

# THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

## วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

### นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- การสูญเสียปีสุขภาวะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำในประชากรไทย
- การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนช่วงเทศกาลสงกรานต์ด้วยมาตรการ “ด่านชุมชนปากหวาน”: บทเรียนจากการดำเนินงานในจังหวัดศรีสะเกษ
- ผลของโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลอุ้มผาง อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก
- การพัฒนาแบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารสุภาพที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก และสอดคล้องกับบริบทชุมชน
- การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโคสิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

### บทความพินิจ (Review Article)

- ปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพ: กลยุทธ์ของภาคธุรกิจที่ส่งผลต่อสุขภาพ

### บทความพิเศษ (Special Article)

- การลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้ารอบสถานศึกษา: แนวทางสร้างความปลอดภัยสำหรับเด็กและเยาวชน
- การพัฒนานวัตกรรมจากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ: กรณีศึกษาสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

### ปกิณกะ (Miscellany)

- การเสริมสร้างสุขภาวะด้านแรงงานในจังหวัดหนองคาย
- การประเมินผลกระทบของนโยบายการขยายเวลาปิดสถานบริการจากตีสองเป็นตีสี่ ในพื้นที่นำร่อง 5 จังหวัดของประเทศไทย 2567
- บุหรี่ไฟฟ้า: ความเสี่ยงใหม่ต่อสุขภาพเยาวชน

สารบัญ	หน้าที่	Contents
<b>บทบรรณาธิการ</b>		<b>Editorial</b>
ถึงเวลาขับเคลื่อนงานวิชาการสุขภาวะทางเพศ ในระดับชาติอีกครั้ง วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	87	It Is Time for Another National Healthy Sexuality Technical Movement <i>Wiwat Rojanapithayakorn</i>
<b>นิพนธ์ค้นฉบับ</b>		<b>Original Article</b>
การสูญเสียปีสุขภาวะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ จากการมีกิจกรรมทางกายต่ำในประชากรไทย นฤมล สีขีวิวัฒน์ และคณะ	89	Burden of Non-Communicable Diseases (NCDs) Attributable to Low Physical Activity in Thai Adults: an Analysis of the Burden of Disease Study <i>Naruemon Sikhiwat, et al.</i>
การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน ช่วงเทศกาลสงกรานต์ด้วยมาตรการ “ด่านชุมชน ปากหวาน”: บทเรียนจากการดำเนินงาน ในจังหวัดศรีสะเกษ ชยานิน กฤติยะโชติ และคณะ	100	Promoting Road Safety Culture during Songkran Festival through the “Sweet-Conversation Community Checkpoint (Positive communication Community Checkpoint)” Measure: Lessons Learned from the Implementation in Sisaket Province <i>Chayanin Grittiyachote, et al.</i>
ผลของโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของ ประชากร อายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลอุ้มผาง อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ณริดา พรหมรักษา, นุชนาถ ประกาศ	108	Effects of Motivational Interviewing Program on Health Behavior Modification and Health Outcomes of People Aged 35 Years and Older with Prediabetes in the Area of Responsibility of Umphang Hospital, Umphang District, Tak Province <i>Narida Promrukxa, Nutchanat Prakas</i>
การพัฒนาแบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาล อาหารสุภาพที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก และสอดคล้องกับบริบทชุมชน ผาสุข แก้วเจริญตา, สมนึก หงษ์ยี่ม	119	The Development of Hospital Health Food Standard Assessment Questionnaire Conducive to Proactive Health Promotion and Conformity to Community Context <i>Phasuk Kaewcharoenta, Somnuk Hongyim</i>
การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม ป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง อาภาพร ชูแสง, เกษม ชูรัตน์	130	A Study of Factors Related to Preventive Behaviors of Melioidosis of Village Health Volunteers Yan Ta Khao District, Trang Province <i>Arpaporn Chooaeng, Kasem Chooratna</i>

สารบัญ	หน้าที่	Contents
<b>บทความพิเศษ</b>		<b>Review Article</b>
<b>ปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพ: กลยุทธ์ของภาคธุรกิจที่ส่งผลต่อสุขภาพ</b> มิลินทร์ สาครสินธุ์ รุดดิษฐ์	141	<b>Commercial Determinants of Health: Corporate Strategies that Impact to Health</b> <i>Milin Sakornsini Ruddit</i>
<b>บทความพิเศษ</b>		<b>Special Article</b>
<b>การลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้ารอบสถานศึกษา: แนวทางสร้างความปลอดภัยสำหรับเด็กและเยาวชน</b> เมตชนนท์ ประจวบลาภ, สุระเชษฐ์ โพธิ์แสง	153	<b>The Illegal Sale of E-Cigarettes around School: Guidelines for Ensuring the Safety of the Children and Youth</b> <i>Metchanon Prajuablap, Suraseth Phosaeng</i>
<b>การพัฒนานวัตกรรมจากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ: กรณีศึกษาสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)</b> นลินี เรืองฤทธิศักดิ์	161	<b>Development of Innovations using Health Promotion Concept: a Case Study from ThaiHealth Promotion Foundation</b> <i>Nalinee Ruangrittisak</i>
<b>ปกิณกะ</b>		<b>Miscellany</b>
<b>การเสริมสร้างสุขภาพระดับแรงงานในจังหวัดหนองคาย</b> สิริกอร์ นามลาบุตร และคณะ	168	<b>Health Promotion in Labor Sector in Nong Khai Province</b> <i>Sirikorn Namlabut, et al.</i>
<b>การประเมินผลกระทบของนโยบายการขยายเวลาปิดสถานบริการจากตีสองเป็นตีสี่ในพื้นที่นำร่อง 5 จังหวัดของประเทศไทย 2567</b> คณะผู้ทรงคุณวุฒิอิสระเพื่อศึกษาขยายเวลา	171	<b>Assessment of the Consequences of Alcohol Selling Hours Extension in Entertainment Venues from 2:00 AM to 4:00 AM in 5 Pilot Provinces of Thailand, 2024</b> <i>Independent Expert on Extended Alcohol Selling Hours Policy Study</i>
<b>บุหรี่ไฟฟ้า: ความเสี่ยงใหม่ต่อสุขภาพเยาวชน</b> ฟิสิทพงษ์ ปิยะปัญญามงคล	177	<b>Health at Risk: E-Cigarette or Vaping among Adolescents</b> <i>Phisitphong Piyapanyamongkhon</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. (เกียรติคุณ) นพ.ประทีป วาทีสาธกิจ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (มสบ.)  
รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ  
ผศ. ดร.สุปรียดา อุดมยานนท์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)  
นพ.พงศ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

## บรรณาธิการ

### บรรณาธิการ

นพ.วิวัฒน์ ใจจนพิทยากร สำนักงานบริหารการวิจัยและนวัตกรรมสาธารณสุข  
สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

## กองบรรณาธิการ

ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)  
นายประยงค์ โพธิ์ศรีประเสริฐ สาขาวิชาสถาปัตยกรรมศาสตร์ สถาบันอาศรมศิลป์  
ดร. นพ.ไพโรจน์ เสาแก้ว สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)  
ดร. นพ.ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ สำนักงานพัฒนาสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข  
ผศ. ดร.ลักขณา เต็มศิริกุลชัย ศูนย์พัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการควบคุมยาสูบ (พศย.)  
ศ. ดร. พญ.สาวิตรี อัมฉิมวงศ์กรชัย ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

## ฝ่ายบริหารจัดการ

นายรังสรร มั่นคง สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)  
นางสาวนลินี เรืองฤทธิศักดิ์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

## ถึงเวลาขับเคลื่อนงานวิชาการสุขภาพะทางเพศ ในระดับชาติอีกครั้ง

เท่าที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีการจัดการประชุมระดับชาติเกี่ยวกับสุขภาพะทางเพศมาแล้ว 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2557 โดยใช้ชื่อการประชุมว่า การประชุมระดับชาติเรื่องสุขภาพะทางเพศ โดยมีประเด็นหลัก (theme) คือ “การตั้งครมในวัยรุ่น” ครั้งที่ 2 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560 ใช้ theme ว่า “เซ็กส์เปิดในวัยรุ่น: เปิดพื้นที่สร้างความฉลาดรู้เรื่องเพศ” และครั้งที่ 3 เมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 ใช้ theme ว่า “การตั้งครมในวัยรุ่น: จากยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติที่ยั่งยืน”

เป็นที่ยอมรับกันในแวดวงวิชาการว่า การจัดการประชุมสัมมนาในระดับชาติเป็นกลไกสำคัญประการหนึ่งในการส่งเสริมความสำคัญของหัวเรื่องที่จัดประชุม มีตัวอย่างให้เห็นชัดเจนในระดับนานาชาติ เช่น การประชุมเรื่องการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่เมือง Alma-Ata ในประเทศรัสเซีย (ปัจจุบันคือประเทศคาซัคสถาน) เมื่อปี พ.ศ. 2521 เกิดผลผลิตคือปฏิญญาอัลมา-อาตา ซึ่งกลายเป็นจุดเริ่มต้นของงานสาธารณสุขมูลฐานที่มีการพัฒนาต่อยอดมาจนถึงปัจจุบัน การประชุมด้านส่งเสริมสุขภาพโลกที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อปี พ.ศ. 2529 ได้ก่อให้เกิดกฎบัตรออตตาวา ซึ่งเป็นแม่บทของงานสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้กันทั่วโลก ส่วนในเรื่องของโรคเอดส์ การประชุมนานาชาติครั้งแรกที่จัดขึ้นที่เมืองแอตแลนตาเมื่อปีพ.ศ.2528 สามารถสร้างกระแสแรงในการระดมพลังปัญญาเพื่อต่อสู้กับภัยโรคเอดส์ และมีการจัดต่อเนื่องกันมาจนเป็นประเพณี และกลายเป็นเวทีโลกในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

การประชุมระดับชาติเรื่องการตั้งครมในวัยรุ่นในประเทศไทยริเริ่มเมื่อปี พ.ศ. 2557 โดยนายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร ผู้อำนวยการศูนย์นโยบายและการจัดการสุขภาพของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีในขณะนั้น ซึ่งรับเป็นแกนนำในการจัดการประชุมในครั้งแรกและ 2 ครั้งต่อมาโดยทำหน้าที่ประสานภาคีต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการประชุมระดับชาติเรื่องสุขภาพะทางเพศทุกครั้งนับว่าเป็นกิจกรรมเด่นในการสร้างความเข้มแข็งกับงานป้องกันและแก้ไขการตั้งครมในวัยรุ่นของประเทศ ผลผลิตที่สำคัญของการประชุมคือ การเปิดเวทีผลักดันการออกกฎหมายท้องวัยรุ่น (ซึ่งประสบความสำเร็จในระยะต่อมา) การกำหนดภารกิจการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครมในวัยรุ่นของหน่วยงานต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและในระดับจังหวัด การพัฒนาวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพะทางเพศและเพศวิถีศึกษา การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ความสำเร็จของงานท้องวัยรุ่นของพื้นที่ต่างๆ และอื่นๆ อีกมากมาย การจัดการทุกครั้งที่ผ่านมา แรงสนับสนุนที่สำคัญมาจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ หรือ สสส.

บัดนี้ เป็นที่แน่ชัดแล้วว่า จะมีการจัดการประชุมระดับชาติครั้งที่ 4 ในวันที่ 14-16 สิงหาคม พ.ศ. 2567 โดยจะจัดที่โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์ จังหวัดนนทบุรี ซึ่งเช่นเคย องค์กรหลักในการสนับสนุนการประชุมครั้งนี้คือ สสส. แต่มีความแตกต่างจากครั้งที่ผ่านาคือ การประชุมครั้งที่ 4 นี้ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครมในวัยรุ่น (แห่งชาติ) โดยในการประชุมครั้งที่ 1/2567 เมื่อวันที่ 7 มีนาคม พ.ศ. 2567 ประธานคณะกรรมการ (รองนายกรัฐมนตรี) ได้ให้ความเห็นชอบ และขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องตาม พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครมในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 (ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงการอุดมศึกษาฯ) ร่วมเป็นเจ้าภาพจัดการประชุม และประชาสัมพันธ์ให้บุคลากรเข้าร่วมประชุม เพื่อให้การจัดการประชุมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงถือได้ว่าเป็นการประชุมแห่งชาติได้อย่างแท้จริง ส่วนผู้เข้าประชุมจะมาจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและจากทุกจังหวัด คาดว่าจะมีผู้เข้าประชุมประมาณ 1,000 คน (เทียบกับการประชุมครั้งที่ 1 - 2,100 คน ครั้งที่ 2 - 1,100 คน และครั้งที่ 3 - 1,600 คน)

การประชุมครั้งนี้ คณะอนุกรรมการด้านวิชาการ ซึ่งนำโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำหน้าที่พิจารณาเนื้อหาและกระบวนการประชุมได้เตรียมการไปได้พอสมควร จึงมีความก้าวหน้าไปอย่างน่าพอใจ

ประเด็นหลักหรือ theme สำหรับการประชุมครั้งนี้คือ การประชุมระดับชาติ เรื่องสุขภาวะทางเพศ ครั้งที่ 4: “ชุมชนเข้มแข็ง สร้างสุขภาวะทางเพศ” หรือ “**Strong Community for Healthy Sexuality**” ซึ่งเป็นการให้ความสำคัญกับการดำเนินงานในระดับพื้นที่หรือระดับชุมชน กิจกรรมการประชุมยังคงคล้ายคลึงกับ 3 ครั้งที่ผ่านมา คือ พิธีเปิด พิธีปิด การจัดปาฐกถาพิเศษ (keynote) การประชุมรวม (plenary) การนำเสนอหัวข้อสำคัญ (symposium) และการเสริมทักษะ (skill building) การจัดเวทีสำหรับกลุ่มวัยรุ่น (youth track) เวทีเปิดกลาง (open space learning) การแสดงนิทรรศการ (exhibition/market place) และการจัดบูธแสดงผลงานและนวัตกรรมในการแก้ไขปัญหาของภาคี เครือข่ายทุกภาคส่วน

เท่าที่ผ่านมา การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของประเทศไทยประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี สามารถลดปัญหาความรุนแรงลงกว่าครึ่งภายในเวลาเพียง 5-6 ปี จาก 53 ต่อพันเหลือ 21 ต่อพันในปีกลายนี้ ก็ได้แต่ตั้งความหวังว่าการประชุมระดับชาติครั้งที่ 4 นี้ จะสามารถช่วยเพิ่มความสำเร็จให้ยิ่งขึ้น โดยเป็นการเสริมความเข้มแข็งการดำเนินงานสุขภาวะทางเพศในระดับจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง งานห้องวัยรุ่น ซึ่งยังมีจุดอ่อนอยู่ในหลายพื้นที่ และความสำเร็จนี้จะส่งผลให้คนไทยมีสุขภาวะทางเพศที่ดีสมตามเจตนารมณ์ของภาคีต่างๆ ที่ร่วมมือกันจัดประชุมระดับชาติในครั้งนี้

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร

บรรณาธิการ

# การสูญเสียปีสุขภาวะในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ จากการมีกิจกรรมทางกายต่ำในประชากรไทย

นฤมล สิริวัฒน์, ณัฐพัชร์ มรรคา, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ  
มูลนิธิเพื่อการพัฒนาอนามัยสุขภาพระหว่างประเทศ จังหวัดนนทบุรี

## บทคัดย่อ

กิจกรรมทางกายต่ำเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะจากโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประมาณการสูญเสียปีสุขภาวะที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกายต่ำในประชากรไทยกลุ่มผู้ใหญ่ใน พ.ศ. 2562 โดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินความเสี่ยงเชิงเปรียบเทียบในการประมาณค่าสัดส่วนของการเกิดโรคสำคัญในกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และโรคมะเร็งเต้านมในประชากรทั้งหมดจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำ โดยใช้ข้อมูลความชุกของการมีกิจกรรมทางกายในการสำรวจสุขภาพของประชากรไทย ข้อมูลความเสี่ยงสัมพัทธ์จากการศึกษาระยะโรครวมจากปัจจัยเสี่ยงระดับโลก ค.ศ. 2019 และข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิต และจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการศึกษาระยะโรครวมและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562 ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีกิจกรรมทางกายในประชากรไทยกลุ่มอายุ 25-59 ปี ส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับสูงทั้งเพศชายและหญิง โดยที่เพศชายสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมากกว่าครึ่งมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับที่น้อย และพบว่าโรคเบาหวานมีสัดส่วนของการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำสูงที่สุด โดยคิดเป็นร้อยละ 16.7 และ 19.9 ของการเสียชีวิตทั้งหมดจากโรคเบาหวานในเพศชายและเพศหญิง ตามลำดับ รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่าการมีกิจกรรมทางกายต่ำยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะมากถึง 298,630 ปี (158,971 ปีในเพศชาย และ 139,659 ปีในเพศหญิง) โดยสูญเสียในโรคหัวใจขาดเลือดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.3 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำ ตามด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ

**คำสำคัญ:** กิจกรรมทางกาย; ภาวะโรค; การเสียชีวิต; การสูญเสียปีสุขภาวะ; การประเมินความเสี่ยงเชิงเปรียบเทียบ; ประเทศไทย

วันรับ: 12 ก.พ. 2567

วันแก้ไข: 15 มี.ค. 2567

วันตอบรับ: 23 เม.ย. 2567

## บทนำ

โรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases; NCDs) เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง เบาหวาน เป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่การสูญเสียและเกิดภาระทางด้านสุขภาพของประชากรโลก ไม่ว่าจะเป็นเจ็บป่วยหรือการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตด้วยโรค-

ไม่ติดต่อกว่าร้อยละ 70 ทั่วโลก และเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากถึง 17 ล้านคน<sup>(1)</sup> สาเหตุของโรคไม่ติดต่อก่อจากปัจจัยเสี่ยงหลายๆ ด้านร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ปัจจัยเสี่ยงด้านเมตาบอลิก และปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการมีกิจกรรมทางกายที่ต่ำ ซึ่งการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอยังทำให้ระบบการดูแล

สุขภาพระดับนานาชาติเสียชีวิตรวมประมาณ 53.8 พันล้านดอลลาร์ และสูญเสียผลิตภาพอีกจำนวน 13.7 พันล้านดอลลาร์ ในปี พ.ศ. 2556<sup>(2)</sup> และยังคงก่อให้เกิดภาวะโรคทั่วโลกอีกด้วย โดยในปี พ.ศ. 2559 ประชากรทั่วโลกมีการเสียชีวิตอันเนื่องมาจากการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอคิดเป็นประมาณร้อยละ 7.2 โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศที่มีรายได้อยู่ในระดับปานกลาง<sup>(3)</sup>

ในประเทศไทย สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไม่ติดต่อและการขาดกิจกรรมทางกายก็เป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงไม่แพ้กัน โดยโรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตถึงร้อยละ 74 ในประเทศ<sup>(4)</sup> และมีค่าใช้จ่ายต่อเศรษฐกิจไทยประมาณ 1.6 ล้านล้านบาทต่อปี ซึ่งเท่ากับร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในปี ค.ศ. 2019<sup>(4)</sup> การขาดกิจกรรมทางกายไม่เพียงแต่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและผลผลิตของประชากร รัฐบาลไทยจึงได้ดำเนินการอย่างแข็งขันเพื่อเพิ่มกิจกรรมทางกายให้กับประชาชน เพื่อจัดการกับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ<sup>(4)</sup> ด้วยการติดตั้งเส้นทางจักรยานและโครงการอื่นๆ เพื่อส่งเสริมการใช้ชีวิตที่มีกิจกรรมมากขึ้น ด้วยเป้าหมายเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยลดภาระของโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในประเทศ

อย่างไรก็ตาม แม้มีหลักฐานเชิงประจักษ์ชัดเจนว่าการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่เพิ่มโอกาสในการเกิดโรคไม่ติดต่อ แต่หนึ่งในสี่ของผู้ใหญ่และสามในสี่ของวัยรุ่นในประชากรทั่วโลก ยังคงมีระดับการมีกิจกรรมทางกายไม่ถึงเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ<sup>(5)</sup> สหประชาชาติเล็งเห็นถึงความสำคัญในเรื่องนี้ จึงมีการกำหนดให้การมีกิจกรรมทางกายเป็นหนึ่งในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development goals; SDGs) โดยมีเป้าหมายในการลดระดับการขาดกิจกรรมทางกายทั่วโลกในผู้ใหญ่และวัยรุ่นลงร้อยละ 15 ภายในปี พ.ศ. 2573<sup>(5)</sup> การศึกษาและวิเคราะห์จำนวนปีสุขภาพที่สูญเสีย (disability-adjusted life years; DALYs) ในกลุ่มโรคไม่ติดต่อจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำในประชากรไทยเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเติมเต็มช่องว่างความรู้ในด้านสาธารณสุข การวิเคราะห์นี้ไม่เพียงแต่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการมีกิจกรรมทางกายเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ แต่ยังช่วยให้เห็นถึงผลกระทบที่แท้จริงต่อคุณภาพ-

ชีวิตและอายุขัยของประชากร ด้วยการรวมการสูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (YLLs) และการมีชีวิตอยู่กับความพิการ (YLDs) DALYs จึงเป็นตัวชี้วัดที่ครอบคลุมและมีความหมายในการวางแผนสาธารณสุข การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การจัดสรรทรัพยากร และการติดตามผลการดำเนินงานของนโยบายสาธารณสุข นอกจากนี้ ข้อมูล DALYs ยังช่วยให้ประเทศไทยสามารถเปรียบเทียบภาระโรคกับประเทศอื่นได้อย่างมีความหมาย และเป็นพื้นฐานในการพัฒนาและปรับปรุงนโยบายเพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายและลดภาระโรคจากโรคไม่ติดต่อในระยะยาว

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาระโรคจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำของประชากรไทยที่นำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อ 5 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และโรคมะเร็งเต้านม เพื่อเติมเต็มช่องว่างของความรู้และเพิ่มความเข้าใจในปัญหาการขาดกิจกรรมทางกายในประเทศไทย

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ข้อมูลภาคตัดขวาง ณ ปี พ.ศ. 2562 (cross-sectional analytic studies) ร่วมกับการใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ประชากรที่ศึกษาและแหล่งข้อมูล

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชากรไทยใน พ.ศ. 2562 วัยผู้ใหญ่อายุ 25 ปีขึ้นไป จำนวน 22,606 ราย โดยใช้ข้อมูลความชุกของการมีกิจกรรมทางกายต่ำจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 โดยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี<sup>(6)</sup> ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ รวมถึงใช้ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิต จำแนกตามโรค เพศ และอายุ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2562 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข<sup>(7)</sup> ซึ่งปรับความครบถ้วนและถูกต้องของสาเหตุการตายและข้อมูลการสูญเสียปีสุขภาวะ จากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562 โดยแผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย<sup>(8)</sup>



สุขภาพที่เกี่ยวข้อง 5 โรคไม่ติดต่อสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจ-ขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และโรคมะเร็งเต้านม

**3. การกำหนดค่าต่ำสุดของระดับปัจจัยเสี่ยงในทางทฤษฎี (theoretical minimum risk exposure level; TMREL)** เป็นระดับเปรียบเทียบของแต่ละปัจจัยเสี่ยงเมื่อบุคคลหนึ่งๆ สัมผัสแล้วไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยอ้างอิงค่าดังกล่าวจากการศึกษาของ GBD 2019 ที่ได้กำหนดค่า TMREL ของการมีกิจกรรมทางกายที่ 4,200 MET นาทีต่อสัปดาห์ โดยคำนวณจากระดับการมีกิจกรรมทางกายที่ทำให้เสียชีวิตน้อยที่สุดจากทุกผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น

**4. ประเมินค่า population attributable fraction (PAF)** โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1-3 ที่จำแนกตามระดับของการมีกิจกรรมทางกาย เพศ และกลุ่มอายุ ได้แก่ (1) ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายต่ำ (risk factor exposure) (2) ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงและโรค (relative risk) และ (3) ค่าต่ำสุดของระดับปัจจัยเสี่ยงในทางทฤษฎี (TMREL) โดยใช้สูตร ดังนี้

$$PAF = \frac{\sum_{i=1}^n P_i(RR_i - 1)}{\sum_{i=1}^n P_i(RR_i - 1) + 1} \times 100$$

โดยที่  $\sum_i$  คือ การรวมหมวดหมู่ทั้งหมด  
 $i$  คือ หมวดหมู่ของแต่ละระดับของปัจจัยเสี่ยง  
 $P$  คือ ความชุกของปัจจัยเสี่ยงในประชากร  
 $RR$  คือ ความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรค

**5. การประมาณค่าจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียจากการเจ็บป่วย พิการ และเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (disability-adjusted life years; DALYs)** ในการคาดประมาณผลกระทบของปัจจัยเสี่ยงต่อการตายและภาวะโรค ได้จากผลคูณของ PAF และจำนวนตาย รวมถึงจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควร (years of life lost; YLLs) และจำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียจากการป่วยหรือพิการ (years lost due to disability; YLDs) ของโรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และโรคมะเร็งเต้านม ที่ได้จากการศึกษาภาวะโรค

และการบาดเจ็บของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562 โดยเป็นข้อมูลที่จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุที่สอดคล้องกับค่า PAF คำนวณดังสูตร

$$\text{Attributable DALY} = \sum_i (PAF_i \times YLD_i) + (PAF_i \times YLL_i)$$

โดยที่  $\sum$  คือ ผลรวมของทุกโรคที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง  
 $PAF_i$  คือ ค่า PAF ของโรค  $i$   
 $YLD_i$  คือ จำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียจากการป่วยหรือพิการของโรค  $i$   
 $YLL_i$  คือ จำนวนปีสุขภาพที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยอันควรของโรค  $i$

## ผลการศึกษา

### ความชุกของกิจกรรมทางกายในประชากรไทย

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พบว่า ประชากรชายอายุ 25 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับมากสูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ โดยในเพศชายกลุ่มอายุที่มีกิจกรรมทางกายในระดับสูงมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 30-44 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.1 ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มอายุ 25-29 ปี และ 45-59 ปี ที่ร้อยละ 58.0 และ 57.8 ตามลำดับ ในขณะที่เพศหญิงกลุ่มอายุ 45-59 ปี เป็นกลุ่มอายุที่มีกิจกรรมทางกายในระดับสูงมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 30-44 ปี และ 25-29 ปี โดยคิดเป็นร้อยละ 48.8 และ 44.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า กว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับน้อยทั้งสองเพศ (ร้อยละ 52.6 ในเพศชายและร้อยละ 61.2 ในเพศหญิง) ดังตารางที่ 1

### จำนวนผู้เสียชีวิตอันเนื่องมาจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำ (death attributable to low physical activity)

เมื่อนำสัดส่วนของการเกิดโรคในประชากรทั้งหมด อันเนื่องมาจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำ (PAF) มาทำการประมาณค่าจำนวนผู้เสียชีวิตพบว่า การมีกิจกรรมทางกายต่ำ เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเสียชีวิตจาก 5 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน

ตารางที่ 1 ความชุกของการมีกิจกรรมทางกายระดับต่างๆ ตามเกณฑ์ของ GPAQ<sup>(11)</sup> จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

ระดับกิจกรรมทางกาย	เพศชาย, กลุ่มอายุ (ปี) (ร้อยละ)						เพศหญิง, กลุ่มอายุ (ปี) (ร้อยละ)					
	25-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+	25-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80+
น้อย (low) (ผลรวมค่า MET < 600 นาที/สัปดาห์)	17.1	21.4	21.0	24.6	35.2	52.6	28.3	24.6	20.9	28.1	45.2	61.2
ปานกลาง (moderate) (ผลรวมค่า MET < 3,000 นาที/สัปดาห์)	24.9	19.5	21.1	24.2	32.1	29.2	27.2	26.6	27.5	34.4	32.2	26.3
สูง (high) (ผลรวมค่า MET ≥ 3,000 นาที/สัปดาห์)	58.0	59.1	57.8	51.2	32.7	18.2	44.5	48.8	51.6	37.5	22.6	12.5
รวม	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และโรคมะเร็งเต้านม มากถึง 13,287 ราย โดยจำแนกเป็นเพศชาย 6,721 ราย และเพศหญิง 6,566 ราย และเมื่อพิจารณาจำแนกตามรายโรค พบว่า 3 โรคที่ทำให้เสียชีวิตมากที่สุดจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำทั้งในเพศชายและเพศหญิง คือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และเบาหวานชนิดที่ 2 โดยในเพศชายมีการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็น 3,798 ราย และเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็น 1,294 ราย และ 916 ราย ตามลำดับ ในขณะที่เพศหญิงมีการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็น 2,768 ราย และเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และเบาหวานชนิดที่ 2 คิดเป็น 1,841 ราย และ 1,245 ราย ตามลำดับ ดังภาพที่ 2 โดยกลุ่มอายุที่มีการเสียชีวิตมากที่สุด ทั้งในเพศชายและหญิง ได้แก่ กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยในเพศชายคิดเป็นอัตราการตายเท่ากับ 108 ต่อประชากรแสนคน และในเพศหญิงมีอัตราการตายอยู่ที่ 96 ต่อประชากรแสนคน ดังตารางที่ 2

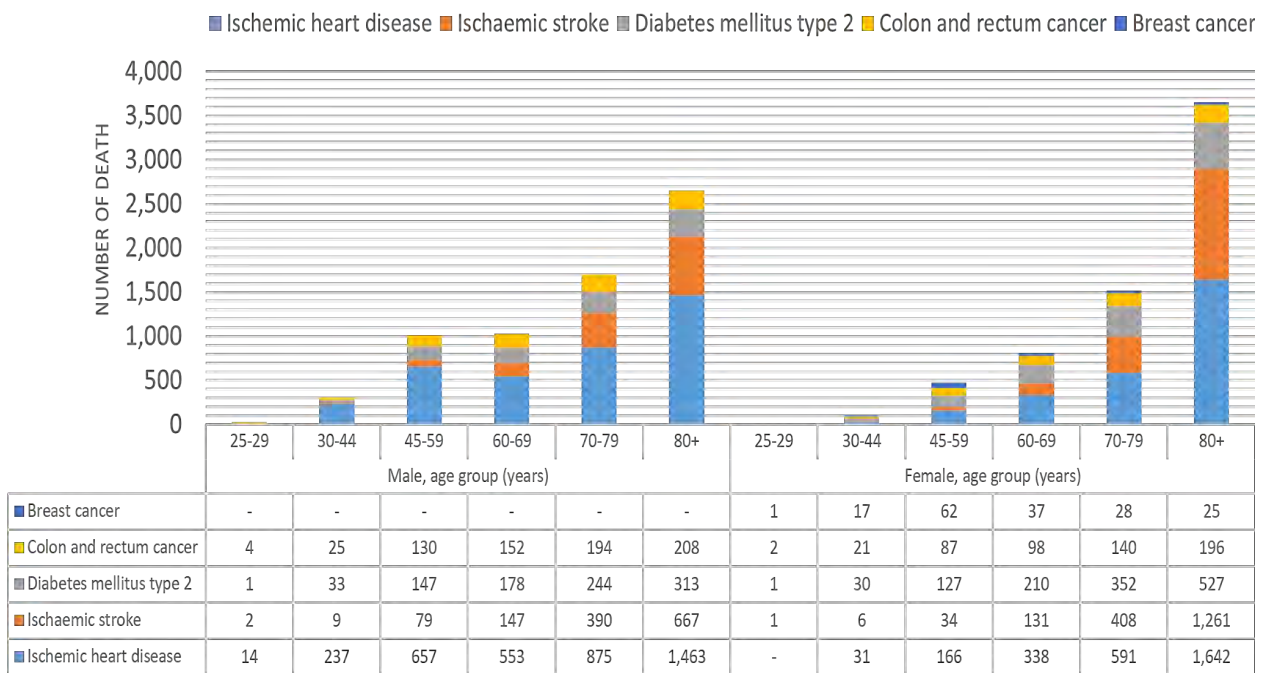
**จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียอันเนื่องมาจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำ (DALYs attributable to low physical activity)**

จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสีย (DALYs) จากการมีกิจกรรมทางกายต่ำเป็นสาเหตุที่ทำให้ประชากรไทยอายุ 25 ปีขึ้นไป ต้องสูญเสียปีสุขภาวะมากถึง 298,630 ปี

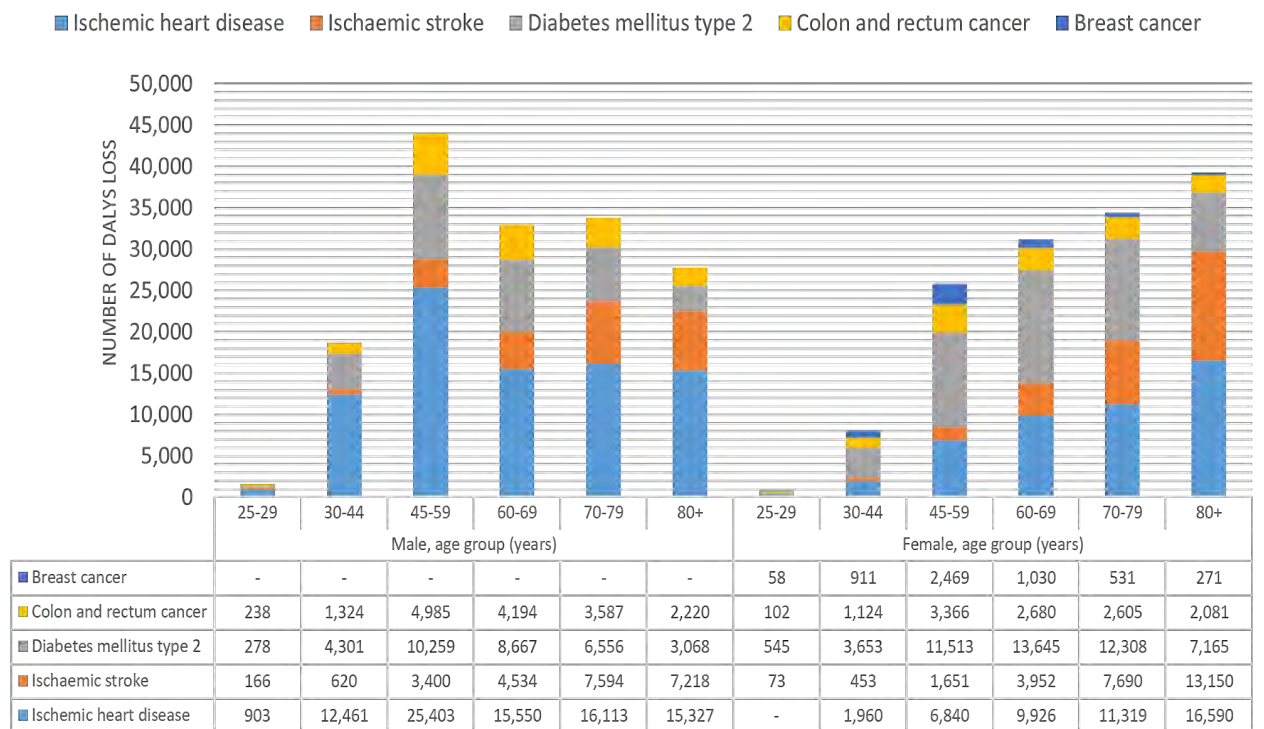
โดยเป็นการสูญเสียในเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็น 158,971 ปี และ 139,659 ปี ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจำแนกตามรายโรค พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะอันเนื่องมาจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด คิดเป็น 132,391 ปี หรือร้อยละ 44.3 ของการสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมดจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการสูญเสียในเพศชาย โดยคิดเป็นประมาณ 85,757 ปี ในขณะที่เพศหญิงมีการสูญเสียปีสุขภาวะประมาณ 46,635 ปี รองลงมาคือโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการสูญเสียจากทั้งสองเพศประมาณ 81,959 ปี และยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียสูงที่สุดของเพศหญิงอีกด้วย โดยคิดเป็นการสูญเสียในเพศหญิง ประมาณ 48,828 ปี ในขณะที่เพศชาย คิดเป็นประมาณ 33,130 ปี สำหรับสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะอันดับที่ 3 ของการมีกิจกรรมทางกายต่ำ คือ โรคหลอดเลือดสมอง มีความสูญเสียปีสุขภาวะประมาณ 50,502 ปี โดยมีสัดส่วนการเสียชีวิตในเพศหญิงและชายใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 53.4 ในเพศหญิง และร้อยละ 46.6 ในเพศชาย) ดังภาพที่ 3

เมื่อพิจารณากลุ่มอายุที่มีการสูญเสียปีสุขภาวะจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำ พบว่า มีการสูญเสียมากที่สุดในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุ โดยคิดเป็นอัตรา 1,783 ปีต่อประชากรแสนคน (จำแนกเป็น 1,901 ปีต่อประชากรแสนคนในเพศชาย และ 1,688 ปีต่อประชากรแสนคนในเพศหญิง) ดังตารางที่ 2

ภาพที่ 2 จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ อันเนื่องมาจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



ภาพที่ 3 จำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียด้วยโรคต่างๆ อันเนื่องมาจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำ จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ



ตารางที่ 2 อัตราตายและอัตราสูญเสียปีสุขภาวะจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำ (ต่อแสนประชากร) จำแนกตามเพศและกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ	ประชากรกลางปี พ.ศ. 2562 <sup>(12)</sup>			อัตราตายต่อแสนประชากร			อัตราสูญเสียปีสุขภาวะต่อแสนประชากร		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
25-59	16,918,780	17,564,229	34,483,009	8	3	6	380	198	287
60+	4,978,193	6,217,046	11,195,239	108	96	102	1,901	1,688	1,783
รวม	21,896,973	23,781,275	45,678,248	31	28	29	726	587	654

## วิจารณ์

การศึกษานี้นำเสนอภาระโรคจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำของประชากรไทยที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2562 โดยผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องที่ได้ทำการประมาณค่าภาระโรค ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคเมะเร็งลำไส้ใหญ่ และโรคเมะเร็งเต้านม จากผลการศึกษา แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างในระดับการมีกิจกรรมทางกายระหว่างเพศชายและเพศหญิง ในกลุ่มอายุต่างๆ โดยพบว่าเพศชายมีระดับการมีกิจกรรมทางกายที่สูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุ และกลุ่มอายุที่มีการมีกิจกรรมทางกายมากที่สุดในเพศชายคือกลุ่มอายุ 30-44 ปี ในขณะที่ในเพศหญิงคือกลุ่มอายุ 45-59 ปี นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งที่มีระดับการมีกิจกรรมทางกายต่ำ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่มีการเสื่อมสภาพลง และผลการศึกษายังชี้ให้เห็นว่า การมีกิจกรรมทางกายต่ำมีผลกระทบต่อ การเสียชีวิตและการสูญเสียปีสุขภาวะในประเทศไทย โดยจากการประเมินจำนวนผู้เสียชีวิตและปีสุขภาวะที่สูญเสียจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำพบว่ามีจำนวนผู้เสียชีวิตจาก 5 โรคไม่ติดต่อตั้งกล่าวมากถึง 13,287 ราย โดยโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในทั้งสองเพศ และแม้ว่าเพศชายจะมีกิจกรรมทางกายที่มากกว่าเพศหญิง แต่กลับพบว่าเพศชายมีการเสียชีวิต และสูญเสียปีสุขภาวะมากกว่า

ในเพศหญิง ซึ่งเป็นผลมาจากเพศชายมักมีการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการนำไปสู่การเกิดโรคต่างๆ ที่สูงกว่าเพศหญิง โดยเฉพาะปัจจัยเสี่ยงทางด้านพฤติกรรม เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ เป็นต้น ที่พบความชุกสูงกว่าเพศหญิง จึงเป็นผลทำให้เพศชายมีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ สูงกว่าในเพศหญิง<sup>(13)</sup> นอกจากนี้ การมีกิจกรรมทางกายต่ำยังส่งผลให้การสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) โดยพบว่าโรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียปีสุขภาวะในทั้งสองเพศ และผู้สูงอายุมีการสูญเสียปีสุขภาวะมากที่สุด ซึ่งการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในกลุ่มนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ควรพิจารณา

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการศึกษานี้จะอ้างอิงระเบียบวิธีการศึกษาและค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์จากการศึกษาภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงระดับโลก ในปี ค.ศ. 2019<sup>(14)</sup> แต่ผลการศึกษาที่ได้มีความแตกต่างกัน โดยจากการศึกษานี้มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำประมาณ 13,287 ราย (อัตราตาย 29 ต่อประชากรแสนคน) และมีจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียไปประมาณ 298,628 ปี (อัตรา 654 ปีต่อประชากรแสนคน) ในขณะที่การศึกษาของ GBD 2019 พบว่า มีจำนวนผู้เสียชีวิตและจำนวนปีสุขภาวะที่สูญเสียต่ำกว่าเล็กน้อย คือ 10,427 ราย (อัตราตาย 22 ต่อประชากรแสนคน) และ 223,375 ปี (อัตรา 479 ปีต่อประชากรแสนคน)<sup>(15)</sup> ซึ่งความแตกต่างดังกล่าวเป็นผลมาจากการใช้แหล่งข้อมูลที่เป็นองค์ประกอบในการประมาณค่าที่แตกต่างกัน อันได้แก่ ข้อมูลความชุก ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตจากแต่ละผลลัพธ์

