# วารสาร
# สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

Journal of The Health Education Professional Association

ISSN 2730-1915

ปีที่ 35 ฉบับที่ 2
Vol. 35 No. 2

กรกฎาคม – ธันวาคม 2563
July – December 2020

**วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา**

**Journal of The Health Education Professional Association**

http://hepa.or.th/journal.php

ISSN 2730-1915 (Online)

**วัตถุประสงค์** เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยด้านสุขศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้สนใจทั่วไป รวมทั้งเป็นสื่อสร้างเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

**เจ้าของ** สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา http://hepa.or.th

เลขที่ 420/1 อาคาร 3 ชั้น 7 ถนนราชวิถี เขตราชเวที กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 02-3548553 อีเมล์ hepathai@gmail.com

**กำหนดเผยแพร่** ปีละ 2 ฉบับ เดือนมกราคม-มิถุนายน และ เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม รูปแบบออนไลน์

**คณะที่ปรึกษา**

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์

ศ.พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร

ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์

รศ.ดร.นพ.พิทยา จารุพูนผล

รศ.สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย

ผู้อำนวยการกองสุขศึกษา

**บรรณาธิการ**

รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง

**ผู้ช่วยบรรณาธิการ**

นางนลินี มกรเสน

นายสรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์

นางจารุณี ชัยชาญชีพ

**กองบรรณาธิการ**

รศ.ดร.สุรีย์ จันทรโมลี

รศ.ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม

ศ.ดร.เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์

รศ.ดร.เฉลิมพล ตันสกุล

รศ.ดร.สุปรียา ตันสกุล

รศ.ดร.พาณี สีตกะลิน

**กองบรรณาธิการ**

รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย

รศ.ดร.พรรณี บัญชรหัตถกิจ

รศ.ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

ผศ.ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์

ผศ.ดร.ดุษณี ศุภวรรธนะกุล

ผศ.ดร.มลินี สมภพเจริญ

ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล

นางสาวสมบูรณ์ ขอสกุล

ดร.กันยารัตน์ กุยสุวรรณ

นายยุทธพงษ์ ขวัญชื้น

นายปรีชา สุสันทัด

นายชัยสิทธิ์ ลูกรักษ์

นางเพ็ญศรี เกิดนาค

นางจริยากร ดิษจินดา

นางวิลาวัลย์ ตั้งสัตยาธิษฐาน

นางพรทิพย์ เรืองมี

นางธิดารัตน์ บุญทรง

นางพรทิพย์ เอกสุวีรวงษ์

นางอวาทิพย์ แว

**กรรมการบริหารสมาคม ชุดที่ 16**

*วาระ 28 กันยายน 2562 ถึง 27 กันยายน 2566*

| | |
|---|---|
| ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์ | นายกสมาคม |
| รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย | อุปนายกสมาคม |
| รศ.ดร.เฉลิมพล ตันสกุล | เลขาธิการ |
| นายปรีชา สุสันทัด | รองเลขาธิการ |
| รศ.ดร.สุปรียา ตันสกุล | วิชาการ |
| รศ.ดร.พาณี สีตกะลิน | วิเทศสัมพันธ์ |
| รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง | แผนงานโครงการ |
| นางเพ็ญศรี เกิดนาค | ปฏิคม |
| นายสรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์ | สื่อสารองค์กร |
| ผู้อำนวยการกองสุขศึกษาหรือผู้แทน | ประชาสัมพันธ์ |
| นางนลินี มกรเสน | นายทะเบียน |
| นางจริยากร ดิษจินดา | สวัสดิการ |
| นายชัยสิทธิ์ ลูกรักษ์ | ส่งเสริมรายได้ |
| นางนภาพร ม่วงสกุล | เหรัญญิก |
| นางจารุณี ชัยชาญชีพ | บรรณาธิการ |
| รศ.สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย | กรรมการกลาง |
| รศ.ดร.สุรีย์ จันทรโมลี | กรรมการกลาง |
| ผศ.ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์ | กรรมการกลาง |
| นางสาวสมบูรณ์ ขอสกุล | กรรมการกลาง |

# บทบรรณาธิการ

วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษาฉบับนี้ มีผู้ส่งบทความวิจัย บทความวิชาการ และผลงานเด่นจำนวนมาก ซึ่งกองบรรณาธิการฯ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่านผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกที่ให้ความกรุณาและเอื้อเฟื้ออย่างดียิ่ง โดยได้อาสาพิจารณาบทความเพื่อประโยชน์ในแวดวงวิชาชีพและอุทิศเวลาเพื่อการพัฒนาทางวิชาการแก่สังคม รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าของบทความวิชาการ บทความวิจัย ผลงาน สาระความรู้ และผู้ส่งข่าวสารหรือภาพกิจกรรมสุขศึกษามาเผยแพร่ทุกท่าน

ทั้งนี้ ขอความกรุณาทุกท่านได้ช่วยกันส่งต่อต้นฉบับวารสารฯ และที่อยู่ เผยแพร่ไปสู่บุคลากรในหน่วยงานด้วยช่องทางต่าง ๆ อาทิ เว็บไซต์หน่วยงาน กลุ่มไลน์ เฟสบุ๊ค อีเมล ฯลฯ โดยดาวน์โหลดวารสารฯ ต้นฉบับได้ที่ http://hepa.or.th/journal.php และขอความอนุเคราะห์ผู้จัดทำระบบข้อมูลสารสนเทศของหน่วยงานได้จัดวางหน้าปกวารสารฯ และสร้างลิงค์สำหรับการเข้าใช้บริการหรือเข้าหน้าเว็บเพจของวารสารฯโดยตรง หรือเผยแพร่ QR code วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษาให้ถึงบุคลากรสาธารณสุขและนิสิตนักศึกษาได้ใช้งานบทความวิจัย บทความวิชาการ และเข้าใช้บริการ “ชั้นหนังสือ รอบรู้ ทันสมัย น่าอ่าน” ซึ่งให้บริการหนังสือวิชาการแก่สมาชิกและประชาชนทั่วไป สามารถดาวน์โหลดไปใช้ประโยชน์ได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย เป็นบริการเพื่อสังคมและรับใช้สังคมที่สมาคมวิชาชีพสุขศึกษาได้ริเริ่มจัดทำมาตั้งแต่ต้นปีที่ผ่านมา และได้รับการตอบรับจากสมาชิกจำนวนมาก โดยสมาชิกสามารถบริจาคหนังสือที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อสังคมมาเผยแพร่ได้ที่ hepathai@gmail.com

หวังว่าทุกท่านจะได้ดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ด้วยความตระหนักถึงภัยจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ยังวนเวียนอยู่ใกล้ตัว และมีความสุขในช่วงเทศกาลขึ้นปีใหม่ 2564 ต้อนรับปีฉลู โดยหวังว่าจะเป็นปีที่ดีอีกปีหนึ่งในเส้นทางชีวิตของทุกท่านนะครับ

(รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง)

บรรณาธิการ

# สาร จาก นายกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

เรียน สมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษาที่รักทุกคน

วารสารฉบับนี้ เป็นฉบับส่งท้ายปีเก่า 63 และต้อนรับปีใหม่ 64 ด้วยความหลากหลายสาระนานาตามการวางรูปแบบของ รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง บรรณาธิการที่ให้ความเอาใจใส่เป็นอย่างดี การทำวารสารออนไลน์ไม่ได้หมายความว่าสมาคมฯ จะไม่มีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ก็ยังคงมีค่าใช้จ่ายที่จำเป็นที่จะต้องใช้ ดังนั้น จึงใคร่ขอความร่วมมือจากสมาชิกและผู้อ่านที่ต้องการสนับสนุนการจัดทำวารสารของสมาคมฯ ได้ช่วยกันลงโฆษณาในวารสาร ซึ่งค่าโฆษณาก็ถูกมาก บทความทางวิชาการ ผลงานวิจัย และผลงานของโครงการต่าง ๆ ที่นำองค์ความรู้ทางด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ไปใช้แล้ว เกิดผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่วารสารฯ ต้องการสนับสนุนให้เกิดการเผยแพร่ในวงกว้างเป็นอย่างยิ่ง หรือข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อวงการสุขศึกษาก็ขอเชิญส่งมาได้ที่บรรณาธิการตลอดเวลา

ขอประชาสัมพันธ์การจัดการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 เรื่อง “ล้มหรือรุก: ปรับพฤติกรรมสู่ชีวิตใหม่” ระหว่างวันที่ 20 ถึง 22 พฤษภาคม 2564 ณ โรงแรมอิงธาร รีสอร์ท จังหวัดนครนายก จัดโดยสมาคมวิชาชีพศึกษา ร่วมกับกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาลัยมหิดล, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มรภ.วไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ เพื่อท่านผู้อ่านจะได้เตรียมทำเรื่องขออนุมัติการเดินทางหรือสมาชิกที่ไม่ได้อยู่ในวงการราชการจะได้เตรียมตัวเข้าร่วมการประชุมแต่เนิ่น ๆ แล้วพบกันในการประชุมนะครับ

*“เนื่องในโอกาสส่งท้ายปีเก่า 63 และต้อนรับปีใหม่ 64 ผมในนามของกรรมการบริหารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา ขออวยพรให้สมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษาพร้อมด้วยครอบครัวและท่านผู้อ่านทุกท่าน จงประสบแต่ความสุข ความเจริญ ความสมหวัง สุขภาพดี มีเงินใช้ อายุยืนยาว คิดสิ่งใดในทางที่ดีจงประสบผลสำเร็จทุกประการ”*

ด้วยความปรารถนาดี

(ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์)
นายกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

# สารบัญ


| | หน้า |
|---|---|
| บทบรรณาธิการ | 3 |
| สารจากนายกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา | 4 |
| บทกลอน เพลินคำ นำสุข “อุ่น” | 6 |
| เคล็ดลับการดูแลสุขภาพและจัดการความสำเร็จของชีวิต 80 ปี | 7 |
| การใช้ชีวิตอย่างสมดุลและมีความสุข | 12 |
| K-shape 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ | 22 |
| การประเมินการเผชิญปัญหาและพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา | 27 |
| การประเมินภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา | 38 |
| การเปิดรับข่าวสารฯ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช | 49 |
| การเตรียมความพร้อมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา | 59 |
| ผลงานการพัฒนาระบบบริการการให้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) ในกลุ่มชายรักชายโดยกระบวนการการสร้างแรงจูงใจ | 70 |
| ผลงานการฝึกการหายใจแบบห่อปากโดยใช้อุปกรณ์เป่าบอลของเล่นเด็ก | 73 |
| ผลงานภาพถ่ายเล่าเรื่อง การดูแลอย่างมีความหมายและวาระสุดท้ายของชีวิต | 84 |
| ผลงานโครงการ PNK ชวนขยับ นับก้าว ครบรอบ 63 ปี เดิน-วิ่ง ท้าใจ Season 1 | 89 |
| สรรหามาฝาก | 97 |
| สะพายกล้องท่องทั่วไทย สุขใจได้ท่องเที่ยว | 103 |
| แวดวงสุขศึกษา | 108 |
| ข่าวประชาสัมพันธ์: การประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 | 120 |
| ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา | 121 |
| คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับสำหรับการส่งเผยแพร่ | 122 |

# บทกลอน เพลินคำ นำสุข

## *“อุ่น”*

*โดย สาลี่ เกี่ยวการค้า*

*“พ่อแม่คือความรักบ้านก็อุ่น ลูกมีรักเป็นทุนไว้สู้หนาว*
*ชีวิตที่ความรักเล่าเรื่องราว ย่อมจักมีด้านพราวเพราะอุ่นเรือน*
*เมื่อครูคือความรักโรงเรียนอุ่น ถ้าครูสร้างพระคุณใครจะเหมือน*
*โรงเรียนคือที่ความรักเยือน เด็กมีครูเป็นเพื่อนพิงชีวี*
*ถ้าคนคือความรักชีวิตอุ่น ดอกไม้บุญผลิบานบนวิถี*
*ก้าวย่างที่เมตตาและปรานี ทุกชีวิตย่อมมีที่และทาง*
*เมืองใดคือความรักเมืองนั้นอุ่น คนคือดอกไม้บุญผลิแล้วพร่าง*
*เมืองใดคนรักคนไม่จืดจาง เมืองนั้นย่อมสว่างเป็นเมืองบุญ”*

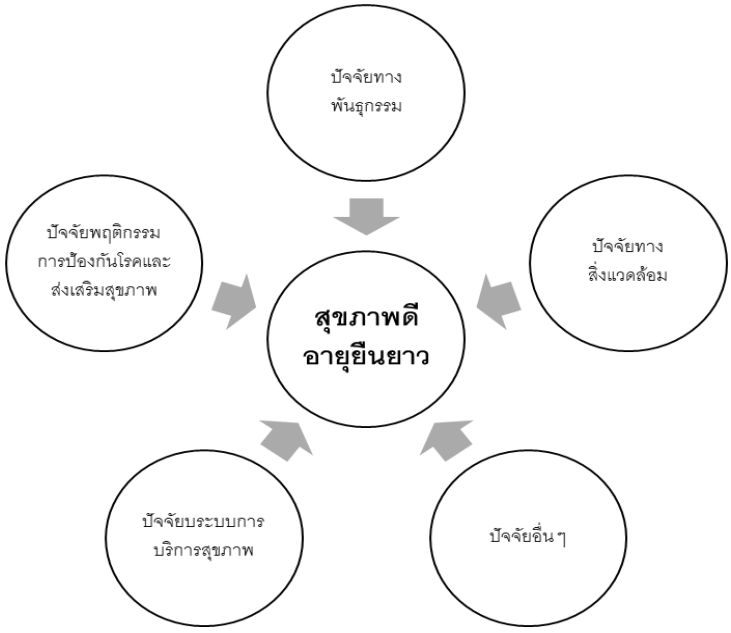
# เคล็ดลับการดูแลสุขภาพและจัดการความสำเร็จของชีวิต 80 ปี

*สมจิตต์ สุพรรณทัสน์* *

## 1. บทนำ

สุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิตของมนุษย์เรา และด้วยความเชื่อบนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ของผู้เขียนเองว่า มนุษย์เราสามารถจะมีชีวิตอยู่ได้เกิน 100 ปี เพราะจากข้อมูลในปี พ.ศ. 2562 พบว่า คนไทยมีอายุเกิน 100 ปี มีจำนวน 20,368 คน เป็นชาย 1,113 คน และหญิง 1,293 คน (ข้อมูลกรมกิจกรรมผู้สูงอายุ)

ผู้เขียนเห็นว่าปัจจัยหลักที่ทำให้คนมีอายุยืนยาว ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ปัจจัยพฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เป็นปัจจัยหลัก ๆ ที่ทำให้คนมีอายุได้ยืนยาว ปัจจัยทางพันธุกรรมในปัจจุบันยังไม่สามารถควบคุมแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้มากนัก ปัจจัยสิ่งแวดล้อม มนุษย์สามารถควบคุมได้บางส่วน ปัจจัยพฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพเป็นสิ่งที่ทุกคนสามารถทำได้อย่างชัดเจน จนสามารถกลายเป็นพฤติกรรมที่คงที่ กลายเป็นนิสัย เป็นวิถีชีวิตของตนเองในสังคมซึ่งจะส่งผลให้มีชีวิตยืนยาวต่อไป




**ภาพที่ 1** ปัจจัยหลักที่ทำให้คนมีอายุยืนยาว

* *ศาสตราจารย์ และนายกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา*

**2. สุขภาวะประชากรคนไทย และฐานะทางเศรษฐกิจ**

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปเกือบทุกประเทศที่อยู่ในภาวะปกติที่มีการพัฒนาทางสังคมเศรษฐกิจการสาธารณสุขและด้านอื่น ๆ ของประเทศ ผลที่เกิดตามมา คือ อายุขัยของคนจะเพิ่มขึ้น อายุเฉลี่ยการตายของประชากรในประเทศก็จะสูงขึ้นตามลำดับ จะมีบางประเทศที่อายุเฉลี่ยของการตายลดน้อยลง อันเกิดจากสังคมที่มีการฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ หรือมีโรคติดต่อแรงบางชนิดระบาด หรือมีการเคลื่อนย้ายประชากรเป็นอันมาก (EXODUS) อันเกิดจากสงคราม หรือภัยจากธรรมชาติที่รุนแรง (Drought)

ประเทศไทยอายุเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและอายุเฉลี่ยการตายเพิ่มขึ้นตามลำดับ ปัจจุบันชายไทยอายุเฉลี่ยการตายคือ 73.2 ปี และหญิงไทยอยู่ที่ 80.40 ปี โดยเฉลี่ย 75.3 ปี นอกจากนี้ ประชากรผู้สูงวัยจะมีประมาณร้อยละ 18 หรือราว 16,000,000 คน ซึ่งถ้าอัตราผู้สูงวัยถึงร้อยละ 20 ประเทศไทยก็จะกลายเป็นประเทศผู้สูงวัยเต็มตัว

ปัญหาสำคัญคือ เรื่องสุขภาพที่จะตามมา โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงวัยเป็นระยะเวลานาน จะเป็นภาระต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติเป็นอย่างยิ่ง

ตัวอย่างของค่าใช้จ่ายผู้สูงวัย 60 ปีขึ้นไป ซึ่งจะต้องใช้จ่ายจนกว่าจะเสียชีวิตเฉลี่ย 75.3 ปี คือระยะเวลาประมาณ 15 ปี โดยไม่มีรายรับ ตลอดระยะเวลา 15 ปี จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายเฉพาะตนเองเพียงใด โดยไม่รวมที่จะต้องเสียค่าใช้จ่ายให้กับภรรยา บุตรหลาน และค่าใช้จ่ายพื้นฐานที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต คิดเป็นตัวเลขจะได้ขั้นต่ำดังตาราง ทั้งนี้ ยังไม่คิดอัตราเงินเฟ้อราคาสินค้าต่าง ๆ ค่าบริการต่าง ๆ ที่จะต้องเพิ่มขึ้นในแต่ละปีอีกด้วย

**ตารางที่ 1** ค่าอาหารประจำวัน ตลอด 15 ปีของผู้สูงวัย 60 ปีขึ้นไป

| ค่าอาหาร | เงิน | วัน | ปี | รวม |
|---|---|---|---|---|
| **เช้า** | 50 บาท | 365 บาท | 15 ปี | 273,750 บาท |
| **กลางวัน** | 60 บาท | 365 บาท | 15 ปี | 328,500 บาท |
| **เย็น** | 70 บาท | 365 บาท | 15 ปี | 383,250 บาท |
| | | | **รวม** | **985,500 บาท** |

* ค่าของเงินลดลงตามลำดับ

**ตารางที่ 2** ค่าใช้จ่ายประจำวัน ตลอด 15 ปีของผู้สูงวัย 60 ปีขึ้นไป

| ค่าใช้จ่าย | เงิน/ปี | ปี | รวม |
|---|---|---|---|
| เสื้อผ้า สบู่ แปลงสีฟัน ฯลฯ | 1,000 บาท | 15 ปี | 15,000 บาท |
| ค่างานสังคม (ลูกหลานคนสนิท แต่งงาน ตาย บวช ฯลฯ | 1,000 บาท | 15 ปี | 15,000 บาท |
| ค่าเดินทาง (รถเมล์ รถไฟ รถสาธารณะ) | 500 บาท | 15 ปี | 7,500 บาท |
| ค่ารักษาพยาบาลโรคเล็กน้อย | 6,286 บาท | 15 ปี | 94,290 บาท |
| | | **รวม** | **1,117,190 บาท** |

ดังนั้น ผู้สูงวัยที่ไม่มีงานทำ และไม่มีรายได้จากแหล่งอื่น จะต้องมีเงินเก็บไว้ใช้ก่อนตายเป็นจำนวนขั้นต่ำ 1,117,190 บาท ในระยะเวลา 15 ปี หรือเฉลี่ยตกปีละ 74,479 บาท หรือเดือนละ 6,206 บาท

รายจ่ายขั้นต่ำเดือนละ 6,000 บาทนี้ เป็นรายจ่ายเพื่อยังชีพเท่านั้น โดยต้องมีบ้านที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง ไม่ต้องเสียค่าเช่าด้วย และไม่ต้องมีรายจ่ายที่ต้องดูแลคู่สมรส และบุตรหลาน

สถิติการเงินพบว่า คนไทยที่มีเงินฝากเกินหนึ่งล้านบาทมีเพียงร้อยละ 1.4 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งในร้อยละ 1.4 นี้ ผู้เขียนไม่สามารถหาข้อมูลได้ว่าเฉพาะผู้สูงวัยมีเงินฝากเกิน 1,000,000 มีมากน้อยเพียงใด แต่แน่นอนจำนวนต้องน้อยกว่าร้อยละ 1.4

ปัญหาสุขภาพของผู้สูงวัยมีทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ค่าใช้จ่ายไม่ว่าจะมีหลักประกันสุขภาพเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพก็ตาม แต่ความเป็นจริงผู้ป่วยจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นนอกเหนือจากบริการพื้นฐาน การใช้ยาในบัญชีหลักค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้จะสะสมเพิ่มขึ้นทุกปี ในกรณีที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเช่นโรคเบาหวาน โรคความดัน เส้นโลหิตตีบ มะเร็ง โรคทางสมอง โรคข้อเข่าเสื่อม โรคตา โรคตับ โรคไต เป็นต้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของคนไทยจากข้อมูลของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปีพ.ศ. 2563 มีดังนี้

**ภาพที่ 2** ค่ารักษาโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนไทย
ที่มา: โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**3. ทางออกเพื่อให้อายุยืนยาวต้องทำอย่างไร**

จำนวนประชากรผู้สูงวัยเพิ่มขึ้นทุกปี รายรับของผู้สูงวัยหรือของคนไทยทั่วไปไม่เพียงพอกับรายจ่าย เงินเก็บที่ต้องใช้ในการดำรงชีพไม่เพียงพอ โรคประจำตัวเรื้อรังต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาในระยะเวลานานเพิ่มขึ้น ฯลฯ ดังนั้น ทางออกในการดูแลตนเองและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพน่าจะเป็นทางออกที่ดีที่สุด

การดูแลสุขภาพคงเริ่มต้นที่การดูแลตนเอง (self-care) ประชาชนจำนวนมากไม่ได้ตระหนักถึงความจริงที่ว่าตัวเองสำคัญที่สุดที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพเบื้องต้น สุขภาพตนเองจะดีหรือไม่ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับการดูแลของบุคคลอื่น หรือเป็นภาระหน้าที่การดูแลสุขภาพของเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสาธารณสุข ไม่มีประเทศใดในโลกนี้จะมีแพทย์พยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะต้องดูแลสุขภาพของประชาชนได้ทุกคน ถ้าทุกคนคิดว่าเรื่องสุขภาพปล่อยให้เป็นเจ้าหน้าที่ของคนอื่นนั่นก็คือความคิดที่ผิดตั้งแต่เริ่มต้นแล้ว การดูแลตนเอง ในชีวิตประจำวันทุกคนต้องทำเอง เริ่มตั้งแต่การตื่นนอนเป็นเวลา การอาบน้ำ ชำระร่างกายให้สะอาด การแปรงฟันที่ถูกวิธีหลัง

รับประทานอาหารทุกครั้ง การรับประทานอาหารที่ถูกต้องทั้งปริมาณและคุณภาพ การล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร การใช้ช้อนกลางเมื่อทานอาหารรวมกับคนอื่น การขับถ่ายเป็นเวลา การล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่าย เป็นต้น ทั้งหมดนี้คือ การดูแลสุขภาพเบื้องต้นของตนเอง

ที่สำคัญการปรับเปลี่ยนหรือการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ซึ่งผู้เขียนขอเสนอพฤติกรรมหลัก ๆ เพื่อการปฏิบัติ ดังนี้

**1. อาหาร**

อาหารที่รับประทานควรเป็นอาหารที่ครบห้าหมู่ตามหลักโภชนาการ อาหารต้องสะอาด อาหารที่บริโภคต้องไม่มากเกินความต้องการในการใช้พลังงานในแต่ละวัน ต้องไม่ทานเมื่อร่างกายรู้สึกอิ่มแล้ว ไม่ทานอาหารตามใจปาก ไม่ทานอาหารเพียงเพื่อเป็นเพื่อนคนอื่น ทั้ง ๆ ที่ตนเองอิ่มแล้ว การทานอาหารควรทานให้มากในตอนเช้า มื้อกลางวันก็ลดลง มื้อเย็นก็น้อยที่สุด หรือทานผลไม้แทน พลังงานอาหารสำหรับคนทั่วไป ผู้ชายก็ต้องการประมาณ 1,800 ถึง 2,000 แคลอรี่ต่อวัน ผู้หญิงต้องการประมาณ 1,500 ถึง 1,800 แคลอรีต่อวัน ปริมาณจะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับวัยและประเภทของอาชีพของแต่ละคนในความต้องการใช้พลังงาน เวลาทานอาหารตเองเคี้ยวให้ละเอียด ทานอย่างช้าช้า อย่าทานอาหารในลักษณะข้าวคำ น้ำคำ เพราะจะทำให้เกิดผลเสียต่อกระบวนการย่อยอาหารในลำไส้ ควรทานอาหารให้เสร็จให้เรียบร้อยก่อน ควรเว้นระยะเวลาพอสมควรจึงค่อยดื่มน้ำตามเข้าไป การรับประทานอาหารไม่ควรที่จะทานหลังเวลา 20.00 น. ขึ้นไป ถ้าต้องการนอนในเวลาประมาณ 22.00 น.

**2. น้ำ**

น้ำที่เหมาะสมในการดื่มคือน้ำที่ไม่เย็น น้ำอุ่นจะดีที่สุด ปริมาณของน้ำที่ควรดื่ม คือ แปดแก้วต่อวัน คือประมาณ 3 ขวดน้ำสำเร็จรูปที่ขายโดยทั่วไป ซึ่งมีความจุประมาณ 650 ซีซี

การดื่มน้ำควรดื่มน้ำก่อนนอน หนึ่งครั้ง หลังตื่นนอนหนึ่งครั้ง ก่อนทานอาหารทุกมื้อ ถ้าไม่จำเป็นอย่าดื่มน้ำจากก๊อกประปา จะมีการโฆษณาว่าน้ำประปาดื่มได้ก็ตาม เอาความปลอดภัยไว้ก่อน แก้วที่ใช้ก็ต้องสะอาด

**3. การพักผ่อนนอนหลับ**

ควรจะมีการนอนพักผ่อนวันละ 8 ชั่วโมง การนอนต้องให้หลับสนิท ไม่ควรนอนเกิน 22.00 น. ตื่นประมาณ 6 โมงเช้า ก็จะได้ 8 ชั่วโมงพอดี เวลานอนถนนตะแคงก็ควรตะแคงซ้ายหรือนอนหงาย ก่อนนอนก็ควรจะปิดไฟ ปิดวิทยุปิดโทรทัศน์ เพื่อไม่ให้แสงเสียงรบกวนประสาทสัมผัส ซึ่งจะทำให้รบกวนการนอนหลับ ที่นอนก็ไม่ควรจะนุ่มเกินไป เตียงไม่ควรสูงต่อการขึ้นลง ซึ่งจะมีความเสี่ยงต่อการตกเตียงได้หมอนที่ใช้ไม่ควรสูงมากเพราะจะมีผลต่อการทำงานของหัวใจที่จะต้องฉีดเลือดไปเลี้ยงสมองได้

**4. การนั่ง**

ท่าทางการนั่งที่ต้องใช้เวลานาน ๆในแต่ละวันจะมีผลต่อโครงสร้างของกระดูกสันหลัง ในการทำงานวันละ 8 ชั่วโมง การขับรถวันละนาน ๆ ท่านั่งต้องให้ตรง กระดูกสันหลังตั้งตรง 90 องศากับระนาบที่นั่ง เวลานั่งนานนานเกิน 2 ชั่วโมงขึ้นไป ควรมีการลุกขึ้นมาขยับร่างกายเพื่อลดความเมื่อยล้า อาจบิดตัวไปมา หรือแกว่งแขนเบา ๆ ราว 5 นาที จะทำให้ร่างกายมีสภาพความพร้อม

**5. การออกกำลังกาย**

การออกกำลังกายต้องให้เหมาะสมกับวัยและสภาพของร่างกาย การออกกำลังกายควรออกอย่างน้อยวันละ 40 นาทีขึ้นไป สัปดาห์ละสี่วัน การออกกำลังกายต้อง หัวใจเต้นเร็วขึ้น ชีพจรเต้นแรง เหนื่อย เหงื่อออก ท่าทางการออกกำลังกายก็ต้องเหมาะสมกับสภาพร่างกาย ผู้สูงวัยต้องไม่ออกกำลังกายที่จะใช้พละกำลังอย่างรุนแรง เช่น การเล่นฟุตบอล ฟุตบอล การวิ่งแข่งขัน การเดินเร็วที่ใช้ส้นเท้าลงพื้น การแข่งขันมาราธอน เป็นต้น

กรณีผู้มีโรคประจำตัวต้องให้แพทย์ตรวจร่างกายก่อน การออกกำลังกายต้องเหมาะสมกับสภาพของร่างกาย มีข่าวบ่อยๆ ทางสื่อมวลชนว่ามีผู้เสียชีวิตจากการออกกำลังกาย ในการแข่งขันการเดินมาราธอน การออกกำลังกายบนลู่วิ่ง ในสถานที่ออกกำลังกาย หรือแม้กระทั่งการเสียชีวิตในขณะที่เดินออกกำลังกาย

**6. อากาศ**

ควรหลีกเลี่ยงอากาศที่ไม่บริสุทธิ์ในสถานที่แออัดเช่นโรงหนัง โรงละคร สถานบันเทิง ไนท์คลับ เป็นต้น หรือการนั่งรถตู้ รถเมล์ รถโดยสารที่ต้องยืนแออัดเบียดเสียดจนแทบหายใจไม่ออก เวลานั่งอยู่ในรถยนต์ต้องปิดเครื่องยนต์ เปิดกระจกรถแทน แม้แต่เวลานอนก็ไม่ควรนอนคลุมโปง คือการใช้ผ้าห่มปิดหน้าเพราะจะทำให้อากาศเสียที่กายใจออกมากลับเข้าไปในร่างกายอีก การเดินตามสวนสาธารณะและสวนป่าตอนกลางวันจะมีอากาศบริสุทธิ์ ควรหายใจลึก ๆ จะทำให้ได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้นซึ่งจะมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในร่างกาย ไม่ควรนอนใต้พุ่มไม้ สวนป่าในเวลากลางคืน เพราะจะสูดอากาศเสียจากต้นไม้ที่คลายออกมาจะมีผลเสียต่อร่างกาย

**7. การควบคุมอารมณ์**

เป็นที่ทราบกันดีว่า A sound mind in a sound body จิตใจที่ดีจะอยู่ในร่างกายที่สมบูรณ์ มีการวิจัยมากมายที่ระบุว่าสภาพทางใจกระทบต่อสภาพของร่างกาย โรคที่เกิดจากความสัมพันธ์นี้เรียกว่า Psychosomatic โดยเฉพาะความเครียด โรคต่าง ๆ เช่น แผลในกระเพาะอาหาร โรคผื่นแดงตามผิวหนังโรคโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ล้วนสัมพันธ์กับสภาพของอารมณ์ ดังนั้น การควบคุมหรือบริหารอารมณ์ไม่ให้เกิดความเครียดจึงเป็นสำคัญซึ่งมีการแนะนำมากมายในทางปฏิบัติ เช่น การนั่งสมาธิการเดิน การออกกำลังกายการดูหนัง ฟังเพลง การดูรายการโทรทัศน์ที่สนุกสนาน การปฏิบัติธรรมตามหลักศาสนา การพักผ่อนนอนหลับเมื่อเกิดความเครียด วิธีการเหล่านี้จะทำให้สภาพความเครียดลดลงสู่สภาพสมดุลได้มาก

**8. การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ**

การขับรถที่รวดเร็ว การขับมอเตอร์ไซค์ที่ไม่ใช้หมวกนิรภัย การขับรถที่ไม่ใช้เข็มขัดนิรภัย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้ยาเสพติด การมีเพศสัมพันธ์ที่สำส่อน การไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อใช้บริการทางเพศกับหญิงขายบริการ ทั้งหมดนี้ ล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพทั้งนั้น ผู้เขียนเชื่อว่าถ้าทุกคนได้มีการปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาปฏิกรรมสุขภาพตามแนวคิดข้างต้นย่อมจะส่งผลดีต่อการมีสุขภาพที่ดี และจะสามารถทำให้มีอายุยืนยาวทำให้เกินอายุเฉลี่ยการตายสูงขึ้น ซึ่งจะทำให้มีอายุยืนยาวอยู่ในกลุ่มประชากรที่มีอายุเกิน 100 ปีได้ในที่สุด

ขอให้โชคดีกับวิถีชีวิตที่ถูกต้องทุกท่าน

# การใช้ชีวิตอย่างสมดุลและมีความสุข

*ขวัญเมือง แก้วดำเกิง* *

## การใช้ชีวิตและบททดสอบ

สัตว์โลกทุกชีวิตเกิดมาพร้อมกับทุกข์ประจำสังขารหรืออาจเรียกว่าประวัติที่มองไม่เห็น ซึ่งรู้จักกันในชื่อว่า “กรรม” ติดตัวกันมาทุกคน ต่างคนก็ต่างมีกรรมของตัวเองที่ต้องหาโอกาสในการจัดการชีวิต หากมีเป้าหมายในการเกิดมาก็จะต้องหาวิธีไปสู่เป้าหมายนั้นให้ได้ภายในช่วงระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่ ซึ่งแน่นอนว่าแต่ละคนมีต่างกัน

ผู้มีประสบการณ์อาบน้ำฝนมาก่อนหลายฤดู มักจะกล่าวกันว่า “คนเราเกิดมาชดใช้กรรม” ปรากฏการณ์ที่พบเห็นได้ในข่าวประจำวันและประสบด้วยตนเอง ก็คือ บางคน “เกิดมาเพิ่มกรรม” หนักขึ้นกว่าเดิมอีก เรียกว่า “ไม่ผ่านการทดสอบ” ก็น่าจะได้สำหรับชีวิตนี้เพราะจบสิ้นชีวิตไปในลักษณะของผู้แพ้ ซึ่งหากเป็นการพ่ายแพ้ที่เจ้าของกรรมมิได้ใช้ความเพียรพยายามในการต่อสู้ให้สมกับที่ได้ทุนมาเกิด ก็นับได้ว่าเกิดมาเสียไปอีกหนึ่งชาติ หรือคนทั่วไปเรียกกันว่า “เสียชาติเกิด” นั่นเอง

ตลอดชีวิตของมนุษย์จะถูกทดสอบตามโอกาสต่าง ๆ ซึ่งไม่อาจคาดเดาล่วงหน้าได้ว่าจะเป็นวันเดือนปีใด หรือเคราะห์กรรมจะมาถึงตัวเมื่อใด สถานการณ์ทดสอบนั้นเปรียบได้กับบทละครชีวิตแต่ละบท บางคนอาจได้รับครั้งละหลายบท ต่อเนื่องกันก็เป็นได้ เรียกว่า เคราะห์ซ้ำ กรรมซัด (กระหน่ำ) หรือสมัยปัจจุบันนี้เรียกว่า “ทัวร์ลง” บุคคลต้องเข้าไปอยู่ในสถานการณ์ที่ถูกกำหนด เพื่อทดสอบว่าจะแสดงออกทางความคิดและการกระทำอย่างไร

**ภาพที่ 1** โลกมนุษย์เปรียบเสมือนโรงละครโรงใหญ่

* *รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

มีคำกล่าวว่า “โลกนี้เปรียบได้กับโรงละครโรงใหญ่” ดังนั้น การแสดงบทบาทที่ถูกสร้างฉากในแต่ละสถานการณ์นี้ มักจะสมจริงจนมนุษย์ทั่วไปแยกแยะไม่ออก หรืออาจมีภาพที่จินตนาการไปมากกว่าความเป็นจริง พระท่านว่าภาพที่มองเห็นนั้นล้วนเป็น “มายา” จิตของเราเป็นผู้สร้างขึ้น บางครั้งมองเห็นได้ด้วยตา บางครั้งมองเห็นได้เพราะได้ฟังมา แค่เพียงได้ยินว่าเขาซุบซิบในทางร้ายเกี่ยวกับตัวเอง ก็เกิดอารมณ์พุ่งพร่านขึ้นแล้วจนบางคนอาจเกิดอาการรุนแรง (ปรี๊ดแตก) บางครั้งเพียงแค่หลับฝันไปว่านางคนนี้คิดไม่ดีกับตน ก็เกิดอาฆาตขึ้นแล้วจนครุ่นคิดหาทางหาวิธีแก้แค้นและลงมือจนสำเร็จตามอารมณ์ที่ไม่อาจระงับได้ทัน

“อารมณ์” นี้ ธรรมชาติสร้างสรรค์มาอย่างพิสดารนัก
บางโอกาสก็ให้บททดสอบ..**อารมณ์รัก** (รักแม่ รักพ่อ รักแฟน รักลูก รักตัวเอง)
บางโอกาสก็ให้บททดสอบ..**อารมณ์โลภ** (อยากได้มรดก เงิน รถ บ้าน ที่ดิน สิ่งของ รางวัล)
บางโอกาสก็ให้บททดสอบ..**อารมณ์โกรธ** (แสดงอาการไม่พอใจ ดุร้ายกับคู่กรณี คนในครอบครัว เจ้านาย)
บางโอกาสก็ให้บททดสอบ..**อารมณ์หลง** (หลงตนเอง ตำแหน่ง/หัวโขน มัวเมาสุรา-นารี-การพนัน)

บททดสอบจะมี “ความหนัก-เบา” อย่างไรก็คงเป็นไปตามเหตุปัจจัยที่ตนเองสร้างขึ้นนั้นแล คงจะไม่เป็นความบังเอิญ หรือขึ้นอยู่กับองค์เทพทั้งปวง เพราะอาจมีข้อครหาได้ว่าท่านเลือกที่รัก มักที่ชัง อยุติธรรม ดังนี้แล้วก็ขึ้นอยู่กับว่ามนุษย์แต่ละคนจะมีภูมิต้านทานมาก-น้อยอย่างไร

การขาดภูมิต้านทานหรือมีภูมิแพ้มากก็เท่ากับว่าเผยจุดอ่อนให้กรรมมาจองเวรได้ง่าย เช่น การมีอารมณ์อ่อนไหวง่ายเป็นพิเศษ บางคนมีภูมิแพ้เพียงอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่ง แบบนี้ก็ค่อยยังชั่ว ถือว่ากรรมน้อย แต่หากแพ้ได้หลากหลายอารมณ์ แบบนี้ก็เรียกว่า ต้องระมัดระวังตัว ห้ามประมาทโดยเด็ดขาด ต้องเตรียมตัวรับมือในทุกย่างก้าว มิเช่นนั้นโอกาสพลาดก็มีสูง และอาจต้องยอมศิโรราบด้วยชีวิต

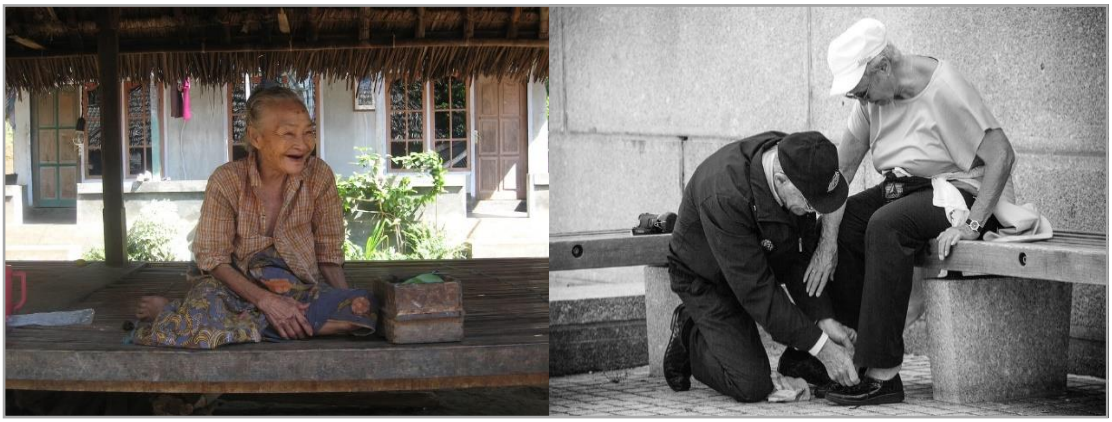
**ภาพที่ 2** บททดสอบอารมณ์รัก โลภ โกรธ หลง

สภาพการทำงานในช่วงหนึ่งของชีวิตที่ต้องเผชิญทั้งการแข่งขัน ปริมาณงาน และระบบมาตรฐานคุณภาพการทำงานอย่างเร่งรีบและต่อเนื่อง ส่งผลต่อสุขภาวะทางกายและจิตใจ ได้แก่ ปวดคอ หลัง บ่า ไหล่ ข้อมืออักเสบ นิ้วล็อค มือชา ตาพร่ามัว กระเพาะปัสสาวะอักเสบ กรดไหลย้อน ท้องผูก นอนไม่หลับ วิตกกังวล เครียด ภาวะอ้วน และเกิดโรคไม่ติดเชื้อ (non-communicable diseases) ตามมาได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไมเกรน มะเร็ง โรคหัวใจ เป็นต้น

การดำเนินชีวิตในวัยหนุ่มสาวต้องต่อสู้เพื่อครองชีวิตให้ยาวนาน และถือเป็นการยืดโอกาสเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง ชีวิตของมนุษย์ทุกชาติภาษามีรูปแบบคล้ายคลึงกันในพัฒนาการทางความคิด ความเชื่อ และปัญญาจากวัยเด็ก วัยที่ชีวิตเริ่มต้น มีการดิ้นรนหรือต่อสู้เพื่อให้มีชีวิตรอดและเติบโตขึ้น ก้าวเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นที่เต็มไปด้วยบททดสอบด้านอารมณ์รัก โลภ โกรธ หลงที่รุนแรง หากมีสติคิดทันตั้งตัวได้ก็แสดงว่ามีพัฒนาการทางความสามารถและปัญญาพอ จึงผ่านบททดสอบต่าง ๆ มาได้ โดยมิได้เกิดความสูญเสียร้ายแรง เมื่อผ่านเข้าถึงวัยชรา พร้อมกายสังขารที่เสื่อมโทรมลงตามธรรมชาติเป็นธรรมดาที่ทุกคนไม่อาจฝืนได้

