

THAI HEALTH PROMOTION JOURNAL

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการทำงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต
- พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร
- การพัฒนาเครื่องมือในการวิเคราะห์คุณภาพทางสังคมเพื่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง
- ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยง
- ตำบลหนองชน อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม
- การศึกษาเบื้องต้นหาสารหนูปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์น้ำดื่มขวดที่จำหน่ายบนตลาดออนไลน์ในประเทศไทย
- การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง
- การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

บทความพิเศษ (Special Article)

- ระบบข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการเพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายภาษีโซเดียม

ปกิณกะ (Miscellany)

- พลั้งใจสี่เขียว: แนวทางส่งเสริมสุขภาพจะจิตใจอาสาสมัครพิทักษ์รักษารักษารักษาชาติ และสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน

สารบัญ	หน้าที่	Contents
บทบรรณาธิการ		Editorial
บุหรี่ไฟฟ้า สงครามที่ประชาชนกำลังจะถูกทำร้าย วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	183	Electronic Cigarettes, A War in Which People are About to be Harmed Wiwat Rojanapithayakorn
นิพนธ์ต้นฉบับ		Original Article
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ปวีตรา ธนาวุฒิ, สุรเดช สำราญจิตต์	185	Factors Associated with Dengue Hemorrhagic Fever Prevention Behaviors of Village Health Volunteers in Thung Song Municipality, Nakhon Si Thammarat Province Pawitra Tanawut, Suradej Samranjit
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุม และป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช อัญญารัตน์ แสงศรี	194	Factors Related to the Practice of Controlling and Preventing Chronic Non-Communicable Diseases of Village Health Volunteers, Khao Noi Subdistrict, Sichon District, Nakhon Si Thammarat Province Unyarat Saengsri
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง พิมพ์ชนก แก้วพิทักษ์, สุรเดช สำราญจิตต์	203	Factors Related to Health Care Behavior with Dhammanamai Principle of the Village Health Volunteers in Khoklor Subdistrict, Mueangtrang District, Trang Province Pimchanok Kaewpitak, Suradej Samranjit
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต รัตนพร คงตั้ง, สุรเดช สำราญจิตต์	213	Factors Related to Helmet-Wearing Behavior of Village Health Volunteers, Kathu District, Phuket Province Rattanapon Kongtung, Suradej Samranjit
พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร เอมปวีร์ พลอารยะเวทย์ และคณะ	220	Food Consumption Behavior of People in Ban Phaeo Subdistrict, Ban Phaeo District, Samut Sakhon Province Empawee Pholaryavedas, et al.
การพัฒนาเครื่องมือในการวิเคราะห์ทุนทางสังคม เพื่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง สินีนุช ครุฑเมือง แสนเสริม และคณะ	230	Development of Social Capital Analysis Tools for Developing Strong Local Communities Sineenuch Khrutmuang Sanserm, et al.

สารบัญ	หน้าที่ Page	Contents
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลหนองชน อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม <i>ชินวัตร คำหา</i>	239	Effects of Health Literacy Promotion Program to Prevent Liver Fluke Disease among People at Risk, Nongson Subdistrict, Nathom District, Nakhon Phanom Province <i>Shinnawat Khamhar</i>
การศึกษาเบื้องต้นหาสารหนูปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์ น้ำนมข้าวที่จำหน่ายบนตลาดออนไลน์ใน ประเทศไทย <i>สันติ Wachirajirakorn</i>	247	A Study on Arsenic Contamination in Rice Milk Products Sold on Online Marketplace in Thailand <i>Santi Wachirajirakorn</i>
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง <i>สุชาติ ลั่นสิน, สุรเดช สำราญจิตต์</i>	253	Relationship Study between Health Literacy and Health Behavior 3 E 2 S Personal at Trang Provincial Public Health Office <i>Suchat Lunsin, Suradej Samranjit</i>
การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็ก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ <i>พีรณัฐ สุวรรณ</i>	263	A Study of the Relationship between Perception Factors and Hand-Foot-and- Mouth Disease Prevention Behavior of Parents of Children in the Child Development Center, Khao Phanom District, Krabi Province <i>Phiranat Suwan</i>
บทความพิเศษ		Special Article
หลักฐานทางวิชาการเพื่อสนับสนุนการพัฒนา นโยบายภาษีโซเดียม <i>ธีรวัฒน์ อภิปรัชญาจิตติกุล</i>	274	The Database and Academic Evidence for Supporting the Sodium Tax Policy Development Process <i>Teerawat Apipratyathitikun</i>
ปกิณกะ		Miscellany
พลังใจสีเขียว: แนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตใจ อาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน <i>สิริกอร์ นามลาบุตร และคณะ</i>	292	Strengthen of Green Hearts: Fostering Mental Well-being among Village Natural Resources and Environmental Protection Volunteer <i>Sirikorn Namlabut, et al.</i>

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย

วารสารการสร้างเสริมสุขภาพไทย จัดทำขึ้นโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อเป็นช่องทางเผยแพร่ผลงานทางวิชาการของบุคลากรและเครือข่ายที่ทำงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ โดยเป็นสื่อกลางเพื่อเชื่อมโยงองค์ความรู้ด้านสุขภาพกับภาคี องค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

วัตถุประสงค์

- เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งเชิงวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของไทย
- เพื่อยกระดับและเผยแพร่บทความข้อมูลวิชาการทางสุขภาพในมิติที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ
- เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานทางวิชาการของบุคลากรและเครือข่ายที่ทำงานด้านสร้างเสริมสุขภาพในหลากหลายมิติ
- เพื่อจัดให้มีวารสารวิชาการด้านสร้างเสริมสุขภาพ โดยมุ่งพัฒนาสู่มาตรฐานวารสารวิชาการระดับสากล

รูปแบบของวารสาร

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

คณะกรรมการ วารสารการสร้างเสริมสุขภาพ

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศ. (เกียรติคุณ) นพ.ประทีป วาทีสาธกกิจ มูลนิธิธรรมรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (มสบ.)
รศ. นพ.สรนิต ศิลธรรม สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ
ผศ. ดร.สุปรีดา อุดุลยานนท์ นักวิชาการอิสระ
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 อัมภางค์กรชัย ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวส.) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ฝ่ายบริหารจัดการ

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

บุหรี่ไฟฟ้า สงครามที่ประชาชนกำลังจะถูกทำร้าย

ขณะนี้ ความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยกำลังเข้มข้นขึ้นเป็นอย่างมาก โดยมีทิศทางการเคลื่อนไหวหลักๆ เป็น 2 ประเด็น คือ ความเคลื่อนไหวที่อยากให้นำบุหรี่ไฟฟ้ายังคงเป็นสินค้าที่ผิดกฎหมายกับความเคลื่อนไหวที่พยายามผลักดันให้เป็นสินค้าที่ถูกกฎหมาย เกี่ยวกับเรื่องนี้ พอจะแบ่งประชาชนไทยออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มนักวิชาการ ที่พยายามให้ข้อมูลเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ไฟฟ้า และแสดงข้อคิดเห็นที่จะต่อต้านความพยายามที่จะผลักดันให้ถูกกฎหมาย บุคคลกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นคณาจารย์จากสถาบันการศึกษาต่างๆ มูลนิธิที่ปกป้องสุขภาพประชาชน และนักวิชาการอิสระจำนวนหนึ่ง จุดมุ่งหวังคือการปกป้องอันตรายต่อประชาชนไทย

กลุ่มที่ 2 เป็นนักการเมือง ได้แก่ ผู้แทนราษฎรหลายคนที่ยกเลิกการเคลื่อนไหวทางนิติบัญญัติเพื่อให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าที่ถูกกฎหมาย จุดมุ่งหมายไม่ชัดเจน แต่ผลที่ชัดเจนคือการเอื้อประโยชน์แก่ผู้ผลิตและผู้จำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า

กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้า ใจจดจ่อรอดูว่า เมื่อไหร่ที่บุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมายก็จะได้เสพอย่างเปิดเผย ส่วนจะมีอันตรายหรือไม่ ก็ไม่สนใจ อาจคิดว่า ดีกว่าเสพยาบ้าหรือสารเสพติดชนิดอื่น บุคคลในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นและวัยทำงาน มีทั้งหญิงและชาย และจะเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วทันทีที่บุหรี่ไฟฟ้าถูกกฎหมาย

กลุ่มที่ 4 คือประชาชนทั่วไปที่ไม่ได้เข้าข้าง 2 กลุ่มแรกข้างต้น คือไม่สนับสนุนหรือคัดค้าน เพราะไม่สนใจ คิดว่าตนเองไม่มีส่วนเกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะบุหรี่ไฟฟ้าจะเป็นอันตรายอย่างไรก็ตาม บุคคลกลุ่มนี้ เป็นประชาชนทุกเพศวัย ส่วนหนึ่งเป็นวัยรุ่นหลายล้านคนที่พร้อมจะย้ายไปเป็นกลุ่มที่ 3 ได้ทุกขณะ และอีกส่วนหนึ่งคือคน 10 ล้านคนที่เป็นผู้สูบบุหรี่ธรรมดาอยู่ในขณะนี้ รอโอกาสที่จะได้แพ็คเกจ เสพทั้งบุหรี่มวนและบุหรี่ไฟฟ้า

กลุ่มที่ 5 คือกลุ่มผู้ผลิตหรือผู้จำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งรวมถึงผู้ผลิตในต่างประเทศ (และต่อไปคงมีผู้ผลิตภายในประเทศเพิ่มขึ้นทันที ถ้าบุหรี่ไฟฟ้ากลายเป็นสินค้าที่ถูกกฎหมาย) ผู้นำเข้า ผู้ค้าส่งและค้าปลีก ซึ่งจะเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ตามสถานที่ท่องเที่ยว เพราะทุกวันนี้ขนาดบุหรี่ไฟฟ้าผิดกฎหมายก็มีการวางขายอยู่ดาษดื่นอยู่แล้ว

ถ้าจะพิจารณาให้ถ่องแท้แล้วจะเห็นว่า บุหรี่ไฟฟ้าก็คือสารเสพติดชนิดหนึ่ง ประเทศไทยทำผิดพลาดในอดีตที่ทำให้บุหรี่กับเหล่าถูกกฎหมาย เพราะในช่วงแรกๆ ยังไม่รู้ว่าอันตราย ถึงตอนนี้อย่างไรแล้ว บุหรี่เป็นต้นเหตุของโรคร้ายต่อแทบทุกอวัยวะในร่างกาย เหล่าก็เป็นอันตรายต่อทั้งสุขภาพและสังคม แต่ก็ย้อนกลับไม่ได้แล้ว องค์การอนามัยโลกและสถาบันวิชาการต่างๆ จึงได้แต่สร้างความเคลื่อนไหวอยู่รอบนอกเพื่อเตือนประชาชนว่า ทั้งบุหรี่และเหล่าไม่ใช่สินค้าธรรมดา มาถึงตอนนี้ กำลังมีความเคลื่อนไหวเพิ่มสารเสพติดอีกชนิดหนึ่งคือบุหรี่ไฟฟ้ามามอมเมาประชาชน ทั้งๆ ที่มีข้อมูลออกมามากมายว่า มันมีอันตราย และมีมากเสียด้วย

การเคลื่อนไหวเพื่อออกกฎหมาย “นิรโทษ” ให้แก่บุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งเป็นสารเสพติด ถือได้ว่าเป็นการชักศึกเข้าบ้าน ชักนำให้ประชาชนเดือดร้อนจากภัยอันตรายของมัน และยังอาจทำให้คนส่วนหนึ่งคิดว่า มันปลอดภัย และเริ่มหันมาเสพมากขึ้น เปรียบได้ว่า เป็นการทำอันตรายต่อประชาชน ทั้งทางตรงและทางอ้อม จึงเป็นเรื่องยากจริงๆ ที่จะมาทำความเข้าใจว่า ทำไมผู้แทนราษฎรที่ประชาชนเลือกเข้ามาให้เป็นตัวแทนในการปกป้องประชาชน จะมาสร้างความเคลื่อนไหวเพื่อทำร้ายประชาชนด้วยตนเอง ไม่ว่าจะคิดหาเหตุผลอย่างไรก็คิดไม่ออก

บางคนบอกว่า ขณะนี้มีการลักลอบใช้บุหรี่ไฟฟ้ากันมากขึ้น ถ้าทำให้ถูกกฎหมาย ก็จะคุมได้ง่ายขึ้น ถ้าอย่างนั้นทำไมไม่ไปออกกฎหมายว่า การฆ่าคนถูกกฎหมายไปเสียเลย เพื่อจะได้คุมง่ายขึ้น หรือไม่อย่างนั้นก็ประกาศให้สารเสพติดอื่นๆ ถูกกฎหมายไปเลย เพื่อจะได้คุมง่ายขึ้น และถ้าเป็นอย่างนั้นจริงๆ จะสามารถคุมได้จริงหรือ คนที่ขับเคี่ยวเรื่องนี้คงไม่เคยรู้ว่า การที่บุหรี่มวนธรรมดาถูกกฎหมาย ทำให้คนตกเป็นทาสบุหรี่มากมายอยู่ในขณะนี้ และขนาดถูกกฎหมายก็ยังมี การลักลอบนำบุหรี่นอกเข้ามาตามตะเข็บชายแดนประเทศ ซึ่งเห็นเป็นข่าวอยู่เนืองๆ

บางคนบอกว่า ถ้าทำให้ถูกกฎหมาย จะได้เพิ่มรายได้แก่รัฐบาลโดยการเก็บภาษีการค้า ก็เป็นเรื่องเศร้าและน่าคิดว่า ประเทศไทยหมดน้ำยาแล้ว จึงต้องหาทางเพิ่มรายได้โดยการออกกฎหมายทำร้ายประชาชน

ถ้าอยากเพิ่มรายได้จริงๆ ก็สามารถทำได้โดยไม่ต้องออกกฎหมายนิรโทษบุรีไฟฟ้า ก็โดยวิธีจับปรับผู้เสพ ทำแบบนี้ ถือเป็นเรื่อง win-win คือทุกคนได้ประโยชน์ เพราะการจับปรับทำให้ประเทศมีรายได้เพิ่มขึ้น และอาจเก็บได้มากด้วยเพราะ บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสารเสพติด ติดแล้วเลิกยาก อีกทั้งเป็นการปรามการเสพยาเสพติดของประชาชน และยังเป็นการลด ค่าใช้จ่ายมากมายมหาศาลจากการรักษาผู้ป่วยที่เป็นโรคที่เกิดจากการเสพยาบุหรี่ไฟฟ้า

ดังนั้น ไม่ว่าจะคิดอย่างไรก็หาเหตุผลในการนิรโทษบุรีไฟฟ้าไม่เจอ แล้วทำไมจึงมีกลุ่มคนที่พยายามเคลื่อนไหว สร้างรายได้แก่บริษัทผู้ผลิต - ผู้จำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า แล้วมาทำร้ายประชาชนไทย

ขณะนี้ บรรดาผู้ผลิตบุหรี่ไฟฟ้างำลังเตรียมพร้อมอยู่แล้ว โดยปรับปรุงรูปลักษณ์ของบุหรี่ไฟฟ้าให้ดูทันสมัย พกพา สะดวก และดูเหมือนเป็นอุปกรณ์ที่ประชาชนคุ้นเคย เช่น เป็นปากกา เป็นของเด็กเล่น เป็นแฟลชไดรฟ์ เป็นต้น ทั้งยังใช้ สารเคมีบางอย่างแต่งกลิ่นและรสชาติให้ยากล่อง เช่น กลิ่นผลไม้ อาหาร หรือขนม รวมทั้งเตรียมการเจาะกลุ่มเป้าหมาย ผ่านสื่อออนไลน์ ใช้โซเชียลเน็ตเวิร์กที่คนทั่วไปรู้จัก และเตรียมใช้กลยุทธ์ทางการค้าประเภทลด แลก แจก แถม เมื่อไหร่ก็ตาม ที่กฎหมายบุหรี่ไฟฟ้าออกมาบังคับใช้ ปฏิบัติการมอมเมาประชาชนก็จะครอบคลุมทั่วประเทศโดยทันที

น่าแปลกใจว่า ทุกวันนี้ ข่าวสารเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ไฟฟ้าออกมาผ่านสื่ออย่างมากมาย บรรดานักวิชาการที่ห่วงใย ประชาชนต่างออกมาเคลื่อนไหวอย่างไม่หยุดนิ่ง และมีเสียงขานรับเพื่อต่อต้านบุหรี่ไฟฟ้าจากชุมชนแทบทุกพื้นที่ แต่กลุ่ม เคลื่อนไหวนิรโทษบุรีไฟฟ้าต่างก็ไม่รับรู้ ยังคงมุ่งมั่นที่จะทำร้ายประชาชน เป็นไปได้อย่างไรที่บุคคลกลุ่มนี้ไม่เคยเปิดหูเปิดตา ฟังเสียงจากประชาชนบ้างเลย

ถ้าพระสยามเทวาธิราชมีจริง ท่านควรออกมาได้แล้ว ออกมาช่วยให้ประเทศรอดพ้นจากอันตรายในครั้งนี้ เพราะดูเหมือนว่า จะหันฟิ่งใครไม่ได้จริงๆ กล่าวได้ว่า สงครามครั้งนี้ ผู้แพ้คือประชาชนไทยทุกคน

นพ.วิวัฒน์ โรจนพิทยากร
บรรณาธิการ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปวีตรา ธนาวุฒิ, สุรเดช สำราญจิตต์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อโรคไข้เลือดออก ความพอเพียงของทรัพยากรและการมีทักษะการใช้ทรัพยากร การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับพฤติกรรม การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง 154 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่ เจตคติต่อโรคไข้เลือดออก ความพอเพียงของทรัพยากรและการมีทักษะการใช้ทรัพยากร การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพฤติกรรม การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.874, 0.882, 0.929 และ 0.952 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 61-70 ปี ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมต้น รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ปฏิบัติงานเป็น อสม. 20 ปีขึ้นไป เคยได้รับอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 143 คน ส่วนใหญ่ได้รับอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 1-2 ครั้ง เจตคติต่อโรคไข้เลือดออก ความพอเพียงของทรัพยากรและการมีทักษะการใช้ทรัพยากรอยู่ระดับสูง การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพฤติกรรม การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง เจตคติต่อโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับสูง ($r=0.533, p<0.05$) ความพอเพียงของทรัพยากรและการมีทักษะการใช้ทรัพยากรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับสูง ($r=0.612, p<0.05$) และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับสูง ($r=0.652, p<0.05$)

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก; ปัจจัยส่วนบุคคล; ปัจจัยนำ; ปัจจัยเอื้อ; ปัจจัยเสริม; พฤติกรรม การปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วันรับ: 19 ก.ค. 2567

วันแก้ไข: 25 ส.ค. 2567

วันตอบรับ: 27 ส.ค. 2567

บทนำ

โรคไข้เลือดออก คือโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) โดยมีุงกลายเป็นพาหะนำโรคสู่คน ผ่านการกัดของยุงลายที่เคยกัดคนที่ติดเชื้อไวรัสเดงกี 1 ใน 4 สายพันธุ์ (DENV-1 - DENV-4) ที่ทำให้เป็นโรคไข้เลือดออก ซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขของ ประเทศไทย เป็นสาเหตุของการป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญ โดยมีพื้นที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในเขตเมือง หรือพื้นที่ชุมชนที่มีประชากรหนาแน่น และมีการกระจายสู่พื้นที่ชนบท เนื่องจากการคมนาคมที่สะดวก และรวดเร็ว การอพยพย้ายถิ่นของประชากร สาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสเดงกีและมีุงลายบ้านเป็นพาหะนำโรค พบผู้ป่วยได้ตลอดทั้งปี แต่พบมากที่สุดในทุกฤดูฝน⁽¹⁾

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ตั้งแต่ในวันที่ 1 มกราคมถึง 28 มิถุนายน พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยไข้เลือดออกสะสม 27,377 ราย สูงกว่าปีที่ผ่านมาในช่วงเวลาเดียวกันเกือบ 3 เท่า และมีรายงานผู้เสียชีวิตเข้าระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์ 33 ราย ตั้งแต่เดือนมิถุนายนพบผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1,500 ถึง 2,400 ราย เสียชีวิตสัปดาห์ละ 1 ถึง 3 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 5 ถึง 14 ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ 15 ถึง 24 ปี พบอัตราป่วยสูงสุดในภาคใต้ กรุงเทพฯ และภาคกลาง ตามลำดับ⁽²⁾

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง 5 ปีย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วย ยืนยันไข้เลือดออกจำนวน 115 ราย เสียชีวิต 1 ราย ปี พ.ศ. 2563 จำนวน 42 ราย ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 0 ราย ปี พ.ศ. 2565 จำนวน 4 ราย และปี พ.ศ. 2566 จำนวน 83 ราย จะพบว่าอัตราจำนวนผู้ป่วยมีการเพิ่มขึ้นลดลงไม่แน่นอนปี พ.ศ. 2566 เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2565 ถึง 19.75 เท่า

จากสถานการณ์ข้างต้นจะพบว่าโรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาที่ยังไม่สามารถจัดการได้โดยเด็ดขาด อีกทั้งยังก่อให้เกิดผลกระทบมากมาย ไม่ว่าจะเป็นการสิ้นเปลืองงบประมาณ การเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย และการสูญเสียของชีวิต ที่ผ่านมามหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราชใช้งบประมาณในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่ต่ำกว่า 600,000 บาทต่อปี ไม่ว่าจะเป็นค่าจ้างพนักงานฉีดพ่นยุงหรือการจัดทำโครงการเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก แต่จำนวน

ผู้ป่วยยืนยันโรคไข้เลือดออกก็ไม่ได้ลดลงอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งปี พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยยืนยันไข้เลือดออกเสียชีวิต 1 รายและข้อมูลล่าสุดเดือนมีนาคม ปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วย ยืนยันไข้เลือดออกเสียชีวิตอีก 1 ราย ซึ่งเป็น 1 ใน 5 รายของจังหวัดนครศรีธรรมราช แม้ในปัจจุบันเริ่มมีการใช้วัคซีนป้องกันโรคไข้เลือดออกขึ้นแล้ว แต่วัคซีนดังกล่าวมีราคา ค่อนข้างสูง และประชาชนยังกังวลในเรื่องของประสิทธิภาพของวัคซีน จึงมาเน้นในระยะป้องกัน เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการร่วมปฏิบัติ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรส่วนหนึ่งในภาคประชาชน ซึ่งมีบทบาทสำคัญโดยตรงในการป้องกันและควบคุมโรคประจำถิ่น ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละชุมชนและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ โดยการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อสม. มีบทบาททั้งในการร่วมลงพื้นที่สำรวจและกำจัดลูกน้ำยุงลาย การเผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการอบรมจากเจ้าหน้าที่ชุมชน การกระจายข่าวสารเหตุการณ์โรคไข้เลือดออกในชุมชน เพราะ อสม. เป็นบุคลากรที่สามารถเข้าถึงชุมชนได้มากที่สุด ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จึงเห็นได้ว่า อสม. มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินงานปฏิบัติป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่การปฏิบัติงานของ อสม. แต่ละคนมีความแตกต่างกัน บางคนก็สามารถปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จได้ สามารถลงพื้นที่เข้าใจการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สามารถประชาสัมพันธ์กับคนในชุมชน ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ได้ แต่บางคนก็ไม่สามารถปฏิบัติงานให้ประสบความสำเร็จได้ ไม่เล็งเห็นถึงความสำคัญของตนเองในการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนั้นผู้วิจัยนี้จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. เทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งได้แนวทางแก้ไขปัญหามาป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 254 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณตามสูตรของ Krejcie & Morgan⁽³⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 154 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้เทคนิคแบบสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนสุ่มตัวอย่าง 154 คน จากทั้งหมด 254 คน จาก 22 ชุมชน โดยกำหนดขนาดตัวอย่างให้เป็นสัดส่วนของแต่ละชุมชน จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชุมชนให้ครบตามจำนวน โดยใช้สูตร ดังนี้

จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มชั้น = (จำนวนตัวอย่างทั้งหมด × จำนวน อสม. ในแต่ละกลุ่มชั้น) / (จำนวน อสม. ทั้งหมด)

แนวคิดที่ใช้ในการกำหนดตัวแปร: PRECEDE-PROCEED Model⁽⁴⁾

เป็นแนวคิดหนึ่งที่มีความสนใจและถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายมากขึ้นในศาสตร์สาขาต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นในต่างประเทศหรือในประเทศไทย แนวคิด PRECEDE-PROCEED Model มีพื้นฐานที่ว่าสุขภาพและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดีเกิดขึ้นเนื่องจากหลายสาเหตุ ดังนั้นสิ่งที่จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและเปลี่ยนแปลงสังคม จำเป็นต้องใช้หลายๆ วิธีการจากการบูรณาการผสมผสานของศาสตร์ต่างๆ

PRECEDE model เป็นทฤษฎีด้านพฤติกรรม พัฒนาโดย Green ในปี ค.ศ. 1968-1974⁽⁵⁾ มีวัตถุประสงค์เพื่อนำมาใช้ในการประเมินผลโครงการสร้างงานสุขศึกษาต่างๆ จอห์น ฮอฟกินส์ ได้พัฒนา PRECEDE สำหรับนำมาใช้

ในการวินิจฉัยและประเมินผลโครงการสุขศึกษาและโครงการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งแนวคิดนี้ได้ให้ความสำคัญต่อปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่อำเภอทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยทำหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลถึงต้นสังกัด งานสาธารณสุขมูลฐาน เทศบาลเมืองทุ่งสง เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ อสม. เข้าใจทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยตรงกัน แจกหนังสือขอความยินยอมและแบบสอบถามให้แก่ อสม. เป็นรายบุคคล โดยให้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง มีอิสระในการตอบแบบสอบถามโดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลาเดือนเมษายน พ.ศ. 2567

คุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ แบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. เทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็น อสม. การได้รับอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และจำนวนครั้งที่ได้รับอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านเจตคติต่อโรคไข้เลือดออก จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามด้านความพอเพียงของทรัพยากรและการมีทักษะการใช้ทรัพยากร จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามด้านการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จำนวน 25 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (interval scale)

การแปลผลคะแนนระดับเจตคติต่อโรคไข้เลือดออกของ อสม. แปลผลโดยการจัดเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร ใช้เกณฑ์ของ Best⁽⁶⁾

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน
ระดับสูง	3.67 – 5.00
ระดับปานกลาง	2.34 – 3.66
ระดับต่ำ	1.00 – 2.33

ความเที่ยงตรงของข้อมูล การหาความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คัดเลือกแบบสอบถามที่มีค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (index of item objective congruence; IOC) ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ นำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบแก้ไขปรับปรุง ไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient แต่ละด้านได้แก่ เจตคติต่อโรคไข้เลือดออก ความพอเพียงของทรัพยากร และการมีทักษะการใช้ทรัพยากร การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพฤติกรรมกาปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีค่าความเชื่อมั่น 0.874, 0.882, 0.929 และ 0.952 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยึดมาตรฐานการวิจัยโดยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย จึงมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา พิจารณางานวิจัยและด้านจริยธรรม ได้รับการพิจารณาเอกสารรับรอง รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2567/098 ลงวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2567

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมกาปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean; M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard

deviation; SD) ค่าสูงสุด (maximum; Max) และค่าต่ำสุด (minimum; Min)

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกาปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ Pearson's correlation coefficient กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็น อสม. การได้รับอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และจำนวนครั้งที่ได้รับอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก นำเสนอโดยการแจกแจงความถี่ (frequency) และร้อยละ (percentage)

ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 154 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.81) อายุ 61-70 ปี (ร้อยละ 31.17) ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมต้น (ร้อยละ 39.61) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 74.03) ปฏิบัติงานเป็น อสม. 20 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 38.96) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 92.86 เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และได้รับอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 1-2 ครั้ง (ร้อยละ 62.34) ดังตารางที่ 1

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับเจตคติ ความพอเพียงของทรัพยากรและการมีทักษะการใช้ทรัพยากร การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพฤติกรรมกาปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. โดยใช้การแจกแจงค่าเฉลี่ย (mean; M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; SD)

2.1 เจตคติต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. เทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับสูง (M=4.45, SD=0.436) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือการกำจัดลูกน้ำยุงลายเป็นเรื่องของทุกคนในชุมชนและทุกครัวเรือนควรมีส่วนร่วมในการกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้าน (M=4.75, SD=0.555) และรอบบ้านของตนเองป้องกัน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง อสม. เทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=154)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	8	5.19
หญิง	146	94.81
อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 41	6	3.90
41 - 50	14	9.09
51 - 60	45	29.22
61 - 70	48	31.17
มากกว่า 70	41	26.62
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่ามัธยมต้น	61	39.61
มัธยมต้น	37	24.03
มัธยมปลาย	29	18.83
ปวช./ปวส.	16	10.39
ปริญญาตรี	11	7.14
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	114	74.03
ตั้งแต่ 5,001 - 10,000	21	13.64
ตั้งแต่ 10,001 - 15,000	10	6.49
ตั้งแต่ 15,001 - 20,000	5	3.25
มากกว่า 20,000	4	2.60
ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)		
น้อยกว่า 5	32	20.78
5 - 10	23	14.94
11 - 15	13	8.44
16 - 20	26	16.88
20 ขึ้นไป	60	38.96
การเข้ารับอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก		
เคย	143	92.86
ไม่เคย	11	7.14
จำนวนครั้งที่ได้รับอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (ครั้ง)		
ไม่เคยได้รับการอบรม	11	7.14
1 - 2	96	62.34
มากกว่า 2	47	30.52

ใช้เลือดออกได้ดีที่สุด (M=4.75, SD=0.540) รองลงมาคือ การกำจัดลูกน้ำยุงลายสามารถทำได้ตลอดไม่จำเป็นต้องเป็นช่วงพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเท่านั้น (M=4.71, SD=0.591) และการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย สามารถลดการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ (M=4.71, SD=0.571) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การใช้ของร่วมกับผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เช่น ช้อนกลาง แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ จะไม่ทำให้ติดเชื้อโรคไข้เลือดออกได้ (M=3.52, SD=1.461)

2.2 ความพอเพียงของทรัพยากรและการมีทักษะการใช้ทรัพยากรของ อสม. อยู่ในระดับสูง (M=4.15, SD=0.646) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือสามารถแนะนำวิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้กับชาวบ้านด้วยการใส่ทรายกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (M=4.50, SD=0.743) รองลงมา คือ ใช้ไฟฉายส่องบริเวณขอบภาชนะเก็บน้ำเพื่อสำรวจหาลูกน้ำยุงลาย (M=4.47, SD=0.840) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ บ้านของ อสม. และในละแวกบ้านที่รับผิดชอบมีมุ้งลวดหรือกางมุ้งเป็นประจำ (M=3.73, SD=1.060)

2.3 การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของอสม. อยู่ในระดับสูง (M=4.55, SD=0.596) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ได้ทราบบทบาทของ อสม. ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (M=4.63, SD=0.626) รองลงมา คือ ได้รับคำแนะนำวิธีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในรอบปีที่ผ่านมา (M=4.61, SD=0.640) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ได้รับคำแนะนำวิธีลดยุงลายตัวเต็มวัยจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในรอบปีที่ผ่านมา (M=4.43, SD=0.740)

2.4 พฤติกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. อยู่ในระดับสูง (M=4.48, SD=0.515) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ แจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบทันทีเมื่อพบผู้ป่วยไข้เลือดออกในชุมชน (M=4.69, SD=0.611) รองลงมา คือ สำรวจบริเวณบ้านและละแวกบ้านที่รับผิดชอบเพื่อทำลายลูกน้ำทุกๆ 7 วัน (M=4.65, SD=0.662) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนเสนอเพื่อขอรับงบประมาณจากเทศบาล (M=3.89, SD=1.186)

3. ผลวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติ ความพอเพียงของทรัพยากรและการมีทักษะการใช้ทรัพยากร การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับ พฤติกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. โดยใช้สถิติวิเคราะห์ Pearson's correlation coefficient ดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง เจตคติ ความพอเพียงของทรัพยากรและการมีทักษะการใช้ทรัพยากร และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับ พฤติกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. เทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง เจตคติ ความพอเพียงของทรัพยากรและการมีทักษะการใช้ทรัพยากร และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับพฤติกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. เทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปัจจัย	พฤติกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ: เจตคติต่อโรคไข้เลือดออก	0.533*	<0.001	สูง
ปัจจัยเอื้อ: ความพอเพียงของทรัพยากรและการมีทักษะการใช้ทรัพยากร	0.612*	<0.001	สูง
ปัจจัยเสริม: การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.652*	<0.001	สูง

*นัยสำคัญทางสถิติ p<0.05

ธรรมราช โดยใช้ค่า Pearson's correlation coefficient พบว่า เจตคติต่อโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.533$, $p<0.05$) ความพอเพียงของทรัพยากรและการมีทักษะ การใช้ทรัพยากรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.612$, $p<0.05$) และการ ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค- ไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.652$, $p<0.05$)

วิจารณ์

ผู้ตอบแบบสอบถามมีพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง จากการ ทบทวนเอกสารงานวิจัย ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัย ของปรีชา สุวรรณทอง และคณะ⁽⁷⁾ เรื่อง ปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัด ชลบุรี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง

ปัจจัยนำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. เทศบาล เมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ปัจจัยนำมีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกของ อสม. เทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัด นครศรีธรรมราช ระดับสูง มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ และมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของปฐวี ปวกพรหมา และคณะ⁽⁸⁾ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรร มการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตตำบล บางกระเจ้า อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ทัศนคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยเอื้อมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. พบว่าปัจจัยเอื้อ

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ระดับสูง มีระดับนัยสำคัญ ทางสถิติและมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของธนันญา เล็งคู่ย์⁽⁹⁾ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าช้าง อำเภอ บางกล้า จังหวัดสงขลา พบว่า ปัจจัยเอื้อด้านความเพียงพอ ของทรัพยากร (ร้อยละ 95) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรร มการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. พบว่า ปัจจัย เสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. ระดับสูง มีระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ และมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของสุรพล สิริปยานนท์⁽¹⁰⁾ เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข- ประจำหมู่บ้านอำเภอชรบารมี จังหวัดพิจิตรพบว่าปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนและการได้รับแรงจูงใจ มีผลต่อ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม.

จากการศึกษาจะพบว่าทั้งปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัย- เสริมมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. แต่จำนวนผู้ป่วยยังคงเพิ่ม ขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งจากการสอบถามและลงพื้นที่ พบว่า เมื่อ อสม. ลงพื้นที่จะเน้นให้ลูกบ้านปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรค- ไข้เลือดออกด้วยตนเอง แต่ลูกบ้านมักจะละเลยในจุดนี้ไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของ อสม. เทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ เจตคติต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรค- ไข้เลือดออก ความพอเพียงของทรัพยากรและการมีทักษะ การใช้ทรัพยากร และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่- สาธารณสุข ดังนั้นในการพัฒนาพฤติกรรมการปฏิบัติงาน ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ อสม. จึงควรให้ ความสำคัญในการควบคุมทุกปัจจัยดังกล่าว และศึกษา ปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติมที่อาจทำให้การป้องกันและควบคุม โรคไข้เลือดออกไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเน้นย้ำเรื่อง การฉีดวัคซีน ป้องกันโรคไข้เลือดออกสามารถป้องกันการติดเชื้อโรค-

ใช้เลือดออกได้ เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าข้อมูลดังกล่าว มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง

3. หน่วยงานในพื้นที่เทศบาลเมืองทุ่งสงควรนำข้อมูลที่ ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ไปสู่กระบวนการแก้ไขปัญหา ในระดับพื้นฐาน พร้อมทั้งนำเสนอข้อมูลที่ไปยังโรงพยาบาลเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ร่วมกันกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. ควรนำเสนอข้อมูลที่ ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปยัง ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ตระหนักและ กำหนดงบประมาณในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณอาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุข- ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะ- สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่ได้ให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ให้ข้อชี้แนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้งานวิจัยมีความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหา ทางวิชาการยิ่งขึ้น ขอขอบคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบรวมทั้งให้คำแนะนำ แก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ และกลุ่มตัวอย่าง ทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาเข้าร่วมในการ ศึกษาวิจัยจนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. ไข้เลือดออก. นนทบุรี: คูรุสภา; 2556.
2. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 11 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news.php?news=35376&deptcode=brc>
3. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30(3):607-10.
4. Green L, Kreuter M. *Health program planning: an educational and ecological approach*. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
5. Green LW. Toward cost-benefit evaluations of health education: some concepts, methods, and examples. *Health Education Monographs* 1974;2(Suppl 2):34-64.
6. Bes JW. *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
7. ปรีชา สุวรรณทอง, วณิช อินทรสร, วาริศา บุญเกิด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเสม็ด อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี. *วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ* 2563;16(3):169-82.
8. ปฐวี ปวกพรหมา, อลิสา นิตธรรม, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในเขตตำบลบางกระเจ้า อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2565;23(2):68-77.
9. ธนัญญา แสงคู่ย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลท่าช้าง อำเภอบางกล่ำ จังหวัด สงขลา [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2562. 113 หน้า.
10. สุรพล สิริปยานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอยะบะระมี่ จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม* 2563;4(8):85-102.

Factors Associated with Dengue Hemorrhagic Fever Prevention Behaviors of Village Health Volunteers in Thung Song Municipality, Nakhon Si Thammarat Province

Pawitra Tanawut, Suradej Samranjit

Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand

Abstract

This research is descriptive research with the aim to study the relationship between attitude, resource sufficiency and having the skills to use resources, receiving advice from public health officials and dengue hemorrhagic fever prevention behaviors of village health volunteers (VHVs) in Thung Song municipality, Nakhon Si Thammarat. Samples were collected from 154 samples. The tool used was a questionnaire, divided into 4 parts: attitude towards dengue fever, resource sufficiency and having the skills to use resources, receiving advice from public health officers, and behavior for prevention and control of dengue fever. The reliability values were 0.874, 0.882, 0.929, and 0.952, respectively. Data were analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation. The correlation was determined by Pearson's correlation coefficient. Significance level was set at the 0.05. The results showed that most of the samples were female in the age range of 61-70 years, with an educational level below junior high school, and an average monthly income of less than 5,000 baht. They had been working as VHVs for 20 years or more. One hundred forty-three VHVs received training on dengue hemorrhagic fever. The attitude, resource sufficiency and having the skills to use resources, receiving advice from public health officers and dengue hemorrhagic fever prevention behaviors were at a high level. The correlation between attitude and dengue hemorrhagic fever prevention behaviors was at a high level ($r=0.533$, $p<0.05$). The correlation between resource sufficiency and having the skills to use resources was at a high level ($r=0.612$, $p<0.05$); and the correlation between receiving advice from public health officers and dengue hemorrhagic fever prevention behaviors was also at a high level ($r=0.652$, $p<0.05$).

