

เอกสารวิชาการ

การศึกษาเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย
ในชุมชน เพื่อการสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ
โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ
(บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563

โดย

นางสาวภัคพฐ อุ๋นงามพันธ์ุ

ตำแหน่งเลขที่ 388

กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

พ.ศ. 2565

บทคัดย่อ

การศึกษาเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อการสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563 เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อการสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และงานคุ้มครองผู้บริโภคของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) ใช้การศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) และนำมาวิเคราะห์หาแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ด้านการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย และงานคุ้มครองผู้บริโภค

ผลจากการศึกษา พบว่า โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563 สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานส่งเสริมให้ประชาชนลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงพัฒนาและขยายเครือข่ายภาคประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพให้คนในชุมชนร่วมกันสร้างเครือข่ายชุมชน เพื่อช่วยกันจัดการหรือป้องกันปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ทางชุมชนในแต่ละพื้นที่นั้น ๆ ประสบอยู่ผ่านเครือข่ายให้เหมาะสมกับบริบทในชุมชน ตามกำลังและความสามารถของคนในชุมชน โดยมุ่งให้ทุกภาคส่วนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล รวมกันเป็นเครือข่าย บวร.ร. พึ่งพาช่วยเหลือกันและกัน ร่วมกันเป็นพลังจิตอาสา และดำเนินกิจกรรมภายใต้วิถีชีวิตที่เหมาะสมกับชุมชนตนเอง เพื่อสร้างชุมชนที่สามารถดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง มีสุขภาพแข็งแรงและปลอดภัย ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นพี่เลี้ยง และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นที่ปรึกษา สนับสนุน และให้คำแนะนำ

นอกจากนี้ผู้ศึกษายังได้เสนอแนะถึงปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น เพื่อการสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 1. เครือข่ายการดำเนินงาน ควรมีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง หลากหลาย มีการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาทำงานร่วมกัน มีการตอบสนองเป้าหมายเดียวกัน 2. กระบวนการดำเนินงาน โดยการสร้างความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำเป็นต้องมีระบบและกลไกในการดำเนินงานสานต่อ กิจกรรม ซึ่งระบบและกลไกดังกล่าวควรบูรณาการไปกับงานประจำหรือวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อไม่เป็นการสร้างภาระให้แก่คนในชุมชน 3. กิจกรรมการดำเนินงาน ควรจัดกิจกรรมให้สอดแทรกเข้าไปในทุกกิจกรรมของงานประจำหรือการประชุม/ สังสรรค์/ งานชุมนุมที่มีอยู่ในชุมชนเป็นปกติ 4. แรงเสริมการดำเนินงาน ควรกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จของส่วนกลางเพื่อนำสู่การปฏิบัติ และการนำโครงการเข้าไปอยู่ในแผนงานของงานประจำ จะทำให้สามารถวางแผนงานและดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง โดยการสร้างนโยบายในการกำกับที่ฝังลงลึกในชุมชนให้เป็นนโยบายสุขภาพชุมชน และส่งเสริม Health Literacy แก่คนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ชุมชนค้นหารูปแบบการดำเนินงาน บวร.ร. ที่เหมาะสมกับชุมชนของตนเองเพื่อประสิทธิภาพในการดำเนินงานให้เกิดประสิทธิผลมากที่สุด

คำนำ

การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการคุ้มครองความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่ผู้บริโภคในส่วนภูมิภาค โดยมุ่งพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงพัฒนาและขยายเครือข่ายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพให้คนในชุมชนร่วมกันสร้างเครือข่ายชุมชนในรูปแบบ บวร.ร. (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล) ให้ช่วยกันจัดการหรือป้องกันปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ทางชุมชนในแต่ละพื้นที่ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้น ๆ จากการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563 จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานผ่านเครือข่ายการมีส่วนร่วมโดยชุมชนเพื่อชุมชน เป็นแนวทางที่สามารถสร้างความยั่งยืนได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและสร้างความยั่งยืนให้แก่ชุมชน โดยบูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อป้องกันและดูแลประชาชนให้มีความรอบรู้ สามารถป้องกันตนเองจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อันตรายและให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อันตรายหมดไปจากสังคมไทย

ทั้งนี้ จากการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563 ผู้เขียนจึงสนใจที่จะศึกษา เรื่อง “การศึกษาเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อการสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563” เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อการสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และงานคุ้มครองผู้บริโภคของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) ใช้การศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) และนำมาวิเคราะห์หาแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ด้านการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย และงานคุ้มครองผู้บริโภค ต่อไป

ผลจากการดำเนินงานครั้งนี้ คาดว่าจะได้ทราบถึงปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อการสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) และโครงการอื่น ๆ ด้านการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย และงานคุ้มครองผู้บริโภคของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ภคพฐ อุ๋นงามพันธุ์
กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค
7 ตุลาคม 2565

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(1)
คำนำ	(2)
สารบัญภาพ	(4)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
กรอบแนวคิด	3
วิธีการศึกษา	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
คำนิยามเฉพาะ	4
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	5
สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	5
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	8
พฤติกรรมการใช้ยา	11
ความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง	14
การหลงเชื่อสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ	15
ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model/HBM)	16
เครื่องมือวิเคราะห์ชุมชน	22
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy)	25
บทที่ 3 ผลการศึกษา	39
ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานโครงการฯ	39
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563	
ส่วนที่ 2 การศึกษาปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานโครงการฯ	49
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563	
บทที่ 4 สรุป และข้อเสนอแนะ	52
สรุปผลการศึกษา	52
ข้อเสนอแนะ	55
เอกสารอ้างอิง	62
ภาคผนวก	64

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แผนความเชื่อด้านสุขภาพ	20
2	ส่วนประกอบของกระบวนการข้อมูลเพื่อสุขภาพ (Health information)	26
3	กระบวนการเรียนรู้สู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	27
4	ตัวแบบชุมชนสุขภาพดีภายใต้แนวคิด บวร.ร.	40

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เป็นองค์กรที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีภารกิจประการหนึ่งในการพัฒนาและส่งเสริมการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน ประชาชน และเครือข่ายประชาคมสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อประชาชนสุขภาพดี ในการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้น ด้านหนึ่งที่มีความสำคัญมาก คือ การพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค ให้สามารถเลือกซื้อ เลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้อย่างถูกต้อง สมประโยชน์ หรือที่เรียกกันว่า การเสริมสร้างความรอบรู้ หรือ Health Literacy ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ นับเป็นการติดต่อทางปัญญาให้แก่ผู้บริโภค ซึ่งที่ผ่านมาได้มีการดำเนินงานทั้งแนวราบและแนวตั้ง โดยการดำเนินงานในแนวตั้งนี้ ผู้มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดการดำเนินงาน คือ เครือข่าย ซึ่งพลังของเครือข่ายถือเป็นกลไกสำคัญในการสร้างความรอบรู้ให้เกิดขึ้นแก่ผู้บริโภค ครอบคลุมในทุกพื้นที่ อย. จึงได้มีการสร้างความร่วมมือกับเครือข่ายต่าง ๆ ทั่วประเทศ ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายภาคประชาชน รวมถึงเครือข่ายในส่วนภูมิภาค เครือข่ายชุมชน หรือ บวร. และเครือข่ายในสถานศึกษา หรือ อย.น้อย โดย อย. ได้ส่งเสริมการดำเนินงานเชิงรุกให้แก่คนในชุมชน สร้างเกราะกำบัง ให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันตนเอง เกิดความรอบรู้ ความเข้าใจ ในการเลือกซื้อ เลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย เกิดพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม

ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุดอันเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสม คือ ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) ปัญหานี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของประชากรโลก รวมถึงประเทศไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชากรไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 (พ.ศ. 2552) และครั้งที่ 5 (พ.ศ. 2557) ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าความชุกของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กองโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค 2564) ซึ่งสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนั้น มาจากปัญหาการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ในปัจจุบันยังคงพบเห็นปัญหาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยพบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายวางขายตามท้องตลาด การโฆษณาที่อวดอ้างสรรพคุณเกินจริง ไม่ว่าจะเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่อวดอ้างลดความอ้วน/รักษาโรค ผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพรที่ลักลอบใส่ยาแผนปัจจุบันอวดอ้างรักษาโรคที่รัฐมนตรีประกาศห้ามโฆษณา ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่ผสมสารห้ามใช้ที่โฆษณาเกินกว่าความเป็นเครื่องสำอาง ปัญหาดังกล่าวพบมากในส่วนภูมิภาค เนื่องจากประชาชนสามารถซื้อหาผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เหล่านั้นได้โดยง่าย จากการเร่ขายตามบ้าน ประกอบกับความก้าวหน้าของเทคโนโลยีที่ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ได้อย่างแพร่หลาย สะดวกและรวดเร็ว ทำให้เข้าถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพได้ง่าย การขาดความรู้ส่งผลให้หลงคล้อยตามคำโฆษณาชวนเชื่อ เกิดการตัดสินใจซื้อ หรือบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย ไม่ได้คุณภาพ หรือผลิตภัณฑ์ลักลอบใส่สารอันตรายต่าง ๆ ได้ง่าย

กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา เล็งเห็นถึงปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รวมถึงปัญหาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ จึงได้จัดให้มีโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ หรือ บวร.ร. ขึ้น ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ให้คนในชุมชนร่วมกันสร้างเครือข่ายชุมชน เพื่อช่วยกันจัดการหรือป้องกันปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ทางชุมชนในแต่ละพื้นที่นั้น ๆ ประสบอยู่ ผ่านเครือข่ายให้เหมาะสมกับบริบทในชุมชน ตามกำลังและความสามารถของคนในชุมชน เนื่องจากคนในชุมชนย่อมมีความเข้าใจและเข้าถึงปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนตนเองเป็นอย่างดี เพื่อสร้างชุมชนที่สามารถดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง มีสุขภาพแข็งแรงและปลอดภัย ป้องกันภัยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่หลงเชื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพโอ้อวดเกินจริง ไม่ใช่ยาที่มีการลักลอบผสมสารสเตียรอยด์ ยาชุด หรือยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา การไม่ใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่มีส่วนผสมของสารห้ามใช้ การลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม หรือประเด็นปัญหาการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ที่พบในชุมชน โดยการดำเนินงานดังกล่าวอยู่ภายใต้การสนับสนุนโครงการของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล

ในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคร สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้ให้ความรู้และพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง มีการดำเนินการประชาสัมพันธ์ข้อมูล ข่าวสาร และความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านทางช่องทางต่าง ๆ ไปยังกลุ่มผู้บริโภค เพื่อให้ผู้บริโภคสามารถที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองในการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงการประชาสัมพันธ์ช่องทางในการร้องเรียน เพื่อการปกป้องสิทธิของผู้บริโภคเอง แต่ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรและงบประมาณ ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานได้ครอบคลุม หน่วยงานจึงมีความจำเป็นต้องดำเนินงานในวาระและประเด็นที่เร่งด่วนหรือมีความสำคัญลำดับต้น ๆ ประกอบกับสถานการณ์การบริโภคของประชาชนในปัจจุบัน มีการแข่งขันด้านข้อมูลข่าวสารของภาคสินค้าและบริการถึงผู้บริโภคตลอดเวลา จึงส่งผลให้ผู้บริโภคส่วนใหญ่ยังมีความเสี่ยงในการขาดความรู้และพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

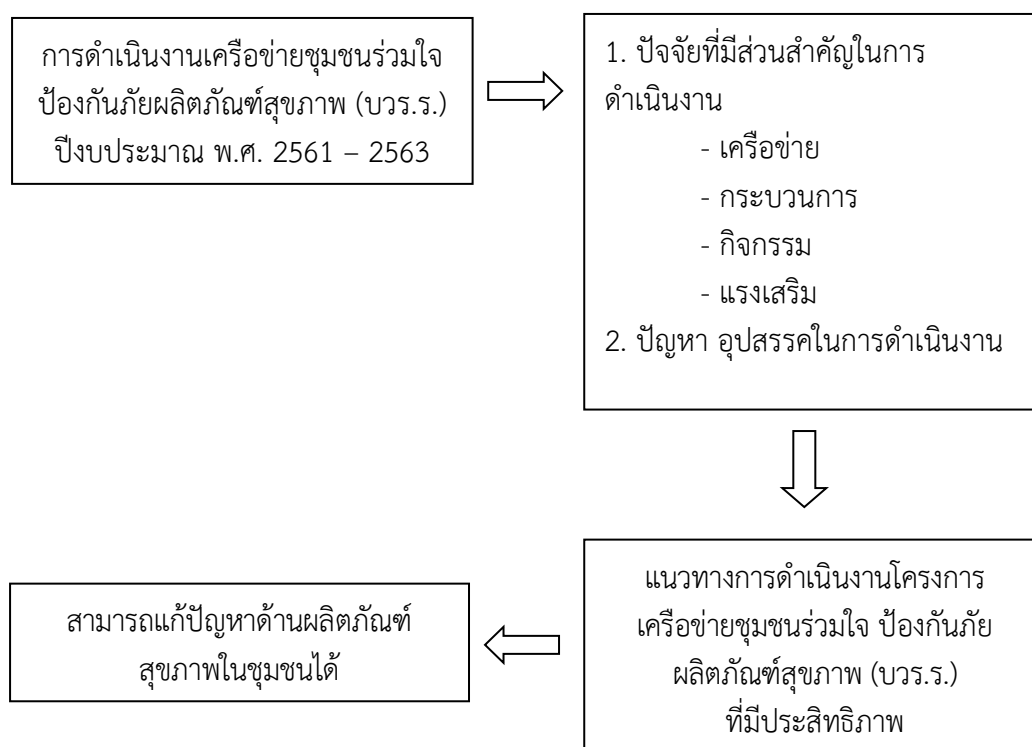
จากปัจจัยดังกล่าว ทำให้ผู้เขียนสนใจที่จะศึกษา เรื่อง “การศึกษาเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อการสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563” ซึ่งเป็นช่วงงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผู้เขียนดูแลรับผิดชอบ โดยมุ่งหวังว่าผลที่ได้รับจากการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางและทราบถึงปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อการสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) และโครงการอื่น ๆ ด้านการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย และงานคุ้มครองผู้บริโภคของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา โดยการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยากับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการคุ้มครองความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่ผู้บริโภคในส่วนภูมิภาค โดยมุ่งพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงพัฒนาและขยายเครือข่ายภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพให้คนในชุมชนร่วมกันสร้างเครือข่ายชุมชนในรูปแบบ บวร.ร. (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล) ให้ช่วยกันจัดการหรือป้องกันปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ทางชุมชนในแต่ละพื้นที่ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้น ๆ จากการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563

จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานผ่านเครือข่ายการมีส่วนร่วมโดยชุมชนเพื่อชุมชน เป็นแนวทางที่สามารถสร้างความยั่งยืนได้ ดังนั้น เพื่อเป็นการดำเนินงานที่ต่อเนื่องและสร้างความยั่งยืนให้แก่ชุมชน โดยบูรณาการความร่วมมือกับเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อป้องกันและดูแลประชาชนให้มีความรอบรู้ สามารถป้องกันตนเองจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อันตรายและให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อันตรายหมดไปจากสังคมไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อการสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ด้านการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย และงานคุ้มครองผู้บริโภค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563
2. เพื่อนำไปเป็นแนวทางการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีต่อ ๆ ไป

กรอบแนวคิด



วิธีการศึกษา

ศึกษาจากข้อมูลการดำเนินงานเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563 เป็นการศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) วิเคราะห์โดยการพรรณนา และสรุปเป็นความคิดเห็น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อการสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) และโครงการอื่น ๆ ด้านการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย และงานคุ้มครองผู้บริโภค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563

2. สามารถนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ที่มีประสิทธิภาพ ในปีต่อ ๆ ไป

คำนิยามเฉพาะ

เครือข่าย บวร.ร. คือ เครือข่ายที่เกิดขึ้นจากการรวมกลุ่มกันของแต่ละภาคส่วนในชุมชนนั้น ๆ เพื่อร่วมกันคิด ร่วมกันค้นหา เสนอแนวทางและกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย

1. เครือข่ายบ้าน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ประชาชนชาวบ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือส่วนการบริหารการปกครองในรูปแบบต่าง ๆ ผู้ประกอบการ ร้านค้า ร้านชำ

2. เครือข่ายวัด ได้แก่ ผู้นำทางด้านศาสนาในทุกศาสนา ตามบริบทของชุมชน/ท้องถิ่น

3. เครือข่ายโรงเรียน ได้แก่ นักเรียน อย. น้อย ครูแกนนำ อย. น้อย

4. เครือข่ายโรงพยาบาล ได้แก่ อสม. รพ.สต. รพช. สสอ. สสจ. หรือหน่วยงานที่มีบทบาทในการดูแลด้านสุขภาพของชุมชน

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อการสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563 ผู้ศึกษาได้มีการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

1. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
3. พฤติกรรมการใช้ยา
4. ความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง
5. การหลงเชื่อสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ
6. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model/HBM)
7. เครื่องมือวิเคราะห์ชุมชน
8. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

1. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ปัจจุบันพบว่าคนไทยกำลังประสบกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดและหัวใจ โดยจากการศึกษาย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 จนถึงปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกพื้นที่ ประชากรมีการเจ็บป่วยตาย ในช่วงอายุที่น้อยลง ที่พบคืออายุเพียง 30 ปีเท่านั้น (สุพัตรา ศรีวิชิชากร, 2560)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นโรคที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการติดเชื้อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค ไม่สามารถติดต่อได้ทางการสัมผัส คลุกคลี หรือติดต่อผ่านตัวนำโรค (พาหะ) หรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ แต่เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ ภายในร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผลมาจากไลฟ์สไตล์ หรือวิถีชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ความเครียด การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็มมากเกินไป เป็นต้น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักจะค่อย ๆ มีอาการรุนแรงขึ้นทีละน้อย หากไม่ได้มีการรักษา ควบคุม หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

องค์การอนามัยโลก (WHO) เล็งเห็นว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) กำลังเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งสังเกตได้จากสถิติผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ใน ปี 2552 พบว่าสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกทั้งหมด มีถึงร้อยละ 63 ที่เกิดจากกลุ่มโรค NCDs และที่สำคัญกว่านั้นคือ กว่าร้อยละ 80 เป็นประชากรของประเทศที่กำลังพัฒนา และองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประชากรโลกจำนวน 23 ล้านคน จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง และหัวใจ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562)

สำหรับประเทศไทย พบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึงร้อยละ 75 หรือประมาณ 320,000 คนต่อปี เฉลี่ยชั่วโมงละ 37 คน อันดับหนึ่ง คือ โรคหลอดเลือดสมอง คิดเป็นร้อยละ 4.59 หรือประมาณ 28,000 คน รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ส่วนมากเป็นกลุ่มประชากรวัยทำงาน และส่งผลกระทบต่อ การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ (สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2562) และเป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มประชากรไทยวัยผู้ใหญ่มีอัตราการรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง อัตราการเข้าถึงบริการ และอัตราการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้นั้นค่อนข้างต่ำ ส่วนในกลุ่มผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูง โดยเฉพาะประชากรชาย พบว่า ร้อยละ 56.7 ที่รู้ตัว มีเพียงร้อยละ 27.1 ที่สามารถควบคุมภาวะน้ำตาลในเลือดได้ สำหรับผู้ที่มีภาวะไขมันคอเลสเตอรอลสูง ร้อยละ 19.4 หรือเกือบ 9 ล้านคน โดยผู้หญิง มีความชุกมากกว่าผู้ชาย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562)

เมื่อพิจารณาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) จะพบกลุ่มโรคที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ โรคอ้วนลงพุง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือด สมองและหัวใจ และโรคไตวายเรื้อรัง

