

THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2565

Vol.1 No.3 July - September 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- การรับมือการระบาดของออนไลน์ของเด็กไทย: กรณีศึกษาจากการสำรวจนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ปี 2563
- ผลของการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการบุตรของมารดาหลังคลอด หรือผู้เลี้ยงดูหลักในประเทศไทย
- ปัจจัยทางประชากรสังคมและสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อการกินผักและผลไม้ของผู้สูงอายุไทย
- การศึกษาสถานการณ์การตลาดอาหารและเครื่องดื่มในประเทศไทย
- ความสัมพันธ์ระหว่างพัฒนาการเด็กปฐมวัยกับการมีปฏิสัมพันธ์ในกิจกรรมร่วมกับเด็กของพ่อแม่และผู้ดูแล: การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562

รายงานกรณีศึกษา (Case Report)

- สุขภาวะทางเพศของเด็กผู้หญิงพิการทางการได้ยิน: กรณีศึกษาโรงเรียนโสตศึกษา 2 แห่งในจังหวัดชลบุรีและกรุงเทพมหานคร
- การเสริมพลังชุมชนกับการสร้างเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาโครงการชุมชนน่าอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือ

บทความพิเศษ (Special Article)

- ความก้าวหน้าและความท้าทายของการบังคับใช้ พ.ร.บ. นมผง
- การจัดการความรู้สุขภาพะเพื่อการขยายผลในยุคดิจิทัล
- การศึกษาสถานการณ์ระบบอาหารของประเทศไทยในรอบทศวรรษ
- เมตาเวิร์ส: โอกาส และการประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

ISSN 2774-0285 (Print)
ISSN 2774-1249 (Online)



| สารบัญ | หน้าที่ | Contents |
|---|---------|---|
| บทบรรณาธิการ | | Editorial |
| จาก “หลังปฏิมาสาธารณสุข” สู่อการ “ทำสิ่งใหญ่ให้เปลี่ยนแปลง” วิวัฒน์ โรจนพิทยากร | 243 | From “Behind the Health Buddha” to “Move that Mountain” Wiwat Rojanapithyakorn |
| นิพนธ์ค้นฉบับ | | Original Article |
| การรับมือการละเมิดทางออนไลน์ของเด็กไทย: กรณีศึกษาจากการสำรวจนักเรียน ระดับมัธยมศึกษา ปี 2563 ธีรรัตน์ พันทวี วงศ์ธนะเอนก | 244 | Cyberbullying Behavior and Policy Recommendations for Thai Students Teerarat Pantawee Vongtanaaneek |
| ผลของการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการบุตรของมารดาหลังคลอดหรือ ผู้เลี้ยงดูหลักในประเทศไทย พรชเนตต์ บุญคง, เปรมฤทัย เกตุเรณ | 253 | Effects of Coaching Surveillance Skills and Promoting Child Development of Postpartum Mothers of Primary Caregivers in Thailand Phonchanet Bunkhong, Premruthai Ketrain |
| ปัจจัยทางประชากรสังคมและสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อ การกินผักและผลไม้ของผู้สูงอายุไทย สาสินี เทพสุวรรณ, สิรินทรียา พูลเกิด | 265 | Influence of Socio-demographic and Health Related Factors on Fruit and Vegetable Consumption among Thai Older Persons Sasinee Thapsuwan, Sirinya Phulkerd |
| การศึกษาสถานการณ์การตลาดอาหารและเครื่องดื่ม ในประเทศไทย นงนุช จินดารัตนาภรณ์ | 274 | A Review of Food and Beverage Marketing Situation in Thailand Nongnuch Jindarattanaporn |
| ความสัมพันธ์ระหว่างพัฒนาการเด็กปฐมวัย กับการมีปฏิสัมพันธ์ในกิจกรรมร่วมกับเด็กของ พ่อแม่และผู้ดูแล: การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจ สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 ฐิติกร โตโพธิ์ไทย, ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย | 289 | Early Child Development and Parental Interaction with Young Children in Thai- land: an Analysis of the 2019 Multiple Indicator Cluster Survey Thitikorn Topothai, Chompoonut Topothai |
| รายงานกรณีศึกษา | | Case Report |
| สุขภาพทางเพศของเด็กผู้หญิงพิการทางการได้ยิน: กรณีศึกษาโรงเรียนโสตศึกษา 2 แห่งในจังหวัดชลบุรี และกรุงเทพมหานคร ศิวินารถ หงษ์ประยูร และคณะ | 300 | Sexual Health of Deaf Young Female: a Case Study of Schools for the Deaf in Bangkok and Choburi Provinces, Thailand Sivanart Hongprayoon, et al. |

| สารบัญ | หน้าที่ Page | Contents |
|---|-----------------|--|
| การเสริมพลังชุมชนกับการสร้างเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาโครงการชุมชนนำอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือ พินทุสร โพธิ์อุไร, สมนศักดิ์ สามัคคีธรรม | 307 | Community Empowerment and Health Promotion: a Case Study of the Healthy Community Project in Northern Region, Thai Health Promotion Foundation <i>Phintusorn Phourai, Somsak Samakeetham</i> |
| บทความพิเศษ | | Special Article |
| ความก้าวหน้าและความท้าทายของการบังคับใช้ พ.ร.บ. นมผง ฐิติภรณ์ ดวงรัตนานนท์ และคณะ | 318 | Progress and Challenges in the Implementation of the Milk Act <i>Titiporn Tuangratananon, et al.</i> |
| การจัดการความรู้สุขภาพเพื่อการขยายผล ในยุคดิจิทัล สุรเชษฐ พิตยาพิบูลพงศ์ | 328 | Health Promotion Knowledge Management in Digital Era <i>Surachet Pittayapibulpong</i> |
| การศึกษาระบบการกระจายอาหารของประเทศไทยใน รอบทศวรรษ จงจิตต์ ฤทธิรงค์ และคณะ | 340 | Situation of Food System in Thailand during the Past Decade <i>Jongjit Rittirong, et al.</i> |
| เมตาเวิร์ส: โอกาส และการประยุกต์ใช้ การสร้างเสริมสุขภาพ นลินี เรืองฤทธิศักดิ์ และคณะ | 353 | Metaverse: Opportunities and Implementation in Health Promotion <i>Nalinee Ruangrittisak, et al.</i> |

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย จัดทำขึ้นโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของบุคลากรและเครือข่ายที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ โดยเป็นสื่อกลางเพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านสุขภาพกับภาคี องค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

- เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งเชิงวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของไทย
- เพื่อยกระดับและเผยแพร่บทความข้อมูลวิชาการทางสุขภาพในมิติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ
- เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานทางวิชาการของบุคลากรและเครือข่ายที่ทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ
- เพื่อจัดให้มีวารสารวิชาการด้านสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งพัฒนาสู่มาตรฐานวารสารวิชาการระดับสากล

รูปแบบของวารสาร

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

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทยเปิดรับบทความจากนักวิชาการสาขาต่างๆ ในทุกเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้การเตรียมต้นฉบับจะเป็นไปตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ และต้นฉบับที่ต้องการเผยแพร่ต้องไม่เคยพิมพ์เผยแพร่มาก่อน

ต้นฉบับที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพได้รับจะผ่านกระบวนการคัดกรองและส่งไปยัง reviewers อย่างน้อย 3 คน เพื่อประเมินคุณภาพและให้คำแนะนำต่อบรรณาธิการ ซึ่งจะรวบรวมข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและประสานกับเจ้าของบทความ เพื่อแจ้งผลการพิจารณา หากเห็นสมควรก็จะดำเนินการปรับแก้ให้สมบูรณ์เพื่อนำไปพิมพ์เผยแพร่ต่อไป

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

ความคิดเห็น ข้อมูล และบทสรุปต่างๆ ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย เป็นของผู้เขียนบทความ และมีได้แสดงว่า สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และคณะผู้จัดทำเห็นพ้องด้วย
Unless otherwise stated, the views and opinions expressed in Thai Health Journal are those of authors of the papers, and do not represent those of Thai Health Promotion Foundation and the management team.

คณะกรรมการ วารสารการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศ. นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล
ศ. นพ.ประทีป วาทีสา อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์
รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม กรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
ดร.สุปรีดา อุดมยานนท์ ผู้จัดการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ ไรจนพิทยากร

รองบรรณาธิการ

ศ. ดร.ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

กองบรรณาธิการ

นพ. ดร.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ นักวิจัยสำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

นพ. ดร.ไพโรจน์ เสาแก้ว ผู้ช่วยผู้จัดการ สสส.

ดร.ณัฐพันธ์ ศุภกา ผอ.สำนักพัฒนาภาคีสัมพันธ์และวิเทศสัมพันธ์ และรักษาการ ผอ.สำนักวิชาการและนวัตกรรม สสส.

ศ. พญ. ดร.สวาทิณี อธิษฐานกรชัย ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.)

ผศ. ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย คณะกรรมการที่ปรึกษาศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.)

นพ.ธนะพงศ์ จินวงษ์ ผู้จัดการศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.)

นายประยงค์ โพธิ์ศรีประเสริฐ ประธานสาขาวิชาทางสถาปัตยกรรมศาสตร์ สถาบันอาศรมศิลป์

ฝ่ายบริหารจัดการ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

นายรังสรรค์ มั่นคง ผู้เชี่ยวชาญวิเทศสัมพันธ์

นางสาวนลินี เรืองฤทธิศักดิ์ นักวิชาการสนับสนุนงานนวัตกรรมชำนาญการ

จาก “หลังปฏิมาสารธารณสุข” สู่การ “ทำสิ่งใหญ่ให้เปลี่ยนแปลง”



เมื่อปี พ.ศ. 2552 สสส. ได้สนับสนุนเครือข่ายร่วมพัฒนาศักยภาพผู้นำการสร้างสุขภาวะแนวใหม่ หรือ คศน. ให้ทำหนังสือเล่มหนึ่ง ชื่อ “หลังปฏิมาสารธารณสุข” โดยมีนายแพทย์พงศธร พอกเพิ่มดี เป็นบรรณาธิการ และมีผู้ทำหน้าที่เก็บข้อมูล 4 คน คือ กรรณิการ์ กิจติเวชกุล, อวยพร แต่ชูสกุล, สุทธิโชค จรรยาอังกูร และนายแพทย์พงษ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ ลักษณะเนื้อหาเป็นการศึกษาแนวความคิดการทำงานของคนจำนวนหนึ่งที่ทำงานเป็นนักสาธารณสุขแกนนำในด้านต่างๆ โดยผู้เก็บข้อมูลทั้ง 4 ท่านทำหน้าที่ไปสัมภาษณ์บุคคลเหล่านั้น ชื่อหนังสือเล่มนี้มีความหมายว่า บุคคลที่ให้ข้อมูลเป็นผู้ปิดทองหลังพระ ทำงานเป็นผู้นำที่คนทั่วไปมองไม่เห็น ซึ่งเมื่อดูจากรายชื่อของผู้ถูกสัมภาษณ์เกือบ 20 คน พบว่าหลายคนเป็นที่รู้จักดีในสังคมอยู่แล้ว เช่น นายแพทย์อมร นนทสูต นายแพทย์มงคล ณ สงขลา นายแพทย์สงวน นิตยารัมภ์พงศ์ เป็นต้น แต่ก็มีหลายคนทำงานอยู่เบื้องหลังความสำเร็จโดยไม่ค่อยเป็นที่รู้จักในสังคมทั่วไป

สิ่งที่หนังสือเล่มนี้สื่อออกมาคือ แนวคิด และแนวทางการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ช่วยให้งานประสบความสำเร็จ ก่อให้เกิดสุขภาวะของประชาชน สิ่งสำคัญคือการแสดงบทบาทเป็นผู้นำ ซึ่งภาษาอังกฤษเรียกว่าเป็น leader, change agent, champion หรือ influencer ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่อยากให้เกิดขึ้นในทุกกระดับของสังคม เพื่อนำพาให้คนทั้งประเทศมีสุขภาพดีและมีอายุยืน

ตอนนี้ มีหนังสือเล่มใหม่ออกมา ชื่อว่า “Move that Mountain – ทำสิ่งใหญ่ให้เปลี่ยนแปลง” จัดทำโดยสำนักงานพัฒนาโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ โดยการสนับสนุนของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ด้วยงบประมาณของโครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับองค์การอนามัยโลก หรือ Country Cooperation Strategy (CCS) ซึ่งงบประมาณส่วนหนึ่งก็มาจาก สสส. หนังสือเล่มนี้มีอิทธิพล ตรีรัตน์ เกื้อกุล เป็นบรรณาธิการ ลักษณะของหนังสือมีความคล้ายคลึงกับ “หลังปฏิมาฯ” แต่เน้นไปที่กลุ่มโรคไม่ติดต่อ ที่บอกว่าเหมือนคือ มีการไปสัมภาษณ์บุคคลจำนวนหนึ่ง ถึงแนวคิด ประสบการณ์ และแนวทางการดำเนินงานที่ทำให้กลายเป็นผู้นำ และยังเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับองค์การนำในการขับเคลื่อนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ และมีการทำรูปเล่มให้น่าอ่านกว่าเล่มแรก

ผู้สนใจหนังสือเล่มนี้ สามารถโหลดได้จากเว็บของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค โดยพิมพ์ชื่อหนังสือทั้ง 2 ภาษา เพื่อค้นหาจากอินเทอร์เน็ต

หนังสือ 2 เล่มนี้ เข้าใจว่าหน่วยงานที่ทำงานนี้คงไม่ต้องการเพียงสื่อถึงแนวคิดของบุคคลจำนวนหนึ่งในการขับเคลื่อนงานสาธารณสุข แต่ต้องการให้เห็นคุณสมบัติการเป็นผู้นำ และวิธีการที่ช่วยให้การขับเคลื่อนงานได้ผล โดยหวังที่จะสร้างแรงบันดาลใจให้เกิดการพัฒนาผู้นำในด้านต่างๆ ที่หลากหลาย ลองคิดว่า ถ้าประเทศไทยมีผู้นำการเปลี่ยนแปลงกระจายอยู่ในทุกภาคส่วนของสังคม ทั้งในระดับชาติและระดับชุมชน งานสร้างสุขภาวะของประเทศก็น่าจะประสบความสำเร็จโดยไม่ยาก นำสู่การพัฒนาที่ยั่งยืนในสังคมไทย

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร

บรรณาธิการ

การรับมือการระรานทางออนไลน์ของเด็กไทย: กรณีศึกษาจากการสำรวจนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ปี 2563

ธีรรัตน์ พันทวี วงศ์ณะเอนก
สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มุ่งนำเสนอพฤติกรรมและการรับมือการระรานทางออนไลน์ (cyberbullying) ซึ่งได้จากการวิจัยที่ดำเนินการในปี พ.ศ. 2563 เพื่อทราบพฤติกรรมของผู้ระราน ผู้ถูกระราน และผู้รับรู้การระรานทางออนไลน์ และเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาการระรานทางออนไลน์และกำหนดบทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในการร่วมกันจัดการและรับมือกับปัญหาเพื่อลดผลกระทบกรณีเกิดการระรานทางออนไลน์ในเด็กไทย ผลการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาจำนวน 3,240 คน พบว่า นักเรียนร้อยละ 21.6 เคยถูกระรานทางออนไลน์ในรอบปีที่ผ่านมา และร้อยละ 14.1 เคยระรานทางออนไลน์ผู้อื่น โดยมีนักเรียนถึงร้อยละ 35.81 ของนักเรียนที่เคยถูกระรานทางออนไลน์มีพฤติกรรมไประรานทางออนไลน์ผู้อื่น และนักเรียนมากกว่า 1 ใน 2 หรือร้อยละ 53.7 เคยรับรู้หรือเห็นเหตุการณ์การที่ผู้อื่นถูกระรานทางออนไลน์ นักเรียน 2 ใน 3 ของกลุ่มนี้เคยเข้าไปช่วยเหลือผู้ถูกระรานทำในขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัยได้มีการจัดการสนทนากลุ่มของผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีข้อเสนอแนะว่า ภาครัฐควรให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพจิต และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา โดยควรมีกลไกการทำงานที่ครอบคลุมมิติต่างๆ นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอถึงสื่อ ภาคประชาสังคม โรงเรียน และครอบครัว ให้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา สื่อสารความรู้ความเข้าใจ สร้างสรรค์สื่อที่ดีสำหรับเด็กและเยาวชน และขับเคลื่อนประเด็นปัญหาเรื่องการระรานทางออนไลน์

คำสำคัญ: การระรานทางออนไลน์; ผู้ถูกระรานทางออนไลน์; ผู้ระรานทางออนไลน์; ผู้รับรู้ถึงการระรานทางออนไลน์; ช่องทางที่ถูกระรานทางออนไลน์; ข้อเสนอเชิงนโยบาย

บทนำ

ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านโทรคมนาคมและโทรศัพท์มือถือในปัจจุบัน ทำให้เด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้จากห้องนอนที่เป็นส่วนตัวได้อย่างง่ายดาย ส่งผลให้การใช้สื่อออนไลน์มีความเป็นส่วนตัวมากขึ้นและมีการดูแลน้อยลง หากแต่สื่อออนไลน์เหล่านี้ไม่ได้มีเพียงประโยชน์ในการสร้างมิตรภาพเพียงด้านเดียว แต่ยังเป็นสถานที่ที่ความขัดแย้งและความรุนแรงในกลุ่มเพื่อนเกิดขึ้นด้วย

อินเทอร์เน็ตและโทรศัพท์มือถือทำให้เด็กและเยาวชนมีวิธีการและโอกาสเผชิญการระรานทางออนไลน์ (cyberbullying) ได้มากขึ้น จากบทความ end-violence/how-to-stop-cyberbullying ของยูนิเซฟ⁽¹⁾ ได้ให้ความหมาย cyberbullying ว่าคือ การระรานกันบนโลกออนไลน์โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งสามารถเกิดขึ้นบนสื่อสังคมออนไลน์ แพลตฟอร์มที่ใช้ในการสื่อสารข้อความ แพลตฟอร์มเกมออนไลน์ เป็นต้น โดยเป็นพฤติกรรมที่กระทำซ้ำๆ มีเป้าหมายในการข่มขู่ ทำให้โกรธ หรือทำให้เป้าหมายเกิดความอับอาย ตัวอย่างเช่น การปล่อยข่าว

ที่เป็นเท็จ การโพสต์ภาพที่ก่อให้เกิดความอับอายของเหยื่อ บนสื่อสังคมออนไลน์ การส่งข้อความที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทางใจ การข่มขู่ผ่านแพลตฟอร์มที่ใช้ในการสื่อสารข้อความ หรือการปลอมตัวเป็นคนอื่น (impersonating someone) และส่งข้อความเหยียดหยาม (mean messages) ไปให้บุคคลอื่น ซึ่งเด็กและเยาวชนเป็นกลุ่มเปราะบางที่ได้รับผลกระทบอย่างมาก

ผลการวิจัยเกี่ยวกับการระรานทางออนไลน์ในสหราชอาณาจักร โดย Ditch the Label ในปี พ.ศ. 2561 และ พ.ศ. 2562 พบว่า เยาวชน 7 ใน 10 ตกเป็นเหยื่อจากการระรานทางออนไลน์ก่อนอายุ 18 ปี⁽²⁾ เกือบ 1 ใน 4 ถูกระรานทางออนไลน์บ่อยครั้ง (highly frequent basis) 1 ใน 5 ของเด็กและเยาวชนถูกระรานทางออนไลน์อย่างรุนแรงทุกวัน และเด็กและเยาวชน 7 ใน 10 คน กล่าวว่า การระรานทางออนไลน์มีผลกระทบต่อ การเคารพตัวเอง (self-esteem) และการใช้ชีวิต ในสังคมของพวกเขา ร้อยละ 50 รู้สึกซึมเศร้า และร้อยละ 11 พยายามฆ่าตัวตาย ผลการศึกษายังพบอีกว่า ผลกระทบ มิใช่มีเพียงผู้ถูกระราน แต่ผู้กระทำการระรานทางออนไลน์ ก็ได้รับผลกระทบทางสุขภาพจิตด้วย ซึ่งผลกระทบ ที่เกิดขึ้นนั้นไม่น้อยไปกว่าผู้ถูกระรานเลย นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบอีกว่า ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา 1 ใน 5 ของเด็ก และเยาวชน พบเห็นการระรานทางออนไลน์ ซึ่งประสบการณ์ ดังกล่าวมีผลอย่างมากต่อสุขภาพจิตของพวกเขา

ดังนั้น สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน หรือ สสตย. จึงเล็งเห็นว่า การรับมือกับการระรานทางออนไลน์ ในปัจจุบันเป็นเรื่องจำเป็นที่จะทำให้เด็กสามารถป้องกัน ตนเองได้ และการศึกษาทำความเข้าใจถึงพฤติกรรมและ ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ระรานทางออนไลน์ และผู้รับรู้ ถึงการระรานทางออนไลน์ เป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการ แก้ไขปัญหาการระรานทางออนไลน์ต่อเด็กไทย จึงได้สนใจ ศึกษาเรื่องการรับมือกับสถานการณ์การระรานทางออนไลน์ ของเด็กไทย โดยการศึกษาไม่เพียงแต่ครอบคลุมเฉพาะ ผู้ถูกระรานทางออนไลน์ แต่รวมถึงผู้กระทำการระราน ทางออนไลน์ และผู้ที่เห็นถึงการระรานทางออนไลน์อีกด้วย เป้าหมายของการศึกษาต้องการทำความเข้าใจถึง สถานการณ์ของเด็กและเยาวชนที่ถูกระรานทางออนไลน์ และศึกษาพฤติกรรมของผู้กระทำการระรานทางออนไลน์

และผู้รับรู้การระรานทางออนไลน์ (witness) เพื่อให้ เกิดชุดความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน และรับมือการระราน ทางออนไลน์เชิงรุกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาพฤติกรรม และสถานการณ์การรับมือการระรานทางออนไลน์ของ เด็กไทย และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการระราน ทางออนไลน์ของเด็กไทย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิง นโยบายในการจัดการปัญหาการระรานทางออนไลน์ใน เด็กและเยาวชนไทย และกำหนดบทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในการร่วมกันจัดการและรับมือกับปัญหาเพื่อลดผลกระทบ กรณีเกิดการระรานทางออนไลน์ในเด็กไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมระหว่างการวิจัย เชิงปริมาณ (quantitative research) โดยใช้การวิจัย เชิงสำรวจ (survey research) พร้อมทั้งใช้การวิจัย เชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการจั ดสนทนากลุ่ม (focus group)⁽⁴⁾ ซึ่งเป็นการนำผล จากการสำรวจมาถกอภิปราย เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อเสนอ เชิงนโยบายในการจัดการปัญหาการระรานทางออนไลน์ ในเด็กและเยาวชนไทย และกำหนดบทบาทของภาคส่วนต่างๆ ในการร่วมกันจัดการและรับมือกับปัญหาเพื่อลดผลกระทบ กรณีเกิดการระรานทางออนไลน์ในเด็กไทย

การวิจัยเชิงสำรวจใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster sampling) มีขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และการจัด เตรียมแบบสำรวจ ดังนี้

- 1) กำหนดภูมิภาคที่จะมีการสำรวจ แบ่งเป็น 6 ภูมิภาค คือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออก และภาคตะวันตก
- 2) ประสานโรงเรียนในพื้นที่การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ในแต่ละภูมิภาค โดยให้ครูในแต่ละโรงเรียน รับผิดชอบและติดตามผลการตอบแบบสอบถาม ผ่านระบบออนไลน์
- 3) ออกแบบแบบสำรวจพฤติกรรมและการรับมือ การระรานทางออนไลน์ของเด็กไทย
- 4) วางแบบสำรวจ บนระบบออนไลน์ ในรูปแบบ google form

5) ประสานครูในโรงเรียนเพื่อให้นักเรียนในสังกัดของตนเอง
ตอบแบบสอบถามให้เสร็จสมบูรณ์

6) นำข้อมูลมาประมวลผลเชิงสถิติ เพื่อหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
และหาความสัมพันธ์ในบางประเด็น

จากนั้นผู้วิจัยได้จัดการสนทนากลุ่ม โดยใช้ข้อมูลจาก
การประมวลผลจากแบบสำรวจที่ทำเสร็จสิ้นแล้ว มาเป็น
ข้อมูลพื้นฐานในการถกอภิปราย และสร้างข้อเสนอแนะ
ในระดับปฏิบัติ เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติให้เห็นผลได้จริง
และเพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ให้หน่วยงานของรัฐ
ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการออกแบบนโยบาย
ด้านสื่อออนไลน์ โดยกลุ่มตัวอย่างที่จะมาเข้าร่วมการ
สนทนากลุ่ม เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านสื่อ ด้านเทคโนโลยี
ด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว ตลอดจนด้านสุขภาพ
ที่มีประสบการณ์การทำงานในด้านดังกล่าวตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป
โดยได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive
sampling)

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล จากการศึกษาแบบ
สอบถาม สามารถแยกประเด็นการวิเคราะห์ได้เป็น 3 ประเด็น
ได้แก่ (1) ประสิทธิภาพของผู้ตกเป็นเหยื่อการถูกระราน
ทางออนไลน์ในรอบปีที่ผ่านมา (2) ประสิทธิภาพ
ของผู้มีพฤติกรรมกระทำการระรานทางออนไลน์ผู้อื่น
ในรอบปีที่ผ่านมา และ (3) พฤติกรรมของผู้ที่รับรู้การระราน
ทางออนไลน์ผู้อื่นในรอบปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

จากการสนทนากลุ่ม มีประเด็นวิเคราะห์ที่สำคัญ
คือ ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาการระราน
ทางออนไลน์ในเด็กและเยาวชนไทย และกำหนดบทบาท
ของภาคส่วนต่างๆ ในการร่วมกันจัดการและรับมือกับปัญหา
เพื่อลดผลกระทบกรณีเกิดการระรานทางออนไลน์
ในเด็กไทยควรเป็นอย่างไร โดยสามารถจัดกลุ่มรูปแบบ
คำถาม ได้เป็น 3 กลุ่ม คือ (1) ข้อเสนอเพื่อลดผลกระทบ
กรณีผู้ถูกระรานทางออนไลน์ (2) ข้อเสนอเพื่อลดผลกระทบ
กรณีผู้ระรานทางออนไลน์ผู้อื่น (3) ข้อเสนอเพื่อลด
ผลกระทบกรณีผู้รับรู้การระรานทางออนไลน์ผู้อื่น

คำจำกัดความหรือนิยามต่างๆ

1) การระรานทางออนไลน์ หมายถึง การกระทำของบุคคล
หรือกลุ่มบุคคลที่มีต่อฝ่ายตรงข้าม โดยมุ่งหวังให้เกิด
ผลกระทบทางลบ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อจิตใจ

ร่างกาย อารมณ์ หรือสังคม โดยกระทำผ่านเครือข่าย
อินเทอร์เน็ต

2) ผู้ถูกระรานทางออนไลน์ หมายถึง บุคคล หรือกลุ่มบุคคล
ที่ถูกกลั่นแกล้ง รังแก ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง โดยมุ่งหวัง
ให้เกิดผลกระทบทางลบต่อบุคคลดังกล่าว ทั้งทางตรง
และทางอ้อม โดยเป็นการกระทำผ่านสื่อออนไลน์

3) ผู้ระรานทางออนไลน์ หมายถึง บุคคล หรือกลุ่มบุคคล
ที่กระทำการกลั่นแกล้ง รังแก ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง
โดยมุ่งหวังให้เกิดผลกระทบทางลบต่อบุคคลที่ถูกกระทำ
ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเป็นการกระทำผ่านสื่อออนไลน์

4) ผู้รับรู้การระรานทางออนไลน์ หมายถึง บุคคล หรือ
กลุ่มบุคคลผู้เห็นเหตุการณ์การกลั่นแกล้ง รังแก
ด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง โดยมุ่งหวังให้เกิดผลกระทบทาง
ลบต่อบุคคลที่ถูกกระทำทั้งทางตรงและทางอ้อม
โดยเป็นการกระทำผ่านสื่อออนไลน์

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการออกแบบแบบสำรวจพฤติกรรม
และการรับมือการระรานทางออนไลน์ของนักเรียนระดับ
มัธยมศึกษาของโรงเรียนจากทุกภาคทั่วประเทศ และให้นักเรียน
ตอบแบบสอบถามออนไลน์ ในรูปแบบ google form
จำนวน 37 ข้อ โดยสามารถจัดกลุ่มคำถามเป็น 3 กลุ่มหลัก
ได้แก่ (1) ประสิทธิภาพของผู้ตกเป็นเหยื่อการถูกระราน
ทางออนไลน์ในรอบปีที่ผ่านมา (2) ประสิทธิภาพ
ของผู้มีพฤติกรรมกระทำการระรานทางออนไลน์ผู้อื่น
ในรอบปีที่ผ่านมา และ (3) พฤติกรรมของผู้ที่รับรู้การ
ระรานทางออนไลน์ผู้อื่นในรอบปีที่ผ่านมาเป็นอย่างไร
โดยมีจำนวนนักเรียนตอบแบบสอบถามจำนวน 3,240 คน
จาก 24 จังหวัดจากทุกภาคของประเทศ เป็นนักเรียนชาย
1,239 คน (ร้อยละ 38.24) นักเรียนหญิง 1,728 คน (ร้อยละ
53.33) และนักเรียนที่ระบุว่าตนเองเป็นเพศทางเลือก 273 คน
(ร้อยละ 8.43) เป็นนักเรียนที่เรียนในระดับมัธยมศึกษา
ตอนต้น 1,854 คน คิดเป็นร้อยละ 57.22 นักเรียนที่เรียน
ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย 1,362 คน คิดเป็นร้อยละ
42.04 และอื่นๆ อีก 24 คนคิดเป็นร้อยละ 0.74 โดยมีนักเรียน
ที่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา 2,119 คน (ร้อยละ 65.40)

อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา 729 คน (ร้อยละ 22.50) อาศัยอยู่กับญาติ 311 คน (ร้อยละ 9.60) อาศัยอยู่กับเพื่อน 49 คน (ร้อยละ 1.51) และอยู่ตามลำพัง 32 คน (ร้อยละ 0.99)

ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนที่ตอบแบบสอบถามร้อยละ 21.6 เคยถูกระรานทางออนไลน์ในรอบปีที่ผ่านมา โดยถูกระรานทางออนไลน์อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป เป็นจำนวนถึงร้อยละ 42.9 ซึ่งร้อยละ 8.6 กล่าวว่าถูกระรานทุกวัน ร้อยละ 18 ถูกระรานหลายครั้งต่อสัปดาห์ และร้อยละ 16.3 ถูกระรานหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ ช่องทางที่นักเรียนระบุว่าถูกระรานทางออนไลน์ 3 ลำดับแรก ได้แก่ (1) เฟซบุ๊ก (ร้อยละ 73.61) (2) อินสตาแกรม (ร้อยละ 30.53) และ (3) ทวิตเตอร์ (ร้อยละ 24.68) เมื่อให้นักเรียนระบุถึงช่องทางที่นักเรียนถูกระรานทางออนไลน์มากที่สุดได้เพียงช่องทางเดียว ช่องทางที่นักเรียนถูกระรานทางออนไลน์มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ เฟซบุ๊ก (ร้อยละ 53.35) เกมออนไลน์ (ร้อยละ 13.12) และอินสตาแกรม (ร้อยละ 10.13) ตามลำดับ โดยบุคคลที่นักเรียนระบุว่าเป็นผู้กระรานทางออนไลน์มากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ (1) เพื่อนร่วมห้องเรียน (ร้อยละ 41.8) (2) เพื่อนห้องอื่นในโรงเรียนเดียวกัน (ร้อยละ 32.24) (3) ไม่รู้เลยว่าคนที่กระรานเป็นใคร (ร้อยละ 26.96) (4) ศัตรูหรือคู่อริ (ร้อยละ 25.68) และ (5) คนที่รู้จักกันบนโลกออนไลน์ (ร้อยละ 21.4) และเมื่อถามถึงเหตุผลที่คิดว่าทำไมตนเองจึงถูกระรานทางออนไลน์กลุ่มนักเรียนที่ถูกระรานตอบว่าเหตุผลหลัก 5 ลำดับแรก ได้แก่ (1) รูปร่างหน้าตาของตนเอง (ร้อยละ 46.5) (2) บุคลิกของตนเอง (ร้อยละ 37.8) (3) เสื้อผ้าที่สวมใส่ (ร้อยละ 23.11) (4) ความคิดเห็นทางการเมือง (ร้อยละ 19.26) และ (5) ความเป็นเพศทางเลือก (ร้อยละ 18.97)

รูปแบบที่นักเรียนถูกระรานบนโลกออนไลน์ 4 ลำดับแรก ได้แก่ (1) การใช้ถ้อยคำดูถูกเหยียดหยามในห้องสนทนาหรือในสื่อสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 71.47) (2) การเผยแพร่ข้อมูลเท็จทำให้ได้รับความเสียหาย อับอาย หรือกลายเป็นตัวตลก (ร้อยละ 36.36) (3) การบล็อกไม่ให้เข้ากลุ่มในสังคมออนไลน์ โดยสร้างความหมกมุ่นหรืออคติ (ร้อยละ 22.68) และ (4) การนำข้อมูลส่วนตัวหรือความลับไปเผยแพร่ในโลกออนไลน์เพื่อให้เกิดความอับอาย (ร้อยละ 17.26) นักเรียนที่ถูกระรานทางออนไลน์ร้อยละ 43.4 ไม่บอกใครเลยว่าตนเองถูกระรานทางออนไลน์ และเมื่อถูกถามถึงเหตุผลว่าทำไมถึงไม่บอกใครเลย เหตุผล

4 ลำดับแรก คือ (1) มีผลกระทบน้อยหรือความรุนแรงต่ำ (2) กลัวว่าเรื่องจะเลวร้ายมากขึ้นอีก (3) อับอาย และ (4) คิดว่าคงไม่มีใครให้ความสนใจ ในขณะที่กลุ่มนักเรียนที่ได้บอกคนอื่นถึงเรื่องที่ตนเองถูกระราน ซึ่งมีร้อยละ 56.6 ได้เล่าเรื่องดังกล่าวให้เพื่อน (ร้อยละ 74.56) ผู้ปกครอง (ร้อยละ 52.64) และครู (ร้อยละ 22.67) ฟังตามลำดับ ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ปกครองของนักเรียนร้อยละ 54.4 รู้เรื่องการถูกระรานทางออนไลน์ของบุตรหลานตนเอง เป็นส่วนใหญ่หรือทั้งหมด โดยร้อยละ 21.9 รู้เรื่องทั้งหมด และร้อยละ 32.5 รู้เรื่องเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ทั้งหมด และเมื่อวิเคราะห์ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการถูกระรานทางออนไลน์ร้อยละ 44.79 ของนักเรียนที่ถูกระรานกล่าวว่า รู้สึกวิตกกังวล เมื่อถูกระราน ร้อยละ 37.38 รู้สึกเจ็บปวดและเศร้า ร้อยละ 23.11 อายกับแค้นคนที่มากระราน โดยนักเรียนร้อยละ 17.26 ของผู้ถูกระรานมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ นักเรียน 1 ใน 2 กล่าวว่าถูกระรานทางออนไลน์มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต การเรียน การดำเนินชีวิต และความมั่นใจในตัวเองของพวกเขาในระดับปานกลางถึงมาก

เมื่อศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้กระรานผู้อื่น ผลการศึกษพบว่า ร้อยละ 14.1 ของนักเรียนที่ตอบแบบสอบถามเคยถูกระรานทางออนไลน์ผู้อื่น โดยมีนักเรียนถึงร้อยละ 35.81 ของนักเรียนที่เคยถูกระรานทางออนไลน์ มีพฤติกรรมไปกระรานทางออนไลน์ผู้อื่น ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 8.03 ของนักเรียนที่กล่าวว่าไม่เคยถูกระรานทางออนไลน์เท่านั้นที่มีพฤติกรรมกระรานทางออนไลน์ผู้อื่น ผลการวิเคราะห์ยังพบอีกว่า นักเรียนชายที่เคยถูกระรานทางออนไลน์มีแนวโน้มที่จะไปกระรานทางออนไลน์ผู้อื่นต่อในอัตราสูงที่สุด และนักเรียนเพศชายที่ไม่เคยถูกระรานทางออนไลน์มีแนวโน้มที่จะไปกระรานทางออนไลน์ผู้อื่นต่อในอัตราต่ำที่สุด

เมื่อศึกษาถึงพฤติกรรมการกระรานทางออนไลน์ผู้อื่น ผลการศึกษพบว่า นักเรียนที่ตอบแบบสอบถามร้อยละ 14.1 เคยถูกระรานทางออนไลน์ผู้อื่น โดยนักเรียน 1 ใน 2 หรือร้อยละ 50.1 ถูกระรานทางออนไลน์อย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งร้อยละ 7.0 กล่าวว่า กระทำทุกวัน ร้อยละ 17.2 กระทำหลายครั้งต่อสัปดาห์ และร้อยละ 25.9 กระทำหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 65.6 ของนักเรียนกลุ่มนี้กล่าวว่าพวกเขาเคยถูกระรานทางออนไลน์ผู้อื่นเฉลี่ย 1-3 คน ในรอบปี

ที่ผ่านมา โดยร้อยละ 28.8 ระบายคน 1 คน ร้อยละ 16.8 ระบายคน 2 คน และร้อยละ 20 ระบายคน 3 คน และร้อยละ 5 ของนักเรียนกลุ่มนี้กล่าวว่าระบายคนมากกว่า 10 คนในรอบปีที่ผ่านมา รูปแบบการระบายที่ใช้มากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ (1) การใช้ถ้อยคำถูกเหยียดหยาม (ร้อยละ 66.23) (2) การเผยแพร่ข้อมูลเท็จทำให้ได้รับความเสียหาย (ร้อยละ 39) และ (3) การบล็อกไม่ให้เข้ากลุ่ม (ร้อยละ 31.59) ประเด็นที่สำคัญ คือ ร้อยละ 57.73 หรือเกือบ 6 ใน 10 ของนักเรียนกลุ่มนี้กล่าวว่ารู้สึกผิดที่ได้กระทำลงไป ในขณะที่นักเรียน 1 ใน 3 หรือร้อยละ 33.55 กล่าวว่ารู้สึกสะใจที่ได้กระทำต่อผู้อื่น และร้อยละ 32.03 รู้สึกเทในสายตาเพื่อน ซึ่งเป็นตัวเลขที่น่ากังวลอย่างยิ่ง และเมื่อถามถึงเหตุผลในการไประบายผู้อื่น เหตุผลหลักในการระบายคนอื่นที่นักเรียนกลุ่มนี้ให้ ได้แก่ (1) ฉันไม่ชอบหน้าพวกเขา (ร้อยละ 45.53) (2) พวกเขาสมควรโดนระบาย (ร้อยละ 43.79) (3) เพราะว่าฉันโดนรังแกมาก่อน (ร้อยละ 34.64) และ (4) เห็นเป็นเรื่องสนุก (ร้อยละ 29.85) และเมื่อวิเคราะห์ตัวแปรทางเพศ และสถานะทางครอบครัวแล้ว ผลการศึกษาพบว่านักเรียนเพศหญิงที่เคยถูกระบายทางออนไลน์ และไประบายผู้อื่น และตอบว่า “รู้สึกผิดที่ได้กระทำลงไป” มีอัตราสูงกว่านักเรียนเพศชาย และนักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ที่เคยถูกระบายทางออนไลน์ และไประบายผู้อื่น และ “รู้สึกผิดที่ได้กระทำลงไป” มีอัตราสูงมากกว่า นักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดา และนักเรียนที่อาศัยอยู่กับญาติ ตามลำดับ ในขณะที่นักเรียนที่ตอบว่า “รู้สึกสะใจที่ได้ระบายคนอื่น” ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนเพศหญิงที่เคยถูกระบายทางออนไลน์ และไประบายผู้อื่น และตอบว่า “รู้สึกสะใจที่ได้กระทำลงไป” มีอัตราน้อยกว่านักเรียนเพศชาย

นอกจากนั้นเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลของนักเรียนที่เคยถูกระบายทางออนไลน์ ซึ่งมีร้อยละ 21.64 ของนักเรียนที่ตอบแบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า มีนักเรียนถึงร้อยละ 35.81 ของนักเรียนที่เคยถูกระบายทางออนไลน์ มีพฤติกรรมไประบายทางออนไลน์ผู้อื่น ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 8.03 ของนักเรียนที่กล่าวว่าไม่เคยโดนระบายทางออนไลน์ ที่ไปมีพฤติกรรมระบายทางออนไลน์ผู้อื่น ดังนั้นจึงเป็นที่ชัดเจนว่า ผู้เคยถูกระบายทางออนไลน์มีแนวโน้มสูงอย่างมีนัยสำคัญที่จะไประบายทางออนไลน์ผู้อื่นต่อ ผลการวิเคราะห์ยังพบอีกว่า นักเรียนเพศชายที่เคยถูกระบายทางออนไลน์

มีแนวโน้มที่จะไประบายทางออนไลน์ผู้อื่นต่อ (ร้อยละ 42.86) มากกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 31.97) และเพศทางเลือก (ร้อยละ 25.45) ในขณะที่นักเรียนเพศชายที่ไม่เคยถูกระบายทางออนไลน์มีแนวโน้มที่จะไประบายทางออนไลน์ผู้อื่นต่อต่ำที่สุด (ร้อยละ 4.69) ต่ำกว่าเพศหญิง (ร้อยละ 9.84) และเพศทางเลือก (ร้อยละ 11.47) ผลการศึกษายังพบอีกว่า กลุ่มนักเรียนที่รับรู้ถึงการระบายทางออนไลน์ ร้อยละ 67.3 หรือ 2 ใน 3 เคยเข้าไปช่วยเหลือผู้ถูกระบาย ซึ่งร้อยละ 8.5 กล่าวว่าเข้าไปช่วยเหลือเมื่อรับรู้หรือเห็นเหตุการณ์ การระบายโดยรูปแบบหลักที่ใช้ในการเข้าไปช่วยเหลือ ได้แก่ (1) พยายามเข้าไปคุยให้กำลังใจ หรือช่วยเหลือผู้ถูกระบาย (ร้อยละ 66.84) (2) เข้าไปตอบโต้ผู้กระทำ (ร้อยละ 32.06) (3) บอกให้ผู้กระทำหยุดพฤติกรรม (ร้อยละ 28.07) และ (4) บอกผู้ใหญ่ให้รับรู้ (ร้อยละ 23.75) โดยให้เหตุผลที่เข้าไปช่วยเหลือว่า (1) การช่วยเหลือผู้ถูกระบายถือเป็นสิ่งที่ถูกต้อง (ร้อยละ 56.15) (2) รู้สึกแยที่มีคนถูกระบาย เช่นนี้ (ร้อยละ 50.55) (3) เพียงแค่ต้องการช่วยคนที่กำลังเดือดร้อน และ (4) ต้องการยื่นหยัดสู้กับการระบายทางออนไลน์ ส่วนนักเรียนกลุ่มที่เลือกที่จะไม่เข้าไปช่วยเหลือให้เหตุผลว่า (1) ไม่รู้ว่าจะทำอะไรได้ (ร้อยละ 73.57) (2) ไม่ใช่เรื่องของตนเอง (ร้อยละ 30.71) (3) ไม่อยากโดนว่าไปยุ่งเรื่องคนอื่น (ร้อยละ 26.25) และ (4) กลัวถูกระบายกลับหากไปยุ่งเรื่องคนอื่น (ร้อยละ 22.14)

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

การสนทนากลุ่มมีประเด็นวิเคราะห์ที่สำคัญคือข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการระบายทางออนไลน์ เพื่อปกป้องคุ้มครองเด็ก และ ความรับผิดชอบทางสังคมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง หลังจากผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) ได้นำเสนอผลการศึกษาแบบสอบถามออนไลน์เบื้องต้นให้แก่ผู้ทรงคุณวุฒิในที่ประชุมแล้ว ผู้ทรงคุณวุฒิได้ถกอภิปรายให้ความคิดเห็น และข้อเสนอแนะ ซึ่งสามารถแบ่งกลุ่มข้อคิดเห็นและข้อเสนอได้เป็น 6 กลุ่ม ดังนี้

1. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอต่อหน่วยงานภาครัฐ

ภาครัฐควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาการระบายทางออนไลน์ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต สภาวะทางอารมณ์ สติปัญญา ซึ่งสามารถก่อให้เกิดปัญหาสังคม

ตามมาได้ โดยภาครัฐควรมีกลไกการทำงานที่ครอบคลุม มิติต่างๆ ดังนี้

1.1 ระบบการป้องกันปัญหาเนื่องจากปัญหาการระรานทางออนไลน์มักเกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่น ดังนั้นจึงควรสร้างภูมิคุ้มกันให้กับเด็กก่อนอายุ 13 ปี โดย

1.1.1 เสริมสร้าง self-esteem หรือการเห็นคุณค่าในตัวเองให้กับเด็ก ซึ่งจะต้องปลูกฝังตั้งแต่ปฐมวัย รวมทั้งเสริมสร้างทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม และมีการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง

1.1.2 เสริมสร้างจริยธรรมในการใช้สื่อและเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งควรจะต้องปลูกฝังตั้งแต่วัยเรียน ก่อนที่จะสอนวิธีการใช้ในเชิงเทคนิค

1.1.3 ให้ความรู้และสร้างความพร้อมให้กับบุคคลที่อยู่แวดล้อมตัวเด็กเพื่อให้ทุกฝ่ายเห็นความสำคัญของปัญหาการระรานทางออนไลน์ และมีความพร้อมที่จะช่วยเหลือเด็กในการรับมือกับปัญหาได้

1.2 ระบบการช่วยเหลือและเยียวยาเด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาการระรานทางออนไลน์ ซึ่งอาจมีมาตรการทางกฎหมาย และแนวทางการทำงานที่จะสามารถช่วยเหลือเหยื่อได้

1.3 การสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้และการสื่อสารในสังคมให้เกิดความเข้าใจเรื่องการระรานทางออนไลน์ ซึ่งมีปัจจัยหลายด้านที่เชื่อมโยงกัน และเป็นปัญหาที่นำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ได้ เช่น ภาวะซึมเศร้า และปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นต้น ซึ่งควรมีการศึกษาปัจจัยที่อ่อนไหวเพิ่มเติม และสร้างความตระหนักรู้ให้สังคมเห็นถึงความสำคัญของปัญหา อาจสนับสนุนให้มีการสร้างคู่มือเพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถรับมือกับปัญหาได้ ทั้งนี้โครงการต่างๆ จำเป็นต้องมีงบประมาณที่ชัดเจนเพื่อให้เกิดการทำงานอย่างต่อเนื่อง

1.4 ควรมีหน่วยงานกลางที่มีความยืดหยุ่นเป็นศูนย์กลางในการดูแลเด็กและเยาวชนอย่างเป็นองค์รวม หรืออาจมีการสร้างข้อตกลงร่วมกันในลักษณะ MOU ที่ทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม เป็นแนวทางในการทำงานเพื่อดูแลเด็กและเยาวชนอย่างเป็นองค์รวม มีนโยบาย มาตรการ ข้อปฏิบัติ และหน่วยงานผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน ทั้งนี้ควรให้อำนาจกับผู้ที่ทำงานในพื้นที่ในการปรับเปลี่ยน

และจัดการงานตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ด้วย โดยมีแนวคิดและจุดมุ่งหมายไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิผล และสร้างความเป็นเจ้าของโครงการในพื้นที่ ทำให้เกิดความยั่งยืน และมีความต่อเนื่องในการทำงานชัดเจน

2. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอต่อสื่อ

2.1 สื่อสารความรู้ความเข้าใจเรื่องการระรานทางออนไลน์ ชี้ให้เห็นว่าเป็นปัญหาที่สำคัญที่สามารถนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ได้ เน้นความแตกต่างระหว่างการล้อเล่นกับการกลั่นแกล้งระราน ซึ่งประกอบด้วยเจตนาที่กลั่นแกล้ง ระราน มีการกระทำซ้ำๆ และผู้กระทำมีความรู้สึกสะใจ รวมทั้งสื่อสารวิธีการจัดการ และรับมือกับปัญหาที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถรับมือกับปัญหา และช่วยเหลือผู้ถูกกระทำได้ ทั้งนี้จะต้องมีวิธีการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ อย่างเหมาะสม เช่น กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มพ่อแม่ผู้ปกครอง กลุ่มครู เป็นต้น

2.2 สร้างสรรค์สื่อที่ดีสำหรับเด็กและเยาวชน รวมทั้งเป็นแบบอย่างที่ดี และสร้างค่านิยมที่สร้างสรรค์ในสังคม เช่น การตั้งฉายาไม่ควรทำในลักษณะล้อเลียน แต่ควรทำให้เกิดความสร้างสรรค์ และเป็นลักษณะเชิงบวก

3. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอต่อภาคประชาสังคม

3.1 สร้างความเข้าใจและพัฒนาองค์ความรู้ของเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้มีบทบาทในการเฝ้าระวังปัญหา และมีความพร้อมที่จะสามารถช่วยเหลือผู้ถูกกระทำได้

3.2 ขับเคลื่อนประเด็นปัญหาการระรานทางออนไลน์ไปพร้อมกับประเด็นภัยออนไลน์ต่างๆ และสื่อสารให้สังคมทราบผลที่เกิดขึ้นจากการทำงานด้วย เช่น การแถลงข่าว ผลการศึกษาวิจัย เป็นต้น

4. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอต่อโรงเรียน

4.1 ให้ความสำคัญกับบทบาทของครูประจำชั้น และครูแนะแนว เน้นเรื่องสัมพันธภาพระหว่างครูกับนักเรียน ให้นักเรียนอยากเข้ามาปรึกษาปัญหากับครู ทั้งนี้ครูต้องมีความรู้ความเข้าใจประเด็นการระรานทางออนไลน์ และเข้าใจความแตกต่างของนักเรียนด้วย

4.2 โรงเรียนเป็นส่วนสำคัญที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็ก ควรจะมีความรู้ความเข้าใจ และเป็นส่วนหนึ่งในระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนทั้งผู้ถูกกระทำ และผู้กระทำการระรานทางออนไลน์

4.3 สร้างบรรยากาศในโรงเรียนให้มีความอบอุ่น สร้างเสริมระบบเพื่อนช่วยเพื่อน ส่งเสริมการทำงานเป็นกลุ่ม และมีกิจกรรมในโรงเรียนที่ส่งเสริมให้เกิดความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน อาจมีกิจกรรมให้ความรู้ในการช่วยเหลือเพื่อนอย่างถูกต้อง สร้างทักษะชีวิตให้เด็ก และเสริมสร้างความรู้เรื่องสื่อที่ดีโดยอาจส่งเสริมให้นักเรียนค้นคว้าและจัดกิจกรรมร่วมกัน

4.4 เป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยสื่อสารสร้างความรู้ความเข้าใจ และพูดคุยประเด็นปัญหาที่ครอบครัวของนักเรียนได้ ทั้งนี้ควรจะเน้นเรื่องการดูแลและเฝ้าระวังการรับสื่อของเด็กและเยาวชนให้ได้รับสื่อที่ดี และมีความเหมาะสมกับช่วงวัยด้วย

5. ข้อคิดเห็นและข้อเสนอต่อสถาบันครอบครัว

5.1 เน้นเรื่องการปลูกฝังค่านิยม เลือก และคัดกรองสื่อที่ดี ดูแลการรับสื่อของเด็กและเยาวชนให้มีความเหมาะสม

5.2 แสวงหาความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการระรานทางออนไลน์ว่าไม่ใช่เรื่องเล็ก แต่เป็นปัญหาที่สามารถนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ได้ ควรรับฟังและให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

6. ข้อคิดเห็นและข้อเสนออื่นๆ

6.1 ในการแก้ไขปัญหาหาระยะสั้น อาจศึกษาแนวทางของประเทศญี่ปุ่น ซึ่งใช้วิธีการจัดฝึกอบรมการรับมือกับการระรานโดยแบ่งกลุ่มผู้เข้าอบรมตามบุคลิกภาพของนักเรียนให้ได้ฝึกฝนและเรียนรู้วิธีการรับมือกับปัญหาที่เหมาะสมกับบุคลิกภาพของตนเอง

6.2 แนวทางการสร้างองค์ความรู้ให้กับนักเรียน อาจใช้วิธีการสร้างความรู้ให้กับเด็กที่มีลักษณะเป็นผู้นำในโรงเรียน เพื่อให้ไปกระจายความรู้ต่อในกลุ่มนักเรียนด้วยกัน ประกอบกับระบบเพื่อนช่วยเพื่อนในโรงเรียน

วิจารณ์

จากผลการศึกษา มีนักเรียนที่เคยถูกระรานทางออนไลน์ในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 21.6 สิ่งที่น่ากังวล คือ นักเรียนร้อยละ 17.26 ของผู้ถูกระรานมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และนักเรียน 1 ใน 2 กล่าวว่าถูกระรานทางออนไลน์มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต การเรียน การดำเนินชีวิต และความมั่นใจในตัวเองของพวกเขาในระดับปานกลางถึงมาก ข้อมูลที่น่าสนใจคือ มีนักเรียนถึงร้อยละ 35.81 ของนักเรียน

ที่เคยถูกระรานทางออนไลน์ มีพฤติกรรมไประรานทางออนไลน์ผู้อื่น ในขณะที่มีเพียงร้อยละ 8.03 ของนักเรียนที่กล่าวว่าไม่เคยโดนระรานทางออนไลน์เท่านั้น ที่ไปมีพฤติกรรมระรานทางออนไลน์ผู้อื่น จึงเป็นที่ชัดเจนว่าผู้เคยถูกระรานทางออนไลน์มีแนวโน้มสูงอย่างมีนัยสำคัญที่จะไประรานทางออนไลน์ผู้อื่นต่อ สำหรับมุมมองของผู้ที่รับรู้ถึงการระรานทางออนไลน์ แต่เลือกที่จะไม่เข้าไปช่วยเหลือกว่าร้อยละ 73.57 ให้เหตุผลว่าไม่รู้ว่าจะทำอะไรได้จากข้อมูลทั้งหมด แสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่สำคัญของการระรานทางออนไลน์ และชี้ให้เห็นว่ายังมีนักเรียนจำนวนมากที่ขาดความรู้ความเข้าใจวิธีการรับมือกับการระรานทางออนไลน์ ฉะนั้นจึงมีความจำเป็นในการสร้างการตระหนักรู้ถึงความสำคัญของการระรานทางออนไลน์ แก่ผู้ที่มีอำนาจเชิงนโยบาย และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแล ปกป้อง คุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารหน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้อง ประกอบการกำหนดนโยบาย และวางแผนในการใช้ป้องกันปัญหาการระรานทางออนไลน์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในโรงเรียนต่างๆ ต่อไป ทั้งในมิติของผู้ถูกระราน ผู้กระทำ และผู้รับรู้ถึงการกระทำ

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

ควรมีการนำผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การระรานทางออนไลน์และผลกระทบที่เกิดขึ้น ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีความคล้อยคลึงในพฤติกรรมเสี่ยงทางออนไลน์ที่ไม่พึงประสงค์ในบริบทอื่นๆ

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

การวิจัยศึกษาพฤติกรรมและข้อเสนอแนะเพื่อการรับมือ สถานการณ์การระรานทางออนไลน์ของเด็กไทยนี้ ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปขยายผลเพื่อศึกษาถึงวิธีการเสริมสร้างทักษะที่เหมาะสมให้แก่เด็กและเยาวชน ในการให้ความช่วยเหลือผู้ถูกระรานทางออนไลน์ และไม่ตกเป็นเหยื่อของการถูกระรานทางออนไลน์เสียเอง และกำหนดข้อเสนอแนะเป็นเอกสาร หรือตำราที่สามารถใช้ประกอบการจัดการเรียนการสอน รวมถึงการพัฒนาเป็นคู่มือใช้สำหรับเด็กและเยาวชน ทั้งในสถาบันการศึกษาภาครัฐและเอกชน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาภัยออนไลน์ที่เด็ก และเยาวชนเผชิญอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ปัญหาการ ระบายทางออนไลน์ (cyberbullying) ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์จุมพล รอดคำดี ที่ปรึกษา สสส. ที่ให้คำแนะนำในการศึกษาวิจัยจนประสบผลสำเร็จ

ขอขอบคุณคุณธนวัน ทองสุกโชติ ที่ปรึกษา สสส. อีกท่านหนึ่งที่มีส่วนสำคัญในการทำให้งานเขียนชิ้น นี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอบคุณคุณณัฐพร กังสวิวัฒน์ ที่ช่วยประสานงาน และจัดหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อทำ งานสำเร็จลุล่วงในที่สุด ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณกรรมการ สสส. ทุกท่านที่มีส่วนสำคัญในการผลักดันและขับเคลื่อน ให้ได้ผลการวิจัยที่สมบูรณ์ และนำมาสู่การนำเสนอ ข้อมูลสำคัญในบทความชิ้นนี้

เอกสารอ้างอิง

1. UNICEF. Cyberbullying: what is it and how to stop it [Internet]. [cited 2020 Nov 20]. Available from: <https://www.unicef.org/end-violence/how-to-stop-cyberbullying>
2. Ditch the Label. The annual bullying survey 2018 [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <https://www.ditchthelabel.org/wp-content/uploads/2020/05/The-Annual-Bullying-Survey-2018-2.pdf>
3. Ditch the Label. The annual bullying survey 2019 [Internet]. 2019 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <https://www.ditchthelabel.org/wp-content/uploads/2020/05/The-Annual-Bullying-Survey-2019-1-2.pdf>
4. สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน. การระบายทางออนไลน์ของเด็กไทย: สถานการณ์ พฤติกรรม และข้อเสนอแนะเพื่อการรับมือ. กรุงเทพมหานคร: สมาคมวิทยุและสื่อเพื่อเด็กและเยาวชน; 2564.

Cyberbullying Behavior and Policy Recommendations for Thai Students

Teerarat Pantawee Vongtanaanek

Youth Radio and Media Association, Nonthaburi Province, Thailand

Abstract

This study focused on the experiences and cyberbullying behavior of Thai high school students to better understand the thinking and motives of those who perpetrate as well as to uncover the experiences of those who are victimized and those who witnessed the bullying. The objective is also to come up with a set of policy recommendations in combatting cyberbullying and minimizing cyberbullying impacts. The study was conducted with high school student across the nation. The survey was performed on 3,240 students participating online. The results show that 21.6% of the participating students had been bullied within the past year and 14.1% of the participating student had bullied other people. Of those who were bullied, 35.81% of them had bullied other people. One in two or 53.7% of those who responded to the survey indicated that they had witnessed bullying within the past year, while 2 in 3 people of this group said that they intervened and helped the victimized.