สุขภาพ และข้อมูลภาระโรค ซึ่งในการศึกษานี้มีการเลือกใช้ข้อมูลความชุกที่เป็นการสำรวจระดับประเทศ ที่เก็บข้อมูลด้วยข้อคำถามมาตรฐานสากล เพื่อให้สามารถสะท้อนถึงภาระโรคได้น่าเชื่อถือที่สุด และใช้ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ที่มีการปรับความครอบคลุมและมีการปรับสาเหตุการเสียชีวิตให้มีความถูกต้องตามหลักการ และใช้ผลการประมาณภาระโรคของประเทศไทยที่สอดคล้องกับปีที่ทำการศึกษานี้<sup>(8)</sup> ในขณะที่ GBD 2019 ใช้ข้อมูลการสัมผัสความเสี่ยงที่รวบรวมจากการสำรวจกิจกรรมทางกายของประเทศต่างๆ แล้วนำมาคำนวณเป็นสัดส่วนของการมีกิจกรรมทางกายในระดับต่างๆ โดยการใช้ machine learning crosswalks หรือโปรแกรม DisMod - MR 2.1 เพื่อให้ได้ข้อมูลจำแนกตามเพศ อายุ และระดับของการมีกิจกรรมทางกายของแต่ละประเทศ<sup>(14)</sup> ซึ่งไม่ใช่ข้อมูลจากการสำรวจในประชากรไทยโดยตรง และยังใช้ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตจากฐานข้อมูลการเสียชีวิตขององค์การอนามัยโลก รายงานสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (MICS) รวมถึงแหล่งอื่นๆที่เกี่ยวข้อง<sup>(16)</sup> ทำให้ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิตมีความแตกต่างจากการศึกษานี้ทั้งในด้านของหลากหลายและปีของข้อมูล เช่นเดียวกับข้อมูลภาระโรค หรือ YLL และ YLD ที่มีความแตกต่างกัน โดยที่การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากการศึกษาภาระโรคของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2562 ที่มีการใช้ข้อมูลสำคัญของประเทศไทย เช่น ข้อมูลจำนวนผู้เสียชีวิต ข้อมูลผู้ป่วยและการเข้ารับบริการ ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน รวมถึงข้อมูลสำรวจ หรือการศึกษาต่างๆ ของประเทศไทยโดยตรง ในขณะที่การศึกษาของ GBD<sup>(14)</sup> เลือกใช้เฉพาะข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้หรือมีการเผยแพร่ ซึ่งอาจจะไม่เป็นปัจจุบัน และใช้โมเดลมาช่วยในการประมาณค่าแทนการใช้ข้อมูลจริงเพื่อให้สามารถเปรียบเทียบระหว่างประเทศต่างๆ ทั้งที่มีและไม่มีข้อมูลจริงได้ ด้วยสาเหตุดังกล่าว จึงทำให้ผลการศึกษามาจาก GBD และการศึกษานี้มีความแตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบผลการประมาณค่า PAF จากการศึกษาการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในกลุ่มประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมถึงกลุ่มประเทศที่มีรายได้อยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกและตะวันออกเฉียงใต้ ที่ประเทศไทยได้ถูกจัดอยู่ในกลุ่มประเทศเหล่านี้ พบว่า

ผลการศึกษานี้มีค่าสูงกว่าเล็กน้อยซึ่งเป็นผลมาจากค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ และความชุกที่เป็นองค์ประกอบหลักในการประมาณค่าที่มีความแตกต่างกัน โดยความชุกของการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอในกลุ่มที่มีรายได้ปานกลางมีค่าประมาณร้อยละ 26 ความชุกของกลุ่มประเทศเอเชีย-ตะวันออกและตะวันออกเฉียงใต้ มีค่าร้อยละ 17.3<sup>(3)</sup> ในขณะที่การศึกษานี้มีค่าความชุกของการมีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับต่ำของประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 30.8<sup>(6)</sup>

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรกล่าวถึง คือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ทำการศึกษานี้ทั้ง 5 โรค อาจจะมีปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการเกิดร่วมด้วย<sup>(17)</sup> ซึ่งในการศึกษานี้ไม่ได้ปรับในส่วนของปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจจะมีผลต่อการเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพใน 5 โรคดังกล่าว จึงอาจจะมีผลต่อการประมาณค่า PAF<sup>(18)</sup> และในการศึกษานี้เป็นการประมาณค่าภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทยในระดับประเทศ ไม่สามารถแยกย่อยระดับต่ำกว่าประเทศได้เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงข้อมูล อีกทั้งในส่วนของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ทำการประเมินในการศึกษานี้ อาจจะไม่ครอบคลุมทั้งหมด โดยการศึกษาของ Peter TK และคณะ<sup>(3)</sup> ได้รวบรวมการศึกษา prospective cohort studies ที่ดูความสัมพันธ์ระหว่างการมีกิจกรรมทางกาย กับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง โดยพบผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้อง 15 รายการโรค ดังนั้น เพื่อให้สะท้อนถึงภาระโรคที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมทางกายต่ำได้ดียิ่งขึ้น การศึกษาในอนาคตจึงควรประเมินค่าภาระโรคจากการมีกิจกรรมทางกายต่ำให้ครอบคลุมผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องให้มากขึ้น นอกจากนี้ ปัจจุบันยังไม่มีผลการศึกษาค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ของการมีกิจกรรมทางกายกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรไทยโดยตรง ดังนั้นในการประมาณค่าได้เลือกใช้ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์จากการศึกษา Global Burden of Disease ในปี ค.ศ. 2019<sup>(14)</sup> ที่ได้มาจากการศึกษาในประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกและสุขภาพผู้ใหญ่ ซึ่งดำเนินการในประเทศจีน กานา อินเดีย เม็กซิโก รัสเซีย และแอฟริกาใต้ และข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพและโภชนาการแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา<sup>(10)</sup> ทำให้ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ใช้ในการประมาณค่านี้อาจจะไม่สะท้อนถึงประชากรไทยได้ตรง เนื่องจากบริบทที่มีความแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มประชากร

ผลการศึกษาวิจัยนี้ แสดงให้เห็นถึงการสูญเสียและภาวะทางสุขภาพของกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่เกิดจากการมีกิจกรรมทางกายที่ต่ำของประชากรไทยของแต่ละเพศและกลุ่มวัย โดยเฉพาะในเพศหญิง และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับที่ต่ำ ดังนั้น ควรส่งเสริมและกระตุ้นให้ประชากรกลุ่มดังกล่าวมีกิจกรรมทางกายเพิ่มมากขึ้น ซึ่งตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลกได้แนะนำการเพิ่มกิจกรรมทางกายในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ ควรมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกด้วยความหนักระดับปานกลาง อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ และผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ควรมีกิจกรรมทางกายเพื่อฝึกเรื่องการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันการล้ม อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ และควรทำกิจกรรมที่เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อมัดใหญ่อย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์ โดยลักษณะของกิจกรรมทางกายควรมีความหลากหลาย<sup>(19)</sup> นอกจากนี้ การออกแบบและส่งเสริมนโยบายที่สนับสนุนให้กับประชากรไทยมีกิจกรรมทางกายเพียงพอเพื่อลดการเสียชีวิตและการสูญเสียปีสุขภาวะที่มาจากภาวะโรคในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นสิ่งจำเป็น เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมและการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการทำกิจกรรมทางกาย เพื่อให้ประชาชนสามารถ

มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมและเป็นประจำในชีวิตประจำวัน อีกทั้งการเสริมสร้างความเข้าใจในประชากรเกี่ยวกับผลกระทบของการมีกิจกรรมทางกายต่ำต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้นก็เป็นสิ่งสำคัญที่ควรมีในการแก้ไขปัญหานี้อีกด้วย การสร้างการเข้าใจและการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับคุณค่าและประโยชน์ของการมีกิจกรรมทางกายสามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในพฤติกรรมของบุคคลได้และมีประโยชน์ต่อสุขภาพรวมของประชากรทั้งหมดในระยะยาว

## กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้เขียนขอขอบคุณหน่วยงานต่างๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุขที่ได้อนุเคราะห์ข้อมูลในการศึกษา ได้แก่ สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สำนักบริหารทะเบียน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รวมทั้งผู้เชี่ยวชาญผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้ข้อเสนอแนะต่อการศึกษา และขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ผู้สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL, Finkelstein EA, Katzmarzyk PT, van Mechelen W, et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet* 2016;388(10051):1311-24.
3. Katzmarzyk PT, Friedenreich C, Shiroma EJ, Lee I-M. Physical inactivity and non-communicable disease burden in low-income, middle-income and high-income countries. *British Journal of Sports Medicine* 2022;56(2):101-6.
4. World Health Organization. Prevention and control of noncommunicable diseases in thailand – the case for investment [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 25]. Available from: [https://www.who.int/thailand/activities/NCDs\\_Investment\\_Case\\_Report](https://www.who.int/thailand/activities/NCDs_Investment_Case_Report)
5. World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. Geneva: World Health Organization; 2018.
6. วิชัย เอกพลการ, หทัยชนก พรรคเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2564.
7. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2562.

8. แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: แอนดีเพรส; 2565.
9. Mathers CD VT, Lopez AD, Salomon J, Ezzati M. National burden of disease studies: a practical guide. Edition 2.0. Global Program on Evidence for Health Policy. Geneva: World Health Organization; 2001.
10. Kyu HH, Bachman VF, Alexander LT, Mumford JE, Afshin A, Estep K, et al. Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *BMJ* 2016;354:i3857.
11. World Health Organization. Global physical activity questionnaire (GPAQ) analysis guide [Internet]. [cited 2024 Jan 25]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/gpaq-analysis-guide.pdf>
12. สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. ข้อมูลประชากรกลางปี พ.ศ. 2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 2 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/pop2562.xlsx](https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/pop2562.xlsx)
13. แผนงานพัฒนาดัชนีภาระโรคแห่งประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทย พ.ศ. 2562. นนทบุรี: แอนดีเพรส; 2565.
14. Murray CJ, Aravkin AY, Zheng P, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi-Kangevari M, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* 2020;396(10258):1223-49.
15. Global Health Data Exchange. GBD results [Internet]. 2019 [cited 2023 Jan 18]. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
16. Global Health Data Exchange. Global Burden of Disease Study (GBD 2019) [Internet]. 2019 [cited 2023 Feb 2]. Available from: <https://ghdx.healthdata.org/gbd-2019/data-input-sources?components=2&locations=18>
17. Wong BH, Peskoe SB, Spiegelman D. The effect of risk factor misclassification on the partial population attributable risk. *Statistics in Medicine* 2018;37(8):1259-75.
18. Laaksonen MA, Härkänen T, Knekt P, Virtala E, Oja H. Estimation of population attributable fraction (PAF) for disease occurrence in a cohort study design. *Statistics in Medicine* 2010;29(7-8):860-74.
19. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health: Geneva: World Health Organization; 2010.

# Burden of Non-Communicable Diseases (NCDs) Attributable to Low Physical Activity in Thai Adults: an Analysis of the Burden of Disease Study.

Naruemon Sikhiwat, Nuttapat Makka, Kanitta Bundhamcharoen

*International Health Policy Program Foundation, Nonthaburi Province, Thailand*

## Abstract

Low physical activity is a risk factor for the increasing burden of morbidity and mortality from non-communicable diseases, which is a significant problem in Thailand and globally. This study aimed to estimate the health burden associated with low physical activity in Thai adults in 2019, using a comparative risk assessment (CRA) framework. The estimation of the proportion of major non-communicable diseases attributable to low physical activity included breast cancer, colon cancer, type 2 diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke in the entire population. Data on the prevalence of physical activity from the 6<sup>th</sup> national health examination survey, relative risk was taken from the global burden disease (GBD) in 2019, and mortality, (years of life lost; YLLs), (years lost due to disability; YLDs), and (disability-adjusted life years DALYs) in 2019 was derived from the Thailand BOD study. The study findings revealed that the majority of the Thai population aged 25-59 had high levels of physical activity, both among males and females, with slightly higher activity levels in males compared to females. However, over half of the elderly population aged 80 and above had low levels of physical activity. Additionally, it was found that patients with diabetes had the highest proportion of deaths due to low physical activity, accounting for 16.7% and 19.9% of all deaths from diabetes in males and females, respectively. This was followed by ischemic heart disease and ischemic stroke. Furthermore, low physical activity was identified as the cause of a substantial loss of disability-adjusted life years; DALYs, amounting to 298,630 DALYs (158,971 DALYs in males and 139,659 DALYs in females). The highest loss was attributed to ischemic heart disease, accounting for 44.3% of the total loss of DALYs due to low physical activity, followed by type 2 diabetes and ischemic stroke, respectively.

**Keywords:** physical activity; burden of disease; Mortality; DALYs; comparative risk assessment; Thailand

# การส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน ช่วงเทศกาลสงกรานต์ด้วยมาตรการ “ด้านชุมชนปากหวาน”: บทเรียนจากการดำเนินงานในจังหวัดศรีสะเกษ

ชญาณีน กฤติยะโชติ, เปรมปรีดี ชวนะนรเศรษฐ์, สุภาภรณ์ ทักนพวงศ์, อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์, วีระชน เกลียวกลม  
แผนงานสนับสนุนการป้องกันอุบัติเหตุจราจรระดับจังหวัด ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มุ่งวิเคราะห์กระบวนการดำเนินงาน จุดเด่น ปัจจัยสำคัญ ข้อท้าทาย และบทเรียนจากการนำมาตรการ “ด้านชุมชนปากหวาน” มาใช้ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนในจังหวัดศรีสะเกษช่วงเทศกาลสงกรานต์ ซึ่งครอบคลุมการดำเนินงานใน 22 อำเภอ และมีการตั้งด่านชุมชนรวม 234 จุด โดยมาตรการนี้เน้นการสื่อสารเชิงบวก และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองผู้ใช้รถใช้ถนนด้วยความหวังดี มีการเก็บข้อมูลอัตราการสวมหมวกนิรภัย เพื่อวิเคราะห์และกำหนดแนวทางส่งเสริม ผลการศึกษาพบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ภาพรวมจังหวัดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24.55 ก่อนดำเนินการ เป็นร้อยละ 38.77 หลังดำเนินการ ส่วนผู้ซ้อนท้ายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.27 เป็นร้อยละ 23.18 อย่างไรก็ตาม ยังพบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ซ้อนท้ายยังอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าส่งเสริมเป็นพิเศษ ทั้งการให้ความรู้ การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ขับขี่ในการคัดกรอง และการบังคับใช้กฎหมาย ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน ความร่วมมือของชุมชน การประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง การบูรณาการความร่วมมือหลายภาคส่วน และการติดตามประเมินผล นอกจากนี้ยังระบุข้อท้าทาย เช่น ความต่อเนื่องของอาสาสมัคร งบประมาณสนับสนุน และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง พร้อมทั้งนำเสนอ บทเรียนสำคัญ ได้แก่ การออกแบบมาตรการให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ การสื่อสารเชิงบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นแนวทางการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน อย่างบูรณาการ ซึ่งเกิดจากการที่ชุมชนลงมือทำ เป็นเจ้าของ และใช้ข้อมูลในการขับเคลื่อนด้วยตนเอง ก่อให้เกิดความยั่งยืน และต่อเนื่อง โดยสามารถนำไปปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ต่างๆ เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีและความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนนให้กับประชาชนได้ต่อไป

คำสำคัญ: ความปลอดภัยทางถนน; ด้านชุมชนปากหวาน; การสื่อสารเชิงบวก; การมีส่วนร่วมของชุมชน; เทศกาลสงกรานต์

วันรับ: 30 เม.ย. 2567

วันแก้ไข: 28 พ.ค. 2567

วันตอบรับ: 31 พ.ค. 2567

## บทนำ

อุบัติเหตุทางถนนถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรงในหลายประเทศทั่วโลก โดยในปี พ.ศ. 2562 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั่วโลกสูงถึง 1.3 ล้านคน<sup>(1)</sup> สำหรับประเทศไทย สถิติจากสำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร (สนข.) ระบุว่าในปี พ.ศ. 2565 มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนถึง 20,766 ราย<sup>(2)</sup> ความเสี่ยงจากอุบัติเหตุมักจะสูงขึ้นในช่วงเทศกาลสำคัญที่มีการเดินทางและการใช้รถใช้ถนนมากกว่าปกติ เช่น ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ของปีพ.ศ. 2565 มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนสูงถึง 3,442 ราย และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 336 ราย<sup>(3)</sup>

การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความรุนแรงและโอกาสเสียชีวิตจากอุบัติเหตุได้ แต่อย่างไรก็ตาม อัตราการสวมหมวกนิรภัยในประเทศไทยยังอยู่ในระดับต่ำ<sup>(4)</sup> ภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงได้ดำเนินมาตรการต่างๆ เพื่อส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน อาทิ การบังคับใช้กฎหมาย การตั้งด่านชุมชนเพื่อตรวจและตักเตือน รวมถึงการรณรงค์ประชาสัมพันธ์<sup>(4,5)</sup> อย่างไรก็ตาม การดำเนินมาตรการเหล่านี้ในอดีตมักประสบปัญหาและข้อจำกัดบางประการ เช่น การดำเนินงานแบบบนลงล่าง ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน และการมุ่งเน้นเพียงมิติด้านความปลอดภัยเท่านั้น<sup>(4)</sup>

ด้วยเหตุนี้ จึงมีการนำเสนอแนวคิด “ด้านชุมชน-ปากหวาน” ซึ่งเป็นเครื่องมือที่เน้นการสื่อสารเชิงบวกและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการตักเตือนผู้ขับขี่ด้วยความห่วงใยและให้เหตุผล<sup>(6)</sup> โดยจังหวัดศรีสะเกษเป็นจังหวัดแรกที่น่ามามาตรการดังกล่าวมาดำเนินการในช่วงเทศกาลสงกรานต์ปี พ.ศ. 2567 ครอบคลุมการดำเนินงานใน 22 อำเภอ และมีการตั้งด่านชุมชนรวม 234 จุด ซึ่งเป็นจำนวนพื้นที่ดำเนินการที่กว้างขวางและมากกว่าในอดีต<sup>(7)</sup>

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา วิเคราะห์ และนำเสนอกระบวนการดำเนินงาน จุดเด่น ปัจจัยความสำเร็จ ข้อท้าทาย และบทเรียนที่ได้รับจากการนำมาตรการ “ด้านชุมชนปากหวาน” มาใช้ในการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนช่วงเทศกาลสงกรานต์ในจังหวัด

ศรีสะเกษ เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและออกแบบมาตรการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนในเทศกาลอื่นๆ หรือขยายผลไปพื้นที่อื่นๆ ตลอดจนนำไปประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ ตามวัตถุประสงค์ของวารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทยต่อไป

## วิธีการศึกษา

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงพรรณนาโดยมุ่งศึกษาวิเคราะห์ และนำเสนอกระบวนการ จุดเด่น ปัจจัยความสำเร็จ ข้อท้าทาย และบทเรียนจากการนำมาตราการ “ด้านชุมชน-ปากหวาน” มาใช้ในการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนช่วงเทศกาลสงกรานต์ในจังหวัดศรีสะเกษ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินมาตรการ “ด้านชุมชนปากหวาน” ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ภาครัฐ ผู้นำชุมชน สมาชิกคณะกรรมการหมู่บ้าน และอาสาสมัครที่ร่วมดำเนินงาน รวม 45 คน โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง และวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

2. ประชาชนผู้ใช้รถใช้ถนนที่สัญจรผ่านด่านชุมชน-ปากหวานในช่วงเทศกาลสงกรานต์ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 1,170 คน โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Yamane<sup>(8)</sup>

### เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

1. แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องตามข้อ 1 ของประชากรที่ศึกษา

2. แบบบันทึกข้อมูลการสวมหมวกนิรภัย เพื่อบันทึกอัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ที่ผ่านด่านชุมชนปากหวาน

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แนวคำถามสัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ส่วนแบบบันทึกข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงตรง (reliability test) โดยการเก็บข้อมูลจริงจำนวน 50 ตัวอย่าง แล้วคำนวณหาค่า

ความเที่ยงตรงโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.89 ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับมาตรการ “ด้าน-ชุมชนปากหวาน” เช่น คู่มือการดำเนินงาน รายงานผลการดำเนินงาน เป็นต้น
2. สัมภาษณ์เชิงลึกผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินมาตรการตามกลุ่มข้อ 1 โดยใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างแล้วทำการบันทึกเสียงและถอดเทปอย่างละเอียด
3. เก็บข้อมูลอัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้าย ณ จุดด้านชุมชนปากหวานที่จัดตั้งขึ้นในช่วงเทศกาลสงกรานต์ พ.ศ. 2567 (11-17 เมษายน พ.ศ. 2567) ครอบคลุมทั้ง 22 อำเภอ อำเภอละ 3 จุด รวม 66 จุด

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์เนื้อหาจากข้อมูลการทบทวนเอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่ออธิบายกระบวนการ จุดเด่น ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ข้อท้าทาย และบทเรียนที่ได้รับ
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบอัตราการสวมหมวกก่อนและหลังการดำเนินมาตรการ เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์

**ผลการศึกษา**

จากการศึกษากระบวนการดำเนินการมาตรการ “ด้าน-ชุมชนปากหวาน” ในจังหวัดศรีสะเกษ ที่ครอบคลุม 22 อำเภอ โดยได้ข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และการสำรวจอัตราการสวมหมวกนิรภัย ด้านชุมชน 66 จุด สามารถสรุปผลการศึกษาดังนี้

1. กระบวนการและขั้นตอนการดำเนินมาตรการ “ด้านชุมชนปากหวาน” ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) การเตรียมการและวางแผน ที่มีการคัดเลือกพื้นที่เป้าหมายและประชุมเตรียมความพร้อมร่วมกับชุมชน (2) การเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย (3) การปฏิบัติงานด้าน ที่เน้นการใช้ถ้อยคำสื่อสารเชิงบวกในการตักเตือนและให้คำแนะนำ พร้อมทั้งบันทึกข้อมูลการสวมหมวกนิรภัย (4) การบันทึกและรายงานผล ให้ศูนย์อำนวยความปลอดภัยทางถนน จังหวัดเป็นประจำทุกวัน และ (5) การติดตามและประเมินผล เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยทุกขั้นตอนเน้นการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ผังขั้นตอนการดำเนินงานด้านชุมชนปากหวานจังหวัดศรีสะเกษ



**ผังขั้นตอนการดำเนินงานด้านชุมชนปากหวาน**

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการจัดตั้งด้านชุมชนปากหวานของ สปภ.อปท.



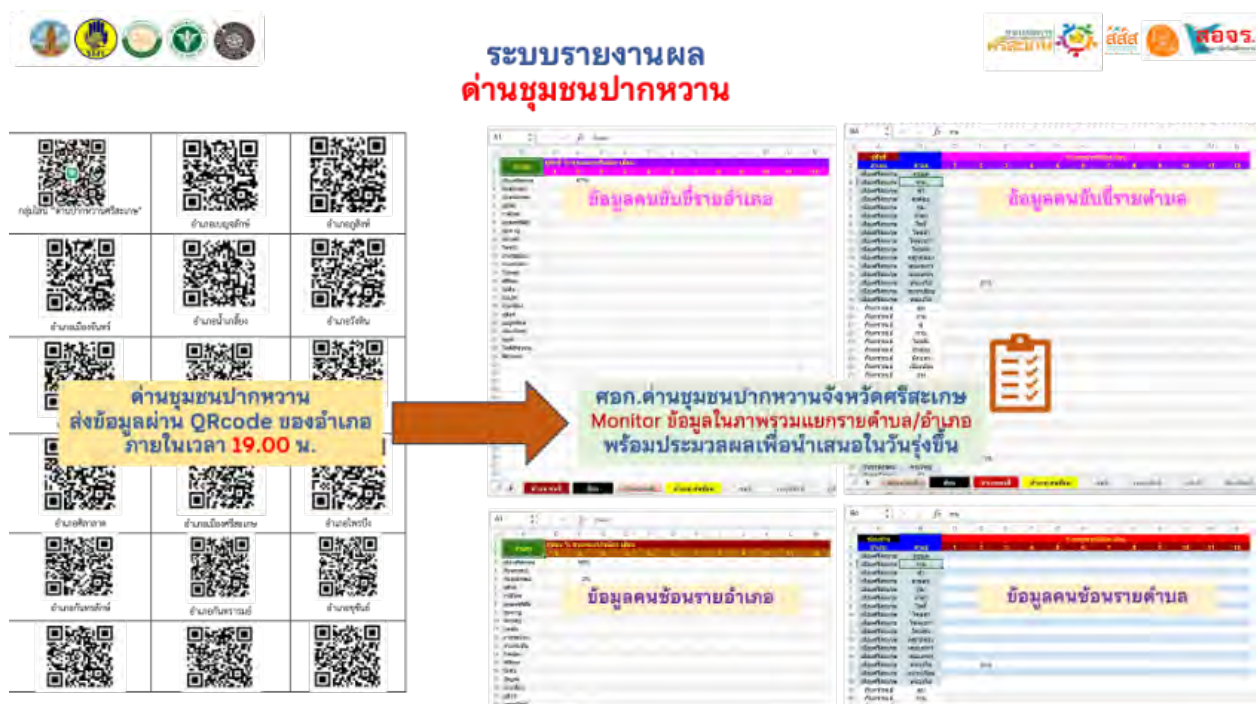
2. จุดเด่นของมาตรการ “ด้านชุมชนปากหวาน” คือ การใช้การสื่อสารเชิงบวกในการให้คำแนะนำและตักเตือนผู้ขับขี่ด้วยถ้อยคำที่สุภาพ เน้นให้เหตุผลด้วยความห่วงใย ไม่ใช้การว่ากล่าวตักเตือน ทำให้เกิดการยอมรับจากคนในชุมชน นอกจากนี้ มาตรการนี้ยังอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก โดยให้คณะกรรมการหมู่บ้านและอาสาสมัครเป็นแกนนำในการดำเนินงาน จุดเด่นอีกประการสำคัญ คือ การเก็บข้อมูลผู้สวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่และผู้ซ้อนท้ายเพื่อวิเคราะห์ผลการสวมหมวกนิรภัยในระดับชุมชนและนำไปสู่การกำหนดแนวทางส่งเสริมการสวมหมวกนิรภัย โดยได้ส่งรายงานผลให้ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อประมวลผลในภาพรวมของจังหวัดและคืนข้อมูลการสวมหมวกนิรภัยในระดับอำเภอและระดับตำบลต่อไป ดังภาพที่ 2

3. ปัจจัยความสำเร็จของมาตรการ ได้แก่ (1) การสนับสนุนจากผู้นำท้องที่และท้องถิ่นที่เห็นความสำคัญและให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่ (2) ความร่วมมือของคนในชุมชนซึ่งทำให้เกิดการยอมรับและปรับพฤติกรรมได้ง่ายขึ้น (3) การ

สื่อสารและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนรับรู้และให้ความสำคัญ (4) การบูรณาการความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรต่างๆ ทำให้มาตรการดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ (5) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อปรับปรุงและแก้ไขอย่างทันทั่วทั้ง

4. ข้อท้าทายในการดำเนินมาตรการ ได้แก่ (1) ความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร เนื่องจากเป็นการทำงานแบบจิตอาสา ต้องสร้างแรงจูงใจและกำลังใจอย่างสม่ำเสมอ (2) การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนในระยะยาว ที่จำเป็นต้องกระตุ้นให้ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญและจัดสรรให้เพียงพอ (3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและค่านิยมของผู้ขับขี่บางกลุ่ม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและสังคม รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด และ (4) ความแตกต่างของบริบทและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ จึงต้องมีการปรับรูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของชุมชน

ภาพที่ 2 ระบบการรายงานผลการเก็บข้อมูลของด้านชุมชนปากหวานจังหวัดศรีสะเกษ



5. บทเรียนสำคัญจากการดำเนินมาตรการ “ด้าน-ชุมชนปากหวาน” ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้แก่ (1) การออกแบบมาตรการให้สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมของชุมชน ไม่ใช้วิธีสั่งการจากส่วนกลาง (2) การสร้างการมีส่วนร่วมและการเป็นเจ้าของของชุมชนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวางแผนถึงการประเมินผล (3) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. สถานศึกษา สถานประกอบการ ฯลฯ เพื่อการสนับสนุนที่ต่อเนื่อง (4) การสื่อสารเชิงบวกและสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเน้นถึงประโยชน์ที่จะได้รับ มากกว่าการลงโทษ และ (5) การติดตามประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยกระบวนการ PDCA และเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

6. ข้อมูลอัตราการสวมหมวกนิรภัย

6.1 อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ มีความแตกต่างกันค่อนข้างมากในแต่ละอำเภอ ตั้งแต่ต่ำสุด ร้อยละ 20 ที่อำเภอบึงบูรพ์ ไปจนถึงสูงสุด ร้อยละ 59 ที่อำเภอกันทรลักษ์

6.2 ค่าเฉลี่ยอัตราการสวมหมวกของผู้ขับขี่ในภาพรวมทั้งจังหวัดหลังการดำเนินมาตรการอยู่ที่ร้อยละ 38.77 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการที่มีเพียงร้อยละ 24.55

6.3 สำหรับผู้ขับขี่มีอัตราการสวมหมวกนิรภัยค่อนข้างต่ำมาก โดยเฉลี่ยทั้งจังหวัดหลังดำเนินการ

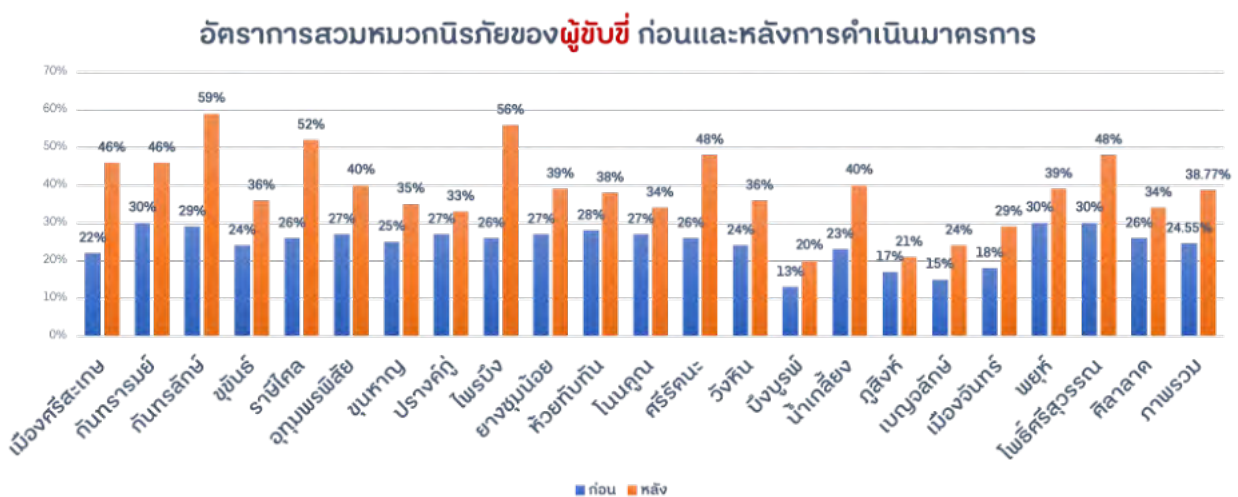
อยู่ที่ร้อยละ 23.18 เพิ่มจากก่อนดำเนินการที่มีร้อยละ 18.27 แต่ก็ยังถือว่าต่ำมาก เมื่อเทียบกับผู้ขับขี่ ดังภาพที่ 3 และ 4

จากการดำเนินงานดังกล่าว พบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยของประชาชนในพื้นที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งนอกจากจะช่วยป้องกันการบาดเจ็บทางกายแล้ว ยังแสดงให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น เกิดความตื่นตัวและใส่ใจต่อความปลอดภัยของตนเองมากขึ้น การที่คนในชุมชนเห็นเพื่อนบ้านสวมหมวกนิรภัยกันมากขึ้น ก็จะช่วยสร้างบรรทัดฐานใหม่ให้กลายเป็นเรื่องปกติของชุมชน และจูงใจให้คนที่ยังไม่ปฏิบัติได้ปรับพฤติกรรมตาม

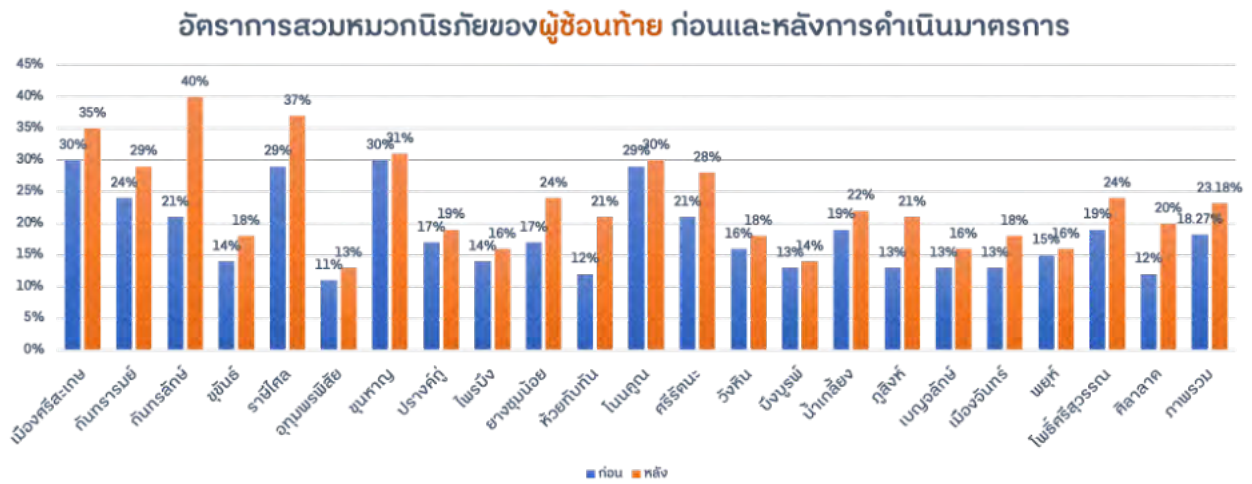
อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาพบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่ยังอยู่ในระดับที่ต่ำมาก จึงควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมเป็นพิเศษ ทั้งในด้านการให้ความรู้ความเข้าใจ การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ขับขี่ในการตกแต่งเดือน รวมถึงการบังคับใช้กฎหมายเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ขับขี่มีการสวมใส่มากขึ้นจนเทียบเท่ากับผู้ขับขี่ในที่สุด

ที่สำคัญความสำเร็จของการเพิ่มอัตราการสวมหมวกนิรภัยนี้ เกิดจากการลงมือทำของชุมชนเอง ไม่ใช่ถูกสั่งการหรือบังคับจากภายนอก แต่ชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อน เป็นผู้สำรวจ เป็นผู้รายงาน และใช้ข้อมูลในการกระตุ้นเตือนกันเอง จึงเกิดความยั่งยืนและต่อเนื่อง เพราะสิ่งเหล่านี้ถูกฝังรากลึกเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต ไม่ใช่แค่ทำตามกิจกรรมชั่วคราวชั่วคราว

ภาพที่ 3 อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ขับขี่ ก่อนและหลังการดำเนินมาตรการ



ภาพที่ 4 อัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้ซ้อนท้าย ก่อนและหลังการดำเนินมาตรการ



บทเรียนสำคัญนี้สะท้อนให้เห็นว่า การสร้างเสริมสุขภาพ และความปลอดภัยทางถนนที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง ทั้งร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเป็นเจ้าของ โดยมีเจ้าหน้าที่ภาครัฐเป็นผู้นำหนุนเสริมทางวิชาการและอำนวยความสะดวก การให้ชุมชนจัดการตนเองผ่านการจัดการความรู้ การสำรวจ และการใช้ข้อมูล จะทำให้ชุมชนเข้มแข็ง รู้จักตนเอง และสามารถหาทางออกที่เหมาะสมกับบริบทของตนได้ ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนาสุขภาวะชุมชนในระยะยาว อีกทั้งยังสามารถต่อยอดไปสู่การจัดการปัญหาสุขภาพหรือสังคมอื่นๆ ด้วย เพราะเมื่อมีพลังและศักยภาพเพียงพอแล้ว ชุมชนจะกลายเป็นภาคีสำคัญในการขับเคลื่อนสุขภาวะที่ดีสู่สมาชิกทุกคนได้อย่างเท่าเทียมและทั่วถึง

## วิจารณ์

การศึกษานี้นำเสนอกระบวนการ ปัจจัยความสำเร็จ ข้อท้าทาย และบทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินมาตรการ “ด้านชุมชนปากหวาน” ซึ่งเป็นมาตรการที่น่าสนใจในการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนช่วงเทศกาลสงกรานต์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้การสื่อสารเชิงบวกในการเตือนผู้ขับขี่ จุดแข็งสำคัญของการศึกษานี้ ได้แก่

1. เป็นการศึกษาที่ให้ข้อมูลเชิงลึกและมีรายละเอียดเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานมาตรการ “ด้านชุมชนปาก-

หวาน” อย่างครบถ้วน ครอบคลุมทั้ง 22 อำเภอในจังหวัดศรีสะเกษ และมีการเก็บข้อมูลในพื้นที่จำนวนมาก ซึ่งจะช่วยให้พื้นที่อื่นๆ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้

2. วิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ความสำเร็จ และข้อท้าทายของมาตรการอย่างละเอียด ทั้งในด้านบทบาทของผู้นำชุมชน การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การบูรณาการความร่วมมือหลายภาคส่วน รวมถึงปัญหาด้านงบประมาณ ความต่อเนื่องของอาสาสมัคร และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง

3. สามารถเสนอบทเรียนสำคัญที่ได้รับจากการดำเนินมาตรการ และให้ข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้อย่างชัดเจน ทั้งในด้านของการออกแบบมาตรการให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมและการเป็นเจ้าของของชุมชน การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ การสื่อสารเชิงบวกเพื่อสร้างแรงจูงใจ และการติดตามประเมินผล

4. มีการเก็บข้อมูลและนำเสนอผลการศึกษาในเชิงประจักษ์เกี่ยวกับอัตราการสวมหมวกนิรภัย ทั้งก่อนและหลังการดำเนินมาตรการ<sup>(7)</sup> ทำให้เห็นประสิทธิผลของโครงการได้อย่างชัดเจน และความจำเป็นที่จะต้องมีการเพิ่มเติมสำหรับกลุ่มผู้ซ้อนท้าย

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ (1) การศึกษายังคงจำกัดอยู่ในขอบเขตของจังหวัดศรีสะเกษเท่านั้น ควรขยายพื้นที่ศึกษาไปยังจังหวัดอื่นๆ ด้วย (2) ระยะเวลาการดำเนินการเฉพาะในช่วงเทศกาลสงกรานต์

อาจไม่ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินงานในช่วงนอกเทศกาลด้วย (3) ไม่มีการระบุความถี่ของการใช้มาตรการดักเตือนประจำวัน ซึ่งอาจมีผลต่อประสิทธิภาพของโครงการ และ (4) ยังขาดการวิเคราะห์ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมการสวมหมวก

สรุป การศึกษานี้มีคุณค่าในเชิงข้อมูลและบทสรุปที่เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน ซึ่งนอกจากจะนำไปใช้ขยายผลในช่วงเทศกาลหรือในพื้นที่อื่นๆ ได้แล้ว ยังสามารถประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ ผ่านกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนได้อีกด้วย<sup>(4)</sup> อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดบางประการที่หากได้รับการพัฒนาต่อยอดศึกษาให้ครอบคลุมมากขึ้น ก็จะทำให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวางและมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล คำปรึกษา และการสนับสนุนต่างๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้เกี่ยวข้องในการดำเนินมาตรการ “ด่านชุมชนปากหวาน” ของจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้สัมภาษณ์และแบ่งปันข้อมูลที่เป็นประโยชน์

2. ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด่านชุมชนปากหวาน ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนมาตรการนี้ให้ประสบความสำเร็จ

3. หน่วยงานราชการและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่ได้ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานด่านชุมชนปากหวานเป็นอย่างดี

4. ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานวิจัยฉบับนี้

ผลการศึกษานี้มุ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมความปลอดภัยทางถนนในช่วงเทศกาลสงกรานต์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานด้านความปลอดภัยทางถนนในโอกาสต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2018 [Internet]. 2018 [cited 2024 Apr 25]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>
2. สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่งและจราจร. สถิติอุบัติเหตุทางถนนของประเทศไทย ปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 25 มี.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dlt.go.th/th/content/48/1288/สถิติ-อุบัติเหตุทางถนน.html>
3. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนน. สถิติอุบัติเหตุช่วงเทศกาลสงกรานต์ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 25 มี.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.rothailand.com/th/yearbook2022>
4. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ถอดบทเรียนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในระดับพื้นที่. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2563.
5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีการเฝ้าระวังการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลสงกรานต์ พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2562.
6. ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดศรีสะเกษ. รายงานสรุปผลการดำเนินงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนช่วงเทศกาลสงกรานต์ พ.ศ. 2564 จังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: ศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดศรีสะเกษ; 2564.
7. ชญานิชน กฤติยะโชติ, อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์. รายงานผลการดำเนินงานด่านชุมชนปากหวานและอัตราการสวมหมวกนิรภัยในจังหวัดศรีสะเกษ ประจำปี 2567. ศรีสะเกษ: มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ; 2567.
8. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Harper and Row; 1967.

# Promoting Road Safety Culture during Songkran Festival through the “Sweet-Conversation Community Checkpoint (Positive Communication Community Checkpoint)” Measure: Lessons Learned from the Implementation in Sisaket Province

Chayanin Grittiyachote, Prempree Chawanoraset, Supaporn Thasanapong,  
Anuphan Suwanphan, Veerachon Kliawklom

*Lower Northeastern Provincial Road Safety Technical Support Program*

## Abstract

This study aimed to analyze the implementation process, strengths, key factors, challenges, and lessons learned from employing the “Sweet-Conversation Community Checkpoint” approach to promote road safety culture during the Songkran festival in Sisaket Province, covering 22 districts with a total of 234 community checkpoints. This approach emphasized positive communication and community participation in providing caring reminders to road users, coupled with data collection on helmet use rates for analysis and improvement planning. The results showed that the overall helmet use rate for motorcycle riders in the province increased from 24.55% before implementation to 38.77% after implementation. For passengers, the rate increased from 18.27% to 23.18%. However, the helmet use rate among passengers remained at a low level, requiring special promotion through education, encouraging riders’ participation in giving reminders, and law enforcement. Key success factors included support from community leaders, community collaboration, continuous public relations, multi-sectoral coordination, and monitoring and evaluation. The study also identified challenges such as the continuity of volunteer efforts, long-term budgetary support, and behavior change among at-risk groups. Additionally, significant lessons were presented, including designing measures aligned with community context, fostering community participation at all stages, establishing collaborative networks, using positive communication to motivate behavior change, and continuous monitoring and evaluation. The findings demonstrate an integrated approach to promoting road safety culture through community participation mechanisms, driven by the community’s own actions, ownership, and use of data, leading to sustainability and continuity. This approach can be adapted to suit the specific contexts of different areas to enhance public well-being and road safety for all.

