

THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

ปีที่ 1 ฉบับที่ 4 ตุลาคม – ธันวาคม 2565

Vol.1 No.4 October – December 2022

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-6 ปี ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติ
- ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่ออันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทยอายุ 15-24 ปี
- ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อมาตรการลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย
- การโฆษณาสินค้าประเภทอาหารและเครื่องดื่มทางโทรทัศน์ดิจิทัลและยูทูปที่ไม่เหมาะสมต่อการส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี
- ผลลัพธ์จากการพัฒนาการเข้าถึงบริการคัดกรองพัฒนาการปฐมวัยในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร
- รูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ
- โฆษณาแฝงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนทางโทรทัศน์ดิจิทัลในประเทศไทย

บทความพิเศษ (Special Article)

- บทวิเคราะห์แผนระดับชาติของไทยสำหรับเป้าหมายอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน
- เวชศาสตร์วิถีชีวิต: เวชปฏิบัติแนวใหม่แบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน
- ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

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

สารบัญ	หน้าที่	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial
กฎหมายใหม่ของการจราจร วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	363	The New Traffic Law in Thailand <i>Wiwat Rojanapithayakorn</i>
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article
การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทักษะการทำงาน ของสมองระดับสูงเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-6 ปี ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติ ผาสุข แก้วเจริญตา	365	The Developing a Model for Executive with Functions in Preschool Children 2-6 Years Natural Agricultural Activity Learning Program <i>Phasuk Kaewcharoenta</i>
ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่ออันตรายของ บุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของ เยาวชนไทยอายุ 15-24 ปี มนสิการ กาญจนะจิตตรา, กัญญา อภิพรชัยสกุล	378	Association between the Opinion towards the Harmfulness of E-Cigarettes and the Use of E-Cigarettes among Thai Youth Aged 15-24 Years Old <i>Manasigan Kanchanachitra, Kanya Apipornchaisakul</i>
ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อมาตรการลด ปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย พจนา หันจางสิทธิ์ และคณะ	387	Stakeholders' Opinions on Interventions to Reduce Overweight and Obesity in Thai Children <i>Pojjana Hunchangsith, et al.</i>
การโฆษณาสินค้าประเภทอาหารและเครื่องดื่ม ทางโทรทัศน์ดิจิทัลและยูทูปที่ไม่เหมาะสมต่อ การส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี นงนุช จินดารัตนาภรณ์	396	Advertising of Food and Beverage Products on Digital Television and YouTube: Inappropriate Advertising to Promote Good Health <i>Nongnuch Jindarattanaporn</i>
ผลลัพธ์จากการพัฒนาการเข้าถึงบริการคัดกรอง พัฒนาการปฐมวัยในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร วิรัชพัชร กิตติธระพันธุ์	411	Outcome of Improving Accessibility for Early Childhood Developmental Screening Program in Bangkok Metropolitan Area, Thailand <i>Wiranpat Kittitharaphan</i>
รูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน ในการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ สกวรรธน์ นະนวน	419	Participation Model of Community Leaders in Controlling and Preventing Risk Factors for Diabetes and Hypertension in the Elderly <i>Sakonwat Nanuan</i>

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
โฆษณาแฝงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ สำหรับเด็กและเยาวชนทางโทรทัศน์ดิจิทัล ในประเทศไทย นงนุช จินดารัตนาภรณ์	429	Digital Television Unhealthy Food and Beverage Tie-ins to Children and Youth in Thailand <i>Nongnuch Jindarattanaporn</i>
บทความพิเศษ		Special Article
บทวิเคราะห์แผนระดับชาติของไทยสำหรับเป้าหมาย อาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน สรุญญา สุจริตพงศ์	442	An Analysis of National Strategies to Achieve the Target on Healthy and Sustainable Diets for Thailand <i>Sarunya Sujaritpong</i>
เวชศาสตร์วิถีชีวิต: เวชปฏิบัติแนวใหม่ แบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการขับเคลื่อนระบบ สุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ภูติท เตชาติวัฒน์	455	Lifestyle Medicine: New Multidisciplinary Practice to Drive the Thai Health System towards Achieving the Sustainable Development Goals <i>Porntep Siriwanarangsun, Phudit Tejativaddhana</i>
ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อมาตรการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในประเทศไทย พลเทพ วิจิตรคุณากร และคณะ	464	Policy Recommendations for Alcohol Control Measures in Thailand <i>Polathep Vichitkunakorn, 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

คณะกรรมการ วารสารการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศ. นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม อธิการบดีมหาวิทยาลัยมหิดล
ศ. นพ.ประทีป วาทีสา อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์
รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม กรรมการกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
ดร.สุปรียดา อุดมการณ์ 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

กฎหมายใหม่ของการจราจร

ตั้งแต่วันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา ประเทศไทยเริ่มมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติจราจรทางบกฉบับใหม่ (ฉบับที่ 13) ซึ่งประกาศในราชกิจจานุเบกษามาตั้งแต่วันที่ 7 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 พ.ร.บ. ฉบับนี้น่าจะเป็นเครื่องมือสำคัญชิ้นหนึ่งในการช่วยลดอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งแน่นอน ย่อมลดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินจากการใช้ยานยนต์บนถนนของคนไทย

เท่าที่ผ่านมา ภาครัฐที่ทำการลดอันตรายจากอุบัติเหตุจราจรต่างก็มีความหนักใจและเห็นพ้องกันว่า แม้สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุบนท้องถนนจะมีหลากหลาย ทั้งสภาพรถ สภาพถนน ทักษะนิสัยแวดล้อม แต่สิ่งสำคัญที่สุดคือพฤติกรรมผู้ใช้รถใช้ถนนของประชาชน และมองว่า จุดอ่อนที่สำคัญคือความอ่อนแอของการบังคับใช้กฎหมาย ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นเพราะอัตราโทษไม่รุนแรงเพียงพอที่จะทำให้เกิดความเกรงกลัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังนั้น การมี พ.ร.บ. จราจรทางบกฉบับใหม่จึงน่าจะตอบโจทย์นี้ได้เป็นอย่างดี

สิ่งที่เห็นชัดเจนในกฎหมายฉบับนี้ก็คือ

1. มีการแก้ไขกฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล ในประเด็นที่มุ่งนิรภัยสำหรับเด็ก การโดยสารรถกระบะ และรถสองแถว
2. การแก้ไขเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานเพื่อบังคับใช้กฎหมาย เช่น การตรวจแอลกอฮอล์ในกรณีเกิดอุบัติเหตุ และผู้เกี่ยวข้องอยู่ในภาวะที่ไม่อาจให้ความยินยอมได้ หรือการสั่งห้ามใช้รถที่มีสภาพไม่มั่นคงแข็งแรง
3. เพิ่มเติมความผิดและอัตราโทษปรับเพื่อลดอุบัติเหตุทางถนน เช่น การขับรถโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัย การเพิ่มโทษผู้กระทำความผิดซ้ำซ้ำหาเมาแล้วขับ เป็นต้น

รายละเอียดที่มีการเปลี่ยนแปลงในกฎหมายฉบับนี้ มีมากมาย เป็นเรื่องที่ภาคีแผนงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรควรรับรู้และจะได้ชี้แนะประชาชนให้เกรงกลัวกฎหมายและมีวินัยการจราจรที่ดีขึ้น อุบัติเหตุบนถนนก็จะลดน้อยลง โดยการเน้นย้ำให้ละเว้นพฤติกรรมที่อาจทำให้ต้องมีความผิด อาจต้องเสียค่าปรับแพงๆ หรือมีการเพิ่มโทษเมื่อฝ่าฝืน เช่น กรณีโทษเกี่ยวกับการทำผิดซ้ำซ้ำหาเมาแล้วขับในขณะเมาสุรา และกระทำความผิดซ้ำภายใน 2 ปี ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี และปรับตั้งแต่ 5 หมื่นบาทถึง 1 แสนบาท และกำหนดให้ศาลลงโทษจำคุกและปรับด้วยเสมอ (แสดงว่าต้องติดคุกแน่นอน) รวมทั้งเพิ่มโทษสำหรับผู้เมาแล้วขับเป็นผู้ขับซึ่รถสาธารณะ หรือผู้ไม่มีใบอนุญาตขับขี่

เรื่องที่น่าสนใจในกฎหมายใหม่คือการเพิ่มเพดานอัตราโทษของความผิดที่พบบ่อย ได้แก่

- กลุ่มความผิดที่เดิมมีโทษปรับขั้นสูงไม่เกิน 200 บาท (เช่น ความผิดในกลุ่มผู้ขับรถจักรยานยนต์ คนเดินเท้าที่ไม่ข้ามทางม้าลาย) เพิ่มเพดานเป็น 500 บาท
- กลุ่มความผิดที่เดิมมีโทษปรับขั้นสูงไม่เกิน 500 บาท (เช่น ไม่สวมหมวกนิรภัย ไม่รัดเข็มขัดนิรภัย จอดรถในที่ห้ามจอด) เพิ่มเพดานเป็น 2,000 บาท
- กลุ่มความผิดที่เดิมมีโทษปรับขั้นสูงไม่เกิน 1,000 บาท (เช่น ฝ่าฝืนเครื่องหมายจราจร ฝ่าฝืนสัญญาณจราจร ขับรถเร็วเกินกำหนด) เพิ่มเพดานเป็น 4,000 บาท

น่าสังเกตว่า โทษของการใช้โทรศัพท์มือถือขณะขับรถโดยที่มียังถือหรือจับโทรศัพท์โทษปรับสูงสุดคือ 4,000 บาท

ผู้สนใจควรที่จะไปศึกษา พ.ร.บ. ฉบับนี้ดู แต่ต้องบอกไว้ก่อนว่า อ่านยากมาก เพราะการระบุว่าเป็น “ฉบับที่ 13” แสดงต้องใช้ประกอบกับฉบับดั้งเดิม คือ พ.ร.บ. จราจรทางบก พ.ศ. 2522 ร่วมกับประกาศฉบับอื่นๆ ที่ออกมาก่อนหน้านี้ เป็นลักษณะของการเอาข้อความไปแทนกฎหมายฉบับเดิม เข้าใจว่า แม้แต่เจ้าหน้าที่ตำรวจจราจรก็อาจมีปัญหาในการศึกษากฎหมายฉบับนี้ จนกว่าจะเกิดความเคยชินกับสถานการณ์ความผิดที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การดำเนินการต่อความผิดที่พบบ่อยๆ ในชีวิตประจำวัน

นอกจากการออกกฎหมายใหม่แล้ว ยังมีกรเริ่มใช้ระบบตัดคะแนนเพื่อควบคุมความประพฤติในการขับรถ (เริ่มใช้วันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2566) โดยเป็นมาตรการตัดแต้มใบขับขี่เพิ่มเติมจากการออกใบสั่ง กำหนดให้ผู้มีใบอนุญาตขับขี่ทุกคนมีคะแนนความประพฤติ 12 คะแนน และหากกระทำความผิดตาม พ.ร.บ. จราจรทางบก ตาม 20 ฐานความผิด 4 ระดับ (1 ถึง 4 คะแนน) หากถูกตัดคะแนนจนเหลือ 0 ก็จะถูกสั่งพักใบอนุญาต 90 วัน

มาตรการใหม่ๆ เหล่านี้ อาจไม่ก่อประโยชน์ใดๆ เลยถ้าการบังคับใช้กฎหมายขาดความเคร่งครัด แนวทางหนึ่งที่ภาคีป้องกันอุบัติเหตุจราจรจะช่วยได้คือการจัดการกับ “จับผิด” ผู้กระทำผิด หรือภาษาทางวิชาการว่า “social sanction” คือทำหน้าที่เป็นหูเป็นตาให้กับตำรวจ (ซึ่งมีกำลังไม่เพียงพอ) และแจ้งข้อมูลแก่ทางการฯ หรืออาจแชร์ผ่านสื่อออนไลน์เพื่อตักเตือน ในขณะเดียวกัน ก็อาจ “จับผิดตำรวจ” ที่ละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ ปล่อยปละละเลย ไม่บังคับใช้กฎหมายจนเป็นเหตุให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนจากอุบัติเหตุการจราจร

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
บรรณาธิการ

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-6 ปี ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติ

ผาสุข แก้วเจริญตา

โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การศึกษานี้เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-6 ปี โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 - กันยายน พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่างเป็นครูจำนวน 10 คน และผู้ปกครองจำนวน 457 คน เก็บข้อมูลจากการประเมินทักษะการทำงานของสมองระดับสูงในเด็กอายุ 2-6 ปี จำนวน 457 คน ผลการศึกษาพบว่า ผลการประเมินหลังจากทดลองพบว่าครูและผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการประเมินพัฒนาการและการเสริมพัฒนาการทำงานของสมองระดับสูงที่สูงขึ้น โดยองค์ประกอบของรูปแบบประกอบด้วยกลไกสำคัญ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพครูที่เลี้ยงเรื่องทักษะการทำงานของสมองระดับสูง เทคนิคการเสริมพัฒนาการเด็ก และความรู้ด้านโภชนาการเด็กก่อนวัยเรียน เทคนิคการออกแบบการเรียนรู้เสริมพัฒนาการด้วยเกษตรธรรมชาติ ประกอบด้วย การวางแผน ลงมือทำ ติดตามผล และนำไปใช้ประโยชน์ และสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชนในการหนุนเสริมการดำเนินงานในพื้นที่ ทั้งนี้การหนุนเสริมและแก้ไขปัญหาพัฒนาการล่าช้าเป็นกิจกรรมที่ต้องการความต่อเนื่องในการฝึกฝน การนำผลงานวิจัยไปใช้ควรหนุนเสริมให้ครูศูนย์เด็กเล็กและผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการประเมินและแก้ไขปัญหาพร้อมกัน สร้างความเข้าใจในความสำคัญพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย สามารถประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนร่วมกัน

คำสำคัญ: เด็กก่อนวัยเรียน; การทำงานของสมองระดับสูง; พัฒนาการเด็กปฐมวัย

บทนำ

เด็กวัยก่อนเรียน (preschool) เป็นช่วงวัยที่สำคัญ เพราะเป็นช่วงที่เด็กเริ่มมีพัฒนาการหลายด้านก้าวหน้าขึ้น ทั้งด้านความคิด ภาษา การสื่อสาร ด้านกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตนเอง ทำให้เด็กพึ่งพาตนเองได้อย่างแท้จริง ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของคนที่จะมีชีวิตอิสระเป็นตัวของตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจุบันพบว่าสถานการณ์ปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นกับเด็กในช่วงวัยนี้ คือ (1) จำนวนประชากรกลุ่มเด็กปฐมวัยมีแนวโน้มลดลง (2) มีแนวโน้มที่พ่อแม่จะเลี้ยงลูกเองลดลง ผากเลี้ยงในสถานเลี้ยงเด็ก

มากขึ้นโดยเฉพาะในเขตชุมชนเมือง (3) พ่อแม่ส่งเสริมพัฒนาการให้กับเด็กน้อยเกินไป (4) การเจ็บป่วยด้วยโรคที่พบบ่อย คือ โรคอุจจาระร่วงและปอดอักเสบ (5) มีภาวะโภชนาการและการขาดสารอาหาร ติดการกินหวานได้รับน้ำตาลมาก และ (6) มีพัฒนาการล่าช้ามากขึ้น⁽¹⁾ นอกจากนี้ รายงานผลการตรวจพัฒนาการโดยกรมอนามัยด้วยเครื่องมือคัดกรองพัฒนาการเด็กเสี่ยง (Developmental Assessment For Intervention Manual: DAIM) และเด็กปกติ (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ระหว่างวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2558 - 3 เมษายน พ.ศ. 2560 พบว่าเด็กอายุ 42 เดือน

36-47 เดือน และ 48-60 เดือน มีพัฒนาการสมวัยเพียงร้อยละ 65, 76 และ 78 ตามลำดับ โดยพัฒนาที่ล่าช้าส่วนใหญ่เป็นด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและด้านการช่วยเหลือตนเองและด้านสังคม⁽²⁾

จากผลการรวบรวมข้อมูลด้านพัฒนาการในเด็กก่อนวัยเรียนจังหวัดอุดรธานีพบว่า ในปี พ.ศ. 2562 รายงานการคัดกรองเด็กอายุ 0-5 ปี ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข เด็กจำนวน 2,122 คน มีพัฒนาการสมวัย คิดเป็นร้อยละ 89.95 แสดงให้เห็นว่ามีเด็กวัยก่อนเรียนจำนวนถึง 214 คน ที่มีปัญหาเรื่องพัฒนาการที่ไม่สมวัย นอกจากนี้เมื่อติดตามรายงานข้อมูล HDC ในปี พ.ศ. 2561 กลับพบว่า มีเด็กก่อนวัยเรียนที่มีพัฒนาการไม่สมวัยเพิ่มขึ้นเป็น 255 ราย⁽³⁾ ทั้งนี้มาตรฐานการดูแลเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยนั้นได้มีการกำหนดรูปแบบการดูแลที่สำคัญในกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กในการเฝ้าระวัง พัฒนาการของลูกของตนว่าในแต่ละช่วงเวลา (เดือน) สามารถทำตามที่เครื่องมือระบุหรือไม่ ถ้าทำไม่ได้ก็ให้ดูแนวทางในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่มีพร้อมในคู่มือ กลุ่มที่ 2 คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องสอนแม่หลังคลอดก่อนกลับบ้านในการใช้เครื่องมือดังกล่าว และสอนทุกครั้งเมื่อแม่พาเด็กมารับวัคซีน นอกจากนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังต้องทำการคัดกรอง (screening) พัฒนาการเด็กเมื่อเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 เดือน ถ้าพบว่าพัฒนาการล่าช้าหรือสงสัยล่าช้า ก็ต้องสอนแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กให้กระตุ้นและพามาเด็กมารับการประเมินซ้ำ ถ้ายังไม่ดีขึ้นจะทำการส่งต่อ เพื่อรับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญต่อไป ซึ่งในกรณีนี้ที่คัดกรองด้วย DSPM แล้วล่าช้า และนัดติดตาม 1 เดือน ยังล่าช้าอีก ก็จะส่งต่อไปยังสถานบริการที่มีผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก ซึ่งรูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่ากระบวนการประเมิน การส่งเสริมพัฒนาการ และการติดตามประเมินผล อยู่ในบทบาทของคนที่ไม่ได้ยุ่งใกล้ชิดกับเด็กก่อนวัยเรียน เช่น ครูที่เลี้ยงและผู้ปกครอง ซึ่งทำให้กระบวนการติดตามพัฒนาการและการหนุนเสริมพัฒนาการที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีกระบวนการฝึกลูกอยู่ทุกวันติดต่อกันอย่างน้อย 28 วัน ไม่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และเป็นการแก้ปัญหาที่ล่าช้ากว่าสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในขณะนั้น

กระบวนการดำเนินงานด้านการแก้ปัญหาพัฒนาการเด็กที่อาจไม่สอดคล้องกับความรุนแรงของปัญหาที่เพิ่มวิกฤตเพิ่มขึ้น จากการดำเนินงานในพื้นที่อำเภอลับแล และทำการสุ่มเก็บข้อมูลในพื้นที่โรงเรียนชุมชนอนุบาลห้วยดงในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 มีนักเรียนจำนวน 14 คน พบว่ามีปัญหาด้านพัฒนาการล่าช้า 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.34 ของภาวะพัฒนาการล่าช้า ซึ่งจากการสัมภาษณ์ครูผู้สอนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พบว่าปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากภาวะความไม่พร้อมของครอบครัว เช่น พ่อแม่ติดยาเสพติด เด็กถูกเลี้ยงดูอย่างปล่อยปละละเลยให้อยู่กับมือถือ ภาวะโภชนาการไม่ดี ปัญหาสุขภาพ ครอบครัวหย่าร้าง เด็กอยู่กับผู้ปกครองที่ไม่ใช่บิดามารดา ซึ่งในช่วงวัยก่อนเรียนการตรวจพัฒนาการที่ผ่านมายังขาดความสนใจขาดกระบวนการกระตุ้น และแก้ไขปัญหา เมื่อเข้าสู่ปฐมวัยการเรียนรู้ของเด็กยิ่งล่าช้าและเป็นปัญหาต่อการพัฒนา IQ และ EQ

ปัจจุบันมีรายงานการศึกษาถึงประโยชน์ของการนำแนวทางการพัฒนาทักษะการทำงานของสมองระดับสูง (executive function: EF) มาใช้ในการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนมากขึ้น⁽⁴⁾ เพราะความสามารถต่างๆ ของ EF จะสามารถพัฒนาเร็วช้าได้ไม่เท่ากัน ซึ่งความสามารถนั้นขึ้นกับการได้รับอิทธิพลจากทั้งการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพในสมองและประสบการณ์ชีวิต ทั้งในห้องเรียน ทั้งในชีวิตจริง ดังนั้นการนำแนวความคิดการพัฒนา EF มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน เป็นการพัฒนาการที่สมองและจิตใจในการควบคุมความคิด อารมณ์ และการกระทำเพื่อไปให้ถึงจุดหมายของการพัฒนาศักยภาพการเจริญเติบโตที่มีคุณภาพของเด็กก่อนวัยเรียนให้เติบโตเป็นคนที่มีคุณภาพต่อไป การพัฒนาให้ช่วงวัยเด็กมี EF ที่ดี จะส่งผลต่อความสำเร็จด้านการเรียน สามารถจดจำเนื้อหาที่เรียน มีสมาธิสามารถปรับตัวได้กับสถานการณ์ปัจจุบันที่เกิดขึ้น เข้าใจกฎระเบียบ แก้ปัญหาต่างๆ ได้เหมาะสม ทำงานที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จ มีพัฒนาการทางด้านสังคมที่ดีสามารถทำงานเป็นกลุ่ม มีความเป็นผู้นำ ถ้าคิดตัดสินใจปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลง และทำงานจนบรรลุเป้าหมาย

รูปแบบการพัฒนาทักษะการทำงานของสมองระดับสูงเด็กก่อนวัยเรียนที่เข้มแข็งจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย (1) ดูแลสุขภาพของสมอง (2) สร้างประสบการณ์ดีๆ ให้กับเด็ก (3) จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการ

ส่งเสริมให้เด็กมี EF ที่เข้มแข็ง (4) สร้างกิจวัตรประจำวันที่เป็นแบบอย่างพฤติกรรมทางบวก (5) เน้นความสำคัญและฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะโดยพ่อแม่ ครู หรือโรงเรียน คือ การสร้างพื้นฐานอารมณ์ ส่งเสริมประสาทและการเคลื่อนไหว การเรียนรู้ตัวเอง การเรียนรู้ผู้อื่น การส่งเสริมกระบวนการรู้คิดเพิ่มเติม (6) การสร้างวินัยให้เด็กในชีวิตประจำวัน (7) ฝึกเด็กให้รู้จักควบคุมอารมณ์ตัวเอง และสามารถแสดงออกได้อย่างเหมาะสม (8) สอนเด็กให้เข้าใจความรู้สึกของตนเองและเพื่อนๆ รวมทั้งเข้าใจความรู้สึกของคนอื่นๆ (9) ส่งเสริมกิจกรรมที่ฝึกความจำและฝึกสมาธิอยู่เสมอๆ (10) ส่งเสริมกิจกรรมสร้างเสริมจินตนาการ เช่น การเล่นเกมบทบาทสมมติ การเล่านิทาน เล่าเรื่องประสบการณ์ สอดแทรกคุณธรรมจริยธรรมผ่านตัวละครในนิทาน (11) เปิดโอกาสให้เด็กได้เรียนรู้สิ่งแวดล้อม ได้ท่องเที่ยว สำรวจโลกกว้าง ได้พบเจอคนใหม่ๆ และ (12) หลีกเลี่ยงของเล่นสำเร็จรูปที่เด็กไม่ได้ฝึกแก้ปัญหา ส่งเสริมกิจกรรมหลากหลายที่เด็กได้ลงมือทำด้วยตนเอง (learning by doing) ซึ่งมีกระบวนการวางเป้าหมาย จัดลำดับก่อนหลัง อดทน ช่างสังเกต และเรียนรู้ขั้นตอน เมื่อเจอปัญหาให้คิดทางออกใหม่ๆ และเมื่อเสร็จแล้วควรประเมินผลที่ได้ว่าดีพอหรือไม่ และ (13) ให้กำลังใจเด็กๆ เสมอเมื่อทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องเล็กหรือใหญ่ก็ตาม วิธีการสร้างเสริมทักษะการคิดเพื่อชีวิตที่สำเร็จ executive function หรือ EF ที่ถูกต้อง⁽⁵⁾

การนำแนวทางการพัฒนา EF มาใช้ในการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ควบคู่กับการเล่น เป็นกระบวนการออกแบบการเรียนรู้ที่ครูและผู้ปกครองสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ซึ่งหากมีความเข้าใจในขั้นตอนที่สำคัญจะสามารถนำไปปรับใช้ได้เหมาะสม ทั้งนี้การนำบริบททางสังคมมาเป็นพื้นที่สร้างการเรียนรู้และการพัฒนาเป็นการปรับแนวคิดพัฒนา EF มาใช้ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นการสร้างสนามเด็กเล่นที่มีชีวิตด้วยวิถีการทำเกษตรกรรม จึงเป็นแนวทางการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงที่นำไปสู่การสร้างพัฒนาการในทุกด้าน⁽⁶⁾ ซึ่งกระบวนการเกษตรธรรมชาติเป็นการใช้รูปแบบกิจกรรมเรียนรู้ธรรมชาติที่มีความปลอดภัยและสามารถสร้างพัฒนาการผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ซึ่งจังหวัดอุดรธานีเป็นพื้นที่ภาคเหนือตอนล่างมีอาชีพหลักของคนในจังหวัดคือการทำเกษตรกรรม ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการนำแนวคิด

เรื่องเกษตรธรรมชาติมาใช้ในการส่งเสริมให้เกิดโภชนาการที่ดี หนุนเสริมให้มีการปลูกพืชผักสวนครัวในครัวเรือนเพื่อบริโภคมากขึ้น ซึ่งสามารถนำชุดความรู้ที่มีบูรณาการในการออกแบบกิจกรรมในศูนย์เด็กเล็กได้สอดคล้องกับวิถีชุมชนเกษตรธรรมชาติ คือ แนวทางการทำการเกษตรและการเพาะปลูกพืชผักสวนครัวโดยเลียนแบบปรากฏการณ์ธรรมชาติ พัฒนารูขี้นจากการสังเกตถึงการเติบโตของพืชผักตามธรรมชาติที่เกิดจากความสมดุลของดิน น้ำ อากาศ ไม่มีการใส่ปุ๋ยเคมี ไม่มีการใช้ยาฆ่าแมลง แต่เป็นการสร้างความสมดุลของระบบนิเวศในธรรมชาติ

การใช้โปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติเป็นกระบวนการออกแบบการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับสาระการเรียนรู้สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนใน 4 เรื่อง ได้แก่ (1) เรื่องราวเกี่ยวกับตัวเด็ก (2) เรื่องราวเกี่ยวกับบุคคลและสถานที่แวดล้อมเด็ก (3) ธรรมชาติรอบตัว และ (4) สิ่งต่างๆ รอบตัว ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็กและเรื่องที่อยู่ใกล้ตัวเด็กในชีวิตประจำวัน ให้เด็กได้ลงมือเรียนรู้ผ่านกิจกรรม (activity-based learning) ยึดหลักการให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์ตรง สามารถสะสมประสบการณ์ผ่านการปฏิบัติ learning by doing จนสร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง “child centered” ผ่านการปฏิบัติจริง และปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และแก้ปัญหาได้ doing by learning ซึ่งกิจกรรมที่นำมาใช้นี้ต้องมีประสิทธิภาพในการเรียนรู้เนื้อหาที่มุ่งมีจุดมุ่งหมาย สนุก และน่าสนใจ ไม่ซ้ำซากจนก่อให้เกิดความเบื่อหน่าย ดังนั้น คุณครูที่เลี้ยงในศูนย์เด็กเล็กและผู้ปกครองจึงเป็น “นักออกแบบกิจกรรม activity designer” ที่มีบทบาทสำคัญในการนำกิจกรรมที่เกิดจากการทำเกษตรธรรมชาติมาใช้สร้างประสบการณ์และเสริมทักษะ และพัฒนาการได้จากการเรียนรู้จริง ซึ่งหลักการที่สำคัญของการสร้างการเรียนรู้แบบ active learning ที่มีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาการทำงานของสมองระดับสูงนั้น ประกอบด้วย (1) การตั้งเป้าหมายการเรียนรู้และการทำกิจกรรมร่วมกัน (2) ออกแบบการทำงานให้เกิดความสำเร็จ (3) ลงมือกระทำและติดตามประเมินผลตลอดระยะเวลาของการทำกิจกรรม (4) การนำไปปรับใช้และเปรียบเทียบในสถานการณ์อื่นๆ ทั้งใกล้ตัวและไกลตัว กระบวนการเหล่านี้เป็นขั้นตอนหลักที่สำคัญของการนำไปสร้างการเรียนรู้ที่ทันต่อสถานการณ์และง่ายต่อการนำไปใช้⁽⁷⁾

ที่ผ่านมารูปแบบการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาเรื่องพัฒนาการไม่สมวัยในจังหวัดอุดรดิตถ์ ยังขาดการศึกษาในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงเด็กก่อนวัยเรียนที่มีความเฉพาะเจาะจง และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรมมาใช้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การออกแบบโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติ เป็นชุดความรู้สำคัญที่สามารถนำไปใช้ในการออกแบบการเรียนรู้และการเสริมพัฒนาการ นอกจากนี้ครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็กและผู้ปกครองนับเป็นกลไกสำคัญในการประเมินพัฒนาการร่วมกำหนดโปรแกรมการเรียนรู้ และติดตามประเมินผลให้มีการดำเนินการเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ที่ผ่านมามหาวิทยาลัยอุดรดิตถ์ยังขาดการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาและบริบทของชุมชน การศึกษาครั้งนี้จึงมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการศึกษา กลไกการทำงานและการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่สามารถดำเนินการได้จริงในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพัฒนาการทักษะการทำงานของสมองระดับสูงและสถานการณ์การส่งเสริมพัฒนาการทำงานของสมองระดับสูงของเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-6 ปี เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงด้วย โปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-6 ปี เพื่อทดลองรูปแบบการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงด้วย โปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-6 ปี และเพื่อประเมินรูปแบบการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงด้วย โปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-6 ปี

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนาเชิงผสมผสานแบบสองระยะต่อเนื่องกัน (two-phase mixed methods design) ใช้เครื่องมือวิจัยแบบผสมผสานวิธี (mixed methods) ตามแนวคิดของ Greene C and others⁽⁸⁾ ประกอบด้วย การศึกษาเอกสาร (document) การศึกษา

เชิงปริมาณ (quantitative method) และการศึกษาเชิงคุณภาพ (qualitative method) โดยการศึกษาเอกสาร (documentary study) แนวคิดที่สำคัญ 5 แนวคิด ประกอบด้วย พัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-6 ปี แนวคิดการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูง แนวคิดการเรียนรู้โดยใช้กิจกรรมเป็นฐาน (active-based learning) แนวคิดการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูง แนวคิดเกษตรธรรมชาติเพื่อพัฒนาการเรียนรู้และแนวคิด การเรียนรู้ผ่านกิจกรรมมาเป็นแนวทางในการศึกษาการดำเนินงานในจังหวัดอุดรดิตถ์ แบ่งออกเป็น

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหา วิเคราะห์และพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน

ระยะที่ 2 ออกแบบการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-6 ปี ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-6 ปี ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติ และปรับปรุง เพื่อดำเนินการในพื้นที่ทดลอง

ระยะที่ 4 การวิจัยเพื่อประเมินผลรูปแบบเพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการทดลองใช้รูปแบบ

ระยะที่ 5 สรุปผลรายงานและทดลองใช้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิวิเคราะห์รูปแบบและนำเสนอรูปแบบที่สมบูรณ์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูพี่เลี้ยงศูนย์เด็กเล็ก จำนวน 10 คน จาก 5 ศูนย์เด็กเล็ก ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน จำนวน 450 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) แบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กก่อนวัยเรียน (MU.EF-101) (2) แบบประเมินพฤติกรรมด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กก่อนวัยเรียน (MU.EF-102) ซึ่งพัฒนาโดยนวลจันทร์ จุฑาภักดีกุล⁽⁵⁾ (3) แบบสอบถามทักษะของครูพี่เลี้ยงด้านการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงในเด็กอายุ 2-6 ปี และ (4) แบบสอบถามการเลี้ยงดูของผู้ปกครองด้านการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงในเด็กอายุ 2-6 ปี ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ คะแนนมาตรฐานที (T-score) ข้อมูลเชิงคุณภาพตรวจสอบแบบสามเส้าและสังเคราะห์เชิงประเด็น ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 – กันยายน พ.ศ. 2563

จริยธรรมวิจัย UPHO REC 004/63 สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดอุดรธานี

ผลการวิเคราะห์คะแนนพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร
ที่ประเมินโดยแบบ MU.EF-101 พัฒนาการ

ด้านการคิดเชิงบริหาร (คะแนนรวมทุกด้าน) กลุ่ม
ตัวอย่างจำนวน 457 คน เป็นเด็กชาย 276 คน และเด็กหญิง
181 คน โดยแบ่งเป็น 4 ช่วงอายุ คือ ช่วงอายุ 2 ปี จำนวน
59 คน (12.9%) ช่วงอายุ 3 ปี จำนวน 220 คน (48.1%)
ช่วงอายุ 4 ปี จำนวน 174 คน (38.1%) และช่วงอายุ 5 ปี
จำนวน 4 คน (0.9%) ดังตารางที่ 1 และ 2

ผลการศึกษา

1. ระดับพัฒนาการ ทักษะการทำงานของสมองระดับสูง และสถานการณ์การส่งเสริมพัฒนาการทำงานของสมอง ระดับสูงของเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-6 ปี

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการและทักษะการทำงานของสมองระดับสูงของเด็กชาย

GEC-101 T-score	การแปลผล	2 ปี (n=42)		3 ปี (n=135)		4 ปี (n=99)	
		คะแนนดิบ	%	คะแนนดิบ	%	คะแนนดิบ	%
น้อยกว่า 35	อ่อน	0-37	9.5	0-30	0	0-30	1.0
35-39.9	ยังไม่พอใช้	38-48	14.3	31-49	11.1	31-49	5.1
40-44.9	ยังไม่พอใช้	49-57	7.1	50-62	11.9	50-61	5.1
45-49.9	พอใช้	58-68	7.1	63-70	8.1	62-72	13.1
50-54.9	ปานกลาง	69-77	16.7	71-82	16.3	73-84	18.2
55-59.9	ดี	78-88	16.7	83-94	18.5	85-95	24.2
60-64.9	ดี	89-99	11.9	95-106	19.3	96-107	17.2
มากกว่า 65	ดีมาก	100+	16.7	107+	14.8	108+	16.2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนพัฒนาการและทักษะการทำงานของสมองระดับสูงของเด็กหญิง

GEC-101 T-score	การแปลผล	2 ปี (n=17)		3 ปี (n=85)		4 ปี (n=75)		5 ปี (n=4)	
		คะแนนดิบ	%	คะแนนดิบ	%	คะแนนดิบ	%	คะแนนดิบ	%
น้อยกว่า 35	อ่อน	0-35	23.5	0-35	2.4	0-36	0	0-36	0
35-39.9	ยังไม่พอใช้	36-44	0	36-58	8.2	37-52	4.0	37-56	0
40-44.9	ยังไม่พอใช้	45-61	5.9	59-69	12.9	53-65	27	57-71	0
45-49.9	พอใช้	62-66	0	70-80	11.8	66-79	5.3	72-91	0
50-54.9	ปานกลาง	67-77	11.8	81-92	20.0	80-94	38.7	92-104	0
55-59.9	ดี	78-92	23.5	93-103	16.5	95-108	33.3	105-116	25.0
60-64.9	ดี	93-101	17.6	104-115	21.2	109-119	13.3	117-124	25.0
มากกว่า 65	ดีมาก	102+	17.6	116+	7.1	120+	2.7	125+	50.0

จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนพัฒนาการและทักษะการทำงานของสมองระดับสูงของเด็กชายในช่วงอายุ 2 ปี ค่าเฉลี่ย T อยู่ในระดับอ่อน ร้อยละ 9.5 ยังไม่พอใช้ ร้อยละ 21.4 พอใช้ ร้อยละ 7.1 ในช่วงอายุ 3 ปี ค่าเฉลี่ย T อยู่ในระดับยังไม่พอใช้ ร้อยละ 23 พอใช้ ร้อยละ 8.1 ในช่วงอายุ 4 ปี ค่าเฉลี่ย T อยู่ในระดับอ่อน ร้อยละ 11.8 ยังไม่พอใช้ ร้อยละ 10.2 พอใช้ ร้อยละ 13.1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พัฒนาการและทักษะการทำงานของสมองระดับสูงของเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 2-4 ปี อยู่ในระดับที่ต้องการการแก้ไขและพัฒนา

จากผลการศึกษาพบว่า คะแนนพัฒนาการพัฒนาการและทักษะการทำงานของสมองระดับสูงของเด็กหญิงในช่วงอายุ 2 ปี ค่าเฉลี่ย T อยู่ในระดับอ่อน ร้อยละ 23.5 ยังไม่พอใช้ ร้อยละ 5.9 ในช่วงอายุ 3 ปี ค่าเฉลี่ย T อยู่ในระดับอ่อน ร้อยละ 2.4 ยังไม่พอใช้ ร้อยละ 21.1 พอใช้ ร้อยละ 11.8 ในช่วงอายุ 4 ปี ค่าเฉลี่ย T อยู่ในระดับยังไม่พอใช้ ร้อยละ 6.7 พอใช้ ร้อยละ 5.3 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พัฒนาการและทักษะการทำงานของสมองระดับสูงของเด็กวัยก่อนเรียนอายุ 2-4 ปี อยู่ในระดับที่ต้องการการแก้ไขและพัฒนา

สถานการณ์การส่งเสริมพัฒนาการทำงานของสมองระดับสูงของเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-6 ปี

รูปแบบในการจัดกิจกรรมและการสร้างการเรียนรู้เป็นไปในลักษณะของ project approach โดยให้เด็กได้มีการทดลองสัมผัสร่วมกับการเล่นนิทานอ่านหนังสือและการใช้บทบาทสมมติ ร่วมกับการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กทั้ง 4 ด้าน ในการจัดกิจกรรม 6 กิจกรรม คือ (1) กิจกรรมเคลื่อนไหวและจังหวะ (2) กิจกรรมเสริมประสบการณ์ (3) กิจกรรมสร้างสรรค์ (4) กิจกรรมเลือกเสรี (5) กิจกรรมกลางแจ้ง และ (6) กิจกรรมเกมการศึกษา โดยให้ความสำคัญกับการผลิตสื่อฝึกให้เด็กสังเกตเปรียบเทียบสิ่งที่แตกต่างกัน และจัดกลุ่มที่เหมือนกัน ฝึกให้เด็กช่วยทำงานในโรงเรียน เก็บ กวาด เช็ด ถู ฝึกให้เด็กนับสิ่งของตามจำนวน และหยิบของจำนวน 1-5 ได้ ฝึกให้เด็กเดินตามเส้น และการยืนทรงตัวขาเดียว และกระโดดข้ามสิ่งกีดขวาง ส่งเสริมพัฒนาการเด็กฝึกให้ช่วยเหลือตนเองได้ เช่น พาเด็กๆ เดินรอบโรงเรียนและบริเวณใกล้เคียงชี้ชวนให้ฝึกการสังเกตสิ่งที่พบเห็น ส่งเสริมกิจกรรมกลางแจ้งเป็นการเล่นการเข้าร่วมกลุ่มกับเพื่อนๆ คนอื่นๆ ฝึกการอ่าน และการขีดเขียน การฝึกหัดช่วยเหลือตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน การฝึกหัดขับถ่าย การควบคุมตนเองเวลาโกรธ โมโห และสอนให้รู้จักการแบ่งปันและการรอคอยเวลา

ความต้องการของครูต่อการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่อง EF

ต้องการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในส่วนของ EF มากกว่านี้ เพราะไม่ค่อยเข้าใจในรูปแบบการจัดการพัฒนา EF จึงอยากให้มีการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจมากกว่าเดิม เพราะเป็นทักษะที่สำคัญกับเด็ก เด็กจะมีความพร้อมทางการเรียน ประสบความสำเร็จได้ในการเรียนรู้ทุกระดับ และควรเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจนั้นกับผู้ปกครองด้วย อยากให้มีการจัดอบรมการทำสื่อหรือกิจกรรมที่จะฝึก EF เด็กให้กับครู อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง อยากให้เด็กได้รู้จักคิดวางแผน แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง จะช่วยให้เรื่องพฤติกรรมอารมณ์ของเด็ก ครูสามารถนำความรู้มาช่วยมาใช้พัฒนาเด็กได้

ความต้องการของครูด้านการสนับสนุน

จัดอบรมเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับครูในการจัดกิจกรรม และกับสร้างสื่อต่างๆ เพื่อฝึกทักษะ EF สื่อและอุปกรณ์

ที่ใช้กับเด็ก การให้ความรู้กับผู้ปกครองให้เข้ากับเด็กในวัย 2-6 ปี สนับสนุนในเรื่องกิจกรรมเสริมทักษะ เช่น ดนตรี กีฬา งานศิลปะ ก็นับเป็นกิจกรรมที่ฝึกเชิงบริหารที่ดี ต้องใช้สมาธิทำงานเป็นลำดับขั้นตอนพัฒนาทักษะ EF เช่น หนังสือนิทาน หรือของเล่น เพื่อช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ ให้เด็กรู้การเรียนรู้ด้วยการลงมือทำ รู้จักการอดทน รอคอย ฟังพาช่วยเหลือตัวเองได้ตามวัย

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-6 ปี

จากผลการศึกษาจากการรวบรวมข้อมูลและการทบทวนวรรณกรรมการพัฒนาารูปแบบประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ คือ การพัฒนาชุดความรู้ที่ใช้ในการดำเนินงาน และการออกแบบการติดตามด้วยเครื่องมือประเมินผลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1. พัฒนาชุดความรู้การสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-6 ปี ประกอบด้วยเนื้อหาการจัดการเรียนรู้ที่สำคัญ ได้แก่

- 1.1 การทำความเข้าใจในเรื่องการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูง
- 1.2 เกษตรธรรมชาติเพื่อการสร้างเสริมพัฒนาการและทักษะการทำงานของสมองระดับสูง
- 1.3 โภชนาการสำหรับเด็ก
- 1.4 เวทีคืนข้อมูลให้กับผู้ปกครองในการสร้างเสริมพัฒนาการและทักษะการทำงานของสมองระดับสูง
- 1.5 ร่วมกำหนดแนวทางในการสร้างพื้นที่เกษตรธรรมชาติในศูนย์เด็กเล็ก และการปรับเปลี่ยนโภชนาการในศูนย์เด็กเล็ก

2. การติดตามเสริมพลัง

- 2.1 ติดตามเยี่ยมการจัดการจัดทำแปลงผักเกษตรธรรมชาติในศูนย์เด็กเล็ก 5 ศูนย์
- 2.2 พัฒนากลุ่มไลน์ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการจัดกิจกรรมในกลุ่ม กระตุ้นการดำเนินงานและเสริมพลัง

3. การทดลองรูปแบบการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-6 ปี

จากการทดลองใช้เครื่องมือสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงด้วย โปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-6 ปี ผ่านกิจกรรมที่สำคัญ และติดตามประเมินผลในระยะเวลา 3 เดือน สรุปผลการดำเนินงานได้ดังตารางที่ 3 และ 4

จากตารางที่ 3 และตารางที่ 4 พบว่า การประเมินผลในด้านความเข้าใจของครูที่เลี้ยงและผู้ปกครองในการเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงในเด็กอายุ 2-6 ปี มีค่าเฉลี่ยที่เพิ่มสูงขึ้นในระดับมาก และมีการดำเนินกิจกรรมปรับพัฒนาการโดยผู้ปกครองได้บ่อยมากขึ้น

ตารางที่ 3 ความเข้าใจของครูที่เลี้ยงในการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงในเด็กอายุ 2-6 ปี

ความเข้าใจของครูที่เลี้ยงในการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงในเด็กอายุ 2-6 ปี (n=142)		ค่าเฉลี่ย mean	ระดับความเข้าใจ
1	ท่านมีความเข้าใจเรื่องการทดสอบทักษะสมอง	4.35	มาก
2	ท่านมีความเข้าใจเรื่องกระบวนการทำงานของสมองในช่วงวัย 2-6 ปี	4.43	มาก
3	ท่านมีความเข้าใจเรื่องพัฒนาการของสมองส่วนหน้าต่อการพัฒนาความคิดความรู้สึก	4.40	มาก
4	ท่านมีความเข้าใจเรื่องความสำคัญของ EF และพัฒนาการเด็ก 2-6 ปี	4.39	มาก
5	ท่านมีความเข้าใจเรื่องพัฒนาการของ EF ในแต่ละช่วงวัย	4.30	มาก
6	ท่านมีความเข้าใจเรื่องความหมายของ inhibitory control หรือ การหยุดได้ องค์ประกอบของการสร้าง EF	4.14	มาก
7	ท่านมีความเข้าใจเรื่องความหมายของ cognitive flexibility หรือ การยืดหยุ่นความคิด องค์ประกอบของการสร้าง EF	4.12	มาก
8	ท่านมีความเข้าใจเรื่องความหมายของ working memory หรือความจำขณะทำงาน องค์ประกอบของการสร้าง EF	4.12	มาก
9	ท่านมีความเข้าใจเรื่องเทคนิคการฝึกสมองส่วนหน้าเพื่อช่วยพัฒนาความคิดของเด็ก	4.33	มาก
10	ท่านมีความเข้าใจเรื่องการพัฒนาทักษะ 9 ด้าน ของเด็ก 2-6 ปี เพื่อพัฒนา EF	4.21	มาก
11	ท่านมีความเข้าใจเรื่องการจัดทำเป้าหมายการพัฒนา EF	4.20	มาก
12	ท่านมีความเข้าใจเรื่องการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้าง EF	3.81	มาก
13	ท่านมีความเข้าใจเรื่องการประเมิน EF ของเด็กอายุ 2-6 ปี	3.73	มาก
14	ท่านมีความเข้าใจเรื่องการใช้กระบวนการเล่นเพื่อการพัฒนา EF	4.28	มาก
15	ท่านมีความเข้าใจเรื่องการเสริมแรงเชิงบวกเพื่อการพัฒนา EF	4.35	มาก
ระดับความเข้าใจในภาพรวม		4.22	มาก

ตารางที่ 4 ความเข้าใจของผู้ปกครองในการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงในเด็กอายุ 2-6 ปี

การสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูง ในเด็กอายุ 2-6 ปี (n=467)		ค่าเฉลี่ย mean	ระดับ การปฏิบัติ
1	ท่านจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ที่หลากหลาย	4.57	บ่อย
2	เมื่อท่านมอบหมายให้เด็กทำกิจกรรมเอง เปิดโอกาสให้เด็กได้ทำงานจนสำเร็จ โดยไม่เข้าไปทำแทน ยอมอดทนรอคอยแม้ว่างานจะล่าช้า	4.39	บ่อย
3	ท่านกล่าวชื่นชมเด็กเมื่อสามารถทำงานได้สำเร็จ	4.84	ทุกครั้ง
4	เมื่อทำงานหรือกิจกรรมไม่สำเร็จ ท่านเปรียบเทียบความสามารถของเด็กท่านกับเด็กคนอื่น	3.27	บ่อย
5	ท่านใช้การลงโทษ เช่น ตี หรือ ดุแรงๆ หากงานที่มอบหมายให้ทำไม่สำเร็จ เพราะเชื่อว่าเด็กจะได้อดทน และกระตุ้นให้ทำงานได้สำเร็จ	3.24	บ่อย
6	ท่านกระตุ้นให้เด็กทำงานด้วยการบอกว่าท่านรับรู้ว่าคุณทำได้ หากตั้งใจ เด็กมีความสามารถ ต้องลอง ต้องกล้าใช้คำพูดเผชิญทางบวก และทำให้ดูเป็นตัวอย่าง	4.61	บ่อย
7	เมื่อเด็กทำงานไม่ได้ ท่านให้กำลังใจและพูดจาดีๆ	4.83	ทุกครั้ง
8	เมื่อเด็กทำงานไม่สำเร็จ ท่านตามใจ เพราะเชื่อว่าเด็กยังเล็ก เดี่ยวสังคมนี่ช่วยขัดเกลา	3.84	บ่อย
9	ท่านเข้มงวดกับการเรียน ใช้การบังคับให้ตั้งใจเรียน เพราะเชื่อว่าการเริ่มฝึกเรียนให้เร็ว อายุน้อยๆ เด็กจะปรับตัวได้และเก่งกว่าคนอื่น	3.72	บ่อย
10	ท่านพาเด็กไปยังสถานที่ใหม่ และพูดคุยพบปะกับคนแปลกหน้า	4.33	บ่อย
11	ท่านให้เด็กกินผัก	4.60	บ่อย
12	เมื่อเด็กปฏิเสธที่จะทำในกิจกรรมช่วยเหลือตัวเอง ท่านคิดว่าเมื่อโตขึ้นเค้าก็สามารถทำได้เอง	3.90	บ่อย
13	ท่านเล่านิทาน สร้างประสบการณ์และจินตนาการด้วยวิธีการพูดและสอนให้เห็นถึงความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากความพยายาม	4.29	บ่อย
14	เมื่อจะสอนเด็กกินผักแปลกๆ ท่านกินให้ดูเป็นตัวอย่างและชวนกินด้วยกัน	4.59	บ่อย
15	เมื่อเด็กผิดหวัง ท่านพูดกับเด็ก ชวนเด็กคิด ให้เกิดความเข้าใจ ให้โอกาสได้คิดวิเคราะห์ เพื่อแก้ปัญหา	4.67	บ่อย
	ค่าเฉลี่ยคะแนนการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงในกลุ่มเด็กอายุ 2-6 ปี ของผู้ปกครองท่านให้เด็กกินผัก	4.25	บ่อย

4. การประเมินรูปแบบการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมธรรมชาติในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-6 ปี

จากผลการประเมินในระดับพื้นที่พบว่า สถานการณ์ปัญหาที่พบประกอบด้วย เด็กติดโทรศัพท์ เด็กไม่รับประทานผักและชอบดื่มนมหวาน ภาวะเด็กอ้วน กินแต่นมไม่ค่อยกินข้าว ชอบกินขนมถุง พุดไม่ขีด น้ำหนักส่วนสูงไม่ได้มาตรฐาน ในขณะที่บทบาทของผู้ปกครองพบว่า เด็กส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุ พ่อแม่แยกทาง ไม่มีเวลาทำกิจกรรมกับลูก จึงให้เด็กเล่นโทรศัพท์แทนการดูแลจากพ่อแม่ เพราะเห็นว่าสามารถทำให้เด็กสงบได้ดี การเลี้ยงดูแบบตามใจเด็กโดยการซื้อขนมถุงและนมให้เด็กรับประทาน โดยไม่มีการแยกอาหารเด็ก แล้วให้กินร่วมกับผู้ใหญ่ ผลการวิเคราะห์เสริมสร้างพัฒนาการที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่สร้างกล้ามเนื้อ การทำงานเป็นทีม กิจกรรมเสริม เช่น การปลูกต้นไม้ การปลูกผักสวนครัว การฝึกระเบียบวินัยในแต่ละศูนย์เรียนพยายามพัฒนาสื่อการเรียนการสอนที่เหมาะสมกับเด็กในแต่ละศูนย์ โดยผู้ปกครองให้ความร่วมมือในกิจกรรมในระดับดี โรงพยาบาลมีการสนับสนุนกิจกรรมในด้านสุขภาพ เช่น การตรวจสุขภาพ ตรวจฟัน แจกวิตามิน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุนในระดับดี

จากผลการศึกษาพบว่า เด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-6 ปี ที่มีพัฒนาการทักษะการทำงานของสมองระดับสูงในระดับอ่อนและพอใช้ พบได้ในทุกช่วงอายุ ตั้งแต่ 1-5 ปี ทั้งชายและหญิง ทั้งนี้ที่ผ่านมามีกระบวนการเรียนรู้ในเรื่องการนำแนวทางการพัฒนาทักษะการทำงานของสมองระดับสูง (EF) ยังไม่ได้มีกลไกการดำเนินงานที่ชัดเจน เนื่องจากครูที่เลี้ยงมีการจัดการเรียนการสอนตามมาตรฐานการเรียนการสอนที่กำหนดมาจากส่วนกลาง อีกทั้งบทบาทของครูที่เลี้ยงที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ขาดโอกาสในการเข้ารับการอบรม การนำมาใช้จึงไม่สามารถระบุลงได้อย่างชัดเจน ได้ว่ากิจกรรมการเรียนรู้จะไปช่วยหนุนเสริมในเรื่องใดที่เชื่อมโยงกับการนำไปสู่การพัฒนาทักษะการทำงานของสมองระดับสูง

จากผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมธรรมชาติบำบัดในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-6 ปี นั้นประกอบด้วย 5 กลไกหลักที่สำคัญ ดังภาพที่ 1

ซึ่งในทุกกลไกมีกระบวนการหนุนเสริมให้เกิดการพัฒนาครู และผู้ปกครอง ทั้งเรื่องการเสริมพัฒนาการสมอง การนำหลักการพัฒนา EF ที่บูรณาการไปกับความรู้เกษตร-ธรรมชาติออกแบบกิจกรรมที่ผู้ปกครองและครูนำไปใช้ในการสร้างการเรียนรู้ในหลักสูตรการเรียนรู้อื่นๆ และในชีวิตประจำวัน

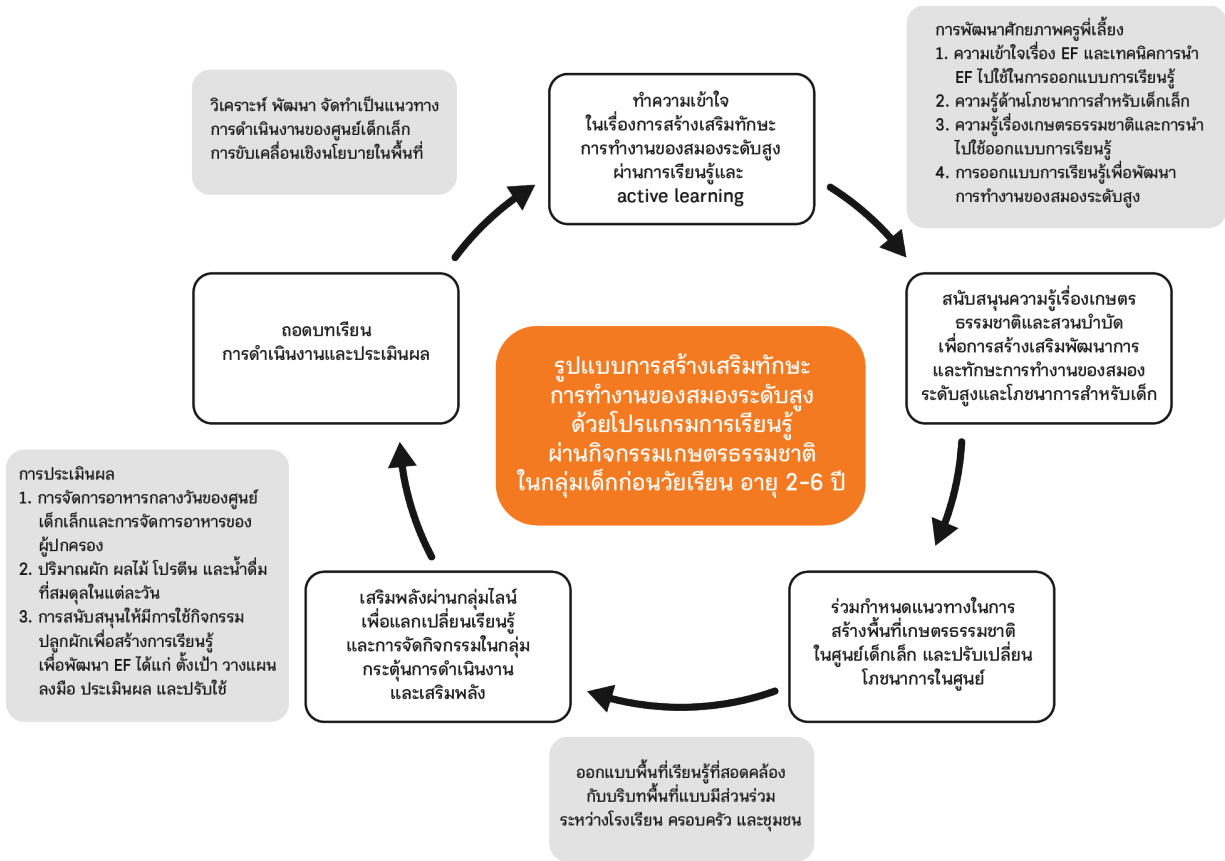
วิจารณ์

ด้านการพัฒนาความรู้ความเข้าใจการพัฒนาสมองระดับสูงของครูที่เลี้ยงในศูนย์เด็กเล็ก จากผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาการทักษะการทำงานของสมองระดับสูงในระดับอ่อนและพอใช้พบได้ในทุกช่วงอายุ ตั้งแต่ 2-6 ปี ทั้งชายและหญิง แต่ความสามารถของครูที่เลี้ยงในศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาท ทั้งด้านการประเมินพัฒนาการ การสร้างเสริมพัฒนาการ แต่กลับพบว่า ที่ผ่านมาครูในศูนย์เด็กเล็กยังขาดโอกาสในการทำความเข้าใจในหลักการพัฒนาการเรียนการสอนโดยใช้แนวความคิดการพัฒนา EF จึงยังไม่มีกรนำแนวทางการพัฒนาทักษะการทำงานของสมองระดับสูง (EF) มาใช้ในการออกแบบการเรียนรู้โดยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่ผ่านมาครูที่เลี้ยงจะดำเนินการจัดการเรียนการสอนตามมาตรฐานที่กำหนดมาจากส่วนกลาง ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ขาดการจัดการด้านงบประมาณในการสนับสนุนการฝึกอบรมเฉพาะทางของครูที่เลี้ยง ซึ่งทำหน้าที่ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน ขาดโอกาสในการเข้ารับการอบรม ไม่มีความเข้าใจในเป้าหมายการนำมาใช้เพื่อการพัฒนาไม่สามารถระบุลงได้อย่างชัดเจน ได้ว่ากิจกรรมการเรียนรู้จะไปช่วยหนุนเสริมในเรื่องใดที่จะสามารถเชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาทักษะการทำงานของสมองระดับสูงของเด็กในช่วงวัยดังกล่าวได้

การพัฒนาศักยภาพของครูที่เลี้ยงในเรื่อง EF และการออกแบบการเรียนรู้เพื่อพัฒนาให้เกิดการพัฒนาสมองระดับสูง จึงเป็นความจำเป็นที่ทุกภาคส่วนควรให้ความสำคัญ และควรมีระบบการติดตามการดำเนินงานทั้งในระยะสั้นในการออกแบบการเรียนรู้ และการประเมินผลในระยะยาวในการติดตามพัฒนาการของเด็กในแต่ละช่วงปี ตั้งแต่ปีที่ 1 ถึงปีที่ 3 ซึ่งจะอยู่ในช่วง 2-6 ปี

จากผลการศึกษาซึ่งพบว่า รูปแบบการสร้างเสริมพัฒนาการและทักษะการทำงานของสมองระดับสูง

ภาพที่ 1 รูปแบบการสร้างเสริมทักษะการทำงานของสมองระดับสูงด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติ ในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน อายุ 2-6 ปี



สำหรับเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-6 ปี ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้ผ่านกิจกรรมเกษตรธรรมชาติ ให้ความสำคัญกับองค์ประกอบสำคัญคือ

1. การพัฒนาศักยภาพครูที่เลี้ยง ได้แก่ (1) ความเข้าใจในเรื่อง EF และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสม (2) ความรู้ด้านโภชนาการสำหรับเด็กเล็ก (3) ความรู้ในเรื่องเกษตรธรรมชาติและวิธีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบท (4) การออกแบบการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการทำงานของสมองระดับสูง
2. ออกแบบพื้นที่เรียนรู้ที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่แบบมีส่วนร่วม
3. การประเมินผล ได้แก่ (1) การจัดการอาหารกลางวัน (2) ปริมาณการรับประทานผักและผลไม้ โปรตีนของเด็กก่อนวัยเรียน (3) การมีกิจกรรมปลูกผักของเด็กและการปรับเปลี่ยนการจัดการอาหารของผู้ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหนูชนก รัชชี พบว่า

เมื่อมีการพัฒนาศักยภาพของครูที่เลี้ยงในการทำความเข้าใจแนวทางการพัฒนา EF ต่อการรับรู้ความสามารถของครูในการเขียนและจัดประสบการณ์ EF ของครูครูก็จะรับรู้ความสามารถตนเองในการเขียนแผน และมีความมั่นใจมากขึ้นจากก่อนและหลังอบรม EF training อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ⁽⁶⁾ ครูปฐมวัยส่วนใหญ่มักมีศักยภาพ มีความรู้พื้นฐานที่ดีเกี่ยวกับพัฒนาการและแนวทางการพัฒนาเด็กอยู่แล้ว แต่ที่สำคัญคือครูมีความพร้อมที่จะเรียนรู้และพัฒนาการจัดการเรียนการสอนของตนให้มีคุณภาพสูงขึ้น ขอเพียงมีองค์ความรู้ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และมีเครื่องมือที่ช่วยให้ครูทำงานได้คุณภาพ EF ก็เกิดขึ้นได้ ซึ่งปัจจัยสำคัญที่จะเอื้อให้ครูทำการส่งเสริม EF ได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องก็คือ ความเข้าใจของผู้บริหารสถานศึกษาต่อองค์ความรู้เรื่องพัฒนาการและ EF ถ้าผู้บริหารเข้าใจดี ครูก็จะยิ่งพัฒนางานของตนได้เร็วขึ้น มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้

กระบวนการเรียนรู้ในเรื่องการนำแนวทางการพัฒนาทักษะการทำงานของสมองระดับสูง (EF) ที่ผ่านมายังไม่ได้มีกลไกการดำเนินงานที่ชัดเจนในการดำเนินงานร่วมกับศูนย์เด็กเล็กและผู้ปกครอง การสร้างความเข้าใจในหลักการพัฒนา ขยายผลในการทำงานร่วมกับศูนย์เด็กเล็กทุกแห่งในการพัฒนาแนวทางการเสริมสร้างทักษะการทำงานของสมองระดับสูง (EF) ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ทั้งในห้องเรียนและนอกห้องเรียน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิสำนักงานสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ สน.5 คณะครูจากศูนย์เด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นายแพทย์กิตติพงศ์ อุบลสะอาด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล และคุณธวัชชัย นาคสนอง หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลลับแล ที่ให้การสนับสนุนการพัฒนางานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พูนศิริ ฤทธิรอน, ดวงหทัย จันทร์เชื้อ, พัสดราภรณ์ แยมเม่น, นิชนันท์ อินสา, อมรรัตน์ เนียมสุวรรณค์, รัชดาวรรณ บุญมี, แวตารา โส. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ 2564;14:42-56
2. กลุ่มงานพัฒนาอนามัยเด็กปฐมวัย สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติกรมอนามัย. ผลการดำเนินงานการสุ่มสำรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) ปีพ.ศ. 2560. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2560 ของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2563]. แหล่งข้อมูล: https://nich.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/nich/n603_c773b36e91ccd7347151b0000d46c9bf_DMKM_StrategicManagement04.pdf
3. Health Data Center. รายงานตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 25 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=1&flag_kpi_year=2022
4. Kahn JC, Dietzel L. Late, lost, and unprepared: a parent's guide to helping children with executive functioning. Maryland: Woodbine House; 2008.
5. นวลจันทร์ จุฑาทักติกุล. Executive function's (การคิดเชิงบริหาร). นครปฐม: สถาบันชีววิทยาศาสตร์โมเลกุล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.
6. นุชนาฏ รัชชี. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะสมองการรู้คิดเชิงบริหาร ผ่านกิจกรรมบูรณาการประสาทสัมผัสในเด็กปฐมวัย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.พ. 2563]. แหล่งข้อมูล: https://op.mahidol.ac.th/ra/2018/08/15/cf_2561-06/
7. Griffin JA, McCardle P, Freund LS. Executive functions in preschool-age children. Washington DC: American Psychological Association; 2016.
8. Greene C, Valerie J, Caracelli, Wendy FG. Toward a Conceptual Framework for mixed-method evaluation designs. Educational Evaluation and Policy Analysis 1989;11:255-74.

