

# วารสารสาธารณสุขและ วิทยาศาสตร์สุขภาพ

THAI JOURNAL OF PUBLIC HEALTH  
AND HEALTH SCIENCES

2023

ปีที่ 6 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566



ISSN 2672-9148 (Print)  
ISSN 2651-1711 (Online)

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/>



วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
(Thai Journal of Public Health and Health Sciences)  
ผ่านการรับรองคุณภาพของ Thai Citation Index (TCI) ถึง – 31 ธันวาคม 2567

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
(เจ้าของลิขสิทธิ์)

## ขอบเขตและรายละเอียดเบื้องต้นของวารสาร

วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอบเขตของวารสารครอบคลุมในสาขาต่าง ๆ ได้แก่ นโยบายสุขภาพและการจัดการการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ สุขศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ อาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม พืชวิทยา สาธารณสุขชุมชน ทันตสาธารณสุข เภสัชสาธารณสุข การพยาบาล และสาขาสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์การแพทย์ สนับสนุนโดย คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Thai Journal of Public Health and Health Sciences (TJPHS) aims to publish original articles and contributions relevant to public health and medical sciences. The scope of the journal is broad, covering health policy and management, health care and services, health promotion, health education, behavioral health, occupational health, environmental health, toxicology, community public health, dental public health, public health pharmacy, nursing and related, and other relevant health issues of public health and medical sciences. The journal is supported by Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand.

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข(เจ้าของลิขสิทธิ์)

## กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS)

### กรรมการที่ปรึกษา

|                                  |                                                          |
|----------------------------------|----------------------------------------------------------|
| ศ. (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร | อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก                              |
| นพ.วิศิษฐ์ ตั้งนภากร             | รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก                           |
| นพ. รายน อโรร่า                  | รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก                           |
| นพ.ปภัสสร เจียมบุญศรี            | รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก                           |
| รศ.ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล           | รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก                           |
| รศ.ดร.อรัญญา เชาวลิท             | รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก                           |
| ศ. ร.อ. พญ. วณิชา ชื่นกองแก้ว    | รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก                           |
| รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข              | คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์                    |
| ดร.อาภาพร กฤษณพันธุ์             | รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์                 |
| ดร.นพมาศ เครือสุวรรณ             | รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์                 |
| ผศ.ดร.ณรงค์ ใจเที่ยง             | รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์                 |
| ทพ. ภาสกร ศรีไทย                 | ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี |
| ชัยวัฒน์ พันธุ์ศรี               | ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก   |
| ทพญ.จิตติมา เดียววัฒนวิวัฒน์     | ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี     |
| สุนทร ปราบเขต                    | ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง       |
| ทพ.วีรชาติ ยุทธชาวิทย์           | ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น    |
| ดร.วิภาญ ภิบาล                   | ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา       |
| ดร. นิธิศ ธาณี                   | ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด           |
|                                  | อุบลราชธานี                                              |
| ผศ.ดร.เบญจวรรณ พูนอนานิวัฒน์กุล  | ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และ               |
|                                  | สาธารณสุขกาญจนภิเษก                                      |
| ดร.ภก.บุญมี โพธิ์คำ              | ผู้อำนวยการวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร              |
|                                  | จังหวัดปราจีนบุรี                                        |

### บรรณาธิการที่ปรึกษา

|                                  |                          |
|----------------------------------|--------------------------|
| ศ.ดร.สทิธร พงศ์พานิช             | จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย    |
| ศ.ดร.นพ. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ | มหาวิทยาลัยเชียงใหม่     |
| ศ.ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้างูสง          | มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| รศ.ดร.สุคนธา คงศีล               | มหาวิทยาลัยมหิดล         |
| รศ.ดร.พญ.เนสินี ไชยเอีย          | มหาวิทยาลัยขอนแก่น       |
| รศ.ดร. ยุวดี รอดจากภัย           | มหาวิทยาลัยบูรพา         |

### บรรณาธิการที่ศึกษานานาชาติ

|                          |                                                  |
|--------------------------|--------------------------------------------------|
| Prof.Dr. Michael A. Yost | University of Washington, USA                    |
| Prof.Dr. Mark G. Robson  | Rutgers, The State University of New Jersey, USA |

## บรรณาธิการที่ศึกษานานาชาติด้าน linguistics

Dr. Elizabeth K.H. Thepaksorn Sirindhorn College of Public Health, Trang

## บรรณาธิการ

### บรรณาธิการ

ผศ.ดร.พยงค์ เทพอักษร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

### ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.สุขุมภรณ์ ศรีวิศิษฐ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.บุบผา รักษานาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

## กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงษ์เทพ วิวรรณเดชะ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศ.ดร.วงศา เล่าหศิริวงศ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โลหะสุนทร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศ.ดร.อนามัย เทศกะทีก

มหาวิทยาลัยบูรพา

รศ.ดร. วาริท เจาะจิตต์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

รศ.ดร.วัฒน์สิทธิ์ ศิริวงศ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.โยธิน แสงดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.สงวน สือเกียรติบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รศ.ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รศ.ดร. จรรยา สุวรรณบำรุง

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

รศ.ดร. จำนงค์ ณะภพ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร พงศ์เทพ สุธีรัฐ

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

พ.อ. ผศ. ดร. นพ. ราม รังสินธุ์

วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

ดร.ชาคริยา พรหมสุบรรณ

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.พิมาน ธีระรัตนสุนทร

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร.องชัย อามตย์บัณฑิต

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ดร.เกศรา แสนศิริวิสุข

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ระบาดวิทยา

ดร.จตุรรัตน์ กิจสมพร

มหาวิทยาลัยชินวัตร

ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ดร.สุพัฒน์ อาสนะ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ดร.ภคิน ไชยช่วย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.ปริญญา จิตอราม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ดร.วรัญญา อรุณยานันท์

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

กาญจนาภิเษก

วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร

สุจิตา โอภาณี



### กองบรรณาธิการนานาชาติ

Prof.Dr.Richard N.Neitzel

University of Michigan, USA

Assoc.Prof.Dr.Petra von Heideken Wågert

Mälardalen University, Sweden

Dr.Tri Dung Phung

University of Queensland, Australia

Assoc.Prof.Dr. Omid Dadrad

Western Norway University of Applied Science,  
Norway

### ฝ่ายจัดการ

ดร.สุทัศน์ เสียมไหม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ณวัฒน์ กิตติภัทรไพบูลย์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วิภาวรรณ แก้วลาย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

## บรรณาธิการแถลง

ในปัจจุบันสถานการณ์ขาดแคลนแพทย์จะไม่มากเหมือนในอดีต แต่การผลิตแพทย์เพิ่มย่อมมีผลดีในแง่ของการบริการประชาชนได้เพิ่มขึ้น ส่วนปัญหาการกระจายตัวของแพทย์ พื้นที่ที่ยังขาดจะเป็นพื้นที่ไม่ค่อยมีคนอยากไปอยู่ โดยเฉพาะแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัวในระบบบริการปฐมภูมิซึ่งในปัจจุบันมีเพียง 2,043 คน คิดเป็นสัดส่วนแพทย์ต่อประชากร 3.11 ต่อ 100,000 การส่งเสริมให้มีการผลิตเพิ่มและบริหารจัดการให้มีการกระจายตัวอย่างเหมาะสม โดยสถาบันพระบรมราชชนก เป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทและหน้าที่ในการผลิตและพัฒนาบุคลากรตามความต้องการกระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันได้กำหนดวิสัยทัศน์ “World Class University for Primary Care” โดยสร้างผู้นำด้านสุขภาพปฐมภูมิและต้นแบบสถาบันอุดมศึกษาในการบูรณาการ การสร้างคน สร้างความรู้ และสร้างนวัตกรรมด้านปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อชุมชน สุขภาพ แข็งแรงได้และยั่งยืน โดยการสร้างสุขภาวะชุมชน การสร้างองค์ความรู้และการให้บริการวิชาการเป็นประเด็น ยุทธศาสตร์หลักของสถาบัน ควบคู่กับการผลิตบัณฑิต ที่มีมาตรฐานสากลสู่ชุมชน สถาบันพระบรมราชชนก มีการบูรณาการพันธกิจหลักของสถาบันกับการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้แนวคิดป้องกันปัจจัยเสี่ยง 7 สี และมาตรการ 3 อ. 3 ลด ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งการดำเนินงานครอบคลุม วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่กระจายอยู่ทุกภูมิภาคของประเทศ มีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด เสมือนครอบครัวกับชุมชน เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะชุมชน (สพข โมเดล) เพื่อลดการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนั้นยังได้ร่วมมือกับหน่วยงานบริการสุขภาพ อย่างเช่น สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ(สอน.) ดังนั้นการผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมนวัตกรรมสุขภาพที่ใช้หลักการคัดเลือกคนจากในพื้นที่หรือนำบุคลากรที่ทำงานในพื้นที่มาศึกษาต่อยอดและกลับไปทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ เกิดการเติมเต็มและกระจายบุคลากรแต่ละวิชาชีพเข้าสู่ระบบบริการปฐมภูมิได้อย่างตรงจุด

ในฉบับที่ 3 (เดือนกันยายน – ธันวาคม) ประจำปี 2566 มีบทความวิจัยและวิชาการ ที่ได้รับการตีพิมพ์ ประกอบด้วย ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ครอบคลุมในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุข กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านสมาชิก คณาจารย์ นักวิจัย นักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนศิษย์เก่า และบุคคลทั่วไปที่สนใจได้รับความรู้และนำความรู้ที่ได้จากบทความดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน การเรียนการสอน และทำวิจัย ตลอดจนเป็นข้อมูลอ้างอิงในเชิงวิชาการต่อไปซึ่งท่านสามารถสืบค้นและดาวน์โหลดบทความในวารสารได้ที่เว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/index>

## สารบัญ

### เรื่อง

### หน้า

#### บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการแถลง

#### บทความวิจัย (Original Article)

- การพัฒนาารูปแบบการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข: กรณีศึกษา Sandbox เชียงคานจังหวัดเลย ตามวงจรคุณภาพ PDCA 1

The Development of the Processing Model for Health Economics Policy about Health and Culture Tourism during the COVID-19 Situation Within Public Health Measures: A Case Study of Sandbox Chiang Khan Loei by the Deming Cycle (PDCA)

วัชรี้ แก้วสา, นันทะกานต์ ขาวดา, จิตภินันท์ แสนหลวงอินทร์, รัตติยา บุญเกียรติบุตร, นิธิรัตน์ มีกาย

- ผลการได้รับความรู้ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมณีเวชของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา 12

The Effect of Gaining Knowledge with Maneeweda Exercise in High-Risk Hypertension Groups at Uthai Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

สุภภัทร บุญเรือน, วินัย สยอวรรณ, สุรัสวดี เพชรคง

- ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในชุมชนกึ่งเมือง 24

An Experience of caring for the Carcinoma Patients in Sub-Urban Communities

พีรยา สุธีรางกูร, อนันต์ตรี สมิตินันท์ราเศรษฐี, มโนวรรณ มากมา, ชวิศา แก้วอนันต์

- ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ไปใช้: กรณีศึกษาการท่องเที่ยวโดยชุมชน เขตพัฒนาการท่องเที่ยวอันดามัน 37

Feasibility to Implementation of Strategic Health Impact Assessment Model:

A Case Study of Community Based-Tourism, Andaman Tourism Development Area

ประวิช ขุนนิคม, อุมพร มุณีแนม, เพ็ญ สุขมาก

- ผลของน้ำลูกหม่อนต่อระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความอิ่มในอาสาสมัครสุขภาพดี 49

Effect of Mulberry (Morus rubra) Juice on Blood Glucose and Satiety in Healthy Subjects

อุไรภรณ์ บุรณสุขสกุล, รังสิมา ดรุณพันธ์

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนชุมชนแห่งหนึ่งใน  
จังหวัดพะเยา** 60

Factors Related to Alcohol Drinking Behaviors of People in a Community in Phayao Province  
สุรางคนา ไชยรินคำ, ณัฐชนน มีสุข, เกสรดา สมสุวรรณ, ณัฐชยา อียวญชัย, นภัสนันท์ จินณรักษ์,  
มลธิราวัลย์ กุหลาบแก้ว, สุพัตรา ละออง, ณรงค์ ใจเที่ยง, รสรินทร์ แก้วตา, ปฏิพัทธ์ วงศ์เรือง

**คำแนะนำการส่งบทความ** 75

**จริยธรรมวิจัยและการตีพิมพ์** 79

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Feb. 18, 2023

Revised: July. 9, 2023

Accepted: Aug. 2, 2023

Published: Aug. 2, 2023

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ  
และวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข :  
กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย ตามวงจรคุณภาพ PDCA  
The Development of the Processing Model for Health Economics Policy about Health  
and Culture Tourism during the COVID-19 Situation Within Public Health Measures:  
A Case Study of Sandbox Chiang Khan Loei by the Deming Cycle (PDCA)

วัชรี้ แก้วสา<sup>1</sup> นันทะกานต์ ขาวดา<sup>1</sup> จิตภินันท์ แสนหลวงอินทร์<sup>1</sup> รัตติยา บุญเกียรติบุตร<sup>1</sup> นิตริรัตน์ มีกาย<sup>2</sup>

<sup>1</sup>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

<sup>2</sup>วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

Watcharee Khaewsas<sup>1</sup> Nanthagan Khada<sup>2</sup> Jitpinan Saenluanginn<sup>3</sup> Rattiya Boonkiattiboot<sup>4</sup> Nitirat Meekai<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Loei Provincial Public Health Office

<sup>2</sup>Sirindhorn College of Public health, Phitsanulok

## บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบ Retrospective research ทำการศึกษาจากข้อมูลย้อนหลังของรูปแบบการพัฒนาตามวงจรคุณภาพ PDCA (Deming Cycle) 4 ขั้นตอน คือ วางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Do) ตรวจสอบ (Check) และปรับปรุง (Act) ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยคณะผู้วิจัยทำการศึกษาจากข้อมูลเอกสารย้อนหลังการดำเนินการในการพัฒนารูปแบบตามวงจรคุณภาพ PDCA ประกอบด้วย 1) นโยบายของหน่วยงาน 2) สรุปรายงานการประชุม 3) แผนการดำเนินการ และ 4) สรุปผลการดำเนินการ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติแบบพรรณนาวิเคราะห์ (Analytical Description) เครื่องมือที่ใช้ทำการศึกษาจากเอกสารและสรุปการประชุมของการดำเนินงาน ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย ตามรูปแบบการพัฒนาตามวงจรคุณภาพ PDCA (Deming Cycle) ช่วยทำให้การดำเนินการสำเร็จเป็นไปตามแผนและเป้าหมายที่วางไว้สามารถนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติหรือทางเลือกในการดำเนินการในลักษณะงานที่ต้องวางแผนการดำเนินการและประเมินผลเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพได้

**คำสำคัญ :** PDCA, เชียงคาน, ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ, โควิด 19

**Corresponding author:** วัชรี้ แก้วสา E-mail: watrabbat@hotmail.com

## Abstract

This retrospective study was conducted based on historical data of the development model according to the PDCA quality cycle (Deming Cycle) into 4 steps: plan (Plan), perform (Do), check (Check), and improve (Act). The authors conducted a study based on historical documentary data on the development of a model according to the PDCA quality cycle, consisting of 1) agency policy, 2) a summary report, 3) an action plan, and 4) conclusions. Descriptive statistical data analysis was performed using documents and summaries of the meetings. The results showed that the health economic policy implementation model for health and cultural tourism in the situation of the COVID-19 pandemic under public health measures, a case study in the Sandbox of Chiang Khan, Loei Province, according to the development model according to the PDCA quality cycle, can be utilized as a guideline or an alternative strategy in the implementation of the action plan and evaluated for effective operation.

**Keywords:** PDCA, Chiang Khan, health tourism, COVID 19

**Corresponding author:** Watcharee Khaewsa E-mail: watrabbbit@hotmail.com

## บทนำ

สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด 19) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 เป็นไวรัสชนิดอาร์เอ็นเอสายเดี่ยว (Single stranded RNA virus) ใน Family Coronaviridae (สมาคมโรคติดเชื้อในเด็กแห่งประเทศไทย, 2565) เชื้อไวรัสชนิดนี้จัดเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ยังไม่เคยมีการเกิดขึ้นมาก่อนมีการสันนิษฐานต้นตอการระบาดของไวรัสอาจเกิดจากสัตว์เป็นตัวกลางในการระบาดมาสู่คน (วิเชียร มั่นแหล่ และคณะ, 2564) จากสถานการณ์การระบาดไม่เพียงส่งผลต่อสุขภาพของผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสเพียงอย่างเดียวยังส่งผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจในทุกประเทศที่เกิดการระบาดจากบทความของเสาวณี จันทะพงษ์ ฝ่ายเศรษฐกิจมหภาค ธนาคารแห่งประเทศไทยเรื่องผลกระทบวิกฤต (โควิด 19) กับเศรษฐกิจโลกพบว่า นักเศรษฐศาสตร์ทั่วโลกออกมาวิเคราะห์ถึงผลกระทบต่อเศรษฐกิจโลกว่าจะมีผลกระทบผ่านห่วงโซ่อุปทานโลกจากปัญหาการขาดแคลนแรงงานและวัตถุดิบ เนื่องจากจีนซึ่งเป็นโรงงานผลิตและส่งออกสินค้าชิ้นกลางรายใหญ่ของโลกจำเป็นต้องหยุดการผลิตตามที่ทางการจีนมีมาตรการควบคุมอย่างเข้มงวดอย่างที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนต่างจากการระบาดของโรคซาร์สในมณฑลหวงตงในปี 2546 โดยเฉพาะการปิดเมืองอู่ฮั่นซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการระบาดรวมทั้งเมืองใหญ่อื่น ๆ (เสาวณี จันทะพงษ์, 2565) จากการศึกษาของวิเชียร มั่นแหล่ และคณะที่ทำการศึกษาผลกระทบและการปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัดนครศรีธรรมราช จากแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ จำนวน 400 ครั้วเรือน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ คือ ร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มวัยทำงานได้รับผลกระทบมากที่สุดด้านเศรษฐกิจทำให้รายได้ส่วนใหญ่ลดลง (วิเชียร มั่นแหล่ และคณะ, 2564)

จากแผนยุทธศาสตร์ในด้านพัฒนาการท่องเที่ยวไทย พ.ศ. 2561 – 2564 ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ "ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวคุณภาพชั้นนำของโลกที่เติบโตอย่างมีดุลยภาพบนพื้นฐานความเป็นไทย เพื่อส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และกระจายรายได้สู่ประชาชน

ทุกภาคส่วนอย่างยั่งยืน" โดยมีแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่ 5 ประเด็นการท่องเที่ยว ประกอบด้วย 6 แผนย่อย (กรมการท่องเที่ยว, 2561) มีการกำหนดแผนการสร้างสรรค์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพรูปแบบใหม่บนพื้นฐานของทรัพยากรที่มีศักยภาพในการบำบัด พันฟู รักษาสุขภาพ โดยใช้ความคิดสร้างสรรค์นวัตกรรม และเอกลักษณ์ความเป็นไทยในการให้บริการพร้อมทั้งสร้างความหลากหลายของกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในระดับสากล และเชื่อมโยงกับกิจกรรมการท่องเที่ยวต่าง ๆ เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด 19) ส่งผลให้การดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์ต้องมีการปรับเปลี่ยนไปพล.อ. ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 16 มิ.ย. 2564 ได้มีการประกาศแผนการเปิดประเทศภายใน 120 วัน เพื่อเริ่มพลิกฟื้นเศรษฐกิจประเทศจากวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากแนวนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขส่งผลให้หน่วยงานในสังกัดมีการวางแผนด้านมาตรการเพื่อสนับสนุนการให้มีความปลอดภัยสร้างสมดุลทางเศรษฐกิจของประเทศ และสุขภาพของประชาชนมีความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนและนักท่องเที่ยว (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จังหวัดเลยเป็นหนึ่งในจังหวัดที่สภาพภูมิประเทศและภูมิอากาศเหมาะแก่การท่องเที่ยวเนื่องจากมีภูมิประเทศเป็นภูเขาหุบเขาป่าไม้และอุทยานอำเภอเชียงคานมีสถานที่ท่องเที่ยวชั้นนำระดับโลก มีอัตลักษณ์โดดเด่น เป็นหนึ่งในร้อยแหล่งท่องเที่ยวที่ยั่งยืนระดับโลกใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้านในการดูแลสุขภาพที่เป็นอัตลักษณ์เฉพาะเชียงคาน เช่น นวดยอนเส้น พิธีกรรมผาสาดลอยเคราะห์ และอาหารสมุนไพรพื้นถิ่น มีธรรมชาติสวยงามเป็นที่นิยมของชาวไทยและชาวต่างชาติ มีความพร้อมด้านคุณภาพ มาตรฐาน บุคลากร ตามเกณฑ์การพัฒนาการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืนโลก (จังหวัดเลย, 2564) จากการประกาศแผนการเปิดประเทศภายใน 120 วัน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมจังหวัดเลยได้มีตั้งวิสัยทัศน์จังหวัดเลย "เป็นเมือง

ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ” เพื่อเป็นการกระตุ้นเศรษฐกิจให้กับประชาชนในจังหวัดโดยการดำเนินการภายใต้เงื่อนไขการจัดกิจกรรมท่องเที่ยวภายในพื้นที่ปลอดภัย (Safe Zone) เขตสุขภาพที่ 8 ขับเคลื่อนนโยบาย Medical Hub “Upper Northeast World Class Destination in 2023” พัฒนาเส้นทางท่องเที่ยวเชิงสุขภาพอย่างปลอดภัย (Sandbox) การท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (Medical tourism) และกำหนดให้พื้นที่อำเภอเชียงคานเป็นแหล่งรับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติตามนโยบายมาตรการผ่อนคลายเป็นเปิดประเทศสู่มนตรีกาการกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาและรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เห็นชอบหลักการ Sandbox Chiang Khan เปิดเมืองเชียงคานรับนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติโดยมีข้อกำหนดกลางมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure) รองรับการเปิดเมืองเชียงคานอย่างปลอดภัยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564)

จากจำนวนนักท่องเที่ยวมูลค่ารายได้และมูลค่าทางเศรษฐกิจที่ได้จากการท่องเที่ยวโดยการนำภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และวัฒนธรรมที่โดดเด่นของอำเภอเชียงคาน และจากการทบทวนวรรณกรรม คณะผู้วิจัย

## วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19

## ระเบียบวิธีวิจัย

### ขอบเขตการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย เป็นการศึกษาวิจัยแบบ (Retrospective research) ทำการศึกษาจากข้อมูลย้อนหลังของรูปแบบการพัฒนาตามวงจรคุณภาพ PDCA (Deming Cycle) 4 ขั้นตอน คือ

จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุขกรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย ตามวงจรคุณภาพ PDCA (Deming Cycle) ผลวิจัยที่ได้จะเป็นข้อมูลหรือแนวทางเพื่อใช้ในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานในอนาคตและเป็นข้อมูลการดำเนินการที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจหรือหน่วยงาน องค์กรภาครัฐหรือเอกชนที่มีความสนใจในการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข รวมทั้งเป็นแนวทางพัฒนางานการใช้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน สมุนไพร และวัฒนธรรมที่โดดเด่นในแต่ละพื้นที่ มาเป็นต้นทุนในการสร้างกลไกขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ พื้นฟูประเทศหลังสถานการณ์ COVID-19 นำไปสู่การส่งเสริมผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ สมุนไพรและภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ขยายสู่การเป็นศูนย์กลางบริการสุขภาพ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของภูมิภาคและประชาคมโลกต่อไปในอนาคต

ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุขกรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย ตามวงจรคุณภาพ PDCA (Deming Cycle)

วางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Do) ตรวจสอบ (Check) และปรับปรุง (Act) (ณัฐฉัตรพัชร อ่อนตาม, 2562) เนื้อหาที่ใช้ในการศึกษาวิจัย คณะผู้วิจัย ทำการศึกษาจากข้อมูลเอกสารย้อนหลังการดำเนินการในการพัฒนารูปแบบตามวงจรคุณภาพ PDCA ประกอบด้วย 1) นโยบายของหน่วยงาน 2) สรุปรายงานการประชุม 3) แผนการดำเนินการ และ 4) สรุปผลการดำเนินการ

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาจากข้อมูลเอกสารย้อนหลังของรูปแบบการพัฒนาตามวงจรคุณภาพ PDCA 4 ขั้นตอนการดำเนินงานที่สำคัญ 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย

### การวางแผน (Plan)

คณะผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเอกสารสรุปประกอบด้วย รายงานการประชุมการวางแผนนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย ประกอบด้วย นโยบายของหน่วยงาน สภาพปัญหา สภาพแวดล้อม การดำเนินการ มาตรการป้องกัน COVID-19 คณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้สรุปและประมวลผลตามกระบวนการวางแผนโดยจุดมุ่งหมายเพื่อหลังจากนั้นนำเอาข้อมูลมารวบรวม สรุป วิเคราะห์เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบประชุมเชิงปฏิบัติการดำเนินการตามแผนนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย

### การปฏิบัติ (Do)

คณะผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเอกสารสรุปประกอบด้วย รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่มในรูปแบบการอภิปรายกลุ่ม ผลการดำเนินการปฏิบัติการตามนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย

### การตรวจสอบ (Check)

คณะผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเอกสารสรุปประกอบด้วย รายงานการประชุมผลการดำเนินงาน กระบวนการวิจัยเชิง

ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การตรวจเช็คผลการดำเนินการตามนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย

### แก้ไขปรับปรุง (Action)

คณะผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเอกสารสรุปประกอบด้วย ผลการประเมินตามแผนการดำเนินงานพัฒนาแหล่งเรียนรู้และได้นำมาวิเคราะห์สรุปผลของแต่ละกิจกรรมการพัฒนาที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติงานตามนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย โดยมีการนำเสนอสรุปผลการดำเนินงานพร้อมทั้งร่วมกันวิเคราะห์และสรุปผลการพัฒนารูปแบบที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขปรับปรุงการดำเนินงานเป็นการสะท้อนผลและส่งผลกลับให้แก่การดำเนินงานซึ่งเริ่มต้นลงมือจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นแต่ยังใช้ขั้นตอนของการวางแผนการปฏิบัติการตรวจสอบและติดตามประเมินผลการดำเนินงานตลอดจนการเผยแพร่ผลงาน

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยนี้ได้รับ อนุมัติจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 0019/2565 ให้ไว้ ณ วันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ผู้วิจัยจะทำการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

**การวิเคราะห์ข้อมูล** คณะผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะพรรณนาวิเคราะห์ (Analytical Description) เนื้อหาที่ใช้ในการศึกษาวิจัยข้อมูลจากเอกสารย้อนหลังตามประเด็นรูปแบบการพัฒนาตามวงจรคุณภาพ PDCA 4 ตามนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย

## ผลการวิจัย

### ผลจากศึกษาการวางแผน (Plan)

จากผลการดำเนินการวางแผนการดำเนินงานนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย ทำการวิเคราะห์นโยบายระดับประเทศ

ระดับภูมิภาค และระดับจังหวัด จัดดำเนินการวางแผนกำหนดทิศทางและแนวทางการดำเนินงานแบ่งแผนการดำเนินงานเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความปลอดภัย ด้านการดำเนินงาน และด้านการบริหารงานตาม ตารางที่ 1

### ตารางที่ 1 ข้อมูลสรุปการวางแผน (Plan)

| การวางแผน (Plan) | แผน (Plan)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ด้านความปลอดภัย  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแผนการวางแผนการจัดสรร Vaccine COVID – 19</li> <li>- จัดดำเนินการฉีดให้ประชาชนในพื้นที่ให้ครบตามเป้าหมาย</li> <li>- จัดทำแผนการดำเนินการเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมโรค และศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับจังหวัด</li> </ul>                                                                                                                     |
| ด้านการดำเนินงาน | <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแนวทางการทำงาน Standard Operating Procedure: SOP</li> <li>- จัดทำการกำหนดเส้นทางการท่องเที่ยวและกิจกรรม</li> <li>- จัดทำข้อมูลประกอบการประชาสัมพันธ์สำหรับประชาชนในชุมชน</li> <li>- จัดทำบันทึกความเข้าใจ Memorandum of Understanding: MOU กับหน่วยงานเอกชนในพื้นที่ เช่น โรงแรม บริษัททัวร์ และสถานประกอบการ เป็นต้น</li> <li>- จัดทำการสำรวจความพร้อมของพื้นที่</li> </ul> |
| ด้านการบริหารงาน | <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดทำแผนแต่งตั้งคำสั่งคณะกรรมการขับเคลื่อนงาน</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

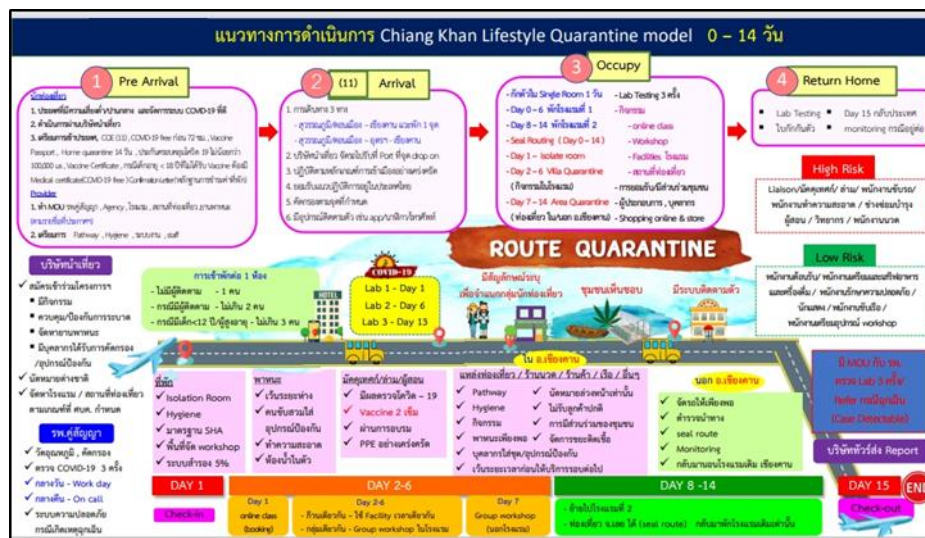
### ผลจากศึกษาการปฏิบัติ (Do)

จากผลการดำเนินการปฏิบัติงานตามนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย ผลการปฏิบัติจากการดำเนินการได้มีการพัฒนาแนวทางการทำงาน ตามรูปที่ 1 การวางแผนงาน

จำนวน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) Pre Arrival การเตรียมความพร้อมก่อนการเปิดรับนักท่องเที่ยว 2) Arrival การดำเนินการรับนักท่องเที่ยว 3) Occupy การปฏิบัติเมื่อนักท่องเที่ยวเข้ามาในพื้นที่ และ 4) Return Home การปฏิบัติเมื่อนักท่องเที่ยวเดินทางกลับ ตามรูปที่



รูปที่ 1 แนวทางการทำงาน Standard Operating Procedure: SOP



รูปที่ 2 การดำเนินการตามนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย

### ผลจากศึกษาการตรวจสอบ (Check) และผลจากศึกษาแก้ไขปรับปรุง (Action)

จากผลการตรวจเช็คผลการดำเนินการตามนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลยพบว่า การดำเนินการเป็นไปตามแผนด้านปัญหา/อุปสรรค ประกอบด้วย 1) นักท่องเที่ยวรับทราบมาตรการไม่ทั่วถึง 2) สถานประกอบการบางแห่งขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตามแนวทางการทำงาน SOP 3) โรงแรมไม่ได้รับมาตรการการเข้าพักใน Website หรือระบบออนไลน์ในการจองห้องพักทำให้นักท่องเที่ยวที่ไม่ได้รับ Vaccine ทำการจองห้องพักแต่เมื่อมาถึงไม่สามารถเข้าพักได้เนื่องจากไม่เป็นไปตามข้อกำหนด และ 4) ระบบ

