

วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ Multidisciplinary Journal for Health

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2: กรกฎาคม - ธันวาคม 2567

Volume 6 Issue 2: July – December 2024



ISSN: 2673-0855

วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ

วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ จัดทำโดยวิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินทร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย ภูมิศึกษา และบทความวิชาการด้านสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพในสาขาที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ วิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินทร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

บรรณาธิการ ดร.ภญ. กมลนัฏ ม่วงยิ้ม วิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินทร จ.ชลบุรี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ ดร.ภญ. อรรจน์ หวังประดิษฐ์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินทร จ.ชลบุรี

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร. ชยันต์ พิเชียรสุนทร	ราชบัณฑิต สำนักงานราชบัณฑิตยสภา
Prof. Dr. Tsutomu Kitajima	Faculty of Social Science, Kyorin University, Japan
รศ.ดร. สุธรรม นันทมงคลชัย	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร. ทวีวรรณ ศรีสุขคำ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา
รศ.ดร. อุทัยทิพย์ เจียวิวรรณกุล	คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร. ภูมิ อธิศักดิ์วัฒนา	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร. ชูศักดิ์ นิธิเกตุกุล	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร. สุวรรณ อินทร์น้อย	คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรมและเทคโนโลยี สถาบันเทคโนโลยีเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ผศ. พรพิมล วงศ์สุวรรณ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร. สุวิมล แสนเวียงจันทร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี
ดร. จักรกฤษณ์ พลราชม	คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
ดร. นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร. ฉันทนา ไสววัตร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินทร จ.สุพรรณบุรี
ดร.ภก. บุญมี โพธิ์คำ	วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จ.ปราจีนบุรี
ดร. วรยุทธ นาคอ้าย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินทร จ.ชลบุรี
ดร. วรรณัญชีหา ททรัพย์ประเสริฐ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินทร จ.ชลบุรี

บทบรรณาธิการ

สวัสดีค่ะ วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีี่ 6 ฉบับที่ 2 ซึ่งเป็นฉบับส่งท้ายปีพุทธศักราช 2567 ขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสรรค์องค์ความรู้และการพัฒนาวิชาการด้านสุขภาพในประเทศของเรา จากการวิจัยที่มุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับประชากรไปจนถึงการสร้างนวัตกรรมที่สามารถเปลี่ยนแปลงแนวทางการดูแลสุขภาพในอนาคต

ท่ามกลางการเดินทางในปี 2567 ที่ผ่านมา เราได้เห็นความก้าวหน้าในการวิจัยสุขภาพในหลายมิติ เช่น การสร้างทางเลือกในการรักษาโรค การพัฒนารูปแบบ/วิธีการที่ช่วยลดภาระงานของบุคลากรทางการแพทย์ การพัฒนานโยบายสุขภาพที่ยั่งยืน และการส่งเสริมสุขภาพจิตในสังคมที่ต้องเผชิญกับความท้าทายในช่วงเวลาหลังสถานการณ์โรคระบาด

การส่งท้ายปี 2567 นี้ เราได้รวบรวมบทความวิจัยที่สะท้อนถึงความพยายามในการตอบโจทย์ด้านสุขภาพที่สำคัญ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่บูรณาการการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารมาเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ รวมถึงการศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพในชุมชน ที่ได้ทำการวิเคราะห์นโยบายสุขภาพที่มีผลกระทบในระดับประเทศ บทความต่าง ๆ เหล่านี้ไม่เพียงแต่เป็นผลจากความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขา แต่ยังเป็นตัวอย่างที่ดีของการทำงานแบบสหวิชาการที่สามารถสร้างผลลัพธ์ที่มีความหมายต่อสังคมได้ นอกจากนี้ เราเชื่อว่าการวิจัยและการพัฒนาทางการแพทย์และสาธารณสุขในอนาคตจะยังคงต้องการการประสานงานระหว่างผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขา เช่น การแพทย์ สาธารณสุข วิศวกรรมศาสตร์ เทคโนโลยีสารสนเทศและสังคมศาสตร์ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างครบวงจรและยั่งยืน ซึ่งในปี 2568 นี้ เราคาดหวังว่าเราจะเห็นการบรรลุเป้าหมายเหล่านี้ได้มากยิ่งขึ้น ผ่านการร่วมมือและการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ระหว่างผู้คนจากหลากหลายภาคส่วน

สุดท้ายนี้ วารสารสหวิชาการเพื่อสุขภาพ ขอขอบคุณผู้เขียนทุกท่านที่ได้ส่งบทความและงานวิจัยเข้ามาเผยแพร่ ขอขอบคุณผู้อ่านที่ให้ความสนใจและติดตามวารสารของเราอย่างต่อเนื่อง และขอให้ทุกท่านมีความสุขที่ดี มีความสุขในปีใหม่ที่กำลังมาถึง พร้อมทั้งขอให้ทุกความพยายามในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ เพื่อสุขภาพของสังคมไทยประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

ขอให้ปี 2568 เป็นปีที่ทุกคนสามารถเดินทางไปสู่ออนาคตสุขภาพที่ดีขึ้น และสร้างสรรค์สังคมที่ยั่งยืนต่อไป



ดร.กณญ์ กมลนัทร ม่วงยิม

บรรณาธิการ

สารบัญ

หน้า

กองบรรณาธิการ.....	ก
บทบรรณาธิการ.....	ข
สารบัญ.....	ค

บทความวิชาการ

การบรรเทาอาการไข้และผื่นบริเวณผิวหนังของโรคมือ เท้า ปาก ด้วยตำรับยาเขียวหอม.....	1 - 10
นภลัย มากโหนด, จิรภัทร เล่ห์สิงห์	

บทความวิจัย

การศึกษาการลดอาการปวดเข้าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโดยใช้สมุนไพรพอกเข้า.....	11 - 19
ชนวัฒน์ งามศรี, สุพจน์ เมืองมณี, สงกรานต์ สักลอม	

การศึกษาและพัฒนาระบบบริการศูนย์พึ่งได้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ.....	20 - 34
กระทรวงสาธารณสุข	
ยุภา คงกลิ่นสุคนธ์, ปรีดี สำราญทรัพย์	

การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกาย Moph Chon Virtual Run ของบุคลากรในสังกัด.....	35 - 48
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี	
รัก ณะไพบุลย์	

พัฒนาแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยง.....	49 - 63
โรคหัวใจและหลอดเลือด วิทยาลัยการศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยากุล	
วันเพ็ญ สุทธิโกมินทร์	

การบรรเทาอาการไข้และผื่นบริเวณผิวหนังของโรคมือ เท้า ปาก ด้วยตำรับยาเขียวหอม

นภลัย มากโหนด* จิรภัทร เล่ห์สิงห์*

บทคัดย่อ

โรคมือ เท้า ปาก (Hand Foot Mouth Disease; HFMD) เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสในกลุ่มเอนเทอโร (Enteroviruses) ส่วนใหญ่เกิดการติดเชื้อในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยผู้ป่วยมักมีอาการไข้ร่วมกับมีตุ่มแดงอักเสบที่บริเวณลิ้น เหงือก และกระพุ้งแก้ม รวมถึงมีตุ่มนูนแดงที่ฝ่ามือ นิ้วมือ ฝ่าเท้า เข่า หรือก้น ซึ่งโรคนี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการใช้ชีวิตของเด็กเป็นอย่างมาก ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อโรคมือ เท้า ปาก เพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี การรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันเน้นการบรรเทาอาการของผู้ป่วย ในทางการแพทย์แผนไทยมีการกล่าวถึงโรคที่มีอาการไข้ร่วมกับมีอาการผื่นผุดขึ้นมาเป็นตุ่มบริเวณผิวหนังและยังกล่าวถึงยาที่ใช้ในการรักษา คือ ยาเขียวหอม ซึ่งตำรับยานี้มีระบุไว้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ด้านสมุนไพรสำหรับใช้รักษาโรคไข้ ร้อนใน กระหายน้ำ ทั้งนี้ยังมีรายงานการวิจัยว่า ยาเขียวหอมมีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรีย ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ฤทธิ์ต้านการอักเสบ โดยไม่พบความเป็นพิษต่อเซลล์ ส่วนฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อไวรัส พบว่า สามารถยับยั้ง Enterovirus 71 และ Herpes simplex virus ไม่ให้เข้าสู่เซลล์ได้ นอกจากนี้ยังพบฤทธิ์ต้านการอักเสบจากการศึกษาในสัตว์ทดลอง รวมถึงมีงานวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับการรักษาแผลร้อนในด้วย ตำรับยาเขียวหอมจึงเป็นตำรับยาที่มีประสิทธิผลและความปลอดภัยในการรักษาและบรรเทาอาการโรคมือ เท้า ปาก การศึกษาฤทธิ์ของตำรับยาเขียวหอม และการวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับประสิทธิผลของตำรับยาเขียวหอม จึงมีความสำคัญในการประยุกต์ใช้ตำรับยาสมุนไพรเพื่อรักษาโรคมือ เท้า ปาก อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคมือ เท้า ปาก, เชื้อไวรัส, ยาเขียวหอม

* วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

E-mail: Jirapat_L@acttm.ac.th

Relieving fever and skin rash symptoms of Hand Foot Mouth Disease with "Ya-Khiao-Hom"

Naphalai Makhon* Jirapat Laysing**

Abstract

Hand Foot Mouth Disease (HFMD) is a condition caused by enterovirus infection, predominantly affecting children under the age of five. Clinical manifestations include fever and the appearance of inflamed red bumps on the tongue, gums, inner cheeks, palms, fingers, knees, and buttocks. HFMD significantly impacts the health and daily lives of infected children. In Thailand, the incidence has been rising annually. Current treatment strategies primarily aim to alleviate symptoms. Similar symptoms of HFMD, characterized by fever and the presence of skin bumps, are also documented in Thai traditional medicine. These symptoms are recommended to be treated by Ya-Khiao-Hom. Ya-Khiao-Hom remedy is included in the National List of Essential Herbal Medicines. Traditionally, this remedy recipe has been used to treat fever, internal heat, and thirst. Previous research demonstrated that Ya-Khiao-Hom exhibited antibacterial, antioxidant, and anti-inflammatory properties without cytotoxic effects, and inhibited Enterovirus 71 and Herpes simplex viruses from entering cells. Animal studies also showed that it can inhibit inflammation. Furthermore, clinical research supported the efficacy of Ya-Khiao-Hom remedy in treating aphthous ulcers. Based on these findings, Ya-Khiao-Hom could be an effective herbal remedy recipe in treating and relieving symptoms of HFMD. The studies of Ya-Khiao-Hom efficacy as well as clinical trial studies of its effectiveness are, therefore, important for applying the herbal remedy recipe to treat HFMD effectively.

Keywords: Hand Foot Mouth Disease (HFMD), Virus, Ya-Khiao-Hom

* Abhaibhubejhr College of Thai Traditional Medicine Prachinburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

E-mail: Jirapat_L@acttm.ac.th

บทนำ

จากรายงานของกองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข โรคมือ เท้า และปาก (Hand Foot Mouth Disease: HFMD) หรือโรคไข่ออกผื่นในเด็ก มักพบการติดเชื้อในทารกและเด็กเล็ก¹ เป็นโรคประจำถิ่นที่เกิดขึ้นทั่วโลก² สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อไวรัสในกลุ่มเอนเทอโร (Enteroviruses) ที่พบเฉพาะในมนุษย์ ซึ่งมีหลายสายพันธุ์ เช่น Coxsackie A และ Coxsackie B เป็นต้น โดยทั่วไปโรคนี้อาการไม่รุนแรงยกเว้นเกิดจากการติดเชื้อ Enterovirus 71 ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสที่ทำให้ผู้ที่ติดเชื้อมีอาการป่วยอย่างรุนแรงและเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ สมองอักเสบ ซึ่งมักนำไปสู่ภาวะหัวใจวาย ระบบหายใจล้มเหลว และอาจรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้³ โรคมือ เท้า ปากเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน มักพบการระบาดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ส่วนใหญ่มีการระบาดในช่วงฤดูฝน หรือเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม เพราะมีลักษณะอากาศเย็นและชื้น โดยเฉพาะประเทศซึ่งอยู่ในเขตร้อนชื้น สามารถเกิดโรคนี้ได้ประปรายตลอดปี⁴ โดยอาการของโรคมือเท้าปาก ผู้ป่วยจะมีอาการไข้ อ่อนเพลีย ต่อมาเริ่มมีอาการเจ็บปาก กลืนน้ำลายลำบาก มีตุ่มแดงอักเสบที่บริเวณลิ้น เหงือก และกระพุ้งแก้ม มีตุ่มนูนแดงที่ฝ่ามือ นิ้วมือ ฝ่าเท้า เข้า หรือก้น⁵ และมักก่อโรคในเด็ก จากข้อมูลการเฝ้าระวังเชื้อก่อโรคมือ เท้า ปาก ในกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี ของสำนักกระบาดวิทยาในปี พ.ศ. 2560 จากโรงพยาบาล 30 แห่งที่เข้าร่วมโครงการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ พบสายพันธุ์ก่อโรคมือเท้าปากสูงสุด คือ Enterovirus 71 (ร้อยละ 41.73), Coxsackievirus A16 (ร้อยละ 21.43) และ Coxsackievirus A6 (ร้อยละ 16.17) มีรายงานการระบาดรุนแรงที่มีสาเหตุจากเชื้อ Enterovirus 71 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ที่ประเทศมาเลเซียและมีการระบาดในวงกว้างหลายประเทศ ทั้งประเทศจีน ญี่ปุ่น ไต้หวัน สิงคโปร์ กัมพูชา เวียดนาม และไทย⁶

จากข้อมูลสถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยจำนวน 70,189 คน คิดเป็นอัตราป่วย 107.28 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 3 คน จังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคน สูงสุด 5 อันดับแรก คือ จันทบุรี รองลงมาคือ สุราษฎร์ธานี ตราด พะเยา และพิษณุโลกตามลำดับ⁷ ปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยจำนวน 69,774 คน คิดเป็นอัตราป่วย 105.06 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 2 คน ปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยจำนวน 67,243 คน คิดเป็นอัตราป่วย 101.25 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 1 คน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้โรคมือ เท้า ปาก เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องมีการเฝ้าระวังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 โดยมอบหมายให้สำนักกระบาดวิทยาและสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ร่วมกับสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีการเฝ้าระวัง รายงานและสอบสวนผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อ Enterovirus 71 รวมทั้งป้องกันควบคุมโรคดังกล่าว⁴ จากข้อมูลการแพร่ระบาดพบว่าโรคมือ เท้า ปากมีความรุนแรงและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตเป็นอย่างมาก กลุ่มเสี่ยงต่อโรคมือ เท้า ปากคือกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเฉพาะเด็กที่อยู่ในพื้นที่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ อยู่กันอย่างแออัด และถ้ามีการระบาดเป็นระยะเวลานาน จะทำให้มีโอกาที่จะแพร่ไปสู่เด็กที่มีอายุมากขึ้นจนถึงวัยรุ่น และความรุนแรงของโรคก็จะ

เพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคมือเท้าปากสำนักระบาดวิทยา พบว่า การแพร่ระบาดในเด็กจะอยู่ใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและ โรงเรียนอนุบาล³

การรักษาโรคมือเท้าปาก

ในประเทศไทยมีวัคซีนป้องกันโรคมือเท้าปาก คือ Enterovirus Type 71 Vaccine หรือ EntroVac เป็นวัคซีนเชื้อตายแนะนำสำหรับเด็กอายุ 6 เดือน ถึง 5 ปี 11 เดือน ซึ่งต้องได้รับทั้งหมด 2 เข็ม โดยฉีดห่างกัน 1 เดือน จากการศึกษาพบว่า หลังฉีดวัคซีนครบ 2 เข็ม สามารถป้องกันการติดเชื้อมือเท้าปากจากเชื้อ Enterovirus 71 ได้ 90.0-97.4% ป้องกันภาวะแทรกซ้อนรุนแรงเมื่อติดเชื้อได้ 100% และยังมีภูมิมากกว่า 95.1% เมื่อผ่านไป 2 ปี จึงยังไม่มีคำแนะนำสำหรับการฉีดเข็มกระตุ้น แต่วัคซีนนี้ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อมือเท้าปากสายพันธุ์อื่นๆ ได้³ ส่วนการรับประทานยาเมื่อเด็กติดเชื้อโรคมือเท้าปากแพทย์จะให้การรักษาดตามอาการ เช่น เมื่อมีไข้ให้รับประทานยาลดไข้เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ควรส่งเสริมให้ผู้ปกครอง และเด็ก มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคมือเท้าปาก ที่ถูกต้อง เช่น การล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร และหลังขับถ่าย การแยกของใช้ส่วนตัวออกจากกัน ไม่ใช้ภาชนะในการรับประทานอาหารร่วมกัน ใช้ช้อนกลาง และหลีกเลี่ยงการใช้แก้วน้ำหรือหลอดดูดน้ำร่วมกัน เป็นต้น รวมถึงในระหว่างที่เด็กมีอาการ ควรแยกเด็กออก และหยุดเรียน เพราะโรคมือเท้าปาก สามารถติดต่อกันโดยการรับเชื้อไวรัสทางช่องปาก ซึ่งติดมากับมือที่ปนเปื้อนอุจจาระ น้ำลาย น้ำมูก น้ำจากตุ่มพอง หรือแผลและควรให้หยุดเรียนจนกว่าจะหายป่วย ซึ่งจะช่วยป้องกันการแพร่ระบาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียนได้⁴

ใช้ร่วมกับอาการผื่นบริเวณผิวหนังทางการแพทย์แผนไทย

ตามคัมภีร์ปฐมจินดาซึ่งเป็นคัมภีร์ที่กล่าวถึงโรคซางที่เกิดในเด็ก ซึ่งมีลักษณะอาการของโรคคล้ายกับอาการแสดงของโรคมือเท้าปาก โดยเด็กที่ป่วยด้วยโรคซางจะมีอาการตัวร้อน ชีพปากแห้ง อาเจียน กินอาหารไม่ได้ มีเม็ดขึ้นในปาก คอ ลื่นเป็นฝ้า บางครั้งมีอาการท้องเสีย ซึ่งซางแบ่งเป็นหลายประเภท เช่น ซางไฟ เกิดในเด็กที่คลอดจากครรภ์มารดาในวันอาทิตย์ ขึ้นที่ฝ่าเท้า แขน ขา แสบร้อน ปวดรุนแรง อาจถึงแก่ความตายได้ ซางน้ำ เกิดในเด็กที่คลอดจากครรภ์มารดาในวันจันทร์ ขึ้นหลังและราวข้าง แขน ทรวงอก เม็ดเท่าใบพุทรา สีแดง เป็นต้น⁵ นอกจากนี้ยังมีคัมภีร์ตักสิลา กล่าวถึงไข้พิษ โดยผู้ป่วยจะมีอาการใช้ร่วมกับผื่นบริเวณผิวหนัง ผื่นที่เกิดขึ้น คือ พิษร้อนในเลือด เมื่อเลือดมีความร้อน ทำให้ต้องมีการระบายออกทางผิวหนัง เกิดเป็นผื่นเป็นตุ่มเป็นต้น อาการของไข้พิษเกิดจากความร้อนของเลือดภายในร่างกายปะทุออกบริเวณผิวหนัง ทำให้เกิดเป็นผื่น เป็นเม็ด เป็นตุ่ม เช่น ไข้ดำอืดแดง ลักษณะผื่นผุดเป็นแผ่นหนึ่งถึงสองนิ้ว บางที่ไม่ผุดต้องใช้เทียนส่องมือดู ไข้ปานดำปานแดง มีผื่นผุดออกมาเท่าวงสะบ้าอมู เท้าใบพุทรา ไข้มหาเมฆมหานิล มีผื่นผุดขึ้นทั้งตัวสีดำดั่งเมฆดงนิล ไข้ระบุนขาด มีผื่นผุดเป็นเม็ดเล็กเท่าผักปลัง เท่าเม็ดเทียน เท่าเม็ดงา ไข้ระบุนขาด มีผื่นผุดเป็นเม็ดเล็กเท่าเม็ดผักปลัง ไข้สายฟ้าฟาด ผุดเป็นริ้วลงมาตามตัว ไข้ไฟเดือนห้า ผุดขึ้นที่อก ไข้ข้าวใหม่น้อย ผุดขึ้นมาเหมือนมดกัดเป็นแผ่นทั่วตัว ไข้ข้าวใหม่ใหญ่ ผุดเป็นแผ่นทั่วตัว ยอดแหลมขาว ไข้กระดานหิน ผุดทั่วตัวเม็ดแดงดั่งผลด่าถึงสุก ไข้สังวาลพระอินทร์ ผุดเป็นเม็ดแดง เป็นแถวๆ

ไข้ข้าวไหม้ใบเกรียม ผุดขึ้นเป็นเม็ดดำคล้ายหนังแรด ไข้ดาวเรือง ผุดขึ้นมาเป็นลายโคมครั่งลูก ลักษณะผุดเป็นผื่นร่วมกับอาการตัวร้อนมากดังเปลวไฟและจะเรียกชื่อโรคตามลักษณะอาการที่ผุด จะเห็นได้ว่าโรคไข้เกิดจากภาวะความร้อนในร่างกายสูงจนเกิดการประทุออกมาเป็นผื่นบริเวณผิวหนัง ทำให้เกิดอาการปวดแสบร้อน ซึ่งวิธีการรักษา คือ การลดความร้อนภายในร่างกายและบรรเทาอาการแสบร้อนจากผื่นบริเวณผิวหนัง

การรักษาไข้พิษทางการแพทย์แผนไทย

การรักษาไข้พิษทางการแพทย์แผนไทยจะพิจารณาถึงสาเหตุและความรุนแรงของโรค ในคัมภีร์ตักสิลากล่าวถึงวิธีการรักษาโรคไข้ โดยมีการใช้ยากระทิงพิษชื่อว่า แก้วห้าดวง ประกอบด้วยยารากคนทา รากเท้าขมม่อม รากชิงชี รากมะเดื่อ และรากย่านาง จากนั้นจะใช้ยาประสะกระทิงพิษภายนอก มีใบย่านาง ใบมะขาม ใสดินประสิวเล็กน้อยละลายน้ำชาข้าวต้มกินทั้งฟ้น ยาทั้งสองตำรับเป็นยาที่มีฤทธิ์เย็นและมีสรรพคุณในการระงับพิษ

ในตำรับยาแผนไทยมีการกล่าวถึงตำรับยาที่ช่วยรักษาอาการไข่ออกผื่น คือ ยาเขียว ซึ่งเป็นยาที่มีการใช้โดยทั่วไป โดยระบุสรรพคุณในการดับความร้อน ดับพิษไข้ และกระทิงพิษที่พบในไข่ออกผื่น ตำรายาไทยมียาเขียวอยู่หลายชนิด คือ ยาเขียวมหาพรหม ยาเขียวน้อย ยาเขียวประทานพิษ ยาเขียวหอม ตำรับยาเขียวที่พบในคัมภีร์แพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ของพระยาพิษณุประสาทเวช คือ ตำรับยาเขียวน้อยและยาเขียวประทานพิษ ส่วนในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร กล่าวถึงยาเขียวหอมว่ามีสรรพคุณในการบรรเทาอาการไข้ ร้อนใน กระหายน้ำ แก้พิษหัด พิษอีสุกอีใส และบัญชียาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566 เป็นตำรับยาสมุนไพรที่ประกอบด้วยตัวยา 18 ชนิด ได้แก่ ใบพิมเสน ใบผักกระโดน ใบหมากผู้ ใบหมากเมีย จันทน์แดง พืชนาสน์ รากเผือกหอม หัวเปราะหอม แก่นจันทน์ขาว แก่นจันทน์แดง ว่านกีบแรด ว่านร้อนทอง เนระพูสี พืชนาสน์ มหาสดำ ดอกพิกุล ดอกบุนนาค ดอกสารภี และเกสรบัวหลวง ในอัตราส่วนเท่า ๆ กัน¹⁰ โดยสามารถแบ่งกลุ่มของตำรับยาเขียวหอมตามรสยาได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มยารสเย็น กลุ่มยารสขม และกลุ่มยารสร้อน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กลุ่มรสยาของตำรับยาเขียวหอม