**Keywords:** road safety; sweet-conversation community checkpoint; positive communication; community participation; Songkran festival

# ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อสร้างแรงจูงใจ ต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากร อายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ในเขตความรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลอุ้มผาง อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก

ณริดา พรหมรักษา<sup>1</sup>, นุชนาถ ประภาศ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> กลุ่มงานด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลอุ้มผาง จังหวัดตาก

<sup>2</sup> วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี จังหวัดจันทบุรี

## บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีภาวะก่อนเบาหวานโรงพยาบาลอุ้มผาง กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปและมีภาวะก่อนเบาหวานจำนวน 88 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 44 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีภาวะก่อนเบาหวาน แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมกรบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และพฤติกรรมออกกำลังกาย มีค่าความเชื่อมั่น 0.79, 0.83, 0.79 และ 0.82 ตามลำดับ ดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง มกราคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired t-test, independent t-test, Wilcoxon signed-rank test, และ Mann-Whitney U test ผลการศึกษาพบว่า (1) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มลดลงและพฤติกรรมกรออกกำลังกายสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) (2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพประกอบด้วย น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยเส้นรอบเอวมีแนวโน้มลดลงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) (3) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มลดลงและพฤติกรรมกรออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) และ (4) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพประกอบด้วย น้ำหนัก เส้นรอบเอวและน้ำตาลในเลือดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > 0.05$ ) จากการวิจัยนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำโปรแกรมการออกกำลังกายเพื่อสร้างแรงจูงใจไปใช้ในประชากรภาวะก่อนเบาหวานโดยสร้างการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จะช่วยลดอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และนำไปขยายผลในพื้นที่ใกล้เคียง

คำสำคัญ: การออกกำลังกายเพื่อสร้างแรงจูงใจ; ภาวะก่อนเบาหวาน; พฤติกรรมสุขภาพ

วันรับ: 15 พ.ค. 2567

วันแก้ไข: 8 มิ.ย. 2567

วันตอบรับ: 12 มิ.ย. 2567

## บทนำ

ปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุข เนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไป การบริโภคอาหารขาดการออกกำลังกายทำให้เกิดการเจ็บป่วยพิการหรือเสียชีวิต จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center; HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในปี พ.ศ. 2558 ถึงปี พ.ศ.2561 จาก 473.22 เป็น 599.2<sup>(1)</sup> จากรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของอำเภออุ้มผาง จังหวัดตากเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทย โดยเฉพาะจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มภาวะก่อนเบาหวาน (prediabetes) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2565 คือ ร้อยละ 1.67-3.22<sup>(2)</sup>

สาเหตุหลักของโรคร้อยละ 90 เกิดจากพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มัน เค็มมากเกินไป ขาดการออกกำลังกาย มีน้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน<sup>(3)</sup> เช่นเดียวกับประชากรอำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก ที่ปรับเปลี่ยนจากสังคมชนบทมาเป็นสังคมเมือง ทำให้มีการบริโภคอาหารประเภทแป้งและน้ำตาลจำนวนมาก ขาดการออกกำลังกายส่งผลให้น้ำหนักตัวเกินมาตรฐาน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจึงเป็นสิ่งสำคัญลดอุบัติการณ์เกิดโรคเบาหวานได้ร้อยละ 40-60<sup>(4)</sup> การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมวิธีการหนึ่ง คือ การทำให้เกิดแรงจูงใจจนสามารถนำความรู้และทักษะในการดูแลตนเองมาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ<sup>(5)</sup> ดังนั้นเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (motivation interviewing; MI) เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการกระตุ้นความพร้อมสร้างความตั้งใจในการดูแลตนเองดังเช่น การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา<sup>(6)</sup> โดยการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการป้องกันโรคที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎี

แรงจูงใจการป้องกันโรค ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานพื้นที่อำเภอปรามบุรี จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ผลการวิจัยพบว่าระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมและระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2<sup>(7)</sup> พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจตามแนวคิดของ Miller and Rollnick ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง อย่างต่อเนื่องจำนวน 5 ครั้ง เป็นระยะ 10 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.01$ ) ดังนั้นเทคนิคการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจสามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น

โรงพยาบาลอุ้มผางไม่มีโปรแกรมหรือรูปแบบการดูแลกลุ่มภาวะก่อนเบาหวานอย่างชัดเจน มีการให้ความรู้รายกลุ่ม เรื่อง โรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยง การป้องกันโรค และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผลของกิจกรรมไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ พบการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่อย่างต่อเนื่อง ประชาชนส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวาน บริโภคอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล ขาดการออกกำลังกายดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดและหลักการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจ (MI) มาประยุกต์จัดทำโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลอุ้มผาง อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก เพื่อให้ประชาชนที่มีภาวะก่อนเบาหวานมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ลดการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่

## วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุม ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม การสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มี ภาวะก่อนเบาหวานโรงพยาบาลอุ้มผาง กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปและมีภาวะก่อนเบาหวาน ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลอุ้มผาง

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาเป็นกลุ่มบุคคลที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป และได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานจากโรงพยาบาล- อุ้มผาง มีภาวะก่อนเบาหวานอยู่ในเขตความรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลอุ้มผาง จำนวน 3 หมู่บ้าน คือ หมู่ 1, 5 และ 6 ตำบลอุ้มผาง อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก คำนวณขนาดกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*power version 3.1 โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการทบทวน งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เท่ากับ 0.80 เนื่องจากเป็นงานวิจัย เชิงสุขภาพกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.95 และความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.05 เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างถอนตัวระหว่างการดำเนินการ วิจัยหรือเข้าเกณฑ์การถอนผู้เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการ เข้าร่วมการวิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 5 จากกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ กลุ่มทดลอง 44 คน และ กลุ่มควบคุม จำนวน 44 คน รวมทั้งหมด 88 คน

### การสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้รับการสุ่มเข้ากลุ่ม โดยใช้เลขสุ่มจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อควบคุมอคติ ในการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้ (1) กำหนด หมายเลขประจำตัวให้แก่สมาชิกทุกหน่วยในประชากรกลุ่ม ภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-DM) และ (2) สุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เลขสุ่มจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ กำหนดเลขให้ เท่ากับสมาชิกทุกหน่วยในประชากรกลุ่มภาวะก่อนเบาหวาน (Pre-DM) คือ 1-N แล้วใช้คำสั่งเลือกหมายเลขตามจำนวน กลุ่มทดลอง เท่ากับ 44 คน และจำนวนกลุ่มควบคุม เท่ากับ 44 คน ทุกรายผ่านเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก ดังนี้ เกณฑ์ การคัดเข้า (inclusion criteria) ตามคุณสมบัติดังนี้ (1) ไม่เคยถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (2) สามารถสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทย (3) ยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (exclusion criteria) ตามคุณสมบัติดังนี้ (1) มีโรคร่วมหรือโรคประจำตัวที่เป็น

อุปสรรคหรือเกิดความเสี่ยงในการเข้าร่วมโปรแกรม เช่น โรคระบบหลอดเลือดและหัวใจ ไตวาย ผู้ป่วยที่รับไว้ใน โรงพยาบาล (2) มีปัญหาการสื่อสาร หรือการเคลื่อนไหว และ (3) หลีกเลี่ยงตั้งครรภ์หรือเกิดการตั้งครรภ์ระหว่างการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อ พฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากร อายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีภาวะก่อนเบาหวานในเขตความรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลอุ้มผาง อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก เป็น โปรแกรมที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้แนวคิด เทคนิคการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ (MI) ของ Miller และ Rollnick<sup>(8)</sup> ประกอบด้วย การถามคำถามปลายเปิด (open ended question) การแสดงความชื่นชม (affirm the client) การสะท้อนตอบ (reflex what the person say) การสรุปความ (summarized perspective on change) เรียกว่า OARS และเทคนิคสำคัญในวิธีการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ นำมาประยุกต์เป็นองค์ประกอบที่จำเป็นในการให้คำปรึกษา แบบสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เรียกว่า อีดา (EDARE)<sup>(9)</sup> มีดังนี้ แสดงความเห็นใจ (express empathy) ชี้ให้เห็นความขัดแย้งในตนเอง (develop discrepancy) ให้คำแนะนำแบบมีทางเลือก (advice with menu) ไม่เถียงด้วย (avoid argumentation) กลิ้งไปกับแรงต้าน (roll with resistant) สนับสนุน ความมั่นใจในตนเอง (increase self-efficacy) และ คำแนะนำแบบสั้น (brief advice; BA) นำมาใช้สำหรับการ สนทนาในกลุ่ม จำนวน 6 ครั้ง เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์

### 2. แบบสอบถามใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ประวัติการเจ็บป่วย ในครอบครัว (พ่อ แม่ และพี่น้องสายตรง) ป่วยเป็นเบาหวาน ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารจำนวน 3 ด้าน ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภค อาหารหวาน จำนวน 5 ข้อ (2) แบบสอบถามพฤติกรรม กรรมการบริโภคอาหารมัน จำนวน 5 ข้อ และ (3) แบบสอบถาม พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม (โซเดียม) จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย 5 ข้อ

เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่ และระยะเวลาการออกกำลังกาย และส่วนที่ 4 แบบประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ คือ แบบบันทึกน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยการนำโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาโรคเบาหวาน จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคการสนทนาสร้างแรงจูงใจ จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีการวิจัย จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรงค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI=1.00) ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม นำมาจากแบบคัดกรองพฤติกรรมบริโภคของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พฤติกรรมการออกกำลังกายนำมาจากแบบคัดกรองยืนยันความเสี่ยงต่อภาวะโรคกลุ่มเมตาบอลิซึมของสำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแบบคัดกรองมาตรฐาน

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) นำแบบสอบถามทดลองใช้ คือ ประชากรที่คล้ายคลึงกันกลุ่มภาวะก่อนเบาหวาน อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ดังนี้ (1) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารหวาน ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 (2) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมันค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 (3) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเค็มค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 และ (4) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

3. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือใช้ประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ดังนี้ (1) เครื่องชั่งน้ำหนัก ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องชั่งผ่านมาตรฐานอุตสาหกรรม (2) เครื่องวัดส่วนสูงต้องมีคุณลักษณะมาตรฐานของสำนักโภชนาการกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข (3) เครื่องเจาะน้ำตาลในเลือด เป็นเครื่องผ่านมาตรฐานความปลอดภัยด้านสุขภาพ (CE) มาตรฐานด้านคุณภาพเครื่องมือแพทย์ (ISO13485) และมาตรฐานสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

**การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล**

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลให้แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทราบ

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มทดลอง ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีภาวะก่อนเบาหวาน ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลอุ้มผาง อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก รายละเอียด ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) สนทนารายกลุ่ม กลุ่มละ 11 คน ระยะเวลา 120 นาที วัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพสนับสนุนให้มองเห็นปัญหา สร้างการรับรู้เรื่องโรคเบาหวาน ค้นหาแรงจูงใจ สร้างความร่วมมือและสร้างข้อตกลงบริการ เทคนิค MI ที่ใช้คือ OARS, EDARE

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 3) สนทนารายกลุ่ม กลุ่มละ 7-8 คน ตามพฤติกรรมที่ต้องการเปลี่ยนแปลง ระยะเวลา 90 นาที วัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจผลกักดันแรงจูงใจ สร้างความมั่นใจในสิ่งที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สนับสนุนความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง แนะนำแบบสั้น ติดตามผลการปรับพฤติกรรมต่อเนื่องจากครั้งที่ 1 เทคนิค MI ที่ใช้คือ OARS, EDARE, BA

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) เยี่ยมบ้านสนทนารายบุคคล วันละ 5-6 คน คนละ 20-30 นาที วัตถุประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจผลกักดันแรงจูงใจ สร้างความมั่นใจในสิ่งที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สนับสนุนความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ให้คำแนะนำแบบสั้น และติดตามผลการปรับพฤติกรรมต่อเนื่องจากครั้งที่ 2 เทคนิค MI ที่ใช้คือ OARS, EDARE, BA

ครั้งที่ 4 และ 5 (สัปดาห์ที่ 6 และ 8) โทรศัพท์ติดตามรายบุคคล คนละ 5-10 นาที วัตถุประสงค์เพื่อสะกิดติดตาม คาดหวังเกิดพฤติกรรมตามแผนที่ตั้งใจเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง สอบถามปัญหาอุปสรรคให้คำแนะนำแบบสั้นตามความต้องการ ชื่นชมกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และติดตามผลการปรับพฤติกรรมต่อเนื่องจากครั้งที่ 3 และ 4 เทคนิค MI ที่ใช้คือ OARS, EDARE, BA

ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 10) กิจกรรมกลุ่มทดลอง จำนวน 44 คน ประเมินผลหลังได้รับโปรแกรม ระยะเวลา 180 นาที วัตถุประสงค์เพื่อสะท้อนผลการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม ประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ และกำหนด เป้าหมายด้านสุขภาพและแบบแผนการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมระยะยาว เทคนิค MI ที่ใช้คือ OARS, EDARE, BA ในการพบกลุ่มทดลองทุกครั้ง ผู้วิจัยให้ บันทึกร่างใจ เป้าหมาย วิธีการ พฤติกรรมปรับเปลี่ยน สุขภาพ ปัญหา อุปสรรค ลงในสมุดบันทึก “สุขภาพดี ที่เราอยากได้” และเก็บข้อมูลหลังการเข้าโปรแกรม

3. กลุ่มควบคุมจะได้รับรูปแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเดิม โดยให้ความรู้รายกลุ่ม เรื่อง โรคเบาหวาน ปัจจัยเสี่ยง การป้องกันโรค และวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายและนัดประเมินผลตามปกติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลมีรายละเอียด ดังนี้ (1) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (2) การเปรียบเทียบค่าคะแนน พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองวิเคราะห์ด้วย สถิติ Wilcoxon signed-rank test ข้อมูลมีการกระจาย ไม่เป็นโค้งปกติและการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลองวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ (3) การเปรียบเทียบค่าคะแนนผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย เส้นรอบเอว น้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม วัดก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test ข้อมูลมีการกระจายไม่เป็น โค้งปกติ และเปรียบเทียบคะแนนน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวัดก่อนและหลังการ ทดลองวิเคราะห์ด้วยสถิติ paired t-test ข้อมูลมีการ กระจายเป็นโค้งปกติ (4) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ระหว่างกลุ่ม ทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ข้อมูลมีการกระจาย ไม่เป็นโค้งปกติ และการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม

การออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ และ (5) การ เปรียบเทียบค่าคะแนนผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย เส้นรอบเอว น้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่ม- ควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test ข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นโค้งปกติ และเปรียบเทียบคะแนนน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent t-test ข้อมูลมีการ กระจายเป็นโค้งปกติ

#### การรับรองจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรองและอนุมัติ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตาก เลขที่โครงการวิจัย 011/2566 วันที่รับรอง 01/11/2566 เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ผู้วิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมโครงการโดยแนะนำตัว แจ้งชื่อโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ เข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ และแจ้งสิทธิการปฏิเสธ ที่จะเข้าร่วมวิจัยหรือสามารถออกจากการวิจัยได้เมื่อ ต้องการ พร้อมทั้งให้ลงนามในแบบเอกสารแสดงความ ยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าว (informed consent form) โดยข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอ ข้อมูลในภาพรวม

## ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.30 มีอายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 47.40 อายุเฉลี่ย 59.3 ปี การศึกษาระดับประถม ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพข้าราชการ ร้อยละ 31.8 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ 43.20 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 61.40 ข้อมูลของกลุ่มควบคุมพบว่าเป็น เพศหญิง ร้อยละ 47.7 อายุอยู่ในช่วง 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.9 อายุเฉลี่ย 56.2 ปี การศึกษาระดับประถม ร้อยละ 45.50 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 34.10 มีรายได้มากกว่า 20,000 บาท/เดือน ร้อยละ

22.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 36.4 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันด้าน เพศ อาชีพ รายได้ และการไม่มีโรคประจำตัว

**กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มลดลงและพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่าก่อนทดลอง** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z=-5.731$ ,  $p<0.001$  และ  $t=-6.032$ ,  $p<0.001$ ) ดังตารางที่ 1

**กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ** ประกอบด้วย น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=3.121$ ,  $p<0.05$ ,  $t=3.162$ ,  $p<0.05$  และ  $z=-5.434$ ,  $p<0.001$ ) โดยเส้นรอบเอวลดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z=-1.556$ ,  $p>0.05$ ) ดังตารางที่ 2

**กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็มลดลงและพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม** อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z=-3.442$ ,  $p<0.001$  และ  $t=3.598$ ,  $p<0.001$ ) ดังตารางที่ 3

**กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ** ประกอบด้วย น้ำหนัก เส้นรอบเอวและน้ำตาลในเลือดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t=-1.170$ ,  $p<0.05$ ,  $z=-2.522$ ,  $p<0.05$  และ  $z=-3.829$ ,  $p<0.001$ ) โดยดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลองลดลงไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $z=-1.682$ ,  $p>0.05$ ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	t	p	Wilcoxon signed-rank test	p-value
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม				
กลุ่มทดลอง (n=44)			-5.731	<0.001
กลุ่มควบคุม (n=44)			-5.316	<0.001
พฤติกรรมการออกกำลังกาย				
กลุ่มทดลอง (n=44)	-6.032	<0.001		
กลุ่มควบคุม (n=44)	-4.586	<0.001		

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพประกอบด้วย น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย น้ำตาลในเลือดและเส้นรอบเอวของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	t	p	Wilcoxon signed-rank test	p-value
ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ				
น้ำหนัก				
กลุ่มทดลอง (n=44)	3.121	0.003		
กลุ่มควบคุม (n=44)	1.930	0.060		

ตารางที่ 2 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพประกอบด้วย น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย น้ำตาลในเลือดและเส้นรอบเอว ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

กลุ่มตัวอย่าง	t	p	Wilcoxon signed-rank test	p-value
ดัชนีมวลกาย				
กลุ่มทดลอง (n=44)	3.162	0.003		
กลุ่มควบคุม (n=44)	3.340	0.002		
เส้นรอบเอว				
กลุ่มทดลอง (n=44)			-1.556	0.120
กลุ่มควบคุม (n=44)			-2.512	0.012
น้ำตาลในเลือด				
กลุ่มทดลอง (n=44)			-5.434	0.000
กลุ่มควบคุม (n=44)			-2.885	0.004

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และพฤติกรรมการออกกำลังกายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	Mann-Whitney U test			
	t	p	z	p
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม				
ก่อนการทดลอง			-0.508	0.612
หลังการทดลอง			-3.442	0.001
พฤติกรรมการออกกำลังกาย				
ก่อนการทดลอง	1.522	0.133		
หลังการทดลอง	3.598	0.001		

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพประกอบด้วย น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ช่วงเวลา	Mann-Whitney U test			
	t	p	z	p
ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ น้ำหนัก				
ก่อนการทดลอง	-1.856	0.067		
หลังการทดลอง	-1.170	0.033		
ดัชนีมวลกาย				
ก่อนการทดลอง			-1.794	0.135
หลังการทดลอง			-1.682	0.093
เส้นรอบเอว				
ก่อนการทดลอง			-2.438	0.015
หลังการทดลอง			-2.522	0.012
น้ำตาลในเลือด				
ก่อนการทดลอง			-2.760	0.783
หลังการทดลอง			-3.829	0.000

## วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลทั่วไปแตกต่างกัน แม้ว่าการคัดเข้าจะคล้ายกัน แต่กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่ม การเข้าร่วมโปรแกรมขึ้นอยู่กับความสมัครใจและความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลด้วย หลังเข้าโปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีภาวะก่อนเบาหวานในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลอัมผางพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรม คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารหวาน มัน

และเค็ม ลดลง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายสูงขึ้น ผลลัพธ์ด้านสุขภาพพบว่า น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาล ลดลง ควรนำโปรแกรมสนทนาสร้างแรงจูงใจไปขยายผลกับผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ เพื่อควบคุมน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ เทอดศักดิ์ เดชคง<sup>(10)</sup> พลอย ทรัพย์ไพบูลย์กิจ และคณะ<sup>(11)</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจสามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อนำไปสู่การลดระดับ

น้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าโปรแกรมพบว่า น้ำหนัก เส้นรอบเอวและน้ำตาลในเลือดลดลงกว่ากลุ่มควบคุม มีเพียงดัชนีมวลกายที่ลดลงไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม จากการศึกษาของ ส่วนเส้นรอบเอวที่ลดลงเพียงเล็กน้อยอธิบายได้จากการศึกษาของจิรวรรณลีลาพัฒนาพาณิชย์ และอรุณี พันธุ์โอภาส<sup>(12)</sup> เรื่องผลของการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจและการแปลผลการตรวจวัดมวลสารในร่างกายต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะอ้วนและรอบเอวเกินพบว่าการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างลดน้ำหนักตัว ลดดัชนีมวลกายและลดรอบเอว ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับผู้ที่มีภาวะอ้วนและรอบเอวเกินได้ แต่ต้องมีการกระตุ้นเตือนซ้ำมีผลให้แรง จูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังคงสูงอย่างต่อเนื่อง การกระตุ้นเตือนซ้ำๆ บ่อยขึ้น จะทำให้มีแนวโน้มที่กลุ่มทดลองจะมีเส้นรอบเอวที่ลดลงได้

จะเห็นได้ว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น ซึ่งการใช้โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์

ด้านสุขภาพของประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปที่มีภาวะก่อนเบาหวานจะช่วยยับยั้งกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เป็นโรคเบาหวานได้

**ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้**

1. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้องใช้ระยะเวลาจนถึงเกิดการปรับเปลี่ยนที่แท้จริง ควรมีการติดตามผ่านไลน์กลุ่มและโทรศัพท์เยี่ยมทุก 1-3 เดือน เป็นระยะเวลา 1 ปี เพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
2. โปรแกรมการสนทนาเพื่อสร้างแรงจูงใจนี้สามารถนำไปปรับใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ และยังสามารถนำไปใช้ในผู้ป่วย DM demission ส่งเสริมให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์ประจำหน่วยบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพชุมชน โรงพยาบาลอู่เมียงอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ตำบลอู่เมียง อำเภออู่เมียง จังหวัดตาก และกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. อรรถเกียรติ กาญจนพิบลวงศ์, ภรณ์วัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2562. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์; 2563.
2. Health Data Center. ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน) ปีที่ผ่านมาจังหวัดตากอำเภออู่เมียง [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://tak.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b](https://tak.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b)
3. กรมควบคุมโรค. องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคล.นนทบุรี: สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค; 2561.
4. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์; 2560.
5. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ.2560. นนทบุรี: รมเย็นมีเดีย; 2565.
6. วีรวัฒน์ ทางธรรม, คุณัสปรกรณ์ มัคคัปลานนท์, ผ่องพรรณ ภาโว, วาสนา พูลผล. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน: กรณีศึกษา. Journal of RoiKaensarn Academi 2566;8(7):211-25.
7. ลักษณะ พงษ์ภุมมา, ขวัญตา เพชรธนิโชติ, เศษฐา แก้วพรม, เมทนี ระดานุตร. ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อความรู้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและดัชนีมวลกายในวัยผู้ใหญ่ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2566;14(1):21-30.

8. Miller WR, Rollnick S. What is motivational interviewing?. Behav Cogn Psychother 1995;23:325-34.
9. เทอดศักดิ์ เดชคง. สันทนาการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วย NCDs (motivational interviewing for NCDs; MI NCDs). กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ พับลิชชิ่ง; 2560.
10. เทอดศักดิ์ เดชคง. ผลของโปรแกรมการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสถาบันบำราศนราดูร 2563;14(3):134-45.
11. พลอย ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, ศิวพร อึ้งวัฒนา, เดชา ทำดี. ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. วารสารพยาบาลสาร 2564;48(4):80-92.
12. จิรารรณ สีสพัฒนาพาณิชย์, อรุณี พันธุ์โอภาส. เรื่องผลของการสนทนาแบบสร้างแรงจูงใจและการแปลผลการตรวจวัดมวลสารในร่างกายต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ที่มีภาวะอ้วนและรอบเอวเกิน. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี 2560;25(2):113-9.

## Effects of Motivational Interviewing Program on Health Behavior Modification and Health Outcomes of people aged 35 years and older with prediabetes in the area of responsibility of Umphang Hospital, Umphang District, Tak Province

Narida Promruksa<sup>1</sup>, Nutchanat Prakas<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Department of Primary and Holistic Care, Umphang Hospital, Tak Province, Thailand

<sup>2</sup> Phrapokklao Nursing College Chanthaburi, Chanthaburi Province, Thailand

---

### Abstract

This quasi-experimental research aimed to study Effects of Motivational Interviewing Program on Health Behavior Modification and Health Outcomes of people aged 35 years and older with prediabetes in the area of responsibility of Umphang Hospital, Tak Province. The samples were 88 people aged 35 years and older with prediabetes. They were divided into an experimental group and a control group. 44 each. The research tools include: Motivational Interviewing Program to motivate health behaviors and health outcomes of people aged 35 years and older with prediabetes. Data were collected by using general information questionnaire on consumption habits of sweet, oily, salty foods and exercise behavior with the reliabilities of 0.79, 0.83, 0.79 and 0.82 The experiment and data collection were conducted from November 2023 to January 2024. Analyze the data with frequency statistics, percentage, average, standard deviation. paired t-test, independent t-test, Wilcoxon signed-rank test and Mann-Whitney U test. This research suggested that (1) the experimental group had a significantly lower average score of sweet, oily diet, and salty food consumption habits and higher exercise behavior ( $p < 0.05$ ), (2) the experimental group had average scores for health outcomes including significantly decreased weight, body mass index, and blood sugar ( $p < 0.05$ ). The waist circumferences of both groups were not different ( $p > 0.05$ ), (3) the experimental group had a decrease in the average score of sweet, oily diet, and salty food consumption behavior and exercise behavior of which the decline was higher than that of the control group ( $p < 0.05$ ), and (4) the experimental group had mean scores for health outcomes including a significant decrease in weight, waist circumference and blood sugar compared to the control group ( $p < 0.05$ ). The body mass index of the experimental group tended to decrease more than that of the control group, but it was not statistically significant ( $p > 0.05$ ). This research suggests that health professionals should implement motivational interviewing programs in the population pre-diabetes by creating changes in health behavior and health outcome, resulting in a decrease in the rate of new diabetes patients and expand the approach to nearby areas.

**Keywords:** motivation interviewing; prediabetes; health behavior

# การพัฒนาแบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอาหาร สุขภาวะที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุก และสอดคล้องกับบริบทชุมชน

ผาสุข แก้วเจริญตา<sup>1</sup>, สมนึก หงษ์ยิ้ม<sup>2</sup>

<sup>1</sup> โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

<sup>2</sup> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารสุขภาวะที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วยระยะที่ 1 การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลอาหารสุขภาวะ ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยพยาบาล นักโภชนาการ จากโรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการ 32 แห่ง จำนวน 50 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยการประชุมกลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก ระยะที่ 2 พัฒนาแบบประเมินโดยนำผลวิจัยจากระยะที่ 1 มาเป็นตัวร่างและนำไปหาความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน และหาความเที่ยงตรงของแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น และระยะที่ 3 นำแบบประเมินที่พัฒนาไปตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสม ในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานโภชนาการและโครงการ Green & Clean ของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 140 แห่ง จาก 12 เขตสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมินมี 4 หมวด 10 องค์ประกอบ 20 ตัวชี้วัด 60 เกณฑ์ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) กับ ตัวบ่งชี้และองค์ประกอบประเมิน ตั้งแต่ 0.67-1.00 ซึ่งมีความเหมาะสมตามเกณฑ์ การพิจารณาของค่าดัชนี IOC ทุกรายการ และค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.92 แบบประเมินที่พัฒนาขึ้นประกอบไปด้วย 4 หมวดสำคัญ ได้แก่ (1) การบริหารจัดการองค์กร (2) กระบวนการดำเนินงาน (3) การพัฒนาคุณภาพงาน และ (4) ผลลัพธ์การดำเนินงาน ผลการตรวจสอบความเป็นไปได้ และความเหมาะสม ของแบบประเมินมาตรฐานที่พัฒนาขึ้น ทั้ง 10 องค์ประกอบ และการนำไปใช้ และการทำให้เห็นโอกาสพัฒนา การประเมินความเป็นไปได้ ความเหมาะสม พบว่าภาพรวมความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.82, SD=0.38) ภาพรวมความเหมาะสม (mean=4.78, SD=0.32) โรงพยาบาลอาหารสุขภาวะมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยผ่านการให้บริการอาหารที่มีคุณภาพและมีโภชนาการสูง ซึ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การปรับปรุงโภชนาการของผู้ป่วยสามารถลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นอกจากนี้โรงพยาบาลอาหารสุขภาวะยังทำหน้าที่ในการให้ความรู้และคำแนะนำด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันและส่งเสริมสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: แบบประเมินมาตรฐาน; โรงพยาบาลอาหารสุขภาวะ; การสร้างเสริมสุขภาพ

## บทนำ

ความปลอดภัยทางอาหาร (food safety) เป็นกระบวนการจัดการให้อาหารมีความปลอดภัย โดยไม่มีลักษณะเป็นอาหารไม่บริสุทธิ์ตามกฎหมายว่าด้วยอาหาร และตามกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้บริโภคปลอดภัยจากอันตรายที่มาจากอาหาร (food hazard) ได้แก่ อันตรายทางชีวภาพ อันตรายทางเคมี อันตรายทางกายภาพ<sup>(1)</sup> การบริหารจัดการอาหารปลอดภัยเป็นการบริหารจัดการอาหารให้ปราศจากการปนเปื้อนที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และการพัฒนากระบวนการหลักทุกขั้นตอนที่ทำให้อาหารมีความสะอาดและปลอดภัยต่อการบริโภค (food safety management) การบริหารจัดการอาหารปลอดภัย จำเป็นต้องมีการควบคุมคุณภาพตั้งแต่การใช้วัตถุดิบไปจนถึงกระบวนการผลิตอาหาร ได้แก่ การพัฒนาให้เกิดวัตถุดิบที่ปลอดภัยในการผลิตอาหาร การพัฒนาวัตถุดิบให้มีความปลอดภัย จำเป็นต้องเชื่อมโยงกับ กลุ่มผู้ผลิตวัตถุดิบ การให้ความรู้ในการผลิตวัตถุดิบ การตรวจสอบและให้ข้อมูลการปนเปื้อน และการใช้มาตรการทางการเงินเพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดการผลิตที่ปลอดภัย<sup>(2)</sup> การพัฒนาให้เกิดความร่วมมือระหว่างพันธมิตรผู้ใช้และผู้ผลิตวัตถุดิบในพื้นที่ จะช่วยให้เกิดการปรับปรุง กระบวนการผลิตวัตถุดิบที่ปลอดภัย จากการศึกษาของ Lindgreen and Hingley<sup>(3)</sup> พบว่า การพัฒนาวัตถุดิบให้ปลอดภัยจำเป็นต้องมีการจัดทำเกณฑ์มาตรฐาน แนวทางการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วม ระหว่างทีมของผู้ใช้วัตถุดิบ หน่วยกำกับดูแลการเพาะเลี้ยงสัตว์การเพาะปลูกด้านการเกษตรของรัฐ หน่วยงานควบคุมมาตรฐานอาหารของรัฐและเครือข่ายกลุ่มเกษตรกร การควบคุมกำกับและตรวจสอบคุณภาพความปลอดภัย และมีการแจ้งข้อมูลย้อนกลับ (feed back information) ให้กับผู้ผลิต จะทำให้เกิดการปรับปรุงกระบวนการผลิต การบริหารจัดการอาหารให้มีความสะอาดปลอดภัย จำเป็นต้องมีการป้องกันและควบคุมกำกับให้เกิดกระบวนการผลิตที่ปลอดภัย หลักการสำคัญในการป้องกันและควบคุมกำกับกระบวนการผลิตอาหาร 3 ประการ ได้แก่ (1) การควบคุมองค์ประกอบและปัจจัยต่างๆ ที่อาจทำให้อาหารเกิดการปนเปื้อน (2) การควบคุมกระบวนการผลิตที่ทำให้อาหารมีความสะอาดปลอดภัย และ (3) การ

ควบคุมคุณภาพและระบบตรวจสอบความสะอาดและปลอดภัยของอาหาร<sup>(4,5)</sup>

โรงพยาบาลเป็นหน่วยบริการด้านสุขภาพที่ทำหน้าที่ในการรักษา บำบัด พิษฟู และสร้างเสริมสุขภาพ ในการแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชน เป็นสถานที่ที่มีประชาชนเข้ามาใช้บริการเป็นจำนวนมาก ซึ่งโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2560 (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน) 896 แห่ง มีผู้ป่วยนอก 45.5 ล้านคน/184.1 ล้านครั้ง และผู้ป่วยใน 9.9 ล้านคน/38.5 ล้านวันนอนโรงพยาบาล คิดเป็นจำนวนผู้มาใช้บริการในโรงพยาบาลทั้งญาติและบุคคลทั่วไป ประมาณ 2 เท่าของจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกต่อปี และยังมีบุคลากรสาธารณสุขมากกว่า 5 แสนคน กล่าวได้ว่าความต้องการอาหารและความรู้ในเรื่องอาหารที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการในโรงพยาบาล ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก รวมถึงผู้รับบริการต้องซื้ออาหารจากร้านอาหารภายในโรงพยาบาลมีจำนวนมากในแต่ละวัน แต่ที่ผ่านมา กลับพบว่า การจัดระบบบริการด้านอาหารให้ความสำคัญกับการมีอาหารให้กับผู้ป่วยรับประทานระหว่างอยู่โรงพยาบาล คุณภาพของวัตถุดิบ รวมไปถึงการระบบอาหารในบางแห่ง ยังเป็นการจ้างเหมา ขาดระบบการประเมินคุณภาพการจัดระบบบริการอาหารที่มุ่งเน้นในเรื่องวัตถุดิบอินทรีย์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าบทบาทของโรงพยาบาลในมิติการจัดการอาหารที่มีคุณภาพยังเป็นประเด็นที่ให้ความสำคัญน้อยมาก<sup>(6)</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรมการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า การขับเคลื่อนงานด้านโภชนาการของโรงพยาบาลมีการออกแบบการควบคุมคุณภาพภายใต้นโยบาย Green & Clean Hospital ซึ่งมุ่งให้ความสำคัญด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมเป็นหลัก และมุ่งเน้นในเรื่องการจัดการสุขาภิบาลอาหาร และการจัดการน้ำบริโภคซึ่งจากนโยบายดังกล่าว พบว่ายังไม่ครอบคลุมไปถึงบทบาทที่สำคัญของโรงพยาบาลในการให้ความสำคัญต่อการใช้อาหารเพื่อการบำบัดโรค และสร้างเสริมสุขภาพ<sup>(7)</sup> จากศึกษานำร่องการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุภาพะในโครงการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลอาหารสุภาพะที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนในปี พ.ศ. 2566

ดำเนินการใน 6 โรงพยาบาล ในจังหวัดอุดรดิตถ์ ได้แก่ โรงพยาบาลลับแล โรงพยาบาลพิชัย โรงพยาบาลทอง-แสนขัน โรงพยาบาลท่าปลา โรงพยาบาลน้ำปาด และโรงพยาบาลบ้านโคก สรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนการพัฒนาเพื่อสรุปเป็นขอบเขตการพัฒนาโรงพยาบาลอาหารสุภาพะประกอบด้วย การพัฒนาบทบาทของโรงพยาบาลด้านการหนุนเสริมให้เกิดพลเมืองอาหาร สนับสนุนการบริโภคอาหารออร์แกนิกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน การสร้างภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน และเกษตรกร หนุนให้เกิดการสร้างคลังอาหารในพื้นที่ พัฒนาเมนูอาหารผู้ป่วยในโดยการนำอาหารออร์แกนิกเข้าไปสู่โรงครัวของโรงพยาบาล รวมถึงการออกแบบกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพด้านอาหารผ่านกระบวนการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องโภชนาการ และการรับประทานอาหารเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีตามบริบทชุมชน ซึ่งผลการดำเนินงานดังกล่าวพบว่าเป็นการหนุนเสริมให้โรงพยาบาลได้มีบทบาทในการใช้โภชนาการที่ดีและมีคุณภาพเป็นส่วนสำคัญในการบำบัดรักษา ฟื้นฟู และป้องกันโรค ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตในแต่ละบริบทชุมชน

โรงพยาบาลอาหารสุภาพะ หมายถึง การพัฒนาบทบาทของโรงพยาบาลด้านการ หนุนเสริมให้เกิดพลเมืองอาหาร ผ่านกลไกการจัดการด้านอาหารออร์แกนิกเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชน การสร้างภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ เอกชน และเกษตรกร การสร้างคลังอาหารในพื้นที่ การนำอาหารออร์แกนิกเข้าไปสู่โรงครัวของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทาน รวมถึงการออกแบบกิจกรรมพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพด้านอาหารผ่านกระบวนการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องโภชนาการ และการรับประทานอาหารเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีตามบริบทชุมชน การพัฒนาโครงการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุภาพะในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการออกแบบกิจกรรมที่มุ่งพัฒนาบทบาทของโรงพยาบาลในการทำหน้าที่พัฒนาศักยภาพประชาชนให้ทราบถึงประโยชน์จากอาหารที่มีคุณภาพต่อสุขภาพสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาทักษะที่นำไปสู่การสร้างพลเมืองอาหารในชุมชน หนุนเสริมให้เกิดเครือข่ายเกษตรกร สนับสนุนการปลูกผักออร์แกนิกในพื้นที่ เป็นการพัฒนาบทบาทของโรงพยาบาลที่จะใช้มิติการทำงานในเรื่องอาหาร

ขับเคลื่อนทิศทางการดูแลสุขภาพของคนไทย ขยายขอบเขตการดำเนินงานด้านอาหารและโภชนาการที่เดิมกำหนดไว้ในนโยบาย Green & Clean Hospital ที่มุ่งประเด็นพัฒนาในด้านการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อและขอบเขตของงานด้านโภชนาการยังไม่ลงในรายละเอียดในด้านคุณภาพการดำเนินงานด้านโภชนาการไปใช้และขยายผลให้ครอบคลุม โดยที่ผ่านมายังขาดแนวทางการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติไม่มีแบบประเมินที่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและยกระดับการทำงานของโรงพยาบาลอาหารสุภาพะ

งานวิจัยนี้จึงมีเป้าหมายที่จะสร้างแบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารสุภาพะที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกและสอดคล้องกับบริบทชุมชน เนื่องจากกระบวนการผลิตอาหารที่มีคุณภาพควรเริ่มจากแหล่งผลิตที่มีในชุมชน ชนิดของอาหารพื้นถิ่นของชุมชน ภูมิปัญญาด้านอาหารของชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางประเมินเพื่อพัฒนาที่นำไปสู่การพัฒนากระบวนการทำงานของโรงพยาบาลด้านอาหารซึ่งมีบุคลากรสุขภาพที่สามารถสนับสนุนข้อมูลด้านอาหารและการบริโภคที่ใช้ในการดูแลสุขภาพให้ประชาชน ชุมชน สังคมและประเทศ สร้างภูมิคุ้มกันชีวิตที่ดีจากการบริโภคอาหารในชุมชน นำความรู้ไปใช้พัฒนาศักยภาพประชาชนในการสกัดกั้นภัยคุกคามสุขภาพจากโรควิถีชีวิต โรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่อไป วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อพัฒนาแบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารสุภาพะที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน

## วิธีการศึกษา

รูปแบบแผนการศึกษา การวิจัยและพัฒนา (research and development) ใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารสุภาพะที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน ซึ่งได้จากการศึกษานำร่องจากโครงการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลอาหารสุภาพะที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนและกรอบการพัฒนาจากการถอดบทเรียนพัฒนาพื้นที่โรงพยาบาลอาหารสุภาพะต้นแบบ 6 แห่ง

**กลุ่มประชากร** คือ ผู้รับผิดชอบงานด้านโภชนาการ จากโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 140 แห่งจาก 12 เขตสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลักกำหนดเกณฑ์คัดเลือกคือ ผู้รับผิดชอบงานด้านโภชนาการของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมพัฒนาในโครงการ จำนวน 32 แห่ง ระยะที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ พยาบาล นักโภชนาการ จากโรงพยาบาลที่สมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 32 แห่ง จำนวน 50 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้รับผิดชอบงานด้านโภชนาการของโรงพยาบาล เก็บข้อมูลจากการประชุมกลุ่มระดมสมอง สัมภาษณ์เชิงลึก ระยะที่ 2 พัฒนาแบบประเมินโดยนำข้อมูลจากระยะที่ 1 มาประกอบร่าง และนำไปหาค่าความตรง ความเที่ยงของแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น และระยะที่ 3 ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้รับผิดชอบงานโภชนาการและโครงการ Green & Clean ของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 140 แห่ง โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ในการหาค่าความเป็นไปได้ และความเหมาะสมของแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น

**วิธีหรือมาตรการที่ศึกษา (interventions)** รวบรวมข้อมูลแบบผสมวิธี (mixed method) ทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุภาพะ ทบทวนวรรณกรรม สักดบทเรียนการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุภาพะ เครื่องมือเป็นคำถามถึงโครงสร้างที่พัฒนาจากกรอบการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุภาพะ และ กรอบการดำเนินงาน Green & Clean Hospital โดยเลือกใช้หัวข้อที่เกี่ยวกับงานโภชนาการ ระยะที่ 2 พัฒนาแบบประเมินโดยนำข้อค้นพบจากระยะที่ 1 มากำหนด ระยะที่ 3 ประเมินผล สรุปผลและปรับปรุงแบบประเมินฉบับสมบูรณ์ โดยมีรายละเอียด 10 ขั้นตอน ใน 3 ระยะ ดังนี้

#### ระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 ทำการสังเคราะห์แบบประเมินที่ใช้ในการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารสุภาพะ เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศึกษาทฤษฎีในการพัฒนาแบบประเมิน

ขั้นตอนที่ 2 ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย หัวหน้างานโภชนาการ หัวหน้างานบริการปฐมภูมิ เภสัชกร นักวิชาการ แพทย์ หัวหน้างานบริหาร เจ้าหน้าที่พัสดุ ผู้รับผิดชอบงาน Green & Clean Hospital จำนวน 10 ราย ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล-

