

เอกสารวิชาการ
เรื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูลการสื่อสารความเสี่ยงด้านอาหาร
จากการเผยแพร่ข่าวของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2560

Analysis of Risk Communication Related to Food from
Public Relation of FDA B.E. 2556 – 2560

โดย
นางสาววรวิมล วัลย์ พูลสวัสดิ์
นักวิชาการอาหารและยาปฏิบัติการ
ตำแหน่งเลขที่ 667 กลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด
สำนักอาหาร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
พ.ศ. 2562

บทสรุปผู้บริหาร (Executive Summary)

ความท้าทายจากความก้าวหน้าและการเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสารที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารของผู้บริโภคในยุคปัจจุบันเป็นโจทย์สำคัญที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ในฐานะเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจะต้องวางแผนและจัดทำมาตรการในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพไปยังผู้บริโภค เนื่องจากในปัจจุบันหน่วยงานภาครัฐยังไม่สามารถกำกับดูแลการให้ข้อมูลหรือการโฆษณาได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งผู้บริโภคบางส่วนยังขาดความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy) ในการดูแลตนเอง และยังมีทัศนคติในการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะการหลงเชื่อการโฆษณาอวดอ้าง หรือข้อมูลที่ไม่จริงต่าง ๆ โดยขาดการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมผู้บริโภค เสียเงิน เสียสุขภาพ และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังนั้นการศึกษานี้จึงได้วิเคราะห์สถานการณ์การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นทางการของ อย. โดยเฉพาะการสื่อสารเพื่อเตือนภัยและข้อมูลผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารหลังออกสู่ตลาดในปี พ.ศ. 2556–2560 และข้อมูลผลการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารในปี พ.ศ. 2558–2560 เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอในการพัฒนาการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) ที่เหมาะสม ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลการเผยแพร่ข่าวสารของ อย. มีแนวโน้มที่จะเน้นการแจ้งข้อมูลทั่วไปที่เป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคหรือผลการดำเนินงานของ อย. ในเชิงบวกและการแจ้งเตือนภัยให้ผู้บริโภคเกิดความตระหนักหรือมีความระมัดระวังในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร โดยพบว่า การแจ้งเตือนภัยส่วนใหญ่เป็นการแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์ที่มีการโอ้อวดสรรพคุณและแสดงผลึกไม่ถูกต้อง และเป็นการสื่อสารเพียงทางเดียว นอกจากนี้ยังพบว่า การสื่อสารที่เกี่ยวกับการดำเนินการปราบปรามผลิตภัณฑ์อาหารที่ผิดกฎหมายลดลงในแต่ละปี การแจ้งเตือนในลักษณะของการให้ความรู้ในการเลือกซื้อหรืออย่าหลงเชื่อการโฆษณาโอ้อวดสรรพคุณเกินจริงเพิ่มขึ้น ซึ่งเนื้อหาการแจ้งเตือนเป็นไปในทิศทางเดียวกับผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารที่ยังคงพบปัญหาโดยเฉพาะการลักลอบใส่สารอันตรายและการโฆษณาโอ้อวดหรือไม่ได้รับอนุญาตทางสื่อโทรทัศน์ เคเบิล ดาวเทียม และสื่ออินเทอร์เน็ตยังคงพบปัญหาอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในสื่อโทรทัศน์ (ฟรีทีวี) โดยเฉพาะในกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและผลิตภัณฑ์ที่มีการโอ้อวดสรรพคุณต่าง ๆ ซึ่งข้อมูลเพื่อใช้ในการสื่อสารจะมาจากหน่วยงานภายใน อย. ให้จัดทำเนื้อหาและเผยแพร่ทางช่องทางต่าง ๆ ดังนั้น เพื่อสนับสนุนให้ผู้บริโภคเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) อย่างมีประสิทธิภาพจึงขอเสนอแนวทางการพัฒนาการสื่อสารด้านอาหารของ อย. ดังนี้ (1) เข้าใจผู้บริโภค โดยใช้ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมมาวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมผู้บริโภคและนำมาใช้ในการสื่อสารเพื่อปรับพฤติกรรมของผู้บริโภค (2) มีรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสม ปรับวิธีการสื่อสารให้มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละกลุ่มเป้าหมายด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน ข้อมูลที่ใช้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมาย (3) มีความถี่ในการสื่อสารที่มากเพียงพอเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก และ (4) ส่งเสริมให้เกิดการวิจัยและประเมินผลอย่างเป็นระบบเพื่อให้สามารถวางมาตรการและนโยบายที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ เกิดผลสัมฤทธิ์ที่สามารถปฏิบัติได้จริง และความคุ้มค่าของงบประมาณ

สารบัญ (Table of Content)

เรื่อง	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	i
สารบัญ	ii
สารบัญภาพ	iv
สารบัญตาราง	v
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์	1
1.3 กรอบแนวคิด	2
1.4 ขอบเขตงานวิจัย	2
1.5 วิธีการศึกษา	2
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	4
2.1 การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)	4
2.2 การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication)	5
2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	6
2.3.1 นิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)	6
2.3.2 แนวคิดการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย	7
2.4 การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication)	7
2.4.1 นิยามของการสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication)	7
2.4.2 แนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงด้านอาหารในประเทศไทย	9
2.5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavioral changes)	10
2.5.1 นิยามของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)	10
2.5.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	10
2.5.3 ทฤษฎีลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (The Stages of Change Model)	10
2.6 เศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral economics)	11
2.6.1 นิยามของเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral economics)	11
2.6.2 เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมกับการบริโภคอาหาร	13
บทที่ 3 ผลการวิเคราะห์	16
3.1 การเผยแพร่ข้อมูลด้านอาหาร	16
3.2 การเผยแพร่แบบการแจ้งเตือนภัย	18

เรื่อง	หน้า
3.3 ผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารและการโฆษณาอาหารของสำนักงาน คณะกรรมการอาหารและยา	25
3.4 แนวโน้มของการสื่อสารความเสี่ยงด้านอาหาร	28
บทที่ 4 วิจัยรณั สรรุผล และข้อเสนอแนะ	29
4.1 วิจัยรณั สรรุผล และข้อเสนอแนะ	29
4.2 ข้อจ้ก้กัคของการศึคษาในครึ้งนี้	31
บรรณานุกรม	32

สารบัญตาราง (List of Tables)

ตารางที่		หน้า
ตารางที่ 1	การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560	17
ตารางที่ 2	การเผยแพร่ข้อมูลการเตือนภัยระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560	19
ตารางที่ 3	รายละเอียดการแจ้งเตือนภัยระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560	20
ตารางที่ 4	การแจ้งเตือนภัยด้านเคมีระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560	20
ตารางที่ 5	ชนิดของสารเคมีที่พบการแจ้งเตือนภัยในปี พ.ศ. 2556-2560 แยกรายปี	23
ตารางที่ 6	การแจ้งเตือนภัยด้านจุลินทรีย์ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560	24
ตารางที่ 7	ชนิดของจุลินทรีย์ที่พบการแจ้งเตือนภัยในปี พ.ศ. 2556-2560 แยกรายปี	25
ตารางที่ 8	ผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหาร ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560	26
ตารางที่ 9	ผลการเฝ้าระวังโฆษณาอาหาร ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2560	27

สารบัญภาพ (List of Figures)

ภาพที่		หน้า
ภาพที่ 1	แบบจำลอง V-Shape	8
ภาพที่ 2	ทฤษฎีลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ	12
ภาพที่ 3	ชนิดของสารเคมีที่พบการแจ้งเตือนภัยในปี พ.ศ. 2556-2560 แยกรายปี	22
ภาพที่ 4	ชนิดของจุลินทรีย์ที่พบการแจ้งเตือนภัยในปี พ.ศ. 2556-2560 แยกรายปี	24
ภาพที่ 5	แนวโน้มของการการโฆษณาผิดกฎหมาย	27
ภาพที่ 6	แนวโน้มของการสื่อสารความเสี่ยงด้านอาหาร	28

บทที่ 1

บทนำ

(Introduction)

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

ในยุคประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นประเทศไทย 4.0 พร้อมกับความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีการสื่อสารที่ไร้ขีดจำกัดนำไปสู่การพัฒนาในรูปแบบการดำเนินธุรกิจและการสื่อสารข้อมูลผลิตภัณฑ์อาหารจากทั่วโลกด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ และส่งผลให้ผู้บริโภคเกิดความต้องการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารรูปแบบใหม่เพิ่มมากขึ้น การสืบค้นหรือเผยแพร่ข้อมูลต่าง ๆ ทำได้ง่าย สะดวกและรวดเร็ว เพียงแค่ปลายนิ้วสัมผัสเท่านั้น ซึ่งความก้าวหน้าที่กล่าวเปรียบเสมือนดาบสองคมหากมีการนำไปใช้ในทางที่ถูกต้องจะไปสู่การรับรู้ข่าวสารและข้อมูลและสร้างภูมิคุ้มกันให้กับผู้บริโภคให้รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลง แต่หากมีการนำไปใช้ในทางที่ผิดอาจเกิดการคุกคามทางไซเบอร์ เช่น การจารกรรมข้อมูล หรือการโฆษณาอื้อวอดต่าง ๆ ดังเช่นปัจจุบัน จึงเป็นทั้งโอกาสของหน่วยงานรัฐที่จะใช้ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีนี้สื่อสารข้อมูลต่าง ๆ ให้ผู้บริโภคทั่วประเทศได้รับทราบ และเป็นความท้าทายที่จะสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) ให้ถึงผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมายได้อย่างครอบคลุมและทัน่วงที

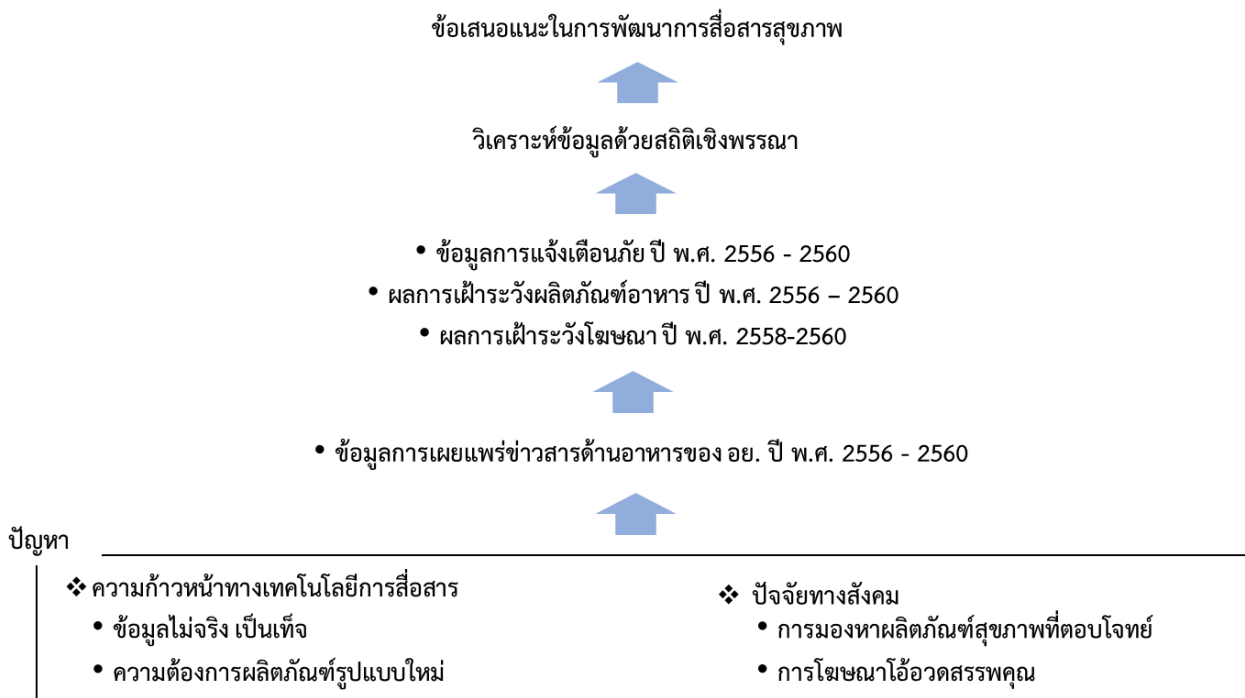
ภารกิจหลักประการหนึ่งของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) คือ การคุ้มครองผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัยจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ดังนั้น อย. จึงมีกระบวนการพิจารณาอนุญาตผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนออกสู่ตลาดเพื่อให้มั่นใจว่า ผลิตภัณฑ์ที่จะจำหน่ายในประเทศมีความปลอดภัยต่อผู้บริโภค มีการตรวจสอบหลังออกสู่ตลาดเพื่อให้มั่นใจว่า ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่วางจำหน่ายหลังได้รับอนุญาตแล้วยังคงมีคุณภาพและความปลอดภัยเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด และสื่อสารให้ผู้บริโภคทราบวิธีการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้มาตรฐานและแจ้งข้อมูลความไม่ปลอดภัยของผลิตภัณฑ์ในกรณีที่ตรวจพบว่า ผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้นมีคุณภาพไม่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดหรือไม่ปลอดภัยต่อการบริโภค ดังเช่นกรณีข่าวการเสียชีวิตของผู้บริโภคที่รับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่มีการลักลอบใส่ยาอันตรายจนนำไปสู่การขยายผลจับกุมและปราบปรามการจำหน่ายผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ผิดกฎหมายครั้งใหญ่ จากเหตุการณ์ดังกล่าวได้สร้างกระแสความตื่นตัวให้กับผู้บริโภคในการตรวจสอบข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการเข้าถึงข้อมูลผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ปลอดภัยต่อการบริโภค นำไปสู่คำถามว่า ขณะนี้การเผยแพร่ข้อมูลของ อย. ต่อสาธารณชนมีความเพียงพอและสอดคล้องกับสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยแล้วหรือไม่

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อวิเคราะห์การสื่อสารความเสี่ยงด้านอาหารที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเผยแพร่ต่อสาธารณะ เปรียบเทียบกับศึกษาแนวโน้มของปัญหาความไม่ปลอดภัยของผลิตภัณฑ์อาหารจากผลการเฝ้าระวังระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2560

1.2.2 เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงด้านอาหารเพื่อสร้างความตระหนักของผู้บริโภค

1.3 กรอบแนวคิด



1.4 ขอบเขตของงานวิจัย

1.4.1 กลุ่มตัวอย่าง

- 1) ข้อมูลข่าวประชาสัมพันธ์ที่เผยแพร่ในรูปแบบของการแถลงข่าวและข่าวแจก ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 - 2560
- 2) ข้อมูลผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารหลังออกสู่ตลาดของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 - 2560
- 3) ข้อมูลผลการเฝ้าระวังการโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 - 2560

1.4.2 ระยะเวลาดำเนินงาน

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2556-2560

1.5 วิธีการศึกษา

1.5.1 รวบรวมและวิเคราะห์การเผยแพร่ข้อมูลด้านอาหารและการเตือนภัยของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

- 1) รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิของการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นทางการในรูปแบบของการแถลงข่าวและข่าวแจกที่เกี่ยวข้องกับอาหาร จากเอกสารข่าวประจำปีของกองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 - 2560 โดยจำแนกเป็นประเด็น ได้แก่ ปีงบประมาณ รูปแบบการเผยแพร่ข้อมูล ประเภทของอาหาร และรายละเอียดของข้อมูล

2) วิเคราะห์ข้อมูลการเผยแพร่แบบแจ้งเตือนภัย โดยจำแนกเป็นประเด็น ได้แก่ ปังบประมาณ ประเภทของอาหาร และรายละเอียดของข้อมูล

1.5.2 รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลรายงานผลการตรวจเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารหลังออกสู่ตลาดและการโฆษณาอาหาร

1) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์อาหารของกลุ่มกำกับดูแลหลังออกสู่ตลาด สำนักอาหาร ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2556-2560 โดยจำแนกเป็นประเด็น ได้แก่ ปังบประมาณ ประเภทของอาหาร และรายละเอียดข้อบกพร่องที่พบ

2) รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิของผลการเฝ้าระวังโฆษณาอาหารของศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2558-2560 โดยจำแนกเป็นประเด็น ได้แก่ ปังบประมาณ และประเภทของสื่อที่พบการกระทำผิด

1.5.3 วิเคราะห์แนวโน้มการสื่อสารความเสี่ยงด้านอาหารและจัดทำข้อเสนอแนะต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

1) วิเคราะห์ข้อมูลการแจ้งเตือนภัยและการเผยแพร่ผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในด้านการปราบปราม ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2556-2560 เพื่อศึกษาแนวโน้มการสื่อสารความเสี่ยงด้านอาหารของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

2) ประมวลผลการวิเคราะห์ข้อมูลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการสื่อสารสุขภาพต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

1.5.4 การวิเคราะห์ด้วยสถิติ

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ทางสถิติประมวลผลข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.6.1 ได้ข้อมูลลักษณะการสื่อสารด้านอาหารของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

1.6.2 ได้ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

(Literature Review)

2.1 การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการที่ช่วยส่งเสริมให้ประชาชนควบคุมและสามารถปรับปรุงสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ทั้งสภาวะทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ในระดับบุคคลและกลุ่มบุคคล โดยสามารถระบุความต้องการและบรรลุในสิ่งที่ต้องการได้ รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปได้ เป็นการมุ่งไปยังรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีในที่สุด (กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ, 2529)

วิวัฒนาการของการสร้างเสริมสุขภาพเริ่มต้นจากการประชุมนานาชาติ เรื่อง การเสริมสร้างสุขภาพ ครั้งที่ 1 ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ในปี พ.ศ. 2529 โดยได้ประกาศกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (The Ottawa Charter for Health Promotion) ซึ่งถือว่ามีผลสำคัญต่อการสาธารณสุขแนวใหม่ (The New Public Healthy) ที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพที่มองมิติของสุขภาพแบบองค์รวมในปัจจุบัน โดยใช้กลยุทธ์ในการจัดการที่หลากหลาย บูรณาการ และสอดคล้องซึ่งกันและกัน 3 ประเด็น ได้แก่ (1) การสนับสนุนชี้แนะ (Advocate) ให้เกิดการปรับเปลี่ยนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม ให้เป็นปัจจัยที่ส่งผลดีต่อสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีเป้าหมาย (2) การเสริมสร้างความสามารถ (Enable) เน้นความเสมอภาคและโอกาสในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เพิ่มพูนทักษะชีวิต และเพิ่มทางเลือกที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ และ (3) การเป็นสื่อกลาง (Mediate) ส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน เป็นต้น มีบทบาทในเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพในทุกสถานะและทำหน้าที่เป็นสื่อกลางระหว่างความต้องการที่แตกต่างกันของแต่ละภาคส่วนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพ

กฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ ได้แก่ (1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของผลกระทบทางสุขภาพอันเป็นผลจากการตัดสินใจของผู้กำหนดนโยบายในทุกเรื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีทางสังคมและทางกายภาพที่สนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีและปลอดภัย รวมถึงการคาดการณ์เพื่อลดอุปสรรคในการตอบสนองนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของภาคส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (Non-Health Sector) เพื่อให้ผู้กำหนดนโยบายเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพได้ง่ายยิ่งขึ้น (2) การสร้างสรรคสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ถือเป็นเป้าหมายทั้งในระดับชาติ ภูมิภาค หรือในระดับชุมชนที่ต่างต้องเห็นความสำคัญของชุมชนและสิ่งแวดล้อม การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต การทำงาน และการพักผ่อนหย่อนใจ และส่งผลกระทบต่อสุขภาพในที่สุด (3) การเสริมสร้างการดำเนินการในชุมชนที่เข้มแข็ง คือการทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของสามารถควบคุมการดำเนินการต่าง ๆ และสามารถกำหนดอนาคตของตนเองได้ เป็นการดึงศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรวัตถุที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อพัฒนาระบบที่มีความยืดหยุ่น เพิ่มการมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อสุขภาพ ด้วยการส่งเสริมให้ชุมชนสามารถเข้าถึงข้อมูลอย่างสมบูรณ์และต่อเนื่อง มีโอกาสได้เรียนรู้ถึงโอกาสในการ

สร้างสุขภาพและมีแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเหมาะสม (4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ด้วยการให้ข้อมูล เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาทักษะชีวิต ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ประชาชนมีความสามารถในการควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม มีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกช่วงชีวิต และสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่จะส่งผลดีต่อสุขภาพ และ (5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ เป็นบทบาทของทุกภาคส่วนต้องร่วมกันปรับเปลี่ยนทิศทางการให้บริการสุขภาพสู่การสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการมีสุขภาพดีขึ้น เปิดโอกาสให้ภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพได้เชื่อมโยงกับภาคส่วนอื่น เช่น สังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม และต้องได้รับการสนับสนุนที่เข้มแข็งจากการวิจัยสุขภาพ พร้อม ๆ กับการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการศึกษาและการอบรมในวิชาชีพนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคคลและองค์กรให้มองความต้องการของบุคคลเป็นภาพรวม

2.2 การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication)

การสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) หมายถึง การใช้สื่อสารมวลชนประเภทต่าง ๆ และเทคโนโลยีสารสนเทศในการเผยแพร่ข้อมูลและเนื้อหาสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นปัจจุบัน และเป็นประโยชน์ต่อสาธารณชน ข้อมูลและรูปแบบที่สื่อสารออกไปจะต้องส่งผลให้เกิดความตระหนัก สนใจ และกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้จนเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้ทั้งในระดับบุคคลและสังคมโดยรวม หรือส่งเสริมให้คนในสังคมที่มีข้อจำกัดในการค้นหาข้อมูลและเรียนรู้สุขภาพด้วยตนเองสามารถนำไปใช้เพื่อการพัฒนาชีวิตให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ การสื่อสารสุขภาพที่ดีไม่มีรูปแบบและช่องทางการสื่อสารที่ตายตัวขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละประเทศ แต่ก็ม้งานวิจัยที่พบว่า การสื่อสารสุขภาพที่ออกแบบบนพื้นฐานของพฤติกรรมผู้บริโภคจะสร้างผลกระทบเชิงบวกด้านทัศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) (ม.ป.ป.) ระบุว่า การสื่อสารสุขภาพและการพัฒนารูปแบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพต้องประกอบด้วยหลักการดังต่อไปนี้

1. **มีความเที่ยงตรง (Accuracy)** หมายถึง เนื้อหาที่สื่อสารจะต้องมีความถูกต้อง โดยปราศจากความผิดพลาดของข้อเท็จจริง การแปลความ และการตัดสินใจ
2. **มีความพร้อม (Availability)** หมายถึง เนื้อหาที่จะสื่อสารต้องส่งไปยังสื่อ/สถานที่ที่ผู้รับสารสามารถเข้าถึงได้
3. **มีความสมดุล (Balance)** หมายถึง เนื้อหาที่จะสื่อสารต้องแสดงทั้งด้านที่เป็นประโยชน์และความเสี่ยงของการทำต่าง ๆ ที่อาจมีโอกาสดังขึ้น หรือตระหนักในมุมมองที่แตกต่างหรือความถูกต้องของประเด็นที่จะสื่อสาร
4. **มีความสม่ำเสมอ (Consistency)** หมายถึง เนื้อหาที่จะสื่อสารต้องเป็นไปในแนวทางเดียวกันตลอดช่วงระยะเวลาที่สื่อสารและเป็นข้อมูลเดียวกันทุกสื่อ
5. **มีสมรรถนะทางวัฒนธรรม (Cultural Competence)** หมายถึง มีการออกแบบ การนำไปใช้ และการประเมินผลที่คำนึงถึงประเด็นพิเศษของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ระดับการศึกษา และความหลากหลาย
6. **มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence base)** หมายถึง หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องต้องได้รับการทบทวนที่ครอบคลุมและวิเคราะห์อย่างเข้มงวด เพื่อนำไปกำหนดแนวทางปฏิบัติ การวัดประสิทธิภาพ เกณฑ์การวิเคราะห์ และการประเมินด้านเทคโนโลยี
7. **เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (Reach)** หมายถึง เนื้อหาที่จะสื่อสารต้องเข้าถึงหรือมีมากเพียงพอสำหรับคนจำนวนมากในประชากรกลุ่มเป้าหมาย
8. **มีความน่าเชื่อถือ (Reliability)** หมายถึง แหล่งข้อมูลสามารถเชื่อถือได้และเนื้อหาเป็นปัจจุบัน

9. สามารถส่งซ้ำได้ (Repetition) หมายถึง การส่งสารหรือการเข้าถึงเนื้อหาการสื่อสารจะต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่องและสามารถส่งต่อซ้ำได้เมื่อเวลาผ่านไปเพื่อสร้างผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายและเข้าถึงคนรุ่นใหม่

10. ทันเวลา (Timeliness) หมายถึง ข้อมูลที่จะสื่อสารจะต้องมีหรือพร้อมใช้งานเมื่อผู้รับสารเปิดรับสารหรือต้องการข้อมูลเฉพาะด้าน

11. เข้าใจง่าย (Understandability) หมายถึง การอ่าน ระดับภาษาที่ใช้ หรือรูปแบบการสื่อสารจะต้องมีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่ม

โดยได้จำแนกการสื่อสารสุขภาพออกเป็น 7 สาขาหลักเพื่อนำไปสู่การพัฒนาต้นแบบด้านความรู้และการนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่

1. การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) เป็นกระบวนการสื่อสารอย่างยั่งยืนที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ทางสุขภาพและทัศนคติด้านพฤติกรรมกับผู้รับสารที่มีความหลากหลาย

2. การสื่อสารในภาวะวิกฤติ (Crisis Communication) เป็นการสื่อสารโต้ตอบในภาวะที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ไม่คาดฝันที่เกิดขึ้นระหว่างการสื่อสารความเสี่ยง

3. การสื่อสารการระบาด (Outbreak Communication) การสื่อสารการระบาดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ควบคุมการระบาดได้อย่างเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้โดยทำให้สังคมหยุดชะงักน้อยที่สุด

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถของบุคคลที่ต้องเข้าถึงและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี

5. การตลาดทางสังคม (Social Marketing) เป็นการทำการตลาดที่ออกแบบกิจกรรมเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของสังคมที่ทำให้ชีวิตความเป็นอยู่ของคนในสังคมดีขึ้นหรือเพื่อยุติหรือลดผลกระทบของสังคมเป็นหลัก ดังนั้น การใช้เครื่องมือการตลาดทางสังคมเพื่อดำเนินโครงการพัฒนาสุขภาพของประชาชนจะช่วยให้เป้าหมายชัดเจนขึ้นและช่วยปรับปรุงความสำเร็จให้ดียิ่งขึ้น

6. การชี้แนะสาธารณะด้านสุขภาพ (Health Advocacy) เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่จะสร้างความตระหนักและส่งเสริมสุขภาพ และการเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพในระดับบุคคลและชุมชน

7. สุขศึกษา (Health Education) มีเป้าหมายเพื่อส่งผลกระทบต่อความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของผู้บริโภคที่เชื่อมโยงกับสุขภาพในเชิงบวก

2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

2.3.1 นิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

องค์การอนามัยโลกได้นิยามคำว่า Health Literacy หรือความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาพ

สำหรับบริบทของประเทศไทย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ระดับความรู้และความสามารถของบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมิน (ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับจากทุกช่องทาง) และตัดสินใจ (จากข้อมูลที่ผ่านการกลั่นกรองและประเมินแล้ว) ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม (วชิระ เพ็งจันทร์, 2560)

ความรู้ด้านสุขภาพ สามารถแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียน ที่จำเป็นต่อการเข้าใจและใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อดำรงชีวิตประจำวัน

ระดับที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพระดับสื่อสารปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) ได้แก่ ทักษะที่สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ รอบตัว รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่ต่างกัน สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งทักษะทางสังคม สามารถสื่อสารหรือมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นได้

ระดับที่ 3 ความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์สถานการณ์ที่พบและเข้าใจปัจจัยแวดล้อมที่เกี่ยวข้องจนสามารถวางแผนจัดการควบคุม ป้องกัน หรือแก้ไขปัญหานั้น ๆ ได้

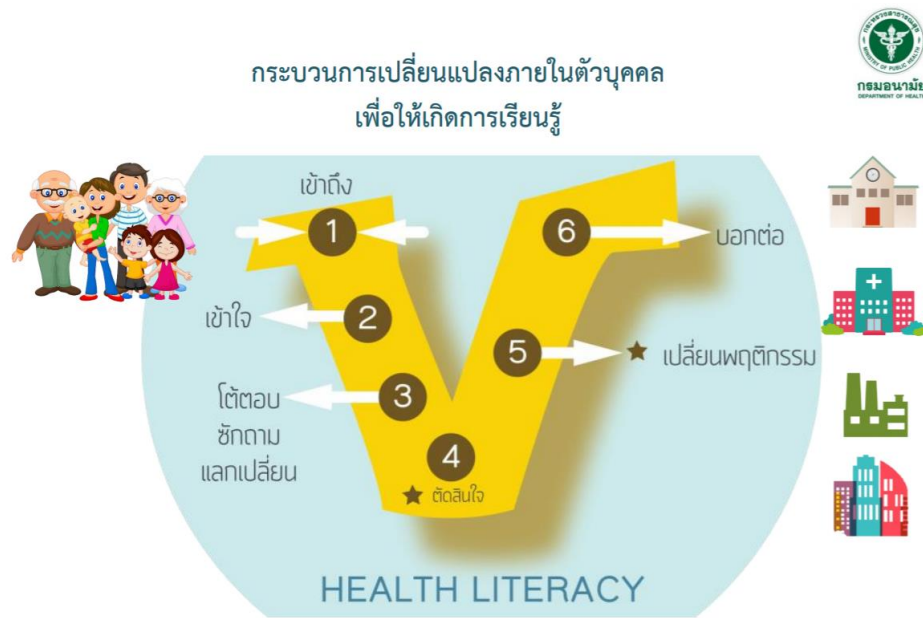
2.3.2 แนวคิดการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทย

สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน กรมอนามัย ได้เสนอแนวคิดกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบจำลอง V-shape ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ (ภาพที่ 1) ผ่านกิจกรรมและโครงการส่งเสริมสุขภาพใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การสื่อสาร การพัฒนาศักยภาพ การพัฒนาชุมชน การพัฒนาองค์กร และการกำหนดนโยบาย เพื่อนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดคือ ประชาชนไทยมีสุขภาพที่ดี สถานะสุขภาพดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญในประเด็นดังกล่าวเป็นอย่างมาก และผลักดันให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในประเด็นของการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขโดยมีเป้าหมายและผลสัมฤทธิ์ 3 ประการ คือ (1) ประชาชนไทยทุกคนมีทักษะในการเข้าถึงและประมวลข้อมูลสุขภาพเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (2) สังคมไทยเป็นสังคมรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate societies) คือ สังคมที่ประชาชนทุกคนเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และประยุกต์ใช้ของประชาชน สามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และ (3) ประเทศไทยมีระบบสาธารณสุข การศึกษา สวัสดิการสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลและบริการต่าง ๆ ในสังคมเพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ภายในปี พ.ศ. 2565 และได้กำหนดตัวชี้วัดสำคัญ จำนวน 5 ประเด็น คือ (1) ปริมาณข้อมูลสุขภาพที่เป็นเท็จและถูกเผยแพร่มีน้อยลง (2) ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น (3) พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในประชาชนทุกกลุ่มวัยเพิ่มขึ้น (4) ประชาชนมีอัตราการเจ็บป่วยลดลง และ (5) ประเทศไทยมีค่าใช้จ่ายสุขภาพด้านการรักษาพยาบาลลดลง

2.4 การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication)

2.4.1 นิยามของการสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication)

องค์การอนามัยโลกได้นิยามคำว่า การสื่อสารความเสี่ยง (Risk Communication) ไว้ว่า เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูล คำแนะนำ และความเห็นแบบทันที ระหว่างผู้เชี่ยวชาญและประชาชนที่ต้องเผชิญกับภาวะคุกคามต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และความเป็นอยู่ที่ตีทางสังคม เป้าหมายของการสื่อสารความเสี่ยง คือ ประชาชนที่อยู่ในความเสี่ยงสามารถส่งต่อข้อมูล ตัดสินใจอย่างมีข้อมูล และลดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นเพื่อปกป้องตนเองและครอบครัว ปรับเปลี่ยนความเชื่อ และ/หรือพฤติกรรม การสื่อสารความเสี่ยงอาจใช้เทคนิคในการสื่อสารหลายด้านตั้งแต่ สื่อและ



ที่มา: วชิระ เพ็งจันทร์, 2560

ภาพที่ 1 แบบจำลอง V-Shape

เครือข่ายทางสังคม สื่อสารมวลชน และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ต้องการที่ความเข้าใจที่ชัดเจน เกี่ยวกับการรับรู้ ความกังวล และความเชื่อ รวมถึงความรู้และการปฏิบัติของประชาชน นอกจากนี้ การสื่อสารความเสี่ยงยังต้องการการระบุและการจัดการข่าวลือ ข้อมูลที่ผิด และความท้าทายอื่น ๆ อย่างรวดเร็ว (WHO, ม.ป.ป.)

สำหรับภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข Gaya Gamhewage (2014) ได้อธิบายความหมายของการสื่อสารความเสี่ยงซึ่งรวมถึง ความสามารถในการสื่อสารตั้งแต่ระยะก่อนเกิดเหตุ (Preparedness Phase) ระยะระหว่างเกิดเหตุ (Response Phase) และระยะหลังเกิดเหตุ (Recovery Phase) ของการเกิดเหตุการณ์เพื่อสนับสนุนให้สามารถตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรมในเชิงบวก และรักษาความไว้วางใจ ซึ่งการพัฒนาของหลักฐานทางสังคมศาสตร์ และรูปแบบการสื่อสารและเทคโนโลยีการสื่อสารในศตวรรษที่ 21 ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยิ่งใหญ่ 3 ประการ ซึ่งมีผลกระทบต่อสื่อสารความเสี่ยง ดังนี้

- 1) ผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานที่รับผิดชอบในเรื่องดังกล่าวได้รับความไว้วางใจน้อยลง และปัญหาของการสื่อสารทางสุขภาพและการสื่อสารความเสี่ยงอยู่ระหว่างความจริงและความเชื่อ
- 2) วิธีการที่ประชาชนมองหาคำแนะนำด้านสุขภาพได้เปลี่ยนไปเป็นทางสื่อสารออนไลน์และเครือข่ายสังคม
- 3) วิธีการทำงานของสื่อเปลี่ยนเป็นการทำงานตลอด 24 ชั่วโมง มีการลดทรัพยากรและทำตัวเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ติดตามข่าวสารด้านสุขภาพ มีการเพิ่มขึ้นของนักข่าวภาคประชาชนและเครือข่ายสังคม และการแสดงความคิดเห็นที่เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับเรื่องราวที่ได้รับการอ้างอิงหรือมีแหล่งอ้างอิงในอดีต

ดังนั้น การสื่อสารความเสี่ยงในปัจจุบันมีลักษณะเป็นการสื่อสาร 2 ทาง และการสื่อสารหลายทาง (two-way and multi directional communications) และการมีส่วนร่วมของผู้ได้รับผลกระทบเพื่อให้สามารถตัดสินใจเพื่อปกป้องตนเองและบุคคลอื่นเป็นที่รักอย่างมีข้อมูล การสื่อสารความเสี่ยงจะต้องดำเนินการผ่านช่องทาง

และการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมและมีความน่าเชื่อถือมากที่สุดโดยรวบรวมความรู้ ความเชี่ยวชาญหลากหลายสาขาวิชาทั้งในด้านการสื่อสาร สังคมศาสตร์ (รวมถึงสื่อสารมวลชน การสื่อสารในภาวะฉุกเฉินและภาวะวิกฤติ สื่อสังคม สุขศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น) และเทคนิคในการสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการสื่อสารเพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายด้านสาธารณสุขในภาวะฉุกเฉิน

ความสำเร็จของการสื่อสารความเสี่ยงอาจวัดได้จาก 2 ประเด็นที่มีความซับซ้อน ได้แก่ ประเด็นความแตกต่างของการรับรู้ในความเสี่ยงเดียวกันของผู้เชี่ยวชาญและสาธารณะ และประเด็นความไว้วางใจของข้อมูลและคำแนะนำที่ถูกสื่อสารออกไป

2.4.2 แนวคิดการสื่อสารความเสี่ยงด้านอาหารในประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการเตรียมความพร้อมตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินทางการแพทย์และการสาธารณสุข โดยใช้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ทางการแพทย์และสาธารณสุข (Public Health Emergency Incident Command System: PHEICS) ซึ่งนำหลักวิชาการและหลักปฏิบัติการของระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) ในการบริหารจัดการให้เหมาะสมกับกำลังคนและทรัพยากรที่มีอยู่ โดยมีสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรม กรมควบคุมโรคเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการกิจดังกล่าว ต่อมากระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการพัฒนาระบบควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประเทศให้ได้มาตรฐานสุขภาพ ภายใต้ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) ที่ทำการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ข้อมูลการระบาดของโรคและภัยสุขภาพแบบ Real Time สามารถตรวจจับสัญญาณของเหตุการณ์ผิดปกติได้อย่างรวดเร็วและตอบโต้ได้ทันที โดยบรรจุประเด็นการพัฒนาระบบคุณภาพความปลอดภัยอาหารและการสื่อสารความเสี่ยงด้านอาหารไว้เป็นส่วนหนึ่งของแผนงาน ความปลอดภัยด้านอาหารและลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ควบคู่ไปกับการสื่อสารสุขภาพอื่น ๆ โดยมีสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ และสำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย เป็นหน่วยงานหลัก และได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะทำงานขับเคลื่อนแผนงานโครงการภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ในแผนงานการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร ซึ่งมีรองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาเป็นประธาน ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2560 พร้อมทั้งแต่งตั้งคณะทำงานจัดตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) ตามคำสั่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ 246/2559 ลงวันที่ 15 มิถุนายน 2559 โดยมีรองเลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยาที่เลขาธิการฯ มอบหมายเป็นประธาน และแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตามคำสั่งสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ 5/2560 ลงวันที่ 12 กรกฎาคม 2560 โดยมีหน้าที่ใน (1) ภาวะปกติในการติดตาม เฝ้าระวัง ประเมินสถานการณ์และความเสี่ยงของเหตุการณ์สำคัญด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งในและต่างประเทศ จัดทำรายงานเหตุการณ์สำคัญหรือเร่งด่วนให้ผู้บริหารทราบ พร้อมทั้งพิจารณาวิธีการจัดการภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในเบื้องต้น หรือเสนอผู้บริหารเพื่อตัดสินใจ และ (2) ในภาวะฉุกเฉินในการจัดทำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ติดตาม เฝ้าระวัง วิเคราะห์ข้อมูลและประเมินสถานการณ์ ประสานงานกับทีมภาคสนาม สื่อสารความเสี่ยง และจัดทำข้อเสนอเชิงยุทธศาสตร์เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร ซึ่งมีผลงานเด่นที่ผ่านมา เช่น การเรียกคินยา Valsartan วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าปลอมในประเทศไทยจีน การเรียกคินผลิตภัณฑ์อาหาร Ritz การปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรียในนม Dumex และการเรียกเก็บผลิตภัณฑ์ Durex ในต่างประเทศ

2.5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavioral changes)

2.5.1 นิยามของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) (อนันต์ มาลารัตน์, ม.ป.ป.) หมายถึง พฤติกรรมใด ๆ ก็ตามที่มีอิทธิพลหรือเชื่อว่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ หรือเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพ ไม่ว่าจะทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นหรือเลวลง สามารถแบ่งได้เป็น 3 ชนิด คือ

1) พฤติกรรมป้องกันโรค (Preventive health behavior) หมายถึง การปฏิบัติของบุคคลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น

2) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึง การที่บุคคลกระทำเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น การซักถามถึงอาการของตน การแสวงหาการรักษา การหลบหนีจากสังคม การเพิกเฉย เป็นต้น

3) พฤติกรรมเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค (Sick-role behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากทราบผลการวินิจฉัยโรคแล้ว เช่น การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกกิจกรรมที่ทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น เป็นต้น

2.5.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การสร้างการเปลี่ยนแปลงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ (1) การรับรู้ว่าจะต้องเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น ๆ (2) ทศนคติว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมจะทำให้อนาคตดีขึ้น (3) ความรู้และทักษะที่ใช้สำหรับเปลี่ยน และ (4) การคิดใคร่ครวญและปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (วิชาญ ปาวัน, 2559)

2.5.3 ทฤษฎีลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (The Stages of Change Model)

ทฤษฎีลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (The Stages of Change Model) เป็นกระบวนการต่อเนื่องเพื่อเปลี่ยนแปลงแก้ไขไปสู่พฤติกรรมใหม่ โดยผ่านขั้นตอน 6 ขั้น (ภาพที่ 2) ดังนี้

1) ขั้นไม่สนใจปัญหา (Pre-contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลยังไม่ตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง ไม่รับรู้ไม่ใส่ใจต่อพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตน อาจเป็นเพราะไม่ได้รับรู้ข้อมูลถึงผลกระทบของพฤติกรรมนั้น เช่น คนส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยรู้ข้อมูลความสัมพันธ์ของการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายและสุขภาพ หรือบางคนไม่รู้เรื่องความเสี่ยงของการสูบบุหรี่ หรืออาจเป็นเพราะเบื่อกับที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง และคิดว่าไม่สามารถเปลี่ยนได้ บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้มักจะหลีกเลี่ยงที่จะอ่าน พุดคุยหรือคิดเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ทฤษฎีการปรับพฤติกรรมอื่นมักจะมองการแสดงออกในลักษณะนี้ว่า เป็นการต่อต้านหรือขาดแรงจูงใจหรือไม่มีความพร้อม

2) ขั้นลังเลใจ (Contemplation) เป็นขั้นที่บุคคลมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้นี้ มีความตระหนักถึงข้อดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ก็ยังคงกังวลกับข้อเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย เช่น การชั่งน้ำหนักระหว่างการลงทุนกับกำไรที่จะได้เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจทำให้เกิดความลังเลใจอย่างมากจนทำให้บุคคลต้องติดอยู่ในขั้นนี้เป็นเวลานาน เหมือนกับการผัดวันประกันพรุ่ง (Behavioral procrastination) จึงยังไม่พร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงในทันที ในขั้นนี้ควรมีการพูดคุยถึงข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมเก่าและใหม่ เปิดโอกาสให้ได้ชั่งน้ำหนัก และอาจมีการให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ด้วย

3) ขั้นตัดสินใจและเตรียมตัว (Preparation) เป็นขั้นที่บุคคลตั้งใจว่าจะลงมือปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเร็ว ๆ นี้ (ภายใน 1 เดือน) เมื่อตัดสินใจแล้วว่า จะเปลี่ยนพฤติกรรมใดของตน เช่น เลิกบุหรี่ ลดน้ำหนักหรือออกกำลังกาย บางคนอาจวางแผนว่า จะต้องทำอะไรบ้าง เช่น เข้าร่วมฟังการบรรยายเรื่อง สุขภาพ ขอคำปรึกษา

พูดคุยกับแพทย์ ค้นคว้าหาข้อมูลหรือซื้อหนังสือเกี่ยวกับการปรับพฤติกรรมตนเองมาอ่าน กำหนดวันที่จะเริ่มเปลี่ยนพฤติกรรม บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรได้มีทางเลือกในการเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้เขาตัดสินใจเลือกเอง และส่งเสริมศักยภาพในการกระทำของเขา

4) **ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action)** เป็นขั้นที่บุคคลลงมือปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายนอกตามที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน โดยสังเกตจากการกระทำที่ปรากฏให้เห็น ฉะนั้นพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปอาจไม่นับว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ได้ทั้งหมด เพราะพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะต้องบรรลุตามข้อกำหนดที่ผู้เชี่ยวชาญหรือเจ้าหน้าที่วิชาชีพเห็นด้วยว่า เพียงพอที่จะลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ เช่น การปรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ การลดจำนวนบุหรี่ที่สูบ หรือการเปลี่ยนมาสูบบุหรี่ที่มีทาร์และนิโคตินต่ำถือว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ แต่ในปัจจุบันนี้มีข้อสรุปเป็นมติว่า การหยุดสูบบุหรี่เท่านั้นที่ถือว่าเป็นขั้นลงมือปฏิบัติ หรือการควบคุมน้ำหนักจะต้องได้รับแคลอรีจากไขมันน้อยกว่า 30% ต่อวัน นอกจากนี้ยังถือว่าการเฝ้าระวังการกลับไปเสพซ้ำ (Relapse) ถือเป็นเรื่องสำคัญในขั้นลงมือปฏิบัติด้วย บุคคลในขั้นนี้ควรได้รับการส่งเสริมให้ลงมือกระทำตามวิธีการที่เขาเลือกอย่างต่อเนื่อง โดยช่วยหาทางขจัดอุปสรรค และให้กำลังใจแก่เขา

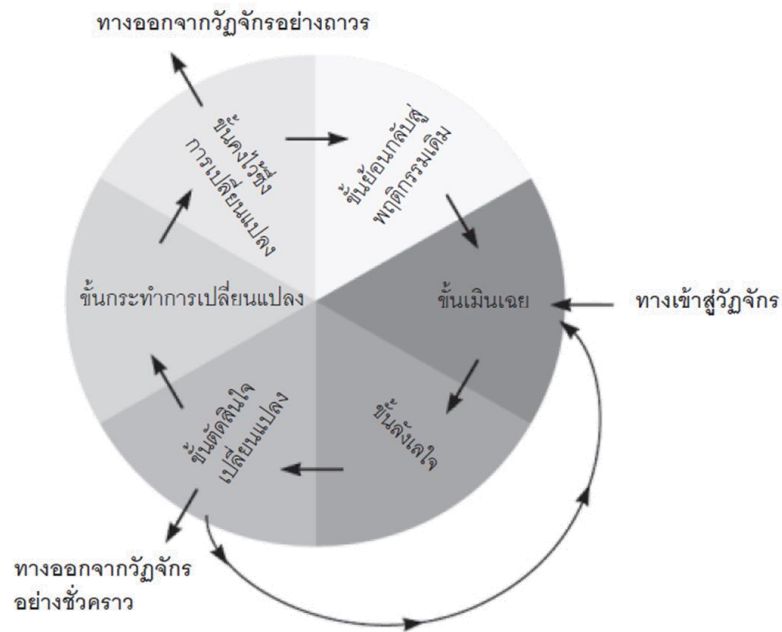
5) **ขั้นกระทำต่อเนื่อง (Maintenance)** เป็นขั้นที่บุคคลกระทำพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่องเกินกว่า 6 เดือน โดยที่ยังคงทำกิจกรรมที่เป็น การป้องกัน การกลับไปเสพซ้ำของตนต่อไป แม้จะไม่เข้มข้นเท่ากับในขั้นลงมือปฏิบัติก็ตาม ในขั้นนี้ตัวกระตุ้นเร้าต่าง ๆ จะลดอิทธิพลลงและมีความเชื่อมั่นว่าตนสามารถเปลี่ยนแปลงได้ต่อไปเพิ่มขึ้น ระยะนี้ถือว่าเป็นการสร้างความมั่นคงของพฤติกรรมจนกลายเป็นนิสัยใหม่ โดยที่บุคคลจะต้องทำพฤติกรรมใหม่ที่พึงประสงค์นี้ได้อย่างสม่ำเสมอ เหมือนกับว่ามันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันโดยไม่จำเป็นต้องเตรียมตัวไว้ล่วงหน้าอีกแล้ว บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ควรมีการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ โดยการดำเนินชีวิตที่สมดุลอย่างมีคุณค่า มีการจัดการกับชีวิตประจำวันได้ดีบริหารเวลาอย่างเหมาะสม ดูแลสุขภาพตนเอง และอื่น ๆ อาจมีคำถามว่า “นานเท่าไรสิ่งที่กระทำจะกลายเป็นนิสัยใหม่ได้?” ก็ขึ้นอยู่กับว่าการกระทำนั้นเป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับอะไร ถ้าหากพฤติกรรมใหม่เป็นการใช้ประตูเปิด-ปิดอัตโนมัติ ก็น่าที่จะกลายเป็นนิสัยใหม่ได้ใน 2-3 วัน ถ้าพฤติกรรมใหม่นั้นเป็นการใช้ไหมขัดฟันทุกวันก็อาจต้องใช้เวลา 6-8 สัปดาห์ ที่จะทำให้กลายเป็นนิสัยได้ และถ้าหากพฤติกรรมใหม่คือ การเอาชนะภาวะเสพติดให้ได้ เช่น การเลิกสูบบุหรี่ ก็ต้องใช้เวลาเป็นปี ๆ กว่าที่จะสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างเด็ดขาด