การผ่านมาได้ถึงวัยนี้ ชีวิตมีกำไรแล้ว เนื่องจากช่วงวัยนี้บุคคลทั่วไปจะมีทุนทางปัจจัยที่แสวงหาจึงสามารถทิ้งภาระที่ไม่มีความจำเป็น และสามารถเลือกกำหนดตารางเวลาการใช้ชีวิตของตนเองได้อย่างอิสระมากกว่าช่วงใดของชีวิตที่ผ่านมา ดังนั้น โอกาสที่บุคคลในวัยนี้จะสามารถกำหนดวิถีชีวิตใหม่ให้มีทิศทางไปสู่ชีวิตสุขสงบ กลมกลืนไปกับสรรพสิ่งอันเป็นธรรมชาติ หักเหไปจากทิศที่มีเส้นทางตรงปูลาดลงดิ่งไปสู่นรกภูมิจึงมีมากกว่าหากสิ่งที่แสวงหาและได้มานั้นกระทำไปอย่างถูกต้องตามทำนองครองธรรมที่ยอมรับกัน

อายุของมนุษย์ที่มีการศึกษาวิจัยรวบรวมสถิติมาแล้ว พบว่า คนเราสามารถมีอายุยืนยาวมากที่สุด ก็เพียงแค่ 145 ปี (ชายชาวอินโดนีเซีย เกิดปี พ.ศ. 2413) เท่านั้น แม้ว่าจะได้รับคำสรรเสริญอยู่ตลอดเวลาให้อายุยืนหมื่นปีและบำรุงบำเรอด้วยยาอายุวัฒนะต่างๆ อาทิ โสมร้อยปี ถั่งเช่าทิเบต เห็ดหลินจือ ฯลฯ ก็ไม่ปรากฏบันทึกในประวัติศาสตร์โลกว่ามีฮ่องเต้พระองค์ใดหรือมนุษย์คนใดที่มีชีวิตยืนยาวอยู่ได้นานไปมากกว่านี้ สำหรับสัตว์โลกที่มีอายุสั้นที่สุด ก็คือ แมลงชีปะขาว (mayflies) มีอายุไม่เกิน 24 ชั่วโมงหรือวันเดียวเท่านั้น



**ภาพที่ 3** กิจกรรมชีวิตของผู้เฒ่าอายุเกินร้อยปี

ระยะเวลาตั้งแต่เกิด แก่ เจ็บ ตาย ของมนุษย์นั้นถือได้ว่า สั้นนัก ดังพระนิพนธ์ของสมเด็จพระญาณสังวรสมเด็จพระสังฆราช (2556) เรื่อง ชีวิตนี้น้อยนัก ซึ่งทรงกล่าวไว้ว่า “ชีวิตนี้สำคัญนัก เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อ เป็นทางแยก จะไปสูงไปต่ำ จะไปดีไปร้าย เลือกได้ในชีวิตนี้เท่านั้น พึงสำนึกข้อนี้ให้จงดี แล้วจงเลือกเถิด เลือกให้ดีเถิด”

ผลลัพธ์สุดท้าย ก็ต้อง “ตายจากกันไป” ด้วยกันทุกคน กล่าวกันว่า สิ่งที่นำติดตัวไปด้วยได้ ก็มีแค่ “กรรม” เท่านั้น กรณีแสดงบททดสอบแล้วผ่าน หรือมีชัยชนะ ก็เรียกว่า “ความดีหรือกรรมดี” กรณีแสดงบททดสอบแล้ว ไม่ผ่าน หรือพ่ายแพ้ ก็จะได้ “กรรมชั่ว” ติดตัวไป

ความเชื่อเรื่อง “เวียนว่ายตาย-เกิด” ปรากฏอยู่ในศาสนาพุทธ ยูดา อิสลาม คริสต์ ประวัติศาสตร์ของอียิปต์ อินคา กรีก โรมัน จีน ทิเบต ยุโรป อเมริกา รวมทั้งไทย ล้วนปรากฏหลักฐานที่แสดงถึงการยอมรับว่าสิ่งเหล่านี้มีอยู่ ทั้งในทางความคิด ความเชื่อ และประสบการณ์ อาทิ กรณีวิญญาณนางนาคพระโขนง ตายแล้วฟื้นระลึกชาติได้ คนทรงเจ้า ฯลฯ นอกจากนี้บันทึกในคัมภีร์มรณะ เอกสารพาไพรัสของ Hunefer แสดงภาพตาชั่งของ Maat เทพีแห่งความตาย ซึ่งมีหัวใจวางอยู่บนถาดซ้าย ถาดขวาวางขนนกแห่งความจริง (feather of truth) ผู้ชั่งคือ เทพ Anubis นั่งยองอยู่ตรงกลาง เทพอาลักษณ์ Thoth คอยบันทึกผลการชั่งอยู่ข้างขวา ดูภาพประกอบ

**ภาพที่ 4** ภาพอียิปต์โบราณแสดงการชั่งน้ำหนักของเทพีแห่งความตาย

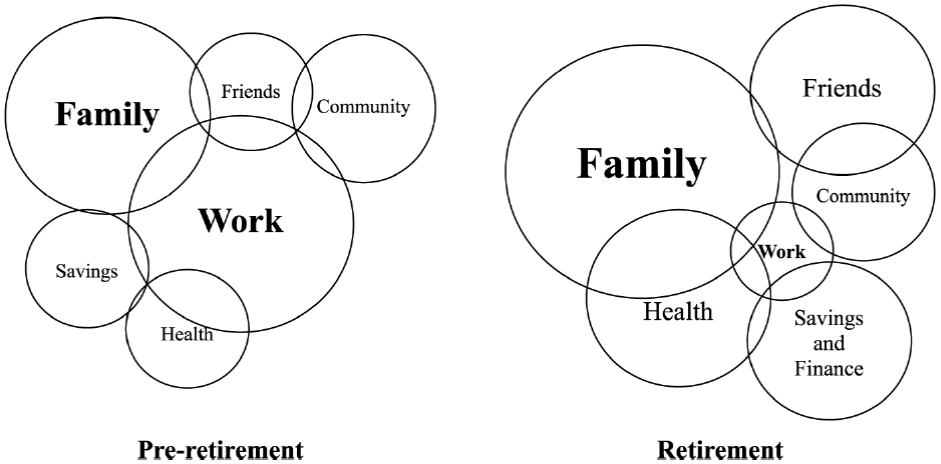
ศาสตร์การศึกษาด้านการแพทย์และจิตวิทยา มีนักวิทยาศาสตร์ที่มีชื่อเสียงระดับโลกจำนวนมากที่สนใจศึกษา โดยการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ของจิตแพทย์และนักวิทยาศาสตร์ด้านการแพทย์แขนง hypotherapy ที่มีการให้ผู้ป่วยระลึกชาติในระหว่างการสะกดจิต ปรากฏรายงานตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่มีชื่อเสียงจำนวนมาก ซึ่งนายแพทย์ประสาน ต่างใจ (2537) ประมวลและสรุปความเห็นไว้ว่า สรรพสิ่งที่รับได้ด้วยการมองเห็น ล้วนเป็นสิ่งหลอกลวงตาชั่วคราว โลกเป็นอาณาจักรของปรากฏการณ์ ไม่ใช่ความจริงแท้ สิ่งจริงแท้แน่นอนเกิดจากพลังงานแห่งจิตวิญญาณที่กระทำผ่านสื่อกลาง ซึ่งเรียกว่า อุดมคติ (ideal) และพลังงานแห่งจิตวิญญาณนี้เอง ต่อมาได้กลายเป็นเทวจิต (divinity) (Plato: Republic Book X) สำหรับพุทธมหายานในญี่ปุ่นเชื่อว่า คลื่นวิญญาณจะจากร่างไปสู่ภพที่เป็นปรโลก ที่มีสามโลก แต่ละโลกจะมีอีกสามชั้น และวิญญาณจะได้รับการชำระล้าง ตามแต่กรรมดีกรรมชั่วที่ผู้นั้นทำไว้ในอดีตจนหมดสิ้น เป็นการใช้กรรมในโลกแห่งวิญญาณ หลังจากนั้นจะหวนกลับมาเกิดใหม่ในโลก แต่ยังคงต้องชดใช้กรรมของโลกอีกชาติหนึ่งด้วย ทั้งนี้ ข้อมูลความรู้ต่าง ๆ ที่ถูกเก็บไว้ในสมอง เป็นไปได้ว่าอาจเปลี่ยนสภาพไปอยู่ตำแหน่งอื่น และขอบเขตอื่นที่ต่างออกไป ตาม “ทฤษฎีระบบซ่อนเร้นตัวของโบห์ม” ที่ว่าสสารสร้างไม่ได้และทำลายไม่ได้ การเกิดใหม่ทันทีนั้นเกิดจากความตั้งใจที่แน่วแน่หรือการอาฆาตที่รุนแรง เมื่อมีการเกิดใหม่ทันทีจึงมักมีรอยแผลเป็นจากการกระทำผู้อื่นหรือถูกกระทำติดตัวมาด้วย ฯลฯ

## การสร้างความสมดุลของการใช้ชีวิตและการทำงาน

การสร้างความสมดุลระหว่างการใช้ชีวิตและการทำงาน มนุษย์จำเป็นต้องอาศัย “ปัญญา” ซึ่งเกิดขึ้นจากการได้รับประสบการณ์ตรง และเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลอื่น แต่ละบุคคลมีระดับปัญญาที่แตกต่างกัน ซึ่งเกิดจากเหตุปัจจัยที่สั่งสมหรือกระทำไว้ในอดีตชาติ มากบ้างน้อยบ้าง อย่างไรก็ตาม มนุษย์เป็นสัตว์โลกที่เรียนรู้ได้และสามารถเพิ่มระดับปัญญาให้สูงขึ้นได้ เช่น รู้ลึกในบางเรื่อง รู้กว้าง รู้แจ้งในทุกสิ่ง (รู้กฎธรรมชาติทั้งมวล) ได้ด้วยการฝึกฝนตนเอง ซึ่งมีวิธีการที่เรียกว่า “ทางสายเอก” ตามหลักธรรมของพระพุทธเจ้า (พระกิตติเชษฐ์ สิริวัฑฒโก, 2555) ดังนั้น การใช้ชีวิตและการทำงานอย่างสมดุล จะนำความสุขมาสู่บุคคลที่หมั่นฝึกฝนตนเองและเข้าถึงวิธีการที่ถูกต้อง วารสารแวดวงธุรกิจได้เผยแพร่บทความทางวิชาการเกี่ยวกับการสร้างความสมดุลระหว่างการทำงานและการใช้ชีวิต (Balancing Work and Life) เป็นระยะ บางฉบับอุทิศพื้นที่เนื้อหาทั้งฉบับให้กับเรื่องนี้ เช่น Harvard Business Review ฉบับปี 2011 และ 2016 เป็นต้น

ช่วงชีวิตในการทำงานเป็นช่วงเวลาที่ยาวนานที่สุด บางท่านอาจเริ่มต้นอาชีพตั้งแต่วัยเด็กและทำไปจนกระทั่งร่างกายทำไม่ไหว ซึ่งอาจมีระยะเวลายาวนานเกิน 40 ปี การสร้างความสมดุลระหว่างการทำงานและการใช้ชีวิตในแต่ละช่วงเวลา จึงมีส่วนช่วยให้ร่างกายและจิตใจสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและมีการปรับสภาพหรือฟื้นตัวให้กลับมามีความแข็งแรงและเกิดความสบายใจ อันจะส่งผลดีต่อสุขภาพโดยรวม

การจัดแบ่งสัดส่วนของกิจกรรมสำคัญในชีวิต ระหว่างก่อนการเปลี่ยนแปลงชีวิตจากช่วงการทำงานเต็มเวลาหรือวัยก่อนเกษียณ (pre-retirement) กับช่วงที่ผ่อนจากภาระงานหรือเกษียณแล้ว (retirement) มีองค์ประกอบที่ควรให้ความสำคัญ ได้แก่ ครอบครัว (family) เพื่อน (friends) ชุมชน (community) การเก็บออม (savings) และสุขภาพ (health) ดังภาพ




**ภาพที่ 5** การจัดการความสมดุลของชีวิต ก่อนและหลังช่วงวัยทำงาน

ที่มา: Balancing Work and Personal Life (Harvard Business Review, 2009)

หลักการใช้ชีวิตที่ดี เราเรียนรู้จากประสบการณ์การใช้ชีวิตของ “คนอายุเกิน 100 ปี” ซึ่งทีมวิจัยของนิตยสารแนชั่นแนลจีโอกราฟฟิค (บุทเนอร์, 2556) ได้เก็บรวบรวมข้อมูลและลงพื้นที่สัมภาษณ์ผู้เฒ่าอายุเกินร้อยปีในพื้นที่ที่รวมตัวกันเป็นกลุ่มที่เรียกว่า The blue zones มีบทเรียนเพื่อชีวิตยืนยาว สรุปได้ดังนี้

1) เกาะโอกินาวา (Okinawa, Japan) ประชากร 1.3 ล้านคน (ปี ค.ศ.2005) ผู้ที่มีอายุเกิน 100 ปี มีสัดส่วน 5 ต่อ 10,000 คน ผู้ที่มีอายุสูงที่สุด มีอายุ 103 ปี เป็นเพศชาย พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ได้แก่ เคลื่อนไหวร่างกาย ทำงานหนัก รับแสงแดด มองโลกในแง่ดี เอาใจใส่เพื่อนบ้าน เมตตา ยิ้มแย้ม กินผักที่ปลูกเอง หัวมันเทศ ถั่วเหลือง กินอิ่ม 80 % (ฮารา ฮาจิบู) และกินเนื้อน้อย

2) เกาะซาร์ดิเนีย (Sardinia, Italy) ประชากร 1.6 ล้านคน (ปี ค.ศ.1999) ผู้ที่มีอายุเกิน 100 ปี จำนวน 1,000 คน สัดส่วน 7 คนในจำนวน 2,500 คน ผู้ที่มีอายุมากที่สุด คือ 122 ปี 164 วัน เป็นเพศหญิง พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ได้แก่ เดินไต่เขาลงเขา เลี้ยงแกะ ทำสวน มีอารมณ์ขัน มองโลกในแง่ดี และดื่มนมแพะ

3) เมืองโลมา ลินดา (Loma Linda, California, US.) ประชากร 21,000 คน (ปี ค.ศ.1980-1990) ผู้ที่อายุสูงที่สุด 108 ปี พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ได้แก่ ออกกำลังกาย เคร่งศาสนา (การให้) ไม่สูบบุหรี่ บริโภคอาหารมังสะวิรัติ ถั่วเปลือกแข็ง มื้อเย็นกินน้อยและกินหัวค่ำ

4) คอสตาริกา (Costa Rica, Pacific) ประชากร 47,000 คน (ปี ค.ศ.2002-2005) ผู้ที่อายุสูงที่สุด 102 ปี พฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน ได้แก่ ทำงานหนัก รับแสงแดด มีสังคม คบเพื่อน บริโภคแผ่นแป้งข้าวโพด (เรียกว่า ตอร์ตียา) ถั่ว กินมื้อค่ำแต่น้อย ดื่มน้ำวันละ 6 ลิตร และมีแผนการชีวิต เรียกว่า Plan de Vida

นอกจากนี้ ผลการศึกษาระยะยาวมากกว่า 75 ปี ของ Harvard University พบว่า ปัจจัยที่ทำให้คนเรามีความสุขที่แท้จริงในบั้นปลายของชีวิต มี 3 ประการคือ (1) ความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด (2) คุณภาพของความสัมพันธ์ และ (3) การดูแลร่างกายและสมอง

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส., 2552) ได้อาศัยหลักการขององค์การอนามัยโลกเผยแพร่องค์ประกอบสำคัญ 8 ประการ เรียกว่า Happy 8 ซึ่งบุคคลจะต้องมีการจัดความสมดุลให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดสุขภาวะ ประกอบด้วย สุขภาพกายดี (happy body) มีน้ำใจงาม (happy heart) มีศีลธรรม (happy soul) มีครอบครัวดี (happy family) สังคมดี (happy society) มีความรู้ (happy brain) รู้จักผ่อนคลาย (happy relax) และจัดการรายรับรายจ่ายได้ (happy money)

การจัดความสมดุลให้เกิดสุขภาวะ อธิบายโดยขยายความให้เป็นแนวทางที่เป็นรูปธรรมมากขึ้นได้ ดังนี้

1) สุขภาพกายดี (happy body) บุคคลต้องมีการดูแลให้ร่างกายแข็งแรง ไม่อ้วนหรือผอมเกินไป หากอ้วนลงพุงสามารถหาวิธีการลดน้ำหนักด้วยวิธีการที่ถูกต้อง

2) น้ำใจงาม (happy heart) พิจารณาเรื่องการแบ่งปัน การแสดงน้ำใจต่อบุคคลอื่น

3) มีศีลธรรม (happy soul) มีโอกาสก็ทำความดี รักษากฎระเบียบ เคารพข้อตกลง หรือเป็นคนมีเหตุมีผลหรือไม่

4) มีครอบครัวดี (happy family) ปฏิบัติกับสามีภรรยาพ่อแม่พี่น้องลูกหลานอย่างไร รักษาความสัมพันธ์กันบ้างหรือไม่ หรือแนะนำคนใกล้ตัวอย่างไรเกี่ยวกับครอบครัว

5) สังคมดี (happy society) ผูกความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างอย่างไร และหากความสัมพันธ์กับคนใกล้ตัวในสังคมไม่ดีจะทำอย่างไร

6) ความรู้ (happy brain) ใฝ่เรียนรู้ศึกษาหาความรู้อยู่เสมอหรือไม่ เพื่อให้รอบรู้ทันโลกทันคน

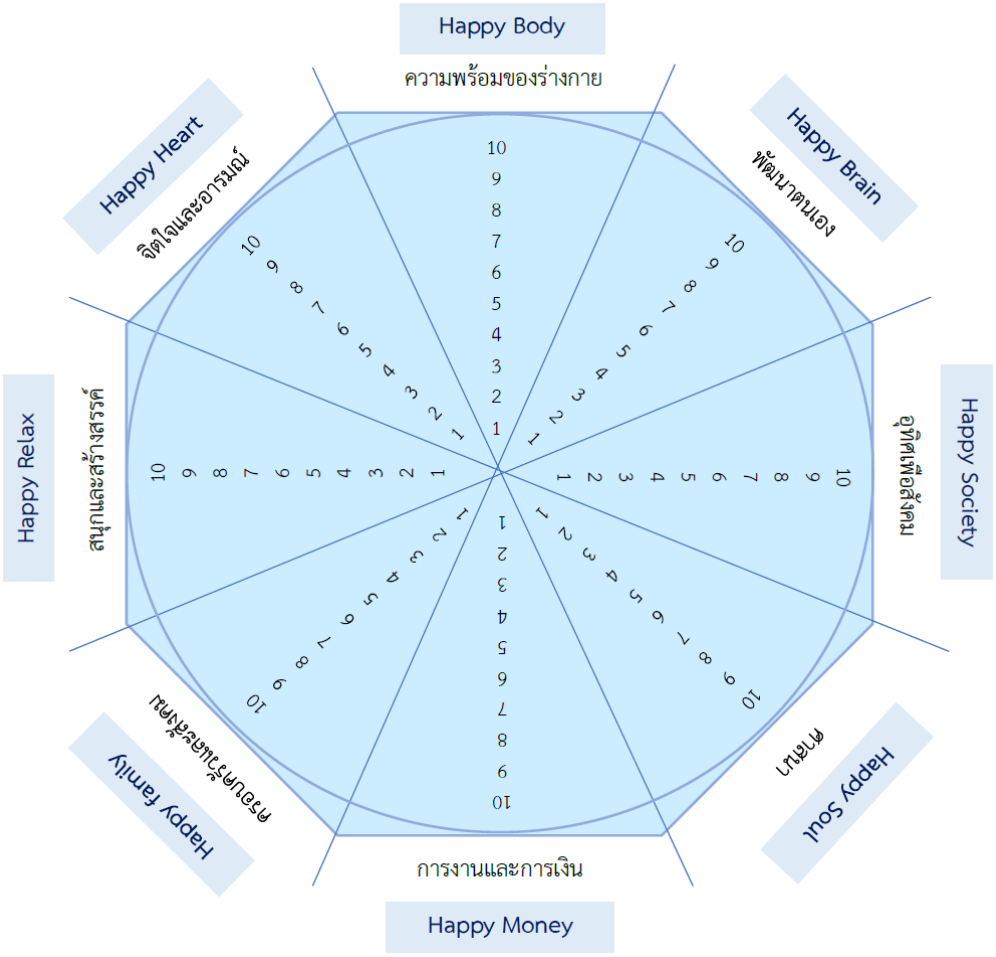
7) รู้จักผ่อนคลาย (happy relax) เมื่อมีความเครียด ถูดแรงกดดันท่านทำอย่างไร มีวิธีระบายความเครียดอย่างไรที่ไม่ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อนหรือส่งผลกระทบทางลบ

8) จัดการรายรับรายจ่ายได้ (happy money) ท่านจัดการรายรับรายจ่ายอย่างไร มีเงินออมเก็บไว้บ้างหรือไม่ หรือมีปัญหาด้านการเงินก่อกวนสร้างปัญหาทำให้ท่านมีทุกข์หรือเดือดร้อนบ่อย ๆ หรือไม่

**ภาพที่ 6** การจัดความสมดุลขององค์ประกอบ Happy 8

ที่มา: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส., 2552)

องค์ประกอบของการสร้างสุข 8 ประการ (สสส, 2552) สอดคล้องกับแนวคิดของ Brian Colbert (2013) ซึ่งเขียนหนังสือเรื่อง อุปนิสัยสร้างสุข (Happiness Habit) เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2556 แสดงองค์ประกอบที่สอดคล้องกัน 8 ด้าน ได้แก่ ความพร้อมของร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สนุกและสร้างสรรค์ ครอบครัวและสังคม การงานและการเงิน ศาสนา อุทิศเพื่อสังคม และการพัฒนาตนเอง แต่ละองค์ประกอบมีตัวเลขสำหรับประเมินระดับความสมบูรณ์ขององค์ประกอบเป็นตัวเลข 1 - 10 รายละเอียดดังแผนภาพ




**ภาพที่ 7** เปรียบเทียบองค์ประกอบการสร้างสุข 8 ด้าน

ที่มา: ปรับปรุงจาก Colbert B. (2013)

ผลการวิจัยที่ผ่านมาได้ข้อสรุปเป็นแนวทางในการสำรวจตนเอง ดังนี้

1. คนที่มีความสุขต่างมองว่าชีวิตต้องมีจุดหมาย
2. คนที่มีความสุขจะมองด้านบวก เมื่อต้องประสบเรื่องร้ายๆ
3. คนที่มีความสุขจะแข่งขันกับตนเอง หลีกเลี่ยงการเปรียบเทียบกับผู้อื่น
4. คนที่มีความสุขมีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพดีมากกว่า
5. คนที่มีความสุขมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนมากกว่า
6. คนที่มีความสุขมีแนวโน้มที่จะมีเพื่อนมากกว่า
7. คนที่มีความสุขมีแนวโน้มที่จะมีพละกำลังกว่า
8. คนที่มีความสุขเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กว่า
9. คนที่มีความสุขมักจะมีรายได้มากกว่า
10. คนที่มีความสุขชอบทำให้คนอื่นมีความสุขด้วย

นักพฤติกรรมศาสตร์เชื่อว่า ปัจจัยที่กำหนดการกระทำของมนุษย์ที่สำคัญประการหนึ่งคือ “อุปนิสัย” หรือ นิสัย (habits) ของบุคคล ซึ่งเป็นความเคยชินที่สะท้อนถึงความคิดและการตัดสินใจ แสดงออกมาภายนอก ด้วยสิ่งที่กระทำเป็นประจำหรือเป็นกิจวัตร (daily-life practices)

อุปนิสัย เป็นคุณลักษณะหนึ่งที่บ่งบอกความเป็นตัวตนหรือภาพลักษณ์ของบุคคล สามารถแปรเปลี่ยนไปตามช่วงวัย กลุ่ม ชุมชน สังคม วัฒนธรรม (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2562) อย่างไรก็ตาม อุปนิสัยบางอย่างอาจจะไม่พัฒนาหรือเปลี่ยนแปลงไป ตามวัย เช่น นิสัยหวงของ นิสัยไม่เป็นระเบียบ นิสัยรักความสบาย นิสัยเกียจคร้าน เป็นต้น นิสัยเหล่านี้อาจจะไม่เปลี่ยนแปลงมากนักจากวัยเด็กไปจนถึงวัยทำงาน ซึ่งมีผลทำให้แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงได้ยากเมื่อเจริญวัยมากขึ้น เข้าทำนองที่ว่า “ไม้อ่อนดัดง่าย ไม้แก่ดัดยาก”

อุปนิสัยไม่ดีนั้นก่อขึ้นง่ายและมักจะนำความยุ่งยากลำบากใจมาสู่ชีวิตได้เสมอ ผู้ที่ประสบความสำเร็จในชีวิตโดยทั่วไป มักจะเป็นผู้ที่สามารถควบคุมและเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยของตัวเองได้ แต่คนจำนวนมากที่ถูกอุปนิสัยไม่ดีครอบงำ ส่งผลต่อการควบคุมสติ ขาดสามัญสำนึก และมีการกระทำไม่ดีตามมา บางครั้งก็เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว บางครั้งก็โดนครอบงำเป็นเวลานาน ๆ

อุปนิสัยของแต่ละบุคคล สะท้อนด้วยการปฏิบัติตัวแบบซ้ำ ๆ มีรูปแบบที่แน่นอน ดังนั้น อุปนิสัยจึงกำหนดแบบแผนการปฏิบัติตัวของบุคคล การที่บุคคลจะเป็นคนมีอุปนิสัยอย่างไร มักจะมาจากความคิดของบุคคลนั่นเอง (Maltz, 2001; 2016)

คำสอนของหลวงปู่ชา สุภัทโท (2553) วัดหนองป่าพง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แสดงให้เห็นความจริงเกี่ยวกับความคิด ความประพฤติ ความเคยชิน และอุปนิสัย ที่มีความเกี่ยวข้องความสัมพันธ์กัน ซึ่งท่านได้สอนให้ตระหนักถึงความสำคัญของ “อุปนิสัย” ไว้ได้อย่างลึกซึ้ง ดังนี้

*“เธอจงระวัง**ความคิด**ของเธอ เพราะ**ความคิด**ของเธอ จะกลายเป็น**ความประพฤติ**ของเธอ*
*เธอจงระวัง**ความประพฤติ**ของเธอ เพราะ**ความประพฤติ**ของเธอ จะกลายเป็น**ความเคยชิน**ของเธอ*
*เธอจงระวัง**ความเคยชิน**ของเธอ เพราะ**ความเคยชิน**ของเธอ จะกลายเป็น**อุปนิสัย**ของเธอ*
*เธอจงระวัง**อุปนิสัย**ของเธอ เพราะ**อุปนิสัย**ของเธอ จะกำหนด**ชะตากรรม**ของเธอชั่วชีวิต”*

## บทสรุป

ชีวิตมนุษย์ถูกนำมาเปรียบเปรยไว้อย่างหลากหลาย บ้างก็ว่า ความเป็นอยู่ในโลกใบนี้คือโรงละครโรงใหญ่ บ้างก็ว่า มนุษย์คือนักท่องเที่ยว ถ้าอยากเที่ยวให้สนุกก็อย่าได้แบกของหนักติดตัวไป และอย่าได้เอาเป็นเอาตายกับสิ่งที่พานพบ หากแม้ในบางวันได้ที่หลับนอนไม่ดี ก็ให้คิดเสียว่าวันพรุ่งนี้ก็ต้องเดินทางไปแล้ว บรรดาผู้คนที่ผ่านเข้ามาในแต่ละวัน ควรทำดีต่อกันเอาไว้ อย่าคิดเล็กคิดน้อยกับความไม่สะดวกในระหว่างเดินทาง ต้องสอดส่ายสายตาโดยรอบ รับรู้ว่าสองข้างทางมีดอกไม้ผลิบานอยู่และรับรู้สรรพเสียงของธรรมชาติที่พร่ำเตือน เลือกสิ่งที่ดี ซื้อของที่จำเป็นจะต้องใช้ บันทึกภาพที่ควรจดจำไว้เป็นแรงใจ สิ่งที่มองเห็นไม่มีอะไรที่นำติดตัวไปได้ ไม่ไปยึดติด ไม่นานเวลาท่องเที่ยวก็สิ้นสุดลงไปตามกำหนด ทุกสิ่งผ่านเข้ามา แล้วก็ผ่านไป

ความรู้เพื่อสร้างปัญญาเรื่องการใช้ชีวิตอย่างสมดุลและมีความสุขนั้น มีมานานก่อนสมัยพุทธกาล ทุกศาสนาล้วนมีหลักธรรมที่ยึดโยงอยู่กับกฎเกณฑ์ของธรรมชาติและให้แนวทางปฏิบัติที่ดี ชีวิตสัมผัสกับทุกข์บ้าง สุขบ้างเป็นระยะ สลับเปลี่ยนหมุนเวียนไปสุดจะคาดเดา จิตใจที่ได้รับรู้อารมณ์ต่าง ๆ พาให้เกิดปัญญาขึ้นบ้างหรือไม่ว่า “ทุกข์” นั้นเป็นอย่างไร และ “สุข” นั้นเป็นเช่นไร มีสิ่งใดเป็นเหตุ ภูมิแพ้ของเรากำเริบขึ้นเพราะทุกข์แบบใด มีโอกาสได้ทบทวนและสรุปไว้เป็นบทเรียนเพื่อมิให้วนเวียนอยู่ซ้ำ ๆ บ้างหรือไม่ หรือมีสิ่งใดที่ต้องเร่งฝึกฝนเพิ่มเติมให้สามารถสร้างอุปนิสัยที่ดีเพื่อชะตากรรมที่ดียิ่งขึ้นไป เพื่อสร้างภูมิต้านให้แข็งแรง ตระเตรียมไว้ใช้ในชีวิตปัจจุบันที่ยังเหลืออยู่และอนาคตที่อาจมาช้าหรือเร็วก็เป็นไปได้ทั้งนั้น แต่ละคนย่อมมีชะตากรรมของตนเอง ซึ่งกำหนดด้วยอุปนิสัย ความเคยชิน ความประพฤติหรือการกระทำ และความคิดที่มีมาโดยตลอดจากอดีตถึงชีวิตในปัจจุบัน

## เอกสารอ้างอิง


ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2562). 21 วันเปลี่ยนอุปนิสัยได้จริงหรือ. บทความวิชาการในการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 19 เรื่อง “ฝ่าวิกฤติทางวิชาการและวิชาชีพสาธารณสุข” วันที่ 9–11 พฤษภาคม 2562.

บุทเนอร์, ดี. (2556). ขอบฟ้าแห่งอายุร้อยปี. บทเรียนเพื่อชีวิตยืนยาวจากคนที่มีอายุยืนยาวที่สุด. [The blue zones] (พิมพา อจลากุล, ผู้แปล). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มูลนิธิโกมลคีมทอง.

ประสาน ต่างใจ. (2537). ชีวิตหลังตาย. โรงพิมพ์ พี.เค. พริ้นติ้งเฮ้าส์. กรุงเทพฯ.

พระกิตติเชษฐ์ สิริวัฑฒโก. (2555). ทางสายเอก. ศูนย์วิปัสสนาบุญญานุภาพ จังหวัดลำปาง. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2563, จาก https://www.youtube.com/watch?v=C9fu5bZEXxA

สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช. (2556). ชีวิตนี้น้อยนัก. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2563, จาก https://www.youtube.com/watch?v=dqYJ4ULsxlE

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2552). ความสุข 8 ประการ Happy 8. สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

หลวงปู่ชา สุภัทโท. (2553). คำสอนหลวงปู่ชา สุภัทโท. สืบค้นเมื่อ 5 ธันวาคม 2561, จาก http://oknation.nationtv.tv/blog/rinrudee/2010/10/22/entry-1

Colbert, B. (2013). Happiness Habit. GILL & MACMILLAN.

Harvard Business Review. (2009). Balancing Work and Personal Life: The Leader as Acrobat. Journal of Management Development.

Maltz, M. (2001). The New Psycho-Cybernetics. Edited and updated by Kennedy, D.S., and the Psycho-Cybernetics Foundation. A member of Penguin Putnum Inc., 375 Hudson street New York.

Maltz, M. (2016). 21-Day Habit Theory. Psycho cybernetics and self-fulfillment. Tarcher Perigee, Deluxe edition. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, NJ 07632.

# K-shape 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ

*ขวัญเมือง แก้วดำเกิง* *

## เกริ่นนำ

**ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)** หมายถึง “ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ” (องค์การอนามัยโลก, WHO, 1998)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถที่ถูกกำหนดขึ้นเป็นเป้าหมายของการพัฒนาทุนมนุษย์ในแต่ละสังคม หากบุคคลได้มีโอกาสใช้ความสามารถของตนอย่างต่อเนื่องและเรียนรู้ที่จะฝึกฝนพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น เมื่อมีการกระทำหรือใช้ความสามารถนั้นบ่อยครั้งขึ้น ก็จะมีการพัฒนาความสามารถเหล่านี้เกิดเป็นความชำนาญ เรียกว่าทักษะ (skills) กล่าวคือ มีการใช้ความสามารถนั้นได้อย่างคล่องแคล่ว ว่องไว และถูกต้องแม่นยำมากขึ้นตามลำดับ ดังนั้น การกระทำจะใช้เวลาน้อยลง ผิดพลาดน้อยลง หรือสามารถปรับตัวให้เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ได้

ความสามารถเหล่านี้จะต้องได้รับการฝึกฝนและพัฒนาในทุกช่วงวัยตามความพร้อมและความจำเป็น โดยอาศัยความรู้หลักการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณญาณ (Nutbeam D., 2000; 2008) จึงจะสามารถเพิ่มศักยภาพให้กับบุคคลสามารถใช้ชีวิตให้มีสุขภาพดีได้ในสังคมที่เต็มไปด้วยข้อมูลข่าวสารความรู้ที่ไม่มีการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือจำนวนมาก

การกำหนดขอบเขตของความรอบรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องนิยามอย่างเฉพาะเจาะจง เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมายของกลุ่มประชาชนที่ต้องการพัฒนา เมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบหลักที่มีการเผยแพร่จากหน่วยงานด้านสุขภาพและการศึกษาวิจัย (Sorensen et al., 2012) สามารถจำแนกเป็น 5 กลุ่ม (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561; 2562) ดังนี้

**กลุ่มที่หนึ่ง** .. **เข้าถึง** (access) ได้รับ (obtain) ค้นหา (find/seek out/ seek to encompass)

**กลุ่มที่สอง** .. คัดกรอง (filter) ตรวจสอบ (examined) วิเคราะห์ (analyze) **ประเมิน** (evaluate/appraise)

**กลุ่มที่สาม** .. **ทำความเข้าใจ** (understand/comprehend/interpret/derive meaning)

**กลุ่มที่สี่** .. **ตัดสินใจ** (make decision/judgements) บูรณาการ (integrating)

**กลุ่มที่ห้า** .. **นำไปใช้** (apply) จัดการหรือกระทำ (process/act on/organize/ construct) ใช้ (use)

ทั้งนี้ มีการกำหนดทักษะจำเป็นเฉพาะพื้นที่ในบางประเทศ เช่น คำนวณตัวเลข (numeral tasks) อ่าน (reading) ความรู้ (knowledge) ความสามารถที่จำเป็น (abilities that pertain) ทักษะชีวิต (life skill) สื่อสาร (communicate) พลวัต (dynamic) เสริมพลัง (empowering) เป็นต้น

* *รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*

## ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผู้เขียนได้ร่วมพัฒนากับคณะทำงานสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปีงบประมาณ 2560-2563 ในการสร้างกรอบแนวคิดการพัฒนาและออกแบบกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายสำคัญและกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ภายใต้โครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กรมควบคุมโรค, 2562; กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2563) โครงการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2562) โครงการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ, 2563) และการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ภายใต้โครงการสังเคราะห์ข้อมูลกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) (ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563) โดยกำหนดทักษะสำคัญในการพัฒนาเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึง (access) ทักษะการสร้างความเข้าใจ (understand) ทักษะการไต่ถาม (questioning) ทักษะการตัดสินใจ (make decision) และทักษะการนำไปใช้ (apply) มีรายละเอียดดังนี้

กำหนดนิยาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ว่าคือ **“ความสามารถของบุคคลที่พัฒนาจนกลายเป็นทักษะ ซึ่งแต่ละสังคมกำหนดว่าบุคคลจำเป็นต้องมี เพื่อการเข้าถึง สร้างความเข้าใจ รู้จักใช้คำถาม ทำให้สามารถตัดสินใจ และนำข้อมูลแนวทางปฏิบัติไปใช้ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเองและสุขภาพของคนในสังคม”**

คำอธิบายเชิงปฏิบัติการของทักษะทั้ง 5 มีดังนี้

**1. เข้าถึง (access)** ได้แก่ ความสามารถและทักษะในการค้นหาเพื่อเข้าถึงแหล่งข้อมูล การกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูลที่เข้าถึงได้ว่ามีความถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือหรือไม่

**2. เข้าใจ (understand)** ได้แก่ ความสามารถและทักษะการเรียนรู้ การหาวิธีจดจำ และสร้างความเข้าใจข้อมูลหรือเนื้อหาความรู้

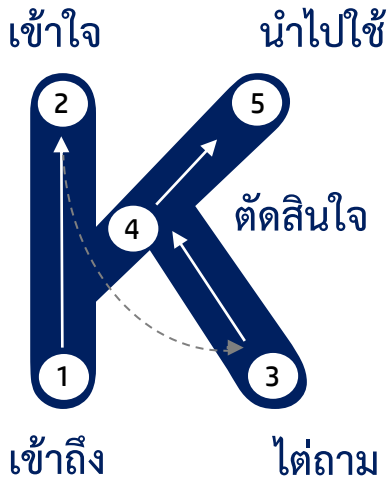
**3. ไต่ถาม (questioning)** ได้แก่ ความสามารถและทักษะการใช้คำถาม ประกอบด้วย การวางแผนการใช้คำถาม การจัดเตรียมคำถาม หาวิธีการใช้คำถาม และการประเมินการใช้คำถาม

**4. ตัดสินใจ (make decision)** ได้แก่ ความสามารถและทักษะในการระบุปัญหาที่ต้องตัดสินใจ กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืนในการตัดสินใจต่อข้อมูลที่ได้รับหรือประเด็นที่ต้องตัดสินใจ

**5. นำไปใช้ (apply)** ได้แก่ ความสามารถและทักษะการเตือนตนเอง และการจัดการตนเอง เพื่อนำชุดข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องไปใช้อย่างต่อเนื่อง และปรับการปฏิบัติได้เหมาะสมกับสถานการณ์

**5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ**

การเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพจะต้องพัฒนาทักษะสำคัญที่สอดคล้องตามความจำเป็นของกลุ่มเป้าหมายและบริบทสังคม โดยฝึกทักษะการเข้าถึง (access) ทักษะการสร้างความเข้าใจ (understand) ทักษะการไต่ถาม (questioning) ทักษะการตัดสินใจ (make decision) และทักษะการนำไปใช้ (apply) บนพื้นฐานของข้อมูลข่าวสาร (information) และ**ความรู้ (knowledge)** ที่เป็นจริงและเชื่อถือได้ สำหรับสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้อง มีทักษะการไต่ถามหรือสื่อสารที่ดี เพื่อใช้ความคิดที่ถูกต้อง สามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมและเกิดการปฏิบัติตัวนำไปสู่สุขภาวะที่ดี




**ภาพที่ 1** K-shape 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**เข้าถึง (access)** หมายถึง ความสามารถและทักษะในการค้นหาเพื่อเข้าถึงแหล่งข้อมูล การกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูลที่เข้าถึงได้ว่ามีความถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือหรือไม่

ทั้งนี้ **การค้นหา**ต้องมีวิธีการและการใช้อุปกรณ์ค้นหา อาทิ โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ ระบบห้องสมุด ฯลฯ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการจากหลายแหล่ง **กลั่นกรอง** โดยการพิจารณาชื่อหน่วยงาน/ชื่อผู้เขียน และวันเดือนปีที่ผลิต/เผยแพร่ และ**ตรวจสอบ** ความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยการพิจารณาความถูกต้อง/เป็นจริง และความสมเหตุสมผล

**เข้าใจ (understand)** หมายถึง ความสามารถและทักษะการเรียนรู้ของบุคคล การหาวิธีจดจำ และสร้างความเข้าใจข้อมูลหรือเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งรวมทั้งสัญลักษณ์ต่าง ๆ ที่ถูกกำหนดขึ้น เพื่อทำให้ตนเองเกิดการเรียนรู้จนมีความเข้าใจสำหรับนำไปปฏิบัติตัว

**ไต่ถามหรือการใช้คำถาม (questioning)** หมายถึง ความสามารถและทักษะในการวางแผนการใช้คำถาม การจัดเตรียมคำถาม วิธีการใช้คำถาม และการประเมินการใช้คำถาม เพื่อให้ได้รับข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและครบถ้วน สำหรับนำมาใช้ทำความเข้าใจให้เกิดความชัดเจน โดยไม่มีข้อสงสัย

**การตัดสินใจ (decision making)** หมายถึง ความสามารถและทักษะในการระบุปัญหาที่ต้องตัดสินใจ กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืนในการตัดสินใจต่อข้อมูลที่ได้รับหรือประเด็นที่ต้องตัดสินใจ

**นำไปใช้ (apply)** หมายถึง ความสามารถและทักษะการเตือนตนเอง และการจัดการตนเอง เพื่อนำชุดข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องไปใช้อย่างต่อเนื่อง และปรับการปฏิบัติได้เหมาะสมกับสถานการณ์

## บทสรุป

การเลือกใช้สัญลักษณ์ที่ช่วยสร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้นตามแนวคิดและหลักการเรื่อง health literacy อย่างเช่น **K-shape** ทำให้เข้าใจง่ายและเกิดความเข้าใจถูกต้องไม่สับสน แสดงความเป็นเหตุเป็นผลของทักษะทั้ง 5 ด้าน ซึ่งมีกระบวนการเป็นลำดับขั้นตอนเริ่มต้นจากการนำเข้าข้อมูลข่าวสารความรู้ ซึ่งใช้**ทักษะการเข้าถึง (access)** สู่**การสร้างความเข้าใจ (understand)** ซึ่งต้องอาศัยความสามารถขั้นพื้นฐาน (functional health literacy) มาใช้ในการนำเข้าและประมวลข้อมูลที่ได้รับ ผลที่เกิดขึ้นคือ ความเข้าใจที่ถูกต้อง แต่บุคคลจะมีความเข้าใจที่ถูกต้องได้ ต้องใช้**ทักษะการไต่ถาม (questioning)** เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ โดยตั้งข้อสังเกตหรือเรียนรู้เพิ่มเติมในเรื่องที่เชื่อมโยงกัน การส่งเสริมให้เกิดการใช้คำถามช่วยสร้างปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) ระหว่างบุคคลกับผู้รู้/ผู้เชี่ยวชาญ และคำตอบที่ได้รับจะช่วยยกระดับความรู้และความเข้าใจให้สูงขึ้น/สมบูรณ์ขึ้นและชัดเจน ไม่มีความสงสัย นำไปสู่การใช้**ทักษะการตัดสินใจ (make decision)** ในเรื่องที่สำคัญได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ โดยผ่านการพิจารณาทางเลือกหรือทางแยกต่าง ๆ ว่ามีข้อดี-ข้อเสียอะไรบ้าง จนกระทั่งแสดงจุดยืนของการตัดสินใจได้อย่างแน่วแน่และเหมาะสมกับเงื่อนไขของตนเอง **และใช้ทักษะการนำไปใช้ (apply)** ที่ถูกพัฒนาแล้วในด้านการเตือนตนเองและจัดการตนเอง สามารถควบคุมความตั้งใจในสิ่งที่ได้ตัดสินใจแล้ว เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวได้อย่างต่อเนื่องโดยการปรับตัว/แก้ไขสถานการณ์ให้สอดคล้องและเอื้อต่อความตั้งใจที่จะกระทำ เพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีบนพื้นฐานของ**ความรู้ (knowledge)** และความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจน

การเพิ่มทักษะ 5 ด้าน ตามกระบวนการจะเกิดขึ้นอย่างเป็นขั้นตอนเป็นจังหวะหรือรวดเร็วทันทีอัตโนมัติหรือมีประสิทธิภาพมาก-น้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับการฝึกฝนอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ยิ่งฝึกฝนบ่อยหรือผ่านประสบการณ์มากก็จะยิ่งการเกิดการพัฒนามาก **กระบวนการเพิ่ม health literacy ที่อธิบายด้วย K-shape** สะท้อนทัศนะและมุมคิดต่อการกำหนดนิยามแบบมุ่งเน้นหรือมุ่งผลเฉพาะ เพื่อสร้างจุดโฟกัสของการพัฒนาให้กับบุคลากรและผู้ปฏิบัติงาน ผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการเพิ่มความสามารถและทักษะที่จำเป็นต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องนี้ นอกจากจะช่วยยกระดับ**ความรู้ (knowledge)** และความเข้าใจที่ถูกต้องชัดเจนแล้ว ยังจะส่งผลต่อการรับรู้ (perceive) ความเชื่อ (belief) เจตคติ (attitude) ความตั้งใจ (intention) ฯลฯ อันเป็นตัวแปรกลุ่มพุทธิปัญญา (cognitive domain) ที่สำคัญทางพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งถือว่าเป็นพฤติกรรมภายในที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติตัวของประชาชน

## เอกสารอ้างอิง

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2563). คู่มือการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV & STIs Health Literacy). สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2563, จาก https://ddc.moph.go.th/das/

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจารณญาณ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). กระบวนการเรียนรู้ที่สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy).