อาหารสุภาพะ ตลอดจนสักดบทเรียนการดำเนินงานในพื้นที่โรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ขั้นตอนที่ 3 สัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลับแลซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ดำเนินการโรงพยาบาลอาหารสุภาพะมาก่อนประกอบด้วย บุคลากรโครงการพัฒนาโรงพยาบาลอาหารสุภาพะต้นแบบ จำนวน 2 คน เครือข่ายเกษตรกร จำนวน 4 คน พยาบาลงานผู้ป่วยในจำนวน 2 คน นักโภชนาการ ผู้จัดส่งอาหารอินทรีย์ 1 คน คุณสมบัติต้องปฏิบัติไม่ต่ำกว่า 5 ปีขึ้นไป เป็นผู้มีความรู้ ความชำนาญ ประสบการณ์ และความเข้าใจในเรื่องเกณฑ์และตัวชี้วัดในการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารสุภาพะ เพื่อสักดเป็นแบบประเมิน

ขั้นตอนที่ 4 จัดประชุมกลุ่มระดมสมองแบบออนไลน์ในกลุ่มพยาบาล นักโภชนาการ จากโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30-120 เตียง ที่สมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 32 แห่ง จำนวน 50 คน โดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อกำหนดประเด็น องค์ประกอบ และตัวชี้วัดของแบบประเมิน

#### ระยะที่ 2

ขั้นตอนที่ 5 ผู้วิจัยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 และจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทำการวิเคราะห์เกณฑ์ และตัวชี้วัด โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบประเมิน ดังนี้ (1) ทำการกำหนดข้อมูลและตัวชี้วัด (2) เลือกชนิดและรูปแบบคำถาม (3) ทำการเขียนข้อคำถาม ซึ่งเดิมตัวชี้วัดจะเป็นการประเมินแบบภาพรวม นำมาแตกเป็นประเด็นย่อยๆ แล้วจำแนกว่าประเด็นย่อยนั้นเป็นการวัดเชิงปริมาณ หรือเป็นการวัดเชิงคุณภาพ จากนั้นทำการพัฒนาข้อคำถามย่อยๆ นั้นโดยการแปลงตัวชี้วัดที่เป็นเชิงคุณภาพให้สามารถวัดเชิงปริมาณได้ (4) เรียงข้อคำถาม และจัดรูปแบบให้ง่ายและสะดวกต่อการตอบ (5) ทำการตรวจสอบและแก้ไขขั้นต้น (6) ตรวจสอบคุณภาพของแบบประเมิน และ (7) คัดเลือกข้อคำถามที่เหมาะสมเพื่อใช้ในพัฒนาระบบการให้คำแนะนำในการเข้ารับการตรวจประเมินเพื่อการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 6 นำแบบประเมินที่พัฒนาแล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน คัดเลือกโดยกำหนดคุณสมบัติเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านอาหารและโภชนาการ และการขับเคลื่อนงานด้านอาหารและโภชนาการในระดับนโยบาย ทำการตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะ และดำเนินปรับแก้ตาม

ข้อเสนอแนะโดยในคำถามแต่ละคำถาม ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

ขั้นตอนที่ 7 ทำการคัดเลือกข้อคำถามเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่าหรือเท่ากับ 0.60 เป็นต้นไป มาใช้ในแบบประเมินในการพัฒนาต่อไป

ขั้นตอนที่ 8 นำแบบประเมินที่ได้ในขั้นตอนที่ 6 มาเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลบ้านโคก โรงพยาบาลพากท่า โรงพยาบาลน้ำปาด โรงพยาบาลทองแสนขัน โรงพยาบาลท่าปลา และโรงพยาบาลพิชัย นำแบบประเมินมาปรับปรุงมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารสุขภาวะและนำมาปรับปรุง

**ระยะที่ 3**

ขั้นตอนที่ 9 นำแบบประเมินที่ปรับปรุงแล้ว หาค่าความเป็นไปได้ และความเหมาะสม โดยการนำไปให้ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพอาหารของโรงพยาบาล จำนวน 140 แห่ง จาก 12 เขตบริการสุขภาพ ทำการประเมิน

ขั้นตอนที่ 10 สรุปแบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารสุขภาวะที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนฉบับสมบูรณ์ โดยมุ่งเน้นให้มีการใช้ภูมิปัญญาอาหารของชุมชน วัตถุดิบอาหารจากชุมชน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการใช้อาหารเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีความแตกต่างกันไปในแต่ละบริบทพื้นที่

**วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา จำนวน และร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหา

**ผลการศึกษา**

จากการถอดบทเรียนการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุขภาวะต้นแบบใน 32 แห่ง พบว่า บทบาทที่สำคัญของโรงพยาบาล คือ สามารถจัดเตรียมอาหารที่มีคุณภาพสูงและมีโภชนาการที่ดีให้กับผู้ป่วยโดยใช้วัตถุดิบออร์แกนิก ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดเตรียมอาหารที่มีคุณภาพซึ่งสามารถทำได้คือ

**1. การคัดเลือกวัตถุดิบออร์แกนิก:** โรงพยาบาลควรมีมาตรฐานในการคัดเลือกวัตถุดิบที่ใช้ในการปรุงอาหาร โดยเลือกใช้วัตถุดิบที่เป็นออร์แกนิก ไม่มีสารเคมีหรือยา-

ฆ่าแมลงตกค้าง ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีตกค้าง โดยสามารถใช้ผลผลิตพืชผักสวนครัวท้องถิ่น ผักพื้นบ้านมาจัดทำเมนูอาหารสำหรับผู้ป่วยได้

**2. การปรุงอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ:** เมนูอาหารควรได้รับการออกแบบให้มีความหลากหลาย และมีคุณค่าทางโภชนาการที่ครบถ้วน เพื่อตอบสนองความต้องการทางโภชนาการของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น การให้พลังงานที่เพียงพอ โปรตีน ไขมัน คาร์โบไฮเดรต วิตามิน และแร่ธาตุต่างๆ ที่จำเป็นต่อการฟื้นฟูร่างกาย รวมไปถึงคุณค่าทางอาหารในการสร้างความเข้าใจเรื่องการกินอาหารเป็นยา

**3. การตรวจสอบคุณภาพอาหาร:** โรงพยาบาลควรมีการตรวจสอบคุณภาพอาหารในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การจัดหาวัตถุดิบ การเก็บรักษา การปรุงอาหาร จนถึงการเสิร์ฟ เพื่อให้มั่นใจว่าอาหารที่ผู้ป่วยได้รับมีคุณภาพและปลอดภัยต่อการบริโภค ซึ่งสารเคมีในอาหารเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง เป็นการสร้างความเข้าใจและสร้างความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและญาติ รวมไปถึงประชาชนที่จะทราบถึงภัยจากสารเคมี

**4. การปรับเมนูตามความต้องการของผู้ป่วย:** โรงพยาบาลควรมีการปรับเมนูอาหารตามสภาพร่างกายและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยที่มีโรคเบาหวาน ควรได้รับอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตต่ำและมีเส้นใยสูง หรือผู้ป่วยที่ต้องการพลังงานสูงเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ ควรได้รับอาหารที่มีโปรตีนและพลังงานสูง ทั้งนี้ มีการจัดทำเมนูอาหารพื้นถิ่น ที่เป็นภูมิปัญญาของชุมชน ให้ประชาชนได้นำไปใช้เพื่อการดูแลสุขภาพ

**5. บทบาทในการให้ความรู้และคำแนะนำ:** โรงพยาบาลสามารถจัดโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและประโยชน์ของอาหารออร์แกนิกแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้พวกเขาสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน การให้ความรู้สามารถทำได้ในหลายรูปแบบ เช่น

**5.1 การจัดอบรมและเวิร์กช็อป:** โรงพยาบาลสามารถจัดอบรมหรือเวิร์กช็อปเกี่ยวกับโภชนาการและอาหารออร์แกนิก โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการหรือแพทย์มาให้ความรู้และตอบคำถามแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้พวกเขาเข้าใจถึงประโยชน์และวิธีการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

5.2 การให้คำปรึกษาแบบส่วนตัว: โรงพยาบาลสามารถจัดให้มีการให้คำปรึกษาแบบส่วนตัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยนักโภชนาการหรือแพทย์ เพื่อให้คำแนะนำที่ตรงกับสภาพร่างกายและความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคล

5.3 การแจกจ่ายสื่อการเรียนรู้: โรงพยาบาลสามารถจัดทำสื่อการเรียนรู้ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ หรือคู่มือการรับประทานอาหารออร์แกนิก และแจกจ่ายให้กับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้พวกเขาสามารถศึกษาข้อมูลและนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ง่ายขึ้น

5.4 การสนับสนุนผ่านโซเชียลมีเดีย: โรงพยาบาลสามารถใช้โซเชียลมีเดียเป็นช่องทางในการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการและอาหารออร์แกนิก เช่น การโพสต์บทความหรือวิดีโอสอนการปรุงอาหารที่มีประโยชน์ การจัดไลฟ์สดเพื่อตอบคำถามจากผู้ติดตาม หรือการสร้างกลุ่มออนไลน์เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์และคำแนะนำกัน

**แบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารสุขภาพที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกและสอดคล้องกับบริบทชุมชน**

การพัฒนาแบบประเมินตนเอง มีองค์ประกอบดังนี้

### 1. องค์ประกอบของแบบประเมิน

ผลการศึกษาพบว่า แบบประเมินมี 4 หมวด 10 องค์ประกอบ 20 ตัวชี้วัด มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) กับตัวบ่งชี้และองค์ประกอบการประเมิน ตั้งแต่ 0.67-1.00 ซึ่งมีความเหมาะสมตามเกณฑ์การพิจารณาของค่าดัชนี IOC ทุกรายการ และค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.92

แบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารสุขภาพที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกและสอดคล้องกับบริบทชุมชน ประกอบไปด้วย 4 หมวด 10 องค์ประกอบ คือ

- หมวดที่ 1** การบริหารจัดการองค์กร ประกอบด้วย **องค์ประกอบที่ 1** นโยบายการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุขภาพ มี 1 ตัวชี้วัด
- องค์ประกอบที่ 2** ทรัพยากรการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุขภาพ มี 3 ตัวชี้วัด
- องค์ประกอบที่ 3** ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านกรดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุขภาพ มี 3 ตัวชี้วัด

**หมวดที่ 2** กระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย

**องค์ประกอบที่ 4** แผนการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุขภาพ มี 2 ตัวชี้วัด

**องค์ประกอบที่ 5** กิจกรรมโรงพยาบาลอาหารสุขภาพ มี 4 ตัวชี้วัด

**องค์ประกอบที่ 6** การติดตามสนับสนุนการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุขภาพ มี 1 ตัวชี้วัด

**องค์ประกอบที่ 7** การประเมินผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุขภาพ มี 1 ตัวชี้วัด

**หมวดที่ 3** การพัฒนาคุณภาพงาน ประกอบด้วย

**องค์ประกอบที่ 8** การเฝ้าระวังด้านอาหารและการตรวจสอบคุณภาพ มี 1 ตัวชี้วัด

**องค์ประกอบที่ 9** การวิจัย นวัตกรรม แนวปฏิบัติที่ดีที่เกี่ยวกับโรงพยาบาลอาหารสุขภาพ มี 1 ตัวชี้วัด

**หมวดที่ 4** ผลลัพธ์การดำเนินงาน ประกอบด้วย

**องค์ประกอบที่ 10** ผลลัพธ์การดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุขภาพ มี 3 ตัวชี้วัด

สรุปความเชื่อมโยงขององค์ประกอบได้ ดังภาพที่ 1

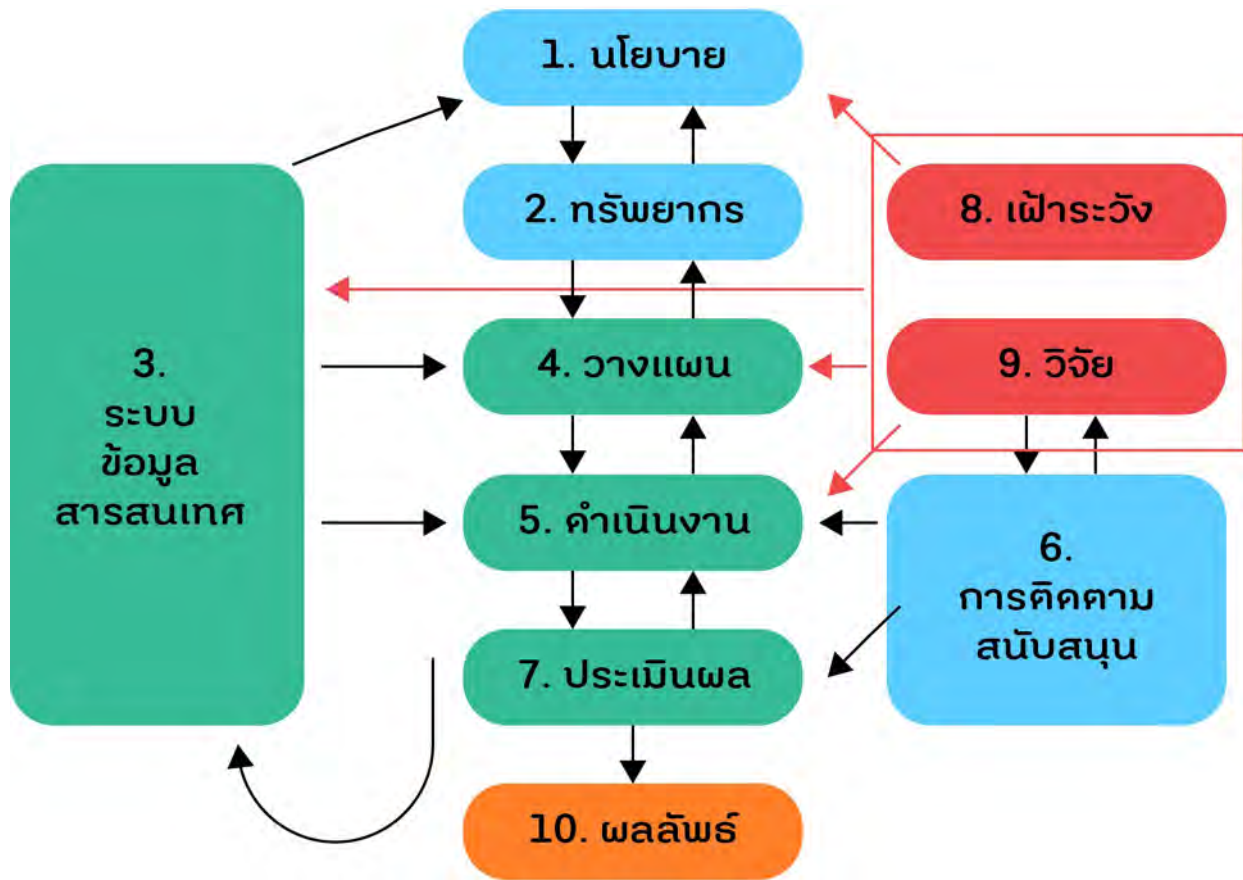
**ผลวิเคราะห์ความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารสุขภาพ**

ผลการตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแบบประเมินมาตรฐานที่พัฒนาขึ้น ทั้ง 10 องค์ประกอบ และการนำไปใช้ และการทำให้เห็นโอกาสพัฒนาจากโรงพยาบาล ทั้ง 140 แห่ง ใน 12 เขตสุขภาพ พบว่า ภาพรวมความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.82, SD=0.38) ภาพรวมความเหมาะสม (mean=4.78, SD=0.32) ดังตารางที่ 1

## วิจารณ์

จากผลการวิจัย สามารถสรุปได้ว่า แบบประเมินที่พัฒนาขึ้น ประกอบไปด้วย มี 4 หมวด 10 องค์ประกอบ 20 ตัวชี้วัด มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) กับตัวบ่งชี้และองค์ประกอบการประเมิน ตั้งแต่ 0.67-1.00 ซึ่งมีความเหมาะสมตามเกณฑ์การพิจารณาของค่าดัชนี IOC ทุกรายการ และค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.92 โดย 4 หมวดสำคัญ ได้แก่ (1) การบริหารจัดการองค์กร

ภาพที่ 1 ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบแบบประเมิน



ตารางที่ 1 ความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น

เกณฑ์ประเมิน	ความเป็นไปได้			ความเหมาะสม		
	mean	SD	แปลผล	mean	SD	แปลผล
วัตถุประสงค์การประเมิน	4.67	0.42	มากที่สุด	4.74	0.45	มากที่สุด
เป้าหมายการประเมิน	4.82	0.31	มากที่สุด	4.82	0.42	มากที่สุด
กรอบแนวทางการพัฒนารูปแบบการประเมิน	4.65	0.48	มากที่สุด	4.68	0.45	มากที่สุด
องค์ประกอบที่ 1 นโยบายการดำเนินงาน โรงพยาบาลอาหารสุภาวะ	4.75	0.61	มากที่สุด	4.79	0.58	มากที่สุด
องค์ประกอบที่ 2 ทรัพยากรการดำเนิน โรงพยาบาลอาหารสุภาวะ	4.89	0.52	มากที่สุด	4.91	0.52	มากที่สุด

ตารางที่ 1 ความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแบบประเมินที่พัฒนาขึ้น (ต่อ)

เกณฑ์ประเมิน	ความเป็นไปได้			ความเหมาะสม		
	mean	SD	แปลผล	mean	SD	แปลผล
องค์ประกอบที่ 3 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุภาพะ	4.92	0.58	มากที่สุด	4.85	0.48	มากที่สุด
องค์ประกอบที่ 4 แผนการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุภาพะ	4.82	0.49	มากที่สุด	4.72	0.49	มากที่สุด
องค์ประกอบที่ 5 กิจกรรมโรงพยาบาล-อาหารสุภาพะ	4.61	0.56	มากที่สุด	4.60	0.54	มากที่สุด
องค์ประกอบที่ 6 การติดตามสนับสนุนการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุภาพะ	4.75	0.58	มากที่สุด	4.71	0.58	มากที่สุด
องค์ประกอบที่ 7 การประเมินผล การดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุภาพะ	4.62	0.48	มากที่สุด	4.64	0.61	มากที่สุด
องค์ประกอบที่ 8 การเฝ้าระวังด้านอาหารและการตรวจสอบคุณภาพ	4.92	0.34	มากที่สุด	4.89	0.54	มากที่สุด
องค์ประกอบที่ 9 การวิจัย นวัตกรรม แนวปฏิบัติที่ดี ที่เกี่ยวกับโรงพยาบาล-อาหารสุภาพะ	4.50	0.39	มาก	4.45	0.42	มาก
องค์ประกอบที่ 10 ผลลัพธ์การดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารสุภาพะ	4.48	0.85	มากที่สุด	4.40	0.81	มาก
การนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่จริง	4.83	0.45	มากที่สุด	4.75	0.37	มากที่สุด
การทำให้เห็นช่องว่างการพัฒนา	4.81	0.45	มากที่สุด	4.87	0.42	มากที่สุด
ภาพรวม	4.82	0.38	มากที่สุด	4.78	0.32	มากที่สุด

(2) กระบวนการดำเนินงาน (3) การพัฒนาคุณภาพงาน และ (4) ผลลัพธ์การดำเนินงาน ผลการตรวจสอบความเป็นไปได้ และความเหมาะสมของแบบประเมินมาตรฐานที่พัฒนาขึ้น ทั้ง 10 องค์ประกอบ และการนำไปใช้ และการทำให้เห็นโอกาสพัฒนาจากโรงพยาบาลทั้ง 140 แห่ง ใน 12 เขตสุขภาพ พบว่า ภาพรวมความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมากที่สุด (mean=4.82, SD=0.38) ภาพรวมความเหมาะสม (mean=4.78, SD=0.32) ผลวิจัยสอดคล้องกับ Stevenson<sup>(6)</sup> กล่าวถึง การบริหารจัดการ เพื่อให้เกิดอาหารที่ปลอดภัย จะต้องมีส่วนในการพัฒนา ซึ่งได้แก่ (1) การกำหนดเป็นนโยบายความปลอดภัยขององค์กร (food safety policy) (2) มีการจัดโครงสร้างขององค์กรที่สอดคล้องกับนโยบาย (3) มีการมอบหมายงานในส่วนต่างๆ และการจัดความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยที่รับผิดชอบ (4) การวางแผนและกำหนดขั้นตอนของกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติตามคัดเลือกมาตรฐานที่จะนำมาใช้ในการดำเนินการ การมอบหมายกิจกรรมให้กับผู้รับผิดชอบ (5) การสนับสนุนทรัพยากรในด้านต่างๆ ทั้งในด้านบุคลากรงบประมาณ และเครื่องมือเครื่องใช้ และการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาหารปลอดภัย การควบคุมกำกับในขั้นตอนต่างๆ (6) การประเมินตรวจสอบคุณภาพ มีการเก็บข้อมูลในส่วนต่างๆ เพื่อวิเคราะห์และนำมาปรับปรุงพัฒนา และ (7) การปรับปรุงการดำเนินงานในส่วนต่างๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ปานูราช<sup>(9)</sup> ได้ศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารจัดการอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการบริหารจัดการอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาล ประกอบด้วย

การบริหารจัดการอาหารปลอดภัยที่สำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านกระบวนการผลิตอาหารที่ปลอดภัย ด้านการควบคุมกำกับอาหารปลอดภัย และด้านการจัดหาวัตถุดิบที่ปลอดภัย แบบประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารสุภาพะที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการใช้ประเมินตนเอง เพื่อพัฒนางานด้านสุขภาพอาหารของโรงพยาบาล ดังนั้นควรนำแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นใช้งานในโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนาต่อไป ก่อนใช้แบบประเมินนี้ควรมีการให้ความรู้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับมาตรฐานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาลก่อนแล้วจึงแก้ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อเกิดความเข้าใจ แนวทางแก้ไขที่เป็นรูปธรรมร่วมกัน ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรนำแบบประเมินนี้ไปทดลองใช้ในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ต่อไป

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักสร้างเสริมวิถีชีวิตสุขภาพะ (สำนัก 5) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการสนับสนุนให้มีการดำเนินงานขับเคลื่อนเพื่อพัฒนาระบบอาหารในบทบาทของโรงพยาบาล ขอขอบคุณคณะกรรมการบริหารโครงการพัฒนารูปแบบโรงพยาบาลอาหารสุภาพะที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน และโรงพยาบาลทุกแห่งที่ให้การสนับสนุนการพัฒนางานวิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. FAO/WHO. Report of a joint FAO/WHO expert consultation on evaluation of health and nutritional properties of probiotics in food including powder milk with live lactic acid bacteria. Cordoba, Argentina [Internet]. [cited 2023 Sep 10]. Available from: [http://www.who.int/foodsafety/publications/fs\\_management/en/probiotics.pdf?ua=1](http://www.who.int/foodsafety/publications/fs_management/en/probiotics.pdf?ua=1)
2. Hamprecht J, Corsten D. Controlling the sustainability of food supply chains. Supply Chain Management: an International Journal 2005;10(1):7-10.
3. Lindgreen A, Hingley M. The impact of food safety and animal welfare policies on supply chain management. British Food Journal 2003;105(6):328-49.
4. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. สารปรุงแต่งและวัตถุเจือปนในอาหารที่ใช้ในผลิตภัณฑ์นมขบเคี้ยว [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <http://www.fda.moph.go.th/fdanet/html/product/food/index.html>
5. สุวิมล กิระติพิบูล. ระบบการจัดการและควบคุมการผลิตอาหารให้ปลอดภัย. กรุงเทพมหานคร: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น); 2547.
6. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.
7. กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์ green & clean sub-district health promoting hospital (GCSH) ปีงบประมาณ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ก.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: [https://foodsafety.anamai.moph.go.th/th/guarantee-doc-65/download?id=86647&mid=36160&mkey=m\\_document&lang=th&did=26035](https://foodsafety.anamai.moph.go.th/th/guarantee-doc-65/download?id=86647&mid=36160&mkey=m_document&lang=th&did=26035)
8. Stevenson P, Jameson GJ. Modelling continuous foam fractionation with reflux. Chemical Engineering and Processing 2007;46:1286-91.
9. กาญจนา ปานุราช. การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการอาหารปลอดภัยของโรงพยาบาล. [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2553. 173 หน้า.

# The Development of Hospital Health Food Standard Assessment Questionnaire Conducive to Proactive Health Promotion and Conformity to Community Context

Phasuk Kaewcharoenta<sup>1</sup>, Somnuk Hongyim<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Lablae Hospital, Uttaradit Province, Thailand

<sup>2</sup> Public Health Office Uthai Thani Province, Thailand

## Abstract

This study aimed to create a standardized assessment questionnaire for hospital health food services, designed to facilitate proactive health promotion and align with community contexts. The study was conducted in three phases: Phase 1: initial data were gathered from 50 nurses and nutritionists across 32 hospitals participating in the project; Phase 2: an in-depth interview process was utilized to refine the assessment form, incorporating feedback from Phase 1 and validating it with 5 experts; and Phase 3: the final assessment form was tested for feasibility and suitability by the personnel responsible for nutrition and “Green and Clean” initiatives across 140 community hospitals from 12 health regions. Data were analyzed using qualitative content analysis and quantitative descriptive statistics. The findings revealed that the assessment tool consists of four categories, ten components, 20 indicators, and 60 criteria. The index of item-objective congruence (IOC) for these elements ranged from 0.67 to 1.00, suggesting high relevance. The tool’s reliability was established at 0.92. Examination of the tool’s feasibility and suitability across all ten components showed high effectiveness, with the overall feasibility scored at an average of 4.82 (SD=0.38) and suitability at 4.78 (SD=0.32). Hospitals focusing on health-oriented food services play a pivotal role in enhancing patient recovery by providing nutritious meals. This practice not only helps mitigate the risk of non-communicable diseases but also improves the quality of life for patients. Additionally, these hospitals serve an educational function, offering nutrition guidance to patients and their families, thus fostering sustainable health practices.

**Keywords:** standard assessment questionnaire; healthy food hospital; health promotion

# การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

อาภาพร ชูแสง, เกษม ชูรัตน์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรม การป้องกันโรคเมลิออยโดสิส และ (2) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรม การป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง จำนวน 289 คน โดยใช้สูตรของ Yamane และวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ได้จากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและแนวคิด PRECEDE Framework ของกรีนและครูเตอร์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามจำนวน 4 ตอน ได้แก่ (1) ปัจจัยนำ (2) ปัจจัยเอื้อ (3) ปัจจัยเสริม และ (4) พฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.76-1.00 ทุกข้อ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.70-0.96 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ( $r=0.539$ ) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ( $r=0.512$ ) ปัจจัยเอื้อด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรค ( $r=0.891$ ) และปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ( $r=0.627$ ) ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( $r=0.555$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: โรคเมลิออยโดสิส; พฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส; อาสาสมัครสาธารณสุข

วันรับ: 17 พ.ค. 2567

วันแก้ไข: 9 มิ.ย. 2567

วันตอบรับ: 11 มิ.ย. 2567

## บทนำ

โรคเมลิออยโดสิสหรือโรคไข้ดิน เกิดจากการติดเชื้อ burkholderia pseudomallei ซึ่งเป็นเชื้อแบคทีเรียชนิด gram negative bacilli พบได้ในดินและแหล่งน้ำตามธรรมชาติ เชื้อมีความคงทนสามารถอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้ทั้งที่มีภาวะกรดอ่อน เป็นกลาง และด่างอ่อน

(pH 4.5-8) มีระยะฟักตัว 1-21 วันในร่างกาย (9 วันโดยเฉลี่ย) โดยเชื้อ pseudomallei อาศัยในดินและน้ำ มีวิธีการติดต่อทั้ง 2 วิธี คือ (1) ทางตรง โดยผิวหนังบริเวณที่มีแผลสัมผัสกับดินหรือน้ำที่มีเชื้อโดยตรง และการดื่ม น้ำที่มีเชื้อเจือปน และ (2) ทางอ้อม โดยการหายใจเอาฝุ่นจากดินที่มีเชื้อเข้าไปในปอด<sup>(1)</sup> ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเมลิออยโดสิส คือ เกษตรกร หรือผู้ที่ต้องทำงานสัมผัส

กับดินและน้ำโดยตรง และผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไตวาย-เรื้อรัง และโรคธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง เป็นต้น โดยผู้ที่ได้รับเชื้อจะแสดงอาการไม่แน่ชัด ลักษณะทางคลินิกของโรค-เมลิออยโดสิสมีความหลากหลาย ผู้ที่ได้รับเชื้ออาจไม่มีอาการผิดปกติ (มีเชื้อแฝงในร่างกาย) ในรายที่แสดงอาการอาจมีอาการผิดปกติเพียงเล็กน้อย หรือมีอาการติดเชื้อรุนแรงได้ เช่น ปอดอักเสบรุนแรง หรือพบการติดเชื้อในกระแสเลือด ในกรณีผู้ป่วยมีอาการติดเชื้อในกระแสเลือดเฉียบพลันมักเสียชีวิตภายใน 1-3 วัน หลังจากเข้ารับการรักษา<sup>(2)</sup> อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเมลิออยโดสิสสูงถึงเกือบร้อยละ 40 ในผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิสที่มีผลเพาะเชื้อยืนยัน ดังนั้นผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อรุนแรงและสงสัยโรค-เมลิออยโดสิส ควรได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและเหมาะสม

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่าตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 มีรายงาน ผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิส จำนวน 102 รายในพื้นที่ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่าง อัตราป่วยเท่ากับ 2.04 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 12 ราย อัตราตาย 11.76 ต่อแสนประชากร โดยจังหวัดที่พบอัตราป่วยสูงสุด คือ จังหวัดพัทลุง คิดเป็นอัตราป่วย 4.79 ต่อแสนประชากร รองลงมา จังหวัดตรัง สงขลา ยะลา นราธิวาส สตูล และปัตตานี คิดเป็นอัตราป่วย 3.13, 2.59, 1.11, 0.99, 0.62, 0.55 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และรายงานผู้เสียชีวิต 12 ราย ได้แก่ สงขลา 8 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.56 ต่อแสนประชากร (อัตราป่วยตาย ร้อยละ 21.62) ตรัง 2 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.31 ต่อแสนประชากร (อัตราป่วยตาย ร้อยละ 10.00) และปัตตานี 2 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.27 ต่อแสนประชากร<sup>(3)</sup> (อัตราป่วยตาย ร้อยละ 50.00)

จากการทบทวนสถานการณ์โรคเมลิออยโดสิส ย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565) จำนวน 8 ตำบล ของอำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง จากโปรแกรม 506 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง ไม่พบผู้ป่วยโรคเมลิออยโดสิส ในปี พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วย จำนวน 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1.56 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 1 ราย คิดเป็นอัตราตาย 1.56 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายคิดเป็น ร้อยละ 100 จากการสอบสวนโรค ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 70 ปี อาศัยในตำบลในควน อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง นับถือศาสนาพุทธ มีโรคประจำตัว โรคตับแข็ง

สภาพแวดล้อมรอบที่พักอาศัยของผู้ป่วยมีลักษณะเป็นที่ราบ บริเวณรอบบ้านเป็นสวนทุเรียน พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเมลิออยโดสิสในช่วง 21 วัน ก่อนป่วย จากการสอบถามญาติผู้ป่วยทราบว่าผู้ป่วยมีอาชีพเปิดร้านอยู่ช่อมรดกสิบล้อที่บ้าน ในตำบลนาตาล่วง อำเภอเมือง จังหวัดตรัง มักจะเดินทางไปๆ มาๆ ที่ตำบลในควน อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง เพื่อจะมาดูแลสวนทุเรียนซึ่งอยู่บริเวณรอบบ้าน กิจวัตรในการดูแลสวนจะกางหญ้า สวมใส่รองเท้าบูทยาง ไม่สวมถุงมือ และไม่สวมหน้ากากอนามัย<sup>(4)</sup>

อำเภอย่านตาขาว มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค-เมลิออยโดสิส ซึ่งสามารถป้องกันได้ เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นส่วนสำคัญในการที่จะเป็นต้นแบบการสร้างสุขภาพแก่ประชาชน เพราะ อสม. เป็นบุคคลที่ได้รับการอบรมตามที่กระทรวง-สาธารณสุขกำหนด มีบทบาทการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชน ในหมู่บ้าน/ชุมชน จากบทบาทหน้าที่ของ อสม. จะเห็นว่า เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่แก้ข่าวร้ายกระจายข่าวดี ชี้นำบริการประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้น อสม. จึงถือเป็นกลุ่มบุคคลที่เป็นตัวแทนของบุคลากรด้านสาธารณสุข ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่มากที่สุด เป็นแกนนำและเป็นบุคคลต้นแบบสำคัญให้กับประชาชนในชุมชนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำข้อมูลมาวางแผนเพิ่มความสามารถให้กับประชาชนและ อสม. ให้สามารถจัดการสุขภาพและพึ่งพาตนเองได้และสามารถขึ้นำระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของบุคคลในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของ อสม. อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง และมีการทบทวนวรรณกรรมโดยการนำแนวคิดทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามาใช้ในการศึกษา ได้แก่ ศึกษาทฤษฎีทางพฤติกรรมปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการควบคุมป้องกันโรคโดยใช้กรอบแนวคิด PRECEDE Framework<sup>(5)</sup> มาประยุกต์ใช้ โดยได้กำหนดปัจจัยที่อาจจะเป็นสาเหตุ

พฤติกรรมการควบคุมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสไว้ 3 ประการ คือ (1) บังคับนำ (2) บังคับเอื้อ และ (3) บังคับเสริม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล บังคับนำ บังคับเอื้อ บังคับเสริม และความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เมลิออยโดสิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง

## วิธีการศึกษา

### รูปแบบการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา และการวิจัยเชิงวิเคราะห์

### ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง และขึ้นทะเบียน มีสิทธิรับเงินค่าป่วยการ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ซึ่ง มีทั้งหมด 1,030 คน (ฐานข้อมูลงานสุขภาพประชาชน 1 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ สูตรของ Yamane<sup>(6)</sup> ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษา จำนวน 289 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดจำนวนประชากร 8 ตำบล ใช้วิธีการสุ่มแบบ แบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) กำหนด สัดส่วนแบบเท่ากัน โดยคำนวณสัดส่วนประชากรแต่ละ ตำบล โดยเรียงรายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามลำดับตัวอักษร และ การเว้นระยะการสุ่มในสัดส่วนที่เท่าๆ กัน

### วิธีการรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ อสม. เข้าใจ ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการ ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้โดยยึดหลัก การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยตรงกัน แจกแบบสอบถาม ให้แก่ อสม. เป็นรายบุคคล โดยให้ตอบแบบสอบถาม ตามความเป็นจริง มีอิสระในการตอบแบบสอบถาม โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลาระหว่าง เดือนเมษายน พ.ศ. 2567

### ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตาม ทฤษฎี โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (index of item objective congruence; IOC) ของแบบสอบถามทุกส่วน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.5-1.00 ซึ่งแสดงถึงความตรงที่ดี ของแบบสอบถาม แสดงว่าเนื้อหาและความเหมาะสม ของภาษา มีความสอดคล้องตรงตามเนื้อหาของงานวิจัย

### ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบแก้ไข ปรับปรุง ไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติ ที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำไป วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ดังนี้ (1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค เมลิออยโดสิส ค่าเท่ากับ 0.70 (2) การรับรู้ความรุนแรง ของโรคเมลิออยโดสิส ค่าเท่ากับ 0.73 (3) ความเพียงพอ ของทรัพยากรในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ค่าเท่ากับ 0.83 (4) บังคับเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ค่าเท่ากับ 0.93 (5) การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ค่าเท่ากับ 0.96 และ (6) พฤติกรรมการป้องกัน โรคเมลิออยโดสิส ค่าเท่ากับ 0.71

### การรับรองทางจริยธรรม

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดมาตรฐานการวิจัย โดยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย จึงมี การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณา- การวิจัยของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด ยะลา พิจารณางานวิจัยและด้านจริยธรรม ได้รับการพิจารณาเอกสารรับรอง รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2567/134 ลงวันที่ 29 มีนาคม พ.ศ. 2567 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยมีรายละเอียด ของการวิเคราะห์ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ ความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรค

แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรค-  
 เมลियोอโดสิส โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย  
 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์  
 ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการ  
 ป้องกันโรคเมลियोอโดสิส ของอาสาสมัครสาธารณสุข-  
 ประจำหมู่บ้าน อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง โดยทดสอบ  
 ด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation  
 coefficient

## ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ  
 ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลियोอโดสิส  
 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอย่านตาขาว  
 จังหวัดตรัง ดังตารางที่ 1

### 1.1 ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 267 คน คิดเป็น  
 ร้อยละ 92.40 และเพศชาย จำนวน 22 คน คิดเป็น

ตารางที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=289)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	22	7.60
หญิง	267	92.40
2. อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	6	2.10
31-40 ปี	31	10.70
41-50 ปี	102	35.30
51-60 ปี	97	33.60
61-70 ปี	49	17.00
70 ปีขึ้นไป	4	1.40
3. อาชีพ		
เกษตรกร	188	65.10
ค้าขาย	21	7.30
รับจ้าง	56	19.40
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	0.30
ธุรกิจส่วนตัว	23	8.00
4. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาตอนต้น (ป.1-3)	9	3.10
ประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4-6)	92	31.80

ตารางที่ 1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=289) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-3)	44	15.20
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-6)	84	29.10
อนุปริญญาหรืออาชีวศึกษา	33	11.40
ปริญญาตรี	27	9.30
5. สถานภาพการสมรส		
โสด	26	9.00
สมรส	216	74.70
หม้าย/แยก/หย่า	47	16.30
6. รายได้ต่อเดือน		
1,500 - 3,000 บาท	105	36.30
2,501 - 4,500 บาท	28	9.70
4,501 - 6,500 บาท	84	29.10
6,501 - 8,500 บาท	25	8.70
8,501 - 9,000 บาท	47	16.30
7. ระยะเวลาในการเป็น อสม.		
1-10 ปี	111	38.40
11-20 ปี	97	33.60
21-30 ปี	68	23.50
31-40 ปี	11	3.80
40 ปี ขึ้นไป	2	0.70
รวม	289	100.00

ร้อยละ 7.60 ส่วนใหญ่อายุ 41-50 ปี จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 35.30 รองลงมา อายุ 51-60 ปี จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 33.60 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 65.10 รองลงมา อาชีพรับจ้าง จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 19.40

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาตอนปลาย (ป.4-6) จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 31.80 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-6) จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 29.10 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส จำนวน 216 คน คิดเป็นร้อยละ 74.70 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 1,500-

3,000 บาท จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 36.30 รองลงมา คือ รายได้ 4,501-6,500 บาท จำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 29.10 ระยะเวลาในการเป็น อสม. ส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการเป็น อสม. 1-10 ปี จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 38.40 รองลงมา คือ มีระยะเวลาในการเป็น อสม. 11-20 ปี จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 33.60

### 1.2 ผลการศึกษาปัจจัยนำ

ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค-เมลิออยโดสิสของ อสม. พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมลิออยโดสิสอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 51.60 (mean=3.64, SD=0.58) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายข้อของปัจจัยนำด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมลิออยโดสิสมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 8. ผู้ที่มีบาดแผลเมื่อสัมผัสดิน เติมน้ำ ลุยโคลน ด้วยมือ/เท้าเปล่า มีโอกาสติดเชื้อโรค-เมลิออยโดสิสได้ (mean=4.12, SD=0.88) รองลงมา ได้แก่ ข้อ 7. ผู้ที่สัมผัสดิน โคลน น้ำห้วย หนอง คลอง มีโอกาสที่ติดเชื้อโรคเมลิออยโดสิสสูงกว่าผู้อื่น (mean=4.04, SD=0.94) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายข้อของปัจจัยนำด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมลิออยโดสิสน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 1. โรคเมลิออยโดสิสสามารถพบเชื้อได้เฉพาะในดินเท่านั้น (mean=2.55, SD=1.13) และรองลงมา ได้แก่ ข้อ 5. โรคเมลิออยโดสิสสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ (mean=2.82, SD=1.20)

ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมลิออยโดสิสของ อสม. พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมลิออยโดสิสอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 60.90 (mean=3.53, SD=0.45) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายข้อของปัจจัยนำด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมลิออยโดสิสมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 4. ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน โรคไต และผู้ที่มีสุขภาพอ่อนแอเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการได้รับเชื้อทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้น (mean=4.16, SD=0.88) รองลงมา ได้แก่ ข้อ 7. โรค-เมลิออยโดสิสเป็นแล้วอาจมีโอกาสติดเชื้อในกระแสเลือด

ถึงขั้นเสียชีวิตได้ (mean=4.03, SD=0.85) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายข้อของปัจจัยนำด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเมลิออยโดสิสน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 10. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเมลิออยโดสิส ควรเข้ารับการรักษาและควบคุมเชื้อโรคทั้งที่บ้านและชุมชน (mean=2.04, SD=0.45) และรองลงมา ได้แก่ ข้อ 6. อาการป่วยหรืออาการแสดงของโรคเมลิออยโดสิส มีลักษณะคล้ายอาการป่วยของโรคไข้เลือดออก (mean=2.43, SD=0.97)

### 1.3 ผลการศึกษาปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อ ด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของ อสม. พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยเอื้อ ด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 141 คน คิดเป็นร้อยละ 48.80 (mean=3.56, SD=0.62) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายข้อของปัจจัยเอื้อด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1. บ้านของท่านมีร่องเท้าบูทที่สามารถป้องกันการได้รับเชื้อโรคเมลิออยโดสิส (mean=4.12, SD=0.84) รองลงมา ได้แก่ ข้อ 6. บ้านของท่านมีหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัย เพื่อป้องกันการได้รับเชื้อโรคเมลิออยโดสิส (mean=4.05, SD=0.95) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายข้อของปัจจัยเอื้อด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 8. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีอุปกรณ์ป้องกันการได้รับเชื้อโรคเมลิออยโดสิสทางการกินหรือดื่ม (mean=3.05, SD=1.24) และรองลงมา ได้แก่ ข้อ 9. น้ำดื่มจากหมู่บ้านผ่านกระบวนการกรองและผ่านการตรวจยืนยันโดยกรมอนามัยสามารถดื่มได้โดยไม่ต้องต้ม (mean=3.15, SD=1.27)

