

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์
- การพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เรื่องการรู้เท่าทันบุหรี่ไฟฟ้า สำหรับเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ
- การพัฒนาผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตถุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5
- ความรอบรู้สุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่มคนทำงานด้านการบริหารจัดการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร: การศึกษาแบบตัดขวาง
- ผลของโปรแกรมสร้างนิสัยรักการออกกำลังกายของประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร
- ผลของโปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวน้อย อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

บทความพินิจ (Review Article)

- การป้องกันและควบคุมโรค โดยการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตที่สำคัญ ในแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
- พลวัตสุขภาพวิถีชาติพันธุ์ลาหู่ในพื้นที่ชายขอบของภาคเหนือประเทศไทย: การสังเคราะห์องค์ความรู้และแนวทางการบูรณาการภูมิปัญญาภิระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่

บทความพิเศษ (Special Article)

- “สมุนไพรไทย” จุดเด่นคุณภาพต้นสู่เวทีโลก
- กรอบแนวทางการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในประเทศไทย

ปกิณฑกะ (Miscellany)

- พลุกสุขภาพ: เกษตรอินทรีย์ วิธีง่ายๆ สู่ชีวิตที่ดีขึ้น
- บทเรียนความสำเร็จของสื่อ รู้ทันกลลวง บุหรี่ไฟฟ้า

สารบัญ	หน้าที่	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial
สัญญาณแห่งความล้มเหลว วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	353	Warning Signs of Failures <i>Wiwat Rojanapithayakorn</i>
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ศิริัญญา บุตรสีทา, สุรเดช สำราญจิตต์	355	Factors Associated with Health Promotion Behaviors of Older Adults: a Case Study in Nam Ron Subdistrict, Mueang District, Phetchabun Province <i>Siranya Budsitha, Suradej Samranjit</i>
การพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เรื่องการรู้เท่าทันบุหรี่ไฟฟ้า สำหรับเด็กและเยาวชน การศึกษานอกระบบ ชนกนารถ บุญวัฒน์กุล และคณะ	364	Development of Learning Activity Plan among E-cigarette Literacy for Children and Youth in Non-formal Education <i>Chanoknart Boonwatthanakul, et al.</i>
การพัฒนาผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหาร- โซเดียมต่ำจากวัตถุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จूरีพร อำไพพันธ์ และคณะ	376	Development of Low-Sodium Seasoning Powder Products from Local Ingredients for Patients with Chronic Kidney Disease Stages 3-5 <i>Jureeporn Ampaipun, et al.</i>
ความรอบรู้สุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร ภูเบศร์ แสงสว่าง และคณะ	385	Health Literacy for Health Promotion and Non-Communicable Disease Prevention and Health Status of the Elderly in Bangkok <i>Phubet Saengsawang, et al.</i>
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่มคนทำงานด้านการบริหารจัดการ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร: การศึกษาแบบตัดขวาง ปฏิภาณ เตชะนิริติศัย, เจตน์ รัตน์จีนะ	394	Mental Health Literacy and its Associated Factors among Administrative Workers in a Tertiary Care Hospital in Bangkok: a Cross Sectional Study <i>Patiparn Techanirattisai, Jate Ratanachina</i>
ผลของโปรแกรมสร้างนิสัยรักการออกกำลังกายของ ประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร เต็มเพชร สุขคณาภิบาล	405	The Effect of Exercise Encouragement Program on Thai People in Bangkok <i>Tempetch Sookhanaphibarn</i>

สารบัญ	หน้าที่	Page	Contents
ผลของโปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตราย จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองบัวน้อย อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ชูศรี สมคำศรี	416	416	The Effect of Motivation Theory Program for Health Promotion and Disease Prevention on Pesticide Hazard Prevention Behavior of Sugarcane Farmers in Nong Bua Noi Sub-district Health Promotion Hospital, Kaset Sombun District, Chaiyaphum Province <i>Chusri Somkhamsri</i>
บทความพิเศษ			Review Article
การป้องกันและควบคุมโรค โดยการปรับเปลี่ยน การใช้ชีวิตที่สำคัญ ในแนวทางการรักษาโรค- ความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย กฤษณา ฐานะวุฒิกุล	427	427	Update Lifestyle Modification for the Prevention and Management of High Blood Pressure, Hypertension Association of Thailand 2024 <i>Kritsada Thanawutthikul</i>
พลวัตสุขภาพวิถีชาติพันธุ์ลาหู่ในพื้นที่ชายขอบของ ภาคเหนือประเทศไทย: การสังเคราะห์องค์ความรู้และ แนวทางการบูรณาการภูมิปัญญากับระบบบริการ สุขภาพสมัยใหม่ อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล, อองดาว ประกายนำสุข	436	436	Health Dynamics of the Lahu Ethnic in the Marginalized Areas of Northern Thailand: a Synthesis of Knowledge and Guidelines for Integrating Local Wisdom with Modern Healthcare Systems <i>Anavin Phattharaphakinworakun, Ongdao Prakainamsuk</i>
บทความพิเศษ			Special Article
“สมุนไพรไทย” จุดเด่นคุณภาพต้นสู่เวทีโลก กนกวรรณ ไฉสูงเนิน, อาทิตย์ ดาวภิรมย์	452	452	“Thai Herbs” Quality Highlights Push Them onto the World <i>Kanokwan Chosungnoen, Arthit Daophirom</i>
กรอบแนวทางการป้องกันและจัดการปัญหา สารเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในประเทศไทย พิสิฐพงษ์ ปิยะปัญญามงคล	460	460	A Community-Based Framework for Sustainable Prevention and Management of Substance Abuse in Thailand <i>Phisitphong Piyapanyamongkhon</i>
ปกิณกะ			Miscellany
ปลูกสุขภาพ: เกษตรอินทรีย์ วิถีง่าย ๆ สุขชีวิตที่ดีขึ้น สิริกอร์ นามลาบุตร และคณะ	465	465	Growing Healthy: Organic Agriculture, Easy Ways to a Happier Life <i>Sirikorn Namlabut, et al.</i>
บทเรียนความสำเร็จของสื่อ รู้ทันกลลวง บุหรี่ไฟฟ้า นุชจรี ศรีวิเชียร, หยาดฝน ธัญโชติกานต์	468	468	Success Case of Learning Toolkit for E-cigarette Literacy <i>Nuchjaree Sriwichian, Yardfon Thanyachotikarn</i>

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย จัดทำขึ้นโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อเป็นช่องทางเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของบุคลากรและเครือข่ายที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ โดยเป็นสื่อกลางเพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านสุขภาพกับภาคี องค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

- เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งเชิงวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของไทย
- เพื่อยกระดับและเผยแพร่บทความข้อมูลวิชาการทางสุขภาพในมิติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ
- เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานทางวิชาการของบุคลากรและเครือข่ายที่ทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ
- เพื่อจัดให้มีวารสารวิชาการด้านสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งพัฒนาสู่มาตรฐานวารสารวิชาการระดับสากล

รูปแบบของวารสาร

- รูปแบบเป็นลักษณะวารสารวิชาการทั่วไป
- จัดทำปีละ 4 ฉบับเป็นราย 3 เดือน โดยมีกำหนดออก คือ ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน และฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม ของทุกปี
- มีขนาดเล่ม 21.0 x 29.7 ซม. ความหนา 120 หน้า โดยเผยแพร่ในรูปแบบวารสารรูปเล่ม และอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal)

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทยเปิดรับบทความจากนักวิชาการสาขาต่างๆ ในทุกเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้การเตรียมต้นฉบับจะเป็นไปตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ และต้นฉบับที่ต้องการเผยแพร่ต้องไม่เคยพิมพ์เผยแพร่มาก่อน

ต้นฉบับที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้รับจะผ่านกระบวนการคัดกรองและส่งไปยัง reviewers อย่างน้อย 2 คน เป็นลักษณะ double blind review เพื่อประเมินคุณภาพและให้คำแนะนำต่อบรรณาธิการ ซึ่งจรวรรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและประสานกับเจ้าของบทความ เพื่อแจ้งผลการพิจารณา หากเห็นสมควรก็จะดำเนินการปรับแก้ให้สมบูรณ์เพื่อนำไปพิมพ์เผยแพร่ต่อไป ทั้งนี้การพิมพ์เผยแพร่วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทยจะไม่มีค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์

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

คณะกรรมการ วารสารการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศ. เกียรติคุณ นพ.ประทีป วาทีสาธกกิจ มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาสุขภาพ
รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ
ผศ. ดร.สุปรียดา อุดมยานนท์ นักวิชาการอิสระ
นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ วัฒนพิทยากร มูลนิธิเครือข่ายฝึกรอบรรเทาภัยพิบัติทางสุขภาพภาคสนามอาเซียน

กองบรรณาธิการ

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

ฝ่ายบริหารจัดการ

นายรังสรร มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
นางสาวณลินี เรืองฤทธิศักดิ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

สัญญาณแห่งความล้มเหลว

เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2568 ที่ผ่านมา รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเริงฤดี ปธานวนิช จากภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ได้นำเสนอผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 โดยเสนอเฉพาะภาพรวมสถานการณ์สุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ หรือ NCDs (non-communicable diseases) ข้อมูลที่นำเสนอ เป็นการแสดงถึงความไม่สำเร็จของงานควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย เพราะตัวเลขอุบัติการณ์ต่างๆ ยังคงเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องทุก 5 ปี โดยการสนับสนุนงบประมาณจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และในครั้งหลัง ได้งบประมาณบางส่วนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำหรับทีมที่ดำเนินงาน ในระยะหลังๆ เป็นทีมของภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน นำทีมโดยศาสตราจารย์ นายแพทย์วิชัย เอกพลกร ร่วมกับภาคเครือข่ายที่กระจายอยู่ทุกภาค สำหรับการสำรวจครั้งที่ 7 ผู้นำทีมคือ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงเริงฤดี ปธานวนิช โดยมีผู้ร่วมโครงการจากทุกภูมิภาคเช่นเดิม

ข้อมูลผลการสำรวจ ครั้งที่ 7 นี้ ครอบคลุมจำนวนตัวอย่าง 30,057 คน จาก 4 ภาค (เหนือ กลาง อีสาน ใต้ และ กรุงเทพมหานคร) โดยในเรื่องของโรค NCDs เน้น 4 โรคหลัก คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคอ้วน มีอัตราที่น่าเป็นห่วงคือ พบว่า ประชาชนป่วยเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 10.6 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.5 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 19.8 และโรคอ้วน ร้อยละ 45.0 ซึ่งอัตราตัวเลขที่พบ เพิ่มขึ้นจากการสำรวจ 4 ครั้งที่ผ่านมา นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงหลายตัว มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับข้อมูลของปี พ.ศ. 2547 เช่น การสูบบุหรี่ ลดลงจากร้อยละ 26.3 เหลือเป็นร้อยละ 18.5 การดื่มแอลกอฮอล์ จากร้อยละ 53.3 เหลือเป็นร้อยละ 39.5 ในขณะที่การบริโภคผักและผลไม้ลดลง จากร้อยละ 20 เป็นร้อยละ 16.6 และการมีกิจกรรมทางกาย ลดลงจากร้อยละ 77.5 เป็นร้อยละ 57.4 แสดงว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่ลดลง (การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์) และมาตรการเพิ่มอาหารและกิจกรรมทางกาย ยังอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอที่จะลดปัญหาของโรค NCDs ในประเทศไทย

จากข้อมูลผลการสำรวจสุขภาพ ปัจจุบัน คนไทยสูบบุหรี่ 11 ล้านคน ดื่มสุรา 17 ล้านคน อ้วน 27 ล้านคน และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ 25 ล้านคน เป็นผลให้ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรค NCDs เป็นจำนวนมาก โดยการสำรวจครั้งนี้คำนวณได้ว่า คนไทยเป็นโรคเบาหวาน 6.1 ล้านคน เป็นโรคความดันโลหิตสูง 17.5 ล้านคน และมีอีก 3.8 ล้านคน ที่เป็น 2 โรคร่วมกัน (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ข้อมูลชุดเดียวกันนี้ยังระบุว่า คนไทย 27 ล้านคน เป็นโรคอ้วน และ 17 ล้านคน มีปัญหาทางเมตาบอลิก เช่น ไขมันในเลือดสูง และยิ่งพบว่า โรค NCDs ไม่ใช่โรคของผู้สูงอายุอย่างที่เคยเข้าใจกัน เพราะข้อมูลจากการสำรวจระบุว่า มีคนหนุ่มสาวจำนวนไม่น้อยที่ตรวจพบเป็นโรค NCDs แนวคิดที่ว่า จะต้องตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ต้องเปลี่ยนไปแล้วเมื่อพบรายงานผู้ป่วยโรคเบาหวานในคนอายุต่ำกว่า 35 ปี โดยเฉพาะผู้ที่มีจำนวนปัจจัยเสี่ยงหลายรายการ

การนำเสนอข้อมูลของแพทย์หญิงเริงฤดี ปธานวนิช ยังได้แสดงภาพความไม่สำเร็จ (สอปก) ในการดำเนินการตาม 9 ตัวชี้วัดขององค์การอนามัยโลก เช่น อัตราการสูบบุหรี่ (องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าไว้ว่าต้องลดลงร้อยละ 30) ซึ่งประเทศไทยต้องลดลงจากร้อยละ 21.4 ของปี พ.ศ. 2558 ให้เหลือ 14.9 ในปี พ.ศ. 2568 แต่ประเทศไทยลดได้ไม่ตามเป้า คือเหลือร้อยละ 18.5 โรคเบาหวาน กำหนดว่าต้องไม่เพิ่มขึ้น คือให้คงระดับอยู่ที่ร้อยละ 7.3 กลับพบว่าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.1 ส่วนโรคความดันโลหิตสูง ที่จะให้ลดลงร้อยละ 25.0 จากตัวเลขเดิมร้อยละ 22.6 ซึ่งหมายความว่า ต้องให้

ลดลงไปจนเหลือร้อยละ 16.9 กลับพบว่า กระโดดขึ้นเป็นร้อยละ 31.0 ซึ่งหมายความว่า นอกจากจะไม่ลดลงแล้วยังกลับเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัวเสียด้วยซ้ำ ตัวเลขต่างๆ ที่แสดงมานี้ ชี้ชัดว่า ประเทศไทยสออตกเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ

เนื่องจากโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 3 ใน 4 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกในแต่ละปี การป้องกันและควบคุมโรค NCDs ให้ได้ผลจึงกลายเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกประเทศจะต้องทำให้สำเร็จเพื่อลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชาชน ที่ผ่านมามีทุกประเทศต่างก็ให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ โดยในประเทศไทยมีการกำหนดให้การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเป็นวาระแห่งชาติ มีการจัดทำยุทธศาสตร์ชาติมาแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง แต่ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 7 ชี้ชัดว่า ประเทศไทยยังทำงานเรื่องนี้ไม่สำเร็จ จึงเป็นประเด็นสำคัญที่ทุกภาคส่วนต้องร่วมมือกันแก้ไขปัญหา คำว่าทุกภาคส่วนในที่นี้ หมายถึงทุกองคาพยพทางสังคม ไม่ใช่เฉพาะหน่วยงานด้านสาธารณสุข ซึ่งมีบทบาทน้อยมากในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประเทศไทย

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
บรรณาธิการ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ศิรัญญา บุตรสีทา, สุรเดช สำราญจิตต์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม รวมทั้งพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้สูงอายุจำนวน 186 คน ซึ่งได้มาจากการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.97 ข้อมูลได้รับการวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ผลการวิจัยพบว่า โดยภาพรวมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูง ($M=3.93$, $SD=0.63$) และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูงเช่นกัน ($M=3.61$, $SD=0.40$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) เมื่อวิเคราะห์รายปัจจัยพบว่า ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ; เจตคติเกี่ยวกับสุขภาพ; พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

วันรับ: 2 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 9 พ.ย. 2568

วันตอบรับ: 14 พ.ย. 2568

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยเริ่มมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุเกิน 60 ปี เกินกว่าร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากร

ทั้งหมด⁽¹⁾ การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์-เทคโนโลยี และการแพทย์ที่ทำให้ประชากรมีอายุยืนยาว รวมถึงนโยบายการวางแผนครอบครัวที่ทำให้มีการลดลงของระดับการเกิดและการตายของประชากร⁽²⁾

วัยสูงอายุเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านร่างกายจิตใจ และสังคม ซึ่งมักมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การเตรียมความพร้อมในการปรับตัวและการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและสุขภาพดี⁽³⁾ ผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยที่ร่างกายมีความเปราะบางและเสื่อมโทรม ทำให้ต้องพึ่งพาครอบครัวในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเรื้อรังยังคงต้องการความช่วยเหลือบางด้าน ขณะที่ผู้ที่มีโรคเรื้อรังอาจกลายเป็นผู้ป่วยติดบ้านหรือเตียง ส่งผลให้ความต้องการผู้ดูแลเพิ่มขึ้น การขาดผู้ดูแลหรือความจำเป็นที่ผู้ดูแลต้องละงาน ทำให้เกิดปัญหาทางเศรษฐกิจและความเครียดในครอบครัว ดังนั้นการเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ เพราะผู้สูงอายุที่มีความรู้ความสามารถ และศักยภาพสามารถมีส่วนร่วมในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁾

ในปี พ.ศ. 2567 จังหวัดเพชรบูรณ์มีประชากรกลางปีจำนวนทั้งสิ้น 673,106 คน โดยเป็นประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 169,641 คน คิดเป็นร้อยละ 25.20 ของประชากรทั้งหมด สัดส่วนดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าจังหวัดเพชรบูรณ์มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุในระดับสูง ส่งผลให้มีอัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้น และสามารถจัดอยู่ในกลุ่มสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aging society) ตามเกณฑ์การจำแนกโครงสร้างประชากรโดยอ้างอิงจากข้อมูลปิรามิดประชากรของฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ นอกจากนี้ ในพื้นที่ตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่ามีประชากรอาศัยอยู่จริงจำนวน 4,163 คน โดยเป็นประชากรผู้สูงอายุจำนวน 1,239 คน คิดเป็นร้อยละ 29.76⁽⁴⁾ ของประชากรทั้งหมดในพื้นที่ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าระดับจังหวัด แสดงให้เห็นว่าตำบลน้ำร้อนมีโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (aging society) อย่างชัดเจนอย่างไรก็ตามการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในกลุ่มผู้สูงอายุยังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญ

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ โรคประจำตัว ลักษณะครอบครัว การเข้าถึงบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

การเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งจะช่วยสร้างแนวทางในการพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนส่งเสริมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมของประชาชนก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีและคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม

วิธีการศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Model ของ Green & Kreuter⁽⁵⁾ เป็นแนวทางในการกำหนดตัวแปรในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยคือ กลุ่มผู้สูงอายุประเภทช่วยเหลือตนเองได้ดี กลุ่มติดสังคมที่มีคะแนน activities of daily living (ADL) 12 คะแนนขึ้นไป ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,239 ราย ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ประเภทช่วยเหลือตนเองได้ดี ในพื้นที่ตำบลน้ำร้อน กลุ่มติดสังคม จำนวน 186 คน จาก 11 หมู่บ้าน ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan⁽⁶⁾ และเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่ายให้ได้เท่ากับจำนวนตามสัดส่วนของผู้สูงอายุในหมู่บ้านนั้นๆ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

1) ผู้สูงอายุประเภทช่วยเหลือตนเองได้ดี กลุ่มติดสังคมที่มีคะแนน (ADL 12 คะแนนขึ้นไป) อาศัยอยู่ในเขตตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ มากกว่า

6 เดือน อ่านหนังสือออกเขียนได้ และรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้ถูกต้อง

2) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร

กลุ่มตัวอย่างไม่ได้อาศัยอยู่ในเขตตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ณ วันที่ทำการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยนำ ซึ่งประกอบด้วยคำถามเรื่อง การรับรู้ในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบตามมาตรวัด Likert scale⁽⁷⁾ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเอื้อ ซึ่งประกอบด้วยคำถามเรื่อง การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบตามมาตรวัด Likert scale⁽⁷⁾ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยเสริม ซึ่งประกอบด้วยคำถามเรื่อง แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ตามมาตรวัด Likert scale⁽⁷⁾ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยคำถามเรื่อง ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบตามมาตรวัด Likert scale⁽⁷⁾ แบ่งออกเป็น 5 ระดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลชุมชนเขตอุดมศักดิ์ โดยผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือไปยังผู้นำชุมชน และขอความอนุเคราะห์กลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบ-

สอบถามด้วยตนเอง มีอิสระในการตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา โดยรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจหาความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ผลการประเมินค่าความตรงตามเนื้อหา (index of item objective congruence; IOC) ของแบบสอบถามในส่วนปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 และแบบสอบถามส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุทุกข้อมีค่า IOC เท่ากับ 1 ซึ่งแสดงถึงความตรงที่ดีของแบบสอบถาม แสดงว่าเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษามีความสอดคล้องตามเนื้อหาของการศึกษา

ค่าความเชื่อมั่น (reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบแก้ไข ปรับปรุง ไปตรวจสอบหา

ความเชื่อมั่น โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถาม วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหาค่า alpha coefficient ของ Cronbach⁽⁸⁾ โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ ได้เท่ากับ 0.89 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ได้เท่ากับ 0.97 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ได้เท่ากับ 0.98 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้เท่ากับ 0.91 และแบบสอบถามทั้งฉบับ ได้เท่ากับ 0.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ใช้การวิเคราะห์ด้วย Pearson product moment correlation

coefficient) โดยผู้วิจัยได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์จาก Davies⁽⁹⁾ โดยพิจารณาจากค่า r ดังนี้

- ค่าตั้งแต่ 0.01 ถึง 0.09 มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก
- ค่าตั้งแต่ 0.10 ถึง 0.29 มีความสัมพันธ์กันต่ำ
- ค่าตั้งแต่ 0.30 ถึง 0.49 มีความสัมพันธ์กันปานกลาง
- ค่าตั้งแต่ 0.50 ถึง 0.69 มีความสัมพันธ์กันสูง
- ค่าตั้งแต่ 0.70 ถึง 1.00 มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลชุมพรเขตอุดมศักดิ์เป็นที่เรียบร้อยแล้ว ตามหนังสือรับรองเลขที่ 033/2568 รหัสโครงการวิจัย CPH-EC-030/2568 อนุมัติ ณ วันที่ 20 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2568 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น พร้อมทั้งชี้แจงข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่มติดสังคมที่มีคะแนน (ADL 12 คะแนนขึ้นไป) ตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 186 คน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 134 คน คิดเป็นร้อยละ 72.00 เพศชาย จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 28.00 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-69 ปี จำนวน 140 คน คิดเป็นร้อยละ 75.30 อายุเฉลี่ย 66 ปี น้ำหนักส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-59 กิโลกรัม จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 36.60 น้ำหนักเฉลี่ย 59.80 กิโลกรัม ส่วนสูงส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 153-159 เซนติเมตร จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ส่วนสูงเฉลี่ย 156.89 เซนติเมตร ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับประถมศึกษา จำนวน 132 คน คิดเป็นร้อยละ 71.10 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่คู่, สมรส จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 56.50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 130 คน คิดเป็นร้อยละ 55.40 รายได้สุทธิต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 2,000-4,000 บาท จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 45.70 ความเพียงพอของรายได้ส่วนใหญ่ เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 47.80 ไม่มีโรคประจำตัว

ตารางที่ 1 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ (n=186 คน)

ระดับปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัจจัยนำ (เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ)		
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)	4	2.20
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67)	50	26.90
สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00)	132	71.00
รวม	186	100.00
M=3.84, SD=0.50, Min=2, Max=5		
ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับสุขภาพ และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ)		
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)	9	4.80
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67)	32	17.20

ตารางที่ 1 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ (n=186 คน) (ต่อ)

ระดับปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00)	145	78.00
รวม	186	100.00
M=4.03, SD=0.76, Min=1, Max=5		
ปัจจัยเสริม (การสนับสนุนจากสังคมและบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร)		
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)	10	5.40
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67)	38	20.40
สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00)	138	74.20
รวม	186	100.00
M=4.00, SD=0.89, Min=1, Max=5		

จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรส จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 48.90 และส่วนใหญ่ไม่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 143 คน คิดเป็นร้อยละ 76.90 ดังตารางที่ 1

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำในด้านเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M=3.85, SD=0.51) เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดตามแต่ละข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 1 “การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้กับครอบครัวและตัวผู้สูงอายุเอง” (M=4.22, SD=0.89)

ส่วนปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยเอื้อโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=4.03, SD=0.76) รายละเอียดตามแต่ละข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ข้อที่ 15 “มีความพึงพอใจในการรับบริการในสถานบริการสุขภาพต่างๆ ในพื้นที่ที่อาศัยอยู่” (M=4.28, SD=0.90)

สำหรับปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยเสริมโดยรวมอยู่ในระดับสูง (M=3.93, SD=0.89) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ข้อที่ 1 “เมื่อเจ็บป่วยหรือ

นอนโรงพยาบาล บุคคลในครอบครัวจะคอยดูแลปรนนิบัติ” (M=4.00, SD=0.98) และข้อที่ 4 “เมื่อเจ็บป่วยจะได้รับคำแนะนำทางสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข” (M=4.00, SD=0.97)

ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ในระดับปานกลาง จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 52.20 ส่วนระดับสูง จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 45.70 และระดับต่ำ จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.20 โดยภาพรวมของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (M=2.43, SD=0.53) ดังตารางที่ 2

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ทดสอบสมมติฐานการศึกษา หาความสัมพันธ์โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) อธิบายรายละเอียดสมมติฐาน ดังนี้

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ด้านเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ อยู่ในระดับสูง (r=0.671, p<0.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ (n=186 คน)

ระดับปัจจัย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00)	85	45.70
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67)	97	52.20
ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)	4	2.20
รวม	186	100.00
M=2.43, SD=0.53, Min=1, Max=3		

ตารางที่ 3 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่ตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ปัจจัย	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ	0.671*	< 0.001	สูง
ปัจจัยเอื้อ	0.742*	< 0.001	สูงมาก
ปัจจัยเสริม	0.699*	< 0.001	สูง
รวม	0.789*	< 0.001	สูงมาก

* มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01)

สำหรับปัจจัยเอื้อ ซึ่งประกอบด้วย การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก (r=0.742, p<0.01)

ส่วนปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนจากสังคมและบุคคล รวมถึงการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (r=0.699, p<0.01)

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์รวมระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ อยู่ในระดับสูงมาก (r=0.789, p<0.01) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าปัจจัยทั้งสามด้านมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ เจตคติเกี่ยวกับสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ อยู่ในระดับสูง และมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ัญญลักษณ์ รังศรีรัตน์ และสุรเดช สำราญจิตต์ ที่ศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในตำบลหาดสำราญ อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง พบว่า เจตคติเกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับสูงเช่นเดียวกัน⁽¹⁰⁾ ผลดังกล่าวสะท้อนว่า เจตคติเกี่ยวกับสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีความสอดคล้องกันทั้งในแง่ของทิศทางความสัมพันธ์และระดับความสัมพันธ์

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ และการเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลน้ำร้อนอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐพงศ์ ด่วนมี ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา พบว่า ปัจจัยเอื้อด้านการเป็นสมาชิกชมรมและการเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในระดับสูงเช่นเดียวกัน⁽¹¹⁾ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าปัจจัยเอื้อทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพและการมีส่วนร่วมในชมรมผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าปัจจัยเอื้อสามารถสนับสนุนการพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้สูงอายุได้

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลน้ำร้อน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพฤษภา มะหัด และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร พบว่าปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน/เพื่อนบ้าน และบุคลากรด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹²⁾ ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมและการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิดด้านสุขภาพสาธารณะที่เน้นบทบาทของเครือข่ายสังคมและการรับรู้ข้อมูลในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานในพื้นที่ควรใช้ข้อมูลจากการศึกษานี้วางแผนงานและกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ

นำเสนอต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อดำเนินการอย่างเป็นทางการ

2. เจตคติการดูแลสุขภาพ (ปัจจัยนำ) พบว่า ผู้สูงอายุหลายคนมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการพักผ่อน เช่น การนอนกลางวันมากเกินไป ซึ่งส่งผลต่อการนอนกลางคืนและสุขภาพโดยรวม จึงควรมีการให้ความรู้เรื่องการพักผ่อนที่เหมาะสม

3. สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (ปัจจัยเอื้อ) บ้านของผู้สูงอายุหลายรายยังไม่มีอุปกรณ์ป้องกันการลื่นล้ม เช่น ราวจับหรือผ้ายางปูพื้น จึงควรมีการส่งเสริมให้เตรียมบ้านให้เหมาะสม เพื่อป้องกันอุบัติเหตุในวัยสูงอายุ

4. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (ปัจจัยเสริม) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถสืบค้นข้อมูลสุขภาพผ่านออนไลน์ได้เอง การประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางท้องถิ่น เช่น หอกระจายข่าว หรือ อสม. จะช่วยให้ได้รับข้อมูลสุขภาพได้ทันเหตุการณ์และเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเรื่องปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อจะได้อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

2. ควรศึกษาความสัมพันธ์พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นรายด้านด้วย เช่น ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์จารี เกตุมาโร และคณะอาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์ วรประทีป คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่ให้ความรู้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ในการศึกษาครั้งนี้ให้มีความถูกต้องและสมบูรณ์มากขึ้น ขอขอบคุณนางสุภาภรณ์ นากลาง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานการพยาบาลปฐมภูมิ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ที่ได้เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจนสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ อสม. ตำบลน้ำร้อน ทุกท่าน ในการสนับสนุนตลอดเวลาที่ทำการศึกษานี้

เอกสารอ้างอิง

1. สุมิษา มะลิวัลย์. ภาวะพึงพิงของผู้สูงอายุไทย ในอนาคต 20 ปี [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 2 ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://hfd.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-3/229198>
2. จิราภรณ์ การะเกตุ. ประเทศไทยกับสังคมผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 2 ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://il.mahidol.ac.th/th/i-Learning-Clinic/general-articles/>
3. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, อังคณา ศรีสุข, สหรัจ เจตมโนรมย์. เรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ยีนยงการพิมพ์; 2561.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. พีรามิดประชากร [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://pnb.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
5. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: Emily Barrosse; 2005.
6. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30(3):607-10.
7. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology 1932;140:1-55.
8. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika 1951;16(3):297-334.
9. Davies IK. The management of learning. London: McGraw-Hill; 1971.
10. ัญญลักษณ์ รงค์รัตน์, สุรเดช สำราญจิตต์. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลหาดสำราญ อำเภอหาดสำราญ จังหวัดตรัง. ใน: วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ. การประชุมวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2566 เรื่อง มิติใหม่ในการดูแลสุขภาพ: สูงวัยอย่างมีสุขภาวะ; 25 สิงหาคม 2566; มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2566. หน้า 258-67.
11. ญัฐพงศ์ ด่วนมี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอคลองหอยโข่ง จังหวัดสงขลา. สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา; 2567.
12. พกษา มะหัด, วรกร วิชัยโยม, ธันวา ใจเที่ยง. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในอำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566;9(3):147-56.

Factors Associated with Health Promotion Behaviors of Older Adults: a Case Study in Nam Ron Subdistrict, Mueang District, Phetchabun Province

Siranya Budsitha, Suradej Samranjit

Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand

Abstract

This research was conducted as a descriptive study with the objectives of studying the levels of predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and health promotion behaviors among the elderly in Nam Ron Subdistrict, Mueang District, Phetchabun Province and examining the relationships between these factors and the health promotion behaviors of the elderly in the same area. A sample of 186 elderly individuals was selected. Data were collected using a questionnaire consisting of sections on personal information, predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and health promotion behaviors. The overall reliability coefficient of the questionnaire was determined to be 0.97. Data were analyzed by using frequency distributions, percentages, means, standard deviations, and Pearson's correlation coefficient, with the level of statistical significance set at 0.01. The results indicated that, overall, the predisposing, enabling, and reinforcing factors ($M=3.93$, $SD=0.63$), as well as health promotion behaviors ($M=3.61$, $SD=0.40$), were rated at a high level. A statistically significant correlation between the combined factors and health promotion behaviors among the elderly was observed ($p<0.01$). When analyzed separately, significant correlations with health promotion behaviors were found for predisposing factors, enabling factors, and reinforcing factors, ($p<0.01$).

Keywords: health promotion; elderly; health behavior

การพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เรื่องการรู้เท่าทัน บุหรี่ไฟฟ้า สำหรับเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ

ชนกนารถ บุญวัฒน์กุล¹, ลิขสิทธิ์ พุดเขียว¹, จินตนา ปรีสพันธ์¹, เมธชนนท์ ประจวบลาภ², เจษฎากร อังกุลพัฒนาสุข²

¹ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี

² สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพ ปัญหา และความต้องการของเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบเรื่อง การรู้เท่าทันบุหรี่ไฟฟ้า และเพื่อพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เรื่อง การรู้เท่าทันบุหรี่ไฟฟ้า สำหรับเด็กและเยาวชน การศึกษานอกระบบ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา แบ่งการวิจัยออกเป็น 2 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1) ขั้นตอนศึกษา ข้อมูล สภาพ ปัญหา และความต้องการของเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ ทำการศึกษาด้วยการทบทวนเอกสาร จากตำรา หนังสือ เอกสารทางวิชาการ บทความ งานวิจัยและสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าที่น่าเชื่อถือและเผยแพร่ ในระหว่างปี พ.ศ. 2554-2564 และจัดประชุมสนทนากลุ่มร่วมกับเด็กและเยาวชนที่กำลังศึกษาอยู่ในรูปแบบการศึกษานอกระบบ รวมถึงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษานอกระบบและผู้ทำงานด้านการควบคุมบุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้า รวมทั้งสิ้น 28 คน โดยเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง (2) พัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยการนำผลการศึกษาจาก ขั้นตอนที่ 1 และข้อมูลที่ได้รับจากการตรวจเอกสารมากำหนดกรอบแนวคิดและพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่า (1) บุหรี่ไฟฟ้ามียุควิวัฒนาการหลายระยะ ถูกพัฒนาให้ดึงดูดเด็กและเยาวชน ทั้งในรูปแบบ กลิ่น และ ภาพลักษณ์ เด็กและเยาวชนใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจากกลยุทธ์ทางการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบที่สร้างความเชื่อผิดว่า บุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัย ช่วยเลิกบุหรี่ยาสูบ และไม่อันตรายต่อผู้สูบ ความต้องการเรียนรู้เกี่ยวข้องกับการมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า รูปแบบกิจกรรมยืดหยุ่นระยะสั้น ใช้สื่อการเรียนรู้และการประเมิน ผลที่หลากหลาย (2) แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นได้กำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพการณ์และปัญหาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เท่าทันกลยุทธ์การตลาดของบุหรี่ไฟฟ้า และตระหนักถึง อันตรายจากบุหรี่ไฟฟ้า และแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้มีความยืดหยุ่น เน้นดึงประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมายมาใช้ ให้เกิดประโยชน์ มีสื่อการเรียนรู้และวิธีประเมินผู้เรียนด้วยวิธีการและเครื่องมือที่หลากหลาย

คำสำคัญ: แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้; บุหรี่ไฟฟ้า; เด็กและเยาวชน; การศึกษานอกระบบ

วันรับ: 12 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 20 พ.ย. 2568

วันตอบรับ: 24 พ.ย. 2568

บทนำ

บุหรี่ไฟฟ้า เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดใหม่ มีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง จากภาพลักษณ์ที่ไม่ดีและข้อจำกัดของบุหรี่มวน อาทิ การห้ามสูบบุหรี่มวนในที่สาธารณะและภาพลักษณ์ของผู้สูบบุหรี่มวน บุหรี่ไฟฟ้าจึงถูกพัฒนาขึ้นเพื่อทำหน้าที่แทนบุหรี่มวน โดยมีหลักการ คือ การนำสารนิโคตินและสารเคมีอื่นเข้าสู่ร่างกายโดยใช้ไฟฟ้าทำให้เกิดไอน้ำจากความร้อน ปรายจากการเผาไหม้ บนพื้นฐานความเชื่อที่ว่าลดอันตรายจากการสูบบุหรี่^(1,2) ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา อุตสาหกรรมและธุรกิจบุหรี่ไฟฟ้ามีความพยายามจะทำการตลาดมุ่งเป้าให้มีจำนวนผู้บริโภคมากขึ้น โดยเฉพาะการทำตลาดมุ่งเป้าไปที่เด็กและเยาวชน ด้วยการสร้างวาทกรรมความเชื่อและค่านิยมที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ บุหรี่ไฟฟ้ามีแค้กลิ่นหอมโอละอง ไม่อันตราย เพราะไม่มีนิโคติน หรือปรับขนาดนิโคตินได้ บุหรี่ไฟฟ้าช่วยให้เลิกสูบบุหรี่ได้ และช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ทันสมัย รวมถึงมีการทำกลยุทธ์เชิงรุกเลือกทำเลที่ตั้งจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าใกล้สถานประกอบการศึกษาและจูงใจด้วยการสื่อสารผ่านภาพ เนื้อหาและสีสันทบนสื่อสังคมออนไลน์⁽³⁾ โดยในช่วงปี พ.ศ. 2566-2567 อุตสาหกรรมบุหรี่ไฟฟ้าได้พัฒนาบุหรี่ไฟฟารุ่นใหม่ ชนิดใหม่ที่เรียกว่า toy pod มีลักษณะรูปร่างเลียนแบบเป็นตุ๊กตาของเล่น ตุ๊กตา กลองขนม กลองนม ขวดน้ำผลไม้หรืออุปกรณ์การเรียนของนักเรียน โดยเลียนแบบได้เสมือนจริงทั้งรูปร่างหน้าตา ขนาดและสีสันท จนผู้ปกครองไม่สามารถจำแนกได้^(3,4) อย่างไรก็ตาม ทางกรมแพทย์และสาธารณสุขได้ยืนยันข้อมูลว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีโทษและผลกระทบต่อร่างกายจากการบริโภคคือ นิโคติน เป็นสารเสพติดที่มีภาวะเสพติดสูงกว่าเฮโรอีน โคเคน และกัญชา เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคระบบหัวใจ หลอดเลือด การอักเสบในระบบทางเดินหายใจ กระตุ้นภาวะซึมเศร้า ระบบความจำและการเรียนรู้ถดถอย และไม่ช่วยให้เลิกสูบบุหรี่แบบปกติด้วย⁽⁵⁾ จากผลกระทบ โทษ พิษภัย และอันตรายจากบุหรี่ไฟฟ้า รัฐบาลได้กำหนดมาตรการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าครอบคลุมทั้งการห้ามนำเข้าภายในราชอาณาจักร การให้บริการ จำหน่าย จ่าย หรือแจก ทั้งตัวอุปกรณ์ ส่วนหนึ่งส่วนใดของอุปกรณ์บุหรี่ไฟฟ้าและน้ำยาสำหรับเติม ตามประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้บารากูและบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ต้องห้าม

ในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557 และคำสั่งคณะกรรมการว่าด้วยความปลอดภัยของสินค้าและบริการ ที่ 24/2567 กำหนดห้ามมิให้มีการผลิต ขาย หรือให้บริการ บุหรี่ไฟฟ้าและอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง ผู้ฝ่าฝืนยอมมีโทษตามกฎหมาย⁽³⁾

แม้ว่าบุหรี่ไฟฟ้าจะมีอันตรายจากการบริโภคและประเทศไทยได้กำหนดมาตรการห้ามนำเข้า และให้บริการ บุหรี่ไฟฟ้าภายในประเทศ แต่ก็พบว่ามีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน เป็นผลมาจากการทำกลยุทธ์และการตลาดของธุรกิจบุหรี่ไฟฟ้า ปัจจุบันสถานการณ์การแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชนได้ทวีความรุนแรงไปทั่วโลก ข้อมูลในสหรัฐอเมริกา พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (grade 12) มีอัตราการสูบเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจากปี ค.ศ. 2017 ร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 25 ในปี ค.ศ. 2019⁽⁶⁾ สำหรับข้อมูลประเทศไทย สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย และกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีการเฝ้าระวังและติดตามพฤติกรรม การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2566 มีอัตราการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าในภาพรวมเฉลี่ยร้อยละ 25.08 พบมากที่สุด ในเขตสุขภาพที่ 9 (ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ และสุรินทร์) ร้อยละ 34.58 เขตสุขภาพที่ 3 (กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ ชัยนาท และอุทัยธานี) ร้อยละ 34.45 และเขตสุขภาพที่ 4 (สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี อโยธยา และปทุมธานี) ร้อยละ 34.20⁽⁷⁾ และข้อมูลในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า ภาพรวมเด็กและเยาวชน มีการใช้บุหรี่และบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ที่ร้อยละ 23.80 เมื่อจำแนกความชุกของการแพร่ระบาดตามรูปแบบการศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบพบข้อมูลสำคัญคือ เด็กและเยาวชนที่อยู่นอกระบบการศึกษามีอัตราการบริโภคอยู่ที่ร้อยละ 33.30 สูงกว่าเป็นสองเท่าของเด็กและเยาวชนในระบบการศึกษา⁽⁸⁾ สอดคล้องกับข้อมูลของกองสุศึกษาที่วิเคราะห์อัตราการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกส์ (logistic regression) พบว่า เด็กและเยาวชนที่เป็นผู้เรียน การศึกษานอกระบบ มีโอกาสเลือกใช้ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าสูงถึง 2.37 เท่า ดังนั้น หากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องปล่อยให้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้าดำเนินต่อไปโดยมิได้จัดการปัญหาอย่างรอบคอบและรัดกุม ย่อมส่งผลให้

เด็กและเยาวชนอันเป็นทรัพยากรมนุษย์ของชาติมีคุณภาพต่ำ ในด้านสุขภาพ ไม่แข็งแรง เจ็บป่วย และมีโรคเรื้อรัง ด้านเศรษฐกิจ สูญเสียรายได้ เมื่อต้องหยุดงาน เข้ารับการรักษาพยาบาล และด้านความมั่นคง จากการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น อันเป็นการตอกย้ำสถานการณ์ปัญหาแรงงานที่มีศักยภาพ และปัญหาทางสาธารณสุขที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่⁽⁹⁾

แม้จะมีการดำเนินงานของหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องหลากหลายมิติ แต่ก็ยังพบว่าเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะเด็กและเยาวชนที่เป็นผู้เรียนในสถานศึกษาที่จัดการศึกษาด้วยรูปแบบการศึกษานอกระบบ เมื่อพิจารณาจากสาเหตุ พบว่าการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้หรือจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ด้านการรู้เท่าทันบุหรี่สำหรับเด็กและเยาวชนนอกระบบ ที่ผ่านมามีการออกแบบและพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของเด็กและเยาวชนการศึกษาในระบบเป็นหลัก โดยไม่สอดคล้องกับคุณลักษณะของเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ ส่งผลให้เด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบมีความรู้ไม่เพียงพอต่อการจัดการพฤติกรรม การเลือกบริโภคบุหรี่ไฟฟ้า⁽⁸⁾ อาจกล่าวได้ว่าเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบมีคุณลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากเด็กและเยาวชนในระบบ ทั้งด้านพื้นฐานเศรษฐกิจ ทัศนคติ แรงจูงใจในการเรียนรู้ และบริบทของการใช้ชีวิต วิธีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่อยู่บนข้อจำกัดข้างต้น จึงมีความแตกต่างกันอย่างมากกับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้กับเด็กและเยาวชนการศึกษาในระบบ ฉะนั้น หากสังคมไทยพึงปรารถนาให้อัตราการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเด็กและเยาวชนภาพรวมลดลง จำเป็นอย่างยิ่งจะต้องดำเนินการส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับการรู้เท่าทันบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเท่าเทียมให้ครอบคลุมเด็กและเยาวชนทุกสังกัดไม่ว่าจะอยู่ในระบบโรงเรียนหรือไม่ก็ตาม และการพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้จะต้องยืดหยุ่น ตอบสนองคุณลักษณะ และความต้องการของผู้เรียนเป็นสำคัญด้วย⁽¹⁰⁾

จากปัญหาการแพร่ระบาด โทษ ผลกระทบและอันตรายจากบุหรี่ไฟฟ้า ประกอบกับความสำคัญต้องส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับการรู้เท่าทันบุหรี่ไฟฟ้าสำหรับเด็กและเยาวชนให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะประชากรเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ ที่มีความแตกต่างระหว่างบุคคล คุณลักษณะของบุคคล วิธีการและแบบแผนการเรียนรู้ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาพัฒนา เรื่อง

การพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เรื่องการเท่าทันบุหรี่ไฟฟ้า สำหรับเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สภาพ ปัญหาและความต้องการของเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ เรื่อง การรู้เท่าทันบุหรี่ไฟฟ้า พร้อมทั้งนำข้อมูลหรือสารสนเทศที่ได้จากการศึกษาออกมาแบบและพัฒนาเป็นแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เรื่องการรู้เท่าทันบุหรี่ไฟฟ้า ให้สอดคล้องกับพื้นฐานการเรียนรู้และความต้องการของเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ ตามหลักการการศึกษานอกระบบ อันจะส่งผลให้เด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้นและนำไปสู่การมีพฤติกรรมทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าที่เหมาะสมต่อไป ทั้งนี้แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ จะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมการเรียนรู้ เรื่อง การรู้เท่าทันบุหรี่ไฟฟ้า ให้กับเด็กและเยาวชน สำหรับหน่วยงานที่จัดการศึกษานอกระบบ อาทิ ศูนย์การเรียนรู้ ตามกฎหมายการศึกษาแห่งชาติ และศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ระดับอำเภอ/เขต ตามกฎหมายส่งเสริมการเรียนรู้ รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

วิธีการศึกษา

การพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เรื่องการรู้เท่าทันบุหรี่ไฟฟ้า สำหรับเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ เป็นการวิจัยในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูล สภาพ ปัญหา และความต้องการของเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ

มีเป้าหมายเพื่อวิเคราะห์สภาพ ปัญหาและความต้องการของเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ เรื่อง การรู้เท่าทันบุหรี่ไฟฟ้า เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานภาพรวมมิติต่างๆ ด้วยการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนต่อไป ทำการศึกษา 2 ประการ ได้แก่

1. การทบทวนเอกสาร มีระยะเวลาดำเนินการศึกษาในห้วงเดือนมีนาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยศึกษาและวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าในมิติต่างๆ ครอบคลุมข้อมูลพื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า โทษ-ผลกระทบและอันตรายจากการบริโภค มายาคติเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้า

แหล่งข้อมูลประกอบด้วย ตำราหนังสือ เอกสารทางวิชาการ บทความ งานวิจัยและสื่อประชาสัมพันธ์ที่น่าเชื่อถือ โดยเกี่ยวข้องกับบุหรีไฟฟ้า ในรอบ 10 ปีย้อนหลัง ระหว่างปี พ.ศ. 2554-2564 ซึ่งสืบค้นจากแหล่งข้อมูลทาง อินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ และห้องสมุด กำหนดเกณฑ์การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล 2 ประเด็น คือ เป็นแหล่งข้อมูลของส่วนราชการหรือหน่วยงานที่เป็นทางการ และไม่ใช่แหล่งข้อมูลที่มีแนวโน้มรับการสนับสนุนจากอุตสาหกรรมยาสูบ เครื่องมือการวิจัย คือ แบบวิเคราะห์เอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และสร้างข้อสรุปสำหรับการพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในขั้นตอนต่อไป

2. การประชุมสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาความต้องการและรูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการรู้เท่าทันบุหรีไฟฟ้า และศึกษาข้อคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาได้มาด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ (1) เด็กและเยาวชนที่กำลังศึกษาอยู่ในสถานศึกษารูปแบบการศึกษานอกระบบ สังกัด ศูนย์การเรียน ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 และศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมการเรียนรู้ พ.ศ. 2566 จำนวน 17 คน กำหนดคุณสมบัติ คือ มีอายุระหว่าง 15-25 ปี ที่กำลังเข้ารับการศึกษานอกระบบอยู่ในหลักสูตรของสถานศึกษาไม่น้อยกว่า 1 ภาคเรียน ซึ่งสะดวกและสมัครใจเข้าร่วมสนทนากลุ่ม และ (2) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการศึกษานอกระบบและผู้ทำงานด้านการควบคุมบุหรีและบุหรีไฟฟ้า จำนวน 11 คน กำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นครูและบุคลากรทางการศึกษานอกระบบที่เคยทำงานด้านรณรงค์บุหรีไฟฟ้าหรือสุขภาพของผู้เรียนผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กและเยาวชน ด้านการสื่อสาร ด้านสาธารณสุข และด้านศึกษาศาสตร์ ซึ่งสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์ในด้านการศึกษานอกระบบ ด้านเด็กและเยาวชน ด้านสาธารณสุข ด้านการสื่อสาร หรือด้านศึกษาศาสตร์ ไม่น้อยกว่า 1 ปี เครื่องมือการวิจัย คือ ประเด็นคำถามการสนทนากลุ่ม โดยจัดการประชุมสนทนากลุ่มเมื่อวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ณ ห้องประชุม สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์

ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อสร้างข้อสรุปสำหรับการพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 ออกแบบและพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้

เป็นการนำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 มากำหนดกรอบแนวคิดของการออกแบบและพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เรื่อง การรู้เท่าทันบุหรีไฟฟ้า สำหรับเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ มีวิธีดำเนินการประกอบด้วย (1) พัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ จากคำสั่งวิเคราะห์ผลการศึกษาระดับขั้นที่ 1 และข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม (2) จัดทำร่างแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ด้วยการใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) (3) นำร่างแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นไปวิพากษ์ภายในร่วมกัน (4) นำร่างแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญทางการศึกษานอกระบบ ด้านเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา และด้านการควบคุมยาสูบ รวมจำนวน 3 คน ประเมินความสอดคล้องระหว่างองค์ประกอบ คือสาระสำคัญ ผลลัพธ์การเรียนรู้ กิจกรรมการเรียนรู้ สื่อการเรียนรู้ และการวัดและประเมินผล กับวัตถุประสงค์และเนื้อหาของการศึกษา ด้วยการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาด้วยค่า IOC (index of item-objective congruence) โดยผลการประเมินแต่ละองค์ประกอบมีค่าความสอดคล้องมากกว่า 0.60 ขึ้นไปทุกข้อ และ (5) นำแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ได้รับการตรวจจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญแล้วมาปรับปรุงแก้ไข พร้อมทั้งจัดทำแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ฉบับสมบูรณ์ต่อไป

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2567 ตามเอกสารรับรองเลขที่ 2567/131(17)

ผลการศึกษา

การวิจัย เรื่อง การพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เรื่อง การเท่าทันบุหรีไฟฟ้า สำหรับเด็กและเยาวชน

การศึกษานอกระบบ ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาดำเนินการตามลำดับขั้นตอนการวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาข้อมูล สภาพ ปัญหา และความต้องการของเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ

ผลการศึกษาข้อมูล สภาพ ปัญหา และความต้องการของเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายการศึกษานอกระบบที่มีความแตกต่างหลากหลาย โดยได้สังเคราะห์และนำเสนอข้อมูล สภาพ ปัญหา และความต้องการในลักษณะของความ ต้องการร่วม (common needs) ที่พบในกลุ่มเป้าหมายการวิจัย นำเสนอผลได้ดังนี้