กลุ่มยา	ส่วนประกอบ
กลุ่มยาเย็น	ใบพิมเสน ใบผักกระโดน ใบหมากผู้ ใบหมากเมีย จันทน์แดง พืชนาสน์ รากเผือกหอม มหาสดำ ดอกพิกุล ดอกบุนนาค ดอกสารภี เกสรบัวหลวง ว่านกีบแรด เนระพูสี
กลุ่มยารสขม	จันทน์แดง พืชนาสน์
กลุ่มยารสร้อน	จันทน์เทศ เปราะหอม ว่านร้อนทอง

ยาเขียวหอมประกอบด้วยสมุนไพรประเภทใบหลายชนิดทำให้ตำรับยามีฤทธิ์เย็น ช่วยลดความร้อนหรือภาวะธาตุไฟที่กำเริบและมีการใช้ในการบรรเทาอาการไข้ ร้อนใน กระหายน้ำ แก้พิษหัด พิษอีสุกอีใส

ซึ่งมีอาการผื่นผุดบริเวณผิวหนังเช่นเดียวกับโรคมือ เท้า ปาก ซึ่งใช้ได้ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ และยังไม่มียารักษาผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาเขียวหอม โดยในบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพรระบุว่า ผู้ใหญ่รับประทานในรูปแบบยาผงครั้งละ 1 กรัม ละลายในน้ำกระสายยา ดื่มในขณะที่ยังอุ่นอยู่ ทุก 4-6 ชั่วโมง เมื่อมีอาการ ส่วนในเด็กสามารถใช้ในเด็กที่มีอายุมากกว่า 6 ปีขึ้นไปโดยรับประทานในรูปแบบยาผง ครั้งละ 500 มิลลิกรัม ละลายในน้ำกระสายยา ดื่มทุก 4-6 ชั่วโมง และสามารถใช้รักษาภายนอกโดยใช้ผงยาละลายน้ำอัตราส่วน 1:3 ชโลมทั่วตามตัวบริเวณตุ่มใสที่ยังไม่แตกออก¹⁰ จากการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการเช็ดตัวด้วยยาเขียวหอมในเด็กที่อายุต่ำกว่า 6 ปี พบว่า การเช็ดตัวด้วยยาเขียวหอมสามารถลดอุณหภูมิร่างกายให้ต่ำลงได้ 4 ชั่วโมง¹¹ การใช้ น้ำกระสายยา ในทางการแพทย์แผนไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ยาออกฤทธิ์ได้เร็ว และช่วยเสริมฤทธิ์ยา และในตำรับยานี้มีการแนะนำให้ใช้ควบคู่กับน้ำกระสายยาต่าง ๆ เพื่อวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน เช่น กระสายยาที่ใช้บรรเทาอาการไข้ ร้อนใน กระหายน้ำ ใช้ น้ำดื่มสุกหรือน้ำดอกมะลิ ซึ่งดอกมะลิมีรสหอมเย็น มีฤทธิ์ลดความร้อนหรือภาวะธาตุไฟที่กำเริบได้ กรณีแก้พิษหัด พิษอีสุกอีใส ใช้ น้ำรากผักชีต้มเป็นกระสายยาที่ช่วยกระทุ้งพิษไข้ สามารถใช้น้ำกระสายยาได้ทั้งแบบรับประทานและแบบใช้ภายนอก¹²

การศึกษาวิจัยฤทธิ์ของตำรับยาเขียวหอม

บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพรกล่าวถึงสรรพคุณของยาเขียวหอมในการรักษาโรคหัด (Measles virus) และอีสุกอีใส (*Varicella zoster virus* หรือ Human Herpesvirus 3)¹¹ โดยโรคหัดเป็น RNA virus ใน Family *Paramyxoviridae* ส่วนโรคอีสุกอีใสเป็น DNA virus ใน Family *Herpesviridae*¹³ จากข้อมูลบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพรแสดงให้เห็นว่ามีการใช้ยาเขียวหอมในการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสทั้งในกลุ่ม RNA virus และ DNA virus ทั้งนี้ โรคมือ เท้า ปาก เป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่เกิดจากไวรัสใน Family *Picornaviridae* ซึ่งอยู่ในกลุ่ม RNA virus เช่นเดียวกันกับโรคหัด¹³ การศึกษาฤทธิ์ด้านเชื้อไวรัส และฤทธิ์ด้านการอักเสบของตำรับยาเขียวหอม จึงมีความสำคัญในการประยุกต์ใช้ตำรับยาสมุนไพรเพื่อรักษา และบรรเทาอาการโรคมือ เท้า ปาก ได้

ฤทธิ์ด้านเชื้อไวรัส

จากการศึกษาฤทธิ์ด้านไวรัส Enterovirus 71 ของสารสกัดตำรับยาเขียวหอม ด้วยวิธี Antiviral activity based cytopathic effect (CPE) assay ในเซลล์ Vero พบว่า สารสกัดเข้มข้นของตำรับยาเขียวหอมที่ความเข้มข้น 400 ไมโครกรัมต่อมิลลิตรสามารถยับยั้ง Enterovirus 71 ที่มีปริมาณความเข้มข้น 25 TCID₅₀ (50% Tissue Culture Infective Dose) โดยไม่มีความเป็นพิษต่อเซลล์ Vero¹⁴ นอกจากนี้สารสกัดเข้มข้นของตำรับยาเขียวหอมเมื่อนำมาทดสอบฤทธิ์ด้านไวรัสเริม (Herpes simplex virus) ด้วยวิธี Plaque reduction assay พบว่า ไม่มีฤทธิ์ในการยับยั้งไวรัสเริม แต่เมื่อนำสารสกัดเข้มข้นของตำรับยาเขียวหอมมาแยกสารแล้วนำไปทดสอบฤทธิ์ในการยับยั้งเชื้อไวรัสเริม พบว่า สามารถยับยั้งการเข้าสู่เซลล์ของเชื้อไวรัสเริมได้ผลดี โดยสารที่แยกออกมา ได้แก่ FA2, FA3 และ FA4 มีค่า IC₅₀ เท่ากับ 18.86±6.02, 20.44±5.09 และ

31.41±6.71 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ตามลำดับ ในขณะที่สารมาตรฐาน Acyclovir มีค่า IC_{50} เท่ากับ 11.61±2.71 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร¹⁵

ฤทธิ์ด้านเชื้อแบคทีเรีย

เมื่อศึกษาฤทธิ์สารสกัดชั้นเอทานอลของตำรับยาเขียวหอมในการต้านเชื้อจุลินทรีย์ด้วยวิธี Microtiter plate-based assay เพื่อหาค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อ (Minimum Inhibitory Concentration: MIC) และค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อ (Minimum Microbicidal Concentration: MMC) โดยทดสอบกับเชื้อ *S. aureus*, Methicillin-resistant *S. aureus* (MRSA), *S. epidermidis* และ *C. albicans* ซึ่งเป็นสาเหตุของการติดเชื้อผิวหนังแทรกซ้อน ผลการทดสอบ พบว่า สารสกัดเอทานอลของตำรับยาเขียวหอมยับยั้งเชื้อ *S. aureus*, MRSA และ *S. epidermidis* ด้วยค่า MIC เท่ากับ 0.625, 0.625 และ 1.25 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร และค่า MMC เท่ากับ 1.25, 0.625 และ 2.5 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ตามลำดับ¹⁶

ฤทธิ์ด้านอนุมูลอิสระ

ฤทธิ์ด้านอนุมูลอิสระของยาเขียวหอม เมื่อทดสอบด้วยวิธี DPPH radical scavenging assay, ABTS radical scavenging assay พบว่า สารสกัดชั้นเอทานอลของตำรับยาเขียวหอมมีฤทธิ์ด้านอนุมูลอิสระ โดยมีค่า EC_{50} เท่ากับ 16.96 ± 1.21 และ 30.91 ± 1.53 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ตามลำดับ¹⁷

ฤทธิ์ด้านการอักเสบ และรักษาแผล

สารสกัดชั้นเอทานอลและสารสกัดผงยาเขียวหอมมีฤทธิ์ด้านการอักเสบ โดยสามารถยับยั้งการหลั่งไนตริกออกไซด์ ซึ่งเป็นสารสื่อสารอักเสบได้ มีค่า IC_{50} เท่ากับ 39.93 ± 3.28 และ 30.61 ± 3.12 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร ตามลำดับ เมื่อเทียบกับ Indomethacin ซึ่งเป็นยาต้านการอักเสบกลุ่ม Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ซึ่งมีค่า IC_{50} เท่ากับ 26.47 ± 0.19 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร¹⁸

การศึกษาฤทธิ์ด้านการอักเสบในสัตว์ทดลอง โดยการเหนี่ยวนำให้อู้งเท้าหนูบวมด้วย carrageenan พบว่า เมื่อป้อนผงยาเขียวหอมขนาด 100 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ให้กับหนูทดลอง สามารถช่วยลดอาการบวมที่อู้งเท้าอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ที่ 1, 2 และ 3 ชั่วโมง (37.25%, 25.00% และ 27.09% ตามลำดับ) ผงยาเขียวหอมขนาด 400 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ยับยั้งอาการบวมที่อู้งเท้าอย่างมีนัยสำคัญ ที่ 1 และ 3 ชั่วโมง (33.33% และ 19.49%) สารสกัดยาเขียวหอมชั้นเอทานอลขนาด 100 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ช่วยลดอาการบวมที่อู้งเท้าอย่างมีนัยสำคัญ ที่ 2 และ 3 ชั่วโมง (21.67 และ 19.49%) ในขณะที่สารสกัดยาเขียวหอมขนาด 200 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ลดอาการบวมที่อู้งเท้าอย่างมีนัยสำคัญที่ 2 ชั่วโมง (25.00%) และ 400 มก./กก. ที่ 1 ชั่วโมง (35.29%)¹⁸

การศึกษาวิจัยทางคลินิกเกี่ยวกับฤทธิ์ในการรักษาแผล พบว่า ตำรับยาเขียวหอมมีฤทธิ์ในการรักษาแผลร้อนใน โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับยาเขียวหอมขนาด 1 กรัม รับประทานก่อนอาหารเช้า เย็น ร่วมกับทา ยาเขียวหอมชนิดผงบริเวณแผล 125 มิลลิกรัมต่อครั้ง วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน เป็นเวลา 6 วัน ทำให้แผลร้อนในหาย 100% เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับ 0.1% Triamcinolone

oral paste วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารเช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน ซึ่งแผลร้อนในหายเพียง 74% นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดของกลุ่มทดลองยังต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และไม่มีรายงานอาการที่ไม่พึงประสงค์ในการรักษา สรุปได้ว่ายาผงเขียวหอมมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการรักษาแผลร้อนในโดยไม่พบผลข้างเคียง¹⁹

การทดสอบความเป็นพิษต่อเซลล์

การศึกษาความเป็นพิษต่อเซลล์ Vero cells โดยใช้เทคนิค Green fluorescent protein–based assay พบว่า หลังจากการทดสอบความเป็นพิษต่อเซลล์ของตำรับยาเขียวหอม มีค่า IC_{50} มากกว่า 50 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร โดยความเป็นพิษต่อเซลล์ของสารมาตรฐาน Ellipticine มีค่า IC_{50} เท่ากับ 0.8 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร แสดงว่าตำรับยาเขียวหอมไม่ทำให้เกิดพิษต่อเซลล์²⁰

จากข้อมูลการวิจัยพบว่าตำรับยาเขียวหอมมีฤทธิ์ในการต้านไวรัส Enterivirus 71 ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคมือ เท้า ปาก และมีฤทธิ์ในการยับยั้งไวรัสเริม ทั้งยังสามารถต้านเชื้อแบคทีเรีย ด้านอนุมูลอิสระ ด้านการอักเสบ รักษาแผล และไม่มีความเป็นพิษต่อเซลล์ นอกจากนี้จากผลการทดลองทางคลินิกในการรักษาแผลร้อนใน อาจสามารถประยุกต์ใช้ยาเขียวหอม โดยการขลิบที่ผื่นภายนอกเพื่อช่วยบรรเทาอาการบริเวณผิวหนังได้

บทสรุป

ยาเขียวหอมเป็นยาที่มีการใช้ในการรักษาโรคมายาวนาน มีการบันทึกไว้ในคัมภีร์ทางการแพทย์แผนไทยรวมถึงบัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร มีทั้งการใช้โดยการรับประทานเพื่อกระตุ้นพิษไข้ และใช้ภายนอกเพื่อบรรเทาอาการผื่น เม็ด ตุ่ม ที่เกิดขึ้นบริเวณผิวหนัง การรับประทานยาเขียวหอมสามารถช่วยระบายความร้อนจากภายในร่างกายได้ ในขณะที่การทาภายนอกอาจช่วยลดอุณหภูมิของผิวหนัง¹⁶ ตำรับยานี้มีการศึกษาวิจัยในหลอดทดลองเกี่ยวกับการต้านเชื้อไวรัสโรคมือ เท้า ปาก และไวรัสเริม นอกจากนี้ยังมีฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรีย ด้านอนุมูลอิสระ ด้านการอักเสบ และรักษาแผลร้อนในได้อีกทั้งไม่มีความเป็นพิษต่อเซลล์ ซึ่งสนับสนุนผลการรักษาและความปลอดภัยในการใช้ยาเขียวหอมเพื่อรักษาและบรรเทาอาการโรคมือ เท้า ปาก จึงควรมีการศึกษาวิจัยทางคลินิกเพิ่มเติม เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของตำรับยาเขียวหอมในการรักษา โรคมือ เท้า ปาก และโรคติดเชื้อไวรัสที่มีอาการคล้ายคลึงกันต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. กองการแพทย์ทางเลือก. โรคมือ เท้า ปาก [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; 2567 เข้าถึงเมื่อ 11 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก https://thaicam.dtam.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/10/ยาโฮมิโอพาธีสำหรับการควบคุม-โรคมือ-เท้า-ปาก-ยาโฮมิโอพาธี-เมอร์ค-โซล-30-ซี-และ-อาซินี_compressed.pdf

2. กรมควบคุมโรค. มือเท้าปาก (Hand, Foot and Mouth Disease (HFM)) [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562 เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=11
3. สำนักระบาดวิทยา. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปแนวทางการวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ ปี พ.ศ. 2559. [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท ทีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/แนวทางการวิเคราะห์_5_มิติ_5_กลุ่มโรค.pdf
4. สมาคมโรคติดต่อในเด็กแห่งประเทศไทย. องค์ความรู้ (Factsheet) เรื่อง โรคติดต่ออุบัติใหม่ [อินเทอร์เน็ต]. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://skko.moph.go.th/dward/document_file/cdc/common_form_upload_file/20120402112647_1212245913.pdf
5. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาล (สำหรับครูผู้ดูแลเด็กเล็ก) อินเทอร์เน็ต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิง จำกัด; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER9/DRAWER022/GENERAL/DATA0000/00000466.PDF>
6. นพวรรณ ชีระพันธ์เจริญ. โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำในอาเซียน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2560; 26(ฉบับเพิ่มเติม 1): S165-S174.
7. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคมือ เท้า ปาก สัปดาห์ที่ 53. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://27.254.33.52/healthypreschool/uploads/file/HFM%20_wk%2060/HFM%20WK%2053.pdf
8. Guan X, Che Y, Wei S, Li S, Zhao Z, Tong Y, Wang L, Gong W, Zhang Y, Zhao Y, Wu Y, Wang S, Jiang R, Huang J, Liu Y, Luo W, Liao Y, Hu X, Zhang W, Dai Y, Jiang G, Min G, Liu F, You X, Xu X, Li J, Li C, Fan S, Hang L, Huang Q, Li Q. Effectiveness and safety of an inactivated Enterovirus 71 vaccine in children aged 6-71 months in a phase IV study. Clin Infect Dis 2020; 71(9): 2421-2427.
9. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯ และโรงเรียนอายุรเวทราชรัง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.. ตำราการแพทย์ไทยเดิม แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์ เล่ม 1. กรุงเทพฯ: ศุภนิชการพิมพ์; 2555.
10. กองผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร พ.ศ. 2566 ตามประกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติด้านสมุนไพร. ปทุมธานี: บริษัท มินนี่ กรุ๊ป จำกัด; 2566.

11. พิพัฒพงษ์ คงแก้ว, นุรอัณิ ชีปะ. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพการเช็ดตัวด้วยยาเขียวหอมกับการเช็ดตัว รูปแบบเดิมต่อการลดอุณหภูมิภายในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีไข้สูง: การศึกษาย้อนหลังวารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2566; 21(1): 18-24.
12. ชยันต์ พิเชียรสุนทร, วิเชียร จีรวงส์. คู่มือเภสัชกรรมแผนไทยเล่ม 1 น้ำกระสายยา. นนทบุรี: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2556.
13. พิไลพันธ์ พุทธวัฒนะ, หทัยรัตน์ เลิศสำราญ. การจัดจำแนกไวรัส. ใน: พิไลพันธ์ พุทธวัฒนะ, บรรณาธิการ. ไวรัสวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์อักษรสมัย; 2559.
14. Sukkasem K. Biological activities of Thai traditional remedy called Kheaw-Hom and its plant ingredients. [Dissertation]. Pathumthani: Thammasat University; 2015.
15. Intawong W. Antiviral activity against herpes simplex virus type 2 of Kheaw-Hom remedy extract and its plant ingredients. Thammasat University; 2021.
16. Sukkasem K, Panthong S, Itharat A. Antimicrobial activities of Thai traditional remedy “Kheaw-Hom” and its plant ingredients for skin infection treatment in chickenpox. J Med Assoc Thai. 2016; 99 suppl 4: 116–123.
17. Ouncharoen K, Itharat A, Chaiyawatthanananth P. In vitro free radical scavenging and cell-based antioxidant activities of Kheaw-Hom remedy extracts and its plant ingredients. J Med Assoc Thai. 2017; 100(5): 241-249.
18. Sukkasem K, Itharat A, Thisayakorn K, Tangsuphoom N, Panthong S, Makchuchit S, Inprasit J, Prommee N, Khoenok W, Sriyam K, Pahusee D, Tasanarong A, Oraikul B, Davies NM. Exploring in vitro and in vivo anti-inflammatory activities of the Thai traditional remedy Kheaw-Hom and its bioactive compound, ethyl p-methoxycinnamate, and ethnopharmacological analysis. Journal of ethnopharmacology 2024; 319(Pt 1): 117131.
19. ภัทรกร ไชยหัด, ณัฐกฤตา ผลอ้อ, พงพระ คำสีทา, สุบิน ก้องเมือง, กฤษณ์ พงศ์พิรุณห์, เมธิณ ผดุงกิจ. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยาเขียวหอมชนิดผงในการรักษาแผลร้อนใน. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2564; 19(2): 344-353.
20. Chusri S, Sinvaraphan N, Chaipak P, Luxsananuwig A, Voravuthikunchai SP. Evaluation of antibacterial activity, phytochemical constituents, and cytotoxicity effects of Thai household ancient remedies. J Altern Complement Med 2014; 20(12): 909-918.

การศึกษาการลดอาการปวดเข่าในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมโดยใช้สมุนไพรพอกเข่า

ธนวัฒน์ งามศรี* สุพจน์ เมืองมณี** สงกรานต์ สักกลอ**

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้ เป็นการศึกษาการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและอาการปวดเข่าโดยใช้สมุนไพรพอกเข่าลดอาการปวดในกลุ่มผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม จำนวน 41 ราย แล้วพอกเข่าด้วยสมุนไพร ติดต่อกัน 3 ครั้ง ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการพอกเข่า โดยใช้แบบประเมินระดับความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อม Oxford knee score และแบบประเมินความเจ็บปวด Visual pain core วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมการวิจัย มีระดับความรุนแรงของอาการข้อเข่าเสื่อมน้อยลงก่อนการพอกเข่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยหลังพอกเข่าครบ 3 ครั้ง เท่ากับ 34.90 คะแนนเปรียบเทียบกับก่อนพอกเข่า ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.78 คะแนน และเมื่อประเมินโดยใช้ Visual pain score ระดับความปวดคะแนนเฉลี่ยน้อยลงก่อนการพอกเข่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความเจ็บปวดหลังพอกเข่าครบ 3 ครั้ง เท่ากับ 3.98 เปรียบเทียบกับก่อนพอกเข่า 6.83 คะแนน สมุนไพรพอกเข่าจึงสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในสถานพยาบาลเพื่อรักษาอาการปวดเข่าจากโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ข้อเข่าเสื่อม, สมุนไพรพอกเข่า, ความปวด

*โรงพยาบาลกบินทร์บุรี

** โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ่อทอง อำเภอกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี

E-mail: thanawatngamsri@gmail.com

Study of knee pain relief by herbal poultice in patients with osteoarthritis

Tanawat Ngamsri* Supot Muangmanee** Songkran Saklor**

Abstract

This quasi-experimental study was aimed to examine the reduction in severity of osteoarthritis (OA) and knee pain using herbal poultice in patients with OA. The study involved a purposive sampling of 41 patients with OA. Participants received herbal poultice 3 times consecutively, and their symptoms were assessed before and after treatment using the Oxford Knee Score to evaluate the severity of OA symptoms and the Visual Pain Score to measure pain levels. Data were analyzed using descriptive statistics, including mean and percentage, and paired t-test.

The results showed that participants experienced a statistically significant reduction in the severity of OA symptoms after the treatment ($p < 0.05$). The average score after 3 applications of the herbal poultice was 34.90, compared to a pre-treatment average score of 26.78. Similarly, the pain levels measured by the Visual Pain Score showed a statistically significant decrease ($p < 0.05$), with an average post-treatment pain score of 3.98 compared to 6.83 before the compress treatment. The findings suggest that herbal poultice can be effectively applied in healthcare facilities to alleviate knee pain caused by osteoarthritis.