Keywords: dengue hemorrhagic fever; personal factors; predisposing factors; reinforcing factors; enabling factors; dengue hemorrhagic fever; prevention behaviors; village health volunteers

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

อัญญารัตน์ แสงศรี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับ การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช 110 คน โดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan และวิธีสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg และแรงสนับสนุนทางสังคมของ House เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามจำนวน 4 ตอน ได้แก่ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล (2) แรงจูงใจ (3) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และ (4) การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ทุกข้อ และค่า Cronbach's alpha coefficient อยู่ระหว่าง 0.90-0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ ด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation coefficient ผลการวิจัยพบว่า อายุ ($r=0.206$) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$ แรงจูงใจ ($r=0.505$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.526$) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$

คำสำคัญ: อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง; แรงจูงใจ; แรงสนับสนุนทางสังคม; การปฏิบัติงาน

วันรับ: 10 ก.ค. 2567

วันแก้ไข: 15 ส.ค. 2567

วันตอบรับ: 19 ส.ค. 2567

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรถึง 41 ล้านคนทั่วโลก หรือคิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มี

แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 14 ล้านคน (ร้อยละ 25.4) เท่ากับว่า 1 ใน 4 ของคนไทยป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง และเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.8) ไม่ทราบว่าตนเองป่วยพร้อมกันนั้นยังพบว่า มีผู้ป่วยโรคเบาหวานถึง 5 ล้านคน (ร้อยละ 9.5) 1 ใน 3 คน (ร้อยละ 30.6) ไม่ทราบว่าตนเอง

เป็นเบาหวานมาก่อน และมีเพียง 1 ใน 4 คน (ร้อยละ 26.3) เท่านั้นที่สามารถควบคุมสภาวะของโรคได้⁽¹⁾ อัตราการตายของประชากรไทยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคทางเดินหายใจ-อุดกั้นเรื้อรังตามลำดับ⁽²⁾ จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2563 สาเหตุการตายของคนไทยที่สำคัญ ได้แก่ มะเร็งทุกชนิด โรคหลอดเลือดในสมอง ปอดอักเสบ โรคหัวใจขาดเลือด และอุบัติเหตุจากการคมนาคมขนส่งทางบกตามลำดับ โดยสาเหตุการตายสำคัญที่มีแนวโน้มสูงขึ้นคือ มะเร็งทุกชนิดและโรคหัวใจขาดเลือด⁽³⁾

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2566 พบว่า ความชุกโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความชุกผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 6,359.10, 6,670.23, 6,995.94, 7,339.78, และ 7,634.02 ตามลำดับ และความชุกผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 12,605.54, 13,361.12, 13,940.24, 14,618.04 และ 15,529.01 ตามลำดับ⁽¹⁾

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2562-2566 พบว่า อัตราผู้ป่วยใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากร เท่ากับ 420.18, 441.23, 482.23, 519.83, 572.05 และอัตราผู้ป่วยใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร เท่ากับ 945.86, 927.49, 1,067.70, 1,110.91, 1,270.04 จากการวิเคราะห์พบว่า แนวโน้มการป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี พบว่า อัตราผู้ป่วยใหม่ด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีอัตราความชุกสูงกว่าระดับประเทศ⁽⁴⁾

ในพื้นที่ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2563-2567 พบว่า สาเหตุการป่วยอันดับแรกป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 17.06, 19.04, 16.75, 21.96 และ 18.58 ส่วนโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 5.47, 7.88, 5.08, 6.75 และ 9.24 โดยมีอัตราผู้ป่วยใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2567 คิดเป็น 2,571.78 ต่อแสนประชากร

อัตราผู้ป่วยใหม่ของโรคเบาหวาน คิดเป็น 455.42 ต่อแสนประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่

กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาระบบบริการสุขภาพ โดยให้ประชาชนมีโอกาสร่วมคิด ร่วมนำ ร่วมทำ ภายใต้กระบวนการส่งเสริมการพัฒนาบทบาทด้านสุขภาพตามหลักการการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งปัจจุบันมีเครือข่ายจำนวนกว่า 1,040,000 คน เป็นตัวแทนประชาชนที่มีจิตอาสาเสียสละเข้ามามีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนจนได้รับการยอมรับจากสังคม ลดโรคและปัญหาสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพึ่งตนเองได้⁽⁵⁾ การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีเกณฑ์ในการปฏิบัติหน้าที่ ได้แก่ การติดตามกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ติดตามเยี่ยมบ้านพร้อมกับประเมินความเสี่ยง และพฤติกรรมตามแนวทางการประเมินพฤติกรรมด้วยการสังเกตตามแบบฟอร์มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างขึ้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน รับผิดชอบดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง 10 คน⁽⁶⁾ เพื่อให้การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังให้มีประสิทธิภาพที่ดี สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ อสม. ควรปฏิบัติตามมาตรฐานการปฏิบัติงานตามบทบาท ดังนั้น ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา โดยทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 152 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อสม. ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล

จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan⁽⁷⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 110 คน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้เทคนิคสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วน (proportional stratified random sampling) สุ่มตัวอย่าง 110 คนจากทั้งหมด 152 คนจากจำนวน 7 หมู่บ้าน โดยกำหนดขนาดตัวอย่างให้เป็นสัดส่วนของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านให้ครบตามจำนวนเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา เป็น อสม. ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนปีงบประมาณ 2566 และปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา กลุ่มตัวอย่างย้ายออกนอกพื้นที่ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช ก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น หรือลาออกจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารแนวคิด ทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg⁽⁸⁾ และแรงสนับสนุนทางสังคมของ House⁽⁹⁾ มาประยุกต์ใช้กำหนดปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่วนปัจจัยตามการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. ใช้ทฤษฎีการปฏิบัติงานของ Schermerhorn และคณะ⁽¹⁰⁾ โดยมีรายละเอียดซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล (2) แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (3) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และ (4) การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยนำแบบสอบถามหาค่าความตรงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence; IOC) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.67-1.00 ซึ่งแสดงถึงความตรงที่ดีของแบบสอบถาม แสดงว่าเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษามีความสอดคล้องตรงตามเนื้อหาของงานวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบแก้ไขปรับปรุง หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คือ อสม. เขตพื้นที่รับผิดชอบ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลอง อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามรวมทั้งฉบับและแต่ละด้าน ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.973, 0.907, 0.929 และ 0.979 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ อสม. เข้าใจทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ สิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย แจกแบบสอบถามให้แก่ อสม. เป็นรายบุคคลโดยให้ตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง มีอิสระในการตอบแบบสอบถาม โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean; M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation; SD) ค่าสูงสุด (maximum; MAX) และค่าต่ำสุด (minimum; MIN) เกณฑ์แปลผล แบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์คะแนนของ Best⁽¹¹⁾ โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยจำนวนกลุ่มหรือระดับที่ต้องการแบ่ง

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. โดยการหาค่าวิเคราะห์ด้วยสถิติ

Pearson's product moment correlation coefficient ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา เลขที่ SCPHYLIRB-2567/100 ลงวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2567

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างว่าสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วม โดยมีกรลงนามในหนังสือให้ความยินยอม

ผลการศึกษา

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 110 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.40) อายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 32.70) ระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 48.10) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 80.90) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 81.80) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 55.50) ระยะเวลาการเป็น อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5-13 ปี (ร้อยละ 43.60)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (M=4.29, SD=0.54) ข้อมูลระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (M=4.23, SD=0.50) และข้อมูลระดับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (M=3.66, SD=0.85) ดังตารางที่ 1

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงานและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

วิจารณ์

จากผลการศึกษา พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในระดับต่ำ เนื่องจาก อสม. ต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=110)

ปัจจัย	M	SD	แปลผลระดับคะแนน
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	4.29	0.54	สูง
ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	4.24	0.61	สูง
ด้านการยอมรับนับถือ	4.28	0.57	สูง
ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน	4.01	0.64	สูง
ด้านลักษณะงาน	4.33	0.58	สูง
ด้านความรับผิดชอบ	4.25	0.60	สูง

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติงาน ความคุ้มและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=110) (ต่อ)

ปัจจัย	M	SD	แปลผลระดับคะแนน
ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน	3.77	0.93	สูง
ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน	4.37	0.59	สูง
ด้านสภาพในการทำงาน	4.08	0.65	สูง
ด้านนโยบายและการบริหารงาน	4.31	0.58	สูง
ด้านความมั่นคงในงาน	4.35	0.57	สูง
ด้านวิธีปกครองบังคับบัญชา	4.33	0.66	สูง
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	4.23	0.50	สูง
ด้านอารมณ์ความรู้สึก	4.23	0.56	สูง
ด้านการประเมินคุณค่า	3.93	0.68	สูง
ด้านทรัพยากร	3.81	0.85	สูง
ด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคคลอื่น	4.23	0.57	สูง
การปฏิบัติงานความคุ้มและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	3.66	0.85	ปานกลาง
การควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	3.65	0.92	ปานกลาง
การคัดกรองโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	3.74	0.91	สูง
การพัฒนาสุขภาพชุมชน	3.68	0.95	สูง
การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	3.56	0.98	ปานกลาง
การเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	3.67	0.97	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานความคุ้มและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=110)

ปัจจัย	การปฏิบัติงานความคุ้มและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
	M	SD	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยส่วนบุคคล			
อายุ	0.206*	0.031	ต่ำ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	-0.090	0.351	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาการเป็น อสม.	0.057	0.555	ไม่มีความสัมพันธ์
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.505*	<0.001	สูง
ด้านความสำเร็จในการปฏิบัติงาน	0.529*	<0.001	สูง

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมกับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเขาน้อย อำเภอสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช (n=110) (ต่อ)

ปัจจัย	การปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
	mean	SD	ระดับความสัมพันธ์
ด้านการยอมรับนับถือ	0.481*	<0.001	ปานกลาง
ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน	0.430*	<0.001	ปานกลาง
ด้านลักษณะงาน	0.494*	<0.001	ปานกลาง
ด้านความรับผิดชอบ	0.448*	<0.001	ปานกลาง
ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน	0.215*	0.024	ต่ำ
ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในหน่วยงาน	0.338*	<0.001	ปานกลาง
ด้านสถานภาพในการทำงาน	0.380*	<0.001	ปานกลาง
ด้านนโยบายและการบริหารงาน	0.366*	<0.001	ปานกลาง
ด้านความมั่นคงในงาน	0.412*	<0.001	ปานกลาง
ด้านวิธีปกครองบังคับบัญชา	0.258*	<0.001	ปานกลาง
การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.526*	<0.001	สูง
ด้านอารมณ์ความรู้สึก	0.450*	<0.001	ปานกลาง
ด้านการประเมินคุณค่า	0.468*	<0.001	ปานกลาง
ด้านทรัพยากร	0.297*	<0.001	ต่ำ
ด้านข้อมูลข่าวสารจากบุคคลอื่น	0.525*	<0.001	สูง

* นัยสำคัญทางสถิติ p<0.05

เป็นอายุที่มีวุฒิภาวะ ความพร้อมเพียงพอสามารถทำงานเป็นทีมได้⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนาตยาสุดจ้อย⁽¹³⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. จังหวัดสุโขทัย พบว่า อายุมีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อของ อสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. เนื่องจาก อสม. ต้องสมัครใจและเสียสละเวลาจากการทำงานมาช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข⁽¹²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญญาภรณ์ ใหญ่เจริญ⁽¹⁴⁾ ศึกษาการมีส่วนร่วมของ อสม. ในงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก อำเภอโพทะเล

จังหวัดพิจิตร พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. เนื่องจาก อสม. เน้นการทำงานเป็นทีม ทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย และสื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสรุณี เอี่ยมนุ้ย⁽¹⁵⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอองไทรลาค จังหวัดสุโขทัย พบว่า ปัจจัยที่ไม่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ได้แก่ ระยะเวลาการเป็น อสม.

แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. ในระดับสูง เนื่องจากแรงจูงใจเป็นการเสริมแรงภายในก่อนจะแสดงออกมา และเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของทรงศักดิ์ เทเสนา⁽¹⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว พบว่า ปัจจัยจูงใจด้านลักษณะงานที่ทำ และปัจจัยค้ำจุนมีความสัมพันธ์ต่อระดับการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของ อสม. และสอดคล้องกับการศึกษาของปรารค์ จักรไชย และคณะ⁽¹⁷⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจในการปฏิบัติงานและปัจจัยค้ำจุนในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม.

การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. ในระดับสูง เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ⁽¹⁸⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนงศคราญ ชูอินทร์ และคณะ⁽¹⁹⁾ ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร พบว่า การสนับสนุนสื่อ/อุปกรณ์จากสถาบัน มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์⁽²⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของ อสม. จังหวัดสุโขทัย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงาน และสอดคล้องกับการศึกษาของอำนาจ สีสวรรณ์⁽²¹⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาทำให้ทราบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของ อสม. ดังนั้น ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ผ่านกิจกรรมเสริมสร้าง

ขวัญกำลังใจ ยกย่อง ชมเชย นำผลการปฏิบัติงานมาพิจารณาจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติงาน เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานให้เพิ่มมากขึ้น และสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. ด้านข้อมูลข่าวสาร สื่อความรู้ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน งบประมาณ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลมากขึ้น

2. การศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรเปลี่ยนกลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าของหน้าที่สาธารณสุข หรือประชาชน เพื่อนำผลวิจัยมาเปรียบเทียบกับความสอดคล้องหรือแตกต่างกันอย่างไร และควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ความรู้ การรับรู้ การมีส่วนร่วมกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อเข้าใจกลุ่มเป้าหมาย และนำประเด็นจากการศึกษาเป็นแนวทางในการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ต่อไป

3. ผลการวิจัยสามารถนำไปพัฒนาและใช้ดำเนินการต่อไปในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนให้ครอบคลุม โดยเน้นให้มีการดำเนินการร่วมกันทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชน และพัฒนาศักยภาพของ อสม. สามารถมีส่วนร่วมช่วยในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สุรเดช สำราญจิตต์ อาจารย์ที่ปรึกษา และอาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่กรุณาให้คำแนะนำ ติดตาม ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้ มีความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหาทางวิชาการยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณอาจารย์และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและเสียสละเข้าร่วมในการวิจัย จนทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ. บทสรุปผู้บริหารการตรวจราชการภาพรวมประเทศ ลดป่วย ลดตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2566.
2. กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2565. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2565.
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนปฏิบัติการราชการ กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2561-2565). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจังหวัดนครศรีธรรมราช ปี 2562-2566 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d-882b&id=eeeab22e386d32e7f5f5ecefcbce0001
5. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
6. นิยม ศิริ, วรยุทธ นาคอ้าย. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565;31(2):271-81.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30:607-10.
8. Herzberg F, Mausner B, Snyderman B. The motivation to work. New York: John Wiley & Sons; 1959.
9. House JS. Work stress and social support (Addison-Wesley series on occupational stress). Boston: Addison-Wesley Educational Publishers; 1981.
10. Schermerhorn JR. Management. 7th ed. New York: John Wiley & Sons; 2000.
11. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
12. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. ยุคใหม่. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
13. นาดตา สุตจ้อย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2565.
14. ธีัญญาภรณ์ ใหญ่เจริญ. การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565;31(5):797-808.
15. สรวุฒิ เอี่ยมหนู. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอคลองไทรลาด จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2564;1(2):75-90.
16. ทรงศักดิ์ เทเสนา. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว. วารสารโรงพยาบาลสกลนคร 2563;23(2):70-82.
17. ปรานค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, วรเดช ช่างแก้ว. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2560;31(1):16-28.
18. Caplan G, Killilea M. Support systems and mutual help. New York: Grune & Stratton; 1976.
19. นงศ์ราญ ฐอินทร์, สุนีย์ ละกำป็น, ขวัญใจ อำนาจสัตย์ชื่อ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2563;38(1):254-67.
20. ยุทธนา แยมคาย, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี 2560;42(2):179-86.
21. อำนาจ สีสุวรรณ. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง. อ่างทอง: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง; 2566.

Factors Related to the Practice of Controlling and Preventing Chronic Non-Communicable Diseases of Village Health Volunteers, Khao Noi Subdistrict, Sichon District, Nakhon Si Thammarat Province

Unyarat Saengsri

Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand

Abstract

This study aimed to assess personal factors, motivation factors, social support factors and operations to control and prevent chronic non-communicable diseases of village health volunteers; and study factors associated with prevent chronic non-communicable diseases of village health volunteers in Khao Noi Subdistrict, Sichon District, Nakhon Si Thammarat Province. The 110 samples were the village health volunteers. They were selected using Krejcie and Morgan and stratified sampling random sampling method. The data were collected by the questionnaire which reviewed the documents and research articles regarding the Two-Factor Theory by Herzberg and Social Support Theory by House. The research instruments were 4 parts with personal factors, motivation factors, social support factors, and operations to control and prevent chronic non-communicable diseases. The research instrument were between 0.67 and 1.00. The reliability coefficients of the questionnaire were between 0.90 and 0.98. The data were analyzed using descriptive statistics and analyze the relationship between personal factors, motivation factors, social support factors and operations to control with prevent chronic non-communicable diseases using Pearson's correlation coefficient. It was found that there was significant association between age ($r=0.206$) with the prevention activities of chronic non-communicable diseases, $p<0.05$. Motivation factors ($r=0.505$), social support factors ($r=0.526$) were also associated with the prevention of chronic non-communicable diseases, $p<0.05$.

Keywords: village health volunteers; chronic non-communicable diseases; motivation; social support; operation

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วย หลักธรรมานามัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง

พิมพ์ชนก แก้วพิทักษ์, สุรเดช สำราญจิตต์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง 106 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.940 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสถิติ Pearson's correlation coefficient ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 47-55 ปี ไม่มีโรคประจำตัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 7,000 บาท ระดับการศึกษาประถมศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. 6-10 ปี เจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยอยู่ระดับสูง ($M=4.53$, $SD=0.35$) การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพอยู่ระดับสูง ($M=4.20$, $SD=0.57$) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับสูง ($M=4.24$, $SD=0.54$) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยอยู่ระดับสูง ($M=4.25$, $SD=0.42$) ปัจจัยนำเจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.615$, $p<0.05$) ปัจจัยเอื้อการเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยในระดับสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.740$, $p<0.05$) และปัจจัยเสริมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย ในระดับสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.758$, $p<0.05$) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชน ควรให้ความสำคัญด้านการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ โดยสามารถนำหลักธรรมานามัยที่ครอบคลุม การดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม ไปปรับใช้ในการส่งเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีกับประชาชนได้ต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ; หลักธรรมานามัย; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วันรับ: 10 ก.ค. 2567

วันแก้ไข: 22 ส.ค. 2567

วันตอบรับ: 25 ส.ค. 2567

บทนำ

การแพทย์แผนไทย คือ วิธีการดูแลสุขภาพของคนไทย ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณีไทย มีองค์ความรู้ เป็นทฤษฎี โดยมีพื้นฐานทางพุทธศาสนาผสมกลมกลืน กับความเชื่อทางพิธีกรรม มีการเรียนการสอน และการ ถ่ายทอดความรู้อย่างกว้างขวางสืบทอดมาอย่างยาวนาน⁽¹⁾ การแพทย์แผนไทยหรือภูมิปัญญาไทยมีความสำคัญต่อ สุขภาพในเรื่องของการบำบัด บรรเทา รักษา ป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพให้บุคคลมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง นอกจากนี้ยังช่วยลดปัญหาสาธารณสุขของ ประเทศชาติได้โดยภาครัฐสามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษา- พยาบาล ลดการนำเข้ายารักษาโรค เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยี การแพทย์จากต่างประเทศที่เกินความจำเป็นให้ลดน้อยลง ซึ่งผลดีดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อคนในชุมชน หรือท้องถิ่น ต่างๆ รู้จักประยุกต์ใช้ทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่ในชุมชนของ ตนเองมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการรักษาดูแลสุขภาพ รวมถึง การพึ่งพาภูมิปัญญาที่ถ่ายทอดมาจากบรรพบุรุษมาใช้ในการ ดูแลสุขภาพ และป้องกันโรคให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด⁽²⁾ การดูแลและส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางการแพทย์แผนไทย นั้นมุ่งเน้นไปที่การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งหลัก ธรรมานามัยเป็นแนวทางหนึ่งในการดูแลสุขภาพตาม แนวทางดังกล่าว โดยครอบคลุม 3 ส่วน ได้แก่ กายานามัย คือ การส่งเสริมสุขภาพกาย จิตนามัย คือ การส่งเสริมสุขภาพใจ และชีวิตานามัย คือ การมีพฤติกรรมในการดำเนิน ชีวิตที่ดี⁽³⁾

ระบบสาธารณสุขไทยได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริม- สุขภาพ โดยส่งเสริมให้การแพทย์แผนไทยเข้ามาเป็น ส่วนหนึ่งในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพของประชาชน มากขึ้น เริ่มต้นจากทิศทางการพัฒนาประเทศในแผนพัฒนา- เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10⁽⁴⁾ ที่มุ่งเน้นการ เสริมสร้างสุขภาพคนไทยให้มีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ มีความสัมพันธ์ทางสังคม และอยู่ในสภาพแวดล้อม ที่น่าอยู่ เน้นการพัฒนาสุขภาพอย่างครบวงจร มุ่งการ ดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน การฟื้นฟูสภาพร่างกาย และจิตใจ เสริมสร้างคนไทยให้มีความมั่นคงทางอาหาร และการ บริโภคอาหารที่ปลอดภัย ลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อ สุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับหลักธรรมานามัยตามแนวทาง

การแพทย์แผนไทยที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้งกาย จิต สิ่งแวดล้อม และกล่าวถึงการนำ ภูมิปัญญาไทยมารวบรวมพัฒนา และนำไปใช้อย่างเป็น ระบบ ต่อเนื่องด้วยแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11⁽⁵⁾ ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพคนไทยให้มีความ สมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ พัฒนาคความรู้ ทักษะ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน ระบบบริการ สาธารณสุขให้มีคุณภาพ พร้อมทั้งการส่งเสริมการแพทย์- ทางเลือก ตลอดจนส่งเสริมการพัฒนาเพื่อการพึ่งพาตนเอง ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ในแผนยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ปี พ.ศ. 2567 ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ยังได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก รวมไปถึงการพัฒนา คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของคนไทยทุกกลุ่มวัย⁽⁶⁾ ซึ่งเห็น ถึงการนำการแพทย์แผนไทยไปเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล สุขภาพของประชาชน กระทรวงสาธารณสุขยังมีนโยบาย ที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิให้เข้มแข็ง⁽⁶⁾

ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อาสาสาธารณสุขประจำ- หมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นบุคคลที่มีความใกล้ชิดและเข้าถึง ประชาชนในชุมชนได้มากที่สุด มีบทบาทสำคัญในฐานะ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ⁽⁷⁾ อสม. จึงควร ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดีทางด้านสุขภาพให้ประชาชนใน ชุมชนได้รู้ ได้เห็น และปฏิบัติตามเป็นแบบอย่าง รวมทั้ง ถ่ายทอดความรู้ ชักนำประชาชนให้ประพฤติปฏิบัติตน และดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีที่เหมาะสม⁽⁸⁾ ดังนั้นการ พัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ จะมีส่วนช่วยในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชน ในชุมชนให้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้การที่ อสม. มีพฤติกรรม สุขภาพที่ดี จะนำไปสู่การเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ประชาชน ในชุมชนได้หันมาดูแลสุขภาพของตนเองได้อีกด้วย

ผู้วิจัยในฐานะแพทย์แผนไทยปฏิบัติงานในโรงพยาบาล- ส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ เล็งเห็นถึงความสำคัญในการ พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการเป็นต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพ โดยการนำภูมิปัญญาไทยมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของ อสม. ตำบลโคกหล่อ อำเภอเมือง จังหวัดตรัง โดยประยุกต์ใช้กรอบ แนวคิด PRECEDE Framework⁽⁹⁾ ซึ่งเป็นแนวคิดที่เชื่อว่า

พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงได้ ขึ้นอยู่กับปหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยที่มาจากภายนอก และปัจจัยที่เป็นสิ่งแวดล้อม ในการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น ต้องวิเคราะห์ถึงสาเหตุเสียก่อน จึงจะสามารถนำมาวางแผน และกำหนดการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับแนวคิดการดูแลสุขภาพตามหลักธรรมานามัยที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม หรือการสร้างเสริมสุขภาพด้วยวิถีทางธรรมชาติที่ให้ความสำคัญกับสิ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งประกอบไปด้วยกายานามัย คือ การส่งเสริมสุขภาพกาย โดยการรับประทานอาหารที่ดี สมุนไพร การออกกำลังกายแบบไทย เช่น ฤๅษีดัดตน จิตตานามัย ฯลฯ คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต ด้วยการรักษาศีล การนั่งสมาธิ ฯลฯ และชีวิตานามัย คือ การดำเนินชีวิตชอบ ด้วยการรักษาความสะอาดของบ้านเรือน สิ่งแวดล้อม และการดำเนินชีวิตอยู่ในความพอดี ละทิ้งจากอบายมุข ฯลฯ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของ อสม. ตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของ อสม.

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ อสม. ตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรังจำนวน 146 คน ที่มีชื่อในทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่เป็นการประจำในตำบลโคกหล่อไม่น้อยกว่าหกเดือน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อสม. ตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง จำนวน 106 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณของสูตร Krejcie & Morgan⁽¹⁰⁾ ความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มีความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยนำรายชื่อของ อสม. ในแต่ละหมู่บ้านเรียงลำดับชื่อจากตัวอักษร ก-ฮ พร้อมทั้งใส่เลขกำกับ และใช้วิธีจับฉลากจากรายชื่อของ อสม. ตามขนาดตัวอย่าง

ที่กำหนดไว้ จนได้ขนาดตัวอย่าง รวมทั้งสิ้น 106 คน โดยทำการสุ่มที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง โดยปราศจากอคติ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่

2. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับ อสม. เพื่อขออนุญาตชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงระยะเวลาระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2567

3. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามฉบับสมบูรณ์ไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแจกแบบสอบถามให้กับ อสม. หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัย ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา

4. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน และความสมบูรณ์ของคำตอบในแบบสอบถามทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (check list) และแบบสอบถามแบบเติมคำตอบ (open end) จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยนำ ได้แก่ เจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย แบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพโดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประมาณค่า จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักกายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบประเมินระดับความคิดเห็นเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 30 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์เชิงลึก พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย จำนวน 5 ข้อ ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้างที่มีการกำหนดคำถามในการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้าด้วยคำถามปลายเปิด กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ โดยปราศจากการชี้นำคำตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงมากที่สุด และตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงด้านเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ จากนั้นผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์โดยการคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา IOC ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.5-1.00 หมายความว่าเครื่องมือมีความเหมาะสมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาไปทดลองใช้เบื้องต้นกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะการทำงาน และมีบริบทสิ่งแวดล้อมที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient โดยเกณฑ์ที่ยอมรับได้คือมากกว่า 0.70 ขึ้นไป งานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละด้าน ได้แก่ เจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย และภาพรวมทั้งฉบับ เท่ากับ 0.803, 0.756, 0.823, 0.914 และ 0.940 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ ดังนี้

1.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล

ปัจจัยส่วนบุคคล โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

1.2 สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งได้แก่ เจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมตามลำดับ กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยหลักธรรมานามัยของ อสม. โดยใช้สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient

2. การวิเคราะห์แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

รวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ แยกประเด็นของข้อมูลที่ต้องการเพื่อสร้างขอบเขตที่ชัดเจนและถูกต้อง ใช้วิธีการวิเคราะห์คำหลัก โดยจำแนกคำที่มีความสัมพันธ์กันมาไว้ในชุดข้อมูลเดียวกัน นำมาวิเคราะห์เป็นประเด็นหลัก และแบ่งเป็นประเด็นย่อยต่อไป จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาสร้างข้อสรุปแบบอุปนัย (analytic induction) โดยสรุปผลข้อมูลแบบการบรรยายเชิงพรรณนา

การรับรองทางจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-1567/115

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของ อสม. ตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง

1.1 ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล

พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 96.20 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 47-55 ปี จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 34.00 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 27.36 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 7,000 บาท จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 49.10 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษาจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 34.90 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็น อสม. 6-10 ปี จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 27.36

1.2 ผลการศึกษาปัจจัยนำระดับเจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง อสม. มีระดับเจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=4.53$, $SD=0.35$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ ($M=4.90$, $SD=0.31$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ การรับประทานสมุนไพรลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคบางชนิดตามหลักทานอาหารให้เป็นยา ($M=4.05$, $SD=0.88$)

1.3 ผลการศึกษาปัจจัยเอื้อระดับการเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง อสม. มีระดับการเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=4.20$, $SD=0.57$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้รับความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำมาปรับใช้ดูแลสุขภาพตนเอง ($M=4.59$, $SD=0.55$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ เคยใช้บริการทางการแพทย์-แผนไทย เช่น การนวดไทย ใช้นยาสมุนไพร ($M=3.58$, $SD=1.34$)

1.4 ผลการศึกษาปัจจัยเสริมระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

พบว่ากลุ่มตัวอย่างอสม. มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=4.24$, $SD=0.54$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากสื่อประเภทต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต วิทยุ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($M=4.51$, $SD=0.62$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ได้รับคำแนะนำให้รับประทานยาสมุนไพรจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($M=3.85$, $SD=1.01$)

1.5 ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย

พบว่า กลุ่มตัวอย่าง อสม. มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=4.25$, $SD=0.42$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ไม่สูบบุหรี่ และทราบว่าเป็น

สาเหตุของโรคร้ายแรงหลายชนิด เช่น ถุงลมโป่งพอง มะเร็งปอด ($M=4.83$, $SD=0.51$) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ รู้จักทำกายบริหารฤาษีดัดตน และเคยนำมาปฏิบัติ ($M=3.32$, $SD=1.19$)

จากการวิเคราะห์พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านกายนามัยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.90$, $SD=0.61$) ด้านจิตนามัยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=4.24$, $SD=0.51$) และด้านชีวิตนามัยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=4.61$, $SD=0.31$)

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของ อสม.

พบว่า ปัจจัยนำเจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.615$, $p<0.05$) ปัจจัยเอื้อการเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยในระดับสูงมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.740$, $p<0.05$) และปัจจัยเสริมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยในระดับสูงมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.758$, $p<0.05$) ดังตารางที่ 2

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก พฤติกรรมดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของ อสม. สรุปได้ 3 ประเด็น ดังนี้

3.1 ด้านกายนามัยหรือการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพทางกาย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ เช่น ต้มฟ้าทะลายโจรต้มเมื่อเป็นไข้หวัด เจ็บคอ ฯลฯ การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และออกกำลังกายสม่ำเสมอ

3.2 ด้านจิตนามัยหรือการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพทางจิต

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการจัดการกับความเครียดของตนเองโดยการบอกเล่าแก่บุคคลใกล้ชิด หรือหากิจกรรมทำเพื่อลดความเครียด เช่น การฟังเพลง ฟังธรรมะ นั่งสมาธิ

3.3 ด้านชีวิตนามัยหรือการดำเนินชีวิตขอบด้านทางสายกลาง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการ

ตารางที่ 1 ระดับเจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง (n=106)

ปัจจัย	M	SD	แปลผลระดับคะแนน
ปัจจัยนำเจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย	4.53	0.35	สูง
ปัจจัยเอื้อการเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ	4.20	0.57	สูง
ปัจจัยเสริมการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	4.24	0.54	สูง
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย	4.25	0.42	สูง
ด้านกายนามัย	3.90	0.61	สูง
ด้านจิตนามัย	4.24	0.51	สูง
ด้านชีวิตนามัย	4.61	0.31	สูง

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง (n=106)

ปัจจัย	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ: เจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย	0.615*	0.000	สูง
ปัจจัยเอื้อ: การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ	0.740*	0.000	สูงมาก
ปัจจัยเสริม: การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม	0.758*	0.000	สูงมาก

*นัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

ดำรงชีวิตประจำวันที่ดีมีจัดการสภาพแวดล้อมรอบตัวให้มีความน่าอยู่ โดยการดูแลและทำความสะอาดที่อยู่อาศัยให้เป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอ ไม่เล่นการพนัน หลีกเลียงอบายมุข

วิจารณ์

หลักธรรมานามัยเป็นแนวทางหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยวิถีทางธรรมชาติ ครอบคลุมการดูแลทั้งทางกาย จิต สิ่งแวดล้อมควบคู่กับการดำเนินชีวิตบนทางสายกลาง สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ง่าย และใช้ได้จริงในสังคมยุคปัจจุบัน

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำเจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของ อสม. ตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรังในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.615, p<0.05$) มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของเครือวัลย์ แพทยาน์⁽¹¹⁾ เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยหลักธรรมานามัยของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี พบว่า เจตคติต่อการดูแลตนเองด้วยหลักธรรมานามัยมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยหลักธรรมานามัยของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี สอดคล้องกับงานวิจัยของอมรรัตน์ สุวรรณลาภ และสาโรจน์ นาคจู⁽¹²⁾ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลักธรรมานามัย สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี บางขันแตก อำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลักธรรมานามัย และสอดคล้องกับงานวิจัยของฉัตรณรงค์ พุฒทอง และคณะ⁽⁸⁾ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกของ อสม. อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย พบว่า ทักษะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก

ปัจจัยเอื้อ การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของ อสม. ในระดับสูงมาก ($r=0.740, p<0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของจุฑารัตน์ เสรีวัตร และกรัณท์รัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์⁽¹³⁾ เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในนักศึกษา คณะการแพทย์แผนตะวันออกมหาวิทยาลัยรังสิตพบว่าการเข้าถึงแหล่งบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย

ปัจจัยเสริม การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของ อสม. ในระดับสูงมาก ($r=0.758, p<0.05$) มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของศิริลักษณ์ งามานเสียว และอนงค์ หาญสกุล⁽¹⁴⁾ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. อำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และสอดคล้องกับลักขณา สุรรักษา และอัจฉรา ฤทธิพรัด⁽¹⁵⁾ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทยของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยการแพทย์แผนไทย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของกลุ่ม-

ตัวอย่างสรุปประเด็นที่น่าสนใจโดยการบรรยายเชิงพรรณนาไว้ดังนี้ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง เช่น เมื่อมีอาการท้องผูกจะต้มมะขามแขกดื่มก่อนนอนแทนการรับประทานยาแผนปัจจุบัน สอดคล้องกับงานวิจัยของวิริญญา เมืองช้าง⁽¹⁶⁾ ได้กล่าวไว้ว่า สมุนไพรเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่น่าสนใจในการนำมาใช้เพื่อดูแลสุขภาพ และยิ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายในครัวเรือนจากการซื้อยาแผนปัจจุบันซึ่งมีราคาแพงได้ เนื่องจากสมุนไพรหาได้ง่าย ปลอดภัย มีราคาถูก ประหยัด หลายชนิดไม่ต้องหาซื้อสามารถปลูกได้เองที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างมีวิธีรับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง โดยการรับประทานอาหารเช้า 5 หมู่ รับประทานอาหารที่ปรุงสุก ตรงเวลา หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม อาหารที่มีรสจัด สอดคล้องกับงานวิจัยของเครือวัลย์ แพทยาน์⁽¹¹⁾ ได้กล่าวไว้ว่า ในทางการแพทย์แผนไทยมีความเชื่อว่าสุขภาพร่างกายจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับอาหารที่รับประทานเข้าไป กลุ่มตัวอย่างมีทั้งกลุ่มที่ไม่เคยใช้บริการทางการแพทย์แผนไทย และกลุ่มที่เคยใช้บริการทางการแพทย์แผนไทย สอดคล้องกับผลการวิจัยในด้านการเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพในหัวข้อท่านเคยใช้บริการทางการแพทย์แผนไทย เช่น การนวดไทย ใช้ยาสมุนไพร ซึ่งมีผลระดับการเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพข้อนี้ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าการมีแหล่งบริการด้านสุขภาพที่เพียงพอ ใกล้กับแหล่งที่อยู่อาศัย มีความสะดวกในการไปใช้หรือรับบริการ สามารถเข้าถึงได้ง่าย ย่อมทำให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพมากขึ้นนำมาสู่การมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีวิธีจัดการความเครียดหลากหลายวิธีโดยส่วนใหญ่ใช้วิธีดังต่อไปนี้ในการจัดการกับความเครียด ได้แก่ การฟังเพลง ออกกำลังกาย เดินเล่น ฟังธรรมะ นั่งสมาธิ ระบายกับคนใกล้ชิด ตลอดจนการตั้งสติหาต้นเหตุ และหาวิธีจัดการกับความเครียดดังกล่าว สอดคล้องกับงานวิจัยของอุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์⁽²⁾ กล่าวไว้ว่า การฝึกสมาธิจะนำมาซึ่งความสุขสงบได้ การจัดให้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อเกื้อหนุนในการดำรงชีวิต ช่วยลดภาวะเครียด ช่วยสร้างขวัญกำลังใจ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีวิธีการจัดการกับสภาพแวดล้อมรอบตัวให้น่าอยู่โดยการทำความสะอาด ดูแลบริเวณบ้านให้สะอาดอยู่เสมอ ปลูกต้นไม้ ทิ้งขยะ

ให้ลงถึง สอดคล้องกับงานวิจัยของเครื่อวัลย์ แพทยาน์ทิ⁽¹¹⁾ ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลรักษาความสะอาดของบ้าน การปลูกต้นไม้การดำเนินชีวิตโดยตั้งอยู่บนความพอดีได้ ใกล้ชิดธรรมชาติเป็นการดูแลสิ่งแวดล้อมให้น่าอยู่อาศัย ปลอดภัย จากมลภาวะ

จากผลการศึกษาจึงสรุปได้ว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ เจตคติ การดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของ อสม. ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ในงานวิจัยคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของ อสม. ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การมีเจตคติในการดูแลสุขภาพที่ดี มีแหล่งบริการด้านสุขภาพที่เพียงพอ เช่น สถานพยาบาล สถานที่ออกกำลังกายใกล้บ้าน และการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว ตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการดูแลสุขภาพ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่า เจตคติการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยของ อสม. ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในการพัฒนาทุกปัจจัยดังกล่าว หน่วยงานควรจัดให้มีการอบรม หรือให้ความรู้แก่ อสม. เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัยตามแนวทางการแพทย์แผนไทยเพิ่มเติม เช่น กายบริหารฤๅษีดัดตน สมานบำบัด การใช้ยาสมุนไพร เพื่อที่ อสม. จะสามารถนำ

ความรู้เหล่านั้นไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นตัวแบบที่ดีในด้านการดูแลสุขภาพ และเป็นอีกหนึ่งกำลังสำคัญในการช่วยส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไปควรเปลี่ยนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นกลุ่มอื่นๆ เช่น การศึกษาในภาคประชาชน หรือ บุคคลากรทางการแพทย์ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญในการขับเคลื่อนด้านการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ

2. ควรศึกษาในปัจจัยอื่นๆ เช่น ปัจจัยการรับรู้ หรือ ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้หลักธรรมานามัย โดยเน้นการให้ข้อมูล และจัดรูปแบบกิจกรรมในเรื่องหลักธรรมานามัย

3. ควรศึกษาความแตกต่างของตัวแปรอิสระเพื่อศึกษาคุณสมบัติที่ต่างกันของแต่ละตัวแปร

4. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของประชาชน เช่น กระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาดำเนินการต่อในการสร้างสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่ช่วยให้วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบเครื่องมือ และสุดท้ายขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกหล่อ อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรังที่กรุณา และสละเวลาในการให้ข้อมูลสำคัญ และเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. การแพทย์แผนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 10 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://ttcmh.dtam.moph.go.th/index.php/knowledge/read-more/33-pro>
2. อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยภูมิปัญญาไทย. วารสารพยาบาลตำรวจ 2557;6(2):250-62.
3. ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. การดำรงชีวิตด้วยหลักธรรมานามัย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 18 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/ttm/health-nature/>
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554). กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรีรัฐมนตรี; 2549.
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559). กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรีรัฐมนตรี; 2554.
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2567 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2567.
7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. ยุคใหม่. กรุงเทพมหานคร: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
8. ฉัตรณรงค์ พุฒทอง, ปัทมา สุพรรณกุล, สุนทรธิดา นพเก้า. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2561;28(3):156-65.
9. Green LW, Kreuter MW, Deeds S, Partridge K. Health education planning: a diagnostic approach. Palo Alto, CA: Mayfield; 1980.
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970;30:607-10.
11. เครือวัลย์ แพทน์ทึ. วิจัยเชิงสำรวจพฤติกรรมกรดูแลตนเองด้วยหลักธรรมานามัยของผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2562. 85 หน้า.
12. อมรรัตน์ สุวรรณลาภ, สาโรจน์ นาคจ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามหลักธรรมานามัย สถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินีบางขันแตก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2566;1(4):78-88.
13. จุฑารัตน์ เสรีวัตร, กรัณทรรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธ์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทยในนักศึกษา คณะการแพทย์แผนตะวันออก มหาวิทยาลัยรังสิต วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2553;8(1):76-80.
14. ศิริลักษณ์ ช่างนาเสียว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอบำเหน็จณรงค์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารคณะพลศึกษา 2555;15(1):108-18.
15. ลักษณ์กา สุขรักษา, อัจฉรา ฤทธิพรัด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้วยการแพทย์แผนไทยของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง. มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2562.
16. วิริยญา เมืองช้าง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559. 177 หน้า.

Factors Related to Health Care Behavior with Dhammanamai Principle of the Village Health Volunteers in Khoklor Subdistrict, Mueangtrang District, Trang Province

Pimchanok Kaewpitak, Suradej Samranjit

Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand

Abstract

This research is descriptive research. The purpose of the study was to study personal factors of village health volunteers (VHVs), predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and health care behavior with Dhammanamai principle of Village Health Volunteers in Khoklor Subdistrict, Muang District, Trang Province. Data were collected from 106 people, and the tool used was a questionnaire with a reliability of 0.940. The data were analyzed using frequency, percentage, mean and standard deviation. The correlation was determined by Pearson's correlation coefficient. The results showed that most VHV were female with the age range of 47-55 years, no chronic health conditions, average monthly income of less than 7,000 baht, primary education level and they had worked for as VHVs for 6-10 years. The attitude of health care behavior with Dhammanamai principle was at a high level (M=4.53, SD=0.35); the accessibility to the health care service was at a high level (M=4.20, SD=0.57); the social support was at a high level (M=4.24, SD=0.54), and the health care behavior was at a high level (M=4.25, SD=0.42). The predisposing factors, which were attitude of health care behavior with Dhammanamai principle had relation with health care behavior was at a high level ($r=0.615$, $p<0.05$). The enabling factors, which were accessibility to the health care service had relation with health care behavior with Dhammanamai principle was at a very high level ($r=0.740$, $p<0.05$); and the reinforcing factors, which were social support had relation with health care behavior with Dhammanamai principle was at a very high level ($r=0.758$, $p<0.05$). Therefore, agencies involved in public health care should prioritize health care and health promotion by applying the Dhammanamai principle that encompass self-care in physical, mental, and environmental aspects to enhance health promotion for better well-being of people.

Keywords: health care behavior; Dhammanamai principle; village health volunteers

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอเกาะกูด จังหวัดภูเก็ต

รัตนพร คงตั้ง, สุรเดช สำราญจิตต์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการสวมหมวกนิรภัย และพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเกาะกูด จังหวัดภูเก็ต และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของ อสม. กลุ่มตัวอย่าง 171 คน โดยใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ และวิธีการแบ่งตามสัดส่วน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้ค่า Pearson's correlation coefficient กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 63-72 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้าง รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,001 บาท สถานภาพสมรส อาศัยอยู่ในเขตเมือง ระยะเวลาในการเป็น อสม. น้อยกว่า 6 ปี และ 6-10 ปี ระยะทางในการเดินทาง (บ้านกับที่ทำงาน) น้อยกว่า 4 กิโลเมตร ประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ 6 ปีขึ้นไป มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ มีหมวกนิรภัย เป็นของตนเอง และไม่เคยมีประวัติการประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์เจตคติอยู่ระดับสูง ($M=4.43$, $SD=0.55$) และพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยอยู่ระดับสูง ($M=4.52$, $SD=0.51$) ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการสวมหมวกนิรภัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยระดับสูง ($r=0.573$, $<p<0.05$)

คำสำคัญ: หมวกนิรภัย; พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วันรับ: 30 ก.ค. 2567

วันแก้ไข: 31 ส.ค. 2567

วันตอบรับ: 3 ก.ย. 2567

บทนำ

ตามรายงานสถานการณ์ความปลอดภัยบนท้องถนนของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีผู้เสียชีวิต จำนวน 17,347 ราย ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุด คือ รถจักรยานยนต์ จำนวน 8,751 ราย (ร้อยละ 50.45) รองลงมา ประเภทอื่นๆ จำนวน 7,642 ราย (ร้อยละ 44.05)

และรถยนต์ จำนวน 954 ราย (ร้อยละ 5.50) ตามลำดับ อัตราการสวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 40 และสถิติอุบัติเหตุจากผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 21.60 ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ เสียชีวิตมาจากการได้รับความกระทบกระเทือนอย่างแรงที่ศีรษะ⁽¹⁾ จังหวัดภูเก็ตเป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีชื่อเสียงระดับโลก ทำให้ประชากรย้ายเข้ามาพักอาศัยและทำงานเป็นจำนวนมาก ส่วนหนึ่งจะเข้ามาในช่วงฤดูกาล

ท่องเที่ยว และย้ายกลับออกไป แต่ละปีมีนักท่องเที่ยว ทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติเข้ามาในพื้นที่เป็นจำนวนมาก รวมทั้งแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงาน ทำให้เกิดการคมนาคมที่หนาแน่น และเกิดอุบัติเหตุบ่อยครั้ง สอดคล้องกับวิถีชีวิตของวัยทำงานที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย จึงทำให้มีโอกาสสูงที่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ใช้สารเสพติด ความเสี่ยงของการทำงานในสถานบันเทิง รวมทั้งพฤติกรรมรถจักรยานยนต์ที่ไม่เหมาะสม การดื่มแล้วขับ เป็นต้น และจากการรายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนน จังหวัดภูเก็ต ปี พ.ศ. 2565 พบว่า มีจำนวนผู้เสียชีวิต 137 ราย อัตราการเสียชีวิต 32.78 ต่อแสนประชากร อำเภอที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด คือ อำเภอเกาะภูเก็ต 26 ราย อัตราการเสียชีวิต 45.50 ต่อแสนประชากร รองลงมา อำเภอถลาง 51 ราย อัตราการเสียชีวิต 45.30 ต่อแสนประชากร และอำเภอเมือง 60 ราย อัตราการเสียชีวิต 24.20 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นคนไทย ร้อยละ 70 สัดส่วนผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ เป็นคนภูเก็ต ร้อยละ 55.40 ยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุด คือ รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 88.46 รองลงมา คนเดินเท้า ร้อยละ 7.69 และ สามล้อเครื่อง ร้อยละ 3.85 ตามลำดับ มีอัตราการสวมหมวกนิรภัยของผู้บาดเจ็บ ร้อยละ 36.83⁽²⁾ จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยอำเภอเกาะภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ปีพ.ศ. 2565 พบว่า มีจำนวนผู้ไม่สวมหมวกนิรภัย 1,147 ราย ร้อยละ 63.62 และสวมหมวกนิรภัย 656 ราย ร้อยละ 36.38 ตามลำดับ ผู้ที่มีพฤติกรรมไม่สวมหมวกนิรภัยส่วนใหญ่เป็น ผู้ขับขี่ ร้อยละ 54.12 เป็นผู้โดยสาร ร้อยละ 45.88 และเป็น คนไทย ร้อยละ 78.20 กลุ่มอายุเป็นวัยทำงาน ร้อยละ 60.25 อาชีพที่มีอัตราการไม่สวมหมวกนิรภัยสูงสุดคือ ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 22 รองลงมา ค้าขาย ร้อยละ 20, เกษตรกร ร้อยละ 19, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 18, วินมอเตอร์ไซด์ ร้อยละ 11 และอื่นๆ ร้อยละ 10 ตามลำดับ⁽³⁾

ในปัจจุบัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้มีบทบาท และมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น เนื่องจากการดำเนินชีวิตของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงไปมาก ปัญหาสุขภาพของคนไทย ได้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบไปตามสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ความสลับซับซ้อนมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดเจนด้านสุขภาพ คือ ประชาชนเสียชีวิต เนื่องจากโรคไม่ติดต่อมากขึ้น เช่น โรคมะเร็ง

โรคหัวใจและหลอดเลือด อุบัติเหตุ เบาหวาน เป็นต้น โดยเฉพาะพื้นที่อำเภอเกาะภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต เป็นพื้นที่หนึ่งที่มีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ จำนวน 306 คน มีพื้นที่รับผิดชอบ จำนวน 3 ตำบล ซึ่งอำเภอเกาะภูเก็ต เป็นพื้นที่ที่มีความสลับซับซ้อนทั้งทางด้านกายภาพ ด้านสังคมศาสตร์ และด้านภูมิศาสตร์เป็นพื้นที่ที่มีภูเขา ล้อมรอบ บวกกับจำนวนการคมนาคมที่หนาแน่น ทำให้เป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

จากข้อมูลสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้นทำให้ผู้ศึกษา มีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการสวมหมวกนิรภัยและพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเกาะภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ซึ่งผลการศึกษาจะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยน หรือส่งเสริมพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยในการขับขี่ หรือโดยสารรถจักรยานยนต์ อันเป็นประโยชน์ต่อประชาชนและสังคมต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. อำเภอเกาะภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต จำนวน 306 คน⁽⁴⁾ คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan⁽⁵⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 171 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง โดยการกระจายระดับอำเภอลงไประดับตำบล 3 ตำบล ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) กำหนดสัดส่วนแบบเท่ากัน คำนวณสัดส่วนประชากรแต่ละตำบลโดยเรียงรายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามลำดับอักษร พร้อมใส่เลขกำกับ และใช้วิธีจับฉลากจากรายชื่อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือติดต่อประสานขอความร่วมมือไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต ทำการอบรม

ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง แบบสอบถามที่ใช้ และดำเนินการเก็บรวบรวมแบบสอบถามพร้อมรับกลับด้วยตนเอง ตรวจสอบข้อมูลความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลทุกฉบับเพื่อเตรียมการวิเคราะห์ข้อมูลลำดับต่อไปโดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้เติมข้อความและปลายปิดให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติต่อการสวมหมวกนิรภัย จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัย จำนวน 25 ข้อ โดยลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) สร้างตามมาตรวัดของ Likert⁽⁶⁾ ประเมินคำตอบ โดยให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว ซึ่งมีเกณฑ์แปลผล เป็น 3 ระดับ โดยพิจารณาแบบรายข้อตามเกณฑ์ของ Best⁽⁷⁾ โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนนคือ ต่ำ ปานกลาง และสูง

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัย จำนวน 5 ข้อ ลักษณะเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งมีโครงสร้าง (semi-structured interview) ที่มีการกำหนดคำถามในการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้าซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เสนอความคิดเห็นได้อย่างเต็มที่ โดยไม่มีการชี้นำคำตอบเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงมากที่สุด และเพื่อให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจหาความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามทฤษฎี โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (index of item objective congruence; IOC) ของแบบสอบถามทุกส่วนได้ค่า IOC ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งแสดงถึงความตรงที่ดีของแบบสอบถาม แสดงว่า เนื้อหาและความเหมาะสมของภาษามีความสอดคล้องตรงตามเนื้อหาของงานวิจัย

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับ อสม. จำนวน 30 คน โดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านเจตคติต่อการสวมหมวกนิรภัย เท่ากับ 0.76 และพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัย เท่ากับ 0.89 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.91

การรับรองทางจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ยึดมาตรฐานการวิจัย โดยคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณนักวิจัย จึงมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลาพิจารณาเอกสารรับรอง รหัสจริยธรรมการวิจัย SCPHYLIRB-2567/101 ลงวันที่ 25 มีนาคม พ.ศ. 2567

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายปัจจัยส่วนบุคคล โดยนำเสนอในรูปของการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติเชิงอนุมาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติต่อการสวมหมวกนิรภัยและพฤติกรรมกรรมการสวมหมวกนิรภัย โดยการทดสอบด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation coefficient กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. อำเภอเกาะกูด จังหวัดภูเก็ต จำนวน 171 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 83.04 มีอายุ 63–72 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.50 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.26 อาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 29.82 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,001 บาท คิดเป็นร้อยละ 64.30 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 61.40 อาศัยอยู่ในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 62.00 ระยะเวลาในการเป็น อสม. น้อยกว่า 6 ปี และ 6–10 ปี มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 22.80 ระยะทางในการ

เดินทาง (บ้านกับที่ทำงาน) น้อยกว่า 4 กิโลเมตร คิดเป็นร้อยละ 70.76 มีประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ 6 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 85.40 มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 83.04 มีหมวกนิรภัยเป็นของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 96.50 และไม่เคยมีประวัติการประสบอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 55.00

2. ผลการวิเคราะห์ระดับเจตคติต่อการสวมหมวกนิรภัยของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (M=4.43, SD=0.55) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของระดับเจตคติต่อการสวมหมวกนิรภัยสูงสุด คือ ต้องการให้ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ทุกคนสวมหมวกนิรภัย (M=4.75, SD=0.56) รองลงมาคือ คิดว่าการสวมหมวกนิรภัยจำเป็นต้องใส่สายรัดคางทุกครั้ง (M=4.71, SD=0.65) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อการสวมหมวกนิรภัยต่ำสุด คือ การสวมหมวกนิรภัยทำให้รู้สึกหนักศีรษะและปวดศีรษะ (M=3.04, SD=1.31)

3. ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของ อสม. พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (M=4.52, SD=0.51) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยสูงสุด คือ คาดสายรัดคางหมวกนิรภัยทุกครั้ง (M=4.73, SD=0.53) รองลงมาคือ เลือกซื้อหมวกนิรภัยที่มีเครื่องหมาย มอก. รับรองเท่านั้น (M=4.71, SD=0.58) ส่วนข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยของ

พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยต่ำสุด คือ ไม่ใช้หมวกนิรภัยที่ได้รับการกระแทกจากอุบัติเหตุมาแล้วแต่ไม่เสียหายมากนัก ในการขับขี่/โดยสารต่อไป (M=4.12, SD=1.04)

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการสวมหมวกนิรภัย กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของ อสม. พบว่า เจตคติต่อการสวมหมวกนิรภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (r=0.573, p<0.05) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ (r=0.115) ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (r=0.130) ด้านระยะเวลาในการเป็น อสม. (r=0.135) ด้านระยะทางในการเดินทาง (บ้านกับที่ทำงาน) (r=0.035) และด้านประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ (r=0.100) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของ อสม. ดังตารางที่ 1

5. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของ อสม. สรุปได้ 5 ประเด็น ดังนี้

- 5.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา สวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง เมื่อขับรถจักรยานยนต์
- 5.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า ระยะทางมีผลต่อการสวมหมวกนิรภัย เพราะอุบัติเหตุอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และไม่ว่าใกล้-ไกลหมวกนิรภัยสามารถช่วยเรื่องความปลอดภัยได้

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล เจตคติต่อการสวมหมวกนิรภัยกับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเกาะกู่ จังหวัดภูเก็ต

ปัจจัย	พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	0.115	0.134	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.130	0.089	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะเวลาในการเป็น อสม.	0.135	0.079	ไม่มีความสัมพันธ์
ระยะทางในการเดินทาง (บ้านกับที่ทำงาน)	0.035	0.653	ไม่มีความสัมพันธ์
ประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์	0.100	0.194	ไม่มีความสัมพันธ์
เจตคติต่อการสวมหมวกนิรภัย	0.573*	<0.001	สูง

* นัยสำคัญทางสถิติ p<0.05

5.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า วิธีการสวมหมวกนิรภัยที่ถูกต้องควรสวมหมวกที่มีมาตรฐานรับรองปิดบังใบหน้า รัดใต้คาง และมีขนาดพอดีกับศีรษะ

5.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า การสวมหมวกนิรภัยเพื่อความปลอดภัย ลดการกระแทกบริเวณศีรษะเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

5.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ไม่สวมหมวกนิรภัยเนื่องจากรู้สึกอึดอัด เกะกะหนักศีรษะ ระยะทางใกล้บ้าน ชี้เกียจ ผมงเสียทรง และไม่มีหมวกนิรภัย

วิจารณ์

1. จากการศึกษาข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. อำเภอเกาะกู่ จังหวัดภูเก็ต จำนวน 171 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ 83.04 มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 83.04 ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของดิศกุล ชลศาลาสินธุ์⁽⁸⁾ เรื่อง การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการสวมหมวกนิรภัยโดยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 427 คน คิดเป็นร้อยละ 53 และกลุ่มตัวอย่างที่มีใบขับขี่ คิดเป็นร้อยละ 61 โดยกลุ่มตัวอย่าง อสม.ส่วนใหญ่ มีหมวกนิรภัยเป็นของตนเอง จำนวน 165 คน คิดเป็นร้อยละ 96.50 ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของมณีวรรณ บรรลุศิลป์ และภัทรอร ดวงมาลัย⁽⁹⁾ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสวมใส่หมวกนิรภัยของนักศึกษาวิทยาลัยอาตุพนม มหาวิทยาลัยนครพนม พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีหมวกนิรภัยเป็นของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 87.70 และจากการศึกษาระดับเจตคติต่อการสวมหมวกนิรภัยของ อสม. ในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับสูง (M=4.43, SD=0.55) ซึ่งไม่มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของวสุนธรา รตโนภาส และคณะ⁽¹⁰⁾ เรื่อง ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า มีทัศนคติต่อการสวมหมวกนิรภัยในภาพรวมอยู่ในระดับไม่แน่ใจ (M=3.45)

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (r=0.130) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของ อสม. ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ

จักรกฤษ เสลา และคณะ⁽¹¹⁾ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของผู้มารับบริการโรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ และเจตคติต่อการสวมหมวกนิรภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย โดยมีค่าระดับความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของพนิดา เทพชาติ และคณะ⁽¹²⁾ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษาภาคการศึกษาเพื่อปวงชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา พบว่า ทัศนคติต่อการสวมหมวกนิรภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.113, p<0.05) สอดคล้องกับงานวิจัยของจักรกฤษ เสลา และคณะ⁽¹¹⁾ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ และมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และคณะ⁽¹³⁾ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะการสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์ต่อภาวะการสวมหมวกนิรภัย แต่ไม่มีความสอดคล้องงานวิจัยของสมศักดิ์ บุตรราช และคณะ⁽¹⁴⁾ เรื่อง พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ทัศนคติการไม่สวมหมวกนิรภัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ควรมีการศึกษาหาวิธีการสื่อสารรูปแบบใหม่ๆ หรือรูปแบบวิธีการรณรงค์ที่ส่งเสริมเจตคติต่อการสวมหมวกนิรภัยใน อสม.

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี โดยได้รับความกรุณาจากคณาจารย์ เจ้าหน้าที่ และผู้เกี่ยวข้องจากมหาวิทยาลัยรามคำแหงอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้เกียรติเป็น

ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่าง

ทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและสละเวลาในการให้ข้อมูลสำคัญ และเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยในครั้งนี้ จนทำให้ งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. ข้อมูลผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จากระบบบูรณาการข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนน (3 ฐาน) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 15 ม.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://data.go.th/th/dataset/rtdi>
2. สุรางค์ศรี ศิคมโนชญ์. รายงานสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนจังหวัดภูเก็ต ปี 2565. ภูเก็ต: สอจร. ภูเก็ต; 2566.
3. งานอุบัติเหตุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต. สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนอำเภอเกาะภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต. ภูเก็ต: งานอุบัติเหตุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต; 2565.
4. งานบริการสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต. การพัฒนาบริการสุขภาพภาคประชาชนอำเภอเกาะภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต. ภูเก็ต: งานบริการสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเกาะภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต; 2567.
5. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30(3):607-10.
6. ฤทธิไกร ไชยงาม. มาตรฐานวัดแบบ Likert rating scales [อินเทอร์เน็ต]. 2510 [สืบค้นเมื่อ 1 เม.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.gotoknow.org/posts/659229>
7. Best JW. *Research in education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
8. ดิสกุล ชลศาลาสินธุ์. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการสวมหมวกนิรภัยโดยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อ 10 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <http://sutir.sut.ac.th:8080/sutir/bitstream/123456789/5843/Fulltext.pdf>
9. มณีวรรณ บรรลุศิลป์, ภัทรอร ดวงมาลัย. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสวมใส่หมวกนิรภัยของนักศึกษาวิทยาลัยราชนครินทร์ มหาวิทยาลัยนครพนม. *นครพนม: มหาวิทยาลัยนครพนม*; 2562.
10. วสุนธรา รตโนภาส, อนุสร่า เป็กทอง, นิชนิร ลินพล, ทศนีย์ หมอกเมฆ, พัทธนี วัชรนันท์ทิวศาล. ความรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *ลักทอง วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี* 2561;5(2):80-4.
11. จักรกฤษ เสภา, มงคล รัชชะ, อนุ สุราช. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการขับซึ่รถจักรยานยนต์ของผู้มารับบริการ โรงพยาบาลบ้านด่านลานหอย อำเภอบ้านด่านลานหอย จังหวัดสุโขทัย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 10 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: http://www.rujogs.ru.ac.th/journals/11_1630395558.pdf
12. พนิดา เทพขาลี, กาญจนพร อาบสุวรรณ, นิวัฒนา เข็มสุวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษาภาคการศึกษาเพื่อปวงชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2562 “สังคมผู้สูงวัย: โอกาสและความท้าทายของอุดมศึกษา”; 30 มี.ค. 2562; วิทยาลัยนครราชสีมา, นครราชสีมา. 2562. หน้า 73-82.
13. รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, ประภากร ศรีสว่างวงศ์, วรวิษา ตรีสุน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะการสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี* 2564;14(2):69-79.
14. สมศักดิ์ บุตรราช, กลิ่นผกา แสันทวีสุข, ชลิตา มีทอง. พฤติกรรมการสวมหมวกนิรภัยของนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา* 2563;7(2):38-48.

Factors Related to Helmet-Wearing Behavior of Village Health Volunteers, Kathu District, Phuket Province

Rattanapon Kongtung, Suradej Samranjit

Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand

Abstract

This research is descriptive research aimed to study personal factors, attitude to wearing helmet and helmet-wearing behavior of village health volunteers (VHVs), Kathu District, Phuket Province; and to study factors related to helmet-wearing behavior of VHVs. Sample size was 171, obtained from Krejcie & Morgan's sample size calculation by stratified sampling method and how to divide proportionally. The tool used was a questionnaire with a reliability of 0.91. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation and the correlation was determined by Pearson's correlation coefficient. Significance level was set at 0.05. The results showed that most of them were female. In the age range of 63-72 years, education is at the primary level, employment career, an average monthly income of less than 10,001 baht, marital status, live in an urban area, length of time spent as a VHV, less than 6 years and 6-10 years, travel distance (home and work) less than 4 kilometers, motorcycle driving experience of 6 years or more, had a motorcycle driving license, had own helmet and never had a history of being in a motorcycle accident. The attitude was at high level (M=4.43, SD=0.55) and behavior of wearing helmets was high (M=4.52, SD=0.51). The relationship between attitudes towards wearing helmets was related to high levels of helmet wearing behavior ($r=0.573$), $p<0.05$.

Keywords: helmet; helmet-wearing behavior; village health volunteers

พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน ในตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

เอมปวีร์ พลอารยะเวทย์, ปิยวรรณ ธรรมบำรุง, ผาณิต งามสัมฤทธิ์, ชุตติกาญจน์ ฤติยประเดิม, อริศรา สายจันทร์
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม จังหวัดนครปฐม

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือประชาชนทั่วไปในตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร อายุ 19-90 ปี จำนวน 440 คน การศึกษาใช้การสุ่ม 2 ขั้นตอน และใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รายงานผลเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าดัชนีมวลกาย และวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ผลการศึกษาพบว่า เกณฑ์ดัชนีมวลกายมีระดับเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 33 ด้านการบริโภคอาหารกลุ่มจำพวกเนื้อสัตว์ มีการบริโภค 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ ด้านการบริโภคอาหารกลุ่มจำพวกของทอด กลุ่มจำพวกผักที่ให้พลังงานต่ำ กลุ่มจำพวกผักที่ให้พลังงานสูง กลุ่มจำพวกผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง กลุ่มจำพวกผลไม้ที่มีน้ำตาลปานกลาง กลุ่มจำพวกนม กลุ่มจำพวกเมนูเส้น กลุ่มจำพวกอาหารบรรจุกล่องหรือกล่องพลาสติก กลุ่มจำพวกขนมรับประทานเล่น และกลุ่มจำพวกเครื่องดื่มทั่วไป อยู่ในระดับการบริโภค 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ และไม่เคยบริโภคจำพวกอาหารเสริม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภคอาหาร; ดัชนีมวลกาย; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

วันรับ: 1 ก.ค. 2567

วันแก้ไข: 6 ส.ค. 2567

วันตอบรับ: 10 ส.ค. 2567

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases) มีปัจจัยเสี่ยงมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างๆ เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม อาหารที่ผ่านขบวนการแปรรูปมีสารเคมีอันตรายปนเปื้อน อาหารที่จัดเก็บไม่ถูกวิธี และขาดการมีกิจกรรมทางกาย ที่เพียงพอ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง ซึ่งจะมีอาการและรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ทีละน้อยเมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษา⁽¹⁾

จากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2553-2561 พบอัตราการตายปรับค่ามาตรฐานตามโครงสร้างอายุ ต่อประชากร 100,000 คน ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี มีแนวโน้มลดลงร้อยละ 14.4 แต่ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปี พ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2562-2563 คิดเป็นการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 37.68 และความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2551-2552 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี พ.ศ. 2562-2563 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 18.69⁽²⁾ โดยกองทุนวิจัยมะเร็งโลก (World Cancer Research Fund International)

ให้คำแนะนำแนวทางในการลดปัจจัยโรคมะเร็ง ประกอบด้วย การรักษาน้ำหนัก การออกกำลังกาย บริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงอาหารแปรรูป หลีกเลี่ยงเนื้อแดง หรือผลิตภัณฑ์แปรรูป หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล หลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์ ไม่ใช้อาหารเสริมเพื่อป้องกันโรคมะเร็ง เลี่ยงลูกด้วยนมแม่ และหลีกเลี่ยงบุหรี่⁽³⁾

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร คือ การปฏิบัติหรือการรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย ข้อปฏิบัติทั่วไปเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ประเภทของอาหาร รสชาติ ความถี่ในการบริโภค การเลือกซื้ออาหาร วิธีการปรุงอาหารที่บริโภคเป็นประจำ อาหารที่ควรบริโภค และอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ซึ่งมีอิทธิพลมาจากวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ความรู้ และความเข้าใจในการเลือกบริโภคอาหาร และสิ่งแวดล้อมทางอาหารที่เข้าถึงง่าย หากมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสมอาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพตามมา⁽⁴⁾ โดยจากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารของประชากรพ.ศ. 2564 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พบว่า แหล่งของอาหารหลักที่บริโภคบ่อยที่สุด ส่วนใหญ่นิยมทำกินเอง รองลงมาคือ ร้านอาหารตามสั่ง ตลาดนัด และอาหารริมบาทวิถี⁽²⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยเล็งเห็นว่าจากปัญหาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนไทยทั่วไปมีปัจจัยหลายสาเหตุ จึงสนใจศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร โดยทำการวิจัยแบบเชิงสำรวจและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร เพื่อเป็นการรวบรวมในการสำรวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และเพื่อเป็นแนวทางการให้ความรู้ด้านโภชนาการกับประชาชนในชุมชนต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยเชิงสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้กำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมาย คือ ประชาชน

ในตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร อายุ 19-90 ปี และไม่มีโรครุนแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคไต และผู้ป่วยติดเชื้อมีจำนวน 9,166 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ คำนวณโดยใช้สูตรของ Yamane⁽⁵⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยใช้ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มร้อยละ 5

พื้นที่การศึกษาวิจัย

การศึกษานี้จะใช้การสุ่ม 2 ขั้นตอน (stratified 2-stage sampling) โดยแบ่งชั้นภูมิ ประชาชนทั้งตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร แบ่งเป็นหมู่บ้านรวม 10 หมู่บ้าน ได้แก่ บ้านคลองแพ้ว บ้านหนองบัว บ้านดอนหว้า บ้านปลายคลองตาปลั่ง บ้านกลางคลองตาปลั่ง บ้านคลองใหญ่ บ้านรางปากกล้วย บ้านโทรทอง บ้านศรีพิพัฒน์ และบ้านใหม่คลองดำเนิน⁽⁶⁾ นำมาแบ่งชั้นภูมิแบบสัดส่วนเก็บแบบสอบถามตามชั้นภูมิ เนื่องจากแต่ละพวกมีความแตกต่างกันด้านภูมิสำเนา วิธีการเริ่มจากแยกประชากรออกเป็นกลุ่มประชากรย่อย โดยแบ่งเป็นชั้นภูมิ นำหน่วยประชากรในแต่ละชั้นภูมิที่มีลักษณะเหมือนกัน (homogenous) และสุ่มอย่างง่ายเพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มประชากรจากการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 400 คน แต่เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของการสำรวจ ตลอดจนเพื่อให้ผลการสำรวจมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เท่ากับจำนวนทั้งหมด 440 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษานี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย หมู่บ้าน เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การออกกำลังกาย โรคประจำตัว รูปแบบการบริโภคอาหาร

ส่วนที่ 2 น้ำหนัก ส่วนสูง

การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย

$$\text{หาค่าดัชนีมวลกาย} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง (เมตร)}^2}$$

ระดับเกณฑ์การให้คะแนนค่าดัชนีมวลกาย (body mass index; BMI) โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานของคนเอเชีย⁽⁷⁾

ค่า BMI <18.5	แสดงถึง อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยหรือผอม
ค่า BMI 18.5-22.9	แสดงถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ
ค่า BMI 23-24.9	แสดงถึง อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกินหรือตัวม
ค่า BMI 25-29.9	แสดงถึง อ้วน (โรคอ้วนระดับ 1)
ค่า BMI 30 ขึ้นไป	แสดงถึง อ้วนมาก (โรคอ้วนระดับ 2)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย

- กลุ่มจำพวกเนื้อสัตว์ เช่น หมู ไก่ เป็ด เนื้อวัว ไข่
- กลุ่มจำพวกเนื้อสัตว์ที่ติดมัน เช่น หมูสามชั้น เนื้อวัว-ติดมัน เครื่องในสัตว์ หนังไก่ คอหมูย่าง
- กลุ่มจำพวกของทอด เช่น ก๋วยเตี๋ยวทอด ปาท่องโก๋ ไข่ทอด หมูทอด หนังไก่ทอด แครกหมู ลูกชิ้นทอด
- กลุ่มจำพวกอาหารทะเล เช่น กุ้ง หอย ปู ปลา ปลาหมึก
- กลุ่มจำพวกผักที่ให้พลังงานต่ำ เช่น ผักชีล้อม ขึ้นฉ่าย พริกหนุ่ม ผักบุ้งจีน สายบัว หอยกกล้วยอ่อน แดงร้าน พักเขียว โหระพา แดงโมอ่อน ขมิ้นขาว แพง พริกหยวก สะระแหน่ มะเขือเทศ
- กลุ่มจำพวกผักที่ให้พลังงานสูง เช่น ใบยอ สะตอ พริกหวาน ถั่วงอก ยอดกระถิน ยอดมะรุ้ม บรอกโคลี คื่นช่าย ดอกแค ขจร กระถิน ยอดชะอม ถั่วแขก สะเดา ยอดมะพร้าวอ่อน ดอกกุยช่าย ชีเหล็ก หอมใหญ่ มะระจีน มะเขือพวง เห็ดเปาฮื้อ ผักโขม⁽⁸⁾
- กลุ่มจำพวกผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง เช่น ทุเรียน ขนุน มะม่วงสุก เงาะ ลิ้นจี่ กล้วยหอม กล้วยน้ำว้า กล้วยไข่ ลำไย ลองกอง
- กลุ่มจำพวกผลไม้ที่มีน้ำตาลปานกลาง เช่น มะละกอ แดงโม แคนตาลูป แอปเปิล
- กลุ่มจำพวกผลไม้ที่มีน้ำตาลต่ำ เช่น อะโวคาโด แครนเบอร์รี่ สตรอว์เบอร์รี่ มะกอก มะเฟือง ชมพู ราสเบอร์รี่
- กลุ่มจำพวกน้ำผลไม้ เช่น แบบสด แบบกล่อง แบบปั่น ผลไม้กระป๋อง
- กลุ่มจำพวกนม เช่น นมสด นมเปรี้ยว นมจืด

- กลุ่มจำพวกอาหารสำเร็จรูป เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป อาหารกล่องแช่แข็ง ไส้กรอก กุนเชียง
 - กลุ่มจำพวกเมนูเส้น เช่น ก๋วยเตี๋ยวน้ำ ผัดไท ราดหน้า กวยจั๊บ บะหมี่เกี๊ยว
 - กลุ่มจำพวกอาหารบรรจุกล่องโฟม/พลาสติก เช่น อาหารตามสั่งต่างๆ/ข้าวราดแกง
 - กลุ่มจำพวกอาหารกระป๋อง เช่น ปลากระป๋อง ผักดอง
 - กลุ่มจำพวกขนมรับประทานเล่น เช่น มันฝรั่งทอด คุกกี้ เยลลี่ ขนมกรุบกรอบ
 - กลุ่มจำพวกขนมหวาน เช่น เค้กฝอยทอง ทองหยิบ ลูกชุบ ขนมชั้น โดนัท ขนมปัง
 - กลุ่มจำพวกเครื่องดื่มทั่วไป เช่น ชา กาแฟ โอเลี้ยง ชานมไข่มุก น้ำชงอื่นๆ
 - กลุ่มจำพวกเครื่องดื่มน้ำอัดลม เช่น โค้ก เป๊ปซี่ สไปรท์
 - กลุ่มจำพวกเครื่องดื่มที่มีสารกลั่นปรุงแต่ง เช่น น้ำส้มดีได้ เย็นเย็น ไออิชิ
 - กลุ่มจำพวกเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ บรั่นดี เหล้าขาว ยาแดง
 - กลุ่มจำพวกผลิตภัณฑ์อาหารเสริม และวิตามิน⁽⁹⁾
- หลักเกณฑ์การบริโภคของผู้ตอบแบบสอบถามคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ระดับคะแนน	ความหมาย
4.21-5.00	= บริโภคทุกวัน
3.41-4.20	= บริโภค 5-6 ครั้ง/สัปดาห์
2.61-3.40	= บริโภค 3-4 ครั้ง/สัปดาห์
1.81-2.60	= บริโภค 1-2 ครั้ง/สัปดาห์
1.00-1.80	= ไม่เคยบริโภคเลย

เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถาม คือ

ระดับ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เคยบริโภค

ระดับ 2 คะแนน หมายถึง บริโภค 1-2 ครั้ง/สัปดาห์

ระดับ 3 คะแนน หมายถึง บริโภค 3-4 ครั้ง/สัปดาห์

ระดับ 4 คะแนน หมายถึง บริโภค 5-6 ครั้ง/สัปดาห์

ระดับ 5 คะแนน หมายถึง บริโภคทุกวัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ใช้อธิบายสถานภาพข้อมูลส่วนบุคคล คำนวณค่าดัชนีมวลกาย พฤติกรรมการบริโภค โดยวิเคราะห์ข้อมูลเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ Pearson's product moment

correlation coefficient เกี่ยวกับรายได้ อาชีพ อายุ และรูปแบบการบริโภคอาหาร

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

คณะผู้วิจัย ไม่ได้ดำเนินการขอจริยธรรมในมนุษย์จากหน่วยงานใด เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นเพียงการสำรวจพฤติกรรมเท่านั้น โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงและสอบถามการยินยอมก่อนเก็บข้อมูล การวิจัยนี้ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม ไม่สามารถระบุตัวตน เก็บรักษาความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม ทั้งนี้แบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยเผยแพร่

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นหมู่บ้าน 10 หมู่บ้าน ประกอบด้วยหมู่บ้านคลองแพ้ว จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 26.36 หมู่บ้านกลางคลองตาปลั่ง จำนวน 49 คน (ร้อยละ 11.14) หมู่บ้านศรีพิพัฒน์จำนวน 49 คน (ร้อยละ 11.14) หมู่บ้านรางปากกล้วย จำนวน 40 คน (ร้อยละ 9.09) หมู่บ้านคลองใหญ่ จำนวน 36 คน (ร้อยละ 8.18) หมู่บ้านดอนวัว (ดอนเฒ่า) จำนวน 34 คน (ร้อยละ 7.73) หมู่บ้านหนองบัว จำนวน 33 คน (ร้อยละ 7.50) หมู่บ้านโทรทอง (ต้นไทร) จำนวน 29 คน (ร้อยละ 6.59) หมู่บ้านใหม่คลองดำเนิน

จำนวน 28 คน (ร้อยละ 6.36) และหมู่บ้านปลายคลอง-ตาปลั่งจำนวน 26 คน (ร้อยละ 5.90)

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศหญิง จำนวน 252 คน (ร้อยละ 57.27) และเพศชาย จำนวน 188 คน (ร้อยละ 42.73) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15-29 ปี จำนวน 134 คน (ร้อยละ 30.45) รองลงมาอายุ 50-59 ปี จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 21.82 น้ำหนักอยู่ระหว่าง 51-60 กิโลกรัม จำนวน 126 คน (ร้อยละ 28.64) รองลงมาคือน้ำหนัก 61-70 กิโลกรัม จำนวน 122 คน (ร้อยละ 27.73) ส่วนสูงอยู่ระหว่าง 161-170 เซนติเมตร จำนวน 216 คน (ร้อยละ 49.09) รองลงมาคือส่วนสูง 151-160 เซนติเมตร จำนวน 157 คน (ร้อยละ 35.68) สถานภาพสมรส จำนวน 207 คน (ร้อยละ 47.05) ระดับประถมศึกษา จำนวน 139 คน (ร้อยละ 31.59) อาชีพเกษตรกรรวม จำนวน 133 คน (ร้อยละ 30.23) รองลงมาคือรับจ้างทั่วไป จำนวน 85 คน (ร้อยละ 19.32) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000-20,000 บาท จำนวน 222 คน (ร้อยละ 50.45) ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย จำนวน 210 คน (ร้อยละ 47.73) รองลงมาคือออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ จำนวน 144 คน (ร้อยละ 32.73) ส่วนใหญ่ไม่มีโรค จำนวน 282 คน (ร้อยละ 64.09) รองลงมาคือโรคเบาหวานจำนวน 79 คน (ร้อยละ 17.95) และรับประทานในทุกรูปแบบ จำนวน 319 คน (ร้อยละ 72.50) รองลงมาคือทำเอง จำนวน 105 คน (ร้อยละ 23.8) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคลและคำถามทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=440)	ร้อยละ (100)
เพศ		
ชาย	188	42.73
หญิง	252	57.28
อายุ (ปี)		
15-29	134	30.45
30-39	65	14.77
40-49	72	16.36
50-59	96	21.82
60 ขึ้นไป	73	16.59

ตารางที่ 1 ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคลและคำถามทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=440)	ร้อยละ (100)
น้ำหนัก (กิโลกรัม)		
40-50	44	10.00
51-60	126	28.64
61-70	122	27.73
71-80	83	18.86
81 ขึ้นไป	65	14.77
ส่วนสูง (เซนติเมตร)		
140-150	16	3.64
151-160	157	35.68
161-170	216	49.09
171-180	44	10.00
181 ขึ้นไป	7	1.59
เกณฑ์ดัชนีมวลกาย		
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์หรือผอม (<18.5)	30	6.82
ปกติ (18.5-22.9)	145	32.95
น้ำหนักเกินหรืออ้วน (23-24.9)	83	18.86
อ้วน (25-29.9)	96	21.82
อ้วนมาก (30 ขึ้นไป)	86	19.54
สถานภาพ		
โสด	122	27.72
มีแฟน	93	21.13
สมรส	207	47.05
หย่าร้าง	13	2.95
อื่นๆ	5	1.14
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ระดับประถมศึกษา	139	31.59
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	84	19.09
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย	89	20.23
ระดับปริญญาตรี	123	27.95

ตารางที่ 1 ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคลและคำถามทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=440)	ร้อยละ (100)
ระดับปริญญาโท	4	0.91
ระดับปริญญาเอก	1	0.23
อาชีพ		
ข้าราชการ/พนักงานของรัฐ	64	14.55
พนักงานรัฐวิสาหกิจ	33	7.50
พนักงานบริษัทเอกชน	32	7.27
เกษตรกร	30	6.82
เจ้าของกิจการ/ธุรกิจส่วนตัว	133	30.23
รับจ้างทั่วไป	52	11.82
อื่นๆ	85	19.32
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	11	2.50
น้อยกว่า 10,000		
10,000-20,000	148	33.64
20,000-30,000	222	50.45
30,000-40,000	46	10.45
40,000-50,000	14	3.18
50,000 ขึ้นไป	6	1.36
การออกกำลังกาย (ครั้ง/สัปดาห์)	4	0.91
ไม่ออกกำลังกายเลย		
1-2	210	47.73
3-4	144	32.73
5-6	51	11.59
ทุกวัน	11	2.50
โรคประจำตัว	24	5.45
ไม่มีโรค		
โรคเบาหวาน	282	64.09
โรคความดันโลหิตสูง	79	17.95
โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง	50	11.36
โรคไขมันในเลือดสูง	3	0.68

ตารางที่ 1 ข้อมูลสถานภาพส่วนบุคคลและคำถามทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=440)	ร้อยละ (100)
โรคทางพันธุกรรม	4	0.91
โรคตับแข็ง	1	0.22
อื่นๆ	11	2.50
รูปแบบอาหารที่รับประทาน		
ทำเอง	105	23.86
อาหารตามสั่ง	14	3.18
ข้าวราดแกง	2	0.45
ทุกรูปแบบ	319	72.50

การบริโภคอาหารพบว่า กลุ่มตัวอย่างบริโภคกลุ่ม- จำพวกเนื้อสัตว์ เช่น หมู ไก่ เป็ด เนื้อวัว และไข่มากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มจำพวกผักที่ให้พลังงานต่ำ เช่น ผักชีล้อม มะเขือเทศ พริกหนุ่ม ผักบุ้งจีน สายบัว หอยกกล้วยอ่อน

แตงร้าน พักเขี้ยว โหระพา แตงโมอ่อน ขมิ้นขาว แพง พริกหยวก สะระแหน่ ขึ้นฉ่าย และบริโภคกลุ่มจำพวก ผลิตภัณฑ์อาหารเสริม และวิตามินน้อยที่สุด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการบริโภคอาหาร (n=440)

ด้านการบริโภคอาหาร	ค่าเฉลี่ย	การบริโภค/สัปดาห์
กลุ่มจำพวกเนื้อสัตว์	3.69±1.03	5-6 ครั้ง
กลุ่มจำพวกเนื้อสัตว์ที่ติดมัน	2.60±1.06	1-2 ครั้ง
กลุ่มจำพวกของทอด	2.66±0.93	3-4 ครั้ง
กลุ่มจำพวกอาหารทะเล	2.50±0.88	1-2 ครั้ง
กลุ่มจำพวกผักที่ให้พลังงานต่ำ	3.32±1.09	3-4 ครั้ง
กลุ่มจำพวกผักที่ให้พลังงานสูง	3.09±1.11	3-4 ครั้ง
กลุ่มจำพวกผลไม้ที่มีน้ำตาลสูง	2.71±0.90	3-4 ครั้ง
กลุ่มจำพวกผลไม้ที่มีน้ำตาลปานกลาง	2.74±0.88	3-4 ครั้ง
กลุ่มจำพวกผลไม้ที่มีน้ำตาลต่ำ	2.11±1.04	1-2 ครั้ง
กลุ่มจำพวกน้ำผลไม้	2.38±1.03	1-2 ครั้ง
กลุ่มจำพวกนม	2.70±1.02	3-4 ครั้ง
กลุ่มจำพวกอาหารสำเร็จรูป	2.50±0.98	1-2 ครั้ง
กลุ่มจำพวกเมนูเส้น	2.76±0.91	3-4 ครั้ง

ตารางที่ 2 ข้อมูลการบริโภคอาหาร (n=440)

ด้านการบริโภคอาหาร	ค่าเฉลี่ย	การบริโภค/สัปดาห์
กลุ่มจำพวกอาหารกล่องโฟม/พลาสติก	2.63±0.99	3-4 ครั้ง
กลุ่มจำพวกอาหารกระป๋อง	2.17±0.98	1-2 ครั้ง
กลุ่มจำพวกขนมรับประทานเล่น	2.63±0.98	3-4 ครั้ง
กลุ่มจำพวกขนมหวาน	2.59±0.94	1-2 ครั้ง
กลุ่มจำพวกเครื่องดื่มทั่วไป	2.82±1.07	3-4 ครั้ง
กลุ่มจำพวกเครื่องดื่มน้ำตาล	2.27±1.02	1-2 ครั้ง
กลุ่มจำพวกเครื่องดื่มที่มีสารกลืนปรุงแต่ง	2.17±0.91	1-2 ครั้ง
กลุ่มจำพวกเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	1.87±1.05	1-2 ครั้ง
กลุ่มจำพวกผลิตภัณฑ์อาหารเสริม และวิตามิน	1.67±1.02	ไม่เคยบริโภค

เมื่อวิเคราะห์สหสัมพันธ์ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างรายได้และรูปแบบการบริโภคอาหาร โดยมีค่า 0.063 (p=0.184) แสดงว่ารายได้กับรูปแบบการบริโภคมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน และพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับรูปแบบการบริโภคอาหาร โดยมีค่า 0.079 (p=0.098) แสดงว่าการศึกษากับรูปแบบการบริโภคมีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน และเมื่อวิเคราะห์พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุและรูปแบบการบริโภคอาหารโดยมีขนาดของความสัมพันธ์ -0.074 (p=0.121) แสดงว่าอายุกับรูปแบบการบริโภคไม่มีความสัมพันธ์ไปในทางเดียวกัน

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคอาหารแต่ละจำพวกส่วนใหญ่ไม่เกิน 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ โดยสอดคล้องกับงานวิจัย⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มตัวอย่างมีการบริโภคที่มีความหลากหลาย ส่งผลให้ค่า BMI ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมไม่ออกกำลังกายซึ่งในอนาคตอาจส่งผลต่อสุขภาพได้ โดยจากรายงานด้านสุขภาพของประชาชนตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

พบปัญหาสุขภาพ คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังและโรคมะเร็งที่เพิ่มมากขึ้น⁽¹¹⁾ อันเนื่องมาจากคนบ้านแพ้วยังมีการบริโภคน้ำบาดาล และนิยมใช้น้ำบาดาลในการประกอบอาหารมากกว่าร้อยละ 50 โดยเฉพาะร้านอาหารตามสั่งและร้านก๋วยเตี๋ยวทั่วไป ทำให้พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคนี้ที่เพิ่มมากขึ้น รวมถึงเกษตรกรในตำบลบ้านแพ้วยังมีพฤติกรรมการใช้สารเคมีฆ่าแมลงและกำจัดศัตรูพืช โดยเฉพาะพืชเศรษฐกิจท้องถิ่น ได้แก่ มะพร้าว มะนาว มะละกอ และองุ่น ด้านสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างรายได้และรูปแบบการบริโภคอาหารสอดคล้องกับงานวิจัย⁽¹²⁾ ที่พบว่า ความสัมพันธ์ของรายได้และรายจ่ายเพื่อการบริโภคของครัวเรือนมีความสัมพันธ์กัน ด้านสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับรูปแบบการบริโภคอาหารสอดคล้องกับงานวิจัย⁽¹³⁾ ที่พบว่า ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและนำไปสู่การบริโภคอาหารที่ดีและเหมาะสม โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไปจะมีพฤติกรรมการเลือกบริโภคอาหารที่ดีต่อสุขภาพมากกว่า คือ มีการบริโภคอาหารกลุ่มจำพวกเนื้อสัตว์-ติดมัน ของทอด และอาหารที่ใช้โฟมเป็นบรรจุภัณฑ์น้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาอื่น และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุและรูปแบบการบริโภคสอดคล้องกับงานวิจัยของกุลภัสสรณ์ หมั่นคดิธรรม และธนสุวิทย์ ทับหิรัญรักษ์⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า เพศและอายุที่แตกต่างกันมีผล

ต่อพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารคลีน โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงอายุ 40-49 ปีจะตระหนักและให้ความสำคัญในการเลือกซื้ออาหารคลีนมากกว่ากลุ่มอื่นเนื่องจากเป็นอาหารที่ปลอดภัย ช่วยลดน้ำหนักตัว และส่งผลดีต่อสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเฉพาะตำบลบ้านแพ้ว อำเภอบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร โดยในการวิจัยครั้งถัดไปควรศึกษาประชากรตำบลที่เหลือในอำเภอบ้านแพ้ว
2. ควรมีการให้ความรู้ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายให้กับประชาชนที่มีค่า BMI ต่ำกว่าเกณฑ์ และน้ำหนักเกิน

3. กลุ่มตัวอย่างควรทราบข้อมูลภาวะโภชนาการของตนเอง เพื่อจะได้ปรับพฤติกรรมการบริโภคของตนเอง ลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมทั้งผู้วิจัยควรนำผลจากงานนี้ไปให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อให้กลุ่มนักสาธารณสุขแนะนำพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม

4. ควรนำข้อมูลไปให้เกษตรตำบล เพื่อให้เกษตรกรตระหนักการใช้สารเคมีที่เป็นพิษในการฆ่าแมลงและกำจัดศัตรูพืช ควรปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำเกษตรกรรมมาใช้เชิงอินทรีย์ เพื่อลดปัญหาด้านสุขภาพในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. กองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย. โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 14 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://multimedia.anamai.moph.go.th/associates/hp-ebook_14/
2. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี 2566 กองโรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 14 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.ddc.moph.go.th/uploads/files/4155620240314033823.pdf>
3. World Cancer Research Fund International. 10 ways to protect yourself against cancer. London: World Cancer Research Fund; 2023.
4. โสภิตา แก้วนาหลวง. พฤติกรรมการบริโภคอาหารภาวะโภชนาการและภาวะสุขภาพของผู้รับบริการคลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลเดินจังหวัดลำปาง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558. 107 หน้า.
5. Yamane T. Statistics, an introductory analysis. 2nd Ed. New York: Harper and Row; 1967.
6. องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแพ้ว. ข้อมูลและรายละเอียดชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 22 พ.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://banphaeo.go.th/public/list/data/index/menu/1168>
7. ถิรจิต บุญแสน. ดัชนีมวลกายสำคัญอย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 22 มี.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1361>
8. เอกพล อ่อนนุ่มพันธ์ุ, ปวีตรา ภาสุรกุล, นุชนาฏ กุลวิทย์, จันทรกานต์ ทางเดช. โภชนศาสตร์เพื่อครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: เอ็มแอนด์เอ็ม เลเซอร์พริ้นต์; 2557.
9. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคของประชาชน พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 15 ก.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: https://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาสุขภาพ/Food_consumption_behavior_of_the_population/2560/รายงานฉบับสมบูรณ์.pdf
10. วสุนธรา รตโนภาส, ตรกรพร สุขเกษม. พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลคลองพิไกร อำเภอรามกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารวิจัยรำไพพรรณี 2565;16:58-65.
11. โรงพยาบาลบ้านแพ้ว. กิจกรรมเปิดโอกาสให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [สืบค้นเมื่อ 1 ก.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.bphosp.or.th/PPC67/030-67.pdf>
12. อรรถพล จรจันทร์. เศรษฐกิจครัวเรือนทางรายได้ รายจ่าย การออมและหนี้สินในจังหวัดพิษณุโลก. วารสารวิทยาการจัดการ คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม 2563;2:40-51.

13. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, จุฬารัตน์ หัวหาญ, พรพรรณ มนัสจกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีภาวะน้ำหนักเกินในชนบท. วารสาร-ศูนย์อนามัยที่ 9 2563;14:464-82
14. กุลภัทสรณ์ หมั่นคติธรรม, ธนสุวิทย์ ทับหิรัญรักษ์. ปัจจัยส่วนประสมทางการตลาดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารคลีนของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา 2021;14(2):80-92.

Food Consumption Behavior of People in Ban Phaeo Subdistrict, Ban Phaeo District, Samut Sakhon Province

Empawee Pholaryavedas, Piyawan Tammabamrung, Parnit Ngamsamrit, Chutikan Tidpradern, Arisara Saichan

Faculty of Science and Technology, Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom Province, Thailand

Abstract

This research was aimed to study food consumption behaviors and the factors affecting obesity and non-communicable diseases (NCDs). The samples consisted of 440 people in Ban Phaeo Subdistrict, Ban Phaeo District, Samut Sakhon Province, age between 19 to 90 years old. This study applied stratified 2-stage sampling by dividing the population into 10 villages. Questionnaires were used as a tool for data collection. The data analyzed and shown in the form of percentage, mean, standard deviation, body mass index (BMI) and correlation. The results showed that 33% of respondents had BMI, and consumed meat 5-6 times/week and consumed fried food groups, low in energy vegetables group, high in energy vegetables, high in sugar fruits, medium in sugar fruits, milk group, noodle menus group, plastic/foam box food group, snacks group and general beverage groups at 3-4 times/week. The samples never consumed dietary supplement products.