The Developing a Model for Executive Functions in Preschool Children 2-6 Years with Natural Agricultural Activity Learning Program

Phasuk Kaewcharoenta

Lablae Hospital, Uttaradit Province, Thailand

Abstract

The objective of this study was to develop a model for enhancing Executive Function with the learning programs through natural agriculture activities in preschool children aged 2-6 years. It was conducted by using research and development method from 1 November 2019 – September 2020. The samples were 10 teachers and 457 parents of children aged 2-6 years in child care centers in Uttaradit province. It was found that teachers and parents had a higher understanding about the developmental assessment and enhancement of brain function and the composition of the model consists of important mechanisms, including potential development of mentor teachers on executive function skills techniques for enhancing child development and knowledge of nutrition for preschool children. The technique was designed for learning to promote development skills on the natural agriculture technique, consisting of planning to do, doing on plan, following up, analyzing outcome and applying to use. The model interest was on participation with the community to support operations in the area. This model was useful for supporting and solving problems of executive function skills delay that required continuity of training together. The teachers and parents should be encouraged to participate in evaluating and solving problems to create an understanding on child development and applied in accordance with the context to promote the development of preschool children together.

Keywords: preschool children; executive functions; early childhood development

ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่ออันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทยอายุ 15-24 ปี

มนสิการ กาญจนะจิตรา, กัญญา อภิพรชัยสกุล
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

การใช้บุหรี่ไฟฟ้ามียอดเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่ออันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าเปรียบเทียบกับบุหรี่ทั่วไปและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทยอายุ 15-24 ปี โดยใช้ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2564 ในการวิเคราะห์สถิติพรรณนาและสมการถดถอยโลจิสติกส์ ผลการศึกษาพบว่า เยาวชนไทยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่ร้อยละ 1.94 และ 2.11 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปีตามลำดับ ในด้านความคิดเห็น เกินครึ่งคิดเห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายไม่แตกต่างกับบุหรี่ทั่วไป (ร้อยละ 58.02 และ 63.35 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี ตามลำดับ) และมีจำนวนไม่น้อยที่คิดเห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป (ร้อยละ 14.78 และ 12.26 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี ตามลำดับ) ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกส์พบว่า เยาวชนที่มีความคิดเห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป มีแนวโน้มเป็นผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าผู้คิดเห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีอันตรายมากกว่าบุหรี่ทั่วไป 8.87 เท่า ($p < 0.05$) ในขณะที่ตัวแปรควบคุมอื่นๆ ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ ระดับเศรษฐฐานะ พื้นที่ ภูมิภาคที่อยู่อาศัย และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของความคิดเห็นต่ออันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า ต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชน นโยบายจึงควรดำเนินการมุ่งเน้นให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง ทั้งในหลักสูตรของสถานศึกษา และสื่อต่างๆ เพื่อลดพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนต่อไป

คำสำคัญ: บุหรี่ไฟฟ้า; เยาวชน; ความคิดเห็น

บทนำ

การบริโภคยาสูบเป็นพฤติกรรมเสี่ยงสำคัญอันดับต้นที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้กำหนดเป้าหมายการลดอัตราการบริโภคยาสูบเป็นหนึ่งในประเด็นเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญในทิศทางและเป้าหมายระยะ 10 ปี (พ.ศ. 2565-2574) โดยมีขอบเขตและจุดเน้นการดำเนินงานที่ครอบคลุมการป้องกันผู้บริโภคนิโคตยาสูบหน้าใหม่ เนื่องจากการหยุดยั้งกลุ่มคนอายุน้อยที่ยังไม่เริ่มสูบบุหรี่ จะช่วยลดผลกระทบทางสุขภาพที่จะเกิดขึ้นได้ในระยะยาว

ในปัจจุบัน การดำเนินงานเพื่อลดอัตราการบริโภคยาสูบมีความท้าทายมากยิ่งขึ้น โดยมีบุหรี่ไฟฟ้า (electronic cigarettes หรือ e-cigarettes) เป็นผู้เล่นใหม่ในตลาดที่สำคัญด้วยเทคนิคการสื่อสารทางการตลาดและภาพลักษณ์ที่ทันสมัย ทำให้บุหรี่ไฟฟ้าเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผู้สูบที่แตกต่างจากบุหรี่ทั่วไป

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ให้ความร้อนแก่ของเหลวและทำให้เกิดละอองผสมกันในอากาศมีส่วนประกอบหลักคือ แบตเตอรี่ ตัวทำความร้อน และที่เก็บของเหลวซึ่งสามารถเติงกลิ่นได้ และในของเหลวที่ใช้จะมีนิโคตินซึ่งเป็นสารเสพติดผสมอยู่ เนื่องจากเป็นอุปกรณ์

ที่ใช้สูบนิโคตินจึงมีชื่อเรียกอีกอย่างว่า electronic nicotine delivery system (ENDS) การทำงานของบุหรี่ไฟฟ้าคือ ปล่องสารนิโคตินผสมผ่านออกมาพร้อมกับไอน้ำเพื่อสูดเข้าไปสู่ทางเดินหายใจและปอด⁽¹⁾ นิโคตินในบุหรี่ไฟฟ้าอาจมีความอันตรายกว่าบุหรี่มวน เนื่องจากผู้เสพสามารถเพิ่มปริมาณนิโคตินได้ในการสูบแต่ละครั้ง ยิ่งเพิ่มก็ยิ่งทำให้ปริมาณนิโคตินเข้าสู่ร่างกายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามีอาการเสพติดสารนิโคติน ในบางครั้งอาจมากกว่าการเสพติดนิโคตินจากบุหรี่ด้วย นอกจากนี้ นิโคตินยังสามารถทำให้เกิดความดันสูง ผู้เสพอาจเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากเมื่อเสพแล้วทำให้มีภาวะหลอดเลือดสมองหดตัว และที่อันตรายกว่านั้นคือ สารบางชนิดที่เป็นส่วนผสมของของเหลวเมื่อโดนความร้อน จะเปลี่ยนเป็นสารที่ก่อมะเร็ง ดังนั้นบุหรี่ไฟฟ้าจึงอาจไม่ได้ลดโอกาสของการเกิดมะเร็ง⁽²⁾

อย่างไรก็ตาม นักสูบบุหรี่หลายคนเข้าใจว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นทางเลือกสำหรับผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่ และยังมีบางส่วนที่เชื่อว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความปลอดภัยต่อสุขภาพมากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับบุหรี่ทั่วไป ซึ่งความเชื่อดังกล่าวส่วนหนึ่งมาจากบริษัทผู้ผลิตบุหรี่ไฟฟ้าจากการทำการสื่อสารทางการตลาดโดยอ้างว่า บุหรี่ไฟฟ้ามีความปลอดภัยต่อสุขภาพ สามารถสูบได้ทุกที่ทุกเวลา และยังมีข้อความที่สื่อถึงภาพลักษณ์ที่ทันสมัยเมื่อใช้บุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงทางเลือกกลิ่นต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นกลิ่นผลไม้ กลิ่นกาแฟ เป็นต้น เพื่อเย้ายวนให้กลุ่มเยาวชนหรือนักสูบหน้าใหม่สนใจและหันมาสูบบุหรี่ไฟฟ้า⁽³⁾

ประเทศไทยมีความตื่นตัวในการควบคุมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า โดยกระทรวงพาณิชย์ได้ออกประกาศกระทรวงพาณิชย์ขึ้นเมื่อวันที่ 12 ธันวาคม พ.ศ. 2557 เรื่องกำหนดให้บารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร ซึ่งหากมีผู้ฝ่าฝืนนำเข้าบุหรี่ไฟฟ้าเข้ามา ยังประเทศไทย จะมีโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี ปรับเป็นเงิน 5 เท่าของราคาสินค้า หรือทั้งจำทั้งปรับ และให้ริบสินค้าเหล่านั้น รวมถึงพาหนะที่ใช้บรรทุกสินค้านั้นด้วย⁽⁴⁾

คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคได้ออกคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ฉบับที่ 9/2558 ขึ้น โดยห้ามขายหรือห้ามให้บริการสินค้าบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้าหรือตัวยาบารากู น้ำยาสำหรับเติมบารากูไฟฟ้าหรือบุหรี่ไฟฟ้า

ซึ่งมีโทษสำหรับผู้ขาย และผู้ให้บริการ โดยจำคุกไม่เกิน 5 ปี ปรับไม่เกิน 500,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และหากผู้ฝ่าฝืนเป็นผู้ผลิต ผู้ส่ง ผู้นำเข้าเพื่อขาย จะมีโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี ปรับไม่เกิน 1 ล้านบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ⁽⁵⁾

ในปี พ.ศ. 2565 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบ (ร่าง) แผนปฏิบัติการด้านการควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2565-2570 มีการกำหนดวิสัยทัศน์คือ “ก้าวสู่สังคมไทยปลอดบุหรี่แบบยั่งยืน” โดยมีเป้าหมายหลักในการลดอัตราการบริโภคยาสูบของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2570

ถึงแม้ประเทศไทยมีการดำเนินงานด้านการควบคุมยาสูบรวมถึงมาตรการต่างๆ ออกมา แต่ปัจจุบันก็ยังพบการขายบุหรี่ไฟฟ้าและสามารถหาซื้อได้ทางอินเทอร์เน็ตและทางแอปพลิเคชันต่างๆ ซึ่งเยาวชนสามารถเข้าถึงได้ เยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ต้องเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เป็มนักสูบหน้าใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุหรี่ไฟฟ้าที่มุ่งทำการตลาดในกลุ่มเยาวชน แนวโน้มการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยจากรายงานสำรวจสุขภาพนักเรียนไทย พบว่าในกลุ่มนักเรียน อายุ 13-17 ปี มีการใช้ยาสูบรูปแบบอื่น เช่น บุหรี่ไฟฟ้า ยาเส้น เพิ่มสูงขึ้น โดยในกลุ่มนักเรียนชายเพิ่มจากร้อยละ 13.7 ในปี พ.ศ. 2558 เป็น ร้อยละ 21.0 ในปี พ.ศ. 2563 และในกลุ่มนักเรียนหญิงเพิ่มสูงขึ้นเช่นกันจากร้อยละ 7.4 เป็นร้อยละ 8.3 ในช่วงเวลาดังกล่าว^(6,7)

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความคิดเห็นต่ออันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการสูบและความคิดเห็นต่ออันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า โดยข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการทำงานเพื่อผลักดันมาตรการและนโยบายป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเยาวชนไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ข้อมูลถดถอยโลจิสติกส์ เพื่อให้เห็นสถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความคิดเห็นต่ออันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าและความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่ออันตรายของ

บุหรีไฟฟ้าและพฤติกรรมการสูบบุหรีไฟฟ้าของเยาวชนไทย โดยมีรายละเอียดของวิธีการศึกษาดังนี้

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข โดยการสำรวจนี้เป็นการบูรณาการการสำรวจประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหาร และการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งปัจจัยพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ อาทิ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน อ้วน เป็นต้น

ประชากรเป้าหมายของการสำรวจ คือ คริวเรือนส่วนบุคคล ทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลทุกจังหวัดทั่วประเทศ โดยสำรวจคริวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างที่มีรายชื่อปรากฏในบัญชีคริวเรือนตัวอย่างที่กำหนด และบุคคลที่เข้าข่ายการแจงนับ คือ บุคคลที่อาศัยอยู่ในคริวเรือนส่วนบุคคล

แผนแบบการเลือกตัวอย่างที่ใช้เป็นแบบ stratified two-stage sampling ซึ่งได้คริวเรือนส่วนบุคคลที่ตกเป็นตัวอย่างทั้งสิ้น 84,000 คริวเรือน แล้วดำเนินการเลือกคริวเรือนตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ การเก็บข้อมูลดำเนินการพร้อมกันทั่วทั้งประเทศ ในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 จากจำนวนคริวเรือนตัวอย่าง 84,000 คริวเรือน คริวเรือนที่แจงนับได้มีทั้งสิ้น 73,654 คริวเรือน ประชากรกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ คือ เยาวชนไทยอายุ 15-24 ปี ที่อาศัยอยู่ในคริวเรือนเหล่านี้ ซึ่งมีอยู่ทั้งสิ้น 18,854 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลและวิธีการทางสถิติ

การศึกษานี้มุ่งเน้นการเข้าใจสถานการณ์การสูบบุหรีไฟฟ้า ความคิดเห็นต่ออันตรายของบุหรีไฟฟ้า และความสัมพันธระหว่างความคิดเห็นต่ออันตรายของบุหรีไฟฟ้าและพฤติกรรมการสูบบุหรีไฟฟ้าของเยาวชนอายุ 15-24 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกส์ โดยมีตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการสูบบุหรีไฟฟ้าและมีตัวแปรต้นคือความคิดเห็นต่ออันตรายของบุหรีไฟฟ้าเมื่อเปรียบเทียบกับบุหรีทั่วไปและตัวแปรควบคุม ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ ระดับเศรษฐฐานะ

พื้นที่ ภูมิภาค และพฤติกรรมการสูบบุหรี โดยรายงานผลเป็นการคำนวณความเสี่ยง (odds ratio) ช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% confidence interval) และค่า p-value นอกจากนี้ ได้ใช้การทดสอบของ Hosmer-Lemeshow⁽⁸⁾ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของแบบจำลอง

ผลการศึกษา

กลุ่มประชากรตัวอย่างในการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 มีสัดส่วนชายและหญิงใกล้เคียงกัน มีสัดส่วนกลุ่มอายุ 15-19 ปี น้อยกว่ากลุ่ม 20-24 ปี ที่ร้อยละ 47.18 และร้อยละ 52.82 ตามลำดับ ร้อยละ 42.42 อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล และร้อยละ 57.58อยู่นอกเขตเทศบาล โดยอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุดที่ร้อยละ 31.36 ตามด้วยภาคกลางที่ร้อยละ 27.43 ภาคเหนือที่ร้อยละ 16.65 ภาคใต้ที่ร้อยละ 14.95 และกรุงเทพมหานครที่ร้อยละ 9.61 ดังตารางที่ 1

สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี เยาวชนส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรีที่ร้อยละ 87.32 ในขณะที่ร้อยละ 10.26 สูบบุหรีทุกวัน และร้อยละ 2.42 ที่สูบบุหรีแต่ไม่ทุกวัน

พฤติกรรมการใช้บุหรีไฟฟ้า

ในภาพรวมของผู้ที่ปัจจุบันสูบบุหรี เยาวชนไทยอายุ 15-24 ปี มีการใช้บุหรีไฟฟ้า (รวมผู้ที่สูบบุหรีทุกวันและไม่ทุกวัน) ในสัดส่วนที่สูงเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุอื่นที่ร้อยละ 1.94 และ 2.11 สำหรับกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี ตามลำดับ เปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 25-59 ปี ที่ร้อยละ 0.74 และกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ร้อยละ 0.14 ดังภาพที่ 1

ความคิดเห็นต่ออันตรายของบุหรีไฟฟ้า

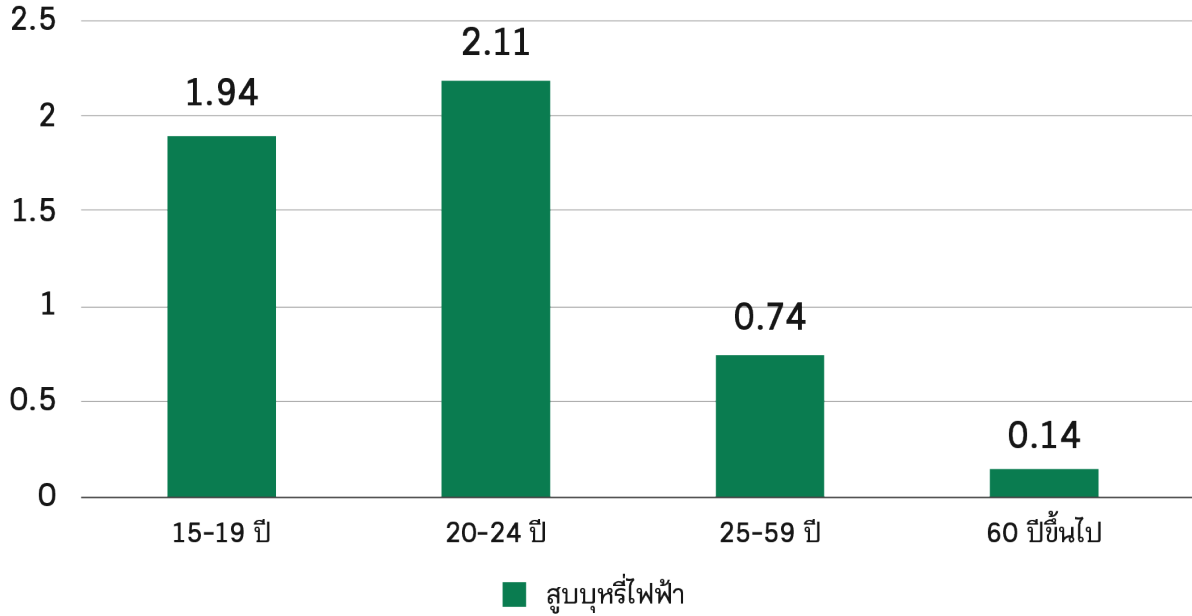
สำหรับความคิดเห็นต่ออันตรายของบุหรีไฟฟ้า หากนับเฉพาะผู้ที่รู้จักบุหรีไฟฟ้าพบว่า เยาวชนส่วนใหญ่มองเห็นว่าบุหรีไฟฟ้ามีความอันตรายไม่แตกต่างกับบุหรีทั่วไป (ร้อยละ 58.02 และ 63.35 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี ตามลำดับ) ตามด้วยความคิดเห็นว่าบุหรีไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรีทั่วไป (ร้อยละ 14.78 และ 12.26 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี ตามลำดับ) ดังภาพที่ 2

การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกส์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นเกี่ยวกับอันตราย

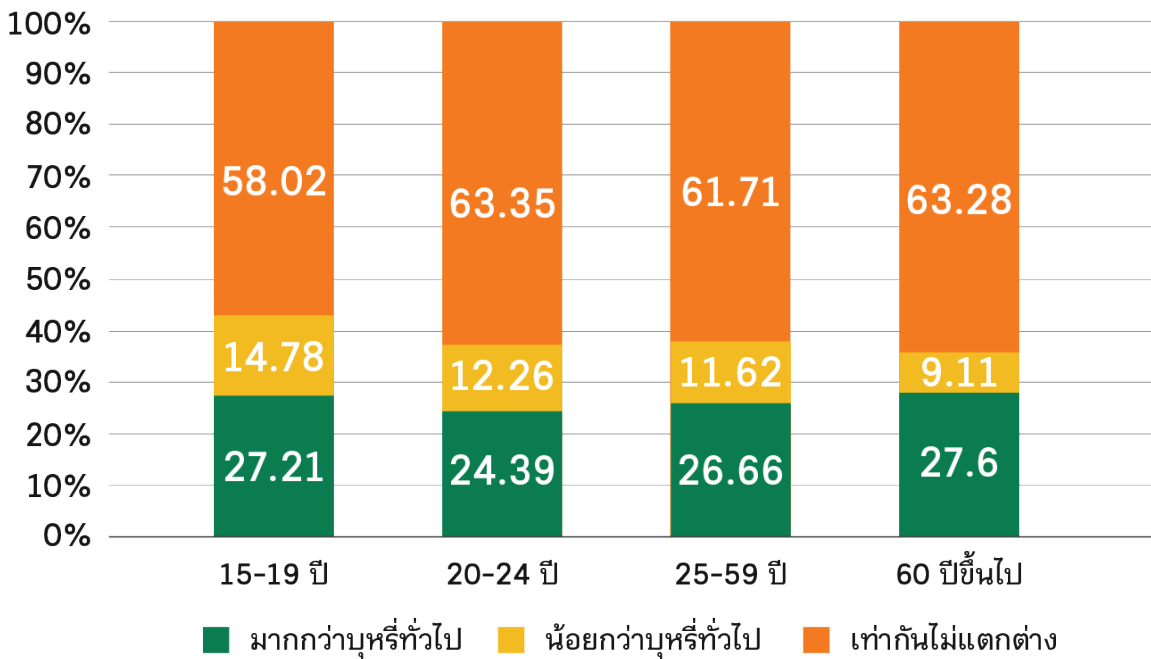
ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่างเยาวชนอายุ 15-24 ปี

ลักษณะทางประชากร	ร้อยละ	จำนวน
เพศ		
- ชาย	49.31	9,297
- หญิง	50.69	9,557
อายุ (ปี)		
- 15-19	47.18	8,895
- 20-24	52.82	9,959
ระดับเศรษฐฐานะ		
- ยากจนสุด	21.89	4,128
- ยากจน	19.69	3,713
- ปานกลาง	21.00	3,959
- ร่ำรวย	16.91	3,189
- ร่ำรวยสุด	20.50	3,865
เขตเทศบาล		
- ในเขตเทศบาล	42.42	7,999
- นอกเขตเทศบาล	57.58	10,855
ภูมิภาค		
- กรุงเทพฯ	9.61	1,812
- ภาคกลาง	27.43	5,171
- ภาคเหนือ	16.65	3,139
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	31.36	5,913
- ภาคใต้	14.95	2,819
พฤติกรรมสูบบุหรี่		
- ไม่สูบบุหรี่	87.32	16,464
- ปัจจุบันสูบบุหรี่	12.68	2,390
- สูบทุกวัน	10.26	1,934
- สูบแต่ไม่ทุกวัน	2.42	456
รวม		18,854

ภาพที่ 1 ร้อยละของผู้ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า จำแนกตามกลุ่มอายุ



ภาพที่ 2 ร้อยละความคิดเห็นของประชากรไทยที่รู้จักบุหรี่ไฟฟ้าต่ออันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า จำแนกตามกลุ่มอายุ



ของบุหรี่ไฟฟ้าเปรียบเทียบกับบุหรี่ทั่วไปและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ดังตารางที่ 2 พบว่า เยาวชนที่คิดเห็นว่าเป็นผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเยาวชนที่คิดเห็นว่าเป็นผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้า

อันตรายกว่าบุหรี่ทั่วไปถึง 8.87 เท่า (p=0.002) ในขณะที่ปัจจัยควบคุมอื่น ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ ระดับเศรษฐฐานะ พื้นที่ ภูมิภาค และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ไม่ได้มีความสัมพันธ์ที่มียนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกส์: การสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ตัวแปร	OR (95% CIs)	p-value
เพศ (อ้างอิง: หญิง) - ชาย	0.80 (0.09-6.97)	0.8
กลุ่มอายุ (อ้างอิง: 15-19 ปี) - 20-24	0.68 (0.28-1.67)	0.4
ระดับเศรษฐฐานะ (อ้างอิง: ยากจนสุด) - ยากจน - ปานกลาง - ร่ำรวย - ร่ำรวยสุด	1.46 (0.57-3.76) 0.28 (0.06-1.34) 0.29 (0.04-2.37) 1.61 (0.49-5.30)	0.4 0.1 0.3 0.4
พื้นที่ (อ้างอิง: ในเขตเทศบาล) - นอกเขตเทศบาล	0.47 (0.19-1.14)	0.1
ภูมิภาค (อ้างอิง: กรุงเทพมหานคร) - ภาคกลาง - ภาคเหนือ - ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ - ภาคใต้	1.04 (0.25-4.39) 3.24 (0.77-13.72) 0.79 (0.16-4.03) 0.58 (0.10-3.25)	0.9 0.1 0.8 0.5
ความคิดเห็นอันตรายบุหรี่ไฟฟ้า (อ้างอิง: อันตรายมากกว่าบุหรี่ทั่วไป) - อันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป - อันตรายเท่ากับบุหรี่ทั่วไป - ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	8.87 (2.28-34.43) 2.19 (0.57-8.41) 1.97 (0.30-13.18)	0.002* 0.3 0.5
พฤติกรรมการสูบบุหรี่ (อ้างอิง: ปัจจุบันไม่สูบบุหรี่) - ปัจจุบันสูบบุหรี่	2.29 (0.97-5.38)	0.06

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

วิจารณ์

เยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการทำงานเพื่อป้องกันผู้สูบบุหรี่หน้าใหม่ โดยปัจจุบัน บุหรี่ไฟฟ้าเป็นรูปแบบที่ได้รับความนิยมสูงในกลุ่มเยาวชน จึงจำเป็นต้องมีมาตรการเชิงรุกเพื่อป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนี้ การเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการกำหนดประเด็นและวางแผนการรณรงค์ป้องกันการใช้บุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแสดงให้เห็นสถานการณ์ด้านความคิดเห็นต่ออันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่ออันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนอายุ 15-24 ปี โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทฤษฎีภูมิจากการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชน พ.ศ. 2564

โดยรวมพบว่า กลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการใช้บุหรี่ไฟฟ้า การศึกษานี้พบว่า เยาวชนอายุ 15-24 ปี เกินครึ่ง คิดเห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความอันตรายที่ไม่แตกต่างกับบุหรี่ทั่วไป (ร้อยละ 58.02 และ 63.35 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี ตามลำดับ) และมีจำนวนไม่น้อยที่คิดเห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป (ร้อยละ 14.78 และ 12.26 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี ตามลำดับ) ซึ่งถือว่าสูงหากเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุผู้ใหญ่ 25-59 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อย่างไรก็ตาม หากเปรียบเทียบกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าเยาวชนไทยมีสัดส่วนที่เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไปไม่สูง ในสหรัฐอเมริกามีสัดส่วนเยาวชนที่เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไปถึงร้อยละ 73 โดยคิดเห็นว่ามีโอกาสติดบุหรี่ไฟฟ้าน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป⁽⁹⁾

นอกจากนั้น ในด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า พบว่าเยาวชนไทยมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่ร้อยละ 1.94 และ 2.11 ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปีที่ปัจจุบันสูบบุหรี่ตามลำดับ ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุผู้ใหญ่ และกลุ่มผู้สูงอายุ

ความคิดเห็นต่ออันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าเปรียบเทียบกับบุหรี่ทั่วไป เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกส์พบว่า ผู้ที่คิดเห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายน้อยกว่าบุหรี่ทั่วไป มีแนวโน้มเป็นผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าผู้ที่คิดเห็นว่าบุหรี่ไฟฟ้าอันตรายมากกว่าบุหรี่ทั่วไปถึง 8.87 เท่า ($p = 0.002$) ซึ่งผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการวิจัยในสหรัฐอเมริกา ที่พบว่าเยาวชนที่มองว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความปลอดภัยกว่าบุหรี่ทั่วไป มีแนวโน้มสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงกว่าเช่นกัน⁽¹⁰⁾

สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ยังพบว่าปัจจัยควบคุมอื่นๆ ได้แก่ เพศ กลุ่มอายุ เศรษฐฐานะ พื้นที่ภูมิภาคไม่ได้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นจุดที่แตกต่างกับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ทั่วไป ที่พบความแตกต่างชัดเจนของผู้สูบบุหรี่ระหว่างเพศ และภูมิภาค นอกจากนั้น ยังไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่โดยรวมกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้า นั่นหมายความว่า ผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าเป็นได้ทุกเพศ ทุกกลุ่มอายุ ทุกสถานะทางเศรษฐกิจทุกพื้นที่ ทุกภูมิภาค และไม่ว่าจะเป็นผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันอยู่แล้วหรือไม่

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่สำคัญ คือ เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะแบบตัดขวาง ทำให้ไม่สามารถวิเคราะห์ความเป็นเหตุเป็นผลได้ แต่จะเป็นในลักษณะความสัมพันธ์ หมายความว่า การศึกษาในครั้งนี้ ไม่สามารถสรุปได้ว่าเนื่องจากเยาวชนมองว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความปลอดภัยมากกว่าบุหรี่ทั่วไป จึงนำไปสู่พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในครั้งนี้ ยังคงสามารถชี้เป้าไปยังความสำคัญของความคิดเห็นของเยาวชนที่มีต่ออันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้บุหรี่ไฟฟ้า นโยบายสำคัญเพื่อป้องกันและลดการใช้บุหรี่ไฟฟ้าจึงควรเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า โดยต้องให้ความสำคัญในหลักสูตรของสถานศึกษา ตั้งแต่ระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา รวมถึงดำเนินการเผยแพร่สื่อต่างๆ ไปยังกลุ่มเยาวชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อสุขภาวะที่ดีของประชากรต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control and Prevention. About electronic cigarettes (e-cigarettes) [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 20]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/basic_information/e-cigarettes/about-e-cigarettes.html
2. จัตรสูมน พฤทธิภิญโญ, วศิณ พิพัฒน์ฉัตร, Harmann S. ภัยร้ายซ่อนเร้นบุหรี่ไฟฟ้า. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2562.
3. Grana RA, Ling PM. Smoking revolution: a content analysis of electronic cigarette retail websites [Internet]. 2014 [cited 2022 Aug 20]. Available from: *Am J Prev Med.* 2014 ;46(4):395-403.
4. กระทรวงพาณิชย์. ประกาศกระทรวงพาณิชย์ [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 19 ส.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dft.go.th/th-th/Detail-Law/ArticleId/2782/2557-5-2558>
5. สำนักงานกฤษฎีกา. คำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ฉบับที่ 9/2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 19 ส.ค. 2565], แหล่งข้อมูล: https://www.ocpb.go.th/download/pdf/9_2558.pdf
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสำรวจภาวะสุขภาพนักเรียนในประเทศไทย พ.ศ. 2558. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
7. World Health Organization. Thailand global school-based student health survey 2021. [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/2021-gshs-fact-sheet-thailand>
8. Hosmer DW, Lemeshow S. Goodness of fit tests for the multiple logistic regression model. *Communications in Statistics - Theory and Methods* 1980;9(10):1043-69.
9. Amrock SM, Lee L, Weitzman M. Perceptions of e-cigarettes and noncigarette tobacco products among US youth. *Pediatrics* 2016;138(5):e20154306.
10. Amrock SM, Zakhar J, Zhou S, Weitzman M. Perception of e-cigarette harm and its correlation with use among US adolescents. *Nicotine & Tobacco Research* 2015;17(3):330-6.

Association between the Opinion towards the Harmfulness of E-Cigarettes and the Use of E-Cigarettes among Thai Youth Aged 15-24 Years Old

Manasigan Kanchanachitra, Kanya Apipornchaisakul

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

Abstract

There has been an increasing prevalence of electronic cigarettes (e-cigarettes) use among youth. This study aimed to understand the association between the opinion towards the harmfulness of e-cigarettes compared to conventional cigarettes and the use of e-cigarettes among Thai youth aged 15-24 years old. The analysis was carried out using descriptive statistics and multiple logistic regression from the 2021 Health Behavior Survey. Overall, data showed around 1.94% and 2.11% of Thai youth aged 15-19 and 20-24 years old, respectively, currently use e-cigarettes. More than half of the youth aged 15-24 years view e-cigarettes to be as equally harmful as conventional cigarettes (58.02% and 63.35% in 15-19 years old and 20-24 years old, respectively). Moreover, many view e-cigarettes as being less harmful than conventional cigarettes (14.78% and 12.26% in 15-19 years old and 20-24 years old, respectively). Results from the logistic regression showed those who view e-cigarettes as being less harmful than conventional cigarettes were 8.87 times more likely to use e-cigarettes than those who viewed e-cigarettes as being more harmful than conventional cigarettes ($p < 0.05$). Other control variables, sex, age group, wealth quintile, area, region, and current smoking behavior, did not have any statistical significant association with e-cigarette smoking behavior. This study demonstrated the importance of the opinion towards the harm of e-cigarettes on the use of e-cigarettes among youth. Policy should continue to emphasize on educating the youth on the harmfulness of e-cigarettes through school curriculum and other media to reduce e-cigarette use among youth in the future.

Keywords: e-cigarettes; youth; opinion

ความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อมาตรการลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย

พจนนา หันจางสิทธิ์, คมกฤษ ตะเพียนทอง, ดลชัย ะวะวังจู, วรณรสุดา งามอรุณ
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

ความชุกของภาวะโรคอ้วนในเด็กไทยระหว่างอายุ 6-14 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 5.8 เป็นร้อยละ 13.9 ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2538-2557 หากประเทศไทยไม่มีการดำเนินมาตรการใดๆ เพื่อป้องกันปัญหาเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วน แนวโน้มเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนจะเพิ่มสูงขึ้นจากการคาดประมาณ 3.3 ล้านคน (ร้อยละ 27) ในปี พ.ศ. 2563 เป็น 3.5 ล้านคน (ร้อยละ 32) และกรณีแย่ที่สุดจะเพิ่มถึง 7.4 ล้านคน (ร้อยละ 67.5) ในปี พ.ศ. 2573 วัตถุประสงค์ของบทความนี้ เพื่อทราบถึงการยอมรับ การเข้าถึง ความยั่งยืน ความเป็นไปได้ และผลข้างเคียงของมาตรการทางสุขภาพในการลดภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย เพื่อนำมาดำเนินการในประเทศไทย งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2563 ด้วยวิธีการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือในการเก็บข้อมูลใช้แนวสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างของ 2 มาตรการ คือ มาตรการไม่ดื่มเครื่องดื่ม (การให้ความรู้ในโรงเรียน) และมาตรการการควบคุมสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพบนทีวี ผลการศึกษา จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกของทั้ง 2 มาตรการ พบว่า มีความเห็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ยอมรับว่านำมาดำเนินการในประเทศไทยได้อย่างเหมาะสม หากแต่ผู้ให้ข้อมูล มีความกังวลต่อความยั่งยืนของกิจกรรมในระยะยาว โดยมีความเห็นว่า รัฐต้องสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินมาตรการฯ เพื่อป้องกันภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย โดยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้ภาครัฐพิจารณามาตรการการควบคุมสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพบนทีวี ไปขับเคลื่อนดำเนินการในการลดภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็ก เนื่องจากมีความคุ้มค่ามากกว่า อีกทั้งจะเกิดผลด้านบวกในระยะยาวต่อการลดงบประมาณสนับสนุนการรักษาพยาบาลจากจำนวนประชากรที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วย

คำสำคัญ: ภาวะเริ่มอ้วน; โรคอ้วนในเด็กไทย; การวิจัยเชิงคุณภาพ

บทนำ

ภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็ก คือ การที่เด็กอายุ 2-18 ปี มีดัชนีมวลกายเกินกว่ามาตรฐานตามเกณฑ์ของ International Obesity Task Force⁽¹⁾ ซึ่งต่างจากเกณฑ์ของผู้ใหญ่ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2559 เด็กที่มีอายุระหว่าง 5-19 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนหรือโรคอ้วนมากกว่า 340 ล้านคนทั่วโลก⁽²⁾ นอกจากนั้น ความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กช่วงอายุดังกล่าวเพิ่มขึ้นอย่างมาก ในช่วง 41 ปีที่ผ่านมา จากร้อยละ 4

ในปี พ.ศ. 2518 เป็นกว่าร้อยละ 18 ในปี พ.ศ. 2559⁽²⁾ ซึ่งมีความใกล้เคียงกันในเด็กผู้หญิงและเด็กผู้ชาย สาเหตุหลักที่ทำให้เด็กมีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนเพิ่มขึ้นนั้น เกิดจากการบริโภคอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง อีกทั้งสิ่งแวดล้อมและสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปยังส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการกินน้ำหนักรวมถึงการมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น ประมาณร้อยละ 50 ของเด็กที่มีภาวะโรคอ้วน มีแนวโน้มที่จะมีภาวะโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เมื่อโตเป็นผู้ใหญ่⁽³⁾ นอกจากนี้ เด็กที่มีภาวะโรคอ้วน ยังมีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงต่อภาวะหายใจลำบากเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนและกระดูกแตก

(fractures) ความดันโลหิตสูง (hypertension) ภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) ภาวะการพร่องอินซูลิน และภาวะสุขภาพจิตอีกด้วย⁽²⁾

สถานการณ์ภาวะโรคอ้วนในเด็กของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยความชุกของภาวะโรคอ้วนในเด็ก ระหว่างอายุ 6-14 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.8 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 6.7 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 9.7 ในปี พ.ศ. 2552 และเป็นร้อยละ 13.9 ในปี พ.ศ. 2557⁽⁴⁾ แนวโน้มความชุกของภาวะโรคอ้วนในกลุ่มวัยรุ่นก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกัน แต่มีแนวโน้มคงที่ในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี⁽⁵⁾ หากไม่มีการดำเนินมาตรการใดๆ เพื่อป้องกันปัญหาเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วน แนวโน้มเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนจะเพิ่มสูงขึ้นจากการคาดประมาณ 3.3 ล้านคน (ร้อยละ 27) ในปี พ.ศ. 2563 เป็น 3.5 ล้านคน (ร้อยละ 32) และกรณีแย่ที่สุดจะเพิ่มถึง 7.4 ล้านคน (ร้อยละ 67.5) ในปี พ.ศ. 2573⁽⁶⁾ นอกจากนี้ เมื่อเด็กที่มีภาวะโรคอ้วน มีแนวโน้มที่จะโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีภาวะโรคอ้วน ส่งผลให้ประเทศสูญเสียผลิตภาพของวัยทำงาน (productivity loss) จากภาวะโรคอ้วนที่เป็นต้นทุนทางอ้อม (indirect cost) ประมาณ 6,558 ล้านบาท (ร้อยละ 54) และต้นทุนทางตรง (direct cost) ในการรักษาโรคที่เกิดจากภาวะโรคอ้วนประมาณ 5,584 ล้านบาท (ร้อยละ 46)⁽⁷⁾

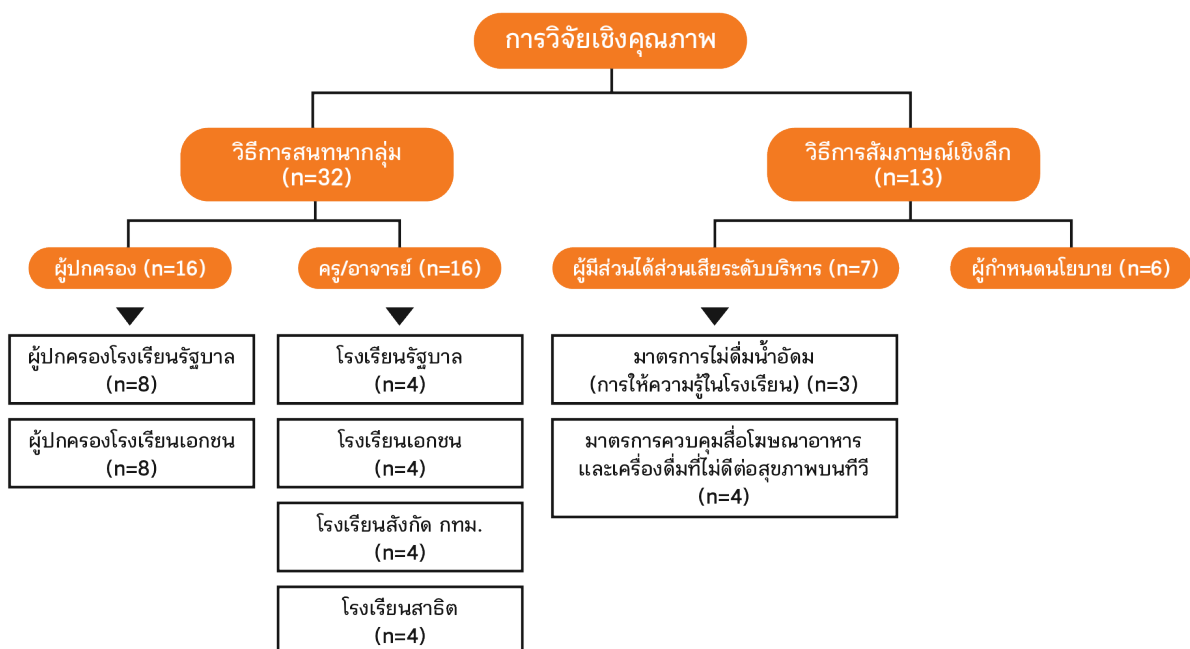
ดังนั้น วัตถุประสงค์ของบทความนี้ เพื่อนำเสนอการยอมรับการเข้าถึง ความยั่งยืนความเป็นไปได้และผลข้างเคียงของมาตรการทางสุขภาพที่ได้นำมาวิเคราะห์ความคุ้มค่าภายใต้โครงการการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของมาตรการทางสุขภาพในการลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย⁽⁸⁾

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ครอบคลุมกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องกับมาตรการทางสุขภาพในการลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย จำนวนทั้งหมด 45 คน ภายใต้โครงการการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของมาตรการทางสุขภาพในการลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย⁽⁸⁾ โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงกันยายน พ.ศ. 2563 ด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม แบ่งเป็น 6 กลุ่มการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระดับต่างๆ จำแนกได้ 3 กลุ่ม ดังภาพที่ 1 ประกอบด้วย

1. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยผู้ปกครองของนักเรียนที่มีอายุ 6-12 ปีที่กำลังศึกษาในระดับประถมศึกษา และครูระดับประถมศึกษาจากโรงเรียนรัฐบาลและเอกชน ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 32 คน

ภาพที่ 1 กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงคุณภาพ



2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับบริหารทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เกี่ยวข้องกับมาตรการสุขภาพในการลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย โดยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือทำหน้าที่เกี่ยวกับมาตรการสุขภาพในการลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ สถานีโทรทัศน์ และภาคธุรกิจ จำนวน 7 คน

3. ผู้กำหนดนโยบาย ด้านมาตรการสุขภาพในการลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นผู้ทำงานด้านการลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย เช่น กรมอนามัย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 6 คน

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ใช้แนวสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และวิธีการสนทนากลุ่มเพื่อเก็บข้อมูลความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ จากมุมมองของทั้งผู้กำหนดมาตรการฯ และผู้นำมาตรการฯ ไปปฏิบัติตามประเด็นสัมภาษณ์ ดังนี้

- การยอมรับในมาตรการฯ จากประชาชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง
- ความเหมาะสมของมาตรการฯ กับบริบทสังคมไทย
- การเข้าถึงมาตรการฯ ของประชาชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง
- ความยั่งยืนของมาตรการฯ หากไม่มีงบประมาณหรือการสนับสนุนจากภาครัฐ
- ความเป็นไปได้ของมาตรการฯ ในการดำเนินการในประเทศไทย
- ผลข้างเคียง หรือผลในทางลบของมาตรการฯ

มาตรการทางสุขภาพในการลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย

มาตรการฯ ในการศึกษาครั้งนี้ มี 2 มาตรการ คือ มาตรการไม่ดื่มเครื่องดื่มอัดลม (การให้ความรู้ในโรงเรียน) และมาตรการการควบคุมสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพบนทีวี ซึ่งเป็น 2 มาตรการจากหลากหลายมาตรการที่ได้รับคัดเลือกจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแก้ไขปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วน

ในเด็กไทย เพื่อนำมาวิเคราะห์ความคุ้มค่าเพื่อดำเนินการในประเทศไทย ภายใต้โครงการการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของมาตรการทางสุขภาพในการลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย⁽⁸⁾ โดยโครงการฯ ดังกล่าว ได้ทำการทบทวนงานวิจัยที่ศึกษามาตรการทางสุขภาพทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ที่ตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2552-2562 โดยเป็นงานวิจัยที่ (1) มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review) (2) ทำการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) หรือ (3) มีการวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness analysis: CEA) รายละเอียดของทั้ง 2 มาตรการที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มีดังนี้

1) มาตรการไม่ดื่มเครื่องดื่มอัดลม (การให้ความรู้ในโรงเรียน)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การป้องกันโรคอ้วนในเด็กด้วยการลดบริโภคเครื่องดื่มอัดลม⁽⁹⁾ ในประเทศอังกฤษ มีคุณภาพและเหมาะสมมากที่สุด ซึ่งเป็นงานวิจัยการทดลองแบบสุ่ม และมีกลุ่มควบคุม (cluster randomized controlled trial) กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กวัยเรียนระดับประถมศึกษา อายุ 7-11 ปี จำนวน 644 คน จาก 6 โรงเรียน โดยทำการแบ่งเด็กแต่ละชั้นในแต่ละโรงเรียนเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองเฉลี่ยจำนวน 22 คน ต่อกลุ่ม (หรือเรียกว่า 1 cluster) ซึ่งกลุ่มควบคุม มีเด็กจำนวน 319 คน หรือ 14 cluster และกลุ่มทดลองมีเด็กจำนวน 325 คน 15 cluster ให้เข้าร่วมกิจกรรมในระยะเวลา 1 ปี การศึกษา โดยกิจกรรมหลัก 3 ประเภท คือ

1. อบรมให้ความรู้ในชั้นเรียน จำนวน 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็นหัวข้อย่อย ได้แก่
 - 1.1 อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดี และส่งเสริมการดื่มน้ำเปล่า
 - 1.2 ให้เด็กชิมผลไม้ เพื่อเรียนรู้ความหวานตามธรรมชาติจากผลไม้
 - 1.3 แสดงพื้นที่ถูกแช่ในน้ำอัดลม เพื่อดูสภาพพื้นที่ที่ถูกกัดกร่อนจากเครื่องดื่มดังกล่าว
2. แข่งขันแต่งเพลงที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการมีสุขภาพดี จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง
3. นำเสนอผลงานศิลปะและการทดสอบในห้องเรียน (quiz) ตามเกมโชว์ทางทีวี จำนวน 1 ครั้ง เป็นเวลา 1 ชั่วโมง

โดยกิจกรรมของมาตรการนี้ มีต้นทุน 2 ส่วนคือ (1) ค่าวิทยากรที่ให้การอบรม และ (2) ค่าผลไม้ประกอบการอบรม (การอบรมให้ความรู้ในชั้นเรียนเรื่องสุขภาพและชิมผลไม้เพื่อเรียนรู้ความหวานตามธรรมชาติ)

สำหรับการประเมินต้นทุน (cost) ของมาตรการนี้ เมื่อนำมาดำเนินการในประเทศไทย โดยคำนวณจากเด็กอายุ 6-12 ปี ในปี พ.ศ. 2557 (ปีฐาน) จำนวน 5,643,522 คน แบ่งเป็นทั้งหมด 141,088 ห้อง (เด็ก 40 คนต่อห้อง) หากคิดต้นทุนจากค่าผลไม้อย่างเดียว ใช้ต้นทุน 41.3 บาท ในการลดภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็ก 1 คน⁽⁶⁾

2) มาตรการการควบคุมสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพบนทีวี

จากงานวิจัยการศึกษาแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ ในด้านประโยชน์ที่มีต่อสุขภาพ (health benefits) และ ต้นทุน-ประสิทธิผล (cost-effectiveness) ที่เกี่ยวข้องกับ การควบคุมโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณไขมัน และน้ำตาลสูง เพื่อมีการดำเนินมาตรการในประเทศไทย ออสเตรเลีย⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นมาตรการการจำกัดการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพในรายการเด็กบน ทีวีฟรี จนถึงเวลา 21.30 น. (โดยช่วงเวลาที่มีการรับชม สูงสุด 08.00-09.00 น. และ 19.00-20.00 น.)

