



Health Science Journal of Nakhon Ratchasima College

ISSN (Print) 2821-9783

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยนครราชสีมา



ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 เดือน กรกฎาคม – ธันวาคม 2565

Vol.1 No.2 July – December 2022

สถาบันชั้นนำด้านสุขภาพและบริการเพื่อท้องถิ่น

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา

Health Science Journal of Nakhon Ratchasima College

ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 (เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2565): Vol. 1 No. 2 (July – December 2022)

วัตถุประสงค์

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่บทความภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ ประกอบด้วย บทความวิจัย บทความวิชาการ และบทความปริทัศน์ ที่มีขอบเขตครอบคลุมทางด้าน แพทยศาสตร์ สาธารณสุขศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ เทคนิคการแพทย์ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ และ/หรือ สาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

จุดมุ่งหมาย

เป็นแหล่งแลกเปลี่ยนข้อมูลทางด้านวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ ผลงาน สำหรับ คณาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ นักศึกษาทั้งในและนอกสถาบัน รวมถึงสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและการวิจัยที่มีคุณภาพในวารสารรูปแบบสิ่งพิมพ์และวารสารอิเล็กทรอนิกส์ที่เกิดประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวมได้อย่างต่อเนื่อง

กำหนดการเผยแพร่ของวารสาร

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา เผยแพร่ปีละ 2 ฉบับ ดังนี้

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม ถึง เดือนมิถุนายน

ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนธันวาคม

ข้อกำหนดการพิจารณาต้นฉบับ

1. ต้นฉบับบทความต้องเป็นไปตามเกณฑ์รูปแบบมาตรฐานที่วารสารได้กำหนดไว้
2. บทความที่ส่งขอรับการพิจารณาจะต้องไม่เคยเผยแพร่ในวารสารอื่นใดมาก่อน
3. บทความที่ได้รับการพิจารณาเผยแพร่เป็นข้อคิดเห็นของผู้แต่ง/ผู้นิพนธ์/ผู้เขียนเท่านั้น และจะต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อบทความนั้น
4. การพิจารณาบทความ จะดำเนินการในรูปแบบ Double blinded ซึ่งจะกำหนดผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญประเมินคุณภาพบทความวิจัยอย่างน้อย 3 ท่านต่อบทความ และบทความอื่น ๆ อย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความ หากผู้แต่ง/ผู้นิพนธ์/ผู้เขียนต้องการให้ผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้เชี่ยวชาญมากกว่าที่วารสารกำหนด จะต้องมีการใช้จ่ายเพิ่มเติม
5. บทความที่ได้รับการพิจารณาเผยแพร่ในวารสารเป็นลิขสิทธิ์ของคณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

สำนักกองบรรณาธิการ

คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา 290 หมู่ 2 ถนนมิตรภาพ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา รหัสไปรษณีย์ 30000 โทร 044-466050 ต่อ 116

ที่ปรึกษา/บรรณาธิการอำนวยการ

อาจารย์ ดร.ชนากานต์ ยืนยง
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไตรรัตน์ ยืนยง
รองศาสตราจารย์ ดร.วิภาส ทองสุทธิ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ. สราวุธ สายจันมา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธณกร ปัญญาโสโสภณ
อาจารย์ ดร.พจ.ศญาดา ด้านไทยวัฒนา
อาจารย์ ดร.ทพญ.วรพรรณ ยิ่งศิวัชพัฒน์

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.ทัศนีย์ เสาวณะ

กองบรรณาธิการภายนอก

ศาสตราจารย์ ดร.พีรพรรณ ตันอารีย์	มหาวิทยาลัยมหิดล
ศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.เต็มดวง ลิ้มไพบูลย์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศาสตราจารย์ ดร.ทพญ.พรรณี บุตรเทพ	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.ทพ.พันเอกถวัลย์ ฤกษ์งาม	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.ภญ.พินทิพย์ พงษ์เพชร	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รองศาสตราจารย์ ดร.ธนิดา ผาติเสนาะ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
รองศาสตราจารย์ ดร.กรกช อินทราพิเชฐ	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
รองศาสตราจารย์ นพ.จิตเจริญ ไชยาคำ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รองศาสตราจารย์ อัจฉรา ธวัชสิน	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กมลนันท์ ทวีรระยกุล	มหาวิทยาลัยนานาชาติเอเชียแปซิฟิก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกียรติศักดิ์ บัตรสูงเนิน	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภญ.สุกุลรัตน์ รัตนาเกียรติ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณภัสวรรณ ธนาพงษ์อนันท์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อำภา คนชื้อ	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วัฒนา ชยธวัช	มหาวิทยาลัยปทุมธานี
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นงนุช ล่วงพัน	มหาวิทยาลัยบูรพา
อาจารย์ ดร.พท.ชยานนท์ เขาวนัญญกุล	มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์
อาจารย์ ดร.พจ.เสาวลักษณ์ มีศิลป์	มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
อาจารย์ ดร.พจ.ทิพย์วรินทร์ ดุสิตาศิริสกุล	มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม
อาจารย์ ดร.คงศักดิ์ บุญยะประณัย	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อาจารย์ ดร.จิระภา ขำพิสุทธิ์	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น
อาจารย์ ดร.พณิพงศ์ มากมาย	วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

กองบรรณาธิการภายใน

รองศาสตราจารย์ ดร.ภ.สมชาย รัตนทองคำ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทนพ.สรารุช สายจันมา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธณกร ปัญญาใสโสภณ
อาจารย์ ดร.พจ.ศิริพร พจน์พาณิชพงศ์

กองจัดการวารสาร

อาจารย์ ณัฐวุฒิ กกกระโทก	ประธานกรรมการ
อาจารย์ ดร.ภ.ปาริชาติ อ้นองอาจ	รองประธานกรรมการ
อาจารย์ สุภาพร ชินสมพล	กรรมการ
อาจารย์ ชัญญานุช ไพรวงษ์	กรรมการ
อาจารย์ พทป.ชลดา จัดประกอบ	กรรมการ
อาจารย์ ณลิตา ไพบูลย์	กรรมการ
อาจารย์ พทป.รัฐศาสตร์ เด่นชัย	กรรมการ
อาจารย์ วันฉัตร โสฬส	กรรมการ
อาจารย์ ธนากร เสถียรพูนสุข	กรรมการ
อาจารย์ พจ.วิไรรัตน์ อนันตกลีน	กรรมการและเลขานุการ
อาจารย์ นิชาภา เหมือนภาค	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

บทบรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา ฉบับนี้เป็นฉบับปฐมฤกษ์ ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กำหนดเผยแพร่เดือนกรกฎาคม ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 ประกอบด้วยบทความทั้งหมด จำนวน 5 เรื่อง บทความวิจัย 3 เรื่อง และบทความวิชาการ 2 เรื่อง โดยดำเนินการทุกขั้นตอนตามเกณฑ์คุณภาพของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre: TCI)

ทั้งนี้ เพื่อให้การเผยแพร่ผลงานทางวิชาการเป็นที่รู้จักกว้างขวางมากยิ่งขึ้นจึงขอความร่วมมือจากทุกท่านช่วยประชาสัมพันธ์ อนึ่ง วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยแนะนำเพื่อปรับปรุงคุณภาพของวารสาร ให้มีความสมบูรณ์ ซึ่งคณะผู้ดำเนินงานวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา จะพัฒนาคุณภาพให้ได้รับการรับรองมาตรฐานในระดับที่สูงขึ้นต่อไป

บรรณาธิการ

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยนครราชสีมา

สารบัญ

บทความวิจัย :	หน้า
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน บ้านซบตารี จังหวัดจันทบุรี Factors affecting Self-care Herbal Usages Behaviors of the People At Ban Sabtari, Chantaburi Province. จิราณัฐ มีสุวรรณ, กนกนาฏ อภัยภักดิ์, อารีญา หิวกุณฑ, วัฒนา ชยธวัช Jiranuch Mesuwan, Kanoknart Apaipak, Areeya Hekkhunthod, Vadhana Jayathavaj	1
พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบ อาชีพช่างเสริมสวย ในจังหวัดชัยภูมิ Hazard Preventive Behaviors from Chemicals Using in Beauty Treatment of Beautician in Chaiyaphum Province. ศิริรัตน์ ทองลอย, ธัญญารัตน์ บุคดา ณฤดี, พูลเกษม, ณัฐวุฒิ กภกระโทก Sirirat Thongloi, Thanyarat Budda, Naruedee Poonkasem, Nathawut Kokkrathok,	14
พฤกษศาสตร์ในจารึกของอาณาจักรศรีวิชัย : จารึกตาลัง ตูโว (Talang Tuwo) Botany in The Inscriptions of The S'rivijaya Kingdom, Talang Tuwo Inscriptions. กัมพล มะลาพิมพ์, อุเทน วงศ์สถิต, ชลดา จัดประกอบ Kumpon Malapim, U-tain Wongsathit, Chonlada Judprakob	26

สารบัญ (ต่อ)

บทความวิชาการ :	หน้า
พฤติกรรมเนือยนิ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : แนวทางการป้องกัน Sedentary Behaviors Increases the Risk Factor of Developing Non-Communicable Diseases (NCDs) : Prevention Guidelines วันฉัตร โสฬส Wanchat Solod	42
ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกับบทบาทอาจารย์ Adolescent depression and the role of teacher ศญาดา ด่านไทยวัฒนา Sayada Dantahiwattana	54

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน บ้านซับตารี จังหวัดจันทบุรี

จิราณัฐ มีสุวรรณ¹ กนกนาฏ อภัยภักดี² อารีญา หิกลุนทด³ วัฒนา ชยธวัช^{4*}

รับบทความ: 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565/ แก้ไขบทความ: 30 ธันวาคม พ.ศ. 2565/ ตอรับบทความ: 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะทางไปใช้สถานบริการสุขภาพ และโรคประจำตัว กับความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน ประชากรคือ ประชาชนในหมู่บ้านซับตารี หมู่ที่ 2 ตำบลทุ่งขนาน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี ที่มีอายุ 18-65 ปี จำนวน 758 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโร ยามาเน่ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 262 คน เก็บข้อมูลสนามในช่วงเดือน ธันวาคม 2562 ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยสุ่มเลือกครัวเรือนและสุ่มเลือกตัวแทนในครัวเรือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามที่ผ่านแบบประเมินความเที่ยงตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์ด้านการแพทย์แผนไทย 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Independent t test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอย ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สถิติ jamovi 2.3.7

ผลการศึกษาพบว่า

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงร้อยละ 63 อายุเฉลี่ย 46.26 ปี อายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 43.9 สมรส ร้อยละ 68.3 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.7 ทำอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 51.9 รายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 46.2 ระยะทางห่างจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเตาถ่านในรัศมี 3 กิโลเมตร ร้อยละ 90.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.6 และมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 62.60

การจำแนกกลุ่มย่อยตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ การมีโรคประจำตัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันทั้งความรู้ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ส่วนกลุ่มอายุ ระดับการศึกษา และ สถานภาพสมรส ทั้งค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรมีอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มย่อยหนึ่งคู่แตกต่างกันในแต่ละปัจจัย ส่วนระดับรายได้ไม่มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันปานกลางในทิศทางบวก

คำสำคัญ : ปัจจัยส่วนบุคคล, ความรู้, ทักษะ, การใช้สมุนไพร, บ้านซับตารี

^{1,2,3} นักศึกษาปริญญาตรี สาขาการแพทย์แผนไทย คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. หัวหน้าสาขาการแพทย์แผนไทย คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี E-mail: vadhana.j@ptu.ac.th

*ผู้รับผิดชอบบทความ Email: vadhana.j@ptu.ac.th Tel: 0819184467

Factors affecting Self-care Herbal Usages Behaviors of the People At Ban Sabtari, Chantaburi Province

Jiranuch Mesuwan¹ Kanoknart Apaipak² Areeya Hekkhunthod³ Vadhana Jayathavaj^{4*}

Received: 23 November 2022/ Revised: 30 December 2022/ Accepted: 31 December 2022

Abstract

This survey research aimed to study the relationship between personal factors such as gender, age, marital status, education level, occupation, income, distance to use health service stations and congenital diseases with knowledge, attitudes and behaviors of using herbs for self-care. The population is 758 people between 18-65 years old in Ban Sabtari, Moo 2, Thung Khanan Sub-district, Soi Dao District, Chanthaburi Province. The sample size of 262 people was calculated by Taro Yamane's formula. The field data was collected during December 2019 by a simple random and sampling method which was randomly selecting households and randomly selecting household representatives. The research tools were the assessed questionnaire for validity on content by 3 Thai traditional medicine professors. Data were analyzed by descriptive statistics, independent *t* test, one-way analysis of variance, Pearson's correlation coefficient, and regression analysis with jamovi 2.3.7 statistical analysis program.

The results showed that;

The respondents were 63% female, average age 46.26 years old, 43.9% was age between 41-60 years old, 68.3% was married, 58.7% was primary education, 51.9% was engaged in agriculture, 46.2% was income between 5,001-10,000 baht per month, 90.0% was distance from Ban Tao Tan Sub-District Health Promoting Hospital within a radius of 3 kilometers, 86.6% was peopled without congenital diseases, and 62.60% was having behaviors using herbs for self-care at a moderate level.

Subgroups classification according to personal factors found that gender, congenital diseases were difference in the mean scores for knowledge, and herbal use behavior, while age group, education level, and marital status had knowledge scores, attitudes and behaviors on herbal use had at least one pair of subgroups differing in each factor. Only income level had no effect on the mean scores of knowledge, attitude and behavior of herbal use. Knowledge, attitude and behavior of herbal use were moderately correlated in a positive direction.

Keywords: Personal factors, Knowledge, Attitude, Usages of herb, Ban Sabtari

^{1,2,3} Bachelor Student, Thai Traditional medicine, Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University

⁴ Asst.Prof. Dr. Head of Thai Traditional medicine, Faculty of Allied Health Sciences, Pathumthani University

*Corresponding Author, Email: vadhana.j@ptu.ac.th Tel: 0819184467

บทนำ

จังหวัดจันทบุรีเป็นจังหวัดในภาคตะวันออก ตั้งอยู่ชายฝั่งทะเลด้านทิศตะวันออกของอ่าวไทย ห่างจากกรุงเทพมหานครเป็นระยะทางประมาณ 245 กิโลเมตร มีเนื้อที่ประมาณ 6,338 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 3,961,250 ไร่ คิดเป็นร้อยละ 16.6 ของพื้นที่ภาคตะวันออกและเท่ากับร้อยละ 1.8 ของพื้นที่ทั้งประเทศ ลักษณะภูมิประเทศแบ่งเป็น 3 ลักษณะ 1) ป่าไม้ ภูเขา และเนินสูง 2) ที่ราบสลับภูเขา อยู่ตอนกลางของจังหวัด และ 3) ที่ราบฝั่งทะเล อำเภอสอยดาว อยู่ทางด้านเหนือและตะวันออกของจังหวัด มีลักษณะภูมิประเทศเป็นป่าไม้ ภูเขา และเนินสูง อำเภอสอยดาวอยู่ในเขตที่ราบสูงและที่ราบเชิงเขาของจังหวัดจันทบุรี (สำนักงานจังหวัดจันทบุรี, 2562) พื้นที่ของเขตรักษาพันธุ์สัตว์ป่าเขาสอยดาวมีสภาพป่าโดยทั่วไปเป็นป่าดิบชื้นประกอบด้วยพันธุ์ไม้ที่มีค่านานาชนิดขึ้นปะปนกันอย่างหนาแน่น โครงสร้างป่าหลายชั้นเรือนยอด มีไม้ขนาดใหญ่ที่มีค่าทางเศรษฐกิจขึ้นอยู่กระจัดกระจายทั่วไป เช่น มะค่า ยางนา ยางแดง ตะเคียน กฤษณา สมพง ตะแบก มะหาด กระบาก เป็นต้น ส่วนไม้พื้นล่าง ได้แก่ หวาย เร่ว กระวาน เป็นต้น ด้านทรัพยากรสัตว์ป่า จากมีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ลาดเชิงเขาต่อเนื่องจากภูเขา มีลำธารไหลผ่าน 2 สาย มีแหล่งดินโป่งเกิดขึ้นหลายแห่ง จึงมีสัตว์ป่าเข้ามาใช้พื้นที่เป็นแหล่งอาศัย สัตว์ป่าที่พบบ่อย ประเภทสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม ได้แก่ ช้างป่า เก้ง หมูหริ่ง ชะมด อีเห็น แมวป่า ลิงกัง ลิงลม พญากระรอกดำ สัตว์เลื้อยคลาน ได้แก่ เขียด ตะกวด งูเหลือม งูหลาม งูจงอาง งูเขียวหางไหม้ เต่าหวาย ตะกวด กิ้งก่าหางนาเขา ประเภทสัตว์สะเทินน้ำสะเทินบก ได้แก่ กบอกลาหมาก กบอ้อย อึ่ง เขียด และปาดชนิดต่าง ๆ สัตว์จำพวกนกที่พบประมาณ 128 ชนิด เช่น นกแก้ว ไก่ฟ้า ไก่ป่า นกกระทาดง นกขุนทอง นกพญาปากกว้าง และนกอพยพ (สำนักอนุรักษ์สัตว์ป่า กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช, 2558) เช่น นกจับแมลงสีน้ำตาล จังหวัดจันทบุรีเป็นเมืองที่อุดมสมบูรณ์ด้วยทรัพยากรธรรมชาติทั้งในดินและในน้ำ มีสภาพภูมิประเทศและภูมิอากาศที่เอื้ออำนวยต่อการทำการเกษตร (ประเมศร์ อมาตยกุล และ เทวินทร์ โจมทา, 2559)

บ้านซันตารีเป็นหมู่บ้านชายแดนไทยกัมพูชาขึ้นกับองค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งขนาน ทิศตะวันออกจรดประเทศกัมพูชาประชาธิปไตย ห่างจากตัวจังหวัดจันทบุรีประมาณ 85-87 กิโลเมตร และห่างจากที่ทำการอำเภอสอยดาวประมาณ 14 กิโลเมตร (องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งขนาน ม.ป.ป) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นระบบบริการสุขภาพของท้องที่ คือ รพ.สต. บ้านเตาถ่าน และรพ.สต.ใกล้เคียง ได้แก่ รพ.สต.บ้านสวนส้ม รพ.สต. ทุ่งขนาน รพ.สต.บ้านเขาสะทอน และสถานีอนามัยบ้านหนองมะค่า และมีโรงพยาบาลอำเภอคือ โรงพยาบาลสอยดาว ก่อนเข้าไปใช้บริการในจังหวัดต่อไป

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชน ประกอบไปด้วยตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะทาง โรคประจำตัว (ชนิดา มีททวงกูร และคณะ, 2562 ; ปัทมา ศิริวรรณ, 2559 ; สุจิตรา แสงพุก, 2559) แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม (KAP) ทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับตัวแปร 3 ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะคติ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสาร อันอาจมีผลกระทบต่อสังคม ต่อไปจากการรับสารนั้น ๆ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภทยังเกิดขึ้นใน

ลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับสารก็จะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะไปมีผลทำให้เกิดทัศนคติ และขั้นสุดท้าย คือการก่อให้เกิดการกระทำ (สำเนียง ประถมวงษ์, 2553)

บ้านชัยดารมีทั้งระบบบริการสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่มีความหลากหลายทางชีวภาพ เอื้อโอกาสในการในการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงได้จัดทำโครงการสำรวจการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อการดูแลตนเองของชาวบ้านในหมู่บ้านชัยดารโดยใช้ตัวแบบจากการศึกษาและแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมต่อไป

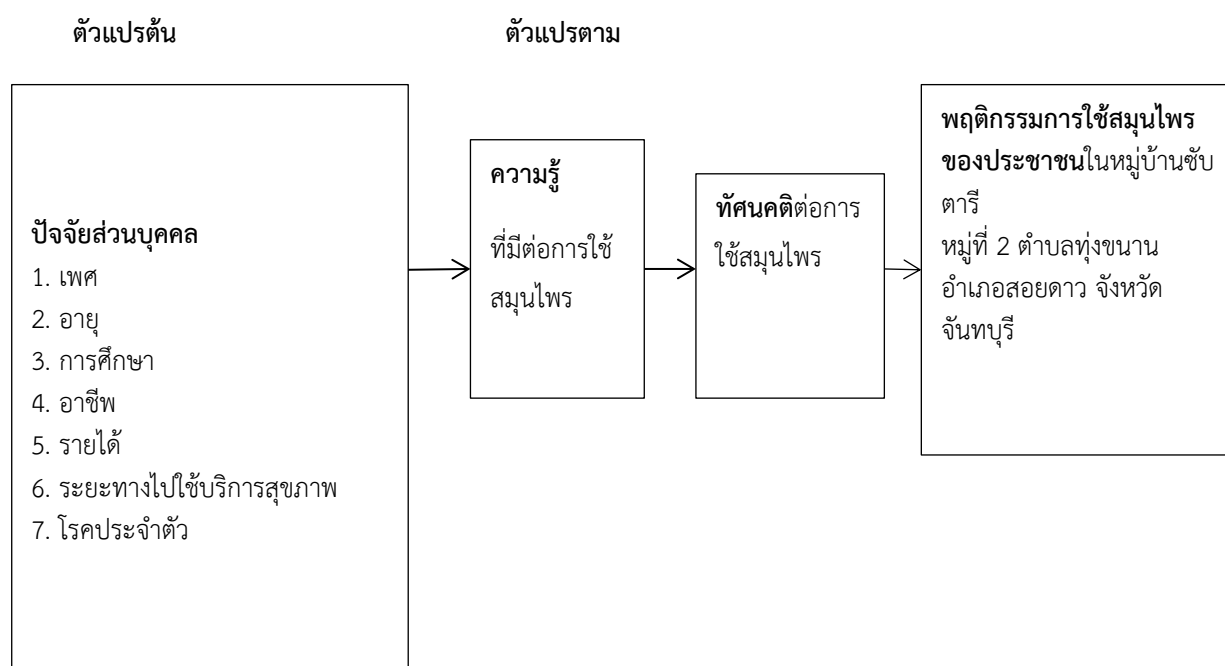
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะทางไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเตาถ่าน โรคประจำตัว ความรู้ และทัศนคติกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในหมู่บ้านชัยดาร จังหวัดจันทบุรี

ขอบเขตของปัญหา

งานวิจัยนี้ใช้พื้นที่หมู่บ้านชัยดาร หมู่ที่ 2 ตำบลทุ่งขนาน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี การศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาประมาณ 5 เดือน นับตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2562 - เดือนมีนาคม 2563 โดยการศึกษาการสัมภาษณ์การใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพจากประชาชนที่มีอายุ 18-65 ปี ที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ระยะทางไปใช้บริการสุขภาพ และโรคประจำตัว ความรู้และทัศนคติที่มีต่อสมุนไพรท้องถิ่นนำไปสู่พฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง นำไปสู่การขยายผลเพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชนต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจค้นคว้า (Exploratory Survey Research) การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของชุมชน

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านซับตารี หมู่ 2 ตำบลทุ่งขนาน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี มีจำนวนประชากรทั้งหมด 1,176 คน ชาย 566 คน หญิง 610 คน มีครัวเรือน ทั้งหมด 375 ครัวเรือน (นันทะ สวัสดิ์พงษ์, 2557) โดยประชากรที่มีอายุ 18-65 ปี มีทั้งหมด 758 คน ชาย 397 คน หญิง 361 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำหมู่บ้าน เตาถ่าน ตำบลทุ่งขนาน, 2562)

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ทาโรยามาเน (Yamane, 1967) ที่มาจากการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรและการกำหนดสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ($p = 0.50, q = 1 - p = 0.50$) ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% มีสูตรดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

โดยที่

n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N คือ จำนวนประชากร (758 คน)

e คือ ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (ร้อยละ หรือ เปอร์เซ็นต์) เมื่อแทนค่าในสูตร

ขนาดตัวอย่าง = 261.83 262 หรือ 262 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร ทัศนคติต่อการใช้สมุนไพร และพฤติกรรมการใช้สมุนไพร การหาคุณภาพของเครื่องมือได้ใช้แบบประเมินความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Index of Item – Objective Congruence หรือ IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์ด้านการแพทย์แผนไทย 3 ท่าน ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 – 1.00 มีความเที่ยงตรง จึงนำไปใช้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สถิติ jamovi 2.3.18 (Jamovi, 2022) สถิติที่ใช้ในวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมาน คือ การทดสอบ Independent t test การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way analysis of variance) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์การถดถอย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ตอบแบบสอบถามมีอายุเฉลี่ย 46.26 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา, มัธยมศึกษาตอนต้น, และมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช ร้อยละ 58.78, 19.85, 14.89 ตามลำดับ สมรส ร้อยละ 68.72 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 51.91 และ 21.76 รายได้ 5,001 – 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 46.18 ระยะทางไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่ากัน ประมาณ 1-3 กิโลเมตร ร้อยละ 75.95 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 84.64

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

รายการ	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
	จำนวน (คน)			ร้อยละ		
รวม	97	165	262	37.02	62.98	100.00
อายุ (ปี)						
ต่ำสุด	19	19	19			
สูงสุด	65	65	65			
เฉลี่ย	44.04	47.57	46.26			
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	14.92	13.52	14.13			
รวม	97	165	262	100.00	100.00	100.00
การศึกษา						
ไม่ได้รับการศึกษา	3	4	7	3.09	2.42	2.67
ประถมศึกษา	49	105	154	50.52	63.64	58.78
มัธยมศึกษาตอนต้น	27	25	52	27.84	15.15	19.85
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	13	26	39	13.40	15.76	14.89
อนุปริญญา/ปวส.	4	2	6	4.12	1.21	2.29
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	3	4	1.03	1.82	1.53
สถานภาพสมรส						
โสด	38	20	58	39.18	12.12	22.14
สมรส	53	126	179	54.64	76.36	68.32
หม้าย/หย่าร้าง	6	19	25	6.19	11.52	9.54
การประกอบอาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	20	33	13.40	12.12	12.60
เกษตรกรรม	45	91	136	46.39	55.15	51.91
ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว	10	24	34	10.31	14.55	12.98
รับจ้างทั่วไป	28	29	57	28.87	17.58	21.76
นักเรียน/นักศึกษา		1	1	0.00	0.61	0.38
ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่รัฐ	1		1	1.03	0.00	0.38