โรคอ้วนลงพุง เป็นภาวะที่อ้วนโดยเฉพาะส่วนเอว เนื่องจากมีไขมันสะสมในช่องท้องมากเกินไปจน ครองทำให้หน้าท้องยื่นออกมาชัดเจน ซึ่งเป็นไปได้ทั้งคนที่น้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์และที่มากกว่าเกณฑ์ โดยมีความผิดปกติของปัจจัยเสี่ยงร่วมด้วย ได้แก่ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิต และระดับ ไขมันในเลือดสูง ทำให้เกิดโรคอื่น ๆ ตามมาอีกหลายโรค สาเหตุหลักของการเกิดโรคนี้คือ อาหารหวานและอาหารมัน ซึ่งหากบริโภคมากเกินไปไม่ได้มีกิจกรรมทางกาย หรือออกกำลังกาย เพื่อเผาผลาญไขมันจะทำให้ร่างกายสะสมไขมันส่วนเกินไว้ที่ช่องท้อง เกิดอ้วนลงพุงได้ ปัจจุบันคนไทย ที่มีรูปร่างอ้วนหรือท้วมมากถึง 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคอ้วนมากถึง 20,000 คนต่อปี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562)

โรคเบาหวาน คือ ภาวะที่มีระดับน้ำตาลในกระแสเลือดสูงเกิน 126 มก./ดล. โดยวัดจาก ตอนหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง ทั้งนี้เนื่องจากการขาดอินซูลินหรือดื้อต่อฤทธิ์อินซูลิน ทำให้ร่างกาย ไม่สามารถเผาผลาญน้ำตาลไปใช้ได้หมด จึงเหลือน้ำตาลตกค้างในกระแสเลือดมาก และในระยะยาวจะมีผล ในการทำลายหลอดเลือด ทำลายระบบประสาทส่วนปลาย และนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ สาเหตุหนึ่งมาจากการบริโภคอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเป็นปริมาณมาก ๆ ร่างกายจะไม่สามารถ เผาผลาญน้ำตาลไปใช้เป็นพลังงานได้หมดที่เหลือ จึงต้องถูกสะสมเป็นไขมันและหากปล่อยให้แบบนี้อย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานก็จะทำให้เกิดโรคเบาหวานได้ ส่วนการบริโภคอาหารไขมันสูงก็จะทำให้เกิด การสะสมไขมันในร่างกาย ไขมันส่วนเกินที่ร่างกายใช้ไม่หมดจะสร้างสารที่ทำให้การตอบสนอง ของเนื้อเยื่อร่างกายต่ออินซูลินหรือนัยหนึ่งทำให้เซลล์ดื้อต่ออินซูลิน เมื่อน้ำตาลไม่สามารถถูกนำไป เผาผลาญได้หมด ตกค้างในกระแสเลือดมากก็จะนำไปสู่โรคเบาหวานในที่สุด สำหรับสถานการณ์ เบาหวานในประเทศไทย พบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานถึง 3.5 ล้านคน คิดเป็นมูลค่าการรักษา 47,596 ล้านบาทต่อปี

โรคความดันโลหิตสูง คือภาวะที่มีระดับความดันโลหิตสูงเรื้อรัง มีค่าตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ผู้คนจำนวนมากมีภาวะความดันโลหิตสูงโดยที่ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะนี้

เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่ค่อยปรากฏอาการที่ชัดเจนในช่วงแรก แต่เมื่อปล่อยนานไปโดยไม่ได้รับการดูแลรักษา แรงดันในหลอดเลือดที่สูง จะไปทำลายผนังหลอดเลือดและอวัยวะที่สำคัญทั่วร่างกาย การรับประทานอาหารเค็มจัดหรือมีโซเดียมสูง จะทำให้ร่างกายดั่งน้ำไว้ในกระแสน้ำเลือดมากขึ้น ส่งผลให้ปริมาณเลือดเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูง สำหรับสถานการณ์ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย จากข้อมูลสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2556 – 2560) เพิ่มขึ้นจาก 12,342.14 (จำนวน 3,936,171 คน) เป็น 14,926.47 (จำนวน 5,597,671 คน) และจากข้อมูลศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อัตราการป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูง ต่อประชากร 100,000 คน ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558 – 2560) เพิ่มขึ้นจาก 916.89 (จำนวน 540,013 คน) เป็น 1,353.01 (จำนวน 813,485 คน) และนอกจากนี้ รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. 2552 และ 2557 พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากเฉลี่ยร้อยละ 21.4 (ชายร้อยละ 21.5 และหญิงร้อยละ 21.3) เป็นเฉลี่ยร้อยละ 24.7 (ผู้ชายร้อยละ 25.6 และผู้หญิงร้อยละ 23.9) (กลุ่มพัฒนาระบบสาธารณสุข สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562)

โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ คือ โรคที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดส่งผลให้หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงอวัยวะสำคัญในร่างกายอุดตัน หรืออาจเสี่ยงถึงขั้นเส้นเลือดแตก โดยเฉพาะหากเกิดกับหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองหรือหัวใจอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้

โรคหลอดเลือดสมอง คือ โรคที่เกิดจากการหยุดทำงานของสมองอย่างฉับพลันจากภาวะที่มีลิ้มเลือด หรือมีหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เกิดอาการผิดปกติ เช่น อัมพาตครึ่งซีก พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว ตามัว มองเห็นภาพซ้อน หรือเห็นครึ่งเดียว เดินเซ ถ้ารุนแรงมากอาจเสียชีวิตได้

โรคหลอดเลือดหัวใจ คือ โรคที่เกิดจากหลอดเลือดหล่อเลี้ยงหัวใจตีบตันส่งผลให้กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ทำให้เกิดอาการเจ็บแน่นหน้าอกและอาจเสียชีวิตได้

การรับประทานอาหารที่มีไขมันมาก ๆ เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ เพราะจะมีไขมันจำนวนหนึ่งไปเกาะตามผนังหลอดเลือด ทำให้หลอดเลือดตีบ หรือเปราะ จึงมีโอกาสแตกหรืออุดตันได้ง่าย ประเมินการว่าทุกปีมีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า 15 ล้านคนทั่วโลก สถานการณ์ในประเทศไทยพบผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ประมาณ 5 แสนคน และแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นไม่ต่ำกว่า 150,000 ราย ทุกวันนี้มีคนไทยที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคนี้โดยไม่รู้ตัวประมาณ 10 ล้านคน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2562)

โรคไตวายเรื้อรัง คือ สภาวะที่ไตถูกทำลาย มีผลทำให้ความสามารถของไตในการทำงานลดลง เช่น การรักษาสมดุลของเหลวในร่างกาย การควบคุมน้ำและแร่ธาตุต่าง ๆ ในเลือด การกำจัดของเสียออกจากเลือด การกำจัดยาและพิษออกจากร่างกาย การหลั่งฮอร์โมนเข้าสู่กระแสเลือด เป็นต้น โรคไตมีสาเหตุหลายอย่าง ที่สำคัญคือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัดหวานจัด ความเครียดสะสม พักผ่อนไม่เพียงพอ ไม่ออกกำลังกาย ทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูง และเกิดโรคเบาหวานตามมา ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่พบบ่อยที่สุด ทำให้การรักษายุ่งยาก มีค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ปัจจุบันคนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคน ในจำนวนนี้