หากนำมาตรการการควบคุมเวลาการโฆษณาอาหาร และเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพช่องฟรีทีวีในช่วงรายการเด็ก โดยช่วงที่เด็กรับชมทีวีมากที่สุดคือ เวลา 15.00-20.00 น. (วันธรรมดา) และ 6.00 น.-10.00 น. และ 15.00-20.00 น. (วันหยุดสุดสัปดาห์) มาดำเนินการในประเทศไทย โดยคิด

ต้นทุนการจัดการประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (ภาครัฐ และเอกชน) และการจัดทำสื่อเพื่อใช้ในการออกมาตรการ ใช้ต้นทุน 9.3 บาท ในการลดภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วน ในเด็ก 1 คน⁽⁶⁾

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากสถาบันวิจัยประชากรและ สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล COA. No. 2019/08-342

ผลการศึกษา

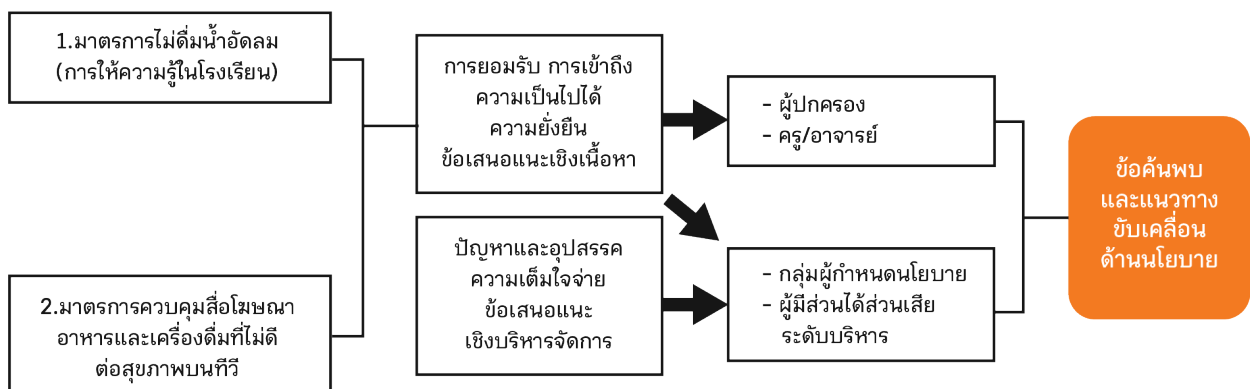
กรอบแนวคิดมาตรการทางสุขภาพในการลดปัญหา ภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย แสดงดังภาพที่ 2 โดยผลจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก ต่อมาตรการทางสุขภาพที่นำมาวิเคราะห์ความคุ้มค่า ในการลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย แยกแต่ละมาตรการฯ และกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

มาตรการการให้ความรู้ในโรงเรียน

กลุ่มผู้ปกครอง

การยอมรับ และการเข้าถึง: ผู้ปกครองทุกคนให้การ ยอมรับมาตรการฯ นี้ โดยให้ความเห็นว่าเป็นมาตรการที่ดี ทั้งการให้ความรู้และการทดลองทางวิทยาศาสตร์ เพราะ การสร้างความรู้พื้นฐาน และสร้างความเข้าใจให้กับเด็กๆ เกี่ยวกับโทษของน้ำตาล และเครื่องดื่มที่มีรสชาติหวาน จะช่วยให้สร้างความตระหนักให้เด็กเกี่ยวกับโทษของการ ดื่มน้ำอัดลม

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดมาตรการทางสุขภาพในการลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย



ความเป็นไปได้: สามารถนำเข้าไปไว้ในบทเรียนของเด็กๆ และมีกิจกรรมให้ความรู้ควบคู่กันไปเพื่อทำให้เด็กเห็นภาพ จึงทำให้เขาเรียนรู้และเกิดความเข้าใจมากขึ้น

ความยั่งยืน: หากมาตรการฯ นี้ ไม่ได้มีการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานภาครัฐ ผู้ปกครองยินดีที่จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากมาตรการนี้ให้กับเด็กๆ ถ้าโรงเรียนนำมาตรการฯ นี้ มาปฏิบัติในโรงเรียน โดยให้เหตุผลว่าอยากให้ลูกของตนไม่ดื่มเครื่องดื่ม และมีความสุขที่ดี

กลุ่มครู/อาจารย์

การยอมรับ และการเข้าถึง: ครู/อาจารย์ทุกคนให้การยอมรับมาตรการฯ นี้ โดยสามารถนำเนื้อหาและความรู้มาสอดแทรกในบทเรียนของเด็กได้ โดยไม่ต้องเพิ่มคาบสอนแยกออก และควรมีกิจกรรมให้เด็กได้ปฏิบัติควบคู่กันไป

ความเป็นไปได้: การทดลอง จะช่วยให้เด็กเห็นผลกระทบของการดื่มเครื่องดื่มได้ชัดเจนขึ้น นอกจากนี้การทดลองยังทำให้เด็กเกิดความสนใจ และสร้างความรู้ที่ยั่งยืนกับตัวเด็กเองด้วย

ความยั่งยืน: ต้องมีงบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าผลไม้ เพราะโรงเรียนไม่สามารถแบกรับภาระค่าใช้จ่ายตรงนี้ได้ ในขณะที่เดียวกันหากโรงเรียนนำงบอาหารกลางวันมาเฉลี่ยเป็นค่าผลไม้ด้วยยิ่งทำไม่ได้เลย ส่วนค่าตอบแทนวิทยากร หรือผู้สอนไม่ต้องมี เพราะเป็นหน้าที่ของครูที่ต้องให้ความรู้ แต่ควรมีงบสนับสนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการทดลอง นอกจากนี้ควรมีการเก็บข้อมูล วัดผล และประเมินผลมาตรการฯ ด้วย

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับบริหาร

การยอมรับ และการเข้าถึง: ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับบริหารทุกคนให้การยอมรับมาตรการฯ นี้ โดยให้ความเห็นว่ามีโอกาสที่จะช่วยลดภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กได้จริง ผู้บริหารและครูมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการสร้างความรู้เข้าใจ เรื่องการดื่มเครื่องดื่ม ตลอดจนการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เพื่อสร้างความตระหนักและพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ให้เหมาะสมกับช่วงวัย และลดการดื่มเครื่องดื่มหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ตลอดจนอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งสามารถนำไปสอดแทรกในเนื้อหาการเรียนการสอนได้

ความยั่งยืน และความเป็นไปได้: รัฐบาล หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรณรงค์และขับเคลื่อนมาตรการฯ นี้ ออกมาในรูปแบบนโยบายหรือยุทธศาสตร์เพื่อการปฏิบัติอย่าง

ต่อเนื่อง อีกทั้งควรมีการเก็บข้อมูล วัดผล และประเมินผล รวมถึงศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาปรับใช้ประยุกต์ เพื่อลดปัญหาเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วน

นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมบริโภคของเด็ก ดังนั้นนอกจากการสร้างความรู้ความเข้าใจ เรื่องการดื่มเครื่องดื่มหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ตลอดจนการบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพกับเด็กๆ แล้ว ผู้บริหารและครูควรสร้างกิจกรรมที่เป็นการสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการดื่มเครื่องดื่มหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน และอาหารที่ดีต่อสุขภาพให้กับผู้ปกครองควบคู่กันไปด้วย เพื่อลดโอกาสเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วน

กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย

การยอมรับ และการเข้าถึง: ผู้กำหนดนโยบายทุกคนให้ความเห็นว่ามาตรการฯ นี้เป็นมาตรการที่ดี และสามารถส่งผลในการลดภาวะเด็กเริ่มอ้วนและโรคอ้วนของเด็กในระยยาว โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพ ตลอดจนการบริโภคตามหลักโภชนาการที่เหมาะสมต่อร่างกาย จะช่วยให้เด็กมีความรู้ความเข้าใจ สามารถตัดสินใจบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีประโยชน์และดีต่อสุขภาพของตน

ความยั่งยืน และความเป็นไปได้: ต้องได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐอย่างต่อเนื่อง และควรมีการติดตามประเมินผล มาตรการฯ เพื่อช่วยให้เห็นผลการดำเนินมาตรการฯ ให้เป็นรูปธรรมและประโยชน์สูงสุด แต่ถ้าหากมาตรการฯ ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินมาตรการฯ จากภาครัฐ เรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพ ตลอดจนผลกระทบของผลการบริโภคเครื่องดื่มอัดลมและที่มีรสหวาน ควรนำไปใส่ในหลักสูตรการเรียนการสอน เพื่อส่งผลให้เด็กได้มีความรู้ และเกิดความยั่งยืนในระยะยาวได้

ผลข้างเคียง: หากไม่มีค่าตอบแทนให้ครูผู้สอนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินมาตรการฯ แต่ต้องดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้ต่างๆ อาจเป็นการเพิ่มภาระงานให้ครูผู้สอน และผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงอาจเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายให้โรงเรียน

ปัญหาและอุปสรรค: เนื่องจากรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปของคนในสังคมปัจจุบัน พ่อแม่และผู้ปกครองมีเวลาให้ครอบครัวน้อยลง รูปแบบการเลี้ยงดูลูกจึงได้รับผลกระทบ การบริโภคของลูก พ่อแม่จะเลือกบริการหรือ

อาหารรูปแบบที่ใช้เวลาน้อย รวมไปถึงตามใจลูกให้ ลูกบริโภคอาหารที่ซื้อสะดวก หรืออาหารที่เด็กอยากบริโภคมากกว่าคำนึงถึงคุณค่าทางอาหารที่เด็กจะได้รับ จึงทำให้เป็นอุปสรรคในการดำเนินมาตรการฯ เพราะถึงแม้จะดำเนินมาตรการฯอย่างไร หากเด็กกลับบ้าน หรืออยู่กับสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อ เด็กก็ยังมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพอยู่เหมือนเดิม

ความเต็มใจจ่าย: เมื่อพิจารณางบประมาณในการดำเนินมาตรการฯ และเปรียบเทียบกับผลการลดภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย รัฐสามารถสนับสนุนได้ เพราะอาจเป็นค่าใช้จ่ายที่จำนวนเล็กน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่รัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคไม่ติดต่อของประชาชนสูงวัย ที่เป็นผลมาจากภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนอีกนัยหนึ่ง ผู้กำหนดนโยบายมีความเห็นว่ารัฐอาจสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินมาตรการฯ เพื่อป้องกันภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย เพื่อในระยะยาวรัฐจะได้ประหยัดงบประมาณสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลที่มีประชากรป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อจำนวนมากลง รวมไปถึงอาจส่งผลให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามลำดับ

มาตรการการควบคุมสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพบนทีวี

กลุ่มผู้ปกครอง

การยอมรับ การเข้าถึง และความเป็นไปได้: ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 เห็นว่า เป็นมาตรการที่ดีและมีโอกาสที่จะช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อเด็กฯ ได้ และควรมีมาตรการควบคุมสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพบนสื่อออนไลน์ด้วย เนื่องจากปัจจุบันพฤติกรรมการรับสื่อของเด็กฯ เปลี่ยนไป ดูโทรทัศน์น้อยลง และเข้าถึงสื่อออนไลน์มากขึ้น

นอกจากนี้ ยังเสนอแนะว่า ควรผลิตโฆษณาที่ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการกิน เช่น ปริมาณที่เหมาะสมต่อการกิน 1 ครั้ง หรือสิ่งที่เป็นประโยชน์ เช่น กินขนม 1 ครั้ง ควรออกกำลังกาย ก็น่าที่ควบคู่กับโฆษณาขนมและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพด้วย

กลุ่มครู/อาจารย์

การยอมรับ การเข้าถึง และความเป็นไปได้: ร้อยละ 90 เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในบริบทสังคมไทย และควรออกมาตรการควบคุมสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพบนสื่อออนไลน์ด้วย นอกจากนี้ มาตรการไม่ดื่ม

น้ำอัดลม (การให้ความรู้ในโรงเรียน) ควรบังคับใช้ควบคู่กับมาตรการการควบคุมสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพบนทีวี ซึ่งจะช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพลดลง ช่วยเปลี่ยนแปลงให้เด็กบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากขึ้น และส่งผลให้เด็กมีสุขภาพที่ดี

ผลข้างเคียง: หากสามารถควบคุมสื่อโฆษณาได้ ภาคธุรกิจจะมีวิธีการเข้าถึงเด็กในรูปแบบอื่น เช่น การเข้ามาทำกิจกรรมในโรงเรียน แฝงการแจก/โฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพให้เด็กฯ โดยตรง

กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับบริหาร

การยอมรับ การเข้าถึง และความเป็นไปได้: ร้อยละ 70 ให้การยอมรับมาตรการฯ นี้ และเห็นว่ามีความเป็นไปได้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบางกลุ่มไม่ยากให้ห้ามโฆษณาไม่ว่าจะช่วงรายการเด็กหรือไม่ใช่รายการเด็ก แต่ควรผลิตสื่อที่สร้างความรู้เกี่ยวกับบริโภคเชิงบวกน่าจะเหมาะสมมากกว่า

อีกทั้ง ให้ความเห็นว่าการควบคุมสื่อโฆษณาไม่ใช่ทางออกที่ทำให้เด็กเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและงบประมาณสำหรับการประชุมเพื่อออกมาตรการฯ มีโอกาสที่จะบานปลายมีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก

ความยั่งยืน: ส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าการแก้ปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย ไม่จำเป็นต้องจำกัดสื่อโฆษณา แต่ควรสร้างภาคีเครือข่ายและสร้างความร่วมมือกับภาคเอกชนในการปลูกกระแสรักษาสุขภาพและสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับเด็กได้ รวมไปถึงการสนับสนุนจากรัฐบาลในการขับเคลื่อนมาตรการฯ ให้ประสบความสำเร็จ

ผลข้างเคียง: จะส่งผลต่อระบบเศรษฐกิจของบริษัทที่มีขนาดเล็กถึงกลาง แต่ในขณะที่บริษัทขนาดใหญ่ จะไม่ได้รับผลกระทบ รวมไปถึงสถานีโทรทัศน์เองก็ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ: มีความเห็นว่าการแก้ปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทยต้องมีการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้กับเด็ก โดยทั้งภาครัฐและเอกชนต้องร่วมมือกันทำงานและขับเคลื่อนมาตรการฯ ไปพร้อมกัน เพื่อให้เด็กมีความรอบรู้ทางสุขภาพ สามารถนำความรู้ไปใช้ชีวิตต่อไป

กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย

การยอมรับ การเข้าถึง และความเป็นไปได้: ร้อยละ 80 ให้การยอมรับมาตรการฯ นี้ และให้ความเห็นเกี่ยวกับ

ความเป็นไปได้ว่า หากมาตรการฯ นี้ออกมาเป็นข้อบังคับ อาจไม่สามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ผู้กำหนดนโยบายมองว่ามาตรการฯ นี้อาจไม่ใช่มาตรการเร่งด่วน เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรการลดสถานการณ์อุบัติเหตุ เช่น มาตรการสวมหมวกกันน็อกที่เป็นสถานการณ์เร่งด่วน หรือ มาตรการการควบคุมการแพร่ระบาดของ COVID-19 เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ: ในการออกมาตรการฯ เพื่อบังคับใช้ ควรนิยามคำ หมายหมายของคำ รวมไปถึงนัยยะต่างๆ ให้ชัดเจน และสามารถครอบคลุมไปถึงแนวโน้มและวิธีการ การจัดการปัญหาในอนาคต และปัจจุบันเด็กมีพฤติกรรม การใช้ออนไลน์มากกว่าดูทีวี ในอนาคตควรควบคุมถึง สื่อออนไลน์เช่นเดียวกัน

ความเต็มใจจ่าย: มีความเห็นว่างบประมาณในการออก มาตรการฯ มีความคุ้มค่ากับการป้องกันเด็กไม่ให้เกิดภาวะ เริ่มอ้วนและโรคอ้วน และมองว่ารัฐบาลสามารถนำมาตราการนี้ ไปดำเนินการขับเคลื่อนได้เลย

วิจารณ์

จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อฟัง ความคิดเห็นจากผู้ให้ข้อมูลกลุ่มต่างๆ พบว่า มีความเห็น ไปในทิศทางเดียวกัน คือ ยอมรับว่านำมาใช้ได้เหมาะสม เพราะบางโรงเรียนมีกิจกรรมเสริมความรู้ในการดูแลด้าน โภชนาการป้องกันภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วน ซึ่งเป็นนโยบาย ของผู้บริหารและคณาจารย์ในโรงเรียนเหล่านั้น อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลทั้งสามกลุ่ม มีความกังวลต่อความยั่งยืน ของกิจกรรมในระยะยาว โดยมีความเห็นว่า รัฐบาลต้องสนับสนุน งบประมาณในการดำเนินมาตรการฯ เพื่อป้องกันภาวะ เริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย

ดังนั้น ข้อค้นพบของการศึกษานี้ นำมาสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ภาครัฐควรพิจารณาการนำมาตรการการควบคุม สื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพบนทีวี (ต้นทุน 9.3 บาท ในการลดภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วน ในเด็ก 1 คน) ไปขับเคลื่อนเพื่อดำเนินการ เพราะมีความคุ้มค่า มากกว่ามาตรการการให้ความรู้ในโรงเรียน (ต้นทุน 41.3 บาท

ในการลดภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็ก 1 คน) โดยให้ ความสำคัญกับวิธีการสื่อสารสาธารณะกับประชาชนด้วย นอกจากนี้ เมื่อคำนึงถึงข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในเรื่องการยอมรับการเข้าถึงความเป็นไปได้และความยั่งยืนแล้ว การนำมาตรการควบคุมสื่อมาบังคับใช้ จะเกิดผลด้านบวก ในระยะยาวต่อการลดงบประมาณสนับสนุนค่ารักษา พยาบาลจากจำนวนประชากรที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ลดลง รวมไปถึงอาจส่งผลให้ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม หากไม่ติดขัดเรื่องงบประมาณ สนับสนุน ภาครัฐควรพิจารณานำมาตราการทั้งสองดังกล่าว ไปดำเนินการร่วมกันด้วย

ข้อเสนอแนะอื่นๆ ภาครัฐหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรคำนึงถึง การนำเสนอสื่อเชิงบวก เช่น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปริมาณ ที่เหมาะสมในการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ใน 1 วัน และระยะเวลาการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับการ บริโภคนั้นๆ หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลทางสังคมและอารมณ์ ที่จะได้รับ (immediate social and emotional benefits) เมื่อบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพ เช่น ความสุข ความสนุกสนาน การแบ่งปัน นอกจากนี้ นักวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาทำการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่ม ควบคุม (randomized controlled trial) ของมาตรการ ทางสุขภาพเพื่อลดปัญหาภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนในเด็กไทย เช่น การนำเสนอสื่อเชิงบวก การควบคุมสื่อโฆษณาบน social media หรือ community-based interventions เป็นต้น ซึ่งจะได้ intervention effect ในบริบทของประเทศไทย และนำมาวิเคราะห์ความคุ้มค่าต่อได้

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในเรื่องความ ครอบคลุมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งควรพิจารณาเก็บข้อมูล ในกลุ่มเด็ก ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับผลกระทบโดยตรง และภาคี เครือข่ายที่ทำงานรณรงค์เรื่องโรคอ้วนในเด็กด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เอกสารอ้างอิง

1. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ* 2000;320(7244):1240-3.
2. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight 2022 [Internet]. [cited 2022 Aug 1]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Ward ZJ, Long MW, Resch SC, Giles CM, Cradock AL, Gortmaker SL. Simulation of growth trajectories of childhood obesity into adulthood. *N Engl J Med* 2017;377(22):2145-53.
4. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
5. Bryant J, Rittirong J, Aekplakorn W, Mo-suwan L, Nitnara P. A Bayesian approach to combining multiple information sources: Estimating and forecasting childhood obesity in Thailand. *PLOS ONE* 2022;17(1):e0262047.
6. โครงการพัฒนางานวิจัยเชิงนโยบายเพื่อลดปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กไทย (childhood overweight and obesity (COO) policy research). ก้าวต่อไปกับการจัดการปัญหาโรคอ้วนในเด็กไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
7. Pitayatienanon P, Butchon R, Yothasamut J, Aekplakorn W, Teerawattananon Y, Suksomboon N, et al. Economic costs of obesity in Thailand: a retrospective cost-of-illness study. *BMC Health Serv Res* 2014;14:146.
8. พจนา หันจางสิทธิ์, ดลชัย ะวะวังจุ, วรณสุดา งามอรุณ, คมกฤษ ตะเพียนทอง. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการความคุ้มค่าของมาตรการทางสุขภาพในการลดปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
9. James J, Thomas P, Cavan D, Kerr D. Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004;328(7450):1237.
10. Brown V, Ananthapavan J, Veerman L, Sacks G, Lal A, Peeters A, et al. The potential cost-effectiveness and equity impacts of restricting television advertising of unhealthy food and beverages to Australian children. *Nutrients* 2018;10(5):662.

Stakeholders' Opinions on Interventions to Reduce Overweight and Obesity in Thai Children

*Pojjana Hunchangsith, Khomkrit Tapienthong, Donlachai Hawangchu, Wansuda Ngam-a-roon
Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Nakhon Pathom Province, Thailand*

Abstract

The prevalence of overweight and obesity in Thai children aged 6-14 years increased steadily from 5.8% to 13.9% between 1995 to 2014. Without preventive interventions, the trend of children with overweight and obesity would rise from the projection 3.3 million (27%) in 2020 to 3.5 million (32%), and to 7.4 million (67.5%) in 2030 in the worst-case. The aim of this study was to understand the acceptance, accessibility, sustainability, feasibility and side effects of health interventions for reduction of overweight and obesity in Thai children. This study was a qualitative research, collected data using focus group discussion and in-depth interview during August and September 2020. The data were collected using a semi-structured interview of two interventions; a carbonated drinks-free program (school-based education) and restricting television advertising of unhealthy food and beverages. The results based on focus group discussion and in-depth interview showed that both interventions were consensus accepted and it could be implemented appropriately in Thailand. However, the key informants were concerned about sustainability of long-term activities. It is suggested that the budget for implementing those interventions should be supported by the government. The interventions would create a long-term positive effect on reducing the medical expenses budget for treating the patients with non-communicable disease. However, selectively, it is recommended that the government consider implementing restriction on TV advertising of unhealthy food and beverages since it has been found to be the more cost-effective option.

Keywords: overweight; obesity; Thai children; qualitative research

การโฆษณาสินค้าประเภทอาหารและเครื่องดื่มทางโทรทัศน์ดิจิทัลและยูทูปที่ไม่เหมาะสมต่อการส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี

นงนุช จินดารัตนาภรณ์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมทางโทรทัศน์ดิจิทัลและยูทูปของประเทศไทย ใช้การบันทึกรายการโทรทัศน์ดิจิทัล จำนวน 2 ช่อง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 5-11 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ในวันจันทร์-ศุกร์ ช่วงเวลา 15.00-20.00 น. และ 20.30-22.30 น. และวันเสาร์-อาทิตย์ ช่วงเวลา 06.00-09.00 น. และ 15.00-20.00 น. และ 20.30-22.30 น. ส่วนยูทูปคัดเลือกช่องยูทูปเบอร์ที่มีผู้ติดตามสูงสุด 3 อันดับแรกของประเทศไทย วิเคราะห์โฆษณาตรงเฉพาะโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม ตามหลักเกณฑ์การจำแนกอาหาร ผลการศึกษาพบว่า โฆษณาอาหารและเครื่องดื่มทั้งทางโทรทัศน์ดิจิทัลและยูทูปเป็นโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมมากกว่าอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสม เนื้อหาของการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมส่วนใหญ่นำเสนอการบริโภคสินค้าทำให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกที่ดี เช่น อร่อย ความสุข ความสนุกสนาน และความสดชื่น และตัวสินค้ามีวัตถุดิบและสารอาหารที่ดี เป็นประโยชน์ต่อร่างกายและความสวยความงาม รวมทั้งการโฆษณาการส่งเสริมการตลาดด้วยการลด แลก แจก แถม และการชิงโชคที่มีรางวัลมูลค่าสูง กฎหมายที่บังคับใช้ในปัจจุบันยังไม่มีมาตรการควบคุมที่ครอบคลุมโฆษณาเหล่านี้ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรปรับปรุงกฎหมาย เพื่อควบคุมเนื้อหาการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมของประเทศไทยต่อไป

คำสำคัญ: การโฆษณา; อาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม; โทรทัศน์ดิจิทัล; ยูทูป

บทนำ

การโฆษณาเป็นเครื่องมือส่งเสริมการขายอย่างหนึ่ง ซึ่งองค์กรต่างๆ ใช้ในการสื่อสารสินค้าของตนไปยังลูกค้าเป้าหมาย การโฆษณาช่วยให้มั่นใจได้ถึง การพบเห็นสินค้า เพิ่มยอดขาย สร้างการรับรู้ ปรับปรุงทัศนคติของลูกค้าที่มีต่อสินค้าของบริษัท กระตุ้นความต้องการสินค้า และเพิ่มฐานลูกค้า นอกจากนี้ ทุกองค์กรที่ใช้การโฆษณามีความได้เปรียบในการแข่งขันเหนือองค์กรอื่นๆ⁽¹⁾ ตั้งแต่เดือนมกราคม-สิงหาคม พ.ศ. 2565 บริษัทอาหารและเครื่องดื่มในประเทศไทยลงทุนโฆษณาสินค้าของตนเองผ่านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะทางโทรทัศน์และสื่ออินเทอร์เน็ต สูงมากถึง 12,886 ล้านบาท ซึ่งเป็นการลงทุนโฆษณาสูงมากกว่าบริษัทสินค้าอื่นๆ⁽²⁾ การลงทุนโฆษณาด้วยงบประมาณมหาศาล

จึงเป็นการเพิ่มการพบเห็นโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มของลูกค้า⁽¹⁾

ข้อมูลวิชาการทั้งไทยและต่างประเทศพบว่าการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ปรากฏทั้งทางโทรทัศน์และยูทูปนั้นส่วนใหญ่เป็นอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมต่อการส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี⁽³⁻⁸⁾ โดยอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมนั้น เป็นอาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณพลังงาน ไขมัน น้ำตาล และโซเดียมสูง ซึ่งได้จากการคำนวณปริมาณสารอาหารเทียบกับเกณฑ์สารอาหารที่ร่างกายควรได้รับจากอาหารแต่ละประเภทต่อวัน แล้วแบ่งระดับคุณค่าทางโภชนาการของอาหารและเครื่องดื่ม หากอาหารและเครื่องดื่มมีปริมาณไขมัน น้ำตาล และโซเดียมต่ำกว่าเกณฑ์สารอาหารที่ร่างกายได้รับต่อวัน จึงจัดว่าเป็นอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสม⁽⁹⁾ นอกจากนี้ การสำรวจพฤติกรรม

การบริโภคสื่อของเด็กในประเทศไทย พ.ศ. 2564 ระบุว่า ร้อยละ 89 ของเด็กไทยที่มีอายุ 10-14 ปี พบเห็นโฆษณาขนมขบเคี้ยว ไก่ทอด และเครื่องดื่มรสหวานผ่านสื่อต่างๆ โดยเฉพาะสื่ออินเทอร์เน็ตและโทรทัศน์⁽¹⁰⁾ องค์การอนามัยโลกได้เสนอประสิทธิผลของการสื่อสารการตลาดซึ่งรวมถึงการโฆษณาไว้ว่า ประสิทธิภาพของการสื่อสารการตลาดขึ้นอยู่กับปัจจัยการพบเห็นการสื่อสารการตลาดและปัจจัยอำนาจ (หมายถึง เนื้อหา เช่น การใช้ข้อความและรูปแบบที่ดึงดูดใจ เช่น ผู้แสดงแบบที่มีผู้มีชื่อเสียง) โดยทั้งสองปัจจัยส่งผลให้เกิดความชอบ ความต้องการหรือร้องขอให้ซื้อ และการบริโภคของเด็ก⁽¹¹⁾ ดังนั้นการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่โน้มน้าวใจและมีอิทธิพลอย่างมากต่อการเพิ่มความชอบอาหารและเครื่องดื่ม พฤติกรรมการบริโภค และโรคอ้วนของเด็ก⁽¹²⁻¹⁵⁾

ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการศึกษาโฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม⁽¹⁶⁾ สำหรับเด็กและเยาวชนทางโทรทัศน์แบบฟรีทีวีระบบอนาล็อก^(17,18) และเพชบุ๊ก⁽¹⁹⁾ แต่ยังคงขาดการติดตามการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมทางโทรทัศน์ดิจิทัลและยูทูป ดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและวิเคราะห์เนื้อหาโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมทางโทรทัศน์และยูทูปของประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลให้แก่ผู้กำหนดนโยบายสามารถนำไปพัฒนานโยบายหรือมาตรการควบคุมการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมของ

ประเทศไทย อันนำไปสู่การลดปัจจัยอำนาจของโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมของเด็กไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ โดยการบันทึกรายการโทรทัศน์ดิจิทัลและยูทูป ซึ่งมีวิธีการดำเนินการศึกษา ดังนี้

หน่วยศึกษาและเกณฑ์การคัดเลือก

หน่วยการศึกษาประกอบด้วยช่อง/สถานีโทรทัศน์ดิจิทัลและช่องยูทูปเบอร์ ในช่วงเวลาที่มีผู้รับชมมากที่สุด และเนื่องด้วยข้อจำกัดด้านระยะเวลาการศึกษาและงบประมาณ หน่วยศึกษาของการศึกษานี้จึงเลือกศึกษาในโทรทัศน์ดิจิทัล จำนวน 2 ช่อง/สถานี และยูทูป จำนวน 3 ช่อง โดยโทรทัศน์ดิจิทัลคัดเลือกจากข้อมูลการวัดเรตติ้งช่องทีวีดิจิทัล เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 การศึกษานี้คัดเลือกคัดเลือกช่อง/สถานีที่มีเรตติ้งสูงสุด 2 อันดับแรก⁽²⁰⁾ ได้แก่ ช่อง 7 และ 3 สำหรับยูทูป (YouTube) หลักฐานทางวิชาการของประเทศอังกฤษบ่งชี้ว่า การตลาดอาหารที่ใช้ influencer ของยูทูป มีผลกระทบต่อการใช้บริโภคของเด็ก^(21,22) ดังนั้น การศึกษานี้คัดเลือกช่องยูทูปเบอร์ที่มีผู้ติดตามสูงสุด 3 อันดับแรกของประเทศไทย ข้อมูลวันที่ 19 เดือนเมษายน พ.ศ. 2565 จากเว็บไซต์จัดอันดับช่องยูทูปเบอร์ SocialBalde.com⁽²³⁾ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่องยูทูปเบอร์ที่มีผู้ติดตามสูงสุด 3 อันดับแรกของประเทศไทย

Username	Upload	Subscribed	Video views
1. zbing z.	2,642	16.0 ล้านคน	7,977,924,305
2. Kaykai Salaidar	391	15.7 ล้านคน	4,167,236,031
3. Bie The Ska	1,296	13.7 ล้านคน	4,317,240,009

เกณฑ์การวัด

1. การจัดประเภทของโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 182) พ.ศ. 2541 เรื่อง ฉลากโภชนาการ⁽²⁴⁾ เพราะอาหารกลุ่มที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการเป็นอาหารที่มีการกล่าวอ้างทางโภชนาการและมีการใช้คุณค่าสารอาหารในการส่งเสริมการขายโดยอาหารแบ่งออกเป็น 10 กลุ่ม

2. หลักเกณฑ์การจำแนกอาหาร (nutrient profile) ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย⁽⁹⁾ มีกระบวนการในการจำแนกอาหาร 5 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การจัดประเภทอาหารออกเป็นอาหารว่าง และเครื่องดื่ม (2) การกำหนดสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับจากอาหารแต่ละประเภทต่อวัน (3) การแบ่งระดับคุณค่าทางโภชนาการของอาหารและเครื่องดื่ม (4) การให้คะแนนอาหารและเครื่องดื่มจากข้อมูลปริมาณสารอาหารตามฉลากโภชนาการ และ (5) การตัดเกรดอาหารและเครื่องดื่ม⁽⁹⁾ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ อาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสม และอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม

3. การวิเคราะห์เนื้อหาของโฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม ใช้เกณฑ์ตามผลการวิจัยเอกสารของโครงการการติดตามการตลาดที่เกี่ยวข้องกับอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเด็กและเยาวชน ผ่านสื่อโทรทัศน์ และยูทูป⁽²⁵⁾ โดยแบ่งเป็น 7 เนื้อหาหลัก ประกอบด้วย (1) การบริโภคสินค้าของผู้มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับของผู้บริโภค (2) การบริโภคสินค้าในขณะที่ทำกิจกรรมสันทนาการ (3) ตัวสินค้ามีวัตถุดิบและสารอาหารที่ดีเป็นประโยชน์ต่อร่างกายและความสวยงาม (4) สินค้าบริโภคได้ทุกเพศทุกวัยทานคู่กับอาหารอื่นๆ ได้ และรสชาติเหมือนอาหารจริง (5) การบริโภคสินค้าทำให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกที่ดี (6) การบริโภคสินค้าช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ (ลงมือทำหรือบอกความในใจ) และ (7) การบริโภคสินค้าสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนสำคัญของผู้บริโภคและผู้บริโภค โดยเนื้อหาเหล่านี้สร้างความเป็นจริงให้แก่ผู้รับชมเข้าใจและยอมรับรูปแบบพฤติกรรมบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง ให้กลายเป็นส่วนหนึ่งหรือเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและการดำรงชีวิต⁽²⁵⁾

4. โฆษณากรรมการตลาดของอาหารและเครื่องดื่มใช้เกณฑ์ตามผลการวิจัยเอกสารของโครงการการติดตามการตลาดที่เกี่ยวข้องกับอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเด็กและ

เยาวชนผ่านสื่อโทรทัศน์ และยูทูป⁽²⁵⁾ ได้แก่ (1) การลด แลก แจก แถม เช่น การซื้อสินค้าที่ร้านสะดวกซื้อที่ร่วมรายการในราคาพิเศษ (2) การชิงโชค เช่น ส่งรหัสใต้ฝาเครื่องดื่มเพื่อชิงไปทัวร์ต่างประเทศ หรือชิงรถยนต์ โทรศัพท์มือถือ (ทีวีญี่ปุ่นยกแก๊ง) หรือได้เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้แสดงแบบ (3) การให้ทุนอุปถัมภ์ ได้แก่ ด้านกีฬา ดนตรี บันเทิง (เช่น ละครชุด ภาพยนตร์) การศึกษา ศิลปะ การกุศล งานบุญ ประเพณี/เทศกาล/มหกรรม และอาหารหรือร้านอาหาร (4) การจัดประกวดหรือแข่งขัน เช่น ออกแบบตราสินค้าวาดภาพ เพื่อชิงรางวัล และ (5) การจัดงานเปิดตัวสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ใหม่ เช่น การแถลงข่าวเปิดตัวสินค้าใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ (1) แผ่นดีวีดี (DVD) บันทึกภาพและเสียงจากรายการโทรทัศน์ดิจิทัล (2) ตารางลงเนื้อหาและรหัส (coding sheet) โดยวิเคราะห์จากรายการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่เคยมักศึกษาไว้ ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป (ได้แก่ การโฆษณาตรง (spot) ประเภทโฆษณาตรง ความยาวของโฆษณาประเภทอาหารและเครื่องดื่ม ช่วงเวลา) เนื้อหาของโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม 7 เนื้อหาหลัก และโฆษณากิจกรรมส่งเสริมการตลาด 5 กิจกรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โทรทัศน์ดิจิทัล

1. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งหมด 1 สัปดาห์ ในระหว่างวันที่ 5-11 พฤษภาคม พ.ศ. 2565

2. ช่วงเวลาในการบันทึกการออกอากาศรายการโทรทัศน์ โดยใช้เกณฑ์ประกาศช่วงเวลาสำหรับเด็กเยาวชน และครอบครัว (16.00-18.00 น. ของทุกวัน และ 7.00-9.00 น. วันเสาร์และวันอาทิตย์)⁽²⁶⁾ ร่วมกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เรื่อง การมีอุปกรณ์รับชมรายการโทรทัศน์ในครัวเรือน พ.ศ. 2562 ข้อมูลเกี่ยวกับช่วงเวลาที่เปิดรับสื่อโทรทัศน์มากที่สุด (ช่วงเวลาในการรับชมรายการโทรทัศน์ พบว่า ส่วนใหญ่รับชมรายการโทรทัศน์ในช่วงเวลา 18.01-21.00 น. มากที่สุด ร้อยละ 88.1 รองลงมาคือ ช่วงเวลา 06.01-09.00 น. ร้อยละ 52 และช่วงเวลา 15.01-18.00 น. ร้อยละ 36.8 และร้อยละ 81.2 ของกลุ่มตัวอย่างรับชมละคร / ซีรีส์ / ภาพยนตร์)⁽²⁷⁾ ดังนั้น ช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล สรุปได้ดังนี้

2.1 วันจันทร์-ศุกร์ ช่วงเวลา 15.00-20.00 น. และ 20.30-22.30 น.

2.2 วันเสาร์-อาทิตย์ ช่วงเวลา 06.50-09.00 น. และ 15.00-20.00 น. และ 20.30-22.30 น.

ยูทูป (YouTube)

จากช่องยูทูปเบอร์ที่มีผู้ติดตามสูงสุด 3 อันดับแรก ของประเทศไทย ทีมวิจัยคัดเลือกคลิปวิดีโอยอดนิยมที่มี

การเข้าชมมากที่สุด 3 คลิป ที่มีความยาวมากกว่า 20 นาที ต่อคลิป ของแต่ละช่องยูทูปเบอร์ในระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 17 เมษายน พ.ศ. 2565 ยกเว้นช่องยูทูปเบอร์ Kaykai Salaidar มีความถี่ในการลงคลิปวิดีโอเดือนละ 2 คลิป จึงคัดเลือกคลิปวิดีโอ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 – 17 เมษายน พ.ศ. 2565 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คลิปวิดีโอที่มียอดเข้าชมมากที่สุด 3 คลิป ของแต่ละช่องยูทูปเบอร์

ช่องยูทูปเบอร์	ชื่อคลิป	ยอดเข้าชม (ครั้ง)	ความยาว ของคลิปวิดีโอ (นาที)	วัน/เดือน/ปี ที่ลงคลิปวิดีโอ
1. zbing z.	1. แหกคุกหนีตำรวจพุงย้วย Roblox	2,826,176	28.25	15 มีนาคม พ.ศ. 2565
	2. ตามหาปากกาหายาก #1 Find The Markers Roblox	1,846,659	28.10	23 มีนาคม พ.ศ. 2565
	3. ขโมยชีสเขาวงกตหนูยักษ์ Roblox Cheese Escape	1,525,135	26.14	22 มีนาคม พ.ศ. 2565
2. Kaykai Salaidar	1. คลิปแข่งเกมทายหน้า กับ ทีมงาน คุณภาพ (SPD ผู้ให้ก๊มา)	5,347,297	28.13	3 กรกฎาคม พ.ศ. 2564
	2. เก่โก้กลับมาแล้ว (เปิดตัวทีมงานใหม่ หล่อสุดๆ)	2,984,931	25.27	9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564
	3. เก่โก้ X สวนน้ำ Bluetree (ทีมงาน คุณภาพเจอบททีมงานใหม่ครั้งแรก!!)	2,016,665	24.39	18 ธันวาคม พ.ศ. 2564
3. Bie The Ska	1. เที้ยมัยครับ EP.19 บุกสลัมอินเดีย ตามล่าหาขนมไฟลุก!! (Part 1)	1,276,765	28.25	14 เมษายน พ.ศ. 2565
	2. เที้ยมัยครับ EP.19 ที่มาของคำว่า หัวร้อน จดจำจนวันตายที่อินเดีย (Part 2)	1,178,229	28.57	16 เมษายน พ.ศ. 2565
	3. แข่งไปบางแสนด้วยเครื่องบิน VS รถยนต์ ใครจะชนะ!!	1,114,815	22.49	8 มีนาคม พ.ศ. 2565

*ข้อมูล ยอดเข้าชม ณ วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2565

การบันทึกการออกอากาศรายการโทรทัศน์ดิจิทัลได้จ้างบริษัทเอกชนบันทึกลงในแผ่นดีวีดี (DVD) ในส่วนของยูทูป เนื่องจากช่วงเวลาที่ยูทูปเบอร์โพสต์หรือลงคลิปวิดีโอมากที่สุด คือ วันพฤหัสบดีและวันศุกร์ ช่วงเวลา 12.00-16.00 น.⁽²⁸⁾ ในส่วนของผู้ชมจะนิยมใช้งานวันจันทร์-ศุกร์ กลุ่มเด็กอายุ 6-18 ปี ช่วงเวลา 16.00-20.00 น. ขณะที่กลุ่มเยาวชนอายุ 19-22 ปี รับชมคลิปหลังเลิกเรียน ช่วงเวลา 19.00-24.00 น. และวันเสาร์และวันอาทิตย์ กลุ่มผู้ชมรับชมคลิปวิดีโอ ในช่วงเวลา 09.00-11.00 น.⁽²⁸⁾ และ 19.00-22.00 น.⁽²⁹⁾ ดังนั้น เจ้าหน้าที่งานศึกษาวิเคราะห์สื่อ จำนวน 4 ท่าน เปิดเล่นแต่ละคลิปวิดีโอและบันทึกโฆษณาจากหน้าจอ จำนวน 15 คลิป ในวันจันทร์-ศุกร์ ช่วงเวลา 16.00-24.00 น. และวันเสาร์-อาทิตย์ ช่วงเวลา 9.00-11.00 น. และ 19.00-22.00 น. จากนั้น เจ้าหน้าที่งานศึกษาวิเคราะห์สื่อวิเคราะห์โฆษณาจากรายการโทรทัศน์ดิจิทัลและยูทูป และบันทึกข้อมูลและรูปภาพลงในตารางลงเนื้อหาและรหัส (coding sheet) ในวันที่ 14 เดือนพฤษภาคม - วันที่ 15 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์อาหารและเครื่องดื่มที่โฆษณาทางโทรทัศน์ และยูทูป เพื่อจำแนกอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม โดยอาหารและเครื่องดื่มที่มีปริมาณพลังงาน ไขมัน น้ำตาล และโซเดียมเกินเกณฑ์มาตรฐานของสำนักโภชนาการ⁽⁹⁾ จัดเป็นอาหารและเครื่องดื่มที่มีคุณภาพต่ำและไม่เหมาะสมต่อการส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี และวิเคราะห์ข้อมูลโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มด้วยการบรรยายข้อมูลในรูปแบบความถี่ (frequency) ได้แก่ (1) โฆษณาสินค้าเฉพาะโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมที่ปรากฏในรายการโทรทัศน์และคลิปวิดีโอที่ศึกษา (2) เนื้อหาการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม และ (3) โฆษณากิจกรรมการตลาดของอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เรียบร้อยแล้ว ใบประกาศนียบัตรอนุมัติ เลขที่ COA.

No. 2021/06-121 Protocol No. IPSR-IRB-2021-121 เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2564

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม

จากการศึกษาโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มของ 2 สถานี มีโฆษณาทั้งหมด 4,152 ชิ้น พบว่า โฆษณาที่ไม่ใช่อาหารและเครื่องดื่มมีจำนวน 3,035 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 73 และโฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม จำนวน 1,117 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 27 ในโฆษณาเหล่านี้มีจำนวนโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มไม่เหมาะสม (1,064 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 95) มากกว่าโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสม (53 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 5) โดยสถานีโทรทัศน์ที่มีโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มไม่เหมาะสมมากที่สุด คือ ช่อง 3 จำนวน 687 ชิ้น ในขณะที่ช่องยูทูปเบอร์ 3 ช่อง ใน 9 คลิปวิดีโอ มีโฆษณาตรงทั้งหมด 124 ชิ้น แบ่งเป็นโฆษณาที่ไม่ใช่อาหารและเครื่องดื่ม จำนวน 109 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 88 และโฆษณาอาหารและเครื่องดื่ม จำนวน 15 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 12 ซึ่งมีจำนวนโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม (10 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 67) มากกว่าโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสม (5 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 33) โดยช่องยูทูปเบอร์ Kaykai Salaidar ที่มีโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มไม่เหมาะสมมากที่สุด จำนวน 4 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 40

เมื่อจำแนกประเภทอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมออกเป็น 9 ประเภท พบว่า โฆษณาทางโทรทัศน์ดิจิทัล มีจำนวนการโฆษณาในกลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่มมากที่สุด จำนวน 478 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 44.9 รองลงมาคือ กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับนม จำนวน 191 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 17.9 และกลุ่มอาหารเสริม (เช่น แบรินด สก็อต) มีจำนวนโฆษณา 93 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 8.7 ซึ่งมีความยาวประมาณ 15 วินาที และพบโฆษณาดังกล่าวในช่วงเวลา 16.01-18.00 น. รองลงมาคือ ช่วงเวลา 20.30-22.30 น. ในส่วนของช่องยูทูปเบอร์ มีจำนวนการโฆษณาในกลุ่มอาหารขบเคี้ยวและกลุ่มอาหารสำเร็จรูปมากที่สุด ซึ่งมีจำนวนเท่ากันคือ 4 ชิ้น คิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งใช้รูปแบบการโฆษณาวิดีโอแบบข้ามได้ ความยาว 15 วินาที และโฆษณา video discovery ความยาว 6 วินาที ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม

ประเภทอาหารและเครื่องดื่ม	จำนวนโฆษณาตรง (ชิ้น)						
	สถานีโทรทัศน์			ยูทูปเบอร์			
	รวม	ช่อง 3	ช่อง 7	รวม	zbing z.	Kaykai Salaidar	Bie The Ska
1. กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับนม (dairy products)	191	128	63	-	-	-	-
2. กลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่ม (beverages)	478	311	167	-	-	-	-
3. กลุ่มอาหารขบเคี้ยว (snack food)	77	43	34	4	1	-	3
4. กลุ่มขนมหวาน (desserts)	23	15	8	2	-	2	-
5. กลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูป (semi-processed foods)	70	48	22	-	-	-	-
6. กลุ่มอาหารสำเร็จรูป (processed foods)	29	22	7	4	2	2	-
7. กลุ่มผลิตภัณฑ์ขนมอบ/เบเกอรี่ (bakery products)	33	21	12	-	-	-	-
8. กลุ่มธัญพืชและผลิตภัณฑ์ซีเรียล (cereals and grain products)	9	9	0	-	-	-	-
9. กลุ่มเครื่องปรุงรส (condiment)	61	39	22	-	-	-	-
10. กลุ่มอาหารเสริม (supplementary food)	93	51	42	-	-	-	-
รวม	1,064	687	377	10	3	4	3

2. เนื้อหาการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม

โฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมทางโทรทัศน์ ดิจิทัลทั้งหมด 1,064 ชิ้น โฆษณาอาหารและเครื่องดื่มซ้ำกัน จำนวน 914 ชิ้น ดังนั้น ในการวิเคราะห์เนื้อหาของโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มไม่เหมาะสม เหลือจำนวนโฆษณา 150 ชิ้น โฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม จำแนกตามประเภทของอาหารและเครื่องดื่ม พบว่า ทุกกลุ่มอาหารและเครื่องดื่มมีการแสดงเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับ (1) การบริโภคสินค้าในขณะที่ทำกิจกรรมสันทนาการ (2) การบริโภคสินค้าทำให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกที่ดี และ (3) การบริโภคสินค้าสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนสำคัญของผู้บริโภคและผู้บริโภค ทุกกลุ่มอาหารและเครื่องดื่ม (ยกเว้นกลุ่มธัญพืชและผลิตภัณฑ์ซีเรียล) ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการบริโภคสินค้าของผู้มีชื่อเสียงและ

เป็นที่ชื่นชอบของผู้บริโภค นอกจากนี้ ไม่พบเนื้อหาตัวสินค้ามีวัตถุดิบและสารอาหารที่ดีเป็นประโยชน์ต่อร่างกายและความสวยงาม ในกลุ่มอาหารสำเร็จรูปและกลุ่มผลิตภัณฑ์ขนมอบ/เบเกอรี่ ในขณะที่ช่องยูทูปเบอร์ โฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมทั้งหมด 10 ชิ้น โฆษณาอาหารและเครื่องดื่มซ้ำกัน จำนวน 6 ชิ้น เหลือจำนวนโฆษณา 4 ชิ้น พบว่า กลุ่มขนมขบเคี้ยว กลุ่มขนมหวาน และกลุ่มอาหารสำเร็จรูป มีการแสดงเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับ (1) การบริโภคสินค้าทำให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกที่ดี และ (2) การบริโภคสินค้าสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนสำคัญของผู้บริโภคและผู้บริโภค นอกจากนี้ กลุ่มขนมขบเคี้ยวและกลุ่มขนมหวาน ยังมีเนื้อหาเกี่ยวกับ (1) การบริโภคสินค้าในขณะที่ทำกิจกรรมสันทนาการ และ (2) การบริโภคสินค้าช่วยเสริมสร้างความมั่นใจ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม

เนื้อหาการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม	ประเภทอาหารและเครื่องดื่ม										
	เครื่องดื่มอัดออร์แกนิก	หมัก/เบียร์/หมัก/หมัก	เครื่องดื่มชูกำลัง	เครื่องดื่มรสหวาน	เครื่องดื่มรสเปรี้ยว	เครื่องดื่มรสเค็ม	นม/นมผง	เครื่องดื่มที่มีไขมันสูง	เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง	เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน	เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
โทรทัศน์											
1. การบริโภคสินค้าของผู้มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับของผู้บริโภค	56	47	30	14	7	4	4	0	3	2	167
2. การบริโภคสินค้าในขณะที่ทำกิจกรรมต่างๆ	8	10	28	13	6	4	5	4	1	1	80
3. ตัวสินค้ามีวัตถุดิบและสารอาหารที่ดีเป็นประโยชน์ต่อร่างกายและความสวยงาม	39	25	9	9	6	5	3	1	0	0	98
4. สินค้าบริโภคได้ทุกเพศทุกวัย ทานคู่กับอาหารอื่นๆ ได้และรสชาติเหมือนอาหารจริง	9	1	1	9	4	2	2	2	0	0	30
5. การบริโภคสินค้าทำให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกที่ดี	107	32	24	19	18	13	12	4	1	1	231
6. การบริโภคสินค้าเสริมสร้างความมั่นใจ (ลงมือทำหรือบอกความในใจ)	28	14	1	0	0	0	0	0	0	0	43
7. การบริโภคสินค้าสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนสำคัญของผู้บริโภคและผู้บริโภค	0	2	3	20	7	6	4	1	2	2	47
รวม	247	131	96	84	48	35	30	12	7	6	696
ช่องยูทูปเบอร์											
1. การบริโภคสินค้าของผู้มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับของผู้บริโภค	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
2. การบริโภคสินค้าในขณะที่ทำกิจกรรมต่างๆ	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0	3
3. ตัวสินค้ามีวัตถุดิบและสารอาหารที่ดีเป็นประโยชน์ต่อร่างกายและความสวยงาม	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4. สินค้าบริโภคได้ทุกเพศทุกวัย ทานคู่กับอาหารอื่นๆ ได้และรสชาติเหมือนอาหารจริง	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
5. การบริโภคสินค้าทำให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกที่ดี	0	0	2	0	0	1	1	0	0	0	4
6. การบริโภคสินค้าเสริมสร้างความมั่นใจ (ลงมือทำหรือบอกความในใจ)	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
7. การบริโภคสินค้าสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างคนสำคัญของผู้บริโภคและผู้บริโภค	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	3
รวม	0	0	8	0	0	3	3	0	0	0	14

หมายเหตุ: โฆษณา 1 ชิ้น มีเนื้อหาได้มากกว่า 1 เนื้อหา

3. โฆษณากิจกรรมการตลาดของอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม

จากการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมทางโทรทัศน์ดิจิทัลทั้งหมด จำนวน 150 ชิ้น พบโฆษณากิจกรรมส่งเสริมการตลาด ได้แก่ การลด แลก แจก แถม มากที่สุด (11 ชิ้น) รองลงมา คือ การชิงโชค (4 ชิ้น) เมื่อจำแนกตามประเภทอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมพบว่า กลุ่มอาหารเสริม (เช่น แบรินด์ สก็อต) ใช้การโฆษณาส่งเสริมการตลาดในรูปแบบการลด แลก แจก แถม รองลงมาคือ กลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่ม จำนวน 3 ชิ้น และกลุ่ม

อาหารสำเร็จรูป (อาหารจานด่วน) จำนวน 2 ชิ้น ในขณะที่กลุ่มอาหารขบเคี้ยวและกลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูปมีการลด แลก แจก แถม จำนวนเท่ากัน คือ 1 ชิ้น นอกจากนี้ กลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่มใช้การชิงโชคมากที่สุด จำนวน 4 ชิ้น ในขณะที่การโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมทางช่องทางยูทูปเบอร์ ทั้งหมดจำนวน 4 ชิ้น พบว่า กลุ่มอาหารสำเร็จรูป (อาหารจานด่วน) ใช้การโฆษณากิจกรรมส่งเสริมการตลาดในรูปแบบการลด แลก แจก แถม จำนวน 1 ชิ้น และไม่พบการชิงโชค ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 โฆษณากิจกรรมการตลาดของอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม

ประเภทอาหารและเครื่องดื่ม	จำนวนโฆษณากิจกรรมส่งเสริมการตลาด (ชิ้น)		
	โทรทัศน์		ช่องทางยูทูปเบอร์
	การลด แลก แจก แถม	การชิงโชค	การลด แลก แจก แถม
1. กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับนม (dairy products)	0	0	0
2. กลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่ม (beverages)	3	4	0
3. กลุ่มอาหารขบเคี้ยว (snack food)	1	0	0
4. กลุ่มขนมหวาน (desserts)	0	0	0
5. กลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูป (semi-processed foods)	1	0	0
6. กลุ่มอาหารสำเร็จรูป (processed foods)	2	0	1
7. กลุ่มผลิตภัณฑ์ขนมอบ/เบเกอรี่ (bakery products)	0	0	0
8. กลุ่มธัญพืชและผลิตภัณฑ์ซีเรียล (cereals and grain products)	0	0	0
9. กลุ่มเครื่องปรุงรส (condiment)	0	0	0
10. กลุ่มอาหารเสริม (supplementary food)	4	0	0
รวม	11	4	1

นอกจากนี้ การโฆษณากิจกรรมส่งเสริมการตลาดของอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมทั้งทางโทรทัศน์ดิจิทัลและช่องยูทูปเบอร์ไม่พบการให้ทุนอุปถัมภ์ (ด้านกีฬา ดนตรี บันเทิง) การจัดประกวดหรือแข่งขัน และการจัดงานเปิดตัวสินค้าหรือผลิตภัณฑ์ใหม่

วิจารณ์

การศึกษานี้ศึกษาการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมทางโทรทัศน์ดิจิทัลและยูทูปเบอร์ของประเทศไทยและวิเคราะห์เนื้อหาของการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม ซึ่งโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มทางโทรทัศน์ดิจิทัลส่วนใหญ่เป็นโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมและโฆษณาอาหารเหล่านี้ปรากฏในช่วงเวลาที่มีเด็กชมโทรทัศน์มากที่สุด คือ ในช่วงเวลา 18.01-21.00 น.⁽²⁷⁾ และผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของหลายประเทศทั่วโลก เช่น สหรัฐอเมริกา แคนาดา เม็กซิโก ซิลิ อาร์เจนตินา โคลัมเบีย กัวเตมาลา คอสตาริกา แอฟริกาใต้ บราซิล กรีซ สวีเดน สเปน สโลวีเนีย มอลตา อังกฤษ เยอรมนี อิตาลี บัลแกเรีย ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ฟิจิ ซามัว รัสเซีย มาเลเซีย พบว่า การโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มทางโทรทัศน์ มากเกินครึ่งเป็นโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นอาหารและเครื่องดื่มมีปริมาณพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง อีกทั้งโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มดังกล่าวโฆษณาโดยมุ่งเป้าหมายไปที่เด็กมากกว่าการโฆษณาที่ไม่ได้มุ่งเป้าหมายไปที่เด็กอย่างมีนัยสำคัญ เพราะการศึกษาเหล่านี้ศึกษาในช่วงเวลาที่เด็กรับชมรายการโทรทัศน์^(3, 30-33) อย่างไรก็ตาม ประเทศสาธารณรัฐเกาหลีมีกฎหมายห้ามโฆษณาอาหารที่มีแคลอรีสูง คุณค่าทางโภชนาการต่ำ และอาหารที่มีคาเฟอีนสูง ทางโทรทัศน์ก่อน ระหว่าง และหลังรายการที่ออกอากาศในช่วงระหว่าง 17.00-19.00 น.⁽³⁴⁾ ซึ่งผลการวิจัยประเมินผลโดยเก็บข้อมูลการโฆษณาอาหารทางโทรทัศน์ 5 สถานี ในเดือนมกราคม เมษายน กรกฎาคม และตุลาคม ของ ค.ศ. 2009 และ 2010 เพื่อเปรียบเทียบโฆษณา พบว่า จำนวนโฆษณาอาหารในช่วงเวลาตามที่ถูกกฎหมายกำหนด ทั้ง 4 เดือน ใน ค.ศ. 2009 เท่ากับ 1,296 โฆษณา ลดลงเหลือ 243 โฆษณา ใน ค.ศ. 2010⁽³⁵⁾

ยิ่งไปกว่านั้น ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า แนวโน้มโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มทางโทรทัศน์ของประเทศไทยไม่มีการเปลี่ยนแปลงแต่อย่างใด เพราะผลการศึกษาคาดติดตามโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มทางโทรทัศน์ระบบอนาล็อกของประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2557 และ 2559 โฆษณาอาหารและเครื่องดื่มทางโทรทัศน์ส่วนใหญ่ยังคงเป็นโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมมากกว่าโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสม^(17,18) นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังพบว่า การโฆษณาเครื่องดื่มพร้อมดื่มมีการโฆษณาผ่านโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับนม ซึ่งสอดคล้องกับการติดตามโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มทางโทรทัศน์ทั้งระบบอนาล็อกและดิจิทัลของประเทศไทย พ.ศ. 2559 ที่พบว่า การโฆษณาเครื่องดื่มพร้อมดื่มมีการโฆษณาผ่านโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับนม⁽¹⁷⁾ จากข้อค้นพบนี้อาจสรุปได้ว่า กลุ่มอาหารและเครื่องดื่มกลุ่มเดิมยังคงลงทุนโฆษณาโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลง

ส่วนโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มทางยูทูปมีการโฆษณาเช่นเดียวกับทางโทรทัศน์ กล่าวคือ โฆษณาอาหารและเครื่องดื่มส่วนใหญ่เป็นโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมมากกว่าโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพ และโฆษณาเหล่านี้ปรากฏในช่องของยูทูปเบอร์ที่มีผู้ติดตามจำนวนมาก สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศมาเลเซียและอังกฤษที่พบว่า ช่องยูทูปเบอร์ที่มีผู้ติดตามจำนวนมากที่เป็นที่นิยมของเด็ก มีจำนวนโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมมากกว่าโฆษณาอาหารที่เหมาะสม เช่น ผัก ผลไม้^(6,7) อีกทั้ง ผลการศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มอาหารสำเร็จรูปประเภทอาหารจานด่วนเป็นกลุ่มที่โฆษณามากที่สุดทางยูทูป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการโฆษณาอาหารในยูทูปของประเทศมาเลเซีย ที่พบว่า กลุ่มอาหารที่โฆษณาผ่านทางยูทูปมากที่สุด คือ กลุ่มอาหารจานด่วน⁽⁷⁾

เนื้อหาของการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมทั้งทางโทรทัศน์ดิจิทัลและยูทูปไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งเนื้อหา ส่วนใหญ่ คือ การบริโภคสินค้าทำให้เกิดอารมณ์และความรู้สึกที่ดี เช่น อร่อย ความสุข ความสนุกสนาน และความสดชื่น โดยแก่นเรื่องที่จะเกี่ยวกับรสชาติ จะมีคำว่า “อร่อย” ปรากฏในโฆษณามากที่สุด และความอร่อยนี้จะเกิดขึ้นจากการแบ่งอาหารกันระหว่างกลุ่มเพื่อน คนรัก