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ต่อ)

รายการ	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
ระดับรายได้						
น้อยกว่า 5,000 – 5,000 บาท	34	54	88	35.05	32.73	33.59
5,001 – 10,000 บาท	37	84	121	38.14	50.91	46.18
มากกว่า 10,000 บาท	26	27	53	26.80	16.36	20.23
ระยะทางไปโรงพยาบาล						
น้อยกว่า 1 กิโลเมตร	18	19	37	18.56	11.52	14.12
ประมาณ 1- 3 กิโลเมตร	70	129	199	72.16	78.18	75.95
มากกว่า 3 กิโลเมตร	9	17	26	9.28	10.30	9.92
การมีโรคประจำตัว						
ไม่มี	87	140	227	89.69	84.85	86.64
มี	10	25	35	10.31	15.15	13.36

2. ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร

ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรสาธารณสุขมูลฐาน (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542) การให้คะแนนความรู้สำหรับผู้ตอบได้ถูกต้องในแต่ละข้อ ถ้าตอบถูกจะได้คะแนนข้อละ 1 คะแนน และถ้าตอบถูกทุกข้อก็จะมีค่าคะแนนรวมความรู้สูงสุด 10 คะแนน ซึ่งจะนำคะแนนรวมไปประมวลความสัมพันธ์กับทัศนคติและพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป พบว่ามีค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.29 ± 2.57

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร

รายการความรู้	จำนวน (คน)				ร้อยละ			
	ไม่ทราบ	ไม่ใช่	ใช่	รวม	ไม่ทราบ	ไม่ใช่	ใช่	รวม
แมงลักช่วยรักษาอาการท้องผูก	60	9	193	262	23	3	74	100
ฟ้าทะลายโจรสามารถรักษาอาการไข้ที่เกิดจากหวัด	46	1	215	262	18	0	82	100
ว่านหางจระเข้ช่วยระงับความเจ็บปวดเนื่องจากอาการผิวดแดง แสบร้อน ผิวน้ำพุอง และยังช่วยให้แผลหายเร็ว	16	1	245	262	6	0	94	100
ใบพลู ใช้รักษาอาการผื่นแดงตามผิวหนังที่มีอาการคันหรือที่เรียกว่าลมพิษ	83	7	172	262	32	3	66	100
โพลสามารถรักษาอาการเคล็ด ขัด ยอก	49	5	208	262	19	2	79	100
ขมิ้นชันสามารถรักษาโรคกระเพาะอาหาร	54	1	207	262	21	0	79	100

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพร (ต่อ)

รายการความรู้	จำนวน (คน)				ร้อยละ			
	ไม่ทราบ	ไม่ใช่	ใช่	รวม	ไม่ทราบ	ไม่ใช่	ใช่	รวม
การรับประทานมะขามป้อมจะช่วยลดอาการไอ	31	2	229	262	12	1	87	100
กระเทียมใช้รักษาอาการตุ่มหนองเล็ก ๆ คัน และมีน้ำเหลืองซึม	96	6	160	262	37	2	61	100
พญายอสามารถรักษา เริม และงูสวัด	93	1	168	262	35	0	64	100
เมื่อมีอาการไข้สูง ตัวร้อนจัด ตาแดง ปวดเมื่อยมาก อาจเป็นไข้หวัดใหญ่ ไม่ควรใช้สมุนไพรในการรักษา	116	33	113	262	44	13	43	100

3. ทศนคติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเอง

ระดับคะแนนทศนคติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองแบ่งออกเป็น 5 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด 5 เห็นด้วยมาก 4 ไม่แน่ใจ 3 ไม่เห็นด้วย 2 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 เมื่อมีคำถาม 10 ข้อ ทำให้มีคะแนนรวม 50 คะแนน ซึ่งจะนำคะแนนรวมไปประมวลความรู้และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป มีคะแนนรวมเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 36.71 ± 5.60

ตารางที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพร

ทศนคติ	ค่าเฉลี่ย	S.D.
สมุนไพรมีความปลอดภัยสูง	4.08	0.82
การใช้สมุนไพรมีการสะสมของสารเคมีในร่างกายน้อย	4.09	0.79
สมุนไพรหาได้ง่ายในชุมชน	4.18	0.81
ยาสมุนไพรมีรูปลักษณะ สี กลิ่น รส ไม่น่ารับประทาน	3.73	1.01
ยาสมุนไพรต้องใช้ปริมาณมากจึงได้ผลดี	3.54	1.03
ผู้ตอบสามารถใช้สมุนไพรได้ถูกต้อง ถูกขนาดและถูกส่วน	3.70	0.89
ผลข้างเคียงของยาสมุนไพรน้อยกว่ายาแผนปัจจุบัน	3.97	0.87
การใช้สมุนไพรทำให้มีอาการหายช้า	3.58	1.05
การใช้สมุนไพรเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ลำบาก	2.16	0.96
ยาสมุนไพรรักษาได้ดีเหมือนยาแผนปัจจุบัน	3.69	0.90

S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 4 ระดับทัศนคติต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของตนเอง

ระดับ	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดี	41-50	13	4.96
ปานกลาง	25-40	249	95.04
ต่ำ	0-24	-	-
รวม		262	100.00

4. พฤติกรรมการใช้สมุนไพร

ระดับคะแนนพฤติกรรมการใช้สมุนไพรแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ เป็นประจำ 4 บ่อยครั้ง 3 บางครั้ง 2 นาน ๆ ครั้ง 1 ไม่เคยเลย 0 เมื่อมีคำถาม 10 ข้อ ทำให้มีคะแนนรวม 40 คะแนน ซึ่งจะนำคะแนนรวมไปประมวลผลความรู้และทัศนคติการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองต่อไป มีคะแนนรวมเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.16 ± 8.85

ตารางที่ 5 การใช้สมุนไพร

การใช้สมุนไพร	ค่าเฉลี่ย	S.D.
การใช้สมุนไพรในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย	2.28	1.28
เมื่อใช้สมุนไพรแล้วอาการดีขึ้น จึงแนะนำผู้เจ็บป่วยในทำนองเดียวกันใช้	2.35	1.30
มีการดื่มยาสมุนไพรไว้ดื่มเพื่อบำรุงร่างกาย	2.22	1.37
มีการใช้สมุนไพรในรูปแบบยาลูกกลอน	0.42	0.84
มีการทำความสะอาดสมุนไพรก่อนใช้งาน/เก็บรักษา	2.34	0.84
มีการเก็บรักษาสมุนไพรในภาชนะที่สะอาด	2.59	1.38
มีความสามารถนำส่วนของสมุนไพรมาใช้ได้อย่างถูกต้อง	2.35	1.42
มีการบริโภคผักพื้นบ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพ	3.09	1.12
มีการใช้ยาสมุนไพรควบคู่กับยาแผนปัจจุบัน	1.41	1.38
ได้รับความรู้จากบุคลากร/หน่วยงานภาครัฐเกี่ยวกับสมุนไพร	2.10	1.22

S.D. ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 6 ระดับการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง

ระดับ	คะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง ใช้เป็นประจำ	33-40	18	6.90
กลาง บางครั้ง	20-32	164	62.60
ต่ำ นาน ๆ ครั้ง	0-19	80	30.53
รวม		262	100.00

5. ความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพร

5.1 ความแตกต่างระหว่างเพศกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพร

คะแนนรวมเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของความรู้ของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของทักษะของเพศชายมากกว่าเพศหญิง และค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

การทดสอบด้วย Independent t test ว่า เพศต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้แตกต่างกัน ($p\text{-value} < .05$) ค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะไม่แตกต่างกัน ($p\text{-value} = 0.378$) และ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้สมุนไพรแตกต่างกัน ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 7

การทดสอบด้วย Independent t test (ปัจจัยมีเพียง 2 กลุ่ม คือ เพศ การมีโรคประจำตัว) และ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (ในปัจจัยที่มีมากกว่า 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ สถานภาพสมรส) ดังแสดงในตารางที่ 8 เพศ การมีโรคประจำตัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันทั้งความรู้ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ส่วนกลุ่มอายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส ทั้งค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรมีอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มแตกต่างกันในแต่ละปัจจัย ยกเว้น สถานภาพสมรสมีคะแนนเฉลี่ยทักษะไม่แตกต่างกัน ส่วนระดับรายได้ไม่มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพร

ตารางที่ 7 คะแนนรวมเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพร

	ชาย	หญิง	รวม	<i>p-value</i>
ความรู้ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)				0.014*
ค่าเฉลี่ย	6.78	7.59	7.29	
S.D.	2.90	2.30	2.57	
ทักษะ (คะแนนเต็ม 50 คะแนน)				0.378
ค่าเฉลี่ย	37.11	36.48	36.71	
S.D.	5.62	5.58	5.60	
พฤติกรรมการใช้ (คะแนนเต็ม 40 คะแนน)				<0.001**
ค่าเฉลี่ย	18.65	22.64	21.16	
S.D.	9.45	8.12	8.85	

* Significant ($p\text{-value} < .05$) ** Significant ($p\text{-value} < .01$)

ตารางที่ 8 ค่า *p-value* การทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการใช้สมุนไพรของปัจจัยต่าง ๆ

ปัจจัย	ความรู้	ทักษะ	พฤติกรรมการใช้
การทดสอบด้วย Independent <i>t</i> test			
เพศ	0.014*	0.378	<.001**
การมีโรคประจำตัว	0.024*	0.245	0.031*
การทดสอบด้วย การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว			
กลุ่มอายุ	<.001**	<.001**	<.001**
ระดับการศึกษา	0.005*	0.008*	0.005*
ระดับรายได้	0.061	0.069	0.095
สถานภาพสมรส	<.001**	0.067	<.001**

** Significant *p-value* <0.001 * Significant *p-value* <0.05

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทักษะและพฤติกรรมในการใช้สมุนไพร

จากการนำคะแนนรวมของความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการใช้มาหาค่าสหสัมพันธ์เพียร์สันแล้ว พบว่า ค่าสหสัมพันธ์ทั้งหมดมีค่ามากกว่า 0 (*p-value* <0.001) คะแนนความรู้มีความเชื่อมโยงกับคะแนนทักษะ +0.425 และคะแนนทักษะก็เชื่อมโยงกับคะแนนพฤติกรรมการใช้สมุนไพร +0.443 ส่วนคะแนนความรู้มีความเชื่อมโยงกับคะแนนพฤติกรรมการใช้สมุนไพร +0.587 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับทักษะและพฤติกรรมในการใช้สมุนไพร

ตัวแปรคะแนนรวม	ความรู้	ทักษะ	พฤติกรรมการใช้
ความรู้	1.000	0.425*	0.587*
ทักษะ	0.425*	1.000	0.443*
พฤติกรรมการใช้	0.587*	0.443*	1.000

* Significant *p-value* <0.001

โดยสามารถเขียนสมการถดถอยเชิงเส้นตรงได้ดังนี้

คะแนนพฤติกรรมการใช้สมุนไพร = -4.755 + 1.676 × คะแนนความรู้ + 0.374 × คะแนนทักษะ

โดยมีค่าสถิติ $F=82.893$ *p-value* =0.000

อภิปรายผล

พฤติกรรมการใช้สมุนไพร ยังมีการใช้ยาลูกกลอนอยู่น้อยเนื่องจากที่ต้องใช้เทคนิคการแปรรูปสูงกว่าการต้ม (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5)

ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร มีระดับคะแนนเฉลี่ย 7.29 (เต็ม 10) อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ซึ่งมากกว่าการศึกษาความรู้ ทักษะ การรับรู้ และการใช้ยาสมุนไพร ของผู้ให้บริการและผู้รับบริการใน

โรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน (ปัทมา ศิริวรรณ, 2559) และการศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน (ทัศนกร อินทจักร, 2564) ที่มีความรู้ในระดับปานกลางเท่านั้น

เพศ การมีโรคประจำตัว มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันทั้งความรู้ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพร ขณะที่คะแนนเฉลี่ยทัศนคติไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มอายุ ระดับการศึกษา และ สถานภาพสมรส ทั้งค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรมีอย่างน้อยหนึ่งกลุ่มแตกต่างกันในแต่ละปัจจัย ยกเว้น สถานภาพสมรสมีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติไม่แตกต่างกัน ส่วนระดับรายได้ไม่มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพร

คะแนนรวมความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงไปในทางเดียวกันที่ระดับปานกลาง (รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 9) ขณะที่การศึกษาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน (ทัศนกร อินทจักร, 2564) ก็พบว่า ประสิทธิภาพการใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในทางวิชาการ

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลส่งผลต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพร

1.2 ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันในทางบวก

2. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

2.1 ประชาชนมีทัศนคติที่ดีกับสมุนไพรในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง การให้ความรู้ การส่งเสริมให้มีการรวบรวมอนุรักษ์ ก็จะมีการนำสมุนไพรในพื้นที่มาใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

ชนิดา มัททวงกูร, ขวัญเรือน กำวิตุ, สุธิดา ดีหนู, และสิริณัฐ สีนวรรณกุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในเขตภาษีเจริญ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 20(39), 99-109.

ทัศนกร อินทจักร. (2564). *รายงานการวิจัย: พฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในอำเภอเมือง จังหวัดแม่ฮ่องสอน*. วิทยาลัยแม่ฮ่องสอนมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ วิทยาเขตแม่ฮ่องสอน.

นันทะ สวัสดิ์พงษ์. (2557). *หมู่บ้านซัตาร์ หมู่บ้านชายแดนไทย – กัมพูชา*. สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ (สำนักงาน กปร.).

<https://projects.rdpb.go.th/studyCenter/5155820207603712>.

ปรเมศร์ อมาตยกุล, เทวินทร์ โจมทา. (2559). *เอกสารวิชาการ อุดุณิยมิทยานำรู้เพื่อการเกษตร จังหวัดจันทบุรี*. ส่วนอูดุณิยมิทยาเกษตร สำนักพัฒนาอูดุณิยมิทยา กรมอูดุณิยมิทยา.

ปัทมา ศิริวรรณ. (2559). *ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้ และการใช้ยาสมุนไพรของผู้ให้บริการและผู้รับบริการในโรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน* (การค้นคว้าอิสระคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำหมู่บ้านเตาถ่าน ตำบลทุ่งขนาน. (2562). ทะเบียนจำนวนผู้มารับบริการ จำนวนและราคาของยาสมุนไพร มกราคม – กันยายน 2562 บ้านเตาถ่าน หมู่ที่ 5 ตำบลทุ่งขนาน อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี.
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2542). สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน (พิมพ์ครั้งที่ 3). โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานจังหวัดจันทบุรี. (2562). ข้อมูลทั่วไปของจังหวัด. <http://www.chanthaburi.go.th/content/general>.
- สำนักอนุรักษ์สัตว์ป่า กรมอุทยานแห่งชาติ สัตว์ป่า และพันธุ์พืช. (2558). ศูนย์ศึกษาธรรมชาติและสัตว์ป่าเขาสอยดาว จ.จันทบุรี. <http://portal.dnp.go.th/Content/WildlifeConserve?contentid=24999>.
- สำเนียง ประถมวงษ์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของประชาชนในเขตอำเภอท่าใหม่จังหวัดจันทบุรี (งานนิพนธ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา).
- สุจิตรา แสงพุก. (2559). กายภาพและการจับจ้องของเพศสภาพ (ศิลปนิพนธ์ คณะจิตรกรรม ประติมากรรมและภาพพิมพ์ มหาวิทยาลัยศิลปากร).
- องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งขนาน. (9 ตุลาคม 2562). ข้อมูลทั่วไป:สภาพทั่วไป. <https://www.govesite.com/thungkanan/content.php?mcid=20140623193730OzrD6EF>.
- Jamovi. (2022). *jamovi - open statistical software for the desktop and cloud*. <https://www.jamovi.org/>
- Yamane, T. (1967). *Statistics, An Introductory Analysis* (2nd Ed.). Harper and Row.

พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย ของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย ในจังหวัดชัยภูมิ

ศิริรัตน์ ทองลอย¹ ธัญญารัตน์ บุตดา² ณฤดี พูลเกษม^{3*} ณัฐวุฒิ กกกระโทก³

รับบทความ: 22 ธันวาคม พ.ศ. 2565/ แก้ไขบทความ: 30 ธันวาคม พ.ศ. 2565/ ตอรับบทความ: 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย ในจังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 330 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 41.2 และ 72.1 สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.5 และ 59.4

2. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ครั้งนี้ จะนำไปพัฒนาต่อเป็นโปรแกรมหรือแนวทางในการดำเนินงานเพื่อป้องกันส่งเสริมสุขภาพ หรือป้องกันผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้โอกาสเสี่ยง, พฤติกรรมการป้องกันสารเคมี, ช่างเสริมสวย

¹ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยระดับวิชาชีพ บริษัท ธนไพศาลเวาเวอร์เทค จำกัด

² เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยระดับวิชาชีพ บริษัท สี่แสงการโยธา (1979) จำกัด

³ อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

* ผู้รับผิดชอบบทความ E-mail : Naruedee.aum@nmc.ac.th Tel : 084-8322839

Hazard Preventive Behaviors from Chemicals Using in Beauty Treatment of Beautician in Chaiyaphum Province

Sirirat Thongloi¹ Thanyarat Budda² Naruedee Poonkasem^{3*} Nathawut Kokkrathok³

Received: 22 December 2022/ Revised: 30 December 2022/ Accepted: 31 December 2022

Abstract

This cross-sectional descriptive study aims to study association between knowledge about harm prevention, recognition of severity of harm, and risks perception of the cause of disease from using chemicals in beauty salon and hazard preventive behaviors from chemicals using in beauty treatment of beautician in Chaiyaphum province. The sample used in this study was 330 hairdressers from Chaiyaphum province. The instrument used to collect data is questionnaire adjusted by researcher. Descriptive statistics used in data analysis were mean, percentage, standard deviation, and Pearson Product Moment Correlation.

The results showed that: 1) The beauticians' knowledge and preventive behavior of using chemicals for beauty treatment are low at 41.2 percent and 72.1 percent for perceived severity of harm from using chemicals in beauty and risk perception of diseases caused by using chemicals in beauty salons is mainly 44.5 percent and 59.4 percent at the medium level. 2) Knowledge about harm prevention, perception of severity of danger and perception of the risk of disease from using chemicals in beauty was a statistically significant correlation with the protective behaviors from the use of chemicals in beauticians (P-value<0.05)

For the information obtained from this situation analysis will be further developed into programs or guidelines for the prevention and health promotion or prevent various effects that may influence on beauticians' health in the future.

Keywords Severity perceptions, Risk perceptions, Hazard prevention behaviors, Beauticians

¹ Safety officer, Thanapaisan Power Tech Co., Ltd

² Safety officer, Seesang Karnyotah (1979) Co., Ltd.

³ Lecturer, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhon Ratchasima College

*Corresponding author: E-mail : Naruedee.aum@nmc.ac.th Tel : 084-8322839

บทนำ

ปัจจุบันธุรกิจร้านเสริมสวยมีอัตราการเติบโตสูง ผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2561 พบว่าอาชีพช่างเสริมสวยเป็นอาชีพที่ประชากรภายในประเทศต้องการพัฒนาขีดความสามารถมากที่สุดเป็นอันดับ 3 รองจากอาชีพด้านอาหารและการเพาะปลูกพืช ซึ่งร้านเสริมสวยในไทยมีมากกว่า 120,000 ร้านและสร้างรายได้ในอุตสาหกรรมเสริมสวยประมาณหกหมื่นล้านบาท นอกจากนี้ยังพบว่า ร้อยละ 70 ของรายได้มาจากการให้บริการทำสีผมและตัดผมเป็นหลักอีกด้วย สะท้อนให้เห็นว่าธุรกิจร้านเสริมสวยเป็นอีกรายได้ที่สำคัญ จึงคาดการณ์ได้ว่ามูลค่าการตลาดของธุรกิจนี้จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมพัฒนาธุรกิจการค้า, 2547) อาชีพช่างเสริมสวยนับเป็นอาชีพที่เสี่ยงต่ออันตรายอย่างมาก เนื่องมาจากพฤติกรรมการใช้ชีวิตเกือบทั้งวันที่ต้องอยู่ใกล้ชิดกับสารเคมีที่มาจากน้ำยาต่าง ๆ ที่ใช้ภายในร้านเสริมสวย เมื่อช่างเสริมสวยได้รับสารเคมีเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบอาจยังไม่เกิดขึ้นทันที แต่สารเคมีจะเข้าไปก่อตัวสะสมอยู่เป็นจำนวนมาก ก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะเป็นโรคร้ายต่าง ๆ (บริษัท ซีเอสเอกรู๊ป จำกัด, 2564) ได้แก่ น้ำยาย้อมผม สารฟอกขาว น้ำยายืดผมถาวร แชมพู ตัวจัดแต่งทรงผม ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด คราติน น้ำยาเคลือบเล็บ น้ำยาล้างเล็บและน้ำยาทำเล็บ ซึ่งเสี่ยงต่อการระคายเคืองจากสารเคมีและการได้รับสารเคมีหลายชนิดเข้าสู่ร่างกาย (บริษัท ทาชาเทค จำกัด, 2564) เช่น สารเคมีกลุ่มสารประกอบอินทรีย์ระเหย ได้แก่ อะซิโตน (Acetone) อะซิโตนไนไตรล์ (Acetonitrile) ฟอรัลดีไฮด์ (Formaldehyde) โทลูอิน (Toluene) พาทาเลต (Phthalates) โดยเฉพาะสารเคมีสำคัญที่ชื่อฟอรัลดีไฮด์ เป็นต้น (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2555)

กลุ่มผู้ประกอบการอาชีพช่างเสริมสวยต้องเผชิญกับปัจจัยอันตรายด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านเคมี กายภาพ ชีวภาพ การยศาสตร์ และจิตสังคม (อดุลย์ บัณฑุกุล, 2544) เนื่องจากการบริการที่สามารถทำเงินเข้าร้านได้มากที่สุด ได้แก่ การตัดผม การยืดผม การย้อมผม และการทำแฟชั่นสีผม (กลุ่มธุรกิจเสริมสวย, 2553) จึงทำให้ผู้ประกอบการร้านเสริมสวยให้ความสนใจและมีการใช้สารเคมีในการให้บริการมากยิ่งขึ้น อีกทั้งบริษัทผู้ผลิตผลิตภัณฑ์เสริมสวยต่าง ๆ ได้พยายามคิดค้นและกระตุ้นการทำแฟชั่นใหม่ๆ ทำให้มีการใช้สารเคมีกันอย่างแพร่หลายสอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข เมื่อปี พ.ศ. 2550 พบว่าช่างเสริมสวยมีการให้บริการหลักมากที่สุด คือ การสระผม ตัดผม ยืดผม ทำสีผม ยืดผม คิดเป็นร้อยละ 45.83 (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2550) โดยทั่วไปผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในร้านเสริมสวยมีส่วนผสมของสารเคมีที่เป็นพิษร้อยละ 30 (วันชัย สุธีวีระขจร, 2554) ผู้ที่มีอาชีพเสริมสวยและลูกค้าที่มารับบริการนั้นมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภัยต่อสุขภาพหลายประการ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ประเภทย้อมสีผม ฟอกสีผม น้ำยายืดผม น้ำยาดัดผม สเปรย์ฉีดผม เป็นต้น ทำให้ช่างเสริมสวยมีความเสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสกับสารเคมีผ่านทางการหายใจ ผ่านผิวหนัง เข้าสู่ร่างกาย ซึ่งสารเคมีที่พบในผลิตภัณฑ์ คือ แอมโมเนียและสารกลุ่มเปอร์ออกไซด์ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพความเป็นพิษของสารก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อระบบทางเดินหายใจ ภูมิแพ้ หอบหืด หรือปัญหาทางผิวหนัง (สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม, 2555) จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์ของช่างเสริมสวย พบว่า ช่างเสริมสวยมีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่เหมาะสม ไม่มีการตรวจสุขภาพประจำปี ไม่หยุดปฏิบัติงานขณะเจ็บป่วย ไม่มีการระบายอากาศ และมีการป้องกันตนเองที่ไม่เหมาะสม จากปัจจัยข้างต้นเป็นสาเหตุที่

สามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพของช่างเสริมสวยได้ ซึ่งได้มีการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพพบว่า ช่างเสริมสวยมีความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 49.9 (ปวีณา ลิ้มปิติปราการ, พลากร สืบสำราญ และชนัญญา ปุยฝ้าย, 2560)

จังหวัดชัยภูมิ ตั้งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตรงบริเวณใจกลางของประเทศ มีประชากรจำนวนทั้งหมด 1,139,023 คน ประชากรชาย 564,464 คน คิดเป็นร้อยละ 49.56 ประชากรหญิง 574,559 คน คิดเป็นร้อยละ 50.44 ของทั้งจังหวัด และมีประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 183,663 คน หรือร้อยละ 16.13 ส่วนที่เหลือ 955,360 คน หรือร้อยละ 83.87 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล โดยมีจำนวนครัวเรือนมีทั้งสิ้น 387,224 หลังคาเรือน และความหนาแน่นของประชากรโดยเฉลี่ยทั้งจังหวัด 89.13 คนต่อตารางกิโลเมตร (สำนักงานสถิติจังหวัดชัยภูมิ, 2564;) ส่งผลให้งานบริการร้านเสริมสวยมีการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้น เพื่อรองรับความต้องการของประชากรมีความสะดวกสบายในการเข้าใช้บริการ ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย ในจังหวัดชัยภูมิ จะเป็นการวิเคราะห์ถึงสถานการณ์เพื่อเป็นแนวทางในการบริหารจัดการให้ช่างเสริมสวยมีพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย ในจังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย และพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย ในจังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย และพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย ในจังหวัดชัยภูมิ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาพฤติกรรม การป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของช่างเสริมสวยในเขตจังหวัดชัยภูมิ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