Keywords: cyberbullying; perpetrators; victims; witnesses; social media platform; policy recommendation

ผลของการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ บุตรของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักในประเทศไทย

พรชเนตต์ บุญคง, เปรมฤทัย เกตุเรน

สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

การอบรมเลี้ยงดูและการส่งเสริมพัฒนาการเป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลเด็กช่วงปฐมวัย โดยมีครอบครัวเป็นกลไกหลักในการดูแลและส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมวัย ซึ่งการฝึกทักษะให้กับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กสามารถประเมินและส่งเสริมพัฒนาการบุตรตามวัย โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (developmental surveillance and promotion manual: DSPM) เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านและสร้างความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตามวัยให้กับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูหลัก เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ในการส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการของบุตร และเป็นการเตรียมความพร้อมของมารดาตั้งแต่หลังคลอดให้สามารถใช้คู่มือ DSPM ในการประเมินเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการลูกตามวัย จึงได้ทำการศึกษาผลของการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการบุตรของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะเพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการบุตรของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักจากพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM เฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการบุตรก่อนและหลังการฝึกทักษะ ศึกษาการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการบุตรของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก และศึกษาปัญหา อุปสรรคของเจ้าหน้าที่และพ่อแม่ผู้ปกครองในการใช้คู่มือ DSPM วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงทดลอง ในมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักที่มีบุตรอายุแรกเกิด - 4 เดือน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1 - 13 คัดเลือกโรงพยาบาลจาก 13 เขตสุขภาพ ทั้งหมด 36 แห่ง จำนวน 306 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล ได้แก่ โปรแกรมการฝึกทักษะเพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการบุตรด้วยคู่มือ DSPM แบบประเมินการฝึกทักษะของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักในการใช้คู่มือ DSPM วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไค-สแควร์ และการทดสอบ Fisher's exact ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM เฝ้าระวังและการส่งเสริมพัฒนาการบุตรที่บ้าน ของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก ก่อนและหลังการฝึกทักษะ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการฝึกทักษะ มารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก มีพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM เป็นประจำเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 49.3 เป็นร้อยละ 68.9 ผลการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการฝึกทักษะเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการฝึกทักษะของมารดาหลังคลอด เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.4 เป็นร้อยละ 97.3 สำหรับทักษะการปฏิบัติของมารดาพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับผลการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัย และพบว่าพ่อแม่ ผู้ปกครองมีปัญหาอุปสรรคในการใช้คู่มือ DSPM คือ เรื่องความสะดวกและเวลาที่ใช้ในการประเมิน/ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในขณะที่เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ ยังขาดความรู้และทักษะการสอนฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือ DSPM ดังนั้น ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะของเจ้าหน้าที่ที่ทำการประเมินพัฒนาการให้ถูกต้องและเป็นไปตามแนวทางเดียวกัน ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ คือ มารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักสามารถประเมินและส่งเสริมพัฒนาการบุตรตามวัย โดยใช้คู่มือ DSPM เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก; มารดาหลังคลอด; ผู้เลี้ยงดูหลัก

บทนำ

จากนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในการพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยตามช่วงวัย โดยกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม รวมถึงองค์กรหลักอื่นๆ ร่วมรับผิดชอบช่วยกันขับเคลื่อนนโยบายเด็กปฐมวัยไปสู่การปฏิบัติให้สัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านแผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2564⁽¹⁾ ประกอบกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564⁽²⁾ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ โดยมีวัตถุประสงค์ที่จะส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีการพัฒนาทักษะทางสมอง ทักษะการคิดวิเคราะห์และทักษะสังคมที่เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ พร้อมทั้งผลักดันให้สถาบันทางสังคมมีส่วนร่วมพัฒนาประเทศอย่างเข้มแข็ง กระทรวงสาธารณสุขนั้น มีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพของประชาชน โดยการจัดให้มีระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ได้มีการจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ บริการระดับปฐมภูมิ (primary care) บริการระดับทุติยภูมิ (secondary care) และบริการระดับตติยภูมิ (tertiary care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับ มีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกัน และเชื่อมโยงกันด้วยระบบส่งต่อ (referral system) เพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีความซับซ้อนในระดับพื้นที่ได้ สำหรับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเด็ก 0-5 ปี เน้นการส่งเสริมสุขภาพใน 4 ด้าน ดังนี้คือ ด้านโภชนาการและการเจริญเติบโต พัฒนาการทันตสุขภาพ และการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานโดยบูรณาการร่วมกับกระทรวงที่เกี่ยวข้อง จัดทำโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน พ.ศ. 2558 เพื่อเน้นการเฝ้าระวัง ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตั้งแต่แรกเกิด - 5 ปี เริ่มตั้งแต่ 1 เมษายน พ.ศ. 2558 - 31 มีนาคม พ.ศ. 2561 ตั้งเป้าหมายให้เด็กไทย

ทุกคนได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่ถูกต้อง มีมาตรฐานอย่างเท่าเทียมจากพ่อแม่ ผู้ปกครอง และชุมชน ตลอดจนบูรณาการแผนงานของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง⁽³⁾

ปัญหาการอบรมเลี้ยงดูและพัฒนาการเด็กปฐมวัยยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะเด็กในวัยแรกเกิด-3 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งการเจริญเติบโต พัฒนาการ ทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา โดยมีครอบครัวเป็นกลไกหลักในการดูแลและส่งเสริมให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมวัย บิดามารดาและคนในครอบครัวจะต้องมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสม ในขณะที่พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ส่งผลลัพท์ทางลบต่อภาวะสุขภาพ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก และจากการศึกษาสถานการณ์ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย พบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความรอบรู้ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลในระดับไม่ดีพอและพอใช้ถึงร้อยละ 73.2⁽⁴⁾ จากผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2562 พบเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 25 และจากสถานการณ์ด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัย จากการสำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยกรมอนามัยด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการ Denver II ในปี พ.ศ. 2550, 2553 และ 2557 พบเด็กมีพัฒนาการไม่สมวัย ร้อยละ 32.33, 29.71 และ 27.20 ตามลำดับ⁽⁵⁾ ซึ่งพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ เด็กแรกเกิดที่น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก การเล่น/ทำกิจกรรมกับเด็ก และการที่ผู้ปกครองได้รับการสอนให้ใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (developmental surveillance and promotion manual: DSPM) โดยผู้ปกครองที่ไม่ได้รับการสอนให้ใช้คู่มือ DSPM มีโอกาสเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอน 8.6 เท่า⁽⁶⁾ ซึ่งการฝึกทักษะให้กับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กสามารถประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการบุตรตามวัย โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ ร่วมกับการสร้างความตระหนักรู้ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ให้กับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูหลัก จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

กรมอนามัยเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี และส่งเสริมให้ชุมชนมีความรอบรู้และเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีของประชาชน โดยการพัฒนาองค์ความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการความรู้ทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ดังนั้น เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดความรอบรู้ในการส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการของบุตร และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของมารดาตั้งแต่หลังคลอดให้สามารถใช้คู่มือ DSPM ในการประเมินเฝ้าระวัง ฝึกทักษะ และส่งเสริมพัฒนาการลูกตามวัย สถาบันพัฒนาอภิมหาวิทยาลัยแห่งชาติ กรมอนามัย จึงทำการศึกษากิจการสร้างความรอบรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรของมารดาหลังคลอด หรือผู้เลี้ยงดูหลักในประเทศไทย โดยการฝึกทักษะให้มารดา หรือผู้เลี้ยงดูหลักให้สามารถประเมิน เฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการลูก และศึกษาปัญหา อุปสรรคของเจ้าหน้าที่และพ่อแม่ ผู้ปกครองในการใช้คู่มือ DSPM ซึ่งจะส่งผลให้เด็กไทยมีพัฒนาการสมวัยในทุกๆ ด้าน พร้อมเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการบุตรของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก และศึกษากระบวนการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการบุตรของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก รวมทั้งศึกษาปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่และพ่อแม่ ผู้ปกครองในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (the one group pretest posttest design) กลุ่มตัวอย่างคือมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักที่มีบุตรอายุแรกเกิด-4 เดือน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจากเขตสุขภาพที่ 1-13 ทั้งหมด 36 แห่ง จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 306 คน โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) คือ (1) มารดาหลังคลอด สัญชาติไทย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน

หลังคลอด (2) ผู้เลี้ยงดูหลักมีสัญชาติไทย อายุ 18 ปี ขึ้นไป (3) สามารถใช้ภาษาไทยในการพูดคุยสื่อสารได้ตอบโต้ได้ และอ่านออกเขียนได้ (4) ถ้ามตบรูปร่าง มีมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลัก (5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และเกณฑ์การยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (exclusion criteria) คือกรณีประเมินพัฒนาการเด็กพบความผิดปกติที่แสดงให้เห็นถึงพัฒนาการที่ล่าช้า ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เป็นเครื่องมือประเมินพัฒนาการประกอบด้วยพัฒนาการ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านการใช้กล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม โดยมีค่า sensitivity = 96.04%, specificity = 64.67%
2. แบบประเมินการฝึกทักษะของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักที่สถาบันพัฒนาอภิมหาวิทยาลัยแห่งชาติสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับคู่มือ DSPM โดยเครื่องมือ 1 ชุด แบ่งการเก็บรวบรวมข้อมูลออกเป็น 3 ครั้ง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 เก็บข้อมูลมารดาหลังคลอดก่อนกลับบ้าน (หรือผู้เลี้ยงดูหลัก) ฝึกปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้คู่มือ DSPM ข้อ 2-3 ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการรับรู้คู่มือ (DSPM) จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ฝึกปฏิบัติมารดาหลังคลอดก่อนกลับบ้าน (หรือผู้เลี้ยงดูหลัก) ในช่องฝึกทักษะ โดยพ่อแม่ ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูหลัก โดยใช้คู่มือ DSPM ในข้อ 2-3

ครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักคนเดิมเมื่อบุตรอายุ 1-2 เดือนฝึกปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้คู่มือ DSPM ข้อ 6, 7 และ 9 ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความถี่ของการฝึกปฏิบัติประเมินพัฒนาการบุตรที่บ้านของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลัก (จากการสอนการฝึกปฏิบัติครั้งที่ 1) จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 ฝึกปฏิบัติมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักฝึกทักษะส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือ DSPM ในข้อ 6, 7 และ 9

ส่วนที่ 3 ประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือ DSPM ข้อ 6-10 (โดยเจ้าหน้าที่)

ครั้งที่ 3 เก็บข้อมูลมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักคนเดิม เมื่อพบบุตรมารับวัคซีนหรือบุตรอายุ 4 เดือน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ความถี่ของการฝึกปฏิบัติประเมินพัฒนาการบุตรที่บ้านของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลัก (จากการสอนการฝึกปฏิบัติครั้งที่ 2) จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 2 ประเมินพัฒนาการเด็กโดยใช้คู่มือ DSPM ข้อ 11-15 (โดยเจ้าหน้าที่)

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจในการใช้คู่มือ DSPM จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรค

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทีมผู้วิจัยพัฒนาแบบประเมินการฝึกทักษะของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลัก โดยกำหนดขอบเขตเนื้อหาและโครงสร้างเนื้อหาของแบบประเมินให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นกุมารแพทย์ จำนวน 1 ท่าน กุมารแพทย์เฉพาะทางด้านพัฒนาการเด็ก จำนวน 2 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 1.0 และนำไปทดลองใช้กับมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กปฐมวัยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ส่งโครงร่างงานวิจัยเข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย

2. ขอความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ ออกหนังสือขออนุญาตในการทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงศูนย์อนามัยทั้ง 13 แห่งเพื่อขออนุญาตทำการศึกษาในพื้นที่

3. ผู้ศึกษาชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่รับผิดชอบพื้นที่เก็บข้อมูล 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 เก็บข้อมูลมารดาหลังคลอดก่อนกลับบ้าน (หรือผู้เลี้ยงดูหลัก) ฝึกปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้คู่มือ DSPM ข้อ 2-3 โดยพยาบาลหลังคลอดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของศูนย์อนามัย โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน

ครั้งที่ 2 เก็บข้อมูลมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักคนเดิมเมื่อบุตรอายุ 1-2 เดือน ฝึกปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้คู่มือ DSPM ข้อ 6, 7 และ 9 โดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ well child clinic หรือคลินิกนมแม่ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของศูนย์อนามัย โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน

ครั้งที่ 3 เก็บข้อมูลมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักคนเดิมเมื่อพบบุตรมารับวัคซีนหรือบุตรอายุ 4 เดือน โดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ well child clinic หรือคลินิกนมแม่ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพของศูนย์อนามัย โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน

4. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้ออกมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบทั้ง 306 ฉบับ หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดใช้การทดสอบไค-สแควร์ ตัวแปรพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก และพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการฝึกทักษะ และใช้การทดสอบ Fisher's exact ตัวแปรการฝึกทักษะของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักในการใช้คู่มือ DSPM กับผลการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากที่ทีมผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย เกี่ยวกับโครงร่างของงานวิจัยและเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ทีมผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว และขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการส่งเสริมพัฒนาการบุตรตามวัย โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ และเด็กมีพัฒนาการที่สมวัย ทีมผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์ และพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมจะไม่มีเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยแล้วไม่ต้องการตอบแบบสอบถามต่อ สามารถบอกเลิกได้

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก

1.1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 85.9 โดยมีอายุต่ำสุด 14 ปี อายุสูงสุด 42 ปี และมีอายุเฉลี่ย 27 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 97.7 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และมัธยมศึกษาตอนต้นใกล้เคียงกัน ร้อยละ 32.7 และ 31.7 ตามลำดับ

มีบุตร 2 คน ร้อยละ 40.8 ในวันที่เก็บข้อมูลครั้งที่ 1 อายุบุตรอยู่ระหว่าง 1-2 วัน ร้อยละ 75.5

1.2 ความคิดเห็นต่อคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักพบว่า มารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักไม่รู้จักคู่มือ DSPM ร้อยละ 65.0 ในกลุ่มที่รู้จัก เคยใช้คู่มือ DSPM ร้อยละ 68.2 โดยใช้คู่มือ DSPM เป็นประจำ ร้อยละ 24.7 โดยมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักทราบว่าคู่มือ DSPM มีความสำคัญต่อการส่งเสริมพัฒนาการบุตร ร้อยละ 53.6

2. ผลการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการบุตรของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก

2.1 พฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก พบว่าพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักก่อนและหลังการฝึกทักษะ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยพบว่ามารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักมีพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ประจำเพิ่มขึ้น จาก 151 คน เป็น 211 คน คิดเป็นร้อยละ 68.9 ในขณะที่มารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก มีพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM เป็นบางครั้ง นานๆ ครั้ง และไม่ใช้เลยลดลง จาก 155 คน เป็น 95 คน รายละเอียดดังตารางที่ 1

2.2 พัฒนาการของเด็กปฐมวัย ผลการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัย พบว่า พัฒนาการของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยหลังการฝึกทักษะ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ฝึกปฏิบัติการส่งเสริมพัฒนาการบุตรที่บ้าน ก่อนและหลังการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการบุตรของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก (n=306)

| พฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM | ก่อน | | หลัง | | X ² | p-value |
|---------------------------|-------|--------|-------|--------|----------------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| ใช้เป็นประจำ | 151 | 49.3 | 211 | 68.9 | 115.735 | <0.01* |
| บางครั้ง | 113 | 36.9 | 55 | 18.0 | | |
| นานๆ ครั้ง | 35 | 11.4 | 34 | 11.1 | | |
| ไม่ใช้เลย | 7 | 2.4 | 6 | 2.0 | | |

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

จากร้อยละ 92.4 เป็นร้อยละ 97.3 รายละเอียดดังตารางที่ 2

2.3 การฝึกทักษะของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักในการใช้คู่มือ DSPM ผลการศึกษาพบว่า การฝึกทักษะของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักในการใช้คู่มือ DSPM ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัย รายละเอียดดังตารางที่ 3

3. กระบวนการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการบุตรของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก

3.1 ความยากง่ายของการใช้คู่มือ DSPM ในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรที่บ้านของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักจากการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักการใช้คู่มือ DSPM ในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรที่บ้านอยู่ในระดับง่ายมากที่สุดทุกข้อ

3.2 การฝึกทักษะโดยใช้คู่มือ DSPM ของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักก่อนกลับบ้าน พบว่า มารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่ทำได้ครบตามเกณฑ์ร้อยละ 86 ขึ้นไปทุกข้อ

4 ปัญหา อุปสรรคของเจ้าหน้าที่และพ่อแม่ ผู้ปกครองในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

4.1 พ่อแม่ผู้ปกครองมีปัญหาอุปสรรคในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ในเรื่องความสะดวกและเวลาที่ใช้ในการประเมิน/ส่งเสริมพัฒนาการเด็กมากที่สุด จำนวน 23 คน รองลงมา คือ เรื่องไม่สามารถประเมิน/ส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยตนเอง ให้ปู่ย่า ตายาย ช่วยเลี้ยง จำนวน 11 คน และเรื่องความเข้าใจในเนื้อหาคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) จำนวน 10 คน

4.2 เจ้าหน้าที่มีปัญหาอุปสรรคในเรื่องพยาบาลหลังคลอดส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะการสอนฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือ DSPM มากที่สุด จำนวน 47 คน รองลงมา คือ สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 ส่งผลให้ไม่สามารถประเมินพัฒนาการเด็กได้เนื่องจากมาไม่ตรงตามนัด/เลื่อนนัด จำนวน 7 คน รองลงมา

ตารางที่ 2 ผลการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัยโดยรวม เปรียบเทียบก่อนและหลังการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ ของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก (n=306))

| ผลการประเมินพัฒนาการโดยรวม | ก่อน | | หลัง | | X ² | p-value |
|----------------------------|-------|--------|-------|--------|----------------|---------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| พัฒนาการสมวัย | 283 | 92.4 | 298 | 97.3 | 115.735 | <0.01** |
| พัฒนาการสงสัยล่าช้า | 23 | 7.5 | 8 | 2.7 | | |

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของการฝึกทักษะของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักในการใช้คู่มือ DSPM กับผลการประเมินพัฒนาการ (n=306)

| การฝึกทักษะ | ผ่าน | | ไม่ผ่าน | | Exact Sig. | (2-sided) |
|--|-------|--------|---------|--------|------------|-----------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | | |
| ข้อ 2 มองตามกึ่งกลางลำตัว (FM) | | | | | 0.624 | |
| - ทำได้ครบตามเกณฑ์ (3 ข้อ) | 249 | 83.6 | 6 | 75.0 | | |
| - ทำไม่ครบตามเกณฑ์ | 49 | 16.4 | 2 | 25.0 | | |
| ข้อ 3 สะดุ้งหรือเคลื่อนไหวร่างกายเมื่อได้ยินเสียงพูดระดับปกติ (RL) | | | | | 0.184 | |
| - ทำได้ครบตามเกณฑ์ (3 ข้อ) | 242 | 80.1 | 2 | 50.0 | | |
| - ทำไม่ครบตามเกณฑ์ | 60 | 19.9 | 2 | 50.0 | | |

คือ เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการประเมินพัฒนาการ เช่น นอนหลับ ร้องไห้ กลัวคนแปลกหน้า จำนวน 6 คน และ พ่อแม่ ผู้ปกครองไม่กระตุ้น/ส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามคู่มือ DSPM อย่างต่อเนื่อง จำนวน 3 คน

วิจารณ์

1. ผลของการฝึกทักษะเพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการบุตรของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก

1.1 พฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักพบว่า มารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักมีพฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้งนี้เนื่องจากการสอนสาธิตและฝึกปฏิบัติของพยาบาลในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM ให้กับมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก เป็นรูปแบบการสอนที่เน้นให้มารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้เกิดการเรียนรู้และคุ้นชินก่อนที่จะนำไปใช้เมื่อกลับบ้าน เป็นการฝึกจากประสบการณ์ที่เห็นประจักษ์ชัดด้วยตนเอง และมารดาหลังคลอดมีโอกาสได้ฝึกทักษะต่างๆ ซึ่งถือเป็นความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นมารดา และเป็นพฤติกรรมที่มารดาสามารถปฏิบัติต่อบุตร⁽⁷⁾ เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร โดยการอุ้มกอด ให้นม ยิ้มสบสายตา และพูดคุยเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของบุตร รวมถึงการสื่อสาร การคิดตัดสินใจ แก้ปัญหา และการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลผู้สอนมีส่วนช่วยให้การรับรู้และการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคคลเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เข้าใจเกิดความมั่นใจและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในใช้คู่มือ DSPM เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุ่มัจฉรา มานะชีวกุล ซึ่งชี้ให้เห็นความสำคัญของความเชื่อมั่นของมารดาในความสามารถของตนเองในการเลี้ยงดูทารก⁽⁸⁾ และการศึกษาของพรพรรณ พุ่มประยูร ที่พบว่า มารดาที่ได้รับการเตรียมและเรียนรู้พฤติกรรมที่เป็นมารดาในการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุตร มีคะแนนความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดาสูง⁽⁹⁾ และการได้ฝึกปฏิบัติด้วยตนเองทำให้เกิดความกระตือรือร้น เกิดทักษะและการเรียนรู้ที่คงทนมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดความชำนาญและเป็นพื้นฐานในการส่งเสริมพัฒนาการให้กับบุตร

ในช่วงอายุถัดไป ซึ่งสิ่งสำคัญที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติคือ ได้มีการสัมผัสใกล้ชิด การสบสายตา ทำให้เกิดความรัก ความผูกพันระหว่างมารดาและบุตร นอกจากนี้ยังทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างพยาบาลผู้สอนกับมารดาหรือผู้เลี้ยงดูบุตรอีกด้วย ส่งผลให้มารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักให้ความสำคัญและเกิดความตระหนักในการปฏิบัติได้ต่อเนื่อง

1.2 พัฒนาการของเด็กปฐมวัย จากผลการศึกษาพบว่า ก่อนและหลังการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยหลังการฝึกทักษะ เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยโดยรวมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 92.4 เป็นร้อยละ 97.3 และเมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า หลังการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการบุตรที่บ้านของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นทั้ง 5 ด้าน ซึ่งจะเห็นได้ว่า หากมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก ได้รับการฝึกทักษะ เป็นการฝึกจากประสบการณ์ที่เห็นประจักษ์ชัดด้วยตนเอง และมารดาหลังคลอดมีโอกาสดูฝึกทักษะต่างๆ ซึ่งถือเป็นความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นมารดา และเป็นพฤติกรรมที่มารดาสามารถปฏิบัติต่อบุตร⁽⁸⁾ เช่น การมีปฏิสัมพันธ์กับบุตร โดยการอุ้มกอด ให้นม ยิ้มสบสายตา และพูดคุย เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของบุตร รวมถึงการสื่อสาร การคิดตัดสินใจ แก้ปัญหา และการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลผู้สอนมีส่วนช่วยให้การรับรู้และการมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคคลเพิ่มสูงขึ้น ทำให้เข้าใจเกิดความมั่นใจและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในใช้คู่มือ DSPM เพิ่มขึ้น เกิดความกระตือรือร้น สนใจและอยากที่จะเรียนรู้ถึงความสามารถด้านพัฒนาการของบุตรทำให้มารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักเห็นความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บุตรมีพัฒนาการที่สมวัย สอดคล้องกับการศึกษาของบุษบา อรรถาวิธ และบำเพ็ญ พงศ์เพชรดี ที่พบว่า ผู้ปกครองไม่ได้รับการสอนให้ใช้คู่มือ DSPM มีโอกาสเสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการล่าช้ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอน 8.6 เท่า⁽⁶⁾ และการศึกษาของประภาภรณ์ จังพานิช ที่พบว่า พฤติกรรมของผู้เลี้ยงดูหลักในการส่งเสริมพัฒนาการตามคู่มือ DSPM มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็ก

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบพัฒนาการ บุตรที่อยู่กับพ่อแม่ผู้ปกครองที่ได้รับคู่มือ แต่ไม่ใช้คู่มือ DSPM มีความเสี่ยงที่จะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าถึง 1.69 เท่า ของเด็กที่พ่อแม่ผู้ปกครองที่ได้รับคู่มือ อ่านและใช้คู่มือ DSPM เป็นประจำ⁽¹⁰⁾

1.3 การฝึกทักษะของมารดาหลังคลอดหรือ ผู้เลี้ยงดูหลักในการใช้คู่มือ DSPM จากผลการศึกษาพบว่าการฝึกทักษะของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักในการใช้คู่มือ DSPM ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการประเมินพัฒนาการ ของเด็กปฐมวัย โดยที่มารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก ที่ได้รับการฝึกทักษะฯ และสามารถทำได้ครบตามเกณฑ์ ไม่สามารถบ่งบอกได้ว่า บุตรจะมีผลการประเมินพัฒนาการ ผ่านเกณฑ์ อาจเนื่องจากขณะที่รับการฝึกทักษะมารดา หลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักสามารถทำได้ครบตามเกณฑ์ แต่ไม่ได้นำกลับไปส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินพัฒนาการของบุตรในข้อนี้จึงไม่ผ่าน ในขณะที่มารดาที่ฝึกทักษะทำได้ไม่ครบตามเกณฑ์ แต่พยายามนำกลับไปฝึกส่งเสริมพัฒนาการบุตรที่บ้าน อย่างต่อเนื่อง ผลการประเมินพัฒนาการของบุตรในข้อนี้ จึงผ่าน ซึ่งให้เห็นได้ว่า การส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง มีความสำคัญ ที่จะช่วยให้พัฒนาการของเด็กดีขึ้น มากกว่า การให้ความสำคัญในการประเมินพัฒนาการให้ผ่านเกณฑ์ เพียงอย่างเดียว แม้ว่าพ่อแม่ผู้ปกครองที่ไม่มีทักษะ ในการประเมินพัฒนาการ และไม่ได้รับการฝึกทักษะ ให้ถูกต้องและครบตามเกณฑ์ แต่สามารถนำวิธีการฝึก ทักษะไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรอย่างต่อเนื่อง ก็สามารถทำให้บุตรมีพัฒนาการที่ดีขึ้นได้

2. กระบวนการฝึกทักษะในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการบุตรของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก

2.1 ความยากง่ายของการใช้คู่มือ DSPM ในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรที่บ้านของมารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก จากการศึกษาพบว่า มารดาหลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลัก ใช้คู่มือ DSPM ในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรที่บ้าน ในข้อ 2 ฝึกทักษะมองตามถึงกึ่งกลางลำตัว ข้อ 3 ฝึกทักษะการสะดุ้งหรือเคลื่อนไหวร่างกาย เมื่อได้ยินเสียงพูดระดับปกติ ข้อ 6 ฝึกทักษะทำนอนคว่ำ ยกศีรษะตั้งขึ้นได้ 45 องศา นาน 3 วินาที ข้อ 7 ฝึกทักษะมองตามผ่านกึ่งกลางลำตัว และ ข้อ 9 ฝึกทักษะทำเสียงในลำคอ (เสียงอู หรือ อา หรือ

อือ) พบว่า อยู่ในระดับง่ายมากที่สุดทุกข้อ ซึ่งจะเห็นได้ว่า กระบวนการฝึกทักษะสามารถทำได้ง่าย ช่วยส่งเสริมและ สร้างแรงเสริมให้มารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักให้ความสนใจ เกิดความมั่นใจ และชัดเจนว่าการส่งเสริมพัฒนาการบุตรนั้น เป็นสิ่งสำคัญและไม่ยากเกินไป สามารถนำคู่มือ DSPM กลับไปใช้ในการส่งเสริมพัฒนาการบุตรที่บ้านได้อย่าง ต่อเนื่องได้ ทำให้พฤติกรรมการใช้คู่มือ DSPM ของมารดา หรือผู้เลี้ยงดูหลักเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อพัฒนาการของเด็ก ที่เพิ่มขึ้นด้วย

2.2 การฝึกทักษะโดยใช้คู่มือ DSPM ของมารดา หลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักก่อนกลับบ้าน การศึกษาพบข้อ 2(1) ทักษะการเล่นกับลูกโดยให้ลูกนอนหงาย ก้มหน้า ให้อยู่ใกล้ๆ ลูก ห่างจากลูกประมาณ 20 เซนติเมตร มารดา หลังคลอดหรือผู้เลี้ยงดูหลักทำได้ครบตามเกณฑ์ มากที่สุด ร้อยละ 97.7 และข้อ 3(1) การฝึกทักษะเล่นกับลูกโดยให้ ลูกนอนหงาย แล้วเรียกชื่อหรือพูดคุยกับลูก จากข้างซ้าย และขวาทีละข้าง โดยพูดเสียงดังกว่าปกติ มากที่สุด ร้อยละ 97.1 เนื่องจากเป็นทักษะที่ทำได้ง่าย มารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลัก สามารถฝึกทักษะได้ในขณะที่ฝึกอุ้ม ป้อนนม หรืออาบน้ำ ให้กับลูก ในขณะที่ข้อ 3(2) ทักษะถ้าลูกไม่สะดุ้งหรือ ไม่เคลื่อนไหวร่างกายหันหาเสียง ต้องนึกถึงการได้ยินว่า ปกติหรือไม่ โดยใช้กริ่งททดสอบการได้ยิน เขย่ากริ่งกริ่ง ด้านข้างเด็กค่อนข้างด้านหลัง ทีละข้าง และเด็กมองไม่เห็น กริ่งกริ่งในมือ พบว่า มารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักทำได้ครบ ตามเกณฑ์ ร้อยละ 86.6 อาจเนื่องจากทักษะข้อนี้ เป็นทักษะ ที่มารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักให้ความเห็นว่ามีคามยากในการ ปฏิบัติ เนื่องจากมีรายละเอียดค่อนข้างมาก และในขณะที่ มารดาฝึกปฏิบัติจริง บุตรจะมีการสะดุ้งหรือขยับตัว เมื่อ เรียกชื่อดังขึ้นกว่าปกติ ดังนั้นมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักจึงไม่ ได้ปฏิบัติหรือข้ามการปฏิบัติทักษะข้อนี้ไป

ส่วนการฝึกทักษะโดยใช้คู่มือ DSPM ในข้อ 6, 7 และ 9 ของมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักก่อนกลับบ้าน พบว่า ข้อ 6(1) มีทักษะเล่นกับลูกในท่านอนคว่ำ ข้อศอกงอพูดคุยตรงหน้าลูก โดยเคลื่อนไหวหน้าตนเองขึ้นด้านบนเพื่อให้ลูกเงยหน้าขึ้น ตามจนศีรษะยกขึ้นในแนว 45 องศา แล้วนับ 1 2 3 และ จึงเคลื่อนไหวหน้าตนเองลงมาอยู่ที่เดิม มีการทำได้ครบ ตามเกณฑ์ มากที่สุด ร้อยละ 94.1 ข้อ 7(1) การฝึกทักษะ เล่นกับลูกในท่านอนหงาย ยื่นหน้าตนเองห่างจากหน้าลูก

ประมาณ 20 เซนติเมตร กระตุ้นให้ลูกมองหน้า แล้วเคลื่อนไหวหน้าผ่านกึ่งกลางลำตัว เพื่อให้ลูกมองตาม มากที่สุด ร้อยละ 93.1 และข้อ 9(1) การฝึกทักษะเล่นกับลูกในท่านอนหงายหรืออุ้มลูก ยื่นหน้าเข้าไปหาลูก สบตา และพูดคุยพร้อมทำเสียง “อุ” หรือ “อา” หรือ “อือ” ในลำคอให้ได้ยิน แล้วหยุดฟังเพื่อรอจังหวะให้ลูกส่งเสียงตาม มากที่สุด ร้อยละ 95.1 เนื่องจากเป็นทักษะที่ทำได้ง่าย มารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักสามารถฝึกทักษะได้ในขณะที่ให้นม พูดคุยหรือเล่นกับลูกอยู่ ส่วนทักษะข้อ 9(2) เมื่อลูกออกเสียงได้ให้ยื่นหน้าในระยะห่างจากลูกเพิ่มขึ้นประมาณ 60 เซนติเมตร มารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักทำได้ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 88.2 อาจเนื่องจากเมื่อมารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักเล่นกับลูกในท่านอนหงายหรืออุ้มลูก ยื่นหน้าเข้าไปหาลูก สบตาและพูดคุยพร้อมทำเสียง “อุ” หรือ “อา” หรือ “อือ” ในลำคอให้ได้ยิน แล้วหยุดฟังเพื่อรอจังหวะให้ลูกส่งเสียงตาม เด็กสามารถออกเสียงตามได้ จึงไม่ได้ฝึกทักษะข้อนี้ต่อ รวมถึงในขณะฝึกปฏิบัติจริง มารดาหรือผู้เลี้ยงดูหลักใช้ท่าอุ้มลูกในการฝึกทักษะจึงไม่สามารถยื่นหน้าในระยะห่างจากลูกเพิ่มขึ้นได้ถึง 60 เซนติเมตร จึงพบว่าฝึกทักษะได้ไม่ครบตามเกณฑ์

3. ปัญหา อุปสรรคของเจ้าหน้าที่และพ่อแม่ ผู้ปกครองในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

3.1 ปัญหาอุปสรรคของพ่อแม่ ผู้ปกครองในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบว่า พ่อแม่ ผู้ปกครองมีปัญหาอุปสรรคในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ในลำดับแรก คือ เรื่องความสะดวกและเวลาที่ใช้ในการประเมิน/ส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และเรื่องไม่สามารถประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยตนเอง ให้ปู่ย่า ตายาย ช่วยเลี้ยง ซึ่งจะเห็นได้ว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าไม่สะดวกในการฝึกทักษะการใช้คู่มือ DSPM อาจเนื่องจากมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ได้รับการฝึกทักษะฯ ในช่วง 1-2 วันแรกหลังคลอด ยังมีอาการอ่อนเพลียจากการคลอดเจ็บแผลผ่าตัดคลอด และมีความกังวลในการดูแลบุตรที่พึ่งคลอด จึงทำให้ไม่พร้อม หรือไม่สะดวกที่จะฝึกปฏิบัติ ขณะที่เรื่องการไม่สามารถประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ต่อเนื่อง เนื่องจากไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยตนเอง ให้ปู่ย่า

ตายาย ช่วยเลี้ยง อาจเนื่องจากมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-40 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยทำงาน จำเป็นต้องกลับไปทำงานหลังจากคลอดบุตร เมื่อกลับไปอยู่บ้านจึงไม่ได้เลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง โดยให้ปู่ย่าหรือตายายเลี้ยง ซึ่งไม่มีความรู้และทักษะในการใช้คู่มือ DSPM ในการส่งเสริมพัฒนาการ และในขณะที่อยู่โรงพยาบาลผู้เลี้ยงดูหลัก ซึ่งได้แก่ปู่ย่าหรือตายายไม่ได้เข้ารับการฝึกทักษะพร้อมกับมารดาหลังคลอด

3.2 ปัญหาอุปสรรคของเจ้าหน้าที่ในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบว่า เจ้าหน้าที่มีปัญหาอุปสรรคในการใช้คู่มือ DSPM มากที่สุด คือ เรื่องพยาบาลหลังคลอดส่วนใหญ่ยังขาดความรู้และทักษะการสอนฝึกปฏิบัติการใช้คู่มือ DSPM อาจเนื่องจากที่ผ่านมา มีนโยบายให้เด็กแรกเกิดทุกคนได้รับคู่มือ DSPM ทุกราย โดยการแจกและให้คำแนะนำการใช้คู่มือ DSPM ที่ตึกหลังคลอด แต่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการใช้คู่มือ DSPM เพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉพาะในส่วนแผนกเด็กสุขภาพดีและบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเด็กปฐมวัยในส่วนงานส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น พยาบาลหลังคลอดจึงถือเป็นกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ยังไม่ได้รับพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้คู่มือ DSPM เพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในขณะที่ร้อยละ 70.3 ของเด็กปฐมวัยได้รับคู่มือ DSPM จากตึกหลังคลอด⁽¹⁰⁾ จึงเป็นอุปสรรคปัญหาสำคัญในการดำเนินงานที่จะต้องได้รับการพัฒนาต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาคั้งต่อไป

1. การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาที่มีความเฉพาะเจาะจงกับหน่วยงานพยาบาลหลังคลอด เพื่อให้เห็นความสำคัญของพยาบาลหลังคลอดที่เป็นผู้ให้คำแนะนำในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูหลัก ซึ่งการที่จะทำให้พ่อแม่เกิดความตระหนักและให้ความสำคัญกับเรื่องนี้จำเป็นต้องอาศัยระยะเวลา และความสม่ำเสมอ จึงจำเป็นต้องสร้างเครือข่ายการดำเนินงานระหว่างคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ (ANC) พยาบาลหลังคลอด (PP) และคลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) และเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน ดังนั้นขอเสนอให้มีการจัดทำระบบการส่งต่อเด็กและพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูหลัก

ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก รวมถึงมีกระบวนการติดตามประเมินผลประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดำเนินงานต่อไป

2. กระบวนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่จะทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยนั้น เด็กทุกคนควรได้รับการเฝ้าระวังและติดตามคัดกรองพัฒนาการในช่วงอายุสำคัญ ได้แก่ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน หากพบเด็กกลุ่มเสี่ยงหรือมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า บุคลากรสาธารณสุขควรให้คำแนะนำโดยการสร้างความรอบรู้และให้ความมั่นใจกับบิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูหลัก ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสมตามช่วงวัย

3. การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษารูปแบบระบบการดูแลเด็กและให้คำปรึกษาพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูหลักในหน่วยบริการสาธารณสุข ในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการสนับสนุนจากผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุธรรม นันทมวงคชชัย ที่ปรึกษา นายแพทย์วัลลภ ไทยเหนือ แพทย์หญิงศิริพร ภัณฑนะ และศาสตราจารย์เกียรติคุณ แพทย์หญิงศิริกุล อิศรานุรักษ์ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็กที่ให้คำแนะนำและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบคุณทีมวิจัยในพื้นที่จากโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 1-13 ที่ร่วมออกแบบงานวิจัย ประสานงานและลงพื้นที่เก็บข้อมูล และสุดท้ายขอขอบคุณทีมงานกลุ่มนวัตกรรม วิจัย ถ่ายทอดเทคโนโลยี ที่ร่วมดำเนินงานวิจัยจนประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการส่งเสริมการพัฒนารเด็กและเยาวชนแห่งชาติ. แผนพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2564. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เจเอสการพิมพ์; 2561.
2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 3 พ.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: https://www.nesdb.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422
3. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติพระเทพพระรัตนราชสุตาฯ สยามบรมราชกุมารี เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน 2558. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
4. เปรมฤทัย เกตุเรน. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก: กรณีศึกษา 4 อำเภอ. วารสารการสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กระทรวงสาธารณสุข 2563;43:45-58.
5. จินตนา พัฒนพงศ์ธร. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการ เด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2561.
6. บุชบา อรรถาวีร์, บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ. รายงานการศึกษารูปแบบการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย [Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM)] เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 3 พ.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: http://acad.vru.ac.th/acad_journal_online/journalFile/datajournalaP309.pdf
7. Mercer RT. Becoming a mother. New York: Springer; 1995.
8. สุมัจฉรา มานะชีวกุล. ปัจจัยทำนายความเครียดของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรก. วารสารสมาคมพยาบาล สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2555;30:53-62.
9. พรพรรณ พุ่มประยูร. ผลของการเตรียมสตรีครั้งแรกต่อความสำเร็จในการดำรงบทบาทมารดา. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2559;43:33-43.
10. ประภาภรณ์ จังพานิช. รายงานวิจัยการประเมินผลโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุตาฯ ปี 2563. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2563.

Effects of Coaching Surveillance Skills and Promoting Child Development of Postpartum Mothers or Primary Caregivers in Thailand

Phonchanet Bunkhong, Premruthai Ketrain

*National Institute of Child Development, Department of Health, Ministry of Public Health,
Nonthaburi Province, Thailand*

Abstract

In early childhood care, parenting and developmental promotion are important factors in early childhood care. The family is the main mechanism for caring and promoting the growth and development that is appropriate for their age. When using the Early Childhood Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM), parents can assess and promote the development of children in accordance with their age. It is a crucial element that will encourage young children's development and improve knowledge on child development promotion and monitoring. Additionally, it teaches new moms to utilize the DSPM manual to evaluate, track, and encourage their children's development. The purpose of this research was to study the effect of skill training to promote and monitor child development of postpartum mothers or primary caregivers based on the behavior of using the DSPM manual on surveillance and child development promotion before and after the skills training; and study on skills training in surveillance and child development of postpartum mothers or primary caregivers as well as the problems or barriers to staff and parents in using the DSPM. The study method was an experimental research on postpartum mothers or primary caregivers with children of newborn age to 4 months who were admitted in hospitals in 13 health regions of Thailand. There were 36 hospitals, totaling 306 samples. The tools used to collect data were (1) a skill training program to monitor and promote child development with DSPM, and (2) the maternal or primary caregiver skill training assessment in using DSPM. The data were analyzed using frequency distribution statistics, number, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test and Fisher's exact test. The results showed that the behavior of using DSPM for surveillance and child development at home of the postpartum mother or the primary caregiver before and after skill training there was a statistically significant difference ($p < 0.05$). After the skill training postpartum mother or primary caregiver the behavior of using the DSPM manual regularly increased from 49.3% to 68.9%. Results of early childhood development assessment before and after practicing surveillance and developmental skills of the postpartum mother or the primary caregiver there was a statistically significant difference ($p < 0.05$). After the mother's skill training after giving birth early childhood developmental milestones increased from 92.4% to 97.3%. The mother's practical skills were not related to the results of early childhood development assessment. The mother's

practical skills were not related to the results of early childhood development assessment and found that the parents had some difficulties in using DSPM, the convenience and time spent in assessing/promoting their child's development. While most healthcare workers Lack of knowledge and skills in teaching practice using DSPM. Therefore, training should be organized to educate and train the skills of the staff who evaluate the development correctly and in accordance with the same guidelines. The expected benefit is that the mother or primary caregiver will be able to continuously assess and promote child development at home using DSPM.

Keywords: coaching surveillance skills and promoting child development; postpartum mothers; primary caregivers

ปัจจัยทางประชากรสังคมและสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อ การกินผักและผลไม้ของผู้สูงอายุไทย

สาธิตี เทพสุวรรณ, สิริจันทร์ยา พูลเกิด

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการกินผักและผลไม้เพียงพอของผู้สูงอายุไทย ตามลักษณะทางประชากร สังคม และสุขภาพ เป็นการวิจัยในเชิงปริมาณ ในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งสิ้น 1,173 คน ด้วยการใช้ข้อมูลจากโครงการศึกษาสถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ของคนไทย (ปี พ.ศ. 2564) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุกินผักและผลไม้เพียงพอ ร้อยละ 39.1 ผู้ชายกินเพียงพอกว่าผู้หญิง ยิ่งอายุมากขึ้นการกินเพียงพอจะลดลงตามไปด้วย กลุ่มผู้มีสถานภาพโสดกินเพียงพอกว่าสถานภาพอื่น ผู้ที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลกินเพียงพอกว่าผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล ผู้ที่มีการศึกษาและรายได้ต่อเดือนสูงจะกินเพียงพอกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ในส่วนของสุขภาพ พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวกลับกินเพียงพอกว่าผู้ที่ไม่มียโรค และผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำจะกินเพียงพอกว่าผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย และจากการศึกษาด้วยวิธีถดถอยโลจิสติกส์แบบทวิ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการกินผักและผลไม้เพียงพอในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ กลุ่มอายุ พบว่า หากอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุตอนปลาย (80 ปีขึ้นไป) มีโอกาสที่จะกินเพียงพอลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก มีโอกาสที่จะกินเพียงพอลดลงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีสถานภาพโสด รายได้พบว่า ผู้ที่มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป มีโอกาสที่จะกินเพียงพอกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย 1.4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มียรายได้ และการออกกำลังกาย พบว่า ผู้ที่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ มีโอกาสที่จะกินเพียงพอกว่าผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ 1.6 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ สรุปผลได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกินผักและผลไม้เพียงพอในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ และการออกกำลังกาย ซึ่งข้อค้นพบนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ และสามารถนำเอาข้อค้นพบนี้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายหรือส่งเสริมการวางแผนสร้างนโยบายให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: การผักและผลไม้; ผู้สูงอายุ; ปัจจัยทางสังคม

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (ageing society) แล้ว⁽¹⁾ เนื่องมาจากการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงถือเป็นประเด็นสำคัญที่ทุกภาคส่วนให้ความสนใจและมีการกำหนดนโยบายต่างๆ เพื่อเข้ามารองรับกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แม้ว่า การมีอายุยืนยาวขึ้นจะเป็นสิ่งน่ายินดี แต่หากการมีอายุ

ยืนยาวโดยไร้คุณภาพ อาจทำให้เกิดปัญหาตามมาที่จะตามมาให้อ่อนแอ เนื่องจากปัญหาการเสื่อมสภาพของร่างกายและจิตใจตามวัย และการเกิดโรคเรื้อรัง⁽²⁾ การมี “สังคมผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ” จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการวางแผนนโยบายต่างๆ ในปัจจุบันมากขึ้น⁽³⁾

ปัจจัยหลักๆ ในการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ คือ การมีสุขภาพดี รวมทั้งมีความสามารถทางสังคมและเศรษฐกิจ⁽⁴⁾ การมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุประกอบไปด้วยปัจจัยมากมาย รวมถึงปัจจัยด้านอาหารและโภชนาการ จากการศึกษาวิจัย

ในต่างประเทศ พบว่า การกินผักและผลไม้ให้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก อย่างน้อยวันละ 400 กรัมต่อวัน⁽⁵⁾ สามารถป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน และโรคอ้วนได้⁽⁶⁾

นอกจากนี้ การศึกษาของต่างประเทศยังพบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อการกินผักและผลไม้ของผู้สูงอายุไว้หลากหลายปัจจัย เช่น จากงานของ Payette H และ Shatenstein B ที่พบความสัมพันธ์ในเชิงบวกของสถานภาพสมรสกับการบริโภคผักและผลไม้ของผู้สูงอายุ⁽⁷⁾ ผู้ที่แต่งงานแล้วจะมีการบริโภคผักและผลไม้มากกว่าผู้ที่เป็นหม้ายและหย่าร้าง⁽⁸⁾ รายได้มีความสัมพันธ์กับการกินผักและผลไม้ของผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากการมีรายได้มากพอส่งผลให้มีกำลังใช้จ่ายเพื่อซื้อผักและผลไม้มากกว่า⁽⁹⁾ และพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การมีกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางถึงสูงมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการกินผักและผลไม้ โดยผู้สูงอายุที่กินผักผลไม้มีแนวโน้มที่จะมีความแข็งแรงมากขึ้น⁽¹⁰⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการกินผักและผลไม้เพียงพอของผู้สูงอายุไทย ตามลักษณะทางประชากร สังคม และสุขภาพ โดยเป็นที่น่าสนใจว่า ผู้สูงอายุที่มีคุณลักษณะทางประชากร สังคม และสุขภาพแบบใดที่จะเป็นกลุ่มที่ได้กินผักและผลไม้ได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก ซึ่งในประเทศไทยพบการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน⁽¹¹⁾ แต่ยังขาดการวิเคราะห์ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอย่างเช่น การมีกิจกรรมทางกาย หรือการมีโรคเรื้อรัง และพบบทความที่เกี่ยวข้องกับประเด็นสารอาหารในผักและผลไม้เท่านั้น^(12,13) ซึ่งหลักฐานงานวิจัยด้านปัจจัยทางลักษณะทางประชากร สังคม และสุขภาพที่นี้จะเป็นโยบายขณในการใช้ประกอบมีการวางแผนสร้างนโยบายเพื่อเพิ่มการกินผักและผลไม้ของผู้สูงอายุต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยในเชิงปริมาณ (quantitative study) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จาก “โครงการศึกษาสถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้

ของคนไทย” ดำเนินงานโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และเป็นการเก็บข้อมูลที่สามารถนำมาใช้เป็นตัวแทนในระดับประเทศได้ จากการอนุเคราะห์สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเป็นการเลือกตัวอย่างแบบใช้ความน่าจะเป็น (probability sampling) ได้พื้นที่ที่ถูกสุ่ม 9 จังหวัดทั่วทุกภาคของประเทศไทย ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นครปฐม ปราจีนบุรี ลำปาง นครสวรรค์ สุรินทร์ อุตรธานี สงขลา และพัทลุง และในแต่ละจังหวัดถูกสุ่มลงไปถึงระดับอำเภอ ตำบล และพื้นที่ศึกษา (enumeration area) ซึ่งในแต่ละพื้นที่ศึกษาได้สุ่มเก็บข้อมูล 20 ครัวเรือนเท่ากัน โดยการเลือกครัวเรือนใช้วิธีการสุ่ม 1 บ้านวัน 3-5 บ้าน (ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างจากจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนที่เก็บข้อมูล) และเก็บข้อมูลจากสมาชิกในครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปทุกคน จำนวนครัวเรือนรวม 3,333 ครัวเรือน มีจำนวนตัวอย่างรวม 5,761 คน แต่ในการศึกษานี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 1,173 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรการบริโภคผักและผลไม้เพียงพอ (ตัวแปรตาม) ซึ่งวัดจากปริมาณการกินผักและผลไม้ต่อวันตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก⁽⁵⁾ แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ (1) กินน้อยกว่า 400 กรัมต่อวัน และ (2) กินตั้งแต่ 400 กรัมต่อวันขึ้นไป จากชุดคำถามต่อไปนี้

1. ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านได้กินผัก/ผลไม้หรือไม่
2. ถ้ากิน ท่านได้กินกี่วัน
3. ท่านกินกี่ครั้งต่อวัน
4. ท่านกินครั้งละกี่หน่วย (ผักใช้หน่วยเป็น “ทัพพี” และผลไม้ใช้หน่วยเป็น “ส่วน” ซึ่ง 1 ส่วนจะเท่ากับ ถ้วยน้ำว่า ส้ม แอปเปิ้ล ๖ 1 ลูก)⁽¹⁴⁾

ตัวแปรทางประชากร ได้แก่ เพศ (ชายและหญิง) กลุ่มอายุ (60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป และสถานภาพสมรส (โสด, สมรส และหม้าย/หย่า/แยก)

ตัวแปรทางสังคม ได้แก่ เขตการปกครอง (ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล) ระดับการศึกษา (ไม่ได้เรียน, ประถม-

ศึกษา และมัธยมศึกษาขึ้นไป) และรายได้ต่อเดือน (ไม่มี รายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท และตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป)

ตัวแปรทางสุขภาพ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว หมายถึง การรายงานว่ามีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (ไม่มี และมี) และการออกกำลังกาย หมายถึง การออกกำลังกาย อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน และอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่ทำ และทำ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนและร้อยละเพื่อใช้ ในการอธิบายตามคุณลักษณะทางประชากร สังคม และ สุขภาพของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และใช้สถิติเชิง อนุมาน ได้แก่ ค่า t-test และการวิเคราะห์ binary logistic regression ในการอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร อิสระทางประชากร สังคม และสุขภาพกับการกินผักและผลไม้ เพียงพอของกลุ่มตัวอย่าง

การพิจารณาด้านจริยธรรม

ทางโครงการศึกษาสถานการณ์การบริโภคผักและผลไม้ ของคนไทยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 เลขที่ COA. No. 2021/02-032

ผลการศึกษา

ผู้ชายและผู้หญิงมีการกินผักและผลไม้เพียงพอ ร้อยละ 40.7 และ 37.9 ตามลำดับ โดยผู้ชายและผู้หญิงมีปริมาณ การกินผักและผลไม้เฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ 0.01 นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น ได้กินผักและผลไม้เพียงพอได้ลดลง (ร้อยละ 41.4, 38.6 และ 22.0 ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยปริมาณการกินผักและผลไม้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 กลุ่มที่มีสถานภาพโสด เป็นกลุ่มที่กินผักและผลไม้เพียงพอมากกว่าสถานภาพอื่น (ร้อยละ 57.9) และมีค่าเฉลี่ยปริมาณการกินผักและผลไม้ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 (ตารางที่ 1)

ในส่วนของตัวแปรทางสังคม พบว่า ผู้ที่อยู่ในเขต เทศบาลกินผักและผลไม้เพียงพอมากกว่าผู้ที่อยู่นอกเขต

เทศบาล (ร้อยละ 41.2 และ 36.2 ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ย ปริมาณการกินผักและผลไม้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ที่ 0.01 ผู้ที่มีการศึกษาสูง (มัธยมศึกษาขึ้นไป) มีการกินผัก และผลไม้เพียงพอมากขึ้นตามไปด้วย (ร้อยละ 44.3) และ มีค่าเฉลี่ยปริมาณการกินผักและผลไม้แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญที่ 0.01 เช่นเดียวกับรายได้ต่อเดือน พบว่า ผู้ที่มี รายได้ต่อเดือนสูง (ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป) มีการกินผัก และผลไม้มากขึ้นไปด้วย (ร้อยละ 47.0) และมีค่าเฉลี่ยปริมาณ การกินผักและผลไม้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01

ในส่วนของตัวแปรด้านสุขภาพพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว ได้กินผักและผลไม้เพียงพอมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรค (ร้อยละ 41.1 และ 38.2 ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยปริมาณการกิน ผักและผลไม้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.001 และ ผู้ที่ได้ออกกำลังกายจะมีการกินผักและผลไม้เพียงพอ มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย (ร้อยละ 47.4 และ 34.3 ตามลำดับ) และมีค่าเฉลี่ยปริมาณการกินผักและผลไม้แตก ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05

การวิเคราะห์ binary logistic regression เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการกินผักและผลไม้เพียงพอของ ผู้สูงอายุกับตัวแปรทางประชากร และสุขภาพ พบว่า มีตัวแปรที่ส่งผลต่อการกินผักและผลไม้เพียงพอต่อผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ และการออกกำลังกาย (ตารางที่ 2)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านอายุ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ ตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป มีโอกาสที่จะได้กินผักและผลไม้ เพียงพอลดลงเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 45.6) เมื่อเทียบกับ กลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น 60-69 ปีอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 ผู้ที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกมีโอกาสที่จะได้กินผักและ ผลไม้ลดลงมากกว่าร้อยละ 60 (ร้อยละ 61.5) เมื่อเทียบกับ ผู้ที่มีสถานภาพโสดอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 นอกจากนี้ ผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป มีโอกาสที่จะ ได้กินผักและผลไม้เพียงพอมากกว่าผู้ที่ไม่มียาได้กว่า 1.4 เท่า อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 และผู้สูงอายุที่ได้ ออกกำลังกาย มีโอกาสที่จะได้กินผักและผลไม้เพียงพอ มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกายกว่า 1.6 เท่า อย่างมี นัยสำคัญที่ 0.001

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร สังคม สุขภาพ และ การกินผักและผลไม้เพียงพอ

| ตัวแปร | จำนวน | ร้อยละ | ปริมาณการกินผักและผลไม้ต่อวัน | |
|-------------------------|--------------|--------------|-------------------------------|--------------------|
| | | | ไม่เพียงพอ < 400 กรัม | เพียงพอ ≥ 400 กรัม |
| | | | ร้อยละ | ร้อยละ |
| เพศ* | | | | |
| ชาย | 521 | 44.4 | 59.3 | 40.7 |
| หญิง | 652 | 55.6 | 62.1 | 37.9 |
| กลุ่มอายุ* | | | | |
| 60-69 ปี | 701 | 59.7 | 58.6 | 41.4 |
| 70-79 ปี | 391 | 33.3 | 61.4 | 38.6 |
| 80 ปีขึ้นไป | 81 | 7.0 | 78.0 | 22.0 |
| สถานภาพสมรส* | | | | |
| โสด | 38 | 3.3 | 42.1 | 57.9 |
| สมรส | 796 | 67.8 | 58.5 | 41.5 |
| หม้าย/หย่า/แยก | 339 | 28.9 | 68.4 | 31.6 |
| เขตการปกครอง* | | | | |
| ในเขตเทศบาล | 690 | 58.8 | 58.9 | 41.2 |
| นอกเขตเทศบาล | 483 | 41.2 | 63.8 | 36.2 |
| ระดับการศึกษา* | | | | |
| ไม่ได้เรียน | 68 | 5.8 | 69.1 | 30.9 |
| ประถมศึกษา | 902 | 76.9 | 61.4 | 38.6 |
| มัธยมศึกษาขึ้นไป | 203 | 17.3 | 55.7 | 44.3 |
| รายได้ต่อเดือน* | | | | |
| ไม่มีรายได้ | 682 | 58.1 | 54.7 | 35.3 |
| น้อยกว่า 5,000 บาท | 189 | 16.1 | 60.3 | 39.7 |
| ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป | 302 | 25.8 | 53.0 | 47.0 |
| โรคประจำตัว* | | | | |
| ไม่มี | 801 | 68.3 | 61.8 | 38.2 |
| มี | 372 | 31.7 | 58.9 | 41.1 |
| การออกกำลังกาย* | | | | |
| ไม่ทำ | 743 | 63.4 | 65.7 | 34.3 |
| ทำ | 430 | 36.6 | 52.6 | 47.4 |
| รวม | 1,173 | 100.0 | 60.9 | 39.1 |

* $p < 0.05$

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ binary logistic regression ระหว่างการกินผักและผลไม้เพียงพอกับคุณลักษณะทางประชากร สังคม และสุขภาพ

| ตัวแปร | EXP (B) | p-value | 95% CI for EXP (B) |
|--|--------------|---------|--------------------|
| เพศ (กลุ่มอ้างอิง = ชาย) หญิง | 1,044 | | 0.800-1.362 |
| กลุ่มอายุ (กลุ่มอ้างอิง = 60-69 ปี) 70-79 ปี | 0.961 | | 0.733-1.261 |
| 80 ปีขึ้นไป | 0.544 | * | 0.307-0.964 |
| สถานภาพสมรส (กลุ่มอ้างอิง = โสด) สมรส | 0.523 | | 0.263-1.039 |
| หม้าย/หย่า/แยก | 0.385 | * | 0.191-0.778 |
| เขตที่อยู่อาศัย (กลุ่มอ้างอิง = ในเขตเทศบาล) นอกเขตเทศบาล | 1.210 | | 0.946-1.548 |
| ระดับการศึกษา (กลุ่มอ้างอิง = ไม่ได้เรียน) ประถมศึกษา | 1.095 | | 0.633-1.896 |
| มัธยมศึกษาขึ้นไป | 1.186 | | 0.639-2.203 |
| รายได้ (กลุ่มอ้างอิง = ไม่มีรายได้) น้อยกว่า 5,000 บาท | 1.095 | | 0.770-1.557 |
| ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป | 1.456 | * | 1.080-1.964 |
| โรคประจำตัว (กลุ่มอ้างอิง = มี) ไม่มี | 1.031 | | 0.791-1.343 |
| ออกกำลังกาย (กลุ่มอ้างอิง = ไม่ทำ) ทำ | 1.680 | * | 1.309-2.159 |
| Cox & Snell R² | 0.043 | | |

*p<0.05

วิจารณ์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีส่งผลต่อการกินผักและผลไม้เพียงพอของผู้สูงอายุไทย ตามลักษณะทางประชากร สังคม และสุขภาพ พบว่า โดยรวมแล้ว ผู้สูงอายุไทยกินผักและผลไม้เพียงพอไม่ถึงร้อยละ 40 หรือประมาณ 2 ใน 5 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้น จากการศึกษาพบว่า ประชากรผู้สูงอายุกินเพียงพอร้อยละ 29.5⁽¹⁵⁾

จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการได้กินผักและผลไม้เพียงพอของผู้สูงอายุตามคุณลักษณะทางประชากร คือ กลุ่มอายุ และสถานภาพสมรส ดังนี้ กลุ่มผู้สูงอายุในวัยปลาย หรือกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีโอกาสที่จะได้กินผักและผลไม้เพียงพอลดลงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) กว่าร้อยละ 45 หรือเกือบครึ่งหนึ่ง ทั้งนี้จะเป็นผลมาจากปัญหาด้านร่างกาย เช่น พัน ระบบย่อยอาหาร ความเสื่อมทางร่างกายอื่นๆ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ⁽¹⁶⁾ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควร ส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุใน วัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ทั้งนี้ต้องให้ความสำคัญกับปัญหา ความเสื่อมของสภาพร่างกายที่มากขึ้น เช่น การทำฟันปลอม ให้ผู้สูงอายุ การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการ เตรียมอาหารที่เหมาะสม เป็นต้นในส่วนของการศึกษาสมรส พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพเป็นหม้าย/หย่า/แยกมีโอกา สที่จะได้กินผักและผลไม้เพียงพอลดลงอย่างมากเมื่อเทียบกับ กลุ่มที่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 61.5) ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า การเปลี่ยนแปลงการบริโภค ผักและผลไม้ลดลงอย่างเห็นได้ชัดจากการหย่าร้าง แยกทาง หรือคู่สมรสเสียชีวิตไป ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการหย่าร้าง แยกทาง หรือเป็นหม้ายทำให้ความสามารถในการเข้าถึง ผักและผลไม้ลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดแรงสนับสนุน ทางสังคมและปัจจัยทางจิตวิทยาที่เอื้อต่อแรงจูงใจ ให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพจากคู่สมรส⁽¹⁷⁾ ดังนั้น ผลการศึกษานี้เสนอแนะว่า ควรมีการกำหนดนโยบายและ มาตรการเพื่อส่งเสริมให้คนกลุ่มนี้ได้รับความช่วยเหลือ ให้เข้าถึงผักและผลไม้ให้มากกว่ากลุ่มอื่น และควรส่งเสริมและให้ความรู้แก่ผู้ที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ลูกหลาน คนดูแล หรือญาติพี่น้องอื่นๆ ให้มีความรู้และ ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุในเรื่องการกินอาหาร โดยเฉพาะผักและผลไม้ที่เหมาะสม เป็นต้น

ในส่วนของปัจจัยทางสังคม พบว่า การที่มีผู้สูงอายุ ยังมีรายได้จากการทำงานมากกว่าเดือนละ 5,000 บาทขึ้นไป ส่งผลต่อโอกาสที่จะได้กินผักและผลไม้เพียงพอเพิ่มขึ้นกว่า 1.4 เท่า เมื่อเทียบกับผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้แล้ว ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของต่างประเทศที่พบว่า ปริมาณการกินผักและ ผลไม้ของกลุ่มผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามรายได้ที่เพิ่มขึ้นด้วย⁽¹⁸⁾ อันเนื่องมาจากผักและผลไม้มีราคาค่อนข้างแพง และทำให้ ผู้มีรายได้น้อยไม่สามารถเข้าถึงผักและผลไม้จนถึงปริมาณ ที่แนะนำได้⁽¹¹⁾ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ที่ยังสามารถทำงานและดูแลตนเองได้ให้ทำงานและมีรายได้ เพิ่มขึ้นจากการส่งเสริมด้านอาชีพต่างๆ ในส่วนของผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถทำงานได้แล้ว ก็ควรส่งเสริมและสนับสนุน ด้านค่าใช้จ่ายต่างๆ เพื่อเป็นการลดภาระแก่ตัวผู้สูงอายุเอง และลดภาระต่อผู้ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ เช่น การลดค่าน้ำค่าไฟ ให้ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ เป็นต้น

ปัจจัยด้านสุขภาพมีผลต่อการได้กินผักและผลไม้ เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีกิจกรรมทางกาย จาก การศึกษานี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้ออกกำลังกายจะมีโอกาส ได้กินผักและผลไม้เพียงพอมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ ออกกำลังกายกว่า 1.6 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ต่างประเทศที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังมีความกระฉับกระเฉงหรือ ได้ออกกำลังกายเป็นประจำมักจะกินผักและผลไม้มากกว่า คนที่ไม่ค่อยกระตือรือร้นหรือไม่ได้ออกกำลังกาย⁽¹⁹⁾ เนื่องมาจากผู้ที่สนใจการมีกิจกรรมทางกายมักจะเป็นผู้คนที่ ให้ความสำคัญกับสุขภาพมากกว่าคนอื่น จึงให้ความสำคัญ กับการกินผักและผลไม้ร่วมด้วย⁽²⁰⁾ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น โดยให้การสนับสนุนที่สามารถเป็นแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุ หันมาออกกำลังกายอย่างจริงจังและมีวิธีการออกกำลังกาย ที่ถูกต้องเหมาะสมต่อร่างกายของผู้สูงอายุ และมีการติดตาม ประเมินผลการเปลี่ยนทางร่างกายและสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่องด้วย เช่น การจ้างเทรนเนอร์ออกกำลังกาย ประจำหมู่บ้าน การสร้างพื้นที่ออกกำลังกายส่วนกลาง ทุกหมู่บ้าน ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลของผู้สูงอายุ เช่น ลูก หลาน หรือคนใกล้ชิด มีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการ กินผักและผลไม้เพียงพอ รวมถึงการเตรียมอาหารที่มีผักและ ผลไม้ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นต้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทน ในระดับกลุ่มอายุได้ จึงมีความน่าเชื่อถือพอสมควร แต่การ ได้ข้อมูลปริมาณการกินผักและผลไม้เกิดจากการรายงาน ด้วยตนเองจึงอาจก่อให้เกิดความผิดพลาด (errors) จากอคติ ของผู้ให้ข้อมูลเอง และข้อมูลที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ เป็นชุดข้อมูลจากช่วงเวลาเดียว หรือการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) จึงนำมาใช้ในการสรุปความ สัมพันธ์ระหว่างการกินผักและผลไม้เพียงพอของผู้สูงอายุ กับปัจจัยทางประชากร สังคม และสุขภาพได้ไม่สมบูรณ์ และในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว⁽⁸⁾ ความรู้^(8,18) การรับรู้ การรณรงค์ในประเด็นที่เกี่ยวข้อง⁽²¹⁾ การเข้าถึงผัก และผลไม้จากการปลูกผักสวนครัว⁽²²⁾ และในอนาคต ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นการสร้างรูปแบบ

การสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในเรื่องการกินผักและผลไม้เพียงพอ นอกจากนี้ ยังอาจเพิ่มประเด็นการศึกษาเชื่อมโยงไปถึงปัจจัยที่มีผลต่อการกินผักและผลไม้ไม่เพียงพอของผู้สูงอายุ หรือการศึกษาการกินผักและผลไม้ที่เกี่ยวข้องกับระบบสวัสดิการ และการเข้าถึงผักและผลไม้ของผู้สูงอายุเปราะบาง เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์และตรงจุดมากขึ้น เป็นต้น นอกจากนี้การเก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2564 อยู่ในช่วงเกิดการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งมีการประกาศห้ามประชาชนออกนอกบ้านในระยะเวลาที่กำหนด (curfew) จึงอาจส่งผลกระทบต่อ การเข้าถึงอาหารและการบริโภคของประชากรในทุกกลุ่มวัยด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ให้ข้อมูลจากการสำรวจทุกท่าน ทีมวิจัยของโครงการ อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการเจ้าหน้าที่ภาคสนามทุกคน และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในการให้ความอนุเคราะห์ช่วยเหลือการทำงานทั้งหมด ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ให้ความอนุเคราะห์การสุ่มตัวอย่างและพื้นที่เก็บข้อมูล และสุดท้ายนี้ ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการให้ทุนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของโครงการ จนได้รับความสำเร็จลุล่วงไปได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล. ภาครัฐกับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัย. วารสารข้าราชการ 2561;60(4):3-23.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย; 2554.
3. แสงทอง จ. สังคมผู้สูงอายุ (อย่างสมบูรณ์): ภาวะสูงวัยอย่างมีคุณภาพ. วารสารกึ่งวิชาการ 2560;38(1):5-28.
4. กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ. เต็มรู้ เตรียมพร้อมก่อนสูงวัย. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง; 2562.
5. World Health Organization. Healthy diet 2020 [Internet]. [cited 2020 Apr 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>.
6. ชนิพรธน บุตรยี่. บริโภคผักผลไม้อย่างน้อยวันละ 400 กรัม เพื่อสุขภาพ: หลักฐานเชิงประจักษ์. Journal of Nutrition Association of Thailand. 2020;55:54-65.
7. Payette H, Shatenstei B. Determinants of healthy eating in the community-dwelling elderly people. Can J Public Health 2005;96:27-31.
8. Salehi L, Eftekhari H, Mohammad K, Tavafian SS, Jazayeri A, Montazeri A. Consumption of fruit and vegetables among elderly people: a cross sectional study from Iran. Nutrition Journal 2010;9(1):1-9.
9. Viebig RF, Pastor-Valero M, Sczufca M, Menezes PR. Fruit and vegetable intake among low income elderly in the city of São Paulo, Southeastern Brazil. Revista de Saúde Pública 2009;43:806-13.
10. Guan M. Associations of fruit & vegetable intake and physical activity with poor self-rated health among Chinese older adults. BMC Geriatrics 2022;22(1):1-15.
11. Silarak K, Chompikul J, Mongkolchat A. Prevalence of insufficient fruit and vegetable intake and associated factors in older adults in Thailand. Journal of Public Health and Development 2017;15(1):81-99.
12. Leelarungrayub J, Pothasak Y, Kuntain R, Kaju J, Izhar AM. Potential health benefits of Thai seasonal fruits; sapodilla and star fruit for elderly people. Am J Biomed Sci & Res 2019;5(1):49-53.
13. Ruangsuriya J, Wongpoomchai R, Srichairatanakool S, Sirikul W, Buawangpong N, Siviroj P. Guava Fruit and acacia pennata vegetable intake association with frailty of older adults in Northern Thailand. Nutrients 2022;14(6):1192.
14. สำนักโภชนาการ. ผักผลไม้สี่รู้: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัย; 2555.
15. วิชัย เอกพลการ, หทัยชนก พรรคเจริญ, กนิษฐา ไทยกล้า, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.