หรือครอบครัว และกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ เครื่องปรุงรส แสดงให้เห็นว่า เมื่อเติมหรือใส่เครื่องปรุงรสลงไปในอาหารจะทำให้รสชาติอาหารดีขึ้นหรืออร่อย ในส่วนของเนื้อหาที่แสดงถึงความสุขสนุกสนาน ความสดชื่น พบทุกกลุ่มอาหารโดยเฉพาะกลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่ม ซึ่งเนื้อเรื่องของการโฆษณาจะปรากฏภาพเมื่อได้บริโภคอาหาร ผู้แสดงแบบที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับของผู้บริโภค จะมีการฟังเพลง (เช่น แร็ป) การเต้นหรือเล่นอย่างสนุกสนานร่วมกับกลุ่มเพื่อน หรือผู้แสดงอาจกำลังร้อง เมื่อได้บริโภคสินค้านั้นก็เกิดความรู้สึกสดชื่นขึ้นทันที การโฆษณาเหล่านี้ประกอบสร้างความเป็นจริงของอาหารและเครื่องดื่มเหล่านี้ทำให้ผู้บริโภคโดยเฉพาะเด็กรับรู้และเข้าใจว่าอาหารและเครื่องดื่มเหล่านี้อร่อย⁽²⁵⁾ เมื่อบริโภคแล้วยังทำให้เกิดความสุข ความสนุกสนาน และความสดชื่น เพื่อเป็นการอำพรางข้อเท็จจริงว่า อาหารและเครื่องดื่มมีรสชาติหวาน มัน และเค็ม เป็นรสชาติหลัก ซึ่งที่สุดแล้วการบริโภคเครื่องดื่มที่มีรสหวานส่งผลกระทบต่อ การเพิ่มขึ้นของน้ำหนัก ภาวะน้ำหนักเกิน และโรคอ้วนของผู้บริโภคทั้งที่เป็นเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่^(36,37)

เนื้อหาโฆษณาที่แสดงภาพการบริโภคสินค้าของผู้มีชื่อเสียงและมีการฟังเพลงประกอบนั้น ในประเทศซีลีห้ามโฆษณาที่ใช้องค์ประกอบต่างๆ เช่น ตัวละครหรือรูปภาพสำหรับเด็ก แอนิเมชัน การ์ตูน ของเล่น และเพลงสำหรับเด็กที่เป็นบุคคลหรือสัตว์ที่ดึงดูดความสนใจของเด็กอายุต่ำกว่า 14 ปี⁽³⁸⁾ และการประเมินผลสัมฤทธิ์ของกฎหมายการโฆษณาอาหาร ด้วยการใช้อุปกรณ์การสำรวจระยะยาว ก่อนมีการบังคับใช้กฎหมายใน ค.ศ. 2016 (WAVE 1) เปรียบเทียบหลังจากกฎหมายบังคับใช้ 1 ปี คือ ใน ค.ศ. 2017 (WAVE 2) พบว่า ร้อยละ 35 ของเด็กก่อนวัยเรียน และร้อยละ 52 ของวัยรุ่น พบเห็นโฆษณาอาหารที่มีเนื้อหาดึงดูดใจเด็กสูง (เช่น การใช้ตัวการ์ตูน) ลดลง จากร้อยละ 44 ของโฆษณาฯ ลดเหลือเพียงร้อยละ 12⁽³⁹⁻⁴²⁾

นอกจากนี้ การโฆษณาเนื้อหาในลักษณะดังกล่าวเป็นการสร้างแรงจูงใจ ใฝ่ใจ หรือดึงดูดใจ กระตุ้นให้ผู้ชม โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก กลุ่มวัยแรกเริ่ม และกลุ่มวัยรุ่น เพื่อให้เกิดความสนใจในสินค้า ซึ่งนำไปสู่ความต้องการในการซื้อสินค้าหรือบริการนั้นๆ ทั้งนี้เพราะกลุ่มเด็กมีลักษณะพัฒนาการทางอารมณ์ที่เด่นชัด คือ เด็กมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย สับสน อ่อนไหว มีความเข้มของอารมณ์สูง อารมณ์ของเด็ก

วัยรุ่นมีทุกประเภท เช่น เบื่อหน่าย เหนง อิจฉา กังวล โกรธ อารมณ์ ดื้อดึง ต่อต้านอำนาจ การควบคุมอารมณ์ยังไม่สู้ดี บางครั้งเก็บกด บางคราวมั่นใจสูง บางครั้งพลุ่งพล่าน ลักษณะอารมณ์เหล่านี้เรียกกันว่า พายุบุแคม (storm and stress)⁽⁴³⁾ เด็กจึงต้องการความสุข ความสนุกสนาน ซึ่งมีผลต่อความอบอุ่นและความมั่นคงทางจิตใจ⁽⁴⁴⁾ ดังนั้น การโฆษณาจึงมุ่งเน้นจูงใจด้านอารมณ์มากกว่าเหตุผล เพราะการโฆษณาในรูปแบบนี้เน้นการการตอบสนองทางความรู้สึกหรือทัศนคติ ซึ่งสอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กและวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ยังพบว่า เนื้อหาของการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมยังนำเสนอตัวสินค้ามีวัตถุดิบและสารอาหารที่ดีเป็นประโยชน์ต่อร่างกายและความสวยความงาม กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องนม กลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่ม และกลุ่มอื่นๆ ได้แก่ อาหารเสริม (แบรนด์ สก๊อต) มีเนื้อหาตัวสินค้าเป็นอาหารที่เหมาะสมและดีต่อสุขภาพ และตัวสินค้ามีสารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการที่ดีต่อร่างกาย ในขณะที่กลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่มนำเสนอตัวสินค้ามีสารอาหารที่เสริมความสวยงามทางเพศ คือ บริโภคสินค้าแล้วรูปร่างดี ซึ่งการโฆษณาในลักษณะที่กล่าวมานี้เป็นสร้างความเป็นจริงให้ผู้ชมหรือผู้บริโภคเข้าใจว่า อาหารและเครื่องดื่มเหล่านี้มีวัตถุดิบและสารอาหารที่ดีและมีประโยชน์ต่อร่างกาย ซึ่งเป็นการจูงใจโดยบอกคุณสมบัติที่เป็นประโยชน์หรือข้อดีของอาหารและเครื่องดื่ม ดังนั้น การโฆษณาสินค้าเหล่านี้จึงหยิบเฉพาะจุดเด่นหรือข้อดีของสินค้ามาเป็นจุดมคดในการโฆษณาที่ต้องไปให้ถึง โดยอำพรางจุดอ่อนหรือข้อเสียของสินค้าไว้ไม่ให้ผู้ชมรับทราบ⁽⁴⁵⁾ ซึ่งโฆษณาเนื้อหาดังกล่าวอาจเข้าข่ายไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ที่ห้ามมิให้ผู้ใดโฆษณาคุณประโยชน์คุณภาพ หรือสรรพคุณของอาหาร อันเป็นเท็จหรือเป็นการหลอกลวงให้เกิดความหลงเชื่อโดยไม่สมควร⁽⁴⁶⁾ และยังเป็นการละเมิดจรรยาบรรณวิชาชีพโฆษณา โดยสมาคมโฆษณาแห่งประเทศไทย ที่ระบุว่า “ไม่ควรกระทำการโฆษณาอันทำให้เกิดความสำคัญผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับ สินค้า บริการ การแสดง หรืออื่นๆ หรือโอ้อวดสรรพคุณจนเกินความจริง ทำให้ผู้เห็นหรือผู้ฟังเกิดความสำคัญผิด”⁽⁴⁷⁾

นอกจากนี้ การโฆษณาฯยังเน้นอุดมคติที่ผู้หญิงจะหุ่นดีได้ ต้องบริโภคสินค้าที่โฆษณา เป็นการสร้างค่านิยมความงามในสังคมไทย และมีอิทธิพลต่อผู้บริโภคให้เชื่อและพยายามจะทำให้ตนเองมีความงามตามแบบที่โฆษณากำหนดขึ้น⁽⁴⁸⁾ การโฆษณาดังกล่าวเป็นการสร้างความเป็นจริงทางสังคมโดยผ่านการประกอบสร้างจากสื่อ ดังนั้น สื่อมวลชนจึงเป็นผู้วางรูปแบบของความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติของคนในสังคม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีอบรมบ่มเพาะจากสื่อ (Cultivation Theory) ที่อธิบายไว้ว่า ผู้ที่เปิดรับชมโทรทัศน์มาก จะมีแนวโน้มที่จะเชื่อตามสิ่งที่โทรทัศน์นำเสนอ เพราะได้รับการปลูกฝังทัศนคติ ความเชื่อ และค่านิยมจากโทรทัศน์⁽⁴⁹⁾ ซึ่งทำให้ผู้ชมที่เป็นเด็กผู้หญิงกังวลเกี่ยวกับน้ำหนัก เพราะพัฒนาการทางด้านร่างกายของเด็กที่อยู่ในช่วงวัยแรกเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทั้งความสูง น้ำหนัก การเปลี่ยนแปลงรูปร่างสัดส่วนของร่างกาย และความเจริญส่วนภายใน เช่น การทำงานของต่อมบางชนิด โครงกระดูกแข็งแรงขึ้น การผลิตเซลล์สืบพันธุ์ในเด็กชาย การมีประจำเดือนของเด็กหญิง⁽⁴⁴⁾ ซึ่งส่งผลต่อพัฒนาการด้านอารมณ์ จึงทำให้เด็กกลุ่มนี้รู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับส่วนต่างๆ ของร่างกาย⁽⁴⁴⁾ อีกทั้ง พัฒนาการทางสังคมของเด็กกลุ่มนี้จะเริ่มเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์ภาพระหว่างเด็กชายและเด็กหญิง ซึ่งเปลี่ยนไปจากวัยเด็กตอนปลาย เด็กชายและเด็กหญิงเริ่มสนใจซึ่งกันและกัน และมีความพอใจในการพบปะสังสรรค์กัน ร่วมเล่น เรียน ทำงาน พุดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น⁽⁴⁴⁾ ดังนั้น เด็กหญิงต้องการความงามทางร่างกาย เพราะทำให้เข้ากลุ่มง่ายและดึงดูดเพศตรงข้าม วัยรุ่นจึงพิถีพิถันในเรื่องอาหารและพยายามที่จะควบคุมน้ำหนักตั้งแต่อายุน้อย เพื่อให้ตนเองมีรูปร่างดี ซึ่งอาจจะมีผลเสียต่อการเจริญเติบโตของเด็กจนกระทั่งถึงวัยผู้ใหญ่^(50,51) เนื่องจากเด็กส่วนใหญ่ไม่เข้าใจว่า อุดมคติที่ดูดีในโฆษณานั้นได้ใช้เทคนิคต่างๆ ตกแต่ง เพื่อให้ดูสวยงาม⁽⁴⁵⁾ และให้ขายสินค้าได้เท่านั้น

ถึงแม้ประเทศไทยมีกฎหมายการควบคุมการโฆษณาอาหาร เช่น พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522⁽⁴⁶⁾ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 เรื่องอาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ และค่าพลังงานน้ำตาลไขมันและโซเดียมแบบจัดดีเอ⁽⁵²⁾ ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. 2564⁽⁵³⁾ และกฎกระทรวงฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2534) ออกตามความในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522⁽⁵⁴⁾ แต่กฎหมายเหล่านี้ยังควบคุมได้ไม่ครอบคลุมโฆษณาที่มีเนื้อหาโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมซึ่งเนื้อหาเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมของเด็ก ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการควบคุมเนื้อหาเหล่านี้รวมทั้งควรณรงค์ให้ความรู้แก่เด็ก เช่น การจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม และศึกษานี้ศึกษาโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มเพียง 2 ช่องทางโทรทัศน์ และ 3 ช่องยูทูปเบอร์ การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเพิ่มช่องทางโทรทัศน์และยูทูปเบอร์ และสื่อออนไลน์อื่นๆ เช่น เฟซบุ๊ก ติ๊กต็อก ทวิตเตอร์ และควรศึกษาความถี่ของการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสม เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนามาตรการควบคุมการโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่เหมาะสมในประเทศไทยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการให้ทุนสนับสนุนการวิจัย บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการติดตามการตลาดที่เกี่ยวข้องกับอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเด็กและเยาวชนผ่านสื่อโทรทัศน์ และยูทูป ภายใต้โครงการวิจัยด้านอาหารและโภชนาการ เพื่อการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานด้านอาหารและโภชนาการในประเทศไทย ข้อตกลงเลขที่ 64-00-0197

เอกสารอ้างอิง

1. Kehinde O, Ogunnaike O, Akinbode M, Aka D. Effective advertising: tool for achieving client-customer relationships. *Journal of Media Studies* 2016;2:1-18.
2. Nielsen Thailand. Advertising information service: total advertising expenditure includes all industries. Bangkok: Nielsen Thailand; 2022.
3. Kelly B, Vandevijvere S, Ng S, Adams J, Allemandi L, Bahena-Espina L, et al. Global benchmarking of children's exposure to television advertising of unhealthy foods and beverages across 22 countries. *Obes Rev* 2019;20 (Suppl 2):116-28.
4. Leite FHM, Mais LA, Ricardo CZ, Andrade GC, Guimarães JS, Claro RM, et al. Nutritional quality of foods and non-alcoholic beverages advertised on Brazilian free-to-air television: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2020;20(1):385.
5. Soares Guimarães J, Mais LA, Marrocos Leite FH, Horta PM, Oliveira Santana M, Martins APB, et al. Ultra-processed food and beverage advertising on Brazilian television by International Network for Food and Obesity/Non-Communicable Diseases Research, Monitoring and Action Support benchmark. *Public Health Nutr* 2020;23(15):2657-62.
6. Coates AE, Hardman CA, Halford JCG, Christiansen P, Boyland EJ. Food and beverage cues featured in YouTube videos of social media influencers popular with children: an exploratory study. *Frontiers in Psychology* 2019;10:2142.
7. 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.
8. Jaichuen N, Vandevijvere S, Kelly B, Vongmongkol V, Phulkerd S, Tangcharoensathien V. Unhealthy food and non-alcoholic beverages advertising on children, youth and family free and digital television program. *BMC Public Health Journal* 2018;18(1):737.
9. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือการจำแนกอาหาร ขนม นม และเครื่องดื่มตามมาตรฐานโภชนาการสำหรับเด็กอายุ 3-15 ปี (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560.
10. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. โครงการพัฒนางานวิจัยเชิงนโยบายเพื่อลดปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
11. World Health Organization. Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Geneva: World Health Organization; 2010.
12. Chandon P, Wansink B. Does food marketing need to make us fat? A review and solutions. *Nutr Rev* 2012;70(10):571-93.
13. 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.
14. 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):875.
15. Sadeghirad B, Duhaney 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.
16. นงนุชใจชื่น, วาทีณี คุณเผือก, สิรินทร์ยา พูลเกิด, ทักษพล ธรรมรังสี. อุตสาหกรรมอาหาร กลยุทธ์การสื่อสารการตลาด และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอาหารและเครื่องดื่มของประเทศไทย. *วารสารศาสตร์* 2558;8(2):171-90.
17. สรียโรจน์ สุกมลสันต์, วรรณภา ศรีวิริยานุภาพ, วิทยา กุลสมบูรณ์. การโฆษณาในรายการโทรทัศน์สำหรับเด็ก: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการกำกับดูแล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2557;8(2):210-20.

18. 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.
19. 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.
20. TV Digital Watch. เรตติ้งช่องทีวีดิจิทัล เดือน มี.ค. 65 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 8 ก.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.tvdigitalwatch.com/rating3group-mar65/>
21. Coates AE, Hardman CA, Halford JCG, Christiansen P, Boyland EJ. Social media Influencer marketing and children's food intake: a randomized trial. *Pediatrics* 2019;143(4):e20182554.
22. Coates AE, Hardman CA, Halford JCG, Christiansen P, Boyland EJ. The effect of influencer marketing of food and a "protective" advertising disclosure on children's food intake. *Pediatric obesity*. 2019;14(10):e12540.
23. Social Blade. Top 100 Youtubers in Thaliand sorted by subscribers [Internet]. 2022 [cited 2022 Apr 19]. Available from: <https://socialblade.com/youtube/top/country/th/mostsubscribed>.
24. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 182) พ.ศ. 2541. เรื่อง อนุญาตโฆษณาการ (2541) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล:https://food.fda.moph.go.th/law/data/announ_moph/P182.PDF
25. นงนุช จินดารัตนาภรณ์, สิริจันทร์ยา พูลเกิด. โครงการการติดตามการตลาดที่เกี่ยวข้องกับอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเด็กและเยาวชนผ่านสื่อโทรทัศน์ และยูทูป. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
26. คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ. เรื่อง หลักเกณฑ์การจัดทำผังรายการสำหรับการให้บริการกระจายเสียงหรือโทรทัศน์, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 130, ตอนพิเศษ 27 ง (ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2556).
27. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การมีอุปกรณ์รับชมรายการโทรทัศน์ในครัวเรือน พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2562.
28. LadyBee. โพสต์ช่วงเวลาไหนถึงจะปัง! รวมเวลาโพสต์ของทุกแพลตฟอร์มโซเชียลมีเดีย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thumbsup.in.th/social-media-post-time>.
29. Beeyond Channel. ลงคลิปตอนไหน ได้ยอดวิวเยอะ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.youtube.com/watch?v=86xjMG1HQ4>
30. Galcheva SV, Iotova VM, Stratev VK. Television food advertising directed towards Bulgarian children. *Arch Dis Child* 2008;93(10):857-61.
31. Gallus S, Borroni E, Stival C, Kaur S, Davoli S, Lugo A, et al. Food advertising during children's television programmes in Italy. *Public Health Nutrition* 2021;24(14):4663-70.
32. Kontsevaya AV, Imaeva AE, Balanova YA, Kapustina AV, Breda J, Jewell JM, et al. The extent and nature of television food advertising to children and adolescents in the Russian Federation. *Public Health Nutrition* 2020;23(11):1868-76.
33. Sixsmith R, Furnham A. A content analysis of British food advertisements aimed at children and adults. *Health Promotion International* 2009;25(1):24-32.
34. Ministry of Food and Drug Safety. Enforcement Decree of the Food Labeling and Advertising Act (2020) [Internet]. [cited 2021 Sep 1]. Available from: <https://food.chemlinked.com/database/view/1890>
35. Kim S, Lee Y, Yoon J, Chung SJ, Lee SK, Kim H. Restriction of television food advertising in South Korea: impact on advertising of food companies. *Health Promotion International* 2013;28(1):17-25.
36. Keller A, Bucher Della Torre S. Sugar-sweetened beverages and obesity among children and adolescents: a review of systematic literature reviews. *Childhood Obesity* 2015;11(4):338-46.
37. Luger M, Lafontan M, Bes-Rastrollo M, Winzer E, Yumuk V, Farpour-Lambert N. Sugar-sweetened beverages and weight gain in children and adults: a systematic review from 2013 to 2015 and a comparison with previous studies. *Obesity Facts*. 2017;10(6):674-93.

38. Taillie LS, Busey E, Stoltze FM, Dillman Carpentier FR. Governmental policies to reduce unhealthy food marketing to children. *Nutrition Reviews* 2019;77(11):787-816.
39. Food and Agriculture Organization of the United Nations, Pan American Health Organization. Questions and answers about the Children Food Act. Santiago: Food and Agriculture Organization of the United Nations and Pan American Health Organization; 2019.
40. Dillman Carpentier FR, Correa T, Reyes M, Taillie LS. Evaluating the impact of Chile's marketing regulation of unhealthy foods and beverages: pre-school and adolescent children's changes in exposure to food advertising on television. *Public Health Nutrition* 2020;23(4):747-55.
41. Jensen ML, Carpentier FD, Adair L, Corvalán C, Popkin BM, Taillie LS. Examining Chile's unique food marketing policy: TV advertising and dietary intake in preschool children, a pre- and post-policy study. *Pediatric Obesity* 2021;16(4):e12735.
42. Correa T, Reyes M, Taillie LS, Corvalán C, Dillman Carpentier FR. Food advertising on television before and after a National Unhealthy Food Marketing Regulation in Chile, 2016-2017. *American Journal of Public Health* 2020;110(7):1054-9.
43. Piaget J, Inhelder B, Sinclair H, Pomerans AJ. *Memory and intelligence*. London: Routledge and Kegan Paul; 1973.
44. Salkind NJ. *An introduction to theories of human development*. Kansas: SAGE Publications; 2004.
45. Russell T, Verrill G. *Kleppner's advertising procedure*. New Jersey: Prentice Hall; 1993.
46. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 96, ตอนที่ 79 (ลงวันที่ 13 พฤษภาคม 2522).
47. สมาคมโฆษณาแห่งประเทศไทย. *แนวปฏิบัติในการโฆษณาและสื่อสารการตลาด แนวปฏิบัติเดียวกับหอการค้านานาชาติ ฉบับปรับปรุง ปี ค.ศ. 2018*. กรุงเทพมหานคร: นิวไวด์; 2564.
48. นันทนา วงษ์ไทย. การวิเคราะห์ทฤษฎีความงามในโฆษณาเครื่องสำอางเพื่อความงาม. *วารสารมนุษยศาสตร์* 2556;20(1):77-107.
49. West R, Turner L. *Introducing communication theory: analysis and application*. 7th ed. New York: McGraw Hill; 2020.
50. Voelker DK, Reel JJ, Greenleaf C. Weight status and body image perceptions in adolescents: current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 2015;6:149-58.
51. Kim JH. Recognition of body image and food behavior factors among middle school students in San Francisco area. *Nutrition Research and Practice* 2007;1(1):36-41.
52. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง คำชี้แจงประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 394 (พ.ศ. 2561) ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ และค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมแบบจัดเต็ม [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://food.fda.moph.go.th/law/data/announ_fda/No.394.pdf
53. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง หลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. 2564. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138, ตอนพิเศษ 73 ง (ลงวันที่ 30 มีนาคม 2564).
54. สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. กฎกระทรวง ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2534) ออกตามความในพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค พ.ศ. 2522. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 108, ตอนที่ 102 (ลงวันที่ 11 มิถุนายน 2534).

Advertising of Food and Beverage Products on Digital Television and YouTube: Inappropriate Advertising to Promote Good Health

Nongnuch Jindarattanaporn

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

Abstract

The objective of this study was to explore inappropriate food and beverage advertisements (ads) on digital television and YouTube in Thailand. Two channels of digital television were recorded. Data was collected on May 5-11, 2022 on Monday - Friday at 03:00 p.m. to 08:00 p.m. and 08:30 p.m. to 10:30 p.m. and on Saturday- Sunday at 06:00 a.m. to 09:00 a.m., 03:00 p.m. to 08:00 p.m. and 08:30 p.m. to 10:30 p.m. For YouTube, top three Youtuber channels with the most subscribers in Thailand were selected. Food ads which were inappropriate food and beverages were included in this analysis and they were classified by using the nutrient profile. Results of this study revealed that inappropriate food and beverages were advertised on digital television and YouTube significantly more often appropriate than food and beverages. The contents of inappropriate food and beverages ads presented the consumption of products that evoked positive emotions and feelings such as delicious, happy, fun, and refreshing and products contained good raw materials and nutrients that were benefits to the body and beauty. In addition, using sale promotions with discounts, redemptions, giveaways, and sweepstakes which had high value of prizes were showed. Current applicable laws are not covered these ads. Therefore, relevant organizations should improve regulations to control contents of inappropriate food and beverages ads in Thailand.

Keywords: advertising; inappropriate food and beverages; digital television; YouTube

ผลลัพธ์จากการพัฒนาการเข้าถึงบริการคัดกรอง พัฒนาการปฐมวัยในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร

วิรัชพัชร กิตติธระพันธุ์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

การลงทุนส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ถือเป็นการลงทุนที่ให้ผลคุ้มค่าสูงสุด โดยให้ผลตอบแทนต่อสังคมกลับคืนมา ในอนาคตมากถึง 7-13 เท่า เป็นทั้งการเพิ่มคุณภาพทรัพยากรบุคคลทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม การศึกษาและเศรษฐกิจ ของประเทศ ลดอัตราการสูญเสียและค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหาในการเข้าถึงบริการคัดกรองพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในพื้นที่ กระบวนการพัฒนาการเข้าถึงบริการ ผลของการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการ และปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาการ เข้าถึงบริการ กลุ่มเป้าหมาย คือ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตกรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง โรงพยาบาลและคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร 67 แห่ง ดำเนินการระหว่างกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2563 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ วิเคราะห์โดยใช้ร้อยละ และการวิเคราะห์ เชิงเนื้อหา ขั้นตอนของการพัฒนาระบบครั้งนี้ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน คือ (1) การประชุมชี้แจงเพื่อเตรียมทีม (2) การวิเคราะห์ ข้อมูล (3) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ (4) การประชุมคณะกรรมการ (5) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (6) การพัฒนา การให้บริการ (7) การนิเทศติดตาม และ (8) การสรุปผลดำเนินงาน จากผลของการพัฒนาพบว่า (1) จำนวนเด็กปฐมวัย ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.8 เป็นร้อยละ 68.7 เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเมื่อการกระตุ้นกลับมา มีพัฒนาการสมวัย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 31.07 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 51.45 โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ ความร่วมมือ ของภาคภาคีเครือข่ายเอกชน การมียุทธศาสตร์ที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่ดีโดยมีความร่วมมือจากระบบประกันสุขภาพ ดังนั้นการขยายและพัฒนาระบบบริการให้ครอบคลุมและทั่วถึงประชากร โดยการขยายไปยังหน่วยบริการเอกชนช่วยให้ เด็กปฐมวัยได้รับบริการเฝ้าระวังพัฒนาการและมีระดับพัฒนาการที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามยังต้องมีการพัฒนาทางด้านคุณภาพ ของการให้บริการเพิ่มขึ้นเป็นสำคัญ

คำสำคัญ: การพัฒนาระบบบริการ; การเข้าถึงบริการสุขภาพ; การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย

บทนำ

ภารกิจสำคัญในการพัฒนาคุณภาพของทรัพยากร มนุษย์ของประเทศไทย⁽¹⁾ โดยเฉพาะการสร้างคนไทย ในยุค 4.0 ซึ่งเข้าสู่ภาวะ aging society เด็กเกิดน้อยลง ผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นประชากรในอนาคต จะต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้พึ่งพิง การสร้างพลเมือง

ในอนาคตที่มีคุณภาพ โดยเริ่มจากการสร้างเด็กไทยให้มีสติ ปัญญาดี พัฒนาการดี เติบโตอย่างสมส่วนจึงเป็นภารกิจ ที่สำคัญ จากงานวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์พบว่า การลงทุน โดยเริ่มต้นที่ “เด็กปฐมวัย” เป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามากที่สุด จากการศึกษาของเจมส์ แอ็กแมน นักเศรษฐศาสตร์ ผู้ได้รับรางวัลโนเบล ได้กล่าวว่าการส่งเสริมพัฒนาการ- เด็กตั้งแต่ปฐมวัยสามารถให้ผลตอบแทนคืนมาในอนาคต

มากถึง 7 เท่า⁽²⁾ เป็นทั้งการเพิ่มคุณภาพทรัพยากรบุคคลของประเทศ ลดอัตราการสูญเสียที่จะเกิดขึ้น แม้ว่าการลงทุนในเด็กปฐมวัยให้ผลตอบแทน 7 เท่า หรือ 13 เท่ามากกว่าในระดับอื่นๆ ก็ตาม แต่ประเทศไทยมีการลงทุนและสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาเด็กปฐมวัยน้อย⁽¹⁾ ร่างพระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย มุ่งดูแลให้เด็กปฐมวัยอยู่รอดปลอดภัย มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี มีพัฒนาการที่สมวัย ด้รอบด้าน สามารถเรียนรู้ โดยเน้นดูแลตั้งแต่แม่ก่อนที่ตั้งครรภ์ ซึ่งขณะนี้เด็กเกิดปีละประมาณ 6 แสนคน และมีเด็กที่เกิดจากแม่วัยใสปีละ 90,000-100,000 คน ซึ่งเด็กที่เกิดจากครอบครัวที่ขาดความพร้อมในการดูแล เป็นเด็กที่มีปัญหาหลายประการ เช่น เด็กมีน้ำหนักตัวน้อย ขาดสารอาหาร เติบโตช้า มีปัญหาทุพโภชนาการ เด็กมีพัฒนาการช้าและขาดการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม ความล่าช้าหรือปัญหาพัฒนาการเด็กมีความสัมพันธ์กับค่าระดับสติปัญญา (intelligence) ระดับความฉลาดทางอารมณ์ (emotion) และระดับผลผลิต (productivity) ของประชาชาติ⁽³⁾ ผลการสำรวจ IQ นักเรียนไทยทั่วประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2554 พบว่าระดับสติปัญญาของเด็กไทยมีค่าเฉลี่ย 98.59 ซึ่งต่ำกว่าค่ากลางมาตรฐานสากล (IQ=100) และเมื่อดูในภาพรวมของประเทศพบว่า เด็กไทยร้อยละ 48.5 มีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ต่ำ (IQ<100) รวมทั้งมีระดับสติปัญญาบกพร่อง (IQ<70) อยู่ถึงละ 6.5 ซึ่งสูงกว่ามาตรฐานสากลที่ไม่ควรเกินร้อยละ 2 ในขณะที่ระดับความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เด็กไทยวัย 3-5 ปี ที่สำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2545 พบว่ามีเกณฑ์ปกติ 139-202 คะแนน และลดลงเป็น 125-198 คะแนนในปี พ.ศ. 2550 โดยด้านที่ลดลง คือ ด้านการปรับตัวต่อปัญหาและความกระตือรือร้น ส่วนเด็กวัย 6-11 ปี มีเกณฑ์ปกติ 148-225 คะแนน จากการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2545 และลดลงเป็น 129-218 คะแนน ในปี พ.ศ. 2550 ด้านที่ลด คือ ด้านความมุ่งมั่นพยายาม

การดูแลเด็กปฐมวัยจึงถือว่าเป็นหน้าที่ของทุกคน ประเทศไทยจำเป็นต้องมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายด้านพัฒนาการเด็ก เพื่อขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็ก ทำการค้นหาเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า พร้อมกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการให้ครอบครัว โดยมุ่งหวังให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย

ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการอย่างรอบด้าน ด้วยการพัฒนา “คู่มือเฝ้าระวังเด็กและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย” และ “คู่มือการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง” เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัย อายุแรกเกิดถึง 5 ปี ทุกคนได้รับการส่งเสริมพัฒนาการที่ถูกต้อง โดยในระยะเวลาที่ 1 ของโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กไทยได้รณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย 4 ช่วงวัย อายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน^(4,5,6,7) จากข้อมูลสถานการณ์เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 พบเด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 23.3 โดยในจำนวนนี้มีปัญหาเรื่องการส่งต่อและติดตามการรักษาถึงร้อยละ 43 ทำให้เด็กที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าไม่ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2561 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ยังพบว่ายังมีเด็กที่มีปัญหาหรือมีความเสี่ยงต่อพัฒนาการช้าและความผิดปกติทางสติปัญญา ยังเข้าไม่ถึงการรักษาพยาบาลอยู่ในสัดส่วนที่สูง ทำให้เด็กไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างมีคุณภาพตามมาตรฐาน ส่งผลให้มีพัฒนาการล่าช้าไม่สามารถเรียนรู้ได้ตามศักยภาพที่เหมาะสม เป็นภาระของครอบครัว ชุมชนและสังคมต่อไปในอนาคต จากสภาพปัญหาและสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญของปัญหา จึงได้จัดทำวิจัยพัฒนารูปแบบการเพิ่มการเข้าถึงบริการเฝ้าระวังพัฒนาการของเด็กปฐมวัย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหาในการเข้าถึงบริการคัดกรองพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร กระบวนการพัฒนาการเข้าถึงบริการ ผลการพัฒนาการเข้าถึงบริการ และปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาการเข้าถึงบริการ

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (participatory action research) ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 68 แห่ง โรงพยาบาลเอกชน และคลินิกชุมชนอบอุ่นในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้งสิ้น 67 แห่ง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 รวมระยะเวลา 21 เดือน ดำเนินการศึกษาวิจัย

ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart⁽⁶⁾ ประกอบด้วย

1. เตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย โดยการศึกษาข้อมูลจากเอกสารผลการดำเนินงานและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการวิจัยเตรียมความพร้อม ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินงาน และการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการทำวิจัยตามกระบวนการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (planning) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) เพื่อประเมินสภาพปัญหา บริบท ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหา แนวทางแก้ไข และการมีส่วนร่วม ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group) วิเคราะห์ กำหนดแนวทางและจัดทำแผนยุทธศาสตร์

ขั้นตอนที่ 2 ปฏิบัติการ (action) ตามแผนการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้มีการเข้าถึงบริการคัดกรองพัฒนาการในสถานบริการทั้งในภาครัฐและเอกชนในพื้นที่เขตกรุงเทพมหานคร โดยคณะผู้วิจัยมีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการ ประสานงาน พัฒนาศักยภาพบุคลากรในสถานบริการ เป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา นิเทศ กำกับติดตาม และประเมินผล

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (observation) แบบมีส่วนร่วม ติดตาม ประเมินผลการดำเนินการด้วยการประชุมระดมสมอง

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลปฏิบัติงาน (reflection) ในการนิเทศติดตามผลดำเนินงาน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การถอดบทเรียน เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ แนวทางการพัฒนางานและจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเชิงยุทธศาสตร์

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกการสังเกตและวัดผลงานภาคสนาม แบบรายการประเด็นการสนทนากลุ่ม และแบบรายการประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งประกอบด้วย 5 ประเด็น คือ (1) บริบทสถานการณ์ในการดำเนินงาน (2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (3) ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหา (4) การมีส่วนร่วมของเครือข่าย (5) การกำหนดแนวทางการดำเนินงาน และการขอข้อมูลจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตกรุงเทพมหานคร

การวิเคราะห์ข้อมูลกระบวนการพัฒนาและปัจจัยแห่งความสำเร็จด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการโยงสามเส้า (triangulation) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาวิจัย มีดังต่อไปนี้

1. สภาพปัญหา

ในปี พ.ศ. 2561 ประชากรในพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี จำนวน 336,238 คน คิดเป็นร้อยละ 5.92 (ข้อมูล ณ วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2561)

จากข้อมูลผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 พบว่าหน่วยงานในภาครัฐสังกัดกรุงเทพมหานคร สามารถคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุไม่เกิน 6 ปี จำนวน 105,510 คน คิดเป็นร้อยละ 32.34 ของประชากรเด็กปฐมวัยในเขตกรุงเทพมหานคร ในจำนวนนี้พบเด็กพัฒนาการสมวัย 91,658 คน (ร้อยละ 86.88) เด็กสงสัยล่าช้า 13,852 คน (ร้อยละ 13.12) ซึ่งในกลุ่มเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้า มีเด็กเข้ารับการส่งเสริมพัฒนาการจำนวนเพียง 1,245 คน (ร้อยละ 8.98) โดยในเด็กกลุ่มที่เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการ ได้รับการกระตุ้นจนกลับมาสมวัยร้อยละ 58.15 ซึ่งยังมีเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าถึงร้อยละ 43.70 อย่างไรก็ตาม จากผลการดำเนินงานดังกล่าว พบว่ายังมีเด็กปฐมวัยอีก 230,728 คน คิดเป็นร้อยละ 67.66 ของเด็กปฐมวัยที่ยังไม่ได้รับการคัดกรองและช่วยเหลือ ซึ่งเด็กกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ และการเรียนรู้ อาจนำไปสู่โรคทางจิตเวชเด็กตามมาได้ในอนาคต

การระดมสมองเพื่อค้นหาและศึกษาปัจจัยที่ทำให้การคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยได้ค่อนข้างน้อย พบว่า

1) พื้นที่เขตกรุงเทพมหานครเป็นเขตเมือง ซึ่งมีความหลากหลายของหน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน แต่ขาดการเข้าถึงและเชื่อมโยงข้อมูลบริการ ประชาชนส่วนหนึ่งใช้บริการสาธารณสุขสุขภาพเอกชน หน่วยงานสังกัดมหาวิทยาลัยและอื่นๆ

2) บุคลากรมีการหมุนเวียนอยู่บ่อยครั้งทำให้บุคลากรบางส่วนขาดองค์ความรู้ที่จำเป็น รวมไปถึงทั้งภาครัฐและเอกชนยังขาดองค์ความรู้ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

3) ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สะดวกที่จะมารับบริการ ในช่วงเวลาวันธรรมดา (จันทร์-ศุกร์) และในเวลาราชการ เนื่องจากการประกอบอาชีพ

2. กระบวนการพัฒนาการเข้าถึงบริการคัดกรองพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

2.1 ขั้นตอนการวางแผน (plan) ประกอบด้วย การประชุมชี้แจง การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และหาความต้องการ และการประชุมเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติ (action) ประกอบด้วย การประชุมคณะกรรมการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและการพัฒนาการให้บริการ

2.3 ขั้นตอนการสังเกต (observation) ประกอบด้วย การพัฒนาการให้บริการ และการนิเทศติดตาม

2.4 ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ (reflection) ได้แก่ การสรุปผลดำเนินงาน

ผลการดำเนินการพัฒนาระบบการคัดกรองพัฒนาการ-ในเด็กปฐมวัยในเขตกรุงเทพมหานครโดยมีการขยาย

เครือข่ายการดูแลช่วยเหลือเด็กปฐมวัยสู่หน่วยงานเอกชน เพิ่มการให้บริการในช่วงเย็นค่ำและวันหยุดราชการโดยรูปแบบในการดำเนินการ ได้ยึดหลัก PDSA (Plan Do Study Act) ควบคู่กับการสร้างการมีส่วนร่วมโดยเริ่มจาก

Plan โดยการรับฟังปัญหาจากผู้ปฏิบัติงานจริง ในการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก เขตกรุงเทพมหานครที่มีตัวแทนจากทั้งภาครัฐและเอกชน

Do ส่งเสริมให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการคัดกรองพัฒนาการเด็ก

Study ตรวจสอบโดยภาคีเครือข่าย ผ่านระบบพี่เลี้ยงแบบ zone manager และจัดให้มีการสัมมนาสรุปผล แลกเปลี่ยนเรียนรู้

Act นำไปสู่การมีส่วนร่วมกันในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหา

2.3 บทบาทของแต่ละภาคส่วนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการดำเนินโครงการหรือผลงานในพื้นที่ ดังแสดงในตารางที่ 1

บทบาท	หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	หน้าที่
กลไกหลัก (Key Actor)	ศูนย์บริการสาธารณสุขเขต กรุงเทพมหานคร คลินิกชุมชนอบอุ่น และโรงพยาบาลเอกชน	ดำเนินการคัดกรองพัฒนาการ-เด็กปฐมวัยในพื้นที่เขตกรุงเทพฯ
ผู้ส่งเสริมสนับสนุน (Facilitator)	กรมสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 สถาบันราชานุกูล	สนับสนุนงบประมาณ การดำเนินงาน บุคลากร และองค์ความรู้ด้านวิชาการ
ผู้จัดการเครือข่าย (Network Manager)	ภาคีเครือข่าย ได้แก่ สถาบัน-ราชานุกูล สถาบันสุขภาพเด็ก-แห่งชาติมหาสารคาม สถาบันเด็กและครอบครัว กรมอนามัย สำนักอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขระดับตติยภูมิ	ตรวจเยี่ยมผ่านระบบพี่เลี้ยงแบบ zone manager ติดตามผล ทุกไตรมาสผ่านระบบ value-based management ตลอดจนมีการจัดทำฐานข้อมูลร่วมกัน
หุ้นส่วนความร่วมมือการทำงาน (Partnership)	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)	สนับสนุนงบประมาณให้กับเอกชน ในการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย

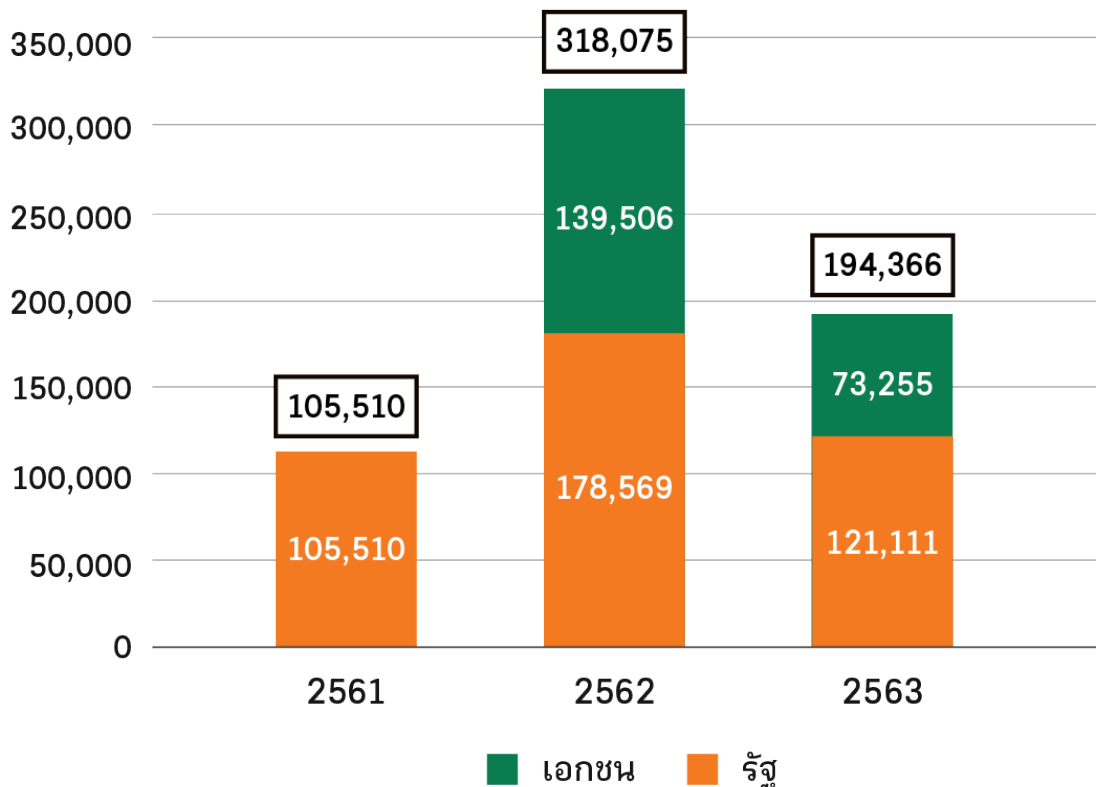
การดำเนินงานได้ขยายเครือข่ายในการกระตุ้นพัฒนาการและดูแลช่วยเหลือเด็กที่มีพัฒนาการช้าในเด็กปฐมวัยได้ครอบคลุมยิ่งขึ้นไปยังหน่วยบริการเอกชนทั้งสิ้น 67 แห่ง แบ่งเป็นคลินิกชุมชนอบอุ่นจำนวน 52 แห่ง และโรงพยาบาล-เอกชน จำนวน 15 แห่ง เพิ่มเติมจากการดำเนินงานในศูนย์-บริการสาธารณสุขเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 68 แห่ง ในการดำเนินงานปี พ.ศ. 2562-2563 โดยงบประมาณการคัดกรองพัฒนาการเด็กได้รับการสนับสนุนงบประมาณโดยเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตกรุงเทพมหานคร

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนของเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบว่า ข้อมูลการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยของปี พ.ศ. 2562 เพิ่มมากขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2561 อย่างชัดเจน โดยในปี พ.ศ. 2561 มีการคัดกรองเด็กจากศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้งหมด 105,510 คน (ร้อยละ 31.8 ของค่าประมาณการประชากร) ต่อมาในปี พ.ศ. 2562 มีการคัดกรองเด็กทั้งหมด 318,075 คน (ร้อยละ 68.7

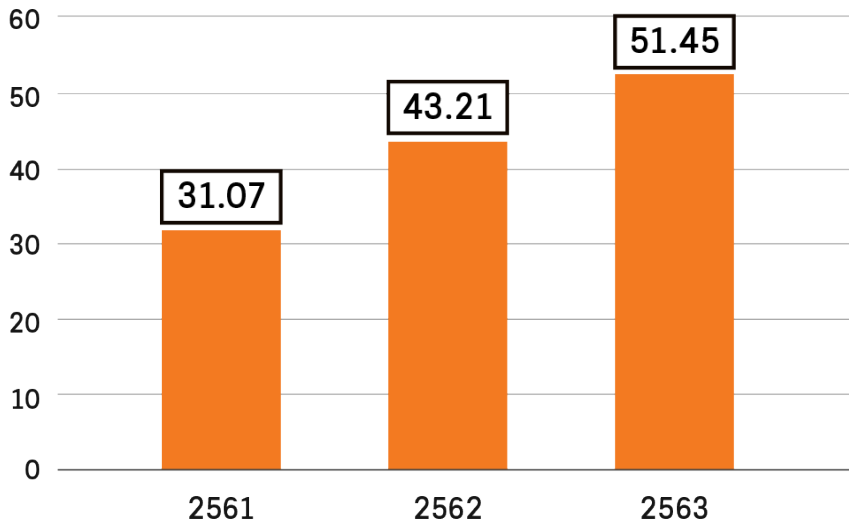
ของค่าประมาณการประชากร) โดยเป็นการคัดกรองจากศูนย์บริการสาธารณสุข ทั้งหมด 178,569 คน จากคลินิกชุมชนอบอุ่นและโรงพยาบาลเอกชนทั้งหมด 139,506 คน สำหรับปี พ.ศ. 2563 สามารถคัดกรองได้ 194,366 คน (ร้อยละ 52.3 ของค่าประมาณการประชากร) ลดลงจากปี พ.ศ. 2562 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ส่งผลให้เด็กและผู้ปกครองไม่สามารถมารับบริการได้รวมไปถึงการปิดทำการของคลินิกชุมชนอบอุ่นบางแห่ง ดังภาพที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพของการบริการพบว่าคุณภาพของระบบบริการดีขึ้นตามลำดับ ประเมินได้จากร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าเมื่อได้รับการกระตุ้นพัฒนาการกลับมามีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้น โดยปี พ.ศ. 2561 เด็กที่ได้รับการช่วยเหลือมีพัฒนาการกลับมาสมวัยร้อยละ 31.07 ปี พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 43.21 และปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 51.45 ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 1 จำนวนเด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ แยกเป็นรายปี



ภาพที่ 2 ร้อยละของเด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการจนมีพัฒนาการสมวัยแยกเป็นรายปี



วิจารณ์

ด้านสภาพปัญหาของการเข้าถึงบริการพบว่า พื้นที่กรุงเทพมหานครมีความหลากหลายของหน่วยบริการ สาธารณสุขทั้งภาครัฐ และสถานบริการเอกชน ที่กระจายอยู่ตามพื้นที่ต่างๆ แต่ยังคงขาดการเชื่อมโยงข้อมูล ตลอดจนบุคลากรมีการหมุนเวียนอยู่บ่อยครั้งทำให้บุคลากรบางส่วนขาดองค์ความรู้ที่จำเป็น รวมไปถึงทั้งภาครัฐและเอกชนยังขาดองค์ความรู้ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

ด้านกระบวนการพัฒนาการเข้าถึงบริการ จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง (primary stakeholders) คือ ประชาชนกลุ่มเด็กปฐมวัยเขตกรุงเทพมหานคร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรอง (secondary stakeholders) คือ สถานบริการในภาครัฐ คลินิกชุมชนอบอุ่น และโรงพยาบาลเอกชนในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (importance) ซึ่งมีความสำคัญในระบบหลักประกันสุขภาพและมีบทบาทอำนาจที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จของกระบวนการ (influence)

ด้านผลของการพัฒนาการเข้าถึงบริการ พบว่าเมื่อมีการขยายบริการคัดกรองและเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กไปยังสถานพยาบาลสังกัดเอกชน ภายใต้ความร่วมมือของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตกรุงเทพมหานครให้สามารถเบิกจ่ายค่าบริการได้ตามอัตราที่กำหนด ทำให้มีเด็ก

เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ส่งผลไปถึงเด็กที่มีปัญหาหรือสงสัยพัฒนาการช้าได้รับการช่วยเหลือจนมีพัฒนาการสมวัยในสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น เป็นไปตามแนวคิดของ Penchansky and Thomas⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า การพัฒนาหน่วยบริการให้ครอบคลุมและเพียงพอในพื้นที่ สามารถเข้าถึงได้สะดวก ค่าใช้จ่ายประหยัดและคุ้มค่า ก่อให้เกิดการยอมรับในที่จะมาใช้บริการ ซึ่งตามกรอบแนวคิดพื้นฐานพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการเข้าถึงสุขภาพนั้น ได้แก่ (1) นโยบายสาธารณสุขที่กำหนดให้การเข้าถึงบริการเป็นเป้าหมายสำคัญของการดำเนินงาน (2) ลักษณะของระบบบริการ ได้แก่ ลักษณะการให้บริการ การกระจายทรัพยากร ความพอเพียง และความครอบคลุมในการให้บริการ การจัดการองค์กร (3) ลักษณะของผู้ใช้บริการ ได้แก่ รายได้ การรับรู้สถานะทางสุขภาพ (4) บริการสุขภาพ ได้แก่ ชนิดของสถานบริการ เวลาที่ให้บริการ ที่ตั้ง จากโครงการนี้สามารถนำไปขยายต่อในพื้นที่อื่นๆ ที่เป็นเขตเมืองหรือมีการให้บริการประชาชนจากสถานบริการเอกชนจำนวนมาก

ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการเข้าถึงพบว่า ยุทธศาสตร์และนโยบายของพื้นที่กรุงเทพมหานครที่มุ่งเน้นการพัฒนาคนไทย 4.0 ส่งเสริมให้เด็กได้รับการเฝ้าระวังพัฒนาการและได้รับการดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม นอกจากนี้สถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชนให้ความร่วมมือในการร่วมดำเนินการเป็นเครือข่ายเป็นอย่างดี กระจาย

ครอบคลุมทั่วถึงในทุกพื้นที่ สามารถเข้าถึงได้ง่ายทั้งในเวลา
ราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์ ปัจจัยที่มีส่วนผลักดันสูงสุด
คือ ความร่วมมือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขตกรุงเทพมหานครในการเบิกจ่ายค่าบริการสำหรับการคัด
กรองพัฒนาเด็กปฐมวัยตามอัตราที่กำหนด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอธิบดี รองอธิบดี กรมสุขภาพจิต ผู้อำนวยการ
การสถาบันราชานุกูล สำหรับการให้โอกาส คำแนะนำและ

กำลังใจในการศึกษาในครั้งนี้

ขอขอบคุณบุคลากรศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพ
จิต กระทรวงสาธารณสุข ที่เอื้ออำนวยในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
สถาบันพัฒนาสุขภาพวะเขตเมือง กรมอนามัย สถาบันสุขภาพ
เด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ ตลอดจนสำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 13 ที่ให้ความร่วมมือในการ
ประสานงานและอำนวยความสะดวกจนโครงการได้ดำเนิน
งานจนสำเร็จโดยสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 30 พ.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://www.anamai.moph.go.th/>
2. James J, Heckman. Invest in early childhood development: reduce deficits, strengthen the economy [Internet]. 2012 [cited 2022 Nov 30]. แหล่งข้อมูล: <https://heckmanequation.org/resource/invest-in-early-childhood-development-reduce-deficits-strengthen-the-economy/>
3. โสภณ เมฆธน. วิฤตพัฒนาการเด็กปฐมวัยของไทยต่ำกว่ามาตรฐานถึง 30% เร่งค้นหาเพื่อแก้ไขทันท่วงที [อินเทอร์เน็ต]. เจาะลึก ระบบสุขภาพ; 2560 [สืบค้นเมื่อ 11 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล <https://www.hfocus.org/content/>
4. สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์. แบบคัดกรองพัฒนาการเด็ก [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [สืบค้นเมื่อ 10 ธ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://www.thaichilddevelopment.com/images/doc/Ebook1.pdf>
5. Frankenburg WK, Dodds JB, The denver development screening test. Denver, Colorado: Denver Materials; 1990.
6. Laksanavicharan U, Sriyaporn P, Jiamsuchon K, Pissasoontorn W, Sakornsatien S, Sakdisawadi O, et al. The indicators of psychosocial development in Thailand. Asia Pacific Journal of Public Health 1995;8:27-38
7. นิตยา คชภักดี, ศิริกุล อิศรานุกรักษ์. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. [อินเทอร์เน็ต]. คุณภาพเครื่องมือ DSPM และ DAIM; 2557. [สืบค้นเมื่อ 11 มี.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaichilddevelopment.com/>
8. Kemmis S, McTaggart R. The action research planer. 3rd ed. Victoria: Deakin University; 1988.
9. Saurman E. Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. Journal of Health Services Research Policy 2016;21(1):36-9

Outcome of Improving Accessibility for Early Childhood Developmental Screening Program in Bangkok Metropolitan Area, Thailand

Wiranpat Kittitharaphan

Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi Province, Thailand

Abstract

The investment in early childhood development gave the highest rate of return in 7-13 times. It generated better health, social, education, and economic outcomes and consequently increasing revenue and decreasing costly social spending. This study was a participatory action research. The purposes were to analyze (1) the situational context of the accessibility of early childhood developmental screening program, (2) process of improving accessibility, (3) results of the early childhood developmental screening program, and (4) success factors of program to increase accessibility. The target groups were the National Health Security Office, Bangkok, 68 health care centers, and 67 private community clinics and hospitals, during February, 2019 to October, 2020. Data collection was performed by focus group, and interview. The data were analyzed by percentage and data analysis. This research indicated that the system development process consisted of 8 steps as follows: (1) meeting for preparation team, (2) data analysis, (3) strategic plan meeting, (4) committee meeting, (5) raising personnel potential, (6) developing a service system, (7) supervision and monitoring, and (8) conclusion. The results showed that preschool children had developmental screening score increasing from 31.8% to 68.7%. After implementation of the program, children who had developmental delay had returned to normal. The scores increased from 31.07% to 51.45%. Success factors were participation of private networks, and strategy for improving accessibility of national health security scheme. Conclusively, improving service to increase accessibility by promoting developmental screening service in private cluster would be helpful for developmental surveillance; In addition to improve quality of services is also important.