Keywords: food consumption behavior; body mass index (BMI); non-communicable disease: (NCDs)

การพัฒนาเครื่องมือในการวิเคราะห์ทุนทางสังคม เพื่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง

สินีสุข คุรุเมือง แสนเสริม¹, นิสา รัตนดิถ ฌ ภูเก็ต², ปิยะวัฒน์ เจริญศักดิ์¹, เฉลิมพล จงวิฑูกิจ³

¹ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช จังหวัดนนทบุรี

² สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

³ มหาวิทยาลัยศรีปทุม กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบทุนทางสังคม (social capital) ของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ภาคีเครือข่ายและหน่วยงานภาครัฐและองค์กรภาคเอกชน ในการออกแบบเครื่องมือในการวิเคราะห์ทุนทางสังคมเพื่อพัฒนาชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง ภายใต้โครงการร่วมสร้างชุมชนสุขภาวะตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง โดยมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ซึ่งสนับสนุนโดยสำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน (สำนัก 3) ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) การศึกษาพบว่า การวิเคราะห์ทุนทางสังคมประกอบด้วย 9 มิติที่จะสามารถสร้างชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง ได้แก่ (1) มิติประวัติศาสตร์ชุมชน (2) มิติสังคมและความเป็นอยู่ (3) มิติศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อ (4) มิติเศรษฐกิจและอาชีพ (5) มิติสุขภาพชุมชน (6) มิติสิ่งแวดล้อม (7) มิติทุนทางมนุษย์ (8) มิติความรู้เท่าทันสื่อและการปรับตัว และ (9) มิติการเมืองการปกครอง

คำสำคัญ: ทุนทางสังคม; เครื่องมือวิเคราะห์ทุน; การพัฒนาชุมชน

วันรับ: 1 ก.ค. 2567

วันแก้ไข: 3 ส.ค. 2567

วันตอบรับ: 6 ส.ค. 2567

บทนำ

สถานการณ์ในชุมชนท้องถิ่นในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อปากท้องของสมาชิกในชุมชน การเปลี่ยนแปลงสภาพรวมทางสุขภาพในชุมชน เช่น โรคอุบัติใหม่หรือโรคประจำถิ่น สงคราม และบริบทอื่นๆ ทั้งหมดล้วนส่งผลกระทบต่อสมาชิกของชุมชนด้วยกันทั้งสิ้น ทั้งนี้ในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นล้วนต้องกำหนดแนวทางในการสร้างภูมิคุ้มกันที่ทำให้ชุมชน สังคมและประเทศ สามารถดำรงอยู่และขับเคลื่อนต่อไปได้ ตลอดช่วงหลายปีที่ผ่านมา สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้สนับสนุน

การขับเคลื่อนโครงการเสริมสร้างสุขภาวะชุมชนร่วมกับองค์กรปกครองท้องถิ่นทั่วประเทศ เพื่อสร้างการรับมือกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ในปัจจุบันมีเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ที่ดำเนินการภายใต้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงและศาสตร์พระราชายู่กว่า 3,000 ตำบล ซึ่งถือเป็น “ทุนทางสังคม” ที่สามารถจะพัฒนาต่อยอดให้เกิดประโยชน์ต่อการสร้างสุขภาวะของคนไทยในมิติต่างๆ อย่างยั่งยืนได้⁽¹⁾

สำนักสนับสนุนสุขภาวะชุมชนของ สสส. มีการทบทวนทุนทางสังคม และจัดทำระบบข้อมูล ระบบข้อมูลตำบล (TCNAP) และ การวิจัยชุมชน (RECAP) ซึ่งเป็นทุนทางสังคมและศักยภาพของชุมชนร่วมกับเครือข่ายร่วมสร้างชุมชน-

ท้องถิ่นมาอยู่ เพื่อใช้พัฒนาศักยภาพบุคคล ชุมชน องค์กร ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งยังพัฒนาไปจนถึงระดับกลไก นโยบายร่วมกันภายในชุมชน

ทุนทางสังคมถือเป็นทุนสำคัญที่เสริมสร้างวิถีชีวิต ที่ตั้งตามของคนในสังคมและสนับสนุน การพัฒนาเศรษฐกิจ สังคมและการปกครองของประเทศมาช้านาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการเสริมสร้างประสิทธิภาพการบริการและ กระบวนการผลิตในภาคเศรษฐกิจ การช่วยบรรเทาความ รุนแรงและแก้ปัญหา ในยามที่เกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจและ สังคม ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ทุนทางทรัพยากรธรรมชาติและ ทุนทางเศรษฐกิจมีข้อจำกัด การบรรเทาปัญหาและฟื้นฟู คนไทยและสังคมไทยให้กลับมาดำรงสถานะเดิมได้จำเป็นต้อง อาศัยทุนทางสังคมช่วยสนับสนุน⁽²⁾ อีกทั้งขนิษฐา นันทบุตร และคณะ⁽³⁾ ได้อธิบายถึงการส่งเสริมความเข้มแข็งให้กับ ชุมชนท้องถิ่นที่จะต้องใช้กระบวนการเสริมศักยภาพของ ชุมชนท้องถิ่นและเสริมพลังทุนทางสังคม เพื่อให้ทุนทาง- สังคมสามารถจัดการโครงสร้างต่างๆ ของชุมชนให้เอื้อต่อ วิธีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชนได้ โดย Arif และคณะ⁽⁴⁾ ศึกษาเรื่องการใช้ทุนทางสังคมในการพัฒนาสังคม พบว่า เครือข่ายทุนทางสังคมที่แข็งแกร่งจะช่วยเพิ่มโอกาสที่ชุมชน จะเข้าถึงทรัพยากรต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้นทั้งความรู้ ความสามารถ และความช่วยเหลือทางการเงิน การเคลื่อนย้ายทางเศรษฐกิจ และสังคมที่มากขึ้น โดยโอกาสที่เพิ่มมากขึ้นจะทำให้สมาชิก ของชุมชนรู้สึกถึงเอกลักษณ์และความเป็นส่วนหนึ่งในชุมชน จากการได้รับการส่งเสริมโดยทุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้อง ไปกับการศึกษาในประเทศไทย⁽⁵⁾ พบว่า การประยุกต์ใช้ ความรู้และบริหารทุนทางสังคมเป็นปัจจัยความสำเร็จ หลักของการพัฒนาชุมชนให้พึ่งตนเองในชุมชนท้องถิ่นไทย การขับเคลื่อนชุมชนต้องมีการวางแผน การประสานงาน ประชาชนมีส่วนร่วมตัดสินใจและวางแผนเกี่ยวกับชุมชนโดย ใช้ข้อมูลทุนทางสังคม ก็จะทำให้ชุมชนสามารถเข้มแข็งได้

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบทุน- ทางสังคม (social capital) ของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชน- ท้องถิ่นน่าอยู่ ภาคเครือข่ายและหน่วยงานภาคเอกชน เพื่อใช้ เป็นแนวทางในการออกแบบเครื่องมือในการวิเคราะห์ทุน- ทางสังคมเพื่อพัฒนาชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง โดยดำเนินการ ภายใต้อโครงการร่วมสร้างชุมชนสุขภาวะภายใต้หลักปรัชญา ของเศรษฐกิจพอเพียง ที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส.

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเก็บ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลของเครือข่าย ร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ภาคเครือข่ายและหน่วยงาน ภาคเอกชน จำนวน 20 หน่วยงาน และหลังจากนั้นก็จัดการ ประชุมกลุ่มย่อย จำนวน 10 หน่วยงาน เพื่อวิพากษ์และ ให้คำแนะนำต่อเครื่องมือ อีกทั้งเข้าไปสังเกตในพื้นที่ที่เข้าไป สัมภาษณ์ รวมทั้งสิ้น 30 หน่วยงาน ซึ่งถือเป็นจุดอ้อมตัว ของข้อมูล⁽⁶⁾ โดยวิธีการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การสังเคราะห์บทเรียน

ทำการทบทวนเอกสารที่มีของเครือข่ายร่วมสร้าง ชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ว่ามีพื้นที่พร้อมหรือพื้นที่ที่มีศักยภาพ ในการลงพื้นที่เพื่อหาข้อมูล อีกทั้งยังได้ทบทวนเอกสาร โครงการที่เกี่ยวข้องกับปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง และ กลุ่มเศรษฐกิจพอเพียงที่เป็นพื้นที่พร้อมและมีศักยภาพ ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช โดยใช้การวิเคราะห์ ทุนทางสังคม⁽⁷⁾ ซึ่งประกอบด้วย (1) มิติประวัติศาสตร์- ชุมชน (2) มิติสังคมและความเป็นอยู่ (3) มิติศาสนาและ ความเชื่อ (4) มิติเศรษฐกิจและอาชีพ (5) มิติวัฒนธรรม และประเพณี และ (6) มิติสุขภาพชุมชน เป็นฐานในการเก็บ ข้อมูลเนื่องจากการวิเคราะห์ทุนทางสังคมดังกล่าวเป็นการ วิเคราะห์จากพื้นที่ของเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่น น่าอยู่โดยการศึกษานี้มีเครื่องมือการศึกษาคือแบบสัมภาษณ์ แบบกึ่งโครงสร้างโดยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิจาก สสส. และอาจารย์จากมหาวิทยาลัย- สุโขทัยธรรมมาธิราชเป็นผู้ปรับแก้แบบสอบถามและให้ ข้อเสนอแนะก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลจริงในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 การศึกษาภาคสนาม

ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลของเครือข่าย ร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ เครือข่ายของมหาวิทยาลัย- สุโขทัยธรรมมาธิราช หน่วยงานภาครัฐและองค์กรภาคเอกชน จำนวน 30 พื้นที่ และดำเนินการจัดการประชุมกลุ่ม (focus group) เพื่อวิพากษ์และให้คำแนะนำต่อกรอบการวิเคราะห์ จำนวน 10 พื้นที่ โดยมีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลและดำเนินการ ติดต่อดึงเอกสารชี้แจงและไปยังพื้นที่ว่าจะขอเข้าเก็บ ข้อมูลทุนทางสังคมของพื้นที่ โดยมีการคัดเลือกพื้นที่แบบ

เจาะจง และแบบสโนว์บอล (snowball sampling) ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลดำเนินการภายใต้ข้อพิจารณาทางจริยธรรม โดยดำเนินการส่งหนังสือที่ออกโดยทางการเพื่อขออนุญาต พื้นที่ในเก็บข้อมูลด้วยและใช้การวิเคราะห์และออกแบบ กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ทางสังคม โดยไม่เปิดเผย ตัวตน ไม่บันทึกภาพ ไม่บันทึกเสียง

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์และนำเสนอ

นำข้อมูลมาทำการลดทอนขนาดและปริมาณข้อมูล (data reduction) ตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการสามเส้า (triangulation)⁽⁸⁾ และทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis)⁽⁹⁾ ประกอบด้วย (1) ทำความคุ้นเคยกับข้อมูล (2) การสร้าง รหัสเริ่มต้น (3) ค้นหาหมวดหมู่ (4) ทบทวนหมวดหมู่ ที่เป็นไปได้ (5) การกำหนดและตั้งชื่อหมวดหมู่ และ (6) การจัดทำรายงาน และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนา เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ทางสังคม

ผลการศึกษา

กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ทางสังคมเพื่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง ได้รับการออกแบบและปรับปรุงหลายขั้นตอน ทั้งการใช้ฐานการวิเคราะห์ทางสังคม 6 มิติ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ไปจนถึงการนำเสนอและปรับแก้ โดยมหาวิทยาลัยสุโขทัย- ธรรมาราช ภายใต้การสนับสนุนโดยสำนักงานกองทุน- สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ได้มีการออกแบบและ สรุปรายการทบทวนทางสังคมไว้เป็นกรอบแนวคิดในการ วิเคราะห์ทางสังคมประกอบด้วย 9 มิติ ดังนี้

1. มิติประวัติศาสตร์ชุมชน

หมายถึง การศึกษาประเด็น ที่เกี่ยวข้องกับประวัติความเป็นมา พัฒนาการ การขยายตัว เรื่องเล่าและตำนานที่สำคัญ และเอกลักษณ์ของชุมชน เพื่อทำให้เกิดความสามารถที่จะเข้าใจถึงประวัติศาสตร์ของ ชุมชนที่จะช่วยสะท้อนจุดเด่นที่ทำให้ชุมชนพัฒนาจากอดีต มาจนถึงปัจจุบัน อีกทั้งยังทราบไปถึงข้อจำกัดที่ทำให้ชุมชน เกิดการเปลี่ยนแปลงและกลายมาเป็นชุมชนในปัจจุบัน

ประกอบด้วยตัวชี้วัดเรื่อง

- 1) ประวัติความเป็นมาของชุมชน
- 2) พัฒนาการและการขยายตัวของชุมชนแต่ละช่วง

3) เรื่องเล่าและตำนานที่สำคัญในอดีต

4) เอกลักษณ์ของชุมชน

ตัวอย่างประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ไว้ในมิติ ประวัติศาสตร์ชุมชน สรุปว่า ประวัติศาสตร์ชุมชนเป็นประเด็น ที่ต้องศึกษาอย่างดี ต้องดูว่าวิวัฒนาการของชุมชนมีอะไรบ้าง ใครทำอะไรบ้าง เพื่อให้เห็นรากฐานของชุมชน อีกทั้งยังต้อง ให้ความสำคัญกับเอกลักษณ์ของชุมชน เพราะจะช่วยทำให้ เข้าใจและเข้าถึงชุมชนที่เป็นเนื้อแท้ได้ เพราะหากไม่สนใจ เอกลักษณ์ก็จะไม่สามารถทำให้แยกได้ว่าชุมชนไหนเข้มแข็ง ชุมชนไหนอ่อนแอ

2. มิติสังคมและความเป็นอยู่

หมายถึง การศึกษา ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบวิถีชีวิต สัดส่วนอายุ การดูแล และการพัฒนากิจกรรม การเสริมสร้างคุณภาพชีวิต ศูนย์การเรียนรู้ การศึกษา สิทธิสวัสดิการและการมีส่วนร่วม ของชุมชน เพื่อทำให้เกิดความสามารถที่จะเข้าใจถึงสังคม และความเป็นอยู่ของชุมชนที่จะช่วยสะท้อนความเข้าใจ ปรากฏการณ์ของชุมชนได้

ประกอบด้วยตัวชี้วัดเรื่อง

- 1) รูปแบบวิถีชีวิตของคนในชุมชน
- 2) สัดส่วนอายุของประชากรในพื้นที่
- 3) การดูแลและการพัฒนากิจกรรมที่เหมาะสมกับช่วงวัย
- 4) การเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน
- 5) ศูนย์การเรียนรู้ให้คนในชุมชนทุกช่วงวัย
- 6) การศึกษาและการเรียนรู้ของทุกช่วงวัย
- 7) สิทธิ สวัสดิการ และการมีส่วนร่วมในชุมชน

ตัวอย่างประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ไว้ในมิติสังคม และความเป็นอยู่ สรุปว่า มิติสังคมและความเป็นอยู่ ควรเป็น มิติที่ต้องสนใจอย่างมาก เพราะถ้าความเป็นอยู่ไม่ดีก็ทำให้ ชุมชนไม่เข้มแข็ง และในทางตรงกันข้ามหากชุมชนมีความ- เป็นอยู่ที่ดีก็จะสามารถสร้างความเข้มแข็งได้ เช่น สิทธิและ สวัสดิการของชุมชนเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ของสมาชิกในชุมชน การศึกษาทางสังคมต้องทำความเข้าใจว่าชุมชนมีสวัสดิการมากน้อยแค่ไหน เพื่อสร้างแผน ในการเตรียมตัวในการต่อยอดหรือสร้างสรรค์สวัสดิการใหม่

3. มิติศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อ

หมายถึง การศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับมุมมอง พื้นที่ ประกอบพิธีกรรม และผู้นำทางศาสนาของชุมชน เอกลักษณ์ แนวทางการส่งต่อ และคุณค่าของประเพณีและวัฒนธรรม

รวมถึงความเชื่อ การนับถือเรื่องจิตวิญญาณและภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อทำให้เกิดความสามารถที่จะเข้าใจถึงศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อของชุมชน ทำให้สามารถคาดการณ์พฤติกรรมของชุมชนและใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางชุมชนได้

ประกอบด้วยตัวชี้วัดเรื่อง

- 1) มุมมองในการนับถือศาสนาของคนในชุมชน
- 2) ศาสนสถานและพื้นที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนาในพื้นที่
- 3) ผู้นำทางศาสนากับบทบาทการพัฒนาชุมชน
- 4) วัฒนธรรมที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน
- 5) วัฒนธรรม ประเพณี และพิธีกรรมที่โดดเด่นและสำคัญ
- 6) แนวทางการส่งต่อและการสืบสอดวัฒนธรรมและประเพณี
- 7) คุณค่าของประเพณีในพื้นที่
- 8) ความเชื่อของคนในชุมชน
- 9) การนับถือเรื่องจิตวิญญาณ
- 10) ภูมิปัญญาท้องถิ่น

ตัวอย่างประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ไว้ในมิติศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อ สรุปว่า ความเชื่อ ศาสนา ประเพณี วัฒนธรรม เป็นมิติที่รวมไว้ในกลุ่มเดียวกัน เพราะเรื่องความเชื่อสามารถใช้ในการขับเคลื่อนชุมชนได้ การเปลี่ยนชุมชนต้องเปลี่ยนมาจากคน และการเปลี่ยนคนต้องเปลี่ยนมาจากความเชื่อ ทั้งนี้ต้องเชื่อโดยยึดโยงกับหลักการวิชาการ อีกทั้งประเด็นที่น่าสนใจอีกประเด็นคือ ผู้นำทางศาสนามีบทบาทการพัฒนาชุมชนอย่างมาก เช่น ภาคใต้มีศาสนาที่หลากหลาย ผู้นำทางศาสนามีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม มุมมอง และความคิดของคนในพื้นที่ ดังนั้นความเชื่อที่เข้มแข็ง จะทำให้ชุมชนเข้มแข็งตามไปด้วย

4. มิติเศรษฐกิจและอาชีพ หมายถึง การศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับอาชีพ กลุ่มและวิสาหกิจชุมชน การฝึกอบรม รายได้ การออม การสร้างมูลค่าสินค้าชุมชน แหล่งเงินทุน ผลิตภัณฑ์ที่โดดเด่น การส่งเสริมอาชีพให้เด็กและเยาวชน และแหล่งประโยชน์ของชุมชน เพื่อทำให้เกิดความสามารถที่จะเข้าใจถึงเศรษฐกิจและอาชีพของชุมชนจะช่วยทำให้ทราบถึงโอกาสและข้อจำกัดของชุมชน

ประกอบด้วยตัวชี้วัดเรื่อง

- 1) อาชีพหลักและอาชีพเสริมของคนในชุมชน
- 2) วิสาหกิจชุมชน กลุ่มเกษตรกร กลุ่มสหกรณ์-การเกษตร
- 3) การจัดตั้งกลุ่มและกองทุนเพื่อส่งเสริมอาชีพ
- 4) การเข้าฝึกอบรมเพื่อพัฒนาอาชีพ
- 5) รายได้หลักของคนในชุมชน
- 6) การพัฒนาและส่งเสริมการสร้างมูลค่าสินค้าชุมชน
- 7) การออมเงิน
- 8) แหล่งเงินทุน
- 9) ผลิตภัณฑ์ที่โดดเด่น
- 10) การส่งเสริมอาชีพให้เด็กและเยาวชน
- 11) แหล่งประโยชน์ในพื้นที่

ตัวอย่างประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ไว้ในมิติเศรษฐกิจและอาชีพ สรุปว่า มิติเศรษฐกิจและอาชีพ ต้องสนใจเรื่อง รายได้ หนี้สิน การออม แหล่งประโยชน์ของพื้นที่ ทั้งนี้ก็เพื่อให้สมาชิกของชุมชนได้รับประโยชน์ สำหรับประเด็นหลักในมิตินี้จะเป็นเรื่องรายได้และหนี้สินครัวเรือน เพราะเกี่ยวข้องกับคนในพื้นที่มาก ต้องทำให้เห็นว่า รายได้เยอะกว่ารายจ่ายดีอย่างไร จัดการหนี้สินดีอย่างไร การออมเงินมีประโยชน์อะไร มีกลุ่มกองทุนอะไรที่เกี่ยวข้องบ้าง เราสร้างการมีส่วนร่วมจากประสบการณ์ร่วมได้

5. มิติสุขภาพชุมชน หมายถึง การศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับภาพรวมข้อมูล การออกกำลังกาย ความรู้ การเข้าถึงสถานบริการ และการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ การควบคุมการบริโภคยาสูบและสารเสพติด การป้องกันอุบัติเหตุ ปรากฏชุมชน บุคลากร อาสาสมัคร จิตอาสา ด้านสุขภาพ เพื่อทำให้เกิดความสามารถที่จะเข้าใจถึงสุขภาพชุมชนเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือระหว่างกันภายในชุมชนและหาโอกาสนำทรัพยากรภายนอกชุมชนเข้ามาช่วยเหลือได้อย่างตรงตามสถานการณ์ที่ชุมชนกำลังเผชิญ

ประกอบด้วยตัวชี้วัดเรื่อง

- 1) ภาพรวมข้อมูลสุขภาพของคนในชุมชน
- 2) โรคและการตรวจสุขภาพของคนในชุมชน
- 3) การออกกำลังกายของคนชุมชน
- 4) การให้ความรู้ด้านสุขภาพ
- 5) การเข้าถึงบริการสาธารณสุข
- 6) การควบคุมการบริโภคยาสูบและสารเสพติด

- 7) การป้องกันอุบัติเหตุในชุมชน
- 8) การพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพในพื้นที่
- 9) บุคลากร อาสาสมัคร จิตอาสาด้านสุขภาพ
- 10) สถานบริการด้านสุขภาพ
- 11) ประชาชนชุมชนด้านสุขภาพ

ตัวอย่างประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ไว้ในมิติสุขภาพชุมชน สรุปว่า สุขภาพเป็นประเด็นสำคัญสำหรับชุมชน ถ้าสมาชิกในชุมชนสุขภาพไม่ดีก็ส่งผลให้เรื่องอื่นๆ ไม่ดีตามไปด้วย ดังนั้นถ้าจะประเมินชุมชนต้องดูสถานะทางสุขภาพ เช่น โรค ความรู้สุขภาพ อุบัติเหตุ สถานบริการ ต้องมีการจัดทำข้อมูลภาพรวมสุขภาพเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ทุกพื้นที่ที่จะขับเคลื่อนงาน อีกทั้งต้องศึกษาเรื่องประชัญ-ชุมชนด้านสุขภาพ เพราะความแตกต่างของพื้นที่ที่มีความน่าสนใจว่าถ้ารู้ว่ประชัญของชุมชนคืออะไร จะทำให้เข้าใจบริบทชุมชนมากขึ้น

6. มิติสิ่งแวดล้อม หมายถึง การศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการทำและการส่งต่อการทำเกษตรกรรม ชยะพลังงาน น้ำ ป่า ระบบนิเวศ พันธุกรรม ฝุ่นและมลพิษ ผลกระทบจากภาวะโลกร้อน ความโดดเด่นของสิ่งแวดล้อม การรับรู้ปรับตัวกับภัยพิบัติ รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมทางสังคมของคนในชุมชนเพื่อทำให้เกิดความสามารถที่จะเข้าใจถึงสิ่งแวดล้อมของชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจและตระหนักถึงสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่จะสร้างผลกระทบเชิงบวกและเชิงลบต่อพื้นที่

- ประกอบด้วยตัวชี้วัดเรื่อง
- 1) การทำและการส่งต่อการทำเกษตรกรรมของคนในชุมชน
 - 2) การจัดการชยะในพื้นที่
 - 3) การประหยัดพลังงาน
 - 4) การใช้พลังงานทดแทนในพื้นที่
 - 5) น้ำ ป่า ระบบนิเวศ และพันธุกรรม
 - 6) ฝุ่นและมลพิษ
 - 7) ผลกระทบจากภาวะโลกร้อน
 - 8) ความโดดเด่นของสิ่งแวดล้อมในพื้นที่
 - 9) การรับรู้ปรับตัวกับภัยพิบัติ
 - 10) สิ่งแวดล้อมทางสังคมของคนในชุมชน

ตัวอย่างประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ไว้ในมิติสิ่งแวดล้อม สรุปว่า สิ่งแวดล้อมในชุมชนต้องได้รับการจัดทำ

ข้อมูลไว้ น้ำ ป่า ระบบนิเวศ พันธุกรรม ฝุ่น มลพิษ โลกร้อน ภัยพิบัติ ต้องมีข้อมูลเป็นพื้นฐานไว้ เพื่อให้การวางแผนในการทำงานชุมชนเป็นไปอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับโครงสร้างพื้นฐานของชุมชนจะทำให้แผนที่ออกมาจัดการและแก้ปัญหาข้อจำกัดของพื้นที่ได้

7. มิติทุนทางมนุษย์ หมายถึง การศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้นำชุมชนและผลงานที่ทำประโยชน์ให้ชุมชน บุคคลสำคัญ ประชาชนชาวบ้าน จิตอาสาในชุมชน ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ของชุมชน เพื่อทำให้เกิดความสามารถที่จะเข้าใจถึงทุนทางมนุษย์ของชุมชนที่มีอยู่ทำให้เข้าใจบริบทของพื้นที่และการส่งต่อหลักคิดจากรุ่นสู่รุ่น

- ประกอบด้วยตัวชี้วัดเรื่อง
- 1) ผู้นำชุมชนและผลงานที่ทำประโยชน์ให้ชุมชน
 - 2) บุคคลสำคัญในชุมชน ทั้งในอดีต และปัจจุบัน
 - 3) ประชาชนชาวบ้าน
 - 4) จิตอาสา

ตัวอย่างประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ไว้ในมิติ-ทุนทางมนุษย์ สรุปว่า มิติทุนทางมนุษย์ อาจจะเริ่มต้นจากการศึกษาผู้นำชุมชน ทั้งปัจจุัจนนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์ในการสร้างชุมชนที่เข้มแข็ง สนใจมิติเรื่องคนทุกกลุ่ม กลุ่มเปราะบาง กลุ่มเด็กและเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มกีฬา และสันตนาการ กลุ่มจิตอาสา เมื่อรู้ว่ชุมชนมีอะไรบ้าง ก็จะต้องทำอะไร ควรส่งเสริมอะไรบ้าง

8. มิติความรู้เท่าทันสื่อและการปรับตัว หมายถึง การศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่องความพร้อม การเข้าถึง ความเข้าใจกฎหมายและรับรู้ภัยของดิจิทัล รูปแบบการปรับตัวต่อสถานการณ์ และวิธีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงแบบกะทันหันเพื่อให้เกิดความสามารถที่จะเข้าใจถึงความรู้เท่าทันสื่อและการปรับตัว ซึ่งจะทำให้ชุมชนสามารถเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่หลากหลายและวางแผนรับมือกับการเปลี่ยนได้

- ประกอบด้วยตัวชี้วัดเรื่อง
- 1) ความพร้อมของสื่อดิจิทัล
 - 2) การเข้าถึงสื่อดิจิทัล
 - 3) ความเข้าใจกฎหมายและรับรู้ภัยจากดิจิทัล
 - 4) รูปแบบการปรับตัวต่อสถานการณ์
 - 5) วิธีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงแบบกะทันหัน
- ตัวอย่างประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ไว้ในมิติความรู้

เท่ากันสื่อและการปรับตัว สรุปว่า การปรับตัวในยุคใหม่ ต้องสนใจเรื่องสื่อ อินเทอร์เน็ต และเรื่องเหตุการณ์เฉพาะหน้า สมาชิกในชุมชนต้องมีกระบวนการปรับตัว เพื่อวางแผน ในการขับเคลื่อนชุมชน ยุคหลังการระบาดของโควิด 19 ต้องให้ความสำคัญกับสื่อ การเข้าถึงข้อมูลต่างๆโดยผู้นำหรือ หน่วยงานในชุมชนต้องให้อำนวยความสะดวกในการเข้าถึง และรอบรู้ของชุมชน

9. มิติการเมืองการปกครอง หมายถึง การศึกษา ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานที่รับผิดชอบและเครือข่าย หน่วยงานของพื้นที่ การมีส่วนร่วมทางการเมือง การมี อำนาจในการตัดสินใจ แผนพัฒนาชุมชน และกฎหมาย ที่เอื้อต่อการพัฒนาท้องถิ่นเพื่อทำให้เกิดความสามารถที่จะ เข้าใจถึงการเมืองการปกครองของชุมชนที่มีส่วนให้ความ ช่วยเหลือด้านต่างๆให้กับชุมชนสามารถขับเคลื่อนได้

ประกอบด้วยตัวชี้วัดเรื่อง

- 1) หน่วยงานที่รับผิดชอบพื้นที่
 - 2) เครือข่ายหน่วยงานของพื้นที่
 - 3) การมีส่วนร่วมทางการเมือง
 - 4) การมีอำนาจในการตัดสินใจ
 - 5) แผนพัฒนาชุมชน
 - 6) กฎหมายที่เอื้อต่อการพัฒนาท้องถิ่น
- สรุปทฤษฎีทางสังคม 9 มิติ ดังภาพที่ 1

ตัวอย่างประเด็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ไว้ในมิติ การเมืองการปกครอง สรุปว่า การเมืองเป็นเรื่องที่สำคัญกับ ชุมชน ทั้งอำนาจการตัดสินใจของชุมชนเป็นของใคร ต้องดูว่า ชุมชนมีแผนจะทำอะไร ใครขับเคลื่อน รวมไปถึงการมีส่วนร่วม ทางการเมืองของสมาชิกในชุมชน การเลือกตั้งหน่วยงาน ที่รับผิดชอบ เครือข่ายต่างๆ ในชุมชนมีอะไรบ้าง เพื่อให้ ทำ ทราบทิศทางที่จะออกแบบแผนระยะสั้น กลาง และยาวได้

ภาพที่ 1 สรุปทฤษฎีทางสังคม 9 มิติ



วิจารณ์

ผลการศึกษาพบมิติต่างๆ ที่เป็นทุนทางสังคมที่จะทำให้ชุมชนท้องถิ่นสามารถเข้มแข็งและจัดการตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิสา รัตนดิถ ก ภูเก็ต⁽¹⁾ และปิยะวัฒน์ เจริญศักดิ์⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นการศึกษาทุนทางสังคมของชุมชนท้องถิ่นในเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ซึ่งพบทุนทางสังคม 6 มิติ (1) มิติประวัติศาสตร์ชุมชน (2) มิติสังคมและความเป็นอยู่ (3) มิติศาสนาและความเชื่อ (4) มิติเศรษฐกิจและอาชีพ (5) มิติวัฒนธรรมและประเพณี และ (6) มิติสุขภาพชุมชน ทั้งนี้การศึกษาในปัจจุบันเป็นการศึกษาทุนทางสังคมที่เพิ่มเติมขึ้น นอกจากเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ยังมีการศึกษาทุนทางสังคมของภาคีเครือข่าย หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรภาคเอกชนเพิ่มเติมอีกด้วย อีกทั้งสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 เปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมในทุกมิติ จึงทำให้การศึกษาทุนทางสังคมของบทความนี้ มีการบูรรวมมิติศาสนาและความเชื่อ และมิติวัฒนธรรมและประเพณี เข้าด้วยกันเป็นมิติศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อ ซึ่งหมายถึง การศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับมุมมอง พื้นที่ประกอบพิธีกรรม และผู้นำทางศาสนาของชุมชน เอกอัครราชทูต แนวทางการส่งต่อ และคุณค่าของประเพณีและวัฒนธรรม รวมไปถึงความเชื่อ การนับถือเรื่องจิตวิญญาณ และภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อทำให้เกิดความสามารที่จะเข้าใจถึงศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อของชุมชน ทำให้สามารถคาดการณ์พฤติกรรมของชุมชนและใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางชุมชนได้

อีกทั้งประเด็นที่เพิ่มเติมเข้ามา อีก 4 มิติ ประกอบด้วย มิติทุนมนุษย์ มิติสิ่งแวดล้อม มิติความรู้เท่าทันสื่อและการปรับตัว และมิติการเมืองการปกครอง ซึ่งมิติเหล่านี้ถูกให้ความสำคัญอย่างมากจากเครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ ภาคีเครือข่าย หน่วยงานภาครัฐ และองค์กรภาคเอกชน หลังการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย⁽²⁾ อีกทั้ง มิติทุนมนุษย์ มิติสิ่งแวดล้อม มิติความรู้เท่าทันสื่อ และการปรับตัว และมิติการเมืองการปกครอง เป็นมิติที่แยกกันได้อย่างชัดเจนกับการวิเคราะห์ทุนทางสังคม 6 มิติที่ใช้เป็นฐาน เนื่องจาก มิติทุนมนุษย์ เป็นการให้ความสำคัญ

กับเรื่องผู้นำชุมชนและผลงานที่ทำประโยชน์ให้ชุมชนบุคคลสำคัญ ประชาชนชาวบ้านจิตอาสาในชุมชนที่จะเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนชุมชนได้ในส่วนของ มิติสิ่งแวดล้อม เกี่ยวข้องกับการทำและการส่งต่อการทำงานเกษตรกรรม ขยะพลังงาน น้ำ ป่า ระบบนิเวศ พันธุกรรม ฝุ่นและมลพิษ ผลกระทบจากภาวะโลกร้อน ความโดดเด่นของสิ่งแวดล้อม การรับรู้ปรับตัวกับภัยพิบัติ และสิ่งแวดล้อมโดยตรงในชุมชน ในส่วนของ มิติความรู้เท่าทันสื่อและการปรับตัว เกี่ยวข้องกับการเข้าถึง ความเข้าใจกฎหมายและรับรู้ภัย การปรับตัวของดิจิทัลของคนในชุมชน และมิติการเมืองการปกครอง เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบ การมีส่วนร่วมทางการเมืองอำนาจในการตัดสินใจ แผนพัฒนาชุมชน และกฎหมายที่เอื้อต่อการพัฒนาท้องถิ่น ทั้งนี้มิติที่เพิ่มเข้ามาใหม่นั้นสร้างความครอบคลุมของกรอบการวิเคราะห์ทุนทางสังคมให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ทั้งนี้แนวทางในอนาคตในการปรับใช้กรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ทุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็ง ผู้เขียนบทความจึงอยากเสนอแนะให้วิเคราะห์ทุนทางสังคม 9 มิติ ประกอบด้วย (1) มิติประวัติศาสตร์ชุมชน (2) มิติสังคมและความเป็นอยู่ (3) มิติศาสนา วัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อ (4) มิติเศรษฐกิจและอาชีพ (5) มิติสุขภาพชุมชน (6) มิติสิ่งแวดล้อม (7) มิติทุนทางมนุษย์ (8) มิติความรู้เท่าทันสื่อและการปรับตัว และ (9) มิติการเมืองการปกครอง โดยการวิเคราะห์ทั้ง 9 มิติ เพื่อให้เห็นศักยภาพของพื้นที่ ก่อนที่จะดำเนินการทำกิจกรรมหรือโครงการกับพื้นที่ เพื่อที่จะได้ใช้ประโยชน์จากพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งทุนทางสังคม 9 มิติ เป็นเพียงจุดเริ่มต้นในการหนุนเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ได้ตระหนักถึงความสำคัญต่อการสนับสนุน และส่งเสริมการจัดการทุนทางสังคมของตนเอง และออกแบบ วางแผน และพัฒนา ให้ชุมชนนั้นมีความพร้อมที่จะเป็นชุมชนท้องถิ่นเข้มแข็งได้ในอนาคตได้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบพระคุณอย่างสูงให้กับนาย สุนัย เศรษฐบุญสร้าง รองศาสตราจารย์บำเพ็ญ เขียวหวาน รองศาสตราจารย์ ดร.เบญจมาศ อยู่ประเสริฐ รองศาสตราจารย์

ดร. ลัจจา บรรจงศิริ และผู้ช่วยศาสตราจารย์พลสรานุสรณธรรม์ ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับการสรุปทฤษฎีทางสังคมในโครงการร่วมสร้างชุมชนสุขภาวะภายใต้หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง อีกทั้งยังขอบพระคุณ

ผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ศูนย์สนับสนุนวิชาการเพื่อการจัดการ-เครือข่ายภาค (ศวภ.) เครือข่ายร่วมสร้างชุมชนท้องถิ่นน่าอยู่ และภาคีเครือข่าย หน่วยงานภาครัฐและองค์กรภาคเอกชน ที่สนับสนุนข้อมูลและอำนวยความสะดวกในการลงพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. นิสา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต. การพัฒนาตัวแบบการนำโครงการตำบลสุขภาวะของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ [วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2566.
2. มุลนิธิตถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย. สู่การเติบโตอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [สืบค้นเมื่อ 25 มิ.ย. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://tdri.or.th/wp-content/uploads/2012/11/g3_6_suwanee_final.pdf
3. ขนิษฐา นันทบุตร, พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, จารุณี สรกกฤษ, รัชตวรรณ ศรีตระกูล, อาริยา สอนบุญ, นิศาล นุบผา, และคณะ. คู่มือการพัฒนาทักษะการวิจัยชุมชน ด้วยการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา แบบเร่งด่วน (rapid ethnographic community assessment process; RECAP). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2556.
4. Arif M, Zehra K, Iqbal NM. Importance of social capital for community development. Eye - the International Social Science Review 2023;1(2):16-22.
5. อุไรวรรณ แมะบ้าน. การบริหารจัดการทุนทางสังคมเพื่อการพัฒนาชุมชนในรูปแบบชุมชนพึ่งตนเอง กรณีศึกษาในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรังสิต; 2563.
6. Nastasi BK, Schensul SL. Contributions of qualitative research to the validity of intervention research. Journal of School Psychology 2005;43(3):177-95.
7. นิสา รัตนดิลก ณ ภูเก็ต, ปิยะวัฒน์ เจริญศักดิ์. เด็กและเยาวชนกับการสร้างชุมชนเข้มแข็ง. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์ 2566;12(2):95-104.
8. ปิยะวัฒน์ เจริญศักดิ์. ความสุขของแรงงานสูงอายุไทย [วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2567.
9. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology 2006;3(2):77-101.

Development of Social Capital Analysis Tools for Developing Strong Local Communities

Sineenuch Khrutmuang Sanserm¹, Nisa Rattanadilok Na Phuket², Piyawat Charoensak¹,
Chalermphon Chongwitokit³

¹ *Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi Province, Thailand*

² *ThaiHealth Promotion Foundation*

³ *Sripatum University, Bangkok, Thailand*

Abstract

This study aimed to apply the social capital model of the network to build livable local communities and network partner, government agencies and private sector agencies in designing tools for analyzing social capital to develop strong local communities. It was conducted under the project to jointly create healthy communities based on the philosophy of Sufficiency Economy by Sukhothai Thammathirat Open University and under the support of the Community Health Support Office of the Thai Health Promotion Foundation. This study identified 9 dimensions of social capital that could build strong local communities, consisting of (1) community historical dimension; (2) social and living dimension; (3) religion, culture, traditions and beliefs dimension; (4) economic and occupational dimension; (5) community health dimension; (6) environmental dimension; (7) human capital dimension; (8) media literacy and adaptation dimension; and (9) political and administrative dimension.