การติดตามการเก็บข้อมูลนักท่องเที่ยวยังไม่มีประสิทธิภาพ แนวทางการแก้ไข (Action) ประกอบด้วย 1) หน่วยงานราชการ เอกชน ผู้ประกอบการและผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดเพิ่มการประชาสัมพันธ์การเข้าถึงเมืองให้มากขึ้นทั้งระบบ online และ offline 2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องลงพื้นที่ประชุม/อบรม/ให้ความรู้ซ้ำซ้อนกับผู้ประกอบการและประเมินทุกเดือน 3) ประชุมชี้แจงมาตรการการเข้าเมือง ที่พัก สถานประกอบการทั้งหมดและให้ผู้ประกอบการระบุเงื่อนไขการรับ Vaccine ตามมาตรการทั้งระบบ online และ offline และ 4) สร้างระบบการรายงาน Real time ให้ครบถ้วนและถูกต้องตามตารางที่ 2

### ตารางที่ 2 ปัญหา/อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข

| ปัญหา/อุปสรรค (Check)                                                                                                                                                                           | แนวทางการแก้ไข (Action)                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. นักท่องเที่ยวรับทราบมาตรการไม่ทั่วถึง                                                                                                                                                        | 1. หน่วยงานราชการ เอกชน ผู้ประกอบการ และ ผู้ที่ เกี่ยว ข้อง ทั้ง หม ดเพิ่ม การ ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงเมืองให้มากขึ้นทั้งระบบ online และ offline |
| 2. สถานประกอบการบางแห่งขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตามแนวทางการทำงาน SOP                                                                                                                           | 2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องลงพื้นที่ประชุม/อบรม/ให้ความรู้ซ้ำซ้อนกับผู้ประกอบการและประเมินทุกเดือน                                                  |
| 3. โรงแรมไม่ได้รับมาตรการการเข้าพักใน Website หรือระบบออนไลน์ในการจองห้องพักทำให้นักท่องเที่ยวที่ไม่ได้รับ Vaccine ทำการจองห้องพักแต่เมื่อมาถึงไม่สามารถเข้าพักได้เนื่องจากไม่เป็นไปตามข้อกำหนด |                                                                                                                                                  |

ตารางที่ 2 ปัญหา/อุปสรรคและแนวทางการแก้ไข (ต่อ)

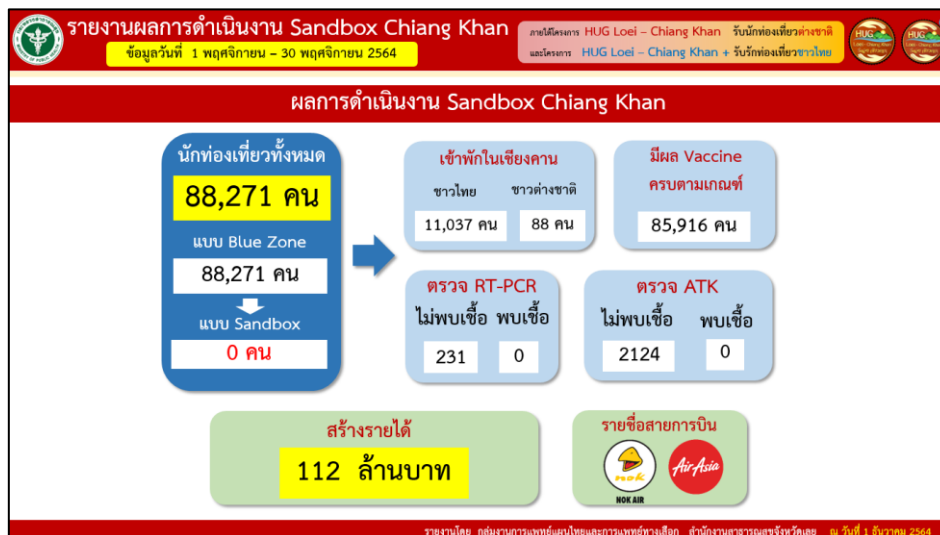
| ปัญหา/อุปสรรค (Check)                                          | แนวทางการแก้ไข (Action)                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. ระบบการติดตามการเก็บข้อมูลนักท่องเที่ยว ยังไม่มีประสิทธิภาพ | 3. ประชุมชี้แจงมาตรการการเข้าเมือง ที่พัก สถานประกอบการทั้งหมด และให้ผู้ประกอบการระบุเงื่อนไขการรับ Vaccine ตามมาตรการทั้งระบบ online และ offline<br>4. สร้างระบบการรายงาน Real time ให้ครบถ้วนและถูกต้อง |

จากผลการแก้ไขปรับปรุงตามนโยบาย เศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย ส่งผลให้การดำเนินงานซึ่งเริ่มต้นที่เกิดขึ้นพบว่าการดำเนินการหลังจากการปรับปรุงแก้ไขส่งผลให้การดำเนินการตามนโยบายช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจ เพิ่มความมั่นใจให้นักท่องเที่ยวทั้งใน

และต่างประเทศ เป็นต้นแบบให้กับมาตรการใน สถานการณ์ COVID-19 โดยพบว่า ผลตอบรับจากการประชาสัมพันธ์ช่วยให้นักท่องเที่ยวและประชาชนในพื้นที่เกิดความรู้ความเข้าใจในการ ดำเนินการส่งผลให้การดำเนินการไปได้อย่าง เรียบร้อยและพบอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวน นักท่องเที่ยว ตามรูปที่ 3 และ 4



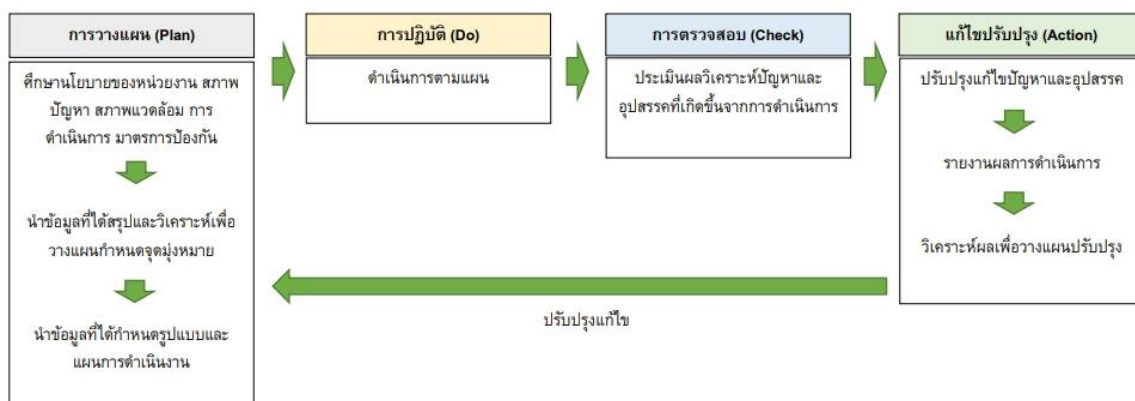
รูปที่ 3 การประชาสัมพันธ์ นโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมใน สถานการณ์ COVID-19 กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน



**รูปที่ 4** รายงานผลการดำเนินงานนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน

ผลจากการพัฒนารูปแบบการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย ทำให้เกิดการดำเนินการอย่างเป็นระบบเป็นเกิดการดำเนินการที่สามารถวางแผน

และดำเนินการได้อย่างสะดวกและรวดเร็วตามกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA 4 ขั้นตอน คือ วางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Do) ตรวจสอบ (Check) และปรับปรุง (Act) คณะผู้ดำเนินการเกิดความรู้ความเข้าใจ และสามารถนำมาใช้ได้อย่างเหมาะสม



**รูปที่ 5** รูปแบบการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย ตามวงจรคุณภาพ PDCA

## อภิปรายผล

จากการศึกษาการพัฒนากระบวนการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย ตามวงจรคุณภาพ PDCA พบว่า จากการวิเคราะห์องค์ประกอบตามกระบวนการ PDCA ด้านผลการวางแผน (Plan) พบว่า การนำข้อมูลสภาพปัญหา สภาพแวดล้อม การดำเนินการมาตรการป้องกัน COVID-19 ที่ได้สรุปและประมวลผลตามกระบวนการวางแผนโดยจุดมุ่งหมายเพื่อหลังจากนั้นนำเอาข้อมูลมารวบรวม สรุป วิเคราะห์เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบประชุมเชิงปฏิบัติการดำเนินการสอดคล้องกับ 3 วัตถุประสงค์ สิ่งชี้แนะที่กล่าวว่าในกระบวนการวางแผนด้วยการวิเคราะห์สภาพปัญหาจะช่วยทำให้การวางแผนเป็นไปได้อย่างสะดวกและตรงตามความต้องการ(3 วัตถุประสงค์, 2562) ด้านผลการปฏิบัติ (Do) พบว่า เนื่องจากการวางแผนมีการแต่งตั้งคณะทำงานและมีจัดทำแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนส่งผลให้การดำเนินการเป็นไปตามแผนช่วยทำให้การจัดการตามนโยบายสอดคล้องกับ 3 วัตถุประสงค์ ที่กล่าวว่า การปฏิบัติตามที่วางแผนไว้โดยมีการมอบหมายผู้รับผิดชอบในการปฏิบัติตามลักษณะงานเวลา

และภารกิจของแต่ละส่วนงานจะช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามแผนที่วางไว้ (3 วัตถุประสงค์, 2558) ด้านผลการตรวจสอบ (Check) และด้านผลแก้ไขปรับปรุง (Action) พบว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการหลังจากทำการปรับปรุงแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบช่วยเพิ่มความมั่นใจ ความเข้าใจให้กับผู้ประกอบการ นักท่องเที่ยวและผู้ปฏิบัติงานส่งผลให้การดำเนินการเป็นแผนที่วางไว้สอดคล้องกับ 3 วัตถุประสงค์ ที่กล่าวว่า การมีขั้นตอนการปรับปรุงและทบทวนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการตามแผนงานที่เหมาะสมจะส่งผลต่อการบริการจัดที่มีประสิทธิภาพสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง (3 วัตถุประสงค์, 2558)

จากดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย เป็นไปตามรูปแบบวงจรคุณภาพ PDCA ช่วยทำให้การดำเนินการสำเร็จเป็นไปตามแผนและเป้าหมายที่วางไว้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปริญญา เชิดชูเหล่าและคณะที่กล่าวว่า การนำแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA มาใช้ในการวางแผนช่วยทำให้การดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (ปริญญา เชิดชูเหล่าและคณะ, 2565)

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาการพัฒนากระบวนการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน

จังหวัดเลย ตามวงจรคุณภาพ PDCA ผลจากการศึกษาวิจัยสามารถนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติ หรือทางเลือกในการดำเนินการในลักษณะงานที่ต้องวางแผน มีการดำเนินการและประเมินผลเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพได้

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการศึกษาวิจัยหากมีการเปรียบเทียบการดำเนินวิจัยในแต่ละช่วง PDCA ทั้ง 4 ขั้นตอนจะช่วยให้ผลการศึกษาวิจัยมีประโยชน์มากยิ่งขึ้น

2. ในการวิจัยครั้งต่อไปหากมีการเพิ่มการประเมินในมุมมองอื่นๆเพื่อให้การศึกษามี

ความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น เช่น การประเมินทัศนคติ การมีส่วนร่วม หรือการประเมินความพึงพอใจของการดำเนินการตามนโยบายจะช่วยให้ผลการศึกษามีประโยชน์มากยิ่งขึ้น

## References

- Department of Tourism. (2018). *The Master Plan under the National Strategy, Issue 05*. From [http://nscr.nesdc.go.th/wp-content/uploads/2021/02/NS-05\\_222-277.pdf](http://nscr.nesdc.go.th/wp-content/uploads/2021/02/NS-05_222-277.pdf)
- Department of Health Service Support. (2021). *Board of Directors Meeting to Develop Thailand as an International Health Center (Medical Hub Policy)*. From <https://shorturl.asia/5AawM>
- Loei Province. (2018). *Provincial Development Plan (2018–2022) Loei Province*. From <https://www.opsmoac.go.th/loei-strategic-files-431591791797>
- Preeyanuch honored them, Anyarat Phamonmanop, Wutthipong Yodkham and Pruit Chaidarun. (2022). *The Development on Operation Process of GREEN and CLEAN Hospital in Phayao Province*. Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health 12 (1); 13.
- Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2022). *The Ministry of Public Health prepares in 5 areas to support the opening of the country on Nov. 1, reiterates the supervision of strict measures*. From <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/165966/>
- Saowanee Chantapong. (2022). *The Impact of the COVID-19 Crisis on the Global Economy: This Time is Different*. From
- Thitinudda Singkaew. (2019). *The Development of Student Care and Support System by Using PDCA Cycle: Case Study at Watpathung-Huaiyap School, Banthi District, Lamphun Province*. Master of Education Program Educational Administration Branch graduate school Chiang Mai Rajabhat University; 88.
- TEERAPONG THABIN. (2015). *USING THE DEMING CIRCLE (PDCA) OF ACADEMIC ADMINISTRATION IN THE SECONDARY SCHOOL UNDER SECONDARY EDUCATION SERVICE AREA OFFICE 42*. NRRU Community Research Journal 9(2); 74.
- TEERAPONG THABIN. (2015). *USING THE DEMING CIRCLE (PDCA) OF ACADEMIC ADMINISTRATION IN THE SECONDARY SCHOOL UNDER SECONDARY EDUCATION SERVICE AREA OFFICE 42*. NRRU Community Research Journal 9(2); 75.
- Wichian Manlae, Boonying Prathum, Surasak Kaewon and Korakot Chamniam. (2021). *People in the situation of the epidemic of COVID-19 Nakhon Si Thammarat Province*. Mahachula Journal Nagathat, Year 8, No. 11; 328.

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: July 11, 2023

Revised: Aug. 18, 2023

Accepted: Oct. 27, 2023

Published: Nov. 3, 2023

ผลการได้รับความรู้ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมณีเวช  
ของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา  
The Effect of Gaining Knowledge with Maneeveda Exercise  
in High-Risk Hypertension Groups at Uthai Hospital,  
Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

สุวภัทร บุญเรือน<sup>1</sup> วินัย สยอวรรณ<sup>1</sup> สุรัสวดี เพชรคง<sup>2</sup>

<sup>1</sup>วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาจนานิเชก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2</sup>โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

Suwapat Boonruen<sup>1</sup> Winai Sayorwan<sup>1</sup> Surutsavadee Pachkong<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,  
Praboromarajchanok Institute <sup>2</sup> Uthai Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมณีเวชต่อระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยกลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 60 คน ซึ่งได้มาจากการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกค่าระดับความดันโลหิต สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ Paired Sample t- test และ Independent t-test

ผลการให้ความรู้ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมณีเวชต่อระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 128.03 ( $\bar{X} = 128.03$ ) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 116.27 ( $\bar{X} = 116.27$ ) และหลังการทดลองค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 80.53 ( $\bar{X} = 80.53$ ) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.00 ( $\bar{X} = 72.00$ ) ซึ่งกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีระดับความดันโลหิตลดลง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมณีเวชสามารถลดระดับความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้และสามารถนำท่ากายบริหารมณีเวชมาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่

**คำสำคัญ** การได้รับความรู้ การออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมณีเวช กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

**Corresponding author :** สุวภัทร บุญเรือน E-mail : tao\_oang@hotmail.com

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of gaining the knowledge of Maneaveda and self-exercising in the Maneaveda on blood pressure levels in the high-risk hypertensive group who visited in chronic clinic at Uthai Hospital, Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. Sixty patients with high-risk hypertension were purposively selected according to given requirements of this study. The samples were equally divided into two groups with similar characteristics (an experimental group of 30 and a control group of 30). The study instrument included questionnaires of general information and blood pressure recording form. Descriptive statistics (i.e. percentage, average and standard deviation) as well as paired sample t-test and independent t-test were used for data analysis.

The findings of this study showed that after the intervention, an average of the systolic/diastolic blood pressure levels between the control group (gaining only the Maneaveda knowledge) and the experimental group (having both the knowledge of and the practice in the Maneaveda exercise) was significantly different at the level of 0.05. When compared with the blood pressure levels before the intervention, both the control group and the experimental group had their lower blood pressure levels after the intervention.

This research suggests that Maneaveda self-exercise had their lower blood pressure levels after the intervention in the high-risk hypertensive group. can apply the Maneaveda exercise as a guideline for establishing appropriate activities among the high-risk hypertensive group so that a number of new cases with hypertension would be decreased.

**Keyword :** Gaining Knowledge, Maneaveda Exercise, High-Risk Group Hypertension

**Corresponding author :** Suwapat Boonruen E-mail : tao\_oang@hotmail.com

## บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในกลุ่มโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศทั่วโลก และส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจสังคม โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่อันตรายเป็นพิษต่อชีวิต นอกจากนี้นยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจทำให้เกิดอาการเครียด กลัว วิดกกังวล เนื่องจากต้องเผชิญกับอาการของโรค เช่น ปวดศีรษะวิงเวียน อ่อนเพลีย ตาพร่ามัว ต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และต้องทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงของการรับประทานยาเพื่อควบคุมความดันโลหิต เช่น มึนงง ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น เป็นต้น

โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 ไม่ทราบสาเหตุ โดยมีปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิด ความดันโลหิตสูง เช่น กรรมพันธุ์ ความอ้วน ความเครียด การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม อาหารรสเค็มจัด การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ (Sangsawang, T., 2015) การลดความเครียดเป็นปัจจัยช่วยป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้มากกว่าครึ่งหนึ่ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงได้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ทำให้เกิดภาวะความเครียดในทุกกลุ่มอายุ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคต่าง ๆ ตามมาซึ่งประชาชนโดยส่วนใหญ่พยายามแสวงหาทางเลือกใหม่ในการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการแพทย์แผนไทยเป็นการดูแลสุขภาพโดยจะต้องสามารถบูรณาการการแพทย์แผนไทยให้เหมาะสมสอดคล้องกับการแพทย์ในยุคปัจจุบันเพื่อใช้ในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อมุ่งให้เกิดความสมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการผสมผสานการใช้ยาสมุนไพร การนวดไทย การประคบ การอบสมุนไพร อาหารสมุนไพร การใช้หลักธรรมมานามัย การทำสมาธิ การออกกำลังกาย

ในการส่งเสริมสุขภาพตนเองและบุคคล ในครอบครัว (Department of Thai Teditonal and Alternative Medicine, 2016) โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายส่งเสริมให้เกิดการใช้ภูมิปัญญาในการแพทย์แผนไทย เพื่อช่วยบรรเทาปัญหาสาธารณสุขและเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลสุขภาพของประชาชน

มณีเวชเป็นท่ากายบริหารเกี่ยวกับการจัดสมดุลโครงสร้างร่างกาย (Maneejiraprakarn, P., 2004) ซึ่งเป็นท่าบริหารง่าย ๆ ที่ใช้เวลาไม่มากในการบริหาร และทำได้สะดวกทั้งที่บ้านและที่ทำงาน โดยท่าบริหารเหล่านี้จะช่วยจัดสมดุลให้โครงสร้างกระดูกในร่างกาย ซึ่งอยู่ในลักษณะสมดุลจะทำให้การไหลเวียนของเลือด ลม น้ำเหลือง และระบบประสาทเป็นไปอย่างสะดวก แต่ถ้าหากไม่อยู่ในลักษณะสมดุลจะทำให้การไหลเวียนต่าง ๆ บกพร่องไปซึ่งเป็นสาเหตุของการผิดปกติ และมีการนำมาใช้โดยกลุ่มแพทย์ชมรมประสิทธิธรรมนิเวชเพื่อรักษาเด็กสมองพิการ (Cerebral palsy) ที่มีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา และมีการรักษาปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายให้กับผู้ที่มีปัญหาที่ชมรมประสิทธิธรรมนิเวช (Ningsanond, N., 2011) การศึกษาผลการท่ากายบริหารมณีเวชต่อการทรงตัว ความยืดหยุ่น และความแข็งแรงของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า ความยืดหยุ่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อก้ำมือ ดีขึ้นกว่าก่อนฝึกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเหยียดเข่า (Kaewmok, W., 2017)

คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีผู้มารับบริการที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2558 คิดเป็นร้อยละ 24.45 ในปี พ.ศ. 2559 คิดเป็นร้อยละ 31.25 ในปี พ.ศ. 2560 คิดเป็นร้อยละ 37.25 (รายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุทัย, 2560) พบว่าจำนวนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวนเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี จากเหตุผลดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาหลักการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมณีเวชเพื่อช่วยปรับโครงสร้างร่างกายให้เกิดความสมดุล

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยการได้รับ

ความรู้กับการได้รับความรู้ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมณีเวช

### สมมุติฐานการวิจัย

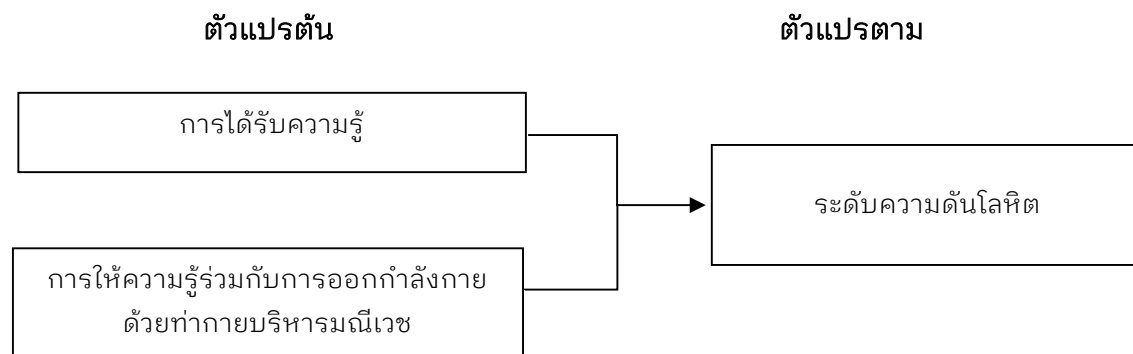
1. ระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มควบคุมหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง
2. ระดับค่าความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง

3. ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของทดลองหลังการทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยผลการได้รับความรู้ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมณีเวชของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้วิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการ การดูแลตนเอง และการปฏิบัติตนเมื่อมีความเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูงด้วยการสอนสุขศึกษาแจกแผ่นพับเรื่องการปฏิบัติ

ตนเมื่อมีความเสี่ยงเป็นโรคความดันโลหิตสูง และการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมณีเวชร่วมกับการกำหนดลมหายใจเข้า-ออก โดยทำซ้ำท่าละ 3 ครั้งประกอบด้วย 5 ท่า ได้แก่ 1. ท่าไหว้สวัสดี หรือท่ารำละคร 2. ท่าไม้แป้ง 3. ท่าถอดเสื้อ 4. ท่าหมุนแขน กรรเชียง 5. ท่าปล่อยพลัง ซึ่งมีตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยดังนี้



### ระเบียบวิธีวิจัย

#### รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) แบบทดสอบก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Two group pretest – posttest design) เพื่อศึกษาผลการได้รับความรู้

ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมณีเวชต่อระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการคัดกรองโดยการวัดความดันโลหิตซิสโตลิก 120-139 มม.ปรอท และ/หรือความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80-89 มม.ปรอท จำนวน 239 คน (รายงานสถิติจำนวนผู้ที่มารับบริการโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการคัดกรองโดยการวัดความดันโลหิตซิสโตลิก 120-139 มม.ปรอท

### เกณฑ์ในการคัดเลือก มีดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และได้รับการคัดกรองเข้ากลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิก 139 มม.ปรอท และ/หรือ ค่าความดันโลหิตไดแอสโตลิก 89 มม.ปรอท

### เกณฑ์ในการคัดออก มีดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดเหตุสุดวิสัยที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองต่อได้ เช่น เกิดบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ มีการเจ็บป่วยเป็นต้น

2. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่ามีภาวะความดันโลหิตจากโรคประจำตัว

**เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชนิด คือ

1. แบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย ซึ่งเป็นคำถามที่ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 8 ข้อ

**ส่วนที่ 2** แบบบันทึกระดับความดันโลหิต (BP) ก่อนและหลังการได้รับความรู้ และก่อนและหลังการได้รับความรู้ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยท่ามนิเวศ

และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก 80-89 มม.ปรอท โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 60 คน ซึ่งแบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน มีลักษณะที่ใกล้เคียงกันแบบจับคู่ (Matched pair) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับค่าความดันโลหิต ระยะเวลาในการเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยดังนี้

2. ไม่มีประวัติการได้รับยาลดความดันโลหิต

3. สม่ครใจในการวิจัย ตามวันเวลาที่กำหนด ติดต่อกันเป็นเวลา 6 ครั้ง

3. ผู้เข้าร่วมวิจัย มาไม่ครบตามจำนวนครั้งที่ผู้วิจัยกำหนด

4. ผู้เข้าร่วมวิจัยขอลถอนตัวออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยระหว่างทำการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ (Automatic blood pressure monitor)

**ส่วนที่ 2** การออกกำลังกายด้วยท่าการบริหารมนิเวศ ครั้งละ 30 นาที ประกอบด้วย 5 ท่า ได้แก่ 1. ท่าไหว้สวัสดี หรือท่ารำละคร 2. ท่าไม้แบ่ง 3. ท่าถอดเสื้อ 4. ท่าหมุนแขน กรรเชียง 5. ท่าปล่อยพลัง ทำซ้ำท่าละ 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 3 วัน (วันจันทร์ วันพุธ และวันศุกร์) และประเมินผลหลังการได้รับความรู้ร่วมกับการออกกำลังกาย

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้สร้างขึ้น มาไปให้ผู้เชี่ยวชาญของโรงพยาบาลอุทัย ที่มีความรู้และประสบการณ์ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย พยาบาลวิชาชีพ แพทย์แผนไทย จากนั้นนำผลมาพิจารณาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC) ซึ่งมีการปรับปรุงด้านเนื้อหาและภาษา ของตอนที่ 1 จำนวน 2 ข้อ คงข้อคำถามเดิม จำนวน 6 ข้อ รวม 8 ข้อ

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ได้ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

### การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เลขที่ KMPHT-61010016 มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลา สถานที่ ดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาในมนุษย์ ดังนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติกรรมการจริยธรรมการศึกษาในมนุษย์ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูลในวันและเวลาที่กำหนด

2. ผู้วิจัยคัดกรองผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้า - คัดออกที่กำหนดขึ้น

Measuring blood pressure โดยได้ทำการตรวจสอบมาตรฐานเครื่องมือให้อยู่ในสภาพใช้งานได้จริงอย่างเที่ยงตรงได้มีการเปรียบเทียบค่ามาตรฐานและการแคริเบสเครื่องวัดความดันโลหิตโดยช่างอิเล็กทรอนิกส์เป็นประจำทุก 6 เดือน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีวัดซ้ำ (Test-retest method) ผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลอุทัย ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยการวัดซ้ำ 2 ครั้ง ให้ห่างกัน 15 นาที และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยใช้สูตรแบบเพียร์สัน (Pearson product – moment correlation) ได้ค่าเท่ากับ 0.93

3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และวิธีปฏิบัติตนตลอดช่วงเวลาทำการวิจัย รวมถึงประโยชน์ที่ได้รับในการวิจัยครั้งนี้ และผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมในแบบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้วิจัยจะประเมิน โดยวิธีสัมภาษณ์ผู้ป่วยตามแบบบันทึกระดับความดันโลหิต โดยผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลโดยวัดก่อนและหลังการทดลอง

5. ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจความดันโลหิตด้วยเครื่อง Measuring blood pressure

6. ดำเนินการเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง และประเมินผลหลังการทดลอง

7. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์และแปลผล

8. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการศึกษา

## การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการศึกษา

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และจัดเตรียมข้อมูล นำมาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. ข้อมูลผลของระดับความดันโลหิตวิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

4. เปรียบเทียบระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

## ผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 90.00 อายุ 36-45 ปี ร้อยละ 36.66 สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.00 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวและเกษตรกรรม ร้อยละ 36.70 รายได้เฉลี่ยเดือนละ 5,000 – 9,999 บาท ร้อยละ 60.00 ระยะเวลาการเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 7-12 เดือน ร้อยละ 43.34 และออกกำลังกาย นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 60.66

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.67 อายุ 46-55 ปี ร้อยละ 36.66 สถานภาพสมรส ร้อยละ 86.66 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 33.33 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 36.66 รายได้เฉลี่ยเดือนละ 5,000 – 9,999 บาท ร้อยละ 63.33 ระยะเวลาการเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 7-12 เดือน ร้อยละ 36.67 และออกกำลังกาย นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 60.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 60)

| ข้อมูลทั่วไป     | กลุ่มควบคุม (n=30) |        | กลุ่มทดลอง (n=30) |        |
|------------------|--------------------|--------|-------------------|--------|
|                  | จำนวน              | ร้อยละ | จำนวน             | ร้อยละ |
| <b>เพศ</b>       |                    |        |                   |        |
| ชาย              | 3                  | 10.00  | 4                 | 13.33  |
| หญิง             | 27                 | 90.00  | 26                | 86.67  |
| <b>อายุ (ปี)</b> |                    |        |                   |        |
| 26-35            | 5                  | 16.67  | 5                 | 16.67  |
| 36-45            | 11                 | 36.66  | 9                 | 30.00  |
| 46-55            | 10                 | 33.33  | 11                | 36.66  |
| 56-65            | 3                  | 10.00  | 4                 | 13.33  |
| 66-75            | 1                  | 3.34   | 1                 | 3.34   |
| <b>สถานภาพ</b>   |                    |        |                   |        |
| โสด              | 5                  | 16.67  | 3                 | 10.00  |
| สมรส             | 24                 | 80.00  | 26                | 86.66  |
| หม้าย            | 1                  | 3.34   | 0                 | 0.0    |
| หย่าร้าง         | 0                  | 0.00   | 1                 | 3.34   |

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 60) (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป                                                | กลุ่มควบคุม (n=30) |               | กลุ่มทดลอง (n=30) |               |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|---------------|-------------------|---------------|
|                                                             | จำนวน              | ร้อยละ        | จำนวน             | ร้อยละ        |
| <b>การศึกษา</b>                                             |                    |               |                   |               |
| ประถมศึกษา                                                  | 12                 | 40.00         | 10                | 33.33         |
| มัธยมศึกษาตอนต้น                                            | 6                  | 20.00         | 7                 | 23.33         |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย                                           | 5                  | 16.67         | 6                 | 20.00         |
| อนุปริญญา                                                   | 4                  | 13.33         | 5                 | 16.67         |
| ปริญญาตรี                                                   | 3                  | 10.00         | 2                 | 6.67          |
| <b>อาชีพ</b>                                                |                    |               |                   |               |
| ข้าราชการ                                                   | 1                  | 3.34          | 1                 | 3.34          |
| ธุรกิจส่วนตัว                                               | 10                 | 33.33         | 9                 | 30.00         |
| แม่บ้าน                                                     | 6                  | 20.00         | 7                 | 23.33         |
| เกษตรกรรม                                                   | 10                 | 33.33         | 11                | 36.66         |
| รับจ้าง                                                     | 3                  | 10.00         | 2                 | 6.67          |
| <b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(บาท)</b>                            |                    |               |                   |               |
| 5,000-9,999                                                 | 18                 | 60.00         | 19                | 63.33         |
| 10,000-14,999                                               | 9                  | 30.00         | 8                 | 26.66         |
| 15,000-19,999                                               | 3                  | 10.00         | 2                 | 6.67          |
| มากกว่า 20,000                                              | 0                  | 0.0           | 1                 | 3.34          |
| <b>ระยะเวลาการเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (เดือน)</b> |                    |               |                   |               |
| 1-6 เดือน                                                   | 7                  | 23.33         | 7                 | 23.33         |
| 7-12 เดือน                                                  | 13                 | 43.34         | 11                | 36.67         |
| 13-18 เดือน                                                 | 4                  | 13.33         | 5                 | 16.70         |
| 19-24 เดือน                                                 | 6                  | 20.00         | 7                 | 23.30         |
| <b>รวม</b>                                                  | <b>30</b>          | <b>100.00</b> | <b>30</b>         | <b>100.00</b> |
| <b>การออกกำลังกาย</b>                                       |                    |               |                   |               |
| ไม่เคยออกกำลังกาย                                           | 2                  | 6.67          | 3                 | 10.00         |
| นาน ๆ ครั้ง                                                 | 20                 | 66.66         | 18                | 60.00         |
| อาทิตย์ละ 3-4 ครั้ง                                         | 6                  | 20.00         | 6                 | 20.00         |
| ออกกำลังกายทุกวัน                                           | 2                  | 6.67          | 3                 | 10.00         |
| <b>รวม</b>                                                  | <b>30</b>          | <b>100.0</b>  | <b>30</b>         | <b>100.0</b>  |