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. (2563). รายงานสรุปผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2563, กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259-267.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social Science and Medicine, 67(12), 2072-2078.

Sorensen, K.; Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J, et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12(80), 1-13.

World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary. Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, World Health Organization. Geneva, 1-10.

# การประเมินการเผชิญปัญหาและพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

ศิโรรัตน์ นวลคล้าย[*] กุลธิดา ฉิมสอาด[*] รุสนานี อิแต[*] สุปรีชา แก้วสวัสดิ์[**] พัฒนศักดิ์ คำมณีจันทร์[**] Cua Ngoc le[**]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ครั้งนี้เป็นการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal) และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกม.26 และบ้านทำนบ จำนวน 123 คน ถูกคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน 2563 ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square test

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ในการป้องกันโรคฯระดับมาก ร้อยละ 84.6 การประเมินการเผชิญปัญหาในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 97.8 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฯอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.3 และความคาดหวังของผลลัพธ์ในการป้องกันโรคฯอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 84.6 และมีพฤติกรรมป้องกันโรคฯอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.3 เช่นกัน ส่วนการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การประเมินการเผชิญปัญหากับพฤติกรรมป้องกันโรคฯพบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ *p-value* <0.01 การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าควรนำการศึกษาการประเมินการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

**คำสำคัญ**: การประเมินการเผชิญปัญหา, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ผู้ป่วยโรคเบาหวาน

[*] *นักศึกษาหลักสูตร ส.บ. (สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต) มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*

[**] *สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*

# Coping Appraisal on COVID-19 Prevention among Diabetes Patient Living in Tano Pute Sub-district, Bannang Sata District, Yala Province

Sirorat Naulklay[*] Kunthida Chimsaart[*] Rusnanee E-tae[*] Supreecha Keawsawat[**]
Patthanasak Khammaneechan[**] Cua Ngoc le[**]

## Abstract

This cross-sectional research was to evaluate the coping appraisal and COVID-19 preventive behavior among DM patients living in Tano Pute Sub-district, Bannang Sata District, Yala Province. The study sample was 123 DM patients registered with Ban Kor Mor 26 Sub-district and Ban Thamnob Health Promoting Hospitals, analyzed with G*Power program. Data collection was conducted with the constructed questionnaire between August to September 2020. Data analysis was done by descriptive statistic and analyzed the association with Chi-square test.

The results revealed that most of DM patients had high COVID-19 knowledge level was 84.6% , high coping appraisal level was 97.8% , when considered each part found that self-efficacy was 85.3% and response efficacy was 84.6% as well. Regarding COVID-19 preventive behavior found that it was high level 74.3% . Regarding the association between COVID-19 knowledge with preventive behavior found that it was association with statistical significance at *p*-value<0.01. This study suggested that coping appraisal of diabetic patients should be applied to adjust the appropriate preventive behavior in patients with other chronic diseases such as cardiovascular disease, high blood pressure disease, etc.

**Keyword**: Coping Appraisals, COVID-19, Diabetes Mellitus Patients

[*] *Student of B.P.H. (Bachelor of Public Health) Walailak University*

[**] *Department of Community Public Health, School of Public Health, Walailak University*

## บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้อร้ายแรงที่กำลังแพร่ระบาดไปทั่วภูมิภาคของโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) ที่คร่าชีวิตมนุษย์ไปเป็นจำนวนมาก พบว่าโรคนี้มีอัตราป่วยร้อยละ 0.39 เทียบกับประชากรทั่วโลก และอัตราป่วยตายร้อยละ 3.13 เทียบกับผู้ติดเชื้อทั่วโลก (WHO, 2020) และยังพบว่าผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคนี้จะเป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัว หรือป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งอาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีอาการรุนแรงได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Huang, 2020)

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ต้องประสบกับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นจะพบในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7.3 มากกว่าคนปกติทั่วไปถึง 3 เท่า เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ ทำให้มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้มากกว่าบุคคลปกติทั่วไป ทำให้มีแนวโน้มการเสียชีวิตค่อนข้างสูง (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2563) แต่หากกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้สามารถประเมินความสามารถตนเองในการเผชิญกับปัญหาโรคนี้ได้ก็สามารถปฏิบัติตนเองเพื่อป้องกันโรคได้

การประเมินการเผชิญปัญหาจึงเป็นแนวทางหนึ่งตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) มีแนวคิดว่าเมื่อบุคคลสามารถประเมินการเผชิญปัญหาให้รอดพ้นจากปัญหาที่กำลังคุกคามตนเองได้ก็จะมีพฤติกรรมป้องกันตนเองได้ (Roger, 1983) ผู้ป่วยโรคเบาหวานก็เช่นกัน หากเขาเหล่านี้สามารถประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal)ได้ ก็สามารถป้องกันเองจากโรคร้ายนี้ได้เช่นกัน เพราะว่าเมื่อบุคคลมีความสามารถในตนเองมากขึ้น ก็จะมีความหวังในผลลัพธ์ของการที่จะกระทำได้เช่นกัน (Bashirian, 2020)

จังหวัดยะลา เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงเป็นอันดับ 2 ของภาคใต้และเป็นอันดับ 3 ของประเทศ พบว่าอำเภอบันนังสตา เป็นอำเภอที่มีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 66 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2563) ซึ่งเป็นกลุ่มที่กลับจากการประกอบศาสนกิจที่ประเทศมาเลเซียและกลับมาพำนักในพื้นที่ที่มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อให้กับบุคคลอื่นในชุมชนได้ ตำบลตาเนาะปูเต๊ะ เป็นตำบลหนึ่งในอำเภอบันนังสตา ที่เป็นพื้นที่เสี่ยงที่มีโอกาสได้รับเชื้อจากผู้ประกอบศาสนกิจที่กลับจากประเทศมาเลเซีย

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น การประเมินการเผชิญปัญหาในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเป็นข้อมูลสำคัญที่สามารถอธิบายว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลตาเนาะปูเต๊ะ มีการประเมินการเผชิญปัญหาในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรโรนา 2019 เพื่อที่จะให้รอดพ้นจากอันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการประเมินการเผชิญปัญหาในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความรู้ในการป้องกันโรคฯ การประเมินการเผชิญปัญหา และพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการป้องกันโรคฯ การประเมินการเผชิญปัญหากับพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

## วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามการวิจัยของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

**กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน กม. 26 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทำนบ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา จำนวน 233 คน และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล Effect size = 0.5 ความคาดเคลื่อนที่ Alpha ($\alpha$) = 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งกำหนดค่าอำนาจทดสอบ Power (1-$\beta$) = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 123 คน

**การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยดำเนินการจำแนกขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นรายหมู่บ้านจำนวน 10 หมู่บ้าน และคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยผู้วิจัยใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อแบบไม่คืนที่ตามจำนวนสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้านจนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน กม. 26 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทำนบ
2) ยินยอมให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) ย้ายที่อยู่ระหว่างการดำเนินการวิจัย
2) เสียชีวิตระหว่างการดำเนินการวิจัย
3) รู้สึกอึดอัดและไม่สบายใจขณะตอบแบบสอบถาม

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** ข้อมูลคุณลักษณะประชากร เป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) แบบปลายเปิด (Open-ended question) จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัวอื่น ๆ ประวัติการสูบบุหรี่ และประวัติการการดื่มแอลกอฮอล์

**ส่วนที่ 2** ความรู้ในการป้องกันโรคฯ เป็นแบบเลือกตอบแบบ ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ

**ส่วนที่ 3** การประเมินการเผชิญปัญหาในการป้องกันโรคฯ ได้แก่ ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฯ จำนวน 15 ข้อ และความคาดหวังของผลลัพธ์ในการป้องกันโรคฯ จำนวน 15ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราวัด Likert scale 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด

**ส่วนที่ 4** พฤติกรรมป้องกันโรคฯ เป็นข้อคำถามแบบมาตราวัด Likert scale 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อย ๆ ปฏิบัติบ้างบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาและความครอบคลุมของข้อคำถาม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 0.89 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้งหมดมาแก้ไขตามคำแนะนำ ทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) พบว่าแบบสอบถามมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.83

**การพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเอกสารรับรอง เลขที่ WUEC-20-250-01 รับรองวันที่ 24 สิงหาคม 2563

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ความรู้ในการป้องกันโรคฯ การประเมินการเผชิญปัญหา (ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฯ/ ความคาดหวังของผลลัพธ์ในการป้องกันโรคฯ) และพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการนำเสนอ ความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การประเมินการเผชิญปัญหา (ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฯ/ ความคาดหวังของผลลัพธ์ในการป้องกันโรคฯ) กับพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

## ผลการศึกษา

**ข้อมูลคุณลักษณะประชากร**

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 84 คน (ร้อยละ 61.8) อายุอยู่ในช่วงกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 75 คน (ร้อยละ 55.1) มีสถานภาพสมรส 114 คน (ร้อยละ 83.8) ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 70 คน (ร้อยละ 51.5) นับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 97 คน (ร้อยละ 71.3) ประกอบอาชีพเกษตร จำนวน 51 คน (ร้อยละ 37.5) มีรายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอ จำนวน 71 คน (ร้อยละ 52.2) มีโรคประจำตัวอื่น ๆ จำนวน 101 คน (ร้อยละ 74.3) และพบว่ามีประวัติไม่สูบบุหรี่ จำนวน 112 คน (ร้อยละ 82.4) และมีประวัติไม่ดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 114 คน (ร้อยละ 83.8) ดังตาราง 1

**ตาราง 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n=136)

| คุณลักษณะประชากร | กลุ่มตัวอย่าง | |
|---|---|---|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| **เพศ** | | |
| หญิง | 84 | 61.8 |
| ชาย | 52 | 38.2 |
| **อายุ** | | |
| ≤60 ปี | 61 | 44.9 |
| 60 ปีขึ้นไป | 75 | 55.1 |
| **สถานภาพ** | | |
| โสด/หม้าย/หย่าร้าง | 22 | 16.2 |
| สมรส | 114 | 83.8 |
| **ระดับการศึกษา** | | |
| ประถมศึกษา | 70 | 51.5 |
| มัธยมศึกษา | 38 | 27.9 |
| ปริญญาตรี | 1 | 0.7 |
| ปริญญาโท | 1 | 0.7 |
| ไม่ได้รับการศึกษา | 29 | 19.1 |
| **ศาสนา** | | |
| พุทธ | 39 | 28.7 |
| อิสลาม | 97 | 71.3 |
| **อาชีพ** | | |
| ข้าราชการ | 11 | 8.1 |
| พนักงานรัฐวิสาหกิจ | 14 | 10.3 |
| พนักงานบริษัทเอกชน | 4 | 2.9 |
| ค้าขาย | 9 | 6.6 |
| ธุรกิจส่วนตัว | 5 | 3.7 |
| รับจ้าง | 25 | 18.4 |
| เกษตรกร | 51 | 37.5 |
| อื่นๆ | 17 | 12.5 |
| **รายได้ต่อเดือน (บาท)** | | |
| เพียงพอ (≥5,000) | 65 | 47.8 |
| ไม่เพียงพอ (<5,000) | 71 | 52.2 |

| คุณลักษณะประชากร | กลุ่มตัวอย่าง | |
|---|---|---|
| | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
| **โรคประจำตัวอื่นๆ** | | |
| มี ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดผิดปกติ | 101 | 74.3 |
| ไม่มี | 35 | 25.7 |
| **ประวัติการสูบบุหรี่** | | |
| สูบ | 24 | 17.6 |
| ไม่สูบ | 112 | 82.4 |
| **ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์** | | |
| ดื่ม | 22 | 16.2 |
| ไม่ดื่ม | 114 | 83.8 |

**ระดับความรู้ในการป้องกันโรคฯ การประเมินการเผชิญปัญหา (ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฯ/ ความคาดหวังของผลลัพธ์ในการป้องป้องกันโรคฯ) และพฤติกรรมป้องกันโรคฯ**

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ในการป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับมาก จำนวน 115 คน (ร้อยละ 84.6) การประเมินการเผชิญปัญหาอยู่ในระดับมาก จำนวน 133 คน (ร้อยละ 97.8) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับมาก จำนวน 116 คน (ร้อยละ 85.3) ความคาดหวังของผลลัพธ์ในการป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับมาก จำนวน 115 คน (ร้อยละ 84.6) และพฤติกรรมป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับมาก 101 จำนวน (ร้อยละ 74.3) ดังตาราง 2

**ตาราง 2** จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ การประเมินการเผชิญปัญหา (ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฯ/ ความคาดหวังของผลลัพธ์ในการป้องกันโรคฯ) และพฤติกรรมป้องกันโรคฯ

| ตัวแปรที่ศึกษา | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ความรู้ในการป้องกันโรคฯ** | | |
| ระดับมาก (>50%) | 115 | 84.6 |
| ระดับน้อย (≤50%) | 21 | 15.4 |
| **การประเมินการเผชิญปัญหา** | | |
| ระดับมาก (>50%) | 133 | 97.8 |
| ระดับน้อย (≤50%) | 3 | 2.2 |
| **ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฯ** | | |
| ระดับมาก (>50%) | 116 | 85.3 |
| ระดับน้อย (≤50%) | 20 | 14.7 |

| ตัวแปรที่ศึกษา | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ความคาดหวังของผลลัพธ์ในการป้องกันโรคฯ** | | |
| ระดับมาก (>50%) | 115 | 84.6 |
| ระดับน้อย (≤50%) | 21 | 15.4 |
| **พฤติกรรมป้องกันโรคฯ** | | |
| ระดับมาก (>50%) | 101 | 74.3 |
| ระดับน้อย (≤50% | 35 | 25.7 |

**การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การประเมินการเผชิญปัญหา กับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ในการป้องกันโรคฯ การประเมินการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ *p-value*<0.01 ( $x^2$= 65.0 และ 116.7) ตามลำดับ ดังตาราง 3

**ตาราง 3** ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การประเมินการเผชิญปัญหา กับพฤติกรรมป้องกันโรคฯของผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

| ตัวแปรที่ศึกษา | พฤติกรรมการป้องกันโรคฯ | | Chi-square test | *p*-value |
|---|---|---|---|---|
| | ระดับต่ำ (≤50%) | ระดับสูง (>50%) | | |
| **ความรู้ในการป้องกันโรคฯ** | | | 65.0 | 0.00* |
| ระดับต่ำ (≤50%) | 6 (4.4) | 15 (11.0) | | |
| ระดับสูง (>50%) | 29 (21.3) | 86 (63.3) | | |
| **การประเมินการเผชิญปัญหา** | | | 116.7 | 0.00* |
| ระดับต่ำ (≤50%) | 1 (0.7) | 2 (1.5) | | |
| ระดับสูง (>50%) | 34 (25.0) | 99 (72.8) | | |
| **ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฯ** | | | 67.0 | 0.00* |
| ระดับต่ำ (≤50%) | 8 (5.9) | 12 (8.8) | | |
| ระดับสูง (>50%) | 27 (19.9) | 89 (65.4) | | |
| **ความคาดหวังของผลลัพธ์ในการป้องกันโรคฯ** | | | 65.0 | 0.00* |
| ระดับต่ำ (≤50%) | 7 (5.1) | 14 (10.3) | | |
| ระดับสูง (>50%) | 28 (20.6) | 87(64.0) | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ *p-value*<0.01

## สรุปและอภิปรายผล

**ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการป้องกันโรคฯ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ**

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ในการป้องกันโรคฯ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ *p-value*<0.01 ($x^2$= 65.0) ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากประชาชนในพื้นที่ตำบลตาเนาะปูเต๊ะ มีการเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญและเป็นประโยชน์สำหรับการป้องกันโรคนี้ ทำให้ประชาชนมีความรู้และทราบถึงวิธีการประเมินการเผชิญปัญหาเพื่อป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม จึงมีพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ระดับมาก ร้อยละ 74.3 ซึ่งกล่าวได้ว่าความรู้เป็นอาวุธสำคัญที่ทำให้บุคคลมีความเข้าใจและเกิดความตระหนักถึงอันตรายของโรคนี้ เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงเป็นมูลเหตุที่สำคัญทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ที่เหมาะสม ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้พบว่า ประชาชนตำบลตาเนาะปูเต๊ะ มีความรู้ในการป้องกันโรคฯ ระดับมาก ร้อยละ 84.6 จึงสามารถป้องกันโรคฯได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมนัสนันท์ ลิมปวิชยากุลและคณะ (2558) อธิบายว่า ประชาชนที่มีความรู้เกี่ยวกับป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสระดับมากจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคมากเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ สิวลี รัตนปัญญา (2562) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความรู้ในการป้องกันโรคระดับสูงจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ดี กล่าวได้ว่า ความรู้เปรียบเสมือนอาวุธที่ติดตัวตัวบุคคล สามารถนำมาใช้ป้องกันตนเองได้เมื่อตกอยู่ในสถานการณ์ที่มีโอกาสเสียชีวิตจากโรคภัยต่างๆ บุคคลจะเกิดทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อให้เกิดการป้องกันโรคได้ (นงนุช เสือภูมี, 2556)

**ความสัมพันธ์ระหว่างการประเมินการเผชิญปัญหา กับพฤติกรรมป้องกันโรคฯ**

ผลการศึกษาพบว่า การประเมินการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ *p*-value<0.01 ($x^2$= 116.7) ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนในพื้นที่ตำบลตาเนาะปูเต๊ะมีการประเมินการเผชิญปัญหาในการป้องกันโรคฯ ในระดับสูง ร้อยละ 97.8 ทำให้บุคคลเหล่านี้มีพฤติกรรมป้องกันโรคฯ มากด้วยเช่นกัน เมื่อพิจารณาประเด็นการประเมินการเผชิญปัญหารายด้าน พบว่า ประชาชนในพื้นที่นี้มีความสามารถของตนเองในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคฯระดับสูง ร้อยละ 85.3 และมีความคาดหวังของผลลัพธ์ในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ระดับสูง ร้อยละ 84.6 เช่นกัน กล่าวได้ว่า หากบุคคลมีการประเมินการเผชิญปัญหาได้ดี ย่อมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเหล่านี้อาจจะเกิดมาจากอิทธิพลของการมีความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคฯ และมีความคาดหวังของผลลัพธ์ในการป้องกันโรคฯ (Roger, 1983) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับวลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ และคณะ (2562) ศึกษาการประเมินการเผชิญปัญหาเพื่อป้องกันโรคของกลุ่มเสี่ยงก่อนระยะความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มเสี่ยงฯมีพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงได้ดี เนื่องจากมีความสามารถของตนเองฯอยู่ในระดับสูง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ (Williams, 2015) ได้อธิบายว่า หากบุคคลมีการประเมินการเผชิญปัญหาเพื่อป้องกันโรคได้ดี จะทำให้บุคคลเหล่านั้นมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้ดีเช่นกัน

## ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันโรคฯ การประเมินการเผชิญปัญหา และพฤติกรรมป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับสูง แต่ยังมีบางประเด็นของข้อคำถามที่คะแนนน้อย ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการมีโอกาสในการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ง่าย ดังนั้นจึงต้องมีการสร้างความตระหนักในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคฯ ที่เหมาะสม

2. การวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันโรคฯ การประเมินการเผชิญปัญหามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการระบาดของโรคฯ เป็นการระบาดที่รวดเร็วและมีกฎหมายในการควบคุมการแพร่ระบาดทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการป้องกันโรคที่ดี

## ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการรับรู้ภาวะคุกคามร่วมกับประเมินการเผชิญปัญหา เพื่อจะมองเห็นภาพของอันตรายของโรคได้ชัดเจนยิ่งขึ้นและสามารถนำไปสู่การมีพฤติกรรมในการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

2. ควรนำการศึกษาการประเมินการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยโรคเบาหวานไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

นงนุช เสือภูมี. (2556). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของประชาชน ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี.*วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 23*(2). สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2563, จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/11899

มนัสนันท์ ลิมปวิชยากุล, กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, นิรันตา ไชยพาน, จักรกฤษณ์ พลราชม และมาสริน ศุกลปักษ์. (2558). *การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาของประชาชนไทย พ.ศ. 2558 (2)*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ บริษัท แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์เปอร์เรชั่น จำกัด.

วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ์ และสุปรีชา แก้วสวัสดิ์. (2562). ผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูง ตำบลร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 28.* สืบค้น 20 สิงหาคม 2563, จาก file:///C:/Users/DELL/Downloads/7169-Article%20Text-9993-1-10-20190711.pdf

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2563). *ผู้เป็นเบาหวานมีโอกาสติดเชื้อไวรัส COVID-19 มากกว่าปกติหรือไม่*. สืบค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2563, จาก https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/for-normal-person/health-information-and-articles/health-information-and-articles2563/1010-covid-19

สิวลี รัตนปัญญา. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมและรูปแบบกิจกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 23*(1) สืบค้นเมื่อ 23 สิงหาคม 2563, จาก https://li01.tci-thaijo.org/index.php/tstj/article/view/172557/123821

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา. (2563). *ประกาศ/คำสั่งมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19*. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2563, จาก http://www.yala.go.th/covid?fbclid=IwAR0XIJm4Aq0NmBO0k9nWS9TnENPpWELajvo4pBBASJx3O-AOoeIyNB7CUmM

Bashirian, S., Jenabi, E., Khazaei, S., Barati, M., Karimi-Shahanjarini, A., Zareian, S., ..., Moeini, B. (2020). Factors associated with preventive behaviours of COVID-19 among hospital staff in Iran in 2020: an application of the Protection Motivation Theory. *The Journal of hospitalinfection, 105*(3), 430–433. Retrieved September 18, 2020, from https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04035

Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., ... Cao, B. (2020). *Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan*, China. Lancet (London, England), 395(10223), 497–506. Retrieved September 20, 2020, from https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5

Rogers, R., Cacioppo, J., & Petty, R. (1983). *Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation*. Retrieved September 18, 2020, from https://bit.ly/35szs3w

Williams, L., Rasmussen, S., Kleczkowski, A., Maharaj, S., & Cairns, N. (2015). Protection motivation theory and social distancing behaviour in response to a simulated infectious disease epidemic*. Psychology, health & medicine, 20*(7), 832–837. Retrieved September 18, 2020, from https://doi.org/10.1080/13 548506 .2015.1028946

World Health Organization. (2020). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Retrieved September 18, 2020, from https://covid19.who.int /?fbclid=IwAR1KuxI0D5KCK6x6MUzxlEiHofOdpY15304ldFG_aI42RHOVo6YC6qYrNds

# การประเมินภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

อัมนะห์ กูนา[*], สุรัยยา จอมสุริยะ[*], สุปรีชา แก้วสวัสดิ์[**], พัฒนศักดิ์ คำมณีจันทร์*[*], Cua Ngoc Lee[**]

## บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ครั้งนี้ เป็นการประเมินภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลท่าโพธิ์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลท่าโพธิ์ จำนวน 242 คน คำนวณเป็นกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนกันยายน 2563 ด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Fisher's Exact Test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสฯ ในระดับมาก ร้อยละ 78.9 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยโรคติดเชื้อไวรัสฯ มีการรับรู้ระดับมาก ร้อยละ 71.1 และรับรู้อันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสฯ ระดับมาก ร้อยละ 75.2 ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ พบว่า มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ ระดับมากเช่นกัน ร้อยละ 76.9 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะคุกคามกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ *p*-value = 0.001, (Fisher's Exact Test = 17.517) การศึกษาครั้งนี้เสนอแนะว่า ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานป้องกันโรคในชุมชนใช้ผลการศึกษาครั้งนี้ไปใช้ในการวางแผนการประเมินภาวะคุกคามของโรคเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดียิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** การประเมินภาวะคุกคาม, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ผู้สูงอายุ

[*] *นักศึกษาหลักสูตร ส.บ. (สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต) มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*

[**] *สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*

# Threat Appraisal on COVID-19 among Elderlies in Tha-Pho Sub District, Sadao District, Songkhla Province

Amnah kuna[*], Suraiya jomsuriya[*], Supreecha Kaewsawat[**], Patthanasak Khammaneechan[**], Cua Ngoc Lee[**]

**Abstract**

This cross-sectional study was to evaluate the threat appraisal of coronavirus 2019 among elderly living in Tha-pho Sub-district, sadao District, songkhla Province. The study sample was 242 elderlies living in Tha-pho Sub-district. They were analyzed with G*Power program and collected the data with the constructed questionnaire between August to September 2020. Data analysis was done by descriptive statistic and analyzed the association with Fisher's Exact Test.

The results revealed that most of elderly had high threat appraisal level of COVID-19 was 78. 9, when considered in each part found that there had high level of perceived susceptibility on COVID-19 was 71.1% and perceived severity on COVID-19 was 75.2%. Regarding COVID-19 preventive behavior was high level at 76.9%. Regarding the association between threat appraisal with COVID-19 preventive behavior found that it was association with statistical significance at *p*-value = 0.001, (Fisher's Exact Test = 17.517). This study recommended that the stakeholders working related to disease prevention in community. They should there apply this study results to plan for appraising the threat of disease among elderlies.

**Keywords:** Threat appraisal, Coronavirus Disease 2019, Elderly

[*] *Student of B.P.H. (Bachelor of Public Health), Walailak University*

[**] *School of Public Health, Walailak University*

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เริ่มต้นที่ประเทศจีน เป็นโรคติดต่อที่มีการระบาดในหลายประเทศทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกประกาศโรคติดเชื้อไวรัสฯ ระบาดใหญ่ (Pandemic) มีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว ซึ่งมีจำนวนผู้ติดเชื้อ 40,648,522 ราย เสียชีวิต 1,122,992 ราย โดยโรคติดเชื้อไวรัสฯ เมื่อเข้าสู่ร่างกายสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ด้วยการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้มีเชื้อโรค ลมหายใจ บาดแผล ดวงตา เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ประเทศไทย เป็นประเทศหนึ่งในภูมิภาคเอเชียที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขรายงานว่า มีผู้ติดเชื้อ COVID-19 จำนวน 3,700 ราย เสียชีวิต 59 ราย (กรมควบคุมโรค, 2563) จะเห็นได้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรคนี้ยังคงระบาดอย่างต่อเนื่อง และคุกคามต่อชีวิตของประชาชนมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งมีภาวะภูมิคุ้มกันโรคต่ำมีโอกาสที่จะติดเชื้อโรค COVID-19 ได้ง่าย หากบุคคลเหล่านี้สามารถประเมินภาวะคุกคามของโรคที่จะเกิดขึ้นได้

การประเมินภาวะคุกคาม (Threat appraisal) ของโรค จึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะทำให้ผู้สูงอายุรอดพ้นจากอันตรายของโรค COVID-19 เนื่องจากผู้สูงอายุสามารถประเมินการรับรู้ความเสี่ยงของการติดเชื้อโรคและอันตรายของโรค COVID-19 ได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีแรงจูงใจในการป้องกันโรค จึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรค COVID-19 ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Rogers (1986) อธิบายว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) และการรับรู้อันตรายของโรค (Perceived severity) **จะ**ทำให้บุคคลเกิดความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงหรือผลักดันให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นๆ ตามมา

อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา เป็นอำเภอหนึ่งที่เป็นพื้นที่เสี่ยงติดเชื้อไวรัส เนื่องจากเป็นพื้นที่ติดต่อระหว่างประเทศมาเลเซียและไทย มีการขนส่งสินค้าระหว่างประเทศมีโอกาสที่จะมีการติดเชื้อจากพาหะนำโรคที่เป็นบุคคลข้ามแดนมา พบว่า อำเภอสะเดา มีจำนวนผู้ป่วย 6 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2563) ซึ่งจากข้อมูลทั้งหมดที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการประเมินภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสฯ ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา เพื่อนำผลการศึกษาไปวางแผนในการรับมือกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ ของผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีในชุมชนต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับการรับรู้ภาวะคุกคาม (การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้อันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสฯ) ของโรคติดเชื้อไวรัสฯ ในผู้สูงอายุ ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการรับรู้ภาวะคุกคาม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ ในผู้สูงอายุ ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ (Cross-sectional research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม

**กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชากรที่เป็นผู้สูงอายุ ที่ขึ้นทะเบียนอยู่ในตำบลท่าโพธิ์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา จำนวน 841 คน ซึ่งมีหมู่บ้านจำนวน 7 หมู่บ้าน ผลการคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล Effect Size = 0.5 ความคลาดเคลื่อนที่ alpha ($\alpha$) = 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งกำหนดค่าอำนาจทดสอบ power (1- $\beta$) = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 242 คน

**การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยดำเนินการจำแนกขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นรายหมู่บ้าน จำนวน 7 หมู่บ้าน และคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างแต่ละหมู่บ้าน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้วิธีการจับฉลากตามบ้านเลขที่ของแต่ละหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่ แล้วนำฉลากลงในกล่องแยกเป็น 7 หมู่บ้าน หลังจากนั้นจึงหยิบฉลาก แบบไม่ใส่กลับ ซึ่งการผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์เกณฑ์คัดเข้า-เกณฑ์คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1) เป็นผู้ที่ขึ้นทะเบียนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกเนียน
2) เป็นผู้ที่อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
3) เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1) เป็นผู้ที่ย้ายทะเบียนบ้านเข้ามาอยู่ในพื้นที่ระหว่างการดำเนินการวิจัย
2) เป็นผู้ที่เสียชีวิตระหว่างทำวิจัย

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร** ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) และแบบปลายปิด (Ended) จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา สถานที่อาศัยปัจจุบัน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน รายได้ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ข้อมูลสุขภาพ และการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**ส่วนที่ 2 ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** ซึ่งเป็นแบบเลือกตอบแบบถูกและผิด จำนวน 20 ข้อ

**ส่วนที่ 3 การประเมินการรับรู้ภาวะคุกคามต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ** ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ และการรับรู้อันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตราวัดแบบ Liker Scale 5 ระดับ ประกอบด้วย เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด

**ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ** เป็นข้อคำถามประเมินความถี่ของการปฏิบัติตัวในช่วง 1 สัปดาห์ แบ่งเป็น 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง แทบจะไม่เคย และไม่เคยเลย

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำเครื่องมือแบบแบบสอบถามการวิจัยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษาและความคลอบคลุมของข้อคำถาม มีค่าความตรงตามเนื้อหา IOC มีค่าเท่ากับ 0.93 หลังจากนั้นนำมาพิจารณาปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเหมาะสม แล้วนำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) พบว่าแบบสอบถามการประเมินภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสฯ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.79 การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ตามเอกสารรับรอง เลขที่ WUEC-20-263-01

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ลักษณะทางประชากร ระดับความรู้ การรับรู้ภาวะคุกความ (การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรูอันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสฯ) และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ภาวะคุกคาม (การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรูอันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสฯ) กับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ ด้วยสถิติ Fisher's Exact Test

## ผลการศึกษา

**ข้อมูลคุณลักษณะประชากร**

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.2 อยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 55.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 64.9 ไม่มีการศึกษา ร้อยละ 79.3 มีสถานภาพหม้าย ร้อยละ 71.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 52.5 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 44.6 มีสมาชิกในครัวเรือน 3 - 5 คน ร้อยละ 55.4 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.7 และเคยได้ยินเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสฯ ร้อยละ 90.1 ดังตาราง 1

**ตาราง 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะประชากร (n=242)

| คุณลักษณะประชากร | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **เพศ** | | |
| -ชาย | 106 | 43.8 |
| -หญิง | 136 | 56.2 |
| **อายุ** | | |
| -60-69 ปี | 134 | 55.4 |
| -70-79 ปี | 66 | 27.3 |
| -80-89 ปี | 37 | 15.3 |
| -90-99 ปี | 5 | 2.0 |

| คุณลักษณะประชากร | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ศาสนา** | | |
| -พุทธ | 157 | 64.9 |
| -อิสลาม | 85 | 35.1 |
| **การศึกษา** | | |
| -มัธยมศึกษาตอนต้น | 26 | 10.7 |
| -มัธยมศึกษาตอนปลาย | 12 | 5.0 |
| -อนุปริญญา | 3 | 1.2 |
| -ปริญญาตรี | 8 | 3.3 |
| -สูงกว่าปริญญาตรี | 1 | 0.5 |
| -อื่น ๆ ได้แก่ ประถมศึกษาตอนต้น ประถมศึกษาตอนปลายและไม่เรียน | 192 | 79.3 |
| **สถานภาพ** | | |
| -โสด | 5 | 2.1 |
| -หม้าย | 173 | 71.5 |
| -หย่าร้าง | 55 | 22.7 |
| -สมรส | 9 | 3.7 |
| **อาชีพ** | | |
| -ข้าราชการระดับสูง | 5 | 2.1 |
| -เกษตรกร | 127 | 52.5 |
| -ค้าขาย | 11 | 4.5 |
| -รับจ้างทั่วไป | 12 | 5.0 |
| -ว่างงาน | 56 | 23.1 |
| -อื่น ๆ ได้แก่ แม่บ้าน | 31 | 12.8 |
| **รายได้** | | |
| -ต่ำกว่า 5,000 บาท | 108 | 44.6 |
| -5,000 – 9,999 บาท | 87 | 36.0 |
| -10,000 – 14,999 บาท | 24 | 9.9 |
| -15,000 – 20,000 บาท | 19 | 7.9 |
| -สูงกว่า 20,000 บาท | 4 | 1.6 |
| **สมาชิกในครัวเรือน** | | |
| -น้อยกว่า 3 คน | 76 | 31.4 |
| -3 – 5 คน | 134 | 55.4 |
| -6 – 8 คน | 24 | 9.9 |
| -มากกว่า 8 คน | 8 | 3.3 |

| คุณลักษณะประชากร | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **โรคประจำตัว** | | |
| -ไม่มี | 112 | 46.3 |
| -มี | 130 | 53.7 |
| **การรับรู้เกี่ยวกับโรค COVID - 19** | | |
| -ไม่เคยได้ยิน | 24 | 9.9 |
| -เคยได้ยิน | 218 | 90.1 |

**ระดับความรู้ การรับรู้ภาวะคุกคาม (การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรูอันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสฯ) และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ**

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุมีความรู้พื้นฐานในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 98.8 ส่วนการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 78.9 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าการรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสฯ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.1 การรับรู้อันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.2 ส่วนพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.9 เช่นกัน ดังตาราง 2

**ตาราง 2** จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ การรับรู้ภาวะคุกคาม (การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรูอันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=242)

| ตัวแปรที่ศึกษา | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** | | |
| -มีความรู้มาก (≥ 70 %) | 239 | 98.8 |
| -มีความรู้น้อย (<70 %) | 3 | 1.2 |
| **การรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสฯ** | | |
| -การรับรู้มาก (≥ 70 %) | 191 | 78.9 |
| -การรับรู้น้อย (<70 %) | 51 | 21.1 |
| **การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสฯ** | | |
| -การรับรู้มาก (≥ 70 %) | 172 | 71.1 |
| -การรับรู้น้อย (<70 %) | 70 | 28.9 |
| **การรับรู้อันตรายของโรคฯ** | | |
| -การรับรู้มาก (≥ 70 %) | 182 | 75.2 |
| -การรับรู้น้อย (<70 %) | 60 | 24.8 |
| **พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ** | | |
| -ระดับดี (≥70 %) | 186 | 76.9 |
| -ระดับไม่ดี (<70 %) | 56 | 23.1 |

**ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้ภาวะคุกคามกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ**

ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ฯ และการรับรู้ภาวะคุกคาม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ *p*-value < 0.05 (Fisher's Exact Test = 10.089 และ 17.517) ตามลำดับ ดังตาราง 3

**ตาราง 3** ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ฯ และการรับรู้ภาวะคุกคามกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ ของผู้สูงอายุ ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา

| ตัวแปร | พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ | | Fisher's Exact Test | *p*-value |
|---|---|---|---|---|
| | ระดับดี n (%) | ระดับไม่ดี n (%) | | |
| **ความรู้ฯ** | | | 10.089 | 0.012 |
| -ความรู้มาก | 186 (77.8) | 53 (22.2) | | |
| -ความรู้น้อย | 0 (0.0) | 3 (100) | | |
| **การรับรู้ภาวะคุกคาม** | | | 17.517 | <0.001 |
| -การรับรู้มาก | 158 (82.7) | 33 (17.3) | | |
| -การรับรู้น้อย | 28 (54.9) | 23 (45.1) | | |
| **การรับรู้โอกาสเสี่ยง** | | | 24.759 | <0.001 |
| -การรับรู้มาก | 147 (85.5) | 25 (14.5) | | |
| -การรับรู้น้อย | 39 (55.7) | 31 (44.3) | | |
| **การรับรู้อันตราย** | | | 15.396 | <0.001 |
| -การรับรู้มาก | 151 (83.0) | 31 (17.0) | | |
| -การรับรู้น้อย | 35 (58.3) | 25 (41.7) | | |

*มีนัยสำคัญทางสถิติ *p*-value < *0.05*

## สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีระดับความรู้ การรับรู้ภาวะคุกคาม (การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรูอันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ ของผู้สูงอายุ ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอสะเดา อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 98.8, 78.9, 71.1, 75.2, 76.9 ตามลำดับ ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้ภาวะคุกคามกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *p*-value < 0.05,( Fisher's Exact Test = 10.089 และ 17.517) ตามลำดับ

## อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการป้องกันโรค การรับรู้ภาวะคุกคามกับพฤติกรรมการป้องกันโรค ดังนี้

**ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ**

จากการศึกษาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p$-value < 0.05, (Fisher's Exact Test = 10.089) ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลท่าโพธิ์ มีการเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญและเป็นประโยชน์สำหรับการป้องกันโรคนี้ในหลายช่องทาง ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และมีการรับรู้วิธีการป้องกันตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุในตำบลท่าโพธิ์ มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับมาก ร้อยละ 98.8 กล่าวได้ว่า ความรู้ จะทำให้บุคคลเข้าใจและเกิดตระหนักเกี่ยวกับโรคนี้ เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็วโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ จึงเป็นมูลเหตุที่สำคัญที่ทำให้คนต้องมีความรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ผู้สูงอายุในตำบลท่าโพธิ์ มีความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับมาก จึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พรสวรรค์ ค่าทิพย์ และ ชนกพร จิตปัญญา (2557) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตระหนักรู้ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัว เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมได้นั้น ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ตระหนักรู้ ใส่ใจสุขภาพของตนเองก่อน จึงมีกลวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เน้นวิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2554)

**ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะคุกคามกับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ**

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะคุกคามมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p$-value < 0.05, (Fisher's Exact Test = 17.517) ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลท่าโพธิ์ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสฯ ในระดับมาก ร้อยละ 71.1 รับรู้ว่าโรคติดเชื้อไวรัสฯ สามารถแพร่กระจายได้ง่าย และมีการรับรู้อันตรายของโรคนี้ ในระดับมาก เช่นกัน ร้อยละ 72.5 ซึ่งมีการรับรู้ว่า เมื่อติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะก่อให้เกิดความเสียหายของปอด และอันตรายถึงขั้นเสียชีวิต จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยแล้วจะทำให้เกิดความรุนแรงที่สูงมาก จึงนำไปสู่การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคนี้ ดังนั้นการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสฯ ที่เกิดจากการรับรู้โอกาสเสี่ยงและอันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสฯ จะกระตุ้นและเร้าความรู้สึกกลัวของผู้สูงอายุให้เกิดกลไกการป้องกันตนเอง (Higbee, 1969, p. 426) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า ผู้สูงอายุในตำบลท่าโพธิ์ มีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสฯ ในระดับมาก จึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพร หุตากร (2549) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้อันตรายต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสฯ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ ผู้สูงอายุจึงมีความพยายามในการป้องกันโรคให้ดียิ่งขึ้น กล่าวได้ว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีและหลีกเลี่ยงการเป็นโรคได้นั้น เชื่อว่าขึ้นอยู่กับการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้อันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสฯ (สุริยา หล้าก่ำ, 2560)

## ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

จากข้อมูลผลการศึกษาที่พบว่า ผู้สูงอายุ มีความรู้ในการป้องกันโรค และมีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาก ส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีตามมา จึงเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนเรื่องการประเมินภาวะคุกคามของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดียิ่งขึ้น

## ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาการประเมินการจัดการตนเอง ร่วมกับการประเมินภาวะคุกคามของโรค เพื่อให้ทราบรูปแบบการจูงใจในการป้องกันโรค ตามแนวคิดของโรเจอร์ส สำหรับการพัฒนาการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดียิ่งขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). กรมควบคุมโรค สืบค้นเมื่อ 11 เมษายน พ.ศ. 2563 จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php

กรมควบคุมโรค. (2020). วิธีการป้องกันตัวเองและสังคมจากโรคติดต่อโควิด-19. ศูนย์แพทย์กาญจนาพิเศษ สืบค้นเมื่อ 11 เมษายน พ.ศ.2563 จาก https://www.gj.mahidol.ac.th/main/covid19/preventioncovid/

ณรงกรค์ ชัยวงศ์. (2562). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคในบุคคล ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, *37*(2), 6-15. สืบค้นเมื่อ 13 เมษายน พ.ศ. 2563 จาก http://blog.bru.ac.th/2019/10/24

ประสพชัย พสุนนท์. (2557). ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ในการวิจัยเชิงปริมาณ, *วารสารปาริชาต มหาวิทยาลัยทักษิณ, 27*(1), 144-163.