Keywords: social capital; capital analysis tools; community development

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ตำบลหนองชน อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม

ชินวัตร คำหา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองชน จังหวัดนครพนม

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มเสี่ยงในตำบลหนองชน อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม จำนวน 84 คน ที่ได้รับการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองด้วยวาจา และติดเชื้พยาธิใบไม้ตับ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน โดยวิธีสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบทีแบบจับคู่ ภายหลังจากทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงสรุปได้ว่าการให้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ทำให้ระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมให้สุศึกษากับประชาชนกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ ในชุมชน

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ; พยาธิใบไม้ตับ; โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

วันรับ: 10 ก.ค. 2567

วันแก้ไข: 11 ส.ค. 2567

วันตอบรับ: 15 ส.ค. 2567

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย เกิดจากพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* ซึ่งมีรูปร่างแบนคล้ายใบไม้ พบมากทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ สาเหตุของการโรคนี้เกิดจากการกินอาหารแบบสุกๆ ดิบๆ ประเภทน้ำจืดชนิดมีเกล็ดที่มีตัวอ่อนของพยาธิอยู่ เมื่อคนกินเข้าไป ตัวอ่อนระยะติดต่อจะเข้าไปสู่กระเพาะ ฤงน้ำดี และท่อน้ำดี โรคนี้เป็นสาเหตุหลักของโรคมะเร็งท่อน้ำดีในคนไทย ซึ่งนับว่า

เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ที่ถือเป็นยุทธศาสตร์ระดับชาติ เนื่องจากอัตราป่วยตายจากมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในประเทศไทย ไม่มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงหรือลดลงในช่วงหลายปีที่ผ่านมา จากรายงานสถิติปี พ.ศ. 2561-2565 มีอัตราผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี 24.3, 24.8, 24.7, 24.0 และ 23.2 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อย่างไรก็ตามหากพิจารณาแยกรายภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราผู้เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุด เท่ากับ 29.7 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾

โรคมะเร็งเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประเทศ สถานการณ์จังหวัดนครพนม⁽²⁾ พบโรคมะเร็งที่เป็นสาเหตุการตาย 5 อันดับแรก ระหว่างปี พ.ศ. 2562-2566 คือ มะเร็งตับและท่อน้ำดีมากที่สุด รองลงมา คือ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก และมะเร็งปากมดลูกตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2566 จังหวัดนครพนมมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งตับและท่อน้ำดีสูงสุดเป็นอันดับ 1 จำนวน 92 ราย จากข้อมูลการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2567 จังหวัดนครพนมพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 9.4, 7.7, 5.9, 3.9, 4.5 และ 6.51 ตามลำดับ ผลการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ในปี พ.ศ. 2566 พบว่า อำเภอที่มีความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดคือ อำเภอบ้านแพง ร้อยละ 28.0 รองลงมาคือ อำเภอเมืองนครพนม ร้อยละ 15.0 อำเภอนาหว้า ร้อยละ 15.0 และอำเภอนาทม ร้อยละ 12.8 ตามลำดับ ดังนั้นโรคพยาธิใบไม้ตับจึงถือได้ว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยเร็ว

ปัจจุบันยังพบว่า ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพมีทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง มีการนำมายเผยแพร่ในสื่อสังคมออนไลน์โดยขาดการพิจารณาถี่ถ้วน ทำให้ประชาชนที่เสพสื่อออนไลน์ส่วนหนึ่งหลงเชื่อโดยไม่ตรวจสอบกับแหล่งข้อมูลที่ต้องการ และไม่สามารถแยกแยะได้ว่าข้อมูลชุดใดที่ไม่สมควรเชื่อถือ เกิดผลกระทบต่อการปฏิบัติตัวของประชาชนทุกกลุ่มวัย ผลของการเสพสื่อและรับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องมาใช้ นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง⁽³⁾ จากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้ซึ่งไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืน และนำไปสู่การมีสุขภาวะต่อไป ถ้าหากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม⁽⁴⁾ ซึ่งมาตรการที่สำคัญของแผนงานป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับสำหรับประชาชน คือการสนับสนุนให้มีการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคพยาธิใบไม้ตับ และรณรงค์อาหารปลอดภัย ปลาปลอดภัยอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ ผ่านทุกช่องทางสื่อสารตามบริบทของพื้นที่⁽⁵⁾

ตำบลหนองชนอำเภอนาทม จังหวัดนครพนมมีแหล่งน้ำขนาดใหญ่ที่สำคัญในชุมชนหลายแห่ง และประชาชนนิยมการรับประทานอาหารจำพวกปลาน้ำจืด จากข้อมูลความชุกของพยาธิใบไม้ตับ⁽⁶⁾ ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีความชุกของการพบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 18.42 โดยได้มีการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าวแล้วแต่ในปี พ.ศ. 2565 ที่ผ่านมากลับพบว่ามีความชุกของการพบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 11.61 ซึ่งเกินจากค่ามาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดว่าไม่เกินร้อยละ 5 ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องเร่งแก้ไขปัญหาของโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่โดยเร็ว โดยใช้กลไกการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ นำมาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมในประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับจากนั้นจึงดำเนินการเปรียบเทียบผลของโปรแกรม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่ รวมทั้งเป็นการช่วยลดการระบาดของโรค อันจะช่วยให้คุณภาพชีวิตประชาชนดีขึ้นต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง (one-group pretest-posttest design)

ประชากร

คือ บุคคลกลุ่มเสี่ยงในตำบลหนองชน อำเภอนาทม จังหวัดนครพนม ที่ผ่านการคัดกรองโดยใช้แบบคัดกรองด้วยวาจา เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี⁽⁷⁾ ซึ่งมีข้อคำถาม จำนวน 4 ข้อ คือ (1) เป็นคนอีสานโดยกำเนิด (2) อายุ 40 ปีขึ้นไป (3) กินหรือมีประวัติการกินปลาน้ำจืดดิบ และ (4) มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งท่อน้ำดี โดยผู้ที่มีความเสี่ยงโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นผู้ได้รับการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยวาจาแล้วตอบว่าใช่ ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป และติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 84 คน ภายหลังจากตรวจพบได้ดำเนินการแจกยา praziquantel เพื่อทำการรักษาทุกคน

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรม G*Power เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยสำหรับกลุ่มทดลอง 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนด α err prob หรือ ความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (type 1 error) ที่ระดับ 0.05 และ power หรืออำนาจในการทดสอบ กำหนดเป็น 0.8 สามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 34 คน และปรับเพิ่มเป็น 35 คน เพื่อเป็นการป้องกันกลุ่มตัวอย่างขอยกเลิกระหว่างดำเนินโครงการ จากนั้นทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ให้ได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่กำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง (intervention) ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สร้างการรับรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และความเข้าใจทางสุขภาพ กิจกรรมที่ 2 กิจกรรม 4 ป. 1 ข. กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมแนวทางการเข้าถึงข้อมูลและบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และแนวทางการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน กิจกรรมที่ 4 การตรวจเยี่ยมติดตามบ้านของกลุ่มตัวอย่าง กิจกรรมที่ 5 การรณรงค์ไม่กินปลาดิบในชุมชน และกิจกรรมที่ 6 เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสรุปผลการดำเนินงาน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้ในการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ประกอบด้วย 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ (1) เพศ (2) อายุ (3) สถานภาพสมรส (4) ระดับการศึกษาสูงสุด (5) อาชีพปัจจุบัน (6) รายได้ของครอบครัวต่อเดือน (7) การมีส่วนร่วมใช้ และ (8) ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็ง

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ มีจำนวน 12 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด

ตอนที่ 3-7 ประกอบด้วย (1) แบบวัดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ (2) แบบวัดการสื่อสารสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ (3) แบบวัดการจัดการตนเอง

จำนวน 5 ข้อ (4) แบบวัดการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 5 ข้อ และ (5) แบบวัดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นความถี่ในการปฏิบัติตน (ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง หรือไม่ได้ปฏิบัติ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence index; IOC) เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.84

2. ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ตำบลนาเข อำเภอบ้านแพ่ง จังหวัดนครพนม จำนวน 30 ชุด เนื่องจากมีลักษณะประชากรและลักษณะทางภูมิศาสตร์ใกล้เคียงกัน มีอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับใกล้เคียงกัน และกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสพบเจอกันน้อย แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ คำนวณหาค่าความเที่ยงโดยวิธี KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และแบบวัดการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ แบบวัดการสื่อสารสุขภาพ แบบวัดการจัดการตนเอง แบบวัดการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และแบบวัดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ใช้วิธีหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78, 0.84, 0.86, 0.86 และ 0.92 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขึ้นก่อนการทดลอง ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างและการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเองก่อนการทดลอง

2. ขึ้นทดลอง โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรม สร้างการรับรู้ เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับและความเข้าใจทางสุขภาพ เป็นกิจกรรมการบรรยาย เรื่อง ธรรมชาติของโรคพยาธิใบไม้ตับ สาเหตุ

อาการ การรักษา การป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ ระดับความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ และการรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับ ถาม-ตอบ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประเด็นข้อสงสัย และจัดกิจกรรมสนทนากลุ่มระหว่างกลุ่มตัวอย่างกับตัวแบบที่ด้วยป่วยโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดีหรือญาติที่ดูแล เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ทางสุขภาพร่วมกันวิเคราะห์ประโยชน์ของการป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับและร่วมกันวางแผน เพื่อขจัดหรือลดอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม 4 ป. 1 ข. เป็นกิจกรรมบรรยายแนวทางการปฏิบัติ เรื่องการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยใช้หลัก 4 ป. 1 ข. ได้แก่ ป. ที่ 1 ประงอาหารให้สุกสะอาด ล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร ก่อนประงอาหารและหลังการขับถ่าย ป. ที่ 2 ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานปลาสุกๆ ดิบๆ ป. ที่ 3 ไปตรวจอุจจาระหาไข่พยาธิ.ป.ที่4 ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 ข. คือ ขับถ่ายลงในส้วมทุกครั้ง รวมถึงการฝึกปฏิบัติขั้นตอนการล้างมือที่ถูกต้อง และการอภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมแนวทางการเข้าถึงข้อมูลและบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับ และแนวทางการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชน เป็นกิจกรรมการแนะนำการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับให้มีความน่าเชื่อถือ โดยใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น คอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น และบรรยายเทคนิคในการสื่อสารข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคพยาธิใบไม้ตับให้กับคนในครอบครัว คนใกล้ชิด และประชาชนในชุมชนได้รับทราบ เพื่อเตรียมจัดกิจกรรมรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในชุมชน

สัปดาห์ที่ 4-10 กิจกรรมการตรวจเยี่ยมติดตามโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อกระตุ้นเตือนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยดูห้องครัวและดูสถานที่ประกอบอาหารในครัวเรือนของกลุ่มตัวอย่าง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเยี่ยมติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสุ่มประเมินโดยไม่แจ้งให้ทราบล่วงหน้า 1 ครั้ง

สัปดาห์ที่ 11 จัดกิจกรรมรณรงค์ไม่กินปลาดิบในชุมชน ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ

โดยการร่วมมือกันของภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกันรณรงค์ในชุมชน มีจัดบอร์ด ประชาสัมพันธ์ตามสถานที่สาธารณะของหมู่บ้าน แจกแผ่นพับ ติดป้ายไว้นิเวศการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

สัปดาห์ที่ 12 จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในระหว่างดำเนินการวิจัย การประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และจัดบูทนำเสนอสรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป และการวิเคราะห์ตัวแปรความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ ทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ก่อนและหลังการทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูลกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้สถิติที่เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระจากกัน กรณีข้อมูลแจกแจงปกติใช้สถิติพาราเมตริก คือ paired sample t-test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการวิจัย REC 096/66 เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ก่อนการวิจัย ผู้วิจัยได้มีการแจกแจงรายละเอียดการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการอย่างละเอียด พร้อมทั้งขอความยินยอมในการดำเนินการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อตามความต้องการ ที่สำคัญผู้วิจัยจะให้ความเคารพในสิทธิส่วนบุคคล โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลที่บ่งบอกตัวตนของกลุ่มตัวอย่างโดยเด็ดขาดไม่ว่าโดยตรงหรือโดยอ้อม โดยการตอบแบบสอบถามและการเก็บข้อมูลระดับบุคคลจะเก็บไว้เป็นความลับ จะรายงานเป็นภาพรวม และใช้ในการวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

วิจารณ์

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.71 อายุเฉลี่ย 48.65 ปี (SD=4.65) สถานภาพส่วนใหญ่ สมรส ร้อยละ 82.86 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 75.61 อาชีพปัจจุบันส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 62.86 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนเฉลี่ย 5,114.28 บาท (SD=1,475.71) การมีส่วนร่วมใช้ร้อยละ 100.00 เคยตรวจสุขภาพเพื่อหาไข้พยาธิในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 100.00 คนในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคมะเร็งตับ ร้อยละ 28.57 และป่วยด้วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ 5.71 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ แตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพิ่มขึ้น และแตกต่างจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิรารัตน์ สิงทองทัศน และคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ในกลุ่มวัยแรงงานอายุ 15-59 ปี เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 50 คนโดยมีการอบรมให้ความรู้การจัดการกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเยี่ยมติดตามให้คำแนะนำ รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=35)

ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ	ก่อนเข้าร่วม โปรแกรม		หลังเข้าร่วม โปรแกรม		t	p-value
	M	SD	M	SD		
1. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	5.14	4.90	9.69	3.67	7.075	<0.001*
2. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	12.54	4.80	15.77	3.27	4.931	<0.001*
3. การสื่อสารสุขภาพ	10.40	3.59	14.42	2.97	15.444	<0.001*
4. การจัดการตนเอง	12.00	4.02	17.28	2.86	12.731	<0.001*
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	11.91	4.21	16.62	2.94	9.190	<0.001*
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ	11.51	4.20	18.14	2.95	15.481	<0.001*

*นัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$

การศึกษาของลักขณา มาคะพุด และคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ครอบครัวมีประวัติโรคพยาธิใบไม้ตับในปี พ.ศ. 2563 อายุ 15 ปี ขึ้นไป โดยมีการจัดกิจกรรมโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วยกิจกรรมการเสริมสร้างการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมการเสริมสร้างการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมการเสริมสร้างการรู้เท่าทันสื่อเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กิจกรรมการเสริมสร้างการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ผ่านทางแผนพับคู่มือความรู้เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ และติดตามเยี่ยม รวมถึงให้คำปรึกษาถามตอบปัญหา เป็นประจำทุกสัปดาห์ ระยะเวลาในการวิจัย 12 สัปดาห์ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องต่อการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.05$) เช่นกัน

นอกจากนี้ การที่จะทำให้ทักษะความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนดีขึ้นนั้น หนัทยาญจน์ ยางศรี และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อป้องกันการติดโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยกระบวนการวิจัยชุมชน ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 250 คน ได้ระบุผลการศึกษาว่า การเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วน เพื่อการพัฒนาพลังความ

สามารถ (empowerment) ของชุมชน โดยใช้ทฤษฎีหลัก การสร้างความรอบรู้สุขภาพให้กับชุมชน โดยการใช้รูปแบบชุมชนรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับ จะทำให้เกิดความรอบรู้ 6 ทักษะ ได้แก่ ทักษะความรู้ ความเข้าใจโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ ซึ่งการที่จะสร้างเสริมให้เกิดความรอบรู้โรคพยาธิใบไม้ตับได้นั้น จะต้องมียุทธศาสตร์กิจกรรม สื่อการสอนให้เกิดความรู้ที่พัฒนาขึ้นโดยชุมชน และไปใช้โดยชุมชนด้วย จึงจะทำให้ทักษะความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนดีขึ้นอีกด้วย นอกจากนี้จากการศึกษาของสุจิตรา เทพมงคล และดารณี จุนเจริญวงศ์⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ทำการศึกษาในบุคลากรผู้รับผิดชอบงานโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 11 คน โดยการสัมภาษณ์ ได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่า ควรมีการประสานความร่วมมือกับองค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น ในการที่จะผลักดัน ขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรม ชัดเจน เช่น การจัดทำแผนการจัดการสิ่งปฏิกูล การออกเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติ การจัดการสิ่งปฏิกูล การเก็บขนส่งสิ่งปฏิกูลของอปท. ส่วนท้องถิ่นและเอกชน เป็นต้น จึงจะสามารถทำให้การแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้ผลดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในชุมชน ในการสร้างความตระหนักถึงปัญหา การเข้ามาเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน และร่วมกันวิเคราะห์หาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่รูปแบบการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชน ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนอย่างยั่งยืน
2. ควรมีการประสานความร่วมมือกับองค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น ในการที่จะผลักดัน ขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นรูปธรรมชัดเจน เช่น การจัดทำแผนการจัดการสิ่งปฏิกูล การออกเทศบัญญัติ/ข้อบัญญัติ การจัดการ

สิ่งปฏิภูล การเก็บขนส่งสิ่งปฏิภูลของ อปท. ส่วนท้องถิ่น และเอกชน เป็นต้น เพื่อลดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี ในชุมชนให้ได้ผลดียิ่งขึ้น

3. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ออกแบบกิจกรรมและ ทำการทดลองเฉพาะในกลุ่มประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยเน้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ในการวิจัยครั้งต่อไป จึงควรออกแบบกิจกรรมให้มีการทำงานร่วมกับบุคคลอื่น เช่น คนในครอบครัว ชุมชน เพื่อเป็นการเพิ่มระดับความรอบรู้ ด้านสุขภาพที่ควรได้รับ และควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อติดตามอัตราการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ

กิตติกรรมประกาศ

งานการวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยได้ ด้วยความกรุณาและช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากนายวุฒิพงษ์ บัวสาย สาธารณสุขอำเภอนาทม จังหวัดนครพนม ที่ได้ให้ คำปรึกษาเสนอแนะและแก้ไขข้อบกพร่อง และให้แนวคิด ต่างๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องของหลายประการ รวมทั้งช่วยเป็น กำลังใจ ทำให้รายงานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบคุณคณะเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ-นาทม และโรงพยาบาลนาทม ที่ร่วมจัดกิจกรรมโปรแกรม การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรค-พยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ เป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข 2565. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 1/2566 จังหวัดนครพนม. นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; 2566.
3. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ขั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจยารณญาณ. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ พับลิชชิ่ง; 2562.
4. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานสุกศึกษา เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพ. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2562.
5. กรมควบคุมโรค. แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำหรับพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม. รายงานข้อมูลอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดนครพนม ปี 2559-2565. นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; 2566.
7. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. หมอประจำบ้าน ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2563.
8. จิรารัตน์ สิงทองทัศนีย์, วรพจน์ พรหมสัถยพรต, พัดชา หิรัญวัฒนกุล. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลเหล่าหมี อำเภอดอนตาล จังหวัดมุกดาหาร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2565;8(3):131-42.
9. ลักษณ์ มาคะพุด, จุฑามาศ นพรัตน์, มนัสนันท์ ลิ้มปวิทยากุล. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุกศึกษาเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬาและนวัตกรรมการสุขภาพ กลุ่มมหาวิทยาลัย ราชภัฏแห่งประเทศไทย 2565;1(1):60-73.
10. หทัยกาญจน์ ยางศรี, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สุรีย์ จันทรมลิล. การพัฒนาแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชนเพื่อป้องกันการ ติดโรคพยาธิ ใบไม้ตับ ในจังหวัดบึงกาฬ. วารสารกรมควบคุมโรค 2564;47(1):848-58.
11. สุจิตรา เทพมงคล, ดารณี จุนเจริญวงศา. การประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี พื้นที่จังหวัดสระแก้ว ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2567; 31(1):149-61.

Effects of Health Literacy Promotion Program to Prevent Liver Fluke Disease among People at Risk, Nongson Subdistrict, Nathom District, Nakhon Phanom Province

Shinnawat Khamhar

Nongson Health Promoting Hospital, Nakhon Phanom Province, Thailand

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of health literacy promotion program to prevent liver fluke disease among risk group. The population were 84 people at risk in Nongson Subdistrict, Nathom District, Nakhon Phanom Province who were screened using verbal screening test and were infected with *Opisthorchis viverrini*. Altogether 35 samples were selected by a specific random sampling. The intervention involved 12-weeks health literacy promotion program to prevent liver fluke disease. Data were collected by questionnaire before and after the program, and were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and paired t-test. After the experiment, the mean scores for cognitive health, access to information and health services, health communication, self-management, media and information literacy, and discriminatory decisions were significantly higher than before the experiment ($p < 0.05$). Therefore, this program should be applied for health education on other risk groups in community.

Keywords: health literacy; liver fluke; health promotion program

การศึกษาเบื้องต้นหาสารหนูปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์ น้ำนมข้าวที่จำหน่ายบนตลาดออนไลน์ในประเทศไทย

สันติ วชิรจิรากร

สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

ผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวเป็นหนึ่งในเครื่องดื่มทางเลือกเพื่อทดแทนการดื่มนมวัว น้ำนมข้าวประกอบไปด้วยสารอาหารที่มีประโยชน์จำนวนมาก ถึงแม้ว่าผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวจะมีประโยชน์มากตามที่กล่าวไปแต่การบริโภคผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวก็มีความเสี่ยงในการได้รับสารหนูที่ปนเปื้อนอยู่ในข้าวเช่นกัน สารหนูเป็นโลหะหนักที่ก่อผลเสียต่อร่างกาย และเพิ่มความเสี่ยงของโรคมะเร็ง จากทั้งหมดที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าหากผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวที่บริโภคมีสารหนูปนเปื้อนอยู่ จะกลายเป็นได้รับโทษจากตัวสารหนูที่ปนเปื้อนอยู่แทน อีกทั้งในปัจจุบันมีการศึกษาสารหนูที่ปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวอยู่จำกัด และยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย การศึกษานี้จึงได้ทำการศึกษาหาสารหนูปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวในประเทศไทย โดยศึกษาผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวที่จำหน่ายบนตลาดออนไลน์ในประเทศไทย โดยคัดเลือกผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวที่มียอดจำหน่ายสูงสุด และผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาจำนวน 10 ยี่ห้อ ยี่ห้อละ 3 ตัวอย่าง รวมทั้งหมด 30 ตัวอย่าง ส่งตรวจที่บริษัทห้องปฏิบัติการกลางโดยวิธี ICP-MS ผลการศึกษาพบว่า ไม่พบการปนเปื้อนของสารหนูในตัวอย่างทั้ง 30 ตัวอย่าง การตรวจด้วยวิธี ICP-MS มีค่าต่ำสุดที่สามารถตรวจพบได้คือ 0.025 มก./กก. ผลการสำรวจนี้ได้ช่วยสร้างความมั่นใจของผู้บริโภคในการบริโภคผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวว่าไม่มีสารหนูปนเปื้อนได้ระดับหนึ่ง แต่ถึงแม้การส่งตรวจที่บริษัทห้องปฏิบัติการกลางจะไม่สามารถพบการปนเปื้อนของสารหนูในทุกตัวอย่าง แต่เนื่องจากทุกผลิตภัณฑ์ในการศึกษานี้ล้วนได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งเป็นการคัดกรองเบื้องต้นแล้ว อาจจะไม่สามารถอ้างอิงถึงทุกผลิตภัณฑ์ในประเทศไทยได้ อย่างไรก็ตามผู้บริโภคยังคงควรตระหนักถึงการปนเปื้อนของสารหนูในผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าว และควรเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

คำสำคัญ: น้ำนมข้าว; สารหนู; ปนเปื้อน

วันรับ: 1 ก.ค. 2567

วันแก้ไข: 4 ส.ค. 2567

วันตอบรับ: 8 ส.ค. 2567

บทนำ

ในปัจจุบันผู้บริโภคมีแนวโน้มความสนใจการดูแลสุขภาพสูงขึ้นเรื่อยๆ ผู้บริโภคใส่ใจในสิ่งที่ตนเองบริโภคมากขึ้น ซึ่งทำให้เกิดอาหารเพื่อสุขภาพ และอาหารทางเลือกมากขึ้น เพื่อทดแทนอาหารเดิมๆ เครื่องดื่มจากพืชก็เป็นหนึ่งในอาหารทางเลือก เนื่องจากมีการพูดถึงเรื่องปัญหาจากน้ำตาลแลคโตส

ในนมสัตว์มากขึ้น จึงมีเครื่องดื่มจากพืชเพื่อมาทดแทนนมสัตว์ โดยเครื่องดื่มจากพืชในปัจจุบันมีการใช้วัตถุดิบหลายชนิด เช่น นมอัลมอนด์ นมถั่วเหลือง นมข้าวโอ๊ต และน้ำนมข้าว น้ำนมข้าวเป็นหนึ่งในเครื่องดื่มทางเลือก โดยเฉพาะกับผู้ที่แพ้นมวัว แพ้ถั่ว ซึ่งน้ำนมข้าวที่เราบริโภคนั้นเป็นระยะของเมล็ดข้าวหลังจากการผสมเกสร ประมาณ 7-10 วัน ซึ่งเมล็ดข้าวในระยะนี้จะมีสารอาหารและสารต้านอนุมูล-

อิสระที่สูงกว่าเมล็ดข้าวเต็มวัยที่เรอบริโภคกัน^(1,2) ซึ่งน้ำนมข้าวนั้นอุดมไปด้วยสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายจำนวนมาก ตั้งแต่เป็นแหล่งของวิตามินและเกลือแร่ต่างๆ จำนวนมาก ได้แก่ วิตามินบี 1 บี 2 บี 3 วิตามินอี สังกะสี ธาตุเหล็ก โพแทสเซียม แมงกานีส และทองแดงอีกเล็กน้อย นอกจากนี้วิตามินและเกลือแร่ที่กล่าวมาแล้ว น้ำนมข้าวยังอุดมไปด้วยสารต้านอนุมูลอิสระจำนวนมาก เช่น ferulic acid, γ -oryzanol, inositol hexaphosphate เป็นต้น ซึ่งสารต้านอนุมูลอิสระเหล่านี้จะมีส่วนช่วยในการชะลอวัย ลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรังต่างๆ รวมทั้งโรคมะเร็ง และในน้ำนมข้าวยังอุดมไปด้วยสารกาบาซึ่งเป็นสารที่มีส่วนช่วยในการนอนหลับ⁽³⁾ และด้วยคุณสมบัติของโปรตีนที่กล่าวมา จึงทำให้น้ำนมข้าวเป็นหนึ่งในเครื่องดื่มทางเลือกของผู้บริโภคที่ใส่ใจสุขภาพในยุคปัจจุบัน และจากการสืบค้นที่เว็บไซต์ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาได้มีการขึ้นทะเบียนของผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวต่างๆ ในปี พ.ศ. 2566 มากถึง 80 ผลิตภัณฑ์ และยังมีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวโดยภูมิปัญญาท้องถิ่นนอกเหนือจากที่ขึ้นทะเบียนของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอีกด้วย

ถึงแม้ว่าน้ำนมข้าวจะมีประโยชน์ตามที่กล่าวไปมากมาย แต่เนื่องจากการเพาะปลูกข้าวต้องมีน้ำขังในดินเป็นเวลานาน จะทำให้ดินอยู่ในภาวะไร้อากาศ ซึ่งภาวะไร้อากาศนี้ก็เป็นอย่างหนึ่งปัจจัยที่เพิ่มการดูดซึมของสารหนูเข้าสู่พืชดิน นอกจากนี้ในการสุ่มตรวจดินในประเทศไทย พบว่า มีการปนเปื้อนสารหนูสูงถึง 30 มก./กก. ซึ่งมาตรฐานดินที่ใช้ในเกษตรกรรมควรมีปริมาณสารหนูอยู่ที่ 3.9 มก./กก.⁽⁴⁾ ดังนั้นจึงมีความเสี่ยงที่การบริโภคน้ำนมข้าวนั้นจะทำให้เราได้รับสารหนูที่ปนเปื้อนอยู่ในน้ำนมข้าวไปด้วย แม้ปริมาณสารหนูที่ปนเปื้อนอยู่จะมีปริมาณน้อย แต่การบริโภคต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานก็จะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ มากขึ้น

สารหนูนั้นเป็นโลหะหนักที่พบได้บ่อยในธรรมชาติ โดยแบ่งเป็นรูปแบบสารอินทรีย์ สารอนินทรีย์ และก๊าซ โดยพิษจากสารหนูมักมาจากสารหนูในรูปอนินทรีย์มากที่สุด พิษจากสารหนูนั้นมีทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง และเป็นพิษต่อหลายๆ ระบบในร่างกาย^(5,6) ได้แก่

1. ระบบทางเดินอาหาร: ท้องเสีย คลื่นไส้อาเจียน
2. ระบบหัวใจและหลอดเลือด: เพิ่มความเสี่ยงโรคหัวใจขาดเลือด หัวใจเต้นผิดจังหวะ

3. ระบบทางเดินหายใจ: มีอาการหายใจลำบาก
4. ระบบทางเดินปัสสาวะ: ทำให้เกิดภาวะไตวาย
5. ระบบประสาท: มีอาการชาและอ่อนแรงส่วนปลาย-มือปลายเท้า
6. ระบบผิวหนังมีสีผิวที่ผิดปกติ: เกิดการหนาตัวของผิวหนัง
7. ระบบเม็ดเลือด: ส่งผลให้มีการสร้างเม็ดเลือดแดง เม็ดเลือดขาว และเกล็ดเลือดผิดปกติ
8. เพิ่มอุบัติการณ์ของโรคเบาหวาน เพิ่มความเสี่ยงโรคมะเร็งปอด มะเร็งผิวหนัง และมะเร็งกระเพาะ-ปัสสาวะ

จากทั้งหมดที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าถึงแม้ว่าน้ำนมข้าวจะมีประโยชน์อย่างมาก แต่หากน้ำนมข้าวที่เรอบริโภคมีสารหนูปนเปื้อนสูง แทนที่เราจะได้ประโยชน์จากน้ำนมข้าวที่บริโภค จะกลับกลายเป็นได้รับโทษจากตัวสารหนูที่ปนเปื้อนอยู่ในน้ำนมข้าวแทน ถึงแม้ในปัจจุบันมีการศึกษาถึงการปนเปื้อนของสารหนูในข้าวอยู่เป็นจำนวนมาก แต่กลับมีการศึกษาสารหนูที่ปนเปื้อนในน้ำนมข้าวอยู่จำกัด อีกทั้งในหลายประเทศยังไม่ได้กำหนดค่าปริมาณสูงสุดของสารหนูตกค้างที่แน่นอนในผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าว และในการค้นคว้าข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า มีงานวิจัยซึ่งตรวจพบการปนเปื้อนของสารหนูในน้ำนมข้าวที่จำหน่ายในต่างประเทศเป็นปริมาณตั้งแต่ 2-17 $\mu\text{g/L}$ ⁽⁷⁾ แต่ยังไม่มีการศึกษาการปนเปื้อนของสารหนูในน้ำนมข้าวที่จำหน่ายในประเทศไทย และในปี พ.ศ. 2563 ยังได้มีการเปลี่ยนแปลงมาตรฐานการปนเปื้อนสูงสุดของสารหนูในสารต่างๆ ทำให้มาตรฐานการปนเปื้อนของสารหนูสูงสุดในผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าว เปลี่ยนแปลงจากเดิม 0.2 มก./กก. เป็น 2 มก./กก.^(8,9)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปนเปื้อนของสารหนูสูงสุดในผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวเทียบกับมาตรฐานการปนเปื้อนที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

วิธีการศึกษา

ศึกษาผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวบนตลาดออนไลน์ต่างๆ ได้แก่ Shopee, Lazada, Tops Online โดยการศึกษาเน้นคัดเลือกผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการรับรองจากสำนักงาน-

กรรมการอาหารและยาเท่านั้น เพื่อดูว่าการเปลี่ยนแปลงของเกณฑ์มาตรฐานการปนเปื้อนตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขจะมีผลต่อการควบคุมการปนเปื้อนของสารหนูในผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวที่จำหน่ายอยู่อย่างถูกต้องกฎหมายหรือไม่ โดยวิธีการศึกษาจะจัดเรียงตามจำนวนการสั่งซื้อสูงสุดในแต่ละเว็บไซต์ และนำจำนวนการสั่งซื้อทั้ง 3 ตลาดออนไลน์มารวมกัน โดยอ้างอิงจากการค้นหา ณ วันที่ 20 มกราคม พ.ศ. 2566 จากนั้นจึงคัดเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีคำสั่งซื้อสูงสุดจำนวน 10 ยี่ห้อแรก โดยแบ่งเป็น ผลิตภัณฑ์ที่ผลิตภายในประเทศจำนวน 6 ยี่ห้อ และนำเข้าจากต่างประเทศจำนวน 4 ยี่ห้อ จากนั้นเลือกเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าว ยี่ห้อละ 1 รสชาติ โดยเลือกเป็นรสชาติดั้งเดิมจากแต่ละยี่ห้อ แบ่งมาใส่บรรจุภัณฑ์แบบปิด และทำสัญลักษณ์โดยใช้ปริมาณตัวอย่างละ 250 มิลลิลิตร ยี่ห้อละ 3 ตัวอย่าง เพื่อเป็นการลดโอกาสผิดพลาดจากการตรวจ เมื่อเก็บรวบรวมตัวอย่างผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวจากตลาดออนไลน์จึงนำส่งตัวอย่างไปยังห้องปฏิบัติการ บริษัทห้องปฏิบัติการกลาง สาขากรุงเทพมหานคร เพื่อตรวจวิเคราะห์

หาปริมาณสารหนูทั้งหมด โดยตรวจวิเคราะห์ด้วยวิธี inductively coupled plasma mass spectrometry (ICP-MS) ตามมาตรฐาน จากนั้นจึงกรอกข้อมูลและนำเสนอข้อมูลที่ได้รับ และสรุปผลการตรวจสอบโดยเทียบกับค่ามาตรฐานการปนเปื้อนเดิม และค่ามาตรฐานการปนเปื้อนใหม่

ผลการศึกษา

จากผลการตรวจวิเคราะห์ของผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าว นั้นไม่พบการปนเปื้อนของสารหนูทั้ง 30 ตัวอย่าง ไม่ว่าจะเป็นการนำเข้าจากต่างประเทศ หรือจัดจำหน่ายในประเทศไทยเอง โดยวิธีการตรวจ ICP-MS ของบริษัทห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) มีค่าต่ำสุดของปริมาณสารหนูที่สามารถตรวจพบได้อยู่ 0.025 มก./กก. และทุกผลิตภัณฑ์ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้งเกณฑ์เดิมและเกณฑ์ใหม่ ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 สรุปผลการปนเปื้อนของสารหนูในผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าว

ผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าว	ประเทศผู้ผลิต	ปริมาณสารหนูปนเปื้อน (มก./กก.)		
		ตัวอย่างที่ 1	ตัวอย่างที่ 2	ตัวอย่างที่ 3
1	ในประเทศ	<0.025	<0.025	<0.025
2	ในประเทศ	<0.025	<0.025	<0.025
3	ในประเทศ	<0.025	<0.025	<0.025
4	ในประเทศ	<0.025	<0.025	<0.025
5	ในประเทศ	<0.025	<0.025	<0.025
6	ในประเทศ	<0.025	<0.025	<0.025
7	ต่างประเทศ	<0.025	<0.025	<0.025
8	ต่างประเทศ	<0.025	<0.025	<0.025
9	ต่างประเทศ	<0.025	<0.025	<0.025
10	ต่างประเทศ	<0.025	<0.025	<0.025

หมายเหตุ: การทดสอบมีค่าต่ำสุดที่สามารถตรวจพบได้ (limit of detection) อยู่ที่ 0.025 มก./กก.

ตารางที่ 2 ผลการตรวจสอบการปนเปื้อนของสารหนูในผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าว เทียบกับเกณฑ์มาตรฐานการปนเปื้อนเดิม และแบบใหม่ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข

ผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าว	เกณฑ์มาตรฐานการปนเปื้อนเดิม (0.2 มก./กก.)		เกณฑ์มาตรฐานการปนเปื้อนใหม่ (2 มก./กก.)	
	จำนวนที่ผ่าน	จำนวนที่ไม่ผ่าน	จำนวนที่ผ่าน	จำนวนที่ไม่ผ่าน
ในประเทศ	18	0	18	0
ต่างประเทศ	12	0	12	0
รวม	30	0	30	0

วิจารณ์

การที่ไม่พบการปนเปื้อนของสารหนูในผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวข้างต้นอาจเกิดจากทุกผลิตภัณฑ์ในโรงงานศึกษานี้ล้วนได้รับการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาแล้ว จึงเป็นการคัดกรองเบื้องต้นทำให้ผู้ประกอบการที่นำเข้าและจัดจำหน่ายมีความเอาใจใส่ในกระบวนการผลิตและคัดกรองวัตถุดิบที่เลือกใช้มาเป็นอย่างดี จึงทำให้ไม่พบการปนเปื้อนสารหนู ซึ่งผลจากงานสำรวจนี้จึงช่วยสร้างความมั่นใจของผู้บริโภคในการบริโภคผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวได้ระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามในโรงงานการศึกษานี้เป็นเพียงการสุ่มตรวจตัวอย่างเพียง 10 ผลิตภัณฑ์ผลิตภัณฑ์ละ 3 ตัวอย่าง แม้จะสามารถใช้ตรวจสอบเบื้องต้นได้ แต่การตรวจไม่พบอาจไม่สามารถบ่งชี้ถึงผลิตภัณฑ์ทั้งหมดในตลาดได้ อย่างไรก็ตามผู้บริโภคยังคงควรตระหนักถึงการปนเปื้อนของสารหนูในผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าว และควรเลือกผลิตภัณฑ์ผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

นอกจากนี้ ควรมีการทดสอบแบบสุ่มการปนเปื้อนของสารหนูในผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวอย่างต่อเนื่องจากหน่วยงานต่างๆ เป็นประจำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความปลอดภัยให้แก่ผู้บริโภคมากขึ้น สนับสนุนให้ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวควรมีการแสดงปริมาณสารหนูที่ปนเปื้อนเฉลี่ยที่ตรวจพบลงบนฉลากผลิตภัณฑ์ หากตรวจไม่พบก็ให้ระบุว่าตรวจไม่พบได้โดยห้องปฏิบัติการที่ทดสอบการปนเปื้อนในผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวนั้นควรเป็นห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานและได้รับการรับรองตามหลักเกณฑ์ของ

กระทรวงสาธารณสุข และควรแนบหลักฐานการตรวจแก่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้บริโภค และเป็นแนวทางในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวแก่ผู้บริโภค ควรบริโภคผลิตภัณฑ์ทดแทนนมวัวอย่างหลากหลายหมุนเวียนกันมากกว่าการบริโภคผลิตภัณฑ์ทดแทนนมวัวอย่างใด-อย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว เพื่อลดโอกาสการสะสมสารปนเปื้อนที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่อาจพบในผลิตภัณฑ์ทดแทนนมวัวจนอาจส่งผลต่อสุขภาพได้

การศึกษาในครั้งนี้แม้จะตรวจไม่พบปริมาณสารหนูปนเปื้อนในตัวอย่างผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าว แต่ก็ยังไม่อาจสามารถสรุปผลในความปลอดภัยในผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวทั้งหมดได้ เนื่องจากเป็นผลการศึกษาผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวที่มีวางจำหน่ายในตลาดออนไลน์ที่ผ่านการรับรองโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเพียง 10 ผลิตภัณฑ์เท่านั้น ด้วยเหตุนี้จึงไม่สามารถสื่อถึงผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวทั่วประเทศได้ ควรเลือกศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่นโดยอาจจะทดสอบในกลุ่มที่เป็นผลิตภัณฑ์พื้นบ้านที่มีจำหน่ายตามพื้นที่ท้องถิ่นต่างๆ หรือผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวยี่ห้ออื่นๆ ที่ยังไม่ได้รับการทดสอบ และอาจเพิ่มจำนวนของตัวอย่างของผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวให้มากขึ้นเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษารั้งถัดๆ ไป

การศึกษาในครั้งนี้ถัดไปอาจเพิ่มการตรวจวิเคราะห์การปนเปื้อนอื่นๆ ภายในผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าว ไม่ว่าจะเป็นยาฆ่าแมลง โลหะหนักอื่นๆ หรือจุลินทรีย์ก่อโรคต่างๆ เพื่อสร้างความตระหนักและความมั่นใจแก่ผู้ที่บริโภคผลิตภัณฑ์น้ำนมข้าวยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และผลักดันให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณคณะกรรมการและคณาจารย์ท่านอื่นๆ ทุกท่านที่ให้คำปรึกษา ตรวจสอบ และ

แนะนำข้อแก้ไขต่างๆ ที่มีประโยชน์และมีส่วนช่วยทำให้การศึกษานี้มีความสมบูรณ์และมีคุณค่ายิ่งขึ้น ขอขอบคุณบริษัทห้องปฏิบัติการกลาง (ประเทศไทย) จำกัด ที่ได้ร่วมมือและช่วยเหลือในการตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1. อุทยานหลวงราชพฤกษ์. ข้าว..ระยะไหน? ด้อยอย่างไรบ้าง? [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 16 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.royalparkrajapruek.org/Knowledge/view/248>
2. อำพลฟูตส์ รีเทล. เผยความลับข้ามเวลาของ “ข้าวระยะน้ำนม” สู่ร้านหม้อข้าว [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 16 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://goodlifeforyou.com/article/detail/49>
3. Chaudhari PR, Tamrakar N, Singh L, Tandon A, Sharma D. Rice nutritional and medicinal properties: a review article. Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry [Internet]. 2018 [cited 2023 Jan 16];7(2):150-6. Available from: <https://www.phytojournal.com/archives/2018/vol7issue2/PartC/7-1-256-103.pdf>
4. ศีลาวุธ ดำรงศิริ, อภิษฎา ดวงทอง. สารหนูในดินของประเทศไทยและการเปลี่ยนแปลงชีวปริมาณออกฤทธิ์ของสารหนูภายใต้สภาวะไร้อากาศ. วารสารสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 16 ม.ค. 2566];24(1):1-8. แหล่งข้อมูล: <https://ej.eric.chula.ac.th/article/view/271>
5. สุตา วรรณประสาท. ภาวะพิษเรื้อรังจากสารหนู [อินเทอร์เน็ต]. 2554 [สืบค้นเมื่อ 16 ม.ค. 2566]. แหล่งข้อมูล: https://www.rama.mahidol.ac.th/poisoncenter/sites/default/files/public/pdf/books/Antidote_book1-10_CHRONIC-ARSENIC-POISONING.pdf
6. American Cancer Society Medical and Editorial Content Team. Arsenic and cancer risk [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 16]. Available from: <https://www.cancer.org/healthy/cancer-causes/chemicals/arsenic.html>
7. Shannon R, Rodriguez JM. Total arsenic in rice milk. Food Addit Contam Part B Surveill 2014;7(1):54-6.
8. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 356) พ.ศ. 2556 เรื่อง เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 130, ตอนพิเศษ 87 ง (ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2556).
9. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 414) พ.ศ. 2563 ออกตามความในพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เรื่อง มาตรฐานอาหารที่มีสารปนเปื้อน. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 137, ตอนพิเศษ 118 ง (ลงวันที่ 20 พฤษภาคม 2563).

A Study on Arsenic Contamination in Rice Milk Products Sold on Online Marketplaces in Thailand

Santi Wachirajirakorn

*Program in Anti-aging and Regenerative Medicine College of Integrative Medicine,
Dhurakij Pundit University, Bangkok, Thailand*

Abstract

Rice milk products are one of the alternative beverages to replace drinking cow's milk. Rice milk contains many beneficial nutrients. Although, rice milk has many benefits, consuming it also carries the risk of exposure to arsenic contamination. Arsenic is a heavy metal that negatively affects the body's systems and significantly increases the risk of cancer. Hence, it is clear that if rice milk products are contaminated with arsenic, consumers will be adversely affected by this contamination. Moreover, there are currently limited studies on arsenic contamination in rice milk products, and there is no study in Thailand regarding this issue. Therefore, this survey research was conducted to investigate arsenic contamination in rice milk products sold in online markets in Thailand. Ten brands with the highest sales and certification from the Food and Drug Administration were selected, with three samples per brand, totaling 30 samples. These samples were sent for testing at the Central Laboratory (Thailand) Co., Ltd. using the ICP-MS method. The results of the study revealed that no arsenic contamination was found in all 30 samples. The lowest detectable value by ICP-MS was 0.025 mg/kg. The results of this study have helped build consumer confidence to some extent in consuming rice milk products that do not contain arsenic contamination. Although no arsenic contamination was found in any of the samples, it is important to note that all the products in this research were approved by the Food and Drug Administration. Therefore, this serves as a preliminary screening and may not be representative of every product in Thailand. Consumers should remain cautious about the possibility of arsenic contamination in rice milk products, especially those not approved by the Food and Drug Administration.

Keywords: rice milk; arsenic; contamination

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

สุชาติ ลั่นสิน, สุรเดช สำราญจิตต์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.947 วิเคราะห์ข้อมูลหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสถิติ Pearson's product moment correlation coefficient กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 45-60 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรี ดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ ไม่มีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี มีรายได้ 40,001 บาทขึ้นไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=4.22$, $SD=0.48$) และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับสูง ($M=3.76$, $SD=0.59$) ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง อยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, $r=0.236$ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม ($r=0.437$) กับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส.; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

วันรับ: 5 ก.ค. 2567

วันแก้ไข: 9 ส.ค. 2567

วันตอบรับ: 12 ส.ค. 2567

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก และมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ ปัจจัยหลักมาจากการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม

ชอบรับประทานอาหารที่มีรสจัด หวาน มัน และเค็มเป็นประจำ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การมีภาวะเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และพบการเสียชีวิตสูงสุดในโรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 7.3, 4.0, 1.3 และ 0.6 ตามลำดับ⁽¹⁾ จากปัญหาโรคไม่ติดต่อที่มีความรุนแรงขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อที่สอดคล้อง

กับเป้าหมายยุทธศาสตร์ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) มุ่งเน้นพัฒนาคนและสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เรื่องโรคไม่ติดต่อเพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและดูแลตนเองได้ รวมถึงพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย เพื่อให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดีในทุกกลุ่มวัย⁽²⁾

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นเสมือนกุญแจสู่ผลลัพธ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี⁽³⁾ การพัฒนาและเสริมสร้างให้บุคลากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถระดับบุคคลในการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน มีการชี้นำระบบสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาความต้องการ โดยเพิ่มความสามารถที่จะเข้าถึงข้อมูลสุขภาพให้เกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีทักษะในการจัดการตนเองจนสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและสามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อเข้ามาเสนอ เพื่อใช้เป็นเหตุผลในการประกอบในการตัดสินใจเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นและในการแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ให้บริการและสามารถคาดการณ์ความเสี่ยงด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นได้รวมทั้งกำหนดเป้าประสงค์ในการดูแลสุขภาพตนเอง การพัฒนาทักษะและศักยภาพที่ส่งผลให้บุคคลมีการควบคุมสุขภาพและปรับเปลี่ยนปัจจัยที่ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นด้วยโมเดลความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้การมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ เพิ่มการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ มีการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ เพิ่มการจัดการตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพสามารถรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพจนสามารถเกิดการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องได้⁽⁴⁾ จากการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทยวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ในภาพรวมของประเทศ พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. (3 อ. คือ อาหาร อารมณ์ดี ออกกำลังกาย และ 2 ส. คือ งดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา) ของกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ระดับดีมาก ร้อยละ 65.60 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 19.88 ระดับพอใช้ ร้อยละ 7.33 และระดับไม่ดี ร้อยละ 7.19 ส่วนระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของ

กลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ภาพรวมประเทศ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก ร้อยละ 51.10 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 30.02 ระดับพอใช้ ร้อยละ 14.75 และระดับไม่ดีร้อยละ 4.13 ส่วนในภาพรวมของความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 12 พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับดีมาก ร้อยละ 56.75 รองลงมาระดับดี ร้อยละ 20.50 ระดับพอใช้ ร้อยละ 10.50 และระดับไม่ดี ร้อยละ 12.25 ส่วนระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ภาพรวมส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพระดับดีมาก ร้อยละ 47.50 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 31.25 ระดับพอใช้ ร้อยละ 17.75 และระดับไม่ดี ร้อยละ 3.50⁽⁵⁾ ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐานต่ำ จะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้นและมีอัตราการตายที่สูงขึ้น แต่ถ้ามีความรอบรู้ระดับพื้นฐานสูงเพียงพอจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพดี ลดอัตราการป่วย การเข้ารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล และค่าใช้จ่าย⁽⁶⁾

บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังถือว่าเป็นกลุ่มวัยทำงานและเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการขับเคลื่อนงานด้านความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสำหรับเป็นแบบอย่างที่ดีต่อระบบสุขภาพขององค์กร ทั้งนี้ หากส่งเสริมให้บุคลากรเหล่านี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี ก็จะทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีตามมา โรคไม่ติดต่อ-เรื้อรังลดลง ลดการขาดงาน ลดการเจ็บป่วยและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและยังมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีผลผลิตในการทำงานมากขึ้น จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน กำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรส่งผลให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถปฏิบัติหน้าที่ที่รับผิดชอบได้อย่างมีคุณภาพเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดียิ่งต่อตัวบุคคลและองค์กรต่อไป

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินโครงการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ต่อไป

วิธีการศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จำนวน 150 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จำนวน 150 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยการเปิดตารางของตาราง Krejcie & Morgan⁽⁷⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 คนและใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) กำหนดสัดส่วนแบบเท่ากัน

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการศึกษานี้ เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงจากการศึกษาค้นคว้า เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่ศึกษาและสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน โรคประจำตัว ดัชนีมวลกาย และรายได้ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (check list) จำนวน 9 ข้อ และแบบสอบถามแบบเติมตัวเลขจำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 6 ด้าน 18 ข้อ ดังนี้ (1) การเข้าถึง

ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพด้านสุขภาพของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง (2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (3) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ (4) การตัดสินใจด้านสุขภาพ (5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และ (6) การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ลักษณะแบบสอบถามทุกด้านเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating Scale) สร้างตามมาตรวัดของ Likert 5 ระดับ การแปลผลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง ประกอบด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 5 ด้าน 22 ข้อ ดังนี้ ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการอารมณ์ ด้านการควบคุมการสูบบุหรี่ ด้านการควบคุมการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า สร้างตามมาตรวัดของ Likert 5 ระดับ การแปลผลคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. เป็น 3 ระดับ โดยคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. อยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (tryout) กับบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.947

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง เลขที่ P 030/2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ หาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. สถิติเชิงอนุมาน คือ สถิติทดสอบหาค่า Pearson's product moment correlation coefficient (r) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง สรุปผลได้ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จำนวน 108 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.70) อายุ 45-60 ปี (ร้อยละ 56.50) ระดับการศึกษาปริญญาตรี

(ร้อยละ 62.00) ดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติ (ร้อยละ 63.00) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 69.40) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 70.37) ระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 50.92) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 40,001 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 42.59) ดังตารางที่ 1

2. ผลการวิเคราะห์ความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า บุคลากรมีความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมในระดับสูง (M=4.12, SD=0.48) เมื่อจำแนกตามความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน พบในแต่ละด้านมีระดับความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ดังนี้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (M=4.23, SD=0.64) ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (M=4.38, SD=0.57) ด้านการตอบโต้ชักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ (M=4.49, SD=0.57) ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ (M=4.31, SD=0.60) ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง (M=4.06, SD=0.70) และด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ (M=3.86, SD=0.61) ดังตารางที่ 2

3. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. พบว่า บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ในภาพรวมอยู่ใน

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จำแนกตามปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล (n=108)

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	37	34.30
หญิง	71	65.70
2. อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 35	27	25.00
36 - 44	20	18.50
45 - 60	61	56.50
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	10	9.30
ปริญญาตรี	67	62.00
สูงกว่าปริญญาตรี	31	28.70

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จำแนกตามปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล (n=108) (ต่อ)

ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. ดัชนีมวลกาย		
ต่ำกว่าปกติ	8	7.40
ปกติ	32	29.60
สูงกว่าปกติ	68	63.00
5. โรคประจำตัว		
มี	33	30.60
ไม่มี	75	69.40
6. สถานภาพ		
โสด	29	26.85
สมรส	76	70.37
หม้าย/หย่า/แยก	3	2.78
7. ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน (ปี)		
น้อยกว่า 10	55	50.92
11 - 19	25	23.15
20 ขึ้นไป	28	25.93
8. รายได้ (บาท)		
น้อยกว่า 20,000	28	25.93
20,001 - 40,000	34	31.48
40,001 ขึ้นไป	46	42.59

อายุ Max = 60 ปี, Min = 25 ปี, Mean = 44.64 ปี

รายได้ Max = 70,000 บาท, Min = 8,000 บาท, Mean = 33,500 บาท

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง รายด้านและภาพรวม (n=108)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	4.23	0.64	สูง
ด้านความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	4.38	0.57	สูง
ด้านการตอบโต้ซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	4.49	0.57	สูง
ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ	4.31	0.60	สูง
ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	4.06	0.70	สูง
ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	3.86	0.61	สูง
ภาพรวม	4.12	0.48	สูง

ระดับสูง (M=3.76, SD=0.58) เมื่อจำแนกตามพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. พบว่าส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูง จำนวน 4 ด้าน คือ ด้านการออกกำลังกาย (M=3.49, SD=0.95) ด้านการจัดการด้านอารมณ์ (M=3.90, SD=0.77) ด้านการสูบบุหรี่ (M=4.23, SD=1.18) ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (M=3.91, SD=1.20) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง คือ ด้านการบริโภคอาหาร (M=3.38, SD=0.58) ดังตารางที่ 3

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน รายได้ กับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส.

พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.236, p<0.05$) สำหรับอายุและระยะเวลาปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ในระดับต่ำมาก ดังตารางที่ 4

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส.

พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($r=0.367$) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ($r=0.435$) ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ($r=0.304$) ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ($r=0.371$) และในภาพรวมของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง รายด้านและภาพรวม (n=108)

พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส.	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
ด้านการบริโภคอาหาร	3.38	0.58	ปานกลาง
ด้านการออกกำลังกาย	3.49	0.95	สูง
ด้านการจัดการด้านอารมณ์	3.90	0.77	สูง
ด้านการสูบบุหรี่	4.23	1.18	สูง
ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	3.91	1.20	สูง
ภาพรวม	3.76	0.58	สูง

($r=0.437$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนด้านการตอบโต้ซักถามเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ ($r=0.293$) ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ($r=0.225$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ดังตารางที่ 5

วิจารณ์

ผลการศึกษานี้พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง อยู่ในระดับดีถึงดีมาก เช่นเดียวกับการศึกษาของนาฎยา คลีเกสร⁽⁸⁾ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาล-

ตารางที่ 4 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน รายได้ กับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จำแนกรายข้อ (n=108)

ข้อมูลส่วนบุคคล	พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. อายุ	0.110	0.255	ต่ำมาก
2. ระยะเวลาปฏิบัติงาน	0.086	0.378	ต่ำมาก
3. รายได้	0.236*	0.014	ต่ำ

* นัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$

ตารางที่ 5 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จำแนกรายข้อ (n=108)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.367*	<0.001	ปานกลาง
2. ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	0.435*	<0.001	ปานกลาง
3. ด้านการตอบโต้ซักถามเพื่อเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ	0.293*	0.002	ต่ำ
4. ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ	0.304*	<0.001	ปานกลาง
5. ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	0.225*	0.008	ต่ำ
6. ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	0.371*	<0.001	ปานกลาง
ภาพรวม	0.437*	<0.001	ปานกลาง

*นัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$

ระนอง และการศึกษาของวิชุดา นพเสริญ และคณะ⁽⁹⁾ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปี ในอำเภอพยุพสุหะคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านในระดับสูง และมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ในระดับสูง ทั้งด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการด้านอารมณ์ ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

สำหรับด้านการบริโภคอาหารมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายสูงกว่าปกติถึงร้อยละ 63 ซึ่งมีแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง ทั้งนี้บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังเป็นผู้นำด้านสุขภาพมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับสูง โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรมมารับประทานอาหารประเภทหวาน มัน เค็ม ได้แก่ การรับประทานอาหารประเภททอด ต้มยำ หมูย่าง ปาท่องโก๋ การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำชา กาแฟ และพบว่าบุคลากรบางคน เมื่อเริ่มเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันสูง จึงเริ่มตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหารอย่างเข้มงวดและต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีบุคลากรเพียงส่วนน้อยที่ได้ดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารอย่างจริงจัง เช่น นำอาหารที่ปรุงเองมารับประทาน เน้นการรับประทานผักและผลไม้ ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังควรจัดให้มีโครงการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารเพื่อมุ่งเน้นให้บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และส่งเสริมให้เป็นต้นแบบระดับบุคคลด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการบริโภคอาหาร

นอกจากนี้ค้นพบว่า พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. มีความสัมพันธ์กับรายได้ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าผู้มีรายได้ 40,001 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 42.59) จะมีพฤติกรรมการบริโภคที่มีคุณภาพ เพื่อสร้างความปลอดภัยให้แก่ตนเองและครอบครัว ถึงแม้ว่าสินค้านั้นจะมีราคาสูงกว่าปกติ ในทางตรงข้าม บุคลากรที่มีรายได้สูงแต่มีค่าใช้จ่ายด้านอื่น ๆ มากกว่ารายจ่ายในการดูแลเรื่องสุขภาพ ก็จะมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. สัมพันธ์กับรายได้

ในระดับต่ำ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้บุคลากรตระหนักในการเลือกสินค้าอุปโภคบริโภคที่มีคุณภาพ การออมเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อันส่งผลให้มีสุขภาพที่ดี

ส่วนปัจจัยด้านอายุและระยะเวลาปฏิบัติงานของบุคลากรไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ในบุคลากรที่มีอายุ 45-60 ปี หรือบุคลากรมีระยะเวลาการปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี

ข้อดีของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ได้ดีกว่ากลุ่มอื่นๆ

ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเฉพาะที่มีองค์ความรู้และต้นทุนทางสุขภาพ ส่งผลให้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย จากข้อมูลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น สรุปได้ว่า บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง มีระดับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ยกเว้นพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. มีความสัมพันธ์กับรายได้ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้น ควรมีจัดทำโครงการส่งเสริมการจัดกิจกรรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารให้กับบุคลากร เพื่อเป็นต้นแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีกิจกรรมดำเนินการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่ของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง เช่น กิจกรรมการบริโภคเครื่องดื่มที่ไม่มีรสหวาน เช่น กาแฟ ชาเย็น การหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ไขมันสูง ได้แก่ อาหารประเภทของทอด หวาน มัน เค็ม โดยเน้นการรับประทานผักและผลไม้ เป็นต้น
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรังควรสร้างนโยบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหารของบุคลากรเพื่อเป็นบุคลากรสาธารณสุขต้นแบบในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร
ที่ถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความ
ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส.
ของบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่การเป็นผู้นำ
การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุข
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะ
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่ให้ความรู้
คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง และขอบคุณผู้ทรง-
คุณวุฒิ ผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงาน เครือข่ายงานสุขศึกษา
ผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ตลอดจนบุคลากร กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน
ที่กรุณาและสละเวลาในการให้ข้อมูลสำคัญ จนทำให้งานวิจัย
ครั้งนี้วิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์ การป้องกัน และควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: อีโมชั่นอาร์ต; 2565.
2. กรมควบคุมโรค. แผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ. นนทบุรี: กองนวัตกรรมและวิจัย กรมควบคุมโรค; 2562.
3. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การประเมินและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 30 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <http://www.hed.go.th>
4. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International 2009;15(3):259-67.
5. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การประเมินและการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 30 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <http://www.hed.go.th>
6. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และนำไปใช้. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง; 2561.
7. Krejcie RV, Morgan DW. Determination sample size for research activities. Education and Psychology Measurement 1970;30(3):607-10.
8. นาฎยา คลีเกสร. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) 2566;38(1):56-65.
9. วิชุดา นพเสริฐ, นิตาชล นุบผา, อรุณณี ใจเที่ยง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยทำงานอายุ 45-59 ปี ในอำเภอพยุหะคีรีจังหวัดนครสวรรค์. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2566;50(1):257-70.

Relationship Study between Health Literacy and Health Behavior 3 E 2 S Personal at Trang Provincial Public Health Office

Suchat Lunsin, Suradej Samranjit

Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand

Abstract

This research is a descriptive research with the objective to study personal factors and identify the level of health literacy and health behavior 3 E 2 S (3 E = Eating, Exercise, Emotion; 2 S = Stop Smoking, Stop Drinking) among personnel at Trang Provincial Public Health Office, and study the relationship between the personal factors and the health literacy with the health behaviors. Data were collected from a sample of 108 peoples. The tool use was questionnaire with a reliability of 0.947; and were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation. The correlation was determined by Pearson's correlation coefficient. The significance level was set at 0.05. The results showed that most of them were male in the age range of 45-60 years, bachelor's degree level, body mass index higher than normal, mostly with underlying disease, married, duration of work was less than 10 years, and income was more than 40,000 baht. The health literacy from the sample group answered most at a high level (M=4.22, SD=0.48); and health behavior was also at high level (M=3.76, SD=0.59). The relationship between income and health behaviors 3E 2S personal at Trang Provincial Public Health Office was at a low level of correlation with $r=0.236$, $p<0.05$. The relationship between overall health literacy ($r=0.437$), and health behaviors 3E 2S personal at Trang Provincial Public Health Office was at a moderate level ($p<0.05$).

Keywords: health behavior 3E-2S; health literacy; personnel at provincial public health office

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนา- เด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

พริณัฐ สุวรรณ

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำนวน 248 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย (1) ปัจจัยส่วนบุคคล (2) ปัจจัยการรับรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก และ (3) พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson's product moment correlation coefficient ผลการวิจัยพบว่า มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=4.48$, $SD=0.44$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ($M=4.57$, $SD=0.48$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าปาก ($M=4.37$, $SD=0.56$) ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง ($M=4.47$, $SD=0.51$) และพบว่า ปัจจัยการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่อยู่ในระดับสูงมาก ($r=0.707$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค; การรับรู้; โรคมือเท้าปาก; ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

วันรับ: 18 ก.ค. 2567

วันแก้ไข: 25 ส.ค. 2567

วันตอบรับ: 28 ส.ค. 2567

บทนำ

โรคมือเท้าปาก เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่ม Enteroviruses ที่พบเฉพาะในมนุษย์ ซึ่งมีหลายสายพันธุ์ มักพบการติดเชื้อในกลุ่มทารกและเด็กเล็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะไม่แสดงอาการป่วย หรืออาจพบอาการเพียงเล็กน้อย เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ ปวดเมื่อย เป็นต้น

จะปรากฏอาการดังกล่าว 3-5 วัน แล้วหายได้เอง แต่บางรายจะมีอาการรุนแรง ขึ้นอยู่กับชนิดของไวรัสที่มีการติดเชื้อ สำหรับสายพันธุ์ก่อโรคมือเท้าปาก เชื้อที่พบบ่อยคือ Coxsackie virus A16, A6 โรคนี้มักมีอาการไม่รุนแรง และหายได้เอง ยกเว้นกรณีที่เกิดจากเชื้อ Enterovirus 71 ซึ่งอาจพบมีภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ปอดบวม กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ สมอองอักเสบ ซึ่งมักนำไปสู่ภาวะหัวใจวาย

ระบบหายใจล้มเหลว และอาจรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ส่วนใหญ่พบการระบาดในเด็กเล็กและมักจะมีการระบาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สถานรับเลี้ยงเด็ก โรงเรียน และชุมชน โดยมีการระบาดในช่วงฤดูฝน ช่วงเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม หากเกิดการระบาดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือโรงเรียน อาจจะต้องปิดโรงเรียนหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ส่งผลให้ผู้ปกครองต้องเลี้ยงบุตรหลานเอง เป็นสาเหตุของการหยุดงาน อาจส่งผลกระทบต่อรายได้อีกด้วย ที่สำคัญคือส่งผลกระทบต่อพัฒนาการและสุขภาพของเด็ก สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้โรคมือเท้าปากเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องมีการเฝ้าระวังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 โดยมอบหมายให้สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค เริ่มมีการเฝ้าระวังรายงานและสอบสวนผู้ป่วยสงสัยติดเชื้อ *Enterovirus 71* และป้องกันควบคุมโรคนับตั้งแต่นั้นมา⁽¹⁾

จากการรายงานผู้ป่วยย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2561-2566) พบผู้ป่วยโรคมือเท้าปากตลอดทั้งปี ส่วนใหญ่จะพบผู้ป่วยมากขึ้นตั้งแต่เดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม และสูงสุดในเดือนมิถุนายน เนื่องจากเป็นช่วงเปิดภาคเรียนของสถานศึกษา สำหรับปี พ.ศ. 2566 สถานศึกษาเปิดภาคเรียนที่ 1 เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ทำให้พบผู้ป่วยมากขึ้นในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม เนื่องจากเด็กเข้ามาอยู่รวมกันจำนวนมาก ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อได้อย่างรวดเร็ว หากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและโรงเรียนมีการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคตามมาตรฐานการที่กรมควบคุมโรคกำหนด เช่น การตรวจคัดกรองเด็กทุกเช้า การแยกเด็กป่วย การทำความสะอาดห้องเรียน ที่นอน อุปกรณ์เครื่องใช้ และของเล่นเป็นประจำ สม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จะสามารถป้องกันควบคุมโรค ลดการป่วยและการเสียชีวิตของเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อีกทั้งเป็นการสร้างเสริมสุขภาพเด็กให้แข็งแรงสมบูรณ์ พร้อมในการพัฒนาการเรียนรู้อย่างมีศักยภาพ⁽²⁾

สำหรับข้อมูลเฝ้าระวังจังหวัดกระบี่ ในปี พ.ศ. 2566 ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม - 31 ตุลาคม พ.ศ. 2566 พบผู้ป่วยจำนวน 71 ราย อำเภอที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ อำเภอเกาะลันตา 33.25 ต่อแสนประชากร อำเภอลำทับ 28.37 ต่อแสนประชากร อำเภอเมืองกระบี่ 18.43 ต่อแสนประชากร

อำเภออ่าวลึก 15.92 ต่อแสนประชากร อำเภอคลองท่อม 15.37 ต่อแสนประชากร อำเภอเขาพนม 3.12 ต่อแสนประชากร อำเภอเหนือคลอง 3.09 และอำเภอปลายพระยา 2.59 ต่อแสนประชากร⁽³⁾ ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในอำเภอเขาพนม ปี พ.ศ. 2566 มีจำนวน 15 แห่ง ภายใต้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่อำเภอเขาพนม ส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในพื้นที่รอยต่อระหว่างอำเภอ ทำให้เด็กในพื้นที่อำเภอใกล้เคียงเดินทางเข้ามาเรียนในพื้นที่จำนวนมาก หากมีโรคติดต่อของพื้นที่ใกล้เคียงก็อาจจะนำโรคติดต่อเข้ามาระบาดในพื้นที่ได้

จากข้อมูลดังกล่าวเบื้องต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ และเพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการป้องกันโรคมือเท้าปาก เป็นแนวทางปรับปรุงพัฒนาการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคมือเท้าปาก และสามารถช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดโรคมือเท้าปากในกลุ่มเด็กเล็กต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ ดังนี้ เพื่อศึกษาปัจจัยการรับรู้กับการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ และเพื่อศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรม การป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

วิจัยเชิงสำรวจแบบหาความสัมพันธ์ (correlation study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ จำนวน 15 แห่ง ผู้ปกครองเด็ก จำนวน 693 คน⁽⁴⁾ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของ Krejcie & Morgan⁽⁵⁾ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 248 คน ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบช่วงขั้นอย่างมีสัดส่วน

ซึ่งเป็นกรกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละช่วงชั้นต่อจำนวนผู้ปกครองเด็กทั้งหมด โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มย่อย⁽⁶⁾

ขอบเขตด้านระยะเวลาในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม พ.ศ 2567

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มแบบช่วงชั้นอย่างมีสัดส่วน ซึ่งเป็นการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนในแต่ละช่วงชั้นต่อจำนวนผู้ปกครองเด็กทั้งหมด โดยใช้สูตรในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มย่อย⁽⁶⁾

$$\frac{\text{ผู้ปกครองในแต่ละศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก} = 248 \times \text{จำนวนประชากรเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก}}{\text{จำนวนประชากรเด็กทั้งหมดในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่สุ่มได้}}$$

วิธีการรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ดำเนินการตามขั้นตอนและมีการเก็บแบบสอบถาม จำนวน 248 ชุด โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตในการทำการวิจัยและเก็บข้อมูลถึงหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ เพื่อทำการเก็บข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา
2. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและแจกแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างอ่าน-เขียนภาษาไทยไม่ได้ ผู้วิจัยอ่านข้อคำถามและตัวเลือกให้กลุ่มตัวอย่างฟัง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ถูกต้องของแบบสอบถาม ความเรียบร้อยของแบบสอบถาม จากนั้นจึงเก็บรวบรวมเพื่อนำมาลงรหัสสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ความเที่ยงตรงของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามตรวจหาความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามทฤษฎี

โดยมีค่าความตรงตามเนื้อหา (index of item objective congruence; IOC) ของแบบสอบถามทุกส่วนได้ค่า IOC ระหว่าง 0.5-1.00 ซึ่งแสดงถึงความตรงที่ดีของแบบสอบถาม แสดงว่าเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา มีความสอดคล้องตรงตามเนื้อหาของงานวิจัย

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้พิจารณาตรวจสอบเพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาและวัตถุประสงค์ หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่มีการปรับแก้ให้สมบูรณ์แล้วไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา คือ ผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่อำเภอลำทับ จังหวัดกระบี่ จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับมีค่าเท่ากับ 0.875 จึงสามารถนำไปใช้เก็บข้อมูลได้⁽⁷⁾ จากผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้านปัจจัยการรับรู้ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.863 และด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.867

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS โดยมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ ดังนี้

1. **สถิติเชิงพรรณนา** ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ด้านต่างๆ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก
2. **สถิติเชิงอนุมาน** วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ โดยใช้การทดสอบค่า Pearson's product moment correlation coefficient ทดสอบสมมติฐานความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษ โดยเสนอโครงร่างวิจัยเข้ารับการพิจารณาด้านจริยธรรม การวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

2. เมื่อผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการชี้แจง วัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล สิทธิของกลุ่ม ตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธการเข้าร่วม วิจัย การปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่างลงในแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับและไม่นำ มาเปิดเผย การศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่ม ตัวอย่าง แบบสอบถามจะเก็บไว้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูล จะถูกทำลายหลังจากมีการวิเคราะห์และเขียนรายงานหลัง การวิจัยเสร็จสิ้นภายใน 1 ปี ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบ ก่อนการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยทำหนังสือถึงนายกเทศมนตรี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ (สำหรับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย) เพื่อขอความ อนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนา- เด็กเล็ก โดยผู้วิจัยเข้าพบนายกองค์การบริหารส่วนตำบล และนายกเทศมนตรี เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่ม- ตัวอย่าง และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย

3. ผู้วิจัยลงพื้นที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชี้แจงรูปแบบ ในการเก็บข้อมูลวิจัยกับครูพี่เลี้ยงและผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้ ผู้ปกครองเด็กที่เข้าร่วมโครงการวิจัย ลงชื่อหรือประทับ ลายนิ้วมือในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม ก่อนเริ่ม เก็บข้อมูล และมีอิสระในการตัดสินใจออกจากการวิจัย ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มอาสาสมัคร ทดสอบเครื่องมือและกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

ผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 174 คน (ร้อยละ 70.16) ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ ระหว่าง 29-39 ปี จำนวน 116 คน (ร้อยละ 46.77) ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพ สมรส จำนวน 164 คน (ร้อยละ 66.13) ระดับการศึกษา มากที่สุด คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. จำนวน 82 คน (ร้อยละ 33.06) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากที่สุด อยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท จำนวน 103 คน (ร้อยละ 41.53) อาชีพมากที่สุด คือ อาชีพเกษตรกร จำนวน 97 คน (ร้อยละ 39.11) และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองกับเด็กมาก ที่สุด มีความสัมพันธ์เป็นพ่อ/แม่ จำนวน 186 คน (ร้อยละ 75.00) ดังตารางที่ 1

ระดับการรับรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง (M=4.48, SD=0.44) และเมื่อ พิจารณาเป็นรายด้านผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับการรับรู้ อยู่ในระดับสูง ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (M=4.51, SD=0.56) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค (M=4.48, SD=0.53) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค (M=4.57, SD=0.48) และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน โรคมือเท้าปาก (M=4.37, SD=0.56) ดังตารางที่ 2

พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ อยู่ในระดับสูง (M=4.47 SD=0.51) เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ย รายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ หากเด็กมีอาการ ใช้เจ็บในปาก ท่านจะให้เด็กหยุดเรียน (M=4.56, SD=0.67) และท่านให้บุตรหลานกินอาหารปรุงสุกใหม่เสมอ (M=4.56,

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ (n=248)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	74	29.84
หญิง	174	70.16
อายุ (ปี)		
18 - 28	52	20.97
29 - 39	116	46.77

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ (n=248) (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
40 - 50	64	25.81
51 ขึ้นไป	16	6.45
สถานภาพสมรส		
โสด	45	18.15
สมรส	164	66.13
หม้าย	21	8.47
หย่า/แยกกันอยู่	18	7.26
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	67	27.02
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	82	33.06
อนุปริญญา/ปวส.	32	12.90
ปริญญาตรี	53	21.37
สูงกว่าปริญญาตรี	7	2.82
อื่นๆ (ประถมศึกษา)	7	2.82
รายได้ (บาท)		
<5,000	14	5.65
5,001 - 10,000	103	41.53
10,001 - 15,000	78	31.45
15,001 - 20,000	41	16.53
>20,000	12	4.84
อาชีพ		
ข้าราชการ	12	4.84
รัฐวิสาหกิจ	5	2.02
รับจ้างทั่วไป	51	20.56
ลูกจ้างตามภารกิจ/พนักงานราชการ	19	7.66
เกษตรกร	97	39.11
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	36	14.52
แม่บ้าน	19	7.66
อื่นๆ (นักการเมืองท้องถิ่น)	9	3.63
ความสัมพันธ์ของท่านกับเด็ก		
พ่อ/แม่	186	75.00
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	24	9.68
ลุง/ป้า/น้า/อา	35	14.11
อื่นๆ (พี่เลี้ยงเด็ก)	3	1.21

ตารางที่ 2 ปัจจัยการรับรู้ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

การรับรู้เกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็ก	M	SD	ระดับการรับรู้
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าปาก	4.51	0.56	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือเท้าปาก	4.48	0.53	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าปาก	4.57	0.48	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าปาก	4.37	0.56	สูง
รวม	4.48	0.44	สูง

SD=0.65) รองลงมา คือ หากเด็กไม่สบายท่านได้ดูแลเด็กเบื้องต้น เช่น เช็ดตัวลดไข้ก่อนพาไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (M=4.55, SD=0.65) และหลังจากท่านสัมผัสน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ หรืออุจจาระของเด็ก ท่านรีบล้างมือทันที (M=4.50, SD=0.70) ท่านแนะนำให้เด็กปิดปาก ปิดจมูก ขณะไอจาม (M=4.50, SD=0.69) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

การทดสอบสมมติฐาน ปัจจัยการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่พบว่า ปัจจัยการรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ โดยภาพรวมมีความสัมพันธ์กันสูงมาก ($r=0.707$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า

ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($r=0.510$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ($r=0.613$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค ($r=0.660$) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าปาก ($r=0.580$) มีความสัมพันธ์กันสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครอง ($p<0.01$) เนื่องจากผู้ปกครองส่วนใหญ่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าปากที่ดี

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็ก	Mean	SD	ระดับความคิดเห็น
1. ท่านดูแลรักษาบริเวณบ้านให้สะอาดอยู่เสมอ	4.49	0.67	สูง
2. ท่านให้เด็กล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังจากเข้าห้องน้ำ และก่อนรับประทานอาหาร	4.49	0.72	สูง
3. ท่านตรวจสอบสุขภาพเด็กเบื้องต้นก่อนและหลังเข้าเรียน เช่น อาการไข้ ตุ่มแผลที่มือ เท้าและปาก	4.49	0.67	สูง
4. ท่านล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งหลังจากเข้าห้องน้ำ และก่อนรับประทานอาหาร	4.46	0.70	สูง
5. ท่านแนะนำให้เด็กปิดปาก ปิดจมูก ขณะไอจาม	4.50	0.69	สูง
6. หากเด็กมีอาการไข้ เจ็บในปาก ท่านจะให้เด็กหยุดเรียน	4.56	0.67	สูง

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็ก	Mean	SD	ระดับความคิดเห็น
7. ท่านทำความสะอาดของเล่นเด็กด้วยน้ำผสมคลอรีนหรือน้ำยาไฮเตอร์เป็นประจำ	4.17	0.95	สูง
8. ท่านทิ้งกระดาษทิชชูที่ใช้เช็ดน้ำมูก น้ำลายของเด็กที่ป่วยลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด	4.48	0.72	สูง
9. หากเด็กไม่สบาย ท่านแยกเด็กให้อยู่ในห้องส่วนตัว	4.30	0.90	สูง
10. หากเด็กไม่สบาย ท่านได้ดูแลเด็กเบื้องต้น เช่น เช็ดตัวลดไข้ ก่อนไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	4.55	0.65	สูง
11. ท่านให้บุตรหลานแยกใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่นเมื่อมีอาการไม่สบาย เช่น แก้วน้ำ ช้อน จาน ขวดนม	4.47	0.74	สูง
12. หากบุตรหลานของท่านไม่สบาย ท่านจะไปรับบุตรหลานของท่านที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อพาไปสถานพยาบาลทันที	4.55	0.66	สูง
13. ท่านหลีกเลี่ยงการพาบุตรหลานของท่านไปเล่นที่สนามเด็กเล่นหรือสวนสาธารณะ เมื่อได้ข่าวว่ามีโรคมือเท้าปากเกิดขึ้นในชุมชน	4.48	0.69	สูง
14. ท่านให้บุตรหลานใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	4.49	0.65	สูง
รวม	4.47	0.51	สูง

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างปัจจัยการรับรู้กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	0.510*	<0.001	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	0.613*	<0.001	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค	0.660*	<0.001	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าปาก	0.580*	<0.001	สูง
รวม	0.707*	<0.001	สูงมาก

*นัยสำคัญทางสถิติ p<0.01

($M=4.51$ $SD=0.56$) เห็นความสำคัญของสุขภาพเด็ก ซึ่งหากจะพิจารณารายประเด็นข้อคำถามรายข้อ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มือเท้าปาก ในระดับสูง ทำให้ผู้ปกครองสามารถเข้าใจและมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ นวนเกิด⁽⁸⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า โรคมือเท้าปากสามารถติดต่อได้โดยการหยิบจับของเล่น หรืออาหารที่ปนเปื้อนเชื้อโรค

การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง ($p<0.01$) เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค จะทำให้ผู้ปกครองทราบถึงสาเหตุ ผลกระทบและอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากโรคมือเท้าปาก หากไม่มีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันโรค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของจันทราวดี พรหมโสภณ และสมคิด ปราบภัย⁽⁹⁾ ที่พบว่า เมื่อผู้ปกครองได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรคแล้วจะทำให้เกิดความตระหนักในการป้องกันไม่ให้เกิดในปกครองป่วยเป็นโรค รวมถึงมีวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเนื่องจากทราบอันตรายของการเกิดโรค ทั้งนี้เพราะการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลทราบว่าผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากโรคน้อยเพียงใด และเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยของบุคคล และพฤติกรรมการเจ็บป่วย ถ้าบุคคลใดรับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงมากพอที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และกระทบกระเทือนต่อหน้าที่ในสังคม บุคคลย่อมเกิดความกลัวและจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง ($p<0.01$) เนื่องจากการที่ผู้ปกครองได้รับรู้ถึงประโยชน์และผลทางบวกที่จะเกิดขึ้นหากมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันโรค และมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดี มีประโยชน์ที่จะช่วยป้องกันไม่ให้นบุตรหลานของตนเองป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก และป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่เด็กคนอื่นๆ ได้จึงทำให้ผู้ปกครองเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับงานวิจัยของพัชราภรณ์ บติรัฐ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า เมื่อผู้ปกครองรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค

จะทำให้แสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคได้

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าปาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครอง ($p<0.01$) เนื่องจากการศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ($M=4.51$, $SD=0.56$) แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ผู้ปกครองจะรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าปาก เมื่อเด็กป่วยเป็นโรคมือเท้าปาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยพัชราภรณ์ บติรัฐ⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอสามกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ให้เด็กในปกครอง ใส่เสื้อผ้าสะอาด/ไม่ให้ใส่เสื้อผ้าที่สกปรก รองลงมา คือ ให้เด็กในความปกครองเล่นของเล่นที่สะอาด ส่วนด้านที่มีพฤติกรรมน้อยที่สุด คือ การพาเด็กในปกครองไปในสนามเด็ก เล่น/สถานที่ที่มีคนหนาแน่น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็ก ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกันโรค และสิ่งชักจูงและแรงจูงใจในการป้องกันโรค

การส่งเสริมให้ความรู้โรคมือเท้าปาก และข้อมูลข่าวสารของโรคให้กับผู้ปกครองเด็ก โดยมีการรณรงค์กระตุ้นเตือนด้านข้อมูลข่าวสารการจัดกิจกรรมให้ความรู้ไปยังผู้ปกครองเด็ก เช่น ผ่านช่องการสื่อสารทางไลน์กลุ่มของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อย่างสม่ำเสมอ มีมาตรการการตรวจคัดกรองโรค โดยผู้ปกครองตรวจสุขภาพเด็กที่บ้านก่อนจะมาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และมีการคัดแยกเด็กป่วย รวมถึงให้เด็กหยุดเรียนเมื่อป่วย จะช่วยป้องกันโรคก่อนที่จะมีอาการรุนแรง และสามารถป้องกันควบคุมโรคได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปาก ได้แก่

ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมือเท้าปาก การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมือเท้าปาก การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมือเท้าปาก และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมือเท้าปาก ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาคส่วนสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนทรัพยากรในการป้องกันโรคให้แก่ผู้ปกครองอย่างต่อเนื่อง และร่วมมือกันหารูปแบบและจัดกิจกรรมสร้างเสริมพลังเป็นการตั้งศักยภาพของผู้ปกครองในการป้องกันโรค และช่วยส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้เกิดการรับรู้ที่ดีเกี่ยวกับโรคมือเท้าปาก และสุขภาพที่ดีของเด็ก เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปากได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้วิจัยขอเสนอแนะแนวทางในการนำผลการศึกษาไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ดังนี้

การสร้างมาตรการร่วมกัน ควรมีการส่งเสริมให้ความรู้โรคมือเท้าปาก และข้อมูลข่าวสารของโรคให้กับผู้ปกครองเด็ก โดยมีการรณรงค์กระตุ้นเตือนด้านข้อมูลข่าวสารการจัดกิจกรรมให้ความรู้ไปยังผู้ปกครองเด็ก เช่น ผ่านช่องทางสื่อสารทางไลน์กลุ่มของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อย่างสม่ำเสมอ มีมาตรการการตรวจคัดกรองโรค โดยผู้ปกครองตรวจสุขภาพเด็กที่บ้านก่อนจะมาที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผู้ดูแล-

เด็กตรวจคัดกรองเด็กก่อนเข้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และมีการคัดแยกเด็กป่วย รวมถึงให้เด็กหยุดเรียนเมื่อป่วย จะช่วยป้องกันโรคก่อนที่จะมีอาการรุนแรง และสามารถป้องกันควบคุมโรคได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุรเดช สำราญจิตต์ และรองศาสตราจารย์ ดร.จันทร์จารี เกตุมาโร และอาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ที่ได้ให้ความรู้ คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ให้ข้อชี้แนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้งานวิจัยมีความถูกต้องและความสมบูรณ์ของเนื้อหาทางวิชาการยิ่งขึ้น ขอขอบพระคุณอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบ รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยจนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. มาตรฐานการดำเนินงานศูนย์เด็กปลอดภัยฉบับที่ใช้ประเมิน ปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค; 2561.
2. กรมควบคุมโรค. แนวทางป้องกันควบคุมโรคมือ เท้า ปาก ในสถานศึกษา. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2566.
3. งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่. รายงานสถานการณ์เฝ้าระวังโรคมือเท้าปาก. กระบี่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกระบี่; 2566.
4. งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม. รายงานสถานการณ์เฝ้าระวังโรคมือเท้าปาก. กระบี่: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขาพนม; 2566.
5. Krejcie RV, Morgan DW. Determination sample size for research activities. *Education and Psychology Measurement* 1970;30(3):607-10.
6. บุญมี พันธุ์ไทย. ระเบียบวิธีการวิจัยการศึกษาเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2554.
7. DeVillis RK. *Scale development: theory and applications*. California: Sage Publications; 2012.
8. กนกวรรณ นวนเกิด. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2563. 115 หน้า.
9. จันทราวดี พรหมโสภณ, สมคิด ปรารบภัย. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารควบคุมโรค* 2560;43(4):356-67.
10. พัชราภรณ์ บดีรัฐ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กและผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์เด็กเล็ก อำเภอลานกระบือ. รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ กลุ่มระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์ 2515;6(1):347-56.

A Study of the Relationship between Perception Factors and Hand-Foot-and-Mouth Disease Prevention Behavior of Parents of Children in the Child Development Center, Khao Phanom District, Krabi Province

Phiranat Suwan

Faculty of Public Health, Ramkhamhaeng University, Bangkok, Thailand

Abstract

This study was descriptive, aiming to investigate the preventive behaviors of hand, foot, and mouth disease (HFMD) among parents at child development centers and to examine the relationship between perception factors and preventive behaviors against HFMD in Khaopanom District, Krabi Province. The sample consisted of 248 parents from child development centers. Data were collected using a Hand-Foot-Mouth Disease Prevention Behavior Questionnaire and analyzed with software to determine frequency, percentage, maximum value, mean, and standard deviation. Pearson's correlation coefficient test was used for correlation analysis. The results indicated that overall perception of HFMD among parents was high ($M=4.48$, $SD=0.44$), with the highest average pertaining to perceived benefits of disease prevention ($M=4.57$, $SD=0.48$). The lowest average related to perceived barriers to prevention ($M=4.37$, $SD=0.56$). Most children's parents exhibited high-level preventive behaviors against HFMD ($M=4.47$, $SD=0.51$). A significant relationship at the 0.01 level was found between perception factors and preventive behaviors.

Keywords: disease prevention behavior; perception factor; Hand-Foot-Mouth Disease (HFMD); Child Development Center

ระบบข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการเพื่อสนับสนุน การพัฒนานโยบายภาษีโซเดียม

ธีรวัฒน์ อภิปรัชญาสุติกุล

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและรวบรวมฐานข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายภาษีโซเดียม และวิเคราะห์ช่องว่างในการจัดทำฐานข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการของประเทศไทยต่อกระบวนการพัฒนานโยบายภาษีโซเดียม รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการพัฒนาฐานข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการที่มีประสิทธิภาพต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่มเป้าหมายหลักในการจัดเก็บภาษีโซเดียม ได้แก่ อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารแช่เย็นแช่แข็ง และขนมขบเคี้ยวเป็นสำคัญ จากการรวบรวมระบบข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการ โดยสืบค้นข้อมูลทุติยภูมิที่สามารถเข้าถึงได้ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ทบทวนและวิเคราะห์ช่องว่าง สรุปและเสนอแนะแนวทางการพัฒนา พบว่า โครงสร้างข้อมูลวิชาการเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายภาษีโซเดียม ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ด้านสุขภาพ/สาธารณสุข ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านเศรษฐศาสตร์ และด้านกฎหมาย/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้พบข้อจำกัดและโอกาสในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อาทิ ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพ ควรใช้ระเบียบวิธีการสำรวจที่เป็นมาตรฐาน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรระดับประเทศ และวางแผนการสำรวจให้ต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน ควรจัดทำเกณฑ์ปริมาณโซเดียมแนะนำในผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม เพื่อเป็นเครื่องมือในการดำเนินนโยบายทางภาษี โดยใช้เหตุผลทางด้านโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อ สำหรับข้อมูลทางการตลาดของผลิตภัณฑ์อาหาร พบข้อจำกัดในการเข้าถึงฐานข้อมูลของภาคเอกชน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรแลกเปลี่ยนข้อมูล และบูรณาการฐานข้อมูลร่วมกัน รวมทั้งพิจารณาความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การวางกรอบนโยบายทางภาษีมีประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ: นโยบายภาษีโซเดียม; ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา; สารทดแทนเกลือ

วันรับ: 26 ก.ค. 2567

วันแก้ไข: 25 ส.ค. 2567

วันตอบรับ: 29 ส.ค. 2567

บทนำ

โซเดียม เป็นแร่ธาตุสำคัญในการทำหน้าที่ปรับสมดุลน้ำ ของเหลว และความดันโลหิตให้แก่ร่างกาย การบริโภคโซเดียมปริมาณสูง เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยไตจะทำงานหนักเพื่อช่วยในการปรับระดับ

โซเดียมในร่างกาย เมื่อไตที่ไตเริ่มทำงานผิดปกติไม่สามารถขับโซเดียมได้ในปริมาณที่เหมาะสมจนร่างกายมีปริมาณโซเดียมสะสมสูง น้ำในร่างกายก็จะเพิ่มปริมาณมากขึ้น นั่นหมายถึงว่าระดับปริมาณเลือดก็จะสูงขึ้นด้วย เมื่อปริมาณเลือดสูงขึ้น เลือดต้องวิ่งผ่านไปยังเส้นเลือดมากขึ้น เป็นผลให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้น ซึ่งหัวใจก็ต้องสูบฉีดหนักขึ้น

เพราะปริมาณเลือดที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้หัวใจเต้นเร็วขึ้น ส่งผลให้อวัยวะในระบบต่างๆ ทำงานหนักไปด้วย นำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ทั้งนี้โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตเรื้อรัง เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากการศึกษาความชุกของโรค พบว่ามีประชากรไทยที่เป็นความดันโลหิตสูงถึง 1 ใน 4 ของผู้ใหญ่หรือกว่า 10 ล้านคน และพบว่าประชากรไทยเป็นโรคไตเรื้อรังประมาณ 7 ล้านคน ถ้าความดันโลหิตสูงไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา เช่น หัวใจวาย อัมพาต และความเสื่อมจากการทำงานของไตนำไปสู่ภาวะไตวาย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะพัฒนาไปสู่โรคไตเรื้อรังภายใน 10 ปี หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้เหมาะสม⁽¹⁾

องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ประชาชนบริโภคโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน เทียบเท่าเกลือ 1 ช้อนชา⁽²⁾ อย่างไรก็ตามมากกว่าครึ่งของประชากรโลกบริโภคโซเดียมเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน⁽³⁾ ปัญหาการบริโภคเกลือและโซเดียมจึงมีความสำคัญในระดับนานาชาติ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การลดเกลือและโซเดียมเป็น 1 ใน 9 เป้าหมายระดับโลกในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ (non-communicable diseases; NCDs) ภายใน พ.ศ. 2568 โดยกำหนดให้ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลงร้อยละ 30 ภายใน พ.ศ. 2568 จากการที่ร่างกายได้รับปริมาณโซเดียมมากเกินไปความต้องการ นอกจากจะเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ระดับความดันโลหิตเพิ่มสูงขึ้นแล้ว ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่ออื่นๆ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด⁽⁴⁾ โรคความดันโลหิตสูง⁽⁵⁾ โรคไตเรื้อรัง⁽⁶⁾ โรคเบาหวาน⁽⁷⁾ และโรคอ้วน⁽⁸⁾ ซึ่งโรคไม่ติดต่อเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรโลกมากถึง 39.5 ล้านคน หรือประมาณร้อยละ 70 ของจำนวนประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมด⁽⁹⁾ โรคไม่ติดตอยังส่งผลกระทบต่อวงกว้างทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยมีการประมาณการณ์ถึงต้นทุนผลกระทบจากโรคไม่ติดต่อทั่วโลกตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554-2573 ว่ามีมูลค่าประมาณ 1,401 ล้านล้านบาท สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาดัชนีหรือความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากโรคไม่ติดต่อ พบว่าต้นทุนที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อ ใน พ.ศ. 2552 มีมูลค่าทั้งสิ้น 198,512 ล้านบาท หรือคิดเป็นร้อยละ 2.2 ของผลิตภัณฑ์

มวลรวมประชาชาติ (GDP) หรือประมาณ 3,128 บาทต่อหัวประชากร⁽¹⁰⁾

ประเทศไทยมีโครงสร้างภาษีสรรพสามิตที่เอื้อให้มีการปรับเปลี่ยนหรือเพิ่มเติมสินค้าที่ควรมีการจัดเก็บภาษี โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ทางสุขภาพของประชาชนมากกว่าการเก็บภาษีเพื่อเป็นรายได้ของรัฐ นอกจากนี้ บทเรียนจากการขับเคลื่อนมาตรการภาษีเครื่องดื่มที่มีน้ำตาล สะท้อนให้เห็นความเป็นไปได้ในการนำมาตราการทางภาษีมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตาม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและลดแรงต้านจากภาคอุตสาหกรรม จำเป็นจะต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งในด้านข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการ การกำหนดกระบวนการทางนโยบายภาษีที่เหมาะสม โดยกำหนดขอบเขตผลิตภัณฑ์อาหารที่ควรมีการเก็บภาษีในกลุ่มอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง เช่น บะหมี่และโจ๊กสำเร็จรูป อาหารแช่เย็น แช่แข็ง และขนมขบเคี้ยว เป็นต้น และการกำหนดนโยบายอื่นๆ ควบคู่ด้วย เพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่ามีการวิจัยหลายชิ้นที่ศึกษาผลกระทบของภาษีและการมาตรการสร้างแรงจูงใจทางภาษี หากแต่องานวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลในอดีตเพื่อหาความสัมพันธ์และประมาณการณ์⁽¹¹⁾ การวิจัยภาคสนามและงานวิจัยในประเทศที่กำลังพัฒนายังมีน้อยและเป็นที่ต้องการ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับเครือข่ายลดบริโภคเค็ม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องบูรณาการขับเคลื่อนและผลักดันนโยบายภาษีโซเดียมมาอย่างต่อเนื่อง จากการประชุมปรึกษาหารือของคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้เชี่ยวชาญและภาคียุทธศาสตร์ ร่วมกับกรมสรรพสามิต และสำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลังที่ผ่านมา เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการเพื่อสนับสนุนการพัฒนานโยบายภาษีโซเดียมร่วมกัน บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนและรวบรวมฐานข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายภาษีโซเดียม และวิเคราะห์ช่องว่างในการจัดทำฐานข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการของประเทศไทยต่อกระบวนการพัฒนานโยบายภาษีโซเดียม รวมทั้งเสนอแนะแนวทางการพัฒนาฐานข้อมูลและหลักฐานทาง

วิชาการที่มีประสิทธิภาพต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมุ่งเน้นผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่มเป้าหมายหลักในการจัดเก็บภาษี-โซเดียม ได้แก่ อาหารกึ่งสำเร็จรูป อาหารแช่เย็น แช่แข็ง และขนมขบเคี้ยวเป็นสำคัญ⁽¹²⁾ โดยสืบค้นข้อมูลทุติยภูมิที่สามารถเข้าถึงได้ ได้แก่ ฐานข้อมูล รายงาน ผลการสำรวจ และงานวิจัยของหน่วยงานภาครัฐ สถาบันการศึกษา องค์กรภาคประชาสังคม และองค์การระหว่างประเทศ โดยดำเนินการสืบค้นข้อมูลในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ทบทวนและวิเคราะห์ช่องว่าง สรุปและเสนอแนะแนวทางการพัฒนา