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม ( $n = 30$ )

| ระดับ<br>ความดันโลหิต | ก่อนครั้งที่ 1             |                                    | หลังครั้งที่ 6             |                                    | t      | P- value |
|-----------------------|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|------------------------------------|--------|----------|
|                       | ค่าเฉลี่ย<br>( $\bar{x}$ ) | ส่วนเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน<br>(S.D.) | ค่าเฉลี่ย<br>( $\bar{x}$ ) | ส่วนเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน<br>(S.D.) |        |          |
| ซิสโตลิก              | 128.37                     | 4.597                              | 128.03                     | 5.308                              | -1.637 | 0.107    |
| ไดแอสโตลิก            | 83.23                      | 4.049                              | 80.53                      | 5.923                              | 1.617  | 0.111    |

P- value < 0.05

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ( $n = 30$ )

| ระดับ<br>ความดันโลหิต | ก่อนครั้งที่ 1             |                                    | หลังครั้งที่ 6             |                                    | t     | P- value |
|-----------------------|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|------------------------------------|-------|----------|
|                       | ค่าเฉลี่ย<br>( $\bar{x}$ ) | ส่วนเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน<br>(S.D.) | ค่าเฉลี่ย<br>( $\bar{x}$ ) | ส่วนเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน<br>(S.D.) |       |          |
| ซิสโตลิก              | 130.60                     | 5.893                              | 116.27                     | 9.139                              | 6.098 | 0.000    |
| ไดแอสโตลิก            | 81.17                      | 5.712                              | 72.00                      | 6.164                              | 5.467 | 0.000    |

P- value < 0.05

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Independent t- test พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ( $n = 60$ )

| ระดับ<br>ความดันโลหิต | กลุ่มควบคุม                |                   | กลุ่มทดลอง                 |                   | t     | P-value |
|-----------------------|----------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|-------|---------|
|                       | ค่าเฉลี่ย<br>( $\bar{x}$ ) | มาตรฐาน<br>(S.D.) | ค่าเฉลี่ย<br>( $\bar{x}$ ) | มาตรฐาน<br>(S.D.) |       |         |
| ซิสโตลิก              | 128.03                     | 5.308             | 116.27                     | 9.139             | 6.072 | 0.000*  |
| ไดแอสโตลิก            | 80.53                      | 5.923             | 72.00                      | 6.164             | 6.909 | 0.000*  |

\* P-value < 0.05

### สรุปและอภิปรายผล

จากการวิจัยผลการได้รับความรู้ร่วมกับการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมณีเวชต่อระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลอุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

การออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารร่างกายมณีเวชต่อระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิต ภายหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 แสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารร่างกายมณีเวชสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิก โดยการออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมณีเวชจะเน้นความสมดุลของโครงสร้างร่างกายทั้งระบบ ไม่ได้ดูเฉพาะกระดูกส่วนใด ส่วนหนึ่ง ตรวจดูตั้งแต่โครงสร้างใหญ่ๆ ของร่างกายทั้งซ้ายและขวา ความสูง ต่ำ สั้น ยาว เอียงซ้ายขวาละเอียดลงไปถึงความเย็นร้อน อ่อนนุ่ม แข็งหยาบ ความแห้งชื้นของผิวหนังส่วนต่าง ๆ เชื่อว่าการเกิดอาการเจ็บปวดและโรคทั้งหลายเกิดจากความไม่สมดุล จึงได้แนะนำการใช้ชีวิตอย่างสมดุล การปฏิบัติตัวตามแนววิชามณีเวช คือ การใช้ชีวิตประจำวัน นั่ง นอน ยืน เดิน ให้ถูกต้อง ร่างกายอยู่ในสมดุลนั่นเอง และช่วยให้กล้ามเนื้อยืดเหยียดและคลายตัว ทำให้ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น แต่ไม่มีผลในการปรับ

โครงสร้างกระดูกของร่างกาย ซึ่งการออกกำลังกายยังเป็นกิจกรรมที่ช่วยสร้างเสริมของร่างกายและคงไว้ซึ่งสุขภาพและความแข็งแรงของร่างกาย การออกกำลังกายช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและระบบไหลเวียนโลหิต นอกจากนี้การออกกำลังกายยังช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตและลดความเครียดได้ (Khamsanphan, W., 2011) การออกกำลังกายทำให้เกิดการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้กระตุ้นการทำงานของระบบประสาท ซิมพาเทติกส่งผลให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อที่อยู่รอบ ๆ หลอดเลือดทำให้หลอดเลือดมีความยืดหยุ่นดีขึ้น และช่วยในการไหลเวียนเลือดดีขึ้น ทำให้ลดแรงต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลาย ส่งผลให้ระดับความดันลดลง (Boonngam. L., 2017) โดยหลักการของมณีเวชโครงสร้างกระดูกในร่างกายที่อยู่ในลักษณะสมดุล จะทำให้การไหลเวียนของเลือด ลม น้ำเหลืองและระบบประสาทเป็นไปอย่างสะดวก แต่หากโครงสร้างไม่อยู่ในสมดุล การไหลเวียนต่าง ๆ ก็จะไม่ปกติ ซึ่งเป็นสาเหตุของการผิดปกติ ไม่สบายต่าง ๆ ของร่างกาย (Ningsanond, N., 2011) จากเหตุผลและข้อมูลทางสถิติที่กล่าวมา พอสรุปได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้ออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมณีเวชสามารถลดระดับความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้มีการนำการออกกำลังกายทำกายบริหารร่างกายมณเฑาะมาใช้ในการเกิดประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ

2. ควรส่งเสริมให้บุคคลออกกำลังกายด้วยท่ากายบริหารมณเฑาะอย่างต่อเนื่อง ติดตามผลเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ควรมีการศึกษาวิเคราะห์ผลของการจัดกิจกรรมการบริหารมณเฑาะต่อค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

## References

- Department of Thai Teditonal and Alternative Medicine. (2016). *Guidelines Guide Operating Medicine of Thai Traditional Medicine and Alternative medicine in clinics offering a full range of Thai traditional and Alternative medicine services*. Bangkok : Printing Company Sam Charoen Panich Limited. (in Thai)
- Sangsawang, T. (2015). *Effect of SKT1-3 Meditation Therapy on Blood Pressure Value of Hypertension Patients Chronic Disease Clinic Ban Bueng Hospital Chonburi Province*. Rajamangala University of Technology Isan. Sakon Nakhon Campus. (in Thai)
- Ningsanond, N. (2011). *Simple way to make life easier by Maneevada*. Journal of Srinakharinwirot University. (in Thai)
- Maneejiraprakarn, P. (2004). *Thai-Chinese-Indian Osteopathic Manipulative Medicine* (Video). Bangkok: Department of Thai Traditional and Alternative medicine. Ministry of Public Health. (in Thai)
- Panwongsa, P. (2016). *Effect of Body Balance by Maneevada on Muscular Pains in the Elderly*. Phetchabun : Phetchabun University. (in Thai)
- Boonngam. L. (2017). *Effects of the Qigong Exercise Program on Blood Pressure Levels among Prehypertensive Women in Meuang District, Sing Buri Provinc*. Thesis Master of Nursing Science. Burapha University
- Kaewmok, W. (2017) *The Effect of the Maneevada exercise Technique on Body Balancing, Flexibility and Strength in Elderly Persons Khunhan Hospital, Si Sa Ket Province*. Burapha University. (in Thai)
- Khamsanphan, W. (2011). *The effect of training with the effective low-impact aerobic dance program On the ability to balance and the weakness of the elderly*. Bangkok : Srinakharinwirot University. (in Thai)

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: May. 3, 2023

Revised: July. 8, 2023

Accepted: Aug. 30, 2023

Published: Nov. 7, 2023

## ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในชุมชนกึ่งเมือง An Experience of caring for the Carcinoma Patients in Sub-Urban Communities

พีรยา สุธีรางกูร<sup>1</sup>, อนันต์ตรี สมิทธีนาเศรษฐี<sup>1</sup>, มโนวรรณ มากมา<sup>1</sup>, ชวิศา แก้วอนันต์<sup>2</sup>

<sup>1</sup>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย<sup>1</sup>, <sup>2</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

Peeraya Suteerangkul<sup>1</sup>, Anantree Smithnaraseth<sup>1</sup>, Manowan Makma<sup>1</sup>, Chawisa Kaewanun<sup>2</sup>

<sup>1</sup>School of Nursing, Eastern Asia University, <sup>2</sup>School of Public Health, Eastern Asia University<sup>2</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้เพื่ออธิบายประสบการณ์การดูแลตนเองและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ในชุมชนพื้นที่กึ่งเมือง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจง โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน คือ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลหลัก และบุคลากรทางสุขภาพ รวม 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 3 ชุด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พัฒนาแบบสอบถามที่มีข้อความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น คือ 1) ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือดูแลในกิจวัตรประจำวันทางด้านร่างกายและการบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆเป็นอย่างดี 2) ผู้ป่วยและครอบครัวยังคงต้องการการเอาใจใส่จากสังคมและบุคลากรทางการแพทย์ 3) บุคลากรทางการแพทย์ดูแลผู้ป่วยตามบทบาทและหน้าที่ของตนอย่างเป็นองค์รวม 4) ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยและความตายของตนเองพร้อมกับการแสดงเจตนาครั้งสุดท้ายด้วยวาจา การศึกษาครั้งนี้เสนอแนะให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบเพื่อสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยและผู้ดูแล

**คำสำคัญ:** การดูแลผู้ป่วย, มะเร็ง, ชุมชนกึ่งเมือง

**Corresponding author:** พีรยา สุธีรางกูร, E-mail address: peeraya@eau.ac.th

## Abstract

This qualitative study aimed to explore the experience of caring in carcinoma patients at suburb community, Pathum-Thani Province. Purposive sampling was done for the major informants 3 groups (each 6 persons), totally 18 persons. They were palliative cancer patients, caregivers, and health care professionals. The research tools comprised in-depth interviews in 3 groups which developed by the researchers. Tools were developed the items congruence with the operation definition and quality of research tools by 3- experts. The qualitative data was analyzed with content analysis. The results comprised 4 themes 1) Patients received good help in the diary living, and physical activities, and were relief from their various discomforts 2) Patients and their families still need care from society and professional health personnel 3) Health personal take care the patients with duty and their roles with holistic 4) patients accept the illness and well death and the last living will with verbal. This study suggests continuously taking care of patients and systematically for the well-being of patients and families.

**Keywords:** Patient Care, Carcinoma, Suburb Community

**Corresponding author:** Peeraya Suteerangkul, E-mail address: peeraya@eau.ac.th

## บทนำ

ในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัว การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลจึงมักขึ้นอยู่กับมติของแพทย์กับญาติ ซึ่งอาจสวนทางกับความต้องการของผู้ป่วย หรืออาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริกรกับญาติผู้ป่วยได้ (Boonchalermpipat, 1997) ในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าไปมาก เครื่องมือก็มีความทันสมัย สามารถยืดชีวิตคนออกไปได้ แพทย์และบุคลากรด้านการแพทย์ต้องการจะช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ถึงที่สุด ยื้อชีวิตไว้นานที่สุด ไม่ว่าด้วยการรักษานั้น ๆ จะมีค่าใช้จ่ายสูงสักเพียงใด หรือว่าผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร ทั้งนี้ก็เกิดจากเจตนาดีที่อยากจะช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะเดียวกันญาติของผู้ป่วยเองก็ต้องการให้คนที่เป็นที่รักอยู่ด้วยกันไปนาน ๆ ไม่ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร จึงมักแสดงความจำนงให้แพทย์รักษาให้ถึงที่สุด แม้ว่าบางกรณีคุณภาพชีวิตจะแยลงก็ตาม ปัญหาเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เกิดจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในภาวะใกล้ตายและความตายทั้งสิ้น (Thai National Health, 1997) การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาลทุกชนิดรวมถึงการดูแลทั้งทางจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากการโศกเศร้าที่ต้องเสียผู้ป่วยไป (Yodmongkol, 2013) ซึ่งมีเป้าหมายในการดูแลคือให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข ได้รับคุณภาพชีวิตที่ดีรวมถึงการจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Good dead) การตายดี หรือ การมีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต เป็นการตายก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณ ตรงกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของตนเอง รวมถึงได้ทำสิ่งที่ค้างค้าง สามารถแสดงเจตนาของตนเองที่ต้องการให้ดูแลอย่างไรในระยะท้าย เพื่อเสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Issaracharnvanich, 2021)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เป็นสิ่งสำคัญและเป็นที่น่าสนใจเนื่องจากเป็นทางเลือกของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพร่างกายจะเอื้ออำนวย โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนสุดท้ายก่อนสิ้นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ไม่ต้องทุกข์ทรมานจากการถูกยืดชีวิตด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์และลดภาระค่าใช้จ่ายที่มากเกิดความจำเป็น (Thai National Health, 2018) ทีมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบไปด้วยสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักบวช นักบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร หรือผู้บริหาร เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของโรครวมถึงการป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ซึ่งควรเป็นลักษณะองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ได้แก่ ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย (Nagaviroj, 2021)

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง คือผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องการการบรรเทาความทุกข์ทั้งจากกาย ใจ สังคม รวมถึงต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณด้วย โรคมะเร็งเกิดจากการมีเซลล์ผิดปกติในร่างกายและเซลล์มีการเติบโตที่มากกว่าปกติ เซลล์ที่ผิดปกติลุกลามพร้อมกับแพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว ไม่สามารถทำงานได้เป็นปกติ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เสียชีวิตเกือบสิบล้านคนในปี ค.ศ. 2020 พบว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 3 อันดับแรก แบ่งเป็นมะเร็งเต้านม 2.26 ล้านคน มะเร็งปอด 2.21 ล้านคน และมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.93 ล้านคน (World Health Organization, 2021) ในประเทศไทย โรคมะเร็งยังคงเป็นปัญหาสำคัญซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ยาวนาน อีกทั้งในปัจจุบันส่วนใหญ่มีการนำการแพทย์ผสมผสาน เช่น การผ่าตัด การใช้รังสีรักษา การใช้เคมีบำบัด เป็นต้น (Palang and Nunuan, 2020)

เพื่อเป็นการลดอุบัติเหตุการเกิดโรคมะเร็ง ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2562-2565 โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

เพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานองค์รวม จึงเกิดการพัฒนาด้านการบริการทั้งในระดับโรงพยาบาลและครอบครัวขึ้น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการพัฒนามาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) เริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการในระดับชาติเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (National Program on Improving Chronic Illness Care: ICIC) ภายใต้การสนับสนุนของมูลนิธิโรเบิร์ตวูด จอห์นสัน (Robert Wood Johnson Foundation) (Jiamjarasrangsi, 2021) ซึ่งต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนี้ได้ถูกนำมาพัฒนาและทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวาย ฯลฯ การทำคู่มือแนวปฏิบัติ (Practice guideline) การปรับปรุงแบบแผนการปฏิบัติใหม่ (Practice redesign) การให้สุขศึกษา (Patient education) ที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ระบบผู้เชี่ยวชาญ (Expert system) การจัดรูปแบบแผนการปฏิบัติใหม่เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการเวลามากขึ้น ใช้ทรัพยากรหลากหลาย และต้องมีการตรวจติดตามอย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น การใช้ระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ (Information) และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเชิงกลุ่ม (Population-based care) เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตมีหลักการสำคัญของ “การดูแล” โดยมุ่งประคับประคอง ไม่ได้มุ่งที่จะรักษาให้หาย เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ รวมถึงจะต้องมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) เป็นส่วนสำคัญ และควรเป็นการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีการเชื่อมต่อการดูแลที่โรงพยาบาลกับที่บ้าน (Issaracharnvanich,

2021) และมีแนวทางการพัฒนาถึง 6 ด้าน คือ 1) จุดเน้นในการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาทุกข์ทรมานในทุกๆ ด้าน 3) การต่อเนื่องในการดูแล 4) การดูแลเป็นทีม 5) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล 6) เป้าหมายในการดูแลคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเอื้ออำนวยการดูแลแบบประคับประคองในสถานพยาบาล ชุมชน และบ้าน อย่างเท่าเทียม (Tasprasit, Phimdee, Mongkolchai, Jullapan, and Puttatum, 2020)

โรงพยาบาลธัญบุรีในปัจจุบัน ฝ่ายงานด้านการบริการสุขภาพและองค์รวมซึ่งรับผิดชอบดูแลงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นตลอดจนการฟื้นฟูผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนของพื้นที่ดูแล ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียง รวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตาม ด้วยงบประมาณ กำลังคนในโรงพยาบาล และมีการขยายขนาดใหญ่ขึ้น ผู้ป่วยโรคมะเร็งจึงต้องการทีมบุคลากรสุขภาพร่วมกับผู้ดูแลที่อยู่ในชุมชน ในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้ให้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีหรือตายดี อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาและรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้ไว้ค่อนข้างน้อย ประชาชนขาดความตระหนัก เมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือสถานการณ์โรคเข้าสู่ระยะท้าย ไม่อยากพูดคุยเรื่องร้ายแรงเกี่ยวกับความตาย ไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้า รวมถึงยังไม่มีระบบการรองรับเพื่อให้สามารถเข้าถึงแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และไม่มั่นใจในการนำไปสู่การปฏิบัติ (Teerapon S., et al., 2022) ทางคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเอง และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะท้ายในชุมชนพื้นที่ของโรงพยาบาลธัญบุรี เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายประสบการณ์การดูแลตนเองและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในชุมชนพื้นที่กึ่งเมือง จังหวัดปทุมธานี

## แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สามารถจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Yodmongkol, 2013) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง มีหลากหลายแนวคิด ซึ่งมีความแตกต่างกันอยู่บ้าง โดยส่วนใหญ่จะเป็นบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้บริหารจัดการ การดูแล แต่อาจยังไม่เกิดการผสมผสานและรวมกันเป็นรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งอย่างชัดเจน และจำเพาะ การไม่สามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องอยู่ในสภาวะย่ำแย่ความตายเกิดความล้มเหลวของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่ใช่วาระสุดท้าย ไม่พูดคุยกับผู้ป่วยถึงความต้องการที่แท้จริง (Teerapon S., et al., 2022; ชูติกาญจน์ หุทัย และคณะ, 2559) มีการประเมินผู้ป่วยตามความสามารถปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ผ่านแบบประเมิน PPS (Palliative Performance Scale) ประเมินอาการ อาการแสดงและความก้าวหน้าของโรค ประเมินการจัดการอาการทางกาย ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ต่างๆ จากอาการปวด หายใจลำบาก เหนื่อย หอบ อ่อนเพลีย และคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น นอกจากนี้มีการประเมินและการจัดการอาการรบกวนทางจิตและอารมณ์ การใช้ยาตามที่แพทย์สั่งจ่าย และการใช้วิธีการบำบัดทางเลือก หรือแบบไม่ใช้ยา การเสริมสร้างพลังอำนาจ การคิดเชิงบวก การส่งเสริมการจัดการตนเอง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และปรับเปลี่ยนวิธีคิด เป็นต้น นอกจากนี้มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ด้านสังคมวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ความเชื่อและความศรัทธาสัมพันธภาพต่อผู้อื่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ ความขัดแย้งในครอบครัว การปรับตัวในการดำรงชีวิต การไม่มีครอบครัวผู้ดูแล มารดกทรัพย์สินหรือหนี้สิน โดยจัดการให้มีคำปรึกษาด้านการปรับตัวทางสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จัดให้มีกิจกรรมสนทนาร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว

เพื่อหาปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาาร่วมกัน (Family Meeting) การประเมินการรับรู้ (Perception) และความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสถานการณ์โรค ความเจ็บป่วย การดำเนินการของโรค การรักษา แนวทางการพยาบาล การประเมินและตอบสนองความประสงค์ของผู้ป่วยหรือการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการตาย ความต้องการเกี่ยวกับการรักษาและความปรารถนาในวาระท้ายของชีวิต (Last Wish) ประเมินแหล่งช่วยเหลือ เมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน ประเมินและตอบสนอง ความหวัง ความปรารถนาครั้งสุดท้ายในชีวิต (Living Will) รวมถึงการให้อภัย ความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตและความตาย และการทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์ก่อนตาย การสื่อสารทำความเข้าใจ (Communication) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจในเรื่องการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษาที่มีอยู่ การตั้งเป้าหมายการรักษา (Goal Clarification) และการวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living will) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้สึกตัว การตัดสินใจต่างๆ มักอยู่ที่ดุลยพินิจของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งบางครั้งอาจไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ดังนั้นช่วงที่ผู้ป่วยมีสติดีอยู่ จึงควรมีการปรึกษากับครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิดที่ไว้ใจได้ เพื่อทำหน้าที่แสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาที่มากกว่าความจำเป็น และการวางแผนการดูแลรักษาเมื่ออยู่ในภาวะใกล้ตายได้ เป็นแนวคิดการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า หรือ advance directives คือ การบอกแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้าซึ่งหลายประเทศให้การรับรอง (Thai National Health, 1997: page 1 ) และตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติไว้ว่า “มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือ เพื่อยืดการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” ในช่วงบั้นปลายของชีวิตนั้น โดยหลักของการตายดี ในมาตรา 12 แพทย์จะไม่ทำในสิ่งที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้ เช่น ไม่เจาะคอ หรือไม่ปั๊มหัวใจ ถ้าหัวใจหยุดเต้นเพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่มีประโยชน์ แต่ ถ้าผู้ป่วยทรมาน แพทย์ยังคงดูแลประคับประคอง เช่น ให้ออกซิเจน ให้ยาบรรเทา

อาการเพื่อลดความเจ็บปวดได้ (Thai National Health, 1997: page 1) สภาพจิตใจของผู้ป่วยในระยะท้ายแบ่งได้ 4 กลุ่ม คือ กลุ่มพร้อมตายที่รู้ตัวว่าเจ็บป่วยไม่มีทางรักษา ทำใจยอมรับ ความตายได้ โดยที่ไม่ห่วงกังวลสิ่งใด สามารถที่จะร่วมมือในการเตรียมการตายดี กลุ่มยังไม่พร้อมตาย แม้รู้ว่าป่วยหนักรักษาไม่ได้แต่ยังมีความกลัว ห่วงกังวลในเรื่อง

ต่างๆเช่น ห่วงลูก กลุ่มนี้จะอยู่ในความทุกข์และเศร้าโศก กลุ่มอยากตาย อาจเพราะต้องการหนีทุกข์รู้สึกตัวเองไร้ค่าและเป็นการระของผู้อื่น กลุ่มกลัวตาย ความรู้สึกกลัวตายมีอยู่ในทุกกลุ่ม เพราะไม่มีใครรู้แน่ชัดว่าเมื่อกำลังจะตายนั้นจะเป็นอย่างไร ตายแล้วไปไหน (Issaracharnvanich, 2021)

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) รูปแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 1 ปี

## ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ในชุมชนของพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลธัญบุรี กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เลือกวิธีกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูลหลักเป็น 3 กลุ่มคือ 1) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีเกณฑ์คัดเลือก (inclusion criteria) คือ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 6 คน คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องการดูแลในระยะท้าย มีอายุตั้งแต่ 18 ปี บริบูรณ์ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

อื่นใด เช่น ไตวายเรื้อรัง ตับวายเรื้อรัง เป็นต้น 2) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย มีวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบันทั้งนี้เป็นผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย รวมจำนวน 6 คน 3) บุคลากรทางสุขภาพ มีวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยต้องเป็นบุคลากรทางการแพทย์ใน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เกษีกรที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งมาก่อน และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลธัญบุรีเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 4 เดือน รวมจำนวน 6 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามเชิงลึกจากพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เกษีกรในสังกัดของ รพ.ธัญบุรี แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และผู้ดูแลหลัก โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น นำไปทดลองใช้กับบุคลากรใน รพ.อื่น และเชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้าน Palliative care พัฒนาแบบสอบถามจนสามารถนำไปใช้ได้ ตัวอย่างข้อคำถามสำหรับผู้ป่วย (เฉพาะรายที่ให้ข้อมูลได้) เช่น “ท่านมีความไม่สบายทางด้านร่างกายในช่วงระยะเวลานี้ อย่างไร ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขี้ถ่ายไม่เป็นปกติตามเวลา หายใจไม่สะดวก หงุดหงิด กระสับกระส่าย อาการปวด ไม่สบายตามร่างกาย และ/หรืออาการทุกข์ทรมานอื่นใดทั้งทางกาย ใจ อารมณ์ของผู้ป่วย เป็นต้น” ข้อคำถามสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น “ท่านเคยพบเห็นวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการทรุดลง ของญาติ

หรือไม่ อย่างไร โดยเฉพาะการจัดการการดูแลกับผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ ได้แก่ เมื่อผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรง นอนหลับเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารน้อยลง” และข้อคำถามสำหรับผู้ดูแลหลัก ได้แก่ “ท่านรู้สึกอย่างไรขณะให้การดูแลผู้ป่วย พอใจหรือไม่พอใจ โกรธ เบื่อหน่าย ฯลฯ” เป็นต้น

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี แนวคิดต่างๆ ที่ใช้ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างแบบสอบถามที่มีข้อคำถาม (Item) สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition) และหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จากนั้นนำเครื่องมือ ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแก้ไขปรับปรุง

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย พุศจิกายน 2563 – พุศจิกายน 2564 การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบเชิงคุณภาพ นักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยตนเอง ตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง พร้อมด้วยการจดบันทึกและการบันทึกเทปเสียง โดยได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และผู้ดูแลหลักหรือญาติของผู้ป่วย โดยมีการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ค่ามัธยฐานเลขคณิต (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ซึ่งผู้วิจัยอ่านข้อมูลซ้ำหลายครั้ง นำคำสำคัญ (key words) มาแบ่งเป็นประเภทต่างๆ (Theme) แล้วเรียบเรียงเพื่อ

## ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 50 นักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 33.33 และเภสัชกร ร้อยละ 16.67 กลุ่มผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นญาติ ร้อยละ 50 รองลงมาเป็นบุตร ร้อยละ 33.33 กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 50 มะเร็งในระบบสืบพันธุ์สตรี ร้อยละ 33.33 และร้อยละ 16.67 เป็นมะเร็งในระบบทางเดินหายใจ

ผู้ป่วยมะเร็ง มีอายุสูงสุด 78 ปี อายุต่ำสุด 63 ปี อายุเฉลี่ย 69.83 และจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา - ระดับมัธยมศึกษา มีระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale for adult Suandok) มากกว่า 80 คะแนน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 ระดับคะแนนเท่ากับ 60 - 79 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ทั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนน้อยกว่า 60

กลุ่มผู้ดูแลหลัก มีอายุสูงสุด 70 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี อายุเฉลี่ย 50.83 ปี และจบการศึกษาในระดับ ประถมศึกษา - ระดับปริญญาตรี กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ อายุต่ำสุด 29 ปี อายุสูงสุด

ในการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล การขอคำยินยอม เข้าร่วมการวิจัย (consent form) โดยทุกกระบวนการคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลหลักในทุกกลุ่ม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-40 นาที การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการทบทวนวิจัย จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย หนังสืออนุมัติเลขที่ SN2563-26

นำมาหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์และข้อสรุป ยืนยันความถูกต้อง ความสอดคล้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เช่น การเก็บข้อมูลที่มีความแตกต่างกันตามช่วงเวลา ต่างสถานที่ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักช่วยตรวจสอบข้อมูลและความถูกต้อง

42 ปี อายุเฉลี่ย 34.67 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ข้อมูลแบ่งเป็น 4 ประเด็น โดยผู้ป่วย (Patients: P) ผู้ดูแลหลัก (Families: F) บุคลากรทางการแพทย์ (Health Profession: HP) ดังนี้

### 1. ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือดูแลในกิจกรรมประจำวันทางด้านร่างกายและการบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ เป็นอย่างดี

ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ญาติ บุตรและเพื่อนข้างบ้าน เมื่อเกิดภาวะทรุดหนัก และมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อรักษาต่อ เช่น โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี เป็นต้น

“เคยล้ม หน้ามืด ตกเตียง เพื่อนบ้านก็มาช่วย.... ได้ยืนกัน บ้านใกล้ๆกัน” P1

“ตอนนั้นที่เค้าล้มลง เข้ามาช่วยกันอุ้ม บางทีถ้าเค้าไม่สบาย หนาวอะไรอย่างนี้ เข้ามาช่วยต้มน้ำร้อน” F1 “..ต่างคนต่างทำงาน เว้นแต่เหตุฉุกเฉิน ถึงโทรเรียกกันมา” F3 “เวลาแผนอาการทรุดหนัก กลัวจะนอนต่อไป ก็โทรเรียกลูกให้มาช่วยพาไปส่งโรงพยาบาล” F4

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ บางคนใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินและมีอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวระหว่างการขับถ่าย

“เคลื่อนไหวได้บ้าง มีสุขาเคลื่อนที่” P1 “..เดินไกลไม่ได้ เหมือนขาไม่มีแรง” P5 “กิจกรรมทำได้.. ไม่ต้องออกแรงมาก” P4-6 “...ใช้สามขาเดินแค่ในบ้าน..หน้าบ้าน เดินออกไปไกล ๆ ไม่ได้..” P2 “..ไม่เหนื่อย ไม่ต้องออกแรง มีแค่บางครั้งก็เดินไกล ๆ จะเหนื่อย... ..ปวดทั้งตัวเลย มันไม่ไหว..” P2

“รู้สึกตัวดี ...ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง” P2 “ความไม่สุขสบายทางด้านการกายที่เกิดขึ้นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค และการรักษา ไม่ว่าจะจากการได้รับยาเคมีบำบัด หรือการฉายแสง

“ไม่ค่อยสบายหรือหาคะ พอให้ยาแล้วร่างกายเราก็แย่” “..ต้องใส่แพมเพิร์ส กระปรีกระปรอยเลยต้องใส่” P1 “ลั้นเป็นผ้า..มือ เท้า ขา ยกแก้วน้าลำบาก มือเดียวไม่ได้” P1

“..น้ำหนักแปดสิบกว่า ลดฮวบเลย เหลือห้าสิบ มันกินอะไรไม่ได้ นอนไม่หลับ กินไม่ได้เป็นเดือนๆ” P1 “ไม่สุขสบายที่ขา ขาเดินไม่สะดวก..” ..เมื่ออาหารน้ำหนักลด 12-13 โล ในสองสามเดือน ตั้งแต่เริ่มเป็นนั่นแหละ...เข้าก็ปวด ตั้งแต่เข้าลงไป..ชา” P2