6) **การกลับไปมีปัญหาซ้ำ (Relapse)** คือ การที่บุคคลนั้นถอยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมก่อนที่จะเปลี่ยนแปลงอีก โดยที่บุคคลจะนำพาตนเองไปสู่สถานการณ์เสี่ยง การปล่อยให้ตนเองมีภาวะอารมณ์จิตใจที่เปราะบาง ไม่สามารถจัดการกับความอยากได้ ประมาทเลินเล่อ จนพลังพลาดกลับไปมีพฤติกรรมเดิมบ้างหรือกลับไปมีปัญหาซ้ำหรือเสพซ้ำอย่างเต็มตัว หากบุคคลมีการกลับไปเสพซ้ำควรจะต้องดึงเขากลับเข้าสู่เส้นทางการเปลี่ยนพฤติกรรมให้เร็วที่สุด มีการให้กำลังใจ มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา มีการสรุปบทเรียนเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีกและมุ่งมั่นในการเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป

2.6 เศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral economics)

2.6.1 นิยามของเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral economics)

จากสภาพสังคมปัจจุบันที่ปัจจัยแวดล้อมทางสังคม (Social Determinants of Health : SDH) เป็นปัจจัยหลักที่มีผลต่อพฤติกรรมและการบริโภคของผู้บริโภค เช่น การใช้ดารา นายแบบ นางแบบ โฆษณาเชิญชวนให้เกิดการบริโภคอุปโภคสินค้าและบริการที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว หรือระบบเศรษฐกิจทุนนิยมที่เน้นการ



ที่มา: Noknoy, S., n.d.

ภาพที่ 2 ทฤษฎีลำดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

แข่งขันทางการตลาดเพื่อให้เกิดกำไรสูงสุดจากการประกอบการ สิ่งเหล่านี้ทำให้ทางเลือกที่มีอยู่ในสังคมมีมากเกินไปกว่าที่ประชาชนจะตัดสินใจเลือกในสิ่งที่ถูกได้ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ไม่สามารถอธิบายได้ด้วยทฤษฎีทางเศรษฐศาสตร์พื้นฐานที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ไม่ว่าจะเป็น มนุษย์เศรษฐศาสตร์ (Homo Economicus) หรือเศรษฐศาสตร์แบบมาตรฐานที่มีฐานความคิดมาจากทฤษฎีทางเลือกที่สมเหตุสมผล (Rational Choice Theory) ด้วยข้อจำกัดเหล่านี้ เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมจึงถูกพัฒนาขึ้นโดยมีแนวคิดหลักว่า มนุษย์มีความเบี่ยงเบนเชิงพฤติกรรม (Behavioral Bias) หรือมีพฤติกรรมลำเอียง ทำให้การตัดสินใจของมนุษย์ไม่ได้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด

ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral economics) เป็นทฤษฎีประยุกต์ที่นำเอาหลักจิตวิทยา (Psychology) สังคมวิทยา (Sociology) และเศรษฐศาสตร์ (Economic) มารวมกันในการศึกษาพฤติกรรมของผู้บริโภค รากฐานของเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมมาจากแนวคิดของ Herbert Simon ซึ่งได้เสนอแนวคิด “ความมีเหตุผลอย่างจำกัด (Bounded rationality)” หมายถึง มนุษย์อาจจะต้องการเลือกทางเลือกที่ดีที่สุด แต่มนุษย์มีทรัพยากร (ความสามารถ) ในการตัดสินใจอย่างจำกัด ทั้งด้านกระบวนการคิด การเข้าถึงข้อมูลและปัจจัยอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการตัดสินใจ ทำให้มนุษย์ไม่สามารถเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดได้ ด้วยข้อจำกัดเหล่านี้ มนุษย์จึงเลือกที่จะใช้การตัดสินใจแบบศึกษาสำนึก (Heuristics) เช่น การนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้อเพียงบางส่วนมาใช้ในการตัดสินใจหรือการตัดทางเลือกบางส่วนออกเพื่อให้การตัดสินใจง่ายขึ้น เพื่อช่วยในการตัดสินใจปัญหาที่ซับซ้อนแทนที่จะใช้การตัดสินใจมนุษย์เศรษฐศาสตร์ตามแนวคิดของเศรษฐศาสตร์แบบมาตรฐาน ซึ่งหากผู้บริโภคมีพฤติกรรมลำเอียงเป็นจำนวนมากอาจก่อให้เกิดผลกระทบรุนแรงต่อสังคมได้

การออกแบบนโยบายโดยนำเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ ควรเริ่มต้นด้วยการพิจารณาปัญหาของสิ่งที่ต้องการแก้ไขว่าเป็นอย่างไร เกิดจากพฤติกรรมใดของคน จากนั้นจึงทำการออกแบบมาตรการว่า

ต้องการแก้ปัญหาด้วยการใช้การรับรู้ หรือการแก้ไขความพึงพอใจ หรือเปลี่ยนแปลงปัจจัยเชิงสถาบัน หรือเป็นมาตรการผสมผสาน จากนั้นจึงทำการทดลอง (experiment) เพื่อดูผลของมาตรการ แล้วจึงนำไปวิเคราะห์ความคุ้มค่าของโครงการด้วยเทคนิคที่เหมาะสมต่อไป เช่น การวิเคราะห์ต้นทุนและผลประโยชน์ (cost-benefit analysis: CBA) ของนโยบาย โดยการวัดประโยชน์และต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ทั้งหมดเปรียบเทียบกัน แล้วดูว่านโยบายหรือวิธีการใดน่าจะให้ประโยชน์สุทธิมากที่สุด ทั้งนี้ ควรคำนึงด้วยว่า พฤติกรรมจะผันแปรตามบริบท สถานการณ์ รวมถึงปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ การประยุกต์ใช้เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมอาจสำเร็จเฉพาะบางพื้นที่ มาตรการที่ออกแบบมาอาจใช้ได้เพียงช่วงระยะเวลาหนึ่ง และการลองผิดลองถูกหลายครั้งอาจทำให้สูญเสียทรัพยากรมากจนเกินไป ดังนั้น การออกแบบนโยบายจึงควรมุ่งออกแบบนโยบายที่มีต้นทุนต่ำ หรือเป็นมาตรการเสริมโดยอาจไม่ได้ไปทดแทนมาตรการแรงจูงใจตามปกติ ยกตัวอย่างเช่น ในรัฐชิคาโก สหรัฐอเมริกา พบว่า ช่วงบริเวณ Lake shore Drive มีโค้งอันตรายรูปตัว S หลายโค้งติดต่อกัน ผู้ขับขี่หลายคนไม่ทันระวัง ขับรถเร็วเกินกำหนดจนต้องแหกโค้งอยู่เป็นประจำ จึงแก้ไขปัญหาด้วยการแจ้งสัญลักษณ์จำกัดความเร็วและทาเส้นขาวที่บนพื้นถนนช่วงก่อนเข้าโค้งเพื่อส่งสัญญาณการมองเห็น ในช่วงแรกเส้นขาวจะถูกทาในระยะห่างเท่า ๆ กัน และเมื่อเข้าสู่โค้งเส้นขาว จะถูกทาในระยะที่แคบลงเรื่อย ๆ การทำเช่นนี้ผู้ขับขี่จะรู้สึกว่าตนเองขับรถเร็วและจะลดความเร็วลงเอง หากต้องการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของการทำตามตัวอย่างนี้ ต้นทุนหลักของโครงการจะเป็นต้นทุนสำหรับการทาเส้นทึบและสัญลักษณ์ลงบนถนน และผลประโยชน์ของโครงการ คือ จำนวนอุบัติเหตุที่คาดการณ์ว่าจะลดได้ โดยอาจประเมินว่าอุบัติเหตุหนึ่งครั้งจะทำให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐศาสตร์โดยเฉลี่ยเท่าไร ซึ่งต้องรวมความเสียหายที่วัดเป็นตัวเงินได้ง่าย เช่น ความเสียหายของยานพาหนะ รวมกับความเสียหายหรือค่าเสียโอกาสของการเกิดอุบัติเหตุ (เวลาที่เสียไปจากรถติด หรือจะเป็นรายได้ที่อาจสูญเสียไปหากพิการหรือเสียชีวิต เป็นต้น) แล้วอาจเปรียบเทียบกับความคุ้มค่าของนโยบายอื่น เช่น การลดค่าความเร็วสูงสุดที่ขับได้ในพื้นที่นั้น

ในยุคปัจจุบันที่มีความเป็นปัจเจกสูงในการตัดสินใจเลือกซื้อสินค้าและบริการ โดยใช้เทคโนโลยีการสร้างเครือข่ายทางสังคม (social media) เป็นเครื่องมือ ทำให้เกิดร่องรอยของการใช้เทคโนโลยี (Digital footprint) นำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมผู้บริโภค (Big data analysis) และถูกนำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมของผู้บริโภคในหลายประเทศให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ในช่วงหลังปี ค.ศ. 2010 เป็นต้นมา หน่วยงานสุขภาพของรัฐในหลายประเทศทั่วโลกเริ่มมองเห็นแนวทางการจัดการกับปัจจัยแวดล้อมทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดและความรู้ทางด้านเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral Economics) เพื่อพัฒนานโยบายสาธารณะที่จะโน้มน้าวหรือจูงใจให้ประชาชน หรือกลุ่มเป้าหมายเฉพาะต่าง ๆ ได้ตัดสินใจเลือกทางพฤติกรรมที่พึงปรารถนา

2.6.2 เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมกับการบริโภคอาหาร

ในปี พ.ศ. 2559 คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้ศึกษาพฤติกรรมของผู้บริโภคและนำเสนอความสัมพันธ์ของเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมกับพฤติกรรมลำเอียงของผู้บริโภคในการเลือกบริโภคอาหาร เพื่อสร้างองค์ความรู้และประยุกต์ใช้องค์ความรู้กับประเด็นด้านสุขภาพในประเทศไทย ตั้งแต่การศึกษาต้นเหตุของการตัดสินใจด้านสุขภาพของประชาชนในสังคมไทย พัฒนาเครือข่ายนักวิชาการ และนำไปสู่การต่อยอดงานวิจัยสู่การผลักดันนโยบายสาธารณะให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมบริโภคที่ถูกต้อง ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบสุขภาพและนโยบายดั้งเดิมได้เป็นอย่างดี ในการศึกษานี้ได้ศึกษาแนวคิดของความลำเอียงจำนวน 3 แบบ ได้แก่

1) ความลำเอียงในการตัดสินใจจากการได้รับข้อมูลข่าวสาร (Information provision bias) เป็นลักษณะของการตัดสินใจเลือกโดยใช้ความรู้และข้อมูลประกอบการตัดสินใจ เช่น การให้ความรู้ด้านฉลากอาหารและ

ฉลากโภชนาการ และการกำหนดนโยบายการแสดงสัญลักษณ์หรือข้อมูลโภชนาการเกี่ยวกับอาหารนั้น ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้บริโภคเลือกรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งงานวิจัยหลายชิ้นพบว่า มาตรการฉลากโภชนาการไม่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดย Downs et al. (อ้างอิงใน ธีระ วรรณรัตน์, 2559) ตั้งสมมติฐานไว้ว่า ความลำเอียงจากทางเลือกที่ถูกเสนอเป็นพิเศษ (Default option bias) และการที่ผู้บริโภคชอบที่จะเห็นผลทันทีมากกว่าผลที่จะเกิดขึ้นในอนาคตจากพฤติกรรมของตน (Present-biased preference) เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้การให้ความรู้ไม่ได้ผลเท่าที่ควร นอกจากนี้ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลสัมฤทธิ์ของนโยบายชี้ให้เห็นว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับอาหารเพียงอย่างเดียวจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคได้ แต่ผลสัมฤทธิ์อาจจำกัดอยู่ที่กลุ่มที่มีความสนใจด้านโภชนาการหรือต้องการควบคุมอาหารเป็นทุนเดิมอยู่แล้วเท่านั้น การให้ข้อมูลด้านอาหารจะมีประสิทธิผลมากขึ้น หากผู้ให้ข้อมูลปรับเปลี่ยนวิธีการและ/หรือบริบทของการให้ข้อมูล โดยต้องทำให้ข้อมูลเข้าถึงง่าย เข้าใจได้ง่าย และตอบสนองต่อตัวตนของผู้บริโภคโดยไม่ต้องไปเปลี่ยนแปลงลักษณะหรือความสนใจของผู้บริโภคคนนั้น ๆ

2) ความลำเอียงของการเลือกบริโภคอาหารจากทางเลือกที่ถูกเสนอพิเศษของผู้บริโภค (Default option bias) ซึ่งเป็นลักษณะของการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ถูกนำเสนอเป็นพิเศษหรือทางเลือกหลัก โดยตัดสินใจไม่เลือกทางเลือกอื่นที่เชื่อว่าน่าจะให้รรถประโยชน์ที่ดีกว่าทางเลือกหลัก ทั้ง ๆ ที่ทางเลือกหลักที่ถูกเสนอนั้นไม่ได้เป็นการบังคับแต่อย่างใด ซึ่งพฤติกรรมเช่นนี้ไม่ได้เป็นไปตามแนวความคิดทางเศรษฐศาสตร์ทั่วไปที่อธิบายว่า มนุษย์จะเลือกสิ่งให้อรรถประโยชน์สูงสุดเมื่อเขาได้ประมวลผลและเรียงลำดับสิ่งที่จะได้จากทางเลือกแต่ละทางแล้ว เช่น การเลือกสิ่งอาหารที่เป็นรายการแนะนำหรือรายการที่มีข้อเสนอพิเศษในขณะนั้น ทั้งที่อาจจะต้องการทานอาหารอีกรายการหนึ่งมากกว่า หรือเมื่อเข้าไปในร้านอาหารที่ไม่เคยทานมาก่อน เรามักตัดสินใจเลือกรายการอาหารที่มีการแสดงรูปภาพ หรือรายการอาหารที่ถูกเสนอในหน้าแรกของเมนูนั้น โดยแนวคิดทางจิตวิทยาและเศรษฐศาสตร์ พฤติกรรมได้อธิบายสาเหตุที่ทำให้ทางเลือกที่ถูกเสนอพิเศษส่งผลต่อการตัดสินใจ 4 ประการ ได้แก่ (1) ความเชื่อที่ว่า สิ่งที่ถูกนำเสนอเป็นสิ่งที่ผู้เสนอพิจารณาแล้วว่าเหมาะสมหรือสมควรเลือก และแนะนำให้เลือก (2) ผู้ตัดสินใจไม่ต้องการเสียเวลาในการประมวลผลข้อมูลต่าง ๆ ที่มีอยู่ตรงหน้า (3) ไม่ชอบความเสี่ยงจากทางเลือกอื่น และ (4) ให้ความสำคัญกับสิ่งที่ส่งผลซึ่งหน้ามากกว่าในอนาคต