1.1 สภาพเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า บุหรี่ไฟฟ้ามีวิวัฒนาการหลายระยะ ถูกพัฒนาให้ดึงดูดเด็กและเยาวชน ทั้งในรูปแบบกลิ่น และภาพลักษณ์ โดยรุ่นที่มีการแพร่ระบาดมากที่สุดในกลุ่มเด็กและเยาวชน คือบุหรี่ไฟฟ้าประเภท Pod (รุ่นที่ 4) เนื่องจากเข้าถึงง่าย ราคาถูก และมีการลักลอบจำหน่ายผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดในกลุ่มเด็กและเยาวชนได้ทวีความรุนแรงขึ้น อย่างไรก็ตาม บุหรี่ไฟฟ้ายังคงเป็นสินค้าต้องห้ามในประเทศไทยตามกฎหมาย

1.2 ปัญหาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า อุตสาหกรรมยาสูบใช้กลยุทธ์ทางการตลาดสร้างความเชื่อผิดว่า บุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัย ช่วยเลิกบุหรี่ และไม่เป็นอันตราย เพราะปราศจากนิโคตินส่งผลให้อัตราการใช้ในกลุ่มเด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนที่อยู่ การศึกษาในรูปแบบการศึกษานอกระบบ มีอัตราการบริโภคสูงมากกว่าเด็กและเยาวชนในระบบโรงเรียน รวมถึงโทษ พิษภัย และอันตรายจากบุหรี่ไฟฟ้าต่อคุณภาพชีวิตของตนเอง ต่อสังคม และต่อเศรษฐกิจของประเทศ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

1.3 ความต้องการในการเรียนรู้ เรื่องรู้เท่าทันบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า เด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ และผู้เกี่ยวข้องกับการศึกษานอกระบบ ต้องการพัฒนาให้กลุ่มเป้าหมายมีองค์ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในประเด็นต่างๆ ได้แก่ โทษของบุหรี่ไฟฟ้า กลยุทธ์ทางการตลาดของ บุหรี่ไฟฟ้า วาทกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ บุหรี่ไฟฟ้า ทักษะการตัดสินใจและปฏิเสธ รวมถึงข้อมูล ช่องทางการขอรับบริการเลิกบุหรี่ไฟฟ้าจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อลดอัตราการเข้าถึงและการใช้ในกลุ่มเด็ก

และเยาวชน แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ควรมีรูปแบบ และวิธีการจัดกิจกรรมอย่างยืดหยุ่น อาทิ รูปแบบและวิธีการ สามารถปรับให้เข้ากับกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่าง เฉพาะกลุ่มหรือข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม ระยะเวลาสั้นกระชับ ไม่เน้นบรรยายสาระจนเกินไป นำประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ใช้สื่อ การเรียนรู้ที่หลากหลายและสอดคล้องกับธรรมชาติของผู้เรียน และการประเมินผลควรเน้นความก้าวหน้ามากกว่า การตัดสินถูกผิด เช่น การประเมินว่าผู้เรียนได้รับความรู้ ความเข้าใจเพิ่มขึ้นจากเดิมหรือไม่ หรือให้ผู้เรียนสะท้อนผล ในสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรม โดยหลีกเลี่ยงการตัดสิน ด้วยเกรดหรือผลการเรียนแบบชั้นเรียน เป็นต้น

การศึกษาข้างต้นสามารถนำประเด็นข้อค้นพบไป พัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ คือ ข้อมูลสภาพ เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ ข้อมูลบุหรี่ไฟฟ้า ส่วนประกอบของ บุหรี่ไฟฟ้า พัฒนาการของบุหรี่ไฟฟ้า กฎหมายที่เกี่ยวข้อง กับบุหรี่ไฟฟ้า ปัญหาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ สถานการณ์ การแพร่ระบาด ปัจจัยที่นำไปสู่การใช้บุหรี่ไฟฟ้า กลยุทธ์ ทางการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ โทษ พิษภัย และ อันตรายจากบุหรี่ไฟฟ้า ช่องทางเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า เนื้อหาภายในแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ต้องทำให้เด็ก และเยาวชนมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึงผลกระทบ จากการใช้บุหรี่ไฟฟ้า รูปแบบกิจกรรมควรมีความยืดหยุ่น ระยะสั้น มีผู้เชี่ยวชาญมาให้ความรู้ ขณะที่สื่อการเรียนรู้ ควรมีความหลากหลายและสอดคล้องกับบริบทของผู้เรียน และการประเมินผลต้องมุ่งความก้าวหน้า ใช้เครื่องมือ ที่หลากหลายและมีการเสริมแรงกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ใ้รางวัลเมื่อตอบคำถามถูกต้อง

2. ผลการออกแบบและพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้

ผู้วิจัยได้นำประเด็นหรือสาระสำคัญอันเป็นผลการ ศึกษาตามขั้นตอนที่ 1 ประกอบด้วย ข้อมูลสภาพ ปัญหา เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ความต้องการเรียนรู้ รูปแบบและวิธี การจัดกิจกรรม สื่อการเรียนรู้ และรูปแบบการประเมินผล การเรียนรู้ มาจัดทำร่างแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยอาศัยแนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (experiential learning) 4 ขั้นตอน คือ ขั้นประสบการณ์เป็นรูปธรรม ขั้นสังเกตอย่างไตร่ตรอง ขั้นสร้างแนวคิดเชิงนามธรรม

ขั้นทดลองประยุกต์แนวคิด พร้อมทั้งนำมาวิพากษ์ร่วมกัน ภายในกลุ่มคณะผู้วิจัย หลังจากนั้นได้ให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิด้านการศึกษานอกระบบ ด้านเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา และด้านการควบคุมยาสูบ รวมจำนวน 3 คน ทำการประเมินความสอดคล้อง ซึ่งมีผลการพัฒนาแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เรื่อง การรู้เท่าทันบุหรี่ไฟฟ้า สำหรับเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ ดังนี้

2.1 ส่วนข้อมูลทั่วไปของแผนการจัดการเรียนรู้ แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ระดับการศึกษาและช่วงอายุที่แนะนำในการใช้แผน สารสำคัญ/ความคิดรวบยอด วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ระยะเวลาที่ใช้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่แนะนำ การจัดสภาพแวดล้อมในพื้นที่เรียนรู้เพื่ออำนวยความสะดวกให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของแผนการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้

แผนการจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ เรื่อง การรู้เท่าทันบุหรี่ไฟฟ้า สำหรับเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ	
ระดับ	มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า (ช่วงอายุระหว่าง 15-25 ปี)
สารสำคัญ/ความคิดรวบยอด	บุหรี่ไฟฟ้า เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดหนึ่งที่มีส่วนประกอบของสารนิโคติน สารปรุงแต่ง และสารเคมีหลายชนิดที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย โดยบุหรี่ไฟฟ้ามีพัฒนาการมาทั้งหมด 5 ระยะเวลาของการพัฒนาเพราะผู้พัฒนาเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีการเผาไหม้ อันตรายน้อยกว่าบุหรี่ปริมาณ และบุหรี่ปริมาณมีกลิ่นเหม็น ภาพลักษณะไม่ดี ซึ่งข้อเท็จจริงบุหรี่ไฟฟ้า ส่งผลกระทบต่อร่างกาย ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท และเสี่ยงต่อการระเบิดของอุปกรณ์ที่ใช้งาน อย่างไรก็ตามผู้ผลิตบุหรี่ไฟฟ้าได้สร้างวาทกรรมในสังคมเพื่อเป็นกลยุทธ์ทางการตลาดหลอกล่อนักสูบหน้าใหม่ เช่น ปลอดภัยไม่มีนิโคติน หรือช่วยให้เลิกบุหรี่ปริมาณ ส่งผลให้เด็กและเยาวชนกลายเป็นผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า และได้รับอันตรายจากการบริโภค ทั้งนี้ การส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าและช่องทางการเข้ารับบริการเลิกบุหรี่ไฟฟ้า โดยดึงประสบการณ์เดิมของผู้เรียนมาประกอบกิจกรรมการเรียนรู้ จะช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจและตระหนักถึงโทษ พิษภัย และอันตรายจากบุหรี่ไฟฟ้า นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการมีสุขภาพที่ดีได้
วัตถุประสงค์การเรียนรู้	<p>เพื่อให้ผู้เรียนสามารถ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) อธิบายประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า 2) วิเคราะห์ประสบการณ์ของกลุ่มผู้เรียนเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในประเด็นที่กำหนดได้ 3) อภิปรายความรู้เดิมเกี่ยวกับสิ่งที่ได้ยินมา มุมมองของตนเองต่อบุหรี่ไฟฟ้าและข้อความที่ใช้ในสื่อโฆษณา 4) อธิบายความรู้ใหม่เกี่ยวกับข้อมูลของบุหรี่ไฟฟ้า โทษ พิษภัย และกลยุทธ์การตลาดของบุหรี่ไฟฟ้า
ระยะเวลาที่ใช้	3 ชั่วโมง
จำนวนผู้ร่วมกิจกรรมที่แนะนำ	30 คน
การจัดสภาพแวดล้อมในพื้นที่เรียนรู้	จัดโต๊ะในห้องเรียนให้ผู้เรียนนั่งเป็นกลุ่ม จัดบอร์ดให้ความรู้ โดยใช้โปสเตอร์หรือสิ่งพิมพ์ที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ไฟฟ้าของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย หรือมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่

2.2 ขั้นตอนการจัดกิจกรรม แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับ ขั้นตอนการจัดกิจกรรม และวิธีการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังตารางที่ 2

2.3 สื่อการเรียนรู้ วัสดุและอุปกรณ์/แหล่งเรียนรู้ ประกอบด้วย (1) สื่อนำเสนอรายละเอียดกิจกรรมการเรียนรู้ (2) สื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า สภาพและปัญหาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า กลยุทธ์การตลาด ความเชื่อและวาทกรรม

โทษและผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้า เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ ภาพเคลื่อนไหว ตัวอย่างสื่อที่สามารถใช้ได้จากเว็บไซต์ของ สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย www.tyithailand.or.th หรือเว็บไซต์ของมูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ <https://www.smokefreezone.or.th/> (3) กระดาษ post-it สี (4) ปากกาเคมี และ (5) บอร์ดหรือ flip chart

ตารางที่ 2 กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยใช้วิธีการจัดการเรียนรู้จากประสบการณ์

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม และระยะเวลา	วิธีการดำเนินการ
1. ขั้นนำเข้าสู่กิจกรรม (20 นาที)	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ดำเนินกิจกรรมแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์การเรียนรู้ และรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรมการเรียนรู้ 2) ผู้ดำเนินกิจกรรมแจกแบบทดสอบก่อนเรียนให้ผู้เรียนทำก่อนเริ่มกิจกรรม แบบทดสอบก่อนเรียนเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ (หรือใช้แบบประเมินก่อนเรียนอื่นๆ ตามบริบทผู้เรียน) ให้เวลาผู้เรียนทำแบบทดสอบ 10 นาที 3) ให้ผู้เรียนแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 6 คน จำนวน 5 กลุ่ม จากนั้นให้แต่ละกลุ่มตั้งชื่อ กลุ่มของตนเอง
2. ขั้นสร้างประสบการณ์ ผ่านการเรียนรู้ด้วยตนเอง (45 นาที)	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ดำเนินกิจกรรมสนทนากับผู้เรียนโดยตั้งประเด็นคำถาม ได้แก่ ผู้เรียนเคยได้ยินหรือเคยเห็นสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าหรือไม่ เห็นจากช่องทางใด และให้ผู้เรียนลองนึกถึงสิ่งที่เคยได้ยินและได้เห็นเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า 2) ผู้ดำเนินกิจกรรมให้ผู้เรียนแต่ละกลุ่มระดมสมองร่วมกันเขียนประสบการณ์ที่พบใน 3 หัวข้อ ได้แก่ ข้อความที่ใช้ในสื่อโฆษณาบุหรี่ไฟฟ้าที่เคยเห็น สิ่งที่ได้ยินมาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และมุมมองของตนเองต่อบุหรี่ไฟฟ้า โดยให้ผู้เรียนเขียนข้อความลงในกระดาษ post-it ที่แจกให้ แล้วนำไปติดที่บอร์ดหรือกระดาษ flip chart โดยให้แบ่งบอร์ดหรือกระดาษ flip chart เป็น 3 ช่อง ตามประเด็นคำถามระดมสมอง ให้เวลาในการเขียน 20 นาที 3) เมื่อหมดเวลาผู้ดำเนินกิจกรรมให้ผู้เรียนแต่ละกลุ่มอธิบายถึงสิ่งที่เขียนให้ผู้เรียนกลุ่มอื่นได้ฟัง 4) ผู้ดำเนินกิจกรรมสรุปประเด็นของผู้เรียนเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้เรียนได้ยิน/รับรู้มา เพื่อใช้ในการอภิปรายขั้นตอนต่อไป
3. ขั้นสะท้อนการเรียนรู้ หรือ ทบทวนการเรียนรู้ (30 นาที)	<ol style="list-style-type: none"> 1) ผู้ดำเนินกิจกรรมอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า สลับกับการตั้งคำถามให้ผู้เรียนคิดและอภิปรายร่วมกัน และเชื่อมโยงกับสิ่งที่ผู้เรียนเขียนในขั้นตอนที่ผ่านมา และนำเสนอข้อเท็จจริงเพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้องโดยใช้สื่ออินโฟกราฟิก โดยอภิปรายในประเด็นดังนี้ วาทกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เช่น (1) บุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัย ไม่มีนิโคติน คนสูบลแล้วดูเป็นคนทันสมัย การสูบบุหรี่ไฟฟ้าช่วยให้เลิกบุหรี่มวนได้ และ (2) เหตุผลที่เกิดวาทกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกิดจากกลยุทธ์การตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ

ตารางที่ 2 กระบวนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ โดยใช้วิธีจัดการเรียนรู้จากประสบการณ์ (ต่อ)

ขั้นตอนการจัดกิจกรรม และระยะเวลา	วิธีการดำเนินการ
	<p>2) ผู้ดำเนินกิจกรรมให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ในหัวข้อ (1) สภาพและปัญหาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า (2) ผลกระทบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและสารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้า (3) กฎหมายและโทษทางอาญาในฐานความผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และ (4) ช่องทางการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่</p> <p>3) ผู้ดำเนินกิจกรรมและผู้เรียนร่วมกันสรุปความรู้ร่วมกันเพื่อนำไปสู่กิจกรรมขั้นถัดไป</p>
<p>4. ขั้นสรุปองค์ความรู้ และประยุกต์ใช้องค์ความรู้ที่ได้รับ (70 นาที)</p>	<p>1) ผู้ดำเนินกิจกรรมให้ผู้เรียนแต่ละกลุ่มนำความรู้จากขั้นสะท้อนการเรียนรู้ มาสร้างสื่อ (สื่อตามสภาพและบริบทของผู้เรียนแต่ละกลุ่ม) โดยให้ผู้เรียนศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากสื่อการเรียนรู้ที่จัดไว้ในพื้นที่จัดกิจกรรม ให้ผู้เรียนเลือกโจทย์ในการผลิตสื่อ ดังนี้ (1) เชิญชวนให้เลิกบุหรี่ไฟฟ้า (2) ความเข้าใจ-ผิดและข้อเท็จจริงเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า (3) จะป้องกันตัวเองอย่างไรให้ห่างไกลบุหรี่ไฟฟ้า (4) อันตรายที่ควรระวังเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และ (5) บุหรี่ไฟฟ้า ผิดกฎหมายอย่างไร ทั้งนี้ การเลือกโจทย์ ให้ผู้เรียนส่งตัวแทนกลุ่มมาเลือก โจทย์ด้วยการจับฉลาก จากกล่องสุ่ม หรือวงล้อสุ่ม</p> <p>2) รูปแบบของสื่อที่ผลิตผู้ดำเนินกิจกรรมสามารถกำหนดได้ตามลักษณะและบริบทของสถานศึกษา ดังนี้ (1) กรณีที่ผู้เรียนสามารถใช้โทรศัพท์ smartphone ในชั้นเรียนได้ ให้ผลิตคลิป Tik Tok ความยาว 30 วินาที และเผยแพร่ผ่าน Tik Tok และสื่อสังคมออนไลน์อื่นๆ ที่สมาชิกในกลุ่มใช้งาน และ (2) กรณีที่ผู้เรียนใช้โทรศัพท์มือถือ smartphone ไม่ได้ ให้ผลิตโปสเตอร์ และนำไปติดที่บอร์ดในชุมชนของตนเอง</p> <p>3) เมื่อผู้เรียนผลิตสื่อเรียบร้อยแล้ว ผู้ดำเนินกิจกรรมให้ผู้เรียนแต่ละกลุ่มนำเสนอแนวคิดในการผลิตสื่อ พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในสื่อก่อนการเผยแพร่สู่สาธารณะ</p>
<p>5. ขั้นสรุปกิจกรรม (1 นาที)</p>	<p>1) ผู้ดำเนินกิจกรรมอภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เรียน ถามตอบเกี่ยวกับเจตคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า และสรุปบทเรียน ดังนี้ (1) ผู้ดำเนินกิจกรรมสรุปสาระสำคัญเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ สภาพและปัญหาเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า วาทกรรมและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า กลยุทธ์การทำการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ ผลกระทบจากการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและสารเคมีในบุหรี่ไฟฟ้า กฎหมายและโทษทางอาญาในฐานความผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และช่องทางการเข้าถึงบริการเลิกบุหรี่ และ (2) ผู้ดำเนินกิจกรรมตั้งประเด็นถามผู้เรียนเกี่ยวกับเจตคติที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า เช่น ถ้าผู้เรียนพบเพื่อนที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าจะแนะนำเขาว่าอย่างไร ถ้าเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้าจะปฏิบัติตนอย่างไร</p> <p>2) ผู้ดำเนินกิจกรรมให้ผู้เรียนทำแบบทดสอบหลังเรียนเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ (หรือใช้แบบประเมินหลังเรียนอื่นๆ ตามบริบทของผู้เรียน) ให้เวลาผู้เรียนทำแบบทดสอบ 10 นาที</p>

2.4 การวัดและประเมินผล ใช้แบบทดสอบก่อนเรียน และแบบทดสอบหลังเรียน หรือใช้วิธีการประเมินผลที่หลากหลายตามบริบทของผู้เรียนก็ได้ อาทิ การให้ผู้เรียนสะท้อนผลการเรียนรู้ การประเมินชิ้นงาน เป็นต้น

วิจารณ์

1. จากการศึกษาข้อมูล สภาพ และปัญหาเกี่ยวกับบุนหรี พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ บุนหรีไฟฟ้า ส่วนประกอบของบุนหรีไฟฟ้า วิวัฒนาการของ บุนหรีไฟฟ้า โทษ ผลกระทบ อันตรายจากการใช้บุนหรีไฟฟ้า และวาทกรรมหรือค่านิยมที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับบุนหรีไฟฟ้า สอดคล้องกับงานศึกษาของณัฐพล รุ่งโรจน์สิทธิชัย⁽¹¹⁾ ที่พบว่าประชาชนเกือบครึ่งหนึ่งเชื่อว่าบุนหรีไฟฟ้าอันตราย น้อยกว่าบุนหรีมวน และมากกว่าครึ่งหนึ่งคิดว่าบุนหรีไฟฟ้า ช่วยให้เลิกบุนหรีมวนได้ สะท้อนให้เห็นว่าประชาชน โดยเฉพาะ เด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบยังคงขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับบุนหรีไฟฟ้าในทุกมิติ ทั้งส่วนประกอบ ของบุนหรีไฟฟ้า โทษและผลกระทบจากการใช้บุนหรีไฟฟ้า และ ไม่เท่าทันกับกลยุทธ์ของอุตสาหกรรมยาสูบที่ทำการตลาด อย่างขาดความรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งการขาดความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับบุนหรีไฟฟ้าย่อมนำไปสู่การตกเป็นเหยื่อของ อุตสาหกรรมยาสูบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ สอดคล้องกับการ ศึกษาของกองสุขศึกษา⁽⁷⁾ ที่พบว่า ผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับ บุนหรีไฟฟ้ามีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1.40 เท่า ขณะที่ประเด็น ความต้องการ การเรียนรู้ เรื่อง การรู้เท่าทันบุนหรีไฟฟ้า ต้องสร้างให้เด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ มีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักถึงผลกระทบจากการใช้บุนหรีไฟฟ้ารูปแบบ กิจกรรมควรยืดหยุ่น สื่อการเรียนรู้ที่หลากหลายสอดคล้อง กับบริบทของผู้เรียน ดึงประสบการณ์และความสามารถ ที่ผู้เรียนมีมาใช้ในการจัดกิจกรรม และการประเมินผลต้อง มุ่งความก้าวหน้าของผู้เรียนนั้น เห็นว่า ความต้องการข้างต้น เป็นข้อเสนอของผู้รับผลประโยชน์จากแผนการจัดกิจกรรม การเรียนรู้ โดยคาดหวังให้ผู้จัดกิจกรรมตอบสนองความต้องการ การเรียนรู้ เรื่องบุนหรีไฟฟ้า ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อ ตัวเด็กและเยาวชนเอง ข้อมูลดังกล่าวจึงมีความสำคัญต่อ การนำไปพัฒนาแผนจัดกิจกรรมการเรียนรู้ทางการศึกษา นอกระบบ สอดคล้องกับสุมาลี สังข์ศรี⁽¹⁰⁾ ที่นำเสนอ

หลักการการศึกษานอกระบบไว้ว่า การจัดการเรียนรู้ต้อง สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย มีความ ยืดหยุ่นในด้านวิธีการการวัดและประเมินผล และการเรียนรู้ ต้องสัมพันธ์กับวิถีการดำเนินชีวิต และสอดคล้องกับวิธีการ สอนทางการศึกษานอกระบบของ Clair RS⁽¹²⁾ เสนอว่า ผู้สอนที่มีประสบการณ์ต้องปรับเปลี่ยนการสอนให้เหมาะสม กับบริบท ต้องเคารพและให้เกียรติผู้เรียน พร้อมทั้งยอมรับ ความสามารถของผู้เรียนเป็นสำคัญ

2. แผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เรื่อง การรู้เท่าทัน บุนหรีไฟฟ้า สำหรับเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้น ได้กำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ ให้เด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบมีความรู้และ ความเข้าใจสภาพการณ์เกี่ยวกับบุนหรีไฟฟ้า ปัญหาเกี่ยวกับ บุนหรีไฟฟ้า เท่าทันกับกลยุทธ์การตลาดของบุนหรีไฟฟ้า ตระหนักถึงอันตรายจากบุนหรีไฟฟ้า พร้อมทั้งสื่อสารหรือเผยแพร่ต่อสาธารณะ หรือครอบครัวได้อย่างถูกต้อง สอดคล้อง กับนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการ⁽¹³⁾ เรื่องมาตรการ ควบคุมการแพร่ระบาดของบุนหรีไฟฟ้าที่กำหนดให้สถาน- ศึกษาสร้างความตระหนักรู้เท่าทันพิษภัยบุนหรีไฟฟ้าให้กับ ผู้เรียน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของพงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่า หากเยาวชนมีทัศนคติที่ดีต่อ การใช้บุนหรีไฟฟ้า ย่อมนำไปสู่โอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้า 3.37 เท่า จึงมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องป้องกัน หรือลด พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เผยแพร่องค์ความรู้ข่าวสาร บุนหรีไฟฟ้า เพื่อกระตุ้นให้เยาวชนตระหนักถึงพิษภัยของ บุนหรีไฟฟ้าและมีทัศนคติที่ถูกต้องเหมาะสม สำหรับลักษณะ และวิธีการดำเนินกิจกรรมภายใต้แผนการจัดกิจกรรม การเรียนรู้ที่ได้ออกแบบขึ้น มีความยืดหยุ่น เน้นดึง ประสบการณ์ของเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบมาใช้ ให้เกิดประโยชน์ มีสื่อการเรียนรู้ ทั้งสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อภาพ เคลื่อนไหว และสื่อสังคมออนไลน์ พร้อมทั้งกำหนดวิธี ประเมินผู้เรียนด้วยวิธีการและเครื่องมือที่หลากหลายนั้น ผู้วิจัยเห็นว่าสอดคล้องกับเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบที่มีคุณลักษณะแตกต่างกัน โดยในชั้นเรียนหนึ่ง อาจมีช่วงอายุหลากหลาย แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ต้อง เรียนไปด้วยทำงานไปด้วย และมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ อาทิ อยู่ในกระบวนการยุติธรรม อยู่ในพื้นที่ห่างไกล หรือ มีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ สอดคล้องกับ Mishra S &

Misra PK⁽¹⁵⁾ เสนอไว้ว่าการศึกษานอกระบบมีคุณลักษณะที่ต้องสามารถรองรับกลุ่มเป้าหมายหลายรูปแบบ อาจเป็นโปรแกรมการเรียนรู้ระยะสั้นอย่างไม่เป็นทางการและเป็นการตอบสนองต่อบุคคลและสังคม อีกทั้ง ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Dillard N และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่า การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ที่มีการบูรณาการเทคโนโลยี สหวิทยาการ และการตอบสนองต่อความหลากหลายทางวัฒนธรรม เข้าไปด้วย จะช่วยให้เกิดการเรียนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นกว่าการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์แบบเดิม อย่างไรก็ตาม แผนการจัดการจัดการเรียนรู้อันที่ผู้วิจัยพัฒนานั้น มีลักษณะเป็นแผนสำหรับจัดการเรียนรู้เท่าทันบุหรืไฟฟ้าเป็นการเฉพาะแยกออกจากเนื้อหาและรายวิชาต่างๆ แตกต่างจากผลการศึกษาของจิรัฎฐ์รัตนชฌม⁽¹⁷⁾ พบว่าแบบแผนการจัดการจัดการเสริมสร้างการรับรู้อันตรายของบุหรืและบุหรืไฟฟ้าที่เกิดขึ้นจากสถานศึกษาอาชีวศึกษาภาคเหนือตอนบน ซึ่งเป็นสถานศึกษาในระบบ มีลักษณะของการนำกิจกรรมบูรณาการในรายวิชาตามโครงสร้างหลักสูตร หรือ จัดอบรมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ตำรวจในคาบเรียน

ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายการวิจัยในครั้งนี้ เป็นผู้เรียนการศึกษานอกระบบ จากสถานศึกษาต่างสังกัดกัน ซึ่งมีความแตกต่างหลากหลายทั้งด้านเพศ อายุ การประกอบอาชีพ พื้นฐานการศึกษา และการดำเนินชีวิต การพัฒนาและจัดทำแผนกิจกรรมการเรียนรู้ จึงสนองตอบต่อสภาพปัญหา สถานการณ์ และความต้องการร่วม (common needs) ของผู้เรียนแต่ละกลุ่มมากกว่าเฉพาะกลุ่ม รวมถึงการศึกษาครั้งนี้ เป็นระยะการศึกษาและเก็บข้อมูลเพื่อสร้าง “แนวทางหลัก” ในการพัฒนาแผนกิจกรรมเท่านั้น ยังมีได้มุ่งเน้นการทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างกลุ่มย่อยที่มีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

ผู้เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการเรียนรู้หรือผู้จัดการ

ศึกษานอกระบบ อาทิ ศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ ศูนย์การเรียนรู้ โรงเรียนเอกชนนอกระบบ ศูนย์ฝึกอบรม หรือสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนที่สนใจนำแผนการจัดการจัดการเรียนรู้ เรื่อง การรู้เท่าทันบุหรืไฟฟ้า สำหรับเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ ไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายของตนเองนั้น ควรนำแผนไปปรับปรุง หรือประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของกลุ่มเป้าหมายในความรับผิดชอบของตนเอง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะ เนื่องจากแผนการจัดการจัดการเรียนรู้ที่พัฒนาขึ้นข้างต้นนั้น มีลักษณะเป็นแนวทางอย่างกว้างที่ออกแบบให้เหมาะสมกับทุกกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการนำแผนกิจกรรมการเรียนรู้ ไปศึกษาวิจัยทดลองกับกลุ่มเป้าหมายการศึกษานอกระบบในแต่ละกลุ่มให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม อาทิ กลุ่มทหารกองประจำการ กลุ่มพระสงฆ์ กลุ่มผู้เรียนพิเศษ หรือกลุ่มเยาวชนในสถานประกอบการ เพื่อศึกษาประสิทธิภาพและประสิทธิผลว่าแผนกิจกรรมการเรียนรู้ อันเป็นแนวทางหลักที่พัฒนาขึ้นส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มเป็นอย่างไร มีสิ่งใดที่ควรปรับปรุงหรือแก้ไขบ้าง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาและขยายขอบเขตการทำงาน หรือส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับกลุ่มเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง การพัฒนาชุดกิจกรรมการเรียนรู้ เรื่อง การรู้เท่าทันบุหรืไฟฟ้า สำหรับเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย โดยโครงการพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนการศึกษานอกระบบ เพื่อรอบรู้ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. บุหรี่ไฟฟ้า: ตัวเลือกหรือตัวร้ายของสายควัน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article/บุหรี่ไฟฟ้า-ตัวเลือกหรือตัวร้ายของสายควัน?view-item=view_recommend
2. มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. บุหรี่ไฟฟ้ากับคำถามที่ทุกคนอยากรู้ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ashthailand.or.th/old/smartnews/upload/attach/719d0a25167c1e5dac2a7f2cddd0f42.pdf>
3. เมธชนนท์ ประจวบลาภ, เจษฎากร อังกุลพัฒนาสุข, สุทธิพันธ์ มีขำนาญ. ภัยคุกคามสุขภาพในเด็กและเยาวชน: บุหรี่ไฟฟ้า สุรา และความท้าทายของประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: เดือนตุลา; 2568.
4. สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย. ผู้ปกครองเฝ้าระวังบุหรี่ไฟฟ้าแปลงร่างเป็น toy pod ผลิตรายการแบบตุ๊กตาของเล่นกล่องขนมหวานระดับเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 28 มี.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://web.facebook.com/TYI.Thailand/posts/pfbid02FgQjiQkmhkqvpYSB9WaM6riLALFB1io86MEaXW7DPERCKVfVo9534BiS9aoVywTLL>
5. ฉัตรสมน พดุมิภิญญา, วศิน พิพัฒน์ฉัตร, Hamann S. ภัยร้ายซ่อนเร้นบุหรี่ไฟฟ้า (hidden dangers of e-cigarette). กรุงเทพมหานคร: เจริญดีมีนคังการพิมพ์; 2562.
6. Phisitphong Piyapanyamongkhon. Health at risk: e-cigarette or vaping among adolescents. Thai Health Promotion Journal 2024;3(2):177-82.
7. กองสุกศึกษา. บทสรุปผู้บริหาร: พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทย. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2566.
8. เมธชนนท์ ประจวบลาภ, ชนกันารถ บุญวิวัฒนะกุล, เจษฎากร อังกุลพัฒนาสุข, สุภาณิษา สุขเกษม. แนวทางการพัฒนาสื่อการเรียนรู้เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาสูบของเด็กและเยาวชนในระบบการศึกษาและการศึกษานอกระบบ. กรุงเทพมหานคร: สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย; 2566.
9. สถาบันวิจัยเศรษฐกิจป๋วย อึ๊งภากรณ์. 16 ความคิดเพื่อชีวิตคนไทย: สิ่งที่เป็น ปัญหาที่เห็น และประเด็นชวนคิด ทรรศนะของนักวิชาการต่อการพัฒนาในมิติต่างๆ ของไทย [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 28 มี.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.pier.or.th/abridged/2023/09/>
10. สุมาลี สังข์ศรี. การจัดการศึกษานอกระบบด้วยวิธีการศึกษาทางไกลเพื่อการศึกษาตลอดชีวิต. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัย-ธรรมมาธิราช; 2545.
11. ณัฐพล รุ่งโรจน์สิทธิชัย. การรับรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมที่มีต่อบุหรี่ไฟฟ้า [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560. 158 หน้า.
12. Clair RS. Andragogy: past and present potential. New Dir Adult Contin Educ 2024;2024:7-13.
13. กระทรวงศึกษาธิการ. ประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่อง มาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของบุหรี่ไฟฟ้า [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 31 พ.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <http://ops.moe.go.th/ควบคุมบุหรี่ไฟฟ้า/>
14. พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย, ชนุตตา พาไพณงาม, นฤมล ลาวน้อย, อาทิตยา บัวเรือง, ธีรดา จันทร์รุ่งเรือง, อัมพวัน บุญรอด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนจังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565;31(2):197-205.
15. Mishra S, Misra PK. Open, distance, and digital non-formal education in developing countries. In: Zawacki-Richter O, Jung I, editors. Handbook of open, distance and digital education. Singapore: Springer Nature Singapore; 2023. p. 337-53.
16. Dillard N, Sisco S, Collins JC. Expanding experiential learning in contemporary adult education: embracing technology, interdisciplinarity, and cultural responsiveness. New Dir Adult Contin Educ 2024;2024:30-8.
17. จีรภัทร์ รัตนชมภู. รูปแบบการป้องกันการใช้นิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้ารายใหม่ของนักศึกษาอาชีวศึกษาภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย [ปริญญาวิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2565. 234 หน้า.

Development of Learning Activity Plan among E-cigarette Literacy for Children and Youth in Non-formal Education

Chanoknart Boonwatthanakul¹, Likkhasit Putkhiao¹, Jintana Praspan¹,
Metchanon Prajuablap², Jasadakorn Angkulpattanasuk²

¹ Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province, Thailand

² Thailand Youth Institute, Bangkok, Thailand

Abstract

This research aimed to study the current conditions, problems, and needs of children and youth in non-formal education regarding e-cigarette literacy, and to develop a learning activity plan for E-cigarette literacy among this target group. The research applied the research and development (R&D) methodology, divided into two phases: (1) a study of the current conditions, problems, and needs of children and youth in non-formal education was conducted through document review of textbooks, academic articles, research, and credible public communications on e-cigarettes published between 2011 and 2021. Additionally, a focus group was held with 28 purposively selected participants, including children and youth in non-formal education, stakeholders in non-formal education, and professionals involved in tobacco and E-cigarette control. (2) The development of the learning activity plan was based on the findings from the first phase and relevant document analysis to establish a conceptual framework for the plan. The findings revealed that (1) E-cigarettes had undergone several stages of evolution, designed to attract children and youth through appealing flavors, appearances, and packaging. The increased use of E-cigarettes among this group was influenced by tobacco industry marketing strategies that promoted misconceptions, such as E-cigarettes being safe, helpful for quitting traditional cigarettes, and harmless to users. There was a need for learning that builds knowledge, understanding, and awareness of the harmful effects of E-cigarettes. Learning activities should be flexible, short-term, and utilized a variety of learning materials and assessment methods. (2) The developed learning activity plan specified learning outcomes that enabled the target group to gain knowledge and understanding of the E-cigarette situation and related issues, critically recognized E-cigarette marketing strategies, and was aware of its dangers. The plan emphasized flexibility, experiential learning, diverse learning materials, and varied assessment tools and methods tailored to learners.

Keywords: learning activity plan; e-cigarette; children and youth; non-formal education

การพัฒนาผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำ จากวัตถุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5

จุรีพร อำไพพันธ์¹, อุกฤษฏ์ อำไพพันธ์², มนต์ชัย นางาม¹

¹โรงพยาบาลตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

²มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาความต้องการชนิดของผงปรุงรส (2) พัฒนาผลิตภัณฑ์ผงปรุงรส และ (3) ศึกษาผลด้านการยอมรับของผู้ป่วยโรคไตในผลิตภัณฑ์ผงปรุงรส ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะ 3-5 ที่เข้ารับบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลตระการพืชผล จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามความต้องการและแบบสอบถามด้านการยอมรับผงปรุงรส ที่พัฒนาแบบขึ้นมาจำนวน 3 สูตร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน ร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย-ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรสที่เหมาะสมไตร้อยละ 96.7 และต้องการผงปรุงรสแบบผงมากที่สุด ร้อยละ 73.3 ด้านการพัฒนาผลิตภัณฑ์ผงปรุงรส จากงานวิจัยได้พัฒนาจำนวน 3 สูตร ด้านการยอมรับของผู้ป่วยโรคไตในผลิตภัณฑ์ผงปรุงรส พบว่า สูตรที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีความชอบที่สุด สูตรผงปรุงรสที่ได้พัฒนาขึ้นสามารถเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยโรคไตนำไปใช้ต่อไป

คำสำคัญ: ผงปรุงรส; โซเดียม; วัตถุดิบพื้นถิ่น; ผู้ป่วยโรคไต

วันรับ: 10 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 18 พ.ย. 2568

วันตอบรับ: 21 พ.ย. 2568

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก มักพบในผู้สูงอายุ ผู้หญิง ชนกลุ่มน้อย และในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง และการเพิ่มความชุกของโรคอ้วน⁽¹⁾ ซึ่งทั่วโลกพบผู้ป่วยมากกว่า 800 ล้านคน⁽²⁾ ทั่วโลกพบการเสียชีวิตจากโรคไตมากถึง 1.4 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2019 ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 20 จาก ค.ศ. 2010 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญ 1 ใน 10 ของโลก⁽³⁾ โรคไตเรื้อรังเป็นโรครักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงมาก

โดยเฉพาะเมื่อเข้าสู่โรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในปี 2565 พบว่า 1 ใน 25 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง กลายเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังรายใหม่ โดยในปี พ.ศ. 2566 ทั้งหมด 1,062,756 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2565 มากถึง 85,064 คน และเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3, จำนวน 464,420 ระยะที่ 4 122,363 และระยะที่ 5 ที่จำเป็นต้องล้างไต มากถึง 70,474 ราย⁽⁴⁾ ดังนั้น การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเพื่อป้องกันหรือชะลอไม่ให้เกิดโรคไตวายระยะสุดท้าย ด้วยการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น หรือน้อยกว่าระยะที่ 4 เพื่อชะลอความเสื่อมของไตและ

ลดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและไตวาย ซึ่งการชะลอความเสื่อมของไตทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การลดและจำกัดปริมาณเกลือโซเดียมงดสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย เป็นต้น

พฤติกรรมโภชนาการของผู้ป่วยโรคไตและการใช้สารปรุงรสอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องควบคุมอย่างเคร่งครัด เนื่องจากการใช้สารปรุงรสและผงปรุงรสที่ไม่เหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของไตได้อย่างมากซึ่งปริมาณโซเดียมใน 1 วันไม่ควรเกิน 2,000 มก./วัน และยังคงเป็นปัญหาอยู่เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ค่อยซ้ดตวงแต่ใช้ความเคยชินในการปรุงประกอบอาหาร⁽⁵⁾ แม้มีคำแนะนำการจำกัดโซเดียม แต่ยังมีขาดผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังและสอดคล้องกับวิถีชีวิตการทำงานอาหาร โภชนบำบัดเป็นองค์ประกอบสำคัญของการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 โดยมีเป้าหมายเชิงกลยุทธ์หลายประการ คือการลดภาระการทำงานของไตที่เหลืออยู่เพื่อชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไต ซึ่งหมายถึงการชะลอความจำเป็นในการเริ่มต้นการบำบัดทดแทนไต (dialysis) นอกจากนี้ยังมุ่งเน้นที่การลดการสะสมของ uremic toxins การควบคุมความดันโลหิต การป้องกันภาวะกรดเกินในร่างกายและสำคัญที่สุดคือการรักษาทางโภชนาการให้คงที่ การบริโภคโซเดียมสูง ส่งผลให้เนื้อไตถูกทำลายมากขึ้นกว่าเดิม จึงต้องควบคุมปริมาณโซเดียมในอาหารผู้ป่วยโรคไต ไม่ให้สูงเกินมาตรฐานที่กำหนด⁽⁶⁾ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการบริโภคโซเดียมสูงส่งผลต่อการเพิ่มความรุนแรงของการเกิดภาวะไตวาย การบริโภคเกลือหรือโซเดียมสูงยังส่งผลต่อความรุนแรงของโรคเบาหวานและความดันโลหิต ซึ่งเป็นการเพิ่มความรุนแรงและต้นกำเนิดของโรคไตเรื้อรัง นอกจากนี้การบริโภคโซเดียมสูงยังเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน เนื่องจากกระตุ้นให้เกิดการขับออกของแคลเซียมในปัสสาวะมากขึ้นรวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ ได้มากมาย⁽⁷⁾

การสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) มีความเกี่ยวข้องกับการทำให้คนมีสุขภาพที่ดี ด้วยกระบวนการต่างๆ ทั้งการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมให้ตัวบุคคลดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว รวมถึงการสนับสนุนผลักดันให้สังคม สิ่งแวดล้อม อยู่ในสภาวะที่เอื้อ

ต่อการทำให้มีสุขภาพที่ดี เช่น การเข้าถึงระบบบริการทางด้านสุขภาพ ลดความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดผลทางสุขภาพ และเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การกำหนดภาวะสุขภาพที่ดีมี (1) ปัจจัยทางด้านบุคคล เช่น พันธุกรรม เพศ อายุ สภาพร่างกาย พฤติกรรม (2) ปัจจัยทางสภาพแวดล้อม เช่น เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม ศาสนา และ (3) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพในโรงพยาบาลที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพด้านการป้องกันและชะลอความเสื่อมและลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาที่เกินความจำเป็น เกิดภาวะค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น ปัจจัยด้านพฤติกรรมเป็นสิ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมสุขภาพส่งผลต่อการเกิดโรคโดยตรง เช่น การรับประทานอาหารออกกำลังกาย เป็นต้น⁽⁸⁾

บทบาทพยาบาลและนักสาธารณสุขที่เป็นผู้ใกล้ชิดและมีบทบาทสำคัญในการกระตุ้นผู้ป่วยโรคไตให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมและสร้างเสริมสุขภาพตามบริบทของชุมชนในการจัดการอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ในการให้ความรู้และคำแนะนำการเลือกทานผงปรุงรสที่มีรสชาติอร่อยและมีปริมาณโซเดียมต่ำจะช่วยชะลอการเสื่อมถอยของการทำงานของไตที่ยังเหลืออยู่ให้เป็นไปอย่างช้าๆ ยืดระยะเวลาในการเข้าสู่วัฒนธรรมทางด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กำหนดทางเลือกและแนวทางการดูแลตนเองโดยการใช้แนวคิดที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของบุคคล เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ และสร้างความมั่นใจสามารถปฏิบัติพฤติกรรมโภชนาการที่ถูกต้องเหมาะสม⁽⁹⁾

แนวทางการดูแลโภชนบำบัดในผู้ป่วยไตวาย การจัดการอาหารเพื่อชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วย โรคไตเรื้อรังจากเบาหวานโรคไตเรื้อรังจากเบาหวานเป็นโรคที่มีความซับซ้อน และต้องการการจัดการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพเพื่อการยืดอายุการทำงานของไตให้เข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายให้ช้าที่สุด แนวทางการชะลอความเสื่อมของไตจึงต้องผสมผสานความร่วมมือจากทั้งทีมสุขภาพในการวางแผนการรักษาพยาบาล เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตให้เป็นปกติ รวมทั้งการแก้ไข

ภาวะโปรตีนรั่วในปัสสาวะได้ อย่างทันที่ทั้งนี้ ในขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวจำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะการใช้อาหารบำบัด ซึ่งมุ่งเน้นอาหารจำกัดโปรตีน ควบคุมคาร์โบไฮเดรตที่อยู่ในรูปปลอดโปรตีน และน้ำตาล ผงปรุงรสจำกัดอาหารไขมันและโซเดียมสูง อีกทั้งต้องระมัดระวังอาหารที่มีฟอสเฟตสูง อย่างไรก็ตาม ในการจัดอาหารสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ยังต้องคำนึงถึงพลังงานอาหารที่ต้องได้รับอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันภาวะทุโภชนาการอันจะยิ่งส่งผลกระทบให้โรคไตมีความรุนแรงยิ่งขึ้นได้⁽¹⁰⁾

แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นทฤษฎีที่ใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และมีการนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลาย เช่น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล กระบวนการที่ช่วยกระตุ้นหรือเสริมแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และเชื่อว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่บุคคลต้องการยกระดับสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตน และการที่จะบรรลุเป้าหมายนั้น บุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี⁽¹¹⁾

จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผงปรุงรสอาหารเป็นผลิตภัณฑ์ที่ได้รับความนิยมในท้องตลาดเชิงพาณิชย์ มักมีส่วนผสมของเกลือ และสารที่ให้ความเค็มในปริมาณที่สูงกว่ามาตรฐานที่กำหนด เป็นอันตรายต่อสุขภาพในระยะยาวของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยตลาดอาหารโซเดียมต่ำในประเทศไทยมีแนวโน้มเติบโตขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องสัมพันธ์กับแนวโน้มตลาดอาหารเพื่อสุขภาพ low sodium ที่มีความจำเป็นต้องเร่งพัฒนาเพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพ ช่วยชะลอไตเสื่อม โดยมีภาครัฐให้การสนับสนุน เพื่อตอบสนองความต้องการและลดปัญหาการใช้ผงปรุงรสที่มีปริมาณโซเดียมสูง ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตถุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคไตเพื่อศึกษาความต้องการชนิดของผงปรุงรสชนิดวัตถุดิบคุณค่าทางโภชนาการและพัฒนาผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ศึกษาผลด้านการยอมรับของ

ผู้ป่วยไตในผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตถุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จุดเด่นของผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไตคือ ได้ผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสมีคุณสมบัติใหม่ลักษณะเฉพาะที่แตกต่างออกไปจากผงปรุงรสทั่วไปตามท้องตลาด เป็นสูตรใหม่ที่ตอบโจทย์ความต้องการของผู้ป่วยโดยตรงทั้ง รูปลักษณ์ สี กลิ่น และรสชาติ ที่สามารถตอบโจทย์ของผู้ป่วยที่ต้องการประกอบอาหารโดยใช้ผงปรุงรสที่โซเดียมต่ำและยังคงรสชาติความอร่อยและมีคุณค่าทางโภชนาการ มีความสะดวกสบายมากยิ่งขึ้นในการใช้ผงปรุงรสประกอบอาหาร พร้อมกับรสชาติที่อร่อยและปริมาณโซเดียมต่ำ ช่วยลดการบริโภคโซเดียมที่สูงจากผงปรุงรสทั่วไปเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมติดการทานอาหารรสจัดและมีรสเค็ม การพัฒนาผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตถุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตจะช่วยทดแทนการใช้ผงปรุงรสทั่วไปและทำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมและมีทางเลือกเพิ่มมากขึ้น มีความปลอดภัยและช่วยชะลอความเสื่อมไต

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567 - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ที่เข้ารับบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาล-ตระการพิชผล

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากประชากร กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ที่เข้ารับบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาลตระการพิชผล จำนวน 30 คน เกณฑ์คัดเข้า (1) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่เข้ารับบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง โรงพยาบาล-ตระการพิชผล และ (2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก (1) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ที่มีปัญหาการรับรส และ (2) เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามมี 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการในการใช้เครื่องปรุงรสในการประกอบอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จำนวน 5 ข้อ กำหนดคะแนน ระดับความต้องการ ในแต่ละคุณลักษณะไว้ 5 ระดับได้แก่ มากที่สุด 5 คะแนน, มาก 4 คะแนน, ปานกลาง 3 คะแนน, น้อย 2 คะแนน และน้อยที่สุด 1 คะแนน และ ส่วนที่ 3 แบบประเมินทางประสาทสัมผัสการใช้เครื่องปรุงรสในการประกอบอาหารของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 จำนวน 5 คุณลักษณะของผลิตภัณฑ์ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ 1 = ไม่ชอบมากที่สุด 2 = ไม่ชอบมาก 3 = ไม่ชอบปานกลาง 4 = ไม่ชอบเล็กน้อย 5 = บอกไม่ได้ว่าชอบหรือไม่ชอบ 6 = ชอบเล็กน้อย 7 = ชอบปานกลาง 8 = ชอบมาก และ 9 = ชอบมากที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (R&D) แบ่งวิธีดำเนินการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ประกอบไปด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาความต้องการชนิดของผงปรุงรส ชนิดวัตุดิบ คุณค่าทางโภชนาการ และแนวทางการทำผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5

ระยะที่ 2 พัฒนาผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5

ระยะที่ 3 ศึกษาผลด้านการยอมรับของผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 ประกอบไปด้วย 7 ขั้นตอนดังนี้ (1) ศึกษาความต้องการชนิดของผงปรุงรส และวัตุดิบที่มีคุณค่าทางโภชนาการต่อผู้ป่วยโรคไต (2) การเลือกวัสดุและอุปกรณ์ (3) การเตรียมผงปรุงรส/การทดลอง (4) การศึกษาเวลาที่เหมาะสม ในการอบแห้งของผัก 5 ชนิดได้แก่ หอมใหญ่ ผักกาดขาว เม็ดพริกไทยขาว กระเทียม รากผักชี และเนื้อสัตว์ 1 ชนิดได้แก่ เนื้อหมู-ไม่ติดมัน (5) พัฒนาผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำเพื่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคไต (6) ศึกษาคุณภาพ

ของผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำ เพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไต และ (7) ศึกษาการทดสอบการยอมรับของผู้ป่วยไตที่มีต่อผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำเพื่อสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคไต

การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 4 ตอนดังนี้ (1) ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคล (2) ความต้องการชนิดของผงปรุงรส ชนิดวัตุดิบ คุณค่าทางโภชนาการ (3) ผลการพัฒนาผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไต และ (4) ผลด้านการยอมรับประสาทสัมผัสของผู้ป่วยโรคไตในผลิตภัณฑ์ผงปรุงรส โดยสถิติที่ใช้ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการอนุมัติของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2567-205 วันที่รับรองวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2567 - 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2568

ผลการศึกษา

1. ความต้องการชนิดของผงปรุงรส

พบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่ใช้ผลิตภัณฑ์ปรุงรสแบบผง ร้อยละ 73.3 ความต้องการใช้ผงปรุงรสแบบน้ำ ร้อยละ 56.7 การปรุงอาหารแต่ละครั้งมีการชั่งตวง ร้อยละ 66.7 มีความต้องการผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรสที่ง่ายต่อการปรุงอาหาร ร้อยละ 66.7 มีความต้องการผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรสที่เหมาะสมสำหรับโรคไต ร้อยละ 96.7 ดังตารางที่ 1

2. ผลการพัฒนาผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตุดิบพื้นถิ่น

ผลการศึกษาปริมาณผงปรุงรส ที่เหมาะสมในการทำผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไต โดยคัดเลือกปริมาณของวัตุดิบพื้นบ้านแต่ละชนิดมาทำให้ได้ผงปรุงรส 3 สูตร โดยผ่านกรรมวิธีการทำผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไต ดังนี้ หอมใหญ่ ผักกาดขาว กระเทียม รากผักชี พริกไทยเม็ดขาว เนื้อหมูไม่ติดมัน มาคัดเลือกขนาด ทำความสะอาด คัดแยกสิ่งปนเปื้อน หั่นให้เป็นฝอยประมาณ 0.3 เซนติเมตร

จากนั้นนำไปอบด้วยเครื่องอบแห้งแบบถาด โดยอบที่ อุณหภูมิ 70 องศาเซลเซียส แล้วนำมาบดละเอียดกรองด้วย กระชอน 1 รอบให้ได้เป็นผงที่ละเอียด จากนั้นนำมาชั่งน้ำหนัก ตามสูตรแล้วผสมเข้ากันทั้ง 6 ชนิดจะได้ผงปรุงรสประกอบ- อาหารโซเดียมต่ำจากวัตถุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไต ดังตารางที่ 2