### 1.4 ผลการศึกษาปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของ อสม. พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยเสริม ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 54.00 (mean=3.67, SD=0.81) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนก

ตามรายชื่อของปัจจัยเสริม ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส มากที่สุด ได้แก่ ข้อ 2. สถานบริการสาธารณสุขในชุมชนให้ความรู้ในด้านการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสเป็นอย่างดี (mean=3.91, SD=0.95) รองลงมา ได้แก่ ข้อ 10. การปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคเมลิออยโดสิสมีส่วนช่วยรักษาชีวิตของประชาชนได้ (mean=3.88, SD=0.97) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายชื่อของปัจจัยเสริมด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 5. ชุมชนของท่านได้รับการจัดสรรงบประมาณในด้านการควบคุมโรคเมลิออยโดสิสจากทางภาครัฐอย่างต่อเนื่องทุกปี (mean=3.38, SD=1.09) และรองลงมา ได้แก่ ข้อ 4. ชุมชนได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ในการควบคุมโรคเมลิออยโดสิสจากหน่วยงานของรัฐ (mean=3.45, SD=1.08)

ปัจจัยเสริม ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของ อสม. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยเสริม ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส อยู่ในระดับสูง จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 61.90 (mean=3.74, SD=0.84) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายชื่อของปัจจัยเสริม ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขแจ้งข้อมูลการเกิดโรคเมลิออยโดสิสในชุมชนของท่านเป็นอย่างดี (mean=4.05, SD=0.85) รองลงมา ได้แก่ ข้อ 2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมรณรงค์การป้องกันโรคเมลิออยโดสิสในชุมชน (mean=4.02, SD=0.86) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายชื่อของปัจจัยเสริม ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิสผ่านช่องทาง TikTok (mean=3.45, SD=1.11) และรองลงมา ได้แก่ ข้อ 9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเมลิออยโดสิสผ่านช่องทางเสียงตามสายในชุมชน (mean=3.48, SD=1.12)

## 1.5 ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสด้านการดูแลตนเองของ อสม. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสด้านการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 63.80 (mean=3.52, SD=0.38) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายชื่อของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสด้านการดูแลตนเองมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 5. ท่านล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ (mean=4.33, SD=0.81) รองลงมา ได้แก่ ข้อ 11. ท่านดื่มน้ำที่ผ่านกระบวนการฆ่าเชื้อจากโรงงานเป็นที่เรียบร้อยแล้ว (mean=4.18, SD=0.89) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายชื่อของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสด้านการดูแลตนเองมากที่สุด ได้แก่ ข้อ 4. เมื่อมีบาดแผลขณะทำงาน ท่านล้างแผลด้วยน้ำสะอาดทันที (mean=2.40, SD=1.38) และรองลงมา ได้แก่ ข้อ 9. ท่านทำความสะอาดบริเวณรอบๆ ที่พักอาศัยของท่าน เช่น การทำความสะอาดกวาดรอบบริเวณบ้าน (mean=2.53, SD=1.37)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสด้านการสวมอุปกรณ์ป้องกันโรคของ อสม. พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสด้านการสวมอุปกรณ์ป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 55.40 (mean=3.78, SD=0.51) และเมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายชื่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสด้านการสวมอุปกรณ์ป้องกันโรคมามากที่สุด ได้แก่ ข้อ 1. ท่านสวมรองเท้าบูทขณะประกอบภารกิจการเกษตรกรรม (mean=4.41, SD=0.73) รองลงมา ได้แก่ ข้อ 5. ท่านสวมเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ขณะประกอบภารกิจการเกษตรกรรม (mean=4.26, SD=0.83) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามรายชื่อของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสด้านการสวมอุปกรณ์ป้องกันโรคน้อยที่สุด ได้แก่ ข้อ 6. ท่านได้สัมผัสกับสัตว์เลี้ยง เช่น วัว ควาย หมู แมว ด้วยมือเปล่า (mean=2.87, SD=1.30) และรองลงมา ได้แก่ ข้อ 7. ท่านทำความสะอาดคอกสัตว์เลี้ยง เช่น หมู เป็ด ไก่ วัว ด้วยมือเปล่า (mean=3.06, SD=1.39)

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของ อสม. อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง พบว่า ทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ดังตารางที่ 2

### วิจารณ์

ปัจจัยนำ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ( $r = 0.539^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของสุปริญญา สัมพันธ์รัตน์ และสุพินดา เรืองจิรัชเชียร<sup>(7)</sup> พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ ( $r = 0.25^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยนำ การรับรู้ความรุนแรงของโรคเมลิออยโดสิส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส มีค่าระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ( $r = 0.539^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพชร กาญจรัส<sup>(8)</sup> ได้ศึกษา การพัฒนาตัวแบบการป้องกันและควบคุมโรคเมลิออยโดสิส จังหวัดศรีสะเกษ การรับรู้ความรุนแรงในการป้องกันและควบคุมโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคเมลิออยโดสิส ( $r = 0.596^*$ ) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุปริญญา สัมพันธ์รัตน์ และสุพินดา เรืองจิรัชเชียร<sup>(7)</sup> พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์

ปัจจัยเอื้อ ด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ( $r = 0.641^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของสุปริญญา สัมพันธ์รัตน์ และสุพินดา เรืองจิรัชเชียร<sup>(7)</sup> พบว่า การ

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง (n=289)

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยโดสิส		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ	0.574*	<0.01	สูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	0.539*	<0.01	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.512*	<0.01	สูง
ปัจจัยเอื้อ	0.891*	<0.01	สูงมาก
ด้านความเพียงพอของทรัพยากรในการป้องกันโรค	0.891*	<0.01	สูงมาก
ปัจจัยเสริม	0.641*	<0.01	สูง
ด้านการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.628*	<0.01	สูง
ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.555*	<0.01	สูง

\* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เข้าถึงทรัพยากรในการป้องกันโรคความล้มพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ ( $r=0.01^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยเสริม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยด์ โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ( $r=0.627^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.010 มีความสอดคล้องกับการศึกษาของสุปรียญา สัมพันธ์รัตน์ และสุพินดา เรืองจิรัชเชียร<sup>(7)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อซ้ำของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ ( $r=0.03^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยเสริม การได้รับข้อมูลข่าวสารจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเมลิออยด์ โดยมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ( $r=0.555^*$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chansrichavala และคณะ<sup>(9)</sup> พบว่า การให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับโรคเมลิออยด์ในประเทศไทย ไม่เคยรู้จักโรคเมลิออยด์ คิดเป็นร้อยละ 74 และเคยได้ยินชื่อแต่ไม่รู้จักรายละเอียดของโรค คิดเป็นร้อยละ 19 และไม่มีความรู้เพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในการสนทนากลุ่มทั้งหมดรู้สึกว่าการปฏิบัติให้มีประโยชน์และอาจส่งผลเชิงบวกต่อพวกเขาให้เพิ่มการยึดมั่นในพฤติกรรมการป้องกันที่แนะนำ รวมถึงการดื่มสุราและสวมอุปกรณ์ป้องกันหากสัมผัสกับดินหรือน้ำในสิ่งแวดล้อม ผู้เข้าร่วมแนะนำว่าควรนำเสนอคลิปวิดีโอเป็นภาษาท้องถิ่นด้วยคำง่ายๆ แทนคำศัพท์ทางการแพทย์อย่างจริงจัง โดยมีแพทย์เป็นผู้นำเสนอข้อเท็จจริง และมีภาพรายละเอียดวิธีการป้องกันที่แนะนำแต่ละวิธีตามมาตรฐาน

## ข้อเสนอแนะ

1. จากการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง ส่วนใหญ่มีการรับมือเกี่ยวกับโรคเมลิออยด์ ในระดับปานกลาง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานควรเร่งให้ข้อมูลและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้รับทราบถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคเมลิออยด์ให้ทั่วถึง

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอ ย่านตาขาว จังหวัดตรัง ควรจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงของโรคเมลิออยด์ให้ครอบคลุมไปถึงสาเหตุของโรค การติดต่อ อาการและความรุนแรงของโรค การรักษา รวมถึงให้ความรู้ในด้านการป้องกันโรคเมลิออยด์เกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะทำเกษตรกรรม การบริโภคน้ำดื่มที่ต้มสุก เพื่อส่งเสริมให้มีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเมลิออยด์และนำความรู้ไปปรับใช้ในการป้องกันตนเองจากโรคเมลิออยด์ต่อไป

3. ผลการวิจัยสามารถนำไปพัฒนาและใช้ดำเนินการต่อไปในการป้องกันโรคเมลิออยด์ให้ครอบคลุม โดยเน้นให้มีการดำเนินการร่วมกันทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน และพัฒนาศักยภาพการป้องกันควบคุมโรคในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เกษม ชูรัตน์ อาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่ได้ให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ให้ข้อชี้แนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้งานวิจัยมีความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหาทางวิชาการยิ่งขึ้น ขอขอบคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบรวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยจนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

## เอกสารอ้างอิง

1. วิมล เพชรกาญจนางพงศ์. โรคเมลิออยโดสิส [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 25 ม.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: [http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc\\_nih/a\\_nih\\_1\\_001c.asp?info\\_id=827](http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_nih/a_nih_1_001c.asp?info_id=827)
2. อรทัย สุวรรณไชยรบ. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค กองระบาดวิทยา. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2558.
3. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา. สถานการณ์โรคเมลิออยโดสิส เขตสุขภาพที่ 12. สงขลา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา; 2567.
4. งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง. สถานการณ์โรคเมลิออยโดสิสอำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง. ตรัง: งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง; 2566.
5. Green LW, Kreuter MW, Deeds S, Partridge K. Health education planning: a diagnostic approach. Palo Alto, CA: Mayfield; 1980.
6. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 2<sup>nd</sup> Ed. New York: Harper and Row; 1967.
7. สุปรียญา สัมพันธ์รัตน์, สุพินดา เรืองจิรัชเชียร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเมลิออยด์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2557;32(2):14-22.
8. พชร กาญจรัส. การพัฒนาตัวแบบการป้องกันและควบคุมโรคเมลิออยโดสิส จังหวัดศรีสะเกษ. [วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564. 196 หน้า.
9. Chansrichavala P, Wongsuwan N, Suddee S, Malasit M, Hongsuwan M, Wannapinij P, et al. Public awareness of melioidosis in Thailand and potential use of video clips as educational tools. PLoS ONE 2015;10(3):e0121311.

## A Study Factors Related to Preventive Behaviors of Melioidosis of Village Health Volunteers Yan Ta Khao District, Trang Province

Arpaporn Choosaeng, Kasem Chooratna

*Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand*

---

### Abstract

This study aimed to (1) study personal factors: predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and melioidosis protection behavior, and (2) study factors associated with preventive behaviors of melioidosis of village health volunteers (VHVs) in Yan Ta Khao District, Trang Province. The 289 samples were the VHVs in Yan Ta Khao District, Trang Province. They were selected using Yamane's formula and stratified sampling random sampling method. The data were collected by the questionnaire which reviewed the documents and research articles regarding the PRECEDE Framework by Green and Kreuter. The research instruments were 4 parts with predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors with melioidosis reliability. The research instrument content validity was between 0.76 and 1.00. The reliability coefficients of the questionnaire were between 0.70 and 0.96. The data were analyzed using descriptive statistics and analyze the relationship between predisposing factors, reinforcing factors, and enabling factors with melioidosis protection behavior using Pearson's correlation coefficient. It was found that that there was significant association between predisposing factors of the perceived susceptibility ( $r=0.539$ ), perceived severity ( $r=0.512$ ), enabling factors on resource sufficiency ( $r=0.891$ ), reinforcing factors of social support ( $r=0.627$ ), and reinforcing factors on motivation of health personnel ( $r=0.555$ ) with melioidosis protection behavior,  $p<0.01$ .

**Keywords:** melioidosis; melioidosis prevention behavior; village health volunteers

# ปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพ: กลยุทธ์ของภาคธุรกิจที่ส่งผลต่อสุขภาพ

มิลินทร์ สาครสินธุ์ รุดติษฐ์

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

## บทคัดย่อ

ปัจจัยเชิงพาณิชย์มีอิทธิพลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยเฉพาะจากภาคอุตสาหกรรมต่างๆ เช่น ยาสูบ อาหารแปรรูป พลังงานฟอสซิล และแอลกอฮอล์ โดยภาคธุรกิจได้ใช้กลยุทธ์ต่างๆ สร้างอิทธิพลต่อรูปแบบการบริโภคและสุขภาพ ได้แก่ การทำให้การบริโภคเป็นเรื่องปกติ การปฏิเสธผลกระทบเชิงลบ และการสร้างอิทธิพลทางวัฒนธรรมและวิทยาศาสตร์ เพื่อสร้างความต้องการต่อสินค้าและบริการ โดยมุ่งเน้นไปที่การทำกำไร แม้จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและความไม่เท่าเทียมก็ตาม บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยเชิงพาณิชย์ที่ส่งผลต่อสุขภาพ โดยเน้นการวิเคราะห์กลยุทธ์ของภาคธุรกิจที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและผลกระทบของปัจจัยเชิงพาณิชย์ ตัวอย่างกลยุทธ์ของกลุ่มอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่ม อุตสาหกรรมเชื้อเพลิงฟอสซิล การเพิ่มขึ้นของปัญญาประดิษฐ์ และอุตสาหกรรมอาวุธ ที่ดำเนินการทำธุรกิจและส่งผลกระทบต่อนโยบายสาธารณสุข และมีผลกระทบสำคัญทางภูมิรัฐศาสตร์ต่อสุขภาพโลก เพื่อสร้างความเข้าใจและเป็นข้อมูลอ้างอิงในการพัฒนานโยบายสาธารณะในระดับชาติ และปกป้องสุขภาพของประชาชนและสร้างระบบที่ยั่งยืนในระยะยาว เนื่องจากงานวิจัยทางด้านปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพที่มีอยู่ปัจจุบันยังจำกัดอยู่ที่อุตสาหกรรมเฉพาะกลุ่ม จึงมีความจำเป็นต้องมีคำนิยามที่ชัดเจน และศึกษาเพิ่มเติมในบริบทต่างๆ และเปิดพื้นที่ให้มีการแลกเปลี่ยนข้ามศาสตร์เกี่ยวกับประเด็นนี้ เพื่อจัดการกับผลกระทบจากปัจจัยเชิงพาณิชย์ต่อสุขภาพได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

คำสำคัญ: ปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพ; กลยุทธ์ของภาคธุรกิจ; ผลกระทบต่อสุขภาพ

วันรับ: 29 เม.ย. 2567

วันแก้ไข: 28 พ.ค. 2567

วันตอบรับ: 1 มิ.ย. 2567

## บทนำ

สภาพแวดล้อมมีอิทธิพลอย่างมากต่อสุขภาพ ตั้งแต่สถานที่ที่เกิด เติบโต ทำงาน และที่อยู่อาศัย จากรายงานขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (social determinants of health) ประจำปี พ.ศ. 2551 เน้นย้ำถึงปัจจัยเหล่านี้ว่ามีส่วนสำคัญต่อสุขภาพและความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพทั่วโลก<sup>(1)</sup> โดยองค์การอนามัยโลกและรัฐภาคีร่วมกันขับเคลื่อนแนวทางนโยบาย

ด้านสุขภาพใหม่ๆ ทั้งสุขภาพในทุกนโยบาย (health in all policies)<sup>(2)</sup> และ นโยบายสุขภาพหนึ่งเดียว (one health policies)<sup>(3)</sup> ซึ่งแนวทางสุขภาพในทุกนโยบาย คือการนำ การพิจารณาสุขภาพเข้ามาพิจารณาในนโยบายต่างๆ โดยมุ่งเน้นการสร้างความเป็นธรรมด้านสุขภาพและลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อสุขภาพจากนโยบายในทุกภาคส่วน ในขณะที่นโยบายสุขภาพหนึ่งเดียว เป็นแนวทางที่รวมการดูแลสุขภาพของมนุษย์ สัตว์ และระบบนิเวศเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการป้องกันและ

ควบคุมโรคระบาดจากสัตว์สู่คนและปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวม โดยนโยบายเหล่านี้ มุ่งหวังที่จะปิดช่องว่างด้านสุขภาพผ่านการดำเนินการเกี่ยวกับนโยบายอื่นๆ นอกเหนือจากด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม ประชากรของแต่ละประเทศได้รับอิทธิพลที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของนโยบายดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคโลกาภิวัตน์ที่แต่ละประเทศมีการแลกเปลี่ยนและเข้าถึงสินค้าและบริการอย่างไร้พรมแดน อำนาจทางเศรษฐกิจและการเมืองของภาคเอกชนมีอิทธิพลต่อสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้บริโภคและประชากร อีกทั้งส่งผลต่อสภาพแวดล้อมและการรับรู้ด้านสุขภาพผ่านทางสื่อต่างๆ อาจกล่าวได้ว่าภาคเอกชนมีอิทธิพลต่อสุขภาพในทุกๆ ระดับ ทั้งทางตรงและทางอ้อมผ่านกลยุทธ์ทางธุรกิจที่นำมาใช้เพื่อกำหนดรูปแบบการรับรู้ของสาธารณชน และรักษาส่วนแบ่งทางการตลาดของผลิตภัณฑ์

การให้ความสนใจศึกษาในประเด็นปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพ (commercial determinants of health; CDoH) จึงมีความจำเป็นสามประการ ดังนี้ (1) การมีข้อตกลงเกี่ยวกับคำจำกัดความทั่วไปที่ครอบคลุมของปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพ เนื่องจากงานวิจัยที่มีอยู่ส่วนใหญ่จัดทำขึ้นแบบไซโล มุ่งเน้นไปที่หมวดหมู่ผลิตภัณฑ์เฉพาะ เช่น ยาสูบ แอลกอฮอล์ ทำให้ไม่สามารถออกแบบแนวทางด้านกฎระเบียบหรือกรอบตัวเลือกนโยบายที่ครอบคลุมผลกระทบในภาพรวมจากภาคอุตสาหกรรมที่หลากหลาย ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรและความเท่าเทียมด้านสุขภาพ (2) ความต้องการงานวิชาการเชิงประจักษ์ที่มีลักษณะเป็นสหวิทยาการมากขึ้น และแพลตฟอร์มที่อาจเปิดโอกาสให้มีการสื่อสารและการทำงานร่วมกันข้ามสาขาวิชาในประเด็นเหล่านี้ และ (3) ความเข้าใจประเด็นปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง<sup>(4)</sup> ซึ่งได้รับผลกระทบอย่างมากในการกำหนดนโยบายด้านสุขภาพ ด้วยภาพรวมในปัจจุบัน ที่งานวิจัยส่วนใหญ่ยังจำกัดอยู่ที่การศึกษาถึงผลกระทบเชิงลบจากปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพ บทความนี้มีจุดมุ่งเน้นศึกษาถึงกลยุทธ์ของภาคธุรกิจที่ส่งผลต่อสุขภาพเชิงลบ ผ่านปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเสนอแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยเชิงพาณิชย์ที่ส่งผลต่อสุขภาพ เนื่องจากงานวิชาการในด้านนี้ที่เป็นภาษาไทยยังมีอยู่อย่างจำกัด บทความนี้เน้นการวิเคราะห์กลยุทธ์ของภาคธุรกิจที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและผลกระทบของปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพ โดยมุ่งหวังที่สร้างความเข้าใจในประเด็นดังกล่าวและเป็นข้อมูลอ้างอิงในการพัฒนานโยบายสาธารณะ ทั้งในระดับชาติ เพื่อปกป้องสุขภาพของประชาชนและสร้างระบบที่ยั่งยืนในระยะยาว ข้อมูลในบทความได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ของบทความวิชาการที่เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551-2567 เพื่อศึกษากลยุทธ์ของภาคธุรกิจที่ส่งผลต่อสุขภาพ การทบทวนวรรณกรรมเริ่มต้นจากหนังสือ the commercial determinants of health ของ Maani N และคณะ<sup>(4)</sup> ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญในการวิเคราะห์กลยุทธ์ของภาคธุรกิจ และได้รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลวิชาการได้แก่ องค์กรอนามัยโลก The Lancet, Globalization and Health, Movendi International, OXFAM เป็นต้น เพื่อให้ครอบคลุมและครอบคลุมการศึกษาปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพ

## ความหมายของปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพ

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมาได้มีการศึกษาพฤติกรรมของธุรกิจที่มีอิทธิพลต่อผู้กำหนดนโยบาย โดยเน้นไปที่การทำกำไร ซึ่งนำไปสู่ปัญหาสุขภาพและความไม่เท่าเทียมกันอย่างต่อเนื่อง หรือเรียกว่า “การเพิ่มดุลอำนาจ (tipping the balance)”<sup>(5)</sup> โดยผู้ประกอบการทางการค้าจะใช้เงินและอิทธิพลในการกำหนดรูปแบบกฎหมายและนโยบายให้เอื้อประโยชน์แก่ตนเอง มุ่งหวังสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนผลประโยชน์ นโยบายที่เอื้ออำนวยเหล่านี้นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของยอดขายและการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตราย สร้างภาระด้านสุขภาพและค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น และหลีกเลี่ยงการรับผิดชอบต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เกิดจากความเสียหาย โดยผลกระทบให้กับภาครัฐและประชาชน ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลของอำนาจระหว่างภาคธุรกิจกับรัฐบาล วนเป็นวัฏจักรที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 การเพิ่มดุลอำนาจ (tipping the balance) โดยผู้ประกอบการทางการค้าจะใช้เงินและอิทธิพลในการกำหนดรูปแบบกฎหมายและนโยบายให้เอื้อประโยชน์แก่ตนเอง<sup>(5)</sup>

### การเพิ่มดุลอำนาจ (Tipping the balance)

วงจรพฤติกรรมของผู้ประกอบการทางการค้าและผู้กำหนดนโยบายที่มีผลในการเปลี่ยนแปลงดุลอำนาจไปในทางที่เอื้อต่อผลกำไรเชิงพาณิชย์มากขึ้นตลอดหลายทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดีและความไม่เท่าเทียม

1. ผู้ประกอบการทางการค้าใช้ทรัพย์สินและอำนาจของตนในการกำหนดกฎระเบียบและนโยบายให้เอื้อต่อผลประโยชน์ของตนเอง
2. นโยบายที่เอื้อประโยชน์ช่วยกระตุ้นยอดขาย และเพิ่มการบริโภคของผลิตภัณฑ์เชิงพาณิชย์ที่เป็นอันตราย ก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบและภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น
3. นโยบายที่เอื้อประโยชน์ยังช่วยให้ผู้ประกอบการทางการค้าสามารถโยนภาระค่าใช้จ่ายจากผลกระทบเชิงลบที่เกิดขึ้นจากการผลิต การบริโภค และการกำจัดผลิตภัณฑ์ของตนไปให้ผู้อื่น
4. ค่าใช้จ่ายภายนอก (เช่น การรักษาโรคไม่ติดต่อที่เกิดจากผลิตภัณฑ์เชิงพาณิชย์) ส่วนใหญ่ถูกแบกรับโดยรัฐและบุคคลที่ได้รับผลกระทบ ค่าใช้จ่ายเหล่านี้จะไปลดทรัพยากรที่มีอยู่ให้กับรัฐและบุคคลในการจ่ายค่ายา การรักษาพยาบาล อาหาร และที่อยู่อาศัย ทำให้ระบบสุขภาพไม่สามารถรับมือได้
5. ในขณะเดียวกัน ผู้ประกอบการทางการค้าผลิตผลิตภัณฑ์เชิงพาณิชย์ที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลของอำนาจมากขึ้นระหว่างนักธุรกิจเชิงพาณิชย์และรัฐบาลที่ควรถือว่าพวกเขารับผิดชอบ

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยาม “ปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพ” ว่าเป็นกิจกรรมของภาคเอกชนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งในทางบวกและทางลบ<sup>(6)</sup> เป็น “ระบบแนวปฏิบัติ และแนวทางที่ผู้มีส่วนพาทางเชิงพาณิชย์ขับเคลื่อนสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพ”<sup>(7,8)</sup> โดยภาคเอกชนมีอิทธิพลต่อสังคม ปัจจัยเชิงกายภาพและสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม ผ่านกิจกรรมทางธุรกิจและการมีส่วนร่วมในสังคม เช่น ห่วงโซ่อุปทานสภาพการทำงาน การออกแบบผลิตภัณฑ์และบรรจุภัณฑ์ การจัดสรรเงินทุนในการวิจัย การล๊อบบี้ และการกำหนดรสนิยมของผู้บริโภค เป็นต้น

### กลยุทธ์ของภาคธุรกิจที่ส่งผลลัพท์ต่อสุขภาพ

กลยุทธ์ภาคธุรกิจและอุตสาหกรรมเพื่อกำหนดรูปแบบการรับรู้ของสาธารณะ และรักษาส่วนแบ่งทางการตลาดของผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มองข้ามผลกระทบ

ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งส่งผลต่อการเข้าใจและการยอมรับของสินค้าที่เป็นอันตรายต่อประชาชน มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นของประชาชนและการกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับวงจรการบริโภคและความสามารถในการทำกำไรของอุตสาหกรรมนั้น ประกอบด้วย 3 กลยุทธ์สำคัญ ได้แก่ (1) การทำให้เป็นบรรทัดฐาน (2) การปฏิเสธ และ (3) การสร้าง “อิทธิพล” ต่อผู้บริโภค โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. การทำให้เป็นบรรทัดฐาน คือ การทำให้การบริโภคสินค้าที่เป็นอันตรายในอัตราที่มากเกินไปเป็นสิ่งธรรมดาหรือยอมรับได้ โดยทั่วไปมักเริ่มต้นจากกลุ่มผู้บริโภควัยเด็ก เช่น การส่งเสริมสินค้าจำพวกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล การพนัน และบุหรี่ให้แก่เด็กผ่านช่องทางต่างๆ โดยเฉพาะในโรงเรียน เพื่อสร้างการรับรู้ว่าการใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้เป็นเรื่องปกติของชีวิต ซึ่งท้ายที่สุดแล้วจะเป็นการสร้างตลาดผู้บริโภคสำหรับผลิตภัณฑ์เหล่านี้ นอกจากนี้ อุตสาหกรรมอาจกำหนดเป้าหมายไปที่กลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น ผู้หญิง และใช้ข้อความเชิงส่งเสริมพลังในกลุ่มนั้นๆ เพื่อกระตุ้นการบริโภค<sup>(4)</sup> ดังนั้นการทำให้

เป็นบรรทัดฐานในสังคมจะทำผ่านเทคนิคทางการตลาด เพื่อให้ผลิตภัณฑ์และบริการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ กลายเป็นทางเลือกทั่วไป นอกจากนั้นยังสร้างความต้องการ ต่อสินค้าและบริการอย่างต่อเนื่องในผู้บริโภคอีกด้วย ดังภาพที่ 2


**2. การปฏิเสธ** คือ การบิดเบือนข้อเท็จจริงและสร้าง หรือ ทำลายหลักฐาน เพื่อลดหรือปฏิเสธผลกระทบที่เป็น อันตรายของผลิตภัณฑ์ที่ปรากฏในสังคม ภาคธุรกิจ อาจปฏิเสธหรือลบภาพลักษณ์ของผลิตภัณฑ์ของตน ในประเด็นที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ เช่น โรคมะเร็ง โรคอ้วน หรือการเสพติดการบริโภค กลยุทธ์ในการปฏิเสธ ได้แก่ การทำลายหลักฐานที่มีอยู่ การให้ทุนสนับสนุน การวิจัยที่สนับสนุนผลประโยชน์ของอุตสาหกรรม การส่งเสริมข้อมูลที่ผิด และ การสร้างความเคลือบแคลง แก่ผู้บริโภค ด้วยการกระจายข้อมูลเพื่อสร้างความสงสัย เกี่ยวกับผลกระทบที่เป็นอันตรายของผลิตภัณฑ์ ทั้งนี้ อุตสาหกรรมต่างๆ พยายามที่ผลักดันการคว่ำบาตรของ ตน และรักษาส่วนแบ่งการตลาดไว้<sup>(4)</sup>

**3. การสร้าง “อิทธิพล” ต่อผู้บริโภค** เป็นการสร้าง อุปทานให้เพิ่มขึ้น ผ่านการสร้าง “อิทธิพลเชิงวัฒนธรรม (influence in culture)” และ “อิทธิพลเชิงวิทยาศาสตร์ (Influence in science)” ดังนี้

**3.1 อิทธิพลเชิงวัฒนธรรม** ภาคธุรกิจโดยเฉพาะ บริษัทข้ามชาติมีอิทธิพลอย่างมากต่อรูปแบบการบริโภค ทั่วโลก ผ่านการใช้กลยุทธ์ทางการตลาดที่ซับซ้อน ส่งเสริม วัฒนธรรมการบริโภคนิยม โดยเชื่อมโยงการบริโภค กับสถานะทางสังคม ตลอดจนวิถีชีวิต โดยวิธีที่ภาคธุรกิจ ใช้เพื่อสร้างอิทธิพลเชิงวัฒนธรรม<sup>(4)</sup> ได้แก่

1) การตลาดและการโฆษณา: การลงทุนในการวิจัย การตลาดและการสร้างแคมเปญโฆษณาเพื่อโปรโมตแบรนด์ เพื่อสร้างบุคลิกภาพที่จูงใจ ชวนเชื่อ เช่น ปรับภาพลักษณ์ แปรนต์ให้เป็นที่รัก ส่งเสริมสุขภาพที่ดี และมีความสุข กับการใช้ชีวิต โฆษณามักนำเสนอให้ผลิตภัณฑ์มีความ จำเป็นสำหรับกิจกรรมและการเฉลิมฉลองต่างๆ ทำให้ เกิดความรู้สึกถึงความเกี่ยวข้องทางวัฒนธรรมและ เอกลักษณ์รอบตัวผู้บริโภค เช่น โฆษณาของโคคาโคล่า

ภาพที่ 2 แนวทางการใช้ชีวิตในสังคมที่มีอุตสาหกรรมสินค้าโภคภัณฑ์ที่เป็นอันตราย<sup>(4)</sup>



- การบิดเบือนข้อมูลโดยอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์เกี่ยวกับ FAS (กลุ่มอาการเด็กเกิดจากมารดาดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์)
- การบิดเบือนข้อมูลโดยอุตสาหกรรมนมผงเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- การปฏิเสธความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์จากอุตสาหกรรมยาสูบ
- การบิดเบือนข้อมูลโดยอุตสาหกรรมยาสูบ แอลกอฮอล์ และเชื้อเพลิงฟอสซิลในโรงเรียน
- การบิดเบือนข้อมูลโดยอุตสาหกรรมแอลกอฮอล์เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม
- การบิดเบือนข้อมูลโดยอุตสาหกรรมยาสูบ แอลกอฮอล์ และเชื้อเพลิงฟอสซิลในมหาวิทยาลัยและเชื้อเพลิงฟอสซิลในโรงเรียน
- การบิดเบือนข้อมูลโดยอุตสาหกรรมยาสูบ แอลกอฮอล์ และเชื้อเพลิงฟอสซิลเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) โรคหลอดเลือดสมอง COVID-19 ฯลฯ

ที่สร้างภาพลักษณ์ว่าเป็น “เครื่องดื่มสำหรับชาวอเมริกันทุกคน (all American drink)” สร้างนิยาม “พักสักครู่เพื่อความสดชื่น (pause that refreshes)” และสร้างภาพลักษณ์สำหรับช่วงเทศกาล โดยเป็นเครื่องดื่มที่ซานตาคลอสเลือก<sup>(4)</sup>

2) การปรับสินค้าท้องถิ่นให้เป็นสินค้าระดับสากล (globalization): หมายถึงการปรับตัวของแบรนด์หรือผลิตภัณฑ์ระดับสากลให้เหมาะกับรสนิยม วัฒนธรรม และความชอบให้เข้ากับตลาดและวัฒนธรรมในแต่ละประเทศ ผังรากความคิดว่าต้องใช้ผลิตภัณฑ์ แต่ยังคงรักษาภาพลักษณ์ของแบรนด์ระดับโลกไว้ได้ เช่น โคคาโคล่า ปรับแต่งรูปแบบผลิตภัณฑ์และข้อความทางการตลาดโดยคำนึงถึงความอ่อนไหวทางวัฒนธรรมที่แตกต่างกันทั่วโลก หรือการปรับเปลี่ยนผลิตภัณฑ์โอรีโอ และ Tang ให้เหมาะกับรสนิยมและความชอบของจีน โดยลดระดับความหวานและนำเสนอบรรจุภัณฑ์ขนาดเล็ก ส่งผลให้ครองส่วนแบ่งสำคัญของตลาดคุกกี้ของจีนถึงร้อยละ 20<sup>(4)</sup>

3) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์: การใช้นวัตกรรมสร้างสรรค์ผลิตภัณฑ์ของตนเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้บริโภคและบรรทัดฐานทางวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น แมคโดนัลด์ได้ปรับแต่งเมนูให้เหมาะกับรสนิยมท้องถิ่นในประเทศต่างๆ โดยนำเสนอรายการต่างๆ เช่น ซามูไรเบอร์เกอร์ หมูในประเทศไทย และ McSpicy paneer ในอินเดีย โดยแมคโดนัลด์จะให้รางวัลแก่ผู้คิดค้นสูตรใหม่ๆ ที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้บริโภคในประเทศนั้นๆ ซึ่งผู้คิดค้นเมนูใหม่ๆ จะเป็นพนักงานแมคโดนัลด์ในแต่ละพื้นที่<sup>(4)</sup>

4) การตลาดดิจิทัลและโซเชียลมีเดีย: การขยายการเข้าถึงและการมีส่วนร่วมกับผู้บริโภคผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคลเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความชอบและพฤติกรรมของผู้บริโภค และพวกเขาใช้ประโยชน์จากแพลตฟอร์ม เช่น โซเชียลมีเดียเพื่อโปรโมทผลิตภัณฑ์ เช่น การสร้างพีเจอรของโอรีโอของ Mondelez-Kraft บน WeChat ในประเทศจีน ทำให้ผู้ใช้สามารถรวมโอเมจิกับรูปภาพครอบครัว และสร้างอุดมการณ์อิเล็กทรอนิกส์จำนวนมากได้<sup>(4)</sup>

5) บรรษัทภิบาล (corporate social responsibility; CSR): บริษัทต่างๆ มักใช้ CSR เพื่อปรับแบรนด์ของตนให้สอดคล้องกับค่านิยมสังคมและสร้างภาพลักษณ์เชิงบวก

เช่น การส่งเสริมความสุข การอยู่ร่วมกันในครอบครัว หรือสนับสนุนความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์เชิงบวกของผู้บริโภคกับแบรนด์ และเพิ่มความภักดีต่อแบรนด์ของผู้บริโภค<sup>(4)</sup>

6) การต่อต้านกฎระเบียบและโทษผู้อื่น: เมื่อบริษัทต้องเผชิญกับความกังวลด้านสุขภาพจากสังคมและข้อจำกัดด้านกฎระเบียบ บริษัทอาจต่อต้านกฎระเบียบที่ควบคุมการขายสินค้า และสนับสนุนการให้ความรู้แก่ผู้บริโภคและการบริโภคอย่างมีความรับผิดชอบแทน โดยมองว่าการบริโภคเป็นเรื่องของการเลือกและความรับผิดชอบส่วนบุคคล เช่น “คอปเปลิ่งแห่งอิสราเอล” ในปี ค.ศ. 1929 บริษัทยาสูบแห่งอเมริกา (American tobacco company; ATC) ได้สร้างภาพลักษณ์ของการสูบบุหรี่ในผู้หญิงคือสัญลักษณ์ของความเท่าเทียมและการปลดปล่อยของผู้หญิง<sup>(4)</sup>

**3.2 อิทธิพลเชิงวิทยาศาสตร์** ภาคธุรกิจมุ่งไปที่การเพิ่มการรับรู้ในสังคมถึงประโยชน์ของผลิตภัณฑ์และบริการ ในขณะที่เดียวกันก็มองข้ามหรือปิดผลกระทบที่เป็นอันตราย อิทธิพลนี้เห็นได้ชัดเจนในหลายภาคส่วนผ่านการบิดเบือนข้อมูล หลักฐาน และการเผยแพร่ เพื่อกำหนดรูปแบบวาทกรรมทางวิทยาศาสตร์ที่ตอบสนองผลประโยชน์ของภาคธุรกิจเอง ซึ่งท้ายที่สุดแล้วส่งผลกระทบต่อนโยบายด้านสาธารณสุขและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้บริโภค โดยวิธีที่ภาคธุรกิจใช้เพื่อสร้างอิทธิพลเชิงวิทยาศาสตร์ ได้แก่

1) การผลิตหลักฐาน การวิจัย: เป็นกระบวนการทำงานที่ครอบคลุมกระบวนการวิจัยทั้งหมด ตั้งแต่การเลือกคำถาม ไปจนถึงการออกแบบวิธีและการดำเนินการศึกษาวิจัย ตลอดจนการรายงานผลการวิจัย การให้ทุนสนับสนุนการวิจัยโดยอุตสาหกรรม อาจทำให้ผลการวิจัยและข้อสรุปมีอคติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพและความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่สร้างขึ้น เช่น การทดลองที่ได้รับการสนับสนุนจากอุตสาหกรรมยามักจะใช้เวลาควบคุมด้วยยาหลอกและใช้ตัวเปรียบเทียบกับออกฤทธิ์ในขนาดที่ต่ำกว่ายาของผู้ให้ทุนวิจัย ซึ่งสามารถบิดเบือนผลลัพธ์เพื่อทำให้ผลิตภัณฑ์ของผู้สนับสนุนดูมีประสิทธิภาพมากขึ้น นอกจากนี้การให้ทุนสนับสนุนในอุตสาหกรรมอาจกำหนดข้อจำกัดเกี่ยวกับการตีพิมพ์ในการเผยแพร่ ซึ่งนำไปสู่การเผยแพร่ผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจ ในขณะที่ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์จะถูกระงับไว้<sup>(4)</sup>

2) การเผยแพร่หลักฐาน การวิจัย: การใช้กลยุทธ์ในการควบคุมการเผยแพร่หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ไม่ว่าจะโดยการขยายผลการวิจัยที่เป็นประโยชน์ (megaphone effect) หรือการระงับผลการวิจัยที่ไม่เอื้ออำนวย (silencer effect) ซึ่งรวมถึงการซื้อ การผลิตซ้ำ การทดลองที่เอื้อประโยชน์ต่ออุตสาหกรรม การสรรหากลุ่มคนที่มีความรู้เฉพาะทางที่ได้รับการยอมรับอย่างสูงในสาขา (key opinion leaders) เพื่อสนับสนุนงานวิชาการที่เป็นประโยชน์ต่ออุตสาหกรรม การให้ทุนสนับสนุนแก่คณะทำงานระดับมัธยस्थ्य (think tank) และจัดการประชุมและกิจกรรมด้านการศึกษาเพื่อเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นมิตรกับอุตสาหกรรม เช่น บริษัทฯ ใช้จ่ายจำนวนมากเพื่อซื้องานวิจัยที่สนับสนุนผลิตภัณฑ์ทดลองของแบรนด์ ที่ตีพิมพ์ในวารสารทางการแพทย์อันดับต้นๆ เพื่อใช้ทำการตลาดให้กลุ่มแพทย์ พวกเขา ยังรับสมัครแพทย์ได้รับการยอมรับอย่างสูงในสาขา (key opinion leaders) เพื่อรับรองผลิตภัณฑ์ของตนผ่านการบรรยาย การนำเสนอ และการมีบทบาทในคณะกรรมการที่ปรึกษา<sup>(4)</sup>

3) การใช้หลักฐานการวิจัย: อิทธิพลต่อวิธีการประเมินและใช้หลักฐานในกระบวนการตัดสินใจและออกนโยบาย ในการกำหนดกรอบการกำกับดูแล ข้อเสนอแนะของผู้มีส่วนได้เสีย และการประเมินผลกระทบเพื่อเอื้อประโยชน์ต่ออุตสาหกรรม และรวมถึงความพยายามที่จะทำลายความน่าเชื่อถือ สร้างความสงสัยต่อหลักฐานงานวิจัยที่ไม่เอื้ออำนวยต่อภาพลักษณ์ของผลิตภัณฑ์และสนับสนุนมาตรฐานงานวิจัยที่ทำให้การวิจัยที่วิพากษ์วิจารณ์ในเชิงลบต่อผลิตภัณฑ์กลายเป็นโมฆะ เช่น อุตสาหกรรมยาสูบเปิดตัวแคมเปญในช่วงทศวรรษที่ 1990 เพื่อสนับสนุน “วิทยาศาสตร์ที่ถูกต้อง (sound science)” และ “แนวทางปฏิบัติด้านระดับชาติที่ดี” เพื่อสร้างมาตรฐานการวัดผลต่อควันบุหรี่มือสองที่สูงขึ้น ทำให้ยากต่อการแสดงให้เห็นถึงความเสียหายจากควันบุหรี่มือสอง นอกจากนี้ บริษัทต่างๆ ยังมีบทบาทในการกำหนดกรอบการกำกับดูแล เช่น การปฏิรูป “กฎระเบียบที่ตึกกว่า” ในสหภาพยุโรป ซึ่งจำเป็นต้องได้รับข้อเสนอแนะจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการประเมินผลกระทบของข้อเสนอแนะ<sup>(4)</sup> การปฏิรูปเหล่านี้เป็นประโยชน์ต่ออุตสาหกรรม โดยอุตสาหกรรมสามารถมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของนโยบาย และการชะลอหรือป้องกัน