3) ความลำเอียงของการเลือกบริโภคอาหารที่เกิดจากการยึดติดกับข้อมูลที่อาจไม่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ (Anchoring bias) ซึ่งกระบวนการยึดติดในการตัดสินใจมีส่วนประกอบ 2 ส่วน คือ การกำหนดจุดยึดติด (anchor) และการปรับเปลี่ยนจากจุดยึดติด (adjustment) ทำให้มนุษย์ตัดสินใจเลือกโดยการปรับการตัดสินใจจากจุดยึดติดเริ่มต้นหรือความเชื่อที่มีมาแต่แรก ผู้ตัดสินใจจะเลือกใช้ข้อมูลที่สอดคล้องกับความเชื่อตั้งต้นที่มีอยู่เพื่อยืนยันความเชื่อนั้น ดังนั้นการปรับการตัดสินใจที่น้อยเกินไปส่งผลให้การตัดสินใจมีความผิดพลาดและลำเอียงไปตามจุดยึดติดได้ เช่น คนที่ได้อาหารที่ใส่ในจานใหญ่จะรับประทานอาหารได้ในปริมาณมากกว่าคนที่ได้อาหารที่ใส่ในจานเล็ก หรือคนที่ควบคุมน้ำหนักจะทานขนมที่บรรจุในห่อเล็กมากขึ้นเมื่อเทียบกับการทานขนมจากห่อใหญ่ในหนึ่งครั้ง เพราะคิดว่าขนมห่อเล็กมีปริมาณแคลอรีต่ำกว่า หรือการโฆษณาที่มีการเปรียบเทียบคุณค่าทางโภชนาการที่ดีกว่าอีกผลิตภัณฑ์ในกลุ่มเดียวกันจะส่งเสริมให้เกิดแรงจูงใจในการซื้อสินค้ามากกว่าการเปรียบเทียบผลิตภัณฑ์คนละกลุ่ม โดยปัจจัยที่อาจส่งผลต่อความลำเอียงจากการยึดติด ได้แก่ (1) อารมณ์ (2) ความรู้และประสบการณ์ (3) ความสำคัญของการตัดสินใจ (4) บุคลิกส่วนตัว (5) ความสามารถทางปัญญา

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยได้วิเคราะห์นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอันมีสาเหตุจากการบริโภคอาหาร พบว่า ส่วนใหญ่ประเทศไทยจะนำนโยบายส่งเสริมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ใช้ในกลุ่มประเทศ Organisation for Economic Co-operation and Development :

OECD มาประยุกต์ใช้ ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ (1) นโยบายที่สนับสนุนให้ผู้บริโภคมีข้อมูลเพียงพอ และสามารถเลือกบริโภคได้อย่างถูกต้อง (Policies Supporting More Informed Choice) และ (2) นโยบายที่ปรับเปลี่ยนบริบทของตลาด (Policies Aimed at Changing the Market Environment) แต่จากการศึกษาประสิทธิผลของนโยบายทั้งหมดข้างต้นนั้นของประเทศ OECD พบว่ายังไม่มีหลักฐานหนักแน่นเพียงพอ โดยนโยบายในกลุ่มที่ 1 (คือ นโยบายการให้ข้อมูลแก่ประชาชน) ในภาพรวม มีผลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในเชิงบวก แต่มีต้นทุนสูง ใช้เวลานาน และยังมีผลสัมฤทธิ์ค่อนข้างจำกัด นอกจากนี้ การศึกษาผลกระทบของนโยบายเหล่านี้ยังทำได้ยากมาก เพราะเป็นการยากที่ผู้บริโภคจะทราบว่าตัวเองเคยได้รับข้อมูลอะไรมาบ้าง และข้อมูลส่วนใหญ่ก็อาจจะได้รับโดยไม่รู้ตัว รวมทั้งผลของข้อมูลข่าวสารหรือการโฆษณาที่มีอิทธิพลต่อการเลือกอาหารยังปะปนอยู่กับปัจจัยอื่นอย่างแยกไม่ออก และสำหรับนโยบายในกลุ่มที่ 2 (คือ นโยบายปรับเปลี่ยนบริบท) ยังไม่มีการศึกษามากนักโดยพบว่า มีประสิทธิผลในเชิงบวก แต่มีประสิทธิผลเฉพาะกลุ่มบุคคลเท่านั้น ตัวอย่างเช่น การกำหนดภาชนะอาหารทำลายสุขภาพให้สูงขึ้นนั้นมีผลต่อผู้บริโภคภายในประเทศที่มีรายได้สูงเท่านั้นและไม่มีผลต่อผู้บริโภคในประเทศที่มีรายได้น้อย (ทั้งนี้อาจเป็นเพราะไม่มีทางเลือกอาหารอื่นที่ให้พลังงานสูงและราคาถูกเหมือนกับอาหารที่ทำลายสุขภาพ) หรือการกำหนดมื้ออาหารในที่ทำงานก็ส่งผลให้มีการบริโภคผักและผลไม้เพิ่มขึ้นแต่ไม่มีการติดตามว่าเมื่อออกจากที่ทำงานแล้วผู้บริโภคปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ เป็นต้น

คณะผู้วิจัยจึงมีความคิดและพยายามที่จะประยุกต์ใช้ศาสตร์ด้านเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมมาพัฒนา นโยบายกลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการในการสร้างเสริมสุขภาพของประชากรร่วมกับนโยบายที่มีอยู่เดิม เพื่อให้เป็นมิติใหม่ในการพัฒนาสุขภาพไปในทิศทางที่เหมาะสมและได้ประสิทธิผลมากขึ้น โดยเสนอแนวทางการออกแบบนโยบายตามแนวทางหนึ่งของเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม คือ การสะกิด (nudging) ซึ่ง Thaler & Sunstein เป็นผู้ริเริ่มแนวความคิดนี้ เป้าหมายของการสะกิด คือ การทำให้คนตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสมในทางอ้อมด้วยการปรับเปลี่ยนบริบททางเลือก (choice environment) เพียงเล็กน้อย โดยไม่ได้จำกัดทางเลือกหรือการเปลี่ยนแรงจูงใจ เช่น การวางอาหารประเภทผักในจุดที่สังเกตเห็นได้ง่ายเพื่อกระตุ้นให้ผู้บริโภคเลือกทานผักมากขึ้น หรือการนำความลำเอียงทั้ง 3 แบบ เป็นจุดเปลี่ยนที่ทำให้เกิดความอยากในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น การออกแบบหน้าร้านหรือสภาพภายในร้านให้มีบรรยากาศที่สร้างความรู้สึกรู้สึกให้ผู้บริโภคอยากรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นการจัดโต๊ะภายในร้าน การนำเสนอรูปอาหารหรือรูปผู้มีสุขภาพดีกำลังทานอาหารที่มีประโยชน์ หรือรายการอาหารที่ดีที่ทางร้านต้องการแนะนำ (ความลำเอียงจากการยึดติด) และจัดวางอาหารเหล่านั้นให้เข้าถึงง่าย พร้อมการเปรียบเทียบให้ข้อมูลโภชนาการที่เหมาะสม (ทางเลือกที่ถูกเสนอเป็นพิเศษพร้อมการปรับบริบทการให้ข้อมูลที่ดี) และเสนอให้เกิดการวิจัยและทดลองนำเศรษฐศาสตร์พฤติกรรมมาประยุกต์ใช้ในบริบทของประเทศไทยอย่างเป็นระบบ เพื่อการพัฒนาสุขภาพของประชากรไทยต่อไป

บทที่ 3

ผลการวิเคราะห์ (Results)

3.1 การเผยแพร่ข้อมูลด้านอาหาร

จากการรวบรวมการเผยแพร่ข้อมูลด้านอาหารอย่างเป็นทางการในรูปแบบของการแถลงข่าวและข่าวแจกของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2560 จำนวนทั้งสิ้น 285 เรื่อง สามารถจัดกลุ่มการให้ข้อมูลเป็น 3 ลักษณะ คือ

1. การชี้แจงข้อเท็จจริง เป็นการชี้แจงการทำงานของ อย. หรือข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นหลังจากมีกระแสข่าวความไม่ปลอดภัยด้านอาหารที่สังคมให้ความสนใจและมีผลกระทบต่อการทำงานของ อย.

2. การเตือนภัย เป็นการแจ้งเตือนประชาชนให้ตระหนักหรือระมัดระวังในการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร ซึ่งข้อมูลที่เผยแพร่เกิดจากกระแสข่าวที่เกิดขึ้นในสังคม รวมถึงการเผยแพร่ผลการเฝ้าระวัง การตรวจสอบหรือการดำเนินคดีผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด

3. การแจ้งข้อมูล เป็นการแจ้งข้อมูลทั่วไปที่เป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคหรือเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของ อย.

ในภาพรวม (ตารางที่ 1) จะพบว่า การสื่อสารข้อมูลของ อย. ที่ผ่านมาเป็นการแจ้งข้อมูลมากกว่าการเตือนภัยและการชี้แจงข้อเท็จจริง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 50.2, 38.6 และ 11.2 ของข้อมูลที่เผยแพร่ทั้งหมด ตามลำดับ เมื่อนำข้อมูลดังกล่าวมาสังเคราะห์โดยจำแนกตามประเภทของอาหารพบว่า มีการเผยแพร่ข้อมูลที่หลากหลายตั้งแต่อาหารสด อาหารแปรรูป จนถึงผลิตภัณฑ์ที่จัดขายเป็นชุด โดยพบว่า มีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่มีการโอ้อวดสรรพคุณมากที่สุด จำนวน 68 ครั้ง รองลงมาเป็น ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จำนวน 25 ครั้ง และผัก ผลไม้และผลิตภัณฑ์ จำนวน 20 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 20.3, 7.5 และ 6.0 ของผลิตภัณฑ์อาหารทั้งหมด ตามลำดับ ส่วนรายละเอียดของข้อมูลที่สื่อสารออกไปตามมิติต่าง ๆ จำนวน 461 ครั้ง พบว่า อันดับที่ 1 คือ การเผยแพร่ข้อมูลการดำเนินงานของ อย. จำนวน 175 ครั้ง โดยพบว่า เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม/สนับสนุน/ให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบการ ผู้บริโภค และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมากที่สุด จำนวน 78 ครั้ง รองลงมาเป็นการแจ้งเตือนทั่วไป จำนวน 52 ครั้ง และการปราบปราม จับกุม และดำเนินคดี จำนวน 40 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 16.9, 11.3 และ 8.7 ของข้อมูลทั้งหมด ตามลำดับ อันดับที่ 2 เป็นการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับความไม่ปลอดภัยของผลิตภัณฑ์อาหาร ทั้งเรื่องคุณภาพหรือมาตรฐาน การแสดงฉลาก การโฆษณา การควบคุมกระบวนการผลิต และการขออนุญาต จำนวน 161 ครั้ง โดยเป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอันตรายด้านเคมีมากที่สุด รองลงมาเป็นการโฆษณาโอ้อวดสรรพคุณ และการแสดงฉลากของผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 9.8, 8.5 และ 8.0 ของข้อมูลทั้งหมด ตามลำดับ และอันดับที่ 3 คือ การสื่อสารข้อมูลทั่วไปถึงผู้บริโภค จำนวน 61 ครั้ง โดยเป็นเรื่องของข้อแนะนำในการเลือกซื้อ เลือกรับประทาน การทำความสะอาดผลิตภัณฑ์อาหารมากที่สุด จำนวน 54 ครั้ง รองลงมาเป็นข้อมูลเกี่ยวกับช่องทางการตรวจสอบและสืบค้นข้อมูลผลิตภัณฑ์อาหารที่ได้รับอนุญาตจาก อย. จำนวน 6 ครั้ง และข้อแนะนำในการปฏิบัติตามกฎหมาย จำนวน 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 11.7, 1.3 และ 0.2 ของข้อมูลทั้งหมด ตามลำดับ

ตารางที่ 1 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560

ประเภท	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
1. รูปแบบการเผยแพร่ข้อมูล	285	100.0
ชี้แจงข้อเท็จจริง	32	11.2
เตือนภัย	110	38.6
แจ้งข้อมูล	143	50.2
2. ประเภทอาหาร	334	100.0
เครื่องดื่ม	12	3.6
เครื่องปรุงรส ซอส	9	2.7
เนย เนยเทียม และผลิตภัณฑ์	1	0.3
เนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์	3	0.9
แยม	1	0.3
ไข่เยี่ยวม้า	1	0.3
ไอศกรีม	8	2.4
กระเช้าสำเร็จรูป	8	2.4
ขนม	6	1.8
ข้าวสาร	3	0.9
ถั่วงอก	2	0.6
ถั่วและผลิตภัณฑ์	1	0.3
นมและผลิตภัณฑ์	12	3.6
น้ำบริโภค น้ำแข็ง	8	2.4
น้ำมัน	4	1.2
ปลาและผลิตภัณฑ์	7	2.1
ผลิตภัณฑ์เบเกอรี่	1	0.3
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	25	7.5
ผลิตภัณฑ์ไอศวรรรพคุณ	68	20.3
ผลิตภัณฑ์อาหารแปรรูป/ OTOP	11	3.3
ผลิตภัณฑ์อาหารที่ต้องเติมสารไอโอดีน	8	2.4
ผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์	20	6.0
ลูกอม	2	0.6
วัตถุแต่งกลิ่นรส	1	0.3
วุ้น	1	0.3
สาหร่าย	1	0.3
อาหารกึ่งสำเร็จรูป	3	0.9
อาหารสำเร็จรูป	11	3.3

ตารางที่ 1 การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านอาหารระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 (ต่อ)

ประเภท	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
อื่น ๆ	83	24.8
ไม่ระบุ	14	4.2
3. รายละเอียดของข้อมูล	461	100.0
3.1 ผลิตภัณฑ์อาหาร	161	34.9
อันตรายด้านกายภาพ	2	0.4
อันตรายด้านเคมี	45	9.8
อันตรายด้านจุลินทรีย์	23	5.0
ข้อบกพร่องด้านโภชนาการ	3	0.7
ผลิตโดยไม่ได้รับอนุญาต	4	0.9
การควบคุมการกระบวนการผลิต	5	1.1
ส่วนประกอบของอาหารที่ยังไม่ได้รับอนุญาต	3	0.7
การแสดงฉลากไม่ถูกต้อง	37	8.0
โฆษณาโอ้อวดสรรพคุณ/ไม่ถูกต้อง	39	8.5
3.2 การดำเนินงานของ อย.	239	51.8
การกำกับดูแล	15	3.3
การตรวจสอบ	19	4.1
การจับกุม/ดำเนินคดี	40	8.7
ประกาศผลพิสูจน์อาหาร	12	2.6
แจ้งเตือน	52	11.3
ทำลายของกลาง	2	0.4
การปรับระบบการดำเนินงาน	14	3.0
ส่งเสริม/สนับสนุน/ให้คำปรึกษา	78	16.9
วิจัยและพัฒนา	4	0.9
การประชาสัมพันธ์	4	0.9
3.3 ผู้บริโภค	61	13.2
การเลือกซื้อ/ เลือกรับประทาน/การทำความสะอาด	54	11.71
ช่องทางการตรวจสอบ/สืบค้นข้อมูล	6	1.30
การปฏิบัติตามกฎหมาย	1	0.22

ที่มา: กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค, 2556-2560

3.2 การเผยแพร่แบบการแจ้งเตือนภัย

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งตามรูปแบบการเผยแพร่แบบการแจ้งเตือนภัย จำนวน 110 ครั้ง (ตารางที่ 2) พบว่า ในภาพรวมเป็นการเตือนภัยผลิตภัณฑ์ที่มีการโอ้อวดสรรพคุณมากที่สุด จำนวน 59 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 39.6 ของผลิตภัณฑ์อาหารที่มีการเตือนภัยทั้งหมด รองลงมาเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จำนวน 23 ครั้ง และเครื่องดื่ม จำนวน

ตารางที่ 2 การเผยแพร่ข้อมูลการเตือนภัยระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560

ประเภท	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
1. รูปแบบการเผยแพร่ข้อมูลเตือนภัย	110	38.7
2. ประเภทอาหาร	149	100
ผลิตภัณฑ์โอ๊วตสรรพคุณ	59	39.6
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	23	15.4
เครื่องดื่ม	10	6.7
ไอศกรีม	8	5.8
ผัก ผลไม้ และผลิตภัณฑ์	8	5.8
เครื่องปรุงรส ซอส	6	4.0
น้ำบริโภค น้ำแข็ง	6	4.0
ขนม	5	3.4
อาหารสำเร็จรูป	5	3.4
อื่น ๆ	19	12.8