สำหรับคุณค่าทางโภชนาการของผักพื้นถิ่นพบว่า (1) ผักกาดขาว ในปริมาณ 100 กรัม โปรตีน 1.1 กรัม โพลีแซคคาไรด์ 87 กรัม แคลเซียม 29 กรัม โซเดียม 11 กรัม พลังงาน 12 (2) หอมหัวใหญ่ ในปริมาณ 100 กรัม โปรตีน

1.1 กรัม โพลีแซคคาไรด์ 146 กรัม แคลเซียม 23 กรัม โซเดียม 4 กรัม พลังงาน 40 กรัม (3) กระเทียม ในปริมาณ 100 กรัม โพลีแซคคาไรด์ 401 กรัม แคลเซียม 181 กรัม พลังงาน 149 (4) รากผักชี ในปริมาณ 100 กรัม โปรตีน 2.1 กรัม โซเดียม 18 กรัม พลังงาน 57 (5) เม็ดพริกไทยขาว ใน ปริมาณ 100 กรัม โปรตีน 40.4 กรัม โพลีแซคคาไรด์ 73 กรัม แคลเซียม 443 กรัม โซเดียม 5 กรัม พลังงาน 296 และ (6) เนื้อหมูไม่ติดมัน ในปริมาณ 100 กรัม โปรตีน 22.8 กรัม พลังงาน 121 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความต้องการชนิดของผงปรุงรส (n=30)

หัวข้อในการประเมิน	ระดับความต้องการ				
	5	4	3	2	1
1. การใช้ผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสแบบผง	22 (73.3)	7 (23.3)	1 (3.3)		
2. การใช้ผลิตภัณฑ์ปรุงรสแบบน้ำ	8 (26.7)	17 (56.7)	5 (16.7)		
3. การปรุงแต่ครั้งมีการชั่งตวง		1 (3.3)	3 (10.0)	20 (66.7)	6 (20.0)
4. ความต้องการผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรส ที่ง่ายต่อการปรุงอาหาร	20 (66.7)	10 (33.3)			
5. ความต้องการผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรส ที่เหมาะสำหรับโรคไต	29 (96.7)	1 (3.3)			

ตารางที่ 2 สัดส่วนของผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำทั้ง 3 สูตร

ส่วนผสม	ปริมาณสัดส่วนของผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำเพื่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคไต					
	สูตรที่ 1	ร้อยละ	สูตรที่ 2	ร้อยละ	สูตรที่ 3	ร้อยละ
ผักกาดขาว	10	7.1	15	10.7	15	10.7
หอมหัวใหญ่	10	7.1	15	10.7	10	7.1
กระเทียม	5	3.6	10	7.1	15	10.7
รากผักชี	15	10.7	15	10.7	15	10.7
เม็ดพริกไทยขาว	15	10.7	5	3.6	5	3.6
เนื้อหมูไม่ติดมัน	20	14.2	20	14.2	20	14.2

3. ผลด้านการยอมรับของผู้ป่วยไตในผลิตภัณฑ์ผงปรุงรส

ทำการทดสอบการยอมรับทางประสาทสัมผัส ด้วยวิธี 9 point hedonic scaling กำหนดคะแนนความชอบในแต่ละคุณลักษณะไว้ 9 ระดับ ในด้านสี ด้านกลิ่น ด้านรสชาติ ด้านเนื้อสัมผัส และด้านความชอบโดยรวม ใช้ผู้ทดสอบจำนวน 30 คน โดยผู้ทดสอบได้ให้คะแนนความชอบผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตถุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไต ทั้ง 3 สูตร ผลการสังเกตลักษณะปรากฏและการยอมรับทางประสาทสัมผัส ผลการประเมินการยอมรับทางประสาทสัมผัสของกลุ่มตัวอย่างต่อผลิตภัณฑ์ผงปรุงรส พบว่า การยอมรับด้านสีผลิตภัณฑ์พบว่า สูตรที่ 1 มีความชอบปานกลาง รองลงมาคือสูตรที่ 3 ชอบเล็กน้อย การยอมรับด้านกลิ่นผลิตภัณฑ์พบว่า สูตรที่ 1 มีความชอบปานกลาง รองลงมาคือ สูตรที่ 2 และสูตรที่ 3 มีชอบเล็กน้อย การยอมรับด้านรสชาติผลิตภัณฑ์พบว่า สูตรที่ 1 มีความชอบมาก รองลงมาคือ สูตรที่ 2 และสูตรที่ 3

มีความชอบเล็กน้อย การยอมรับด้านเนื้อสัมผัส พบว่า สูตรที่ 1 มีความชอบปานกลาง รองลงมาคือ สูตรที่ 3 และ 2 มีความชอบเล็กน้อย การยอมรับด้านความชอบโดยรวมของผลิตภัณฑ์ พบว่า สูตรที่ 1 มีความชอบมาก รองลงมาคือ สูตรที่ 2 และสูตรที่ 3 มีความชอบเล็กน้อย ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

ผลการศึกษาการสำรวจความต้องการผงปรุงรสผู้ป่วยโรคไตเรื่องจริงในการปรุงอาหารแต่ละครั้งมีการชั่งตวงปริมาณผงปรุงรสอยู่ในระดับน้อยที่สุด มีความต้องการผลิตภัณฑ์เครื่องปรุงรสที่ง่ายต่อการปรุงอาหารและเหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคไต โดยเฉพาะพฤติกรรมบริโภคของผู้ป่วยโรคไตและการใช้สารปรุง การบริโภคและการปรุงอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเป็นสิ่งสำคัญที่ต้อง

ตารางที่ 3 คุณค่าทางโภชนาการของวัตถุดิบพื้นถิ่น

รายการ	ปริมาณ	โปรตีน	โพแทสเซียม	แคลเซียม	โซเดียม	พลังงาน
	กรัม	กรัม	มิลลิกรัม	มิลลิกรัม	มิลลิกรัม	
ผักกาดขาว	100	1.1	87x10 ³	29 x10 ³	11 x10 ³	12
หอมหัวใหญ่	100	1.1	146 x10 ³	23 x10 ³	4 x10 ³	40
กระเทียม	100	-	401 x10 ³	181 x10 ³	-	149
รากผักชี	100	2.1	-	-	18 x10 ³	57
เม็ดพริกไทยขาว	100	40.4	73 x10 ³	443 x10 ³	5 x10 ³	296
เนื้อหมูไม่ติดมัน	100	22.8	-	-	-	121

ตารางที่ 4 การยอมรับแบบประเมินทางประสาทสัมผัสของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะ	คะแนนความชอบทางประสาทสัมผัส		
	สูตรที่ 1	สูตรที่ 2	สูตรที่ 3
สี	7.47±0.51	6.83±0.65	6.47±0.51
กลิ่น	7.67±0.48	6.27±0.64	6.23±0.57
รสชาติ	8.07±0.52	6.40±0.81	6.23±0.86
เนื้อสัมผัส	7.53±0.51	6.53±0.63	6.67±0.66
ความชอบโดยรวม	8.20±0.55	6.87±0.63	6.53±0.78

ควบคุมอย่างเคร่งครัด เนื่องจากการใช้สารปรุงรสและผงปรุงรสที่ไม่เหมาะสมอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของไตได้อย่างมาก ซึ่งปริมาณโซเดียมใน 1 วันไม่ควรเกิน 2,000 มก./วัน และยังคงเป็นปัญหาอยู่เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ค่อยซังก์ตัวเองแต่ใช้ความเคยชินในการปรุงประกอบอาหาร โดยอุปถัมภ์ คุณลินธุ์ กล่าวว่าอาหารมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยไตเรื้อรัง⁽¹²⁾ สอดคล้องกับกัลยา กาลสัมฤทธิ์ กล่าวว่า การควบคุมการรับประทานอาหารโดยจำกัดการบริโภคโซเดียม และโปรตีนเป็นหนึ่งในวิธีที่ช่วยให้ไตเสื่อมช้าลงได้⁽¹³⁾ ผู้ป่วยโรคไตส่วนใหญ่ต้องการผงปรุงรสที่มีจุดเด่น อันดับแรกคือความชอบด้านรสชาติจากผลการศึกษาคะแนนด้านรสชาติพบว่า ผงปรุงรสสูตรที่ 1 คะแนนความชอบที่ 8.07 ± 0.52 ระดับชอบมาก รองลงมาคือ กลิ่น เนื้อสัมผัส และสีตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยคำนึงถึงเรื่องรสชาติ ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับชุมชน เมฆโหรา⁽¹⁴⁾ พบว่าการลดโซเดียมถือเป็นงานที่ยาก และท้าทาย เนื่องจากโซเดียมมีผลโดยตรงกับรสชาติอาหาร เนื้อสัมผัส รวมถึงอายุการเก็บรักษา ทำให้การลดโซเดียมเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณลักษณะอาหาร ความชอบและการยอมรับของผู้บริโภค ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องพัฒนางานวิจัยหรือองค์ความรู้ใหม่ๆ ด้านการปรับสูตรอาหารอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เป็นที่ยอมรับของผู้บริโภค การศึกษาพัฒนาผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตถุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-5 โดยคัดเลือกปริมาณของวัตถุดิบพื้นบ้านที่ได้จากผักและเนื้อสัตว์ ที่ให้คุณค่าทางโภชนาการได้แก่ ผักกาดขาว หอมหัวใหญ่ กระเทียม รากผักชี พริกไทยเม็ดขาว เนื้อหมูไม่ติดมัน นำมาทำให้ได้ผงปรุงรส 3 สูตร จากการศึกษาครั้งนี้สูตรที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือสูตรที่ 1 การบริโภคผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตถุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ระยะที่ 3-5 ปริมาณ 1 ช้อนโต๊ะหรือ 15 กรัม จะได้รับปริมาณโซเดียมที่ 4.5 มก. ซึ่งเป็นปริมาณที่ไม่เกินมาตรฐานกำหนด⁽¹⁵⁾ สอดคล้องการศึกษาการพัฒนาเครื่องปรุงรสจากผัก พัฒนาเครื่องปรุงรส อาหารจากผักอบแห้งบดละเอียดชนิดต่างๆ จากการทดสอบการยอมรับของผู้บริโภคพบว่า มะเขือเทศ และหัวผักกาดเป็นผักที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ หอมหัวใหญ่

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาอายุการเก็บรักษาของผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตถุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตระยะ 3-5
2. ควรมีการยื่นขอเลขสารระบบอาหาร (อย.) เพื่อให้ผลิตภัณฑ์มีความน่าเชื่อถือ
3. ควรศึกษาประสิทธิภาพผลิตภัณฑ์ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตถุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 1-3 ในการชะลอไตเสื่อมในระยะแรก
4. ควรศึกษาแนวทางเชิงระบบ health system perspective ประกอบด้วย renal dietitian ในทีม CKD clinic, มีการใช้ CKD nutrition care pathway ตั้งแต่ stage 3 บูรณาการร่วมกับ NCDs clinic ในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยใช้ digital food diary และ nutrition coaching

การนำผลงานไปใช้ประโยชน์

นวัตกรรมผงปรุงรสที่ได้พัฒนาขึ้นสามารถเป็นทางเลือกให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 2-3 ในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่รับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน มีการจัดกิจกรรมรณรงค์สัปดาห์ลดเค็ม เพื่อประชาสัมพันธ์การใช้ผงปรุงรสประกอบอาหารโซเดียมต่ำจากวัตถุดิบพื้นถิ่นสำหรับผู้ป่วยโรคไต ทดแทนการใช้ผงปรุงรสทั่วไป

เอกสารอ้างอิง

1. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 11 มี.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf>
2. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update. *Kidney Int Suppl* 2022;12(1):7-11.
3. กรมควบคุมโรค. จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรค NCD พ.ศ. 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 10 ต.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ddc.moph.go.th/dncd/news.php?news=39911>
4. กรมควบคุมโรค. กรมควบคุมโรค ผนึกกำลัง “วันไตโลก” พ.ศ. 2567 ขับเคลื่อนการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ประชาชน มุ่งเน้นการเข้าถึงการบริการที่เท่าเทียม [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 11 มี.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=41551&deptcode=brc>
5. National Kidney Foundation. Chronic kidney disease (CKD) [Internet]. 2020 [cited 2024 Dec 30]. Available from: <https://www.kidney.org/kidney-topics/chronic-kidney-disease-ckd>
6. Hfocus. สธ. เน้นย้ำ ‘กินเค็มพอดี ต้องมีไอโอดีน’ กระตุกให้คนไทยรอบรู้ อยู่อย่างสุขภาพดี [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 31 ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://www.hfocus.org/content/2022/06/25373?utm_source=chatgpt.com
7. สุกิจ รักษาสุข. มารู้อัจฉริยะกันเถอะ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 31 ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://www.si.mahidol.ac.th/sirirajdoctor/article_detail.aspx?ID
8. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ความหมายของนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 31 ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/?p=166968>
9. ศิริพร ชัมภลขิต, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. ชุมชนเรียนรู้การพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: มาดาการพิมพ์; 2559.
10. รสสุคนธ์ วาริตสกุล. การจัดการอาหารเพื่อชะลอความเสี่ยงของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2557;15(1):22-8.
11. ชูสิทธิ์ ด่านยุทธศิลป์. แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 2561;38(2):132-41.
12. อุปถัมภ์ ศุภสินธุ์. ผลของโปรแกรมโภชนาบำบัดเพื่อชะลอความเสี่ยงของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น* 2557;16(1):115-26.
13. กัลยา กาลสัมฤทธิ์. โภชนาการสำหรับผู้เป็นโรคไตเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์; 2560.
14. ชุขณา เมฆโหรา. โซเดียม การรับรสเค็มและการปรับลดปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร. *วารสารอาหาร* 2565;52(1):16-23.
15. ปิยพร ศรีกัญพาน, ธิดารัตน์ สมดี, กษมา วงษ์ประทุม. การพัฒนานวัตกรรมผงปรุงรสโซเดียมต่ำจากใบห่อที่ล่าโดยใช้การวิจัยแบบมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโก อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข-ชุมชน* 2567;10(1):122-44.

Development of Low-Sodium Seasoning Powder Products from Local Ingredients for Patients with Chronic Kidney Disease Stages 3-5

Jureeporn Ampaipun¹, Ukrit Amphaiphan², Montchai Nangam¹

¹ *Trakanphutphon Hospital, Ubon Ratchathani Province, Thailand*

² *Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom Province, Thailand*

Abstract

This research and development the objectives of the study were to: (1) study the demand for the type of seasoning powder, (2) develop the flavoring powder product, and (3) study the effect of accepting kidney disease patients in seasoning powder products. Implemented between March 2024 and February 2025 the sample group was 30 selected patients with stage 3-5 chronic kidney disease who attended the chronic kidney disease clinic at Trakanphutphon hospital. The tools used were a demand questionnaire and a questionnaire on the acceptance of seasoning powder, which was developed in 3 formulas. The data were analyzed using basic statistics, percentage, frequency, mean standard deviation. The results of the study showed that 96.7% of the samples had a need for seasoning products that were suitable for the kidneys; and 73.3% of them wanted powdered seasoning. In terms of the development of seasoning powder products, from the research, 3 formulas developed, the formula number 1 was the most preferred by the sample.

Keywords: seasoning powder; sodium; local ingredients; kidney patients

ความรอบรู้สุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อ- เรื้อรังกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร

ภูเบศร์ แสงสว่าง, อุมวดี เหลลาทอง, ทวีวรรณ เปลี่ยนม่วง, อังสนา บุญธรรม
ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยใช้การศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 155 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนย่านโยธี กรุงเทพมหานคร เขตพญาไท 4 ชุมชน และเขตราชเทวี 1 ชุมชน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Pearson's correlation coefficient และ linear regression ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้สุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 61.3) และมีสถานะสุขภาพในระดับดี (ร้อยละ 77.4) อย่างไรก็ตามความรอบรู้สุขภาพโดยรวม ไม่มีความสัมพันธ์กับสถานะสุขภาพ ($p < 0.05$) แต่พบว่า มิติความเข้าใจ การกระทำ การปฏิบัติ และการบอกต่อเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีมิติความเข้าใจ และมีมติการกระทำปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ที่ร่วมกันทำนายสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้ร้อยละ 12.5 ($R^2 = 0.125$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะคือ หน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลที่น่าเชื่อถือรวมถึงการเยี่ยมครัวเรือนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความรอบรู้; การส่งเสริมสุขภาพ; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; สถานะสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; กรุงเทพมหานคร

วันรับ: 21 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 29 พ.ย. 2568

วันตอบรับ: 3 ธ.ค. 2568

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบันของประเทศไทย ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยอย่างสมบูรณ์⁽¹⁾ จากรายงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 25.5 ในปี พ.ศ. 2573⁽²⁾ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อปัญหาการขาดแรงงานที่จะมาทดแทนผู้สูงอายุที่เกษียณงานแล้วไม่มีรายได้ และรัฐต้องใช้งบประมาณค่อนข้างสูงในการ

ดูแลด้านสวัสดิการต่างๆ โดยเฉพาะบริการทางการแพทย์ จากปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพอื่น⁽³⁾ เป็นต้น เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นประชาชนกลุ่มเปราะบางมีความเสื่อมของสภาพร่างกายและระบบภูมิคุ้มกันตามวัยที่สูงขึ้น จึงอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินวิถีชีวิตในการป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ รักษาหรือฟื้นฟูตนเองได้ปกติหรือทำได้น้อยลงเมื่อเทียบกับตอนที่ยังเป็นวัยหนุ่มสาว จากข้อมูลการประเมินภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวมด้วยตนเองของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2564⁽⁴⁾

มีเพียงร้อยละ 3.3 ที่สุขภาพดีมาก ร้อยละ 42.7 สุขภาพดี และร้อยละ 41.6 ประเมินว่าสุขภาพปานกลาง ส่วนที่เหลือ ร้อยละ 12.4 ประเมินสุขภาพไม่ดีจนถึงไม่ดีมากๆ ส่วนผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ⁽²⁾ พบว่า การสูบบุหรี่ มีแนวโน้มลดลง เป็นร้อยละ 11.4 แต่การดื่มแอลกอฮอล์ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 3.0 การรับประทานผัก ผลไม้ มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก เป็นร้อยละ 63.0 การออกกำลังกายมีแนวโน้มลดลง ด้านสุขภาพกาย พบว่า มีอัตราการเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวมากที่สุด ร้อยละ 58.6 โดยมีแนวโน้มสูงขึ้น กลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง ร้อยละ 75.9 รองลงมาคือกลุ่มโรคเบาหวาน และความผิดปกติของต่อมไทรอยด์และเมตาบอลิซึม ร้อยละ 35.9 และกลุ่มโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 13.2 สำหรับกรุงเทพมหานคร ผลการสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุ มีปัญหาเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 61.7 ไช้มันในเส้นเลือด ร้อยละ 46.1 และเบาหวาน ร้อยละ 30.7⁽⁵⁾ ส่วนชุมชน เขตพญาไทและเขตราษฎร์บุรี หรือเรียกว่าชุมชนย่านโยธี เป็นย่านที่มีความหลากหลายทางสังคม และมีอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพที่แตกต่างจากพื้นที่อื่นใน กรุงเทพมหานคร⁽⁶⁾ รวมทั้งเป็นแหล่งสถานบริการ-ทางการแพทย์และสาธารณสุขมากมาย ได้มีผลการสำรวจ พบว่า⁽⁷⁾ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับผลการสำรวจ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เช่น มีการดื่มเครื่องดื่ม-แอลกอฮอล์ ร้อยละ 29.1 มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ร้อยละ 43.4 กินผักผลไม้ลดลง ร้อยละ 16.5 ในด้าน สถานะสุขภาพ พบว่า มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 3.7 ภาวะโลหิตจางในกลุ่มอายุมากกว่า 80 ปี ร้อยละ 54.2 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.4 ไช้มันในเลือดสูง ร้อยละ 23.8 อ้วน ร้อยละ 38.4 และอ้วนลงพุง ร้อยละ 46.5 เป็นต้น

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพดีผู้สูงอายุโดยกรม-อนามัย⁽¹⁾ ได้จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี ให้ชะลอชรา ชีวียืนยาว และมีความสุข ได้แก่ การพัฒนาความรู้ ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ การคัดกรองความสามารถในการ ดำเนินชีวิตประจำวัน การประเมินโภชนาการ การเคลื่อนไหว

สุขภาพช่องปาก ภาวะสมองเสื่อม สุขภาพจิต และ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย แต่ก็ยังไม่สามารถลดปัญหาด้าน สุขภาพในผู้สูงอายุลงได้ มีหลายการศึกษา พบว่า ภาวะ-ครอบครัว⁽⁸⁾ ลักษณะส่วนบุคคล รายได้⁽⁹⁾ การมีโรคประจำตัว ระดับดัชนีมวลกาย ภาวะอ้วนลงพุง ระดับความดันโลหิต⁽¹⁰⁾ การสนับสนุนทางสังคม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ⁽¹¹⁾ ความเข้มแข็งของชุมชน อยู่ในสังคมที่สงบสุขปลอดภัย การมีสุขภาพจิตและความพึงพอใจในชีวิต⁽¹²⁾ รวมทั้ง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽¹³⁾ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตาม งานวิจัย ส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเน้นศึกษาผู้สูงอายุในต่างจังหวัด ขณะที่ กลุ่มผู้สูงอายุในเขตเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร ยังขาดการศึกษาโดยเฉพาะในประเด็นความรอบรู้สุขภาพ กับภาวะสุขภาพ โดยจากรายงานผลการวิจัย⁽¹⁴⁾ บ่งชี้ว่า ปัจจัยด้านความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความ สามารถในการส่งเสริมสุขภาพ และระดับความรอบรู้ ด้านสุขภาพที่เพียงพอดีเยี่ยม⁽¹⁵⁾ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมทั้งผลการทบทวน วรรณกรรม⁽¹⁶⁾ ได้สรุปไว้ว่า ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพที่มากเพียงพอจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสมขณะเผชิญโรคระบาด ลดความเสี่ยงปัญหาด้าน สุขภาพ ดังนั้น ความรอบรู้สุขภาพ (health literacy) เป็นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อการ ตัดสินใจที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพตนเอง⁽¹⁶⁾ จึงมี ความสำคัญที่อาจจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ เพื่อป้องกันหรือชะลอการเสื่อมสภาพของร่างกายหรือ อากาศเจ็บป่วยได้ดีขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน-โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุใน กรุงเทพมหานครที่อาศัยอยู่ในชุมชนย่านโยธี โดยผล การศึกษาที่ได้จะมีความสำคัญและเป็นประโยชน์สำหรับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อการกำหนดแนวทางในการ วางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง ตามที่กล่าวข้างต้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลช่วงเดือน กันยายน - ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยงานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง การสำรวจสถานะสุขภาพ ความเป็นอยู่ และความต้องการของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 ในชุมชนย่านโยธี กรุงเทพมหานคร **ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนย่านโยธี กรุงเทพมหานคร ได้แก่ ชุมชนเขตพญาไท ประกอบด้วย ชุมชนหน้าวัดมะกอก ชุมชน-วัดมะกอกส่วนหน้า ชุมชนวัดมะกอกกลางสวน ชุมชน-สุขสวัสดิ์ และชุมชนเขตราษฎร์บุรี คือชุมชนซอยสวนเงิน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการหาสัดส่วนไม่ทราบขนาดประชากร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด 306 คน และแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนหลังคาเรือนของแต่ละชุมชน เนื่องจากไม่มีข้อมูลผู้สูงอายุที่แท้จริงในแต่ละชุมชน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย กับวิธีการเลือกแบบเจาะจง หากพบหลังคาเรือนที่สุ่มได้มีผู้สูงอายุ 2 คนขึ้นไป จะใช้วิธีการจับสลากกลุ่มตัวอย่าง 1 คนต่อ 1 หลังคาเรือน แต่ถ้าหลังคาเรือนนั้นไม่มีผู้สูงอายุ หรือมีปัญหาการเข้าถึงครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่างทำไม่ได้ จะใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากการแนะนำของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) และผู้นำชุมชน โดยมีเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria) ดังนี้ (1) เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป (2) อายุ 60 ปีขึ้นไปนับจากวันสำรวจ และเป็นคนไทย ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria) ประกอบด้วย (1) มีการเจ็บป่วยอย่างรุนแรง หรือเป็นโรคติดต่อรุนแรง (2) สื่อสารไม่ได้ มีปัญหาเรื่องการได้ยิน หรือไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิดให้ข้อมูลแทน และ (3) ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง คือ ส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 ส่วนแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 3 ประยุกต์ใช้แบบสอบถามของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลมี 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความพิการ รายได้ต่อเดือน การถูกทอดทิ้ง การรู้หนังสือ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้สุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 49 ข้อ ประกอบด้วย (1) การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (4 ข้อ) ประเมินความสามารถในการค้นหาและรับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง (2) ความเข้าใจการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (15 ข้อ) ประเมินความเข้าใจในเนื้อหาสุขภาพและการป้องกันโรค (3) การกระทำ/การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (15 ข้อ) ประเมินพฤติกรรมและการนำความรู้ไปใช้จริง (4) การบอกต่อเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (15 ข้อ) ประเมินการเผยแพร่ข้อมูลหรือแนะนำผู้อื่น

ส่วนที่ 3 สถานะสุขภาพ จำนวน 17 ข้อ ประกอบด้วย ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง การเคลื่อนไหวร่างกาย ความเสี่ยงกระดูกพรุน ความคิดความจำ การได้ยิน ปัญหาช่องปาก การมองเห็น ข้อเข่าเสื่อมหรือมีอาการปวดเข่า ภาวะซึมเศร้า การหกล้ม การกลืนปัสสาวะ ภาวะขาดสารอาหาร ปัญหาการนอนหลับ ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต โรคประจำตัว การเข้ายาประจำ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา โครงสร้างตามวัตถุประสงค์การวิจัย ข้อคำถามที่ชัดเจน ภาษาที่ผู้สูงอายุเข้าใจง่าย มีการทดลองใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนใกล้เคียงกับพื้นที่การศึกษา โดยได้ค่า IOC ทุกข้อ อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.77

การแปลผล

ความรอบรู้สุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คำถามเป็นแบบ rating scale ให้เลือก 3 ระดับ แล้วนำคะแนนมารวมกันจัดเป็น 3 ระดับ⁽¹⁷⁾ แบ่งเป็น 1 ระดับไม่ดี (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) 2 ระดับพอใช้ (คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79) และ 3 ระดับดี (คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80) ส่วนสถานะสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับดี (คะแนนเท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80) ระดับพอใช้ (คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79) และระดับไม่ดี (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประชุมชี้แจงรายละเอียดแบบสัมภาษณ์แก่ผู้ช่วยนักวิจัย มีการฝึกอบรมผู้เก็บข้อมูลให้เข้าใจวิธีการใช้เครื่องมืออย่างถูกต้อง และแจ้งแผนการดำเนินงานเก็บข้อมูลกับผู้นำชุมชน โดยทีมผู้วิจัยออกเก็บข้อมูลที่ละชุมชน มีอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้พาเข้าบ้านแต่ละหลังคาเรือนตามแผนที่ทำการสุ่มได้ หากหลังคาเรือนที่สุ่มได้มีกลุ่มตัวอย่าง ก็ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย จะให้ลงนามในเอกสารยินยอมตนและเริ่มการสัมภาษณ์เก็บข้อมูล แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างหรือผู้ดูแลไม่ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยก็จะเก็บข้อมูลหลังคาเรือนถัดไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้วิเคราะห์แจกแจงลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้สุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสถานะสุขภาพ ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กับสถานะสุขภาพ ด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient และปัจจัยทำนายความรอบรู้การป้องกันโรคกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ linear regression โดยมีการตรวจสอบข้อมูลตามเงื่อนไขการใช้สถิติ

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No.MUPH 2022-103

ผลการศึกษา

จากการศึกษา ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ได้จำนวนทั้งหมด 155 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 50.6 โดยลักษณะทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.2 อายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี (Min=60, Max=94, Mean=70.2 SD=0.62) มีสถานะสมรสอยู่ด้วยกันเป็นคู่ ร้อยละ 45.5 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.6 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 39.7 และมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 9,001 บาท ร้อยละ 33.3 (Min=600, Max=100,000, Mean=8,035.9 SD=994.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความพิการหรือบกพร่องทางกาย สมอง จิตใจ ร้อยละ 89.7 สามารถ อ่านหนังสือได้คล่อง ร้อยละ 85.9 เขียนได้คล่อง ร้อยละ 82.0 และชอบอยู่บ้าน ร้อยละ 68.6 โดยได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพจากโทรทัศน์ ร้อยละ 98.1 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.8 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.1 เบาหวาน ร้อยละ 43.9 และไขมันในเส้นเลือดสูง ร้อยละ 40.7 ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่มีการใช้ยาประจำ ร้อยละ 77.6

ความรอบรู้สุขภาพ

พบว่า ระดับความรอบรู้โดยรวมส่วนใหญ่มีความรอบรู้สุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 61.3 และรองลงมาในระดับดี ร้อยละ 35.5 เมื่อจำแนกราย พบว่า ด้านการกระทำการปฏิบัติ มีความรอบรู้ระดับดีสูงสุด ร้อยละ 77.4 รองลงมา ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร มีความรอบรู้ระดับพอใช้ ร้อยละ 74.8 และด้านความเข้าใจ มีความรอบรู้ระดับดี ร้อยละ 55.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้การป้องกันโรค (n=155)

ความรอบรู้สุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ระดับความรู้ (คน/ร้อยละ)		
	ไม่ดี	พอใช้	ดี
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	9 (5.8)	116 (74.8)	30 (19.4)
ความเข้าใจการ	3 (1.9)	66 (42.5)	86 (55.5)
การกระทำ/การปฏิบัติ	0	35 (22.6)	120 (77.4)
การบอกต่อ	50 (32.3)	66 (42.5)	39 (25.2)
คะแนนรวม	5 (3.2)	95 (61.3)	55 (35.5)

สถานะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.2 มีสถานะสุขภาพระดับดี ร้อยละ 96.8 สามารถช่วยเหลือตนเองเป็นปกติ ร้อยละ 84.0 สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ ร้อยละ 92.9 และร้อยละ 82.1 มีความคิดความจำกับการได้ยินเป็นปกติ ร้อยละ 60.9 ไม่มีปัญหาช่องปาก ร้อยละ 89.7 ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 82.7 ไม่เคยหกล้ม ร้อยละ 84.6 การกลืนปัสสาวะ เป็นปกติ ร้อยละ 89.1 ไม่พบภาวะน้ำหนักลด แต่ไม่มีปัญหา การนอนหลับ พบเพียงร้อยละ 57.7 ร้อยละ 60.9 และ ร้อยละ 57.7 ระดับน้ำตาลในเลือดกับระดับความดันโลหิต เป็นปกติ ร้อยละ 83.3 มีโรคประจำตัวและมีการใช้ยาประจำ ร้อยละ 77.6 ด้านการมองเห็นเป็นปกติ พบเพียงร้อยละ 51.9 ร้อยละ 79.5 มีความเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุนและพบปัญหา ข้อเข่า/อาการปวดเข่า ที่ร้อยละ 59.0

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพ ในการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กับสถานะ

สุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วย Pearson's correlation coefficient พบว่า ความรอบรู้สุขภาพ ในการส่งเสริม สุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยรวมไม่มีความสัมพันธ์ กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r=0.149, p=0.063$) แต่เมื่อแยกรายมิติ พบว่า มิติความเข้าใจ การกระทำ การปฏิบัติ การบอกต่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานะ สุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.181, p=0.024$; $r=0.251, p=0.002$ และ $r=0.181, p=0.024$ ตามลำดับ) ส่วนการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารไม่มีความสัมพันธ์ กับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 2

ส่วนการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (linear regression) พบว่า มีตัวแปร 2 มิติ คือ มิติความเข้าใจการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และมิติการกระทำ/การปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคที่ร่วมกันทำนายสถานะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยตัวแปรทั้ง 2 สามารถทำนายได้ร้อยละ 12.5 ($R^2=0.125$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กับสถานะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วย Pearson's correlation (n=155)

ความรอบรู้สุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ	
	r	p-value
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	0.063	0.435
ความเข้าใจการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค	0.181	0.024
การกระทำ/การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค	0.251	0.002
การบอกต่อเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค	0.181	0.024
โดยรวม	0.149	0.063

ตารางที่ 3 ความรอบรู้สุขภาพ ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อทำนายสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ด้วย linear regression (n=155)

ตัวแปร	b	β	t-value	p-value
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	0.068	0.042	0.553	0.581
ความเข้าใจการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค	-0.136	-0.236	-3.036	0.003*
การกระทำ/การปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค	0.185	0.260	3.003	0.003*
การบอกต่อเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค	0.023	0.082	0.971	0.333
โดยรวม	0.030	0.016	0.187	0.063
ค่าคงที่ (constant)	24.357		9.559	0.333

R=0.354, $R^2=0.125$, F=5.415, * $p<0.05$

วิจารณ์

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิต และสุขภาพกายที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาผู้สูงอายุใน เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร⁽⁶⁾ ที่พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 60-69 ปี สามารถช่วยเหลือตนเองได้และ ทำกิจวัตรประจำวันได้ดี (ร้อยละ 80.1) มีการเข้าถึงบริการ สุขภาพอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 62.2) ซึ่งจากผลการศึกษาคครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี มีสุขภาพโดยรวมดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง มีการออกกำลังกาย และได้รับการดูแลความเป็นอยู่ จากสมาชิกภายในครอบครัวเป็นอย่างดี แต่ยังมีปัญหาสุขภาพความเสี่ยงต่อโรคกระดูกพรุนและปัญหาข้อเข่า

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพในการ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับสถานะสุขภาพ ผลการศึกษานี้แตกต่างจากงานของกรรณิการ์ กาวีธรรม และคณะ⁽¹³⁾ ที่ศึกษาในต่างจังหวัด พบว่า ความรู้สุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นการศึกษาเฉพาะในผู้สูงอายุ ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และมี ADL=19.21 ส่วนผลจากการศึกษานี้ อาจเป็น เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหลายโรค และมีการใช้ยาประจำอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ความรู้ สุขภาพไม่ได้ส่งผลต่อสถานะสุขภาพโดยตรงเท่าที่ควร ซึ่งภาวะการเจ็บป่วยอาจจะพบมาก่อนเป็นเวลานานแล้ว ก่อนที่จะเข้าสู่ผู้สูงอายุ โดยโรคประจำตัวที่พบเป็น กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขข้อในเส้นเลือดสูง ตามลำดับ ถึงอย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์ความรู้สุขภาพรายมิติ พบว่า มิติความเข้าใจ การกระทำ การปฏิบัติ และการ บอกต่อ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสถานะสุขภาพของ ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนผลการวิเคราะห์ ปัจจัยการทำนาย พบว่า มี 2 ตัวแปร คือ มิติความเข้าใจ และการกระทำ การปฏิบัติ ที่ร่วมกันทำนายสถานะสุขภาพของ ผู้สูงอายุได้เพียงร้อยละ 12.5 ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่าง มีการเจ็บป่วยที่ยังไม่เกิดภาวะรุนแรง สามารถควบคุม ภาวะของโรคได้ และมีการรักษา เข้าถึงระบบบริการตามที่

แพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง ได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากร- ทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นส่วนใหญ่ ทำให้มีความรอบรู้การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งยังสามารถ อ่านออก เขียนได้คล่อง ชอบอยู่บ้าน และสามารถใช้อินเทอร์เน็ต- สมาร์ทโฟนได้เป็นอย่างดี จึงอาจมีเวลามากขึ้นในการเข้าถึง ข้อมูลข่าวสารอื่นๆ เช่น สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต โลกโซเชียล ในส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากศูนย์บริการสาธารณสุข ที่รับผิดชอบชุมชน ก็มีการออกเยี่ยมติดตามผู้สูงอายุในชุมชน เกือบทุกเดือน มีการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำและจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังได้รับ คำแนะนำการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการปฏิบัติ จากสมาชิกในครอบครัวที่คอยดูแลเป็นอย่างดี และ อสส. บ้างเป็นบางครั้ง เนื่องจาก อสส. ที่มีอยู่ในแต่ละชุมชน ล้วนเป็นผู้สูงอายุเช่นกัน โดยส่วนใหญ่อายุเกิน 70 ปี ขึ้นไป และมีจำนวนน้อยไม่ครอบคลุม ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะเข้าถึง ข้อมูลข่าวสารได้หลากหลาย แต่อาจจะมีปัญหาในการ ทำความเข้าใจเนื้อหาสุขภาพ การป้องกันโรคหรือการ วิเคราะห์ข้อมูลที่ซับซ้อนได้ไม่ชัดเจน นำไปสู่การนำความรู้ ไปใช้จริง เพื่อการปฏิบัติตัวหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ถึงแม้จะมีความรอบรู้ ระดับดี แต่ผู้สูงอายุอาจจะได้รับรู้ตัวอย่างการปฏิบัติตนจาก การเข้าถึงแหล่งข้อมูลออนไลน์ต่างๆ ทั้งสื่อวิทยุ โทรทัศน์ ทำให้จดจำแล้วนำไปปฏิบัติ หรือได้รับคำแนะนำการปฏิบัติ ตัวแบบต่างๆ ไป ไม่เฉพาะเจาะจงกับปัญหาของแต่ละบุคคล โดยไม่ได้วิเคราะห์หรือทำความเข้าใจว่าเหมาะสมกับปัญหา สุขภาพตัวเองหรือภาวะโรคที่เป็นหรือไม่ นอกจากนั้นวิถีชีวิต ประจำวันในชุมชนเมือง เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ในแต่ละมื้อ ผู้สูงอายุอาจบริโภคอาหารตามสมาชิกใน ครอบครัว ไม่ได้ปรุงประกอบอาหารเองหรือมีการเลือกซื้อ อาหารสำเร็จรูปตามร้านค้าในชุมชน ร้านสะดวกซื้อ ที่ไม่ใช่ อาหารเพื่อสุขภาพ ทางด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและ ภายนอกบ้านไม่เอื้ออำนวยในการออกกำลังกาย การทำ กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอจากภาวะการเจ็บป่วยระบบ กระดูกพรุนและปัญหาข้อเข่า การอยู่ในชุมชนแออัด ไม่มี สวนสาธารณะ บางชุมชนสวนสาธารณะอยู่ไกล ปัญหาทาง สิ่งแวดล้อม มลพิษทางอากาศ โรคระบาด เป็นต้น ซึ่งอย่างไร- ก็ตามงานวิจัยนี้ ก็ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของกลุ่มตัวอย่างที่ ส่วนใหญ่สามารถดูแลตนเองได้ดี โดยข้อมูลที่ได้เป็นเพียง

จากการสำรวจ ซึ่งอาจไม่สะท้อนสถานการณ์ความเป็นจริง
ของผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านสุขภาพได้มากนัก

ข้อจำกัดในการวิจัยครั้งนี้

การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นไปตามที่
วางแผนไว้เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องระยะเวลา ขั้นตอนต่างๆ
ในการวิจัย รวมถึงการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะกลุ่ม
ติดบ้าน ติดเตียง เนื่องจากผู้ดูแลไม่ยินยอมและปฏิเสธ
ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล อาจทำให้เกิดความลำเอียงในการ
เลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้สะท้อนภาพรวมของผู้สูงอายุในพื้นที่
ได้อย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ หน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้องควรมีการติดตามเยี่ยมครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ
อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติควบคู่กันไป
ฝึกทักษะการเข้าถึงข้อมูล แหล่งความรู้ที่น่าเชื่อถือ
เพื่อให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพเพิ่ม ความเข้าใจการป้องกันโรค

ที่ดียิ่งขึ้น สำหรับนำไปปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองและ
บอกต่อ มีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง สนับสนุน
การสร้างเครือข่าย สร้างแกนนำผู้สูงอายุในการเผยแพร่
ความรู้สุขภาพในชุมชน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป ศึกษารูปแบบการ
พัฒนาความรู้สุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
ในชุมชนเขตเมือง และปัจจัยอื่นๆ ในบริบทของชุมชนเมือง
เพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม
การสนับสนุนจากบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากศูนย์ความเป็นเลิศ
ด้านชีววิทยาศาสตร์ (องค์การมหาชน) คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ
มา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2564.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยในมิติความต่างเชิงพื้นที่ พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 มิ.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/ebook/2023/20230506145038_72776.pdf
3. ชัยพัฒน์ พุฒซ้อน, กันตพัฒน์ พรศิริวัชรลิน. แนวทางการแก้ไขปัญหาสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2561;1(1):25-35.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 มิ.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1687612748-2406_0.pdf
5. ทศนา บุญทอง, อรพรรณ โตสิงห์, ประภา ยุทธไตร, วิไลวรรณ ทองเจริญ, โสพรรณ โทพะยะ, มัตติกา ใจจันทร์, และคณะ. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในชุมชนเมือง เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสภาการพยาบาล 2567;39(2):163-77.
6. ศิริพร งามขำ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพย์มงคลกุล, จารุวรรณ หมั่นมี. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร. วารสารก่อการณ์ 2561;25(2):91-104.
7. ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. รายงานผลการฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม ปีการศึกษา 2564. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
8. วิรดา อรรถเมธากุล, วรณีย์ ศรีวิสัย. ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2556;7(2):18-28.
9. เพ็ญศรี ผาสุก. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองแค อำเภอราษีไศล จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2563;16(1):44-55.
10. มินตรา สารระกษ์, ฐิติรัช งานฉมั่ง, นันทยา กระสวยทอง. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคำขวาง อำเภอนาหว้า จังหวัดอุบลราชธานี. ศรีนครินทร์เวชสาร 2563;35(3):304-10.
11. พิมพ์สุทธิ บัวแก้ว, รติพร ถึงฝั่ง. การดูแลสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย 2559;21(2):94-109.
12. เนติยา แจ่มทิม, จันทร์ทิมา เขียวแก้ว, กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา, กัญยรัตน์ อุบลวรรณ, เอกรัตน์ ปิ่นประภาพันธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี 2562;2(2):62-74.
13. กรรณิการ์ การิสรธรรม, พรทิพย์ มาลาธรรม, นุชนาฏ สุทธิ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2562;25(3):280-95.
14. ชัญญานุช ไพรวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) 2565;37(1):37-46.
15. ทิวากร พระไชยบุญ, พรรณี ปัญชรหัตถกิจ, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, อัจฉรา นาเมือง, นาฏนภา หีบแก้ว บัดชาสุวรรณ, อลงกรณ์ สุขเรืองกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย 2565;4(2):48-56.
16. วรณฤดี เขาว้อยชัย, รัตติกาล พรหมพาหุล, อารียา ประเสริฐสังข์. ความรู้ด้านสุขภาพและการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก 2564;22(2):41-8.
17. พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. การสำรวจและประเมินสภาพที่อยู่อาศัยเพื่อความผาสุกปลอดภัยของผู้สูงอายุในครัวเรือน กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ 2558;2(2):1-14.

Health Literacy for Health Promotion and Non-Communicable Disease Prevention and Health Status of the Elderly in Bangkok

Phubet Saengsawang, Umawadee Laothong, Taweewan Plianmoung, Angsana Boontham
Department of Community Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

Abstract

This cross-sectional study investigated the association between health literacy in health promotion and non-communicable diseases (NCDs) prevention and the health status of the elderly in Bangkok. A total of 155 participants aged 60 years and above from five communities in the Yothi sub-district were surveyed using a structured questionnaire. Data was analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient, and linear regression. Most participants demonstrated moderate health literacy (61.3%) and a good health status (77.4%). While overall health literacy was not significantly associated with health status ($p > 0.05$), The dimensions of understanding, actions/practices, and sharing information showed significant positive correlations with health status ($p < 0.05$). Understanding and actions/practices together predicted 12.5% of the variance in health status ($R^2 = 0.125$). These findings suggest that agencies and community leaders should implement regular home visit and targeted health literacy programs to enhance self-care and disease prevention among the elderly.