16. เกณิกา จันชนะกิจ. อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. Mahidol R2R e-Journal [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 29 เม.ย. 2563];3(2): 1-11. แหล่งข้อมูล: <https://he01.tcithaijo.org/index.php/mur2r/article/view/242941/165050>
17. Vinther JL, Conklin AI, Wareham NJ, Monsivais P. Marital transitions and associated changes in fruit and vegetable intake: findings from the population-based prospective EPIC-Norfolk cohort, UK. *Social Science & Medicine* 2016;157:120-6.
18. Nicklett EJ, Kadell AR. Fruit and vegetable intake among older adults: a scoping review. *Maturitas* 2013;75(4):305-12.
19. Van der Avoort CM, Ten Haaf D, De Vries J, Verdijk L, Van Loon L, Eijssvogels T, et al. Higher levels of physical activity are associated with greater fruit and vegetable intake in older adults. *J Nutr Health Aging* 2021;25(2):230-41.
20. Alakaam AAH, Lemacks JL. Fruit and vegetable consumption, fat intake, and physical activity participation in relation to socio-demographic factors among medically underserved adults. *AIMS Public Health* 2015;2(3):402-10.
21. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Fruit and vegetable intake and associated factors in older adults in South Africa. *Global Health Action* 2012;5(1):18668.
22. Sommerfeld AJ, McFarland AL, Waliczek TM, Zajicek JM. Growing minds: evaluating the relationship between gardening and fruit and vegetable consumption in older adults. *HortTechnology* 2010;20(4):711-7.

Influence of Socio-demographic and Health Related Factors on Fruit and Vegetable Consumption among Thai Older Persons

Sasinee Thapsuwan, Sirinya Phulkerd

Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Nakhon Pathom Province, Thailand,

Abstract

The objective of this research was to study the influences which determine the success rate of sufficient vegetable and fruit consumption in older Thai persons with different socio-demographic and health characteristics. A qualitative methodology was utilized in collecting data from 1,173 senior citizens aged 60 and above. The questionnaire from “Fruit and Vegetable Consumption Situation among Thai People Project” (2021) was used in interviewing the sample group. The research found that 39.1% of older people consumed sufficient amount of vegetables and fruits with more men than women meeting the criteria for necessary amount. Inversely, the number of older people consuming sufficient amount decreased as the age increases. Single individuals consumed sufficient amount of vegetables and fruits more than that of other demographics. More individuals living in municipal areas than ones living outside consumed vegetables and fruits sufficiently. Moreover, educated and well-paid individuals also had a higher rate of consuming the sufficient amount vegetables and fruits. In addition to personal backgrounds, indicators concerning health suggested that more individuals with medical conditions consumed the sufficient amount of vegetables and fruits than healthy individuals. In addition those that regularly exercise also consumed more sufficient amount of vegetables and fruits. By interpreted the data with the method of binary logistic regression, the findings suggested that the variables effecting the amount of vegetables and fruits consumed were age, marital status, education, and exercise. Older population in the old-old stage (80 and above) had the lower rate of successfully consuming the sufficient amount in comparison to the young-old (60-69). Similarly, widowed/divorced/separated individuals had a lower rate of successfully consuming the sufficient amount than single individuals. With education, individuals with incomes higher than 5,000 baht/month had the success rate 1.4 times more than those with less incomes. Lastly, individuals who regularly exercise sufficiently consumed vegetables and fruits 1.6 times more than those who did not. In conclusion, the study showed that the factors influencing vegetable and fruit consumption in older people were age, marital status, income, and exercise. These findings were consistent with other studies conducted in both Thailand and abroad. The study results are beneficial in policy designing process and in promoting future implementation of policies that cater to the elderly’s needs.

Keywords: vegetables and fruits; older persons; social factors

การศึกษาสถานการณ์การตลาดอาหารและเครื่องดื่ม ในประเทศไทย

นางนุช จินดารัตนาภรณ์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

การตลาดอาหารและเครื่องดื่มมีผลต่อผู้บริโภคโดยเฉพาะเด็กและวัยรุ่น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและเนื้อหาการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของประเทศไทย ใช้วิธีการทบทวนวรรณกรรม สืบค้นและรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 - กันยายน พ.ศ. 2564 จากฐานข้อมูล Euromonitor International Database, PubMed, Thai Journals Online Databases เว็บไซต์นิตยสารเกี่ยวกับการตลาด และเว็บไซต์และรายงานประจำปีของบริษัทอาหารและเครื่องดื่ม คัดเลือกบริษัทอาหารและเครื่องดื่มจากส่วนแบ่งการขายและการตลาดสูงสุดอันดับแรก จากนั้นวิเคราะห์เนื้อหาโดยใช้เกณฑ์ส่วนประสมทางการตลาดและการสื่อสารการตลาดแบบครบวงจร ผลการศึกษาพบว่า การตลาดอาหารและเครื่องดื่มมีรูปแบบการพัฒนารสชาติของสินค้าให้สอดคล้องกับความชอบของผู้บริโภค ใช้ผู้แสดงแบบที่มีชื่อเสียงและการ์ตูนของบริษัทเอง ทั้งในการโฆษณาและบรรจุภัณฑ์ รวมทั้ง การใช้การส่งเสริมการขายด้วยการลด แลก แจก แถม และการชิงโชคที่มีรางวัลมูลค่าสูง ในส่วนของเนื้อหา มีการนำเสนอข้อความเกี่ยวกับรสชาติ ความสนุกสนาน ความสัมพันธ์ของครอบครัวและเพื่อน คุณภาพของวัตถุดิบ และคุณค่าของสารอาหารในสินค้า ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีมาตรการควบคุมรูปแบบและเนื้อหาการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในประเทศไทยต่อไป

คำสำคัญ: การทบทวน; การตลาด; อาหารและเครื่องดื่ม; ประเทศไทย

บทนำ

โรคอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ⁽¹⁾ ในระดับโลก พ.ศ. 2559 มากกว่า 340 ล้านคนของเด็กและวัยรุ่นอายุ 5-19 ปี มีน้ำหนักเกินหรือเป็นโรคอ้วน⁽²⁾ ประเทศไทย สัดส่วนของเด็กไทยอายุ 1-5 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนจากร้อยละ 5.8 ใน พ.ศ. 2538 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.4 ใน พ.ศ. 2557 และเด็กอายุ 6-14 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.8 ใน พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 13.9 ใน พ.ศ. 2557⁽³⁾ การคาดประมาณสัดส่วนของเด็กไทยที่มีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนจากร้อยละ 27 ใน พ.ศ. 2563 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 32 ใน พ.ศ. 2573 กรณีที่เลวร้ายที่สุด อาจมีสัดส่วนของเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วน

เกินครึ่งหนึ่ง หรือร้อยละ 67.5 ของเด็กไทยทั้งหมด⁽⁴⁾ อีกทั้งเด็กอ้วนมีแนวโน้มจะเป็นผู้ใหญ่อ้วนด้วย⁽⁴⁾ การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วน⁽¹⁾ เด็กไทยนิยมบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง โดยการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 ยืนยันว่า 1 ใน 3 (ร้อยละ 23.3) ของเด็กไทยอายุ 6-14 ปี บริโภคขนมขบเคี้ยวทุกวัน และเกือบ 1 ใน 5 (ร้อยละ 17.2) ของเด็กกลุ่มนี้บริโภคเครื่องดื่มรสหวานและน้ำอัดลมทุกวัน⁽⁵⁾ นอกจากนี้ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนยังมีอีกหลายปัจจัย เช่น รสชาติ⁽⁶⁾ ปริมาณอาหารต่อบรรจุภัณฑ์ การมีและการเข้าถึงอาหาร^(6,7) และการตลาดอาหารยังเป็นอีกหนึ่งปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมบริโภคและโรคอ้วนของเด็ก^(8,9)

การตลาดอาหารและเครื่องดื่มนั้นน่าสนใจและมีอิทธิพลอย่างมากต่อเด็ก สร้างบรรทัดฐานทางสังคมเกี่ยวกับอาหารและการบริโภคเพิ่มความชอบและการบริโภคอาหารของเด็ก^(10,11) ซึ่งร้อยละ 89 ของเด็กไทยที่มีอายุ 10-14 ปี พบเห็นโฆษณาขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มรสหวานผ่านสื่อต่างๆ⁽⁴⁾ งานวิจัยทั้งของประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า การโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ใช้ดารารหรือคนที่มีชื่อเสียงมีผลต่อการเพิ่มการบริโภคของเด็ก⁽¹¹⁻¹⁴⁾ ในขณะที่การแจกของแถมที่เป็นของเล่นทำให้เด็กชอบอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพเพิ่มขึ้น⁽¹⁵⁾ และการจดจำตราสินค้าอาหารได้มีผลต่อความชื่นชอบรสชาติของอาหาร⁽¹⁶⁾ ความต้องการซื้อและการบริโภคอาหารของเด็กเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁷⁻¹⁹⁾

การติดตามการตลาดอาหารและเครื่องดื่มจะทำให้ทราบรูปแบบและเนื้อหาการสื่อสารที่จูงใจเด็ก และการควบคุมการตลาดถือเป็นมาตรการที่ดี (good-buy intervention) และเป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องดำเนินการ เพื่อลดการพบเห็นการตลาดที่มีผลต่อเด็ก⁽²⁰⁾ ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการวิจัยการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม⁽²¹⁾ สำหรับเด็กและเยาวชนทางโทรทัศน์^(22,23) เฟซบุ๊ก⁽²⁴⁾ และในโรงเรียน⁽²⁵⁾ แต่การศึกษาเหล่านี้ผ่านมาเกือบสิบปีแล้ว ซึ่งอาจไม่ทันต่อสถานการณ์ทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในปัจจุบัน ดังนั้นบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของประเทศไทย และวิเคราะห์รูปแบบและเนื้อหาการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของประเทศไทย เพื่อให้เกิดข้อมูลเชิงวิชาการที่สามารถนำไปสนับสนุนนโยบายหรือมาตรการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของประเทศไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาใช้การวิจัยเชิงเอกสาร (documentary research) ด้วยการทบทวนและวิเคราะห์เอกสารและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม มีรายละเอียดของวิธีการศึกษาดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกอาหารและเครื่องดื่ม

การทบทวนวรรณกรรมเพื่อคัดเลือกอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสมที่สุดโดยพิจารณาจาก (1) คณะที่ปรึกษาโครงการ

แนะนำ และ (2) บริษัทและแบรนด์อาหารและเครื่องดื่มที่มีส่วนแบ่งจากการขายและส่วนแบ่งการตลาด (off-trade share and market share) สูงสุด เพราะสะท้อนยอดขายของผลิตภัณฑ์ เป็นตัววัดผลการดำเนินงานธุรกิจของบริษัทอาหารและเครื่องดื่ม และแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการเข้าถึงผู้บริโภค

จากฐานข้อมูล Euromonitor International Database⁽²⁶⁻²⁸⁾ การศึกษานี้คัดเลือกอาหารใช้เกณฑ์ส่วนแบ่งการขายและส่วนแบ่งการตลาดสูงสุด เด็กไทยนิยมบริโภคขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มรสหวานและน้ำตาล⁽⁵⁾ และหลักเกณฑ์การจำแนกอาหาร (nutrient profile: NP) ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย⁽²⁹⁾ โดยมีกระบวนการในการจำแนกอาหาร 5 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การจัดประเภทอาหารออกเป็นอาหารว่าง และเครื่องดื่ม (2) การกำหนดสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับจากอาหารแต่ละประเภทต่อวัน (3) การแบ่งระดับคุณค่าทางโภชนาการของอาหารและเครื่องดื่ม (4) การให้คะแนนอาหารและเครื่องดื่ม และ (5) การตัดเกรดอาหารและเครื่องดื่ม ดังนั้น อาหารและเครื่องดื่มที่คัดเลือกได้แก่ เลย์ เนื่องจากมีส่วนแบ่งการขายและส่วนแบ่งการตลาดสูงสุด และมีปริมาณโซเดียมสูงตามหลักเกณฑ์การจำแนกอาหาร⁽²⁹⁾ ในขณะที่ทำไมมีส่วนแบ่งจากการขายและส่วนแบ่งการตลาดสูงเป็นลำดับที่ 2 มิได้นำเข้ามาศึกษา เพราะไม่ได้เป็นอาหารที่มี โซเดียมสูงตามหลักเกณฑ์การจำแนกอาหาร⁽²⁹⁾ แต่นำเข้าเล็กน้อยซึ่งมีส่วนแบ่งจากการขายและส่วนแบ่งการตลาดสูงเป็นลำดับที่ 2 เข้าร่วมศึกษา เพราะเป็นอาหารที่มีโซเดียมสูงตามหลักเกณฑ์การจำแนกอาหาร⁽²⁹⁾ ในส่วนของเครื่องดื่ม การศึกษานี้เลือกเครื่องดื่ม ได้แก่ โค้ก และไออิ เพราะมีส่วนแบ่งจากการขายและส่วนแบ่งการตลาดสูงสุดและมีปริมาณน้ำตาลสูงตามหลักเกณฑ์การจำแนกอาหาร⁽²⁹⁾ (ตารางที่ 1)

นิยามศัพท์

1. การตลาด หมายถึง รูปแบบและเนื้อหาที่ใช้เครื่องมือในการทำการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม ได้แก่ ส่วนประสมทางการตลาด (ประกอบด้วย ตัวสินค้า ช่องทางการจัดจำหน่าย และการส่งเสริมการตลาด) และการสื่อสารการตลาดแบบครบวงจร (ประกอบด้วย การโฆษณา การส่งเสริมการขาย การจัดกิจกรรมการตลาด

ตารางที่ 1 ส่วนแบ่งการขายและการตลาดของอาหารว่าง น้ำอัดลม และเครื่องดื่มชาพร้อมดื่ม

| Company Shares of Snacks | % Share (NBO) - Off-trade Volume, 2020 | Brand Shares of Snacks | % Share (NBO) - Off-trade Volume, 2020 | Market Shares, 2020 |
|---|--|------------------------|--|---------------------|
| อาหารว่าง (Snacks) | | | | |
| 1. Frito-Lay Thailand Co Ltd | 11.3 | 1. Lay's | 9.4 | 20.6 |
| 2. Mondelez International (Thailand) Co Ltd | 7.7 | 2. Halls | 3.4 | 6.6 |
| 3. Unilever Thai Holdings Ltd | 6.1 | 3. Taro | 3.0 | 5.0 |
| 4. URC (Thailand) Co Ltd | 5.2 | 4. Tao Kae Noi | 2.5 | 4.6 |
| 5. Nestlé (Thai) Ltd | 4.3 | 5. Jack 'n' Jill | 2.4 | 3.4 |
| น้ำอัดลม (Carbonates) | | | | |
| 1. Coca-Cola (Thailand) Ltd | 58.7 | 1. Coca-Cola | 35.1 | 34.3 |
| 2. Pepsi-Cola (Thai) Trading Co Ltd | 23.5 | 2. Pepsi | 19.98 | 19.9 |
| 3. Serm Suk PCL | 9.0 | 3. Fanta | 8.5 | 17.1 |
| 4. Aje Thai Co. Ltd. | 7.5 | 4. Est | 5.2 | 8.5 |
| 5. Boon Rawd Brewery Co Ltd | 0.4 | 5. Big | 5.1 | 7.5 |
| เครื่องดื่มชาพร้อมดื่ม (Sweetened RTD Tea) | | | | |
| 1. Oishi Group PCL | 56.8 | 1. Oishi | 48.5 | 47.5 |
| 2. Ichitan Group PCL | 28.4 | 2. Ichitan | 20.2 | 20.7 |
| 3. TC Pharmaceutical Industry Co Ltd | 4.2 | 3. Yen Yen | 8.2 | 9.5 |
| 4. Suntory PepsiCo Beverage (Thailand) Co Ltd | 3.8 | 4. Jub Jai | 5.7 | 5.4 |
| 5. Uni-President (Thailand) Co Ltd | 1.4 | 5. Puriku | 4.2 | 4.1 |

การสนับสนุนกิจกรรม การสื่อสาร ณ จุดซื้อ และการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม)

2. อาหารและเครื่องดื่ม หมายถึง อาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง และเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์และมีน้ำตาลสูง ตามเกณฑ์จำแนกอาหาร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสืบค้นข้อมูลอาหารและเครื่องดื่มที่คัดเลือกจาก Euromonitor International Database Pubmed Thai Journals Online Databases, รายงานประจำปีของบริษัทอาหารและเครื่องดื่ม, เว็บไซต์นิตยสารเกี่ยวกับการตลาด ได้แก่ Position, Marketing Oops, Marketeer และ Brand Buffet และเว็บไซต์ของบริษัทอาหารและ

เครื่องดื่มที่คัดเลือกเข้ามาศึกษา โดยสืบค้นข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2560 - กันยายน พ.ศ. 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลคำนึงถึงการระบาดของโรคโควิด 19 จึงแบ่งผลการศึกษาออกเป็นก่อน (ก่อนเดือนมกราคม พ.ศ. 2563) และช่วงเวลาระบาดของโรคโควิด 19 (เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 - เดือนกันยายน พ.ศ. 2564) ข้อมูลที่ได้มาจากฐานข้อมูลต่างๆ นำมาจัดกลุ่มข้อมูล (thematic analysis) ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) รูปแบบการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม และ (2) เนื้อหาการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม โดยใช้กรอบการวิเคราะห์ที่เกี่ยวข้องกับการตลาด ได้แก่ (1) ส่วนประสมทางการตลาด^(30,31) และ (2) การสื่อสารการตลาดแบบครบวงจร^(32,33)

การพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลเรียบร้อยแล้ว ใบประกาศนียบัตรอนุมัติ เลขที่ COA. No. 2021/06-121 Protocol No. IPSR-IRB-2021-121 เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์รูปแบบการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการตลาดอาหารและเครื่องดื่มเปรียบเทียบรูปแบบการตลาดของ 4 สินค้า พบว่า ทั้งก่อนและช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 การตลาดอาหารและเครื่องดื่ม ได้แก่ เลย์ แก้วแกมน้อย โค้ก และโออิชิ ใช้ส่วนประสมทางการตลาดและการสื่อสารการตลาดแบบครบวงจรในการทำการตลาด โดยการใช้ส่วนประสมทางการตลาด ได้แก่ ตัวสินค้าที่เป็นอาหารมีการพัฒนารสชาติของสินค้าให้สอดคล้องกับท้องถิ่นและความชื่นชอบของผู้บริโภค (เช่น เลย์สตรีทฟู้ด กลิ่นกึ่งคว่ำพริกเกลือ⁽³⁴⁾ และแจ่วฮ้อน⁽³⁵⁾ แก้วแกมน้อยรสต้มยำมันกุ้ง) ในขณะที่บรรจุภัณฑ์ของอาหารและเครื่องดื่มวางตราสินค้าภาพผู้มีชื่อเสียงหรือภาพตัวการ์ตูนบนบรรจุภัณฑ์⁽³⁶⁻³⁸⁾ การจัดจุดขายสินค้าให้น่าสนใจ⁽³⁹⁾ การเพิ่มสถานที่จัดจำหน่ายด้วยการเซ็นสัญญากับบริษัทต่างๆ (เช่น บริษัท ไทยน้ำทิพย์ จำกัด ร่วมกับ บริษัท หาดทิพย์ จำกัด (มหาชน) ผู้ผลิตและจำหน่ายผลิตภัณฑ์โคคา-โคลา ภายใต้กลุ่มธุรกิจโคคา-โคลา ในประเทศไทย เซ็นสัญญากับ บริษัท เอสเอฟ คอร์ปอเรชั่น จำกัด (มหาชน) ต่อเนื่อง อีก 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2561 ไปจนถึง พ.ศ. 2566 โดยโค้กเป็นเครื่องดื่มชนิดเดียวที่สามารถวางขายในโรงพยาบาลนครีเอเอสเอฟ⁽⁴⁰⁾ หรือ แมคโดนัลด์ เดอะฟิชซาคอมปะนี ทำสัญญาโดยโค้กเป็นเครื่องดื่มที่สามารถวางขายในร้านอาหารดังกล่าวได้^(41, 42) นอกจากนี้ การสื่อสารการตลาดแบบครบวงจรของทั้ง 4 สินค้า เหมือนกัน คือ การโฆษณาด้วยการใช้ผู้แสดงแบบที่มีชื่อเสียง เช่น นักแสดง นักร้อง ดารา หรือตัวการ์ตูนของบริษัทเอง (brand character) และการใช้ตราสินค้าและสีที่สอดคล้องกับสินค้า⁽⁴³⁻⁴⁶⁾ อีกทั้งยังมีการส่งเสริมการขาย

ได้แก่ การลด แลก แจก แถม (เช่น การซื้อสินค้าเพื่อสะสมคะแนนแล้วนำมาแลกรับของต่างๆ เช่น ถุงผ้า เสื้อกระติกน้ำ⁽⁴⁷⁾) การสนับสนุนกิจกรรมที่อยู่ในความสนใจของผู้บริโภค (เช่น ดนตรี กีฬา ภาพยนตร์ ละครชุด⁽⁴⁸⁻⁵⁰⁾) การแข่งขันและการชิงโชคโดยได้รับรางวัลที่มีมูลค่าสูง (เช่น รถยนต์⁽⁵¹⁾ สมาร์ทโฟน⁽⁵²⁾) หรือรางวัลที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้แสดงแบบ (เช่น ซื้อเก้าอี้แกมน้อยครบ 99 บาท ส่งใบเสร็จ 1 คน สามารถส่งใบเสร็จได้ไม่เกิน 5 ครั้ง จากนั้นจับรางวัลเพื่อให้ได้เข้าร่วมพบเซฮุน Taokaenoi X Sehun First in Bangkok 2019⁽³⁶⁾ หรือไปท่องเที่ยวกับ SBFIVE ที่ประเทศสิงคโปร์ หรือลองเรือแม่น้ำเจ้าพระยาไปกับ F4^(53, 54)) การสร้างร่วมมือกันระหว่างตราสินค้า เช่น เลย์ผลิตภัณฑ์มันฝรั่งเลย์กลีนแอมซิสแซนวิชของ 7-Eleven⁽⁵⁵⁾ มันฝรั่งกระป๋อง “พริงเกิลส์” (Pringles) ร่วมกับเก้าอี้แกมน้อยผลิตภัณฑ์มันฝรั่ง 2 รสชาติ ได้แก่ รสสหาร่ายเก้าอี้แกมน้อยคลาสสิกและรสสหาร่ายเก้าอี้แกมน้อยเผ็ด⁽⁵⁶⁾ เป็นต้น และการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม เช่น TKN (เก้าอี้แกมน้อย) เชิญชวนชาวชุมชนหน้าไม่รับการตรวจสุขภาพประจำปี⁽⁵⁷⁾ หรือ หาดทิพย์ จำกัด (มหาชน) มอบสนามเด็กเล่นให้โรงเรียนบ้านดอนงามและมอบทุนการศึกษา⁽⁵⁸⁾ โออิชิบริจาคเครื่องดื่มให้เจ้าหน้าที่ตำรวจในโครงการณรงค์ขับขีปลดภัยช่วงสงกรานต์และมอบเครื่องกรองน้ำดื่มให้โรงเรียนบ้านมณีโชติสามัคคี อำเภอวังม่วง จังหวัดสระบุรี ซึ่งตั้งอยู่ใกล้โรงงานอุตสาหกรรมสำหรับผลิตเครื่องดื่มโออิชิ^(59, 60) (ตารางที่ 2)

อย่างไรก็ตาม ในช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 การใช้ส่วนประสมทางการตลาด ได้แก่ จุดจำหน่ายสินค้าเป็นสถานที่หรือร้านค้า⁽⁶¹⁾ แต่ในช่วงการระบาดของโควิด 19 ใช้การจำหน่ายสินค้าผ่านทางช่องทางออนไลน์⁽⁶²⁾ ในขณะที่การสื่อสารการตลาดแบบครบวงจร พบว่า ในช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 การจัดกิจกรรมทางการตลาดเป็นการจัดตามสถานที่ต่างๆ (เช่น วันที่ 16 มีนาคม พ.ศ. 2562 แก้วแกมน้อยจัดกิจกรรมเปิดตัวผู้แสดงแบบใหม่ คือ F4 นักแสดงจากประเทศจีน ณ ศูนย์การค้าเซ็นทรัลเวิลด์⁽⁶³⁾) แต่ในช่วงการระบาดของโควิด 19 การจัดกิจกรรมทางการตลาดเป็นการจัดทางออนไลน์ผ่าน Zoom เช่น วันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2564 มีการสัมภาษณ์ผู้แสดงแบบและการจัดมินิคอนเสิร์ต

ตารางที่ 2 รูปแบบของการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม

| รูปแบบของการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม | เลย์ | เจ้าแกนน้อย | โค้ก | โออิชิ |
|-------------------------------------|------|-------------|------|--------|
| ส่วนประสมทางการตลาด | | | | |
| 1. ตัวสินค้า | X | X | X | X |
| 2. บรรจุภัณฑ์ | X | X | X | - |
| 3. สถานที่จัดจำหน่าย | X | X | X | X |
| การสื่อสารการตลาดแบบครบวงจร | | | | |
| 4. การโฆษณา | X | X | X | X |
| 5. การส่งเสริมการขาย | X | X | X | X |
| 6. การจัดกิจกรรม | - | - | - | X |
| 7. การสนับสนุนกิจกรรม | - | X | X | X |
| 8. การสื่อสาร ณ จุดขาย | X | X | X | - |
| 9. การร่วมมือกันระหว่างตราสินค้า | X | X | X | - |
| 10. การแข่งขันและการชิงโชค | X | X | X | X |
| 11. การแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม | X | X | X | X |

Lay's Stax Taste Celebration Live Event บิวทิงพีพี หนนท์ ธนนท์ ผ่าน Zoom เป็นเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที⁽⁶⁴⁾ อีกทั้ง การแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม ในช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 สินค้าทั้ง 4 สินค้า มอบสิ่งของที่บริจาคให้แก่ชุมชน โรงเรียน เป็นเงิน สิ่งของ หรือทุนการศึกษา^(57,65) ในขณะที่ช่วงการระบาดของโควิด 19 การบริจาคส่วนใหญ่เป็นอุปกรณ์ทางการแพทย์ หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ ให้แก่หน่วยงานทางสาธารณสุข^(57,66,67)

2. การวิเคราะห์เนื้อหาการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม

ในส่วนของเนื้อหาการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม แบ่งออกเป็น 5 เนื้อหาหลัก และเนื้อหาของการตลาด 4 สินค้าที่เหมือนกัน ได้แก่ อารมณ์และความรู้สึกที่ข้องเกี่ยวกับรสชาติอร่อย สดชื่น รับประทานแล้วมีความสุขและสนุกสนาน⁽⁶⁸⁻⁷⁰⁾ อย่างไรก็ตาม เลย์ เจ้าแกนน้อย และโค้ก เน้นเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ของครอบครัว⁽⁷¹⁾ เพื่อน⁽⁶⁹⁾ หรือ คนรัก⁽⁴³⁾ และรับประทานได้ทั้งครอบครัว^(43,71) ในขณะที่โออิชิไม่ได้นำเสนอเนื้อหาความสัมพันธ์และพฤติกรรมผู้บริโภค แต่โฆษณาเป็นแนวแฟนตาซี เช่น ผู้แสดงแบบเป็นตัวมาริโอ้และกระโดดรับประทานวุ้นเจลลี่ที่มีอยู่ในน้ำชาเขียวโออิชิ⁽⁷²⁾ นอกจากนี้ เจ้าแกนน้อยและโออิชิ มุ่งเน้นสื่อสารคุณค่าของสารอาหารว่า สินค้าของตนนั้นคัดเลือกวัตถุดิบ

ที่มีคุณภาพ มีสารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายและดีต่อสุขภาพ เช่น “รู้หรือเปล่า? ในสาหร่ายทะเลมีธาตุสังกะสีที่ช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันให้ร่างกายด้วยนะ รู้ใจแล้วก็เลือกกินให้ถูกละ จำให้ขึ้นใจ สาหร่ายที่ฟินและดีต้องเจ้าแกนน้อยเท่านั้น!!”⁽⁷³⁾ ซึ่งแตกต่างจากเลย์และโค้กที่ไม่ได้นำเสนอในประเด็นเหล่านี้

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างอาหาร ความเหมือนระหว่างเลย์และเจ้าแกนน้อยเน้นสินค้ารับประทานได้ทั้งครอบครัว ความแตกต่าง คือ เลย์เป็นอาหารว่าง ส่วนเจ้าแกนน้อยเป็นสินค้าที่รับประทานกับอาหารอื่นๆ ได้ เช่น ข้าวห่อสาหร่าย⁽⁷⁴⁾ เป็นอาหารที่มีคุณภาพผลิตจากวัตถุดิบที่ดี⁽⁷⁵⁾ และมีประโยชน์ต่อร่างกายดีต่อสุขภาพ⁽⁷³⁾ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเครื่องดื่ม โค้กและโออิชิเน้นสื่อสารเหมือนกันว่าสินค้าดีต่อสุขภาพ เช่น น้ำตาลน้อย หรือไม่มีน้ำตาล^(60,76) แต่ความแตกต่างกัน คือ โค้กเน้นการเข้าใจข้อมูลเชิงลึก (insight) ของผู้บริโภคในเชิงสังคมและวัฒนธรรม เช่น ให้ทุกคนหันมาเปิดใจและแสดงความรู้สึกกับคนที่รัก⁽⁴³⁾ การดื่มโค้กกับการเดินทางกลับบ้านในช่วงสงกรานต์⁽⁷⁷⁾ การวางจำหน่ายสินค้าคู่กับอาหารอื่นๆ เช่น โค้กเป็นเครื่องดื่มที่วางขายในร้านแมคโดนัลด์ เดอะพิชช่าคอมปะนี^(41,42) ในขณะที่ชาเขียวโออิชิเน้นคุณภาพของสินค้า ได้แก่

วัตถุดิบชั้นดี เช่น โออิชิโกลด์ผลิตจากสามยอดอ่อนใบชาจากไร่ชามัตสึตะ เมืองโอมาเอะซากิ ประเทศญี่ปุ่น แหล่งกำเนิดใบชาเขียวคุณภาพเยี่ยมมากกว่า 100 ปี ใบชาถูกปกคลุมเป็นเวลาหนึ่งสัปดาห์ก่อนเก็บเกี่ยวเพื่อรักษารสชาติ และรับประกันด้วยรางวัล “The Emperor’s Cup” จากองค์จักรพรรดิญี่ปุ่น⁽⁷⁸⁾ และมีสารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น ซาวาโคจะเป็นชาญี่ปุ่นเกรดพรีเมียม มีสารทีเอพลาวินเป็นสารธรรมชาติช่วยกระตุ้นการเผาผลาญไขมัน พร้อมทั้งยังมีไฟเบอร์ เพิ่มกากในระบบทางเดินอาหาร ช่วยกระตุ้นการขับถ่าย⁽⁷⁹⁾ (ตารางที่ 3)

นอกจากนี้ ผลการศึกษาทั้งรูปแบบและเนื้อหาคาดอาหารและเครื่องดื่มเหล่านี้ ไม่ครอบคลุมตามข้อกำหนดการโฆษณาของพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522⁽⁸⁰⁾ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 เรื่องอาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ และค่าพลังงานน้ำตาลไขมันและโซเดียมแบบจัดเอ⁽⁸¹⁾ และประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเรื่องหลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. 2564⁽⁸²⁾ รวมทั้ง พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522⁽⁸³⁾ และกฎกระทรวงฉบับที่ 5 (2534) ออกตามความในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522⁽⁸⁴⁾

ตารางที่ 3 เนื้อหาของการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม

| เนื้อหาของการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม | เลย | เฝ้าแก่น้อย | โค้ก | โออิชิ |
|--------------------------------------|-----|-------------|------|--------|
| 1. อารมณ์และความรู้สึก | | | | |
| ความอร่อย | X | X | X | X |
| ความสนุกสนาน | X | X | X | X |
| ความสุข | X | X | X | X |
| ความสดชื่น | X | X | X | X |
| ความรู้สึกว่าดีต่อสุขภาพ | - | X | - | X |
| 2. ความสัมพันธ์/ความผูกพัน | | | | |
| ครอบครัว | X | X | X | - |
| เพื่อน | X | X | X | - |
| คนรัก | X | X | X | - |
| 3. กิจกรรมนันทนาการ | | | | |
| ดนตรี | X | X | X | X |
| กีฬา | X | X | X | - |
| ท่องเที่ยว | X | X | X | X |
| 4. คุณค่าของสารอาหาร | | | | |
| สารอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย | - | X | - | X |
| วัตถุดิบมีคุณภาพ | - | X | - | X |
| 5. พฤติกรรมการบริโภค | | | | |
| รับประทานได้ทั้งครอบครัว | X | X | X | - |
| รับประทานร่วมกับอาหารอื่น | - | X | X | - |

วิจารณ์

การศึกษานี้ศึกษาการทำตลาดอาหารและเครื่องดื่มของประเทศไทยในปัจจุบัน และวิเคราะห์รูปแบบและเนื้อหาของการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม ซึ่งการตลาดอาหารและเครื่องดื่ม ได้แก่ เลย์ แก่แกน้อย โค้ก และโออิชิ สินค้าเหล่านี้มีรูปแบบการทำตลาดด้วยการใช้ส่วนประสมทางการตลาดและการสื่อสารการตลาดแบบครบวงจรที่กฎหมายของประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่มีควบคุม โดยการใช้ส่วนประสมทางการตลาด ได้แก่ ตัวสินค้า การศึกษานี้พบว่า ตัวสินค้ามาพัฒนารสชาติให้สอดคล้องกับรสชาติและอาหารของคนไทย ทั้งนี้เนื่องมาจากอาหารกลุ่มนี้มีกลุ่มผู้บริโภคส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มองหาสิ่งใหม่ตลอดเวลาและกล้าลองสิ่งใหม่⁽⁸⁵⁾ และสอดคล้องกับแนวคิด hyper localization คือ การศึกษาเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารที่เป็นวิถีชีวิต วัฒนธรรม และรสนิยมท้องถิ่นของผู้บริโภค และค้นหาอาหารที่ผู้บริโภคชื่นชอบ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาตัวสินค้า ดังนั้น อาหารและเครื่องดื่มเหล่านี้ จึงมีการผลิตหรือสร้างสรรค์สินค้าที่มีรสชาติใหม่ๆ เพื่อให้สอดคล้องกันกับวิถีชีวิตและความสนใจและความชอบของผู้บริโภค⁽⁸⁶⁾

ในขณะที่บรรจุกฎหมายของสินค้าในการศึกษานี้พบว่า การวางภาพผู้มีชื่อเสียงหรือภาพตัวการ์ตูนและตราสินค้าบนบรรจุภัณฑ์ของอาหารและเครื่องดื่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาบรรจุกฎหมายอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพของประเทศออสเตรเลียและเบลเยียมที่ระบุว่า ชอง ขวดหรือกระป๋องของอาหารและเครื่องดื่มเหล่านี้ออกแบบดึงดูดใจเด็ก โดยมีภาพของตราสินค้า ผู้มีชื่อเสียงหรือคนดังและการ์ตูน^(87,88) และในส่วนของสถานที่จัดจำหน่าย การศึกษานี้พบว่า บริษัทอาหารจัดวางสินค้าให้ให้น่าสนใจและการเซ็นสัญญากับบริษัทต่างๆ เพื่อเพิ่มสถานที่จัดจำหน่าย เพราะเป็นการเพิ่มการเข้าถึงสินค้าโดยให้ผู้บริโภคเข้าถึงได้มากยิ่งขึ้น^(41,42) ซึ่งแตกต่างการศึกษาของประเทศออสเตรเลียและกัวเตมาลาที่เปรียบเทียบการวางจำหน่ายระหว่างอาหารและเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพและอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ โดยพบว่า ซูเปอร์มาร์เก็ตและร้านค้ารอบโรงเรียนมีการวางจำหน่ายอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพมากกว่าอาหารที่ดีต่อสุขภาพ^(87,89)

ผลการศึกษาด้านการสื่อสารการตลาดแบบครบวงจรของการศึกษาในครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศไทย ใน พ.ศ. 2558 ที่พบว่า อุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูงๆ ของประเทศไทย ใช้การสื่อสารการตลาดแบบครบวงจร อันได้แก่ การโฆษณา การส่งเสริม การขาย การจัดและการสนับสนุนกิจกรรม การสื่อสาร ณ จุดขาย การแข่งขันและการชิงโชค และการแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม⁽²¹⁾ เพราะการสื่อสารการตลาดแบบครบวงจรเป็นการใช้เครื่องมือในการสื่อสารที่หลากหลายไปพร้อมๆ กัน เพื่อเข้าไปสร้างความผูกพัน (engagement) กับกลุ่มเป้าหมายทุกวิถีทาง⁽³²⁾ อย่างไรก็ดีตาม พบความแตกต่างในแต่ละกิจกรรมของการสื่อสารการตลาดแบบครบวงจรระหว่างการศึกษาใน พ.ศ. 2558 และการศึกษานี้ คือ การศึกษานี้ไม่พบการประชาสัมพันธ์การขายโดยใช้พนักงานขาย และการตลาดทางตรง ทั้งนี้ อาจเกิดจากการระบาดของโรคโควิด 19 เพราะกิจกรรมเหล่านี้มีลักษณะของการติดต่อสื่อสารแบบเผชิญหน้า หรือตัวต่อตัว และมาตรการลดการสัมผัสและการเว้นระยะห่างตามข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 37)⁽⁹⁰⁾ จึงทำให้บริษัทอาหารและเครื่องดื่มงดการจัดกิจกรรมเหล่านี้

ผลการศึกษาพบว่า การโฆษณาใช้ผู้แสดงแบบที่มีชื่อเสียงหรือตัวการ์ตูนของบริษัทเอง (brand character) สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศไทย นิวซีแลนด์ สหรัฐอเมริกา อาร์เจนตินา และไอซ์แลนด์ ซึ่งพบว่า ผู้แสดงแบบในโฆษณาเป็นผู้มีชื่อเสียง เช่น นักร้อง นักแสดง หรือตัวการ์ตูนของบริษัทอาหาร⁽⁹¹⁻⁹⁵⁾ ในขณะที่การศึกษานี้ โฆษณามีการแสดงตราสินค้า แต่การศึกษาในประเทศออสเตรเลียกลับพบว่า การใช้ตราสินค้าปรากฏในการให้การสนับสนุนการแข่งขันกีฬา^(96,97) ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากออสเตรเลียมีแนวปฏิบัติชื่อว่า “Food and Beverages Advertising Code” กำหนดการโฆษณาแบบสปอนเซอร์ ต้องไม่แสดงผลลักษณ์ บรรจุกฎหมาย หรือภาพการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารหรือเครื่องดื่ม⁽⁹⁸⁾

การศึกษานี้พบการส่งเสริมการขายด้วยการลด แลก แจก แถม ในขณะที่การศึกษาของประเทศไทยสหรัฐอเมริกาและบราซิลพบว่า อาหารและเครื่องดื่มมีการส่งเสริมการขาย

เช่นกัน แต่เป็นการให้ข้อเสนอพิเศษ เช่น การแถมของขวัญ แทนนั้น^(99,100) และออสเตเรียมีการส่งเสริมการขาย ด้วยการลด⁽¹⁰¹⁾ ในส่วนผลการศึกษาเกี่ยวกับการแข่งขัน และการชิงโชคนั้น การศึกษานี้พบว่า อาหารและเครื่องดื่ม มีการให้ของรางวัลที่มีมูลค่าสูง เช่น รถยนต์ และจำกัดความถี่ ในการร่วมกิจกรรมชิงโชคได้ 5 ครั้ง ซึ่งแตกต่างจากประเทศ ออสเตรเลียที่กฎหมายกำหนดให้มีมูลค่าของรางวัลสูงสุด ได้เพียง 5,000 ดอลลาร์ออสเตรเลีย หรือประมาณ 125,000 บาท และกำหนดชัดเจนในเรื่องของจำนวนครั้ง ของการสื่อสารเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมว่า ส่งข้อความเพียง 1 ครั้ง⁽¹⁰²⁾ นอกจากนี้ ตามแนวคิดของ Belch GF และคณะยังระบุด้วยว่า การส่งเสริมการขายด้วยการลด แลก แจก แถม เป็นสิ่งจูงใจที่มีคุณค่าพิเศษที่กระตุ้นผู้บริโภค คนสุดท้าย (ultimate consumer) ให้เกิดความสนใจ การทดลองใช้ หรือการซื้อ การส่งเสริมการขายมีเป้าหมาย เพื่อให้เกิดการซื้อในทันทีทันใด ในขณะที่การชิงโชคถือว่าเป็นการใช้กลยุทธ์ดึง (pull strategy) ที่มุ่งกระตุ้นผู้บริโภค ให้เกิดพฤติกรรมการซื้อ ทั้งการส่งเสริมการขายและการชิงโชคเป็นเครื่องมือกระตุ้นความต้องการซื้อที่ใช้สนับสนุน การโฆษณาไปด้วย⁽¹⁰³⁾ ดังนั้น การส่งเสริมการขายและการชิงโชคจึงเป็นเทคนิคกระตุ้นให้ลูกค้าซื้อสินค้า^(103, 104)

เนื้อหาการตลาดอาหารและเครื่องดื่มของการศึกษานี้ พบว่า ทั้ง 4 สินค้า นำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับอารมณ์และความรู้สึกเกี่ยวกับรสชาติอร่อย สดชื่น รับประทานแล้ว มีความสุขและสนุกสนาน ความสัมพันธ์ของครอบครัวและเพื่อน และการบริโภคสินค้าได้ทั้งครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศจีน เปรู มาเลเซีย สวีเดน และสหรัฐอเมริกา ซึ่งระบุว่า โฆษณาอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ มักนำเสนอเนื้อหาเกี่ยวกับรสชาติ ความสนุกสนาน^(92,105-108) และความสัมพันธ์และการบริโภคสินค้าร่วมกับครอบครัว และเพื่อน^(92, 106-108) อีกทั้งยังสอดคล้องกับทฤษฎีพัฒนาการของมนุษย์ด้านพัฒนาการทางสังคม ที่กล่าวว่า มนุษย์ ต้องการอยู่ร่วมกับเป็นหมู่คณะ โดยตั้งแต่เด็ก เด็กเริ่มจากอยู่ร่วมกับครอบครัว และออกจากบ้าน ไปสู่หน่วยสังคมอื่น จุดศูนย์กลางสังคมของเด็ก คือ โรงเรียน เด็กจะเรียนรู้บทบาทใหม่ คือ การเป็นสมาชิกของกลุ่มเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน เด็กมีโลกใหม่อีกโลกหนึ่งคือ โลกเพื่อนร่วมวัย (the world of peer) เด็กจึงสร้างสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน

ในกลุ่ม เพราะการรวมกลุ่มกับเพื่อนร่วมวัยหลายๆ คน ทำให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นใจ สนุกสนาน มีความเข้าใจ และความ เป็นเจ้าของซึ่งกันและกัน ต้องการความรักและการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ในส่วนของกลุ่มวัยรุ่นมีความต้องการรวมพวกพ้อง มีกลุ่มก้อน ซึ่งมีผลต่อความอบอุ่นและความมั่นคงทางจิตใจ^(85,109) ดังนั้น การโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มจึงใช้ความสัมพันธ์เป็นเนื้อหาในการโฆษณา เพื่อเข้าถึงความต้องการของมนุษย์ในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น และวางตำแหน่งให้สินค้าเป็นตัวกลางช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ภาพ

นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังพบว่า ถ้าแก่น้อยและโออิซิมี่เนื้อหาเกี่ยวกับคุณค่าของสารอาหารว่า สินค้าคัดเลือกวัตถุดิบที่มีคุณภาพ มีสารอาหารที่เป็นประโยชน์ ต่อร่างกาย และดีต่อสุขภาพ สอดคล้องกับการวิเคราะห์เนื้อหาโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มของประเทศจีน มาเลเซีย และแอฟริกาใต้ ที่ระบุว่า ข้อความในโฆษณาเกี่ยวกับ ประโยชน์ด้านสุขภาพหรือคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร แก่ผู้บริโภค^(92,105,110) เช่น “เพิ่มสุขภาพที่ดี” “เสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน” และ “มีความสมดุลทางโภชนาการ” การใช้ประโยชน์ ข้อดี หรือคุณภาพของสินค้า เพื่อสร้างความสนใจ และจูงใจด้านเหตุผลเป็นหลักให้แก่ผู้บริโภค ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเลือกเชิงเหตุผล (Rational Choice Theory) ของ Brown DK ที่มีความเชื่อพื้นฐานว่า ความมีเหตุผล (rationality) เป็นการกระทำซึ่งเกิดจากแรงเร้าของผลประโยชน์ส่วนตัว (self-interested) และประสิทธิภาพ ที่จะบรรลุผลสัมฤทธิ์ซึ่งเป้าหมายที่ถูกกำหนดไว้ ดังนั้น พฤติกรรมเชิงเหตุผลจึงเป็นการกระทำที่ได้รับการคำนวณ ในเหตุผล ซึ่งผู้คนได้ประเมินวิถีทางเลือกที่เป็นประโยชน์ เพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตนเองได้วางไว้^(109,110)

การตลาดอาหารและเครื่องดื่มมีรูปแบบ ได้แก่ การพัฒนารสชาติของสินค้า ใช้ผู้แสดงแบบที่มีชื่อเสียง และการตุนของบริษัทร่วมในการโฆษณาและบรรจุภัณฑ์ รวมทั้งการใช้การส่งเสริมการขายและการชิงโชค ในส่วนของเนื้อหาเกี่ยวข้องกับรสชาติ ความสนุกสนาน ความสัมพันธ์ของครอบครัวและเพื่อน และคุณค่าของสารอาหารในสินค้า ซึ่งรูปแบบและเนื้อหาเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมการซื้อและการบริโภคของเด็ก ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการควบคุมรูปแบบและเนื้อหาเหล่านี้ และการศึกษานี้ศึกษา

การตลาดอาหารและเครื่องดื่มทางสื่อสิ่งพิมพ์ออนไลน์เป็นหลัก การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาการตลาดอาหารและเครื่องดื่มทางสื่ออื่นๆ เช่น เฟซบุ๊ก ยูทูป ควรศึกษาอาหารและเครื่องดื่มในกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มขนมหวาน กลุ่มอาหารจานด่วน กลุ่มนม กลุ่มเครื่องปรุงรส และควรศึกษาความชุกของการวางจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพในร้านค้าปลีกและร้านสะดวกซื้อ เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนานโยบายด้านการควบคุมการตลาดอาหารและเครื่องดื่มในประเทศไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการให้ทุนสนับสนุนการวิจัย บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการติดตามการตลาดที่เกี่ยวข้องกับอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเด็กและเยาวชนผ่านสื่อโทรทัศน์ และ YouTube ภายใต้โครงการวิจัยด้านอาหารและโภชนาการ เพื่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานด้านอาหารและโภชนาการในประเทศไทย ข้อตกลงเลขที่ 64-00-0197

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. WHO global NCD action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
2. World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization; 2020.
3. วิชัย เอกพลากร, ลัดดา เหมาะสุวรรณ, นิชรา เรืองดารกานนท์, วราภรณ์ เสถียรนพเกล้า, หทัยชนก พรคนเจริญ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายสุขภาพเด็ก ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
4. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, มหาวิทยาลัยมหิดล. โครงการพัฒนางานวิจัยเชิงนโยบาย เพื่อลดปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
6. Mattes R, Foster GD. Food environment and obesity. Obesity 2014;22(12):2459-61.
7. Osei-Assibey G, Dick S, Macdiarmid J, Semple S, Reilly JJ, Ellaway A, et al. The influence of the food environment on overweight and obesity in young children: a systematic review. BMJ Open 2012;2(6):e001538.
8. Chandon P, Wansink B. Does food marketing need to make us fat? A review and solutions. Nutrition Reviews 2012;70(10):571-93.
9. Seiders K, Petty RD. Obesity and the role of food marketing: a policy analysis of issues and remedies. Journal of Public Policy & Marketing 2004;23(2):153-69.
10. Smith R, Kelly B, Yeatman H, Boyland E. Food marketing influences children's attitudes, preferences and consumption: a systematic critical review. Nutrients 2019;11(4).
11. Sadeghirad B, Duhane T, Motaghipisheh S, Campbell NRC, Johnston BC. Influence of unhealthy food and beverage marketing on children's dietary intake and preference: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. Obesity Reviews 2016;17(10):945-59.
12. Sisson SB, Broyles ST, Robledo C, Boeckman L, Leyva M. Television viewing and variations in energy intake in adults and children in the USA. Public Health Nutrition 2012;15(4):609-17.
13. Boyland EJ, Nolan S, Kelly B, Tudur-Smith C, Jones A, Halford JC, et al. Advertising as a cue to consume: a systematic review and meta-analysis of the effects of acute exposure to unhealthy food and nonalcoholic beverage advertising on intake in children and adults. The American Journal of Clinical Nutrition 2016;103(2):519-33.
14. Boyland EJ, Harrold JA, Dovey TM, Allison M, Dobson S, Jacobs MC, et al. Food choice and overconsumption: effect of a premium sports celebrity endorser. Journal of Pediatrics 2013;163(2):339-43.

15. McAlister AR, Cornwell TB. Collectible toys as marketing tools: understanding preschool children's responses to foods paired with premiums. *Journal of Public Policy & Marketing* 2012;31(2):195-205.
16. Robinson TN, Borzekowski DL, Matheson DM, Kraemer HC. Effects of fast food branding on young children's taste preferences. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2007;161(8):792-7.
17. Jaichuen N, Phonsuk P, Phulkerd S, Chaisong S, Thamarangsi T. Brand recall brand name logo recognition by school children in Prathom 6. *Journal of Health Systems Research* 2012;6(1):72-85.
18. Boyland EJ, Halford JC. Television advertising and branding. Effects on eating behaviour and food preferences in children. *Appetite* 2013;62:236-41.
19. Norman J, Kelly B, McMahon AT, Boyland E, Chapman K, King L. Remember me? Exposure to unfamiliar food brands in television advertising and online advergames drives children's brand recognition, attitudes, and desire to eat foods: a secondary analysis from a crossover experimental-control study with randomization at the group level. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 2020;120(1):120-9.
20. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
21. นงนุช ใจชื่น, วาทีณี คุณเผือก, สิริรินทร์ยา พูลเกิด, ทักษพล ธรรมรังสี. อุตสาหกรรมอาหาร กลยุทธ์การสื่อสารการตลาด และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอาหารและเครื่องดื่มของประเทศไทย. *วารสารศาสตร์* 2558;8(2):171-90.
22. สตรีโรจน์ สุกมลสันต์, วรรณภา ศรีวิริยานุภาพ, วิทยา กุลสมบูรณ์. การโฆษณาในรายการโทรทัศน์สำหรับเด็ก: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการกำกับดูแล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2557;8(2):210-20.
23. Jaichuen N, Media Monitor. Food and beverages advertising on children's television programs: a loophole and control crisis. *Journal of Health Systems Research* 2016;10(4):377-93.
24. Jaichuen N, Vongmongkol V, Suphanchaimat R, Sasiwatpaisit N, Tangcharoensathien V. Food marketing in Facebook to Thai children and youth: the assessment of Thai regulations. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2019;16:1204.
25. นงนุช ใจชื่น. การสื่อสารการตลาดอาหารในโรงเรียนประถมศึกษา. *วารสารศาสตร์* 2559;9(3):245-69.
26. Snacks in Thailand: country report [Internet]. Euromonitor International Database 2021 [cited 2021 Aug 5]. Available from: <https://www-portal-euromonitor-com.ejournal.mahidol.ac.th/portal/analysis/tab>
27. Carbonates in Thailand: country report [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 5]. Available from: <https://www-portal-euromonitor-com.ejournal.mahidol.ac.th/portal/analysis/tab>
28. RTD tea in Thailand: country report [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 5]. Available from: <https://www-portal-euromonitor-com.ejournal.mahidol.ac.th/portal/analysis/tab>
29. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือการจำแนกอาหาร ขนม นม และเครื่องดื่มตามมาตรฐานโภชนาการสำหรับเด็กอายุ 3-15 ปี (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึก; 2560.
30. Pathumsoot. S. Marketing mix and purchasing behavior of small personal cars of consumers in Suphan Buri province. *Journal of Management Science Nakhon Pathom Rajabhat University* 2018;5(1):1-13.
31. ศิริวรรณ เสรีรัตน์. การบริหารการตลาดยุคใหม่ . กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร; 2552.
32. อรรถการ สัตยพานิชย์. 50 ปี ส่วนประสมทางการตลาดสู่การเติบโตของศาสตร์การสื่อสารการตลาดแบบครบวงจร จากมุมมองนักวิชาการและนักสื่อสารการตลาด. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา* 2558;23(42):247-67.
33. ชื่นจิตร์ แจ้งเจนกิจ. IMC & marketing communication: กลยุทธ์การสื่อสารการตลาด. 6th ed. กรุงเทพมหานคร: Brand Agebooks; 2556.
34. Lays Thailand. มาแล้ว! เลย์สกึ่งควัฟริกเกลือ อร่อยเหมือนวาร์ปไปกินถึงจีน. Bangkok: Lays Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 11 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.youtube.com/user/LaysThailand/videos>
35. Lays Thailand. เลย์กลิ่นแจ้วอ่อนหม้อไฟ จัดจ้าน ถึงใจ. Bangkok: Lays Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 11 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.youtube.com/watch?v=QCkaJ74CID0>

36. Admin. อ่านกลยุทธ์ “ไอดอล มาร์เก็ตติ้ง” เก้าแก่น้อย จาก F4 สู่ BNK48 และ เชฮุน EXO. Bangkok: Positioning [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 17 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://positioningmag.com/1247554>
37. Taokaenoi. Products. Bangkok: Taokaenoi Co., Ltd. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 17 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.taokaenoi.co.th/product.php>
38. Marketeer. Coca-Cola ปลูกพลังอีโร่งเอ็กซ์คลูซีฟบ็อกซ์เซต Avengers: Endgame ขายออนไลน์ Bangkok: Marketeer [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://marketeeronline.co/archives/101271>
39. PepsiCo Thailand. การสร้างชั้นวางของเลย์ (Display) ใช้แนวคิด Premium, Impulsive and Fun. Bangkok: PepsiCo Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 12 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://web.facebook.com/pepsicjobsthailand/photos/a.121018263366720/195360209265858/>
40. Admin. โค้ก ยืดโร่งหน่งเอสเอฟ ต่อสัญญาขายเครื่องดื่มอีก 5 ปี. Bangkok: Positioning [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://positioningmag.com/1186031>.
41. Marketeer. ‘โคคา-โคล่า’ จับมือ ‘เดอะ พิชซ่า คอมปะนี’ ผนึกกำลังมอบความสุขให้ชาวไทย “อโร่งซ่าไปด้วยกันผ่านมือพิชซ่า”. Bangkok: Marketeer [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://marketeeronline.co/archives/130647>
42. PR News. แมคโดนัลด์จับคู่เฟรนช์ฟรายส์กับโค้กดับร้อนสงกรานต์. Bangkok: Positioning [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 21 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://positioningmag.com/1165781>
43. Coca-Cola Thailand. ยิ่งเปิดใจยิ่งใกล้กัน. Bangkok: Coca-Cola Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 22 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.youtube.com/watch?v=HBI00UXh1Jw>
44. Lays Thailand. เลย์ Thai Taste อโร่งจัดจ้าน รสชาติไทยๆ. Bangkok: Lays Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 12 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://www.youtube.com/watch?v=DD_XEnBM_pY
45. Admin. ชัดให้ตาย คีคสาหร่ายพรีเซนเตอร์เกาหลี ‘เก้าแก่น้อย GOT7 VS ‘มาชิตะ NCT’. Bangkok: Brand Buffet [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 17 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.brandbuffet.in.th/2017/02/seaweed-snack-mashita-taokaenoi/>
46. Marketeer. เดกซ์หวังใช้ “วันพิช” ช่วยโกยรายได้ ตั้งเป้าปีนี้แตะ 300 ล้าน. Bangkok: Marketeer [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 18 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://marketeeronline.co/archives/117147>
47. Lays Thailand. เลย์ชวนฟิน กินแลกพอยท์. Bangkok: Lays Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 12 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://web.facebook.com/laysThailand/photos/pcb.4312924298746075/4312907062081132>
48. Brand Buffet. น้ำดำเดือดส่งท้ายปี ‘โค้ก’ ตอกย้ำ Positioning “ความสัมพันธ์ระหว่างมืออาหาร” ทุบสถิติโลกชนขวดโค้กยาวที่สุดในโลก. Bangkok: Brand Buffet [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 22 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.brandbuffet.in.th/2019/12/coca-cola-x-guinness-world-records/>
49. บริษัท หาดทิพย์ จำกัด (มหาชน). รายงานประจำปี 2562 บริษัท หาดทิพย์ จำกัด (มหาชน). สงขลา: หาดทิพย์; 2562.
50. Marketeer. เดกซ์ [ตรีเม เอกซ์เพรส] จับมือ ไฟว์สตาร์ เอเจเนซี และอีซูซู จัดฉายภาพยนตร์ ‘One Piece Stampede’. Marketeer: Bangkok [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 18 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://marketeeronline.co/archives/120612>
51. PR News. “โออิชิ กรีนที” แจกหมักรับซัมเมอร์ กับโปรโมชันสุดยิ่งใหญ่ “โออิชิ รสสุดอพิ ทริปสุดโอ”. Bangkok: Positioning [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 25 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://positioningmag.com/1214255>
52. Coca-Cola Thailand. เปิดจังหวะซ่าในตัวคุณ. Bangkok: Coca-Cola Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 22 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://web.facebook.com/cocacolaTH/photos/ms.c>
53. Brand Buffet. วิถี Idol Marketing “เก้าแก่น้อย Vs F4 เอฟเฟกต์” พร้อมถอดบทเรียนแนวทางรับมือเมื่อแบรนด์เผชิญ Crisis. กรุงเทพมหานคร: Brand Buffet; 2562.
54. PR News. “เก้าแก่น้อย” จัดใหญ่ Fun Time , TaoKaeNoi Time ลุ้นเอ็กซ์คลูซีฟทริปกับ 9 หนุ่มสุดฮอตวง “SBFIVE” หวังกระตุ้นตลาดคิกคัก. Bangkok: Positioning [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 17 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://positioningmag.com/1234210>

55. PR News. เลย์ ผนึก 7-Eleven เอาใจคนรักชีสด้วย “เลย์ กลิ่นแฮมชีสแซนวิช” พร้อมส่งโปรโมชันกระแทกใจแฮมชีสเลิฟเวอร์. Bangkok: Positioning [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 12 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://positioningmag.com/1159285>
56. Admin. พลิกสูตรสู้ศึกตลาดมันฝรั่ง! “พริงเกิลส์” จัดกลยุทธ์ Glocal Brand ฟิ้งพลัง “เก้าแก่น้อย” เจาะผู้บริโภคไทย. Bangkok: Positioning [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 18 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://positioningmag.com/1244659>
57. บริษัท เก้าแก่น้อย ฟู้ดแอนด์มาร์เก็ตติ้ง จำกัด (มหาชน). รายงานประจำปี 2562 บริษัท เก้าแก่น้อย ฟู้ดแอนด์มาร์เก็ตติ้ง จำกัด (มหาชน). กรุงเทพมหานคร: เก้าแก่น้อย ฟู้ดแอนด์มาร์เก็ตติ้ง; 2562.
58. บริษัท หาดทิพย์ จำกัด (มหาชน). รายงานประจำปี 2561 บริษัท หาดทิพย์ จำกัด (มหาชน). สงขลา: หาดทิพย์; 2018.
59. บริษัท โออิชิ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน). รายงานประจำปี 2561 บริษัท โออิชิ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน). กรุงเทพมหานคร: โออิชิ กรุ๊ป; 2018.
60. บริษัท โออิชิ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน). รายงานประจำปี 2562 บริษัท โออิชิ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน). กรุงเทพมหานคร: โออิชิ กรุ๊ป; 2019.
61. Uncle K. “เก้าแก่น้อย” ฝันใหญ่ Global Company ยอดขาย 1,000 ล้านดอลลาร์ ด้วยการปั้นองค์กรให้เป็น Happy Company. Bangkok: Brand Buffet [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 18 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.brandbuffet.in.th/2018/11/taokaenoi-vision-10-year-to-global-company/>.
62. Orawan Marketeer. “เก้าแก่น้อย Gen Y” รับมือ คึกคัก ครั้งนี้ได้อย่างไร. Bangkok: Marketeer [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 18 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://marketeeronline.co/archives/159703>
63. Brand Buffet. ‘ยิ่งใหญ่ยิ่งต้องลุยเอง’ เก้าแก่น้อยเดินเกม Idol Marketing ดึง F4 สร้างแบรนด์ในจีน พร้อมแจ้งเกิด NORA ลุยตลาดอเมริกา. Bangkok: Brand Buffet [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 18 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.brandbuffet.in.th/2019/03/tnk-new-presenter-f4-for-build-brand-in-china-market/>
64. Lays Thailand. Lay’s stax taste celebration. Bangkok: Lays Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 12 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://www.youtube.com/watch?v=I_V7sDPb2g4
65. PepsiCo Thailand. เป๊ปซี่โค ประเทศไทย ได้สร้างฟายชเลอหน้าและอ่างเก็บน้ำชุมชนในบริเวณป่าต้นน้ำ. Bangkok: PepsiCo Thailand; [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 12 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://web.facebook.com/PepsiCoThailand/photos/pcb.1435264650152690/1435264610152694>
66. PepsiCo Thailand. บริษัท เป๊ปซี่โค เซอร์วิส เอส เอเชีย จำกัด บริจาคอุปกรณ์ทางการแพทย์และชุด PPE ให้แก่รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข. Bangkok: PepsiCo Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 12 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://web.facebook.com/PepsiCoThailand/photos/a.445907689088396/1484318471913974/>
67. บริษัท โออิชิ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน). รายงานประจำปี 2563 บริษัท โออิชิ กรุ๊ป จำกัด (มหาชน). กรุงเทพมหานคร: โออิชิ กรุ๊ป; 2020.
68. Marketing Oops. อ่านเกม “โค้กไม่มีน้ำตาล สูตรใหม่ อร่อยซ่า...ใช่กว่าเดิม?” ปรากฏการณ์อร่อยเกินคาดแบบ 360 องศา ที่กล้าให้ผู้บริโภคตัดสินใจเอง! Bangkok: Marketing Oops [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 22 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.marketingoops.com/news/biz-news/coca-cola-zero-sugar-2/>
69. Lays Thailand. เลย์ 3 รสใหม่ อร่อยฟิน เช็กอินได้ทุกที่! Bangkok: Lays Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 13 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.youtube.com/watch?v=WCS4gIlDDIE>
70. Oishi Drink Station. โออิชิ พลัสซี ชาเขียวกับวิตามินซี เคี้ยวสนุก ได้ประโยชน์. Bangkok: Oishi Drink Station [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 25 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.youtube.com/watch?v=mG1hXvoGEYQ>
71. Lays Thailand. มีเลย์มีเรียมรสชาติ. Bangkok: Lays Thailand [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 13 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.youtube.com/watch?v=Ceu28y3ehvk>
72. Oishi Drink Station. โออิชิ เกมส์สนุกกับเคี้ยววันหนึบ. Bangkok: Oishi Drink Station [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 25 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.youtube.com/watch?v=2UrxSyhQzMo>
73. Taokaenoi Club. เก้าแก่น้อยขอเสนอช่วงสาระสหาย. Taokaenoi [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 19 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://web.facebook.com/clubtaokaenoi/photos/a.607545099345936/3636744683092614/>
74. Taokaenoi Club. ไม่ต้องมีฝีมือระดับมิชลิน ก็วันทุกความอร่อย. Taokaenoi [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 19 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://web.facebook.com/clubtaokaenoi/?_rdc=1&_rd
75. Taokaenoi Club. ลือสนั่น พบแล้วสหายศัตรูจากทะเลเกาหลีใต้. Taokaenoi [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://web.facebook.com/clubtaokaenoi/photos/a.607545099345936/3636744683092614/>

76. Admin P. 'ได้ก ไม่มีน้ำตาล' สูตรใหม่ โฉมใหม่กับความอร่อยช่ากว่าเดิม ที่ให้ผู้บริโภคเลือกเองว่า #YES | #NO. กรุงเทพมหานคร: Marketeer [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 23 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://marketeeronline.co/archives/222331>
77. Coca-Cola Thailand. รอมาทั้งปี กลับบ้านสงกรานต์นี้ อยากจะถอดใครแล้วบอกเขาว่าคิดถึง? กรุงเทพมหานคร: Coca-Cola Thailand; 2560.
78. Oishi Drink Station. โออิชิ โกลด์ เกียวคุโระ ที่สุดของชาเขียวระดับพรีเมียม จาก โออิชิ โกลด์. กรุงเทพมหานคร: Oishi Drink Station; 2563.
79. Oishi Drink Station. อยากกินมัน...ต้องได้กิน! โออิชิ โกลด์ ว่าจะเอาอยู่. Bangkok: Oishi Drink Station [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 25 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.youtube.com/watch?v=i85ml6k4DwI>
80. Food Act B.E. 2522 (1979).
81. The Public Health Ministerial Notification B.E. 2561 (2018) regarding GDA labeling of nutrition and energy dense, sugar, fat and sodium.
82. The Food and Drug Administration Notification regarding rules on advertising foods B.E. 2564 (2021).
83. Consumer protection act B.E. 2522 (1979).
84. Ministerial regulations No.5 B.E. 2534 (1991) according to consumer protection act B.E. 2522 (1979).
85. Neil J Salkind. An introduction to theories of human development. Kansas: Sage Publications; 2004.
86. WP. เปิดเบื้องหลังกว่าจะมาเป็นรสชาติ “เลย์” ใช้กลยุทธ์ “Hyper Localization” ครีเอทให้โดนใจคนท้องถิ่น. Bangkok: Brand Buffet [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 13 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.brandbuffet.in.th/2021/04/lays-using-hyper-localization-develop-new-flavor-products/>
87. Aerts G, Smits T. Child-targeted on-pack communications in Belgian supermarkets: associations with nutritional value and type of brand. Health Promotion International 2019;34(1):71-81.
88. Mehta K, Phillips C, Ward P, Coveney J, Handsley E, Carter P. Marketing foods to children through product packaging: prolific, unhealthy and misleading. Public Health Nutrition 2012;15(9):1763-70.
89. Chacon V, Letona P, Villamor E, Barnoya J. Snack food advertising in stores around public schools in Guatemala. Critical Public Health 2015;25(3):291-8.
90. ข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 37), 138 (2564).
91. Bragg MA, Miller AN, Elizee J, Dighe S, Elbel BD. Popular music celebrity endorsements in food and nonalcoholic beverage marketing. Pediatrics 2016;138(1).
92. Chang A, Schulz PJ, Schirato T, Hall BJ. Implicit messages regarding unhealthy foodstuffs in Chinese television advertisements: increasing the risk of obesity. International Journal of Environmental Research and Public Health 2018;15(1).
93. Vandevijvere S, Soupen A, Swinburn B. Unhealthy food advertising directed to children on New Zealand television: extent, nature, impact and policy implications. Public Health Nutrition 2017;20(17):3029-40.
94. Olafsdottir S, Berg C. Food appearances in children's television programmes in Iceland. Public Health Nutrition 2017;20(16):2920-6.
95. Allemandi L, Castronuovo L, Tiscornia MV, Ponce M, Schoj V. Food advertising on Argentinean television: are ultra-processed foods in the lead? Public Health Nutrition 2018;21(1):238-46.
96. Watson W, Brunner R, Wellard-Cole L, Hughes C. Sponsorship of junior sport development programs in Australia. Australian and New Zealand Journal of Public Health 2016;40.
97. Kelly B, Baur LA, Bauman AE, King L, Chapman K, Smith BJ. Food and drink sponsorship of children's sport in Australia: who pays? Health Promotion International 2011;26(2):188-95.
98. Food and Beverages Advertising Code, 2021.