Keywords: Osteoarthritis, Herbal poultice, Pain

* Kabinburi Hospital, Prachin Buri Province

**Bo Tong Sub-district Health Promoting Hospital, Kabinburi District, Prachin Buri Province

E-mail: thanawatngamsri@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุเป็นกลุ่มหลักที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องของจำนวนผู้สูงอายุจากเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ก้าวหน้าและอัตราการเกิดที่น้อยลง โดยองค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) คาดการณ์ว่าในปี ค.ศ.2050 จำนวนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 16 และมีอัตราส่วนเป็น 1 ใน 6 ของประชากรโลก¹ ในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปใน ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 13,064,929 คน คิดเป็นร้อยละ 20.08 และมีผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 14 ของประชากรรวมทั้งประเทศ² ซึ่งจัดเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพสำคัญที่พบในผู้สูงอายุคือ โรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง³ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคข้ออักเสบ หรือข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น

โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่มีอัตราป่วยถึง 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุในประเทศไทย⁴ โรคข้อเข่าเสื่อมเกิดขึ้นจากกระดูกอ่อนผิวข้อเกิดการสูญเสียอย่างต่อเนื่อง ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมจะเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป มีอาการปวดข้อ ข้อฝืด มีปุ่มกระดูกงอกบริเวณข้อ การทำงานของข้อเสียไป การเคลื่อนไหวของข้อลดลง และหากเป็นนานมากขึ้นจะมีผลทำให้เกิดข้อผิดรูปได้ ซึ่งปัญหาที่สำคัญที่สุดในโรคข้อเข่าเสื่อมคืออาการปวดและการทำงานของข้อลดลง⁵ ในปี พ.ศ.2561 พบว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคที่พบมากเป็นอันดับสอง ของผู้รับบริการคลินิกบรรเทาอาการทางการแพทย์แผนไทย โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ 75.69 เทียบกับปี พ.ศ. 2560 และจำนวนครั้งที่มารับบริการเรื่องโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวนถึง 44,769 ครั้ง⁶

การใช้ศาสตร์การแพทย์แผนไทยบำบัดอาการเจ็บป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุมีหลายวิธี ได้แก่ การรักษาโดยการนวดกดจุดรักษา ประคบสมุนไพร การพอกยาสมุนไพร เป็นต้น ซึ่งใช้สมุนไพรหลายชนิดเป็นส่วนผสมในยาพอกเข้า และปัจจุบันนิยมใช้รักษาในสถานพยาบาลหลายแห่ง ทั้งในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้มีการเผยแพร่แนวทางการพอกยาพอกเข่าลดอาการปวดและมีการอบรมการพอกเข่าด้วยยาสมุนไพรให้กับเจ้าหน้าที่แพทย์แผนไทย ให้มีความรู้เรื่องการดูแลรักษาการพอกเข่าด้วยยาสมุนไพร อีกทั้งเป็นนโยบายที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมด้วย⁷

สถิติผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่าในโรงพยาบาลกบินทร์บุรี ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 680 คน ปี พ.ศ.2565 จำนวน 568 คน และปี พ.ศ.2566 จำนวน 818 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเหล่านี้ได้รับยาแก้ปวดเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า ซึ่งต้องรับประทานยาอยู่เสมอ ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาบ่อยครั้ง จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย จึงประยุกต์ใช้แนวทางการพอกเข่าลดอาการปวดในการบำบัดรักษาอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อลดปัญหาผลข้างเคียงจากการใช้ยาแก้ปวด ลดอาการปวดเข่า เพื่อให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของสมุนไพรพอกเข้าในการลดอาการปวดเข้า
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของสมุนไพรพอกเข้าในการลดความรุนแรงของอาการข้อเข้าเสื่อม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-test post-test design) พอกเข้าด้วยสมุนไพร เพื่อบรรเทาอาการปวดและลดความรุนแรงของโรคข้อเข้าเสื่อม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์แผนปัจจุบัน หรือแพทย์แผนไทยว่าเป็นโรคข้อเข้าเสื่อม และเข้ารับการรักษาที่คลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลกบินทร์บุรี จังหวัดปราจีนบุรี ในระหว่างเดือน มิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2567

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 41 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้อยู่ระหว่างการรับประทานยาต้านการอักเสบกลุ่ม NSAIDs เพื่อบรรเทาอาการปวด บวมอักเสบของข้อเข้า และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย มีเกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ป่วยมีการแพ้สมุนไพรชนิดใด หรือมีการรักษาอาการข้อเข้าเสื่อมด้วยวิธีอื่นหรือรับประทานยา/อาหารเสริมที่ใช้บำรุงกระดูกและข้อ รวมถึงไม่มีโรคผิวหนัง โรคกระเพาะ ภาวะข้อเข้าอักเสบ บวม หรือมีข้อห้ามในการพอกยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ สมุนไพรพอกเข้า ประกอบด้วยผงยาพอกเข้า และน้ำมันพอกเข้า ซึ่งเป็นสูตรสมุนไพรพอกเข้าตำรับหมอยาของ บุตรธรรมมา หมอพื้นบ้าน โรงพยาบาลชุมชนหาญ ที่เผยแพร่ในจากงานวิจัยของสันหุทา พวงมาลา และคณะ เรื่อง การศึกษาประสิทธิผลและประเมินดัชนีคุณภาพชีวิตของยาพอกเข้าในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข้า มีวิธีการเตรียมดังนี้

ผงยาพอกเข้า ประกอบด้วย ดองดึง 100 กรัม แป้งข้าวเจ้า 500 กรัม และแป้งข้าวหมาก 2 ลูก

น้ำมันพอกเข้า ประกอบด้วย น้ำมันไพลสกัด 1 ลิตร น้ำมันงา 20 มิลลิลิตร น้ำมันจิง 100 มิลลิลิตร น้ำมันการบูร 50 กรัม เมนทอล 50 กรัม และพิมเสน 25 กรัม

ทำการเตรียมสมุนไพรพอกเข้า โดยนำส่วนผสมของผงยาพอกเข้ามาบดให้ละเอียด คลุกเคล้าให้เข้ากันแล้ว นำน้ำมันพอกเข้าปริมาณ 70 กรัม มาผสมกับผงยาพอกเข้า 1 ช้อนโต๊ะ โดยใช้มือวนคลุกเคล้าให้เข้ากันจนเนื้อนุ่มและเหนียวพอเหมาะ หลังจากนั้นเติมน้ำค้าง (น้ำปูนแดง 2%w/v) ปริมาณ 3 ช้อนโต๊ะ แล้ววนคลุกเคล้าให้เข้ากัน 3 ส่วนผสมเป็นเนื้อเดียวกันจนเนื้อนุ่มและเหนียวพอเหมาะ แล้วจึงนำไปพอกเข้าให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 20 นาที ต่อเนื่องทุกวัน เป็นเวลา 3 วัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score) และแบบประเมินระดับความปวด (Visual pain scale)

โดยแบบประเมิน Oxford knee score ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรง ตามคะแนน ดังนี้

0-19 คะแนน ระดับรุนแรง ควรส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาทันทีโดยแพทย์ศัลยกรรมกระดูกและข้อ

20-29 คะแนน ระดับปานกลาง ควรส่งผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา แนะนำวิธีปฏิบัติตัว การปรับสภาพแวดล้อม และการออกกำลังกายที่เหมาะสม,

30-39 คะแนน เริ่มมีอาการ ผู้ป่วยควรได้รับการบำบัดรักษาเบื้องต้น แนะนำวิธีปฏิบัติตัว การปรับสภาพแวดล้อม และการออกกำลังกายที่เหมาะสม ,

40-48 คะแนน ไม่พบอาการผิดปกติ ควรประเมินเป็นประจำทุกปี แนะนำวิธีปฏิบัติตัว การปรับสภาพแวดล้อม และการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ในส่วนของ Visual pain scale มีการแบ่งระดับคะแนนเป็น 1-10 ตามระดับความปวดของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดรุนแรง

แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of items objectives congruence; IOC) และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะให้มีความถูกต้องเหมาะสม และสามารถสื่อความหมายได้ชัดเจน ตรงประเด็น ตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลกบินทร์บุรี เลขที่ COA.KBH 2024/004.0506

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความแตกต่างของตัวแปร ก่อนและหลังการพอกเข้าโดยใช้สถิติ t-test ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการพอกเข้าด้วยสมุนไพร มีจำนวน 41 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 14.63 เพศหญิง ร้อยละ 85.37 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 46.34 และอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 24.39 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความปวดอยู่ที่ 6-8 คะแนน ร้อยละ 48.78 ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมน้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 53.66 และมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.67 และระดับเริ่มมีอาการ ร้อยละ 39.02 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	6	14.63
หญิง	35	85.37
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 60	10	24.39
60-69	19	46.34
70-79	10	24.39
80 ปีขึ้นไป	2	4.88
ระดับความปวดเข่า (คะแนน)		
น้อยกว่า 3	0	0
3-5	11	26.83
6-8	20	48.78
9-10	10	24.39
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (ปี)		
น้อยกว่า 3 ปี	22	53.66
3-5 ปี	10	24.39
มากกว่า 5 ปี	9	21.95
ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม		
ไม่พบอาการผิดปกติ (40-48 คะแนน)	1	2.44
เริ่มมีอาการ (30-39 คะแนน)	16	39.02
ปานกลาง (20-29 คะแนน)	17	41.46
รุนแรง (0-19 คะแนน)	7	17.07

2. ระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนการพอกเข้าด้วยสมุนไพร เฉลี่ยเท่ากับ 26.78 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มอาการระดับปานกลาง หลังพอกเข้าด้วยสมุนไพร จำนวน 3 ครั้ง พบว่า มีระดับคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.90 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มอาการระดับเริ่มมีอาการ ซึ่งถือว่ามีอาการดีขึ้นกว่าก่อนการพอกเข้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score) ก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธีการพอกเข้าด้วยสมุนไพรจำนวน 3 ครั้ง

คะแนน	จำนวน (คน)	คะแนนเฉลี่ย	t	df	p
ก่อนรักษา	41	26.78	14.36	40	.00
หลังรักษาครบ 3 ครั้ง	41	34.90			

3. ระดับความปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความปวดก่อนการรักษาด้วยการพอกเข้า เฉลี่ยเท่ากับ 6.83 คะแนน หลังพอกเข้าด้วยสมุนไพร จำนวน 3 ครั้ง พบว่ามีระดับคะแนนความปวดเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 คะแนน ซึ่งความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความปวดของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score) ก่อนและหลังการรักษาด้วยวิธีการพอกเข้าด้วยสมุนไพรจำนวน 3 ครั้ง

คะแนน	จำนวน (คน)	คะแนนเฉลี่ย	t	df	p
ก่อนรักษา	41	6.83	15.29	40	.00
หลังรักษาครบ 3 ครั้ง	41	3.98			

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่า สมุนไพรพอกเข้าลดอาการปวดมีสรรพคุณในการลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมและลดระดับความปวดของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วัลลภา ดิษสระ และคณะ⁹ ซึ่งได้ทำทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) จากงานวิจัย 14 เรื่อง พบว่าการพอกยาสมุนไพรช่วยลดระดับความรู้สึkpวดเข้า และลดอาการข้อฝืดที่เข้าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมได้ โดยสมุนไพรที่ใช้ในการพอกเข้าเพื่อลดอาการปวดมีหลายสูตร แต่ให้ผลในการรักษาที่ไม่แตกต่างกันมาก สมุนไพรหลักที่ใช้ในการพอกเข้า ได้แก่ ไพล ขมิ้นชัน จิง ผักเลี่ยนผี เถาวัลย์เปรียงและ ดอกคิง ซึ่งมีฤทธิ์ในการลดการอักเสบ และลดความปวดได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของดิศพล แจ่มจันทร์ และ พรณี บัญชรหัตถกิจ¹⁰ ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับผลของการพอกยาสมุนไพรต่ออาการปวดเข้าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า สมุนไพรพอกเข้าสามารถนำมาใช้ลดอาการปวดให้กับผู้ป่วยที่มีอาการข้อเข่าเสื่อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งแบบที่ใช้การพอกเข้าเพียงอย่างเดียว หรือพอกเข้า ร่วมกับการนวดกดจุด

สูตรสมุนไพรที่ใช้ในการศึกษานี้ มีส่วนประกอบของ ดอกคิง, น้ำมันไพลสกัด, น้ำมันงา, น้ำมันจิง, น้ำมันการบูร, เมนทอล, พิมเสน ซึ่งเป็นสูตรยาพอกเข้าตำรับหมอ บุญทอง บุตรธรรมมา หมอพื้นบ้าน

โรงพยาบาลชุมชนหาญ มีสรรพคุณในการลดอาการปวดเข่าที่ได้มีการนำมาศึกษาวิจัยเชิงทดลอง โดย สันหุจหา พวงมาลา และคณะ⁸ ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 30 คน โดยพอกยาวันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นเวลา 5 วัน พบว่าผู้ป่วยสามารถเหยียดขาได้มากขึ้น และปวดเข่าน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากการพอกเข้าอย่างใดก็ได้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดลองโดยใช้การพอกเข้าครั้งละ 20 นาที วันละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นเวลา 3 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่สอดคล้องกับการศึกษาของคาลิซัน สาและ และคณะ¹¹ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของยาพอกสมุนไพรสูตรหมอแกลดต่อการรับรู้การปวดข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้การพอกยาบริเวณข้อเข่า 20 นาที ติดต่อกัน 3 วัน และพบว่าระดับความปวดเข่า และอาการข้อฝืดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทั้งนี้สูตรสมุนไพรที่ใช้ในการพอกเข้าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อลดอาการปวดเข่า หรือลดความรุนแรงของโรคมีหลายสูตร ขึ้นอยู่กับปริมาณการใช้สมุนไพร และจำนวนครั้งในการพอกเข้า ซึ่งแพทย์แผนไทยสามารถประยุกต์ใช้ให้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายได้ นอกจากนี้การรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการพอกเข้าสามารถทำได้ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมตั้งแต่ระดับเริ่มมีอาการจนถึงระดับรุนแรง¹⁰ เนื่องจากการพอกเข้าด้วยสมุนไพรเป็นการบรรเทาอาการปวดบริเวณเข่าและลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมลงได้

จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าสมุนไพรพอกเข้าลดอาการปวดเข่ามีสรรพคุณในการลดอาการปวดเข่า และลดระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมได้ ซึ่งสถานพยาบาลสามารถประยุกต์ใช้การรักษาด้วยสมุนไพรพอกเข้า โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคไต โรคหัวใจ หรือโรคกระเพาะอาหาร ที่เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม หรือมีระดับความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมปานกลาง เป็นทางเลือกทดแทน เพื่อลดความเสี่ยงจากผลข้างเคียงของยาแผนปัจจุบันอย่างเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Economic and Social Affairs, United Nations. World Population Prospects 2022: Summary of Results. United Nations, New York; 2022.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/1>
3. สมาคมอายุรศาสตร์ผู้ป่วยนอก. กลยุทธ์การบริหารผู้ป่วยนอก: Ambulatory Medicine Novel Strategies in Ambulatory Medicine. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเทพเพ็ญวานิชย์; 2565. หน้า 165-166.
4. ขวัญสุวิทย์ อภิจันทร์เมธากุล, สุวรรณิ สร้อยสงค์, บุศริน เอี้ยวสิทธิ. การพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี 2561; 29(1): 223-38.

5. พิพัฒน์ เพิ่มพูน.คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/213/Osteoarthritis.pdf>
6. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. การพัฒนาบริการ การดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 เมษายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dhes.moph.go.th/wp-content/uploads/2019/11/4.1.35.1บริการพอกเข้าสป.ข้อเข่าเสื่อม.pdf>
7. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. กรมการแพทย์แผนไทยฯ ชูนวัตกรรมยาพอกเข้าบรรเทาข้อเข่าเสื่อม ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมพัฒนาเข้าสู่ชุดสิทธิประโยชน์สำหรับประชาชน. DTAM NEWS: ข่าวเพื่อมวลชน; 2566 เข้าถึงได้จาก: <https://www-old.dtam.moph.go.th/index.php/th/dtam-news/dn/10280-dn0182.html>
8. สันหจุทา พวงมาลาและคณะ. การศึกษาประสิทธิผลและประเมินดัชนีคุณภาพชีวิตของยาพอกเข้าในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่า [อินเทอร์เน็ต]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://orientalmed.rsu.ac.th/Doc/20230914042921/7%20Sanhajutha.pdf>
9. วัลลภา ดิษสระ, กิตติพงษ์ สอนล้อม, บุญประจักษ์ จันทร์วิน. ผลของการพอกยาสมุนไพรต่ออาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2566; 38(1): 163-73.
10. คิสพล แจ่มจันทร์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ. ประสิทธิผลของยาพอกสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าสำหรับผู้ป่วยมีอาการข้อเข่าเสื่อม: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสาร โรงพยาบาลสิงห์บุรี 2565; 31(2): 14-28.
11. ดาลีชัย สาและ, นุรฮัสมา ปุติ, สุธิณี หนูเขียว. ประสิทธิผลของยาพอกสมุนไพรสูตรหมอแลคต่อการรับรู้อาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2567; 22(1): 19-28.

การศึกษาและพัฒนาระบบบริการศูนย์พึ่งได้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

กระทรวงสาธารณสุข

ยุภา คงกลิ่นสุคนธ์* ปรีดี สำราญทรัพย์*

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเอกสาร มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์ของผู้ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัวที่เข้ามารับบริการในศูนย์พึ่งได้ 2) กระบวนการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ และ 3) พัฒนาแนวทางการยกระดับมาตรฐานการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ กลุ่มตัวอย่างคือข้อมูลของเด็ก สตรี และบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำความรุนแรง และเข้ารับบริการของศูนย์พึ่งได้ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง เดือนกันยายน 2566 จำนวน 16,890 ราย ดำเนินการวิจัยโดยการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการจัดทำแนวทางประเด็นคำถามเพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา 1) สถานการณ์ของผู้ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัวที่เข้ามารับบริการศูนย์พึ่งได้ ที่ผ่านมา พบว่า ผู้เข้ารับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.45 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 10-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.48 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดความรุนแรงมาจาก 4 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว พฤติกรรม และสื่อ 2) กระบวนการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ แบ่งเป็น ด้านบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข มีการคัดกรองสภาพปัญหาและให้การตรวจรักษา ด้านกฎหมาย ให้ความช่วยเหลือด้านการดำเนินคดี ด้านสังคมสงเคราะห์ ดำเนินการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงบันทึกข้อมูลสำหรับการเบิกจ่ายเงินชดเชยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบว่าการให้บริการโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 1,000 รายต่อปี แต่ยังไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้มารับบริการจริง ปัญหาที่พบคือบริการไม่ครอบคลุมสภาพปัญหาและขาดการคำนึงถึงความปลอดภัย 3) แนวทางการพัฒนายกระดับมาตรฐานการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ พบว่า ศูนย์พึ่งได้ จำเป็นต้องกำหนดมาตรฐานที่ชัดเจนและมีแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรง ยังขาดมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ชัดเจนในด้านสถานที่ เครื่องมือ บุคลากร และการให้บริการ เพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการในสถานพยาบาลทั่วประเทศอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนจึงมีข้อเสนอให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการพัฒนามาตรฐานการปฏิบัติงานที่สอดคล้องกับหลักสากล และประสานงานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการจัดทำชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ถูกระทำความรุนแรง

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบบริการ, ศูนย์พึ่งได้, สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

* กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

E-mail: yupha22@gmail.com

**Study and development of One-stop Service Crisis Center (OSCC) system
in the public health services, Ministry of Public Health**

Yupha Khongklinsukhon* Preeti Sumransub*

Abstract

This study is a document-based research aimed to examine: 1) the situation of domestic violence victims seeking services at the One-stop Service Crisis Center (OSCC), 2) the service processes of the OSCC, and 3) approach development to improve and enhance the service standards of the OSCC. The sample consisted of data on 16,890 children, women, and family members who experienced domestic violence, drawn from records between October 2022 and September 2023. The research was conducted through a review of relevant documents and studies, as well as the development of guiding questions aligned with the study objectives. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis.

Findings: 1) Regarding the situation of domestic violence victims seeking services at the OSCC, the majority of service users were females, accounting for 89.45%. The most common age group (36.48%) was 10-20 years old. Four main factors influencing the occurrence of violence were individual, family, behavioral, and media-related factors. 2) The service processes of the OSCC were categorized into medical and public health services which provide screening and medical treatments, legal services which assist with legal proceedings, and social welfare services which coordinate with relevant agencies and record data for reimbursement claims from the National Health Security Office (NHSO). 3) Regarding approaches to improving the service standards of the OSCC, it was found that clear establishment and consistent operational standards to enhance the efficiency of support for domestic violence victims were in need, especially facilities, equipment, personnel, and service delivery. The Office of Permanent Secretary, Ministry of Public Health should develop operational standards aligned with international principles and collaborate with the NHSO to create benefit package for domestic violence victims in order to improve service capacity in healthcare facilities nationwide.

Keywords: Service system development, One-stop Crisis Center, Public health services

*Department of Health Administration, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

E-mail: yupha22@gmail.com

บทนำ

ปัญหาความรุนแรงต่อเด็กและสตรีเป็นปัญหาที่พบบ่อยและมีความรุนแรงมากขึ้น จากข้อมูลองค์การสหประชาชาติ ได้ระบุว่าประเทศไทยมีสถิติความรุนแรงต่อเด็กและสตรี คิดอันดับ 1 ใน 10 ของโลกอย่างต่อเนื่อง¹ แต่ในขณะเดียวกันกลุ่มผู้ถูกระบาดความรุนแรงที่ร้องขอความช่วยเหลือกลับมีจำนวนไม่มากนัก ทำให้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) กำหนดนโยบายให้ความสำคัญต่อผู้หญิงเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชนที่สำคัญ ที่ทุกฝ่ายทุกหน่วยงานต้องให้ความร่วมมือและช่วยเหลือผู้ถูกระบาดความรุนแรง ซึ่งความรุนแรงที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจของประเทศชาติ โดยระดับบุคคลส่งผลกระทบต่อสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ถูกระบาดและผู้กระทำความรุนแรง ระดับครอบครัวส่งผลกระทบต่อครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่เป็นหน่วยสังคมที่มีประสิทธิภาพได้เต็มที่ เมื่อเด็กเติบโตจากครอบครัวที่ใช้ความรุนแรงจึงมีแนวโน้มที่จะใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา ทำให้ส่งผลกระทบต่อสังคมและการพัฒนาประเทศชาติในภาพกว้างได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจอย่างมหาศาล เนื่องจากรัฐต้องรับภาระค่าใช้จ่ายทั้งในสถานบริการทางการแพทย์ที่ก่อให้เกิดการสูญเสียแรงงานและรายได้ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในกระบวนการยุติธรรม สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ

จากสถานการณ์ความรุนแรงและผลกระทบดังกล่าว รัฐบาลในขณะนั้นได้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นในการแก้ปัญหา จึงมีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2542 ให้มีการจัดบริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ได้รับความรุนแรงในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ โดยกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ถูกระบาดความรุนแรงแก่เด็ก สตรีและบุคคลในครอบครัวขึ้น² โดยให้โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จัดตั้งศูนย์บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงนำร่องจำนวน 20 แห่ง³ และต่อมาในปี พ.ศ. 2546 กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จัดทำโครงการบริการช่วยเหลือเด็กและสตรี เพิ่มจาก 20 แห่ง เป็น 104 แห่ง และในปี พ.ศ. 2547⁴ ได้เสนอเป็นโครงการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระชนมายุครบ 6 รอบ โดยเปลี่ยนชื่อเป็น “ศูนย์พึ่งได้” ทุกแห่ง ต่อมาในปี พ.ศ. 2549 ได้ขยายบริการในระดับโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 5 แห่ง จนถึงปี พ.ศ. 2552 ได้ขยายบริการในโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง โดยมีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป เป็นพี่เลี้ยง รวมทั้งปรับปรุงคู่มือให้เหมาะสมกับสถานการณ์

อย่างไรก็ตามแนวทางปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ถูกระบาดความรุนแรงขึ้นอยู่กับความพร้อมของแต่ละหน่วยบริการ ส่งผลให้รูปแบบบริการของศูนย์พึ่งได้มีความหลากหลายและก่อให้เกิดปัญหา ทั้งด้านสถานที่จัดตั้งศูนย์พึ่งได้ที่ผู้ถูกระบาดต้องได้รับการบริการในสถานที่มืดซิด ไม่เป็นที่เปิดเผย และการให้บริการที่ไม่ครอบคลุมสภาพปัญหา ที่มาจากรูปแบบการทำร้ายกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งความรุนแรงของปัญหา ทำให้การปฏิบัติและการจัดการในการแก้ปัญหาไม่ชัดเจน ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการให้บริการในการช่วยเหลือผู้ถูกระบาดความรุนแรง ที่อาจเสี่ยงต่อการถูกระบาดซ้ำ ซึ่งการถูกระบาดซ้ำ

ถือเป็นสิ่งที่ทุกคนและทุกหน่วยงานควรเฝ้าระวังหรือป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น และถือเป็นแนวทางที่ดีที่สุด แม้ว่าในทางด้านกฎหมายได้กำหนดมาตรการเพื่อป้องกันการกระทำความผิดซ้ำแล้วก็ตาม

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาทบทวนสาเหตุของสถานการณ์ความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นว่ามาจากสาเหตุใด และปัจจัยใดที่ส่งผลให้ผู้ถูกระทำความรุนแรงมีจำนวนเพิ่มขึ้น กระบวนการให้บริการมีรูปแบบการให้บริการอย่างไร จึงยังมีปัญหาอุปสรรคในการขับเคลื่อนและดำเนินการ ตลอดจนพัฒนาแนวทางระบบบริการของศูนย์พึ่งได้ ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ได้มาตรฐาน โดยคาดหวังว่าผลการศึกษจะเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ของผู้ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัว ที่มารับบริการศูนย์พึ่งได้
2. เพื่อศึกษากระบวนการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านกฎหมาย และด้านสังคมสงเคราะห์แก่เด็ก สตรีและบุคคล ที่ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัว
3. เพื่อพัฒนาแนวทางการยกระดับมาตรฐานระบบบริการของศูนย์พึ่งได้ในการช่วยเหลือเด็ก สตรี และบุคคล ที่ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัว

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) โดยอาศัยการทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พึ่งได้ ซึ่งให้ความช่วยเหลือเด็ก สตรี และบุคคลที่ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารที่มีความถูกต้อง (Authenticity) จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ (Credibility) ได้แก่ กองบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์พึ่งได้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐทั่วประเทศ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงยุติธรรมและสำนักงานตำรวจแห่งชาติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูล ซึ่งนักวิจัยออกแบบเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยอาศัยการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งกำหนดประเด็นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เข้ารับบริการของศูนย์พึ่งได้ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2565 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 จำนวน 16,890 ราย แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์ของผู้ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัว

ส่วนที่ 2 กระบวนการให้บริการของศูนย์พึ่งได้เกี่ยวกับทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านกฎหมายและด้านสังคมสงเคราะห์แก่เด็ก รวมทั้งปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ และปัญหาอุปสรรค

ส่วนที่ 3 แนวทางการพัฒนาระดับมาตรฐานการให้บริการ เกี่ยวกับด้านสถานที่/เครื่องมือ สภาพแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการให้บริการและด้านการควบคุมคุณภาพ

จากประเด็นที่ศึกษาทั้ง 3 ส่วนดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ยึดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกเอกสารจาก ความถูกต้อง (Authenticity) คือ มาจากแหล่งน่าเชื่อถือ (Credibility) มีความสมบูรณ์และครอบคลุม (Representativeness) สามารถเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรตัวอย่างได้ มีความหมายชัดเจน เข้าใจง่าย และ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนมาตรฐาน และสังเคราะห์ข้อมูลของหน่วยงานภายในและภายนอก กระทรวงสาธารณสุข จำแนกเป็นสถานการณ์ของผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว และกระบวนการ บริการของศูนย์พึ่งได้

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาแนวทางการยกระดับมาตรฐาน ระบบบริการของศูนย์พึ่งได้ โดยกำหนด รายละเอียดใน 5 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านสถานที่ และเครื่องมือ คือ ความพร้อมของอุปกรณ์และสภาพแวดล้อม
- 2) ด้านบุคลากร คือ การกำหนดบทบาทหน้าที่และจำนวนที่เพียงพอ
- 3) ด้านการปฏิบัติงาน คือ มีขั้นตอนที่ชัดเจนและครบถ้วน
- 4) ด้านการให้บริการ คือ การจัดเก็บข้อมูลและการบริการที่ครอบคลุม
- 5) ด้านการควบคุมคุณภาพ คือ การติดตามผลและการปรับปรุงบริการ

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินมาตรฐานของศูนย์พึ่งได้ โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

คะแนนอยู่ระหว่าง 90 – 100 คะแนน หมายถึง ระดับดีมาก

คะแนนอยู่ระหว่าง 80 – 89.99 คะแนน หมายถึง ระดับดี

คะแนนอยู่ระหว่าง 60 – 79.99 คะแนน หมายถึง ระดับผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

คะแนนน้อยกว่า 60 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย เกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย โครงการวิจัยเลขที่ 784 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

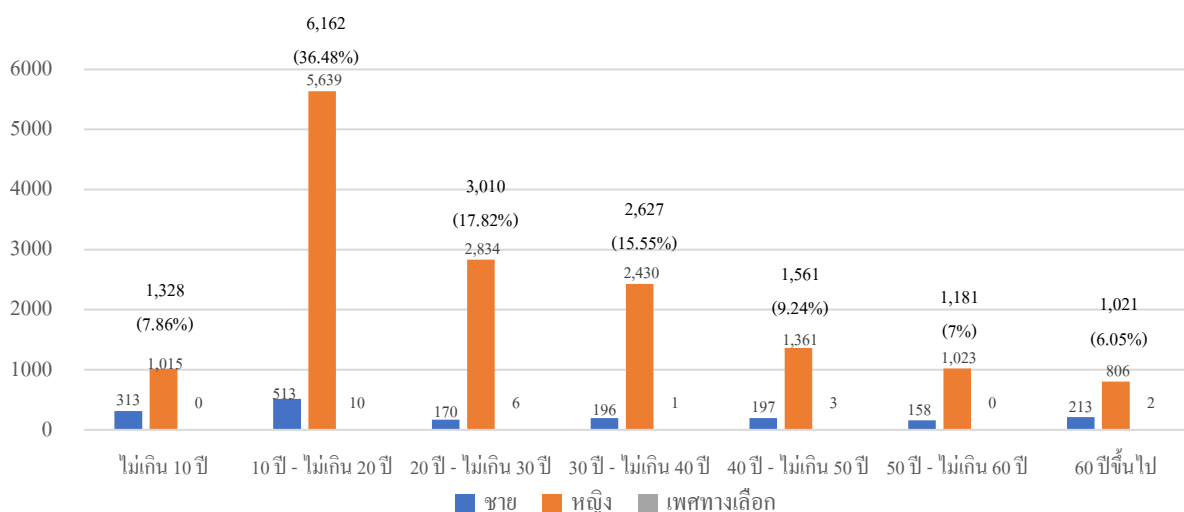
วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ของผู้ถูกกระทำ ความรุนแรงในครอบครัว

จากรายงานข้อมูลสถิติความรุนแรงที่เข้ารับบริการในศูนย์พึ่งได้ในโรงพยาบาล สังกัดกระทรวง สาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ข้อมูลผู้ถูกกระทำ ความ

รุนแรง จำนวนทั้งสิ้น 16,890 ราย หรือเฉลี่ยจำนวน 46 ราย/วัน เป็นเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 15,108 ราย คิดเป็นร้อยละ 89.45 รองลงมาคือ เพศชาย จำนวน 1,760 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.42 และเพศทางเลือก จำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.13 ช่วงอายุที่เข้ารับบริการมากที่สุดคือ อายุ 10 ปี - ไม่เกิน 20 ปี จำนวน 6,162 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.48 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 20 ปี - ไม่เกิน 30 ปี จำนวน 3,010 ราย คิดเป็นร้อยละ 17.82 และ ช่วงอายุ 30 ปี - ไม่เกิน 40 ปี จำนวน 2,627 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.55 ตามลำดับ รายละเอียดตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้ถูกระทำความรุนแรงที่เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้ จำแนกตามช่วงอายุ

ประเภทของการกระทำความรุนแรงมากที่สุด คือ ความรุนแรงทางร่างกาย จำนวน 7,175 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.48 รองลงมา คือ ความรุนแรงทางจิตใจ จำนวน 4,979 ราย คิดเป็นร้อยละ 29.48 ความรุนแรงทางเพศ จำนวน 3,542 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.97 การละเลย ทอดทิ้ง จำนวน 1,020 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.04 และการล่วงละเมิด/บังคับและแสวงหาผลประโยชน์ จำนวน 174 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.03 ตามลำดับ

ในส่วนของปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ความรุนแรงจำนวน 13,500 เหตุการณ์ ซึ่งในหนึ่งเหตุการณ์ความรุนแรงอาจมีปัจจัยกระตุ้นมากกว่า 1 ปัจจัย โดยพบว่า ปัจจัยกระตุ้นหลักที่เป็นสาเหตุของความรุนแรง คือ สัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 8,621 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 63.86 รองลงมา คือ สิ่งกระตุ้น เช่น สุรา สารเสพติด สื่อออนไลน์ เป็นต้น จำนวน 3,176 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 23.53 และ ปัญหาเศรษฐกิจ จำนวน 1,344 เหตุการณ์ คิดเป็นร้อยละ 9.95 ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ความรุนแรงในครอบครัวเป็นปัญหาที่เกิดจากปัจจัยสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล: เพศหญิงมีโอกาสถูกระทำความรุนแรงมากกว่าเพศชายถึง 3.7 เท่า 2) ปัจจัยด้านครอบครัว: ครอบครัวที่มีการทะเลาะวิวาทบ่อยครั้งและการหนีออกจากบ้านเมื่อทะเลาะวิวาท มีโอกาสเกิดความรุนแรงในระดับ 3.94 เท่า และ 3.93 เท่า ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว 3) ปัจจัยด้านพฤติกรรม: สมาชิกในครอบครัวที่มีพฤติกรรมชอบบังคับขู่เข็ญ ก้าวร้าว อารมณ์เส่ง่าย ดินสอพิด หรือดื่มสุราเป็นประจำ มีโอกาสเกิดความรุนแรงมากขึ้นตั้งแต่ 1.60 เท่า ถึง 2.48 เท่า 4) ปัจจัยด้านสื่อ: การบริโภคสื่อ

ที่เกี่ยวข้องกับการแข่งขันหรือการต่อสู้ เพิ่มโอกาสเกิดความรุนแรงในครอบครัว 1.95 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่ไม่ชอบดูสื่อเหล่านี้⁶

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละของผู้ถูกระทำความรุนแรงที่เข้ารับบริการศูนย์พึ่งได้ จำแนกตามปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดความรุนแรง

ปัจจัยกระตุ้น	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
สัมพันธภาพในครอบครัว	8,621	63.86
- นอกใจ / หึงหวง	904	6.70
- ทะเลาะวิวาท	5,103	37.80
- การใช้ความรุนแรงในครอบครัว	2,614	19.36
สิ่งกระตุ้น	3,176	23.53
- สุรา	1,351	10.01
- สารเสพติด	317	2.36
- สื่อลามก	201	1.49
- สื่อออนไลน์	796	5.90
- รายได้	360	2.66
- ยาบ้า	151	1.12
ปัญหาเศรษฐกิจ	1,344	9.95
ปัญหาสุขภาพกาย	359	2.66
รวม	13,500	100.00

2. กระบวนการให้บริการของศูนย์พึ่งได้

2.1 การดำเนินงานจัดตั้งศูนย์พึ่งได้

1) ด้านโครงสร้าง

การจัดตั้งศูนย์พึ่งได้ พบข้อจำกัดในด้านโครงสร้าง เช่น ห้องสอบสวนที่ควรอยู่ติดกันกับศูนย์ฯ ยังไม่สามารถดำเนินการได้ในหลายแห่ง แต่ในส่วนของห้องพักสำหรับผู้ถูกระทำที่มีห้องน้ำในตัวและเตียงตรวจภายใน สามารถจัดทำได้ในบางพื้นที่ ขณะที่ศูนย์พึ่งได้บางแห่งต้องใช้ห้องทำงานของนักสังคมสงเคราะห์

คณะกรรมการดำเนินงานของศูนย์พึ่งได้ ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นบุคคลที่มีความสนใจและมีใจรักงานช่วยเหลือ เพื่อให้เกิดการทำงานเป็นทีมระหว่างพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ

2) บุคลากรด้านการปฏิบัติงานของศูนย์พึ่งได้

ศูนย์พึ่งได้ส่วนใหญ่มีการจัดประชุมทีมเป็นประจำ รวมถึงการประชุมหารือกรณีผู้ป่วย (case conference) ร่วมกับหน่วยงานภายนอก เช่น อัยการ หน่วยงาน และตำรวจ เพื่อให้เกิดการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

3) รูปแบบการให้บริการของศูนย์พึ่งได้

ศูนย์พึ่งได้มีการคัดกรองผู้ป่วยและให้บริการช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำความรุนแรงตามคู่มือแนวทาง โดยมีทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องช่วยประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย พร้อมทั้งจัดบริการให้สอดคล้องกับความเหมาะสม เช่น การช่วยเหลือตลอด 24 ชั่วโมง ทั้งในและนอกเวลาราชการ มีการประเมินความพร้อมก่อนกลับสู่สังคมจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน²

2.2 การให้บริการของศูนย์พึ่งได้

1) การให้การช่วยเหลือด้านการแพทย์สาธารณสุข

เจ้าหน้าที่ศูนย์พึ่งได้ ประสานงานกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลเพื่อให้บริการด้านการรักษาพยาบาล เช่น การตรวจรักษาบาดแผลและร่องรอยการบาดเจ็บตามอาการ การป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ในกรณีถูกล่วงละเมิดทางเพศ ตลอดจนการดูแลด้านสุขภาพจิต เช่น ประเมินภาวะความเครียดและซึมเศร้า และประสานงานกับจิตแพทย์

2) การให้การช่วยเหลือด้านกฎหมายและด้านสังคมสงเคราะห์

นักสังคมสงเคราะห์ให้คำปรึกษาและแนะนำด้านกฎหมาย เช่น การประสานงานกับตำรวจและอัยการในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการดำเนินคดี รวมถึงการจัดหาความช่วยเหลือด้านสังคม เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ทุนการศึกษา หรือที่พักชั่วคราว เพื่อป้องกันการถูกกระทำซ้ำ

2.3 การบันทึกข้อมูลเบิกเงินชดเชยจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ตามหลักเกณฑ์ของ สปสช. ใช้รหัสการวินิจฉัยโรคหลักและรหัสการวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวข้องกับการถูกล่วงละเมิดทางเพศ ได้แก่ รหัส T74.2 (การถูกทำร้ายทางเพศ) รหัส Y05 (การถูกทำร้ายทางเพศด้วยกำลังกาย) และรหัส Z04.4 Z (การตรวจและสังเกตสืบเนื่องมาจากข่มขืนและล่อลวง)⁷ แต่จากการสืบค้นข้อมูลตั้งแต่ 1 มกราคม พ.ศ. 2559 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2563 พบว่า การบันทึกรหัส ICD-10 สำหรับผู้ป่วยบางครั้งไม่สอดคล้องกับหลักเกณฑ์ของ สปสช. ทำให้เบิกเงินชดเชยได้น้อยกว่าความเป็นจริง จึงควรปรับปรุงการบันทึกข้อมูลให้ถูกต้อง⁸

2.4 ปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานของศูนย์พึ่งได้ประสบผลสำเร็จ

ความสำเร็จของศูนย์พึ่งได้เกิดจากนโยบายที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุข การทำงานร่วมกันของบุคลากรที่มีใจรักและพร้อมช่วยเหลือ รวมถึงการประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งในและนอกองค์กร

2.5 ปัญหาและอุปสรรค

ศูนย์พึ่งได้เผชิญปัญหาด้านบุคลากรที่ไม่เพียงพอ ขาดการพัฒนาองค์ความรู้ รวมถึงข้อจำกัดด้านสถานที่ที่ไม่เอื้อต่อการให้บริการ นอกจากนี้ แนวทางปฏิบัติที่ยังไม่เป็นระบบเดียวกันในแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการช่วยเหลือครอบคลุมปัญหา และเสี่ยงต่อการถูกระงับ

3. การพัฒนาแนวทางยกระดับมาตรฐานระบบการให้บริการศูนย์พึ่งได้

จากปัญหาความรุนแรงในครอบครัว รัฐบาลได้จัดตั้งศูนย์พึ่งได้ทั่วประเทศ โดยมีการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานเป็นระยะ อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ารูปแบบการให้บริการขาดมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงได้เสนอแนะแนวทางการพัฒนามาตรฐานระบบบริการของศูนย์พึ่งได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยให้กับผู้รับบริการอย่างยั่งยืน ดังนี้

3.1 มาตรฐานระบบบริการศูนย์พึ่งได้ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

จากปัญหาและอุปสรรคที่พบในกระบวนการดำเนินงานของศูนย์พึ่งได้ การยกระดับมาตรฐานบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยการพัฒนาครอบคลุม 5 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านสถานที่ เครื่องมือ และสภาพแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการจัดบริการ และด้านการควบคุมคุณภาพการให้บริการ โดยมีรายละเอียดแต่ละด้าน ดังนี้

1) ด้านสถานที่ เครื่องมือ และสภาพแวดล้อม พบว่าสถานที่ตั้งของศูนย์พึ่งได้ต้องมีความชัดเจน มีพื้นที่ให้บริการที่เหมาะสม เช่น ห้องตรวจ ห้องคัดกรอง และพื้นที่เก็บพยานวัตถุ พร้อมสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ถูกกระทำความรุนแรง เครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องมีเพียงพอและพร้อมใช้งาน อีกทั้งสภาพแวดล้อมควรเอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้รับบริการ เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ การระบายอากาศที่ดี และปราศจากความอับชื้น

2) ด้านบุคลากร พบว่า ควรมีหัวหน้าศูนย์พึ่งได้ที่เป็นแพทย์หรือนักสังคมสงเคราะห์ พร้อมบุคลากรในทีมที่มีจำนวนเพียงพอ และเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ โดยทีมสหวิชาชีพ ในและนอกหน่วยงานต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการช่วยเหลือผู้ที่ถูกกระทำความรุนแรง มีการอบรมเสริมทักษะและองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง

3) ด้านการปฏิบัติงาน พบว่า ควรจัดทำขอบเขต บทบาท และหน้าที่ของผู้ปฏิบัติงานอย่างชัดเจน พร้อมแผนภูมิการปฏิบัติงานที่ครอบคลุมและเป็นรูปธรรม ศูนย์พึ่งได้ต้องจัดทำฐานข้อมูลแยกตามประเภทความรุนแรงและบริการ อีกทั้งการเก็บรักษาข้อมูลผู้ถูกกระทำความรุนแรงต้องดำเนินการอย่างรัดกุม เพื่อรักษาความลับของผู้รับบริการ

4) ด้านการให้บริการ พบว่า ศูนย์พึ่งได้ควรมีระบบเวชระเบียนที่ถูกต้องและครบถ้วน บริการต้องครอบคลุมทุกมิติของความรุนแรง ทั้งทางกาย ทางเพศ และทางจิตใจ โดยมีบริการที่ครบวงจรตั้งแต่การคัดกรอง การรักษา การติดตามผล และการป้องกันการถูกระงับ การประชาสัมพันธ์ควรครอบคลุมทั้งบุคลากรภายในและผู้รับบริการภายนอก รวมถึงการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง

5) ด้านการควบคุมคุณภาพการให้บริการ พบว่า ศูนย์พึ่งได้ต้องพัฒนากระบวนการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ พร้อมทั้งมีการทบทวนและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ นอกจากนี้ ควรมีการสร้างนวัตกรรม ผลงานวิชาการ หรือการวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ที่ถูกกระทำความรุนแรงอย่างน้อยปีละ 1 ชิ้น โดยผลงานที่โดดเด่นควรได้รับการเชิดชูเกียรติ เช่น การมอบรางวัลหรือประกาศเกียรติคุณ

3.2 แนวทางการประเมินมาตรฐานงานบริการศูนย์พึ่งได้

การประเมินมาตรฐานงานบริการของศูนย์พึ่งได้เป็นกลไกสำคัญในการยกระดับคุณภาพ โดยควรแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินที่มีองค์ประกอบและจำนวนสมาชิกเหมาะสมกับบริบทของแต่ละศูนย์ฯ การประเมินต้องดำเนินการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งรวบรวมรายชื่อศูนย์ฯ ที่ผ่านมาตรฐานส่งให้กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข เพื่อออกประกาศรับรองมาตรฐานและเชิดชูเกียรติศูนย์พึ่งได้ที่ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การยกระดับมาตรฐานดังกล่าวไม่เพียงช่วยปรับปรุงคุณภาพบริการ แต่ยังสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับบริการ ลดความเสี่ยงในการถูกกระทำความรุนแรงซ้ำ และส่งเสริมให้ศูนย์พึ่งได้เป็นต้นแบบที่มีมาตรฐานในระดับประเทศ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบว่าความรุนแรงที่เกิดขึ้นในครอบครัวยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ถึงแม้จะตั้งศูนย์พึ่งได้เพื่อให้บริการช่วยเหลือเด็ก สตรี และบุคคลในครอบครัวแล้วก็ตาม ซึ่งผู้วิจัยมองว่าจะมาจากปัจจัยหรือประเด็นที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือปรับปรุง จึงขอนำมาอภิปรายตามรายละเอียด ดังนี้

1) สถานการณ์ของผู้ถูกกระทำความรุนแรงที่เข้ามารับบริการของศูนย์พึ่งได้ ในการช่วยเหลือเด็ก สตรี และบุคคลในครอบครัวที่ผ่านมา พบว่า ผู้ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัวที่เข้ามารับบริการที่ศูนย์พึ่งได้เฉลี่ยวันละ 46 ราย/วัน ในจำนวนนี้ ซึ่งผู้ถูกกระทำความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งให้เห็นว่าความเชื่อแต่โบราณ เพศชายเป็นใหญ่ มีอำนาจเหนือผู้อื่น เป็นผู้นำครอบครัว เมื่อเกิดความรุนแรง ผู้ถูกกระทำไม่กล้าบอกผู้อื่นและผู้อื่นก็ไม่สนใจมองว่าเป็นเรื่องภายในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา ชูทอง¹⁰ ที่พบว่า ผู้ถูกกระทำความรุนแรงไม่กล้าขอความช่วยเหลือ และมีความเชื่อว่าความรุนแรงในครอบครัวไม่ควรให้บุคคลภายนอกรับรู้ และไม่ทราบช่องทางขอความช่วยเหลือ เช่นเดียวกับการศึกษาของ คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย¹¹ ที่ระบุว่าสังคมและวัฒนธรรมดั้งเดิมได้กำหนดบทบาทเพศชายเป็นเพศที่แข็งแรง มีหน้าที่ดูแลปกป้องและคุ้มครองคนในครอบครัว และมีค่านิยมชายเป็นใหญ่และผู้นำในครอบครัว จึงสามารถกระทำความรุนแรงแก่คนในครอบครัว ทั้งนี้การที่เด็กและผู้หญิงเป็นกลุ่มที่มักถูกกระทำความรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิกา เมืองพิล¹² ที่พบว่า ผู้ถูกกระทำความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมักเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี มากที่สุด และการศึกษาของ เขียวเรศ คำมะนา และ จรรยาภรณ์ รัตนโกศล¹³ ที่พบว่า เด็กและสตรีถูกกระทำความรุนแรงทางเพศมากที่สุด โดยเฉพาะการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ทั้งนี้ เพศหญิงมีโอกาสดูถูกกระทำความรุนแรงประมาณ 3.7 เท่าของเพศชาย⁶

อย่างไรก็ตาม ในมุมมองของผู้วิจัยเห็นว่าในยุคนี้ ความเสมอภาคทางเพศต้องเท่าเทียมกัน ผู้หญิงก็เป็นผู้ทำได้ จึงควรเปลี่ยนความเชื่อที่ว่าความรุนแรงในครอบครัวไม่ใช่เรื่องส่วนตัวแต่เป็นเรื่องผิดกฎหมาย เมื่อพบเห็นความรุนแรงในครอบครัวควรแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทันที

ในส่วนของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความรุนแรง พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวก่อให้เกิดความรุนแรงมากที่สุด โดยเฉพาะการทะเลาะวิวาท ในภาพรวมชี้ให้เห็นว่า ถ้าครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีจะส่งผลให้สุขภาพของทุกคนดีตามมา เช่นเดียวกันถ้าครอบครัวมีความขัดแย้ง สัมพันธภาพไม่ดีก็ส่งผลให้สุขภาพจิตของคนในครอบครัวแย่ลง สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพิชญา ปรีชาภัสร์สกุล¹⁴ ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความรุนแรงส่วนใหญ่เป็นเด็กและเยาวชนที่อาศัยกับพ่อแม่ซึ่งมีพฤติกรรมทะเลาะวิวาท จะมีการแสดงความรุนแรงมากกว่าเด็กและเยาวชนที่มีพ่อแม่ไม่มีการทะเลาะวิวาท นอกจากนี้ ยังพบปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงเช่นกัน คือ สุราและยาเสพติดสอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา โฉมวิริยะ⁶ พบว่า ครอบครัวที่มีสมาชิกที่ชอบดื่มสุราประจำและติดยาเสพติดจะก่อให้เกิดความรุนแรง ประมาณ 1.6 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวที่สมาชิกไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว ทั้งนี้ผู้วิจัยยังเห็นว่า ความรุนแรงในครอบครัวและปัญหาอาชญากรรมในสังคมมาจากสาเหตุการใช้สารเสพติด บ่อยครั้งจะพบการทำร้ายคนในครอบครัว ซึ่งเป็นผลจากร่างกายของผู้เสพยาได้รับยาเสพติดเป็นเวลานาน ส่งผลต่อจิตประสาททำให้ไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ และจะพยายามทุกวิถีทางเพื่อให้ได้เสพยา จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความรุนแรงในครอบครัวซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งในมุมมองนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า ถ้าชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จานงค์ แก้วนาวิ และคณะ¹⁵ ที่พบว่า ภาคีเครือข่ายช่วยป้องกันการถูกระบาดความรุนแรงซ้ำ และช่วยลดความรุนแรงในชุมชนได้จริง ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าสิ่งที่คนในครอบครัวควรทำ คือ ตั้งสติ ใช้เหตุผล ไม่ดุด่า ให้กำลังใจ เมื่อพบอาการผิดปกติรีบพาไปปรึกษาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือปรึกษาแพทย์ เพื่อเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาต่อไป นอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการปรับเปลี่ยนข้อกฎหมายให้สอดคล้องกับสถานการณ์สังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้เหมาะสม และกระตุ้นจิตสำนึกของคนในสังคมให้มีส่วนร่วมและให้ตระหนักถึงสิทธิหน้าที่ ในการปฏิบัติและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมอย่างปกติสุข

2) กระบวนการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ทางด้านการแพทย์สาธารณสุข ด้านกฎหมายและด้านสังคมสงเคราะห์ พบว่ามีประเด็นด้านการแพทย์ สาธารณสุขเกี่ยวกับการจัดตั้งศูนย์พึ่งได้ การให้บริการและการบันทึกข้อมูลเพื่อเบิกเงินชดเชยจาก สปสช. ซึ่งเป็นประเด็นที่น่าสนใจ สำหรับการการจัดตั้งศูนย์พึ่งได้พบว่า สถานที่ตั้งส่วนใหญ่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ ไม่มีห้องแยกเป็นสัดส่วน เนื่องจากสถานที่ของโรงพยาบาลคับแคบ มีบางส่วนที่มีห้องเป็นสัดส่วนเฉพาะ ในภาพรวมบ่งชี้ให้เห็นว่าผู้บริหารส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความสำคัญในการจัดหาสถานที่ตั้งศูนย์พึ่งได้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยมองว่าการจัดตั้งศูนย์พึ่งได้ช่วยเหลือผู้ถูกระบาดเป็นเรื่องดีแต่ไม่สร้างรายได้ มีเพียงการสร้างภาระนี้ให้โรงพยาบาลมากกว่า จึงทำให้ผู้บริหารไม่เห็นความสำคัญของศูนย์พึ่งได้มากนัก นอกจากนี้ การกำหนดสถานที่ตั้งก็ไม่เป็นไปตาม

แนวทางปฏิบัติช่วยเหลือเด็ก สตรี และบุคคลในครอบครัว ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญพลอย ตูลาพันธุ์¹⁶ ที่ได้ประเมินผลการจัดตั้งศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาลนาร่อง พบว่า สถานที่ตั้งของศูนย์พึ่งได้ ตามมาตรฐานกำหนดให้โรงพยาบาลจัดทำห้องที่เป็นห้องฉุกเฉิน 1 ห้อง ภายในห้อง แยกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกใช้สำหรับให้คำปรึกษา ชักประวัติ ตรวจร่างกาย อีกส่วนหนึ่ง เป็นห้องติดกันสำหรับอัยการ ดำรงนั่งฟังการให้ปากคำของผู้ถูกระทำ โดยที่ถูกระทำมองไม่เห็น ซึ่งตามลักษณะดังกล่าวไม่มีโรงพยาบาลใดจัดทำได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรทิพย์ คะนิงบุตร¹⁷ ที่ได้ประเมินการดำเนินงานของศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลปทุมธานี พบว่า สถานที่ตั้งศูนย์พึ่งได้ยังไม่มีห้องแยกเป็นสัดส่วน เพราะสถานที่คับแคบเช่นกัน ส่วนบุคลากรผู้รับผิดชอบศูนย์พึ่งได้ พบว่า บุคลากรยังไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน เพราะผู้ปฏิบัติงานยังต้องปฏิบัติงานประจำเดิม ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญกับงานประจำเดิม และงานอื่น ๆ มากกว่า การปฏิบัติงานที่ศูนย์พึ่งได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญพลอย ตูลาพันธุ์¹⁶ ที่ได้ศึกษาการประเมินผลการจัดตั้งศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาลนาร่อง พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ไม่สามารถปฏิบัติงานในศูนย์พึ่งได้เต็มที่เพราะต้องปฏิบัติงานหลายด้าน และต้องปฏิบัติงานประจำเดิมด้วย ซึ่งในประเด็นนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า ผู้บริหารของโรงพยาบาลควรจัดสรรบุคลากรให้ปฏิบัติงานที่ศูนย์พึ่งได้โดยตรง เพราะการให้บริการช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรงมีหลายขั้นตอน ตั้งแต่การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ถูกระทำความรุนแรง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง การให้คำปรึกษา การประสานงานเพื่อให้การช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น และหากเป็นไปได้ควรมีการพัฒนาทักษะบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานที่ศูนย์พึ่งได้เป็นการทดแทนกันได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขในส่วนกลาง ควรกำหนดกรอบอัตรากำลังในศูนย์พึ่งได้ให้สามารถปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรงโดยตรง ซึ่งจะช่วยให้การช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรงได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ส่วนการเบิกจ่ายเงินชดเชยจาก สปสช. พบว่า ผู้ถูกระทำความรุนแรงโดยการละเมิดทางเพศเกือบทั้งหมด เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาล เรียกเก็บค่ารักษาต่อครั้ง ประมาณ 5,233 – 9,010 บาท แต่โรงพยาบาลสามารถเบิกได้ต่อครั้ง ประมาณ 3,803 – 4,076 บาท ในภาพรวมบ่งชี้ให้เห็นว่า โรงพยาบาลอาจมีความผิดพลาดในการบันทึกข้อมูลและสิทธิการรักษา ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่า ปัญหาการบันทึกข้อมูลและสิทธิการรักษาเป็นประเด็นสำคัญในการเบิกจ่ายเงินชดเชยจาก สปสช. ซึ่งประเด็นนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รมลวรรณ ดุลสัมพันธ์ และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาการพัฒนาข้อเสนอแนะระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ถูกระทำความรุนแรงและพบว่า ฐานข้อมูลการเบิกจ่ายชดเชยจาก สปสช. เป็นค่าบริการทางการแพทย์ (IPD – Claim) ของผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศสำหรับผู้ป่วยใน พบว่า จำนวนรายการที่เบิกชดเชยได้น้อยกว่าข้อมูลจากระบบการรายงานของศูนย์พึ่งได้มาจากปัญหาด้านการบันทึกข้อมูลกับปัญหาด้านสิทธิการรักษา กล่าวคือการบันทึกข้อมูลการเบิกจ่ายเงินชดเชยจาก สปสช. พบว่า หลังสิ้นสุดการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เจ้าหน้าที่เวชสถิติหรือบุคลากรในศูนย์พึ่งได้จะบันทึกข้อมูลรหัสมาตรฐานทางการแพทย์ทั้งรหัสโรคและรหัสหัตถการ (ICD-10/ICD-9) ของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่ได้รับการบริการในศูนย์พึ่งได้

เพื่อเบิกเงินค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นรายรอบ แต่ในทางปฏิบัติ พบว่า ในฐานข้อมูลการเบิกเงินค่าใช้จ่ายจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำหรับผู้รับบริการด้านความรุนแรงมีจำนวนน้อยกว่าข้อมูลการรับบริการที่ได้จากระบบรายงานการช่วยเหลือผู้ที่ถูกระทำความรุนแรงและผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ กองบริหารการสาธารณสุข โดยมาจาก 2 สาเหตุ คือ 1) การสรุปการวินิจฉัยโรคและการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ (ICD-10/ICD-9) ไม่ครบถ้วนและไม่ถูกต้อง เนื่องจากผู้ให้รหัสมีประสบการณ์น้อยและจิตความรู้ความสามารถจำกัด 2) สิทธิการรักษาพยาบาลของผู้รับบริการไม่ตรงตามสิทธิที่ขึ้นทะเบียนไว้ โดยเฉพาะผู้ที่ถูกระทำความรุนแรงทางเพศ มักไม่เข้ารับบริการที่หน่วยบริการตามที่ขึ้นทะเบียนไว้ เนื่องจากเกิดความอับอาย ไม่อยากให้บุคคลหรือชุมชนในภูมิลำเนาของตนเองทราบ จึงมักไปรับการรักษาพยาบาลในพื้นที่อื่นด้วยสิทธิฉุกเฉิน เมื่อครบจำนวน 2 ครั้ง/ปี ทำให้หน่วยบริการต้องให้การอนุเคราะห์และแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่ไม่สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลได้ตามความเป็นจริง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่า สปสช. และกระทรวงสาธารณสุข ควรร่วมกันพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ถูกระทำความรุนแรงทางเพศ รวมทั้ง จัดทำมาตรฐานชุดข้อมูล (Standard data set) การบันทึกโรคทางการแพทย์ (ICD-10) ตามลักษณะการบาดเจ็บในแต่ละประเภทให้สามารถเบิกจ่ายเงินชดเชยจาก สปสช. ได้ตามความเป็นจริง

3) การพัฒนาแนวทางยกระดับมาตรฐานการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ เพื่อช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรงในครอบครัว พบว่า การยกระดับมาตรฐานการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ ส่วนหนึ่งเป็นมาตรฐานการให้บริการระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน อีกส่วนหนึ่งเป็นมาตรฐานการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ระดับ รพ.สต./สต. ทั้ง 2 ส่วน ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสถานที่เครื่องมือ และสภาพแวดล้อม 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านการปฏิบัติงาน 4) ด้านการจัดบริการ 5) ด้านการควบคุมคุณภาพ การให้บริการในแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน ในภาพรวมบ่งชี้ให้เห็นว่ามีบุคลากรของศูนย์พึ่งได้สามารถนำมาตราฐานให้บริการของศูนย์พึ่งได้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานในทิศทางเดียวกันทั่วทุกแห่ง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเรื่องนี้เป็นเรื่องใหม่ จึงสามารถนำไปทดลองใช้ได้ในพื้นที่ที่มีความพร้อม หลังจากนั้น จึงนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรในศูนย์พึ่งได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปาริษา ค้วงทอง¹⁹ ที่ได้เสนอแนะให้ส่วนกลางจัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติงานของศูนย์พึ่งได้ โดยจัดระบบบริการไปในทิศทางเดียวกัน พร้อมให้กำหนดเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการช่วยเหลือผู้ถูกระทำความรุนแรง รวมทั้งกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จจากการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงได้สานต่อในการพัฒนาแนวทางการยกระดับมาตรฐานของการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ โดยมีข้อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุขในการขับเคลื่อนการดำเนินงานของศูนย์พึ่งได้ ดังนี้ 1) ควรดำเนินการพัฒนามาตรฐานการให้บริการของศูนย์พึ่งได้ให้เป็นรูปธรรม เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับศูนย์พึ่งได้ทุกแห่งนำไปใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงาน และให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ 2) ร่วมกับ สปสช. พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายเงินชดเชยให้ครอบคลุมและเป็นธรรมสำหรับผู้ถูกระทำ

ความรุนแรง เป็นการสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์พึ่งได้ และ 3) ประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางสื่อต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ถูกระทำความรุนแรงเข้าถึงบริการของศูนย์พึ่งได้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018 – WHO South-East Asia Region [อินเทอร์เน็ต]; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 14 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-21.10>
2. เบญจพร ปัญญาขง, อชิมา เกิดกล้า, บรรณาธิการ. แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็ก สตรี และบุคคลในครอบครัวที่ถูกกระทำรุนแรง. นนทบุรี: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2556.
3. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ: แนวทางปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงในเครือข่ายระดับจังหวัด. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์ สกสค.ลาดพร้าว; 2550.
4. บุญพลอย ตูลาพันธุ์, พูลศรี ไชยประสิทธิ์, พรเพชร ปัญญาปิยะกุล. การจัดตั้งศูนย์ช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของโรงพยาบาลน่านร่อง. นนทบุรี: สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2547.
5. กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. กองส่งเสริมสถาบันครอบครัว. รายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านความรุนแรงในครอบครัว ตามมาตรา 17 แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550. [อินเทอร์เน็ต]; 2566 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dwf.go.th/contents/48156>.
6. อรสา ไผ่วินทะ. โครงการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรุนแรงในครอบครัวในพื้นที่ 4 ภาคของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2550.
7. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลเพิ่มเติมประกอบการคัดเลือกเข้าสู่การประเมินชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ [จุลสาร]. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข; 2564.
8. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ความก้าวหน้าของการศึกษาชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 1/2567 [จุลสาร]. นนทบุรี: กองบริหารการสาธารณสุข; 2567.
9. กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สถาบันการแพทย์แผนไทย. มาตรฐานงานบริการการแพทย์แผนไทยในสถานบริการของรัฐ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ทหารผ่านศึก; 2551
10. วิภา ชูทอง. รูปแบบการให้บริการเชิงรุก (CAKE Model) ในการดูแลรักษาเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรงของศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลป่าบอน. เอกสารนำเสนอในงานประชุมวิชาการ 25 ปี ศูนย์พึ่งได้กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวคิด “กิ่นรอยยิ้ม สร้างพลังแข็งแกร่งให้ชีวิต (OSCC THE SECOND

- SMILE)”; วันที่ 6 - 8 มีนาคม 2567; ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็ค เมืองทองธานี อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี.
11. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. บทบาททางเพศ [อินเทอร์เน็ต]; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 กันยายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.psy.chula.ac.th/th/feature-articles/gender-role>
 12. ชนิกา เมืองพิล. ศึกษาการให้คำปรึกษาเด็กและสตรีที่ท้องไม่พร้อม โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสิงขร. เอกสารนำเสนอในงานประชุมวิชาการ 25 ปี ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวคิด “คืนรอยยิ้ม สร้างพลังแข็งแกร่งให้ชีวิต (OSCC THE SECOND SMILE)”; วันที่ 6 - 8 มีนาคม 2567; ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็ค เมืองทองธานี อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี.
 13. เขียวเรศ คำมะนาด, จรรยาภรณ์ รัตนโกศล. รูปแบบการบริการเด็กและผู้หญิงที่ถูกกระทำรุนแรงและการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การศึกษาย้อนหลัง 10 ปี ศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลขอนแก่น. วารสารสังคมพัฒนา 2564; 12(1): 14-29.
 14. สุพิชญา ปริยาภัสร์สกุล. ศึกษาการบูรณาการเชิงรุกเพื่อเฝ้าระวังป้องกันความรุนแรงของเด็กและเยาวชนในพื้นที่จังหวัดเชียงราย. เอกสารนำเสนอในงานประชุมวิชาการ 25 ปี ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวคิด “คืนรอยยิ้ม สร้างพลังแข็งแกร่งให้ชีวิต (OSCC THE SECOND SMILE)”; วันที่ 6 - 8 มีนาคม 2567; ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็ค เมืองทองธานี อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี.
 15. จานงค์ แก้วนาวิ. ศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการป้องกันและดูแลช่วยเหลือเด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง อำเภอโคกโพธิ์ จังหวัดปัตตานี. เอกสารนำเสนอในงานประชุมวิชาการ 25 ปี ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวคิด “คืนรอยยิ้ม สร้างพลังแข็งแกร่งให้ชีวิต (OSCC THE SECOND SMILE)”; วันที่ 6 - 8 มีนาคม 2567; ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็ค เมืองทองธานี อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี.
 16. บุญพลอย ตูลาพันธุ์. การประเมินผลการจัดตั้งศูนย์พึ่งได้ของโรงพยาบาลนาร่อง [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2551.
 17. พรทิพย์ คะนิงบุตร. การประเมินผลการดำเนินงานศูนย์พึ่งได้โรงพยาบาลปทุมธานี [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2553.
 18. ชมลวรรณ ดุลสัมพันธ์, รักมณี บุตรชน, ปฤษฎพร กิ่งแก้ว. การพัฒนาข้อเสนอและระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ถูกกระทำรุนแรง [อินเทอร์เน็ต]; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 29 สิงหาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hitap.net/research/190596>
 19. ปาริษา ค้างทอง. การศึกษาพัฒนาระบบบริการศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลตรัง. เอกสารนำเสนอในงานประชุมวิชาการ 25 ปี ศูนย์พึ่งได้ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แนวคิด “คืนรอยยิ้ม สร้างพลังแข็งแกร่งให้ชีวิต (OSCC THE SECOND SMILE)”; วันที่ 6 - 8 มีนาคม 2567; ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุม อิมแพ็ค เมืองทองธานี อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี.

การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกาย Moph Chon Virtual Run ของบุคลากร ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

รัก ณะไพบูลย์*

บทคัดย่อ

จากการประเมินสุขภาพของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ในปี 2564 พบปัญหาน้ำหนักเกินและออกกำลังกายไม่เพียงพอ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการออกกำลังกาย Virtual Run ที่เหมาะสมและช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ สม่่าเสมอ โดยประยุกต์ใช้กรอบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การเตรียมการ การดำเนินการ และการประเมินผล เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก สันทนากลุ่ม และแบบสอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้เข้าร่วม 2,123 คน ผ่านระบบ Web Application: Moph Chon Virtual Run วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์ ทดสอบสมมติฐานที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมสามารถเลือกระยะทางสะสม 100, 200, 500 หรือ 1,000 กิโลเมตร โดยมีค่าสมัครเริ่มต้นที่ 150 บาท พร้อมเสื้อ Finisher เป็นรางวัล และสามารถขยายระยะได้สูงสุด 3,000 กิโลเมตร นอกจากนี้ ยังมีการมอบรางวัลเพิ่มเติมทั้งรายบุคคลและรายหน่วยงาน ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบการออกกำลังกาย Moph Chon Virtual Run สามารถกระตุ้นบุคลากรให้มีส่วนร่วมในการออกกำลังกายได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะ มักเลือกเป้าหมายที่ท้าทาย เช่น 500 และ 1,000 กิโลเมตร ขณะที่เพศหญิง แสดงความสม่่าเสมอในการส่งผลการออกกำลังกายมากกว่า ส่วนกลุ่มอายุ 35-49 ปี มักเลือกเป้าหมายตั้งแต่ 200 กิโลเมตรขึ้นไป และผู้ที่มี BMI เกินมาตรฐาน สะท้อนถึงแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมออกกำลังกายเพื่อควบคุมน้ำหนัก บุคลากรในหน่วยบริหาร บรรลุระยะสะสมได้มากกว่าหน่วยบริการ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงานน้อยกว่า การพัฒนา Moph Chon Virtual Run เป็นนวัตกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในองค์กร ช่วยเพิ่มพูนพฤติกรรมการออกกำลังกายและส่งผลดีต่อสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับองค์กรหรือกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: รูปแบบการออกกำลังกาย, Moph Chon Virtual Run, พฤติกรรมการออกกำลังกาย

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

E-mail: rak.tplanchon@gmail.com

Development of the Moph Chon Virtual Run exercise program for personnel in Chonburi Provincial Public Health Office

Rak Thanapaiboon*

Abstract

A health assessment of personnel in the Chonburi Provincial Public Health Office in 2021 revealed problems with overweight and insufficient exercise. This study aimed to develop a suitable Virtual Run exercise model to promote consistent and adequate exercise behavior. The Kemmis and McTaggart action research framework was adapted and applied in this research and development model, divided into three phases: preparation, implementation, and evaluation. Data was collected through in-depth interviews, focus group discussions, and questionnaires from 2,123 participants via the Web Application: Moph Chon Virtual Run. Descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, as well as chi-square were used for data analysis to test hypotheses at a significance level of 0.05.

The results showed that participants could choose cumulative distances of 100, 200, 500, or 1,000 kilometers, with a starting fee of 150 baht and a Finisher shirt as a reward. The distance could be extended up to 3,000 kilometers. Additional individual and organizational awards were also provided. Most participants achieved their goals, reflecting that the Moph Chon Virtual Run model could effectively encourage staffs to engage in continuous exercise. Males chose more challenging goals such as 500 and 1,000 kilometers, while females demonstrated more consistency in submitting exercise results. The 35-49 age group often chose goals of 200 kilometers or more, and those with a BMI above the standard reflected a motivation to adjust their exercise behavior to control their weights. Personnel in administrative units achieved a higher cumulative distance than service units due to fewer time constraints and workloads. Therefore, the development of Moph Chon Virtual Run is an innovation in promoting the health of organizational personnel, helping to enhance exercise behavior and have a significant positive impact on health. Furthermore, it can be applied to other organizations or target groups to effectively promote health.