1. ข้อมูลส่วนบุคคล
2. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย
3. การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย
4. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมการป้องกัน
อันตรายจากการใช้สารเคมีใน
การเสริมสวยของผู้ประกอบ
อาชีพช่างเสริม ในจังหวัด
ชัยภูมิ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยที่ปฏิบัติงานในร้านเสริมสวยในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 1,380 คน (สำนักงานสถิติจังหวัดชัยภูมิ, 2564)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยที่ปฏิบัติงานในร้านเสริมสวยในจังหวัดชัยภูมิ คำนวณกลุ่มตัวอย่างตามหลักการของเครซีและมอร์แกน (Krejcie, R. V., and Morgan, D. W., 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 301 จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Proportional Stratified Random Sampling) ตามสัดส่วนขนาดของกลุ่มประชากรในแต่ละอำเภอ จำนวน 16 อำเภอ อำเภอละ 20 คน ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 330 คน

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ประสบการณ์การทำงาน โรคประจำตัว จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย ลักษณะคำถามเป็นแบบปรนัย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย จำนวน 10 ข้อ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) บททดสอบและแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมดำเนินการวิจัย เพื่อขอคำแนะนำและแก้ไข หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปให้ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านพิจารณาความตรงของเนื้อหา

ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยคณะผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.5 หรือมากกว่าขึ้นไป

2. ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ด้วยการนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ของความสม่ำเสมอภายในตามรูปแบบของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder, F. G. & Richardson, M. W., 1937) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, L.J., 1990) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88, 0.78 และ 0.84 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผู้วิจัยใช้คอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอด้วยร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean: $\bar{x}$) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.)
2. ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตราย การรับรู้ความรุนแรงของอันตราย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอด้วยร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean: $\bar{x}$) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.)
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตราย การรับรู้ความรุนแรงของอันตราย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยด้วยการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) นำเสนอด้วยค่า r และ P-Value

ผลการวิจัย

ช่างเสริมสวยในจังหวัดชัยภูมิ จำนวน 330 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.6 ส่วนใหญ่มีอายุ 20 – 29 ปี ร้อยละ 42.1 ส่วนใหญ่เป็นศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 45.8 ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 42.4 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท ร้อยละ 51.5 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานระหว่าง 1 – 5 ปี ร้อยละ 49.1 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับอันตรายจากสารเคมี ร้อยละ 77.3 ส่วนผู้ที่เคยได้รับอันตรายจากสารเคมี ร้อยละ 22.7 ส่วนผู้ที่เคยได้รับอันตรายจากสารเคมี จำนวน 75 คน พบว่ามีการได้รับอันตรายจากกล่องสเปรย์ฉีดผมเข้าตามากที่สุด 30 คน รองลงมาอาการผื่นแพ้จากน้ำยากัดสีผม 25

คนรองลงมาคือน้ำยาย้อมผมกระเด็นเข้าตา 15 คน และอาการน้อยที่สุดแพ้น้ำยาดัดผม 5 คน ส่วนใหญ่เป็นช่างประเภท ช่างทำผม/ตัดผม ร้อยละ 72.7 รองลงมา คือ ช่างทำเล็บ ร้อยละ 21.8 และช่างแต่งหน้า มีจำนวนน้อยที่สุด ร้อยละ 5.5 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.6 ส่วนผู้ที่มีโรคประจำตัว จำนวน 41 คน พบว่ามีโรคมุมิแพ้มากที่สุด 12 คน รองลงมาคือ โรคเบาหวาน 10 คน

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย	จำนวน(330)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 0-5 คะแนน)	136	41.2
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 6-7 คะแนน)	131	39.7
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 8-10 คะแนน)	63	19.1

จากตารางที่ 1 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 41.2 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 39.7 และระดับสูง ร้อยละ 19.1

ตารางที่ 2 การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย

การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการใช้สารเคมี	จำนวน(330)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-12)	99	30.0
ระดับปานกลาง (13-16)	147	44.5
ระดับสูง (17-20)	84	25.5

จากตารางที่ 2 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 30.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 44.5 และระดับสูง ร้อยละ 25.5

ตารางที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการใช้สารเคมี	จำนวน(330)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-12)	115	34.8
ระดับปานกลาง (13-16)	196	59.4
ระดับสูง (17-20)	19	5.8

จากตารางที่ 3 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 59.4 และระดับสูง ร้อยละ 5.8

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย

พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี	จำนวน(330)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-12)	238	72.1
ระดับปานกลาง (13-16)	42	12.7
ระดับสูง (17-20)	50	15.2

จากตารางที่ 4 พบว่า พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 70.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.1 และระดับสูง ร้อยละ 15.2

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย

ตัวแปร	พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย		
	Pearson Correlation (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย	0.29	<0.001	ระดับต่ำ
การรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย	0.45	<0.001	ระดับปานกลาง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย	0.92	<0.001	ระดับสูง

จากตารางที่ 5 พบว่า ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย ($r=-0.292$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย ($r=0.455$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และรับรู้โอกาสเสี่ยงและพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย ($r=0.927$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 41.2 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 39.7 และระดับสูง ร้อยละ 19.1 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีของผู้ประกอบอาชีพบริการแต่งผม-เสริมสวยในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในภาพรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 62.5 (ปวีณา ลิ้มปิติปราการ และคณะ, 2560) ผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน อาจเป็นเพราะความยากง่ายของการใช้คำถามในแบบสอบถามที่มีความต่างกัน สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 30.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 44.5 และระดับสูง ร้อยละ 25.5 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีของช่างเสริมสวยในกรุงเทพมหานคร ปัจจัยด้านการรับรู้อันตรายจากการใช้สารเคมีช่างเสริมสวยมีการรับรู้อันตรายจากการใช้สารเคมีโดยรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 67.1 (พรแก้ว เหลืองอัมพร และคณะ, 2556) ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 34.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 59.4 และระดับสูง ร้อยละ 5.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องสำอางของช่างเสริมสวยในกรุงเทพมหานคร พบว่า อาชีพช่างเสริมสวยเป็นกลุ่มอาชีพที่ต้องสัมผัสกับสารเคมีหลายชนิดทำให้ช่างเสริมสวยจำนวนมากมีความเสี่ยงจากการใช้เครื่องสำอางของช่างเสริมสวย ช่างเสริมสวยมีการรับรู้ความเสี่ยงเกี่ยวกับเครื่องสำอางในระดับดีมาก (คณิต ลูกรักษ์ และคณะ, 2556) และพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 70.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.1 และระดับสูง ร้อยละ 15.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีของพนักงานในร้านเสริมสวยในเขตเทศบาลตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการทำงานของพนักงานในร้านเสริมสวยพบว่าพนักงานในร้านเสริมสวยมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอันตรายอยู่ในระดับสูงร้อยละ 80 (พินัญญิณี จิตคำ และคณะ, 2564) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมี

ของผู้ประกอบอาชีพบริการแต่งผม-เสริมสวยในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.6 (ปวีณา ลิ้มปิติ ปรากฏ และคณะ, 2560)

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย พบว่า ปัจจัยทั้งสองมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีของผู้ประกอบอาชีพบริการแต่งผม-เสริมสวยในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่ากลุ่มที่มีความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมอยู่ในระดับดี มีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดีด้วยมาก ถึง 9 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่มีความรู้ต่ำกว่า ($OR = 9.00$, 95% CI 2.39-33.8) (ปวีณา ลิ้มปิติ ปรากฏ และคณะ, 2560) อีกทั้งการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากสารเคมีในกลุ่มช่างทำผมในกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้อันตรายจากการใช้สารเคมี ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของการได้รับอันตรายจากสารเคมี ($r = 0.121$, $p\text{-value} = .018$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พรแก้ว เหลืองอัมพร และคณะ, 2556) นอกจากนี้การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพพริมนน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองพบว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.001$ (นันทฉัตร ระสูง และคณะ, 2561)

บทสรุป

ธุรกิจร้านเสริมสวยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเป็นธุรกิจที่ไม่มีความซับซ้อน สามารถเปิดดำเนินการได้ง่ายในทุกพื้นที่ทั้งในชุมชน หมู่บ้าน และห้างร้านต่างๆ อีกทั้งสามารถสร้างรายได้เป็นอย่างมาก จึงจัดเป็นอาชีพที่อยู่ในกลุ่มแรงงานนอกระบบกลุ่มหนึ่งที่ไม่ได้รับการคุ้มครองจากกฎหมายคุ้มครองแรงงาน และไม่มีหลักประกันสังคมจากการทำงานทำให้ขาดหลักประกันในชีวิตขาดโอกาสในเรื่องทรัพยากรและการสนับสนุนจากภาครัฐรวมทั้งขาดความรู้ความเข้าใจในตัวตน สิทธิกฎหมาย และสุขภาพความปลอดภัยในการทำงาน ดังนั้น การศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความรู้อันตรายจากการใช้สารเคมี รับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง และการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการเสริมสวยของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวย จึงเป็นประโยชน์อย่างมาก เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของช่างเสริมสวยให้มีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัยร่วมกับฝ่ายสิ่งแวดล้อมในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีในการทำงานให้กับช่างเสริมสวย
2. เป็นแนวทางในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยให้แก่ช่างเสริมสวยแบบเชิงรุก

เนื่องจาก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นธุรกิจขนาดเล็กที่เป็นแรงงานนอกระบบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรใช้สถิติในการวิจัยขั้นสูงขึ้นเพื่อหาความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกิดขึ้นและเปรียบเทียบความแตกต่างของตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีในร้านเสริมสวย
2. ควรนำข้อมูลที่ได้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรม รูปแบบ หรือแนวทางในการดำเนินงานเพื่อป้องกันส่งเสริมสุขภาพ หรือป้องกันผลกระทบต่าง ๆ ที่อาจส่งผลต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพช่างเสริมสวยต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์. (13 พฤศจิกายน 2562). *บทสรุป โครงการศึกษาวิจัยธุรกิจบริการสู่ตลาดโลก “ประเภทธุรกิจเสริมสวย”*.
<http://www.dbd.go.th/mainsite/summary%20of%20beauty%20salon.doc>.
- คณิต ลูกกรักษ์, สรา อารณ, สิริมาศ คัชมาตย์, จุฬาลักษณ์ ภาควงใจ, และวันเพ็ญ ทองสุข. (2556). การรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องสำอางของช่างเสริมสวยในกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2554. *วารสารอาหารและยา*, 20(1), 32-37.
- นันทฉัตร ระสูง, นันทพร ภัทรพทุธ, และศรีรัตน์ ล้อมพงศ์. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพต่อการเกิดมะเร็งกับพฤติกรรมป้องกันตนเองของผู้ประกอบอาชีพพริมนน. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 13(2), 67-78.
- บริษัท ซีเอสเอกรู๊ป จำกัด. (4 กันยายน 2564). *อาชีพช่างเสริมสวยนับเป็นอาชีพที่เสี่ยงต่ออันตราย*.
<https://www.csagroup.co.th/content/6416/>
- บริษัท ทาซาเทค จำกัด. (4 กันยายน 2564). *สารเคมีในน้ำยาย้อมผม*.
<http://tasatec.com/library.php?cat=26&uid=365>
- ปวีณา ลิ้มปิติปรการ, พลากร สืบสำราญ, และชนิญา ปุ้ยฝ่าย. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีของผู้ประกอบอาชีพบริการตกแต่งผม-เสริมสวย ในเขตเทศบาลเมืองพิบูลมั่งสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. ใน *การประชุมวิชาการด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 8*. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. <http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads>.
- พรแก้ว เหลืองอัมพร, แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, สุรินทร์ กลัมพากร, และสรา อารณ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีของช่างเสริมสวยในกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(2), 51-64.

- พินัญญิณี จิตคำ, อมรรัตน์ แสงนิล, อรยา นิลสุขุม, และอรรัมภา เพชรรัตน์. (2564). ปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากการใช้ สารเคมีของพนักงานในร้านเสริมสวย ใน เขตเทศบาลตำบลบ้านดู่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์*, 16(2), 107-122.
- วันชัย สุธีระขจร. (2554). อาชีวอนามัยในอุตสาหกรรมทางด้านความสวยงาม. ในเอกสารการอบรม ผู้ประกอบกิจการเสริมสวยหรือแต่งผมตามโครงการพัฒนายกระดับมาตรฐาน สถานประกอบการ รุ่นที่ 1. วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2554 ณ โรงแรมรอยัลลิเวียร์ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร เรื่องปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพเสริมสวยหรือแต่งผม. จัดโดย กองสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. กองสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม สำนักอนามัย.
- สำนักงานกลางทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย. (2561). การปกครอง การบริหารและประชากร, http://www.chaiyaphum.go.th/page_about/about2.1.php.
- สำนักงานสถิติจังหวัดชัยภูมิ, (2564). <http://www.oic.go.th/infocenter20/2047/>
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. (2550). โครงการพัฒนาศึกษาพัฒนาระบบงานและการจัดทำเกณฑ์ มาตรฐาน สำหรับ สถานบริการแต่งผม-เสริมสวย ตามพรบ.การสาธารณสุข. รายงานการ วิจัย, สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. (2555). *คู่มือวิชาการเรื่องสารอินทรีย์ระเหยง่ายในอากาศ*. โรงพิมพ์สาม เจริญพาณิชย์ กรุงเทพ จำกัด. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม. (2555). *คู่มือวิชาการเรื่องสารอินทรีย์ระเหยง่ายในอากาศ*. โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- อดุลย์ บัณฑุกุล. (2544). *คู่มืออาชีพวิทยาศาสตร์ 2000*. ดวงกลมสมัย.
- Cronbach, L.J. (1990). *Essentials of psychological testing*. (5th ed.). New York: Harper & Row. pp. 202-204.
- Krejcie, R. V., and Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*. 30, pp. 607 – 610.
- Kuder, F. G. & Richardson, M. W. (1937). *The Theory of the Estimation of Test Reliability*. Psychometrika, pp. 151-160.

พฤกษศาสตร์ในจารึกของอาณาจักรศรีวิชัย : จารึกตาลัง ตูโว (Talang Tuwo)

กัมพล มะลาพิมพ์^{1*}, อุเทน วงศ์สถิต², ชลดา จัดประกอบ³

รับบทความ: 22 ธันวาคม พ.ศ. 2565/ แก้ไขบทความ: 30 ธันวาคม พ.ศ. 2565/ ตอรับบทความ: 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565

บทคัดย่อ

จารึกตาลังตูโว เป็นจารึกที่สำคัญที่กล่าวถึงอาณาจักรศรีวิชัย พบที่เมืองปาเล็มบังประเทศอินโดนีเซียมี เนื้อหา กล่าวสรรเสริญกษัตริย์ ศรีชัยนาสะ ได้กระทำสวนสาธารณะ (ศรีเกษตร)ซึ่งปรากฏชื่อพืชอยู่ในจารึกด้วย วัตถุประสงค์ของบทความนี้คือ 1.เพื่อจะนำเสนอรายชื่อพืชพื้นถิ่นที่พบในจารึกตาลังตูโว 2. เพื่อแสดงให้เห็นถึงลักษณะทางพฤกษศาสตร์การใช้ประโยชน์และความสำคัญจากพืชที่ระบุในจารึกตาลังตูโวต่อการดำรงชีวิตของผู้คน จากการศึกษาพบว่าปรากฏชื่อพืชท้องถิ่นที่สามารถระบุชนิดได้จำนวน 5 ชนิดได้แก่ มะพร้าว หมาก ต้นชก สาคุและไผ่ ซึ่งพืชเหล่านี้มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้คนในพื้นที่ สะท้อนให้เห็นความสามารถของผู้นำถึงนโยบายการดูแลความเป็นอยู่การจัดการทรัพยากรธรรมชาติ เพื่อใช้ในการดำรงชีวิตของผู้คนในอาณาจักร ทั้งการอุปโภคบริโภค การคัดเลือกพืชที่สำคัญมาปลูกขยายพันธุ์ และอนุรักษ์ ก่อประโยชน์ระยะยาวต่อผู้คนในอาณาจักร

คำสำคัญ: อาณาจักรศรีวิชัย, จารึกตาลังตูโว, ศรีชัยนาสะ, พืชท้องถิ่น

¹ แพทย์แผนไทยชำนาญการ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ตำบลคูบัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี 70000

² อาจารย์ประจำภาควิชาภาษาตะวันออก คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร

³ อาจารย์ประจำสาขาการแพทย์แผนไทย คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

* ผู้รับผิดชอบบทความ : paleosamllly@gmail.com

Botany in The Inscriptions of The Śrīvijaya Kingdom, Talang Tuwo Inscriptions.

Kumpon Malapim^{1*}, U-tain Wongsathit², Chonlada Judprakob³

Received: 22 December 2022/ Revised: 30 December 2022/ Accepted: 31 December 2022

Abstract

Talang Tuwo Inscription is an important inscription found in Palembang, Indonesia that mentions about the Srivijaya Kingdom. Content of this inscription was praised the King Sri Jayanasa made a park (Sri Kaset) that mentions plants grown to benefit the people of His kingdom. The purpose of this article is 1. to present a list of native plants found in the Talang Tuwo inscription 2. to illustrate the botanical characteristics, utilization and importance of the plants listed in the Talang Tuwo inscription to life of the people. From the study, we found that there are 5 types of local plants can be identified, namely Coconut, Betel nut, Arenga Pinnata, Sagoo and Bamboo. Those plants are important for people in the area to live reflects the leadership's ability to take care of livelihoods and manage natural resources for use in the lives of people in the kingdom both consumption, selection of important plants for planting, propagation and conservation will bring long-term benefits to people in the kingdom.

Keyword : Talang Tuwo Inscription, King Sri Jayanasa, Srivijaya Kingdom, Botany

¹ Queen Sirikit's Health Center Kubua, Khu Bua Subdistrict, Mueang Ratchaburi District, Ratchaburi, Thailand

² Assistant Professor of Department of Oriental Languages, Faculty of Archaeology, Silpakorn University

³ Lecturer of Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhonratchasima College

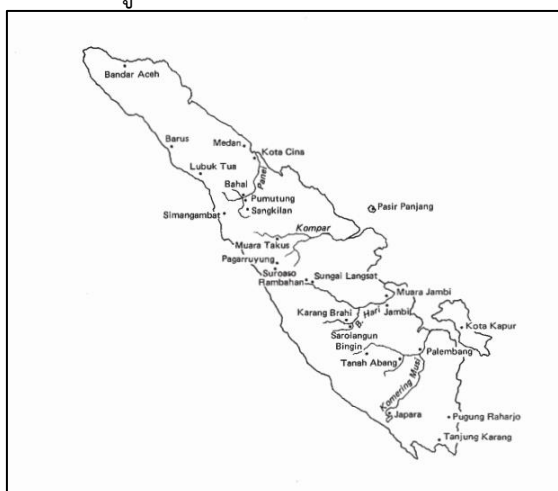
* Corresponding author: paleosamly@gmail.com

บทนำ

อาณาจักรศรีวิชัยก่อกำเนิดขึ้นราวพุทธศตวรรษที่ 13 (สุภัทรดิศ ดิศกุล (มจ.), 2549) เป็นศูนย์กลางการค้าของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้กับ จีน อินเดียและตะวันออกกลาง (กวาดล ทรงประเสริฐ , 2547) ควบคุมเส้นทางการค้าพาณิชย์ของอาณาจักรและหมู่เกาะต่าง ๆ ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ด้วยลักษณะภูมิประเทศเป็นหมู่เกาะ ชายฝั่งทะเล มีพื้นที่ป่าที่เป็นลักษณะป่าฝนเขตร้อนชื้น และมีระบบนิเวศที่หลากหลาย จึงเหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของพืชหลายชนิด เช่น เช่น ตาล ลาน จาก มะพร้าว ต้นชก หมาก สาคุ อินทผลัม สละ กระจ่าง ซึ่งเป็นพืชวงศ์ปาล์มที่สามารถเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติและใช้ประโยชน์ได้หลากหลาย

พืชวงศ์ปาล์มสามารถใช้ประโยชน์ได้หลากหลาย เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ และ หลักฐานสำคัญที่ระบุถึงการมีอยู่ของอาณาจักรศรีวิชัย ในประเทศอินโดนีเซียปัจจุบัน คือจารึกเกี่ยวข้องกับอาณาจักรศรีวิชัย อายุประมาณ พุทธศักราช 1225-1229 ที่ค้นพบทั้งหมด 6 หลัก (Kulke Hermann, 1993) ได้แก่ จารึกที่พบบริเวณเมืองปาเล็มบังปัจจุบัน บริเวณเกาะสุมาตราตอนใต้ จำนวน 3 หลัก และอีก 3 หลักพบที่เกาะบังกา ลัมปุงใต้ และจัมบี ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังมีการค้นพบเศษจารึกที่เตลากาบาตู และเศษอีกชิ้นที่บูกิตเซกุนตัง (Bukit Seguntang) ต่อมา Arlo Griffiths ผู้เชี่ยวชาญทางด้านประวัติศาสตร์เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบเศษจารึกจากบุม บารู (Bum Baru) (อุเทน วงศ์สถิต, 2557)

จารึกตาลังตูโว (Talang Tuwo) เป็นหนึ่งในจารึกจำนวน 6 หลักที่กล่าวถึงอาณาจักรศรีวิชัย ในเนื้อหาการกล่าวถึงการสร้างสวนสาธารณะโดยกษัตริย์ไว้ให้เป็นทานแก่ประชาชน ปรากฏชื่อพืชท้องถิ่นสำคัญแถบประเทศที่เป็นหมู่เกาะ ป่าฝนเขตร้อนกล่าวถึงการสร้างสวนสาธารณะโดยกษัตริย์ไว้ให้เป็นทานแก่ประชาชน มีรายชื่อพืชที่สามารถระบุชนิดได้ 5 ชนิด เป็นจารึกหลักเดียวที่ระบุชื่อพืชท้องถิ่นโบราณ และในปัจจุบันยังปรากฏพืชเหล่านี้กระจายอยู่ทั่วไปในหลายพื้นที่ของประเทศอินโดนีเซีย และพืชบางชนิดยังมีพื้นที่การเกิดแพร่กระจายมากที่สุดในโลก จึงเป็นที่น่าสนใจถึงความสำคัญของพืชเหล่านี้ ว่าผู้คนใช้ประโยชน์อย่างไรในสังคมอาณาจักรศรีวิชัยในสมัยนั้น ทำให้กษัตริย์ต้องมีการประกาศในจารึกให้ปลูกพืชเหล่านี้ไว้ในสวนสาธารณะที่พระองค์ทรงสร้าง

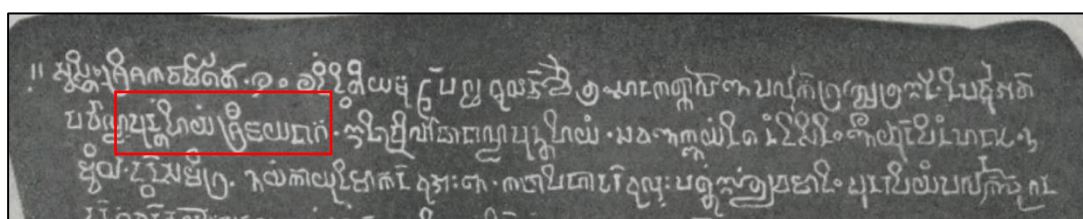


ภาพประกอบที่ 1 ภูมิประเทศเกาะสุมาตราและเกาะบังกา บริเวณที่พบจารึกทั้ง 6 หลัก ประเทศอินโดนีเซีย

Note : From The Art of Sirvijaya (p. 13), by M. C. Subhadradis Diskul, 1980, Oxford University Press.

ข้อมูลทั่วไป

จารึกตาลัง ตูโว ขนาด กว้าง 50 เซนติเมตร ยาว 80 เซนติเมตร ลักษณะทรงสี่เหลี่ยม อักษรหลังปัลลวะ ภาษามลายูโบราณ จำนวน 14 บรรทัด ระบุศักราช 606 (George Coedès, 1930) หรือ พุทธศักราช 1227 สร้างโดย กษัตริย์ นามว่า ศรีชยนาศะ (S'ri Jayanāsa) พระนามนี้ถูกกล่าวถึงในจารึกตาลัง ตูโว ในบรรทัดที่ 2 ว่า ปุนตะ หยัง ศรีชยนาศะ (Punta Hyang S'ri Jayanāsa) (ตัวอย่างลักษณะตัวอักษรดูได้ที่ ภาพประกอบที่ 2)



ภาพประกอบที่ 2 ระบุพระนามว่า ปุนตะ หยัง ศรีชยนาศะ (Punta Hyang S'ri Jayanāsa)

Note : From “Les Inscriptions Malaises de Crivijaya” by George Coedès, 1930 *Bulletin de l'Ecole française d'Extrême-Orient*, 30, p.38.