“คนเราอยู่ที่กำลังใจ ผมไม่ร่วง สีครึ่ง ครึ่งที่ห้า แรงนะ..คือครั้งสุดท้ายนี้ไม่ไหว.... ข้างกินไม่ได้ ทั้งอวก แล้วก็เวียนหัว..นอนกินนอนไม่ได้ ปวดไปหมดทั้งตัว หมดหมด อาเจียน..” F2 “..ดูเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง วันๆ นอน ลูกไม่ขึ้น” F3

## 2) ผู้ป่วยและครอบครัวยังคงต้องการการเอาใจใส่จากสังคมและบุคลากรทางการแพทย์

ผู้ป่วยบางคนมีกำลังใจว่าตนมีโอกาที่จะมีอาการดีขึ้นได้แม้เพียงเล็กน้อย เนื่องจากเป็นเพราะได้รับการรักษาและปฏิบัติตนเป็นอย่างดีตามที่แพทย์แนะนำ แต่บางคนก็มีความกลัวว่าอาการของโรคจะรุนแรง หรือมีการลุกลามเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากระบบเครือข่ายและเพื่อนบ้านที่อยู่ในชุมชน แต่ผู้ดูแลหลักยังคงมีความรู้สึกท้อถอยและเหนื่อยล้า อีกทั้งขาด

แหล่งช่วยเหลือเนื่องจากต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน

“ฮึดสู้ ทำให้ดี อยู่ในแต่ละวันให้ดีกว่าก็พอ” P5-6 “ยอมรับว่าเหนื่อยอยู่บ้าง ช่วงที่อาการแพ้แล้วทรุดลง รู้สึกท้อ แต่ก็อดทนผ่านไปได้” F5 “มีบ้างที่เราเหนื่อยและรู้สึกกังวล เป็นพัก ๆ แล้วแต่อาการเค้าจะเป็นไปแบบไหน แต่ก็อดทน และสู้” F3, F6

“ส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัวและอีกกลุ่ม ที่พบเจอบ่อย คือ คนสนิทที่ไม่ใช่ญาติ” HP1 “เดินผ่านมาก็ทักทายกัน ดีใจ เพื่อนบ้านเอาใจใส่” P1 “กับลูก รู้สึกดี ดีใจมากที่ลูกมาดูแล” P5-6 “ค่ะ ได้อาศัยเพื่อนบ้าน ได้อาศัยลูก ดูแลหยิบยื่นหยิบนี้ อาศัยช่วยเหลือกันได้” P1 “ลูกทำงานบริษัททั่วไป ลูกคนกลางออกค่าใช้จ่ายให้ ไม่มีขัดสน ไม่มีเงินออม อยู่กับลูกหมดเลย” ค่าน้ำค่าไฟลูกก็เป็นคนออก ก็.. พอบ้าง ไม่พอบ้าง” P1

“...ลูกคนกลางออกค่าใช้จ่ายให้ ไม่มีขัดสน แต่ก็ไม่มีเงินออม อยู่กับลูกหมดเลย..ค่าน้ำค่าไฟลูกก็เป็นคนออก ก็.. พอบ้าง ไม่พอบ้าง” F1 “มีประกันชีวิตของ ชสมก.” F1 “มีแต่ ประกันของลูก ..ประกันของแม่ ไม่มี แม่ไม่มีอะไร ลูกเป็นกำลังใจให้แม่ตลอด..เค้าโตแล้ว เค้ามีครอบครัวกันหมดแล้ว ประกันสังคม ลูกคนเล็ก... มีเงินออมเงินเก็บให้ลูก เงินพอใช้ ลูกออกหมด..ค่าน้ำ ลูกสาว ค่าไฟ ลูกชายออก ค่าบ้าน ลูกช่วยติดแอร์ในห้องนอน” F2

“...เวลาเราอยากกินอะไร เค้าหามาให้.. เพื่อนบ้านคนที่สนิท เค้ามีโทรศัพท์บอกกัน เป็นอะไรอย่างเนี่ย ผาได้ทุกคน เพื่อนบ้านเป็นแบบนี้ บ้าคำ เพื่อนบ้าน บอกเค้าได้หมด ไม่ต้องแก้ไขอะไร ช่วยเราดี” P2

“ที่พึ่งของผมหรือครับ ตอนนี้ก็คงเป็นเมียกับลูก ๆ เมียเค้าก็คงไม่ได้ห่วงอะไรผมหรืออายุก็เยอะ ๆ กันแล้ว ส่วนลูก ๆ ก็ไปมีครอบครัวของตัวเอง ดูหลาน ๆ นาน ๆ ที่ถึงจะได้เจอกันงานเค้ายุ่ง โทรหากันบ้าง ไม่ได้บ่อย ถ้าไม่มีงานอะไร ก็ไม่ได้คุย เวลาว่างหรือความจำเป็นเร่งด่วน ถึงจะโทร” P3 “สวดมนต์มีบ้าง เราอาศัยผลบุญที่ทามา ก็คงไปสบาย” P5 “ที่พึ่งทางใจ นับถือพุทธ ก็ไหวพระ สวดมนต์ก่อนนอน” P6

“..ไม่ยอมให้แม่เป็นอะไร..แม่ต้องอยู่กับหนูนาน ๆ” น้ำตาซึม F2 “ไม่ท้อแท้ ให้สู้” F5-6 “..ไม่มีอาการหงุดหงิด..ไม่ค่อยพูด กลับจากทำงาน

เข้าบ้าน อยู่กับแม่ แทนจะไม่รู้จักกับใคร อยู่กับงาน เข้าบ้าน..” F2 “ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพด้านสังคม เนื่องจาก ขาดแหล่งช่วยเหลือ เมื่อต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย” N1

### 3) บุคลากรทางการแพทย์ดูแลผู้ป่วยตามบทบาทและหน้าที่ของตนอย่างเป็นองค์รวม

บุคลากรทางการแพทย์ช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทและหน้าที่ที่ได้รับเป็นปกติ ซึ่งมีความครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

“ตามทีมเยี่ยมบ้านเข้าไปค่ะ เข้าไปช่วยกันดูแล สอบถามภาวะสุขภาพของคนที่ใช้ การช่วยเหลือตัวเอง และการให้กำลังใจในการดำรงชีวิต” HP5 “ส่วนใหญ่ก็จะทำตามบทบาทหน้าที่ของเรา เข้าไปดูแลเรื่องการบรรเทาความเจ็บปวดให้กับเคส ในแต่ละราย เข้าไปพร้อมหมอครอบครัว แพมเมท” HP6

“...เคยอบรม Palliative care และ ICN เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยฯ ปี 2560 ในหน่วยงานใช้รูปแบบการประเมิน PPS Scale และ ESAS ประเมิน 5 ข้อหลัก คือ 1-ความสามารถในการเคลื่อนไหว 2-กิจกรรมและความรุนแรงของโรค 3-การดูแลตนเอง 4-การกินอาหาร 5-ความรู้สึกตัว” HP1 “..เข้าไปกับทีม เข้าไปดูแล ให้คำแนะนำและช่วยเหลือเคสในส่วนที่เป็นการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือทางด้านสังคม ญาติ และผู้ดูแล หากคนไข้มีปัญหาอะไร เราก็ประสานงานและช่วยเหลือ” HP2-4

### 4) ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยและความตายของตนเองพร้อมกับการแสดงเจตนาครั้งสุดท้ายด้วยวาจา

ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความตายหรือการเสียชีวิต มองว่าความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่ทุกคนจะต้องมี และยอมรับสภาพความเป็นจริงและการดำเนินไปของโรคได้ ถึงแม้ไม่มีการทำพินัยกรรมชีวิตแบบเป็นลายลักษณ์อักษร แต่ได้เคยพูดคุยกับครอบครัวและไม่ห่วงกังวลในเรื่องทรัพย์สินเงินทองแต่อย่างใด

“เชื่อว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เบ็ดเผยได้ ค่อยได้ .....มันตามสภาพเลย ตามเหตุการณ์.....แต่เราไม่รู้ว่าจะโรคในตัวเขา จะมีผลอะไรกับตัวเขา” F1

“ก็อยู่ไป..ตอนนี้อายุก็มากแล้ว เจ็ดสิบกว่า คงไม่คิดทำอะไร” “ไม่มีความเชื่ออะไร” P3 “ไม่เคยทำพินัยกรรมชีวิต... ไม่เคยรู้จัก” P1, P3

การแสดงเจตนาของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ขอเพียงการได้ดำรงชีวิตแบบเป็นปกติ ไม่ได้คาดหวังในทรัพย์สิน มรดก และคนในครอบครัวจะเป็นผู้จัดการในส่วนนี้ ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมเรื่องการเตรียมความพร้อมในช่วงบั้นปลายของชีวิต จะมีการกล่าวกับผู้ป่วย แต่ยังมีบุคลากรบางกลุ่มที่ไม่มั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วย เนื่องจากเป็นเรื่องที่ค่อนข้างอ่อนไหว

“ทรัพย์สินไม่มีอะไร...ไม่มีใครอยากได้ ถ้าเป็นคนที่ดีแล จะได้ก็เป็นคนกลาง” P1 “จิตใต้สำนึกมันมีอยู่ ถ้าเราตายไป เอาให้คนนั้นเท่าไร ยิ่งงัย ไม่มี... เป็นพ่อเป็นแม่ เค้าจะไม่พูดถึง ไม่มีอะไรมาก ทรัพย์สินไม่มีอะไร” P2 “ถ้าลูกอยู่ในความรัก ความรัก ผิดชอบ รักแม่ เค้าจะไม่คำนึงถึงว่าใครจะได้อะไรอย่างงั้นอย่างงี้แล้วแต่ลูกจะไปตกลงกันเอง นอกจากคนที่รวย” P2 “ไม่มีอะไรต้องห่วงนะ...เงินทองเราก็ไม่ได้มีอะไรมากมาย..หนี้ไม่มี ก็พอใจแล้ว” P5 “ทรัพย์สิน ลูกๆ คงจัดการกันได้ ...ไม่มีอะไรจะเสีย ไม่ได้คาดหวังอะไร” P6 “..แต่มาขนาดนี้แล้ว ผมก็ไม่ได้อะไร ชีวิตมีหนี้เดียว เกิดหนี้เดียว ตายหนี้เดียว” P3

“ยังไม่เคยพูดกับคนไข้ตรง ๆ นะ บางครั้งก็ไม่มั่นใจที่จะพูดคุย หรือสื่อสารกับคนไข้และญาติ เข้าใจว่าเรื่องความตายค่อนข้างพูดยาก และต้องเข้าถึง เข้าใจจริง ๆ” HP5 “เคยพูดถึงการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายในการดูแลรักษาในช่วงบั้นปลายชีวิต เคยทำ...ด้วยระบบ การทำ family meeting กับ ผู้ป่วย / ครอบครัว เพื่อให้ได้ advance care plan” N1 “...เคยทำในกรณีที่เป็น case ยังไม่ได้เข้าระบบการดูแลแบบ PC และเข้าระบบแล้ว” HP1

## การอภิปรายผล

ผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิตได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ญาติ พี่น้อง ช่างบ้าน และบุตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Ritchie, and Leff, 2018) ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจะนำโรงพยาบาลสถานพยาบาลที่เป็นต้นสังกัด โดยเฉพาะโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพื่อให้การรักษาต่อ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่มีอาการแทรกซ้อน ช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ผู้ป่วยบางคนต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือในการเดินและ/หรือการขับถ่าย เช่น สามขา วอร์คเกอร์ และรถนั่งระหว่างการขับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษา ที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดหรือการฉายแสง (Hagmann, Cramer, Kestenbaum, Durazo, Downey, and Russell, 2018) สภาพจิตใจโดยทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล ยอมรับความเจ็บป่วยและความตายได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผ่านพ้นช่วงระยะวิกฤติมาเป็นเวลาหนึ่งแล้ว แต่มีบางคนยังคงให้กำลังใจกับตนเองเพื่อจะมีโอกาสที่จะดีขึ้นหากปฏิบัติตนเป็นอย่างดี และทำตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ในขณะที่บางคนก็มีความกลัวว่าอาการของโรคจะรุนแรง หรือมีการลุกลามเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแล มีความรู้สึกหวั่นใจ ท้อถอยและเหนื่อยล้า หากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ก็จะมีความรู้สึกสบายใจและมีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้น ควรใส่ใจกับครอบครัวและผู้ดูแลหลักที่มีความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ด้วย (Wittenberg, Reb, and Kanter, 2018) ผู้ป่วยบางคนขาดแหล่งช่วยเหลือ รับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน อย่างไรก็ตาม ญาติให้การช่วยเหลือและสนับสนุนเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาล รวมถึงค่าสาธารณูปโภค (Huisman, Geijteman, Dees, Schonewille, Wieles, and Zuylen, 2018)

การทำพินัยกรรมชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ไม่รู้จัก ไม่มีการปฏิบัติ และไม่มีการเตรียมความพร้อม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยระบุว่าควรมีการพูดคุยเกี่ยวกับ

ความตาย การบริจาคอวัยวะและการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตจริง ๆ ถึงแม้ผู้ป่วยมองว่าความตายเป็นเรื่องปกติ ส่วนทรัพย์สินมรดก ญาติ บุตรหลาน เป็นผู้ดูแล แต่การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงเจตนาในช่วงบั้นปลายของชีวิต คือ การได้ดำรงชีวิตแบบเป็นปกติ ไม่มีห่วงในเรื่องทรัพย์สิน มรดก นั้น อาจไม่เพียงพอบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมเรื่องการเตรียมความพร้อมในช่วงบั้นปลายของชีวิต จะมีการกล่าวถึงในส่วนนี้กับผู้ป่วย แต่ยังมีบุคลากรบางกลุ่มที่ยังไม่มั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วย เนื่องจากเป็นเรื่องที่ค่อนข้างอ่อนไหว และการใช้คำพูด ต้องระมัดระวังเป็นอย่างมาก (National Institute of Aging, 2021) ดังนั้นควรจัดให้มีการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) หรือมีอาการไม่สุขสบายที่ไม่สามารถจัดการอาการที่บ้านได้ และผู้ป่วยประคับประคองและระยะท้ายที่ครอบครัวสามารถดูแลได้ดี (Teerapon S., et al., 2022)

บุคลากรทางการแพทย์ช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทและหน้าที่ที่ได้รับเป็นปกติ ซึ่งมีความครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Huisman, Geijteman, Dees, Schonewille, Wieles, and Zuylen, 2018) เกสเซอร์ดูแลเรื่องการใช้ยา นักวิชาการสาธารณสุขให้การดูแลส่งเสริมป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว โดยเข้าไปให้กำลังใจ ติดตามเยี่ยมบ้าน แต่ไม่กล่าวถึงการให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วยในระยะนี้ อาจเป็นเพราะว่าตามบทบาทวิชาชีพพยาบาลไม่มีอำนาจในการให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับในต่างประเทศที่ให้บริการอิสระแก่พยาบาลวิชาชีพในการประเมินและให้ยาบรรเทาปวดบางชนิด (Huisman, Geijteman, Dees, Schonewille, Wieles, and Zuylen, 2018) อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยุควิถีชีวิตใหม่ยังคงต้องการทีมของบุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้มาร่วมประชุมกันเพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และในชุมชน หรืออาจมีการใช้ระบบทางไกล (Telemedicine) การส่งต่อการดูแลจากโรงพยาบาลไปยังที่บ้าน การจัดส่งยาผ่านระบบเยี่ยมบ้านหรือไปรษณีย์ การส่งต่อข้อมูล

ครบถ้วน การให้การดูแลตามแผนการรักษาและ  
เพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และ  
ผู้ดูแลในชุมชน มีระบบปรึกษาเฉพาะ เพื่อ  
เสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้ายแบบองค์รวม  
ด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ (Teerapon S., et

al., 2022) นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยให้ครบ  
องค์รวมแต่ควรต้องมีความเหมาะสม สามารถ  
เข้าถึงได้ มีความยั่งยืนและมีคุณภาพมากที่สุด  
เท่าที่จะกระทำได้ (Schroeder and Lorenz, 2018)

### ข้อเสนอแนะ

บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะ แพทย์  
พยาบาล เกสเซอร์ นักกายภาพบำบัด ควรศึกษา  
เพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต (Living  
Will) การแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิต  
การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย การ  
เตรียมความพร้อมด้านทรัพย์สินและหลักประกัน

ชีวิต และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ  
ประคับประคองในโรงพยาบาลประจำอำเภอ  
พร้อมกับสนับสนุนให้เกิดนโยบาย ตลอดจนการ  
ปรับระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน หรือ  
การดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิต่อไป

## References

- Boonchalermvipas S. Thai Living will; 1997 [cited 2020 12 September]. Available from:  
<https://www.thailivingwill.in.th/content/...> (in Thai)
- Hagmann C, Cramer A, Kestenbaum A, Durazo C, Downey A, Russell M, et al. Evidence-based Palliative Care Approaches to Non-pain Physical Symptom Management in Cancer Patients. *Seminars in oncology nursing*. 2018;34(3):227-40.
- Huisman BAA, Geijteman ECT, Dees MK, Schonewille NN, Wieles M, van Zuylen L, et al. Role of nurses in medication management at the end of life: a qualitative interview study. *BMC palliative care*. 2020;19(1):68.
- Issaracharnvanich S. Good Death, Advanced Care Planning; 2021 [cited 2021 29 June]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/palliative/sites/default/files/public/...pdf>. (in Thai)
- Jiamjarasangsri W. Literature Review of Chronic Care Model: CCM; 2021 [cited 2021 31 July]. Available from:  
<http://164.115.27.97/digital/files/original/e6ab5e5675cf390aabd602f459896f32.pdf>. (in Thai)
- Nagaviroj K. Principle of Palliative Care. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University; 2021 [cited 2021 20 July]. Available from:  
<https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative1th>. (in Thai)
- National Institute of Aging. End of Life: Providing Care and Comfort at the End of Life: U.S. Department of Health and Human Services; 2021 [cited 2021 20 May]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/providing-comfort-end-life#what>.
- Palang C, Nunuan P. Social Support and Adaptation of Cancer Patients Receiving Services at the National Cancer Institute: Case Study Research. *Thai Cancer Journal*. 2020;40(2):62-74. (in Thai)
- Ritchie CS, Leff B. Population Health and Tailored Medical Care in the Home: the Roles of Home-Based Primary Care and Home-Based Palliative Care. *Journal of pain and symptom management*. 2018;55(3):1041-6.
- Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the Future of Palliative Care. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018;5(1):4-8.
- Tasprasit, T, Phimdee, P, Mongkolchai, S, Jullapan, P, and Puttatum, Y. (2020). The Development of the Palliative Care System for End of Life Patients at Udonthani Hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*; 2021 [cited 2021 31 July]. Available from: [www.http://Admin/Downloads/9822-Article%20Text-20619-1-10-20130702.pdf](http://Admin/Downloads/9822-Article%20Text-20619-1-10-20130702.pdf). (in Thai)

- Teerapon S., et al. (2022). Manual of Caring Palliative Patients; for medical professional personnel. [cited 2023 26 October]. Available from [www.dms.go.th/backend//Content/Content\\_File/Practice\\_guidelines/Attach/25640114130713PM\\_aw%20%...pdf](http://www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25640114130713PM_aw%20%...pdf) (in Thai)
- Thai National health. Living WillB.E. 2550; 1997 [cited 2021 31 July]. Available from: <https://www.thailivingwill.in.th/content/%>. (in Thai)
- Thai National Health. Living WillB.E. 2561; 2018 [cited 2023 25 October]. Available from: [https://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/Palliative%20Care\\_Edited\\_16102018\\_Rev2.pdf](https://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/Palliative%20Care_Edited_16102018_Rev2.pdf). (in Thai)
- Wittenberg E, Reb A, Kanter E. Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum. Seminars in oncology nursing. 2018;34(3):264-73.
- World Health Organization. Carcinoma; 2021 [cited 2021 29 June]. Available from: [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer). (in Thai)
- Yodmongkol P. Manual for People; Palliative Care; 2013. Pimdee Co.Ltd. Nonthaburi. (in Thai)

ความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ไปใช้:  
กรณีศึกษาการท่องเที่ยวโดยชุมชน เขตพัฒนาการท่องเที่ยวอันดามัน  
Feasibility to Implementation of Strategic Health Impact Assessment Model:  
A Case Study of Community Based-Tourism  
of Andaman Tourism Development Areas

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: June 10, 2023

Revised: Sep.9, 2023

Accepted: Oct. 25, 2023

Published: Nov.3, 2023

ประวิช ขุนนิคม<sup>1\*</sup> อุมพร มูณีแนม<sup>1</sup> และเพ็ญ สุขมาก<sup>2</sup>

<sup>1</sup>คณะกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

<sup>2</sup>สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

Prawit Khunnikom<sup>1\*</sup> Umaporn Muneenam <sup>1</sup>and Phen Sukmag<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Prince of Songkla University, Faculty of Environmental Management, Songkhla Province, Thailand

<sup>2</sup>Prince of Songkla University, Public Policy Institute, Songkhla Province, Thailand

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ไปใช้ กรณีศึกษาการท่องเที่ยวโดยชุมชน เขตพัฒนาการท่องเที่ยวอันดามัน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพในรูปพหุกรณีศึกษา 2 ขั้นตอนหลัก คือ 1) ดำเนินการโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม/ออนไลน์ ในประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน และผู้ประกอบการท่องเที่ยวโดยชุมชน ในชุมชนบ้านสามช่องเหนือ บ้านหัวควน บ้านนาตีน บ่อหินฟาร์มสเตย์ และบ้านบ่อเจ็ดลูก จำนวน 10 คน และ 2) ดำเนินการโดยใช้วิธีการประชุมกลุ่ม/ออนไลน์ในคณะกรรมการพัฒนาการท่องเที่ยว เขตพัฒนาการท่องเที่ยวอันดามัน จำนวน 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และเชิงบรรยาย ผลการศึกษาพบว่า ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ด้านสภาวะแวดล้อมคือ การนำไปใช้ต้องตอบสนองต่อเป้าหมายของการดำเนินการร่วมกัน ทั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป 2) ด้านปัจจัยเบื้องต้น ประกอบด้วย 1. ผู้รับผิดชอบหน้าที่ที่ดำเนินการ และ 2. นักปฏิบัติการในพื้นที่ที่มีประสบการณ์ 3) ด้านกระบวนการ จำเป็นต้องใช้ 1. พื้นที่เป็นฐาน 2. ความร่วมมือในการสร้างความเข้าใจจากหลายๆ ฝ่ายร่วมกัน 3. การออกแบบการประเมินที่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริง 4. การสั่งการ หรือกำหนดจากส่วนกลาง และ 5. ความสอดคล้องกับงบประมาณและทรัพยากรที่มี และ 4) ด้านผลผลิต จะต้องสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

**คำสำคัญ:** ความเป็นไปได้, รูปแบบ, การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ, การท่องเที่ยวโดยชุมชน

**Corresponding:** ประวิช ขุนนิคม E-mail: kunnikom@gmail.com

## Abstract

This study aimed to study the feasibility implementation of the Strategic Health Impact Assessment (SHIA) on Community-Based Tourism (CBT) for a case study of Andaman Tourism Development Areas. This qualitative research with multiple case studies consisting of two main steps: 1) conducted by group and online discussion with 10 stakeholders directly related to the operation of CBT, including people who are living in the community and CBT operators in *Ban Sam Chong Nuea*, *Ban Hua Kuan*, *Ban Na Teen*, *Bo Hin Farm Stay* and *Ban Bo Jed Luk*, and 2) conducted by using group and online meetings among 20 representatives of agencies, namely the Tourism Development Committee at Andaman Tourism Development Area. Data were verified by a triangulation method, analyzed using content analysis and narrative analysis. The results revealed that the feasibility of the application consisted of four elements as follows: 1) The context factor was that the application must respond to the agreed goals, including the Sustainable Development Goals, and changing situations such as epidemics, or global warming, etc. 2) The input factors consist of 1. the entitle responsibility who will perform and 2. operators in the area with experience; 3) The process of SHIA factor is required: 1. area based; 2. collaboration to create understanding from many parties together; 3. assessment design that meets real needs; 4. centrally ordered or determined; and 5. compliance with budget and resources available; and 4) Productivity factor must be consistent with the empirical evidence that occurs accurately and up to date.

**Keywords:** Feasibility, Model, Health Impact Assessment, Community Based-Tourism

**Corresponding:** Prawit Khunnikom ; E-mail: kunnikom@gmail.com

## บทนำ

การท่องเที่ยวโดยชุมชน เป็นแนวคิดที่ให้ผู้ชมชนสามารถจัดการรูปแบบการท่องเที่ยวจากทุนที่ตนเองมี คำนึงถึงสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับของชุมชนและคนในชุมชน (Higgins-Desbiolles, 2020) สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ การเมืองการปกครอง และสิ่งแวดล้อม (Bennett, Kadfak & Dearden, 2016) ซึ่งชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างยุทธศาสตร์การจัดการนักท่องเที่ยว กำหนดลักษณะของกลุ่มนักท่องเที่ยว การจัดการสินค้า การขนส่งทาง การตลาด การจัดการสมดุลระหว่างความต้องการบริโภค และความสามารถในการผลิต (Weatherdon, Magnan, Rogers, Sumaila & Cheung, 2016) แนวคิดนี้จึงถูกกำหนดเป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในการพัฒนาการท่องเที่ยว ที่ไม่มุ่งเน้นเพียงการท่องเที่ยวกระแสหลัก หรือการท่องเที่ยวแบบมวลชนแบบเดิม (Koodsela, Dong & Sukpatch, 2019) และสร้างยุทธศาสตร์ที่เพิ่มระดับความมั่นใจของนักท่องเที่ยวเชิงคุณภาพ เปลี่ยนมุมมองของนานาชาติจากเดิมที่มองว่าประเทศไทยเป็นการท่องเที่ยวที่มุ่งขายทรัพยากรธรรมชาติ ดึงดูดนักท่องเที่ยว หาดทราย ทะเล และบริการทางเพศ มาหลายทศวรรษ (Sharafuddin, 2015) อย่างไรก็ตาม แม้การท่องเที่ยวโดยชุมชนจะให้ผลกระทบในเชิงบวกต่อชุมชนที่สะท้อนถึงความเป็นไปได้ของความยั่งยืน แต่ในทางตรงข้ามก็ยังสามารถทำให้เกิดผลกระทบทางลบได้เช่นกัน หากมีการจัดการ การดำเนินการไม่เหมาะสม และขาดประสิทธิภาพ (Lee & Jan, 2019) และส่งผลต่อความเสื่อมโทรมของทรัพยากรทางธรรมชาติและวัฒนธรรม (Bowers, 2016) ด้วยเหตุนี้การวางยุทธศาสตร์ การกำหนดวิสัยทัศน์ และการปรับปรุงภาพลักษณ์การท่องเที่ยวบนความรับผิดชอบร่วมกันต่อสังคมและระบบนิเวศที่มีจำกัด ระหว่างผู้ประกอบการและนักท่องเที่ยว โดยให้ชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community-Centred Tourism) จึงมีความสำคัญ ทั้งนี้เขตพัฒนาการท่องเที่ยวในพื้นที่ภาคใต้ฝั่งอันดามันเป็นฐานการท่องเที่ยวทางทะเลชั้นนำระดับโลก แต่จากวิกฤตการณ์แพร่ระบาดในวงกว้างทั่วโลกของโรคโควิด-19

2019 ซึ่งปัจจัยหนึ่งในการระบาดมาจากการเคลื่อนย้ายของประชาชนในประเทศเพื่อการท่องเที่ยว (Shi & Liu, 2020) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและภาคธุรกิจอื่นๆ ในหลายทวีปของโลก วิกฤตการณ์ดังกล่าวได้ส่งผลให้ภาคธุรกิจและบริการต่างๆ ต้องปิดตัวลง (Higgins-Desbiolles, 2020) แต่อย่างไรก็ตามการท่องเที่ยวโดยชุมชนยังสามารถดำเนินการจัดการท่องเที่ยวได้ แม้จะอยู่ภายใต้ข้อจำกัด (The Office of Strategy Management Southwest Andaman, 2016) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการกำหนดทิศทางการท่องเที่ยวแบบคู่ขนานที่จะทำให้การท่องเที่ยว ซึ่งจำเป็นต้องกลับมาฟื้นตัวให้เร็วที่สุดทันทีที่รัฐผ่อนคลายมาตรการจากผลกระทบของการท่องเที่ยวข้างต้น (Khunnikom, Muneenam & Sukmag, 2022) และจำเป็นต้องมีการค้นหาโอกาส การคาดการณ์ผลกระทบอย่างรอบด้าน ที่จะสามารถพัฒนาข้อเสนอทางเลือกเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์สู่การกำหนดมาตรการที่เหมาะสมได้

การประเมินผลกระทบทางสุขภาพ (Health Impact Assessment – HIA) เป็นเครื่องมือในการประเมินผลกระทบที่พิจารณาจากกรอบแนวคิดของปัจจัยกำหนดสุขภาพ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การดำเนินชีวิต และการเข้าถึงระบบบริการ (Dahlgren & Whitehead, 2007; Eikemo, Bambra, Huijts & Fitzgerald, 2017; Sohn, Stein, Wolpoff, Lindberg, Baum, McInnis-Simoncelli et al, 2018) ซึ่งสามารถดำเนินการประเมินได้ทั้งในระดับกิจกรรม จนถึงระดับยุทธศาสตร์ และนโยบาย ทั้งนี้เป้าหมายสูงสุดคือ การมีนโยบายสาธารณะที่คำนึงถึงสุขภาพของประชาชน (Kanchanachitra, Pothisita, Archavanijkul, Jamchan, Siriratmongkol, Thipsuk, et al, 2011) สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาตามวงจรของยุทธศาสตร์ และนโยบายสาธารณะได้เป็นอย่างดี อีกทั้ง ช่วยลดจุดอ่อนเพื่อให้ตอบสนองปัญหาสาธารณะ และความต้องการของประชาชนส่วนใหญ่ได้ (National Health Commission Office, 2017) ซึ่งหลักการของการพัฒนาเพื่อส่งเสริมสุขภาพในระดับนโยบายได้รับ

ความสนใจจากทั่วโลกตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 และเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินการ “ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policies: HiAP)” ซึ่งเป็นหลักการที่สอดคล้องกับการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ที่จำเป็นต้องอาศัยทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาสังคม และสุขภาพของประชาชน (Linzalone, Assennato, Ballarini, Cadum, Cirillo, Cori et al, 2014) แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ยังพบข้อจำกัดในเรื่องของ HIA เชิงปฏิบัติ (Practical Model) ของนักปฏิบัติการในการดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์ที่เหมาะสม (Harris-Roxas, Viliani, Bond, Cave, Divall, Furu et al, 2012) ทั้งนี้จากการศึกษาของ Khunnikom (2023) พบว่า รูปแบบ HIA ระดับยุทธศาสตร์มี 6 ขั้นตอนหลักคือ ขั้นตอนหลักที่ 1 การกลั่นกรอง ขั้นตอนหลักที่ 2 การกำหนดขอบเขตการศึกษาและแนวทางการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ขั้นตอนหลักที่ 3 การประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ ขั้นตอนหลักที่ 4 การทบทวนร่างรายงานการศึกษาและวิเคราะห์ผลกระทบด้านสุขภาพ ขั้นตอนหลักที่ 5 การผลักดันเข้าสู่กระบวนการตัดสินใจ และขั้นตอน

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับ

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ในรูปแบบการศึกษาค้นคว้า (Multi-Case Studies)