นโยบายด้านสาธารณสุขที่อาจส่งผลกระทบต่อผลประโยชน์ทางธุรกิจ

## ผลกระทบของปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพ

กลยุทธ์ของภาคธุรกิจมีส่วนสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนบริโภคปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังตารางที่ 1 แสดงให้เห็นถึงปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ มลพิษทางอากาศ การบริโภคแอลกอฮอล์ โรคอ้วน การขาดการออกกำลังกาย ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้หลากหลาย เช่น โรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ อุบัติเหตุบนถนน ความรุนแรง และสภาวะสุขภาพจิต กลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะคือเยาวชนและชุมชนที่เผชิญกับความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจสังคม และเชื้อชาติ<sup>(7)</sup> รวมไปถึงปัญหาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาวะฉุกเฉินด้านสภาพอากาศ การแพร่ระบาดของโรคไม่ติดต่อ จากภาคอุตสาหกรรมเพียงสี่ภาคส่วน ได้แก่ ยาสูบ อาหารแปรรูปพิเศษ เชื้อเพลิงฟอสซิล และแอลกอฮอล์ คิดเป็นสัดส่วนอย่างน้อยหนึ่งในสามของอัตราการเสียชีวิตทั่วโลก แสดงให้เห็นถึงขอบเขตและความท้าทายทางเศรษฐกิจขนาดใหญ่ของปัญหานี้<sup>(7,8)</sup> ทั้งนี้ยังรวมถึงกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่คร่าชีวิตคนทั่วโลกกว่าร้อยละ 70 ทุกปี<sup>(9)</sup> ซึ่งปัจจัยของการเกิดโรคมมาจากพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ได้รับอิทธิพลจากกลุ่มพาณิชย์ โดยในบางภูมิภาค เช่น ประเทศขนาดเล็ก และประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ต้องเผชิญกับแรงกดดันที่มากขึ้นจากผู้มีอิทธิพลในระดับนานาชาติ แม้ว่าองค์กรเชิงพาณิชย์สามารถสร้างผลกระทบเชิงบวกต่อสุขภาพและสังคมได้ อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าผลิตภัณฑ์และแนวปฏิบัติของผู้มีบทบาทเชิงพาณิชย์บางราย โดยเฉพาะบริษัทข้ามชาติขนาดใหญ่ที่มีส่วนรับผิดชอบในการเพิ่มอัตราการเจ็บป่วยที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ รวมไปถึงความเสียหายต่อสุขภาพของพิภพโลก (planetary health) และความไม่เป็นธรรมทางสังคมและสุขภาพ<sup>(7)</sup>

บริษัทข้ามชาติที่มีการควบคุมกิจการจากต่างประเทศ (trans-national corporations; TNCs) มีอิทธิพลในการกำหนดนโยบายเศรษฐกิจระดับโลกและระดับชาติ ทำให้ประเทศต่างๆ กำหนดนโยบายที่เอื้อประโยชน์ต่อสุขภาพยากมากขึ้น เช่น บริษัทข้ามชาติที่มีฐานการผลิตในประเทศนั้นๆ

ตารางที่ 1 ภาวะโรคเชิงพาณิชย์: การประเมินภาระการเสียชีวิตทั่วโลกที่เกิดจากผลิตภัณฑ์และการปฏิบัติทางพาณิชย์<sup>(7)</sup>

ปัจจัยเสี่ยง	การเสียชีวิตจากโรคติดต่อ สุขภาพของมารดา ทารกแรกเกิด และ ภาวะโภชนาการ		การเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ		การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ		การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ	
	จำนวนการเสียชีวิต	ร้อยละของจำนวนการเสียชีวิตทั่วโลก	จำนวนการเสียชีวิต	ร้อยละของจำนวนการเสียชีวิตทั่วโลก	จำนวนการเสียชีวิต	ร้อยละของจำนวนการเสียชีวิตทั่วโลก	จำนวนการเสียชีวิต	ร้อยละของจำนวนการเสียชีวิตทั่วโลก
<b>ผลิตภัณฑ์เชิงพาณิชย์</b>								
มลพิษทางอากาศ • โอโซนในบรรยากาศ • มลพิษจากฝุ่นละอองในบรรยากาศ	465,824	4.6%	4,040,369	9.6%			4,506,193	8.0%
แอลกอฮอล์ • การใช้แอลกอฮอล์	292,427	2.9%	1,849,872	4.4%	299,675	7.0%	2,441,973	4.3%
ความเสี่ยงทางอาหาร • อาหารแปรรูปที่มีเนื้อสูง • อาหารที่มีโซเดียมสูง • เครื่องดื่มที่มีน้ำตาล • อาหารที่มีกรดไขมันทรานส์สูง			3,076,839	7.3%			3,076,839	5.4%
ยาสูบ • ยาสูบแบบเคี้ยว • ควันบุหรี่มือสอง • ยาสูบ บุหรี่ทั่วไป	629,134	6.2%	8,392,305	20.0%	31,840	0.7%	9,053,278	16.0%
ยอดรวมส่วนของผลิตภัณฑ์เชิงพาณิชย์	1,387,385	13.6%	17,359,385	41.3%	331,514	7.7%	19,078,285	33.7%
<b>ปัจจัยเสี่ยงจากการปฏิบัติในทางพาณิชย์</b>								
ความเสี่ยงในการทำงาน • โรคหืดจากการทำงาน • โรคมะเร็งจากการทำงาน								

ตารางที่ 1 ภาวะโรคเชิงพาณิชย์: การประเมินภาวะการเสียชีวิตทั่วโลกที่เกิดจากผลิตภัณฑ์และการปฏิบัติทางพาณิชย์<sup>(7)</sup> (ต่อ)

ปัจจัยเสี่ยง	การเสียชีวิตจากโรคติดต่อสุขภาพของมารดาทารกแรกเกิด และภาวะโภชนาการ		การเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ		การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ		การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ	
	จำนวนการเสียชีวิต	ร้อยละของจำนวนการเสียชีวิตทั่วโลก	จำนวนการเสียชีวิต	ร้อยละของจำนวนการเสียชีวิตทั่วโลก	จำนวนการเสียชีวิต	ร้อยละของจำนวนการเสียชีวิตทั่วโลก	จำนวนการเสียชีวิต	ร้อยละของจำนวนการเสียชีวิตทั่วโลก
<ul style="list-style-type: none"> <li>• การบาดเจ็บจากการทำงาน</li> <li>• การเจ็บป่วยจากอนุภาคฝุ่นละออง ก๊าซ และควันในสถานที่ทำงาน</li> </ul> ยอดรวมส่วนของการปฏิบัติในทางพาณิชย์			909,011	2.2%	311,491	7.3%	1,220,501	22%
ยอดรวมทั้งหมดจากผลิตภัณฑ์และการปฏิบัติทางพาณิชย์	1,387,385	13.6%	18,268,396	43.5%	643,005	15.0%	20,298,786	35.9%
อัตราการการตายทั่วโลกทั้งหมด	10,193,396		43,034,124		4,299,441		56,526,968	

(multinational corporations; MNCs) อาจส่งเสริมการบริโภคอาหารแปรรูป เครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง และผลิตภัณฑ์ยาสูบในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ซึ่งกฎระเบียบและการรณรงค์ด้านสาธารณสุขอาจไม่เข้มแข็งเท่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว นอกจากนี้ ประเทศที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจและการเมืองอาจใช้อิทธิพลนี้เพื่อกำหนดข้อตกลงการค้าและนโยบายระหว่างประเทศในทางที่เอื้อประโยชน์ต่ออุตสาหกรรมและผลประโยชน์ของตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่เป็นอันตรายต่อประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง เช่น มาตรการที่ทำให้ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางควบคุมหรือลดภาษีผลิตภัณฑ์ที่ไม่ดีต่อสุขภาพได้ยาก หรือการส่งเสริมการส่งออกผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตรายไปยังประเทศเหล่านี้

นักล็อบบี้ (lobbyists) มีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายสาธารณสุข เนื่องจากเป็นผู้ที่มีหน้าที่สร้างความสัมพันธ์กับผู้กำหนดนโยบาย ผ่านการพบปะกับเจ้าหน้าที่รัฐบาล การสนับสนุนทางการเงินในการรณรงค์ การเขียนข้อเสนอแนะนโยบาย และการเข้าร่วมคณะกรรมการรัฐบาล เพื่อให้มั่นใจว่านโยบายจะสนับสนุนผลประโยชน์ของอุตสาหกรรมที่ว่าจ้างพวกเขา เป้าหมายของนักล็อบบี้คือการสร้างสภาพแวดล้อมทางกฎหมายและนโยบายที่เอื้อประโยชน์ต่ออุตสาหกรรมของตน แม้ว่านโยบายเหล่านั้นอาจจะขัดต่อหลักการสาธารณสุขและก่อให้เกิดอันตรายต่อประชาชนในระยะยาว<sup>(10)</sup> มีกรณีที่นักล็อบบี้จากอุตสาหกรรมยาสูบและแอลกอฮอล์ประสบความสำเร็จในการขัดขวางหรือลดทอนนโยบายที่ส่งเสริมสุขภาพ<sup>(11)</sup>

ผลกระทบของอุตสาหกรรมต่างๆ ต่อปัจจัยเชิง-  
พหุมิติที่กำหนดสุขภาพ สามารถแยกออกเป็นหลายมิติ  
ทั้งอุตสาหกรรมอาหารและเครื่องดื่ม อุตสาหกรรมเชื้อเพลิง  
ฟอสซิล การเพิ่มขึ้นของปัญญาประดิษฐ์ (artificial  
intelligence; AI) และอุตสาหกรรมอาวุธ โดยมีกรณีศึกษา  
ดังนี้

1. การใช้อิทธิพลและกลยุทธ์ในการกำหนดนโยบาย  
และทางเลือกของผู้บริโภคของกลุ่มอุตสาหกรรมอาหาร  
และเครื่องดื่ม บริษัทข้ามชาติและกลุ่มล็อบบี้ที่มีอิทธิพล  
ใช้กลยุทธ์ต่างๆ ในการกำหนดนโยบายและทางเลือก  
ของผู้บริโภค ซึ่งมักจะให้ความสำคัญกับผลกำไรเหนือ  
สุขภาพของประชาชน ด้วยการตลาดเชิงรุก กลยุทธ์ที่ปิดบัง  
และบิดเบือนข้อมูล และสมาคมการค้าของอุตสาหกรรม  
ก็มีส่วนทำให้เกิดผลกระทบเหล่านี้ ดังนั้นความโปร่งใส  
กฎระเบียบ และการรณรงค์เพื่อลดผลกระทบที่เป็นลบ  
ต่อสุขภาพจึงมีความจำเป็น ต่อการควบคุมการดำเนินการ  
ของอุตสาหกรรม มีกรณีศึกษาในอุตสาหกรรมอาหารในซีลี  
มีส่วนร่วมในการดำเนินการทางการเมืองหลายอย่าง เช่น  
การสนับสนุนโครงการชุมชน การให้ทุนวิจัย และการล็อบบี้  
ต่อต้านนโยบายการติดฉลากโภชนาการที่ด้านหน้า  
ของบรรจุภัณฑ์และการขึ้นภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง  
การดำเนินการเหล่านี้ที่ได้รับการสนับสนุนจากเศรษฐกิจ  
เสรีนิยมใหม่ของซีลี ซึ่งเสริมอิทธิพลต่อนโยบายสาธารณสุข  
จึงมีความจำเป็นต้องมีกลไกที่แข็งแกร่งในการจัดการ  
เพื่อต่อต้านอิทธิพลที่ไม่เหมาะสมของอุตสาหกรรม แม้จะมี  
การขัดขวางจากภาคอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่อง ซีลีก็ยังคง  
สามารถดำเนินนโยบายการติดฉลากโภชนาการที่ด้านหน้า  
ของบรรจุภัณฑ์ได้สำเร็จ<sup>(12)</sup> อุตสาหกรรมแอลกอฮอล์ดำเนิน  
กลยุทธ์ในการขัดขวางนโยบายควบคุมแอลกอฮอล์ทั่วโลก  
ผ่านการส่งคำกล่าวอ้างที่ทำให้เข้าใจผิดและมีอิทธิพลอย่างมาก  
ต่อนโยบายสำคัญ เช่น แผนปฏิบัติการแอลกอฮอล์โลก  
ขององค์การอนามัยโลก ค.ศ. 2022-2030 โครงการ “SAFER”  
ขององค์การอนามัยโลก บริษัทแอลกอฮอล์และกลุ่มล็อบบี้  
ได้ทำการส่งความคิดเห็นทั้งหมด 60 ครั้งในการปรึกษา  
หารือเกี่ยวกับแผนปฏิบัติการ ซึ่งคิดเป็นเกือบหนึ่งในสี่  
(24 เปอร์เซ็นต์) ของการส่งความคิดเห็นทั้งหมด ส่งผลให้  
นโยบายที่ออกมา มีการควบคุมแอลกอฮอล์น้อยลงและ  
เปลี่ยนความสนใจไปจากมาตรการที่อิงหลักฐาน เช่น

โครงการ “SAFER” ขององค์การอนามัยโลก รัฐบาลต้อง  
ต้านทานแรงกดดันจากอุตสาหกรรมนี้เพื่อปกป้องสุขภาพ  
ของประชาชนจากอันตรายจากการบริโภคแอลกอฮอล์<sup>(13)</sup>

2. การปฏิเสธข้อเท็จจริงในกลุ่มอุตสาหกรรมเชื้อเพลิง  
ฟอสซิล กลุ่มอุตสาหกรรมนี้โดยเฉพาะบริษัทเอ็กซอนโมบิล  
มีข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ซึ่ง  
สามารถคาดการณ์ภาวะโลกร้อนได้อย่างแม่นยำจากการ  
เผาเชื้อเพลิงฟอสซิล และปฏิเสธความเป็นไปได้ของยุค  
น้ำแข็งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต แต่จัดแคมเปญล็อบบี้และ  
โฆษณาชวนเชื่อเพื่อขัดขวางการทำงานในการลดผลกระทบ  
ของการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศแทนที่จะเปิดเผยข้อมูลนี้  
และขัดขวางการดำเนินการเพื่อลดผลกระทบต่อภูมิอากาศ  
ที่เปลี่ยนแปลง<sup>(14)</sup> การกระทำเหล่านี้ได้ขัดขวางการขับเคลื่อน  
การใช้แหล่งพลังงานสะอาดและหมุนเวียน ซึ่งส่งผลให้  
เกิดการเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมและผลกระทบด้าน  
สุขภาพที่เป็นลบที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศและ  
การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ นอกจากนี้ กลุ่ม  
อุตสาหกรรมเชื้อเพลิงฟอสซิล เช่น สถาบันปิโตรเลียม-  
อเมริกัน (American Petroleum Institute; API)  
มีอิทธิพลอย่างมากในการกำหนดนโยบายและข้อบังคับ  
ด้านพลังงาน โดย API มีบทบาทในการสนับสนุนการลด  
กฎระเบียบ ส่งเสริมการขยายการสกัดเชื้อเพลิงฟอสซิล  
และขัดขวางโครงการพลังงานหมุนเวียน<sup>(15)</sup> ความพยายาม  
เหล่านี้มีอิทธิพลอย่างมากในการสนับสนุนการพึ่งพาเชื้อเพลิง  
ฟอสซิลและขัดขวางการเปลี่ยนไปใช้ระบบพลังงานที่ยั่งยืน

3. การเพิ่มขึ้นของปัญญาประดิษฐ์ (AI) มีผลกระทบ  
สำคัญทางภูมิรัฐศาสตร์ต่อสุขภาพโลก ประเทศต่างๆ เช่น  
สหรัฐอเมริกา สหภาพยุโรป และจีน มีการควบคุมและ  
กำกับดูแล AI ที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อบทบาทของ AI  
ในการดูแลสุขภาพ การแทรกแซงด้านสุขภาพที่ขับเคลื่อน  
ด้วย AI ครอบคลุมถึงการวินิจฉัย การประเมินความเสี่ยง  
การคาดการณ์โรค และการวางแผนนโยบาย ตลอดจน  
การให้แนวทางแก้ไขประเด็นสุขภาพที่มีปัญหาอย่าง  
มีศักยภาพในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง อย่างไรก็ตาม  
ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม กฎระเบียบ และการปฏิบัติ  
ต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็วเพื่อให้การใช้ AI เป็นไป  
อย่างเท่าเทียมและควบคุมได้ การแข่งขันทางภูมิรัฐศาสตร์  
ที่เพิ่มขึ้นนี้ทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัว

ของข้อมูล จริยธรรม และการเข้าถึงความก้าวหน้าในการดูแลสุขภาพที่ขับเคลื่อนด้วย AI ความร่วมมือระหว่างประเทศเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้แน่ใจว่าการขยายประโยชน์จากการใช้ AI ต่อสุขภาพ จะเป็นไปอย่างเท่าเทียมและต้องจัดการกับความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น<sup>(16,17)</sup>

4. การมีส่วนร่วมในความขัดแย้งและสงครามของอุตสาหกรรมอาวุธซึ่งเป็นอุตสาหกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงและรุนแรง ก่อให้เกิดผู้เสียชีวิต ผู้พลัดถิ่น และโครงสร้างพื้นฐานด้านสุขภาพที่ถูกทำลาย จากรายงานขององค์การอ็อกแฟม พบว่าการส่งออกอาวุธทั่วโลกในช่วงปีค.ศ. 2018-2022 เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.8 เมื่อเทียบกับทศวรรษก่อนหน้า ในขณะที่เดียวกัน มีพลเรือนเกือบ 48,000 คน ถูกสังหารในความขัดแย้งและสงคราม และมีผู้พลัดถิ่นจากบ้านเรือนเกือบ 90 ล้านคน<sup>(18)</sup> ในผลกระทบทางอ้อม อุตสาหกรรมอาวุธสร้างผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจ และสังคม ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในประเทศซีเรียทำให้การผลิตน้ำมันลดลงอย่างมาก นำไปสู่ราคาน้ำมันทั่วโลกที่สูงขึ้นและการปล่อยก๊าซเรือนกระจกที่เพิ่มขึ้นจากแหล่งพลังงานทางเลือก การรุกรานของรัสเซียในยูเครน ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ในการเมืองพลังงานโลก โดยสหภาพยุโรปลดการนำเข้าเชื้อเพลิงฟอสซิล และเงินหันไปหารัสเซียและซาอุดีอาระเบียในการนำเข้าน้ำมันและก๊าซ การเปลี่ยนแปลงทางภูมิรัฐศาสตร์นี้ มีผลกระทบระดับโลกอย่างมาก<sup>(19)</sup>

จากกรณีศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงผลกระทบของปัจจัยเชิงพาณิชย์ต่อสุขภาพในหลายมิติ การเข้าใจและจัดการกับปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้สามารถพัฒนานโยบายที่มีประสิทธิภาพและปกป้องสุขภาพของประชาชนในระดับโลกได้อย่างยั่งยืน ทั้งนี้การประสานงานระหว่างประเทศต่างๆ การปรับปรุงกฎระเบียบ และการเพิ่มความโปร่งใสในกระบวนการกำหนดนโยบายเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อให้การดำเนินการของภาครัฐและเอกชนเป็นไปในทิศทางเดียวกันและลดผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพ นอกจากนี้ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ทั้งสาธารณสุข การศึกษา เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ยังมีความสำคัญในการสร้างระบบที่ยั่งยืนและเอื้อต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก

## สรุป

ปัจจัยเชิงพาณิชย์ที่มีผลต่อสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สร้างโอกาสและความเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนจากการรวมกลุ่มทางเศรษฐกิจและการเปิดเสรีการค้า การที่มุ่งเน้น “กำไรในทุกนโยบาย” ของภาคธุรกิจ อาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ทางการค้าและสุขภาพ โดยภาคเอกชนมีบทบาทสำคัญในการกำหนดแนวทางของสังคมและสภาพแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ จากอุตสาหกรรมต่างๆ เช่น ยาสูบ อาหารแปรรูปพิเศษ เชื้อเพลิงฟอสซิล และแอลกอฮอล์มีผลต่อการเจ็บป่วยและการสูญเสีย ด้วยกลยุทธ์ การทำให้เป็นบรรทัดฐาน การปฏิเสธ และการสร้างอิทธิพลต่อผู้บริโภค โดยการใช้แพลตฟอร์มออนไลน์เพื่อสร้างความสัมพันธ์และสร้างสรรค์ประสบการณ์ที่น่าจดจำ เช่น โฆษณา การปรับตัวของผลิตภัณฑ์ เพื่อเข้าใจและเชื่อมโยงกับรสนิยมและวัฒนธรรมของตลาดในแต่ละประเทศ ตลอดจนการควบคุมกระบวนการวิจัย เพื่อสนับสนุนผลิตภัณฑ์และบริการของอุตสาหกรรม โดยภาคเอกชนใช้กลยุทธ์เหล่านี้ในการสร้างภาพลักษณ์ ความต้องการในสินค้าและบริการ และพยายามทำลายนโยบายที่อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกำไร การใช้กลยุทธ์เหล่านี้อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้น การคำนึงถึงการใช้กลยุทธ์เพื่อประโยชน์ส่วนตัวและสังคมเป็นสิ่งสำคัญ วิธีการเหล่านี้เน้นย้ำถึงอิทธิพลที่สำคัญที่ภาคธุรกิจ ใช้ในการกำหนดแนวทางปฏิบัติและรูปแบบการบริโภคทั่วโลก โดยไม่ได้คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ การศึกษาถึงผลกระทบเชิงลบจากปัจจัยเชิงพาณิชย์กำหนดสุขภาพมีจำกัดอยู่ที่ภาคอุตสาหกรรม แอลกอฮอล์ บุหรี่ อาหาร เกษษัภัณฑ์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องขยายไปยังอุตสาหกรรมอื่นๆ เช่น เทคโนโลยี อาวุธสงคราม เพื่อเข้าใจและจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นจากปัจจัยเชิงพาณิชย์ที่กว้างขึ้น รวมถึงการสร้าง ความตระหนักและความรับผิดชอบจากทั้งภาคอุตสาหกรรม และรัฐบาลในการกำหนดนโยบายที่ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพในสังคม

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Commission on social determinants of health “closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health” [Internet]. 2008 [cited 2024 Mar 16]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563703>
2. World Health Organization. What you need to know about health in all policies [Internet]. [cited 2024 Mar 16]. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/rmncah/health-in-all-policies-key-messages-en.pdf?sfvrsn=a4982d1\\_](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/rmncah/health-in-all-policies-key-messages-en.pdf?sfvrsn=a4982d1_)
3. World Health Organization. One health [Internet]. [cited 2024 Mar 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/one-health>
4. Maani N, Petticrew M, Galea S. The commercial determinants of health. New York: Oxford University Press; 2023.
5. The Lancet. Rebalancing global power asymmetries to substantially improve human and planetary health [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 16]. Available from: <https://www.thelancet.com/infographics-do-commercial-determinants-health-2023>
6. World Health Organization. Commercial determinants of health [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 16]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>
7. Gilmore A, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy Kr, Chang H-J, et al. Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *The Lancet* 2023;401(10383):1194–213.
8. Mialon M. An overview of the commercial determinants of health. *Globalization and Health* 2020;16(1):74.
9. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases#:~:text=Key%20facts,%2D%20and%20middle%2Dincome%20countries>
10. Lacy-Nichols J, Christie S, Cullerton K. Lobbying by omission: what is known and unknown about harmful industry lobbyists in Australia. *Health Promotion International* 2023;38(5):daad134.
11. Ulucanlar S, Fooks GJ, Hatchard JL, Gilmore AB. Representation and misrepresentation of scientific evidence in contemporary tobacco regulation: a review of tobacco industry submissions to the UK government consultation on standardised packaging. *PLoS Med* 2014;11(3):e1001629.
12. Mialon M, Corvalan C, Cediel G, Scagliusi FB, Reyes M. Food industry political practices in Chile: “the economy has always been the main concern”. *Global Health* 2020;16:107.
13. Movendi International. Big alcohol attempts to undermine who global action plan [Internet]. 2022 [cited 2023 Sep 11]. Available from: <https://movendi.ngo/media-release/big-alcohol-attempts-to-undermine-who-global-action-plan/>
14. Supran G, Rahmstorf S, Oreskes N. Assessing ExxonMobil’s global warming projections. *Science* 2023;379(6628):eabk0063.
15. McCright AM, Dunlap RE. The politicization of climate change and polarization in the American public’s views of global warming, 2001–2010. *The Sociological Quarterly* 2011;52(2):155–94.
16. Larsen BC. The geopolitics of AI and the rise of Digital Sovereignty [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 7]. Available from: <https://www.brookings.edu/articles/the-geopolitics-of-ai-and-the-rise-of-digital-sovereignty/>
17. Schwalbe N, Wahl B. Artificial Intelligence and the future of global health. *The Lancet* 2020;395(10236):1579–86.
18. Oxfam International. Top five arms exporters hit yearly sales of \$85 billion as 9,000 people die from conflict-driven hunger every day [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 13]. Available from: <https://www.oxfam.org/en/press-releases/top-five-arms-exporters-hit-yearly-sales-85-billion-9000-people-die-conflict-driven>
19. Femia F, Werrell CE. Syria: climate change, drought and social unrest. *The Center for Climate & Security* 2012;11:1–3.

## Commercial Determinants of Health: Corporate Strategies that Impact to Health

Milin Sakornsini Ruddit

*Thai Health Promotion Foundation*

---

### Abstract

Commercial factors influence people's health both directly and indirectly, especially from various industries such as tobacco, processed food, fossil fuels, and alcohol. The business sector has employed various strategies to influence consumption patterns and health, including normalizing consumption, denying negative impacts, and exerting cultural and scientific influence to create demand for products and services. These strategies focus on generating profits, even if they lead to health problems and inequalities. This article aims to present concepts regarding commercial determinants of health, focusing on analyzing business strategies that impact health and the effects of these determinants. Examples of strategies from the food and beverage industry, the fossil fuel industry, the rise of artificial intelligence, and the arms industry illustrate how business operations impact public health policies and have significant geopolitical implications for global health. The goal is to enhance understanding and provide a reference for developing national public policies to protect public health and establish a sustainable system in the long term. However, research on commercial determinants of health is still limited to specific industries. There is a need for clear definitions, additional studies in different contexts, and the creation of spaces for interdisciplinary exchange on this issue in order to more comprehensively address the impacts of commercial factors on health.

**Keywords:** commercial determinants of health; commercial tactics; health impacts

# การลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้ารอบสถานศึกษา: แนวทางสร้างความปลอดภัยสำหรับเด็กและเยาวชน

เมธชนนท์ ประจวบลาภ, สุรเชษฐ์ โพธิ์แสง  
สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร

## บทคัดย่อ

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบประเภทหนึ่งที่ใช้ความร้อนจากแบตเตอรี่ละลายของเหลวในขวดบรรจุ โดยปล่อยไอควันที่เป็นสารนิโคตินและสารพิษอื่นๆ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ปัจจุบันบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าต้องห้ามนำเข้าในประเทศไทย ตามกฎหมายศุลกากร และห้ามจำหน่ายตามกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค แต่ก็ยังพบว่าในพื้นที่ต่างๆ โดยเฉพาะกรุงเทพมหานครมีการตั้งร้านค้าลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าให้กับเด็ก เยาวชน และประชาชนทั่วไป มากถึง 71 ร้านค้า ธุรกิจบุหรี่ไฟฟ้าเลือกใช้กลยุทธ์ในการจัดจำหน่าย คือ (1) เลือกทำเลที่ตั้งใกล้เคียงสถานศึกษา ซึ่งพบว่ามีร้านค้าบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 70.83 ตั้งใกล้เคียงกับสถานศึกษา และ (2) จูงใจหรือชักจูงเด็กและเยาวชนให้เข้ามาบริโภคด้วยการสื่อสารด้วยการใช้ภาพ ข้อความ หรือสัญลักษณ์สีที่น่าสนใจ จากกลยุทธ์ข้างต้นจึงส่งผลให้เด็กและเยาวชนในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีอัตราการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าสูงถึงร้อยละ 32.30 สูงกว่าค่าเฉลี่ยทั้งประเทศที่อยู่ร้อยละ 25.08 จากกลยุทธ์และอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จึงอุปมานได้ว่าธุรกิจบุหรี่ไฟฟ้ามุ่งเป้าทำการตลาดไปยังเด็กและเยาวชนเป็นสำคัญ ฉะนั้น เพื่อปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนให้พ้นจากอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า ควรดำเนินการดังนี้ (1) สถานศึกษาสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนเพื่อร่วมกันเฝ้าระวังและหาแนวทางป้องกันรอบสถานศึกษา (2) การส่งเสริมการศึกษาตามอัธยาศัยเพิ่มเติมเนื้อหาสาระเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า และ (3) หน่วยงานบังคับใช้กฎหมายต้องบังคับใช้กฎหมายกับผู้ลักลอบจำหน่ายทุกช่องทาง รวมถึงคงมาตรการห้ามจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าต่อไป

คำสำคัญ: บุหรี่ไฟฟ้า; เด็กและเยาวชน; สถานศึกษา

วันรับ: 7 พ.ค. 2567

วันแก้ไข: 9 มิ.ย. 2567

วันตอบรับ: 12 มิ.ย. 2567

## บทนำ

ผลิตภัณฑ์ยาสูบไฟฟ้า หรือ บุหรี่ไฟฟ้า (e-cigarette) เป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดหนึ่งที่มีลักษณะเป็นแท่งกลมคล้าย บุหรี่มวน ทำงานโดยใช้แบตเตอรี่ที่ทำให้เกิดความร้อน หลอมละลายของเหลวในขวดที่บรรจุให้ระเหยขึ้นเป็นไอควัน สำหรับการสูบ<sup>(1)</sup> บุหรี่ไฟฟ้าปลดปล่อยไอควันที่มีนิโคติน

ที่เป็นอันตรายต่อผู้สูบและผู้ไม่สูบแต่ได้รับไอควันมือสอง เพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและโรคปอด โดยเฉพาะในเด็ก และเยาวชน หากได้รับสารนิโคตินจะส่งผลเสียต่อสมองในระยะยาวได้<sup>(3)</sup> ขณะเดียวกันไอละอองของบุหรี่ยังมีส่วนประกอบของสารเคมีชนิดต่างๆ ที่ได้รับการพิสูจน์ว่าส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อาทิ propylene glycol, carbon monoxide โลหะหนัก ฝุ่นละอองขนาด PM10 และ

PM2.5<sup>(4)</sup> ปัจจุบันอุตสาหกรรมยาสูบได้ทำการตลาดมุ่งเป้าไปยังเด็ก เยาวชน และคนรุ่นใหม่โดยการสร้างวาทกรรมชวนเชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้ามีความปลอดภัยกว่าบุหรี่แบบปกติ และจูงใจให้เข้าถึงได้ง่ายด้วยการออกผลิตภัณฑ์ที่มีรูป-ลักษณะใหม่คล้ายของเล่นที่มีสีสันสวยงาม<sup>(5)</sup> อย่างไรก็ตาม บุหรี่ไฟฟ้ายังเป็นผลิตภัณฑ์ที่ห้ามนำเข้ามาภายในราชอาณาจักรไทยตามกฎหมายศุลกากร และห้ามจำหน่าย แจก หรือให้บริการแก่ประชาชนตามกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค แต่ข้อเท็จจริง ยังคงพบการลักลอบจำหน่าย บุหรี่ไฟฟ้าตามสถานที่สาธารณะและช่องทางออนไลน์ โดยการลักลอบจำหน่ายส่วนใหญ่เน้น เลือกทำเลที่ตั้งร้าน ใกล้สถานศึกษาเพื่อจูงใจเด็กและเยาวชนให้เข้าถึงได้ง่ายมากขึ้น หากปล่อยให้สถานการณ์ข้างต้นดำเนินต่อไป โดยปราศจากมาตรการการจัดการที่มีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลกระทบต่อสภาพแวดล้อมรอบสถานศึกษาและชุมชน เต็มไปด้วยปัจจัยเสี่ยง นำไปสู่อัตราการก้าวกระโดดของ นักสูบบุหรี่ใหม่อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

บทความฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเด็กและเยาวชน การลักลอบจำหน่าย

บุหรี่ไฟฟ้ารอบสถานศึกษา ตลอดจนนำเสนอข้อเสนอแนวทางการสร้างความปลอดภัยสำหรับเด็กและเยาวชน มีเป้าหมายให้สังคมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตระหนักพร้อมทั้งให้ความสำคัญต่อการปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนต่อไป

## สถานการณ์การสูบบุหรี่ไฟฟ้า ในเด็กและเยาวชน

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย ภายใต้การสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับ กองสุกศึกษา สนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ทำการสำรวจเฝ้าระวัง พฤติกรรมสุขภาพ ประเด็นพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของ เยาวชนไทย<sup>(2)</sup> ระหว่างวันที่ 25 เมษายน ถึงวันที่ 6 มิถุนายน พ.ศ. 2566 จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ตอบแบบสำรวจ 61,688 คน กระจายครอบคลุม 77 จังหวัด หรือ 13 เขตสุขภาพทั่วประเทศ ผลการสำรวจพบว่า เด็กและเยาวชนไทย มีอัตราการบริโภคบุหรี่ไฟฟ้าย่อยละ 25.08 เมื่อพิจารณาความชุกการสูบบุหรี่ไฟฟ้าสูงที่สุด 5 เขตสุขภาพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชนสูงที่สุด<sup>(6)</sup>

ลำดับ	เขตสุขภาพ	รายชื่อจังหวัด	อัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้า (ร้อยละ)
1	เขตสุขภาพที่ 9	ชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ และสุรินทร์	34.58
2	เขตสุขภาพที่ 3	กำแพงเพชร พิจิตร นครสวรรค์ ชัยนาท และอุทัยธานี	34.45
3	เขตสุขภาพที่ 4	สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา และปทุมธานี	34.20
4	เขตสุขภาพที่ 8	อุดรธานี สกลนคร นครพนม เลย หนองคาย หนองบัวลำภู และบึงกาฬ	34.00
5	เขตสุขภาพที่ 13	กรุงเทพมหานคร	32.30

เมื่อวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยภายในและภายนอกต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยการวิเคราะห์ logistic regression พบว่า

1. ผู้ที่ชื่นชอบกลิ่นบุหรี่ไฟฟ้า มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้า 9.89 เท่า
2. ผู้ที่เคยสูบบุหรี่มวน มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้า 7.94 เท่า
3. ผู้ที่เรียนการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้า 2.37 เท่า
4. ผู้ดื่มสุรา มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้า 2.25 เท่า
5. ผู้ที่ได้รับควันบุหรี่ไฟฟ้ามือสอง มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้า 2.16 เท่า
6. ผู้ที่เคยถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้า 2.09 เท่า
7. ผู้ที่เชื่อว่าบุหรี่ไฟฟ้าปลอดภัยกว่าบุหรี่มวน มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1.62 เท่า
8. เพศชายมีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเพศหญิง 1.44 เท่า
9. ผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1.40 เท่า
10. ผู้ที่เข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่าย มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1.37 เท่า
11. ผู้ที่มีคนรอบข้างสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1.26 เท่า
12. ผู้ที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับอันตรายจากควันบุหรี่ไฟฟ้า มีโอกาสสูบบุหรี่ไฟฟ้า 1.14 เท่า

จากผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าข้างต้น จะเห็นได้ว่า นอกจากปัจจัยภายในที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าแล้ว ปัจจัยภายนอกที่เป็นสภาพแวดล้อม ได้แก่ การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ไฟฟ้า การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่าย หรือคนรอบข้างสูบบุหรี่ไฟฟ้า ก็เป็นส่วนสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชนเช่นกัน

## การลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า รอบสถานศึกษา

จากการสำรวจในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ด้วยการค้นหาร้านค้าจำหน่ายผ่านระบบอินเทอร์เน็ต เช่น Facebook, Instagram และ Google

Map เป็นขั้นตอนแรก และลงสำรวจพื้นที่จริงจากพิกัดที่ค้นหาได้ในขั้นแรก โดยการเดินเท้าสำรวจร่วมกับเครือข่ายเยาวชนอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อทราบสถานการณ์ความชุกและกลวิธีของร้านค้าที่ลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าให้กับเด็ก เยาวชน และประชาชน โดยจากการลงพื้นที่พบว่า มีร้านค้าลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้ามากถึง 72 ร้านค้า เมื่อจำแนกความชุกของร้านค้า แบ่งตามกลุ่มเขตของกรุงเทพมหานคร ดังภาพที่ 1

จากภาพที่ 1 แสดงให้เห็นกลุ่มเขตที่มีความชุกของร้านค้าลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า มากที่สุด 2 อันดับคือ กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออกกลาง (20 ร้านค้า) และกลุ่มเขตกรุงเทพเหนือ (16 ร้านค้า) หากพิจารณารายละเอียดภายในกลุ่มเขต จะพบว่าเขตดินแดง มีความชุกของร้านค้ามากที่สุดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (7 ร้านค้า) รูปแบบการตั้งร้านค้าที่พบส่วนใหญ่ เป็นการตั้งร้านค้าในลักษณะคงทนถาวรไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้แบบร้านค้าชนิดหาบเร่แผงลอย (stand alone) ภายในร้านค้าส่วนใหญ่จัดจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า Gen 4 คือ Pod/Vape มีขนาดเล็กคล้าย flash drive สามารถเติมน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าบนส่วนหัวของอุปกรณ์ โดยภายนอกร้านจะมีข้อความ สัญลักษณ์ หรือภาพที่มีสีสันสวยงาม สื่อความหมายให้ประชาชนโดยทั่วไปเข้าใจได้ว่าเป็นสถานที่จำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า เช่น Vape Pod หรือ Smoker เป็นต้น ดังภาพที่ 2

นอกจากนี้ การวิเคราะห์ทำเลการตั้งร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า มีร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าใกล้เคียงกับสถานศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา ในระยะทางไม่เกิน 1 กิโลเมตร มากถึง 51 ร้านค้า คิดเป็นร้อยละ 70.83 ของร้านค้าทั้งหมด โดยระยะทางจากร้านบุหรี่ไฟฟ้าถึงสถานศึกษาใกล้ที่สุด อยู่ที่ระยะ 130 เมตร ทั้งนี้ หากพิจารณาตามกลุ่มเขตที่มีร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุด คือ กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออก (20 ร้าน) พบร้านจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าใกล้สถานศึกษามากถึง 14 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 70.00 ของร้านค้าทั้งหมดในพื้นที่กลุ่มเขต ดังภาพที่ 3

จากการประมวลผลข้อมูลที่สำรวจได้ทั้งหมด สรุปว่า แม้จะมีกฎหมายและมาตรการในการควบคุมการนำเข้า และการควบคุมการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าแก่ประชาชน ตามกฎหมายศุลกากรและกฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค

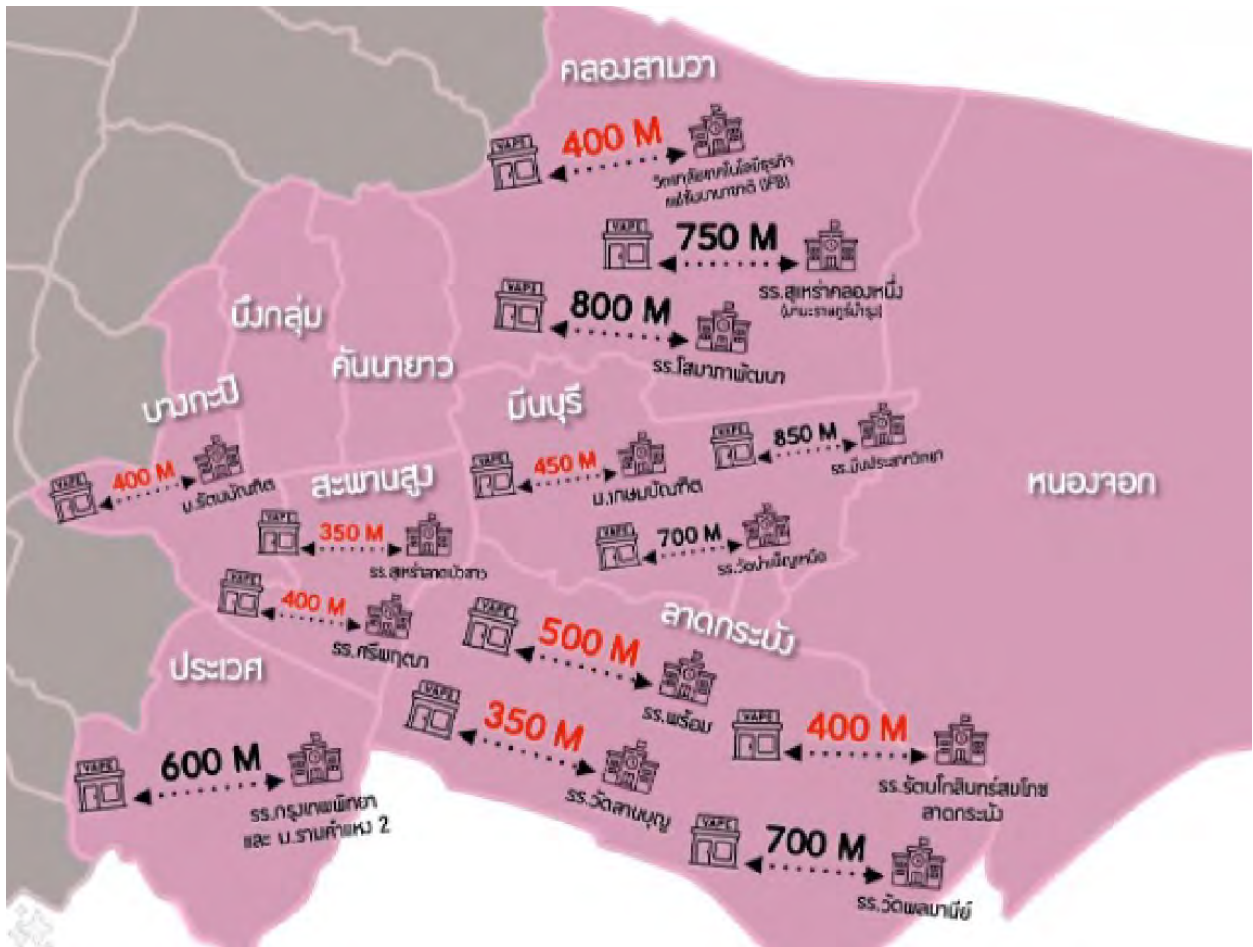
ภาพที่ 1 ความชุกของร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าจำแนกตามกลุ่มเขตของกรุงเทพมหานคร



ภาพที่ 2 ตัวอย่างหน้าร้านค้าปลีกจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า



ภาพที่ 3 ตัวอย่างแผนภาพแสดงระยะทางจากสถานศึกษาถึงร้านค้าบุหรี่ไฟฟ้า



แต่ในพื้นที่กรุงเทพมหานครก็ยังคงพบร้านค้าลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าให้กับเด็ก เยาวชน และประชาชนจำนวนมาก โดยพบว่าร้านค้าจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้ามีฐานลูกค้าสำคัญ คือ เด็กและเยาวชน และมีการใช้กลยุทธ์ในการจัดจำหน่าย ดังนี้

1. เลือกทำเลที่ตั้งร้านค้าใกล้สถานศึกษาเพื่อดึงดูดเด็กและเยาวชนซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก
2. สื่อสารด้วยข้อความ ภาพ หรือสัญลักษณ์ที่มีสีสันสวยงามเพื่อโน้มน้าวหรือชักจูงเด็กและเยาวชน