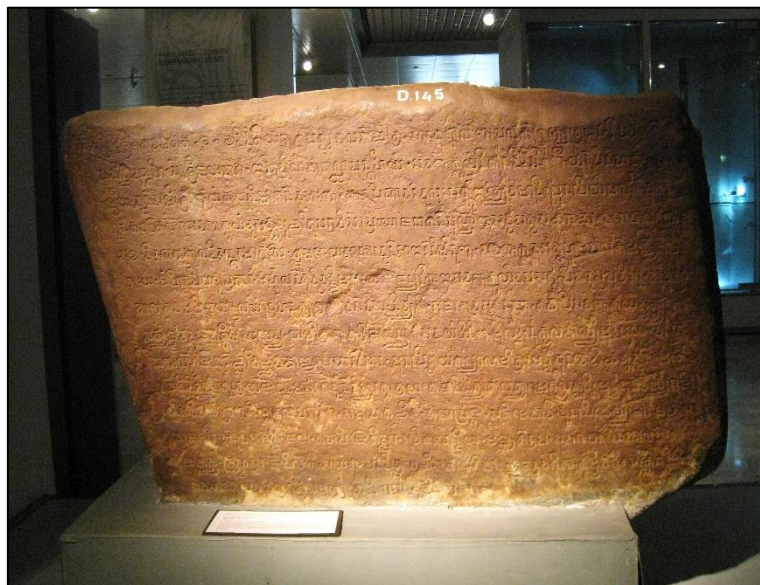
คำอ่าน

บรรทัดที่ 1 Swasti. S'ri saka warsa tita. 606. din dwitiya suklapaksa wulan caitra. sana tatkalana parlak S'ri ksetra ini. Niparwuat

บรรทัดที่ 2 parwanda punta hyian S'ri Jayanāsa . ini prinadhananda punta hyian .sawanakna yan nitanan di sini niyur pinan hanau . ru

บรรทัดที่ 3 mwiya.dnan samigra. na yan kayu nimakan wuahna. tathapi haur wuluh pattun ityewamadi. punarapi yan parlak wukan (Sondang Martini Siregar, 2018)

เนื้อหาบางส่วนกล่าวถึง ปณิธานผลกุศลของการสร้างสวน ที่ภาษามลายูโบราณ เรียกว่า “parlak” หรือ สวนพฤกษศาสตร์แบบหนึ่งขึ้น ให้ชื่อว่า “S'ri ksetra” (ศรีเกษตร) (Shaharir M.Z., 2017) บุญกุศลอื่น ๆ ของพระองค์จึงแผ่ไปยังสรรพสัตว์ทั้งหลายและช่วยให้เขาเหล่านั้นบรรลुพระโพธิญาณด้วย (สุภัทรดิศ ดิศกุล (มจ.), 2549) นอกจากนี้ ในจารึกยังได้ระบุว่า ภายในสวนศรีเกษตรนี้ ยังประกอบด้วยระบบการจัดการน้ำและพันธุ์พืชต้นไม้หรือไม้ผลที่รับประทานได้



ภาพประกอบที่ 3 จารึก ตาลังตูโว (Talang Tuwo)

Note : From Berkas:Talang Tuo Inscription, by Gunawan Kartapranata, 2010, Commons wikimedia (https://id.wikimedia.org/wiki/Berkas:Talang_Tuo_Inscription.jpg) . CC BY-NC-ND.

พืชที่ปรากฏในจารึกตาลังตูโว

ในบทความนี้ศึกษาชื่อพืชที่พบในจารึกตาลังตูโวจะคำแปลเป็นภาษาอังกฤษ โดย Sondang Martini Siregar จากบทความ Talang Tuo inscription: The management of environmental in Sriwijaya period, Indonesian Journal of Environmental Management and Sustainability จากการศึกษาพบว่า มีชื่อพืชในจารึกตาลังตูโวทั้งหมด 7 ชื่อ สามารถระบุชนิดของพืชได้ 5 ชนิด และไม่สามารถระบุชนิดพืชได้ 2 ชนิด แต่สันนิษฐานว่าเป็นพืชตระกูลเดียวกันกับไผ่ และบางคำแปล เช่น betel nut, areca palm, แปลว่า หมาก ทั้งคู่ ดังปรากฏในข้อความคำแปลว่า

“On March 23, 684 ad, that’s when the park is called Sriksetra is created under the leadership of Sri Jayanasa king. This is the power of intention: I hope planted a tree here, coconut, betel nut, areca palm , sago , and an assortment of trees, the fruit can be eaten, as well as bamboo haur, labu, and pattum, etc.; and hopefully also other plants ...” (Sondang Martini Siregar, 2018)

จากข้อความในจารึกดังกล่าวปรากฏพบรายชื่อพืชดังนี้

1. Coconut หรือ มะพร้าว
2. Betel nut หรือ หมาก
3. Areca Palm บางคำแปลระบุว่า เป็น Arenga pinnata หรือ ต้นขก
4. Sagoo หรือ สาคุ
5. Bamboo หรือ ไผ่
6. Labu บางคำแปล ระบุว่า waluh/ valuh ไม่ทราบชนิด

7. Pattum ไม่ทราบชนิด

จากคำศัพท์ภาษามลายูที่ระบุชื่อพืชในจารึกตาลังตูโว มีผู้แปลหลายท่านที่ระบุชื่อพืชที่แปลแตกต่างกันจากบทความดังกล่าว เช่น, พืชชนิดที่ 2 ว่า areca palm (หมาก) พืชชนิดที่ 3 ว่า suger plam / Arenga pinnata (ต้นขก), และ พืชชนิดที่ 6 ว่า Labu ตามคำแปลของศาสตราจารย์ เซเดย์ แปลว่า waluh/valuh (George Coedès, 1930) ไม่สามารถระบุชนิดได้

พืชเหล่านี้เป็นพืชพื้นถิ่นที่เกิดและเติบโตได้ดีในภูมิประเทศที่เป็นป่าฝนเขตร้อน แถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น อินโดนีเซีย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ และทางภาคใต้ของประเทศไทย รายชื่อพืชต่าง ๆ ที่ปรากฏในจารึกตาลัง ตูโว สามารถแบ่งตามลักษณะทางพฤกษศาสตร์ได้ 2 วงศ์ ได้แก่ วงศ์ “Arecaceae” และวงศ์ “Gramineae” มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

“Arecaceae” (ชื่อเดิมคือ Palmae) หรือพืชวงศ์ปาล์ม ลักษณะส่วนใหญ่เป็นไม้ยืนต้นไม้แตกพุ่ม ใบมีทั้งใบเดี่ยวใบประกอบ ใบอ่อนซ้อนพับเป็นพัด ก้านใบขนาดใหญ่แข็งแรง โคนใบแผ่กว้างเป็นกาบหุ้มลำต้น ดอกเป็นช่อเรียกว่าจั่น ช่อผลเรียกว่าทะลาย (สมพร ภูติยานันต์, 2552) รากมีทั้งชนิดที่แตกใต้ดินและแตกเหนือดิน พืชในวงศ์นี้ที่พบในจารึกตาลังตูโวที่สามารถระบุชื่อและชนิดได้ มีจำนวน 4 ชนิด คือ 1. มะพร้าว 2. หมาก 3. ต้นขกและ 4. สาคุ มีรายละเอียดดังนี้

1. มะพร้าว

มะพร้าว ปรากฏในคำแปลจารึกภาษาอังกฤษเป็นว่า Coconut มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Cocos nucifera* L. ลักษณะมีลำต้นเดี่ยว ไม่แตกแขนง ใบมีลักษณะเป็นใบประกอบแบบขนนก พบได้บริเวณเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อินโดนีเซีย ออสเตรเลีย นิวินี และกลุ่มเกาะแปซิฟิก ชาวอินโดนีเซียเรียกว่า “Tree of abundance” (ต้นไม้แห่งความอุดมสมบูรณ์) หรือ “Three generations tree” (ต้นไม้สามชั่วอายุคน) หรือ “Tree of life” (ต้นไม้แห่งชีวิต) มะพร้าวเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตชาวอินโดนีเซีย นอกจากนี้ มะพร้าวเป็นต้นไม้แห่งชีวิตเพราะทุกส่วนมีประโยชน์ในชีวิต เอนโดสเปิร์ม (เนื้อลักษณะสีขาวสำหรับเลี้ยงต้นอ่อน) ใช้สำหรับทำเนื้อมะพร้าวแห้งและน้ำมันมะพร้าว ก้านใช้สำหรับเป็นวัสดุก่อสร้างและฟืน เส้นใย เปลือก และรากยังใช้เป็นฟืน ส่วนของต้นปาล์มและเส้นใยใช้ทำหัตถกรรม แสดงว่ามะพร้าวมีมูลค่าทางเศรษฐกิจสูง เพราะนอกจากคุณค่าทางอาหารแล้ว ยังทำให้มีสุขภาพดี เป็นยารักษาโรค และใช้ทำเครื่องสำอาง (SC Ahuja et al., 2014) ส่วนในบาหลิมี่ “อารัก” เป็นเครื่องดื่มพื้นบ้านยอดนิยมประเภทแอลกอฮอล์ คือ เหล้าโรงและน้ำมะพร้าวเมา (ดวงกมล การไทย, 2559)

มะพร้าวยังเป็นส่วนหนึ่งในพิธีความเชื่อของบางชนเผ่า เช่น ชาวดายัก (Dayaks) บนเกาะบอร์เนียว มีพิธีกรรมสำหรับเด็กแรกเกิด โดยให้หมอผีมาทำพิธีทำเพื่อถ่ายทอดวิญญาณหรือส่งวิญญาณของทารกแรกเกิดไปที่ลูกมะพร้าวเพื่อป้องกันวิญญาณให้ปลอดภัยจากอันตราย และจะกลับเข้ามาเมื่อร่างกายเด็กแข็งแรงเหมาะสม (SC Ahuja et al., 2014)

ในเทคนิคการต่อเรือที่พบในเขตทะเลอาหรับ อินเดีย และตะวันออกเฉียงกลาง พบการใช้ประโยชน์จากเส้นใยมะพร้าว ดังจากหลักฐานการค้นพบซากเรือโบราณ (พนมสุรินทร์) บริเวณบ่อทุ่งจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ท้องเรือใช้ไม้กระดานผูกต่อกันด้วยเชือกและผูกเข้ากับกบเรือให้ยึดติดกัน ตัวเรือหรือกราบเรือเป็นแผ่นไม้กระดานที่เจาะรูแล้วใช้เชือกสั้ดาร้อยแผ่นไม้ติดกัน ไม้บางแผ่นเจาะรูตรงกลางเพื่อร้อยเชือกเพิ่มความมั่นคง ระหว่างแผ่นไม้แต่ละแผ่นมีเชือกสั้ น้ำตาลเสริมระหว่างเชือกสั้

ดำเพื่อให้เชือกนั้นรัดแน่นไม่แน่นขึ้น หรือ “หมันเรือ” ซึ่งเป็นเทคนิคการต่อเรือแบบอาหรับ (สฤณีพงศ์ ขุนทรง, 2558) นอกจากนี้ยังพบอินทรียัตถุหลาย ประเภท เช่น ลูกมะพร้าว หมาก ท่อนไม้ เมล็ดข้าว เขากวาง และงาช้าง โดย ผู้ขุดค้นมีความเห็นว่า เรือลำนี้น่าจะมีอายุอยู่ในราวพุทธศตวรรษที่ 14-15 ซึ่ง ร่วมสมัยกับแหล่งเรือจมอาหรับที่เกาะเบลีตุง (สฤณีพงศ์ ขุนทรง, 2558) ประเทศอินโดนีเซีย เรือโบราณทั้ง 2 ลำนี้ต่อเป็นเรือเครื่องผูก ซึ่งการเย็บเรือเครื่องผูกจะใช้ทางมะพร้าวมาทำเป็นเข็มร้อยด้วยเชือกใยมะพร้าว (เอิบเปรม และยุติ รัชรากร, 2562)

ส่วนสรรพคุณของมะพร้าวตามตำรายาไทยนั้น คัมภีร์สรรพคุณแลมหาพิภพ กล่าวถึงสรรพคุณของมะพร้าวไว้ว่า “เยื่อมะพร้าว น้ำมะพร้าว มีรสหวานกระทำให้ชุ่มอกเจริญธาตุให้มีกำลัง แก้กำเดา แต่ถ้าใช้เป็นนิยให้เกิดโทษมากแลรากมะพร้าว ดอกมะพร้าว งวงตาลอันอ่อน มีรสหวานแก้ลงท้อง แก้โลหิต แก้ไข้ริดสีดวงปากเปื่อย” (ประทีป ชุมพล, 2551) ตามความเชื่อของคนไทย เมื่อสตรีตั้งครรภ์ถ้าได้รับประทานน้ำมะพร้าวจะทำให้เด็กในครรภ์แข็งแรง คลอดง่าย ไม่มีคราบไขติดตัว ในตำรายาพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช ใช้เป็นยาแก้เคล็ดข้อ หรืออาการปวดเมื่อยข้อ ประกอบด้วย “ยาอึกย 1 มะพร้าวอกหินทีกข้างหัว 1 กระดุกควายขาว 1 หัวยาจัน 1 รากหญ้าตัน 1 น้ำตาลกรวด 1 รากบากบก 1 ต้มกินหาย เช็ดข้อแล” (หอสมุดแห่งชาตินครศรีธรรมราช, 2558) และ ปรากฏในการใช้ใช้เปลือกผลมะพร้าวแก้อาการลง (ท้องเสีย) ทำลูกกลอน ในตำรับยาในหนังสือบุตรขาวของหมอพื้นบ้านหมอลอย มุกดา หมอพื้นบ้านจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วย “หัวกะทือ 1 หมอกเกาะ 1 กะพด 1 (เปลือกผลมะพร้าวเผาไฟ)” (อรทัย เนียมสุวรรณ และคณะ, 2557) แก้อาการท้องเสียทำลูกกลอนกิน

2. หมาก

หมาก ปรากฏในคำแปลจารึกภาษาอังกฤษเป็นว่า Betel Nut/ areca palm มีชื่อวิทยาศาสตร์ *Areca catechu* L. มีถิ่นกำเนิดในทวีปเอเชียเขตร้อน จัดเป็นไม้ยืนต้นจำพวกปาล์ม มีความสูงของต้นประมาณ 10-15 เมตร ลำต้นตั้งตรง เป็นต้นเดี่ยวไม่แตกกิ่งก้าน ลักษณะของลำต้นเป็นรูปทรงกระบอก มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 8-12 เซนติเมตร (สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร, 2563) ลักษณะของผลเป็นรูปทรงกลม รูปกลมรี รูปไข่ รูปไข่ปลายแหลม หรือเป็นรูปกระสวยขนาดเล็ก โดยเฉลี่ยแล้วผลที่รวมกันเป็นทะลาย ในหนึ่งทะลายจะมีผลอยู่ประมาณ 10-150 ผล ผิวผลเรียบ มีกลีบเลี้ยงติดเป็นขั้วผล ผลมีขนาดกว้างประมาณ 5 เซนติเมตร และยาวประมาณ 7 เซนติเมตร ผลดิบหรือผลสดเปลือกผลจะเป็นสีเขียวเข้ม เรียกว่า “หมากดิบ” ผลเมื่อแก่เปลือกผลจะเปลี่ยนเป็นสีเหลืองส้มทั้งผลหรือสีแดงแกมส้ม (สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร, 2563)

การเคี้ยวหมากพลูเป็นวัฒนธรรมเก่าแก่ที่กระจายอยู่ทั่วทั้งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เอเชียใต้ และเอเชียตะวันออก จากการสืบค้นทั้งทางโบราณคดี ภาษาศาสตร์ และพฤกษศาสตร์ ทำให้พบว่า การเคี้ยวหมากน่าจะมีจุดกำเนิดมาจากชาวออสโตรนีเซีย ซึ่งหมายถึงบรรดาชาวเกาะในคาบสมุทรมลายู อินโดนีเซีย และฟิลิปปินส์ (สถานวิทยุแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย FM 101.5 MHz, 2565) โดยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นร่องรอยของการกินหมากมาตั้งแต่ดึกดำบรรพ์ของผู้คนในบริเวณคาบสมุทรมลายูและกลุ่มเกาะ คือ โครงกระดูกที่มีฟันดำ พบที่ประเทศฟิลิปปินส์ในแหล่งโบราณคดีอายุราว 5,000 ปี (พจนก กาญจนจันทน, 2563)

หมากเป็นยาสมุนไพรพื้นบ้านที่ใช้โดยทั่วไป ในอินโดนีเซีย เรียกว่า “biji pinang” ใช้บริโภคโดยทั่วไปในภูมิภาคแถบนี้ ในจังหวัดอาเจะห์ (Aceh) ทางตอนเหนือของเกาะสุมาตรา บริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำหมาก ผสมไข่แดง น้ำผึ้ง และนม ถือว่าเป็นประเพณีวัฒนธรรมส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตที่สืบทอดกันมา (Tim Penyusun Mawardi Umar et al., 2021) นอกจากนี้ยังมีการใช้ประโยชน์ทางการแพทย์แผนโบราณ โดยใช้เป็นยาสมุนไพรรักษาโรคบิดหรือขับปัสสาวะ (Kang Pa Lee et al., 2014) และสารสกัดจากหมากมักใช้รักษาอาการเลือดออกเป็นเวลานาน เช่น การมีประจำเดือนกำเริบ และการเป็นแผล นอกจากนี้ยังใช้รักษาโรคคอติบ ปรสิด การติดเชื้ ท้องร่วง และโรคบิด (Liza Meutia Sari et al., 2014) แต่ในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน การเคี้ยวหมากอาจเป็นปัจจัยให้เกิดโรคเกี่ยวกับช่องปากและฟัน เช่น โรคมะเร็งช่องปาก ซึ่งในระหว่างการเคี้ยวเมล็ดหมากก่อให้เกิดสารไนโตรซามีน ซึ่งเป็นสารก่อมะเร็งในช่องปาก (Liza Meutia Sari et al., 2014)

ส่วนสรรพคุณตามตำรายาไทย คนไทยโบราณใช้เคี้ยวกับพลูทาปูน อมแก้ปากเหม็น แก้แมงกินฟัน ทำให้ฟันดำ ริมฝีปากแดงในลูกหมากมีสารอัลคาลอยด์ แทนนิน ไขมัน ยางสน และน้ำเมือกอยู่ด้วย ประโยชน์ทางยาใช้เป็นยาสมานอย่างอ่อน (แสงยม พงษ์บุญรอด, 2519) ในคัมภีร์ปฐมจินดาใช้เป็นน้ำกระสายสมานลื่นเปื่อย ความว่า “...ยาสมานลื่นเปื่อย ขนานนี้ทำให้เอา ไบหว้าอ่อนใส่ปากหมอนึ่งให้สุกผลเบญกานี 1 มูลโคแห้ง 1 น้ำประสานทอง 1 สีเสียดเทศ 1 รวมยา 5 สิ่งนี้เอาเสมอกันทำเป็นจูน บดปั้นแท่งไว้ละลายน้ำหมากสง ทาปากทาลิ้นกุมารหายดีนักแล...” (ประทีป ชุมพล, 2551) ส่วนหมอเอื้อยะ สายกระสุน หมอพื้นบ้านจังหวัดสุรินทร์ ใช้หมากเป็นส่วนประกอบยาแก้พิษงู โดยใช้ หมากแห้งผสมกับโสดทะนงแดงฝนทั้งกินและทาแก้พิษกัด (ดวงแก้ว ปัญญาญ และกฤษณะ คตสุข, 2561) และสัตว์เลื้อยคลานมีพิษ เช่น ตะขาบ แมงป่อง แมงมุม เป็นต้น นอกจากนี้ ในมิติทางพิธีกรรมความเชื่อของไทย ใช้หมากเคี้ยวร่วมกับตัวยาอื่น ๆ พร้อมกับบริกรรมคาถาแล้วเป่าพ่นแก้อาการผีเข้า เช่น ในตำรายาพื้นบ้านจังหวัดนครศรีธรรมราช กล่าวว่า “...ยาแก้ผีเอารากเล็บมีอนาง 1 รากเหรียญ 1 รากไปข้างหัวนออก นั้นเอามาเสกด้วยมนต์นี้ ราชะประพิลา 3 ที่เคี้ยวพ่นกับหมากพลู ครั้นถึงคนจึงพ่น ถ้าต้องผีพรายทอนอยู่มิได้เลย...” (หอสมุดแห่งชาตินครศรีธรรมราช, 2558)

3. ต้นชก

ต้นชก ปรากฏในคำแปลจารึกภาษาอังกฤษเป็นว่า *Arenga pinnata* มีชื่อวิทยาศาสตร์ ว่า *Arenga pinnata* (Wurmb) Merr. ลำต้นเดี่ยวขนาด 12 -15 เมตร เส้นผ่าศูนย์กลาง 40 เซนติเมตร (Anders Haagen and Celso B. Lantican, February 2011 – December 2014) เป็นพืชปาล์มสกุลตาวหรือชิด (*Arenga*) มีกระจายพันธุ์ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และมักถูกเรียกรวมว่า ปาล์มน้ำตาล (*Sugar Palms*) (รัชดา พงษ์สัตยาพิพัฒน์ และแอนเดอร์ส เอส บาร์ฟอด, 2552) พบมากแถบป่าฝนเขตร้อนชื้น มีแสงแดดส่องถึงเติบโตได้ดีในที่ที่มีน้ำไหลผ่าน อยู่บริเวณใกล้แม่น้ำ บริเวณพื้นที่สูง 500-800 เมตร มีฝนตกมากกว่า 1,200 มิลลิเมตรต่อปี 7-8 เดือน และอุณหภูมิเฉลี่ย 25 องศา (Endri Martini and James M. Roshetko, 2011) มีชื่ออื่นอีก เช่น ชาวบ้านจังหวัดพังงา เรียกว่า “ต้นโอเหนา” หรือ “ลูกเหนา”

ต้นชกเป็นปาล์มที่สามารถให้ผลผลิตน้ำตาลจากช่อดอก นอกจากจะให้น้ำตาลแล้วยังสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเอนกประสงค์ เป็นอาหารและเครื่องดื่ม เช่น นำนํ้าทำนํ้าหวานที่เรียกว่า “Sagueir” รสชาติคล้ายเปียร์ของชาวยุโรป นอกจากนี้ ชาวอินโดนีเซีย ใช้ส่วน half-cooked

endosperm หรือเนื้อส่วนที่ใช้เป็นอาหารสำหรับเลี้ยงต้นอ่อน บริเวณที่ห่อหุ้มเมล็ด ใช้ในการรักษาโรคโดยใช้เป็นยาระงับปวดและแก้อาการอักเสบ (Evi Sovia and Dian Anggraeny, 2019)

ในประเทศไทยน้ำที่ได้จากช่อดอก หรือวง ทำเป็นน้ำตาลชกสด หรือ มาเคี้ยวจนกลายเป็นน้ำตาลเหนียวหนืดแปรรูปเรียกว่า น้ำตาลชกแว่น (กองการศึกษา เทศบาลตำบลบางเตย, ม.ป.ป.) ส่วนลูกชกมาต้มหรือเผาไฟเอาเนื้อในมาทำลูกชกเชื่อมรับประทาน บำรุงกำลัง

4. สาคุ หรือ Sagoo

สาคุ ปรากฏในคำแปลจารึกภาษาอังกฤษเป็นว่า Sagoo ภาษาชวาตั้งเดิมหมายถึงแป้งที่บริเวณลำต้นหรือแกนของต้นปาล์มสาคุ แต่ปัจจุบันภาษาที่ชาวอินโดนีเซียและชาวมาเลเซียเรียกกันว่า สาคุ หมายถึงแป้งของต้นปาล์มทุกชนิด สาคุ มีชื่อทางวิทยาศาสตร์ว่า *Metroxylon sagu* Rottb. เป็นปาล์มชนิดหนึ่งในสกุล *Metroxylon* เป็นพืชใบเลี้ยงเดี่ยว มีลำต้นสูงประมาณ 8-10 เมตร เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 40 – 60 เซนติเมตร ลำต้นมีลักษณะคล้ายปาล์มขวดหรือต้นมะพร้าว ลำต้นตั้งตรง เป็นพืชท้องถิ่นที่พบในภูมิภาคร้อนชื้น และตามป่าทั่วไปบริเวณชายฝั่งทะเล พบมากในประเทศแถบใกล้เส้นศูนย์สูตร ทั้งในทวีปเอเชีย หมู่เกาะแปซิฟิก และอเมริกา เป็นพืชที่ต้องการน้ำสูง เติบโตได้ดีในพื้นที่ฝนชุก และสม่ำเสมอ ประมาณ 1,000-2,500 มิลลิเมตร/ปี ชอบอุณหภูมิ ประมาณ 29-32 °C เติบโตได้ดีทั้งแหล่งน้ำจืด และน้ำกร่อย ที่ดินชื้นหรือมีน้ำท่วมขัง หรือป่าพรุ

แป้งจากต้นสาคุ มีการนำมาใช้เป็นอาหารมนุษย์และอาหารสัตว์มานานหลายพันปี และยังคงพบหลักฐานทางโบราณวัตถุว่ามนุษย์ใช้สาคุเป็นอาหารก่อนการปลูกข้าว (ฉัตรชัย สังข์ผุด และคณะ, 2562) ซึ่งอัลเฟรด รัสเซล วอลล์ (Alfred Russel Wallace) นักธรรมชาติวิทยา ได้กล่าวว่า สาคุถือเป็นแหล่งคาร์โบไฮเดรตและเป็นหนึ่งในพืชที่เก่าแก่ที่สุดที่มนุษย์ใช้กันมาตั้งแต่สมัยโบราณ เช่นเดียวกับกล้วยและเผือก (Donowati Tjokrokusumo, 2018) โดยทั่วไปแป้งสาคุมีลักษณะเหนียว ใส อ่อนนุ่ม และมีการพองตัวมากกว่าเดิม ส่วนองค์ประกอบของแป้งมีคาร์โบไฮเดรตสูง ร้อยละ 84.7 รองจากแป้งมันสำปะหลังที่มีคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 88.2 และมีองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น โปรตีน ร้อยละ 1-2 ไขมันร้อยละ 1 และกากใยร้อยละ 10 แป้งสาคุบริสุทธิ์จะมีอะไมโลส ร้อยละ 27 และอะไมโลเพกติน ร้อยละ 73 (พนม อินทฤทธิ์, 2561) ส่วนดั่งหรือหนอนสาคุเป็นอาหารที่ให้โปรตีนสูงในธรรมชาติ เมื่อต้นสาคุตาย หลังจากออกดอกแตกเขาแล้ว จะมีแมลงปีกแข็งมาเจาะเปลือกกินเนื้อในลำต้นสาคุพร้อมวางไข่กลายเป็นตัวอ่อน ต่อมากลายเป็นหนอนสาคุ

ประเทศอินโดนีเซียถือว่าเป็นประเทศที่มีพื้นที่ปาล์มสาคุมากที่สุดในโลกทั้งที่เป็นป่าและปลูกเพื่อการเกษตรรวมกันกระจายอยู่บริเวณต่าง ๆ ทั่วประเทศอินโดนีเซีย เช่น สุมาตรา (Sumatra) กาลีมันตัน (Kalimantan) สุลาเวสี (Sulawesi) ชวา (Java) โมลุกกะ (Moluccas) และพบมากที่สุดที่เกาะปาปัว (Papua islands) (Barahima Abbas et al., 2009) นิยมใช้เป็นอาหารหลักของชาวพื้นเมืองที่อาศัยอยู่ในบริเวณเกาะนั้น ปาล์มสาคุ เป็นพืชที่ให้แป้งและเป็นแหล่งคาร์โบไฮเดรตที่ราคาถูกมีจำนวนมากหาได้ง่าย