#### พื้นที่ศึกษา

การเลือกพื้นที่ศึกษาในครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากพื้นที่/ชุมชนที่มีการดำเนินการท่องเที่ยวโดยชุมชนในเขตพัฒนาการท่องเที่ยวอันดามัน 5 จังหวัดคือ จังหวัดภูเก็ต จังหวัดกระบี่ จังหวัดพังงา จังหวัดตรัง และจังหวัดสตูล ตามประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 132 ตอนที่ 22 ก เมื่อวันที่ 27 มีนาคม 2558 โดยเป็นพื้นที่ชุมชนต้นแบบในการขับเคลื่อนการพัฒนาศักยภาพการท่องเที่ยวโดยชุมชน ตามกลไกการทำงาน เพื่อนช่วยเพื่อนและพี่ช่วยน้อง ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

หลักที่ 6 การติดตามและประเมินผล ซึ่งขั้นตอนทั้ง 6 ขั้นตอนสามารถบูรณาการเข้ากับการประเมินผลกระทบอื่นๆ ได้ (Linzalone, Ballarini, Piccinelli, Viliani & Bianchi, 2018) อีกทั้ง การประเมินผลกระทบทางสุขภาพช่วยขยายมุมมองของมิติด้านสุขภาพให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น โดยใช้วิธีการประเมินเชิงคุณภาพร่วมกับการพิจารณาหลักฐานเชิงปริมาณ (The Institute of Public Health in Ireland, 2003) อย่างไรก็ตามแม้จะมีการนำไปใช้ในหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย (Thondoo, Rojas-Rueda, Gupta, de Vries & Nieuwenhuijsen, 2019) แต่การนำรูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพไปใช้ในระดับยุทธศาสตร์ ยังไม่มีการดำเนินการอย่างแพร่หลายในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ การดำเนินการพัฒนายุทธศาสตร์จากการท่องเที่ยวโดยชุมชนซึ่งเป็นทิศทางในการพัฒนาหลังจากการระบาดของโรคโควิด-19 จึงถือเป็นโอกาสที่จะทำให้เกิดการพัฒนา HIA เชิงปฏิบัติการระดับยุทธศาสตร์ จากความต้องการและความเป็นไปได้ที่เหมาะสมในการนำไปใช้จริงได้

ยุทธศาสตร์ไปใช้ กรณีศึกษาการท่องเที่ยวโดยชุมชน เขตพัฒนาการท่องเที่ยวอันดามัน

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนธันวาคม 2565 โดยมีรายละเอียดดังนี้

การบริหารจัดการแหล่งท่องเที่ยวโดยชุมชนขององค์การบริหารการพัฒนาพื้นที่พิเศษเพื่อการท่องเที่ยวอย่างยั่งยืน (องค์การมหาชน) ซึ่งมี 5 ด้าน คือ 1) ด้านการบริหารจัดการท่องเที่ยวโดยชุมชน 2) ด้านการจัดการเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตที่ดี 3) ด้านการอนุรักษ์และส่งเสริมมรดกทางวัฒนธรรมชุมชน 4) ด้านการจัดการทรัพยากรธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบและยั่งยืน และ 5) ด้านคุณภาพบริการการท่องเที่ยวโดยชุมชน สามารถกำหนดพื้นที่ศึกษาได้เป็น 5 ชุมชน ใน 5 จังหวัด คือ

1. ชุมชนบ้านสามช่องเหนือ ตำบลกะไหล อำเภอดงหลวง จังหวัดพิจิตร
2. ชุมชนบ้านหัวควน ตำบลกมลา อำเภอกะรุ จังหวัดภูเก็ต
3. ชุมชนบ้านนาตีน อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่

### ผู้ให้ข้อมูลหลัก

การกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้แนวทางของ Mayers (2005) (ตารางที่ 1) ดังนี้

**กลุ่มที่ 1) ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก** ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการท่องเที่ยวโดยชุมชน โดยตรง ได้ประโยชน์หรือเสียประโยชน์ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน และผู้ประกอบการท่องเที่ยวโดยชุมชน ในชุมชนบ้านสามช่องเหนือ บ้านหัวควน บ้านนาตีน บ่อหินพาร์มสเตย์ และบ้านบ่อเจ็ดลูก เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ชุมชนละ 2 คน รวมจำนวน 10 คน โดยกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักถูกเลือกด้วยวิธีการแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ (Criterion based selection) โดยมีคุณลักษณะ ดังนี้

1) มีส่วนเกี่ยวข้องกับการท่องเที่ยวชุมชนในบทบาทของเจ้าของกิจการ ผู้ดำเนินกิจกรรมการท่องเที่ยว หรือบทบาทของผู้ที่วางแผน แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการท่องเที่ยวให้กับชุมชน

2) เป็นผู้ร่วมกำหนดนโยบาย (Policy Maker) หรือมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินการท่องเที่ยวโดยชุมชน

3) เป็นผู้ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมการประเมินผลกระทบจากการท่องเที่ยวโดยชุมชน และร่วมพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการทำยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวโดยชุมชนเขตอันดามัน ซึ่งจัดโดยสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สนส.ม.อ.)

### เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ของ Khunnikom, (2023) ซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอน กระบวนการ เทคนิค และผลลัพธ์ และใช้แนวคำถามหลักซึ่งดัดแปลงจากการประเมินผลตามตัวแบบ CIPP Model ของ

4. ชุมชนบ่อหินพาร์มสเตย์ ตำบลบ่อหิน อำเภอลี้เกา จังหวัดตรัง

5. ชุมชนบ้านบ่อเจ็ดลูก ตำบลปากน้ำ อำเภอละมู จังหวัดสตูล

4) เป็นผู้ที่ผ่านการอบรมโครงการพัฒนาเครือข่ายนักประเมินผลงานสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการติดตามและประเมินผลโครงการในระดับพื้นที่โดยสถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สนส.ม.อ.)

5) เป็นประชาชน และ/หรือผู้ประกอบการที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนท่องเที่ยวเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

6) มีความสมัครใจที่จะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยในครั้งนี้

**กลุ่มที่ 2 หน่วยงานหรือองค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับระบบในระดับรอง** ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาการท่องเที่ยว ประจำเขตพัฒนาการท่องเที่ยวอันดามันประกอบด้วย หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด จำนวน 1 คน สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดจำนวน 1 คน ท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัดจำนวน 5 คน การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยจำนวน 5 คน หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดจำนวน 3 คน และหน่วยงานภาคเอกชน ได้แก่ หอการค้าจังหวัดจำนวน 3 คน สภาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวจังหวัดจำนวน 2 คน เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการประชุมกลุ่ม/ออนไลน์ จำนวน 20 คน

Stufflebeam (1971) ประกอบด้วย แนวคำถามเกี่ยวกับสถานะแวดล้อม ปัจจัยเบื้องต้น กระบวนการ และผลผลิต เพื่อค้นหาความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ไปใช้

**ตารางที่ 1** ผู้ให้ข้อมูลหลักจากการเก็บรวบรวมข้อมูล

| ผู้ให้ข้อมูล/รหัส                                                                                | วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล | วันที่ดำเนินการ<br>เก็บรวบรวมข้อมูล |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|
| <b>หลัก (n=10)</b>                                                                               |                         |                                     |
| บ้านสามช่องเหนือ/A01, A02                                                                        | การสนทนากลุ่ม/ออนไลน์   | 26 เมษายน 2565                      |
| บ้านห้วยควน/A03, A04                                                                             | การสนทนากลุ่ม/ออนไลน์   | 26 เมษายน 2565                      |
| บ้านนาตั้น/A05, A06                                                                              | การสนทนากลุ่ม/ออนไลน์   | 26 เมษายน 2565                      |
| บ่อหินพาริมสแตย์/A07, A08                                                                        | การสนทนากลุ่ม/ออนไลน์   | 26 เมษายน 2565                      |
| บ้านบ่อเจ็ดลูก/A09, A010                                                                         | การสนทนากลุ่ม/ออนไลน์   | 26 เมษายน 2565                      |
| <b>รอง (n=20)</b>                                                                                |                         |                                     |
| ผู้ว่าราชการจังหวัด จำนวน 1 คน/A011                                                              | การประชุมกลุ่ม/ออนไลน์  | 20 ธันวาคม 2565                     |
| สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม<br>จังหวัดจำนวน 1 คน/A012                                 | การประชุมกลุ่ม/ออนไลน์  | 20 ธันวาคม 2565                     |
| ท้องเที่ยวและกีฬาจังหวัดจำนวน 5 คน/A013,<br>A014, A015, A016, A017                               | การประชุมกลุ่ม/ออนไลน์  | 20 ธันวาคม 2565                     |
| การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยจำนวน 5 คน/A018,<br>A019, A020, A021, A022                             | การประชุมกลุ่ม/ออนไลน์  | 20 ธันวาคม 2565                     |
| หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้แก่<br>องค์การบริหารส่วนจังหวัดจำนวน 3 คน/A023,<br>A024, A025 | การประชุมกลุ่ม/ออนไลน์  | 20 ธันวาคม 2565                     |
| หอการค้าจังหวัดจำนวน 3 คน/A026, A027, A028                                                       | การประชุมกลุ่ม/ออนไลน์  | 20 ธันวาคม 2565                     |
| สภาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวจังหวัดจำนวน 2 คน/<br>A029, A030                                          | การประชุมกลุ่ม/ออนไลน์  | 20 ธันวาคม 2565                     |

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. การศึกษาเอกสาร ได้ศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลด้านวิชาการเพื่อพัฒนาจากแหล่งข้อมูล และสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ เช่น เอกสารทางวิชาการ วารสาร บทความต่างๆ ข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์

2. การสนทนากลุ่ม/ออนไลน์ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์ความคิดเห็นเบื้องต้น ความสอดคล้องของประเด็นเนื้อหาที่มีต่อรูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ที่ได้จากพื้นที่ ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มจำนวนทั้งสิ้น 3 ชั่วโมง

3. การประชุมกลุ่ม/ออนไลน์ในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มที่ 2 เพื่อทบทวน ความคิดเห็น และ ความสอดคล้องของประเด็นเนื้อหาที่มีต่อ

รูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ที่ได้จากพื้นที่ จำนวนทั้งสิ้น 5 ชั่วโมง

ทั้งนี้ ในการสนทนากลุ่ม/ออนไลน์ และการประชุมกลุ่ม/ออนไลน์จะดำเนินการโดยส่งหนังสือเชิญประชุมไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง และเริ่มด้วยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ระหว่างนั้นจะมีการบันทึกข้อมูล ภาพและเสียงร่วมด้วย

4. การสังเคราะห์ข้อมูล องค์ประกอบที่เป็นไปได้ในการดำเนินการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ จะถูกตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยวิธีการตรวจสอบสามเส้าในด้านข้อมูล (Data Triangulation) และวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methods Triangulation) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

(Content analysis) และเชิงบรรยาย (Narrative analysis)

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมด้านการ

## ผลการศึกษา

ลักษณะของการศึกษาความเป็นไปได้ในการดำเนินการ HIA ระดับยุทธศาสตร์จากการดำเนินการยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวโดยชุมชนของเขตพัฒนาการท่องเที่ยวอันดามันพบว่าสามารถอธิบายได้เป็น 4 องค์ประกอบ คือ 1) ด้านสถานะแวดล้อม 2) ด้านปัจจัยเบื้องต้น 3) ด้านกระบวนการ และ 4) ด้านผลลัพธ์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### 1. ด้านสถานะแวดล้อม

สถานะแวดล้อม ที่สามารถนำรูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ไปอิงตามวัตถุประสงค์ที่เกิดขึ้น วัตถุประสงค์ที่สอดคล้องกับ ความเป็นไปได้ของแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 2 ถึงขั้นตอนที่ 6 มีความสอดคล้องกับผลลัพธ์ของการดำเนินการแต่ละขั้นตอน อย่างไรก็ตาม ขั้นตอนของการกลั่นกรองพบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งหมดมีความเห็นพ้องกันว่า 1.การดำเนินการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ จำเป็นต้องบ่งชี้ความจำเป็นในการดำเนินการ ซึ่งเป้าหมายของการดำเนินการร่วมกัน คือเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และ 2. การให้ความสำคัญถึงมิติของข้อบ่งชี้ของการดำเนินการที่อาจจะส่งผลกระทบทางสุขภาพซึ่งมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น โรคระบาด หรือภาวะโลกร้อน เป็นต้น

### 2. ด้านปัจจัยเบื้องต้น

พบว่า องค์ประกอบของการมีผู้รับผิดชอบที่จะดำเนินการในยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวโดยชุมชน ซึ่งจากการประเมินปัจจัยด้านบุคลากรของรูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวโดยชุมชน ที่สอดคล้องกับความเป็นไปได้ จำเป็นต้องมีผู้รับผิดชอบที่จะดำเนินการในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง อาทิ องค์การบริหารพื้นที่พิเศษ (อพท.) ดังคำกล่าวที่ว่า

“บางทีก็ช่วยกันมากกว่าเราไม่มีอะไรต้องแย่งชิงกัน เราอยู่กระทรวงเดียวกันแล้วตอนนี้ แล้วต่าง

วิจัยทางสังคมและการวิจัยเชิงทดลองในมนุษย์ ของ สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (EC 01/65)

คนต่างช่วยเพราะว่า ทกจ. ก็ทำคนเดียวไม่ได้อยู่แล้วเพราะทำทุกด้าน เราไม่สามารถพัฒนาทุกด้านได้ อพท. เขาชัดเจนในการท่องเที่ยวโดยชุมชนอยู่แล้วเขามีความเชี่ยวชาญเพราะเขาทำด้านนี้ด้านเดียวเลยแต่พอสิ่งที่เขามา Implement ในพื้นที่นี้เขาก็ต้องมาขอความร่วมมือ มาช่วยกันกับทกจ. ที่อาจจะมิข้อมูล มีเครือข่าย มีคนในพื้นที่อยู่”(รหัส A013)

อีกทั้ง นักปฏิบัติในพื้นที่ซึ่งมีประสบการณ์และเป็นกุญแจสำคัญของการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์กล่าวว่า “จริงๆ แล้วในการกำหนดยุทธศาสตร์หรือว่าแผนงานต่างๆ เราควรจะเอาผู้ปฏิบัติเนี่ยแหละครับ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง หรือผู้มีส่วนได้เสียเนี่ยะมากกว่าฝ่ายนักวางแผนเน้อ ” (รหัส A07)

### 3. ด้านกระบวนการ

องค์ประกอบของกระบวนการในการนำรูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ควรใช้ 1. พื้นที่เป็นฐาน เพื่อให้ยุทธศาสตร์มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ และ 2. ความต้องการที่แท้จริง ดังคำกล่าวที่ว่า “การกำหนดยุทธศาสตร์การท่องเที่ยวในกลุ่มจังหวัด เขาไม่ได้ไปเชิญในกลุ่มของผู้ที่มีส่วนได้เสียโดยตรง เราจะมีที่จะวางแผนจากเอาตัวหน่วยงานเป็นตัวตั้งใช้ไหมครับ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นหน่วยงาน function ที่มีอยู่แล้วเนี่ยมาจัดทำยุทธศาสตร์แต่จริงๆ แล้วเนี่ยคนที่อยู่ปฏิบัติ อย่างเช่น ผู้ประกอบการท่องเที่ยวโดยชุมชนโดยตรง เราควรจะเชิญเข้ามา”(รหัส A05)

ทั้งนี้การนำเอารูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ระดับยุทธศาสตร์มาใช้ จำเป็นต้องมีองค์ประกอบที่ 3. การสั่งการ หรือกำหนดจากส่วนกลาง หรือท่องเที่ยวและกีฬา เพื่อให้เกิดการปฏิบัติทั่วทั้งองค์กร และชุมชน และ 4. ความสอดคล้องกับงบประมาณ และทรัพยากรที่มี ดังคำกล่าวที่ว่า

“แต่เอาจริงๆ นะทำตามวิสัยทัศน์บรรลุน้อยมากนี่ คือความเป็นจริงนะครับ คือตั้งวิสัยทัศน์มันตั้งง่าย ตั้งไม่ยากแต่ว่าการที่จะไปบรรลุวิสัยทัศน์มันมีกระบวนการ มันมีงบประมาณมีอะไรที่ต้อง support ในองค์กรประกอบก็มีขับเคลื่อนทั้งกลยุทธ์ แต่ละกลยุทธ์มาเพื่อ serve ยุทธศาสตร์แล้วไปจนถึงวิสัยทัศน์ซึ่งอันนี้เราต้องยอมรับว่าเรายังทำไม่ได้จริงเพราะว่างบประมาณที่จำกัดของภาครัฐด้วย แล้ววิสัยทัศน์ตั้งง่าย บางครั้งมันเป็นการตั้งตามภาพที่เราต้องการใจแต่การที่จะไปถึงจุดนั้นมันไม่ได้ง่าย” (รหัส A018)

รวมไปถึงรูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในการสร้างความเข้าใจจากหลายๆ ฝ่ายร่วมกันทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ความร่วมมือ ถึงเราได้รับงบประมาณแล้วแต่สมมุติ สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัด (ทกจ.) เป็นฝ่ายรับงบประมาณนี้ก็ทำอยู่คนเดียวไปขอความร่วมมือเอกชนมา joy กันเพื่อขับเคลื่อนแผนตรงนี้แต่เขาก็ไม่ได้สะดวกไม่ได้ร่วมกันไปทำชุมชนๆ ก็ไม่ได้ให้ความร่วมมือ มันก็แบก มันก็ทำได้แหละ แต่ไม่ success มันไม่ได้ impact นะครับ ความร่วมมือก็เป็นสิ่งสำคัญ” (รหัส A019)

วิธีการและเทคนิคของการประเมินผลกระทบทางสุขภาพมีความหลากหลาย ซึ่งทำให้การทำยุทธศาสตร์มีความชัดเจนยิ่งขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า

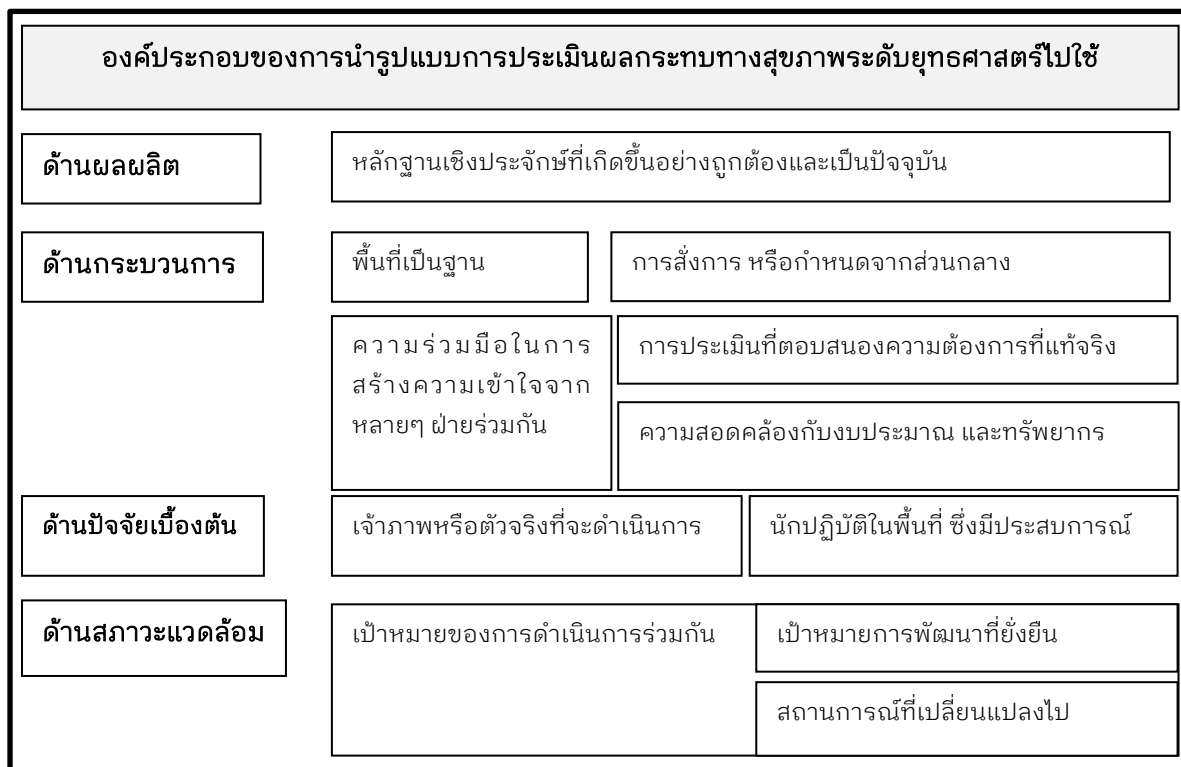
“เครื่องมือหลายๆ ตัวเข้ามาใช้ในการที่จะระดมความคิดเห็นนะครับ อย่างเช่น อาจจะระดมความคิดเห็นจากกลุ่มย่อยแล้วก็นำเข้า เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าในการที่จะไปพูดคุยในวงใหญ่ เป็นต้น เพื่อจะนำไปสู่การพัฒนากลไกในเรื่องของการจัดทำแผนให้มันเกิดความเห็นแหลมคมมากขึ้นแล้วก็ครอบคลุมมากขึ้น” (รหัส A06)

#### 4. ด้านผลลัพธ์

รูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์เป็นเครื่องมือใหม่ ที่มีความท้าทาย ซึ่งผลิตผลแต่ละขั้นตอนสามารถทำให้จัดการผลกระทบทางสุขภาพได้อย่างมีทิศทาง แต่ทั้งนี้ การใช้ประโยชน์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเป็นปัจจุบันเป็นกระบวนการสำคัญที่จะทำให้เกิดการนำการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ไปใช้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“สถานการณ์คือตัวปัจจัยที่จะนำไปสู่การกำหนดทิศทางนี้ๆ ผมว่าตัวสถานการณ์นี้ๆ เป็นส่วนสำคัญในการที่จะนำไปสู่ในเรื่องของการวางแผน ที่นี้สถานการณ์ในด้านต่างๆ เนี่ยต้องเป็นข้อมูลที่ค่อนข้างเป็นปัจจุบัน อย่างเช่น สถานการณ์การท่องเที่ยว ตัวเลขของการท่องเที่ยว ณ ปัจจุบัน สถานการณ์ทางเศรษฐกิจในภาคอื่นๆ ที่ต้องนำมาผนวกในการที่จะมาคิดในเรื่องของการวางแผนเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมาย” (ผู้ให้ข้อมูลที่ดำเนินการท่องเที่ยวโดยชุมชนโดยตรง; (รหัส A07)

ด้วยเหตุนี้ ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่าข้อเสนอแนะส่วนใหญ่ เห็นพ้องไปในทิศทางเดียวกัน ถึงสภาพแวดล้อมของผู้ดำเนินการประเมิน และผู้เข้าร่วมประเมินจะต้องเข้าใจเป้าหมายร่วม ซึ่งเป็นทิศทางเชิงยุทธศาสตร์ทั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และความครอบคลุมของผลกระทบในมิติสุขภาพ อีกทั้งปัจจัยเบื้องต้นที่สนับสนุนให้การดำเนินบรรลุผลได้ นักปฏิบัติการในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ เป็นผู้ซึ่งมีบทบาทที่สำคัญที่จะสามารถออกแบบกระบวนการใช้พื้นที่เป็นฐานให้เกิดความเข้าใจสภาพที่เกิดขึ้นจริง จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จะนำไปสู่ในการออกแบบข้อเสนอทางเลือกเชิงยุทธศาสตร์ และสามารถกำหนดยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกันได้ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 องค์ประกอบของการนำรูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ไปใช้

### สรุปผลการศึกษา และอภิปรายผล

ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 1) ด้านสถานะแวดล้อมคือ การนำไปใช้ต้องตอบสนองต่อเป้าหมายของการดำเนินการร่วมกัน ทั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น โรคระบาด หรือภาวะโลกร้อน เป็นต้น 2) ด้านปัจจัยเบื้องต้น ประกอบด้วย 1. ลักษณะของเจ้าภาพหรือตัวจริงที่จะดำเนินการ และ 2. นักปฏิบัติการในพื้นที่ ที่มีประสบการณ์ 3) ด้านกระบวนการ กระประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์จำเป็นต้องใช้ 1. พื้นที่เป็นฐาน 2. ความร่วมมือในการสร้างความเข้าใจจากหลายๆ ฝ่ายร่วมกัน 3. การออกแบบการประเมินที่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริง 4. การสั่งการ หรือกำหนดจากส่วนกลาง และ 5. ความสอดคล้องกับงบประมาณ และทรัพยากรที่มี และ 4) ด้านผลผลิต จะต้องสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเป็นปัจจุบัน

ทั้งนี้ ความเป็นไปได้ของการนำ รูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับ

ยุทธศาสตร์ไปใช้ กรณีศึกษาการท่องเที่ยวโดยชุมชน เขตพัฒนาการท่องเที่ยวอันดามัน จาก 4 องค์ประกอบ ซึ่งเริ่มต้นจาก 1) ด้านสถานะแวดล้อมคือ การนำไปใช้ต้องตอบสนองต่อเป้าหมายของการดำเนินการร่วมกัน ทั้งเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น โรคระบาด หรือภาวะโลกร้อน เป็นต้น ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาให้มีความสอดคล้องกับทิศทางและ เป้าหมายการดำเนินงานของหน่วยงานสำคัญระดับโลก อาทิ เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ เป็นต้น (Bice & Fischer, 2020) ขณะที่ 2) ด้านปัจจัยเบื้องต้น ประกอบด้วย 1. เจ้าภาพหรือตัวจริงที่จะดำเนินการ และ 2. นักปฏิบัติในพื้นที่ ซึ่งมีประสบการณ์จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะและความเชี่ยวชาญ ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่จะสะท้อนผลกระทบได้ ในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป ทั้งนี้ Ginter (2018 cited in Schneider, 2020) พบว่าการคิดเชิงยุทธศาสตร์ที่ จะนำพาให้ผลลัพธ์ไปถึงเป้าหมายจำเป็นต้องเข้าใจองค์ประกอบของความเป็นผู้นำ หรือนัก

ประเมินที่แสดงออกทั้งบุคลิกภาพและการกระทำ ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่สถานะ หรือตำแหน่งที่องค์กร ตั้งขึ้นเท่านั้น 3) ด้านกระบวนการ การประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์จำเป็นต้องใช้ 1. พื้นที่เป็นฐาน 2. ความร่วมมือในการสร้างความเข้าใจจากหลายๆ ฝ่ายร่วมกัน 3. การออกแบบการประเมินที่ตอบสนองความต้องการที่แท้จริง ซึ่ง 3 องค์ประกอบแรก สอดคล้องกับการศึกษาของ Linzalone, Assennato, Ballarini, Cadum, Cirillo, Cori et al (2014) ซึ่งมองถึงความสำคัญของการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ ที่จำเป็นต้องอาศัยทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกันเพื่อพัฒนาสังคม และสุขภาพของประชาชน ขณะที่องค์ประกอบเรื่องของการสั่งการ หรือกำหนดจากส่วนกลาง เป็นลักษณะที่สะท้อนถึงข้อเท็จจริงจากพื้นที่ซึ่งมองว่าการจะสามารถดำเนินการได้ทั้งองค์กร โดยเฉพาะภาครัฐลักษณะของการดำเนินการควรเป็นแนวคิด ที่ต้องถูกทำความเข้าใจตั้งแต่ระดับผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งทำให้มีความสอดคล้องกับ

### ข้อเสนอแนะการวิจัย

องค์ประกอบจากการศึกษาความเป็นไปได้ของการประเมินผลกระทบทางสุขภาพระดับยุทธศาสตร์ สามารถใช้เป็นจุดเน้นสำคัญที่จำเป็นต้องนำมาพิจารณาประกอบในการดำเนินการประเมินผลกระทบระดับยุทธศาสตร์

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่อธิบายถึงความเป็นไปได้ของการประเมินผลกระทบระดับยุทธศาสตร์หากมีการนำไปใช้จริง ทั้งนี้การศึกษาต่อไปควรมีการศึกษาถึงองค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบที่ปรากฏขึ้น

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ประจำปี 2565 และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

การจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรที่มี และ 4) ด้านผลผลิต จะต้องสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องและเป็นปัจจุบันซึ่งจากการศึกษาของ Harris-Roxas, Viliani, Bond, Cave, Divall, Furu et al (2012) พบว่า ความครอบคลุมของข้อมูลสุขภาพทั้งในด้านลักษณะของประชากร และความซับซ้อนของกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบที่มีความแตกต่างกัน ทำให้เป็นข้อจำกัดของขั้นตอนการกำหนดขอบเขตการประเมินผลกระทบ และการตัดสินใจเชิงนโยบาย รวมทั้งการขาดข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถพิสูจน์ได้ว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการตัดสินใจ และการถ่ายทอดไปสู่ระดับนโยบายที่ชัดเจน ดังนั้น การพัฒนารอบการวิเคราะห์ที่เหมาะสมจึงมีความจำเป็น นอกจากนี้การประเมินผลกระทบทางสุขภาพมักเป็นเครื่องมือที่ถูกใช้หลังจากดำเนินการกระบวนการประเมินผลกระทบแบบอื่นๆ ซึ่งมุ่งให้ความสำคัญด้านเศรษฐกิจมากกว่ามิติด้านสุขภาพ

ทั้งนี้แต่ละองค์ประกอบอาจมีองค์ประกอบหลัก/องค์ประกอบย่อยอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นเพิ่มเติมได้จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากผู้ประเมิน ซึ่งจะเกิดขึ้นหลังจากนำรูปแบบการประเมินผลกระทบทางสุขภาพเชิงยุทธศาสตร์ไปใช้แล้ว

จากการศึกษาครั้งนี้ และหลัก/องค์ประกอบย่อยอื่นๆ ที่เพิ่มขึ้นหลังมีการนำไปใช้แล้วในเชิงปริมาณให้สามารถทำนายถึงองค์ประกอบให้มีความแม่นยำขึ้น และทำให้การออกแบบการประเมินมีความชัดเจนยิ่งขึ้น

(สช.) และ สถาบันนโยบายสาธารณะ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (สนส.มอ.)

## References

- Bennett, N. J., Kadfak, A., & Dearden, P. (2016). Community-based scenario planning: A process for vulnerability analysis and adaptation planning to social–ecological change in coastal communities. *Environment, Development and Sustainability*, 18(6), 1771–1799.
- Bice, S., & Fischer, T. B. (2020). Impact assessment for the 21st century – what future? *Impact Assessment and Project Appraisal*, 38(2), 89–93.
- Bowers, J. (2016). Developing sustainable tourism through ecomuseology: A case study in the Rupununi region of Guyana. *Journal of Sustainable Tourism*, 24(5), 758–782.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Futures Studies.
- Eikemo, T. A., Bambra, C., Huijts, T., & Fitzgerald, R. (2017). The First Pan-European Sociological Health Inequalities Survey of the General Population: The European Social Survey Rotating Module on the Social Determinants of Health. *European Sociological Review*, 33(1), 137–153.
- Harris-Roxas, B., Viliani, F., Bond, A., Cave, B., Divall, M., Furu, P., et al., (2012). Health impact assessment: The state of the art. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 30(1), 43–52.
- Higgins-Desbiolles, F. (2020). Socialising tourism for social and ecological justice after COVID-19. *Tourism Geographies*, 22(3), 610–623.
- The Institute of Public Health in Ireland. (2003). *Health Impact Assessment—A practical guidance manual*. Retrieved April 19, 2020, from <https://publichealth.ie/reports/health-impact-assessment-practical-guidance-manual-2003>
- Kanchanachitra, C., Pothisita, C., Archavanijkul, K., Jamchan, C., Siriratmongkol, K., Thipsuk, P. et al., (2011). Health. Thai people 2011: HIA Mechanism for Public Policy Development for Life and Health. Institute for Population and Social Research. Mahidol University (in Thai)
- Koodsela, W., Dong, H., & Sukpatch, K. (2019). A Holistic Conceptual Framework into Practice-Based on Urban Tourism Toward Sustainable Development in Thailand. *Sustainability*, 11(24), 7152. <https://doi.org/10.3390/su11247152>
- Khunnikom, P. (2023). Model Development of Strategic Health Impact Assessment on the Community-Based Tourism: A Case Study of Andaman Tourism Development Areas. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctoral of Philosophy, Prince of Songkla University.
- Khunnikom, P., Muneenam, U., & Sukmag, P. (2022). Community based-tourism (CBT) management during the coronavirus pandemic along the Andaman coast of Thailand. *GeoJournal of Tourism and Geosites*, 44(4), 1435–1441. <https://doi.org/10.30892/gtg.44431-963>
- Lee, T. H., & Jan, F.-H. (2019). Can community-based tourism contribute to sustainable development? Evidence from residents' perceptions of the sustainability. *Tourism Management*, 70, 368–380.
- Linzalone, N., Ballarini, A., Piccinelli, C., Viliani, F., & Bianchi, F. (2018). Institutionalizing Health Impact Assessment: A consultation with experts on the barriers and facilitators to implementing HIA in Italy. *Journal of Environmental Management*, 218, 95–102.