จากกลยุทธ์ของร้านค้าบุหรี่ไฟฟ้าที่ใช้ข้างต้น สอดคล้องกับผลสำรวจของสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทยและกองสุศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่พบว่า ปัจจัยภายนอกด้านการเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่าย และการถูกชักจูงให้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการเลือกใช้บุหรี่ไฟฟ้าของเด็กและเยาวชน ธุรกิจบุหรี่ไฟฟ้าจึงอาศัยปัจจัยดังกล่าว

ทำการตลาดมุ่งเป้าไปยังเด็ก เยาวชน และคนรุ่นใหม่ โดยคาดหวังว่าจะมีลูกค้ากลุ่มใหม่ๆ เพิ่มขึ้น และลูกค้าจะยังคงใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบไฟฟ้าต่อไปอย่างต่อเนื่อง

## แนวทางการสร้างความปลอดภัยสำหรับเด็กและเยาวชน

จากสถานการณ์การลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าและกลยุทธ์ในการจัดจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า เป็นผลทำให้สภาพแวดล้อมรอบสถานศึกษาเกิดปัจจัยเสี่ยงด้านบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรตระหนักและให้ความสำคัญ และควรมีแนวทางในการสร้างความปลอดภัยเพื่อคุ้มครองเด็กและเยาวชน จากบุหรี่ไฟฟ้าที่อยู่รอบตัวสถานศึกษา และเด็กและเยาวชน จำนวน 3 มาตรการ ดังนี้

### 1. มาตรการทางด้านความสัมพันธ์ระหว่างสถานศึกษา และชุมชน

ช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา สถานศึกษาและชุมชนมีความสัมพันธ์ลดลง แยกห่างออกจากกัน โดยต่างฝ่ายต่างทำหน้าที่ของตนเอง แม้สถานศึกษาจะเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนก็ตาม กล่าวคือ สถานศึกษา มุ่งเน้นแต่ภาระงานสอนตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษาไม่ได้ให้ความสำคัญกับแวดล้อมภายนอก ชุมชนก็เน้นบำบัดทุกข์ บำรุงสุข ตรวจตราปกครองตามบทบาทของตน ปราศจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดช่องว่างอันนำไปสู่การตั้งร้านค้าปลีกจำหน่ายบุหรี่-ไฟฟ้าบริเวณรอบสถานศึกษา ดังนั้น สถานศึกษาจึงควรสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนบริเวณโดยรอบสถานศึกษา โดยอาศัยกลไกของคณะกรรมการสถานศึกษาที่มีอยู่ทุกแห่งอยู่แล้ว ซึ่งองค์ประกอบของกรรมการครอบคลุมผู้แทน-ชุมชน ผู้ปกครอง และหน่วยงานในพื้นที่ หรือจัดตั้งคณะ-ทำงานร่วมกันระหว่างสถานศึกษากับชุมชน เพื่อให้ชุมชนเป็นหูเป็นตาสอดส่องปัจจัยเสี่ยงรอบสถานศึกษา รวมถึงวางแผนทางการป้องกันและคุ้มครองเด็กและเยาวชนร่วมกัน

### 2. มาตรการทางด้านส่งเสริมการศึกษาตาม อัยยาศัย

ปัจจุบันการจัดการศึกษาในระบบโรงเรียน โดยเฉพาะ การศึกษาขั้นพื้นฐาน ใช้หลักสูตรแกนกลางการศึกษา ขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นหลักสูตรที่ใช้มานานมาอย่างยาวนานมากกว่า 16 ปี และโครงสร้างของระบบการศึกษาที่มีความเข้มงวด เนื้อหาสาระของหลักสูตรแกนกลาง จึงไม่ตอบสนองต่อผู้เรียนและทิศทางการพัฒนา<sup>(7)</sup> รวมถึงเนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน รู้เท่าทันสื่อ รู้เท่าทันทางสุขภาพและบุหรี่ไฟฟ้าไม่ปรากฏอยู่ในหลักสูตร จึงรับประกันไม่ได้ว่าเด็กและเยาวชนจะได้รับองค์ความรู้เพียงพอต่อการเท่าทันบุหรี่ไฟฟ้าจากการเรียนการสอนที่เกิดขึ้นในระบบโรงเรียน ฉะนั้น โรงเรียนจึงควรจัดการศึกษาตามอัยยาศัยเพิ่มเติมผสมผสานกับการจัดการศึกษาในระบบตามหลักสูตรแกนกลางการศึกษา ขั้นพื้นฐาน เนื่องจากการศึกษาตามอัยยาศัยช่วยเติมเต็มเนื้อหาสาระการเรียนรู้ของการศึกษาในระบบและการ

ศึกษานอกระบบโรงเรียน และการศึกษาตามอัยยาศัยเป็นรูปแบบการศึกษาที่นำไปใช้พัฒนาทักษะชีวิตของเด็กและเยาวชนได้<sup>(8)</sup> สามารถดำเนินการได้ เช่น การติดป้ายประชาสัมพันธ์ การใช้ social media ของโรงเรียน การจัดกิจกรรมเสวนาหน้าเสาธง เสี่ยงตามสายระหว่างคาบเรียน หรือการจัดกิจกรรมฝึกอบรมเสริมหลักสูตร ที่มีเนื้อหาสาระเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า เป็นต้น

### 3. มาตรการทางด้านบังคับใช้กฎหมาย

หน่วยงานบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภค คือ สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค และเจ้าหน้าที่ตำรวจ ควรจัดตั้งกลไกระดับจังหวัดหรือระดับพื้นที่ที่ประกอบด้วยผู้มีอำนาจบังคับใช้กฎหมาย เร่งรัดบังคับใช้กฎหมายต่อผู้ลักลอบจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าอย่างต่อเนื่อง รวมถึงเฝ้าระวัง ติดตาม และบังคับใช้กฎหมายกับผู้โฆษณาหรือจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้าบนระบบออนไลน์ หรือ สื่อสังคม เนื่องจากพบว่าในระดับจังหวัด/พื้นที่ผู้บังคับใช้กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคมีผู้ปฏิบัติงานไม่เพียงพอต่อความชุกของร้านค้าบุหรี่ไฟฟ้า จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งจะต้องอาศัยกลไกของทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานร่วมกัน ตลอดจนคงมาตรการห้ามขาย ห้ามให้บริการสินค้าบาราเก้ บาราเก้ไฟฟ้า หรือบุหรี่ไฟฟ้าตามกฎหมายอย่างเคร่งครัด

## สรุป

ผลิตภัณฑ์ยาสูบไฟฟ้า หรือ บุหรี่ไฟฟ้า เป็นผลิตภัณฑ์อันตรายที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของเด็ก เยาวชน และประชาชน เนื่องจากบุหรี่ไฟฟ้ามียาสูบผสมของสารนิโคตินและสารพิษต่างๆ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กและเยาวชน ได้แก่ สุขภาพกาย ใจ สังคม และเศรษฐกิจ ปัจจุบันธุรกิจบุหรี่ไฟฟ้าทำกลยุทธ์เชิงรุกมุ่งเป้าจำหน่ายผลิตภัณฑ์ไปยังเด็กและเยาวชน โดยใช้กลวิธีเลือกตั้งร้านค้าใกล้สถานศึกษา และชักจูงด้วยการสื่อสารที่น่าสนใจ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจัง เพื่อคุ้มครองเด็กและเยาวชนให้ปลอดภัยจากอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้าที่อยู่รายล้อมรอบตัวเด็กและเยาวชน

## เอกสารอ้างอิง

1. กิติพงษ์ เรือนเพ็ชร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนชายอาชีวศึกษาจังหวัดบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565. 93 หน้า.
2. กองสุขศึกษา. บทสรุปผู้บริหารพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทย. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2566.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ข้อเท็จจริงของบุหรี่ไฟฟ้า [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 18 มี.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/article/ข้อเท็จจริงของบุหรี่ไฟฟ้า>
4. สุวรรณมา เรื่องกาญจนเศรษฐี, ภัศรา จงขจรพงษ์, วิชัช เกษมทรัพย์, Hamann S, เนาวรัตน์ เจริญค้า, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, และคณะ. บุหรี่ไฟฟ้า มหันตภัยร้ายทำลายเยาวชน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 19 มี.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/download/14704/11839/28381>
5. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาวะสังคมไทยไตรมาสสาม ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 18 มี.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://www.nesdc.go.th/ewt\\_dl\\_link.php?nid=5493&filename=socialoutlook\\_report](https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5493&filename=socialoutlook_report)
6. สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย. รายงานพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเยาวชนไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย; 2566.
7. เมธชนนท์ ประจวบลาภ. การศึกษาในระบบ: สัญญาแห่งวิกฤตและโอกาสในการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มี.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/jonw/issue/view/18012/5707>
8. เมธชนนท์ ประจวบลาภ. รูปแบบการจัดการศึกษาตามอัธยาศัยเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชนของสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2566. 178 หน้า.

## Illegal Sale of E-Cigarettes Around School: Guidelines for Ensuring the Safety of Children and Youth

Metchanon Prajuablap, Surashet Phosaeng

*Thailand Youth Institute, Bangkok, Thailand*

---

### Abstract

E-cigarettes are tobacco products that use battery heat to vaporize a liquid contained in a cartridge. Similar to traditional cigarettes, e-cigarettes release nicotine and other toxins with detrimental effects on human health. Current customs law of Thailand prohibits e-cigarette imports, while consumer protection law bans their sale within the country. Despite these regulations, a concerning number of illegal shops, estimated at 71 in Bangkok alone, were found selling e-cigarettes to all demographics, including youth and children. These shops employ two concerning strategies: (1) proximity to schools: a significant majority (70.83%) of these illegal shops are located near schools, making them easily accessible to students, and (2) targeting youth: shops use visuals, text, and colorful designs to entice young people, as evidenced by the higher e-cigarette consumption rate (32.30%) among Bangkok's youth compared to the national average (25.08%). This data strongly suggests that the e-cigarette industry deliberately targets youth and children, as evidenced by the higher consumption rate in Bangkok compared to the national average. To safeguard young people from the dangers of e-cigarettes, the following procedures are recommended: (1) school-community collaboration: schools should build relationships with their surrounding communities to collaboratively monitor and develop preventative measures against e-cigarette sales near schools; (2) promote informal education to increase knowledge about electronic cigarettes, and (3) strict law enforcement: law enforcement agencies must vigorously enforce existing laws against illegal sellers, including online platforms, to effectively halt e-cigarette sales.

**Keywords:** e-cigarette; children and youth; school

# การพัฒนานวัตกรรมจากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ: กรณีศึกษาสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

นลินี เรืองฤทธิศักดิ์

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

## บทคัดย่อ

ยุคปัจจุบัน คนไทยให้ความสนใจด้านสุขภาพเชิงป้องกันมากขึ้น หลังเกิดการแพร่ระบาดของโควิด 19 และมีการเตรียมพร้อมรับมือเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างเต็มรูปแบบ ส่งผลต่อการใช้ชีวิต และมุมมองด้านสุขภาพของผู้คนเป็นอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มกิจกรรมทางกาย การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และการดูแลสุขภาพใจ เพื่อตอบสนองความต้องการการใช้ชีวิตอย่างมีสุขภาพะ “นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ” เป็นหนึ่งในกลไกที่มีบทบาทสำคัญมากขึ้น ในการสร้างความตื่นตัว และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพในมิติต่างๆ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการพัฒนานวัตกรรม ตัวอย่างผลงานนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพจากการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และแนวทางการพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการศึกษาระดับวิจัยขั้นเคลื่อนสำคัญ อันเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อและเป็นแนวทางขับเคลื่อนไปสู่ภาพอนาคต

คำสำคัญ: การพัฒนานวัตกรรม; การสร้างเสริมสุขภาพ; นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ; ภูมิบัตรรอดตา

วันรับ: 17 พ.ค. 2567

วันแก้ไข: 14 มิ.ย. 2567

วันตอบรับ: 17 มิ.ย. 2567

## บทนำ

ปัญหาสุขภาพต่างๆ จากการเปลี่ยนแปลงของโลก ส่งผลต่อสุขภาพโรคติดต่ออุบัติใหม่ โรคติดต่ออุบัติซ้ำ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ โรคไม่ติดต่อจากพฤติกรรมสุขภาพ และการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ ทำให้สุขภาพไม่ว่าจะเป็นสุขภาพกาย จิต ปัญญา และสังคม มีความซับซ้อน ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขได้ระบุถึงแนวโน้มและความท้าทายต่ออนาคตระบบสาธารณสุขไทย 6 ประการ<sup>(1)</sup> ได้แก่ (1) แนวโน้มสังคมผู้สูงอายุ (ageing society) ที่มีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีการทุพพลภาพเพิ่มขึ้นตามวัย (2) แนวโน้มความเป็นเมือง (urbanization) ที่กำลังพัฒนาไปสู่เมืองอัจฉริยะ

(smart city) ในอนาคต (3) แนวโน้มการปฏิวัติอุตสาหกรรมครั้งที่ 4 อันเป็นการมุ่งไปสู่เศรษฐกิจที่ใช้เทคโนโลยีสูงมากขึ้น กระแทกกับงานในอนาคต และมีการพัฒนาเศรษฐกิจแบบใหม่ (4) แนวโน้มด้านสุขภาพจากการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) เพิ่มขึ้น ประกอบกับประชาชนให้ความสำคัญกับสุขภาพเชิงป้องกัน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และดูแลสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและครอบครัวมากขึ้น (5) แนวโน้มความยากจนและความเหลื่อมล้ำสูงขึ้น ประเทศไทยยังมีครัวเรือนยากจนเรื้อรัง และความเหลื่อมล้ำในมิติต่างๆ ทั้งในด้านรายได้ ทรัพย์สิน และเชิงโครงสร้างของพื้นที่ด้านความเป็นเมืองสูง และ (6) แนวโน้มทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และการเปลี่ยนแปลงสภาพ-

ภูมิอากาศ การใช้ทรัพยากรธรรมชาติเพิ่มขึ้น การประสพ-ปัญหาขาดแคลนน้ำและภัยแล้งที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น และปัญหามลพิษทางอากาศที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะคนในเขตอุตสาหกรรมและเมืองใหญ่

จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้เกิดการคิดค้นนวัตกรรมที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการทำงานและในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพด้วยเช่นกัน การพัฒนา “นวัตกรรม” ที่ขับเคลื่อนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้าน “สุขภาพ” จึงไม่ได้หมายถึงการพัฒนา นวัตกรรมเพื่อต่อสู้กับโรคระบาด บริการด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยเท่านั้น แต่หมายรวมถึงการพัฒนาแนวทางเพื่อดูแลสุขภาพในเชิงป้องกันก่อนเจ็บป่วยที่ต้องรักษา หรือสร้างเสริมสุขภาพด้วยเช่นกัน<sup>(2)</sup> ที่ผ่านมามีการพัฒนา นวัตกรรมทางสุขภาพที่หลากหลาย อาทิ นวัตกรรมป้องกันและควบคุมโรค (preventive innovation) ในการจัดบริการ การป้องกันและควบคุมโรค นวัตกรรมการรักษาพยาบาล (curative innovation) นวัตกรรมฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (rehabilitative innovation) และ นวัตกรรมส่งเสริมสุขภาพ (promotive innovation) เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เสริมสร้างการดูแลตนเองให้ลดการเกิดโรคต่างๆ<sup>(3)</sup> และสนับสนุนกิจกรรม/เครื่องมือ โดยแนวทางและวิธีการสร้างนวัตกรรมสามารถนำหลากหลายกระบวนการมาปรับใช้ได้แก่ การวิจัยและพัฒนา (research and development) การจัดการความรู้ (knowledge management) การคิดเชิงออกแบบ (design thinking) รวมไปถึงแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ (health promotion) โดยบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่เชื่อมโยงกับการพัฒนานวัตกรรม และนำเสนอตัวอย่างผลงานนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพจากการดำเนินงานของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

## การพัฒนานวัตกรรมจากแนวคิด การสร้างเสริมสุขภาพ

ปัจจุบันนวัตกรรมได้นำไปใช้กับบริบทด้านสุขภาพและสังคม ทำให้ความหมายของนวัตกรรมได้แปรเปลี่ยนจากการดำเนินงานในภาคธุรกิจไปสู่สิ่งที่แตกต่างออกไปเมื่อมองจาก

มุมมองด้านสุขภาพ โดยเฉพาะตามแนวคิด “การสร้างเสริมสุขภาพ” ตามกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ที่กล่าวถึงกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มความสามารถในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น “นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ” (health promotion innovation) จึงเท่ากับการพัฒนาและการดำเนินโครงการ นโยบาย และระบบการสร้างเสริมสุขภาพใหม่ หรือ ปรับปรุงให้ดีขึ้น เพื่อช่วยให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและปัจจัยกำหนดสุขภาพ รวมถึงสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่ สภาพการทำงาน อายุ และการพักผ่อน<sup>(4)</sup>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ให้คำนิยามของนวัตกรรมในการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้ “นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ” คือ แนวคิด กระบวนการ หรือสิ่งประดิษฐ์ ที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานความคิดริเริ่มสร้างสรรค์บนฐานของวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ให้เป็นผลงานที่นำไปสู่การแก้ปัญหา หรือพัฒนาสังคมสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพะ ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ หรือส่งเสริมให้คนมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน<sup>(5)</sup> โดยมีกระบวนการขับเคลื่อน นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับผู้รับทุน และภาคีเครือข่ายในการค้นหาวิธีการใหม่ จากข้อบกพร่องในการแก้ไขปัญหาเดิมเพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลง การแก้ปัญหาสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสุขภาพะ โดยนวัตกรรมเป็นได้ทั้งกระบวนการ วิธีการ สิ่งประดิษฐ์ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ (1) เป็นสิ่งใหม่ (new things) ซึ่งในที่นี้คือไม่เคยมีผู้ใดทำมาก่อน หรือเคยทำมาแล้วในอดีต แต่นำมาพัฒนาจากของเก่าที่มีอยู่เดิม (2) สร้างคุณค่าที่มีประโยชน์ (value) สามารถช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพ และ (3) ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน (sustainable change) ซึ่งมุมมองของ สสส. ใช้ นวัตกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพใน 3 แนวทาง<sup>(6)</sup> คือ

1. การใช้ นวัตกรรมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น ลดการสูบบุหรี่ ลดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลดการเกิดอุบัติเหตุ ลดความกังวลทางจิตใจ
2. การใช้ นวัตกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เช่น เสริมสร้างการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ อาหารปลอดภัย

อาหารที่ไม่ก่อให้เกิดโรค เสริมสร้างการมีกิจกรรมทางกาย/ ออกกำลังกาย เสริมสร้างการดูแลตนเองให้ลดการเกิดโรคต่างๆ พัฒนานโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

3. การใช้นวัตกรรมเพื่อสนับสนุนกิจกรรม/เครื่องมือ เช่น เครื่องมือ อุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจร่างกาย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้าเพิ่มความปลอดภัย ดังภาพที่ 1

นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพประเภทต่างๆ สามารถนำมาใช้ในบริบทตามกฎบัตรรอตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จากกิจกรรมหลัก 5 ประการ ได้แก่ (1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (2) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (3) การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง (4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ (5) การปรับระบบบริการสุขภาพ<sup>(7)</sup> ที่ได้จำแนกการดำเนินงานที่ครอบคลุมหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ระหว่างบุคคล ชุมชน องค์กร สิ่งแวดล้อม และนโยบาย รวมทั้งเชื่อมโยงสาเหตุของปัญหาในแต่ละระดับได้ว่าควรเลือกพัฒนานวัตกรรม หรือขับเคลื่อนการทำงานในระดับใด และจะมีผลกระทบไปถึงปัจจัยอื่นๆ ได้ผนวกกับการผสมผสานความคิดสร้างสรรค์บนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ และเทคโนโลยี เข้าด้วยกัน ก่อให้เกิดนวัตกรรมไม่ว่าจะเป็น “นวัตกรรมผลิตภัณฑ์”

(product innovation) จากสิ่งประดิษฐ์ หรือผลิตภัณฑ์ หรือปรับปรุงสิ่งที่มีอยู่เดิมให้ดีขึ้น หรือเป็นสิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ “นวัตกรรมกระบวนการ” (process innovation) ในการปรับเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการดำเนินงาน หรือการให้บริการในรูปแบบใหม่ที่แตกต่างออกไปจากเดิม “นวัตกรรมเชิงนโยบาย” (policy innovation) ซึ่งเป็นการออกแบบหรือสร้างกระบวนการทางนโยบาย (policy process) โดยการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เช่น รัฐ เอกชน ภาคการศึกษา สื่อมวลชน ประชาสังคม ฝ่ายความมั่นคง การเมือง เข้ามาออกแบบและสร้างกระบวนการนโยบายร่วมกัน<sup>(8)</sup> และ “นวัตกรรมทางสังคม” (social innovation) ในการช่วยยกระดับคุณภาพชีวิต<sup>(9)</sup> นำไปสู่การแก้ไขปัญหา ด้านสุขภาพที่สร้างเสริมให้บุคคลมีการปฏิบัติและการพัฒนาสุขภาพ ตลอดจนจัดการสิ่งแวดล้อมและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ที่ตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และ/หรือการใช้ประโยชน์ ดังตารางที่ 1

การพัฒนานวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ใช้กลวิธีเดียวกับการพัฒนานวัตกรรม โดยเริ่มต้นจากปัญหาที่พบ นำไปสู่ความพยายามแก้ปัญหาดังกล่าวด้วยการสร้างนวัตกรรมขึ้น เพื่อพัฒนาการทำงานหรือระบบขึ้นมาใหม่ และทดลองใช้นวัตกรรมนำไปปรับปรุงและพัฒนาจนสามารถแก้ไขปัญหา

ภาพที่ 1 มุมมองของ สสส. ในการใช้ประโยชน์จากนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

### เพิ่มปัจจัยเชิงบวก

เช่น เพิ่มการกินอาหารที่ดี เพิ่มออกกำลังกาย การนอน



### ยับยั้งปัจจัยเชิงลบ

เช่น ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ลดการสูบบุหรี่ ลดอุบัติเหตุทางถนน



### สร้างความตระหนัก

เช่น ความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิต การให้ข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพ



ตารางที่ 1 ตัวอย่างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เชื่อมโยงกับกฎบัตรอตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

กฎบัตรอตตาวา เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ตัวอย่างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดย สสส. และภาคีเครือข่าย
1. การสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การผลักดัน พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560</li> <li>- การสนับสนุนการจัดเก็บภาษีเครื่องดื่มและผลิตภัณฑ์ที่มีน้ำตาล (sugar-sweetened beverages tax)</li> <li>- การขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะระดับพื้นที่ งานบุญประเพณี และเทศกาลปลอดเหล้า</li> <li>- การขับเคลื่อนผลักดัน พ.ร.บ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครรภในวัยรุน พ.ศ. 2559</li> <li>- มติมหาเถรสมาคม มติที่ 191/2560 เรื่องการดำเนินงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพะ</li> <li>- เครือข่ายมหาวิทยาลัยอาเซียนด้านการส่งเสริมสุขภาพ</li> </ul>
2. การสร้างสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาพ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- City Lab พื้นที่สุขภาวะใกล้บ้าน การเปลี่ยนพื้นที่ว่างในชุมชนพื้นที่ไม่ได้ใช้งาน ให้กลายเป็นพื้นที่ชวนขยับร่างกาย เอื้อกับการมีสุขภาพที่ดี</li> <li>- โครงการ “ที่อยู่อาศัยคนละครึ่ง” การจัดบริการที่อยู่อาศัยและความช่วยเหลือฉุกเฉินบนฐานการมีส่วนร่วมของคนไร้บ้านในรูปแบบแชร์ค่าเช่า</li> <li>- Cofact แพลตฟอร์มภาคประชาสังคม ตรวจสอบ “ข้าวปลอม-ข้าวลวง”</li> <li>- องค์กรสวมหมวกนิรภัย 100% ต้นแบบการลดอุบัติเหตุจรรยาจรของสถานประกอบการ</li> </ul>
3. การเสริมสร้างชุมชน ให้เข้มแข็ง	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กลไกการจัดการในชุมชนหรือหมู่บ้าน “สภาผู้นำชุมชน” โดยแกนนำจากกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกันอย่างเป็นระบบ</li> <li>- ระบบข้อมูลตำบลโดยการสำรวจ (Thailand community network appraisal program: TCNAP) เครื่องมือเก็บข้อมูลสำคัญของตำบล ระดับบุคคล และครอบครัว และระดับกลุ่มและชุมชน</li> <li>- ระบบสนับสนุนการมีส่วนร่วมของสภาเด็กและเยาวชนท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมให้เด็กเยาวชนได้รับการปรึกษา ไปจนถึงการเป็นผู้ดำเนินการดำเนินการด้านนโยบายและโครงการที่เกี่ยวกับเด็กและเยาวชนในท้องถิ่น</li> </ul>

ตารางที่ 1 ตัวอย่างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เชื่อมโยงกับกฎบัตรอตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (ต่อ)

กฎบัตรอตตาวา เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ตัวอย่างนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดย สสส. และภาคีเครือข่าย
<p>4. การพัฒนาทักษะ ส่วนบุคคล</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ระบบ “Persona Health สื่อเฉพาะคุณ” ระบบคลังข้อมูลสุขภาพเฉพาะบุคคลในการส่งต่อข้อมูลและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพให้ประชาชน</li> <li>- แอปพลิเคชันसानสุข ติดตามพฤติกรรมสุขภาพองค์รวม</li> <li>- เน็ตป้ามา (Net PAMA) หลักสูตรออนไลน์สอนเทคนิคการปรับพฤติกรรมเด็กเชิงบวก</li> <li>- ชุดความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย</li> <li>- ห้องเรียนผู้ฝัน แนวทางการจัดกิจกรรมเรียนรู้ เพื่อเตรียมรับมือสถานการณ์ที่มีค่าฝุ่นละอองที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ</li> <li>- แอปพลิเคชัน DoctorMe แอปพลิเคชันเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยหรือต้องการการปฐมพยาบาล</li> <li>- เว็บไซต์บทเรียนออนไลน์ NCDs School สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับโรคเบาหวาน โรคไต และโรคหัวใจ</li> <li>- Brain Check เกมตรวจสุขภาพสมองคัดกรองโรคอัลไซเมอร์</li> </ul>
<p>5. การปรับระบบบริการ สุขภาพ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เครือข่ายวิชาชีพแพทย์ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ</li> <li>- ระบบสารสนเทศเพื่อเฝ้าระวังการละเมิดกฎหมายควบคุมยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (tobacco &amp; alcohol surveillance system: TAS)</li> <li>- การปรับบริการตามรูปแบบบริการปฐมภูมิเน้นการจัดการสุขภาพตนเองและสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงตามหลัก patient journey, care pathway mapping และ population management</li> <li>- การจัดกระบวนการเรียนรู้โดยใช้กลไกเกม (gamification) เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน ด้วยการใช้อีการ์ดเกม</li> <li>- การขับเคลื่อน “ระบบสุขภาพอำเภอ” (district health system) ระบบการทำงานด้านสุขภาพ บูรณาการการบริหารจัดการระหว่าง การแพทย์และภาคส่วนต่างๆ ภายในอำเภอและจังหวัด</li> <li>- คลินิกฟ้าใส คลินิกทันตกรรมช่วยเลิกบุหรี่</li> <li>- การนัดกดจุดสะท้อนเท้าเพื่อลด ละ เลิก บุหรี่</li> </ul>

ที่พบได้จริง และตั้งอยู่บนฐานความร่วมมือ และการดำเนินการหลายภาคส่วน โดยสามารถนำนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพประเภทต่างๆ มาใช้ภายในและผ่านบริบทที่แตกต่างกัน

## สรุป

“นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ” เป็นคำที่เกิดขึ้นใหม่ และมีความหลากหลายตั้งแต่แนวคิดเชิงประเด็น เชิงชุมชน เชิงองค์กร เชิงกระบวนการทำงานตามบริบทการทำงานของ สสส. จึงไม่สามารถจำกัดได้เพียงแค่สิ่งประดิษฐ์หรือกระบวนการ หรือบริการ<sup>(10)</sup> การคิดค้นนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์ต่างๆ ทั้งที่ยังแก้ไขไม่ได้ รวมถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต ช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เพราะสุขภาพที่ดี ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แนวทางการขับเคลื่อนนวัตกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพในอนาคต จำเป็นต้องจับตาดำเนินขับเคลื่อนสำคัญ (driving forces) ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ส่งผลกระทบและเป็นแนวทางขับเคลื่อนไปสู่ภาพอนาคต ได้แก่ การตื่นรู้ด้านสุขภาพ (health actualization) จากแหล่งข้อมูลที่นำเชื่อถือ เพื่อให้บุคคลสามารถตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ระบบสาธารณสุขเชิงรุก (proactive public health system) การจัดสรรทรัพยากรเพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพที่เหมาะสม

ทั้งในเชิงโครงสร้างพื้นฐาน เชิงบริการ เชิงบุคลากร และเชิงระบบการเงิน การตอบสนองต่อวิกฤตสาธารณสุข (public health crisis and response) จากการเปลี่ยนแปลงทางประชากรศาสตร์ ภูมิอากาศ การเพิ่มจำนวนของผู้ป่วยโรค NCDs ที่ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม การออกแบบพื้นที่เพื่อสุขภาพและสุขภาวะ (healthy space and wellness design) การออกแบบพื้นที่เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ความก้าวหน้าด้านการดูแลสุขภาพ (healthcare advancement) จากการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาอุปกรณ์ทางการแพทย์ การรักษาที่ทันสมัย แนวทางการดูแลสุขภาพในรูปแบบใหม่ การดูแลสุขภาพแบบจำเพาะรายบุคคล (personalized healthcare) และแนวทางการดูแลสุขภาพที่มีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล<sup>(11)</sup>

การสนับสนุนให้เกิดนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จุดประกายให้เกิดการคิดใหม่ทำใหม่เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพให้ดียิ่งขึ้นอย่างยั่งยืน ชี้นำให้เห็นภาพสังคมสุขภาวะครบทั้ง 4 มิติ จะเป็นหนึ่งในกลไกที่มีบทบาทสำคัญมากขึ้น ทำให้สังคมตระหนักว่า อยากรอให้ร่างกายเสื่อมเสียแล้วค่อยมาซ่อมสุขภาพ แต่มาสร้างเสริมสุขภาพให้ร่างกายแข็งแรงเพื่อป้องกันโรค ซึ่งจะลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดการสูญเสียของประเทศ<sup>(12)</sup>

## เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์แผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. ภาพอนาคตระบบสาธารณสุขไทย (Thailand health care system foresight). นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์แผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. เนตรธิดา บุนนาค. 10 ตัวอย่างนวัตกรรมดูแลสุขภาพในยุคโควิด-19 ระบาด [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 15 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.sdgmovement.com/2021/03/03/10-healthcare-innovations/>
3. อำนวย ธัญรัตน์ศรีสกุล. นวัตกรรมทางสุขภาพ (health innovation). วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2561;1(1):58-64.
4. Smith AJ. What constitutes health promotion innovation?. Health Promotion Journal of Australia 2022;33(2):307-541.
5. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. คู่มือนิยามศัพท์ของ สสส. ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 ปี พ.ศ. 2566. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2566.
6. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โอเดียเปลี่ยนโลกฝีมือเยาวชน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2561.

7. World Health Organization. Health promotion action means [Internet]. [cited 2024 May 15]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference/actions>
8. สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ. Policy innovation นวัตกรรมเชิงนโยบาย รากฐานของการพัฒนาประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nia.or.th/Policy-Innovation-SITE2023>
9. สถาบันวิทยาการนวัตกรรม. Social Innovation นวัตกรรมเพื่อสังคม 101 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://moocs.nia.or.th/course/social-innovation>
10. A day. ‘นวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ’ คืออะไร ทำไมประเทศไทยต้องเร่งเดินเครื่องสร้างให้เกิดขึ้น ร่วมค้นคำตอบกับ ดร.ณัฐพันธุ์ ศุภกา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://adaymagazine.com/health-promotion-innovation/>
11. สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ. อนาคตสุขภาพและสุขภาวะสังคมไทย พ.ศ. 2576 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.nia.or.th/bookshelf/view/253>
12. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. สสส. บัณฑิตกรุ่นใหม่หัวใจสุขภาพะ 250 ทีม แข่งนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/2023/11/29108>

## Development of Innovations using Health Promotion Concept: a Case Study from ThaiHealth Promotion Foundation

Nalinee Ruangrittisak

*Thai Health Promotion Foundation*

### Abstract

Currently, Thais are paying more focused on healthy living habits to prepare for a healthy future. After the outbreak of COVID-19 and preparation for entering a fully aging society, affect to increasing physical activity, having nutritious food and managing stress and care for mental health. “Health Promotion Innovation” is becoming a key mechanism in this movement, for raising awareness about the importance of holistic health. This article explores how innovation connects with health promotion, showcasing examples from the Thai Health Promotion Foundation. It also provides guidance on developing health promotion innovations, emphasizing the driving forces that will shape the future of this field.

**Keywords:** development of innovation; health promotion; health promotion innovation; Ottawa Charter

## การเสริมสร้างสุขภาวะด้านแรงงานในจังหวัดหนองคาย

สิริกร นามลาบุตร<sup>1</sup>, นุชสิทธิ์ จิตแก้ว<sup>2</sup>, พีรวิชญ์ นามลาบุตร<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ศูนย์ข้อมูลทีปรีศึกษา สำนักงานบริหารหนี้สาธารณะ กระทรวงการคลัง กรุงเทพมหานคร

<sup>2</sup>สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ กรุงเทพมหานคร

วันรับ: 18 เม.ย. 2567

วันแก้ไข: 14 พ.ค. 2567

วันตอบรับ: 17 พ.ค. 2567

### บทนำ

สุขภาวะของแรงงานเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่ยั่งยืน แรงงานที่มีสุขภาพดีและมีความสุขจะสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การเสริมสร้างสุขภาวะด้านแรงงานจึงจำเป็นเพื่อให้แรงงานมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตและสุขภาพสังคมที่ดี ซึ่งจะนำไปสู่การเพิ่มผลผลิต ลดการขาดงาน ลดอัตราการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและการชดเชย และที่สำคัญสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้กับองค์กร

จังหวัดหนองคายมีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 375,002 คน มีผู้อยู่ในกำลังแรงงาน 232,381 คน หรือร้อยละ 62 และผู้ที่ไม่อยู่ในกำลังแรงงาน 142,621 คน ร้อยละ 38 ดังตารางที่ 1 และ 2<sup>(1)</sup>

ผู้อยู่ในกำลังแรงงานถือได้ว่าเป็นวัยที่มีความพร้อมทางด้านร่างกายซึ่งเป็นวัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสังคมและการขับเคลื่อนเศรษฐกิจของจังหวัดหนองคาย แต่ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพมากกว่าช่วงวัยอื่น อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยี ส่งผลให้เกิดการแข่งขันทางด้านเศรษฐกิจสูง การพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีที่สูงขึ้น การผลิตที่มากขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงวิธีการทำงาน มีการนำเข้าวัตถุดิบและการใช้สารเคมีอันตรายมาใช้ในการผลิตมากยิ่งขึ้น ส่งผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อภาวะสุขภาพของคนทำงาน เป็นโรคจากการประกอบอาชีพ (occupation diseases) และโรคเนื่องจากงาน มลพิษสิ่งแวดล้อมมากขึ้นถึงขั้นทุพพลภาพและเสียชีวิต เช่น ความเสี่ยงจากการทำงาน

การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มประชากรวัยแรงงานจึงไม่ใช่เป็นเพียงการสร้างความเข้มแข็งทางสุขภาพซึ่งส่งผลต่อระบบเศรษฐกิจในปัจจุบัน แต่ยังมีหมายรวมถึงการสร้างฐานความเข้มแข็งทางสุขภาพให้วัยทำงานเพื่อเตรียมพร้อมเข้าสู่การเป็นผู้สูงวัยที่พึ่งตัวเองให้ได้มากที่สุด เป็นภาระต่อสังคมน้อยที่สุด มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งการส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศในอนาคตอีกด้วย<sup>(2)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านแรงงานระดับจังหวัดหนองคาย (พ.ศ. 2566-2570) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ในประเด็น (3) ประเด็นความเสมอภาคและหลักประกันทางสังคม (3.2) แผนย่อยของแผนแม่บทฯ (3.2.1) แผนย่อยการคุ้มครองทางสังคมขั้นพื้นฐานและหลักประกันทางเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ แนวทางการพัฒนาขยายฐานความคุ้มครองทางสังคม และสร้างหลักประกันสวัสดิการสำหรับแรงงาน “...ส่งเสริมความปลอดภัยในการทำงานของแรงงาน...”<sup>(3)</sup>

### การเสริมสร้างสุขภาวะด้านแรงงานในจังหวัดหนองคาย มีการดำเนินการดังนี้

1. หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานเอกชน และนายจ้าง จัดให้มีการเสริมสร้างสุขภาวะ โดยการตรวจสุขภาพแรงงานเป็นประจำทุก 6 เดือน เพื่อตรวจคัดกรองความเสี่ยงของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน

2. หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานเอกชน และนายจ้าง จัดให้มีความรู้เกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาวะ โดยฝึกอบรมแก่แรงงานเกี่ยวกับวิธีป้องกันเพื่อความปลอดภัยของแรงงาน ปีละ 2 ครั้ง

3. หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานเอกชน และนายจ้าง มีการส่งเสริมสุขภาพโดยการจัดกิจกรรม ตรวจสอบสุขภาพฟรี การฉีดวัคซีน และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ นอกจากนี้แล้ว มีการสร้างสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและมีสุขภาพดี เช่น การจัดให้มีพื้นที่ออกกำลังกาย สนับสนุนแรงงานให้สร้างค่านิยมที่มีสุขภาพที่ดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบทั้ง 5 หมู่ การออกกำลังกายเป็นประจำและต่อเนื่อง

4. หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานเอกชน และนายจ้าง มีการติดตามสุขภาพของแรงงานเป็นประจำ เพื่อตรวจสอบสัญญาณของการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ตรวจสอบสภาพแวดล้อมการทำงานเป็นประจำเพื่อให้แน่ใจว่ายังคงปลอดภัยและมีสุขภาพดี ปีละ 1 ครั้ง

5. หน่วยงานของรัฐ หน่วยงานเอกชน และนายจ้าง จัดให้มีมีส่วนร่วมของแรงงาน โดยจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพและความปลอดภัยที่ประกอบด้วยแรงงานและผู้จัดการ ให้แรงงานมีส่วนร่วมในการระบุและแก้ไขความเสี่ยงด้านสุขภาพ สร้างวัฒนธรรมที่เน้นสุขภาพและความปลอดภัย ดังภาพที่ 1

## สรุป

การเสริมสร้างสุขภาวะด้านแรงงานในจังหวัดหนองคาย เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่ยั่งยืน แรงงานที่มีสุขภาพดี และมีความสุข สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ตารางที่ 1 ผู้อยู่ในกำลังแรงงาน จังหวัดหนองคาย

สถานะ	จำนวน/คน	ร้อยละ
ผู้มีงานทำ	228,401	60.9
ผู้ว่างงาน	1,389	0.4
ผู้รอฤดูกาล	2,591	0.7

ตารางที่ 2 ผู้ที่ไม่อยู่ในกำลังแรงงาน จังหวัดหนองคาย

สถานะ	จำนวน/คน	ร้อยละ
งานบ้าน	38,681	10.3
เรียนหนังสือ	36,839	9.8
เด็ก/ชรา/ป่วย/พิการ จนไม่สามารถทำงานได้	55,469	14.8
อื่นๆ (พักผ่อน เกษียณการทำงาน ไม่สมัครใจทำงาน ดูแลผู้ป่วยและดูแลบุตร ตั้งครรภ์)	11,632	3.1

ภาพที่ 1 วิธีการเสริมสร้างสุขภาวะด้านแรงงานในจังหวัดหนองคาย



## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติจังหวัดหนองคาย. การสำรวจภาวะการทำงานของประชากรจังหวัดหนองคาย ไตรมาส 4 พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 เม.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://nongkhai.nso.go.th/page-survey-of-the-working-conditions-of-the-population-of-nong-khai-province,-4th-quarter-2023.html>
2. วิชชุพร เกตุโหม, ทิวาวรรณ ชื่อสัตย์. การศึกษาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพนักงานในสถานประกอบการ 3 แห่ง. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 เม.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://mwi.anamai.moph.go.th/th/mwi-research/download?id=108473&mid=36865&mkey=m\\_document&lang=th&did=28108](https://mwi.anamai.moph.go.th/th/mwi-research/download?id=108473&mid=36865&mkey=m_document&lang=th&did=28108)
3. สำนักงานแรงงานจังหวัดหนองคาย. แผนปฏิบัติการด้านแรงงานจังหวัดหนองคาย (พ.ศ. 2566-2570) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 14 เม.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: [https://nongkhai.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/70/2023/07/lovepdf\\_merged-8.pdf](https://nongkhai.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/70/2023/07/lovepdf_merged-8.pdf)

# การประเมินผลกระทบของนโยบายการขยายเวลา ปิดสถานบริการจากตีสองเป็นตีสี่ในพื้นที่นำร่อง 5 จังหวัด ของประเทศไทย 2567

คณะผู้ทรงคุณวุฒิอิสระเพื่อศึกษานโยบายการขยายเวลา

วันรับ: 8 พ.ค. 2567

วันแก้ไข: 9 มิ.ย. 2567

วันตอบรับ: 12 มิ.ย. 2567

## บทนำ

ตามที่นายกรัฐมนตรี มีนโยบายให้ขยายเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสถานบันเทิงเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจจากการท่องเที่ยว กระทรวงมหาดไทยได้อนุญาตให้สถานบริการที่ขึ้นทะเบียนใน 5 พื้นที่นำร่องประมาณ 1,200 แห่งในกรุงเทพมหานคร (221 แห่ง) ชลบุรี (866 แห่ง) ภูเก็ต (108 แห่ง) เชียงใหม่ (26 แห่ง) เกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี (7 แห่ง) ขยายเวลาปิดสถานบริการจาก 02.00 น. เป็น 04.00 น. เริ่มตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ซึ่งมีผลให้มีการขยายเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ออกไปด้วย ต่อมาในการประชุมคณะรัฐมนตรี ได้มอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขและมหาดไทยพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการขยายเวลา ให้ครอบคลุมสถานประกอบการอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายกัน รวมถึงร้านอาหารต่างๆ ในพื้นที่นำร่องทั้ง 5 จังหวัดให้สอดคล้องกันด้วย

