญาภา พรหมพุก, อภิชาติ ภาคโอสถ, วิไลลักษณ์ วงศ์เจริญ. ปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้ป่วยปวดหลังเรื้อรัง. *พยาบาลสาร* 2563;47(4):484-96.
9. Zhou T, Salman D, McGregor A. A recent clinical practice guidelines for the management of low back pain: a global comparison. *BMC Musculoskelet Disord* 2024;25(1):334.
10. Chiarotto A, Kose BW. Nonspecific low back pain. *N Engl J Med* 2022;386(18):1732-40.
11. Fernández-Rodríguez R, Álvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, Torres-Costoso A, Pozuelo-Carrascosa DP, Reina-Gutiérrez S, Pascual-Morena C, Martínez-Vizcaino V. Best exercise options for reducing pain and disability in adults with chronic low back pain: pilates, strength, core-based, and mind-body. a network meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther* 2022;52(8):500-14.
12. Fiter J, Werdhani RA, Wahyuni S. Effect of back-exercise on the level of pain and disability among hospital ward nurses with subacute and chronic nonspecific low back pain. *J Phys Conf Ser* 2018;1073(6):062027.
13. Cavalieri TA. Pain management in the elderly. *J Am Osteopath Assoc* 2002;102(9):481-5.
14. Adha FR, Komalasari DR. Validity and reliability of the numerical rating scale in non-myogenic low back pain patients. *Acad Physiother* 2024;1(3):9-19.
15. Sanjaroensuttikul N. The Oswestry low back pain disability questionnaire (version 1.0) Thai version. *J Med Assoc Thai* 2007;90(7):1417-22.
16. Hlaing SS, Puntumetakul R, Khine FF, Boucaut R. Effects of core stabilization exercise and strengthening exercise on proprioception, balance, muscle thickness and pain related outcomes in patients with subacute nonspecific low back pain: a randomized controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord* 2021;22(1):998.
17. George SZ, Fritz JM, Silfies SP, Schneider MJ, Beneciuk JM, Lentz TA, et al. Interventions for the management of acute and chronic low back pain: revision 2021. *J Orthop Sports Phys Ther* 2021;51(11):CPG1-CPG60.
18. Zhao K, Zhang P, Li H, Li L. Exercise prescription for improving chronic low back pain in adults: a network meta-analysis. *Front Public Health* 2025;13(1):1512450.
19. Sluka KA, Frey-Law L, Hoeger Bement M. Exercise-induced pain and analgesia? Underlying mechanisms and clinical translation. *Pain* 2018;159(1):S91-S97.
20. Lakra SK. Meta-analyses of the effect of ergonomic intervention on low back pain outcomes and whether LBP leads to absenteeism among manual material handling workers [Master Thesis in Human Kinetics]. Ontario: Laurentian University, 2017.
21. Xu HR, Zhang YH, Zheng YL. The effect and mechanism of motor control exercise on low back pain: a narrative review. *Effort Open Rev* 2023;8(7):581-91.
22. Mendonça Turci A, Gorla Nogueira C, Nogueira Carrer HC, Chaves TC. Self-administered stretching exercise are as effective as motor control exercises for people with chronic non-specific low back pain: a randomised trial. *J Physiother* 2023;69(2):93-9.
23. Shamsi MB, Ahmadi A, Mirzaei M, Jaberzadeh S. Effects of static stretching and strengthening exercises on flexion relaxation ratio in patients with LBP: a randomized clinical trial. *J Bodyw Mov Ther* 2022;30(1):196-202.
24. Quentin C, Bagheri R, Ugbolue UC, Coudeyre E, Pélissier C, Descatha A, et al. Effect of home exercise training in patients with nonspecific low-back pain: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(16):8430.

Effects of an Exercise Program and Ergonomics Education on Severity of Pain and Activities of Daily Living in Patients with Low Back Pain

Benjamaporn Hanchanlert

Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Kosumphisai Hospital, Maha Sarakham Province, Thailand

Abstract

Low back pain is a common health problem within musculoskeletal disorders and is often recurrent. This study aimed to study about the effects of an exercise program combined with ergonomics-education on severity of pain and activities of daily living in patients with low back pain. The study was conducted between August to September 2025. A total of 20 patients diagnosed with low back pain were recruited based on sample size calculation. The participants had a mean age of 51.1 ± 7.9 years. The study was conducted for a duration of four weeks. Participants were instructed to perform the prescribed exercises at least four days per week, together with ergonomics education focusing on proper postures during daily activities. The exercise program consisted of five manners: back extension, knee to chest, knee roll, bottom to heel, and opposite arm-leg raise. The study assessment included severity of pain, assessed by Numerical Rating Scale, and activities of daily living, assessed by the Oswestry Low Back Pain Disability Index (Thai version). Data were analyzed by using descriptive statistics and paired t-test. The findings revealed that before intervention, pain score 6.30 ± 1.13 , which decreased significantly to 2.85 ± 1.09 post intervention ($p < 0.001$). Functional disability scores also decreased significantly, from $33.70 \pm 13.69\%$ at baseline to $10.80 \pm 9.59\%$ after the intervention ($p < 0.001$). The findings suggested an association between participation in an exercise program combined with ergonomic education and reductions in pain intensity, together with improvements in functional ability among patients with low back pain. This approach may serve as a guideline for health promotion and treatment in this patient population. However, further research using randomized controlled trials and evaluations of quality of life is recommended to provide stronger evidence regarding the long-term benefits of exercise in low back pain management.

Keywords: low back pain; exercise; ergonomic; physical therapy; health promotion

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยง โรคเบาหวานในพื้นที่สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

อานา ขวัญศักดิ์

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ ใช้การสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 88 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทำการวัดก่อนและหลังการทดลอง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากขนาดอิทธิพลของการวิจัยแบบสองกลุ่มที่วัดผลก่อนและหลังการทดลอง แบ่งออกเป็นสองกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง 44 คน และกลุ่มควบคุม 44 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นแบบวัดการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย โดยข้อคำถามมีทั้งข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบจำนวน 25 ข้อ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจำนวน 5 ครั้ง ประกอบด้วยครั้งที่ 1 เพื่อพัฒนาความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ครั้งที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ครั้งที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการดำเนินกิจกรรมครบ 4 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเจาะเลือดและนำส่งห้องปฏิบัติการเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังงดอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงครั้งที่ 4 การสนับสนุนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน และครั้งที่ 5 เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังสิ้นสุดโครงการ ใช้สถิติการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโครงการโดยใช้สถิติ (independent t-test) เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเข้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโครงการและหลังเข้าร่วมโครงการ 4 และ 12 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่าหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ระดับน้ำตาลในเลือดประเมินจากค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีพบว่าไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโครงการ และไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม แต่มีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า 4 และ 12 สัปดาห์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ; พฤติกรรมการดูแลตนเอง; กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน

บทนำ

ประเทศไทยพบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีอัตราเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว เช่นเดียวกันโดยเพิ่มเกือบ 2 เท่าภายในระยะเวลาเพียง 10 ปีจากร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 7 ในปี พ.ศ. 2562⁽¹⁾ เมื่อมองภาพรวมในระดับจังหวัดแล้วชัยภูมิเป็นจังหวัดหนึ่งที่พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีมากถึงร้อยละ 10.27⁽²⁾ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสามารถวินิจฉัยจากการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร 6-8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose: FPG) โดยมีค่าระหว่าง 100 -125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือทดสอบความทนต่อกลูโคสด้วยการรับประทานกลูโคส 75 กรัม แล้ววัดระดับน้ำตาลในเวลา 2 ชั่วโมงต่อมา (oral glucose tolerance test: OGTT) พบว่ามีค่าระหว่าง 140-199 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรหรือจากการตรวจระดับน้ำตาลสะสม⁽³⁾ จังหวัดชัยภูมิเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีอัตราการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น จากข้อมูลในปี พ.ศ.2560, 2561 และ 2562 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานคิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 677.9, 766.5 และ 1,063.6 ต่อแสนประชากรตามลำดับ และข้อมูลจากโรงพยาบาลชัยภูมิ พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมีปริมาณเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ดังสถิติปี พ.ศ. 2560, 2561 และ 2562 คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 734.6, 894.21 และ 976.9 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับพื้นที่อำเภอเกษตรสมบูรณ์จากข้อมูลโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานในปี 2564 จำนวน 7,054 คน และในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 8,093 คน ข้อมูลวันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2565⁽⁴⁾ และจากการสรุปผลข้อมูลตามแบบฟอร์มข้อมูลการคัดกรองผู้ป่วยโรคเบาหวานปี พ.ศ. 2564 ของอำเภอเกษตรสมบูรณ์ พบประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงประกอบด้วยความเสี่ยงดังนี้มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร คิดเป็นร้อยละ 36.13 มีประวัติโรคครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน (บิดามารดาพี่น้อง) คิดเป็นร้อยละ 27.84 จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเกษตรสมบูรณ์ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่จะต้องรีบแก้ไข ฉะนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องหาแนวทางป้องกันโรคเบาหวานในประชาชนกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากการหาแนวทางป้องกันโรค

ก่อนระยะโรคนั้นจะปรากฏเป็นวิธีการที่สำคัญ และได้ผลมากที่สุด⁽⁵⁾ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรม การป้องกันโรคเบาหวาน การศึกษาโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่มีภาวะเริ่มเป็นเบาหวาน พบว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารควบคู่กับการออกกำลังกาย สามารถลดอุบัติการณ์โรคเบาหวานร้อยละ 46 และร้อยละ 58 ตามลำดับ โปรแกรมการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงยังส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกายระดับคอเลสเตอรอลในเลือดและระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดลดลง⁽⁶⁾ แต่เมื่อพิจารณาถึงการศึกษาผลของการเปลี่ยนแปลงของค่าระดับน้ำตาลในเลือด ในการศึกษาประเด็นนี้ควรจะได้รับการศึกษาที่มากขึ้นเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการอธิบายผลการเปลี่ยนแปลงในเชิงชีววิทยากล่าวได้ว่าการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีส่วนสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลตนเองในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและส่งผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ โดยนำระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มาใช้ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีพฤติกรรม การรับประทานอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมจะช่วยควบคุมหรือลดระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อชะลอหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทำการวัดก่อนและหลังการ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 88 คน ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากขนาดอิทธิพลของการศึกษาแบบสองกลุ่มที่วัดผลก่อนและหลังการทดลอง⁽⁷⁾ โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 44 คนและกลุ่มควบคุม 44 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นแบบวัดการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย โดยข้อคำถามมีทั้งข้อคำถามทางบวกและข้อคำถามทางลบจำนวน 25 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้างรวมถึงความถูกต้องในการใช้ภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย (1) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ จำนวน 2 ท่าน และ (2) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ จำนวน 1 ท่าน ภายหลังจากผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาและโครงสร้าง รวมถึงความถูกต้องในการใช้ภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาทดสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index; CVI) โดยแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองได้เท่ากับ 0.85 หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและทำการศึกษาเพื่อดูความเหมาะสมของโปรแกรม และนำแบบแผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน นำไปทดลองใช้โดยให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน จำนวน 3 คน อ่านเพื่อความเข้าใจของภาษา และนำมาปรับเพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง ส่วนคู่มือส่งเสริมสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน หลังจากปรับตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในชุมชน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างทดลองใช้จำนวน 3 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของขนาดตัวหนังสือแล้วนำข้อเสนอแนะจากผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมาปรับปรุงอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการศึกษา

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรง

ตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ และนำมาหาความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78 เมื่อสิ้นสุดโครงการได้ค่าความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่าง 88 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80

3. การตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือ (accuracy and precision) เครื่องวิเคราะห์ระดับน้ำตาลในเลือดเครื่อง Automatic Chemistry Analyzer รุ่น Dimension RXL MAX ของบริษัท E for L International มีการทดสอบความตรงและความเที่ยงจากหน่วยงานภายนอก ได้แก่ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ทุก 4 เดือน การตรวจสอบภายในหน่วยงานโดยเจ้าหน้าที่ก่อนใช้งานทุกวัน โดยมีการบันทึกวันที่รับการตรวจสอบ จัดทำขั้นตอนการปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ฝึกทักษะเป็นกลุ่มย่อย 2 ครั้ง คู่มือการดูแลตนเองและการติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง โดยกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ในการป้องกันโรคเบาหวานรายบุคคลโดยบุคลากรสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

2. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจำนวน 5 ครั้ง

2.1 ครั้งที่ 1 เพื่อพัฒนาความรู้แก่กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานโดยจะเป็นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่าง จะมีการซักถามเพื่อประเมินความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนที่จะเริ่มการอธิบายความรู้ในแต่ละประเด็น เพื่อเป็นการให้ความรู้เพิ่มเติมจากความรู้เดิมแล้วจึงเปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

2.2 ครั้งที่ 2 การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ที่ผ่านมา 1 สัปดาห์รวมถึงปัญหาอุปสรรคที่พบ ผู้วิจัยได้ตั้งคำถามกลุ่มตัวอย่างในเรื่องประสบการณ์การออกกำลังกาย และรูปแบบการรับประทานอาหารของแต่ละบุคคล ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 2 สิ้นสุดลงผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งใน 4 สัปดาห์ถัดไป

โดยให้กลุ่มตัวอย่างงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้า (FPG)

2.3 ครั้งที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการดำเนินกิจกรรมครบ 4 สัปดาห์โดยผู้วิจัยเจาะเลือดและนำส่งห้องปฏิบัติการเพื่อวัดระดับน้ำตาลในเลือด ภายหลังงดอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง

2.4 ครั้งที่ 4 การสนับสนุนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจกลุ่มเสี่ยงทั้งนี้การดำเนินการเยี่ยมบ้านจะดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8 โดยเยี่ยมบ้านผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยคนละ 1 ครั้งใช้เวลาคนละ 30 นาที

2.5 ครั้งที่ 5 เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังสิ้นสุดโครงการครบ 12 สัปดาห์ใช้เวลา 3 ชั่วโมงโดยเริ่มตั้งแต่เวลา 8.00 - 11.00 น.

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ใช้สถิติ independent t-test เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโครงการและหลังเข้าร่วมโครงการ 4 และ 12 สัปดาห์โดยใช้สถิติ repeated measure ANOVA

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เลขที่ 97/2567 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัย-พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยได้มีการแนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการทำการศึกษาและขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการใช้ข้อมูลที่ตรงตามความเป็นจริงและพร้อมชี้แจงกับกลุ่มตัวอย่างว่า การเข้าร่วมการศึกษาค้างนี้ เป็นไปด้วยความสมัครใจ ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจด้วยตนเอง โดยคณะผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีระบุชื่อ และรายงานการศึกษาจะเสนอผลโดยรวม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษาก็สามารถถอนตัวระหว่างการศึกษได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลจะถูกทำลายภายใน 1 ปี การศึกษา

ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา

1. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์

2. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สำหรับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการเปรียบเทียบระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโครงการ สำหรับกลุ่มควบคุมผลการศึกษพบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		paired t-test	p-value
	M	SD	M	SD		
พฤติกรรมการดูแลตนเองสุขภาพ						
กลุ่มทดลอง (n=44)	3.08	0.38	3.48	0.45	-5.494	0.000
กลุ่มควบคุม (n=44)	2.99	0.36	2.91	0.31	2.714	0.010
ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี						
กลุ่มทดลอง (n=44)	6.36	0.71	6.48	0.74	-1.336	0.159
กลุ่มควบคุม (n=44)	6.12	0.51	6.62	0.76	-5.883	0.000

3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนผลการเปรียบเทียบของกลุ่มทดลองไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ($p>0.05$) ดังตารางที่ 2

4. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 4 และ 12 สัปดาห์

1. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 4 และ 12 สัปดาห์ ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการที่ 4 และ 12 สัปดาห์ พบว่า โปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองมีอิทธิพลต่อค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

แสดงให้เห็นว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการดูแลตนเองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าแตกต่างจากกลุ่มควบคุม และพบว่าเวลาในการเข้าร่วมโครงการมีผลต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ซึ่งแสดงว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการ 4 และ 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ ดังตารางที่ 3

2. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 4 และ 12 จำแนกสัปดาห์ ตามรายกลุ่มผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าในแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าไม่ แตกต่างกัน ($p>0.05$) สำหรับผลการเปรียบเทียบภายหลังเข้าร่วมโครงการ 4 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 4

3. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าในแต่ละช่วงเวลาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการที่ 4 และ 12 สัปดาห์จำแนกตามรายกลุ่ม พบว่า หลังเข้าร่วมโครงการ 4 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าไม่แตกต่างจาก

ก่อนเข้าร่วมโครงการ สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าหลังเข้าร่วมโครงการ 4 สัปดาห์และ 12 สัปดาห์มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์พบว่า กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า ไม่แตกต่างจาก 4 สัปดาห์ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์

ตัวแปร	ค่าที่เป็นไปได้ (Possible Score)	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=44)		t-test	p-value
		M	SD	M	SD		
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	1-5 คะแนน	3.48	0.44	2.91	0.32	6.711	0.000
ระดับฮีโมโกลบินเอวันซี	5.7-6.4 (%)	6.48	0.75	6.60	0.77	-0.864	0.380

ตารางที่ 3 ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) ก่อนอาหารเช้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 4 และ 12 สัปดาห์

ความแปรปรวน	sum of Squares	df	Mean squares	F-test	p-value	Partial Eta Squared
ระหว่างกลุ่ม						
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า	3017.504	1	3017.504	8.636	0.004	0.100
ความคลาดเคลื่อนภายในกลุ่ม	27245.625	78	349.418			
ภายในกลุ่ม						
ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้า	512.633	2	284.315	3.689	0.032	0.045
ความคลาดเคลื่อนภายในกลุ่ม	6121.875	156	78.486			

ตารางที่ 4 ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ 4 และ 12 สัปดาห์

ตัวแปร	ค่าที่เป็นไปได้ (Possible Score)	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มควบคุม (n=44)		t-test	p-value
		M	SD	M	SD		
ระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้า (FPG)	(mg%)						
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	100-125	112.70	9.10	113.43	7.37	-0.391	0.687
หลังเข้าร่วมโครงการ 4 สัปดาห์	100-125	111.10	13.98	119.38	12.70	-2.770	0.006
หลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์	100-125	110.48	17.96	121.75	12.64	-3.535	0.001

ตารางที่ 5 ระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการที่ 4 และ 12 สัปดาห์ (ภายในกลุ่ม)

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าที่เป็นไปได้ (Possible Score) (mg%)	ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนอาหารเช้า (FPG)			ความแตกต่าง*		
		ก่อนเข้า โครงการ (1)	หลังโครงการ 4 สัปดาห์ (2)	หลังโครงการ 12 สัปดาห์ (3)	(1)-(2)	(1)-(3)	(2)-(3)
กลุ่มทดลอง							
Mean	100-125	112.70	111.10	110.36	1.500	2.235	0.615
SD		9.12	13.98	17.86			
กลุ่มควบคุม							
Mean	100-125	113.43	117.37	122.75	-5.95**	-9.325**	-3.375
SD		7.35	12.68	12.64			

หมายเหตุ: * Bonferroni test, ** p<0.05

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สำหรับกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญ ผลการเปรียบเทียบระดับฮิโมโกลบินเอวันซีของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับฮิโมโกลบินเอวันซีไม่แตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโครงการ สำหรับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่าภายหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยระดับฮิโมโกลบินเอวันซีสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งจากวิธีการดำเนินงานผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองได้รับความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ในชีวิตประจำวัน จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

โปรแกรมที่ศึกษามีความแตกต่างจากการศึกษาของอารีย์ แสงศรี และคณะ⁽⁸⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง อำเภอหาดใหญ่ จังหัดยโสธร ใช้โปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงพัฒนาขึ้นตามรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานโดยรวม และพฤติกรรมออกกำลังกายสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แต่จุดเด่นของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองจะประกอบด้วยกิจกรรมการสอน การชี้แนะสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ กลุ่มทดลองจะได้รับการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านการสนับสนุนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรม

การดูแลตนเองด้วยการติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจกลุ่มเสี่ยง ประสานความร่วมมือบุคคลที่มีความสำคัญและผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดยการดำเนินการติดตามเยี่ยมบ้านประกอบไปด้วย การติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย สอบถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ให้การชี้แนะบอกแนวทาง ในการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งการพูดคุยให้กำลังใจ ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา กิจกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ร่วมกับการใช้คู่มือการดูแลตนเองเนื้อหาประกอบด้วย ความรู้เรื่องความหมายของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเบาหวาน วิธีการป้องกันโรคเบาหวานซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการดูแลตนเองในด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย มีการสื่อสารแบบ 2 ทาง การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในประเด็นความรู้และการดูแลตนเองเรื่องการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การจัดสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยระดับฮิโมโกลบินเอวันซีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับฮิโมโกลบินเอวันซีเพิ่มขึ้นน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โปรแกรมการศึกษามีความแตกต่างจากผลงานการศึกษาของ ทิพย์วดี ธรรมคง⁽⁹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมรับประทานอาหาร

และออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) มีความแตกต่างจากโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองที่พัฒนาจากแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย การสนับสนุนให้ความรู้โดยการสอนเป็นกลุ่มย่อย การให้คู่มือการดูแลตนเองและการติดตามเยี่ยมบ้าน มีประสิทธิภาพในการเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองจะมีระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าที่ 4 และ 12 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า กลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าได้อย่างต่อเนื่องโดยอยู่ในระดับที่ค่อนข้างคงที่ โดยระดับของระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้ามีค่าลดลงและสอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญ การสนับสนุนให้ความรู้เป็นการพัฒนาความรู้หรือทักษะเฉพาะที่จำเป็น โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมคิดตัดสินใจและลงมือปฏิบัติโดยได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ

เมื่อประสบปัญหาในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างจริงจังและมีเป้าหมายซึ่งส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ เห็นได้จากกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคเบาหวานได้ และส่งผลให้สามารถรักษาระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเช้าและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีให้อยู่ในเกณฑ์ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายนิมิตร จรัสสุริยสกุล สาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ ที่สนับสนุนการศึกษา ขอขอบคุณผู้ประชุมชน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สนับสนุนให้มีการจัดการประชุมวางแผนการดำเนินงาน เก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานทำให้มีแนวทางอย่างชัดเจน ขอขอบคุณผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกตำบลที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานตามกระบวนการศึกษา ทำให้การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. เลอศักดิ์ เท็ดวัฒน์. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเขตอุตสาหกรรมจังหวัดเพชรบุรี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543. 90 หน้า.
2. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อประชากร เขตสุขภาพที่ 9 ประจำปี 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
3. มูลนิธิพัฒนาสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี. คู่มือการพัฒนาหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 ก.พ. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/021c6b23-e30d-eb11-80ec-00155d09b41f>
4. โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์. ข้อมูลการคัดกรองภาวะสุขภาพประจำปีงบประมาณ 2565. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์; 2565.
5. พรทิพย์ เอกสุริยพงษ์. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 11 พ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <http://www.stpho.go.th/Research/พรทิพย์%20เอกสุริยพงษ์.pdf>
6. อัมพร ไวยโกคา. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสันมะนะ ตำบลต้นธง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่ 2562;14(1):83-94.
7. Jekel JF, Katz DL, Elmore JG. Epidemiology, biostatistics and preventive medicine. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2001.

8. อารีย์ แสงศรี, วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล, ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง อำเภอหาดขาม จังหวัดยโสธร.วารสารพยาบาล 2564;70(4):1-10.
9. ทิพย์ดี ธรรมคง. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี:มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2566. 196 หน้า.
10. Orem DE. Nursing: concepts of practices. 6th ed. St. Louis: Mosby Year Book; 2001.

The effect of health promotion program on self-care behavior and blood sugar level of diabetes risk group in the area of Kaset Sombun District Public Health Office, Chaiphum Provinces

Awana Khunsak

Kaset Sombun District Public Health Office, Chaiphum Province, Thailand

Abstract

This study was quasi-experimental research. The sample consisted of 88 individuals at risk for diabetes within the service area of the Kaset Sombun District Public Health Office, selected via purposive sampling and divided into two groups: an experimental group (n=44) and a control group (n=44). Data collection utilized a two-part questionnaire covering personal information and self-care behaviors regarding diet and exercise; the latter comprised 25 items (a mix of positive and negative statements). The experimental group participated in a five-session program: Session 1 focused on enhancing knowledge regarding diabetes risk; Session 2 involved sharing experiences on self-care (diet and exercise); Session 3 involved data collection after four weeks of activities, including blood sampling for fasting blood glucose measurement (after at least 6–8 hours of fasting); Session 4 provided support for self-care practices through home visits; and Session 5 involved final data collection upon project completion. Statistical analysis included comparing mean self-care behavior scores and Hemoglobin A1c (HbA1c) levels between the experimental and control groups post-intervention using an independent t-test, as well as comparing pre-breakfast blood glucose levels between the two groups. Data collected before the program and at 4 and 12 weeks post-program were analyzed using repeated measures ANOVA. The results showed that, at 12 weeks post-program, the experimental group's mean self-care behavior score was significantly higher than the pre-program level; and significantly higher than that of the control group ($p < 0.05$). Regarding blood glucose levels-assessed via mean Hemoglobin A1c (HbA1c) no significant difference was found compared to pre-program levels or the control group; however, the increase in mean HbA1c levels in the experimental group was significantly lower than in the control group ($p < 0.05$). In contrast, the control group showed a statistically significant increase in mean pre-breakfast blood glucose levels at 4 and 12 weeks compared to pre-program levels.