Keywords: service development; healthcare accessibility; developmental surveillance

รูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

สกวรรณ นวนวน

โรงพยาบาลเหนือคลอง จังหวัดกระบี่

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุชุมชนบ้านเขาแก้ว ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ คัดเลือกประชากรที่ศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง โดยคัดเลือกกลุ่มภาคีเครือข่าย และแกนนำชุมชน จำนวน 20 คน โดยใช้เทคนิค A-I-C วิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการดำเนินงาน เกิดเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมในการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ และมีการเก็บข้อมูลพฤติกรรมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 113 คน โดยขึ้นอยู่กับความเต็มใจและสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นหลัก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า การควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย การปรับปรุงพฤติกรรม 5 อย่าง คือ การกิน การออกกำลังกาย ไม่เครียด ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา โดยมีกิจกรรมการณรงค์สร้างจิตสำนึก การสร้างมาตรการพันธะสัญญาใจ จัดทำป้ายแสดงจุดห้ามสูบบุหรี่และดื่มสุรา การปลูกผักในครัวเรือน สร้างรั้วกินได้ จากการดำเนินการดังกล่าวสามารถสะท้อนคิดเพื่อคืนข้อมูลสู่ชุมชน โดยการดึงแกนนำชุมชนมาเป็นจุดเชื่อมและเริ่มต้นในการสร้างความมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและสามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุในชุมชนได้

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม; แกนนำชุมชน; ปัจจัยเสี่ยง; โรคเบาหวาน; โรคความดันโลหิตสูง

บทนำ

สถานการณ์ในประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตอันมีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่สำคัญมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในประชากรไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 จะเห็นได้ว่าอัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 15.0 เป็น 22.0 โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 8.0 เป็น 13.1⁽¹⁾ จากสถิติจะเห็นได้ว่า คนทุกวัยมีสิทธิ์ที่จะเป็นแต่โรคเรื้อรังกลุ่มนี้มักพบในผู้สูงอายุที่มีการใช้ชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ จากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในเวทีประชาคมของชุมชนบ้านเขาแก้ว พบว่า โรคที่เป็นปัญหา

สำคัญทางสุขภาพลำดับแรกคือโรคเบาหวาน ลำดับที่สองคือโรคความดันโลหิตสูง ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สถิติในปี พ.ศ. 2563 ในชุมชนบ้านเขาแก้ว พบว่ามีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 7.92 ของประชากรทั้งหมด และมีผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 62.62 ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเมื่อทำการสำรวจกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนบ้านเขาแก้วมีทั้งหมด 280 คน พบเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงจำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 55.36 ของกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด

เครื่องมือสำคัญที่สร้างความตระหนักและทำให้สมาชิกชุมชนรู้สึกว่าคุณภาพที่จะจัดการกับปัญหาที่ประสบอยู่ได้ด้วยตนเอง โดยมีแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานของชุมชนที่ถือว่าเป็นฐานของการจัดการตนเองของชุมชนที่สำคัญ คือ การเรียนรู้ เวทีประชาคม การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน พลังสามัคคีและความผูกพันของคนในชุมชน ส่งผลให้การป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงต้องทำให้ชุมชนมีความเป็นเจ้าของ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุชุมชนบ้านเขาแก้ว ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ โดยสร้างกระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและกลุ่มแกนนำในชุมชน เมื่อผู้นำชุมชนมีความเข้มแข็งทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในชุมชน เช่น กิจกรรมลดเสี่ยงลดโรค กฎกติกาชุมชน เกิดเครือข่ายลดโรค เบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนบ้านเขาแก้ว ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ขึ้น

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุชุมชนบ้านเขาแก้ว ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) เพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการจัดกิจกรรมเพื่อควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงใน โดยประยุกต์แนวคิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's health promotion model) มาใช้เป็นกรอบในการศึกษา เพื่อให้ผู้สูงอายุวิเคราะห์และตัดสินใจเลือกกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยผู้วิจัยได้จัดเวทีสนทนากลุ่ม (focus group) กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ภาคีเครือข่าย แกนนำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ชุมชนบ้านเขาแก้ว 1 คน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลเหนือคลอง 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) 10 คน ผู้นำศาสนา (อิหม่าม) 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3 คน และปราชญ์ชาวบ้าน 2 คน รวมจำนวน 20 คน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายต้องมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน และมีความคุ้นเคยระหว่างผู้วิจัยและชุมชน เพื่อความสะดวกในการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนต่างๆ และมีการเก็บข้อมูลพฤติกรรมผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนบ้านเขาแก้วโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structural interview form) จำนวน 113 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ และเมื่อเข้าร่วมการวิจัยและสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ทั้งนี้จะไม่ฝืนผลกระทบบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมผู้วิจัยเก็บไว้เป็นความลับและใช้ประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยเท่านั้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ เพื่อใช้ในการอธิบายข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ สภาวะสุขภาพระดับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง และระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

ผลการศึกษา

รูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย การประชุมโดยใช้เทคนิค A-I-C วิเคราะห์แนวทางการดำเนินงาน เพื่อสู่ชุมชนที่พึงปรารถนาและรวบรวมนำมาเป็นแนวทางในการจัดการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายแบบยั้งยืน จัดการความเครียดตามวิถีมุสลิมและมาตรการการจัดการบุหรีและสุรา

จากการสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุบ้านเขาแก้ว พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.02 และเพศชาย ร้อยละ 30.98 ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 60.17 รองลงมา 70-79 ปี ร้อยละ 23.89 ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 38.05 และพบว่าผู้สูงอายุมีสถานภาพคู่ ร้อยละ 56.64 รองลงมาเป็นหม้าย ร้อยละ 23.00 รายได้ส่วนใหญ่มาจากบุตร ร้อยละ 70.79 และมีรายได้พอใช้ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 85.84

สภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านเขาแก้ว พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวร้อยละ 74.34 พฤติกรรม

การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ไปรับบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลร้อยละ 72.56 รองลงมาเป็นการไปใช้บริการที่คลินิก ร้อยละ 15.93 ผู้สูงอายุใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 89.38 ใช้สิทธิข้าราชการในการเข้ารับรักษาพยาบาลร้อยละ 10.62 การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุพบว่า ส่วนใหญ่มีการออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที ร้อยละ 81.14

มีเพียงร้อยละ 18.16 ที่ไม่ได้ปฏิบัติเลยและผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเครียด ร้อยละ 61.06 ดังตารางที่ 1

ความรู้ของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร ออกกำลังกายและการจัดการความเครียดดีกว่าก่อนดำเนินการ โดยจากที่มีความรู้ อยู่ในระดับดีร้อยละ 78.76 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90.26 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลสุขภาวะสุขภาพ

ความรู้	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยโรคเกาต์ ควรหลีกเลี่ยงการกินอาหารที่มีสารพิวรีนมาก ได้แก่ เนื้อไก่-เป็ด เครื่องในสัตว์ กระจกหิน ชะอม ถั่วเขียว ถั่วเหลือง และอาหารที่มีไขมันมาก	37	78.72	44	93.61
น้ำ มีความสำคัญต่อร่างกายมาก ช่วยให้ระบบย่อย อาหารและการขับถ่ายของเสีย ดังนั้น ผู้สูงอายุควรดื่มน้ำประมาณ 6-8 แก้ว เป็นประจำทุกวัน	39	82.98	45	95.74
ควรกินอาหารที่ปรุงและประกอบด้วยผักเป็นประจำ และควรกินผลไม้ โดยเฉพาะผลไม้สด นอกจากนี้ควรกินอาหารประเภทถั่วเมล็ดแห้ง และข้าวซ้อมมือเป็นประจำ	33	70.21	42	89.36

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านต่างๆ เกี่ยวกับ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด ก่อนและหลังดำเนินการ (จำนวน 113 คน)

ระดับความรู้	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	89	78.76	102	90.26
ปานกลาง	17	15.04	11	9.74
ควรปรับปรุง	7	6.30	0	0
รวม	113	100.0	47	100.0

ในการจัดกิจกรรมให้ความรู้กับผู้สูงอายุในด้าน การบริโภคอาหาร ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มมากขึ้นโดยตอบคำถาม ถูกมากที่สุด คือ น้ำ มีความสำคัญต่อร่างกายมาก ช่วยให้

ระบบย่อยอาหารและการขับถ่ายของเสีย ดังนั้น ผู้สูงอายุ ควรดื่มน้ำประมาณ 6-8 แก้ว เป็นประจำทุกวัน จากร้อยละ 82.98 เป็นร้อยละ 95.74 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังทำกิจกรรมจำแนกตามรายข้อ (จำนวน 113 คน)

ความรู้	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยโรคเกาต์ ควรหลีกเลี่ยงการกิน อาหารที่มีสารพิวรีนมาก ได้แก่ เนื้อไก่-เป็ด เครื่องในสัตว์ กระจิน ชะอม ถั่วเขียว ถั่วเหลือง และอาหาร ที่มีไขมันมาก	37	78.72	44	93.61
น้ำ มีความสำคัญต่อร่างกายมาก ช่วยให้ระบบย่อย อาหารและการ ขับถ่ายของเสีย ดังนั้น ผู้สูงอายุควร ดื่มน้ำประมาณ 6-8 แก้ว เป็นประจำทุกวัน	39	82.98	45	95.74

ตารางที่ 3 (ต่อ) ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านการบริโภคอาหาร ก่อนและหลังทำกิจกรรมจำแนกตามรายข้อ (จำนวน 113 คน)

ความรู้	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ควรกินอาหารที่ปรุงและประกอบด้วยผักเป็นประจำ และควรกินผลไม้โดยเฉพาะผลไม้สด นอกจากนี้ควรกินอาหารประเภทถั่วเมล็ดแห้ง และข้าวซ้อมมือเป็นประจำ	33	70.21	42	89.36

ในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ผู้สูงอายุในด้านการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มมากขึ้น เช่น การออกกำลังกายด้วยยางยืด เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.84 เป็นร้อยละ 100.00 และการออกกำลังกายที่ด้อยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที จากร้อยละ 78.76 เป็นร้อยละ 98.23 ดังตารางที่ 4

ในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ผู้สูงอายุในด้านการจัดการความเครียด ผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มมากขึ้น เช่น การนอนหลับ

ที่เหมาะสม 6-8 ชั่วโมงต่อวัน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.70 เป็นร้อยละ 82.98 และวิธีผ่อนคลายความเครียดที่ดี คือ การออกกำลังกาย การละหมาด การพบปะพูดคุย จากร้อยละ 70.21 เป็นร้อยละ 93.61 ดังตารางที่ 5

ในการเปรียบเทียบพฤติกรรมรายด้าน ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่ถูกต้องส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมบริโภคอาหาร ร้อยละ 78.57 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 57.14 และพฤติกรรมการจัดการความเครียด ร้อยละ 85.72 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 4 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านการออกกำลังกาย ก่อนและหลังทำกิจกรรมจำแนกตามรายข้อ (จำนวน 113 คน)

ความรู้	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกายด้วยยางยืด เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค	33	85.84	113	100.00
การออกกำลังกายที่ด้อยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆ ละ 30 นาที	89	78.76	111	98.23

ตารางที่ 5 ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านการจัดการความเครียด ก่อนและหลังทำกิจกรรมจำแนกตามรายชื่อ (จำนวน 113 คน)

ความรู้	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การนอนหลับที่เหมาะสม 6-8 ชั่วโมงต่อวัน	29	61.70	39	82.98
วิธีผ่อนคลายความเครียดที่ดี คือการออกกำลังกาย การละหมาด การพบปะพูดคุย	33	70.21	44	93.61

ตารางที่ 6 ระดับพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด หลังดำเนินการ (จำนวน 113 คน)

พฤติกรรมสุขภาพ	ระดับพฤติกรรม		
	ดี	ปานกลาง	ควรปรับปรุง
การบริโภคอาหาร	78.57	8.93	12.50
การออกกำลังกาย	57.14	25.00	17.86
การจัดการความเครียด	85.72	7.15	8.93

วิจารณ์

แนวทางในการจัดการป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง การรณรงค์สร้างจิตสำนึก การสร้างมาตรการพันธะสัญญาใจ จัดทำป้ายแสดงจุดห้ามสูบบุหรี่และดื่มสุรา การปลูกผักในครัวเรือน สร้างรั้วกินได้ และการสัมภาษณ์การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน

ในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า วิธีการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชน “ต้องมีการปรับปรุงพฤติกรรม 5 อย่าง” คือ การกิน การออกกำลังกาย ไม่เครียด ไม่สูบบุหรี่และไม่ดื่มสุรา จากการที่ดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้ในเรื่อง อาหาร เพื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงวัย การบริหารร่างกาย ด้วยยางยืด การประกอบพิธีละหมาด เพื่อฝึกสมาธิและจิตใจ

การควบคุมอารมณ์ และการจัดการความเครียดของตนเอง ในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเรือง ขาวนวล ที่พบว่า การดำเนินการพัฒนาและให้ความรู้ ส่งผลให้เกิด การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ⁽²⁾ สำหรับการ ดำเนินการครั้งนี้ พบว่า จากผลการศึกษาเกี่ยวกับ ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุบ้านเขาแก้ว ที่เพิ่มขึ้น อย่างเด่นชัด พบว่า หลังจัดกิจกรรมให้ความรู้ในด้าน การบริโภคอาหาร ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนบ้านเขาแก้ว พบว่า พฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการ ความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงแม้ว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองจะสูง เพียงใด แต่วิถีการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุอาจจะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมได้ยากในระยะเวลาอันสั้น เนื่องจากวิถีการดำรง ชีวิตดังกล่าวยังคงผูกยึดกับวัฒนธรรมแบบดั้งเดิมของ แต่ละท้องถิ่น โดยเฉพาะวัฒนธรรมบางประเภทไม่ส่งเสริมต่อการมีสุขภาพดี เช่น นิยมบริโภคอาหารมัน หวาน เค็มจัด ในการดำเนินการในครั้งนี้ เมื่อจำแนกตามรายด้าน พบว่า พฤติกรรมบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในชุมชน บ้านเขาแก้ว หลังจากการดำเนินการจัดกิจกรรมให้ความรู้ พบว่า พฤติกรรมบริโภคอาหารแยกตามรายข้อ ของกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่นับถือ ศาสนาอิสลาม นิยมบริโภคอาหารฮาลาล ซึ่งมีความ เหมาะสมต่อสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษา ของจรัสวรรณ เทียนประสาท และพัชรี ตันศิริ ที่ศึกษา พบว่า การรับประทานอาหารที่เหมาะสมมีความสำคัญ ต่อสุขภาพ รวมทั้งลดความรุนแรงของโรคต่างๆ ที่พบ ได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหัวใจ มะเร็ง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ ในแต่ละวัน ควรแบ่งอาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อ เพื่อแก้ ปัญหาเรื่องแน่นท้องมากหลังรับประทานอาหารโดยให้ อาหารมื้อเที่ยงเป็นอาหารหลัก และเพิ่มมื้อสายและบ่าย ควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย รสไม่จัด ควรหลีกเลี่ยง อาหารที่ทำให้เกิดก๊าซ และท้องอืดได้ง่าย ลดการบริโภค ไขมันให้น้อยลง โดยเฉพาะไขมันที่มีกรดอิ่มตัวและ โคลเลสเตอรอลสูง ไม่ควรรับประทานน้ำตาลทรายมาก เกินไป เพราะจะมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานหรือภาวะ

ไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงได้ง่าย รับประทานอาหาร ที่ให้สารอาหารโปรตีนอย่างเพียงพอบริโภคผักและผลไม้ เป็นประจำ เพื่อให้ได้วิตามินและเกลือแร่ ดังนั้น การจัด อาหารจึงควรคำนึงถึงสภาพร่างกายและจิตใจด้วยมิใช่ คุณค่าทางโภชนาการเท่านั้น⁽³⁾ บรรลุ ศิริพานิช ได้สรุปผล การวิจัยการศึกษาวิถีชีวิตมุสลิม เกี่ยวกับการบริโภค อาหาร อาหารฮาลาลเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับมุสลิมในการ บริโภค ส่วนผู้ที่มีไข่มุสลิม หากบริโภคอาหารฮาลาล ก็จะได้ประโยชน์ต่อสุขภาพเช่นเดียวกัน เพราะอาหาร ฮาลาลจะต้องมีกระบวนการผลิตที่ถูกต้องตามข้อบัญญัติ แห่งศาสนาอิสลาม ปราศจากสิ่งต้องห้าม (ฮารอม) และมีคุณค่าทางอาหาร (ตอยยิบ)⁽⁴⁾

พฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของ พฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง สามารถดำรงชีวิต อย่างปกติสุข และหลีกเลี่ยงอันตรายต่างๆ ที่ส่งผลต่อ สุขภาพ จากการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุในชุมชนบ้านเขาแก้ว มีการออกกำลังกายโดยใช้ยัด และการเดินวิ่ง แต่ก็ยังมี ผู้สูงอายุบางส่วนไม่ได้ออกกำลังกายจนรู้สึกท้อใจเร็ว และแรงขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุคิดว่าการทำงานบ้านหรือกิจกรรม เล็กๆ น้อยๆ หรือการทำงานบ้านเป็นการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุดาวี วิไลเลิศ พบว่าผู้สูงอายุ ออกกำลังกายจากการทำงานบ้านที่ไม่ได้ใช้แรงมาก และ เป็นการออกกำลังกายระยะสั้นไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นการ ออกกำลังกายเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญในการเพิ่มความสามารถ ทางร่างกายของผู้สูงอายุ⁽⁵⁾ พฤติกรรมที่มีบุคคลปฏิบัติ โดยให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายทำให้ร่างกายมีการใช้ พลังงานปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ บรรลุ ศิริพานิช ให้ความเห็น ว่าการออกกำลังกายที่ถูกต้องและกระทำสม่ำเสมอจะทำให้ ผู้สูงอายุ มีความคล่องตัวในการเคลื่อนไหวร่างกาย ชะลอ ความเสื่อมของกระดูกและกล้ามเนื้อ ร่างกายแข็งแรง และอายุยืนยาว ซึ่งการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับ ผู้สูงอายุ ได้แก่ การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ และควร ออกกำลังกายสม่ำเสมอ สัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ใช้เวลาใน การออกกำลังกายครั้งละ 20-40 นาที⁽⁴⁾ พบว่า พฤติกรรม การออกกำลังกายแยกตามรายข้อ พบว่า ส่วนใหญ่ ทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน ปลูกต้นไม้ รดน้ำ ต้นไม้ ทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 26.80 และออกกำลังกาย

อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 14.30 และจากการศึกษาของ ศิริเพ็ญ คุภกาญจนกันติ และคณะ การออกกำลังกายในชุมชนมุสลิมมีน้อยและการออกกำลังกายในชุมชนมีน้อยและขาดความต่อเนื่อง บางครั้งก็มีปัญหาเรื่องรูปแบบการออกกำลังกาย เช่น การออกกำลังกายสตรีต้อง แต่งกายรัดรูป และการใช้เพลงประกอบดนตรีที่ใช้ท่วงทำนองเร้าร้อนซึ่งผิดหลักการของศาสนาอิสลาม สำหรับผู้ชายมักนิยมออกกำลังกายโดยการเล่นกีฬาทั่วไปที่สามารถเล่นได้ตามบริบทของพื้นที่⁽⁶⁾

การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเนื่องจากครอบครัวผู้สูงอายุในชุมชนมุสลิมบ้านเขาแก้ว ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยายและลักษณะของชุมชนมุสลิมบ้านเขาแก้ว เป็นชุมชนบทอยู่ร่วมกันแบบเครือญาติ มีสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกันระหว่างเพื่อนบ้าน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน และร่วมกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เช่น การไปมัสยิดเพื่อร่วมละหมาด การทำบุญทางศาสนา (นุหรี) และการถือศีลอด การร่วมกิจกรรมนี้เองทำให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสพบปะพูดคุยกัน ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวสามารถผ่อนคลายความเครียดลงได้ และจากแนวคิดของ เพตติคอร์ด ที่ว่าการจัดการความเครียดเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้เพื่อแสวงหาแนวทางจัดการกับความเครียดและเพิ่มความสุขในการดำรงชีวิต และแนวคิดของวิลไฮต์-แทนเนอร์ ที่ว่า พฤติกรรมลดความเครียด ได้แก่ กิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจ การฟังเพลง การอ่านหนังสือ การทำงานอดิเรกต่างๆ ธรรมชาติ ดวงแก้ว และหิรัญญา เดชอุดมพบว่า พฤติกรรมจัดการความเครียดแยกตามรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่เมื่อมีเวลาว่างหากิจกรรมที่เพลิดเพลินทำ เช่น การปลูกต้นไม้ การทำงานบ้าน ไปร่วมงานแต่ง งานศพ งานประเพณี และเมื่อรู้สึกเครียด ท่านได้ละหมาดเพื่อทำจิตใจให้สงบ ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมดังกล่าวจะส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ⁽⁷⁾ กิตติ สมบัติ และคณะสรุปผลการวิจัยการศึกษาวิถีชีวิตมุสลิม การรักษาสุขภาพจิตคือ การป้องกันหรือขจัดความเครียดทางประสาท ซึ่งก็เกี่ยวกับการละหมาด การระลึกถึงอัลลอฮ์ การถือศีลอด การเสียสละเพื่ออัลลอฮ์ ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ความอดทน ความนอบน้อม ความสงบ และเผชิญกับความยากลำบาก การทดสอบ อุบัติเหตุและความเจ็บไข้ได้ป่วย อิสลามห้ามอยู่ในสภาพที่สิ้นหวังและฆ่าตนเอง

แต่ให้มนุษย์มีความร่วมมือกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน เพื่อจะได้แบ่งเบาภาระในชีวิต⁽⁸⁾

นอกจากพฤติกรรมในแต่ละด้านที่กลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้นแล้ว ปัจจัยเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่และดื่มสุราก็ยังเป็นปัญหาสำคัญที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ถึงแม้ว่าผู้สูงอายุในชุมชนบ้านเขาแก้วส่วนใหญ่จะนับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งต้องปฏิบัติตนตามหลักศาสนาแล้ว แต่ก็ยังมีผู้สูงอายุบางส่วนที่มีการสูบบุหรี่อยู่ เพราะฉะนั้นแกนนำชุมชน ภาควิชาเครือข่าย กลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุ จึงได้สร้างพันธะสัญญาใจร่วมกันในการเลิกสูบบุหรี่และดื่มสุราเพื่อสร้างพฤติกรรมที่ดีเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุชุมชนบ้านเขาแก้วขึ้น

ข้อค้นพบสำคัญจากกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน และภาควิชาเครือข่ายในการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุชุมชนบ้านเขาแก้ว สามารถนำไปประยุกต์เพื่อพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย และให้ความยอมรับในศักยภาพของทุกคนเสมอภาคและเท่าเทียมกัน โดยคำนึงถึงความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน ภาควิชาเครือข่าย และทุนทางสังคมของบริบทพื้นที่ ซึ่งแกนนำชุมชนมีความสำคัญมาก เพราะเป็นที่เคารพของคนในชุมชน ย่อมจะอำนวยความสะดวกให้การดำเนินกิจกรรมของชุมชนประสบผลสำเร็จ แต่ถ้าแกนนำชุมชนไม่เข้มแข็ง ก็อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้การดำเนินกิจกรรม การวิจัยไม่ประสบผลสำเร็จได้ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ เพื่อจะได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทั้งพื้นที่ และแนวทางในการดำเนินงานส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้ชุมชนมีการควบคุมป้องกันโรคได้อย่างครอบคลุมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

รูปแบบการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนในการควบคุมป้องกันปัจจัยเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ในผู้สูงอายุชุมชนบ้านเขาแก้ว ตำบลเหนือคลอง อำเภอเหนือคลอง จังหวัดกระบี่ ครั้งนี้สำเร็จจุล่งด้วยดี ได้รับคำแนะนำ ปรีกษาด้านวิชาการ จากอาจารย์ ดร.จตุพร วิศิษฐ์โชติอังกูร อาจารย์ ดร.รติยานภิศ พลະเศ็ก ดร.อรวีลาสิณี สจ๊วต และ ดร.ไพสิฐ บุญกวี มาโดยตลอด ในกระบวนการดำเนินการได้รับความร่วมมือในการดำเนินการทุกกระบวนการจากผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. ประจำ

หมู่บ้าน แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุเหนือคลอง สมาชิกกลุ่มต่างๆ และผู้สูงอายุบ้านเขาแก้ว ตำบลเหนือคลอง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเหนือคลอง ที่ช่วยเหลือและสนับสนุนเสมอมา ตลอดจนผู้ที่มีอุปการคุณที่มีได้กล่าวนาม ณ ที่นี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณทุกท่านไว้ ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางชุมชนลดเสี่ยง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDS) ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น. กรุงเทพมหานคร: อีโมชั่น อาร์ต; 2562.
2. บุญเรือง ขาวนวล. การจัดการตนเองของชุมชนเพื่อพัฒนาสุขภาพในชุมชนมุสลิม [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2551.
3. จรัสวรรณ เทียนประภาศ, พัชรี ตันศิริ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองธรรม; 2536.
4. บรรลุ ศิริพานิช. ผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี; 2544.
5. สุดา วิไลเลิศ. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2536.
6. ศิริเพ็ญ คุภากัญจนกันติ. การศึกษาผลสำเร็จของการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนมุสลิมไทย. จุฬาลงกรณ์ 2549;49:10-13.
7. ธราธร ดวงแก้ว, หิรัญ เดชอุดม. พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. รายงานการวิจัย. นครปฐม: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม; 2550.
8. กิตติ สมบัติ, นงพรรณ พิริยานุพงศ์, สายันต์ อาจนรงค์. รายงานการวิจัย เรื่อง ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพตนเองของชาวไทยมุสลิมสามจังหวัด ชายแดนภาคใต้. ยะลา: ยะลาสมาธิปริทัศน์; 2546.

Participation Model of Community Leaders in Controlling and Preventing Risk Factors for Diabetes and Hypertension in the Elderly

Sakonwat Nanuan

Nuea Khlong Hospital, Krabi Province, Thailand

Abstract

This research is a participatory action research study aimed to assess the participation of community leaders in controlling and preventing risk factors of diabetes and hypertension in Ban Khao Kaew Community, Nuea Klong Subdistrict, Nuea Khlong District, Krabi Province. The study population were selected by purposive sampling among network partners, community leaders consisting of 1 village headman, 2 members of the sub-district administration organization, 10 village volunteers, 2 religious leaders, 3 public health officers, and 2 sage villagers, totaling 20 people. Data were also collected through the interviews with 113 participating elderly persons, with regard to their daily behaviors. The data were analyzed by using descriptive statistics: number and percentage. The results of the research showed that the community participation activities consisted of (1) meetings using A-I-C techniques to analyze operational approaches toward a desirable community, (2) collecting meeting outcomes to form a guideline for managing and preventing risk factors for diabetes and hypertension, (3) awareness raising campaigns to creating commitment, (4) producing signs indicating smoking and drinking prohibition, (5) growing vegetables at home and building edible fence. Through the interviews with community leaders on the prevention of diabetes and hypertension in the community, it was found that the prevention methods for diabetes and hypertension required “5 behaviors”: eating, exercising, no stressing, no smoking and no alcohol drinking. The involvement of community leaders had become a connection point and created participation of network partners that could lead to the alleviation of diabetes and hypertension problems in the community.

Keywords: participation; community leaders; risk factors; diabetes; hypertension

โฆษณาแฝงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ สำหรับเด็กและเยาวชนทางโทรทัศน์ดิจิทัลในประเทศไทย

นางนุช จินดารัตนาภรณ์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

การพบเห็นโฆษณาแฝงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพมีผลต่อการจดจำและการซื้ออาหารของเด็ก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์โฆษณาแฝงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพทางโทรทัศน์ดิจิทัลของประเทศไทย ใช้การบันทึกรายการโทรทัศน์ดิจิทัล จำนวน 2 ช่องที่มียอดชมสูงสุด เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 5-11 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 ในวันจันทร์-ศุกร์ ช่วงเวลา 15.00-20.00 น. และ 20.30-22.30 น. และวันเสาร์-อาทิตย์ ช่วงเวลา 06.00-09.00 น. และ 15.00-20.00 น. และ 20.30-22.30 น. วิเคราะห์โฆษณาแฝงเฉพาะโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ตามหลักเกณฑ์การจำแนกอาหาร ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่มมีการโฆษณาแฝงมากที่สุด รูปแบบโฆษณาแฝงที่พบมากที่สุด คือ โฆษณาแฝงกราฟิกผู้อุปถัมภ์ โดยระยะเวลาของโฆษณาแฝงวัดดู/การวางสินค้า โฆษณาแฝงบุคคล และโฆษณาแฝงเนื้อหา/บทพูด มีความยาวมากกว่า 1 นาที และโฆษณาแฝงปรากฏในช่วงเวลา 16.01-18.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลารายการสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว กฎหมายที่บังคับใช้ในปัจจุบันยังไม่มี การควบคุมโฆษณาแฝง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรปรับปรุงกฎหมาย เพื่อควบคุมโฆษณาแฝงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

คำสำคัญ: โฆษณาแฝง; อาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ; โทรทัศน์ดิจิทัล; เด็ก เยาวชน และครอบครัว

บทนำ

มากกว่าร้อยละ 70 ของกลุ่มเด็กไทยอายุ 6-8 ปี พบโฆษณาขนมกรุบกรอบ ไข่ทอด พิซซ่า เครื่องดื่มรสหวาน มากที่สุดทางโทรทัศน์ ในขณะที่เด็กไทยอายุ 10-14 ปี มากถึงร้อยละ 89 พบเห็นโฆษณาอาหารดังกล่าวด้วย เช่นเดียวกัน⁽¹⁾ การโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ปรากฏทางโทรทัศน์ส่วนใหญ่เป็นอาหารและเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูง⁽²⁻⁴⁾ ข้อมูลวิชาการทั้งไทยและต่างประเทศยืนยันว่า การโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่มีไม่ดีต่อสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการจดจำและความชอบอาหารและเครื่องดื่ม การบริโภค และโรคอ้วนของเด็ก⁽⁵⁻⁹⁾

บริษัทอาหารและเครื่องดื่มในประเทศไทยลงทุน โฆษณาสินค้าของตนเองผ่านสื่อต่างๆ สูงมากถึง 12,886 ล้านบาท⁽¹⁰⁾ เพื่อให้ผู้บริโภคพบเห็นสินค้า สร้างการรับรู้ ทักษะคิดที่มีต่อสินค้าของบริษัท รวมทั้ง กระตุ้นความต้องการสินค้าและเพิ่มฐานลูกค้า⁽¹¹⁾ แต่ระยะเวลาในการโฆษณานั้นมีอยู่อย่างจำกัด⁽¹²⁾ และค่าโฆษณามีราคาสูงขึ้น นักโฆษณาจึงใช้โฆษณาแฝงในการนำเสนอสินค้า เพื่อให้สินค้านั้นเข้าไปอยู่ในใจของผู้บริโภคได้อย่างแนบเนียนที่สุด^(13,14) โฆษณาแฝงกลายเป็นเครื่องมือสื่อสารสำคัญที่ได้รับความนิยมจากบริษัทอาหารและเครื่องดื่ม เพราะผู้รับชมมักจะมีอารมณ์ร่วมกับสินค้า และโฆษณาแฝงสามารถแสดงให้เห็นถึงประสบการณ์ที่ผู้รับชมจะได้รับจากการบริโภคสินค้า⁽¹³⁾ นอกจากนี้ เมื่อผู้บริโภคได้มีโอกาส

พบเห็นโฆษณาแฝงจะทำให้เกิดการจดจำตราสินค้า⁽¹⁵⁾ และ ยังกระตุ้นความต้องการซื้อสินค้าด้วย^(13,16)

ที่ผ่านมา ประเทศไทยมีกฎหมายควบคุมการโฆษณาอาหาร เช่น พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522⁽¹⁷⁾ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 เรื่องอาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ และค่าพลังงานน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมแบบจีดีเอ⁽¹⁸⁾ ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเรื่องหลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ. 2564⁽¹⁹⁾ และกฎหมายในการควบคุมระยะเวลาในการโฆษณา⁽¹²⁾ แต่กฎหมายเหล่านี้ยังไม่ได้ควบคุมรูปแบบและระยะเวลาของโฆษณาแฝง อีกทั้ง ประเทศไทยไม่มีกฎหมายควบคุมการทำตลาดอาหารที่พุ่งเป้าไปที่เด็ก ทั้งที่ต่างประเทศมีกฎหมายควบคุมการทำตลาดฯ เช่น ประเทศอังกฤษ ซิลี และเกาหลีใต้⁽²⁰⁾ นอกจากนี้ การศึกษาโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มทางโทรทัศน์ของประเทศไทยพบว่า ระยะเวลาและความถี่ของการโฆษณาตรงกลุ่มอาหารและเครื่องดื่มในช่วงรายการสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัวมีมากกว่าในช่วงเวลารายการปกติ⁽²¹⁾ และมีการศึกษาโฆษณาแฝงในกลุ่มอาหารและเครื่องดื่มทางโทรทัศน์ระบบอนาล็อก⁽²²⁾ แต่ยังไม่มีการศึกษาโฆษณาแฝงในกลุ่มอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ติดต่อสุขภาพทางโทรทัศน์ดิจิทัล ดังนั้น บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและวิเคราะห์รูปแบบโฆษณาแฝงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ติดต่อสุขภาพทางโทรทัศน์ดิจิทัลของประเทศไทย เพื่อเป็นหลักฐานเชิงวิชาการให้แก่ผู้กำหนดนโยบายนำไปพัฒนากฎหมายควบคุมรูปแบบและระยะเวลาของโฆษณาแฝงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ติดต่อสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณด้วยการบันทึกรายการโทรทัศน์ดิจิทัล ซึ่งมีวิธีการดำเนินการศึกษา ดังนี้

หน่วยศึกษาและเกณฑ์การคัดเลือก

หน่วยศึกษาของการศึกษานี้ ได้แก่ โทรทัศน์ดิจิทัลจำนวน 2 ช่อง/สถานี คัดเลือกจากข้อมูลการวัด

เรตติ้งช่องทีวีดิจิทัล เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 ของช่อง/สถานีที่มีเรตติ้งสูงสุด 2 อันดับแรก⁽²³⁾ ได้แก่ ช่อง 7 และ 3

เกณฑ์การวัด

1. การจัดประเภทของโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 182) พ.ศ. 2541 เรื่อง ฉลากโภชนาการ⁽²⁴⁾ เพราะอาหารกลุ่มที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการเป็นอาหารที่มีการกล่าวอ้างทางโภชนาการและมีการใช้คุณค่าสารอาหารในการส่งเสริมการขาย⁽²⁵⁾ โดยอาหารแบ่งออกเป็น 10 กลุ่มกลุ่ม ประกอบด้วย

1.1 กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์เกี่ยวกับนม (dairy products) ได้แก่ นมและผลิตภัณฑ์นมพร้อมดื่ม นมข้นหวาน โยเกิร์ตชนิดพร้อมดื่ม ครีมและครีมเทียม เนยแข็ง

1.2 กลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่ม (ready to drink or RTD) ได้แก่ น้ำผลไม้ เครื่องดื่มจากพืช ผัก ธัญพืช รวมทั้งนม-ถั่วเหลือง เครื่องดื่มที่มีก๊าซผสมอยู่ (น้ำอัดลม) น้ำดื่ม น้ำแร่ ชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีรสหวาน

1.3 กลุ่มอาหารขบเคี้ยว (snacks) ได้แก่ ข้าว ข้าวเกรียบ ข้าวโพดคั่ว มันฝรั่งทอดหรือข้าวโพดทอดหรืออบกรอบ ขนมขบเคี้ยวอบพอง ขนมกรอบ สาหร่าย และขบเคี้ยวประเภทขึ้นรูปต่างๆ (extruded snack)

1.4 กลุ่มขนมหวาน (desserts) ได้แก่ ไอศกรีมนม ไอศกรีมดัดแปลง ไอศกรีมผสม รวมทั้งส่วนเคลือบและกรวย ลูกอม ลูกกวาด ทอฟฟี่ อมยิ้ม ลูกอม ลูกกวาด หมากฝรั่ง มาร์ชเมลโลว์ และช็อกโกแลต

1.5 กลุ่มอาหารสำเร็จรูป (processed foods) ได้แก่ อาหารจานด่วน เช่น ไก่ทอด เฟรนช์ฟรายส์ พิซซ่า แฮมเบอร์เกอร์ อาหารกระป๋อง เช่น ทูน่ากระป๋อง ผลไม้กระป๋อง

1.6 กลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูป (semi-processed foods) ได้แก่ บะหมี่ เส้นหมี่ วุ้นเส้น ข้าวต้ม โจ๊กกึ่งสำเร็จรูป

1.7 กลุ่มผลิตภัณฑ์ขนมอบหรือเบเกอรี่ (bakery products) ได้แก่ ขนมปังคุกกี้เค้กกาแฟโดนัทและมัฟฟินขนมปังกรอบ แครกเกอร์เวเฟอร์สโตนไส้ บิสกิต แพนเค้ก วอฟเฟิล

1.8 กลุ่มธัญพืชและผลิตภัณฑ์ (cereals and grain products) ได้แก่ อาหารเข้าจากธัญพืชหรือข้าวโพดพร้อมบริโภค

1.9 กลุ่มเครื่องปรุงรส (condiment) ได้แก่ ซอส-มะเขือเทศ ซุปก้อน ผงปรุงรส ซอสถั่วเหลือง น้ำปลาร้า

1.10 กลุ่มอาหารเสริม (supplementary foods) ได้แก่ ซุปไก่สกัด รังนก คอลลาเจน

2. หลักเกณฑ์การจำแนกอาหาร (nutrient profile) ของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย⁽²⁶⁾ มีกระบวนการในการจำแนกอาหาร 5 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การจัดประเภทอาหารออกเป็นอาหารว่างและเครื่องดื่ม (2) การกำหนดสารอาหารที่ร่างกายควรได้รับจากอาหารแต่ละประเภทต่อวัน (3) การแบ่งระดับคุณค่าทางโภชนาการของอาหารและเครื่องดื่ม (4) การให้คะแนนอาหารและเครื่องดื่ม และ (5) การตัดเกรดอาหารและเครื่องดื่ม⁽²⁶⁾ โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ อาหารและเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพ และอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ

3. การวิเคราะห์โฆษณาแฝง ใช้เกณฑ์ของ Media monitor พ.ศ. 2552⁽²⁷⁾ บดินทร์ และคณะ พ.ศ. 2561⁽¹⁶⁾ และตามผลการวิจัยเอกสารของโครงการการติดตามการตลาดที่เกี่ยวข้องกับอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเด็ก และเยาวชน ผ่านสื่อโทรทัศน์ และยูทูป⁽²⁸⁾ มี 5 รูปแบบ ดังนี้

3.1 การแฝงกราฟิก หมายถึง ภาพโฆษณาสินค้าอาหารและเครื่องดื่มที่แฝงลงไปกับกราฟิกที่สร้างขึ้นด้วยคอมพิวเตอร์ เช่น ภาพกราฟิกป้ายคำทักเอ้าท์ขนาดใหญ่ที่จำลองเสมือนป้ายโฆษณาสินค้าอาหารและเครื่องดื่มวางอยู่ในมุมเมือง ห้างร้านสถานที่ต่างๆ ในรายการ

3.2 การแฝงสปอตสั้น หมายถึง ภาพโฆษณาสั้นๆ ที่แทรกเข้ามาในช่วงเข้า-ออกรายการ อาจมีหรือไม่มีคำพูดว่า “ช่วงนี้สนับสนุนโดย” ก็ได้

3.3 การแฝงวัตถุ/การวางสินค้า หมายถึง ภาพโฆษณาที่แฝงมากับตัววัตถุหรือผลิตภัณฑ์ เช่น ชองบรรจุขวด กระป๋อง กล่อง ตราสัญลักษณ์ผลิตภัณฑ์ และตราสัญลักษณ์บริษัท/องค์กร โดยที่เป็นวัตถุของจริงหรือจำลองขึ้นมาเป็นวัตถุ

3.4 การแฝงบุคคล หมายถึง ภาพโฆษณาแฝงที่มากับบุคคล ด้วยการหยิบ จับ สวม ใส่ ถือ หิ้ว กิน ดื่ม เช่น เสื้อที่ตัวละครใส่ เครื่องดื่มที่ตัวละครดื่ม เป็นต้น

3.5 การแฝงเนื้อหา/บทพูด หมายถึง โฆษณาที่มากับบท ด้วยการพูดชื่อและรายละเอียดสินค้าอาหารและเครื่องดื่มขึ้นมา (เช่น รสชาติ วัตถุดิบ) หรืออาจไม่พูดแต่เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นของตัวละครหรือพิธีกรที่เกี่ยวข้องกับสินค้าอาหารและเครื่องดื่ม เช่น ผ่านกิจกรรมร่วมสนุกตอบคำถามชิงโชคกับทางรายการ ช่วงเล่นเกมเปิดแผ่นป้าย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ (1) แผ่นดีวีดีบันทึกภาพและเสียงจากรายการโทรทัศน์ดิจิทัล (2) ตารางลงเนื้อหาและรหัส (coding sheet) โดยวิเคราะห์จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่เคยมีการศึกษาไว้ ประกอบด้วยประเภทอาหารและเครื่องดื่ม ช่วงเวลาการออกอากาศ ความถี่และระยะเวลาที่ปรากฏของโฆษณาแฝง (tie-in) และรูปแบบโฆษณาแฝง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งหมด 1 สัปดาห์ ในระหว่างวันที่ 5-11 พฤษภาคม พ.ศ. 2565

2. ช่วงเวลาในการบันทึกการออกอากาศรายการโทรทัศน์ โดยใช้เกณฑ์ประกาศช่วงเวลาสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว (16.00-18.00 น. ของทุกวัน และ 07.00-09.00 น. วันเสาร์และวันอาทิตย์⁽²⁹⁾) ร่วมกับการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เรื่อง การมีอุปกรณรับชมรายการโทรทัศน์ในครัวเรือน พ.ศ. 2562 ข้อมูลเกี่ยวกับเวลาที่เปิดรับสื่อโทรทัศน์มากที่สุด (ช่วงเวลาในการรับชมรายการโทรทัศน์ พบว่า ส่วนใหญ่รับชมรายการโทรทัศน์ในช่วงเวลา 18.01-21.00 น. มากที่สุด ร้อยละ 88.1 รองลงมาคือ ช่วงเวลา 06.01-09.00 น. ร้อยละ 52 และช่วงเวลา 15.01-18.00 น. ร้อยละ 36.8⁽³⁰⁾) ดังนั้นช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ วันจันทร์-ศุกร์ ช่วงเวลา 15.00-20.00 น. และ 20.30-22.30 น. และวันเสาร์-อาทิตย์ ช่วงเวลา 06.50-09.00 น. และ 15.00-20.00 น. และ 20.30-22.30 น.

การบันทึกการออกอากาศรายการโทรทัศน์ดิจิทัลได้จ้างบริษัทเอกชนบันทึกลงในแผ่นดีวีดี จากนั้น เจ้าหน้าที่งานศึกษาวิเคราะห์สื่อวิเคราะห์โฆษณาแฝงจากรายการโทรทัศน์ดิจิทัล ด้วยการบันทึกข้อมูลและรูปภาพลงในตารางลงเนื้อหาและรหัส (coding sheet) ในวันที่ 14 เดือนพฤษภาคม - วันที่ 15 เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการบรรยายข้อมูลในรูปแบบความถี่ ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของโฆษณาสินค้าเฉพาะโฆษณาแฝงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพที่ปรากฏในช่อง/สถานีโทรทัศน์ที่ศึกษา (2) โฆษณาแฝงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพตามช่วงเวลาการออกอากาศ

และ (3) รูปแบบการโฆษณาแปงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ

การผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

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

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของโฆษณาแปงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ

ผลการศึกษาโฆษณาแปงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพของ 2 สถานี พบโฆษณาแปงทั้งหมด 540 ชิ้น โดยแบ่งเป็นโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ

จำนวน 424 ชิ้น และโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ดีต่อสุขภาพ จำนวน 116 ชิ้น เมื่อจำแนกประเภทโฆษณาแปงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพออกเป็น 10 ประเภท พบว่าโฆษณาแปงกลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่ม มีจำนวนโฆษณาแปงมากที่สุด จำนวน 170 ชิ้น ตัวอย่างเช่น น้ำอัดลมชาเขียวพร้อมดื่ม รองลงมาคือ กลุ่มเครื่องปรุงรส มีจำนวนโฆษณาแปง 113 ชิ้น เช่น ซุปก้อน ผงปรุงรส และกลุ่มนมและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับนม มีจำนวน 44 ชิ้น ตัวอย่างเช่น นมยูเอชที โยเกิร์ต ดังตารางที่ 1

2. โฆษณาแปงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพตามช่วงเวลาการออกอากาศ

เมื่อพิจารณาจากช่วงเวลาการออกอากาศ พบว่าทั้งช่อง 3 และช่อง 7 ในช่วงเวลา 16.01-18.00 น. เป็นช่วงที่มีโฆษณาแปงของอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพมากที่สุด (83 ชิ้น และ 122 ชิ้น) ซึ่งเป็นช่วงเวลาสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว รองลงมาคือ ช่วงเวลา 06.50-09.00 น. ของช่อง 3 จำนวน 50 ชิ้น และช่วงเวลา 15.00-16.00 น. ของช่อง 7 จำนวน 41 ชิ้น ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 โฆษณาแปงของอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ จำแนกตามสถานีโทรทัศน์

ประเภทอาหารและเครื่องดื่ม	รวม	จำนวนโฆษณาแปง (ชิ้น) ของสถานีโทรทัศน์	
		ช่อง 3	ช่อง 7
1. กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับนม (dairy products)	44	27	17
2. กลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่ม (ready to drink or RTD)	170	100	70
3. กลุ่มอาหารขบเคี้ยว (snacks food)	8	5	3
4. กลุ่มขนมหวาน (desserts)	8	8	0
5. กลุ่มอาหารสำเร็จรูป (processed foods)	14	0	14
6. กลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูป (semi-processed foods)	17	3	14
7. กลุ่มผลิตภัณฑ์ขนมอบ/เบเกอรี่ (bakery products)	18	14	4
8. กลุ่มธัญพืชและผลิตภัณฑ์ซีเรียล (cereals and grain products)	0	0	17
9. กลุ่มเครื่องปรุงรส (condiment)	113	36	77
10. กลุ่มอาหารเสริม (supplementary foods)	32	10	22
รวม	424	203	221

ตารางที่ 2 โฆษณาแฝงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ จำแนกตามช่วงเวลาการออกอากาศ

ประเภทโฆษณา	รวม	จำนวนโฆษณาแฝง (ชิ้น)				
		กราฟิก ผู้ อุปถัมภ์	สปอต สั้น	วิดีโอ/ การวาง สินค้า	บุคคล	เนื้อหา/ บทพูด
ช่อง 3						
1. กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับนม (dairy products)	27	1	6	8	2	10
2. กลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่ม (ready to drink or RTD)	100	18	10	52	12	8
3. กลุ่มอาหารขบเคี้ยว (snacks food)	5	0	5	0	0	0
4. กลุ่มขนมหวาน (desserts)	8	2	0	6	0	0
5. กลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูป (semi-processed foods)	0	0	0	0	0	0
6. กลุ่มอาหารสำเร็จรูป (processed foods)	3	3	0	0	0	0
7. กลุ่มผลิตภัณฑ์ขนมอบ/เบเกอรี่ (bakery products)	14	0	0	5	9	0
8. กลุ่มธัญพืชและผลิตภัณฑ์ซีเรียล (cereals and grain products)	0	0	0	0	0	0
9. กลุ่มเครื่องปรุงรส (condiment)	36	19	0	10	4	3
10. กลุ่มอาหารเสริม (supplementary foods)	10	7	0	2	1	0
รวม	203	50	21	83	28	21
ช่อง 7						
1. กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับนม (dairy products)	17	7	0	6	4	0
2. กลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่ม (ready to drink or RTD)	70	12	22	31	2	3
3. กลุ่มอาหารขบเคี้ยว (snacks food)	3	2	1	0	0	0
4. กลุ่มขนมหวาน (desserts)	0	0	0	0	0	0
5. กลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูป (semi-processed foods)	14	2	7	5	0	0
6. กลุ่มอาหารสำเร็จรูป (processed foods)	14	2	4	6	2	0
7. กลุ่มผลิตภัณฑ์ขนมอบ/เบเกอรี่ (bakery products)	4	0	0	0	4	0
8. กลุ่มธัญพืชและผลิตภัณฑ์ซีเรียล (cereals and grain products)	0	0	0	0	0	0
9. กลุ่มเครื่องปรุงรส (condiment)	77	0	5	60	11	1
10. กลุ่มอาหารเสริม (supplementary foods)	22	2	2	14	4	0
รวม	221	27	41	122	27	4

3. รูปแบบโฆษณาแฝงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ

ผลการศึกษารูปแบบของโฆษณาแฝงในภาพรวมพบว่า รูปแบบโฆษณาแฝงที่ใช้มากที่สุด คือ โฆษณาแฝงกราฟิกผู้อุปถัมภ์ จำนวน 266 ชิ้น รองลงมาคือ โฆษณาแฝงสปอตสั้น จำนวน 140 ชิ้น โฆษณาแฝงกับวัตถุ มีจำนวน 70 ชิ้น โฆษณาแฝงกับเนื้อหา จำนวน 30 ชิ้น และโฆษณาแฝงกับบุคคล มีโฆษณาจำนวน 6 ชิ้น โดยโฆษณาแฝงรูปแบบวัตถุ/การวางสินค้า และเนื้อหา/บทพูด มีระยะเวลาในการโฆษณานานมากกว่า 1 นาที นอกจากนี้ ช่อง 7 มีโฆษณาแฝงรูปแบบกราฟิกผู้อุปถัมภ์ (201 ชิ้น) มากกว่าช่อง 3 (65 ชิ้น) ในขณะที่ช่อง 3 มีโฆษณาแฝงรูปแบบสปอตสั้น วัตถุ/การวางสินค้า บุคคล และเนื้อหา/บทพูด มากกว่าช่อง 7 ดังตารางที่ 3

รูปแบบโฆษณาแฝงของอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพทั้งหมดจำนวน 512 ชิ้น เมื่อจำแนกตามประเภทอาหารและเครื่องดื่ม พบว่า กลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่ม และกลุ่มเครื่องปรุงรส มีโฆษณาแฝงทุกรูปแบบ (แฝงกราฟิกผู้อุปถัมภ์ สปอตสั้น วัตถุ บุคคล และเนื้อหา/บทพูด) โดยรูปแบบโฆษณาแฝงกราฟิกผู้อุปถัมภ์มีมากที่สุด รองลงมาคือ โฆษณาแฝงสปอตสั้น และโฆษณาแฝงกับวัตถุ ในขณะที่กลุ่มอาหารสำเร็จรูปและกลุ่มผลิตภัณฑ์ขนมอบ/เบเกอรี่มีรูปแบบของโฆษณาแฝงทุกรูปแบบ ยกเว้นโฆษณาแฝงรูปแบบบุคคล กลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูปมีโฆษณาแฝงรูปแบบกราฟิกผู้อุปถัมภ์ สปอตสั้น และเนื้อหา/บทพูด กลุ่มอาหารขบเคี้ยวมีโฆษณาแฝงรูปแบบกราฟิกผู้อุปถัมภ์ สปอตสั้น และไม่พบโฆษณาแฝงในกลุ่มธัญพืชและผลิตภัณฑ์ซีเรียล ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 3 จำนวนรูปแบบโฆษณาแฝงของอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ จำแนกตามสถานีโทรทัศน์






รูปแบบโฆษณาแฝง	รวม	จำนวนโฆษณาแฝง (ชิ้น) ของสถานีโทรทัศน์			
		ช่อง 3		ช่อง 7	
		ความถี่	ความยาวเฉลี่ยต่อครั้ง (นาที)	ความถี่	ความยาวเฉลี่ยต่อครั้ง (นาที)
1. กราฟิกผู้อุปถัมภ์	266	65	0:00:07	201	0:00:05
2. สปอตสั้น	140	96	0:00:04	44	0:00:04
3. วัตถุ/การวางสินค้า	70	42	0:01:33	28	0:00:06
4. บุคคล	6	6	0:00:56	0	0:00:00
5. เนื้อหา/บทพูด	30	21	0:01:02	9	0:00:28
รวม	512	230	0:03:42	282	0:00:43

หมายเหตุ: รายการโทรทัศน์ 1 รายการ มีรูปแบบของโฆษณาแฝงมากกว่า 1 รูปแบบ

ตารางที่ 4 จำนวนโฆษณาแฝงของอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ จำแนกตามรูปแบบโฆษณาแฝง

ประเภทโฆษณา	รวม	จำนวนโฆษณาแฝง (ชิ้น)				
		กราฟิก ผู้ อุปถัมภ์	สปอต สั้น	วัตถุ/ การวาง สินค้า	บุคคล	เนื้อหา/ บทพูด
ช่อง 3						
1. กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับนม (dairy products)	29	11	17	0	0	1
2. กลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่ม (ready to drink or RTD)	106	20	58	20	2	6
3. กลุ่มอาหารขบเคี้ยว (snacks food)	5	0	5	0	0	0
4. กลุ่มขนมหวาน (desserts)	9	7	1	1	0	0
5. กลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูป (semi-processed foods)	0	0	0	0	0	0
6. กลุ่มอาหารสำเร็จรูป (processed foods)	3	2	0	0	0	1
7. กลุ่มผลิตภัณฑ์ขนมอบ/เบเกอรี่ (bakery products)	14	7	1	5	0	1
8. กลุ่มธัญพืชและผลิตภัณฑ์ซีเรียล (cereals and grain products)	0	0	0	0	0	0
9. กลุ่มเครื่องปรุงรส (condiment)	50	14	12	11	3	10
10. กลุ่มอาหารเสริม (supplementary foods)	14	4	2	5	1	2
รวม	230	65	96	42	6	21
ช่อง 7						
1. กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับนม (dairy products)	20	15	5	0	0	0
2. กลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่ม (ready to drink or RTD)	78	55	11	9	0	3
3. กลุ่มอาหารขบเคี้ยว (snacks food)	3	1	2	0	0	0
4. กลุ่มขนมหวาน (desserts)	0	0	0	0	0	0
5. กลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูป (semi-processed foods)	18	11	2	4	0	1
6. กลุ่มอาหารสำเร็จรูป (processed foods)	15	12	3	0	0	0
7. กลุ่มผลิตภัณฑ์ขนมอบ/เบเกอรี่ (bakery products)	4	0	4	0	0	0
8. กลุ่มธัญพืชและผลิตภัณฑ์ซีเรียล (cereals and grain products)	0	0	0	0	0	0
9. กลุ่มเครื่องปรุงรส (condiment)	125	93	16	11	0	5
10. กลุ่มอาหารเสริม (supplementary foods)	19	14	1	4	0	0
รวม	282	201	44	28	0	9

ตารางที่ 5 ตัวอย่างรูปแบบโฆษณาแฝงของอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ

ลำดับ	รูปแบบของโฆษณาแฝง	ภาพหรือข้อความของโฆษณาแฝง
1.	กราฟิกผู้อุปถัมภ์	
2.	สปอตสั้น	
3.	วัตถุ/การวางสินค้า	 <p data-bbox="783 1323 1310 1357">เครื่องดื่มพร้อมดื่มวางบนโต๊ะผู้ประกาศข่าว 2 ขวด</p>
4.	บุคคล	
5.	เนื้อหา/บทพูด	 <p data-bbox="783 1951 1310 2067">เจ้าของร้านค้า ตลาดต้นสัก ซึ่งขายเครื่องดื่มพร้อมดื่ม ผู้บรรยายบอกว่า “เครื่องดื่ม (เย็น เย็น) สามารถกินคู่กับอาหารรสจัด และช่วงอากาศร้อนได้ หรือจะนำไปขายปลีกขายส่งก็ได้กำไร”</p>

วิจารณ์

การศึกษานี้ศึกษาโฆษณาแฝงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพทางโทรทัศน์ดิจิทัลของประเทศไทย โฆษณาแฝงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพทางโทรทัศน์ดิจิทัลส่วนใหญ่เป็นโฆษณาแฝงในกลุ่มเครื่องดื่มพร้อมดื่มมากที่สุด โฆษณาแฝงรูปแบบกราฟิกผู้อุปถัมภ์ และสปอตสั้น มีความถี่ในการโฆษณาสูง อีกทั้งโฆษณาแฝงรูปแบบวัตถุ/การวางสินค้า และเนื้อหา/บทพูด มีระยะเวลาในการโฆษณานานมากกว่า 1 นาที ซึ่งยาวนานกว่าโฆษณาตรง (ประมาณ 15 วินาที) ทั้งนี้โฆษณาแฝงเกิดจากค่าใช้จ่ายในการโฆษณาตรงสูงและโฆษณาตรงมีผูกขาดเวลาโฆษณาไปหมดแล้ว ดังนั้น ผู้ผลิตรายการจึงใช้โฆษณาแฝงเป็นการเพิ่มอำนาจในการต่อรองกับเจ้าของสินค้า และเพิ่มรายได้ให้กับตนเองหรือสถานี ซึ่งเม็ดเงินจากโฆษณาแฝงส่วนใหญ่ไม่ถูกตรวจสอบ อีกทั้งโฆษณาแฝงเป็นความตั้งใจของผู้ผลิตรายการและเจ้าของสินค้า โดยอยู่ในรูปแบบที่ได้ทั้งการตกลงเพื่อส่งเสริมการขาย หรือการจ่ายเงิน ผลประโยชน์ตอบแทนอื่นๆ เพื่อผลทางธุรกิจ โฆษณาแฝงจึงเป็นวิธีการหนึ่งในการส่งข้อมูลสู่ผู้บริโภคผ่านสื่อต่างๆ อย่างแนบเนียน โดยเป้าหมายล่าสุดของโฆษณาแฝง คือ ให้ผู้บริโภคมองเห็นสินค้า⁽³¹⁾

โฆษณาแฝงพบมากที่สุดในช่วงเวลาสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว ซึ่งโฆษณาแฝงเป็นไปในลักษณะที่สินค้าหรือตราสินค้าไปปรากฏในสื่อหรือเนื้อหาของสื่อด้วยเจตนาที่เป็นการค้า ในขณะที่ผู้รับชมที่เป็นกลุ่มเด็กไม่ได้ล่วงรู้ถึงเจตนาดังกล่าว และไม่มีการบอกกล่าวใดๆ อย่างตรงไปตรงมา ความไม่รู้ทำให้ผู้รับสารที่เป็นเด็กไม่ทันระวังตัว⁽³²⁾ จึงไม่สามารถแยกแยะได้ว่า โฆษณาแฝงคือการโฆษณาสินค้าเหมือนกับโฆษณาตรงเช่นเดียวกัน เมื่อเป็นเช่นนี้โฆษณาแฝงอาจทำให้เด็กเกิดการจดจำสินค้าหรือตราสินค้าและนำไปสู่การซื้อและการบริโภคสินค้านั้นๆ ได้ ซึ่งตรงกับทฤษฎีของ Zimbardo และคณะ ที่กล่าวว่า ความจำของมนุษย์ คือ ระบบการคิดที่ประกอบไปด้วย 3 ระดับ ที่ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ คือ (1) ถอดรหัส (การรับชมโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มทางโทรทัศน์) (2) จัดเก็บ (การจดจำ) และ (3) การเรียกข้อมูล (การระลึกถึงโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มหลังจากการรับชม

หรือเมื่อได้เห็นผลิตภัณฑ์สินค้า⁽³³⁾) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Buijzen และคณะ และ Carter และคณะ ที่ระบุว่า เด็กจดจำตราสินค้าหรือแบรนด์อาหารได้จากการดูโฆษณาทางโทรทัศน์^(34,35) ซึ่งส่งผลต่อการเลือกซื้ออาหารของเด็กด้วย^(7,36-37) ยิ่งไปกว่านั้น มีเด็กเพียงร้อยละ 40 ตระหนักว่า การโฆษณาดังกล่าวเป็นความตั้งใจที่จะโน้มน้าวใจ⁽³⁵⁾ อย่างไรก็ตาม การตระหนักถึงความตั้งใจที่จะโน้มน้าวใจนั้น เด็กจะทราบได้เมื่อมีอายุมากขึ้น⁽³⁵⁾ ดังนั้น การโฆษณาทางโทรทัศน์อาจยังคงมีผลโน้มน้าวใจจนกว่าเด็กจะโตและมีอายุมากขึ้น⁽³⁵⁾