ส่วนสรรพคุณตามตำรายาไทย หมอพื้นบ้านใช้รากแขนงในการรักษาอาการปวดศีรษะ ผลนำมารับประทานได้ จะมีรสเปรี้ยวและฝาดเล็กน้อย มีประโยชน์ทางยา สามารถลดความดันโลหิตสูง และบรรเทาอาการโรคเบาหวาน ในบางชุมชนมีความเชื่อในการนำยางจากก้านใบไปทาหน้ารักษาผิวหนังได้อย่างดี

นอกจากประโยชน์ในการใช้เป็นอาหารและยาแล้ว ต้นสาไถ่ยังมีประโยชน์ทางระบบนิเวศวิทยา โดยเฉพาะในแม่น้ำลำคลองที่น้ำไหลแรงจะมีการพังทลายของดินสูง แต่ถ้าบริเวณใดมีป่าสาไถ่ขึ้นหนาแน่นริมฝั่งแม่น้ำหรือลำคลอง จะทำให้น้ำไหลช้าลง และการพังทลายของดินก็ลดน้อยลงด้วย รวมถึงป่าสาไถ่ที่ขึ้นบริเวณน้ำท่วมขัง เมื่อน้ำหลากบริเวณดังกล่าวก็จะลดน้อยลงด้วย เพราะจะมีกิ่งทางใบที่ร่วงหล่นหรือระบบรากเป็นส่วนช่วยในการชะลอน้ำ ป้องกันการพังทลายของดิน ต้นสาไถ่มีระบบรากที่หนาแน่น ยึดเกาะหน้าดินได้ดี (พนม อินทฤทธิ์, 2561) ซึ่งที่ตั้งอาณาจักรศรีวิชัยบริเวณป่าเลมบัว เป็นพื้นที่ชุ่มน้ำ การปลูกพืชหรือต้นไม้ที่เหมาะสมกับพื้นที่เพื่อคงความอุดมสมบูรณ์ของดิน กระจายน้ำเพื่อการเกษตร และป้องกันน้ำท่วมในฤดูฝน (Sondang Martini Siregar, 2018)

วงศ์ "Gramineae" หรือ "Poaceae" ซึ่งรายชื่อพืชที่พบในจารึกนี้ สามารถระบุชื่อและชนิดได้ มีจำนวน 1 ชนิด คือ ไม้ และไม้ทราบชนิด อีก 2 ชื่อ คือ Waluh และ Pattum ซึ่งไม้ทราบว่าความหมายว่าเป็นชื่อเรียกเป็นพืชชนิดใดสันนิษฐานโดย ศาสตราจารย์ George Coedès ว่าเป็นพืชวงศ์ไม้

ไม้ หรือ Bamboo เป็นหนึ่งในกลุ่มพืชสีเขียวตลอดปี (Evergreen Plant) แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ ไม้กอ (Sympodial type) และไม้ลำเดี่ยว (Monopodial type) ไม้กอ หน่ออ่อนจะแทงยอดออกมาจากตาของเหง้าที่มีอยู่หลายตา โดยเหง้าใต้ดินจะมีขนาดใหญ่และสั้น หน่ออ่อนที่แทงออกมาจะเบียดกันแน่นเป็นกอทึบ มีลำแก้อยู่ข้างใน ส่วนลำอ่อนจะอยู่ภายนอกกอ เช่น ไม้ตง ไม้หวานอ่างขาง ไม้หยก ไม้รวก ไม้ไร่ หรือไม้ที่มีอยู่ในแถบโซนร้อน เช่น ประเทศไทย มาเลเซีย ฟิลิปปินส์ (คุณทล เทพจิตร, 2561) บันทึกว่ามีประมาณ 1,250-1,500 ชนิดที่พบในโลก และอินโดนีเซียมี 154 ชนิด (A H D Abdullah, 2017) ซึ่งไม้ไผ่เป็นหญ้าชนิดที่ใหญ่ที่สุดในโลก พบทั่วไปทุกสภาพอากาศ ตั้งแต่ภูเขาที่หนาวเย็นถึงเขตร้อนชื้นของโลก ต้นไม้ในประเทศอินโดนีเซียมีตั้งแต่พื้นที่ป่าพรุไปจนถึงที่ราบสูงที่ระดับความสูง 2500 เมตร

ภูมิปัญญาชาวบ้านอินโดนีเซีย มีการใช้ไม้ไผ่หลายอย่าง ตั้งแต่การเกิดโดยการใช้มัดไม้ไผ่ตัดสายสะดือ การสร้างสะพาน สร้างบ้านเรือน ทำงานฝีมือหลายอย่าง ชาวอินดูในบาห์ลี ใช้ไม้ไผ่ในการทำโลงศพ ในการฝังศพ (Herbarium Bogoriense et al., 1998) ใช้ในทำเป็นโจ (Penjor) ในวันกาลุงกัน (Galungan Day) เป็นงานสำคัญที่สุดของชาวบาห์ลีตามความเชื่อของศาสนาฮินดู ตรงกับสัปดาห์ที่ 11 ในปฏิทินทางศาสนาของบาห์ลี มีการทำพิธีบูชาทั้งสิ้นเป็นเวลา 10 วัน มีการตั้งเสาไม้ไผ่สูงตกแต่งด้วยทางมะพร้าว ใบตอง ผลไม้ และขนมชนิดต่าง ๆ เชื่อว่าเป็นการเซ่นไหว้บรรพบุรุษผู้ล่วงลับและกลายเป็นเทพที่จะลงมาเยี่ยมครอบครัวในช่วงเวลาดังกล่าว (ดวงกมล การไทย, 2559) นอกจากนี้ไม้ไผ่ยังทำเป็นเครื่องดนตรีที่เรียกว่า “อังกลุง” (Angklung) เป็นเครื่องดนตรีที่มีถิ่นกำเนิดจากประเทศอินโดนีเซียประกอบด้วยท่อไม้ไผ่สองถึงสี่ท่อที่ห้อยอยู่ในโครงไม้ไผ่ที่พันด้วยสายหวาย (Indonesian Angklung, 2013) การสร้างเสียงให้เกิดจากลำกระบอกไม้ไผ่จึงต้องใช้ ภูมิปัญญาที่สังเกตและปรับแต่งจากวัสดุเป็นหลัก โดยวัดจาก ปริมาตรของกระบอก ถ้าคว้านเนื้อไม้ตรงปากกระบอกออกไป มากจะทำให้ปริมาตรน้อย เสียงจะสูง ถ้าคว้านเนื้อไม้ที่ปาก กระบอกออกน้อย ปริมาตรจะมาก เสียงที่ได้จะออกโทนเสียงต่ำ จัดอยู่ในประเภทเครื่องตี ที่เกิดจากการเขย่าเพื่อให้กระบอกไปกระทบกับรางไม้ เกิดเป็น โทนเสียงที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว (ศูนย์ส่งเสริมศิลปาชีพระหว่างประเทศ (องค์การมหาชน), 2559)

สรรพคุณตามตำรายาไทย แพทย์ตามชนบทใช้ใบไม้ปรุงเป็นยาขับปัสสาวะ โลหิตระดูที่แห้งเสียได้ ตาไม้สุ่มไฟเป็นถ่านรับประทานแก้ร้อนในกระหายน้ำ รากมีรสกร่อยเย็นเล็กน้อย ใช้เป็นยาขับปัสสาวะ แก้ไตพิการและใช้ร่วมกับยาขับโลหิตและยาแก้หนองในได้ด้วย (เสงี่ยม พงษ์บุญรอด, 2519) ตำรับยาพื้นบ้านจากหนังสือbudจังหวดสงขลาใช้เป็นตำรับยาแก้ฟก ประกอบด้วย “ยาต้มเอามะพร้าว 1 หัว ยาจีน 1 ชั่ง สุกพัน 3 บาท ผักเป็ดแดง 1 ชี้แรด 1 ชั่ง ตาไม้สุ่มไฟ 3 ตา รากหงแดง 1 ต้ม กินแก้ฟกทุกทั้งปวง เมื่อจะต้มให้ลำนึกถึงจีนฮ่อแล” (หอสมุดแห่งชาติกาญจนาภิเษก สงขลา, 2560)

การใช้ประโยชน์พืชที่ปรากฏพบในจารึกตาลังตูโวในประเทศไทย

พืชนอกจากมีประโยชน์เป็นอาหารยังมีสรรพคุณทางยาช่วยรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยของทั้งมนุษย์และสัตว์มากมาย แต่พืชบางชนิดมีความเป็นพิษหากนำมาใช้ไม่ถูกวิธี เช่น ยางของต้นชกหากสัมผัสผิวหนังจะทำให้แสบร้อนระคายเคืองได้ การจะนำเนื้อลูกชกมารับประทานจะต้องนำไปเผาไฟ หรือผ่านการต้มเสียก่อน เกิดภูมิปัญญาในการคัดเลือกพืชสมุนไพรมาใช้ได้อย่างปลอดภัย ถูกส่วน ถูกวิธี หากบางต้นหากรับประทานแล้วเกิดอาการวิงเวียน ใจสั่นขับเหงื่อ เรียกว่า “หมากยัน” (เสงี่ยม พงษ์บุญรอด, 2519) ซึ่งพืชแต่ละชนิดจะมีสรรพคุณทางยา หรือสารสำคัญที่แตกต่างกัน มากน้อย ขึ้นอยู่กับความอุดมสมบูรณ์ของพื้นที่ สามารถเจริญเติบโตให้ผลผลิตที่ดีในบริเวณจำเพาะเหมาะสม เช่น จันทน์เทศ ที่มาจากหมู่เกาะโมลุกกะ และเกาะบันดา กานพลู ที่มาจากเกาะเตอร์นาตี (คอนเดิล ไมเคิล, 2553) ประเทศอินโดนีเซีย ในสมัยโบราณเรียกหมู่เกาะเหล่านี้ว่า “หมู่เกาะเครื่องเทศ” เป็นแหล่งผลิตเครื่องเทศสมุนไพรที่มีสรรพคุณทางยาคุณภาพสูงแห่งหนึ่งในสมัยโบราณ

ประเทศไทยก็เป็นประเทศแถบเส้นศูนย์สูตร ที่มีลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศทางภาคใต้คล้ายประเทศอินโดนีเซีย คือมีพื้นที่ติดทะเล มีฝนตกชุก อยู่ในเขตร้อนชื้น พืชทั้ง 5 ชนิดที่ปรากฏในจารึกตาลังตูโว ก็ปรากฏพบมากเจริญเติบโตได้ดีทางภาคใต้ของประเทศไทยด้วยเช่นกัน พบการใช้ประโยชน์หลากหลายมีทั้งคล้ายกันและแตกต่างกันกับประเทศอินโดนีเซีย เช่น สาครู ประชาชนในประเทศไทยนิยมนำมาแปรงสาครูทำเป็นของหวาน แต่อินโดนีเซียบางชนเผ่ารับประทานเป็นแห่งคาร์โบไฮเดรตหลัก อาจจะเป็นด้วยว่าประเทศไทยมีภูมิประเทศ ที่สามารถให้ผลผลิตข้าวที่สูง แหล่งคาร์โบไฮเดรตอื่นจึงแปลงรูปแบบวิธีรับประทานเป็นของหวานและอาหารว่างมากกว่าที่จะเป็นอาหารหลัก และการใช้น้ำตาลจากมะพร้าว และต้นชก ในการทำขนมหวานซึ่งมีความหอมหวานมากกว่าน้ำตาลที่มาจากอ้อย การกินหมากพลู หรือเคี้ยวหมากยังเป็นที่ยินยอมและปรากฏให้เห็นในผู้สูงอายุในชนบทของประเทศไทย ซึ่งคติความเชื่อเดิมในบางพื้นที่เชื่อว่า ช่วยให้อายุยืนยาว เป็นยาบำรุงกำลัง หรือทำให้ฟันมีสีดำสวยงาม อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบการกินหมากบางพื้นที่ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ใช้เป็นเครื่องยศแสดงถึงอำนาจและชนชั้น ในจารึกสำคัญหลักหนึ่งของประเทศไทย คือ จารึกหลักที่ 1 หรือจารึกพ่อขุนรามคำแหง พุทธศักราช 1835 ในสมัยสุโขทัย ปรากฏรายชื่อพืชที่ตรงกันกับจารึกตาลังตูโวถึง 2 ชนิดด้วยกัน คือ มะพร้าว และหมาก ความว่า “...เมื่อนี้จึงชมสร้างป่าหมากป่าพลูทั่วเมือง ทุกแห่งป่าพลูก็หลายในเมืองนี้...” (คณะกรรมการอำนวยการจัดงานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ในโอกาสที่วันพระบรมราชสมภพครบ 200 ปี, 2548) นั้น แสดงว่า พืชทั้ง 2 ชนิดนี้เป็นที่รู้จักและใช้ประโยชน์ของผู้คนในสุโขทัย ใช้มากเป็นเครื่องถวายสักการะและของถวายของโอยทาน เป็นพืชที่มีค่าที่ต้องแต่งเฝ้ารักษา ดังในจารึกศรีชุมความว่า “..ปลูกดอกไม้ต้นใหญ่หลายพรรณแก่กม...พระศรีมหาโพธิ์ไว้คนแต่งเฝ้ารักษาหลายครามีทั้งสวนหมากสวนพลูไร่ธาร...” (คณะกรรมการอำนวยการจัดงานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้า

เจ้าอยู่หัว ในโอกาสที่วันพระบรมราชสมภพครบ 200 ปี, 2548) ซึ่งหมาก ปรากฏหลักฐานการพบในไทย ที่แหล่งโบราณคดี ถ้ำผี พบทั้งซากหมากและพลู นั้นแสดงว่า หมากและพลูมีถิ่นกำเนิดที่ประเทศไทยเมื่อ 10,000 ปีมาแล้ว⁽⁴²⁾ (อรไท ผลดี, 2538). และการพบหลักฐานอินทรีวัตถุ เช่น หมากมะพร้าว ในซากเรือโบราณพนมสุรินทร์ ที่จังหวัดสมุทรสาคร ประเทศไทย สันนิษฐานว่า มะพร้าวและหมากเป็นสินค้าแลกเปลี่ยนประเภทหนึ่งในเส้นทางการค้าทางทะเล นั้นย่อมแสดงให้เห็นว่าพืชทั้ง 2 ชนิดนี้เป็นพืชที่มีความสำคัญในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ปัจจุบันพืชทั้ง 2 ชนิดนี้ยังปรากฏการใช้ประโยชน์หลากหลายสืบต่อมาทั้งในการบริโภคและอุปโภค

อย่างไรก็ดี พืชชนิดต่าง ๆ เหล่านี้ถือเป็นประจักษ์พยานที่ยืนยันว่าลักษณะภูมิประเทศของอาณาจักรศรีวิชัย นั้นเป็นพื้นที่หมู่เกาะเขตร้อนชื้นที่มีลักษณะภูมิประเทศและภูมิอากาศเอื้ออำนวยต่อการเจริญเติบโตต่อพืชวงศ์ปาล์ม เช่น มะพร้าว ต้นขก สาคุ หมาก และพืชวงศ์ไผ่ ซึ่งผู้คนที่อาศัยอยู่ได้ใช้ประโยชน์จากพืชชนิดนี้อย่างมากทั้งในด้านการดำรงชีวิต ใช้เป็นอาหาร ยารักษาโรค เครื่องใช้หรือในมิติของวัฒนธรรมความเชื่อต่าง ๆ ตั้งแต่เกิดจนตาย และ พืชบางชนิดมีความจำเพาะในการเจริญเติบโตและเป็นไม้ยืนต้นที่ต้องอาศัยเวลาในการเจริญเติบโตเป็นเวลานาน 10-20 ปีถึงจะให้ผลผลิตได้ และให้ผลผลิตได้ยาวนาน เช่น มะพร้าว หมาก และบางต้นเมื่อให้ผลผลิตหรือออกลูกแล้วต้นแม่ก็จะค่อยๆ เหี่ยวแห้งและตายไป เช่น ต้นขกเมื่อออกผล ต้นก็จะตาย บางชนิดจะใช้ประโยชน์ก็ต้องตัดทั้งต้น เช่น ไผ่ และ สาคุ ดังนั้นการปลูกทดแทนและใช้ประโยชน์อันยาวไกลจึงเป็นการวางแผนการจัดการทรัพยากรธรรมชาติอีกอย่างหนึ่งของกษัตริย์ในอาณาจักรศรีวิชัยที่เข้าใจในธรรมชาติของพืชพรรณ พฤกษศาสตร์ ในอาณาจักรของพระองค์เป็นอย่างดีเยี่ยม

สรุป

การที่กษัตริย์ศรีวิชัยนาสะ แห่งอาณาจักรศรีวิชัยคัดเลือกพืชที่ให้ประโยชน์ต่อผู้คนในอาณาจักรเพื่อปลูกในสวนสาธารณะ แสดงให้เห็นถึงความหลากหลายทางพฤกษศาสตร์ของพืชในภูมิประเทศแถบหมู่เกาะของอาณาจักรศรีวิชัยในสมัยนั้น เป็นพืชสำคัญต่อการใช้ชีวิตของผู้คนในอาณาจักร ก่อประโยชน์ทางตรงและทางอ้อม กับผู้คนที่อาศัยบริเวณหมู่เกาะคาบสมุทรชายฝั่งทะเลซึ่งลักษณะภูมิประเทศอยู่ในเขตร้อนชื้น ฝนตกชุก เป็นภูมิประเทศเหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของพืชเหล่านี้ ซึ่งประเทศอินโดนีเซียเป็นประเทศที่มีระบบนิเวศที่หลากหลายแห่งหนึ่งของโลก พืชเหล่านี้เกิดขึ้นเจริญเติบโตได้เองในธรรมชาติ ความสมบูรณ์ของป่า การที่กษัตริย์ศรีวิชัยนาสะ แห่ง อาณาจักรศรีวิชัยทรงมีรับสั่งให้ปลูกนั้นแสดงว่าพระองค์เล็งเห็นความสำคัญของพืชเหล่านี้ เพื่อใช้เป็นแหล่งอาหาร ใช้เป็นยารักษาโรค ใช้ในการสร้างบ้านเรือน งานศิลปหัตถกรรม หรือใช้เป็นอุปกรณ์ในการประกอบพิธีกรรมความเชื่อ ซึ่งพืชเหล่านี้ล้วนอยู่ในวิถีชีวิตของคนอินโดนีเซียตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของผู้คนในพื้นที่ สะท้อนให้เห็นความสามารถของผู้นำถึงนโยบายการดูแลความเป็นอยู่การจัดการทรัพยากรธรรมชาติ เพื่อใช้ในการดำรงชีวิตของผู้คนในอาณาจักร ทั้งการอุปโภคบริโภค การคัดเลือกพืชที่สำคัญมาปลูกขยายพันธุ์ และอนุรักษ์ ก่อประโยชน์ระยะยาวต่อผู้คนในอาณาจักร

บรรณานุกรม

- กองการศึกษา เทศบาลตำบลบางเตย. (ม.ป.ป.) *การทำลูกขกภูมิปัญญาท้องถิ่น ตำบลบางเตย อำเภอเมือง จังหวัดพังงา*.
http://www.bangtoeycity.go.th/news/doc_download/a_310517_093413.pdf
กฤษณ ทพจิตรรา. (19, พฤศจิกายน, 2561). *ความรู้เรื่องไฟ ที่ใครๆ ยังไม่รู้*. เทคโนโลยีชาวบ้าน.
https://www.technologychaoban.com/bullet-news-today/article_85150.
คณะกรรมการอำนวยการจัดงานเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ในโอกาสที่วันพระบรมราชสมภพครบ 200 ปี. (2548). *ประชุมจารึกภาค 8*. กรมศิลปากร.
คอนเตล ไมเคิล. (2553). *เครื่องเทศ: ประวัติศาสตร์รสจัดจ้าน The Taste of Conquest*. (สุนิสา กาญจนสกุล, ผู้แปล). มติชน.
ฉัตรชัย สังข์ผุด, จีราภรณ์ สังข์ผุด, และอนุสรณ์ บันลือพิช. (2562). ผลผลิตและคุณสมบัติของแปรงสาครุยะต่าง ๆ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช, *วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 38(1), 108.
ดวงกมล การไทย. (11 กรกฎาคม 2559). *อินโดนีเซีย – ประเพณีพิธีกรรม*. ฐานข้อมูลสังคม – วัฒนธรรมเอเชียตะวันออกเฉียงใต้.
https://www.sac.or.th/databases/southeastasia/subject.php?c_id=3&sj_id=16.
ดวงกมล การไทย. (18 กรกฎาคม 2559). *อินโดนีเซีย-อาหาร*. ฐานข้อมูลวัฒนธรรมเอเชียตะวันออกเฉียงใต้.
https://www.sac.or.th/databases/southeastasia/subject.php?c_id=3&sj_id=17.
ดวงแก้ว ปัญญา และกฤษณะ คตสุข. (2561). โลดทะนงแดงสมุนไพรแก้พิษ(งู). *กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (จุลสารฉบับอิเล็กทรอนิกส์)*, 1(4).
ประทีป ชุมพล. (2551). “คัมภีร์สรรพคุณแลมหากัด” ในแพทย์ศาสตร์สงเคราะห์ภูมิปัญญาทางการแพทย์มรดกทางวัฒนธรรมของชาติ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การค้ำของสสค.
พจนก กาญจนจันทน. (16, เมษายน, 2563). *กินพลู เขียนหมาก ปากแดง*, เอกสารประกอบ 30 ปี พิพิธภัณฑสถานศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ “เข้าใจสิ่งของเข้าใจผู้คน”.
<https://museum.socanth.tu.ac.th/wp-content/uploads/2020/04>.
พนม อินทฤทธิ์. (2561). *คู่มือการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีการผลิตและแปรรูปแปรงสาครุยะในจังหวัดนครศรีธรรมราช ตรัง และพัทลุง*. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย. http://www.thai-explore.net/file_upload/submitter/file_doc/6f1ffc82dedf05a_35696526b19ad5358.pdf.
ภูวดล ทรงประเสริฐ. (2547). *อินโดนีเซียอดีตและปัจจุบัน*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
รัชดา พงษ์สัตยาพิพัฒน์ และแอนเดอรส์ เอส บาร์ฟอด. (2552). คุณค่าทางเศรษฐกิจของปาล์มน้ำตาล (*Arenga pinnata* Merr. And *A. westerhoutii* Griff., วงศ์ (Arecaceae) 941): ในประเทศไทย. *วารสารพฤกษศาสตร์ไทย*, 1(2), 103-117.
ศูนย์ส่งเสริมศิลปาชีพระหว่างประเทศ (องค์การมหาชน). (2559). *งานศิลปหัตถกรรมประเภทอังกะลุง การสัมภาษณ์ ครูพีระศิษฐ์ บัวทั้ง ครูช่างศิลปหัตถกรรม ประจำปี 2559*.

https://www.sacit.or.th/uploads/items/attachments/e65d4c415d8f7f41751b1c0415f03eae/_05ff0b520c4c68cf205eea0f5ac0c24a.pdf.

สถานีวิทยุแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย FM 101.5 MHz. (8, มกราคม, 2565). *บทความ หมายเหตุ ในวันธรรมอินเดีย*. รายการปกิณกะอินเดียสุรัตน์ โหราชัยกุล และณัฐ วัชรศิริพันธ์ ศูนย์อินเดียศึกษาแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

<https://curadio.chula.ac.th/Program.php?gc=ind>.

สฤณีพงศ์ ขุนทรง. (2558). การค้าขายทางทะเลระหว่างเมืองโบราณสมัยทวารวดีกับประเทศจีนและภูมิภาคตะวันออกกลาง. *Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 8(2), 2532.

สมพร ภูติยานันต์. (2552). *การตรวจเอกลักษณ์พืชสมุนไพร พฤษกษอนุกรมวิธาน*. เอรารังการพิมพ์. สฤณีพงศ์ ดิคุกุล (มจ.). (2549). *ประวัติศาสตร์เอเชียอาคเนย์ ถึง พ.ศ. 2000* (พิมพ์ครั้งที่ 4). สมาคมประวัติศาสตร์ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.

สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร. (2563). *หมายเหตุ ข้อมูลท้องถิ่น จังหวัดกำแพงเพชร-ตาก*. https://arit.kpru.ac.th/ap2/local/?nu=pages&page_id=1770&code_db=610010&code_type=01.

เสงี่ยม พงษ์บุญรอด. (2519). *ไม้เทศ ไม้ไทย ยาเทศ ยาไทย สมุนไพร*. เกษมบรรณกิจ.

หอสมุดแห่งชาติกาญจนาภิเษก สงขลา. (2560). *การศึกษาตำรายาสมุนไพรแผนโบราณ ฉบับวัดบ้านลุ่ม อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา*. เวลต์มีเดีย กราฟฟิก.

หอสมุดแห่งชาตินครศรีธรรมราช. (2558). *การปริวรรตและศึกษาวิเคราะห์เอกสารโบราณภาคใต้ ประเภทหนังสือใบดำนฉบับหอสมุดแห่งชาตินครศรีธรรมราช เรื่อง คาถาและตำรายา*. ประยูรการพิมพ์.

อรัญญ์ เนียมสุวรรณ, ดวงทิพย์ อรัญญ์, พัชรพล ใจสมุทร, และกษกร สุขจันทร์ อินทนิลจิต. (2557). *ตำรายาจากหนังสือใบดำน หมอลอย มุกดา หมอวงศ์ พิมพ์ทอง*. เจริญทองการพิมพ์.

อรไท ผลดี. (2538). ประวัติพรรณพืชทางศิลปวัฒนธรรมไทยโครงการอนุรักษ์และพัฒนาพรรณพืชทางศิลปวัฒนธรรมไทย, *วารสารเกษตรศาสตร์สังคม*, 16(1), 76-87.