ประมาณ 100,000 คนป่วยระยะสุดท้ายและต้องรับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือด หรือล้างไตทางช่องท้อง ซึ่งต้องใช้งบประมาณในการดูแลรักษากว่า 20,000 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องประมาณ ร้อยละ 15 - 20 ต่อปี หากไม่มีการแก้ไขคาดว่าใน 5 ปีข้างหน้า จะมีผู้ป่วยเพิ่มเป็นกว่า 2 แสนราย และต้องใช้งบประมาณกว่า 4 หมื่นล้านบาทต่อปีในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ (สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ, 2562)

จากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังข้างต้น มีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผลกระทบต่อร่างกายแล้ว ยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนในระดับประเทศทำให้เกิดการสูญเสียผลผลิตจากแรงงานในวัยทำงานที่เจ็บป่วย และงบประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนี้ สาเหตุสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม หรืออาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม มากเกินความต้องการของร่างกายเป็นระยะเวลานาน

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

สถานการณ์การบริโภคอาหาร

ปัจจุบันพบว่าคนไทยกำลังประสบกับปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไตวายเรื้อรัง หัวใจและหลอดเลือด โดยจากการศึกษาย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ.2557 จนถึงปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกพื้นที่ ประชากรมีการเจ็บป่วยตายในช่วงอายุน้อยลง ที่พบคืออายุเพียง 30 ปีเท่านั้น (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2560) ทั้งนี้สาเหตุหนึ่งมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียม หรืออาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม มากเกินความต้องการของร่างกายเป็นระยะเวลานาน

จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร ปี 2560 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า รสชาติอาหารมื้อหลักของคนไทยที่รับประทานเป็นประจำ อาจเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ โดยประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ บริโภคอาหารมื้อหลักรสชาติจัดสูงกว่าภาคอื่น ร้อยละ 42.1, 41.9 และ 40.8 ตามลำดับ ส่วนประชากรที่อาศัยอยู่ในภาคใต้บริโภคอาหารมื้อหลักรสชาติเผ็ดสูงกว่าภาคอื่น ร้อยละ 34.0 สำหรับภาคกลางพบว่าบริโภคอาหารมื้อหลักรสชาติหวานสูงกว่าภาคอื่น ร้อยละ 18.3 ในด้านการปรุงอาหารที่บริโภคเป็นประจำพบว่า ประชากรส่วนใหญ่ร้อยละ 50.4 ชอบวิธีปรุงอาหารแบบต้มหรือลวกสุก รองลงมาคือ วิธีผัด และทอด ร้อยละ 27.4 และ 12.5 ตามลำดับ ส่วนผู้ที่ชอบบริโภคอาหารด้วยวิธีลวกแบบสุก ๆ ดิบ ๆ มีเพียงร้อยละ 0.6 เท่านั้น และเมื่อพิจารณาเป็นรายภาคพบว่า ทุกภาคชอบวิธีต้มหรือลวกสุกมากที่สุด โดยเฉพาะภาคใต้ชอบวิธีนี้ถึงร้อยละ 59.2 รองลงมาเป็นวิธีผัดและทอด ในด้านการเติมเครื่องปรุงก่อนบริโภคอาหารนั้นพบว่า มีการเติมเครื่องปรุงมากกว่าครึ่งหนึ่ง ร้อยละ 55.8 โดยประชากรกลุ่มวัยเยาวชน (15 - 24 ปี) เป็นผู้ที่เติมเครื่องปรุงมากที่สุด ร้อยละ 64.8 รองลงมา คือ กลุ่มวัยทำงาน (25 - 29 ปี) ร้อยละ 61.8 กลุ่มวัยเด็ก (6 - 14 ปี) ร้อยละ 42.9 และกลุ่มวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีการเติมเครื่องปรุงฯ น้อยที่สุด ร้อยละ 38.0 สำหรับชนิดของเครื่องปรุงที่เติมก่อนบริโภคอาหารนั้น เป็นน้ำปลาหรือซีอิ๊วมากที่สุด ร้อยละ 69.0 รองลงมาคือน้ำตาล

และพริกป่น ร้อยละ 40.5 และ 38.0 ตามลำดับ น้ำพริกส้ม ร้อยละ 26.9 และเกลือ ร้อยละ 4.6 โดยทุกกลุ่มอายุส่วนใหญ่นิยมเติมน้ำปลาหรือซีอิ๊วเป็นอันดับแรก ยกเว้นกลุ่มวัยเด็ก (6 - 14 ปี) จะเติมน้ำตาลเป็นอันดับแรก นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาถึงความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละกลุ่มเพื่อศึกษาสัดส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ครบถ้วนเหมาะสมตามหลักโภชนาการ พบว่า ผู้ที่บริโภคอาหารกลุ่มอาหารไขมันสูง 1 - 2 วัน/สัปดาห์ มีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 51.6 โดยเป็นกลุ่มวัยเยาวชน (15 - 24 ปี) สูงกว่าวัยอื่น ร้อยละ 54.2 และเป็นประชากรในภาคกลาง ร้อยละ 53.0 ส่วนประชากรกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 6.3 บริโภคทุกวัน และผู้ที่ไม่บริโภคมากที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 30.5 สำหรับกลุ่มขนมสำหรับทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ พบว่า กลุ่มวัยเด็ก (6 - 14 ปี) บริโภคอาหารกลุ่มนี้มากที่สุด ร้อยละ 52.1 ซึ่งสัดส่วนการบริโภคจะลดลงตามอายุที่มากขึ้น ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร รองลงมาคือ ภาคใต้ และผู้ที่ไม่บริโภคมากที่สุดคือ ภาคเหนือ สำหรับกลุ่มอาหารประเภทจานด่วนทางตะวันตก พบว่า กลุ่มวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนในการไม่บริโภคสูงกว่าวัยอื่นถึงร้อยละ 91.3 ส่วนกลุ่มวัยเด็ก (6 - 14 ปี) บริโภคอาหารกลุ่มนี้มากที่สุด ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไป ต่อสัปดาห์ ร้อยละ 8.4 ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ในภาคใต้ ส่วนผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 39.5 บริโภค 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ สำหรับกลุ่มอาหารสำเร็จรูป พบว่า ผู้ที่บริโภค 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ มีสัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 46.6 โดยกลุ่มวัยเด็กและเยาวชนมีสัดส่วนการบริโภคที่ไม่ต่างกัน ร้อยละ 54 ความถี่ในการบริโภคในแต่ละภาค พบว่า ผู้ที่บริโภคทุกวันมากที่สุด คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 3.9 ส่วนผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร บริโภค 5 - 6 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด ร้อยละ 2.4 และผู้ที่ไม่บริโภคมากที่สุดคือภาคใต้ ร้อยละ 50.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560)