Keywords: health literacy; health promotion; non-communicable diseases; health status; elderly; Bangkok

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่มคนทำงานด้านการบริหารจัดการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร: การศึกษาแบบตัดขวาง

ปฏิภาณ เตชะนิริติศัย, เจตน์ รัตนจิณะ

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มคนทำงานด้านการบริหารจัดการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร โดยเก็บตัวอย่างกลุ่มคนทำงานด้านการบริหารจัดการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครทั้งหมดโดยไม่สุ่มจำนวน 289 คน ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2568 แบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตฉบับภาษาไทย การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ โดยกลุ่มตัวอย่างมีอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 87.0 คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม มีค่าเฉลี่ย 107.6 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.4 คะแนน) เมื่อควบคุมตัวแปร-กวนแล้วพบว่า ปัจจัยด้านบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มหน่วยงาน ประกอบด้วย ฝ่ายสนับสนุนบริการ ($\beta=4.9$, 95%CI=1.5-8.4) ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ ($\beta=6.0$, 95%CI=1.5-10.5) ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต ($\beta=11.7$, 95%CI=3.7-19.7) และการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต ($\beta=5.6$, 95%CI=3.0-8.2) ดังนั้นองค์กรควรส่งเสริมการเตรียมแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต รวมถึงการจัดกิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการประสบปัญหาความเจ็บป่วยทางจิต โดยมุ่งเน้นในกลุ่มที่มีลักษณะงานที่ไม่ค่อยได้มีการติดต่อ หรือทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ หรือที่ไม่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตมาก่อน เพื่อให้บุคลากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดี

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต; กลุ่มคนวัยทำงาน; อาชีพด้านการบริหารจัดการ

วันรับ: 29 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 30 พ.ย. 2568

วันตอบรับ: 8 ธ.ค. 2568

บทนำ

ในประเทศไทย จากการรวบรวมสถิติ โดยสถาบันวิจัย-ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2566 พบว่า ร้อยละ 11.5 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั่วประเทศ มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป⁽¹⁾ ซึ่งส่งผลกระทบต่อจำนวนปี

สุขภาพที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพของประชากร⁽²⁾ และนำไปสู่อัตราการตายจากการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในกลุ่มวัยทำงานอายุ 35-39 ปี โดยคิดเป็น 11.9 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾

อย่างไรก็ตามความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ได้รับการกล่าวถึงมากขึ้น โดยภายใต้นโยบายการพัฒนา

งานสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2567 มีประเด็นสำคัญอยู่ 8 ประการ หนึ่งในนั้น คือ การเร่งเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เพิ่มความเข้าใจ ลดความขัดแย้งในสังคมและให้แก่ประชาชน ทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ ด้วยทีมสื่อสารสุขภาพ ดิจิทัล⁽³⁾ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy; MHL) มีการให้คำนิยาม โดย Jorm AF และคณะ หมายถึง “ความรู้และทัศนคติในเรื่องสุขภาพจิตในการ เสริมความตระหนัก การจัดการ และการป้องกันปัญหาด้าน สุขภาพจิต” ซึ่งเป็นส่วนขยายต่อจากความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)⁽⁴⁾

ในการศึกษาโดย Stansfeld SA และคณะ ในสหราชอาณาจักร พบว่า มีความชุกของภาวะป่วยทางจิตในกลุ่มคน วิทยาลัยที่ประกอบอาชีพด้านการบริหารจัดการ รวมถึง เสมียนและเลขานุการ คิดเป็นร้อยละ 16 ของกลุ่มอาชีพหลัก ทั้งหมด ซึ่งสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอาชีพอื่นๆ โดยเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มคนวิทยาลัยที่ประกอบอาชีพ ด้านการบริหารจัดการ พบว่า มีความชุกของภาวะป่วย-ทางจิต คิดเป็นร้อยละ 15 ของกลุ่มอาชีพทั้งหมด⁽⁵⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในกลุ่มคนวิทยาลัยที่ประกอบอาชีพด้านการบริหารจัดการ โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลระดับ-ตติยภูมิ ซึ่งมีความหลากหลายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มคนวิทยาลัยที่ประกอบอาชีพด้านการบริหารจัดการ และยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มนี้มาก่อนในประเทศไทย การศึกษานี้จึงมีความสำคัญที่จะส่งผลถึงพฤติกรรมในการแสวงหาหรือเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ซึ่งคาดว่าจะส่งผลทำให้สุขภาพจิตโดยรวมของกลุ่มคนวิทยาลัยที่ประกอบอาชีพนี้ดีขึ้น ส่งผลดีต่อประสิทธิผลของการทำงานทั้งในแง่ตัวบุคคล องค์กร และประเทศชาติต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา การดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2568 โดยมีวิธีการศึกษาดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มคนวัยทำงานที่ประกอบอาชีพด้านการบริหารจัดการ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง ศึกษาจากกลุ่มคนวัยทำงานที่ประกอบ-อาชีพด้านการบริหารจัดการ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 332 คนที่ถูกเลือกทั้งหมดโดยไม่มีการสุ่ม

เมื่อคำนวณจากสูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อหา ค่าเฉลี่ยในประชากร

$$\text{Sample size} = (z_{\alpha/2} \sigma/d)^2$$

เมื่อ Z = ค่าคงที่ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95

σ = ค่าความแปรปรวนในประชากร = 12.4 โดยนำ ข้อมูลมาจากงานวิจัยของ Korhonen J และคณะ ที่ศึกษา ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิ⁽⁶⁾

d = ค่าความคลาดเคลื่อน กำหนดไว้ที่ 2 คะแนน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย = $(1.96 \times 12.4 / 2)^2 = 147.7$ ปัดขึ้นเป็นจำนวน 148 คน โดยได้เพิ่มจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 30 เพื่อในกรณีที่มีปัญหาจากการเก็บข้อมูล จึงต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างน้อย 212 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 332 คน จึงเพียงพอต่อการวิจัยนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามแบบให้กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ตอบคำถามด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 35 ข้อ ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ-หลัก ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ (ข้อ 1-8) ความรู้ (ข้อ 9-19) และทัศนคติ (ข้อ 20-35)

โดยข้อ 1-15 เป็นตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ และ ข้อที่ 16-35 เป็นตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยนำ มาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม จากงานวิจัยของ O'Connor M และคณะ ที่มาแปลเป็น ภาษาไทย โดยกอบหทัย สิทธิธรรมา และคณะ และมี

การทดสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของเครื่องมือ ใน พ.ศ. 2565 โดยได้รับการตรวจสอบคุณภาพ โดยการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง มีคะแนนอยู่ที่ 0.85 และการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha พบความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ที่ 0.85⁽⁷⁾ โดยการแปลผลจะเป็นการรวมคะแนนทั้งหมด 35 ข้อ เป็นคะแนนเต็มแต่ละข้อ ข้อละ 4 หรือ 5 คะแนน ตามระดับของตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า รวมคะแนนทั้งหมด 160 คะแนน คะแนนต่ำสุดอยู่ที่ 35 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยติดต่อประสานงานเบื้องต้นกับทางหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการปฏิบัติ และประโยชน์ที่จะได้รับในการศึกษาครั้งนี้ ดำเนินการเข้าหาอาสาสมัครโดยตรง หลังจากได้รับหนังสือยินยอมให้เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลแล้ว ณ สถานที่ทำงานของผู้เข้าร่วมงานวิจัย รวมถึงมีการนัดพบ ณ สถานที่จัดทำกรวิจัยในโรงพยาบาล และแจกแบบสอบถามให้ผู้ร่วมวิจัย และเก็บข้อมูลตามแผนที่วางไว้ เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์และสรุปผลเพื่อใช้ในงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน ใช้สำหรับวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (multiple linear regression) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ STATA version 18 (Stata Corp., College Station, TX, USA)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์-

มหาวิทยาลัย เลขที่โครงการ 0934/67 ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 และในกระบวนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับในการศึกษาครั้งนี้ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบก่อนการเก็บข้อมูล และได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการลงนามในหนังสือยินยอมเป็นที่เรียบร้อย

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามตามหน่วยงานทั้งหมดที่มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มอาชีพด้านการบริหารจัดการ ณ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง ในกรุงเทพมหานคร รวมทั้งสิ้น 332 ชุด ได้รับแบบสอบถามคืนทั้งหมด 289 ชุด คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 87.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 289 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 232 คน (ร้อยละ 80.3) มีอายุเฉลี่ย 39.4 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.5 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด จำนวน 155 คน (ร้อยละ 53.6) ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี จำนวน 194 (ร้อยละ 67.1) อยู่ในกลุ่มหน่วยงานฝ่ายการคลัง จำนวน 157 คน (ร้อยละ 54.3) มีระยะเวลาในการทำงานน้อยกว่า 10 ปี จำนวน 152 คน (ร้อยละ 52.6) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 23,000 บาทต่อเดือน จำนวน 167 คน (ร้อยละ 57.8) ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 281 คน (ร้อยละ 97.2) ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว เพื่อน หรือคนใกล้ชิด จำนวน 255 คน (ร้อยละ 88.2) ไม่เคยอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 273 คน (ร้อยละ 94.5) เคยเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต จำนวน 147 คน (ร้อยละ 50.9) และไม่เคยขอความช่วยเหลือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 256 คน (ร้อยละ 88.6) ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม มีการแจกแจงแบบปกติ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม พบว่า จากคะแนนเต็ม 160 คะแนน มีค่าเฉลี่ย 107.6 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.4 คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=289)

ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล	n (%)
ปัจจัยส่วนบุคคล	
เพศ	
หญิง	232 (80.3)
ชาย	57 (19.7)
อายุ (ปี) (Mean ± SD)	39.4 ± 9.5
สถานภาพสมรส	
โสด	155 (53.6)
สมรส	134 (46.4)
ระดับการศึกษา	
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	13 (4.5)
ปวส.	41 (14.2)
ปริญญาตรี	194 (67.1)
สูงกว่าปริญญาตรี	41 (14.2)
ปัจจัยจากงาน	
กลุ่มหน่วยงาน	
ฝ่ายการคลัง	157 (54.3)
ฝ่ายสนับสนุนบริการ	56 (19.4)
ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ	29 (10.0)
ศูนย์เครื่องมือแพทย์	25 (8.7)
ฝ่ายสื่อสารองค์กร	22 (7.6)
ระยะเวลาการทำงาน (ปี)	
น้อยกว่า 10	152 (52.6)
มากกว่าหรือเท่ากับ 10	137 (47.4)
รายได้เฉลี่ย (บาทต่อเดือน)	
น้อยกว่า 23,000	122 (42.2)
มากกว่าหรือเท่ากับ 23,000	167 (57.8)
ปัจจัยที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต	
ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต	
ไม่เคย	281 (97.2)
เคย	8 (2.8)
ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว เพื่อน หรือคนใกล้ชิด	
ไม่เคย	255 (88.2)
เคย	34 (11.8)

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=289) (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล	n (%)
การอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต	
ไม่เคย	273 (94.5)
เคย	16 (5.5)
การเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต	
ไม่เคย	142 (49.1)
เคย	147 (50.9)
การขอความช่วยเหลือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต	
ไม่เคย	256 (88.6)
เคย	33 (11.4)

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง (n=289)

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	Total	Mean	SD	Median	IQR	Min	Max
ความสามารถในการรับรู้	32	22.71	4.37	23.00	5.00	8	32
ความรู้	48	33.81	3.25	34.00	5.00	25	44
ทัศนคติ	80	51.08	7.67	51.00	10.00	29	73
รวม	160	107.60	11.42	107.00	15.00	76	142

การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลต่างๆ กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม โดยสถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้วพบว่า คนในกลุ่มหน่วยงาน ฝ่ายสนับสนุนบริการ และฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมากกว่าฝ่ายการคลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงพบว่า คนที่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตมาก่อนจะมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมากกว่า คนที่ไม่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้การเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิตจะมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมากกว่า คนที่ไม่เคยเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 107.60 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเหมือนกัน พบว่า มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าเล็กน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มคนวัยทำงานเหมือนกัน เช่น การศึกษาของ BinDhim NF และคณะ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ปรับใหม่ตามโครงสร้างประชากรจากข้อมูลสำมะโนประชากรมีค่าเฉลี่ย 109.7 คะแนน⁽⁸⁾ และการศึกษาของ Jafari A และคณะ ที่ศึกษาความ

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม (n=289)

ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล	n (%)	Unadjusted model		Adjusted model**	
		β	95% CI	β	95% CI
เพศ					
หญิง	232 (80.3)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
ชาย	57 (19.7)	-1.6	-4.9, 1.8	-2.2	-5.6, 1.1
อายุ (ปี) (Mean ± SD)	39.4 ± 9.5	-0.2	-0.3, -0.0	-0.1	-0.3, 0.1
สถานภาพสมรส					
โสด	155 (53.6)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
สมรส	134 (46.4)	-1.6	-4.3, 1.1	-0.7	-3.4, 2.0
ระดับการศึกษา					
มัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า	13 (4.50)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
ปวส.	41 (14.2)	1.2	-5.9, 8.4	-0.1	-7.0, 6.9
ปริญญาตรี	194 (67.1)	1.5	-5.0, 7.9	-1.0	-7.3, 5.4
สูงกว่าปริญญาตรี	41 (14.2)	4.3	-2.9, 11.4	3.4	-3.7, 10.6
กลุ่มหน่วยงาน					
ฝ่ายการคลัง	157 (54.3)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
ฝ่ายสนับสนุนบริการ	56 (19.4)	4.6*	1.1, 8.1*	4.9*	1.5, 8.4*
ศูนย์เครื่องมือแพทย์	29 (10.0)	3.9	-0.9, 8.7	3.7	-1.0, 8.5
ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ	25 (8.7)	5.3*	0.8, 9.8*	6.0*	1.5, 10.5*
ฝ่ายสื่อสารองค์กร	22 (7.6)	3.6	-1.5, 8.6	2.8	-2.1, 7.7
ระยะเวลาการทำงาน (ปี)					
น้อยกว่า 10	152 (52.6)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
มากกว่าหรือเท่ากับ 10	137 (47.4)	-2.1	-4.7, 0.5	0.4	-3.0, 3.8
รายได้เฉลี่ย (บาทต่อเดือน)					
น้อยกว่า 23,000	122 (42.2)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
มากกว่าหรือเท่ากับ 23,000	167 (57.8)	-1.4	-4.1, 1.3	-1.5	-4.5, 1.6
ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต					
ไม่เคย	281 (97.2)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
เคย	8 (2.8)	10.8*	2.9, 18.8*	11.7*	3.7, 19.7*

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวม (n=289) (ต่อ)

ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล	n (%)	Unadjusted model		Adjusted model**	
		β	95% CI	β	95% CI
ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว เพื่อน หรือคนใกล้ชิด					
ไม่เคย	255 (88.2)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
เคย	34 (11.8)	2.0	-2.1, 6.1	-1.0	-5.2, 3.2
การอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต					
ไม่เคย	273 (94.5)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
เคย	16 (5.5)	5.4	-0.4, 11.2	2.0	-3.7, 7.7
การเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต					
ไม่เคย	142 (49.1)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
เคย	147 (50.9)	6.3*	3.7, 8.8*	5.6*	3.0, 8.2*
การขอความช่วยเหลือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต					
ไม่เคย	256 (88.6)	ค่าอ้างอิง		ค่าอ้างอิง	
เคย	33 (11.4)	3.6	-0.5, 7.8	0.4	-4.1, 4.9

* นัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

** ควบคุมโดยปัจจัยตัวแปรอื่นๆ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กลุ่มหน่วยงาน ระยะเวลาการทำงาน รายได้เฉลี่ย ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัว เพื่อน หรือคนใกล้ชิด การอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต การเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต และการขอความช่วยเหลือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต

รอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในประเทศอิหร่านพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ย 113.5 คะแนน⁽⁹⁾ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาของ Snow KSR และคณะ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของชาวฮาวาย สหรัฐอเมริกา และชาวเกาะแปซิฟิก ที่มีเชื้อชาติโพลินีเซียพบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ย 121 คะแนน⁽¹⁰⁾ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากความชุกของคนที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่มาก ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่สูงกว่า

ปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มคนวัยทำงานด้านการบริหารจัดการในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ กลุ่มหน่วยงาน ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต และการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต สามารถอภิปรายในรายละเอียดได้ดังนี้

กลุ่มหน่วยงาน เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว พบว่า ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ และฝ่ายสนับสนุนบริการ มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับฝ่ายการคลัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ อาจอธิบายได้จากในเนื้อหานี้จำเป็นต้องมีการเก็บข้อมูล ประวัติผู้ป่วย รวมถึงการบันทึกและจัดเก็บข้อมูลการวินิจฉัยโรค ทำให้มีโอกาสที่จะรับรู้โรคหรือความผิดปกติทางจิตได้มากกว่า อันเป็นเหตุให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงกว่าได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Anggaini NLV ที่ศึกษาผลของการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมด้านสุขภาพในคนอายุ 18 ปีขึ้นไปในประเทศอินโดนีเซีย พบว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้าน

สุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹¹⁾ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตถือเป็นส่วนหนึ่งในความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนฝ่ายสนับสนุนบริการ มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมากกว่า อาจจะอธิบายได้จากในเนื้อหาของงานนั้นเป็นการจัดเก็บ และบริการจ่ายเวชภัณฑ์ หรือเครื่องมือแพทย์ไปยังหน่วยงานต่างๆ ซึ่งมีโอกาสในการติดต่อประสานงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์มากกว่า ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของกอบหทัย สิทธิธรรมธิ์ และคณะ ที่ศึกษาคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมฉบับแปลไทย ในนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 พบว่า ผู้ที่มีการติดต่ออย่างใกล้ชิดกับบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีการติดต่ออย่างใกล้ชิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁷⁾

ประวัติความเจ็บป่วยทางจิต พบว่า คนที่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตมาก่อน มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมากกว่าคนที่ไม่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Angermeyer MC และคณะ ที่ศึกษาผลของประสบการณ์ส่วนตัวของการเจ็บป่วยทางจิตกับทัศนคติที่มีต่อคนที่ทุกข์ทรมานจากความผิดปกติทางจิต พบว่า คนที่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตมาก่อน มีการแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจที่บ่อยกว่า มีแนวโน้มที่จะตอบสนองอย่างไม่เกรงกลัว และไม่แสดงออกถึงความรู้สึกรังเกียจหรือห่างเหินกับคนที่เจ็บป่วยทางจิต เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกต่อคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิต⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Mideksa G และคณะ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแพทย์พื้นบ้านในประเทศเอธิโอเปียฝั่งตะวันตกเฉียงใต้ พบว่า คนที่มีประวัติการรักษาความเจ็บป่วยทางจิต จะมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่สูงกว่า คนที่ไม่มีประวัติการรักษาความเจ็บป่วยทางจิต เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹³⁾

การเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต พบว่า คนที่เคยเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิตมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยรวมมากกว่า คนที่ไม่เคยเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต

เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นๆ แล้ว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้จากการที่การเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอและถูกต้อง จะช่วยหล่อหลอมความสามารถรับรู้ความรู้ โดยเฉพาะความรู้ในการแสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต และทัศนคติต่อความเจ็บป่วยทางจิต ของแต่ละบุคคลได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแพทย์พื้นบ้านในประเทศเอธิโอเปียฝั่งตะวันออกเฉียงเหนือ โดย Anbesaw T และคณะ และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแพทย์พื้นบ้านในประเทศเอธิโอเปียฝั่งตะวันตกเฉียงใต้ โดย Mideksa G และคณะ และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตในประเทศอิหร่าน โดย Jafari A และคณะ ซึ่งพบว่า คนที่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต หรือได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่เคยได้รับการอบรม^(9,13,14)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. องค์กรควรสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต และประโยชน์ที่ได้ เช่น การรับรู้ วิธีการจัดการและขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตเบื้องต้น
2. องค์กรควรมีการจัดเตรียมแหล่งข้อมูล รวมถึงสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อให้บุคลากรสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และวิธีรับมือกับปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพเบื้องต้น ตลอดจนลดอคติต่อคนที่มีความเจ็บป่วยทางจิต
3. องค์กรควรมีการจัดกิจกรรมพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์บอกเล่าเรื่องราวชีวิต เกี่ยวกับคนที่เคยประสบปัญหากับความเจ็บป่วยทางจิต เพื่อให้สามารถเข้าใจความรู้เกี่ยวกับโรคเบื้องต้น และบริบทของความเจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น โดยมุ่งเน้นในกลุ่มวัยทำงานด้านบริหารจัดการในโรงพยาบาล ที่มีลักษณะงานที่ไม่ค่อยได้มีการติดต่อ หรือทำงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์มากนัก หรือกลุ่มวัยทำงานด้านบริหารจัดการในโรงพยาบาลที่ไม่เคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิตมาก่อนเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมในแง่ของแหล่งข้อมูลที่กลุ่ม-คนวัยทำงานด้านการบริหารจัดการใช้เป็นหลัก หรือรู้สึกสะดวกในการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพจิต และควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มคนวัยทำงานด้านการบริหารจัดการ ในสถานที่อื่นซึ่งอาจมีลักษณะการทำงาน ที่แตกต่างจากในโรงพยาบาล และควรขยายการศึกษาไปยังกลุ่มคนวัยทำงานกลุ่มอื่นนอกจากด้านการบริหารจัดการ ที่อาจมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาด้านสุขภาพจิต จากการมี

ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงวิธีรับมือกับปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ไม่เพียงพอ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ด้านการบริหารจัดการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2566: คำสัญญาของไทยใน “คอป” (Conference of Parties: COP) กับการรับมือ “โลกรวน”. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2566.
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ แผนงานพัฒนาดัชนีภาวะโรคแห่งประเทศไทย. การสูญเสียปีสุขภาวะ Disability-Adjusted Life Years: DALYs รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: แอนดีเพรส; 2562.
3. พงศ์เกษม ไข่มุกด์. นโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2566 [สืบค้นเมื่อ 14 ส.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://dmh.go.th/intranet/p2567/policyDMH2567.pdf>
4. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Med J Aust* 1997;166:182-6.
5. Stansfeld SA, Rasul FR, Head J, Singleton N. Occupation and mental health in a national UK survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011;46:101-10.
6. Korhonen J, Axelin A, Stein DJ, Seedat S, Mwape L, Jansen R, et al. Mental health literacy among primary healthcare workers in South Africa and Zambia. *Brain Behav* 2022;12:e2807.
7. Sittironnarit G, Sripen R, Phattharayuttawat S. Psychometric properties of the Thai mental health literacy scale in sixth-year medical students. *Siriraj Medical Journal* 2021;74:100-7.
8. BinDhim NF, Althumiri NA, Ad-Dab’bagh Y, Alqahtani MMJ, Alshayea AK, Al-Luhaidan SM, et al. Exploring mental health literacy and its associated factors: a national cross-sectional study in Saudi Arabia, 2023. *Risk Manag Healthc Policy* 2024;17:355-63.
9. Jafari A, Nejatian M, Momeniyan V, Barsalani FR, Tehrani H. Mental health literacy and quality of life in Iran: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2021;21:499.
10. Snow KSR, Merrill K, Macintosh J, Thomas M, Miles L. Mental health literacy in Polynesian native Hawaiian and other Pacific islanders. *Int J Ment Health Nurs* 2024;33:683-92.
11. Anggaini N, Supriyono B, Indah Mindarti L, Hidayati F, editors. Effects of health information access and health service access on health literacy and health behavior. Proceedings of the 3rd Annual International Conference on Business and Public Administration; 2020 Oct 26-27; Jawa Timur, Indonesia. Amsterdam: Atlantis Press; 2021.
12. Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1996;31:321-6.
13. Mideksa G, Tesfaye E, Yitayih Y, Sime Y, Aliye K, Gizaw AT. Mental health literacy and associated factors among traditional healers of Jimma town, southwest, Ethiopia 2020: a community based, cross-sectional study. *Front Psychiatry* 2024;15:1304454.
14. Anbesaw T, Asmamaw A, Adamu K, Tsegaw M. Mental health literacy and its associated factors among traditional healers toward mental illness in Northeast, Ethiopia: a mixed approach study. *PLoS One* 2024;19:e0298406.

Mental Health Literacy and its Associated Factors among Administrative Workers in a Tertiary Care Hospital in Bangkok: a Cross Sectional Study

Patiparn Techanirattisai, Jate Ratanachina

Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Abstract

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate mental health literacy and its associated factors among administrative workers at a tertiary care hospital in Bangkok, Thailand. The study included 289 administrative workers, recruited without sampling, and data was collected between March and May 2025. The questionnaire comprised two sections: personal factors and the Thai Mental Health Literacy Scale (TMHLS). Both descriptive and inferential statistics, including bivariate analysis and multiple linear regression, were used for data analysis. The study response rate was 87.0%. The overall mean mental health literacy score was 107.6 (SD=11.4). After adjusting for confounding factors, statistically significant factors associated with overall mental health literacy included: supporting service department ($\beta=4.9$, 95%CI=1.5-8.4); information technology department ($\beta=6.0$, 95%CI=1.5-10.5); history of mental health illness ($\beta=11.7$, 95%CI=3.7-19.7); access to knowledge about mental health ($\beta=5.6$, 95%CI=3.0-8.2) Therefore, this organization should promote the provision of accessible resources and facilitate activities for sharing experiences about mental illness. This should specifically target groups whose work involves infrequent contact with medical personnel or who have no prior history of mental illness, aiming to enhance the mental health literacy of all staff.

Keywords: mental health literacy; working-age group; administrative job

ผลของโปรแกรมสร้างนิสัยรักการออกกำลังกาย ของประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร

เต็มเพชร สุขคณาภิบาล

คณะศิลปศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ภาวะเฉื่อยนิ่งและการขาดกิจกรรมทางกายได้กลายเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนในเขตเมือง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม การออกกำลังกายที่ยั่งยืนจึงเป็นประเด็นท้าทายที่ต้องอาศัยแนวทางเชิงระบบและแรงจูงใจจากภายใน ไม่ใช่เพียงการณรงค์ หรือการให้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว แม้งานวิจัยที่ผ่านมาจะเน้นการส่งเสริมสุขภาพผ่านแนวคิดเชิงพฤติกรรมศาสตร์ แต่ยังคงขาดการประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในมิติของ “การสร้างนิสัย” ที่สามารถฝังรากในพฤติกรรมประจำวันอย่างยั่งยืน ซึ่งเป็นช่องว่างที่บทความนี้มุ่งเติมเต็มผ่านการออกแบบโปรแกรมที่ผสมผสานการตั้งเป้าหมายเชิงบวก การสะท้อนตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมเข้าด้วยกัน การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสร้างนิสัยรักการออกกำลังกายสำหรับประชาชนทั่วไปในกรุงเทพมหานคร โดยใช้การทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กับกลุ่มตัวอย่างวัยทำงานจำนวน 70 คน โปรแกรมดำเนินการเป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม SMART goal การจดบันทึกพฤติกรรม การสะท้อนตนเองรายสัปดาห์ และแรงเสริมจากทีมวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา t-test แบบ one-tailed สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า รอบพุงลดลง และมวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) นอกจากนี้ เป้าหมายด้านสุขภาพและความมีวินัยมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางกายภาพ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะ “ความมุ่งมั่นและวินัย” ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของพฤติกรรมออกกำลังกาย ($p < 0.05$) ซึ่งผลสรุปของโปรแกรมที่ออกแบบในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพภายใต้บริบทชีวิตจริง เหมาะสมต่อการประยุกต์ใช้ในกลุ่มวัยทำงาน และสามารถขยายผลสู่ระดับชุมชน สถานศึกษา หรือองค์กร เพื่อสนับสนุนการสร้างสุขภาพอย่างยั่งยืนในระยะยาว

คำสำคัญ: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม; นิสัยการออกกำลังกาย; พฤติกรรมสุขภาพ; โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ; แรงจูงใจภายใน

วันรับ: 26 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 30 พ.ย. 2568

วันตอบรับ: 4 ธ.ค. 2568

บทนำ

ในปัจจุบัน ปัญหาสุขภาพระดับโลกจำนวนมากมีจุดเริ่มต้นจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะภาวะเฉื่อยนิ่ง (sedentary behavior) และการไม่มีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอ (physical inactivity)

ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วน พฤติกรรมดังกล่าวได้รับการยืนยันว่าเกี่ยวข้องกับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรตามหลักฐานเชิงระบาดวิทยาของกิจกรรมทางกาย^(1,2) ทั้งยัง

ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขของประเทศอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเขตเมืองที่ผู้คนต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านเวลา สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตเร่งรีบ ทำให้การสร้างพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องท้าทาย

การแทรกแซงเพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มประชาชนเมืองไม่อาจอาศัยเพียงการให้ข้อมูลหรือการรณรงค์ทั่วไปได้เท่านั้น แต่จำเป็นต้องใช้แนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน มีความเรียบง่ายในขั้นตอน และสร้างแรงจูงใจจากภายในอย่างแท้จริง งานวิจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาได้ให้ความสำคัญกับแนวคิด “การสร้างนิสัยสุขภาพ” (health habit formation) ซึ่งชี้ว่าพฤติกรรมที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอภายในบริบทที่มั่นคง มีแนวโน้มพัฒนาเป็นนิสัยอัตโนมัติ และช่วยลดภาระการตัดสินใจของบุคคล ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพมีความยั่งยืนในระยะยาว^(3,4) นอกจากนี้ งานศึกษาจากบริบทการออกกำลังกายในพื้นที่สาธารณะของกรุงเทพมหานครยังพบว่า ผู้ที่มีแรงสนับสนุนจากสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย เช่น พื้นที่ออกกำลังกายที่เข้าถึงง่ายและกิจกรรมที่สอดคล้องกับความต้องการ มีแนวโน้มปฏิบัติตามพฤติกรรมสุขภาพได้ต่อเนื่องมากขึ้น⁽⁵⁾ ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพได้รับความสนใจเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะเครื่องมือบนมือถือและแพลตฟอร์มสื่อสารที่ช่วยติดตามผลและกระตุ้นแรงจูงใจ เช่น การออกแบบแอปพลิเคชัน FitTech และการนำเอาแอปพลิเคชัน Line มาปรับให้กลายเป็น smart health tech ที่รายงานว่าจะสามารถเพิ่มความถี่และความต่อเนื่องของการออกกำลังกายในชีวิตจริงได้^(6,7)

แนวทางหนึ่งที่มีศักยภาพในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพระยะยาว คือการออกแบบโปรแกรมที่สอดคล้องกับแรงจูงใจภายใน โดยอาศัยทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-Determination Theory; SDT) ซึ่งระบุว่ามนุษย์มีความต้องการพื้นฐาน 3 ด้าน ได้แก่ ความเป็นอิสระในการเลือก (autonomy) ความสามารถในการดำเนิน (competence) และความสัมพันธ์กับผู้อื่น (relatedness) เมื่อโปรแกรมสามารถตอบสนององค์ประกอบเหล่านี้ได้ จะช่วยก่อให้เกิดแรงจูงใจภายในที่นำไปสู่การรักษาพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน^(8,9)

นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควรสอดคล้องกับระยะของผู้เข้าร่วมตามแนวคิด “แบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม” (Transtheoretical Model; TTM) ซึ่งชี้ว่าบุคคลไม่ได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบฉับพลัน แต่จะค่อยๆ เคลื่อนผ่านลำดับขั้น ได้แก่ ระยะไม่สนใจ (precontemplation) ระยะเริ่มสนใจ (contemplation) ระยะเตรียมพร้อม (preparation) ระยะลงมือปฏิบัติ (action) และระยะรักษาพฤติกรรม (maintenance)⁽¹⁰⁾ ทั้งนี้ แบบจำลองยังเน้นบทบาทของ “กระบวนการเปลี่ยนแปลง” (processes of change) และ “ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง” (self-efficacy) ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการคงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว^(11,12) การออกแบบโปรแกรมที่ยืดหยุ่นตามระยะของบุคคลและสนับสนุนกระบวนการเหล่านี้ จึงสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการแทรกแซงได้อย่างมีนัยสำคัญ

แนวคิดการตั้งเป้าหมายแบบ SMART (Specific-Measurable-Achievable-Relevant-Time-bound) ถือเป็นกลไกที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากช่วยให้บุคคลกำหนดเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริง และสามารถติดตามผลได้อย่างชัดเจน แนวทางดังกล่าวสัมพันธ์กับกรอบแนวคิด Self-Determination Theory ซึ่งอธิบายว่าการเกิดแรงจูงใจภายในจำเป็นต้องตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐาน 3 ด้าน ได้แก่ ความเป็นอิสระในการเลือก (autonomy) ความสามารถในการดำเนินการ (competence) และความสัมพัทธ์กับผู้อื่น (relatedness)^(8,9) การตั้งเป้าหมายแบบ SMART ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมออกแบบเป้าหมายของตนเองตามความต้องการและบริบทชีวิต (autonomy) พัฒนาความรู้สึกว่าตนมีความสามารถผ่านการติดตามความก้าวหน้า (competence) และเชื่อมโยงกับการสนับสนุนจากสังคมหรือทีมผู้ร่วมกิจกรรม (relatedness) ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการบ่มเพาะแรงจูงใจภายในไปสู่ความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว^(12,13)

ในอีกด้านหนึ่ง การดำเนินการตามเป้าหมายดังกล่าวจำเป็นต้องพิจารณาว่าบุคคลอยู่ในระยะใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model; TTM) ซึ่งเสนอว่าพฤติกรรมไม่ได้เกิดขึ้นแบบฉับพลัน แต่ผ่านกระบวนการ

เชิงลำดับ ได้แก่ ระยะเวลาไม่สนใจ ระยะเวลาเริ่มสนใจ ระยะเวลาเตรียมพร้อม ระยะเวลาลงมือปฏิบัติ และระยะรักษาพฤติกรรม^(10,11) การใช้ SMART goal จึงมีบทบาทเป็น “ตัวกลาง” ที่ช่วยให้ผู้เข้าร่วมเคลื่อนผ่านแต่ละระยะได้อย่างเหมาะสม โดยช่วยแปลงความตั้งใจเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง และทำงานร่วมกับกลไกหลักของ TTM เช่น self-efficacy และกระบวนการเปลี่ยนแปลง (processes of change) ซึ่งช่วยรักษาพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว^(15,13) การผสาน SDT และ TTM ผ่านโครงสร้างของ SMART goal จึงเป็นกรอบแนวคิดที่มีความเหมาะสมเชิงวิชาการสำหรับการออกแบบโปรแกรมสร้างนิสัยการออกกำลังกายในกลุ่มประชาชนเมือง

แม้จะมีงานศึกษาที่กล่าวถึงแนวคิดเหล่านี้ในระดับทฤษฎี แต่ในบริบทของประเทศไทยยังพบว่า งานวิจัยที่ประยุกต์ใช้กรอบจิตวิทยาสุขภาพกับการสร้างนิสัยการออกกำลังกายเชิงระบบยังมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉพาะในลักษณะที่นำแนวคิดจิตวิทยา มาประยุกต์ใช้กับโปรแกรมที่สามารถดำเนินได้จริงในชีวิตประจำวันของประชาชนในเขตเมือง จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมที่ตอบสนองได้ทั้งในระดับบุคคลและระดับระบบสนับสนุน

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสร้างนิสัยรักการออกกำลังกายในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่อาศัยหรือทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร โดยเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนผ่านกิจกรรมที่มีเป้าหมายเชิงบวก การสะท้อนตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมในบริบทชีวิตจริง

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้นแบบกลุ่มเดี่ยว วัดก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design) โดยมีลักษณะเป็นโครงการแทรกแซงนำร่องเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างนิสัยรักการออกกำลังกายได้บริบทชีวิตจริงของประชาชนในเขตเมือง แม้จะไม่มี การเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่การออกแบบในลักษณะนี้ถือว่าเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านทรัพยากร สถานการณ์จริง และเงื่อนไขของการวิจัยภาคสนาม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้วางแผนควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนอย่างเป็นระบบ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างและวิธีการคัดเลือก

ประชากรในการวิจัย คือ ประชาชนวัยทำงานที่อาศัยหรือทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร อายุระหว่าง 18–70 ปี โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่สมัครเข้าร่วมผ่านระบบรับสมัครออนไลน์ รวมทั้งสิ้น 70 คน โดยเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ (1) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นข้อห้ามในการออกกำลังกาย (2) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์ และ (3) แสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจผ่านแบบฟอร์มยินยอมอย่างเป็นทางการ

โดยกิจกรรมหลักของโปรแกรมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การตั้งเป้าหมายแบบ SMART การส่งกิจกรรมรายวันในแอปพลิเคชัน กลุ่ม Line และการรับแรงเสริมทางสังคมผ่านช่องทางออนไลน์ โดยไม่มีการจัดกิจกรรมเพิ่มเติมเพื่อสะท้อนการสร้างนิสัยการออกกำลังกายในบริบทชีวิตจริง

ตัวแปรตามในแบบจำลองถดถอยกำหนดจากตัวชี้วัดการเปลี่ยนแปลงเชิงกายภาพ ได้แก่ รอบเอวและมวลกล้ามเนื้อ ขณะที่ตัวแปรอิสระได้จากความสม่ำเสมอของการปฏิบัติ เช่น จำนวนวันออกกำลังกายต่อสัปดาห์ และข้อมูลสะท้อนตนเองที่แปลงเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ทั้งหมดอิงบนกรอบแนวคิดด้านแรงจูงใจและพฤติกรรมสุขภาพ

กระบวนการแทรกแซง

โปรแกรมมีระยะเวลา 8 สัปดาห์ มุ่งเน้นการก่อรูปนิสัยการออกกำลังกายที่ยั่งยืน ผ่านกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับแรงจูงใจภายในและการปฏิบัติซ้ำอย่างเป็นระบบ กิจกรรมหลักประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. การตั้งเป้าหมายแบบ SMART รายบุคคล ผู้เข้าร่วมกำหนดเป้าหมายที่มีความเฉพาะเจาะจง วัดผลได้ ปฏิบัติได้จริง เหมาะสมกับบริบทชีวิตประจำวัน และมีกรอบเวลา เช่น “เดิน 8,000 ก้าวต่อวัน” หรือ “ออกกำลังกาย 20 นาทีหลังเลิกงาน” การตั้งเป้าหมายในลักษณะนี้สะท้อนความเป็นอิสระในการเลือก (autonomy) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-Determination Theory) ซึ่งระบุว่า การได้เป็นผู้กำหนดเป้าหมายด้วยตนเองจะส่งเสริมแรงจูงใจภายในและความยั่งยืนของพฤติกรรม^(8,9,13)

2. การส่งข้อมูลกิจกรรมการออกกำลังกายผ่าน Line-กลุ่ม ผู้เข้าร่วมส่งหลักฐานการปฏิบัติกิจกรรม เช่น รูปภาพการออกกำลังกาย ระยะเวลา รูปแบบกิจกรรม ความหนัก

หรือพฤติกรรมชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ผ่าน Line กลุ่มของโครงการอย่างต่อเนื่อง การนำเสนอความก้าวหน้าในลักษณะนี้ช่วยสะท้อนพัฒนาการของผู้เข้าร่วมในชีวิตจริง และเป็นกลไกที่ส่งเสริมความสามารถในตนเอง (competence) ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของทฤษฎีการกำหนดตนเอง โดยการเห็นหลักฐานเชิงประจักษ์ของการพัฒนาพฤติกรรมและการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น จะช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นว่าตนสามารถบรรลุเป้าหมายได้^(8,9,11,13) นอกจากนี้ การติดตามกิจกรรมการออกกำลังกายผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ เช่น กลุ่ม Line ของโครงการ ยังสอดคล้องกับรายงานวิจัยที่ระบุว่า mobile health และ social-based application ช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความสม่ำเสมอของการออกกำลังกายในประชากรใช้งานจริง^(6,7)

3. การได้รับแรงเสริมทางสังคมจากทีมวิจัย ผู้เข้าร่วมได้รับคำแนะนำเชิงบวก ข้อเสนอแนะและกำลังใจผ่านช่องทางสื่อสารออนไลน์ เช่น การตอบกลับในไลน์กลุ่มหรือข้อความส่วนบุคคล ซึ่งสะท้อนถึงการมี “เครือข่ายสนับสนุน” ที่ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวในการปฏิบัติกิจกรรม และสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น (relatedness) ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการกำหนดตนเอง การได้รับแรงเสริมจากผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นคำชม การให้กำลังใจ หรือการยอมรับความสำเร็จจะกระตุ้นให้มีบทบาทสำคัญในการรักษาพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว ทั้งยังสอดคล้องกับหลักฐานเชิงจิตวิทยาที่ชี้ว่าการสนับสนุนทางสังคม (social support) ช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของพฤติกรรม ลดโอกาสการถอนตัว และเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพเชิงสรีรวิทยาที่ดีขึ้น^(8,9,14)

ทั้งนี้ช่วงระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผู้วิจัยใช้แอปพลิเคชันกลุ่ม Line เป็นช่องทางหลักในการติดตามและสื่อสารกับผู้เข้าร่วม ผู้เข้าร่วมสามารถรายงานกิจกรรมการออกกำลังกายสะท้อนตนเอง และข้อเสนอแนะในรูปแบบข้อความตามบริบทของตนเอง โดยไม่ได้ใช้แบบฟอร์มหรือรายการคำถามมาตรฐานเดียวกันสำหรับทุกคน กระบวนการดังกล่าวมีข้อดีในเชิงความยืดหยุ่นและความเป็นธรรมชาติของการตอบสนอง แต่ยังเป็นข้อจำกัดของงานวิจัยในแง่ความสม่ำเสมอของข้อมูลพฤติกรรมระหว่างผู้เข้าร่วมซึ่งอาจส่งผลต่อการแปลผลข้อมูลในเชิงเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การเก็บข้อมูลใช้เครื่องมือ 2 ประเภท ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและพฤติกรรมการออกกำลังกาย พัฒนาโดยอ้างอิงแนวทางขององค์การอนามัยโลก เพื่อใช้ประเมินข้อมูลพื้นฐาน พฤติกรรมทางกาย ความถี่ และความหนักของกิจกรรมในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่าง โดยยึดตามข้อกำหนดในคู่มือแนวทางการมีกิจกรรมทางกายขององค์การอนามัยโลก ซึ่งกำหนดระดับกิจกรรมที่เพียงพอสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง^(2,15)

2. เครื่องวัดองค์ประกอบของร่างกาย ประกอบด้วยดัชนีมวลกาย (BMI) รอบเอว และมวลกล้ามเนื้อ เพื่อสะท้อนการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยตัวชี้วัดเหล่านี้ถูกใช้เป็นมาตรฐานในการประเมินสมรรถภาพและสุขภาพทางกายของผู้เข้าร่วม และสอดคล้องกับหลักการประเมินสมรรถภาพทางกายของ American Council on Exercise (ACE) ซึ่งระบุถึงการใช้อัตราส่วนองค์ประกอบร่างกายเพื่อวัดผลการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม⁽¹⁶⁾

เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ระหว่าง 0.80-1.00 และมีการทดลองใช้เบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก เพื่อประเมินความชัดเจน ความเข้าใจ และความน่าเชื่อถือในการใช้งานจริง

กระบวนการเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่

1. ช่วงก่อนการดำเนินโปรแกรม (pre-test) เก็บข้อมูลพื้นฐานก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
2. ช่วงดำเนินกิจกรรม (8 สัปดาห์) ผู้เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมภายใต้การดูแลและติดตามจากผู้วิจัย
3. ช่วงหลังสิ้นสุดโปรแกรม (post-test) เก็บข้อมูลด้วยเครื่องมือชุดเดิมเพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และใช้สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบความแตกต่างและความสัมพันธ์ ได้แก่

- การทดสอบ t-test แบบ one-tailed เพื่อตรวจสอบความแตกต่างก่อนและหลังโปรแกรม
- ค่า Pearson's correlation coefficient เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างการตั้งเป้าหมายกับผลลัพธ์ทางกายภาพ
- การวิเคราะห์ multiple regression เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชาชนวัยทำงานจำนวน 70 คน อายุระหว่าง 20-60 ปี โดยมีเพศหญิงร้อยละ 64.29 และเพศชายร้อยละ 35.71 กลุ่มอายุมากที่สุดคือช่วงอายุ 20-24 ปี และ 45-49 ปี ซึ่งสะท้อนความหลากหลายด้านช่วงวัยของผู้เข้าร่วมในบริบทการทำงานในเขตเมือง โครงสร้างประชากรดังกล่าวสามารถใช้เป็นฐานข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการศึกษากลุ่มอื่นในอนาคต

2. ผลการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแสดงให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพในช่วงเวลา 8 สัปดาห์ ดังตารางที่ 1

- รอบพุงเฉลี่ยลดลง จาก 83.53 เซนติเมตร เป็น 80.99 เซนติเมตร ($p < 0.05$)
- มวลกล้ามเนื้อเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จาก 39.19 กิโลกรัม เป็น 40.18 กิโลกรัม ($p < 0.05$)
- เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p > 0.05$)

3. เป้าหมายการออกกำลังกายและปัจจัยสู่ความสำเร็จ

ข้อมูลจากแบบบันทึกและการสะท้อนตนเองของผู้เข้าร่วมตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์พบว่า ผู้เข้าร่วมมีเป้าหมายในการออกกำลังกายหลากหลายประเภท โดยสามารถจำแนกได้ดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์ multiple regression analysis พบว่า เป้าหมายด้านสุขภาพและวินัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่เป้าหมายด้านรูปลักษณ์ภายนอกเพียงอย่างเดียวไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรอบพุง มวลกล้ามเนื้อ และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม (Mean±SD)	หลังเข้าร่วม (Mean±SD)	t	p-value
รอบพุง (เซนติเมตร)	83.53±273.62	80.99±217.96	6.19	<0.001*
มวลกล้ามเนื้อ (กิโลกรัม)	39.19±90.57	40.18±91.68	-7.49	<0.001*
เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย (%)	24.50±48.78	24.58±42.96	-0.34	0.740

* $p < 0.05$

ตารางที่ 2 สัดส่วนเป้าหมายการออกกำลังกายของผู้เข้าร่วม

เป้าหมายการออกกำลังกาย	ความถี่ (ครั้ง)	ร้อยละ
เพื่อกระชับสัดส่วน ลดน้ำหนัก หรือปรับรูปร่าง	39	39.80
เพื่อสร้างสุขภาพที่ดี หรือสร้างวินัยในการออกกำลังกาย	35	35.71
เพื่อลดความเครียด หรือสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น	9	9.18
เพื่อสร้างสมรรถภาพทางกาย หรือสร้างกล้ามเนื้อ	15	15.31
รวม	98	100.00

นอกจากนี้ยังพบว่า ความมุ่งมั่นและวินัยของผู้เข้าร่วม มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการรักษาพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

วิจารณ์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมสร้างนิสัยรักการออกกำลังกาย โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตจริงผ่านกิจกรรมเชิงระบบและการกระตุ้นแรงจูงใจภายใน ผลการวิจัยสนับสนุนว่า โปรแกรมซึ่งออกแบบตามแนวคิดพฤติกรรมศาสตร์สามารถส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายและสุขภาพทางกายของผู้เข้าร่วมได้อย่างมีนัยสำคัญ แม้การศึกษาไม่ได้เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่การเก็บข้อมูลต่อเนื่อง 8 สัปดาห์ การเลือกใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบ และการควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน ช่วยยืนยันถึงความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ และสะท้อนศักยภาพของโปรแกรมในระดับนโยบายหรือชุมชน ดังนี้

1. ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การใช้การตั้งเป้าหมายแบบ SMART ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกำหนดเป้าหมายที่สอดคล้องกับบริบทชีวิตจริง เช่น การควบคุมน้ำหนัก การเพิ่มกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือการลดความเครียด ช่วยส่งเสริม “แรงจูงใจจากภายใน” ตามกรอบทฤษฎีการกำหนดตนเอง

(Self-Determination Theory)^(8,9) การตั้งเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง วัดผลได้ ปฏิบัติได้จริง และตั้งอยู่บนบริบทชีวิตของแต่ละบุคคล สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของพฤติกรรม (ownership) ซึ่งสะท้อนองค์ประกอบ ความเป็นอิสระในการเลือก (autonomy) และเป็นรากฐานสำคัญที่ช่วยให้พฤติกรรมสุขภาพมีแนวโน้มดำรงอยู่ได้ในระยะยาว⁽⁸⁾

ในมิติของแรงจูงใจด้านการออกกำลังกาย โปรแกรมยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Ingledew และ Markland ที่เสนอว่า การเข้าร่วมกิจกรรมไม่ได้เกิดจาก “เป้าหมายทางกายภาพ” เพียงลำพัง (เช่น ลดน้ำหนัก หรือเพิ่มสมรรถภาพ) หากแต่ต้องเป็นเป้าหมายที่มีความหมายเชิงจิตวิทยาต่อบุคคล เช่น การมีคุณค่าในตนเอง ความภูมิใจ หรือการพัฒนาคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นแรงผลักดันภายในที่ยั่งยืนกว่าแรงจูงใจภายนอก⁽¹³⁾

กล่าวโดยสรุป การผสมกันระหว่าง SMART goal → การบันทึก → การสะท้อนตนเอง → แรงเสริมทางสังคม ไม่ได้สนับสนุนพฤติกรรมผ่าน “ข้อมูลเชิงคำสั่ง” แบบเดิม แต่สร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ทางพฤติกรรมที่สอดคล้องกับแนวคิดเชิงนิเวศของ Sallis และคณะ ซึ่งอธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนเกิดจากปัจจัยหลายระดับ ตั้งแต่แรงจูงใจภายในระดับบุคคล ไปจนถึงบริบทสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติซ้ำได้จริง⁽¹⁷⁾

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยของปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของเป้าหมายการออกกำลังกาย

ตัวแปร	B	p-value	ความสัมพันธ์
การจัดการเวลาที่มีประสิทธิภาพ	0.08	0.43	ไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ
การติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ	0.02	0.85	ไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	-0.14	0.13	ไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ
การมีวินัยและความมุ่งมั่น	-0.27	0.01	มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)
การวางแผนและตั้งเป้าหมายที่เหมาะสม	0.18	0.07	ไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ
การมีเพื่อนและคนสนับสนุน	-0.07	0.53	ไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ
การมีพื้นที่และอุปกรณ์ที่เหมาะสม	0.21	0.09	ไม่สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ
ไม่ระบุ	-0.61	<0.01	มีนัยสำคัญทางสถิติ (ไม่สามารถตีความได้ชัดเจน)

2. ผลการติดตามตลอดระยะเวลา 8 สัปดาห์พบว่า ผู้เข้าร่วมสามารถดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีแนวโน้มความถี่เฉลี่ยของการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงแรกของการเข้าร่วม โปรแกรมดังกล่าวสะท้อนกระบวนการก่อรูปของ “พฤติกรรมอัตโนมัติ” (automatic behavior) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีการปฏิบัติกิจกรรมเดิมซ้ำในบริบทที่คงที่เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง (habit formation) ตามผลการศึกษาของ Lally และคณะ⁽³⁾ และ Gardner⁽⁴⁾ ที่ระบุว่าพฤติกรรมสุขภาพจะเริ่มเปลี่ยนผ่านจาก “การตัดสินใจเชิงความพยายาม” ไปสู่ “การปฏิบัติที่เกิดขึ้นโดยแทบไม่ต้องคิด” เมื่อพฤติกรรมนั้นฝังอยู่ในกิจวัตรชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอ

แนวโน้มดังกล่าวสอดคล้องกับกรอบทฤษฎีการกำหนดตนเอง (Self-Determination Theory) ซึ่งเสนอว่าการคงพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องตอบสนองความต้องการพื้นฐาน 3 ด้าน ได้แก่

1. ความเป็นอิสระในการเลือก (autonomy) ผู้เข้าร่วมสามารถกำหนดรูปแบบการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับบริบทชีวิต เช่น ระยะเวลาและสถานที่ ทำให้เกิดความรู้สึกควบคุมพฤติกรรมด้วยตนเอง

2. ความสามารถในตนเอง (competence) การบันทึกความก้าวหน้า เช่น การส่งภาพกิจกรรมหรือรายงานผลลงใน Line กลุ่ม ทำให้ผู้เข้าร่วม “เห็นหลักฐานเชิงประจักษ์” ของความสำเร็จ ส่งผลต่อความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมพฤติกรรมได้ กลไกการติดตามผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ของโปรแกรมยังสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ระบุว่า การบูรณาการ mobile-based health solution สามารถช่วยเพิ่มการปฏิบัติซ้ำ เพิ่มการมีส่วนร่วม และลดอัตราการถอนตัวจากกิจกรรมสุขภาพ^(6,7)

3. ความสัมพันธ์กับผู้อื่น (relatedness) การมีปฏิสัมพันธ์กับทีมวิจัยและเพื่อนร่วมกิจกรรมช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว นำไปสู่การยอมรับพฤติกรรมใหม่ และสนับสนุนความต่อเนื่องของการออกกำลังกาย^(8,9)

ทั้ง 3 องค์ประกอบดังกล่าวเป็นปัจจัยร่วมที่กระตุ้นแรงจูงใจภายใน ซึ่งเป็นตัวทำนายสำคัญของความยั่งยืนทางพฤติกรรมตามกรอบ SDT^(9,13) ข้อมูลจากการสะท้อนตนเองรายสัปดาห์ยังระบุว่า “ความมีวินัย” และ “ความมุ่งมั่น” เป็นตัวกำหนดความสำเร็จของผู้เข้าร่วมในระดับนัยสำคัญ-

ทางสถิติ ($p=0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการกำกับตนเอง (self-regulation) ที่เกิดจากการตั้งเป้าหมาย การติดตามผล และการปรับตัวต่ออุปสรรคในระหว่างการปฏิบัติจริง และเป็นกลไกสำคัญในการรักษาพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง⁽¹²⁾

นอกจากนี้ การคงพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาวยังสอดคล้องกับแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model; TTM) ที่เสนอว่าการเปลี่ยนแปลงไม่เกิดขึ้นแบบฉับพลัน แต่พัฒนาผ่านลำดับขั้น ได้แก่ การตระหนักรู้ → การเตรียมพร้อม → การลงมือทำ → การรักษาพฤติกรรม โดยกระบวนการดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายใน ตัวเสริมบวก และบริบททางสังคม^(10,11,18)

ดังนั้น ผลลัพธ์ที่พบจึงสะท้อนว่า การเพิ่มความถี่ของการออกกำลังกายไม่ได้เกิดจากเพียงแรงกระตุ้นระยะสั้น แต่เป็นผลจากการบูรณาการของ “พฤติกรรมซ้ำอย่างเป็นระบบ + แรงจูงใจภายใน + กลไกการกำกับตนเอง + แรงเสริมทางสังคม” ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและระดับสังคม^(8,9,14,17)

3. ผลการประเมินทางกายภาพตลอดช่วงเวลา 8 สัปดาห์พบว่า ผู้เข้าร่วมมีรอบพุงเฉลี่ยลดลงจาก 83.53 เซนติเมตรเป็น 80.99 เซนติเมตร และมวลกล้ามเนื้อเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 39.19 กิโลกรัมเป็น 40.18 กิโลกรัม โดยทั้งสองตัวแปรมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ในขณะที่เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p>0.05$) ผลดังกล่าวสะท้อนว่าการตอบสนองต่อโปรแกรมไม่ได้เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอในทุกตัวแปรขององค์ประกอบร่างกาย และอาจมีความแตกต่างในช่วงเวลาที่ต้องใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแต่ละมิติ

การลดลงของรอบพุงเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการลดไขมันในช่องท้อง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน และไขมันพอกตับ โดยสอดคล้องกับแนวทางด้านสุขภาพขององค์การอนามัยโลก และสมาคมหัวใจอเมริกัน ที่ชี้ว่าการลดไขมันช่องท้องมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงโรคเรื้อรังในระยะยาว^(2,15,19)

ในขณะเดียวกัน การเพิ่มขึ้นของมวลกล้ามเนื้อสะท้อนถึงผลของการออกกำลังกายที่มีความเข้มข้นเหมาะสมต่อ

การเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Nelson และ Kokkonen ที่ระบุว่า การเพิ่มมวลไร้ไขมันเป็นตัวชี้วัดสำคัญของการเสริมสุขภาพในระยะเริ่มต้น⁽²⁰⁾

อย่างไรก็ดี การไม่พบความแตกต่างของเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายอาจสะท้อนถึงธรรมชาติของการตอบสนองทางสรีรวิทยาที่ต้องใช้เวลานานกว่าเมื่อเทียบกับพารามิเตอร์ด้านมวลกล้ามเนื้อหรือรอบพุง โดยปกติการปรับตัวในช่วงเริ่มต้นมักปรากฏในรูปแบบการเพิ่มองค์ประกอบของร่างกายที่ไม่ใช่ไขมัน (lean mass) และการลดไขมันบริเวณช่องท้อง ก่อนที่เปอร์เซ็นต์ไขมันรวมจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งมักต้องอาศัยการฝึกอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 8-12 สัปดาห์ จึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในระดับองค์ประกอบร่างกาย^(16,18)

ผลการดำเนินโปรแกรม 8 สัปดาห์จึงสะท้อนแนวโน้มเชิงบวกต่อพฤติกรรมออกกำลังกายและสุขภาพทางกายของผู้เข้าร่วม แต่ด้วยรูปแบบการวิจัยที่ใช้การเปรียบเทียบแบบกลุ่มเดียวก่อน-หลัง ยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าโปรแกรมเป็นปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอย่างชัดเจน งานวิจัยในอนาคตควรใช้การออกแบบที่มีการควบคุม เช่น การมีกลุ่มควบคุมหรือการสุ่มจัดกลุ่ม เพื่อเสริมความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ และลดอิทธิพลของปัจจัยแทรกซ้อนจากสภาพแวดล้อมและลักษณะเฉพาะของผู้เข้าร่วม

4. การวิจัยนี้นำเสนอองค์ความรู้ใหม่ในรูปแบบ “นวัตกรรมเชิงพฤติกรรม” ที่ผสมผสานแรงจูงใจภายใน กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง และการดำเนินชีวิตจริง โดยอาศัยฐานทฤษฎีด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีหลักฐานรองรับ ประกอบด้วยประเด็นสำคัญดังนี้

- แนวทางออกแบบโปรแกรมสุขภาพที่บูรณาการ Self-Determination Theory, habit formation และ self-regulation สู่กิจกรรมปฏิบัติ การผสมผสานองค์ความรู้ระหว่างกรอบแนวคิดการกำหนดตนเอง (Self-Determination Theory) ซึ่งเน้นความต้องการพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่ autonomy-competence-relatedness^(8,9) ร่วมกับแนวคิดการสร้างนิสัย (habit formation) ที่ระบุว่าพฤติกรรมเกิดความเป็นอัตโนมัติเมื่อมีการปฏิบัติซ้ำในบริบทคงที่^(3,4) และการกำกับตนเอง (self-regulation) ซึ่งอาศัยความตั้งใจ การติดตาม และการปรับตัว⁽¹²⁾ ทำให้โปรแกรมสามารถเปลี่ยนแนวคิดทางทฤษฎีให้เป็นกิจกรรมจริง

ได้แก่ SMART goal → การสะท้อนตนเอง → แรงเสริมทางสังคม ส่งผลต่อความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ

- การเชื่อมโยงเป้าหมายสุขภาพเข้ากับความหมายส่วนบุคคล แทนการมุ่งเน้นรูปลักษณะภายนอก ผลการวิจัยสนับสนุนข้อเสนอของ Ingledeew และ Markland ที่ชี้ว่าแรงจูงใจเพื่อการออกกำลังกายที่ยั่งยืนต้องเชื่อมโยงกับ “คุณค่าภายใน” เช่น ความภูมิใจ ความสามารถหรือการเติบโตของตนเองมากกว่าการไล่ตามเป้าหมายเชิงสุนทรียภาพหรือรูปลักษณ์⁽¹³⁾ รูปแบบดังกล่าวช่วยลดความเสี่ยงต่อการหมดแรงจูงใจ (amotivation) และการถอนตัวก่อนเวลา

- การสร้างระบบสนับสนุนต้นทุ่นต่ำที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชน องค์กร หรือสถานศึกษา การใช้ช่องทางสื่อสารออนไลน์ เช่น กลุ่ม Line เพื่อให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ และกำลังใจ เป็นการสร้างแรงเสริมทางสังคมที่มีข้อได้เปรียบด้านต้นทุ่นต่ำและเข้าถึงได้ง่าย สอดคล้องกับหลักฐานว่าการสนับสนุนทางสังคมช่วยเสริมความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางสรีรวิทยาในระยะยาว⁽¹⁴⁾

- การใช้การประเมินสุขภาพแบบผสมผสาน ทั้งทางกายภาพและพฤติกรรม การประเมินองค์ประกอบร่างกาย เช่น รอบพุง มวลกล้ามเนื้อ และ BMI อ้างอิงหลักการประเมินของ American Council on Exercise⁽¹⁶⁾ และแนวทางสุขภาพะขององค์การอนามัยโลก^(2,15) ควบคู่กับตัวชี้วัดด้านพฤติกรรม เช่น วินัย ความมุ่งมั่น และการมีส่วนร่วม ส่งผลให้การประเมินสะท้อนพัฒนาการทั้งด้านร่างกายและจิตพฤติกรรมในระยะสั้นและระยะยาว

- การเสนอแนวทางสำหรับเมืองขนาดใหญ่ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ให้สอดคล้องกับ SDG 3: Good Health and Well-being งานวิจัยนำเสนอกรอบ intervention ที่ประยุกต์ใช้ได้จริงในพื้นที่เมือง ซึ่งประชาชนเผชิญข้อจำกัดด้านเวลา สิ่งแวดล้อม และความเร่งรีบของชีวิตประจำวัน โดยใช้แนวคิด multi-level behavioral ecology ที่เสนอว่าพฤติกรรมสุขภาพเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยหลายระดับ ตั้งแต่ตัวบุคคลจนถึงบริบททางสังคม⁽¹⁷⁾ กรอบดังกล่าวมีศักยภาพต่อการยกระดับสุขภาพะชุมชน และสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDG 3 ที่มุ่งส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชากรในระยะยาว

ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาโดยรวมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในชีวิตจริงได้ แม้มีข้อจำกัดด้านกลุ่มตัวอย่างและขาดการเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม แต่การวางแผนอย่างเป็นระบบและการเก็บข้อมูลที่ต่อเนื่อง ช่วยเสริมความน่าเชื่อถือของผลลัพธ์ การวิจัยในอนาคตควรใช้การทดลองแบบ RCT หรือการศึกษาเปรียบเทียบ

ข้ามกลุ่มประชากร เพื่อยกระดับองค์ความรู้ให้รองรับการขยายผลสู่ระบบสุขภาพในระดับประเทศต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะศิลปศาสตร์ประยุกต์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ ที่ได้ให้การสนับสนุนงบประมาณสำหรับการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของโครงการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Dishman RK, Heath GW, Lee IM. Physical activity epidemiology. Champaign, IL: Human Kinetics; 2004.
2. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behavior. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. Lally P, van Jaarsveld CHM, Potts HWW, Wardle J. How are habits formed: modelling habit formation in the real world. *Eur J Soc Psychol* 2010;40(6):998–1009.
4. Gardner B. A review and analysis of the use of ‘habit’ in understanding, predicting and influencing health-related behavior. *Health Psychol Rev* 2015;9(3):277–95.
5. Khruhadet P, Daengthongdee S, Chaengjenwet J, Mangthuek N, Rakkarn J. Perceptions of exercise behavior among people who exercised in Bangkok public parks. *Vajira Med J Urban Med J* 2019;63(6):455–66.
6. Sookhanaphibarn T, Sookhanaphibarn S, Chaotragool W, Kasemjit N. FitTech: design health promotion with mobile apps. 2024 IEEE 13th Global Conference on Consumer Electronics; 2024 Oct 29. Kitakyushu, Japan. New York: IEEE; 2024.
7. Pibooltaew PW, Sookhanaphibarn T, Chunin M, Sookhanaphibarn S. Enhancing fitness lifestyle via smart health tech in Line app. 2024 IEEE 13th Global Conference on Consumer Electronics; 2024 Oct 29. Kitakyushu, Japan, New York: IEEE; 2024.
8. Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Springer Science & Business Media; 1985.
9. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* 2000;55(1):68–78.
10. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot* 1997;12(1):38–48.
11. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model. *J Consult Clin Psychol* 1983;51(3):390–5.
12. Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
13. Ingledew DK, Markland D. The role of motives in exercise participation. *Psychol Health* 2008;23(7):807–28.
14. Uchino BN. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med* 2006;29(4):377–87.
15. World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behavior. Geneva: World Health Organization; 2021.
16. American Council on Exercise. ACE personal trainer manual. 5th ed. San Diego: American Council on Exercise; 2013.
17. Sallis JF, Owen N, Fisher EB. Ecological models of health behavior. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 1999.
18. ชูสิทธิ์ หิตอักษร, รุ่งนภา จันทรา, อัศนี วันชัย, จิรียา อินทนา. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย: การประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ* 2560;35(4):25–33.
19. American Heart Association. American heart association recommendations for physical activity in adults and kids [Internet]. 2021 [cited 2025 May 20]. Available from: <https://www.heart.org/en/healthy-living/fitness/fitness-basics/aha-recs-for-physical-activity-in-adults>
20. Nelson AG, Kokkonen J. Lifetime physical fitness and wellness: a personalized program. 15th ed. Boston: Cengage Learning; 2020.