รูปแบบของโฆษณาแฝง มีทั้งหมด 5 รูปแบบ ได้แก่ (1) การแฝงกราฟิกผู้อุปถัมภ์ จะมีลักษณะภาพกราฟิกในช่วงเข้าออกเบรก ระหว่างในเนื้อหารายการ และตอนท้ายของรายการ (2) การแฝงสปอตสั้น เป็นการโฆษณาสินค้าในช่วงเข้าออกเบรกของรายการและตอนท้ายของรายการ โฆษณาแฝงรูปแบบนี้ส่วนใหญ่ก็จะเป็นโฆษณาตรงที่ออกในรายการนั้นๆ ด้วย (3) การแฝงกับวัตถุ จะมีการนำสินค้ามาวางไว้ฉากของรายการ เช่น ฉากร้านค้า สินค้าวางอยู่ในชั้นวางของหรือเคาน์เตอร์ผู้ประกาศข่าว (4) การแฝงกับบุคคล ผู้เข้าร่วมรายการจะเป็นผู้หยิบ จับ ถือ หิ้วสินค้า และ (5) การแฝงกับเนื้อหา จะเป็นการให้พิธีกรหรือผู้ร่วมรายการกล่าวถึงชื่อและคุณสมบัติของอาหารและเครื่องดื่ม หรือการสนับสนุนรายการและสนับสนุนของรางวัล และรูปแบบของโฆษณาแฝง พบว่า รูปแบบโฆษณาแฝงที่ใช้มากที่สุด คือ การแฝงกราฟิกผู้อุปถัมภ์ รองลงมาคือ การโฆษณาแฝงสปอตสั้น และการโฆษณาแฝงกับวัตถุ/การวางสินค้า ซึ่งการแฝงสปอตสั้น ผู้ชมจะจดจำสินค้าได้ดีกว่าสินค้าที่แฝงด้วยภาพหรือการแฝงกราฟิกผู้อุปถัมภ์ เพียงอย่างเดียว⁽³⁸⁾ นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ยังเหมือนกับผลการศึกษาคัดติดตามโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มทางโทรทัศน์ทั้งระบบอนาล็อกของประเทศไทย พ.ศ. 2559 โฆษณาแฝงทางโทรทัศน์ส่วนใหญ่ยังคงมีรูปแบบกราฟิกมากที่สุด รองลงมาคือ การโฆษณาแฝง สปอตสั้น และการโฆษณาแฝงกับวัตถุ/การวางสินค้า⁽²²⁾

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบของโฆษณาแฝงที่แทรกอยู่ภายในรายการไม่ได้เป็นการโฆษณาโดยตรง เช่น ในช่วงพักของรายการ แต่เป็นการโฆษณาขณะที่รายการกำลังดำเนินอยู่ โดยมาจากตัวของผู้ดำเนินรายการ ผู้ร่วม

รายการ วัสดุอุปกรณ์ภายในฉากหรือเวทีของรายการ และสล็อตโฆษณาที่แฝงอยู่ภายในช่วงรายการ โฆษณาแฝงในรูปแบบดังกล่าวทำให้ผู้รับชมรายการเกิดการรับรู้ที่เป็นกระบวนการระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนองของบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ โดยแบ่งการรับรู้ ออกเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางสินค้าประกอบฉากในรายการโดยวางในจุดที่น่าสนใจ และการให้ดาราส่งแสดงการหยิบใช้ สินค้าหรือกล่าวถึงคุณสมบัติของสินค้า เป็นสิ่งกระตุ้นผ่านทางประสาทสัมผัสทางการมองเห็น และการได้ยิน ทำให้ผู้บริโภคเกิดความสนใจตราสินค้า จากการใช้โฆษณาแฝงในรายการนั้นๆ ขั้นตอนที่ 2 เป็นขั้นที่ผู้บริโภคจะเกิดการรับรู้และจดจำในตราสินค้า จากการใช้โฆษณาแฝงในรายการช่วยในการตอกย้ำตราสินค้า ด้วยการแพนกล้องให้เห็นตราสินค้าบ่อยๆ หรือพูดถึงสินค้าซ้ำๆ และขั้นตอนที่ 3 เมื่อผู้บริโภครับรู้ตราสินค้าแล้วประสาทการรับรู้จะตีความหมายและประเมินผลสิ่งที่รับรู้ในด้าน ความต้องการใช้สินค้านั้น ความคาดหวังว่าสินค้านั้นมีคุณภาพดี หรือเชื่อว่าผู้ร่วมรายการใช้สินค้านั้นจริง สิ่งเหล่านี้เกิดจากการวางรูปแบบการใช้โฆษณาแฝงในรายการโทรทัศน์ เช่น ผู้บริโภคเห็นผู้เข้าร่วมรายการที่นำเสนอสินค้าทำให้เกิดความเชื่อและต้องการใช้สินค้านั้น จึงทำให้ผู้บริโภคประเมินสินค้าน่าเชื่อถือและมีคุณภาพดี⁽³⁹⁾ ดังนั้น จึงมีความเป็นไปได้ว่า ผู้รับชมรายการโทรทัศน์รายการนั้น จะได้รับรู้เกิดการจดจำ และระลึกถึงตราสินค้าเหล่านั้น จนทำให้เกิดการบริโภคสินค้านั้นต่อไปได้⁽⁴⁰⁾

รูปแบบโฆษณาแฝงบุคคลมีลักษณะผู้แสดงแบบหรือผู้ร่วมในรายการถือบรรจุภัณฑ์ (ซองหรือขวด) ของอาหารและเครื่องดื่ม ซึ่งการศึกษาของบดินทร์ เดชาบุรณานนท์ และคณะ ระบุว่า ผู้ชมที่พบเห็นโฆษณาแฝงรูปแบบบุคคล หยิบจับสินค้า จะเกิดความต้องการสินค้าที่นักแสดงใช้ และเกิดพฤติกรรมการซื้อสินค้า⁽¹⁶⁾ ผลของโฆษณาแฝงที่มีผลกระทบต่อผู้รับชมหรือกลุ่มเป้าหมาย คือ เพื่อให้ผู้รับชมหรือผู้บริโภคเกิดการรับรู้ การจดจำตราสินค้า หรือสโลแกนของตราสินค้า เพื่อเป็นแรงจูงใจในการซื้อสินค้า⁽⁴⁰⁾ นอกจากนี้ โฆษณาแฝงไม่มีการบอกกล่าวใดๆ อย่างตรงไปตรงมาเหมือนโฆษณาตรง ผู้รับสารหรือผู้ชมอาจไม่สามารถแยกแยะได้ว่า โฆษณาแฝงก็คือการโฆษณาสินค้าเหมือนกับโฆษณาตรง^(31,32)

ในส่วนของการควบคุมและกำกับดูแลโฆษณานั้น ประเทศไทยมีกฎหมายควบคุมระยะเวลาในการโฆษณาตรง ซึ่งสามารถโฆษณาได้ไม่เกิน 12 นาทีครึ่ง ต่อชั่วโมง และเฉลี่ยรวมทั้งวัน ไม่เกิน 10 นาที⁽¹²⁾ แต่ยังไม่มีกฎระเบียบในการควบคุมระยะเวลาและรูปแบบของโฆษณาแฝงในสื่อโทรทัศน์เป็นการเฉพาะแต่อย่างใด ในขณะที่ต่างประเทศ พบว่า ประเทศออสเตรเลียมีแนวปฏิบัติชื่อว่า “Food and Beverages Advertising Code” กำหนดว่า สัดส่วนผู้ชมทางโทรทัศน์หรืออินเทอร์เน็ต ที่เป็นเด็ก หมายถึง ร้อยละ 25 หรือมากกว่าของผู้ชมที่คาดการณ์จะเป็นเด็ก และรายการ ศิลปิน เพลย์ลิสต์ วิดีโอ ภาพยนตร์ นิตยสาร หรือเนื้อหาอื่นๆ ที่ดึงดูดใจ โดยมีเป้าหมายเป็นเด็ก การโฆษณาแบบสปอนเซอร์ต้องไม่แสดงผลิตภัณฑ์อาหารหรือเครื่องดื่ม หรือบรรจุภัณฑ์ของผลิตภัณฑ์ดังกล่าว หรือแสดงภาพการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารหรือเครื่องดื่ม⁽⁴¹⁾ เพราะการเจอโฆษณาลงไปในเนื้อหา ทำให้ผู้ชมขาดการระวัง⁽³²⁾ ทั้งนี้ โฆษณาแฝงมีผลกระทบ ต่อผู้รับชม โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กที่ไม่สามารถแยกแยะได้ว่า รูปแบบเหล่านี้เป็นการโฆษณาด้วยเช่นเดียวกัน ดังนั้น ต้องมีการพิจารณากฎหมาย ข้อบังคับ มาตรการ หรือแนวทางการปฏิบัติในการควบคุมการโฆษณาแฝง และการควบคุมการทำตลาดอาหารที่มีเป้าหมายเป็นเด็กของประเทศไทยด้วย

โฆษณาแฝงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ปรากฏมากที่สุดในช่วงเวลา 16.01-18.00 น. ซึ่งเป็นช่วงเวลารายการสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว และระยะเวลาของโฆษณาแฝงบางรูปแบบความยาวมากกว่า 1 นาที ซึ่งความยาวมากกว่าระยะเวลาของโฆษณาตรง ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายควบคุมโฆษณาแฝงอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ทั้งนี้ โฆษณาแฝงมีเจตนาเพื่อการค้า และโฆษณาแฝงยังมีผลต่อการจำกัดและพฤติกรรมของผู้รับชมโดยเฉพาะในกลุ่มเด็ก ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีข้อกำหนดหรือขอบเขตของการควบคุมระยะเวลาและรูปแบบโฆษณาแฝงเหล่านี้ โดยเฉพาะในช่วงเวลารายการสำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว การศึกษานี้ศึกษาโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพเพียง 2 ช่อง ทางโทรทัศน์ การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาเพิ่มช่องทางโทรทัศน์ และสื่ออินเทอร์เน็ต เช่น ยูทูป เฟซบุ๊ก และควรรศึกษารายการที่มีเนื้อหาเป็น

ที่นิยมของเด็กและเยาวชน เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญ ในการพัฒนานโยบายควบคุมโฆษณาแฝงอาหารและ เครื่องดื่มที่ไม่ดีต่อสุขภาพในประเทศไทย

การวิจัย บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการการติดตาม การตลาดที่เกี่ยวข้องกับอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเด็กและเยาวชน ผ่านสื่อโทรทัศน์ และยูทูป ภายใต้โครงการ วิจัยด้านอาหารและโภชนาการ เพื่อการสนับสนุนการ ขับเคลื่อนงานด้านอาหารและโภชนาการในประเทศไทย ข้อตกลงเลขที่ 64-00-0197

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการให้ทุนสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. โครงการพัฒนางานวิจัยเชิงนโยบาย เพื่อลดปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและ โรคอ้วนในเด็กไทย. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563.
2. Kelly B, Vandevijvere S, Ng S, Adams J, Allemandi L, Bahena-Espina L, et al. Global benchmarking of children's exposure to television advertising of unhealthy foods and beverages across 22 countries. *Obes Rev* 2019;20 Suppl 2:116-28.
3. Leite FHM, Mais LA, Ricardo CZ, Andrade GC, Guimarães JS, Claro RM, et al. Nutritional quality of foods and non-alcoholic beverages advertised on Brazilian free-to-air television: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2020;20(1):385.
4. Guimarães JS, Mais LA, Marrocos Leite FH, Horta PM, Santana MO, Martins APB, et al. Ultra-processed food and beverage advertising on Brazilian television by International Network for Food and Obesity/Non-Communicable Diseases Research, Monitoring and Action Support Benchmark. *Public Health Nutrition* 2020;23(15):2657-62.
5. Chandon P, Wansink B. Does food marketing need to make us fat? A review and solutions. *Nutrition Reviews* 2012;70(10):571-93.
6. 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.
7. 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):875.
8. Sadeghirad B, Duhaney 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.
9. 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.
10. Nielsen Thailand. Advertising information service: total advertising expenditure includes all industries. Bangkok: Nielsen Thailand; 2022.
11. Kehinde O, Ogunnaike O, Akinbode M, Aka D. Effective Advertising: Tool for achieving client-customer relationships. *Researchjournal's Journal of Media Studies* 2016;2:1-18.
12. สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช). พระราชบัญญัติการประกอบ กิจการกระจายเสียงและกิจการโทรทัศน์ พ.ศ. 2551. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125, ตอนที่ 42 ก (ลงวันที่ 4 มีนาคม 2551).
13. ปวรรต จันทรพิชญ. กลยุทธ์ใหม่กับโฆษณาแฝงในปัจจุบัน. *นิเทศสยามปริทัศน์* 2556;12(13):101-7.

14. Williams K, Petrosky A, Hernandez E, Page R. Product placement effectiveness: revisited and renewed. *Journal of Management & Marketing Research* 2011;7:132-55.
15. ต่อตระกูล อุบลวัตร. พฤติกรรมการชม ทักคนคิด และการจดจำตราสินค้าที่ใช้กลยุทธ์การโฆษณาแฝงในละครซีทีวีเรื่อง “บ้านนี้มีรัก” ของผู้ชมโทรทัศน์ในกรุงเทพมหานคร. *วารสารเกษมบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต* 2556;14(1):101-15.
16. บดินทร์ เดชานุกรณานนท์, ชณษฏ์นิจ สิทธิวณิชชัยกุล, ชโลมทิพย์ แซ่ตั้ง, พงศกร ภาณุมาตร์ศรี, อุไรรัช โคมแก้ว, อธิปดี จันทรฉาย. รูปแบบของโฆษณาแฝงและการรับรู้ของผู้ชมในคลับฟรายเดย์เดอะซีรีส์ 7. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์* 2561;ธันวาคม 2561(ฉบับเสริม):70-81.
17. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522. *ราชกิจจานุเบกษา* เล่มที่ 96, ตอนที่ 79 (ลงวันที่ 11 พฤษภาคม 2522).
18. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 394 พ.ศ.2561 เรื่องอาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการและค่าพลังงานน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมแบบจีดีเอ. *ราชกิจจานุเบกษา* เล่มที่ 135, ตอนพิเศษ 264 ง (ลงวันที่ 22 ตุลาคม 2561).
19. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเรื่องหลักเกณฑ์การโฆษณาอาหาร พ.ศ.2564. *ราชกิจจานุเบกษา* เล่มที่ 138, ตอนพิเศษ 73 ง (ลงวันที่ 30 มีนาคม 2564).
20. Backholer K, Sing F. Controls on the marketing of food and non-alcoholic beverages to children in Thailand: Legislative options and regulatory design. Bangkok: UNICEF Thailand Country Office; 2020.
21. สิริโรจน์ สุกมลสันต์, วรธนา ศรีวิริยานุภาพ, วิทยา กุลสมบูรณ์. การโฆษณาในรายการโทรทัศน์สำหรับเด็ก: ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการกำกับดูแล. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2557;8(2):210-20.
22. นงนุช ใจชื่น. โครงการเสริมสร้างสื่อมวลชนศึกษาเพื่อสุขภาพ. การโฆษณาอาหารและเครื่องดื่มในรายการโทรทัศน์สำหรับเด็กและเยาวชน: ช่องว่างและวิกฤตการควบคุม. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2559;10(4):377-93.
23. TV Digital Watch. เรตติ้งช่องทีวีดิจิทัล เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 8 เม.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.tvdigitalwatch.com/rating3group-mar65/>
24. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 182) พ.ศ.2541 เรื่อง ฉลากโภชนาการ. *ราชกิจจานุเบกษา* เล่มที่ 115, ตอนพิเศษ 47 ง (ลงวันที่ 11 มิถุนายน 2541).
25. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. การจำแนกอาหาร ขนม นม และ เครื่องดื่มตามมาตรฐานโภชนาการ (ฉบับทดลองใช้ครั้งที่ 2). นครปฐม: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ; 2557.
26. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือการจำแนกอาหาร ขนม นม และ เครื่องดื่มตามมาตรฐานโภชนาการสำหรับเด็กอายุ 3-15 ปี (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2560.
27. มีเดียมอนิเตอร์. การศึกษาโฆษณาตรงและโฆษณาแฝงทางสถานีโทรทัศน์ 3 5 7 และ 9. กรุงเทพมหานคร: มีเดียมอนิเตอร์; 2552.
28. นงนุช จินดารัตนาภรณ์, สิรินทรียา พูลเกิด. โครงการการติดตามการตลาดที่เกี่ยวข้องกับอาหารและเครื่องดื่มสำหรับเด็กและเยาวชนผ่านสื่อโทรทัศน์ และยูทูป. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
29. คณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ. ประกาศคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ. เรื่อง หลักเกณฑ์การจัดทำผังรายการสำหรับการให้บริการกระจายเสียงหรือโทรทัศน์, *ราชกิจจานุเบกษา* เล่มที่ 130, ตอนพิเศษ 27 ง (ลงวันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2556).
30. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การมีอุปกรณ์รับชมรายการโทรทัศน์ในครัวเรือน พ.ศ. 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2562.
31. สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช). โฆษณาแฝง. กรุงเทพมหานคร: สำนักคุ้มครองผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์ (บส.) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 มี.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://bcp.nbt.go.th/th/detail/2017-01-25-17-43-28>
32. พนา ทองมีอาคม. โฆษณาแฝงไม่ใช่โฆษณา. กรุงเทพมหานคร: สมาคมนักข่าววิทยุ และโทรทัศน์ไทยผ่าน สภาวิชาชีพข่าว วิทยุ และโทรทัศน์ไทย; 2556.
33. Zimbardo PG, Weber AL, Johnson RL. *Psychology core concepts*. 4 ed. Boston: Allyn and Bacon; 2003.
34. Buijzen M, Schuurman J, Bomhof E. Associations between children’s television advertising exposure and their food consumption patterns: a household diary-survey study. *Appetite* 2008;50:231-9.

35. Carter OB, Patterson LJ, Donovan RJ, Ewing MT, Roberts CM. Children's understanding of the selling versus persuasive intent of junk food advertising: implications for regulation. *Social Science & Medicine* 2011;72(6):962-8.
36. Auty S, Lewis C. Exploring children's choice: the reminder effect of product placement. *Psychology & Marketing* 2004;21(9):697-713.
37. Toomey DA, Francis AL. Branded product placement and pre-teenaged consumers: influence on brand preference and choice. *Young Consumers* 2013;14(2):180-92.
38. Techawachirakul P. Product Placement in Psychological Perspective. *Journal of Behavioral Science for Development* 2016;8(2):17-35.
39. ฉลอง ภิมย์รัตน์. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร: ประจักษ์การพิมพ์; 2521.
40. สกนธ์ ภู่งามดี. การวางแผนในงานโฆษณา. กรุงเทพมหานคร: บิ๊ค พอยต์; 2547.
41. Australian Association of National Advertisers (AANA). Food and Beverages Advertising Code, (2021). [Internet]. 2021 [cited 2022 Mar 5]. Available from: <https://aana.com.au/self-regulation/codes-guidelines/food-and-beverages-code/>

Digital Television Unhealthy Food and Beverage Tie-ins to Children and Youth in Thailand

Nongnuch Jindarattanaporn

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

Abstract

Exposure to unhealthy food and beverage tie-ins had impact on children's recognition and purchasing. The objective of this study was to analyze food and beverage tie-ins on digital television in Thailand. The two most-viewed digital television channels were recorded. Data was collected on May 5-11, 2022 on Monday - Friday at 03:00 p.m. to 08:00 p.m. and 08:30 p.m. to 10:30 p.m. and on Saturday- Sunday at 06:00 a.m. to 09:00 a.m., 03:00 p.m. to 08:00 p.m. and 08:30 p.m. to 10:30 p.m. Tie-ins of food which were unhealthy food and beverages were included in this analysis and nutrient profile was used to classify these food and beverages. Results of this study showed that ready to drink beverages had the most tie-ins. The most common form of tie-in was sponsorship by using graphic. The duration of product placement, advertisement through person and advertisement within the content of program were longer than one minute. Tie-ins appeared at 04.01 p.m. to 06.00 p.m., which were during children, youth, and family's television programs. Current applicable laws are not covered tie-in. Therefore, relevant organizations should improve regulations to control contents and forms of unhealthy food and beverages tie-ins in Thailand.

Keywords: tie-in, unhealthy food and beverages, digital television, children, youth and family

บทวิเคราะห์แผนระดับชาติของไทยสำหรับเป้าหมาย อาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน

สรุภญา สุจริตพงศ์

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

แนวโน้มที่คนไทยเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น หนึ่งในปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคเหล่านี้เกิดจากพฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งการปรับเปลี่ยนวิธีการผลิตทางการเกษตรแบบอุตสาหกรรมเพื่อให้ได้ผลผลิตสูงขึ้นทำให้เกิดผลกระทบต่อทางสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม จากผลกระทบเหล่านี้ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวเพื่อเปลี่ยนแปลงสู่ทิศทางเป้าหมายการมีอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์แผนระดับชาติของไทยที่ดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยใช้กรอบคำนิยามและแนวทางหลักการที่แนะนำโดยองค์การอาหารและการเกษตรแห่งสหประชาชาติร่วมกับองค์การอนามัยโลกสำหรับอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน ผลจากการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าแผนระดับที่ 1 ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และแผนระดับที่ 2 ซึ่งหนึ่งในแผนสำคัญคือกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ซึ่งนับว่าเป็นแผนแม่บทรายประเด็นด้านอาหารของประเทศไทย ทั้งสองแผนมีการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมายที่ครอบคลุมแนวทางหลักการทั้งหมดของอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน สำหรับแผนระดับที่ 3 ซึ่งเป็นแผนปฏิบัติการ มีแผนที่เกี่ยวข้องจำนวนมาก โดยมีแผนปฏิบัติการด้านอาหารของประเทศไทยระยะ 5 ปี ซึ่งใช้ในการขับเคลื่อนกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทยเป็นแผนหลักที่มีความสมบูรณ์ในทุกด้านของอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน ข้อค้นพบดังกล่าวทำให้สรุปได้ว่าประเทศไทยมีความก้าวหน้ามากเมื่อเทียบกับประเทศอื่น เพราะมีแผนระดับชาติด้านอาหารที่ถูกรวบรวมมาให้ครอบคลุมทั้งระบบอาหารและตลอดห่วงโซ่การผลิต อย่างไรก็ตามเนื่องจากแผนระดับปฏิบัติการที่ดำเนินงานและขับเคลื่อนโดยหน่วยงานภาครัฐมีจำนวนมาก ส่วนของข้อเสนอแนะเห็นว่าคณะกรรมการอาหารแห่งชาติควรประสานงานเพื่อให้มีการกำหนดเป้าหมายระดับย่อย รวมทั้งตัวชี้วัดระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอาหารร่วมกัน เพื่อป้องกันความซ้ำซ้อนและลดช่องโหว่การทำงานระหว่างหน่วยงาน

คำสำคัญ: อาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน; เป้าหมายระดับชาติ; แผนระดับชาติ; ยุทธศาสตร์ด้านอาหาร; ประเทศไทย

บทนำ

อาหารเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เมื่อต้องได้รับอาหารทุกวันเราต่างทราบกันดีว่าการกินอาหารที่ดีเป็นพื้นฐานที่สำคัญอย่างยิ่งของสุขภาพที่ดี ตั้งแต่ช่วงศตวรรษที่ 20 เป็นต้นมา แนวโน้มที่คนไทยเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคเนื้องอกและมะเร็ง และโรคไต เป็นต้น เพิ่มขึ้น^(1,2) โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญ

ของการป่วยและตายของโรคเหล่านี้ส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องหรือมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการกินอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลในเลือดสูง น้ำหนักเกิน และโรคอ้วน และการบริโภคผักผลไม้ที่ไม่เพียงพอ⁽²⁾ จากผลการตรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในช่วงปี พ.ศ. 2562-2563⁽³⁾ พบว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีค่าความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง ไชมัน คอเลสเตอรอลรวมในเลือดสูง (สูงมากกว่า 240 มิลลิกรัม/เดซิลิตร) และภาวะโรคอ้วนเท่ากับร้อยละ 25.4, 23.5 และ

42.2 ตามลำดับ สำหรับสัดส่วนของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่กินผักและผลไม้ในปริมาณเพียงพอตามข้อแนะนำ มีเพียงร้อยละ 27.8 และ 23.4 ตามลำดับเท่านั้น และเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของการเกิดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้กับ ผลการตรวจร่างกายครั้งก่อนหน้าในปี พ.ศ. 2557 พบว่า ในปัจจุบันมีแนวโน้มของทั้ง 4 ปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเป็นไปในทางที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น

นอกจากพฤติกรรมการกินอาหารแล้ว ที่มาของอาหาร เป็นสิ่งสำคัญไม่แพ้กัน เพราะที่มาของอาหารล้วนส่งผล ต่อคุณภาพความปลอดภัยของอาหารทั้งสิ้น นอกจากนี้ ที่มาของอาหารยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพของสิ่งแวดล้อม ที่มนุษย์อาศัยอยู่ ซึ่งในที่สุดแล้วส่งผลกระทบต่อสุขภาพและ คุณภาพความเป็นอยู่ของชีวิตมนุษย์ สำหรับประเทศไทย ที่ได้เปลี่ยนแปลงวิธีการทำเกษตรกรรม รวมทั้งการผลิต แปรรูปและปรุงประกอบอาหาร จากการผลิตรายย่อย แบบครัวเรือนและใช้วิธีการดั้งเดิม มาเป็นการผลิต แบบเร่งรัดเพื่อให้ได้ปริมาณมากในเชิงอุตสาหกรรม แนวโน้มจำนวนเกษตรกรรายย่อยลดน้อยลง สวนทาง กับจำนวนบริษัทที่ผลิตอาหารเชิงอุตสาหกรรมที่เพิ่มมากขึ้น แนวโน้มของระบบเกษตรอุตสาหกรรมอาหารที่เป็นอยู่ใน ปัจจุบัน ส่งผลให้คุณภาพอาหารด้อยลง ผลจากการ สำรวจผักและผลไม้โดยเครือข่ายไทยแพน (Thai-Pesticide Alert Network หรือ Thai-PAN) ในปี พ.ศ. 2563 โดยการสุ่มผักจำนวน 18 ชนิด และผลไม้อีก 9 ชนิด พบการตกค้างของสารเคมีกำจัดแมลงและเชื้อราเกิน ค่ามาตรฐานถึงร้อยละ 58.7⁽⁴⁾ การตกค้างของสารเคมี ที่เป็นพิษดังกล่าวเกิดจากการใช้สารเคมีเหล่านี้ในภาค การเกษตรเพื่อทำให้ได้ผลผลิตที่มากขึ้นโดยไม่คำนึงถึง ความปลอดภัยของอาหาร

การปรับเปลี่ยนวิธีการได้มาของอาหารที่พึ่งพาเกษตร แบบอุตสาหกรรมเป็นหลักยังส่งผลกระทบต่อมิติทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ในส่วนผลกระทบต่อมิติทางสังคม ตัวอย่าง ที่เห็นได้ชัดซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดกับเกษตรกรไทยทางด้าน สังคมและวัฒนธรรม เมื่อเกษตรกรไทยเน้นที่การผลิตสินค้า เกษตรเชิงเดี่ยว ต้องการผลผลิตสูง ทำให้วัฒนธรรม ความเป็นอยู่เปลี่ยนไป ขาดการพึ่งพาอาศัยตามแบบ วัฒนธรรมประเพณีในอดีต จึงจำเป็นต้องพึ่งพาเทคโนโลยี ในการผลิต โดยเฉพาะปัจจัยในการผลิต เช่น ปุ๋ย ฮอร์โมน

สารเคมีกำจัดแมลงศัตรูพืช เป็นต้น มีเพียงส่วนน้อย ที่ผลิตเพื่อบริโภคในครัวเรือนควบคู่กันไป และเพราะสินค้า การเกษตร โดยเฉพาะสินค้าพืชอาหารเศรษฐกิจ มักมีราคา ตกต่ำ ดังนั้นทำให้ครัวเรือนเกษตรกรรายย่อยส่วนใหญ่ มีรายได้จากการขายสินค้าเกษตรไม่พอกับรายจ่าย มีปัญหา เรื่องหนี้สิน⁽⁵⁾ จึงทำให้มีความไม่มั่นคงทั้งทางรายได้และ ทางอาหาร⁽⁶⁾ ด้วยเหตุนี้เองทำให้แรงงานภาคการเกษตร มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อ ความมั่นคงด้านอาหารของประเทศในที่สุด ในส่วน ผลกระทบมิติทางสิ่งแวดล้อม การใช้สารเคมี เช่น ปุ๋ย สารเคมีเร่งการเจริญเติบโต และสารเคมีกำจัดแมลงศัตรู พืชในกระบวนการผลิตอาหาร นอกจากส่งผลให้ตกค้าง ในอาหารตามที่กล่าวแล้ว ยังทำให้เกิดการตกค้าง ในสิ่งแวดล้อม ทั้งดิน น้ำ อากาศ^(7,8) ส่งผลทำลายระบบ นิเวศและความหลากหลายทางชีวภาพ ความต้องการที่ดิน ทางการเกษตรเพื่อเพิ่มปริมาณผลผลิตทำให้เกิดการ เปลี่ยนพื้นที่ป่าที่ยังอุดมสมบูรณ์ให้กลายเป็นพื้นที่ ทางการเกษตร ของเสียที่เกิดจากการผลิตสินค้าทาง การเกษตร ทั้งเศษวัสดุเหลือทิ้งจากการเพาะปลูก หรือ มูลสัตว์จากภาคปศุสัตว์และประมง ซึ่งทั้งนี้มีปริมาณ มากและไม่ได้รับการจัดการที่ถูกต้อง ส่งผลกระทบต่อ ให้เกิดมลภาวะตามมา หรือแม้แต่พฤติกรรมการ บริโภคของผู้คนในปัจจุบันที่นิยมใส่อาหารและเครื่องดื่ม ในบรรจุภัณฑ์พลาสติก หรือวัสดุอื่นที่ย่อยสลายยาก เช่น โฟม แผ่นอะลูมิเนียมฟอยล์ โดยเฉพาะตั้งแต่การ ระบาดของโรคโควิด 19 ที่การสั่งอาหารมาส่งที่บ้านได้รับ ความนิยมเพิ่มสูงขึ้น⁽⁹⁾ ส่งผลให้มีปริมาณขยะพลาสติก และวัสดุบรรจุภัณฑ์อาหารที่ย่อยสลายยากเกิดขึ้นมาก บรรจุภัณฑ์อาหารเหล่านี้ส่วนใหญ่ไม่ได้ถูกจัดการอย่างถูกวิธี เกิดการตกค้างในสิ่งแวดล้อม มีบางส่วนอุดตันท่อระบายน้ำ เป็นสาเหตุสำคัญที่ขัดขวางการระบายน้ำในช่วงฤดูฝน และส่งผลให้เกิดน้ำท่วมขังโดยเฉพาะในเขตเมือง⁽¹⁰⁾

จากผลกระทบที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมการบริโภค อาหารที่เปลี่ยนแปลงไป การเปลี่ยนแปลงวิธีการผลิต การขนส่ง การแปรรูป การกระจาย และการจำหน่ายอาหาร ในปัจจุบันตลอดห่วงโซ่อาหารที่มีผลต่อทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม จึงเกิดแนวคิด การเรียกร้อง และการเคลื่อนไหว จากทั้งหน่วยงานระหว่างประเทศ

นักวิชาการ และภาคประชาสังคม เพื่อผลักดันเปลี่ยนแปลง ไปสู่ทิศทางเป้าหมายที่ทำให้อาหารที่เราบริโภคทั้งดีต่อ สุขภาพและในขณะเดียวกันมีความยั่งยืนด้วย (healthy and sustainable diet) องค์การอาหารและการเกษตร แห่งสหประชาชาติ (Food and Agriculture of the United Nations: FAO) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ร่วมกันให้คำนิยามของอาหาร ที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน⁽¹¹⁾

“อาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน คือ รูปแบบอาหาร ที่ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ของปัจเจกบุคคล ในทุกมิติ ลดแรงกดดันและส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม

ระดับต่ำ ผู้คนสามารถเข้าถึง ซื้อมาบริโภคได้ มีความ ปลอดภัย ทำให้เกิดความเท่าเทียมกัน และเป็นที่ยอมรับ ทางวัฒนธรรม”

จากคำนิยามดังกล่าว FAO และ WHO ได้ให้แนวทาง หลักการ (guiding principles) เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ที่ทุกคนสามารถบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืนได้ ซึ่งประกอบด้วย 16 หลักการย่อยใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ (หลักการย่อยที่ 1-8) ด้านผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (หลักการย่อย ที่ 9-13) และด้านสังคมวัฒนธรรม (หลักการย่อยที่ 14-16) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แนวทางหลักการ 16 ข้อ เพื่อให้เกิดอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน⁽¹¹⁾

ด้านสุขภาพ	ด้านผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม	ด้านสังคมและวัฒนธรรม
1. ให้นมแม่และอาหารตามวัย	9. หลีกเลี่ยงอาหาร ไขมันสูง ไขมันทรานส์ น้ำ เติมน้ำตาล โซเดียม ฟอสฟอรัส มลพิษ และเพิ่มการใช้ประโยชน์ ที่ดิน	14. เคารพและรักษาวัฒนธรรม อาหารท้องถิ่น
2. อาหารสมดุลในทุกกลุ่ม หลากหลาย แปรรูปต่ำ	10. รักษาความหลากหลายทาง พันธุกรรมพืชและสัตว์ที่นำมา บริโภค ไม่ทำประมงและไม่ล่าสัตว์ เพื่อเป็นอาหารมากจนเกินไป	15. ทุกคนเข้าถึงอาหารได้ตาม ที่ต้องการ
3. กินธัญพืชไม่ขัดสี พืชตระกูลถั่ว ผักผลไม้ในสัดส่วนมากที่สุด	11. จำกัดการใช้ฮอร์โมนและยาปฏิชีวนะ	16. หลีกเลี่ยงผลกระทบจากอาหาร ที่ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียม ทางเพศ
4. กินไข่ นม เนื้อสัตว์ปีก ปลา ในสัดส่วนปานกลาง	12. จำกัดการใช้พลาสติกสำหรับ บรรจุภัณฑ์อาหาร	
5. ดื่มน้ำสะอาดเป็นหลัก	13. ลดการสูญเสียอาหารและ เศษขยะอาหาร	
6. ได้สารอาหารและพลังงาน ที่เพียงพอ ไม่มากเกินไป		
7. กินอาหารที่มีคุณลักษณะตามข้อ แนะนำของ WHO เพื่อสุขภาพที่ดี		
8. อาหารไม่มีเชื้อจุลินทรีย์หรือ สารก่อโรค		

ที่ผ่านมาประเทศไทยมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับอาหาร โดยก่อนปี พ.ศ. 2560 แผนสูงสุดระดับประเทศคือแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (แผนพัฒนาฯ) จัดทำขึ้นทุก 5 ปี มีส่วนของเนื้อหาที่เกี่ยวกับอาหารอยู่เล็กน้อยแตกต่างกันไปตามบริบทสถานการณ์ปัญหาและแนวทางการพัฒนาประเทศในแต่ละช่วง เช่น ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 1 ส่วนที่เกี่ยวข้องกับด้านอาหารมุ่งเน้นเพิ่มปริมาณผลผลิตอาหารจากภาคเกษตร โดยการปรับปรุงปัจจัยการผลิตและประสิทธิภาพการผลิตผ่านการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านชลประทาน การจัดสรรที่ดินทำกิน และการปรับปรุงพันธุ์พืชพันธุ์สัตว์ที่นำมาเป็นอาหาร⁽¹²⁾ ส่วนแผนระดับชาติอื่นๆ ลำดับรองลงมาเป็นแผนระดับกระทรวง หรือระดับกรมกองที่มีขอบเขตเนื้อหาจำกัดและเฉพาะเจาะจงตามอำนาจหน้าที่ของหน่วยงาน จึงเกิดการทับซ้อนระหว่างหน่วยงานหรือมีช่องโหว่ เนื่องจากขาดการบูรณาการทั้งระบบอาหารและไม่เชื่อมโยงต่อเนื่องไปตามห่วงโซ่อาหาร ดังนั้นในปี พ.ศ. 2552 คณะกรรมการอาหารแห่งชาติซึ่งเป็นองค์กรหลักของประเทศที่ดำเนินการด้านอาหารในทุกมิติ ได้มีมติให้มีการจัดทำกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2555-2559⁽¹³⁾ จึงนับเป็นแผนยุทธศาสตร์เฉพาะด้านอาหารระดับประเทศแผนแรกที่มีจุดมุ่งหมายบริหารจัดการอาหารในภาพรวม อีกทั้งยังมีวิสัยทัศน์ให้เกิดความมั่นคงยั่งยืนทางด้านอาหารในระยะยาวอย่างไรก็ตามหลังปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีแผนระยะยาวซึ่งเป็นระดับที่สูงกว่าแผนพัฒนาฯ นั่นคือ “ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี” จัดเป็นแผนระดับที่ 1 ส่วนแผนพัฒนาฯ จัดเป็นแผนระดับที่ 2 รองลงมา ซึ่งจะได้ขยายความเนื้อหาส่วนนี้เพิ่มเติม

จากเป้าหมายและหลักการของอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืนที่แนะนำโดย FAO และ WHO ตามรายละเอียดข้างต้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์การดำเนินงานของประเทศไทยที่ทำให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว โดยมีขอบเขตจำกัดเพียงแผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์การดำเนินการในระดับชาติ ข้อมูลตั้งต้นผู้เขียนได้รวบรวมและทบทวนเอกสารแผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องโดยการสืบค้นจากอินเทอร์เน็ต วิธีการวิเคราะห์แผนฯ ใช้แนวทางหลักการที่เสนอแนะโดย FAO และ WHO สำหรับอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน 16 ข้อใน 3 ด้าน ตามที่อธิบายข้างต้น

มาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ ในหลักการย่อยที่ 16 ถึงแม้ FAO และ WHO ระบุเพียงแค่ผลกระทบอาหารจากการไม่เท่าเทียมกันทางเพศ แต่ในบทความนี้จะขยายขอบเขตรวมถึงความไม่เท่าเทียมในด้านอื่น และเป็นไปเพื่อลดความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจและสังคมผลที่ได้จากการวิเคราะห์นำไปสู่ข้อเสนอแนะด้านการดำเนินงาน โดยเฉพาะในระยะยาวที่มุ่งหมายให้คนในประเทศทุกคนได้บริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน

ภาพรวมแผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ระดับชาติของประเทศไทยสำหรับเป้าหมายอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน

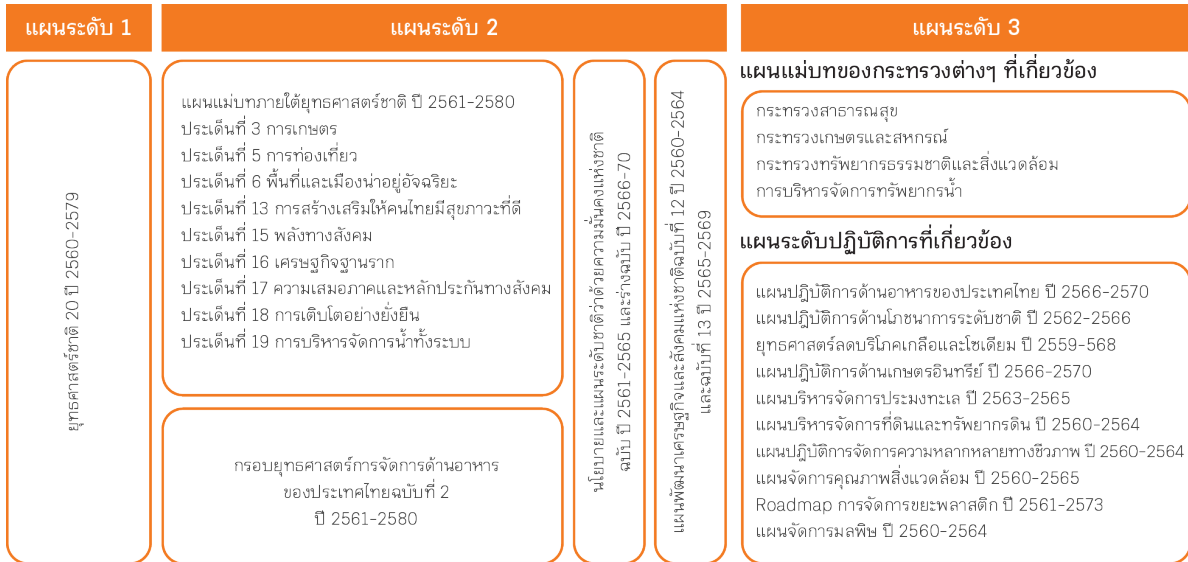
ตามมติคณะรัฐมนตรีเมื่อปี พ.ศ. 2560 และปี พ.ศ. 2562 แบ่งแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเป็น 3 ระดับ ระดับที่ 1 เรียกว่ายุทธศาสตร์ชาติ เป็นหมุดหมายการพัฒนาประเทศในระยะยาว ในปัจจุบันมีกรอบระยะเวลา 20 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2560-2579 ระดับที่ 2 ได้แก่ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนการปฏิรูปประเทศในด้านต่างๆ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และนโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ และระดับที่ 3 เป็นแผนที่จัดทำโดยหน่วยงานของรัฐเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานตามเป้าหมายและประเด็นที่ระบุไว้ในแผนระดับที่ 1 และ 2 โดยแผนในระดับที่ 3 ส่วนใหญ่เป็นแผนปฏิบัติการด้านต่างๆ โดยบทวิเคราะห์นี้ครอบคลุมแผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ของชาติทั้ง 3 ระดับ⁽¹⁴⁾

ภาพที่ 1 แสดงความเชื่อมโยงของแผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ระดับชาติของประเทศไทยใน 3 ระดับที่เกี่ยวข้องกับการบรรลุเป้าหมายอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน โดยแผนฯ และกลยุทธ์เหล่านี้ถูกบังคับใช้แล้วในปี พ.ศ. 2565 หรือเป็นฉบับร่างที่อยู่ในระหว่างคาบเกี่ยวช่วงรอยต่อที่จะขึ้นฉบับใหม่ ผลการวิเคราะห์ในส่วนถัดไปของบทความจะไล่ลำดับไปตั้งแต่แผนระดับที่ 1 ถึงระดับที่ 3

บทวิเคราะห์แผนระดับที่ 1

แผนระดับที่ 1 คือ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579)⁽¹⁵⁾ จากยุทธศาสตร์ 6 ด้านในการพัฒนาประเทศ มี 4 ด้าน ที่เกี่ยวข้องกับการให้ประชาชนได้บริโภคอาหารที่ดี

ภาพที่ 1 แผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ระดับชาติของไทยใน 3 ระดับ ที่นำไปสู่การบรรลุตามเป้าหมายอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน



ต่อสุขภาพและสนับสนุนให้เกิดระบบอาหารที่ยั่งยืน ดังแสดงในภาพที่ 2 คือยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านการสร้างความสามารถในการแข่งขัน มี 3 ประเด็นย่อยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การเกษตรสร้างมูลค่า อุตสาหกรรมและการบริการแห่งอนาคตที่ต่อยอดจากภาคเกษตร และสร้างความหลากหลายด้านการท่องเที่ยว ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มี 2 ประเด็นย่อยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิตและเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการสร้างโอกาสและความเสมอภาคทางสังคม มี 3 ประเด็นย่อยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การลดความเหลื่อมล้ำและสร้างความเป็นธรรมในทุกมิติ การเสริมสร้างพลังทางสังคม และการเพิ่มขีดความสามารถของชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนาการพึ่งพาตนเองและการจัดการตนเอง และยุทธศาสตร์ที่ 5 ด้านการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม มีถึง 6 ประเด็นย่อยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สร้างการเติบโตอย่างยั่งยืนบนสังคมเศรษฐกิจสีเขียว, สร้างการเติบโตอย่างยั่งยืนบนสังคมเศรษฐกิจภาคทะเล, สร้างการเติบโตอย่างยั่งยืนบนสังคมเศรษฐกิจที่เป็นมิตรต่อสภาพภูมิอากาศ, พัฒนาพื้นที่เมือง ชนบท เกษตรกรรมและอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ, มุ่งเน้นความเป็นเมืองที่เติบโต, พัฒนาความมั่นคงทางน้ำ พลังงาน และเกษตรที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม, และยกระดับกระบวนการทศวรรษเพื่อกำหนด

อนาคตประเทศ ในภาพที่ 2 แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องกับแต่ละประเด็นย่อยของยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ที่นำไปสู่หลักการแต่ละด้านของการมีอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืนตามข้อเสนอของ FAO และ WHO ผลจากการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าหากประเทศไทยสามารถดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายการมีอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืนได้ โดยจากภาพที่ 2 ใน 4 ยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องครอบคลุมแนวทางหลักการทั้ง 16 ข้อ ตามข้อเสนอของ FAO และ WHO

บทวิเคราะห์แผนระดับที่ 2

แผนระดับที่ 2 ที่สนับสนุนเรื่องอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน มี 4 แผน ได้แก่ (ก) แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 (ข) นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในช่วงเปลี่ยนจากฉบับปี พ.ศ. 2562-2564 ไปเป็นฉบับปี พ.ศ. 2566-2570 (ค) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (แผนพัฒนาฯ) คาบเกี่ยวระหว่างฉบับที่ 12 และฉบับที่ 13 และ (ง) กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2561-2580) เฉพาะแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติที่บทความนี้ไม่ได้ให้รายละเอียดผลการวิเคราะห์ เนื่องจากเป็นแผนเชิงประเด็นที่มีความสอดคล้องกับ

ฉบับปี พ.ศ. 2566-2570⁽¹⁸⁾ ยังคงมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืนเพียงนโยบายเดียว คือนโยบายเพื่อปกป้องและรักษาผลประโยชน์แห่งชาติทางทะเล

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ปี พ.ศ. 2561-2564⁽¹⁹⁾ ได้กำหนดเป้าหมายรวมทั้งสิ้น 6 เป้าหมายภายใต้ยุทธศาสตร์ทั้งหมด 10 ด้าน ซึ่งยุทธศาสตร์แต่ละด้านมีเป้าหมายและตัวชี้วัดย่อย เมื่อวิเคราะห์โดยใช้เฉพาะเป้าหมายและตัวชี้วัดย่อยที่กำหนดไว้ในแต่ละยุทธศาสตร์ มียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและสามารถนำไปสู่การบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืนจำนวน 3 ยุทธศาสตร์ แสดงดังภาพที่ 2 ได้แก่ (ก) ยุทธศาสตร์ที่ 1 เสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ เป้าหมายที่เกี่ยวข้องคือ เป้าหมายย่อยที่ 4 ทำให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้น (ข) ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจและแข่งขันได้อย่างยั่งยืน เป้าหมายที่เกี่ยวข้องคือ เป้าหมายย่อยที่ 2 เกษตรกรมีรายได้เงินสดสุทธิทางการเกษตรเพิ่มขึ้นและเพิ่มพื้นที่การทำเกษตรกรรมยั่งยืน และ (ค) ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อพัฒนาอย่างยั่งยืน โดยมี 4 เป้าหมายที่เกี่ยวข้องคือ เป้าหมายย่อยที่ 1 รักษาและฟื้นฟูทรัพยากรธรรมชาติ เป้าหมายย่อยที่ 2 สร้างความมั่นคงด้านน้ำ และการบริหารจัดการทั้งน้ำผิวดินและน้ำใต้ดิน เป้าหมายย่อยที่ 3 สร้างคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ดีลดมลพิษ และลดผลกระทบต่อสุขภาพของคนและระบบนิเวศ และเป้าหมายย่อยที่ 4 เพิ่มประสิทธิภาพการลดก๊าซเรือนกระจกและขีดความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

ส่วนในร่างแผนพัฒนา ฉบับที่ 13⁽²⁰⁾ จากจำนวนทั้งหมด 13 หมุดหมาย มีหมุดหมายทำให้เกิดอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืนโดยตรง 4 หมุดหมายคือ (ก) หมุดหมายที่ 1 ไทยเป็นประเทศชั้นนำด้านสินค้าเกษตรและเกษตรแปรรูปมูลค่าสูง มีเป้าหมายที่เกี่ยวข้องคือ เป้าหมายย่อยที่ 1 มูลค่าเพิ่มของสินค้าเกษตรและเกษตรแปรรูปสูงขึ้น และเป้าหมายย่อยที่ 2 โครงสร้างพื้นฐานและระบบบริหารจัดการเพื่อคุณภาพความมั่นคงอาหาร และความยั่งยืนของภาคเกษตร (ข) หมุดหมายที่ 9 ไทยมีความยากจนข้ามรุ่นลดลง และคนไทยทุกคนมีความคุ้มครองทางสังคมที่เพียงพอเหมาะสม

มีเป้าหมายที่เกี่ยวข้องคือ เป้าหมายย่อยที่ 1 คริวเรือนยากจนข้ามรุ่นมีโอกาสในการเลื่อนสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมเพื่อหลุดพ้นจากความยากจนได้อย่างยั่งยืน (ค) หมุดหมายที่ 10 ไทยมีเศรษฐกิจหมุนเวียนและสังคมคาร์บอนต่ำ มีเป้าหมายที่เกี่ยวข้องคือ เป้าหมายย่อยที่ 1 การเพิ่มมูลค่าจากเศรษฐกิจหมุนเวียน และการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเสริมสร้างการใช้ทรัพยากรทุกขั้นตอนของการผลิตและการบริโภคมีประสิทธิภาพมากขึ้น และสร้างมูลค่าและรายได้จากเศรษฐกิจหมุนเวียนเพิ่มขึ้น และ (ง) หมุดหมายที่ 11 ไทยสามารถลดความเสี่ยงและผลกระทบจากภัยธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ มีเป้าหมายที่เกี่ยวข้องคือ เป้าหมายย่อยที่ 3 สังคมไทยมีภูมิคุ้มกันจากภัยธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

จากภาพที่ 2 ซึ่งแสดงความสอดคล้องของยุทธศาสตร์ตามแผนพัฒนา ฉบับที่ 12 และร่างฉบับที่ 13 เห็นได้ว่ายังมีหลักการ 2 ข้อ สำหรับอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืนที่แผนพัฒนา ยังไม่ครอบคลุม ได้แก่ หลักการที่ 11 จำกัดการใช้ฮอร์โมนและยาปฏิชีวนะในสัตว์ และหลักการที่ 14 เคารพรักษาวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่น ที่แผนพัฒนา ไม่มีการระบุอยู่ในชื่อยุทธศาสตร์/หมุดหมาย รวมทั้งเป้าหมายย่อยหรือตัวชี้วัดที่ชัดเจนและสามารถวัดประเมินผลได้

กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย

สำหรับกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย (กรอบยุทธศาสตร์) ฉบับที่ 1⁽¹³⁾ ได้ถูกดำเนินการมาก่อนที่จะมียุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2555-2559 ปัจจุบันเป็นฉบับที่ 2 มีกรอบเวลา 20 ปี พ.ศ. 2561-2580 เพื่อให้สอดคล้องกับที่กำหนดในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี และเนื่องจากกรอบยุทธศาสตร์เป็นการดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการ คือ คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ และมีหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องจำนวนมากที่เข้ามาร่วมขับเคลื่อน ดังนั้นบทความนี้จึงจัดกรอบยุทธศาสตร์ ให้อยู่ในแผนระดับที่ 2 และเทียบเท่ากับแผนแม่บทรายประเด็นที่เฉพาะเจาะจงด้านอาหาร

ในกรอบยุทธศาสตร์ ฉบับที่ 2 กำหนดการบรรลุผลใน 6 เป้าหมาย มี 4 เป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับอาหารที่ดี

ต่อสุขภาพและยั่งยืน ได้แก่ (ก) เป้าหมายที่ 1 ลดจำนวนคนขาดแคลนอาหารลง สอดคล้องกับหลักการที่ 15 ของ FAO และ WHO ให้ทุกคนเข้าถึงอาหารได้ตามที่ต้องการ ซึ่งอยู่ในด้านสังคมและวัฒนธรรม (ข) เป้าหมายที่ 2 ลดการสูญเสียอาหารและขยะอาหารลง ตรงกันกับหลักการที่ 13 ลดการสูญเสียอาหารและเศษขยะอาหาร ซึ่งอยู่ในด้านผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม (ค) เป้าหมายที่ 3 เพิ่มความเชื่อมั่นของผู้บริโภคต่อคุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร สอดคล้องโดยตรงกับหลักการที่ 8 อาหารไม่มีเชื้อจุลินทรีย์หรือสารก่อโรค ซึ่งอยู่ในด้านสุขภาพ และ (ง) เป้าหมายที่ 5 ลดจำนวนคนที่มีภาวะทุพโภชนาการเกินและขาดลง ซึ่งหากสามารถบรรลุเป้าหมายนี้ได้สอดคล้องกับหลักการที่ 1-7 ของ FAO และ WHO ในด้านสุขภาพ

นอกจากนี้ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมสำหรับยุทธศาสตร์ที่ถูกกำหนด ซึ่งมีทั้งสิ้น 4 ด้าน โดยมี 3 ด้านที่หากได้ดำเนินการตามที่วางแผนไว้จะทำให้สามารถบรรลุเป้าหมายการมีอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืนได้ ยุทธศาสตร์ทั้ง 3 ด้าน คือ (ก) ยุทธศาสตร์ที่ 1 ด้านความมั่นคงอาหาร มุ่งเน้นให้อาหารมีคุณภาพและพอเพียงสำหรับทุกคนในประเทศ และอาหารมาจากขบวนการผลิตที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน จึงสอดคล้องโดยตรงกับหลักการของ FAO และ WHO ที่ 15 ให้ทุกคนเข้าถึงอาหารได้ตามที่ต้องการ หลักการที่ 9 โดยเฉพาะด้านการใช้ประโยชน์ที่ดิน และหลักการที่ 13 ลดการสูญเสียอาหารและเศษขยะจากอาหาร ภายใต้ยุทธศาสตร์นี้ยังมีกลยุทธ์ที่ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมตลอดห่วงโซ่อาหาร โดยหนึ่งในแนวทางการดำเนินงานเป็นการศึกษาพันธกรรมพืช สัตว์ ประมง เพื่อการอนุรักษ์และใช้ประโยชน์ในการผลิตอาหาร จึงสอดคล้องกับหลักการที่ 10 รักษาความหลากหลายพันธุกรรมของพืชและสัตว์ที่นำมาบริโภค (ข) ยุทธศาสตร์ที่ 2 ด้านคุณภาพและความปลอดภัยของอาหาร สอดคล้องโดยตรงกับหลักการที่ 8 อาหารไม่มีเชื้อจุลินทรีย์หรือสารก่อโรค หลักการที่ 11 จำกัดการใช้ฮอร์โมนและยาปฏิชีวนะ อีกทั้งยุทธศาสตร์นี้มีจุดเน้นที่แก้ไขปัญหาความยากจน จึงสอดคล้องกับหลักการที่ 16 ด้วยเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบจากอาหารที่ทำให้เกิดความไม่เท่าเทียม (ค) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านอาหารศึกษา มุ่งเน้นให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการบริโภคอาหาร

จึงสอดคล้องกับหลักการที่ 1-7 ของ FAO และ WHO ในด้านสุขภาพ และภายใต้ยุทธศาสตร์นี้มีการวางกลยุทธ์ที่เชื่อมโยงวัฒนธรรมอาหารไทยเข้ากับโภชนาการและสุขภาพ จึงสอดคล้องกับหลักการที่ 14 เคารพและรักษาวัฒนธรรมอาหารท้องถิ่น

ดังนั้นเมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์ในภาพรวมของเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ ตามที่กำหนดในกรอบยุทธศาสตร์ หากสามารถดำเนินการได้จริงจะทำให้ประเทศสามารถบรรลุการมีอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืนได้ โดยครอบคลุมทั้ง 3 ด้านของความยั่งยืน และครบทั้ง 16 แนวทางหลักการที่แนะนำโดย FAO และ WHO อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนตั้งข้อสังเกตว่าในหลักการที่ 10 การรักษาความหลากหลายทางพันธุกรรมพืชและสัตว์ที่นำมาบริโภค และไม่ทำประมงเพื่อเป็นอาหารมากเกินไป ยังมีแนวทางการดำเนินการผ่านกลยุทธ์ต่างๆ ตามที่ระบุไว้ในกรอบยุทธศาสตร์ ไม่ชัดเจน โดยไม่มีกลยุทธ์ใดที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมให้เกิดการประมงแบบยั่งยืนเพื่อทำให้อัตราปริมาณและชนิดพันธุ์ของสัตว์น้ำที่นำมาบริโภคยังคงอยู่ได้ในระยะยาว และหากมีการเพิ่มการดำเนินการส่วนนี้ กรอบยุทธศาสตร์ จะมีความสมบูรณ์ในทุกมิติของการนำไปให้ประเทศมุ่งไปสู่การมีอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน

บทวิเคราะห์แผนระดับที่ 3

จากการสืบค้นแผนระดับที่ 3 ที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนเป้าหมายการมีอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน สามารถจัดกลุ่มเป็น 2 ระดับย่อยลงไปอีกตามที่แสดงในภาพที่ 1 คือ (ก) แผนแม่บทระดับกระทรวง และ (ข) แผนปฏิบัติการ ซึ่งอาจจะเป็นแผนปฏิบัติการในระดับหน่วยงานย่อยของกระทรวง (กรม กอง หรือสำนัก) เช่น แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ ซึ่งมีสำนักโภชนาการ กรมอนามัย เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบ หรือเป็นแผนปฏิบัติการในเชิงประเด็น เช่น แผนปฏิบัติการด้านอาหารของประเทศไทย ซึ่งเป็นแผนระดับปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ภายใต้กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย โดยในบทความนี้ไม่มีการวิเคราะห์แผนแม่บทระดับกระทรวง เนื่องจากจัดทำขึ้นเพื่อกำหนดทิศทางดำเนินการดำเนินงานของกระทรวงที่สอดคล้อง

กับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ดังนั้นจึงมีเพียงการวิเคราะห์แผนระดับปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องเท่านั้น

แผนระดับปฏิบัติการหลักที่มุ่งหมายให้เกิดอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน คือ แผนปฏิบัติการด้านอาหารของประเทศไทยระยะ 5 ปี โดยระยะที่ 1 ครอบคลุมช่วงปี พ.ศ. 2566-2570⁽²¹⁾ เป็นแผนระดับปฏิบัติการที่ใช้ในการขับเคลื่อนตามกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทยฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2561-2580) โดยในแผนนี้กำหนดยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินการเช่นเดียวกับในกรอบยุทธศาสตร์ฯ พร้อมทั้งมีการเพิ่มรายละเอียดของตัวชี้วัด ทั้งตัวชี้วัดตาม 6 เป้าหมายค่าเป้าหมายในแต่ละปีตลอดช่วงเวลาของแผน นอกจากนี้ในแต่ละกลยุทธ์มีการระบุรายละเอียดตัวชี้วัดระดับกลยุทธ์ โครงการที่สำคัญ และหน่วยงานที่รับผิดชอบ ทั้งหน่วยงานหลักและหน่วยงานร่วม

ส่วนแผนปฏิบัติการของแต่ละหน่วยงานภาครัฐก็นำไปสู่การบรรลุผลลัพธ์ด้านต่างๆ ของอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน ตัวอย่างเช่น ในด้านสุขภาพมีแผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ พ.ศ. 2562-2566⁽²²⁾ ของกรมอนามัย ซึ่งได้นำยุทธศาสตร์ที่ 3 อาหารศึกษา ของกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 2 มาเป็นแกนกลางในการพัฒนาแผน มีการเชื่อมโยงให้เห็นว่าแผนงานย่อยที่อยู่ภายใต้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ เชื่อมโยงกับกลยุทธ์ใดของยุทธศาสตร์ที่ 3 อาหารศึกษาบ้าง และเมื่อนำตัวชี้วัดย่อยระดับแผนงานภายใต้แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการฯ มาเทียบกับตัวชี้วัดของแต่ละกลยุทธ์ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ของแผนปฏิบัติการด้านอาหารของประเทศไทยระยะที่ 1 ที่เกี่ยวข้องกับด้านโภชนาการ เห็นได้ชัดเจนว่าเป็นตัวชี้วัดเดียวกัน เช่น ตัวชี้วัดระบบข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการ เป็นต้น

ส่วนแผนปฏิบัติการของหน่วยงานภาครัฐที่ดูแลในด้านผลกระทบสิ่งแวดล้อมส่วนที่เกี่ยวข้องกับมลพิษที่เกิดจากการทำเกษตรกรรม การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก การจำกัดการใช้พลาสติกสำหรับบรรจุภัณฑ์อาหาร มาตรการและกิจกรรมถูกระบุอยู่ในแผนจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นแผนด้านสิ่งแวดล้อมระดับประเทศ ฉบับปัจจุบันมีระยะเวลาดำเนินการในช่วงพ.ศ. 2560-2565 มีกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมเป็น

หน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินงานตามแผน ส่วนด้านที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของอาหารที่เกิดจากการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดแมลงศัตรูพืช มาตรการกิจกรรมส่วนหนึ่งถูกระบุอยู่ในแผนปฏิบัติการด้านเกษตรอินทรีย์ร่างฉบับล่าสุดมีกรอบเวลาในช่วง พ.ศ. 2566-2570 ดำเนินการโดยคณะกรรมการพัฒนาเกษตรอินทรีย์แห่งชาติ มีกระทรวงเกษตรและสหกรณ์เป็นหน่วยงานหลักที่ขับเคลื่อน เป็นต้น จึงเห็นได้ว่าการที่จะสามารถบรรลุเป้าหมายอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืนจำเป็นต้องบูรณาการการทำงาน ของหน่วยงานภาครัฐจำนวนมาก ตามเอกสารกรอบยุทธศาสตร์การจัดการอาหารของประเทศไทยฉบับที่ 2 ได้ระบุรายชื่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในส่วนภาครัฐมีมากถึง 15 กระทรวง 11 สำนักหรือสำนักงาน รัฐวิสาหกิจ 1 แห่ง ภาคเอกชน 2 หน่วยงาน และยังมีหน่วยงานที่เมืองค์กรภาคเอกชนที่ไม่แสวงหาผลประโยชน์เป็นคณะกรรมการอีก 1 หน่วยงาน

วิจารณ์

บทความนี้ได้้นำแผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ในระดับประเทศของไทยที่เกี่ยวข้องและสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมายอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืนมาวิเคราะห์ โดยใช้คำนิยามและแนวทางหลักการที่เสนอแนะโดย FAO และ WHO มาเป็นกรอบ จากการวิเคราะห์แผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ทั้ง 3 ระดับ พบว่าแผนระดับที่ 1 คือ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี มีการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมายครอบคลุมครบทั้ง 3 ด้านของความยั่งยืน และสอดคล้องกับแนวทางหลักการครบทุกข้อทั้ง 16 ข้อ ของการมีอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน สำหรับแผนระดับที่ 2 ซึ่งมีแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องทั้งสิ้น 3 แผน หนึ่งในนั้นคือกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ซึ่งนับว่าเป็นแผนแม่บทรายประเด็นด้านอาหาร มีการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าหมายที่ครอบคลุมแนวทางหลักการทั้ง 16 ข้อ ใน 3 ด้าน ของอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืนที่เสนอแนะโดย FAO และ WHO ถึงแม้ว่าในหลักการที่ 10 การรักษาความหลากหลายทางพันธุกรรมพืชและสัตว์ที่นำมาบริโภค และไม่ทำประมงเพื่อเป็นอาหารมากเกินไป ยังมีแนวทางการดำเนินงานไม่ชัดเจน สำหรับแผนระดับที่ 3

มีแผนปฏิบัติการจำนวนมากที่เกี่ยวข้อง แต่หากเป็นแผนราย ประเด็นเฉพาะด้านอาหาร คือ แผนปฏิบัติการด้านอาหาร ของประเทศไทยระยะ 5 ปี ซึ่งเป็นแผนระดับปฏิบัติการ ใช้ในการขับเคลื่อนกรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหาร ของประเทศไทย โดยแผนนี้จัดได้ว่าเป็นแผนปฏิบัติการหลัก ที่ครอบคลุมในทุกแนวทางหลักการของอาหารที่ดีต่อสุขภาพ และยั่งยืน ส่วนแผนปฏิบัติการของแต่ละหน่วยงานภาครัฐ เช่น แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ มุ่งเน้น บรรลุบางด้าน หรือบางแนวทางหลักการของเป้าหมาย การมีอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน

ประเทศไทยถือได้ว่ามีความก้าวหน้ามากในการที่มีกรอบ ยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศ ซึ่งนับได้ว่าเป็นแผนยุทธศาสตร์ชาติที่ถูกออกแบบมาให้ครอบคลุม ทั้งระบบอาหารและตลอดห่วงโซ่การผลิต เป็นแผนแม่บท ระยะยาวเชิงประเด็นด้านอาหารโดยเฉพาะ การมีวิสัยทัศน์ ของการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติด้านอาหารมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2555 เป็นผลมาจากการที่ประเทศไทยมีรากฐาน การพัฒนาประเทศโดยการพึ่งพิงภาคเกษตรและเกษตร อุตสาหกรรมเป็นหลัก และด้วยภูมิศาสตร์ที่ตั้งที่เป็น แหล่งผลิตอาหารชั้นเยี่ยม ทั้งเพื่อให้คนในประเทศและ เพื่อการส่งออก จึงทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเล็งเห็น ถึงความสำคัญ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับบางประเทศที่พัฒนา แล้ว เช่น สหราชอาณาจักร หรือสหรัฐอเมริกาเอง ยังไม่มี แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านอาหาร อย่างไรก็ตาม ทั้งสองประเทศนี้ได้มีการเรียกร้องจากภาควิชาการและ ภาควิชาการให้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านอาหาร ระดับชาติเนื่องมาจากปัญหาความเปราะบางและความ ไม่ยั่งยืนของระบบอาหารจากวิกฤติการณ์ใหญ่ๆ ในช่วงหลายปี ที่ผ่านมากี่ส่งผลกระทบกับระบบอาหารไปทั่วโลก^(23,24)

ถึงแม้ว่าแผนยุทธศาสตร์ชาติที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง อาหาร ทั้งระดับที่ 1 และระดับที่ 2 มีศักยภาพและแนวโน้ม ที่ทำให้ประเทศไทยบรรลุเป้าหมายอาหารที่ดีต่อสุขภาพและ

ยั่งยืน อย่างไรก็ตามในแผนระดับที่ 3 ซึ่งเป็นแผนปฏิบัติ การที่ทำให้การเกิดขับเคลื่อนและเห็นผลการดำเนินงาน เป็นรูปธรรมนั้นมีจำนวนมาก อาจทำให้เกิดปัญหาในเรื่อง การทับซ้อนของแผน หรืออาจทำให้มีช่องโหว่ในบางจุด ของห่วงโซ่อาหารที่ยังไม่มีหน่วยงานใดเข้ามาดูแล ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่คณะกรรมการอาหารซึ่งเป็นหน่วยงาน ที่นำแผนปฏิบัติการด้านอาหารของประเทศไทยระยะ 5 ปี ไปดำเนินการ ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมถึงแผนระดับปฏิบัติการ ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย เพื่อให้มีกำหนดให้ มีเป้าหมายระดับย่อยรวมทั้งตัวชี้วัดระหว่างหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องกันเรื่องอาหารร่วมกัน นอกจากนั้นความท้าทาย อย่างยิ่งในการแปลงแผนสู่การปฏิบัติ คือ การทำงาน ประสานกันของหน่วยงานไม่เพียงแต่การประสานงานร่วมกัน ของหน่วยงานภาครัฐเท่านั้นที่จะทำให้เกิดอาหารที่ดี ต่อสุขภาพและยั่งยืนได้ หากแต่ความสำคัญในการทำงาน ร่วมพลังกับภาคประชาสังคม ภาคธุรกิจ ภาควิชาการ เป็นส่วนที่มีความสำคัญมากขึ้นทุกทีเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วม และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงาน ที่ครบทั้ง 3 มิติของอาหารที่ดีต่อสุขภาพและยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาวะ สำนักงาน กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้ให้ทุน สนับสนุนการดำเนิน “โครงการจัดทำข้อเสนอแนะการพัฒนา แผนติดตามประเมินผลสำหรับแผนอาหารเพื่อสุขภาวะ พ.ศ. 2565-2574” และการจัดทำหนังสือ “เริ่มที่งานอาหาร: หนทางสร้างสุขภาวะของสังคมไทยที่ยั่งยืน” ซึ่งเป็นหนึ่งในผลผลิตโครงการ โดยบทวิเคราะห์ของบทความนี้เป็น การขยายขอบเขตและให้รายละเอียดเพิ่มเติมจากบท วิเคราะห์ที่ได้เขียนไว้ในหนังสือ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานการศึกษาสาเหตุการตายของประชากรไทย พ.ศ. 2560-2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 26 ส.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://bodthai.net>
2. มูลนิธิเพื่อการพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2557 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 26 ส.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://bodthai.net/รายงานวิจัย/>
3. วิชัย เอกพลาการ, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
4. เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช. เปรียบเทียบสารพิษตกค้างในผักผลไม้นำเข้าและผลิตในประเทศไทยยังไม่แพ้กัน [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 27 ส.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://thaipan.org/data/2333>
5. จันทร์จิรา ปาลี, อนุรัตน์ อนันทนาธร. การสร้างความมั่นคงในการดำรงชีวิตของเกษตรกรในพื้นที่อุตสาหกรรมของประเทศไทย. วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น 2563;4(1):199-216.
6. ปุณณดา มาสวัสดิ์, ประพิณวดี ศิริคุณลักษณะ, อีสริยา นิตัทนัทประภาค บุญญะศิริ. ปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นคงด้านอาหารของครัวเรือนเกษตรกรไทย. วารสารวิจัยและพัฒนา วิทยาลัยเกษตรกรรมและสัตวแพทย์ศาสตร์และสังคมศาสตร์ 2559;11(2):347-56.
7. Bernhardt ES, Rosi EJ, Gessner MO. Synthetic chemicals as agents of global change. Front Ecol Environ 2017;15(2):84-90.
8. Bashir I, Lone FA, Bhat RA, Mir SA, Dar ZA, Dar SA. Concerns and threats of contamination on aquatic ecosystems BT - bioremediation and biotechnology: sustainable approaches to pollution degradation. In: Hakeem KR, Bhat RA, Qadri H, editors. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 1-26.
9. Baldwin S. We need new weapons against packaging waste. Bangkok Post [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 31]; Available from: <https://www.bangkokpost.com/business/2310682/we-need-new-weapons-against-packaging-waste>
10. มติชนออนไลน์. ที่แท็กซี่พลาสติก ทำน้ำอู๋โมกค์ห้าแยกปากเกิด [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 29 ส.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล https://www.matichon.co.th/region/news_3525649
11. Food and Agriculture of the United Nations, World Health Organization. Sustainable healthy diets - guiding principles. Rome: Food and Agriculture of the United Nations; 2019.
12. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่หนึ่ง ระยะเวลาที่ 1 (พ.ศ. 2504-2506) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 ต.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=3776
13. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. กรอบยุทธศาสตร์การจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ฉบับที่ 1 [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อ 26 ส.ค. 2564]. แหล่งข้อมูล: <http://food.fda.moph.go.th/igtfdapv/data/Strategy.pdf>
14. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สรุปสาระสำคัญ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2565]. สืบค้นจาก <http://nscr.nesdc.go.th/master-plans/>
15. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 25 เม.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://nscr.nesdc.go.th/ns/>
16. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. สรุปสาระสำคัญ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. 2561-2580 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2565]. สืบค้นจาก <http://nscr.nesdc.go.th/master-plans/>
17. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ (พ.ศ. 2562-2565) [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nsc.go.th/wp-content/uploads/2019/11/นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ-พ.ศ.-๒๕๖๒-๒๕๖๕.pdf>
18. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักงานนายกรัฐมนตรี. (ร่าง) นโยบายและแผนระดับชาติว่าด้วยความมั่นคงแห่งชาติ (พ.ศ. 2566-2570) [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 30 ส.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://gdcatalog.nsc.go.th/dataset/92601d50-e36a-4607-89b8-332b4acc2780/resource/9ac8f9d0-89dc-43fc-853a-e4b9e1c8b52f/download/nsc_policy66_70_001.pdf

19. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อ 13 มี.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=6422
20. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (ร่าง) แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 13 มี.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=plan13>
21. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ. คณะกรรมการอาหารแห่งชาติเห็นชอบร่างแผนปฏิบัติการด้านการจัดการด้านอาหารของประเทศไทย ระยะที่ 1 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/50907>
22. กรมอนามัย. แผนปฏิบัติการด้านโภชนาการระดับชาติ 5 ปี พ.ศ. 2562-2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 3 พ.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/nutrition-action-plan>
23. Center for Agricultural and Food Systems at Vermont Law School and Food Law. Executive Summary: the urgent call for a U.S. national food strategy [Internet]. 2020 [cited 2022 Sep 1]. Available from: <https://foodstrategy-blueprint.org/2020-urgent-call-report>
24. Dimpleby H. National food strategy: an independent review for government [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 1]. Available from: <https://www.nationalfoodstrategy.org/>

An Analysis of National Strategies to Achieve the Target on Healthy and Sustainable Diets for Thailand

Sarunya Sujaritpong

Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Thailand

Abstract

Morbidity and mortality of Thais have increasingly caused by non-communicable diseases. One of the risk factors of these diseases is associated with unhealthy eating habits. In addition, the Thai society is nowadays greatly reliant on agro-industry in which by its nature having an expectation of high productivity, leading to negatively socio-cultural and environmental impacts. As a result of these adverse consequences, there has been a call for transformations toward a goal on healthy and sustainable diets. This article aims at analyzing the extent of Thailand in pursuing such goal. The analysis was made using the definition and guiding principles suggested by Food and Agriculture Organization for the United Nations together with the World Health Organization as a framework. Only national strategies and plans at three levels of planning were limited in this analysis. The results suggest that the strategy at the top level – the Thai National Strategy – and the middle level – one of which was the Strategic Framework for Food Systems of Thailand – both are largely aligned with the definition and guiding principles of the healthy and sustainable diets. At the low level of planning which is centered on operational plans, there are a large number of related plans from responsible government agencies. Nevertheless, one of which is the action plan for food systems of Thailand that was developed as a corresponding operational plan of the Strategic Framework for Food Systems of Thailand. This operational plan is complete in terms of agreeing to the definition and the guiding principles of the healthy and sustainable diets. Based on the analysis results, it is evident that Thailand has made a good progress, compared to other countries, in terms of having national strategies and plans that take into account a holistic approach of the food systems and food chain. However due to having many operational plans related to food, it is recommended that the Thai National Food Committee should take a coordinating role in a way to make the agencies responsible for these plans agree upon a set of subsidiary targets and indicators, preventing overlapping among many operational plans.

Keywords: healthy and sustainable diet; national target; national plan; national strategy; food strategy; Thailand

เวชศาสตร์วิถีชีวิต: เวชปฏิบัติแนวใหม่แบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อการขับเคลื่อนระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมาย การพัฒนาที่ยั่งยืน

พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, ภูติท เตชาดิวัฒน์
สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม เป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและประเทศไทย ทั่วโลกตั้งเป้าหมายการลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลง 1 ใน 3 ของอัตราการเสียชีวิตในปัจจุบันภายใน ค.ศ. 2030 หลายประเทศทั่วโลกได้พัฒนาแนวทางการต่อสู้กับปัญหาดังกล่าวด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งเป็นเวชปฏิบัติที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย 6 เสาหลัก ได้แก่ อาหาร/โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การเลิกบุหรี่ การลดอันตรายจากการใช้แอลกอฮอล์ การนอนหลับและความเครียด และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม โดยมุ่งเน้นการป้องกันโรคทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมถึงการทำให้สภาวะโรคกลับสู่ปกติ ซึ่งแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตจะร่วมทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพประสานงานเชื่อม 6 เสาหลักเพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อเชื่อมและปิดช่องว่างระหว่างการบริการปฐมภูมิและการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคที่เกิดจากการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม สำหรับประเทศไทย แพทยสภาอนุมัติให้มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต เริ่มปี พ.ศ. 2566 โดยกรมอนามัยและสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย และกำลังพัฒนาหลักสูตรสำหรับสหสาขาวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์เพื่อร่วมผลิตและพัฒนาบริการสุขภาพแก่ประชาชนและรองรับนโยบาย Medical and Wellness Hub ของรัฐบาลในการให้บริการเวลเนสแก่ชาวต่างชาติที่จะมาใช้บริการในประเทศไทย ซึ่งจะสนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจตามเป้าหมายกรุงเทพฯ ว่าด้วยเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน เศรษฐกิจสีเขียว (Bio-Circular-Green (BCG) Economy) และมุ่งสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก และเพื่อความยั่งยืนของการพัฒนาเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทยจำเป็นต้องมีการพัฒนาแบบสหวิชาชีพและความร่วมมือของทุกภาคส่วน

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน; การบริการปฐมภูมิ; การป้องกันโรค

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases: NCDs) เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม เป็นปัญหาสำคัญระดับโลกและประเทศไทย ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญต่อการลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเป็นเป้าหมายสำคัญ

ลำดับที่ 3 ของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยต้องการลดให้ได้ 1 ใน 3 ของอัตราการเสียชีวิตในปัจจุบันภายใน ค.ศ. 2030⁽¹⁾ มีการคาดการณ์ว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อการสูญเสียทางเศรษฐกิจในปี ค.ศ. 2020 มากถึง 2.3 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ⁽²⁾ ในประเทศที่พัฒนาแล้วหลายประเทศได้พัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัญหาสุขภาพ

ที่เกิดจากการมีวิถีชีวิตที่ไม่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งเป็นแนวทางใหม่ในการต่อสู้กับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเป็นแนวทางแบบบูรณาการสหสาขาวิชาซึ่งประกอบด้วย โภชนาวิทยา จิตวิทยา การมีกิจกรรมทางกาย และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและสังคม⁽³⁾

สำหรับประเทศไทยในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมที่เสี่ยงหรือไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รัฐบาลได้ให้ความสำคัญโดยบรรจุอยู่ใน 7 แผนขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญด้านสาธารณสุข (Big Rock) โดยทางสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สนับสนุนให้มีการศึกษาและพัฒนาการศึกษาและฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งต่อมาสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทยได้นำผลของโครงการไปต่อยอดพัฒนาเป็นหลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต นำเสนอต่อแพทยสภาและได้รับอนุมัติให้มีการจัดฝึกอบรมเมื่อ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 และกำลังพัฒนาหลักสูตรสำหรับสหสาขาวิชาชีพที่ไม่ใช่แพทย์ให้มีความรู้ความสามารถในการนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปประยุกต์ในการให้บริการสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการให้บริการปฐมภูมิซึ่งจะก่อให้เกิดรูปแบบการให้บริการแบบบูรณาการและเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง สามารถเชื่อมระหว่างการให้บริการทางคลินิกและการสร้างเสริมสุขภาพโดยการสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน ดังนั้นบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอถึงที่มาของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเทศไทย ความหมาย และความแตกต่างของเวชศาสตร์วิถีชีวิตกับเวชปฏิบัติอื่นๆ รวมถึงแนวทางการพัฒนาเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับประเทศไทยในอนาคตเพื่อสนับสนุนให้ระบบสุขภาพของประเทศไทยบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของโลก

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในระดับโลก กลุ่มโรคดังกล่าวนอกจากจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้แล้วยังสร้างภาระต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด องค์การอนามัยโลก รายงานว่าแต่ละปีมีประชากรทั่วโลกถึง 41 ล้านคน ซึ่งคิด

เป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อสำคัญ 4 โรค ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular diseases) โรคเบาหวาน (diabetes mellitus) โรคมะเร็ง (cancer) และกลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง (chronic respiratory diseases) เป็นต้น ทั้งนี้ ผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อประมาณ 15 ล้านคน มีอายุระหว่าง 30-69 ปี ซึ่งเป็นการเสียชีวิต “ก่อนวัยอันควร” เนื่องจากผู้ที่เสียชีวิตในช่วงอายุดังกล่าวเป็นกลุ่มคนในวัยทำงานที่มีความสำคัญต่อการเพิ่มผลิตภาพทั้งในระดับโลกและประเทศ โดยพบว่าร้อยละ 85 ของผู้เสียชีวิต “ก่อนวัยอันควร” อาศัยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (low and middle-income countries) ซึ่งรวมถึงประเทศไทย⁽¹⁾ โดยในการประชุมของ European Summit เมื่อ ค.ศ. 2014 ได้รายงานว่าการแพทย์ในสหภาพยุโรปต้องใช้เงินมากถึง 700,000 ล้านยูโรต่อปีในการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 70-80 ของงบประมาณด้านสุขภาพทั้งหมด⁽⁴⁾ และ the Global Wellness Institute⁽²⁾ คาดการณ์ว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจสูญเสียทางเศรษฐกิจในปี ค.ศ. 2020 มากถึง 2.3 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ ทั้งนี้ ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญต่อการลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามเป้าหมายสำคัญในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน

ในปี พ.ศ. 2558 ประชากรไทยร้อยละ 75 เสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs หรือคิดเป็นประชากรประมาณ 320,000 คนต่อปี โดยในจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด มีสาเหตุจากโรคในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น โรคหลอดเลือดสมองร้อยละ 40.9 โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ 27.8 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานร้อยละ 17.8 และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังร้อยละ 4.5⁽⁵⁾ วิชัย เอกพลากร และคณะ⁽⁶⁾ รายงานผลการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2562-2563) โดยเปรียบเทียบกับผลการสำรวจ ครั้งที่ 5 เมื่อปี พ.ศ. 2557 พบว่าประชาชนที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่เป็นประจำ มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย แต่พบว่าเริ่มมีการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในประชาชนไทยโดยเฉพาะในเยาวชนและวัยแรงงาน และประชาชนมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่ดี ได้แก่ การดื่มสุราใน 12 เดือน และ 30 วัน ที่ผ่านมามีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น

การกินผักและผลไม้ได้ตามข้อแนะนำ (≥ 5 ส่วนขึ้นไป/วัน) มีสัดส่วนลดลง การมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางขึ้นไป อย่างเพียงพอตามข้อแนะนำลดลง นอกจากนี้พบว่าภาวะสุขภาพและโรคที่มีความชุกเพิ่มขึ้น ได้แก่ ภาวะอ้วน เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ทั้งนี้รายงานดังกล่าวได้เสนอแนะให้มีการเน้นมาตรการป้องกันโรคเรื้อรังไม่ติดต่อแบบปฐมภูมิ ให้เข้มข้นขึ้นโดยมีมาตรการลดความเสี่ยงด้วยการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง และพัฒนารูปแบบบริการ ที่ทำให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการการตรวจวินิจฉัย มากขึ้น รวมถึงการพัฒนาคุณภาพการรักษา

ในปี ค.ศ. 2004 ประเทศสหรัฐอเมริกาได้เล็งเห็น ความสำคัญของการลดภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยการ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ประชาชน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ด้วยตนเอง โดยได้มีการจัดตั้ง American College of Lifestyle Medicine (ACLM) และจัดฝึกอบรมในรูปแบบการ ศึกษาต่อเนื่อง⁽⁷⁾ และมีการขยายแนวความคิดดังกล่าวไปสู่ ประเทศต่างๆ โดยมีการจัดตั้งองค์กร เช่น Australasian Society of Lifestyle of Medicine (ASLM) ค.ศ. 2008, Canadian Academy of Lifestyle Medicine ค.ศ. 2013, Israeli Society of Lifestyle Medicine ค.ศ. 2014, Philippine College of Lifestyle Medicine (PCLM) ค.ศ. 2015, British Society of Lifestyle of Medicine ค.ศ. 2016 และ Asian Society of Lifestyle Medicine ค.ศ. 2018⁽⁸⁾ ทั้งนี้ European Organization of Lifestyle Medicine⁽³⁾ ได้เสนอว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นแนวทางใหม่ ในการต่อสู้กับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเป็นแนวทาง แบบบูรณาการสหสาขาวิชาซึ่งประกอบด้วย โภชนาวิทยา จิตวิทยา การมีกิจกรรมทางกาย และปัจจัยทางด้าน สิ่งแวดล้อมและสังคม เป็นต้น โดย American College of Lifestyle Medicine⁽⁷⁾ ได้ให้นิยามของเวชศาสตร์-วิถีชีวิตว่าเป็น “เวชปฏิบัติที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการช่วย ให้บุคคลและครอบครัวยอมรับและดำรงรักษาพฤติกรรม สุขภาพที่ดีที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีและการมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี ตัวอย่างของพฤติกรรมที่เป็นเป้าหมายของผู้ป่วย ได้แก่ การเลิกใช้ยาสูบ การปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มขึ้น และการลดการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์” ในขณะที่ Australasian Society

for Lifestyle Medicine⁽⁹⁾ ได้ให้นิยามโดยใช้นิยามของ Egger G และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ว่าเป็นการประยุกต์ใช้หลักการด้าน สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม การแพทย์และการสร้างแรงบันดาลใจ ในการจัดการ (รวมถึงการดูแลตนเองและการจัดการตนเอง) ของปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตในสถานพยาบาล และ/หรือในเชิงสาธารณสุขซึ่งครอบคลุมบทบาทของประชาชน ในการดูแลตนเองด้วย ซึ่งนับว่าเป็นแนวทางแบบสหวิทยาการ ซึ่งใช้แนวคิดระบบทั้งมวล (whole system) ในการ ป้องกันและแก้ไขโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตผ่านการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม

การให้บริการสุขภาพโดยใช้หลักการของเวชศาสตร์-วิถีชีวิตนั้นมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้บริการสุขภาพ ในระดับปฐมภูมิที่จะมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนการให้บริการ จากการเน้นการรักษาพยาบาลไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค โดย American Academy of Family Physicians⁽¹¹⁾ ได้ให้ความสำคัญกับการบูรณาการเวชศาสตร์-วิถีชีวิตเข้าสู่การให้บริการเวชปฏิบัติของแพทย์เวชศาสตร์-ครอบครัว เนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าเวชศาสตร์-วิถีชีวิตสามารถช่วยลดการใช้ยาโดยไม่จำเป็นในผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังและสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยได้ ซึ่งทำให้สามารถลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพให้แก่ ผู้ป่วยและประเทศโดยได้แนะนำให้สมาชิกแพทย์เวชศาสตร์-ครอบครัวนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปปฏิบัติโดยผ่านการ สร้างเสริมศักยภาพด้วยการคิดคะแนนจากการศึกษาต่อเนื่อง ของแพทย์ (Continuing Medicine Education: CME) และได้ผลิตคู่มือแนะนำเครื่องมือสำหรับแพทย์เวชศาสตร์-ครอบครัว เพื่อนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปสู่การปฏิบัติ ในเวชปฏิบัติของตนได้อย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิภาพ อีกด้วย ทั้งนี้ แนวทางการดูแลสุขภาพด้วยเวชศาสตร์-วิถีชีวิตเป็นเวชปฏิบัติที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย 6 เสาหลัก (อาหาร/โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การเลิก บุหรี่ การลดอันตรายจากการใช้แอลกอฮอล์ การนอนหลับ และความเครียด และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม) ทั้งนี้ ยังมีเสาหลักด้านสุขภาพอีกมากมาย ตั้งแต่พฤติกรรม ที่แก้ไขได้ทันทีไปจนถึงตัวขับเคลื่อนทางสังคมและ สิ่งแวดล้อมที่แก้ไขได้ยากกว่า รวมถึงความต้องการ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเจตจำนงทางการเมือง ทั้งนี้ เวชศาสตร์วิถีชีวิตจะทำหน้าที่เชื่อมช่องว่างระหว่างการ

ส่งเสริมสุขภาพและเวชปฏิบัติทางคลินิกในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่อการมีสุขภาพดี⁽⁹⁾ รวมทั้งยังเป็นศาสตร์ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ใกล้ชิดในการบริหารจัดการปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อ พร้อมกับการพัฒนาการทำงานในลักษณะสหสาขาวิชาชีพทางสุขภาพ เพื่อสร้างรูปแบบการรักษาย่างครบวงจร^(12,13) ซึ่ง European Lifestyle Medicine Organization⁽³⁾ ได้ชี้ให้เห็นว่ามีการให้บริการสุขภาพในประเด็นของเสาหลัก 6 ประการอยู่แล้วในระบบสุขภาพ แต่ขาดการบูรณาการเชื่อมต่อกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตจะเป็นผู้นำและประสานงานเชื่อม 6 เสาหลัก เพื่อให้เกิดการบริการสุขภาพที่นำความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนเป็นศูนย์กลางและมีการให้บริการแบบบูรณาการ

ศาสตราจารย์ Egger G และคณะ⁽¹⁴⁾ ได้แสดงความแตกต่างระหว่างเวชศาสตร์วิถีชีวิตกับเวชศาสตร์ทั่วไปหรือเวชศาสตร์ดั้งเดิมว่า เวชศาสตร์วิถีชีวิตจะมุ่งเน้นเกี่ยวกับการป้องกันโรคและให้การรักษาความผิดปกติที่เกิดจากปัจจัยด้านวิถีชีวิตโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวกับวิถีชีวิต ทั้งนี้ไม่ปฏิเสธการรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด ในขณะที่แนวทางการรักษาของการแพทย์ทั่วไปอาจจะเน้นที่การให้ยาหรือการผ่าตัดเพียงเท่านั้น ซึ่งมีเป้าประสงค์ของการจัดการโรคตามที่ตรวจพบ ในขณะที่เวชศาสตร์วิถีชีวิตมีเป้าประสงค์ในการป้องกันโรคทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และรวมถึงการทำให้สภาวะโรคกลับสู่ปกติด้วย ทั้งนี้ผู้ป่วยของการรักษาด้วยการแพทย์ทั่วไป มักจะเป็นฝ่ายตั้งรับรอรับการตัดสินใจจากแพทย์ในขณะที่ผู้ป่วยของเวชศาสตร์วิถีชีวิตจะทำหน้าที่ในลักษณะเชิงรุก สามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง และมีความรับผิดชอบร่วมกับแพทย์ผู้ให้การรักษา ซึ่งมักจะเป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลายาวนาน โดยการให้บริการจะเน้นการสร้างแรงจูงใจ การให้ความยินยอมและเต็มใจในการทำตามคำแนะนำ หากมีผลข้างเคียงจากการให้การรักษาด้วยยาหรือการผ่าตัด จะได้รับการพิจารณาอย่างถี่ถ้วนและเอาใจใส่ การให้บริการด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตนั้นแพทย์ผู้ให้การรักษาจะเป็นเพียงส่วนหนึ่งของทีมไม่ได้เป็นผู้นำเดี่ยว และทำงานร่วมกับ

สหวิชาชีพอื่นๆ ไม่เพียงทำงานร่วมกับแพทย์เฉพาะทางสาขาอื่นๆ เท่านั้น

สำหรับประเทศไทยในการตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมที่เสี่ยงหรือไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รัฐบาลได้ให้ความสำคัญโดยบรรจุอยู่ใน 7 แผนขับเคลื่อนกิจกรรมปฏิรูปที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญด้านสาธารณสุข (big rock) โดยอยู่ในกิจกรรมปฏิรูปที่ 2 การปฏิรูปเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างเสริมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย โดยมีแผนการบูรณาการบริการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเข้ากับระบบบริการทางการแพทย์⁽¹⁵⁾ โดยจะมีการดำเนินการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิตามเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญ และตาม พ.ร.บ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 เชื่อมโยงสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ภาคเอกชน องค์กรปกครองท้องถิ่นและทุกภาคส่วน ทำงานแบบเครือข่าย โดยมีแพทย์ พยาบาล และทีมเวชศาสตร์ครอบครัวเป็นเครือข่ายทีมแพทย์ปฐมภูมิ ซึ่งจะสามารถดูแลปัญหาสุขภาพที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและเข้าถึงครัวเรือนได้ดีกว่า⁽¹⁶⁾ ซึ่งจะเห็นว่าโครงสร้างการบริการปฐมภูมิและนโยบายที่ดำเนินการอยู่ของประเทศไทยนับเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จที่สำคัญ

การทำให้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและเครือข่ายทีมแพทย์ปฐมภูมิสามารถให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่อยู่บนพื้นฐานของการมีหลักฐานเชิงประจักษ์แบบครบถ้วนรอบด้าน (evidence-based comprehensive lifestyle medicine) เข้าสู่ระบบการพัฒนาและผลิตแพทย์และกำลังคนด้านสุขภาพในทุกระดับ⁽¹⁷⁾ โดยกำลังคนในการให้บริการสุขภาพที่มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตไปบูรณาการในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิจะก่อให้เกิดการทำงานในลักษณะทีมบริการสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ

ที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการมีผลลัพธ์ทางคลินิกและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตโดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้^(18,19,20,21,22) ดังนั้น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) จึงได้สนับสนุนให้สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล โดยความร่วมมือกับสมาคมแพทยเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย จัดทำโครงการ “ศึกษาและพัฒนาการศึกษาและฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต” ตั้งแต่ตุลาคม พ.ศ. 2562 - มิถุนายน พ.ศ. 2564 โดยได้มีการพัฒนาหลักสูตรเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับแพทย์ และมีการทดลองฝึกอบรมทั้งสิ้น 4 รุ่น รุ่นละ 30 คน โดยในรุ่นสุดท้ายมีการเปิดให้บุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ เช่น พยาบาล เข้าร่วมฝึกอบรมด้วย และได้เสนอให้สมาคมฯ ได้พิจารณานำเสนอหลักสูตรต่อยอดพัฒนาแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์วิถีชีวิต⁽²³⁾ ในปัจจุบันสมาคมฯ ได้พัฒนาหลักสูตรและนำเสนอต่อแพทยสภาและได้รับอนุมัติให้มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต เมื่อ 12 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 โดยมีกรมอนามัยเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดการฝึกอบรม ทั้งนี้ หลักสูตรการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต มีการพัฒนามาจากโครงการ “ศึกษาและพัฒนาการศึกษาและฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต” ซึ่งมีเนื้อหาหลัก 7 วิชา ประกอบด้วย (1) หลักการและการดูแลตนเอง (2) โภชนาการและหลักปฏิบัติทางโภชนาการ (3) กิจกรรมทางกาย (4) การนอนหลับและผลต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี (5) การสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพจิต (6) การลด ละ เลิกบุหรี่ยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสารเสพติด และ (7) ภาวะผู้นำและการจัดการ โดยหลักสูตรฯ จะเริ่มดำเนินการในปีการศึกษา พ.ศ. 2566 และสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย ได้เปิดรับสมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต ประจำปี พ.ศ. 2565 เมื่อ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565⁽²⁴⁾

สรุป

ในการพัฒนาให้เวชศาสตร์วิถีชีวิตของประเทศไทยให้เป็นเวชปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐาน

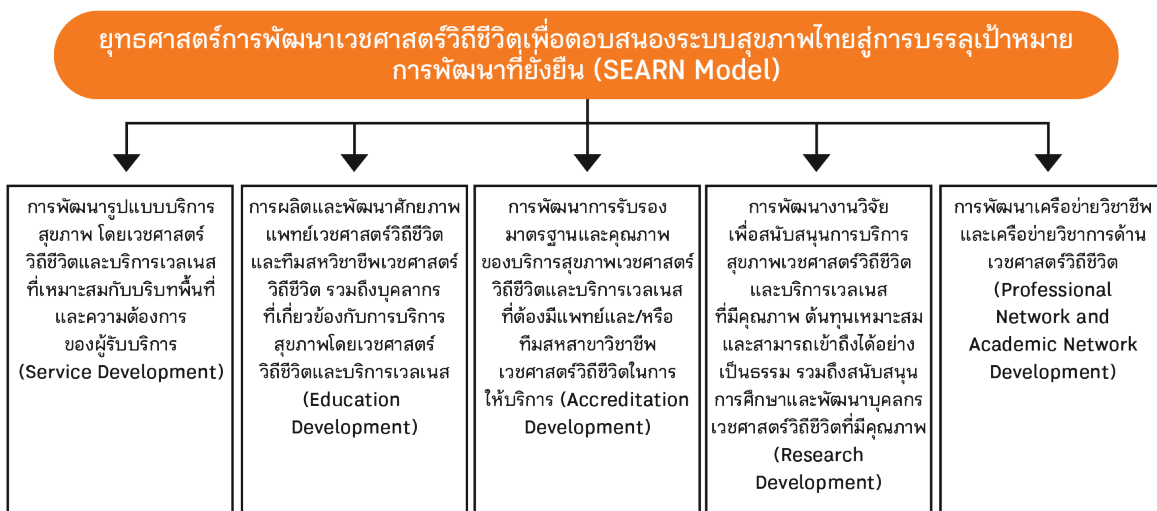
เชิงประจักษ์ในการช่วยบุคคลและชุมชนด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างครอบคลุมกว้างขวาง (อาทิ โภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การให้การสนับสนุนทางสังคม และการสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม) เพื่อช่วยป้องกัน รักษาโรค และแม้กระทั่งในกรณีที่พยาธิสภาพของโรคเรื้อรังที่แย่งลงให้กลับคืนสู่สภาพปกติ โดยการระบุถึงสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพดังกล่าว ตามนิยามที่ให้โดย Sanger และคณะ^(25,26) ซึ่งเป็นนิยามที่ได้รับการนำไปอ้างอิงมากที่สุด การมุ่งผลิตและพัฒนาแพทยเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพียงวิชาชีพเดียวไม่น่าจะเพียงพอในการทำให้เกิดการให้บริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการบูรณาการและการทำงานเป็นทีมแบบสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้น สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย จึงเสนอให้มีการพัฒนาหลักสูตรเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับบุคลากรสุขภาพที่ไม่ใช่แพทย์ เพื่อผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพที่จะมาร่วมทำงานกับแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตในลักษณะทีมบริการสุขภาพแบบสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ สามารถป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁷⁾ ทั้งนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของรายงานการศึกษาและพัฒนาการศึกษาและฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต ที่ควรมีการสนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากรสุขภาพอื่นๆ ให้มีความรู้และความเข้าใจรวมถึงทักษะการทำงานให้บริการสุขภาพโดยใช้หลักการของเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยนำหลักสูตรที่ใช้ในการฝึกอบรมแพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตมาประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของวิชาชีพนั้นๆ และบริบทของการให้บริการสุขภาพในพื้นที่อีกด้วย⁽²³⁾

นอกจากนั้น การบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตสู่การบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมินับว่าเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งและน่าจะเป็นประโยชน์ต่อนโยบายการพัฒนา ระบบบริการปฐมภูมิภายใต้ พ.ร.บ. ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ของประเทศไทยในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการสนับสนุนให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองของประชาชนและครอบครัว ดังเช่นข้อเสนอแนะของ American Academy of Family Physicians⁽¹¹⁾ ที่สนับสนุนให้แพทยเวชศาสตร์ครอบครัวของประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศสมาชิกได้นำ

เวชศาสตร์วิถีชีวิตไปสู่การปฏิบัติในการให้บริการทางคลินิกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อที่จะได้ช่วยแก้ไขปัญหสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและจากปัญหาการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสมซึ่งทำให้เกิดค่าใช้จ่ายการดูแลสุขภาพที่ไม่จำเป็นอย่างมหาศาล ซึ่งนับว่าเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการร่วมกันบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศไทยในลักษณะระบบทั้งมวล (whole system approach) ทั้งภาคบริการสุขภาพ ผู้บริหารนโยบาย ผู้บริหารองค์กรบริการสุขภาพ ชุมชน ประชาชน และรวมถึงภาคการศึกษา การวิจัย และวิชาการโดยบทความนี้มีข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์การพัฒนาเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อตอบสนองระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SEARN Model) ประกอบด้วยการพัฒนา รูปแบบบริการสุขภาพโดยเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่มีคุณภาพ มีความหลากหลายเหมาะสมกับบริบทความต้องการของประเทศไทย รวมถึงการขยายไปสู่บริการเวลเนส (wellness) (service model development) ใช้อักษรย่อว่า S การผลิตและพัฒนาแพทย์และกำลังคนด้านสุขภาพที่จะให้บริการสุขภาพโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในลักษณะของการบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (education development) ใช้อักษรย่อ

ว่า E การรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานบริการสุขภาพทั้งในภาครัฐและเอกชน (accreditation development) ใช้อักษรย่อว่า A การทำวิจัยทั้งในเชิงพัฒนานวัตกรรมและการกำกับติดตามและประเมินผล ทั้งในด้านการให้บริการสุขภาพและการศึกษา (research development) ใช้อักษรย่อว่า R และการสร้างเครือข่ายทางวิชาการและวิชาชีพด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (academic network and health professional network development) ใช้อักษรย่อว่า N รวมถึงการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และบุคลากรกับนานาชาติ ซึ่งนอกจากจะเป็นการเติมเต็มและปิดช่องว่างระหว่างการให้บริการทางคลินิกและการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างการตระหนักรู้และความรอบรู้ทางด้านสุขภาพให้กับประชาชนเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองและเน้นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรมแล้ว แพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตและทีมสหสาขาวิชาที่จะร่วมให้บริการด้วยศาสตร์เวชศาสตร์วิถีชีวิตยังจะสามารถเป็นกลไกที่สำคัญของประเทศในการสนับสนุนการเติบโตทางเศรษฐกิจด้วยการผลิตและพัฒนาบริการเวลเนสที่มีคุณภาพให้กับประเทศไทยอีกด้วย ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ยุทธศาสตร์การพัฒนาเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อตอบสนองระบบสุขภาพไทยสู่การบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SEARN Model)



อาศัยร่วมมือจากทุกภาคส่วนในลักษณะระบบทั้งมวล (Whole System) เพื่อบูรณาการเวชศาสตร์วิถีชีวิตเข้าสู่ระบบสุขภาพของประเทศไทย ทั้งภาคบริการสุขภาพ ผู้บริหารนโยบาย ผู้บริหารองค์กรบริการสุขภาพ ชุมชน ประชาชน และรวมถึงภาคการศึกษา การวิจัย และวิชาการ

ทั้งนี้ นับเป็นการตอบสนองต่อนโยบาย Medical and Wellness Hub ของรัฐบาลซึ่งเป็นอุตสาหกรรมบริการ 1 ใน 5 S-curve ที่สำคัญของประเทศ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาประเทศไทยด้วยการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ โดยแนวคิด Bio-Circular-Green (BCG) Economy⁽²⁸⁾ ที่ประเทศไทยผลักดันในการประชุมผู้นำความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก ค.ศ. 2022 (APEC 2022) ระหว่าง 18-19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ณ กรุงเทพมหานคร และที่ประชุมผู้นำเขตเศรษฐกิจเอเปค ครั้งที่ 29 เมื่อ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ได้มีฉันทามติรับรองเป้าหมายกรุงเทพฯ Bangkok Goals on Bio-Circular-Green (BCG) Economy เพื่อเป็นกลไกสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน⁽²⁹⁾ ซึ่งแนวคิดเศรษฐกิจชีวภาพ เศรษฐกิจหมุนเวียน เศรษฐกิจสีเขียว Bio-Circular-Green (BCG) Economy เป็นแนวคิดที่มุ่งพัฒนาเศรษฐกิจ

ฐานราก ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงในด้านต่างๆ ให้เกิดขึ้นในสังคมและจะสร้างจุดแข็งให้ประเทศไทยสร้างรายได้ ลดรายจ่าย ด้วยการลดความเสี่ยง โดยใช้วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืนทั่วทั้งประเทศ⁽³⁰⁾

กิตติกรรมประกาศ

ผู้นิพนธ์ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาและการขับเคลื่อนจนเป็นที่สำเร็จ และขอขอบคุณสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ในการอนุเคราะห์ข้อมูล และ ดร. นลินี นกิตติพา เชื้อคำฟู ช่วยจัดการเอกสารอ้างอิง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases - key facts. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. The Global Wellness Institute. Defining wellness policy, wellness policy series [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 18]. Available from: <https://globalwellnessinstitute.org>
3. European Lifestyle Medicine Organization. What is lifestyle medicine? [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 14]. Available from: <https://www.eulm.org/what-is-lifestyle-medicine>
4. European Commission. Chronic diseases summit [Internet]. 2014 [cited 2022 Nov 14]. Available from: https://health.ec.europa.eu/other-pages/basic-page/chronic-diseases-summit-3-4-april-2014_en
5. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
6. วิชัย เอกพลาการ, ท้ายชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
7. The American College of Lifestyle Medicine. What is lifestyle medicine? [Internet]. 2019 [cited 2022 Nov 3]. Available from: <https://www.lifestylemedicine.org/>
8. ภูติกา เตชาติวัฒน์. ที่มาของเวชศาสตร์วิถีชีวิต. การประชุมวิชาการภาควิชาอายุรศาสตร์ ครั้งที่ 8 เรื่อง Medicine in older adults: the survival tips หัวข้อ Lifestyle Medicine: Thailand's new medical specialty?; 25 พฤศจิกายน 2565; นครนายก: 2565.
9. Australasian Society of Lifestyle Medicine Limited. Lifestyle medicine. Victoria: Australasian Society of Lifestyle Medicine Limited [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 1]. Available from: <https://lifestylemedicine.org.au/lifestyle-medicine/>
10. Egger G, Sagner M, Meldrum H, Katz D, Lawson R. A structure for lifestyle medicine. In: Sanger M, Garry Egger G, Binns A, Rossner S, editors. Lifestyle medicine: lifestyle, the environment and preventive medicine in health and disease. 3rd ed. Amsterdam: Elsevier; 2017. p. 47-63.

11. American Academy of Family Physicians. New tools guide lifestyle medicine integration for FPs Kansas 2021 [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 3]. Available from: <https://www.aafp.org/news/health-of-the-public/20210603lifestylemed.html>
12. Kushner RF, Mechanick JI. Lifestyle medicine - an emerging new discipline. *US Endocrinology* 2015; 11(1):36-40.
13. Polak R, Pojednic RM, Phillips EM. Lifestyle medicine education. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2015;9(5):361-7.
14. Egger G, Binns A, Rossner S. *Lifestyle medicine: managing diseases of lifestyle in the 21st century*: NewYork, McGraw-Hill; 2011.
15. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานสรุปผลการดำเนินการตามแผนการปฏิรูปประเทศ ประจำปี 2563. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ: กรุงเทพมหานคร; 2564
16. พลเดช ปิ่นประทีป. Big rock ปฏิรูปสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ย. 2565]. แหล่งที่มา: <https://www.csdi.or.th/2020/03/big-rock-ปฏิรูปสาธารณสุข>
17. Collings C, Tips J. The future of lifestyle medicine for family physicians. *Journal of Family* 2022; 71(1):S71-72.
18. Benigas S, Shurney D, Stout R. Making the case for lifestyle medicine. *Journal of Family* 2022; 71(1):S2-4.
19. Gibson CA, Mason C, Stones CJ. Living well with lifestyle medicine: a group consultation approach to delivering Lifestyle Medicine Intervention in Primary Care. *Lifestyle Med* 2021;2:e19.
20. Bansal, S, Pendlebury, G, Oro, P. Improved Outcomes in multiple sclerosis using a lifestyle medicine approach: a case study and patient perspective. *International Journal of Disease Reversal and Prevention*. 2022;4(2):1-10.
21. Kent K Johnson JD Simeon K Frates EP. Case series in lifestyle medicine: a team approach to behavior changes. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2016;10(6):388-97.
22. Bodai BI, Nakata TE, Wong WT, Clark DR, Lawenda S, Tsou C, et al. Lifestyle medicine: a brief review of its dramatic impact on health and survival. *Perm J* 2018;22:17-025.
23. ภูติพิท เตชาดิวัฒน์, รุ่งเรือง กิจผาด, อัมพร เบญจพลพิทักษ์, เกษม เวชสุภานนท์, อองอาจ วิพุธศิริ, พรเทพ ศิริวนารังสรรค์, และคณะ. โครงการศึกษาและพัฒนาการศึกษาและฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564.
24. สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. การยื่นคำขอสมัครสอบเพื่อหนังสืออนุมัติ สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์-วิถีชีวิต ประจำปี 2565. ประกาศสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทยที่ 4/2565 นนทบุรี: สมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย; 2565.
25. Rippe JM. Lifestyle medicine: the importance of firm grounding on evidence. *American Journal of Lifestyle Medicine* 2014;8(5):306-12.
26. Rippe JM. *Lifestyle medicine*. Boca Raton, FL: CRC Press; 2019.
27. พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. ที่มาของเวชศาสตร์วิถีชีวิต. การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพัฒนาระบบบริการและแผนฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต; 27-28 ตุลาคม 2565; ห้องประชุมสถาบันบัณฑิตกฤตกรมณามัย, นนทบุรี.
28. สุวิทย์ เมษินทรีย์. “สุวิทย์ เมษินทรีย์” เปิดแนวคิด “BCG in action” ต้องทำให้เป็น “people power” ตอบโจทย์ความมั่นคง-ยั่งยืน-เท่าเทียม [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 26 พ.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://thaipublica.org/2022/11/suvit-maesincee-bcg-in-action/>
29. รัฐบาลไทย. APEC 2022: บรรลุ เป้าหมายกรุงเทพฯ ว่าด้วยเศรษฐกิจ BCG' [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 21 พ.ย. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thaigov.go.th/infographic/contents/details/6392>
30. กรมประชาสัมพันธ์. APEC EP11 แนวคิด BCG economy: พัฒนาเศรษฐกิจฐานราก ลดความเหลื่อมล้ำ เพิ่มการเข้าถึงและเท่าเทียม. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ข้อมูลสื่อประชาสัมพันธ์ สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ; 2565.

Lifestyle Medicine: New Multidisciplinary Practice to Drive the Thai Health System towards Achieving the Sustainable Development Goals

Porntep Siriwanarangsun, Phudit Tejativaddhana

Preventive Medicine Association of Thailand, Nonthaburi Province, Thailand

Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) are caused by inappropriate health behaviors and lifestyles and it is a major health problem globally and in Thailand. One of the Sustainable Development Goals' targets is to reduce premature mortality from chronic non-communicable diseases by one-third of the current death rate by 2030. Many countries have developed approaches to combating this issue namely "Lifestyle Medicine" which is an evidence-based practice that consists of 'six pillars': diet/nutrition; physical activity; smoking cessation; harm reduction from alcohol use; sleep and stress; and building social relationships. It focuses on primary, secondary, and tertiary prevention as well as actual reversal of disease. Lifestyle medicine physicians will work collaboratively with other health professionals as a multidisciplinary team to link six pillars to be delivered in the manner of people-centered integrated health services in order to bridge the gap between primary care services provision and improving health literacy for people to promote health and treat chronic non-communicable diseases and other diseases caused by inappropriate lifestyles. The Medical Council of Thailand has approved the residency training program for Lifestyle Medicine which is one of the sub-branches of Preventive Medicine started in 2023 by the Department of Health and the Preventive Medicine Association of Thailand. Currently, it starts developing a curriculum for non-medical multidisciplinary health professionals to co-produce and develop public health services and to support the government's Medical and Wellness Hub policy in providing wellness services to foreigners who will come to use the service in Thailand. This will support economic development in accordance with the Bangkok's Goals on Bio-Circular-Green (BCG) Economy and towards achieving the Global Sustainable Development Goals. For the sustainability of lifestyle medicine development in Thailand, multidisciplinary health professionals' development and multisectoral collaboration are required.