สุริยา หล้าก่ำ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, *9(2),* 86-95. สืบค้นเมื่อ 19 กันยายน พ.ศ. 2563 จาก http://kpi.msu.ac.th/upload

สำนักวิจัยและสถิติ. (2547). *ผู้สูงอายุไทยเป็นอยู่อย่างไร. บริษัท ไทยรับประกันภัยต่อจำกัด (มหาชน).* สืบค้นเมื่อ 22 กันยายนพ.ศ. 2563 จาก http://www.thairelife.co.th/upload/os/publication/filee_20140926153933.pdf

อุมาพร ปุญญโสพรรณ ผจงศิลป์ เพิงมาก และ จุฑามาศ ทองตำลึง. (2554). การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของ สตรีวัยทองในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 3*(1)*, 47-60*

อูมมีไอดา ดอเลาะ. (2562). การรับรู้ภาวะคุกคามโรคไข้เลือดออกของนักศึกษาที่อาศัยอยู่ในหอพักมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย. *วารสารบัณฑิตศึกษา, 16*(75)*,* 118-123. สืบค้นเมื่อ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2563 จาก https://www.tci-thaijo.org/index.php/SNGSJ/index

Ali, S. A., Baloch, M., Ahmed, N., Ali, A. A., & Iqbal, A. (2020). The outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) an emerging global health threat. *Journal of Infection and Public Health, 13*(4)*,* 644-646.

Floyd, D. L., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. W. (2000). A meta-analysis of research on protection motivation theory. *Journal of applied social psychology, 30*(2)*,* 407-429.

Rogers, R.W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), Social Psychophysiology. New York: Guilford Press, 153-177.

# การเปิดรับข่าวสารฯ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในอำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

ไฟซอล จะปะกิยา*, มุฟลิห ยาลอ*, Cua Ngoc Le**, สุปรีชา แก้วสวัสดิ์**

## บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) ครั้งนี้ เป็นการศึกษาการเปิดรับข่าวสารฯ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 411 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) เก็บข้อมูลด้วย แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคฯ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 97.2 มีการรับสื่อที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ร้อยละ 100 พฤติกรรมป้องกันโรคฯ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 95.6 ประเภทของสื่อที่เปิดรับข่าวสารมากที่สุด ได้แก่ โทรทัศน์ ร้อยละ 94.9 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ พบว่า มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ *p*-value = 0.000, ($\mathbf{X^2}$= 368.178) การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ควรให้ความสำคัญและใช้โทรทัศน์เป็นสื่อหลักในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารโรคฯ ไปสู่ประชาชน ร่วมกับสื่อบุคคล ได้แก่บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ อสม. เป็นต้น

**คำสำคัญ:** การเปิดรับข่าวสารฯ, การรับรู้โอกาสเสี่ยง, พฤติกรรมป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019

** นักศึกษาหลักสูตร ส.บ.(สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต) มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*

*** สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*

# Information Exposure, Perceived Susceptibility and Preventive Behaviors Relating to Coronavirus Disease 2019 among People Living in Nakhon Si Thammarat Province

Faisol Chapakiya*, Muflih Yalor*, Cua Ngoc Le**, Supreecha Kaewsawat**

**Abstract**

This cross-sectional research was to study information exposure, perceived susceptibility and COVD-19 prevention behaviors. The sample was people living in Thasala sub-district, Thasala District, Nakhon Si Thammarat Province numbering 411 cases. They were randomly drawn into a systematic random sampling. Data collection was conducted during August to September 2020. Data analysis was done with descriptive statistic by frequency, percentage and mean, the association was analyzed by Chi-square statistics.

The results revealed that most of the sample had high level of perceived susceptibility was 97.2% received media related COVID-19 was 94.9%, regarding the most accessible media was television 94.4% . When testing the association between perceived susceptibility with COVID-19 preventive behavior, it was found that there was a statistically significant relationship at *p*-value = 0.000, ($\mathbf{X}^2$= 368.178). This study recommended the state agencies such as the Department of Disease Control, Ministry of Public Health should focus on and use television as the main media to disseminate information about the disease to the people.

**Keyword:** Information exposure, Perceived susceptibility, COVID-19 Preventive behaviors

** Student of B.P.H. (Bachelor of Public Health) Walailak University*

*** Department of Community Public health, School of Public Health , walailak University*

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) เป็นโรคระบาดที่ส่งผลต่อวิกฤตด้านสุขภาพในทุกประเทศ (Chakraborty & Maity, 2020) จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า มีผู้ป่วยติดเชื้อ จำนวน 30,949,804 คน และเสียชีวิต จำนวน 959,116 คน (องค์การอนามัยโลก, 2563) แต่สถานการณ์การระบาดของโรคนี้ยังขยายพื้นที่ไปทุกภูมิภาคทั่วโลก เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ยังละเลยในการป้องกันตนเอง ทำให้โรคนี้คร่าชีวิตมนุษย์ไปเป็นจำนวนมาก

สถานการณ์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จากการรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ประเทศฟิลิปปินส์ มีผู้ป่วยติดเชื้อยืนยัน จำนวน 157,918 คน และเสียชีวิต จำนวน 2,600 คน ประเทศอินโอนีเซีย มีผู้ป่วยติดเชื้อยืนยัน จำนวน 137,468 คน และเสียชีวิต จำนวน 6,071 คน ประเทศสิงคโปร์ มีผู้ป่วยติดเชื้อยืนยัน จำนวน 55,661 คน และเสียชีวิต จำนวน 27 คน ประเทศมาเลเซีย มีผู้ป่วยติดเชื้อยืนยัน จำนวน 9,175 คน และเสียชีวิต จำนวน 125 คน ประเทศเวียดนาม มีผู้ป่วยติดเชื้อยืนยัน จำนวน 951 คน และเสียชีวิต จำนวน 23 คน ประเทศกัมพูชา มีผู้ป่วยติดเชื้อยืนยัน จำนวน 273 คน และไม่พบผู้เสียชีวิต ประเทศบรูไน มีผู้ป่วยติดเชื้อยืนยัน จำนวน 142 คน และเสียชีวิต จำนวน 3 คน ประเทศติมอร์เลสเต มีผู้ป่วยติดเชื้อยืนยัน จำนวน 25 คน และไม่พบผู้เสียชีวิต และประเทศลาว ผู้ป่วยติดเชื้อยืนยัน จำนวน 22 คน และไม่พบผู้เสียชีวิต (องค์การอนามัยโลก, 2563)

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ แม้กระทั่งปัญหาด้านสุขภาพก็ได้รับผลกระทบอย่างร้ายแรง พบว่า โรคโควิด 19 ทำให้ประชาชนเสียชีวิต 58 คน และติดเชื้อจำนวน 3,425 คน (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จะเห็นได้ว่าเมื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อและเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ประเทศไทยมีอัตราที่น้อยกว่า เนื่องจากมีมาตรการในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคอย่างทันท่วงที ทำให้อัตราการติดเชื้อและเสียชีวิตไม่เพิ่มขึ้น ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารทุกช่องทางให้เข้าถึงทุกพื้นที่ทำให้ประชาชนไทยรอดพ้นจากโรคโควิด 19 ได้ในระดับหนึ่ง (องค์การอนามัยโลก, 2563)

การกระจายสื่อ ข้อมูลข่าวสารอย่างรวดเร็วทันใจ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลการแพร่ระบาดและการติดต่อของโรคโควิด 19 ได้ทันท่วงที เช่น สื่อโทรทัศน์และหนังสือพิมพ์รวมถึงสื่อโซเชียลมีเดีย เป็นผลให้ประชาชนสามารถป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ได้อย่างเหมาะสม กล่าวได้ว่า การกระจายข่าวเกี่ยวกับโรคนี้ด้วยสื่อต่าง ๆ จะมีบทบาทสำคัญในฐานะเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญต่อสาธารณะ (D.-H. Choi, Yoo, Noh, & Park, 2017) และสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรค ซึ่งการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเพื่อให้เข้าถึงประชาชนได้อย่างทันท่วงที จะทำให้ประชาชนมีความรู้เพียงพอที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (วิชาญ ปาวัน, 2560)

จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 จำนวน 12 คน และเสียชีวิต จำนวน 1 คน นับว่าเป็นสถานการณ์ที่ร้ายแรงของพื้นที่นี้ ที่ทุกฝ่ายควรให้ความร่วมมือในการกำจัดโรคนี้ให้หมดไปจากพื้นที่ แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายอำเภอพบว่า ผู้ติดเชื้อรายแรกจำนวน 1 คน เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในตำบลโพธิ์ทอง อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2563) แต่สถานการณ์การระบาดสงบลงในไม่ช้า เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีการป้องกันตัวเองให้รอดพ้นจากการติดเชื้อ

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการเปิดรับข่าวสารฯ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด 19 ว่ามีผลอย่างไรกับพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ เพื่อวางแผนและพัฒนาการกระจายสื่อให้เข้าถึงประชาชนสำหรับการป้องกันโรค

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อประเมินระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช

## วิธีการวิจัย

การศึกษาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ (Cross-sectional Study) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ระหว่างเดือน สิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2563

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในตำบลท่าศาลา อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 14,130 คน (ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น14 หมู่บ้าน) คำนวณเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan (1970) กำหนดสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 มีระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 374 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียแบบสอบถามที่ได้รับการตอบรับไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10% เป็น 411 คน

**การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง**

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (System random sampling) โดยใช้บัญชีรายชื่อของประชากรทุกหมู่บ้าน ทำการการสุ่มหาตัวสุ่มเริ่มต้น แล้วนับไปตามช่วงของกลุ่ม ใช้วิธีคำนวณค่าสัดส่วนของขนาดของกลุ่มประชากรกับขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยการนำจำนวนในกลุ่มประชากรหารด้วยจำนวนในกลุ่มตัวอย่าง มาเป็นช่วงของการสุ่ม เช่น หมู่ที่ 1 บ้านท่าศาลา ต้องการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 42 คน จากประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,436 คน ดังนั้นจึงสุ่มทุกๆ 34 คน เอามา 1 คน สมมติว่าเมื่อสุ่มผู้ที่ตกเป็นตัวอย่างคนแรกได้หมายเลข 002 คนที่สองตกเป็นตัวอย่างหมายเลข 036 สำหรับคนที่สามและคนต่อๆไป จะได้แก่หมายเลข 070, 104, 138,..., จนได้กลุ่มตัวอย่าง 42 คน และดำเนินการทำแบบวิธีนี้ในทุกหมู่บ้าน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 คุณลักษณะประชากร** เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ศาสนา และที่อยู่ปัจจุบัน เป็นคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 7 ข้อ

**ส่วนที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019** จำนวน 16 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) โดยใช้วิธี Likert' scale 3 ระดับ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย

**ส่วนที่ 3 การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโคโรนาไวรัส 2019 จำนวน** 10 ข้อ และแบบสอบความพึงพอใจต่อสื่อ จำนวน 10 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) โดยใช้วิธี Likert' scale 5 ระดับ เป็นประจำทุกวัน บ่อยครั้ง บางครั้ง แทบจะไม่เคย และไม่เคยเลย

**ส่วนที่ 4 พฤติกรรมป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019** จำนวน 15 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) โดยใช้วิธี Likert' scale 5 ระดับ เป็นประจำทุกวัน บ่อยครั้ง บางครั้ง แทบจะไม่เคย และไม่เคยเลย

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องความตรงตามเนื้อหา ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าเท่ากับ 0.7 หลังจากนั้นนำมาพิจารณาปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเหมาะสม แล้วนำไปทดสอบกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) พบว่าแบบสอบถามการเปิดรับข่าวสาร ฯ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ฯ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ความเที่ยงตรงโดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ของแบบสอบถาม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.81 การเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโคโรนาไวรัส 2019 เท่ากับ 0.76 พฤติกรรมป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.87 และภาพรวมเท่ากับ 0.73

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ใบรับรองเลขที่ WUEC-20-257-01

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ลักษณะทางประชากร ระดับการรับรู้ โอกาสเสี่ยงฯ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ และ ร้อยละ ส่วนสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร การรับรู้โอกาสเสี่ยง ฯ และพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยสถิติ Nonparametric/Chi-Square

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 โดยมีอายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ56.0 สถานภาพสมรส ร้อยละ 62.5 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.8 อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 44.8 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 89.5 และเปิดรับข้อมูลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านทางโทรทัศน์ ร้อยละ 94.9 ดังตารางที่ 1

**ตาราง 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=411)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **เพศ** | | |
| - ชาย | 151 | 36.7 |
| - หญิง | 260 | 63.3 |
| **อายุ** | | |
| - 15-20 ปี | 11 | 2.7 |
| - 21-25 ปี | 72 | 17.5 |
| - 26-30 ปี | 24 | 5.8 |
| - 31-35 ปี | 43 | 10.5 |
| - 36-40 ปี | 31 | 7.5 |
| - 40 ปีขึ้นไป | 230 | 56.0 |
| **สถานภาพสมรส** | | |
| - โสด | 120 | 29.2 |
| - สมรส | 257 | 62.5 |
| - หม้าย | 33 | 8.0 |
| - หย่า/แยกกันอยู่ | 1 | 0.2 |
| **ระดับการศึกษา** | | |
| - ประถมศึกษา | 180 | 43.8 |
| - มัธยมศึกษาตอนต้น | 67 | 16.3 |
| - มัธยมศึกษาตอนปลาย | 65 | 15.8 |
| - อาชีวศึกษา | 12 | 2.9 |
| - ปริญญาตรี | 87 | 21.2 |
| **อาชีพ** | | |
| - นักเรียน/นักศึกษา | 46 | 11.2 |
| - ธุรกิจส่วนตัว | 41 | 10.0 |

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| - ข้าราชการ | 10 | 2.4 |
| - เกษตรกร | 14 | 3.4 |
| - ค้าขาย | 112 | 27.3 |
| - ทำสวน | 4 | 1.0 |
| - รับจ้างทั่วไป | 184 | 44.8 |
| **ศาสนา** | | |
| - พุทธ | 43 | 10.5 |
| - อิสลาม | 368 | 89.5 |
| **ช่องทางที่เปิดรับข้อมูลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** | | |
| - วิทยุ | 124 | 30.2 |
| - โทรทัศน์ | 390 | 94.9 |
| - หนังสือพิมพ์ | 120 | 29.2 |
| **ช่องทางที่เปิดรับข้อมูลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** | | |
| - ใบปลิวแผ่นพับ | 176 | 42.8 |
| - เฟสบุ๊ค (FACEBOOK) | 278 | 67.6 |
| - ไลน์ (LINE APPLICATION) | 222 | 54.0 |
| - วารสาร/นิตยสาร | 136 | 33.1 |
| - อินเตอร์เน็ต | 182 | 44.3 |
| - บุคคลากรสาธารณสุข | 364 | 88.6 |
| - การประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ผ่านการขยายเสียงในหมู่บ้าน | 352 | 85.6 |

**2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ การเปิดรับข่าวสารฯ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ ในระดับมาก ร้อยละ 97.2 ระดับการเปิดรับข่าวสารฯ ระดับน้อย ร้อยละ 86.0 และระดับพฤติกรรมป้องกันโรคฯ ระดับมาก ร้อยละ 95.6 ดังตาราง

**ตาราง 2** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการเปิดรับข่าวสารฯ การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ (n=411)

| ตัวแปร | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ** | | |
| ระดับน้อย (<70 %) | 11 | 2.8 |

| ตัวแปร | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|---|---|---|
| ระดับมาก (≥ 70 %) | 400 | 97.2 |
| **การเปิดรับข่าวสารฯ** | | |
| ระดับน้อย (<70 %) | 354 | 86.0 |
| ระดับมาก (≥ 70 %) | 57 | 14.0 |
| **พฤติกรรมป้องกันโรคฯ** | | |
| ระดับน้อย (<70 %) | 18 | 4.4 |
| ระดับมาก (≥ 70 %) | 393 | 95.6 |

**3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ *p*-value = 0.000, ($\chi^2$= 368.178) ดังตาราง

**ตาราง 3** ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ กับพฤติกรรมป้องกันโรคฯ (n=411)

| ตัวแปร | พฤติกรรมการป้องกันโรคฯ | | $\chi^2$ | (*p*-value) |
|---|---|---|---|---|
| | ระดับน้อย n (%) | ระดับมาก n (%) | | |
| **การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ** | | | $\mathbf{X}^2$= 368.178 | *p* = 0.000 |
| ระดับน้อย (<70 %) | 2(0.5) | 9(2.2) | | |
| ระดับมาก (≥ 70 % ) | 16(3.9) | 384(93.4) | | |

## อภิปรายผล

**ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ กับพฤติกรรมป้องกันโรคฯ**

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ *p*-value = 0.000, ($\mathbf{X}^2$= 368.178) ทั้งนี้ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่ตำบลท่าศาลา มีการเข้าถึงข้อมูลสำคัญที่เป็นประโยชน์สำหรับการป้องกันโรคนี้ ได้จากช่องทางสื่อหลักและสื่อในพื้นที่ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ประชาสัมพันธ์และการเผยแพร่ผ่านการขยายเสียงในหมู่บ้าน ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายของโรคและความเสี่ยงที่จะติดเชื้อจากโรคนี้ ทำให้ประชาชนในพื้นที่ตำบลท่าศาลา มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคในระดับมาก (93.4) กล่าวได้ว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคฯ จะทำให้บุคคลมองเห็นภาพอนาคตของสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองที่เกี่ยวข้องกับอันตราย หากบุคคลยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่ออันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเองก็จะทำให้เกิดผลเสียแก่ตนเอง การรับรู้ความเสี่ยงจึงเป็นมูลเหตุสำคัญที่จะทำให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (ธัญนิดา เจริญจันทร์, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ประชาชนตำบลท่าศาลา มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับมาก จึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของอูมมีไอดา

ดอเลาะ และคณะ (2563) อธิบายว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของบุคคลต่อการเกิดโรคจะเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลมีพลังที่จะปฏิบัติตัวเองให้เหมาะสมเพื่อให้รอดพ้นจากการป่วยด้วยโรคนั้นๆ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของดลรวี แวเยง และคณะ (2560) ให้ความเห็นว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงได้ยั่งยืนหากบุคคลมีโอกาสสัมผัสกับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น

## ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรร่วมมือในการทำงานร่วมกันเพื่อกระตุ้นให้ชุมชนตระหนักถึงภัยอันตรายของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

*2*. บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ควรลงพื้นที่ให้ความรู้และสุขศึกษาอย่างต่อเนื่องเพราะอาจเกิดการระบาดของโรคอีกครั้งได้

*3*. หน่วยงานสาธารณสุขควรเพิ่มความถี่ในการกระจายข้อมูลข่าวสารให้ครอบคลุมทุกสื่อเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสื่อทุกประเภท

## ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) ของโรคร่วมกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันฯ รวมทั้ง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว จะช่วยเพิ่มสารสนเทศทำให้มองเห็นถึงภาวะคุกคามของโรคมีผลต่อประชาชนในพื้นที่เสี่ยงมากขึ้น

2. ควรมีการเลือกใช้ช่องทางสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ผ่านทางสื่อโทรทัศน์ ซึ่งเป็นสื่อที่ประชาชนมีการเปิดรับข่าวสารโรคโควิด 19 มากที่สุด เพื่อให้เกิดกระแสการรับรู้ในภาพกว้าง ร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ และสื่อในพื้นที่ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าด้วย

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

ธัญนิดา เจริญจันทร์, ทิพย์วัลย์ สุรินยา. (2557). ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเองรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูกับพฤติกรรมการดูแลสุขภพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสตรีนนทบุรีจังหวัดนนทบุรี, วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, 40(1), 69-84.

ประสพชัย พสุนนท์. (2557). ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ในการวิจัยเชิงปริมาณ, วารสารปาริชาต มหาวิทยาลัยทักษิณ, 27(1), 144-163.

ประสพชัย พสุนนท์. (2558). ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม สำหรับงานวิจัยทางสังคมศาสตร์, วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 18, 375-397.

วิชาญ ปาวัน, กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์, จักรกฤษณ์ พลราชม, มาสริน ศุกลปักษ์. (2560). การรับรู้ข้อมูลข่าวสารความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2559. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 11(1), 70-79.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. (2563). สถานการณ์จังหวัด 18 พฤษภาคม 2563. ค้นจาก https://www.nakhonsihealth.org/covid-19/?p=1347

องค์การอนามัยโลก. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (โควิด 19) รายงานสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) – 16 สิงหาคม 2563. ค้นจาก https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200816-covid-19-sitrep-209.pdf?sfvrsn=5dde1ca2_2

องค์การอนามัยโลก. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (โควิด 19). ค้นจากhttps://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-09-02-tha-sitrep-100-covid199ae2ab2639e04ad1ab73bb1017b6f693.pdf

องค์การอนามัยโลก. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) รายงานสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย – 19 มี.ค. 2563. ค้นจาก https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-03-19-tha-sitrep-26-covid19-th-final.pdf

Chakraborty, I., & Maity, P. (2020). COVID-19 outbreak: Migration, effects on society, global environment and prevention. Sci Total Environ, 728, 1-7.

Choi, D.-H., Yoo, W., Noh, G.-Y., & Park, K. (2017). The impact of social media on risk perceptions during the MERS outbreak in South Korea. Computers in Human Behavior, 72, 422-431.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2018). Summary of selection results in risk commu nication for ordinary people in 2018. Nonthaburi: Bureau Risk Communication and Health Behavior Development, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Harapan, H., Itoh, N., Yufika, A., Winardi, W., Keam, S., Te, H., . . . Mudatsir, M. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19): A literature review. J Infect Public Health, 5, 667-673.

Hinjoy, S., RoyceTsukayama, Chuxnum, T., Masunglong, W., Sidet, C., Kleeblumjeak, P., . . . Iamsirithaworn, S. (2020). A self-assessment of the Thai Department of Disease Control's communication for international response at early phase to the COVID-19. International Journal of Infectious Diseases, 96, 205-210.

Ma, M., Liu, S., & Li, J. (2017). Does media coverage influence the spread of drug addiction? Communications in Nonlinear Science and Numerical Simulation, 50, 169-179.

Malinee Sompopcharoen. (2013). Analysis and evaluation of perception of information about H1N1 flu or Swine flu among Thai people. Journal of Public Relations and Advertising, 6(1), 17-30.

Meo, S. A., Al-Khlaiwi, T., Usmani, A. M., Meo, A. S., Klonoff, D. C., & Hoang, T. D. (2020). Biological and Epidemiological Trends in the Prevalence and Mortality due to Outbreaks of Novel Coronavirus COVID-19. Journal of King Saud University – Science, 32(4), 2495-99.

Saqrane, S., & El Mhammedi, M. A. (2020). Review on the global epidemiological situation and the efficacy of chloroquine and hydroxychloroquine for the treatment of COVID-19. New Microbes and New Infections, 35, 1-5.

Yan, Q., Tang, S., Gabriele, S., & Wu, J. (2016). Media coverage and hospital notifications: Correlation analysis and optimal media impact duration to manage a pandemic. J Theor Biol, 390, 1-13.

Vichan Pawan et al. (2018a). Perception of information, knowledge and protecting behavior of diseases and health hazard of Thai citizens in 2016. Journal of Health Science Research, 11(1), 70-79.

_____. (2018b). Evaluation of perception of information in disease and health hazard, prevention and control behaviors of disease and image of the Department of Disease Control of the Thai People during B.E.2017. Bangkok: Aksorn Graphic & Design Co., Ltd.

# การเตรียมความพร้อมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

อามีนะห์ ยามาสาเร๊ะ*, รอฟีอะห์ บีฮิง*, สุปรีชา แก้วสวัสดิ์**, พัฒนศักดิ์ คำมณีจันทร์**, Cua Ngoc Le**

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ครั้งนี้ เป็นการประเมินการเตรียมความพร้อมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา จำนวน 148 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 45 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.บ้านทำนบ และรพ.สต.บ้าน กม. 26) จำนวน 13 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 80 คน กำนัน จำนวน 1 คน และผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 9 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา การมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์และระดับการเตรียมความพร้อมของชุมชนระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง กันยายน พ.ศ 2563 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD)

ผลการวิจัยพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน มีระดับความรู้ฯ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.8 มีระดับการมีส่วนร่วมฯ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.2 ส่วนระดับการมีส่วนร่วมฯพบว่า กำนันมีส่วนร่วมฯมากที่สุด ร้อยละ 100 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมฯ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 66.9 รองลงมาคือการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และการติดตามประเมินผล ร้อยละ 65.5 และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร้อยละ 60.1 มีระดับการเตรียมความพร้อมชุมชนในระดับมาก ร้อยละ 94.6 การศึกษาครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรมีวิธีการกระตุ้นให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ทำงานในชุมชนมีส่วนร่วมในด้าน การตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์และการติดตามประเมินผลเพื่อป้องกันโรคมากขึ้น

คำสำคัญ: การเตรียมความพร้อม, การมีส่วนร่วม, ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

* *นักศึกษาหลักสูตร สบ.(สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต) มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*

** *สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์*

# Community preparation in the Coronavirus Disease 2019 Situation among Stakeholders in Tano Pute Sub-district Ban nang Sata District, Yala Province

Aminah Yamasareh[*], Rofiah Bihing[*], Supreecha Kaewsawat[**],
Patthanasak Khammaneechan[**], Cua Ngoc Le[**]

**Abstract**

This descriptive research was to evaluate community preparation in the Coronavirus Disease 2019 Situation among Stakeholders in Tano Pute Sub-districtม Ban nang Sata District, Yala Province. The study population was community' s stakeholders numbering 148 persons consisting of; 45 sub-district health administrative organization staffs, 13 health promoting hospital staffs (Ban Tham Nop, Ban km.26), 80 health volunteers, 1 sub-district leader and 9 village leader. Data collection was conducted between August to September, 2563 by the constructing questionnaire consisting of; COVID-19 knowledge, preparation in COVID situation Data analysis was done with Descriptive statistic and presented by Frequencies Percentage and Standard Deviation.

The results illustrated that the most of stakeholders in community had high level knowledge was 87.8% , high participation level was 64.2% . Regarding participation level found that the community leader had high participation level was 100% . When considered on each part of participation found that the participation in preparation was high level at 66.9% , follow by participating in benefit/ evaluation was 65.5% and participating in discission-making was 60.1% . Regarding community preparation found that they had high level was 94.6% . This study recommended that there should have the method to stimuli the stakeholder participate in making decision, operation, receiving benefit and following up to more disease prevention.

**Keyword**: Community preparation, Participation, Stakeholders

[*] *Student of B.P.H (Bachelor of Public Health) Walailak University*

[**] *Department of Community Public Health, School of Public Health, Walailak University*

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มต้นที่ประเทศจีน ตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม 2562 องค์การอนามัยโลกได้รับแจ้งเมื่อเดือนธันวาคม 2562 ว่าพบกลุ่มผู้ป่วยมีอาการปอดบวมโดยไม่ทราบสาเหตุในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย สาธารณรัฐประชาชนจีน ต่อมามีรายงานว่าเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ หรือ Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus (SARS-CoV-2) เป็นสาเหตุของโรคและได้แพร่ระบาดไปยังประเทศอื่น ๆ

องค์กรอนามัยโลกประกาศโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบาดใหญ่ (Pandemic) ซึ่งโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีลำดับนิวคลิโอไทด์เหมือนไวรัสซาร์ส ที่เคยระบาดมาก่อนถึงร้อยละ 80 โดยที่เชื้อ SARS-CoV-2 ก่อโรคปอดบวม สามารถทำให้ระบบหายใจ ล้มเหลวได้ มีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว ซึ่งอัตราการเสียชีวิตจากโรคประมาณร้อยละ 4.6 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยเสี่ยงเพิ่มความรุนแรงของโรค และเชื้อสามารถแพร่จากคนสู่คนได้ (สุรัยยา หมานมานะ และคณะ, 2020)

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ต้องเผชิญกับสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ และปัญหาทางด้านสุขภาพที่ได้รับผลกระทบอย่างร้ายแรง วันที่ 16 เมษายน 2563 พบว่า มีผู้ป่วยยืนยัน 2,672 ราย หายแล้ว 1,593 ราย รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 1,033 ราย เสียชีวิต 46 ราย ผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่พบในประเทศไทย มีค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 37 ปี (1 เดือน - 97 ปี) เพศชาย 1,401 ราย เพศหญิง 1,189 ราย (ชาย:หญิง = 1.18:1) ไม่ทราบเพศ 82 ราย โดยจังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยยืนยัน 3 อันดับแรกคือ กรุงเทพมหานคร 1,328 ราย ภูเก็ต 190 ราย และนนทบุรี 150 ราย (กระทรวงสาธารณสุข,2563)

กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการเตรียมความพร้อมโดยมีการจัดทำแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้หน่วยงาน บุคคล และประชาชนทั่วไป ได้ใช้ประโยชน์เพื่อการคุ้มครอง ป้องกัน สุขภาพของประชาชน ตลอดจนการจัดการสภาพแวดล้อมในสถานที่ต่าง ๆ (Setting) เพื่อควบคุมป้องกันโรคมิให้แพร่กระจายไปสู่คนหมู่มาก และสถานการณ์การระบาดของโรคได้มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนคำแนะนำ แนวทางการดำเนินงานให้สอดคล้องและทันเวลา จึงควรติดตามข้อสั่งการและมาตรการต่าง ๆ จากกระทรวงสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

จังหวัดยะลา เป็นจังหวัดที่มีผู้ติดเชื้อ COVID-2019 สูงเป็นอันดับ 2 ของภาคใต้และเป็นอันดับ 3 ของประเทศ การแพร่ระบาดของโรค COVID–19 ในพื้นที่จังหวัดยะลา มีหลายอำเภอในจังหวัดยะลาที่ประกาศเป็นพื้นที่เสี่ยง ยังคงมีแนวโน้มการติดเชื้อและแพร่ระบาดไปยังพื้นที่ตำบลข้างเคียงได้โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ตำบลตาเนาะปูเต๊ะ ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงที่มีผู้ป่วยยืนยันที่นอนโรงพยาบาล (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา, 2563)

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมและแนวทางการเตรียมความพร้อมชุมชนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือแกนนำชุมชนว่ามีแนวทางอย่างไรในการรองรับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อประเมินระดับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนในการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. เพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนในการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. เพื่อประเมินการเตรียมความพร้อมชุมชนของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

## วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมชุมชนของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา

**ประชากรและที่ใช้ในการศึกษา**

การศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้ประชากรทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา รวมจำนวน 148 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 45 คน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.บ้านทำนบ และรพ.สต.บ้าน กม.26) จำนวน 13 คน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 80 คน กำนัน จำนวน 1 คน และผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 9 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล** ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพในชุมชน รายได้ ระยะเวลาในการทำงานองค์กร และการเข้าอบรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เป็นข้อคำถามแบบมี 2 คำตอบให้เลือก (Dichotomous) ใช่ - ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ

**ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมชุมชนต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) โดยใช้วิธี Likert scale 5 ระดับ ประกอบด้วย มีส่วนร่วมน้อยที่สุด มีส่วนร่วมน้อย มีส่วนร่วมปานกลาง มีส่วนร่วมมาก มีส่วนร่วมมากที่สุด

**ส่วนที่ 4 การเตรียมความพร้อมชุมชนในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เป็นข้อคำถามแบบมี 2 คำตอบให้เลือก (Dichotomous) ใช่ - ไม่ใช่ จำนวน 15 ข้อ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้อง ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) มีค่าเท่ากับ 0.96 หลังจากนั้นนำมาพิจารณาปรับปรุง แก้ไขข้อคำถามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้มีความเหมาะสมและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามไปทดสอบใช้จริง (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) พบว่าแบบสอบถามการเตรียมความพร้อมชุมชนของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ความเที่ยงตรงโดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์ของ ครอนบัค แอลฟา (Cronbach’s Alpha) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) เท่ากับ 0.79

**การพิจารณาจริธรรมในการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ใบรับรองเลขที่ WUEC-20-251-01 รับรองวันที่ 24 สิงหาคม 2563

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามจัดระบบข้อมูลและทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินระดับความรู้ฯ การมีส่วนร่วมฯ และการเตรียมความพร้อมชุมชนฯ โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD)

## ผลการศึกษา

**1. ข้อมูลส่วนบุคคล**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73 มีอายุระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 36.5 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 89.2 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.5 ประกอบอาชีพการเกษตร ร้อยละ 35.1 มีสถานภาพในชุมชนเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 54.1 มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 32.4 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในองค์กร 5-10 ปี ร้อยละ 35.1 เคยได้รับการอบรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 73.6 ดังตาราง 1

**ตาราง 1** จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=148)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **เพศ** | | |
| - ชาย | 40 | 27.00 |
| - หญิง | 108 | 73.00 |

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **อายุ** | 26 | 17.6 |
| - 20 – 30 ปี | 54 | 36.5 |
| - 21 – 40 ปี | 40 | 27.0 |
| - 41 – 50 ปี | 24 | 16.2 |
| - 51 – 60 ปี | 4 | 2.7 |
| - 60 ปีขึ้นไป | | |
| (M = 40.61, SD = 10.278) | | |
| **ศาสนา** | | |
| - พุทธ | 16 | 10.8 |
| - อิสลาม | 132 | 89.2 |
| **ระดับการศึกษา** | | |
| - ประถมศึกษา | 24 | 16.2 |
| - มัธยมศึกษา | 60 | 40.5 |
| - ปริญญาตรี/ปวส. | 38 | 25.7 |
| - ปริญญาตรี หรือเทียบเท่า | 25 | 16.9 |
| - ปริญญาโท | 1 | 0.7 |
| **อาชีพ** | | |
| - รับราชการ | 26 | 17.6 |
| - รับจ้าง | 46 | 31.1 |
| - เกษตรกร | 52 | 35.1 |
| - ค้าขาย | 7 | 4.7 |
| - อื่น ๆ ได้แก่ พนักงานรัฐวิสาหกิจ/แม่บ้าน | 17 | 11.5 |
| **สถานภาพในชุมชน** | | |
| - อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | 80 | 54 |
| - กำนัน | 1 | 0.7 |
| - ผู้ใหญ่บ้าน | 9 | 6.1 |
| - เจ้าหน้าที่ อบต. | 45 | 30.4 |
| - เจ้าหน้าที่ รพ.สต. | 13 | 8.8 |
| **รายได้** | | |
| - น้อยกว่า 1,000 บาท | 16 | 10.8 |
| - 1,001 – 3,000 บาท | 24 | 16.2 |
| - 3,001 – 5,000 บาท | 33 | 22.4 |
| - 5,001 – 10,000 บาท | 27 | 18.2 |

| ข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| - มากว่า 10,000 บาท | 48 | 32.4 |
| (M =8.564.59, SD =7215.122) | | |
| **ระยะเวลาในการทำงานในองค์กร** | | |
| - ต่ำกว่า 5 ปี | 55 | 37.2 |
| - 5 – 10 ปี | 52 | 35.1 |
| - มากกว่า 10 ปี | 41 | 27.7 |
| (M =9.61, SD =7.906) | | |
| **การอบรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019** | | |
| - เคยอบรม | 109 | 73.6 |
| - ไม่เคยอบรม | 39 | 26.4 |

**2. ระดับความรู้ฯ การมีส่วนร่วมฯ และการเตรียมความพร้อมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

ผลการศึกษาระดับความรู้ฯ การมีส่วนร่วมฯ และการเตรียมความพร้อมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก จำนวน 130 คน ร้อยละ 87.8 มีระดับการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับมาก จำนวน 95 คน ร้อยละ 64.2 เมื่อพิจารณารายด้านของการมีส่วนร่วมพบว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อยู่ในระดับมาก จำนวน 89 ร้อยละ 60.1 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน อยู่ในระดับมาก จำนวน 99 คน ร้อยละ 66.9 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับมาก จำนวน 97 คน ร้อยละ 65.5 การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล จำนวน 97 ร้อยละ 65.5 และระดับการเตรียมความพร้อมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน อยู่ในระดับมาก จำนวน 140 คน ร้อยละ 94.6 ดังตาราง 2

**ตาราง 2** ระดับความรู้ฯ การมีส่วนร่วมฯ และการเตรียมความพร้อมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=148)

| ข้อความ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| **ความรู้ฯ** | | |
| ระดับมาก (>70%) | 130 | 87.8 |
| ระดับน้อย (<70%) | 18 | 12.2 |
| **การมีส่วนร่วมฯ ในภาพรวม** | | |
| ระดับมาก (>70%) | 95 | 64.2 |
| ระดับน้อย (<70%) | 53 | 35.8 |
| **การมีส่วนร่วมฯ ด้านการตัดสินใจ** | | |

| ข้อความ | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| ระดับมาก (>70%) | 89 | 60.1 |
| ระดับน้อย (<70%) | 59 | 39.9 |
| **การมีส่วนร่วมฯ ด้านการดำเนินงาน** | | |
| ระดับมาก (>70%) | 99 | 66.9 |
| ระดับน้อย (<70%) | 49 | 33.1 |
| **การมีส่วนร่วมฯ ด้านการรับผลประโยชน์** | | |
| ระดับมาก (>70%) | 97 | 65.5 |
| ระดับน้อย (<70%) | 51 | 34.5 |
| **การมีส่วนร่วมฯ ด้านการติดตามประเมินผล** | | |
| ระดับมาก (>70%) | 97 | 65.5 |
| ระดับน้อย (<70%) | 51 | 34.5 |
| **การเตรียมความพร้อมฯ** | | |
| ระดับมาก (>70%) | 140 | 94.6 |
| ระดับน้อย (<70%) | 8 | 5.4 |

**3. ระดับการมีส่วนร่วมฯจำแนกตามสถานภาพ**

ผลการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมฯ อยู่ระดับมาก กำนัน ร้อยละ 100 รองลงมา ผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 88.9 อสม. ร้อยละ 75.0 รพสต. 61.5 และระดับน้อยที่สุด คือ อบต. ร้อยละ 40.0 ดังตารางที่ 3

**ตาราง 3** ระดับการมีส่วนร่วมฯจำแนกตามสถานภาพ

| สถานภาพ | ระดับการมีส่วนร่วมฯ | |
|---|---|---|
| | ระดับมาก (ร้อยละ) | ระดับน้อย (ร้อยละ) |
| -อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) | 75.0 | 25.0 |
| -กำนัน | 100 | 0.0 |
| -ผู้ใหญ่บ้าน | 88.9 | 11.1 |
| -เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) | 61.5 | 38.5 |
| -เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) | 40.0 | 60.0 |

## สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ตำบลตาเนาะปูเต๊ะ อำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา จำนวน 148 คน มีระดับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 87.8 มีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.2 ส่วนระดับการมีส่วนร่วมฯพบว่า กำนันมีส่วนร่วมฯมากที่สุด ร้อยละ 100 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 66.9 รองลงมาคือการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และการติดตามประเมินผล ร้อยละ 65.5 และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ร้อยละ 60.1 มีระดับการเตรียมความพร้อมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนในระดับมาก ร้อยละ 94.6

## อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย ผู้วิจัยอภิปรายผล ดังนี้

**ด้านความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน**

จากการศึกษาพบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียฯส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.8 เมื่อพิจารณารายข้อ ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิตได้ ร้อยละ 98.6 และความรุนแรงของโรคที่ทำให้เสียชีวิตได้ ร้อยละ 97.3 ทั้งนี้เนื่องจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่ผ่านการอบรมเรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ ร้อยละ 73.6 จึงส่งผลให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความรู้ที่ดี ทำให้มีความเข้าใจที่จะจัดการและรับมือกับสถานการณ์นี้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นอรีนี ตะหวา และปวิตร ชัยวิสิทธิ์ (2562) พบว่า ความรู้ของแกนนำหลังจากเข้ารับการอบรมในเรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อฯอยู่ในระดับดี ทำให้ผู้เข้าร่วมอบรมมีความรู้ความเข้าใจที่ดี สามารถนำความรู้มาใช้ในการป้องกันตนเอง ให้รอดพ้นจากอันตรายของโรคติดเชื้อได้ กล่าวได้ว่า ความรู้เป็นอาวุธที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลสามารถจัดการกับอันตรายรอบตัวได้ หากเขาเหล่านั้นมีความรู้ที่ดีเพียงพอ พัชรี เรือนศรี และคณะ, (2558) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรพินท์ พรหมวิเศษ, ชาตรี ประชาพิพัฒน์ และสาโรจน์ เพชรมณี (2559) อธิบายว่าการมีความรู้ในการป้องกันโรคที่ดี จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการ หรือเตรียมความพร้อมในการป้องกันโรคเป็นอย่างดี

**ด้านการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน**

จากการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน มีการดำเนินการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.2 จากการพิจารณาสถานภาพของผู้มีส่วนร่วมฯอยู่ระดับสูง คือ กำนัน ร้อยละ 100 รองลงมา ผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 88.9 อสม. ร้อยละ 75.0 รพสต. 61.5 และอบต. ร้อยละ 40.0 อธิบายได้ว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนมีความรับผิดชอบในการที่จะจัดการป้องกันโรคติดเชื้อฯ เนื่องจากโรคนี้เป็นโรคที่อันตรายที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตของประชาชนในชุมชน จึงเป็นความรับผิดชอบของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งหมดที่จะต้องตระหนักถึงการมีส่วนร่วมฯ และการเตรียมความพร้อมในการป้องกันโรคนี้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัถยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ (2561) พบว่าการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน เป็นหน้าที่ของบุคลากรเหล่านี้ที่จะต้องพิทักษ์ชีวิตของประชาชนในชุมชนให้รอดพ้นจากอันตรายของโรคติดเชื้อ หรือเมื่อเกิดสถานการระบาดของโรคเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอกพิชญ์ ชินะข่าย (2557) ศึกษาความพร้อมของชุมชนในการรองรับชุมชนผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาลตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าการเตรียมความพร้อมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จะมีความสำคัญในการรองรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะ

เกิดขึ้น ทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการป้องกันตนเองได้ จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการเตรียมความพร้อมทุกด้านอยู่ในระดับสูง ประกอบด้วย ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ร้อยละ 60.1 ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ร้อยละ 66.9 ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ร้อยละ 65.5 และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 65.5

**การเตรียมความพร้อมชุมชนต่อสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019**

จากการศึกษาพบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีการเตรียมความพร้อมฯ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.6 เนื่องจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสฯที่ดีร้อยละ 87.8 จึงทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตระหนักมองเห็นความสำคัญในการเตรียมความพร้อมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสฯ เนื่องจากเป็นโรคที่มีความร้ายแรง ทำให้ผู้ติดเชื้อเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก เมื่อมีผู้ส่วนได้ส่วนเสียรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของโรค จึงมีความตระหนักในหน้าที่ของตนเองที่จะป้องกัน ประชาชนในชุมชน ให้รอดพ้นจากอันตรายของการติดเชื้อโรคไวรัสฯ จึงมีการเตรียมความพร้อมในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอกพิชญ์ ชินะข่าย (2557) พบว่า การเตรียมความพร้อมของชุมชนเพื่อรองรับสถานการณ์ต่าง ๆ จะทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งพร้อมจะเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ หากมีการดำเนินการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร (จัดอัตรากำลังคน ระบุหน้าที่) มีการจัดอบรมบุคลากร เจ้าหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (ชุติมา สร้อยนาค และคณะ, 2561)

## ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ควรมีการกระตุ้นสร้างความร่วมมือในการป้องกันโรคฯ ในทุกกลุ่มให้มากขึ้น เพื่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคอย่างเนื่อง

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการติดตามประเมินการปฏิบัติการป้องกันโรคฯอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการส่งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

## ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาที่เป็นพื้นที่อื่นที่มีสถานการณ์เหมือนกัน โดยนำผลการดำเนินงานมาเปรียบเทียบกัน เพื่อเลือกแนวทางการจัดการที่ดีที่สุด

2. ควรวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ฯ การมีส่วนร่วมฯ กับการเตรียมความพร้อมชุมชนของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในสถานการณ์โรคติดเชื้อฯ เพื่อทราบปัจจัยที่แท้จริงที่เป็นเหตุเป็นผลต่อการเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสาขาสาธารณสุขชุมชน สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ ที่สนับสนุนทุนในการทำวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานข่าวกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19). สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2563, จาก https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/04/141536/

กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1). สืบค้นเมื่อ 20 เมษายน 2563, จากhttps:// ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other02.pdf

ชุติมา สร้อยนาค, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และพรศิริ พันธสี. (2561). การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของมุสลิมวัยทำงาน. สืบค้นเมื่อ 26 กันยายน 2563, จาก file:///C:/Users/Aimie/Downloads/156120-Article%20Text-425167-1-10-20181119%20(1).pdf

นอรีนีตะหวา และปวิตร ชัยวิสิทธิ์. (2562). การพัฒนารูปแบบส่งเสริมศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเขตตำบลเคร็ง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช. สืบค้นเมื่อ 24 กันยายน 2563, จาก https://bit.ly/30cmSCl

พัชรี เรือนศรี, ลินจง โปธิบาล และภารดี นานาศิลป์. (2558). ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการดูแล ในวาระสุดท้ายของชีวิตในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง. สืบค้นเมื่อ 27 กันยายน 2563, จาก file:///C:/Users/Aimie/Downloads/39417-Article%20Text-89853-1-10-20150908%20(1).pdf

รัถยานภิศ รัชตะวรรณ และคณะ. (2560). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาวะ. วารสารเทคโนโลยีภาคใต้. 11(1). สืบค้นเมื่อ 27 กันยายน 2563, จาก file:///C:/Users/Rula%20Rosa/Downloads/110988-Article%20Text-330630-1-10-20180601.pdf

สุรัยยา หมานมานะ โสภณ เอี่ยมศิริถาวร และสุมนมาลย์ อุทยมกุล. (2020). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นเมื่อ 29 มีนาคม 2563, จาก https://he01.tci-thaijo.org/ index.php/bamrasjournal/article/view/240349/163932

สำนักสาธารณสุขจังหวัดยะลา. (2563). การกำหนดพื้นที่เสี่ยงเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในพื้นที่จังหวัดยะลา (เพิ่มเติม). สืบค้นเมื่อ 29 มีนาคม 2563, จาก http://www.yala.go.th/master/covid_locker/08.pdf

อรพินท์พรหมวิเศษ, ชาตรี ประชาพิพัฒน์ และสาโรจน์เพชรมณี. (2559). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก โดยใช้เทคนิคกระบวนการ Appreciation Influence Control: บ้านช่องอินทนิน หมู่ 10 ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดีจังหวัดสุราษฎร์ธานี. สืบค้นเมื่อ 24 กันยายน 2563, จาก https://bit.ly/2G8AnMb

เอกพิชญ์ ชินะข่าย. (2557). ความพร้อมของชุมชนในการรองรับชุมชนผู้สูงอายุในพื้นที่เทศบาล ตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่. สืบค้นเมื่อ 27 กันยายน 2557. จาก https://bit.ly/2S3Rz8w

# ผลงานการพัฒนาระบบบริการการให้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) ในกลุ่มชายรักชาย โดยกระบวนการการสร้างแรงจูงใจ

**(ผลงานชนะเลิศ CQI งานมหกรรมคุณภาพ โรงพยาบาลฝาง ครั้งที่ 2 วันที่ 21-24 กันยายน 2563)**

ประมวล ตรียกุล และทีมงานคลินิกให้การปรึกษา*

## บทคัดย่อ

กลุ่มชายรักชายมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี สูง จากการศึกษาวิจัยพบว่าการให้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) ร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัย สามารถลดการติดเชื้อได้ร้อยละ 92-94% โรงพยาบาลฝางได้รับการพัฒนาและคัดเลือกให้เป็นโรงพยาบาลนำร่องในการให้บริการ PrEP ของกรมควบคุมโรค 2 ปีที่ผ่านมา (ปี 2561-2562) มีการเข้าถึงบริการน้อย เพียง 5 ราย จึงมีการทำ CQI และพัฒนาระบบบริการโดยใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ทำให้มีผู้รับบริการในระยะเวลา 11 เดือน เพิ่มขึ้นเป็น 3 เท่า จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 150 ผู้รับบริการทุกคนคงผลเลือดลบ มีความพึงพอใจระดับมากถึงมากที่สุด

**คำสำคัญ** : PrEP, แรงจูงใจ, กลุ่มชายรักชาย, การพัฒนาระบบบริการ

## ปัญหาและสาเหตุ

ปัจจุบันปัญหาการแพร่ระบาดและการติดเชื้อ HIV ยังมีอยู่อย่างต่อเนื่องและยังมีอยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะกลุ่มชายรักชาย ที่มีอัตราการติดเชื้อสูง ร้อยละ 40-50 (ผลการสำรวจระบบเฝ้าระวัง การติดเชื้อ HIV ปี 2559 อำเภอฝาง เป็นอำเภอที่มีความเสี่ยงสูงเช่นกัน ซึ่งในการศึกษาวิจัย พบว่า การให้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) มีผลดี คือสามารถลดการติดเชื้อ ลดการแพร่ระบาดเชื้อ HIV ผู้รับบริการมีสุขภาพดีขึ้น โรงพยาบาลไม่เสียงบประมาณในการดูแลผู้ติดเชื้อ ลดภาระในการทำงานของบุคลากร และในปี 2562 โรงพยาบาลฝางได้รับการคัดเลือกให้เป็นโรงพยาบาลนำร่องที่ให้บริการยา PrEP จำนวน 10 ราย แต่มีผู้เข้าถึงบริการ จำนวน 5 ราย ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จึงมีการทบทวน (CQI) ในทีมงานที่ทำงานและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อค้นหาสาเหตุในการให้บริการ PrEP พบปัญหา ดังนี้

1. ผู้ให้บริการไม่มั่นใจในทักษะและเทคนิคในการให้บริการ PrEP กลุ่มชายรักชาย
2. ขั้นตอนการมารับบริการล่าช้า และซ้ำซ้อน
3. ผู้รับบริการกังวลและไม่มั่นใจในระบบบริการ

* *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ และทีมงานคลินิกให้การปรึกษา โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่*

## เป้าหมาย (Purpose)

1. เพิ่มการเข้าถึงบริการ PrEP กลุ่มเสี่ยงชายรักชาย
2. ผู้รับบริการคงผลเลือดเป็นลบ
3. เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ PrEP

## กิจกรรมการพัฒนา (Process)

1. ใช้กระบวนการการสร้างแรงจูงใจ (MI: Motivation Interview)

บุคลากรทุกคนใช้รูปแบบการให้การปรึกษา MI ให้เป็นแนวทางเดียวกัน เพื่อให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจและไว้วางใจ

**ขั้นตอน MI : Motivation Interview**

1) สร้างสัมพันธภาพ

2) กำหนดเป้าหมายการให้คำปรึกษา

3) กำหนดพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง

4) ผู้ป่วยตัดสินใจ

5) ประเมินความสำคัญ ความมั่นใจและพร้อมเปลี่ยน

6) หาความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงและสร้างความมั่นใจ

7) การวางแผน (Plan) โดยยึดหลัก FRAMES ประกอบด้วย Feedback (ให้ข้อมูลสะท้อนกลับ) Responsibility (เน้นถึงการตัดสินใจ) Advice (การให้คำแนะนำ) Menu (ทางเลือกปฏิบัติ) Empathy (ความเห็นอกเห็นใจ) และ Self-efficacy (ส่งเสริมศักยภาพ)

2. ติดตามทางโทรศัพท์และ Line
3. ประชาสัมพันธ์ PrEP
4. กิจกรรม VCT เชิงรุก และพัฒนางานเข้าสู่บริการทุกหน่วยงานในโรงพยาบาล
5. ประสานภาคีเครือข่ายในกลุ่มทำงานอาสาสมัครชายรักชาย

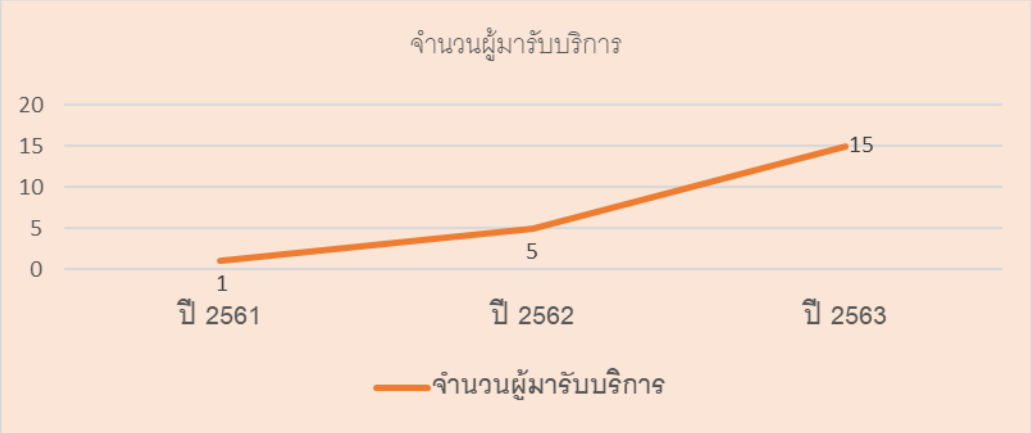
## ประเมินผลการเปลี่ยนแปลง (Performance)

1. ผู้รับบริการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น 15 ราย เกินเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 150

2. ประเมินความพึงพอใจ ด้านสถานบริการ, การบริการ, ความเป็นมิตรของผู้ให้บริการ, แนะนำบริการต่อในระดับมากถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 100

3. ผู้รับบริการ 15 ราย ในระยะเวลา 11 เดือน ผลเลือด HIV ปกติ

## ผลลัพธ์การดำเนินงานการให้บริการ PrEP ในปี พ.ศ.2561-2563




## กระบวนการเรียนรู้

| | |
|---|---|
| **Plan**<br>- วิเคราะห์ข้อมูล<br>- ค้นหาสาเหตุ ปัญหา<br>- เจ้าหน้าที่ไม่มั่นใจทักษะและเทคนิคการให้บริการ PrEP<br>- ขั้นตอนการมาให้บริการซ้ำซ้อน<br>- ผู้รับบริการไม่ไว้วางใจ | **Do**<br>- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ เพื่อให้มีความรู้<br>- กระบวนการปรึกษา MI, FRAMES<br>- ให้บริการ PrEP<br>- ลดขั้นตอนการให้บริการ One-Stop-Service<br>➢ การมารับบริการ<br>➢ ยา<br>➢ การเจาะเลือด<br>- การติดตามทางโทรศัพท์หรือไลน์ |
| **Act**<br>- ปฏิบัติตามแนวทางอย่างต่อเนื่อง<br>- ประเมินผลแต่ละขั้นตอนใน PDCA<br>- ผู้รับบริการเข้าถึงบริการตามเป้าหมาย ร้อยละ 80<br>- มีความพึงพอใจการให้บริการระดับมากถึงมากที่สุด | **Check**<br>- ประเมิน<br>➢ ผังการให้บริการ<br>➢ ความพึงพอใจ<br>- วิเคราะห์ผลการประเมิน<br>- Flow Chart |

## บทเรียนที่ได้รับ

**ปัญหาอุปสรรค**

1. กลุ่มเสี่ยงชายรักชายยังถูกตีตราจากสังคม ทัศนคติ และผู้ให้บริการบางส่วน
2. ผู้ให้บริการหลายหน่วยงานยังไม่ทราบและไม่มีความรู้เรื่องของการให้บริการ PrEP

**โอกาสพัฒนา**

1. พัฒนาศักยภาพด้านความรู้เรื่อง PrEP บุคลากรในโรงพยาบาล
2. การปรับทัศนคติ เรื่อง กลุ่มชายรักชาย
3. ประชาสัมพันธ์ โครงการ PrEP อย่างต่อเนื่อง

# ผลงานการฝึกการหายใจแบบห่อปากโดยใช้อุปกรณ์เป่าบอลของเล่นเด็ก โครงการนวัตกรรมเพื่อแก้ปัญหาหรือให้การดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เพ็ญผกา มาเมือง*

## หลักการและเหตุผล

จำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลฝางในปี 2562 มีจำนวน 746 คน เป็นผู้สูงอายุ 664 คนหรือร้อยละ89 มารับบริการ 5452 ครั้ง เข้ารับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบ (COPD AE) จำนวน 217 คน หรือ 324 ครั้งและเป็นผู้สูงอายุร้อยละ 97 กลับมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน (Re-Admit)จำนวน 25 ครั้ง เสียชีวิต 9 ราย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 1,793 วันนอน พยาธิสภาพโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ เมื่อมีสิ่งระคายเคืองเข้าไปในทางเดินหายใจในผู้ป่วยจะกระตุ้นให้เกิดการอักเสบขึ้นในหลอดลมและเนื้อปอด ซึ่งเซลล์ที่สำคัญได้แก่ neutrophils, macrophage และ CD8+ T-lymphocyte ทำให้เกิดพยาธิสภาพ ที่เนื้อปอด และหลอดลมเล็กๆ โดยที่เนื้อปอดจะมีการทำลาย alveolar attachment ที่คอยพยุงไม่ให้หลอดลมแฟบลงเวลาหายใจออก ทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ ซึ่งส่วนนี้เป็นส่วนที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ส่วนที่หลอดลมเล็กๆ การอักเสบในหลอดลม ทำให้ผนังหลอดลมบวมขึ้นมีเสมหะในหลอดลมและหลอดลมหดตัวทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ เมื่อมีการอุดกั้นทางเดินหายใจจะทำให้มีลมค้างในปอดเพิ่มขึ้น (air trapping)เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นเช่น เจอมลภาวะ การติดเชื้อในทางเดินหายใจจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการมาขึ้นเรียกว่าโรคกำเริบ (COPD Exacerbation) ผู้ป่วยโรคนี้จึงมีอาการหอบเหนื่อย ไอเรื้อรังและมีเสมหะปริมาณมาก เนื่องจากโรคปอดอุดกั้น เรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาดและอาการจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ รวมทั้งอาจมีอาการกำเริบของโรคเป็นระยะ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยการออกกำลังกายเป็นวิธีการบำบัดรักษาที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการออกกำลังกายช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้น เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความวิตกกังวล ป้องกัน การกำเริบของโรค

การประยุกต์การฝึกหายใจแบบห่อปากโดยใช้อุปกรณ์เป่าบอลของเล่นเด็ก เป็นอีกหนึ่งทางเลือกของวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยการออกกำลังกาย เป็นการฝึกหายใจ ที่ช่วยชะลอการตีบแคบของหลอดลม ช่วยเพิ่มปริมาตรของอากาศที่หายใจออกแต่ละครั้ง ลดอากาศที่คั่งค้างในปอด เพิ่มประสิทธิภาพของปอดในการซึมผ่านของการระบายอากาศ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยการหายใจลดอาการหายใจลำบากและอาการหอบเหนื่อย อีกทั้งยังสามารถสร้างความสนุกเพลิดเพลินไม่เกิดความเบื่อหน่ายใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ อุปกรณ์หาได้ง่ายราคาถูก สะดวกในการใช้งาน ทำเองที่บ้านได้ เพิ่มความสามารถในการออกกำลังกายสามารถวัดประเมินความก้าวหน้าการฝึกการหายใจได้จริง

* *คลินิกผู้ป่วยนอกเฉพาะทาง แผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่*

## วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของปอดในการซึมผ่านของการระบายอากาศ ลดการคั่งค้างของลมในปอดของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

2. เพื่อเพิ่มความทนต่อกิจกรรมอันเนื่องมาจากอาการหอบเหนื่อยของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3. เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

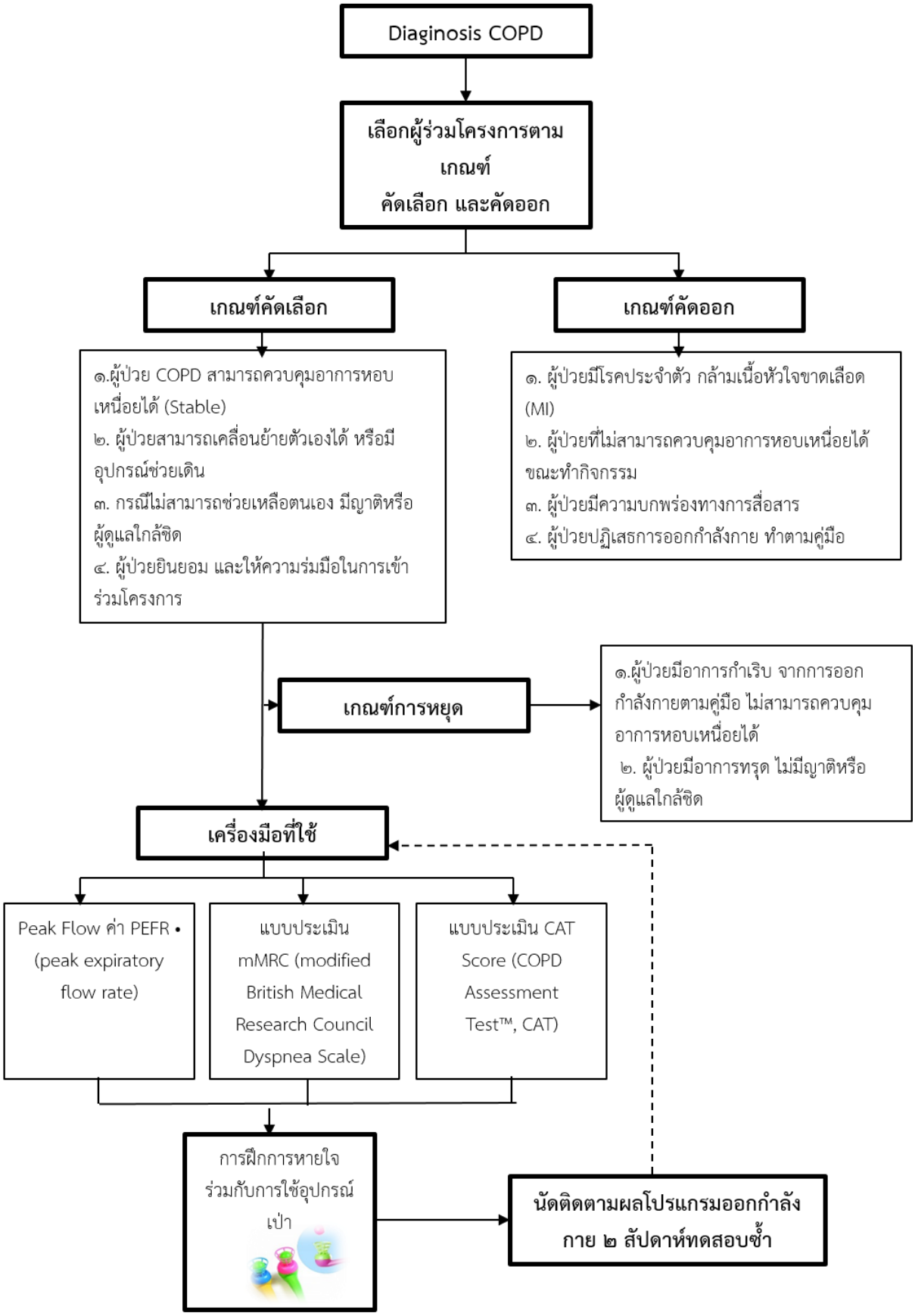
## กลุ่มเป้าหมาย และสถานที่

ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลฝาง จำนวน 1 ราย

## แผนดำเนินงาน

| กิจกรรม | วัน/เวลาที่ดำเนินกิจกรรม |
|---|---|
| **ระยะเตรียมการ**<br>1. ศึกษาข้อมูลกลุ่มโรคที่สนใจจากการทบทวนวรรณกรรม<br>2. เลือกประเด็นศึกษาที่สนใจ<br>3. เลือกหากลุ่มเป้าหมาย<br>4. ประเมินภาวะสุขภาพ/ปัญหาของผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยโดยใช้ CGA จำนวน 1 ราย<br>5. วิเคราะห์ปัญหาของผู้สูงอายุทั้งหมดในข้อ 3 และเลือกประเด็นปัญหาที่น่าสนใจมา 1 ปัญหา<br>6. สืบค้นรูปแบบการดูแล หรือแนวปฏิบัติสำหรับการแก้ไขปัญหาดังกล่าว และจัดทำ Algorithm และคู่มือการใช้แนวปฏิบัติ<br>7. ติดต่อประสานงานกับหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนในการดำเนินโครงการ | 1 มิถุนายน 2563 –<br>10 มิถุนายน 2563 |
| **ระยะปฏิบัติ**<br>1. นำเสนอปัญหาที่เลือก พร้อมทั้งแผนการดูแล ให้แก่เจ้าหน้าที่ใน ward<br>2. กำหนดผู้สูงอายุตามปัญหาที่สนใจ จำนวน 1 ราย<br>3. ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการที่วางไว้ | 10 มิถุนายน 2563 –<br>29 มิถุนายน 2563 |
| **ระยะประเมินผล**<br>1. ประเมินผลการดูแลตามแผนที่วางไว้<br>2. นำเสนอความก้าวหน้าของปัญหาและผลลัพธ์ที่ได้แก่เจ้าหน้าที่ใน ward | 30 มิถุนายน 2563 |

Algorithm


Diaginosis COPD
เลือกผู้ร่วมโครงการตามเกณฑ์
คัดเลือก และคัดออก
เกณฑ์คัดเลือก
เกณฑ์คัดออก
๑.ผู้ป่วย COPD สามารถควบคุมอาการหอบเหนื่อยได้ (Stable)
๒. ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนย้ายตัวเองได้ หรือมีอุปกรณ์ช่วยเดิน
๓. กรณีไม่สามารถช่วยเหลือตนเอง มีญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด
๔. ผู้ป่วยยินยอม และให้ความร่มมือในการเข้าร่วมโครงการ
๑. ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (MI)
๒. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมอาการหอบเหนื่อยได้ขณะทำกิจกรรม
๓. ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางการสื่อสาร
๔. ผู้ป่วยปฏิเสธการออกกำลังกาย ทำตามคู่มือ
เกณฑ์การหยุด
๑.ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จากการออกกำลังกายตามคู่มือ ไม่สามารถควบคุมอาการหอบเหนื่อยได้
๒. ผู้ป่วยมีอาการทรุด ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด
เครื่องมือที่ใช้
Peak Flow ค่า PEFR • (peak expiratory flow rate)
แบบประเมิน mMRC (modified British Medical Research Council Dyspnea Scale)
แบบประเมิน CAT Score (COPD Assessment Test™, CAT)
การฝึกการหายใจร่วมกับการใช้อุปกรณ์เป่า
นัดติดตามผลโปรแกรมออกกำลังกาย ๒ สัปดาห์ทดสอบซ้ำ

## เครื่องมือที่ใช้

**1. Peak Flow ค่า PEFR (peak expiratory flow rate)** เป็นเครื่องมือวัดความเร็วลมที่เป่าออกมาจากปอดอย่างเร็ว ค่าที่ได้มีหน่วย เป็นลิตร/นาทีค่าความเร็วสูงสุด (PEFR: Peak Expiratory Flow rate) บอกให้ทราบถึงสภาวะหลอดลมว่าเป็นอย่างไร เพราะถ้าหลอดลมตีบแคบลง ความเร็วสูงสุดก็จะลดลง ค่าที่เป่าได้ก็จะน้อย ใช้ในการประเมินค่าที่เปลี่ยนไป ก่อน และหลัง

วิธีการทดสอบ คือ

1.1 ปรับเข็มหรือลูกศรมาที่เลข 0

1.2 ยืนหรือนั่งตัวตรง ศีรษะตรง มือถือ Peak flow meter

1.3 หายใจเข้าลึกๆ ให้เต็มปอด แล้วกลั้นหายใจไว้ 1-3 วินาที

1.4 ใส่ mouth piece ในปากแล้วปิดปากให้สนิทอย่าให้มีรูรั่วด้านมุมปาก

1.5 เป่าลมหายใจออกจากปอดให้เร็วและแรงที่เท่าที่ทำได้เข้าสู่เครื่องวัด

1.6 นำเครื่องเป่าออกจากปาก อ่านค่า PEFR จากลูกศรบนหน้าปัดที่เลื่อน ออกไปจด และจำค่าไว้เป่า 3 ครั้ง และเลื่อนขีดกลับมาที่ 0 ทุกครั้ง บันทึก ค่าที่ดีที่สุด

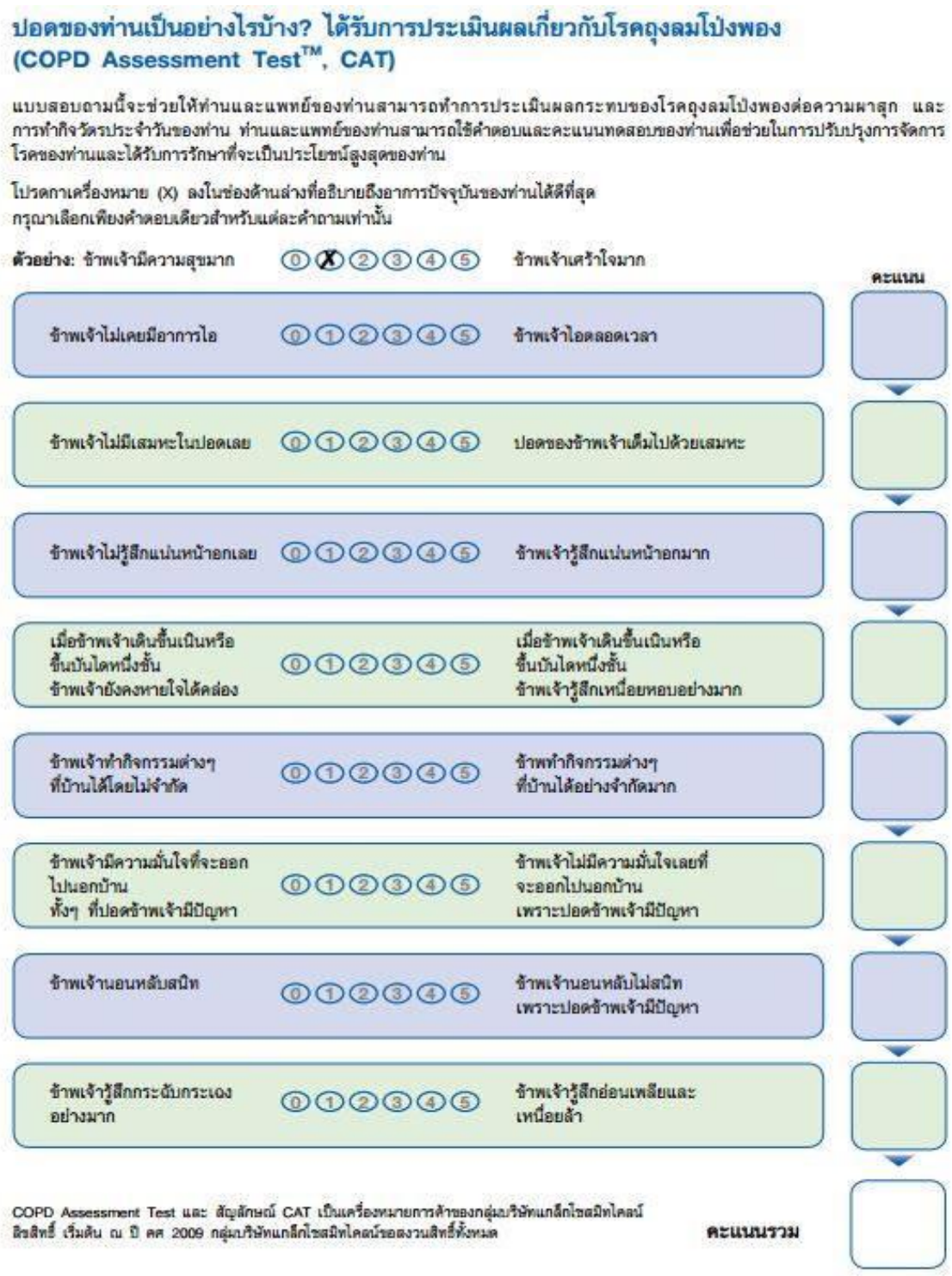
**2. แบบประเมิน mMRC (modified British Medical Research Council Dyspnea Scale)** เป็นแบบ สอบถามที่ประเมินเฉพาะการเสียความสามารถเนื่องมาจากอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยเท่านั้น (impact of dyspnea) ไม่ได้ประเมินคุณภาพชีวิตในด้านอื่นๆ

**เกณฑ์การให้คะแนน ภาวะหายใจลำบาก**
**(Modified Medical Research Council Dyspnea Scale; mMRC)**

| เกณฑ์การให้คะแนนภาวะหายใจลำบาก | ทำเครื่องหมาย (√) เพียง 1 ข้อ |
|---|---|
| รู้สึกหายใจหอบ ขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น | (0) |
| หายใจหอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบ หรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน | (1) |
| เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกัน เพราะหายใจหอบ หรือต้องหยุดเพื่อหายใจ เมื่อเดินตามปกติบนพื้นราบ | (2) |
| ต้องหยุดเพื่อหายใจ หลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้สักพัก บนพื้นราบ | (3) |
| หายใจหอบมากเกินกว่าที่จะออกจากบ้าน หรือหอบมากขณะแต่งตัว หรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว | (4) |

แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553

**3. แบบประเมิน CAT Score (COPD Assessment Test™, CAT)** คือ แบบประเมินเพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย COPD เป็นการประเมินอาการ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกดี และความมั่นใจของตนเองทั้ง หมด 8 หัวข้อ โดยผู้ป่วยให้คะแนนตนเองในแต่ละหัวข้อ ระหว่างดี (0) จนถึงแย่มาก (5) แล้วนำคะแนนแต่ละหัวข้อมารวมกัน ดังนั้นคะแนนคุณภาพชีวิตที่แย่ที่สุดจะเท่ากับ 40



**ปอดของท่านเป็นอย่างไรบ้าง? ได้รับการประเมินผลเกี่ยวกับโรคถุงลมโป่งพอง (COPD Assessment Test™, CAT)**

แบบสอบถามนี้จะช่วยให้ท่านและแพทย์ของท่านสามารถทำการประเมินผลกระทบของโรคถุงลมโป่งพองต่อความผาสุก และการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน ท่านและแพทย์ของท่านสามารถใช้คำตอบและคะแนนทดสอบของท่านเพื่อช่วยในการปรับปรุงการจัดการโรคของท่านและได้รับการรักษาที่จะเป็นประโยชน์สูงสุดของท่าน

โปรดกาเครื่องหมาย (X) ลงในช่องด้านล่างที่อธิบายถึงอาการปัจจุบันของท่านได้ดีที่สุด
กรุณาเลือกเพียงคำตอบเดียวสำหรับแต่ละคำถามเท่านั้น

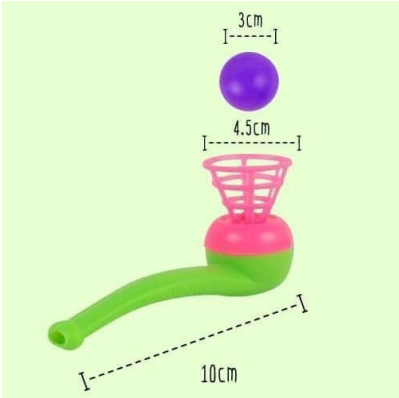
**ตัวอย่าง:** ข้าพเจ้ามีความสุขมาก 0 X 2 3 4 5 ข้าพเจ้าเศร้าใจมาก

| | | | คะแนน |
|---|---|---|---|
| ข้าพเจ้าไม่เคยมีอาการไอ | 0 1 2 3 4 5 | ข้าพเจ้าไอตลอดเวลา | |
| ข้าพเจ้าไม่มีเสมหะในปอดเลย | 0 1 2 3 4 5 | ปอดของข้าพเจ้าเต็มไปด้วยเสมหะ | |
| ข้าพเจ้าไม่รู้สึกแน่นหน้าอกเลย | 0 1 2 3 4 5 | ข้าพเจ้ารู้สึกแน่นหน้าอกมาก | |
| เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันไดหนึ่งชั้น ข้าพเจ้ายังคงหายใจได้คล่อง | 0 1 2 3 4 5 | เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันไดหนึ่งชั้น ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยหอบอย่างมาก | |
| ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่างๆ ที่บ้านได้โดยไม่จำกัด | 0 1 2 3 4 5 | ข้าพทำกิจกรรมต่างๆ ที่บ้านได้อย่างจำกัดมาก | |
| ข้าพเจ้ามีความมั่นใจที่จะออกไปนอกบ้าน ทั้งๆ ที่ปอดข้าพเจ้ามีปัญหา | 0 1 2 3 4 5 | ข้าพเจ้าไม่มีความมั่นใจเลยที่จะออกไปนอกบ้าน เพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา | |
| ข้าพเจ้านอนหลับสนิท | 0 1 2 3 4 5 | ข้าพเจ้านอนหลับไม่สนิท เพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา | |
| ข้าพเจ้ารู้สึกกระฉับกระเฉงอย่างมาก | 0 1 2 3 4 5 | ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า | |
| | | **คะแนนรวม** | |

COPD Assessment Test และ สัญลักษณ์ CAT เป็นเครื่องหมายการค้าของกลุ่มบริษัทแกล็กโซสมิทไคลน์ ลิขสิทธิ์ เริ่มต้น ณ ปี คศ 2009 กลุ่มบริษัทแกล็กโซสมิทไคลน์ขอสงวนสิทธิ์ทั้งหมด

## รูปแบบอุปกรณ์เป่าบอลของเล่นเด็ก

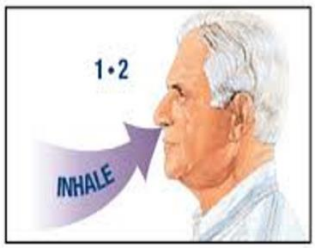
เป็นอุปกรณ์ของเล่นเด็ก มีลักษณะเป็นพลาสติกท่อกลวงต่อกับตะกร้าสำหรับรองรับลูกบอลพลาสติก มีความยาว 10 เซนติเมตร ความสูง 5.5 เซนติเมตร เส้นผ่านศูนย์กลางของตะกร้า 4.5 เซนติเมตร เส้นผ่านศูนย์กลางของลูกบอล 3 เซนติเมตร ดังภาพ



## ขั้นตอน/วิธีการ

การฝึกการหายใจแบบห่อปาก (Pursed lip breathing) โดยใช้อุปกรณ์เป่าบอลของเล่นเด็ก มีขั้นตอน ดังนี้

1. ให้ผู้สูงอายุ นั่งตัวตรงศีรษะตั้งตรง ในท่าที่สบาย
2. หายใจเข้าทางจมูกช้าๆ (นับในใจ หนึ่ง และสอง) กลั้นไว้สามวินาที
3. ห่อปากอมอุปกรณ์ตรงตำแหน่งรูเป่า แล้วหายใจออกยาวทางปากเพื่อเป่าอุปกรณ์ให้ลูกบอลขยับช้าๆ โดยไม่ให้มีลมรั่วออกมาที่บริเวณมุมปาก (นับในใจหนึ่ง สอง สามและสี่) ซึ่งการหายใจออกยาวนานเป็นสองเท่าของการหายใจเข้า
4. ออกกำลังกายเป็นรอบ 2-3 รอบต่อวัน รอบละ 10 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์



**ข้อควรระวัง**

1. ต้องไม่เป่า(แก้มไม่ป่อง)
2. ห่อปากทุกครั้งขณะหายใจออก
3. ค่อยๆปล่อยลมออก

**เกณฑ์การหยุด**

1. ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ จากการออกกำลังกาย ไม่สามารถควบคุมอาการหอบเหนื่อยได้
2. ผู้ป่วยมีอาการทรุด ไม่มีญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิด

## ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ค่าPEFR (peak expiratory flow rate) จากเป่า peak Flow ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 จากครั้งแรก

2. ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ญาติหรือผู้ดูแล ร้อยละ 90 ทราบถึงสภาพแวดล้อมที่จะทำให้อาการของโรคกำเริบ (Acute exacerbation)

3. mMRC (modified British Medical Research Council Dyspnea Scale) Questionnaire: แบบสอบถามที่ประเมินเฉพาะการเสียความสามารถเนื่องมาจากอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วย ลดลงจากครั้งแรก 1 Grade

4. CAT (COPD Assessment Test™) แบบประเมินเพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย COPD เป็นการประเมินอาการ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกดี และความมั่นใจของตนเองมีคะแนนลดลงจากครั้งแรก

## การประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้

1. ค่าPEFR (peak expiratory flow rate) จากเป่า peak Flow ก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 จากครั้งแรก คือครั้งแรก 130 ลิตรต่อนาที เป็น 150 ลิตรต่อนาที

2. ผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ญาติหรือผู้ดูแล ทราบถึงสภาพแวดล้อมที่จะทำให้อาการของโรค กำเริบ (Acute exacerbation)