- Linzalone, N., Assennato, G., Ballarini, A., Cadum, E., Cirillo, M., Cori, L., et al., (2014). Health Impact Assessment practice and potential for integration within Environmental Impact and Strategic Environmental Assessments in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(12), 12683–12699.
- Mayers, J. (2005). Getting started. Power tools series. International Institute for Environment and Development, London, UK.
- National health Commission Office. (2017). Guidelines and methods for health Impact assessment arising from public policy (2nd ed.). Bangkok: Supaprinting.(In Thai)
- Schneider, L. N. (2020). Strategic management as adaptation to changes in the ecosystems of public hospitals in Israel. *Israel Journal of Health Policy Research*, 9(1), 65.
- Sharafuddin, M. A. (2015). Types of Tourism in Thailand. *e-Review of Tourism Research (eRTR)*,3(12), 210-219.
- Shi, Q., & Liu, T. (2020). Should internal migrants be held accountable for spreading COVID-19? *Environment and Planning A: Economy and Space*, 0308518X20916764.  
<https://doi.org/10.1177/0308518X20916764>
- Sohn, E. K., Stein, L. J., Wolpoff, A., Lindberg, R., Baum, A., McInnis-Simoncelli, A., & Pollack, K. M. (2018). Avenues of Influence: The Relationship between Health Impact Assessment and Determinants of Health and Health Equity. *Journal of Urban Health*, 95(5), 754–764.
- Stufflebeam, D.L. (1971). Education Evaluation and Decision Making. Illinois: Peacock Publisher Inc.
- The Office of Strategy Management, Southwest Andaman. (2016). OSM Andaman Development Plan (Ranong, Phang Nga, Phuket, Krabi,Trang) 2018-2021. Retrieved April 19, 2020, from <http://www.osmsouth-w.moi.go.th/submenu.php?page=162&l> (in Thai)
- Thondoo, M., Rojas-Rueda, D., Gupta, J., de Vries, D. H., & Nieuwenhuijsen, M. J. (2019). Systematic Literature Review of Health Impact Assessments in Low and Middle-Income Countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 2018.
- Weatherdon, L. V., Magnan, A. K., Rogers, A. D., Sumaila, U. R., & Cheung, W. W. L. (2016). Observed and Projected Impacts of Climate Change on Marine Fisheries, Aquaculture, Coastal Tourism, and Human Health: An Update. *Frontiers in Marine Science*, 3.  
[doi.org/10.3389/fmars.2016.00048](https://doi.org/10.3389/fmars.2016.00048)

## ผลของน้ำลูกหม่อนต่อระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความอิ่มในอาสาสมัครสุขภาพดี Effect of Mulberry (Morus rubra) Juice on Blood Glucose and Satiety in Healthy Subjects

### นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: April 22,2023

Revised: Sep.9,2023

Accepted: Nov. 3,2023

Published: Nov.10, 2023

อุไรภรณ์ บูรณสุขสกุล\*, รังสิมา ดารูณพัน

คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

Uraiporn Booranasuksakul\*, Rungsima Daroonpant

Faculty of Allied Health Sciences, Burapa University

### บทคัดย่อ

ลูกหม่อนประกอบด้วยแอนโทไซยานินที่เป็นสารต้านอนุมูลอิสระในกลุ่มฟลาโวนอยด์ ช่วยควบคุมระดับน้ำตาลและระดับอินซูลินในเลือดของหนูที่เป็นเบาหวานได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของน้ำลูกหม่อนต่อระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความอิ่มในอาสาสมัครสุขภาพดีเทียบกับกลุ่มควบคุม ทำการศึกษาข้ามกลุ่มในอาสาสมัครจำนวน 16 คน อายุเฉลี่ย  $21 \pm 0.83$  ปี ดัชนีมวลกายเฉลี่ย  $20.01 \pm 1.28$  กก./ตร.ม อาสาสมัครได้รับการวัดองค์ประกอบต่างๆ ของร่างกาย จากนั้นจับสลากเพื่อสุ่มเลือกดื่มเครื่องดื่มวิจัยสองชนิด ทดสอบห่างกัน 1 สัปดาห์ ชนิดแรกคือสารละลายน้ำตาลกลูโคสและฟรุกโตส 180 มิลลิลิตร (กลุ่มควบคุม) และชนิดที่สองคือน้ำลูกหม่อน 180 มิลลิลิตร (กลุ่มทดลอง) อาสาสมัครถูกวัดระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความอิ่ม อุณหภูมิร่างกาย ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ในนาที่ที่ 0 ก่อนการดื่มและหลังการดื่มในนาที่ที่ 30, 60, 90 และ 120 ผลการศึกษาพบว่าหลังจากการดื่มน้ำลูกหม่อนในนาที่ที่ 30 อาสาสมัครมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ส่วนระดับความอิ่ม อุณหภูมิร่างกาย และความดันโลหิตไม่แตกต่างกันทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สรุปได้ว่าน้ำลูกหม่อนช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังจากการดื่มในนาที่ที่ 30

**คำสำคัญ :** น้ำลูกหม่อน, ระดับน้ำตาลในเลือด, ความอิ่ม

**Corresponding author:** อุไรภรณ์ บูรณสุขสกุล; email: uraiporn@go.buu.ac.th

## Abstract

Mulberry fruit contains anthocyanin which is an antioxidant in the flavonoid group, and it helps to regulate blood glucose and insulin levels in diabetic rats. The objective of this study was to determine the effects of a mulberry juice on blood glucose and satiety levels in healthy subjects compared to the control group. A cross-group study was conducted on 16 subjects, mean aged  $21.00 \pm 0.83$  years and BMI  $20.01 \pm 1.28$  kg/m<sup>2</sup>. All subjects were measured body composition, and then randomly selected to consume two research drinks which would be washed out for one week apart. The control drink was 180 ml of glucose and fructose solution, and the test drink was 180 ml mulberry juice. Subjects were measured their blood glucose levels, satiety scales, body temperature, blood pressure and heart rate at 0 minutes before drinking and after drinking at 30, 60, 90 and 120 minutes. The results showed that after drinking mulberry juice at 30 minutes, the blood glucose levels of mulberry juice group were significantly lower than the control group ( $p < 0.05$ ), while satiety levels, body temperature, and blood pressure were not statistically difference compared to the control group. In conclusion, mulberry juice may lower blood glucose levels after 30 minutes of drinking.

**Keywords:** mulberry juice, blood glucose, satiety

**Corresponding author:** Uraiporn Booranasuksakul; email: uraiporn@go.buu.ac.th

## บทนำ

โรคเบาหวานเป็นกลุ่มของโรคที่มีการเผาผลาญผิดปกติ แสดงให้เห็นในรูปของระดับกลูโคสในเลือดสูง เพราะร่างกายมีความบกพร่องของการตอบสนองของอินซูลินหรือการหลั่งอินซูลินหรือทั้งสองอย่าง ระดับกลูโคสในเลือดที่สูงขึ้นเรียกอีกอย่างว่าภาวะน้ำตาลในเลือดสูง นำไปสู่การรื้อไหลของน้ำตาลกลูโคสลงในปัสสาวะ และโรคแทรกซ้อนอื่นๆตามมา ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตโดยปกติร่างกายที่แข็งแรงจะมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ เพราะมีอินซูลินช่วยในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อกลูโคสในเลือดเพิ่มขึ้น (หลังกินอาหาร) อินซูลินจะถูกปล่อยออกจากตับอ่อนไปปรับระดับกลูโคสให้เป็นปกติโดยการส่งเสริมการดูดซึมกลูโคสเข้าสู่เซลล์ร่างกาย โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบมากที่สุดของผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด การควบคุมอาหารเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สำคัญมากในการป้องกันและรักษาโรคเบาหวานชนิดนี้ (Sami, Ansari, Butt, & Ab Hamid, 2017) การใช้ผลิตภัณฑ์จากธรรมชาติ เช่น สมุนไพรในการรักษาและป้องกันโรคมีมาตั้งแต่ยุคก่อนประวัติศาสตร์ การบำบัดด้วยสมุนไพรมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การรักษาด้วยสารเคมีสังเคราะห์ ส่วนประกอบทางเคมีของพืชสมุนไพรหลายชนิดได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพ มีการศึกษาพบว่าส่วนประกอบของสารพฤกษเคมีต่างๆของสมุนไพร เช่น ฟลาโวนอยด์ (Flavonoids) ซาโปนิน (Saponins) แทนนิน (Tannins) อัลคาลอยด์ (Alkaloids) ไกลโคไซด์ (Glycosides) เทอร์ปีน (Terpenes) มีคุณสมบัติในการต่อต้านโรคเบาหวาน โดยสารพฤกษเคมีเหล่านี้ทำหน้าที่ในกลไกที่หลากหลาย (Aba & Asuzu, 2018)

หม่อน ชื่อวิทยาศาสตร์ *Morus alba* Linn. ชื่อสามัญ Mulberry Tree มีถิ่นกำเนิดมาจากทางภาคเหนือของประเทศจีน มีการปลูกและแปรรูปสายพันธุ์ในหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา เม็กซิโก ออสเตรเลีย รวมถึงประเทศไทย เป็นต้น สกุล

*Morus* มีมากกว่า 15 สายพันธุ์ หม่อนสามารถบริโภคได้หลายรูปแบบ ได้แก่ น้ำผลไม้ ไวน์ ชา แยม เยลลี่ และทำเป็นผลิตภัณฑ์อื่นๆ เป็นพืชที่มีความสำคัญทางเศรษฐกิจ ลูกหม่อนเต็มไปด้วยสารอาหารที่มีสำคัญต่อร่างกายทั้งในกลุ่มวิตามินและแร่ธาตุ นอกจากนี้ยังมีปริมาณใยอาหารจำนวนมาก รวมถึงสารประกอบอินทรีย์ที่หลากหลาย ได้แก่ ไฟโตนิวเทรียนท์ (Phytonutrients) ซีแซนทีน (Zeaxanthin) เรสเวอราทรอล (Resveratrol) แอนโธไซยานิน (Anthocyanins) ลูทีน (Lutein) สารประกอบโพลีฟีนอลิกต่างๆ (Polyphenolic compounds) (Kadam, Dhumal, & Khyade, 2019) มีการศึกษาถึงประโยชน์ของใบหม่อนต่อสุขภาพพบว่าชาใบหม่อนสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ (Banu et al., 2015) ผลของหม่อนหรือลูกหม่อนมีสารต้านอนุมูลอิสระสูงเป็นสารกลุ่ม flavonoids เช่น anthocyanins, polyphenol, quercetin, kemferol และ rutin เป็นต้น (Enkhmaa et al., 2005; Kim & Lee, 2020) มีการศึกษาพบว่า polyphenol ที่สกัดจากลูกหม่อนสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดของหนูที่เป็นโรคเบาหวานได้ (Wang, Xiang, Wang, Tang, & He, 2013) อย่างไรก็ตามผลหม่อนที่มีสีต่างกันแม้จะมาจากสายพันธุ์เดียวกันก็อาจมีสารประกอบอินทรีย์ในปริมาณที่แตกต่างกัน (Gerasopoulos & Stavroulakis, 1997) และอาจมีความแตกต่างกันในด้านคุณค่าทางโภชนาการและคุณสมบัติทางเภสัชวิทยาต่างกันด้วย (Bao et al., 2016) มีการศึกษาผลของน้ำลูกหม่อนในหนูทดลอง พบว่าสามารถช่วยชะลอการเพิ่มของน้ำหนักตัว ลดระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ยับยั้งการหลั่งเลปติน ลดภาวะดื้อต่ออินซูลิน และมีฤทธิ์ต้านการอักเสบได้ (Wu et al., 2013) แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาผลของหม่อนที่ผ่านมาส่วนใหญ่ทำการศึกษาในสัตว์ทดลอง และศึกษาผลลูกหม่อนหรือสารสกัดจากใบหรือลูกหม่อน แต่ยังไม่ค่อยพบผลการศึกษาด้านการดื่มน้ำลูกหม่อนต่อสุขภาพของมนุษย์มากนัก

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของน้ำตาลกลูโคสต่อระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความอิ่มของอาสาสมัครสุขภาพดีเทียบกับการดื่มน้ำตาลควบคุม

## ระเบียบวิธีวิจัย

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบข้ามกลุ่ม (Crossover study) ทำการศึกษาในอาสาสมัครสุขภาพดีจำนวน 16 คน โดยอาสาสมัครทั้งหมดเป็น

ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มี washout period ห่างกัน 1 สัปดาห์ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร

$$n = \left( \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta}) \sigma}{\Delta} \right)^2$$

อ้างอิงจากการศึกษาก่อนหน้า  $\sigma = 24.7$  และ  $\Delta = 26.5^*$

\*(Josic, Olsson, Wickeberg, Lindstedt, & Hlebowicz, 2010)

$$n = \left( \frac{(1.96 + 1.645) \times 24.7}{26.5} \right)^2 = 11.29$$

เพิ่ม drop out ร้อยละ 30 ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้อย่างน้อยจำนวน 16 คน ก่อนเข้าร่วมการทดลองอาสาสมัครได้ทราบรายละเอียดรวมถึงขั้นตอนในการศึกษาทดลอง ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และเซ็นแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นเพศชายหรือหญิง อายุ 20 - 30 ปี มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ที่ 18.5 - 22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร มีความดันโลหิตปกติ (Systolic 110 - 120 มิลลิเมตรปรอท และ Diastolic 75 - 85 มิลลิเมตรปรอท) มีสุขภาพแข็งแรง ได้แก่ ไม่มีโรคประจำตัว ไม่เป็นโรคเรื้อรัง ไม่เป็นโรคเรื้อรัง และไม่

โรคเบาหวาน หรือมีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน เป็นต้น ไม่รับประทานอาหารเสริมหรือสมุนไพรโดยไม่มีใบสั่งยาของแพทย์เป็นประจำ ไม่สูบบุหรี่ และไม่แพ้ยาที่ใช้ในการศึกษา ในส่วนของเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ มีอาการติดเชื้อในช่วงทำการทดลอง เช่น เป็นไข้ เป็นต้น และพบว่าอยู่ในระหว่างตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร และเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Termination criteria) ได้แก่ มีอาการไม่พึงประสงค์ระหว่างเข้าร่วมการวิจัย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน การระคายเคือง เป็นต้น ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยตามเวลาที่นัดหมายได้ และไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยต่อ

### ตัวแปรและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรที่ 1 คือระดับน้ำตาลในเลือด ตรวจวัดโดยใช้ชุดวัดระดับน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา (ACCUCHEK Guide, Roche, USA) ทั้งหมด 5 ครั้ง คือในนาฬิกาที่ 0, 30, 60, 90 และ 120

ตัวแปรที่ 2 คือระดับความอิ่ม ประเมินโดยใช้สเกลวัดระดับความอิ่ม (Satiety scale) แบบ LMS (Labelled magnitude satiety scale) มีความยาว 19 เซนติเมตร โดยเรียงลำดับจากหิวมากจนไม่สามารถบรรยายได้ (ค่าเป็น -) ไปจนถึงอิ่มมากจน

ไม่สามารถบรรยายได้ (ค่าเป็น +) (Solah et al., 2015) โดยอาสาสมัครมีการประเมิน 5 ครั้ง คือวันที่ 0, 30, 60, 90 และ 120

ตัวแปรที่ 3 คือความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ ตรวจวัดโดยใช้เครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติ (ROSSMAX CF 155F,

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการสรรหาอาสาสมัครโดยการประชาสัมพันธ์โดยการติดป้ายประกาศรับอาสาสมัครตามจุดต่าง ๆ ในมหาวิทยาลัยบูรพา เช่น สำนักหอสมุด โรงอาหาร หอพักนักศึกษา อาคารเรียน และประกาศทางสื่อโซเชียลมีเดีย เป็นต้น เมื่ออาสาสมัครสนใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการผ่านทางโทรศัพท์หรือโซเชียลมีเดีย

ขั้นตอนการคัดกรองอาสาสมัครในวันที่พบอาสาสมัคร ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามคัดกรองสุขภาพ และแบบสอบถามสำรวจสุขภาพทั่วไป (Thai GHQ -12) หากคุณสมบัติผ่านตามเกณฑ์เพื่อคัดเข้าผู้วิจัยทำการชี้แจงข้อมูลของโครงการวิจัยให้แก่อาสาสมัครโดยละเอียด และให้อาสาสมัครเซ็นเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการโดยอาสาสมัครใจ พร้อมกับนัดหมายวันเวลาที่เริ่มทำการศึกษา โดยผู้วิจัยให้อาสาสมัครจดบันทึกข้อมูลการรับประทานอาหาร เป็นเวลา 3 วัน แบ่งเป็น 2 วันทำการ และ 1 วันหยุด จดบันทึกข้อมูลการทำกิจกรรมทางกายลงในเอกสารแบบบันทึก และให้อาสาสมัครนำเอกสารมาส่งให้ผู้วิจัยในวันนัดหมาย

หลังจากคัดกรอง อาสาสมัครถูกนัดหมายให้มาทำการทดลองที่ห้องวิจัย โดยก่อนเริ่มการทดลองให้อาสาสมัครงดกิจกรรมดังนี้คือ งดรับประทานอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง งดกิจกรรมที่ใช้แรงมากอย่างน้อย 1 วัน เช่น เล่นกีฬาหรือออกกำลังกายอย่างหนัก งดกิจกรรมที่ใช้แรงปานกลางอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เช่น ออกกำลังกาย เป็นต้น งดดื่มชา กาแฟ และแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่ อย่างน้อย 4 ชั่วโมง เป็นต้น

Germany) โดยอาสาสมัครได้รับการตรวจ 5 ครั้ง คือวันที่ 0, 30, 60, 90 และ 120 ตัวแปรที่ 4 อุณหภูมิกาย วัดทางปากโดยใช้เครื่องวัดอุณหภูมิกายแบบอัตโนมัติ (Microlife, Switzerland) อาสาสมัครได้รับการประเมิน 5 ครั้ง คือวันที่ 0, 30, 60, 90 และ 120

การดำเนินการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้ ในวันแรก อาสาสมัครได้รับการตรวจประเมินข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย ส่วนสูง สัดส่วนร่างกาย (เส้นรอบเอว เส้นรอบสะโพก) และตรวจประเมินองค์ประกอบร่างกายของอาสาสมัครด้วยเครื่อง Inbody230 (InBody Co.,ltd., Korea) แล้วผู้วิจัยทำการกรอกข้อมูลลงใบแบบบันทึกองค์ประกอบร่างกายอาสาสมัคร หลังจากนั้นอาสาสมัครได้รับการสุ่มโดยจับฉลากเพื่อเลือกเครื่องดื่มวิจัย ก่อนดื่มเครื่องดื่มที่ใช้ในการวิจัย อาสาสมัครนั่งพัก 15 นาที ก่อนได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิกาย ระดับความอึดและระดับน้ำตาลในเลือดครั้งที่ 1 (นาฬิกาที่ 0) ตามลำดับ ต่อจากนั้นอาสาสมัครดื่มเครื่องดื่มวิจัยที่จับฉลากได้ โดยฉลากเครื่องดื่มวิจัยชนิดที่ 1 คือน้ำลูกหม่อน (น้ำมัลเบอร์รี่ 100% ออร์แกนิก) ปริมาตร 180 มิลลิลิตร (กลุ่มทดลอง) และฉลากเครื่องดื่มวิจัยชนิดที่ 2 คือ สารละลายกลูโคส 11 กรัม และฟรุคโตส 11 กรัม ปริมาตร 180 มิลลิลิตร (กลุ่มควบคุม)

หลังการดื่มเครื่องดื่มวิจัยอาสาสมัครได้รับการตรวจวัดความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิกายระดับความอึดและระดับน้ำตาลในเลือดนาฬิกาที่ 30,60,90 และ120หลังการทดลองครั้งที่ 1 อาสาสมัครได้รับการนัดหมายให้มาทำการทดลองครั้งที่ 2 ที่ห้องวิจัยอีกครั้งโดยมีระยะห่างกัน 1 สัปดาห์ เพื่อดื่มเครื่องดื่มวิจัยอีก 1 ชนิด ยกตัวอย่างเช่น ถ้าอาสาสมัครจับฉลากได้เครื่องดื่มวิจัยกลุ่มทดลองหลังจากนั้น 1 สัปดาห์ก็จะได้เครื่องดื่มวิจัยกลุ่มควบคุมโดยได้รับการตรวจวัดตัวแปรเช่นเดียวกับการนัดหมายครั้งนี้ ก่อนกลับผู้วิจัยให้เอกสารแบบบันทึกการรับประทานอาหารแก่อาสาสมัครสำหรับการทดลองครั้งต่อไป

## เครื่องดื่มวิจัย

น้ำลูกหม่อน (น้ำมัลเบอร์รี่ 100% ออร์แกนิก) เป็นผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปที่ซื้อจากท้องตลาด

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั้งหมดจะแสดงในรูปค่าเฉลี่ย  $\pm$  ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Mean  $\pm$  Standard deviation; SD) วิเคราะห์การกระจายของข้อมูล (Normality of data) ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลของระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความอ้วน เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มที่ช่วงเวลาเดียวกัน โดยใช้สถิติ Paired Sample T-

Test และเปรียบเทียบข้อมูลแต่ละช่วงเวลาภายในกลุ่มด้วยสถิติ Repeated Measures Define Factor ข้อมูลทั้งหมด ถูกวิเคราะห์โดยใช้ โปรแกรม Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 22 (IBM Inc. Armonk, NY USA) โดยกำหนดค่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < 0.05$

## จริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (Sci. 056/2560)

## ผลการวิจัย

### ข้อมูลทั่วไป

อาสาสมัครเข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 16 คน เป็นเพศชายร้อยละ 25.00 และหญิงร้อยละ 75.00 อายุเฉลี่ย  $21 \pm 0.83$  ปี โดยส่วนใหญ่อาสาสมัครไม่มีโรคประจำตัว ไม่ได้ใช้ยารักษาโรค และไม่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคเบาหวาน ผลการตรวจวัดองค์ประกอบร่างกายพบว่าอาสาสมัครไม่พบ ความแตกต่างระหว่างข้อมูล การวัดส่วนประกอบร่างกายที่วัดห่างกัน 1 สัปดาห์ได้แก่

น้ำหนักตัว ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย น้ำหนักที่ปราศจากไขมัน น้ำหนักโปรตีน น้ำหนักแร่ธาตุ ความยาวรอบเอว และความยาวรอบสะโพก แต่อย่างไรก็ตามพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของน้ำหนักไขมัน น้ำหนักของน้ำในร่างกาย และอัตราการเผาผลาญขณะพัก ( $p < 0.05$ ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของร่างกายของอาสาสมัครกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

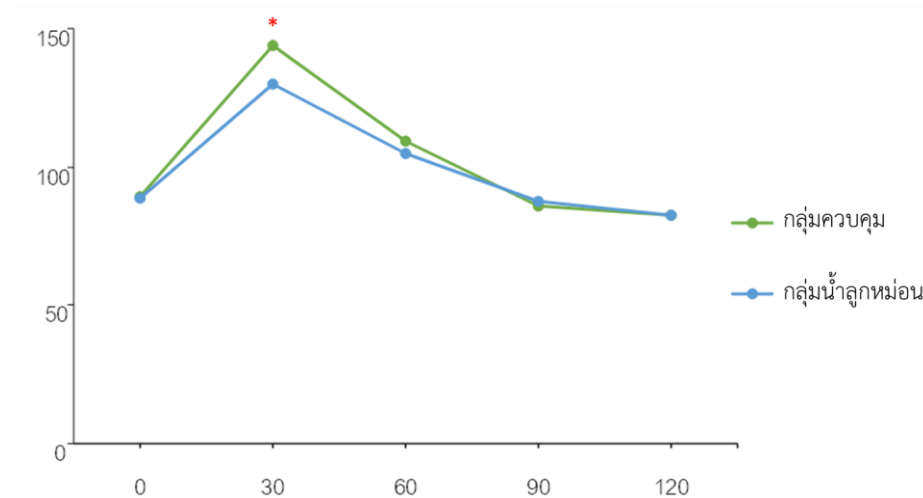
| องค์ประกอบของร่างกาย         | กลุ่มควบคุม<br>(n = 16) | กลุ่มทดลอง<br>(n = 16) | p-value |
|------------------------------|-------------------------|------------------------|---------|
| น้ำหนัก (กก.)                | 53.14 $\pm$ 7.44        | 53.23 $\pm$ 7.49       | 0.47    |
| ส่วนสูง (ซม.)                | 162.69 $\pm$ 8.33       | 162.75 $\pm$ 8.34      | 0.33    |
| ดัชนีมวลกาย (กก./ตรม.)       | 20.01 $\pm$ 1.28        | 20.01 $\pm$ 1.29       | 0.90    |
| น้ำหนักไขมัน (กก.)           | 12.98 $\pm$ 3.04        | 12.63 $\pm$ 3.05       | 0.04*   |
| น้ำหนักปราศจากไขมัน (กก.)    | 40.2 $\pm$ 8.49         | 40.61 $\pm$ 8.67       | 0.05    |
| น้ำหนักโปรตีน (กก.)          | 7.93 $\pm$ 1.75         | 7.95 $\pm$ 1.77        | 0.57    |
| น้ำหนักแร่ธาตุ (กก.)         | 2.84 $\pm$ 0.53         | 2.87 $\pm$ 0.54        | 0.10    |
| น้ำหนักของน้ำในร่างกาย (กก.) | 30.83 $\pm$ 7.51        | 31.28 $\pm$ 7.58       | 0.01*   |
| อัตราการเผาผลาญขณะพัก (kcal) | 1237.12 $\pm$ 184.76    | 1247.31 $\pm$ 187.28   | 0.02    |
| ความยาวรอบเอว (ซม.)          | 70.91 $\pm$ 5.64        | 71.00 $\pm$ 4.67       | 0.89    |
| ความยาวรอบสะโพก (ซม.)        | 88.41 $\pm$ 5.97        | 89.66 $\pm$ 4.90       | 0.10    |

\*ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (n=16, crossover study)

### ผลระดับน้ำตาลในเลือด

ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดเริ่มต้นไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม หลังการดื่มน้ำลูกหม่อนเป็นเวลา 30 นาที พบว่าอาสาสมัครกลุ่มทดลองมี

ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และไม่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มในเวลาที่ 60, 90 และ 120 (ภาพที่ 1)



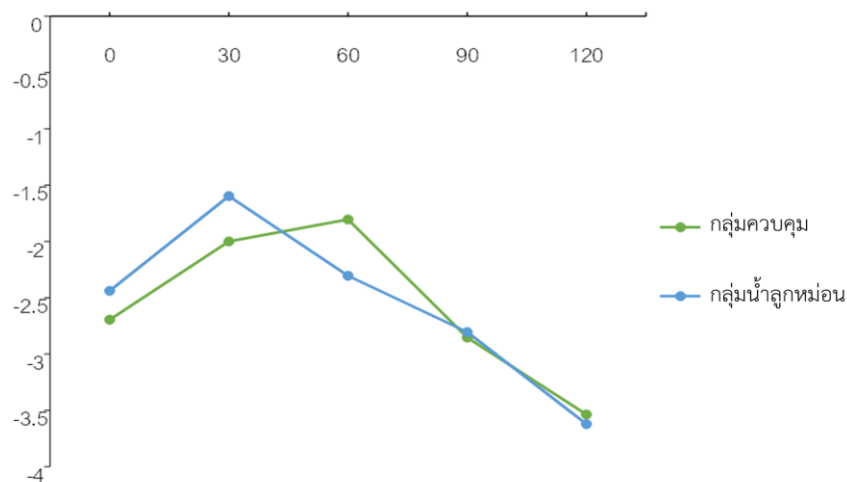
ภาพที่ 1 ระดับน้ำตาลในเลือดของอาสาสมัครกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=16, crossover study)

\*แสดงความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

### ผลระดับความอิม

ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความอิมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเวลาที่ 0, 30, 60, 90

และ 120 (ภาพที่ 2) อย่างไรก็ตามในเวลาที่ 30 ระดับความอิมในอาสาสมัครกลุ่มทดลองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น



ภาพที่ 2 ระดับความอิมของอาสาสมัครกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (n=16, crossover study)

## ผลตัวแปรอื่นๆ

ผลการเปลี่ยนแปลงเมแทบอลิซึมจากการวัดอุณหภูมิกาย ความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจ พบว่าอาสาสมัครกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีผลก่อนและหลังการดื่มเครื่องดื่มวิจัยไม่แตกต่างกัน และในส่วนของผลของพลังงานที่ใช้กับ

พลังงานที่ได้รับก่อนเข้าร่วมการวิจัยทั้งสองช่วง พบว่าอาสาสมัครกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพลังงานที่ใช้และพลังงานที่ได้รับไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ระดับกิจกรรมทางกาย (พลังงานที่ใช้) เปรียบเทียบกับพลังงานที่ได้รับก่อนการทดลองของอาสาสมัครกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

| พลังงาน          | พลังงานเฉลี่ย (kcal)    |                        | p-value |
|------------------|-------------------------|------------------------|---------|
|                  | กลุ่มควบคุม<br>(n = 16) | กลุ่มทดลอง<br>(n = 16) |         |
| พลังงานที่ใช้    | 2381 ± 787              | 2288 ± 746             | 0.08    |
| พลังงานที่ได้รับ | 1233 ± 516              | 1224 ± 493             | 0.92    |

\*ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% (n=16, crossover study)

พลังงานที่ใช้คำนวณจากข้อมูลกิจกรรมทางกายโดยใช้เว็บไซต์ pt.mahidol.ac.th

พลังงานที่ได้รับคำนวณจากแบบบันทึกการบริโภคอาหาร 3 วัน โดยใช้ INMUCAL-Nutrients V.3

## อภิปรายผล

หลังจากการศึกษาและเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความอิมของอาสาสมัครสุขภาพหลังดื่มน้ำลูกหม่อนเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่าหลังดื่มน้ำลูกหม่อนอาสาสมัครมีการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความอิมไปในทางที่ดีขึ้น โดยวิเคราะห์ที่ละประเด็นได้ดังนี้

ผลของการดื่มน้ำลูกหม่อนต่อระดับน้ำตาลในเลือดพบว่า อาสาสมัครกลุ่มทดลองที่ดื่มน้ำลูกหม่อนเป็นเวลา 30 นาที มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yihai และคณะ ในปี ค.ศ. 2012 ที่มีการศึกษาฤทธิ์ต้านโรคเบาหวาน และสารต้านอนุมูลอิสระของสารสกัดจาก Ethyl acetate ของลูกหม่อน ในหนูที่เป็นโรคเบาหวานพบว่าหนูที่ได้รับลูกหม่อนในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (Wang et al., 2013) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Mariana และคณะ ในปี ค.ศ. 2013 ที่ศึกษาผลของสารสกัดจากลูกหม่อนในหนูที่เป็น