อุเทน วงศ์สถิตย์. (24-25, กรกฎาคม, 2557). "ความสัมพันธ์ของภาษาและรัฐโบราณในอาเซียน" การเมืองและการค้าบนคาบสมุทรมาลายู : การศึกษาผ่านจารึก จัดโดยภาควิชาโบราณคดีและภาควิชาภาษาตะวันออก คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร. ใน *เสวนาทางวิชาการด้านวัฒนธรรมอาเซียน*. ห้องกรุงเทพบอลรูม ชั้น 2 โรงแรมรอยอลซิตี้ ถนนบรมราชชนนี กรุงเทพฯ ฯ.

เอิบเปรม และยุวดี วัชรางกูร. (2562). *เรือเครื่องผูกประวัติศาสตร์ความสัมพันธ์นับพันปี*. ยิปซี.

A H D Abdullah, N Karlina, W Rahmatiya, S Mudaim, Patimah, and A R Fajrin. (2017). Physical and mechanical properties of five Indonesian bamboos. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 60, 1.

Anders Haagen and Celso B. Lantican. (February 2011 – December 2014). *Arenga pinnata* (Wurmb) Merr. *Promising Source of Bioethanol and Low Glycemic Index Sugar*.

- Barahima Abbas. (2009). Genetic Relationship of Sago Palm (*Metroxylon sagu* Rottb.) in Indonesia Based on RAPD Markers. *Biodiversitas Journal of Biological Diversity*, 10(4), 168-174.
- Donowati Tjokrokusumo. (2018). Potency of sago (*metroxylon* spp) crops for food diversity. *Biodiversity International Journal*, 2(3), 239-240.
- Endri Martini and James M. Roshetko. (2011, December 5-7). Aren (Arenga pinnata (Wurmb) Merr.) Traditional Management System in Batang Toru, North Sumatra and Tomohon, North Sulawesi, Indonesia. The First International Conference of Indonesian Forestry Researchers (INAFOR) Bogor.
- Evi Sovia and Dian Anggraeny. (2019). Sugar Palm Fruits (*Arenga pinnata*) as Potential Analgesics and Anti-Inflammatory Agent. *Molecular and Cellular Biomedical Sciences*, 3(2), 107-114.
- George Coedès. (1930). Les Inscriptions Malaises de Crivijaya. *Bulletin de l'Ecole française d'Extrême-Orient*, 30, 29-80.
- Gunawan Kartapranata. (2010, August 24). In Wikimedia. *Berkas: Talang Tuo Inscription*. Retrieved September 30, 2022, https://id.wikimedia.org/wiki/Berkas:Talang_Tuo_Inscription.jpg.
- Herbarium Bogoriense, Puslitbang Biologi – LIPI and Bogor. (1998, May 10-17). *State of The Art of Indonesian Bamboo - Elizabeth A. Widjaja*. The work on Bamboo and Rattan Genetic Resources is supported by Japanese Government. https://www.biodiversityinternational.org/fileadmin/biodiversity/publications/Web_version/572/ch26.htm.
- Indonesian Angklung. (2013, December 15). *Inscribed in 2010 (5.COM) on the Representative List of the Intangible Cultural Heritage of Humanity*. Intangible Cultural Heritage. <https://ich.unesco.org/en/RL/indonesian-angklung-00393>.
- Kang Pa Lee, Giftania Wardani Sudjarwo, Ji-Su Kim, Septrianto Dirgantara, Won Jai Maeng, and Heeok Hong. (2014). The anti-inflammatory effect of Indonesian Areca catechu leaf extract in vitro and in vivo, *Nutrition Research and Practice*, 8(3), 267-271.
- Kulke Hermann. (1993). "Kadatuan Srivijaya" - Empire or kraton of Srivijaya? A Reassessment of the Epigraphical Evidence. *Bulletin de l'Ecole française d'Extrême-Orient*, 80, 159-181.
- M. C. Subhadradis Diskul. (1980). *The Art of Sirvijaya*. Oxford University Press.
- Liza Meutia Sari, Suyatna Fd, Sri Utami, Chairul Chairul, Gus Permana Subita, Yuniardini S Whulandhary, and Elza Ibrahim Auerkauri. (2014). Acute Oral Toxicity Study of Areca Catechu Linn. Aqueous Extract In Sprague-Dawley Rats. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 7(5), 20-22.

- SC Ahuja, Siddharth Ahuja, and Uma Ahuja. (2014). Coconut – History, Uses, and Folklore. *Asian Agri-History*, 18(3), 221.
- Shaharir M.Z. (2017), The Sensitivity of The Past Malayonesian Leaders and Scholars Toward Sustainability. *The Malaysian journal of Islamic sciences*, 20, 11-20.
- Sondang Martini Siregar. (2018). Talang Tuo inscription: The management of environmental in Sriwijaya period. *Indonesian Journal of Environmental Management and Sustainability*, 3, 80-83.
- Tim Penyusun Mawardi Umar, Kamal A. Arif, Rita Krisdiana, Januar Aristianto, Nur Fadhilah, and Allan Akbar. (2021). *Mendukung Pertumbuhan Ekonomi di daerah Modal Bank Indonesia Dalam Dinamika Perekonomian Aceh*. Bank Indonesia Institute. <https://steemit.com/indonesia/@husaini/aceh-biji-pinang-terbaik>.

พฤติกรรมเนือยนิ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง : แนวทางการป้องกัน

วันฉัตร โสฬส¹

รับบทความ: 14 สิงหาคม พ.ศ. 2565/ แก้ไขบทความ: 25 ธันวาคม พ.ศ. 2565/ ตอรับบทความ: 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565

บทคัดย่อ

พฤติกรรมเนือยนิ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non- Communicable Diseases: NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคอ้วนลงพุง ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอหรือการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปัจจัยหลักเกิดจากการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเป็นระยะเวลานานก่อให้เกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น ซึ่งการเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายนั้น สามารถลดพฤติกรรมเนือยนิ่งและป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ โดยการมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์

คำสำคัญ : พฤติกรรมเนือยนิ่ง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กิจกรรมทางกาย

¹ อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

ผู้รับผิดชอบบทความ Email: wanchat.s@nmc.ac.th Tel: 085-0567847

Sedentary Behaviors Increases the Risk Factor of Developing Non-Communicable Diseases (NCDs) : Prevention Guidelines

Wanchat Solod^{1*}

Received: 14 August 2022/ Revised: 25 December 2022/ Accepted: 31 December 2022

Abstract

Sedentary behavior is a risk factor for non-communicable diseases (NCDs), such as cardiovascular disease, diabetes, hypertension and abdominal obesity including insufficient physical activity or regular sedentary behavior is an important factor in increasing the number of patients with non-communicable diseases. The main factor is caused by sedentary behavior for a long time causing an increase in non-communicable diseases. The increase in physical activity or exercise. It can reduce sedentary behavior and prevent chronic non-communicable diseases by getting at least 150 minutes of physical activity per week.

Keyword: Sedentary Behaviors, Non- Communicable Diseases: NCDs, Physical Activity

¹ Teacher Faculty of Allied Health Sciences Nakhon Ratchasima College

*Corresponding Author, Email: wanchat.s@nmc.ac.th Tel: 085-0567847

บทนำ (Introduction)

จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีการระบาดของโรคโควิด - 19 ไปทั่วโลกตั้งแต่ต้นปี 2563 และประเทศไทยในปี 2563 สถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด - 19 ได้ส่งผลกระทบต่อ การมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอของประชากรไทย โดยผลจากการสำรวจข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบว่า ทิศทางและแนวโน้มของระดับการมีกิจกรรมทางกายของคนไทย ลดลงจากเดิมร้อยละ 74.6 ในปี 2562 เหลือเพียงร้อยละ 55.5 ลดลงถึงร้อยละ 19.1 และเป็นอัตราที่ อยู่ในระดับต่ำที่สุดนับตั้งแต่มีการสำรวจเฝ้าระวังติดตามพฤติกรรมด้านกิจกรรมทางกายของ ประชากรไทยมาตั้งแต่ปี 2555 เป็นต้นมา ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้ง ประชากรเพศชายและเพศหญิง (ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริม สุขภาพ (สสส.), 2563ค) การไม่มีกิจกรรมทางกายหรือมีน้อย จะถูกเรียกว่า “พฤติกรรมเนือยนิ่ง” (Sedentary Behavior) ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลในช่วงล็อกดาวน์ระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบว่า คนไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง เพราะต้องอยู่บ้าน นิ่ง ๆ นอน ๆ เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2555 – 2563 เฉลี่ย 14 ชั่วโมง 32 นาทีต่อวัน ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรค NCDs ได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2564)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากปัจจัยด้านพันธุกรรม วิถีชีวิตเสี่ยง และสิ่งแวดล้อม นับวันจะมีความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ทำลายทั้งในระดับประเทศ และระดับโลก เนื่องจากเป็นสาเหตุสำคัญของการพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นภาระโรคที่ไม่ เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอง แต่รวมไปถึงครอบครัว ชุมชน สังคม และการ พัฒนาทางด้านการพัฒนาเศรษฐกิจ จากการสูญเสียรายได้ภาวะพึ่งพิง ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแล รักษาที่ยาวนาน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้นมีระยะของการแฝงตัวนานก่อนเกิดโรค และระยะเวลาการ ดำเนินโรคที่ยาวนาน ปัจจัยเสี่ยงมีทั้งแบบปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Non – modifiable Risk Factors) ได้แก่ อายุ เพศ พันธุกรรม และปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Modifiable Risk Factors) ได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่ เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และความเครียด ซึ่งล้วนแต่มีสาเหตุมาจากวิถีชีวิต และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการมีสุขภาพดี โรคไม่ติดต่อสำคัญ 4 กลุ่มหลัก ประกอบด้วย โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคปอดเรื้อรัง มีสาเหตุมาจาก 4 พฤติกรรม เสี่ยงหลัก คือ การสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ และการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ภาวะความดันโลหิต สูง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน (จุรีพร คง ประเสริฐ และธิดารัตน์ อภิญา, 2558)

องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำว่าถ้าต้องการมีสุขภาพที่ดีควรมี “กิจกรรมทางกาย” เป็นเวลาอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือการใช้กำลังกายอย่างหนักเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 75 นาที ต่อสัปดาห์ ซึ่งการใช้กำลังกายนี้สามารถนับรวมจากการทำงาน การเดินทาง และการใช้กำลังกายใน เวลาพักผ่อนเข้าด้วยกัน (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กรมนานัย กระทรวง สาธารณสุข, 2562) ซึ่งคำว่า “กิจกรรมทางกาย” เป็นคำที่แปลมาจากคำว่า “Physical Activity” ในภาษาอังกฤษ หมายถึง การเคลื่อนไหว ร่างกายในอิริยาบถต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการใช้พลังงานจาก

กล้ามเนื้อโครงร่าง หรือกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ช่วยให้ร่างกาย มีการเผาผลาญพลังงาน (ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2563) กิจกรรมทางกาย แบ่งได้ เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเบา ปานกลาง และหนัก โดยกิจกรรมทางกายระดับเบา อาทิ การยืน การเดิน ระยะทางสั้น ๆ การทำงานบ้าน กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง คือ กิจกรรมที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยปานกลาง โดยที่ระหว่างที่ทำกิจกรรมยังสามารถพูดเป็นประโยคได้ เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน เป็นต้น และกิจกรรมทางกายระดับหนัก หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่ทำให้รู้สึกเหนื่อยมาก โดยที่ระหว่างทำกิจกรรมไม่สามารถพูดเป็นประโยคได้ อาทิ การวิ่ง การว่ายน้ำเร็ว การเล่นกีฬา (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และจากการสำรวจข้อมูลในช่วงล็อกดาวน์ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบว่า คนไทยมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง เพราะต้องอยู่บ้าน นิ่ง ๆ นอน ๆ เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2555 – 2563 เฉลี่ย 14 ชั่วโมง 32 นาทีต่อวัน ซึ่งอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรค NCDs ได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2563)

จากที่ได้กล่าวมาปัญหาสุขภาพนั้นสามารถเกิดขึ้นกับทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะผู้ที่ต้องนั่งทำงานเป็นระยะเวลานาน ๆ หรือที่เรียกว่า การมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด “โรคในกลุ่ม Non- Communicable Diseases: NCDs” ได้ ผู้เขียนจึงหาแนวทางการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมในการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งและเสริมสร้างการมีสุขภาพที่ดี

พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary behavior)

คำว่า “พฤติกรรมเนือยนิ่ง” อาจเป็นคำที่แปลกใหม่ไม่คุ้นชินเท่าใดกันในประเทศไทย แต่ในความเป็นจริงแล้วคำดังกล่าวได้ถูกบัญญัติขึ้นมาครั้งแรกในปี 2553 หลังจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้ร่วมลงนามในกฎบัตรโทรอนโตที่มีเป้าหมายเชิงพันธกิจในการสนับสนุนการมีสุขภาพที่ดีด้วยการส่งเสริมกิจกรรมทางกายสำหรับทุกคน และสร้างเสริมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนในประเทศไทย ซึ่งเรื่องของการลดพฤติกรรมเนือยนิ่งก็เป็นหนึ่งเป้าหมายที่สำคัญในกฎบัตรดังกล่าว กระทั่งปัจจุบันคำว่า “พฤติกรรมเนือยนิ่ง” ได้ถูกใช้อย่างเป็นทางการในแผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561 - 2573 ของประเทศไทย (ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2563)

ความหมายของพฤติกรรมเนือยนิ่ง

พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary behavior) มีรากศัพท์มาจากคำในภาษาละติน คำว่า “Sedere” แปลว่า “นั่ง” ซึ่งหมายถึง การนั่งในระหว่างทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการนั่งทำงาน หรือการนั่งพักผ่อนหย่อนใจ ตัวอย่างของพฤติกรรมเนือยนิ่ง เช่น การนั่งดูทีวี เล่นคอมพิวเตอร์ หรือนั่งบนรถโดยสาร รวมถึงการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ใช้พลังงานน้อยกว่า 1.5 METs ซึ่งค่า METs ย่อมาจาก Metabolic Equivalents Tasks เป็นหน่วยที่ใช้ในการประมาณค่าของออกซิเจนที่ร่างกายต้องใช้ ขณะทำกิจกรรมทางกายโดยจะแสดงค่าตัวเลขเป็นจำนวนเท่าของพลังงานที่ร่างกายใช้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เปรียบเทียบกับพลังงานที่ใช้ในขณะที่พัก โดยกำหนดให้พลังงานที่ใช้ในขณะที่พักมีค่าเท่ากับ 1 MET ตัวอย่างเช่น การทำงานนั่งโต๊ะใช้พลังงานเป็น 1.5 เท่าของขณะพัก ดังนั้น ความหนัก

ของการทำงานนั่งโต๊ะเท่ากับ 1.5 METs (อิติยาน ปรีชาเศรษฐ, 2561) ส่วนใหญ่พฤติกรรมเนือยนิ่งที่ว่าเป็นพฤติกรรมในกลุ่มของการนั่งและนอนเล่นในกิจกรรมต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นนั่งเรียน นั่งทำงาน ใช้คอมพิวเตอร์ นั่งอ่านหนังสือ นั่งประชุม นั่งเล่นเกม นั่งเล่น นั่งคุย นอนดูโทรทัศน์ นั่งในรถโดยสารหรือเดินทาง รวมไปถึง ที่พบมากในปัจจุบัน คือ กลุ่มพฤติกรรมการใช้หน้าจอเพื่อวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ทั้งเพื่อการทำงานเพื่อการเรียนรู้หรือเพื่อความบันเทิง

1. พฤติกรรมเนือยนิ่งที่เกี่ยวกับหน้าจอ (Screen Time) หมายถึง พฤติกรรมเนือยนิ่งที่เกิดจากการใช้หน้าจอ เช่น การดูโทรทัศน์ การเล่นเกมถือ การทำงานบนคอมพิวเตอร์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเนือยนิ่งที่ไม่เกี่ยวกับหน้าจอ (Non-Screen- Based Sedentary Time) หมายถึง พฤติกรรมเนือยนิ่ง ที่ไม่ได้เกิดจากการใช้หน้าจอ เช่น การอ่านหนังสือ กิจกรรมนันทนาการที่ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกาย

3. พฤติกรรมเนือยนิ่งที่เป็นการนั่ง การเอนหลัง การนอน (Sitting, Reclining, Lying) หมายถึง การนั่ง การเอนหลัง การนอนพักที่ไม่รวมการนอนหลับ

นอกจากพฤติกรรมเนือยนิ่งแล้วยังมีพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้ชีวิตที่เป็นสาเหตุของการป่วยโรค NCDs คือ

1. ขอบรับประทานอาหารไขมันสูง แป้ง น้ำตาล มากเกินความจำเป็นรับประทานอาหารรสเค็มจัด รับประทานผักและผลไม้ไม่พอ

2. กิจกรรมในแต่ละวันน้อยไม่เพียงพอ ทำงานนั่งโต๊ะตลอดทั้งวัน ไม่ได้ออกกำลังกาย

3. สูบบุหรี่เป็นประจำ

4. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ

5. มีความเครียดสะสม ไม่สามารถจัดการความเครียดของตนเองได้

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non- Communicable Diseases: NCDs) (พรพิมล คชประเสริฐ, ม.ป.ป.)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non- Communicable Diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ทั้งนี้สถานการณ์โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งกลุ่มโรคไม่ติดต่อนั้นเป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของเรา ซึ่งโรคกลุ่มนี้จะค่อย ๆ สะสมอาการ มีการดำเนินของโรคไปอย่างช้า ๆ และค่อยทวีความรุนแรง เมื่อมีอาการของโรคแล้วจะเกิดการเรื้อรังของโรคตามมาด้วย

สำหรับ 7 โรคในกลุ่มโรค NCDs ที่พบมากในคนไทย ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง และโรคอ้วนลงพุง

1. โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่วัดระดับความดันโลหิตได้มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 mmHg

2. โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังอีกโรคหนึ่ง เสี่ยงทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อัมพฤกษ์ อัมพาต ภาวะไตวายได้

3. โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน ทำให้เกิดกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดได้ ซึ่งอาจจะไม่มีอาการเตือนมาก่อน พอมีอาการอาจทำให้มีอาการรุนแรง เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้

4. โรคหลอดเลือดสมอง ถือว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆของคนไทย โดยมักจะพบในกลุ่มคนอายุมากกว่า 45 ปี และมักมีโรคร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง พฤติกรรมการสูบบุหรี่จัด อาการที่ต้องสังเกต เช่น แขนขาอ่อนแรง ชาครึ่งซีก ปวดศีรษะเฉียบพลัน วูบแบบเฉียบพลัน
5. โรคถุงลมโป่งพอง ซึ่งมักจะสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ อาการจะมีอาการไอเรื้อรัง แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงวี๊ด เป็นต้น
6. โรคมะเร็ง เป็นอีกโรคหนึ่งที่พบว่าอัตราการเสียชีวิตของคนไทยเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งอาจมีหลายปัจจัย เช่น พันธุกรรม การได้รับสารเคมี โดยโรคจะแสดงอาการค่อนข้างช้า และหากแสดงอาการมักจะเป็นระยะที่ค่อนข้างเป็นมากแล้ว
7. โรคอ้วนลงพุง ผู้ที่มีปัญหาอ้วนลงพุง มักจะมีความผิดปกติอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ไขมันในเลือดสูง ซึ่งเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมาได้

พฤติกรรมเนือยนิ่ง (Sedentary behavior) ที่ส่งผลกระทบกับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs)

การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอหรือการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งอย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปัจจัยหลักเกิดจากการมีพฤติกรรมเนือยนิ่งเป็นระยะเวลานาน ก่อให้เกิดกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) เพิ่มขึ้น ตัวอย่างของโรค NCDs ได้แก่ 1) โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ 2) โรคหลอดเลือดสมอง 3) โรคเบาหวาน 4) โรคมะเร็งต่าง ๆ 5) โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง 6) โรคไตเรื้อรัง 7) โรคอ้วนลงพุง 8) โรคตับแข็ง 9) อัมพฤกษ์อัมพาต (Stroke) ซึ่งโรค NCDs ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคและไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมในการดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ และค่อย ๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง (อิติญาน ปรีชาเศรษฐ, 2561)

ผลกระทบของพฤติกรรมเนือยนิ่งต่อสุขภาพ

จากสภาพการณ์ในปัจจุบันนวัตกรรมและเทคโนโลยีต่าง ๆ ถูกนำมาปรับใช้และมีบทบาทมากขึ้นต่อการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งในแง่การเพิ่มความสะดวกสบาย สร้างความบันเทิง และผ่อนคลาย ช่วยทุ่นแรงในการทำกิจกรรมการทำงานต่าง ๆ รวมไปถึงการเพิ่มศักยภาพและผลผลิตจากการทำงาน ส่งผลให้การออกแรงเคลื่อนไหว ร่างกายในวิถีชีวิตตั้งแต่ที่บ้านไปจนถึงที่ทำงานหรือสถานที่ต่าง ๆ ลดน้อยลงเป็นอย่างมาก ในทางตรงกันข้ามพฤติกรรมเนือยนิ่งและพฤติกรรมหน้าจอกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างน่ากังวลใจ

การมีพฤติกรรมเนือยนิ่งระหว่างวันที่มากเกินไปจะส่งผลเสียโดยตรงต่อสุขภาพในหลายมิติ ทั้งนี้ผลจากวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพในต่างประเทศจำนวนมากชี้ที่รายงานว่า การนั่งและนอนเล่นติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ๆ รวมไปถึงระยะเวลาสะสมของพฤติกรรมเหล่านี้ในช่วงวันที่ยาวนานจะมีผลต่อการนำไปสู่ภาวะน้ำหนักตัวเกิน โรคในกลุ่มเมตาบอลิก โรคเบาหวาน มะเร็งบางชนิด กระทั่งการตายก่อนวัยอันควร ทั้งนี้เนื่องจากการนั่ง หรือนอนเอกเขนก (ไม่รวมการนอนหลับ) ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ๆ จะไปทำให้กระบวนการเมตาบอลิกทำงานช้าลง ซึ่งมีผลโดยตรงต่อระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และการเผาผลาญของไขมันของร่างกาย จนนำไปสู่สาเหตุของ

การเกิดโรคต่าง ๆ ในที่สุด ซึ่งปัจจุบัน พบว่า อัตราอุบัติการณ์ของการเกิดโรคได้จำเพาะอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่หรือสูงอายุเท่านั้น หากแต่ยังได้คุกคามกลุ่มประชากรวัยเด็กและวัยรุ่นด้วย

แนวทางและการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non- Communicable Diseases: NCDs) ที่เกิดจากพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยการมีกิจกรรมทางกาย (ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2563ก)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ได้ให้คำนิยามเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย (Physical Activity) ว่าหมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายในอิริยาบถต่าง ๆ ที่ใช้กล้ามเนื้อโครงร่าง (Skeletal Muscle) อันก่อให้เกิดการใช้และเผาผลาญพลังงานของร่างกาย ทั้งนี้โดยทั่วไปเมื่อกล่าวถึงคำว่า “กิจกรรมทางกาย” อาจมีความเข้าใจที่สับสนกับ คำว่า “ออกกำลังกาย” อยู่บ้างแต่อันที่จริงแล้ว การออกกำลังกายถือเป็นหนึ่งหมวดกิจกรรมย่อยของกิจกรรมทางกายทั้งหมดเท่านั้น โดยนอกเหนือจากการออกกำลังกายแล้วกิจกรรมที่ปฏิบัติในช่วงเวลาว่างการเล่น การเดินทางไปยังอีกที่หนึ่งด้วยเท้า หรือกิจกรรมที่เป็นส่วนหนึ่งของการทำงานทั้งที่เป็นงานบ้านหรืองานอาชีพ หากปฏิบัติที่ความหนักระดับปานกลาง ถึงระดับหนักก็มีส่วนช่วยให้สุขภาพแข็งแรงได้เช่นกัน

คำว่า “กิจกรรมทางกาย” เป็นคำที่แปลมาจากคำว่า “Physical Activity” ในภาษาอังกฤษ ซึ่งหมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายในอิริยาบถต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการใช้พลังงานจากกล้ามเนื้อโครงร่างหรือกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ช่วยให้ร่างกายมีการเผาผลาญพลังงาน โดยกิจกรรมทางกายสามารถจำแนกเป็น 3 หมวดกิจกรรม (Mode of Physical Activity) ประกอบด้วย

1. กิจกรรมทางกายในการทำงาน (Work – related Activity) ที่ครอบคลุมถึงการทำงานต่าง ๆ ทั้งที่ได้รับหรือไม่ได้รับค่าจ้าง การศึกษา/ฝึกอบรม งานบ้าน/กิจกรรมในครัวเรือน การทำงานเกษตรกรรม การเพาะปลูก และเก็บเกี่ยว หรือการประมง เป็นต้น
2. กิจกรรมทางกายในการเดินทางจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง (Transportation, or Travel from Place to Place) ด้วยการเดิน หรือปั่นจักรยานเพื่อการสัญจร เช่น การเดินทางไปทำงาน การเดินทางเพื่อไปจับจ่ายใช้สอย/ซื้อเครื่องใช้ต่าง ๆ ไปตลาด ไปทำบุญหรือไปศาสนสถาน เป็นต้น
3. กิจกรรมทางกายเพื่อนันทนาการ หรือกิจกรรมยามว่าง (Leisure time, or Recreational Activity) เช่น การออกกำลังกาย และเล่นกีฬาประเภทต่าง ๆ การเล่นฟิตเนส การเต้นรำ และกิจกรรมนันทนาการ/กิจกรรมยามว่างเพื่อความผ่อนคลายที่ปฏิบัติในเวลาว่างจากการทำงาน

ประเภทของกิจกรรมทางกาย (Type of Physical Activity)

นอกเหนือจากการพิจารณาตามหมวดของกิจกรรมแล้ว กิจกรรมทางกายยังสามารถจำแนกประเภทตามประโยชน์ที่ได้จากการปฏิบัติเป็น 4 ประเภท (Type) ดังนี้

1. กิจกรรมแอโรบิก (Aerobic activity) เป็นกิจกรรมที่เคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 10 นาทีขึ้นไป เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของระบบทางเดินหายใจ เน้นการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ในการทำกิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวพื้นฐานหรือกิจกรรมที่ทำในชีวิตประจำวัน เช่น การเดินเร็ว การวิ่ง การกระโดด การปั่นจักรยานหรือการว่ายน้ำ เป็นต้น

2. กิจกรรมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อต่อ (Strength activity) เป็นกิจกรรมที่กล้ามเนื้อต้องออกแรงต้านทานกับน้ำหนักของร่างกาย เช่น สควอท ลูกนั่งหรือแพลงค์ เป็นต้น หากทำเป็นประจำและต่อเนื่อง กล้ามเนื้อจะมีการปรับตัวทั้งขนาดและความแข็งแรงและเพิ่ม

3. กิจกรรมสร้างความอ่อนตัวของกล้ามเนื้อ (Flexibility activity) ด้วยการยืดกล้ามเนื้อส่วนข้อต่อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างช้า ๆ และหยุดค้างไว้ เมื่อรู้สึกตึงประมาณ 15 วินาที ไม่กลั้วหายใจแล้วค่อย ๆ ผ่อนแรงออก และทำซ้ำในท่าเดิม เช่น การยืดแขน ขา คอ ลำตัว หรือสะโพก เป็นต้น หากทำอย่างต่อเนื่องจะช่วยพัฒนาความอ่อนตัวและเพิ่มมุมการเคลื่อนไหวของข้อต่อซึ่งช่วยป้องกันปัญหาข้อต่อติดขัดได้

4. กิจกรรมการทรงตัวหรือการสร้างสมดุลของร่างกาย (Balance activity) เป็นกิจกรรมการประสานงานระหว่างระบบประสาทกับกล้ามเนื้อที่ทำให้ร่างกายสามารถทรงตัวอยู่ในตำแหน่งต่าง ๆ ได้อย่างสมดุล เช่น การเดินตามเส้นตรงด้วยปลายเท้า การยืนขาเดียว การเดินต่อส้นเท้าบนแผ่นไม้ เป็นต้น

ระดับความหนักของกิจกรรมทางกาย (Intensity of Physical Activity)

ความหนักของการมีกิจกรรมทางกายพิจารณาจากระดับความเข้มข้นหรือความมากน้อยของความพยายามที่ใช้ในการทำกิจกรรมโดยทั่วไป สามารถพิจารณาได้จากอัตราการเต้นของหัวใจหรือความเหนื่อยที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรม โดยแบ่งออกได้ 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

1. กิจกรรมทางกายระดับเบา (Light-Intensity Physical Activity) เป็นกิจกรรมที่ร่างกายเคลื่อนไหวออกแรงน้อย และใช้พลังงานของร่างกายในระดับที่ต่ำ ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น การยืน หรือการเดินอย่างช้า ๆ ในระยะทางสั้น ๆ เป็นต้น

2. กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง (Moderate-Intensity Physical Activity) เป็นกิจกรรมที่ต้องเคลื่อนไหวออกแรง และใช้พลังงานของร่างกายในระดับปานกลาง ส่งผลให้การหายใจเร็วขึ้นพอสมควร และอัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นจากปกติเล็กน้อย (120 – 150 ครั้งต่อนาที) แต่ไม่ถึงกับมีอาการหอบมีเหงื่อซึมแต่ยังสามารถพูดเป็นประโยคสั้น ๆ ได้

3. กิจกรรมทางกายระดับหนัก (Vigorous-Intensity Physical Activity) เป็นกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวออกแรง และใช้พลังงานของร่างกายอย่างหนักส่งผลให้มีการหายใจแรง และอัตราการเต้นของหัวใจเต้นเร็วขึ้นอย่างมาก (มากกว่า 150 ครั้งต่อนาที) ทำให้รู้สึกเหนื่อยหอบหรือไม่สามารถพูดเป็นประโยคได้ในระหว่างที่ทำกิจกรรม

ประโยชน์ของกิจกรรมทางกายต่อสุขภาพ

ในภาพรวมการมีกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอ สุขภาพร่างกายของท่านก็จะแข็งแรงรูปร่าง สมส่วนกระชับมีสมรรถภาพทางกายที่ดีกล้ามเนื้อและกระดูกแข็งแรงข้อต่อส่วนต่าง ๆ ทำงานได้ดีรวมถึงลดความเสี่ยงในการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ไขมันและไตรกลีเซอไรด์ ในหลอดเลือด ป้องกันภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ซึ่งเป็นที่มาของโรคในกลุ่ม NCDs ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่พบจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งบางชนิด อาทิ มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปากมดลูก นอกจากประโยชน์ทางตรงด้านสุขภาพแล้ว กิจกรรมทางกายยังมีประโยชน์ทางอ้อมควบคู่อีกหลายประการ เช่น ในกลุ่มเด็ก ๆ กิจกรรมทางกายจะช่วยกระตุ้นกระบวนการเรียนรู้ และพัฒนาการให้เหมาะสมตามช่วงวัยสร้างเสริมพัฒนาการทางอารมณ์และสังคมในกลุ่มวัยรุ่นก็จะทำให้รูปร่างดีสม

ส่วนกล้ามเนื้อสลายลง สุขภาพจิตดี ไม่ใช่แค่ร่างกายที่กลุ่มผู้ใหญ่วัยทำงานก็จะได้รับประโยชน์ในเรื่องของการเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และผ่อนคลายความเครียดจากการทำงานสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ การปฏิบัติกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การเคลื่อนไหวร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวันมีความคล่องแคล่วที่สำคัญที่สุดคือช่วยลดความเสี่ยงป้องกันการหกล้มอาจนำไปสู่การบาดเจ็บที่รุนแรงหรือภาวะอัมพฤกษ์อัมพาต เป็นต้น

ประโยชน์ภาพรวมของกิจกรรมทางกาย



ภาพประกอบที่ 1 ประโยชน์ภาพรวมของกิจกรรมทางกาย

หมายเหตุ : จาก ฟันกิจกรรมทางกายในประเทศไทยหลังวิกฤตโควิด-19 (พิมพ์ครั้งที่ 2 น.91), โดยศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2563, บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด. ไม่สงวนลิขสิทธิ์.

ข้อเสนอแนะการมีกิจกรรมทางกายแต่ละช่วงวัย

องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่เอกสาร Global Recommendations on Physical Activity for Health ปี2010 โดยระบุรายละเอียดเกี่ยวกับข้อเสนอแนะการมีกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายหลักคือผู้กำหนดนโยบายในแต่ละประเทศมีแนวทางมาตรฐานในการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันโรคในกลุ่ม Non- Communicable Diseases: NCDs สำหรับประชากรในแต่ละช่วงวัยซึ่งสามารถสรุปประเด็นหลักได้ ดังต่อไปนี้

1. วัยเด็กและวัยรุ่น (อายุ 5 – 17 ปี)

1) ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงระดับหนักสะสมให้ได้ อย่างน้อยวันละ 60 นาทีทุกวัน

2) การมีกิจกรรมทางกายสะสมมากกว่า 60 นาทีต่อวัน จะช่วยเพิ่มพูนประโยชน์ทางสุขภาพมากยิ่งขึ้น

3) ในการมีกิจกรรมทางกายในแต่ละวันควรเน้นไปที่กิจกรรมประเภทแอโรบิกเป็นหลัก โดยให้มีกิจกรรมทางกายระดับหนักร่วมด้วย นอกจากนี้ ควรมีกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์

2. วัยผู้ใหญ่ (อายุ 18 – 59 ปี)

1) ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือกิจกรรมทางกายระดับ หนักอย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์ โดยสามารถมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางและระดับหนักผสมผสานกันได้

2) เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือผสมผสานทั้งระดับปานกลางและระดับหนัก

3) ควรมีกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดใหญ่อย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์

3. วัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)

1) ควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือกิจกรรมทางกายระดับ หนักอย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์ โดยสามารถมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางและระดับหนักผสมผสานกันได้

2) เพื่อประโยชน์ต่อสุขภาพควรมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางอย่างน้อย 300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือระดับหนัก 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือผสมผสานทั้ง ระดับปานกลาง และระดับหนัก

3) ควรมีกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดใหญ่อย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์

4) ควรมีกิจกรรมทางกายที่ช่วยเพิ่มความสมดุลของร่างกายและป้องกันการหกล้มอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

5) สำหรับผู้ที่ไม่เคยทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงระดับหนักอย่างต่อเนื่องมาก่อน ควรเริ่มต้น ทำกิจกรรมทางกายในระดับเบาไประดับหนัก จากช้าไปเร็วโดยอาจจะเริ่มต้นจากกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

สรุป

การปฏิบัติกิจกรรมทางกายอย่างเพียงพอและสม่ำเสมอสุขภาพร่างกายก็จะแข็งแรง รวมถึงลด “พฤติกรรมเนือยนิ่ง” (Sedentary Behavior) ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรค NCDs ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายยังลดการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต ลดไขมัน และไตรกลีเซอไรด์ ในหลอดเลือด ป้องกันภาวะน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ซึ่งเป็นที่มาของ “โรคในกลุ่ม Non- Communicable Diseases: NCDs” เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง

บางชนิด ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่พบจำนวนผู้ป่วยมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในประเทศไทย และเพื่อไม่ให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ควรลดพฤติกรรมเนือยนิ่งด้วย 3 แนวทาง ดังนี้ แนวทางที่ 1 ทุก 50 นาทีควรขยับ แนวทางที่ 2 ใช้เวลา 7-10 นาที เคลื่อนไหวแบบออกแรง แนวทางที่ 3 ทุก 50 นาที พักการใช้หน้าจอ เพื่อช่วยลดพฤติกรรมเนือยนิ่งระหว่างนั่งทำงาน หรือระหว่างที่นั่งหรือนอนเล่นมือถือ ดูทีวี เพื่อให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวไม่นั่งนิ่งตลอดทั้งวัน เพื่อสุขภาพที่ดี ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อีกด้วย (ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), 2563ค)

และควรส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันโรคในกลุ่ม Non- Communicable Diseases: NCDs สำหรับประชากรในแต่ละช่วงวัย ดังต่อไปนี้

ช่วงวัย	ระดับความหนัก	กิจกรรม
วัยเด็กและวัยรุ่น (อายุ 5 – 17 ปี)	ระดับปานกลางถึงระดับหนัก สะสมให้ได้ อย่างน้อยวันละ 60 นาทีทุกวัน	เน้นประเภทแอโรบิก นอกจากนี้ควรมีกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและกระดูก
วัยผู้ใหญ่ (อายุ 18 – 59 ปี)	ระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือกิจกรรมทางกายระดับหนักอย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์ โดยสามารถมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางและระดับหนักผสมผสานกันได้	ควรมีกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดใหญ่อย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์
วัยสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป)	ระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือกิจกรรมทางกายระดับหนักอย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์ โดยสามารถมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางและระดับหนักผสมผสานกันได้	ควรมีกิจกรรมที่ช่วยพัฒนาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมัดใหญ่อย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ และควรมีกิจกรรมทางกายที่ช่วยเพิ่มความสมดุลของร่างกายและป้องกันการหกล้มอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ สำหรับผู้ที่ไม่เคยทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงระดับหนักอย่างต่อเนื่องมาก่อน ควรเริ่มต้น ทำกิจกรรมทางกายในระดับเบาไประดับหนัก จากช้าไปเร็วโดยอาจจะเริ่มต้นจากกิจกรรมในกิจวัตรประจำวัน

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ. 2561-2573* กรุงเทพมหานคร.
- โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *มนุษย์ออฟฟิศ “นั่งนานเสี่ยงโรค”*. <https://www.hitap.net/17534>.
- จूरืพร คงประเสริฐ และธิดารัตน์ อภิญา. (2558). *คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- ธิดิยาน ปรีชาเศรษฐ. (2561). พฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มปัจจัยเสี่ยงต่อการพัฒนาของโรคมะเร็ง. *วารสารสาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 5(4), 1-15.
- พรพิมล คชประเสริฐ.(ม.ป.ป.). *กลุ่มโรคไม่ติดต่อ NCDs (Non-Communicable diseases)*. โรงพยาบาลสุภูมิวิท. <https://www.sukumvithospital.com/healthcontent.php?id=3729>.
- ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2563). *3 แนวทางลดพฤติกรรมเนือยนิ่งช่วงโควิด-19*. <https://tpak.or.th/>.
- ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2563). *คู่มือกิจกรรมทางกายประจำบ้าน*. พิมพ์ครั้งที่ 1. สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด.
- ศูนย์พัฒนาองค์ความรู้ด้านกิจกรรมทางกายประเทศไทย (TPAK) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2563). *พื้นที่กิจกรรมทางกายในประเทศไทยหลังวิกฤตโควิด-19*. พิมพ์ครั้งที่ 2. บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).(2563). *จับตาทิศทางสุขภาพคนไทย ปี 2563*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. <https://www.thaihealth.or.th/?p=137300>.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2564). *จับตาทิศทางสุขภาพคนไทย ปี 2564*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร.

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกับบทบาทอาจารย์

ศญาดา ด่านไทยวัฒนา¹

รับบทความ: 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565/ แก้ไขบทความ: 25 ธันวาคม พ.ศ. 2565/ ตอรับบทความ: 31 ธันวาคม พ.ศ. 2565

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้า เป็นความผิดปกติทางอารมณ์ของบุคคลที่แสดงออกในด้านความคิด แรงจูงใจอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยและสามารถเกิดขึ้นกับบุคคล ทุกเพศทุกวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยรุ่นซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาตามมา เช่น ปัญหาทางด้านสุขภาพ ร่างกาย มีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลรอบข้างน้อยลง เผชิญปัญหาโดยการปลีกวิเวกอยู่โดยลำพังหรือพึ่งพาการใช้สารเสพติด ซึ่งหากภาวะซึมเศร้ามีความเข้มข้นรุนแรงขึ้นก็อาจจะก่อให้เกิดการทำร้ายร่างกายตัวเอง หรือการฆ่าตัวตายในที่สุด โดยกลุ่มวัยรุ่นที่ต้องการการศึกษาคือวัยรุ่น ตอนกลางช่วงอายุระหว่าง 15-24 ปี ซึ่งวัยรุ่นในกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่หรือคัดกรองได้ ทันทีทันใด อาจก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากต่อบุคคลากรที่สำคัญในประเทศชาติ เนื่องจาก ประชากรกลุ่มนี้เป็นกำลังสำคัญในอนาคตในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศ ซึ่งการดูแล ช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านั้น จำเป็นต้องมีการประยุกต์ใช้องค์ความรู้ทั้งในทางการแพทย์และ หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อาการแสดงรูปแบบรักษา รวมถึงบทบาท ของอาจารย์ในฐานะที่เป็นผู้ใกล้ชิดกับวัยรุ่นมากที่สุดรองจากบุคคลในครอบครัว

ทั้งนี้เพื่อให้อาจารย์ที่มีภาวะซึมเศร้า หรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแล ป้องกันรักษาพยาบาลอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ โดยเป้าประสงค์หลักของการดูแลป้องกัน ดูแลรักษาพยาบาลคือการคัดกรองและทำให้อาจารย์ที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการตรวจคัดกรองวินิจฉัย ดูแลรักษาพยาบาลอย่างถูกวิธี และสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยที่ผู้เขียนใช้วิธี ศึกษาด้วยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น สถิติการทำร้ายร่างกายและการ ฆ่าตัวตาย พบว่า หากได้มีการประเมินภาวะเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าและคัดกรองกลุ่มวัยรุ่นที่มี แนวโน้มที่จะทำร้ายร่างกายตัวเอง และฆ่าตัวตายออกมาได้จะช่วยลดสถิติการทำร้ายร่างกายตัวเอง และฆ่าตัวตายได้มากและในฐานะที่ผู้เขียนเป็นบุคลากรในสถาบันการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด กับวัยรุ่นและสามารถช่วยในการคัดกรองได้ในระดับหนึ่งก่อนส่งต่อให้หน่วยงานหรือสถานพยาบาล ต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, วัยรุ่น, นักศึกษา, บทบาทอาจารย์

¹อาจารย์ คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

*ผู้รับผิดชอบบทความ Email: sayada2829@hotmail.com Tel: 0655266169

Adolescent depression and the role of teacher

Sayada Danthaiwattana²

Received: 16 November 2022/ Revised: 25 December 2022/ Accepted: 31 December 2022

Abstract

Depression is a person's emotional disorder that manifests in thought, motivation, emotion and behaviors. It is a common mental health problem and can occur in people of all ages, especially in adolescence that resulting in problems such as physical health problems, having less relationship with family members or those around them, facing problems with solitude or dependence on drugs abuse. If depression becomes more severe, it can cause self-harm or end up with suicide. I focused on middle age adolescents group between 15-24. Those adolescents in this group, if not taken care of or screened in time. They caused a great loss to the vital personnel of our country because this population is an important force in the future to driving the country's economy. In caring to help adolescents with depression, it is imperative to apply both medical knowledge and empirical evidence on the causes and factors involved, symptoms, treatment modalities, including the role of the teacher as the person closest to the adolescent after the family.

This is for adolescents with depression or in risk group of depression, receiving comprehensive and effective preventive and medical care. The primary goal of preventive medical care is to screen and enable depressive adolescents to receive proper screening, diagnosis and medical care. They can lead a normal life in society. The author used the study method by reviewing the literature related to depression in adolescents. Statistics of physical abuse and suicide found that if there was an assessment of the risk of depression and screening self-harm adolescent groups and being able to kill yourself will help statistically sharply reduce of self-harm and suicide. As the author is a person in an educational institution who has a close relationship with adolescents and can help screen them before referring them to the clinic or hospital.

Keyword: Depression, Adolescent, Students, Teacher Role

¹Teacher Faculty of Allied Health Sciences Nakhon Ratchasima College

^{*}Corresponding Author, Email: sayada2829@hotmail.com Tel: 0655266169

บทนำ (Introduction)

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะเจ็บป่วยที่มีความสำคัญ และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้มีการสำรวจสถานการณ์สุขภาพจิตใน 17 ประเทศ มีการประมาณการว่า 350 ล้านคนทั่วโลกหรือเทียบเท่ากับ 1 ใน 20 คน กำลังเผชิญภาวะซึมเศร้าในปีที่ผ่านมา มีรายงานว่า 1 ใน 4 ของวัยรุ่น มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและอารมณ์ และในประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นสูงขึ้นเรื่อย ๆ ทุกปี (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2561)

จากการประเมินสุขภาพจิตคนไทยตลอดปี 2564 พบ สัดส่วนผู้ที่มีภาวะเครียดสูง เสี่ยงซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มประชาชนทั่วไป ถึงร้อยละ 14.5 16.8 และ 9.5 ตามลำดับ โดยปัญหาดังกล่าวนี้นี้ มีสัดส่วนสูงมากในกลุ่มเด็กและเยาวชน วัยเรียนอายุไม่ถึง 20 ปี และ 20-29 ปี โดยความกังวลใจของเด็กและเยาวชน ส่วนใหญ่เป็นในเรื่องที่เชื่อมโยงกับครอบครัว การเรียน และอนาคตของตน (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ, 2565) และจากข้อมูลจากศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต พ.ศ. 2560-2564 พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและทำร้ายร่างกายในวัยเรียนและวัยทำงานตอนต้น หรือช่วงอายุ 15-34 ปี เพิ่มขึ้นกว่าวัยทำงานที่อายุเกิน 34 ปีขึ้นไป ถึง 4 เท่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในกลุ่มวัยเรียนอายุ 15-24 ปี ในปี 2563 มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 428 คน และปี 2564 เสียชีวิต 439 คน ส่วนในกลุ่มวัยทำงานตอนต้น อายุ 25-34 ปี พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี 2564 จำนวน 956 คน มากกว่า ปี 2563 จำนวน 896 จากสถิติข้างต้นจะเห็นได้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นมีอัตราที่สูงขึ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ (สสส.), 2565) อาจด้วยประสบการณ์ และทักษะในการรับมือกับปัญหาที่ยังน้อย เด็กและเยาวชนจึงเป็นกลุ่มเปราะบางทางด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะภายใต้สถานการณ์วิกฤตที่ควรต้องมีการเฝ้าระวังและมีระบบรองรับสนับสนุนอย่างเป็นระบบ เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มเด็กและเยาวชนเพื่อฟันฝ่าวิกฤตต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในชีวิตได้ และด้วยธรรมชาติของวัยรุ่นเองจะไม่เปิดใจหรือมักปฏิเสธความช่วยเหลือ หากเจอผู้ใหญ่ที่ไม่เข้าใจ ตัดสินหรือตำหนิ และจากผลการศึกษาของ เกลลี วัชรทักสิน, สายฝน เอกวรารุณ และวิสุทธิศักดิ์ หวานพร้อม พบว่าการรับรู้สมรรถนะครูและผู้ปกครองรับรู้ข้อจำกัดด้านสมรรถนะของตนเองในการคัดกรอง ประเมิน ดูแลช่วยเหลือนักเรียน ยังขาดทักษะในการจัดการขณะที่ภาคีเครือข่าย/บุคลากรสุขภาพรับรู้ข้อจำกัดด้านสมรรถนะและการดำเนินงานร่วมกัน ขาดการส่งต่อการดำเนินงานทำให้การทำงานซ้ำซ้อน ขาดความต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถค้นพบเมื่อนักเรียนเกิดปัญหาสุขภาพจิตในระดับรุนแรง ซ้ำซ้อน ยากต่อการแก้ไข (เกลลี วัชรทักสิน, สายฝน เอกวรารุณ และวิสุทธิศักดิ์ หวานพร้อม, 2565) ดังนั้น หากบุคลากรที่ดูแลวัยรุ่น มีความรู้ ความเข้าใจ รวมถึงแนวทางส่งเสริมป้องกันภาวะซึมเศร้าจะเป็น การช่วยลดปัญหาหรือความรุนแรงของสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ ของสังคมลงได้ (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2561)

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Adolescent Depression)

คำว่า “ภาวะซึมเศร้า” ในภาษาไทยหรือ “Depression” ในภาษาอังกฤษ มีความหมายซึ่งต้องทำความเข้าใจดังนี้ คือ (Beck, 1967; Beck & Alford, 2009 อ้างถึงจาก ดาราวรรณ ต๊ะปนตา, 2556)

- 1) ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงอารมณ์เศร้าปกติ

ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงภาวะอารมณ์ปกติ (normal low mood, feeling blue) เป็นภาวะอารมณ์ที่สามารถเกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป โดยเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งเร้าหรือสถานการณ์บางอย่างที่ทำให้บุคคลไม่สมหวัง ผิดหวัง สิ้นหวัง หรือไม่มีความสุข บุคคลจะมีความรู้สึกหดหู่และซึมเศร้า เป็นภาวะอารมณ์หนึ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นภาวะปกติในบุคคล อ่านเกิดขึ้นเป็นช่วงเวลา หรือเป็นวัน อารมณ์ซึมเศร้าในภาวะปกตินี้สามารถหายไปได้เอง หรือเมื่อบุคคลเจอกับสิ่งเร้าใหม่หรือเงื่อนไขใหม่อารมณ์นี้จะลดลงโดยปกติบุคคลจะมีความรู้สึกเคลื่อนไหวไปมาระหว่างความสุขกับความเศร้าขึ้นอยู่กับสภาพการณ์ของแต่ละบุคคล ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงอารมณ์ปกตินี้ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาใดๆ

2) ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงภาวะเศร้าที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดง

ภาวะซึมเศร้าในความหมายนี้ หมายถึงภาวะเศร้าที่มีการเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงในทางจิตสรีระ (Psychopathological dimension) มีระดับความรุนแรงตั้งแต่ระดับเล็กน้อยระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรง อาการและอาการแสดงจะเริ่มส่งผลกระทบต่อบุคคลได้มากกว่าอารมณ์เศร้าปกติ โดยบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีความคิด อารมณ์ พฤติกรรมและสรีระที่เปลี่ยนไปจากเดิมของบุคคลนั้น และมักพบว่าจะมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ภาวะซึมเศร้าในกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีผู้บำบัดหรือให้การปรึกษาจึงจะกลับสู่ภาวะปกติได้

3) ภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงโรคทางจิตเวชคือโรคซึมเศร้า

ในความหมายที่สามนี้ ภาวะซึมเศร้าจะหมายถึงโรคซึมเศร้า (psychotic depressive) ซึ่งจะมีการเกณฑ์พิจารณา ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวชในความหมายของภาวะซึมเศร้าที่หมายถึงโรคซึมเศร้านี้บุคคลจะมีลักษณะที่เปลี่ยนแปลงไปทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ เช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้าแต่จะต้องพิจารณาตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือไม่และจะถูกระบุว่าเป็นโรคใดโรคหนึ่ง โดยโรคซึมเศร้านี้จำเป็นต้องได้รับการบำบัดทางการแพทย์ ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคม อาการต่างๆจึงจะลดลงได้

อาการและอาการแสดงภาวะซึมเศร้า

วัยรุ่นอาจไม่สามารถบอกได้ว่ามีภาวะซึมเศร้า หรือมีอาการเศร้า แต่ภาวะเศร้าในวัยรุ่นอาจแสดงออกมาในรูปแบบอาการอื่นๆ ได้แก่ ขาดความสนใจ ในสิ่งที่เคยชอบ ไม่พึงพอใจในสิ่งที่เคยเป็นหรือกิจกรรมที่ทำแล้วมีความสุข หรือไม่พอใจผู้คนหรือการใช้ชีวิต อารมณ์อาจแสดงออกเป็นความหงุดหงิด ก้าวร้าว หรือเซื่องซึม น้ำหนักลดหรือเพิ่ม (โดยไม่ได้เกิดจากตั้งใจลดน้ำหนัก) นอนไม่หลับ หรือหลับมากเกินไป อยู่ไม่ค่อยนิ่ง หรือเซื่องซึ้ง ดูไร้เรี่ยวแรง หรือไม่ค่อยมีพลังงาน ในชีวิตประจำวัน รู้สึกไร้ค่า หรือ รู้สึกผิดอย่างไม่เหมาะสม ขาดสมาธิ คิดช้าลง หรือตัดสินใจช้าลงบ่อยๆ คิด/วางแผน/พยายาม การฆ่าตัวตาย เด็กบางคนสามารถ บอกได้ว่ารู้สึกเศร้าบ่อยๆ เช่น รู้สึกเศร้า ท้อแท้ ว่างเปล่า หมดหวัง โดยอาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากผลของการเจ็บป่วยทางร่างกาย สารเสพติด หรือไม่ใช่ปฏิกิริยาปกติหลังจากเหตุการณ์สูญเสีย (ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2559)

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นบางครั้งค่อนข้างจะวินิจฉัยยากกว่าในช่วงวัยอื่นเนื่องจากวัยรุ่นอาจไม่สามารถบอก ได้ว่าตนเองมีภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการเศร้า แต่ภาวะเศร้าในวัยรุ่นอาจแสดงออกมาในรูปแบบอาการ อื่นๆ ได้แก่ รู้สึกแย่ เศร้า หงุดหงิดหรือสิ้นหวังรู้สึกเหนื่อยถ้าไม่ค่อยมีเรี่ยวแรงไม่สนใจหรือไม่มีความสุข เวลาทำอะไร (ถึงแม้จะเป็นสิ่งที่เคยชอบ) รู้สึกแย่กับตัวเอง นอนไม่หลับหรือหลับ

มากไป จดจ่อกับอะไรได้ยาก เช่น อ่านหนังสือ เพื่อกินอาหารหรือกินมากกว่าปกติ พุดหรือทำอะไรซ้ำ หรือกระวนกระวายมาก (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ปัจจุบันมีวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าเพียงร้อยละ 10 - 20 เท่านั้นที่ได้รับ การวินิจฉัยและรักษา การประเมินเพื่อคัดกรองและวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จึงมีความสำคัญมากในการนำไปสู่การ เข้าถึงการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับระดับปัญหาปัจจุบันมีเครื่องมือหลายตัวสำหรับการคัดกรองการ เลือกใช้ควรพิจารณาจากกลุ่มอายุความสามารถในการตอบแบบคัดกรองและความพร้อมของผู้คัด กรอง (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2561)

ตัวอย่างเครื่องมือการคัดกรองที่ใช้ในระบบสาธารณสุข			
เครื่องมือ	คุณลักษณะ	เป้าหมาย/ประโยชน์/ข้อดี	บุคลากรที่ใช้ได้
แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) ⁵	- สำหรับวัยรุ่น 11-20 ปี - สำหรับวัยรุ่นตอบเอง - มี 9 ข้อ และข้อคำถาม การฆ่าตัวตายอีก 2 ข้อ	- แบ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ 5 ระดับ - คัดกรองภาวะซึมเศร้า - ติดตามอาการ ความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับสามารถใช้ได้ (รพช./ รพท./ รพจ./ คลินิกเด็ก/ รพ.จิตเวช/ จิตเวชเด็กและวัยรุ่น)
แบบคัดกรอง 2 คำถาม (2Q)	- สำหรับวัยรุ่น 18 ปีขึ้นไป - แบบสัมภาษณ์ - 2 ข้อคำถาม	คัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีแนวโน้มว่ามีภาวะซึมเศร้า ในประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง	อสม. พยาบาล จนท. สาธารณสุข ในรพช./ รพท.
แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(DS8)	- วัยรุ่นอายุ 18 ปีขึ้นไป - วัยรุ่นตอบเอง - 8 ข้อคำถาม	ใช้สำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชาชนทั่วไป	อสม. พยาบาล จนท. สาธารณสุข ในรพช./ รพท.
แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)	- วัยรุ่นอายุ 18 ปีขึ้นไป - แบบสัมภาษณ์	- ใช้ประเมินและจำแนกความรุนแรงของโรคซึมเศร้า - ใช้ติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำและการกลับเป็นใหม่	แพทย์ /พยาบาล ที่ผ่านการอบรมแล้ว ทั้งที่ รพช.และ รพท.