3. mMRC (modified British Medical Research Council Dyspnea Scale) Questionnaire: แบบสอบถามที่ประเมินเฉพาะการเสียความสามารถเนื่องมาจากอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยอยู่ที่ Grade 3 เท่าเดิม

4. CAT (COPD Assessment Test™) แบบประเมินเพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย COPD เป็นการประเมินอาการ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกดี และความมั่นใจของตนเองมีคะแนนลดลงจากครั้งแรก จาก 24 คะแนน เป็น 16 คะแนน

## ประโยชน์ที่ได้รับจากการนำนวัตกรรมไปใช้

ได้ประยุกต์ใช้อุปกรณ์ที่หาได้ง่าย มาใช้ประโยชน์ในการออกกำลังการโดยการฝึกหายใจและฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ผู้สูงอายุทำได้ง่าย ไม่เบื่อหน่าย

## ข้อเสนอแนะ/การพัฒนานวัตกรรมครั้งต่อไป

เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น ควรเพิ่มจำนวนกลุ่มเป้าหมาย ระยะเวลา ในการประเมินและการจัดทำโครงการครั้งต่อไป

**PEFR (peak expiratory flow rate)**

**แบบประเมินอาการเหนื่อยหอบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

1. **mMRC(modified British Medical Research Dyspnea Scale) Questionnaire :** เป็นแบบสอบถามที่ประเมินเฉพาะการเสียความสามารถเนื่องมากจากอาการหอบเหนื่อยของผู้ป่วยเท่านั้น(impact of dyspnea) ไม่ได้ประเมินคุณภาพชีวิตในด้านอื่น ๆ

| | |
|---|---|
| [ ] mMRC Grade 0 | รู้สึกหายใจหอบเหนื่อยขณะออกกำลังกายอย่างหนักเท่านั้น |
| [ ] mMRC Grade 1 | หายใจหอบเมื่อเดินอย่างเร่งรีบบนพื้นราบ หรือเมื่อเดินขึ้นที่สูงชัน |
| [ ] mMRC Grade 2 | เดินบนพื้นราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกัน เพราะหายใจเหนื่อย หรือต้องหยุดเพื่อหายใจ เมื่อเดินปกติบนพื้นราบ |
| [✓] mMRC Grade 3 | ต้องหยุดเพื่อหายใจ หลังจากเดินได้ประมาณ 100 เมตร หรือหลังจากเดินได้สักพักบนพื้นราบ |
| [ ] mMRC Grade 4 | หายใจหอบมากเกินกว่าที่จะออกจากบ้าน หรือหอบมากขณะแต่งตัว หรือเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว |

Grade 3 เท่าเดิม ทั้งก่อนและหลังทำโครงการ

2. **CAT (COPD Assessment Test) CAT :** แบบประเมินเพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย COPD เป็นการประเมินอาการ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกดี และความมั่นใจของตนเองทั้ง หมด 8 หัวข้อ โดยผู้ป่วยให้คะแนนตนเองในแต่ละหัวข้อ ระหว่างดี (0) จนถึงแย่มาก (5) แล้วนำคะแนนแต่ละหัวข้อมารวมกัน ดังนั้นคะแนนคุณภาพชีวิตที่แย่ที่สุดจะเท่ากับ 40

**CAT (COPD Assessment Test)**

CAT คือ แบบประเมินเพื่อวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย COPD เป็นการประเมินอาการ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ความรู้สึกดี และความมั่นใจของตนเองทั้งหมด 8 หัวข้อ โดยผู้ป่วยให้คะแนนตนเองในแต่ละหัวข้อ ระหว่างดี (0) จนถึงแย่มาก (5) แล้วนำคะแนนแต่ละหัวข้อมารวมกัน ดังนั้น คะแนนคุณภาพชีวิตที่แย่ที่สุดจะเท่ากับ 40 ประเมินครั้งแรก 13 มิถุนายน 2563

| **รายการที่คะแนนน้อยที่สุด** | **CAT** | **รายการที่คะแนนมากที่สุด** | คะแนน |
|---|---|---|---|
| 1. ข้าพเจ้าไม่เคยมีอาการไอ | 0 1 2 3 **(4)** 5 | ข้าพเจ้าไอตลอดเวลา | 4 |
| 2. ข้าพเจ้าไม่มีเสมหะในปอดเลย | 0 1 2 3 **(4)** 5 | ปอดของข้าพเจ้าเต็มไปด้วยเสมหะ | 4 |
| 3. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกแน่นหน้าอกเลย | 0 1 **(2)** 3 4 5 | ข้าพเจ้ารู้สึกแน่นหน้าอกมาก | 2 |
| 4. เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันได หนึ่งขั้นข้าพเจ้ายังคงหายใจได้คล่อง | 0 1 2 **(3)** 4 5 | เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันได หนึ่งขั้น ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยหอบอย่างมาก | 3 |
| 5. ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้านได้โดยไม่จำกัด | 0 1 2 **(3)** 4 5 | ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่าง ๆที่บ้านได้อย่างจำกัดมาก | 3 |
| 6. ข้าพเจ้ามีความมั่นใจที่จะออกไปนอกบ้านทั้ง ๆ ที่ปอดข้าพเจ้ามีปัญหา | 0 1 2 **(3)** 4 5 | ข้าพเจ้าไม่มีความมั่นใจเลยที่จะออกไปนอกบ้าน เพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา | 3 |
| 7. ข้าพเจ้านอนหลับสนิท | 0 1 **(2)** 3 4 5 | ข้าพเจ้านอนหลับไม่สนิทเพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา | 2 |
| 8. ข้าพเจ้ารู้สึกกระฉับกระเฉงอย่างมาก | 0 1 2 **(3)** 4 5 | ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า | 3 |
| | | **คะแนนรวม** | **24** |

**CAT (COPD Assessment Test)**

ประเมินซ้ำ 30 มิถุนายน 2563

| **รายการที่คะแนนน้อยที่สุด** | **CAT** | **รายการที่คะแนนมากที่สุด** | คะแนน |
|---|---|---|---|
| 1. ข้าพเจ้าไม่เคยมีอาการไอ | 0 **(1)** 2 3 4 5 | ข้าพเจ้าไอตลอดเวลา | 1 |
| 2. ข้าพเจ้าไม่มีเสมหะในปอดเลย | 0 **(1)** 2 3 4 5 | ปอดของข้าพเจ้าเต็มไปด้วยเสมหะ | 1 |
| 3. ข้าพเจ้าไม่รู้สึกแน่นหน้าอกเลย | 0 1 **(2)** 3 4 5 | ข้าพเจ้ารู้สึกแน่นหน้าอกมาก | 2 |
| 4. เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันได หนึ่งขั้นข้าพเจ้ายังคงหายใจได้คล่อง | 0 1 2 **(3)** 4 5 | เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันได หนึ่งขั้น ข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยหอบอย่างมาก | 3 |
| 5. ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่บ้านได้โดยไม่จำกัด | 0 1 2 **(3)** 4 5 | ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่าง ๆที่บ้านได้อย่างจำกัดมาก | 3 |
| 6. ข้าพเจ้ามีความมั่นใจที่จะออกไปนอกบ้านทั้ง ๆ ที่ปอดข้าพเจ้ามีปัญหา | 0 1 2 **(3)** 4 5 | ข้าพเจ้าไม่มีความมั่นใจเลยที่จะออกไปนอกบ้าน เพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา | 3 |
| 7. ข้าพเจ้านอนหลับสนิท | 0 **(1)** 2 3 4 5 | ข้าพเจ้านอนหลับไม่สนิทเพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา | 1 |
| 8. ข้าพเจ้ารู้สึกกระฉับกระเฉงอย่างมาก | 0 1 **(2)** 3 4 5 | ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า | 2 |
| | | **ะแนนรวม** | **16** |

**การฝึกการหายใจร่วมกับการใช้อุปกรณ์เป่า**

**ผลงานชนะเลิศนวัตกรรม ในงานมหกรรมคุณภาพ รพ.ฝางครั้งที่ 2**

**ระหว่างวันที่ 21 – 24 กันยายน 2563**

## เอกสารอ้างอิง

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, คนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล, นัฐพล ฤทธิ์ทยมัย วิภาณี คงทน. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารสภาการพยาบาล. สืบค้นเมื่อ 27 เมษายน 2563 จาก http://ejournals.swu.ac.th/index.php/pharm/article/view/4930

ทัศนีย์ ภูวิภิรมย์. (2557). ผลของการออกกำลังกายแบบพลังลมปราณต่อความทนทาน ในการออกกำลังกายอาการหายใจลำบาก และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. สืบค้นเมื่อ 12 พฤษภาคม 2563 จาก Nursing Journal of The Ministry of Public Health: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/download/18338/16134/

นิตยา ภิญโญคำ, สุดารัตน์ สิทธิสมบัติ สุมาลี ฝ่าซ่าย. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตัวด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ของผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร(ฉบับพิเศษ ). สืบค้นเมื่อ 27 เมษายน 2563 จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/download/92431/72400/

ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย และสุณี เลิศสินอุดม. (2559). GOLD guideline 2017 for COPD Management. เข้าถึงได้จาก GOLD guideline 2017 for COPD Management: https://ccpe.pharmacycouncil.org/showfile.php?file=332

พรทิพย์ ศรีโสภา, รวยริน ชนาวิรัตน์ เสาวนีย์ เหลืองอร่าม. (2561). การออกกำลังกายที่บ้านในผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. สืบค้นเมื่อ 27 เมษายน 2563 จาก https://he01.tci-thaijo.org/index.php/ams/article/download/145460/107440/

วัชรา บุญสวัสดิ์. (ตุลาคม 2556). Trends in new guideline for COPD. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2563 จาก Trends in new guideline for COPD: http://www.lpnh.go.th/newlp/wp-content/uploads/2013/10/

อัชฌาณัฐ วังโสม. (2559). การจัดการอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. สืบค้นเมื่อ 27 เมษายน 2563 จาก https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalthaicvtnurse/article/download/69761/56644/

# ผลงานภาพถ่ายเล่าเรื่อง
# การดูแลอย่างมีความหมายและวาระสุดท้ายของชีวิต

อังสุมาลิน ตั๋นวงค์*

## บทนำ

ปัจจัยเบื้องต้นที่ช่วยสร้างความไว้วางใจของผู้ป่วยคือ ภาพลักษณ์ของโรงพยาบาลและบุคลากร ซึ่งปัจจัยเบื้องต้นนี้โรงพยาบาลในประเทศไทยได้มีการพัฒนาขึ้นอย่างมากในช่วง 40 ปีที่ผ่านมา จนถือว่าเป็นรากฐานที่ดีของการสร้างความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตาม ภาพลักษณ์เป็นเพียงปัจจัยเบื้องต้นที่ส่งผลต่อความไว้วางใจในระยะสั้น **ส่วนปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการสร้างความไว้วางใจในระยะยาว ได้แก่ 1) ความรู้ความสามารถของบุคลากรทางการแพทย์ 2) คุณธรรมของผู้บริหารและบุคลากรทางการแพทย์ในอันที่จะใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม 3) จิตวิญญาณของการดูแลด้วยความเอาใจใส่** สำหรับปัจจัยเรื่องความรู้ความสามารถของบุคลากร สถาบันการศึกษาและสภาวิชาชีพด้านสุขภาพในประเทศไทย ได้ร่วมกันดูแลและยกระดับมาตรฐานวิชาชีพให้ทันต่อความคาดหวังของสังคมมาอย่างต่อเนื่อง แต่ปัจจัยเรื่องคุณธรรมและการดูแลด้วยความเอาใจใส่เป็นเรื่องที่เป็นนามธรรม จัดการเรียนการสอนได้ยาก ส่วนใหญ่ต้องใช้การสร้างค่านิยมที่ดีให้เกิดขึ้น ในสถานบันการศึกษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการเรียนรู้จากบุคคลต้นแบบ นำมาฝึกฝนพัฒนาตนเองไปสู่การเป็นผู้มีคุณธรรมและมีจิตวิญญาณของการดูแลด้วยความเอาใจใส่

สถานการณ์ปัจจุบัน ความไว้วางใจของสังคมที่มีต่อระบบบริการสุขภาพมีแนวโน้มลดลงตามลำดับ ซึ่งส่งผลเชิงลบทั้งต่อบุคลากรทางการแพทย์ ตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมโดยรวม การสร้างค่านิยมที่ดีและการสร้างบุคคลต้นแบบทาได้ยากกว่าในอดีต เนื่องจากปัจจุบันการบริการสุขภาพในภาคเอกชนกลายเป็นกิจการที่แสวงหากำไร จนผู้มารับบริการไม่มั่นใจในคุณธรรมของผู้ให้บริการ ส่วนในภาครัฐ ความต้องการบริการสุขภาพของประชาชนที่มีจำนวนมากขึ้นและต้องการคุณภาพในระดับที่สูงขึ้น ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีเวลาดูแลผู้ป่วยแต่ละรายน้อยลง และภาระค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพของประเทศก็สูงขึ้นมาก แต่เงินงบประมาณที่จะใช้ในเรื่องบริการสุขภาพมีจำกัด จึงทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้สึกว่าบุคลากรทางการแพทย์ขาดการดูแลอย่างเอาใจใส่ และยังเกิดความระแวงว่าโรงพยาบาลจะให้การดูแลที่ต่ำกว่ามาตรฐานเพื่อการควบคุมค่าใช้จ่าย แรงกดดันเหล่านี้ได้บั่นทอนปัจจัยด้านคุณธรรมและจิตวิญญาณของการดูแลด้วยความเอาใจใส่ และส่งผลเชิงลบต่อความไว้วางใจในระบบบริการสุขภาพ

* *พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลฝาง*

## 2nd HA Fang Forum
## ความไว้วางใจ (Enhancing Trust in Healthcare

ศูนย์คุณภาพ โรงพยาบาลฝางจึงได้จัดงานมหกรรมคุณภาพครั้งที่ 2 ขึ้น ระหว่างวันที่ 21 – 24 กันยายน 2563 ภายใต้ชื่อ **“ความไว้วางใจ (Enhancing Trust in Healthcare)”** เพื่อให้สอดคล้องกับจุดมุ่งเน้นงานคุณภาพ ของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) ซึ่งมีจุดมุ่งเน้นงานคุณภาพในปี 2563 ในประเด็นเรื่องความไว้วางใจ (Trust) ถือเป็นรากฐานที่สำคัญมากของการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อเนื่องไปถึงคุณภาพบริการที่ผู้ป่วยจะได้รับ

### วัตถุประสงค์

1. เป็นเวทีกลางในการสื่อสารเพื่อสร้างความไว้วางใจ สร้างแรงบันดาลใจ
2. เป็นเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตลอดจนสร้างภาคีเครือข่ายเพื่อความสัมพันธ์อันดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยและครอบครัว

### วิธีดำเนินการ

1. เชิญชวนทุกฝ่ายงานในโรงพยาบาลฝางร่วมนำเสนอผลงานที่โดดเด่น สะท้อนถึงการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพด้วยหลักคิดต่าง ๆ ซึ่งเป็นผลงานการพัฒนาคุณภาพที่จะเป็นประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของหน่วยงานอื่นและผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยมีความสอดคล้องกับ theme ของการประชุม Enhancing Trust in Healthcare
2. คัดเลือกผลงานลักษณะผลงานที่นำเสนอคือ ผลงานที่จัดทำขึ้นเพื่อปรับปรุงพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาและระบบงานที่เกี่ยวข้องในรูปแบบโปสเตอร์ นวัตกรรม และภาพถ่ายเล่าเรื่องที่สามารถวัดผลลัพธ์ของผลงานที่ส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดความไว้วางใจ (Trust) อย่างเป็นรูปธรรม (Poster Presentation)
3. ศูนย์คุณภาพ รวบรวมผลงานที่ส่งเข้าร่วมประกวด ทุกชิ้นงาน นำไปตีพิมพ์ และจัดแสดงในงานมหกรรมคุณภาพ ตั้งแต่วันที่ 21-24 กันยายน 2563

### ผลการดำเนินงาน

หน่วยงานของโรงพยาบาลฝาง ส่งภาพถ่ายความประทับใจ ซึ่งเป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้นในชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล ส่งเสริมให้เกิดความไว้อย่างใจ (Trust) อย่างเป็นรูปธรรม จำนวนทั้งสิ้น 20 ผลงาน ผลงานที่ประทับใจคณะกรรมการและบุคลากรในโรงพยาบาลที่ร่วมโหวด คว้ารางวัลชนะเลิศเป็นผลงานจากการเยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน โดยทีมเยี่ยมบ้านจากฝ่ายงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ภารกิจบริการด้านปฐมภูมิ มีชื่อของผลงานว่า **“การดูแลอย่างมีความหมาย...และวาระสุดท้ายของชีวิต”** จุดเด่นของผลงานคือ มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ ครบถ้วนทั้งเรื่องของการดำเนินของโรค แนวทางการดูแลรักษาสุดท้ายยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วยและญาติ ในการเลือกแนวทางที่ทั้งผู้ป่วยและญาติพึงพอใจ ถึงแม้ผู้ป่วยจะปฏิเสธการเข้ามารับการรักษาต่อในโรงพยาบาล แต่ทีมเยี่ยมบ้านก็ได้มีการวางแผนช่วยเหลือต่อเนื่องทั้งประเมินอาการ ,ปัญหาที่พบด้านร่างกายและจิตใจ พร้อมประสานงานหน่วยงานในอำเภอที่สามารถให้การช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น กาชาดอำเภอ ศูนย์เยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล โดยมีผลการสำเร็จของการดำเนินงานดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ตารางแสดงตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาล อ้างอิงตามกองการพยาบาล งาน Palliative care

| หัวข้อ | เป้าหมาย | ปีงบประมาณ 2561 | ปีงบประมาณ 2562 | ปีงบประมาณ 2563 |
|---|---|---|---|---|
| **1. มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคของโรงพยาบาล** | ร้อยละ100 | 100 | 100 | 100 |
| **2. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง Palliative care ได้รับการดูแลตามแนวทางที่กำหนด** | ≥ ร้อยละ80 | 98.78 | 90.60 | 95.04 |
| **3. มีการดำเนินงาน Palliative care ในชุมชน** | ≥ 1 ตำบล | 1 ตำบล | 1 ตำบล | 1 ตำบล |
| **4. ความพึงพอใจของญาติผู้ป่วย** | ≥ ร้อยละ80 | 87.50 | 95.51 | 95.04 |

เกิดขึ้น ตั้งอยู่ และดับไป สัจธรรมที่สอนให้รู้ถึงความไม่เที่ยงและไม่แน่นอน ชีวิตของคนเราก็เช่นกันเมื่อถึงวันหนึ่งทุกคนต้องจากลาโลกนี้ไป

คุณเคยคิดไหมว่าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว คุณอยากเลือกที่จะจากไปแบบไหน...

ผู้ป่วยเพศหญิงอายุ 65 ปี ป่วยด้วยโรคไตระยะสุดท้าย รักษาโดยการฟอกไตอาทิตย์ละครั้ง ที่คลินิกไตเทียม โรงพยาบาลฝางเป็นเวลา 1 ปี วันหนึ่งทาง อสม. แจ้งมายังทีมหมอครอบครัวให้ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยนอนติดเตียง ทีมหมอครอบครัวได้ศึกษาประวัติจากเวชระเบียนพบว่าผู้ป่วยขาดนัดฟอกไต 1 อาทิตย์ จึงออกตามเยี่ยมพบว่าผู้ป่วยนอนติดเตียงจริง สามารถช่วยเหลือตัวเองโดยการพลิกตัวได้เล็กน้อยเท่านั้น เนื่องจากมีอาการปวดไปทั้งตัว อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ทานอาหารไม่ได้ ทานได้แต่น้ำ พยาบาลประเมินอาการแล้วพบว่า หายใจเหนื่อย ค่าออกซิเจนในเลือดต่ำ ความดันโลหิตต่ำ หัวใจเต้นเร็ว จึงได้แจ้งผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากอยู่ในภาวะวิกฤตต้องนำส่งโรงพยาบาล

หลังจากแจ้งข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติเรื่องต้องไปโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่ายหน้าบอกว่า “ไม่ไปโรงพยาบาล” สามีผู้ป่วยบอกว่า “ชวนไปโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยไม่ไป ขออยู่ที่บ้าน” พยาบาลจึงสอบถามถึงเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจากผู้ป่วยและญาติ ซึ่งได้ข้อสรุปว่า “ขอใช้วาระสุดท้ายของชีวิตที่บ้านไม่ไปโรงพยาบาล ไม่ต้องการใส่กายอุปกรณ์ใดๆในร่างกาย ขอจากไปอย่างสงบพร้อมอยู่กับครอบครัวในระยะสุดท้าย” จากนั้นพยาบาลจึงประเมินปัญหาในการดูแลพบว่าผู้ป่วยมีอาการปวดทั่วร่างกาย จึงปรึกษาทางคลินิกระงับปวดเพื่อให้ยาบรรเทาความเจ็บปวด

พอถามสามีเรื่องปัญหาในการดูแล สามีร้องไห้ออกมา แล้วบอกว่า “นอกจากต้องดูแลผู้ป่วย ยังต้องซื้อผ้าอ้อมสำเร็จรูป ซึ่งเงินเดือนผู้สูงอายุเดือนละหกร้อยไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย” “แต่ถึงจะมีปัญหาเรื่องเงิน ก็ยังเต็มใจที่จะดูแลภรรยา เพราะอยู่ด้วยกันมาเกินครึ่งชีวิต” สามีเอื้อมมือมาจับขาของภรรยาพร้อมน้ำตาคลอเบ้า ( ที่มาของภาพนี้ ) พยาบาลจึงประสานทางศูนย์เยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล เพื่อประสานทางกาชาดให้ช่วยเหลือสุดท้ายก่อนกลับบ้านพยาบาลได้เห็นรอยยิ้มของผู้ป่วยและญาติครั้งแรกหลังจากเยี่ยมบ้านครั้งแรก 3 วันหลังจากนั้นทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แจ้งมายังทีมหมอครอบครัวว่าผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบที่บ้านท่ามกลางคนในครอบครัวอย่างที่ผู้ป่วยตั้งใจไว้

จากการดูแลคนไข้รายนี้พยาบาลได้เรียนรู้ว่า วิธีที่จะช่วยให้ผู้ป่วยไม่เกิดความทุกข์ทรมานมากนักและจะทำให้จากไปอย่างสงบก็คือ การดูแลบรรเทาโรคตามอาการ (symptom control) การบรรเทาความเจ็บปวด (relief pain) ตลอดจนการดูแลทางด้านจิตใจ (spiritual healing) ให้แก่ผู้ป่วยรวมถึง (support) ด้าน จิตใจญาติของผู้ป่วย ช่วงสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยจะเป็นช่วงที่อยู่ในความทรงจำของครอบครัวไปชั่วชีวิตการดูแลอย่างเป็นองค์รวมในช่วงระยะสุดท้ายก่อนผู้ป่วยจะเสียชีวิตจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจเลือกวาระสุดท้ายของชีวิตโดยมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน ถือเป็นการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่บุคลากรทางการแพทย์สามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยในฐานะเพื่อนมนุษย์

## บทสรุป

โรงพยาบาลฝางเชื่อว่า ในทุกหน่วยบริการสาธารณสุขของประเทศไทยมีการดำเนินงานในเรื่องนี้กันเป็นประจำอยู่แล้ว บางหน่วยงานอาจจะทำได้ดีกว่าภาพถ่ายเล่าเรื่องที่เรานำเสนอในครั้งนี้ ขอบคุณกองบรรณาธิการวารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา ที่ให้โอกาสกับโรงพยาบาลฝาง ในการนำเสนอแลกเปลี่ยนผลงาน เพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน โรงพยาบาลฝางได้นำแนวคิดของความไว้วางใจลงสู่บุคลากรทุกคน ทุกหน่วยงาน ในโรงพยาบาลฝาง เพราะเราเชื่อว่าความไว้วางใจจากการให้การดูแลผู้ป่วย สามารถทำให้เกิดขึ้นได้ในทุกจุดบริการ เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยก้าวเท้าเข้าสู่สถานบริการที่ได้ชื่อว่า **“ให้บริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วย”**จนกระทั่งผู้ป่วยกลับถึงชุมชน และครอบครัว ความไว้วางใจของผู้ป่วยและครอบครัวที่มีต่อโรงพยาบาล จะเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยมีการเจ็บไข้ได้ป่วยที่เกินกำลังความรู้ความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะเยียวยากันเอง ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวไว้วางใจว่าบุคลากรทางการแพทย์จะดูแลเขาอย่างมีคุณภาพ เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานบริการสุขภาพ ในทางกลับกัน บุคลากรทางการแพทย์ก็คาดหวังและไว้วางใจว่า ผู้ป่วยและครอบครัวจะให้ข้อมูลที่เที่ยงตรงและให้ความร่วมมืออย่างจริงจัง เพื่อร่วมกันสร้างผลลัพธ์การดูแลที่ดี

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรมีการสร้างเครือข่ายของผู้ป่วยที่ยังคงมีชีวิตอยู่ ญาติ ครอบครัว อาสาสมัคร จิตอาสากลุ่มต่างๆ และชุมชนให้มีความเข้มแข็ง มีช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง จะทำให้เกิดเครือข่ายของผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนร่วมในการดูแลแบบประคับประคองแบบบูรณาการ

2. เพิ่มการถอดบทเรียนซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จำเป็นต้องมี เพื่อให้เกิดการทบทวนการทำงานร่วมกัน เกิดความเข้าใจและมีความเชื่อมโยงระหว่างกันในทีม โดยมีการถอดบทเรียนเป็นระยะ ๆ สอดแทรกอยู่ในกระบวนการทำงานโดยไม่ต้องรอผลลัพธ์สุดท้าย

## เอกสารอ้างอิง

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการจัดเก็บตัวชี้วัดการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล: นนทบุรี. 14-24

ขวัญชัย วิศิษฐานนท์ และคณะ. (2561). คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (Palliataive Care) แบบบูรณาการ. กรมการแพทย์แผนไยและการแพทย์ทางเลือก: กรุงเทพฯ. 45-47.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2563). การประชุม 21st HA National Forum Enhancing Trust in Healthcare, วันที่ 10-13 มีนาคม 2563, ศูนย์การประชุม IMPACT FORUM เมืองทองธานี.

# ผลงานโครงการ PNK ชวนขยับ นับก้าว ครบรอบ 63 ปี เดิน-วิ่ง ท้าใจ Season 1

กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

## ความเป็นมา

ด้วยกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายคือ “ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ ร่างกายแข็งแรง ทำให้เศรษฐกิจประเทศแข็งแรง” โดยการส่งเสริมและรณรงค์ให้คนไทยออกกำลังกาย โดยให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นต้นแบบด้านสุขภาพแก่ประชาชน (Health Model) เพื่อให้ประชาชนหันมาใส่ใจสุขภาพของตนเอง รักการออกกำลังกายให้มากขึ้น เพื่อลดผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและประกาศให้ ปี 2563 เป็นปีแห่งการออกกำลังกายเพื่อให้คนไทยสุขภาพดี ห่างไกลโรค โดยตั้งเป้าหมายให้บุคลากรโรงพยาบาล ร่วมเป็นต้นแบบบุคคลสุขภาพดี ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นซึ่งการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายเป็นประโยชน์ต่อประชาชนทุกวัย อีกทั้งยังช่วยลดความเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง หากมีการปฏิบัติตนจนมีกิจกรรมทางกายเพียงพอ จะเป็นจุดเริ่มต้นของการมีพฤติกรรมสุขภาพอื่นที่ดีตามมา

การศึกษาวิจัยขององค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุความไม่กระตือรือร้นที่จะออกกำลังกาย ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคร้ายเพิ่มขึ้นทั่วโลกและจากวารสารทางการแพทย์ Lancet (The Lancet Global Health Journal) เผยผลการศึกษาของ WHO ที่สรุปจากการเก็บข้อมูลกิจกรรมของประชากร 1.9 ล้านคน ใน 168 ประเทศ ตลอดทั้งปี 2559 พบว่า ผู้หญิงราว 1 ใน 3 และ ผู้ชายราว 1 ใน 1 มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคร้ายมากมาย ทั้ง โรคหัวใจ โรคอ้วนเบาหวานความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง รวมถึงยังส่งผลเสียต่อสุขภาพจิต หากพวกเขายังคงไม่หันมาออกกำลังกายให้มากขึ้นนอกจากนั้น WHO ยังเผยข้อมูลเพิ่มด้วยว่าระดับการทำกิจกรรม ที่ใช้แรงจากร่างกายของคนทั่วโลก แทบไม่มีความเปลี่ยนแปลง ตั้งแต่ปี 2544 (เกือบ 20 ปี) แม้จะมีโครงการต่างๆ ที่ช่วยกระตุ้นให้คนหันมาออกกำลังกายแล้วก็ตาม ทางด้านทีมวิจัยของ WHO เผยว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้คนใส่ใจกับสุขภาพของตัวเองน้อยลง โดยเฉพาะการออกกำลังกายนั้น ส่วนหนึ่งมาจาก ฐานะทางการเงินซึ่งทางองค์การมัยโลก ได้ให้คำแนะนำให้ผู้ใหญ่ ระหว่างอายุ 18 - 65 ปีทุกคนควรทำกิจกรรมกายบริหารระดับปานกลาง หรือออกกำลังกายระดับปานกลาง (Moderate Aerobic Activity) อย่างน้อย 150 นาที ต่อสัปดาห์ เช่น การเดินเร็ว ว่ายน้ำและปั่นจักรยาน หรือออกกำลังกายเต็มที่ (Vigorous Exercise) 75 นาทีต่อสัปดาห์ เช่น การวิ่ง หรือ เล่นกีฬา เป็นทีม เพื่อสร้างกล้ามเนื้อนอกจากนี้ ควรฝึกกล้ามเนื้อทุกส่วนของร่างกายอย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ ส่วนการทำกายบริหารหรือกิจกรรมแอโรบิกระดับปานกลาง ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ 50 - 70 % ของอัตราการเต้นสูงสุดนั้นสามารถเลือกได้ตามความชอบหรือความถนัด สำหรับการออกกำลังกายเต็มที่หรือมีความเข้มข้นสูงสุด ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ 70 - 85 % ของอัตราการเต้นสูงสุดนั้น ประกอบด้วย การวิ่งเร็วหรือวิ่งจ๊อกกิ้ง ว่ายน้ำเร็ว ขี่จักรยานขึ้นเขาหรือปั่นด้วยความเร็วสูง เต้นแอโรบิก ยิมนาสติก ตีเทนนิสประเภทเดี่ยว เล่นฟุตบอลหรือรักบี้ และศิลปะการต่อสู้และการออกกำลังกายที่เน้นการฝึกกล้ามเนื้อนั้น ประกอบด้วย การยกน้ำหนักหรือเล่นเวต วิดพื้น ซิตอัพ และโยคะ เป็นต้น

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็นโรงพยาบาลศูนย์ประจำจังหวัดนนทบุรี ขนาด 515 เตียง มีบุคลากรทั้งสิ้น 1,645 คน ปี พ.ศ. 2562 บุคลากรเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 1,228 คน คิดเป็นร้อยละ 74.60 พบมีภาวะสุขภาพผิดปกติร้อยละ 91.3 และ ร้อยละ 79.6 มีภาวะไขมันในเลือดสูงกว่าปกติ รองลงมาร้อยละ 36.1 มีภาวะอ้วนลงพุง และร้อยละ 25.8 มีภาวะโรคอ้วนจากการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่มีเวลาออกกำลังกาย และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ เนื่องจากภาระงานและขาดแรงจูงใจดังกล่าว

ดังนั้น เพื่อเป็นกระตุ้นให้บุคลากร ในองค์กร ให้ความสำคัญ กับการเพิ่มการขยับร่างกายในชีวิตประจำวัน มีกิจกรรมทางกาย และออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เกิดความกระตือรือร้น ลดความเครียดจากการทำงาน และตระหนักถึงภัยอันตรายของการนั่งทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดโรค NCDs กอร์ปกับ ปี พ.ศ. 2563 นี้ เป็นปีที่ 63 แห่งการก่อตั้งโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพื่อเป็นการสร้างความรัก ความผูกพันต่อองค์กร และความรักใคร่ สามัคคีของบุคลากร ทุกระดับ ก่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กร รวมทั้งการปฏิบัติตัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลรอบข้างในองค์กร เพื่อทำให้เกิดความสุขและความภาคภูมิใจที่เป็นส่วนหนึ่งขององค์กร โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โดยกลุ่มงานสุขศึกษา ร่วมกับมูลนิธิโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จึงได้จัดโครงการ “PNK ชวนขยับนับก้าว ครบรอบ 63 ปี เดิน วิ่ง ท้าใจ Season 1” ดำเนินการในรูปแบบของ Virtual Run ไม่ว่าจะอยู่ที่ไหนสามารถ ร่วมเดิน วิ่ง สะสมระยะทางด้วยแอปพลิเคชั่น (Application) และกิจกรรมนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาองค์กรไปสู่การเป็น Healthy Organization หรือองค์กรสุขภาพดี

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาล
2. เพื่อสร้างความรัก ความผูกพันต่อองค์กร และความรักใคร่สามัคคีของบุคลากร
3. เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลมีการออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกายที่เพียงพอ อย่างต่อเนื่องเป็นวิถีชีวิต
4. เพื่อเป็นต้นแบบคนสุขภาพดี

## วิธีดำเนินการ

จัดในรูปแบบ virtual run กลุ่มเป้าหมายสามารถเลือกวิ่งตามสถานที่ ที่ต้องการ โดยสะสมระยะทาง และส่งผลวิ่ง จากรูปถ่ายใน application ที่สามารถจับระยะทางวิ่งได้ เช่น Garmin Connect, Strava, Endomodo, Runtastic, Fitbit หรือ application นับก้าว และ health application อื่นใดที่ติดตามกิจกรรมการเดินวิ่งระหว่างวันแทนก็ได้

กลุ่มเป้าหมายลงทะเบียนตามลิงค์ด้วยการสแกน QR code ตามรูปแบบที่ผู้ศึกษาได้จัดทำ บันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ-สกุล กลุ่มงาน ตำแหน่ง น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ระบุ ID Line ส่วนตัวและเข้าสู่ไลน์ห้องโครงการ PNK ชวนขยับนับก้าว ครบรอบ 63 ปี เดิน วิ่ง ท้าใจ Season 1 เพื่อสะสมระยะการออกกกำลังกายเดินวิ่งเป็นรายวัน ก่อนเริ่มกิจกรรมกลุ่มเป้าหมายจะต้องมาวัดองค์ประกอบร่างกายด้วยเครื่อง Body Composiption Analyzer เพื่อดูข้อมูลสมรรถภาพก่อนสะสมระยะทางในการเดิน - วิ่งครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ชี้แจ้งรายละเอียดการส่งข้อมูลการเดิน - วิ่ง ของแต่ละวัน และการสะสมระยะทางเดิน - วิ่ง ตามที่กำหนด

กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นบุคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 244 คน

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลครั้งนี้ แบ่งเป็น 3 ระยะ

**ระยะที่ 1** เวลา 30 วัน

เก็บรวบรวมจำนวนก้าวเดิน/วิ่ง ในแต่ละวัน ขั้นต่ำไม่น้อยกว่า 10,000 ก้าวและต้องส่งจำนวนก้าว เข้าสู่ห้องไลน์ผู้ศึกษา โดยกำหนดเวลาส่งไม่เกิน เวลา 12.00 น. ของวันถัดไป เมื่อครบ 30 วัน นำข้อมูลมาประมวลผลและประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด

**ระยะที่ 2** เวลา 60 วัน

**ระยะที่ 3** ครบ 63 วัน สิ้นสุดโครงการ

กลุ่มเป้าหมายจะต้องวัดองค์ประกอบร่างกายด้วยเครื่อง Body Composition Analyzer เพื่อดูสมรรถภาพร่างกายเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมดังกล่าวเปิดให้ผู้ให้ผู้เข้าร่วมโครงการ สามารถสะสมแต้มเมื่อเดิน วิ่ง หรือออกกำลังกายถึงเป้าหมาย ซึ่งเกณฑ์กำหนดให้ทำคะแนนได้ต่ำสุด 10 points ต่อวัน หรือเดินสูงสุด 10,000 ก้าวต่อวัน (อ้างอิง WHO วัยทำงาน ควรมีกิจกรรมทางกาย ระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือมีกิจกรรมทางกายระดับหนัก อย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์)

## ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ PNK ชวนขยับนับก้าว ครบรอบ 63 ปี เดิน - วิ่ง ท้าใจ Season 1 ส่วนใหญ่ร้อยละ 83.61 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 16.39 เป็นเพศชาย กลุ่มที่พบมากที่สุด ร้อยละ 25.40 มีอายุระหว่าง 50 - 59 ปี รองลงมาร้อยละ 25 มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี และร้อยละ 23.77 มีอายุระหว่าง 20 - 29 ปี

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างตามลักษณะข้อมูลทั่วไป

| ข้อมูลทั่วไป | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| 1. เพศ | | |
| ชาย | 40 | 16.39 |
| หญิง | 204 | 83.61 |
| รวม | 244 | 100.00 |
| 1. อายุ | | |
| < 20 ปี | 1 | 0.41 |
| 20 - 29 ปี | 58 | 23.77 |
| 30 - 39 ปี | 57 | 23.36 |
| 40 - 49 ปี | 61 | 25.00 |
| 50 - 59 ปี | 62 | 25.40 |
| ≥ 60 ปี | 5 | 2.06 |
| รวม | 244 | 100.00 |

ข้อมูลพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากรที่ผ่านมา พบว่า

1. การออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน ของบุคคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.10 ออกกำลังกายบ้างเท่าที่มีโอกาส รองลงมาร้อยละ 18.80 ออกกำลังกายเป็นประจำและร้อยละ 11.10 ไม่ออกกำลังกาย

2. ระยะเวลาออกกำลังกายในแต่ละครั้ง ของบุคคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า กลุ่มที่พบมากที่สุด ร้อยละ 49.30 ออกกำลังกายครั้งละไม่เกิน 30 นาที รองลงมาร้อยละ 42.00 ออกกำลังกายครั้งละ 30 - 60 นาที และร้อยละ 8.70 ออกกำลังกายมากกว่า 60 นาที

3. เหตุผลที่ทำให้ไม่ออกกำลังกาย ของบุคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ก่อนเข้าร่วมโครงการ PNK ชวนขยับนับก้าว ครบรอบ 63 ปี เดิน - วิ่ง ท้าใจ Season 1 กลุ่มที่พบมากที่สุด ร้อยละ 35.31 ไม่มีเวลาร่วมกับเหตุผลอื่นๆ (ขี้เกียจ ไม่ชอบ ไม่มีสถานที่ ไม่มีผู้ร่วมออกด้วย เป็นต้น) รองลงมาร้อยละ 23.19 ไม่มีเวลา และร้อยละ 13.04 สุขภาพไม่เอื้ออำนวย

4. เหตุผลที่ต้องการออกกำลังกายในการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ กลุ่มที่พบมากที่สุด ร้อยละ 35.27 ต้องการลดน้ำหนัก และให้สุขภาพแข็งแรง รองลงมาร้อยละ 22.70 ต้องการลดน้ำหนักและเข้ากลุ่ม และร้อยละ 21.25 ต้องการลดน้ำหนักของตนเอง

5. ความพร้อมในการออกำลังกายครั้งนี้ กลุ่มที่พบมากที่สุด ร้อยละ 39.61 ลงมือออกกำลังกายแล้วแต่ยังไม่ต่อเนื่องและยังไม่ถึง 6 เดือน รองลงมาร้อยละ 26.10 สนใจที่จะออกกำลังกาย แต่รอเวลาและร้อยละ 15.94 ออกกำลังกายต่อเนื่องเกิน 6 เดือน

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากร

| พฤติกรรมการออกกำลังกาย | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| 1. การออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน | | |
| ออกกำลังกายเป็นประจำ | 39 | 18.80 |
| ออกกำลังกายบ้างเท่าที่มีโอกาส | 145 | 70.10 |
| ไม่ออกกำลังกาย | 23 | 11.10 |
| รวม | 207 | 100.00 |
| 2. ระยะเวลาออกกำลังกายในแต่ละครั้ง | | |
| ครั้งละไม่เกิน 30 นาที | 102 | 49.30 |
| ครั้งละ 30 – 60 นาที | 87 | 42.00 |
| มากกว่า 60 นาที | 18 | 8.70 |
| รวม | 207 | 100.00 |
| 3. เหตุผลที่ทำให้ไม่ออกกำลังกาย | | |
| ไม่ตอบ | 19 | 9.18 |
| ไม่มีเวลา | 48 | 23.19 |
| สุขภาพไม่เอื้ออำนวย | 27 | 13.04 |
| ไม่ชอบออกกำลังกาย | 18 | 8.69 |
| ไม่มีสถานที่ออกกำลังกาย | 10 | 4.83 |
| ขี้เกียจ | 6 | 2.88 |
| ไม่มีผู้ร่วมออกกำลังกาย | 6 | 2.88 |
| ไม่มีเวลาร่วมกับเหตุผลอื่นๆ | 73 | 35.31 |
| รวม | 207 | 100.00 |
| 4. เหตุผลที่ต้องการออกกำลังกาย | | |
| ต้องการลดน้ำหนักของตนเอง | 44 | 21.25 |
| ต้องการเข้ากลุ่มเพื่อน | 16 | 7.73 |
| ต้องการให้สุขภาพแข็งแรง | 12 | 55.80 |
| ลดน้ำหนักและเข้ากลุ่ม | 47 | 22.70 |
| ลดน้ำหนักและสุขภาพแข็งแรง | 15 | 7.25 |
| ลดน้ำหนัก และสุขภาพแข็งแรงร่วมกับเหตุผลอื่นๆ | 73 | 35.27 |
| รวม | 207 | 100.00 |

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการออกกำลังกายของบุคลากร (ต่อ)

| พฤติกรรมการออกกำลังกาย | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| 5. ความพร้อมในการออกกำลังกายครั้งนี้ | | |
| ยังไม่พร้อมออกกำลังกาย | 11 | 5.31 |
| สนใจที่จะออกกำลังกาย แต่รอเวลา | 54 | 26.10 |
| วางแผนว่าไม่เกินหนึ่งเดือนข้างหน้าจะลงมือออกกำลังกาย | 27 | 13.04 |
| ลงมือออกกำลังกายแล้ว แต่ไม่ต่อเนื่อง ยังไม่ถึง 6 เดือน | 82 | 39.61 |
| ออกกำลังกายต่อเนื่องเกิน 6 เดือน | 33 | 15.94 |
| รวม | 207 | 100.00 |

ข้อมูลวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย ประกอบด้วย ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว พบว่า กลุ่มที่พบมากที่สุด ร้อยละ 48.80 มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน รองลงมาร้อยละ 23.70 มีภาวะอ้วนระดับ 2 และร้อยละ 11.60 มีภาวะอ้วนระดับ 1 สำหรับเส้นรอบเอวในเพศชาย พบว่า ร้อยละ 9.70 อยู่ในเกณฑ์ปกติ และร้อยละ 4.30 มีรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน และเพศหญิง ร้อยละ 56.00 มีรอบเอวเอวอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานและร้อยละ 30.00 มีเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์มาตรฐาน

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว มวลกล้ามเนื้อ มวลไขมัน และระดับไขมันในช่องท้อง ก่อนเข้าร่วมโครงการ

| องค์ประกอบในร่างกาย | | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|---|
| 1. ดัชนีมวลกาย (Body mass index) | | | |
| < 18.50 | น้อยกว่ามาตรฐาน | 14 | 6.70 |
| 18.50-22.90 | ปกติ | 101 | 48.80 |
| 23.00-24.90 | อ้วนระดับ 1 | 24 | 11.60 |
| 25.00-29.90 | อ้วนระดับ 2 | 49 | 23.70 |
| > 30.00 | อ้วนระดับ 3 | 19 | 9.20 |
| รวม | | 207 | 100.00 |
| 2. เส้นรอบเอว | | | |
| เพศชาย | | | |
| ≤ 90 ซม. | | 20 | 9.70 |
| ≥ 90 ซม. | | 9 | 4.30 |
| รวม | | 29 | 14.00 |

**ตารางที่ 3** จำนวนและร้อยละ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว มวลกล้ามเนื้อ มวลไขมัน และระดับไขมันในช่องท้อง ก่อนเข้าร่วมโครงการ (ต่อ)

| องค์ประกอบในร่างกาย | จำนวน | ร้อยละ |
|---|---|---|
| 1. เส้นรอบเอว | | |
| เพศหญิง | | |
| ≤ 80 ซม. | 116 | 56.00 |
| ≥ 80 ซม. | 62 | 30.00 |
| รวม | 178 | 86.00 |

**สรุปผลลัพธ์ที่ได้**

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 244 คน ส่งระยะก้าวสม่ำเสมอ 124 คน (ร้อยละ 50.81)
สะสมก้าวได้ตามเกณฑ์ในระยะที่ 1 (30 วัน) 53 คน (ร้อยละ 42.74)
สะสมก้าวได้ตามเกณฑ์ในระยะที่ 2 (60 วัน) 30 คน (ร้อยละ 24.19)
สำหรับระยะที่ 3 (63 วัน) ประกาศผลรางวัล 21 รางวัล

**ประเภทลดน้ำหนักได้มากที่สุด**

- ผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ ลดน้ำหนักได้ 16 คน และน้ำหนักที่ลดได้สูงสุด 11.60 กิโลกรัม
- ผู้ที่มีน้ำหนักเท่าเดิม 2 คน (อยู่ในเกณฑ์)
- ผู้ที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้น 3 คน (ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์)*

**ประเภทจำนวนระยะก้าวที่สะสม ตั้งแต่ 1,000,000 ก้าวขึ้นไป/63 วัน** เป็นจำนวน 23 คน (ระยะสะสมก้าวสูงสุด 2,613,210 ก้าว/63 วัน)

**ผลประเมินความพึงพอใจการเข้าร่วมกิจกรรม**

ความพึงพอใจในภาพรวม ได้แก่ ด้านการประชาสัมพันธ์และการสมัครเข้าร่วมกิจกรรมด้านรูปแบบการจัดกิจกรรม ด้านของรางวัลในการสะสมแต้ม/รางวัลเมื่อสิ้นสุดโครงการ และด้านเจ้าหน้าที่/การให้บริการ พบว่า ความคาดหวังก่อนเข้าร่วมโครงการ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.70 มีความคาดหวัง อยู่ในระดับมากที่สุด และร้อยละ 3.30 มีความคาดหวังในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและความพึงพอใจภายหลังเข้าร่วมโครง พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 100.00 มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

**ระยะเวลาการดำเนินงาน**

ระยะเวลา 24 มิถุนายน - 25 สิงหาคม 2563 (63 วัน)

## สรุปการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ นอกจากได้ต้นแบบคนสุขภาพดีของโรงพยาบาลแล้ว ยังส่งผลให้บุคคลากรมีความตระหนัก/ความตื่นตัว เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกาย และมีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เกิดความรัก ความผูกพันต่อองค์กร และความรักใคร่สามัคคีของบุคลากร สามรถเชิญชวนบุคคลในหน่วยงานและครอบครัว มาร่วมออกกำลังกาย

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. “ก้าวท้าใจแนะวิธีสมัครก้าวท้าใจ Season 1 เพื่อร่วมวิ่งท้าใจสะสม 60 วัน 60 กม.” สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2563 จาก https://www.it24hrs.com/2020/virtual-run-season1-moph-apply.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. “การออกกำลังกายในวัยทำงาน” สืบค้นเมื่อ 25 มกราคม 2563 จาก https://www.anamai.moph.go.th/ewt_news.php?nid=1739.