Keywords: lifestyle medicine; non-communicable diseases; Sustainable Development Goals; primary care; disease prevention

ข้อเสนอเชิงนโยบายต่อมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย

พลเทพ วิจิตรคุณากร¹, คำณวน อึ้งชูศักดิ์², สาวิตรี อักษรณงค์กรชัย³, ศรียรัช ลากใหญ่⁴, มุฮัมมัดฟาห์มี ตาเลาะ⁵,
อรัชมน พิเชฐวรกุล⁶, อรทัย วลีวงศ์⁷, พรพล เทศทอง⁸, สมัย โกรทินธาคม⁹, สุรศักดิ์ ไชยสงค์⁹, อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว¹⁰

¹สาขาวิชาเวชศาสตร์ครอบครัวและเวชศาสตร์ป้องกัน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

²กองระบอบการควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

³สาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

⁴หน่วยวิชาการบำเพ็ญประโยชน์และจัดการปัจจัยเสี่ยง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี

⁵คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี จังหวัดปัตตานี

⁶สำนักวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

⁷สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี

⁸คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

⁹คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

¹⁰สถาบันส่งเสริมการวิจัยและนวัตกรรมสู่ความเป็นเลิศ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยและต่างประเทศ และให้ข้อเสนอเชิงนโยบายในแต่ละมาตรการที่สำคัญ ดังนี้ มาตรการควบคุมโฆษณา ควบคุมระดับมาตรการของหน่วยงานอื่น นอกเหนือจากพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เช่น กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค กฎหมายเยาวชน มาตรการควบคุมจุดจำหน่าย สนับสนุนการออกใบอนุญาตแบบ community licensing โดยการให้หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมทั้งจัดเก็บค่าธรรมเนียมใบอนุญาตทั้งร้านไม่มีที่นั่งดื่ม และร้านนั่งดื่ม และกำหนดให้มีการเพิ่มโทษการขายโดยไม่มีใบอนุญาต มาตรการกำหนดประเภทของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการขาย สนับสนุนให้มีกฎหมายห้ามขายในสตรีมีครรภ์ และผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และเพิ่มประเด็นการห้ามใช้ จ้างวาน หรือยินยอมให้ผู้เยาว์เข้ามา มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการขาย และกำหนดให้ผู้จ้างวานต้องมีส่วนรับผิดชอบ มาตรการควบคุมฉลากและบรรจุภัณฑ์ ควรพัฒนากฎหมายฉลากให้มีความชัดเจน โดยเฉพาะคำนิยามและรายละเอียด ให้ครอบคลุมกับลักษณะของผลิตภัณฑ์ ในท้องตลาด มาตรการควบคุมการผลิต สนับสนุนการเพิ่มค่าธรรมเนียม และลดจำนวนปีที่อนุญาตในแต่ละครั้ง สำหรับการผลิตในครัวเรือน ควรเชื่อมโยงที่ชัดเจน มีการตรวจสอบกระบวนการผลิต และไม่ปล่อยเสรี มาตรการสนับสนุนการจำหน่ายอย่างรับผิดชอบ ผู้ขายมีหน้าที่พึงระวังต่อความเสียหายต่อลูกค้าและผู้อื่น โดยสนับสนุนให้ผู้ขายรับผิดชอบทางแพ่ง (commercial host liability หรือ dram shop liability) หากผู้ขายมีความประมาท มาตรการควบคุมวันและเวลาขาย สนับสนุนมาตรการด้านวันและเวลาขายไว้คงเดิม และเพิ่มความเข้มแข็งในการบังคับใช้กฎหมายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และมาตรการควบคุมราคา ควรเพิ่มอัตราภาษีสรรพสามิตสุราขาวให้อยู่ในระดับเดียวกับเครื่องดื่มชนิดอื่น ควรขึ้นอัตราภาษีเครื่องดื่มที่นิยมของเยาวชน ควรขึ้นภาษีทุกปีตามอัตราเงินเฟ้อ และควรเริ่มศึกษาความเป็นไปได้ในการกำหนดราคาขั้นต่ำของเครื่องดื่ม (minimum unit pricing)

คำสำคัญ: มาตรการการควบคุม; นโยบาย; เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

บทนำ

มาตรการควบคุมการบริโภคและปัญหาจากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประเทศไทยในปัจจุบัน อาจแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ มาตรการที่มีประสิทธิภาพและคุ้มทุนสูง 5 ด้าน ตามกรอบ SAFER ขององค์การอนามัยโลก⁽¹⁾ และมาตรการเฉพาะตามบริบทของประเทศไทย เช่น การสร้างค่านิยมและลดแรงสนับสนุนการดื่มสุรา การขับเคลื่อนหน่วยงานในพื้นที่ในการกำหนดนโยบาย และการพัฒนากลไกการจัดการและการสนับสนุนที่เข้มแข็ง โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคี ปกป้องการแทรกแซงนโยบาย แต่เมื่อพิจารณาถึงตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์นโยบายแอลกอฮอล์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2554–2563 ยังพบว่า มีหลายตัวชี้วัดยังไม่ผ่านเกณฑ์ ประกอบกับปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบริบทที่ท้าทายในการทำงานควบคุมปัญหาจากการดื่มสุราของประเทศไทยหลายด้าน เช่น การเข้ามา มีบทบาทเคลื่อนไหวทางการเมืองของกลุ่มผู้ผลิตสุรารายใหญ่ และประเด็นปลดล็อกเงื่อนไขการผลิตของผู้ผลิตรายย่อย รวมถึงการรวมกลุ่มของประชาชนที่สนับสนุนในประเด็นดังกล่าว โดยอ้างถึงสิทธิเสรีภาพ เป็นต้น

ทีมผู้เขียนในฐานะของคณะทำงานด้านวิชาการในการสนับสนุนการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ภายใต้การสนับสนุนของศูนย์วิจัยปัญหาสุรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้ทบทวนมาตรการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยและต่างประเทศ และให้ข้อเสนอเชิงนโยบายในแต่ละมาตรการที่สำคัญ ดังนี้

1. มาตรการควบคุมโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากการทบทวนมาตรการต่างประเทศและโอกาสของประเทศไทยในการยกระดับการควบคุมโฆษณาสามารถสรุปได้ ดังนี้

1.1 มาตรการแบบมีการ pre-screen เนื้อหาโฆษณา และมาตรการใช้ code of practice การตรวจสอบเนื้อหาหรือ pre-screen มีข้อดี คือ ภาครัฐสามารถกำกับดูแลเนื้อหาได้ แต่ในขณะเดียวกันหากขั้นตอนการ pre-screen นั้นใช้เวลานาน ก็อาจเป็นข้อเสียที่ภาคเอกชนใช้เป็นข้อกล่าวหาภาครัฐได้ โดยอ้างความเสียหายทางธุรกิจหรือ

การเสียโอกาสทางการตลาดเพื่อลดทอนหรือให้ยกเลิก การตรวจสอบเนื้อหา ซึ่งภาคธุรกิจเองเป็นฝ่ายคิดค้นเนื้อหาที่ถูกสร้างสรรค์ให้เป็นโฆษณาแฝงหรือใช้ตราสัญลักษณ์เสมือน และอาจไม่จำเป็นต้องถูก pre-screen เนื้อหา ครั้นประเทศไทยก็ยังไม่มีการควบคุมการใช้ตราเสมือน ภาคธุรกิจจึงสามารถหลบเลี่ยงมาตรการ pre-screen ได้ด้วยการใช้ตราเสมือนในสินค้าทดแทน นอกจากนี้หากมอบให้ภาคธุรกิจเสนอ code of practice ของตนเอง ก็อาจเป็นการส่งเสริมธุรกิจของตนเองมากกว่า การปกป้องสังคม ดังนั้น การใช้มาตรการตรวจทานเนื้อหาหรือ pre-screen และ code of practice ตามสถานการณ์การตลาดประเทศไทย อาจไม่สามารถใช้ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพอย่างแท้จริงและอาจเพิ่มช่องทางหรือแนวทางการสื่อสารแบบหลบเลี่ยงได้มากยิ่งขึ้น

1.2 มาตรการแบบใช้กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค หรือกฎหมายการค้าที่เป็นธรรม การโฆษณาและการตลาดต่อผู้รับสารและผู้บริโภคจำเป็นต้องยึดหลักความเป็นธรรมต่อผู้รับสาร ตัวอย่างเช่น สหรัฐอเมริกาฟ้องร้องบริษัท R.J. Reynolds เจ้าของบุหรี่ยี่ห้อ Camel ว่าเป็นการสื่อสารและการตลาดที่ไม่เป็นธรรมแก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี โดยใช้ภาพการ์ตูนสำหรับเด็กโฆษณา ถึงแม้คดีนี้จะสิ้นสุดด้วยการยกฟ้องในภายหลัง แต่บริษัทบุหรี่ยี่ห้อเลิกใช้ภาพการ์ตูนในการโฆษณาเช่นกัน อย่างไรก็ตาม พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ยังไม่สามารถครอบคลุมถึงในประเด็นนี้ได้ และการคุ้มครองผู้บริโภค อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค

1.3 การยกระดับมาตรการอื่นใช้ร่วมกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ผ่าน พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 เมื่อพิจารณาแล้ว พบว่า ประเทศไทยสามารถใช้มาตรการควบคุมบางส่วนได้ดังที่เป็นอยู่ แต่อาจจำเป็นต้องยกระดับมาตรการของหน่วยงานหรือองค์กรอื่นขึ้นมาเพื่อใช้ร่วมด้วยเช่นกัน เช่น กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองผู้บริโภค กฎหมายเกี่ยวกับเยาวชนที่ไม่เพียงเฉพาะการขายให้เยาวชนแต่ให้ครอบคลุมไปถึงการเข้าถึงการเผยแพร่โฆษณา และการเปิดรับสาร อย่างไรก็ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก ปี พ.ศ. 2546 ระบุเพียงห้ามเด็กซื้อบุหรี่และสุรา แต่ไม่ได้ห้ามการบริโภคและยังไม่มีการห้ามขายหรือป้องกันการเยาวชนจากการตลาดและ

การโฆษณาที่ไม่เป็นธรรมต่อเด็ก รวมทั้งยังไม่มี ความเคลื่อนไหวใดในการยกระดับกฎหมายในประเด็นการใช้ ตราเสมือน หลังจากทีภาคประชาสังคมได้ร้องเรียน ไปยังสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคในปี พ.ศ. 2563

1.4 ความเคลื่อนไหวในการยกระดับมาตรการควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระดับนานาชาติ กระทรวง- สาธารณสุขของประเทศสกอตแลนด์ ได้เรียกร้องให้ รัฐสภายกระดับกฎหมายควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้เข้มแข็งมากขึ้น และเป็นประเทศแรกที่ตรากฎหมาย กำหนดราคาขั้นต่ำในการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (minimum unit pricing) ทำให้ราคาขายสูงขึ้นและธุรกิจ ไม่สามารถตั้งราคาต่ำได้เองเพื่อจูงใจผู้ซื้อ ด้านสหภาพยุโรป ได้ออกมาตรการ EU Cancer Plan อันเป็นแผนปฏิบัติการ ร่วมกันในการแก้ปัญหาโรคมะเร็งในกลุ่มประเทศ EU เริ่มในปี ค.ศ. 2021 สุราและยาสูบ เป็นหนึ่งในปัจจัยที่ก่อ มะเร็งสูงสุดในกลุ่มประชากร EU นอกจากนี้รัฐบาลอินเดีย ได้ประกาศในเดือนมิถุนายนปี ค.ศ. 2022 ว่าจะมีมาตรการ ห้ามการโฆษณาแบบ surrogate advertising ในสินค้า สุราและยาสูบ ด้วยเหตุผลที่ต้องการคุ้มครองเยาวชนและ สร้างความเป็นธรรมต่อผู้บริโภค และรัฐบาลนิวซีแลนด์ ยกกระดับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปัญหา เมมาแล้วซ์ พร้อมออกกฎหมายใหม่เพื่อควบคุมแหล่งขาย และการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยมีเป้าหมายเพื่อลด การเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

2. ควบคุมจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

จากการศึกษามาตรการควบคุมจุดจำหน่ายเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ในประเทศไทยและในต่างประเทศ เพื่อนำไปสู การเสนอแนวทางในการพัฒนามาตรการควบคุมจุดจำหน่าย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยต่อไป

จากการทบทวนเอกสารวิชาการ พบว่าในประเทศไทย มีกฎหมายที่เกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ที่บัญญัติอยู่ในพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ในมาตราที่ 27 กล่าวถึงการห้ามจำหน่าย ณ สถานที่ที่กำหนด และ ในมาตราที่ 31 กล่าวถึงการห้าม บริโภค ในสถานที่ที่กำหนด ส่วนมาตรการด้านการควบคุม ใบอนุญาต เป็นกฎหมายที่อยู่ภายใต้การควบคุมของกรม-

สรรพสามิต โดยบัญญัติในพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ที่มีใจความสำคัญของการควบคุมจุดจำหน่าย คือ การควบคุมโดยใบอนุญาตการขายสุราในมาตรา 155 อย่างไรก็ตามมาตรการเรื่องใบอนุญาตเพียงอย่างเดียว ยังมีช่องว่างที่ทำให้การเข้าถึงแอลกอฮอล์ทำได้ง่ายขึ้น ร่วมกับการบังคับใช้กฎหมายยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้น จึงขอเสนอแนะแนวทางในการพัฒนามาตรการ ควบคุมจุดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ดังนี้

2.1 พิจารณาในการออกใบอนุญาตแบบ community license โดยการเพิ่มพื้นที่ในการร่วมกันพิจารณาระหว่าง หน่วยงานปกครองท้องถิ่นและสรรพสามิตในการออก ใบอนุญาตจำหน่ายสุราในเขตพื้นที่พิเศษ โดยมีข้อควร ระวัง คือ การเพิ่มอำนาจแก่เจ้าหน้าที่ ซึ่งอาจเป็นช่องทาง ในการทุจริตในอนาคตได้เช่นกันการจัดเก็บค่าธรรมเนียม ใบอนุญาตตามยอดขาย โดยพิจารณาจัดเก็บทั้งร้านไม่มี ที่นั่งดื่ม (off premise) และร้านนั่งดื่ม (on premise) อันเป็นการจัดระเบียบข้อมูลการขายที่แม่นยำและเที่ยงตรง มากยิ่งขึ้น

2.2 การเพิ่มโทษการขายโดยไม่มีใบอนุญาต โดยจัด เป็นรางวัลนำจับ คล้ายกับกรณีการทำผิดทางจราจรที่มีการ ให้รางวัลนำจับ โดยขั้นตอนการส่งข้อมูลการกระทำผิด ตลอดจนการมอบรางวัลนำจับดำเนินการทางออนไลน์

3. มาตรการกำหนดประเภทของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ การขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวกับการควบคุมเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์อยู่หลายฉบับ แต่ยังไม่มีความหมายฉบับใดของ ประเทศไทยที่มีการห้ามขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่สตรี มีครรภ์ ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงไม่มีกฎหมาย ฉบับใดที่กำหนดมาตรการห้ามใช้ จ้าง วาน หรือยินยอม ให้เด็กขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่อย่างใด และจากการ ศึกษามาตรการกฎหมายในต่างประเทศก็ไม่พบข้อกำหนด ในการห้ามขายให้แก่สตรีมีครรภ์ และผู้ติดเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ รวมทั้งประเด็นการห้ามใช้ จ้าง วาน หรือยินยอม ให้เด็กขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เช่นเดียวกับประเทศไทย

ดังนั้น เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบที่อาจก่อให้เกิดผลเสีย แก่ทารกในครรภ์มารดา และสุขภาพอนามัยของผู้ติด เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในการที่รัฐต้องดูแลรักษา จึงควรมี

การกำหนดห้ามให้มีการขายให้แก่บุคคลเหล่านี้ ซึ่งควรมีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 มาตรา 29 โดยบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติม ดังนี้

ห้ามมิให้ผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่บุคคล ดังต่อไปนี้

1. บุคคลซึ่งมีอายุต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์
2. บุคคลที่มีอาการมีนเมาจนครองสติไม่ได้
3. สตรีมีครรภ์
4. ผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

และควรเพิ่มบทนิยามความหมายของคำว่า “บุคคลที่มีอาการมีนเมาจนครองสติไม่ได้” และ “สตรีมีครรภ์” ในมาตรา 3 โดยมีข้อเสนอแนะในเบื้องต้น ดังนี้

“บุคคลที่มีอาการมีนเมาจนครองสติไม่ได้” หมายถึง บุคคลที่มีอาการแสดงออกได้ตั้งแต่อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การยับยั้งชั่งใจเสียไป ทำให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมควบคุมตนเองไม่ได้ พูดไม่ชัด เดินเซ ตากระตุก สมาธิและความจำบกพร่อง จนกระทั่งหมดสติ โดยพิจารณาจากการสังเกตการแสดงออกทางร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรม

“สตรีมีครรภ์” หมายความว่า ผู้หญิงที่มีทารกอยู่ในครรภ์ซึ่งมีอายุครรภ์เกินสิบสองสัปดาห์ขึ้นไป (อายุครรภ์อ้างอิงตามหลักกฎหมายการทำแท้งตามความในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 301)

ในประเด็นการห้ามใช้ จ้าง วาน หรือยินยอมให้ผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์) เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ควรมีการบัญญัติเพิ่มเติมมาตราเข้าไปในพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 หรือออกประกาศตามอำนาจของคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อนำมาบังคับใช้แก่กรณีนี้เป็นการเฉพาะ และกำหนดให้ผู้จ้างวานต้องมีส่วนรับผิดชอบ นอกจากนี้ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการบังคับใช้จริง เช่น การสังเกตหญิงตั้งครรภ์หรือมีนเมาจนครองสติไม่ได้ และมีมาตรการตรวจสอบ เช่น การสุ่มตรวจแอลกอฮอล์ในร่างกาย

4. มาตรการฉลากและบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดฉลากและบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ประกาศสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เรื่อง คำชี้แจง

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 272) พ.ศ. 2546 และประกาศคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับฉลากของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2558 ซึ่งมาตรการฉลากและบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นมาตรการที่สื่อสารโดยตรงกับผู้บริโภค และไม่มีมาตรการใดเข้ามาทดแทนได้ โดยมีบทบาทคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคและกำหนดมาตรฐานของผลิตภัณฑ์ประกอบด้วยนโยบายย่อยสามกลุ่มหลัก ได้แก่ ฉลากคำเตือน (warning label) การกำหนดเงื่อนไขฉลากในการให้ข้อมูลจำเป็นของผลิตภัณฑ์ และการกำหนดเงื่อนไขฉลากเพื่อจำกัดการโฆษณาหรือสื่อสารการตลาดผ่านฉลากและบรรจุภัณฑ์

แต่ด้วยมาตรการฉลากข้างต้นยังมีข้อจำกัดในเชิงประสิทธิผลอยู่มาก และไม่สามารถเข้าไปควบคุมปัจจัยของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยตรง ดังนั้นประเทศไทยจึงควรมีการพัฒนามาตรการฉลากข้อความคำเตือนเพื่อให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในมิติของข้อความคำเตือนเกี่ยวกับอันตรายจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เป็นปัญหาสุขภาพของนักดื่มในประเทศไทยและมิติของรูปแบบของฉลากคำเตือน ได้แก่ ความชัดเจนของฉลาก และตำแหน่งของฉลากคำเตือนบนบรรจุภัณฑ์ โดยสามารถพัฒนากฎหมายฉลากคำเตือนเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เบื้องต้นจากการเรียนรู้กรณีศึกษาของมาตรการฉลากและบรรจุภัณฑ์ของผลิตภัณฑ์ยาสูบและอาหาร นอกจากนี้การออกแบบเนื้อหาของมาตรการฉลากและบรรจุภัณฑ์ควรพิจารณา ตามลำดับของประสิทธิผลจากข้อมูลวิชาการ ดังนี้

4.1 การศึกษาและพัฒนา “ฉลากคำเตือนของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์” ผ่านการสร้างทัศนคติเชิงลบต่อการดื่ม การลดความดึงดูดของผลิตภัณฑ์ต่อกลุ่มเด็กและเยาวชน และคนที่ไม่ดื่ม รวมทั้งการรับรู้ถึงความเสี่ยงและอันตรายที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการหลีกเลี่ยงอันตรายนั้นของกลุ่มคนที่ไม่ควรดื่มเด็ดขาด

4.2 การพัฒนากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะการกำหนดคำนิยามและรายละเอียดต่างๆ ให้ครอบคลุมกับลักษณะต่างๆ ของผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่จำหน่ายในท้องตลาดหรือในอนาคต

4.3 การบังคับใช้กฎหมายอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องร่วมด้วย กรณีอื่นร่วมด้วยกรณีที่ภาคอุตสาหกรรมมีการสื่อสารการตลาดผ่านฉลากและบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ อาทิ มาตรา 32 ของพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

4.4 การพัฒนากฎหมายอื่นๆ ร่วมด้วย เพื่อลดทอนอิทธิพลของการสื่อสารการตลาดผ่านฉลากและบรรจุภัณฑ์เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มาตรการกำหนดพื้นที่แสดงสินค้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในจุดจำหน่ายต่างๆ และมาตรการให้ความรู้และณรงค์ทางสังคม ณ จุดจำหน่าย

4.5 ควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ในการเพิ่มขั้นตอนการขออนุญาตฉลากเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้อยู่ในขั้นตอนการขออนุญาตผลิตและนำเข้าเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามพระราชบัญญัติสรรพสามิต

5. มาตรการควบคุมการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มาตรการในการควบคุมการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหลักเกณฑ์และเงื่อนไขในการขออนุญาตผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การควบคุมมาตรฐานและคุณภาพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างการผลิต การกำหนดอัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตผลิตเครื่องดื่ม โดยจะศึกษาเปรียบเทียบประเทศไทย สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และสาธารณรัฐสิงคโปร์

รายละเอียดหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการควบคุมการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีลักษณะที่แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับกฎหมายที่ออกมาบังคับใช้ โดยมีพื้นฐานมาจากบริบททางสังคมและวิวัฒนาการของการผลิตและบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในแต่ละท้องถิ่นนั้นๆ หากประเทศไทยจะมีการปรับเปลี่ยนหลักเกณฑ์หรือเงื่อนไขในการขออนุญาตผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ควรพิจารณาถึงอำนาจหน้าที่ของหน่วยงานที่ควบคุมในการออกกฎหมายมาบังคับใช้ได้มากนักน้อยเพียงใด มีข้อจำกัดในทางกฎหมายหรือไม่ ซึ่งหน่วยงานกำกับดูแลในประเทศไทยจะเป็นหน่วยงานด้านสรรพสามิต ในประเทศสหราชอาณาจักรและสิงคโปร์ จะเป็นหน่วยงานด้านศุลกากร ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกา จะเป็นหน่วยงานด้านการคลัง โดยสามารถพิจารณาในแต่ละประเด็นได้ ดังต่อไปนี้

5.1 ประเด็นรูปแบบของการอนุญาตผลิต การผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทยในปัจจุบันต้องมีการขอ

ใบอนุญาตเท่านั้นจึงสามารถผลิตได้ แต่หากต้องการให้การผลิตในบางประเภทหรือชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยไม่ต้องขออนุญาตผลิต ซึ่งจะต้องมีการมาจดทะเบียนแจ้งการผลิต จะเป็นเช่นเดียวกับกรณีการผลิตเบียร์และไซเดอร์ในสหราชอาณาจักร ที่ผลิตเพื่อการค้า ซึ่งจะต้องกำหนดให้ชัดเจนว่ารูปแบบใดบ้างที่สามารถทำได้ โดยกระบวนการและขั้นตอนในการจดทะเบียนจะต้องมีการตรวจสอบและมีมาตรฐานที่ชัดเจน เพื่อให้รัฐสามารถติดตามและควบคุมดูแลได้ แต่หากเป็นการผลิตเพื่อบริโภคในครัวเรือน กล่าวคือ การผลิตเบียร์ในสหราชอาณาจักร การผลิตเบียร์และไวน์ในสหรัฐอเมริกา การผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้าเงื่อนไขตามที่กฎหมายกำหนดของสิงคโปร์ ผู้ผลิตก็ไม่จำเป็นต้องขออนุญาตผลิต แต่ต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กฎหมายกำหนด⁽²⁾

5.2 ประเด็นการกำหนดเงื่อนไขในการขออนุญาตผลิต ประเทศไทยมีเงื่อนไขในการขออนุญาตที่ละเอียดอย่างมาก ทั้งในส่วนของประเทศหรือชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเภทของบุคคล ประเภทของโรงงาน ทุนจดทะเบียน ปริมาณการผลิต และจำนวนคนงาน เมื่อเปรียบเทียบกับรูปแบบในต่างประเทศที่ศึกษา พบว่าการกำหนดเงื่อนไขหลัก คือ ประเภทหรือชนิดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ต้องการผลิต ซึ่งจะมีการกำหนดไว้ในกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักร สถานะทางบุคคลตามกฎหมายเป็นบุคคลธรรมดาหรือนิติบุคคล โดยมีการกำหนดไว้ในกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร และสิงคโปร์ ประเภทการจัดตั้งโรงงานและปริมาณการผลิตต่อปี จะถูกกำหนดไว้ในกฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อใช้ในการควบคุมมาตรฐานการผลิตตามประเภทหรือชนิด การตรวจสอบทางบัญชีและทางเอกสารตามสถานะทางกฎหมายของผู้ประกอบการ การตรวจสอบมาตรฐานโรงงานตามลักษณะของการจัดตั้ง และสามารถควบคุมปริมาณการผลิตได้ ซึ่งหากประเทศไทยจะมีการปรับยกเลิกหลักเกณฑ์ในบางเรื่อง เช่น จำนวนแรงงานที่การผลิต ซึ่งไม่มีผลเกี่ยวเนื่องต่อการกำหนดมาตรฐานคุณภาพแต่อย่างใด และไปเพิ่มเติมรายละเอียดในเรื่องมาตรฐานคุณภาพและความปลอดภัยของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระหว่างการผลิตที่สอดคล้องกับลักษณะ

ของการจัดตั้งโรงงานผลิต ซึ่งจะส่งผลดีต่อการควบคุมการผลิตที่ได้มาตรฐานมากยิ่งขึ้น

5.3 ประเด็นการกำหนดราคาค่าธรรมเนียมใบอนุญาตผลิต ในประเทศไทยกำหนดโดยแบ่งตามชนิดของสุรา ได้แก่ ใบอนุญาตผลิตสุราแช่ และใบอนุญาตผลิตสุรากลั่น เมื่อพิจารณาจากอัตราราคาค่าธรรมเนียมใบอนุญาตผลิตในต่างประเทศที่ได้ทำการศึกษา พบว่ามีการกำหนดค่าธรรมเนียมที่สูง และมีลักษณะการคิดราคาค่าใบอนุญาตผลิตที่มีความหลากหลาย ยกตัวอย่างเช่น มลรัฐอิลลินอยส์ของประเทศสหรัฐอเมริกา มีประเภทของใบอนุญาตถึง 10 ประเภทที่มีการกำหนดค่าธรรมเนียมใบอนุญาตที่แตกต่างกัน^(3,4) หากจะพิจารณานำรูปแบบต่างๆ มากำหนดราคาค่าใบอนุญาตผลิตในประเทศไทยจะต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมของราคาตามหลักการทางเศรษฐศาสตร์ประกอบด้วย ซึ่งหากค่าธรรมเนียมใบอนุญาตผลิตมีราคาที่สูงขึ้นและสอดคล้องต่อนโยบายที่ต้องการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก็สามารถทำได้ เนื่องจากค่าธรรมเนียมใบอนุญาตผลิตถือเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ช่วยในการควบคุมปริมาณการผลิตได้ และรัฐสามารถนำค่าธรรมเนียมใบอนุญาตผลิตไปใช้ในการพัฒนาประเทศส่วนอื่นต่อไป

5.4 ประเด็นอายุใบอนุญาตผลิต ปัจจุบันอายุใบอนุญาตผลิตในประเทศไทยมีอายุ 3 ปี นับแต่วันที่ได้รับอนุญาตเป็นไปตามที่กฎหมายให้อนุญาตไว้ แต่เมื่อพิจารณาจากต่างประเทศที่ได้ศึกษา พบว่า การต่ออายุใบอนุญาตผลิตต้องต่อทุกปี ซึ่งหมายความว่า อายุใบอนุญาตผลิตมีอายุ 1 ปีเท่านั้น รัฐสามารถตรวจสอบเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ได้ทุกปีว่าผู้ผลิตได้ปฏิบัติตามกฎหมายถูกต้องและครบถ้วนอยู่ตลอดเวลา ประกอบกับสามารถควบคุมใบอนุญาตกับปริมาณการผลิตได้ หากในอนาคตมีการกำหนดหลักเกณฑ์เรื่องปริมาณการผลิตที่ต้องสอดคล้องกับการขอใบอนุญาตผลิตได้อีกด้วย

การผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ต้องขอใบอนุญาตทุกกรณีนั้นเป็นแนวทางที่ถูกต้อง แต่เนื่องจากในปัจจุบันแนวคิดการผลิตเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จะแบ่งการผลิตได้ในรูปแบบการผลิตเพื่อการค้ากับการผลิตเพื่อบริโภคในครัวเรือน ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมผู้บริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบกับความรู้ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีมากขึ้น หากกรณีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เข้า

เงื่อนไข ก็สามารถผลิตได้โดยไม่ต้องขอใบอนุญาตการผลิต และไม่ต้องขอจดทะเบียนการผลิต ซึ่งจะมีเงื่อนไขรายละเอียดกำหนดแตกต่างกันไป ซึ่งหากนำแนวคิดการผลิตเพื่อการบริโภคในครัวเรือนโดยไม่ต้องขอใบอนุญาตการผลิต และไม่ต้องขอจดทะเบียนการผลิตมาใช้ในประเทศไทย อาจส่งผลก่อให้เกิดปัญหาในด้านการควบคุม เนื่องจากจะต้องมีการพัฒนาระบบติดตามและตรวจสอบที่ดีและเป็นมาตรฐานเสียก่อน จึงเสนอว่า ควรกำหนดเงื่อนไขที่กำหนดชัดเจนสำหรับการผลิตในครัวเรือน จะต้องมีการขอจดทะเบียนการผลิต เพื่อให้สามารถตรวจสอบกระบวนการผลิตในทุกขั้นตอนนี้ และควบคุมได้ และไม่ปล่อยให้เสรี

ในส่วนของการกำหนดเงื่อนไขการขอใบอนุญาตผลิตในปัจจุบันค่อนข้างมีรายละเอียดอย่างมาก จึงควรมีการกำหนดเงื่อนไขการขอใบอนุญาตผลิตที่พิจารณาเฉพาะในเรื่องประเภทหรือชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประเภทของบุคคล ประเภทของโรงงาน และปริมาณการผลิต โดยรัฐสามารถกำหนดรายละเอียดที่สำคัญที่ต้องการควบคุมในเรื่องดังกล่าวได้ หากมีการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนหน้านี้แล้ว เพื่อให้สามารถควบคุมในระหว่างการผลิตทั้งในกรณีผลิตเพื่อการค้าหรือผลิตเพื่อการบริโภคภายในครัวเรือน รัฐควรมีส่วนที่สำคัญในการที่จะสามารถควบคุมดูแลการผลิตได้ เพื่อให้แน่ใจว่าการผลิตเป็นไปตามมาตรฐาน และถูกต้องตามหลักเกณฑ์ รัฐจึงควรออกกฎหมายลำดับรองมาบังคับในกรณีดังกล่าวตามแต่ละหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

การกำหนดค่าธรรมเนียมใบอนุญาต ประเด็นนี้มีความน่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากค่าธรรมเนียมสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการควบคุมการผลิตได้ โดยจะต้องพิจารณาการเก็บจากประเภทของผู้ขอใบอนุญาต (รายใหม่ รายเก่า โอนย้ายใบอนุญาต) ประเภทหรือชนิดของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปริมาณการผลิต จำนวนประชากรในพื้นที่จำหน่าย ระยะเวลาของใบอนุญาตระยะสั้น (น้อยกว่า 1 ปี) และปริมาณความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ ซึ่งจะนำมาออกแบบลักษณะของการเสียค่าธรรมเนียมใบอนุญาตที่แตกต่างกันไป ในหนึ่งใบอนุญาตอาจต้องเสียค่าธรรมเนียมในหลายกรณีได้ และควรมีการปรับอายุใบอนุญาตให้ต้องต่อทุกปี หรือหากในกรณีที่กำหนดมากกว่า 1 ปี ก็ให้มีการคำนวณค่าธรรมเนียมตามจำนวนปีที่ได้รับอนุญาต

6. มาตรการควบคุมด้วยการขายอย่างรับผิดชอบ

ความเป็นภัยต่อส่วนรวมเป็นเส้นแบ่งที่สำคัญในการรักษาความสมดุลระหว่างสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคลกับความผาสุกของพลเมืองโดยรวม หลักการนี้เรียกว่า “หลักความเป็นภัย (Harm Principle)” เป็นแนวคิดของ John Stuart Mill⁽⁵⁾ โดยเสนอให้รัฐยึดหลักความเป็นภัยต่อพลเมืองใช้เป็นเหตุผลหลักเพื่อรองรับการออกมาตรการกำกับต่างๆ ของภาครัฐ⁽⁶⁾

ผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อาจมองว่า มีข้อดีในแง่การรื่นเริงสังสรรค์ สร้างความอบอุ่นในหมู่ญาติมิตร แต่มูลค่าประโยชน์เหล่านั้น ไม่สามารถเทียบได้กับต้นทุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยค่าใช้จ่ายและผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดื่มที่อาจเจ็บป่วยต้องรักษาในระยะยาว และภาระต้นทุนที่จะตกแก่ผู้อื่น ในทางเศรษฐศาสตร์ เรียกว่า ผลกระทบข้างเคียงด้านลบต่อสังคม (negative externality) เช่น ต้นทุนของรัฐเพื่อการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปัญหาการทะเลาะวิวาท อาชญากรรม ผู้มีอาการมีนเมาแล้วขับขี่ยานพาหนะ ทำให้ผู้อื่นได้รับความเสียหาย การสร้างปัญหาในครอบครัว จนลดทอนความอบอุ่นของสถาบันครอบครัว รัฐจึงต้องกำหนดเงื่อนไขกำกับเพื่อให้ผู้ดื่มมีการดื่มพอประมาณ และให้ผู้ขายมีการขายอย่างรับผิดชอบต่อสังคม

ใน พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 ห้ามผู้ใดขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ให้แก่บุคคลที่มีอาการมีนเมาครองสติไม่ได้ พร้อมมีบทลงโทษผู้ที่ฝ่าฝืน นับแต่มีการประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้ ประเทศไทยยังไม่พบสถิติของคดีความกรณีนี้เลย ซึ่งผู้ที่มีอาการมีนเมาแล้วขับขี่ยานพาหนะ ยังเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมไทย แม้จะมีข้อห้ามผู้ขาย ขายให้แก่ผู้ที่มีนเมาแล้ว โดยเฉพาะร้านค้าที่หนึ่งให้ลูกค้าหนึ่งดื่ม แต่ก็มีข้อจำกัดในการบังคับใช้ และยังไม่สามารถลดปัญหาได้อย่างครบวงจร เพราะผู้ขายยังไม่ได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อความเสียหายแก่ผู้อื่น จากลูกค้าผู้ซึ่งมีนเมาออกจากร้านแล้วขับขี่ยานพาหนะ

การกำหนดความรับผิดแก่ผู้ขายในกรณีดังกล่าว มีเหตุผลที่ผู้ขายควรต้องร่วมรับผิดชอบต่อผู้เสียหาย เนื่องจากผู้ขายไม่ได้ระวัง มีความประมาทเลินเล่อ (negligence) จึงถือว่า มีส่วนในการก่อชองภัย (enabling) และมีส่วนเป็นผู้ใกล้แก่เหตุแห่งความเสียหาย (proximate causation) ผู้ขายพึงมีหน้าที่ยับยั้งปัญหาไว้แต่แรก จริงอยู่ที่ผู้ขายมีสิทธิเสรีภาพในการขาย จะขายมากเพียงใดก็ได้เพื่อให้มีรายได้

สูงสุด แต่การขายเพื่อเป้าหมายรายได้สูงสุด โดยไม่ได้คำนึงความปลอดภัยต่อลูกค้าและผู้อื่นที่อาจได้รับความเสียหาย ซึ่งไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องใดจากการขายและการดื่ม ย่อมเป็นภัยคุกคามต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัยของทุกคนในสังคม

ในต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาและแคนาดา มีข้อกำหนดให้ผู้ขายอาจต้องรับผิดชอบทางแพ่ง (commercial host liability หรือ dram shop liability) แก่ผู้อื่นที่ได้รับความเสียหายจากลูกค้า เพื่อให้ผู้ขายเพิ่มความระวังมากขึ้น โดยทั่วไปยึดหลัก “ให้ผู้เสียหายต้องเป็นฝ่ายพิสูจน์ว่า เจ้าของร้านประมาทเลินเล่ออย่างไร (negligence rule) ถึงเป็นสาเหตุให้ตนได้รับความเสียหายจากผู้ขับที่เมาจากร้านนั้น” ซึ่งหลายกรณีก็พิสูจน์ได้ยาก บางกรณีผู้เสียหายได้เงินชดเชยไม่เพียงพอ เพราะคนเมาผู้ก่อเหตุ ไม่มีเงินจ่าย หรือคนเมาไม่ได้ซื้อประกันภัยไว้ บางมลรัฐจึงมีข้อกำหนดไปอีกชั้น คือ มลรัฐอิลลินอยส์ของประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อลดภาระการพิสูจน์ของผู้ได้รับความเสียหาย จึงกำหนด “หลักความรับผิดของผู้ขายโดยเคร่งครัด (strict liability rule) ให้ผู้ได้รับความเสียหายเพียงแสดงหลักฐานความเสียหาย แล้วกฎหมายให้สันนิษฐานไว้ก่อนว่า ผู้ขายอาจต้องรับผิด เว้นแต่ผู้ขายจะพิสูจน์ได้ว่า ตนไม่ได้ละเมิดข้อห้ามตามกฎหมาย” ถ้าศาลเห็นว่า ความเสียหายที่เกิดขึ้นเป็นความผิดของผู้ขายอย่างชัดเจน จะต้องให้ร่วมชดใช้ความเสียหายนั้น

แม้การกำหนดความรับผิดของผู้ขายในสหรัฐอเมริกาจะมีข้อจำกัดเหล่านั้น แต่การมีข้อกำหนดดังกล่าวไว้ มีผลช่วยลดอุบัติเหตุร้ายแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ⁽⁷⁾ เจตนารมณ์ของกฎหมายต้องการปกป้องสวัสดิภาพและความปลอดภัยของสาธารณชน เพื่อให้ผู้เสียหายได้รับการชดเชยที่เป็นธรรม และเพื่อให้ผู้ขายมีการขายอย่างรับผิดชอบต่อสังคมมากขึ้น

กรณีของประเทศไทย มีข้อบังคับที่กำหนดเงื่อนไขครอบคลุุมการขาย การดื่ม เวลาและสถานที่จำหน่าย แต่เพื่อให้สามารถลดปัญหาได้อย่างครบวงจร การกำหนดความรับผิดของผู้ขายต่อความเสียหายแก่ผู้อื่น จากลูกค้าผู้ซึ่งมีนเมาออกจากร้านไปแล้วขับขี่ยานพาหนะ รวมถึงการทะเลาะวิวาท อาจเป็นแนวทางหนึ่งที่รัฐควรพิจารณาถึงช่องทางและความเป็นไปได้ในการนำวิธีดังกล่าวมาปรับใช้เพิ่มเติม เพื่อลดภัยคุกคามต่อสวัสดิภาพและความปลอดภัยจากขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย

7. มาตรการควบคุมวันและเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ประเทศไทยมีมาตรการควบคุมวันและเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยห้ามขายในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา (วันพระใหญ่) 5 วัน วันเลือกตั้งและวันก่อนเลือกตั้ง และห้ามขายในเวลา 14.01-17.00 น. และ 00.01-11.00 น. ซึ่งจะทำให้มีการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้ยากขึ้นและมีปัญหาที่ตามมาจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ลดลง แต่ยังคงพบว่ามีกรขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันและเวลาห้ามขายในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศไทย

ในต่างประเทศมีการดำเนินมาตรการควบคุมวันและเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งมีการจำแนกวันและเวลาขายตามประเภทของร้านที่มีที่นั่งดื่มและไม่มีที่นั่งดื่ม และตามประเภทของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งประเทศไทยไม่มีการจำแนกตามประเภทร้านและเครื่องดื่ม

จากการศึกษาประสิทธิผลของการจำกัดเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยการลดเวลาขายลงที่ 1.5-7.0 ชั่วโมง⁽⁸⁻¹⁰⁾ พบว่าสามารถลดการบริโภค ยอดขาย การใช้ความรุนแรง อาชญากรรม อุบัติเหตุ และการเข้ารับการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ได้อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนรายงานการศึกษาผลกระทบจากการเพิ่มวันและเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่เพิ่มขึ้น 1-6 ชั่วโมง พบว่าทำให้ยอดขาย การบริโภค การใช้ความรุนแรง อาชญากรรม อุบัติเหตุ การเข้ารับการรักษาพยาบาล และการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

จากรวบรวมและข้อมูลที่ทบทวนในเอกสารฉบับนี้ ประเทศไทยมีมาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านวันและเวลาที่มีความครอบคลุมมากกว่าประเทศอื่นๆ แต่อาจจะมีความแตกต่างในด้านการดำเนินการและบังคับใช้กฎหมาย

โดยสรุป มาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านเวลาในการขาย เป็นมาตรการที่มีประสิทธิผลที่ดีต่อการลดลงของพฤติกรรมบริโภค⁽¹¹⁾ ปริมาณการขายลดลง⁽¹¹⁾ ความรุนแรงลดลง⁽⁸⁾ และอาชญากรรมลดลง⁽⁹⁾ ในขณะที่การควบคุมด้านจำนวนวันช่วยลดอุบัติเหตุลงได้⁽¹²⁾ รวมถึงหากมีการผ่อนปรนมาตรการ เช่น การเพิ่มจำนวนวันทำให้พฤติกรรมบริโภคเพิ่มขึ้น⁽¹²⁻¹⁵⁾ ปริมาณการขายเพิ่มขึ้น^(12,13) อุบัติเหตุเพิ่มขึ้น^(12,16) ความรุนแรงเพิ่มขึ้น^(12,17)

และอาชญากรรมเพิ่มขึ้น^(17,18) หรือการเพิ่มเวลาทำให้อุบัติเหตุเพิ่มขึ้น⁽¹⁹⁾ และความรุนแรงเพิ่มขึ้น⁽²⁰⁻²³⁾

จากสถานการณ์ในปัจจุบันที่มีกลุ่มธุรกิจและนักการเมืองบางกลุ่มที่เรียกร้องให้มีการเพิ่มจำนวนวันและเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ การบริโภคและการท่องเที่ยวของประเทศนั้น นอกจากประเด็นด้านเศรษฐกิจดังกล่าวแล้ว ยังคงต้องคำนึงถึงความเสี่ยงต่อปัญหาที่ตามมา การสูญเสียและต้นทุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นอีกเป็นจำนวนมาก ทั้งด้านสุขภาพและสังคม เช่น การใช้ความรุนแรง การก่ออาชญากรรม อุบัติเหตุ รวมไปถึงการเสียชีวิต

ประเทศไทยควรดำเนินมาตรการควบคุมการเข้าถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้านวันและเวลาขายไว้ และเพิ่มความเข้มแข็งในการบังคับใช้กฎหมายและมาตรการควบคุมวันและเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยให้มีบูรณาการกับการออกใบอนุญาตขายและเพิ่มการจัดเวลาขายก่อนเวลาปิดร้าน และการห้ามลูกค้าใหม่เข้าร้านก่อนที่ร้านจะปิด เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนให้เกิดขึ้นได้จริงต้องอาศัยข้อมูลเชิงวิชาการที่มาจากการศึกษาวิจัยที่มีคุณภาพ ทันทต่อเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลง และการสื่อสารสาธารณะที่มีประสิทธิภาพ

8. มาตรการควบคุมราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

มาตรการที่ส่งผลต่อราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สำคัญมีสองมาตรการ คือ มาตรการทางภาษี และการกำหนดราคาขั้นต่ำ โดยที่มาตรการทางภาษีถูกนำมาใช้ในเกือบทุกประเทศในโลกรวมถึงประเทศไทย ส่วนการกำหนดราคาขั้นต่ำนั้นถูกนำมาใช้ในเพียงไม่กี่ประเทศในโลก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประเทศรายได้สูง ทั้งสองมาตรการข้างต้นส่งผลถึงการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการลดลงของผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยข้อจำกัดของมาตรการทางภาษีและราคาประการสำคัญ คือ ผลของการบริโภคทดแทน และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์นอกระบบภาษีประการแรก เมื่อราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ชนิดหนึ่งสูงขึ้น ผู้บริโภคอาจเปลี่ยนไปดื่มเครื่องดื่มชนิดอื่นที่มีราคาถูกกว่าทดแทน⁽²⁴⁾ ประการที่สอง ผู้บริโภคอาจเลือกบริโภคเครื่องดื่มที่อยู่นอกระบบภาษีทดแทน ได้แก่ เครื่องดื่มที่ลักลอบนำเข้า เครื่องดื่มที่ผลิตภายในประเทศแบบไม่ต้องเสียภาษีหรือหลีกเลี่ยงการเสียภาษี อย่างไรก็ตาม

ผลของการทดแทนนั้นก็ได้เกิดอย่างสมบูรณ์⁽²⁵⁻²⁸⁾ กล่าวคือ หลังจากใช้มาตรการการบริโภคในภาพรวมก็ยังคงลดลง ทั้งสองมาตรการจึงสามารถนำมาใช้ได้แม้ยังมีข้อจำกัดดังกล่าวก็ตาม

ในมุมมองการจัดการรายได้เข้ารัฐนั้น สองมาตรการนี้มีความแตกต่างที่ชัดเจน คือ ราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่สูงขึ้นจากมาตรการนั้นสำหรับมาตรการทางภาษี รายได้ดังกล่าวจะเข้าสู่รัฐ แต่สำหรับมาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำ รายได้ดังกล่าวจะไปตกอยู่กับธุรกิจแอลกอฮอล์ ซึ่งอาจถูกมองว่าเป็นการเอื้อประโยชน์ให้แก่ภาคธุรกิจได้เช่นกัน

ทั้งนี้ยังมีข้อกังวลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการนำนโยบายกำหนดราคาขั้นต่ำมาใช้ คือ ไม่เคยมีมาตรการในลักษณะดังกล่าวมาใช้ในประเทศไทย ทำให้จำเป็นต้องมีการศึกษาในเชิงกฎหมายและระบบราชการว่า หากจะดำเนินการต้องมีการใช้กฎหมายในลักษณะใด ดำเนินการโดยหน่วยงานใด มาตรการที่ใกล้เคียง เช่น การประกันราคาสินค้าเกษตรนั้นใช้วิธีจ่ายชดเชยส่วนต่างโดยรัฐซึ่งคงไม่ใช่รูปแบบที่สามารถนำมาใช้ได้ในการกำหนดราคาขั้นต่ำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้มาตรการดังกล่าวยังเป็นมาตรการที่ไม่น่าจะเป็นที่นิยมทางการเมือง เนื่องจากเป็นนโยบายที่นำไปสู่การเพิ่มรายจ่ายแก่ประชาชน จึงเป็นเรื่องยากที่จะจูงใจให้พรรคการเมืองนำนโยบายนี้ไปเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการบริหารประเทศ เนื่องจากอาจกระทบต่อความนิยมของพรรคได้

จากข้อมูลข้างต้นประกอบกับข้อเท็จจริงที่ว่า อัตราภาษีสรรพสามิตในปัจจุบันมีความเหลื่อมล้ำของอัตราภาษีที่เก็บจริงระหว่างเครื่องดื่มแต่ละประเภท โดยเฉพาะสุราขาวที่มีการกำหนดอัตราภาษีเรียกเก็บจริงต่ำกว่าเครื่องดื่มประเภทอื่นมาก ทั้งที่ตามหลักการปกป้องสุขภาพและหลักการดำเนินการในต่างประเทศนั้น มีการกำหนดอัตราภาษีต่อลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์สำหรับสุราสูงกว่าไวน์หรือเบียร์ ซึ่งแสดงถึงความกังวลในการบริโภคสุรา เนื่องจากมองว่าสุราซึ่งมีความเข้มข้นของเอทานอลมากกว่านำไปสู่ผลกระทบที่มากกว่าไวน์หรือเบียร์ การดำเนินการมาตรการด้วยการปรับอัตราภาษีสรรพสามิตให้เข้มข้นขึ้นมีความเป็นไปได้มากกว่าการนำนโยบายกำหนดราคาขั้นต่ำมาใช้ ซึ่งนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

1. สร้างความตระหนักถึงความแตกต่างของอัตราภาษีสรรพสามิตที่เรียกเก็บจริงระหว่างเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

แต่ละประเภทให้แก่ประชาชน เพื่อสร้างแรงสนับสนุนในการปรับอัตราภาษีให้มีความเท่าเทียมกันยิ่งขึ้น

2. การปรับขึ้นอัตราภาษีที่เรียกเก็บจริง (ทั้งตามมูลค่าและปริมาณแอลกอฮอล์) ของสุราขาวให้อยู่ในระดับเดียวกับกับเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเภทอื่นๆ เช่น เบียร์ หรือสูงกว่า ซึ่งในต่างประเทศการกำหนดอัตราภาษีที่แตกต่างกันนั้นมักเป็นการกำหนดอัตราภาษีต่อลิตรของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์สำหรับสุราสูงกว่าไวน์หรือเบียร์ ซึ่งแสดงถึงความกังวลในการบริโภคสุราและทำให้ต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตและจัดจำหน่ายของสุราสูงขึ้น⁽²⁹⁾ เนื่องจากมองว่าสุราซึ่งมีความเข้มข้นของเอทานอลมากกว่านำไปสู่ผลกระทบที่มากกว่าไวน์หรือเบียร์

3. การปรับขึ้นอัตราภาษีของเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดตามอัตราเงินเฟ้อปีละ 1 ครั้ง

4. ปรับขึ้นอัตราภาษีกลุ่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พร้อมดื่มให้สูงขึ้น ซึ่งมีเป้าหมายผู้บริโภคเป็นกลุ่มเยาวชน เช่น หมวดสุราแช่ผลไม้ที่มีส่วนผสมขององุ่นหรือไวน์องุ่น

5. ศึกษาในแง่กฎหมายและระบบราชการ หากต้องการนำมาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำมาใช้ในประเทศไทย ทั้งในส่วนของการปรับแก้ หรือออกกฎหมายในลักษณะใด และมีหน่วยงานใดที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการบ้าง พร้อมทั้งทำแผนการขับเคลื่อนการนำมาตรการกำหนดราคาขั้นต่ำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาใช้

สรุป

ประเทศไทยจำเป็นต้องมีการบังคับใช้มาตรการเดิมที่มีประสิทธิภาพอยู่แล้วนั้นอย่างเคร่งครัด และเสนอให้มีการปรับแก้ข้อความในมาตรการเดิมที่ยังมีช่องว่างในการบังคับใช้ให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ควรเพิ่มมาตรการใหม่ ซึ่งถือเป็นแนวรุกใหม่ที่ควรก้าวทันการเปลี่ยนแปลงอันท้าทายในปัจจุบันและอนาคต โดยแบ่งออกเป็น 8 มาตรการสำคัญ ได้แก่ มาตรการควบคุมโฆษณา มาตรการควบคุมจุดจำหน่าย มาตรการกำหนดประเภทของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการขาย มาตรการควบคุมฉลากและบรรจุภัณฑ์ มาตรการควบคุมการผลิต มาตรการสนับสนุนการจำหน่ายอย่างรับผิดชอบ มาตรการควบคุมวันและเวลาขาย และมาตรการควบคุมราคาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิทย์ วิชัยดิษฐ์
อาจารย์ประจำสาขาวิชาระบาดวิทยา คณะแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ช่วยแปลบทความนี้เป็นภาษาอังกฤษ และคุณชฎานุญ เจียรธนภฤติ และคุณทักษิญา สรรเพ็ชญ์ ในการประสานงานและตรวจทานเอกสารฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. The SAFER technical package: five areas of intervention at national and subnational levels. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. Singapore Statutes Online. Customs Act (Chapter 70, Section 13(1)) [Internet]. [cited 2022 Nov 22]. Available from: <https://sso.agc.gov.sg:5443/SL/CA1960-OR9?DocDate=20090831>
3. Illinois Liquor Control Commission. Liquor Control Act of 1934 [Internet]. 1934 [cited 2022 Nov 22]. Available from: <https://www2.illinois.gov/ilcc/divisions/siteassets/pages/legal/illinois-liquor-control-act/liqcontrolact1934.pdf>
4. Illinois Liquor Control Commission. Forms and Applications [Internet]. [cited 2022 Nov 22]. Available from: <https://www2.illinois.gov/ilcc/Pages/Forms-and-Applications.aspx>
5. Hamburger J. John Stuart Mill on liberty and control. Princeton: Princeton University Press; 2001.
6. Altman A. Arguing about law: an introduction to legal philosophy. Belmont, CA: Wadsworth Publications; 1996.
7. Sloan FA, Chepke LM. Chapter 4: Dram shop and social host liability. Foundations and Trends in Microeconomics 2007;3(5-6):370.
8. Kypri K, McElduff P, Miller P. Restrictions in pub closing times and lockouts in Newcastle, Australia five years on. Drug and Alcohol Review. 2014;33(3):323-6.
9. Duailibi S, Ponicki W, Grube J, Pinsky I, Laranjeira R, Raw M. The effect of restricting opening hours on alcohol-related violence. American journal of public health. 2007;97(12):2276-80.
10. Baumann F, Buchwald A, Friehe T, Hottenrott H, Mechtel M. The effect of a ban on late-night off-premise alcohol sales on violent crime: Evidence from Germany. International Review of Law and Economics 2019;60:105850.
11. Kolosnitsyna M, Sitdikov M, Khorkina N. Availability restrictions and alcohol consumption: A case of restricted hours of alcohol sales in Russian regions. International Journal of Alcohol and Drug Research 2014;3(3):193-201.
12. Norström T, Skog OJ. Saturday opening of alcohol retail shops in Sweden: an experiment in two phases. Addiction 2005;100(6):767-76.
13. Stehr MF. The effect of Sunday sales of alcohol on highway crash fatalities. The BE Journal of Economic Analysis & Policy 2010;10(1):73.
14. Carpenter CS, Eisenberg D. Effects of Sunday sales restrictions on overall and day-specific alcohol consumption: evidence from Canada. Journal of Studies on Alcohol and Drugs 2009;70(1):126-33.
15. Yörük BK. Legalization of Sunday alcohol sales and alcohol consumption in the United States. Addiction 2014;109(1):55-61.
16. McMillan GP, Hanson TE, Lapham SC. Geographic variability in alcohol-related crashes in response to legalized Sunday packaged alcohol sales in New Mexico. Accident Analysis & Prevention 2007;39(2):252-7.
17. Han S, Branas CC, MacDonald JM. The effect of a Sunday liquor-sales ban repeal on crime: a triple-difference analysis. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 2016;40(5):1111-21.

18. Grönqvist H, Niknami S. Alcohol availability and crime: Lessons from liberalized weekend sales restrictions. *Journal of Urban Economics* 2014;81:77–84.
19. Chikritzhs T, Stockwell T. The impact of later trading hours for hotels on levels of impaired driver road crashes and driver breath alcohol levels. *Addiction* 2006;101(9):1254–64.
20. Rossow I, Norström T. The impact of small changes in bar closing hours on violence. The Norwegian experience from 18 cities. *Addiction* 2012;107(3):530–7.
21. Humphreys DK, Eisner MP, Wiebe DJ. Evaluating the impact of flexible alcohol trading hours on violence: an interrupted time series analysis. *PloS One* 2013;8(2):e55581.
22. de Goeij MC, Veldhuizen EM, Buster MC, Kunst AE. The impact of extended closing times of alcohol outlets on alcohol-related injuries in the nightlife areas of Amsterdam: a controlled before-and-after evaluation. *Addiction* 2015;110(6):955–64.
23. Vingilis E, McLeod AI, Stoduto G, Seeley J, Mann RE. Impact of extended drinking hours in Ontario on motor-vehicle collision and non-motor-vehicle collision injuries. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2007;68(6):905–11.
24. Selvanathan S, Selvanathan E. Empirical regularities in cross-country alcohol consumption. *Economic Record* 2005;81:S128–42.
25. Okello AK. An Analysis of Excise Taxation in Kenya. Washington, DC: EAGER Publications; 2001.
26. Osor N, Mpango P, Mwinyimvua H. An analysis of excise taxation in Tanzania. Washington DC: EAGER Publications; 2001.
27. Özgüven C. Analysis of demand and pricing policies in Turkey beer market [Master's Thesis]. Ankara: Middle East Technical University; 2004.
28. Ramful P, Zhao X. Individual heterogeneity in alcohol consumption: the case of beer, wine and spirits in Australia. *Economic Record* 2008;84(265):207–22.
29. Österberg EL. Alcohol tax changes and the use of alcohol in Europe. *Drug and Alcohol Review* 2011;30(2):124–9.

Policy Recommendations for Alcohol Control Measures in Thailand

Polathep Vichitkunakorn¹, Kumnuan Ungchusak², Sawitri Assanangkornchai³, Sirach Lapyai⁴, Muhammadfahmee Talek⁵, Arachamon Pichetworakoon⁶, Orratai Waleewong⁷, Pornpon Thedthong⁶, Samai Krotintakom⁸, Surasak Chaiyasong⁹ Udomsak Saengow¹⁰

¹Department of Family and Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Songkhla Province, Thailand

²Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi Province, Thailand

³Department of Epidemiology, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Songkhla Province, Thailand

⁴Risk Factor Study and Knowledge Management Network Unit, Thammasat University, Pathum Thani Province, Thailand

⁵Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Pattani Campus, Pattani Province, Thailand

⁶School of Law, Mae Fah Luang University, Chiang Rai Province, Thailand

⁷International Health Policy Program (IHPP), Ministry of Public Health, Nonthaburi Province, Thailand

⁸Faculty of Economics, Prince of Songkla University, Songkhla Province, Thailand

⁹Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Mahasarakham Province, Thailand

¹⁰Research and Innovation Institute of Excellence, Walailak University, Nakorn Si Thammarat Province, Thailand

Abstract

The objectives of this article are to review alcohol control measures in Thailand and overseas, and to provide policy recommendations for each key measure. Advertising control measures should include measures in addition to the Alcoholic Beverage Control Act of 2008, e.g., consumer protection laws and youth protection laws. Sale restriction measures should include supporting community licensing by local administration organizations, collection of licensing fees from both off-premise and on-premise sale venues, and increasing penalties for unlicensed sale of alcohol. Measures to designate parties involved in alcohol purchasing should include supporting laws to ban sale of alcohol to pregnant women and those with alcohol use disorder, the use/hiring/permission of minors to be involved in alcohol purchase, and legal liabilities for the hiring/requesting party. Labeling and packaging measures should include clear labeling laws, particularly with regards to definitions and details to cover the types of products available in the market. Production control measures should include increasing fees and reducing the validity duration of the production license. Measures pertaining to home-based production should include clear terms and conditions, inspection of the production process, and abstaining from trade liberalization. Measures to support responsible alcohol sale should encourage vendors to be mindful of

potential harms to customers and others through commercial host liability or dram shop liability. Date and time of sale restriction measures should be maintained, and legal enforcement of these measures should be strengthened. Price control measures should include raising excise taxes on rice spirit to be at the same level as other alcoholic beverages, and raising taxes on beverages that are popular among youths. Taxes should be raised annually in accordance with inflation. Feasibility studies should also be conducted on minimum unit pricing.

Keywords: control measures; policy; alcoholic beverage

www.thaihealth.or.th/THPJournal