The Effect of Exercise Encouragement Program on Thai People in Bangkok

Termpetch Sookhanaphibarn

Faculty of Applied Arts, King Mongkut's University of Technology North, Bangkok, Thailand

Abstract

Sedentary behavior and insufficient physical activity have become critical determinants of population health, particularly among working-age adults in urban environments where time limitations and environmental barriers hinder engagement in regular exercise. Sustainable health promotion in such contexts requires intervention strategies that cultivate intrinsic motivation and reinforce repeated behaviors, rather than relying solely on awareness campaigns or information provision. This study addresses this gap by developing and evaluating a habit-focused exercise program designed to integrate physical activity into participants' daily routines through positive goal setting, structured self-reflection, and sustained social reinforcement. A one-group pretest-posttest experimental design was conducted with 70 working-age adults living or working in Bangkok. The intervention spanned eight weeks and consisted of SMART goal setting, behavioral logging, weekly reflections, and supportive digital interactions with the research team. Statistical analyses included descriptive measures, one-tailed t-tests, Pearson's correlation, and multiple regression. The results demonstrated a significant reduction in waist circumference and a significant increase in muscle mass ($p < 0.05$). Health-oriented goals and personal discipline were correlated with physical outcomes ($p < 0.05$), while commitment and self-discipline emerged as key predictors of behavioral success ($p < 0.05$). These findings indicate that the program facilitated the transition from effortful decision-making to routine-based exercise behavior, consistent with habit-formation mechanisms. The program's integration of psychological motivation and real-life behavioral practices provides a feasible model for working adults and shows potential for broader implementation in community, educational, and organizational settings aiming to promote long-term health and well-being.

Keywords: behavior change; exercise habits; health behavior; health promotion program; intrinsic motivation

ผลของโปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวน้อย อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ

ชูศรี สมคำศรี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวน้อย จังหวัดชัยภูมิ

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวน้อย อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยสุ่มแบบเจาะจง แบ่งออกเป็น กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) การนำโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ระยะเวลา 10 สัปดาห์ สามารถทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรมีแนวโน้มดีขึ้น ถือเป็นการดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรได้

คำสำคัญ: ทฤษฎีแรงจูงใจ; การส่งเสริมสุขภาพ; พฤติกรรมการป้องกันอันตราย; สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

วันรับ: 15 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 22 พ.ย. 2568

วันที่ตอบรับ: 26 พ.ย. 2568

บทนำ

ประเทศไทยมีผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรจำนวนกว่า 8,094,954 คน (ครัวเรือน⁽¹⁾) และข้อมูลผู้ป่วยโรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจำนวน 10,130 คน คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 16.81 ต่อแสนคน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีพื้นที่ในการเพาะปลูกอ้อย ได้แก่ จังหวัดเลย หนองบัวลำภู อุดรธานี หนองคาย บึงกาฬ สกลนคร นครพนม ชัยภูมิ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ มุกดาหาร อำนาจเจริญ ยโสธร นครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ และอุบลราชธานี โดยมีพื้นที่ปลูกอ้อย 5,345,711 ไร่ เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560, 2561 จำนวน 300,759 ไร่ หรือร้อยละ 5.96⁽²⁾ เนื่องจากมีการปลูกอ้อยเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้มีการใช้สารเคมีเพิ่มมากขึ้นด้วย⁽³⁾

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ อัตราการป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืชพบว่า ภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 9 มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและลดลงแบบปีเว้นปี ในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราป่วยร้อยละ 26.88 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2561 ที่มีอัตราป่วยร้อยละ 21.24 จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุดคือ นครราชสีมา รองลงมาคือ สุรินทร์ บุรีรัมย์ และชัยภูมิ ตามลำดับ⁽⁴⁾ พื้นที่จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 561,795.58 ไร่ เกษตรกร 27,735 ครัวเรือน ปลูกอ้อย จำนวน 72 แปลง เกษตรกร 3,750 คน พื้นที่ 51,636.75 ไร่ อำเภอเกษตรสมบูรณ์เป็นอำเภอที่มีการปลูกอ้อยในพื้นที่เป็นจำนวนมาก พื้นที่ 47,783 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 52.7⁽⁵⁾ และพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวน้อยมีจำนวน 10 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 8 บ้านนาสีดา หมู่ที่ 9 บ้านหนองบัวน้อย หมู่ที่ 10 บ้านห้วยโป่ง หมู่ที่ 11 บ้านหลักแดน หมู่ที่ 12 บ้านน้อยพัฒนา หมู่ที่ 13 บ้านโนนสวรรค์ หมู่ที่ 14 บ้านหนองบัวพัฒนา หมู่ที่ 15 บ้านหนองบัว หมู่ที่ 19 บ้านหนองบัวใหญ่ และหมู่ที่ 20 บ้านทุ่งสีดา ทำการเกษตรปลูกอ้อยทั้ง 10 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่ประชากรส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพทางการเกษตรส่วนมากปลูกอ้อยอย่างแพร่หลายเนื่องจากพื้นที่มีโรงงานน้ำตาล ทำให้ประชาชนหันมา

ปลูกอ้อยเป็นจำนวนมากและในการทำเกษตรได้มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีพื้นที่ในการปลูกอ้อยจำนวน 700 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 60 มีเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย จำนวน 307 คน เกษตรกรส่วนใหญ่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชผสมฉีดพ่นมากกว่า 1 ชนิด ร้อยละ 73.9 และข้อมูลบริการทางด้านอาชีวอนามัยในคลินิกเกษตรกรได้มีการเจาะเลือดเกษตรกรที่ปลูกอ้อยเพื่อตรวจหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในร่างกายจำนวน 110 คน พบว่า เกษตรกรปลูกอ้อยมีผลเลือดในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย จำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5⁽⁶⁾

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาถึงผลของโปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวน้อย อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ เพื่อส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและมีพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอันจะนำมาซึ่งแนวทางสำหรับปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของเกษตรกรรวมทั้งการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่สนใจศึกษาต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์ก่อนและวัดหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวน้อย อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย ซึ่งประกอบด้วยการจัดกิจกรรม คือ การสร้างการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การสร้างความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี-

กำจัดศัตรูพืชและการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 30 คน สัปดาห์ที่ 1-2 สร้างการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สัปดาห์ที่ 3-5 สร้างความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการสร้างการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และสัปดาห์ที่ 6-10 เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามหลังการทดลอง ประเมินและสรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ เกษตรกรผู้ปลูกอ้อยที่มีผลผลิตในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวน้อย อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 60 คน ใช้การสุ่มแบบเจาะจง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างคุณสมบัติดังนี้

1. เกษตรกรผู้ปลูกอ้อย
2. มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
3. มีผลผลิตในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย
4. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และสร้างแบบสอบถามด้วยการปรับปรุงจากผลการศึกษาของจิตติมา ทับชม⁽⁷⁾ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการปลูกอ้อย ชนิดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ใช้ในไร้อ้อย ระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล อาการภายหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การได้รับข้อมูลข่าวสารและการอบรมเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำจำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองเพียง 1 คำตอบ ข้อคำถามประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ รวมทั้งสิ้น 11 ข้อ

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองเพียง 1 คำตอบ ข้อคำถามประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ รวมทั้งสิ้น 11 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองเพียง 1 คำตอบ ข้อคำถามประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ รวมทั้งสิ้น 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ สามารถทำได้ ไม่แน่ใจ และไม่สามารถทำได้ โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองเพียง 1 คำตอบ ข้อคำถามประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ รวมทั้งสิ้น 11 ข้อ

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย โดยให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับความคิดเห็นของตนเองเพียง 1 คำตอบ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ รวมทั้งสิ้น 12 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง มีการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างกรอบแนวคิดและกำหนดตัวแปรที่ชัดเจน เลือกประเภทเครื่องมือวิจัยที่เหมาะสม ประกอบด้วย โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี

แรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมกำกัดอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ผู้ปลูกอ้อย พัฒนาเครื่องมือจากจิตตสมา ทับชม⁽⁷⁾ ซึ่งประกอบด้วยการจัดกิจกรรม ดังนี้

1. ชุดโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องการสร้างการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การสร้างความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ได้แก่ กิจกรรมรู้ไว้ใช้ว่า เป็นเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กิจกรรมต้นอ้อยปัญหา ให้ความรู้อันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความเป็นพิษต่อร่างกายในการปลูกอ้อย และวิธีการป้องกันตนเองจากการปลูกอ้อย และเขียนปัญหาของตัวเองว่ามีอะไรบ้างที่ทำให้เสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และปัญหาที่คิดว่าไม่สามารถปรับพฤติกรรมได้

2. วิดีทัศน์สถานการณ์ความรุนแรงของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช แนวโน้มของอันตรายที่เกิดจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และผลกระทบจากการมีพฤติกรรมกำกัดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากสภาเกษตรกรแห่งชาติ⁽⁸⁾

3. วิดีทัศน์อันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความเป็นพิษต่อร่างกาย และสุขภาพผู้วิจัย บรรยายจากคลิปวิดีโอจากพัฒนาการถ่ายทอดเทคโนโลยี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินงานวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยมีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างแบบสอบถามซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์

2. นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความถูกต้องของภาษาและความตรงในเนื้อหา (content validity) เพื่อหาค่าความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence; IOC) พิจารณาให้คะแนน ดังนี้

ให้คะแนนเท่ากับ +1 เมื่อแน่ใจว่าวัดได้ตรงตามจุดประสงค์ ให้คะแนนเท่ากับ -1 เมื่อแน่ใจว่าไม่ตรงตามจุดประสงค์

ให้คะแนนเท่ากับ 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าวัดได้ตรงตามจุดประสงค์หรือไม่ใช่ เกณฑ์พิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.5-1.00 มีความเที่ยงตรงสูงถือว่าเป็นข้อสอบถามที่มีความสอดคล้องหากค่า IOC ต่ำกว่า 0.5 ต้องปรับปรุงก่อนนำไปทดลอง⁽⁹⁾ ตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือต่อไป ซึ่งได้ค่า IOC ของแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและพฤติกรรมกำกัดอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชรายข้อได้ค่าอยู่ในช่วง 0.66-1.00

3. นำเครื่องมือไปทดสอบ โดยนำไปทดลองกับกลุ่มเกษตรกร ตำบลบ้านลาด อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ในด้านของสภาพพื้นที่ ลักษณะการทำงาน ภาษาและวัฒนธรรม จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาความเที่ยง (reliability) โดยการนำคะแนนในส่วนของการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมกำกัดอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยการวิเคราะห์หาค่า Cronbach's alpha coefficient เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้มีคุณภาพโดยค่าความเที่ยงยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป⁽¹⁰⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่างมีขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลและข้อมูลทั่วไป โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด เปรียบเทียบคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Chi-square

2. การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การสร้างการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measure ANOVA)

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การสร้างการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ภายในกลุ่มทดลองและภายในกลุ่มเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามโดยใช้วิธี Bonferroni

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุญาตรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ เลขที่ 47/2567 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิในพื้นที่ เพื่อแจ้งถึงวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยจึงดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย และชี้แจงเรื่องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างขอความร่วมมือเป็นลายลักษณ์อักษรในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ จะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง จะทำลายข้อมูลภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว โดยเปิดเผยข้อมูลทางวิชาการในภาพรวมเท่านั้น หากโปรแกรมนี้มีประสิทธิภาพ หลังสิ้นสุดงานวิจัยผู้วิจัยจะนำโปรแกรมไปใช้กับกลุ่มควบคุมเพื่อให้เกิดความเท่าเทียมกัน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.0 มีพื้นที่ปลูกอ้อยน้อยกว่า 15 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 43.3 และมีการปลูกอ้อยอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 76.7 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.0 มีพื้นที่ปลูกอ้อยจำนวน 15-30 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 46.7 และมีการปลูกอ้อยอย่างเดียว คิดเป็นร้อยละ 73.3 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกลุ่มทดลอง มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชชนิดสารกำจัดวัชพืช คิดเป็นร้อยละ 100.0 ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในช่วงเช้า คิดเป็นร้อยละ 96.7 และมีการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในปริมาณตามที่ฉลากกำหนด คิดเป็นร้อยละ 83.3 กลุ่มเปรียบเทียบทุกคนใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชชนิดสารกำจัดวัชพืช คิดเป็นร้อยละ 100.0 และใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในช่วงเช้า คิดเป็นร้อยละ 100.0 และมีการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในปริมาณตามที่ฉลากกำหนด คิดเป็นร้อยละ 70.0 การใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล คิดเป็นร้อยละ 96.7 และส่วนใหญ่ใช้เสื้อแขนยาวคิดเป็นร้อยละ 93.3 กลุ่มเปรียบเทียบทุกคนใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล คิดเป็นร้อยละ 100 และส่วนใหญ่ใช้เสื้อแขนยาว คิดเป็นร้อยละ 96.7 อาการหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีอาการหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช คิดเป็นร้อยละ 86.7 และอาการที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่คือ อาการเวียนศีรษะคิดเป็นร้อยละ 10.0 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่มีอาการหลังการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช คิดเป็นร้อยละ 73.33 และอาการที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่คือ อาการเวียนศีรษะคิดเป็นร้อยละ 13.3 การเข้าถึงสารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีแหล่งที่มาของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชคือ ชื่อที่ร้านจำหน่ายสารเคมีทางการเกษตร คิดเป็นร้อยละ 96.7 และมีการเข้าถึงสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับง่าย คิดเป็นร้อยละ 86.6 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีแหล่งที่มาของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชคือ ชื่อที่ร้านจำหน่าย สารเคมีทางการเกษตร คิดเป็นร้อยละ 86.7 และมีการเข้าถึงสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ในระดับง่าย คิดเป็นร้อยละ 80.0 การได้รับข้อมูลข่าวสาร กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับการฝึกอบรมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 76.6 และมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่เกษตร คิดเป็นร้อยละ 73.3 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ได้รับการฝึกอบรมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 73.3 และมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่เกษตร คิดเป็นร้อยละ 66.7

2. การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ย

การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measure ANOVA)

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรง การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองและระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองและระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

การทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง และระยะติดตามผลกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

ตารางที่ 1 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		Mean difference	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช						
ก่อนการทดลอง	24.37	3.221	24.57	3.339	-0.200	0.814
หลังการทดลอง	27.33	2.397	23.23	2.909	4.100	<0.001*
ระยะติดตามผล	27.87	2.255	23.17	2.841	4.700	<0.001*

* $p < 0.05$

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		Mean difference	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช						
ก่อนการทดลอง	25.13	3.812	23.93	3.876	1.200	0.232
หลังการทดลอง	27.80	2.219	25.07	2.333	2.733	<0.001*
ระยะติดตามผล	27.13	2.529	25.03	2.100	4.167	0.002*

* p<0.05

ตารางที่ 3 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		Mean difference	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช						
ก่อนการทดลอง	24.87	4.175	23.40	3.470	1.467	0.144
หลังการทดลอง	28/03	1.751	14.87	3.655	3.166	<0.001*
ระยะติดตามผล	28.40	1.993	24.20	4.080	4.200	<0.001*

* p<0.05

ตารางที่ 4 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		Mean difference	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช						
ก่อนการทดลอง	26.23	2.430	25.97	2.470	0.267	0.675
หลังการทดลอง	28.60	4.082	24.63	4.098	3.967	<0.001*
ระยะติดตามผล	29.33	3.219	24.13	3.875	5.200	<0.001*

* p<0.05

การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 5

สรุป

กลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรมการประยุกต์ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช จะไม่มีกระบวนการสร้างการรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งทำให้ค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปร หลังทดลอง 2 สัปดาห์ และในระยะติดตามผล 10 สัปดาห์ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น โดยพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความคาดหวังในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปจากการดำเนินการศึกษาโปรแกรมการประยุกต์ ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกัน

อันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกร กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจะมีพฤติกรรม ไปในทางที่ดีขึ้น ส่วนในกลุ่มเกษตรกรที่ไม่ได้รับโปรแกรมนั้น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไปในทิศทางที่ลดลง ซึ่งต่อไปหาก ยังไม่มีการจัดกระทำหรือใส่โปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎี แรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกัน อันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชลงไปในกลุ่มนี้ เมื่อเวลาผ่านไปกลุ่มที่ไม่ได้จัดกระทำจะมีคะแนนลดลงเรื่อยๆ และจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตราย จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในทางที่ไม่ได้ในอนาคต

วิจารณ์

พฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี-กำจัดศัตรูพืช ผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า มีการเปลี่ยนแปลง ไปในทางที่ดี โดยคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองและ ในระยะติดตามผล ค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรการรับรู้ ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้โอกาส-เสี่ยงจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความคาดหวัง ในประสิทธิผลของการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี-กำจัดศัตรูพืช และการรับรู้ในความสามารถของตนเองในการ ป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชยังคงสูงกว่า ก่อนการทดลอง ส่งผลทำให้พฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตราย

ตารางที่ 5 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=30)		Mean difference	p-value
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช						
ก่อนการทดลอง	28.13	3.598	27.76	3.883	0.367	0.706
หลังการทดลอง	29.97	3.978	26.83	2.913	3.133	0.001*
ระยะติดตามผล	30.20	3.220	26.13	2.897	4.066	<0.001*

* $p < 0.05$

จากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) สอดคล้องกับการศึกษาของซอร์คัตต์ ผิวเกลี้ยง และพรสุข หุ่นนิรันดร์⁽¹¹⁾ เกษตรกรส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากพ่อค้าขายสารเคมี ร้อยละ 81.6 และได้รับคำปรึกษาจากผู้จำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 62.1 จากการศึกษาดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจะให้คำแนะนำแบบเชิงรุก เพื่อกระตุ้นให้เกษตรกรมีการป้องกันตนเองจากสารกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ ทองมาก⁽¹²⁾ ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า หลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และการปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรดีขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่า แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม จะมีพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น ส่วนในกลุ่มเกษตรกรที่ไม่ได้รับโปรแกรมนั้นมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไปในทิศทางที่ลดลง และพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (pesticide protective behaviors; PPBs) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนทดลอง พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่มีความแตกต่างกัน และเมื่อวิเคราะห์ภายในกลุ่มควบคุม พฤติกรรม

การป้องกันการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนและหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน แต่ในขณะที่กลุ่มทดลอง พบว่า หลังจากการทดลอง มีระดับพฤติกรรม การป้องกันการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้น และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ใช้ค่าอ้างอิงจากค่าระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสของอาสาสมัครสุขภาพดี สอดคล้องกับผลงานวิจัยของศิริพรรณ นาคน้อย และคณะ⁽¹³⁾ เมื่อวิเคราะห์ ความเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่า หลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง มีค่าระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายนิมิตร จรัสสุริยสกุล สาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อยในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวน้อย อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ประจำปี 2568 ขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านเตื่อ ผู้ใหญ่บ้านหรือผู้นำชุมชนทั้ง 10 หมู่บ้าน กำนันตำบลหนองบัวน้อย และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สนับสนุนให้มีการจัดการประชุมวางแผนการดำเนินงาน การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคต่อพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกอ้อย และประชุมสรุปผลการดำเนินงาน ทำให้มีแนวทางการดำเนินงานอย่างชัดเจน ขอขอบคุณผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอเกษตรสมบูรณ์ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวน้อยทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัย ทำให้การวิจัยสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. รายละเอียดภาวะเศรษฐกิจการเกษตร [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 ต.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <http://www.oae.go.th/view/รายละเอียดภาวะเศรษฐกิจการเกษตร/28911/TH-TH>
2. คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 3 มิ.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
3. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. รายงานประจำปี 2562 กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม: การจัดการของจังหวัดในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2563.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) ระดับจังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 3 มิ.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://hdc.moph.go.th/cpm/public/main>
5. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการอาชีพและผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ประจำปี พ.ศ. 2560-2564. นนทบุรี: สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม; 2560.
6. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวน้อย. รายงานประจำปี 2567: เอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานอาชีวอนามัยแบบอส 1-3 ประจำปี 2567. ชัยภูมิ: พัฒนาสื่อการเรียนการสอน; 2567.
7. จิตติมา ทับชม. ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกรไร่อ้อย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ 2557;11:50-69.
8. สภาเกษตรกรแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์สภาเกษตรกรแห่งชาติปี 2568-2573 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ต.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nfc.or.th/content/category/masterpiece/masterpiece>
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยสำหรับครู. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาสน์; 2546.
10. ประรณณา ทัดเทียมพงษ์. ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัด ศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว: กรณีศึกษาตำบลคูย์บ้านโอง อำเภอพราณกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย 2565;4:90-150.
11. ขจรศักดิ์ ผิวเกลี้ยง, พรสุข หุ่นนิรันดร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพ และความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2565;7(5):158-74.
12. เบญจมาศ ทองมาก. ประสิทธิภาพของโปรแกรมแรงจูงใจร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครราชสีมา: วิทยาลัยนครราชสีมา; 2560. 75 หน้า.
13. ศิริพรรณ นาคน้อย, อรรพรรณ แก้วบุญชู, ทศนีย์ รวีรกุล, กิตติพงษ์ หาญเจริญ, อัจฉรา เดชขุน. ผลของโปรแกรมป้องกันการรับสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต/คาร์บาเมตต่อพฤติกรรมป้องกันการสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืช ระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในซีรัม และค่า SDPTG aging index ในชาวนาไทย จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารพิษวิทยาไทย 2560;32(2):41-60.

The Effect of Motivation Theory Program for Health Promotion and Disease Prevention on Pesticide Hazard Prevention Behavior of Sugarcane Farmers in Nong Bua Noi Subdistrict Health Promotion Hospital, Kaset Sombun District, Chaiyaphum Province

Chusri Somkhamsri

Nong Bua Noi Subdistrict Health Promoting Hospital, Kaset Sombun District, Chaiyaphum Province, Thailand

Abstract

This research employed a quasi-experimental design to study the effect of a health promotion and disease prevention motivational theory program on pesticide hazard prevention behaviors among sugarcane farmers in the Nong Bua Noi Sub-district Health Promotion Hospital area, Kaset Sombun District, Chaiyaphum Province. The samples was divided into two groups: an experimental group and a comparison group, selected using purposive sampling. The experimental group consisted of 30 participants, and the control group 30 participants. Data were collected using questionnaires covering general information, perceived severity of pesticide use, perceived risk of pesticide exposure, expectations regarding the effectiveness of pesticide hazard prevention, perceived self-efficacy in pesticide hazard prevention, and pesticide hazard prevention behaviors. Data were analyzed using two-way repeated measures ANOVA. The results showed that after the intervention, the experimental group had higher average scores for perceived pesticide severity and perceived risk of pesticide exposure. The expected effectiveness of pesticide hazard prevention, perceived self-efficacy in pesticide hazard prevention, and pesticide hazard prevention behaviors showed statistically significant differences ($p < 0.01$) in the experimental group after the intervention and during the follow-up period compared to before the intervention. This indicates that the program applying the motivational theory of health promotion and disease prevention to sugarcane farmers' pesticide hazard prevention behaviors over a 10-week period can significantly improve the mean scores of farmers' pesticide hazard prevention behaviors, representing a positive change in farmers' pesticide hazard prevention behaviors.

Keywords: motivation theory; health promotion; harm prevention behavior; pesticides

การป้องกันและควบคุมโรค โดยการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิต ที่สำคัญ ในแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 สมาคมความดันโลหิตสูง- แห่งประเทศไทย

กฤษฎา ฐานะวุฒิกุล

กลุ่มงานอายุกรรม โรงพยาบาลเชียงใหม่ จังหวัดพะเยา

บทคัดย่อ

ภาวะโรคความดันโลหิตสูง พบได้บ่อยในประชากรชาวไทยมากถึง 14 ล้านคน และการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตจากหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นภาวะโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นโรคที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งระบบสาธารณสุขของไทย โดยภาวะโรคความดันโลหิตสูงสามารถป้องกันและควบคุมโรคโดยการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตให้เหมาะสม เช่น ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม การจำกัดเกลือในอาหาร เน้นให้รับประทานผักผลไม้ให้มาก ลดปริมาณไขมันในอาหารโดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ การพยายามจัดการความเครียดทางอารมณ์ และการพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมมลพิษทางเสียงและทางอากาศ ซึ่งหากผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตได้อย่างเหมาะสมและการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี ย่อมนำมาสู่การบรรลุการมีสุขภาพที่ดี สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

คำสำคัญ: ความดันโลหิต; การปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิต; การสร้างเสริมสุขภาพ

วันรับ: 3 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 7 พ.ย. 2568

วันตอบรับ: 13 พ.ย. 2568

บทนำ

ภาวะโรคความดันโลหิตสูง พบได้บ่อยในประชากรชาวไทยมากถึง 14 ล้านคน⁽¹⁾ และการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิตเพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตจากหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นภาวะโรคความดันโลหิตสูง จึงเป็นโรคที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งต่อระบบสาธารณสุขของไทย ทำให้มีการพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปอย่างต่อเนื่อง โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ทั้งนี้ข้อเสนอแนะแนวทางการรักษาฉบับล่าสุด พ.ศ. 2567⁽²⁾

มุ่งหมายให้การวินิจฉัยภาวะโรคความดันโลหิตสูงรวดเร็วมากขึ้น โดยวินิจฉัยเมื่อระดับความดันโลหิตตั้งแต่มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอทโดยทั่วไป รวมไปถึงความดันกลุ่มเสี่ยง ตั้งแต่มากกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มม.ปรอท⁽²⁾ และร่วมกับการพบอวัยวะเป้าหมายถูกทำลายอย่างเฉียบพลัน ควรวินิจฉัยว่าบุคคลเป็นโรคความดันโลหิตสูงเมื่อมาตรวจ พบว่า ความดันโลหิตที่วัดในสถานพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ของการวินิจฉัยภาวะโรคความดันโลหิตสูงจากการมารับการตรวจมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป⁽²⁾ นำมาสู่การรักษาได้อย่างทันที่ทั้งการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการรักษาด้วยการให้ยาอย่างเหมาะสม

ปัญหาโรคความดันโลหิตสูง

ภาวะความดันโลหิตที่ประชากรทั่วไปเป็น มีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease; CVD) การแบ่งระดับค่าของความดันโลหิตตามแนวเวชปฏิบัติให้ง่ายต่อการวินิจฉัยและการรักษาในเวชปฏิบัติมีหลากหลายสมาคม เช่นเดียวกับสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ได้ออกแนวเวชปฏิบัติ ปี พ.ศ. 2567⁽²⁾ ได้มีการปรับเปลี่ยนจากแนวเวชปฏิบัติ ปี พ.ศ. 2562⁽³⁾ ที่เพิ่มภาวะความดันโลหิตเริ่มสูง (กลุ่มเสี่ยง) เพื่อมาเพิ่มความตระหนักในการรักษา ดังตารางที่ 1

นิยามของภาวะความดันโลหิตสูง

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ให้วินิจฉัย ภาวะความดันโลหิตสูงจากการวัดความดันโลหิตในสถานพยาบาล (office BP measurement) หรือ การวัดความดันโลหิตที่บ้าน (home BP measurement; HBPM) หรือ การวัดความดันโลหิต 24 ชั่วโมง (24-hour ambulatory blood pressure monitoring; ABPM) โดยต้องวัดให้ถูกวิธี ความดันโลหิตที่วัดได้จะถูกแบ่งตามเกณฑ์⁽²⁾ ดังตารางที่ 2 ส่วนวิธีการวัดความดันโลหิต ด้วยวิธีที่ถูกต้อง⁽²⁾

ตารางที่ 1 นิยาม และการแบ่งระดับความดันโลหิตสูง⁽²⁾

	ซิสโตลิก		ไดแอสโตลิก
วัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล	>140	และ/หรือ	>90
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต 24 ชั่วโมง	>130	และ/หรือ	>80
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตอนกลางวัน	>135	และ/หรือ	>85
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตอนกลางคืน	>120	และ/หรือ	>70
วัดความดันโลหิตที่บ้าน	>135	และ/หรือ	>85

ตารางที่ 2 ความดันโลหิตที่ใช้วินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงจากการวัดแบบต่างๆ⁽²⁾

	ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก (มม. ปรอท)		ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก (มม. ปรอท)
ความดันโลหิตที่เหมาะสม	<120	และ	<80
ความดันโลหิตปกติ	120-129	และ/หรือ	<80
ความดันโลหิตเริ่มสูง (กลุ่มเสี่ยง)	130-139	และ/หรือ	80-89
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1	140-159	และ/หรือ	90-99
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2	160-179	และ/หรือ	100-109
ความดันโลหิตสูงระดับที่ 3	>180	และ/หรือ	>110
ความดันโลหิตสูง เฉพาะซิสโตลิก	>140	และ	<90
ความดันโลหิตสูง เฉพาะไดแอสโตลิก	<140	และ	>90

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

1. Primary or essential or idiopathic hypertension คือ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ พบประมาณร้อยละ 90-95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง⁽⁴⁾

2. Secondary hypertension คือ โรคความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุพบประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บางโรคสามารถให้การรักษาให้หายขาดได้ เช่น มีความผิดปกติของต่อระบบต่อมไร้ท่อ โรคทางหลอดเลือดและหัวใจ หรือเกิดจากการรับประทานยาที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง เป็นต้น⁽⁵⁾

พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงหลายประการ ได้แก่ พันธุกรรม เพศ อายุ เชื้อชาติ ภาวะน้ำหนักเกิน การสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูง เป็นต้น⁽⁵⁾

วิธีการวัดความดันโลหิต ด้วยวิธีที่ถูกต้อง

1. ก่อนวัดความดันโลหิตไม่ควรรับประทานอาหารหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ไม่ให้สูบบุหรี่ หรือไม่ออกกำลังกาย

ภาพที่ 1 วิธีการวัดความดันโลหิตด้วยวิธีที่ถูกต้อง



เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 30 นาที และถ้าหากมีอาการปวด-ปัสสาวะ ให้ไปปัสสาวะก่อน

2. นิ่งพักอย่างน้อย 5 นาที ก่อนวัดความดันโลหิต
3. นิ่งเก้าอี้โดยให้หลังพิงพนัก และหลังตรงเพื่อไม่ให้หลังเกร็ง

4. งดพูดคุยระหว่างวัด
5. วัดความดันโลหิตในแขนข้างที่ไม่ถนัด หรือข้างที่มีความดันโลหิตสูงกว่า โดยวางแขนไว้บนพนักโต๊ะเรียบ (arm cuff) ให้อยู่ในระดับเดียวกับกับหัวใจ

6. ไม่เกร็งแขนและไม่กำมือขณะวัด
7. เท้าทั้ง 2 ข้าง วางราบกับพื้น ไม่ไขว่ห้างเพื่อให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย ดังภาพที่ 1⁽²⁾

การวินิจฉัยภาวะโรคความดันโลหิตสูง

ในการวัดความดันโลหิตแต่ละครั้ง ให้ทำการวัดอย่างน้อย 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 1-3 นาที โดยทั่วไปการวัดครั้งแรกมักมีค่าสูงที่สุด หากพบผลจากการวัดสองครั้งต่างกันมากกว่า 5 มม.ปรอท ควรตรวจเพิ่มอีก 1-2 ครั้ง แล้วนำผลทั้งหมดมาหาค่าเฉลี่ยและต้องวัดความดันโลหิตให้ถูกวิธีในการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง โดยสมาคม-

หมายเหตุ: ดัดแปลงจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย⁽²⁾

ความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย ในแนวทางเวชปฏิบัติ ปี พ.ศ. 2562⁽³⁾ แนะนำว่าผู้ที่สงสัยว่าจะมีความดันโลหิตสูง เมื่อได้รับการวัดความดันโลหิต จะแบ่งเป็น 4 ระดับ ตามระดับความดันโลหิตสูง ตั้งแต่มากกว่าเท่ากับ 130/80 มม.ปรอท ร่วมกับการตรวจว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในเกณฑ์สูง ไปจนถึงมากกว่า 180/110 มม.ปรอท และมีการวัดความโลหิตซ้ำ ทั้งรูปแบบ HBPM หรือ ABPM 2 ครั้ง ภายใน 1-3 เดือน ตามระดับความเสี่ยง เพื่อมาช่วยในการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

แต่ในแนวทางเวชปฏิบัติ ปี พ.ศ. 2567 ฉบับใหม่นี้⁽²⁾ เกณฑ์วินิจฉัยใหม่ สามารถให้วินิจฉัยโรคได้เลย ดังภาพที่ 2 กล่าวคือ ควรวินิจฉัยว่าบุคคลเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อตรวจพบว่า ความดันโลหิตที่วัดในสถานพยาบาลอยู่ในเกณฑ์ของการวินิจฉัยภาวะโรคความดันโลหิตสูงจากการมารับการตรวจมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป⁽²⁾

แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตที่สำคัญ

ควรได้มีการปรับวิถีการดำเนินชีวิต และได้รับการรักษาด้วยยาเมื่อมีข้อบ่งชี้ กล่าวคือ การปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิต

(lifestyle modification) เพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยทุกราย ประกอบด้วย

1. การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน

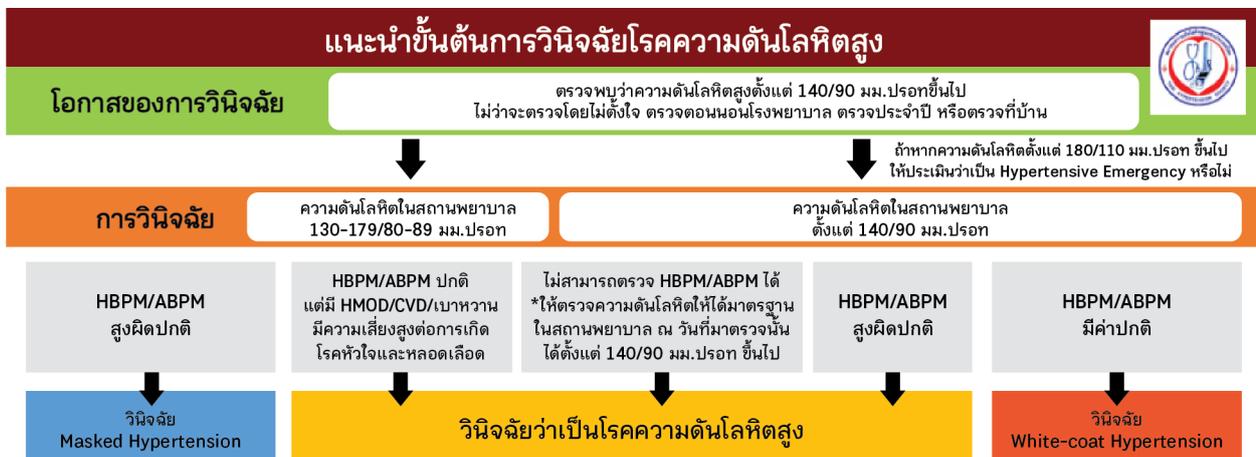
ภาวะโรคอ้วน ประเมินได้โดยการใช้ค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) ที่คิดได้จากน้ำหนัก (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง หน่วยเมตรยกกำลังสอง หากมีค่า BMI ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ตร.ม. ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะโรคอ้วน สำหรับคนเอเชียแล้วนั้น ใช้ค่าที่ BMI ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 23 กก./ตร.ม. ถือว่ามีภาวะน้ำหนักเกิน⁽²⁾

คำแนะนำสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน กำหนดเป้าหมายให้ดัชนีมวลกายเท่ากับ 18.5 ถึง 22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร และมีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน สำหรับคนไทยผู้ชายน้อยกว่า 90 ซม. และผู้หญิงน้อยกว่า 80 ซม. หรือไม่เกินส่วนสูงหารด้วยสอง ทั้งเพศชาย และเพศหญิง⁽²⁾ ทั้งนี้ ควรทำการลดน้ำหนักระยะยาว ด้วยกระบวนการการปรับความคิดและพฤติกรรมบำบัด (cognitive behavioral therapy; CBT) การรักษาด้วยยาลดน้ำหนัก หรือรักษาด้วยการผ่าตัด ตามข้อบ่งชี้⁽²⁾ โดยการลดน้ำหนักจะมีประสิทธิผลในการลดความดันโลหิตซิสโตลิก ได้ 5 ถึง 20 มม.ปรอท ต่อน้ำหนักตัว 10 กิโลกรัม⁽²⁾

2. การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

การรับประทานอาหารประเภท DASH (dietary approach to stop hypertension) โดยให้รับประทาน

ภาพที่ 2 แนวทางการดูแลรักษาความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป โดยสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2567



หมายเหตุ: ดัดแปลงจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย⁽²⁾

ผัก ผลไม้ให้มาก ลดปริมาณไขมันในอาหาร โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว⁽²⁾

ควรแนะนำให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ทุกมื้อ โดยในแต่ละมื้อมีปริมาณอาหารที่เหมาะสม ควรแนะนำให้ใช้สูตรเมนูอาหาร 2:1:1 ตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁶⁾ กล่าวคือ แบ่งจานแบนขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 9 นิ้วออกเป็น 4 ส่วน เท่าๆ กัน โดย 2 ส่วนเป็น ผักอย่างน้อย 2 ชนิด อีก 1 ส่วนเป็นข้าว หรืออาหารที่มาจากแป้ง และอีก 1 ส่วนเป็นโปรตีน โดยเน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมันและเนื้อปลาและควรแนะนำให้รับประทานผักและผลไม้ในปริมาณที่เหมาะสม โดยทุกมื้อควรมีผลไม้สดที่มีรสหวานน้อยร่วมด้วย ในปริมาณ 1 ส่วน (ผลไม้ 1 ส่วน คือ ผลไม้ผลขนาดกลาง 1 ผล หรือผลไม้ผลขนาดเล็ก 4-6 ผล หรือผลไม้หั่นชิ้นวางชั้นเดียวขนาดรองจานกาแฟ หรือประมาณ 6-8 ชิ้นคำ) โดยเน้นการรับประทานผักใบและผลไม้รวมกันอย่างน้อย 5 ส่วน (ผักใบ 1 ส่วน คือ ผักดิบ 2 ท็อป หรือผักสุก 1 ท็อป) หรือให้ได้น้ำหนักรวมกันอย่างน้อย 400 กรัม (ผักหรือผลไม้ 1 ส่วน มีน้ำหนัก 80 กรัม) เพื่อให้ร่างกายได้รับ โปแทสเซียม แมกนีเซียม แคลเซียม และใยอาหาร⁽²⁾ การรับประทานอาหารประเภท DASH นี้จะมีประสิทธิผลการลดความดันโลหิตซิสโตลิก ได้ 8 ถึง 14 มม.ปรอท⁽⁷⁾

3. การจำกัดเกลือและโซเดียมในอาหาร

องค์การอนามัยโลกกำหนดปริมาณการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมไว้คือ ไม่เกินวันละ 2 กรัม เพื่อป้องกัน NCDs และยังช่วยลดความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง⁽⁸⁾ ปริมาณโซเดียม 2 กรัม เทียบเท่ากับเกลือแกง (โซเดียม-คลอไรด์) 1 ช้อนชา (5 กรัม) หรือน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 3-4 ช้อนชา โดยน้ำปลาหรือซีอิ๊วขาว 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 350-500 มก. และผงชูรส 1 ช้อนชา มีโซเดียมประมาณ 500 มก.⁽²⁾

สามารถเลือกใช้เครื่องปรุงที่ใช้สารทดแทนเกลือ (salt substitute) เป็นทางเลือกในการลดโซเดียมได้ อย่างไรก็ตามแนะนำให้ลดการใช้เครื่องปรุงรสเค็มทุกประเภท เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการลดเค็มอย่างยั่งยืนในระยะยาว

แนะนำให้กินอาหารสดตามธรรมชาติ หลีกเลี่ยงอาหารที่ผ่านการแปรรูป และหลีกเลี่ยงการปรุงรสเค็มมากเกินไป

ความจำเป็นเพื่อลด/เลี่ยงการได้รับโซเดียมในปริมาณมาก ลดการบริโภคแหล่งอาหารที่มีสารประกอบโซเดียมอื่น ๆ ที่อาจไม่มีรสเค็ม เช่น เบกกิ้งโซดา หรือผงฟู (โซเดียม-ไบคาร์บอเนต) ในขนมปังและเค้ก เป็นต้น⁽²⁾ การลดเกลือและโซเดียมจะมีประสิทธิผลในการลดความดันโลหิตซิสโตลิก ได้ 2 ถึง 8 มม.ปรอท⁽⁷⁾

4. การเพิ่มกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

ควรออกกำลังกายแบบแอโรบิก อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน โดยสามารถเลือกออกกำลังกายที่ระดับความหนักแตกต่างกันได้หลายแบบ ดังนี้⁽²⁾

ระดับปานกลาง หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นร้อยละ 50-70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ (อัตราชีพจรสูงสุดคำนวณจาก 220 ลบด้วย จำนวนปีของอายุ) รวมเป็นระยะเวลาเฉลี่ยสัปดาห์ ละ 150 นาที⁽²⁾

ระดับหนักมาก หมายถึง ออกกำลังกายจนชีพจรเต้นมากกว่าร้อยละ 70 ของชีพจรสูงสุดตามอายุ ควรออกกำลังกายเฉลี่ยสัปดาห์ละ 75-90 นาที⁽²⁾

โดยการออกกำลังกายจะมีประสิทธิผลในการลดความดันโลหิตซิสโตลิกได้ 4 ถึง 9 มม.ปรอท⁽⁷⁾

5. การจำกัดหรืองดการดื่มแอลกอฮอล์

ไม่แนะนำให้ดื่ม หรือถ้าดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่แล้ว ควรจำกัดปริมาณ กล่าวคือ ผู้หญิงไม่เกิน 1 ดื่มมาตรฐาน (standard drink) ต่อวัน และผู้ชายไม่เกิน 2 ดื่มมาตรฐาน ต่อวัน ร่วมกับมีวันที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละสัปดาห์ (alcohol-free days)⁽²⁾ โดยปริมาณ 1 ดื่มมาตรฐานของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ประมาณ 10 กรัม⁽²⁾ การงดการดื่มแอลกอฮอล์จะมีประสิทธิผลในการลดความดันโลหิตซิสโตลิก ได้ 2 ถึง 4 มม.ปรอท⁽⁷⁾

6. การเลิกบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่

การสูบบุหรี่แนะนำให้เลิก ทั้งการสูบบุหรี่มวน บุหรี่ไฟฟ้า (e-cigarette) เน้นการเลิกบุหรี่มวนและบุหรี่ไฟฟ้าโดยการปรับพฤติกรรม ไม่มีการใช้ยาหรือสารทดแทนนิโคติน ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แนะนำให้หลีกเลี่ยง การสูดควันบุหรี่ (second-hand หรือ passive smoking) การเลิกบุหรี่อาจไม่ได้มีผลต่อการลดความดันโลหิตโดยตรง แต่สามารถช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้⁽²⁾

7. หลีกเลี้ยงสิ่งแวดล้อมมลพิษทางเสียงและทางอากาศ

แนะนำให้หลีกเลี้ยงสิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษทางเสียงและมลพิษทางอากาศ เป็นต้น⁽²⁾

8. การจัดการความเครียดทางอารมณ์และการพักผ่อนที่เพียงพอ

แนะนำให้มีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ร่วมกับการใช้เทคนิคเสริมเพื่อจัดการความเครียด เช่น การฝึกสมาธิ (meditation), การฝึกการหายใจ (breathing control) ฟังเพลง ฝึกโยคะ เป็นต้น⁽²⁾ การนอนหลับให้เพียงพอ 7-9 ชม.ต่อวัน⁽⁷⁾

สรุปภาพแนวทางการการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตที่สำคัญ ดังภาพที่ 3 และ 4

การสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการสร้างเสริมสนับสนุนด้านสุขภาพโดยให้บุคคลมีการปฏิบัติและการพัฒนาสุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพเพื่อให้บรรลุการมีสุขภาพที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข⁽¹⁰⁾ อันจะนำมาสู่ความยั่งยืนด้านระบบสุขภาพ อย่างแท้จริง โดยเฉพาะของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของประเทศไทย เราสามารถนำหลักการด้านสุขภาพ Ottawa Charter มาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพได้⁽¹¹⁾ ดังนี้

ภาพที่ 3 การปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตที่สำคัญ

012-357

0 ควรเลิกบุหรี่ และหลีกเลี้ยงควันบุหรี่

1 ควรจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ผู้หญิงไม่เกิน 1 ตมมาตรฐาน (standard drink) และผู้ชายไม่เกิน 2 ตมมาตรฐานต่อวัน) ร่วมกับมีวันที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละสัปดาห์

2 กำหนดปริมาณการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสมไว้คือ ไม่เกินวันละ 2 กรัม

- ลดน้ำหนักให้ได้อย่างเหมาะสมตามเป้าหมาย

3 ออกกำลังกายแบบแอโรบิก ระดับกลาง เช่น เดินอย่างน้อย 3 กิโลเมตร อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน อย่าง 5 วันต่อสัปดาห์ (150 นาทีต่อสัปดาห์)

1 โดยเน้นการรับประทานผักใบ และผลไม้รวมกันอย่างน้อย 5 ส่วน

2 การจัดการความเครียดที่เหมาะสม และหลีกเลี้ยงสิ่งแวดล้อมมลพิษทางเสียงและทางอากาศ 7 วันต่อสัปดาห์

หมายเหตุ: ดัดแปลงจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย⁽²⁾

ภาพที่ 4 การปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตที่สำคัญ



หมายเหตุ: ดัดแปลงจากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567 และแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555 ของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย^(2,7)

1. Create Healthy Public Policy: การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เช่น การกำหนดให้คนในชุมชนงดการดื่มเหล้าและการสูบบุหรี่ ในช่วงเทศกาลสำคัญ โดยเฉพาะทางศาสนา รวมไปถึงการมีมาตรการสนับสนุนร้านค้าที่ส่งเสริมการลดเค็ม การสุ่มตรวจเมนูอาหาร รวมถึงให้รางวัลกับร้านค้าที่ส่งเสริมอาหารเพื่อสุขภาพ เช่น การลดหวาน มัน เค็ม เป็นต้น นอกจากนี้กำหนดให้มีการออกกำลังกายร่วมกันในชุมชน เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง⁽¹¹⁾

2. Creative Supportive Environment: จัดพื้นที่ออกกำลังกายในโรงเรียนและชุมชนไม่ให้มีการขายเครื่องดื่มสุรา และบุหรี่ ขนมหวาน เครื่องดื่มหวาน มีชมรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการศึกษาส่งเสริมการเลือกทานอาหารลดโซเดียมลดเค็ม มีกิจกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการรณรงค์ในการลดน้ำหนัก⁽¹¹⁾

3. Develop Personal Skill: การสอนทักษะผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ถึงเรื่องการเตรียมอาหาร การอ่านฉลากอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นต้น⁽¹¹⁾

4. Strengthen Community Action: มีโครงการรณรงค์ในชุมชน ร้านอาหารลดเกลือ ลดเค็ม และมีการคัดกรองภาวะอ้วนในชุมชน การมีชมรมในชุมชนเพื่อส่งเสริมโภชนาการและการออกกำลังกาย⁽¹¹⁾

5. Reoriented Health Service System: มีคลินิก

NCDs ลดความดันโลหิตที่ครบวงจร ทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ครบทั้ง 8 ข้อดังกล่าวข้างต้น ยกกระดับคลินิกไร้พุงให้บริการปรึกษาและรักษาภาวะอ้วนอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างยั่งยืนระยะยาว⁽¹¹⁾

วิจารณ์

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุขไทยที่สำคัญ เนื่องจากส่งผลให้เกิดภาวะความเจ็บป่วยรวมถึงทุพพลภาพและเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของประชากรไทยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ด้วยเหตุนี้ การป้องกันและควบคุมโรคจึงมีความสำคัญ โดยแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไปปี พ.ศ. 2567⁽²⁾ ได้เขียนถึงประเด็นสำคัญด้านการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตที่สำคัญทั้ง 8 ด้าน ดังสรุปในภาพที่ 3 และ 4 อันจะช่วยสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและการที่มีการใช้กลยุทธ์หลัก 5 กลยุทธ์ถือเป็นสิ่งสำคัญซึ่งหากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้นำไปบูรณาการและประยุกต์ใช้กับงานด้านสาธารณสุขงานส่งเสริมสุขภาพ ก็จะช่วยให้ปัญหาที่เกิดจากภาวะความดันโลหิตสูงลดลงได้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและประชาชนคนไทยโดยทั่วไปได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสื่อสารความเสี่ยง กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. ธรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2567 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=43037&deptcode=brc&news_views=9102
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2567. กรุงเทพมหานคร: ทรिक อินค์; 2567.
3. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: ทรिक อินค์; 2562.
4. Harrison DG, Coffman TM, Wilcox CS. Pathophysiology of hypertension: the mosaic theory and beyond. *Circulation Research* 2021;28(7):847-63.
5. Rimoldi SF, Scherrer U, Messerli FH. Secondary arterial hypertension: when, who, and how to screen? *Eur Heart J* 2014;35(19):1245-54.
6. กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ. 2:1:1 รหัสลดพุง ควบคุมน้ำหนัก [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/120165>
7. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555. กรุงเทพมหานคร: ทรिक อินค์; 2555.
8. World Health Organization. WHO global report on sodium intake reduction. Geneva: World Health Organization; 2023.
9. Charchar FJ, Prestes PR, Mills C, Ching SM, Neupane D, Marques FZ, et al. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. *Journal of Hypertension* 2024;42(1):23-49.
10. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ความหมายของนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/?p=166968>
11. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.