Keywords: Exercise program, Moph Chon Virtual Run, Physical activity behavior

* Chonburi Provincial Public Health Office

E-mail: rak.tplanchon@gmail.com

บทนำ

วิถีชีวิตปัจจุบันที่พึ่งพาเทคโนโลยีทำให้การใช้แรงงานทางกายลดลง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO)¹ ในปี พ.ศ. 2559 พบว่าร้อยละ 27.5 ของประชากรโลกมีกิจกรรมทางกายต่ำ และอาชีพที่ใช้แรงงานลดลง ในขณะที่ทำงานนั่งโต๊ะเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการเสริมสร้างสุขภาพด้วยการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยลดความเสี่ยงจากโรคเหล่านี้ได้ เช่น ลดไขมันในเลือด เพิ่มไขมันดี ลดความดันโลหิต และควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพิ่มการทำงานของอินซูลิน เสริมสร้างคุณภาพชีวิต และการใช้ชีวิตได้ด้วยตนเอง²

จากการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2564 ภายใต้โครงการ Obesity War Season 2 พบว่าบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มีปัญหาน้ำหนักเกินและขาดการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ โดยร้อยละ 60.82 ของบุคลากร ออกกำลังกายน้อยกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ ทั้งนี้ กลุ่มบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนการออกกำลังกายน้อยที่สุดถึงร้อยละ 67.08 ปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในยุคปัจจุบัน ซึ่งมีปัจจัยส่งเสริมหลายประการ³ เช่น การพึ่งพาเทคโนโลยีในการทำงาน การใช้ชีวิตประจำวันผ่านสมาร์ตโฟนและคอมพิวเตอร์ รวมถึงความเร่งรีบในการเดินทางและข้อจำกัดด้านเวลาของการทำงานในเขตเมือง ส่งผลให้กิจกรรมทางกายของบุคลากรลดลง เพื่อส่งเสริมให้บุคลากรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีจึงดำเนินกิจกรรมสนับสนุนหลายรูปแบบ อาทิ การเข้าร่วมโครงการ “ก้าวทำใจ” ของกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาในการจัดเก็บข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน ส่งผลให้การวิเคราะห์ความสำเร็จในภาพรวมระดับจังหวัดยังคงมีข้อจำกัดอยู่ในปัจจุบัน

เพื่อแก้ไขปัญหาและส่งเสริมการออกกำลังกายให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ชมรมสร้างสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้จัดทำโครงการ Moph Chon Virtual Run สำหรับบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยโครงการนี้เปิดตัวอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน 2566 และดำเนินการจนถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2567 รวมระยะเวลา 195 วัน ผู้วิจัยมีเป้าหมายในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของจังหวัดชลบุรี โดยคาดหวังว่าผลการศึกษานี้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ และขยายผลในกลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการออกกำลังกาย Moph Chon Virtual Run ที่เหมาะสมสำหรับบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระยะทางเป้าหมายที่เลือก ในการสมัครเข้าร่วมกิจกรรม Moph Chon Virtual Run ครั้งแรก

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้เข้าร่วมกิจกรรมตามระยะทางเป้าหมายที่สมัครเข้าร่วมตั้งแต่แรก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart⁴ มี 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การเตรียมการ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มคณะกรรมการจัดกิจกรรมออกกำลังกาย Moph Chon Virtual Run ศึกษาปัญหา ข้อจำกัดรูปแบบการออกกำลังกายในรูปแบบ Virtual run ในประเด็นการออกกำลังกาย การบันทึกผลการออกกำลังกายผ่านเวปแอปพลิเคชัน และการสมัครเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะที่ 2 การดำเนินการ การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกาย Moph Chon Virtual Run ของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม คณะกรรมการจัดกิจกรรม Moph Chon Virtual Run ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1. การวางแผน (Planning) การพัฒนาระบบ Web Application การกำหนดรูปแบบการสมัครเข้าร่วมกิจกรรม การบันทึกผลการออกกำลังกาย การรายงานผลระยะทางเดิน-วิ่ง รายวัน และสะสม รางวัล และการตรวจสอบข้อมูลการออกกำลังกาย

2. การดำเนินการ (Action) การลงทะเบียนสมัครเข้าร่วมกิจกรรม การบันทึกผลการออกกำลังกาย การรายงานผลแข่งขันรายวันและสะสม การจัดของรางวัล ตรวจสอบข้อมูลการออกกำลังกาย

3. การสังเกตการณ์ (Observation) การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสังเกตการณ์และติดตามผลการส่งผลการออกกำลังกายของบุคลากร

4. การสะท้อนผล (Reflection) การสรุปการออกกำลังกายในรูปแบบ Moph Chon Virtual Run ของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ปรับรูปแบบการออกกำลังกายในช่วงเวลาที่เหลือ

ระยะที่ 3 การประเมินผล ประเมินความสำเร็จของกิจกรรมการออกกำลังกาย ผ่านระยะทางสะสม และการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกระยะทางเป้าหมายที่สมัครเข้าร่วมกิจกรรม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการออกกำลังกายในรูปแบบ Moph Chon Virtual Run

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คณะกรรมการจัดกิจกรรม Moph Chon Virtual Run จำนวน 34 คน และบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน 6,662 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้แทนคณะกรรมการจัดกิจกรรม Moph Chon Virtual Run จากการเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงจากผู้รับผิดชอบหลักในการจัดกิจกรรม จำนวน 7 คน และบุคลากรในสังกัดสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ที่สมัครเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย Moph Chon Virtual Run ทั้งหมด 2,123 คน
ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่ 21 กุมภาพันธ์ ถึง 10 กรกฎาคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. แบบบันทึกการสนทนา ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม คณะกรรมการจัดกิจกรรม
ออกกำลังกายชมรมสร้างสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เพื่อพัฒนารูปแบบการออกกำลังกาย
Moph Chon Virtual Run ของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

2. แบบสอบถาม เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลการสมัครเข้าร่วมกิจกรรม และ ข้อมูลพฤติกรรม
การออกกำลังกาย รวบรวมจากระบบ Web Application: Moph Chon Virtual Run

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่
รับรอง 015/2567 ลงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกาย Moph Chon Virtual Run ของ
บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากการสัมภาษณ์
เชิงลึก (In-depth interview) และวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการออกกำลังกาย พฤติกรรมการออกกำลังกาย
ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายรูปแบบ Moph Chon Virtual Run โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่
ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของปัจจัยส่วนบุคคลต่อการเลือก
ระยะทางเป้าหมายที่สมัครเข้าร่วมกิจกรรม และพฤติกรรมการออกกำลังกายในรูปแบบ Moph Chon Virtual
Run ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกาย Moph Chon Virtual Run ของบุคลากรในสังกัดสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สามารถแบ่งตามประเด็นได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ ประเด็นปัญหาและข้อจำกัด พบว่า ค่าสมัครเริ่มต้นที่ 300 บาท ซึ่งเป็นราคา
โดยทั่วไปของกิจกรรม Virtual Run สูงเกินไป และอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมของบุคลากร จึงมีการ
ปรับลดค่าสมัครเริ่มต้นเหลือเพียง 150 บาท เพื่อลดอุปสรรคทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ ระบบบันทึกผลเดิม
มีข้อจำกัดด้านเทคนิค เช่น ไม่รองรับการบันทึกข้อมูลย้อนหลัง และไม่สามารถแก้ไขข้อมูลที่ส่งผิดพลาดได้
 อีกทั้งต้นทุนการเช่าระบบจากบริษัทเอกชนสูงถึง 20,000 บาท ส่งผลให้ต้องพัฒนาระบบ Web Application
ขึ้นใช้เอง เพื่อลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มความยืดหยุ่นในการใช้งาน และกระตุ้นการมีส่วนร่วมได้อย่างต่อเนื่อง
โดยการจัดกิจกรรมส่งเสริม เช่น การสะสมระยะทาง การแข่งขันในรูปแบบกลุ่ม และมอบรางวัลให้กับผู้ที่
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

2. ระยะดำเนินการ การพัฒนารูปแบบการออกกำลังกาย Moph Chon Virtual มี 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 ขั้นตอนการวางแผน การพัฒนาระบบ Web Application: Moph Chon Virtual Run ให้ลงทะเบียนผ่านคอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์ทั้งระบบ Android และ iOS ผ่าน Line OA: Moph Chon V. Run ข้อมูลการสมัครประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว สถานที่ทำงาน และเบอร์โทรศัพท์ รูปภาพผู้สมัคร กำหนดระยะทางเป้าหมายการเดิน-วิ่ง 4 ระยะ และรับเสื้อ Finisher เมื่อครบตามระยะทาง ดังนี้

- 100 กิโลเมตร ค่าสมัคร 150 บาท (รับเสื้อ 1 ตัว 100 กิโลเมตร)
- 200 กิโลเมตร ค่าสมัคร 300 บาท (รับเสื้อ 2 ตัว 100 และ 200 กิโลเมตร)
- 500 กิโลเมตร ค่าสมัคร 450 บาท (รับเสื้อ 3 ตัว 100, 200 และ 500 กิโลเมตร)
- 1,000 กิโลเมตร ค่าสมัคร 600 บาท (รับเสื้อ 4 ตัว 100, 200, 500 และ 1,000 กิโลเมตร)

ผู้เข้าร่วมที่บรรลุเป้าหมายสามารถสมัครเพิ่มระยะทางได้ และสำหรับผู้ถึงเป้าหมาย 1,000 กิโลเมตร สามารถสมัครระยะพิเศษ โดยมีค่าสมัครเพิ่ม 150 บาท ปิดรับสมัครก่อนสิ้นสุดโครงการ 60 วัน ได้แก่ 1,500, 2,000, 2,500, และ 3,000 กิโลเมตร โดยเมื่อส่งผลครบตามระยะทางจะได้รับเสื้อ Finisher ทุกระยะ

2.2 ขั้นตอนการดำเนินการ กิจกรรมการลงทะเบียน การบันทึกและรายงานผลการออกกำลังกาย ผ่าน Line OA: Moph Chon V. Run และ เว็บไซต์พลิเคชัน Moph Chon Virtual Run มีการเปิดให้ลงทะเบียน และทดลองส่งผลก่อนเริ่มกิจกรรมเพื่อทดสอบความพร้อมของระบบ โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถลงทะเบียนได้ตามระบบ การบันทึกผลเดิน-วิ่งผ่านแอปมาตรฐานหรืออุปกรณ์สวมใส่ รองรับการบันทึกย้อนหลังและแก้ไขระยะได้ด้วยตนเอง ระบบแสดงผลทั้งรายวันและสะสม พร้อมทีมงานให้คำปรึกษาผ่าน Line OA ทุกวันเวลา 08.00-22.00 น. มีการมอบรางวัลสูงใจ เช่น เสื้อ Finisher สำหรับผู้ทำระยะครบตามกำหนด รางวัลพิเศษสำหรับผู้ส่งผลในวันพิเศษหรือภาพถ่ายโดนใจ และรางวัลสำหรับหน่วยงานที่มีผู้สมัครและส่งผลสม่ำเสมอสูงสุด ผู้เข้าร่วมบันทึกผลผ่านแอปที่รองรับ GPS และส่งผลพร้อมภาพถ่ายผ่านเว็บไซต์หรือ Line OA เพื่อกระตุ้นการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

2.3 ขั้นตอนการสังเกตการณ์ พบว่า การสื่อสารและแก้ไขปัญหาผ่าน Line OA เป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยสมาชิกสามารถติดต่อสอบถามได้ทันที ทั้งนี้ พบว่าผู้เข้าร่วมบางรายส่งผลการเดิน-วิ่งเกิน 25 กิโลเมตรต่อครั้ง ซึ่งยืนยันภายหลังว่าเป็นกลุ่มที่ฝึกซ้อมสำหรับวิ่งมาราธอน (42.2 กิโลเมตร) วิ่งเทรล และอัลตรามาราธอน (100 กิโลเมตร) มีข้อเสนอให้สามารถปรับเพิ่มระยะเป้าหมายได้ 1 ครั้ง สำหรับผู้ที่ใกล้บรรลุเป้าหมายเดิม โดยปิดรับการปรับเป้าหมายก่อนสิ้นสุดโครงการ 60 วัน เพื่อให้คณะกรรมการจัดเตรียมเสื้อรางวัลได้ทันเวลา การจัดส่งเสื้อจะดำเนินการหลังตรวจสอบผลการออกกำลังกายตามเป้าหมายที่กำหนด เพื่อให้มั่นใจว่าผู้บรรลุเป้าหมายได้รับรางวัลครบถ้วน

2.4 ขั้นตอนการสะท้อนผล การพัฒนากิจกรรมครอบคลุม 6 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) การเตรียมการ และวางแผนงาน ศึกษาจุดเด่นและข้อพัฒนาของ Virtual Run พร้อมพัฒนาระบบเฉพาะเพื่อลดต้นทุน 2) การรับสมัคร เก็บข้อมูลส่วนบุคคลและเลือกเป้าหมายการเดิน-วิ่งจาก 4 ระยะหลัก (100, 200, 500 และ 1,000 กิโลเมตร) และระยะพิเศษ (1,500-3,000 กิโลเมตร) พร้อมค่าสมัคร 150 บาทต่อระยะ 3) การสื่อสาร ใช้ Line OA: Moph Chon V. Run เป็นช่องทางหลักในการประชาสัมพันธ์และให้คำปรึกษา โดยทีมงาน ให้การสนับสนุนทุกวัน ระหว่างเวลา 08.00 ถึง 22.00 น. 4) การเก็บข้อมูลและส่งผล บันทึกผลผ่าน แอปพลิเคชันที่รองรับ GPS และส่งผลผ่านเว็บแอปหรือ Line OA พร้อมข้อกังวลเรื่องการรองรับข้อมูลและการส่งผลย้อนหลัง 5) การประเมินผล ใช้ Dashboard ในการติดตามผลการสมัครและการออกกำลังกาย รายบุคคล รวมถึงส่งเสริมกิจกรรมภายในองค์กร 6) การมอบรางวัล มีรางวัลระดับบุคคลและหน่วยงาน เช่น เสื้อ Finisher สำหรับผู้บรรลุเป้าหมายตามระยะที่กำหนด และรางวัลพิเศษสำหรับผู้เข้าร่วมที่ส่งผลในวัน พิเศษ ภาพถ่ายโดนใจ หรือมีสถิติสะสมสูงสุด

3. ระยะการประเมินผล การประเมินความสำเร็จของกิจกรรม Moph Chon Virtual Run ดำเนินการ ผ่านการวิเคราะห์ระยะทางสะสมและการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของผู้เข้าร่วม พร้อมศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเลือกระยะทางเป้าหมายและพฤติกรรมการออกกำลังกาย โดยแบ่งการ นำเสนอผลออกเป็น 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.9 มีอายุระหว่าง 20-34 ปี ร้อยละ 44.1 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งสายงานกลุ่มสนับสนุน ร้อยละ 50.8 สังกัดหน่วยบริการ ร้อยละ 85.5 มีระดับดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 46.7 ขนาดรอบเอวปกติ ร้อยละ 69.8

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่บรรลุ เป้าหมายตามระยะที่สมัครไว้ ร้อยละ 71.5 มีการเพิ่มระยะทางจากที่ตั้งใจไว้ครั้งแรก ร้อยละ 96.6 ส่วนใหญ่ ส่งผลการออกกำลังกาย 1-30 ครั้ง ร้อยละ 56.3 โดยมีระยะทางเฉลี่ยต่อครั้ง 2.6-5.0 กิโลเมตร ร้อยละ 47.4

ส่วนที่ 3: การวิเคราะห์ข้อมูลผลการออกกำลังกาย พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ ส่งผลการ ออกกำลังกาย เฉลี่ย 39 ครั้ง (S.D. = 43.7) มีระยะทางสะสมเฉลี่ย 190.8 กิโลเมตร (S.D. = 291.7) ระยะ ทางเดิน-วิ่ง เฉลี่ยต่อครั้ง 5.1 กิโลเมตร (S.D. = 2.7)

ส่วนที่ 4 การทดสอบสมมติฐาน ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของปัจจัยส่วนบุคคลที่มีต่อการ เลือกระยะทางเป้าหมายที่สมัครเข้าร่วมกิจกรรม และพฤติกรรมการออกกำลังกายในรูปแบบ Moph Chon Virtual Run โดยการใช้สถิติ Chi-Square พบว่า เพศ และ อายุ มีความสัมพันธ์กับระยะทางที่สมัคร ในกิจกรรม Moph Chon Virtual Run อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย เพศชายและผู้ที่มีอายุสูงขึ้น มีแนวโน้มเลือกระยะทางยาวกว่า (500 และ 1,000 กิโลเมตร) ขณะที่ผู้หญิงและผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี จะเลือกระยะทางสั้นกว่า (100 กิโลเมตร) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น ตำแหน่งสายงาน ประเภทหน่วยงาน ระดับ

BMI และขนาดรอบเอว ไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกกระยะเป้าหมายที่สมัครเข้าร่วมกิจกรรม รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับระยะทางเป้าหมายที่สมัครแรกเข้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระยะทางเป้าหมายที่สมัครแรกเข้าร่วมกิจกรรม				Chi-square
	100	200	500	1,000	(Sig.)
	กิโลเมตร	กิโลเมตร	กิโลเมตร	กิโลเมตร	
	(n=1,551)	(n=355)	(n=152)	(n=65)	
เพศ					
ชาย	18.4	22.0	26.3	35.4	16.541
หญิง	81.6	78.0	73.7	64.6	(0.001)*
กลุ่มอายุ					
20 - 34 ปี	48.3	35.5	30.3	24.6	63.719 (<0.001)*
35 - 49 ปี	35.9	39.4	37.5	40.0	
50 ปีขึ้นไป	15.8	25.1	32.2	35.4	
ตำแหน่งสายงาน					
กลุ่มสายอาชีพ	48.2	50.7	52.0	58.5	3.607
กลุ่มสนับสนุน	51.8	49.3	48.0	41.5	(0.307)
ประเภทหน่วยงานที่สังกัด					
หน่วยบริการ	86.1	82.5	87.5	84.6	3.465
หน่วยบริหาร	13.9	17.5	12.5	15.4	(0.325)
ระดับดัชนีมวลกาย (BMI)					
ปกติ	48.7	39.4	46.7	40.0	15.831 (0.070)
น้ำหนักเกิน	14.9	20.0	19.1	20.0	
อ้วนระดับ 1	23.5	25.6	19.7	29.2	
อ้วนระดับ 2	13.0	14.9	14.5	10.8	
ขนาดรอบเอว					
ปกติ	70.5	64.2	73.7	73.8	7.150
เกินค่ามาตรฐาน	29.5	35.8	26.3	26.2	(0.067)

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับการบรรลุเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเพศหญิงมีอัตราการบรรลุเป้าหมายสูงกว่าเมื่อเทียบกับเพศชาย นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างเพศกับระยะทางเฉลี่ยต่อครั้ง ($p < 0.05$) โดยเพศชายมีแนวโน้มวิ่งระยะทางไกลกว่า 5.1 กิโลเมตรขึ้นไป ขณะที่เพศหญิงส่วนใหญ่วิ่งในระยะเฉลี่ย 2.6-5.0 กิโลเมตร (50.4%)

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าอายุมีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่ากลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มบรรลุเป้าหมายสูงสุด ขณะที่กลุ่มอายุ 20-34 ปี มีแนวโน้มบรรลุเป้าหมายต่ำสุด ในด้านการเพิ่มระยะทาง กลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปมีการเพิ่มระยะทางมากที่สุด เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 20-34 ปี นอกจากนี้ จำนวนครั้งในการส่งผลการออกกำลังกาย ซึ่งพบว่ากลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปส่วนใหญ่มีการส่งผลมากกว่า 60 ครั้ง ขณะที่กลุ่มอายุ 20-34 ปี ส่วนใหญ่ส่งผลเพียง 1-30 ครั้ง สำหรับระยะทางเฉลี่ยต่อครั้ง พบว่าทุกกลุ่มอายุนิยมวิ่งในระยะ 2.6-5.0 กิโลเมตร มากที่สุด แต่กลุ่มอายุ 35-49 ปี และ 50 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนการวิ่งมากกว่า 10 กิโลเมตร สูงกว่ากลุ่มอายุน้อย โดยคิดเป็นร้อยละ 8.2 และ 5.7 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับดัชนีมวลกาย (BMI) กับ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า BMI มีความสัมพันธ์กับการบรรลุเป้าหมายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มที่มี BMI ปกติ บรรลุเป้าหมายสูงสุด ร้อยละ 72.6 ขณะที่กลุ่มอ้วนระดับ 2 บรรลุเป้าหมายต่ำสุด ร้อยละ 62.9 อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่าง BMI กับการเพิ่มระยะทาง เช่นเดียวกับจำนวนครั้งในการส่งผลและระยะทางเฉลี่ยต่อครั้ง

ตำแหน่งสายงาน กับ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งสายงานกับการบรรลุเป้าหมายการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มสายวิชาชีพมีแนวโน้มบรรลุเป้าหมายสูงกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มสายสนับสนุน อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างตำแหน่งสายงานกับการเพิ่มระยะทางการออกกำลังกาย และจำนวนครั้งในการส่งผลการออกกำลังกาย

ความสัมพันธ์ระหว่าง ประเภทหน่วยงานที่สังกัด กับ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ประเภทหน่วยงานมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการบรรลุเป้าหมายการออกกำลังกาย ($p < 0.05$) โดยกลุ่มที่สังกัดหน่วยบริการบรรลุเป้าหมายสูงสุด ร้อยละ 72.9 ขณะที่กลุ่มหน่วยบริหารบรรลุเป้าหมายเพียงร้อยละ 63.2 สำหรับการเพิ่มระยะทางการออกกำลังกาย และจำนวนครั้งในการส่งผลการออกกำลังกาย ไม่มีความสัมพันธ์กับประเภทหน่วยงานที่สังกัด อย่างไรก็ตาม พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างประเภทหน่วยงานกับระยะทางเฉลี่ยต่อครั้ง ($p < 0.05$) โดยกลุ่มหน่วยบริการมีแนวโน้มวิ่งในระยะ 2.6-5.0 กิโลเมตร มากที่สุด ในขณะที่กลุ่มหน่วยบริหารมีแนวโน้มวิ่งในระยะไม่เกิน 2.5 กิโลเมตร

ความสัมพันธ์ระหว่าง ขนาดรอบเอว กับ พฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่าไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างขนาดรอบเอวกับการบรรลุเป้าหมายการออกกำลังกาย การเพิ่มระยะ

ทางการออกกำลังกาย และจำนวนครั้งในการส่งผลการออกกำลังกายอย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ระยะทางเฉลี่ยต่อครั้งพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) โดยกลุ่มที่มีรอบเอวปกติมีแนวโน้มวิ่งในระยะ 2.6-5.0 กิโลเมตร มากที่สุด ในขณะที่กลุ่มที่มีรอบเอวเกินมาตรฐานมีแนวโน้มวิ่งในระยะไม่เกิน 2.5 กิโลเมตร

อภิปรายผลการวิจัย

จากการพัฒนารูปแบบการออกกำลังกาย Moph Chon Virtual Run ของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนากิจกรรม Moph Chon Virtual Run สำหรับบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี มี 4 ระยะ ได้แก่ 100, 200, 500, และ 1,000 กิโลเมตร ค่าสมัครเริ่มต้นที่ 150 บาท ผู้ที่ทำตามเป้าหมายภายใน 195 วัน จะได้รับ เสื้อ Finisher นอกจากนี้ ยังเปิดให้เพิ่มระยะพิเศษ (1,500–3,000 กิโลเมตร) โดยจ่ายค่าสมัครเพิ่มเพียง 150 บาท การบันทึกและส่งผลผ่าน แอปพลิเคชันออกกำลังกายมาตรฐาน Web App: Moph Chon Virtual Run หรือ Line OA: Moph Chon V. Run พร้อม Dashboard สำหรับติดตามผลและมอบรางวัลกระตุ้นทั้งรายบุคคลและหน่วยงาน รูปแบบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ จูติกร โตโพธิ์ไทย และคณะ^๖ ในโครงการ ก้าวทำใจ VIRTUAL RUN SEASON 1 ที่เน้นการลงทะเบียนผ่าน LINE พร้อมบันทึกระยะสะสมและมอบรางวัลเพื่อสร้างแรงจูงใจ เช่นเดียวกับงานของ อรณภา ทศนัยนา และคณะ^๗ ที่ระบุว่าปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของกิจกรรมเดิน-วิ่งเสมือนจริงประกอบด้วย การวางแผน, การจัดองค์กร, การดำเนินงาน และการควบคุม นอกจากนี้ การสร้างความสนุกและกำหนดรางวัลยังช่วยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง กิจกรรม Moph Chon Virtual Run ถูกออกแบบมาเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายของบุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของบุคลากรผ่านกลไกการสะสมระยะทางและรางวัลตอบแทน การพัฒนากิจกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการประยุกต์เทคโนโลยีและรูปแบบกิจกรรมที่ตอบโจทย์วิถีชีวิตปัจจุบัน

2. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย Moph Chon Virtual Run กับระยะทางเป้าหมายที่สมัครแรกเข้าร่วมกิจกรรมจากการศึกษาวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ และอายุ มีความสัมพันธ์กับ ระยะทางเป้าหมายที่สมัครแรกเข้าร่วมกิจกรรม ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ ชี้ให้เห็นว่าเพศชายมีแนวโน้มที่จะเลือกระยะทางเป้าหมายที่มากกว่าเพศหญิง โดยเพศหญิงมักจะเลือกเข้าร่วมในระยะทาง 100 หรือ 200 กิโลเมตร ส่วนเพศชายเลือกระยะทางที่ทำหายยิ่งขึ้น 500 หรือ 1,000 กิโลเมตร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Thuany และคณะ^๗ ที่ชี้ว่าเพศชายมีแนวโน้มเข้าร่วมกิจกรรมวิ่งอัลตร้ามาราธอนมากกว่าเพศหญิง ด้วยเพศชายมีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรงกว่า และมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมวิ่งระยะทางไกลที่มีความท้าทาย แต่ช่องว่างระยะทางการแข่งขันระหว่างเพศเริ่มลดลง ดังนั้นควรมีการเพิ่มกลไกสนับสนุนให้เพศหญิงมีความมั่นใจในสมรรถภาพทางกายและเข้าร่วมกิจกรรมในระยะทางเป้าหมายที่มีความท้าทายมากขึ้น นอกจากนี้ อายุ ยังมีผลต่อการเลือกระยะทาง โดย

กลุ่มอายุ 35-49 ปี นิยมเล็กระยะ 200 กิโลเมตรขึ้นไป ซึ่งสะท้อนถึงความสนใจและความพร้อมในการออกกำลังกาย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Nikolaidis และคณะ⁸ ที่ระบุว่านักวิ่งมาราธอนที่มีอายุมากขึ้นมีแรงจูงใจในการบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคลและมีส่วนร่วมทางสังคมเพิ่มขึ้น ดังนั้น เพื่อกระตุ้นแรงจูงใจให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเลือกเข้าร่วมในระยะทางที่ท้าทายและยาวไกลขึ้น ควรมีการพัฒนารูปแบบรางวัลหรือกิจกรรมเสริมที่สอดคล้องกับแต่ละกลุ่มวัย โดยเฉพาะการมุ่งเน้นไปที่กลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี เพื่อสร้างแรงจูงใจและเพิ่มความมุ่งมั่นในการเข้าร่วมกิจกรรมให้มากขึ้น

3. การศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคล กับพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้เข้าร่วมกิจกรรมตามเป้าหมายระยะทางที่สมัครแรกเข้าร่วมกิจกรรม จากการศึกษาวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบรรลุระยะทางเป้าหมาย จำนวนครั้งของการออกกำลังกาย และระยะทางเฉลี่ยที่ออกกำลังกายต่อครั้ง ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เพศหญิง มีแนวโน้มที่จะทำตามระยะทางตามเป้าหมาย และระยะทางที่สมัครไว้มากกว่าเพศชาย รวมถึงเพศหญิงมีแนวโน้มทำกิจกรรมบ่อยครั้งมากกว่า ผลการวิจัยของ Malchrowicz-MoŚko E และ Poczta J⁹ ที่แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยจิตวิทยาและสังคมในการเข้าร่วมกิจกรรมวิ่งในกลุ่มผู้หญิง ในขณะที่เพศชายอาจเน้นความท้าทายและการแข่งขันมากกว่า เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกิจกรรม ควรออกแบบกิจกรรมหรือรางวัลที่สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของแต่ละเพศ เช่น การสนับสนุนรางวัลที่แยกตามเพศ เพื่อสร้างแรงจูงใจที่เหมาะสม

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบรรลุระยะทางเป้าหมาย การเพิ่มระยะทาง และจำนวนครั้งของการออกกำลังกาย ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กลุ่มอายุที่มากขึ้น (50 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มทำตามเป้าหมายการออกกำลังกายครบตามระยะทางเป้าหมายที่สมัครแรกเข้าร่วมกิจกรรม ได้มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ เป็นกลุ่มที่ต้องการดูแลสุขภาพตนเองและมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มอายุอื่น การเพิ่มระยะทางการออกกำลังกายมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอายุ โดยกลุ่มอายุ 20-34 ปี มีการเพิ่มระยะทางมากที่สุด เนื่องจากส่วนใหญ่มุ่งสมัครแรกเข้าร่วมกิจกรรมระยะทางสั้นที่สุด 100 กิโลเมตร จึงเพิ่มระยะทางในการออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น จำนวนครั้งในการออกกำลังกาย พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ โดยกลุ่มที่อายุน้อยมีแนวโน้มออกกำลังกายมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อย เป็นกลุ่มที่ต้องการดูแลสุขภาพตนเองและมีการออกกำลังกายสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มอายุอื่น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของผลการวิจัยของ Nikolaidis และคณะ⁸ ที่มุ่งเน้นศึกษาประโยชน์ทางจิตวิทยาและสังคมของการเข้าร่วมกิจกรรมวิ่งมาราธอน พบว่า ปัจจัยด้านอายุและระดับความสามารถของนักวิ่งมีบทบาทสำคัญในการกำหนดแรงจูงใจ นักวิ่งที่มีอายุมากกว่าให้ความสำคัญกับสุขภาพมากกว่า ซึ่งให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างกิจกรรมที่ตอบสนองแรงจูงใจเฉพาะกลุ่มวัย เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมและผลลัพธ์ทางจิตใจที่ดีเหมาะสมสำหรับผู้เข้าร่วมในแต่ละกลุ่มวัย

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านประเภทหน่วยงานที่สังกัดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบรรลุระยะทางเป้าหมาย และระยะทางเฉลี่ยที่ออกกำลังกายต่อครั้ง ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยบุคลากรที่สังกัดหน่วย

บริหาร มีแนวโน้มทำตามเป้าหมายการออกกำลังกายครบตามระยะทางเป้าหมายที่สมัครแรกเข้าร่วมกิจกรรม และการออกกำลังกายในระยะทางที่มีระยะทางเฉลี่ยต่อครั้งไกลกว่าบุคลากรที่สังกัดหน่วยบริการอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งหน่วยบริหารมีเวลาการทำงานและวันหยุดราชการที่ชัดเจน สม่่าเสมอกว่าหน่วยบริการ ส่งผลให้มีการจัดแบ่งเวลาในการออกกำลังกาย เดิน-วิ่ง Moph Chon Virtual Run ได้บ่อยครั้งและสม่่าเสมอกว่า สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Trost และ คณะ¹⁰ เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายของผู้ใหญ่ พบว่า ปัจจัยด้านเวลาและความยืดหยุ่นของตารางการทำงาน การมีเวลาว่างและความยืดหยุ่นในตารางเวลาทำงานมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมให้ผู้ใหญ่มีส่วนร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการที่บุคลากรในหน่วยบริหารมีเวลาจัดสรรและออกกำลังกายได้บ่อยกว่าเนื่องจากมีตารางเวลาที่ชัดเจนและสม่่าเสมอมากกว่าบุคลากรในหน่วยบริการ และการศึกษาวิจัยของ Kirk และ Rhodes¹¹ เกี่ยวกับปัจจัยด้านอาชีพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า เวลาว่าง และความยืดหยุ่นในตารางการทำงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย บุคลากรที่มีตารางงานที่ไม่แน่นอน หรือมีข้อจำกัดเรื่องเวลา เช่น ทำงานเป็นกะ หรือมีภาระงานสูง มักจะมีโอกาสในการออกกำลังกายน้อยลง ในทางกลับกัน บุคคลที่ทำงานในหน่วยงานที่มีตารางการทำงานยืดหยุ่น มีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่่าเสมอมากกว่า สามารถจัดสรรเวลาในการทำกิจกรรมทางกายได้ง่ายกว่า

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับดัชนีมวลกาย (BMI) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบรรลุระยะทางเป้าหมายออกกำลังกายที่สมัครแรกเข้าร่วมกิจกรรม ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่มีระดับดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในเกณฑ์ปกติ และน้ำหนักเกิน ออกกำลังกายในรูปแบบ Moph Chon Virtual Run สะสมระยะทางเดิน-วิ่ง ครบตามระยะทางเป้าหมายที่สมัครแรกเข้าร่วมกิจกรรม มากกว่ากลุ่มที่มีระดับดัชนีมวลกาย (BMI) อ้วนระดับ 2 อย่างมีนัยสำคัญ ผู้ที่มีระดับดัชนีมวลกาย (BMI) อ้วนสูงมักเผชิญกับอุปสรรคทั้งด้านร่างกายและจิตใจในการออกกำลังกาย เช่น ความเจ็บปวดทางร่างกาย ความรู้สึกอาย หรือขาดความมั่นใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ยุทธนา ชนะพันธ์ และธนิสา อนุญาหงษ์¹² เรื่อง สถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายในวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี เขตสุขภาพที่ 8 พบว่า พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง มีกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ ในกลุ่มผู้ที่มีระดับดัชนีมวลกายปกติ สูงกว่ากลุ่มที่มีดัชนีมวลกายอ้วนลงพุงอย่างมีนัยสำคัญ ควรส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงในระดับที่เพียงพอ ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย

ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่า ระบบ Web Application ที่ใช้งานสามารถบันทึกข้อมูลย้อนหลัง แก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาด และ การเพิ่มฟังก์ชันการวิเคราะห์ผลส่วนบุคคลผ่าน Dashboard ช่วยให้ผู้ใช้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถติดตามผลการออกกำลังกายได้ง่ายและรวดเร็ว ส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องในระดับ

บุคคล แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการประยุกต์เทคโนโลยีและรูปแบบกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการของวิถีชีวิตปัจจุบัน

2. การกำหนดระยะทางเป้าหมายที่หลากหลายเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อรองรับความต้องการที่แตกต่างกันของผู้เข้าร่วมกิจกรรม และสามารถเพิ่มระยะทางที่ท้าทายมากขึ้นได้

3. การจัดกิจกรรมเสริม เช่น การมอบรางวัลที่สอดคล้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับดัชนีมวลกาย (BMI) จะสามารถกระตุ้นและสนับสนุนการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและบรรลุเป้าหมายได้

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
ข้อเสนอเชิงนโยบาย ควรขยายกลุ่มเป้าหมายของกิจกรรม Moph Chon Virtual Run ให้ครอบคลุมหน่วยงานภาครัฐ สถานประกอบการ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในพื้นที่จังหวัดชลบุรี เพื่อพัฒนารูปแบบการออกกำลังกาย Moph Chon Virtual Run ให้มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้ในบริบทอื่น ๆ ได้อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแรงจูงใจและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เช่น แรงจูงใจภายใน ความสัมพันธ์ทางสังคม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมและตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้เข้าร่วมในแต่ละกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการศึกษาผลกระทบระยะยาวของโปรแกรมที่จัดขึ้นต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อประเมินความยั่งยืนและประสิทธิผลของโปรแกรกดังกล่าวในการส่งเสริมสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Department of Noncommunicable Diseases. Physical activity [Internet]. 2021 [cited 2024 Jul 24]. Available from: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/physical-activity>
2. พัชรดา กุลครอง. กิจกรรมทางกาย เพื่อสุขภาพที่ดี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://op.mahidol.ac.th/ga/>
3. นฤมล เหมะฐลิน. การใช้เทคโนโลยีมีผลต่อการลดกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 กรกฎาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://tpak.or.th/th/article_print/376?utm_source=chatgpt.com
4. Kemmis S, McTaggart R. The Action Research Planner. Victoria: Deakin University Press; 1998.
5. ฐิติกร โตโพธิ์ไทย , ชลพันธ์ ปิยถาวรอนันต์, อุดม อัสวุฒมากร. บทเรียนจากการพัฒนาและน่านโยบายส่งเสริมการก้าวเดินไปปฏิบัติ [อินเทอร์เน็ต]. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2563; 14(4): 478-88.

6. อรณภา ทศนัยนา, ฤกษ์ชัย แยมวงษ์, ภูซังค์ รุ่งอินทร์. ถอดบทเรียนการจัดการกิจกรรมเดิน-วิ่งเสมือนจริง สะสมระยะทางเพื่อสุขภาพ: กรณีศึกษาโครงการนนทรีอีสานเวอร์ชวลรัน ซีซั่น 1. วารสารวิจัยและวิชาการสังคมศาสตร์ 2565; 17(1): 91-104.
7. Thuany M, Gomes TN, Villiger E, Weiss K, Scheer V, Nikolaidis PT, et al. Trends in participation, sex differences, and age of peak performance in time-limited ultramarathon events: A secular analysis. *Medicina* 2022; 58(3): 366.
8. Nikolaidis PT, Chalabaev A, Rosemann T, Knechtle B. Motivation in the Athens Classic Marathon: The role of sex, age, and performance level in Greek recreational marathon runners. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 16(14): 2549.
9. Malchrowicz-Mośko E, Poczta J. Running as a form of therapy: Socio-psychological functions of mass running events for men and women. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(10): 2262.
10. Trost SG, Owen N, Bauman AE, Sallis JF, Brown W. Correlates of adults' participation in physical activity: Review and update. *Med Sci Sports Exerc*. 2002; 34(12): 1996-2001.
11. Kirk MA, Rhodes RE. Occupational correlates of adult participation in physical activity: A systematic review. *J Behav Med*. 2011; 34(6): 548-59.
12. ยุทธนา ชนะพันธ์, ธนิสา อนุญาหงษ์. สถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกาย ในวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี เขตสุขภาพที่ 8. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2567; 1(4) :73-86.

พัฒนาแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือดด้วยงานที่มีภาวะอ้วน: กรณีศึกษาในครูอนามัยโรงเรียน

วันเพ็ญ สุธธิโกมินทร์*

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยงานที่มีภาวะอ้วนในครูอนามัยโรงเรียน คัดกรองภาวะอ้วนด้วยค่าดัชนีมวลกายเกินรวมถึงเส้นรอบวงเอวเกิน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งพัฒนาภายใต้ทฤษฎีแรงจูงใจ การจัดแบบแผนการดำเนินชีวิต การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคร่วมกับการใช้เทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพ โปรแกรมนี้ใช้เวลา 12 สัปดาห์ มีกิจกรรมสำคัญ คือ การให้ความรู้รายกลุ่ม การฝึกทักษะรายบุคคล การเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบร่วมกับการให้ข้อมูล Infographic และวิดีโอผ่านโปรแกรมไลน์ โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองของผู้เข้าร่วมการวิจัยใน 3 ระยะ คือ ก่อน- หลังการทดลอง และระยะติดตามผล หลังการทดลอง 3 เดือน แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงขึ้น ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ค่าคะแนนความเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจ ภายใน 10 ปีข้างหน้ามีแนวโน้มลดลง ผลการวิจัยนี้จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานอ้วน ในเขตสุขภาพที่ 3 สามารถช่วยให้กลุ่มตัวอย่างบรรลุเป้าหมายในการลดน้ำหนักตัว และความดันโลหิตได้ ส่งผลให้ลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดและหัวใจ สร้างเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, แบบแผนการดำเนินชีวิต, โรคหัวใจและหลอดเลือด, วัยทำงาน

* ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

E-mail: suddikomin@gmail.com

A lifestyle and health literacy development to prevent the risk of cardiovascular diseases among working aged-people with obesity: a case study of school health teachers

Wanpen Suttikomin*

Abstract

This research and development study aimed to develop lifestyle patterns and health literacy to prevent the risk of cardiovascular diseases among obese working-age individuals, specifically secondary school teachers. Obesity was screened using body mass index (BMI) and waist circumference. The sample group participated in a motivational program designed based on motivational theory, lifestyle pattern planning, health literacy promotion for disease prevention, and the use of technology. The program lasted 12 weeks and included key activities such as group education sessions, individual skill training, learning from role models, and providing information through infographics and videos via the Line application. Data were collected through self-administered questionnaires at 3-stages: pre-intervention, post-intervention, and three months after the intervention. Data analysis was conducted using descriptive statistics and paired t-test.

The results revealed that the participants significantly improved their health-promoting behaviors after participating in the program ($p < 0.05$). Their 10-year cardiovascular risk scores showed a decreasing trend. These findings demonstrate that lifestyle adjustments and health-promoting behaviors among obese working-age individuals in Health Region 3 effectively helped participants achieve goals such as weight loss and blood pressure reduction. Consequently, this approach reduced the risk of non-communicable diseases, lowered cardiovascular risk factors, and contributed to sustainable public health improvement.

Keywords: Health literacy, Healthy lifestyle, Cardiovascular diseases, Working-age people

* Health Promotion Center Region 3 Nakhon Sawan, Department of Health, Ministry of Public Health

E-mail: suttikomin@gmail.com

บทนำ

การปฏิรูปความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพต่าง ๆ ที่จำเป็น จนนำไปสู่การตัดสินใจแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม เพื่อจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว จนถึงชุมชนของตนเอง เป็นนโยบายเร่งด่วนเพื่อผลักดันการทำงานให้เกิดสัมฤทธิ์ต่อการสร้างพลเมืองที่มีสุขภาพดีอย่างเป็นรูปธรรม ข้อเสนอของสภาปฏิรูปสุขภาพตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ได้กำหนดให้มีแผนและวิธีการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ข้อที่ 10 เรื่อง การจัดให้มีการสำรวจเพื่อกำกับติดตามสะท้อนความก้าวหน้าและความสำเร็จในการทำงานด้านความรู้สุขภาพของทุกหน่วยงาน ได้แก่ 1) ความรู้ด้านสุขภาพ 2) พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง และ 3) สถานะสุขภาพของประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ (National Health Examination Survey)¹⁻² จากการทบทวนวรรณกรรม ข้อมูลที่ครอบคลุมทุกมิติของความรู้ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ เข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ ของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 2) ในระดับประเทศ พบว่าประชากรไทยที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอโดยร้อยละ 19.09 มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ไม่เพียงพอที่จะมีส่วนร่วมหรือใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและบริการสุขภาพในบริบทการบริการสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมและการใช้ผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว³

ปัญหาด้านสุขภาพมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง คือ ภาวะอ้วนลงพุง โดยเฉพาะการอ้วนที่บริเวณพุง เนื่องจากเซลล์ไขมันในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนต่าง ๆ จากเซลล์ไขมันออกสู่กระแสเลือดเพิ่มขึ้น และเป็นผลให้เกิดโรคเรื้อรังดังกล่าว⁴ ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นภัยคุกคามสุขภาพที่มีแนวโน้มสูง⁵ สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุดคือโรคหลอดเลือดสมอง รองลงมา คือโรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้น เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ ซึ่งโรคเหล่านี้สามารถป้องกันได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม งดสูบบุหรี่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ กินอาหารสุขภาพและลดความอ้วน ซึ่งสาเหตุการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดจากการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในสังคมที่เป็นแบบตะวันตกมากขึ้น รับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง การใช้เทคโนโลยีที่สะดวกสบายมากขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวทางร่างกายลดลง ตลอดจนสภาพสังคมการทำงานที่มีการแข่งขันสูงทำให้เกิดความเครียด รวมถึงการทำงานกลางคืน

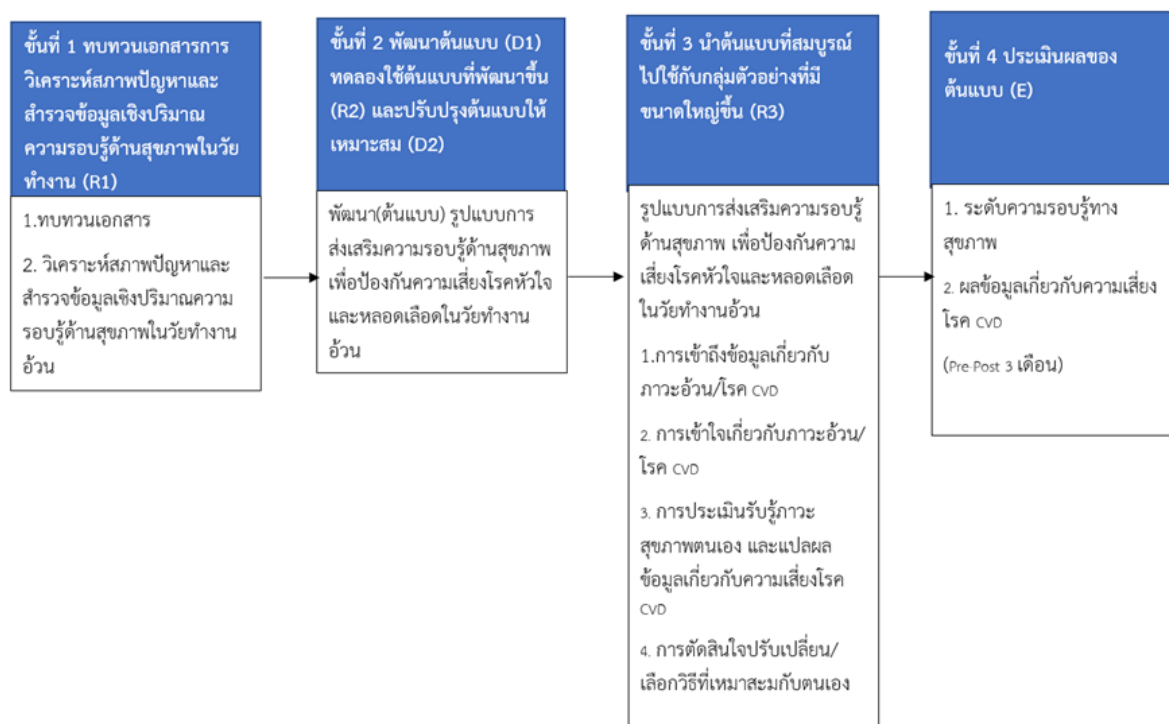
ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ประมาณ 56 ล้านคน เช่นเดียวกับเขตสุขภาพที่ 3 มีประชากรวัยทำงาน 2 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด คือ ประมาณ 1.9 ล้านคน ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีภาวะอ้วนลงพุง ข้อมูลจาก Health Data Center ปี

พ.ศ. 2562-2566 พบว่าประชากรวัยทำงาน อายุ 30-44 ปี มีแนวโน้มภาวะอ้วนลงพุงสูงขึ้น ร้อยละ 32.5, 32.8, 32.9, 33.6 และ 34.2 ตามลำดับ⁶ มีหลายการศึกษาที่ได้พัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้กับผู้ป่วยที่มีความรู้ทางสุขภาพที่อยู่ในระดับต่ำ ผลจากการได้รับ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ มีระดับความรู้ทางสุขภาพเพิ่มขึ้น และมีระดับความดันโลหิตในขณะหัวใจบีบตัวลดลง การส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพจึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ สามารถลดผลกระทบจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ⁶ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจได้ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะวิจัยและพัฒนากิจกรรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพในวัยทำงานกลุ่มครูนามัยที่มีภาวะอ้วนเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นการมุ่งเป้าให้กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพ รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารด้วยตนเอง เป็นต้นแบบสุขภาพในการบอกต่อให้นักเรียน ซึ่งจะเป็นวัยทำงานในอนาคต ตามกรอบยุทธศาสตร์การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ด้านสาธารณสุข ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน
2. เพื่อประเมินผลแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development: R&D) ประกอบด้วย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาทบทวนเอกสาร วิเคราะห์สภาพปัญหาและสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการบริโภคอาหารวัยทำงาน เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Research: R1) โดยการวิจัยสำรวจข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตสุขภาพที่ 3

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนางานจากการนำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดของการพัฒนารูปแบบ (ต้นแบบ) การส่งเสริมความรู้ด้านอาหารทางเลือกเพื่อสุขภาพป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน พัฒนาต้นแบบ (Development: D1) ทดลองใช้ (ต้นแบบ) ที่พัฒนาขึ้น (R2) กระบวนการออกแบบและพัฒนาแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้”อาหารทางเลือกสุขภาพ” เพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน ได้แก่ การสร้างความรู้ด้านอาหารทางเลือกเพื่อสุขภาพ การรับรู้และเข้าใจ การประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วยตนเอง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน ให้ครอบคลุม 30 251 ย (ด้านอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านสุราแอลกอฮอล์/ยาสูบ และด้านการใช้ยา/อาหารเสริมอย่างสมเหตุผล) แบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ฯ โดยเป็นกิจกรรมสร้างความรอบรู้การดูแลตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวัน ฐานเรียนรู้ ฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วย วิธีเลือกส่วนประกอบอาหารกากใยสูง หวานน้อย ไขมันต่ำ เค็มพอดี เมนูอาหารสุขภาพ การเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร การประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานด้วยแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Score การใช้ทักษะการเข้าถึงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และระบบการสื่อสารทางแอปพลิเคชันออนไลน์ มีการส่งข้อความองค์ความรู้ผ่านสื่อ ได้แก่ คู่มือ one page คลิปวิดีโอ สื่อ Tiktok สำหรับกลุ่มตัวอย่างสามารถศึกษา/ทบทวนในเวลาที่เหมาะสม ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีการดำเนินการ การประเมินผลโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงต้นแบบให้เหมาะสม (D2)

ระยะที่ 3 นำต้นแบบที่สมบูรณ์ไปใช้ ศึกษาความเป็นไปได้โดยการนำแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน เขตสุขภาพที่ 3 (Implementation: R3) ประเมินการรับรู้ความเสี่ยงภาวะสุขภาพ การประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด การใช้แบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาหารทางเลือกสุขภาพ รายบุคคล

ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผล (Evaluation: E) เป็นการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพ Pre-post test one group design ระยะเวลา 3 เดือน ได้แก่ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว และการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานด้วยแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Score นำผลการศึกษาเสนอเพื่อกำหนดนโยบายลดอัตราการเสียชีวิตร่วมกับกรมการวางแผนนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan โรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับเขตสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ประชากร คือ ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในครัวเรือนในเขตสุขภาพที่ 3 อย่างน้อย 6 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic sampling) โดยจัดเรียง (Enumeration area: EA) ของแต่ละจังหวัดตัวอย่างตามภูมิศาสตร์ได้จำนวน EA ตัวอย่างทั้งสิ้น 50 EA จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างทั้งสิ้น 750 ครัวเรือน ประชากรตัวอย่างในแต่ละจังหวัดเท่ากับจำนวนครัวเรือนตัวอย่างในจังหวัด x ขนาดครัวเรือนเฉลี่ยของจังหวัด x สัดส่วนของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัด ได้จำนวนประชากรตัวอย่างทั้งสิ้น 989 คน