Keywords: health promotion program, self-care behavior, diabetes risk group

ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านม และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเคื่อ อำเภอกะสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

สมปอง ยงดี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเคื่อ จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัดก่อนและหลังการทดลอง ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมและพฤติกรรมดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเคื่อ อำเภอกะสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 30 - 70 ปี ที่มีญาติสายตรงลำดับที่ 1 เป็นมะเร็งเต้านม (มารดา พี่สาว/น้องสาว) ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพเต้านม และแบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองระหว่างกลุ่มทดลองกับควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพเต้านมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA ผลการศึกษา พบว่า เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพเต้านมของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพเต้านมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

คำสำคัญ: ส่งเสริมสุขภาพ; พฤติกรรมดูแลสุขภาพเต้านม; สตรีกลุ่มเสี่ยงมะเร็งเต้านม

วันรับ: 3 ก.ค. 2569

วันแก้ไข: 7 ส.ค. 2569

วันตอบรับ: 16 ส.ค. 2569

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาที่สำคัญต่อสุขภาพสตรีทั่วโลก จากสถิติเกี่ยวกับโรคมะเร็งของทั่วโลกปี 2018 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมทั้งหมด 18 ล้านคน เป็นเพศชาย 9.5 ล้านคน และเพศหญิง 8.5 ล้านคน⁽¹⁾ โรคมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบอันดับ 1 ในสตรีไทย มีอุบัติการณ์การเกิดโรค 28.5 คนต่อประชากร 100,000 คน หรือ 12,613 คนต่อปี⁽²⁾ สถานการณ์การป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากต้องสัมผัสปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการใช้ชีวิตประจำวันและพฤติกรรมต่างๆ ที่สะสมมาเป็นระยะเวลายาวนานการสัมผัสสารก่อมะเร็ง โดยเฉพาะโรคมะเร็งที่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน ได้แก่ โรคมะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ใหญ่ เมื่อผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งชนิดต่างๆแล้ว จะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งจากโรคและผลกระทบจากการรักษาโดยพบว่า เมื่อเข้าสู่ระยะลุกลามจะก่อให้เกิดอาการต่างๆ พร้อมกันหลายอาการ เช่น อ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย ปวด เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง เป็นต้น มะเร็งเต้านมที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์เกิดจากการกลายพันธุ์ของยีนที่ส่งต่อมาจากพ่อแม่ ร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเกิดจากการกลายพันธุ์ของยีนที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ยีนประกอบด้วยดีเอ็นเอและการเปลี่ยนแปลงบางอย่างภายในดีเอ็นเอ มีความเชื่อมโยงกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของมะเร็งเต้านม ยีน BRCA1 และ BRCA2 เป็นยีนที่พบได้บ่อยที่สุดที่เชื่อมโยงกับมะเร็งเต้านม แต่การกลายพันธุ์ที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมในยีนอื่นๆ อาจส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านมได้เช่นกัน ถึงแม้ว่าการมีประวัติมะเร็งเต้านมในครอบครัวมีการกลายพันธุ์ทางพันธุกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงซึ่งการจัดการดูแลรักษาโรคมะเร็งมีความซับซ้อน โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ เนื่องจากการมีโรคเรื้อรังอื่นๆ ร่วมด้วย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเป็นไปในทางเสื่อมถอย อาจทำให้ส่งผลต่อการได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้ ซึ่งการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีเป้าหมายในการดูแลแบบประคับประคองมุ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่เผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเน้นบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆ⁽³⁾

จังหวัดชัยภูมิพบผู้ป่วยมะเร็งร้อยละ 24.30 การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจำเป็นต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน การรักษาส่วนใหญ่ใช้วิธีการรักษาแบบผสมผสาน ทั้งการผ่าตัด การรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา ฮอโมน การรักษาแบบมุ่งเป้าและการรักษาโดยเพิ่มภูมิคุ้มกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็งและความเหมาะสมของแต่ละบุคคล การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ เมื่อโรคเริ่มลุกลามและนำไปสู่การเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย อำนวยเกษตรสมบูรณ์ พบอัตราป่วยด้วยมะเร็งเต้านมสูงสุด โดยพบว่าปี พ.ศ. 2560-2562 มีอัตราป่วยมะเร็งเต้านมต่อพันประชากร เท่ากับ 3.95, 3.90 และ 3.81 ตามลำดับ⁽⁴⁾ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชัยภูมิในปี พ.ศ. 2560-2562 พบว่าอยู่ในระยะที่ 1-2 ร้อยละ 63.5, ร้อยละ 56.1 และร้อยละ 63.6 ตามลำดับ⁽⁵⁾ การคัดกรองมะเร็งเต้านมของจังหวัดชัยภูมิ ดำเนินการได้ดีกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข กำหนด (เป้าหมายการคัดกรองมะเร็งเต้านมมากกว่าร้อยละ 80)⁽⁶⁾ โดยในปี พ.ศ. 2560-2562 สามารถตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมได้ ร้อยละ 45.27, 49.46 และ 55.63 ตามลำดับ

ดังนั้น ผู้วิจัยได้ตระหนักเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพสตรีกลุ่มเสี่ยงในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิภาพโครงการส่งเสริมสุขภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ อำนวยเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการศึกษา

ในการศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัดก่อนและวัดหลังการทดลอง ประชากรในการศึกษานี้ คือ ประชากรสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 30-70 ปี ที่มีญาติสายตรงลำดับที่ 1 เป็นมะเร็งเต้านม จำนวน 415 คน กลุ่มตัวอย่างสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 30 - 70ปี ที่มีญาติสายตรงลำดับที่ 1 เป็นมะเร็งเต้านม (มารดา พี่สาว/น้องสาว) ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 60 คน กลุ่มตัวอย่าง

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ ประวัติ-ประจำเดือน การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประวัติการตรวจเต้านมโดยบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 25 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 30 ข้อ แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งประยุกต์ใช้แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกรมอนามัย ซึ่งประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองภายหลังการฝึกปฏิบัติ มีจำนวน 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านม แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลในสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลในสาขาการพยาบาลศัลยกรรม 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งเต้านมจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความตรง-เชิงเนื้อหาโดยวิธีหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) และเกณฑ์ในการพิจารณาความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ สำหรับเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้น ควรมีค่า CVI ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป

2. แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านม นำแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านมที่ปรับปรุงแก้ไข มาหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือการวิจัยกับสตรีในพื้นที่ ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ไปทดลองใช้ที่เขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลโนนกกอก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ โดยให้ตอบแบบสอบถามและนำมาหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient และเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ มีค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป นำแบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต ด้วยวิธีการหาค่าความ-เท่าเทียมกันของผู้สังเกต (interrater reliability) โดยใช้ผู้สังเกต 2 คน สังเกตทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง 5 คน ซึ่งมีจำนวนข้อที่สังเกตตามแบบ-ประเมิน 9 ข้อ แล้วจึงนำแบบสังเกตจากผู้สังเกตทั้งสองท่าน มาหาค่าความสอดคล้องกัน โดยเกณฑ์ในการตัดสินความเท่าเทียมของการสังเกต คือ มีความสอดคล้องกันมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70⁽⁷⁾ ในการศึกษาครั้งนี้ แบบ-ประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยผู้สังเกต 2 คน พบว่า ค่าความสอดคล้องของการสังเกตเท่ากับร้อยละ 86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะก่อนดำเนินการ

1. ดำเนินการเสนอขอรับเอกสารรับรองโครงการวิจัย ในมนุษย์โดยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

2. ทำหนังสือประสานผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ดังนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ ผู้นำชุมชนทั้ง 4 หมู่บ้าน

3. จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพด้านม แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

4. เตรียมผู้ดำเนินการเก็บข้อมูล จำนวน 2 คน ได้แก่ พยาบาลประจำหมู่ที่ 1 บ้านเตื่อและหมู่ที่ 16 บ้านเตื่อพัฒนา จำนวน 2 คน ชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา ขั้นตอนในการดำเนินการศึกษาและบทบาทของผู้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยนัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมตามวัน เวลา และสถานที่ที่กำหนด จัดเตรียมสถานที่ดำเนินกิจกรรม เป็นที่เลี้ยงประจำฐานการเรียนรู้ในฐานรู้ดูและฐานรู้คลำ และช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาในครั้งนี้

ระยะดำเนินการ

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการการศึกษาของสตรีกลุ่มตัวอย่างของหมู่ที่ 1 บ้านเตื่อ และหมู่ที่ 16 บ้านเตื่อพัฒนา อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 คน เพื่อเป็นกลุ่มทดลอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีดำเนินการศึกษาและระยะเวลาที่เข้าร่วมในการศึกษา โดยเปิดโอกาสให้ซักถามและตัดสินใจในการเข้าร่วมศึกษาด้วยความสมัครใจ ขอความร่วมมือของสตรีกลุ่มตัวอย่างของหมู่ที่ 5 บ้านหนองแต้ และหมู่ที่ 18 บ้านบึงมะนาว อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 คน เพื่อเป็นกลุ่มควบคุมและนัดหมายเข้าร่วมกิจกรรมให้ความรู้และสอนสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำตามปกติ

2. เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองให้การดูแลตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงเป็นรายบุคคลจนครบจำนวน 30 ราย เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าร่วมโปรแกรม และมีอิสระจากกันระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

3. กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ (1) กิจกรรมส่งเสริมถูกต้องแล้วการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (2) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นกิจกรรมฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (3) กิจกรรมการตรวจเต้านม เป็นการใช้อิทธิพลระหว่างบุคคล โดยดำเนินการตรวจเต้านมให้กับสตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองและให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล (4) กิจกรรมการจัดการอุปสรรคและความชื่นชอบอื่นของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และ (5) กิจกรรมกระตุ้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยแอปพลิเคชันไลน์เป็นการใช้อิทธิพลด้านสถานการณ์ในการกระตุ้นและติดตามการปฏิบัติของสตรีกลุ่มเสี่ยงสื่อสารโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อใช้ในการให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ และเป็นช่องทางในการซักถามข้อสงสัยของสตรีในกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 8 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้สถิติ repeated measures ANOVA

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ดำเนินการขอเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ เลขที่ 46/2568 วันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ในพื้นที่เพื่อแจ้งถึงวัตถุประสงค์และดำเนินการตามขั้นตอนของการศึกษา รวมทั้งชี้แจงเรื่องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างขอความร่วมมือเป็นลายลักษณ์อักษรในการยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษาตามความสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ จะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง จะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการศึกษาได้รับการเผยแพร่แล้วโดยเปิดเผยข้อมูลทางวิชาการในภาพรวมเท่านั้นหาก โปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพหลังสิ้นสุดการศึกษา ได้นำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มควบคุมเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 53.80 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 55.67 ปี สถานภาพสมรสทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 82.57 และ ร้อยละ 72.47 ตามลำดับระดับการศึกษาในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่

มีระดับการศึกษาอยู่ที่ประถมศึกษาตอนปลายคิดเป็น ร้อยละ 50.00 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นคิดเป็น ร้อยละ 33.33 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองคิดเป็น ร้อยละ 80.00 และร้อยละ 70.00 ตามลำดับ โดยแหล่งข้อมูลที่ได้รับ ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากพยาบาลทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 60.00 และร้อยละ 56.67 ตามลำดับ ประวัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่ม- ควบคุมส่วนใหญ่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 56.67 และร้อยละ 60.00 ตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่ ที่ไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองมาจากไม่ทราบ วิธีการตรวจและไม่มีเวลาตรวจ คิดเป็นร้อยละ 48.56 เท่ากันกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มาจากไม่ทราบวิธีการตรวจ คิดเป็นร้อยละ 51.46 ประวัติการได้รับการตรวจเต้านม โดยบุคลากรทางการแพทย์ ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ทั้งกลุ่ม- ทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจ คิดเป็นร้อยละ 60.00 เท่ากัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจ เต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 8 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12

หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 8 และหลังการ ทดลองสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะ การตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 1

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแล สุขภาพเต้านมของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 8 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12

หลังการเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 8 และหลัง การทดลองสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจ เต้านมด้วยตนเองหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม

หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) หลังการ ทดลองสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะ การตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง					
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	352.800	1.166	302.484	115.563	<0.001**
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	88.533	33.824	2.617		
รวม	441.333	34.99	305.101		
พฤติกรรมดูแลสุขภาพเต้านม					
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	10140.156	1.629		111.002	<0.001**
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	269.178	47.232			

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบระดับคะแนนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
รวม	10409.334	48.861	6282.052		

ตารางที่ 2 ผลเปรียบเทียบระดับคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ปัจจัย	กลุ่มทดลอง Mean (SD)	กลุ่มควบคุม Mean (SD)	t	df	p-value
ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง					
ก่อนการทดลอง	2.80 (2.00)	2.07 (1.33)	1.666	58	0.101
สัปดาห์ที่ 8	7.00 (1.55)	3.60 (1.90)	7.557	58	<0.001**
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12	7.00 (1.48)	3.67 (1.82)	7.757	58	<0.001**

วิจารณ์

จากผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจ-เต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 8 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วมโปรแกรม สัปดาห์ที่ 8 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender⁽⁸⁾ มีผลให้ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองดีขึ้นเนื่องจากโปรแกรม มีกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่มีการให้สมุดบันทึกการตรวจ เต้านมด้วยตนเองกับสตรีในกลุ่มทดลอง ทำให้สตรีในกลุ่มทดลองได้ทบทวนความรู้และได้ปฏิบัติการ ตรวจเต้านมด้วยตนเองที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของการตรวจเต้านม-

ด้วยตนเองผ่านฐานการเรียนรู้ฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทำให้สตรีในกลุ่มทดลองได้ ฝึกปฏิบัติและมีการประเมินทักษะหลังการฝึกปฏิบัติช่วยให้สตรีในกลุ่มทดลองเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัตินอกจากนี้มีการใช้อิทธิพลระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นตัวผู้วิจัยในการตรวจเต้านมให้สตรีในกลุ่มทดลองและให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล ส่งผลให้มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นอีกทั้งมีการกระตุ้นการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยแอปพลิเคชันไลน์ผ่านคลิปรูทไอดี 4 ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้สตรีในกลุ่มทดลองได้ทบทวนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่งผลให้มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นอย่างมาก

โปรแกรมที่ใช้ในการศึกษานี้มีความแตกต่างกับผลการศึกษาของนันทนา คงพัฒนานนท์ และคณะ⁽⁹⁾ ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนกับการฝึกอบรมแบบสอนแนะนำ ซึ่งใช้โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนกับการฝึกอบรมแบบสอนแนะต่อพฤติกรรม

ในการป้องกันทักษะการดูแลและเฝ้าระวังโรคมะเร็งเต้านม โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามสูงกว่าก่อนการทดลอง จุดเด่นของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของ Pender⁽⁸⁾ ส่งผลให้พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเต้านม ของสตรีในกลุ่มทดลองดีขึ้น และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเต้านมนี้ ยังคงอยู่ในระดับสูงหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 การพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมที่จัดกระทำในรูปแบบของ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพมีส่วนสำคัญต่อการเพิ่มทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้กับสตรีกลุ่มเสี่ยงช่วยให้สตรีเกิดความมั่นใจในการลงมือปฏิบัติและการฝึกทำด้วยตัวเองต่อเนื่องที่บ้านส่งผลให้เกิดทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ดีขึ้น

อีกทั้งในโปรแกรมฯ มีกิจกรรมกระตุ้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยแอปพลิเคชันไลน์ซึ่งเป็นการใช้อิทธิพลในด้านสถานการณ์มีผลส่งเสริมการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างมาก ทั้งนี้เนื่องจากในโปรแกรมฯ ได้มีการให้กิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ด้วยการสอนบรรยาย ประกอบสไลด์การสอน ช่วยให้สตรีในกลุ่มทดลองได้เห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพเต้านมเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ทั้งการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเต้านมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมและสอนวิธีการใช้สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งภายในมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ภาพประกอบวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการบันทึกข้อมูลการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ช่วยกระตุ้นเตือนให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วย ตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เมื่อสตรีได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเต้านม ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและส่งผลถึงความมุ่งมั่นในการปฏิบัติจะเห็นได้จากพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเต้านม หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ยังคงอยู่ในระดับสูงและ

กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นกิจกรรมกลุ่มที่เน้นฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยการดู และการคลำ ช่วยให้สตรีกลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น และเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเต้านม

กิจกรรมการจัดการอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดำเนินการในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มส่งเสริมให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในกลุ่ม ช่วยกันหาแนวทางจัดอุปสรรคตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล การจัดการความต้องการและความชื่นชอบอื่นในขณะนั้นที่ขัดขวางการปฏิบัติ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเต้านม ช่วยให้สตรีในกลุ่มทดลองได้เรียนรู้วิธีการจัดการอุปสรรคที่เหมาะสมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเต้านมที่ดีขึ้น ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับผลการศึกษาของวรรณภา ปาณาราช และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมในการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยรุ่นและการศึกษาของสรารัตน์ ตระกูลรัมย์ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองต่อทักษะและความยั่งยืนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยง พบว่าหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะของการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง จุดเด่นของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กระตุ้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยแอปพลิเคชันไลน์และติดตามการปฏิบัติของสตรีกลุ่มเสี่ยงโดยสร้างกลุ่มในการสื่อสารโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อใช้ในการให้ข้อมูลข่าวสารความรู้ ที่รวดเร็ว และเป็นช่องทางในการซักถามข้อสงสัยของสตรีในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและตอบข้อซักถามของสตรีกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งส่งคลิปวิดีโอที่สร้างขึ้นเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลองจะถูกเชิญเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มไลน์ เพื่อกระตุ้นส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเต้านม และส่งเสริมให้มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้อง โดยให้ดูคลิปวิดีโอจำนวน 4 คลิป ในสัปดาห์ที่ 2, 3, 5 และสัปดาห์ที่ 6 แต่ละคลิปประกอบด้วย (1) มารู้จักโรคมะเร็งเต้านมกันเถอะ (2) เราจะป้องกันมะเร็งเต้านมได้อย่างไร (3) ทำไมผู้หญิงต้องตรวจเต้านมด้วยตนเอง และ (4) วิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ผู้หญิงทุกคน

ต้องรู้และมีการติดตามสอบถาม ส่งข้อความกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์

โปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของกลุ่มทดลองดีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติที่หน่วยบริการจัดให้โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและสอนสาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยมีได้เน้นย้ำถึงประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเต้านม ไม่ได้รับการตรวจเต้านม และให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลไม่มีการจัดการอุปสรรคที่ขัดขวางต่อการเกิดพฤติกรรมและการกระตุ้นการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มควบคุม ส่งผลให้การปรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเต้านมของกลุ่มควบคุมดีขึ้นเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มทดลอง นอกจากนี้สตรีในกลุ่มทดลองยังได้รับการกระตุ้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยแอปพลิเคชันไลน์ โดยส่งคลิปวิดีโอให้ดูผ่านแอปพลิเคชันไลน์โดยเนื้อหาของคลิปวิดีโอที่ 2 เน้นให้สตรีเห็นสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และคลิปวิดีโอที่ 3 เน้นความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีผลให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่ากลุ่มควบคุม

ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่พัฒนาขึ้นมีผลต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในกลุ่มทดลองที่ดีขึ้นอย่างมาก และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองยังคงอยู่ในระดับสูงหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 สามารถนำโปรแกรมประยุกต์ใช้กับพื้นที่ตำบลอื่นได้เพื่อส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อ อำเภอกะเปอร์สมุทรสาคร จังหวัดชัยภูมิ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายนิมิตร จรัสสุริยสกุล สาธารณสุขอำเภอกะเปอร์สมุทรสาคร ที่สนับสนุนการศึกษา ขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเตื่อ ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำชุมชนทั้ง 11 หมู่บ้าน กำนันตำบลบ้านเตื่อ และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สนับสนุนให้มีการจัดการประชุมวางแผนการดำเนินงานดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงและประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ทำให้มีแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน ขอขอบคุณผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอกะเปอร์สมุทรสาคร และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตื่อทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการดำเนินงานตามกระบวนการศึกษา ทำให้การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Cancer Research Found. Global cancer statistics for the most common cancers [Internet]. 2018 [cited 2020 Jul 2026]. Available from: <https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer>
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สถิติโรคมะเร็งประจำปี 2563. กรุงเทพมหานคร: สถาบันมะเร็งแห่งชาติ; 2563.
3. ชูลีกร ลาวงค์เกิด. มะเร็งเต้านมมะเร็งร้ายถ่ายทอดทางพันธุกรรม.[อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ย. 2569]. แหล่งข้อมูล: <https://www.samitivejhospitals.com>.
4. โรงพยาบาลชัยภูมิ. ข้อมูลการคัดกรองมะเร็งเต้านมประจำปี 2568. ชัยภูมิ: โรงพยาบาลชัยภูมิ; 2568.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2565. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. รายงานผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีไทย ภายใต้โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้า ราชภัฏมะเร็งเต้านม ปี พ.ศ. 2561 (รายงานผลการวิจัย). นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2561.
7. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 5th ed. New Jersey. Pearson Education; 2006.

8. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
9. นันทนา คงพัฒนานนท์, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนกับการฝึกอบบรมแบบสอนแนะต่อพฤติกรรมในการป้องกันทักษะการดูแล และเฝ้าระวังโรคเมะเร็งเต้านมของอาสาสมัครสาธารณสุข. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563;36(1):112-22.
10. วรณภา ปาณาราช, กนกพร หมูพยัคฆ์, ปณิตดา ปริญญาฤม. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยรุ่น.วารสารพยาบาลศาสตร์ 2557;32(3):52-63.
11. สรารัตน์ ตระกูลรัมย์, จารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 45-54 ปี ในเขตชุมชนบ้านห้วยจระเข้ ตำบลหินดาด อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา 2562;24(2):46-56.

Effectiveness of Self-Breast Examination Health Promotion Program on Breast Examination Skills and Breast Health Care Behavior among High-Risk Women in Ban Duea Subdistrict Health Promotion Hospital, Kasetbun District, Chaiyaphum Province

Sompong Yongdee

Ban Duea Subdistrict Health Promoting Hospital, Chaiyaphum Province, Thailand

Abstract

This study employed a quasi-experimental research design using a two-group pretest-posttest approach to examine the effectiveness of a health promotion program focused on breast self-examination (BSE). The study targeted women at risk specifically those aged 30 – 70 with a first-degree female relative (mother or sister) diagnosed with breast cancer residing in the area served by the Ban Duea Sub-district Health Promoting Hospital in Kasetbun District, Chaiyaphum Province. A purposive sampling method was used to select 60 participants, who were then divided into two groups: an experimental group (n=30) and a control group (n=30). Data were collected using a general information questionnaire, a breast health care behavior questionnaire, and a BSE skill assessment form. Data analysis involved comparing the mean BSE skill scores between the experimental and control groups using an independent t-test. Additionally, the mean scores for BSE skills and breast health care behaviors within each group were compared before and after the program using Repeated Measures ANOVA. The results showed that the experimental group's mean BSE skill score after participating in the program was significantly higher than their score prior to participation. ($p<0.001$). A comparison of mean scores for breast health care behaviors within the experimental group showed that the mean score after participating in the program was significantly higher than before participation ($p<0.001$). Furthermore, a comparison of mean scores for breast self-examination skills between the experimental and control groups revealed that the experimental group's mean score was significantly higher than that of the control group ($p<0.001$).