# สรรหามาฝาก

## WORLD STORIES

### ○ หนังสือ ความรู้ และการแพร่กระจาย

เรียบเรียงโดย กองบรรณาธิการวารสารฯ

ความเจริญในโบราณกาล ได้ทำให้เกิด “หนังสือ” ขึ้น ในรูปแบบแผ่นดินเหนียวที่เรียบง่าย สลักตัวอักษรวาดลวดลาย และสัญลักษณ์ ก่อนที่จะพัฒนาเป็นม้วนกระดาษปาปิรัส (papyrus) ม้วนหนัง และแผ่นกระดาษแบบในปัจจุบัน เพื่อเก็บรวบรวมความรู้สาขาอาชีพต่างๆ ที่เกิดขึ้นในแต่ละยุคสมัยบนโลก

กระบวนการผลิตทำได้ช้า ทั้งยังต้องใช้ความอุตสาหะและเพียรพยายามอย่างมาก เนื่องจากทุกขั้นตอนล้วนทำด้วยมือมนุษย์ทั้งสิ้น หนังสือจึงมีจำนวนจำกัดและไม่เพียงพอ ด้วยเหตุนี้ ผู้ที่เข้าถึงหนังสือเหล่านี้จึงมีน้อยและเฉพาะกลุ่ม บางแห่งพวกพ่อค้าที่มั่งคั่งจึงสร้างที่เก็บหนังสือของตนเองไว้ที่บ้าน และอนุญาตให้บุคคลภายนอกทำได้เฉพาะเพียงอ่านและจดบันทึกเท่านั้น ไม่อนุญาตให้ยืมออกไปได้

จนกระทั่งในปี ค.ศ.1833 “ห้องสมุดสาธารณะ” (public library) แห่งแรกของโลก จึงได้ถูกสร้างขึ้นในเมืองปีเตอร์โบโรห์ มลรัฐนิวแฮมป์ชียร์ ประเทศสหรัฐอเมริกา จากเงินภาษีของประชาชน ซึ่งสาธุคุณ Abiel Abbot ผู้ได้ทดลองเปิดห้องสมุดที่บ้านของตนเองก่อนหน้านี้แล้ว 6 ปี ได้เสนอความคิดนี้ต่อคณะกรรมการชุมชน ประชาชนจึงสามารถเข้าใช้บริการและยืมหนังสือกลับบ้านได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ซึ่งถือว่าเป็นแนวคิดที่แหวกแนวในสังคมยุคนั้นที่ผู้จะมีโอกาสเข้าถึงหนังสือในห้องสมุดได้จะต้องเป็นสมาชิกและเสียค่าบริการในอัตราสูง

ผลปรากฏว่าได้รับความนิยมและการตอบรับจากประชาชนชาวเมืองอย่างรวดเร็ว จนมีการขยายการสร้างห้องสมุดสาธรณะไปยังเมืองอื่น ๆ ของสหรัฐอเมริกาและยุโรป

ทุกวันนี้ หนังสือไม่ได้มีเพียงรูปแบบเดิมเท่านั้น แต่ได้พัฒนาเป็นหนังสืออิเล็กทรอนิคส์ มีลักษณะเป็นแผ่น (tablet) อีกครั้ง แต่ที่พิเศษคือ สามารถนำติดตัวไปได้คราวละหลายร้อย ไม่ใช่แค่เพียงเล่มเดียว

**“การเข้าถึงความรู้ มีส่วนช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตและพื้นฐานความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียม”**

## ○ ขมิ้นชัน ...แค่ต้มก็เสริมภูมิคุ้มกัน

โดย ศูนย์หลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร

“ขมิ้นชัน” นอกเหนือจากสรรพคุณเด่นต่อทางเดินอาหารแล้ว ขมิ้นชันยังช่วยบรรเทาอาการของระบบทางเดินหายใจด้วย โดยเฉพาะภูมิแพ้ จากประสบการณ์ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร การรับประทานขมิ้นชัน เป็นประจำก็จะช่วยให้โรคภูมิแพ้ดีขึ้น จากการรายงานการศึกษาทางวิทยาศาสตร์พบว่า ขมิ้นชันมีฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ต้านการอักเสบ รวมไปถึงมีฤทธิ์ต้านฮิสตามีน ปัจจุบันในตำราสมุนไพรจากต่างประเทศได้ให้การยอมรับว่า “ขมิ้นชัน” เป็นสมุนไพรชนิดหนึ่งที่มีประโยชน์ต่อคนที่เป็นโรคภูมิแพ้และหอบหืด

จากการสืบค้นงานวิจัยของ “ขมิ้นชัน” พบว่า สารเคอร์คูมิน (Curcumin) เป็นสมุนไพรที่มีศักยภาพในการต้านไวรัส รวมถึงไวรัสที่ทำให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจ เช่น ไวรัสไข้หวัดใหญ่ และ ไข้หวัดนก ล่าสุด (มีนาคม 2563) จากการจำลองภาพสามมิติในคอมพิวเตอร์ของเชื้อไวรัสโควิด-19 และสารสำคัญในสมุนไพรหลากหลายชนิด ที่ดำเนินการโดยนักวิจัยประเทศอินโดนีเซีย พบว่า สารเคอร์คูมิน ในขมิ้นชัน มีฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์โปรติเอส (Protease enzyme) ทำให้ไวรัสไม่สามารถเพิ่มจำนวนในเซลล์ได้

การศึกษาในปี 2560 พบว่า สารสกัดน้ำของขมิ้นชัน ที่มีการควบคุมปริมาณสารสำคัญ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโพลีแซคคาไลด์ (Polysaccharide) มีฤทธิ์ปรับปรุงภูมิคุ้มกัน (Immunomodulation) และมีผลให้เทโลเมียร์ที่สั้นลงกลับไปยาวใหม่ [เทโลเมียร์ เป็นดัชนีกำหนดความแก่ของเซลล์ ยิ่งสั้นยิ่งแก่ ] จากงานวิจัยดังกล่าวเป็นที่มาของผลิตภัณฑ์ที่จำหน่ายในต่างประเทศ ซึ่งนอกเหนือจากสารสกัดน้ำขมิ้นชัน ยังมีส่วนประกอบของสมุนไพรอื่นๆ ที่ช่วยในการเสริมภูมิคุ้มกัน ได้แก่ ชะเอมเทศ ขิง ดอกเห็ดหลินจือ อบเชย สารสกัดไมซีเลียม พริกไทย ดังนั้น เพื่อไม่ให้เสียโอกาสในการใช้สมุนไพรขมิ้นชันที่มีมากในประเทศของเรา เราอาจนำขมิ้นชันมาต้มเพื่อเสริมภูมิคุ้มกันได้ โดยไม่ต้องใส่สมุนไพรอื่นก็ได้ เพราะเพียงแค่ขมิ้นชันก็มีประโยชน์มากโขแล้ว

สูตรน้ำขมิ้นชัน มีส่วนประกอบ ดังนี้

วัตถุดิบ (1) ขมิ้นสด 3-4 หัว หรือเง่ียงที่ยาวประมาณ 3 ข้อนิ้วมือ (2) น้ำตาลกรวด 30 กรัม (3) น้ำผึ้ง 2 ช้อนชา (4) น้ำสะอาด 1 ลิตร (5) ขิงแก่ซอย 1 หยิบมือ (6) พริกไทยล่อน 14 ช้อนชา

วิธีทำ

1. นำขมิ้นสดมาปอกเปลือกแล้วล้างให้สะอาด จากนั้นนำมาตำให้แหลก แล้วกรองเอาแต่น้ำด้วยผ้าขาวบาง

2. นำน้ำสะอาด 1 ลิตร กับน้ำขมิ้นที่กรองไว้มาต้ม โดยใช้ไฟปานกลาง ต้ม 3 เอา 1

3. ซอยขิงแก่และบดพริกไทย นำไปต้มกับน้ำเล็กน้อยให้พอเดือดเล็กน้อย แล้วยกลง

4. นำน้ำขมิ้นที่ต้มได้ มาปรุงรสด้วย น้ำผึ้ง น้ำตาลกรวด และน้ำต้มขิงกับพริกไทยที่ต้มแยกไว้ อาจเพิ่มรสชาติให้กลมกล่อมขึ้นอีกด้วยการใส่เกลือเพิ่มเล็กน้อย แต่ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่ควรปรุงรสด้วยน้ำตาลหรือเกลือ

## ○ มาออกกำลังกายกันเถอะ

โดย ผศ.ดร.สุพรทิพย์ พูพะเนียด คณะศึกษาศาสตร์และพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

การออกกำลังกายมีประโยชน์และมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการดูแลสุขภาพ แต่หลายคนก็ยังไม่สนใจที่จะไปออกกำลังกายมักจะมีข้ออ้างอยู่เสมอว่า ไม่มีเวลา ทำงานมาเหนื่อยแล้ว อยากพักผ่อน ทำไมต้องการออกกำลังกายด้วย ยังเป็นหนุ่มเป็นสาว ร่างกายแข็งแรง บางคนรู้ว่าการออกกำลังกายดีมีประโยชน์แต่ยังไม่พร้อม หลายคนตั้งใจก็เตรียมความพร้อม เตรียมเสื้อผ้า รองเท้า แต่ก็ยังไม่ตัดสินใจ รอจนมีปัญหาด้านสุขภาพ แพทย์แนะนำให้ออกกำลังกาย เพื่อลดน้ำหนัก ปวดเข่า หรือเป็นโรคอ้วน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง เบาหวาน จึงตัดสินใจที่จะมาออกกำลังกาย เมื่อมาออกกำลังกายแล้วอาการของโรคต่างๆก็ดีขึ้น น้ำหนักตัวลดลง ปวดเข่าน้อยลง เดินได้คล่องตัวมากขึ้น ระบบการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น แล้วการออกกำลังกายควรจะเลือกออกแบบไหนดี

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2559) รายงานคนไทยกับการออกกำลังกาย โดยการเล่นกีฬา 37.9% เดินเพื่อสุขภาพ ยืนแกว่งแขน 21.8% วิ่ง 18.2% ปั่นจักรยาน 11.5 % โยคะ /ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ 7.7% เครื่องบริหารร่างกาย/ฟิตเนส 6.1%/ เต้นแอโรบิค 4.4% จะเห็นว่า คนไทยมีการเล่นกีฬาสูงสุดรองมาคือการเดินเพื่อสุขภาพ ตามมาด้วยการวิ่ง ปัจจุบันมีผู้ที่สนใจในการวิ่งมากขึ้นและ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ทำการสำรวจผู้ที่ออกกำลังกายด้วยการวิ่งในประเทศไทยในปีเดียวกัน จำนวน 11.96 ล้านคน พบว่า เป็นเพศหญิง 7.4 ล้านคน เพศชาย 4.56 ล้านคน แบ่งผู้วิ่งตามที่อยู่ อาศัยในเมือง 8.08 ล้านคน อาศัยในชนบท 3.88 ล้านคน แบ่งผู้วิ่งตามช่วงวัย วัยเด็ก 0.69 แสนคน วัยรุ่น 1.9 ล้านคน วัยคนทำงาน 6.88 ล้านคน วัยผู้สูงอายุ 2.49 ล้านคน

ปัจจุบันคนหันมาสนใจการออกกำลังกายกันมากขึ้น กลายมาเป็นเทรนฮิตของผู้บริโภคยุคใหม่ที่หันมาใส่ใจสุขภาพ ตื่นตัวด้านรักสุขภาพ มีร่างกายที่แข็งแรง มีรูปร่างดี สวยงาม ได้สัดส่วน เลียนแบบ จากผู้มีชื่อเสียง นักแสดง/นักกีฬา การออกกำลังจะอยู่ในรูปการเล่นกีฬา เช่น ว่ายน้ำ แบดมินตัน ฟุตบอล วิ่ง ปั่นจักรยาน หรือการเต้นแอโรบิก โยคะ แม้แต่ออกกำลังกายด้วยอุปกรณ์ออกกำลังกายต่าง ๆ ในฟิตเนส ศาสตราจารย์ ดร. เจริญ กระบวนรัตน์ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการออกกำลังกาย แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

**1. สร้างความแข็งแรงให้หัวใจ ปอด หลอดเลือด** หรือที่เรียกว่าเป็นการออกกำลังกายในกลุ่มคาร์ดิโอเทรนนิ่ง (Cardio Training) หรือแอโรบิค เอ็กซ์เซอร์ไซส์ (Aerobic Exercise) เช่น การ วิ่ง ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิค ที่ทำอย่างต่อเนื่องจนหายใจเหนื่อยหอบโดยปกติ

**2. สร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เอ็นข้อต่อ กระดูก** ซึ่งก็คือการออกกำลังประเภทใช้แรงต้าน (Resistant Training) หรือเวท เทรนนิ่ง (Weight Training) ที่อาศัยแรงต้าน ทั้งที่มาจากน้ำหนักตัว เช่น การวิดพื้น หรือจากเครื่องมือ เช่น เวท ดัมเบล สายเคเบิล หรือยางยืด

**3. สร้างความยืดหยุ่น อ่อนตัวของกล้ามเนื้อ เอ็นข้อต่อ** การออกกำลังกายในกลุ่มนี้จะช่วยสร้างการเคลื่อนไหว และทำให้กล้ามเนื้อเอ็นข้อต่อทำงานได้ดีขึ้น เช่น การยืดเหยียด โยคะ ไทชิ

การออกกำลังกาย ควรออกกำลังอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 30 -50 นาที เริ่มต้นเวทเทรนนิ่งด้วย เวท ดัมเบล สายเคเบิล หรือยางยืดก่อนซัก 10 -20 นาที เพื่อเป็นการจัดระเบียบร่างกาย ระบบประสาท แล้วต่อด้วย คาร์ดิโอด้วยการ วิ่ง ขี่จักรยาน ว่ายน้ำ เต้นแอโรบิคอีก 20-30 นาที แล้วจบด้วยยืดเหยียดด้วย โยคะ ไทชิ อีก 10-15 นาที

ที่มา: https://www.thaihealth.or.th/sook/info-body-detail.php?id=245

ศาสตราจารย์ ดร.เจริญ กระบวนรัตน์ เสริมว่า *“ควรออกกำลังอย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ แล้วพอร่างกายแข็งแรงขึ้น ก็จะทำได้เพิ่มขึ้นเอง ทำให้ออกได้หนัก และบ่อยขึ้น เช่น เพิ่มเป็น 4 5 หรือ 6 ครั้ง/สัปดาห์ หรือออกทั้งเช้าและเย็นก็ได้ แต่ควรเลือกการออกกำลังที่หลากหลาย ไม่ควรออกหนักๆ ติดกันทุกวัน อาจจะหนักสลับเบา และควรมีวันพักผ่อน 1 วัน”* สำหรับคนที่ออกกำลังกาย

รองศาสตราจารย์ ดร. เภสัชกรหญิง จิรภรณ์ อังวิทยาธร ภาควิชาเภสัชเคมี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กล่าวถึง การเดินเพื่อสุขภาพ เป็นการเดินอย่างต่อเนื่องเพียงวันละ 30 นาที อย่างน้อย 4-5 วันต่อสัปดาห์ เป็นการออกกำลังกายที่ไม่ทำให้ร่างกายเหนื่อยล้าจนเกินไป เกิดแรงกระแทกที่ข้อเท้าต่ำ เหมาะสำหรับผู้ที่มีน้ำหนักมาก ผู้สูงอายุ ผู้ที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย หรือไม่ได้ออกกำลังกายมาเป็นเวลานาน หากไม่สามารถเดินติดต่อกันได้นาน 30 นาที อาจแบ่งเป็นช่วง ช่วงละ 10-15 นาที แล้วค่อย ๆ เพิ่มเวลาให้ยาวขึ้น การเดินอาจไม่เผาผลาญพลังงานได้มากเท่าการวิ่งหรือการออกกำลังกายด้วยวิธีอื่น แต่ก็เพียงพอต่อการรักษาสุขภาพ ควรเดินในอัตราเร็วที่ทำให้เหงื่อออก หัวใจเต้นเร็วขึ้นกว่าปกติ ชีพจรเต้นเร็ว แต่ไม่ถึงกับหอบหรือหายใจไม่ทัน ขณะเดินยังสามารถพูดคุยได้ตามปกติ ไม่ควรเดินอย่างหักโหมจนเกินไป ไม่ต้องพยายามเดินให้เร็วและนานเท่ากับหรือมากกว่าคนอื่น เนื่องจากสภาพร่างกายและความแข็งแรงของแต่ละคนไม่เหมือนกัน อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการเดินเพื่อออกกำลังกายจะง่าย สะดวก และปลอดภัยก็ตาม แต่ก็ไม่เหมาะสำหรับผู้ที่มีปัญหาข้อเท้าและหัวเข่า เนื่องจากการเดินมากๆ จะทำให้ข้อและเข่าเกิดอาการเจ็บปวด ควรเปลี่ยนเป็นการออกกำลังด้วยวิธีอื่น เช่น ว่ายน้ำ รำมวยจีน เป็นต้น

*“ขอเชิญชวนให้ทุกท่านมาออกกำลังกายด้วยการเดินเพื่อสุขภาพ เป็นการออกกำลังกายที่ง่าย สะดวก ทำได้ทุกที่ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน หรือที่ทำงาน เลือกเวลาได้ตามใจชอบ ประหยัดไม่เสียค่าใช้จ่าย ทำได้ทุกเพศและทุกวัย ไม่ต้องใช้อุปกรณ์”*

**แหล่งข้อมูลอ้างอิง**

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2559). สถิติผู้ออกกำลังกายด้วยการวิ่งในประเทศไทย.
เข้าถึงได้จาก https://www.thaihealth.or.th/Content/50345
เจริญ กระบวนรัตน์. ประโยชน์ของการออกกำลังกาย
เข้าถึงได้จาก https:// www.thaihealth.or.th/sook/info-body-detail.php?
จิรภรณ์ อังวิทยาธร. การเดินเพื่อสุขภาพ.
เข้าถึงได้จาก https://www.pharmacyhidol.ac.th/th/knowledge/article/445/เดินเพื่อสุขภาพ/

## ○ ธรรมะ พาสุข

โดย จารุณี ชัยชาญชีพ

# สะพายกล้องท่องทั่วไทย สุขใจได้ท่องเที่ยว

## ตอน “เขาค้อ+ภูทับเบิก+บูลสกาย”

ลุงน้อยและป้าต๋อม

ช่วงเวลานี้สถานะการณ์โรคไวรัสโควิด19 บ้านเราเริ่มดีขึ้น.. นี่ก็เป็นโอกาสดีที่สองคนเราจะได้ออกจากบ้านสวนม้าไม้ไปท่องเที่ยวนอกบ้านกันเสียทีหลังจากที่เก็บตัวอยู่กับบ้านมานาน...

วันที่4-5 พย.63สองเราออกเดินทางจากนนทบุรี เวลาตี 5 ครึ่ง มุ่งหน้าเส้นทางสาย 1 พหลโยธินเลี้ยวขวาต่อด้วยสายสระบุรี เข้าถนนสาย 21 ถนนสระบุรี-หล่มสัก ช่วงแยกม่วงค่อม อ.ชัยบาดาล ลำนารายณ์ วิเชียรบุรี บึงสามพัน-เข้าสู่ จ.เพชรบูรณ์ ไปตามเส้นทาง อ.หล่มสัก ผ่านอนุสาวรีย์พ่อขุนผาเมืองเลี้ยวซ้าย เข้าถนนสาย 12 (หล่มสัก-พิษณุโลก)....

ถึงที่พัก "Blue Sky Resort" เขาค้อ เวลา 10.00 น.พอดี.. คณะของเราที่มาก่อนตั้งแต่เมื่อวันวาน รอเราอยู่แล้ว เราสองคนก็ไปcheck in เพื่อเข้าที่พัก ที่นี่ก่อนถึงเคาร์เตอร์เชคอินตรงทางเข้าก็จะมีเครื่องสแกนอุณหภูมิและที่สแกนคิวอาร์โค๊ตลงทะเบียนคัดกรองโรคโควิด 19 เราต้องลงทะเบียนตรงนี้ก่อนและต้องใส่หน้ากากด้วย

เสร็จจากการเช็คอินโรงแรมแล้วเราก็ออกจากที่พักอันสวยงามที่ประดับประดาด้วยดอกไม้นานาชนิดและปราสาทเหมือนในหนังของวอลดีสนีย์ตรงไปยังร้านกาแฟใกล้ ๆ ข้าง"วัดผาซ่อนแก้ว" นั่งดื่มกาแฟชมวิวเทือกเขาท่ามกลางลมหนาว ให้อาหารตาได้คาเฟอีน+เก็บภาพ+พร้อมสูดโอโซนเรียบร้อยแล้วก็ไปไหว้พระ ทำบุญ ขอพรที่วัดผาซ่อนแก้ว

"วัดผาซ่อนแก้ว" อยู่บนยอดเขาสูง 830 เมตรจากระดับน้ำทะเลเป็นวัดที่สร้างขึ้นเพื่อถวายเป็นพระราชกุศลเนื่องในวโรกาสที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว (ร.9) ทรงครองราชย์ครบ 60 ปี ...ภายในวัดมีพระเจดีย์พระพุทธเจ้า 5 พระองค์ มีพระมณฑบและบริเวณวัดที่ตกแต่งสวยสดงดงามด้วย กระเบื้องสี ถ้วยชามเบญจรงค์เซรามิกมากมายหลากหลายสีสัน รวมทั้ง มุก ลูกปัด แก้ว เงิน ทอง และสิ่งมีค่าต่างๆนำมาประดับประดา เมื่อเวลาทอแสงพระอาทิตย์สดใสงดงามมาก ๆ ...ที่สำคัญยังมีหลายคนไม่ทราบว่าที่นี่มีลูกแก้วสีใสแจ๋วลูกใหญ่ๆวางอยู่หลายแห่งโดยเฉพาะลูกแก้วตรงบันไดทางเดินขึ้นทางเก่าที่สร้างแรกๆหากเราเข้าไปใกล้ ๆ ก็จะเห็นตัวเราในลูกแก้วเป็นลักษณะหัวกลับ และถ้าเราหาลูกแก้วที่มุมดีๆของลูกแก้ว(ลูกแก้วมีหลายลูก)เราก็จะเห็นตัวเราอยู่ในลูกแก้วที่มีรูปพระพุทธเจ้า 5 พระองค์และหน้าผาอยู่ในลูกแก้วเป็นฉากหลังกับรูปเราด้วยถือว่าท่านโชคดีมากๆ หรือนี่อาจจะเป็นที่มาของคำว่า "ผาซ่อนแก้ว" นะนะ!.

..แต่ตามประวัติที่ชาวบ้านเล่าสืบต่อ ๆ กันมาบอกว่ามีคนเห็นลูกแก้วลอยลงมาจากฟากฟ้าแล้วลอยลับหายไปในถ้ำที่ยอดเขา ซึ่งเชื่อกันว่าเป็น"พระบรมสารีริกธาตุ" เสด็จลอยลงมา และเป็นที่ตั้งของ "พุทธธรรมสถานผาซ่อนแก้ว"แล้วเปลี่ยนมาเป็น"วัดผาซ่อนแก้ว"ในปัจจุบัน...เป็นวัดแห่งเดียวในบ้านเราที่งดงามดุจเมืองสวรรค์ชั้นฟ้าเลยทีเดียวเชียว..เดินเก็บภาพสวยๆทุกซอกทุกมุมแต่ว่าเวลามีน้อยยังไงก็เก็บได้ไม่หมดต้องอยู่ทั้งวันเช้าจรดเย็นถึงจะได้ภาพทุกมุมและแต่ละช่วงเวลา...ที่วัดนี้มีการสแกนตรวจวัดอุณหภูมิติดสติกเกอร์และให้ลงทะเบียนคัดกรองโรคโควิด19 ดีมาก มีทางเข้า-ทางออกคนละทาง มีการวางแอลกอฮอล์เจลล้างมือไว้เป็นระยะๆทั่วบริเวณวัด..ต้องขอชมครับ!..เสร็จจากการชมความงดงามที่วัดผาซ่อนแก้วแล้ว...เราเดินทางต่อ ไปยังอำเภอหล่มเก่า "มาหล่มเก่าต้องกินขนมจีนหล่มเก่า ไม่เช่นนั้นจะไม่ถึงหล่มเก่า"

เราจึงไปรับประทาน "ขนมจีน" หรือ"ข้าวปุ้น" หล่มเก่าที่ร้าน "ลูกทุ่ง"ซึ่งตรงนี้จะเป็นแหล่งร้านอาหารขนมจีนเรียงรายหลากหลายร้าน แต่เจ้าถิ่นเขาแนะนำร้านนี้ซึ่งเป็นร้าน"ขนมจีนแป้งสด" จับขึ้นมาจากน้ำเป็นจับ ๆ ในขณะที่นำมาเสริฟยังเปียก ๆ อยู่ จับเป็นคำ ๆ ขายเป็นชุด โดยดูจากขนาดของจาน...ขนมจีนมีหลายราคา คือ จานละ50,80และ120บาท กินกับน้ำแกงได้ทุกชนิด อาทิ น้ำยาป่า น้ำยาปลาช่อน ปลาช่อนต้มยำ น้ำพริกต้มซุปเปอร์ลูกทุ่ง กินพร้อมกับผักลวกผักสดหลากหลายชนิดมากมาย น้ำแกงและผักต่างๆ สามารถเพิ่มเติมได้ไม่อั้น คิดเงินก็แต่ค่าขนมจีนที่ทำเป็นจานๆเท่านั้น นอกนั้นยังมีส้มตำ ขนมบ้าบิ่น ที่ทำจากแป้งทำขนมจีน หวานพอเหมาะกับมะพร้าวอ่อน ทำเสร็จใหม่ ๆ ร้อน ๆ นุ่มอร่อยมาก มีหมูสะเต๊ะอีกก็อร่อย ๆ ทุกอย่างจบ! จานแห่งความอร่อยของขนมจีน

ต่อไปเป็นรายการขึ้นเขาภูทับเบิกสมญาถนน 111 โค้ง ถนนดีขึ้นกว่าแต่ก่อนมาก แต่กว่าจะขึ้นถึงเล่นเอาเมาขนมจีนเลย เวียนหัวมากอยากอาเจียรปล่อยของออก? เดินขึ้นไปถ่ายรูปที่สถานีวัดอุณหภูมิ วัดได้ 21° ก็เย็นดี มีลม ดอกไม้สวย ชมวิวสุดสายตา..แต่!เฮ้อ!ผักกาด กระหล่ำปลีของดีที่นี่หายไปจากภูทับเบิกหมดแล้ว... มีแต่รีสอร์ท ผิดหวัง! มาก! ก็เดินช็อปกันนิดหน่อยแล้วก็กลับลงมา

.. สังเกตว่าบนภูนี้ไม่มีที่สแกนวัดอุณหภูมิและจุดลงทะเบียนโควิดเลย แม้แต่แม่ค้าพ่อค้าก็ไม่ใส่หน้ากากอนามัยทั้งที่แม่ค้าพ่อค้าต้องสัมผัสนักท่องเที่ยวมากหน้าหลายตาตลอดเวลา แต่นักท่องเที่ยวส่วนใหญ่จะใส่หน้ากากครับ...ลงมาจากภูทับเบิกแล้วเข้าที่พัก รีบอาบน้ำเพื่อไปรับประทานอาหารเย็นตามนัด 18.00 น. อากาศก็เริ่มหนาวเย็นแล้ว

อาหารเย็นที่ห้องอาหารชั้น 2 เราถ่ายรูปกันภายในร้านซึ่งเขาตกแต่งดีมาก เครื่องดื่ม อาหารเพียบ!แถมดนตรีเล่นสดๆให้ฟังร่วมร้องเพลงด้วยก็ได้ เลิกเวลา 4 ทุ่มครึ่งกลับห้องพักหลับสบายๆไม่ต้องเปิดแอร์"ย่างเข้าต้นฤดูหนาวแล้ว" วันที่สองตื่น 7 โมง เก็บของ ทานอาหารเช้าง่ายๆตามประสา สว. check out เดินถ่ายรูปความสวยงามของรีสอร์ท บูลสกาย อาทิ ปราสาทในนิทานสโนไวท์กับคนแคะทั้งเจ็ด รถม้าฟักทอง ดอกไม้นานาชนิด น้ำพุ ตามเทพนิยาย ชิงช้าดอกไม้ สวนประตูปริศนา เขาวงกต จนสมใจแล้วเราก็แยกกับทีมเดินทางกลับโดยใช้เส้นทางเขาค้อ-พิษณุโลก เพื่อมาแวะไหว้พระทำบุญที่วัดพระศรีรัตนมหาธาตุพิษณุโลก กราบขอพรพระพุทธชินราช และที่ศาลหรือคุ้มพระเจ้าฯ 5 พระองค์ (มี พระมหาธรรมราชาพระบิดา, พระมารดาพระวิสุทธิกษัตริย์ตรี, สมเด็จพระนเรศวรมหาราช, พระเอกาทศรถ และพระนางสุพรรณกัลยา) ที่วัดนางพญา พิษณุโลก จากนั้นก็ไปซื้อของฝากกลับบ้านที่ตลาดของฝากภายในวัดพระศรีรัตนมหาธาตุ....ที่วัดนี้ก็มีระบบทางเข้า-ออก ลงทะเบียนและการวัดอุณหภูมิร่างกายดีครับ

จากนั้นเราก็ออกเดินทางมุ่งหน้าไปยังร้านอาหาร"ครัวปลาใหญ่" อยู่ตรงแยกทุ่งใหญ่ ถนนหมายเลข 117 พิษณุโลก-พิจิตร เป็นเป้าหมายที่เรานัดกับทีมไว้ว่าต้องแวะ! ซึ่งเราสองคนจะแวะทุกครั้งที่มาเส้นทางนี้ รายการอาหารที่ต้องสั่งหรือเมนูเด็ดของที่นี่ก็จะมีต้มยำปลาม้า 1 หม้อ ต้มยำปลากดคัง 1 หม้อ ผัดฉ่าปลาคัง1จาน ห่อหมกปลาช่อน 1 ห่อ (แต่ที่นี่เป็นชามนะครับ) ปลาแดงทอดหรือปลาเนื้ออ่อนทอดกระเทียม 1จาน และข้าวเปล่า 2 โถครับ! แต่ขอบอกก่อนนะ อาหารแต่ละอย่างที่นี่ นอกจากพวกปลาต่าง ๆ นานาชนิดจะขนาดใหญ่มากแล้ว เขาก็จะใส่มาเป็นชามใหญ่มากๆด้วยถ้ากิน 2 คน ก็ควรจะสั่งอาหารแค่สองอย่างก็พอเดี๋ยวจะกินไม่หมด สมชื่อ "ปลาใหญ่" จริง ๆ แต่นี่เรากินกัน7คนหมดเกลี้ยงเลยแถมผัดฉ่าปลาคังยังสั่งเพิ่มอีกหนึ่งจานด้วย

...ทานไปก็ดื่มน้ำเปล่า+น้ำแข็งไปด้วยเป็นพัก ๆ เพราะความอร่อย!เผ็ด!ร้อน!แซบ!เหงื่อใหลไคลย้อยเลยหละ..ตบท้ายด้วยส้มโอพิจิตรเนื้อขาว ๆ ทุกอย่างหมดเกลี้ยง!!บอกได้คำเดียวว่า"อร่อย+แซบ!สุดๆ" ถ้าผ่านเส้นทางนี้เราสองคน "ต้องแวะ!" ทุกครั้ง ทานอาหารเสร็จก็เดินทางต่อไปกราบหลวงพ่อเดิม ที่วัดหนองโพธิ์ ต.หนองโพธิ์ อ.ตาคลี จ.นครสวรรค์ แยกเข้าจากถนนหมายเลข 32 ที่สี่แยก ที่เรียกกันว่า แยกหางน้ำสาคร ขาออก U tern ขาเข้าเลี้ยวซ้าย และเข้าไปตามถนนชนบทประมาณ 12 กม. ก็จะถึงวัด...เราเข้าไปกราบรูปปั้นหลวงพ่อเดิมและเดินภาวนารอดซุ้ม "มีดอาคมยักษ์จักรนารายณ์" ของหลวงพ่อเดิมที่ได้สร้างปลุกเสกไว้ให้ศาสนิกชนได้กราบบูชา

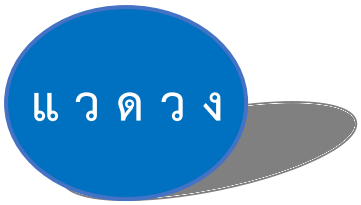
เพื่อความสมบูรณ์พูลผลเป็นสิริมงคลแก่ชีวิต โดยจะต้องพนมมือไหว้และเดินเวียนขวาตามจำนวนกำลังวัน เช่น วันศุกร์ เดินเวียน 21 รอบ วันจันทร์ก็เดินเวียน15 รอบเป็นต้น เสร็จไหว้พระขอพรหลวงพ่อเดิมแล้วก็ออกมาเสี่ยงโชคหาฉลากใบแลกเงินของรัฐบาลกันตามแต่โชคของใครของท่านตามสมควรคนละใบสามใบสิบใบตามใจประสงค์ แล้วก็แยกย้ายกันกลับบ้านมุ่งหน้ากรุงเทพฯและนนทบุรี ส่วนเราสองเข้าบ้านสวนม้าไม้ เสนา กรุงเก่า เป็นอันจบ trip นี้ !...หนุกหนานเบิร์ด ๆ....ตามประสา สว.ครับผม

☆☆ การเดินทางท่องเที่ยวในช่วงโควิด19ระบาดก็อยากจะฝากผู้สูงวัยว่า พวกเราเป็นกลุ่มเสี่ยงดังนั้นต้องระมัดระวังตัวอยู่เสมอนั่นคือ ต้องใส่หน้ากากตลอดเวลา(ถอดเท่าที่จำเป็น)ล้างมือบ่อยๆ(พกเจลแอลกอฮอล์ติดตัวไว้ขวดเล็กๆเพื่อจะได้นำมาใช้สะดวก)กินอาหารที่ไหนขอร้อนๆต้องใช้ช้อนกลางทุกครั้งสม่ำเสมอและหลีกเลี่ยงกลุ่มคนเยอะๆไม่เดินทางท่องเที่ยวช่วงเทศกาลวันหยุดเพราะคนจะเยอะ เราเที่ยวกันวันธรรมดาไม่ต้องแย่งที่กินที่เที่ยวกับคนอื่นไปกันสบายๆเบิร์ดๆปลอดโควิดนะครับ

อ๊ะๆ... ยังมี trip เที่ยวเข้าค้ออีกนะครับเป็นตอนที่ไปกางเต้นนอนที่ทุ่งกังหันลม แล้วจะกลับมาเล่าให้ฟังครับ...

#ไปแอ่วกับลุงน้อยป้าต๋อม

#แอ่วบ้านเฮาม่วนใจ๋




สวัสดีค่ะ ปีเก่า 2563 ผ่านไป ปีใหม่ 2564 เข้ามา ขอให้ทุกท่านสุขภาพแข็งแรงปลอดโรค ปลอดภัยห่างไกล โควิด-19 มีความสุขมาก ๆ นะคะ.... ในฐานะคนไทยเราภูมิใจที่ประเทศไทยได้รับยกย่องจากทั่วโลกว่าเป็นประเทศที่ป้องกันการระบาดของโรค โควิด-19 ได้อย่างดีเยี่ยมเป็นอันดับหนึ่งของโลก เพราะฉะนั้นเราทุกคนต้องป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด สวมหน้ากากอนามัย กินร้อน ช้อนกู ล้างมือ เว้นระยะห่าง... ไทยชนะแน่นอน เรามาติดตามข่าวคราวและกิจกรรมของเครือข่ายสุขศึกษากันค่ะ ..