Update Lifestyle Modification for the Prevention and Management of High Blood Pressure, Hypertension Association of Thailand 2024

Kritsada Thanawutthikul

Department of Internal Medicine, Chiang Kham Hospital, Phayao Province, Thailand

Abstract

Up to 14 million Thai people are thought to have high blood pressure and increased risk of death from stroke and coronary heart disease. Therefore, the state of elevated blood pressure is a serious disease in Thailand. Hypertension can be prevented and treated by making healthy lifestyle decisions, such as maintaining a healthy weight, reducing salt intake, promoting the consumption of more fruits and vegetables, lowering dietary fat, especially saturated fat, exercising regularly, getting enough sleep, avoiding alcohol and tobacco, managing emotional stress, and making an effort to avoid noise and air pollution. In order to achieve overall well-being in terms of physical, mental, social, and intellectual health, patients with high blood pressure will need to successfully modify their behaviors and promote good health to live a happy life in the society.

Keywords: hypertension; health promotion; lifestyle modification

พลวัตสุขภาพวิถีชาติพันธุ์ลาหู่ในพื้นที่ชายขอบของภาคเหนือ ประเทศไทย: การสังเคราะห์องค์ความรู้และแนวทางการ บูรณาการภูมิปัญญาเข้ากับระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่

อนาวิน ภัทรภาคินวรกุล¹, อองดาว ประกายนำสุข²

¹ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

² สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับพลวัตสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ในบริบทพื้นที่ชายขอบของภาคเหนือประเทศไทย เป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้ผ่านการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา ร่วมกับการสะท้อนข้อมูลจากประสบการณ์ภาคสนาม เพื่อสะท้อนภาพรวมสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ผลการศึกษาพบว่า ชาวลาหู่มีระบบความเชื่อและวิธีการดูแลสุขภาพที่ยึดโยงกับมิติทางวัฒนธรรมและธรรมชาติ หรือภูมิปัญญาท้องถิ่นอย่างเข้มแข็ง เช่น การใช้สมุนไพร การเรียกขวัญ และระบบเครือญาติ อย่างไรก็ตาม ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสังคมและนโยบายสุขภาพจากรัฐที่เป็นรูปแบบบนลงล่าง ส่งผลให้ชาวลาหู่ยังคงเผชิญอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสถานะบุคคล (การไร้สัญชาติ) ระยะทางที่ห่างไกล และช่องว่างของการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับชุมชน จากผลการศึกษา เสนอแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืน โดยเน้นการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับระบบการแพทย์สมัยใหม่ และส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำและสร้างสุขภาวะที่ดีที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาติพันธุ์ลาหู่อย่างแท้จริง

คำสำคัญ: ชาติพันธุ์ลาหู่; ภูมิปัญญาสุขภาพท้องถิ่น; ความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพ; พื้นที่ชายขอบ; การบูรณาการบริการสุขภาพ

วันรับ: 15 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 27 พ.ย. 2568

วันตอบรับ: 30 พ.ย. 2568

บทนำ

ในบริบทของสังคมไทยที่ประกอบด้วยความหลากหลายทางชาติพันธุ์และวัฒนธรรมอย่างเข้มข้น การทำความเข้าใจเรื่อง “สุขภาพ” จึงไม่สามารถจำกัดความไว้เพียงมิติทางชีวภาพ หรือแนวทางทางการแพทย์กระแสหลักเพียงเท่านั้น แต่ควรถูกพิจารณาผ่านกรอบคิดที่มีความละเอียดอ่อนและเชื่อมโยงกับบริบททางวัฒนธรรม อัตลักษณ์ และความเชื่อของแต่ละกลุ่มทางสังคมอย่างลึกซึ้ง⁽¹⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ในกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชายขอบของรัฐ ซึ่งการนิยาม “สุขภาพ” หรือ “การเจ็บป่วย” อาจมีนัยทางสังคมจิตวิทยา และพิธีกรรมร่วมอยู่ในกระบวนการทัศน์ของชุมชนอย่างแนบแน่น กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ (มุเซอ) เป็นกลุ่มชาติพันธุ์หนึ่งที่ตั้งถิ่นฐานอยู่ในพื้นที่ภูเขาทางภาคเหนือของประเทศไทย โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และแม่ฮ่องสอน ชาวลาหู่มีรูปร่างสันทนต์ และมีลักษณะเฉพาะในด้านวัฒนธรรมการแต่งกายที่มีเอกลักษณ์⁽²⁾ ซึ่งส่วนใหญ่มีสีสันทันตสี รวมถึงภาษาและชื่อเรียกที่เป็นของตนเอง แม้ว่า

จะไม่มีอักษรเขียน แต่ภาษาของชาวลาหู่ก็มีความสำคัญ ในการสื่อสารและถ่ายทอดความรู้ทางวัฒนธรรมและประเพณี จากรุ่นสู่รุ่น การดำรงชีวิตของชาวลาหู่มักเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ที่เชื่อมโยงกับการทำไร่เลื่อนลอยและการล่าสัตว์ ซึ่งเป็น กิจกรรมที่มีความสำคัญทั้งในแง่ของการหาเลี้ยงชีพและการรักษาความสมดุลทางธรรมชาติ ในอดีตชาวลาหู่ใช้การล่าสัตว์เป็นวิธีการหลักในการหาผลิตภัณฑ์จากสัตว์ต่างๆ เช่น เลือด ซึ่งมีความเชื่อมโยงกับความศักดิ์สิทธิ์และวิญญาณ ของบรรพบุรุษ ซึ่งการล่าหรือการแบ่งปันเนื้อเลือดเป็นกิจกรรม ที่แสดงถึงความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของชุมชน บ้านของ ชาวลาหู่ส่วนใหญ่มีลักษณะยกพื้นสูง เพื่อป้องกันสัตว์ร้าย และน้ำท่วม ซึ่งเป็นวิธีการสร้างบ้านที่เหมาะสมกับสภาพ- แวดล้อมภูเขา ชุมชนลาหู่มักตั้งอยู่ในพื้นที่สูง ที่มีการเข้าถึง ที่ยากลำบากและห่างไกลจากความเจริญทางเทคโนโลยี และโครงสร้างพื้นฐาน เป็นหนึ่งในข้อจำกัดที่ยังคงพึ่งพา ระบบสุขภาพเชิงวัฒนธรรมกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่⁽³⁾ และชุมชน กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่มีวิถีชีวิต วัฒนธรรม และระบบความเชื่อ ที่มีลักษณะเฉพาะตน การดูแลสุขภาพในชุมชนลาหู่จึงมีใช่ เพียงการเยียวยาร่างกาย แต่ยังเป็นกระบวนการทางสังคม และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงคน ชุมชนและธรรมชาติไว้ด้วยกัน อย่างสอดคล้องประสาน ทั้งผ่านบทบาทของหมอพื้นบ้าน การใช้ พิษสมุนไพร การปฏิบัติพิธีกรรมเพื่อเรียกขวัญ หรือแม้แต่ การยึดถือจารีตประเพณีในการรักษาคุณภาพชีวิต^(4,5) ในขณะเดียวกัน ระบบบริการสุขภาพของรัฐยังคงตั้งอยู่ บนฐานคิดแบบชีวการแพทย์ (Biomedical Model) แนวคิด ทางการแพทย์ที่มุ่งเน้นการวินิจฉัยและการรักษาโรคจาก มุมมองทางชีววิทยาและทางการแพทย์แบบวิทยาศาสตร์ โดยเน้นที่สาเหตุทางกายภาพของโรคและการรักษาที่ใช้ วิธีทางการแพทย์และเภสัชกรรมเพื่อบรรเทาอาการหรือ รักษาโรค ขึ้นอยู่กับความเข้าใจในกระบวนการทางชีวภาพ ของร่างกายมนุษย์ อย่างไรก็ตาม George Engel⁽⁶⁾ ได้วิจารณ์ เกี่ยวกับโมเดลชีวการแพทย์และเสนอให้มีการพัฒนาแนวคิด ที่ครอบคลุมปัจจัยทางจิตใจและสังคมในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นการสร้างความเข้าใจว่าโรคไม่ใช่แค่ผลของการผิดปกติ ทางชีวภาพ แต่ยังรวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัย ทางจิตใจและสังคมด้วย และ Morris⁽⁷⁾ วิจารณ์การใช้โมเดล ชีวการแพทย์ในวงการแพทย์ และเสนอข้อจำกัดในการ เข้าใจโรคและสุขภาพ โดยชี้ให้เห็นถึงการละเลยปัจจัย

ทางสังคม และจิตใจที่มีผลต่อการเจ็บป่วย โดยการให้ คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการแก้ไขและผสมผสานการคิดทาง จิตวิทยาและสังคมในการศึกษาและรักษาโรค ซึ่งแม้จะมี ประสิทธิภาพในเชิงเทคโนโลยีและการรักษาเฉพาะทาง แต่กลับมีข้อจำกัดในการเข้าถึงและสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้ง ต่อวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์ที่ดำรงอยู่ท่ามกลางบริบท ทางวัฒนธรรมที่ซับซ้อน

กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ในภาคเหนือของประเทศไทย ประสบปัญหาด้านสุขภาพที่มีความเสี่ยงสูงกว่าประชากร ทั่วไป โดยเฉพาะในด้านอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งสะท้อนถึง ความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มี คุณภาพและความยั่งยืน^(8,9) มิงงานวิจัยของ Suratana และ คณะ⁽¹⁰⁾ ได้พัฒนาและประเมินประสิทธิภาพของแบบจำลอง การดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่มุ่งเน้น ชุมชน (Community-Based Reproductive Health Care Model; CRHC) ในกลุ่มสตรีลาหู่ โดยพบว่า การศึกษาและ การฝึกอบรมที่ปรับให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมของชุมชน สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพเจริญพันธุ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในด้านการดูแลสุขภาพมารดาในระหว่างตั้งครรภ์ ในขณะที่ยานวิจัย ของ Yan และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษาความแตกต่างในการใช้บริการ สุขภาพมารดาและเด็กระหว่างสตรีชนเผ่าพื้นเมืองและ สตรีอื่นในมณฑลยูนนาน ประเทศจีน พบว่า ผู้หญิงชนเผ่า- พื้นเมืองมีอัตราการใช้บริการอนามัยมารดาและเด็กต่ำกว่า ผู้หญิงอื่น โดยเฉพาะในเรื่องของการฝากครรภ์ในไตรมาสแรก และการฉีดวัคซีนในเด็กเล็ก ซึ่งสะท้อนถึงอุปสรรคทางสังคม และวัฒนธรรมที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษา เหล่านี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาแบบจำลอง การดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชนชน เผ่า เพื่อเพิ่มการเข้าถึงและประสิทธิภาพของบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีความ หลากหลายทางวัฒนธรรม จากข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ สุขภาพและสิทธิประกันสุขภาพ เนื่องจากชุมชนลาหู่มีสถานะ ทางสังคมที่ไม่เป็นทางการ อาทิ การไร้สัญชาติและการ ตั้งถิ่นฐานในพื้นที่ห่างไกลที่การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ยังคงมีอุปสรรคทั้งในด้านการเดินทางและคมนาคม แม้เวลา จะผ่านไป แต่ปัญหาเดิมยังคงเรื้อรังและทวีความซับซ้อนขึ้น ในรูปแบบใหม่^(12,13) การพัฒนาระบบสุขภาพอย่างยั่งยืน

ในพื้นที่ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องทบทวนแนวคิดการพัฒนาที่ใช้รูปแบบบนลงล่าง (top-down) กล่าวคือ รูปแบบการพัฒนาจากบนลงล่าง ซึ่งมักเป็นการสั่งการเชิงนโยบายเดียวที่ใช้ทั่วประเทศ (one size fits all) โดยไม่ได้คำนึงถึงความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมเฉพาะถิ่น ขาดกระบวนการหารือหรือทำความเข้าใจบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชนอย่างแท้จริง ส่งผลให้รูปแบบบริการที่จัดให้อาจมีความทันสมัยในเชิงเทคนิค แต่กลับขัดแย้งกับวิถีความเชื่อและข้อปฏิบัติทางจิตวิญญาณของชาวลาหู่ ทำให้เกิดช่องว่างและความไม่ไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการที่เน้นการควบคุมจากหน่วยงานส่วนกลาง มาเป็นการส่งเสริมการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างแพทย์-สมัยใหม่และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สั่งสมมานานในชุมชน⁽¹⁴⁾ ซึ่งหากดำเนินการปรับปรุงรูปแบบดังกล่าวได้ก็จะสามารถส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพในลักษณะที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ชายขอบและยั่งยืนมากขึ้นได้

บทความนี้จึงมุ่งนำเสนอการวิเคราะห์เชิงวิชาการต่อแนวคิดและวิธีปฏิบัติด้านสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ โดยเน้นการสังเคราะห์องค์ความรู้ที่เชื่อมโยงกับวัฒนธรรมระบบความเชื่อ และภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อนำไปสู่การสร้าง ความเข้าใจต่อสุขภาพในมิติองค์รวม และเป็นฐานคิดในการออกแบบนโยบายหรือแนวทางการสนับสนุนสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับวิถีชีวิตของกลุ่มชาติพันธุ์อย่างแท้จริง โดยสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับพลวัตสุขภาพวิถีชาติพันธุ์ลาหู่ และเสนอแนวทางการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ ด้วยการทบทวนและสะท้อนภาพแนวคิด ความเชื่อ และพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในมุมมองของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ผ่านการสังเคราะห์เอกสารร่วมกับข้อมูลจากประสบการณ์ตรงในพื้นที่ และศึกษาบทบาทของภูมิปัญญาท้องถิ่น และวิถีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของชาวลาหู่ ภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ชายขอบ รวมทั้งเสนอแนวทางในการเชื่อมโยง และบูรณาการวัฒนธรรมสุขภาพของชาติพันธุ์ลาหู่เข้ากับระบบการแพทย์สมัยใหม่ เพื่อลดช่องว่างและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

บทความนี้ใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสานวิธี (mixed methods approach)⁽¹⁵⁾ โดยเน้นการสังเคราะห์เอกสารวิชาการ (documentary synthesis) ร่วมกับการสะท้อนข้อมูลจากประสบการณ์ตรงในพื้นที่ (direct field experience) ของผู้นิพนธ์ และได้วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การสังเคราะห์เอกสารวิชาการ⁽¹⁶⁾ ผู้นิพนธ์ได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมแบบพรรณนา (narrative review) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกและขอบเขตการศึกษา ดังนี้

แหล่งข้อมูล: สืบค้นจากฐานข้อมูลวิชาการระดับชาติและนานาชาติ (PubMed, Google Scholar) รวมถึงรายงานสถานการณ์สุขภาพของหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

คำค้นสำคัญ: ชาติพันธุ์ลาหู่ (Lahu ethnic) ภูมิปัญญาสุขภาพ (health wisdom) การแพทย์พื้นบ้าน (ethnomedicine) พื้นที่ชายขอบ (border health)

จากการสืบค้นเอกสารเบื้องต้นผ่านฐานข้อมูลวิชาการและแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง พบเอกสารจำนวนทั้งสิ้น 125 ฉบับ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพและตรงตามวัตถุประสงค์การศึกษา ผู้นิพนธ์ได้กำหนดเกณฑ์การคัดออก และทำการคัดกรองเอกสารจนเหลือฉบับที่นำมาใช้สังเคราะห์จริงจำนวน 44 ฉบับ โดยมีรายละเอียดขั้นตอนเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้

1) เกณฑ์การคัดเข้า

ด้านเนื้อหา: คัดเลือกเอกสารที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ หรือกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ในบริบทของภาคเหนือของประเทศไทยและพื้นที่ชายแดน ระบบความเชื่อ พิธีกรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ระบบความเชื่อและพิธีกรรมรักษาโรค อนามัยแม่และเด็กในกลุ่มชาติพันธุ์ (เช่น การเรียกขวัญ การสืเทียน) สถานะทางสุขภาพ พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข (เช่น ความไร้สัญชาติ ภาษา) และทฤษฎีทางมานุษยวิทยาการแพทย์และโมเดลสุขภาพ ที่ใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์

ด้านประเภทของเอกสาร: ครอบคลุมทั้งบทความวิจัย บทความวิชาการ ตำรา/หนังสือ วิทยานิพนธ์ และรายงานจากองค์กรที่น่าเชื่อถือ

ด้านภาษา: เอกสารฉบับเต็มที่เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ด้านระยะเวลา: ไม่จำกัดปีที่ตีพิมพ์สำหรับเอกสารที่เป็นทฤษฎีพื้นฐานและประวัติศาสตร์ชาติพันธุ์ (เช่น งานของ Kleinman⁽¹⁾ ในช่วงปี 1980s เพื่อให้เห็นรากเหง้าทางวัฒนธรรม แต่เน้นเอกสารที่ตีพิมพ์ในช่วง 10 ปีหลัง (ค.ศ. 2015–2025) สำหรับข้อมูลสถานการณ์สุขภาพและนโยบายสาธารณสุขที่เป็นปัจจุบัน

2) เกณฑ์การคัดออก บทความที่ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็ม หรือบทความที่ไม่สมบูรณ์ บทความที่มีเนื้อหาซ้ำซ้อนกัน บทความที่ศึกษาในบริบทที่ไม่สามารถเทียบเคียงกับพื้นที่ชายขอบของประเทศไทยได้ และบทความแสดงความคิดเห็นส่วนบุคคลที่ไม่มีการอ้างอิงทางวิชาการรองรับได้ทำการคัดเลือกเอกสารออกจากรวมทั้งสิ้น 81 ฉบับ โดยจำแนกตามสาเหตุหลักได้ดังนี้

เอกสารที่มีความซ้ำซ้อน จำนวน 30 ฉบับ เนื่องจากการสืบค้นจากหลายฐานข้อมูล (เช่น Google Scholar, TCI, PubMed) ทำให้พบรายการบทความซ้ำกัน จึงตัดออกให้เหลือเพียงรายการเดียว

เนื้อหาไม่ตรงกับบริบทการศึกษา จำนวน 35 ฉบับ บทความที่ศึกษาในกลุ่มชาติพันธุ์อื่นที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมลาหู่ บทความที่ศึกษาบริบทพื้นที่ต่างประเทศที่สภาพสังคมแตกต่างจากพื้นที่ชายขอบของไทยอย่างสิ้นเชิง (เช่น กลุ่มลาหู่ในเวียดนามหรือลาว ที่มีบริบทนโยบายรัฐต่างกัน) บทความที่เน้นด้านภาษาศาสตร์หรือเกษตรกรรมเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีมิติด้านสุขภาพหรือความเป็นอยู่ที่ดี

ประเภทของเอกสารและข้อจำกัดการเข้าถึง จำนวน 16 ฉบับ บทความที่ไม่สามารถเข้าถึงฉบับเต็ม บทความ

แสดงความคิดเห็น ข่าวลึ้น หรือบทความจากเว็บไซต์ที่ไม่ปรากฏรายชื่อผู้แต่งหรือการอ้างอิงที่ชัดเจนตามหลักวิชาการ ดังตารางสรุปกระบวนการคัดเลือก ดังตารางที่ 1

2. ประสบการณ์ตรงจากพื้นที่ศึกษา (direct experience)⁽¹⁷⁾ ข้อมูลเชิงลึกในบทความนี้ส่วนหนึ่งได้มาจากการปฏิบัติงานจริงของผู้นิพนธ์ในพื้นที่อำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีความหนาแน่นของประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่สูง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านกระบวนการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการปฏิบัติงานร่วมกันในระบบบริการสุขภาพชุมชนตลอดระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่โดยเน้นศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการชาวลาหู่กับบุคลากรทางการแพทย์ ปัญหาหน้างานในการสื่อสาร และการสังเกตการณ์พิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวัน เพื่อนำมาตรวจสอบความถูกต้อง กับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสาร

3. การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)⁽¹⁸⁾ จากเอกสารที่ผ่านการคัดเลือกทั้ง 44 ฉบับ นำมาศึกษาและวิเคราะห์ด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา โดยผู้นิพนธ์ได้ดำเนินการตามขั้นตอน ได้แก่ (1) การทำความเข้าใจเนื้อหา โดยอ่านและทบทวนรายละเอียดของเอกสารฉบับเต็มอย่างละเอียด เพื่อจับใจความสำคัญและบริบทของการศึกษา (2) การจัดหมวดหมู่ประเด็นโดยจำแนกข้อมูลออกเป็นกลุ่มประเด็นหลักตามเนื้อหาที่สอดคล้องกัน เชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้เห็นภาพรวมของระบบสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ และ(3) การสังเคราะห์เนื้อหาโดยเรียบเรียงและตีความข้อมูลในแต่ละประเด็น เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของบทความ โดยแบ่งการนำเสนอผลการศึกษาออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ วัฒนธรรมกับแนวคิด ความเชื่อ

ตารางที่ 1 สรุปกระบวนการคัดเลือกการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนการคัดเลือก	จำนวน (ฉบับ)	หมายเหตุ
1. การสืบค้นเบื้องต้น	125	สืบค้นจากฐานข้อมูลและหนังสือที่เกี่ยวข้อง
2. การคัดออก	81	ไม่ใช่กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่/ไม่ใช่เรื่องสุขภาพ
- คัดออกเนื่องจากซ้ำซ้อน	30	
- คัดออกเนื่องจากเนื้อหาไม่ตรงกับบริบท - คัดออกเนื่องจากประเภทเอกสาร/ไม่มีฉบับเต็ม	35 16	
3. เอกสารที่คัดเลือกนำมาศึกษา	44	นำมาสังเคราะห์ในบทความนี้

สุขภาพในมุมมองกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ภูมิปัญญาท้องถิ่น ในการดูแลสุขภาพตนเองวัฒนธรรมสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์-ลาหู่กับการบูรณาการแพทย์สมัยใหม่ และข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ผลการศึกษา

1. การทบทวนและสะท้อนภาพ แนวคิด ความเชื่อ และ พิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในมุมมองของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ผ่านการสังเคราะห์เอกสารร่วมกับข้อมูลจากประสบการณ์ตรงในพื้นที่

วัฒนธรรมกับแนวคิด ความเชื่อ สุขภาพในมุมมอง ชาติพันธุ์ลาหู่: ในมุมมองของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่มีความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งและซับซ้อน ซึ่งเชื่อมโยงกับความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาที่แตกต่างจากแนวคิดสุขภาพในมุมมองของสังคมไทยทั่วไป ความเชื่อในเรื่องสุขภาพของชาวลาหู่ไม่เพียงแต่เป็นกระบวนการทางการแพทย์หรือวิทยาศาสตร์เท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับมิติทางสังคม จิตวิญญาณ และประเพณีดั้งเดิมที่ถูกถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น โดยเฉพาะการเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพทางร่างกายกับจิตใจ ความเชื่อทางศาสนา และการรักษาที่มาจากภูมิปัญญาท้องถิ่น^(19,20) โดยสรุปตามบริบทให้เข้าใจได้ง่ายในแต่ละประเด็นสำคัญดังนี้

1. การเข้าใจสุขภาพในบริบทของชาติพันธุ์ลาหู่ สุขภาพถูกมองในแง่ของความสมดุลที่เกี่ยวข้องกับทั้งร่างกายและจิตใจ การเจ็บป่วยอาจไม่จำกัดแค่ปัญหาทางร่างกาย แต่ยังรวมถึงความผิดปกติทางจิตวิญญาณที่เกิดจากความไม่สมดุลในชีวิต เช่น การละเมิดกฎเกณฑ์ทางสังคม หรือการทำลายสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของชุมชน ความเจ็บป่วยในบริบทนี้สามารถถูกมองว่าเป็นการส่งสัญญาณเตือนจากโลกวิญญาณ หรือเป็นผลจากการสะสมกรรมในอดีต ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งระหว่างสุขภาพกับศีลธรรม จิตวิญญาณ และการปฏิบัติตามขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิมของชุมชน⁽¹⁹⁻²¹⁾

2. การรักษาสุขภาพด้วยภูมิปัญญาพื้นถิ่น มักจะใช้สมุนไพรและวิธีการทางธรรมชาติที่สอดคล้องกับความเข้าใจในเรื่องของการรักษาความสมดุลของร่างกายและจิตใจในการรักษาโรคต่างๆ เช่น การใช้สมุนไพรจากพืชในท้องถิ่น

เช่น ว่านหางจระเข้ ขมิ้น หรือแม้กระทั่งการใช้การรักษาทางจิตใจที่เกี่ยวข้องกับการสะเดาะเคราะห์ บัดเป่าผี หรือการทำพิธีกรรมเพื่อเสริมสร้างความสมดุลระหว่างคนและธรรมชาติ และยังมียังมีองค์ความรู้ด้านสมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้านของลาหู่มีความหลากหลายและลุ่มลึก สืบทอดผ่านระบบเครือญาติ โดยเฉพาะบทบาทของหมอพื้นบ้านซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้เจ็บป่วยในระดับครัวเรือนและชุมชน ตัวอย่างเช่น หมอพื้นบ้านรายหนึ่งในพื้นที่ได้รับการถ่ายทอดความรู้จากบิดามารดาเมื่ออายุ 30 ปี โดยเน้นการรักษา-แผลเปิด แผลติดเชื้อ หรือผิวหนังพุพองด้วยสมุนไพรเดี่ยว เช่น ว่านหางจระเข้ (ลาหู่เรียก ว่านหางจระเข้) ใบบัวบก (ลาหู่เรียก ผักหนอก Phak-nok) ขมิ้น (ลาหู่เรียก ออเปะชิ หรือ Aw-peh-shi) หรือพืชเฉพาะถิ่นที่เรียกว่า “ผะจ่อ” และ “ยาแก่” วิธีการรักษามีขั้นตอนตั้งแต่การสังเกตลักษณะแผล การเตรียมยาพอก การติดตามผลหลังการรักษา โดยพืชสมุนไพรที่ลาหู่ใช้ในการดูแลสุขภาพมีมากมาย แบ่งตามระบบร่างกาย ได้แก่

1) กลุ่มโรคทางเดินอาหาร เช่น ยาผะจ่อ (Ya-phachho) ตำรับยาแก้ปวดท้อง) ใบฝรั่ง (ลาหู่เรียก มะกุกยี่ หรือ Ma-kui-si) และขมิ้น (ลาหู่เรียก ออเปะชิ หรือ Aw-peh-shi) ซึ่งนิยมนำมาต้มดื่มเพื่อบรรเทาอาการปวดท้องและท้องร่วง

2) กลุ่มโรคผิวหนัง เช่น ว่านหางจระเข้ (ลาหู่เรียก ว่านหางจระเข้ ตามภาษาถิ่น) และน้ำมันหมี (ลาหู่เรียก พาน้ำมัน หรือ Hpa-nam-man) ซึ่งเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมในการรักษาแผลสดและแมลงสัตว์กัดต่อย

3) กลุ่มโรคทางเดินหายใจ เช่น มะแว้ง (ลาหู่เรียก มะแว้ง) ขิง (ลาหู่เรียก ออเปะ หรือ Aw-peh) ช่วยขับลมและแก้หวัด และมะนาว (ลาหู่เรียก ทุสะมะ หรือ Thu-sa-meh)

4) กลุ่มโรคทางเดินปัสสาวะ เช่น หญ้าคา (ลาหู่เรียก หญ้าคา) กระจับแดง (ลาหู่เรียก สัมพอดี หรือ Som-phor-dee ตามภาษาถิ่นเหนือ) และตะไคร้ (ลาหู่เรียก จะไคหรือ Ja-khai บ้างเรียก เชื้อซื่อหรือ Cheu-seu)

5) กลุ่มสมุนไพรบำรุงและถอนพิษ เช่น รางจืด (ลาหู่เรียก รางจืด) ฟ้าทะลายโจร (ลาหู่เรียก ฟ้าทะลายโจร), รากบานไม่รู้โรย (ลาหู่เรียก ตะล่อม หรือ Ta-lom) และ โหระพา (ลาหู่เรียก โหระพา) เป็นต้น^(11,19,20)

3. การมองสุขภาพในมิติร่างกายและจิตใจ การดูแลสุขภาพในมุมมองของชาวลาหู่จึงไม่ได้แยกการรักษาร่างกายและจิตใจออกจากกัน แต่ทั้งสองเป็นสิ่งที่ต้องดูแลควบคู่กันไป ตัวอย่างเช่น การรักษาจากการบาดเจ็บหรือโรคภัยที่อาจเกิดขึ้นจากสาเหตุทางกายภาพ เช่น การบาดเจ็บจากการทำไร่หรือการล่าสัตว์จะต้องได้รับการรักษาด้วยสมุนไพร แต่ในขณะเดียวกัน ชาวลาหู่ก็จะมีการทำพิธีทางจิตวิญญาณเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและความสงบทางจิตใจของผู้ป่วยด้วย การรักษาทางจิตวิญญาณในลาหู่ไม่ได้เป็นเพียงแค่เรื่องของศาสนาหรือพิธีกรรมเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงการให้ความสำคัญกับการรักษาอารมณ์และจิตใจของผู้ป่วยที่อาจส่งผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพโดยรวม การใช้พลังงานทางจิตวิญญาณในการรักษาความเจ็บป่วยจึงเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่เป็นธรรมชาติและองค์รวม^(19,22)

4. ปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อน ที่ชาวลาหู่ต้องเผชิญ มักประสบกับความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพจากภาครัฐ เนื่องจากข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่เข้าใจวัฒนธรรมท้องถิ่น และการขาดสิทธิทางกฎหมาย การไม่มีสัญชาติที่ส่งผลต่อการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลที่เท่าเทียม⁽²¹⁻²³⁾ แม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการพัฒนาระบบสาธารณสุข แต่กลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงชายขอบของประเทศไทย โดยเฉพาะชาวลาหู่ ยังคงเผชิญกับความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในด้านอนามัยแม่และเด็ก จากการศึกษาล่าสุดพบว่า หญิงตั้งครรภ์ชาวลาหู่ในพื้นที่ชายขอบยังเข้าถึงบริการฝากครรภ์คุณภาพได้ไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ โดยมีอุปสรรคสำคัญคือ ระยะทางที่ห่างไกล และข้อจำกัดด้านสถานะทางกฎหมาย ที่ทำให้เกิดความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและการเดินทางออกนอกพื้นที่⁽²⁴⁾ นอกจากนี้ ปัญหาการตีตรา (stigma) และอุปสรรคทางภาษาในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ ยังเป็นปัจจัยผลักดันให้หญิงชาวลาหู่บางส่วนเลือกที่จะคลอดบุตรที่บ้านโดยอาศัยหมอด่าแยพื้นบ้าน (traditional birth attendants) มากกว่าการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อสุขภาพของแม่และเด็ก⁽²⁵⁾ ในด้านสุขภาพเด็ก พบว่า เด็กกลุ่มชาติพันธุ์ในภาคเหนือมีอัตราการได้รับวัคซีนพื้นฐานไม่ครบตามเกณฑ์ และล่าช้ากว่าเด็กไทยทั่วไป สาเหตุหลักมาจากความรอบรู้

สุขภาพ ความยากจน และการขาดระบบติดตามที่มีประสิทธิภาพในพื้นที่ชายขอบ ส่งผลให้เด็กกลุ่มนี้ยังคงมีความเสี่ยงต่อโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน รวมถึงปัญหาภาวะทุพโภชนาการที่ยังพบได้บ่อยในเด็กก่อนวัยเรียนชาวลาหู่ ซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคและความมั่นคงทางอาหารของครัวเรือน⁽²⁶⁾

5. แนวทางการพัฒนาสุขภาพในชุมชนลาหู่ ต้องให้ความสำคัญกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภูมิปัญญาท้องถิ่นและการแพทย์สมัยใหม่ พร้อมทั้งพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์และข้อจำกัดของชุมชน การศึกษาและพัฒนาโมเดลการดูแลสุขภาพที่มีความยืดหยุ่นและสามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้ จะช่วยให้กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่สามารถปรับปรุงและรักษาคุณภาพชีวิตได้อย่างยั่งยืน ในมุมมองมานุษยวิทยาการแพทย์ (medical anthropology) สุขภาพไม่ใช่เพียงสภาวะทางชีวภาพ แต่เชื่อมโยงกับความเชื่อ ระบบคุณค่า และพิธีกรรมในสังคม เช่นเดียวกับกลุ่มลาหู่ ที่มองว่า ความเจ็บป่วย อาจเกิดจากความไม่สมดุลของพลังชีวิต หรือการละเมิดสิ่งศักดิ์สิทธิ์ แนวคิดสุขภาพองค์รวม (holistic health) จึงมีความสำคัญในการเข้าใจมิติทางกาย ใจ จิตวิญญาณ และสังคม ที่อยู่ร่วมกันอย่างไม่แยกจากกัน^(19,22)

2. บทบาทของภูมิปัญญาท้องถิ่น และวิถีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองของชาติพันธุ์ลาหู่ ภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ชายขอบ

ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเอง: ชาติพันธุ์ลาหู่เชื่อว่าความเจ็บป่วยเกิดจากการเสียสมดุลระหว่างมนุษย์กับธรรมชาติ ทั้งนี้ ในทัศนะของลาหู่ ความเป็นอยู่ที่ดี (well-being) มิได้หมายถึงเพียงการปราศจากโรคทางกายเท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงความปกติสุขของความสัมพันธ์ในเครือญาติ ความสามัคคีในชุมชน และความสมดุลระหว่างมนุษย์กับสิ่งเหนือธรรมชาติ ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญที่ยึดโยงจิตวิญญาณของพวกเขาไว้ด้วยกัน “พวกเราคือนักล้าเสือ” ตามบันทึกของร้อยแก้ว คำมาลา⁽²⁷⁾ เป็นคำกล่าวที่สะท้อนความภาคภูมิใจในอัตลักษณ์ของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ซึ่งมีต้นกำเนิดจากทิวเขาดอนใต้ก่อนอพยพลงมาจากตอนใต้ของจีนและเข้าสู่เขตชายแดนพม่า-ไทย โดยคำว่า “ลา” หมายถึง “เสือ” และ “หู่” แปลว่า “หมู่บ้านหรือกลุ่ม

แบ่งปัน” ซึ่งสะท้อนวัฒนธรรมการอยู่ร่วมกันและการแบ่งปันหลังการล่าสัตว์ โดยเฉพาะเสื้อซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของความกล้าหาญและความแข็งแกร่งของบรรพบุรุษ^(22,23) วิถีชีวิตดั้งเดิมของลาหู่มีรากฐานอยู่กับธรรมชาติและจิตวิญญาณ ความเข้าใจสุขภาพของลาหู่จึงมิได้แยกขาดจากความเชื่อในสิ่งเหนือธรรมชาติ หากแต่เชื่อมโยงถึงความสมดุลระหว่างร่างกาย วิญญาณ และชุมชน กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ถือเป็นหนึ่งในชนกลุ่มน้อยที่พูดภาษากลุ่มทิเบต-พม่า (Tibeto-Burman) และส่วนหนึ่งยังมีร่องรอยภาษาจีนและไทใหญ่ เนื่องจากการอพยพและการตั้งถิ่นฐานในเขตชายแดนจีน พม่า และไทย ซึ่งส่งผลให้ภาษาและวัฒนธรรมของลาหู่มีความหลากหลายและยืดหยุ่น⁽²⁸⁾

ในประเทศไทย ลาหู่กระจายอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ เชียงราย ตาก และกำแพงเพชร โดยเฉพาะในเขตอำเภอปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งยังปรากฏร่องรอยของวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ดั้งเดิมที่บอกเล่าผ่านตำนาน ภาษา การแต่งกาย และการประกอบพิธีกรรมแบบดั้งเดิมของกลุ่มชนนี้^(29,30) จากงานวิจัยของรัศมี โชคปัญญาไพศาล และคณะ^(31,32) พบว่า บริเวณแหล่งโบราณคดีปางมะผ้า จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งเป็นพื้นที่สูงทางภาคเหนือของประเทศไทย มีหลักฐานการตั้งถิ่นฐานของมนุษย์ในช่วงปลายยุคน้ำแข็ง (late Pleistocene) โดยเฉพาะใน ถ้ำผีแมน (Tham Lod rockshelter) และ ถ้ำบ้านไร่ (Ban Rai rockshelter) ซึ่งมีอายุประมาณ

34,000–12,000 ปีมาแล้ว การขุดค้นพบกระดูกสัตว์-เลี้ยงลูกด้วยนมในวงศ์ Caprinae เช่น เลียงผา กวางผาจีน กวางผาถิ่นใต้ และกวางผาหิมาลัย ซึ่งบ่งชี้ว่ามนุษย์ยุคนั้นมีการพึ่งพิงสัตว์ป่าในพื้นที่ภูเขาสูงในการยังชีพ⁽³²⁾ ข้อมูลจากซากกระดูกสัตว์เหล่านี้สะท้อนถึงวิถีชีวิตแบบล่าสัตว์-เก็บของป่า (hunter-gatherer) ที่มีความเกี่ยวโยงอย่างแนบแน่นกับสิ่งแวดล้อมภูเขา ลักษณะการดำรงชีวิตดังกล่าวมีความสอดคล้องกับวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ในปัจจุบัน ซึ่งยังดำรงอยู่ในพื้นที่ภูเขาสูง และมีการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน ทั้งในการรักษาพื้นถิ่นผ่านสมุนไพร การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และความเชื่อทางจิตวิญญาณที่สืบทอดจากบรรพบุรุษ^(31,32)

กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ในประเทศไทยแบ่งกลุ่มตามลักษณะสีของเครื่องแต่งกายดั้งเดิมเป็นสองกลุ่มใหญ่ ได้แก่ ลาหู่แดง และลาหู่ดำ โดยเฉพาะในเพศหญิง ซึ่งแต่เดิมแต่งกายด้วยเสื้อผ้าสีแดงหรือดำล้วน แต่ปัจจุบันมีความหลากหลายเพิ่มขึ้น เช่น สีน้ำเงิน แดง ขาว หรือดำ โดยประดับด้วยเม็ดเงินเม็ดเล็กๆ ปักตามหน้าอก แขนเสื้อ หรือชายกระโปรง ดังภาพที่ 1 เครื่องแต่งกายเหล่านี้สะท้อนอิทธิพลของวัฒนธรรมต้นกำเนิดจากทิเบตและจีน เช่นเดียวกับประเพณีการประดับ ธงสี (prayer flags) ในพิธีสำคัญอย่างพิธีปีใหม่ หรือพิธีกินข้าวใหม่ ที่ยังคงรักษาไว้ในหลายชุมชน

ภาพที่ 1 ลักษณะสีเครื่องแต่งกายดั้งเดิมของชาติพันธุ์ลาหู่ในประเทศไทย



“ผู้นำแห่งจิตวิญญาณชุมชนลาหู่” โตโบ หรือ ปูจอง/ ปูจ้อง คือผู้นำทางจิตวิญญาณของชุมชนลาหู่ที่ได้รับความเคารพนับถือจากสมาชิกในชุมชน มีบทบาทสำคัญในการประกอบพิธีกรรมตามความเชื่อดั้งเดิม เช่น การสะเดาะเคราะห์ รักษาความเจ็บป่วยทางจิตใจ และการขอพรจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์เพื่อความอุดมสมบูรณ์ของชุมชน โตโบถือเป็นผู้ที่สามารถสื่อสารกับพระเจ้า ผี หรือพลังเหนือธรรมชาติได้ โดยต้องมีศีลธรรมสูง และปฏิบัติตนเป็นแบบอย่าง การเป็นโตโบต้องสืบทอดจากรุ่นก่อน และได้รับการยอมรับจากสมาชิกในชุมชน โตโบต้องถือศีลอย่างน้อย 2 ข้อสำคัญคือ ไม่ล่วงละเมิดสามีภรรยาผู้อื่น และไม่เสพสุรายาเสพติด หากฝ่าฝืนจะไม่มีสิทธิ์ดำรงตำแหน่ง บทบาทของโตโบครอบคลุมทั้งด้านจิตวิญญาณ สังคม และวัฒนธรรม โดยสามารถปรับพิธีกรรมให้เข้ากับความเชื่อของแต่ละศาสนาพุทธหรือคริสต์ และเป็นผู้นำในกิจกรรมประจำชุมชนเพื่อความเจริญรุ่งเรืองของหมู่บ้าน ดังนี้

1. พิธีกรรม “โตโบคี” หรือพิธีสะเดาะเคราะห์ของชาวลาหู่ เป็นกระบวนการฟื้นฟูความสมดุลระหว่างมนุษย์กับวิญญาณ เพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยทั้งกายและใจ โดยดำเนินการโดยโตโบหรือหมอผีผู้นำทางจิตวิญญาณ พิธีประกอบด้วยการสวดมนต์ ถวายเครื่องบูชา และใช้ดนตรีสร้างบรรยากาศศักดิ์สิทธิ์ พิธีนี้สะท้อนความเชื่อและค่านิยมของชุมชนลาหู่ และช่วยเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตและความสามัคคีในชุมชน พิธีกรรมยังเป็นช่องทางในการถ่ายทอดวัฒนธรรมและภูมิปัญญาท้องถิ่นจากรุ่นสู่รุ่น⁽³³⁾

2. ประเพณี วันกินวอ (Kho' Jao We หรือ Prapheni Kin Wo) ของชาวลาหู่ วันกินวอ หรือที่ภาษาลาหู่เรียกว่า “Kho' Jao We” หรือ “Prapheni Kin Wo” เป็นประเพณีปีใหม่ที่สำคัญที่สุดของชาวลาหู่ ซึ่งจัดขึ้นในช่วงปลาย-ฤดูหนาวของทุกปี (ประมาณเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์) โดยงานกินวอจะมีระยะเวลาจัดงานตั้งแต่ 3-7 วัน ทั้งนี้ประเพณีดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสัมพันธ์ทางสังคม ความเชื่อ และจิตวิญญาณที่ฝังรากลึกในวิถีชีวิตของชาวลาหู่ กิจกรรมภายในงานกินวอมีความหลากหลาย เช่น การฟ้อนรำ (รำชะขุ่ย (Ca Khui)) การเล่นดนตรีพื้นบ้าน การเลี้ยงฉลองร่วมกันของสมาชิกในหมู่บ้าน^(34,35) และการทำพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับบรรพบุรุษหรือวิญญาณผู้คุ้มครองหมู่บ้าน พิธีกรรมในวันกินวอเป็นการสะเดาะ-

เคราะห์และล้างมือ (handwashing ceremony) โดยการล้างมือถือเป็นสัญลักษณ์ของการชำระล้างสิ่งไม่ดีออกจากชีวิต เพื่อให้เริ่มต้นปีใหม่ด้วยความมีสิริมงคล โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชุมชนจะทำการล้างมือและให้พรแก่ลูกหลาน นอกจากนี้เทศกาลกินวอยังเป็นช่วงเวลาที่มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ห่างไกลจะเดินทางกลับบ้าน⁽³⁵⁾ เพื่อพบปะญาติพี่น้องและเสริมสร้างความรัก ความสามัคคีในครอบครัว การกลับมาพร้อมตัวกันในเทศกาลนี้ยังเป็นโอกาสในการถ่ายทอดภูมิปัญญา วัฒนธรรม และภาษาลาหู่จากรุ่นสู่รุ่น เพื่อให้เยาวชนได้เรียนรู้และรักษาความเป็นเอกลักษณ์ของชุมชนเอาไว้ ในทุกๆ ปี การเฉลิมฉลองเทศกาลนี้ไม่เพียงแต่เป็นการเริ่มต้นปีใหม่ของชาวลาหู่เท่านั้น แต่ยังเป็นเวลาสำคัญที่ชุมชนจะได้กลับมาพร้อมตัว ร่วมเสริมสร้างความสัมพันธ์และมุ่งหวังให้ปีใหม่เต็มไปด้วยความสุข ความเจริญรุ่งเรือง และความสมดุลทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ^(36,37)

3. พิธีกรรมการสี่เทียน หรือการจุดเทียนขี้ผึ้งในวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ ดังภาพที่ 2 โดยเฉพาะกลุ่มลาหู่ญี (Lahu Nyi) เป็นองค์ประกอบสำคัญในพิธีกรรมทางศาสนาและความเชื่อดั้งเดิม ซึ่งไม่ได้เพียงแต่เป็นการให้แสงสว่างเท่านั้น แต่ยังเป็นสัญลักษณ์ของการสื่อสารกับวิญญาณบรรพบุรุษและการแสดงความเคารพต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในธรรมชาติ เทียนขี้ผึ้งเป็นสัญลักษณ์ของการเชื่อมโยงระหว่างโลกมนุษย์และโลกวิญญาณ⁽³⁶⁾ พิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจุดเทียนขี้ผึ้งมักพบในพิธี “ตั้งหมู่บ้านใหม่” ซึ่งชาวลาหู่ญีจะจุดเทียนขี้ผึ้งในแต่ละบ้านเพื่อแสดงถึงความเป็นหนึ่งเดียวกันของชุมชนและอัญเชิญพรจากบรรพบุรุษให้เกิดความสงบสุขในถิ่นฐานใหม่ เทียนขี้ผึ้งยังถูกใช้ในพิธีสะเดาะเคราะห์ พิธีรักษาโรค และพิธีกรรมที่เกี่ยวข้องกับฤดูกาลเกษตรกรรม โดยเชื่อว่าเปลวเทียนเป็นตัวกลางที่นำคำอธิษฐานไปสู่โลกวิญญาณ⁽³⁷⁾ นอกจากการใช้เทียนในพิธีกรรมแล้ว ยังมีการประดิษฐ์เทียนด้วยการปั้นหรือขุดลวดลายในบางพิธีกรรม ซึ่งสะท้อนถึงการผสมศิลปะพื้นบ้านกับจิตวิญญาณ การใช้เทียนในลักษณะนี้มีคล้ายคลึงกับพิธีทางศาสนาของกลุ่มชาติพันธุ์อื่นในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่ประดิษฐ์เทียนเพื่อใช้ในพิธีกรรมศักดิ์สิทธิ์ โดยการตกแต่งเทียนขี้ผึ้งถือเป็นการยกย่องความสำคัญของ “แสง” และ “พลังจิตวิญญาณ” ที่ฝังลึกในวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่^(23,38)

ภาพที่ 2 พิธีกรรมการสืบทอดหรือการจุกเทียนขี้ผึ้งในวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่



3. แนวทางในการเชื่อมโยง และบูรณาการวัฒนธรรมสุขภาพของชาติพันธุ์ลาหู่เข้ากับระบบการแพทย์สมัยใหม่ เพื่อลดช่องว่างและเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการสาธารณสุข

วัฒนธรรมสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่กับการบูรณาการแพทย์สมัยใหม่: แม้รัฐบาลจะมีนโยบายสนับสนุน แต่ชาติพันธุ์ลาหู่ยังเผชิญอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริการที่ต้องอาศัยความต่อเนื่องและการสื่อสารที่ชัดเจน เช่น บริการฝากครรภ์ คุณภาพ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันในเด็ก หรือการรักษาผู้ป่วยในที่ต้องพักค้างคืนที่โรงพยาบาล ซึ่งบริการเหล่านี้มักมีขั้นตอนที่ขัดแย้งกับวิถีชีวิตหรือความเชื่อดั้งเดิม และยังคงเผชิญอุปสรรคอีกหลายประการในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมชาติพันธุ์⁽³⁹⁾ โดยเฉพาะประเด็นด้านภาษา ความเชื่อ พิธีกรรมพื้นถิ่น และขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนลาหู่ในการออกแบบบริการในระบบราชการทางการแพทย์^(40,41) ในความเชื่อด้านสุขภาพของชาวลาหู่มีรากฐานจากระบบคุณค่าแบบองค์รวม (holistic) ซึ่งครอบคลุมถึงร่างกาย จิตใจ วิญญาณ และสิ่งเหนือธรรมชาติ เช่น การเจ็บป่วยถูกมองว่าเป็นผลของการเสียสมดุลระหว่างมนุษย์กับวิญญาณบรรพบุรุษ หรือการละเมิดข้อห้ามในชุมชน^(36,42) ซึ่งแตกต่างจากมุมมองแบบชีวการแพทย์ที่เน้นกลไกทางชีวภาพของโรค พิธีกรรม เช่น การเรียกขวัญ การสะเดาะเคราะห์ และการสืบทอดจึงมีบทบาทสำคัญในฐานะกลไกการเยียวยาและฟื้นฟูสุขภาพตามความเชื่อของชุมชน ส่วนอุปสรรค ระหว่างระบบสุขภาพของรัฐกับแนวปฏิบัติพื้นถิ่นนี้ อาจไม่ใช่อุปสรรคเสมอไป หากสามารถเปลี่ยนแนวทางเป็นโอกาสแนวทางในการสร้างระบบสุขภาพแบบบูรณาการ โดยเปิด

พื้นที่ให้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพและออกแบบบริการสาธารณสุขที่มีความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม (culturally sensitive health care)^(43,44) ยิ่งไปกว่านั้น งานวิจัยในพื้นที่ชายขอบของภาคเหนือยังแสดงให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนและดำเนินงานด้านสุขภาพ ช่วยเสริมความไว้วางใจและเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁵⁾ ดังตารางที่ 2

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. การส่งเสริมความรู้ด้านวัฒนธรรม (cultural competence) ในระบบสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพแก่กลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ในภาคเหนือของประเทศไทย การขาดความเข้าใจในภาษาและวัฒนธรรมของผู้รับบริการอาจนำไปสู่ความเข้าใจผิดและการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด งานวิจัยโดย Suphanchaimat และคณะ⁽⁴⁶⁾ พบว่า การมีบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ด้านวัฒนธรรมและภาษา สามารถลดอุปสรรคในการสื่อสารและเพิ่มความไว้วางใจในระบบสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความรู้ด้านวัฒนธรรมและภาษา รวมถึงการจัดตั้งโปรแกรมอาสาสมัครสุขภาพจากชุมชน (migrant health workers; MHWs และ migrant health volunteers; MHVs) เป็นแนวทางที่ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและความไว้วางใจระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ

2. การบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับบริการสาธารณสุขเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริม-

ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่กับระบบการแพทย์สมัยใหม่: ปัญหาและอุปสรรคเชิงรูปธรรม และแนวทางบูรณาการ

ประเด็น	บริบทวัฒนธรรมสุขภาพลาหู่	การแพทย์สมัยใหม่	ปัญหาและอุปสรรคเชิงรูปธรรม	แนวทางบูรณาการ
แนวคิดสุขภาพ/ การเจ็บป่วย	องค์รวม (ร่างกาย-จิตใจ-วิญญาณ) เจ็บป่วยจากการเสียดุลกับธรรมชาติ เช่น การผิดผี ขวัญหาย ⁽³⁶⁾	เชิงชีววิทยา (สาเหตุเชื้อโรค การเสื่อมระบบร่างกาย พันธุกรรม)	ความไม่เข้าใจกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับชุมชนในการอธิบายสาเหตุของโรค ⁽⁴¹⁾ เช่น แพทย์วินิจฉัยว่า “ติดเชื้อ” แต่คนไข้เชื่อว่า “ถูกผีทำ” ทำให้ไม่กินยาตามสั่ง	การอบรมเจ้าหน้าที่เรื่องวัฒนธรรมสุขภาพ และใช้ผู้ประสานวัฒนธรรมในชุมชน ⁽⁴⁵⁾ โดยใช้ “สื่อกลาง” หรือล่ามชุมชน อธิบายกลไกโรคโดยเปรียบเทียบกับความเชื่อท้องถิ่น
แนวทาง การดูแลรักษา	พิธีกรรม การเรียกขวัญ การใช้สมุนไพรในชุมชน การดูแลโดยเครือญาติ ⁽³⁹⁾	การวินิจฉัยทางคลินิก ยาแผนปัจจุบัน การผ่าตัด stem cell การแยกผู้ป่วย (isolation)	ไม่ยอมไปรักษาที่โรงพยาบาล เพราะไม่เชื่อมั่น หรือกลัวเทคโนโลยี ⁽¹⁴⁾ เช่น ผู้ป่วยกลัวการนอนโรงพยาบาลลำพัง เพราะเชื่อว่าขวัญจะอ่อนแอเมื่อไกลญาติ การเจาะเลือด, การผ่าตัดที่เชื่อว่าทำให้ขวัญหนี, หรือห้องแยกโรคที่ห้ามญาติเฝ้า	ส่งเสริมแพทย์แผนไทย-แพทย์พื้นบ้านร่วมกับระบบสาธารณสุขท้องถิ่น ⁽⁴²⁾ เช่น อนุญาตให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล หรือจัดพื้นที่ประกอบพิธีกรรมเล็กน้อยที่ไม่รบกวนระบบปลอดเชื้อ
บทบาทของ ครอบครัว/ชุมชน	ระบบเครือญาติ ช่วยดูแลเยียวยา มีผู้นำพิธีกรรม/โตโบดูแลสุขภาพจิต ⁽³⁶⁾	ผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นศูนย์กลาง เน้นการสื่อสารแบบทางเดียว)	ความรู้สึกแปลกแยกจากระบบโรงพยาบาล และไม่ไว้วางใจบุคลากรทางการแพทย์ ⁽⁴³⁾ เช่น แปลกสถานที่คนแปลกหน้าที่มาดูแลใกล้ชิด	ให้ชุมชนมีส่วนร่วม ออกแบบระบบสุขภาพ และใช้โตโบ/ผู้นำจิตวิญญาณเป็นพี่เลี้ยงสุขภาพ ⁽¹⁴⁾
การเข้าถึงบริการ	เดินทางลำบาก ขาดเอกสารสิทธิ ไม่คล่องภาษาไทย เพื่อสื่อสาร ⁽⁴⁴⁾	รพ. สต./รพ. ประจำอำเภอ มีระบบประกันสุขภาพ	ความเหลื่อมล้ำทางพื้นที่และสถานะไร้สัญชาติ ทำให้เข้าไม่ถึงสิทธิ ⁽⁴⁵⁾	หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ การแปลภาษาถิ่น และการช่วยเหลือเรื่องสถานะทางกฎหมาย ⁽⁴²⁾

ตารางที่ 2 ความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมสุขภาพของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่กับระบบการแพทย์สมัยใหม่: ปัญหาและอุปสรรคเชิงรูปธรรม และแนวทางบูรณาการ (ต่อ)

ประเด็น	บริบทวัฒนธรรมสุขภาพลาหู่	การแพทย์สมัยใหม่	ปัญหาและอุปสรรคเชิงรูปธรรม	แนวทางบูรณาการ
ความเชื่อ/พิธีกรรมสำคัญ	การสะเดาะเคราะห์ การเรียกขวัญ สีเทียน ขบไล่สิ่งไม่ดี ^(36,39)	มองพิธีกรรมเหล่านี้เป็นความมกมายหรือไม่มีประโยชน์ทางการแพทย์	มุมมองทางวัฒนธรรมที่ขัดแย้ง ทำให้ความร่วมมือระหว่างชุมชน-รัฐไม่ราบรื่น ⁽¹⁴⁾	เคารพความเชื่อท้องถิ่นและออกแบบแนวทางสุขภาพที่ไม่ขัดกับพิธีกรรมในชุมชน ⁽⁴⁵⁾

สุขภาพในชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ ภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การใช้สมุนไพร การนวดแผนโบราณ และพิธีกรรมพื้นบ้าน มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของชุมชน งานวิจัยโดย Kaewla⁽⁴⁷⁾ ศึกษากระบวนการสุขภาพชุมชนของกลุ่มชาติพันธุ์เขมรในจังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย และจังหวัดเสียมราฐ ประเทศกัมพูชา พบว่า การผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นกับระบบสุขภาพสมัยใหม่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของชุมชน การส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นร่วมกับบริการสาธารณสุขสมัยใหม่ เช่น การฝึกอบรมผู้นำชุมชนให้เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมท้องถิ่น และการสนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นแนวทางที่สามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพในชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลักดันการวิจัยเพิ่มเติมในระดับชุมชนโดยใช้วิธีการแบบมีส่วนร่วม โดยการวิจัยแบบมีส่วนร่วมในระดับชุมชน (community-based participatory research; CBPR) เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการเข้าใจและแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ในภาคเหนือของประเทศไทย CBPR เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอนของการวิจัย ตั้งแต่การกำหนดปัญหา การออกแบบวิธีการ การเก็บข้อมูล ไปจนถึงการวิเคราะห์และเผยแพร่ผลลัพธ์ แนวทางนี้ช่วยให้ข้อมูลที่ได้รับความนิยมถูกต้องและสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น รวมถึงเสริมสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือระหว่างนักวิจัยและชุมชน ตัวอย่างเช่น การศึกษาโดย Singkhorn และ

คณะ⁽⁴⁸⁾ ได้พัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงของประเทศไทย โดยใช้แนวทาง CBPR ที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในกระบวนการดูแลสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกตัวอย่างหนึ่งคือการศึกษาโดย Sungbun และคณะ⁽⁴⁹⁾ ซึ่งใช้แนวทาง CBPR ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย โดยการฝึกอบรมผู้นำชุมชนให้เป็นผู้ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่สมาชิกในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิกในชุมชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากการดำเนินโปรแกรม

4. เคารพและคงไว้ซึ่งอัตลักษณ์ของชาติพันธุ์ในการพัฒนาระบบสุขภาพที่มีประสิทธิภาพในชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ เช่น กลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ในภาคเหนือของประเทศไทย จำเป็นต้องคำนึงถึงอัตลักษณ์และบริบททางวัฒนธรรมของชุมชนอย่างลึกซึ้ง การละเลยมิติทางวัฒนธรรมอาจนำไปสู่ความไม่ไว้วางใจและการไม่เข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐ ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Herberholz⁽⁵⁰⁾ พบว่า ชาวลาหู่ไม่มีสถานะทางกฎหมายประสพกับความเครียดทางจิตใจและความรู้สึกด้อยค่า เนื่องจากการถูกกีดกันจากสิทธิพื้นฐาน รวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ การเคารพและรักษาอัตลักษณ์ของกลุ่มชาติพันธุ์จึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในการออกแบบและดำเนินโครงการสุขภาพ การฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์ให้มีความเข้าใจในวัฒนธรรมท้องถิ่น และการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้ากับระบบสุขภาพสมัยใหม่ เป็นแนวทางที่สามารถเสริมสร้างความไว้วางใจและประสิทธิภาพของบริการสุขภาพในชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

บทความนี้ได้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของวัฒนธรรมในการดูแลสุขภาพและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของกลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่ในพื้นที่ชายขอบของประเทศไทย โดยชี้ให้เห็นว่า แนวปฏิบัติด้านสุขภาพของชาวลาหู่ไม่ได้ดำรงอยู่เพียงในระดับปัจเจกหรือครอบครัวเท่านั้น แต่ยังคงฝังแน่นอยู่ในระบบความเชื่อ พิธีกรรม และความสัมพันธ์ทางสังคมที่หล่อหลอมจากภูมิปัญญาท้องถิ่นที่สืบทอด

กันมาอย่างต่อเนื่อง ภายใต้บริบทดังกล่าว การส่งเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพจึงจำเป็นต้องก้าวข้ามกรอบคิดแบบบนลงล่าง (top-down) ของระบบสุขภาพสมัยใหม่ และหันมาให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชน การเคารพอัตลักษณ์ชาติพันธุ์ และการบูรณาการความรู้ระหว่างศาสตร์ดั้งเดิมกับแนวทางการแพทย์ปัจจุบัน จากข้อเสนอในบทความชี้ว่า การพัฒนานโยบายสุขภาพที่ตอบสนองต่อชุมชนชายขอบควรเริ่มต้นจากการส่งเสริมความรู้ด้านวัฒนธรรมแก่บุคลากรสาธารณสุข การส่งเสริมงานวิจัยแบบมีส่วนร่วมในระดับพื้นที่ การสร้างพื้นที่กลางทางวัฒนธรรมสำหรับการสื่อสารสุขภาพ และการคงไว้ซึ่งอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์อย่างให้เกียรติ และมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง แนวทางเหล่านี้มิใช่เพียงการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบบริการเท่านั้น แต่ยังเป็นการส่งเสริมสิทธิมนุษยชน ความเสมอภาค และการพัฒนาที่เป็นธรรมอย่างแท้จริงในสังคมพหุวัฒนธรรมของไทย

เอกสารอ้างอิง

1. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
2. บุญช่วย ศรีสวัสดิ์. ลาหู่. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร; 2545.
3. สุนิดา อรรถอนุชิต, รอฮานี เจอะอาแซ. การดูแลสุขภาพเชิงพื้นบ้าน: กรณีศึกษากลุ่มชาติพันธุ์ลาหู่แดงในจังหวัดเชียงราย. วารสาร-วิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2562;30(2):155-64
4. Wong W. Ethnomedicine in the Thai highlands: cultural interpretations of health and healing. Chiang Mai: Chiang Mai University Press; 2015.
5. สุจิตรา หาญภิญโญ. ภูมิปัญญาพื้นบ้านกับสุขภาพชุมชน: มุมมองของหมอพื้นบ้านในพื้นที่ชายแดน. วารสารสังคมศาสตร์และ-มนุษยศาสตร์ 2561;12(1):77-95.
6. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196(4286):129-36.
7. Morris JN. The biomedical model: its limitations in understanding health and disease. J Clin Epidemiol 1997;50(4):377-82.
8. Silburn S, Reich C, Anderson A. Health challenges in indigenous populations in Southeast Asia: a systematic review of maternal and child health issues. Asian J Public Health 2016;45(2):230-45.
9. Thommapol P, Barton J, Park S. Health access disparities in rural ethnic communities in northern Thailand. Glob Health Action 2018;11(1):1-12.
10. Suratana T, Somchai K, Laohasirivong W. Development and evaluation of a community-based reproductive health care model for Lahu women. J Community Health Res 2024;18(1):45-58.
11. Yang L, Ma Y, He W, Zhang L. Traditional herbal knowledge for women's health among the Lahu people in Yunnan, China. BMC Complement Med Ther 2023;23(1).
12. กฤติยา อาชวนิจกุล. การพัฒนาระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2554.
13. Thommapol P, Suksaroj TT, Phajan T. Community participation and sustainable health development in rural northern Thailand. J Public Health Dev 2018;16(2):35-46.
14. Chiang P. Integrating local wisdom into modern healthcare: a case study from northern Thailand. Thai J Health Promot Environ Health 2018;41(1):22-31.
15. Shantha Nair S, Prem S. A framework for mixed-method research. Shanlax International Journal of Management 2020;8(2):45-53.
16. Dawadi S, Shrestha S, Giri RA. Mixed-methods research: a discussion on its types, challenges, and criticisms. Journal of Studies in Education 2021;2(2):25-36.
17. Hesse-Biber S. Qualitative approaches to mixed methods practice. Qualitative Inquiry 2010;16(6):455-68.
18. Rosenberg SD, Schnurr PP, Oxman TE. Content analysis: a comparison of manual and computerized systems. J Pers Assess 1990;54(2):298-310.
19. Geriatrics at Stanford. Health beliefs of native Hawaiians and Pacific islanders [Internet]. [cited 2025 May 6]. Available from: https://geriatrics.stanford.edu/ethnomed/hawaiian_pacific_islander/fund/health_beliefs.html
20. Anderson EF. Ethnobotany of hill tribes of Northern Thailand. II. Lahu medicinal plants. Econ Bot 1986;40(4):442-50.
21. World Health Organization. Traditional, complementary and integrative medicine [Internet]. 2024 [cited 2025 May 6]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine>
22. Walker A. The 'Karen Consensus' and the position of minorities in northern Thailand. Asian Ethn 2001;2(2):145-62.
23. Wenxue Y, Changyan S, Chunyan Y. A Cultural anthropological study of the Lahu ethnic group in Thailand. Acad Educ Chiang Rai Rajabhat Univ 2023;8(3):27-51.

24. Apidechkul T, Laingoen O, Suwannaporn S. Inequity in accessing health care service in Thailand in 2015: a case study of the hill tribe people in Mae Fah Luang District, Chiang Rai, Thailand. *J Health Res* 2017;30(1):67-71.
25. Suratana S, Boonchiang W, Apidechkul T, Naksen W, Mulikaburt T, Chomsri P, et al. A community-based reproductive health care model effectively enhances reproductive health among Lahu women in northern Thailand. *J Racial Ethn Health Disparities* 2024;12(2):1268-77.
26. Moonpanane K, Pitchalard K, Thepsaw J, Singkhorn O, Potjanamart C. Healthcare service utilization of hill tribe children in underserved communities in thailand: barriers to access. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1):1114.
27. ร้อยแก้ว คำมาลา. พวกเราคือนักล่าเสือ. แม่ฮ่องสอน: เขาวชนกลุ่มชาติพันธุ์; 2562.
28. Ethnologue. Lahu language [Internet]. 2023 [cited 2025 May 6]. Available from: <https://www.ethnologue.com/language/lhu>
29. McCaskill D, Kampe K. Development or domestication? Indigenous peoples of Southeast Asia. Chiang Mai: Silkworm Books; 1997.
30. Keyes CF. The golden peninsula: culture and adaptation in mainland Southeast Asia. Honolulu: University of Hawaii Press; 1995.
31. Chokpanyaphaisan R. Foraging adaptation in late Pleistocene – early Holocene highland Pang Mapha: new evidence from Tham Lod and Ban Rai rockshelters, Mae Hong Son. *Silpakorn Univ Int J* 2006;6:50-85.
32. Wattanapituksakul N, Chokpanyaphaisan R, Conrad C. Human occupation and mobility in upland Southeast Asia: new evidence from Ban Rai rockshelter, Thailand. *Antiquity* 2022;96(390):980-96.
33. Folklore Earth. Lahu culture and spiritual healing traditions [Internet]. [cited 2025 May 6]. Available from: <https://www.folklore.earth/culture/lahu>
34. Jacquetta H, Senghong N, Grim-Feinberg K. Dance or change your religion: conservation of dance music “Awhui” and ethnic identity among Lahu Na Shehle of northern Thailand. *Studies on Asia IV* 2011;1(2):114-49.
35. The Global New Light of Myanmar. Lahu holds its new year festival, handwashing ceremony in January. [Internet]. 2022 [cited 2025 May 6]. Available from: <https://www.gnlm.com.mm/lahu-holds-its-new-year-festival-handwashing-ceremony-in-january/>
36. Walker AR. Shi-Nyi Lon: great merit days among the Lahu Nyi (Red Lahu) of north Thailand. *Asian Ethnol* 1983;42(1):1-20.
37. Punwun I. Culture and music of the Lahu ethnic group in Mae Na sub-district, Chiang Dao district, Chiang Mai province. *Rangsit Music J* 2025;20(1):R0911.
38. Kitiarsa P. Mediums, monks, and amulets: Thai popular Buddhism today. Seattle: University of Washington Press; 2012.
39. Sungbun S, Tangkawanich T, Thanakumma O, Sukrueangkul A. Perceived barrier in accessing emergency medical services of ethnic groups in the highlands of Chiang Rai province, Thailand. *J Health Sci Med Res* 2020;38(1):9-20.
40. Senachai P. The role of traditional Thai medicine (TTM) in Thailand [dissertation]. Canberra: University of Canberra; 2023.
41. Kunstadter P, Qi C. Ethnicity and health disparities among hill tribe populations in northern Thailand. *Lancet Reg Health West Pac* 2020;2:100010.
42. Shrestha HL, Shrestha L, McArthur M, Rowe RK, Maar M, Walker JD. Traditional healing and medicine in dementia care for Indigenous populations in North America, Australia, and New Zealand: exploring culturally safe dementia care policy from a global perspective. *Alzheimers Dement (Amst)* 2024;16(4):e12620
43. Sage J. Healthcare marginalization and ethnic minorities: the case of undocumented highland peoples in Thailand. *Glob Public Health* 2019;14(6):878-91.

44. Kunstadter P, Qi Y. Health disparities experienced by ethnic minority and majority populations in Thailand [Internet]. 2018 [cited 2025 May 6]. Available from: https://paa.confex.com/paa/2018/mediafile/ExtendedAbstract/Paper23684/Ethnic_health_Qi%26Kunstadter.pdf
45. Chuenkongkaew T, Pudpong N, Vapattanawong P. Barriers to accessing healthcare services among highland ethnic minorities in Thailand: a systematic review. *Int J Equity Health* 2022;21(1):1-12.
46. Suphanchaimat R, Putthasri W, Prakongsai P, Tangcharoensathien V. Strengthening the migrant-friendliness of Thai health services: a qualitative study. *Int J Equity Health* 2019;18(1):101.
47. Kaewla W. Local Craft-manship and wisdom on community health system of Khmer ethnic groups in Surin Province, Thailand and Siemreap Province, Cambodia. *People Int J Soc Sci* 2017;3(2):1049-56.
48. Singkhorn O, Hamtanon P, Moonpanane K, Pitchalard K, Sunsern R, Leaungsomnapa Y, et al. Evaluation of a depression care model for the hill tribes: a family and community-based participatory research. *BMC Psychiatry* 2023;23:563.
49. Sungbun S, Tangkawanich T, Thanakumma O, Pitchayakoon N, Srichote W. A community-based participatory approach to increase public knowledge of stroke among ethnic minorities in the northern mountains of Thailand. *J Public Health Dev* 2022;20(2):1-11.
50. Herberholz C. 'We are inferior, we have no rights': statelessness and mental health among ethnic minorities in northern Thailand. *SSM Popul Health* 2022;19:101138.

Health Dynamics of the Lahu Ethnic in the Marginalized Areas of Northern Thailand: a Synthesis of Knowledge and Guidelines for Integrating Local Wisdom with Modern Healthcare Systems

Anavin Phattharaphakinworakun¹, Ongdao Prakainamsuk²

¹ Chiang Mai Rajabhat University, Mae Hong Son Campus, Mae Hong Son Province, Thailand

² Pang Ma Pha District Public Health Office, Mae Hong Son Province, Thailand

Abstract

This article aims to synthesize knowledge regarding health dynamics, healthcare practices, and the well-being of the Lahu ethnic group within the context of marginalized areas in Northern Thailand. The article synthesized knowledge through a narrative review of literature combined with reflections on field experiences to illustrate actual situations and challenges. It was found that the Lahu people possessed a strong belief system and healthcare practices deeply rooted in cultural and natural dimensions, known as Local Health Wisdom, such as the use of herbal medicine, soul-calling rituals, and kinship care. However, amidst social changes and state health policies characterized by a top-down approach, the Lahu people continued to face significant barriers to accessing public health services. Key obstacles included inequities related to legal status (statelessness), geographical remoteness, and communication gaps between healthcare providers and the community. In conclusion, this article proposes guidelines promoting community participation for the development of a sustainable health system by emphasizing the integration of local wisdom with modern medicine and promoting community participation. This approach aims to reduce health disparities and foster well-being that is truly consistent with the Lahu ethnic way of life.

Keywords: Lahu ethnic; local health wisdom; health disparity; marginalized areas; healthcare integration

“สมุนไพรไทย” จุดเด่นคุณภาพค้นสู่เวทีโลก

กนกวรรณ ไชยสูงเนิน¹, อาทิตย์ ดาวภิรมย์²

¹โรงพยาบาลหนองคาย จังหวัดหนองคาย

²สำนักงานเกษตรและสหกรณ์จังหวัดหนองคาย จังหวัดหนองคาย

บทคัดย่อ

“สมุนไพรไทย” จุดเด่นคุณภาพค้นสู่เวทีโลก ต้องคำนึงถึงปริมาณและคุณภาพมาตรฐานตามความต้องการของตลาดทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยการขับเคลื่อนการผลิตสมุนไพร แบ่งเป็น (1) ต้นน้ำ ผลิตสมุนไพรปลอดภัยตามมาตรฐานการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดี หรือเกษตรอินทรีย์ ใช้เทคโนโลยีในการผลิต มีการปลูกแปลงใหญ่ สนับสนุนกลุ่มวิสาหกิจ สหกรณ์การเกษตร (2) กลางน้ำ การแปรรูปผลิตภัณฑ์ ใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มมูลค่า มีนวัตกรรมต่อยอด มีการลงทุนวิจัย และ (3) ปลายน้ำ ส่งเสริมตลาดชุมชน ออนไลน์ ตลาดกลางสมุนไพร โดยการยกระดับความสามารถในการแข่งขันของสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างต่อเนื่องในระยะยาว สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และกรอบการพัฒนาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีของประเทศไทย เพื่อเศรษฐกิจชีวภาพ ซึ่งจะทำให้สามารถรองรับพลวัตของสังคม อันนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาสมุนไพรไทยให้ได้มาตรฐานมีคุณภาพสูงตามความต้องการของตลาดโลก และสามารถเพิ่มมูลค่าของผลผลิตได้ ตลอดจนการใช้ประโยชน์ของพืชสมุนไพรพื้นบ้านของประชาชนในด้านการบำบัดรักษาโรค ใช้เพื่อยับยั้งสารพิษ ใช้เป็นเครื่องสำอาง อาหารเสริมบำรุงร่างกาย และใช้ประโยชน์ด้านอาหาร ข้อมูลที่ได้จากบทความพิเศษฉบับนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาสมุนไพรไทย พืชสมุนไพรที่มีคุณภาพเข้าสู่มาตรฐานสากล กระแสดูแลรักษาสุขภาพโดยวิถีธรรมชาติ ความสำเร็จของการนำสมุนไพรไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนาสมุนไพรไทย; พืชสมุนไพรที่มีคุณภาพเข้าสู่มาตรฐานสากล; กระแสดูแลรักษาสุขภาพโดยวิถีธรรมชาติ; ความสำเร็จของการนำสมุนไพรไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

วันรับ: 4 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 10 พ.ย. 2568

วันตอบรับ: 15 พ.ย. 2568

บทนำ

สมุนไพรไทยกำลังได้รับความนิยมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะฟ้าทะลายโจร กระชายดำ และขมิ้นชัน ส่งผลให้มูลค่าการตลาดสมุนไพรไทยในประเทศและต่างประเทศเติบโตอย่างรวดเร็ว ทั้งการส่งออกวัตถุดิบและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรไทยในรูปแบบอาหาร เครื่องดื่ม เครื่องสำอาง อาหารเสริม และยารักษาโรค ที่สามารถแข่งขันในตลาดโลกได้⁽¹⁾ จากข้อมูลของกระทรวงเกษตรและสหกรณ์

ได้ดำเนินการส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพรให้เกษตรกรจำนวน 518,354 ราย รวมพื้นที่ปลูกสมุนไพรจำนวน 1,085,092 ไร่ มีโรงงานแปรรูปสมุนไพรจำนวน 1,000 แห่ง มีโรงงานสกัดสารสำคัญในสมุนไพรจำนวน 11 แห่ง โดยสมุนไพรไทยมีจุดเด่นที่มีความหลากหลาย ประกอบกับภูมิประเทศ และภูมิอากาศของประเทศไทยเหมาะสมกับการปลูกพืชสมุนไพร ทำให้สมุนไพรไทยมีโอกาสเติบโตได้อีกมากมาย สมุนไพรไทยยังมีบทบาทในการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ในรูปแบบเส้นทางท่องเที่ยวเรียนรู้

สมุนไพร การประสานเอกลักษณ์และสรรพคุณของสมุนไพรไทยเข้าไปในร้านนวดสปา ซึ่งเป็นที่ชื่นชอบของชาวต่างชาติอย่างมีนัยสำคัญ⁽²⁻⁴⁾ เพื่อให้การบรรลุเป้าหมายโดยรวมมีความเป็นไปได้ในระยะยาว มีวัตถุประสงค์ 4 ข้อ ได้แก่ (1) วิเคราะห์สถานการณ์สมุนไพรของไทย (2) การพัฒนาสมุนไพรไปสู่มาตรฐานสากล (3) สร้างกระแสดูแลรักษาสุขภาพโดยวิถีธรรมชาติ และ (4) ความสำเร็จของการนำสมุนไพรไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

จากกระแสความนิยมดูแลสุขภาพโดยวิถีธรรมชาติและหลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีของผู้บริโภค ส่งผลให้สมุนไพรกลายเป็นหนึ่งในวัตถุดิบจากธรรมชาติที่แวดวงธุรกิจสุขภาพ (health and wellness) ทั่วโลกกำลังต้องการมีการประเมินว่า ปี พ.ศ. 2563 ธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับ health and wellness ที่นำสมุนไพรไปใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิต อาทิ เครื่องสำอาง ยาและอาหารเสริม จะมีมูลค่าตลาดรวมกันราว 91 พันล้านเหรียญสหรัฐ และคาดว่าจะขยับไปสู่ระดับ 166 พันล้านเหรียญสหรัฐ ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 (เติบโตเฉลี่ยร้อยละ 6.5 ต่อปี)⁽⁵⁻⁸⁾ ปัจจุบันภาครัฐของไทยเล็งเห็นถึงโอกาสทางการตลาด จากเทรนด์บริโคมดังกล่าว จึงผลักดันนโยบายสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับธุรกิจสมุนไพรของไทย โดยตั้งเป้าหมายไว้ว่าจะเพิ่มมูลค่าการบริโภคผลิตภัณฑ์สมุนไพรให้ได้ 3.6 แสนล้านบาทภายในปี พ.ศ. 2564 และผลักดันให้ไทยก้าวขึ้นสู่การเป็นผู้นำการส่งออกผลิตภัณฑ์สมุนไพรอันดับ 1 ของอาเซียน ซึ่งในปัจจุบันมีมูลค่าสูงถึง 12.05 ล้านเหรียญสหรัฐ หรือเติบโตร้อยละ 39.5 ศูนย์วิจัยกสิกรไทย มองว่าหากสมุนไพรถูกส่งต่อไปยังตลาดค้าส่งในลักษณะการซื้อขายแบบ business-to-business (B2B) ทั้งในรูปแบบผลสด-ผลแห้ง-แบบบดผง จะสร้างมูลค่าเพิ่มจาก 1.2 พันล้านบาท เป็น 21.8 พันล้านบาท และหากเข้าถึงตลาดผู้บริโภคในลักษณะ business-to-customer (B2C) จะไต่ระดับมูลค่าตลาดไปได้สูงถึง 68.0 พันล้านบาท

เมื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ที่ไทยจะไปสู่จุดมุ่งหมายดังกล่าว พบว่า แม้ไทยมีความได้เปรียบด้านวัตถุดิบสมุนไพรกว่า 1,800 ชนิด ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์เชิงอุตสาหกรรมได้⁽⁹⁾ ประกอบกับการส่งเสริมการลงทุนในอุตสาหกรรมเป้าหมายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจชีวภาพ (bioeconomy) เช่น การแพทย์ครบวงจร เกษตร และ

เทคโนโลยีชีวภาพ ซึ่งอาจจะช่วยกระตุ้นให้เกิดความต้องการสมุนไพรเพื่อใช้การผลิตมากขึ้น นอกจากนี้ ความต้องการจากตลาดส่งออก โดยเฉพาะในปีที่ขยับลดการส่งออกสมุนไพรของไทยในช่วง 9 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2563 มีมูลค่าราว 12.05 ล้านเหรียญสหรัฐ หรือเติบโตร้อยละ 39.5 (YoY) แต่สิ่งที่จะต้องเร่งพัฒนา หากต้องการสร้างความยั่งยืนให้กับธุรกิจในระยะข้างหน้าเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ก็คือการกระจายมูลค่าเพิ่มไปสู่ผู้ประกอบการต้นน้ำให้มากขึ้นและสร้างความแตกต่างให้กับผลิตภัณฑ์สมุนไพรของไทย เนื่องจาก

1. แม้ว่าภาครัฐจะผลักดันมูลค่าการบริโภคสมุนไพรให้มากขึ้น แต่ผลตอบแทนทางธุรกิจที่ผู้เพาะปลูกสมุนไพรซึ่งอยู่ในช่วงต้นน้ำได้รับยังน้อย หากเทียบกับผู้ประกอบการกลางน้ำ - ปลายน้ำ ในห่วงโซ่การผลิต เพราะยังเน้นการผลิตและจำหน่ายในรูปแบบสมุนไพรสด หรือหากเป็นสมุนไพรแปรรูปก็จะมีนวัตกรรมที่ไม่สูงมาก เช่น บดผง อัดเม็ด/แคปซูล ในขณะที่การแปรรูปสมุนไพรไปสู่ระดับอุตสาหกรรมโดยใช้นวัตกรรมขั้นสูงขึ้น เช่น สารสกัด/สารตั้งต้น หรือผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมจากสมุนไพร เช่น เครื่องสำอาง ยา และอาหารเสริม ยังจำกัดอยู่ในกลุ่มผู้ประกอบการรายใหญ่ที่มีความพร้อมด้านเงินทุนและเทคโนโลยี ทั้งนี้ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย ได้วิเคราะห์การสร้างมูลค่าเพิ่มในห่วงโซ่การผลิตของสมุนไพรไทย พบว่า ปัจจุบันมูลค่าของพืชสมุนไพรที่เกษตรกรขายได้หน้าฟาร์มจะเฉลี่ยอยู่ที่ 1.2 พันล้านบาท/ปี แต่หากถูกส่งต่อไปยังตลาดค้าส่งในลักษณะการซื้อขายแบบ B2B ในรูปแบบผลสด-ผลแห้ง-แบบบดผง เพื่อนำไปใช้เป็นวัตถุดิบในอุตสาหกรรมต่อเนื่อง มูลค่าตลาดจะขยับขึ้นเป็น 21.8 พันล้านบาท นอกจากนี้ หากพัฒนาไปสู่ผลิตภัณฑ์ปลายน้ำ เช่น ในกลุ่มอาหารและยา เครื่องสำอางหรือผลิตภัณฑ์สปา และสามารถเข้าสู่ตลาดผู้บริโภคได้ในลักษณะการซื้อขายแบบ B2C จะไต่ระดับมูลค่าตลาดไปได้สูงถึง 68.0 พันล้านบาท สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการยกระดับคุณภาพการผลิตสมุนไพร เพราะสามารถทำให้ผลตอบแทนที่จะได้รับจากสมุนไพรที่มีจุดเริ่มต้นเพียง 1.2 พันล้านบาท/ปี เพิ่มไปสู่ระดับ 91 พันล้านบาท/ปี หรือคิดเป็นมูลค่าเพิ่มราว 73 เท่า

2. การแข่งขันในตลาดวัตถุดิบสมุนไพรในตลาดโลกมีแนวโน้มจะรุนแรงมากขึ้น ทั้งจากประเทศคู่แข่งที่มีความพร้อมด้านวัตถุดิบสมุนไพรเป็นจำนวนมากและค่อนข้าง

มีชื่อเสียงในกลุ่มสมุนไพรหายาก ไม่ว่าจะเป็นจีน อินเดีย หรือเวียดนาม⁽¹⁰⁾ การรับมือกับความต้องการตลาดคู่ค้าที่อาจจะมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มวัตถุดิบสมุนไพรที่สามารถปลูกได้หลากหลายพื้นที่ โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยเอกลักษณ์ด้านถิ่นกำเนิดเป็นจุดขาย (อาทิ กระจายดำที่ถูกยกให้เป็นหนึ่งใน product champion พืชสมุนไพรไทย ซึ่งเดิมทีจะสามารถปลูกได้เพียงในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เท่านั้น ในอนาคตอาจจะสามารถปลูกในพื้นที่อื่นๆ ได้)⁽¹¹⁾ ซึ่งเป็นผลจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการผลิต อาทิ โรงงานผลิตพืช (plant factory) ที่ทำให้สมุนไพรบางชนิดสามารถปลูกในระบบปิดได้ อีกทั้งยังทำให้ได้ปริมาณสารสำคัญมากขึ้นและผลผลิตมีความสม่ำเสมอ นอกจากนี้ ยังอาจจะต้องแข่งขันกับสินค้าทดแทนอื่นๆ ที่ให้สรรพคุณที่ใกล้เคียงกันด้วย ดังภาพที่ 1

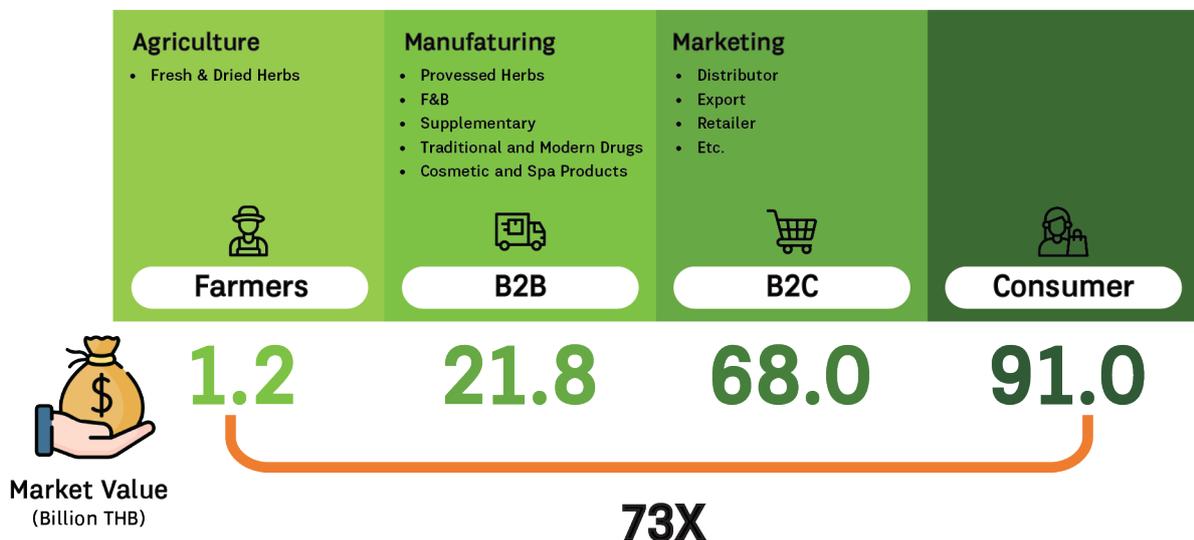
จากปัจจัยข้างต้น ตอกย้ำว่า ความยั่งยืนของการเติบโตของธุรกิจสมุนไพรของไทยในระยะต่อไป จำเป็นต้องยกระดับการผลิตเพื่อสร้างมูลค่าเพิ่มและความแตกต่างให้มากขึ้น ครอบคลุมทั้งระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การกระจายมูลค่าเพิ่มไปสู่ผู้ประกอบการส่วนต้นน้ำ (กลุ่มเกษตรกร) ให้มากขึ้น โดยสิ่งที่จะต้องเร่งพัฒนาหลักๆ คือ (1) ระบบการผลิตที่ได้ผลผลิตที่มีปริมาณและคุณภาพสูง เช่น การปลูกสมุนไพรแบบออร์แกนิก หรือการปลูกในโรงผลิตพืช เพื่อสร้างโอกาสในการที่จะถูกเลือกใช้เป็นวัตถุดิบในการผลิตในอุตสาหกรรมขั้นสูง ทั้งในตลาดในประเทศและตลาด-

ส่งออก และ (2) การเพิ่มโอกาสในการขายผ่านการสร้างตลาดรองรับให้กับผู้ผลิต อาทิ การจับมือกับผู้ประกอบการรายใหญ่ในการวิจัยพัฒนาผลิตภัณฑ์ หรือวางแผนการตลาดร่วมกัน ให้ได้มาซึ่งผลิตภัณฑ์หรือช่องทางจำหน่าย เพื่อให้เข้าสู่ตลาดผู้บริโภคในวงกว้าง เป็นต้น

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) วิเคราะห์สถานการณ์สมุนไพรของไทย (2) ศึกษาการพัฒนาสมุนไพรไปสู่มาตรฐานสากล (3) ส่งเสริมกระแสดูแลรักษาสุขภาพโดยวิถีธรรมชาติ และ (4) ประเมินความสำเร็จของการนำสมุนไพรไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

ประเทศไทยมีภูมิปัญญาเกี่ยวกับใช้สมุนไพรในการนำไปประกอบอาหาร และการรักษาโรคต่างๆ มาเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตาม ไม่มีผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทยแม้แต่ผลิตภัณฑ์เดียวที่สามารถแข่งขันในตลาดสากลได้ โดยประเทศไทยมีศักยภาพได้เปรียบของความหลากหลายทางชีวภาพสูง และมีสมุนไพรไทยหลายตัวที่สามารถนำมาวิจัยและพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์เวชสำอางเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันของสมุนไพรไทยในตลาดทั้งในและต่างประเทศอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยการศึกษาได้นำเสนอการวิเคราะห์สถานการณ์สมุนไพรของไทย ซึ่งได้แก่ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค ในการพัฒนาสมุนไพรไปสู่มาตรฐานสากล รวมทั้งกระแสดูแลรักษาสุขภาพโดยวิถีธรรมชาติ อันจะนำมาสู่ความสำเร็จของการนำสมุนไพรไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

ภาพที่ 1 มูลค่าการตลาดการผลิตและการแปรรูปสมุนไพร



การวิเคราะห์สถานการณ์ สมุนไพรของไทย

กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์⁽¹²⁾
ได้วิเคราะห์สถานการณ์สมุนไพรของไทย ดังนี้

จุดแข็ง

1. ประเทศไทยอยู่ในเขตร้อน ซึ่งเหมาะกับการเติบโตของสมุนไพรสำคัญชนิดต่างๆ
2. มีชื่อเสียงด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรมายาวนาน
3. มี product champion สามารถแข่งขันกับประเทศผู้นำด้านสมุนไพรได้
4. มีความเชื่อมโยงกับประเทศเพื่อนในภูมิภาค เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล

จุดอ่อน

1. ขาดแคลนวัตถุดิบ
2. สินค้าไม่ค่อยเป็นที่รู้จักในกลุ่มคนรุ่นใหม่
3. เกษตรกรขาดองค์ความรู้ และเทคโนโลยีการผลิต
4. ปัจจัยการผลิตมีต้นทุนสูง ขาดการเชื่อมโยงระหว่างเกษตรกรกับผู้ประกอบการ
5. ขาดการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมเพื่อต่อยอดทางการค้าอย่างเป็นระบบ

โอกาส

1. คู่แข่งน้อย
2. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
3. กระแสรักสุขภาพ
4. สามารถขยายการลงทุนในกลุ่มประเทศ CLMV (กัมพูชา ลาว เมียนมาร์ และเวียดนาม)

อุปสรรค

1. มีสินค้าทดแทนเป็นจำนวนมาก
2. วัตถุดิบสมุนไพรมาจากป่าต่างๆ โดยเฉพาะป่าสงวนแห่งชาติในประเทศ
3. ความไม่แน่นอนในคุณภาพวัตถุดิบ
4. ความต้องการซื้อของผู้บริโภคลดน้อยลง
5. กฎหมายด้านความหลากหลายทางชีวภาพ
6. ข้อจำกัดด้านการโฆษณา และประชาสัมพันธ์

จากการวิเคราะห์สถานการณ์สมุนไพรของไทยเบื้องต้นสรุปได้ว่า สถานการณ์สมุนไพรของไทย มีศักยภาพสูง และมีแนวโน้มตลาดที่เติบโตอย่างต่อเนื่อง โดยมีโอกาสพัฒนา

สมุนไพรให้เป็น soft power ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุ และกลุ่มคนรักสุขภาพ ดังนั้นจึงต้องเร่งพัฒนาการแปรรูป การสร้างนวัตกรรม และการยกระดับสมุนไพรไทยให้ได้มาตรฐาน

การพัฒนาสมุนไพร ไปสู่มาตรฐานสากล

จากการวิเคราะห์สถานการณ์สมุนไพรของไทยดังกล่าวข้างต้นในการพัฒนาสมุนไพรไปสู่มาตรฐานสากล สอดคล้องกับกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ มีการขับเคลื่อนพัฒนาสมุนไพรภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2560-2564) รับผิดชอบเป้าหมายยุทธศาสตร์การพัฒนากลุ่มผลิตภัณฑ์สมุนไพรต้นน้ำ ส่งเสริมการผลิตสมุนไพรคุณภาพสูง และขณะนี้ได้เข้าสู่ห้วงของการขับเคลื่อนแผนปฏิบัติการด้านสมุนไพรแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2566-2570) มีเป้าหมายการพัฒนาการเกษตรสร้างมูลค่า ประเด็นเกษตรชีวภาพ มุ่งเน้นการสร้างมูลค่าเพิ่มของพืชสมุนไพรในภาคการผลิต นำไปสู่การผลิตและพัฒนาผลิตภัณฑ์มูลค่าสูง และส่งเสริมการปลูกให้เป็นพืชเศรษฐกิจตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยหนึ่งในยุทธศาสตร์การพัฒนากลุ่มสมุนไพรไทยที่กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ได้ร่วมขับเคลื่อนงานภายใต้แผนแม่บทเป็นเรื่องของการถ่ายทอดมาตรการและแผนงานสู่การพัฒนาในระดับภูมิภาค มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจรตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ทั้งการปลูกสมุนไพร การแปรรูป และทำเป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถใช้ประโยชน์ได้หลากหลาย สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจและการเติบโตของชุมชนอย่างยั่งยืน จึงได้มีการคัดเลือกจังหวัดเมืองสมุนไพร (herbal city) ซึ่งมีความพร้อมด้านภูมิรัฐศาสตร์ ความเป็นอัตลักษณ์วิถีชีวิตวัฒนธรรมท้องถิ่นที่เหมาะสม รวมถึงจุดเด่นทั้งด้านการส่งเสริมการปลูกเพื่อเป็นแหล่งผลิตวัตถุดิบสมุนไพรของประเทศ มีการบริการด้วยแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และเป็นแหล่งจำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร รวมทั้งเป็นแหล่งท่องเที่ยวด้านสุขภาพ ทั้งนี้ การพัฒนาการผลิตวัตถุดิบสมุนไพรต้นน้ำให้ได้คุณภาพมาตรฐานเป็นส่วนสำคัญที่ถูกนำไปใช้ประโยชน์ในการผลิต ผลิตภัณฑ์

สมุนไพรหลากหลายรูปแบบ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ต้องมีการพัฒนาสมุนไพรไทยให้เป็นที่ยอมรับ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มศักยภาพและมีประสิทธิภาพ เกิดการผลิตที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพและสร้างมูลค่าเพิ่ม ให้แก่ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน ของสมุนไพรไทยทั้งในและต่างประเทศในระยะยาว รวมทั้ง ช่วยส่งเสริมให้เกษตรกรและกลุ่มเกษตรกรที่ผลิตสมุนไพร มีรายได้เพิ่มขึ้น สามารถปรับเปลี่ยนระบบการผลิตพืช สมุนไพรสู่เกษตรปลอดภัย หรือเกษตรอินทรีย์ ซึ่งเป็น รูปแบบในการทำเกษตรกรรมยั่งยืนส่งผลให้กลุ่มเกษตรกร เกิดความเข้มแข็งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม⁽²⁾

กระแสดูแลรักษาสุขภาพ โดยวิถีธรรมชาติ

MGR Online⁽¹³⁾ ได้กล่าวถึง การดูแลสุขภาพด้วยวิถี ทางธรรมชาติ ซึ่งมีหลากหลายวิธีโดยธรรมชาติบำบัดที่น่าจะมีแนวโน้มได้รับความนิยมมากยิ่งขึ้นมีอยู่ด้วยกัน 2 เรื่อง ดังนี้

1. สมุนไพร กลายเป็นเทรนด์ฮิตในการดูแลสุขภาพ ของคนไทยนั้น สาเหตุหลักเพราะรัฐบาลเองก็สนับสนุน และมีนโยบายผลักดันให้ใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร ในการดูแลสุขภาพสุขภาพของคนไทย เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจ ประเทศทั้งการซื้อใช้ในประเทศและการส่งออก รวมไปถึง การส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่นเอาไว้ไม่ให้สูญหาย

2. รับประทานอาหารตามแนวธรรมชาติ เรื่องนี้ มีความสืบเนื่องมาจากสมุนไพร เพราะการผลักดันให้เกิดการใช้สมุนไพรนั้น นอกจากเป็นยาสมุนไพร ผลิตภัณฑ์เสริม-อาหารจากสมุนไพรแล้ว ยังสนับสนุนให้มีการนำสมุนไพร มาประกอบเป็นอาหารรับประทาน เพราะสมุนไพรแต่ละ อย่างมีสรรพคุณที่แตกต่างกันออกไป ตามแต่ละพื้นที่ ท้องถิ่น

ความสำเร็จของการนำสมุนไพร ไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

ความสำเร็จของการใช้สมุนไพรในการสร้างเสริม-สุขภาพเกิดจากการนำไปใช้ประโยชน์ได้หลากหลาย ทั้งการ นำไปประกอบอาหาร และการรักษาโรคต่างๆ เช่น ใช้หว่าด

ภูมิแพ้ ขับสารพิษ รวมถึง การแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์อื่นๆ เช่น ยาอาหารเสริม และเครื่องสำอาง เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จนี้ยังขึ้นอยู่กับ การวิจัยและพัฒนาจากการใช้ ประโยชน์ของพืชสมุนไพรพื้นบ้านควบคู่กับการส่งเสริม ให้ประชาชนมีความรู้และความเข้าใจในการใช้สมุนไพร เพื่อนำมารักษาโรคอย่างถูกหลักวิชาการ สอดคล้องกับ เกตุกนก พงษ์นุรักษ์ และเกษตรชัย และทีม ได้ศึกษาความ ต้องการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต ของประชาชน ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา⁽¹⁴⁾ พบว่า ในอดีต ปัจจุบันและอนาคต ประชาชนในพื้นที่อำเภอ-สิงหนคร จังหวัดสงขลา มีความต้องการใช้สมุนไพรเพื่อนำ ไปใช้ประโยชน์ในด้านการบำบัดรักษาโรค ใช้เพื่อขับสารพิษ ใช้เป็นเครื่องสำอาง อาหารเสริมบำรุงร่างกาย และใช้ ประโยชน์ด้านอาหาร คิดเป็นร้อยละ 100 ในขณะเดียวกัน ชัชชญา สมมติ และสามารถ ใจเตี้ย ได้ศึกษาการใช้ประโยชน์ ของพืชสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการรักษาโรคของประชาชน ชุมชนสะลง-ขี้เหล็ก อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่⁽¹⁵⁾ พบว่า การใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการรักษา โรคของประชาชนมีการใช้สมุนไพรเพื่อนำมารักษาโรค น้อยที่สุด โดยมีการใช้สมุนไพรเพื่อรักษาในแต่ละกลุ่มอาการ เป็นตัวเลือก เพื่อการบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ การบรรเทาอาการไข้ การรักษาโรคผิวหนัง การบำรุงกำลัง ร่างกาย และการขับพยาธิ ผลจากการศึกษาประชาชนมีการ ใช้สมุนไพรเพื่อการรักษาโรคในส่วนของบรรเทาอาการ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ การบรรเทาอาการไข้ การรักษา โรคผิวหนัง การบำรุงกำลังร่างกาย และการขับพยาธิ น้อยถึงน้อยที่สุด แต่มีการรับรู้มาว่าสมุนไพรพื้นบ้านนำมา ประยุกต์ใช้เพื่อการรักษาโรคได้ ซึ่งสะท้อนมุมมองว่าการ ใช้พืชสมุนไพรพื้นบ้านของประชาชนเป็นทางเลือกในการ ดูแลสุขภาพด้วยตนเอง สอดคล้องกับสุรางค์รัตน์ พันแสง และพวงผกา แก้วกรม ได้ศึกษาพืชสมุนไพรท้องถิ่นและ การใช้ประโยชน์ในชุมชนไทหล่ม อำเภอหล่มสัก จังหวัด เพชรบูรณ์ มีการนำสมุนไพรที่เป็นพืชในท้องถิ่นมาใช้บำบัด บรรเทาอาการโรคได้ ซึ่งเป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านด้านการใช้ พืชสมุนไพร ประชาชนจะนิยมนำมาใช้บรรเทาอาการป่วย พื้นฐานที่ประสบในชีวิตประจำวัน โดยอาการหรือโรค ดังกล่าวนั้นไม่มีความรุนแรงแต่อย่างใด⁽¹⁶⁾

สรุป

“สมุนไพรไทย” จุดเด่นคุณภาพต้นสู่เวทีโลกได้นั้น ต้องคำนึงถึงสถานการณ์สมุนไพรของไทยเป็นอย่างไร จากสถานการณ์สมุนไพรของไทยดังกล่าวข้างต้น ต้องมีการพัฒนาสมุนไพรไปสู่มาตรฐานสากล โดยมีปริมาณและคุณภาพมาตรฐานตามความต้องการของตลาดทั้งในประเทศ และต่างประเทศ การขับเคลื่อนการผลิตสมุนไพร แบ่งเป็น (1) ต้นน้ำ ผลิตสมุนไพรปลอดภัยตามมาตรฐานการปฏิบัติทางการเกษตรที่ดี หรือเกษตรอินทรีย์ ใช้เทคโนโลยีในการผลิต มีการปลูกแปลงใหญ่ สนับสนุนกลุ่มวิสาหกิจ สหกรณ์ การเกษตร (2) กลางน้ำ การแปรรูปผลิตภัณฑ์ ใช้เทคโนโลยี

เพื่อเพิ่มมูลค่า มีนวัตกรรมต่อยอด มีการลงทุนวิจัย และ (3) ปลายน้ำ ส่งเสริมตลาดชุมชน ออนไลน์ ตลาดกลางสมุนไพร โดยการยกระดับความสามารถในการแข่งขันของสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างต่อเนื่องในระยะยาว สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และกรอบการพัฒนาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีของประเทศไทย เพื่อเศรษฐกิจชีวภาพ ซึ่งจะทำให้สามารถรองรับพลวัตของสังคม อันนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาสมุนไพรไทยให้ได้มาตรฐาน มีคุณภาพสูงตามความต้องการของตลาดโลก และสามารถเพิ่มมูลค่าของผลผลิตได้ ตลอดจนการดูแลรักษาสุขภาพ โดยวิถีธรรมชาติ

เอกสารอ้างอิง

1. ทศนันท์ ช่างคิด. “สมุนไพรไทย” จุดแข็งคุณภาพต้นสู่เวทีโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 8 เม.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.youtube.com/watch?v=veEuKmIGoqM>
2. กองนโยบายเพื่อการเกษตรและเกษตรกรรมยั่งยืน สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์. คู่มือโครงการส่งเสริมและพัฒนาสินค้าเกษตรชีวภาพ (สมุนไพร) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงเกษตรและสหกรณ์; 2568.
3. ฐานเศรษฐกิจ. รัฐบาลลุยขอฟด์ฟาวเวอร์ สมุนไพร แพทย์แผนไทยป้อนท้องเกี่ยวเชิงสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [สืบค้นเมื่อ 8 เม.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thansettakij.com/health/wellbeing/616639>
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. “สมุนไพรไทย” เติบโตขึ้นกว่า 30% [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 8 เม.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaihealth.or.th/สมุนไพร-เติบโตขึ้น/>
5. ศูนย์วิจัยกสิกรรมไทย. สมุนไพรไทย โอกาสธุรกิจ...ที่ต้องคว้าไว้ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 8 เม.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.kasikornresearch.com/th/analysis/k-social-media/Pages/Herb-FB-25-11-20.aspx>
6. อัญมณี ศุภนารกุล, นายิกา กัมเลิศ, วอนชนก ไชยสุนทร. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการซื้อผลิตภัณฑ์สมุนไพรของผู้บริโภคในภาคกลางของประเทศไทย. วารสารบริหารธุรกิจ 2566;13(1):76-90.
7. กฤตกนก พานู, สายฝน ทดทะศรี, กิตติศักดิ์ ร่วมพัฒนา, วรพรภฏ บัดภัย. แนวทางการจัดการโลจิสติกส์การตลาดวิสาหกิจชุมชนสมุนไพรในจังหวัดสุรินทร์. การประชุมวิชาการระดับชาติราชชมงคลสุรินทร์ ครั้งที่ 14 “วิจัยและนวัตกรรมเพื่อเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน”; 23-24 พ.ย. 2566; มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสุรินทร์. สุรินทร์: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสุรินทร์; 2566.
8. ผู้จัดการออนไลน์. ส่งตลาดสมุนไพรไทย 5 หมื่นล้าน เติบโตต่อเนื่อง รุกตลาดโลก แต่ถูกเมินในระบบประกันสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 8 เม.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://mgronline.com/daily/detail/9660000041338>
9. สำนักข่าวอินโฟเควสท์. รัฐบาลหนุนวิจัยและพัฒนาสมุนไพรไทยปูทางสู่การขยายมูลค่าตลาด 1 แสน ลบ. ภายในปี 70 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.infoquest.co.th/2023/329638>
10. กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ. คู่มือการตลาดสมุนไพรในต่างประเทศ. นนทบุรี: กระทรวงพาณิชย์; 2560.
11. กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. การผลิตสมุนไพร product champion. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาการถ่ายทอดเทคโนโลยี กรมส่งเสริมการค้า; 2564.
12. กรมส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ กระทรวงพาณิชย์. สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพร [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: https://www.ditp.go.th/contents_attach/584685/584685.pdf
13. MGR Online. “ธรรมชาติบำบัด” เทรนด์ฮิตดูแลสุขภาพปี 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [สืบค้นเมื่อ 9 เม.ย. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://mgronline.com/qol/detail/9590000130033>
14. เกตุกนก พงษ์นุรักษ์, เกษตรชัย และหิม. ความต้องการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตของประชาชน ในอำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา 2566;18(1):136-46.
15. ชัชชญา สมมติ, สามารถ ใจดี. การใช้ประโยชน์ของพืชสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการรักษาโรคของประชาชน ชุมชนสะลวง-ขี้เหล็ก อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2564;19(2):508-22.
16. สุรางค์รัตน์ พันแสง, พวงผกา แก้วกรม. พืชสมุนไพรท้องถิ่นและการใช้ประโยชน์ในชุมชนไทหล่ม อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์. แก่นเกษตร 2562;47(6):1119-26.