Keywords: health promotion; breast health care behavior; women at risk for breast cancer

การสร้างความเป็นปกติในการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเด็กไทย: กรณีศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร

นงนุช จินดารัตนาภรณ์, สลักจิต ชื่นชม
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ประเทศไทยมีกฎหมายห้ามจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า แต่บุหรี่ไฟฟ้ายังคงพบเห็นได้ง่ายและเข้าถึงได้สะดวกในกรุงเทพมหานคร การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของเด็กต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยพิจารณาปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่ทำให้การใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นเรื่องปกติ ดำเนินการวิจัยเชิงคุณภาพกับนักเรียนประถมศึกษาอายุ 10-12 ปี จำนวน 12 คน ของโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระตามกรอบการสร้างความเป็นปกติ (normalization) ของ Parker และคณะ ผลการศึกษาพบว่า การใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นเรื่องปกติของเด็กประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) เด็กพบเห็นบุหรี่ไฟฟ้าที่เป็นตัวการ์ตูนหรือแท่งคล้ายลิปสติกจากที่บ้านของตนเอง บ้านเพื่อน/รุ่นพี่ และการขายบุหรี่ไฟฟ้าจากร้านค้าในชุมชน ร้านค้าใกล้โรงเรียน และอินเทอร์เน็ต เช่น Facebook, LINE และ Shopee (2) เด็กพบเห็นคนในครอบครัว รุ่นพี่/เพื่อน และคนในชุมชนใช้บุหรี่ไฟฟ้า (3) เด็กเกิดความขัดแย้งในจิตใจระหว่างการยอมรับว่าบุหรี่ไฟฟ้าสูบแล้วแสดงความเป็นผู้ใหญ่และเท และไม่ยอมรับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพราะครอบครัวห้าม (4) เด็กพบเห็นบุหรี่ไฟฟ้าผ่าน TikTok, Instagram และ Facebook ด้วยการนำเสนอการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเชิงดีต่อสุขภาพและทุกคนสูบ และ (5) เด็กรับรู้ทั้งอันตราย (เช่น มีผลเสียต่อปอด ผิดกฎหมาย) และไม่อันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า (เช่น มีกลิ่นหอม ใช้เลิกบุหรี่มวน) ทั้ง 5 องค์ประกอบนี้ทำให้เด็กมองว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นเรื่องปกติ ดังนั้น การออกแบบมาตรการลดความเป็นปกติควรคำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมทางสังคมเหล่านี้ของเด็ก เพื่อให้การใช้บุหรี่ไฟฟ้ากลายเป็นเรื่องผิดปกติของเด็กไทย

คำสำคัญ: การสร้างความเป็นปกติ; การใช้บุหรี่ไฟฟ้า; เด็กไทย

วันรับ: 10 มิ.ย. 2569

วันแก้ไข: 19 ก.ค. 2569

วันตอบรับ: 31 ก.ค. 2569

บทนำ

การใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเด็กทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกระบุว่า เด็กทั่วโลกที่มีอายุระหว่าง 13-15 ปี จำนวน 37 ล้านคน ใช้บุหรี่⁽¹⁾ โดยร้อยละ 16.8 ของเด็กทั่วโลกใช้บุหรี่ไฟฟ้า⁽²⁾ และใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มผู้ใหญ่⁽³⁾ รวมทั้งมีแนวโน้ม

ใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น⁽²⁾ การเติบโตทางเศรษฐกิจในช่วงครึ่งหลังของศตวรรษที่ 20 เป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การซื้อ และการบริโภคสินค้าและบริการของผู้บริโภค ซึ่งทำให้ประเทศรายได้น้อยและปานกลางหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยกำลังประสบกับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วจากการใช้บุหรี่ทั่วไปสู่การใช้บุหรี่ไฟฟ้า^(4,5) ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของ

เด็กไทยยืนยันว่า เด็กนักเรียนอายุ 13-15 ปี ใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3.3 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 17.8 ในปี พ.ศ. 2565⁽⁶⁾ อีกทั้งร้อยละ 6.7 ของเด็กในกรุงเทพมหานครเคยใช้บุหรี่ไฟฟ้าในช่วง 30 วันที่ผ่านมาสูงกว่ากลุ่มเด็กในจังหวัดอื่นๆ ทั่วประเทศ⁽⁷⁾

การใช้บุหรี่ไฟฟ้าส่งผลต่อสุขภาพของเด็ก โดยส่วนประกอบต่างๆ ของบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงตัวทำละลายและสารแต่งกลิ่นอาจทำให้ปอดบวม การบาดเจ็บที่ปอด และหลอดลมฝอยอักเสบ บุหรี่ไฟฟ้ายังมีสารก่อมะเร็งและสารพิษในระดับสูง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระบบอวัยวะอื่นๆ ในระยะยาวรวมถึงการเกิดอาการทางระบบประสาทมะเร็งปอด โรคหัวใจและหลอดเลือด และฟันผุ⁽⁸⁾ ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กและปัจจัยแวดล้อม เช่น ครอบครัว เพื่อน โรงเรียน ชุมชน สื่อสังคมออนไลน์ การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้ามีผลต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเด็ก⁽⁹⁾ นอกจากนี้ ปัจจัยที่สร้างความเป็นปฏิกิริยาว่า พฤติกรรมที่เคยถูกมองว่าผิดปกติ เช่น การใช้สารเสพติดสามารถทำให้กลายเป็นเรื่องธรรมดาหรือเรื่องปกติผ่านกระบวนการซ้ำซ้อนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยการเข้าถึงสารเสพติดได้ง่ายด้วยการขายหรือมีให้เห็นได้ทั่วไปในชุมชน การใช้สารเสพติดมีความแพร่หลายมากขึ้น คนทั่วไปหรือบุคคลใกล้ชิด เช่น พ่อแม่ เพื่อน มีทัศนคติที่ยอมรับการใช้สารเสพติดมากขึ้น ผู้ไม่ใช้สารเสพติดก็มีแนวโน้มคาดหวังว่าอาจใช้ในอนาคตรับพบเห็นการใช้สารเสพติดจากสื่อ และนโยบายของรัฐมีแนวโน้มเปิดเสรีมากขึ้น องค์ประกอบเหล่านี้ทำให้การใช้สารเสพติดกลายเป็นเรื่องปกติในกลุ่มเด็กและเยาวชน^(10,11)

ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการศึกษาความคิดเห็นของนักเรียนมัธยมปลายและนักศึกษามหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานครต่อบุหรี่ไฟฟ้าด้วยการสนทนากลุ่ม มุ่งทำความเข้าใจการสื่อสารของบุหรี่ไฟฟ้า เช่น บุหรี่ไฟฟ้าเป็นที่นิยมในกลุ่มวัยรุ่นทำให้เป็นคนทันสมัย แต่ไม่ได้ศึกษากลุ่มนักเรียนประถมศึกษาและไม่มีมีการวิเคราะห์ว่าการพบเห็นการใช้บุหรี่ไฟฟ้าจากสื่อต่างๆ เช่น สื่อสังคมออนไลน์ สร้างความเป็นปกติ และนำไปสู่การใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเด็กอย่างไร⁽¹²⁾ อีกทั้ง การทำความเข้าใจการใช้บุหรี่ไฟฟ้ากลายเป็นความปกติในกลุ่มเด็กมีความสำคัญ เพราะข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปออกแบบมาตรการและโครงการที่มุ่ง

ส่งเสริมสุขภาพ ลดการใช้บุหรี่ไฟฟ้า และป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคตแก่เด็กไทยได้⁽¹³⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจประสบการณ์และมุมมองของเด็กผ่านปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่สร้างความเป็นปกติในการใช้บุหรี่ไฟฟ้า

วิธีการศึกษา

รูปแบบแผนการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่มเด็ก เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยแวดล้อมในการสร้างความเป็นปกติในการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเด็กไทยอายุ 10-12 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกรณีศึกษา เด็กไทยอายุ 10-12 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือเด็กนักเรียนอายุ 10-12 ปี จำนวน 12 คน แบ่งเป็นเด็กนักเรียนชายจำนวน 6 คน และเด็กนักเรียนหญิงจำนวน 6 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการสนทนากลุ่มแบบเจาะจง ใช้หลักเกณฑ์พิจารณา 3 เกณฑ์จาก (1) เด็กนักเรียนชายและหญิงที่มีอายุ 10-12 ปี จาก 1 โรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานคร (2) มีประสบการณ์การใช้บุหรี่ไฟฟ้าหรือพบเห็นการใช้บุหรี่ไฟฟ้า และ (3) ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองและโรงเรียน

โรงเรียนที่ใช้เป็นกรณีศึกษาได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง เนื่องจากทีมวิจัยมีเครือข่ายความร่วมมือกับโรงเรียนในการดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า ทำให้สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์หรือมีโอกาสสัมผัสกับปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ โรงเรียนตั้งอยู่ในบริบทชุมชนเมืองที่มีความเปราะบางทางเศรษฐกิจและสังคม และมีสภาพแวดล้อมที่อาจเพิ่มโอกาสที่เด็กจะพบเห็นหรือสัมผัสพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า บริบทดังกล่าวจึงมีความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา การศึกษานี้ไม่นำเสนอรายละเอียดเฉพาะของพื้นที่หรือข้อมูลทางเศรษฐกิจและสังคมที่อาจนำไปสู่การระบุโรงเรียนหรือชุมชนได้ เพื่อคุ้มครองความเป็นส่วนตัวของโรงเรียนผู้เข้าร่วมการศึกษา และชุมชนที่เกี่ยวข้อง การเลือกกรณี

ศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกจากบริบทที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา มิได้มุ่งให้โรงเรียนหรือผู้เข้าร่วมการศึกษาเป็นตัวแทนของเด็กไทยอายุ 10–12 ปี ทั้งหมด

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในบทความนี้ได้แก่

1. ตารางการสังเคราะห์ (synthesis matrix) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์เนื้อหาที่เกี่ยวข้องซึ่งมาจากการออกแบบการสร้างความปกติ (normalization) ของ Parker และคณะ⁽¹⁰⁾ ซึ่งอธิบายว่า การทำให้สิ่งผิดปกติกลายเป็นเรื่องปกติ หมายถึง กระบวนการที่พฤติกรรมเบี่ยงเบนบางประเภท เช่น การใช้ยาเสพติด อาจกลายเป็นสิ่งที่ได้รับการยอมรับในสังคม จนไม่ถือว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้นเป็นสิ่งที่ไม่อาจทนได้อีกต่อไป และอาจพัฒนาไปสู่การเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตและการใช้เวลาว่างของคนในสังคม การทำให้สิ่งผิดปกติกลายเป็นเรื่องปกติ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การพบเห็นและการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า (2) เพื่อนหรือคนรอบข้างใช้บุหรี่ไฟฟ้า (3) ความรู้สึกยอมรับ/ไม่ยอมรับบุหรี่ไฟฟ้าของเด็ก (4) การพบเห็นการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในสื่อ และ (5) การรับรู้เรื่องบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายหรือไม่อันตราย

2. คำถามสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้าง (structured questions) เกี่ยวกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสร้างความปกติในการใช้บุหรี่ไฟฟ้า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การพัฒนาตารางการสังเคราะห์และคำถามในการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้าง เกี่ยวกับการสร้างความปกติในการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ใช้การประชุมที่ปรึกษาโครงการวิจัย จำนวน 1 ครั้ง เพื่อให้ที่ปรึกษาโครงการวิจัยให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงตารางการสังเคราะห์และคำถามในการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้างฯ จากนั้นทีมวิจัยนำคำถามสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้างฯ ไปสนทนากลุ่มกับเด็กที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่สนใจศึกษา เพื่อตรวจสอบความเข้าใจและความชัดเจนของคำถาม รวมทั้งความเหมาะสมของคำถามในการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้างฯ กับกลุ่มเป้าหมาย อันนำไปสู่ปรับปรุงแก้ไขคำถามในการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้างฯ ให้มีความถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือก่อนเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ทีมวิจัยจะใช้หลักการในลักษณะการตรวจสอบสามเส้าที่วางหลักไว้ว่า ประเด็นเดียวกันที่ต้องการค้นหาหากรวบรวมข้อมูลจากต่างวิธีกัน (difference method) รวบรวมข้อมูลจากต่างเวลา (difference time) รวบรวมข้อมูลจากต่างสถานที่ (difference place) และรวบรวมข้อมูลจากต่างผู้รู้จริง (difference key informant/person) เมื่อได้ข้อมูลคล้ายกัน แสดงว่าข้อมูลนั้นนิ่งแล้ว เชื่อถือได้แล้ว เพราะข้อมูลมีความจำเริญและความซ้ำซากที่เป็นการยืนยันว่า มีความเป็นจริง สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ได้ และทีมวิจัยถอดเทปสัมภาษณ์คำต่อคำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2568 ทีมวิจัยเข้าไปจัดกิจกรรมสนทนากลุ่ม เช่น การเล่นเกมใบ้คำ ให้แก่กลุ่มเด็ก-นักเรียนที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับเด็ก จากนั้นในวันที่ 13 กันยายน พ.ศ. 2568 ทีมวิจัยสนทนากลุ่มเด็กตามคำถามแบบมีโครงสร้าง เช่น เคยเห็นหรือได้ยินคำว่าบุหรี่ไฟฟ้าหรือพอดไหม เห็นจากที่ไหนบ้าง (เพื่อน/ร้านค้า/อินเทอร์เน็ต) คิดว่าเด็กอายุเดียวกันมีใครใช้บุหรี่ไฟฟ้าบ้างไหม ทำไมถึงคิดแบบนั้น ถ้าเห็นเพื่อนใช้บุหรี่ไฟฟ้าจะรู้สึกยังไง (โอเค/ไม่โอเค/เฉยๆ) เคยเห็นบุหรี่ไฟฟ้าใน TikTok, YouTube หรือโซเชียลมีเดียหรือไม่ เนื้อหาเป็นอย่างไรบ้าง เป็นต้น โดยแต่ละกลุ่มใช้เวลา 90 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) จากการออกแบบการสร้างความปกติของ Parker และคณะ⁽¹⁰⁾ เพื่อจำแนกและจัดข้อมูลเข้าแก่นสาระ โดยนักวิจัยสองคนดำเนินงานวิเคราะห์ข้อมูลด้วยกระบวนการสองขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 นักวิจัยคนแรกและคนที่สองวิเคราะห์เอกสารและข้อมูลจากการสนทนากลุ่มทั้งหมดอย่างเป็นอิสระ ขั้นตอนที่ 2 นำเสนอข้อมูลการจัดแก่นสาระของนักวิจัยทั้งสองคน หากพบความแตกต่างบางอย่างในการจัดแก่นสาระระหว่างนักวิจัย นักวิจัยทั้งสองคนนี้อภิปรายข้อค้นพบร่วมกัน และสรุปให้มีการการแก้ไขตามฉันทามติระหว่างนักวิจัยทั้งสองคน และใช้รหัสผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มที่เป็นเด็กผู้ชายด้วยคำว่า “B” และเด็กผู้หญิงใช้คำว่า “G”

การได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการพัฒนาเครื่องมือในการวัดปัจจัยที่สร้างความเป็นปกติให้แก่เด็กไทยในการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การใช้บุหรี่ไฟฟ้า และสุขภาพจิต ผ่านการพิจารณาคณะกรรมการวิจัยในคน สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (COA. เลขที่ 2025/06-039)

ผลการศึกษา

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มพบ 5 แก่นสาระหลักแสดงปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่สร้างความเป็นปกติของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเด็กอายุ 10-12 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร ดังนี้

1. การพบเห็นและการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า

การพบเห็นและการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า หมายถึง เด็กพบเห็นบุหรี่ไฟฟ้าวรวมทั้งการใช้และการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าจากสถานที่ต่างๆ และสถานที่จำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า ผลการศึกษาพบว่า ทั้งเด็กชายและเด็กหญิงพบเห็นบุหรี่ไฟฟ้าหรือพอดในหลากหลายรูปแบบ ทั้งรูปทรงเป็นแท่งสี่เหลี่ยม รูปทรงคล้ายแท่งลิปสติก และผลิตภัณฑ์ที่มีลักษณะเป็นตัวการ์ตูนหรือคล้ายของเล่น รวมถึงผลิตภัณฑ์ที่สามารถเติมน้ำยาได้ เด็กพบเห็นการใช้บุหรี่ไฟฟ้าจากบุคคลใกล้ชิดและในบริบทชีวิตประจำวัน ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน และรุ่นพี่ รวมทั้งพบเห็นการใช้บุหรี่ไฟฟ้าภายในบ้าน บ้านเพื่อน และบริเวณชุมชนหรือสถานศึกษา ด้านการเข้าถึงพบว่า เด็กทั้งชายและหญิงรับรู้สามารถพบเห็นหรือเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้จากหลายช่องทาง ได้แก่ ร้านค้าในชุมชน ร้านค้าใกล้โรงเรียน และอินเทอร์เน็ต โดยเฉพาะสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Facebook และ LINE รวมถึงแพลตฟอร์มซื้อขายสินค้าออนไลน์ เช่น Shopee เด็กสามารถค้นหาข้อมูลหรือสั่งซื้อบุหรี่ไฟฟ้าผ่านอินเทอร์เน็ตได้โดยใช้คำค้นทั่วไป และเด็กบางรายรับรู้ว่าการเข้าถึงได้ง่ายจากร้านค้าที่อยู่ใกล้ที่พักอาศัย นอกจากนี้ เด็กพบเห็นการนำเสนอและการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าผ่านสื่อออนไลน์ในรูปแบบที่ดึงดูดความสนใจและมีลักษณะคล้ายสินค้าหรือของเล่น

ทั่วไป โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่มีรูปทรงเป็นตัวการ์ตูน รวมถึงการนำเสนอผ่านการถ่ายทอดสดบนสื่อสังคมออนไลน์

2. เพื่อนหรือคนรอบข้างใช้บุหรี่ไฟฟ้า

ผลจากการสนทนากลุ่มพบว่า ทั้งเด็กผู้ชายและเด็กหญิงพบเห็นการใช้บุหรี่ไฟฟ้าจากบุคคลใกล้ชิดหลายกลุ่ม ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ น้า อา ย่า พี่ และลูกพี่-ลูกน้อง รวมถึงเพื่อนและรุ่นพี่ นอกจากนี้ เด็กยังพบเห็นคนในชุมชนใช้บุหรี่ไฟฟ้าในชีวิตประจำวัน โดยการพบเห็นดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในสภาพแวดล้อมที่เด็กใช้ชีวิตและทำกิจกรรมต่างๆ เมื่อพิจารณาถึงการชักชวนให้ทดลองใช้บุหรี่ไฟฟ้า พบว่า เด็กชายได้รับการชักชวนจากรุ่นพี่เป็นหลัก ในขณะที่เด็กหญิงได้รับการชักชวนจากสมาชิกในครอบครัว รุ่นพี่ และเพื่อน ลักษณะการชักชวนมีทั้งการเสนอให้ทดลองโดยตรง การแนะนำรสชาติหรือกลิ่นของบุหรี่ไฟฟ้า และการชักชวนซ้ำเมื่อเด็กปฏิเสธในครั้งแรก นอกจากนี้ เด็กบางรายมีประสบการณ์ที่สมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนจากการสูบบุหรี่มวนมาเป็นการใช้บุหรี่ไฟฟ้า

3. ความรู้สึกยอมรับ/ไม่ยอมรับบุหรี่ไฟฟ้าของเด็ก

ผลการสนทนากลุ่มพบว่า ทั้งเด็กชายและเด็กหญิงรับรู้ว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นพฤติกรรมที่พบเห็นและได้รับการยอมรับในสังคม โดยเฉพาะในครอบครัว กลุ่มเพื่อน และรุ่นพี่ และชุมชน เด็กพบเห็นสมาชิกในครอบครัว คนวัยเดียวกัน และบุคคลในชุมชนใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง การใช้บุหรี่ไฟฟ้าจึงมองว่าเป็นพฤติกรรมที่พบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ เด็กยังเชื่อมโยงการใช้บุหรี่ไฟฟ้ากับภาพลักษณ์ของความเป็นผู้ใหญ่ โดยมองว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการเติบโตและการมีสถานะที่สูงขึ้นในกลุ่มรุ่นพี่และเพื่อน นอกจากนี้ เด็กผู้ชายระบุถึงภาพลักษณ์ของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าว่าเป็นสิ่งที่ทำให้ดูเท่หรือมีความโดดเด่น

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษายังพบว่า เด็กชายและเด็กหญิงมีการรับรู้ถึงการไม่ยอมรับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าจากสมาชิกในครอบครัวและผู้ปกครอง โดยเฉพาะแม่ ยาย และผู้ปกครอง ซึ่งมีการห้ามปราม ดักเตือน หรือไม่เห็นด้วยต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า การไม่ยอมรับดังกล่าวส่งผลให้เด็กบางรายเกิดความกังวลว่าจะถูกจับได้ และมีการหลีกเลี่ยงการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในบริเวณที่ผู้ปกครองสามารถพบเห็นได้

นอกจากนี้ เด็กบางรายระบุว่า ผู้ปกครองที่มีประสบการณ์การใช้หรือการติดบุหรี่ไฟฟ้ามักก่อนใช้ประสบการณ์ส่วนตัวในการให้คำแนะนำและตัดสินใจตนเอง โดยเน้นถึงผลเสียและความเสี่ยงต่อการติดบุหรี่ไฟฟ้า

4. การพบเห็นการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในสื่อ

การพบเห็นการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในสื่อพบว่า เด็กชายและเด็กหญิงพบเห็นบุหรี่ไฟฟ้าผ่านสื่ออินเทอร์เน็ตหลายช่องทาง ได้แก่ TikTok, Instagram, Facebook และเว็บไซต์พนันออนไลน์ โดยเด็กพบเห็นเนื้อหาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในรูปแบบที่หลากหลายทั้งการไลฟ์สดเพื่อจำหน่ายการโฆษณาและส่งเสริมการขาย รวมถึงคลิปวิดีโอหรือภาพบุคคลที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้า เนื้อหาที่เด็กพบเห็นมีทั้งการนำเสนอผลิตภัณฑ์ในลักษณะคล้ายสินค้าหรือของใช้ทั่วไป เช่น ของเล่น ยาดม และผลิตภัณฑ์ที่มีรูปทรงเป็นตุ๊กตา รวมถึงการแสดงยอดขายหรือการซื้อสินค้า ซึ่งทำให้บุหรี่ไฟฟ้าปรากฏในการซื้อขายสินค้าออนไลน์ทั่วไป นอกจากนี้ เด็กยังพบเห็นคลิปวิดีโอที่แสดงโดยเด็กหรือผู้ปกครองใช้บุหรี่ไฟฟ้า และมีข้อความประกอบที่สื่อถึงการใช้บุหรี่ไฟฟ้าว่าเป็นพฤติกรรมที่พบได้ทั่วไป

เมื่อพิจารณาเนื้อหาที่เด็กพบเห็น ผลการศึกษาพบว่า เด็กทั้งชายและหญิงรายงานการพบเนื้อหาที่นำเสนอบุหรี่ไฟฟ้าในเชิงบวก โดยมีการกล่าวถึงคุณสมบัติด้านสุขภาพ อาทิ ไม่ก่อให้เกิดมะเร็งหรือดีต่อสุขภาพ รวมทั้งการกล่าวถึงกลิ่นหอมและผลต่อความรู้สึก เช่น สูบบุหรี่ไฟฟ้าดีมีความสุข ตลอดจนข้อความส่งเสริมการขาย เช่น การออกผลิตภัณฑ์รสชาติใหม่และการจัดโปรโมชั่นซื้อ 2 แถม 1

5. การรับรู้เรื่องบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายหรือไม่อันตราย

ผลการศึกษาพบว่า เด็กทั้งชายและหญิงมีการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าที่แตกต่างกัน กล่าวคือ เด็กรับรู้ว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตรายและไม่เป็นอันตราย ด้านการรับรู้ว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตราย พบว่า เด็กทั้งชายและหญิงรับรู้ว่ามีผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการรับรู้ว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นอันตรายมากกว่าบุหรี่ยาสูบ และการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอาจส่งผลเสียต่อปอดและอาจทำให้เสียชีวิต เด็กบางรายระบุว่าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าจากสื่อหรือหน่วยงานด้านสุขภาพ นอกจากนี้ เด็กบางรายยังรับรู้ถึงข้อจำกัดและความผิดทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า โดยเฉพาะการ

จำหน่ายให้เด็ก การขายบุหรี่ไฟฟ้า และการมีบุหรี่ไฟฟ้าไว้ในครอบครอง

อย่างไรก็ตาม เด็กทั้งชายและหญิงบางรายมีการรับรู้ว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่เป็นอันตรายหรือมีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ยาสูบ เพราะเด็กเชื่อมโยงผลิตภัณฑ์ (บุหรี่ไฟฟ้า) กับคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์และประสบการณ์ใกล้ชิด เช่น กลิ่นหอม ความหลากหลายของกลิ่น และรสชาติ และรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่มีลักษณะคล้ายของเล่น นอกจากนี้ เด็กบางรายพบเห็นสมาชิกในครอบครัวใช้บุหรี่ไฟฟ้าแทนบุหรี่ยาสูบ จึงรับรู้ว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเกี่ยวข้องกับความพยายามในการเลิกบุหรี่ยาสูบ