99. Cheyne AD, Dorfman L, Bukofzer E, Harris JL. Marketing sugary cereals to children in the digital age: a content analysis of 17 child-targeted websites. *Journal of Health Communication* 2013;18(5):563-82.
100. Britto S, Viebig R, Morimoto J. Analysis of food advertisements on cable television directed to children based on the food guide for the Brazilian population and current legislation. *Revista de Nutrição* 2016;29:721-9.
101. Freeman B, Kelly B, Baur L, Chapman K, Chapman S, Gill T, et al. Digital junk: food and beverage marketing on Facebook. *American Journal of Public Health* 2014;104(12):e56-64.
102. DLA Piper. Prize promotions across the world full handbook. 3 ed. London: DLA Piper; 2018.
103. Belch GE, Belch GE, Belch MA. Advertising and promotion: an integrated marketing communications perspective. Irwin: McGraw-Hill; 2001.
104. อัจจิมา เศรษฐบุตร, สายสวรรค์ วัฒนพานิช. การบริหารการตลาด. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2547.
105. Tan L, Ng SH, Omar A, Karupaiah T. What's on YouTube? A case study on food and beverage advertising in videos targeted at children on social media. *Childhood Obesity* 2018;14(5):280-90.
106. Busse P. Food content of TV shows seen by children in Peru: a double dose of food messages? *International Journal of Communication* 2016;10:1194-211.
107. Wicks JL, Warren R, Fosu I, Wicks RH. Dual-Modality disclaimers, emotional appeals, and production techniques in food advertising airing during programs rated for children: Is there a good balance? *Journal of Advertising* 2009;38(4):93-105.
108. Prell H, Palmblad E, Lissner L, Berg CM. Health discourse in Swedish television food advertising during children's peak viewing times. *Appetite* 2011;56(3):607-16.
109. Brown DK. Social blueprints: conceptual foundations of sociology. New York: Oxford University Press; 2004.
110. McHiza ZJ, Temple NJ, Steyn NP, Abrahams Z, Clayford M. Content analysis of television food advertisements aimed at adults and children in South Africa. *Public Health Nutrition* 2013;16(12):2213-20.

A Review of Food and Beverage Marketing Situation in Thailand

Nongnuch Jindarattanaporn

Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Nakhon Pathom Province, Thailand

Abstract

Food marketing has impact on consumers especially children and teenagers. The objective of this study was to explore pattern and content of food and beverage marketing in Thailand. Document review were conducted. Searches were performed through Euromonitor International Database, PubMed, Thai Journals Online Databases, websites of marketing magazines, and websites and annual report of food and beverage companies in Thailand, available from January 2017 to September 2021. Sampling was used to select food and beverage companies which had the highest trade volume and market share for review. Marketing mix and integrated marketing communication (IMC) were criteria to analyze the data from document review. Results of this study found that food and beverage marketing had a pattern of improving the taste of the products in accordance with the preferences of consumers, using celebrities and brand characters as presenters in both advertising and packaging, as well as using sale promotions with discounts, redemptions, giveaways, and sweepstakes which had high value of prizes. The contents consisted of taste, fun, family and friend relationships, the quality of raw materials, and the nutrient value in the products. Therefore, relevant organizations should have interventions for control on pattern and content of food and beverage marketing in Thailand.

Keywords: review; marketing; food and beverage; Thailand

Early Child Development and Parental Interaction with Young Children in Thailand: an Analysis of the 2019 Multiple Indicator Cluster Survey

Thitikorn Topothai, Chompoonut Topothai

International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Nonthaburi Province, Thailand

Abstract

The early years of a child's life lay the foundations for their future development. Parents and caregivers can help children reach their full potential by involving them in a variety of activities, including interactions through play. There is limited evidence of a relationship between adult interactions with young children by diverse family members and appropriate early child development outcomes. This study aimed to identify the prevalence of and relationship between father, mother, and other family members in interactions and the appropriate early child development among Thai children aged 3 to 4 years. A cross-sectional study of the 6th Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) data in 2019 was employed. Face-to-face interviews with mothers and/or legal guardians were conducted. A total of 5,787 children aged 3 to 4 were enrolled in this study. The proportion of children who interacted with fathers for at least 4 activities was the lowest (31%), followed by other family members (53%) and mothers (58%). Children who interacted with fathers for at least 4 activities tended to achieve the highest appropriate early child development in univariate logistic regression analysis (crude odds ratio = 1.50, 95% confidence interval 1.19-1.87, $p < 0.001$). While children who interacted with other family members for at least 4 activities had the greatest chance to achieve the appropriate early child development by multivariate logistic regression analysis (adjusted odds ratio = 1.50, 95% confidence interval 1.19-1.87, $p < 0.001$). In summary, the study demonstrated that the prevalence of adult interaction with young children was low particularly in parental engagement despite a promising positive child development outcome in the cognitive domain. This study also showed positive relationships between young children and adults, whether fathers, mothers, or other family members, in fostering healthy child development outcomes. This study recommends policies supporting adult engagement with young children should be implemented.

Keywords: early childhood; development; cognitive skills; parents; engagement; Thailand MICS

Introduction

The early years of a child's life lay the foundations for their future development. Various aspects of early child development, including cognitive, physical, language, socio-emotional, and regulatory capabilities, are critical for the growth of children,^(1,2) and provide a firm foundation for future health and wellbeing.^(3,4) Nearly 250 million (43%) children under the age of five in low and middle-income countries were at risk of not reaching their full developmental potential.^(2,5) Only 75% of children in 80 countries reached an appropriate early child development.⁽⁶⁾ The 2019 Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) in Thailand indicated that around 93% of children younger than 5 years had obtained appropriate early child development.⁽⁶⁾

Parents and caregivers can help children reach their full potential by involving them in a variety of activities, including interactions through play.⁽⁷⁻⁹⁾ Playing with, conversing with, and paying attention to children can result in positive responses and interactions with their parents.^(10,11) In 2020, the average parental involvement with young children in 93 countries was 64%, whereas Thailand had a proportion of around 93%.⁽¹²⁾ Although both mothers and fathers played with their kids, the majority of research on parent-child play interactions has emphasized maternal implications on child development, with mothers accounting for two-thirds of all parent-child interaction studies.⁽⁷⁾ Studies on fathers have increased as a result of the societal trend surrounding fatherhood. The role of a father is crucial in many aspects of a child's development, and fathers can provide child developmental support as effectively as mothers.^(13,14)

A study on parental interactions with young children in Thailand revealed that around 90% of Thai children had engaged in at least four out of six activities with their parents.⁽¹⁵⁾ Another study revealed that Thai children who had appropriate parental interactions of at least four out of six interactions had a significantly higher likelihood of having an appropriate early child development than those who interacted less than four interactions with their parents (crude Odds ratio = 1.52, 95% confidence interval: 1.14–2.04).⁽¹⁶⁾ However, there is limited evidence of a relationship between adult interactions with young children by diverse family members and appropriate early child development outcomes, especially in Thailand. A better understanding of this relationship can inform policy and call for action in promoting early child development by targeting specific parents or caregivers.

Therefore, this study aimed to identify the prevalence of and relationship between father, mother, and other family members in interactions with young children, and the appropriate early child development among Thai children aged 3 to 4 years.

Method

Study Design, Data Source and Participants

In this study, a cross-sectional quantitative design was applied. In 2019, the National Statistical Office (NSO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) jointly conducted the 6th MICS.⁽¹⁷⁾ To represent the population at the country level, in both urban and rural settings, multi-stage stratified clustered sampling was employed. The main sampling stratum in each province was classified

as urban and rural areas. Within each stratum, systematic random sampling was conducted at the household level. From these households, 5,787 children aged 3 to 4 years old were recruited and interviewed.

Data Collection, Questionnaire Design, and Variable Management

The NSO field personnel conducted face-to-face interviews with mothers and/or legal guardians. Each interview lasted 60 minutes on average. During the fieldwork, field staff entered data into mobile tablets instantaneously. If the mothers in the visited houses were not present during the first round of the survey visit, they were revisited.

The primary dependent variable was appropriate early child development, which was measured as the proportion of children who were on track in at least three of the four domains: cognitive (literacy-numeracy), physical, social (socio-emotional), and learning. The MICS questionnaire's 10-item module was used to calculate the early childhood development index.^(17,18)

Gender, residence location, family wealth, and parental education were independent variables. There were two types of residential areas: urban and rural, and regions (Central, North, North-East, and South). The family wealth index was equally divided into five quintiles from the least well-off to the most well-off. Parental education was classified into two categories: (1) secondary education or less, and (2) post-secondary education.

Paternal, maternal, and family member (apart from father and mother) interactions with young children were the main independent variables.

Each variable consisted of six activities that es interacted with young children in the last three days: (a) book reading, (b) storytelling, (c) singing, (d) identifying or counting or drawing, (e) outdoor play, and (f) family play. We divided these interactions into two categories: (a) appropriate interactions involving at least four out of six activities with young children, and (b) inappropriate interactions involving less than four out of six activities with young children. This is consistent with the MICS report and classification.^(18, 19)

Data Analysis

The data were analyzed in two stages. To begin, descriptive statistics were used to provide an overview of the data. Second, in univariate and multivariate logistic regression analysis, paternal, maternal, and family member interactions were treated as independent variables to analyze the relationship toward appropriate early childhood development. The outcomes were expressed as odds ratios (OR) with a 95% confidence interval (CI). For all calculations, STATA software version 17 was utilized (serial license number: 401709350741).

Ethical Consideration

The NSO granted the research team access to the survey microdata for research purposes, and the Institute for Development of Human Research Protections granted this study an ethics exemption (December 14, 2021, COE No. IHRP2021001).

Result

Baseline Characteristics

A total of 5,787 children aged three to four years were included in the study. As demonstrated in

Table 1, the percentage of boys and girls were similar (51% versus 49%). The proportion of children who lived in urban areas was lower than in rural areas (35% versus 65%). Children from the Central and North-East regions were the majority (31%, both). Children who lived with a family with the lowest quintile (quintile 1) were the largest (24%),

while children who lived with a family with the highest quintile (quintile 5) were the smallest (13%). The majority of children having parents with secondary education or below was larger than children having parents with post-secondary education (78% versus 22%). In addition, children's interaction with fathers in at least 4 activities was

Table 1 Sociodemographic characteristics of children in the study

| Variable | n | % |
|--|-------|-------|
| Total | 5,787 | 100.0 |
| Gender | | |
| Boy | 2,950 | 51.0 |
| Girl | 2,837 | 49.0 |
| Residential area | | |
| Urban | 2,045 | 35.3 |
| Rural | 3,742 | 64.7 |
| Region | | |
| Central | 1,813 | 31.3 |
| North | 928 | 16.0 |
| North-East | 1,786 | 30.9 |
| South | 1,260 | 21.8 |
| Family wealth (quintile) | | |
| 1 | 1,403 | 24.3 |
| 2 | 1,337 | 23.1 |
| 3 | 1,238 | 21.4 |
| 4 | 1,032 | 17.8 |
| 5 | 777 | 13.4 |
| Parental education level | | |
| Secondary education or below | 4,483 | 77.5 |
| Post-secondary education | 1,304 | 22.5 |
| Paternal interaction | | |
| <4 activities | 3,963 | 68.5 |
| ≥4 activities | 1,824 | 31.5 |
| Maternal interaction | | |
| <4 activities | 2,423 | 41.9 |
| ≥4 activities | 3,364 | 58.1 |
| Other family member interaction | | |
| <4 activities | 2,736 | 47.3 |
| ≥4 activities | 3,051 | 52.7 |

the lowest (31%), followed by children interacting with other family members (53%) and with mothers (58%), respectively.

Prevalence of child development by paternal, maternal, and family member interactions.

Figure 1 showed the prevalence of appropriate early child development by domains (overall, cognitive, physical, social, and learning) by paternal, maternal, and family member interactions. There was a similar proportion of achieving overall appropriate early child development in each paternal, maternal, and family member interaction (94%, 93%, and 93%, respectively). A similar proportion trend in each paternal, maternal, and family member interaction was also observed in each physical (around 99%), social (84-85%) and learning development (98-99%). While the significant difference was observed in cognitive

development where the highest proportion of achieving cognitive development was found in children who interacted with fathers (69%), followed by children who interacted with mothers (65%) and other family members (64%), respectively.

Figure 2 showed the prevalence of overall appropriate early child development through various activities of paternal, maternal, and family member interactions. Children who interacted with mothers or other family members in all six activities had a higher percentage of achieving overall appropriate early child development than children who interacted with fathers. The top three percentages of achieving overall appropriate early child development (between 59-70%) were found in

Figure 1 Percentage of achieving appropriate early child development by paternal, maternal, and family member interactions

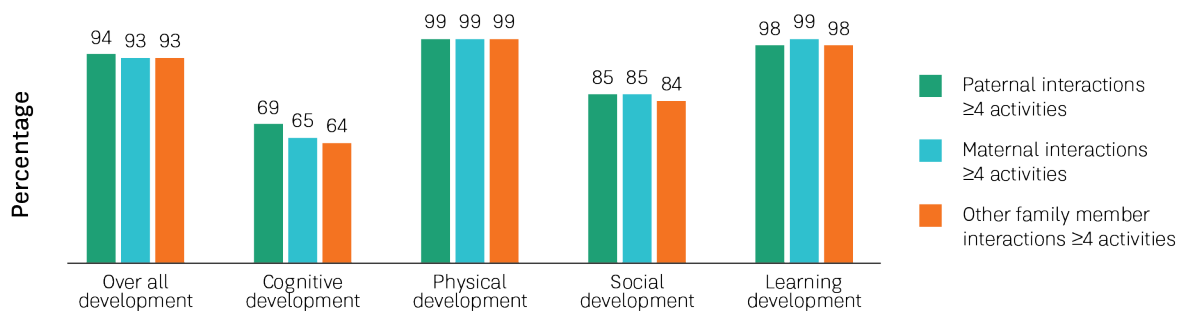
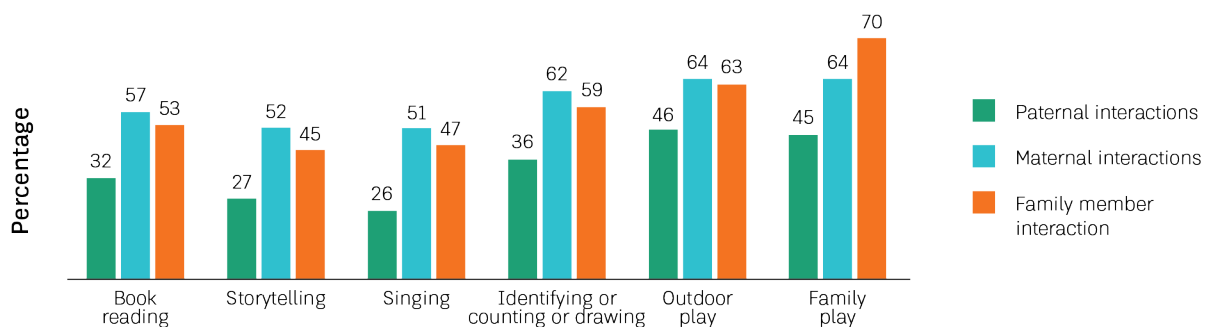


Figure 2 Percentage of achieving overall appropriate early child development by activities of paternal, maternal, and family member interactions



identifying or counting or drawing, outdoor play, and family play with mothers or other family members.

Univariate and Multivariate Logistic Regression Analysis of Achieving Appropriate Early Child Development

The univariate logistic regression analysis found that children who interacted with fathers for at least 4 activities tended to achieve the appropriate early child development (OR = 1.50, 95%CI 1.19-1.87, p<0.001) than children who interacted with fathers for less than 4 activities – see Table 2. These similar findings were found in variables of maternal and other family member interactions for at least 4 activities (OR = 1.37, 95%CI 1.13-1.66, p<0.01, and OR = 1.31, 95%CI 1.08-1.59, p<0.01, respectively).

For the multivariate logistic regression analysis, children who interacted with another family member for at least 4 activities had a greater chance to achieve the appropriate early child development (adjusted OR = 1.50, 95%CI 1.19-1.87, p<0.001) than children who interacted with other

family members for less than 4 activities – see Table 2. The chance of achieving the appropriate early child development was lower in children who interacted with other mothers and fathers for at least 4 activities (adjusted OR = 1.38, 95%CI 1.11-1.72, p<0.01, and adjusted OR = 1.37, 95%CI 1.07-1.75, p<0.05, respectively)

Dicussion

This study shed light on the prevalence of and relationship between adult interactions with young children, and the appropriate early child development among Thai children under the age of five. The proportion of children who interacted with fathers was the lowest, followed by other family members and mothers. Children who interacted with fathers for at least 4 activities tended to achieve the highest appropriate early child development, while children who interacted with another family member for at least 4 activities had the greatest chance to achieve the appropriate early child development.

Table 2 Multivariate logistic regression analysis of achieving appropriate early child development

| Variable | Univariate logistic regression | | Multivariate logistic regression | |
|--|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| | Crude Ratio | Odds95% Confidence Interval | Adjusted Ratio | Odds95% Confidence Interval |
| Paternal interaction | | | | |
| ≥4 activities | 1.50* | 1.19-1.87 | 1.37* | 1.07-1.75 |
| (ref: <4 activities) | | | | |
| Maternal interaction | | | | |
| ≥4 activities | 1.37* | 1.13-1.66 | 1.38* | 1.11-1.72 |
| (ref: <4 activities) | | | | |
| Other family member interaction | | | | |
| ≥4 activities | 1.31* | 1.08-1.59 | 1.50* | 1.22-1.84 |
| (ref: <4 activities) | | | | |

*p-value<0.05

This study revealed a higher percentage of achieving the appropriate early child development in children who interacted with fathers, mothers, or other family members than children in general (93-94% versus 90%).⁽¹⁶⁾ This can be implied the effects of interaction with adults on child development which is consistent with the findings from other studies.^(7,8,16) Policies supporting parental interactions such as public communication on its positive relationship, or simple six activities (book reading, storytelling, singing, drawing, outdoor play, or family play) should be implemented to raise the level of appropriate child development.

This study also found that only one-third of children had engaged in at least four activities with their fathers (31%). The prevalence of paternal involvement was greater than the global average (23% from 93 countries in 2020).⁽¹²⁾ Moreover, this study revealed that only 53% and 58% of children had interacted with mothers and other family members in at least 4 activities, respectively. Adult interaction through play with young children is one of the most important ways in which young children gain essential knowledge and various skills including creativity, intellectual, motor, mental, and social strength.^(20,21) This low prevalence of adult interaction with young children sends a strong message for child development promoting policy. Parents in particular fathers should spend more time with their children.

Another factor that may be accountable for the low prevalence of parental interaction is the low prevalence of children staying with their fathers and mothers. The MICS 2019 reported that only 56% and 71% stayed with their fathers and mothers, respectively,⁽¹⁷⁾ and was worse in children living in the North-East region where only 37% and 54% of children stayed with their fathers

and mothers, respectively.⁽¹⁷⁾ In this case, findings from this study may encourage more interactions from family members with young children who are separated from their parents as it may help them to reach an appropriate development.

This study showed that children who engaged with their fathers had the highest proportion of cognitive development. This could be explained as fathers playing more than mothers while taking care of the children, and their play was more creative and entertaining.^(7,14) Fathers might expose their children to new experiences that moms would deem as risky.^(14,22) Creative play, combined play, free play, locomotor play, puzzle play, rough-and-tumble play, structured and semi-structured play, toy play, and video gameplay were all sorts of play that fathers engaged in with their children.⁽²²⁾ As a result, it was unsurprising that research had shown that father-child play had a distinct developmental influence over mother-child play.⁽²²⁻²⁴⁾ Therefore, the key message for child development policy should be to promote more father interaction with their children.

This study also revealed the significance of interactions between young children and adults, regardless of whether they were fathers, mothers, or other family members, in promoting positive child development outcomes. This relationship was confirmed by various literature.^(8,14,22,25,26) The importance of parental interaction is emphasized by the SDG indicator 4.2.3, which measures the percentage of children under 5 years experiencing positive and stimulating home learning environments.⁽¹⁹⁾ As a result, parents are encouraged to spend more time with their children.

This study had both advantages and disadvantages. Two of the study's significant strengths were the employment of a sampling

approach on a national representative dataset and the collection of a large number of samples. In addition, this study employed a multivariate logistic regression analysis which helped reduce the potential confounding factors in inducing bias in the estimated results. However, there were a few limitations that must be addressed. The survey's answer was based entirely on parents' perceptions of the early child development questionnaire. A triangulation of survey data with direct child development observation or assessment will be useful for future surveys. Furthermore, recall biases and social desirability biases may affect parents' or caregivers' reporting of their interactions with their children.⁽²⁷⁾ This bias is characterized by a propensity to underreport socially unfavourable attitudes and behaviours while magnifying more desirable characteristics. Therefore, the interpretation of these findings needs careful consideration.

Conclusion

This study shed light on the prevalence of and relationship between adult interactions with young children and the appropriate early child development among Thai children under the age of five. The study demonstrated that the prevalence of adult interaction with young children was low particularly in paternal engagement despite a promising positive child development outcome in the cognitive domain. This study also showed

positive relationships between young children and adults, whether fathers, mothers, or other family members, in fostering healthy child development outcomes. This study recommends policies supporting adult engagement with young children should be implemented.

Acknowledgement

The author gratefully acknowledges the joint funding support by (1) the Thai Health Promotion Foundation, (2) Thailand Science Research and Innovation (TSRI) for the Senior Research Scholar on Health Policy and System Research (contract no. RTA6280007), and (3) the Capacity Building on Health Policy and Systems Research program (HPSR Fellowship) under cooperation between Bank for Agriculture and Agricultural Co-operatives (BAAC), National Health Security Office (NHSO) and International Health Policy Program Foundation (IHPF).

The authors would like to express their gratitude to the National Statistical Office (NSO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF) for providing the valuable database, as well as to the International Health Policy Program (IHPP) personnel, particularly Dr. Rapeepong Suphanchaimat, and Dr. Orratai Waleewong, for their unwavering support and invaluable guidance during the study. The Thai Health Promotion Foundation's and IHPP's main resources were used to fund the research.

References

1. Black MM, Trude ACB. Conceptualizations of child development benefit from inclusion of the nurturing care framework. *J Nutr* 2019;149(8):1307-8.
2. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet* 2017;389(10064):77-90.
3. Shonkoff JP. Science, policy, and practice: three cultures in search of a shared mission. *Child Dev* 2000;71(1):181-7.
4. Chan M, Lake A, Hansen K. The early years: silent emergency or unique opportunity? *Lancet* 2017;389(10064):11-3.
5. Grantham-McGregor S, International Child Development Committee. Early child development in developing countries. *Lancet* 2007;369(9564):824.
6. United Nations Children's Fund. The development status of children varies widely among countries New York: United Nations Children's Fund [Internet]. 2022 [cited 2022 April 28]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/early-childhood-development/development-status/>
7. Cabrera NJ, Roggman L. Father Play: is it special? *Infant Ment Health J* 2017;38(6):706-8.
8. Milteer RM, Ginsburg KR, Council on Communications and Media, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bond: focus on children in poverty. *Pediatrics* 2012;129(1):e204-13.
9. Wright LG. The Mommy and Me Play Program: a pilot play intervention for low-income, African American preschool families. *J Evid Inf Soc Work* 2015;12(4):349-68.
10. Ginsburg KR, American Academy of Pediatrics Committee On Communications, American Academy of Pediatrics Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The Importance of Play in Promoting Healthy Child Development and Maintaining Strong Parent-Child Bonds. *American Academy of Pediatrics* 2007;119(1):182-91.
11. Scott HK, Cogburn M. Peer play. Treasure Island, FL. StatPearls Publishing; 2021.
12. United Nations Children's Fund. Home environment - early stimulation and responsive care. New York: United Nations Children's Fund [Internet]. 2022 [cited 2022 April 28]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/early-childhood-development/home-environment/>
13. Yogman MW, Kindlon D, Earls F. Father involvement and cognitive/behavioral outcomes of preterm infants. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34(1):58-66.
14. Menashe-Grinberg A, Atzaba-Poria N. Mother-child and father-child play interaction: the importance of parental playfulness as a moderator of the links between parental behavior and child negativity. *Infant Ment Health J* 2017;38(6):772-84.
15. Topothai T, Suphanchaimat R, Topothai C, Tangcharoensathien V, Cetthakrikul N, Waleewong O. Self-reported parental interactions through play with young children in Thailand: an analysis of the 2019 Multiple Indicator Cluster Survey (MICS). *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(6):3418.
16. Topothai T, Suphanchaimat R, Topothai C, Tangcharoensathien V, Cetthakrikul N, Waleewong O. Thailand achievement of SDG Indicator 4.2.1 on Early child development: an analysis of the 2019 Multiple Indicator Cluster Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19(13):7599.
17. National Statistical Office, United Nations Children's Fund. Thailand survey findings report: Multiple Indicator Cluster Survey 2019. Bangkok: National Statistical Office; 2019.
18. United Nations Children's Fund. MICS6 tabulation plan: United Nations Children's Fund [Internet]. 2021 [cited 2022 Feb 14]. Available from: <https://mics.unicef.org/tools#analysis>

19. Frongillo E, Basnet S. SDG indicator 4.2.3: Measurement of positive and stimulating home environments. Technical Cooperation Group Fifth Meeting; 15–16 Nov 2018; Mexico City, Mexico [Internet]. [cited 2022 Feb 14]. Available from: <https://tcg.uis.unesco.org/wp-content/uploads/sites/4/2019/01/TCG5-REF-2-indicator-4.2.3.pdf>
20. Shaheen S. How child's play impacts executive function--related behaviors. *Appl Neuropsychol Child* 2014;3(3):182-7.
21. Yogman M, Garner A, Hutchinson J, Hirsh-Pasek K, Golinkoff RM, Committee On Psychosocial Aspects of Child and Family Health, et al. The power of play: a pediatric role in enhancing development in young children. *Pediatrics*. 2018;142(3).
22. Robinson EL, StGeorge J, Freeman EE. A systematic review of father-child play interactions and the impacts on child development. *Children* 2021;8(5):389.
23. Popp JM, Thomsen BS. A commentary on the importance of father-child play and children's development. *infant Ment Health J* 2017;38(6):785-8.
24. Majdanzic M. Commentary on fathers' play: measurement, conceptualization, culture, and connections with child development. *Infant Ment Health J* 2017;38(6):789-94.
25. Black MM, Hurley KM. Early child development programmes: further evidence for action. *Lancet Glob Health* 2016;4(8):e505-6.
26. Tandon PS, Saelens BE, Christakis DA. Active play opportunities at child care. *Pediatrics* 2015;135(6):e1425-31.
27. Latkin CA, Edwards C, Davey-Rothwell MA, Tobin KE. The relationship between social desirability bias and self-reports of health, substance use, and social network factors among urban substance users in Baltimore, Maryland. *Addict Behav* 2017;73:133-6.

ความสัมพันธ์ระหว่างพัฒนาการเด็กปฐมวัยกับการมีปฏิสัมพันธ์ในกิจกรรมร่วมกับเด็กของพ่อแม่และผู้ดูแล: การวิเคราะห์ข้อมูลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562

จิตติกร โตโพธิ์ไทย, ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

ช่วงขวบวัยตอนต้นของชีวิตส่งผลสำคัญต่อพัฒนาการในอนาคตของเด็ก พ่อแม่และผู้ดูแลสามารถช่วยให้เด็กเติบโตได้เต็มศักยภาพผ่านการมีปฏิสัมพันธ์ในกิจกรรมการเล่นกับเด็ก อย่างไรก็ตาม การศึกษาในด้านความสัมพันธ์ระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ในกิจกรรมร่วมกับเด็กของผู้ใหญ่ในครอบครัวกับพัฒนาการเด็กยังมีจำกัด การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาระดับการมีปฏิสัมพันธ์ในกิจกรรมร่วมกับเด็กของพ่อแม่และบุคคลอื่นในครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ดังกล่าวกับพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัยไทยอายุสามถึงสี่ปี ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 การสำรวจใช้วิธีสัมภาษณ์แม่หรือผู้ปกครองเด็กปฐมวัยอายุ 3 ถึง 4 ปี จำนวน 5,787 คน ผลการศึกษาพบว่าเด็กปฐมวัยมีปฏิสัมพันธ์ในกิจกรรมการเล่นอย่างน้อย 4 กิจกรรมร่วมกับพ่อน้อยที่สุด (ร้อยละ 31) รองลงมาคือปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว (ร้อยละ 53) และแม่ (ร้อยละ 58) นอกจากนี้ การมีปฏิสัมพันธ์ในกิจกรรมการเล่นอย่างน้อย 4 กิจกรรมร่วมกับพ่อ ส่งผลต่อการมีพัฒนาการสมวัยสูงที่สุด จากการวิเคราะห์ถดถอยเอกนาม (crude odds ratio = 1.50, 95% confidence interval 1.19-1.87, $p < 0.001$) ในขณะที่การมีปฏิสัมพันธ์ในกิจกรรมการเล่นอย่างน้อย 4 กิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นในครอบครัว ส่งผลต่อการมีพัฒนาการสมวัยสูงที่สุด จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุนาม (adjusted odds ratio = 1.50, 95% confidence interval 1.19-1.87, $p < 0.001$) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการมีปฏิสัมพันธ์ในกิจกรรมร่วมกับเด็กของพ่อแม่และบุคคลอื่นในครอบครัวมีระดับต่ำ โดยเฉพาะการปฏิสัมพันธ์ร่วมกับพ่อ ทั้งที่พบว่าส่งผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา การศึกษานี้ยังแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ในกิจกรรมของผู้ใหญ่ ไม่ว่าจะเป็นพ่อแม่หรือบุคคลในครอบครัว กับพัฒนาการสมวัยของเด็ก การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะ คือ ควรมีนโยบายและการสนับสนุนการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้ใหญ่กับเด็กปฐมวัย

คำสำคัญ: เด็กปฐมวัย; พัฒนาการ; สติปัญญา; ผู้ปกครอง; ปฏิสัมพันธ์; ประเทศไทย MICS

สุขภาวะทางเพศของเด็กผู้หญิงพิการทางการได้ยิน: กรณีศึกษาโรงเรียนโสตศึกษา 2 แห่งในจังหวัดชลบุรี และกรุงเทพมหานคร

ศิวินารถ หงษ์ประยูร¹, จิตติมา ภาณุเตชะ², อนุสรณ์ อัมพันธ์ศรี³

¹คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ กรุงเทพมหานคร

²สมาคมเพศวิถีศึกษา จังหวัดนครปฐม

³สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นการศึกษาประเด็นสุขภาวะทางเพศของเด็กนักเรียนหญิงที่มีความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายในระดับชั้นมัธยมศึกษาของโรงเรียนโสตศึกษา 2 แห่ง จำนวน 24 คนในจังหวัดชลบุรีและกรุงเทพมหานคร ผ่านกระบวนการกลุ่ม (focus group) จากการศึกษาพบว่า เด็กผู้หญิงพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายมีมุมมองต่อตนเองในเชิงลบ รู้สึกอยากพูดได้เหมือนคนอื่นๆ มีมุมมองต่อเรื่องเพศว่าเป็นเรื่องน่าอาย ไม่กล้าพูดไม่กล้าปรึกษา ทั้งนี้กลุ่มเด็กผู้หญิงพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายมีความรู้เรื่องสุขภาวะทางเพศจำกัดและเป็นความรู้ที่ไม่ถูกต้อง มีความคลาดเคลื่อน เช่น รู้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่มีความเชื่อว่าการนั่งติดกับคนมีเชื้อโรคเอดส์จะทำให้ติดเอดส์ได้ และเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกันจะไม่ทำให้ติดโรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าขาดความรู้และทักษะเรื่องเพศ เนื่องจากเด็กเข้าถึงข้อมูลเรื่องเพศเชิงบวก ไม่เคยหาข้อมูล ไม่มีคนคุยด้วย หรือเรียนรู้จากสื่อที่ไม่ให้ความรู้ทางเพศเชิงบวก หรือเรียนรู้จากเพื่อน หรือรุ่นพี่ที่ไม่ทราบข้อมูลที่ถูกต้อง ซึ่งอาจมีส่วนเกี่ยวข้องที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น

คำสำคัญ: ผู้หญิงพิการ; ผู้หญิงพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย; สุขภาวะทางเพศ

บทนำ

สถิติข้อมูลคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการจากฐานข้อมูลทะเบียนกลางคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2564 ระบุว่าประเทศไทยมีคนพิการที่ได้รับการออกบัตรประจำตัวคนพิการจำนวน 2,092,595 คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 1,091,845 คน และเพศหญิง จำนวน 1,000,750 คน ในจำนวนนี้เป็นคนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายจำนวน 394,259 คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 197,312 คน และเพศหญิง จำนวน 196,947 คน⁽¹⁾ เป็นอันดับที่สองรองจากจำนวนคนพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

สถานการณ์ปัญหาของผู้หญิงพิการในประเทศไทย พบว่ามีความทับซ้อนกันในหลายมิติ แต่ในบทความนี้จะกล่าวถึงความทับซ้อนในสองขั้นสำคัญ ชั้นแรก คือ “ความเป็นหญิง” ซึ่งสังคมไทยยังมีบางบริบทที่เชื่อว่า ด้อยกว่าอีกเพศหนึ่ง และชั้นที่สอง คือ ความพิการที่เป็นเงื่อนไขทำให้ผู้หญิงพิการต้องใช้ชีวิตอยู่ภายใต้การดูแลของ ครอบครัว พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อน หรือแม่แต่สามีและลูก และมักไม่ได้รับโอกาสที่พึงมีพึงได้ จึงเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการขาดโอกาสและเปราะบางต่อการถูกละเมิดสิทธิ โดยปัญหาที่ผู้หญิงพิการประสบประกอบด้วย⁽²⁾

1. ขาดโอกาสทางการศึกษา ระบบการศึกษาของคนพิการมักจะมีคุณภาพด้อยกว่าระบบการศึกษาปกติ ทำให้

เด็กพิการมีความคาดหวังกับการพัฒนาขีดความสามารถของตนเองต่ำ

2. ขาดโอกาสในการทำงาน ขาดโอกาสในการฝึกฝนทักษะในการประกอบอาชีพ ไม่มีทักษะการใช้ชีวิตในสังคม ทำให้คนพิการจำนวนมากไม่ผ่านการคัดเลือกและมีคุณสมบัติไม่เป็นไปตามที่นายจ้างต้องการ
3. ความรุนแรงและการล่วงละเมิด โดยผู้หญิงพิการมักพบกับความรุนแรงและถูกล่วงละเมิดทั้งด้านร่างกาย จิตใจและการล่วงละเมิดทางเพศ
4. สุขภาพและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ ผู้หญิงพิการขาดโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ทั้งเมื่อแรกพบความพิการและภายหลัง ความพิการเนื่องจากหน่วยบริการจะอยู่ในชุมชนเมือง
5. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากสังคมมีมุมมองต่อผู้หญิงพิการว่าเป็นคนพิการ ดังนั้นกิจกรรมต่างๆ จึงถูกผลักดันให้ไปรวมอยู่ในเรื่องของคนพิการ ทำให้ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสตรีพิการถูกละเลย และสตรีพิการยังถูกปิดกั้นการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ
6. กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิง โดยส่วนใหญ่กล่าวถึงสิทธิสตรีและการพัฒนาให้เกิดการเข้าถึงสิทธิของผู้หญิง แต่กฎหมายและนโยบายเหล่านั้นก็ไม่ได้กล่าวถึงประเด็นของผู้หญิงพิการโดยตรง อย่างไรก็ตามแม้ปัจจุบันจะมีแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสตรีพิการ ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2556-2559 และแผนการพัฒนาศรีพิการ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งแม้จะมีแนวทางการทำงานในการให้ความรู้แก่บุคลากรด้านการศึกษา การแพทย์ และสาธารณสุข และเครือข่ายสตรีพิการประเด็นด้านสุขภาพ สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ แต่พบว่า ผู้หญิงพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายยังเข้าไม่ถึง อันเนื่องมาจากข้อจำกัดทางกายภาพรวมทั้งองค์ความรู้เฉพาะ

สำหรับความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายนั้น ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ได้แบ่งความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย⁽³⁾

1. หูหนวก หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไป

มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน จนไม่สามารถรับข้อมูลผ่านทาง การได้ยิน เมื่อตรวจการได้ยินโดยใช้คลื่นความถี่ที่ 500 เฮิร์ตซ์ 1,000 เฮิร์ตซ์ และ 2,000 เฮิร์ตซ์ ในหูข้างที่ได้ยินดีกว่าจะสูญเสียการได้ยินที่ความดังของเสียง 90 เดซิเบลขึ้นไป

2. หูตึง หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องในการได้ยิน
3. ความพิการทางการสื่อความหมาย หมายถึง การที่บุคคลมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความบกพร่องทางการสื่อความหมาย เช่น พูดไม่ได้ พูดหรือฟังแล้วผู้อื่นไม่เข้าใจ เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าผู้หญิงพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายเป็นประชากรกลุ่มที่มีรายละเอียดของปัญหาแตกต่างกันไป โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องของ “ภาษามือ” ที่คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายใช้ในการสื่อสารซึ่งมีไวยากรณ์มีจำนวนและความหลากหลายของคำแตกต่างจากภาษาที่คนที่มีการได้ยินใช้สื่อสารกัน ทำให้การเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ต่างๆ จากครอบครัว ชุมชน สถาบันการศึกษา และสังคมมีความไม่สะดวก เข้าถึงได้ไม่เท่าเทียมกับคนที่ไม่พิการและคนพิการทางร่างกายประเภทอื่นๆ ทั้งนี้ในมิติของผู้หญิงพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายใช้ในการสื่อสาร พบปัญหาสำคัญจากการเป็น “ผู้หญิง - พิการ - หูหนวก” ที่ถูกเบียดขับหรือทำให้เป็นกลุ่มชายขอบเข้าไม่ถึงความเป็นธรรมในมิติต่างๆ และเข้าไม่ถึงทรัพยากรในการดำรงชีวิตอย่างเป็นธรรม

ความเป็นชายขอบของกลุ่มคนในสังคมไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ แต่เกิดจากการให้ความหมายจากสังคม หรือเป็นเรื่องของอำนาจศูนย์กลาง ทำให้คนเฉพาะกลุ่ม เช่น คนจนเมือง กลุ่มชาติพันธุ์ คนเร่ร่อน คนติดยา คนพิการ ไม่มีตัวตนไร้คุณค่า เป็นภาระของสังคมหรือเป็นกลุ่มคนที่ไม่พึงประสงค์⁽⁴⁾ ผู้หญิงพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย เป็นอีกหนึ่งกลุ่มประชากรที่ถูกทำให้เป็นกลุ่มชายขอบในหลายมิติหลายพื้นที่ของสังคมไทย

ความรู้หรือทักษะบุคคลเรื่องเพศ และพฤติกรรมทางเพศ (3) แนวทางการสื่อสารเรื่องเพศกับเด็กผู้หญิงเพื่อการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่ เรื่องเพศที่อยากรู้ และช่องทางหรือเครื่องมือสื่อสารที่สนใจ เป็นต้น ผลการสนทนากลุ่มย่อยจากการสื่อสารด้วยภาษามือ และมีล่ามภาษามือช่วยแปลความ พบประเด็นสำคัญ⁽¹⁰⁾ ดังนี้

1. สถานการณ์ทั่วไปของเด็กผู้หญิงเพื่อการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย พบว่า อายุน้อยที่สุดคือ 14 ปี และมากที่สุดคือ 20 ปี กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 7 คน และมัธยมศึกษาตอนปลาย 17 คน โดยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มหูหนวก และมีบางคนที่อยู่ในกลุ่มหูตึง โดยทั้งหมดมีความรู้สึกต่อตัวเองกับการเป็นเด็กผู้หญิงเพื่อการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายคือ รู้สึกไม่ดีผ่านการสะท้อนจากภาษามือว่า “ไม่ชอบ” “อยากหูตึงอยากหูหนวกได้” “สื่อสารกับคนอื่นยาก” หรือ “เวลาที่คนอื่นคุย เราไม่รู้เรื่อง” เป็นต้น ขณะที่ความรู้สึกต่อการใช้ภาษามือสื่อสารกับคนอื่นกลุ่มเป้าหมาย สะท้อนถึงความรู้สึกอาย เช่น “อาย เขามองเราบ้านนอก เขาขำเราหรือเปล่า” “เป็นเป้าสายตา คนมองว่าแปลก” “โรงเรียนมีภาษามือไม่เหมือนที่อื่น บางทีสื่อสารไม่ตรงกัน” เป็นต้น
2. มุมมองและความสัมพันธ์ต่อคนอื่น พบว่า มีความรู้สึกเชิงบวกกับกลุ่มคนเพื่อการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย เช่น “ชอบคุยกับเพื่อนหูหนวกมากกว่าเพื่อนหูดี” หรือ “มีแฟนก็เป็นคนหูหนวกดีกว่า” ขณะที่มุมมองและความสัมพันธ์ต่อคนที่ไม่มีความสามารถ พบว่า มีความรู้สึกทั้งเชิงลบและบวก เช่น “อิจฉา อยากพูดอะไรก็ได้ คุยกันได้ คุยกันรู้เรื่อง” “ถ้าใช้ภาษามือได้ ก็รู้สึกดี จะขอให้ช่วยเป็นล่ามให้” ส่วนความสัมพันธ์ต่อคนที่ไม่มีความสามารถก็พบว่ามีทั้งความสัมพันธ์เชิงบวกและเชิงลบเช่นกัน เช่น “ไม่มีเพื่อน อยู่บ้านตลอด” “มีเพื่อนหูดีหรือล่ามเป็นคนสำคัญที่ช่วยเราได้” เป็นต้น
3. วิธีการสื่อสารกับคนอื่น พบว่า กลุ่มเด็กผู้หญิงเพื่อการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายส่วนใหญ่สื่อสารกันเองโดยใช้ภาษามือ แต่ภาษามือใช้ไม่ได้กับทุกคน คนที่ไม่ได้เรียนจะใช้ภาษามือไม่ได้ หรือสื่อสารได้จำกัด รวมทั้งภาษามือแต่ละที่มีคำศัพท์ไม่เหมือนกัน

และบางคนใช้การเขียนหรือพิมพ์ข้อความผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ขณะที่วิธีการสื่อสารกับคนที่ไม่มีความสามารถทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย จะใช้วิธีการเขียน หรือพิมพ์ข้อความผ่านแอปพลิเคชันไลน์ บางคนจะสอนภาษามือให้เพื่อน ส่วนคนที่อยู่ในกลุ่มหูตึงจะพยายามใช้เสียงฝึกพูดบ้าง และใช้วิธีการอ่านปาก เป็นต้น

4. มุมมองและกรอบคิดเรื่องเพศ พบว่า กลุ่มเด็กผู้หญิงเพื่อการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายมีกรอบคิดจำกัดเรื่องเพศ โดยทุกคนนึกถึงผู้ชาย-ผู้หญิง บางคนนึกถึงเรื่องอื่นๆ เช่น มีประจำเดือน มีเลือดไหลออกมา เพศสัมพันธ์ แฟน เพศที่สาม ทอม หรือความพิการ เป็นต้น สำหรับความรู้สึกต่อการคุยเรื่องเพศพบว่าทุกคนรู้สึกว่าการคุยเรื่องเพศยาก รู้สึกอายเป็นเรื่องน่าอาย ไม่กล้าพูด ไม่กล้าเล่า
5. ความรู้และทักษะบุคคลเรื่องเพศพบว่ากลุ่มเด็กผู้หญิงเพื่อการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องเพศค่อนข้างจำกัด รู้ไม่ครบหรือรู้คลาดเคลื่อน โดยแบ่งตามประเด็น ได้แก่
 - พัฒนาการทางเพศ เช่น มีประจำเดือนแล้วจะท้องได้ ประจำเดือนทำให้เป็นสิว
 - วิธีการคุมกำเนิด เช่น ถุงยางป้องกันท้อง ถุงยางป้องกันการหลั่งอสุจิ สิ่งสกปรก “กินยาคุมเป็นแผง คินละ 1 เม็ด กินไม่หมด กินแล้วทิ้ง กลัวจะบ้า ยาคุมกินแล้วคล้ายๆ ยาบ้าไหม” “กินยาคุมฉุกเฉินมีเพศสัมพันธ์กับแฟนแล้วก็กินเลย กลัวท้องกิน 1 เม็ด แล้วไม่ได้กินอีกเลย” “แฟนบอกให้กินยาคุมจะได้ป้องกันท้องและเอ็ดส์” หรือ “หลังนอกแต่ไม่แน่ใจ ถ้าเอาออกไม่ทัน แล้วต่อไปจะตั้งครรภ์ไหม”
 - โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น “นึกถึงเอ็ดส์ มะเร็ง ภูมิแพ้” “เอ็ดส์ติดได้ ถ้าอยู่ใกล้ กินข้าว ใช้แก้วน้ำร่วมกัน” “หญิงมีเพศสัมพันธ์กับหญิงได้ไม่เป็นเอ็ดส์” หรือ “คิดว่าในโรงเรียนไม่มีคนที่ เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์”
6. ทักษะและการเข้าถึงบริการ พบว่า กลุ่มเด็กผู้หญิงเพื่อการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายส่วนใหญ่ยังขาดทักษะ และเข้าไม่ถึงข้อมูล แหล่งเรียนรู้

และบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศ เช่น “ไม่กล้าถาม ไม่เคยหาข้อมูลเลย” “เก็บเรื่องนี้ไว้กับตัวเอง” “บางทีคุยกับเพื่อนกับรุ่นพี่” “ดู YouTube หนึ่งไปฝรั่งสอนดีมากเลย” ขณะที่ก็มีเพียงหนึ่งคนเท่านั้นที่บอกว่า “ครูพาไปศึกษา และหอมมาอบรมที่โรงเรียน”

7. ความรักความสัมพันธ์ พบว่า ระหว่างการสนทนา ทุกคนแสดงอาการอาย หน้าแดง โดยเกือบทุกคนระบุว่าเคยมีแฟนมาแล้ว ส่วนมากผู้ชายจีบก่อน และแฟนเป็นคนหูหนวก บางคนระบุว่าไม่มีแฟนเป็นผู้หญิง มีเพียงหนึ่งคนเท่านั้นที่ระบุว่าไม่เคยมีแฟน ส่วนประเด็นความรู้สึกของการมีแฟนส่วนใหญ่ระบุว่า “รู้สึกดีเมื่อมีแฟน” “ดีต่อใจ ช่วยดูแล” “มีคนทำอะไรด้วยกัน มีคนดูแล” “สบายมีคนช่วย ช้อข้าวให้กิน ชักผ้าให้ ดูแล แฟนเหมือนคนใช้” โดยมีเพียงหนึ่งคนเท่านั้นที่ระบุว่า “ไม่ดี ทะเลาะกันบ่อยมาก”
8. พฤติกรรมทางเพศและเพศสัมพันธ์ พบว่า เกือบทุกคนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนต้น โดยระบุว่าผู้ชายเป็นฝ่ายเริ่มก่อนมักเกิดขึ้นที่บ้าน “มีอะไรกับผู้ชายตั้งแต่ตอน ม.2 เขาซื้อของให้ เขามีเงิน” รวมทั้งพบว่า 1 ใน 6 ระบุว่าเคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน นอกจากนี้มีประเด็นที่น่าสนใจอื่นๆ ได้แก่
 - บ่อยครั้งมีเพศสัมพันธ์ไม่พร้อม เช่น “พอมีคนมานัวเนีย เลยต้องตาม” “บางทีเหนื่อยแต่ต้องอดทน” หรือ “ต้องหาเหตุผลบอกว่าไม่มีแรง”
 - เกือบทุกคนมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น “ไม่เคยใช้อะไรเลย ไม่ได้ป้องกัน” “หลังนอก” “บอกให้แฟนใช้ แต่ชายไม่ฟัง” “ผู้ชายชอบสอดขอบการสัมผัสเนื้อ” “เชื่อใจแฟน” “แฟนหงุดหงิดเวลาใช้ถุงยาง บางครั้งไม่ได้เตรียมไว้” หรือ “กลัวเขาเลิก” มีเพียงหนึ่งคนเท่านั้นที่ระบุว่า “ใช้ถุงยางตลอด ผู้ชายใช้ถุงยางตลอด เพราะกลัวว่าจะท้องกลัวว่าจะอาย”
 - มีความกลัวและเครียดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เช่น “กลัวท้อง กลัวโรค แล้วก็กลัวเลิก” “กลัวพ่อแม่รู้รีบหาที่ตรวจครรภ์มาตรวจ”

“ใช้ยาป้องกัน ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน 2 เม็ด” หรือ “เครียดก็ปลอบใจตนเอง” ขณะที่หากบางคนระบุว่าหากท้องจะกลัว เช่น “กลัวต้องออกจากโรงเรียน” “กลัวไม่มีเงินเลี้ยง” หรือ “มีคนท้องในโรงเรียน ครูอ้างกฎระเบียบ ว่าผิดกฎของโรงเรียน บางครั้งพ่อแม่ก็ไปบอกครู ให้ครูมาดู” เป็นต้น

9. เรื่องเพศที่อยากรู้ พบว่า กลุ่มเด็กผู้หญิงมีการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายมีความสนใจและอยากรู้ในเรื่องวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ เช่น “วิธีป้องกัน ทำไงไม่ให้ท้อง” “ระหว่างมีประจำเดือนมีเพศสัมพันธ์ได้ไหม” “ท้องแล้วต้องทำยังไงต่อไป” “ท้องแล้วทำไงถึงจะแท้งได้” เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เช่น “แฟนมีเพศสัมพันธ์กับเราเรามีโอกาสจะติดเอ็ดส์ไหม” “การใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรคได้ไหม” “ตีมน้ำกับคนที่เป็นเอ็ดส์ แต่ก็ไม่ได้เพราะอะไร” และเรื่องทักษะส่วนบุคคล เช่น “เวลาไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์จะต้องทำยังไง” “ทำยังไงไม่ให้รู้สึกแยกับตัวเองและเรื่องที่เกิดขึ้น” “ทำไงมีแฟนแล้วจะไม่ทะเลาะกัน” “การสื่อสาร การพูดกับพ่อแม่” “วิธีดูแลความรู้สึกของตนเองหลังมีเพศสัมพันธ์” เป็นต้น
10. ช่องทางและเครื่องมือสื่อสารที่สนใจ พบว่า สื่อวีดิทัศน์และสื่อบุคคลเป็นสื่อที่กลุ่มเด็กผู้หญิงมีการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายให้ความสนใจมากที่สุด โดยระบุว่า “ชอบคลิปวิดีโอ ชอบภาพยนตร์ ภาพเคลื่อนไหว” “แบบคนมานั่งคุยกัน” “คนหูหนวกสื่อสารตรงกัน ชัดเจนมากกว่า คนหูดีน่าจะคุยกันยาก” “อยากให้เพื่อนหูหนวก ที่มีประสบการณ์มาแชร์ประสบการณ์” “อยากให้มีทั้งคนหูดีหูหนวกจัดอบรม” “คนหูดี ที่มีความรู้แนะนำเราได้มากกว่า แต่ต้องมีล่ามด้วย” และ “พ่อแม่ก็ควรจะให้คำแนะนำลูกได้”

วิจารณ์

จากการเก็บข้อมูลกระบวนการกลุ่มในกลุ่มเด็กผู้หญิงพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบข้อมูลที่สำคัญ ได้แก่ (1) เด็กผู้หญิงพิการ

ทางการได้ยินหรือสื่อความหมายมีมุมมองต่อตนเองที่ไม่ค่อยดี รู้สึกอายนที่ต้องใช้ภาษามือ กลัวว่าคนอื่นจะมองหรือพูดถึงตนเองในทางที่ไม่ดี ส่วนมุมมองต่อคนอื่นนั้น เด็กผู้หูพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายรู้สึกอยากพูดได้เหมือนคนที่ไม่มีภาวะพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ส่วนใหญ่แล้วเด็กผู้หูพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายมักมีพ่อแม่ ครู ล่าม เป็นคนหูดี ซึ่งช่วยสื่อสารความต้องการให้ได้ (2) กรอบคิดเรื่องเพศของเด็กผู้หูพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายมีจำกัด มีมุมมองว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องน่าอาย เด็กผู้หูพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายมีความรู้เรื่องเพศอยู่บ้าง แต่เป็นความรู้แบบรู้ไม่ครบ รู้คลาดเคลื่อน เช่น รู้ว่าการใส่ถุงยางอนามัยช่วยป้องกันโรคได้ รู้ว่าการกินยาคุมกำเนิดป้องกันการตั้งครรภ์ได้ แต่มีความเชื่อว่าหากกินยาคุมกำเนิดมากเกินไปจะทำให้เป็นบ้าได้ เด็กส่วนใหญ่จึงกินไม่ครบแผง หรือรู้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่มีความเชื่อว่า การนั่งติดกับคนมีเชื้อโรคเอดส์จะทำให้ติดเอดส์ได้ และเชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกันจะไม่ทำให้ติดโรคเอดส์ เป็นต้น (3) ขาดความรู้และทักษะเรื่องเพศ เนื่องจากเด็กเข้าถึงข้อมูลเรื่องเพศเชิงบวก จึงไม่เคยหาข้อมูล ไม่มีคนคุยด้วย หรือเรียนรู้จากสื่อที่ไม่ให้ความรู้ทางเพศเชิงบวก หรือเรียนรู้จากเพื่อน

รุ่นพี่ที่ไม่ทราบข้อมูลที่ถูกต้อง (4) มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย เด็กเกือบทุกคนมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน บางครั้งมีเพศสัมพันธ์แบบไม่พร้อม เช่น การหลั่งนอก ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ด้วยเหตุผลเพราะเชื่อใจคนรัก หรือบางครั้งไม่ได้เตรียมไว้ หรือคนรักไม่ชอบใส่ถุงยางอนามัย

ข้อค้นพบสำคัญจากกระบวนการกลุ่มที่สามารถนำไปประยุกต์เพื่อพัฒนากระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศ และสุขภาวะทางเพศสำหรับเด็กผู้หูพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายในสถานศึกษา คือ (1) สื่อบุคคลที่มีมุมมองเชิงบวกต่อการสื่อสารสุขภาวะทางเพศ ที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ทักษะ และความรู้เรื่องเพศเชิงบวกในระดับบุคคลทั้งแกนนำเด็กและแกนนำผู้ใหญ่ ทำให้ตระหนักถึงสถานการณ์เรื่องเพศที่มีความซับซ้อน ลดการตัดสินตีตรา ทำให้เด็กกล้าพูดคุยเรื่องเพศมากขึ้น ส่งผลให้มีเพศสัมพันธ์เมื่อพร้อมและปลอดภัยมากขึ้น (2) การสื่อสารเรื่องเพศกับเด็กพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมายยังมีข้อจำกัดเรื่องการใช้ภาษามือและคำศัพท์เรื่องเพศ (3) เนื้อหาเพื่อสื่อสารสุขภาพทางเพศ ต้องตรงประเด็น เข้าใจง่าย มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน มีสื่อมีภาพประกอบ โดยสอดแทรกมิติมุมมองเรื่องเพศเชิงบวกกับคนพิการและการเข้าถึงแหล่งข้อมูลแหล่งบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. รายงานสถานการณ์ด้านคนพิการ 31 มีนาคม 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-base/disabled-person-situation/สถานการณ์คนพิการ-31-มีนาคม-2564-รายไตรมาส>
2. สำนักส่งเสริมความเสมอภาคหญิงชาย สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. สรุปสถานการณ์ความรุนแรงต่อสตรีพิการ (ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 24 เม.ย. 2560]. แหล่งข้อมูล: http://www.dpiap.org/upload/2014-10-06_12-37-42.pdf
3. กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 24 พ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://dep.go.th/sites/default/files/files/law/61.pdf>
4. ปิ่นแก้ว เหลืองอร่ามศรี. อัตลักษณ์ชาติพันธุ์และความเป็นชายขอบ. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร; 2546.
5. ใจ อึ้งภากรณ์. สถานภาพ “คนพิการ” กับการเมืองฝ่ายซ้าย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://turnleftthai.wordpress.com/2016/01/17/สถานภาพ-คนพิการ-กับการ/>.

6. อนรรฆ พิทักษ์ธานี. เพศวิถีของคนพิการ: มายาภาพและอคติ [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [สืบค้นเมื่อ 18 พ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://prachatai.com/journal/2009/05/23927>
7. วิชัย จันทร์บุญ, มณีมัย ทองอยู่. กระบวนการต่อสู้ต่อความเชื่อทางสังคมของคนพิการ. วารสารวิจัยและพัฒนา วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2559;11:171-81.
8. สุรัชย์ หวันแก้ว. คนชายขอบ: จากความคิดสู่ความจริง. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
9. เพ็ญจันทร์ ประดับมุข-เซอร์เรอร์. รายงานฉบับสมบูรณ์เพศวิถีและปัญหาอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิงพิการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2555.
10. คิวনারถ หงษ์ประยูร. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนารูปแบบและกระบวนการในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ และสุขภาวะทางเพศสำหรับผู้หญิงพิการ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2563.

Sexual Health of Deaf Young Female: a Case Study of Schools for the Deaf in Bangkok and Chonburi Provinces, Thailand

Sivanart Hongprayoon¹, Jittima Phanutecha², Anusorn Amphansri³

¹Faculty of Communication Arts Dhurakij Pundit University, Bangkok, Thailand

²Sexualities Studies Association, Nakhon Pathom Province, Thailand

³ThaiHealth Promotion Foundation, Bangkok, Thailand

Abstract

This article is a case study on the issue of sexual health among 24 female students with hearing or interpretive disabilities at 2 secondary schools for the deaf in Bangkok and Chonburi through a focus group discussion. The focus group discussion showed that female students with hearing or interpretive disabilities lacked self-esteem. They wished they could communicate like people without disabilities but were not comfortable to express their thoughts relating to sex. The target group had little knowledge and misleading information about sexual and reproductive health including HIV/AIDS. They understood that HIV/AIDS could be transmitted through sexual activities, however, they had a few misconceptions that HIV/AIDS could also be transmitted through a casual close contact; or it was safe to engage in same-sex activity. In addition, due to a lack of knowledge and experience, they received the information through non-professional peers including seniors or pornographic media. This could lead to an unprotected sexual behaviors.