“Thai Herbs” Quality Highlights Push Them onto the World

Kanokwan Chosungnoen¹, Arthit Daophirom²

¹ Nongkhai Hospital, Nongkhai Province, Thailand

² Nongkhai Provincial Agriculture and Cooperatives Office, Nongkhai Province, Thailand

Abstract

“Thai herbs” Quality highlights push them onto The World. Consideration must be given to the quantity and quality standards according to the needs of both domestic and international markets. The promotion of herbal production is divided into (1) Upstream: producing herbs to good agricultural practices: GAP or organic, which requires technology in production, large-scale planting and support for enterprise groups and agriculture cooperatives; (2) Midstream: product processing uses technology to add value, has further innovations and invested in research; and (3) Downstream: promote community markets online herbal central market, by continuously and long-term upgrading the competitiveness of herbs and herbal products, in line with the 20-year national strategy Thailand’s science and technology development framework for a bioeconomy. Such promotion will support social dynamics leading to success in developing Thai herbs to meet high quality standards in line with global market demand and to increase the value of the products, including the use of local medicinal plants by the people in the treatment of diseases, use to remove toxins, use as cosmetics, food supplements and use as food. The information in this article can be used as directions for Thai herbal development, improving Thai herbs up to international standards; promoting the trend of natural health care; and creating success in the use of herbs for health promotion.

Keywords: Thai herbal development; Thai herbs to international standards; trend of natural health care; success in the use of herbs for health promotion

กรอบแนวทางการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติด โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในประเทศไทย

พิสิฐพงศ์ ปิยะปัญญามงคล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

บทความนี้นำเสนอกรอบแนวทางการเชิงบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเพื่อแก้ไขปัญหาการใช้สารเสพติดในประเทศไทย ซึ่งต่อยอดจากบทบาทของผู้นำชุมชนที่มีผลต่อการจัดการปัญหาสารเสพติดระดับพื้นที่ ท่ามกลางสถานการณ์การระบาดของสารเสพติดที่ทวีความรุนแรงขึ้นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ บทความนี้เสนอกรอบแนวคิด “4 เสา” ได้แก่ การริเริ่มในชุมชนและพื้นที่ท้องถิ่น การสร้างระบบบูรณาการ การสร้างพลังชุมชน และการสร้างต้นแบบ ทั้งนี้ ยังเสนอแนวทางข้อเสนอเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดดังกล่าว อาทิ การจัดตั้งกองทุนชุมชนป้องกันยาเสพติด การสร้างศูนย์ประสานงานบูรณาการระดับพื้นที่ และการพัฒนาเครือข่ายผู้เปลี่ยนผ่านชีวิต เพื่อเสริมสร้างระบบสนับสนุนชุมชนอย่างยั่งยืนในการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติด

คำสำคัญ: สารเสพติด; ชุมชนเป็นฐาน; กรอบแนวคิด; การเสริมพลังชุมชน; นโยบายสาธารณะ

วันรับ: 5 ต.ค. 2568

วันแก้ไข: 8 พ.ย. 2568

วันตอบรับ: 12 พ.ย. 2568

บทนำ

เมื่อพิจารณาถึงสถานการณ์การระบาดของสารเสพติดในปัจจุบันของประเทศไทย เช่น เมทแอมเฟตามีน และยาเสพติดประเภทอื่นๆ ยังคงเป็นปัญหาในภูมิภาคนี้ และมีแนวโน้มที่จะรุนแรงขึ้นสืบเนื่องจากปัญหาความไม่สงบภายในสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา^(1,2) นอกจากนี้ จากผลการศึกษาทางระบาดวิทยาจากการชันสูตรศพทางนิติเวชที่ภาควิชานิติเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยชานน ไตรวิถีสกุล และณัฐ ตันศรีสวัสดิ์ ภายหลังจากการเปลี่ยนแปลงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกระท่อมใน พ.ร.บ. พืชกระท่อม พ.ศ. 2565 พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตที่สัมพันธ์กับการใช้กระท่อมและกัญชาอย่างชัดเจน⁽³⁾

จากบทความเรื่อง “บทบาทของผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น ต่อ

การป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย” โดย สิริกร นามลาบุตร และคณะ ที่ตีพิมพ์ในวารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2568⁽⁴⁾ นั้น ได้สะท้อนให้เห็นถึงบทบาทสำคัญของผู้นำชุมชนในการแก้ไขปัญหาสารเสพติดในพื้นที่อย่างน่าสนใจ งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้นำชุมชนมีส่วนสำคัญทั้งในด้านการรณรงค์สร้างความตระหนัก การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการเชื่อมประสานกับหน่วยงานภายนอกเพื่อจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน

การป้องกันการเข้าถึง การลดความต้องการการใช้ยา และเพิ่มการเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ผ่านกิจกรรมที่มีชุมชนซึ่งใกล้ชิดกับผู้ที่มีความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดเป็นศูนย์กลางจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบัน ดังนั้นแล้วในบทความนี้จึงขอเสนอกรอบแนวคิดที่สามารถปรับใช้ในการป้องกันภัยจากสารเสพติดโดยมี

ชุมชนเป็นศูนย์กลาง และแนวทางข้อเสนอเชิงนโยบายที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดดังกล่าว เพื่อเสริมสร้างระบบสนับสนุนที่แข็งแกร่งให้กับผู้นำชุมชนในการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดอย่างยั่งยืน

“4 เสา” ของกรอบแนวคิดในการป้องกันภัยจากสารเสพติด โดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง

เสาที่ 1 การริเริ่มในชุมชนและพื้นที่ท้องถิ่น (Community and Local Initiative)

การริเริ่มนโยบายชุมชนควรเริ่มต้นจากภายในชุมชนเอง ไม่ใช่การออกแบบระดับมหภาคจากส่วนกลาง เนื่องจากในแต่ละบริบทของสังคมแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ทำให้ไม่สอดคล้องกับปัญหาและทรัพยากรของแต่ละพื้นที่ ซึ่งจะนำไปสู่ความไม่เหมาะสมในการใช้นโยบายจริง⁽⁵⁾ นอกจากนี้ นโยบายที่เริ่มมาจากในชุมชนเองมีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จมากกว่าจากการสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของร่วม และถูกคิดให้เหมาะสมกับบริบทแวดล้อม และยังสามารถปรับกลยุทธ์ได้ยืดหยุ่นกว่านโยบายจากส่วนกลางเนื่องจากไม่ต้องรอขั้นตอนของรัฐ^(6,7)

เสาที่ 2 การสร้างระบบบูรณาการ (Aligning System)

การบูรณาการการทำงานของหน่วยงานรัฐ ท้องถิ่น โรงเรียน องค์กรศาสนา และชุมชนเข้าไว้ด้วยกันอย่างเป็นระบบจะทำให้ลดช่องว่างการสื่อสารและเกิดการแบ่งปันข้อมูลเชิงลึกที่เป็นประโยชน์กับการป้องกันสารเสพติด^(8,9) และยังเป็นการสร้างเครือข่ายสนับสนุนที่เชื่อมโยงสวัสดิการ

และบริการทางสาธารณสุข และโครงสร้างทางสังคมในระดับต่างๆ เข้าไว้ด้วยกัน ทำให้เกิดการเพิ่มประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อน และตบโจทย์บริบทท้องถิ่นอย่างยั่งยืน และครอบคลุม⁽⁸⁻¹²⁾

เสาที่ 3 การสร้างพลังชุมชน (Community Empowerment)

การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนในการสนับสนุนในการดูแลตนเองผ่านกลไกการมีส่วนร่วมในชุมชนผสมผสานกิจกรรมทางวัฒนธรรมดั้งเดิมเข้ากับทักษะการป้องกันสารเสพติดช่วยเพิ่มความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของชุมชนได้ และส่งผลให้โครงการทางสาธารณสุขประสบความสำเร็จ^(13,14)

เสาที่ 4 การสร้างต้นแบบ (Role Model)

การมีบุคคลต้นแบบที่สามารถยึดโยงได้จะสามารถเปลี่ยนแนวคิดของคนในชุมชนไปในทางบวกได้ เช่น การมีบุคคลที่ผ่านการบำบัดแล้วมาเล่าประสบการณ์จริงเพื่อชี้ให้เห็นถึงมุมมองความอันตรายของสารเสพติดจะทำให้ความน่าเชื่อถือของเนื้อหาเพิ่มขึ้น⁽¹⁵⁾ หนึ่งในตัวอย่างร่วมสมัยที่น่าสนใจของประเทศไทยคือ “ขี้คุกเขียนรูป” หรือ “คุณบอมม์ วรรณวัฒน์ หาญรุ่งเรือง” ที่เริ่มต้นจากความผิดพลาดและทำให้ต้องระวางโทษจำคุกในเรือนจำในคดียาเสพติด และได้เปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีขึ้นในฐานะศิลปิน เมื่อออกมาจากเรือนจำแล้วจึงใช้ความสามารถของตนเองเพื่อหาเลี้ยงชีพอย่างสุจริต และสร้างเครือข่ายที่ช่วยให้ผู้กลับใจหลังพ้นเรือนจำได้ออกจากวงจรของสารเสพติดด้วยศิลปะ พร้อมยังคอยพุดย่าเตือนเยาวชนถึงความอันตรายของสารเสพติด⁽¹⁶⁾ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการป้องกันภัยจากสารเสพติดโดยมีชุมชนเป็นศูนย์กลาง



ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ส่งเสริมการออกแบบนโยบายโดยชุมชน - Community and Local Initiative

1.1 จัดตั้ง “กองทุนชุมชนป้องกันยาเสพติด” ที่ให้ชุมชนเสนอโครงการตามบริบทท้องถิ่น (เช่น กิจกรรมศิลปะ-พื้นบ้าน การฝึกอาชีพ การสร้างพื้นที่ปลอดภัยสำหรับเด็กและเยาวชน) โดยมีเงื่อนไขว่าโครงการต้องมีกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนตั้งแต่การออกแบบจนถึงประเมินผล ซึ่งอาจจัดตั้งโดยองค์กรระดับท้องถิ่น เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล เทศบาล

1.2 สนับสนุนการฝึกอบรมผู้นำชุมชนด้านการบริหารโครงการ การระดมทรัพยากรท้องถิ่น และการสื่อสารเชิงกลยุทธ์ ซึ่งอาจประยุกต์ต่อยอดจากโครงการที่มีอยู่เดิมแล้วในท้องถิ่น เช่น โครงการที่จัดโดยองค์กรบริหารส่วนตำบล สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (องค์การมหาชน)

2. สร้างศูนย์ประสานงานบูรณาการระดับพื้นที่ - Aligning Systems

2.1 จัดตั้งศูนย์ประสานงานในทุกอำเภอ โดยมีตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โรงเรียนองค์กรศาสนา หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มอาสาสมัคร เพื่อแบ่งปันข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ยาเสพติดร่วมกัน และออกแบบมาตรการป้องกันแบบมีส่วนร่วม

2.2 พัฒนาแพลตฟอร์มกลางร่วมกันสำหรับรายงานข้อมูลยาเสพติดแบบเรียลไทม์ และเชื่อมโยงฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน

3. ส่งเสริมพลังชุมชนผ่านวัฒนธรรมและนวัตกรรม - Community Empowerment

3.1 จัดโครงการ “ภูมิปัญญาต้านภัยยาเสพติด” โดยผสมผสานกิจกรรมวัฒนธรรม (เช่น การละเล่นพื้นบ้าน พิธีกรรมทางศาสนา) กับเนื้อหาการป้องกันยาเสพติด

3.2 สนับสนุนการตั้ง “กลุ่มเฝ้าระวังชุมชน” ที่ฝึกทักษะการสังเกตสัญญาณเสี่ยง การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการประสานงานกับหน่วยงานเฉพาะทาง

4. พัฒนาเครือข่ายต้นแบบและผู้เปลี่ยนผ่านชีวิต - Role Model

4.1 จัดทำ “โครงการดาวแห่งการเปลี่ยนแปลง” เพื่อคัดเลือกและฝึกอบรมผู้เคยมีประสบการณ์ตรงกับยาเสพติด ให้เป็นนักสื่อสารสุขภาพ (peer educator) อาจทำได้โดยอาศัยเครือข่ายของกรมราชทัณฑ์ กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

4.2 สร้างแพลตฟอร์มเผยแพร่เรื่องราวต้นแบบผ่านช่องทางต่างๆ เช่น สถานศึกษา สื่อชุมชน และโซเชียลมีเดียท้องถิ่น

4.3 ออกแบบระบบสนับสนุนทางเศรษฐกิจให้ผู้เปลี่ยนผ่านชีวิต เช่น การรับซื้อหรือจัดการประมูลผลงานศิลปะที่อดีตผู้ต้องหาที่มีฝีมือ ผลักดันให้มีระบบสร้างอาชีพที่ยอมรับและให้โอกาสผู้กลับใจจากสิ่งเสพติด โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างเครือข่ายของกรมราชทัณฑ์ เอกชน หอศิลป์ หรือพิพิธภัณฑ์ศิลปะทั้งภาครัฐและเอกชน

เอกสารอ้างอิง

1. Thepgumpanat P, Wongcha-um P. Myanmar civil war fuels surge in cross-border drug trade, Thailand official says [Internet]. 2024 [cited 2025 May 4]. Available from: <https://www.reuters.com/world/asia-pacific/myanmar-civil-war-fuels-surge-cross-border-drug-trade-thailand-official-says-2024-10-02/>
2. United Nations Office on Drugs & Crime. Synthetic drugs in East and Southeast Asia latest developments and challenges. Bangkok: United Nations Office on Drugs & Crime; 2024.
3. ชานน ไทวิถิลีเลิศกุล, ณัฐ ตันศรีสวัสดิ์. ระบาดวิทยาการตรวจพบพืชกระท่อมและกัญชาในเลือดจากการชันสูตรศพทางนิติเวช ภาควิชานิติเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ก่อนและหลังเปลี่ยนแปลงกฎหมายยาเสพติดที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย. วารสารวิชาการอาชีวศึกษาและนิติวิทยาศาสตร์ 2556;9(1):37-52.
4. สิริกร นามลาบุตร, นุชสิทธิ์ จิตแก้ว, พีรวิชญ์ นามลาบุตร, จันทมร สีหาบุญลี. บทบาทของผู้นำชุมชน ผู้นำทางจิตวิญญาณ ผู้นำทางศาสนาและวัฒนธรรมพื้นถิ่น ต่อการป้องกันและจัดการปัญหาสารเสพติดในระดับชุมชน จังหวัดหนองคาย. วารสาร- การสร้างเสริมสุขภาพไทย 2568;4(1):61-70.
5. Peters LER, Kelman I, Shannon G, Tan D. Synthesising the shifting terminology of community health: a critiquing review of agent-based approaches. *Global Public Health* 2022;17(8):1492-506.
6. Haldane V, Chuah FLH, Srivastava A, Singh SR, Koh GCH, Seng CK, et al. Community participation in health services development, implementation, and evaluation: a systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. *PLoS One* 2019;14(5):e0216112.
7. O'Mara-Eves A, Brunton G, Oliver S, Kavanagh J, Jamal F, Thomas J. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health* 2015;15(1):129.
8. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of the Surgeon General. Facing addiction in America: the surgeon general's report on alcohol, drugs, and health [Internet]. 2016 [cited 2025 Apr 28]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424848/>
9. Latimore AD, Salisbury-Afshar E, Duff N, Freiling E, Kellett B, Sullenger RD, et al. Primary, secondary, and tertiary prevention of substance use disorders through socioecological strategies. *NAM Perspectives* 2023;10:31478/202309b.
10. Sumriddetchkajorn K, Shimazaki K, Ono T, Kusaba T, Sato K, Kobayashi N. Universal health coverage and primary care, Thailand. *Bull World Health Organ* 2019;97(6):415-22.
11. Kunihiro S, da Silva Vernasque JR, da Silva C, Santos MFD, Cremasco CP, Gabriel Filho LRA. Intersectoral actions for the promotion and prevention of obesity, diabetes and hypertension in Brazilian cities: a systematic review and meta-analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(20):13059.
12. Quinton SL, Scott JAK, Burgon E, Hicks Harper PT, Parker RM, Cunningham SR, et al. Prevention is a privilege: implementing drug-free community coalitions in black communities. *J Ethn Subst Abuse* 2024:1-23.
13. Safarani JA, Adriyanto A, Risma Saragih HJ. Community empowerment model to prevent drug abuse in Riau province. *Riau Journal of Empowerment* 2024;7(1):64-76.
14. Baldwin JA. Conducting drug abuse prevention research in partnership with native American communities: meeting challenges through collaborative approaches. *Conducting Drug Abuse Research with Minority Populations: Advances and Issues* 1998;14(1-2):77-92.
15. Joung Ph DP-ARJ, Kang Ph DRKI. Exploring the self-care factors for recovery in alcohol use disorder and the role of peer recovery coaches: a qualitative study. *Issues Ment Health Nurs* 2024;45(5):520-7.
16. ไทยรัฐออนไลน์. 'ขี้คุกเขียนรูป' อดีตผู้ค้ายา สู่อัจฉริยะ เปลี่ยนชีวิตด้วยโอกาสและแรงศรัทธา. [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 พ.ค. 2568]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thairath.co.th/scoop/interview/2793808>

A Community-Based Framework for Sustainable Prevention and Management of Substance Abuse in Thailand

Phisitphong Piyapanyamongkhon

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Abstract

This article presents a comprehensive community-based framework to address substance abuse in Thailand, building upon previous studies highlighting the critical role of community leaders in local-level substance abuse management. Amidst the escalating drug abuse crisis in Southeast Asia, the article proposes a “4 Pillar” conceptual framework: community and local initiative, aligning system, community empowerment, and role modeling. Corresponding policy recommendations are outlined, including the establishment of community-based anti-drug funds, area-level integration coordination centers, and the development of peer recovery networks. These strategies aim to strengthen community-based support systems for the sustainable prevention and management of substance abuse.

Keywords: substance abuse; community-based approach; conceptual framework; community empowerment; public policy

ปลูกสุขภาพ: เกษตรอินทรีย์ ง่ายๆ สุขชีวิตที่ดีขึ้น

สิริกร นามลาบุตร, นุชสิทธิ์ จิตแก้ว, พีรวิชญ์ นามลาบุตร
สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ กรุงเทพมหานคร

วันรับ: 9 ก.ย. 2568

วันแก้ไข: 10 ต.ค. 2568

วันตอบรับ: 13 ต.ค. 2568

บทนำ

การใช้ปุ๋ยเคมีอย่างต่อเนื่องส่งผลเสียร้ายแรงต่อดินและสิ่งแวดล้อม ทำให้ดินเสื่อมโทรม สิ่งมีชีวิตในดินลดลง ผลผลิตมีคุณภาพต่ำ และก่อให้เกิดมลพิษทางน้ำ รวมถึงการสะสมของสารเคมีอันตรายในสิ่งมีชีวิต การเปลี่ยนมาใช้เกษตรอินทรีย์จึงเป็นทางเลือกที่ยั่งยืน ช่วยฟื้นฟูดิน เพิ่มผลผลิตที่มีคุณภาพ และสร้างระบบอาหารที่ปลอดภัยต่อสุขภาพของทุกคน⁽¹⁾ เกษตรอินทรีย์ไม่เพียงเป็นวิธีการผลิตอาหาร แต่ยังเป็นปรัชญาที่มุ่งเน้นความสมดุลระหว่างมนุษย์ ธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อม ทำให้ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นจากผู้บริโภคที่หันมาใส่ใจสุขภาพและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น⁽²⁾

เกษตรอินทรีย์ เป็นระบบการผลิตทางการเกษตรที่มุ่งเน้นการสร้างสมดุลในระบบนิเวศ โดยบูรณาการองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และภูมิปัญญาชาวบ้าน เพื่อส่งเสริมความหลากหลายทางชีวภาพและการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างยั่งยืน ตามหลักการที่กรมส่งเสริมการเกษตร⁽³⁾ การทำเกษตรอินทรีย์ หมายถึง การผลิตอาหารโดยใช้วิธีธรรมชาติ หลีกเลี่ยงการใช้สารเคมีสังเคราะห์ ปุ๋ยเคมี และการตัดแปลงพันธุกรรมทางวิศวกรรม เพื่อให้ได้ผลผลิตที่ปลอดภัยต่อผู้บริโภคและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม เกษตรกรอินทรีย์จะเน้นการบำรุงดินด้วยปุ๋ยหมัก ปุ๋ยคอก และการหมุนเวียนพืช เพื่อฟื้นฟูความอุดมสมบูรณ์ของดินและสร้างระบบนิเวศที่สมดุล ผลผลิตที่ได้จากการทำเกษตรอินทรีย์จึงปราศจากสารพิษ มีคุณค่าทางโภชนาการสูง และช่วยอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ นอกจากนี้ การทำเกษตรอินทรีย์ยังช่วยลดปัญหาภาวะ-

โลกร้อน สร้างงาน สร้างรายได้ และพัฒนาเศรษฐกิจในระดับชุมชนอีกด้วย⁽¹⁾ การหันมาทำเกษตรอินทรีย์ในปัจจุบันได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากผู้บริโภคยุคใหม่ให้ความสำคัญกับสุขภาพและความยั่งยืนมากขึ้น การเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์เกษตรอินทรีย์จึงกลายเป็นเทรนด์ที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย การตัดสินใจนี้ไม่เพียงแต่เป็นการสนับสนุนเกษตรกรที่ใส่ใจสิ่งแวดล้อมเท่านั้น การบริโภคอาหารอินทรีย์ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ และโรคความดัน งานวิจัยของธีรนนท์ วรณศิริ และคณะ⁽⁴⁾ พบว่า เกษตรกรที่ทำเกษตรอินทรีย์มีสุขภาพโดยรวมที่ดีกว่าเกษตรกรที่ทำเกษตรแบบดั้งเดิม โดยมีอัตราการเกิดโรคเรื้อรังต่ำกว่า และผลตรวจสารเคมีในร่างกายอยู่ในเกณฑ์ปลอดภัย นอกจากนี้ เกษตรกรอินทรีย์ยังเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และปัญหาทางเศรษฐกิจน้อยกว่าอย่างเห็นได้ชัด

“ปลูกสุขภาพ: เกษตรอินทรีย์ ง่ายๆ สุขชีวิตที่ดีขึ้น” ดังนี้

1. ทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเกษตรอินทรีย์แก่ประชาชน โดยส่งเสริมการศึกษาหาข้อมูลผ่านสื่อต่างๆ เช่น สิ่งพิมพ์ อีเล็กทรอนิกส์ และกิจกรรมอบรม เพื่อให้เข้าใจหลักการและประโยชน์ของเกษตรอินทรีย์อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ ควรสนับสนุนการเผยแพร่ข้อมูลผ่านช่องทางที่หลากหลาย เพื่อกระตุ้นความสนใจและส่งเสริมการปฏิบัติจริงในวงกว้าง
2. ทุกภาคส่วนควรบูรณาการความร่วมมือเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนปลูกผักสวนครัวและเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อินทรีย์ เพื่อสร้างสังคมที่ปลอดภัยและยั่งยืน ควรส่งเสริมการปฏิบัติจริง โดยส่งเสริมการปลูกผักสวนครัวในครัวเรือน

เช่น จัดกิจกรรมเวิร์กช็อปสอนปลูกผักอินทรีย์แบบง่ายๆ พร้อมสาธิตการทำปุ๋ยหมัก หรือการสร้างแปลงปลูกขนาดเล็ก จัดหาเมล็ดพันธุ์พืชผักที่หลากหลายและแข็งแรง รวมถึงวัสดุปลูกราคาประหยัดให้กับประชาชน จัดตั้งกลุ่มสวนผักชุมชน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสนับสนุนซึ่งกันและกัน ร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดมาตรฐานและฉลากรับรองผลิตภัณฑ์อินทรีย์ เพื่อให้ผู้บริโภคมั่นใจในคุณภาพ สร้างคู่มือแนะนำการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อินทรีย์ที่เข้าใจง่าย พร้อมตัวอย่างผลิตภัณฑ์และแหล่งซื้อ จัดตลาดนัดสินค้าอินทรีย์เป็นประจำ เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงผลิตภัณฑ์หลากหลายชนิด สร้างเครือข่ายผู้ผลิตและผู้บริโภค เช่น พัฒนาเว็บไซต์หรือแอปพลิเคชันเพื่อเชื่อมโยงผู้ผลิตและผู้บริโภคโดยตรง จัดกิจกรรมพบปะระหว่างเกษตรกรและผู้บริโภค เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์อันดีและสร้างความไว้วางใจ ส่งเสริมให้มีการท่องเที่ยวเชิงเกษตร เพื่อให้ผู้บริโภคได้สัมผัสกระบวนการผลิตและเลือกซื้อผลิตภัณฑ์จากแหล่งผลิตโดยตรง

3. ทุกภาคส่วนควรบูรณาการความร่วมมือเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการทำเกษตรอินทรีย์โดย

3.1 จัดกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การประกวดสวนผัก การจัดตลาดนัดสินค้าอินทรีย์ หรือการแข่งขันทำอาหารจากวัตถุดิบอินทรีย์ เพื่อสร้างความสนใจและกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติจริง

3.2 สนับสนุนโครงการที่เกี่ยวข้องกับเกษตรอินทรีย์ เช่น โรงเรียนเกษตรอินทรีย์ หมู่บ้านเกษตรอินทรีย์ หรือชุมชนเกษตรอินทรีย์ เพื่อเป็นต้นแบบและขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ

3.3 จัดทำรางวัลหรือสิ่งจูงใจอื่นๆ เช่น การมอบประกาศนียบัตร การให้ทุนสนับสนุน หรือการลดหย่อนภาษี เพื่อเป็นขวัญกำลังใจและกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการทำเกษตรอินทรีย์อย่างต่อเนื่อง

4. การส่งเสริมเกษตรอินทรีย์ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม โดยภาครัฐมีบทบาทในการกำหนดนโยบาย ภาคเอกชนมีบทบาทในการพัฒนาผลิตภัณฑ์และสร้างตลาด และภาคประชาสังคมมีบทบาทในการเผยแพร่ความรู้และสร้างความตระหนัก

5. ทุกภาคส่วนควรบูรณาการความร่วมมือในการสนับสนุนนักวิจัยรุ่นใหม่ เพื่อพัฒนานวัตกรรมเกษตรอินทรีย์ และสร้างเครือข่ายที่แข็งแกร่งระหว่างสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัย และภาคเอกชน ดังภาพที่ 1

สรุป

เกษตรอินทรีย์เป็นวิธีการผลิตอาหารที่เน้นการใช้ทรัพยากรธรรมชาติอย่างมีประสิทธิภาพ โดยหลีกเลี่ยงการใช้ปุ๋ยเคมี สารกำจัดศัตรูพืช และสารสังเคราะห์อื่นๆ ผลผลิตจากการทำเกษตรอินทรีย์จึงมีคุณภาพสูง ปลอดภัย และเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

ภาพที่ 1 ปลูกสุขภาพ: เกษตรอินทรีย์ ง่าย ๆ สุขชีวิตที่ดีขึ้น

- 1. การสร้างความรู้ความเข้าใจ
- 2. ส่งเสริมการปฏิบัติจริง
- 3. ส่งเสริมการมีส่วนร่วม
- 4. การสร้างความร่วมมือ
- 5. สนับสนุนการทำวิจัย



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร. เกษตรอินทรีย์ คือ อะไร และทำไมต้องเกษตรอินทรีย์? [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 31 ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.arda.or.th/detail/6186>
2. สุทธิพงศ์ ปานเพชร. เกษตรอินทรีย์ภูมิปัญญาชาวบ้านในจังหวัดฉะเชิงเทรา [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 30 ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dpu.ac.th/dpurdi/upload/public/6lugr6n349gc0sw8.pdf>
3. กรมส่งเสริมการเกษตร. การพัฒนาคุณภาพสินค้าเกษตร สู่มาตรฐานเกษตรอินทรีย์ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 31 ธ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://www.doae.go.th/doae_media/การพัฒนาคุณภาพสินค้าเก-2/
4. ธีรพันธ์ วรรณศิริ, บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถม, จิรียา อินทนา. ภาวะสุขภาพของเกษตรกรที่ทำข้าวอินทรีย์ ในจังหวัดนครปฐม. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ 2561;13(3):218-28.

บทเรียนความสำเร็จของสื่อ รู้ทันกลลวง บุหรี่ไฟฟ้า

นุชจรี ศรีวิเชียร, หยาดฝน ธัญโชติกานต์

ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

วันรับ: 29 ก.ย. 2568

วันแก้ไข: 15 ต.ค. 2568

วันตอบรับ: 18 ต.ค. 2568

บทนำ

แนวโน้มการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุหลักเกิดจากกลยุทธ์ทางการตลาดของอุตสาหกรรมยาสูบ ที่ใช้รูปลักษณ์ การแต่งรสชาติและกลิ่น รวมทั้งราคาของบุหรี่ไฟฟ้าต่อจำนวนครั้งของการสูบที่เด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีการโฆษณาชวนเชื่อ และการส่งเสริมการขายผ่านช่องทางออนไลน์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 27 เป็นร้อยละ 48 ในปี พ.ศ. 2558 และ พ.ศ. 2565 ตามลำดับ

จากสถานการณ์ดังกล่าว ชี้ให้เห็นผลกระทบต่อทศวรรษ 2 ประการ ได้แก่ (1) นักสูบหน้าใหม่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยพบนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย เคยทดลองสูบบุหรี่ไฟฟ้าถึงร้อยละ 43 นอกจากนี้เด็กและเยาวชนที่เคยทดลองสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะมีแนวโน้มสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น 5 เท่า และ (2) ทักษะคิดของเด็กและเยาวชนต่อบุหรี่ไฟฟ้า ส่วนใหญ่คิดว่าเป็นสิ่งที่ไม่อันตรายและปลอดภัยกว่าบุหรี่มวน เนื่องจากการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้ามาจากการแนะนำของคนในครอบครัว เพื่อน หรือคนในชุมชน

การสร้างสื่อการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ถูกระบุว่าเป็นเงื่อนไขความสำเร็จในการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมในเชิงรุก แต่อย่างไรก็ตาม การสื่อสารที่มีประสิทธิผลยังคงเป็นเรื่องท้าทาย สื่อการเรียนรู้ “รู้ทันกลลวงบุหรี่ไฟฟ้า” ที่ผลิตโดยศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้รับการยอมรับว่าเป็นสื่อที่มีประสิทธิผลสูงโดยสะท้อนได้จากการถูกนำไปขยายผลอย่างกว้างขวางในศูนย์การเรียนรู้ โรงเรียนปลอดบุหรี่ ดังนั้นการถอดบทเรียนกระบวนการ

ในการออกแบบสื่อ “รู้ทันกลลวง บุหรี่ไฟฟ้า” นี้ จะทำให้เห็นภาพที่ชัดเจนในเชิงกระบวนการ เพื่อให้เป็นบทเรียนความสำเร็จในการออกแบบสื่อการเรียนรู้อื่นๆ ได้นำเอาไปปรับใช้ ซึ่งจะเกิดประโยชน์ทั้งทางตรงในการสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงส่งผลให้เกิดการใช้งบประมาณจัดทำสื่ออย่างมีประสิทธิภาพด้วย

ถอดบทเรียนกระบวนการออกแบบสื่อการเรียนรู้

การพัฒนาสื่อการเรียนรู้ “รู้ทันกลลวง บุหรี่ไฟฟ้า” ได้นำกระบวนการคิดเชิงออกแบบ (design thinking) มาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดหลักในการพัฒนา โดยแบ่งกระบวนการออกเป็น 3 ขั้นตอนสำคัญตามหลักการของ Lewrick และคณะ⁽¹⁾ ได้แก่ การทำความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ใช้งาน การสร้างแนวคิดจากคำตอบที่เป็นไปได้ และการสร้างชิ้นงานต้นแบบเพื่อประเมินผลตอบรับ ดังนี้

การทำความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้ใช้งาน ขั้นตอนการศึกษาบริบทและปัญหาเริ่มต้นจากการสำรวจสถานการณ์การใช้สื่อสื่อสารในศูนย์การเรียนรู้ โรงเรียนปลอดบุหรี่ พบว่า สื่อที่ใช้ในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นสื่อประเภทป้ายรณรงค์ แผ่นพับ โปสเตอร์ และคลิปวิดีโอ ซึ่งจัดอยู่ในประเภทการเรียนรู้เชิงรับ (passive learning) ตามหลักกรวยประสบการณ์ของเดล (Dale's cone of experience) การวิเคราะห์ประสิทธิภาพของสื่อดังกล่าว พบข้อจำกัดสำคัญในการดึงดูดความสนใจและการมีส่วนร่วมของผู้เรียน

การสร้างแนวคิดจากคำตอบที่เป็นไปได้ จากการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ทีมผู้พัฒนาได้กำหนดทิศทางพัฒนาสื่อโดยยกระดับการเรียนรู้จากเชิงรับ

สู่การเรียนรู้เชิงรุก (active learning) ที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของผู้เรียน แนวคิดหลักของการออกแบบมุ่งเน้นการสร้างประสบการณ์จำลองที่ช่วยให้ผู้เรียนสามารถสัมผัสและเห็นภาพของผลกระทบจากบุหรี่ไฟฟ้าได้อย่างเป็นรูปธรรม

การสร้างชิ้นงานต้นแบบและประเมินผล การสร้างชิ้นงานต้นแบบและประเมินผล สื่อการเรียนรู้ “รู้ทันกลลวง บุหรี่ไฟฟ้า” สะท้อนความสำเร็จของตัวสื่อการเรียนรู้นี้ อย่างเป็นรูปธรรมได้ว่า (1) ผู้ถ่ายทอด/ครูสามารถลดภาระในการสร้างสื่อด้วยตนเอง และลดช่วงว่างในการให้ข้อมูลระหว่างครูและนักเรียน เพราะเด็กเห็นภาพและเข้าใจสิ่งที่ครูต้องการจะถ่ายทอดมากขึ้น นักเรียนแกนนำมั่นใจในการถ่ายทอดความรู้มากขึ้น เนื่องจากสื่อช่วยให้สิ่งที่พูดมีน้ำหนักและน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น (2) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มนักเรียน พบว่า เด็กมีความสนใจจากการได้เห็นสื่อรูปแบบสามมิติ และเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น และเด็กมีทัศนคติต่อบุหรี่ไฟฟ้าในแง่ลบและตระหนักถึงโทษมากขึ้น จำนวนนักสูบหน้าใหม่ และผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าภายในโรงเรียนลดลง ตลอดจนมีเด็กตัดสินใจหยุดสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างจริงจัง เด็กสนใจร่วมทำกิจกรรมรณรงค์งดสูบบุหรี่มากขึ้น เด็กโพสต์อวดบุหรี่ไฟฟ้าในสื่อออนไลน์ลดลง และ (3) ความเปลี่ยนแปลงต่อครู ผู้ปกครอง และชุมชน ผู้คนรู้จักรูปลักษณ์และรู้เท่าทันกลลวงของ

บุหรี่ไฟฟ้า จากการเห็นแบบจำลองของจริงผู้คนตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น ดังภาพที่ 1 และ 2

สรุป

การออกแบบสื่อการเรียนรู้ “รู้ทันกลลวง บุหรี่ไฟฟ้า” โดยใช้กระบวนการคิดเชิงออกแบบ (design thinking) มีปัจจัยความสำเร็จ คือ (1) การยกระดับการเรียนรู้ในรูปแบบ active learning ที่ช่วยกระตุ้นความสนใจ และสร้างความเข้าใจโดยการเห็นเป็นรูปธรรมจากผู้เรียน (2) ความเข้าใจผู้ใช้สื่อในทุกกระดับ สื่อสามารถลดภาระครูผู้สอนในการจัดทำสื่อ นักเรียนแกนนำเกิดความมั่นใจในการถ่ายทอด และผู้เรียนสามารถเข้าใจผลกระทบของบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้น และสามารถเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มนักเรียนได้ และ (3) การนำกระบวนการคิดเชิงออกแบบไปปรับใช้ในการออกแบบสื่อการเรียนรู้อื่นๆ โดยมองว่าการออกแบบเป็นการสร้างสรรค์สื่อที่ “ทำงานได้จริง” ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ และนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตได้ในที่สุด ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการส่งเสริมการเรียนรู้และการพัฒนาอย่างยั่งยืน

อย่างไรก็ตาม สื่อการเรียนรู้เป็นส่วนหนึ่งของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยอื่นๆ เช่น สภาพแวดล้อม ปัจจัยทางสังคมเพื่อเข้ามาหนุนเสริม

ภาพที่ 1 กระบวนการคิดเชิงออกแบบ Design thinking⁽¹⁾



ภาพที่ 2 คู่มือการใช้สื่อการเรียนรู้ “รู้ทันกลวง บุหรี่ไฟฟ้า”

คู่มือการใช้สื่อการเรียนรู้ “รู้ทันกลวง บุหรี่ไฟฟ้า”

หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 รู้ทันกลวงบุหรี่ไฟฟ้า
 1. จีทีทีเอฟ (GTTTF) เป็นบุหรี่ไฟฟ้ารูปแบบแรกที่มีลักษณะไม่แตกต่างจากบุหรี่จริง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 รู้ทันกลไกบุหรี่ไฟฟ้า
 2. แทงค์ (Tank) เป็นบุหรี่ไฟฟ้าที่ได้รับการพัฒนา ดัดแปลงให้สามารถเติมน้ำยาได้ในตัวได้ อุปกรณ์เสริม และให้มีความหลากหลาย

หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 ความหอม... ฆ้องพิษ
 ภายใต้อินทรีย์ที่หอมหวาน มีสารพิษร้ายมากมายซ่อนอยู่ภายในสูดดม จะยกเอาชื่อที่นำของสารเคมีอันตรายที่แฝงมากับความหอมหวานจากบุหรี่ไฟฟ้า โดยให้ทราบถึงตัวอย่างสารประกอบอินทรีย์ที่พบในบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ สารเคมีที่ก่อให้เกิดอาการระคายเคือง และระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งไม่มีงานวิจัยยืนยันว่าปลอดภัย ปลอดภัยกว่าบุหรี่จริง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 ผลกระทบต่อร่างกาย
 จะเกิดอะไรขึ้น!!! เมื่อควันที่สูดดมไม่มีอินทรีย์ แต่ทำร้ายอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

หน่วยการเรียนรู้ที่ 5 เรื่องจริงจากปากคนสูบบุหรี่ไฟฟ้า
 เรื่องจริงที่เกิดขึ้นกับผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า อย่านำให้ความหมายว่า บอกลาความหวังที่ทุกคนหวัง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 6 เข็มพิษบุหรี่เสี่ยงตาย
 ไขความลับปัญหา และข้อสงสัยของบุหรี่ไฟฟ้า ที่ยังเข้าใจผิดๆ

หน่วยการเรียนรู้ที่ 7 สื่อประชาสัมพันธ์ “รู้ทันกลวงบุหรี่ไฟฟ้า”
 ภายใต้อินทรีย์ที่หอมหวาน มีสารพิษร้ายมากมายซ่อนอยู่ภายในสูดดม จะยกเอาชื่อที่นำของสารเคมีอันตรายที่แฝงมากับความหอมหวานจากบุหรี่ไฟฟ้า โดยให้ทราบถึงตัวอย่างสารประกอบอินทรีย์ที่พบในบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ สารเคมีที่ก่อให้เกิดอาการระคายเคือง และระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งไม่มีงานวิจัยยืนยันว่าปลอดภัย ปลอดภัยกว่าบุหรี่จริง

ผลกระทบบางอย่างของบุหรี่ไฟฟ้า มีปริมาณนิโคตินเท่ากับบุหรี่ทั่วไป จำนวน 20 มวน และสารนิโคตินที่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย ระบบการหายใจ เกิดการระคายเคือง ไอ เหนื่อยง่าย กระทบต่อหัวใจ หลอดลมอักเสบ โรคหอบหืด โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งพบการเดินของหัวใจผิดปกติ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ระบบประสาทและสมอง เซลล์สมองถูกทำลาย โดยเฉพาะในเด็กและเยาวชนอาจทำให้เกิดอาการวิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ความจำลดลง เวียนหัวคลื่นไส้อาเจียน ระบบย่อยอาหารและทางเดินอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะลำไส้ อาหารไม่ย่อย กรดไหลย้อนและอาจนำไปสู่มะเร็ง

อย่าให้ความอยากสูบบุหรี่ร้ายเข้าสู่ร่างกายบดบังความจริงที่ทุกคนควรรู้ นำมาเป็นเรื่องจริงของผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าได้รับผลกระทบอย่างร้ายแรง เช่น สูญเสียสุขภาพที่ดีซึ่งเริ่มจากผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่นาน ได้ไปขายเป็นโรคปอดอักเสบ สิ่งเหล่านี้ต้องรักษาตัวเป็นเวลานาน และต้องสูบบุหรี่ไฟฟ้าเรื่อยๆ จากจุดเริ่มต้นสู่ความหวังเรื่องผลกระทบของผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า

ดีแต่การตลาดแบบ Sensory marketing เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเด็กและเยาวชน ด้วยกลิ่นและรสชาติ ที่หอมหวาน กับรูปลักษณ์ที่เหมือนภายในสูดดมเหมือนสูดดมบุหรี่จริงเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยมี 4 รูปแบบด้วยกัน ได้แก่ 1. จีทีทีเอฟ (GTTTF) เป็นบุหรี่ไฟฟ้ารูปแบบแรกที่มีลักษณะไม่แตกต่างจากบุหรี่จริง 2. แทงค์ (Tank) เป็นบุหรี่ไฟฟ้าที่ได้รับการพัฒนา ดัดแปลงให้สามารถเติมน้ำยาได้ในตัวได้ อุปกรณ์เสริม และให้มีความหลากหลาย 3. พอด (Pod) เป็นบุหรี่ไฟฟ้าที่พัฒนาให้มีความเล็กพกพาได้ง่าย มีรสชาติและกลิ่นที่เหมือนบุหรี่จริง เพื่อเปลี่ยนหรือเติมน้ำยาแบบใช้ซ้ำได้ มีกลิ่นหอมตามใจชอบจากกลิ่นของ 4. Toy Vape (Toy Pod) เป็นบุหรี่ไฟฟ้าที่มีรูปร่างเหมือนกับยี่ห้อ ART TOY หรือพวกๆ และดูคล้ายของเล่นทั่วไป แต่มีการลดเค็มหวาน

มีรูปลักษณ์ภายนอกน่ารัก หรือเรียกว่า Toy Pod) นอกให้เห็นถึง ความอันตรายที่แฝงอยู่ภายใน ที่มีสารพิษอันตรายและนิโคตินสูง ซึ่งผู้สูดดมจะสูดดมเข้าไปในปอด และไปเห็นถึงวิธีการต้องระวังการกักตุนของบุหรี่ไฟฟ้า ที่เป็นสารพิษร้ายแรงอย่างร้ายแรง และมีมาตรฐานด้านความปลอดภัย ซึ่งทำให้นักวิชาการเป็นอันตรายต่อสุขภาพ จากเบสเคอร์รี่ เช่น สารแคดเมียม ตะกั่ว ทองแดง เป็นต้น และมีปริมาณสารพิษของเบสเคอร์รี่

จะเกิดอะไรขึ้น!!! เมื่อควันที่สูดดมไม่มีอินทรีย์ แต่ทำร้ายอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย

ความหอม... ฆ้องพิษ

ไขความลับปัญหา และข้อสงสัยของบุหรี่ไฟฟ้า ที่ยังเข้าใจผิดๆ

รวมคำถาม คำตอบ ที่หลายคนสงสัยเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ในแง่มุมต่างๆ ที่ความเชื่อที่ผิดๆ และข้อกฎหมาย เช่น การสูบบุหรี่ไฟฟ้าช่วยให้เลิกบุหรี่หรือไม่ได้จริงหรือไม่ ? และการควบคุมของบุหรี่ไฟฟ้า มีความปลอดภัยหรือไม่ อย่างไร ?

รู้ทันกลวง บุหรี่ไฟฟ้า

เอกสารอ้างอิง

- Lewrick M, Link P, Leifer L. The design thinking playbook: mindful digital transformation of teams, products, services, businesses and ecosystems. วิญญู กิ่งศิริวิวัฒนา, ผู้แปล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ซีอีดูเคชั่น; 2563.



www.thaihealth.or.th/THPJournal