ที่มา: กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค, 2556-2560

10 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 15.4 และ 6.7 ของผลิตภัณฑ์อาหารที่มีการเตือนภัยทั้งหมด ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามรายละเอียดของการเผยแพร่ จำนวนทั้งสิ้น จำนวน 128 ครั้ง พบว่า เป็นการแจ้งเตือนเกี่ยวกับการแสดงฉลากมากที่สุด (แสดงฉลากไม่ถูกต้อง/ไม่แสดงเลขสารบออาหาร/แสดงเลขสารบออาหารปลอม) จำนวน 60 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 46.9 ของรายละเอียดการแจ้งเตือนทั้งหมด รองลงมาเป็นการโฆษณาโอ๊วตสรรพคุณ จำนวน 46 ครั้ง ความไม่ปลอดภัยด้านเคมีเรื่องการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยาในผลิตภัณฑ์อาหาร จำนวน 18 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 35.9 และ 14.1 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 3 เรื่องนั้นพบความเกี่ยวข้องของกับผลิตภัณฑ์ที่มีการโอ๊วตสรรพคุณและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากที่สุด (ตารางที่ 3)

เมื่อพิจารณาข้อมูลการแจ้งเตือนภัยโดยแบ่งเป็นอันตรายที่พบในอาหาร 3 ด้าน (กายภาพ เคมี และจุลินทรีย์) ระหว่างปี พ.ศ. 2556 – 2560 แสดงดังนี้

3.2.1 ด้านกายภาพ พบการแจ้งเตือนภัยจำนวน 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 1.83 ของการแจ้งเตือนภัยทั้งหมด โดยเป็นการแจ้งเตือนเกี่ยวกับสิ่งแปลกปลอมในอาหาร และการใช้วัตถุเจือปนในภาชนะบรรจุอาหาร ตามลำดับ

3.2.2 ด้านเคมี พบการแจ้งเตือนภัย จำนวน 30 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 27.52 ของการแจ้งเตือนภัยทั้งหมด โดยเป็นการแจ้งเตือนภัยเกี่ยวกับสารที่ออกฤทธิ์ทางยามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 ของการแจ้งเตือนภัยด้านเคมีทั้งหมด รองลงมาเป็นเรื่องเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช/ยาฆ่าแมลง และวัตถุเจือปนอาหาร คิดเป็นร้อยละ 26.67 และ 20 ของการแจ้งเตือนภัยด้านเคมีทั้งหมด (ตารางที่ 4) ไซบูทรามีนเป็นสารที่ออกฤทธิ์ทางยาที่พบการแจ้งเตือนภัยมากที่สุด จำนวน 13 ครั้ง แบ่งเป็น ผลิตภัณฑ์ที่มีการโอ๊วตสรรพคุณ จำนวน 7 ครั้ง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จำนวน 5 ครั้ง และเครื่องดื่มจำนวน 1 ครั้ง โดยมีแนวโน้มการแจ้งเตือนภัยสูงขึ้นจาก 3 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 5 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2560 สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มออร์แกโนฟอสเฟต เป็นสารที่พบการแจ้งเตือนภัยมากเป็นอันดับที่สอง จำนวน

ตารางที่ 3 รายละเอียดการแจ้งเตือนภัยระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560

รายละเอียดการแจ้งเตือนภัย	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
1. แสดงฉลากไม่ถูกต้อง/ไม่มีเลขสารบบอาหาร/เลขสารบบอาหารปลอม	60	46.9
ผลิตภัณฑ์ไอ้อดสรรพคุณ	25	
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	13	
เครื่องดื่ม	6	
อื่น ๆ	16	
2. โฆษณาไอ้อดสรรพคุณ/ไม่ถูกต้อง	46	35.9
ผลิตภัณฑ์ไอ้อดสรรพคุณ	46	
3. การปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยา	18	14.1
ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	10	
ผลิตภัณฑ์ไอ้อดสรรพคุณ	7	
เครื่องดื่ม	1	
4. อื่น ๆ	4	3.1
รวม	128	100

ที่มา: กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค, 2556-2560

ตารางที่ 4 การแจ้งเตือนภัยด้านเคมีระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560

ประเภท	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
ประเภทของอันตรายด้านเคมี*	30	
1. คุณภาพด้านเคมี	3	10.0
กรดกลูตามิกต่อไนโตรเจน	1	33.3
ไนโตรเจน	2	66.7
เพอร์ออกไซด์	1	33.3
2. โลหะหนัก	3	10.0
ตะกั่ว	1	33.3
ปรอท	3	100.0
3. วัตถุเจือปนอาหาร	6	20.0
ไนโตรเจนเหลว	1	16.7
วัตถุกันเสีย	4	66.7
กรดซอร์บิก	4	100.0
กรดเบนโซอิก	1	25.0
ซัลเฟอร์ไดออกไซด์	1	25.0
สารฟอกขาว	1	25.0
ไม่ระบุ	2	50.0

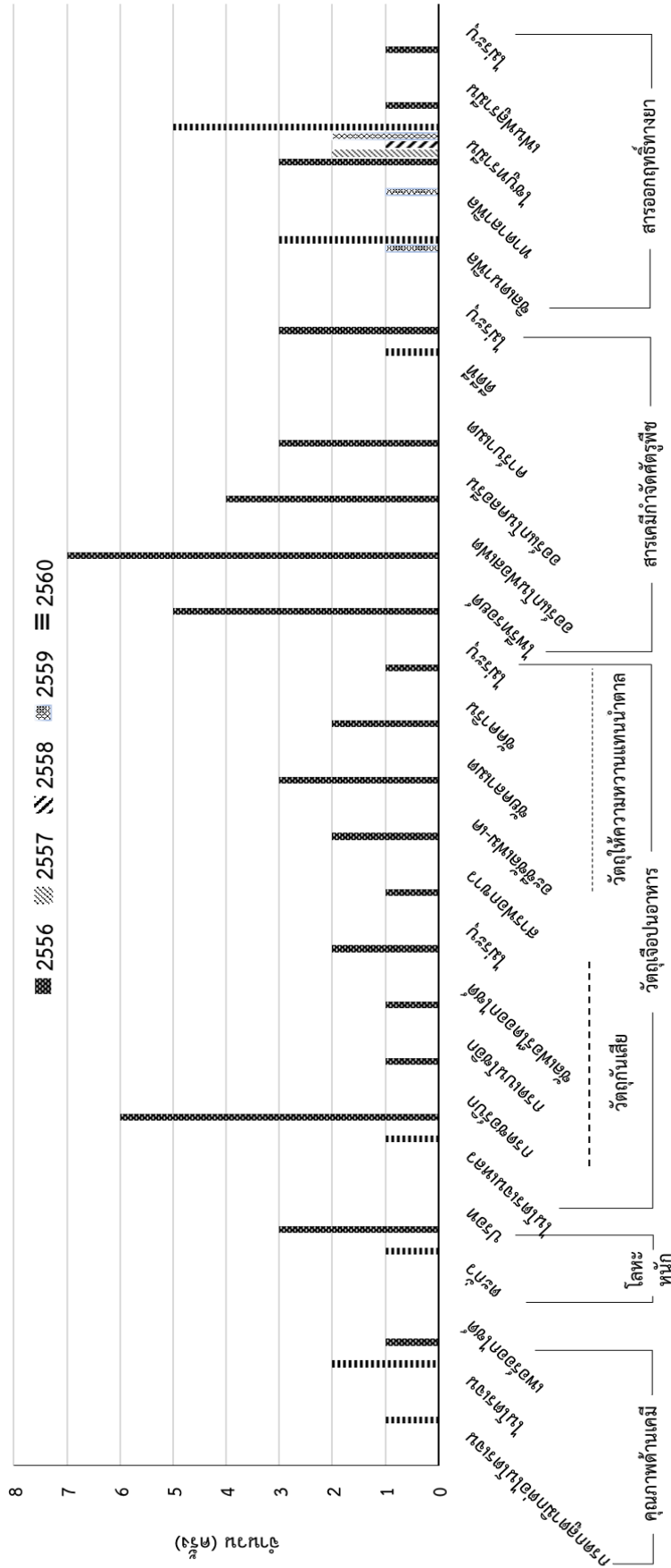
ตารางที่ 4 การแจ้งเตือนภัยด้านเคมีระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 (ต่อ)

ประเภท	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
วัตถุให้ความหวานแทนน้ำตาล	3	50.0
อะซีซัลเฟม-เค	2	66.7
ซัยคลาเมต	3	100.0
ซัคคาริน	2	66.7
ไม่ระบุ	1	33.3
4. สารเคมีกำจัดศัตรูพืช/สารฆ่าแมลง	8	26.7
ไพรีทรอยด์	5	62.5
ออร์แกโนฟอสเฟต	7	87.5
ออร์แกโนคลอรีน	4	50.0
คาร์บาเมต	3	37.5
ดีดีที	1	12.5
ไม่ระบุ	3	37.5
5. สารที่ออกฤทธิ์ทางยา	18	60
ซิลเดนาฟิล	4	22.2
ทาดาลาฟิล	1	5.6
ไซบูทรามิน	13	72.2
เฟนฟลูรามีน	1	5.6
ไม่ระบุ	1	5.6

* อันตรายด้านเคมีอาจพบรายละเอียดของอันตรายนอกกว่า 1 ชนิด
ที่มา: กองพัฒนาคุณภาพผู้บริโภค, 2556-2560

7 ครั้ง โดยพบการเตือนภัยเฉพาะในปี พ.ศ. 2556 ส่วนกรดซอร์บิกเป็นวัตถุเจือปนอาหาร ประเภทวัตถุกันเสียที่พบการแจ้งเตือนภัยเป็นอันดับที่ 3 จำนวน 6 ครั้ง แต่พบการเตือนภัยเพียงครั้งเดียว คือในปี พ.ศ. 2556 (ภาพที่ 3, ตารางที่ 5)

3.2.3 ด้านจุลินทรีย์ พบการแจ้งเตือนภัย จำนวน 20 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 18.18 ของการแจ้งเตือนภัยทั้งหมด โดยเป็นการแจ้งเตือนภัยเกี่ยวกับจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคมามากที่สุด รองลงมาเป็นจุลินทรีย์ทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 85.0 และ 25.0 ของการแจ้งเตือนภัยด้านจุลินทรีย์ทั้งหมด (ตารางที่ 6) โดยพบว่า เป็นการเตือนภัยด้านจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคที่ไม่ระบุว่าเป็นจุลินทรีย์ชนิดใดมากที่สุด จำนวน 10 ครั้ง ในผลิตภัณฑ์อาหารประเภทไอศกรีม จำนวน 2 ครั้ง น้ำบริโภค/น้ำแข็ง จำนวน 2 ครั้ง และปลาและผลิตภัณฑ์ และลูกอม จำนวน 1 ครั้ง ซึ่งมีความถี่ในการแจ้งเตือนเป็นประจำทุกปี คือ ปีละ 2 ครั้ง ในกรณีที่มีการระบุชนิดของจุลินทรีย์พบว่า สแตฟีโลคอกคัส ออเรียส และ เอสเชอริเชีย โคลิ เป็นจุลินทรีย์ที่พบการแจ้งเตือนภัยมากที่สุด จำนวน 4 ครั้ง โดยพบการแจ้งเตือนของสแตฟีโลคอกคัส ออเรียส ในไอศกรีม จำนวน 2 ครั้ง และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ และน้ำบริโภค/น้ำแข็ง จำนวน 1 ครั้ง และพบการแจ้งเตือนของเอสเชอริเชีย โคลิ ในน้ำบริโภค/น้ำแข็ง จำนวน 2 ครั้ง และไอศกรีม และเครื่องดื่ม จำนวน 1 ครั้ง ซึ่งลักษณะการแจ้งเตือนภัยที่การระบุชนิดของจุลินทรีย์มีเพียงปี พ.ศ. 2556 และ 2560 เท่านั้น ส่วนการแจ้งเตือนภัยที่ไม่ระบุชนิดของจุลินทรีย์มีความถี่ในการแจ้งเตือนเป็นประจำทุกปี คือ ปีละ 2 ครั้ง (ภาพที่ 4, ตารางที่ 7)



ที่มา: กองพัฒนามาตรฐานคุณภาพผู้บริโภค, 2556-2560

ภาพที่ 3 ชนิดของสารเคมีที่พบการแจ้งเตือนภัยในปี พ.ศ. 2556-2560 แยกรายปี

ตารางที่ 5 ชนิดของสารเคมีที่พบการแจ้งเตือนภายในปี พ.ศ. 2556-2560 แยกรายปี

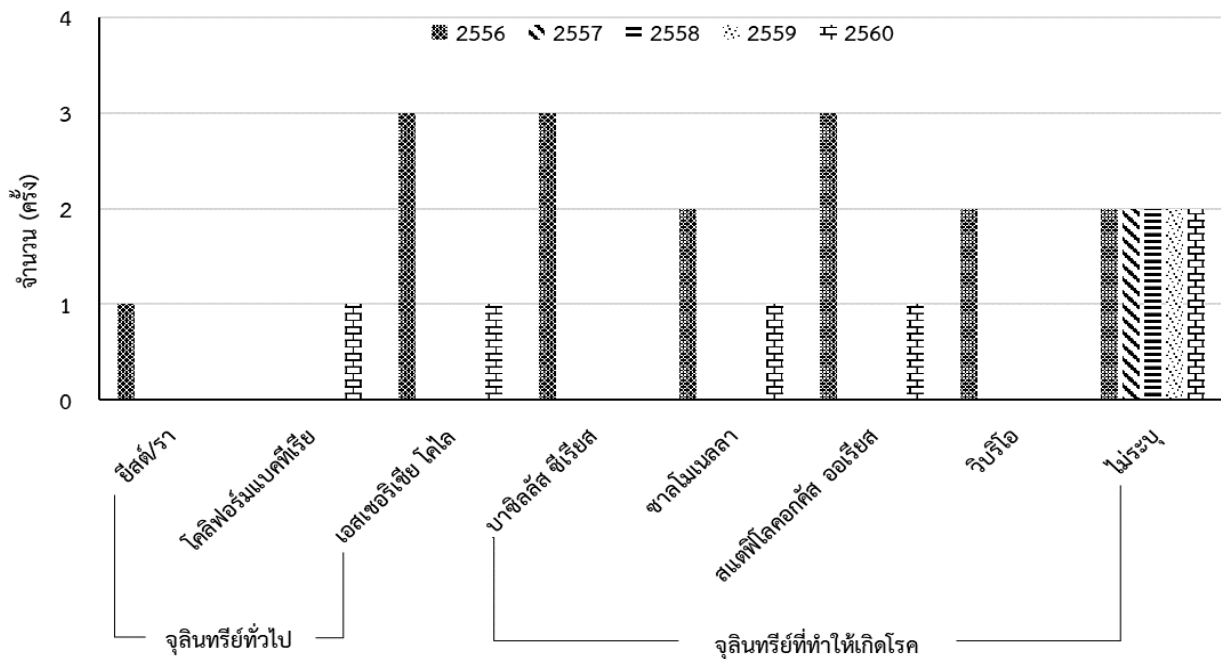
ชนิดของสารเคมี	จำนวน (ครั้ง) ที่พบในปี				
	2556	2557	2558	2559	2560
1. คุณภาพด้านเคมี					
กรดกลูตามิกต่อไนโตรเจน	0	0	0	0	1
ไนโตรเจน	0	0	0	0	1
เพอร์ออกไซด์	1	0	0	0	0
2. โลหะหนัก					
ตะกั่ว	0	0	0	0	1
ปรอท	1	0	0	0	0
3. วัตถุเจือปนอาหาร					
ไนโตรเจนเหลว	0	0	0	0	1
วัตถุกันเสีย	5	0	0	0	0
กรดซอร์บิก	1	0	0	0	0
กรดเบนโซอิก	1	0	0	0	0
ซัลเฟอร์ไดออกไซด์	1	0	0	0	0
สารฟอกขาว	1	0	0	0	0
ไม่ระบุ	1	0	0	0	0
วัตถุให้ความหวานแทนน้ำตาล	4	0	0	0	0
อะซีซัลเฟม-เค	1	0	0	0	0
ซีคลาเมต	1	0	0	0	0
ซัคคาริน	1	0	0	0	0
ไม่ระบุ	1	0	0	0	0
4. สารเคมีกำจัดศัตรูพืช/สารฆ่าแมลง					
ไพรีทรอยด์	1	0	0	0	0
ออร์แกโนฟอสเฟต	1	0	0	0	0
ออร์แกโนคลอรีน	1	0	0	0	0
คาร์บาเมต	1	0	0	0	0
ดีดีที	0	0	0	0	0
ไม่ระบุ	1	0	0	0	0
5. สารที่ออกฤทธิ์ทางยา					
ซิลเดนาฟิล	0	0	0	1	1
ทาดาลาฟิล	0	0	0	1	0
ไซบูทรามีน	1	1	1	1	1
เฟนฟลูรามีน	1	0	0	0	0
ไม่ระบุ	1	0	0	0	0