วิจารณ์

การศึกษานี้สนทนากลุ่มเด็กนักเรียนประถมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์และมุมมองของเด็กในการสร้างความเป็นปกติของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ผลการศึกษาแสดงให้เห็นกระบวนการทางสังคมที่ทำให้บุหรี่ไฟฟ้ากลายเป็นสิ่งที่พบเห็นได้ทั่วไป เข้าถึงได้ง่าย และเด็กยอมรับและมองว่าเป็นเรื่องปกติ โดยเด็กพบเห็นบุหรี่ไฟฟ้าที่มีลักษณะหลากหลายรูปแบบทั้งแบบเป็นแท่งคล้ายลิปสติกหรือการตุ๋น ทำให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ปลอดภัยและเป็นของเล่นมากกว่าเป็นสินค้าที่เสพติด และพื้นที่ของการศึกษาน้อยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งบริบทของกรุงเทพมหานครมีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการสร้างความเป็นปกติของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า เนื่องจากเด็กดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมเมืองที่มีแหล่งปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารที่หลากหลายทั้งครอบครัว เพื่อน ชุมชน โรงเรียน ร้านค้า และสื่อสังคมออนไลน์ ความหลากหลายและการเชื่อมต่อของสภาพแวดล้อมเหล่านี้ทำให้เด็กมีโอกาสพบเห็นบุหรี่ไฟฟ้าซ้ำในหลายบริบททั้งในชีวิตประจำวันและบนโลกออนไลน์ เมื่อการพบเห็นเกิดขึ้นจากหลายแหล่งและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง บุหรี่ไฟฟ้าจึงไม่ได้ถูกมองว่าเป็นสิ่งที่อยู่ห่างไกลจากชีวิตของเด็ก แต่กลายเป็นสิ่งที่ปรากฏอยู่ในสภาพแวดล้อมรอบตัว เมื่อการพบเห็นดังกล่าวไม่ได้มาพร้อมกับการต่อต้านทางสังคม จึงอาจทำให้พฤติกรรมเบี่ยงเบน (การใช้และการซื้อบุหรี่ไฟฟ้า) กลายเป็นพฤติกรรมปกติกระบวนการ

ดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบการสร้างความเป็นปกติของ Parker และคณะ ที่อธิบายว่า การพบเห็นพฤติกรรมเบี่ยงอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน โดยไม่มีการตำหนิหรือการต่อต้านทางสังคม จะทำให้พฤติกรรมนั้นถูกมองว่าเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตทั่วไป⁽¹⁰⁾ และการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายจากบ้าน ร้านค้าในชุมชน/โรงเรียน และอินเทอร์เน็ตยังแสดงถึงการลดข้อจำกัดของการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าที่เอื้อให้เกิดการแพร่กระจายของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็ก⁽¹³⁾

การพบเห็นคนในครอบครัว เพื่อน และคนในชุมชนใช้บุหรี่ไฟฟ้า ผลการศึกษานี้เป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมของ Bandura และคณะ⁽¹⁴⁾ ที่ระบุว่า มนุษย์เรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ ทักษะ และ การตอบสนองทางอารมณ์ ผ่านการสังเกตและการเลียนแบบผู้อื่น ทฤษฎีนี้เสนอว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการทางปัญญาหรือความคิด (cognitive process) ที่เกิดขึ้นภายในบริบททางสังคม การเรียนรู้สามารถเกิดขึ้นได้จากการสังเกตหรือการได้รับคำสอนโดยตรง แม้จะไม่ได้ลงมือปฏิบัติจริงหรือไม่ได้รับการเสริมแรงโดยตรงก็ตาม เมื่อคนในครอบครัว เพื่อน หรือคนในชุมชนมีพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า เด็กย่อมมองว่าพฤติกรรมนี้เป็นที่ยอมรับและมีแนวโน้มทดลองใช้หรือใช้บุหรี่ไฟฟ้า อีกทั้งยังสอดคล้องกับกรอบการสร้างความเป็นปกติของ Parker และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่กล่าวว่า การพบเห็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนบ่อยครั้งในชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดการลดทอนการตีตรา (de-stigmatization) หรือการทำในสิ่งที่เบี่ยงเบน เช่น การใช้บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งการกระทำนี้เป็นความผิดปกติกแล้วเปลี่ยนการกระทำหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนดังกล่าวให้เป็นส่วนหนึ่งของชีวิตทั่วไปในชุมชน จนกลายเป็นเรื่องปกติและยอมรับได้มากขึ้นในสังคม

นอกจากนี้ บุคคลรอบตัวยังชักชวนให้เด็กทดลองใช้บุหรี่ไฟฟ้าสามารถอธิบายได้จากทฤษฎีการสร้างอัตลักษณ์ทางสังคม (Social Identity Theory) ที่อธิบายว่า เมื่อบุคคลรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับกลุ่ม (in-group) และรับรู้ว่าคุณะนั้นสะท้อนคุณค่าของตนเอง เขาจะมีแนวโน้มปรับพฤติกรรมให้สอดคล้องกับบรรทัดฐานและค่านิยมของกลุ่มนั้น เพื่อให้ได้รับการยอมรับ กล่าวคือ เด็กพบเห็นคนในครอบครัวและรุ่นพี่หรือเพื่อนใช้บุหรี่ไฟฟ้า อาจทำให้พวกเขารับรู้ว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นพฤติกรรม

ของกลุ่ม ที่ต้องการเป็นส่วนหนึ่ง เด็กจึงมีแนวโน้มปรับทัศนคติและพฤติกรรมของตนให้สอดคล้องกับบรรทัดฐานของกลุ่มเพื่อสร้างและรักษาอัตลักษณ์ทางสังคมของตนเอง การที่รุ่นพี่หรือเพื่อนชักชวนให้ลองสูบบุหรี่ไฟฟ้า จึงไม่ได้เป็นเพียงการชักชวนทางพฤติกรรม แต่ยังเป็นกระบวนการสร้างความรู้สึกร่วมของการเป็นสมาชิกกลุ่ม ซึ่งส่งผลต่อการยอมรับและการตัดสินใจของเด็ก^(15,16)

เด็กยอมรับว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพราะคนในครอบครัว เพื่อน คนในชุมชนใช้ รวมทั้งการใช้บุหรี่ไฟฟ้าแสดงถึงความเป็นผู้ใหญ่และเท่ ในขณะที่เด็กก็ยังไม่ยอมรับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพราะการห้ามปรามจากครอบครัว ทั้งการยอมรับและการไม่ยอมรับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเด็กนี้เป็นภาวะที่บุคคลมีความรู้สึก ทักษะ หรือความเชื่อที่ขัดแย้งกันในเวลาเดียวกัน (ambivalence) หรือมีทัศนคติทั้งเชิงบวก (บุคคลรอบตัวใช้บุหรี่ไฟฟ้า) และลบต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า (การดักเตือนและห้ามจากคนในครอบครัว) ในเวลาเดียวกัน^(17,18) ในขณะที่การใช้บุหรี่ไฟฟ้าเชื่อมโยงกับภาพลักษณ์ของความเป็นผู้ใหญ่และการสูบบุหรี่ทำให้ดูเท่ขึ้นเป็นไปตามทฤษฎีการสร้างอัตลักษณ์ทางสังคม โดยรุ่นพี่เป็น in-group ที่มีสถานะสูงกว่าในมุมมองของเด็ก การใช้บุหรี่ไฟฟ้าจึงกลายเป็นบัตรผ่านทางสังคมที่เด็กให้คุณค่าอย่างมากในช่วงพัฒนาการของอัตลักษณ์ทางสังคม เพื่อเข้าสู่กลุ่มที่ดูเป็นผู้ใหญ่และได้รับการยอมรับจากรุ่นพี่^(15,16) และเป็นการประกาศความเป็นตัวตน (self-assertion) ผ่านพฤติกรรมที่รุ่นพี่มองว่าดูเท่⁽¹⁹⁾ ดังนั้น การใช้บุหรี่ไฟฟ้าจึงเป็นสัญลักษณ์ของการเข้าร่วมในกลุ่ม เพื่อสื่อสารกับรุ่นพี่ว่าฉันโตแล้ว ไม่ใช่เด็กอีกต่อไป และฉันเท่เหมือนรุ่นพี่ ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นกระบวนการต่อรองอัตลักษณ์ทางสังคมของเด็กที่ต้องอยู่ระหว่างความต้องการได้รับการยอมรับในกลุ่มรุ่นพี่หรือเพื่อนกับแรงกดดันจากครอบครัวที่ยังคงมองว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นพฤติกรรมไม่ดีหรือไม่เหมาะสม

เด็กพบเห็นบุหรี่ไฟฟ้าผ่านอินเทอร์เน็ตอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในสื่อสังคมออนไลน์ เช่น TikTok, Instagram และ Facebook รวมทั้งเว็บไซต์พันออนไลน์ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า สื่ออินเทอร์เน็ตมีบทบาทในการสร้างและทำซ้ำภาพจำเชิงบวกของบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็ก เช่น คลิปการสูบของพ่อแม่และเด็ก แคปชั่น “ทุกคนสูบบุหรี่”

หรือกลิ่นหอม ผลที่เกิดขึ้นคือการเบลอเส้นแบ่งระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับพฤติกรรมทั่วไป ซึ่งทำให้เด็กเกิดการรับรู้ มีทัศนคติ และมีความเชื่อว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งที่ทุกคนทำและไม่อันตราย^(20,21) อันนำไปสู่การสร้างความเป็นปกติให้กับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า⁽²²⁾ เมื่อสื่อสร้างภาพการใช้ยาเสพติดให้ดูปลอดภัย อาจทำให้เด็กเกิดความเข้าใจคลาดเคลื่อนและนำไปสู่การทดลองใช้หรือการใช้บุหรี่ไฟฟ้าได้⁽¹⁰⁾

เด็กรับรู้ว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าทั้งไม่อันตรายและอันตรายต่อสุขภาพและผิดกฎหมาย เพราะมีกลิ่นหอมและรูปทรงเหมือนของเล่น รวมทั้งพ่อใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพื่อเลิกบุหรี่มวล ลักษณะความคิดที่ขัดแย้งกันนี้เป็นไปตามแนวคิด Risk Perception Framework ของ Slovic⁽²³⁾ และ Noel และคณะ⁽²⁴⁾ ซึ่งระบุว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่ออันตรายของบุคคลไม่ได้ขึ้นอยู่กับข้อมูลทางวิทยาศาสตร์เพียงอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ส่วนตัว ความไว้วางใจต่อแหล่งข้อมูล และอารมณ์ร่วม เด็กที่พบเห็นบุหรี่ไฟฟ้าในบริบทเชิงบวก เช่น ความหอม หรือการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในบ้าน จึงรับรู้ความเสี่ยงต่ออันตรายต่ำกว่าความเป็นจริง ในขณะที่เด็กก็ยังได้รับข้อมูลเชิงลบของบุหรี่ไฟฟ้าจากครอบครัวหรือสื่อด้านสุขภาพ ทำให้เด็กรับรู้ว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอันตรายมากกว่าบุหรี่มวน ดังนั้น การรับรู้ความเสี่ยงต่ออันตรายจึงขึ้นอยู่กับข้อมูลที่เด็กได้รับ และความเชื่อถือข้อมูลที่รับมาของเด็ก⁽²³⁾ นอกจากนี้ ความคิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่อันตรายของเด็กยังสอดคล้องกับกรอบการสร้างความเป็นปกติของ Parker และคณะในเรื่องของการลดทอนภาพอันตรายของสารเสพติด ซึ่งจะเพิ่มการยอมรับของคนในสังคมและการทดลองใช้ในในกลุ่มเด็กและเยาวชน⁽¹⁰⁾

จุดแข็งที่สำคัญประการหนึ่งของการศึกษานี้คือการสนทนากลุ่มของเด็กทั้งชายและหญิงช่วยให้เข้าใจปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่ส่งผลต่อการสร้างความเป็นปกติของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างลึกซึ้ง การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ การศึกษานี้ศึกษาจากเด็กบางรายในกรุงเทพมหานครและโรงเรียนเพียงแห่งเดียว ดังนั้น ผลการศึกษาอาจไม่สามารถสะท้อนภาพรวมทั้งหมดของเด็กอายุ 10-12 ปี ในกรุงเทพมหานครและประเทศไทยได้อย่างครอบคลุม อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ใช้กระบวนการ

การวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่มีความน่าเชื่อถือทางวิชาการ และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการต่อยอดการศึกษาหรือกำหนดแนวทางหรือมาตรการลดการสร้างความเป็นปกติของการใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเด็กในประเทศไทยต่อไป

สรุป

ปัจจัยแวดล้อมทางสังคมทั้งครอบครัว เพื่อน ชุมชน สื่ออินเทอร์เน็ต และสถานที่จำหน่าย สร้างความเป็นปกติในการใช้บุหรี่ไฟฟ้าให้แก่เด็ก และเด็กมีความรู้สึกขัดแย้งทางจิตใจทั้งการยอมรับและไม่ยอมรับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งการรับรู้ว่าอันตรายและไม่อันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าในเวลาเดียวกัน ดังนั้น การสื่อสารสุขภาพในอนาคตควรมุ่งเน้นไปที่การจัดการภาวะความขัดแย้งในจิตใจของเด็ก โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรออกแบบสื่อที่แสดงผลเสียในรูปแบบที่เข้าใจง่ายและใกล้เคียงกับประสบการณ์ของเด็ก เช่น ผลกระทบต่อรูปร่างหน้าตา การเรียน หรือความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวและเพื่อน และควรส่งเสริมการรู้เท่าทันสื่อโดยเฉพาะทักษะการคิดวิเคราะห์และความสามารถในการตั้งคำถามกับเนื้อหาของบุหรี่ไฟฟ้าทางสื่ออินเทอร์เน็ต เพื่อให้เด็กสามารถจัดการกับการขัดแย้งทางความรู้สึกหรือทัศนคติได้อย่างมีเหตุผล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ปกครองและโรงเรียนที่อนุญาตและยินดีให้บุตรหลานของท่านเข้าร่วมการศึกษานี้ และขอบคุณสำนักนโยบาย ยุทธศาสตร์ และนวัตกรรม สสส. ในการให้ทุนสนับสนุนการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการพัฒนาเครื่องมือในการวัดปัจจัยที่สร้างความเป็นปกติให้แก่เด็กไทยในการบริโภคอาหารที่ไม่ต่อสุขภาพ การใช้บุหรี่ไฟฟ้า และสุขภาพจิต รหัสโครงการ 68-00553 ข้อตกลงเลขที่ 68-E2-0497 และหน่วยงานที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษานี้ไม่มีส่วนรับผิดชอบในเนื้อหาของบทความนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. Geneva: World Health Organization; 2024.
2. Salari N, Rahimi S, Darvishi N, Abdolmaleki A, Mohammadi M. The global prevalence of e-cigarettes in youth: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Public Health in Practice* 2024;7:100506.
3. World Health Organization. Technical note: call to action on electronic cigarettes. Geneva: World Health Organization; 2023.
4. Kalan ME, Mejia R, Egbe CO, Chopra M, Bteddini D, Jebai R, et al. e-cigarette use in low-income and middle-income countries: opportunity or challenge for global tobacco control. *Lancet Glob Health* 2023;11(12):e1855–e6.
5. Delobelle P. Big tobacco, alcohol, and food and NCDs in LMICs: an inconvenient truth and call to action comment on “addressing NCDs: challenges from industry market promotion and interferences”. *Int J Health Policy Manag* 2019;8(12):727–31.
6. คณะกรรมการการศึกษาและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย. ข้อมูลวิชาการเรื่องสถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
7. Chankaew T, Baiya P, Chinwong D, Yoodde V, Chinwong S. Electronic cigarettes in Thailand: behaviour, rationale, satisfaction, and sex differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19(14):8229.
8. Esteban-Lopez M, Perry MD, Garbinski LD, Manevski M, Andre M, Ceyhan Y, et al. Health effects and known pathology associated with the use of e-cigarettes. *Toxicol Rep* 2022;9:1357–68.
9. Han G, Son H. A systematic review of socio-ecological factors influencing current e-cigarette use among adolescents and young adults. *Addictive Behaviors* 2022;135:107425.
10. Parker H, Aldridge J, Measham F, Haynes P. *Illegal leisure: the normalization of adolescent recreational drug use*. London: Routledge; 1998.
11. Asbridge M, Jenna V, Judith K, and Erickson PG. Normalization and denormalization in different legal contexts: comparing cannabis and tobacco. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2016;23(3):212–23.
12. ศรีรัช ลอยสมุทร. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนในไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2560.
13. Martin-Gall V, Neil A, Macintyre K, Rehman S, Nguyen TP, Harding B, et al. Tobacco retail availability and smoking—a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev* 2024;43(7):1718–32.
14. Bandura A, Walters RH. *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart, and Winston; 1963.
15. Turner JC, Oakes PJ. The significance of the social identity concept for social psychology with reference to individualism, interactionism and social influence. *British Journal of Social Psychology* 1986;25(3):237–52.
16. Turner JC, Reynolds KJ. The Story of Social Identity. In: Postmes T, Branscombe NR, editors. *Rediscovering social identity*. New York: Psychology Press; 2010. p 13–32.
17. Armitage CJ, Conner M. Attitudinal ambivalence: a test of three key hypotheses. *Personality and Social Psychology Bulletin* 2000;26(11):1421–32.
18. Crano WD, Prislin R. *Attitudes and attitude change*. New York: Psychology Press; 2008.
19. Erikson EH. *Identity: youth and crisis*. Oxford, England: Norton & Co.; 1968.
20. Christian T, Alkadrie NU, Nikita G. Minimal warnings, positive tones: How social media content normalizes E-cigarette use among Indonesian youth. *Jurnal Sosial Teknologi* 2025;5(6):1845–61.

21. Adekeye OT, Boltz M, Jao YL, Branstetter S, Exten C. Vaping in the Digital age: how social media influences adolescent attitudes and beliefs about e-cigarette use. *Journal of Child & Adolescent Substance Use* 2025;30(1):13-26.
22. Jung S, Murthy D, Bateineh BS, Loukas A, Wilkinson AV. The normalization of vaping on TikTok using computer vision, natural language processing, and qualitative thematic analysis: mixed methods study. *J Med Internet Res* 2024;26:e55591.
23. Slovic P. Understanding perceived risk: 1978-2015. *Environment: Science and Policy for Sustainable Development* 2016;58(1):25-9.
24. Brewer NT, Weinstein ND, Cuite CL, Herrington JE, Jr. Risk perceptions and their relation to risk behavior. *Annals of Behavioral Medicine* 2004;27(2):125-30.

Normalization of E-Cigarette Use among Thai Children: a Case Study in Bangkok

Nongnuch Jindarattanaporn, Salakjit Chuenchom

Institute for Population and Social Research, Mahidol University

Abstract

E-cigarette use among children is an emerging public health concern in Thailand and worldwide. Despite legal restrictions on sales to minors, e-cigarettes remain highly visible and accessible in Bangkok. This study explores children's experiences with e-cigarette use, focusing on social environmental factors that contribute to its normalization. A qualitative study was conducted with twelve primary school students aged 10 – 12 years, using focus group discussions and thematic analysis guided by Parker et al.'s normalization framework was used to analyze data. Findings indicate that the normalization of e-cigarette use is shaped by five key components: (1) exposure to e-cigarettes as cartoon or lipstick-shaped devices at homes, friends' or older peers' homes, and through local shops, stores near schools, and internet such as Facebook, LINE, and Shopee; (2) observation of family members, peers, and community members using e-cigarettes; (3) ambivalence between perceiving use as a symbol of adulthood and coolness and parental disapproval; (4) exposure to content on TikTok, Instagram, and Facebook portraying e-cigarette use as socially desirable or beneficial to health; and (5) perception of both risks (e.g., lung damage, illegality) and benefits (e.g., pleasant flavors, aid in quitting conventional cigarettes). Collectively, these factors contribute to children perceiving e-cigarette use as normal. Interventions aiming to reduce e-cigarette use among children should address these social environmental influences to promote denormalization of the behavior, making e-cigarette use socially unacceptable among Thai children.

Keywords: normalization; e-cigarette use; Thai children

การสื่อสารการเมืองกับการสื่อสารสุขภาพ: บทวิเคราะห์เชิงอำนาจและการกำหนดวาระสุขภาพในสังคมไทย

พงษ์ศักดิ์ ธรรัตน์, วิทยากร ท่อแก้ว, ฤทัย ปัญญาบุตรกุล

หลักสูตรนวัตกรรมการสื่อสารทางการเมืองและการปกครองท้องถิ่น สาขาวิชานิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์บทบาทของการสื่อสารการเมืองในการกำหนดวาระด้านสุขภาพของสังคม (2) อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการสื่อสารสุขภาพกับโครงสร้างอำนาจของรัฐ และ (3) เสนอแนวทางการพัฒนานโยบายสื่อสารสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในบริบทประเทศไทย ได้แก่ แนวคิดการสื่อสารการเมือง ทฤษฎีการกำหนดวาระและแนวคิดอำนาจเชิงการเมือง ข้อค้นพบชี้ให้เห็นว่า การสื่อสารสุขภาพมิได้เป็นเพียงการถ่ายทอดข้อมูลด้านสาธารณสุขแต่เป็นกระบวนการเชิงอำนาจที่รัฐใช้ในการกำหนดกรอบความคิด สร้างความหมายของสุขภาพ และชี้นำพฤติกรรมของประชาชนผ่านกลไกการสื่อสารในหลายระดับ ทั้งระดับนโยบาย ส่วนภูมิภาค และระดับชุมชน นอกจากนี้ กระบวนการสื่อสารสุขภาพยังเป็นพื้นที่ของการต่อรองความหมายระหว่างรัฐกับประชาชน โดยเฉพาะในบริบทของการรณรงค์ด้านสุขภาพและสถานการณ์วิกฤต เช่น การระบาดของโรคโควิด 19 บทความเสนอว่า การพัฒนาการสื่อสารสุขภาพในอนาคตควรเปลี่ยนผ่านจากรูปแบบการสื่อสารแบบบนลงล่างไปสู่การสื่อสารแบบมีส่วนร่วม เพื่อเปิดพื้นที่ให้ประชาชนและภาคประชาสังคมมีบทบาทในการร่วมกำหนดวาระสุขภาพ อันจะนำไปสู่การสร้างสังคมสุขภาพที่มีความเท่าเทียมและยั่งยืน

คำสำคัญ: การสื่อสารการเมือง; การสื่อสารสุขภาพ; การกำหนดวาระสุขภาพ

วันรับ: 3 พ.ค. 2569

วันแก้ไข: 14 มิ.ย. 2569

วันตอบรับ: 25 มิ.ย. 2569

บทนำ

ในศตวรรษที่ 21 สุขภาพมิได้จำกัดอยู่เพียงในมิติส่วนบุคคล แต่ได้กลายเป็นวาระทางสังคมที่เชื่อมโยงกับกระบวนการสื่อสารซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกำหนดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชน⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม สุขภาพของประชาชนมิได้ถูกกำหนดเพียงจากพฤติกรรมส่วนบุคคล แต่ยังได้รับอิทธิพลจากนโยบายสาธารณะ โครงสร้างสังคม และกระบวนการสื่อสารของรัฐ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่สุขภาพและการเมืองมาบรรจบกัน

แนวโน้มการใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือเชิงนโยบายสุขภาพปรากฏชัดเจนในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา โดยเฉพาะ

ภายใต้ยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลกที่ผลักดันให้ประเทศสมาชิกสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผ่าน การสื่อสารสาธารณะและการมีส่วนร่วมของประชาชน องค์การอนามัยโลกได้เน้นย้ำว่าการสื่อสารเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพและการสร้างพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยต้องดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีความน่าเชื่อถือ และมุ่งสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁽²⁾ ในบริบทของประเทศไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นกลไกสำคัญที่ขับเคลื่อนแนวคิดนี้ผ่านการสื่อสารรณรงค์และการสร้างการรับรู้ในวงกว้าง

การสื่อสารสุขภาพไม่ใช่กระบวนการที่เป็นกลาง แต่เป็นพื้นที่ทางการเมืองที่แฝงด้วยอำนาจในการนิยามและควบคุมความหมายของคำว่าสุขภาพที่ดี แนวคิดการสื่อสารการเมืองจึงมีความสำคัญในการทำความเข้าใจกลไกดังกล่าว โดย McNair อธิบายว่า การสื่อสารการเมืองคือกระบวนการสื่อสารที่ผู้มีอำนาจหรือผู้แสวงหาอำนาจใช้เพื่อสร้างอิทธิพลต่อความคิดเห็น ค่านิยม และพฤติกรรมทางการเมืองของสาธารณชน⁽³⁾ เมื่อประยุกต์สู่บริบทของสุขภาพ กระบวนการดังกล่าวจึงไม่ใช่เพียงการให้ข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ แต่เป็นการใช้สื่อเพื่อสร้างวาระสุขภาพที่สังคมควรให้ความสนใจ การสื่อสารสุขภาพเป็นกระบวนการที่มุ่งให้ข้อมูล สร้างอิทธิพล และจูงใจให้ประชาชนและสังคมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ⁽⁴⁾

ยกตัวอย่างกรณี ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด 19 (ศบค.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลักในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพต่อสาธารณะผ่านการแถลงข่าวรายวันและการเผยแพร่ข้อมูลผ่านสื่อ-โทรทัศน์และสื่อออนไลน์อย่างต่อเนื่อง โดยมีการใช้วาทกรรม “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” เพื่อสร้างกรอบความหมายที่เชื่อมโยงพฤติกรรมสุขภาพเข้ากับคามรับผิดชอบต่อส่วนรวม วาทกรรมดังกล่าวสะท้อนกลไกของการกำหนดวาระ (agenda-setting) ที่รัฐเลือกเน้นประเด็นความร่วมมือของประชาชนเป็นศูนย์กลางของการสื่อสาร ขณะเดียวกันก็ลดทอนพื้นที่ของการวิพากษ์นโยบายหรือประสิทธิภาพของรัฐในการจัดการวัคซีน ส่งผลให้การรับรู้ของประชาชนถูกกำหนดให้อยู่ภายใต้กรอบของหน้าที่พลเมืองมากกว่าการตั้งคำถามเชิงนโยบาย ซึ่งส่งผลให้การสื่อสารในช่วงเวลาดังกล่าวมีลักษณะรวมศูนย์สูง และจำกัดบทบาทของแหล่งข้อมูลทางเลือกในการกำหนดกรอบการรับรู้ของสาธารณชน⁽⁵⁾