## กิจกรรมของสมาคมวิชาชีพสุขศึกษาและภาคีเครือข่ายในส่วนกลาง

### ◦ กิจกรรมของสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

29 ส.ค.63 ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์ นายกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา จัดงานฉลองวันคล้ายวันเกิดครบรอบ 80 ปีที่สวนอาหารนาทอง เหม่งจ๋าย กรุงเทพฯ ได้รับเกียรติจาก ศ.ดร.นพ.เทพนม เมืองแมน อดีตคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, รศ.ดร.ยุพา อุดมศักดิ์ อดีต รมช.ศึกษาธิการ, ดร.นพ.อุทัย สุดสุข และ ศ.นพ.ไพจิตร ปวะบุตร อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อนสนิทมิตรสหาย ลูกศิษย์ลูกหาไปร่วมงานอย่างคับคั่ง อบอุ่น โอกาสนี้เจ้าภาพประกาศการจัดตั้งมูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัสน์ โดยมี รศ.นพ.พิทยา จารุพูนผล เป็นประธานมูลนิธิ ผู้ร่วมก่อตั้งประกอบด้วย รศ.สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย, รศ.ดร.พาณี สีตกะลิน, รศ.ดร.เฉลิมพล ตันสกุล, รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย, นายปรีชา สุสันทัด, นายชัยสิทธิ์ ลูกรักษ์ เจ้าภาพกล่าวขอบคุณผู้มีจิตศรัทธาทุกท่านที่มาร่วมงานและไม่ได้มาร่วมงาน ยอดบริจาครวม ณ วันที่ 27 ธันวาคม 2563 มีจำนวน 828,696.00 บาท ผู้บริจาคจำนวน 195 คน ..สาธุ สาธุ สาธุ กับทุก ๆ ท่านที่บริจาคให้มูลนิธิฯ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ต่อไป

5 ตค.63 สมาคมฯ จัดงานเลี้ยงเกษียณอายุราชการแก่สมาชิกสมาคมฯ ประจำปี 2563 ณ สโมสรกองทัพบก ถ.วิภาวดีรังสิต กรุงเทพฯ ปีนี้มีสมาชิกมาร่วมงานจำนวน 11 ท่าน จากผู้เกษียณฯ 19 ท่าน ได้แก่ (1) ร.ศ.ธราดล เก่งการพานิช ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล (2) รศ.ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล (3) รศ.ดร.พรรณี บัญชรหัตถกิจ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.ขอนแก่น (4) พันเอกหญิงจันทนา กมลศิลป์ รองผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก (5) นายชาญยุทธ พรหมประพัฒน์ ผู้อำนวยการกองสุขศึกษา (6) นางบุษบา ใจกล้า นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) สสจ.นครนายก (7) น.ส.จริยา หัตถมาศ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.นครสวรรค์ (8) นางจินตนา เจริญศุข นักจัดการงานทั่วไป โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี (9) ดร.ศุภกร สุขประสิทธิ์ สาธารณสุขอำเภอสังขละบุรี สสจ.กาญจนบุรี (10) ดร.รัตนา บรรณาธรรม นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักอนามัย กทม. (11) นางมนัสดา อุ่นโสมย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.บรบือ จ.มหาสารคาม

บรรยากาศเป็นกันเองน่ารักแบบพี่ ๆ น้อง ๆ มีสไสด์ประวัติและผลงานเด่นของแต่ละท่านที่มาร่วมงาน ทุกท่านได้มีโอกาสกล่าวแสดงความรู้สึก โอกาสนี้สมาคมฯ ได้มอบนาฬิกาพระรูปของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรมพระบรมราชชนก องค์บิดาแห่งสาธารณสุขไทยเป็นที่ระลึก สำหรับ 8 ท่านที่ไม่สามารถมาร่วมงาน ได้แก่ (1) นางนาตยา เกรียงชัยพฤกษ์ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2) รศ.ดร.นิตยา เพ็ญศิรินภา ม.สุโขทัยธรรมาธิราช (3) นายชัยภูมิ ชมพู กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (4) น.ส. นิตยา โชตินอก สสจ.นครราชสีมา (5) นางจิราพร อิศรางกูร ณ อยุธยา รพ.จตุรัส จ.ชัยภูมิ (6) นางโฉมยง เหล่าโชติ รพ.โพธาราม จ.ราชบุรี (7) นางทวิปภา เจริญสุข รพ.อุทัยธานี (8) นางอุบล วิทย์อเนกนันทน์ รพ.มหาราชนครราชสีมา

สมาคมฯ ได้จัดส่งของที่ระลึกไปให้ทุกท่านเช่นเดียวกัน ขออวยพรให้ผู้เกษียณทุกท่าน มีความสุขกับเส้นทางชีวิตใหม่ และขอให้คงความเป็นเครือข่ายอย่างต่อเนื่องต่อไปนะคะ....

ช่วงเดือน พย.63- ธ.ค. 63 มีการประชุมกรรมการบริหารสมาคมฯ และหน่วยงานเจ้าภาพอีก 4 แห่ง ได้แก่ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.มหิดล, คณะสาธารณสุขศาสตร์ ม.บูรพา, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มรภ.วไลยอลงค์กรณ์ฯ และกองสุขศึกษา กรม สบส. เพื่อเตรียมการจัดประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 เรื่อง “ล้ม หรือ รุก : ปรับพฤติกรรมสู่ชีวิตใหม่ ระหว่างวันที่ 20-22 พฤษภาคม2564 ณ โรงแรมอิงธาร รีสอรท์ อ.เมือง จ.นครนายก” หวังว่าจะได้พบกันเช่นเคยนะคะ.....

16-17 ธ.ค.63 นายชัยสิทธิ์ ลูกรักษ์ เป็นตัวแทนสมาคมฯ เข้าร่วมประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 13 ณ หอประชุมใหญ่ ทีโอที ถ.แจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ ภายใต้หัวข้อ “พลังพลเมืองตื่นรู้ สู้วิกฤตสุขภาพ” .... มีอะไรใหม่ ๆ เล่าสู่กันฟังบ้างนะคะ

**○ กิจกรรมของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**

17-19 ส.ค.63 เข้าร่วมประชุมส่งเสริมสนับสนุนพัฒนา เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการสุขศาลาพระราชทานและติดตามโครงการฯ ณ พื้นที่สุขศาลาพระราชทานบ้านป่าหมาก บ้านแพรกตะคร้อ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์และสุขศาลาพระราชทานบ้านโป่งลึก จังหวัดเพชรบุรี

17-18 ก.ย.63 ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานพิธีมอบรางวัลเชิดชูเกียรติหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและโรงเรียนสุขบัญญัติ และบรรยายพิเศษเรื่องปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพคนไทย ภายใต้งาน “เวทีวิชาการปรับพฤติกรรมเปลี่ยนสุขภาพคนไทย”

1-6 ธ.ค.63 ร่วมจัดนิทรรศการเรื่อง “พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพในการเสริมสร้างร่างกาย การกินผักผลไม้หลากสี ในงานสาธารณสุขไทยใต้ร่มพระบารมี ณ บริเวณทางเท้าเลียบถนนสนามไชยหน้ากระทรวงกลาโหมถึงมิวเซียมสยาม เขตพระนคร กรุงเทพฯ เนื่องในโอกาสวันพ่อแห่งชาติเพื่อรำลึกถึงพระมหากรุณาธิคุณของพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศรมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร..... ธสถิตย์ในดวงใจไทยทั้งชาติ

นอกจากนั้นยังจัดทำสื่อต่าง ๆ ในช่วงวันสาธารณสุขสำคัญๆเช่นในช่วงหน้าหนาวจะเตือนภัย 5 โรค คือโรคไข้หวัดใหญ่ โรคปอดอักเสบโรคอุจจาระร่วง โรคหัด และโรคมือเท้าปาก จัดทำสื่อให้ความรู้ตามสุขบัญญัติแห่งชาติตามวาระของวันสำคัญ ๆ เช่น.. 21 ตุลาคมเป็นวันทันตสาธารณสุขแห่งชาติ ก็จะใช้สุขบัญญัติข้อ 2 เรื่องรักษาฟันให้สะอาดแปรงฟันอย่างถูกวิธี ช่วงเทศกาลกินเจก็จะให้ความรู้เรื่องการกินผักหลากสีสุขภาพดีในเทศกาลกินเจ รวมทั้งยังมีรายการคุยสนุกเรื่องสุขภาพเผยแพร่ทางสื่อออนไลน์เป็นประจำทุกเดือน

◦ **คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา** โดย **รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย คณบดี** คณะสาธารณสุขศาสตร์ ลงนามข้อตกลงความร่วมมือกับสำนักงานอุตสาหกรรมจังหวัดชลบุรี โดยนายชัชพล อินทโฉม อุตสาหกรรมจังหวัดชลบุรี โดยมี ดร.ปาจรีย์ อับดุลลากาซิม รองคณบดีฝ่ายวิชาการและวิจัย และนายอนิรุทธ์ โพธิหล้า วิศวกรชำนาญการพิเศษ ร่วมเป็นพยาน การลงนามในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความร่วมมือในการพัฒนา ส่งเสริมงานวิชาการ โดยสนับสนุนให้มีงานวิจัยเชิงบูรณาการและความร่วมมือด้านวิชาการ ตลอดจนกิจกรรมอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนางานวิชาการ และการวิจัยด้านสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรในสายวิชาชีพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย ในการฝึกอบรมพัฒนาความรู้เพื่อพัฒนาเพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข

👉👉 รวมทั้งความร่วมมือในการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันด้านวิชาการและงานวิจัย เพื่อสนับสนุนให้มีการเรียนการสอน การบรรยาย การทำวิจัยร่วมกัน และกิจกรรมทางวิชาการอื่น ๆ โดยให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางวิชาการ บทความวิจัย รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการอื่น ภายใต้ข้อจำกัดทางวิชาการ และความเป็นไปได้ด้านกฎระเบียบของทั้งสองฝ่าย

ทั้งนี้ ขอแสดงความยินดีกับ **รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย ที่ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งคณบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา** ต่ออีกเป็นสมัยที่สอง .. ขอให้ประสบความสำเร็จในการผลักดันงานสาธารณสุขและสุขศึกษาให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นนะคะ ..

◦ **คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล** โดย**ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์** ร่วมกับ **สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข** จัดทำโครงการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2563-2564 โดย **รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง** ได้ทดสอบกระบวนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค (กิจกรรมฝึกเพิ่มทักษะ 5 ด้าน) และเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค สำหรับบุคลากรสาธารณสุขจากสำนัก/กองส่วนกลาง และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทุกเขตทั่วประเทศ ระหว่างวันที่ 25-27 พฤศจิกายน 2563 ณ ห้องประชุมโรงแรมอมารี รีสอร์ท หัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

**แพทย์หญิงสุมนี วัชรสินธุ์** ผู้อำนวยการสำนักสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และคุณนิรันตา ไชยพาน หัวหน้ากลุ่มสื่อสารฯ พร้อมด้วยทีมวิทยากรอาจารย์สรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์, อาจารย์จริยากร ดิษจินดา, ผศ.ดร.นพรัตน์ ศุทธิถกล, อาจารย์จิตพิสุทธิ์ หงส์ขจร, ผศ.ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์ และคุณสุจิตรา บุญกล้า ร่วมแรงร่วมใจอย่างเต็มกำลัง

**◦ กิจกรรมของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จ.นนทบุรี**

31 ก.ค.- 25 ส.ค.63 กลุ่มงานสุขศึกษา นำโดย นางพัชราภรณ์ เย็นสำราญ จัดทำโครงการเสริมสร้างภาวะโภชนาการและพัฒนาเด็กสมวัยในนักเรียนชั้น ป.4- ป. 6 ประจำปี 2563 จำนวน 150 คน ณ โรงเรียนวัดแจ้งศิริสัมพันธ์ จัดกิจกรรม 4 ครั้ง ได้แก่ การเรียนรู้และฝึกทักษะการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับวัย การเรียนรู้พัฒนาการสติปัญญาในการเรียน ฝึกทักษะการทำสมาธิ... ถ้าเด็กทุกคนมีความรู้และทักษะเรื่องสุขภาพที่ถูกต้องก็จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ดีในอนาคต ขอให้มีโครงการดีดีแบบนี้ต่อเนื่องตลอดไปนะคะ.....

ส.ค.- ก.ย.63 จัดทำกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกบุหรี่ในนักเรียนโรงเรียนราชวินิต จังหวัดนนทบุรี

17-18 ก.ย. 63 กลุ่มงานสุขศึกษาร่วมกับกลุ่มเวชกรรมสังคม กลุมงานเทคนิคการแพทย์ฯ และกลุ่มการพยาบาลหให้บริการตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบชนิดบีและซี เนื่องในวันตับอักเสบโลก รวมทั้งตรวจเอชไอวี พร้อมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการดูแลตนเองในรูปแบบ New Normal แก่ประชาชน

นอกจากนี้ ยังได้จัดทำโครงการ PNK ชวนขยับนับก้าว ตั้งแต่เดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2563 สรุปผลงานโครงการหาอ่านได้ในฉบับนี้ค่ะ

## กิจกรรมของเครือข่ายในภาคเหนือ

**◦ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่** โดย**นายทอง พันทอง** รอง นพ.สสจ. กล่าวเปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการ “การพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ” เมื่อวันที่ 28 กันยายน 2563 พร้อมมอบเกียรติบัตรหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และโรงเรียนสุขบัญญัติที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดีมากและดีเยี่ยม จัดโดยนางจามจุรีย์ เลิศจันทร์ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบ และได้รับเกียรติจาก **นางสาวมะลิ ไพฑูรย์เนรมิต** รองผู้อำนวยการด้านวิชาการกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นวิทยากรบรรยายในหัวข้อ **“ทิศทางการขับเคลื่อนงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ” และนางมัลลิกา ตะติยาพรพันธ์** ผอ.รพสต.บ้านพญาชมพู อำเภอสารภี บรรยายในหัวข้อ **“การประเมินมาตรฐานงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ**

นางสาวจิระนันท์ สมบูรณ์ ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาระดับจังหวัดได้กล่าวถึงวัตถุประสงค์ของงานนี้ก็เพื่อขับเคลื่อนงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเพื่อให้บุคลากรที่ทำงานด้านสุขศึกษารับทราบเกณฑ์การประเมินมาตรฐานงานสุขศึกษา ผู้เข้าร่วมประชุม มีจำนวนทั้งสิ้น 60 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินคุณภาพงานสุขศึกษา หน่วยบริการจัดหวัดเชียงใหม่ และผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาระดับอำเภอ .. ขอขอบคุณน้องเป้า (วิลาวัลย์) แจ้งข่าวมาจ้าว..

◦ **กลุ่มงานสุขศึกษา และกลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลฝาง** จัดกิจกรรมกิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องอาหารกลางวันลดหวาน ลดเค็ม ในโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก ให้กับครูอนามัย ครูผู้รับผิดชอบงานด้านโภชนาการ ครูผู้ดูแลเด็ก แกนนำนักเรียน ผู้ประกอบการร้านอาหารในโรงเรียน/ศูนย์เด็กเล็ก ในเขตรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบลเวียง จำนวน 60 คน นางสาวประทุมวรรณ แจ่มสว่าง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่อนปิ่น และนางสาวภิญญาพัชญ์ หอมมา นักโภชนาการโรงพยาบาลไชยปราการ ให้เกียรติเป็นวิทยากรบรรยาย

**วัตถุประสงค์ของโครงการ** เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้และความเข้าใจถึงผลกระทบจากการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัดและเค็มจัด รวมทั้งเพื่อให้ผู้รับเหมาประกอบการร้านอาหาร/ร้านขายเครื่องดื่ม/ร้านค้าสหกรณ์ทั้งในโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็ก มีการจัดอาหารที่ลดเค็มและหวานน้อยให้กับนักเรียน และเพื่อให้นักเรียนที่เข้ารับการอบรมนำความรู้ที่ได้รับไปจัดกิจกรรม เพื่อประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องการเลือกซื้อ/รับประทานอาหารลดหวาน ลดเค็มในโรงเรียน

**ผลการดำเนินงาน** ได้ทำการสุ่มตรวจอาหารกลางวัน อาหารว่าง และเครื่องดื่มรสหวานในโรงเรียนและศูนย์เด็กเล็กจำนวน 15 ตัวอย่าง โดยใช้เครื่องวัดความเค็มและเครื่องวัดความหวาน พบว่าอาหารผ่านเกณฑ์ความหวานและความเค็ม ร้อยละ 53.33 ทีมงานได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้เครื่องปรุงรสและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดหวาน มัน เค็ม สำหรับเด็กวัยเรียน

◦ **สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี** จัดกิจกรรมเรียนรู้สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข 8 จังหวัด จัดโดย**คุณเดชา สุคนธ์ หัวหน้ากลุ่มสื่อสารความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพ และคุณธัญญาภรณ์ คุณสมบัติดูบูโลซ์** เมื่อวันที่ 12-13 พฤศจิกายน 2563 ณ ห้องประชุมโรงแรมลพบุรีอินน์ จังหวัดลพบุรี

◦ **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ร่วมกับหน่วยงานจังหวัด** โดยกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ จัดทำ Infographic เผยแพร่แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ส่งเผยแพร่ดึงดูดความสนใจในโลกสังคมออนไลน์เป็นระยะในกลุ่มไลน์ต่าง ๆ

ก.ค.63 อำเภอวัดโบสถ์จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ให้กับผู้ป่วยทั้งอำเภอโดยแยกการอบรมเป็นโซนเหนือโซนใต้ ผลการดำเนินงานทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้คิดเป็นร้อยละ 49.09 และควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีคิดเป็นร้อยละ 64.31 และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากตาบอด ตัดเท้าติดต่อกันมา 3ปี ในผู้ป่วยเบาหวาน

ส.ค.63 อำเภอวัดโบสถ์จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีการฝึกทักษะแบบเข้มข้นต่อการปฏิบัติจริง

พ.ย.63 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลกสนับสนุนการจัดอบรม อสม.แกนนำของ คปสอ.เนินมะปราง ในการติดตามและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามโครงการชุมชนวิถีใหม่ NCDs .... คุณพรทิพย์ เรืองมี รายงานค่ะ

**กิจกรรมของเครือข่ายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**

◦ **โรงพยาบาลอุดรธานี** จัดทำคลิปเรื่องอาหารและคลิปท่าบริหารร่างกายที่ถูกต้อง ทันสมัยมากมายและหลากหลาย ติดตามได้จาก YouTube เจ้าค่ะ **คุณเต้าเจี้ยว** ผู้สร้างสรรค์ผลงานสุขศึกษาด้วยคลิปเสียงตามสายเสียงในฟิล์มภาษาอีสานขนานแท้ นี่แหล่ะคนขยันสุดสุดค่ะ

◦ **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี** และ**วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์** จัดอบรมเสริมศักยภาพข้าราชการบรรจุใหม่ (รุ่น COVID) รุ่นที่ 1, 2 และ 3 รวมจำนวน 267 คน ออกแบบหลักสูตรโดยให้ความสำคัญต่อการสร้างประสบการณ์เรียนรู้ที่หลากหลาย รวมทั้งหลักการ Health Literacy เพื่อนำไปใช้สร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติงานพยาบาลและการสาธารณสุข ..

มุมมอง ประเด็นซักถาม การแสดงความสนใจ และการทดสอบความเข้าใจด้วยการประเมินการเรียนรู้.. บุคลากรรุ่นใหม่สะท้อนถึงความเข้าใจและแสดงความตั้งใจที่จะนำหลักการไปประยุกต์ใช้กับงานใน ICU และหอผู้ป่วย ด้วยวิธีสุขศึกษาแนวใหม่ ..ขอให้ระบบบริการสุขภาพของอุบลฯ เกิดการพัฒนามากขึ้นจากคนรุ่นใหม่เหล่านี้จ้า ! ...

◦ **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม** โดยคุณมนัสดา อุ่นโสมย์ นักสุขศึกษาและพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบรบือ ได้ปฏิบัติบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในยุคโรคระบาด ซึ่งเป็นโรคใหม่และร้ายแรง อาศัยการทำงานที่บูรณาการ **ศาสตร์** คือ ศึกษาหาความรู้และทำความเข้าใจกับโรคให้ครบถ้วนถูกต้องชัดเจน และ **ศิลป์** คือ ศิลปะในการสื่อสาร ให้คำแนะนำแก่ประชาชนและผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งวางแผนการปฏิบัติงานร่วมกับเครือข่ายทำงานเป็นทีม มีแผนปฏิบัติงานชัดเจนทั้งรุกและรับภายใต้นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและผู้บังคับบัญชาตามลำดับ **จัดบริการเชิงรุก** ให้คำแนะนำประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบครอบคลุมทั้งภาครัฐและภาคประชาชน ด้วยความร่วมมือของวิทยุชุมชน ส่วนราชการ/หน่วยงาน วัด โรงเรียน อสม. มีการจัดเวรยามร่วมกันทั้งฝ่ายปกครอง ท้องที่ ท้องถิ่นและสาธารณสุข ทำการคัดกรอง เฝ้าระวังและกักกันกลุ่มเสี่ยง/ผู้ที่เดินทางเข้ามาในหมู่บ้าน มีการตรวจตราและรายงานอย่างเป็นระบบ ... ส่งผลให้สถานการณ์โรคโควิด 19 ในจังหวัดมหาสารคามมีผู้ป่วยติดเชื้อซึ่งอยู่ในจังหวัดใกล้เคียงมาขอพักรักษาตัวและเสียชีวิตในเวลาต่อมาพียง 1 ราย ส่วนประชาชนในพื้นที่ ณ เวลานี้ ยังไม่พบผู้ติดเชื้อจ้า ! ...

## กิจกรรมของเครือข่ายในภาคใต้

### ◦ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

กลุ่มงานสุขศึกษา รพ.ยะลา จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง "แนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐานงานสุขศึกษาและเกณฑ์การประเมิน ปี2563" แก่ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษา ใน รพท.และรพช.ทุกแห่งในจังหวัดปัตตานี เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2563

กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลยะลา จัดกิจกรรมออกกำลังกายและประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรอง BMI วัดรอบเอวตามนโยบายองค์กรไร้พุงโรงพยาบาลศูนย์ยะลา และกิจกรรมก้าวท้าใจ Season 2 เพื่อสุขภาวะที่ดีในการป้องกันโรคเรื้อรัง(NCDs) ของบุคลากรในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2563

กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลยะลา จัดกิจกรรมรณรงค์โรคไข้เลือดออกและการดูแลสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติแก่นักเรียนโรงเรียนเพ็ญศิริ อ.เมือง จ.ยะลา จำนวน 100 คน เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม 2563

กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลยะลา กับภารกิจวิทยากรอบรมแกนนำวัยรุ่น Super Teen Friend Corner หัวข้อ "การพัฒนาพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ การให้คำปรึกษาและส่งต่อ ในกลุ่มเยาวชน จำนวน 120 คน โดยมีกิจกรรมการบรรยาย การจัดฐานการเรียนรู้ สาธิต ฝึกทักษะการให้คำปรึกษา ถาม-ตอบ ปัญหาวัยรุ่น ระหว่างวันที่ 1-2 กันยายน 2563

กลุ่มงานสุขศึกษาร่วมกับงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลยะลา ได้จัดกิจกรรมรณรงค์วันล้างมือโลก (Global Hand Washing Day) โดยมี นพ.บรรยง เหล่าเจริญสุข ผู้อำนวยการ รพศ.ยะลา กล่าวเปิดงานณรงค์ให้เจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการรวมทั้งประชาชนทั่วไป ล้างมืออย่างถูกวิธี 7 ขั้นตอน ก่อนและหลัง ทำกิจกรรมต่าง ๆ กิจกรรมประกอบด้วย การสาธิตล้างมือ 7 ขั้นตอน จัดนิทรรศการให้ความรู้ เดินรณรงค์ มอบสบู่ล้างมือและแผ่นพับการล้างมือ เป็นของที่ระลึกแก่ผู้มารับบริการในโรงพยาบาลา เมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2563

**มีข่าวเศร้าสำหรับผู้คุ้นเคยและผู้ใกล้ชิด**

กย.2563 ขอแสดงความเสียใจกับการจากไปของ นางศิริลักษณ์ สืบวงค์แพทย์ สมาชิกสมาคมฯ ขอบคุณนางสาวสมบูรณ์ ขอสกุล ที่ไปร่วมทำบุญและเป็นตัวแทนในนามสมาคมฯ.....

5-10 พ.ย.63 นายกสมาคมฯกรรมการบริหาร/สมาชิกสมาคมฯ ร่วมเป็นเจ้าภาพสวดพระอภิธรรมศพและพิธีพระราชทานเพลิงศพนายอภินันทน์ มกรเสน สามี นางนลินี มกรเสน กรรมการบริหารสมาคมฯ..... ขอกราบขอบพระคุณค่ะ .....

11 ธค.2563 ชาวสาธารณสุขสูญเสียผู้มีคุณูปการต่อวงการสาธารณสุข นายแพทย์ มงคล ณ สงขลา อดีตรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข/อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข

.. ขอดวงวิญญาณของทั้ง3 ท่านสู่สรวงสวรรค์ค่ะ....

ก่อนจากกัน ขอความร่วมมือสมาชิกเครือข่ายสุขศึกษาส่งข้อมูล กิจกรรม/ผลงานสุขศึกษาพร้อมภาพมาเล่าสู่กันฟังกันบ้างนะคะ ขอให้โชคดี มีความสุขตลอดปี 2564 พบกันใหม่ฉบับหน้าค่ะ

นิลุบล

# ข่าวประชาสัมพันธ์

## การประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20

สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา ร่วมกับ กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**กำหนดการจัดการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 เรื่อง “ล้ม หรือ รุก : ปรับพฤติกรรมสู่ชีวิตใหม่” ระหว่างวันที่ 20-22 พฤษภาคม พ.ศ.2564 ณ โรงแรมอิงธาร รีสอร์ท จังหวัดนครนายก**

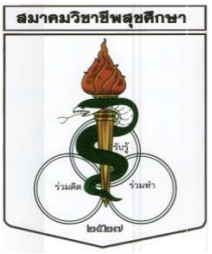
ชมวิดีทัศน์เปิดการประชุม ร่วมแสดงความยินดีและถ่ายภาพการมอบโล่รางวัลนักสุขศึกษาดีเด่น มอบใบรับรองมาตรฐานงานสุขศึกษาจากทั่วประเทศ รับฟังการบรรยาย/อภิปราย และการนำเสนอผลงานวิชาการและโปสเตอร์ โดยหัวข้อการประชุม ประกอบด้วย

- พฤติกรรมกรรมสุขภาพวิถีชีวิตใหม่
- อปท.บทบาทเชิงรุก เพื่อปรับพฤติกรรม สู่วิถีชีวิตใหม่
- หนึ่งตำบล รวมพลังเป็นหนึ่ง สร้างสังคมสุขภาวะ
- รูปแบบชุมชนมีส่วนร่วม จัดการพฤติกรรม สร้างวิถีชีวิตใหม่
- วิถีชีวิตใหม่บนความเท่าเทียม
- ระบบสุขภาพรอบรู้ ด้วยมาตรฐานละบริการคุณภาพ
- Bully พฤติกรรมรังแกและคุกคามในสังคมไทย
- การสร้างสังคมไทยเป็นสุข ด้วยวิธีประนีประนอม

อัตราค่าลงทะเบียน มีดังนี้

| อัตราค่าลงทะเบียน | ภายใน 31 มี.ค.64 | 1 เม.ย.64 เป็นต้นไป |
|---|---|---|
| 1. ผู้สนใจทั่วไป | 2,800 บาท | 3,000 บาท |
| 2. สมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา | 2,300 บาท | 2,500 บาท |
| 3. สมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา เกษียณอายุแล้ว | 1,500 บาท | 1,800 บาท |
| 4. นักสุขศึกษาดีเด่น | 1,500 บาท | 1,800 บาท |
| 5. นิสิต/นักศึกษา ระดับปริญญาโท-เอก | 1,500 บาท* | 1,800 บาท* |
| 6. นิสิต/นักศึกษา ระดับปริญญาตรี | 350 บาท** | 350 บาท** |
| * ได้รับเฉพาะเอกสารวิชาการ อาหารกลางวันและอาหารว่าง ** ได้รับเฉพาะอาหารว่าง | | |

**ติดตามข่าวสารการจัดประชุม และการลงทะเบียนเข้าร่วมประชุม** ได้ที่ www.hepa.or.th




**สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา**

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 420/1 ถนนราชเทวี กทม. 10400 โทรศัพท์ (02) 354-8553, โทรสาร (02) 644-8999

เลขประจำตัวสมาชิก .....

*(สมาคมกำหนดให้ภายหลัง)*

# ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

1. ข้าพเจ้าชื่อ นาย / นาง / นางสาว / ยศ .....นามสกุล .....
2. สถานภาพสมรส ( ) คู่ ( ) โสด
3. การศึกษาระดับสูงสุด .....ปีการศึกาที่สำเร็จ .....
   วุฒิทางสุขศึกษา คือ ..... จากสถาบัน .....
4. อายุ ..... ปี (กรณีสามารถเปิดเผย วัน เดือน ปีเกิด ได้ โปรดระบุ)
   เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....
5. ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน..... กรณีเกษียณ ตำแหน่งสุดท้าย.....
6. หน่วยงานที่ทำในปัจจุบัน (โปรดระบุให้ละเอียด เช่น แผนก กอง กรม กระทรวง)
   .....
   .....
7. ที่อยู่ของสถานที่ทำงาน เลขที่ ..... ซอย/ถนน ..... แขวง/ตำบล .....
   เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
   อีเมล์ .....
8. บ้านที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... ซอย/ถนน ..... แขวง/ตำบล .....
   เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
9. การติดต่อเอกสารต้องการส่งที่ ( ) บ้าน ( ) ที่ทำงาน
10. ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา ประเภท
    ( ) สมาชิกกิตติมศักดิ์ จำนวน ..... บาท
    ( ) สามัญตลอดชีพ 1,000 บาท จำนวน ..... บาท

ผู้สมัคร .....

วันที่รับสมัคร ...../...../.....

ผู้รับสมัคร .....

**วิธีชำระค่าสมัครสมาชิก**

โอนเงินเข้าบัญชี “สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา” **ธนาคารไทยพาณิชย์** ประเภทออมทรัพย์

สาขา โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน กรุงเทพฯ

เลขที่บัญชี 254 – 211090 - 7

# คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับสำหรับการส่งเผยแพร่ วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

**Journal of The Health Education Professional Association**

http://hepa.or.th/journal.php

อีเมล์ hepathai@gmail.com, kmkaeo@gmail.com

วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้สนใจทั่วไป ทั้งนี้ บทความทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาก่อนการเผยแพร่ กองบรรณาธิการฯ มีความยินดีที่จะรับบทความวิชาการ งานวิจัย และสาระความรู้ด้านสุขศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค จากสมาชิกสมาคมฯ ผู้ปฏิบัติงาน และบุคคลทั่วไป เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยมีแนวทางการจัดเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

**ลักษณะของบทความที่ส่งเผยแพร่**

1. เป็นบทความวิชาการด้านสุขศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค ในรูปแบบ **บทความทางวิชาการ สาระความรู้/เรื่องเล่าจากประสบการณ์/สรุปบทเรียน หรือ ผลงานวิจัย** ที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานและการนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินชีวิต
2. เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์มาก่อนทั้งในประเทศและต่างประเทศ
3. เป็นบทความที่ไม่ได้อยู่ในระหว่างการพิจารณาของสื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ
4. เป็นบทความที่ไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่น
5. ระบุชื่อเจ้าของบทความและรายละเอียดการติดต่อ

**รูปแบบการจัดเตรียมต้นฉบับ**

**บทความวิชาการ** ต้นฉบับจัดพิมพ์ ขนาด A4 ด้วยตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ขนาด 16 ระบุชื่อเรื่องไว้บรรทัดแรก กึ่งกลางหน้า บรรทัดถัดมาระบุชื่อเจ้าของบทความและสถานที่ทำงาน จัดหัวข้อตามความเหมาะสม ควรระบุแหล่งข้อมูลที่นำมาใช้อ้างอิงประกอบไว้ด้วย ความยาวเรื่องไม่เกิน 12 หน้า

**ผลงานวิจัย** ต้นฉบับจัดพิมพ์ ขนาด A4 ด้วยตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ขนาด 16 ความยาวเรื่องไม่เกิน 12 หน้า จัดหัวข้อตามลำดับดังนี้

**1. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย จัดกลางหน้ากระดาษ ใช้ตัวหนา)**

**2. ระบุชื่อผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และสถานที่ทำงาน**

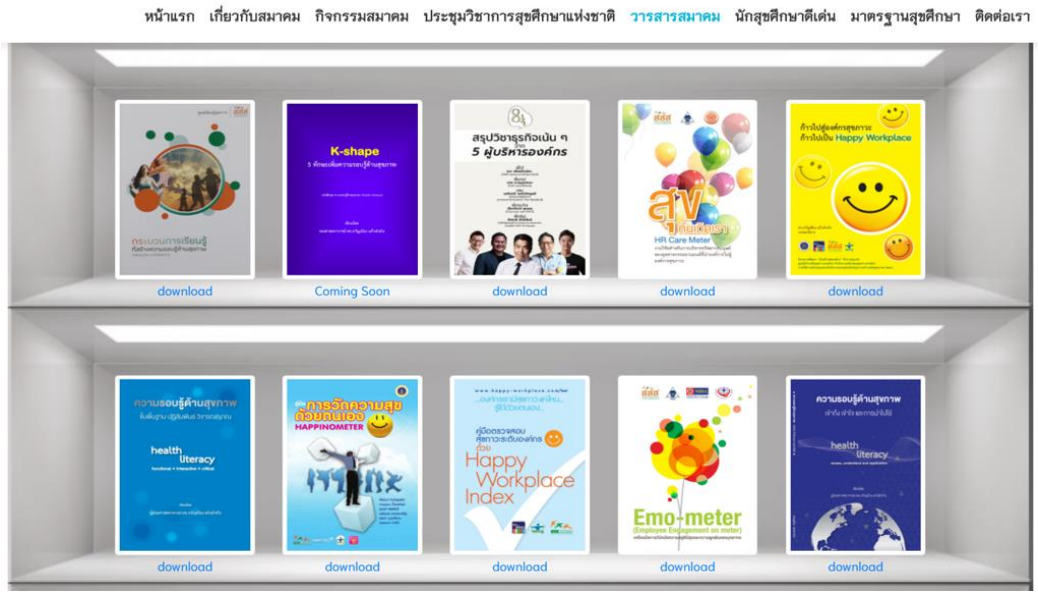
**3. บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่เกิน 250 คำ) โดยระบุคำสำคัญที่บรรทัดสุดท้าย**

**4. เนื้อหา ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะจากการศึกษา เอกสารอ้างอิง**

**5. ระบบการอ้างอิง ใช้การอ้างอิงตามรูปแบบ APA style หรือระบบ นาม-ปี ของ Publication Manual of the American Psychological Association**

ผู้สนใจสามารถส่งต้นฉบับในรูปอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ที่อีเมล์ kmkaeo@gmail.com; hepathai@gmail.com
**ส่ง บรรณาธิการวารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา อาคาร 3 ชั้น 7 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 420/1 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400**

**สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา จัดบริการเพื่อสังคม**
**เผยแพร่ชั้นหนังสือ “รอบรู้ ทันสมัย น่าอ่าน”**
**ดาวโหลดได้ฟรี ที่** http://hepa.or.th/journal.php



## การประชาสัมพันธ์ธุรกิจในวารสารและอัตราค่าบริการ

วารสารฯ ได้จัดหน้าประชาสัมพันธ์ธุรกิจ สำหรับสมาชิกและบุคคลทั่วไป เพื่อการเผยแพร่ข้อความและภาพโฆษณา ซึ่งกองบรรณาธิการพิจารณาแล้วว่าไม่มีอันตรายต่อสุขภาพและการปฏิบัติตัวของประชาชน

**อัตราค่าบริการ** มีดังนี้

1. พื้นที่หน้าก่อนปกหลัง เต็มหน้า ราคา 2,000 บาท
2. พื้นที่หน้าก่อนปกหลัง ครึ่งหน้า ราคา 1,000 บาท
3. พื้นที่อื่นหรือการจัดวางสอดแทรกเนื้อหาในรูปแบบอื่นๆ ราคาตามการตกลงเป็นรายกรณี

ผู้ประสงค์จะใช้พื้นที่ของวารสารฯ นี้ ในการประชาสัมพันธ์ธุรกิจ หรือโฆษณาสินค้าและบริการ สามารถส่งข้อความเผยแพร่และภาพโฆษณาในรูปของ pdf, ppt, JPEG, PNG, .doc มาที่ กองบรรณาธิการวารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา อีเมล์ hepathai@gmail.com, kmkaeo@gmail.com โทรศัพท์ 081-6840109

**วิธีชำระค่าบริการ**

1. โอนเงินเข้าบัญชี **“สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา” ธนาคารไทยพาณิชย์** ประเภทออมทรัพย์ สาขา โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน กรุงเทพฯ **เลขที่บัญชี 254 - 211090 - 7**
2. ส่งหลักฐานการโอน/ชำระเงิน มาที่อีเมล์ hepathai@gmail.com, kmkaeo@gmail.com หรือ LINE และ**ตรวจสอบการเผยแพร่ได้ที่** http://hepa.or.th/journal.php

* ประชาสัมพันธ์ธุรกิจและโฆษณา *

## ประกาศขายที่ดินด่วนราคาถูก

- ที่ดินเปล่า 70 ตารางวา ม.ปาริชาติ คลอง 4 โครงการแลนด์แอนเฮ้าส์ ถนนรังสิต-นครนายก
- ที่ดินเนื้อที่ 48 ตารางวา ตรงกันข้าม กับ ม.ทักษิณ อ.เมือง จ.สงขลา ซอย 7 ถนนกาญจนวนิช
- ที่ดิน 1 ไร่พร้อมบ้าน 3 ห้องนอน 3 ห้องน้ำ 1 ห้องรับแขก แอร์ทุกห้อง อยู่ในชลพฤกษ์ รีสอร์ท ถนนรังสิต-นครนายก
- ที่ดินเปล่า หลังห้องอาหารช่อชะมวง โครงการสาริกาชาเล่ต์ อ.เมือง จ.นครนายก แปลงละ 100 ตารางวา จำนวน 4 แปลง ก่อนถึงน้ำตกวังตะไคร้
- ที่ดินเปล่า เนื้อที่ 4 ไร่ ซอยโพธิ์เงิน อ.เมือง จ.นครนายก

สนใจติดต่อ โทร 081-310-9798

ขายนา 102 ไร่ ๆ ละ 150,000 บาท

อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

ติดถนน ด้าน หลังติดคลองชลประทาน

ห่างรถไฟรางคู่ 60 เมตร ใกล้ชุมชน โรงเรียน

ติดต่อ ชัยสิทธิ์ โทรศัพท์ 081-484-4030

* ประชาสัมพันธ์ธุรกิจและโฆษณา *

* ประชาสัมพันธ์ธุรกิจและโฆษณา *

*คุณปรีชา-คุณเกสร สุสันทัด*

*โทร. 081-637-9709*

*สนับสนุนการจัดทำ*

*วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษาออนไลน์*

* ประชาสัมพันธ์ธุรกิจและโฆษณา *

* ประชาสัมพันธ์ธุรกิจและโฆษณา *

“สร้างมุมมองการเรียนรู้
รูปแบบใหม่ผ่านสื่อการเรียนรู้
ที่สร้างสรรค์”

Harmonist
Consultant
บริษัท ฮาร์โมนิสท์ คอนซัลแทนท์ จำกัด

ออกแบบเนื้อหา
ให้เข้าใจง่าย

สร้างการเรียนรู้ที่สนุก

สร้างบรรยากาศการมี
ส่วนร่วมในการเรียนรู้

Harmonist
Consultant
บริษัท รับออกแบบและผลิตสื่อการเรียนรู้

สื่อเพื่อส่งเสริมการขับเคลื่อนโครงการ
HEALTHY ORGANIZATION

สื่อเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
HEALTH LITERACY

สื่อเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ประเด็น การป้องกันกลุ่มโรค NCDs

สนใจติดต่อ เบอร์ 098-505-2880 , 086-515-5455, 02-589-0353

* ประชาสัมพันธ์ธุรกิจและโฆษณา *

** ประชาสัมพันธ์ธุรกิจและโฆษณา **

**หนังสือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน**
**ผลงานลำดับที่ 3** เขียนโดย รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง

**เนื้อหา** 285 หน้า ราคา 270 บาท ประกอบด้วย
บทที่ 1 กระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
บทที่ 2 การออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
บทที่ 3 การเลือกใช้กลวิธีสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
บทที่ 4 ปฏิบัติการและบทเรียนภาคสนาม
บทที่ 5 การจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
บทที่ 6 เครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ
บทที่ 7 ถาม-ตอบ เพิ่มความรอบรู้
บทที่ 8 บทสรุปส่งท้าย

**หนังสือ** มีจำหน่ายที่ศูนย์หนังสือจุฬาทุกสาขา, ร้านนายอินทร์, ร้านซีเอ็ดบุ๊ค, ร้านหนังสือชั้นนำ
**eBook สั่งซื้อได้ที่** *www.chulabook.com, www.naiin.com, www.se-edbook.com*

**หนังสือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจารณญาณ** (ผลงานลำดับที่ 2)

**เนื้อหา** 180 หน้า ราคา 170 บาท ประกอบด้วย
บทที่ 1 แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ
บทที่ 2 หลักการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
บทที่ 3 ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
บทที่ 4 การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน
บทที่ 5 การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์
บทที่ 6 การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ
บทที่ 7 ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการพัฒนาปัญญาของมนุษย์
บทที่ 8 Health Literate Organization & Happy Workplace
บทที่ 9 บทสรุปส่งท้าย

**หนังสือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้** (ผลงานลำดับที่ 1)

**เนื้อหา** 228 หน้า ราคา 220 บาท ประกอบด้วย
**ส่วนที่หนึ่ง พัฒนาการ องค์ประกอบ และการประเมิน**
บทที่ 1 พัฒนาการของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
บทที่ 2 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ
บทที่ 3 การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ
**ส่วนที่สอง การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคล**
บทที่ 4 กระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
บทที่ 5 การสร้างการเรียนรู้และการสื่อสาร
บทที่ 6 กลวิธีสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล
**ส่วนที่สาม การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับองค์กร**
บทที่ 7 องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization)
บทที่ 8 องค์กรสุขภาวะ (Happy Workplace) กับการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
**ส่วนที่สี่ แนวโน้มการพัฒนา และบทสรุปส่งท้าย**
บทที่ 9 แนวโน้มการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ
บทที่ 10 บทสรุปส่งท้าย

** ประชาสัมพันธ์ธุรกิจและโฆษณา **

วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา
Journal of The Health Education Professional Association
http://hepa.or.th/journal.php
ISSN 2730-1915