Keywords: disable women; woman with hearing or interpretive disabilities; sexual health

การเสริมพลังชุมชนกับการสร้างเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาโครงการชุมชนน่าอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือ

พินทุสร โพธิ์ไธสง¹, สมศักดิ์ สามัคคีธรรม²

¹สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรุงเทพมหานคร

²คณะพัฒนาสังคมและยุทธศาสตร์การบริหาร สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมพลังชุมชนกับการสร้างเสริมสุขภาพในโครงการชุมชนน่าอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือ ที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักสร้างสรรค์โอกาส (สำนัก 6) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการเสริมพลังชุมชน 9 องค์ประกอบของ Laverack G และใช้แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมายของ 10 ปีของ สสส. ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง และเก็บข้อมูลจาก 99 ชุมชน โดยการประชุมกลุ่มย่อยในแต่ละชุมชนเพื่อให้ผู้เข้าร่วม ซึ่งประกอบด้วยกรรมการสภาผู้นำชุมชน และพี่เลี้ยงภายนอก ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการตอบคำถามตามแบบสอบถามที่มีโครงสร้าง ผลการวิจัยพบว่า การเสริมพลังชุมชน มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จด้านสุขภาพตามเป้าหมาย 10 ปี สสส. ($r=0.205$) นอกจากนี้ยังพบว่า แนวคิด 9 องค์ประกอบของการเสริมพลังชุมชนของ Laverack G เป็นแนวคิดที่มีประโยชน์ต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน

คำสำคัญ: การเสริมพลังชุมชน; การสร้างเสริมสุขภาพ; ชุมชนน่าอยู่

บทนำ

ปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง หรือโรค NCDs ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตใน 5 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ เบาหวาน หลอดเลือดสมอง ความดันโลหิตสูง และโรคมะเร็ง โดยช่วงปี 2544-2557 มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเฉลี่ยกว่าร้อยละ 12 ต่อปี⁽¹⁾ โรค NCDs ไม่ได้เป็นโรคติดต่อหรือติดต่อผ่านพาหะนำโรค แต่มักขึ้นอยู่กับวิถีการใช้ชีวิตที่มีพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่หลากหลาย ทั้งพฤติกรรมบริโภค การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ ขาดกิจกรรมทางกายที่พอเพียง การเผชิญปัญหาทางด้านสุขภาพจิต หรือปัจจัยทางด้านพันธุกรรมอายุ เพศ สิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ รวมไปถึงความเป็นเมืองและพัฒนาการทางสังคม วัฒนธรรม⁽²⁾ โดยองค์การอนามัยโลก

เรียกปัจจัยที่มีผลต่อสถานะทางสุขภาพของบุคคลนี้ว่าปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ เป็นสภาพแวดล้อมของบุคคล ตั้งแต่เกิด เติบโต ทำงานและชราภาพ ปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเชิงสังคมทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ⁽³⁾ อันเป็นสาเหตุของการเกิดโรค NCDs เพิ่มมากขึ้น โดยปัจจุบันอัตราการเจ็บป่วยจากกลุ่มโรคดังกล่าวของประชากรไทยเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่องโดยมีมูลค่าคาดการณ์ว่าจะมีผลในระยะยาว⁽⁴⁾

สำหรับการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่ผ่านมาหน่วยงานภาครัฐมีความพยายามกำหนดกรอบงบประมาณด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง แต่อัตราการเจ็บป่วยจากโรค NCDs กลับไม่ได้มีแนวโน้มลดลง หน่วยงานภาครัฐจึงต้องปรับเปลี่ยนเป้าหมายและทิศทางการดูแลสุขภาพของ

ประชาชนโดยมุ่งส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเข้ามาร่วมขับเคลื่อน สอดคล้องกับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter for Health Promotion) ที่นิยามการสร้างเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นกระบวนการส่งเสริมให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลสามารถควบคุมและดูแลสุขภาพของตนเอง สามารถระบุถึงความต้องการในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงด้านปัจจัยหรือสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับตนเองได้ กลยุทธ์สำคัญตามหลักออตตาวาชาร์เตอร์มี 5 ประการ ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสรรคสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ⁽⁵⁾ เมื่อสุขภาพเป็นเหมือนทรัพยากรสำหรับชีวิตประจำวันของบุคคล การสร้างเสริมสุขภาพจึงมิใช่ความรับผิดชอบของภาครัฐเพียงฝ่ายเดียว แต่เป็นการสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีวิถีชีวิตเพื่อการมีสุขภาพที่ดี สอดคล้องเป็นหนึ่งในวิถีชีวิตเพื่อการดำรงชีวิต และหากพิจารณาหลักการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนตามกลยุทธ์สำคัญของหลักออตตาวาชาร์เตอร์จะพบว่า มีกลยุทธ์ที่มุ่งเน้นที่หลักการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ด้วยการสนับสนุนข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ และพัฒนาทักษะชีวิต เปิดโอกาสให้ประชาชนใช้ความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม และสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพตนเอง และหลักการเสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็ง ซึ่งใช้หลัก “การเสริมพลังชุมชน” เป็นหัวใจสำคัญของการดำเนินงาน ทำให้ชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของ สามารถควบคุมการดำเนินงานต่างๆ เพื่อกำหนดอนาคตของตนเองได้⁽⁶⁾ การเสริมพลังชุมชนจึงเป็นกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของบุคคล องค์กร และชุมชนโดยคาดหวังการบรรลุเป้าหมายบางอย่างร่วมกัน ดึงศักยภาพและความสามารถในการควบคุมชีวิตของตนเองและชุมชน⁽⁷⁾ Glenn Laverack เป็นนักวิชาการที่สนใจและศึกษาเรื่องกระบวนการเสริมพลังชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้กล่าวว่า การเสริมพลังชุมชนเป็นกระบวนการที่ช่วยเพิ่มอำนาจการควบคุมสิ่งที่อยู่เหนือการตัดสินใจและความคุมทรัพยากรที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของคนในชุมชน โดยเริ่มจากปฏิบัติการระดับ

บุคคลไปสู่กลุ่มองค์กร กลุ่มคนที่มีขนาดใหญ่ขึ้นจะสามารถแสดงเจตนาสมัครร่วมเพื่อยกระดับการเปลี่ยนแปลงจากชุมชนไปสู่ระดับสังคมและการเมืองผ่านการกระจายอำนาจให้สมาชิกชุมชนได้มีโอกาสได้เข้าถึงทรัพยากรเพื่อการจัดการและตัดสินใจเลือกทางเลือกที่มีผลต่อการดำรงชีวิต⁽⁸⁾ Laverack G ได้จัดระบบทางความคิดและเสนอกระบวนการเสริมพลังชุมชนโดยจำแนกเป็น 9 องค์กรประกอบ⁽⁹⁾ ได้แก่

- 1) การมีส่วนร่วม ที่เป็นการรวมกลุ่มคนหรือองค์กรชุมชน เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และกำหนดปัญหาที่เป็นประเด็นร่วมส่วนใหญ่ของชุมชน จนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน
- 2) ภาวะผู้นำ ผู้นำต้องเป็นบุคคลที่ชาวบ้านไว้วางใจ มีโครงสร้างภาวะผู้นำที่แข็งแกร่ง เชื่อมประสานให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างมีทิศทางเพื่อการพัฒนากลุ่มหรือองค์กร
- 3) ความสามารถในการประเมินปัญหา สามารถระบุปัญหาแนวทางแก้ปัญหา และการปฏิบัติการแก้ไข ปัญหาของชุมชนร่วมกันได้
- 4) โครงสร้างองค์กร ที่ต้องนับรวมถึงกลุ่มขนาดเล็กที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเป็นตัวแทนของคนในชุมชนเพื่อดำเนินงานแก้ไขปัญหาที่สำคัญของชุมชน
- 5) การระดมทรัพยากร ความสามารถในการเจรจาต่อรอง เพื่อระดมทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกชุมชน สำหรับการสนับสนุนงานของชุมชน
- 6) การเชื่อมโยงถึงองค์กรอื่นๆ เพื่อหนุนเสริมเรื่องที่ชุมชนดำเนินการอยู่
- 7) การถามว่า “ทำไม” เป็นความสามารถของชุมชนในการประเมินหรือสังเกตจุดสำคัญทั้งทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และความไม่เท่าเทียมที่เชื่อมโยงกับปัญหาชุมชน
- 8) การบริหารโครงการ ชุมชนสามารถบริหารจัดการโครงการด้วยตนเองได้
- 9) ความสัมพันธ์กับตัวแทนองค์กรภายนอก/บทบาทที่เสี่ยง ที่ไม่ครอบงำชุมชน แต่เอื้ออำนวยให้เกิดอำนาจจากภายใน (power form within) นำไปสู่การเกิดอำนาจร่วม (power-with) เป็นผู้สร้างการเปลี่ยนแปลงพลังของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแทนภายนอกและชุมชน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นการเสริมพลังชุมชนจึงเป็นแนวคิดที่มุ่งเพิ่มขีดความสามารถเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาของชุมชนร่วมกัน สร้างความตระหนักร่วมถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต ทำให้ประเด็นปัญหาถูกมองเป็นเรื่องสำคัญสำหรับชุมชน จึงร่วมมือกันวางแผนและปฏิบัติการตามแผนอย่างมีส่วนร่วม เมื่อเกิดกระบวนการเรียนรู้ผ่านการลงมือจึงทำให้เกิดความมั่นใจว่าสามารถควบคุมชีวิตตนเองได้⁽¹⁰⁾ ดังนั้นการเสริมพลังชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นการเพิ่มขีดความสามารถของคนในชุมชนผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมให้วิเคราะห์ถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนโดยรวม ระบุสาเหตุของปัญหาทางสุขภาพ สร้างการรับรู้และเชื่อมั่นในสมรรถนะชุมชนว่าจะจัดการกับทรัพยากรเพื่อการควบคุมสถานะทางสุขภาพคนในชุมชนได้ มุมมองของการพัฒนาจึงเริ่มจากหลักการพัฒนาคนเป็นศูนย์กลางหรือเรียกว่า “นโยบายแบบล่างขึ้นบน”

การนำกระบวนการเสริมพลังชุมชนมาปรับใช้กับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพที่เห็นเชิงรูปธรรมเป็นการสนับสนุนโครงการสร้างเสริมสุขภาพ จากสำนักสร้างสรรค์โอกาส (สำนัก 6) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นหน่วยงานที่มีเป้าประสงค์ในการกระจายโอกาสให้ประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงโอกาสการสร้างเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน/พื้นที่อันนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี⁽¹¹⁾ สอดคล้องกับทิศทาง สสส. ในการสนับสนุนให้ “ทุกคนบนแผ่น ดินไทยมีวิถีชีวิต สังคม และสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนต่อการมีสุขภาวะที่ดี⁽¹²⁾ และเป็นไปตามเจตนารมณ์และความมุ่งหมายของพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544⁽¹³⁾

สำนัก 6 สนับสนุนชุดโครงการชุมชนนำอยู่⁽¹⁴⁾ ที่เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งเชื่อว่าการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งต้องเริ่มต้นจากการพัฒนาคน ให้รู้จักตัวตน ระบุปัญหาตนเองและชุมชน รู้ถึงทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน และเชื่อว่าตนเองสามารถจัดการทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับคนในชุมชนอย่างทั่วถึงสะท้อนถึงความ เป็นชุมชนที่เข้มแข็งนำอยู่ โครงการชุมชนนำอยู่มีรูปแบบการดำเนินงานที่มุ่งเน้นพัฒนาภาคีการจัดการในชุมชน/หมู่บ้าน ที่เรียกว่า “สภาผู้นำชุมชน” มีองค์ประกอบของผู้นำที่เป็นทางการ (กรรมการหมู่บ้าน) และผู้นำที่ไม่เป็นทางการ

(ผู้นำกลุ่มต่างๆในชุมชน) ในโครงสร้างสภาผู้นำชุมชน ขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมโดยยึดการมีส่วนร่วมของชุมชน สนับสนุนให้จัดทำข้อมูลชุมชนเพื่อจัดทำแผนชุมชน พึ่งตนเองสำหรับใช้เป็นแผนหลักในการพัฒนาหมู่บ้าน⁽¹⁴⁾

ช่วงปี พ.ศ. 2558 สำนัก 6 ได้มีการถอดบทเรียนการดำเนินงานและพบว่า การสนับสนุนให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป จึงออกแบบการสนับสนุนชุมชนต่อเนื่อง 3 ปี เริ่มปี พ.ศ. 2559 - 2562 สนับสนุนโครงการทั้งสิ้นจำนวน 379 โครงการ ในพื้นที่ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ สำหรับประเด็นสุขภาพที่ชุมชนเลือกดำเนินการจะกำหนดให้สอดคล้องกับเป้าหมาย 10 ปี สสส. (พ.ศ.2555-2564) ได้แก่ (1) ลดอัตราการสูบบุหรี่ (2) ลดอัตราการดื่มสุรา (3) ลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ (4) เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ (5) เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำ (6) ลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและความอ้วนในเด็ก (7) ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (8) เพิ่มสัดส่วนคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีความสุขในการดำเนินชีวิต (สุขภาพจิต) และ (9) การเพิ่มสัดส่วนครอบครัวอบอุ่น

การขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ชุดโครงการดังกล่าว สำนัก 6 ได้กำหนดให้มีกลไกหน่วยจัดการชุมชนนำอยู่ ซึ่งหมายถึงหน่วยงาน องค์กร กลุ่มบุคคลหรือบุคคล ที่ทำงานร่วมกับสำนักในเป้าหมายและภารกิจที่สำนัก ออกแบบไว้เพื่อทำหน้าที่ในการค้นหาชุมชนเป้าหมายที่ขาดโอกาสในการเข้าถึงทุนเพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพกลุ่มเป้าหมายให้สามารถบริหารจัดการโครงการ และการติดตามเสริมพลังชุมชนโดยคาดหวังให้ชุมชนบรรลุเป้าหมายการสร้างเสริมสุขภาพตามที่ชุมชนเลือกดำเนินงานจนนำไปสู่การเป็นชุมชนสุขภาวะ และเมื่อพิจารณาถึงแนวทาง หลักการ และความคาดหวังเชิงผลลัพธ์ จะพบว่าให้ความสำคัญกับมิติของการเสริมพลังชุมชนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมผ่านกลไกระดับชุมชน ซึ่งเรียกว่า “สภาผู้นำชุมชน” เพื่อดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ชุมชนร่วมกันกำหนดขึ้น โดยมีพี่เลี้ยงภายนอก (พี่เลี้ยงจากหน่วยจัดการชุมชนนำอยู่) หนุนเสริมชุมชน จากการศึกษาข้อมูลปี พ.ศ. 2562 พบว่า พี่เลี้ยงโครงการชุมชนนำอยู่ทั่วประเทศรวมทั้งสิ้น 141 คน ติดตามเสริมพลัง 397 โครงการ ซึ่งพี่เลี้ยง 1 คนสามารถจัดตั้งโครงการ

ประมาณ 7 - 10 โครงการ โดยที่เลี้ยงทุกคนได้ผ่านกระบวนการพัฒนาศักยภาพจาก สำนัก 6 อย่างน้อย 3 หลักสูตรพื้นฐาน ได้แก่ (1) การพัฒนาคุณภาพข้อเสนอโครงการ (2) การติดตามสนับสนุนโครงการเชิงผลลัพธ์เพื่อการเรียนรู้และพัฒนา และ (3) การถอดบทเรียนโครงการ เพื่อใช้ความรู้สำหรับทำหน้าที่หนุนเสริมให้เกิดการจัดตั้งสภาผู้นำชุมชน ชวนชุมชนวิเคราะห์ปัญหาและจัดทำแผนชุมชนพึ่งตนเอง ผลักดันให้มีการนำแผนชุมชนพึ่งตนเองไปสู่การปฏิบัติ ในช่วงต้นของการดำเนินงานที่เลี้ยงจะสนับสนุนสภาผู้นำชุมชนทั้งด้านความรู้และทักษะเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ผ่านการลงมือทำอย่างต่อเนื่อง จนท้ายที่สุดชุมชนสามารถดำเนินการได้เองโดยมีที่เลี้ยงเป็นที่ปรึกษาเฉพาะเรื่องที่ชุมชนร้องขอเท่านั้น

ด้วยความน่าสนใจของการออกแบบโครงการชุมชนนอกระบบที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและให้ความสำคัญกับการพัฒนาขีดความสามารถของ “สภาผู้นำชุมชน” ผ่านกระบวนการ “การเสริมพลังชุมชน” ซึ่งเป็นหลักสำคัญที่ระดับสากลให้การยอมรับ การพิสูจน์ในเชิงวิชาการว่าการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการชุมชนนอกระบบมาจากระบบการเสริมพลังชุมชน นอกจากจะทำให้หน่วยงานสนับสนุนทุนทราบถึงผลลัพธ์ความสำเร็จโครงการแล้วยังส่งผลให้งานสร้างเสริมสุขภาพด้วยการเสริมพลังชุมชนในประเทศไทยมีรูปแบบที่สามารถนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อื่นได้ จึงนำมาสู่การศึกษาระบบการเสริมพลังชุมชนกับการสร้างเสริมสุขภาพ กรณีศึกษาโครงการชุมชนนอกระบบในพื้นที่ภาคเหนือ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสำเร็จของโครงการชุมชนนอกระบบด้านการเสริมพลังชุมชน และด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพตามเป้าหมาย 10 สสส. และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมพลังชุมชน 9 องค์ประกอบกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามเป้าหมาย 10 ปี สสส. ของโครงการชุมชนนอกระบบในพื้นที่ภาคเหนือจากการสนับสนุนของสำนักสร้างสรรค์โอกาส (สำนัก 6) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณศึกษาความสำเร็จของโครงการชุมชนนอกระบบด้านการเสริมพลังชุมชนและ

ด้านสุขภาพตามเป้าหมาย 10 ปี สสส. กำหนดพื้นที่ในการศึกษาเป็นโครงการชุมชนนอกระบบในพื้นที่ภาคเหนือจำนวน 99 โครงการ ครอบคลุม 14 จังหวัดในภาคเหนือ ได้แก่ กำแพงเพชร เชียงราย เชียงใหม่ ตาก น่าน พะเยา พิจิตร พิษณุโลก เพชรบูรณ์ แพร่ ลำปาง ลำพูน สุโขทัย และอุตรดิตถ์ กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา ได้แก่ กรรมการสภาผู้นำชุมชน และที่เลี้ยงโครงการ เครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามที่มีโครงสร้าง แบบสอบถามแบบมีโครงสร้างมีกระบวนการตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือข้อมูล หาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (index of item objective congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับการสนับสนุนโครงการชุมชนนอกระบบจำนวน 5 คน ในกระบวนการตรวจสอบจะใช้เกณฑ์การตรวจพิจารณาข้อคำถาม คือ ให้คะแนน +1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ให้คะแนน 0 ถ้าไม่แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ให้คะแนน -1 ถ้าแน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

จากนั้น นำผลคะแนนที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC ตามสูตร โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ (1) ข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00 มีค่าความเที่ยงตรง ใช้ได้ และ (2) ข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 มีค่าความเที่ยงตรงใช้ไม่ได้ ต้องปรับปรุง ผลการคำนวณค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม พบว่า ไม่มีข้อคำถามใดที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.50 มีเพียงข้อเสนอแนะให้ปรับคำในข้อคำถามเพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้น

แบบสอบถามประกอบด้วย 2 ตัวแปร คือ (1) การเสริมพลังชุมชน 9 องค์ประกอบ ผู้วิจัยได้ใช้เครื่องมือที่ Laverack G สร้างขึ้นโดยนำมาปรับปรุงเพื่อให้เหมาะกับพื้นที่ก่อนนำไปใช้จริง และ (2) ความสำเร็จด้านสุขภาพตามเป้าหมาย 10 ปี สสส. ใช้รูปแบบการศึกษาที่เสนอโดย Laverack G คือ แบบสอบถาม 1 ชุด เก็บข้อมูล 1 ชุมชน ผ่านกระบวนการประชุมกลุ่มย่อย (focus group) ประกอบด้วย กรรมการสภาผู้นำชุมชน ที่ปรึกษาสภาผู้นำชุมชน และที่เลี้ยง จำนวน 3 - 8 คนต่อชุมชน ทั้งนี้ ได้ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อบรรยายข้อมูลของกลุ่มประชากร และใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์อย่างง่าย (simple correlation analysis) เพื่อหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว สำหรับอธิบายข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่าง

กระบวนการเสริมพลังชุมชนกับผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมาย 10 ปี สสส. ภายใต้โครงการชุมชนน่าอยู่

องค์ประกอบการเสริมพลังชุมชนเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่ทำการประเมินประกอบด้วย 9 องค์ประกอบ คือ

1. การมีส่วนร่วมชุมชน
2. ภาวะผู้นำท้องถิ่น
3. ความสามารถประเมินปัญหา
4. โครงสร้างองค์การ
5. การระดมทรัพยากร
6. เชื่อมโยงกับเครือข่าย
7. การถามว่าทำไม
8. การบริหารจัดการโครงการ
9. บทบาทขององค์กรภายนอก

ส่วนตัวแปรด้านผลลัพธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามเป้าหมาย 10 ปี สสส. ภายใต้โครงการชุมชนน่าอยู่ ได้แก่

1. ลดอัตราการสูบบุหรี่
2. ลดอัตราการดื่มสุรา
3. ลดอัตราการติดเชื้อเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์
4. เพิ่มการบริโภคผักและผลไม้
5. เพิ่มการมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำ
6. ลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและความอ้วนในเด็ก
7. ลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน
8. เพิ่มสัดส่วนคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีความสุขในการดำเนินชีวิต (สุขภาพจิต)
9. เพิ่มสัดส่วนครอบครัวอบอุ่น

ผลการศึกษา

โครงการชุมชนน่าอยู่ในพื้นที่ภาคเหนือดำเนินการคัดเลือก “พี่เลี้ยง” เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ เป็นบุคคลในพื้นที่ที่มีศักยภาพในการขับเคลื่อนงานได้สูง ส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการเป็นนักวิชาการสาธารณสุข อาจารย์สถาบันการศึกษา นักวิชาการเกษตร นักวิชาการที่ดิน เป็นต้น โดยพี่เลี้ยงดำเนินการจัดตั้ง “โครงการ” ขึ้นภายในพื้นที่ของตน พี่เลี้ยง 1 คนจัดตั้งโครงการจำนวน 9 โครงการ เป็นโครงการที่มีจุดเน้นสำคัญ คือ ออกแบบให้มีกลไกการขับเคลื่อนกิจกรรมโครงการโดยการจัดตั้ง “สภาผู้นำชุมชน” โครงสร้างสภาผู้นำชุมชนจะมีองค์ประกอบของ

ตัวแทนชุมชนที่มาจาก ผู้นำที่เป็นทางการ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สมาชิก อบต. ฯลฯ และผู้นำที่ไม่เป็นทางการ ได้แก่ กลุ่มอาชีพต่างๆ ในชุมชน ประชาญชุมชน ฯลฯ ยึดหลักการมีส่วนร่วมเป็นหัวใจสำคัญในการขับเคลื่อนงาน และมีการจัดทำแผนชุมชนที่ตนเองเป็นเครื่องมือหรือเป็นเข็มทิศนำทางเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาชุมชนให้น่าอยู่ ซึ่งในการดำเนินงานโครงการได้ให้ความสำคัญกับกระบวนการเสริมพลังชุมชนเพื่อนำไปสู่ความเป็นชุมชนเข้มแข็ง สำหรับขับเคลื่อนให้เกิดเป็น “ชุมชนสุขภาวะ” เมื่อศึกษาถึงความสำเร็จของโครงการชุมชนน่าอยู่ด้านการเสริมพลังชุมชน และด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมพลังชุมชน 9 องค์ประกอบกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพตามเป้าหมาย 10 ปี สสส. ปรากฏผลการศึกษาดังนี้

ผลจากการศึกษาความสำเร็จของโครงการชุมชนน่าอยู่ด้านการเสริมพลังชุมชนและด้านสุขภาพตามเป้าหมาย 10 ปี สสส. โดยใช้แบบสอบถามแบบมีโครงสร้าง 1 ชุด ต่อ 1 ชุมชน ซึ่งผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยทั้งหมดต้องทำความเข้าใจข้อคำถามในแบบสอบถามให้ตรงกันจากนั้นจึงลงมติเลือกให้คะแนนแต่ละข้อคำถามร่วมกัน พบว่าจากการศึกษา 99 ชุมชนในภาคเหนือ มีผู้ร่วมประชุมกลุ่มย่อยเพื่อตอบแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 705 คน ชุมชนส่วนใหญ่มีผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยในแต่ละชุมชนจำนวน 6-8 คน (ร้อยละ 97.9) และมีชุมชนส่วนน้อยที่มีผู้เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยเพียง 3-4 คน มีผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ผลการศึกษาความสำเร็จของโครงการชุมชนน่าอยู่ด้านการเสริมพลังชุมชน 9 องค์ประกอบ

จากตารางที่ 1 แสดงถึงการเสริมพลังชุมชนในภาพรวมทั้ง 99 ชุมชน พบว่าโดยเฉลี่ยอยู่ในระดับ “สูงมาก” (Mean = 4.61) และเมื่อพิจารณาเป็นรายชุมชนจะเห็นว่า มีชุมชนที่มีการเสริมพลัง 9 องค์ประกอบ อยู่ในระดับ สูงมาก (ร้อยละ 67.7) รองลงมาอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 27.3) และอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 4.0) ตามลำดับ

ตารางที่ 2 แสดงถึงการวิเคราะห์การเสริมพลังชุมชนในภาพรวมจำแนกเป็นรายองค์ประกอบว่าอยู่ในระดับ “สูงมาก” 7 องค์ประกอบ และอยู่ในระดับ “สูง” 2 องค์ประกอบ การเสริมพลังชุมชนที่อยู่ในระดับ “สูงมาก” ได้แก่การเสริมพลัง

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การเสริมพลังชุมชนในภาพรวม

| การเสริมพลังชุมชนในภาพรวม | จำนวน (ชุมชน) | ร้อยละ |
|---------------------------|---------------|--------|
| 1. ต่ำมาก (1.00-1.80) | 0 | 0.0 |
| 2. ต่ำ (1.81-2.60) | 1 | 1.0 |
| 3. ปานกลาง (2.61-3.40) | 4 | 4.0 |
| 4. สูง (3.41-4.20) | 27 | 27.3 |
| 5. สูงมาก (4.21-5.00) | 67 | 67.7 |
| รวม | 99 | 100.0 |

หมายเหตุ: (Mean = 4.61; SD = 0.617)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์การเสริมพลังชุมชนจำแนกเป็นรายองค์ประกอบ

| องค์ประกอบ | สูงมาก | สูง | ปานกลาง | ต่ำ | ต่ำมาก | Mean | SD | ระดับเฉลี่ย |
|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|------|-------|-------------|
| 1. การมีส่วนร่วมของชุมชน | 54 (54.5) | 29 (29.3) | 15 (15.2) | 1 (1.0) | 0 (0.0) | 4.31 | 0.777 | สูงมาก |
| 2. ความสามารถประเมินปัญหา | 34 (34.3) | 59 (59.6) | 3 (3.0) | 3 (3.0) | 0 (0.0) | 4.25 | 0.660 | สูงมาก |
| 3. ภาวะผู้นำท้องถิ่น | 40 (40.4) | 37 (37.4) | 17 (17.2) | 4 (4.0) | 1 (1.0) | 4.12 | 0.709 | สูง |
| 4. โครงสร้างองค์การ | 44 (44.4) | 47 (47.5) | 6 (6.1) | 2 (2.0) | 0 (0.0) | 4.34 | 0.688 | สูงมาก |
| 5. การระดมทรัพยากร | 42 (42.4) | 43 (43.4) | 11 (11.1) | 2 (2.0) | 1 (1.0) | 4.24 | 0.809 | สูงมาก |
| 6. การเชื่อมโยงกับเครือข่าย | 44 (44.4) | 49 (49.5) | 5 (5.1) | 1 (1.0) | 0 (0.0) | 4.37 | 0.632 | สูง |
| 7. การถามว่าทำไม | 23 (23.2) | 45 (45.5) | 33 (22.2) | 8 (8.1) | 1 (1.0) | 3.82 | 0.919 | สูงมาก |
| 8. การบริหารจัดการโครงการ | 55 (55.6) | 41 (41.4) | 3 (3.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 4.53 | 0.560 | สูงมาก |
| 9. บทบาทขององค์กรภายนอก | 77 (77.8) | 16 (16.2) | 6 (6.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 4.72 | 0.572 | สูงมาก |
| รวม | 99 (100.0) | 99 (100.0) | 99 (100.0) | 99 (100.0) | 99 (100.0) | 4.30 | 0.479 | |

ด้านบทบาทขององค์กรภายนอก (Mean = 4.72) รองลงมาคือ ด้านการบริหารจัดการโครงการ (Mean = 4.53) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Mean = 4.37) การเชื่อมโยงกับเครือข่าย (Mean = 4.37) ความสามารถประเมินปัญหาโครงสร้างองค์กร (Mean = 4.34) และการเสริมพลังชุมชนด้านการระดมทรัพยากร (Mean = 4.24) ตามลำดับ และการเสริมพลังชุมชนที่อยู่ในระดับ “สูง” ได้แก่ การเสริมพลังด้านภาวะผู้นำท้องถิ่น (Mean = 4.12) และการถามว่าทำไม (Mean = 3.82)

2. ผลการศึกษาความสำเร็จของโครงการชุมชนนำอยู่ตามเป้าหมาย 10 ปี สสส.

จากการศึกษาถึงความสำเร็จของโครงการชุมชนนำอยู่ตามเป้าหมาย 10 ปี สสส. ในพื้นที่ภาคเหนือ พบว่า ประเด็นที่ชุมชนดำเนินการมากที่สุด คือ ประเด็นการเพิ่มสัดส่วนคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีความสุขในการดำเนินชีวิตหรือสุขภาพจิต (ร้อยละ 92.9) รองลงมาเป็นประเด็นการเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ (ร้อยละ 87.9) และประเด็นการเพิ่มกิจกรรมทางกายเป็นประจำ (ร้อยละ 56.6) สำหรับประเด็นที่ชุมชนไม่ได้ดำเนินการมี 2 ประเด็น คือ การลดอัตราการติดเชื้อเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์ และการลดภาวะ

น้ำหนักตัวเกินและความอ้วนในเด็ก และเมื่อศึกษาถึงระดับความสำเร็จในการนำเป้าหมาย 10 ปี ไปดำเนินงาน มีผลการศึกษาดังตารางที่ 3

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นข้อมูลเฉพาะชุมชนที่ได้นำประเด็นเป้าหมาย 10 ปี สสส. ไปดำเนินการและเกิดความสำเร็จแต่ละระดับจะเห็นว่า ประเด็นที่ประสบความสำเร็จในระดับสูงมีทั้งหมด 4 ด้านคือ การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ (Mean = 4.16) รองลงมาคือ การเพิ่มสัดส่วนครอบครัวอบอุ่น (Mean = 4.11) การเพิ่มสัดส่วนคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีความสุขในการดำเนินชีวิตหรือสุขภาพจิต (Mean = 4.04) และการเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำ (Mean = 4.03) ตามลำดับ โดยมีผลการศึกษาระดับความสำเร็จตามเป้าหมาย 10 ปี สสส. ในภาพรวม ดังตารางที่ 4

จากตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์ ระดับความสำเร็จตามเป้าหมาย 10 ปี สสส. ในภาพรวมจะเห็นว่า มีชุมชนที่ดำเนินการและเกิดความสำเร็จตามประเด็นเป้าหมาย 10 ปี สสส. ระดับสูงถึงสูงมาก จำนวนเท่ากัน (ร้อยละ 34.3) ทั้งสองระดับรองลงมา คือ เกิดความสำเร็จในระดับปานกลาง (ร้อยละ 20.2) และเกิดความสำเร็จในระดับต่ำมาก (ร้อยละ 7.1) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ระดับความสำเร็จของชุมชนในการนำเป้าหมาย 10 ปี สสส. ไปดำเนินการ (เฉพาะชุมชนที่นำไปดำเนินการ) จำแนกตามรายเป้าหมาย

| เป้าหมาย 10 ปี สสส. | การบรรลุความสำเร็จ | | | | | Mean | รวม (ชุมชน) |
|---|--------------------|--------------|------------|------------|------------|------|--------------|
| | สูงมาก | สูง | ปานกลาง | ต่ำ | ต่ำมาก | | |
| 1. การลดอัตราการสูบบุหรี่ (เลิกได้ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน) | 0 (0.0) | 2 (2.0) | 1 (1.0) | 1 (1.0) | 2 (2.0) | 2.50 | 6 (6.1) |
| 2. การลดอัตราการดื่มสุรา (ได้ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน) | 0 (0.0) | 3 (3.0) | 4 (4.0) | 2 (2.0) | 8 (8.1) | 2.11 | 17 (17.2) |
| 3. การลดอัตราการติดเชื้อเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์ | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0.00 | 0 (0.0) |
| 4. การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ | 42 (42.4) | 30 (30.3) | 7 (7.1) | 3 (3.0) | 5 (5.1) | 4.16 | 87 (87.9) |
| 5. การเพิ่มการมีกิจกรรมทางกายเป็นประจำ | 24 (24.2) | 19 (19.2) | 7 (7.1) | 3 (3.0) | 3 (3.0) | 4.03 | 56 (56.6) |

ตารางที่ 3 ระดับความสำเร็จของชุมชนในการนำเป้าหมาย 10 ปี สสส. ไปดำเนินการ (เฉพาะชุมชนที่นำไปดำเนินการ) จำแนกตามรายเป้าหมาย (ต่อ)

| เป้าหมาย 10 ปี สสส. | การบรรลุความสำเร็จ | | | | | Mean | รวม (ชุมชน) |
|---|--------------------|--------------|--------------|--------------|------------|------|--------------|
| | สูงมาก | สูง | ปานกลาง | ต่ำ | ต่ำมาก | | |
| 6. การลดอัตราการดื่มสุรา (ได้ไม่ต่ำกว่า 6 เดือน) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0.00 | 0 (0.0) |
| 7. การลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุทางถนน | 6 (6.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 1 (1.0) | 2.58 | 12 (12.1) |
| 8. การเพิ่มสัดส่วนคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีความสุขในการดำเนินชีวิต (สุขภาพจิต) | 35 (35.4) | 36 (36.4) | 11 (11.1) | 10 (10.1) | 0 (0.0) | 4.04 | 92 (92.9) |
| 9. การเพิ่มสัดส่วนครอบครัวอบอุ่น | 14 (14.1) | 19 (19.2) | 9 (9.1) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | 4.11 | 42 (42.4) |

ตารางที่ 4 ระดับความสำเร็จตามเป้าหมาย 10 ปี สสส. ในภาพรวม

| ระดับความสำเร็จตามเป้าหมาย 10 ปี สสส. | จำนวน (ชุมชน) | ร้อยละ |
|---------------------------------------|---------------|--------|
| 1. ต่ำมาก (≤ 5) | 7 | 7.1 |
| 2. ต่ำ (6-8) | 4 | 4.0 |
| 3. ปานกลาง (9-11) | 20 | 20.2 |
| 4. สูง (12-14) | 34 | 34.3 |
| 5. สูงมาก (≥ 15) | 34 | 34.3 |
| รวม | 99 | 100.0 |

ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมพลังชุมชนกับความสำเร็จด้านสุขภาพตามเป้าหมาย 10 ปี สสส.



3. ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมพลังชุมชนกับความสำเร็จด้านสุขภาพ ตามเป้าหมาย 10 ปี สสส.

ภาพที่ 1 แสดงผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมพลังชุมชนกับความสำเร็จตามเป้าหมาย 10 ปี สสส. พบว่า สัมพันธ์กับการบรรลุเป้าหมาย 10 ปี สสส. ($r=0.205$) หมายความว่า การเสริมพลังชุมชนมีความสัมพันธ์ในเชิงบวก

กับความสำเร็จด้านชุมชนเข้มแข็งและความสำเร็จตามเป้าหมาย 10 ปี สสส. นั่นคือถ้ามีการเสริมพลังชุมชนมากขึ้นหรือลดลง ความสำเร็จด้านชุมชนเข้มแข็งและความสำเร็จด้านสุขภาพตามเป้าหมาย 10 ปี สสส. ก็จะมีมากขึ้นหรือลดลงตามไปด้วย

วิจารณ์

การสนับสนุนโครงการชุมชนน่าอยู่ภายใต้สำนักสร้างสรรค์โอกาสได้รับเอาแนวคิดการเสริมพลังชุมชน 9 องค์ประกอบมาปรับใช้กับการดำเนินงาน มีกระบวนการสื่อสารที่เน้นย้ำและทำความเข้าใจกับพี่เลี้ยงภายนอก เพื่อนำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ใช้กับชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ การหนุนเสริมของพี่เลี้ยงเริ่มตั้งแต่การชวนชาวบ้านพูดคุยแลกเปลี่ยนถึงสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพ กระตุ้นให้ชุมชนร่วมระบุประเด็นปัญหาในการดำเนินโครงการ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน จากกระบวนการพูดคุย ทำให้เห็นถึงภาวะผู้นำที่มีอยู่ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เกิดการรวมกลุ่มและจัดตั้งเป็นองค์กรชุมชน “สภาผู้นำชุมชน” ขึ้น กำหนดโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ในการทำงานร่วมกันตามความสนใจและความถนัดแต่ละคน

จากการแลกเปลี่ยนปัญหาของชุมชนนำไปสู่การจัดทำแผนชุมชนของตนเอง ผ่านการประเมินปัญหาาร่วมกันของชุมชน ในแผนฯ ของแต่ละชุมชนมีการระบุถึงเรื่องที่จะขับเคลื่อนและงบประมาณที่ต้องใช้โดยวิเคราะห์ไปถึงทรัพยากรที่มีอยู่ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เนื่องจากกิจกรรมบางอย่างมีความจำเป็นต้องระดมทรัพยากรเพื่อใช้ดำเนินกิจกรรมโครงการ ดังนั้นจึงเกิดการเชื่อมโยงภาคีเครือข่ายเพื่อการสนับสนุนงานของชุมชนทั้งภายในและภายนอกชุมชน ในระหว่างการดำเนินงานชุมชนจัดกลุ่มพูดคุยกันบ่อยครั้งผ่านการตั้งคำถามว่าทำไม ทำให้เกิดการพัฒนาความคิดที่เป็นระบบ เข้าใจถึงโครงสร้างของชุมชน สามารถวิเคราะห์ปัญหาชุมชนได้ครอบคลุม ลึกซึ้งและรอบด้าน เมื่อคุยกันบ่อยขึ้นจึงเกิดจิตสำนึกรักและห่วงแหนชุมชน ต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาชุมชนร่วมกัน โดยมีพี่เลี้ยงภายนอกทำหน้าที่เอื้ออำนวยกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมผ่านการบริหารจัดการกิจกรรม/โครงการของชุมชนด้วยตนเอง และพี่เลี้ยงลดบทบาทลงให้ชุมชนมีความเป็นเจ้าของมากขึ้น ช่วงท้ายชุมชนจึงดำเนินการเรื่องต่างๆ ได้เอง พี่เลี้ยงทำหน้าที่ให้คำปรึกษาตามที่ชุมชนร้องขอเท่านั้น ดังนั้น จึงสามารถสรุปได้ว่ากระบวนการเสริมพลังชุมชน 9 องค์ประกอบมีความครอบคลุมกับการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพภายใต้โครงการชุมชนน่าอยู่ เนื่องจากมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันตามกระบวนการที่กล่าวมาข้างต้น

จากผลการศึกษาโครงการชุมชนน่าอยู่ทั้ง 99 ชุมชน เมื่อพิจารณาเป็นรายชุมชนจะเห็นว่ามิชุมชนที่มีการเสริมพลัง 9 องค์ประกอบ อยู่ในระดับสูงมากถึงร้อยละ 67.7 สามารถอธิบายได้ว่ามีผลมาจากปัจจัย 3 ประการ ประการแรก ในกระบวนการสนับสนุนโครงการชุมชนน่าอยู่ ชุมชนที่จะเข้าร่วมโครงการได้ถูกคัดกรองผ่านหลักเกณฑ์และเงื่อนไขที่แหล่งทุนได้กำหนดไว้ว่าชุมชนที่เข้าร่วมต้องเข้าใจและยอมรับในเงื่อนไขดังกล่าว เช่น การยึดหลักการมีส่วนร่วม การจัดตั้งสภาผู้นำชุมชนจากผู้นำเป็นทางการและไม่เป็นทางการ จัดทำแผนชุมชนพึ่งตนเองที่มาจากกระบวนการมีส่วนร่วมร่วมกันของชุมชนและใช้แผนในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เป็นต้น ชุมชนที่เข้าร่วมโครงการจึงมีความพร้อมรับพัฒนาในระดับหนึ่งแล้ว ประการที่สอง ชุมชนที่ร่วมดำเนินโครงการจำนวนมากมีทุนทางสังคมที่เข้มแข็งเป็นพื้นฐาน เช่น มีผู้นำที่เสียสละเข้มแข็ง กระตือรือร้นในการทำงาน ชาวบ้านให้ความร่วมมือในการทำงานกิจกรรมต่างๆ เป็นต้น สะท้อนว่าเป็นชุมชนที่เข้มแข็งแล้วระดับหนึ่ง และประการสุดท้าย บทบาทของพี่เลี้ยงภายนอกที่จะเข้าไปหนุนเสริมชุมชนได้ถูกคัดเลือกกว่าเป็นผู้มีความรู้ความสามารถ มีความกระตือรือร้นในการทำงานกับชุมชน และได้รับการเตรียมความพร้อมผ่านกระบวนการพัฒนาศักยภาพที่เพียงพอต่อการเอื้ออำนวยให้เกิดการเสริมพลังเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ปัจจัยเหล่านี้จึงส่งผลให้กระบวนการเสริมพลังชุมชนในภาพรวมอยู่ในระดับสูงในหลายชุมชน

การดำเนินโครงการชุมชนน่าอยู่เป็นการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพตามประเด็นเป้าหมาย 10 ปี ที่ สสส. กำหนด โดยกรอบการสนับสนุนระบุไว้ในระยะ 3 ปี ชุมชนต้องดำเนินการตามประเด็นเป้าหมาย 10 ปี อย่างน้อย 3 ประเด็น บางประเด็นชุมชนร่วมกันพิจารณาแล้วไม่ได้เป็นปัญหาของชุมชนหรือชุมชนยังมีขีดความสามารถไม่เพียงพอที่จะดำเนินการในประเด็นดังกล่าว จึงเลือกทำในประเด็นอื่น ซึ่งประเด็นที่ชุมชนไม่ได้เลือกดำเนินการ ได้แก่ การลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ และการลดภาวะน้ำหนักตัวเกินและความอ้วนในเด็ก และบางประเด็นชุมชนเลือกดำเนินการน้อย เช่น การลดอัตราการสูบบุหรี่ การลดอัตราการดื่มสุรา เป็นต้น เนื่องจากชุมชนให้เหตุผลว่าการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดละเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุราเป็นเรื่องยากที่จะดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด

ในปีแรก จึงเลือกทำในประเด็นที่ชุมชนประเมินแล้วว่าเป็นปัญหาเร่งด่วนที่แท้จริงของชุมชนในช่วงแรก และเมื่อชุมชนมีขีดความสามารถมากขึ้นก็มีแผนที่จะยกระดับไปทำประเด็นสุขภาพที่มีความยากและซับซ้อนมากขึ้นในอนาคต

ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมพลังกับการสร้างเสริมสุขภาพ จะเห็นว่าเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนรวมตัวกัน มีการจัดตั้งทางความคิดและองค์การชุมชน นำไปสู่การเคลื่อนไหว ผ่านการกำหนดเป้าหมายร่วมเพื่อการหยิบยกปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพมาสู่การขับเคลื่อนดำเนินงานที่เริ่มจากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ สาเหตุของการเกิดปัญหาทางสุขภาพ วิเคราะห์ช่องทางการแก้ไขปัญหานำไปสู่การจัดทำแผน และดำเนินการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาร่วมกัน ระหว่างทางมีการจัดเก็บข้อมูลความเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และประเมินผลความก้าวหน้าปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และปรับปรุงพัฒนาเพื่อนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพที่วางไว้ร่วมกัน ในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพจึงดำเนินการควบคู่ไปกับกระบวนการเสริมพลังชุมชนที่เกิดขึ้นทั้งสองของพี่เลี้ยงภายนอกที่เข้าไปเสริมพลังให้ชุมชน และชุมชนเสริมพลังซึ่งกันและกัน

จนสามารถใช้ขีดความสามารถของตนเองในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพได้สำเร็จบรรลุเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่ชุมชนปรารถนาาร่วมกัน จึงกล่าวได้ว่ากระบวนการเสริมพลังชุมชนมีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพโดยตรง

ข้อเสนอแนะ

1. ปัจจุบันการสนับสนุนชุดโครงการชุมชนน่าอยู่ มีรูปแบบการสนับสนุนโดยขยายจากการดำเนินงานในระดับชุมชน/หมู่บ้าน สู่การดำเนินงานในระดับตำบลและอำเภอ ดังนั้น จึงเสนอให้มีการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาถึงความสำเร็จของการขับเคลื่อนโครงการชุมชนน่าอยู่จากการนำแนวคิดการเสริมพลังชุมชนไปปรับใช้กับการสร้างเสริมสุขภาพในระดับตำบลและอำเภอ

2. ควรมีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อจะได้เห็นกระบวนการเสริมพลังชุมชนที่ดำเนินไปพร้อมกับการสร้างเสริมสุขภาพในระดับตำบลและอำเภอ เป็นการพัฒนาให้เกิดความรู้เชิงวิชาการที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานชุมชนน่าอยู่ในอนาคตได้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ. ศ. 2560-2564). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2560.
2. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. รายงานผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2561.
3. ยุทธศาสตร์และแผนงาน. การสาธารณสุขไทย 2559-2560. กรุงเทพมหานคร: แสงจันทร์การพิมพ์; 2562.
4. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. ประเมินการค่าใช้จ่ายสาธารณสุขด้านสุขภาพในอีก 15 ปีข้างหน้า. กรุงเทพฯ; 2561.
5. World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1987.
6. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ รายงานการประชุมระดับโลกเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2556.
7. Lord J, Hutchison, P. The process of empowerment: implications for theory and practice. Canadian Journal of Community Mental Health 1993;12(1):5-22.
8. Laverack G. Health promotion practice: building empowered communities. Berkshire: Open University Press; 2007.
9. Laverack G. Health promotion practice: power and empowerment. London: Sage Publications Ltd; 2004.
10. นงพิมล นิมิตรอาพันธ์ และคณะ. การเสริมพลังชุมชน: มโนทัศน์และการประยุกต์ในการปฏิบัติการ พยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน. Journal of Nursing and Health Sciences 2563;14(1),11-20.
11. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. แผนการดำเนินงานสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.

12. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ทิศทาง เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2555-2564) กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2550.
13. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2544.
14. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เอกสารกรอบการดำเนินงานหน่วยจัดการพื้นที่ชุมชนนำอยู่ระดับภาค ภูมิภาค และจังหวัด สำนักสร้างสรรค์โอกาสและนวัตกรรม (สำนัก 6) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ประจำปีงบประมาณ 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2562.

Community Empowerment and Health Promotion: a Case Study of the Healthy Community Project in Northern Region, Thai Health Promotion Foundation

Phintusorn Phourai¹, Somsak Samakeetham²

¹ThaiHealth Promotion Foundation, Bangkok, Thailand

²Graduate School of Social Development and Management Strategy, National Institute of Development Administration, Bangkok, Thailand

Abstract

This study aimed to assess the results of the community empowerment and health promotion in northern region under the Healthy Community Project supported by the Health Opportunity Promotion Section, Thai Health Promotion Foundation. The research utilized Laverack G's approach to the nine domains of community empowerment; and the health promotion approach according to 10-year goal of the Thai Health Promotion Foundation. A quantitative research method was used with structured questionnaires. A technique of focus group discussion was used for collecting data from 99 communities. Each community – including the community leader council members, and outside agents – organized a meeting for answering each item of the questionnaire. The research found that the community empowerment was associated with health promotion success ($r=0.205$). According to this study, Laverack G's approach to the nine domains of community empowerment process was found to be very useful for community-based health promotion.

Keywords: community; empowerment; health promotion; healthy community

ความก้าวหน้าและความท้าทายของการบังคับใช้ พ.ร.บ. นมผง

วิติภรณ์ ดวงรัตนานนท์¹, ชนัญชิตา สมสุข¹, วิภากรณดา สุรนุตร¹, เบญจวรรณ ยี่คี้ว¹, พิมพ์พร เมฆมัยพันธ์¹,
นิศาชล เศรษฐโกศล², ชมพูนุท โตโพธิ์ไทย¹

¹สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จังหวัดนนทบุรี

²สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

นมแม่ถือเป็นอาหารที่ดีที่สุดของทารก แต่อัตราการกินนมแม่ของเด็กไทยยังอยู่ในระดับต่ำมาก (ร้อยละ 23 ในปี พ.ศ. 2558) ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากการส่งเสริมการตลาดของผู้ประกอบการอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กที่ส่งผลต่อการรับรู้และการตัดสินใจของแม่และครอบครัวในการเลือกอาหารให้ลูก กรมอนามัยและเครือข่ายร่วมกันผลักดันให้เกิด พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 ซึ่งมีเจตนารมณ์ในการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กให้เป็นไปอย่างเหมาะสม เพื่อให้แม่และครอบครัวได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความก้าวหน้าและวิเคราะห์ความท้าทายที่พบจากการบังคับใช้กฎหมายในระยะเวลา 5 ปี ผลการศึกษาพบว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการบังคับใช้กฎหมาย มีกลไกการบังคับใช้กฎหมายที่ชัดเจนในลักษณะโครงสร้างของคณะกรรมการและคณะอนุกรรมการ รวมถึงพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย ผู้ประกอบการได้รับการสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจ ทำให้ไม่พบการกระทำผิดที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม การบังคับใช้กฎหมายยังพบความท้าทายในหลายด้าน ได้แก่ สาระในตัวบทกฎหมาย การตีความและการบังคับใช้กฎหมาย การให้ความสำคัญของผู้บริหาร งบประมาณที่ไม่ต่อเนื่อง การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของการตลาดยุคใหม่ที่ทำให้กฎหมายต้องอาศัยการตีความมากขึ้น ความร่วมมือกับหลายภาคส่วน และการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่ากรมอนามัยและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องติดตามและประเมินผลการบังคับใช้กฎหมาย พร้อมกับการพัฒนากฎหมายอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เท่าทันกับกลยุทธ์ของการตลาดในยุคปัจจุบัน

คำสำคัญ: พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560; นมแม่; พ.ร.บ. นมผง; ประเมินผลกฎหมาย

บทนำ

นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกและเด็กเล็ก สารอาหารในนมแม่มีประโยชน์ต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งทางร่างกาย สติปัญญาและจิตใจ องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าเด็กทุกคนควรกินนมแม่อย่างเดียวจนถึง 6 เดือน และกินนมแม่ต่อเนื่องควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น จากผลการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicator

Cluster Survey; MICS) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) พบว่าในปี พ.ศ. 2558 ทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือนที่ได้กินนมแม่อย่างเดียวนั้นมีเพียงร้อยละ 23⁽¹⁾ ซึ่งเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับผลสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2555 ที่พบร้อยละ 12⁽²⁾ ถือว่าอยู่ในระดับต่ำมากของโลก งานวิจัยพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้แม่ไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้มีหลายประการ เช่น แม่ต้องกลับไปทำงานต่อเพราะมีสิทธิการลาคลอดไม่ครบ 6 เดือน แม่เชื่อว่าน้ำนมตัวเองไม่พอ และการขาด

ความรู้และความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่⁽³⁾ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการได้รับอิทธิพลของการส่งเสริมการตลาดผ่านการโฆษณาของบริษัทอาหารทารกและเด็กเล็ก

ที่มาของการร่างพระราชบัญญัติ

องค์การอนามัยโลก องค์การยูนิเซฟ และภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมกันผลักดันให้เกิดข้อแนะนำระดับโลกรเรียกว่า the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes ในปี พ.ศ. 2524 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้นานาชาติประเทศใช้เป็นเกณฑ์ขั้นต่ำในการควบคุมการส่งเสริมการตลาดผลิตภัณฑ์อาหารทารกและเด็กเล็กไม่ให้มีการโฆษณาและส่งเสริมการตลาดที่ขาดจริยธรรม⁽⁴⁾ การผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 หรือ พ.ร.บ. นมผงของประเทศไทย มีจุดเริ่มต้นตั้งแต่ พ.ศ. 2524 โดยมีการผลักดันให้เกิดการประกาศใช้ code ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ผ่านการขอความร่วมมืออย่างสมัครใจจากภาคธุรกิจ ซึ่งต่อมามีการปรับปรุงเนื้อหาสาระของหลักเกณฑ์ ในปี พ.ศ. 2538 อย่างไรก็ตาม การประกาศใช้หลักเกณฑ์ ดังกล่าวถือว่ายังไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากไม่มีบทลงโทษสำหรับกลุ่มอุตสาหกรรมนมผสมที่ทำการละเมิดหลักเกณฑ์

ในปี พ.ศ. 2551 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุข “หลักเกณฑ์ว่าด้วยการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2551” เพื่อให้การควบคุมการส่งเสริมการตลาดผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่เนื่องจากประกาศกระทรวงฯ เป็นมาตรการที่ไม่มีบทลงโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืนเช่นเคย ต่อมาในปี พ.ศ. 2553 ที่ประชุมสมัชชาอนามัยโลก WHA 63.23⁽⁵⁾ มีมติให้ทุกประเทศผลักดันมาตรการการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กตามหลักการของ code ให้เป็นกฎหมายกรมอนามัย มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย และเครือข่ายได้ร่วมกันขับเคลื่อนผ่านเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ เพื่อให้เกิดการผลักดันกฎหมายตามหลักการของ code - การผลักดันกฎหมายอย่างต่อเนื่องของภาคีเครือข่ายประสบความสำเร็จในปี พ.ศ. 2560 และพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก

พ.ศ. 2560 หรือ พ.ร.บ. นมผง เริ่มมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 8 กันยายน พ.ศ. 2560 บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความก้าวหน้าการดำเนินงานที่ผ่านมาของภาครัฐและภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และความท้าทายที่พบจากการบังคับใช้ พ.ร.บ. นมผงในระยะเวลา 5 ปีนับจากวันที่กฎหมายเริ่มมีผลบังคับใช้

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. การกำหนดกลไกเพื่อขับเคลื่อนกฎหมาย

หลัง พ.ร.บ. นมผงมีผลบังคับใช้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ขึ้นตามที่กฎหมายกำหนดตามมาตรา 5 แห่ง พ.ร.บ. นมผง ซึ่งมีรายละเอียดกำหนดให้มี “คณะกรรมการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก (คสตท.)” ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมกับภาคส่วนอื่นที่เกี่ยวข้อง และกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และมาตรการในการขับเคลื่อนกฎหมาย ประกอบด้วย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ กรมกิจการเด็กและเยาวชน กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียงกิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ และสำนักปลัดกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ คสตท. ถือเป็นผู้กำหนดทิศทางการบังคับใช้กฎหมาย โดยมีกรมอนามัยในฐานะเลขานุการดำเนินงานร่วมกับคณะอนุกรรมการวิชาการ อนุกรรมการขับเคลื่อน พ.ร.บ. และอนุกรรมการพัฒนากฎหมาย ผ่านการประชุมอย่างสม่ำเสมอ โดย คสตท. มีการประชุมประมาณ 4 ครั้งต่อปี ส่วนการประชุมคณะอนุกรรมการมีการประชุมโดยเฉลี่ยเดือนละ 1 ครั้ง

2. เครือข่ายและการประสานงานกับภาคส่วนอื่น

การขับเคลื่อนและบังคับใช้ พ.ร.บ. นมผง จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย

ภาครัฐราชการ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนและการเฝ้าระวังในภาครัฐราชการ ประกอบไปด้วย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานปลัด

กระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจและมีความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับอาหารทารกและเด็กเล็ก อาหารเสริมสำหรับทารก ประกอบกับกฎหมายกำหนดให้หน่วยงานดังกล่าวเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ ความท้าทายของการทำงานร่วมกับหลายหน่วยงานคือ พนักงานเจ้าหน้าที่ในหลายพื้นที่ยังไม่เข้าใจกฎหมายและไม่กล้าบังคับใช้กฎหมาย รวมทั้งขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการตลาดทำให้ไม่เท่าทันกลยุทธ์การตลาดที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการตลาดผ่านช่องทางออนไลน์

ภาคประชาสังคม

หน่วยงานในภาคประชาสังคมเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทและเป็นกำลังสำคัญในการผลักดันกฎหมายให้มีผลบังคับใช้ และเป็นช่องทางการเฝ้าระวังที่จะช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมต่อ พ.ร.บ. นมผง ซึ่งหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญ ได้แก่ มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ องค์กรกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ องค์กรอนามัยโลกประจำประเทศไทย และหน่วยงานเอกชนที่มีวัตถุประสงค์ที่ไม่แสวงหาผลกำไรที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับแม่และเด็ก นอกจากบทบาทในการผลักดันกฎหมายและกลไกการเฝ้าระวังแล้ว หน่วยงานในภาคประชาสังคมยังมีบทบาทในการช่วยพัฒนาข้อมูลทางวิชาการ แนวทางปฏิบัติ หรือหลักเกณฑ์วิธีการ การควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กในประเทศไทยให้มีมาตรฐานสากล

ภาคประชาชน กลุ่มผู้บริโภค แม่และครอบครัว

ที่ผ่านมารวมกันร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ ข้อมูลเกี่ยวกับพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาด ในรูปแบบต่างๆ เพื่อสร้างการรับรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายให้แก่สังคมในวงกว้างมาโดยตลอด

3. การสื่อสารสร้างความเข้าใจ

การขับเคลื่อนกฎหมายที่ผ่านมา เป็นไปตาม “แผนขับเคลื่อนการบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก” (แผนขับเคลื่อน) ซึ่งได้จัดทำขึ้นเป็นแผนปฏิบัติการ 3 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2563-2565 โดยแผนขับเคลื่อนฯ กำหนดเป้าหมายการบังคับใช้กฎหมายพร้อมระบุบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ การขับเคลื่อนกฎหมายยังมีการปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะที่มีการหารือผ่านกลไกคณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน และการถอดบทเรียนจากพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายตามกฎหมาย

การขับเคลื่อนและบังคับใช้กฎหมายในช่วงพ.ศ. 2560-2563 กรมอนามัยเน้นการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับเจตนารมณ์และสาระสำคัญของกฎหมายให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะบุคลากรสาธารณสุข แม่และครอบครัว ประชาชน และผู้ประกอบการเพื่อให้เข้าใจเหตุผลความจำเป็น และสามารถปฏิบัติตามกฎหมายได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กอย่างเหมาะสม ถือเป็น การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้แม่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องประกอบการตัดสินใจในการเลือกอาหารให้แก่ลูก โดยการสื่อสารเน้นในทุกช่องทางและการเผยแพร่ผ่านช่องทางเว็บไซต์ และ Facebook มีการจัดทำคู่มือคำอธิบาย สำหรับประชาชน สำหรับผู้ประกอบการ และสร้างระบบสนับสนุนด้วยการจัดทำโปรแกรม e-learning เพื่อพัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ และจัดทำโปรแกรมการอบรมพนักงานเจ้าหน้าที่เพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินงาน

สถานการณ์และความท้าทายของการบังคับใช้กฎหมาย

1. แนวทางการตลาดที่เปลี่ยนแปลงไป

การส่งเสริมการตลาดในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงวิธีการจากเดิมไปอย่างมาก จากการเข้าถึงตัวบุคคลแบบ offline เปลี่ยนผ่านเป็นรูปแบบออนไลน์ ในการส่งเสริมการตลาดนมผงจะพบว่า ช่องทางออนไลน์เป็นช่องทางที่ดี เหมาะสมกับการใช้ชีวิตของคนในปัจจุบันเพราะเป็นวิธีการที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้จำนวนมากโดยใช้ระยะเวลาอันสั้น ซึ่งจะพบได้อย่างแพร่หลายใน เว็บไซต์ แพลตฟอร์ม เพราะนอกจากจะเป็นพื้นที่ในการซื้อขายสินค้าแล้วยังเป็นพื้นที่หรือช่องทางในการส่งเสริมการตลาดผ่านกิจกรรมต่างๆ ได้ เช่น การโฆษณา (advertising) การประชาสัมพันธ์ (public relation) การส่งเสริมการตลาด (sales promotion) ด้วยวิธีการ ลด แลก แจก แถม เพื่อให้สามารถขายสินค้าได้ทันทีรูปแบบของการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลต่อบุคคล

(personal selling) การตลาดทางตรง เป็นเครื่องมือ การสื่อสารการตลาดรูปแบบหนึ่งซึ่งข้อมูลข่าวสารหรือ ข้อเสนอ (offer) จะถูกส่งไปยังลูกค้าเป้าหมายโดยตรง (direct marketing) การนำกลยุทธ์การตลาดในทางธุรกิจ หรือที่ใช้เพื่อการพาณิชย์ มาเป็นเครื่องมือในการรณรงค์ เพื่อมุ่งแก้ไขปัญหาสังคม (corporate social responsibility)

จากข้อมูลสถานการณ์การเฝ้าระวังเชิงรุก โดยกรม ออนามัย พบว่าการส่งเสริมการตลาดของผู้ประกอบการ อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กในที่สาธารณะ เช่น สื่อสาธารณะ การจัดงานประชุม หรือการจัดงานอีเวนต์ ถือว่าลดลงอย่างชัดเจน แต่รูปแบบการส่งเสริมการตลาด มีการปรับเปลี่ยนแนวทางให้มุ่งเน้นการตลาดเป็น รายบุคคล หรือออนไลน์มากขึ้น จากสถิติการกระทำ ผิดกฎหมายที่ผ่านมามาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2562 - มิถุนายน พ.ศ. 2565 มีเรื่องร้องเรียนทั้งหมด 53 เรื่อง ไม่เข้าข่าย ความผิด 4 เรื่อง เป็นความผิด 49 เรื่อง แบ่งเป็นฐาน ความผิดได้ ดังนี้ ผลจากผลิตภัณฑ์อาหารสำหรับทารกและ เด็กเล็กไม่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนและไม่สามารถ มองเห็นหรือแยกแยะได้โดยง่าย (มาตรา 15) จำนวน 5 เรื่อง การสนับสนุนในการจัดประชุม อบรม หรือสัมมนา ด้านวิชาการเกี่ยวกับอาหารสำหรับทารกหรืออาหารสำหรับเด็กเล็กแก่หน่วยบริการ (มาตรา 21) จำนวน 1 เรื่อง การ ส่งเสริมการตลาด (มาตรา 18) จำนวน 43 เรื่อง โดยส่วนมาก จะเป็นช่องทางออนไลน์เนื่องจากเป็นช่องทางที่สะดวก และ รวดเร็วในการซื้อขายโดยผู้กระทำผิดมากกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้ประกอบการรายใหญ่ทั้งผู้ผลิต และผู้จำหน่าย มีกรณี ที่ทำผิดซ้ำในกิจกรรมเดิมแต่แตกต่างช่องทาง ส่วนใน ปี พ.ศ. 2564 พบเรื่องร้องเรียนจำนวน 20 เรื่อง และรูปแบบ การส่งเสริมการตลาดมีส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารทาง ออนไลน์⁽⁶⁾

งานวิจัยพบว่าการโฆษณาบนมผงสำหรับทารกยังคง มีการโฆษณาทางอ้อม คือ เมื่อศึกษาการเปิดรับสื่อโฆษณา บนมผงทางโทรทัศน์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์พบว่า ไม่สามารถ แยกแยะผลจากบรรจุภัณฑ์ของนมผงสำหรับเด็กเล็กออกจาก นมผงสำหรับทารกได้โดยง่าย โดยยังมีความเข้าใจว่าโฆษณา นมผงที่เคยพบเห็นในสื่อโฆษณาทางโทรทัศน์ มีทั้งนมผง สำหรับเด็กเล็ก (สูตร 3) และนมผงสำหรับทารก (สูตร 1) ถึงแม้ว่าการโฆษณานมผงทางโทรทัศน์จะมีเฉพาะกลุ่มนมผง

สำหรับเด็กเล็กเท่านั้น เนื่องจากนมผงสำหรับทารกไม่ได้รับ อนุญาตให้ทำการโฆษณา นอกจากนี้งานวิจัยยังพบว่าการ เปิดรับสื่อโฆษณาและกิจกรรมการส่งเสริมการตลาดบนมผง มีความสัมพันธ์กับการจดจำตราสินค้า สัญลักษณ์พิเศษ และสารอาหารที่เป็นจุดขาย รวมไปถึงแนวโน้มที่จะใช้นมผง เลี้ยงบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽⁷⁾ ดังนั้น การควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและ เด็กเล็กในช่องทางออนไลน์จึงเป็นความท้าทายที่หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องต้องให้ความสำคัญ ควบคู่ไปกับการสื่อสาร เพื่อสร้างการรับรู้และสร้างความเข้าใจกับแก่กลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง โดยเฉพาะผู้ประกอบการ เพื่อป้องกันการกระทำผิดโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ หรือการกระทำผิดซ้ำ รวมถึงการสื่อสารไปยังประชาชนในวงกว้างมากยิ่งขึ้น เพื่อให้รับรู้สิทธิและได้รับการปกป้องจากกฎหมายฉบับนี้ นอกจากนี้ การจัดระบบเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมาย ในทุกช่องทางเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งซึ่งต้องมีการพัฒนา ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การสื่อสารสร้างความเข้าใจ กับกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ต้องมีการขยายวงกว้าง มากยิ่งขึ้น เพื่อให้บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจในกฎหมายฉบับนี้ ได้รับการอบรมและปฏิบัติตน ได้อย่างถูกต้องตามกฎหมาย

2. ช่องว่างจากตัวบทของกฎหมาย

จากการบังคับใช้กฎหมายฉบับนี้ พบความท้าทาย ในเชิงตัวบทกฎหมายคือ การส่งเสริมการตลาดบนมผง โดยเฉพาะช่องทางออนไลน์มีกลยุทธ์ที่มีความหลากหลาย และมีความซับซ้อนมากขึ้น แต่ตัวบทกฎหมายยังเน้นควบคุม การส่งเสริมการตลาดในรูปแบบ offline เป็นหลัก ส่วนการ ส่งเสริมการตลาดทางออนไลน์หลายรูปแบบต้องอาศัย การตีความและการพิจารณาองค์ประกอบอื่นๆ ร่วมด้วย ทำให้ยากต่อการตัดสินว่าเป็นการกระทำผิดความ ผิดตามกฎหมาย นอกจากนี้ การที่กฎหมายยังไม่มีกำหนด นิยามคำว่า “อาหารสำหรับเด็กเล็ก” ส่งผลให้การควบคุม อาหารในกลุ่มนมผงสำหรับเด็กเล็ก ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีการ โฆษณาและส่งเสริมการตลาดมาก ในบางมาตราไม่สามารถ บังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควรโดยเฉพาะมาตรา 14 ที่ระบุว่าห้ามผู้ใดโฆษณาอาหารสำหรับทารก: ห้ามผู้ใด โฆษณาอาหารสำหรับเด็กเล็กโดยใช้ข้อความเกี่ยวกับ ทารกหรือเด็กเล็กในสื่อโฆษณาที่มีลักษณะเชื่อมโยงหรือ

ทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นอาหารสำหรับทารกหรือเหมาะสมสำหรับใช้เลี้ยงทารก และ มาตรา 15 ผู้ผลิต ผู้นำเข้า หรือผู้จำหน่ายอาหารสำหรับทารก หรืออาหารสำหรับเด็กเล็กหรือตัวแทน ต้องดำเนินการให้ฉลากอาหารสำหรับทารกและฉลากอาหารสำหรับเด็กเล็กแตกต่างกันอย่างชัดเจน และสามารถมองเห็นหรือแยกแยะได้โดยง่าย เนื่องจากมาตรา 14 และมาตรา 15 เป็นตัวบทกฎหมายที่กำหนดมาตรการเรื่องการโฆษณาและการทำฉลากโดยมีเปรียบเทียบระหว่างอาหารสำหรับทารกและอาหารสำหรับเด็กเล็ก ยิ่งไปกว่านั้นเนื่องจากกฎหมายฉบับนี้มีเจตนารมณ์ให้ อุตสาหกรรมนมผงทำความเข้าใจและปฏิบัติตามข้อกำหนด ไม่ได้มุ่งหมายเอาโทษกับบุคลากรด้านสาธารณสุข จึงไม่มีการกำหนดโทษกับบุคลากรด้านสาธารณสุข ซึ่งในทางปฏิบัติต้องยอมรับว่าส่วนหนึ่งในการควบคุมการส่งเสริมการตลาดที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ เนื่องจากการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กยังเกิดผลประโยชน์ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขบางกลุ่มและอาจยังทำให้ไม่สามารถพบเห็นการกระทำผิดที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคลได้

3. การให้ความสำคัญจากระดับนโยบายและศักยภาพการทำงานที่ของกรมอนามัย

การดำเนินงานเรื่องกฎหมายยังไม่ได้ได้รับความสำคัญจากผู้บริหารและผู้กำหนดนโยบายเท่าที่ควร งบประมาณเพื่อดำเนินการในแต่ละปีมีอย่างจำกัด ส่งผลให้จำนวนการประชุมที่จัดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ คณะทำงาน อนุกรรมการ และกรรมการ มีอย่างจำกัดและส่งผลให้เกิดการดำเนินงานที่ล่าช้า ซึ่งประเด็นดังกล่าวเกิดขึ้นกับการของงบประมาณเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เช่นกัน ทำให้ประเด็นเรื่องนมแม่ยังไม่ถือเป็นประเด็นหลักของกรมอนามัย

แม้กรมอนามัยได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบการบังคับใช้ พ.ร.บ. นมผง การดำเนินงานที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่า กรมอนามัยต้องเผชิญความท้าทายในการพัฒนาศักยภาพให้มีความพร้อมต่อการทำหน้าที่ เนื่องจากการดำเนินงานของบุคลากรกรมอนามัยจำเป็นต้องเป็นไปตามนโยบายและแผนงาน ซึ่งการประสานงานและการกำหนดหน้าที่เป็นไปตามโครงสร้างของหน่วยงานเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม การกำหนดโครงสร้างของหน่วยงานไม่ได้รับรองต่อการขับเคลื่อนกฎหมายฉบับนี้ เนื่องจาก

พ.ร.บ. นมผง มีสาระสำคัญเกี่ยวข้องกับการควบคุมแนวทางการส่งเสริมการตลาดซึ่งต้องใช้องค์ความรู้และความเชี่ยวชาญเรื่องการสื่อสารและการตลาดเป็นหลัก แต่บุคลากรในกรมอนามัยมีความองค์ความรู้และความเชี่ยวชาญเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ มีเพียงส่วนน้อยที่มีความเชี่ยวชาญในการสื่อสารและการตลาด อีกทั้งหลักการบังคับใช้กฎหมายไม่ได้เน้นหลักการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น ทำให้กฎหมายฉบับนี้แตกต่างกับกฎหมายเดิมที่กรมอนามัยเคยดูแล คือ พ.ร.บ. การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 อันเป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์ในเรื่องสัญลักษณ์ของสภาวะความเป็นอยู่ที่เหมาะสมกับการดำรงชีพในสภาวะแวดล้อมที่ดี ซึ่งมีลักษณะการบังคับใช้กฎหมายโดยวิธีการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น จึงทำให้หน่วยงานของกรมอนามัยต้องมีการปรับตัวและพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง สำหรับการสื่อสารให้ความรู้กับประชาชนพบว่า การสื่อสารไม่เกิดผลสัมฤทธิ์เท่าที่ควร การสร้างความรับรู้ไม่ครอบคลุม มีความเข้าใจในสาระสำคัญของกฎหมายที่ผิดไป ประกอบกับช่องทางการเฝ้าระวังโดยภาคประชาชนก็ยังเข้าถึงได้ยาก ยังไม่มีความแพร่หลาย ซึ่งประเด็นสำคัญนี้ กรมอนามัยและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต้องดำเนินการสร้างความรับรู้ ความเข้าใจและร่วมกันพัฒนากลไกและช่องทางการเฝ้าระวังโดยภาคประชาชนให้มีประสิทธิภาพ เพราะเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะช่วยเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อกฎหมายได้

4. อุปสรรคในการปฏิบัติงานในพื้นที่

จากการประเมินโดยแบบสอบถามในการประชุมของพนักงานเจ้าหน้าที่ พบว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานกฎหมายนี้ พื้นฐานโดยส่วนมากปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพ งานด้านวิชาการ ไม่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์ในงานกฎหมาย จึงทำให้ขาดความเชื่อมั่น ขาดความมั่นใจในการลงพื้นที่ตรวจเฝ้าระวังเชิงรุก การยึดอายุัดหลักฐานการกระทำผิด หรือการแจ้งการกระทำผิดในบางกรณี

จำนวนพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมาย อีกทั้งการตีความข้อกำหนด และการทำความเข้าใจวิธีการและกลไกต้องสอดคล้องกับวิธีการส่งเสริมการตลาดที่เปลี่ยนแปลงและเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงทำให้พนักงานเจ้าหน้าที่ในพื้นที่หลายพื้นที่ยังไม่เข้าใจกฎหมาย ไม่มั่นใจและไม่กล้าบังคับใช้ อีกทั้งยังไม่เท่าทันกลยุทธ์การตลาดที่เปลี่ยนแปลงไป

อย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะการตลาดผ่านช่องทางออนไลน์ ในปี พ.ศ. 2564 มีการแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่จำนวน 10,282 คนในทุกจังหวัด และใน ปี พ.ศ. 2565 จังหวัดที่มีพนักงานเจ้าหน้าที่และมีบัตรประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 98.7 (จำนวน 76 จังหวัด) จากจำนวนของพนักงานเจ้าหน้าที่ ปัญหาที่พบคือ การมีพนักงานเจ้าหน้าที่จำนวนมากซึ่งเป็นไปตามข้อกำหนดที่ให้มีการแต่งตั้งบุคคลตามตำแหน่ง เพื่อให้ครอบคลุมทุกระดับตั้งแต่ส่วนกลางถึงระดับตำบล ไม่ช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ เพราะพนักงานเจ้าหน้าที่จำนวนมากขาดความเชี่ยวชาญและความมั่นใจในการทำงานที่มากพอ นอกจากนี้มาตรการของกฎหมายมีการกำกับ กำหนด วิธีการ มาตรการที่มีความเกี่ยวข้องกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอยู่มาก เพื่อป้องกันการมีผลประโยชน์ทับซ้อน โดยเฉพาะหากผู้เกี่ยวข้องเป็นคนรู้จัก เพื่อนร่วมงาน หรือผู้บังคับบัญชา ทำให้เกิดความเกรงกลัวจนไม่กล้ารายงานการกระทำผิดนั้น นอกจากนี้ ยังรวมถึงสถานที่ต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์นมผง เช่น ร้านค้า ห้างสรรพสินค้า ร้านขายยา ฯลฯ ซึ่งเป็นคนในพื้นที่ที่มีความคุ้นเคยจึงทำให้อาศัยความอะลุ่มอล่วยและเกรงใจในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การบังคับใช้ไม่เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพเพียงพอ ปัจจุบันเมื่อพื้นที่พบเรื่องที่สงสัยจะละเมิด พ.ร.บ. จึงส่งเรื่องร้องเรียนมายังสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ทั้งทางจดหมาย อีเมล และช่องทางส่วนตัว (ไลน์ เป็นต้น)

วิจารณ์

เมื่อพิจารณาข้อมูลข้างต้นแล้วจะเห็นว่า การบังคับใช้ พ.ร.บ. นมผง มีความก้าวหน้าไปพอสมควรตามแผนขับเคลื่อนที่กำหนดไว้ โดยความก้าวหน้าส่วนใหญ่เป็นไปในเชิงการจัดตั้งกลไกการทำงานและการสื่อสารสร้างความเข้าใจแก่ผู้เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม การบังคับใช้ พ.ร.บ. นมผงยังมีช่องว่างและความท้าทายสำคัญแบ่งได้เป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ (1) แนวทางการตลาดที่เปลี่ยนไปของอุตสาหกรรมนมผง (2) ช่องว่างจากตัวบทกฎหมาย (3) การดำเนินงานของส่วนกลาง ทั้งการไม่ให้ความสำคัญในระดับนโยบาย และศักยภาพการทำงานของกรมอนามัย เช่น โครงสร้างของหน่วยงานที่ไม่รองรับการดำเนินการและบังคับใช้พระราชบัญญัติ และ (4) อุปสรรคการดำเนินงานในพื้นที่ ทั้งศักยภาพของบุคลากรในการบังคับใช้กฎหมาย และการขาดความจริงใจในการเฝ้าระวังและติดตามการละเมิดพระราชบัญญัติ ของพนักงานเจ้าหน้าที่ในพื้นที่

ความท้าทายจากการบังคับใช้ พ.ร.บ. นมผงที่พบในประเทศไทย มีความคล้ายคลึงกับความท้าทายในการนำ code ไปบังคับใช้ในประเทศอื่นๆ ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁽⁸⁾ เช่น ประเทศกัมพูชา ช่องว่างที่สำคัญของการนำ code ไปปฏิบัติใช้ได้แก่ ความไม่เพียงพอของงบประมาณจากการไม่ได้รับความสำคัญจากระดับนโยบาย การขาดความเข้มแข็งในการสนับสนุนและความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการขาดศักยภาพของบุคลากรในการติดตาม

ภาพที่ 1 ความก้าวหน้า ความท้าทายของการบังคับใช้ พ.ร.บ. นมผงและแนวทางในอนาคต

| | ความก้าวหน้า | ความท้าทาย | แนวทางในอนาคต |
|-------------|--|---|--|
| พ.ร.บ. นมผง | เครือข่ายภาคราชการมีการมอบหมายทางกฎหมาย | พนักงานเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจใน พ.ร.บ. | เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและประชาชน |
| | มีการประสานงานกับหน่วยงานในภาคประชาสังคม | ประชาชนยังไม่เกิดความรู้ความเข้าใจในตัว พ.ร.บ. เท่าที่ควร | เพิ่มช่องทางการร้องเรียนโดยภาคประชาชน |
| | การกระทำความผิดแบบชัดเจนลดลง | พบการกระทำความผิดในพื้นที่ออนไลน์มากขึ้น | ปรับปรุงข้อกำหนดบางส่วนให้ทันสมัยสถานการณ์ |
| | ใช้เทคโนโลยีในการออกบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่ | มีช่องโหว่เรื่องค่านิยมอาหารเด็กเล็กใน พ.ร.บ. ที่ยังไม่ลุล่วง | บูรณาการกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ |
| | สามารถเปรียบเทียบปรับได้สำเร็จ | ไม่ใช่นโยบายหลักของกระทรวงสาธารณสุขและกรมอนามัย | |
| | | มีความอะลุ่มอล่วยในการปฏิบัติงานในพื้นที่ | |

และบังคับใช้ code หรือ ประเทศฟิลิปปินส์ ประเทศพม่า และประเทศเวียดนาม ที่มีช่องว่างเกี่ยวกับการมีอิทธิพลของบริษัทอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก และระบบสุขภาพการมีผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest: COI) กับบริษัทอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก⁽⁸⁾

การมีช่องว่างในการเฝ้าระวัง ติดตามและบังคับใช้ code จะส่งผลให้บริษัทอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กสามารถทำการส่งเสริมการตลาดกับแม่และครอบครัวได้ เช่นในประเทศเวียดนาม จะพบว่าบริษัทอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กยังมีการส่งเสริมการตลาดกับแม่ผ่านทางสถานบริการสุขภาพและทางสื่อต่างๆ⁽⁹⁾ เช่นเดียวกับการสำรวจและประเมินการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 พบว่า การส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กมีการละเมิด พ.ร.บ. นมผง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การส่งเสริมการตลาดกับแม่โดยตรง นอกจากนี้ยังพบว่าบริษัทอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กได้ติดต่อกับบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อที่จะหาช่องทางในการแจกจ่ายผลิตภัณฑ์ให้กับคุณแม่⁽¹⁰⁾ ซึ่งการส่งเสริมการตลาดผ่านสถานบริการสุขภาพ หรือบุคลากรทางสุขภาพส่งผลให้แม่ใช้นมผงมากขึ้น⁽¹¹⁾

Hogwood BW และ Gunn LA ได้เสนอเกี่ยวกับองค์ประกอบที่ทำให้การนำนโยบายสู่การปฏิบัติประสบความสำเร็จ ซึ่งได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากร (คน เงิน และเวลา) โดยความเพียงพอของทรัพยากรเหล่านี้จะทำให้กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติดตามและบังคับใช้กฎหมายสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ รัฐบาลและหน่วยงานภาครัฐควรหลีกเลี่ยง หรือจำกัดการมีส่วนร่วมในระบบเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมายของภาคเอกชน และภาครัฐควรมีกลไก หรือกลยุทธ์ในการสื่อสารที่เข้าใจง่ายสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด⁽¹²⁾

ดังนั้น เพื่อเพิ่มความเข้มแข็งในการนำพระราชบัญญัติสู่การปฏิบัติ ในระดับประเทศ กรมอนามัยจำเป็นต้องพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และกระบวนการบังคับใช้กฎหมายให้มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น เช่น การพัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ ผ่านการอบรมที่เข้มข้น เน้นภาคปฏิบัติ เพื่อให้แน่ใจว่าพนักงานเจ้าหน้าที่จะมีความมั่นใจและมีความสามารถในการเฝ้าระวัง ติดตามการส่งเสริมการตลาดอาหาร

สำหรับทารกและเด็กเล็ก นอกจากนี้ ควรมีการกำหนด หรือจัดสรรงบประมาณสำหรับกิจกรรมต่างๆ ในการเฝ้าระวังการละเมิดพระราชบัญญัติ โดยเฉพาะ เพื่อให้แน่ใจว่าแต่ละพื้นที่มีงบประมาณที่เพียงพอในการเฝ้าระวังและติดตามการละเมิดพระราชบัญญัติ รวมถึงกรมอนามัยควรวางกลยุทธ์ในการสื่อสารกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนให้รับรู้ รับทราบ และเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ เจตนารมณ์ ตลอดจนประโยชน์ที่จะได้รับจากการมีพระราชบัญญัติ นี้ และที่สำคัญการเฝ้าระวังติดตามและการบังคับใช้กฎหมายต้องเข้มงวด ไม่ควรมีการอะลุ่มอล่วย เพราะการขาดความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมาย จะเป็นการลดประสิทธิภาพของกฎหมาย^(13,14)

ในระดับโลก รัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข และกรมอนามัย รวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรร่วมมือกับประเทศอื่นๆ เพื่อสนับสนุนการออก guidance on digital marketing of breast milk substitutes⁽¹⁵⁾ ในเวที WHA เนื่องจากในปัจจุบันบริษัทอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กได้ใช้ช่องทางออนไลน์ ในการส่งเสริมการตลาดมากขึ้นอย่างรวดเร็ว⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวอาจได้รับแรงเสียดทานจากผู้ประกอบการอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ตามที่ได้มีการส่งจดหมายมายังกรมอนามัยถึงความกังวลหลังจากที่ผู้แทนของกรมอนามัยได้แสดงความเห็นและจุดยืนในการมีแนวทางการจัดการกับการตลาดออนไลน์ในเวที WHA

กรมอนามัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ก็ยังควรสร้างความเข้มแข็งให้กับนโยบายและมาตรการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่-ลูก คลินิกนมแม่ การจัดมุมนมแม่ในสถานประกอบการ และการลาคลอด เป็นต้น เพื่อให้แน่ใจว่าแม่ทุกคนจะสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้อย่างเดียวจนถึง 6 เดือน และให้นมแม่ควบคู่กับกับอาหารตามวัยที่เหมาะสมจนถึง 2 ปีหรือนานกว่านั้น

สรุป

การศึกษานี้ได้รวบรวมความก้าวหน้าและความท้าทายในการบังคับใช้ พ.ร.บ. นมผงในสาระและตัวบทกฎหมาย โดยเฉพาะการกำหนดค่านิยมและการส่งเสริมการตลาด

ทางช่องทางออนไลน์ที่เพิ่มมากขึ้น โดยผลการติดตามและ เฝ้าระวังการปฏิบัติตามกฎหมายยังพบอุตสาหกรรมนมผง ทำการละเมิดกฎหมายอยู่ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสำคัญ อีกหลายด้านที่ส่งผลให้การบังคับใช้กฎหมายไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การกำหนดความสำคัญของการขับเคลื่อนกฎหมาย ในระดับนโยบาย ศักยภาพและความเชี่ยวชาญของพนักงาน เจ้าหน้าที่ รวมทั้งแนวทางการส่งเสริมตลาดที่เปลี่ยนแปลง ตลอดเวลาจนเร็วกว่าการปรับเปลี่ยนกระบวนการบังคับ

ใช้กฎหมาย จากผลการศึกษานี้ ผู้บังคับใช้กฎหมายควรจัด ระบบเฝ้าระวังและติดตามการปฏิบัติตัวของอุตสาหกรรม อาหารอย่างใกล้ชิด รวมทั้งปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการ ขับเคลื่อนกฎหมายให้รวดเร็วภายใต้งบประมาณและเวลา อันจำกัด เช่น การสร้างโปรแกรมออกบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่ ส่งเสริมศักยภาพโดยการใช้ e-learning สร้างช่องทางการ รับเรื่องร้องเรียนผ่านระบบออนไลน์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ของการดำเนินงานให้มากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office, United Nations Children's Fund. Thailand Multiple Indicator Cluster Survey 2015–2016. Bangkok: NSO and UNICEF; 2016.
2. National Statistical Office of Thailand. Multiple Indicator Cluster Survey 2012. Bangkok, Thailand: National Statistical Office of Thailand; 2012.
3. บวรสรรค์ เจียดำรง. การเฝ้าระวังและติดตามกลยุทธ์การสื่อสารในการส่งเสริมการตลาดนมผงในประเทศไทยที่ละเมิดหลักเกณฑ์สากลว่าด้วยการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็กระหว่างการผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารทารกและเด็กเล็ก. วารสารร่มพฤกษ์. 2016;34(2).
4. Elaine Petitat-Cote. The World Health Assembly Decisions on Infant & Young Child Feeding Malaysia: WABA [Internet]. [cited 2022 Aug 29]. Available from: <http://waba.org.my/v3/wp-content/uploads/2018/08/The-World-Health-Assembly-Decisions-on-Infant-and-Young-Child-Feeding.pdf>
5. World Health Organization. WHA 63.23 Infant and young child nutrition Geneva: WHO; 2010.
6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. การเฝ้าระวังเชิงรับและเชิงรุกของสำนักส่งเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ; 2564.
7. บวรสรรค์ เจียดำรง, ดุษฎี นิลดำ, สุพัตรา ธรรมวงษ์, เหมือนฝัน คงสมแสวง, สมพงษ์ เล็งมณี, กชกร ทองล้อม. การพลิกแพลงกลยุทธ์ การโฆษณาและการส่งเสริมการตลาดนมผงภายหลังประกาศใช้พระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 27 ส.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://fhpprogram.org/download/2106/>
8. Region UEAaP. Strengthening Implementation of the breast-milk substitutes code in Southeast Asia: putting child nutrition first. Bangkok: UNICEF EAPRO; 2021.
9. Nguyen TT, Tran HTT, Cashin J, Nguyen VDC, Weissman A, Nguyen TT, et al. Implementation of the code of marketing of breast-milk substitutes in Vietnam: marketing practices by the industry and perceptions of caregivers and health workers. *Nutrients* 2021;13(8):2884.
10. Cetthakrikul N, Kelly M, Banwell C, Baker P, Smith J. Regulation of baby food marketing in Thailand: a NetCode analysis. *Public Health Nutr* 2022;2022:1-13.
11. Cetthakrikul N, Kelly M, Baker P, Banwell C, Smith J. Effect of baby food marketing exposure on infant and young child feeding regimes in Bangkok, Thailand. *Int Breastfeed J* 2022;17(1):64.
12. Hogwood BW, Gunn LA. Policy analysis for the real world. Oxford: Oxford University Press; 1985.
13. Kaewpramkusol R, Senior K, Chenhall R, Nanthamongkolchai S, Chaiyasong S. A qualitative exploration of Thai alcohol policy in regulating availability and access. *Int J Drug Policy* 2018;58:1-8.
14. Vathesatogkit P, Charoeng N. Tobacco control: lessons learnt in Thailand. *Indian J Public Health*. 2011;55(3):228-33.

15. World Health Organization. Scope and impact of digital marketing strategies for promoting breast-milk substitutes. Maternal, infant and young child nutrition. Comprehensive implementation plan on maternal, infant and young child nutrition: biennial report Report by the Director-General. Geneva: World Health Organization; 2022.
16. Becker GE, Zambrano P, Ching C, Cashin J, Burns A, Policarpo E, et al. Global evidence of persistent violations of the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes: a systematic scoping review. *Maternal & Child Nutrition* 2022;18(S3):e13335.
17. World Health Organization. Marketing of breast-milk substitutes: national implementation of the international code, status report 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.
18. Jones A, Zhao J, Hendry M, Morelli G, Bhaumik S. Digital marketing of breastmilk substitutes: a systematic scoping review. Sydney, Australia: George Institute for Global Health; 2021.

Progress and Challenges in the Implementation of the Milk Act

Titiporn Tuangratananon¹, Chananchida Somsuk¹, Wikanda Surabod¹, Benjawan Yeekiw¹, Pimpaporn Mekmattayan¹, Nisachol Cetthakrikul², Chompoonut Topothai¹

¹Bureau of Health Promotion, Department of Health, Nonthaburi Province, Thailand

²International Health Policy Program, Nonthaburi Province, Thailand

Abstract

Breast Milk is the best feeding for infants, however, the exclusive breastfeeding rate in Thailand is extremely low (23% in 2015). One plausible explanation is an aggressive marketing strategy of the formula industry, which influences mothers' and families' decisions on infant feeding. The Department of Health (DOH) and alliances have successfully advocated for the legislation of the Control of Marketing Promotion of Infant and Young Child Food Act B.E.2560 (A.D.2017). The intention of the law is to control the marketing promotion of infants and young children to ensure that mothers and families will have informed choices when making decisions on infant feeding. This paper aimed to review the progress made and analyze the challenges faced during the first 5 years of the law's implementation. Results showed that the progress involves raising awareness among manufacturers and the structural governance body of committees, sub-committee, and officers. However, many obstacles were identified including loopholes in the contents of the law, the priority of the topic set by the executives, discontinuation of budget, rapid adaptation of the new marketing strategies that require further law explanation, multisectoral networking, and the number and skills of the officers and organization in the public sector in both central and regional area. This study suggests that the DOH and alliance should continuously monitor and evaluate the law's implementation to improve the regulations and advocacy strategies to be comparable with modern digital marketing.

Keywords: Control of Marketing Promotion of Infant and Young Child Food Act B.E. 2560 (A.D.2017); breast milk; milk code; Milk Act; evaluation of the law

การจัดการความรู้สุขภาวะเพื่อการขยายผลในยุคดิจิทัล

สุรเชษฐ พิทยาพิบูลพงศ์

ศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของโลกยุคปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในโลกยุคโลกาภิวัตน์ (globalization) ได้เชื่อมโยงผู้คนจากทั่วทุกภูมิภาคของโลกเข้าด้วยกัน ด้วยข้อมูลข่าวสารที่ไหลเวียนเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยี และสังคมที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วผ่านตัวกลางอย่างอินเทอร์เน็ตและสื่อออนไลน์ รวมทั้งดิจิทัลแพลตฟอร์ม (digital platform) ต่างๆ ทำให้ประชาชนสามารถรับรู้และรับผลกระทบจากสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว และสามารถเป็นได้ทั้งผู้เรียนรู้ (learner) และเป็นผู้สร้าง/ผู้ผลิตสื่อ (creator) ได้ การจัดการความรู้สุขภาวะเพื่อการขยายผลจากการดำเนินงานของ สสส. ด้วยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการความรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านการพัฒนาแพลตฟอร์มการจัดการความรู้สุขภาวะแบบมีส่วนร่วม (collaborative knowledge management platform) เพื่อรวบรวมองค์ความรู้สุขภาวะของ สสส. ที่มีอยู่ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสารมาพัฒนาให้เป็นระบบฐานข้อมูลจัดการความรู้ เพื่อให้ทุกคนในองค์กร สสส. ตลอดจนภาคีเครือข่ายและสาธารณชน สามารถเข้าถึงองค์ความรู้สุขภาวะ รวมทั้งสามารถร่วมพัฒนา ร่วมตรวจสอบ ร่วมปรับปรุงองค์ความรู้สุขภาวะให้มีความถูกต้อง ทันสมัย และต่อยอดเป็นองค์ความรู้ที่ใหม่กว่า (knowledge creation) ด้วยภูมิปัญญาของฝูงชน (wisdom of crowds) ผ่านความร่วมมือด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (collaborative digital) อีกทั้งการพัฒนาแพลตฟอร์มร่วมสร้างสรรค์สื่อสุขภาวะ (co-creation platform) ของ สสส. จะเป็นปัจจัยสำคัญในการขยายฐานผู้รับประโยชน์จากองค์ความรู้สุขภาวะ เพื่อลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำทางสังคม จากการเข้าถึงองค์ความรู้สุขภาวะ และเป็นกลไกส่งเสริมกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing) ผ่านการร่วมสร้างสรรค์สื่อ รวมทั้งใช้ประโยชน์จากทรัพยากรข้อมูล/องค์ความรู้ สื่อสุขภาวะ ตลอดจนทรัพยากรบุคคลทั้งภายในองค์กร สสส. ภาคีเครือข่าย ตลอดจนองค์กรพันธมิตรเชิงยุทธศาสตร์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นฐานในการต่อยอดจนเกิดเป็นนวัตกรรม (knowledge innovation) ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการความรู้แบบมีส่วนร่วม; ความร่วมมือด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล; ร่วมคิด-ร่วมสร้าง; ภูมิปัญญาของฝูงชน

บทนำ

วิถีชีวิตเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญ เนื่องจากปัจจุบันสาเหตุการเสียชีวิตหลัก 3 อันดับแรกของคนไทยเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) และมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากพฤติกรรมและรูปแบบวิถีชีวิต (lifestyle) ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทั้งการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการ

ออกกำลังกาย การรับประทานอาหารหวานมันเค็มจัด และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ รวมทั้งการได้รับมลภาวะจากฝุ่นควันและมลภาวะทางอากาศ ส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็ง และที่นิยามใหม่ล่าสุด คือโรคทางจิตเวช ซึ่งวิธีจัดการที่ดีที่สุดคือการจัดการที่ต้นเหตุ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตของตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพสำคัญที่ส่งผลต่อสถานะและผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยมีสังคมและสภาพแวดล้อม

เป็นปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การจัดการความรู้สุขภาพเพื่อการขยายผลจากการดำเนินงานของ สสส. ที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2555-2564) มุ่งเน้นการจัดการความรู้ด้วยการรวบรวมต้นทุนองค์ความรู้ ชุดความรู้ สื่อ ตลอดจนกรณีศึกษา (case study) และ แนวปฏิบัติที่ดี (best practice) มาวิเคราะห์และจัดหมวดหมู่ ตลอดจนสังเคราะห์เป็นสื่อ เครื่องมือ และกระบวนการเรียนรู้ สร้างเสริมความเข้าใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาทิ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออินโฟกราฟิก สื่อมัลติมีเดีย แอปพลิเคชัน ชุดความรู้ และสื่อสนับสนุนการเรียนรู้สุขภาพ (knowledge package & toolkits) นิทรรศการถาวร นิทรรศการหมุนเวียน นิทรรศการเคลื่อนที่ นิทรรศการเสมือน (virtual exhibition) หลักสูตรฝึกอบรม ตลอดจนกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ต่างๆ เพื่อสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ตรงด้านสุขภาพ ในประเด็นต่างๆ และสร้างแรงบันดาลใจ ทักษะและขีดความสามารถให้ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต สังคม สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ในกระบวนการจัดการความรู้เพื่อการขยายผลที่ผ่านมา มุ่งเน้นการจัดการความรู้สุขภาพจากต้นทุนองค์ความรู้ (knowledge asset) จากการดำเนินงานของ สสส. ที่มีความพร้อม ในรูปแบบการรวบรวมองค์ความรู้มาคัดกรอง สังเคราะห์ และนำเสนอในรูปแบบต่างๆ ในรูปแบบ supply push โดยวางเส้นทางการไหลเวียนของข้อมูล/องค์ความรู้ ตลอดจนสื่อที่จัดทำโดย สสส. สำนักต่างๆ ซึ่งจะถูกนำไปแปลงและสังเคราะห์เป็นสื่อ และกระบวนการเรียนรู้สร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพในรูปแบบต่างๆ และส่งต่อ (push) ไปเผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายผ่านช่องทางการสื่อสารและกลไกเผยแพร่ขยายผลองค์ความรู้สุขภาพของศูนย์เรียนรู้สุขภาพ สสส. ต่อไป

ทั้งนี้จากรายงานการติดตามประเมินผลการใช้ชุดสื่อการเรียนรู้และกระบวนการเรียนรู้ของศูนย์เรียนรู้สุขภาพ ปี พ.ศ. 2564 จัดทำโดย บริษัท คัสต้อม เอเชีย จำกัด (ทีมประเมินผลภายนอก) พบว่าสื่อและกระบวนการเรียนรู้ที่ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ สสส. จัดทำขึ้น เป็นสื่อที่ได้รับการยอมรับจากผู้ใช้งานและผู้รับประโยชน์เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามจากผลการประเมินพบว่า ยังขาดสื่อสร้างเสริมสุขภาพในบางประเด็นที่เป็นที่สนใจของกลุ่มเป้าหมาย

สื่อบางชิ้นเนื้อหาและรูปแบบยังไม่สอดคล้องกับบริบทการใช้จริงของกลุ่มเป้าหมาย และสื่อบางชิ้นยังไม่ตอบโจทย์ความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ เนื่องจากมีข้อจำกัด เรื่อง การสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ และพัฒนาสื่อการเรียนรู้ร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย

ดังนั้นเพื่อลดข้อจำกัดในการจัดการความรู้สุขภาพเพื่อการขยายผลดังกล่าวข้างต้น การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร อินเทอร์เน็ตความเร็วสูง (5G) สื่อออนไลน์ ดิจิทัลแพลตฟอร์ม (digital platform) ต่างๆ รวมทั้งการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเว็บ 3.0 (web 3.0) โดยใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ อาทิ artificial intelligence (AI), blockchain ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่ส่งผลให้ระบบการเก็บรักษาข้อมูลนั้นมีความปลอดภัยสามารถตรวจสอบได้ และมีการกระจายอำนาจจากตัวกลางที่ควบคุมข้อมูล ทำให้ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร หรือ บริการต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ รวมทั้งสามารถเป็นได้ทั้งผู้เรียนรู้ (learner) และเป็นผู้สร้าง/ผู้ผลิตสื่อ (creator) ทำให้ผู้เรียนรู้ กลายเป็นผู้ผลิต/ผู้ร่วมสร้างสรรค์ผลงาน (co-creator) ตลอดจนกลายเป็นผู้ผลิตข้อมูลข่าวสาร เนื้อหาและสารสนเทศในรูปแบบต่างๆ (user-generated content) ที่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทการใช้งานจริงของตนได้ ซึ่งนับเป็นปัจจัยสำคัญในการขยายฐานผู้รับประโยชน์ จากองค์ความรู้สุขภาพ เพื่อลดช่องว่างความเหลื่อมล้ำทางสังคมจากการเข้าถึงองค์ความรู้สุขภาพ

การจัดการความรู้สุขภาพเพื่อการขยายผลในยุคดิจิทัล

การจัดการความรู้สุขภาพเพื่อการขยายผลของ สสส. คือ การจัดการความรู้ด้วยการรวบรวมต้นทุนองค์ความรู้ ชุดความรู้ สื่อ ตลอดจนกรณีศึกษา (case study) และ แนวปฏิบัติที่ดี (best practice) มาวิเคราะห์และจัดหมวดหมู่ ตลอดจนสังเคราะห์เป็นสื่อ เครื่องมือ และกระบวนการเรียนรู้สร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ อาทิ สื่อสิ่งพิมพ์ อินโฟกราฟิก สื่อมัลติมีเดีย แอปพลิเคชัน ชุดความรู้และสื่อสนับสนุนการเรียนรู้สุขภาพ (knowledge package & toolkits) นิทรรศการถาวร นิทรรศการหมุนเวียน นิทรรศการเคลื่อนที่ นิทรรศการเสมือน (virtual exhibition) หลักสูตรฝึกอบรม ตลอดจนกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ต่างๆ เพื่อสร้างเสริมความรู้ ความเข้าใจ

และประสบการณ์ตรงด้านสุขภาพในประเด็นต่างๆ และสร้างแรงบันดาลใจ ทักษะและขีดความสามารถให้ประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต สังคม สิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีได้ด้วยตนเอง ดังภาพที่ 1 กระบวนการจัดการความรู้สุขภาพเพื่อการขยายผลของศูนย์เรียนรู้สุขภาพ สสส. ปี พ.ศ. 2555-2564

โดยการจัดการความรู้ดังกล่าว มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ สร้างความตระหนักและแรงบันดาลใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและ/หรือ ปรับเปลี่ยนสังคมและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี โดยมีกลุ่มเป้าหมายหลัก จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลง/แกนนำ (change agent) และกลุ่มประชาชนผู้รับประโยชน์ ทั้งนี้ในกระบวนการจัดการความรู้เพื่อการขยายผลที่ผ่านมานั้น มุ่งเน้นการจัดการความรู้สุขภาพจากต้นทุนองค์ความรู้ (knowledge asset) จากการดำเนินงานของ สสส. ที่มีความพร้อมในรูปแบบการของการไปรวบรวมองค์ความรู้ มาคัดกรองสังเคราะห์ และนำเสนอในรูปแบบต่างๆ ในรูปแบบ supply push โดยวางเส้นทางการไหลเวียนของข้อมูล/องค์ความรู้ ตลอดจนสื่อที่จัดทำโดย สสส. สำนักต่างๆ ซึ่งจะถูกนำไปแปลงและสังเคราะห์เป็นสื่อและกระบวนการเรียนรู้สร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพในรูปแบบต่างๆ และส่งต่อ (push) ไปเผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายผ่านช่องทางการสื่อสารและกลไกเผยแพร่ขยายผลองค์ความรู้สุขภาพของศูนย์เรียนรู้สุขภาพ สสส. ต่อไป

การพัฒนาสื่อและกระบวนการเรียนรู้ของศูนย์เรียนรู้สุขภาพ สสส. ที่ผ่านมานั้นเน้นการจัดการความรู้เพื่อพัฒนาสื่อและกระบวนการเรียนรู้สุขภาพจากต้นทุนองค์ความรู้ของ สสส. ที่มีความพร้อม และเผยแพร่ไปยังกลุ่มเป้าหมายของศูนย์เรียนรู้สุขภาพผ่านช่องทางการสื่อสารและกลไกขยายผลองค์ความรู้ในรูปแบบต่างๆ ในลักษณะ supply push ซึ่งได้ผลดีในระดับหนึ่ง รายละเอียดปรากฏตามรายงานการติดตามประเมินผลการใช้ชุดสื่อการเรียนรู้และกระบวนการเรียนรู้ของศูนย์เรียนรู้สุขภาพ ปี พ.ศ. 2564 จัดทำโดยบริษัท คัสตอม เอเซีย จำกัด (ที่มีประเมินผลภายนอก) ดังจะเห็นได้จากข้อค้นพบสำคัญต่างๆ ดังต่อไปนี้

- ปี พ.ศ. 2564 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่รับรู้สื่อมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยภาพรวมอยู่ที่ร้อยละ 87.10
- สื่อที่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพะมากที่สุด ในมุมมองของกลุ่มผู้นำสื่อไปถ่ายทอด (change agent) ได้แก่ สื่อประเด็นอุบัติเหตุ (ร้อยละ 93.3) รองลงมา คือ สุขภาวะผู้สูงอายุ (ร้อยละ 88.0) แอลกอฮอล์ อาหาร โภชนาการ และสุขภาพทางเพศ (ร้อยละ 86)
- สำหรับกลุ่มผู้ที่ได้รับการถ่ายทอด (end user) ได้แก่ สื่อประเด็นบุหรี่และยาสูบ (ร้อยละ 97.5) และอาหาร โภชนาการ (ร้อยละ 90)
- จุดเด่นของสื่อ คือ ช่วยเพิ่มความเข้าใจและสามารถสื่อความได้ดี สื่อมีความน่าสนใจและก่อให้เกิดความชื่นชอบ สนุกในการเรียนรู้ ส่งผลให้มีความตั้งใจที่จะใช้สื่ออีกในอนาคต

ภาพที่ 1 กระบวนการจัดการองค์ความรู้สุขภาพเพื่อการขยายผล: ศูนย์เรียนรู้สุขภาพ ปี พ.ศ. 2555-2564



อย่างไรก็ตาม จากผลการประเมิน พบว่า ยังขาดสื่อสร้างเสริมสุขภาพในบางประเด็นที่เป็นที่สนใจของกลุ่มเป้าหมาย สื่อบางชิ้นเนื้อหาและรูปแบบยังไม่สอดคล้องกับบริบทการใช้จริงของกลุ่มเป้าหมาย และสื่อบางชิ้นยังไม่ตอบโจทย์ความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ เนื่องจากมีข้อจำกัด เรื่อง ความรู้ความเข้าใจในกลุ่มเป้าหมายและบริบทของพื้นที่ เนื่องจากขาดการสร้างการมีส่วนร่วมกับกลุ่มเป้าหมายในการจัดการความรู้และพัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม

เพื่อลดข้อจำกัดในการจัดการความรู้สุขภาพเพื่อการขยายผลดังกล่าวข้างต้น การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร อินเทอร์เน็ตความเร็วสูง (5G) สื่อออนไลน์ ดิจิทัลแพลตฟอร์ม (digital platform) ต่างๆ รวมทั้งการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเว็บ 3.0 (web 3.0) โดยใช้เทคโนโลยีใหม่ๆ อาทิ artificial intelligence (AI), blockchain ซึ่งเป็นเทคโนโลยีที่ส่งผลให้ระบบการเก็บรักษาข้อมูลนั้นมีความปลอดภัยสามารถตรวจสอบได้ และมีการกระจายอำนาจจากตัวกลางที่ควบคุมข้อมูล ทำให้ผู้ใช้งานสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร หรือ บริการต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ รวมทั้งสามารถเป็นได้ทั้งผู้เรียนรู้ (learner) และเป็นผู้สร้าง/ผู้ผลิตสื่อ (creator) ได้ ทำให้ผู้เรียนรู้กลายเป็นผู้ผลิต/ผู้ร่วมสร้างสรรค์ผลงาน (co-creator) ตลอดจนกลายเป็นผู้ผลิตข้อมูลข่าวสาร เนื้อหาและสารสนเทศในรูปแบบต่างๆ (user-generated content) ได้อย่างสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทและความต้องการของตนได้ด้วยเช่นกัน

ความหมายของการจัดการความรู้

การจัดการความรู้ คือ การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบเพื่อให้ทุกคนในองค์กร สามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้องค์กรมีความสามารถในเชิงแข่งขันสูงสุด⁽¹⁾

Henrie M และ Hedgepeth O ให้ความหมายว่าการจัดการความรู้เป็นระบบการจัดการสินทรัพย์ความรู้ขององค์กรทั้งที่เป็นความรู้โดยนัย และความรู้ที่เห็นได้อย่างชัดเจนระบบการจัดการความรู้เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้อง

กับการจำแนกความรู้ การตรวจสอบความรู้ การจัดเก็บความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบแล้ว การกรองความรู้ การเตรียมการเข้าถึงความรู้ให้กับผู้ใช้ ทั้งนี้โดยมีหลักการที่สำคัญ คือ ทำให้ความรู้ถูกใช้ ถูกปรับเปลี่ยนและถูกยกระดับขึ้น⁽²⁾

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ อธิบายว่าการจัดการความรู้ คือ การประมวล สังเคราะห์และจำแนกแยกแยะสารสนเทศเพื่อนำไปสู่การตีความและทำความเข้าใจกับสารสนเทศเหล่านั้นจนกลายเป็นความรู้ ซึ่งความรู้นี้ครอบคลุมทั้งส่วนของความรู้โดยนัย (tacit knowledge) ที่ซ่อนอยู่ในความคิดของพนักงานและที่ฝังตัวอยู่ในองค์กร กับความรู้ชัดแจ้ง (explicit knowledge) ที่ปรากฏในเอกสารบันทึกหรือรายงานต่างๆ ขององค์กร การจัดการความรู้ทั้งสองประเภทนี้ให้เป็นระบบระเบียบ เพื่อให้คนที่ต้องการเข้าถึงได้ง่ายและดึงออกมาใช้งานได้โดยสะดวก การจัดการความรู้จะเกิดขึ้นในระดับทีมงานหรือระดับกลุ่มในองค์กรที่ต้องการปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจเจกแต่ละคน เพราะการจัดการความรู้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อมีการปฏิสัมพันธ์เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างทีม ซึ่งอาจเป็นปฏิสัมพันธ์บนเครือข่าย cyber space หรืออาจผ่านการพบปะพูดคุยต่อหน้าก็ได้⁽³⁾

ประพนธ์ ผาสุยยืด ให้ความหมายว่าการจัดการความรู้ คือ การนำเอาความรู้มาจัดเก็บอย่างเป็นระบบ สามารถนำมาเผยแพร่หรือนำกลับมาใช้ได้อย่างรวดเร็ว เพื่อเป็นประโยชน์สูงสุดต่อการพัฒนาองค์กรให้มีความเจริญก้าวหน้า⁽⁴⁾

สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.) ได้ให้ความหมายการจัดการความรู้ว่าเป็นกระบวนการรวบรวม การสงวนรักษา และการถ่ายทอดสารสนเทศไปสู่ความรู้ที่สามารถเข้าถึงได้เพื่อนำไปปรับปรุงการปฏิบัติงานในองค์กร โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ การนำสินทรัพย์ความรู้ (knowledge assets) ไปสร้างคุณค่า (value creation) หรือเพิ่มผลิตผล (productivity) เพื่อสนับสนุนเป้าหมายหรือตอบสนองการดำเนินการขององค์กร⁽⁵⁾

จากแนวคิดต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่าการจัดการความรู้หรือ KM: knowledge management คือ การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กร ซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาเก็บรักษา และพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อถ่ายทอด/เผยแพร่ให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงได้ เพื่อนำไปปรับปรุงการปฏิบัติงาน

ในองค์กรโดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ การนำสินทรัพย์ความรู้ (knowledge assets) ไปสร้างคุณค่า (value creation) หรือเพิ่มผลิตผล (productivity) เพื่อสนับสนุนเป้าหมายหรือตอบสนองการดำเนินการขององค์กร โดยมีหลักการที่สำคัญ คือ ทำให้ความรู้ถูกใช้ถูกปรับเปลี่ยน และถูกยกระดับขึ้น

การจัดการความรู้ (knowledge management : KM) ที่ผ่านมานั้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ยุค ดังตารางที่ 1

ข้อเสนอแนวทางการจัดการความรู้สุขภาวะเพื่อการขยายผลในยุคดิจิทัล

จากสถานการณ์ ความเป็นมา แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการความรู้ (knowledge management) ดังกล่าวข้างต้น พบว่า การจัดการความรู้ในยุคดิจิทัล ในปัจจุบันที่ข้อมูลข่าวสาร ไหลเวียนเชื่อมโยงซึ่งกันและกันอย่างรวดเร็วผ่านตัวกลางอย่างอินเทอร์เน็ต 5G และสื่อออนไลน์ รวมทั้ง digital platform ต่างๆ ทำให้ประชาชนสามารถรับรู้และรับผลกระทบจากสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ทำให้บุคคลใดก็ตามที่มีโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต (tablet computer) และหรืออุปกรณ์ที่เชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตได้ สามารถเป็นได้ทั้งผู้เรียนรู้ (learner) และเป็น ผู้สร้าง/ผู้ผลิตเนื้อหาและสื่อ (content/media creator) ได้ ทำให้ผู้เรียนรู้ กลายเป็นผู้ผลิต/ผู้ร่วมสร้างสรรค์ผลงาน (co-creator) ตลอดจนกลายเป็นผู้ผลิตข้อมูลข่าวสารเนื้อหาและสารสนเทศในรูปแบบต่างๆ ได้ด้วยเช่นกัน

ดังนั้น การจัดการความรู้สุขภาวะเพื่อการขยายผลในยุคดิจิทัลของ สสส. จึงควรประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการความรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านการพัฒนาแพลตฟอร์มการจัดการความรู้สุขภาวะแบบมีส่วนร่วม (collaborative knowledge management platform) เพื่อรวบรวมองค์ความรู้สุขภาวะของ สสส. ที่มีอยู่ซึ่งกระจัดกระจาย อยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบฐานข้อมูลจัดการความรู้เพื่อให้ทุกคนในองค์กร สสส. ตลอดจนภาคีเครือข่ายและสาธารณชน สามารถเข้าถึงองค์ความรู้สุขภาวะ รวมทั้งสามารถ ร่วมพัฒนา ร่วมตรวจสอบ ร่วมปรับปรุงองค์ความรู้สุขภาวะให้มีความถูกต้อง ทันสมัย และต่อยอดเป็นองค์ความรู้ที่ใหม่กว่า (knowledge creation) ด้วย

ภูมิปัญญาของฝูงชน (wisdom of crowds) ผ่านความร่วมมือด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (collaborative digital) โดยเป็นการผสมผสานการจัดการความรู้ในยุคปัจจุบัน แบบเน้นสร้างสรรค์ ส่งเสริม สนับสนุน และพัฒนากระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (knowledge sharing) ผ่านรูปแบบการจัดการความรู้ (knowledge management) หรือ KM แบบดั้งเดิมให้สมบูรณ์ จากนั้นนำ KM มาต่อยอดด้วย artificial intelligence หรือ AI โดยนำ 6 องค์ประกอบของ A.I.K.M. ที่เกาะเกี่ยวอยู่กับประเภทของความรู้มาใช้ในการเสริมศักยภาพและความสามารถในการแข่งขัน เพื่อสร้างสรรค์การบริหารจัดการและพัฒนาองค์ความรู้ภายใต้แนวคิด KM ให้มีความสมบูรณ์แบบ ซึ่งอาจดำเนินการได้ใน 2 รูปแบบ ดังต่อไปนี้

1. การจัดการความรู้สุขภาวะเพื่อการขยายผลด้วยปัญญาของฝูงชน (collaborative knowledge management)

การจัดการความรู้ด้วยปัญญาของฝูงชน อยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่เชื่อว่าปัญญาของคนหมู่มาก หรือคนกลุ่มใหญ่ โดยรวมแล้วฉลาดกว่าผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนในการแก้ปัญหา การตัดสินใจ การคาดการณ์ และการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ๆ การจัดการความรู้ในลักษณะนี้ไม่ถึงกับเป็นแนวคิดใหม่หรือไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อนเสียทีเดียว เนื่องจากที่ผ่านมามีการจัดการความรู้ในลักษณะนี้ในรูปแบบต่างๆ ดังนี้

1) blog/web blog ซึ่งเป็นเว็บไซต์สำหรับบันทึกเรื่องราวและสื่อสารความรู้สึกรู้คิดต่างๆ ตามมุมมอง ความคิด และประสบการณ์ของผู้เขียน (blogger) ได้อย่างอิสระ

2) Wikipedia ซึ่งเป็นเว็บไซต์จัดการความรู้แบบสารานุกรมออนไลน์ที่เปิดโอกาสให้ผู้อ่านทุกคนสามารถเข้าถึงวิกิพีเดีย สามารถร่วมแก้ไขบทความต่างๆ ได้อย่างเสรี

จากข้อมูลแพลตฟอร์มการจัดการความรู้ทั้ง blog/web blog และ Wikipedia ข้างต้น ซึ่งเป็นการใช้ประโยชน์ของแพลตฟอร์มในการจัดการความรู้ทั้งในระดับบุคคลแบบ blog/web blog และ Wikipedia ซึ่งเป็นแพลตฟอร์มในการจัดการความรู้แบบการมีส่วนร่วมของสาธารณชน โดยอาศัยภูมิปัญญาของฝูงชน (the wisdom of crowds) สอดคล้องกับวงจรการจัดการความรู้ตามโมเดล SECI ในรูปแบบ externalization ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้แบบความรู้ฝังลึกไปเป็นความรู้ชัดแจ้ง (tacit to explicit) ซึ่งความรู้ทั้งสองประเภทมีความสำคัญต่อองค์กร โดย

ตารางที่ 1 รูปแบบและแนวทางการจัดการความรู้ที่ผ่านมา

| ยุคที่ | รูปแบบและแนวทางการจัดการความรู้ที่ผ่านมา |
|----------------|---|
| 1. ทศวรรษ 1990 | <p>KM ยุคแรก เน้นการจัดการเนื้อหา (content) และความรู้แบบชัดแจ้ง (explicit knowledge) หรือความรู้ในกระดาษ โดยอาจมีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ (information technology หรือ IT) เข้ามาช่วย เช่น ระบบการจัดการเนื้อหา (content management system หรือ CMS) และ ระบบการจัดการเอกสาร (document management system หรือ DMS)</p> |
| 2. ทศวรรษ 2000 | <p>KM ยุคที่ 2 ให้ความสนใจในเรื่องของความรู้ในตัวบุคคล (tacit knowledge) และการดึงความรู้ออกมาจากตัวบุคคล ดังนั้นจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ KM ด้วยการให้ความสำคัญในประเด็นการเชื่อมโยง (connection) และการมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) เพื่อแบ่งปันความรู้ (knowledge sharing) เพื่อสร้างให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันนำไปสู่แนวคิดชุมชนนักปฏิบัติ (community of practices หรือ CoPs) และ knowledge café ที่ให้ผู้คนมาพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ให้แกกัน</p> |
| 3. ทศวรรษ 2010 | <p>KM ยุคที่ 3 ให้ความสำคัญกับความรู้ที่นำไปใช้แล้วประสบผลสำเร็จ (best practice) โดยเน้นไปที่ความร่วมมือ (collaboration) เพื่อนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ (knowledge utilization) เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ (outcome) ทำให้ความรู้เกิดการเคลื่อนไหวตลอดเวลา (dynamic) ดังนั้น KM ในยุคนี้ จึงเป็น KM ที่เน้นผลลัพธ์ (KM for results) หรือ (outcome) เครื่องมือ KM ที่เกิดขึ้นในยุคนี้ได้แก่ การเล่าถึงบทเรียนที่ประสบผลสำเร็จของการทำ KM (story-telling) หรือ การทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (after action review: AAR) เป็นต้น</p> |
| 4. ทศวรรษ 2020 | <p>KM ในยุคปัจจุบัน เน้นการนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์มาใช้จัดการความรู้ (artificial intelligence knowledge management: A.I.K.M) ประกอบด้วยเทคโนโลยี ดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> • ปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence หรือ AI) • เทคโนโลยีสื่อสารคุณภาพสูง (new communications technology) • การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต 24/7/365 (mobile/wearable computing) หรือ 24 ชั่วโมงต่อวัน 7 วันต่อหนึ่งสัปดาห์ 365 วันต่อปี • การประมวลผลบนกลุ่มเมฆ (cloud computing) • การวิเคราะห์ฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (big data analytics) • การเชื่อมต่อของสรรพสิ่ง (internet of things) <p>6 องค์ประกอบของ A.I.K.M. เกาะเกี่ยวอยู่กับประเภทของความรู้ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แกนความรู้หลัก (core knowledge) หรือ ความรู้ระดับพื้นฐานที่ทุกคนต้องการและต้องรู้ 2. ความรู้เชิงต่อยอด (advanced knowledge) หรือองค์ความรู้ที่ใหม่กว่าที่ได้รับมารถกลับกรองมาจากแกนความรู้หลัก ซึ่งความรู้เชิงต่อยอดนี้เป็นความรู้เฉพาะทางที่มีความเฉพาะเจาะจง 3. ความรู้เชิงนวัตกรรม (innovative knowledge) หรือนวัตกรรมที่ใหม่กว่า |

ตารางที่ 1 รูปแบบและแนวทางการจัดการความรู้ที่ผ่านมา (ต่อ)

| ยุคที่ | รูปแบบและแนวทางการจัดการความรู้ที่ผ่านมา |
|----------------|---|
| 4. ทศวรรษ 2020 | เป็นการสร้างองค์ความรู้ใหม่ ระดับนวัตกรรม หรือสิ่งที่ไม่เคยมีใครรู้มาก่อน หรือสร้างการเปลี่ยนแปลงด้วย ⁽⁶⁾ <ol style="list-style-type: none"> 1) collaborative culture หรือวัฒนธรรมความร่วมมือ 2) knowledge creation หรือการสร้างองค์ความรู้ที่ใหม่กว่า 3) knowledge innovation หรือการสร้างนวัตกรรมที่ใหม่กว่า 4) collaborative digital หรือสร้างความร่วมมือด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล |

เฉพาะความรู้ที่เกิดจากประสบการณ์ในการทำงานหากมีการดึงความรู้ที่ฝังลึกออกมาใช้หรือเปลี่ยนให้เป็นความรู้ใหม่ ซึ่ง SECI model จะเป็นการอธิบายการถ่ายทอดความรู้และการเปลี่ยนรูปแบบของความรู้ทั้งสองประเภท เกิดเป็นความรู้ใหม่ ดังภาพที่ 2

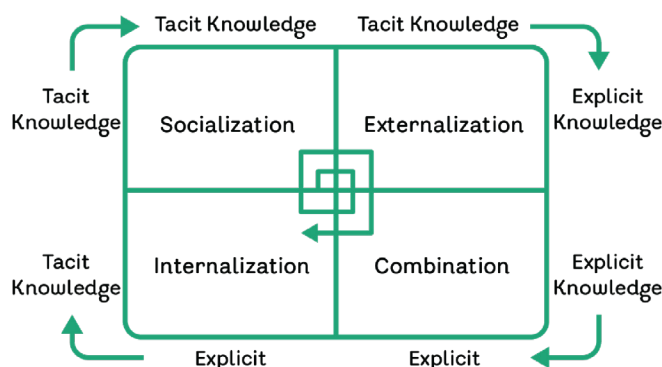
กระบวนการต่างๆ จะเกิดขึ้นหมุนวนกันไปซ้ำแล้วซ้ำเล่า ซึ่งในแต่ละกระบวนการที่เกิดการเปลี่ยนรูปแบบ ระหว่างความรู้ฝังลึกกับความรู้ชัดแจ้ง จะทำให้เกิดความรู้ใหม่เพิ่มขึ้น ซึ่งหมายความว่า externalization และ internalization เป็นกระบวนการสำคัญในการสร้างความรู้ ยิ่งสามารถกระตุ้นให้กระบวนการทั้ง 4 ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจนเกิดเป็นเกลียวความรู้ (knowledge spiral) และยิ่งเกลียวความรู้หมุนเร็วเท่าไรก็จะทำให้เกิดความรู้ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์กับองค์กรได้มากขึ้น⁽⁷⁾

การจัดการความรู้สู่สภาวะเพื่อการขยายผลในยุคดิจิทัลของ สสส. สามารถประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการความรู้ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของสาธารณชน (collaborative

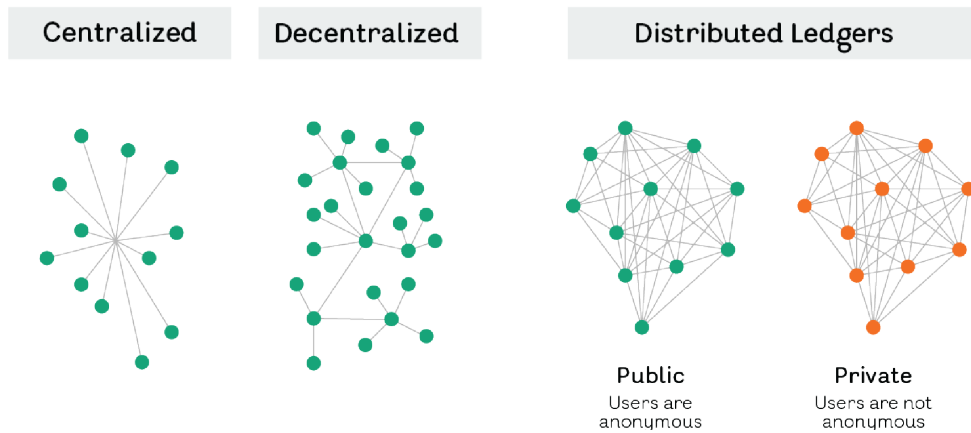
knowledge management) เพื่อใช้ประโยชน์จากภูมิปัญญาของฝูงชน (the wisdom of crowds) ด้วยรูปแบบการจัดการความรู้แบบ blog/web blog โดยผสมผสานเทคโนโลยีบล็อกเชน (blockchain) มาใช้ในการจัดการความรู้แบบกระจายศูนย์ (decentralized knowledge management) โดยอาศัยคุณลักษณะเด่นของ blockchain ที่เป็นเทคโนโลยีการจัดเก็บข้อมูลแบบ shared database หรือที่รู้จักกันในชื่อ distributed ledger technology (DLT) โดยเป็นรูปแบบการบันทึกข้อมูลที่รับประกันความปลอดภัยว่าข้อมูลที่บันทึกไปก่อนหน้านี้ไม่สามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไข ซึ่งทุกผู้ใช้งานจะเห็นข้อมูลชุดเดียวกันทั้งหมด โดยใช้หลักการ cryptography และความสามารถของ distributed computing เพื่อสร้างกลไกความน่าเชื่อถือ ดังภาพที่ 3

โดยหลักการทำงานของ เทคโนโลยี blockchain คือ ฐานข้อมูลจะแชร์ให้กับทุก node ที่อยู่ในเครือข่ายและการทำงานของเทคโนโลยี blockchain จะไม่มีเครื่องใด

ภาพที่ 2 SECI model ของ Nonaka และ Takeuchi (1995)



ภาพที่ 3 Centralized, Decentralized, and Distributed Ledger



เครื่องหนึ่งเป็นศูนย์กลางหรือเครื่องแม่ข่าย ซึ่งการทำงานแบบกระจายศูนย์นี้จะไม่ถูกควบคุมโดยคนเพียงคนเดียว แต่ทุก node จะได้รับสำเนาฐานข้อมูลเก็บไว้และจะมีการอัปเดตฐานข้อมูลแบบอัตโนมัติ เมื่อมีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ทั้งนี้สำเนาฐานข้อมูลของทุกคนในเครือข่ายจะต้องถูกต้อง และตรงกันกับของสมาชิกคนอื่นในเครือข่าย อีกทั้งการบันทึกข้อมูลเข้าสู่ blockchain สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท โดยพิจารณาจากข้อกำหนด ในการเข้าร่วมเป็นสมาชิกของเครือข่าย คือ

1. Blockchain แบบเปิดสาธารณะ (public blockchain) คือ blockchain วงเปิดที่อนุญาตให้ทุกคนสามารถเข้าใช้งานไม่ว่าจะเป็นการอ่าน หรือการทำธุรกรรมต่างๆ ได้อย่างอิสระ โดยไม่จำเป็นต้องขออนุญาต หรือรู้จักกันในอีกชื่อ คือ permissionless blockchain
2. Blockchain แบบปิด (private blockchain) คือ blockchain วงปิดที่เข้าใช้งานได้เฉพาะผู้ที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่สร้างขึ้นเพื่อใช้งานภายในองค์กร ดังนั้นข้อมูลการทำธุรกรรมต่างๆ จะจำกัดอยู่เฉพาะภายในเครือข่ายซึ่งประกอบไปด้วยสมาชิกที่ได้รับอนุญาตเท่านั้น
3. Blockchain แบบเฉพาะกลุ่ม (consortium blockchain) คือ blockchain ที่เปิดให้ใช้งานได้เฉพาะกลุ่มเท่านั้น โดยเป็นการผสมผสานแนวคิดระหว่าง public blockchain และ private blockchain ซึ่งส่วนมากเป็นการรวมตัวกันขององค์กรที่มีลักษณะธุรกิจเหมือนกัน และต้องมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันอย่างสม่ำเสมออยู่แล้วมารวมตัวกันตั้งวง blockchain ขึ้นมา ทั้งนี้

เนื่องจากธุรกรรมและข้อมูลที่จัดเก็บเป็นข้อมูลที่เป็นความลับหรือข้อมูลส่วนตัวภายในองค์กร ส่งผลให้ไม่สามารถเปิดเผยข้อมูลดังกล่าวทั้งหมดแก่สาธารณชนได้ ดังนั้นผู้เข้าร่วม blockchain เฉพาะกลุ่ม จำเป็นต้องได้รับการอนุญาตจากตัวแทนเสียก่อนจึงจะสามารถเข้าใช้งานได้ ยกตัวอย่างเช่น เครือข่ายระหว่างธนาคารที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลการทำธุรกรรม หรือแลกเปลี่ยนสินทรัพย์ภายในกลุ่มของธนาคาร ยกตัวอย่างเช่น Japanese Bank และ R3CEV⁽⁸⁾

การจัดการความรู้ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของสาธารณชน (collaborative knowledge Management) ตามแนวคิดข้างต้นนี้ สสส. อาจพิจารณาดำเนินการโดยใช้เทคโนโลยี blockchain ในรูปแบบที่ 3 blockchain แบบเฉพาะกลุ่ม (consortium blockchain) คือ blockchain ที่เปิดให้ใช้งานได้เฉพาะกลุ่มเท่านั้น มาดำเนินการก่อนในช่วงเริ่มต้นโดยสร้างการร่วมมือกับสำนักต่างๆ ใน สสส. ขยายไปสู่ภาคีเครือข่ายรับทุน ภาคีหน่วยงาน/องค์กรเชิงยุทธศาสตร์ที่มีการสร้างและใช้ประโยชน์ข้อมูลด้านสุขภาวะร่วมกัน ก่อนขยายต่อไปยังสาธารณชนต่อไปในอนาคต

2. การพัฒนาแพลตฟอร์มร่วมสร้างสรรค์สื่อสุขภาวะ (co-creation platform)

การพัฒนาแพลตฟอร์มร่วมสร้างสรรค์สื่อสุขภาวะ (co-creation platform) ของ สสส. จะเป็นกลไกในการใช้ประโยชน์จากทรัพยากรข้อมูล/องค์ความรู้ สื่อสุขภาวะ ตลอดจนทรัพยากรบุคคลทั้งภายในองค์กร สสส. ภาคีเครือข่าย ตลอดจนองค์กรพันธมิตรเชิงยุทธศาสตร์ในการพัฒนา

สื่อและกระบวนการเรียนรู้ของศูนย์เรียนรู้สุขภาพะ สสส. ให้ตอบโจทย์ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในลักษณะร่วมคิด-ร่วมสร้าง (co-creation) โดยยึดความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ (demand pull approach) ทั้งนี้ เพื่อให้การพัฒนาสื่อและกระบวนการเรียนรู้ของศูนย์เรียนรู้สุขภาพะ สสส. ตอบโจทย์ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายมากที่สุด จึงอาจพิจารณาดำเนินการแบ่งการพัฒนาสื่อและกระบวนการเรียนรู้ออกเป็น 3 รูปแบบ ดังภาพที่ 4

1. การพัฒนาสื่อและกระบวนการเรียนรู้สร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะเพิ่มเติมในประเด็นที่กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้งานสนใจ จากต้นทุนองค์ความรู้สุขภาพะของ สสส. ที่พร้อมนำไปขยายผล (knowledge package & toolkits development) ตามแนวทางห่วงโซ่อุปทานแบบผลัก (supply push approach)

2. การปรับปรุงและดัดแปลงสื่อเดิมให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย โดยการแปลงองค์ความรู้เพื่อการพัฒนาสื่อและกระบวนการเรียนรู้สร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะ (knowledge transformation for development of learning toolkits) ให้มีเนื้อหาและรูปแบบที่สอดคล้องตรงกับบริบทการใช้จริงของกลุ่มเป้าหมายตามข้อเสนอแนะในการปรับปรุงสื่อและกระบวนการเรียนรู้จากผลสำรวจการใช้สื่อและกระบวนการเรียนรู้ (supply meet demand approach) ดังภาพที่ 5