นอกจากนี้ แนวคิดการตั้งวาระของ McCombs & Shaw⁽⁶⁾ ได้อธิบายว่า สื่อมีบทบาทสำคัญในการกำหนดว่าประเด็นใดจะกลายเป็นเรื่องสำคัญในสายตาของสาธารณชน ซึ่งแนวคิดนี้ถูกนำมาใช้ในการศึกษาในนโยบายสุขภาพอย่างกว้างขวาง เช่น การศึกษาของ Cairney & Jones⁽⁷⁾ ที่ชี้ว่า การสื่อสารเชิงนโยบายด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของรัฐบาลและการรับรู้ของประชาชน ในบริบทประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขและ สสส. มักใช้กลยุทธ์

ดังกล่าวในการผลักดันให้ประเด็นสุขภาพบางเรื่อง เช่น การลดการบริโภคแอลกอฮอล์

อย่างไรก็ตาม กระบวนการสื่อสารสุขภาพของรัฐก็เผชิญกับความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะช่องว่างทางการรู้เท่าทันสุขภาพของประชาชน ซึ่งเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อความเข้าใจและพฤติกรรมสุขภาพ

การทำความเข้าใจการสื่อสารการเมืองกับการสื่อสารสุขภาพ จึงมีความสำคัญทั้งในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ เพราะจะช่วยอธิบายกลไกของอำนาจที่อยู่เบื้องหลังการสื่อสารของรัฐ สื่อ และหน่วยงานสาธารณสุข ตลอดจนเปิดมุมมองใหม่ต่อบทบาทของประชาชนในฐานะผู้ร่วมกำหนดวาระสุขภาพของตนเอง

การสื่อสารการเมืองกับกระบวนการสื่อสารสุขภาพของรัฐ โดยเริ่มจากอำนาจในการกำหนดวาทกรรมสุขภาพนำไปสู่การสื่อสารผ่านช่องทางต่างๆ ได้แก่ สื่อกระแสหลัก สื่อออนไลน์ และสื่อชุมชนหรือท้องถิ่น ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ การตีความ และนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน

อย่างไรก็ตาม แม้งานศึกษาด้านการสื่อสารสุขภาพทั้งในระดับสากลและประเทศไทยจะให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูล การรณรงค์ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน แต่การศึกษาส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นผลลัพธ์เชิงพฤติกรรมเป็นหลัก ขณะที่การวิเคราะห์ในมิติของ “อำนาจ” และ “การสื่อสารการเมือง” ยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะในบริบทไทยที่การสื่อสารสุขภาพเชื่อมโยงกับนโยบายรัฐและวาทกรรมสาธารณะอย่างใกล้ชิด ช่องว่างนี้สะท้อนการขาดองค์ความรู้ที่อธิบายการสื่อสารสุขภาพในฐานะกระบวนการเชิงอำนาจที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดวาระและการควบคุมความหมายของสุขภาพ ดังนั้น การศึกษานี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารสุขภาพกับอำนาจทางการเมืองในบริบทประเทศไทย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์บทบาทของการสื่อสารการเมืองในการกำหนดวาระด้านสุขภาพของสังคม (2) อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการสื่อสารสุขภาพกับโครงสร้างอำนาจของรัฐ และ (3) เสนอแนวทางการพัฒนานโยบายการสื่อสารสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในบริบทของประเทศไทย แหล่งข้อมูลในการรวบรวมข้อมูลนี้

เป็นข้อมูลทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพในประเทศไทย ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 ประเภท คือ (1) เอกสารนโยบายและยุทธศาสตร์ของภาครัฐ (2) สื่อรณรงค์และแคมเปญด้านสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐและองค์กรทั้งรัฐและ (3) ข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสุขภาพ โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์สำคัญและงานวิจัยและบทความวิชาการทั้งในและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารสุขภาพ การกำหนดวาระ และการสื่อสารการเมืองในช่วงเวลา พ.ศ. 2560–2566 ซึ่งในช่วงที่การสื่อสารสุขภาพมีความเข้มข้นทั้งในระดับนโยบายและการรณรงค์สาธารณะ และนำเสนอกรณีศึกษา เพื่อให้การวิเคราะห์มีความเป็นรูปธรรม ได้แก่ (1) การสื่อสารของภาครัฐในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 เช่น การใช้คำขวัญ “อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ” (2) แคมเปญการสื่อสารสุขภาพของ สสส. เช่น “เลิกบุหรี่เพื่อคนที่คุณรัก” และ “ขยับกายวันละนิด ชีวิตยืนยาว” และ (3) การรณรงค์ด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมการบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ กรณีศึกษาเหล่านี้ถูกเลือกเนื่องจากเป็นตัวอย่างที่สะท้อนการใช้การสื่อสารสุขภาพเป็นเครื่องมือเชิงนโยบายและเชิงอำนาจได้ในสังคมไทย เพื่ออธิบายว่ารัฐใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือในการกำหนดกรอบความหมายของสุขภาพ และควบคุมพฤติกรรมของประชาชนอย่างไร

การสื่อสารการเมืองและการสื่อสารสุขภาพ

การสื่อสารการเมืองเป็นศาสตร์ที่ศึกษากระบวนการใช้สื่อและการสื่อสารเพื่อสร้างอิทธิพลต่อความคิดเห็น ค่านิยม และพฤติกรรมทางการเมืองของสาธารณชน แนวคิดนี้ตั้งอยู่บนฐานสำคัญว่าการสื่อสารคืออำนาจ เพราะทุกการเลือกที่จะพูดเรื่องใด พูดอย่างไร และให้ใครพูด ย่อมเป็นการนิยามความจริงทางสังคมในแบบใดแบบหนึ่ง การสื่อสารทางการเมืองจึงมิได้เป็นเพียงการส่งสารจากรัฐหรือพรรคการเมืองสู่ประชาชน แต่เป็นสนามของการต่อสู้เชิงวาทกรรมระหว่างผู้มีอำนาจในการนิยามกับผู้รับสารหรือพลเมือง ที่มีสิทธิในการตีความและตอบสนองต่อสารนั้น⁽⁷⁾

ในแง่นี้การสื่อสารไม่ใช่เพียงเครื่องมือแต่เป็นกลไกที่สะท้อนความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสังคม โดยเฉพาะใน

ระบบการเมืองสมัยใหม่ที่สื่อมีบทบาทเป็นพื้นที่สาธารณะ ซึ่ง Habermas⁽⁸⁾ เรียกว่า เป็นเวทีของการเจรจาและแข่งขันทางความคิดระหว่างรัฐ ภาคธุรกิจ และประชาชน การสื่อสารการเมืองจึงเป็นทั้งศาสตร์และกระบวนการที่เชื่อมโยงสื่อ การปกครอง และการกำหนดนโยบายของรัฐเข้าด้วยกัน

เมื่อประยุกต์แนวคิดนี้เข้าสู่บริบทของสุขภาพ การวิเคราะห์เชิงวิจารณ์ผลการรวบรวมข้อมูลชี้ให้เห็นว่าสุขภาพไม่ใช่เรื่องส่วนตัวหรือทางการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นเรื่องทางการเมืองในระดับโครงสร้าง เพราะการสื่อสารสุขภาพเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขของอำนาจ นโยบาย และอุดมการณ์ของรัฐ การรณรงค์สุขภาพจึงไม่เพียงเป็นกลาง หากสะท้อนทัศนะของผู้กำหนดนโยบาย เช่น การใช้วาทกรรมสุขภาพดีเพื่อชาติ หรือความรับผิดชอบต่อสังคมในแคมเปญของหน่วยงานรัฐอย่างกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) และ สสส. ซึ่งมีได้เพียงส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังสร้างภาพจำของประชาชนที่ดีในสายตารัฐ คือผู้ที่ดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อประโยชน์ของประเทศชาติ

ปรากฏการณ์นี้สอดคล้องกับแนวคิด อำนาจชีวะการเมือง (biopolitics) ของ Michel Foucault⁽⁹⁾ ที่มองว่ารัฐสมัยใหม่ใช้อำนาจผ่านการจัดการชีวิตของประชากร โดยสุขภาพเป็นหนึ่งในกลไกหลักที่รัฐใช้ควบคุมและจัดระเบียบสังคมผ่านการสื่อสาร เมื่อประชาชนรับสารจากรัฐในฐานะผู้ต้องปฏิบัติตาม พวกเขาจึงตกอยู่ภายใต้วาทกรรมสุขภาพที่รัฐออกแบบ⁽¹⁾ เช่น การเป็นผู้บริโภคที่มีวินัย การป้องกันโรคด้วยความรับผิดชอบต่อส่วนบุคคล หรือการร่วมมือในภาวะโรคระบาด ในอีกด้านหนึ่ง แนวคิดการสื่อสารการเมืองชี้ให้เห็นว่า การสื่อสารสุขภาพเป็นพื้นที่ต่อรองเชิงสังคมที่ประชาชนสามารถท้าทายหรือสร้างความหมายใหม่ได้

การเชื่อมโยงแนวคิดการสื่อสารการเมืองเข้ากับการสื่อสารสุขภาพช่วยเปิดมุมมองใหม่ต่อสุขภาพในฐานะพื้นที่ของอำนาจ ความหมาย และการต่อรอง ซึ่งมีได้อยู่ในขอบเขตของการแพทย์เท่านั้น แต่เป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมการเมืองที่ซับซ้อน การเข้าใจพลวัตนี้จึงมีความสำคัญต่อการออกแบบนโยบายสื่อสารสุขภาพในอนาคต ที่จะต้องไม่เพียงถ่ายทอดสารจากรัฐสู่ประชาชน แต่ต้องเป็นการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้สุขภาพเป็นสิทธิของทุกคน ไม่ใช่เพียงหน้าที่ที่รัฐกำหนด

การสื่อสารการเมืองกับอำนาจ ในการกำหนดวาระสุขภาพ

ทฤษฎีการกำหนดวาระ (Agenda-Setting Theory) ของ McCombs & Shaw⁽⁶⁾ อธิบายว่า สื่อมวลชนไม่ได้บอกให้ผู้คนคิดอย่างไร แต่บอกให้คิดเรื่องอะไร ซึ่งหมายความว่า สื่อมีอิทธิพลสำคัญต่อการกำหนดประเด็นที่สาธารณชนให้ความสนใจ แนวคิดนี้เมื่อนำมาประยุกต์ใช้กับการสื่อสารสุขภาพ ทำให้เข้าใจได้ว่า รัฐและสื่อมีบทบาทในการร่วมกันกำหนดวาระสุขภาพ ว่าประเด็นใดควรถูกสื่อสารอย่างเข้มข้น และประเด็นใดควรถูกละเว้นจากพื้นที่สาธารณะ

ในบริบทของประเทศไทย การกำหนดวาระสุขภาพ เห็นได้ชัดจากนโยบายและกลยุทธ์การสื่อสารของรัฐ ตัวอย่างเช่น การรณรงค์ควบคุมยาสูบที่ดำเนินการโดย สสส. ตัวอย่างของการรณรงค์ควบคุมยาสูบยังสะท้อนการใช้อำนาจเชิงสัญลักษณ์ของรัฐผ่านการสร้างวาทกรรมเชิงศีลธรรม เช่น การเชื่อมโยงพฤติกรรมกาสูบหรี่กับความไม่รับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งทำให้พฤติกรรมดังกล่าว ถูกตีความใหม่จากทางเลือกส่วนบุคคลเป็นปัญหาสาธารณสุข

ในทำนองเดียวกัน ช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2565 รัฐบาลไทยใช้การสื่อสารเชิงชาตินิยมผ่านคำขวัญ “วัคซีนเพื่อชาติ” เพื่อสร้างความรู้สึกผูกพันและความรับผิดชอบต่อร่วมกันของประชาชน ในการฉีดวัคซีน การใช้วาทกรรมดังกล่าวสามารถวิเคราะห์ได้ว่าเป็นการใช้การสื่อสารเชิงอารมณ์เพื่อสร้างความชอบธรรมให้กับนโยบายของรัฐ โดยเปลี่ยนการตัดสินใจฉีดวัคซีนจากเรื่องของสิทธิส่วนบุคคลให้กลายเป็นหน้าที่ต่อชาติ ผลที่เกิดขึ้นคือ การลดพื้นที่ของการตั้งคำถามต่อประสิทธิภาพของวัคซีนหรือการจัดสรรวัคซีนของรัฐ และทำให้การสื่อสารสุขภาพกลายเป็นเครื่องมือในการสร้างความยินยอมมากกว่าการให้ข้อมูลอย่างเป็นกลาง

อีกตัวอย่างคือการจำกัดโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และอาหารแปรรูป ซึ่งสะท้อนการเมืองของข้อมูลสุขภาพที่รัฐใช้การสื่อสารเป็นเครื่องมือในการชี้นำพฤติกรรมบริโภคของประชาชน ภายใต้กรอบของการคุ้มครองสุขภาพสาธารณะ แต่ในอีกด้านหนึ่งก็เป็นการใช้อำนาจรัฐเพื่อควบคุมพื้นที่ของสื่อและตลาดในนามของสุขภาพ

การสื่อสารสุขภาพในฐานะเครื่องมือของการสื่อสาร

การเมือง จึงไม่ได้เป็นเพียงการถ่ายทอดข้อมูลเพื่อประโยชน์ด้านสาธารณสุข แต่เป็นกระบวนการทางอำนาจที่กำหนดทั้งสิ่งที่สังคมควรพูดถึงและสิ่งที่ถูกทำให้เงียบหายไป ในพื้นที่สาธารณะ การเข้าใจกลไกนี้จึงเป็นกุญแจสำคัญในการวิเคราะห์บทบาทของรัฐและสื่อในการสร้าง วาระสุขภาพแห่งชาติที่มีผลต่อความคิดและพฤติกรรมของประชาชนในระยะยาว

กระบวนการสื่อสารสุขภาพ ในระดับต่างๆ

กระบวนการสื่อสารสุขภาพของประเทศไทยมีลักษณะเป็นระบบหลายระดับประกอบด้วยส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และระดับท้องถิ่น โดยแต่ละระดับมีบทบาทและวิธีการสื่อสารที่แตกต่างกัน แต่เชื่อมโยงกันอย่างมีระบบ ทั้งนี้ เพื่อให้การส่งผ่านนโยบายและสารสุขภาพสามารถเข้าถึงประชาชนในทุกกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁹⁾ ในขณะเดียวกัน ระบบดังกล่าวยังสะท้อนให้เห็นโครงสร้างอำนาจเชิงการสื่อสารการเมืองที่กำหนดทิศทางการสื่อสารจากบนลงล่างเป็นหลัก ดังนี้

1. ระดับส่วนกลาง หน่วยงานหลัก ได้แก่ สธ. และ สสส. ซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบายและออกแบบแนวทางการสื่อสารเชิงยุทธศาสตร์ โดยเน้นการสร้างวาระแห่งชาติด้านสุขภาพผ่านสื่อกระแสหลักและสื่อดิจิทัล

ในทางปฏิบัติ การสื่อสารของส่วนกลางมักอยู่ในรูปแบบของการกำหนดสารหลักที่ถูกถ่ายทอดอย่างสม่ำเสมอ เช่น การรณรงค์ “ลดเค็มครึ่งหนึ่ง” ซึ่งถูกเผยแพร่ผ่านสื่อโทรทัศน์และสื่อออนไลน์อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม การสื่อสารในลักษณะดังกล่าวมีข้อจำกัดในแง่ของการเปิดพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการนิยามปัญหาสุขภาพ ส่งผลให้การสื่อสารยังคงมีลักษณะบนลงล่างเป็นหลัก

2. ระดับภูมิภาค กลไกหลักคือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และโรงพยาบาลศูนย์ ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการถ่ายทอดนโยบายและสารสุขภาพจากส่วนกลางไปสู่ระดับท้องถิ่นโดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละจังหวัด เช่น การรณรงค์ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)⁽¹⁰⁾ นอกจากนี้ สสจ. ยังทำหน้าที่สำคัญในการรวบรวมข้อมูลภาคสนามเพื่อประเมินผลลัพธ์ของ

การสื่อสาร และสะท้อนกลับไปยังระดับนโยบาย ถือเป็นกระบวนการสื่อสารสองทางในเชิงบริหาร แม้จะยังมีลักษณะของการควบคุมเชิงนโยบายอยู่ก็ตาม

ในระดับชุมชน แม้จะมีการเปิดพื้นที่ให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น เช่น การดำเนินโครงการหมู่บ้านปลอดบุหรี่ แต่การกำหนดกรอบของโครงการยังคงอยู่ภายใต้นโยบายจากส่วนกลาง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนยังคงถูกจำกัดอยู่ภายใต้โครงสร้างอำนาจของรัฐ

3. ระดับท้องถิ่นและชุมชน การสื่อสารสุขภาพถูกดำเนินการผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (เช่น อบต. และเทศบาล) โรงเรียน ผู้นำชุมชน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้ส่งสารเชิงพื้นที่ที่ทำหน้าที่สื่อสารแบบสองทางกับประชาชน การสื่อสารในระดับนี้มักเน้นการสื่อสารแบบมีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ประชาชนสะท้อนความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมสุขภาพ เช่น หมู่บ้านปลอดบุหรี่ที่เกิดจากความร่วมมือระหว่าง อสม. กับ สสจ.⁽¹¹⁾

ระบบการสื่อสารสุขภาพหลายระดับนี้ช่วยให้สารสุขภาพของรัฐสามารถแพร่กระจายได้ครอบคลุมและต่อเนื่อง แต่ในอีกด้านหนึ่งก็ก่อให้เกิดคำถามเชิงอำนาจในมิติของการสื่อสารการเมือง กล่าวคือ การสื่อสารจากบนลงล่างยังคงเป็นลักษณะเด่น ซึ่งอาจจำกัดพื้นที่การ

แสดงออกของประชาชนและภาคประชาสังคมในฐานะผู้ร่วมกำหนดวาระสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพจึงไม่ควรถูกจำกัดอยู่เพียงในกรอบนโยบายของรัฐ แต่ควรเปิดพื้นที่ให้เกิดการสื่อสาร ระหว่างหน่วยงานรัฐกับชุมชน เพื่อสร้างความเท่าเทียมและความไว้วางใจในสารสุขภาพ

กระบวนการสื่อสารสุขภาพในประเทศไทยเป็นระบบที่มีความเชื่อมโยงหลายระดับ ตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับปฏิบัติการในชุมชน ซึ่งทำให้การสร้างสุขภาพมีความเป็นระบบและครอบคลุม แต่ขณะเดียวกันก็สะท้อนให้เห็นอำนาจของรัฐในการนิยามสารสุขภาพและควบคุมกรอบความคิดของสังคม ซึ่งเป็นลักษณะสำคัญของการสื่อสารการเมืองในทางปฏิบัติที่ควรได้รับการวิเคราะห์และปรับปรุงให้เป็นกระบวนการสื่อสารที่มีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น⁽¹²⁾ ดังภาพที่ 1 ซึ่งแสดงโครงสร้างการสื่อสารสุขภาพที่เชื่อมโยง 3 ระดับ ได้แก่ (1) ระดับส่วนกลางที่กำหนดนโยบายและวาระสุขภาพ (2) ระดับภูมิภาคที่ถ่ายทอดและปรับสารให้เหมาะสมกับพื้นที่ และ (3) ระดับท้องถิ่นหรือชุมชนที่ดำเนินการสื่อสารแบบมีส่วนร่วมและสะท้อนข้อมูลกลับสู่ระดับนโยบาย ทั้งนี้ระบบดังกล่าวแม้มีลักษณะการสื่อสารสองทาง แต่ยังคงสะท้อนโครงสร้างแบบบนลงล่างซึ่งสัมพันธ์กับกระบวนการการสื่อสารการเมืองในการกำหนดวาระสุขภาพของสังคม

ภาพที่ 1 ผังระบบการสื่อสารสุขภาพหลายระดับ



การสร้างการรับรู้และพฤติกรรม สุขภาพของประชาชน

ผลลัพธ์ของการสื่อสารสุขภาพไม่ได้วัดเพียงจากการเผยแพร่ข้อมูลหรือการเข้าถึงสารเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับความสามารถของกระบวนการสื่อสารในการสร้างการรับรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชน การสื่อสารสุขภาพที่ประสบความสำเร็จจึงต้องไม่เพียงทำให้ผู้รับสารเข้าใจเนื้อหา แต่ต้องกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจภายในเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน⁽¹³⁾ การเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นจากการรับรู้ถึงประโยชน์ ความเสี่ยง และการมีทัศนคติเชิงบวกต่อการกระทำ

ในประเทศไทย หน่วยงานภาครัฐโดยเฉพาะ สสส. ได้นำหลักการดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ผ่านแคมเปญการสื่อสารสุขภาพหลายโครงการ เช่น “ขยับกายวันละนิด ชีวิตยืนยาว” และ “เลิกบุหรี่เพื่อคนที่คุณรัก” ซึ่งมุ่งกระตุ้นให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผ่านการสร้างแรงจูงใจทั้งเชิงเหตุผลและอารมณ์⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ งานศึกษาด้านการสื่อสารสุขภาพ ชี้ให้เห็นว่าการออกแบบสารที่เหมาะสมสามารถส่งผลต่อการรับรู้และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญ และมีการนำไปประยุกต์ใช้จริงในโครงการณรงค์ด้านสุขภาพของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง

ตัวอย่างเช่น แคมเปญ “เลิกบุหรี่เพื่อคนที่คุณรัก” ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ใช้การสื่อสารเชิงอารมณ์โดยเน้นความสัมพันธ์ในครอบครัวเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁽¹⁷⁾ การออกแบบสารในลักษณะนี้ไม่ได้มุ่งเพียงให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ แต่สร้างแรงจูงใจผ่านความรู้สึกผิดชอบชั่วดีและความผูกพันทางสังคม ในเชิงการวิเคราะห์ แคมเปญดังกล่าวสะท้อนการใช้ “soft power” ในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ โดยไม่ใช้การบังคับโดยตรง แต่การสร้าง ความหมายและคุณค่าทางสังคมเพื่อจูงใจให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁽¹⁷⁾

การสร้างการรับรู้และการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไม่อาจเกิดขึ้นได้หากกระบวนการสื่อสารขาดความไว้วางใจและความโปร่งใส โดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤตสาธารณสุข เช่น การระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งในระยะแรก การสื่อสาร

ของรัฐมีลักษณะสั่งการและเน้นการควบคุมมากกว่าการมีส่วนร่วมของประชาชน ส่งผลให้เกิดความไม่เชื่อมั่นและแรงต้านต่อมาตรการบางประการ ประสบการณ์ดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารสุขภาพไม่สามารถอาศัยอำนาจรัฐเพียงอย่างเดียว แต่ต้องสร้างอำนาจจากความน่าเชื่อถือผ่านการเปิดพื้นที่ให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการออกแบบสารสุขภาพ

การสร้างการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจึงเป็นกระบวนการที่อยู่บนพื้นฐานของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โปร่งใส และมีส่วนร่วม ซึ่งไม่เพียงนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลเท่านั้น แต่ยังช่วยสร้างทุนทางสังคมด้านสุขภาพที่เป็นรากฐานของสังคมสุขภาวะในระยะยาว

วิจารณ์

การสื่อสารสุขภาพในบริบทประเทศไทยมิได้ดำเนินไปภายใต้ตรรกะของการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นส่วนหนึ่งของกลไกการปกครองที่รัฐใช้ในการจัดระเบียบและกำกับพฤติกรรมของประชาชนผ่านกระบวนการกำหนดวาระ (agenda-setting) และการสร้างกรอบความหมายของสุขภาพในสังคม โดยอาศัยทั้งการสื่อสารเชิงสั่งการจากส่วนกลางและการสื่อสารเชิงสัญลักษณ์ที่แฝงด้วยคุณค่าทางสังคมและศีลธรรม ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับกรณีศึกษาการสื่อสารในช่วงโควิด 19 และแคมเปญรณรงค์สุขภาพของหน่วยงานรัฐ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการสื่อสารสุขภาพทำหน้าที่มากกว่าการให้ข้อมูล แต่เป็นเครื่องมือในการสร้างความยินยอมและกำหนดกรอบการรับรู้ของประชาชนภายใต้โครงสร้างอำนาจของรัฐ

ข้อมูลที่น่าเสียดายมีนัยสำคัญในการขยายกรอบการศึกษาการสื่อสารสุขภาพจากแนวคิดเดิมที่เน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรายบุคคล ไปสู่การทำความเข้าใจการสื่อสารสุขภาพในฐานะพื้นที่ทางอำนาจที่เกี่ยวข้องกับการนิยามความจริง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการสร้างความชอบธรรมให้กับนโยบายสาธารณะ ดังนั้น การวิเคราะห์การสื่อสารสุขภาพจึงไม่อาจจำกัดอยู่เพียงประสิทธิภาพเชิงพฤติกรรม แต่จำเป็นต้องพิจารณามิติของอำนาจ ความชอบธรรม และความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างรัฐกับประชาชนควบคู่กันไป

อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบนี้ยังสะท้อนข้อจำกัดเชิง-โครงสร้างของระบบการสื่อสารสุขภาพในประเทศไทยที่ยังคงยึดโยงอยู่กับรูปแบบการสื่อสารแบบรวมศูนย์และการกำกับจากรัฐเป็นหลัก แม้จะมีความพยายามในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน แต่ในทางปฏิบัติพื้นที่ดังกล่าวยังคงถูกกำหนดภายใต้กรอบนโยบายและวาทกรรมที่รัฐเป็นผู้กำหนด ส่งผลให้การมีส่วนร่วมของประชาชนมีลักษณะเชิงสัญลักษณ์มากกว่าการมีอำนาจในการกำหนดวาระอย่างแท้จริง

ดังนั้น การพัฒนาการสื่อสารสุขภาพในประเทศไทยควรเปลี่ยนผ่านจากรูปแบบการสื่อสารเชิงสั่งการไปสู่การสื่อสารแบบมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ โดยสามารถดำเนินการได้ใน 3 ระดับสำคัญ ได้แก่ (1) ระดับการกำหนดวาระ ควรเปิดพื้นที่ให้ประชาชนและภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการเสนอและจัดลำดับความสำคัญของประเด็นสุขภาพ เช่น การจัดเวทีสาธารณะในระดับพื้นที่ หรือการใช้แพลตฟอร์มดิจิทัลเพื่อรวบรวมข้อเสนอเชิงนโยบายจากประชาชน (2) ระดับการออกแบบสาร ควรใช้กระบวนการร่วมสร้างระหว่างหน่วยงานรัฐ ผู้เชี่ยวชาญ และชุมชน เพื่อให้สารสุขภาพสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม

ของแต่ละพื้นที่ และ (3) ระดับการประเมินผล ควรพัฒนาเครื่องมือประเมินแบบมีส่วนร่วมที่สะท้อนทั้งผลลัพธ์เชิง-พฤติกรรมและระดับความไว้วางใจของประชาชนต่อการสื่อสารของรัฐ

นอกจากนี้ การลดความไม่สมดุลเชิงอำนาจในการสื่อสารสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยการกระจายอำนาจด้านการสื่อสารไปสู่ระดับท้องถิ่น โดยสนับสนุนบทบาทขององค์กร-ปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายชุมชน และ อสม. ในการผลิตและเผยแพร่สารสุขภาพซึ่งมีส่วนในการเพิ่มความยืดหยุ่นของการสื่อสาร สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และเสริมสร้างความน่าเชื่อถือในสายตาของประชาชน

โดยสรุป การสื่อสารสุขภาพในสังคมไทยควรถูกทำความเข้าใจในฐานะส่วนหนึ่งของกระบวนการทางการเมืองที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดอำนาจ ความหมาย และวาระของสังคม การพัฒนาแนวทางการสื่อสารสุขภาพในอนาคตจึงไม่ควรมุ่งเพียงประสิทธิภาพเชิงพฤติกรรม แต่ต้องคำนึงถึงมิติของอำนาจ ความเท่าเทียม และการมีส่วนร่วมของประชาชนควบคู่กันไป เพื่อสร้างระบบการสื่อสารสุขภาพที่มีความยั่งยืน โปร่งใส และเป็นธรรมในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Communication for health (C4H) [Internet]. 2023 [cited 2026 Mar 30]. Available from: <https://www.who.int/westernpacific/initiatives/Communication-for-Health-C4H>
2. World Health Organization. WHO strategic communications framework for effective communications [Internet]. 2017 [cited 2026 Mar 30]. Available from: <https://www.who.int/about/communications>
3. McNair B. An introduction to political communication. 6th ed. London: Routledge; 2018.
4. World Health Organization. Communication and social mobilization for health [Internet]. [cited 2026 Mar 30]. Available from: <https://www.emro.who.int/about-who/public-health-functions/communication-and-social-mobilization-for-health.html>
5. Praditsitthikorn N, Ritthiphakdee B, Wibulpolprasert S. Thailand's experience in COVID-19 communication and risk management. Journal of Health Systems Research 2021;15(2):145-60.
6. McCombs ME, Shaw DL. The agenda-setting function of mass media. Public Opinion Quarterly 1972;36(2):176-87.
7. Cairney P, Jones MD. Kingdon's multiple streams approach: what is the empirical impact of this universal theory?. Policy Studies Journal 2016;44(1):37-58.
8. Habermas J. The structural transformation of the public sphere: an inquiry into a category of bourgeois society. Cambridge, MA: MIT Press; 1989.
9. Foucault M. Governmentality. In Burchell G, Gordon C, Miller P, editor. The foucault effect: studies in governmentality. Chicago: University of Chicago Press; 1991.

10. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การสื่อสารสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2566-2570. นนทบุรี; กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
11. กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปีเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทย. นนทบุรี; กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
12. จิรัชญา สุระสุข. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับบทบาท ในการป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2567;7(1):145-56.
13. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15(3):259-67.
14. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานสุขภาพคนไทย 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 30 มี.ค. 2569]. แหล่งข้อมูล: <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/d6e5d02e-e5db-ec11-80fa-00155db45613>
15. Hemmara E. Health promotion campaign/community development of health promotion campaign model with 2 activities (food and exercise) by community participation for solving obesity at Banklonghuayba, Thungwa District, Satun Province. Health Science Journal of Thailand 2021;3(2):25-38.
16. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. แคมเปญเลิกสูบบุหรี่เพื่อคนที่คุณรัก [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 มี.ค. 2569]. แหล่งข้อมูล: <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/f74d549b-4e42-e711-80df-00155d08702f>
17. Nabi RL. Emotional flow in persuasive health messages. Health Communication 2015;30(2):114-24.

Health Communication as Political Communication in Thailand: Power and Health Agenda-Setting

Phongsak Thongratana, Wittayatorn Tokeaw, Haruthai Panyawuttrakul

Communication Innovation for Political and Local Administration, School of Communication Arts, Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province, Thailand

Abstract

This article aims to (1) analyze the role of political communication in shaping the social health agenda, (2) examine the relationship between health communication processes and state power structures, and (3) propose guidelines for developing participatory health communication policies in the Thai context based on relevant literature and theoretical frameworks, including political communication, agenda-setting theory, and biopolitics. The findings indicate that health communication is not merely the dissemination of public health information but constitutes a form of power through which the state frames meanings of health, constructs social norms, and influences citizens' behaviors across multiple levels including national, regional, and local. Moreover, health communication operates as a contested space where meanings are negotiated between the state and the public, particularly in health campaigns and crisis situations such as the COVID-19 pandemic. The article argues that future health communication should move beyond a top-down approach toward a participatory model that enables citizens and civil society to actively engage in shaping health agendas, thereby fostering equity and sustainability in public health development.

Keywords: political communication; health communication; health agenda-setting

Adolescent Health Literacy in Thailand: a Narrative Review of Competencies, Associated Factors, and Intervention Approaches

Aticha Pichitrotchana¹, Sujimon Mungkalarungsi²

¹ *Mater Dei School, Bangkok, Thailand*

² *Independent Researcher*

Abstract

Evidence on adolescent health literacy in Thailand is dispersed across health topics, populations, and measurement instruments. To synthesize reported competency patterns, associated factors and contextual conditions, and the approaches and outcomes of interventions among Thai adolescents. This narrative review used a targeted search of ThaiJO, PubMed, Google Scholar, and institutional repositories conducted from February to July 2025. Thai- and English-language studies published in 2016–2025 concerning adolescents aged 10–19 years were synthesized across general, oral, and sexual health domains. General health literacy was commonly described as moderate, but scores from different instruments were not directly comparable. Access and comprehension were more consistently evident than appraisal, communication, decision-making, and sustained application. Individual characteristics and family, school, information, and service environments were associated with literacy or related behaviors in specific settings. School-based, online, and skills-oriented interventions reported improvements in selected competencies, self-efficacy, behaviors, or health measures; differences in design, outcomes, and follow-up limit comparison. Programs should combine transferable literacy skills with topic-specific content and support. Current evidence does not establish a superior delivery mode, long-term effectiveness, or transfer of skills across health domains; stronger comparative and longitudinal evaluations are needed.

Keywords: adolescent health literacy; health information; health behavior; health promotion; Thailand

Received: 2026 Jun 16

Revised: 2026 Jul 21

Accepted: 2026 Jul 30

Introduction

Adolescence is a formative stage during which individuals develop greater autonomy over health-related choices while encountering increasingly complex information from families, schools, peers, health services, and digital media. Health literacy the capacity to access, understand, appraise, and apply health information is therefore fundamental to informed decision-making and health promotion.⁽¹⁾ In Thailand, the Ministry of Public Health has identified health literacy as a national priority and has operationalized it through six interrelated competencies: access, understanding, appraisal, application, communication, and media literacy.^(2,3) The V-Shape Model similarly links these competencies with decision-making and self-management in health-promotion programs.^(4,5) Together, these frameworks position adolescent health literacy as a transferable set of abilities rather than knowledge about a single disease or health topic.

This broad perspective is particularly relevant because adolescents must make decisions across multiple, often interconnected areas, including nutrition, physical activity, mental health, substance use, tobacco and alcohol, hygiene, oral health, sexual health, injury prevention, and appropriate use of health services. The 2021 Global School-based Student Health Survey illustrates the coexistence of several health risks among Thai students aged 13–17 years: 28.2% reported current alcohol use, 14.4% current use of a tobacco product, 6.9% lifetime marijuana use, and 3.9% lifetime amphetamine or methamphetamine use; only 10.6% were physically active for at least 60 minutes on all seven days, whereas 18.9%

were overweight and 64.3% reported at least three hours of sedentary leisure time per day.⁽⁶⁾

These indicators do not establish inadequate health literacy, but they demonstrate the range of situations in which adolescents must locate credible information, assess risks, communicate with others, and translate knowledge into action.

Available Thai studies generally indicate moderate overall health literacy and recurring limitations in higher-order competencies such as critical appraisal, communication, decision-making, and sustained self-management.^(7–10) Research conducted within particular topics including mental, oral, and sexual health also suggests that the application of health information is shaped by topic-specific demands, family communication, school support, service accessibility, socioeconomic conditions, and the credibility of digital information.^(11–25) However, the evidence is dispersed across health topics, study populations, measurement instruments, and intervention approaches. This fragmentation makes it difficult to distinguish transferable health-literacy competencies from contextual barriers and supports, or to determine which approaches may strengthen adolescents' ability to make informed health decisions across situations. A general synthesis is therefore needed to integrate the available evidence without assigning priority to any single health domain.

This review aims to synthesize the available evidence on health literacy among adolescents in Thailand across the health domains represented in the literature. Specifically, it seeks to characterize reported levels and competency patterns; identify individual, family, school, social, digital, and health-service factors associated with health literacy, including barriers and enabling

conditions; summarize the approaches and reported outcomes of relevant interventions; and derive implications for future research, health education, public health practice, and policy. Data sources were collected from studies conducted in Thailand, published between 2016–2025 using ThaiJo, PubMed, Google Scholar, and institutional repositories.

Reported levels and patterns of health-literacy competencies

Across the Thai studies, general health literacy was usually described as moderate, although the studies used different instruments and cutoffs and their scores should not be treated as directly comparable.^(7–9) The most consistent pattern was uneven performance across competencies: access to and understanding of health information were more evident than critical appraisal, communication, decision-making, and self-management.^(7,8) Among secondary-school students in Samut Songkhram, more than half had good COVID-19 health literacy, yet fewer than half consistently practiced preventive behaviors; literacy and behavior were positively correlated ($r=0.656$, $p<0.001$).⁽²⁶⁾ This association illustrates that a favorable literacy score does not ensure routine application.

The topic-specific findings show how that pattern appears in different settings. A rural junior-high-school study reported moderate oral health literacy in 70.9% of participants, alongside moderate caries-prevention behavior.⁽¹²⁾ Another study found a positive association between oral health literacy and self-care behavior ($r=0.584$, $p<0.05$).⁽²¹⁾ In sexual health, only 4.11% of female vocational students in one study had high

pregnancy-prevention health literacy, while more than half had inadequate literacy⁽¹³⁾; a separate secondary-school study reported low literacy in 53.6% of participants.⁽²⁵⁾ Mental-health research identified limitations in recognizing early symptoms and offering appropriate support to peers.⁽¹⁸⁾ These estimates describe distinct populations and measures; they do not establish that one health domain has a lower national prevalence of literacy than another.

Across domains, the reviewed studies repeatedly described difficulty moving from information to action. Oral-health studies reported gaps in daily hygiene and prevention practices,^(12,21,23) while sexual-health studies identified uncertainty about risk appraisal and practical decision-making even where basic prevention messages were known.^(14,15,25) The evidences therefore point to an uneven competency profile rather than a single, comparable level of health literacy across all Thai adolescents.

Associated factors, barriers, and enabling conditions

Individual and educational characteristics were associated with literacy in the reviewed studies. Age or grade level, academic achievement, motivation, health beliefs, and self-efficacy were reported as relevant to information seeking or the use of health information.^(7,8,10,16) The direction and strength of associations cannot be combined across studies because populations, measures, and analytic approaches differed. Most of these findings are observational and do not identify causes.

Family, school, and service settings shaped opportunities to apply literacy skills. Among rural junior-high-school students, living with parents and access to school dental services were associated with caries-prevention behavior⁽¹²⁾; family routines and access to dental care were also relevant to oral self-care in other school settings.^(21,23) School-based learning offered opportunities to practice information management and decision-making.⁽²⁰⁾ For sexual health, the evidence identified the availability of trusted information, communication with relatives or parents, and the ability to discuss sensitive topics as salient contextual conditions.^(15,17,25) These findings concern specific settings and should not be read as evidence that a particular family arrangement or school service independently causes better literacy.

Barriers also differed by health topic. Across studies, limited appraisal of information sources and difficulty applying knowledge in real situations were recurring concerns.^(7,8,14,15) Oral-health practices depended on repeated daily routines and practical access to dental services.^(12,21,23) Sexual-health decisions additionally involved privacy, social sensitivity, and access to credible, nonjudgmental guidance.^(15,17,25) Digital media provided a channel for information and learning, but access to content alone did not establish the credibility or usability of that information.^(15,19) Thus, shared literacy competencies operated under different social and service conditions.

Intervention approaches and reported outcomes

The intervention evidence covered school-based instruction, online learning, and

skills-oriented activities; studies measured different outcomes and did not provide a common basis for estimating an overall effect. A school-based health-literacy model reported gains in information management, decision-making, media appraisal, and self-management.⁽²⁰⁾ In oral health, a structured education program improved functional literacy more clearly than communicative or critical literacy.⁽²²⁾ An online oral-health learning model reported improvement across six measured literacy components and plaque-related outcomes.⁽⁵⁾ These studies suggest that the competencies measured and the opportunities to practice them matter when interpreting an intervention's reported result.

An eight-week online mental-health-literacy program was associated with lower depression scores among high-school students.⁽¹⁹⁾ A sexual-health skills-training program reported improved perceived self-efficacy for safer sexual behavior.⁽¹⁶⁾ The reviewed interventions therefore reported changes in selected literacy components, self-efficacy, behaviors, or health measures, rather than a uniform outcome. Variation in designs, comparison conditions, instruments, and follow-up periods limits conclusions about the durability of benefit or the relative effectiveness of school, digital, and participatory delivery.

Cross-domain synthesis relevant to practice and policy

The three domains share a need to access, understand, appraise, communicate, and use health information, but applying these skills requires different support. Oral-health findings emphasize reinforcement of daily routines and access to preventive dental services.^(12,21,23)

Sexual-health findings emphasize credible and confidential information, sensitive communication, and opportunities to practice decisions.^(15–17,25) General and mental-health findings point to information appraisal, symptom recognition, and appropriate help-seeking or peer support.^(18–20,26) This synthesis identifies transferable competencies and topic-specific conditions that programs can address; it has not been tested as a causal framework.

The reviewed programs provide examples of school, online, and skills-based approaches that can inform program design.^(5,16,19,20,22) They do not establish which approach should be adopted nationally or whether improvements transfer between health domains. For education and public health practice, the evidence identifies a rationale for combining competency practice with accessible, credible information and connections to appropriate services. These are implications drawn from the synthesis, rather than measured policy effects.

Discussion

The principal finding is an uneven pattern of adolescent health-literacy competencies across the Thai studies: access to and understanding of information were more consistently evident than appraisal, communication, decision-making, and sustained application.^(7,8,12–15,21,25,26) This pattern is compatible with the distinction between functional, interactive, and critical health literacy.⁽²⁾ It also helps explain why moderate overall scores can coexist with inconsistent preventive behavior, as illustrated by the association between COVID-19 health literacy and prevention practices⁽²⁶⁾ and by the oral-health literacy–self-care association.⁽²¹⁾

Neither correlation establishes that increasing literacy alone will change behavior. Because the studies used different populations, measures, and cutoffs, their percentages cannot be pooled or ranked to compare national literacy levels across health topics.

The associated factors further suggest that literacy is exercised within a social and service context. Age or grade level, academic achievement, motivation, health beliefs, and self-efficacy were reported in relation to literacy or its use^(7,8,10,16), while family support, school learning opportunities, and access to dental or other health services were relevant in specific settings.^(12,15,17,20,21,23,25) The role of context varies by topic: oral self-care requires repeated routines and accessible preventive care, whereas sexual-health decisions also depend on privacy, trusted communication, and credible guidance.^(12,15,17,21,23,25) These are associations or qualitative contextual findings, not established causal determinants. They nonetheless make a purely information-based account of adolescent health literacy incomplete.

The intervention findings are consistent with this interpretation but remain heterogeneous. School programs reported gains in selected information-management, appraisal, decision-making, or functional oral-literacy measures^(20,22); online programs reported improvements in measured oral-health competencies and plaque-related outcomes or lower depression scores^(5,19); and sexual-health skills training reported higher perceived self-efficacy.⁽¹⁶⁾ These outcomes differ in both meaning and clinical relevance. Improved self-efficacy or literacy does not by itself demonstrate sustained safer behavior, and a change in depression scores cannot be attributed specifically to

improved literacy without attention to study design and mediating mechanisms. The evidence therefore supports further evaluation of active, skills-oriented learning, but does not identify a superior delivery mode or establish long-term benefit.

For practice, a reasonable response to the observed competency-to-action gap is to teach adolescents how to check sources, discuss uncertainty, communicate with trusted people, and rehearse decisions, alongside topic-specific content. Schools offer opportunities for repeated practice; family support and links to adolescent-responsive health services can help students use those skills outside the classroom.^(12,15-17,20-23,25) The Thai health-literacy competencies and V-Shape-related approaches provide locally relevant organizing concepts.^(3-5,20) Their application should be adapted to adolescents' developmental needs and evaluated with outcomes appropriate to each topic. In particular, confidential and nonjudgmental access matters for sexual health, while oral-health programs must address daily routines and access to dental care.

For policy, the cross-domain synthesis offers a rationale for coordination between education and health services, credible digital information, teacher preparation, and referral pathways. These are evidence-informed design implications rather than effects directly tested by the reviewed studies. Digital delivery may broaden opportunities for learning, but the included programs do not show that it is more effective or equitable than in-person teaching.^(5,19) Evaluation should therefore examine access, privacy, engagement, behavior, and health outcomes across different adolescent groups, as well as unintended effects.

This review has several limitations. Its targeted narrative search may have missed relevant Thai studies, and the included evidence was unevenly distributed across health topics, geographic settings, and school populations. Definitions, instruments, thresholds, and outcomes varied, preventing quantitative comparison across domains. Much of the evidence was cross-sectional or based on self-report; intervention designs, comparison conditions, and follow-up periods also differed. The proposed cross-domain interpretation is consequently a hypothesis for program design rather than a validated causal model. Future studies should specify the literacy competencies and mechanisms being tested, use developmentally appropriate measures and diverse samples, include suitable comparison groups, and follow behavioral and health outcomes long enough to assess maintenance and equity. They should also test whether skills learned in one health domain transfer to another.

Conclusion

Current evidence portrays adolescent health literacy in Thailand as a broad, context-dependent capacity rather than knowledge about isolated health topics. Adolescents generally appear more proficient in accessing and understanding information than in appraising its credibility, communicating, making decisions, managing behavior, and sustaining action. Addressing this gap requires competency-based learning supported by families, schools, credible digital environments, and adolescent-responsive health services. School-based, digital, participatory, and family-supported approaches are promising,

but available studies do not yet establish which approaches are most effective, sustainable, or equitable. A coordinated national approach should therefore combine transferable health-literacy competencies with context-appropriate

content and support, while future research uses stronger designs and standardized outcomes to determine whether improved health literacy leads to lasting behavioral and health benefits.

References

1. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD, editors. Health literacy: the solid facts [Internet]. [cited 2025 Aug 6]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>
2. 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* [Internet]. 2000 [cited 2025 Aug 6];15(3): 259–67. Available from: <https://academic.oup.com/heapro/article/15/3/259/551108>
3. Tanasugarn C, Roma W, Samnuanklang M. The core concept of a health literate organization [Internet]. 2018 [cited 2025 Aug 6]. Available from: https://mwi.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/mwi/n1139_a5a9caa9ec03f3d810c1f83cb7da874e_article_20180924133139.pdf
4. Department of Health. Guidelines for the development of health literate schools (HLS) [Internet]. [cited 2026 Sep 14]. Available from: https://gshps-th.com/hps/files/HLS_Guideline.pdf
5. Suttagul K, Pakrenu P. The effects of online learning process model to improve oral health literacy of seventh grade students in Lumlukka District, Pathumthani Province. *Thai Dental Nurse Journal* 2022;33(2):37–48.
6. World Health Organization. Global School-based student health survey: Thailand 2021 fact sheet [Internet]. 2021 [cited 2026 Sep 15]. Available from: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/2021-thailand-gshs-fact-sheet.pdf>
7. Thongmak B. Health literacy and health behaviour according to the national health recommendations in grade 8 student at school in Samutsakhon Province. *Journal of Health Research and Development, Nakhon Ratchasima Provincial Public Health Office* 2022;7(2):50–61.
8. Sikaow O, Trakulsithichoke S. Health literacy and health behaviors of student age 10–18 year. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health* 2024;34(2):72–85.
9. Punawit C, Thongthep S. Health literacy and health behaviors according to national health recommendations among students aged 10–14 year old in Chaloem Phra Kiat District, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University* 2020;5(1):26–36.
10. Popoonsak P, Worakham P, Suikraduang A. The factors influencing health literacy for the students in secondary schools under the Basic Education Commission in Northeast of Thailand: a multi-group analysis. *Rajabhat Maha Sarakham University Journal* 2018;12(3):211–23.
11. Sodsee A, Sornlom K, Banchonhattakit P. Oral health literacy in adolescents and related factors: a systematic review. *Journal of Public Health and Innovation* 2025;5(1):E275147.
12. Srimarit K, Junnual N. Oral health literacy and associated factors of dental caries prevention behavior among junior high school students in rural areas Ubon Ratchathani Province, Thailand. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences* 2022;5(3):36–50.
13. Sangwalee W, Norkaew J. Health literacy for adolescent pregnancy prevention of the female vocational students in Nakhon Ratchasima Province. *Disease Control Journal* 2022;48(1):120–31.