หลักการและแนวคิดของมาตรการทางราคาและภาษีในผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

มาตรการทางราคาและภาษีเป็นหนึ่งในมาตรการที่มีศักยภาพในการลดการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเป็นมาตรการที่มีความคุ้มค่าและมีประสิทธิผลมากที่สุด (best buy intervention) ในการลดการสูบบุหรี่ และบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเป็นมาตรการที่ควรดำเนินการ (good buy intervention) ในการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ซึ่งเป็นมาตรการที่สามารถดำเนินการได้ในทุกประเทศ รวมถึงประเทศที่มีข้อจำกัดทางทรัพยากรการดำเนินงาน⁽¹³⁾

นอกจากนี้มาตรการทางราคาและภาษีเป็นมาตรการที่ถูกแนะนำเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อ โดยใช้หลักการทางเศรษฐศาสตร์ กล่าวคือ มาตรการทางราคาและภาษีจะทำให้ราคาสินค้ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากการผลักราคาภาษีไปที่ผู้บริโภค ในกรณีนี้เมื่อราคาสินค้ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น การซื้อและการบริโภคก็จะมีแนวโน้มลดลง โดยมาตรการทางราคาและภาษีจะเป็นกลไกกระตุ้นที่สำคัญให้กับอุตสาหกรรมอาหารหรือผู้ผลิตสินค้าปรับเปลี่ยนสูตรผลิตภัณฑ์เพื่อลดการเสียภาษี ซึ่งผลในระยะยาวคือผู้บริโภคจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภค และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ⁽¹⁴⁾ ดังนั้นมาตรการทางราคาและภาษีที่มุ่งเป้าไปยังผลิตภัณฑ์อาหารอุตสาหกรรมจึงเป็นมาตรการที่ช่วยปกป้องสุขภาพของประชาชน และยังเป็นการจัดประเกศให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ร่วมกันพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียม และการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียมสูง

1) รายงานการสำรวจสถานการณ์การบริโภคโซเดียมในคนไทย โดยเครือข่ายลดการบริโภคเค็ม ร่วมกับองค์การอนามัยโลก ประจำปีประเทศไทย พ.ศ. 2562-2563 โดยการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง (24-hour urine collection) ซึ่งเป็นวิธี gold standard ในการประเมินปริมาณโซเดียมทั้งในการศึกษาทางคลินิกและทางระบาดวิทยา ครอบคลุมกลุ่มตัวอย่าง 1,599 คน สุ่มเลือกแบบ multi-stage stratified-cluster random sampling พบว่าค่าเฉลี่ยการบริโภคโซเดียมของประชากรไทยเท่ากับ 3,636 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเท่ากับเกลือถึง 1.8 ช้อนชา โดยปริมาณการบริโภคโซเดียมเฉลี่ยเยอะที่สุดในภาคใต้ 4,108 มิลลิกรัมต่อวัน รองลงมาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3,316 มิลลิกรัมต่อวัน กรุงเทพมหานคร 3,496 มิลลิกรัมต่อวัน ภาคเหนือ 3,563 มิลลิกรัมต่อวัน และภาคกลาง 3,760 มิลลิกรัมต่อวัน ตามลำดับ⁽¹⁵⁾

2) รายงานผลการศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียมจากการประเมินปัสสาวะ 24 ชั่วโมง การศึกษาแบบภาคตัดขวาง พ.ศ. 2564-2565 โดยวิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า ร่วมกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ทำการศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียมจากการประเมินปัสสาวะ 24 ชั่วโมง แบบภาคตัดขวาง พ.ศ. 2564-2565 ใน 9 จังหวัด คือ พะเยา อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญแพร่ ลพบุรี นครพนม ยโสธร และพัทลุง ผลการสำรวจพบว่า ประชากรอายุ 20-69 ปี พบ 3 ใน 4 หรือประมาณร้อยละ 72-80 บริโภคโซเดียมมากกว่า 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน โดยในปี พ.ศ. 2564 พบสูงสุดที่จังหวัดพะเยา 4,054.8 มิลลิกรัม อำนาจเจริญ 3,773.9 มิลลิกรัม อุบลราชธานี 3,131.3 มิลลิกรัม และศรีสะเกษ 2,906.5 มิลลิกรัม ตามลำดับ สำหรับปี 2565 พบสูงสุดที่จังหวัดพัทลุง 4,880.0 มิลลิกรัม ยโสธร 4,087.1 มิลลิกรัม นครพนม 3,773.2 มิลลิกรัม ลพบุรี 3,706.7 มิลลิกรัม และ

แพร่ 2,771.7 มิลลิกรัมตามลำดับ นอกจากนี้ในแต่ละภูมิภาค จะมีการบริโภคโซเดียมแตกต่างกัน ยังพบกลุ่มผู้ชายมีการบริโภคโซเดียมต่อวันมากกว่ากลุ่มผู้หญิง กลุ่มอายุ 20-29 ปี มีการบริโภคโซเดียมมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ⁽¹⁶⁾

3) การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จากการซักประวัติการบริโภคย้อนหลัง 7 วัน ด้วยแบบสอบถาม food frequency questions (FFQ) จำนวนตัวอย่าง 20,470 ตัวอย่าง สุ่มเลือกแบบ multi-stage stratified-cluster random sampling พบว่า ค่ามัธยฐานของการบริโภคโซเดียมอยู่ที่ 3,264 มิลลิกรัมต่อวันต่อคน⁽¹⁷⁾

4) การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 โดย สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ร่วมกับ สสส. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากครัวเรือนตัวอย่างทั้งสิ้น 84,000 ครัวเรือนทั่วประเทศ ด้วยแบบแผนการเลือกตัวอย่างที่ใช้เป็นแบบ stratified two-stage sampling สำหรับข้อมูลสำรวจพฤติกรรม การบริโภคอาหาร ในกลุ่มอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ (หวาน มัน เค็ม) พบว่า ประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปมีการบริโภคอาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง อาหารกึ่งสำเร็จรูป และขนมกินเล่น หรือขนมกรุบกรอบ ในระดับที่มีความเสี่ยงสูง (รับประทานมากกว่า 5 วัน/สัปดาห์) เหลืออยู่ที่ร้อยละ 1.6 1.4 และ 6.8 ตามลำดับ นอกจากนี้ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ตอบด้วยตนเองเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการเก็บภาษี ในอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง พบว่า 1 ใน 3 เห็นด้วยกับการเก็บภาษีในอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูง (ร้อยละ 32.1) ส่วนที่ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 19.5 และที่ไม่แน่ใจ ร้อยละ 48.4⁽¹⁸⁾

จากการรวบรวมฐานข้อมูลสถานการณ์การบริโภคเกลือ และโซเดียม และการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียมสูง พบว่า มีความแตกต่างกันทั้งในด้านของวัตถุประสงค์ของการศึกษา ระเบียบวิธี ขนาดตัวอย่าง การแปรผล และความต่อเนื่องของการศึกษา ทำให้ข้อมูลดังกล่าวไม่เป็นปัจจุบัน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาวางแผนการติดตามสถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียม และการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียมร่วมกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อน และเป็นการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ซึ่งจะก่อให้เกิดฐานข้อมูลกลางของประเทศในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียม สนับสนุนการพัฒนา

นโยบายสาธารณะที่ช่วยลดผลกระทบทางสุขภาพจากการบริโภคเกลือและโซเดียมได้ตรงตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง รวมทั้งยังเป็นฐานข้อมูลสำคัญในการติดตามและประเมินผลกระทบจากการขับเคลื่อนนโยบายต่อไปด้วย

ปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร

รายงานโครงการติดตามปริมาณโซเดียมในอาหารพร้อมบริโภค และกึ่งสำเร็จรูป เพื่อการรณรงค์ลดเค็มลดโรค⁽¹⁹⁾ โดยสมาคมเพื่อนโรคไตแห่งประเทศไทย ร่วมกับเครือข่ายลดบริโภคเค็ม สำรวจการแสดงข้อมูลโภชนาการ และปริมาณโซเดียมบนฉลากอาหารของเครื่องปรุงรสอาหารกึ่งสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว และกลุ่มอาหารมื้อหลัก โดยการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารทั้ง 4 กลุ่ม จากร้านสะดวกซื้อและซูเปอร์มาร์เก็ตทั่วไป รวบรวมข้อมูลการแสดงผลฉลากโภชนาการ การแสดงผลฉลากโภชนาการแบบ GDA ของผลิตภัณฑ์ ทำการจำแนกและประมวลผล แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ (1) การแสดงผลฉลากโภชนาการ (2) การแสดงข้อความกล่าวอ้างทางโภชนาการ (3) การแสดงข้อความกล่าวอ้างเกี่ยวกับโซเดียมบนฉลากอาหาร และ (4) การแสดงผลปริมาณโซเดียมบนฉลากอาหาร

ผลสุ่มสำรวจฉลากโภชนาการในกลุ่มอาหารมื้อหลักแบบแช่เย็น แช่แข็งสำหรับอุ่นร้อนพร้อมรับประทาน ประจำปี พ.ศ. 2563 เริ่มเก็บตัวอย่างระหว่างวันที่ 3 พฤศจิกายน - วันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 53 ตัวอย่าง แยกออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มอาหารจานด่วน จำนวน 35 ตัวอย่าง กลุ่มอาหารอ่อน จำนวน 15 ตัวอย่าง และกลุ่มขนมหวาน จำนวน 3 ตัวอย่าง พบว่า กลุ่มอาหารจานด่วน มีปริมาณโซเดียมตั้งแต่ 450-1,390 มิลลิกรัม กลุ่มอาหารอ่อน มีปริมาณโซเดียมตั้งแต่ 380-1,340 มิลลิกรัม และกลุ่มขนมหวาน มีปริมาณโซเดียมตั้งแต่ 210-230 มิลลิกรัม

ผลสุ่มสำรวจปริมาณโซเดียมในฉลากโภชนาการกลุ่มขนมขบเคี้ยว ประจำปี พ.ศ. 2564 จำนวน 400 ตัวอย่าง พบว่า มีปริมาณโซเดียม ดังนี้ (1) ประเภทมันฝรั่ง ตั้งแต่ 80-1,080 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (2) ประเภทข้าวโพด ตั้งแต่ 25-390 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (3) ประเภทข้าวเกรียบและขนมอบกรอบ ตั้งแต่ 45-560 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (4) ประเภทสาหร่าย ตั้งแต่

0-510 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (5) ประเภทถั่วและนัต ตั้งแต่ 5-380 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (6) ประเภทปลาเส้น ตั้งแต่ 180-810 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (7) ประเภทแครกเกอร์และบิสกิต ตั้งแต่ 45-230 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (8) ประเภทเวเฟอร์ ตั้งแต่ 25-150 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค และ (9) ประเภทคุกกี้ ตั้งแต่ 65-220 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค

ผลสุ่มสำรวจปริมาณโซเดียมในฉลากโภชนาการกลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูป ประจำปี พ.ศ. 2564 จำนวน 300 ตัวอย่าง พบว่ามีปริมาณโซเดียม ดังนี้ (1) ประเภทก๋วยเตี๋ยว ก๋วยจั๊บ บะหมี่ เส้นหมี่ และวุ้นเส้น มีปริมาณโซเดียมตั้งแต่ 220-7,200 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค (2) ประเภทโจ๊ก ข้าวต้ม มีปริมาณโซเดียมตั้งแต่ 0-1,420 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค และ (3) ประเภทซूप มีปริมาณโซเดียมตั้งแต่ 170-810 มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค

เกณฑ์ปริมาณโซเดียม ในผลิตภัณฑ์อาหาร

1) WHO global sodium benchmarks for different food categories จัดทำโดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งได้มีการทบทวนข้อมูลปริมาณโซเดียมมากที่สุด (maximum level) ที่ไม่ควรเกินในแต่ละผลิตภัณฑ์อาหาร และเครื่องดื่มในแต่ละประเทศ จากนั้นกำหนด benchmark ปริมาณโซเดียมมากที่สุดขั้นต่ำที่ได้จากข้อมูลของแต่ละประเทศ โดยเกณฑ์ปริมาณโซเดียมสูงสุดสำหรับผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่มเป้าหมายหลักในการจัดเก็บภาษีโซเดียม ได้แก่ (1) กลุ่มขนมขบเคี้ยว เช่น มันฝรั่ง ผัก และขนมธัญพืช-โฮลเกรน ต้องมีโซเดียมไม่เกิน 500 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม ขนมขบเคี้ยว ต้องมีโซเดียมไม่เกิน 520 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม (2) กลุ่มซีเรียลอาหารเช้า เช่น ซีเรียลอาหารเช้าที่มีกระบวนการเตรียมมากที่สุด ต้องมีโซเดียมไม่เกิน 280 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม (3) กลุ่มอาหารพร้อมปรุง เช่น อาหารกระป๋อง ต้องมีโซเดียมไม่เกิน 225 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม พาสต้า ก๋วยเตี๋ยว และข้าวที่ปรุงด้วยซอส-ปรุงรสพร้อมรับประทาน ต้องมีโซเดียมไม่เกิน 230 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม อาหารสำเร็จรูป แช่เย็น แช่แข็ง ต้องมีโซเดียมไม่เกิน 250 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม ซุป (พร้อมเสิร์ฟ หรือ

กระป๋อง และซूपแช่เย็น) ต้องมีโซเดียมไม่เกิน 235 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม และ (4) เนื้อสัตว์แปรรูป เช่น ปลากระป๋อง ต้องมีโซเดียมไม่เกิน 360 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม⁽²⁰⁾

2) WHO South-East Asia region sodium benchmarks for packaged foods จัดทำโดยองค์การอนามัยโลกภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยพิจารณาความสอดคล้องกับเกณฑ์ปริมาณโซเดียมในอาหารระดับสากล และกำหนดเกณฑ์ปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปที่มีโซเดียมสูงสำหรับกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มประเทศดังกล่าว แบ่งผลิตภัณฑ์อาหารออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ (1) เนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ (2) ปลา และผลิตภัณฑ์จากปลา (3) เครื่องปรุงรส (4) อาหารพร้อมรับประทาน (5) อาหารกึ่งสำเร็จรูป และขนมขบเคี้ยว และ (6) ขนมปังและเบเกอรี่ โดยกำหนดปริมาณโซเดียมสูงสุดสำหรับผลิตภัณฑ์อาหารในแต่ละกลุ่มแตกต่างกันไป ตัวอย่างเช่น มันฝรั่งทอดกรอบ โซเดียมไม่เกิน 500 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม สำหรับทะเล โซเดียมไม่เกิน 575 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม ปลาเส้น โซเดียมไม่เกิน 1,540 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป โซเดียมไม่เกิน 1,730 ต่อซอง (เป้าหมายชั่วคราวใน 4 ปี) และปลากระป๋อง โซเดียมไม่เกิน 360 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม เป็นต้น⁽²¹⁾

3) เกณฑ์จำแนกอาหารตามมาตรฐานโภชนาการ (nutrient profile) ปี พ.ศ. 2565⁽²²⁾ โดยสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ครอบคลุมอาหาร 7 ประเภท ได้แก่ อาหารมื้อหลัก อาหารกึ่งสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว ขนมอบ นึ่ง ทอด ขนมหวานและไอศกรีม เครื่องดื่ม นมและผลิตภัณฑ์นม โดยพิจารณาพลังงาน และสารอาหารสำหรับการจำแนกอาหารที่ดีและไม่ดีต่อสุขภาพ สำหรับการกำหนดปริมาณโซเดียมในอาหารทุกประเภท ประกอบด้วย อาหารมื้อหลัก กำหนดปริมาณโซเดียมตามเกณฑ์ฉลากทางเลือกสุขภาพ (healthier choice) อาหารประเภทนมและผลิตภัณฑ์นม กำหนดปริมาณโซเดียมจากฐานข้อมูลคุณค่าทางโภชนาการ (food composition table) ของสำนักโภชนาการและสถาบันโภชนาการ ส่วนอาหารประเภทอาหารกึ่งสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว ขนมอบ นึ่ง ทอด ขนมหวานและไอศกรีม และเครื่องดื่ม องค์การอนามัยโลกได้แนะนำการบริโภคโซเดียมสูงสุดไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม

ต่อวัน ในขณะที่เดียวกันปริมาณพลังงานที่แนะนำให้บริโภค ใน 1 วัน สำหรับผู้ใหญ่ เท่ากับ 2,000 กิโลแคลอรี จึงคิด สัดส่วนปริมาณโซเดียมไม่เกิน 1 มิลลิกรัม ต่อพลังงาน 1 กิโลแคลอรี

อาหารมื้อหลัก หมายถึง อาหารที่ผลิตพร้อมบริโภค เป็นมื้อหลักในแต่ละวัน ไม่ใช่อาหารที่รับประทานระหว่างมื้อ และบรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่ายได้ทันที ประกอบด้วย อาหารจานเดียวปรุงสำเร็จ อาหารจานด่วน และอาหารแช่เย็น/ แช่แข็ง เป็นอาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภคทันที ซึ่งต้องเก็บ- รักษาไว้ในตู้เย็นหรือตู้แช่แข็งตลอดระยะจำหน่าย อยู่ใน ภาชนะที่พร้อมนำไปรับประทานได้ โดยต้องนำไปผ่าน เต่าไมโครเวฟก่อนบริโภค ซึ่งกำหนดปริมาณโซเดียม ในระยะที่ 2 พ.ศ. 2565-2567 ของ nutrient profile อยู่ในช่วงน้อยกว่า 75 และมากกว่า 150 มิลลิกรัมต่อ หน่วยบริโภค โดยใช้ระบบคะแนนในการจำแนกอาหารตาม มาตรฐานโภชนาการเป็น 0-5 คะแนน (โซเดียม <75 หรือ >150 มิลลิกรัม คิดเป็น 0 คะแนน โซเดียม 136-150 มิลลิกรัม คิดเป็น 1 คะแนน โซเดียม 121-135 มิลลิกรัม คิดเป็น 2 คะแนน โซเดียม 106-120 มิลลิกรัม คิดเป็น 3 คะแนน โซเดียม 91-105 มิลลิกรัม คิดเป็น 4 คะแนน โซเดียม 75-90 มิลลิกรัม คิดเป็น 5 คะแนน) และให้พิจารณา หลักเกณฑ์ประกอบอีก 2 ข้อ คือ (1) พลังงานของผลิตภัณฑ์ อาหารในกลุ่มนี้ต้องอยู่ในช่วง 250-500 กิโลแคลอรีต่อ หน่วยบริโภค และ (2) คะแนนสารอาหารของไขมันทั้งหมด กรดไขมันอิ่มตัว น้ำตาล และโซเดียม ต้องไม่เป็น 0 ทั้งนี้ การแปลผลคุณภาพอาหาร แบ่งออกเป็น เกรด A เท่ากับ 32-40 คะแนน และต้องผ่านหลักเกณฑ์ประกอบทั้ง 2 ข้อ เกรด B เท่ากับ 24-31 คะแนนหลักเกณฑ์ประกอบทั้ง 2 ข้อ และเกรด C เท่ากับ <24 คะแนน หรือไม่ผ่านทุกข้อกำหนด

อาหารกึ่งสำเร็จรูป หมายถึง อาหารที่ผ่านกรรมวิธี และปรุงแต่งมาบ้างแล้ว และใช้รับประทานอาหารหลังจาก ผ่านวิธีการอย่างง่าย ๆ และใช้เวลาสั้นโดยการเติมน้ำร้อน การต้ม หรือการเติมอาหารอื่นลงไป ประกอบด้วย บะหมี่- กึ่งสำเร็จรูป ข้าวต้มและโจ๊กกึ่งสำเร็จรูป และแกงจืดและ ชุปกึ่งสำเร็จรูป กำหนดปริมาณโซเดียมไม่เกิน 1 มิลลิกรัม ต่อพลังงาน 1 กิโลแคลอรี ดังนั้นกำหนดปริมาณโซเดียม มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 190 มิลลิกรัม โดยใช้ระบบคะแนน ในการจำแนกอาหารตามมาตรฐานโภชนาการเป็น 0-2

คะแนน (ระดับมาตรฐาน โซเดียม ≤ 190 มิลลิกรัม คิดเป็น 2 คะแนน ระดับตกเกณฑ์ โซเดียม $>190-380$ มิลลิกรัม คิดเป็น 1 คะแนน ระดับตกเกณฑ์มาก โซเดียม >380 มิลลิกรัม คิดเป็น 0 คะแนน) ทั้งนี้การแปลผลคุณภาพอาหาร ต้องพิจารณาคะแนนรวมปริมาณไขมันทั้งหมด กรดไขมัน- อิ่มตัว และน้ำตาลประกอบเพิ่มเติม แบ่งออกเป็น เกรด A เท่ากับ 7-8 คะแนน เกรด B เท่ากับ 5-6 คะแนน และเกรด C เท่ากับ 0-4 คะแนน

ขนมขบเคี้ยว แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่ม 1 ปลาเส้น สาหร่าย กลุ่ม 2 หมูทูป หนัปลา กลุ่ม 3 ถั่ว นัต และเมล็ดพืช กลุ่ม 4 มันฝรั่งทอดกรอบหรืออบกรอบหรือ อบเนย ข้าวเกรียบกุ้ง ข้าวอบกรอบปรุงรส ข้าวโพดกรอบ ปรุงรส ขนมปังกรอบหรือแครกเกอร์หรือบิสกิต เวเฟอร์ สดใส และกลุ่ม 5 ผักผลไม้อบกรอบ อบแห้ง โดยกำหนด ปริมาณโซเดียมในอาหารประเภทขนมขบเคี้ยว ให้มี ค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 80 15 100 และ 100 มิลลิกรัม ตามลำดับ

4) เกณฑ์สารอาหารที่ใช้รับรองผลิตภัณฑ์หลากหลาย- เลือกสุขภาพ (healthier choice)⁽²³⁾ โดยหลากหลายเลือก เพื่อสุขภาพ เป็นเครื่องหมายที่แสดงว่าผลิตภัณฑ์นั้น มีปริมาณน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ของกลุ่มอาหารนั้นๆ เป็นทางเลือกที่ช่วยให้ผู้บริโภค สามารถตัดสินใจเลือกซื้ออาหาร โดยการแสดงสัญลักษณ์ โภชนาการอย่างง่ายบนฉลากอาหารเป็นไปตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 373 (พ.ศ. 2559) เรื่องการ แสดงสัญลักษณ์โภชนาการบนฉลากอาหาร และประกาศ ที่เกี่ยวข้อง ปัจจุบันมีผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการรับรองสัญลักษณ์ โภชนาการทางเลือกสุขภาพทั้งหมด 14 กลุ่ม ครอบคลุม ผลิตภัณฑ์อาหาร 3,117 ผลิตภัณฑ์ (ข้อมูล ณ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2567) ซึ่งได้รับการยอมรับจากภาคอุตสาหกรรมมา ตามลำดับ โดยมีจำนวนของผลิตภัณฑ์ที่มาขอขึ้นทะเบียน การรับรองสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพเพิ่มขึ้น ในแต่ละปี

เกณฑ์ปริมาณโซเดียมที่ใช้ประกอบการพิจารณา รับรองการแสดงสัญลักษณ์โภชนาการให้กับอาหารกลุ่ม เป้าหมายหลักในการจัดเก็บภาษีโซเดียม ดังนี้ (1) อาหาร มื้อหลัก เกณฑ์ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2565-2567) ของ healthier choice ต้องมีโซเดียมอยู่ในช่วง 75-150 มิลลิกรัมต่อ

หน่วยบริโภค (การพิจารณาให้การรับรองผลิตภัณฑ์อาหาร ต้องผ่านเกณฑ์และข้อกำหนด ได้แก่ พลังงานของผลิตภัณฑ์ ต้องอยู่ในช่วง 250-500 กิโลแคลอรีต่อหน่วยบริโภค คะแนนสารอาหารของไขมันทั้งหมด ไขมันอิ่มตัว น้ำตาล และโซเดียม ต้องไม่เป็น 0 และคะแนนรวมของสารอาหาร ทั้ง 8 ชนิดรวมกัน ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ 20 คะแนน จากคะแนนรวมทั้งหมด 40 คะแนน) (2) อาหารกึ่งสำเร็จรูป ประกอบด้วย บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ต้องมีโซเดียมไม่เกิน 1,000 มิลลิกรัมต่อ 50 กรัม สำหรับบรรจุภัณฑ์ที่มีหนึ่งหน่วยบริโภคไม่เกิน 70 กรัม ยกเว้น หากหนึ่งหน่วยบริโภค มากกว่า 70 กรัม ต้องมีโซเดียมไม่เกิน 1,400 มิลลิกรัม ต่อหน่วยบรรจุ ข้าวต้มและโจ๊กที่ปรุงแต่ง ต้องมีโซเดียม ไม่เกิน 1,000 มิลลิกรัมต่อ 50 กรัม สำหรับบรรจุภัณฑ์ที่มี หนึ่งหน่วยบริโภคไม่เกิน 50 กรัม ยกเว้น หากหนึ่งหน่วย บริโภคมากกว่า 50 กรัม ต้องมีโซเดียมไม่เกิน 1,000 มิลลิกรัม ต่อหน่วยบรรจุ และแกงจืด และซूपชนิดเข้มข้น ชนิดก้อน

ชนิดผง หรือชนิดแห้ง ต้องมีโซเดียมไม่เกิน 240 มิลลิกรัม ต่อ 100 กรัม ที่ปรุงสำเร็จ (เกณฑ์ดังกล่าวนี้ หมายถึง ซุปที่เป็นลักษณะผงหรือก้อน และเติมน้ำเพื่อรับประทานได้ทันที ซึ่งไม่รวมถึงซูปก้อนที่ใช้เป็นวัตถุดิบในการประกอบ อาหาร) (3) ขนมขบเคี้ยว (ประกอบด้วย มันฝรั่งทอดหรือ อบกรอบ ข้าวโพคั่วทอดหรืออบกรอบ ข้าวเกรียบทอดหรือ อบกรอบ อาหารขบเคี้ยวชนิดอบพอง สำหรับย่อยทอดหรือ อบกรอบ หรือเคลือบปรุงรส ปลาเส้นทอดหรืออบกรอบ หรือปรุงรส ขนมปังกรอบหรือแครกเกอร์ หรือบิสกิต เวเฟอร์สอดไส้) ต้องมีโซเดียมไม่เกิน 500 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม และถั่ว นัต และเมล็ดพืชแห้ง ต้องมีโซเดียมไม่เกิน 100 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าเกณฑ์ปริมาณโซเดียม แนะนำในผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่มเป้าหมาย ยังมีความ แตกต่างกัน โดยเกณฑ์จำแนกอาหารตามมาตรฐาน โภชนาการ (nutrient profile) กำหนดเกณฑ์ปริมาณโซเดียม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบเกณฑ์ปริมาณโซเดียมแนะนำระหว่างเกณฑ์จำแนกอาหารตามมาตรฐานโภชนาการ (nutrient profile) เกณฑ์สารอาหารที่ใช้รับรองผลิตภัณฑ์ทางเลือกสุขภาพ (healthier choice) และเกณฑ์ WHO sodium benchmark กรณีตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่มเป้าหมาย 3 ผลิตภัณฑ์ ได้แก่ อาหารแช่เย็น แช่แข็ง บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป และมันฝรั่งทอด

ผลิตภัณฑ์	เกณฑ์ปริมาณโซเดียม						
	nutrient profile					healthier choice	WHO benchmark
กลุ่มอาหารมื้อหลัก							
อาหารแช่เย็น แช่แข็ง	คะแนน (ระยะที่ 2 พ.ศ. 2565-2567)					ใช้เกณฑ์ เดียวกันกับ nutrient profile	250 มิลลิกรัม ต่อ 100 กรัม
	1	2	3	4	5		
	136-150	121-135	106-120	91-105	75-90		
* มิลลิกรัมต่อหนึ่งหน่วยบริโภค							
กลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูป							
บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	คะแนน					≤1,400 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม	1,730 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม
	ระดับมาตรฐาน 2 คะแนน		ระดับมาตรฐาน 1 คะแนน				
	≤380		>380-760				
* มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม							

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบเกณฑ์ปริมาณโซเดียมแนะนำระหว่างเกณฑ์จำแนกอาหารตามมาตรฐานโภชนาการ (nutrient profile) เกณฑ์สารอาหารที่เลือกรองผลิตภัณฑ์หลากหลายทางเลือกสุขภาพ (healthier choice) และเกณฑ์ WHO sodium benchmark กรณีตัวอย่างผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่มเป้าหมาย 3 ผลิตภัณฑ์ ได้แก่ อาหารแช่เย็น แช่แข็ง ะหมี่กึ่งสำเร็จรูป และมันฝรั่งทอด (ต่อ)

ผลิตภัณฑ์	เกณฑ์ปริมาณโซเดียม			
	nutrient profile	healthier choice	WHO benchmark	
กลุ่มขนมขบเคี้ยว				
มันฝรั่งทอด	คะแนน		≤500 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม	500 มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม
	ระดับมาตรฐาน 2 คะแนน	ระดับมาตรฐาน 1 คะแนน		
	≤333	>333-666		
	*มิลลิกรัมต่อ 100 กรัม			

แนะนำต่ำที่สุดในแต่ละผลิตภัณฑ์ รองลงมาหรือค่อนข้างใกล้เคียงกันคือ เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก และเกณฑ์การรับรองผลิตภัณฑ์หลากหลายทางเลือกสุขภาพ (healthier choice) ทั้งนี้การใช้มาตรการทางราคาและภาษีในผลิตภัณฑ์อาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ จำเป็นต้องกำหนดประเภทของผลิตภัณฑ์อาหารที่ต้องเสียภาษี ซึ่งต้องใช้เกณฑ์มาตรฐานทางด้านโภชนาการเป็นเครื่องมือในการดำเนินนโยบายทางภาษี ข้อเสนอของผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดเก็บภาษีอาหารจากองค์การอนามัยโลก^(24, 25) เสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผู้เชี่ยวชาญ ต้องพิจารณาเลือกเกณฑ์ที่เหมาะสมที่สุดร่วมกัน โดยใช้เหตุผลทางด้านโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อ และอาจขยายความครอบคลุมผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่มเป้าหมายในการจัดเก็บภาษีโซเดียมให้มากขึ้น เพื่อสร้างผลกระทบที่ดีด้านสุขภาพและสร้างทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพให้กับผู้บริโภค และสามารถปรับใช้เกณฑ์ดังกล่าวในมาตรการอื่นๆ เช่น มาตรการควบคุมการตลาดอาหารเด็ก และมาตรการหลากหลายอาหาร เป็นต้น ทั้งนี้อุตสาหกรรมอาหารจะต้องให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามข้อกำหนด เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อมูลทางการตลาดของผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียมสูงและผลิตภัณฑ์อาหารลดโซเดียม

1) มูลค่าทางการตลาดและยอดขายผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียมสูง จากฐานข้อมูล Euromonitor International บริษัทสำรวจข้อมูลทางการตลาดระดับโลก ผู้ให้บริการวิเคราะห์ทางการตลาดและข้อมูลเชิงลึกของผู้บริโภค โดยในปี พ.ศ. 2564 ผลิตภัณฑ์อาหารพร้อมบริโภคชนิดแช่เย็นและแช่แข็ง มีมูลค่าตลาดคิดเป็นประมาณร้อยละ 42 ของมูลค่าตลาดผลิตภัณฑ์อาหารพร้อมบริโภค ซึ่งชะงักงันสำเร็จรูปเป็นสินค้าที่มีมูลค่าตลาดสูงที่สุด⁽²⁶⁾ ทั้งนี้จากข้อมูลพบว่ามูลค่าตลาดชะงักงันสำเร็จรูปปี พ.ศ. 2565 อยู่ที่ประมาณ 17,106 ล้านบาท เติบโตร้อยละ 12.2 จากปีก่อนหน้า ส่วนหนึ่งมาจากการปรับราคาขายปลีกชะงักงันสำเร็จรูปในช่วงไตรมาส 3 ของปี พ.ศ. 2565⁽²⁷⁾ ส่วนปริมาณการขายอาหารสำเร็จรูปแช่เย็นและแช่แข็ง เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563-2565 ทั้งนี้คาดการณ์ว่าปริมาณการขายของผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในอัตราเติบโตประมาณร้อยละ 8 ต่อปี ในอีก 5 ปีข้างหน้า สำหรับปริมาณการขายชะงักงันสำเร็จรูปทั้งประเภทของและถ้วยเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2563 โดยปริมาณการขายชะงักงัน

สำเร็จรูปประเภทของคิดเป็นประมาณร้อยละ 75 ของปริมาณ การขายทั้งหมด ทั้งนี้คาดการณ์ว่าปริมาณการขาย ของบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปชนิดซองและชนิดถ้วยจะเติบโต ในอัตราร้อยละ 2.6 และร้อยละ 3.7 ต่อปี ตามลำดับ ในอีก 5 ปีข้างหน้า เนื่องจากมีสินค้าใหม่ๆ ออกสู่ตลาด มากขึ้น เมื่อพิจารณาข้อมูลปริมาณการบริโภค พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 ปริมาณการบริโภคบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ในประเทศไทย สูงถึง 3.6 พันล้านหน่วยบริโภค ซึ่งมาก เป็นอันดับ 9 ของโลก หรือคิดเป็นอัตราการบริโภค 51.9 หน่วยบริโภคต่อคนต่อปี อยู่ในอันดับที่ 4 ของโลก⁽²⁸⁾

2) ข้อมูลการจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารลดโซเดียม จากฐานข้อมูล Nielsen บริษัทวิจัยมีออซิปและเป็น ผู้ให้บริการสื่อและข้อมูลการตลาดชั้นนำของโลก รวบรวม ข้อมูลเชิงลึกที่สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้บริโภค จากข้อมูลการจำหน่ายบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปของประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563-2564 พบว่าบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปปี พ.ศ. 2563 มีผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการรับรองฉลากทางเลือกสุขภาพ จำนวน 36 สูตร ใน 6 บริษัท จากทั้งหมด 94 บริษัท และ ข้อมูลการจำหน่ายบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปปี พ.ศ. 2564 มีผลิตภัณฑ์ที่ได้รับการรับรองฉลากทางเลือกสุขภาพ จำนวน 47 สูตร ใน 8 บริษัท จากทั้งหมด 94 บริษัท จึงสรุปได้ว่าจากปี พ.ศ. 2563 ถึงปี พ.ศ. 2564 มีแนวโน้มการจำหน่ายบะหมี่ กึ่งสำเร็จรูปสูตรลดโซเดียมเพิ่มขึ้น⁽²⁸⁾

ข้อมูลทางการตลาดของผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียมสูง แสดงถึงปริมาณการจัดจำหน่าย การส่งเสริมการขาย และการกำหนดราคา ซึ่งสะท้อนถึงการดำเนินธุรกิจของภาค- อุตสาหกรรมอาหารที่มุ่งตอบสนองต่อพฤติกรรมของ ผู้บริโภค ฐานข้อมูลดังกล่าวจึงมีความสำคัญต่อการ กำหนดประเภทของผลิตภัณฑ์อาหารที่ต้องเสียภาษี การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผู้บริโภค และผล- กระทบทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ หากแต่ข้อจำกัดของ ข้อมูลทางการตลาดของผลิตภัณฑ์อาหาร คือ เครือข่าย การทำงานหรือสถาบันวิชาการต้องจัดซื้อจากบริษัทข้อมูล ต่างประเทศ ซึ่งเป็นชุดข้อมูลเพียงช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ข้อมูลอาจผ่านภาวะวิเคราะห์โดยบริษัทผู้ให้บริการ หรือเป็น ข้อมูลดิบที่ต้องนำมาวิเคราะห์เชิงสถิติและอาจไม่ครอบคลุม ผลิตภัณฑ์อาหารทั้งหมดที่จำหน่ายและบริโภคภายใน ประเทศ ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการแลกเปลี่ยน

ข้อมูล และบูรณาการฐานข้อมูลร่วมกัน เพื่อให้การวางกรอบ นโยบายทางภาษีมีประสิทธิภาพสูงสุด

บทเรียนจากประสบการณ์ ในต่างประเทศที่มีการขับเคลื่อน มาตรการทางราคาและภาษีโซเดียม

ปี พ.ศ. 2562 Joseph Alvin Santos และคณะ ได้ทำการศึกษาโดยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานลดการบริโภค เกลือและโซเดียมระดับประเทศระหว่าง พ.ศ. 2557-2562 จาก 148 บทความ พบว่ามีประเทศที่รายงานแผนการดำเนินงานลดการบริโภคโซเดียมระดับประเทศกว่า 96 ประเทศ โดยมี 89 ประเทศที่ดำเนินการโดยใช้หลายมาตรการร่วมกัน สำหรับการใช้จ่ายมาตรการทางภาษีในผลิตภัณฑ์อาหารที่มี โซเดียมสูง มี 5 ประเทศที่มีการจัดเก็บภาษีตามปริมาณ โซเดียมด้วยรูปแบบต่างๆ ได้แก่ (1) ประเทศฟีจี บังคับ เก็บภาษีกับผลิตภัณฑ์ผงชูรสและน้ำมันปาล์ม (2) ประเทศ อังกฤษ จัดเก็บภาษีแบบ public health product tax เช่น อาหารกึ่งสำเร็จ ขนมอบเคี้ยว และเครื่องปรุงรสที่มี ปริมาณน้ำตาลและ/หรือมีปริมาณโซเดียมมากกว่ากำหนด (3) ประเทศเม็กซิโก จัดเก็บอัตราภาษีร้อยละ 8 ในกลุ่มอาหาร ที่ไม่ใช่อาหารหลัก แต่มีปริมาณพลังงานและโซเดียมสูง เช่น ขนมอบเคี้ยว (4) ประเทศเซนต์วินเซนต์และเกรนาดีนส์ เพิ่มอัตราการเก็บภาษีขึ้นเป็นร้อยละ 15 ในอาหารที่มี ความหวานหรือเค็มสูง และเครื่องดื่มหวาน และ (5) ประเทศ คองโก จัดเก็บภาษีในกลุ่มอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ และ กลุ่มอาหารที่ปริมาณโซเดียมสูง เช่น บะหมี่สำเร็จรูป⁽²⁹⁾

กรณีศึกษาประเทศอังกฤษ มีการบังคับใช้มาตรการภาษี ในผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนประกอบของเกลือที่เกินปริมาณ ที่กำหนดโดยเก็บภาษีในขนมอบเคี้ยวที่มีโซเดียม 400 กรัม ต่อผลิตภัณฑ์ 100 กรัม และเก็บในเครื่องปรุงที่มีเกลือเป็น ส่วนประกอบมากกว่า 5 กรัมต่อผลิตภัณฑ์ 100 กรัม ซึ่งภาษีที่เก็บจะเท่ากับ 0.8 ยูโร (หรือประมาณ 29.3 บาท) ต่อเกลือ 1 กิโลกรัม⁽³⁰⁾ หลังจากที่ถูกกฎหมายมีผลบังคับใช้ ตั้งแต่ ค.ศ.2011 พบว่า ราคาสินค้าของขนมอบเคี้ยวมีการ ปรับตัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 14.9 มูลค่าการขายของสินค้าขนมอบ เคี้ยวมีแนวโน้มลดลงร้อยละ 12 ประชาชนมีการบริโภค

ลดลงร้อยละ 13.8⁽³¹⁾ และผู้ผลิตก็ลดหรือเลิกใช้เกลือเป็นส่วนประกอบในผลิตภัณฑ์ของตนเอง โดยร้อยละ 40 ของผู้ประกอบการมีการปรับปรุงสูตรผลิตภัณฑ์ของตนเอง โดยในจำนวนนี้ร้อยละ 30 เลิกใช้เกลือ รวมถึงน้ำตาลและไขมันในผลิตภัณฑ์ ขณะที่ร้อยละ 70 ลดปริมาณการใช้เกลือ น้ำตาล และไขมันในผลิตภัณฑ์ของตนเอง ซึ่งผู้ผลิตเห็นว่าการปรับสูตรอาหารนั้นสามารถทำได้และมีต้นทุนต่ำ โดยผลของการปรับปรุงสูตรอาหารดังกล่าวไม่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของกิจการต่างๆ^(31, 32) นอกจากนี้มาตรการภายในผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพยังทำให้

ประชาชนเกิดความตระหนักในการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้นด้วย⁽³³⁾

นอกจากนี้มาตรการภาษีเกลือและโซเดียมได้รับความสนใจจากหลายประเทศที่ประสบปัญหาเกี่ยวกับแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจากโรคไม่ติดต่อ โดยมีศึกษาเพื่อวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบด้านสุขภาพหากมีการนำมาตรการภาษีเกลือและโซเดียมมาปฏิบัติใช้ ดังตารางที่ 2

โดยสรุปจะเห็นว่า มาตรการภาษีเกลือและโซเดียมให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีแก่ประชาชน โดยสามารถลดอัตราการเกิดโรคและการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ ลดภาวะ

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์และคาดการณ์ผลกระทบด้านสุขภาพหากมีการนำมาตรการภาษีเกลือและโซเดียมมาปฏิบัติใช้ในประเทศต่างๆ

ประเทศ	อัตราภาษี	ผลิตภัณฑ์เป้าหมาย	ผลลัพธ์
สหรัฐอเมริกา ⁽³⁴⁾	ร้อยละ 40	โซเดียมที่มีการใช้ในอุตสาหกรรมอาหาร	<ul style="list-style-type: none"> ประชาชนลดการบริโภคได้ประมาณร้อยละ 6 ลดอัตราการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 327,892 ราย ลดอัตราการผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด 306,137 ราย เพิ่มจำนวนปีสุขภาพของประชาชน 840,113 ปี ช่วยประหยัดค่ารักษาพยาบาล 22.4 พันล้านดอลลาร์ (ประมาณ 70,000 ล้านบาท)
นิวซีแลนด์ ⁽³⁵⁾	ร้อยละ 20	อาหารที่มีโซเดียม	<ul style="list-style-type: none"> มีจำนวนปีสุขภาพะเพิ่มขึ้น 195,000 ปี ภาษีส่งผลให้ประเทศมีรายได้ 452 ล้านดอลลาร์นิวซีแลนด์ (ประมาณ 9,800 ล้านบาท)
นิวซีแลนด์ ⁽³⁶⁾	ร้อยละ 20	อาหารที่เป็นแหล่งโซเดียม เช่น ขนมปัง อาหารซีเรียล อาหารปรุงสำเร็จ เครื่องปรุงรส และเครื่องดื่ม	<ul style="list-style-type: none"> ประชาชนลดการบริโภคได้ประมาณร้อยละ 11 ลดอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 6.8 หรือประมาณ 2,000 ราย
ออสเตรเลีย ⁽³⁷⁾	0.30\$/1 กรัมของโซเดียม	อาหารที่มีปริมาณโซเดียมเกินข้อแนะนำการบริโภค	<ul style="list-style-type: none"> ลดการสูญเสียปีสุขภาพะ 130,000 ปี มีความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ และเป็นรายได้ของรัฐ ซึ่งในแต่ละประเทศจะมีผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับบริบทและอัตราภาษีที่มีการจัดเก็บ

สารทดแทนเกลือ และแนวทางการลดโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร

สารทดแทนเกลือ (salt substitutes) ที่ได้รับอนุญาตจากองค์การอาหารและยาเพื่อปรับลดโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร คือ โพแทสเซียมคลอไรด์ (KCl) เนื่องจากมีคุณสมบัติคล้ายกับเกลือ และมีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค อย่างไรก็ตามการใช้โพแทสเซียมคลอไรด์ในปริมาณมากกว่าร้อยละ 30 จะทำให้เกิดรสชาติฝาดหรือขมในผลิตภัณฑ์อาหารทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับของผู้บริโภค⁽³⁸⁾ การศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้โพแทสเซียมคลอไรด์หรือสารทดแทนเกลือที่เสริมโพแทสเซียม พบว่า ช่วยลดอัตราการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด และการตาย ต่ำกว่าการใช้เกลือโซเดียมคลอไรด์ทั่วไป แต่อาจเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ และโพแทสเซียมในเลือดสูง ในผู้ที่มีภาวะของการขับโพแทสเซียมลดลง เช่น ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น โดยมีข้อแนะนำทางคลินิกสำหรับการใช้สารทดแทนเกลือที่เสริมโพแทสเซียมสำหรับผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ในสัดส่วนร้อยละ 75 โซเดียมคลอไรด์ต่อร้อยละ 25 โพแทสเซียมคลอไรด์ ยกเว้นผู้ที่เป็นโรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง ผู้ที่กำลังใช้ยาเสริมโพแทสเซียม หรือยาขับปัสสาวะ⁽³⁹⁾ นอกจากนี้โพแทสเซียมคลอไรด์ ยังมีแร่ธาตุอีกหลายชนิดที่มีการศึกษาวิจัยในแง่สารทดแทนเกลือเพื่อช่วยปรับลดโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร เช่น แมกนีเซียมคลอไรด์ (MgCl₂) แมกนีเซียมซัลเฟต (MgSO₄) โซเดียม-กลูโคเนต (C₆H₁₁NaO₇) โซเดียมซิลิเกต (Na₂SiO₃) แมกนีเซียมคาร์บอเนต (MgCO₃) แคลเซียมคลอไรด์ (CaCl₂) และแคลเซียมซัลเฟต (CaSO₄) เป็นต้น⁽³⁸⁾ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาแนวทางการปรับลดปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหารเพื่อลดผลกระทบต่อรสชาติ คุณลักษณะของผลิตภัณฑ์ และการยอมรับของผู้บริโภค เพื่อหวังผลให้ประชาชนบริโภคโซเดียมให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ได้แก่ การใช้สารเสริมกลิ่นรส (flavor enhancers) การแต่งกลิ่น (odor) การใช้เครื่องเทศและสมุนไพร การตัดแปลงโครงสร้างและ

ส่วนประกอบอาหาร (food matrix modifications) และการใช้ high pressure processing (HPP) เป็นต้น⁽³⁸⁾

นโยบายภาษีโซเดียม เป็นการจัดเก็บภาษีตามปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร และเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ประกอบการอาหารปรับสูตรลดปริมาณโซเดียมลง เพื่อสร้างทางเลือกที่ดีต่อสุขภาพให้กับประชาชน ดังนั้น ข้อมูลสารทดแทนเกลือ และแนวทางการปรับลดปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร จึงมีความสำคัญต่อการวิจัยพัฒนา และปรับสูตรผลิตภัณฑ์อาหารของผู้ประกอบการ เพื่อให้ผลิตภัณฑ์อาหารดังกล่าวเป็นที่ยอมรับของผู้บริโภคและผู้ประกอบการสามารถบริหารจัดการสินค้าและบริการโดยรวมได้อย่างเหมาะสม

กฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง

1) พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 เป็นกฎหมายที่บังคับใช้เพื่อการควบคุมคุณภาพอาหาร โดยมีขอบเขตดังนี้ (1) กำหนดอาหารควบคุมเฉพาะ (2) กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐานของอาหารควบคุมเฉพาะ ตลอดจนหลักเกณฑ์เงื่อนไข และวิธีการผลิตเพื่อจำหน่าย นำเข้าเพื่อจำหน่าย หรือจำหน่าย (3) กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐานของอาหารที่มีใช้เป็นอาหารตาม ข้อ 1 และจะกำหนดหลักเกณฑ์เงื่อนไข และวิธีการผลิตเพื่อจำหน่าย นำเข้าเพื่อจำหน่าย หรือจำหน่าย ด้วยหรือไม่ก็ได้ (4) กำหนดอัตราส่วนของวัตถุที่ใช้เป็นส่วนผสมอาหาร รวมทั้งการใช้สีและเครื่องปรุงแต่งกลิ่นรส (5) กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการใช้วัตถุเจือปนในอาหาร การใช้วัตถุกันเสีย และวิธีป้องกันการเสีย การเจือสี หรือวัตถุอื่นในอาหาร (6) กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐานของภาชนะบรรจุและการใช้ภาชนะบรรจุ (7) กำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร (8) กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย (9) กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และวิธีการในการตรวจ การเก็บตัวอย่าง การยึด การอายัด และการตรวจวิเคราะห์ทางวิชาการ และ (10) กำหนดประเภทและชนิดอาหารที่ผลิตเพื่อจำหน่าย นำเข้าเพื่อจำหน่าย หรือที่จำหน่าย ซึ่งจะต้องมีฉลาก ข้อความในฉลาก เงื่อนไข และวิธีการแสดงฉลาก ตลอดจนหลักเกณฑ์ และวิธีการโฆษณาในฉลาก⁽⁴⁰⁾

2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 373 พ.ศ. 2559 เรื่อง การแสดงสัญลักษณ์โภชนาการบนฉลากอาหาร เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ข้อมูลโภชนาการในรูปแบบสัญลักษณ์โภชนาการต่อผู้บริโภคในการเลือกซื้ออาหาร เพื่อการป้องกันปัญหาภาวะโภชนาการเกินและโรคไม่ติดต่อ โดย “สัญลักษณ์โภชนาการ” หมายความว่า เครื่องหมายแสดงทางเลือกสุขภาพที่ช่วยให้ผู้บริโภคสามารถตัดสินใจเลือกซื้ออาหาร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม โดยกำหนดให้ผู้ผลิตเพื่อจำหน่าย นำเข้าเพื่อจำหน่าย หรือจำหน่ายซึ่งอาหาร ผู้ใดประสงค์จะแสดงสัญลักษณ์โภชนาการบนฉลากอาหาร ต้องนำอาหารนั้นไปขอรับการตรวจสอบและรับรองจากมูลนิธิส่งเสริมโภชนาการ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล หรือหน่วยงานอื่นที่ได้รับมอบหมาย เมื่อได้รับการตรวจสอบและรับรองแล้วจึงจะสามารถแสดงสัญลักษณ์โภชนาการบนฉลากได้ และสัญลักษณ์โภชนาการที่แสดงบนฉลากอาหารให้เป็นไปตามรูปแบบที่กำหนด นอกจากนี้เกณฑ์สารอาหารหรือคุณค่าทางโภชนาการที่ใช้ประกอบการพิจารณารับรองการแสดงสัญลักษณ์โภชนาการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ทางวิชาการ โดยผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อสร้างความเชื่อมโยงด้านอาหารและโภชนาการสู่คุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้คณะกรรมการอาหารแห่งชาติ⁽⁴¹⁾

3) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 394 พ.ศ. 2561 เรื่อง อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ และค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม แบบจีดีเอ (guideline daily amounts; GDAs) เพื่อประโยชน์ของผู้บริโภค และสนับสนุนมาตรการป้องกันปัญหาด้านโภชนาการ โดยการแสดงค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม แบบจีดีเอ หมายถึง การแสดงปริมาณและปริมาณสูงสุดเป็นร้อยละของพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมที่บริโภคได้ต่อวัน ครอบคลุมอาหารที่อยู่ในภาชนะพร้อมจำหน่ายต่อผู้บริโภค 13 กลุ่ม ได้แก่ (1) อาหารขบเคี้ยว (2) ช็อกโกแลต และขนมหวานรสช็อกโกแลต (3) ผลิตภัณฑ์นม (4) อาหารกึ่งสำเร็จรูป (5) อาหารมื้อหลักที่เป็นอาหารจานเดียว ซึ่งต้องเก็บรักษาไว้ในตู้เย็นหรือตู้แช่แข็งตลอดเวลาจำหน่าย (6) เครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท (7) ซาปรุงสำเร็จ ทั้งชนิดเหลวและชนิดแห้ง (8) กาแฟปรุงสำเร็จ

ทั้งชนิดเหลวและชนิดแห้ง (9) นมปรุงแต่ง (10) นมเปรี้ยว (11) ผลิตภัณฑ์ของนม (12) น้ำนมถั่วเหลือง และ (13) ไอศกรีมที่อยู่ในลักษณะพร้อมบริโภค⁽⁴²⁾

4) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 445 พ.ศ. 2566 เรื่อง ฉลากโภชนาการ โดยประกาศนี้บังคับใช้กับ (1) อาหารสูตรสำหรับทารก และอาหารสูตรทารกที่มีวัตถุประสงค์พิเศษทางการแพทย์ อาหารสูตรต่อเนื่องสำหรับทารกอายุตั้งแต่ 6 เดือน ถึง 12 เดือน และอาหารสูตรสำหรับเด็กเล็ก อาหารเสริมสำหรับทารกและเด็กเล็ก อาหารที่มีวัตถุประสงค์พิเศษ และอาหารอื่นซึ่งได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดในส่วนที่เกี่ยวกับการแสดงสารอาหารบนฉลากไว้แล้วเป็นการเฉพาะ (2) อาหารที่มีได้จำหน่ายโดยตรงต่อผู้บริโภค หรืออาหารที่ผู้ปรุงเป็นผู้จำหน่ายโดยตรงให้กับผู้บริโภค หรืออาหารที่ไม่ได้ผลิตหรือนำสั่งเข้ามาเพื่อจำหน่ายในประเทศ และ (3) อาหารที่บรรจุในภาชนะบรรจุย่อย ซึ่งมุ่งหมายจะจำหน่ายรวมกันในภาชนะบรรจุใหญ่ โดยมีการกำหนดรูปแบบและเงื่อนไขการแสดงกรอบข้อมูลโภชนาการ วิธีการกำหนดปริมาณอาหารหนึ่งหน่วยบริโภคกับจำนวนหน่วยบริโภคต่อภาชนะบรรจุ แบ่งเป็น 14 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มผลิตภัณฑ์นมและผลิตภัณฑ์ที่ใช้แทนนม (2) กลุ่มเครื่องดื่ม (3) กลุ่มอาหารขบเคี้ยว (4) กลุ่มขนมหวาน (5) กลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารกึ่งสำเร็จรูปและผลิตภัณฑ์อาหารพร้อมปรุง (6) กลุ่มผลิตภัณฑ์นมอบแห้ง (7) กลุ่มธัญพืช ถั่ว เมล็ด และผลิตภัณฑ์ (8) กลุ่มอาหารสำเร็จรูปพร้อมบริโภค (9) กลุ่มเนื้อสัตว์ ปลา สัตว์น้ำ อื่นๆ ไข่ (10) กลุ่มผัก (11) กลุ่มผลไม้ (12) กลุ่มซอส เครื่องปรุงรส ผลิตภัณฑ์สำหรับทา และผลิตภัณฑ์ในทำนองเดียวกัน (13) กลุ่มไขมัน น้ำมัน และ (14) กลุ่มอื่นๆ⁽⁴³⁾

5) พระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 เป็นการรวบรวมกฎหมายที่ใช้ในการบริหารการจัดเก็บภาษีสรรพสามิตจากกฎหมาย 7 ฉบับให้เป็นฉบับเดียวกัน โดยผู้มีหน้าที่เสียภาษีสรรพสามิต ได้แก่ ผู้ประกอบอุตสาหกรรม ผู้นำเข้าซึ่งสินค้า ผู้ประกอบกิจการสถานบริการ และผู้ติดตาม พ.ร.บ. นี้กำหนด ซึ่งผู้ที่ต้องยื่นจดทะเบียนสรรพสามิต ได้แก่ ผู้ประกอบอุตสาหกรรม ผู้ประกอบกิจการสถานบริการ และผู้นำเข้า โดยสามารถยื่นคำขอจดทะเบียนได้ที่สำนักงานสรรพสามิตพื้นที่ ในท้องที่ที่จัดตั้งโรงอุตสาหกรรม ผู้ประกอบกิจการสถานบริการ หรือ

สถานประกอบการนำเข้าหรือตั้งอยู่ ทั้งนี้กระทรวงการคลังสามารถออกกฎกระทรวงเพื่อกำหนดพิกัดอัตราภาษีสรรพสามิตเพิ่มเติม โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 5 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต พ.ศ. 2560 ประกอบด้วย รายการสินค้า พิกัด และอัตราภาษีตามมูลค่า และตามปริมาณ⁽⁴⁴⁾

จากการรวบรวมกฎหมายหรือกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องพบว่า กฎหมายด้านการควบคุมคุณภาพอาหาร มุ่งเน้นควบคุมอาหารที่ไม่ปลอดภัยในการบริโภค สรรพคุณไม่เป็นที่น่าเชื่อถือ และคุณค่าหรือคุณประโยชน์ต่อร่างกายอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสม หากแต่มีมิติด้านโภชนาการเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่ออย่างไม่ชัดเจน ซึ่งอาจเป็นช่องว่างให้ผู้ประกอบการอาหารใช้อ้างอิงความถูกต้องชอบธรรมในการปฏิบัติตามกฎหมายของหน่วยงานภาครัฐ^(45,46) สำหรับกฎหมายด้านฉลากโภชนาการอาหารมีวัตถุประสงค์หรือเกณฑ์การรับรองให้อาหารแต่ละประเภทต้องแสดงฉลากโภชนาการในรูปแบบที่แตกต่างกันระหว่างฉลากข้อมูลโภชนาการแบบมาตรฐาน ฉลากโภชนาการแบบจัดโต๊ะ และฉลากสัญลักษณ์โภชนาการทางเลือกสุขภาพ ซึ่งต้องใช้แนวปฏิบัติทางกฎหมายดังกล่าวประกอบการพิจารณาจำแนกผลิตภัณฑ์อาหารที่ต้องเสียภาษีตามปริมาณโซเดียม ทั้งนี้การพัฒนานโยบายภาษีโซเดียมมีความจำเป็นต้องพิจารณาขอบเขตและอำนาจตามกฎหมายแห่งพระราชบัญญัติภาษีสรรพสามิต และกฎหมายหรือกฎระเบียบอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะกฎหมายด้านการสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นหลักการและข้อมูลอ้างอิงในการจัดทำนโยบายภาษีโซเดียมได้แก่การกำหนดนิยามหลักเกณฑ์หรือเงื่อนไขในการจัดเก็บภาษีโซเดียม การจำแนกผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่มเป้าหมาย การแสดงปริมาณโซเดียมบนฉลากโภชนาการ รวมถึงกลไกการบังคับใช้กฎหมาย เป็นต้น เพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกัน มีเอกภาพ และเป็นธรรม

ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา (price elasticity of demand)

ความยืดหยุ่นของอุปสงค์ (elasticity of demand) หมายถึง อัตราการเปลี่ยนแปลงของปริมาณสินค้าชนิดใดชนิดหนึ่งที่ผู้ซื้อต้องการซื้อ ซึ่งเป็นการตอบสนองต่ออัตรา

การเปลี่ยนแปลงของราคาสินค้าชนิดนั้น โดยปัจจัยกำหนดความยืดหยุ่นของอุปสงค์ผู้บริโภค สามารถพิจารณาเป็น 2 กรณี คือ กรณีสินค้าที่มีความยืดหยุ่นมาก มีลักษณะดังนี้

1) สินค้านั้นมีราคาแพงมาก เป็นสินค้าฟุ่มเฟือย ไม่จำเป็นแก่การครองชีพ สินค้าเหล่านั้นเปอร์เซ็นต์การเปลี่ยนแปลงของจำนวนซื้อจะมากกว่าเปอร์เซ็นต์การเปลี่ยนแปลงของราคา เหตุผล คือ สินค้ามีราคาแพงมาก ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงราคาเพียงไม่กี่เปอร์เซ็นต์ย่อมกระทบกระเทือนค่าใช้จ่ายในการซื้อสินค้าของผู้บริโภคเป็นอย่างมาก

2) สินค้านั้นมีสินค้าอื่นใช้แทนได้มาก สินค้าใดมีสินค้าอื่นใช้แทนได้มาก การเปลี่ยนแปลงราคาเพียงเล็กน้อย จะทำให้ปริมาณซื้อสินค้านั้นเปลี่ยนแปลงได้มาก เพราะผู้บริโภคส่วนใหญ่จะหันไปใช้สินค้าอื่นที่ใช้แทนกันได้ เมื่อราคาเพิ่มขึ้น ตรงกันข้าม ราคาสินค้านั้นลดลง ผู้บริโภคส่วนใหญ่ที่เคยซื้อสินค้าอื่นที่ใช้แทนกันได้ก็จะหันมาซื้อสินค้านั้น

3) สินค้านี้เป็นสินค้าที่คงทนถาวร ในกรณีของสินค้าประเภทคงทนถาวรมักจะปรากฏว่าเปอร์เซ็นต์การเปลี่ยนแปลงของจำนวนซื้อจะมากกว่าเปอร์เซ็นต์การเปลี่ยนแปลงของราคา เหตุผล คือ ถ้าราคาสินค้าสูงขึ้น ผู้บริโภคส่วนมากจะพยายามชอมแซม ใช้ของเก่ามากกว่า จะเปลี่ยนซื้อของใหม่ ตรงกันข้าม ถ้าราคาสินค้าลดลง ผู้บริโภคก็อยากจะเปลี่ยนเป็นของใหม่เร็วขึ้น

ส่วนในกรณีของสินค้าที่มีความยืดหยุ่นน้อย มีลักษณะดังนี้

1) เป็นสินค้าจำเป็นแก่การครองชีพ แม้ราคาจะสูงขึ้น ผู้บริโภคก็จำเป็นต้องซื้อหามาใช้ ปริมาณซื้อจึงไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม

2) สินค้ามีราคาเพียงเล็กน้อย ราคาส่วนที่สูงขึ้น เป็นเพียงจำนวนเล็กน้อย จึงไม่มีผลกระทบต่อราคาใช้จ่ายทั้งสิ้นของผู้บริโภค หรือมีผลก็เพียงเล็กน้อย แทบสังเกตไม่เห็น

3) หากสินค้าอื่นใช้แทนได้ยากในกรณีเช่นนี้ การเปลี่ยนแปลงของปริมาณซื้ออาจน้อยกว่าการเปลี่ยนแปลงของราคา⁽⁴⁷⁾ ทั้งนี้ยังไม่มีการศึกษาความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาในผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโซเดียมสูงของประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารเป้าหมายหลักในการจัดเก็บภาษีโซเดียม และพบการศึกษาในต่างประเทศค่อนข้างจำกัด

กรณีศึกษาประเทศอินโดนีเซีย ทำการศึกษาเพื่อวิเคราะห์หาอัตราการจัดเก็บภาษีที่เหมาะสมสำหรับผลิตภัณฑ์อาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดยวิเคราะห์ค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคาของผลิตภัณฑ์อาหารด้วยโมเดล almost ideal demand system (AIDS) ในผลิตภัณฑ์อาหาร 4 กลุ่ม ได้แก่ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว เนื้อสัตว์แปรรูป และชาบรรจุขวด ผลการศึกษาพบว่า บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป มีค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา เท่ากับ 0.38 กล่าวคืออัตราการเปลี่ยนแปลงของราคาบะหมี่กึ่งสำเร็จรูปที่ร้อยละ 10 จะส่งผลต่อปริมาณการซื้อผลิตภัณฑ์ดังกล่าว ลดลงร้อยละ 3.8 ส่วนขนมขบเคี้ยว เนื้อสัตว์แปรรูป และชาบรรจุขวด มีค่าความยืดหยุ่นของอุปสงค์ต่อราคา เท่ากับ 0.40 0.43 และ 0.55 ตามลำดับ⁽⁴⁸⁾

มาตรการที่มีใช้ภาษี (non-tax measures)

ประเทศไทยมีการขับเคลื่อนนโยบายการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อ ผ่านมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2558 และจัดทำยุทธศาสตร์การลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568 โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย โดยใช้ยุทธศาสตร์ SALTS เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนนโยบาย ประกอบไปด้วย 5 ยุทธศาสตร์หลัก⁽⁴⁹⁾ ดังนี้

- 1) ยุทธศาสตร์ S (stakeholder network) การสร้างพัฒนาและขยายภาคีเครือข่ายความร่วมมือ
- 2) ยุทธศาสตร์ A (awareness) การเพิ่มความตระหนักรู้ และเสริมทักษะให้ประชาชน ชุมชนผู้ผลิต/ผู้ประกอบการ บุคลากรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและผู้กำหนดนโยบาย
- 3) ยุทธศาสตร์ L (legislation and environmental reform) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดการผลิตปรับปรุง เปลี่ยนแปลง และเกิดผลิตภัณฑ์ที่มีโซเดียมต่ำ รวมทั้งเพิ่มทางเลือกและช่องทางการเข้าถึงอาหารที่ปริมาณโซเดียมต่ำ
- 4) ยุทธศาสตร์ T (technology and innovation) การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้และการนำสู่ปฏิบัติ

5) ยุทธศาสตร์ S (surveillance, monitoring and evaluation) การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ติดตามและประเมินผล เน้นตลอดกระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ที่มุ่งเป้าประสงค์ให้ประชาชนลดการบริโภคเกลือและโซเดียมลงร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568⁽⁵⁰⁾

การดำเนินการของประเทศไทยที่ผ่านมา เมื่อเปรียบเทียบกับมาตรฐานของ WHO ที่ได้มีการกำหนดมาตรการ SHAKE ที่ได้รับการออกแบบมาให้แก่ประเทศสมาชิกในการพัฒนา ดำเนินการ และติดตามกลยุทธ์การลดโซเดียม⁽⁵¹⁾ พบว่า การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ SALTS ของประเทศไทยมีความครอบคลุมกับมาตรการดังกล่าวอย่างครบถ้วน ไม่ว่าจะเป็นการเฝ้าระวังและติดตามผ่านการอบรมแนวทางการแก้ไขปัญหาการบริโภคโซเดียมระดับจังหวัด และสำรวจปริมาณปริมาณโซเดียมในอาหารด้วยเครื่องทดสอบความเค็ม (salt meter) ร่วมกับการศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียมจากการประเมินปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ในพื้นที่นำร่องการประเมินความตระหนักรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการลดโซเดียมและให้สัญลักษณ์ทางเลือกเพื่อสุขภาพ การกำหนดฉลากหวาน มัน เค็ม (GDA) เพื่อให้ประชาชนสามารถเปรียบเทียบและเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่เหมาะสม การสื่อสารความเสี่ยงของอาหารที่มีโซเดียม และการดำเนินการร่วมกับชุมชน โรงพยาบาล สถานที่ทำงาน และร้านอาหารเพื่อส่งเสริมเมนูสุขภาพหรือเมนูทางเลือกที่ลดปริมาณโซเดียมลง⁽⁵²⁾

สรุป

จากการรวบรวมระบบข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการพบว่า โครงสร้างข้อมูลวิชาการเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนานโยบายภาษีโซเดียม ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ด้านสุขภาพ/สาธารณสุข ด้านเศรษฐกิจและสังคม ด้านเศรษฐศาสตร์ และด้านกฎหมาย/กฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้พบข้อจำกัดและโอกาสในการพัฒนาระบบฐานข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อาทิ ข้อมูลสถานการณ์สุขภาพ ควรใช้ระเบียบวิธีการสำรวจที่เป็นมาตรฐาน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรระดับประเทศ และวางแผนการสำรวจให้ต่อเนื่องและเป็นปัจจุบัน ควรจัดทำเกณฑ์ปริมาณโซเดียม

แนะนำในผลิตภัณฑ์อาหารกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม เพื่อเป็นเครื่องมือในการดำเนินนโยบายทางภาษี โดยใช้ เหตุผลทางด้านโภชนาการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคไม่ติดต่อ สำหรับข้อมูลทางการตลาดของ ผลิตภัณฑ์อาหาร พบข้อจำกัดในการเข้าถึงฐานข้อมูลของ ภาคเอกชน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรแลกเปลี่ยน ข้อมูล และบูรณาการฐานข้อมูลร่วมกัน รวมทั้งพิจารณา ความสอดคล้องกับแนวปฏิบัติทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การวางกรอบนโยบายทางภาษีมีประสิทธิภาพสูงสุด นอกจากนี้ระบบข้อมูลและหลักฐานทางวิชาการจะมีความสำคัญในการพัฒนากรอบนโยบายแล้ว หากแต่การ ผลักดันและขับเคลื่อนให้เกิดการบังคับใช้นั้น ยังต้องพิจารณา

กำหนดกระบวนการทางนโยบายภาษีที่เหมาะสม ทั้งในเรื่อง ขอบเขต รูปแบบ และอัตราภาษี กำหนดวัตถุประสงค์ในการ เก็บภาษีให้ชัดเจนว่าเป็นไปเพื่อประโยชน์ทางสุขภาพของ ประชาชน มีการกำหนดนโยบายอื่นๆ ควบคู่กับมาตรการภาษี โดยให้ความสำคัญกับกระบวนการมีส่วนร่วมระหว่าง ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคอุตสาหกรรมอาหาร สถาบัน- วิชาการ หน่วยงานผู้กำหนดนโยบาย เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และหารือแนวทางที่เหมาะสม ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนา นโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมและรอบด้าน รวมทั้ง การสื่อสารสร้างความตระหนักรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการบริโภคอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพต่อประชาชน ในสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล. ระบาดวิทยาและการทบทวนมาตรการป้องกันโรคไตเรื้อรัง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 2 ก.พ. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1308820220905025852.pdf>
2. World Health Organization. Fact sheet: salt reduction [Internet]. 2016 [cited 2024 Feb 3]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs393/en/>
3. Powles J, Fahimi S, Micha R, Khatibzadeh S, Shi P, Ezzati M, et al. Global, regional and national sodium intakes in 1990 and 2010: a systematic analysis of 24 h urinary sodium excretion and dietary surveys worldwide. *BMJ Open* 2013;3(12):e003733.
4. He J, Ogden LG, Vupputuri S, Bazzano LA, Loria C, Whelton PK. Dietary sodium intake and subsequent risk of cardiovascular disease in overweight adults. *JAMA* 1999;282(21):2027-34.
5. He FJ, MacGregor GA. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004;3:346:f1325.
6. McMahon EJ, Campbell KL, Bauer JD, Mudge DW. Altered dietary salt intake for people with chronic kidney disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2021;6(6):CD010070.
7. Radzeviciene L, Ostrauskas R. Adding salt to meals as a risk factor of type 2 diabetes mellitus: a case-control study. *Nutrients* 2017;9(1):67.
8. Moosavian SP, Haghighatdoost F, Surkan PJ, Azadbakht L. Salt and obesity: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Int J Food Sci Nutr* 2017;68(3):265-77.
9. World Health Organization. NCD mortality and morbidity [Internet]. 2018 [cited 2024 Feb 3]. Available from: http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/
10. สำนักวิจัยนโยบายสร้างเสริมสุขภาพ, แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิถีสุขภาพ วิถีสังคม. นนทบุรี: สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ; 2557.
11. Thow AM, Jan S, Leeder S, Swinburn B. The effect of fiscal policy on diet, obesity and chronic disease: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization* 2010;88(8):609-14.
12. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. แนวคิดของการจัดเก็บภาษีตามปริมาณโซเดียม [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [สืบค้นเมื่อ 7 ก.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://thainhf.org/wp-content/uploads/2020/11/ภาษีโซเดียม.pdf>

13. World Health Organization. Scaling up action against noncommunicable diseases: how much will it cost? Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
14. World Health Organization. Using price policies to promote healthier diets. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
15. Chailimpamontree W, Kantachuvesiri S, Aekplakorn W, Lappichetpaiboon R, Sripaiboonkij Thokanit N, Vathesatogkit P, et al. Estimated dietary sodium intake in Thailand: a nationwide population survey with 24-hour urine collections. *Journal of Clinical Hypertension* 2021;23:744–54.
16. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, ราม รังสินธุ์, บุญทรัพย์ ศักดิ์บุญญารัตน์, ยุภาพร ศรีจันทร์, อัฐสิมา มาคโอสถ, สุภัก อุกฤษฏชน. ปริมาณการบริโภคโซเดียมของประชากรไทยจากการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง: การศึกษาแบบภาคตัดขวาง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2566;32(1):5-18.
17. วิชัย เอกพลกร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. กรุงเทพมหานคร: เดอะ กราฟิโกซิสเต็มส์; 2554.
18. สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. การสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2564.
19. สมาคมเพื่อนโรคไตแห่งประเทศไทย. โครงการติดตามปริมาณโซเดียมในอาหารพร้อมบริโภคและกึ่งสำเร็จรูปเพื่อการลดเค็ม ลดโรค. กรุงเทพมหานคร: สมาคมเพื่อนโรคไตแห่งประเทศไทย; 2564.
20. World Health Organization. WHO global sodium benchmarks for different food categories [Internet]. 2021 [cited 2024 Mar 21]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341081/9789240025097-eng.pdf?sequence=1>
21. World Health Organization. WHO South-East Asia region sodium benchmarks for packaged foods [Internet]. 2023 [cited 2024 Mar 21]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375596/9789290210818-eng.pdf?sequence=1>
22. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. เกณฑ์จำแนกอาหารตามมาตรฐานโภชนาการ (nutrient profile). กรุงเทพมหานคร: เกรทเทส; 2565.
23. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือการขอรับรองสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” สำหรับผู้ประกอบการ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 7 ก.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://drive.google.com/file/d/17vkAcrGo3Q2jxrS4A26sxOQ-QiguLMRq/view>
24. World Health Organization. Fiscal policies for diet and prevention of noncommunicable diseases: technical meeting report, 5-6 May 2015, Geneva, Switzerland [Internet]. 2015 [cited 2024 Jul 24]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/obesity/fiscal-policies-for-diet-and-the-prevention-of-noncommunicable-diseases-0.pdf?sfvrsn=84ee20c_2
25. World Health Organization. Fiscal policies to promote healthy diets: WHO guideline [Internet]. [cited 2024 Jul 24]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376763/9789240091016-eng.pdf?sequence=1>
26. สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. โครงการศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการและการเฝ้าระวังเพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโภชนาการแห่งประเทศไทย; 2566.
27. ประชาชาติธุรกิจ. “มามา” โภจรายได้ 27,429 ล้านบาท เหตุเศรษฐกิจปี’65 ฟื้น - โควิดสงบ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 6 ก.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.prachachat.net/marketing/news-1212525>
28. เครือข่ายลดบริโภคเค็ม, สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. โครงการลดการบริโภคโซเดียมในประชากรไทย. กรุงเทพมหานคร: สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย; 2564.
29. Santos JA, Tekle D, Rosewarne E, Flexner N, Cobb L, Al-Jawaldeh A, et al. A systematic review of salt reduction initiatives around the world: a midterm evaluation of progress towards the 2025 global non-communicable diseases salt reduction target. *Adv Nutr* 2021;12(5):1768-80.
30. Kloss L, Meyer JD, Graeve L, Vetter W. Sodium intake and its reduction by food reformulation in the European Union — a review. *NFS Journal* 2015;1:9-19.

31. ECORYS. Food taxes and their impact on competitiveness in the agri-food sector: final report. Rotterdam: ECORYS; 2014.
32. Wright A, Smith KE, Hellowell M. Policy lessons from health taxes: a systematic review of empirical studies. BMC Public Health. 2017;17(1):583.
33. World Health Organization. Good practice brief [Internet]. 2015 [cited 2024 Jul 16]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/375098/WHO-EURO-2015-8733-48505-72065-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
34. Smith-Spangler CM, Juusola JL, Enns EA, Owens DK, Garber AM. Population strategies to decrease sodium intake and the burden of cardiovascular disease: a cost-effectiveness analysis. Ann Intern Med 2010;152(8):481-7.
35. Nghiem N, Blakely T, Cobiac LJ, Pearson AL, Wilson N. Health and economic impacts of eight different dietary salt reduction interventions. PLoS One 2015;10(4):e0123915.
36. Ni Mhurchu C, Eyles H, Genc M, Scarborough P, Rayner M, Mizdrak A, et al. Effects of health-related food taxes and subsidies on mortality from diet-related disease in New Zealand: an econometric-epidemiologic modelling study. PLoS One 2015;10(7):e0128477.
37. Cobiac LJ, Tam K, Veerman L, Blakely T. Taxes and subsidies for improving diet and population health in Australia: A Cost-Effectiveness Modelling Study. PLoS Med 2017;14(2):e1002232.
38. ชุขณา เมฆโหรา. โซเดียม การรับรสเค็มและการปรับลดปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์อาหาร. วารสารอาหาร 2565;52(1):16-23.
39. Xu X, Zeng L, Jha V, Cobb LK, Shibuya K, Appel LJ, et al. Potassium-enriched salt substitutes: a review of recommendations in clinical management guidelines. Hypertension 2024;81(3):400-14.
40. พระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 96, ตอนที่ 79 (ลงวันที่ 13 พฤษภาคม 2522).
41. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 373) พ.ศ. 2559. เรื่อง การแสดงสัญลักษณ์โภชนาการบนฉลากอาหาร (2559) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 มี.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://food.fda.moph.go.th/media.php?id=509389395565092864&name=P373.PDF>
42. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 394) พ.ศ. 2561. เรื่อง อาหารที่ต้องแสดงฉลากโภชนาการ และค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม แบบจีดีเอ (2561) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 มี.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: https://www.ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/264/T_0012.PDF
43. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 445) พ.ศ. 2566. เรื่อง ฉลากโภชนาการ (2566) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 21 มีนาคม 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://food.fda.moph.go.th/media.php?id=583907023645712384&name=P445.pdf>
44. พระราชบัญญัติสรรพสามิต พ.ศ. 2560. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 134, ตอนที่ 32 ก (ลงวันที่ 20 มีนาคม 2560).
45. ประชาชาติธุรกิจ. “มาแล้ว-ปุ่มปุ๋ย” ปรับสูตรอูตลุด ลดโซเดียมหนีภาษีความเค็ม [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.prachachat.net/marketing/news-389093>
46. งานเศรษฐกิจ. เก็บแน่! ภาษีเค็ม ‘มาแล้ว’ กลุ่มแรก [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้นเมื่อ 31 ส.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://www.thansettakij.com/business/412162>
47. ชัยณรงค์ ศรีรักษ์. การวิเคราะห์ความยืดหยุ่นของอุปสงค์และการประเมินมูลค่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจของการสูบบุหรี่ปริมาณเองกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์มะเร็งอุดรธานี [วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2554. 118 หน้า.
48. Shahab HA, Khoirunurrofik K. Optimal excise tax on Indonesia's unhealthy food. Universal Journal of Public Health 2021;9(5):218-29.
49. สำนักโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568. กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึก; 2559.
50. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.

51. World Health Organization. SHAKE the salt habit. Geneva: World Health Organization; 2017.
52. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. (ร่าง) แนวทางการดำเนินงานลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ปี 2566. นนทบุรี: กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค; 2566.

The Database and Academic Evidence for Supporting the Sodium Tax Policy Development Process

Teerawat Apipratyathitikun

Thai Health Promotion Foundation

Abstract

The purposes of this article were to: (1) review and collect the database and the academic evidence for supporting the Sodium Tax Policy development process; (2) analyze the database and academic evidence gaps for the Sodium Tax Policy development in Thailand; and (3) recommend the effective method/guideline for develop the database and academic evidence to the related agencies by addressing the targeting food products to impose the sodium tax, e.g. semi-processed foods, chilled and frozen ready-to-eat meals and snacks. The secondary data were reviewed and analyzed for finding the information gaps from February to August 2024. It was found that the academic publications can be divided into 4 core structured groups; health/public health, economy/society, economics, and law/regulation. The limitations and opportunities were identified for the development of more effective database system and academic evidence for example; health situation information should apply the standard survey method to determine the sample survey that could be the representative at the national level and the data collection should be planned to survey as a series that up to date, and the criterion of sodium content should be recommended in the targeted food products as the tool for implementation of taxation policy based on nutrition and health promotion against non-communicable diseases (NCDs) concept. In case of the database of marketing food product, the government agencies face the problem of accessibility and availability of the data. Therefore, the related agencies should integrally share and develop the database together and also consider the accordance of related legal guidelines to efficiently formulate the taxation policy.

Keywords: Sodium tax policy; price elasticity of demand; salt substitutes

พลังใจสีเขียว: แนวทางส่งเสริมสุขภาพะจิตใจอาสาสมัคร พิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน

สิริกร นามลาบุตร, นุชสิทธิ์ จิตแก้ว, พีรวิชัย นามลาบุตร, พิมพิจ เมษจุสุขไส
สถาบันคุณวุฒิวิชาชีพ (องค์การมหาชน)

วันรับ: 26 ก.ค. 2567

วันแก้ไข: 17 ส.ค. 2567

วันตอบรับ: 21 ส.ค. 2567

บทนำ

อาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน (ทสม.) เปรียบเสมือนฟันเฟืองสำคัญ ขับเคลื่อนงานด้านการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมระดับหมู่บ้าน ด้วยความทุ่มเทเวลา แรงกาย แรงใจ ร่วมแรงร่วมใจกันดูแลรักษาป่าไม้ แหล่งน้ำ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม ภารกิจอันยิ่งใหญ่เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของ ทสม. ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย ได้แก่ ความเครียด ภาวะหมดไฟ ความวิตกกังวล ปัญหาความสัมพันธ์และการสื่อสาร และภาระงานหนักพักผ่อนไม่เพียงพอ ปี พ.ศ. 2531-2532 ภัยพิบัติทางธรรมชาติในภาคใต้ สร้างความสูญเสียทั้งชีวิต ทรัพยากรธรรมชาติและทรัพย์สิน นำไปสู่การตื่นตัวด้านการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ปี พ.ศ. 2532 พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช รัชกาลที่ 9 ทรงมีพระราชดำรัสเกี่ยวกับภาวะโลกร้อนนำไปสู่การประกาศให้ปีพ.ศ. 2533-2535 เป็นปีแห่งการพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และกำหนดวันที่ 4 ธันวาคมเป็นวันสิ่งแวดล้อมไทย ปีพ.ศ. 2533 กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมริเริ่มโครงการ “อาสาพัฒนาสิ่งแวดล้อม” เพื่อฝึกอบรมและสร้างกลุ่มอาสาสมัครสิ่งแวดล้อมระดับท้องถิ่น ซึ่งต่อมาพัฒนามาเป็น “อาสาสมัครพิทักษ์สิ่งแวดล้อม” หรือ “อสม.” ปี พ.ศ. 2545 ปรับรูปแบบการทำงานเป็น “เครือข่ายอาสาสมัครพิทักษ์สิ่งแวดล้อม” เริ่มดำเนินการใน 10 จังหวัดนำร่อง ปัจจุบันเครือข่ายอาสาสมัครพิทักษ์สิ่งแวดล้อมมีสมาชิกครบ 76 จังหวัดทั่วประเทศ รวมทั้งสิ้น 288,920 คน^(1,2) ทสม.

เปรียบเสมือนฟันเฟืองสำคัญ ขับเคลื่อนงานด้านการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมระดับหมู่บ้าน ด้วยความเสียสละ ทุ่มเทแรงกาย แรงใจ ร่วมดูแลรักษาป่าไม้ แหล่งน้ำ สัตว์ป่า และสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น สอดคล้องกับงานวิจัยของนิภาวรรณ เจริญลักษณ์ และคณะ⁽³⁾ พบว่าชุมชนที่มีเครือข่ายจิตอาสาที่เข้มแข็ง บริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับ “บ้าน วัด โรงเรียน” มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางในชุมชน โดยชุมชนมีความรู้ ความสามารถ และร่วมมือกันดูแลกลุ่มเปราะบาง ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ

ชุมชนที่มีเครือข่ายจิตอาสาเข้มแข็ง ส่งเสริมให้กลุ่มเปราะบางมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน⁽³⁾ อย่างไรก็ตาม ภารกิจอันยิ่งใหญ่เหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของทสม. สังเกตได้จากปัจจัยเสี่ยง เช่น ความเครียด ภาวะหมดไฟ ความวิตกกังวล ปัญหาความสัมพันธ์ ภาระงานหนัก และการพักผ่อนไม่เพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยของมนัสพงษ์ มาลา⁽⁴⁾ พบว่า มีผู้เข้าเกณฑ์ภาวะเมื่อยล้าหมดไฟระดับสูงร้อยละ 5.03 ปัจจัยเสี่ยงโรคประจำตัว ทำงานในเขตเมือง/กึ่งเมือง/ชนบท อายุ 60 ปีขึ้นไป สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ไม่สูบบุหรี่ ขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ ขาดที่ปรึกษา ไม่พอใจกับความก้าวหน้าในงาน ปริมาณงาน ความมั่นคง ผลตอบแทน/สวัสดิการ สภาพแวดล้อมการทำงาน บางส่วนเสี่ยงภาวะหมดไฟสูง ผลงานส่วนบุคคลลดลง

แนวทางส่งเสริมสุขภาพะจิตใจอาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน (ทสม.) หรือ “พลังใจสีเขียว” แบ่งออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1. ทุกภาคส่วนควรร่วมสร้างเครือข่ายและระบบสนับสนุนเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต สร้างความสัมพันธ์ และเสริมสร้างพลังให้กับอาสาสมัคร ทสม. ดังนี้ จัดตั้งกลุ่มสนับสนุนออนไลน์ เป็นพื้นที่สำหรับแบ่งปันประสบการณ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้กำลังใจ กำหนดกฎเกณฑ์ และข้อตกลงที่ชัดเจนเพื่อสร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย

2. ทุกภาคส่วนควรมีส่วนร่วมในการแสดงความขอบคุณและชื่นชมอาสาสมัคร ทสม. เพื่อเป็นการยอมรับความทุ่มเท ความพยายาม และผลงานอันทรงคุณค่าของ ทสม. โดยภาคประชาชน ร่วมบริจาคทุนทรัพย์ สิ่งของ อุปกรณ์บริโภค หรือสมัครเป็นอาสาสมัครเพื่อสนับสนุนงานของ ทสม. ภาคเอกชน มอบส่วนลดสินค้าหรือบริการให้กับ ทสม. หรือสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ของ ทสม. ภาครัฐ ออกนโยบายสนับสนุน ส่งเสริม และคุ้มครองสิทธิของ ทสม. การแสดงความขอบคุณและชื่นชม จะช่วยสร้างขวัญกำลังใจให้กับ ทสม. และเป็นการกระตุ้นให้ ทสม. ทุ่มเททำงานเพื่อสังคมต่อไป

3. ทุกภาคส่วนควรมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีของ ทสม. ผ่านแนวทางการจัดการความเครียดและการดูแลตนเอง โดยจัดฝึกอบรมหรือการประชุมเชิงปฏิบัติการ สอนเทคนิคการจัดการความเครียด เช่น การฝึกสติ

การหายใจลึก และการออกกำลังกาย เน้นการฝึกฝนอย่างสม่ำเสมอเพื่อสร้างทักษะการรับมือกับความเครียด สร้างบรรยากาศการทำงานที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพจิตที่ดี


4. การสร้างความตระหนักและการให้การศึกษาหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดการณรงค์หรือการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพจิตใจในหมู่อาสาสมัคร ทสม. เช่น สัญญาณของความเครียดและภาวะหมดไฟ และวิธีการรับมือกับปัญหาเหล่านี้


5. การประเมินและการปรับปรุงหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรประเมินสุขภาพจิตใจของอาสาสมัคร ทสม. เป็นประจำ เพื่อติดตามความคืบหน้าและระบุพื้นที่ที่ต้องปรับปรุง ปรับปรุงแนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตใจอย่างต่อเนื่องตามผลการประเมินและข้อเสนอแนะจากอาสาสมัคร ดังภาพที่ 1


สรุป


การสร้างสุขภาพจิตที่ดีให้กับอาสาสมัคร ทสม. เป็นรากฐานสำคัญในการขับเคลื่อนงานอาสาสมัครอย่างยั่งยืน ด้วยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน สามารถสร้างสังคมที่ทุกคนมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข และพร้อมที่จะสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ดีต่อสังคม


ภาพที่ 1 พลังใจสีเขียว: แนวทางส่งเสริมสุขภาพจิตใจอาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน (ทสม.)

- 

1. การสร้างเครือข่ายและสนับสนุน
- 

2. การรับรู้คุณค่าและให้การยอมรับ
- 

3. การจัดการความเครียดและดูแลตนเอง
- 

4. การสร้างความตระหนักและให้การศึกษา
- 

5. ประเมินและปรับปรุง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม. ความเป็นมา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 23 ก.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://datacenter.dcce.go.th/nevt/home/>
2. กรมการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและสิ่งแวดล้อม. จำนวน ทสม. ทั้งประเทศ (ภาพรวม) [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 23 ก.ค. 2567]. แหล่งข้อมูล: <https://datacenter.dcce.go.th/nevt/report/member-overview/>
3. นิภาวรรณ เจริญลักษณ์, เริงวิษญ์ นิลโคตร, ชาดรี ลุนดำ. การวิจัยและพัฒนาเครือข่ายจิตอาสาในการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเปราะบางในชุมชน. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 24 ก.ค. 2567];11(3):848-61. แหล่งข้อมูล: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/journal-peace/article/view/255876>
4. มนัสพงษ์ มาลา. ภาวะเมื่อยล้าหมดไฟในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 4. วารสารวิชาการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 25 ก.ค. 2567];30(5):944-54 แหล่งข้อมูล: <https://do4.hss.moph.go.th/wp-content/uploads/2024/02/ผลงานตีพิมพ์-อสม.-เขต.4-Article-Text-17264-1-10-20211025.pdf>



www.thaihealth.or.th/THPJournal