ที่มา: กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค, 2556-2560

ตารางที่ 6 การแจ้งเตือนภัยด้านจุลินทรีย์ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560

ประเภท	จำนวนครั้ง	ร้อยละ
ประเภทของอันตรายด้านจุลินทรีย์*	20	
1. จุลินทรีย์ทั่วไป	5	25.0
ยีสต์/รา	1	20.0
โคลิฟอร์มแบคทีเรีย	1	20.0
เอสเชอริเชีย โคไล	4	80.0
2. จุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค	17	85.0
บาซิลลัส ซีเรียส	3	17.6
ซาลโมเนลลา	3	17.6
สแตปฟีโลคอกคัส ออเรียส	4	23.5
วิบริโอ	2	11.8
ไม่ระบุ	10	58.8

* อันตรายด้านจุลินทรีย์อาจพบรายละเอียดของอันตรายมากกว่า 1 ชนิด
ที่มา: กองพัฒนาศกยภาพผู้บริโภค, 2556-2560



ที่มา: กองพัฒนาศกยภาพผู้บริโภค, 2556-2560

ภาพที่ 4 ชนิดของจุลินทรีย์ที่พบการแจ้งเตือนภัยในปี พ.ศ. 2556-2560 แยกรายปี

ตารางที่ 7 ชนิดของจุลินทรีย์ที่พบการแจ้งเตือนภัยในปี พ.ศ. 2556-2560 แยกรายปี

ชนิดของสารเคมี	จำนวน (ครั้ง) ที่พบในปี				
	2556	2557	2558	2559	2560
1. จุลินทรีย์ทั่วไป					
ยีสต์/รา	1	0	0	0	0
โคลิฟอร์มแบคทีเรีย	0	0	0	0	1
เอสเชอริเชีย โคลิ	1	0	0	0	1
2. จุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค					
บาซิลลัส ซีเรียส	1	0	0	0	0
ซาลโมเนลลา	1	0	0	0	1
สแตปฟีโลคอคคัส ออเรียส	1	0	0	0	1
วิบริโอ	1	0	0	0	0
ไม่ระบุ	1	1	1	1	1

ที่มา: กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค, 2556-2560

3.3 ผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหารและการโฆษณาอาหารของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหาร ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560 จำนวน 20,562 ตัวอย่าง พบผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพหรือมาตรฐานไม่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดมากที่สุด ได้แก่ น้ำปลา จำนวน 202 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 53 ของผลิตภัณฑ์น้ำปลาทั้งหมด โดยพบปัญหาเรื่อง ปริมาณไอโอดีน คุณภาพมาตรฐาน และการใช้วัตถุกันเสียไม่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด อันดับที่ 2 ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ พาสต้า ฯลฯ) จำนวน 187 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 52 ของผลิตภัณฑ์จากแป้งทั้งหมด โดยพบปัญหาการใช้สีผสมอาหารในเส้นบะหมี่สด สิ่งแปลกปลอม และการใช้วัตถุกันเสีย อันดับที่ 3 เป็นน้ำผึ้ง จำนวน 67 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 39 ของผลิตภัณฑ์น้ำผึ้งทั้งหมด โดยพบปัญหาเรื่องการปลอมปนด้วยน้ำตาลทรายและมีคุณภาพมาตรฐานไม่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด อันดับที่ 4 คือ ชาสมุนไพร จำนวน 73 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 32 ของชาสมุนไพรทั้งหมด พบปัญหาการปนเปื้อนโลหะหนักเกินกว่าที่กฎหมายกำหนด และลำดับที่ 5 คือ ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร จำนวน 215 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 26 ของผลิตภัณฑ์เสริมอาหารทั้งหมด (ตารางที่ 8)

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลการเฝ้าระวังโฆษณาอาหาร ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2560 จำนวน 29,869 ครั้ง พบการโฆษณาผิดกฎหมาย จำนวน 2,795 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 9.3 ของการตรวจสอบโฆษณาอาหารทั้งหมด โดยพบการกระทำผิดในสื่อโทรทัศน์เคเบิล ดาวเทียม และสื่ออินเทอร์เน็ต มากที่สุด จำนวน 1,732 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 61.97 ของการโฆษณาที่พบการกระทำผิดทั้งหมด รองลงมา คือ นิตยสาร จำนวน 434 ครั้ง และโทรทัศน์ (ฟรีทีวี) จำนวน 264 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 15.53 และ 9.45 ของการโฆษณาที่พบการกระทำผิดทั้งหมด ตามลำดับ โดยพบว่าเป็นความผิดจากการโฆษณาโดยไม่ได้รับอนุญาตหรืออื้อวดสรรพคุณของผลิตภัณฑ์อาหารตามมาตรา 41 และ 40 แห่งพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 ในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 80.6 ของผลิตภัณฑ์ที่พบความผิดด้านโฆษณาทั้งหมด รองลงมาเป็น เครื่องดื่ม กาแฟ ชา/ชาสมุนไพร คิดเป็นร้อยละ 9.4 4.1 และ 2.3 ของผลิตภัณฑ์ที่พบความผิดด้านโฆษณาทั้งหมดตามลำดับ (ตารางที่ 9) นอกจากนี้ผลิตภัณฑ์แนวโน้มการโฆษณาในสื่อโทรทัศน์ (ฟรีทีวี) เพิ่มมากขึ้น ส่วนสื่อโทรทัศน์เคเบิล ดาวเทียม และสื่ออินเทอร์เน็ตยังคงเป็นปัญหาหลักของการจัดการการโฆษณาที่ผิดกฎหมาย (ภาพที่ 5)

ตารางที่ 8 ผลการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์อาหาร ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2560

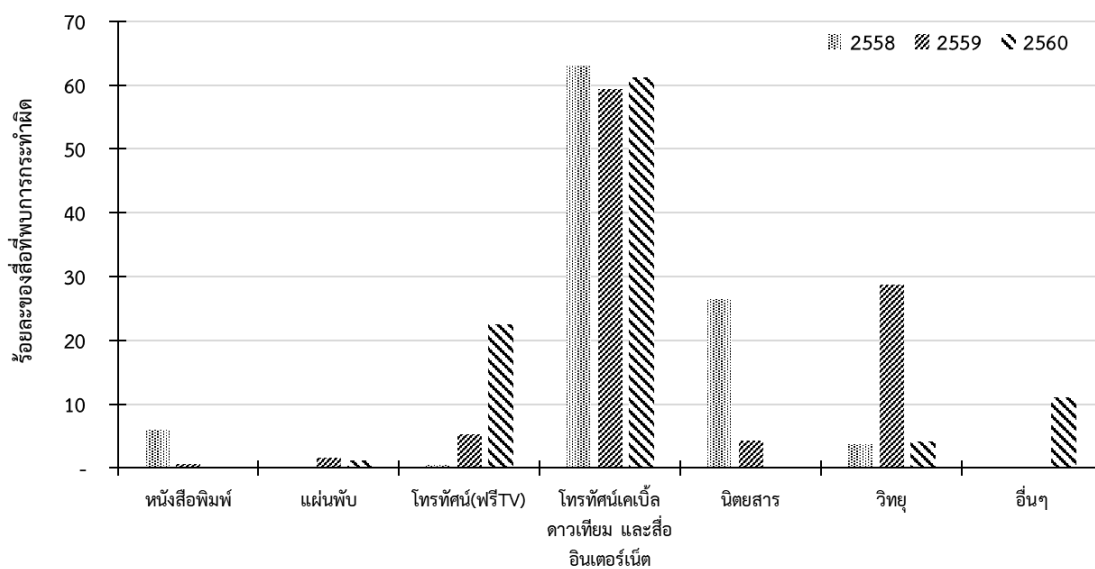
ผลิตภัณฑ์	จำนวน	ผ่าน (ร้อยละ)	ไม่ผ่าน (ร้อยละ)	ข้อบกพร่องที่พบ (จำนวน)
น้ำปลา	381	179 (47)	202 (53)	ปริมาณไอโอดีน (129) คุณภาพมาตรฐาน (128) วัตถุกันเสีย (2)
ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ พาสต้า ฯลฯ)	363	176 (48)	187 (52)	สีสังเคราะห์ (75) สิ่งแปลกปลอม (63) วัตถุกันเสีย (59)
น้ำผึ้ง	172	105 (61)	67 (39)	คุณภาพมาตรฐานด้านเคมี (91) น้ำตาลซูโครส (22) ยีสต์ รา (20)
ชาสมุนไพร	229	156 (68)	73 (32)	ตะกั่ว (16) แคดเมียม (12) สังกะสี (6)
ผลิตภัณฑ์เสริม อาหาร	814	599 (74)	215 (26)	Sibutramine (114) Sildenafil (74) Oristat (22)
น้ำแข็ง	397	229 (75)	98 (25)	pH (74) Coliforms และ E. coli (28) จุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค (3)
อาหารสำเร็จรูป/กึ่ง สำเร็จรูป	2,932	2,214 (76)	718 (24)	วัตถุกันเสีย (373) วัตถุให้ความหวานแทนน้ำตาล (295) จุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค (87)
ไข่เยี่ยวม้า	154	122 (79.2)	32 (20.8)	ตะกั่ว (32)
อื่น ๆ	15,084	14,262 (94.6)	822 (5.4)	

หมายเหตุ ตารางแสดงผลเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่มีผลการตรวจวิเคราะห์ไม่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนดมากกว่าร้อยละ 20
ที่มา: สำนักอาหาร, 2556-2560

ตารางที่ 9 ผลการเฝ้าระวังโฆษณาอาหาร ระหว่างปี พ.ศ. 2558-2560

สื่อ	จำนวน (ครั้ง)	จำนวน (ร้อยละของโฆษณาที่ ผ่าน/ไม่ผ่านทั้งหมด)		ข้อบกพร่องที่พบ (ร้อยละ)
		ผ่าน	ไม่ผ่าน	
หนังสือพิมพ์	1,058	971 (3.59)	87 (3.11)	โฆษณาโดยไม่ได้รับอนุญาต และ โอ้อวดสรรพคุณเกินจริง ได้แก่ - ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (80.6) - เครื่องดื่ม (9.4) - กาแฟ (4.1) - ชา/ชาสมุนไพร (2.3) - อื่น ๆ (3.6)
แผ่นพับ	7,395	7,375 (27.24)	20 (0.72)	
โทรทัศน์ (ฟรีTV)	10,101	9,837 (36.33)	264 (9.75)	
โทรทัศน์เคเบิล ดาวเทียม และสื่ออินเทอร์เน็ต	6,772	5,040 (18.62)	1,732 (61.97)	
นิตยสาร	2,601	2,167 (8.00)	434 (15.53)	
วิทยุ	1,935	1,935 (6.20)	257 (9.19)	
อื่น ๆ เช่น วารสาร	7	7 (0.02)	1 (0.04)	

ที่มา: ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ, 2558-2560

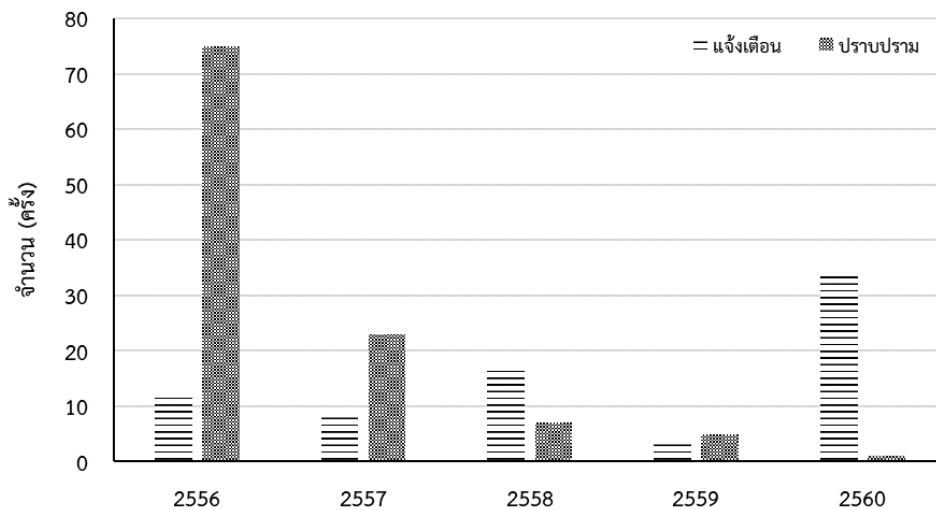


ที่มา: ศูนย์จัดการเรื่องร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ, 2558-2560

ภาพที่ 5 แนวโน้มของการการโฆษณาผิดกฎหมาย

3.4 แนวโน้มของการสื่อสารความเสี่ยงด้านอาหาร

จากข้อมูลข้างต้นพบว่า สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยามีแนวโน้มที่จะเน้นการสื่อสารเชิงบวกในเรื่องการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้บริโภคมีความรู้ในการเลือกซื้อ เลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ถูกต้องควบคู่ไปกับการแจ้งเตือนภัยให้ผู้บริโภครู้เท่าทันผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะผลิตภัณฑ์ที่อวดอ้างสรรพคุณต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี แต่ในขณะเดียวกันการสื่อสารในเรื่องการปราบปราม จับกุม และดำเนินคดีผลิตภัณฑ์อาหารที่ผิดกฎหมายกลับลดลงอย่างมาก (ภาพที่ 6) และส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารข้อมูลในเรื่องใด ๆ เพียงครั้งเดียวไม่ต่อเนื่อง (ไม่ได้แสดงข้อมูล)



ภาพที่ 6 แนวโน้มของการสื่อสารความเสี่ยงด้านอาหาร

บทที่ 4

วิจารณ์ สรุปผล และข้อเสนอแนะ

(Discussion, Conclusion and Suggestion)

4.1 วิจารณ์ สรุปผล และข้อเสนอแนะ

ความท้าทายจากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การเข้าถึงเทคโนโลยีการสื่อสารที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารของผู้บริโภคในยุคปัจจุบันเป็นโจทย์สำคัญที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในฐานะเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพจะต้องวางแผนและจัดทำมาตรการในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพไปยังผู้บริโภคได้อย่างรวดเร็วและสามารถสื่อสารได้ตรงกับผู้รับสาร เนื่องจากการให้ข้อมูลของผลิตภัณฑ์อาหารและการโฆษณาผ่านสื่อในปัจจุบันหน่วยงานภาครัฐยังไม่สามารถกำกับดูแลได้อย่างทั่วถึง อีกทั้งผู้บริโภคบางส่วนยังขาดความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy) ในการดูแลตนเอง และยังมีทัศนคติในการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะการหลงเชื่อการโฆษณาอวดอ้าง หรือข้อมูลที่ไม่จริงต่าง ๆ โดยขาดการไตร่ตรองอย่างรอบคอบ ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมผู้บริโภค เสียเงิน เสียสุขภาพ และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ดังนั้นการศึกษาระดับนี้จึงได้วิเคราะห์สถานการณ์การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นทางการของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยเฉพาะการสื่อสารเพื่อเตือนภัยเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอในการพัฒนาการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication) ของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ทันต่อสถานการณ์และสามารถป้องกันการสูญเสียทั้งต่อสุขภาพของประชาชน ระบบสุขภาพ และเศรษฐกิจของประเทศ