14. Seechalee P. Health literacy on risk factors for adolescent pregnancy among secondary school female students in Health Region 8. *Journal of Health Promotion and Environmental Health Research Health Promotion Centre 8 Udon Thani* 2023;1(01):46–62.
15. Narkbubpha R, Thongma N, Tongpeth J, Sarakshetrin A, Chinglek W. Sexual health literacy among female adolescent students in the educational system, Phetchaburi Province. *Journal of the Royal Thai Army Nurses* 2024;25(2):75–82.
16. Srisiri S. The development of health literacy skills training activities on sex education to enhance perceived self-efficacy in safe sexual behaviors of late adolescent students. *Ratchaphruek Journal* 2023;21(3):203–18.
17. Sriouan A. Health literacy and pregnancy prevention behaviors among female adolescent students in the responsibility area of Regional Health 8th. *Journal of Health Promotion and Environmental Health Research Health Promotion Centre 8 Udon Thani* 2023;1(01):78–91.
18. Chidmongkol R, Aryuwat P, Laoratsri P. Mental health literacy of junior high school in school of Non Soong Sub-district, Muang District, Udon Thani. *Nursing, Health, and Education Journal* 2019;2(2):35–42.
19. Indech W, Somprasert C, Soonthornchaiya R. The effects of online platform mental health literacy program on depression among high school students. *Buddhist Psychology Journal* 2023;8(3):479–90.
20. Khanwiphat W. Development model of health literacy and health behavior according to the National Health Act among students of Municipal School 4 Chalermprakiet, Muang District, Kalasin Province. *Journal of Environmental and Community Health* 2022;7(3):178–87.
21. Soontorntem P, Getmaro C. Relationship between oral health literacy and self-care oral health behaviors among junior high school students in Kantangpittayakorn School Kantang District, Trang Province. *Journal of Environmental Education Medical and Health* 2025;10(2):575–82.
22. Mutarai T, Kamonram C, Songphaeng T, Thapthiangtawee N, Suriyawong W. The effectiveness of the health education program on the development of oral health literacy among junior high school students: a case study in Nikomkhamsoi, Mukdahan. *Thai Dental Public Health Journal* 2022;27:41–59.
23. Nontawee W, Sangthong W, Jaicheun W, Thanopajai S, Nuengnan C, Boonsong T. Desirable health behavior of grade 8 students at Health Literate School in Ubonratchathani Province. *Regional Health Promotion Centre 10 Journal* 2022;10(2):17–30.
24. Sonjan A, Chanabun S, Vonok L. Health literacy of pregnancy protection for high school students in Khon Kaen Province. *Journal of Health Science and Community Public Health* 2020;3(2):60–71.
25. Seedaket S, Chotchai T. Health literacy of school-age pregnancy prevention and sexual intercourse among high school students in Khon Kaen Province. *Journal of Health and Nursing Research* 2021;37(1):99–111.
26. Songsin N, Chanduan N, Chewea H. Health literacy and coronavirus disease 2019 prevention behaviors of secondary school students in Samut Songkhram Province. *Journal of Council of Community Public Health* 2024;6(2):32–44.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมแบบบรรยายเกี่ยวกับสมรรถนะ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวทางการแทรกแซง

อาทิตยา ไพจิตรโรจนาน¹, ศุภิมน มังคลรังษี²

¹โรงเรียนมาแตร์เดอีวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

²นักวิจัยอิสระ

บทคัดย่อ

หลักฐานเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นในประเทศไทยกระจัดกระจายตามประเด็นสุขภาพ กลุ่มประชากร และเครื่องมือวัด การทบทวนวรรณกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์รูปแบบสมรรถนะที่รายงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเงื่อนไขตามบริบท ตลอดจนแนวทางและผลลัพธ์ของการแทรกแซงในวัยรุ่นไทย โดยสืบค้นข้อมูลแบบมุ่งเป้าจาก ThaiJO, PubMed, Google Scholar และคลังผลงานของสถาบัน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568 และสังเคราะห์งานวิจัยภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เผยแพร่ระหว่าง พ.ศ. 2559–2568 เกี่ยวกับวัยรุ่นอายุ 10–19 ปี ครอบคลุมด้านสุขภาพทั่วไป สุขภาพช่องปาก และสุขภาพทางเพศ งานวิจัยมักรายงานว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วไปอยู่ในระดับปานกลาง แต่คะแนนจากเครื่องมือวัดที่แตกต่างกันไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบโดยตรงได้ ความสามารถในการเข้าถึงและทำความเข้าใจข้อมูลปรากฏชัดเจนกว่าความสามารถในการประเมินข้อมูล การสื่อสาร การตัดสินใจ และการนำข้อมูลไปใช้อย่างต่อเนื่อง ลักษณะส่วนบุคคล ตลอดจนสภาพแวดล้อมด้านครอบครัว โรงเรียน ข้อมูลข่าวสาร และบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในบริบทเฉพาะ การแทรกแซงในโรงเรียน ทางออนไลน์ และที่เน้นการฝึกทักษะรายงานผลดีต่อสมรรถนะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง พฤติกรรม หรือผลลัพธ์ด้านสุขภาพ บางประการ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของรูปแบบการศึกษา ผลลัพธ์ที่วัด และระยะเวลาติดตามผลจำกัดการเปรียบเทียบระหว่างการแทรกแซง การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพควรผสมผสานทักษะที่ประยุกต์ใช้ได้หลายประเด็นสุขภาพเข้ากับเนื้อหาและการสนับสนุนที่เหมาะสมกับแต่ละประเด็น หลักฐานปัจจุบันยังไม่สามารถระบุได้ว่าแนวทางการจัดกิจกรรมรูปแบบใดเหนือกว่า มีประสิทธิผลในระยะยาว หรือทำให้ทักษะที่พัฒนาในประเด็นสุขภาพหนึ่งนำไปใช้กับอีกประเด็นหนึ่งได้ จึงจำเป็นต้องมีการประเมินเชิงเปรียบเทียบและการศึกษาติดตามระยะยาวที่เข้มแข็งยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่น; ข้อมูลสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ; การส่งเสริมสุขภาพ; ประเทศไทย

เทคนิคทางจิตวิทยาในการจัดการกับภาวะหมดไฟในการทำงาน

ประจักษ์จันต์ โสภณพนิชกุล

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout) เป็นปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดเรื้อรังจากบริบทการทำงาน ซึ่งอาจส่งผลต่ออารมณ์ ความคิด พฤติกรรม สุขภาวะ และประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคล บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ครอบคลุมสาเหตุ ลักษณะ และผลกระทบ ตลอดจนแนวทางและเทคนิคทางจิตวิทยาที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการและลดภาวะหมดไฟในการทำงาน จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า แนวทางในการจัดการภาวะหมดไฟในการทำงานครอบคลุมหลายมิติ ได้แก่ การดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การแทรกแซงทางจิตวิทยา เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรมและการเจริญสติ การจัดการงานและเวลา ตลอดจนการจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบริบทการทำงานและองค์กร การจัดการภาวะหมดไฟในการทำงานจึงควรพิจารณาทั้งปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยจากบริบทการทำงานร่วมกัน เพื่อส่งเสริมสุขภาวะและประสิทธิภาพในการทำงานอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ภาวะหมดไฟในการทำงาน; เทคนิคทางจิตวิทยา; การจัดการความเครียด

วันรับ: 9 มิ.ย. 2569

วันแก้ไข: 14 ก.ค. 2569

วันตอบรับ: 26 ก.ค. 2569

บทนำ

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout) เป็นภาวะที่สัมพันธ์กับความเครียดเรื้อรังจากการทำงาน และสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับงานและบริบทในการทำงาน โดยแนวคิดของ Maslach และคณะ อธิบายภาวะหมดไฟผ่านองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) การมีทัศนคติหรือความรู้สึกห่างเหินจากงาน (depersonalization/cynicism) และการรับรู้ความสำเร็จหรือประสิทธิผลในการทำงานลดลง (reduced personal accomplishment/professional inefficacy)^(1,2) ดังนั้น ภาวะหมดไฟในการทำงานจึงไม่ควรพิจารณาว่าเป็นผลจากการทำงานหนักหรือความสามารถ

ในการจัดการความเครียดของบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ควรพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ลักษณะงาน และบริบทของการทำงานร่วมกัน

การทำความเข้าใจภาวะหมดไฟในการทำงานจำเป็นต้องพิจารณาความหมายและขอบเขตของแนวคิดให้ชัดเจน เนื่องจากความเหนื่อยล้า ความเครียดจากการทำงาน และภาวะหมดไฟในการทำงานอาจถูกนำมาใช้ในความหมายที่ใกล้เคียงกัน ทั้งที่ภาวะหมดไฟมีลักษณะเฉพาะที่ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบมากกว่าความรู้สึกเหนื่อยล้าเพียงอย่างเดียว การพิจารณาองค์ประกอบดังกล่าวจึงมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจปัญหาและการเลือกแนวทางในการจัดการภาวะหมดไฟในการทำงานให้เหมาะสม

ภาวะหมดไฟในการทำงานสามารถสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ ทั้งปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน เช่น ภาระงาน ความกดดันในการทำงาน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการทำงาน การได้รับการสนับสนุน ตลอดจนเงื่อนไขและสภาพแวดล้อมในการทำงาน การอธิบายภาวะหมดไฟโดยมุ่งเน้นเฉพาะความสามารถของบุคคลในการรับมือกับความเครียดจึงอาจไม่เพียงพอ เนื่องจากลักษณะของงานและบริบทในการทำงานสามารถมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดและการดำรงอยู่ของภาวะหมดไฟได้

นอกจากนี้ ภาวะหมดไฟในการทำงานยังมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาวะของบุคคลและการปฏิบัติงาน โดยความอ่อนล้า การมีทัศนคติหวั่นเหินจากงาน และการรับรู้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงสามารถส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคล ด้วยเหตุนี้ การจัดการภาวะหมดไฟจึงควรพิจารณาทั้งการส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการดูแลและจัดการตนเอง และการพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะงานและบริบทในการทำงานร่วมกัน

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ทั้งในด้านสาเหตุ ลักษณะ และผลกระทบ ตลอดจนรวบรวมและจัดหมวดหมู่แนวทางและเทคนิคทางจิตวิทยาที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการภาวะหมดไฟในการทำงาน เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากร ผู้บริหาร และผู้ที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาวะและประสิทธิภาพในการทำงานอย่างเหมาะสมโดยสืบค้นเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล Google Scholar, ThaiJO และ Scopus ครอบคลุมเอกสารที่เผยแพร่ในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 10 ปี ย้อนหลังเป็นหลัก ร่วมกับเอกสารต้นฉบับหรือเอกสารสำคัญที่เป็นพื้นฐานของแนวคิดและเทคนิคที่เกี่ยวข้อง โดยพิจารณาเอกสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ทั้งด้านความหมาย สาเหตุ ลักษณะ และผลกระทบ ตลอดจนแนวทางและเทคนิคที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการภาวะหมดไฟในการทำงาน ทั้งนี้ ใช้แนวคิดเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงานของ Maslach และคณะ⁽¹⁾ และ Maslach & Leiter⁽²⁾ เป็นกรอบสำคัญในการทำความเข้าใจภาวะหมดไฟในการทำงาน

สาเหตุของภาวะหมดไฟในการทำงาน

สาเหตุของการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมีหลายประการ ดังนี้ (1) ปริมาณงานที่เพิ่มขึ้น ความกดดันในการทำงาน และความไม่ชัดเจนของภาระงาน อาจทำให้บุคคลรู้สึกว่างงานอยู่นอกเหนือการควบคุมและมีความสามารถในการตัดสินใจลดลง ซึ่งอาจสัมพันธ์กับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน^(2,3) (2) ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในที่ทำงาน โดยทำงานร่วมกับผู้อื่นได้น้อยลง ไม่ค่อยติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นในที่ทำงาน จนลูกลามาไปถึงเพื่อนหรือครอบครัว ซึ่งทำให้ทักษะทางด้านสังคมลดน้อยลง⁽⁴⁾ (3) ความสมดุลระหว่างเวลาส่วนตัวและงานลดน้อยลง (work-life imbalance) ส่งผลต่อเวลาในการจัดการทั้งในด้านความเป็นส่วนตัวซึ่งมีผลระยะยาวต่อความสัมพันธ์ของผู้นรอบข้าง บรรยากาศในการทำงาน ซึ่งในรูปแบบนี้มักจะเกิดในคนที่ใช้เวลาทำงานค่อนข้างมาก⁽²⁾ (4) ปัจจัยจากองค์กร ซึ่งอาจจะเกิดจากวัฒนธรรมองค์กร หัวหน้างาน และกฎระเบียบของการทำงาน ซึ่งสิ่งที่จะส่งผลกระทบมากที่สุด คือ toxic culture และ toxic person ในองค์กรที่จะเป็นสิ่งที่กระตุ้น รวมถึงการไม่เป็นที่ยอมรับในที่ทำงานและกฎระเบียบไม่เอื้อต่อรูปแบบความเป็นอยู่ในการทำงาน⁽⁴⁾ และ (5) ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ เช่น การมีลักษณะมุ่งความสมบูรณ์แบบ (perfectionism) การมีความคาดหวังต่อตนเองสูง หรือการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ (low self-esteem) อาจสัมพันธ์กับวิธีการรับมือกับความกดดันและความต้องการจากการทำงาน ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน⁽²⁾

องค์ประกอบของภาวะหมดไฟในการทำงาน

Maslach & Leiter⁽²⁾ กล่าวว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นปรากฏการณ์ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลายด้าน โดยองค์ประกอบสำคัญของภาวะหมดไฟในการทำงานไว้ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (2) การมีทัศนคติหรือความรู้สึกหวั่นเหินจากงาน และ (3) การรับรู้ความสำเร็จหรือประสิทธิภาพในการทำงานที่ลดลง ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 ด้านสะท้อนประสิทธิภาพของบุคคลที่มีต่อการทำงานในมิติที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. ความอ่อนล้าทางอารมณ์ ความรู้สึกเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและอารมณ์จากการใช้พลังงานในการทำงานอย่างต่อเนื่อง บุคคลอาจรู้สึกกว่าตนเองมีพลังงานในการทำงานลดลง เหนื่อยล้า ท้อแท้ หรือรู้สึกไม่พร้อมที่จะเผชิญกับความต้องการจากการทำงาน โดยเฉพาะเมื่อเผชิญภาระงานหรือแรงกดดันในการทำงานอย่างต่อเนื่อง

2. การมีทัศนคติหรือความรู้สึกห้ำหั่นจากงาน การเกิดระยะห่างทางความรู้สึกหรือทัศนคติด้านลบต่องาน บุคคลอาจมีความรู้สึกเฉยชา ลดความผูกพันกับงาน หรือมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่เกี่ยวข้องกับงานในลักษณะที่ห้ำหั่นมากขึ้น ซึ่งอาจเป็นการตอบสนองต่อความเครียดและความอ่อนล้าที่สะสมจากการทำงาน

3. การรับรู้ความสำเร็จหรือประสิทธิผลในการทำงานลดลง การที่บุคคลประเมินความสามารถหรือความสำเร็จในการทำงานของตนเองลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่สามารถสร้างผลลัพธ์จากการทำงานได้ตามที่คาดหวัง หรือมีความรู้สึกถึงประสิทธิผลในการทำงานลดลง ซึ่งอาจส่งผลต่อความเชื่อมั่นและประสิทธิภาพของบุคคลที่มีต่องาน

กล่าวโดยสรุป ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นปรากฏการณ์ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ (1) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (2) การมีทัศนคติหรือความรู้สึกห้ำหั่นจากงาน และ (3) การรับรู้ความสำเร็จหรือประสิทธิผลในการทำงานลดลง ซึ่งแต่ละองค์ประกอบสะท้อนประสบการณ์ของบุคคลที่มีต่อการทำงานในลักษณะที่แตกต่างกัน ดังนั้น การทำความเข้าใจภาวะหมดไฟในการทำงานจึงควรพิจารณาองค์ประกอบเหล่านี้ร่วมกัน เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ลักษณะของปัญหาและเลือกแนวทางในการจัดการได้อย่างเหมาะสม

เทคนิคทางจิตวิทยาในการจัดการกับภาวะหมดไฟในการทำงาน

การจัดการภาวะหมดไฟในการทำงานควรพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างครอบคลุม เนื่องจากภาวะหมดไฟไม่ได้สัมพันธ์กับปัจจัยระดับบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับลักษณะงาน ความสัมพันธ์ทางสังคม และบริบทในการทำงานด้วย⁽⁵⁾ ดังนั้น แนวทางในการจัดการภาวะหมดไฟจึงสามารถจัดกลุ่มตามลักษณะของการ

นำไปประยุกต์ใช้ได้ 5 กลุ่ม ได้แก่ (1) การดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (2) การสนับสนุนทางสังคม (3) การแทรกแซงและเทคนิคทางจิตวิทยา (4) เทคนิคการจัดการงานและเวลา และ (5) การจัดการปัจจัยด้านงานและองค์กร เพื่อให้การจัดการภาวะหมดไฟครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม งาน และบริบทขององค์กร

1. การดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น

1.1 การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มีความสำคัญต่อการรักษาสุขภาพของร่างกายและป้องกันการเกิดโรคหลายชนิด อาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ประกอบด้วย ผักและผลไม้สดเป็นแหล่งวิตามิน แร่ธาตุ และใยอาหารที่สำคัญสำหรับร่างกาย ข้าวโพดและธัญพืชเป็นแหล่งโปรตีน และใยอาหารที่สำคัญสำหรับการเจริญเติบโตของร่างกาย ปลาและไข่เป็นแหล่งโปรตีนส่วนวิตามินเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาของร่างกาย สามารถรับประทานอาหารหลักหรือผสมกับอาหารอื่นๆ เช่น ปลาทูทอดหรือไข่เจียว นมและผลิตภัณฑ์จากนมเป็นแหล่งแคลเซียมและวิตามินที่สำคัญต่อการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และไขมันดีจากน้ำมันมะกอก ผลไม้ ธัญพืช ปลาแซลมอนหรือถั่วเปลือกแข็ง จะช่วยให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงพร้อมรับมือกับสถานการณ์ในการทำงานที่จะเกิดขึ้น⁽⁶⁾

1.2 นอนหลับอย่างมีประสิทธิภาพ ควรปฏิบัติให้เป็นนิสัยดังนี้ (1) เข้านอนเป็นเวลาอย่างสม่ำเสมอ (2) บรรยากาศในการนอนควรมืด ผ่อนคลายและอุณหภูมิเหมาะสม (3) ไม่ควรนำมือถือ โทรทัศน์ คอมพิวเตอร์หรืออุปกรณ์สื่อสารต่างๆ ไว้บริเวณที่นอน (4) งดอาหารมื้อหนัก กาแฟหรือแอลกอฮอล์ก่อนเข้านอน และ (5) ออกกำลังกายเพื่อช่วยในการนอนหลับให้ง่ายขึ้น⁽⁷⁾

1.3 ออกกำลังกายให้เหมาะสม ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับภาวะหมดไฟในการทำงานจะเป็นการออกกำลังกายแบบผ่อนคลายและกำหนดลมหายใจ เช่น (1) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของหัวใจและระบบหายใจ (cardiovascular exercise) เช่น การปั่นจักรยาน การวิ่ง การว่ายน้ำ การออกกำลังกายเหล่านี้ช่วยเพิ่มการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟินเพื่อช่วยปรับเรื่องของอารมณ์และลดความเครียด (2) โยคะ (Yoga) เป็นการผสม-

ผลสันทันระหว่างการเคลื่อนไหวทางด้านการร่างกาย การกำหนดลมหายใจและการกำหนดสติ เพื่อช่วยในการลดความเครียดและเพิ่มการผ่อนคลายมากขึ้น (3) การออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (strength training) การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านหรือใช้น้ำหนักนั้นจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและลดอาการอ่อนล้าจากการทำงาน (4) ไทชี (Tai Chi) เป็นการออกกำลังกายแบบเบาๆ ผสมผสานการรับรู้ตนเอง ทำให้เกิดการผ่อนคลายมากขึ้น และ (5) การเดิน เป็นวิธีที่ง่ายที่สุดในการออกกำลังกายในการช่วยให้ปรับเรื่องของอารมณ์และผ่อนคลายกับสิ่งรอบตัว⁽⁸⁾

2. การสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยการได้รับความช่วยเหลือ การรับฟัง การให้กำลังใจ และการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เช่น เพื่อนร่วมงานและหัวหน้างาน สามารถเป็นทรัพยากรทางสังคมที่ช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับความเครียดและความต้องการจากการทำงานได้ดีขึ้น ทั้งนี้ งานทบทวนอย่างเป็นระบบพบว่า การสนับสนุนทางสังคมในสถานที่ทำงาน โดยเฉพาะจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงาน มีบทบาทสำคัญที่สัมพันธ์กับการป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน⁽⁹⁾

3. การแทรกแซงและเทคนิคทางจิตวิทยา

3.1 การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy; CBT)⁽¹⁰⁾

การบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นแนวทางที่มุ่งช่วยให้บุคคลเรียนรู้ที่จะระบุและปรับรูปแบบความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนพัฒนาวิธีการจัดการกับอารมณ์และสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด มีหลายวิธีที่ใช้ในการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เช่น การปรับความคิด การจัดการกับอารมณ์ การปรับพฤติกรรม ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า หรือภาวะที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ที่มีผลต่อสุขภาพจิตของบุคคล การบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้บุคคลเรียนรู้วิธีการจัดการกับอารมณ์และความคิดที่บิดเบี้ยวเพื่อให้สามารถมีชีวิตที่มีคุณภาพและสามารถลดภาวะหมดไฟในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางในการจัดการดังนี้

3.1.1 การจัดการกับอารมณ์ โดยใช้ (1) การฝึกการหายใจ (deep breathing exercise) การฝึกการหายใจที่ถูกต้องคือเกิดจากการใช้กระบังลมในการหายใจ (diaphragmatic breathing) ซึ่งช่วยในเรื่องของการผ่อนคลาย ลดความกังวล ความเครียด และยังช่วยในเรื่องการเพิ่มความสนใจในงานให้มากขึ้น และ (2) เทคนิคการตั้งสติด้วยการรับรู้ผ่านประสาทสัมผัส (grounding) สามารถทำได้ทุกที่และจะพบว่า เทคนิคนี้ทำให้หัวใจเต้นช้าลง และความวิตกกังวลเริ่มเบาบาง ทำให้มีสติพร้อมรับมือกับปัญหาและโฟกัสกับสิ่งที่กำลังปฏิบัติอยู่ ช่วยลดปัจจัยที่ทำให้เกิดความกังวลและสิ่งที่กำลังคิดวนเวียนอยู่ทำให้เกิดอารมณ์⁽¹¹⁾

3.1.2 การจัดการกับความคิด โดยใช้รูปแบบของการปรับความคิด ใช้คำถามในการทดสอบความคิดที่กำลังคิดอยู่ว่าเป็นอย่างไรโดยการใช้อุปแบบของการ validate thought โดยใช้ 3 คำถามในการถามว่าความคิดนั้นเป็นอย่างไร คำถามแรกคือ (1) ความคิดนั้นเป็นจริงหรือไม่ (2) คิดแบบนี้แล้วมีประโยชน์หรือโทษอย่างไร และ (3) สามารถคิดเป็นอย่างอื่นหรือในแนวทางอื่นได้ไหมสำหรับแนวคิดนี้⁽¹²⁾ และเมื่อถามคำถามทั้งหมดนี้แล้วอาจมีการใช้อุปแบบการหาแนวทางในการแก้ปัญหา หรือรูปแบบการปรับความคิด (cognitive restructuring) ต่อไป

3.1.3 การปรับพฤติกรรมโดยการปรับพฤติกรรม นั้นจะใช้สำหรับเพิ่มกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อให้สามารถเพิ่มทักษะในการทำกิจกรรม มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน สังคมในการทำงานต่อไปโดยร่วมกันออกแบบกิจกรรมเพื่อให้ตอบสนองกับความต้องการของแต่ละบุคคล

3.2 การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นฐาน

เป็นแนวทางที่เน้นการตระหนักรู้ต่อประสบการณ์ ความคิด และอารมณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน โดยรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่มุ่งตัดสินหรือพยายามเปลี่ยนแปลงเนื้อหาของความคิดในทันที การฝึกในลักษณะดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมการตระหนักรู้และการจัดการต่อความเครียดที่เกิดขึ้นจากการทำงาน ทั้งนี้ จากการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิธานพบว่า การแทรกแซงโดยใช้การเจริญสติเป็นฐานมีผลในการลดความอ่อนล้าทางอารมณ์และการมีทัศนคติทางลบ รวมทั้งเพิ่มการรับรู้ความสำเร็จในการทำงานในกลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพปฐมภูมิ

อย่างไรก็ตาม คุณภาพของหลักฐานยังมีข้อจำกัด จึงควรพิจารณาการนำไปใช้ให้เหมาะสมกับบุคคลและบริบท⁽¹³⁾

4. เทคนิคการจัดการงานและเวลา

การจัดการเวลาให้เหมาะสม เช่น การจัดการภาระงานที่สำคัญ การจัดลำดับความสำคัญของงาน การหาเครื่องมือช่วยเหลือเพื่อการบริหารงาน เพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเตรียมตัวและการทำงาน ซึ่งการจัดการเวลาช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานและเพิ่มความพึงพอใจในการทำงานในภาวะที่มีความเครียดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเทคนิคและเครื่องมือทางจิตวิทยาในการพัฒนาศักยภาพมนุษย์ในด้านนี้ ประกอบด้วย

4.1 Eisenhower Matrix เป็นเครื่องมือที่ช่วยในการจัดการเรื่องการจัดลำดับความสำคัญของงานมีประสิทธิภาพมากขึ้นและสามารถลดระดับความเครียดของการทำงานเมื่อมีการจัดการและลำดับความสำคัญของงานได้ดีขึ้น

4.2 การตั้งเป้าหมายแบบ SMART Goal คือ เครื่องมือที่ช่วยให้ตั้งเป้าหมายที่สามารถวัดได้ มีความเป็นรูปธรรมและทำได้จริง โดยต้องระบุเป้าหมายในแต่ละขั้นตอน ดังนี้ S - Specific (เจาะจง) ระบุเป้าหมายให้ชัดเจนและเจาะจง M - Measurable (วัดได้) ต้องมีวิธีการวัดผล เพื่อวัดความสำเร็จของเป้าหมาย A - Achievable (เป็นไปได้) ต้องเป็นเป้าหมายที่เป็นไปได้และสามารถบรรลุได้จริง R - Relevant (สอดคล้องกับความต้องการ) เป้าหมายต้องเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับความต้องการตามแผนกลยุทธ์ขององค์กร และ T - Time-bound (มีเวลากำหนด) ต้องกำหนดเวลาที่จะตั้งเป้าหมายและบรรลุเป้าหมาย⁽¹⁴⁾ และการตั้งเป้าหมายยังช่วยให้พนักงานมองเห็นเป้าหมายและผู้เกี่ยวข้องได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดความผูกพันกับงานมากขึ้นและมองไปสู่เป้าหมายเดียวกันซึ่งช่วยเพิ่มความพึงพอใจในการทำงานมากขึ้น⁽¹⁵⁾