จากข้อมูลการสำรวจข้างต้นนี้ทำให้เห็นถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของคนไทยในกลุ่มวัยและผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ ทั้งในด้านรสชาติ วิธีการปรุงอาหาร ตลอดจนชนิดของอาหารกลุ่มต่าง ๆ ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มอาหารที่มีไขมันสูง กลุ่มขนมทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ กลุ่มอาหารประเภทจานด่วนทางตะวันตก และกลุ่มอาหารสำเร็จรูป ซึ่งส่งผลต่อภาวะโภชนาการ และเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมาภายหลัง ดังนั้นหากบุคคลได้ตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมการบริโภคอาหารของตนเอง ก็จะสามารถช่วยลดความเสี่ยงหรือลดความรุนแรงของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าวได้

ความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหารตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หรือ WHO (อ้างถึงใน วสุนธรี เสรีสุชาติ, 2543) หมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการบริโภคอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่บริโภค การบริโภคหรือบริโภคอะไร กินอย่างไร จำนวนมื้อที่บริโภค และอุปกรณ์ที่ใช้ รวมทั้งสุขนิสัยก่อนและหลังบริโภค (กัลยา ศรีมหันต์, 2541) อธิบายว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารคือ การปฏิบัติหรือการแสดงออกเกี่ยวกับการบริโภคที่บุคคลกระทำเป็นประจำ เป็นการแสดงทั้งทางด้านการกระทำ และความคิดความรู้สึกต่าง ๆ ต่อการบริโภคอาหาร ถ้าบุคคลได้ปฏิบัติถูกต้องตามหลักโภชนาการแล้ว ก็จะส่งผลให้บุคคลมีภาวะโภชนาการที่ดี ในทางตรงข้ามถ้าปฏิบัติไม่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดปัญหาทางโภชนาการตามมา

ชฎานิชษฐ์ ธรรมวิษฐาน (2543) และ Suitor & Crowley (1984) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารว่า ผู้บริโภคสามารถเลือกและบริโภคอาหารโดยแสดงออกในด้านการปฏิบัติ

หลายขั้นตอน ตั้งแต่การเลือกการบริโภคเป็นกระบวนการซึ่งนำไปสู่อาหารอร่อย สะอาด มีประโยชน์ ต่อร่างกายและปลอดภัยจากสารเคมี

จากความหมายของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่กล่าวมานั้น สรุปได้ว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นวิธีการในการปฏิบัติของผู้บริโภคในการบริโภคอาหาร โดยเป็นกระบวนการในการกระทำอย่างเป็นขั้นตอน ตั้งแต่ความคิด ความรู้สึกที่มีต่ออาหาร และความรู้ด้านโภชนาการ ซึ่งเป็นปัจจัยต่อการตัดสินใจเลือกชนิดของอาหาร วิธีการประกอบอาหาร ความถี่หรือจำนวนมื้อในการบริโภค โดยในที่สุดแล้วนั้นจะส่งผลต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพของบุคคล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมการบริโภคอาหารมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง วสุนธรี เสรีสุชาติ (2543) และวนิดา บุญพร (2552) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารไว้ ดังนี้

1. ปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพ (physical environment) สภาพแวดล้อมของชุมชน อันเป็นตัวกำหนดการผลิตอาหารและการมีอาหารบริโภค ซึ่งได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ สภาพอากาศ สภาพพื้นดิน ปริมาณน้ำฝน ระบบชลประทาน อุณหภูมิ สูงสุด/ต่ำสุดของปี ทรัพยากรธรรมชาติอื่น ๆ ที่เอื้ออำนวยต่อการผลิตอาหารตลอดจนทางคมนาคมติดต่อสังคมอื่น

2. สุขภาพและสรีระภาพ (health and physiological condition) โดยปกติพฤติกรรมการบริโภคที่ดีและสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงมักไปด้วยกัน แต่ในบางชุมชนผลการศึกษาในเรื่องการบริโภคอาหาร พบว่า มีการบริโภคอาหารที่ดีแต่กลับมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย เช่น มีสภาวะโลหิตจาง จึงจำเป็นต้องพิจารณาปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย เช่น การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างไร มีการติดเชื่อโรคพยาธิหรือไม่ เป็นต้น

3. ภาวะเศรษฐกิจ (economical status) รายได้เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง ซึ่งเป็นตัวกำหนดในการเลือกซื้อหรือไม่ซื้ออาหารชนิดต่าง ๆ ที่มีขายในชุมชนมาบริโภค แต่การที่มีฐานะเศรษฐกิจที่ดีไม่จำเป็นว่าบุคคลนั้น ๆ จะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดีเสมอไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรู้ทางโภชนาการ ค่านิยม และความเชื่อด้านอาหารด้วย

4. ปัจจัยทางวัฒนธรรม (cultural factor) วัฒนธรรมในที่นี้ หมายถึง วัฒนธรรมด้านอาหาร เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งหมายถึงการที่คนในแต่ละชาติ แต่ละภาษา แต่ละวัฒนธรรมยึดถือว่าอะไรเป็น หรือไม่เป็นอาหารที่ควรกิน ผู้ที่อยู่ในสังคมที่มีทรัพยากรอาหารจำกัด ธรรมชาติแวดล้อมระดับหนึ่ง อาจพบจากประสบการณ์ว่าพืชสัตว์ แม้แต่หนอนและแมลงนั้นกินได้ ในขณะที่คนอีกสังคมหนึ่ง ไม่ถือว่าเป็นอาหาร วัฒนธรรมในที่นี้รวมไปถึงวัฒนธรรมทางสังคมที่เข้ามามีบทบาทในการกำหนดให้บริโภคหรืองดเว้นอาหารบางชนิดด้วย เช่น สถาบันครอบครัว สถาบันศาสนา

5. ปัจจัยแวดล้อมทางสังคม (social factor) เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการบริโภคนั้น เป็นเกณฑ์ที่ไม่ปรากฏเป็นกฎหมายบังคับ แต่รับรู้ได้ด้วยขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคมน้อย ๆ แต่ละสังคม ซึ่งอาจจะมีอาหารประจำสังคมหรือประจำชาติของตน แต่มิได้หมายความว่าทุกคนในสังคมจะมีโอกาสหรือสิทธิที่จะบริโภคอาหารที่มีอยู่ในสังคมของตนได้เสมอกันหมด เพราะแต่ละสังคมมักกำหนดสถานภาพของแต่ละคนไว้ต่างกัน ตามเพศ วัย ฐานะ ศักดิ์ศรี และความสำคัญของแต่ละบุคคล

เมื่อสังคมกำหนดสภาพตามประเภทของบุคคลต่าง ๆ ไว้เช่นนี้ มักจะมีกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่สอดคล้องกันไว้ด้วย