World Health Organization (WHO) ได้วิเคราะห์ความท้าทายของการสื่อสารความเสี่ยงในยุคศตวรรษที่ 21 ไว้ว่า ความพร้อม (Availability) และการเข้าถึง (Accessibility) เทคโนโลยีสมัยใหม่ ทำให้ความเชื่อมั่นในผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพรวมถึงหน่วยงานรัฐด้านสุขภาพในระดับชาติหรือนานาชาติของผู้บริโภคลดลง แต่จะเพิ่มความเชื่อมั่นในการแลกเปลี่ยนจำนวนผู้เข้าชมและการแสดงความคิดเห็นของเครือข่ายสังคมที่ตนเองเชื่อมั่น และให้ความเชื่อถือน้อยกับแหล่งข้อมูลทางเดียว (One-way) อย่างเป็นทางการ เช่น จากเว็บไซต์ของกระทรวงสาธารณสุข และมีความเป็นไปได้ที่จะมีและส่งข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง ข้อมูลที่คลาดเคลื่อน และข่าวลือต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้ทำให้การสื่อสารความเสี่ยงมีความยากและซับซ้อนมากขึ้น ข้อมูลการเผยแพร่ข่าวสารของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาด้านอาหารอย่างเป็นทางการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 – 2560 จะเน้นที่การแจ้งข้อมูลทั่วไปที่เป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคหรือผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในเชิงบวกมากกว่าการแจ้งเตือนภัยให้ผู้บริโภคเกิดความตระหนักหรือมีความระมัดระวังในการเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร (ตารางที่ 1) โดยพบว่า การแจ้งเตือนภัยส่วนใหญ่เป็นการแจ้งเตือนภัยผลิตภัณฑ์ที่มีสารก่ออันตรายพหุคูณ รวมถึงผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและเครื่องดื่ม (ตารางที่ 2) ซึ่งรายละเอียดการแจ้งเตือนภัยพบว่า เป็นการแจ้งเตือนภัยเกี่ยวกับฉลากอาหาร ทั้งการแสดงฉลากไม่ถูกต้อง ไม่แสดงเลขสารบบอาหาร หรือแสดงเลขสารบบอาหารปลอม และการโฆษณาที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากเป็นข้อบกพร่องที่ตรวจพบและสามารถแจ้งให้ประชาชนทราบได้ทันที ส่วนการแจ้งเตือนภัยการปลอมปนสารที่มีฤทธิ์ทางยาส่วนมากจะเป็นการสื่อสารในรูปแบบของการประกาศผลการตรวจพิสูจน์อาหาร (ตารางที่ 3 และ 4) ที่ได้มาจากผลการเฝ้าระวังหลังออกสู่ตลาด เมื่อแบ่งตามอันตรายด้านอาหารจะพบว่า การแจ้งเตือนภัยจะเกี่ยวข้องกับอันตรายด้านเคมีมากกว่าจุลินทรีย์ และพบว่าในแต่ละปีการเตือนภัยด้านเคมีจะเน้นเรื่องการปลอมปนไซบูทรามินใน

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และการเตือนภัยด้านจุลินทรีย์จะเน้นเรื่องการปนเปื้อนของจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคในน้ำ น้ำแข็ง และไอศกรีม (ภาพที่ 3-4, ตารางที่ 5-6) ซึ่งรูปแบบการสื่อสารของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ผ่านมาการแถลงข่าวผลการจับกุมหรือเข้าตรวจสอบผลิตภัณฑ์อาหารที่ผิดกฎหมายและผลกระทบต่อผู้บริโภคในวงกว้างที่มักจะมีรายงานเพียงผลการดำเนินงานที่ตรวจพบในเบื้องต้น และเป็นการสื่อสารเพียงทางเดียว (One-way communication) ทำให้กระแสความตระหนักมีเพียงช่วงแรกที่มีการเผยแพร่ข่าวออกไปเท่านั้น และกลับเข้าสู่วงจรเดิม คือ ผู้บริโภคที่ยังมีทัศนคติการบริโภคที่ไม่ถูกต้องยังมองหาผลิตภัณฑ์ที่ตอบโจทย์ความต้องการอย่างรวดเร็ว มีการโฆษณาโอ้อวดผลิตภัณฑ์เกินจริง ผลิตภัณฑ์ลักลอบใส่สารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันการเฝ้าระวัง ผลิตภัณฑ์อาหารยังคงมุ่งไปในกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารที่มีโอกาสพบว่าเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด ทั้งเรื่องการ แสดงฉลาก คุณภาพมาตรฐาน หรือการโฆษณา เช่น ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร น้ำปลา อาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันที โดยพบว่า คุณภาพมาตรฐานของผลิตภัณฑ์ที่ไม่เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด เช่น น้ำปลา ผลิตภัณฑ์จากแป้ง ชา สมุนไพร น้ำแข็ง อาหารสำเร็จรูป/กึ่งสำเร็จรูป ไข่เยี่ยวม้า ยังคงเป็นปัญหามากที่สุด รองลงมาเป็นเรื่องการลักลอบใส่ สารออกฤทธิ์ในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ให้ผลเรื่องการลดน้ำหนักและเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ (ตารางที่ 8) เมื่อ เปรียบเทียบกับการสื่อสารแจ้งเตือนภัยของ อย. แล้วพบว่า ประเด็นหลักในการตรวจพบการฝ่าฝืนกฎหมายและการ แจ้งเตือนภัยเป็นกลุ่มผลิตภัณฑ์เดียวกัน เช่น การแจ้งเตือนภัยที่เกี่ยวข้องกับด้านเคมีจะเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ในกลุ่ม ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เครื่องปรุงรส ซอส ผักผลไม้ และอาหารสำเร็จรูป การแจ้งเตือนภัยที่เกี่ยวข้องกับด้านจุลินทรีย์ จะเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ในกลุ่มน้ำ น้ำแข็ง และอาหารสำเร็จรูป ผลการเฝ้าระวังในผลิตภัณฑ์อาหารก็จะพบ ข้อบกพร่องด้านเคมีหรือจุลินทรีย์ในผลิตภัณฑ์กลุ่มเหล่านี้เช่นกัน (ตารางที่ 2-9) ส่วนการโฆษณาโอ้อวดหรือไม่ได้รับ อนุญาตทางสื่อโทรทัศน์เคเบิล ดาวเทียม และสื่ออินเทอร์เน็ตยังคงพบปัญหาอย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในสื่อโทรทัศน์ (ฟรีทีวี) ด้วยเช่นกัน (ภาพที่ 5, ตารางที่ 9) ผลิตภัณฑ์ที่พบปัญหามากที่สุด คือ กลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เครื่องดื่ม กาแฟ ชา และชาสมุนไพร ซึ่งผลิตภัณฑ์ที่พบการโอ้อวดสรรพคุณในการลดน้ำหนัก เสริมสมรรถภาพทางเพศ รักษาโรค จากข้อมูลดังกล่าวอาจใช้เป็นแนวทางในการติดตามแนวโน้มของปัญหาเพื่อกำหนดกรอบการเฝ้าระวังและ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อสร้างความตระหนักแก่ผู้บริโภคต่อไป นอกจากนี้ หากพิจารณาถึงการเลือกประเด็น ในการสื่อสารจะพบว่า ข้อมูลเพื่อใช้ในการสื่อสารจะมาจากหน่วยงานภายใน อย. ได้แก่ กองอาหาร ศูนย์จัดการเรื่อง ร้องเรียนและปราบปรามการกระทำผิดกฎหมายเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ กองส่งเสริมงานคุ้มครองผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์สุขภาพในส่วนภูมิภาคและท้องถิ่นให้กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคเป็นผู้จัดทำเนื้อหาและเผยแพร่ทาง ช่องทางต่าง ๆ ซึ่งหากไม่มีข้อมูลเพิ่มเติมก็จะไม่ได้เผยแพร่ในประเด็นนั้นอย่างต่อเนื่อง

การสื่อสารสุขภาพที่มีประสิทธิภาพนั้นอาจใช้มาตรการอื่นควบคู่กับการสื่อสาร การเข้าใจพฤติกรรมของ กลุ่มผู้บริโภคเป้าหมายและการให้ข้อมูลที่มีความชัดเจน น่าเชื่อถือ เข้าใจง่ายและสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่าง ต่อเนื่องอาจเป็นรูปแบบใหม่ในการสื่อสารความเสี่ยงด้านอาหารที่จะช่วยเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ให้ผู้บริโภคสามารถตัดสินใจในการเลือกพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องด้วยตนเอง ดังนั้น เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านด้านอาหาร โดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้บริโภคเป็นผู้มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) สามารถถ่วงรอน ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์อาหารด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม จึงขอเสนอแนวทางการพัฒนาการสื่อสารด้านอาหารของ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ดังนี้

1. **เข้าใจผู้บริโภค:** โดยอาจใช้ทฤษฎีเศรษฐศาสตร์พฤติกรรม (Behavioral economics) มาเป็นแนวทาง ในการศึกษาพฤติกรรมของผู้บริโภคในการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ข้อมูล

พฤติกรรมผู้บริโภค และนำมาใช้ในการสื่อสารเพื่อปรับพฤติกรรมของผู้บริโภค โดยไม่ได้จำกัดทางเลือกหรือการเปลี่ยนแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. มีรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสม: ปรับวิธีการสื่อสารให้มีความเฉพาะเจาะจงในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย โดยเน้นที่การสื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ชัดเจน ข้อมูลที่ใช้ตั้งอยู่บนพื้นฐานของวิทยาศาสตร์ ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้บริโภคกลุ่มเป้าหมาย โดยอาจใช้ Influencer หรือเครือข่ายภาคประชาชนที่มีอิทธิพลต่อความคิดของคนกลุ่มดังกล่าวเพื่อดึงดูดความสนใจให้เปิดใจรับข้อมูลข่าวสารที่รัฐต้องการสื่อสาร และช่วยรณรงค์ให้ผู้บริโภคมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง แทนที่จะสื่อสารผ่านช่องทางของ อย. เพียงช่องทางเดียว

3. มีความถี่ในการสื่อสารที่มากเพียงพอ: เพิ่มความถี่ของการสื่อสารเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก โดยอาจถอดบทเรียนจากกรณีการปราบปรามผลิตภัณฑ์เมจิกสกิน และ LYN ที่สร้างปรากฏการณ์ให้สังคมเกิดความตื่นตัวในการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ได้มาตรฐาน เป็นต้น

4. ส่งเสริมให้เกิดการวิจัยและประเมินผลอย่างเป็นระบบ: เพื่อให้สามารถวางมาตรการและนโยบายที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพ เกิดผลสัมฤทธิ์ที่สามารถปฏิบัติได้จริง และความคุ้มค่าของงบประมาณ

4.2 ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้

การศึกษาในครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลจากผลการดำเนินงานของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเท่านั้น ซึ่งควรศึกษาเพิ่มเติมในมิติของผู้บริโภคในฐานะผู้รับสารโดยตรง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อประเมินประสิทธิภาพการสื่อสารของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอย่างเป็นระบบ รวมทั้งข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการสื่อสารสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น เช่น การประเมินการรับรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมของผู้บริโภคกับรูปแบบการสื่อสารในการแจ้งเตือนภัยของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ความคิดเห็นของหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภค อาทิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มูลนิธิผู้บริโภค เครือข่ายภาคประชาชนต่าง ๆ การประเมินผลสัมฤทธิ์ของยุทธศาสตร์ โครงการหรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและงบประมาณที่ใช้ สถิติการรับเรื่องร้องเรียน เป็นต้น

บรรณานุกรม (References)

- คำสั่งกระทรวงสาธารณสุขที่ ที่ 359/2560 เรื่อง การแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนแผนงานโครงการภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560. (2560).
- ทวี ชูช่วย, ทัศนีย์ มณีชาติ, จุรินทร์ เจริญผล, และภคณัฐ ทองขาว. (ม.ป.ป.). การวิเคราะห์ความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพของจังหวัดพัทลุง เพื่อรองรับระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉิน (ICS) และศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านสาธารณสุข (EOC) ปีงบประมาณ 2561. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง. พัทลุง: สำนักงาน. ธีระ วรณารัตน์ (บก.) (2559). เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมกับการบริโภคอาหาร. สืบค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2561 จาก <https://www.ebooks.in.th/ebook/40065/เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมกับการบริโภคอาหาร/>
- ปิยะธิดา นาคะเกษียร. (2558). ภูบัตร์รอดตายกับบทบาทการสร้างเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 33(4), 6-14. ค้นจาก <http://repository.li.mahidol.ac.th/dspace/bitstream/123456789/21962/1/ns-ar-piyatida-2558.pdf>
- วชิระ เพ็งจันทร์. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy. กรมอนามัย. สืบค้นเมื่อ 1 เมษายน 2561 จาก http://doh.hpc.go.th/data/HL/HL_Workshop25012560.pptx
- วิชาญ ปาวัน. (ม.ป.ป.). การสื่อสารความเสี่ยงในภาวะปกติและภาวะวิกฤติ. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2562 จาก http://www.riskcomthai.org/documentกลุ่มเผ่าระวัง/เอกสารการประชุมการสื่อสารความเสี่ยง_280659.pdf
- วิชุดา กิจธรรม. (2559). ธรรมชาติของพฤติกรรมและกระบวนการเกิดพฤติกรรม. ใน *จิตารัตน์ อภิญญา และคณะ, หลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง* (น. 16-30) สืบค้นจาก <http://thaincd.com/document/file/download/knowledge/หลักสูตรปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.pdf>
- วิมล โรมมา. (2561). การสื่อสารสุขภาพยุคใหม่. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/Health%20Communication.pdf
- สินาด ตรีวรรณไชย. (2559). เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมและนโยบายของเมือง. สืบค้นเมื่อ 11 มีนาคม 2561 จาก <https://medium.com/@treewanchai/เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมและนโยบายของเมือง-29634eb18a05>
- สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. (2556). พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ. *โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2561 จาก https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70578/9786161115333_tha.pdf?sequence=24&isAllowed=y
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: สำนักงาน.
- อนันต์ มลารัตน์. (ม.ป.ป.). ทฤษฎีและแนวคิดในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 17 มิถุนายน 2562 จาก <http://www.hed.go.th/news/file/171>
- เอกสารประกอบการจัดทำแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประเด็น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. (ม.ป.ป.).

- Council of Canadian Academies. (2015). Health Product Risk Communication: Is the Message Getting Through? Executive Summary. Retrieved 18 Mar 2018, from <https://cca-reports.ca/wp-content/uploads/2018/10/RISKExecSummEn.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (n.d.). What is health communication?. Retrieved 1 April 2018, from <https://www.ecdc.europa.eu/en/health-communication/facts>
- European Union. (2013). RASFF The Rapid Alert System for Food and Feed 2012 Annual Report.
- Gamhewage, G. (2014). An Introduction to Risk Communication. Retrieved 12 April 2018, from <https://www.who.int/risk-communication/introduction-to-risk-communication.pdf>
- Kleter, G.A., Prandini, A., Filippi, L., and Marvin, H.J.P. (2007). Identification of potentially emerging food safety issues by analysis of reports published by the European Community's Rapid Alert System for Food and Feed (RASFF) during a four-year period. *Food and Chemical Toxicology*. 47(2009), 932–950.
- Marvin, H.J.P., Kleter, G.A., Prandini, A., Dekkers, S., and Bolton, D.J. (2007). Early identification systems for emerging foodborne hazards. *Food and Chemical Toxicology*. 47 (2009), 915–926.
- Noknoy, S. (n.d.). Module 2 The Stage of Change. Pilot Training of MI & MET for AUD Curriculum Thai Motivational Interviewing Network (TMIN). Retrieved 20 March 2019 from <https://slideplayer.in.th/slide/14625552/>
- U.S. Food and Drug Administration. (2017). FDA Strategic Plan for Risk Communication and Health Literacy 2017-2019. Retrieved 18 Mar 2018, from <https://www.fda.gov/media/108318/download>
- World Health Organization. (n.d.). 21st century challenges and opportunities for risk communications. Retrieved 18 Mar 2018, from <https://www.who.int/risk-communication/21st-century-challenges-opportunities-for-risk-comms.pdf?ua=1>