4.3 การแก้ปัญหา เป็นกระบวนการที่ใช้เพื่อหาวิธีแก้ไขปัญห โดยมีส่วนหลัก คือ (1) การระบุปัญหา (2) การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ (3) การกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมาย (4) การเลือกวิธีแก้ไขปัญห (5) การดำเนินการแก้ปัญห และ (6) การตรวจสอบผลการแก้ปัญห การแก้ปัญหเป็นทักษะสำคัญที่จะช่วยให้เราสามารถแก้ปัญหที่เกิดขึ้นในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบ ซึ่งในบริบทของการลดภาวะหมดไฟในการทำงานนั้น

การแก้ปัญหช่วยในการกำจัดและจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอน ทำให้เห็นภาพเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมปัญหานั้นได้⁽¹⁶⁾

4.4 การคิดเชิงออกแบบ (design thinking) เป็นกระบวนการที่นำแนวคิดและวิธีการต่างๆ มาใช้ในการทำความเข้าใจปัญหา สร้างทางเลือก และพัฒนาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับผู้ใช้งานหรือบริบทของการทำงาน ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์และออกแบบแนวทางจัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการทำงานได้⁽¹⁷⁾

การจัดการภาวะหมดไฟในการทำงานควรพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะงานและบริบทขององค์กร ควบคู่กับการจัดการในระดับบุคคล เนื่องจากภาวะหมดไฟมีความสัมพันธ์กับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับงานและสภาพแวดล้อมในการทำงาน^(1,2) แนวทางในระดับงานและองค์กรจึงควรให้ความสำคัญกับการพิจารณาความเหมาะสมของภาระงาน การสนับสนุนในการทำงาน ความสัมพันธ์และการสื่อสารภายในองค์กร ตลอดจนการปรับลักษณะหรือวิธีการทำงานให้เหมาะสมกับบริบท ทั้งนี้ การจัดการในระดับองค์กรควรดำเนินการควบคู่กับการส่งเสริมทักษะและการดูแลตนเองของบุคลากร เพื่อให้การจัดการภาวะหมดไฟครอบคลุมทั้งปัจจัยระดับบุคคลและปัจจัยจากบริบทการทำงาน ดังตารางที่ 1

รูปแบบและเทคนิคทางจิตวิทยาในการจัดการภาวะหมดไฟในการทำงานที่มีประสิทธิภาพยังมีอีกหลายรูปแบบที่ไม่ได้กล่าวถึงในบทความนี้ เช่น การติดตามอาการของตนเอง โดยการบันทึกความคิด การควบคุมอารมณ์ตนเอง การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing)⁽¹⁸⁾ ทั้งนี้ การเลือกใช้เทคนิคควรพิจารณาให้เหมาะสมกับสาเหตุ ลักษณะของปัญหา และบริบทในการทำงานของแต่ละบุคคล

แนวทางการประยุกต์ใช้เทคนิคในการจัดการภาวะหมดไฟในการทำงาน

การนำแนวทางและเทคนิคในการจัดการภาวะหมดไฟในการทำงานไปประยุกต์ใช้ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับลักษณะของปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และบริบทในการทำงาน

ตารางที่ 1 เทคนิคทางจิตวิทยาในการจัดการภาวะหมดไฟในการทำงาน

รูปแบบ	เทคนิคทางจิตวิทยา
การดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ	การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การนอนหลับอย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายให้เหมาะสม
การสนับสนุนจากสังคม	การเข้าใจความต้องการของผู้ร่วมงาน
การแทรกแซงและเทคนิคทางจิตวิทยา	Cognitive behavior therapy Mindfulness-based interventions
เทคนิคการจัดการงานและเวลา	Eisenhower matrix SMART goal Problem solving Design thinking
การจัดการปัจจัยด้านงานและองค์กร	Workload management Organizational support การปรับลักษณะและวิธีการทำงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน

ของแต่ละบุคคล เนื่องจากภาวะหมดไฟอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน ทั้งระดับบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม ลักษณะงาน และบริบทขององค์กร ดังนั้น การเลือกใช้เทคนิคจึงไม่ควรมุ่งเน้นวิธีการใดวิธีการหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่ควรพิจารณาความเหมาะสมของแนวทางให้สอดคล้องกับสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การประยุกต์ใช้สามารถดำเนินการเป็นลำดับ ได้แก่ (1) การประเมินปัญหา เพื่อพิจารณาลักษณะและผลกระทบที่เกิดขึ้น (2) การวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยระดับบุคคล ความสัมพันธ์ ลักษณะงาน หรือบริบทขององค์กร (3) การเลือกแนวทางหรือเทคนิคที่เหมาะสม จากแนวทางด้านการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การแทรกแซงและเทคนิคทางจิตวิทยา เทคนิคการจัดการงานและเวลา หรือการจัดการปัจจัยด้านงานและองค์กร (4) การทดลองนำแนวทางที่เลือกไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ (5) การติดตามผล เพื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และ (6) การปรับแนวทางตามผลที่ได้รับ เพื่อให้สอดคล้องกับลักษณะของปัญหาและบริบทในการทำงานมากขึ้น

ทั้งนี้ หากปัญหามีความรุนแรงหรือส่งผลกระทบต่อการทำงาน หรือสุขภาพของบุคคลอย่างชัดเจน ควรพิจารณาขอคำปรึกษาหรือความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้รับการประเมินและการดูแลที่เหมาะสม

สรุป

ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเครียดเรื้อรังจากบริบทการทำงาน และสะท้อนผ่านองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การมีทัศนคติหรือความรู้สึกห่างเหินจากงาน และการรับรู้ความสำเร็จหรือประสิทธิผลในการทำงานลดลง การทำความเข้าใจและจัดการภาวะหมดไฟจึงไม่ควรมุ่งพิจารณาเฉพาะความสามารถของบุคคลในการรับมือกับความเครียด แต่ควรพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคม ลักษณะงาน และบริบทขององค์กรร่วมกัน

จากการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ในบทความนี้ แนวทางในการจัดการภาวะหมดไฟในการทำงานสามารถพิจารณาได้ในหลายมิติ ได้แก่ การดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม การแทรกแซงและเทคนิคทางจิตวิทยา การจัดการงานและเวลา และการจัดการปัจจัยด้านงานและองค์กร อย่างไรก็ตาม การเลือกใช้แนวทางดังกล่าวไม่ควรเป็นการนำเทคนิคมาใช้ในลักษณะเดียวกันกับทุกบุคคลหรือทุกสถานการณ์ แต่ควรเริ่มจากการประเมินปัญหาและวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเลือกแนวทางที่เหมาะสม ทดลองนำไปใช้ ติดตามผล และปรับแนวทางตามลักษณะของปัญหาและบริบทในการทำงาน

ดังนั้น การจัดการภาวะหมดไฟในการทำงานอย่างเหมาะสมจึงควรเป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล

และองค์กร โดยบุคคลสามารถพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง จัดการความคิดและอารมณ์ แสวงหาการสนับสนุนทางสังคม และบริหารจัดการงานของตนเอง ขณะเดียวกัน องค์กรควรพิจารณาปัจจัยด้านการงาน การสนับสนุนในการทำงาน ลักษณะและวิธีการทำงาน ตลอดจนบริบทที่อาจเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะหมดไฟ การดำเนินการทั้งสองระดับควบคู่กันจะช่วยให้การจัดการภาวะหมดไฟมีความครอบคลุมและสอดคล้องกับสาเหตุของปัญหา มากกว่าการมุ่งเน้นการปรับตัวของบุคคลเพียงด้านเดียว ทั้งนี้ หากปัญหามีความรุนแรงหรือส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือสุขภาพอย่างชัดเจนควรพิจารณาขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้รับการประเมินและการดูแลอย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52(1):397-422.
2. Maslach C, Leiter MP. Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In: *Theories of occupational stress and well-being*. Emerald Group; 2016. p. 37-51.
3. กษ พัทธกิจวงศ์โรจน์, ธาตรี โปสิทิธิเชษฐ, ศรัณย์ ศรีคำ, ธนภมณ ลีศรี. ภาวะหมดไฟจากการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรด้านบริการปฐมภูมิ อำเภอพระนครศรีอยุธยา. *RHPC9J [อินเทอร์เน็ต]*. 2567 [สืบค้นเมื่อ 28 ส.ค. 2568];18(3):839-50. แหล่งข้อมูล: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/267833>
4. Alziyadat Z, Obidat A. The relationship between time management, job satisfaction, and job burnout among Jordanian medical staff during COVID-19. *Probl Perspect Manag* 2022;20(4):396-406.
5. Shoman Y, El May E, Marca SC, Wild P, Bianchi R, Bugge MD, et al. Predictors of occupational burnout: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(17):9188.
6. American Heart Association. Fruits and vegetables [Internet]. 2021 [cited 2025 Aug 28]. Available from: <https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-eating/add-color/fruits-and-vegetables-serving-sizes>
7. Centers for Disease Control and Prevention. How much sleep do I need? [Internet]. 2021 [cited 2025 Aug 28]. Available from: https://www.cdc.gov/sleep/about_sleep/how_much_sleep.html
8. Centers for Disease Control and Prevention. Relaxation [Internet]. 2022 [cited 2025 Aug 28]. Available from: <https://www.cdc.gov/mentalhealth/tools-resources/relaxation.htm>
9. Velando-Soriano A, Ortega-Campos E, Gómez-Urquiza JL, Ramírez-Baena L, De La Fuente EI, Cañadas-De La Fuente GA. Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: a systematic review. *Jpn J Nurs Sci* 2020;17(1):e12269.
10. Beck JS. *Cognitive behavior therapy: basics and beyond*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2011.
11. Demierre-Berberat P. The benefits of grounding strategies in emotion and arousal regulation. *Ment Health Hum Resilience Int J* 2023;7(2):000233.
12. Linehan MM. *DBT skills training manual*. 2nd ed. New York: Guilford Publications; 2015.

13. Salvado M, Marques DL, Pires IM, Silva NM. Mindfulness-based interventions to reduce burnout in primary healthcare professionals: a systematic review and meta-analysis. *healthcare (basel)* 2021;9(10):1342.
14. Doran GT. There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Manage Rev* 1981;70(11):35-6.
15. Van den Broeck A, Vansteenkiste M, De Witte H, Lens W. Explaining the relationships between job characteristics, burnout, and engagement: the role of basic psychological need satisfaction. *Work Stress* 2008;22(3):277-94.
16. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy: a social competence approach to clinical intervention. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company; 2007.
17. Elsbach KD, Stigliani I. Design thinking and organizational culture: a review and framework for future research. *J Manage* 2018;44(6):2274-306.
18. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press; 1991.

Psychological Techniques for Managing Occupational Burnout

Prajakjin Sophonpanichkul

School of Science and Technology, University of the Thai Chamber of Commerce, Bangkok, Thailand

Abstract

Occupational burnout is a phenomenon associated with chronic stress in the workplace that may affect individuals' emotions, thoughts, behaviors, well-being, and work performance. This article aims to review and synthesize knowledge regarding occupational burnout, including its causes, characteristics, and consequences, as well as psychological approaches and techniques that can be applied to manage and reduce burnout. A review of relevant literature indicates that burnout management involves multiple dimensions, including health and self-care behaviors, social support, psychological interventions such as cognitive behavioral therapy and mindfulness-based interventions, work and time management, and the management of factors related to the work and organizational context. Therefore, effective burnout management should consider both individual-level factors and factors within the work context in order to promote employee well-being and appropriate work performance.

Keywords: burnout; psychological techniques; stress management

ปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด ต่อความเสี่ยงโรคมะเร็ง และแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ

สิริกร นามลาบุตร¹, นุชสิทธิ์ จิตแก้ว¹, พีรวิชญ์ นามลาบุตร², จันทร์ธิดา ปิ่นศิริ³

¹สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ กรุงเทพมหานคร

²กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย

³สถาบันวิจัยและส่งเสริมศิลปวัฒนธรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

วันรับ: 3 มิ.ย. 2569

วันแก้ไข: 10 ก.ค. 2569

วันตอบรับ: 19 ก.ค. 2569

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความสำคัญ และพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตบางประการเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติระบุถึงความเกี่ยวข้องกับระหว่างบุหรี่กับการเกิดมะเร็ง⁽¹⁾ ขณะที่องค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคแอฟริการะบุว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญต่อการเกิดโรคมะเร็ง⁽²⁾ ประเด็นดังกล่าวจึงมิได้จำกัดอยู่เพียงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล หากแต่เกี่ยวข้องกับการสร้างสภาพแวดล้อมและกลไกทางสังคมที่สนับสนุน การลดปัจจัยเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ทั้งการสื่อสาร การมีส่วนร่วมของประชาชน การสร้างเครือข่าย และการดำเนินมาตรการในระดับชุมชน

การสูบบุหรี่และผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ

บุหรี่เป็นแหล่งของสารเคมีที่เป็นพิษจำนวนมาก ซึ่งเมื่อเข้าสู่ร่างกายสามารถส่งผลกระทบต่อเซลล์และเนื้อเยื่อ การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการเกิดมะเร็งปอด มะเร็งหลอดลม และโรคปอดเรื้อรัง นอกจากนี้ คาร์บอนมอนอกไซด์ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ที่ไม่ได้สูบบุหรี่โดยเฉพาะเด็กและผู้สูงอายุ การได้รับคาร์บอนมอนอกไซด์เป็นประจำมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งปอด โรคหอบหืด และปัญหาการเจริญเติบโตในเด็ก⁽³⁾

ดังนั้น การควบคุมการสูบบุหรี่จึงควรพิจารณาทั้งในมิติของการลดพฤติกรรมการสูบของผู้สูบและการลดการสัมผัสคาร์บอนมอนอกไซด์ของประชากรกลุ่มอื่น

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบต่อสุขภาพ

การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลกระทบต่ออวัยวะหลายระบบ มิได้จำกัดเฉพาะตับ การดื่มหนักเป็นประจำเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคตับแข็ง มะเร็งตับ มะเร็งหลอดอาหาร และภาวะหัวใจวายเฉียบพลัน นอกจากนี้ แอลกอฮอล์ยังส่งผลต่อเซลล์สมองและระบบประสาทโดยอาจสัมพันธ์กับปัญหาความจำ สมาธิ และภาวะซึมเศร้า การบริโภคในระยะยาวจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต⁽⁴⁾

การใช้สารเสพติดและผลกระทบต่อบุคคลและสังคม

การใช้สารเสพติดมีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ และมีความเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง สารเคมีจากสารเสพติดสามารถส่งผลกระทบต่อเซลล์ในร่างกายและเพิ่มโอกาสที่เซลล์จะเกิดการเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ การใช้สารเสพติดยังสัมพันธ์กับอาการมีเมาน้ำหนัก และก้าวร้าว ซึ่งอาจนำไปสู่การทะเลาะวิวาทและการทำร้ายร่างกายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น⁽⁵⁾

ผลกระทบของปัญหาสารเสพติดจึงขยายจากระดับบุคคลไปสู่ครอบครัว ชุมชน และสังคมในวงกว้าง โดยการศึกษาที่เกี่ยวข้องในจังหวัดหนองคายสะท้อนถึงความสำคัญของบทบาทภาคประชาชนและการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการแก้ไขปัญหาสารเสพติด⁽⁶⁾

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยง

การลดผลกระทบจากบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติด จำเป็นต้องดำเนินการแบบบูรณาการ โดยสามารถสรุปแนวทางสำคัญ 4 ประการ

1. การสร้างสื่อเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ควรออกแบบเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และเลือกช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย เช่น โปสเตอร์ วิดีโอ สื่อสังคมออนไลน์ นำเสนอเรื่องราวจริง หรือตัวเลขสถิติสามารถใช้เพื่อกระตุ้นความตระหนักและสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

2. การจัดกิจกรรมเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม การจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการ เกม หรือการอภิปราย เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รวมทั้งการสร้างเครือข่ายสนับสนุนระหว่างผู้เข้าร่วม ซึ่งสามารถช่วยเสริมกำลังใจ และสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว

3. การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ การสื่อสารผ่านสื่อมวลชนและสื่อสังคมออนไลน์ช่วยให้ข้อมูลเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้กว้างขวาง ขณะเดียวกัน การสร้างพันธมิตรระหว่างภาครัฐและภาคเอกชนสามารถเพิ่มพลังในการดำเนินงานและขยายผล ส่วนการติดตามและประเมินผลอย่างสม่ำเสมอมีความสำคัญต่อการปรับปรุงกิจกรรมและกลยุทธ์ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

4. การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยง การสร้างสังคมปลอดบุหรี่ ปลอดแอลกอฮอล์ และปลอดสารเสพติดจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน รวมถึงการบังคับใช้กฎหมาย มาตรการทางเศรษฐกิจ การส่งเสริมสถานประกอบการและชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ ตลอดจนการสื่อสารและรณรงค์อย่างต่อเนื่อง ดังภาพที่ 1

สรุป

การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ โดยเฉพาะความเสี่ยงต่อโรคเมเร็ง ขณะเดียวกัน ปัญหาระบาดของสารเสพติดยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพควรมุ่งดำเนินการทั้งระดับบุคคลและระดับสังคม ผ่านการสื่อสารเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การสร้างการมีส่วนร่วม การประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยง แนวทางดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อสนับสนุนการมีสุขภาพที่ดี และลดผลกระทบจากพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

ภาพที่ 1 แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด



เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. สถาบันมะเร็งแห่งชาติเตือนบุหรี่ยี่ห้อเสี่ยงมะเร็งสารพัดชนิด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 27 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.facebook.com/100069182200543/posts/สถาบันมะเร็งแห่งชาติ-เตือน-บุหรี่ยี่ห้อ-เสี่ยงมะเร็งสารพัดชนิดสถาบันมะเร็งแห่งชาติ-กรม/1439565336186230/>
2. World Health Organization African Region. Cancer [Internet]. [cited 2025 Jan 27]. Available from: <https://www.afro.who.int/health-topics/cancer>
3. สิริกร นามลาบุตร, วราณัฐ ลำไย. การประเมินประสิทธิภาพของมาตรการระดับประเทศด้านสิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ในจังหวัดหนองคาย. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 27 ม.ค. 2568];4(2):133-51. แหล่งข้อมูล: https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/161417
4. สิริกร นามลาบุตร, วราณัฐ ลำไย. มาตรการในชุมชนเพื่อควบคุมการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการเข้าถึงทั้งในระบบตลาดและทางสังคมในจังหวัดหนองคาย. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 27 ม.ค. 2568];3(3): 271-87. แหล่งข้อมูล: https://phad.ph.mahidol.ac.th/journal_law/3-3/06-Sirikorn%20Namlabut.pdf
5. สิริกร นามลาบุตร, ชนิตา เพชรทองคำ. การศึกษากรอบและติดตามประเมินผลนโยบายกัญชาในจังหวัดหนองคาย [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 27 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://prt.parliament.go.th/server/api/core/bitstreams/eb1d4ef7-ef5f-446d-a599-9c23e0104f13/content>
6. สิริกร นามลาบุตร, ชนิตา เพชรทองคำ, จันทมร สีหาบุญลี. ปัญหาและอุปสรรคในการเพิ่มบทบาทของภาคประชาชนและการใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางในการแก้ไขปัญหาสารเสพติดในชุมชน จังหวัดหนองคาย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 27 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://dl.parliament.go.th/backoffice/viewer2300/web/viewer.php>

Otago Exercise Program: โปรแกรมเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

รัฐภัทร ลิทธิหล่อ

งานสร้างเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ: 8 ก.ค. 2569

วันแก้ไข: 12 ส.ค. 2569

วันตอบรับ: 25 ส.ค. 2569

บทนำ

การหกล้มในผู้สูงอายุถือว่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศ เนื่องจากปัญหาดังกล่าว สัมพันธ์กับอัตราการเจ็บป่วย การเสียชีวิต คุณภาพชีวิต และภาระค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลจากหลายแห่งชี้ให้เห็นว่าการออกกำลังกายสามารถลดความเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยโปรแกรม Otago Exercise Program (OEP) เป็น 1 ในโปรแกรมการออกกำลังกายที่มิงงานวิจัยสนับสนุนว่าสามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และประสิทธิภาพของการเดินในผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังช่วยลดอัตราการหกล้มและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อีกด้วย

Otago Exercise Program เป็นการออกกำลังกายที่ประกอบด้วยท่าบริหารที่ถูกออกแบบโปรแกรมสำหรับเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การฝึกการทรงตัว และเพิ่มประสิทธิภาพของการเดิน โดยมีการปรับระดับความเข้มข้นอย่างต่อเนื่องตามสมรรถภาพของผู้สูงอายุ และติดตามโดยผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรม งานวิจัยโดย Campbell และคณะ⁽¹⁾ แสดงให้เห็นหลักฐานชัดเจนจากการทดลองแบบสุ่มในสตรีอายุ 80 ปีขึ้นไป ว่า OEP สามารถลดอัตราการหกล้มได้ประมาณร้อยละ 35 ภายในระยะเวลา 2 ปี และต่อมา Thomas และคณะ⁽²⁾ ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมพบว่า OEP ไม่เพียงลดการหกล้ม แต่ยังมีส่วนช่วยลดอัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ การทบทวนวรรณกรรมโดย Sherrington และคณะ⁽³⁾ ยังยืนยันว่า การออกกำลังกายที่ “ท้าทายการทรงตัวร่วมกับการเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ” ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของ OEP นับว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ อีกทั้งยังพบว่า OEP มีส่วนช่วยเพิ่มความมั่นใจในการเดิน ลดความกลัวการหกล้ม และเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โปรแกรม OEP สามารถนำไปใช้ได้ทั้งในรูปแบบการฝึกที่บ้านและการออกกำลังกายเป็นกลุ่มในชุมชนต่างๆ เหมาะสมต่อการประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทย โดยมีท่าออกกำลังกายแนะนำ ดังนี้

1. Knee Extension (เตะขาไปด้านหน้า)

- นั่งบนเก้าอี้ประมาณครึ่งคัน
- เตะขาไปด้านหน้าเหนือจากพื้นประมาณ 30 เซนติเมตร กระดกปลายเท้าเข้าหาตัว
- ค้างไว้ 10-15 วินาที แล้ววางลง สลับซ้ายขวา ข้างละ 10-12 ครั้ง

2. Calf Raises (ยกส้นเท้า)

- ยืนด้านหลังเก้าอี้ จับพนักเก้าอี้หรือเอว
- ยกส้นเท้าขึ้นจากพื้น ค้างไว้ 10-15 วินาที แล้ววางลง จำนวน 10-15 ครั้ง

3. Toe Raises (ยกนิ้วเท้า)

- ยืนด้านหลังเก้าอี้ จับพนักเก้าอี้
- กระดกปลายเท้า ส้นเท้าชิดติดพื้น ค้างไว้ 10-15 วินาที แล้ววางลง จำนวน 10-15 ครั้ง

4. One-leg Raises (ยืนขาเดียว)

- ยืนด้านหลังเก้าอี้ จับพนักเก้าอี้
- ยกขาข้างใดข้างหนึ่งขึ้นในลักษณะพับไปด้านหลัง ค้างไว้ 1–2 นาที แล้ววางลงสลับข้าง จำนวนข้างละ 5–6 ครั้ง

5. Backwards Walking (เดินถอยหลัง)

- ยืนให้ลำตัวด้านใดด้านหนึ่งชิดติดกับผนัง มือวางไว้บนผนัง
- ค่อยๆ ถอยหลังทีละก้าว ประมาณ 10–15 ก้าว สลับกับเดินขึ้นหน้า 10–15 ก้าว จำนวน 3–5 รอบ (ไป-กลับ นับเป็น 1 รอบ)

สรุป

Otago Exercise Program เป็นการออกกำลังกายที่มีความเหมาะสมสำหรับการป้องกันการหกล้ม และการสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยงานวิจัยสนับสนุนว่า OEP สามารถลดการหกล้มได้ราวร้อยละ 30–40 เพิ่มสมรรถภาพด้านความแข็งแรง และการทรงตัว รวมถึงช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต สามารถนำไปปฏิบัติทั้งที่บ้านและทำกิจกรรมกลุ่ม ทำให้ OEP เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมต่อการบูรณาการเข้าสู่การดูแลและสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อความแข็งแรง ความมั่นใจ และคุณภาพชีวิตที่ยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. Campbell AI, Robertson MC, Gardner MM, Norton RN, Buchner DM. Falls prevention over 2 years: a randomized controlled trial in women 80 years and older. *BMI* 1997;315:1065–9.
2. Thomas S, Mackintosh S, Halbert J. Does the OTAGO exercise programme reduce mortality and falls in older adults?: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2010;39(6):681–7.
3. Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, Tiedemann A, Michaleff ZA, Howard K, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;1(1):CD012424.



www.thaihealth.or.th/THPJournal