6. ปัจจัยด้านจิตวิทยา (psychological factor) คนไทยชอบบริโภคข้าวที่ขาวสะอาดที่หุงจากข้าวสารที่ขัดสีจนขาว ทั้ง ๆ ที่ความรู้ทางโภชนาการนั้นกล่าวว่า ข้าวขาวนั้นมีคุณค่าทางอาหารไม่เท่ากับข้าวซ้อมมือ เพราะข้าวชนิดหลังมีวิตามินบี ซึ่งมีประโยชน์ต่อร่างกาย

7. กลุ่มเพื่อน มีอิทธิพลต่อเด็กมากและมีอิทธิพลต่อผู้ใหญ่ด้วยเช่นกัน เช่น นักกีฬา หรือ ดารา คนโปรดที่ตนชื่นชอบ นิยมบริโภคอาหารประเภทใดก็พยายามเลียนแบบ

8. ครอบครัว มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารมาก โดยเฉพาะเด็ก เพราะครอบครัวมีความสำคัญในการถ่ายทอดหรือให้ความรู้ในลักษณะที่ต่างกัน แม้ว่าจะอยู่ในสังคมชนบทธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรมเดียวกันก็ตาม การถ่ายทอดเป็นสิ่งสำคัญเพราะเด็กจะได้รับทั้งความมีเหตุผลและการแสดงออกซึ่งอารมณ์ทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ รวมทั้งทัศนคติในการยอมรับหรือไม่ยอมรับ และความชอบหรือไม่ชอบอาหาร

9. ความสามารถในการรับรู้สัมผัสความรู้สึกเกี่ยวกับรสชาติของอาหาร เช่น เปรี้ยว หวาน เค็ม และขม จะกระตุ้นปฏิกิริยาของลิ้น ซึ่งแต่ละบุคคลจะต่างกัน นอกจากนั้นยังขึ้นอยู่กับอายุอีกด้วย

10. สื่อมวลชน มีอิทธิพลต่อการเลือกซื้อสินค้า โดยเฉพาะเด็กหรือวัยรุ่นจะนิยมซื้อสินค้าตามโฆษณาทางโทรทัศน์ นอกจากนี้สื่อสารมวลชนยังมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอีกด้วย

11. อิทธิพลของการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษาก็จะมีความรู้ในเรื่องอาหารโดยรู้ว่าสิ่งใดมีประโยชน์หรือไม่มีประโยชน์ ควรละเว้นเสียหรือถ้าเป็นผู้ที่มีการศึกษาก็มีความรู้ในเรื่องคุณค่าอาหารดังกล่าวอาจเป็นสาเหตุสำคัญในการเลือกอาหารบางประเภทได้ด้วย โดยเฉพาะการศึกษาของแม่บ้านจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของครอบครัวมาก เพราะแม่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบอาหารภายในครอบครัวทั้งหมด

12. เวลา สภาพการจราจรติดขัดในกรุงเทพมหานคร ทำให้คนมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และความสะดวกรวดเร็วในการกำหนดโดยตรงต่อการบริโภคอาหาร

สรุปว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารมีปัจจัยหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกบุคคล อีกทั้งสภาพแวดล้อม วัฒนธรรมประเพณี และผู้ที่มีอิทธิพลต่อผู้บริโภคทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนฝูง นอกจากนี้การสื่อสารมวลชนนับว่ามีส่วนสำคัญในฐานะที่เป็นช่องทางส่งผ่านการโฆษณา และค่านิยมในการบริโภคของผู้คนในสังคม ปัจจัยเหล่านี้จึงมีบทบาทในการกำหนดพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน

3. พฤติกรรมการใช้ยา

สถานการณ์การใช้ยา

องค์การอนามัยโลก (2559) รายงานว่า ร้อยละ 10 - 40 ของงบประมาณสุขภาพของประเทศทั่วโลกเป็นค่ายา โดยมากกว่าร้อยละ 50 ของการใช้ยาในประเทศกำลังพัฒนาเป็นการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมและสูญเสียเปล่า สำหรับในประเทศไทยในภาพรวมของค่าใช้จ่ายด้านยา มีอัตราการเติบโตใกล้เคียงกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (ประมาณร้อยละ 7 - 8 ต่อปี) แต่สูงกว่าอัตราการเติบโต (ร้อยละ 5 - 6 ต่อปี)

ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) (สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะ, 2556) ที่สำคัญคือ ค่าใช้จ่ายด้านยาที่เพิ่มสูงขึ้นเกิดจากการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม เกินความจำเป็น และกระบวนการตลาดที่ขาดจริยธรรม โดยพบการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมและเกินความจำเป็นในทุก ๆ ระดับ ทั้งการใช้ยาในสถานพยาบาลภาครัฐและเอกชน การใช้ยาในชุมชน โดยเฉพาะยาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ยาต้านจุลชีพ ยาสเตียรอยด์ ยาชุด เป็นต้น ทั้งนี้เนื่องจากการใช้ยาเป็นเรื่องที่มีความสัมพันธ์กับระบบสาธารณสุขอื่น ๆ โดยอาจเป็นสาเหตุของปัญหา หรือเป็นผลที่เกิดจากสาเหตุอื่นได้เช่นกัน การใช้ยาจึงเป็นเรื่องที่ต้องพิจารณาปัจจัยหลายส่วนที่เข้ามาเกี่ยวข้อง และแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ทั้งการขึ้นทะเบียน การควบคุมการกระจายยา และการใช้ยาในสถานพยาบาลและชุมชน ตลอดจนถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมของผู้สั่งใช้ยาและประชาชน อย่างไรก็ตามการจำหน่ายยาในร้านขายของชำ ซูเปอร์มาร์เก็ต ร้านสะดวกซื้อ การจำหน่ายยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทในร้านขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ (ขย.2) รวมทั้งแหล่งอื่น ๆ ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมายเป็นสิ่งที่ไม่พบได้ทั่วไป การขายตรง (direct sale) และการขายยาผ่านอินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางการกระจายที่สำคัญของยาบางกลุ่ม ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีวิธีควบคุมที่มีประสิทธิภาพและส่วนใหญ่เกิดขึ้นควบคู่ไปกับการโฆษณาส่งเสริมการขายโดยไม่ได้รับอนุญาต การกระจายยาผ่านแหล่งที่กล่าวนี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ, 2545)