3. การพัฒนาสื่อและกระบวนการเรียนรู้สร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะที่ตอบโจทย์ความต้องการที่แท้จริง (insight) ของกลุ่มเป้าหมาย (demand pull approach) ดังภาพที่ 5

โดยให้ความสำคัญกับการสร้างแพลตฟอร์มกลาง เพื่อเป็นช่องทางในการเชื่อมโยงผู้ผลิตและเผยแพร่สื่อ (supply side) และผู้ใช้งานสื่อ (demand side) ให้มาร่วมผลิตและสร้างสรรค์สื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาวในลักษณะ co-creation platform โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. สร้างความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กร เครือข่าย เพื่อร่วมกันพัฒนาสื่อสุขภาพะที่สามารถเข้าถึงและตรงความต้องการของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

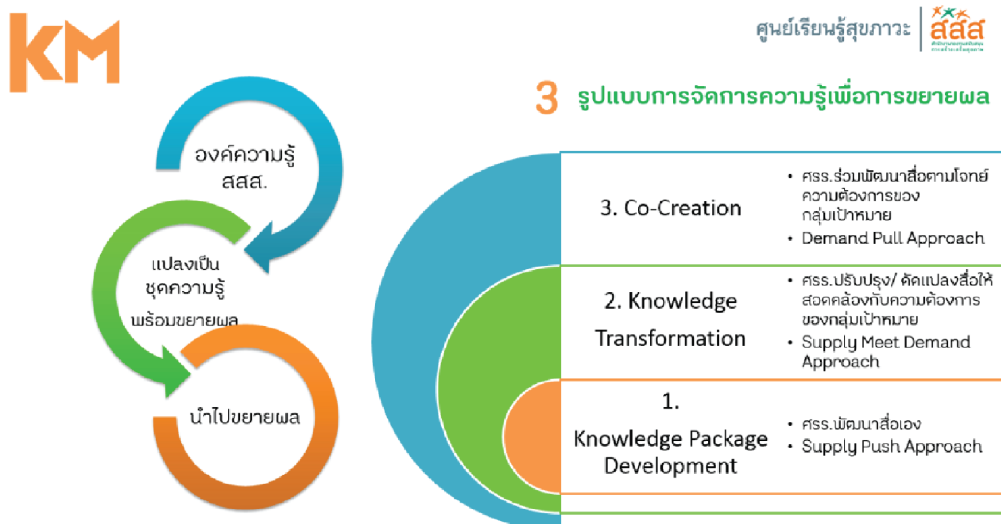
2. สร้าง platform เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมระหว่าง สสส. พันธมิตรเครือข่ายในการพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพะ

3. ขยายฐานผู้รับประโยชน์จากการใช้สื่อ และ/หรือกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพะ เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมการกิน การอยู่ การใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพะ

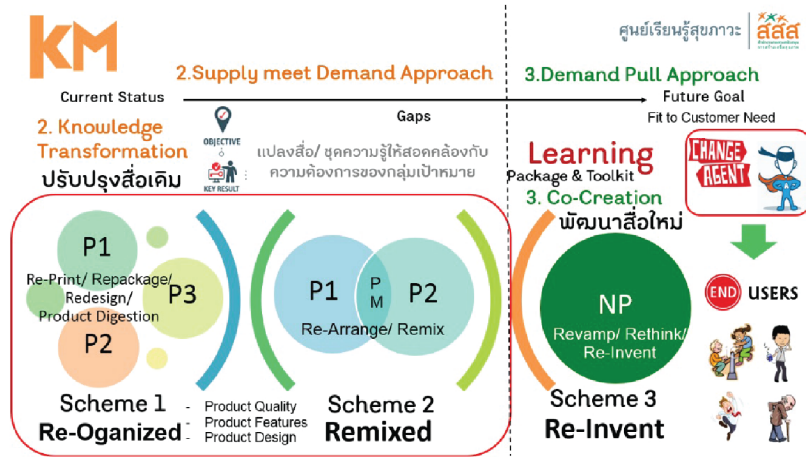
ทั้งนี้ปัจจัยหรือเงื่อนไขที่จะส่งผลต่อความสำเร็จของโครงการ เพื่อขยายผลแพลตฟอร์มร่วมสร้างสรรคสื่อ-สร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะ (co-creation platform) ได้แก่

1. การพัฒนาแพลตฟอร์มร่วมสร้างสรรคสื่อสร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพะ แบบออนไลน์ (co-creation online

ภาพที่ 4 การจัดการความรู้เพื่อการขยายผล: ศูนย์เรียนรู้สุขภาพะ 3 รูปแบบ



ภาพที่ 5 แผนภาพแนวคิดข้อเสนอแนวทางจัดการความรู้ในรูปแบบที่ 2 (supply meet demand) และรูปแบบที่ 3 (demand pull)



platform) เพื่อเป็นกลไกในการเชื่อมโยงผู้ผลิตและ
 เผยแพร่สื่อ (supply side) และผู้ใช้งานสื่อ (demand
 side) ให้มาร่วมผลิตและสร้างสรรค์สื่อสร้างเสริม
 ความเข้าใจสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาว
 ในลักษณะ Match Making Platform

2. การพัฒนากลไกข้อกำหนดและแนวทางการใช้
 ประโยชน์ (protocol) แพลตฟอร์ม ร่วมสร้างสรรค์สื่อ
 สร้างเสริมความเข้าใจสุขภาพ (co-creation Platform)
 ร่วมกับ ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย (stakeholders) ทุกภาคส่วน
 เพื่อพัฒนาและปรับปรุง (calibrate) แพลตฟอร์ม
 ให้มีความเสถียร และพร้อมขยายผลให้ภาคีเครือข่าย
 ของศูนย์เรียนรู้สุขภาพฯ ตลอดจนสำนัก และภาคี
 เครือข่ายของ สสส. สำนักต่างๆ และหน่วยงาน/องค์กร
 ภาคีเชิงพันธมิตรเข้ามาใช้ประโยชน์แพลตฟอร์มต่อไป
 ในอนาคต

สรุป

การจัดการความรู้สุขภาพเพื่อการขยายผลในยุค
 ดิจิทัล ที่ข้อมูลข่าวสารไหลเวียนเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน
 อย่างรวดเร็วผ่านตัวกลางอย่างอินเทอร์เน็ต 5G และสื่อ
 ออนไลน์ รวมทั้งดิจิทัลแพลตฟอร์ม (digital platform)
 ต่างๆ ทำให้ประชาชนสามารถรับรู้และรับผลกระทบจากสิ่ง
 ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว ทำให้บุคคลใดก็ตามที่มี

โทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต และหรืออุปกรณ์ที่เชื่อมต่อ
 อินเทอร์เน็ตได้ สามารถเป็นได้ทั้ง ผู้เรียนรู้ (learner) และ
 เป็นผู้สร้าง (creator) ได้ ทำให้ผู้เรียนรู้ กลายเป็นผู้ร่วมผลิต/
 ผู้ร่วมสร้างสรรค์ผลงาน (co-creator) ตลอดจนกลายเป็น
 ผู้ผลิตข้อมูลข่าวสาร เนื้อหาและสารสนเทศในรูปแบบต่างๆ
 ได้ด้วยเช่นกัน ดังนั้น การจัดการความรู้ในยุคดิจิทัล
 ในปัจจุบันและในอนาคต สสส. จึงอาจพิจารณาประยุกต์ใช้
 เทคโนโลยีการสื่อสารคุณภาพสูง การเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ต
 ความเร็วสูง การเชื่อมต่อของสรรพสิ่ง (internet of things)
 การวิเคราะห์ฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (big data analytics)
 ปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence หรือ AI)
 และการประมวลผลบนกลุ่มเมฆ (cloud computing)
 ดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมและสนับสนุน
 การมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ (collaborative
 Knowledge Management) ผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยน
 เรียนรู้ (knowledge sharing) ในแพลตฟอร์มต่างๆ
 เพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมความร่วมมือ (collaborative
 culture) ผ่านแนวคิด ร่วมคิด-ร่วมสร้าง (co-creation)
 และภูมิปัญญาของฝูงชน (the wisdom of crowds)
 เพื่อสร้างองค์ความรู้ที่ใหม่กว่า (knowledge creation)
 สร้างนวัตกรรมที่ใหม่กว่า (knowledge Innovation)
 ผ่านความร่วมมือด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (collaborative
 digital)

เอกสารอ้างอิง

1. วิจารย์ พานิช. การจัดการความรู้ฉบับนักปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สุขภาพใจ; 2551.
2. Henrie M, Hedgepeth O. Size is important in knowledge management. Journal of Knowledge Management Practice [Internet]. 2003 [cited 2021 Oct 12];August 2003. Available from: <http://www.tlinc.com/article53.htm>
3. เกียรติศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. ความแตกต่างระหว่างการจัดการสารสนเทศกับการจัดการความรู้. กรุงเทพมหานคร: อักษรไทย; 2547.
4. ประพนธ์ ผาสุยฮีด. การจัดการความรู้ (KM) ฉบับขับเคลื่อน LO. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ไยโหม; 2550.
5. สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ (สวทช.). การจัดการความรู้ [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [สืบค้นเมื่อ 12 ต.ค.2564]. แหล่งข้อมูล: https://www.nstda.or.th/home/knowledge_post/knowledge-management/
6. จักรกฤษณ์ สิริริน. “A.I.K.M. “ร่งนำใหม่” แวดวง “การจัดการความรู้” [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 12 ต.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.salika.co/2020/04/29/artificial-intelligence-knowledge-management-part-1/>
7. อุดมพร สวัสดิสงคราม. การศึกษาการจัดการความรู้ของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ. สารนิพนธ์ กศ.ม.(การบริหารการศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2558.
8. สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล. สิ่งที่น่าจับตามองใหม่ควรทราบ ตอนที่ 1 ความรู้ขั้นพื้นฐานด้านเทคโนโลยีบล็อกเชน (blockchain) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 12 ต.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.tfac.or.th/Article/Detail/135089>

Health Promotion Knowledge Management in Digital Era

Surachet Pittayapibulpong

Thaihealth Center, Thaihealth Promotion Foundation, Bangkok

Abstract

The rapid development and change of today's world. Especially in information and communication technology in a globalized world (globalization) has connected people from all parts of the world kneel together. The rapid of economic, technology, internet and online media including various digital platforms, enabling people to recognize and be affected by things that happened quickly and can be both a learner, a content and media creator. Knowledge management is an essential area of work to expand the health knowledge base from the work of Thaihealth Promotion Foundation (Thaihealth). In this regard, the application of digital technology can be used to promote and support participatory knowledge management through the development of "collaborative knowledge management platform" to collect the knowledge of Thaihealth, which is scattered in the person or documents, to develop into a knowledge management database system so that everyone in the Thaihealth as well as network partners and the public can access health knowledge and being able to participate in the development and improve the body of knowledge and build on to a newer body of knowledge (knowledge creation). The overall process will be equipped with the wisdom of crowds through cooperation with digital technology (collaborative digital). Moreover, the development "co-creation platform" of ThaiHealth Promotion Foundation is an important factor in expanding the beneficiary base of health knowledge to reduce the social inequality gap and as a mechanism to promote the "knowledge sharing process" through media creation as well as the use of information/knowledge resources, health media and human resources, both within the "Thaihealth", Network partners and strategic partners for maximum benefit and as a base for further development until it becomes an innovation (knowledge innovation) in health promotion operations.

Keywords: collaborative knowledge management; collaborative digital; co-creation; wisdom of crowds

การศึกษาสถานการณ์ระบบอาหารของประเทศไทย ในรอบทศวรรษ

จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ภัทธราภรณ์ จึงเลิศศิริ, พิมลพรรณ นิตยัณรา
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

ระบบอาหารของประเทศไทยส่งออกอาหารให้แก่ประชากรโลกเป็นจำนวนมาก การเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากภัยพิบัติทางธรรมชาติ สภาพภูมิอากาศ กระบวนการผลิต และกลไกของตลาดโลก ส่งผลต่อระบบอาหารไทยอย่างเลี่ยงไม่ได้ การศึกษาสถานการณ์และการเปลี่ยนแปลงในรอบทศวรรษระหว่าง พ.ศ. 2553-2564 เพื่อเสนอข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ระบบอาหารใน 7 มิติของประเทศไทย เพื่อเสนอสถานการณ์ให้ภาคส่วนต่างๆ ตระหนักถึงภัยคุกคามที่จะเกิดขึ้นต่อระบบอาหารตลอดห่วงโซ่อุปทานอาหารใน 7 มิติตามกรอบแนวคิดของ Gustafson D และคณะ พบว่า (1) การได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมของผู้บริโภคที่แตกต่างตามวัยและความนิยมอาหารจานด่วนแบบตะวันตกและอาหารสำเร็จรูปเพิ่มมากขึ้นในเด็กและเยาวชน (2) เสถียรภาพของระบบนิเวศ ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศซึ่งมีผลกระทบแตกต่างกันที่ (3) ความสามารถในการซื้ออาหารและการมีอาหารในปริมาณที่เพียงพอ มีแนวโน้มลดลงจากราคาอาหารที่สูงขึ้น (4) ความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคมวัฒนธรรม อันเหลื่อมล้ำจากค่าจ้างขั้นต่ำในภาคเกษตรกรรมที่ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพอย่างมีคุณภาพและอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (5) ความยืดหยุ่นหรือการฟื้นคืน ซึ่งมีข้อท้าทายคือพื้นที่เกษตรกรรมและจำนวนแรงงานภาคเกษตรที่ลดลง และจำเป็นต้องมีระบบสำรองอาหารเพื่อบรรเทาความยากลำบากเมื่อเกิดภัยพิบัติ (6) ความปลอดภัยทางอาหาร พบปัญหาสารเคมีและยาปฏิชีวนะตกค้างในอาหารในระดับที่เป็นอันตราย และ (7) การลดของเสียและการสูญเสียอาหารที่ควรส่งเสริมให้เกิดการตระหนักถึงคุณค่าของอาหารและปัญหาปริมาณขยะอาหารที่สูงขึ้น ผลการศึกษาช่วยสร้างความตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลง และนำไปสู่การปรับตัวให้ทันต่อสถานการณ์ การเก็บข้อมูลเพื่อจัดทำและวิเคราะห์ตัวชี้วัดจะช่วยให้สามารถหน่วยงานแก้ปัญหาได้ตรงเป้าหมาย และลดความรุนแรงของปัญหาสิ่งแวดล้อมต่อระบบอาหารที่คาดว่าจะเกิดขึ้น การศึกษานี้เป็นเพียงการรวบรวมข้อมูลที่เข้าถึงได้ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเท่านั้น จึงไม่สามารถนำเสนอข้อมูลที่อาจมีอยู่ในหน่วยงานและไม่เปิดเผยแพร่ต่อสาธารณะ

คำสำคัญ: ระบบอาหาร; ความมั่นคงทางอาหาร; ห่วงโซ่อุปทานอาหาร

บทนำ

ประเทศไทยผลิตสินค้าเกษตรที่เป็นอาหารได้มากกว่าปริมาณที่บริโภคในประเทศ ดังนั้นส่วนเกิน (surplus) จึงส่งออกและสร้างรายได้ทางเศรษฐกิจให้แก่ประเทศอย่างต่อเนื่อง ใน พ.ศ. 2564 ประเทศไทยส่งออกสินค้าเกษตรและผลิตภัณฑ์มูลค่า 1,497,813 ล้านบาท หรือ

ประมาณร้อยละ 17.6 ของมูลค่าส่งออกทั้งหมด โดยแบ่งเป็นกลุ่มสินค้าเกษตรและอาหาร 1,223,586 ล้านบาท และสินค้าเกษตรเพื่ออุตสาหกรรมเกษตร 274,227 ล้านบาท และส่งออกให้กลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกมากที่สุด⁽¹⁾ ในช่วง พ.ศ. 2554-2564 สินค้าสำคัญที่ส่งออกไปต่างประเทศได้แก่ ข้าว ผลไม้ และอาหารทะเล อย่างไรก็ตาม ปริมาณข้าวที่ส่งออกลดลงจากประมาณ 8.9 ล้าน

เมตริกตัน (168,193 ล้านบาท) ใน พ.ศ. 2554 เป็น 6.1 ล้านเมตริกตัน (107,758 ล้านบาท) ใน พ.ศ. 2554 เช่นเดียวกับปลาที่มีการส่งออกลดลงจากประมาณ 3.9 แสนเมตริกตัน (21,813 ล้านบาท) เป็น 2.1 แสนเมตริกตัน (14,566 ล้านบาท) ขณะที่ผลไม้ส่งออกเพิ่มขึ้นจาก 8.4 แสนเมตริกตัน (15,943 ล้านบาท) เป็น 2.6 ล้านเมตริกตัน (179,895 ล้านบาท)⁽²⁾ ใน พ.ศ. 2564 จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าการส่งออกสินค้าประเภทอาหารของไทยมีปริมาณและมูลค่ามาก อย่างไรก็ตามปริมาณการส่งออกสินค้าบางอย่างกลับลดลง

ประเทศผู้รับซื้ออาหารจากไทย ประเภทข้าวและผลิตภัณฑ์ ได้แก่ สหรัฐอเมริกามูลค่า 18,311 ล้านบาท จีนมูลค่า 11,810 ล้านบาท แอฟริกาใต้มูลค่า 10,901 ล้านบาท ประเทศผู้ซื้อประเภทปลาและผลิตภัณฑ์ ได้แก่ สหรัฐอเมริกามูลค่า 20,056 ล้านบาท ญี่ปุ่นมูลค่า 16,433 ล้านบาท ออสเตรเลียมูลค่า 6,431 ล้านบาท และประเทศผู้ซื้อประเภทผลไม้และผลิตภัณฑ์ ได้แก่ จีนมูลค่า 164,128 ล้านบาท สหรัฐอเมริกามูลค่า 26,427 ล้านบาท และฮ่องกงมูลค่า 9,431 ล้านบาท⁽¹⁾ ฉะนั้นจึงกล่าวได้ว่าระบบอาหารของประเทศไทยมีความเชื่อมโยงระหว่างผู้ผลิตในประเทศ ไปจนถึงผู้บริโภคทั้งในและต่างประเทศ

การเปลี่ยนแปลงระบบอาหารของประเทศไทยจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อความมั่นคงทางอาหารของโลก ทั้งประเภทของอาหารที่หลากหลายและปริมาณหรือมูลค่าสูง อย่างไรก็ตาม ในรอบทศวรรษที่ผ่านมา ระบบอาหารของประเทศไทยได้รับผลกระทบอย่างมาก รวมทั้งภัยพิบัติทางธรรมชาติ และการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันของระบบอาหารของไทยจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อสร้างความตระหนักต่อผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบอาหาร เพื่อสะท้อนมิติปัญหาของระบบอาหารไทย นอกจากนี้ การเรียนรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของระบบอาหารจะทำให้เข้าใจความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดขึ้น และความเร่งด่วนในการจัดการปัญหาและผลกระทบได้อย่างมีเป้าหมาย

บทความนี้นำเสนอข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ระบบอาหารใน 7 มิติของประเทศไทย

ระบบอาหาร(food system)ในบทความนี้หมายถึง “ทรัพยากร(resources) วัตถุดิบ(inputs) กระบวนการผลิต (production) การขนส่ง (transportation) อุตสาหกรรมเชิงกระบวนการและการผลิต (processing and manufacturing industry) การค้าปลีก (retailing) การบริโภคอาหาร และผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สุขภาพ และสังคม⁽³⁾” สหประชาชาติได้ให้นิยามนี้ เพื่อนำไปสู่การพัฒนากระบวนอาหารที่มีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่ครอบคลุมระบบทั้งภายในแต่ละประเทศที่เชื่อมโยงกับระบบในต่างประเทศ นิยามนี้สะท้อนห่วงโซ่คุณค่าอาหารตั้งแต่ต้นน้ำ ที่นำเข้าทรัพยากรและวัตถุดิบเข้าสู่กระบวนการผลิตในระบบเกษตรกรรม และส่งต่อไปยังผู้เกี่ยวข้องระดับกลางน้ำในระบบอุตสาหกรรม การแปรรูป และสุดท้ายที่ระดับปลายน้ำโดยการกระจายสินค้า การขายในรูปแบบต่างๆ ไปจนถึงผู้บริโภค จะเห็นได้ว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบอาหารมีหลากหลาย นอกจากที่ได้กล่าวไปแล้ว ยังมีกลไกระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมืองการปกครอง และมาตรการระหว่างประเทศ ที่มีอิทธิพลต่อระบบอาหาร

การศึกษาระบบอาหารให้ครอบคลุมองค์ประกอบในห่วงโซ่คุณค่าอาหาร ได้นำระบบอาหาร 7 มิติของ Gustafson D และคณะ มาเป็นกรอบแนวคิด⁽⁴⁾ ได้แก่ (1) การได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ (food nutrient adequacy) (2) เสถียรภาพของระบบนิเวศ (ecosystem stability) (3) ความสามารถในการซื้ออาหารและการมีอาหารในปริมาณที่เพียงพอ (food affordability & availability) (4) ความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคมวัฒนธรรม (sociocultural wellbeing) (5) ความยืดหยุ่นหรือการฟื้นคืน (resilience) (6) ความปลอดภัยทางอาหาร (food safety) และ (7) การลดของเสียและการสูญเสียอาหาร (waste & loss reduction) การศึกษานี้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบอาหารของประเทศไทยใน 7 มิติ ระหว่าง พ.ศ. 2553-2564 จากบทความวิชาการ รายงานผลการศึกษาของหน่วยงาน และแหล่งข้อมูลของหน่วยงานภาครัฐและประชาสังคมที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต ผลการศึกษาจะช่วยให้เห็นสถานการณ์และความเปลี่ยนแปลงของระบบอาหารที่เกิดขึ้นในรอบ

ทศวรรษที่ผ่านมา และนำไปสู่ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาตัวชี้วัดระบบอาหาร

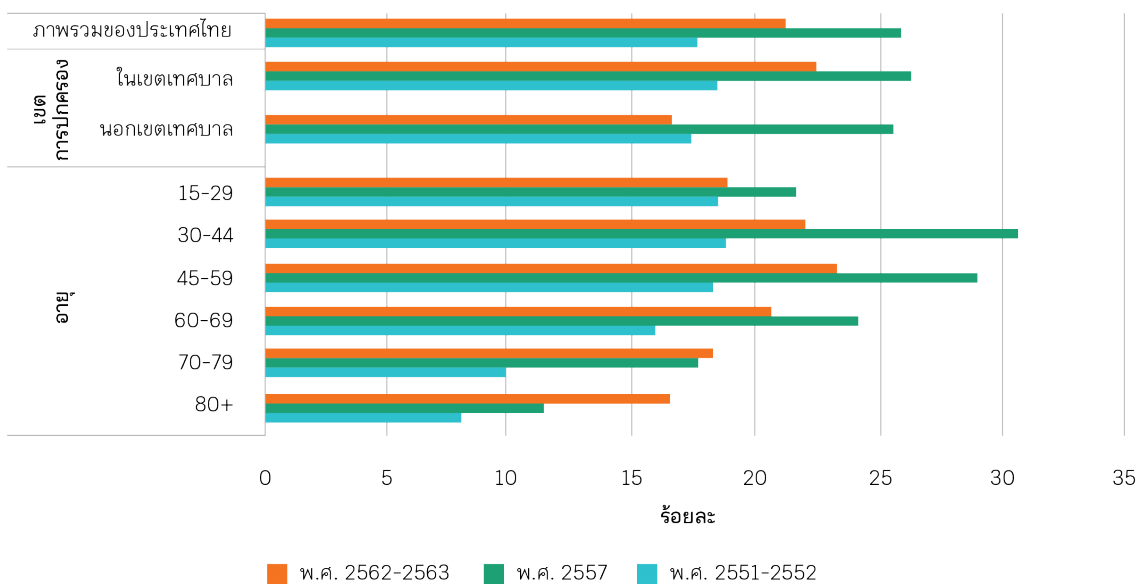
คณะนักวิจัยได้รวบรวมเอกสารและวรรณกรรมจากแหล่งต่างๆ เช่น บทความวิจัย บทความวิชาการ และรายงานผลการศึกษาของหน่วยงาน นอกจากนี้คณะวิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลของหน่วยงานภาครัฐและประชาสังคมที่เผยแพร่บนอินเทอร์เน็ต ระหว่าง พ.ศ. 2553-2564 โดยวรรณกรรมจะผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือจากผู้ค้นคว้าจากแหล่งที่เชื่อถือได้ สามารถอ้างอิงได้ และตรวจสอบความน่าเชื่อถือแบบสามเส้า (triangulation) อีกครั้ง โดยจัดประชุมภายในคณะนักวิจัยเพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลและแหล่งที่มาของข้อมูลร่วมกัน จากนั้นจึงคัดเลือกบทความ โดยเกณฑ์คัดเลือกคือ เอกสารหรือวรรณกรรมจะต้องมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับนิยามระบบอาหาร 7 มิติ มีแหล่งที่มาที่น่าเชื่อถือ สามารถอ้างอิงได้ และตีพิมพ์หรือเผยแพร่ระหว่าง พ.ศ. 2553-2564 เอกสารและวรรณกรรมใดที่ไม่อยู่ในเกณฑ์ดังกล่าวจะถูกคัดออก นำเสนอสรุปผลการทบทวนวรรณกรรมและย้อนหลังไปจนถึง พ.ศ. 2553 ที่คณะวิจัยสามารถเข้าถึงได้ในช่วงดำเนินการศึกษานำเสนอเป็นไปตามกรอบแนวคิดใน 7 มิติตามลำดับ

1. มิติการได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ (food nutrient adequacy)

พฤติกรรมบริโภค ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ อาหารจานด่วน

ประเทศไทยสามารถผลิตอาหารหลักอย่างเพียงพอต่อการบริโภคในประเทศ พฤติกรรมเป็นหนึ่งในตัวกำหนดการได้รับสารอาหาร ข้าวเป็นอาหารที่ให้พลังงานซึ่งประชากรไทยนิยมบริโภค การสำรวจของกรมการค้าภายใน พ.ศ. 2562 คนไทยบริโภคข้าวประมาณ 90-100 กิโลกรัมต่อคนต่อปี และลดลงเหลือ 83 กิโลกรัมต่อคนต่อปีใน พ.ศ. 2563 การบริโภคข้าวของคนไทยลดลงเนื่องจากคนไทยเลือกบริโภคอาหารประเภทโปรตีนเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับความเข้าใจที่ว่า ข้าวทำให้อ้วน⁽⁵⁾ ประเทศไทยผลิตผักและผลไม้ได้มากและหลากหลาย อย่างไรก็ตาม ส่วนใหญ่บริโภคผักและผลไม้ต่ำกว่าข้อเสนอมาตรฐานพบว่าร้อยละ 21.2 ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคผักและผลไม้เพียงพอ ดังภาพที่ 1 นอกจากนี้ยังพบว่า สัดส่วนคนที่บริโภคผักและผลไม้ลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปบริโภคผักและผลไม้เพียงพอมิเพียงร้อยละ 16.5 เท่านั้น การบริโภคผักและผลไม้ของผู้ที่อาศัยในเขตเทศบาลไม่แตกต่างจากผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาล⁽⁶⁾

ภาพที่ 1 ร้อยละของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปบริโภคผักและผลไม้เพียงพอ



ที่มา: รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4-6⁽⁶⁻⁸⁾
จัดทำภาพโดย: คณะวิจัย

นอกจากนี้ อาหารจานด่วน (fast-food) แบบตะวันตก และอาหารสำเร็จรูป มีไขมันและโซเดียมสูงได้รับความนิยมเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ประชากรได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ การบริโภคอาหารจานด่วนแบบตะวันตกเพิ่มจากร้อยละ 29.2 ใน พ.ศ. 2556 มาเป็นร้อยละ 29.5 ใน พ.ศ. 2560 ส่วนการบริโภคอาหารสำเร็จรูปเพิ่มจากร้อยละ 47.8 มาเป็นร้อยละ 59.3 ในช่วงเวลาเดียวกัน ส่วนใหญ่บริโภคอาหารทั้งสองประเภทนี้ประมาณ 1-2 วันต่อสัปดาห์ (อาหารจานด่วน ร้อยละ 25.4 และอาหารสำเร็จรูปร้อยละ 46.6) พบเด็กและเยาวชนนิยมบริโภคมากที่สุด (ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์)^(9,10) ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อ

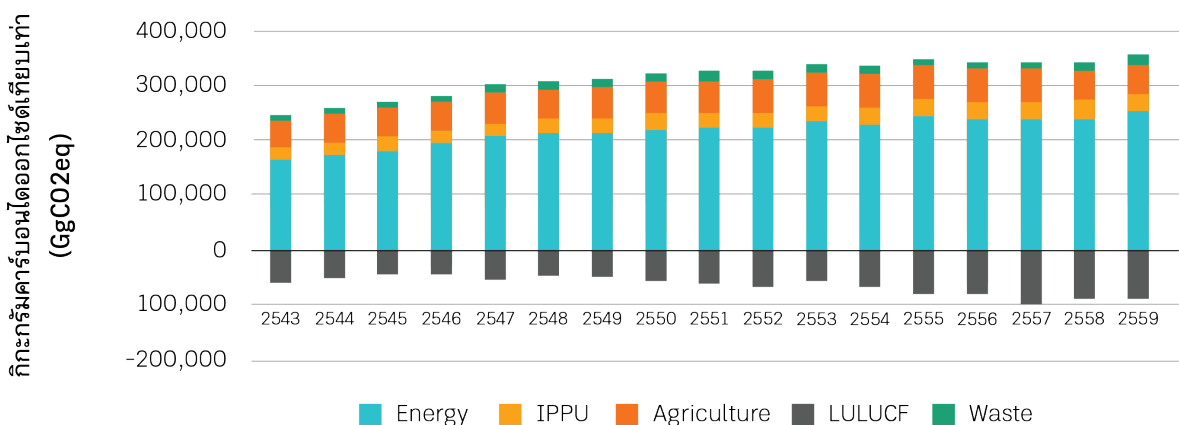
การได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอของประชากรไทย ขึ้นกับพฤติกรรมบริโภคซึ่งแตกต่างกันไปตามวัย พบว่ามีเพียงประมาณ 1 ใน 5 ของประชากร 15 ปีขึ้นไปบริโภคผักและผลไม้เพียงพอ และความนิยมบริโภคอาหารจานด่วนและอาหารสำเร็จรูปก็เพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะเด็กและเยาวชน จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพและงบประมาณในการรักษาโรคไม่ติดต่อ

2. มิติเสถียรภาพของระบบนิเวศ (ecosystem stability)

การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ

ระบบอาหารได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ ซึ่งอุณหภูมิมีผิวดินที่สูงขึ้นอันเนื่องมาจากก๊าซเรือนกระจก และการเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล การจัดทำบัญชีก๊าซเรือนกระจกของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2543-2559 พบว่าปริมาณก๊าซเรือนกระจกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พ.ศ. 2543 ประเทศไทยปล่อยก๊าซเรือนกระจก 245,757.13 GgCO₂eq หรือพันธันคาร์บอนไดออกไซด์ และเพิ่มขึ้นเป็น 354,357.61 GgCO₂eq ใน พ.ศ. 2559 ภาคพลังงานปล่อยก๊าซเรือนกระจกมากที่สุดอยู่ที่ 253,895.61 GgCO₂eq ขณะที่ป่าไม้และการใช้ประโยชน์ที่ดินปล่อยก๊าซเรือนกระจกน้อยที่สุดอยู่ที่ -91,134.15 GgCO₂eq ภาคของเสียปล่อยก๊าซเรือนกระจกเพิ่มสูงที่สุดที่ร้อยละ 2.99 จากการค้นหาข้อมูลพบสถิติการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของไทยที่เผยแพร่สู่สาธารณะถึงพ.ศ. 2559 เท่านั้น ดังภาพที่ 2⁽¹¹⁾

ภาพที่ 2 บัญชีก๊าซเรือนกระจกของประเทศไทย พ.ศ. 2543 – 2559



ที่มา: สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม จัดทำภาพโดย: คณะวิจัย
 หมายเหตุ: Energy = ภาคพลังงาน, IPPU = ภาคกระบวนการอุตสาหกรรมและการใช้ผลิตภัณฑ์,
 Agriculture = ภาคเกษตร, LULUCF = ภาคป่าไม้และการใช้ประโยชน์ที่ดิน, Waste = ภาคของเสีย

การเกษตรของไทยเผชิญกับวิกฤตความรุนแรงของน้ำ

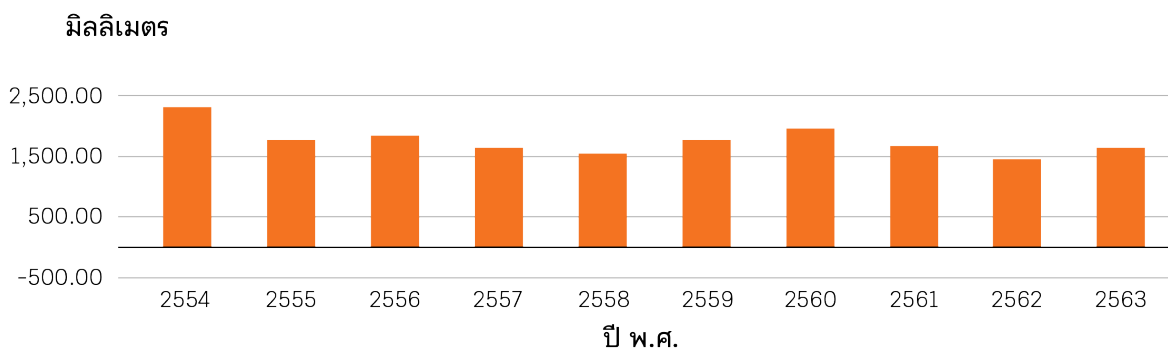
สหประชาชาติรายงานว่า ใน พ.ศ. 2568 ประชากรประมาณ 2 พันล้านคนจะขาดแคลนน้ำอย่างรุนแรง และมากกว่า 2.2 พันล้านคนจะไม่สามารถเข้าถึงน้ำดื่มสะอาด⁽¹²⁾ และมีการคาดประมาณว่าใน พ.ศ. 2568 ประชากรประมาณ 2 ใน 3 ของโลก หรือ ประมาณ 4 พันล้านคนใน 48 ประเทศจะเผชิญปัญหาขาดแคลนน้ำ⁽¹³⁾ เกษตรกรรมเป็นภาคส่วนเศรษฐกิจที่ใช้ปริมาณน้ำมากที่สุดถึงร้อยละ 70-75 ขณะที่ใช้ในการอุปโภคบริโภคมีสัดส่วนไม่ถึงร้อยละ 4⁽¹⁴⁾ สถิติปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยต่อปีของประเทศไทยระหว่าง พ.ศ. 2554-2563 ดังภาพที่ 3 ในภาพรวมไม่แตกต่างกันมากนัก ยกเว้น พ.ศ. 2554 และ 2560 ที่ปริมาณน้ำฝนสูงถึง 2,258 และ 2,050 มิลลิเมตรตามลำดับ พ.ศ. 2554 เป็นปีที่ประเทศไทยประสบปัญหาอุทกภัยครั้งใหญ่ที่สร้างความเสียหายแก่สภาพแวดล้อมรวมถึงทรัพย์สินของประชาชนอย่างมาก ภาคใต้เป็นพื้นที่ที่ปริมาณน้ำฝนมากกว่าภูมิภาคอื่นๆ ในประเทศไทย ข้อมูลปริมาณน้ำฝนนี้สะท้อนให้เห็นว่า ประเทศไทยมีปริมาณน้ำฝนไม่แตกต่างกันในช่วงเกือบ 10 ปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ภาคการเกษตรยังประสบปัญหาภัยแล้งและน้ำท่วมในบางพื้นที่ ดังนั้นการบริหารจัดการน้ำอย่างเฉพาะเจาะจงกับพื้นที่จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อการปรับตัวให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ⁽¹⁵⁾ อย่างไรก็ตาม การสำรวจพื้นที่ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา พบว่าพื้นที่ใช้ประโยชน์ทางการเกษตรมีแนวโน้มลดลงในช่วง พ.ศ. 2551-2554 จากร้อยละ 46.7 เป็น 46.5 และมีสัดส่วนคงที่จนถึง พ.ศ. 2562⁽¹⁶⁾

ระบบนิเวศที่แปรผันตามการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศอันเนื่องมาจากก๊าซเรือนกระจกที่ทำให้อุณหภูมิโลกสูงขึ้น ส่งผลให้เกิดภัยพิบัติทั่วโลก ประเทศไทยประสบทั้งภัยแล้งในบางพื้นที่ทั้งที่ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยต่อปีสูงเพียงพอต่อการเพาะปลูก หรือ เกิดอุทกภัยจนพื้นที่เกษตรกรรมเสียหาย การบริหารจัดการน้ำอย่างเฉพาะเจาะจงกับพื้นที่จึงมีความสำคัญต่อการรับมือการเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ

3. มิติความสามารถในการซื้ออาหารและการมีอาหารในปริมาณที่เพียงพอ (food affordability & availability) ภาระค่าใช้จ่ายด้านอาหารและความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงอาหาร

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 แสดงให้เห็นความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงสารอาหารที่เพียงพอ และหลากหลาย⁽¹⁷⁾ มาตรการปิดเมืองเพื่อลดการแพร่ระบาดสร้างอุปสรรคในการขนส่ง และกระจายอาหาร ส่งผลให้ราคาอาหารสูงขึ้นประกอบกับคนมีกำลังซื้อลดลง ผู้คนจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงอาหารได้อย่างเพียงพอ^(18, 19) แม้ว่าข้อมูลอัตราการพึ่งพาตนเอง (Self-Sufficiency Ratio: SSR) ของสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ แสดงให้เห็นความสามารถของประเทศในการผลิตอาหารมากกว่าที่บริโภคในประเทศ แต่องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ (FAO) ชี้ให้เห็นว่าประชากรมากกว่า 5.4 ล้านคน ขาดสารอาหารซึ่งมีสาเหตุจากความไม่เพียงพอของการบริโภคอาหารประเภท เช่น ผักและผลไม้ ซึ่งร้อยละ 80 ของกลุ่มนี้เป็นผลมาจากราคา

ภาพที่ 3 ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยรายปีของประเทศไทย พ.ศ. 2554-2563



ที่มา: กรมอุตุนิยมวิทยา⁽¹⁵⁾ จัดทำภาพโดย: คณะวิจัย

ผักและผลไม้ที่สูงขึ้น ทำให้คนไทยเลือกที่จะรับประทานผักและผลไม้ลดลง⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้พบว่า พ.ศ. 2553-2562 พื้นที่เมืองเฉลี่ยเพียงร้อยละ 24 ของพื้นที่ทั้งหมดใช้ประโยชน์ทางการเกษตร⁽²⁰⁾

ดัชนีราคาผู้บริโภคในหมวดอาหารและเครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์ระหว่าง พ.ศ. 2549-2563 สูงขึ้น เกินกว่าดัชนีราคาผู้บริโภคเฉลี่ยรวมทุกรายการ⁽²¹⁾ ยิ่งไปกว่านั้นช่วงระหว่าง พ.ศ. 2553-2564 ราคาอาหารอ้างอิงจากดัชนีผู้บริโภคเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง พ.ศ. 2553 ดัชนีราคาอาหารอยู่ที่ 77.92 และเพิ่มขึ้นเป็น 100.88 ใน พ.ศ. 2564 ซึ่งแสดงให้เห็นแนวโน้มราคาอาหารที่สูงขึ้นอย่างมากทั้งวัตถุดิบ และอาหารสำเร็จรูป⁽²¹⁾ การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือนใน พ.ศ. 2562 พบว่า ค่าอาหารคิดเป็นร้อยละ 37.98 ของค่าใช้จ่ายด้านอุปโภคบริโภคทั้งหมด หรือประมาณ 6,800 บาทต่อเดือน ซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายที่เป็นวัตถุดิบอาหารสดมากกว่าอาหารสำเร็จรูป ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารสูงที่สุด (ร้อยละ 42.8 ของค่าใช้จ่ายเพื่ออุปโภคบริโภคทั้งหมดต่อเดือน) ส่วนกรุงเทพมหานครและปริมณฑลซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนสูงสุดในประเทศ แต่มีสัดส่วนค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารต่ำสุด (ร้อยละ 33.1)⁽²²⁾ ข้อมูลสะท้อนให้เห็นความแตกต่างของภาระค่าใช้จ่ายในการซื้ออาหารของประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งสูงกว่าประชากรในกรุงเทพฯ และปริมณฑล

แนวโน้มราคาอาหารที่สูงขึ้นอันเนื่องมาจากภาวะเศรษฐกิจและภัยพิบัติ เช่น โรคอุบัติใหม่ ส่งผลต่อความสามารถในการซื้ออาหารในปริมาณที่เพียงพอของครัวเรือน โดยเฉพาะครัวเรือนที่มีรายได้น้อย ดังนั้นการสร้างแหล่งอาหารที่ไม่จำเป็นต้องซื้อหรือเสียค่าใช้จ่ายต่ำจึงเป็นแนวทางที่ควรได้รับการส่งเสริมให้เกิดขึ้นในชุมชน

4. มิติความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคมวัฒนธรรม (sociocultural wellbeing)

ค่าจ้างครองชีพของแรงงานภาคเกษตรกรรม

การเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยได้ประโยชน์จากแรงงานราคาถูก ดังนั้นการกำหนดค่าแรงให้ต่ำเป็นการสร้างความได้เปรียบในด้านการลงทุน⁽²³⁾ การสำรวจภาวะการทำงานของประชากรไทย พบว่า พ.ศ. 2562 แรงงานได้รับ

ค่าจ้างเฉลี่ยเดือนละ 14,315 บาท แรงงานในภาคเกษตรกรรมมีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 6,010 บาทต่อเดือน ต่ำกว่าภาคการผลิตและการค้า (12,957 บาทต่อเดือน) และบริการ (16,507 บาทต่อเดือน) แรงงานนอกระบบในภาคเกษตรกรรมได้รับค่าจ้างเฉลี่ยเพียง 5,587 บาทต่อเดือน⁽²⁴⁾

การได้รับค่าจ้างขั้นต่ำที่ไม่สอดคล้องกับการดำรงชีวิตทำให้ไม่สามารถเลี้ยงดูตัวเองและครอบครัวได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์⁽²⁵⁾ ดังนั้น การมี “ค่าจ้างครองชีพ (living wage)” ที่หมายความถึง “ค่าตอบแทนเป็นจำนวนเงินที่ลูกจ้างควรได้รับ เพื่อให้ตนเองและครอบครัวสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามความต้องการพื้นฐาน อันรวมถึงอาหาร ที่อยู่อาศัย และสิ่งจำเป็นอื่นๆ เช่น เสื้อผ้า ค่าเดินทาง ยารักษาโรค”⁽²⁶⁾ จะส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของแรงงานโดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม

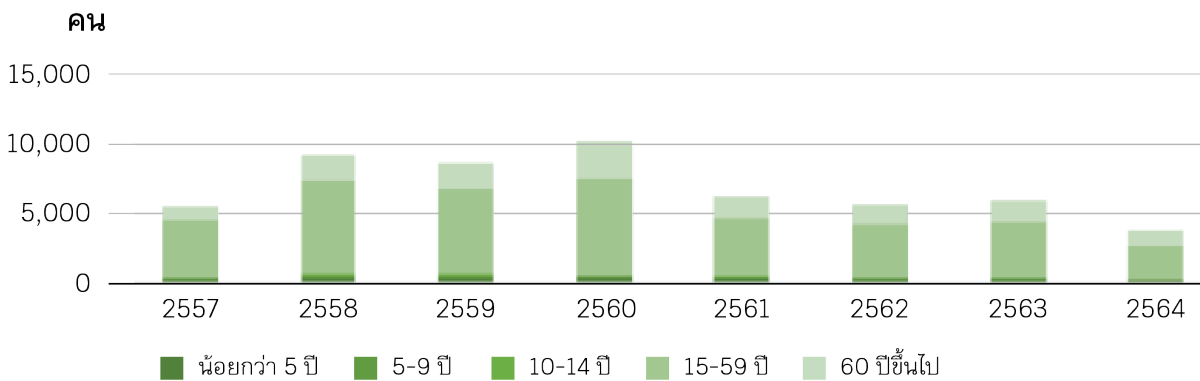
ความเหลื่อมล้ำของค่าจ้างระหว่างแรงงานในและนอกระบบ

แรงงานข้ามชาติมีบทบาทในภาคอุตสาหกรรมอาหารทะเลของไทย ได้แก่ ประมง ประมงต่อเนื่อง โรงงานแปรรูปอาหารทะเล และฟาร์มกุ้ง อย่างไรก็ตาม พบว่าแรงงานข้ามชาติมากกว่าครึ่งไม่ได้รับค่าจ้างตามค่าแรงงานขั้นต่ำและประมาณ 1 ใน 5 ได้รับค่าจ้างรายเดือนไม่ถึงร้อยละ 70 ของค่าแรงงานขั้นต่ำ โดยเฉพาะแรงงานเพศหญิงมักได้รับค่าจ้างน้อยกว่าเพศชายประมาณร้อยละ 30⁽²⁷⁾ สัดส่วนค่าจ้างเฉลี่ยของเพศหญิงต่อชายของแรงงานภาครัฐมีแนวโน้มสูงขึ้นจากร้อยละ 93 ใน พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 102 ใน พ.ศ. 2562⁽²⁸⁾ อย่างไรก็ตาม ความเหลื่อมล้ำระหว่างแรงงานในและนอกระบบ และในกลุ่มแรงงานข้ามชาติยังสะท้อนปัญหาการควบคุมกฎหมายเพื่อความเป็นธรรมของแรงงานในภาคเกษตรกรรม

ผลกระทบจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนผู้บริโภคและเกษตรกรผู้ใช้สารเคมี ดังภาพที่ 4 แสดงแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่ลดลงจำแนกตามกลุ่มอายุในระหว่าง พ.ศ. 2557-2564 อย่างไรก็ตาม ใน พ.ศ. 2560 จำนวนผู้ป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยเฉพาะวัยแรงงานสูงถึง 7,962 คน ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเป็นผลมาจากสารกำจัดศัตรูพืช รองมาคือ สารกำจัดแมลง (ร้อยละ 27.3)

ภาพที่ 4 จำนวนผู้ป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชปี พ.ศ. 2557-2564 จำแนกอายุ



ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁹⁾ จัดทำภาพโดย: คณะวิจัย

สารกำจัดวัชพืช (ร้อยละ 11.7) และสารกำจัดศัตรูพืชอื่นๆ (ร้อยละ 11.0) ผู้ป่วยส่วนมากเป็นวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี (ร้อยละ 60-70) รองมาคือผู้สูงอายุ เกษตรกรเป็นกลุ่มเสี่ยง พบผู้ป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นเกษตรกรถึงร้อยละ 40-50 ผู้ป่วยเกษตรกรจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 953 คน ใน พ.ศ. 2556 เป็น 5,408 คน ใน พ.ศ. 2560 และลดลงมาอยู่ที่ 2,554 คน ใน พ.ศ. 2564⁽²⁹⁾

ค่าจ้างครองชีพของแรงงานในภาคเกษตรกรรมสะท้อนความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ที่อยู่ในกระบวนการผลิตอาหาร อย่างไรก็ตาม ค่าจ้างขั้นต่ำในปัจจุบันยังไม่สอดคล้องกับค่าใช้จ่ายเพื่อคุณภาพชีวิต ส่วนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรเป็นตัวกำหนดความปลอดภัยต่อร่างกายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งผู้ผลิตและผู้บริโภค แม้กระนั้นจำนวนผู้ป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของไทยยังมีจำนวนมาก

5. มิติความยืดหยุ่นหรือการฟื้นคืน (resilience)

ผลกระทบจากภัยธรรมชาติต่อภาคเกษตรและความเสียหายทางเศรษฐกิจ

ช่วง พ.ศ. 2552-2561 อุทกภัยสร้างความเสียหายทางเศรษฐกิจกว่า 50,000 ล้านบาท นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและอิทธิพลจากปรากฏการณ์เอลนีโญส่งผลให้พื้นที่ที่เพาะปลูกในการทำนาปรังต้องใช้น้ำมากยิ่งขึ้น ช่วง พ.ศ. 2552-2560 ภัยแล้งสร้างความเสียหายกว่า 6,000 ล้านบาท ภัยพิบัติทางธรรมชาติทำให้

พื้นที่เกษตรเสียหายกว่า 14 ล้านไร่⁽³⁰⁾ ภัยแล้งส่งผลกระทบต่อปริมาณผลผลิตของสินค้าเกษตรที่อาศัยน้ำจำนวนมากในการเพาะปลูก เช่น ข้าว ส่วนอุทกภัยทำให้พื้นที่เกษตรเกิดความเสียหาย ผลผลิตเก็บเกี่ยวได้น้อยลง ทำให้ราคาของสินค้าเกษตรสูงขึ้นและประชาชนมีภาระค่าใช้จ่ายด้านอาหารสูงขึ้น

พื้นที่เพื่อการเกษตรลดลงทั่วประเทศ

พื้นที่เพื่อการเกษตรเพื่อผลิตอาหารที่ลดลงอาจส่งผลกระทบต่อปริมาณและราคาของอาหารในประเทศ โดยเฉพาะเมื่อเกิดภัยพิบัติและวิกฤตโรคอุบัติใหม่ พ.ศ. 2562 ประเทศไทยใช้ประโยชน์ที่ดินเพื่อการเกษตรประมาณ 149 ล้านไร่ หรือคิดเป็นร้อยละ 46.5 ของพื้นที่ทั้งหมดในประเทศ ซึ่งลดลงจากประมาณ 164 ล้านไร่ ใน พ.ศ. 2553 หรือกล่าวได้ว่าพื้นที่เพื่อการเกษตรของไทยลดลงเกือบร้อยละ 10 ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ภาคกลางมีพื้นที่เพื่อการเกษตรน้อยที่สุดและมีแนวโน้มลดลง จึงมีความเปราะบางในการผลิตอาหารและต้องพึ่งการขนส่งระหว่างพื้นที่มากกว่าภูมิภาคอื่น ดังตารางที่ 1 แสดงพื้นที่นาข้าวซึ่งเป็นพืชเศรษฐกิจหลักของไทยลดลงประมาณ 1.5 ล้านไร่ และพื้นที่พืชไร่ที่ลดลง 5.6 แสนไร่ในช่วง พ.ศ. 2553-2562 ในขณะที่พื้นที่สวนไม้ผลไม่ย่นต้นเพิ่มขึ้นถึง 2.2 ล้านไร่⁽²⁰⁾

ตารางที่ 1 การใช้ประโยชน์ที่ดินจำแนกตามเนื้อที่ใช้ประโยชน์ทางการเกษตร พ.ศ. 2553 และ 2562 (หน่วย: ไร่)

| การใช้ประโยชน์ที่ดิน | 2553 | 2562 | สัดส่วนต่อพื้นที่ทั้งหมดของประเทศ | การเปลี่ยนแปลงระหว่าง พ.ศ. 2553 - 2562 |
|------------------------------------|------------|------------|-----------------------------------|--|
| นาข้าว | 70,278,004 | 68,722,004 | 46.04% | -1,555,616 |
| พืชไร่ | 31,297,044 | 30,736,029 | 20.59% | -561,015 |
| สวนไม้ผล ไม้ยืนต้น | 34,717,478 | 36,936,484 | 24.75% | 2,219,006 |
| สวนผัก ไม้ดอก/ไม้ประดับ | 1,358,027 | 1,402,143 | 0.94% | 44,116 |
| เนื้อที่ใช้ประโยชน์ทางการเกษตรอื่น | 11,766,128 | 11,455,407 | 7.68% | -310,721 |

ที่มา: สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์⁽²⁰⁾

หมายเหตุ: เนื้อที่ใช้ประโยชน์ทางการเกษตรอื่น หมายถึง เนื้อที่ที่ครัวเรือนเกษตรกรถือครองอยู่ ได้แก่ สระน้ำ คูน้ำ บ่อปลา บ่อกัก ทางน้ำหรือทางถนนที่มีอยู่ในแปลงเกษตร ทุ่งหญ้าเลี้ยงสัตว์ที่รกร้าง ฟาร์ม สิ่งปลูกสร้างที่ถือครองอยู่นอกเนื้อที่ใช้ประโยชน์ทางการเกษตรข้างต้น

แรงงานในภาคเกษตรที่ลดลงส่งผลต่อการฟื้นฟูและความมั่นคงด้านอาหาร

แรงงานในภาคเกษตรเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฟื้นฟูในภาคการเกษตรและความมั่นคงทางอาหาร ช่วงเวลา 30 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2536-2556 สมาชิกในครัวเรือนผู้ถือครองที่ดินทำการเกษตรมีจำนวนลดลงจาก 4.2 คนต่อครัวเรือนใน พ.ศ. 2536 เป็น 3.3 คนต่อครัวเรือนในปี พ.ศ. 2556 นอกจากนี้สมาชิกที่อายุต่ำกว่า 45 ปี มีแนวโน้มลดลง ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า แรงงานในภาคเกษตรจะลดลงและอายุมากขึ้น หากไม่มีการปรับวิธีการทำเกษตรและจูงใจให้แรงงานอายุน้อยเข้าสู่กระบวนการผลิตอาหาร อาจส่งผลกระทบต่อระบบอาหาร⁽³¹⁾

ธนาคารอาหารเพื่อการฟื้นฟู

ตลาดและคลังสินค้าเป็นโครงสร้างพื้นฐานที่สำคัญในการกระจายสินค้าประเภทอาหาร อย่างไรก็ตาม ในช่วงภาวะวิกฤตภัยพิบัติทางธรรมชาติและการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ธนาคารอาหาร (food bank) จึงเป็นกลไกสำคัญในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยและความยากลำบากประเทศไทยมีตัวอย่างการจัดตั้งเครือข่ายธนาคารอาหารเพื่อรับมือภัยพิบัติขึ้นใน พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นการร่วมมือจากหลายภาคส่วนตลอดทั้งห่วงโซ่อาหาร ได้แก่ กลุ่ม-

เกษตรกรผลิตอาหารปลอดภัยและมีระบบรับรองมาตรฐานแบบมีส่วนร่วม (participatory guarantee system) วิสาหกิจเพื่อสังคม (social enterprise) ผู้บริโภค (consumer) องค์กรอิสระ และองค์กรภาครัฐ เครือข่ายนี้เกิดขึ้นในหลายจังหวัด เช่น จันทบุรี สมุทรสาคร สุพรรณบุรี นครศรีธรรมราช แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ ฉะเชิงเทรา สระบุรี นครปฐม⁽³²⁾ ในช่วงการแพร่ระบาดของโควิด 19 มีธนาคารปันอิ่มใน 15 จุด ทั้งในกรุงเทพมหานคร และต่างจังหวัด ทั้งชัยภูมิ จันทบุรี นครศรีธรรมราช⁽³³⁾ โครงการ Chiang Mai Food Bank ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเปราะบาง 3 กลุ่มในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ คนจนเมือง แรงงานข้ามชาติ และผู้ว่างงาน⁽³⁴⁾

ผลกระทบจากภัยธรรมชาติ พื้นที่เพื่อการเกษตรที่ลดลง และแรงงานในภาคเกษตรที่ลดลง เป็นตัวกำหนดความมั่นคงด้านอาหาร หากเกิดภัยพิบัติจะส่งผลกระทบต่อห่วงโซ่อาหารที่อาจทำได้ยากลำบากหรือดำเนินการได้อย่างล่าช้า เพราะข้อจำกัดของทรัพยากรดังกล่าว ดังนั้นระบบสำรองอาหารหรือธนาคารอาหารจะช่วยบรรเทาความยากลำบากของประชากรระหว่างการฟื้นฟู

6. มิติความปลอดภัยทางอาหาร (food safety)

สารตกค้างในอาหารและยาปฏิชีวนะตกค้างในสัตว์

การตรวจวิเคราะห์สารกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและกลุ่มคาร์บาเมต พ.ศ. 2560 พบสารกำจัดศัตรูพืชตกค้างในอาหารเกินมาตรฐานจำนวน 713 ตัวอย่าง จากตัวอย่างทั้งหมด 51,289 ตัวอย่าง⁽³⁵⁾ นอกจากนี้พบการใช้สารเร่งเนื้อแดงหรือสารชาลบูทามอลในเนื้อวัวในระดับสูง ใน พ.ศ. 2560 ตรวจพบสารเร่งเนื้อแดงร้อยละ 17.9 จาก 378 ตัวอย่าง⁽³⁶⁾ ยาปฏิชีวนะในปศุสัตว์เพื่อรักษาโรคของสัตว์ในฟาร์มและตกค้างในสัตว์สามารถส่งต่อสู่คนผ่านการบริโภคและก่อให้เกิดการดื้อยาในคนได้ การศึกษาของมูลนิธิเพื่อผู้บริโภคพบว่าเนื้อไก่และตับไก่ที่สำรวจพบการตกค้างของยาปฏิชีวนะกว่าร้อยละ 40⁽³⁷⁾

พ.ศ. 2563 Thailand Pesticide Alert Network: Thai-PAN ซึ่งเป็นเครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้สุ่มตัวอย่างผักผลไม้ทั้งหมด 509 ตัวอย่างจากทั่วประเทศและส่งตัวอย่างทั้งหมดไปตรวจที่ห้องปฏิบัติการในสหราชอาณาจักรที่สามารถตรวจวัดผลได้ครอบคลุมสารเคมีกำจัดแมลงและเชื้อรา (ไม่รวมสารเคมีกำจัดวัชพืช) กว่า 500 ชนิด และได้รับรองมาตรฐานระหว่างประเทศ (ISO17025) พบสารพิษตกค้างในผักผลไม้เกินมาตรฐานถึงร้อยละ 58.7 การวิเคราะห์ผลจำแนกตามแหล่งที่มาของผักและผลไม้พบว่า ผักผลไม้ที่นำเข้าและผลิตในประเทศมีความเสี่ยงใกล้เคียงกัน โดยพบสารตกค้างเกินมาตรฐานในผักผลไม้ที่ผลิตในประเทศร้อยละ 54.0 จากจำนวนผักที่ส่งตรวจทั้งหมด 274 ตัวอย่าง ส่วนผักผลไม้ที่นำเข้าจากต่างประเทศพบตกค้างเกินมาตรฐานร้อยละ 56.1 จากจำนวนตัวอย่างที่ทราบว่าจะนำเข้าทั้งหมด 82 ตัวอย่าง อย่างไรก็ตาม ผักผลไม้จำนวนมาก (153 ตัวอย่าง) ไม่สามารถตรวจสอบและระบุแหล่งที่มาของการผลิตได้⁽³⁸⁾

ปัญหาสารตกค้างในอาหารและการใช้ยาปฏิชีวนะในสัตว์เกินความจำเป็นเป็นประเด็นเร่งด่วนและสำคัญต่อการพัฒนาระบบอาหารของประเทศไทย

7. มิติการลดของเสียและการสูญเสียอาหาร (waste & loss reduction)

ขยะอาหารมีสัดส่วนเพิ่มขึ้น

สถานการณ์ขยะอาหารเป็นวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อ

ต่อความมั่นคงทางอาหารและสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีปริมาณขยะมูลฝอยประมาณ 28.7 ล้านตัน ซึ่งเป็นขยะอาหารร้อยละ 64 ของขยะมูลฝอยทั้งหมด และขยะมูลฝอยลดลงเป็นประมาณ 27.4 ล้านตัน ใน พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นผลมาจากกิจกรรมทางเศรษฐกิจชะลอตัวลงในช่วงวิกฤตโควิด 19 สถานประกอบการและร้านอาหารไม่สามารถเปิดให้บริการได้ แม้แนวโน้มปริมาณขยะจะลดลง แต่ยังคงอยู่ในระดับที่สูง พ.ศ. 2564 สถาบันสิ่งแวดล้อมไทยแสดงข้อมูลองค์ประกอบขยะมูลฝอยสำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4 แห่งพบว่าขยะอาหารมีสัดส่วนร้อยละ 33-50 หรือประมาณ 9.5-14.4 ล้านตันของขยะมูลฝอยทั้งหมด นอกจากนี้ยังพบว่าในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ขยะอาหารของกรุงเทพมหานครสูงถึงร้อยละ 42-52 ของขยะทั้งหมด ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องระหว่าง พ.ศ. 2558-2561 อย่างไรก็ดีตาม การขาดระบบจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นรูปธรรม จึงไม่สามารถระบุแหล่งที่มาของขยะอาหารได้อย่างชัดเจน⁽⁴⁰⁾

การลดขยะ และการใช้ประโยชน์

ขยะในระบบอาหารเกิดขึ้นตั้งแต่ต้นน้ำหรือกระบวนการเก็บเกี่ยวและผลิตอาหารไปจนถึงปลายน้ำที่เหลือจากการบริโภค การศึกษาการสูญเสียอาหารในภาคการผลิตทางการเกษตรของประเทศไทยตลอดห่วงโซ่อุปทานโดยคำนวณการสูญเสียในสินค้าเกษตร 5 ชนิดพบว่า สินค้าที่มีค่าดัชนีการสูญเสียอาหาร (National food loss index) ค่อนข้างสูงคือ มะเขือเทศและกะหล่ำปลี อยู่ที่ร้อยละ 44.9 และ 42.7 ตามลำดับ ขณะที่ปลาหมึกสด มันสำปะหลัง และนมโคแบบยูเอชทีมีค่าดัชนีอยู่ที่ร้อยละ 6.9, 6.2 และ 3.3 ตามลำดับ นอกจากนี้ มะเขือเทศยังเป็นสินค้าเกษตรที่มีมูลค่าสูญเสียทางกายภาพมากที่สุด (5,477 บาทต่อตัน)⁽³⁹⁾ ปัญหาอาหารส่วนเกินที่เกิดขึ้นในประเทศไทยเกิดจากการขาดความตระหนักรู้ถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นและพฤติกรรม “กินทิ้ง กินขว้าง” กลายเป็นขยะเศษอาหารที่เป็นภาระแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดเก็บและกำจัดขยะ ซึ่งไม่มีการดำเนินการอย่างถูกวิธี เช่น การเทกอง ผึ่งกลบ และเผา ทำให้เกิดเป็นปัญหาทางสิ่งแวดล้อมตามมา⁽⁴⁰⁾

ปริมาณขยะอาหารที่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้น สะท้อนกระบวนการผลิตและแปรรูปที่ขาดประสิทธิภาพ การส่งเสริม

ให้ผู้บริโภคตระหนักถึงคุณค่าของอาหารจะช่วยลดขยะอาหาร นอกจากนี้ การกำจัดหรือนำขยะอาหารไปใช้ประโยชน์ โดยวิธีที่ถูกต้องจะช่วยลดปัญหาสิ่งแวดล้อมได้

วิจารณ์

การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ระบบอาหาร 7 มิติของประเทศไทย โดยใช้กรอบระบบอาหาร 7 มิติของ Gustafson และคณะ มาเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษา ทำให้เห็นถึงสถานการณ์ระบบอาหารของประเทศไทยในรอบทศวรรษที่ผ่านมาตามนิยามระบบอาหารซึ่งประกอบไปด้วยสถานการณ์ทางด้านทรัพยากร วัตถุดิบ กระบวนการผลิต การขนส่ง อุตสาหกรรมเชิงกระบวนการและการผลิต การค้าปลีก การบริโภคอาหาร ผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สุขภาพ และสังคม

การศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า แม้ประเทศไทยจะเป็นประเทศผู้ผลิตอาหาร มีประเภทอาหารหลากหลายและเพียงพอต่อการบริโภค แต่ด้วยวิถีชีวิตของคนในสังคมที่เปลี่ยนไป อาจทำให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เป็นโทษต่อสุขภาพมากขึ้น หรือได้รับสารอาหารที่ไม่สมดุลต่อความต้องการของร่างกาย ยิ่งไปกว่านั้นพบว่าดัชนีราคาอาหารของประเทศไทยที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอาจไม่สอดคล้องกับค่าครองชีพในปัจจุบัน และส่งผลต่อการเข้าถึงอาหารที่ดีมีประโยชน์ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้เปราะบางในสังคม นอกจากนี้ประเด็นค่าแรงที่เป็นธรรมและการกระจายทรัพยากรการผลิต ค่าครองชีพและคุณภาพชีวิตของเกษตรกรและแรงงาน ยังเป็นประเด็นที่ต้องแก้ไขในปัจจุบัน ในส่วนของความปลอดภัยทางอาหาร แม้ว่าในปัจจุบันจะมีกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคและการควบคุมการใช้สารเคมีในการเพาะปลูกและในอาหารเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้บริโภคก็ยังคงอยู่ในความเสี่ยงต่อการบริโภคอาหารที่มีสารเคมีที่ถูกต้องใช้ทั้งในระดับต้นน้ำ กลางน้ำ และปลายน้ำของห่วงโซ่อุปทาน-อาหารการควบคุมจากภาครัฐและการสร้างความตระหนักรู้ในด้านของผู้บริโภคจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อลดความเสี่ยงเหล่านี้