ภาพประกอบที่ 1 ตัวอย่างเครื่องมือคัดกรองที่ใช้ในระบบสาธารณสุข

หมายเหตุ : จาก คู่มือปฏิบัติ การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า (พิมพ์ครั้งที่ 1 น. 15) โดย สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์, 2561, บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

ในประเทศไทยสามารถรวบรวมปัจจัยเสี่ยงหลักที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าได้ ดังนี้

1. คนที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า คือ คนใกล้ชิด กับความสูญเสีย มีงานวิจัยหลายงานที่พบว่า นักศึกษาที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าคนอื่น คือคนะพยาบาล เพราะต้องพบเจอกับการเจ็บปวด การตายของผู้อื่นเป็นประจำ ดังนั้น กลุ่มเพื่อนและคนใกล้ชิดที่เผชิญกับเหตุการณ์การสูญเสียเป็นกลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

2. การเสนอข่าวการฆ่าตัวตาย หรือการทำร้ายตัวเอง ซ้ำ ๆ ย้ำ ๆ การเสนอข่าวซ้ำหรือการขุดคุ้ยเรื่องราวของผู้ที่เป็นข่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิด พฤติกรรมเลียนแบบหรือ “Copycat” เพราะข่าวพวกนี้ส่งผลกระทบต่อบุคคลหลายกลุ่ม ได้แก่

- คนที่มีภาวะซึมเศร้าซึ่งมีความเปราะบางทางอารมณ์ อาจเลียนแบบวิธีการแก้ปัญหาที่ผิดวิธี

- คนใกล้ชิดที่บริโภคข่าวซ้ำ ๆ ทำให้เกิดการตอกย้ำความรู้สึกนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ดังนั้น เมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้นจึงไม่ควรหาคนผิด เพราะคนที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นบุคคลที่มีความ “เปราะบางทางจิตใจ” ความเปราะบางนี้เป็นการสะสมจากประสบการณ์ ที่เจอจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต พอมาเจอสิ่งกระตุ้นหรือ Trigger ก็มีโอกาทำให้เกิดการแตกสลายได้ รวมถึงผู้ใกล้ชิดที่เป็นผู้สูญเสียจากเหตุการณ์อาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า

3. การเน้นผลสัมฤทธิ์ และการเปรียบเทียบแข่งขันที่มากเกินไป การตั้งใจเรียนเป็นเด็กดีอาจไม่เพียงพอต่อการสร้างภูมิคุ้มกันในชีวิต เด็กที่เรียนเก่งมาตลอด ไม่เคยผิดหวังเลย และเด็กที่ผิดหวังมาตลอด เด็ก 2 กลุ่มนี้เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เด็กและเยาวชนในหลายประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ประสบกับปัญหาสุขภาพจิตที่มีสาเหตุมาจากการเรียน เช่น ในประเทศเวียดนาม โรงพยาบาลจิตเวช Mai Huong ซึ่งตั้งอยู่ที่กรุงฮานอยได้สำรวจนักเรียนประถมและมัธยมต้น จำนวน 1,200 คน ในกรุง ฮานอย พบว่า 19.4% ของนักเรียนมีปัญหาทางจิต สาเหตุส่วนใหญ่ของ ปัญหามาจากแรงกดดันให้เรียนหนักจากผู้ปกครอง

ในประเทศไทย งานวิจัยที่สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า เด็กไทยเรียนหนักที่สุดในโลกรองจากประเทศญี่ปุ่น โดย โรงเรียนในไทยส่วนใหญ่ มีการจัดตารางให้เด็กเรียนวันละ 8-10 คาบต่อวัน มีนักเรียนบางส่วนรู้สึกเบื่อจนไม่อยาก เรียนและเด็กไทยร้อยละ 87 มีเวลาพูดคุยกับพ่อแม่เพียงวันละ 10 นาที ส่วนประเทศสิงคโปร์ซึ่งเป็นประเทศที่มีการแข่งขันค่อนข้างสูงทั้งการเรียน และการทำงาน เริ่มมีการปรับเปลี่ยนแนวทางการศึกษาเป็นการเรียนรู้เพื่อการใช้ชีวิต จะไม่มีการจัดอันดับผลการเรียนแต่เน้นให้เด็กได้แข่งกับตนเอง นอกจากนี้ นักจิตวิทยาหลายคนได้นำเสนอทฤษฎีที่ทำให้เราได้ตระหนักว่า เด็กแต่ละคน “เก่งกันคนละอย่าง” เช่น ทฤษฎี Multiple intelligence ของ Howard Gardner ทำให้เราได้ตระหนักว่าเราไม่จำเป็นต้องเปรียบเทียบเด็กว่าใครดีกว่ากัน เพราะเขาเก่งกันคนละอย่าง

4. วิถีชีวิตของเด็กติดจอ/เด็กในเมืองที่ต้องเร่งรีบ เด็กใน Generation นี้ที่เราเรียกว่า “Screenager” ใช้เวลาอยู่กับหน้าจอ นอนดึก ตื่นเช้า พักผ่อนน้อยก็เสี่ยง ต่อภาวะซึมเศร้า งานวิจัยของมหาวิทยาลัย Pittsburgh ศึกษาทดลองโดยใช้วิธีการวัดคลื่นสมองกับเด็ก อายุ 5 - 15 ปี จำนวน 35 คน เด็กที่นอนน้อยมีการรับรู้ถึงความพึงพอใจน้อยลง มีงานวิจัยหลายงานที่ค้นพบผลที่สอดคล้องกันว่า ความถี่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า นั่นคือจำนวนชั่วโมงในการใช้สื่อสังคมออนไลน์ ยิ่งมากยิ่งส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการมีภาวะซึมเศร้าในระดับสูง

แนวทางการสื่อสารกับวัยรุ่น ก่อนการให้ข้อมูลความรู้ (สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

1) การสร้างสัมพันธภาพ

ควรเริ่มต้นจากการสอบถามถึงชีวิตทั่วไปของวัยรุ่น เช่น เพื่อน โรงเรียน บ้าน กิจกรรม ความสนใจที่ชอบ แนวเพลงที่ชอบฟัง ไอดอลที่ชอบ ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นรู้สึกว่าคุณใส่ใจในตัวตนของวัยรุ่นมากกว่า แค่ปัญหาหรืออาการโรค ในขณะเดียวกันก็ช่วยเป็นข้อมูลสำหรับผู้บำบัดในการพูดคุยกับวัยรุ่นต่อไป

สำรวจแรงจูงใจในการมารับรักษา เนื่องจาก วัยรุ่นบางรายอาจไม่ได้ต้องการมาด้วยตนเอง แต่ผู้ปกครองหรือครูแนะนำให้มา ผู้บำบัดจึงควรพูดคุย สื่อสารความเข้าใจและเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้ซักถาม ข้อสงสัยอย่างเต็มที่

2) การรักษาข้อมูลส่วนตัว

บุคลากรสาธารณสุขควรชี้แจงให้วัยรุ่นรับรู้ว่าจะมีการพูดคุยต่อไปในครั้งนี้อย่างไร จะเป็นข้อมูลส่วนตัว ระหว่างวัยรุ่นกับผู้บำบัดและทีมผู้รักษา เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและไว้วางใจ

ทั้งนี้ ต้องระมัดระวังการให้คำสัญญาที่เกินจริง โดยเฉพาะประเด็นความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเอง ฆ่าตัวตาย และทำร้ายผู้อื่นซึ่งผู้บำบัดควรขออนุญาตวัยรุ่นในการสื่อสารกับผู้ปกครองหรือบุคคลใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวัง หากวัยรุ่นไม่อนุญาตหรือแสดงความไม่สบายใจในการเปิดเผยข้อมูลนี้ ผู้บำบัดควรใส่ใจรับฟังความไม่สบายใจของวัยรุ่น และช่วยให้วัยรุ่น เห็นข้อดีข้อเสียของการบอกผู้ปกครอง จนกระทั่งวัยรุ่นยินยอม

การให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า (สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

1) ความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า

การพูดคุยกับวัยรุ่น ต้องให้ความสำคัญกับความเฉพาะของวัยรุ่นแต่ละคน และหลีกเลี่ยงการสั่งสอนหรือให้ข้อมูลมากเกินไป เพื่อสร้างความรู้สึกร่วมและกระตุ้นความสนใจของวัยรุ่น โดยประเด็น สำคัญที่ควรให้วัยรุ่นเข้าใจ ได้แก่ ลักษณะอาการทางคลินิก สาเหตุ และผลกระทบของภาวะซึมเศร้า ทางเลือก ในการรักษาแบบต่างๆ และให้ความหวังว่าภาวะซึมเศร้าสามารถดีขึ้นหรือหายได้

ทั้งนี้ วัยรุ่นบางคนอาจยังไม่อยากยอมรับและปฏิเสธการมีภาวะซึมเศร้า ผู้บำบัดไม่จำเป็นต้องกดดันให้วัยรุ่นยอมรับเพียงแต่เน้นการดูแลตนเองและการมาบำบัดรักษาที่ต่อเนื่อง

2) การดูแลตัวเอง

วัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง อาจรู้สึกยากลำบากและท้อแท้กับการทำตามแผนการดูแลตัวเอง ผู้บำบัดจึงควรชี้ให้วัยรุ่นเห็นศักยภาพในตัวเอง รวมถึงการช่วยค้นหา และชี้ให้วัยรุ่นเห็นแหล่งพลัง และโอกาสได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว เช่น พ่อแม่ เพื่อน ครู

3) แนวทางการจัดการอารมณ์ของตนเองเมื่อเศร้า

การติดตามอาการซึมเศร้าของตนเอง เมื่อวัยรุ่นมีความเข้าใจภาวะและอาการซึมเศร้ามากขึ้น การสำรวจและติดตามอาการซึมเศร้าด้วยตนเองในชีวิตประจำวันจะช่วยให้วัยรุ่นเข้าใจได้ว่าแม้จะเป็นโรคซึมเศร้า แต่ตัวเองไม่ได้มีอาการแย่ไปทุกอย่าง (ซึ่งผู้ป่วยซึมเศร้ามักจะมีความคิดลบอยู่แล้ว) และเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาและติดตามความก้าวหน้าในการรักษาได้ต่อเนื่อง

4) การบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้า

แนวทางหลักในการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น คือ การบำบัดด้วยยาและจิตบำบัด ซึ่งขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้บำบัดรักษา และบริบทของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละแห่ง กรณีที่แพทย์สั่งยา

ด้านซึมเศร้า แพทย์และเภสัชกรผู้สั่งยาควรให้ข้อมูลการกินยาที่ถูกต้อง และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น บุคลากรสาธารณสุขผู้ดูแลวัยรุ่น และเน้นย้ำประเด็นสำคัญในการกินยา ดังนี้

- ยาอาจต้องกินนาน ต่อเนื่อง และต้องกินให้ครบตามที่แพทย์สั่ง แม้จะรู้สึกว่ายารวมแล้ว ก็ไม่ควรหยุดยาเอง

- ผลข้างเคียง อาจมีได้ แต่ไม่รุนแรง หากมีผลข้างเคียงเกิดขึ้น ควรปรึกษาแพทย์ ไม่ควรหยุดยาเอง

- ภาวะซึมเศร้า สามารถหยุดยา และหายเป็นปกติได้ การกินยาจะไม่มีอันตราย ในระยะยาว

การรักษาด้วยจิตบำบัดที่มีหลักฐานว่าประสิทธิภาพในการรักษาภาวะซึมเศร้า ได้แก่ การบำบัดโดยวิธีปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) หรือการทำจิตบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (IPT) โดยผู้บำบัดจะต้องผ่านการอบรมแนวทางการบำบัดดังกล่าว ขึ้นอยู่กับความพร้อมของสถานบริการ สาธารณสุขนั้นๆ หรืออาจพิจารณาส่งต่อผู้เชี่ยวชาญ

บทบาทอาจารย์ในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า

บทบาทครูและบุคลากรทางการศึกษาหรืออาจารย์ ซึ่งอยู่ใกล้ชิด วัยรุ่นจะสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาของวัยรุ่นได้ใกล้ชิด จึงมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกัน ช่วยเหลือให้วัยรุ่นได้รับการรักษา บำบัดที่เหมาะสม รวมถึงเป็นที่ปรึกษาสำหรับวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือเริ่มมีปัญหา ป้องกันไม่ให้เป็นภาวะซึมเศร้า (สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563)

1. บทบาทในการเป็นผู้สอนวิชาความรู้และเป็นแบบอย่างในการใช้ชีวิต

บทบาทครูอาจารย์ในฐานะเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ทั้งในเนื้อหาวิชาการ และวิชาการใช้ชีวิต ในฐานะเป็นอาจารย์ในการถ่ายทอดถ่ายทอดวิชาความรู้ และเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตนในเรื่องการเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมชั้น บทบาทอาจารย์ที่ปรึกษากับพฤติกรรมมการเรียน ตลอดจน บทบาทอาจารย์ที่ปรึกษาที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การเรียน และการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กนักเรียนหรือนักศึกษา

2. บทบาทในการประเมินและคัดกรอง

บทบาทครูอาจารย์ ในฐานะเป็นคนประเมินพฤติกรรมของนักศึกษาและคัดกรองนักเรียน นักศึกษาเบื้องต้น ในกรณีที่พบเจอนักเรียนนักศึกษาที่เป็นกลุ่มเสี่ยงจะได้ดูแลอย่างใกล้ชิด ผ่านการพูดคุยซักถามให้เกิดความไว้วางใจและกล้าพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาหรือสิ่งกระทบกระเทือนจิตใจที่ทำให้ปลื้มและไม่อยากมีชีวิตอยู่ โดยที่ครูอาจารย์ประจำชั้นช่วยสอดส่องดูแลนักเรียนทุกคนอย่างใกล้ชิดและเท่าเทียม หากพบนักเรียนที่สงสัยว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิต ให้ประสานความร่วมมือกับบุคลากรหรือญาติผู้ใกล้ชิดในการช่วยเหลือนักเรียนอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ และมีระบบการส่งต่อกับโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อให้นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมต่อไป (ประภัสสร จันดี ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, 2564)

3. บทบาทในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา

ในการบำบัดและให้การปรึกษาโดยการปรับจูนความคิดและพฤติกรรม บทบาทของอาจารย์ในด้านการเป็นผู้ให้คำปรึกษาเปรียบเสมือนเป็นผู้บำบัดเบื้องต้น ซึ่งผู้บำบัดจำเป็นที่จะต้องร่วมกับผู้รับการบำบัดในการเขียนรูปแบบของการเกิดปัญหา latin หรือ Case conceptualization)

โดยเขียนตามแนวคิดทางปัญญา (Cognitive model) โดยการเขียนถึงรูปแบบของการเกิดปัญหามีลักษณะดังนี้คือ 1) บรรยายถึงปัญหาที่เกิดขึ้น 2) สาเหตุและวิธีที่จะทำให้ปัญหานี้พัฒนาขึ้น 3) วิเคราะห์ปัจจัยสำคัญทำให้รูปแบบนี้ยังคงดำเนินต่อไปและทำให้ปัญหายังคงอยู่อย่างต่อเนื่องดังรายละเอียดต่อไปนี้คือ (Westbrocket et al., 2007 อ้างถึงจาก ดารารวรรณ ต๊ะปนต์, 2556)

4. บทบาทในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (Protective factors) สามารถแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัยที่สำคัญ ดังต่อไปนี้ 1) ความแข็งแกร่งในชีวิตจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งในประเทศ และต่างประเทศ พบว่าความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (Kapikiran & Acun-Kapikiran, 2016) ดังนั้นจึงถือว่าบทบาทอาจารย์ด้านนี้จึงถือเป็นบทบาทที่จำเป็นอีกอย่าง 2) การสนับสนุนทางสังคมการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาทั้งในประเทศ และต่างประเทศพบว่าการศึกษาคือความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้า (กมลนัธ คล่องดี และสุรัชย์ เณียง, 2562; Alsubaie, Stain, Webster, & Wdman, 2019; Ozsaban, Turan, & Kaya, 2019; Yasin, & Dzulkipli, 2010 อ้างถึงจากปาริชาติ เมืองขวา, กมลนัธ คล่องดี และสุรัชย์ เณียง, 2563)

การเริ่มเขียนรูปแบบของปัญหาสามารถทำได้โดยการบรรยายปัญหา เป็นการนำปัญหาต่างๆ มาเรียงเป็นระบบ และพยายามหาภาพที่ชัดเจนให้ได้ว่าแท้ที่จริงแล้วปัญหาคืออะไรและอยู่ในระดับใด โดยพยายามนำคำอธิบายในการแก้ปัญหาไปใส่ไว้ในแนวคิดทางปัญญา เช่น ในสิ่งเร้า มีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นบ้าง เช่น ความวิตกกังวล อารมณ์เศร้า ความเครียด พฤติกรรมเป็นลักษณะการกระทำของผู้รับการบำบัดที่มองเห็นได้และสังเกตได้ ทางสรีระ เช่น อาการทางระบบประสาทอัตโนมัติต่างๆ เช่น มือสั่น เกร็ง อ่อนแรง เป็นต้น หลังจากนั้น ให้ประเมินว่าปัญหาปัจจุบันที่ก่อให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้ารุนแรงหรือเด่นชัดกว่าปัญหาอื่นๆ คืออะไร และสุดท้ายมองหาผลที่เกิดขึ้นจากปัญหานั้นๆ โดยสำรวจว่ามีผลกระทบอย่างไรต่อชีวิตของผู้รับการบำบัด มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้างหลังการเกิดเหตุการณ์ ผู้รับการบำบัดแก้ปัญหาอย่างไรต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และประสบผลสำเร็จมากน้อยเพียงใดในการแก้ปัญหา

บทสรุป

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดจากสารเคมีในสมองเสียสมดุล โดยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้านี้จะแสดงอาการความผิดปกติออกมาทั้งในด้านความคิดแรงใจอารมณ์ และพฤติกรรมในปัจจุบันรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในประเทศไทยยังขาดความชัดเจนและเป็นระบบ ทั้งนี้อาจเนื่องจากความเข้าใจผิดเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น รวมทั้งความไม่ชัดเจนในการดำเนินงานของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยที่ยังไม่ครอบคลุมในทุกภาคส่วน ซึ่งการดำเนินการเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน พยาบาลวิชาชีพ หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องอย่างไรก็ตามปัจจุบันทางกรมสุขภาพจิตได้เห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นมากขึ้นจึงได้ มีนโยบายเชิงรุกในการให้เจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุขเข้าไปคัดกรองภาวะสุขภาพจิตของเด็กหรือวัยรุ่น ในโรงเรียนมากยิ่งขึ้น โดยมีการจัดตั้งหน่วยงานหรือคลินิกไว้ในโรงพยาบาลหลายๆ แห่ง เพื่อดูแลภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นให้มากขึ้น ดังนั้นการทำความเข้าใจ

ในเรื่องของรูปแบบการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ถือเป็นองค์ความรู้ที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้พยาบาลวิชาชีพ บุคลากรทางด้านสุขภาพ และเจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้องสามารถดำเนินงานสร้างเสริมภาวะสุขภาพจิต ของวัยรุ่นได้อย่างครบวงจรมากยิ่งขึ้น

จากความสำคัญของโรคและการสูญเสียที่เกิดจากภาวะซึมเศร้า ผู้เขียนได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและ มีความน่าเชื่อถือทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นที่มีอยู่ในประเทศและในต่างประเทศเป็นข้อเสนอแนะที่มีข้อมูลทางวิชาการที่เชื่อถือได้ รวมถึงปรับเนื้อหาบางส่วนให้สอดคล้องกับบริบท อาจารย์เพื่อจัดทำสรุปเป็นแนวทาง การดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าโดยมีเป้าหมายเพื่อให้อาจารย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเข้าใจ มีแนวทางที่เป็นมาตรฐานในการป้องกัน ดูแล บำบัดวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า เพื่อลดความสูญเสียกลุ่มประชากรวัยรุ่นอันจะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศในอนาคตอันใกล้นี้ ลดความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง สามารถปรับเปลี่ยนความคิด จิตใจ และพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

บรรณานุกรม

- เกวลี วัชราทักขิณ, สายฝน เอกวรังกูร, และวิสุทธิศักดิ์ หวานพร้อม. (2565). การรับรู้สมรรถนะและความต้องการแนวทางร่วมมือดูแลสุขภาพจิตนักเรียนของผู้เกี่ยวข้อง โรงเรียนขยายโอกาส จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(2), 62-76.
- ดารารวรรณ ต๊ะปนต์. (2556). *ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดแลพฤติกรรม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). วนิดาการพิมพ์.
- ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2559). การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น : จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 24(1), 1-12.
- ประภัสสร จันดี, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(1), 252-265.
- ปาริชาติ เมืองขวา, กมลนัฏ คล่องดี, และสุรัชย์ เณียง. (2563). ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย : บทบาทที่สำคัญสำหรับสถาบันการศึกษา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 21(41), 104-116.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (9 กันยายน 2565). *ซึมเศร้าในวัยรุ่น สัญญาณเตือนก่อนสูญเสีย*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/?p=309642>.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. (2565). *สุขภาพคนไทย 2565 : ครอบครัวไทยในวิกฤตโควิด-19* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สถาบันวิจัยประชากรสังคม. (2563). *สุขภาพคนไทย 2563 : สองทศวรรษปฏิรูปการศึกษาไทยความล้มเหลวและความสำเร็จ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์. (2561). *คู่มือปฏิบัติการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้า* (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท ปิยอนด์ พับลิชชิง จำกัด.

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). อาการโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น. สืบค้นจาก <https://camri.go.th/th/knowledge/article/ar2/ar2-52>.

Kapikiran, S., &Acun-Kapikiran, N. (2016). Optimism and Psychological Resilience in Relation to Depressive Symptoms in University Students: Examining the Mediating Role of Self-Esteem. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 16(6), 2087-2110.

Health Science Journal of Nakhon Ratchasima College

ปรัชญา

เรียนรู้ สร้างสรรค์ พัฒนา นำคุณค่าบัณฑิตสู่สังคม

วิสัยทัศน์

สถาบันอุดมศึกษาเอกชนชั้นนำของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ผลิตบัณฑิตนักปฏิบัติ และการบริการวิชาการเพื่อพัฒนาท้องถิ่น
อย่างยั่งยืน โดยมุ่งเน้นสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยนครราชสีมา

เลขที่ 290 หมู่ 2 ถนนมิตรภาพ ตำบลบ้านใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา 30000
โทรศัพท์ 0-444-66111 แฟกซ์ 0-444-65668 website <http://www.nmc.ac.th>