โรคเบาหวานในช่วงเวลา 5 สัปดาห์ พบว่าสารสกัดจากลูกหม่อนสามารถช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ตั้งแต่วันแรกที่ทำการทดลอง (Ștefănuț et al., 2013) และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Fujie และคณะ ในปี ค.ศ. 2016 ที่ศึกษาผลของสารสกัดจาก Anthocyanin ของลูกหม่อน ในการต่อต้านการดื้อต่ออินซูลิน และการเปลี่ยนแปลงเมแทบอลิซึมในหนูที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าหนูที่เป็นโรคเบาหวานที่ได้รับสารสกัดจาก Anthocyanin ของลูกหม่อนสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมงได้ (Yan, Dai, & Zheng, 2016)

ผลของการดื่มน้ำลูกหม่อนต่อระดับความอิมของอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มพบว่าไม่แตกต่างกัน แม้ว่ากลุ่มที่ดื่มน้ำลูกหม่อนจะมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในนาที่ที่ 30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม อย่างไรก็ตามผลของความอิมในช่วง 30 นาทีแรกมีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีการศึกษาที่ใกล้เคียงกันในใบหม่อนพบว่า ใบหม่อนมีส่วนประกอบของ quercetin 3-O-

malonylglucoside ที่เป็นแอนะล็อกที่ใช้งานได้ของ ghrelin ที่อาจมีผลต่อความหิวได้ (Lin, Wu, Kuo, Chen, & Tzen, 2020) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาถึงผลของการบริโภคกลุ่มฮอร์โมนต่อระดับความหิวและความอิ่มในสัตว์ทดลองหรือมนุษย์ และเนื่องจากมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับความหิว ความอิ่มของร่างกาย เช่น ระดับเมแทบอลิซึม ชนิดของอาหารและสารอาหาร ความถี่ในการบริโภคอาหาร ระยะเวลาการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับ รวมถึงระดับสารสื่อประสาทที่อาจมีผลต่อระดับความอิ่มและความหิว (Rolls, 2007) เป็นต้น ดังนั้นอาจมีปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินค่าระดับความหิวความอิ่มได้ ระดับเมแทบอลิซึมเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อความอิ่ม ถ้าร่างกายมีระดับเมแทบอลิซึมสูงขึ้น (thermogenesis) จากปัจจัยภายนอก เช่น อุณหภูมิแวดล้อม ความเครียดทางจิตใจ (psychological stressors) จะส่งผลกระทบต่อระดับความหิวความอิ่ม (Nakamura & Nakamura, 2018) อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาสาสมัครที่ได้รับน้ำลูกหม่อน ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับเมแทบอลิซึมเมื่อประเมินด้วยอุณหภูมิกาย และไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าความอิ่มหลังจากการดื่มน้ำลูกหม่อนที่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมไม่ได้เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงเมแทบอลิซึม แต่อาจเป็นผลมาจากการรักษาระดับน้ำตาลในเลือดหรือการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความหิวหรือความอิ่ม

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาและขนาดของกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อให้เห็นความแตกต่างของข้อมูลที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และควรศึกษาในผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี และมี

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนิสิตมหาวิทยาลัยบูรพาทุกท่านที่เสียสละเวลามาเป็นอาสาสมัครให้กับงานวิจัย และขอขอบคุณนางสาวเบญญา เกตุแก้ว นางสาวไพทกานต์ สารสุข นางสาวมนสิริน ลือชา นิสิต

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ไม่พบความแตกต่างของความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจของอาสาสมัครทั้งสองกลุ่ม อย่างไรก็ตามมีการศึกษาผลของสารสกัด Ethanoic ในลูกหม่อนพบว่าสามารถลดความดันโลหิตในหนูได้ (Park et al., 2019) แต่การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาในอาสาสมัครสุขภาพดีที่มีกลไกการควบคุมความดันโลหิตให้คงที่ ในอนาคตควรมีการศึกษาถึงการดื่มน้ำลูกหม่อนในผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงและมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย และอีกประเด็นหนึ่งที่ต้องพิจารณาคือรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่ใช้เนื่องจากการศึกษานี้ใช้ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปที่ผ่านความร้อนเพื่อฆ่าเชื้อก่อนจำหน่ายในท้องตลาด ดังนั้นสารสำคัญดังกล่าวข้างต้นอาจถูกทำลายด้วยความร้อน (heat sensitivity) และลดประสิทธิภาพลงได้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สรุปได้ว่าการดื่มน้ำลูกหม่อนอาจช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ และอาจมีผลต่อการเพิ่มระดับความอิ่มในอาสาสมัครสุขภาพดีได้ การศึกษานี้มีข้อจำกัดของการศึกษา ได้แก่ การศึกษาเบื้องต้นครั้งนี้ทำในผู้ที่มีสุขภาพดีที่ไม่ใช่ผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง จึงอาจทำให้อธิบายกลไกการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ชัดเจน รวมถึงไม่ได้ตรวจวัดระดับอินซูลินในเลือด และการศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาการดื่มน้ำลูกหม่อนเพียงครั้งเดียว ทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงตัวแปรที่ศึกษาได้ไม่ชัดเจน

ประวัติการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และหรือมีภาวะความดันโลหิตสูงร่วมด้วย รวมถึงต้องพิจารณาเรื่องรูปแบบผลิตภัณฑ์ที่ใช้ร่วมด้วย

มหาวิทยาลัยบูรพาที่ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย รวมถึงขอขอบคุณพระคุณงบประมาณจากคณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาในการสนับสนุนในการทำวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## References

- Aba, P. E., & Asuzu, I. U. (2018). Mechanisms of actions of some bioactive anti-diabetic principles from phytochemicals of medicinal plants: A review. *Indian Journal of Natural Products and Resources (IJNPR)*[Formerly Natural Product Radiance (NPR)], 9(2): 85-96.
- Banu, S., Jabir, N. R., Manjunath, N. C., Khan, M. S., Ashraf, G. M., Kamal, M. A., & Tabrez, S. (2015). Reduction of post-prandial hyperglycemia by mulberry tea in type-2 diabetes patients. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 22(1): 32-36.
- Bao, T., Xu, Y., Gowd, V., Zhao, J., Xie, J., Liang, W., & Chen, W. (2016). Systematic study on phytochemicals and antioxidant activity of some new and common mulberry cultivars in China. *Journal of Functional Foods*, 25: 537-547.
- Enkhmaa, B., Shiwaku, K., Katsube, T., Kitajima, K., Anuurad, E., Yamasaki, M., & Yamane, Y. (2005). Mulberry (*Morus alba* L.) leaves and their major flavonol quercetin 3-(6-malonylglucoside) attenuate atherosclerotic lesion development in LDL receptor-deficient mice. *The Journal of nutrition*, 135(4): 729-734.
- Gerasopoulos, D., & Stavroulakis, G. (1997). Quality characteristics of four mulberry (*Morus* sp) cultivars in the area of Chania, Greece. *Journal of the Science of Food and Agriculture*, 73(2): 261-264.
- Josic, J., Olsson, A. T., Wickeberg, J., Lindstedt, S., & Hlebowicz, J. (2010). Does green tea affect postprandial glucose, insulin and satiety in healthy subjects: a randomized controlled trial. *Nutrition Journal*, 9(1): 1-8.
- Kadam, R. A., Dhumal, N. D., & Khyade, V. B. (2019). The Mulberry, *Morus alba* (L.): The medicinal herbal source for human health. *Int. J. Curr. Microbiol. Appl. Sci*, 8(4): 2941-2964.
- Kim, I., & Lee, J. (2020). Variations in anthocyanin profiles and antioxidant activity of 12 genotypes of mulberry (*Morus* spp.) fruits and their changes during processing. *Antioxidants*, 9(3): 242.
- Lin, Y. C., Wu, C. J., Kuo, P. C., Chen, W. Y., & Tzen, J. T. (2020). Quercetin 3-O-malonylglucoside in the leaves of mulberry (*Morus alba*) is a functional analog of ghrelin. *Journal of Food Biochemistry*, 44(9): e13379.
- Nakamura, K., & Nakamura, Y. (2018). Hunger and satiety signaling: modeling two hypothalamomedullary pathways for energy homeostasis. *Bioessays*, 40(8): 1700252.
- Park, S. W., Shin, K. C., Yoou, S.-K., Park, H. J., Eun, S. H., Bae, Y. M., . . . Choi, B. H. (2019). Effects of an ethanolic extract of mulberry fruit on blood pressure and vascular remodeling in spontaneous hypertensive rats. *Clinical and Experimental Hypertension*, 41(3): 280-286.

- Rolls, E. (2007). Understanding the mechanisms of food intake and obesity. *Obesity Reviews*, 8: 67-72.
- Sami, W., Ansari, T., Butt, N. S., & Ab Hamid, M. R. (2017). Effect of diet on type 2 diabetes mellitus: A review. *International journal of health sciences*, 11(2): 65.
- Solah, V. A., Meng, X., Wood, S., Gahler, R. J., Kerr, D. A., James, A. P., . . . Johnson, S. K. (2015). Effect of training on the reliability of satiety evaluation and use of trained panellists to determine the satiety effect of dietary fibre: A randomised controlled trial. *PLoS One*, 10(5): e0126202.
- Stefanut, M. N., Cata, A., Pop, R., Tănasie, C., Boc, D., Ienaşcu, I., & Ordodi, V. (2013). Anti-hyperglycemic effect of bilberry, blackberry and mulberry ultrasonic extracts on diabetic rats. *Plant foods for human nutrition*, 68: 378-384.
- Wang, Y., Xiang, L., Wang, C., Tang, C., & He, X. (2013). Antidiabetic and antioxidant effects and phytochemicals of mulberry fruit (*Morus alba* L.) polyphenol enhanced extract. *PLoS One*, 8(7): e71144.
- Wu, T., Tang, Q., Gao, Z., Yu, Z., Song, H., Zheng, X., & Chen, W. (2013). Blueberry and mulberry juice prevent obesity development in C57BL/6 mice. *PLoS One*, 8(10): e77585.
- Yan, F., Dai, G., & Zheng, X. (2016). Mulberry anthocyanin extract ameliorates insulin resistance by regulating PI3K/AKT pathway in HepG2 cells and db/db mice. *The Journal of Nutritional Biochemistry*, 36: 68-80.

## ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดพะเยา

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: May 12, 2023

Revised: Oct. 8, 2023

Accepted: Nov. 10, 2023

Published: Nov. 20, 2023

### Factors Related to Alcohol Drinking Behaviors of People in a Community in Phayao Province

สุรางคณา ไชยรินคำ<sup>1</sup>, ณัฐชนน มีสุข<sup>1</sup>, เกสรดา สมสุวรรณ<sup>1</sup>, ณัฐชยา อียวณูชัย<sup>1</sup>, นภัสนันท์ จินนารักษ์<sup>1</sup>,  
มลธิราวัลย์ ฤหลาบแก้ว<sup>1</sup> สุพัตรา ละออง<sup>1</sup>, ณรงค์ ใจเที่ยง<sup>2</sup>, รสรินทร์ แก้วตา<sup>1</sup>, ปฏิพัทธ์ วงศ์เรือง<sup>1</sup> และ อรทัย เกตุขาว<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา, <sup>2</sup>สถาบันพระบรมราชชนก

Surangkana Chairinkam<sup>1</sup>, Natchanon Mesook<sup>1</sup>, Ketsara Somsuwan<sup>1</sup>, Natchaya Lyuanchai<sup>1</sup>, Naphatsanan Jinnarak<sup>1</sup>,  
Monthirawan Kulapkaeo<sup>1</sup>, Supattra Laoong<sup>1</sup>, Narong Chaitiang<sup>2</sup>, Rossarin Kaewta<sup>1</sup>, Patipat Vongruang<sup>1</sup> and Aorathai Ketkhao

<sup>1</sup>School of Public Health, University of Phayao

<sup>2</sup>Praboromarajchanok Institute

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 290 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติไคสแควร์ ระยะเวลาในการศึกษา เริ่มตั้งแต่ 22 พฤศจิกายน 2564 – 20 กุมภาพันธ์ 2565

ผลศึกษา พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.8 อายุต่ำกว่า 25 ปี ร้อยละ 56.2 สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษา ร้อยละ 53.4 ไม่มีการประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.0 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 63.8 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.4 มีประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 67.9 มีความรู้กับได้รับผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.8 กับ 55.9 มีทัศนคติที่เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.5 และมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.8 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า เพศ กลุ่มอายุ การศึกษา รายได้ ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนกลุ่มอาชีพ โรคประจำตัว ความรู้ และผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ข้อเสนอแนะควรมีประสานงานกับผู้นำชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดกิจกรรมเสริมสร้างพัฒนาทัศนคติที่ถูกต้องให้แก่กลุ่มประชาชนในพื้นที่ที่มีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อใช้ประกอบการกำหนดการแก้ไขปัญหการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ประชาชนให้เหมาะสมต่อไป

**คำสำคัญ:** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์, จังหวัดพะเยา

**Corresponding author:** ณรงค์ ใจเที่ยง E-mail: kongkangku69@gmail.com

## Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study factors related to alcohol drinking behaviors of people in a community in Phayao Province. The study subjects were consisted of 290 people. The subjects were selected by group sampling method. Data were collected using questionnaires. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and the Chi-square test. The study was conducted during 22 November, 2021 and 20 February 2022.

The results showed that 64.8% were female and 35.2% were male, aged under 25 years, 56.2% had completed a higher education, 53.4% had no occupation, 51.0% had an average monthly income of more than 5,000 baht, 63.8% had a hundred welfare, 81.0 percent had no underlying disease, 82.4% had a history of alcohol use, 67.9% had knowledge and were affected by alcohol at a high level, 63.8% and 55.9 percent had attitudes about alcohol consumption at moderate level. The associations revealed that sex, age group, education, income, welfare, alcohol drinking history, and attitude were significantly correlated with alcohol drinking behavior at statistically significant of 0.05. Occupations, congenital diseases, knowledge and impacts on alcohol consumption were not correlated with alcohol drinking behavior.

Suggestions should be made in coordination with community leaders or related agencies to jointly organize activities to strengthen and develop attitudes for people who are drinking alcohol to be used in determining solutions.

**Keywords:** Factors related, Alcohol drinking behavior, Phayao Province

**Corresponding author:** Narong Chaitiang E-mail: kongkangku69@gmail.com

## บทนำ

ปัจจุบันแอลกอฮอล์มีบทบาทสำคัญและเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์ในทุกด้านโดยเข้าไปเป็นองค์ประกอบหลักในสินค้าและผลิตภัณฑ์หลายชนิด (Liquor Distillery Organization. 2017) การดื่มสามารถสร้างความสนุกได้หรือบางคนก็ใช้สุราเป็นที่ระบายเมื่อรู้สึกเครียดกับปัญหารอบตัวรวมไปถึงปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยด้านพฤติกรรมส่วนบุคคลอาจมีสาเหตุจากปัจจัยอื่นๆร่วมด้วย ได้แก่ นักดื่มหน้าใหม่ (ความอยากรู้อยากลอง) นักดื่มตามโอกาส (กลุ่มเพื่อนเพื่อเป็นที่ยอมรับในกลุ่ม การเข้าถึงสังคม) นักดื่มประจำ นักดื่มหนัก (สุราเรื้อรัง) วัฒนธรรม ความเชื่อ และอิทธิพลจากสื่อโฆษณา การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ยังส่งผลเสียในด้านต่างๆ 1) ปัจจัยด้านร่างกายการดื่มจนขาดสติมีพฤติกรรมรบกวนจนก่อให้เกิดความรำคาญแก่ผู้อื่น 2) ปัจจัยทางด้านครอบครัว เกิดการพบเห็นและเลียนแบบพฤติกรรมของคนในครอบครัวจึงทำให้เกิดการปลูกฝังพฤติกรรมนั้นได้ 3) ปัจจัยทางด้านสติปัญญา หากดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไปจะส่งผลต่อสมอง ความจำ เช่น จะทำให้สมองเสื่อม ซึมเศร้า และความคิดเลอะเลือน 4) ปัจจัยทางด้านสังคม ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อให้เกิดการยอมรับในสังคมนั้นรวมไปถึงพฤติกรรมการเล่นแบบ (Anon Tangpitakkrai and faculty, 2017) นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังส่งผลต่อการทะเลาะวิวาท การใช้ความรุนแรง และโรคต่างๆที่เกิดขึ้นตามมา เช่น โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคจิตประสาท โรคตับแข็ง ฯลฯ เป็นต้น ส่วนใหญ่ทั้งนักดื่มเพศชาย และนักดื่มเพศหญิง เริ่มดื่มสุราเพราะเกิดพฤติกรรมการเลียนแบบเพื่อนหรือถูกเพื่อนชักชวน (ร้อยละ 41.6 และร้อยละ 29.6 ตามลำดับ) รองลงมาของนักดื่มชายที่เริ่มดื่มสุราเพราะเกิดความอยากรู้อยากลอง (ร้อยละ 30.5) ในขณะที่นักดื่มหญิงที่เริ่มดื่มสุราเพราะเข้าสังคมในงานรื่นเริงหรืองานประเพณีต่าง ๆ เช่น งานแต่งงาน งานทำบุญขึ้นบ้านใหม่ (ร้อยละ 27.8) โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มในเพศชายคือ 19 ปี และเพศ

หญิงเริ่มดื่มเมื่ออายุ 24 ปี (Office of the Alcoholic Beverage Control Board. (2017))

จากการศึกษานิยามความหมายของพฤติกรรม หมายถึง การกระทำ อากัปกิริยา หรือกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์แสดงออกมา เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้า ซึ่งมาจากภายนอกร่างกายหรือภายในความรู้สึกนึกคิดโดยเจ้าของพฤติกรรมอาจรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว หรือบุคคลอื่นสามารถรู้ได้ และสามารถสังเกตได้ และจากการสำรวจพฤติกรรม การดื่มสุราปี 2560 พบว่าจากจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 55.9 ล้านคน เป็นผู้ที่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบปีที่ผ่านมาประมาณ 15.9 ล้านคน (ร้อยละ 28.4) โดยเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ 6.98 ล้านคน (ร้อยละ 12.5) และเป็นผู้ที่ดื่มนานๆครั้ง 8.91 ล้านคน (ร้อยละ 15.9) กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการดื่มสุราสูงสุด (ร้อยละ 36.0) กลุ่มอายุ 20-24 ปี และ 45-49 ปี มีอัตราการดื่มสุราใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 33.5 และ 31.1 ตามลำดับ) กลุ่มผู้สูงอายุ (กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป) มีอัตราการดื่มสุราร้อยละ 15.2 สำหรับกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการดื่มสุราต่ำสุด (ร้อยละ 13.6) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอในรอบปีที่ผ่านมา พบว่าจังหวัดที่มีอัตราผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สม่ำเสมอ เกินกว่าร้อยละ 40 มีจำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (ร้อยละ 45.3) จังหวัดลำพูน (ร้อยละ 44.1) จังหวัดพะเยา (ร้อยละ 44.0) จังหวัดน่าน (ร้อยละ 42.4) และจังหวัดสุรินทร์ (ร้อยละ 40.6) ตามลำดับ (Puchapong Nodthaisong, 2017) นำไปสู่ข้อมูลการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรต่อปี (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ปี 2540 – 2562 พบว่าเมื่อปี 2542 ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรต่อปีลดลง อาจเป็นผลกระทบจากวิกฤติเศรษฐกิจ (ต้มยำกุ้ง) ระหว่างปี 2540 – 2542 หลังจากปี 2542 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และเมื่อปี 2551 ได้มีการประกาศใช้พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ทำให้ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรต่อปีลดลงและกลับมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่การ

เปลี่ยนแปลงยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะตั้งแต่ปี 2554 - 2560 อยู่ในระดับใกล้เคียง 7 ลิตรแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อคนต่อปี และกลับลดลงอย่างชัดเจนในช่วงปี 2561 อาจเป็นผลเนื่องจากการประกาศใช้ พ.ร.บ. ภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 (เปลี่ยนฐานภาษีเป็นราคาขายปลีกแนะนำ) และเริ่มกลับมาเพิ่มสูงขึ้นในปี 2562 ซึ่งประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นักดื่มปัจจุบันดื่มบ่อยที่สุดใน 12 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ 1) เบียร์ 2) สุราขาว/ สุรากลั่น ชุมชน และ 3) สุราสี/ สุราแดง คิดเป็นร้อยละ 47.4 ร้อยละ 26.6 และร้อยละ 22.0 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า นักดื่มเพศชายและนักดื่มเพศหญิงนิยมดื่มเบียร์มากที่สุด (ร้อยละ 43.8 และ 62.6 ตามลำดับ) กลุ่มเยาวชนอายุ 15-19 ปีดื่มเบียร์บ่อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 59.7 เช่นเดียวกับกลุ่มวัยทำงาน ในขณะที่นักดื่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ดื่มสุราขาว/สุรากลั่นชุมชน บ่อยที่สุด (ร้อยละ 49.1) ปัญหาการดื่มสุราต่อไป ในปี 2563 ได้ดำเนินการคัดกรองผู้มีบริการที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปแล้ว ร้อยละ 33.45 พบเป็นผู้ดื่มสุรา ร้อยละ 11.63 และแบ่งกลุ่มได้เป็น ผู้ดื่มสุราความเสี่ยงต่ำ ร้อยละ 89.10 ในจำนวนนี้ได้รับ Brief Advice ร้อยละ 68.66 ผู้ดื่มสุราความเสี่ยงปานกลาง ร้อยละ 9.29 ในจำนวนนี้ได้รับ Brief Counselling ร้อยละ 30.48 ผู้ดื่มสุราความเสี่ยงสูง ร้อยละ 1.61 ในจำนวนนี้ได้รับ Brief Counselling ร้อยละ 22.44 และ Refer ร้อยละ 34.25 (Office of the Alcoholic Beverage Control Board. (2017) และจากการสำรวจการผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในปี 2564 อายุ 18 ปีขึ้นไปในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาคิดเป็น 43.1% จากกลุ่มตัวอย่าง 1,558 คน สถานที่ที่มีการดื่มแอลกอฮอล์บ่อยที่สุด 5 อันดับ ดังนี้ บ้านตัวเอง 67.7% ผับบาร์ คาราโอเกะ ร้านอาหาร 11.7% งานเลี้ยง 8.0% อื่น ๆ เช่น หน้าร้านขายของชำ งานบุญ ที่ทำงาน 4.4 % ซึ่งมีนักดื่มประจำ 33.4% เคยดื่ม 20.9% จากการเปรียบเทียบ เดือนเมษายน และพฤษภาคม 2564 ในกลุ่มตัวอย่าง 671 คน พบว่าเดือนเมษายน ไม่ดื่ม 28.4% ดื่มน้อยลง 41.9% ดื่มเท่าเดิม 28.1% ดื่มเพิ่มขึ้น 1.6% ในเดือน พฤษภาคม ไม่ดื่ม 45.2% ดื่ม

น้อยลง 37.6% ดื่มเท่าเดิม 16.8% ดื่มเพิ่มขึ้น 0.4% จะได้ว่า ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเดือนเมษายน มีการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 71.6% ซึ่งจะมากกว่าเดือนพฤษภาคมที่มีการดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 54.8 (Centre for Alcohol Studies 2021)

จากการศึกษาวรรณกรรม ขวัญจิตร ศรีชาคา และคณะ (2563) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชุมชน อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ชุมชนมีสมาชิกในครัวเรือนบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากกว่าร้อยละ 80 ของครัวเรือน ร้อยละ 64.2 ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 66.5 ช่วงอายุที่มีการดื่มมากที่สุด คือ อายุ 25-59 ปี ร้อยละ 61.7 เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่นิยมดื่มมากที่สุด คือ สุราขาว/สุราสี/สุราไทย/สุราฝรั่ง ร้อยละ 39.3 ความถี่ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดื่มทุกสัปดาห์ (1-3 วัน/เดือน) ร้อยละ 28.9 ปริมาณในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ครั้งละ 1-2 แก้ว มาตรฐาน ร้อยละ 59.0 และความชุกในการดื่มที่เกินมาตรฐาน ดื่มทุกสัปดาห์ (1-3 วัน/เดือน) ร้อยละ 28.6 ปัจจัยที่สามารถทำนายการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ เชื้อชาติ/เผ่าพันธุ์ การสื่อสารและการโฆษณา มาตรการรณรงค์สาธารณะ มาตรการระบบบริการสุขภาพ และค่านิยมในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยสามารถทำนายการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับชุมชนได้ร้อยละ 26.5 ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดมาตรการหรือนโยบายในชุมชนเพื่อลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน รวมถึงหัตถ์รณรงค์ ภูมิคุ้มกัน และ เทพไทย โชติชัย (2563) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของสตรีไทยในเขตชนบท ตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความชุกของการดื่มแอลกอฮอล์ (ดื่มในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา) เป็นร้อยละ 34.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย

42.34 ปี (S.D. = 5.27) ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 3,000-9,000 บาท ร้อยละ 38.4 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 55.6 ด้านความรู้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 46.36 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.37 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้แก่ สถานภาพสมรส (Adjusted OR = 3.15 ; 95 % CI: 1.32 to 7.53; p-value = 0.010)และทัศนคติ(Adjusted OR. = 3.43; 95 % CI: 1.66 to 7.08; p-value = 0.001) เป็นต้น

จากข้อมูลข้างต้นพบว่าจังหวัดพะเยาเป็นจังหวัดที่มีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นระดับต้น ๆ ของประเทศ โดยมีผลกระทบหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต ผู้ดื่มสุรามีอาการเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตกังวลและโรคซึมเศร้า เมื่อดื่มหนักจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองค่อนข้างสูง ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว รวมทั้งอุบัติเหตุที่สามารถเกิดขึ้นได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษา “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา” เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและผลกระทบที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการดื่มเครื่องดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อ ศึกษา พฤติกรรม การดื่ม แอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา

2. เพื่อศึกษาผลกระทบจากพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา

### สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชนจังหวัดพะเยา

2. ปัจจัยการรับรู้ผลกระทบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชน จังหวัดพะเยา

3. ปัจจัยทางด้านทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชน จังหวัดพะเยา

### ขอบเขตของการศึกษา

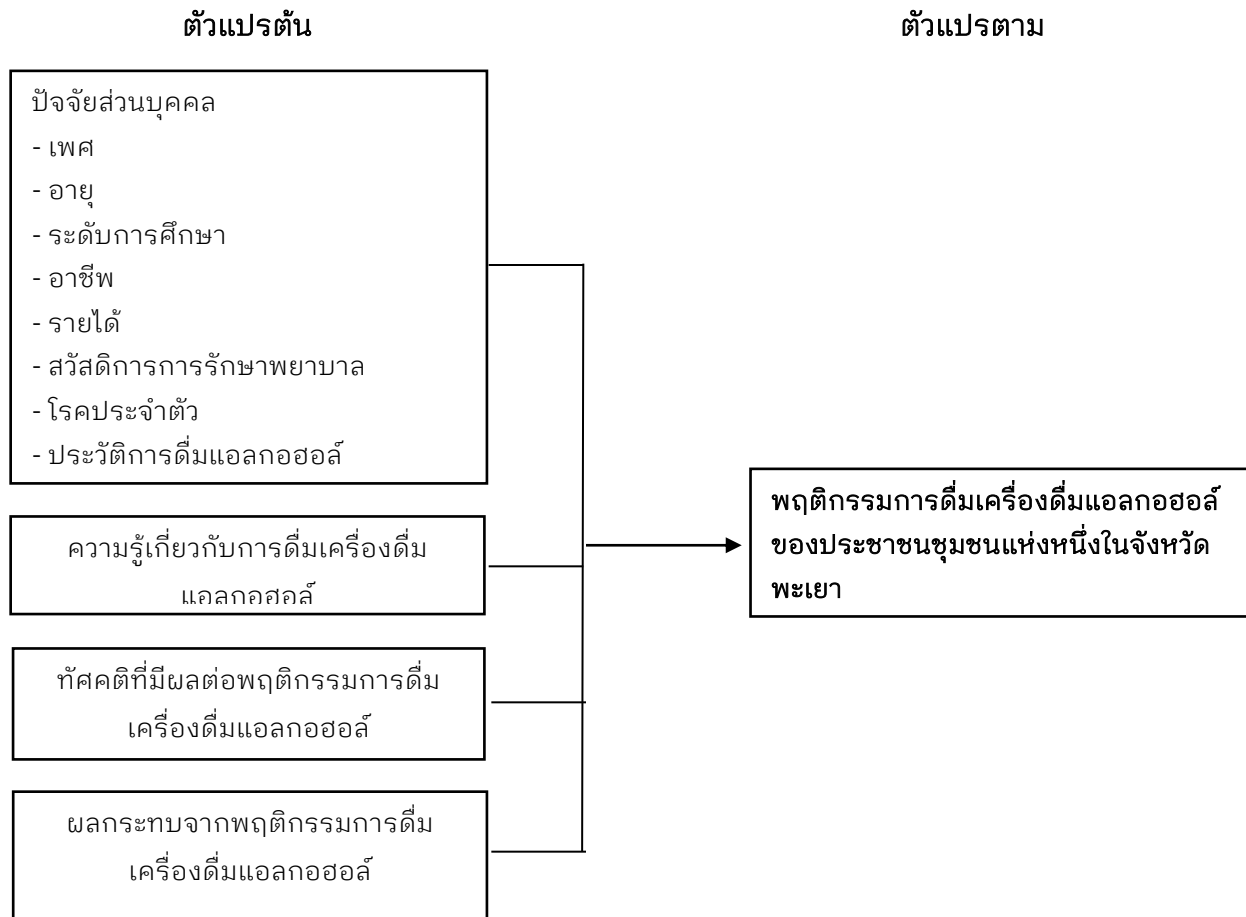
ผู้วิจัยใช้วิจัยเชิงปริมาณสำหรับการศึกษาในครั้งนี้โดยเลือกใช้วิธีการสำรวจด้วยแบบสอบถามที่ได้กำหนดขอบเขตของการวิจัยไว้ดังนี้

1. ประชาชนที่ใช้ศึกษาเป็นประชาชนทั่วไปในชุมชนบ้านपालาด หมู่ที่ 12 ตำบลแม่ลาว อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา โดยเลือกจากผู้ที่อาศัยในชุมชนด้วยวิธีการใช้แบบสอบถามในการจำแนกกลุ่มดื่มสุรา และไม่ดื่มสุรา

2. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาประกอบด้วย ตัวเป็นอิสระ คือ ปัจจัยส่วนบุคคล, ปัจจัยด้านความรู้, ปัจจัยทางด้านทัศนคติ, ปัจจัยทางด้านผลกระทบ

ตัวแปรตาม คือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนบ้านपालาด หมู่ที่ 12 ตำบลแม่ลาว อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา

## กรอบแนวคิด



## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey research) เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดในการวิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา รวมถึง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านผลกระทบ และปัจจัยด้านทัศนคติที่มีผลกับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชน จังหวัดพะเยา ดังต่อไปนี้

ประชาชนหรือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านผาตลาด ตำบลแม่ลาว จังหวัดพะเยา จำนวน 842 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา จำนวน 290 คน เนื่องจากทราบจำนวนประชากรในชุมชนที่แน่นอน ดังนั้นจึงใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970)

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

เมื่อ  $n$  = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง  
 $N$  = ขนาดของประชากร  
 $E$  = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

$X^2$  = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ( $x^2 = 3.841$ )

$P =$  สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้  $p = 0.5$ )