ระบบอาหารของไทยยังเผชิญกับความท้าทายอีกหลายประเด็น แม้ว่าประเทศไทยจะมีกำลังผลิตที่สูง และได้เปรียบจากต้นทุนการผลิตต่ำแต่ความสามารถในการรับมือกับความท้าทาย เช่น ภัยพิบัติ เป็นสิ่งที่ไม่อาจละเลยได้

ระบบอาหารของไทยจำเป็นต้องมีมาตรการการช่วยเหลือหรือแผนรองรับเพื่อให้สามารถรับมือกับปัญหาภัยพิบัติ โดยเฉพาะอุทกภัย การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ซึ่งส่งผลต่อขีดความสามารถในการผลิต การเข้าถึงอาหาร และความเป็นอยู่ที่ดีของทั้งเกษตรกรผู้ผลิตและผู้บริโภค ซึ่งในปัจจุบันเริ่มมีการจัดตั้งธนาคารอาหารเพื่อรับมือกับการขาดแคลนอาหารในช่วงวิกฤต ประเด็นท้าทายอีกข้อหนึ่งของระบบอาหารของไทยคือ การจัดการขยะอาหารและการสูญเสียอาหาร ซึ่งส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม สุขภาพ และเศรษฐกิจของประเทศ

แม้ว่าในการศึกษานี้จะแบ่งการทบทวนสถานการณ์ออกเป็น 7 มิติ แต่ในความเป็นจริงแล้วทั้ง 7 มิติห่วงโซ่อุปทานอาหารนั้นมีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน การทบทวนสถานการณ์ทำให้เห็นถึงโอกาสและความท้าทายของระบบอาหารของประเทศไทย ประเด็นเหล่านี้จะถูกนำมาพิจารณาในการพัฒนาตัวชี้วัดระบบอาหาร เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดระบบอาหารของประเทศไทยที่ครอบคลุม มุ่งเน้นการแก้ปัญหาและตระหนักถึงความท้าทายและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ในระบบอาหารของไทย และจากการทบทวนสถานการณ์ดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงเสนอแนะเชิงนโยบายให้มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับระบบอาหารของประเทศไทยทั้ง 7 มิติในระดับประเทศและเป็นการเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เนื่องจากในปัจจุบันข้อมูลในบางมิติ เช่น มิติการลดของเสียและการสูญเสียอาหาร ยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับการสูญเสียอาหารในระดับประเทศที่เก็บจากภาครัฐ แต่ข้อมูลที่ได้มาจากโครงการวิจัยที่ศึกษาในบริบทเฉพาะ หรือบัญชีการปล่อยก๊าซเรือนกระจกของประเทศ ไม่ได้มีการเก็บและนำเสนอข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์หรือแนวโน้มได้อย่างครบถ้วน

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยด้านอาหารและโภชนาการ เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนงานด้านอาหารและโภชนาการในประเทศไทย (สัญญา 64-00-0197) ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. สถิติการค้าสินค้าเกษตรไทยกับต่างประเทศปี 2564. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงเกษตรและสหกรณ์; 2565.
2. ธนาคารแห่งประเทศไทย. มูลค่าและปริมาณสินค้าออกจำแนกตามกิจกรรมการผลิต 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.bot.or.th/App/BTWS_STAT/statistics/ReportPage.aspx?reportID=747&language=th
3. Braun JV, Afsana K, Fresco L, Hassan M, Torero M. Food systems – definition, concept and application for the UN Food Systems Summit. New York: United Nations Food Systems Summit 2021 Scientific Group; 2021.
4. Gustafson D, Gutman A, Leet W, Drewnowski A, Fanzo J, Ingram J. Seven food system metrics of sustainable nutrition security. Sustainability 2016;8(3):196.
5. Marketeer. กรมการค้าภายในเผยคนไทยบริโภคข้าวลดลงเหลือ 83 กก.ต่อปี พร้อมเดิมนำรณรงค์ให้คนไทยหันมาบริโภคข้าวเพิ่มขึ้น [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://marketeeronline.co/archives/200729>
6. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
7. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 - 2552. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552.
8. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2556. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557.
10. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2561.
11. สำนักงานนโยบายและแผนทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์คุณภาพสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม; 2564.
12. United Nations. UN world water development report 2019: leaving no one behind [Internet]. [cited 2022 May 21]. Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000367306>
13. Mekonnen MM, Hoekstra AY. Four billion people facing severe water scarcity. Science Advances 2016;2(2):e1500323
14. Research café. อนาคตทรัพยากรน้ำภาคเกษตรของประเทศไทย 2563 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://researchcafe.org/future-of-the-supply-and-uses-water-in-thais-agriculture/>
15. กรมอุตุนิยมวิทยา. ปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยรายปี จำแนกตามจังหวัด 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: http://164.115.22.198/nso/phpview.php?folder=uploads/mnre/File/&partfile=Data_21040100_0201.xlsx
16. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. สถิติการเกษตรของประเทศไทย ปี 2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์; 2564.
17. SCBEIC. Food security: วิกฤตความมั่นคงทางอาหารท่ามกลางการแพร่ระบาดของ COVID-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.scebic.com/th/detail/product/7400>
18. ประชาชาติธุรกิจ. โควิด-19 ข้ำเติมความไม่มั่นคงทางอาหาร คน 265 ล้านคนเสี่ยงอดอยากในปีนี้ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.prachachat.net/d-life/news-467756>
19. ประชาชาติธุรกิจ. ความมั่นคงทางอาหารของไทย นำห่วงหรือไม่ในภาวะที่โลกเสี่ยงขาดแคลน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.prachachat.net/d-life/news-472768>
20. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. สถิติการใช้ที่ดินปี 2553-2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/11.aspx>
21. กระทรวงพาณิชย์. ดัชนีราคาผู้บริโภคทั่วไป [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://data.moc.go.th/OpenData/CPIGIndexes>
22. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2563.
23. The momentum. กับดักความคุ้นชิน: ‘ค่าจ้างขั้นต่ำ’ ที่ไปไม่ถึง ‘ค่าจ้างเพื่อชีวิต’ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://themomentum.co/minimum-wage-qwerty/>

24. กระทรวงแรงงาน. สถิติแรงงานประจำปี 2562. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงแรงงาน; 2563.
25. ปกป้อง จันวิทย์, พรเทพ เบญญาอภิกุล. อัตราค่าจ้างขั้นต่ำที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทยและผลกระทบต่อเศรษฐกิจส่วนรวม. กรุงเทพมหานคร: คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2556.
26. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ศัพท์านุกรมการวิจัยทางประชากรและสังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://www.popterms.mahidol.ac.th/>
27. ภาควิชาโภชนาการและสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ชีวิตไม่มั่นคงและโรคระบาด : บทสำรวจปัญหาค่าจ้างและผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ต่อแรงงานข้ามชาติในอุตสาหกรรมอาหารทะเลไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://hrdfoundation.org/wp-content/uploads/2021/08/ชีวิตไม่มั่นคงและโรคระบาด.pdf>
28. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สัดส่วนค่าจ้างเฉลี่ยหญิงต่อชาย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=9788
29. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=envoccc/format2.php&cat_id=f16421e617aed29602f9f-09d951cce68&id=261cb247ebbca35ea8e0069e3bf49ccc
30. ศูนย์เชื่อมโยงความรู้และการวิจัยนวัตกรรมด้านภัยพิบัติ. สถานการณ์และแนวโน้มการเกิดภัยพิบัติ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://www.cusri.chula.ac.th/wp-content/uploads/2019/09/สถานการณ์ภัยพิบัติ.pdf>
31. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำมะโนการเกษตร พ.ศ. 2556. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557.
32. เครือข่ายธนาคารอาหารเพื่อรับมือภัยพิบัติ. ประวัติของเครือข่าย ธนาคารอาหารเพื่อรับมือภัยพิบัติ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://www.foodbankthailand.org/about>
33. ช่าวสด. ธนาคารอาหาร รับมือภัยพิบัติ ต่อยอดแนวคิด “ธนาคารอาหารชุมชน” [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.khaosod.co.th/monitor-news/news_4122653
34. Thai PBS. Chiang Mai Food Bank ธนาคารอาหารเพื่อเพื่อน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://news.thaipbs.or.th/content/306275>
35. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านความปลอดภัยของอาหาร. รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยของอาหาร ปีงบประมาณ 2553-2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
36. สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย. รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยอาหาร ปีงบประมาณ 2553-2560. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.
37. Greenpeace. ยาปฏิชีวนะในระบบอาหารของเรา [อินเทอร์เน็ต]. 2020 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.greenpeace.org/thailand/story/11399/food-label-antibiotics-in-our-foods/>
38. ThaiPAN. เปรียบเทียบสารพิษตกค้างในผักผลไม้นำเข้าและผลิตในประเทศ ย้ำแย้มไม่แพ้กัน [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://thaipan.org/data/2333>
39. สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร. Food loss study to boost up food security. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร; 2563.
40. สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. รายงานฉบับสมบูรณ์ ‘การศึกษาแนวทางการบริหารจัดการอาหารส่วนเพื่อลดปัญหาขยะอาหารส่วนเพื่อลดปัญหาขยะอาหารที่เหมาะสมกับประเทศไทย’ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2019/09/final_food_waste_management.pdf

Situation of Food System in Thailand during the Past Decade

Jongjit Rittirong, Pattaporn Chuenglertsiri, Pimolpan Nitnara

Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Nakhon Pathom Province, Thailand

Abstract

Thailand's food system exports a large amount of food to the world's population. Changes due to natural disasters, climate change, production processes, and global market mechanisms inevitably have affected the Thai food system. The study of situation and changes in the decade during 2010-2021 was performed by reviewing the literature and collecting data from the agencies was conducted. Data have urged a concern for various sectors to be aware of the threats to the food system across the food supply chain in 7 dimensions, according to the concept of Gustafson D, et al., including: (1) food nutrient adequacy depends on the consumer behavior that varies by age and the popularity of Western fast food and ready meals is increasing among children and young people, (2) ecosystem stability affected by climate change. Its impacts are different by regions, (3) food affordability & availability that decreased from higher food prices, (4) sociocultural wellbeing measured by the inadequacy of the minimum wage in agriculture, which is insufficient for quality livelihood and the dangers of pesticide use, (5) resilience is determined by the reduction of agricultural land and the number of agricultural workers. A food reserve system is needed to alleviate hardships when disaster strikes, (6) food safety problem is due to chemical and antibiotic residues in food was found to be at dangerous levels, and (7) waste & loss reduction. The awareness of the value of food should be promoted and the problem of higher food waste should be raised. The study results assisted to raise awareness of the changes and lead to adaptation. Data collection is needed to prepare and analyze indicators to help the agency solving problem precisely, and mitigate the impact of environmental effects. However, this accessible information was collected via the Internet. Therefore, some present information may exist but could not reveal to the public.

Keywords: food system; food security; food supply chain

เมตาเวิร์ส: โอกาส และการประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

นลินี เรืองฤทธิศักดิ์, สุภาพันธุ์ บุนนาค, ปัทมา ทูมาวงศ์, วณิดา วัชชิงเงิน, ปกิตตา วรสติ, ณัฐพันธ์ ศุภกา
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

เมตาเวิร์ส (Metaverse) เป็นสิ่งใหม่ที่สร้างโลกเสมือนจริงที่สมบูรณ์จากการหลอมรวมเทคโนโลยีหลายสาขา เพื่อนำไปใช้จัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมทั้งสามารถนำมาประยุกต์ใช้สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 4 มิติ กาย จิต ปัญญา สังคม การส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เป็นปัจจัยเร่งให้เกิดการพัฒนาเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับเมตาเวิร์สและนำไปสู่การใช้งานจริง เช่น การออกกำลังกายเสมือนจริง การเรียนการสอนรูปแบบออนไลน์ การเล่นเกมและกิจกรรมสันทนาการออนไลน์ หรือการเชื่อมต่อผู้ใช้งานเข้ากับระบบบริการสุขภาพผ่านทางแอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มบริการแพทย์ทางไกลได้จากทั่วโลก นอกจากนี้ เมตาเวิร์สได้ช่วยสร้างระบบนิเวศของโลกเสมือนที่สามารถเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ด้วยกัน ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้เกิดการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพและทางการแพทย์ที่ทันสมัย การดูแลสุขภาพแบบเฉพาะบุคคลผ่านระบบเชื่อมต่อทางอินเทอร์เน็ต โดยใช้อุปกรณ์สวมใส่หรืออุปกรณ์โลกเสมือนจริง การสร้างชุมชนเสมือนจริงในการเชื่อมต่อผู้ใช้งานเข้ากับระบบบริการสุขภาพผ่านร่างอวตารหรือฝาแฝดดิจิทัลเพื่อให้สามารถวินิจฉัยหรือพยากรณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้อย่างแม่นยำมากขึ้น รวมทั้งการคิดค้นแนวทางการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพรูปแบบใหม่ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การนำเมตาเวิร์สไปใช้ประโยชน์อย่างไม่รู้เท่าทัน อาจส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อพฤติกรรมและรูปแบบการใช้ชีวิต และสร้างผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตได้เช่นกัน ดังนั้น ทุกภาคส่วนจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจ ปรับตัวในการใช้งาน และเตรียมความพร้อมให้ทันวิทยาการเมตาเวิร์สที่กำลังกลายเป็นสิ่งปกติในชีวิตประจำวันในอนาคตอันใกล้

คำสำคัญ: เมตาเวิร์ส; การสร้างเสริมสุขภาพ; โลกเสมือน; อวตาร; ฝาแฝดดิจิทัล; ชุมชนเสมือนจริง; การดูแลสุขภาพแบบเฉพาะบุคคล

บทนำ

เมตาเวิร์ส (Metaverse) เป็นคำศัพท์ที่กำลังได้รับความสนใจและถูกกล่าวถึงเป็นอย่างมากในทุกแวดวง โดยเฉพาะในยุคของ technology disruption ที่การเกิดขึ้นของนวัตกรรมทางเทคโนโลยีใหม่ๆ เป็นไปอย่างรวดเร็วและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ โดยศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติให้คำอธิบายเมตาเวิร์สว่า เป็นการผสมผสานเทคโนโลยีแห่งโลกเสมือนที่สร้างสิ่งแวดล้อมของโลกจริงและเทคโนโลยีเข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้คนเข้ามา

มีปฏิสัมพันธ์และทำกิจกรรมร่วมกัน ผ่านตัวตนที่เป็นอวตาร (Avatar) ในรูปแบบกราฟิก 3 มิติ⁽¹⁾ เมตาเวิร์สไม่ใช่แนวคิดที่เพิ่งเกิดขึ้นแต่เป็นวิวัฒนาการของเทคโนโลยีที่มีความล้ำสมัยเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ซึ่งเมตาเวิร์สได้รวบรวมเทคโนโลยีใหม่ๆ ที่หลากหลาย (multi-technology) และมีลักษณะเฉพาะของเทคโนโลยีที่หลากหลาย ในรูปแบบทางสังคมแบบใหม่ เมตาเวิร์สมีลักษณะทางสังคมในลักษณะที่เป็นคู่ขนานและมีความสัมพันธ์เหมือนกับโลกจริงและโลกเสมือนจริง สามารถทำลายขอบเขตของเวลาและพื้นที่ให้ผู้ใช้งาน (hyper spatiotemporally)⁽²⁾ ด้วยการใช้เทคโนโลยี

เสมือนจริง (reality) ทั้ง virtual reality (VR), augmented reality (AR), mixed reality (MR) และ extended reality (XR) เมตาเวิร์สไม่เพียงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการสร้างโลกเสมือนที่สมบูรณ์แบบเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับการนำเทคโนโลยีต่างๆ ไปใช้จัดการปัญหาเร่งด่วนมากมาย ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อวิถีการทำงาน องค์กรต่างๆ จะมุ่งเน้นการมีส่วนร่วม และการเชื่อมต่อที่ดียิ่งขึ้น โดยไม่จำเป็นต้องสร้างโครงสร้างพื้นฐานของตนเอง

การเข้ามาของเมตาเวิร์ส ถือเป็นก้าวต่อไปที่ยิ่งใหญ่ของโลกดิจิทัลที่ทั่วโลกกำลังติดตาม และมีความน่าสนใจในการเพิ่มประสบการณ์จริงให้ใช้งานในโลกเสมือนผ่านเทคโนโลยีแพลตฟอร์มต่างๆ เป็นก้าวใหม่ของอินเทอร์เน็ตที่มนุษย์สามารถเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ได้เสมือนหนึ่งเป็นพื้นที่จริงๆ ที่ผู้ใช้งานสร้าง “กราฟิกจำลองตัวตน หรือ อวตาร (Avatar)” หรือ “ฝาแฝดดิจิทัล (digital twin)” ที่แทนตัวตนในโลกความเป็นจริงไปทำกิจกรรมหรือมีปฏิสัมพันธ์โต้ตอบได้แทบทุกประเภท ตั้งแต่การสื่อสารทำงาน ท่องเที่ยว ซื้อสินค้าหรือบริการและร่วมกิจกรรมต่างๆ ในรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้นและยังสามารถออกแบบได้เอง สามารถสร้างห้องทำกิจกรรมที่หลากหลายโดยไม่มีขีดจำกัดในสถานที่ต่างๆ บนโลกจริง และเริ่มมีการนำมาปรับใช้กับอุตสาหกรรมด้านต่างๆ รวมทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุข จากการสำรวจของ McKinsey & Company พบว่าในปี พ.ศ. 2563 ผู้บริโภคร้อยละ 76 สนใจใช้บริการด้านสาธารณสุขทางไกล (telehealth) มากกว่าปีที่ผ่านมามีผู้สนใจเพียงร้อยละ 11 และการสำรวจ Accenture 2020 Digital Health Consumer Survey ผู้บริโภค ร้อยละ 26 มีความสนใจที่จะเปลี่ยนผู้ให้บริการด้านสุขภาพ หากพบสถานพยาบาลที่ให้บริการด้านดิจิทัลที่ดีกว่า⁽³⁾ โดยเทคโนโลยีที่เข้ามาช่วยในการแก้ปัญหาของการเข้ารับบริการทางการแพทย์ และสนับสนุนงานสุขภาพมีหลากหลายรูปแบบ อาทิ แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน (mobile application) ระบบปัญญาประดิษฐ์ (artificial intelligence; AI) ระบบโครงข่ายการเก็บข้อมูลดิจิทัล (blockchain) ที่เก็บข้อมูลและสถิติต่างๆ โดยมีความถูกต้อง แม่นยำ และปลอดภัยสูง หุ่นยนต์ (robotic) อุปกรณ์สวมใส่ (wearable devices)

ผ่านระบบเชื่อมต่อและแบ่งปันข้อมูลผ่านอินเทอร์เน็ต (internet of things; IoT) เป็นต้น

เมตาเวิร์สกับการสร้างเสริมสุขภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของสุขภาพว่า เป็นภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล⁽⁴⁾ จากความหมายนี้จะเห็นได้ว่าสุขภาพพื้นฐานมีที่มาจากลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ตามปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (social determinants of health) ตั้งแต่อายุ เพศ น้ำหนัก ส่วนสูง พฤติกรรมการกินอาหาร สิ่งแวดล้อมรอบตัว การใช้ชีวิตที่มีวิถีชีวิตแตกต่างกัน ซึ่งการที่จะทำให้สุขภาพเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลนั้น ได้มีการใช้หลักการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) อันเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองในการดำเนินงาน ผ่านกลยุทธ์ 5 ประการ ได้แก่ (1) สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (2) สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (3) เสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (4) พัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ (5) ปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ⁽⁵⁾ โดยสุขภาพนั้นเป็นมากกว่าวิถีการดำเนินชีวิตที่เอื้อต่อสุขภาพ แต่เป็นเรื่องของมิติสมรรถนะทางกายและมิติทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพเป็นหนึ่งในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่ซับซ้อนเนื่องจากต้องอาศัยข้อมูลกระบวนการทำงาน และเครื่องมือในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ ในการกำหนดแรงจูงใจ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เกิดทักษะหรือพฤติกรรมที่คาดหวัง สร้างโอกาสสำหรับการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่อสุขภาพ ความสามารถที่จะปรับตัว หรือตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลนั้น

เมตาเวิร์สถือเป็นเครื่องมือหรือช่องทางหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจะเข้ามาเปลี่ยนแปลงสุขภาพและวิถีชีวิตของมนุษย์โดยอาศัยเทคโนโลยีในการสร้างปฏิสัมพันธ์และประสบการณ์แบบตัวต่อตัว รวมทั้งแนวทางในการดูแลสุขภาพตั้งแต่สุขภาพกาย สุขภาพจิต เช่น การจัดการความเจ็บปวด การผ่าตัด การออกกำลังกาย การฟื้นฟูร่างกาย และกายภาพบำบัด การให้บริการ

ด้านสาธารณสุขทางไกล และการดูแลผู้ป่วยเสมือนจริง⁽⁶⁾ แนวคิดเรื่องเมตาเวิร์สที่นำมาใช้ในการดูแลสุขภาพ จะสร้างการเชื่อมต่อโดยไม่มีขีดจำกัดระหว่างบุคคลกับระบบสาธารณสุข ระบบบริการสุขภาพจากทั่วทุกมุมโลก ได้ง่ายขึ้น ผ่านแอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มที่ให้บริการ อีกทั้งเป็นตัวเร่งให้เกิดการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพและทางการแพทย์ที่ทันสมัย จากการทบทวนวรรณกรรม ข้อมูล บทความที่เกี่ยวข้องกับเมตาเวิร์สและการสร้างเสริมสุขภาพ คณะผู้เขียนได้สังเคราะห์กรอบการประยุกต์ใช้เมตาเวิร์สกับการสร้างเสริมสุขภาพ ตามภาพที่ 1

1. การจัดการสุขภาพด้วยเกมมิฟิเคชัน

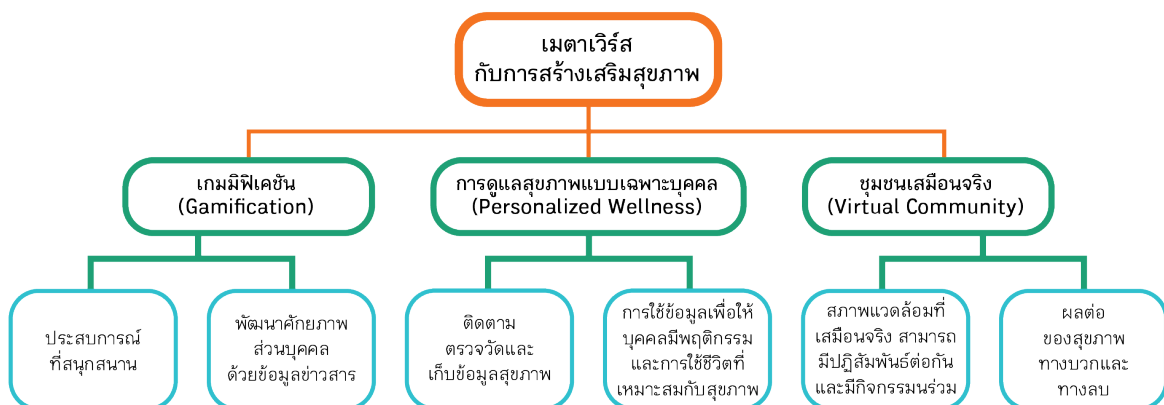
เกมมิฟิเคชัน (Gamification) คือการนำเอาหลักการพื้นฐานในการออกแบบกลไกการเล่นเกมนั้น เช่น แต้มสะสม (points) ระดับชั้น (levels) การได้รับรางวัล (rewards) กระดานผู้นำ (leaderboards) หรือจัดการแข่งขันระหว่างผู้เข้าร่วม (competition) เป็นต้น มาประยุกต์ใช้ในบริบทอื่นที่ไม่ใช่การเล่นเกมนั้น โดยจำลองสภาพแวดล้อมให้เหมือนการเล่นเกมนั้น⁽⁷⁾ ด้วยองค์ประกอบจากเกมนำมาใช้ในบริบทที่ไม่ใช่เกมนั้นจะสร้างประสบการณ์ที่น่าประทับใจ (gameful experience) ที่ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน ซึมซับ พัฒนาความคิดสร้างสรรค์ สร้างแรงจูงใจ ความผูกพันและการมีส่วนร่วมของผู้ใช้งาน

วิวัฒนาการของเมตาเวิร์สเริ่มพัฒนาขึ้นและนำไปประยุกต์ใช้ในรูปแบบของแพลตฟอร์มเกมออนไลน์และภาพยนตร์⁽⁸⁾ เกมมิฟิเคชันจึงเป็นกุญแจสู่เมตาเวิร์ส

เพราะระบบเศรษฐกิจหลักมาจากเกม และเศรษฐกิจของเกมที่มีการเปลี่ยนผ่านจากระบบ Play-to-Earn เป็น Play-to-Own และพัฒนาไปสู่ Play-to-Live⁽⁹⁾ อันเป็นวิธีใหม่ในการเชื่อมต่อระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ใช้งานด้วยการประยุกต์ใช้ประสบการณ์การเล่นเกมนั้นที่กิจกรรมในโลกเสมือนจริงของผู้ใช้งานที่จะได้รับประสบการณ์ที่สนุกสนาน และมีผลในเชิงบวกต่อแรงจูงใจในการเรียนรู้ของผู้ใช้งาน บุรณาการเข้ากับการดูแลสุขภาพ การศึกษา การเรียนรู้ ด้วยเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง อาทิ

- การออกกำลังกายเสมือนจริง (virtual workout) ประเภทต่างๆ ร่วมกับเทรนเนอร์ออนไลน์ หรือกลุ่มสังคมในโลกเสมือนจริงโดยมีการสร้างแรงกระตุ้นด้วยเกม การเกิดขึ้นของโปรแกรมการออกกำลังกายผ่านทางแพลตฟอร์มออนไลน์ รวมถึงการทำคลาสการออกกำลังกายเสมือนจริง นำมาสู่การออกกำลังกายแบบผสมผสานหรือ “ไฮบริด ฟิตเนส” (hybrid fitness) ซึ่งเป็นแนวทางการออกกำลังกายแบบผสมผสานระหว่างการออกกำลังกายที่ฟิตเนสควบคู่ไปกับการออกกำลังกายจากบ้านผ่านช่องทางออนไลน์⁽¹⁰⁾ อาทิ Beat Saber, Wii Fit, Xbox, Fitness Xbox, Kinect, Zwift Run เป็นต้น การออกกำลังกายเสมือนจริงในเมตาเวิร์สคือการปรับปรุงและออกกำลังกายในรูปแบบใหม่ที่สามารถดึงดูดให้ผู้เข้าร่วมมากขึ้น และเป็นการส่งเสริมวิถีชีวิตให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น เช่น การได้วิ่งเคียงข้างกับนักกีฬาระดับโลก มีเทรนเนอร์ส่วนตัว

ภาพที่ 1 กรอบการประยุกต์ใช้เมตาเวิร์สกับการสร้างเสริมสุขภาพ



- ที่เป็นนักกีฬาที่ชื่นชอบ และอาจสร้างรายได้จากการมีสุขภาพดี ด้วยแนวคิด Play-to-Earn และ Move-to-Earn หากมีการออกกำลังกาย หรือมีการขยับร่างกายเป็นประจำในรูปแบบสกุลเงินดิจิทัล หรือสินทรัพย์ดิจิทัล⁽¹¹⁾ แต่มีข้อควรระวังเรื่องอาการบาดเจ็บจากการออกกำลังกายอย่างผิดวิธี เพราะคำแนะนำจากระบบอาจไม่ชัดเจนและไม่ถูกต้องหรือเหมาะสมกับสภาพร่างกายของผู้ใช้งานแต่ละคน หรือผู้ใช้งานอาจไม่มีความรู้ด้านการออกกำลังกายด้วยตัวเองที่เพียงพอ อีกทั้งยังเกิดความเสี่ยงที่จะการออกกำลังกายหนักเกินไป (overtraining) จนอาจจะเกิดผลเสียต่อร่างกายได้
- การใช้เกม AR และ VR เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ อาทิ LearnBrite ร่วมมือกับ Curtin University พัฒนาแพลตฟอร์มบนเบราว์เซอร์ virtual home visit (VHV) และ interprofessional virtual hospital visit (IPE VHsV) ที่ผู้เรียนสามารถทำกิจกรรมการเรียนรู้เสมือนจริงผ่านการเล่นเกมได้หลายครั้งเท่าที่ต้องการ ซึ่งทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมและผู้เชี่ยวชาญอยู่ในสถานการณ์ที่สามารถตัดสินใจอย่างรวดเร็วเพื่อสภาวะที่ดีของผู้ป่วย⁽¹²⁾ หรือ The iTeacher Metaverse การเรียนรู้ในโลกเสมือนใน 14 ห้องเรียน ที่เปิดโอกาสให้นักเรียนได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในรูปแบบ VR ผ่านเว็บไซต์ Spatial หรือแอปพลิเคชัน Spatial เช่น ห้องเรียน Safe City ที่มอบประสบการณ์ให้นักเรียนได้เรียนรู้ถึงการเป็นประชากรดิจิทัลในอนาคต อันใกล้ ห้องเรียน Fossil Museum ให้ความรู้เกี่ยวกับฟอสซิลแบบเห็นภาพจริง เป็นต้น⁽¹³⁾
 - การใช้เกม VR เพื่อรักษาโรคทางจิตเวชผ่านโลกเสมือนจริง ท่ามกลางสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยเพื่อจัดการกับภาวะวิตกกังวล เช่น สภาวะสมองล้า ภาวะซึมเศร้า โรคสมาธิสั้น โรคกังวลต่อการเข้าสังคม และสภาวะป่วยทางจิตใจเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจอย่างร้ายแรง (Post-traumatic stress disorder: PTSD) การบำบัดดังกล่าวจะทำให้คนไข้ได้เผชิญกับความกลัวในโลกเสมือน โดยสามารถใช้เวลาในแต่ละ

สถานการณ์ได้นานตามความต้องการ เพื่อบรรเทาความวิตกกังวล ส่วนนักบำบัดจะคอยควบคุมดูแลผ่านหน้าจอพร้อมกับให้คำแนะนำตามความเหมาะสม มีการศึกษาพบว่า กลุ่มคนไข้ที่ผ่านการรักษาในรูปแบบดังกล่าวจะช่วยลดความวิตกกังวลและความตึงเครียดเมื่อต้องอยู่ในสถานการณ์เหล่านั้นในโลกแห่งความเป็นจริงได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁴⁾

- การพัฒนาหลักสูตรในคณะแพทยศาสตร์ที่ใช้ AR และ VR ในการศึกษาร่างกาย อวัยวะภายใน และการผ่าตัดเสมือนจริงได้บ่อยครั้งเท่าที่ต้องการ โดยงบประมาณที่ควบคุมได้ ซึ่งมีการนำรูปแบบของเกมมาใช้ผสมผสานร่วมกับการฝึกภาคปฏิบัติ ด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมในการเรียนรู้แบบเกม เพื่อส่งเสริมการฝึกทักษะ เทคนิค ผ่านบุคคลที่มีชื่อเสียง และนักศึกษาจะได้รางวัลจากการเข้าร่วมแบบ Learn-to-Earn เช่น ได้รับเงินดิจิทัล หรือสินทรัพย์ดิจิทัล (non-fungible token: NFT) เป็นรางวัลหากเข้าร่วมครบทุกคาบเรียน และส่งงานครบ

จะเห็นได้ว่า เมตาเวิร์สเป็นหนึ่งในแพลตฟอร์มสำหรับการเรียนรู้ที่รวดเร็วและสมจริงโดยอ้างอิงจากเกม ที่สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ด้วยข้อมูลข่าวสาร การศึกษา และการพัฒนาทักษะต่างๆ ด้วยการสร้างประสบการณ์ที่สนุกสนานแก่ผู้ใช้งาน อย่างไรก็ตาม การใช้เกมมีพิเคชันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้นจะอยู่ในวงจำกัดด้านการจัดการสุขภาพ (health management) และการออกกำลังกายเป็นหลัก อีกทั้งยังมีความท้าทายในด้านเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผสมกับความบันเทิงของเกมที่อาจทำให้ลดทอนข้อมูลที่สำคัญลง หรือผู้ใช้งานเกิดความเข้าใจผิด ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรับรองเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญหรือแหล่งอ้างอิงที่เชื่อถือได้ เพื่อหลีกเลี่ยงข้อมูลที่ผิด และอาจต้องฝึกโลกในการตรวจสอบ ประเมินข้อมูลต่างๆ ก่อนนำไปใช้

2. การดูแลสุขภาพแบบเฉพาะบุคคล (personalized wellness)

การดูแลสุขภาพแบบเฉพาะบุคคล หมายถึงการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคลสำหรับความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล

ที่ไม่ได้ใช้วิธีการเดียว (one-size-fit-all) ทั้งด้านโภชนาการ สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลสุขภาพแบบเฉพาะบุคคลครอบคลุมตั้งแต่แผนการรักษาโรค หลักสูตรการออกกำลังกาย โปรแกรมการจัดการความเครียดและความวิตกกังวล คำแนะนำด้านสุขภาพและโภชนาการที่อ้างอิงมาจากลักษณะพันธุกรรมของบุคคล⁽¹⁵⁾

เมตาเวิร์สเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการเก็บข้อมูลเฉพาะของบุคคล และการใช้ข้อมูลเพื่อให้นักคนมีพฤติกรรมและการใช้ชีวิตที่เหมาะสมกับสุขภาพจากการวิเคราะห์ข้อมูลผ่านอุปกรณ์สวมใส่ เทคโนโลยี IoTs และ VR เนื่องจากทั้งสามส่วนนี้เป็นเทคโนโลยีที่สื่อสารกันผ่านอุปกรณ์ต่างๆ รับ-ส่งข้อมูลระหว่างกันได้ รวมทั้งใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้ฉลาดมากขึ้น เก็บข้อมูลได้มากขึ้น⁽¹⁶⁾ และแสดงข้อมูลสุขภาพของผู้สวมใส่ให้ชัดเจนและละเอียดมากขึ้น⁽¹⁷⁾ ซึ่งเทคโนโลยีอัจฉริยะเหล่านี้ไม่ได้ถูกจำกัดเพียงแค่นาฬิกา (smart watch) หรือกำไลข้อมือ (smart bracelet) เท่านั้น แต่ยังหมายรวมถึงอุปกรณ์อื่นๆ ได้แก่ เสื้อผ้า ชุดชั้นใน รองเท้า เข็มขัด แว่นตา เครื่องประดับหูฟัง หมวกกันน็อก เทคโนโลยีอัจฉริยะที่ฝังเข้าไปในร่างกายมนุษย์ (smart implantable) เป็นต้น อุปกรณ์เหล่านี้ทำหน้าที่เก็บ ติดตาม วิเคราะห์ เชื่อมต่อข้อมูลจากผู้สวมใส่ตามฟังก์ชันการทำงานของอุปกรณ์ อาทิ จำนวนก้าวเดิน การเผาผลาญแคลอรี อุณหภูมิ อัตราการเต้นของหัวใจ ค่าออกซิเจนในเลือด ความดันโลหิต ระยะเวลาขี้ดและการมีประจำเดือน ประสิทธิภาพในการนอน ระบบช่วยจดจำใบหน้า ตลอดจนการแจ้งเตือนหากเดินทางเข้าไปในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค เป็นต้น ตัวตนของผู้ใช้งานในเมตาเวิร์สจะดำเนินการผ่านอวตาร หรือฝาแฝดดิจิทัลที่สร้างมาจากข้อมูลรหัสพันธุกรรม ชุดข้อมูลทางชีวภาพจากผลตรวจเลือด ข้อมูลสัญญาณชีพและวิถีการใช้ชีวิต (lifestyle) แบบเรียลไทม์จากอุปกรณ์สวมใส่ และ IoTs อื่นๆ ตลอดจนสามารถเข้าถึงผ่านอุปกรณ์ชิ้นเดียวหรืออุปกรณ์ชนิดอื่นๆ ตั้งแต่สมาร์ทโฟน แท็บเล็ต คอมพิวเตอร์จนถึงจอแสดงผลแบบสวมศีรษะ ผ่านการเชื่อมต่อในรูปแบบต่างๆ เช่น อินเทอร์เน็ต แอปพลิเคชัน และซอฟต์แวร์ เพื่อมอบประสบการณ์ที่สมจริงยิ่งขึ้นให้แก่ผู้ใช้งานในเชิงสุขภาพ การเข้าไปอยู่ในชุมชนเสมือนจริงด้วยอวตาร หรือฝาแฝดดิจิทัลส่งผลต่อการรักษาพยาบาล ซึ่งเปลี่ยนจากการตรวจ

“คนไข้” เป็นการตรวจ “ข้อมูล” ของผู้ป่วย และสามารถเห็นภาพสามมิติที่สร้างขึ้นของอวัยวะภายใน โดยการตรวจคอ ปอด หัวใจ ด้วยอุปกรณ์ห้องปฏิบัติการที่บ้านที่ผู้ป่วยเอง⁽¹⁸⁾ ข้อมูลเหล่านี้จะส่งผลให้แพทย์สามารถคาดการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ของผู้ใช้งานได้อย่างแม่นยำ มีสัญญาณเตือนเหตุร้าย เช่น แจ้งเตือนหัวใจวายเฉียบพลันก่อนที่จะเกิดขึ้นจริง รวมไปถึงสามารถทดลองการรักษาอวตารในโลกดิจิทัลเพื่อดูการตอบสนองหรือประเมินประสิทธิภาพและผลข้างเคียงก่อนที่จะนำไปรักษากับผู้ใช้งานในโลกแห่งความจริง แม้ในปัจจุบันคนไข้ในโลกดิจิทัลที่สมบูรณ์แบบจะยังไม่เกิดขึ้นจริง แต่ได้มีการพัฒนาโมเดลจำลองเฉพาะบางส่วนเพื่อดูการตอบสนองต่อการรักษา เช่น การรักษาข้ออักเสบโดยใช้โมเดลจำลองที่คำนวณตัวแปรจากคนไข้ เช่น พันธุกรรม ประเภทเซลล์ มาทดสอบกับยาสูตรต่างๆ เพื่อหาวิธีที่ดีที่สุดสำหรับคนไข้แต่ละคนซึ่งมีความแตกต่างกันไป หรือหัวใจดิจิทัลที่สร้างขึ้นมาจากอัลตราซาวด์ เพื่อประเมินความสามารถในการสูบฉีดโลหิตของหัวใจและความเสี่ยงต่อภาวะหัวใจวาย⁽¹⁹⁾

เทคโนโลยีเหล่านี้มีระบบติดตาม ตรวจสอบและเก็บข้อมูลสุขภาพและสถานการณ์โรคระบาดที่มีการประมวลผลที่แม่นยำควบคุมกับคำแนะนำให้แก่ผู้ใช้งาน รวมทั้งจะเข้ามา มีบทบาทกับชีวิตมากขึ้น ทำให้มีการวิเคราะห์ข้อมูลจากร่างกายหลากหลายวิธีจากข้อมูลไบโอเมตริกซ์ (biometric data) ส่วนบุคคลที่มาจาก อุปกรณ์สวมใส่ พร้อมกับการวิเคราะห์ของปัญญาประดิษฐ์ เพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถดูแลสุขภาพแบบเฉพาะและเหมาะสมกับตนเอง และเมื่อมีข้อมูลเชิงสุขภาพเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้คนใส่ใจสุขภาพและการออกกำลังกายมากขึ้น อย่างไรก็ตาม การนำเทคโนโลยีต่างๆ ของเมตาเวิร์สมาใช้นั้นยังคงเป็นเรื่องใหม่ และองค์ความรู้ยังกระจุกกระจายอยู่ในปัจจุบัน อุปกรณ์สวมใส่ที่จะใช้เข้าสู่เมตาเวิร์สผ่านเทคโนโลยี AR VR และ IoTs นั้น ยังต้องพัฒนานอกเหนือจากประสิทธิภาพในส่วนต่างๆ อันเป็นการสร้างระบบนิเวศดิจิทัล (digital ecosystem) ที่มาจากการเชื่อมต่อหลายระบบ หลายบริการที่เกี่ยวข้อง เช่น เทคโนโลยี 5G บิ๊กดาต้า คลาวด์คอมพิวเตอร์ และปัญญาประดิษฐ์ ที่นอกจากต้องใช้เวลาในการพัฒนาจนสมบูรณ์แล้ว ยังต้องเผชิญกับความท้าทายด้านการใช้งานจริงที่ต้องทำให้มีขนาดเล็ก พกพาสะดวก มีราคา

ที่เข้าถึงได้ง่าย อีกทั้งยังมีประเด็นเรื่องการเข้าถึงระบบ อินเทอร์เน็ตของผู้ใช้งาน ความเสี่ยงด้านความปลอดภัย ในการใช้งาน และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล เป็นต้น

3. ชุมชนเสมือนจริง

ชุมชนเสมือนจริง (virtual community) บนแพลตฟอร์ม อินเทอร์เน็ต และสื่อสังคมออนไลน์ถือเป็นพื้นที่ที่นำพา ผู้คนที่มีความคิดเหมือนกัน หรือมีลักษณะและความสนใจ ร่วมกันมาอยู่รวมกันเป็นชุมชน⁽²⁰⁾ เมตาเวิร์สสามารถรวม โลกออนไลน์และโลกในชีวิตจริงไว้ด้วยกัน ทำให้ผู้ใช้งาน เกิดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีกิจกรรมร่วมกัน มีบรรยากาศ เสมือนว่ากำลังอยู่ในสถานที่จริงในสถานที่พักของตัวเอง โดยเป็นชุมชนเสมือนจริงรูปแบบหนึ่งบนแพลตฟอร์ม อินเทอร์เน็ต

การเข้ามาของเมตาเวิร์สจะทำให้ชีวิตประจำวัน เปลี่ยนไป บริษัทต่างๆ ในหลายอุตสาหกรรมได้เริ่มสำรวจ ความเป็นไปได้ในการทำธุรกิจบนเมตาเวิร์สไม่ว่าจะเป็น บริษัทในธุรกิจค้าปลีก ความงามและแฟชั่น ธุรกิจร้านอาหาร อุตสาหกรรมบันเทิง ภาคการเงินและธนาคาร ภาคการศึกษา ตลอดจนภาครัฐ⁽²¹⁾ ซึ่งในปัจจุบัน เมตาเวิร์สเริ่มถูกนำไป ปรับใช้ในด้านต่างๆ และเริ่มเป็นแนวทางการดำเนินธุรกิจ ในหลายอุตสาหกรรม อาทิ ด้านธุรกิจและการลงทุน ได้แก่ การสร้างแพลตฟอร์มซื้อขาย และการจัดกิจกรรมหรือ งานเลี้ยงต่างๆ บนโลก เมตาเวิร์ส การซื้อสินค้าออนไลน์ สินทรัพย์ดิจิทัล ในการด้านการศึกษา เมตาเวิร์สทำให้ ผู้เรียนสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ ผ่านเทคโนโลยี 3D AR และ VR แสดงให้เห็นสภาพแวดล้อมที่เสมือนจริง โดยไม่ต้อง เดินทางไปในสถานที่จริง ในด้านบันเทิง เช่น การจัดคอนเสิร์ต บนโลกเสมือน การสร้างโลกเสมือนบนแพลตฟอร์ม เกมออนไลน์ ด้านแฟชั่น เช่น การทดลองสวมใส่สินค้า ผ่านเทคโนโลยี AR การออกแบบเสื้อผ้าเครื่องประดับ เพื่อนำมาขายเป็น ไอเทมสำหรับตัวละครในเกมออนไลน์ การจัดแสดงแฟชั่นโชว์ในโลกเสมือน ส่วนในด้านการแพทย์ มีการนำไปใช้จำลองการผ่าตัดเสมือนจริงและการผ่าตัด ทางไกล ด้านสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การสวมใส่อุปกรณ์ AR VR เสมือนว่ากำลังออกกำลังกายอยู่ในอีกโลกหนึ่ง ซึ่งทำให้เกิดความสนุกสนานมากขึ้น ด้านวิศวกรรม มีการนำไปใช้ ในการออกแบบหุ่นยนต์ ออกคำสั่งผ่านเครื่องจักรเสมือน

ที่เชื่อมกับเครื่องจักรจริง ด้านการท่องเที่ยว เช่น การเดินทาง ไปยังสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ ผ่านโลกเสมือน การจองตั๋ว เครื่องบินผ่านประสบการณ์ตรง และด้านการเกษตร เป็นการ เรียนรู้ข้อมูลพืชจากเทคโนโลยี AR หรือการติดตามต้นทุน ทางการเกษตร พื้นที่เพาะปลูกทุกมุมโลก⁽²²⁾

ตามข้อมูลสถิติและพฤติกรรมของผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ต และสื่อสังคมออนไลน์จากแพลตฟอร์มยอดนิยมจากรายงาน ของ Digital 2022 พบว่าตลอดปี พ.ศ. 2564 ผู้ใช้งาน อินเทอร์เน็ตโดยทั่วไปใช้เวลาเกือบ 7 ชั่วโมงต่อวันไปกับการใช้อินเทอร์เน็ตในทุกอุปกรณ์หรือมากกว่าร้อยละ 40 ต่อวัน โดยค่าเฉลี่ยรายวันเพิ่มขึ้น 4 นาทีต่อวัน⁽²³⁾ การใช้ชีวิต ในเมตาเวิร์สที่เป็นโลกเสมือนจริงในระบบดิจิทัลส่งผล ให้เกิดแนวโน้มการทำกิจกรรมในชุมชนเสมือนจริงเพิ่มขึ้น โดยพบว่าจำนวนผู้ที่เป็นเจ้าของสกุลเงินดิจิทัลเพิ่มขึ้น มากกว่าหนึ่งในสามหรือคิดเป็นร้อยละ 37.8 ในช่วง เดือนมกราคม พ.ศ. 2564⁽²⁴⁾ และคาดว่าจะมีจำนวนผู้ใช้ อินเทอร์เน็ตเติบโตต่อไปในอัตราเฉลี่ยร้อยละ 4.8 ต่อปีจนถึง ปี พ.ศ. 2573⁽²⁵⁾

นอกจากนี้ สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ยังเร่งให้เกิดเมตาเวิร์สอันเป็นแพลตฟอร์มชุมชนเสมือนจริง ให้เร็วขึ้น สร้างการรวมตัวให้กับผู้คนมาติดต่อสื่อสารกัน โดยอาศัยเครือข่ายอินเทอร์เน็ตได้จำนวนมาก เนื่องจาก แพลตฟอร์มชุมชนเสมือนจริงไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัย ทางพื้นที่เชิงกายภาพ เชื้อชาติ เพศ อายุ เพียงผู้ที่มีความสนใจ คล้ายคลึงกันที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ก็สามารถรวมตัว พบปะ และเสวนากันได้ สะท้อนให้เห็นถึงความเป็นกลุ่มสังคม ที่เป็นเครือข่าย แสดงความรู้สึกของความเป็นคนร่วมชุมชน นำไปสู่การมีความสัมพันธ์บนพื้นที่ออนไลน์ ชุมชน ในเมตาเวิร์สที่มีการสร้างให้เหมือนอยู่ในชุมชนกายภาพ ที่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีกิจกรรมร่วมกันบนพื้นที่ สาธารณะออนไลน์ อาจทำให้ลดการแพร่เชื้อโรคและ ลดความเจ็บป่วย หรือแม้แต่การติดเชื้อโควิด 19 ก็อาจลดลง เพราะผู้คนไม่ได้รวมตัวกันในสถานที่ทำงานแบบกายภาพ (physical workspace) รวมทั้งลดการเกิดอุบัติเหตุ ลดการสูญเสียของผู้คน⁽²⁶⁾ อย่างไรก็ตาม การใช้เวลา ส่วนใหญ่ในโลกเสมือนจริงอาจทำให้พฤติกรรมของผู้ใช้งาน เปลี่ยนไป ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้ทั้ง ปัญหาสุขภาพกาย ได้แก่ อาการตาล้า (eye strain) ปวดตา

ระคายเคืองตาแห้งปวดศีรษะเวียนหัวคลื่นไส้และในบางรายมีอาการคล้ายโรคบกพร่องทางการอ่าน (dyslexia) จากการใช้งานแว่น VR อย่างต่อเนื่อง⁽²⁷⁾ โรคอ้วนลงพุง ออฟฟิศซินโดรม จากการรับประทานอาหารและมีกิจกรรมทางกายหรือเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง เพราะการอยู่ในโลกเสมือนจริงทำให้มีกิจกรรมต่างๆ ลดน้อยลง ร่างกายออกแรงน้อยลง การเดินทางและการออกไปใช้ชีวิตเปลี่ยนไป มีโอกาสกินเยอะมากขึ้นและถี่ขึ้น รวมไปถึงอาการเจ็บป่วยจากกลุ่มอาการทางกระดูก กล้ามเนื้อ เส้นประสาท เช่น อาการนิ้วล็อก กระดูกต้นคอเสื่อม จากการโน้มศีรษะ หรือก้มคอ ดูหน้าจอ อยู่เป็นเวลานานๆ ออฟฟิศซินโดรมจากการใช้โทรศัพท์และคอมพิวเตอร์นานทำให้เกิดการอักเสบที่คอ หลัง ไหล่ เจ็บหมอนรองกระดูก และปัญหาสุขภาพจิตจากการใช้เวลาและให้ความสำคัญกับโลกเสมือนมากเกินไป การแยกไม่ออกระหว่างโลกแห่งความเป็นจริงและโลกเสมือนหากใช้เวลาในนั้นนานเกินไป ระยะเวลาในการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันในโลกแห่งความเป็นจริงลดน้อยลง จนอาจนำไปสู่ปัญหาด้านความสัมพันธ์ และโรคซึมเศร้า จากการเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นโดยไม่รู้ตัว รู้สึกเบื่อหน่ายโลกแห่งความจริง⁽²⁸⁾

เมตาเวิร์สสร้างโอกาสให้ผู้ใช้งานได้รับประสบการณ์ที่ดีกว่าผ่านกิจกรรมและความรู้สึกร่วม โดยไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของเวลาและสถานที่ในโลกจริง มีโอกาสจะดึงดูดให้ผู้คนหันไปใช้ชีวิตในโลกเสมือนจริงมากขึ้น อย่างไรก็ตามเมตาเวิร์สอยู่บนแพลตฟอร์มที่ยังไม่ได้มีการกำหนดสิทธิ์ในการนำข้อมูลมาใช้ว่าจะเป็นของใคร เป็นโลกที่ไม่มีพรมแดน ไม่มีรัฐบาลใดเข้ามาดูแลเรื่องความเป็นส่วนตัวหรือการคุ้มครองจากการถูกคุกคามและอาชญากรรมทางไซเบอร์ เช่น การกลั่นแกล้งทางไซเบอร์ การเจาะระบบเครือข่าย การละเมิดลิขสิทธิ์ การล่อลวงกลุ่มเปราะบาง การค้ามนุษย์ ยาเสพติด ยาต่อต้านการแกะรอยและการจับกุมอาชญากรบนเมตาเวิร์ส ทำให้ผู้ที่แยกแยะไม่ได้หรือไม่รู้เท่าทันอาจตกเป็นเหยื่อได้สูงมาก ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนากฎหมายและการกำกับดูแลแบบใหม่ที่เท่าทัน และปิดช่องว่างต่างๆ จากการใช้งานเมตาเวิร์สที่ครอบคลุมด้านความมั่นคงและความปลอดภัยเพื่อคุ้มครองผู้ใช้งานด้วย

สรุป

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา การเติบโตของเศรษฐกิจดิจิทัลที่รวดเร็ว การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำหรับอินเทอร์เน็ตยุคหน้า และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีต่างๆ เช่น ปัญญาประดิษฐ์ บิ๊กดาต้า คลาวด์คอมพิวติ้ง การแพทย์ทางไกล บล็อกเชน และอุปกรณ์โลกเสมือนจริง ได้เปลี่ยนแปลงอุตสาหกรรมและภาคธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ นับตั้งแต่การริเริ่มของ Facebook เป็น Meta ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ทำให้เมตาเวิร์สได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นอย่างมากจากทั่วโลก และกระตุ้นให้บริษัทเทคโนโลยีที่มีชื่อเสียงหลายแห่งและธุรกิจสตาร์ทอัพต่างๆ เร่งรัดการพัฒนา รูปแบบธุรกิจของตนบนพื้นฐานของเมตาเวิร์สมากขึ้น ประกอบกับในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้เป็นตัวเร่งให้มีการนำเมตาเวิร์สมาใช้งานจริงในหลายมิติ เช่น องค์กรอนามัยโลก มีการประยุกต์ใช้เมตาเวิร์สฝึกอบรมผู้ตอบแบบสอบถามโรคโควิด 19 และสำรวจภาวะสุขภาพจิต ผู้เชี่ยวชาญหลายคนใช้อุปกรณ์โลกเสมือนจริงในการรักษาผู้ป่วยทางจิตและบำบัดโรคเครียด โรคกลัว โรควิตกกังวล ภาพหลอนและอาการหลงผิด และโรงเรียนแพทย์หลายแห่งใช้เมตาเวิร์สในการศึกษาและช่วยเหลือผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์ในหลายๆ ด้านของงานที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีเหล่านี้ นอกจากนี้ เมตาเวิร์ส สามารถสร้างโอกาสด้านการสร้างเสริมสุขภาพผ่านเทคโนโลยีและนวัตกรรมต่างๆ โดยเน้นที่มาตรฐานข้อมูลทางสุขภาพหลายรูปแบบ ทั้งข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้เกมหรือกิจกรรมสนันทนาการแบบออนไลน์ การเชื่อมต่อผู้ใช้งานเข้ากับระบบบริการสุขภาพผ่านทางแอปพลิเคชันหรือแพลตฟอร์มบริการแพทย์ทางไกลได้จากทั่วโลก การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล การติดตามและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพอุบัติใหม่และปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม หรือปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinants of health)

ในทางกลับกันการประยุกต์ใช้เมตาเวิร์สในการสร้างเสริมสุขภาพก็มีความท้าทายในการนำไปประยุกต์ใช้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งกลุ่มธุรกิจ กลุ่มเอกชน กลุ่มหน่วยงานภาครัฐ และภาคนโยบาย อาทิ ความเป็นไปได้ที่จะเกิดข่าวปลอม (fake news) และข่าวลือ (rumor) จากการพัฒนาเนื้อหาหรือข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่นำเสนอในแพลตฟอร์มหรือในชุมชนเสมือนที่อาศัยการบอกต่อกัน และผลิตซ้ำผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ อาจทำให้เกิดคลื่นข้อมูลข่าวสารที่ล้นเกินจนเป็นอุปสรรคในการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตาม ความเป็นไปได้ที่จะคุกคามสุขภาพในด้านกายภาพ การเพิ่มอัตราการวะซึมเศร้าในระดับสูง ความรุนแรง และการทำร้ายตัวเองจากการใช้งานในแพลตฟอร์ม ความเป็นไปได้ของการสูญเสียความเป็นส่วนตัวของผู้ใช้งาน ความเป็นไปได้ที่จะละเมิดประเด็นทางจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยี การต้องเสียค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงจากการใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงเมตาเวิร์ส การเพิ่มช่องว่างของความเหลื่อมล้ำและความไม่เท่าเทียมกันระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศกำลังพัฒนา และความเป็นไปได้นำเมตาเวิร์ส

ไปสู่การใช้งานที่ไม่เหมาะสม เช่น การค้ามนุษย์ การซื้อขายอวัยวะและชิ้นส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น

เนื่องจากสุขภาพเป็นหนึ่งในประเด็นที่ทุกประเทศให้ความสำคัญ รัฐบาลและผู้ประกอบการเทคโนโลยีจึงควรศึกษาแง่มุมและศักยภาพต่างๆ ของเมตาเวิร์สให้ครบถ้วนก่อนที่จะมีการใช้งานอย่างแพร่หลาย และจำเป็นต้องวิจัยและพัฒนาเพื่อนำศักยภาพที่เป็นไปได้ของเมตาเวิร์สมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดและลดข้อกังวลที่เกี่ยวข้องให้เหลือน้อยที่สุด การสร้างองค์ความรู้และเทคโนโลยีสมัยใหม่ รวมทั้งการสร้างและกำหนดกฎระเบียบข้อบังคับต่างๆ ที่จำเป็นในการใช้งานของแต่ละแพลตฟอร์ม ตลอดจนการเตรียมความพร้อมของบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับเทคโนโลยีและการใช้งานบนโลกของเมตาเวิร์ส⁽²⁹⁾ ด้วยการสนับสนุนความเท่าเทียมทางดิจิทัล (digital inclusion) เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง และสามารถนำองค์ความรู้และเทคโนโลยีสมัยใหม่มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตไปพร้อมกันด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์เทคโนโลยีอิเล็กทรอนิกส์และคอมพิวเตอร์แห่งชาติ. 9 เรื่องควรรู้ กับ Metaverse โลกเสมือนแห่งอนาคต [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nectec.or.th/news/news-article/9about-metaverse.html>
2. Ning H, Wang H, Lin Y, Wang W, Dhelim S, Farha F, et al. A survey on metaverse: the state-of-the-art, technologies, applications, and challenges [Internet]. 2021 [cited 2022 May 3]. Available from: <https://arxiv.org/ftp/arxiv/papers/2111/2111.09673.pdf>
3. Teh D. Is the metaverse the future of health? [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 3]. Available from: <https://healthmatch.io/blog/is-the-metaverse-the-future-of-health>
4. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124, ตอนที่ 16 ก (ลงวันที่ 19 มีนาคม 2550).
5. สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย. กฎบัตรอตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion - 1986) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ก.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: http://doh.hpc.go.th/data/HL/OttawaCharter1986_thai.pdf
6. Zahler D. How the metaverse will transform health [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 16]. Available from: https://vitaminz.substack.com/p/how-the-metaverse-will-transform?utm_source=url&s=r
7. ชนัตถ์ พูนเดช, ธนิดา เลิศพรกุลรัตน์. แนวทางการจัดการเรียนรู้ด้วยแนวคิดเกมมิฟิเคชัน. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2559;18(3):331.
8. Glen S. History of the metaverse in one picture [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 16]. Available from: <https://www.datasciencecentral.com/history-of-the-metaverse-in-one-picture/>
9. Kutlu Ö. Metaverse will be digitalization of life offering unlimited possibilities, says CEO [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 18]. Available from: <https://www.aa.com.tr/en/74th-un-general-assembly-2019/metaverse-will-be-digitalization-of-life-offering-unlimited-possibilities-says-ceo/2412878#>

10. Jang T. คนไทยที่ชอบออกกำลังกาย 75% ร่วมคลาสออนไลน์ รับเทรนด์ไฮบริด ฟิตเนส [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มี.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.bltbangkok.com/lifestyle/work-wellness/34788/>
11. Leal G. Metaverse fitness: the new way to earn money moving [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://webmediums.com/cryptocurrencies/metaverse-fitness-the-new-way-to-earn-money-moving-ekrj0ftyajpl>
12. Stefanic D. Curtin University adopting the metaverse: case study [Internet]. [cited 2022 Apr 9]. Available from: <https://mootup.com/curtin-university-adopting-the-metaverse-case-study/>
13. Wright A. Education in the metaverse: a new way of learning [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 9]. Available from: <https://spatial.io/blog/teaching-high-school-in-the-spatial-metaverse?fbclid=IwAR1IIPUaY5gTvuWBz00UYM-Mkhmhv5GYvrGs2hxaCM09KCL-o908ytMLmnRg>
14. ธิตากานต์ รุจิพัฒน์กุล. Metaverse วงการแพทย์ในโลกเสมือนจริง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มี.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://thestandard.co/metaverse-and-medical-community-in-virtual-world/>
15. Kanter M, Desrosiers A. Personalized wellness past and future will the science and technology Coevolve? Nutrition Today [Internet]. 2019 [cited 2022 May 3];54:174-81. Available from: https://journals.lww.com/nutritiontoday-online/fulltext/2019/07000/personalized_wellness_past_and_future__will_the.11.aspx
16. ภัทรพิชา เลิศศิริกุล. IoT, wearable Tech & VR สามเทคโนโลยีที่ติดต่อสุขภาพและความปลอดภัยในที่ทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 มี.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.springnews.co.th/spring-life/819630>
17. Ameen I. Metaverse in healthcare – new era is coming true [Internet]. 2022. [cited 2022 Mar 16]. Available from: <https://healthcarebusinessclub.com/articles/healthcare-provider/technology/metaverse-in-healthcare/>
18. Olesch A. Health in the metaverse [Internet]. 2022 [cited 2022 Mar 18]. Available from: <https://aboutdigitalhealth.com/2022/01/27/health-in-the-metaverse/>
19. ธิตากานต์ รุจิพัฒน์กุล. Metaverse วงการแพทย์ในโลกเสมือนจริง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มี.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://thestandard.co/metaverse-and-medical-community-in-virtual-world/>
20. Clarabut J. The importance of community [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 3]. Available from: <https://www.wellbeingpeople.com/2020/07/23/the-importance-of-an-engaging-community/>
21. พิมพ์นารา หิรัญกุล. เมตาเวิร์ส: เมื่อโลกเสมือนกลายเป็นความจริง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 3 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.krungsri.com/th/research/research-intelligence/metaverse>
22. Techsauce Team. Metaverse for agriculture: กรณีศึกษาเทคโนโลยีโลกเสมือนจะช่วยขับเคลื่อนภาคการเกษตรได้อย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 15 มี.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://techsauce.co/metaverse/metaverse-for-agriculture-case-studies>
23. Kemp S. Digital 2022: another year of bumper growth [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 10]. Available from: https://wearesocial.com/uk/blog/2022/01/digital-2022-another-year-of-bumper-growth-2/?fbclid=IwAR15ILaJmTul-nCG3uk6iC4lZ7_6AnEMttGrkqDFJkVT1DYOAREYEKK-kBI
24. Kemp S. Digital 2022: big rise in cryptocurrency ownership [Internet]. 2022. [cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://datareportal.com/reports/digital-2022-big-rise-in-cryptocurrency-ownership>
25. Kemp S. Digital 2022: digital adoption doubled over the past decade [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://datareportal.com/reports/digital-2022-digital-adoption-doubled-over-the-past-decade>
26. QGEN - HR Practice Provider. 8 สิ่งที่จะเกิดขึ้นเมื่อ metaverse เข้ามาเปลี่ยนแปลงโลกการทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.facebook.com/qgenconsultant/photo/a.147775175808889/973542523232146/?type=3>
27. ชญานิศ สาลีพล. อีกมุมของ metaverse กับ 'ผลกระทบ' ที่อาจซ่อนอยู่! [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 เม.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://missiontothemoon.co/metaverse-metaverse-effect/>

28. PPTVHD36. Metaverse ส่งผลกระทบต่ออะไรกับสุขภาพของเราหรือเปล่า? [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มี.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.pptvhd36.com/news/สุขภาพ/160632>
29. Econ Digest. Metaverse เทคโนโลยีเสมือน อนาคตที่กำลังมา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มี.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.kasikornresearch.com/th/analysis/k-social-media/Pages/Metaverse-FB-25-11-21.aspx>

Metaverse: Opportunities and Implementation in Health Promotion

*Nalinee Ruangrittisak, Supapan Bunnak, Pattama Tumawong, Wanida Wachangngeng, Pathitta Vorasati, Nuttapun Supaka
ThaiHealth Promotion Foundation, Bangkok, Thailand*

Abstract

At this moment, metaverse creates a completely virtual world from the convergence of technology in many fields to be used to manage various problems. Metaverse can be applied to support health promotion in all four dimensions: physical, mental, spiritual, and social. Enabling people to increase control over; and improve their health and also focuses on creating healthy environments. In the case of the spread of COVID-19, metaverse creates a whole new workout experience, virtual workout, learning motivation, and integration with healthcare services through offered platforms. The concept of metaverse ecosystem implemented in health will create unlimited connections between individuals and health systems from all over the world through provided applications or platforms as well as a catalyst for cutting-edge health and medical research and innovation. Metaverse implements the creation of personalized wellness through concerned technologies such as wearable devices, internet of things (IoTs), and virtual reality (VR). Bringing users to virtual communities with an avatar or a digital twin affects healthcare by examining data obtained from wearable devices that can accurately predict the risk of various diseases. It also involves creating a new and innovative health promotion approaches. However, living in a virtual world may change many human behaviors and also harm both physical and mental health. Consequently, all sectors need to understand, adapt and prepare to live with the metaverse that is becoming a daily life.

Keywords: metaverse; health promotion; virtual world; Avatar; digital twin; virtual community; personalized wellness

www.thaihealth.or.th/THPJournal