เกี่ยวกับกรณีนี้ คณะผู้ทรงคุณวุฒิอิสระเพื่อศึกษานโยบายการขยายเวลาได้จัดกิจกรรมทางวิชาการเพื่อประเมินผลกระทบและความเสี่ยงของนโยบายที่ได้ดำเนินการไปแล้ว และที่จะขยายความครอบคลุมออกไปอีก โดยดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2567 รวมระยะเวลา 3 เดือน โดย

1. วิเคราะห์ข้อมูลการเจ็บการตายจากฐานของศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุเพื่อสร้างวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนน<sup>(1)</sup> นำมาเปรียบเทียบกับระหว่างเดือนมกราคมถึงเมษายน พ.ศ. 2567 เทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี พ.ศ. 2566

2. ข้อมูลจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติเกี่ยวกับคดีที่สามารถตรวจจับผู้ขับขี่ยานพาหนะและเมาตามกฎหมายในพื้นที่ 5 จังหวัด ระหว่าง 3 เดือนหลังดำเนินการเปรียบเทียบกับเวลาเดียวกันของปี พ.ศ. 2566

3. ทบทวนงานวิจัยที่สำรวจเกี่ยวกับการปฏิบัติในเรื่องความรับผิดชอบของผู้จำหน่ายสุราและเครื่องดื่ม และความเดือดร้อนจากผู้อาศัยใกล้เคียง

4. วิเคราะห์ฐานข้อมูลของกระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาเกี่ยวกับรายได้และจำนวนนักท่องเที่ยวในพื้นที่นำร่องของช่วง 3 เดือนปี พ.ศ. 2566 และของปี พ.ศ. 2567 เทียบกับอีก 17 จังหวัดที่เป็นเมืองท่องเที่ยวหลักแต่ไม่ได้ขยายเวลาปิดสถานบริการ

5. เดินทางเยี่ยมพื้นที่ดูสภาพความเป็นจริงและหารือผู้เกี่ยวข้องของพื้นที่เมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี พื้นที่ป่าตอง จังหวัดภูเก็ต และพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งมีสถานบริการจำนวนมากเกินกว่าร้อยละ

## ข้อค้นพบที่สำคัญ

1. จังหวัดนำร่องมีการเพิ่มขึ้นของการบาดเจ็บ ร้อยละ 12 และการตายร้อยละ 13 จากเวลา 02.00 น. ถึง 06.00 น. เมื่อเทียบกับก่อนมีนโยบาย โดยในช่วง 4 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2566 มีการบาดเจ็บบนท้องถนน 5,595 รายและเสียชีวิต 142 ราย หลังขยายเวลามีจำนวนบาดเจ็บเป็น 6,273 รายและเสียชีวิต 161 ราย หรือคิดเป็นจำนวนที่เพิ่มในเรื่องการบาดเจ็บ 750 คนและ

การตาย 19 คน ดังตารางที่ 1 เป็นที่น่าสังเกตว่าการเพิ่มของการบาดเจ็บทางถนนเกิดในจังหวัดที่มีสถานบริการมากกว่า 100 แห่ง เช่น ชลบุรี (866 แห่ง) ภูเก็ต (108 แห่ง) และกรุงเทพมหานคร (221 แห่ง) ในขณะที่จังหวัดที่มีสถานบริการหลักสิบ คือ เชียงใหม่ (26 แห่ง) และเกาะสมุย (7 แห่ง) ไม่พบมีการเพิ่มขึ้นของการบาดเจ็บทางถนน หากพิจารณาเฉพาะใน 3 จังหวัดที่มีสถานบริการเกินร้อยแห่ง จะพบการตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 22 แสดงว่ายังมีสถานบริการเปิดขยายเวลามากยิ่งเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มมากขึ้น

2. จำนวนคดีคนเมาและขับขี่ยานพาหนะในยามวิกาลที่ถูกทางเจ้าหน้าที่ตรวจจับได้ในช่วงสามเดือนแรกเพิ่มมากขึ้นในพื้นที่นำร่องร้อยละ 115 จาก 6,221 คดีของปี พ.ศ. 2566 เป็น 13,232 คดีในช่วงเดียวกันของ พ.ศ. 2567 ในขณะที่พื้นที่เมืองท่องเที่ยวหลักที่ไม่มีการขยายเวลา (17 จังหวัด) มีการตรวจพบเมาแล้วขับเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 เป็นข้อมูลสนับสนุนว่า การขยายเวลาเปิดสถานบริการและขาย

แอลกอฮอล์ส่งผลให้มีคนดื่มแล้วขับในยามวิกาลเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีเจ้าหน้าที่ตำรวจเสียชีวิตจากการตรวจจับคนเมาในพื้นที่นำร่องอย่างน้อย 3 คนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ชลบุรี และบาดเจ็บ 1 คนในพื้นที่หาดป่าตอง จังหวัดภูเก็ต

3. ความรับผิดชอบของผู้ขายสุราไม่ได้เป็นไปตามที่ราชการขอความร่วมมือและร้องขอทั้งหมด ในช่วงก่อนเริ่มการขยายเวลา ทางราชการได้ขอให้เจ้าของสถานบริการในพื้นที่นำร่องดำเนินการหลายอย่างเพื่อลดปัญหา แต่จากการศึกษาของคุณยวีจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ<sup>(2)</sup> ที่สอบถามนักท่องเที่ยวชาวไทยที่ไปเที่ยวในเขตโซนหนึ่งของสถานบริการในพื้นที่นำร่องในช่วงเดือนเมษายนที่ผ่านมา โดยเฉลี่ยพบว่าการตรวจบัตรคัดกรองเยาวชนร้อยละ 86 ปฏิเสธการขายให้คนที่เมา ร้อยละ 44 มีเครื่องตรวจวัดแอลกอฮอล์คัดกรองก่อนออกจากร้าน ร้อยละ 16 บริการเรียกรถให้แขกที่เมา และร้อยละ 14 ติดต่อบริการรับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนผู้เสียชีวิตใน 5 จังหวัดที่มีการขยายเวลา วิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงช่วงเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2567 เทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปี พ.ศ. 2566<sup>(1)</sup>

จังหวัด (สถานบริการ)	เสียชีวิตทั้งวัน มกราคม-เมษายน				เสียชีวิตเวลา 02.00-05.59 น. มกราคม-เมษายน			
	2566	2567	เปลี่ยนแปลง	ร้อยละ	2566	2567	เปลี่ยนแปลง	ร้อยละ
กรุงเทพมหานคร (221)	303	303	0	0	64	77	+13	20
ชลบุรี (866)	186	203	+17	+9	35	43	+8	23
ภูเก็ต (108)	45	58	+13	+29	11	15	+4	36
รวม 3 จังหวัด	534	564	+30	+6	10	135	+25	23
เชียงใหม่ (26)	171	177	+6	+3	19	15	-4	-21
สุราษฎร์ธานี (7)	109	96	-13	-12	13	11	-2	-15
รวม 5 จังหวัด	814	837	+23	+3	142	161	+19	+13

ตารางที่ 2 ผลการสำรวจสัมภาษณ์นักท่องเที่ยวชาวไทยที่เคยใช้สถานบริการในพื้นที่โซนหนึ่งที่นำร่องใน 5 จังหวัด ช่วงเดือนมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2567<sup>(2)</sup>

การดำเนินการ	นักท่องเที่ยวชาวไทย		
	ทำ	ไม่ได้ทำ	รวม
1. การดำเนินการของสถานบันเทิงที่มีการตรวจบัตรประชาชน บุคคลอายุต่ำกว่า 20 ปีห้ามเข้า	671 (86.2)	107 (13.8)	778 (100.0)
2. การดำเนินการของสถานบันเทิงที่ไม่จำหน่ายเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ให้คนมีเมมา ไม่ได้สติ	2531 (43.8)	325 (56.2)	578 (100.0)
3. การดำเนินการของสถานบันเทิงที่วัดแอลกอฮอล์ลูกค้า ก่อนออกจากร้าน	95 (16.0)	500 (84.0)	595 (100.0)
4. การดำเนินการของสถานบันเทิงที่เรียกรถบริการมาให้ลูกค้า หากวัดแอลกอฮอล์เกิน 50 มก.	68 (14.4)	404 (85.6)	472 (100.0)
5. การดำเนินการของสถานบันเทิงที่ทำการตามญาติมารับ หากลูกค้าที่เมาไม่ยอมให้เรียกรถบริการ	108 (24.2)	338 (75.8)	446 (100.0)

4. ยังไม่มีข้อมูลชัดเจนว่าการขยายเวลาจะทำให้เกิดการกระตุ้นเศรษฐกิจเท่าไร แม้ว่าตัวเลขจากกระทรวงการท่องเที่ยว<sup>(3)</sup> ระบุว่าในสองเดือนแรกของปี มีนักท่องเที่ยวต่างชาติเข้ามาในพื้นที่นำร่องจาก 7.7 ล้านคนเป็น 10.5 ล้านคน และรายได้จากการท่องเที่ยวเพิ่มจาก 171,340 ล้านบาทเป็น 265,826 ล้านบาท แต่นักท่องเที่ยวส่วนใหญ่คงไม่ได้มา เพราะการขยายเวลาอย่างเดียวแต่คงมีเหตุผลอื่นๆ ประกอบ อย่างไรก็ดี มีข้อมูลว่าจังหวัดท่องเที่ยวหลักที่ไม่ได้ขยายเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีอัตราการเพิ่มขึ้นทั้งจำนวนนักท่องเที่ยวและรายได้ทั้งจากคนไทย และต่างชาติมากกว่าจังหวัดนำร่องเกือบ 2 เท่า เมื่อเทียบข้อมูลของ 2 เดือนแรกของปีนี้กับปี พ.ศ. 2566 ใน 17 จังหวัดที่ไม่ได้ขยายเวลาปิดสถานบริการก็มีนักท่องเที่ยวต่างชาติเพิ่มขึ้นร้อยละ 72 (จาก 1.5 ล้านคนเป็น 2.6 ล้านคน) และรายได้จากนักท่องเที่ยวต่างชาติเพิ่มร้อยละ 103 ในขณะที่พื้นที่นำร่องมีนักท่องเที่ยวต่างชาติเพิ่มเพียงร้อยละ 35 รายได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 55 ดังตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่ารัฐบาลยังมีทางเลือกอื่นในการกระตุ้น

เศรษฐกิจการท่องเที่ยวโดยไม่จำเป็นต้องขยายเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หลังเที่ยงคืนเพราะนักท่องเที่ยวต่างชาติที่มีคุณภาพและมีความสามารถในการใช้จ่ายสูงอาจสนใจเรื่องวัฒนธรรม อาหารการกิน ธรรมชาติ และการท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพ

5. เสียงของคนในพื้นที่ได้รับความเดือดร้อนและสะท้อนความห่วงใย จากการรับฟังปัญหาและข้อห่วงใย ใน 3 จังหวัด ที่มีสถานบริการที่ขยายเวลาจำนวนมาก มีประเด็นสำคัญคือ

5.1 เหตุเดือดร้อนรำคาญจากเสียงและการเมาของนักท่องเที่ยวทั้งจากแอลกอฮอล์และกัญชา (ภูเก็ต) ทำให้เด็กเล็กและคนทำงานไม่สามารถหลับนอนและรู้สึกถูกเอาเปรียบไม่ได้รับการคุ้มครอง สอดคล้องกับงานวิจัย<sup>(2)</sup> การสำรวจชาวบ้านที่อาศัยรอบบริเวณสถานบริการและสถานประกอบการในพื้นที่นำร่องที่เคยพบเห็น/รับรู้เหตุการณ์ต่างๆ หลังปีใหม่ พ.ศ. 2567 เป็นต้นมา ในภาพรวมเหตุการณ์ที่ระบุไว้ในอันดับแรกๆ ได้แก่ การมั่วสุม ยามค่ำคืนของเยาวชน เด็กแว่น รถซิ่ง พบร้อยละ 51.6

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวนและรายได้การท่องเที่ยวของจังหวัดน่านและจังหวัดคู่เทียบ ระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 และ 2566<sup>(3)</sup>

ค่าสถิติ	พื้นที่ขยายเวลา (คน)			พื้นที่คู่เทียบ* (คน)		
	2567	2566	% change	2567	2566	% change
จำนวนผู้เข้าพัก	13,787,541	10,877,769	26.7%	6,325,133	5,584,950	13.3%
นักท่องเที่ยว (รวม)	20,580,807	18,323,880	12.3%	19,241,440	16,488,858	16.7%
นักท่องเที่ยว (ไทย)	10,032,005	10,553,351	-4.9%	16,627,931	14,971,010	11.1%
นักท่องเที่ยว (ต่างชาติ)	10,548,802	7,770,529	35.8%	2,613,509	1,517,848	72.2%
รายได้รวมจากนักท่องเที่ยว (ล้านบาท)	325,552	232,678	39.9%	69,655	48,981	42.2%
รายได้รวมจากนักท่องเที่ยวไทย (ล้านบาท)	59,726	61,338	-2.6%	45,513	37,098	22.7%
รายได้รวมจากนักท่องเที่ยวต่างชาติ (ล้านบาท)	265,826	171,340	55.1%	24,143	11,883	103.2%

\*หมายเหตุ: พื้นที่คู่เทียบ: กระบี่ นนทบุรี ปทุมธานี สงขลา สมุทรปราการ กาญจนบุรี นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี สมุทรสาคร พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ฉะเชิงเทรา ระยอง พังงา ขอนแก่น และนครราชสีมา

ปัญหาทะเลาะวิวาท ทำร้ายร่างกายจากผู้ดื่มแอลกอฮอล์ พบร้อยละ 49.2 คนดื่มๆ ทำให้เกิดความสับสนและทะเลาะในที่สาธารณะ เช่น บัสสภาวะ อาเจียน ทิ้งขวด/ขยะเรี่ยราด พบร้อยละ 40.4 และสถานบันเทิง/นักเที่ยวส่งเสียงดัง รำคาญ พบร้อยละ 40.3 เมื่อจำแนกตามพื้นที่ สังเกตได้ว่าในพื้นที่น่านรองประกาศใช้นโยบายมีสัดส่วนการพบเห็นเหตุการณ์เหล่านี้สูงกว่าในพื้นที่อื่นที่นำมาเปรียบเทียบทั้งสิ้น<sup>(2)</sup>

5.2 เจ้าหน้าที่ตำรวจและเทศกิจ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ต้องแบกรับภาระเพิ่มขึ้น โดยต้องแบ่งกำลังจัดเวรออกตรวจจับคนเมายาไม่วิกาลเพิ่มมากขึ้นหรือตรวจสอบเรื่องร้องเรียน ท่ามกลางข้อจำกัดของกำลังคน กำลังงบประมาณและเครื่องมือที่จำเป็นเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล

ต้องแบ่งเวลาแทนที่จะสามารถดูแลคนไข้ฉุกเฉินจากเหตุอื่นๆ มาดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บจากการเมาสุราที่เพิ่มมากขึ้น

5.3 สุขภาพและสวัสดิภาพของพนักงานหญิง-ชายที่ทำงาน คาดการณ์ว่ามีหญิงและชายที่มีรายได้จากการต้อนรับ เพื่อนคุย เซียร์แขกจำนวนหลายหมื่นคน พนักงาน โดยเฉพาะผู้หญิงมีความเสี่ยงต่อการถูกลวนลามทางเพศ หรือการซื้อบริการทางเพศ หรือโดนทำร้ายร่างกาย เรื่องครอบครัว ในขณะที่บางรายยังเป็นนักศึกษา

5.4 ปัญหาการขยายตัวของธุรกิจสีเทา ผิดกฎหมายต่างๆ เพิ่มมากขึ้นในแหล่งบันเทิง ทั้งเรื่องยาเสพติด การมั่วสุมของเยาวชน การมีอาวุธและกลุ่มอิทธิพล โดยนักธุรกิจเจ้าของกิจการได้ประโยชน์ (private benefit) แต่สังคมและคนพื้นที่ต้องแบกรับปัญหา (social cost)

การประเมินความเสี่ยงหากมีการขยายนโยบายนี้ ออกไปทั้งในพื้นที่นาร่องและการขยายความครอบคลุม ไปยังสถานประกอบการอื่นๆ และร้านอาหารของทั้ง 5 จังหวัด

**กรณีที่หนึ่ง** หากยังคงนโยบายให้สถานบริการที่ ขยายเวลาแล้วดำเนินต่อไป จะมีผลให้มีการตายอย่างน้อย 20 ราย มีบาดเจ็บต้องมาห้องฉุกเฉิน 740 ราย อาการมาก ต้องนอนรักษาต่อในโรงพยาบาล 150 ราย (ร้อยละ 25 ของ ห้องฉุกเฉิน) และมีความพิการหลงเหลือต่อไป 7 คน (ร้อยละ 4.6 ของผู้นอนรักษา) ซึ่งต้องถูกรับผิดชอบโดย ภาครัฐและประชาชนเอง โดยภาครัฐกิจที่ได้ผลประโยชน์ไม่ ได้แบกรับภาระร่วม

**กรณีที่สอง** หากมีการขยายเวลาขายเครื่องดื่ม แอลกอฮอล์ให้กับสถานประกอบการอื่นๆ ที่มีลักษณะ คล้ายกันรวมถึงร้านอาหารใน 5 พื้นที่ ซึ่งปกติขาย ได้เพียงเที่ยงคืน ให้ขายไปถึง 02.00 น. หรือ 04.00 น. คาดประมาณว่าจะมีร้านที่เข้าขายขยายเวลาขายได้ เพิ่มขึ้นประมาณ 20,000-30,000 แห่ง หรือ 10-15 เท่า ประกอบกับการที่ไม่สามารถทำให้ผู้ขายต้องรับผิดชอบ ได้ตามที่ควรเป็น และข้อจำกัดทั้งเรื่องจำนวนบุคลากร และการสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานในส่วนของตำรวจ ทศกิจ โรงพยาบาล ขนาดปัญหาการบาดเจ็บบนถนนและการตาย ก็จะทำให้เพิ่มทวีขึ้นเป็นเงาตามตัว เช่น บาดเจ็บ 7,500 ราย นอนรักษาในโรงพยาบาล 1,500 ราย เสียชีวิต 200 ราย และพิการ 70 คน และปัญหาสังคมอื่นๆ

## สรุปและเสนอแนะ

1. ไม่ขยายเวลาขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในเวลา หลังเที่ยงคืนเพิ่มเติม ให้แก่สถานประกอบการอื่นๆ และ ร้านค้าที่อยู่ใน 5 จังหวัดนี้หรือจังหวัดท่องเที่ยวอื่นๆ หากรัฐบาลต้องการกระตุ้นเศรษฐกิจการท่องเที่ยว ยังสามารถทำได้โดยอาศัยมาตรการอื่น เช่น การดึง นักท่องเที่ยวคุณภาพและมีกำลังใช้จ่ายสูงที่สนใจการ ท่องเที่ยวส่งเสริมสุขภาพ (wellness) เชิงวัฒนธรรม (cultural) และธรรมชาติ (ecotourism) ทั้งนี้เพื่อลด การสูญเสียชีวิตและผลกระทบทางสังคมมากมาย

2. ทบทวนเลิกนโยบายขยายเวลาสถานบริการ ที่ทดลองนาร่อง เพราะจะสามารถลดการเจ็บรุนแรง บนท้องถนนได้กว่า 150 รายและลดการตายอย่างน้อย 20 คน และความพิการอีกเกือบ 10 คน

3. หากยังคงการขยายเวลาสถานบริการที่อนุญาต ไว้แล้ว ต้องเพิ่มความเข้มงวดให้เจ้าของธุรกิจมีความ รับผิดชอบในกรณีที่ทำผิด พ.ร.บ.ควบคุมแอลกอฮอล์ หรือ พ.ร.บ.สถานบริการซ้ำ ควรปิดกิจการตามเหตุ พร้อมกันนั้น ให้สนับสนุนทรัพยากรเพิ่มเติมในการตั้งด่านตรวจคนเม การรักษาผู้บาดเจ็บ และการแก้ไขเหตุเดือดร้อนรำคาญ

4. ให้หน่วยราชการที่เกี่ยวข้องปรับปรุงแนวปฏิบัติ

ก) ให้คงระบบ zoning และการจัดระเบียบของ สถานบริการไว้ การจะอนุญาตขยายเวลาให้สถานประกอบ- การใดในยามวิกาล ควรต้องให้อยู่ในเขต zoning และ เป็นไปตามกฎระเบียบ เนื่องจากมีกฎหมายที่ปฏิบัติ และสามารถกำกับเพิกถอนได้

ข) ให้กรมสรรพสามิต ออกใบอนุญาตขาย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์แยกหลายประเภท โดยในกลุ่ม ขยายปลีกควรแยกเป็น ร้านสะดวกซื้อ ร้านอาหารธรรมดา ร้านอาหารหรือสถานประกอบการที่คล้ายสถานบริการ และ สถานบริการ โดยมีเกณฑ์และค่าธรรมเนียมที่สูงขึ้น ปัจจุบันการต่อใบอนุญาตมีค่าใช้จ่ายเพียงหลักร้อย ทำให้ มีใบอนุญาตขยายปลีกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 550,000 ใบ ซึ่งเป็นจำนวนที่มากเกินไปเมื่อคิดต่อหัว ประชากร และยากต่อการควบคุม

ค) กำหนดเป็นกฎหมายให้ผู้ประกอบการร้านค้า มีความรับผิดชอบร่วม หากพบว่า ลูกค้านัดดื่มและถูกตรวจ พบว่าขับรถในสภาพเมา โดยในรายที่เป็นคดีให้สอบถาม สถานที่ดีม และหากทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อผู้อื่น เจ้าทุกข์ สามารถร้องให้รับผิดชอบทางแพ่งร่วมด้วย โดยร้านค้า ต้องเป็นฝ่ายพิสูจน์ว่าไม่ใช่ความผิดของตนเอง ไม่ยกภาระ การพิสูจน์เป็นของผู้ฟ้อง

ง) เพิ่มการใช้มาตรการทางการปกครองโดยผู้ว่า- ราชการจังหวัดในการปิดการดำเนินการ ของร้านค้าที่ไม่ ปฏิบัติตามกฎหมาย

จ) การยกเว้นให้ขยายเวลาการขาย ไม่ควรทำ ในส่วนกลางที่ครอบคลุมทั้งประเทศหรือทุกจังหวัด แต่ควร ให้คณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ระดับจังหวัด

เป็นผู้พิจารณาอนุญาตตามบริบท แต่มีเงื่อนไขที่เจ้าของกิจการต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เช่น กรณีการจะขยายเวลาขายช่วงเวลาบ่ายสองโมงถึงห้าโมงเย็น อาจพิจารณาเป็นกรณีให้กับโรงแรมในแหล่งท่องเที่ยวของชาวต่างประเทศที่ยื่นความประสงค์เท่านั้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนงบประมาณการประชุมหารือ สำนักงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และช่วยประสานการศึกษาในพื้นที่ ขอขอบคุณสำนักงานตำรวจแห่งชาติที่อนุเคราะห์ข้อมูลคดีเมาขับ กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค ที่อนุเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวัง และขอบคุณข้อมูลจาก ดร.เกษมศักดิ์ จันดี สำนักวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

## คณะผู้ทรงคุณวุฒิอิสระเพื่อศึกษา นโยบายการขยายเวลาการจำหน่าย เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

1. คำณวน อึ้งชูศักดิ์ ประธานคณะทำงานวิชาการภายใต้อนุวิชาการของกรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
2. แล ดิลกวิทยรัตน์ ผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์แรงงาน ประจำจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. สุรัชชัย หวันแก้ว ผู้อำนวยการศูนย์ศึกษาสันติภาพและความขัดแย้ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร กรรมการบริหารแผนกกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
5. วีระศักดิ์ จงสู่วิวัฒน์วงศ์ นายกสภามหาวิทยาลัยทักษิณ
6. ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล อดีตอาจารย์แพทย์ ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
7. พัทธยา จินาวัฒน์ ที่ปรึกษาประจำคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ
8. ศิริวัฒน์ ทิพย์ธราดล ที่ปรึกษาสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ
9. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
10. ศรีสุวรรณ ควรขจร กรรมการบริหารแผนกกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
11. วิทยาชาติ บุญชาชัย ผู้เชี่ยวชาญในคณะที่ปรึกษาขององค์การอนามัยโลกด้านการป้องกันการบาดเจ็บ
12. จันทิมา ธนาสว่างกุล อัยการอาวุโส สำนักงานวิชาการ สำนักงานอัยการสูงสุด
13. อุดมศักดิ์ แซ่โจ้ว สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

## เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ Thai RSC. ข้อมูลรับแจ้งอุบัติเหตุทางถนน ในรอบ 24 ชั่วโมง 2567 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 3 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thairsc.com/index.html>
2. สุรัชชัย บุญแก้ว. สสำรวจความคิดเห็นและผลกระทบจากนโยบายขยายเวลาเปิดสถานบันเทิงถึงตี 4. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยเพื่อการพัฒนาสังคมและธุรกิจ; 2567.
3. กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา. สรุปสถานการณ์พักแรม จำนวนผู้เยี่ยมชมและรายได้จากผู้เยี่ยมชม เดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2567 (เบื้องต้น) 2567 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 3 พ.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.mots.go.th/news/category/760>

# Health at Risk: E-Cigarette or Vaping among Adolescents

Phisitphong Piyapanyamongkhon

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Received: 2024 May 10

Revised: 2024 Jun 4

Accepted: 2024 Jun 7

## Introduction

In recent years, electronic cigarettes or vaping devices have witnessed a surge in popularity among adolescents, along with its novelty, thereby emerging as a new health concern in many nations due to their increasing user base worldwide.<sup>(1)</sup> Longitudinal studies conducted in the US in 2017 and 2019 have demonstrated a significant rise in e-cigarettes use among high school students who have vaped nicotine in the previous month, with rates roughly doubling since 2017: 12<sup>th</sup> graders (11% to 25%), 10<sup>th</sup> graders (8% to 20%) and 8<sup>th</sup> graders (4% to 9%).<sup>(2)</sup> Notably, despite e-cigarette is illegal in Thailand, the number of active users has been on the rise. The data from a joint survey conducted by the Ministry of Public Health, Ministry of Education, and World Health Organization has illustrated the upward trend of Thai school children aged 13-15, increasing more than twofold in less than a decade.<sup>(3)</sup>

The study in Thai participants, with an average age of 31.2±8.4 years, has an objective to determine the reason behind e-cigarette usage, the majority stated using e-cigarettes due to their belief that e-cigarettes are less harmful than traditional cigarettes and to aid in their smoking quit process.<sup>(4)</sup>

However, the study that was conducted on adolescence (12<sup>th</sup> graders) in the US suggests that they primarily use e-cigarettes for entertainment purposes, and experiment while intent to replace traditional cigarette purposes ranking lowest among their motivation.<sup>(5)</sup> Analyzed data of representative sample active e-cigarette users (grades 6-12 students in the USA) National Youth Tobacco Survey (NYTS), conducted from January to March 2020, identified several reasons associated with entertainment-oriented e-cigarette usage, including product characteristics such as flavors, concealability, and vape tricks.<sup>(6)</sup> Other studies have shown that frequency of social media usage by adolescents and peers' usage are significantly associated with an increase in individual e-cigarette use.<sup>(7,8)</sup>

Even though e-cigarette is relatively novel and a full understanding of their health hazards in the long term are yet to be developed, despite claims to be a safer alternative to traditional cigarettes, there is enough evidence to prove that the health risk caused by e-cigarette must not be overlooked.<sup>(8)</sup> Therefore, this article has an objective to explore various health concerns related to the use of e-cigarettes.

## E-cigarette and Addiction

One of the most crucial topics that needs to be discussed regarding the use of substance is addiction, due to the fact that addiction of substance induced patients to crave for drugs and exposure to other harmful aspects of the substance. The addiction of e-cigarette is a consequence of nicotine in e-liquid, which has an action to reinforce usage of nicotine containing products via nAChR complex in central nervous system, especially mesocorticolimbic dopamine system, which has a role in rewarding process of successful behavior. Due to plasticity characteristic of the nervous system, neuroadaptation occurs in the affected regions and altered brain conditions that require the presence of nicotine to be preserved. Nicotine addiction and withdrawal syndromes are the consequences of the substance use.<sup>(9-12)</sup> This is consistent with the other research evidences which illustrated that a degree of addiction to e-cigarette is correlated with a history of uses of tobacco and high intensity nicotine drip.<sup>(13)</sup>

## EVALI

EVALI (e-cigarette or vaping product use-associated lung injury) has emerged as a distinct clinical syndrome characterized by respiratory symptoms and lung abnormalities, typically lacking evidence of bacterial or viral infection. The EVALI patients from several of case reports had a history of vaping, particularly the use of e-cigarettes containing tetrahydrocannabinol (THC) or cannabidiol (CBD), prior to onset symptoms and commonly present with dyspnea, cough, and fever, accompanied by various

constitutional symptoms. Radiographic imaging consistently reveals bilateral lung infiltrates, often characterized as a ground-glass pattern with sparing of the peripheral regions. Additional manifestations include bronchiectasis, pleural effusion, and interstitial opacities. Hypoxemia and respiratory failure are frequently observed, necessitating the administration of supplemental oxygen and mechanical ventilation in severe cases. Results from blood analysis have consistently demonstrated leukocytosis with a predominance of neutrophils, while eosinophilia is observed in some patients. Analysis of bronchoalveolar lavage fluid reveals the presence of lipid-laden macrophages, as well as eosinophils and neutrophils. The underlying histopathological processes associated with EVALI encompass a range of conditions, including lipid pneumonia, acute eosinophilic pneumonia, organizing pneumonia, and diffuse alveolar damage. Hospitalization and the need for mechanical ventilation are frequently required, and fatal outcomes have been documented.<sup>(14-31)</sup>

A report from the Centers for Disease Control and Prevention in 2019<sup>(32,33)</sup> has demonstrated that Vitamin E acetate, Tetrahydrocannabinol (THC), and nicotine are possible causes of EVALI due to their correlation with 29 EVALI patient BAL samples. All of the samples detected vitamin E acetate, and the majority also detected THC or nicotine, which is consistent with a rat model.<sup>(34)</sup> One possible explanation is that Vitamin E acetate has regulatory effects on protein kinase C  $\alpha$  (PKC $\alpha$ ) in the respiratory endothelial cells, causing airway hyperresponsiveness and lung inflammation as it recruits leukocytes.<sup>(35,36)</sup> Other explanations suggest that cause of EVALI potential be ketene gas, one of pyrolysis products

of Vitamin E acetate. Ketene can acetylate free amino groups, especially essential functional groups of enzymes and proteins in the lung, induce irritants at low doses and could be lethal at high doses.<sup>(37,38)</sup>

## Association of E-cigarette and Cancer

As stated, the pyrolysis products of Vitamin E acetate have been linked to harmful effects on the human body, including the development of cancer caused by carcinogenic hydrocarbons.<sup>(38)</sup> In a study conducted by Zahedi et al., it was discovered that e-liquids and aerosols have the ability to initiate epithelial-to-mesenchymal transition (EMT), which is an initial step in cancer metastasis.<sup>(39)</sup> Furthermore, additional evidence suggests that nicotine present in e-liquids may contribute to the risk of cancer through the production of Nitrosamine compounds during the nitrosation process, leading to DNA damage and inhibiting DNA repair.<sup>(40)</sup>

## Secondhand Exposure

Secondhand e-cigarette aerosols may be perceived to be safe among individuals. Despite not fully understanding its consequences, several pieces of evidence have proven that not only

vapers are at risk, but also those surrounding individuals. Cross-sectional studies by Bayly et al. and Islam et al. have illustrated a correlation between second-hand e-cigarette aerosol exposure and respiratory symptoms, lung dysfunction, bronchitis and asthma.<sup>(41,42)</sup> A study by Kaiamba et al. also suggests that there is heavy metal in secondhand aerosols as well.<sup>(43)</sup> A case report has shown similar signs and symptoms of those who use e-cigarette, despite the patient being a secondhand aerosol receiver.<sup>(44)</sup> Thus, this is a concrete evidence to confirm that e-cigarette not only harmful for those who use, but also harmful for those in the vicinity.

## Conclusion

The rising popularity of e-cigarette among adolescents has become a novel health concern. While some believe that it is less harmful than traditional cigarettes and can aid in smoke quitting, and can relieve smoke cessation, evidence suggests that health hazards from e-cigarette must not be overlooked and should be avoided in all age groups. Further investigation regarding its health adverse effect in Thai population should be conducted along with government policies to control those harmful aspects should be established.

## References

1. Jerzynski T, Stimson GV, Shapiro H, Król G. Estimation of the global number of e-cigarette users in 2020. *Harm Reduct J* 2021;18(1):109.
2. Miech R, Johnston L, O'Malley PM, Bachman JG, Patrick ME. Trends in adolescent vaping, 2017-2019. *N Engl J Med* 2019;381(15):1490-1.
3. World Health Organization. Statement on electronic-cigarettes [Internet]. 2021 [cited 2023 May 6]. Available from: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/thailand/ncds/who-thailand-statement-on-electronic-cigarettes-as-of-20-october-2021.pdf?sfvrsn=97f44cf\\_5](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/thailand/ncds/who-thailand-statement-on-electronic-cigarettes-as-of-20-october-2021.pdf?sfvrsn=97f44cf_5)
4. Chankaew T, Baiya P, Chinwong D, Yoodee V, Chinwong S. Electronic cigarettes in Thailand: behaviour, rationale, satisfaction, and sex differences. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(14):8229.
5. Evans-Polce RJ, Patrick ME, Lanza ST, Miech RA, O'Malley PM, Johnston LD. Reasons for vaping among US 12<sup>th</sup> Graders. *J Adolesc Health* 2018;62(4):457-62.
6. Lindpere V, Winickoff JP, Khan AS, et al. Reasons for e-cigarette use, vaping patterns, and cessation behaviors among US adolescents. *Nicotine Tob Res* 2023;25(5):975-82.
7. Lee J, Tan ASL, Porter L, Young-Wolff KC, Carter-Harris L, Salloum RG. Association between social media use and vaping among Florida adolescents, 2019. *Prev Chronic Dis* 2021;18:E49.
8. Patanavanich R, Aekplakorn W, Glantz SA, Kalayasiri R. Use of e-cigarettes and associated factors among youth in Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2021;22(7):2199-207.
9. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Population Health and Public Health Practice; Committee on the Review of the Health Effects of Electronic Nicotine Delivery Systems, Eaton DL, Kwan LY, Stratton K, editors. *Public health consequences of e-cigarettes*. Washington DC: National Academies Press; 2018.
10. De Biasi M, Dani JA. Reward, addiction, withdrawal to nicotine. *Annu Rev Neurosci* 2011;34:105-30.
11. Gardner EL. Addiction and brain reward and antireward pathways. *Adv Psychosom Med* 2011;30:22-60.
12. Pergadia ML, Der-Avakian A, D'Souza MS, Madden PAF, Heath AC, Shiffman S, et al. Association between nicotine withdrawal and reward responsiveness in humans and rats. *JAMA Psychiatry* 2014;71(11):1238-45.
13. Camara-Medeiros A, Diemert L, O'Connor S, Schwartz R, Eissenberg T, Cohen JE. Perceived addiction to vaping among youth and young adult regular vapers. *Tob Control* 2021;30(3):273-8.
14. Davidson K, Brancato A, Heetderks P, Mansour W, Matheis E, Nario M, et al. Outbreak of electronic-cigarette-associated acute lipid pneumonia - North Carolina, July-August 2019. *Morb Mortal Wkly Rep* 2019; 68(36):784-6.
15. Agustin M, Yamamoto M, Cabrera F, Eusebio R. Diffuse alveolar hemorrhage induced by vaping. *Case Rep Pulmonol*. 2018;2018:9724530.
16. Arter ZL, Wiggins A, Hudspath C, Kisling A, Hostler DC, Hostler JM. Acute eosinophilic pneumonia following electronic cigarette use. *Respir Med Case Rep* 2019;27:100825.
17. He T, Oks M, Esposito M, Steinberg H, Makaryus M. "Tree-in-Bloom": severe acute lung injury induced by vaping cannabis oil. *Ann Am Thorac Soc* 2017;14(3):468-70.
18. Henry TS, Kanne JP, Kligerman SJ. Imaging of vaping-associated lung disease. *N Engl J Med*. 2019;381(15):1486-7.
19. Itoh M, Aoshiba K, Herai Y, Nakamura H, Takemura T. Lung injury associated with electronic cigarettes inhalation diagnosed by transbronchial lung biopsy. *Respirol Case Rep* 2017;6(1):e00282.
20. Khan MS, Khateeb F, Akhtar J, Khan Z, Lal A, Kholodovych V, et al. Organizing pneumonia related to electronic cigarette use: a case report and review of literature. *Clin Respir J* 2018;12(3):1295-9.

21. Maddock SD, Cirulis MM, Callahan SJ, Keenan LM, Pirozzi CS, Raman SM, et al. Pulmonary lipid-laden macrophages and vaping. *N Engl J Med* 2019;381(15):1488-9.
22. Modi S, Sangani R, Alhajhusain A. Acute lipid pneumonia secondary to e-cigarettes use: an unlikely replacement for cigarettes. *Chest* 2015;148:382A.
23. Sommerfeld CG, Weiner DJ, Nowalk A, Larkin A. Hypersensitivity pneumonitis and acute respiratory distress syndrome from e-cigarette Use. *Pediatrics* 2018;141(6):e20163927.
24. Thota D, Latham E. Case report of electronic cigarettes possibly associated with eosinophilic pneumonitis in a previously healthy active-duty sailor. *J Emerg Med* 2014;47(1):15-7.
25. Viswam D, Trotter S, Burge PS, Walters GI. Respiratory failure caused by lipid pneumonia from vaping e-cigarettes. *BMJ Case Rep* 2018;2018:bcr2018224350.
26. Smith E, Cherian R, McGillen B. A case of e-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury (EVALI) in a previously healthy patient: case report and literature review. *J Gen Intern Med* 2020;35(9):2767-70.
27. Tumeo CC, Schiavino A, Paglietti MG, Petreschi F, Ottavianelli A, Onofri A, et al. e-cigarette or vaping product use associated lung injury (EVALI) in a 15 year old female patient - case report. *Ital J Pediatr* 2022;48(1):119.
28. Adhikari R, Koritala T, Gotur R, Malayala SV, Jain NK. EVALI - e-cigarette or vaping product use-associated lung injury: a case report. *Cureus* 2021;13(2):e13541.
29. Schäfer M, Steindor M, Stehling F, Dohna-Schwake C. EVALI (e-cigarette or vaping product use associated lung injury): first case report of an adolescent in Europe. *Pediatr Pulmonol* 2021;56(5):1274-5.
30. Marlière C, De Greef J, Gohy S, Hoton D, Wallemacq P, Jacquet LM, et al. Fatal e-cigarette or vaping associated lung injury (EVALI): a first case report in Europe. *Eur Respir J* 2020;56(1):2000077.
31. Layden JE, Ghinai I, Pray I, Kimball N, Layer M, Tenforde MW, et al. Pulmonary illness related to e-cigarette use in Illinois and Wisconsin - final report. *N Engl J Med* 2020;382(10):903-16.
32. Blount BC, Karwowski MP, Morel-Espinosa M, Rees J, Sosnoff C, Cowan E, et al. Evaluation of bronchoalveolar lavage fluid from patients in an outbreak of e-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury - 10 cases, August - October 2019. *Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68(45):1040-1.
33. Blount BC, Karwowski MP, Shields PG, Morel-Espinosa M, Valentin-Blasini L, Gardner M, et al. Vitamin E acetate in bronchoalveolar-lavage fluid associated with EVALI. *N Engl J Med* 2020;382(8):697-705.
34. Bhat TA, Kalathil SG, Bogner PN, Blount BC, Goniewicz ML, Thanavala YM. An animal model of inhaled Vitamin E acetate and EVALI-like lung injury. *N Engl J Med* 2020;382(12):1175-7.
35. Lal A, Mishra AK, Sahu KK. Vitamin E acetate and e-cigarette or vaping product-associated lung injury (EVALI): an update. *Am J Med* 2020;133(5):e204.
36. Cook-Mills JM, Abdala-Valencia H, Hartert T. Two faces of Vitamin E in the lung. *Am J Respir Crit Care Med* 2013;188(3):279-84.
37. Soto B, Costanzo L, Puskoor A, Akkari N, Geraghty P. The implications of Vitamin E acetate in e-cigarette, or vaping, product use-associated lung injury. *Ann Thorac Med*. 2023;18(1):1-9.
38. Wu D, O'Shea DF. Potential for release of pulmonary toxic ketene from vaping pyrolysis of Vitamin E acetate. *Proc Natl Acad Sci USA* 2020;117(12):6349-55.
39. Zahedi A, Phandthong R, Chaili A, Remark G, Talbot P. Epithelial-to-mesenchymal transition of A549 lung cancer cells exposed to electronic cigarettes. *Lung Cancer* 2018;122:224-233.
40. Lee HW, Park SH, Weng MW, Wang HT, Huang WC, Lepor H, et al. e-cigarette smoke damages DNA and reduces repair activity in mouse lung, heart, and bladder as well as in human lung and bladder cells. *Proc Natl Acad Sci USA* 2018;115(7):E1560-9.

41. Bayly JE, Bernat D, Porter L, Choi K. Secondhand exposure to aerosols from electronic nicotine delivery systems and asthma exacerbations among youth with asthma. *Chest* 2019;155(1):88-93.
42. Islam T, Braymiller J, Eckel SP, Liu F, Tackett AP, Rebuli ME, et al. Secondhand nicotine vaping at home and respiratory symptoms in young adults. *Thorax* 2022;77(7):663-8.
43. Kapiamba KF, Hao W, Adom S, Liu W, Huang YW, Wang Y. Examining metal contents in primary and secondhand aerosols released by electronic cigarettes. *Chem Res Toxicol* 2022;35(6):954-62.
44. Galiatsatos P, Gomez E, Lin CT, Illei PB, Shah P, Neptune E. Secondhand smoke from electronic cigarette resulting in hypersensitivity pneumonitis. *BMJ Case Rep* 2020;13(3):e233381.



[www.thaihealth.or.th/THPJournal](http://www.thaihealth.or.th/THPJournal)