จากสูตรคำนวณได้ดังนี้

$n = 263.9884091$  คน  $\approx$  264 คน

ในระดับความเชื่อมั่น 95% และระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 10 ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณประมาณ 264 คน ในที่นี้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บแบบสอบถามจำนวน 290 ชุด เพื่อป้องกันแบบสอบถามที่ตอบไม่ครบหรือกรอกข้อมูลไม่ถูกต้อง

### เครื่องมือใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ซึ่งมีโครงสร้างของแบบสอบถามแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา กลุ่มอาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถามวัดความรู้แบบถูกผิด

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามวัดทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 15 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ มีมาตรการวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 เท่ากับ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 เท่ากับ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามทางด้านผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 15 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ มีมาตรการวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 เท่ากับ ผลกระทบน้อยที่สุด จนถึง 5 เท่ากับ ผลกระทบมากที่สุด

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ มีมาตรการวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1 เท่ากับ ไม่ปฏิบัติเลย จนถึง 5 เท่ากับ ปฏิบัติเป็นประจำ

### การสร้างและพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

1. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2. นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ไปตรวจสอบคุณภาพตามขั้นตอน ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นส่งผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านการศึกษาเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหาข้อคำถาม และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนค่าดัชนีความสอดคล้อง IOC นำมาวิเคราะห์และแปลผลมีค่า IOC อยู่ในช่วง 0.64-1.00

2. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability)

โดยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ประชาชนชุมชนบ้านผาลาด ตำบลแม่ลาว อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.665 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.689 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยหาค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.855

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลด้านข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทักษะคิด ปัจจัยทางด้านผลกระทบและ ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์โดยการแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านตลาด ตำบลแม่ลาว อำเภอเชียงคำ จังหวัดพะเยา จำนวน 290 คน โดยมีการส่งแบบสอบถามผ่านทาง QR Code และกระดาษแบบสอบถามผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. นำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม

3. จัดหมวดหมู่ของข้อมูลในแบบสอบถามเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

4. จัดทำรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

#### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วยการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชาชน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ซึ่งได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เพื่อใช้ในการอธิบายถึงลักษณะข้อมูลทั่วไป ทักษะคิด ผลกระทบและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statics) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยาโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

#### สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่าง 290 คน ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุต่ำกว่า 25 ปี รองลงมาคืออายุสูงกว่า 25 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับอุดมศึกษา รองลงมาสำเร็จการศึกษาระดับชั้นพื้นฐาน การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ไม่มีการประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า 5,000 บาท รองลงมา มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่ดื่มแอลกอฮอล์ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

| ปัจจัยส่วนบุคคล                | จำนวน (n = 290) | ร้อยละ |
|--------------------------------|-----------------|--------|
| <b>เพศ</b>                     |                 |        |
| ชาย                            | 102             | 35.2   |
| หญิง                           | 188             | 64.8   |
| <b>กลุ่มอายุ</b>               |                 |        |
| ต่ำกว่า 25 ปี                  | 163             | 56.2   |
| สูงกว่า 25 ปี                  | 127             | 43.8   |
| <b>ระดับการศึกษา</b>           |                 |        |
| การศึกษาขั้นพื้นฐาน            | 135             | 46.6   |
| การศึกษาชั้นอุดมศึกษา          | 155             | 53.4   |
| <b>การประกอบอาชีพ</b>          |                 |        |
| มีการประกอบอาชีพ               | 142             | 49.0   |
| ยังไม่มีประกอบอาชีพ            | 148             | 51.0   |
| <b>รายได้</b>                  |                 |        |
| ต่ำกว่า 5,000 บาท              | 105             | 36.2   |
| สูงกว่า 5,000 บาท              | 185             | 63.8   |
| <b>สวัสดิการ</b>               |                 |        |
| มีสวัสดิการ                    | 235             | 81.0   |
| ไม่มีสวัสดิการ                 | 55              | 19.0   |
| <b>โรคประจำตัว</b>             |                 |        |
| ไม่มี                          | 239             | 82.4   |
| มี                             | 51              | 17.6   |
| <b>ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์</b> |                 |        |
| ดื่ม                           | 197             | 67.9   |
| ไม่ดื่ม                        | 57              | 19.7   |
| ดื่มแต่เลิกแล้ว                | 36              | 12.4   |

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือมีความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 59 คน ร้อยละ 20.3 และมีความรู้เกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต่ำ จำนวน 46 คน ร้อยละ 15.9 ปัจจัยด้านทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 245 คน ร้อยละ 84.5 รองลงมาคือมีปัจจัยด้าน

ทัศนคติและผลกระทบอยู่ในระดับสูง จำนวน 24 คน ร้อยละ 8.3 และมีปัจจัยด้านทัศนคติและผลกระทบอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 21 คน ร้อยละ 7.2 ส่วนผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง จำนวน 162 คน ร้อยละ 55.9 รองลงมาคือมีผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ใน

ระดับปานกลาง จำนวน 119 คน ร้อยละ 41.0 และมีผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 9 คน ร้อยละ 3.1 และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 156 คน ร้อยละ 53.8 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมักมีพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย แก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม เช่น เจียบเมื่อมีอาการเมา รองลงมาคือมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 106 คน

ร้อยละ 36.6 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมักมีพฤติกรรมที่แสดงออกเมื่อดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ก่อให้เกิดอันตราย แก่ตนเอง ครอบครัว และสังคม และจะควบคุมอารมณ์ตนเองได้เพื่อไม่ให้เกิดความเสียหาย เช่น การมีปากเสียงขณะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับสูง จำนวน 28 คน ร้อยละ 9.7 หมายถึง การมีพฤติกรรมที่แสดงออกที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเอง ครอบครัว และสังคมเป็นประจำเมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น มักมีอาการงุนงง ประสาทหลอน เป็นต้น (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** แสดงจำนวนและร้อยละ จำแนกตามปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และผลกระทบของกลุ่มตัวอย่าง

| ระดับความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์                   | จำนวน<br>(n = 290) | ร้อยละ       |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|
| ระดับสูง (12 – 15 คะแนน)                                           | 185                | 63.8         |
| ระดับปานกลาง (10 - 11 คะแนน)                                       | 59                 | 20.3         |
| ระดับต่ำ (0 - 9 คะแนน)                                             | 46                 | 15.9         |
| <b>รวม</b>                                                         | <b>290</b>         | <b>100.0</b> |
| <b>ปัจจัยทางทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</b> |                    |              |
| ระดับสูง (57 – 75 คะแนน)                                           | 24                 | 8.3          |
| ระดับปานกลาง (36 – 56 คะแนน)                                       | 245                | 84.5         |
| ระดับต่ำ (1 - 35 คะแนน)                                            | 21                 | 7.2          |
| <b>รวม</b>                                                         | <b>290</b>         | <b>100.0</b> |
| <b>ปัจจัยทางผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์</b>             |                    |              |
| ระดับสูง (57 – 75 คะแนน)                                           | 162                | 55.9         |
| ระดับปานกลาง (36 – 56 คะแนน)                                       | 119                | 41.0         |
| ระดับต่ำ (0 – 35 คะแนน)                                            | 9                  | 3.1          |
| <b>รวม</b>                                                         | <b>290</b>         | <b>100.0</b> |
| ระดับสูง (76 – 100 คะแนน)                                          | 28                 | 9.7          |
| ระดับปานกลาง (48 – 75 คะแนน)                                       | 106                | 36.6         |
| ระดับต่ำ (0 – 47 คะแนน)                                            | 156                | 53.8         |
| <b>รวม</b>                                                         | <b>290</b>         | <b>100.0</b> |

ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศ กลุ่มอายุ และระดับทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ 0.05 สำหรับ การศึกษา รายได้ และประวัติการดื่มแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.001 ส่วน กลุ่มอาชีพ โรคประจำตัว ระดับความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และระดับผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับระดับพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง

| ปัจจัย             | พฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ |                     |                 | $\chi^2$ | P-value |
|--------------------|-----------------------------------------|---------------------|-----------------|----------|---------|
|                    | สูง<br>จำนวน(%)                         | ปานกลาง<br>จำนวน(%) | ต่ำ<br>จำนวน(%) |          |         |
| <b>เพศ</b>         |                                         |                     |                 | 8.077    | 0.018*  |
| ชาย                | 10 (9.8)                                | 48 (47.1)           | 44 (43.1)       |          |         |
| หญิง               | 18 (9.6)                                | 58 (30.9)           | 112 (59.6)      |          |         |
| <b>กลุ่มอายุ</b>   |                                         |                     |                 | 12.423   | 0.002*  |
| ต่ำกว่า 25 ปี      | 24 (14.7)                               | 61 (37.4)           | 78 (47.9)       |          |         |
| สูงกว่า 25 ปี      | 4 (3.1)                                 | 45 (35.4)           | 78 (61.4)       |          |         |
| <b>การศึกษา</b>    |                                         |                     |                 | 16.088   | 0.001** |
| ขั้นพื้นฐาน        | 4 (3.0)                                 | 46 (34.1)           | 85 (63.0)       |          |         |
| อุดมศึกษา          | 24 (15.5)                               | 60 (38.7)           | 71 (45.8)       |          |         |
| <b>กลุ่มอาชีพ</b>  |                                         |                     |                 | 5.252    | 0.070   |
| ประกอบอาชีพ        | 8 (5.6)                                 | 53 (37.3)           | 81 (57.0)       |          |         |
| ไม่ประกอบอาชีพ     | 20 (13.5)                               | 53 (35.8)           | 75 (50.7)       |          |         |
| <b>รายได้</b>      |                                         |                     |                 | 13.120   | 0.001** |
| ต่ำกว่า 5,000 บาท  | 4 (3.8)                                 | 31 (29.5)           | 70 (66.7)       |          |         |
| สูงกว่า 5,000 บาท  | 24 (13.0)                               | 75 (40.5)           | 86 (46.5)       |          |         |
| <b>สวัสดิการ</b>   |                                         |                     |                 | 8.007    | 0.020*  |
| ไม่มีสวัสดิการ     | 9 (16.4)                                | 12 (21.8)           | 34 (61.8)       |          |         |
| มีสวัสดิการ        | 19 (8.1)                                | 94 (40.0)           | 122 (51.9)      |          |         |
| <b>โรคประจำตัว</b> |                                         |                     |                 | 2.696    | 0.270   |
| ไม่มีโรค           | 26 (10.9)                               | 88 (36.8)           | 125 (52.3)      |          |         |
| มีโรค              | 2 (3.9)                                 | 18 (35.3)           | 31 (60.8)       |          |         |

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับระดับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

| ปัจจัย                                                  | พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ |                     |                 | $\chi^2$ | P-value |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-----------------|----------|---------|
|                                                         | สูง<br>จำนวน(%)                     | ปานกลาง<br>จำนวน(%) | ต่ำ<br>จำนวน(%) |          |         |
| <b>ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์</b>                          |                                     |                     |                 | 31.467   | 0.001** |
| ดื่ม                                                    | 22 (11.2)                           | 0 (0.0)             | 10 (100.0)      |          |         |
| ไม่ดื่ม                                                 | 2 (3.5)                             | 78 (36.8)           | 123 (58.0)      |          |         |
| ดื่มแต่เลิกแล้ว                                         | 4 (11.1)                            | 19 (52.8)           | 13 (36.1)       |          |         |
| <b>ระดับความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</b> |                                     |                     |                 | 3.913    | 0.146   |
| ระดับต่ำถึงปานกลาง                                      | 8 (7.6)                             | 46 (43.8)           | 51 (48.6)       |          |         |
| ระดับสูง                                                | 20 (10.8)                           | 60 (32.4)           | 105 (56.8)      |          |         |
| <b>ระดับทัศนคติ</b>                                     |                                     |                     |                 | 7.679    | 0.020*  |
| ระดับต่ำถึงปานกลาง                                      | 22 (8.3)                            | 97 (36.5)           | 147 (55.3)      |          |         |
| ระดับสูง                                                | 6 (25.0)                            | 9 (37.5)            | 9 (37.5)        |          |         |
| <b>ระดับผลกระทบการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์</b>          |                                     |                     |                 | 1.593    | 0.449   |
| ระดับต่ำถึงปานกลาง                                      | 15 (11.7)                           | 43 (33.6)           | 70 (54.7)       |          |         |
| ระดับสูง                                                | 13 (8.0)                            | 63 (38.9)           | 86 (53.1)       |          |         |

Significant at \* P-value  $\leq$  0.05, \*\* P-value  $\leq$  0.001

### อภิปรายผลการวิจัย

จากสรุปผลการวิจัยที่นำเสนอข้างต้น ประเด็นสำคัญของการวิจัยครั้งนี้ คือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา จากการศึกษา

เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเพศร้อยละ 64.8 ความสัมพันธ์ของเพศกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 8.077 โดยมีระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.018 มีค่าน้อยกว่าระดับค่านัยสำคัญ 0.05 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Amorn Tongsir (2020) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นตอนต้นใน อำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนคร พบว่า เพศมีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Rujapa chirapradispol (2018) ศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ของนักดื่มหน้าใหม่ ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักดื่มหน้าใหม่

กลุ่มอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุต่ำกว่า 25 ปี ร้อยละ 43.8 ความสัมพันธ์

ของอายุต่อพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 12.423 โดยมีระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.002 มีค่าน้อยกว่าระดับค่านัยสำคัญ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ korntanatouch Panyasai (2018) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการศึกษาคำตอบที่ทัศนคติพฤติกรรม การปฏิเสธกับพฤติกรรมเสี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา อำเภอบึงอภัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า อายุต่างกันมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทั้งนี้เนื่องจากนักเรียนส่วนใหญ่เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 26.30 นักเรียนยอมพฤติกรรมเสี่ยงหรือมีประสบการณ์ในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มากขึ้นตามอายุไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมที่เฝ้าอำนวยความสะดวกในเวลาวางตัวมีความสัมพันธ์กับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาอยู่ในชั้นอุดมศึกษา ร้อยละ 53.4 ความสัมพันธ์ของระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 16.088 โดยมีค่าเท่ากับระดับค่า นัยสำคัญ 0.001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Korntanatouch Panyasai (2018) ได้ศึกษาเปรียบเทียบผลการศึกษาคำตอบที่ทัศนคติพฤติกรรม การปฏิเสธกับพฤติกรรมเสี่ยงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา อำเภอบึงอภัย จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ระดับชั้นที่กำลังศึกษา ต่างกันมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เนื่องจาก ระดับชั้นที่กำลังศึกษาซึ่งทำให้ประสบการณ์ การเรียนรู้ การอบรมเลี้ยงดู วัฒนธรรม ประสบการณ์ตรงกับการสัมผัสกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ต่างกันจึงทำให้

ระดับชั้นที่กำลังศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แตกต่างกัน

รายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายได้สูงกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 63.8 ความสัมพันธ์ของรายได้กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 13.120 โดยมีระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.001 มีค่าเท่ากับระดับค่า นัยสำคัญ 0.001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Onucha Yusakul (2019) ได้ศึกษาผลกระทบเชิงลบด้านสังคมของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อ ผู้ไม่ดื่ม (หรือ ผู้อื่น) ในเขตจังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่า ส่งผลกระทบต่อด้านทรัพย์สิน การเงิน ค่าใช้จ่ายในครอบครัวไม่เพียงพอ ส่งผลกระทบทางตรง และทางอ้อม ที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนั้น รายได้จึงมีผลกระทบเชิงลบด้านสังคมของการดื่มแอลกอฮอล์ต่อ ผู้ไม่ดื่ม (หรือ ผู้อื่น) ในเขต จังหวัด นครศรีธรรมราชและมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 82.4 ความสัมพันธ์ของประวัติการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 31.467 โดยมีค่าเท่ากับระดับค่า นัยสำคัญ 0.001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Kittti Laosupap (2021) ได้ศึกษา การพัฒนามาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ความชุกของการดื่มลดลงจากร้อยละ 29.5 เหลือร้อยละ 22.8 โดยมีผู้นำชุมชน และกรรมการหมู่บ้านที่เลิกดื่มจำนวน 15 คน เพราะต้องการเป็นแบบอย่างคนในชุมชน ประชาชนทั่วไป 10 คน เนื่องจากสุขภาพไม่ดีและมีอายุมากขึ้นและหาซื้อได้ยากขึ้น

ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 84.5 ความสัมพันธ์ของด้านทัศนคติ กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 7.679 โดยมีระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.020 มีค่าน้อยกว่าระดับค่านัยสำคัญ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Amorn Tongsir (2020) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของวัยรุ่นตอนต้น ในอำเภอพรหมนิคม จังหวัดสกลนคร พบว่า ทัศนคติด้านการรับรู้ทัศนคติด้านพร้อมกระทำและทัศนคติรวม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติด้านการรับรู้ ทัศนคติด้านพร้อมกระทำ และทัศนคติรวมที่ดีต่อการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ตระหนักถึงโทษและพิษภัย มีสติและหาทางออกที่ถูกต้องเมื่อมีปัญหาผ่านเข้ามาในชีวิต รู้จักหาแนวทางแก้ไข ปัญหาที่ถูกต้องเมื่อมีปัญหาเข้ามาในชีวิตจะมีพฤติกรรมต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ดี มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tepthai Chotichai (2019) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนในเขตเทศบาลเมืองขอนแก่น พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ไม่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.05$ )

### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพะเยา ผู้วิจัยได้ศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้ขอเสนอแนะดังนี้

### ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ควรจัดให้มีการสนับสนุนส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นเพื่อเป็นชุมชนต้นแบบแก่ชุมชนอื่นและสามารถนำองค์ความรู้เกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ไปถ่ายทอดแก่บุคคลรุ่นหลังได้

2. บุคคล ชุมชน ครอบครัว ตลอดจนเจ้าหน้าที่ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมมือกันในการหาแนวทางการป้องกันผลกระทบที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเกิดความตระหนักถึงอันตรายของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จะเป็นผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลในชุมชน

3. ควรพัฒนาส่งเสริมค่านิยม ทัศนคติเกี่ยวกับข้อดีของการไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และข้อเสียของการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้แก่บุคคลในชุมชนเพื่อเพิ่มทัศนคติเกี่ยวกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นภายหลัง

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชาชนกลุ่มอื่นหรือพื้นที่อื่นๆ จะได้นำข้อมูลมาเปรียบเทียบในการทำวิจัย ซึ่งจะทำให้ผลการวิจัยมีความแตกต่างและหลากหลายมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาค่านิยมในการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ละชนิดในพื้นที่นั้นๆ เพื่อหาแนวทางในการป้องกันผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ถูกวิธี

### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้างานวิจัยด้วยตนเองฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา และผู้ทรงคุณวุฒิ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเสนอแนะแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้องและสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในด้านต่างๆ ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

## References

- Amorn Tongsirir Wuttiphong Phakdeekul Warinmad Kedthongma (2020). Factors Related to Alcohol Drinking Among Adolescence in Phanna Nikhom district Sakon Nakhon Province. *Research and Development Health System Journal*, 13(2), 560-571
- Assistant Professor Anon Tangpitakkrai and faculty. Behavior and effects of drinking alcohol of youth at the Entertainment Monsoon festival in Sisaket Province. Faculty of Humanities and Social Sciences, University Sisaket Rajabhat
- Blaker Brownell (1950) and Lofauist (1983). Concept and meaning of community and community development of Ban Jomyut. Can be accessed from [https://www.baanjomyut.com/library\\_3/](https://www.baanjomyut.com/library_3/)
- Cronbach. (1951). Reliability of Questionnaire in Quantitative Research. 27(1), 145-163
- Graduate Studies, *Mahachulalongkornrajavidyalaya University*, 6(4), 282-296
- Kitti Laosupap Pawena Limpiteeprakan Sanga Tubtimhin. (2021) . Development of social measures for prevention and reduction the effects of alcohol consumption in Nonnon Sub-district, Warinchamrab District Ubon Ratchathani Province . *Journal of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University*, 4(2), 57-66
- korntanatouch Panyasai and faculty. (2018). Compare the results of Knowledge attitude and rejection behavior with the risk drinking alcohol in high school student Pak Thong Chai district, Nakhon Ratchasima province . Research and development towards sustainable social mobility , The National Conference of Nakhon Ratchasima College 5, 369-384
- Krejcie and Morgan. (1970). Sample Size Determination from Krejcie and Morgan (1970) Approach in Quantitative Research. 112-125
- Liquor Distillery Organization. (2017). The importance of alcohol. Chachoengsao
- Mr. Puchapong Nodthaisong. ,(2017). The Bureau of Statistics released a survey of binge drinking habits. Bangkok: Statistics Office National Privacy Policy
- Office of the Alcoholic Beverage Control Board.(2017). Beverage Control Performance Report alcohol. Office for National Statistics.
- Onucha Yusakul and Faculty. (2019). The negative effects of social from alcoholic and non alcoholic in Nakhon Si Thammarat province area. Alcohol Problem Researcher center (SVP), Office of Health Promotion Fund Southern Technological Collage.
- Rujapa chirapradispol. (2018). Prevalence and factors associated with alcohol consumption habits of a new drinker. In high school students affiliated with Bangkok. *Journal of Nursing Public Health*, 32(2), 155-171
- Tepthai Chotichai and Saranyu Multaphun (2019). Factors related to alcohol drinking behaviors among high school students in Meang Khon Kean Municipality journal

## คำแนะนำการส่งบทความ

### คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร

### ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Article) ภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัย (Research article) ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรองและลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ (Review article) บทความพิเศษ และปกิณกะ
4. บทความวิจารณ์หนังสือ (Book review)
5. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
6. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ จำนวน 2,500 บาท

### การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light (ในตารางขนาด 9) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 30 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกชิดขอบขวา ขนาดอักษร 12
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 8 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 8 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 10
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
  - บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
  - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
  - บทนำ
  - วัตถุประสงค์
  - สมมติฐาน (ถ้ามี)
  - กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)
  - ระเบียบวิธีวิจัย

- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- บรรณานุกรม

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่องานนำเสนอตามลำดับ
- บทสรุป
- ข้อเสนอแนะ
- บรรณานุกรม

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6<sup>th</sup> Edition โดย ศึกษา รายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://lumenjournals.com/wp-content/uploads/2017/08/APA6thEdition.pdf> และ <http://www.journalclinicpsy.org/index.files/APA6th.pdf>

### ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. การอ้างอิงในเนื้อหา ใช้ระบบนาม- ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Thepaksorn, 2018)

(Thepaksorn, Daniell & Thetkatheuk, 2018)

(Thepaksorn, Koizumi, Neitzel, Pongpanich, Siri Wong, Keifer et al, 2018)

2. การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม- ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ คือการพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้” (Tanasugarn, 2018)

3. การอ้างอิงท้ายบทความ

3.1 บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความ หนังสือหรือเอกสารที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Yuychim, P., Niratharadorn, M., Sirumpunkul, P., Buaboon, N. (2018). Effects of a Family Participation

Program in Managing Drug Managing Drug Use Behaviors among Older Adults with Chronic Disease in Phun Phin Community. Journal of Public Health, 48(1): 44-53.

Thepaksorn, P., Fadrihan-Camacho, V. & Siri Wong, W. (2017). Respiratory symptoms and ventilatory function defects among Para rubber wood sawmill workers in the South of Thailand. *Human and Ecological Risk Assessment: An International*, 23(4):788-797.

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N. & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

### 3.2 ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013) *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

### 3.3 การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). "Information and Documentation. In Potter, A.P., Perry, G.A., Stockert, A.P. & Hall, A." *Basic Nursing Challenge*. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

### 3.4 การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Chen, M.W., Santos, H.M., Que, D.E., Gou, Y.Y., Tayo, L.L., Hsu, Y.C. (2018). Association between Organochlorine Pesticide Levels in Breast Milk and Their Effects on Female Reproduction in a Taiwanese Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Retrieved 3, 2018 from <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/5/931>.

### 3.5 วิทยานิพนธ์

Hom, K. E. (2018). *Association of Air Pollution with Longitudinal Changes in Arterial Stiffness and Correlated of Longitudinal Changes in Arterial Stiffness in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA)*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctoral of Philosophy, University of Washington.

### การส่งบทความ

ต้นฉบับผลงานวิจัยและหนังสือรับรองบทความ/ผลงานวิจัยต้องส่งในระบบ online ถึงบรรณาธิการวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/> หรือ <http://journal.scphtrang.ac.th/> หรือ [tjph-editor@scphtrang.ac.th](mailto:tjph-editor@scphtrang.ac.th)

### สอบถามข้อมูลได้ที่

ผศ.ดร.พยงค์ เทพอักษร (บรรณาธิการ)

สำนักงานวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ตู้ ปณ. 174 ปทจ.ตรัง 92000

Tel. 088-7531547

[tjph-editor@scphtrang.ac.th](mailto:tjph-editor@scphtrang.ac.th)

**จริยธรรมการตีพิมพ์ (Publication Ethics)**  
**ของวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ**  
**(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS)**

(ปรับปรุง 3 ตุลาคม 2564)

หน้าที่และความรับผิดชอบของ ผู้เขียนบทความ หรือ ผู้นิพนธ์ บรรณาธิการ และ ผู้ประเมินบทความ ของวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) เป็นไปตามมาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์ (COPE) และมาตรฐานทางจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์ (COPE Code of Conduct)

**1. บทบาทและหน้าที่ของผู้เขียนบทความ หรือ ผู้นิพนธ์ (Duties of Authors) หรือ ผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding Author)**

- 1.1 ผู้เขียนบทความต้องรับรองว่าผลงานที่เขียนขึ้นได้มาจากข้อเท็จจริงจากการศึกษาและการวิจัย ไม่ได้บิดเบือนข้อมูล และไม่มีข้อมูลที่เป็นเท็จ สามารถร้องขอ หรือ ตรวจสอบได้หากมีประเด็นหรือข้อมูลที่สงสัย
- 1.2 ผลงานของผู้เขียนบทความต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน หากมีการตรวจสอบพบระหว่างการดำเนินการ (Submission) หรือ ดำเนินการตีพิมพ์เผยแพร่ไปแล้ว (Accepted) จะมีการถอดถอนบทความจากการดำเนินการหรือการตีพิมพ์
- 1.3 ผู้เขียนบทความต้องไม่คัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมาเสนอหรืออ้างอิงในเนื้อหาของบทความของตนเอง ตามหลักวิชาการและอ้างอิงตามข้อกำหนดของวารสาร
- 1.4 ในกรณีที่วารสารรับทราบจากผู้เขียนบทความคัดลอกผลงาน หรือนำส่งผลงานซ้อนกับวารสารฉบับอื่นหรือผลงานอื่นๆที่เคยถูกตีพิมพ์มาก่อน วารสารขอสงวน ยกเลิกและถอดถอนบทความดังกล่าว พร้อมดำเนินการแจ้งผู้เกี่ยวข้องและ/หรือหน่วยงานต้นสังกัดของผู้เขียนบทความ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจหรือ ผลพิจารณาของบรรณาธิการ
- 1.5 ผู้เขียนบทความพิจารณาและรับรองความเกี่ยวข้องกันกับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และ/หรือ จริยธรรมการวิจัยด้านอื่นๆสำหรับงานวิจัยของตน
- 1.6 ผู้เขียนบทความควรแจ้งให้อ่านทราบเกี่ยวกับผู้ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยและบทบาทของผู้ให้ทุนวิจัยในการทำวิจัยนั้นๆ

**2. บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการวารสาร (Duties of Editor)**

- 2.1 บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาและตรวจสอบบทความที่ส่งมาเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์กับวารสารทุกบทความโดยพิจารณาเนื้อหาของบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมายและขอบเขตของวารสาร รวมถึงการตรวจสอบ คัดกรองบทความ และระเบียบวิธีวิจัยที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการ ตลอดจนคุณภาพบทความในกระบวนการประเมินและคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์
- 2.2 บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการและวิจัยในการพิจารณาบทความทุกครั้งโดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความ และผู้เขียนบทความในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้เขียนบทความ
- 2.3 บรรณาธิการต้องให้ข้อเสนอแนะให้เกิดความกระจ่าง ตามความประสงค์ของผู้อ่านและผู้นิพนธ์ สนับสนุนอิสระทางวิชาการในการแสดงความคิดเห็นบทความวิจัย
- 2.4 บรรณาธิการมีหน้าที่ดำเนินงานวารสารให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของวารสาร ปรับปรุง และพัฒนาวารสารให้ได้มาตรฐานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ปรับปรุงตรวจสอบ ควบคุมและรับฟังคำชี้แนะจากกองบรรณาธิการ เพื่อพัฒนาวารสารอย่างสม่ำเสมอ คงไว้ซึ่งความถูกต้องของผลงานทางวิชาการและมาตรฐานการตีพิมพ์ของกองบรรณาธิการวารสาร รับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์

- 2.5 ในระหว่างการประเมินบทความ บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนบทความและผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง
- 2.6 บรรณาธิการทำหน้าที่ประสานงานและดำเนินการจัดประชุมกองบรรณาธิการอย่างสม่ำเสมอ
- 2.7 บรรณาธิการรักษามาตรฐานการตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการและวิจัยตามข้อกำหนดของวารสารและมาตรฐานสากล
- 2.8 บรรณาธิการไม่ตีพิมพ์บทความในวารสารเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest)

### 3. หน้าที่ของบรรณาธิการต่อผู้เขียนบทความ หรือ ผู้นิพนธ์

- 3.1 บรรณาธิการดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์ เพื่อรับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ตีพิมพ์
- 3.2 การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์นั้น ขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ ความทันสมัย และความชัดเจนของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ
- 3.3 บรรณาธิการมีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ (peer review) ตามข้อกำหนดของวารสารและคำแนะนำการส่งบทความ
- 3.4 วารสารมีช่องทางให้ผู้นิพนธ์อุทธรณ์ได้หากผู้นิพนธ์มีความคิดเห็นแตกต่างจากการตัดสินใจของบรรณาธิการ
- 3.5 จัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์ในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง ในทุกเรื่อง que ผู้นิพนธ์ควรรับทราบ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย
- 3.6 บรรณาธิการไม่เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการตอบรับบทความที่ถูกปฏิเสธการตีพิมพ์ไปแล้ว ยกเว้นมีปัญหาร้ายแรงเกิดขึ้นในระหว่างการส่งบทความมารับการพิจารณาและคำนึงถึงจริยธรรมการตีพิมพ์อย่างเคร่งครัด
- 3.7 พิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (Double-blind)

### 4. หน้าที่ของบรรณาธิการต่อผู้ประเมินบทความ

- 4.1 ควรจัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้ประเมินบทความในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง และควรมีการปรับปรุงคำแนะนำให้ทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย
- 4.2 บรรณาธิการควรมีระบบที่ปกป้องข้อมูลส่วนตัวของผู้ประเมินบทความ

### 5. บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Duties of Reviewers)

- 5.1 ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพบทความเป็นหลัก พิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ และการวิจัยโดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนบทความ
- 5.2 ผู้ประเมินบทความต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนบทความหรือเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นอย่างเป็นอิสระได้ โดยผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบและปฏิเสธการประเมินบทความนั้น
- 5.3 ผู้ประเมินบทความต้องประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ โดยพิจารณาจากคุณภาพของบทความเป็นสำคัญไม่ใช่ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลทางวิชาการและวิจัยรองรับ มาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
- 5.4 หากผู้ประเมินบทความพบว่าบทความที่ประเมินมีส่วนหนึ่งส่วนใดที่มีความเหมือนหรือความซ้ำซ้อนกับบทความหรือ ผลงานอื่น ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย
- 5.5 ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาการประเมินบทความตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารกำหนด รวมถึงไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รู้



คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์  
สถาบันพระบรมราชชนก

## CONTACT



075-291540-2



[tjph-editor@scphtrang.ac.th](mailto:tjph-editor@scphtrang.ac.th)