ระยะที่ 4 ประชากร คือ ครูอนามัยที่เข้าร่วมโครงการ 1 โรงเรียน 1 ครูอนามัยของกระทรวงศึกษาธิการ ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข อายุตั้งแต่ 25-59 ปี ในโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา จังหวัดนครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร อุทัยธานี และชัยนาท

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 23 kg/m^2 หรือมีเส้นรอบวงเอวเกิน (เพศชาย มากกว่า 90 เซนติเมตร /เพศหญิง มากกว่า 80 เซนติเมตร) มีความสนใจเข้าร่วมศึกษาวิจัย จำนวน 83 คน **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ระยะที่ 1 ใช้แบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีค่า Cronbach's alpha 0.9411⁷ ประกอบด้วยคำถาม 2 ส่วน คือ 1) ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และ 2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบพบหน้า (Face-to-face)

ระยะที่ 4 ใช้แบบบันทึกความเสี่ยงภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพและการบริโภคอาหารทางเลือกสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามประเมินทัศนคติต่อภาวะสุขภาพตนเอง การรับรู้ความเสี่ยง ความมั่นใจในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง พฤติกรรมการบริโภคอาหารทางเลือกสุขภาพ และการประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานด้วยแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Score หรือ “แบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในระยะเวลา 10 ปี สำหรับคนไทย” ตัวแปรประกอบด้วยเพศอายุ การสูบบุหรี่ โรคเบาหวานและค่าความดันโลหิต Systolic blood pressure ประมวลผลผ่านแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Score คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งได้ค่า Content validity index (CVI) เท่ากับ 0.89 แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงโดยทดลองใช้กับครูอนามัยในโรงเรียน 30 ราย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่า Cronbach's alpha 0.85-0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้แจ้งสิทธิ วัตถุประสงค์ ขั้นตอน และวิธีการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทราบอย่างละเอียด โดยให้ผู้ยินยอมเข้าร่วมวิจัยลงลายมือชื่อในหนังสือ

แสดงความยินยอมตรวจร่างกายเพื่อหาค่าความเสี่ยงการเกิดโรคหลอดเลือดสมองแบบไม่ใช้ผลเลือดร่วมกับบันทึก และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ตามกิจกรรมหลัก ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และค้นหาปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง สรุปผลร่วมกันโดยร่วมกันลงนามข้อตกลงจัดการความอ้วนลดโอกาสโรคหลอดเลือดสมอง และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สร้างพลังกลุ่มการเป็นบุคคลต้นแบบด้านโภชนาการ

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ตามแบบแผนการดำเนินชีวิตรายบุคคลที่วิเคราะห์รายบุคคล จากกิจกรรมที่ 1 และตกลงร่วมกันในการบันทึกแผนฯ ดังกล่าว สื่อสารรายสัปดาห์เกี่ยวกับอาการที่ควรสังเกต และช่องทางด่วนการเข้ารับการรักษา ประเมินผล โดยใช้ line application

กิจกรรมที่ 3 การดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยแนะนำแหล่งความรู้ที่เชื่อถือได้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบคำถามและให้คำปรึกษา

กิจกรรมที่ 4 สรุปผล เชิดชูเกียรติ รายงานผู้บังคับบัญชาในกำกับสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษาทุกจังหวัด และมอบเกียรติบัตรแก่ผู้ร่วมศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทั้งภาคเหนือ (Cluster 18) ในกำกับของกระทรวงศึกษาธิการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์ เลขที่รับรอง NSWPHO-008/64 สิ้นอายุ 24 มิถุนายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไป และความรู้ด้านสุขภาพของผู้ตอบแบบสอบถามโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเขตสุขภาพที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแบบแผนการดำเนินชีวิต และค่าเฉลี่ยความเสี่ยงด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังได้รับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแบบแผนการดำเนินชีวิตจัดการความอ้วนป้องกันโรคหลอดเลือดและหัวใจ ด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาทบทวนเอกสาร วิเคราะห์สภาพปัญหาและสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมบริโภคอาหารวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.0 มีอายุ 46 ปีขึ้นไป ร้อยละ 47.1 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 62.6 โดยนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.9 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 54.8 มีความสามารถในการอ่านและเขียนได้คล่อง มากกว่าร้อยละ 60 มีอาชีพรับจ้าง/ค้าขาย/พนักงานบริษัทเอกชน ร้อยละ 69.6 โดยส่วนใหญ่มีรายได้พอใช้บางเดือน คิดเป็นร้อยละ 47.4 และมีเขตอาศัยนอกเขตเทศบาล ร้อยละ 59.6 กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีภาวะอ้วนระดับ 1 และไม่มีโรคประจำตัว NCD ร้อยละ 50.3 และร้อยละ 61.4 ตามลำดับ

ในส่วนของการรับรู้ด้านสุขภาพพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความรับรู้สุขภาพ ระดับเพียงพจนถึงระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 42.5 โดยมีคะแนนการรับรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 105.43 ± 24.74 คะแนน จากคะแนนเต็ม 168 คะแนน คะแนนต่ำสุด 17 คะแนน สูงสุด 168 คะแนน แปลผลได้ว่า ประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนส่วนใหญ่มีความรับรู้ด้านสุขภาพระดับมีปัญหา ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน จำแนกตามระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ

ระดับการรับรู้สุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เพียงพอ (0-84 คะแนน)	212	21.4
มีปัญหา (85-110 คะแนน)	357	36.1
เพียงพอ (111-144 คะแนน)	358	36.2
ดีมาก (142-168 คะแนน)	62	6.3
ภาพรวม (Mean = 105.43, SD = 24.74, Min = 17, Max = 168)		

ระดับการรับรู้ภาพรวมทั้งหมดของประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน ที่สามารถปฏิบัติได้ ในระดับง่ายถึงง่ายมาก คิดเป็นร้อยละ 57.5 เมื่อจำแนกตามขั้นตอน V shape พบว่าส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ระดับยากมาก ร้อยละ 53.7 มีความสามารถในการเข้าใจ ระดับง่าย ร้อยละ 45.7 มีความสามารถในการโต้ตอบซักถาม ระดับง่าย ร้อยละ 42.4 มีความสามารถในการตัดสินใจจะเชื่อหรือปฏิบัติ ระดับยากมาก ร้อยละ 51.4 และมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ระดับง่าย ร้อยละ 49.8 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2 และเมื่อจำแนกการรับรู้ด้านสุขภาพรายมิติ พบว่าประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน มีความรับรู้ด้านสุขภาพ สามารถปฏิบัติได้ในระดับง่าย ได้แก่ มิติการส่งเสริมสุขภาพ และมิติการป้องกันโรค คิดเป็นร้อยละ 35.6 และร้อยละ 35.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของประชาชนวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน จำแนกตามประเภทและระดับการรับรู้ด้านสุขภาพ (n = 989)

การรับรู้	ระดับความสามารถในการปฏิบัติ							
	ง่ายมาก		ง่าย		ยาก		ยากมาก	
	n	%	n	%	n	%	n	%
การเข้าถึงข้อมูล (Mean 12.96, SD 11.85, Min 0, Max 32)	128	12.9	223	22.5	107	10.8	531	53.7
ความเข้าใจ (Mean 20.33, SD 5.20, Min 0, Max 28)	268	27.1	452	45.7	146	14.8	123	12.4
การโต้ตอบซักถาม (Mean 31.64, SD 7.29, Min 0, Max 48)	96	9.7	419	42.4	318	32.2	156	15.8
การตัดสินใจ (Mean 16.50, SD 6.34, Min 0, Max 28)	96	9.7	338	34.2	47	4.8	508	51.4
การเปลี่ยนพฤติกรรม (Mean 24.01, SD 4.01, Min 7, Max 32)	265	26.8	493	49.8	190	19.2	41	4.1
ภาพรวม (Mean 105.43, SD 24.74, Min 17, Max 168)	212	21.4	357	36.1	358	36.2	62	6.3

ระยะที่ 2 พัฒนาด้านแบบ (Development: D1) และทดลองใช้ต้นแบบที่พัฒนาขึ้น (R2) กระบวนการออกแบบและพัฒนาแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ “อาหารทางเลือกสุขภาพ” เพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนา มีองค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ และอาหารทางเลือกสุขภาพ คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการจัดการตนเองและทักษะการเสนอทางเลือกให้ผู้อื่น เพื่อการดูแลสุขภาพการป้องกันโรคการส่งเสริมสุขภาพ โดยในการพัฒนาแบบแผนนี้ ได้มีการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการและการประเมินผล มีการปรับแก้กิจกรรมให้สัมพันธ์ต่อเนื่องกัน ด้านโภชนาการ ทักษะการเลือกรับประทานอาหาร สัญลักษณ์อาหารทางเลือกสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายและการออกกำลังกายเคลื่อนไหว ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านการงดสูบบุหรี่ ด้านการงดดื่มสุรา/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และด้านการใช้ยารวมถึงวิตามิน อาหารเสริมอย่างสมเหตุผล โดยสรุป กิจกรรม 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมกลุ่ม ประเมินการรับรู้ ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด และเข้ากลุ่มฐานเรียนรู้ 6 ฐาน (อาหาร กิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ภัยสื่อโฆษณา/อาหารเสริม และการกำหนดแผนสุขภาพของตนเอง) สัปดาห์ที่ 2-12 สื่อสารส่งข้อมูลสุขภาพระหว่างผู้วิจัย ระหว่างกลุ่มไลน์ สัปดาห์ที่ 12 ประเมินผลแบบแผนการดำเนินชีวิตรายบุคคล วางแผนร่วมกันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเพื่อประเมินผลลัพธ์สุขภาพต่อเนื่องอีก 12 สัปดาห์ ได้แก่ ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และ CVD Risk score

ระยะที่ 3 นำต้นแบบที่สมบูรณ์ไปใช้ ศึกษาความเป็นไปได้ โดยการนำแบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วน ในสถานศึกษา เขตสุขภาพที่ 3 (Implementation: R3) ประเมินการรับรู้ความเสี่ยงภาวะสุขภาพ การประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด การใช้แบบแผนการดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพ “อาหารทางเลือกสุขภาพ” รายนุคคล ผลการศึกษา พบว่า ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ได้รับการอบรมหลักสูตร 1 โรงเรียน 1 ครูอนามัย จำนวน 83 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเฉพาะพฤติกรรมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ การรับประทานอาหาร ลดแอลกอฮอล์และการออกกำลังกาย ดังแสดงในตารางที่ 3

ระยะที่ 4 การประเมินประสิทธิผล (Evaluation: E) ด้วยแอปพลิเคชัน Thai CV Risk Score พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวันในทางที่คงที่และดีขึ้น ได้แก่ การไม่มีจำนวนโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดขึ้นใหม่ ตลอดการศึกษาวิจัย 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 100 การลดลงของความดันโลหิต ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถปรับเปลี่ยนได้จากความรู้ในการลดน้ำหนักตัว และแหล่งของโซเดียมในอาหาร เช่น อาหารปรุงสำเร็จ และเครื่องปรุง ลดแอลกอฮอล์และน้ำหวาน โดยพบว่า คะแนน CVD Risk Score ในกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น ร้อยละ 38.56 มีความดันโลหิตและน้ำหนักตัวที่ลดลง ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการใช้แบบแผนดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในสถานศึกษา เขตสุขภาพที่ 3 (n=83)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		t	p
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.		
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	3.55	1.15	4.31	0.397	9.381	<0.001
การรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	3.02	0.826	4.85	0.54	7.143	<0.001
แบบแผนสุขภาพ	1.36	0.508	1.84	0.106	4.271	0.001
ด้านอาหาร	0.27	0.44	1.53	0.650	14.637	<0.001
ออกกำลังกาย	0.75	0.794	1.27	0.717	4.412	<0.001
อาหารเสริม	1.70	0.959	1.12	0.441	6.636	0.065
แอลกอฮอล์	1.27	0.717	1.00	0.401	2.957	0.004
บุหรี่	0.16	0.297	0.1	0.331	5.194	0.051
ความเครียด	0.43	0.697	0.41	0.515	5.194	0.066
การนอน	1.40	0.780	1.54	0.080	6.054	0.053

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ทางสุขภาพของวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในสถานศึกษา เขตสุขภาพที่ 3 (n=83)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ดีขึ้น		คงที่		แย่ลง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักตัว	34	40.96	45	54.22	4	4.82
เส้นรอบวงเอว	18	21.69	63	75.90	2	2.41
ค่าความดันโลหิตตัวบน	23	27.71	55	66.27	5	6.02
คะแนน CVD Risk	32	38.56	46	55.42	5	6.02
การสูบบุหรี่	79	95.18	4	4.82	0	0.00

อภิปรายผลการวิจัย

1. การศึกษาระยะที่ 1

ข้อมูลค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนเขตสุขภาพที่ 3 ภาพรวมอยู่ในระดับมีปัญหา ซึ่งจะมีพฤติกรรม ได้แก่ ทักษะการดูแลสุขภาพตนเองขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ การฟัง พูด อ่าน และเขียน ที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ อาทิ การอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ ความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร รวมทั้งการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับปรึกษา กำหนดการนัดหมาย รวมทั้งทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁸⁻⁹ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการ

ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคอ้วนยังไม่ถูกต้อง เช่น การบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ขาดการออกกำลังกายเป็นต้น รวมไปถึงมีทักษะด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่น เข้าใจและยอมรับได้ไม่ดีเท่าที่ควร ขาดการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารมาปรับใช้กับการดูแลสุขภาพในมิติการ เข้าถึงบริการ การเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพ การป้องกันโรคและการจัดการตนเองด้วยการส่งเสริมสุขภาพ¹⁰⁻¹¹ สอดคล้องกับรายงาน ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย¹² ที่กล่าวว่าการพัฒนาให้มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพสูงขึ้น ให้อยู่ในระดับดีมากได้นั้น จะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ซึ่งต้องอาศัยทักษะทางสังคมและปัญญา ทักษะทางปัญญาและสังคม สามารถ ประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในเชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณเน้นการกระทำของปัจเจกบุคคลที่ผ่านความตระหนักรู้ เลือก รับ ปรับ ใช้ และการมีส่วนร่วมผลักดันสังคมไปพร้อมกัน จึงเป็นการเชื่อมโยงประโยชน์ของบุคคลกับสังคมและ สุขภาพของประชาชนทั่วไป ซึ่งทักษะด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นทักษะที่ต้องอาศัยเวลาในการสั่งสม ประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ เช่น การมีบุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วย แรงจูงใจในการมีสุขภาพดี การเป็นต้นแบบ ด้านการดูแลสุขภาพ¹³ เป็นต้น

การศึกษานี้ส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย $25 - 29.9 \text{ kg/m}^2$ ไม่มีประวัติโรคประจำตัว รวมถึงโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จากการศึกษามุมมองที่เกี่ยวข้องต่อการส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าเงื่อนไขสำคัญ ได้แก่ การได้รับความรู้จากแหล่งที่มีผู้เชี่ยวชาญหรือนุคลากร ทางการแพทย์ จะสร้างความมั่นใจและผลักดันให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพก่อนนำไปใช้ กรณี ข้อมูลที่มาจากเพื่อนหรือบุคคลอื่น ผู้ป่วยจะวิเคราะห์ความเป็นไปได้ ด้วยการสอบถามความถูกต้องจาก บุคลากรทางการแพทย์จึงส่งผลให้กลุ่มรับรู้และยอมรับการเจ็บป่วย NCDs มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการ เข้าถึงบริการ จนถึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรค¹⁴ หรือคิดว่ามีสุขภาพดี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นอิทธิพลทางบวก ได้แก่ ระดับ การศึกษา รายได้ การเข้าถึงแหล่งความรู้จากสิ่งพิมพ์/ทีวี/วิทยุ/สื่ออินเทอร์เน็ต การใช้สิทธิการรักษาด้วยบัตร ประกันสังคม และบัตรพนักงานรัฐวิสาหกิจ¹⁵ ซึ่งบุคคลที่ได้รับการศึกษาสูง ย่อมได้รับการพัฒนาทักษะ ขั้นพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้ เข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น การเข้าถึงสารสนเทศทางสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีประโยชน์ต่อ การดูแลสุขภาพ นับเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่อาจลดการเกิดโรคภัยไข้เจ็บได้

2. การศึกษาระยะที่ 2

กิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในการศึกษานี้เป็นการบูรณาการ หลักการดำเนินชีวิตทุกมิติการดูแลสุขภาพผ่านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพฤติกรรม ด้านโภชนาการ เพื่อสร้างความเข้าใจ มีแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนี้ 1) การร่วมกิจกรรมกลุ่ม 2) การรับฟังบรรยายความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรงของโรค 3) การวางแผนดำเนินชีวิต

รายบุคคลและฝึกทักษะในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น การออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารอย่างเหมาะสม ร่วมกับการบันทึกพฤติกรรมการรับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง ในแบบบันทึกจนถึงระยะติดตามผล 4) ได้รับข้อมูล Infographic และคลิปวิดีโอที่เกี่ยวข้องผ่านทางโปรแกรมไลน์ โดยกิจกรรมการวิจัยที่ผู้วิจัยจัดขึ้นนี้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค¹⁶ ที่เน้นส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการสื่อสารที่เน้นภาพความสม่ำเสมอต่อเนื่อง การสื่อสารสองทางผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การส่งเสริมแหล่งข้อมูล แหล่งบุคคลที่เชื่อถือได้ รวมถึงเครื่องมือในการกำกับติดตาม เช่น ให้ข้อมูล Infographic คลิปวิดีโอที่ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้การประมวลผล Thai CVD Risk Score ให้กลุ่มตัวอย่าง ได้เห็นฉากทัศน์ในอนาคตต่อความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มร่วมกับซักถามผู้วิจัยในประเด็นที่สงสัยและอภิปรายกลุ่ม¹⁷

3. การศึกษาระยะที่ 3 และระยะที่ 4

พบว่าค่าเฉลี่ยการรับรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น หลังเข้าร่วมการวิจัยการใช้แบบแผนดำเนินชีวิตและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดในวัยทำงานที่มีภาวะอ้วนในสถานศึกษา เขตสุขภาพที่ 3 เนื่องจากปัจจัยพื้นฐาน ระดับการศึกษา รายได้ และการเข้าถึงการรับบริการสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาแสดงผลการดูแลสุขภาพที่ดีสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและสิทธิการรักษาในระยะที่ 1¹⁸ และการศึกษาปัจจัยที่มี ผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร พบว่าพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับดี¹⁹ นอกจากนี้สอดคล้องการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น²⁰ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ช่วยสร้างแรงจูงใจ ให้บุคคลได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยอิทธิพลระหว่างบุคคลจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากการโน้มน้าว และสนับสนุนกลุ่มตัวอย่างให้มีความพร้อมในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา²¹ พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาลดอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะทำให้วัยทำงานได้มีเวลาคิดและทบทวนสิ่งที่ตนเองได้เรียนรู้จนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และพบว่าระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจาก Thai CVD Risk score ของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยที่เน้นการให้ความรู้รายกลุ่ม²² การส่งข้อมูล Infographic และคลิปวิดีโอผ่านทางโปรแกรมไลน์ การฝึกทักษะ

และการอภิปรายกลุ่มเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาลักษณะเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น ส่งผลให้ค่าความดันโลหิตตัวบนมีการเปลี่ยนแปลงจากก่อนการทดลอง คือ 140-159 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 53.3 ลงมาอยู่ในช่วงน้อยกว่า 139 มิลลิเมตรปรอท ถึงร้อยละ 80.0 สอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ที่เน้นการลดระดับความดันโลหิตตัวบนลงมา 10 มิลลิเมตรปรอท หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างลง 5 มิลลิเมตรปรอท เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด²³

ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

1. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาการบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แนวทางสื่อสารเทคโนโลยีที่ประชาชนเข้าถึงง่ายและทักษะการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์ นำไปสู่ข้อมูลที่เชื่อถือได้ให้แก่ประชาชนเพื่อการตัดสินใจ และดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน องค์กร
2. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาความรู้ที่ประชาชนสนใจ ในการสร้างความตระหนักรู้เกณฑ์สุขภาพต่างๆ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น ภาวะอ้วน ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว ความดันโลหิต การตรวจสุขภาพประจำปี พฤติกรรมเสี่ยง ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว โรคทางพันธุกรรม เพื่อลดอัตราความเจ็บป่วยของประชาชน
3. ช่วยกระตุ้น ส่งเสริม เสริมพลัง และสนับสนุนประชาชนให้เป็นผู้นำชุมชน สมาชิกชมรมอาสาสมัครต่างๆ เนื่องจากการศึกษาพบว่าเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าประชาชนที่ไม่มีบทบาทในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ความสนใจ มุมมองสุขภาพของประชาชน และพฤติกรรมที่นิยมนำมาศึกษาเพื่อออกแบบการกระตุ้นการรับรู้ การเข้าถึงบริการ สู่ผลลัพธ์สุขภาพที่ดี
2. ควรมีการประเมินผลโครงการต่างๆ ที่ดำเนินการเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการบูรณาการทรัพยากร งบประมาณ และมุ่งเป้าตามปัญหาบริบทพื้นที่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
3. พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น

เอกสารอ้างอิง

1. อารยา เขียงของ. ผลการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2561
2. กองสุกศึกษา. ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์ จำกัด; 2554.
3. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย. ครั้งที่ 5. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.

4. ปิยะสกล สกลสัตยาทร.คนไทยตายด้วยโรค NCDs ชั่วโมงละ 37 คน เร่งป้องกัน-ควบคุมไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 19 มกราคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2018/08/16157>
5. เทิดศักดิ์ ไม้เท้าทอง. การสืบค้นและการประเมินแหล่งสารสนเทศทางสุขภาพบนเว็บ: ประเด็นและบทวิเคราะห์จากงานวิจัย. วารสารสารสนเทศศาสตร์ 2555; 29: 31-41.
6. วณิชา กิจวรพัฒน์. การพัฒนาโปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับผู้หญิงวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกิน. วารสารสุขภาพ 2547; 26: 38-55.
7. Denuwara HMBH, Gunawardena NS. Level of health literacy and factors associated with it among school teachers in an education zone in Colombo, Sri Lanka. BMC public health 2017; 17: 1-631.
8. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง; 2564.
9. Manganello, J. Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. Healthy Education Research. 2008; 23: 840-847.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ. ม.ป.พ.; 2558.
11. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2000;15: 259-67.
12. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ใน: เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพ มุ่งสู่ประเทศไทย; 2 สิงหาคม 2560; ณ โรงแรมปรีณซ์พาเลซ กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
13. World Health Organization. Cardiovascular diseases [Internet]. 2017. [cited 19 Jan 2019]. Available from: [https://www.who.int/en/news-room/faceheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/faceheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
14. ศิราวัลย์ เहरา, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรดิตต์ 2563; 12(1): 39-51.
15. ศรีสุดา บุญขยาย. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4. สระบุรี: กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี; 2562
16. Boer HS. E.R. protective motive theory. In: Conner PN, editor. Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models. Buckingham 1996. p. 95-122.
17. รัชชยาภรณ์ ตั้งดำรงศิลป์, อาภาพร เผ่าวัฒนา, นฤมล เอื้อมณีกุล. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจร่วมกับเทคโนโลยีเคลื่อนที่เพื่อสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563; 36(2): 122-139.

18. ศิริเนตร สุขดี. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของชุมชน ของตำบลบางเกลือ จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารสุขศึกษา. 2560;40: 38-52.
19. พงศธร ศีลาเงิน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์]. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2560.
20. ปวีตรา จริยสกุลวงศ์, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์, วีรณัฐ รอบสันติสุข. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ 2558; 7(3): 26-36
21. ปราบธนา วัชรานุรักษ์, อัจฉรา กลับกลาย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(1): 217-233.
22. นฤมล เวชจักรเวร, ภารดี เต็มเจริญ, วงเดือน ปั่นดี, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อป้องกันความเสี่ยงทางสรีรวิทยาต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในครูสตรี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2010; 40: 40-52.
23. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562. ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ทรिक ชิงค์; 2562.