การใช้ยาในชุมชน พบว่า จากการศึกษาความชุกและการกระจายของสินค้าไม่ปลอดภัยจากการประเมินความเสี่ยงและความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาด้วยหลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของสินค้าระดับจังหวัดในปี 2557 ใน 4 ภาค 60 จังหวัด ระหว่างเดือนมกราคม – สิงหาคม 2557 จากการประเมินระดับประเทศ 5 อันดับแรก ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับยา คือ ยาสเตียรอยด์ปลอมปน ในผลิตภัณฑ์สุขภาพ และยาไม่เหมาะสมในชุมชน โดยพบการระบาดของสเตียรอยด์ในยาชุด ยาแผนโบราณ อาหารเสริม ขายให้ประชาชนซื้อใช้เองจากรถเร่ ร้านชำ ร้านยา จนติดสเตียรอยด์โดยไม่รู้ตัว เป็นปัญหาต่อเนื่องมานาน ทั้งนี้พบว่าคนไทย มีปัญหาทางคลินิกจากสเตียรอยด์ไม่เหมาะสม 6 ล้านคน มีการเสียชีวิต 0.38 ล้านคน และเพิ่มค่าใช้จ่ายการรักษา 1,900 ล้านบาท/ปี (เอกสารการประชุม สัมมนาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7, 2557)

สำหรับการซื้อยารักษาตนเอง (self-medication) พบว่า มีการกระทำที่ผิดกฎหมายในการจำหน่ายยานอกสถานพยาบาล เช่น จำหน่ายยาโดยไม่มีใบอนุญาต จำหน่ายยาไม่ตรงตามประเภทใบอนุญาต จำหน่ายยาโดยผู้ที่ไม่มียาที่ปฏิบัติการ จำหน่ายยาชุด เป็นต้น ผู้จ่ายยาทั้งเภสัชกรและบุคลากรอื่น ๆ จ่ายยาเกินความจำเป็น ไม่มีข้อบ่งชี้ ขนาดและระยะเวลาในการใช้ยาไม่ถูกต้อง ให้คำแนะนำการใช้ยาไม่ครบถ้วน ส่วนผู้ที่ซื้อยารักษาตนเองขาดความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้และวิธีใช้ยาที่ถูกต้อง รวมทั้งยังพบว่าการนำยาหลายชนิดไปใช้ในทางที่ผิด (Holloway K, 2016) นอกจากนี้ การส่งเสริมการขายยาและการโฆษณาในปัจจุบันมีความสะดวกและเข้าถึงตัวผู้บริโภคได้ง่ายกว่าเดิม ทั้งนี้เพราะเทคโนโลยีการสื่อสารยุคดิจิทัล (Digital Age) ที่ทำให้สื่อโฆษณาเติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว เพราะลงทุนต่ำ การโฆษณายาสามารถทำได้ผ่านทางโทรศัพท์มือถือ สื่อโฆษณาเหล่านี้ยังสามารถโน้มน้าวให้เกิดการซื้อขายผ่านระบบออนไลน์หรือธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ได้อีกด้วย ซึ่งย่อมส่งผลทำให้การจัดการกับปัญหาสื่อโฆษณาผิดกฎหมายยากมากขึ้น การที่สื่อดิจิทัลขยายตัวอย่างรวดเร็ว และเข้าถึงผู้บริโภคง่ายขึ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของประชาชน เช่น การขายยาทาง

อิเล็กทรอนิกส์ การขายตรงที่อาศัยช่องว่างทางกฎหมายทำโฆษณาแฝงยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ โดยตรงต่อผู้บริโภคในรูปแบบ Disease - awareness campaign เพื่อสื่อสารให้ผู้บริโภคตระหนักถึงโรคหรือความเสี่ยงของตนหรือคนที่รักต่อการเกิดโรค ซึ่งจะกระตุ้นให้เกิดการแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยาจากศูนย์ข้อมูลของบริษัทฯ หรือบุคลากรทางการแพทย์ที่อาจไม่เป็นกลาง ทำให้ประชาชนเริ่มต้นการซักถามหรือพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์ และอาจนำไปสู่การสั่งใช้ยานั้นในที่สุด นอกจากนี้การส่งเสริมการขายยาที่ได้ดึงเอาแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรอื่น รวมทั้งสื่อสารมวลชนเข้าร่วมรับผลประโยชน์ทับซ้อนในรูปแบบต่าง ๆ จากบริษัทฯ ทั้งที่เป็นผลประโยชน์ทางตรงและผลประโยชน์แอบแฝง

จากสถานการณ์การใช้ยาที่กล่าวมานี้ ยาเป็นผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีมูลค่าทางการตลาดสูง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความต้องการของผู้บริโภคในวงกว้าง อย่างไรก็ตาม ยามีทั้งคุณและโทษ อีกทั้งผู้ประกอบการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยาที่หวังเพียงผลทางการตลาด ผู้ประกอบวิชาชีพบางรายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้ผลิตภัณฑ์ยาเห็นแก่ผลประโยชน์ รวมทั้งสื่อโฆษณาที่เข้าถึงผู้บริโภคได้โดยตรงอย่างง่ายดาย ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมในการใช้ยาของประชาชนที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพตามมาภายหลัง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยา

พฤติกรรมการใช้ยาเกิดขึ้นจากความสามารถในการบริหารยาร่วมกับความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยา ดังนี้ (ชื่นจิตร กองแก้ว, 2557)

1. ปัจจัยที่มีอยู่เดิม (ปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาทั้งด้านความสามารถในการบริหารยาและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ยา) ประกอบด้วย ปัจจัยความสามารถของบุคคล เช่น ความรู้ ทักษะคิด ความจำ การมองเห็น การใช้มือหยิบจับ และปัจจัยภารกิจในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ งานดูแลผู้อื่น งานอาสาสมัคร หรืองานสังคม
2. ปัจจัยชักนำ (ปัจจัยที่กระตุ้นให้มีการเปลี่ยนพฤติกรรมในการใช้ยา) ได้แก่ การปรากฏของอาการของโรค เช่น ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้น และการตอบสนองของร่างกายต่อยา เช่น การเกิดผลข้างเคียงและผลลัพธ์เชิงการรักษา
3. ปัจจัยปรับเปลี่ยน (ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัจจัยที่มีอยู่เดิม ปัจจัยชักนำ และพฤติกรรมการใช้ยา) ได้แก่ ปัจจัยอิทธิพลของสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน และบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งสื่อต่าง ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวยาที่ใช้ เช่น คุณสมบัติของยาในการรักษา ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และความซับซ้อนของวิธีการใช้ยา ปัจจัยทางกายภาพของสิ่งแวดล้อม เช่น ความห่างไกลของสถานที่รักษาพยาบาล การคมนาคมขนส่ง และปัจจัยฐานะทางเศรษฐกิจ

สรุปว่าพฤติกรรมการใช้ยามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ทั้งปัจจัยที่มีอยู่เดิมที่เป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับยา รวมถึงภารกิจต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันที่เป็นตัวกำหนดการตัดสินใจในการใช้ยา ประกอบกับปัจจัยชักนำที่จะกระตุ้นให้เกิดการใช้ยานั้น ๆ ไม่ว่าจะเป็นความรุนแรงของโรคหรือผลข้างเคียงจากยา นอกจากนี้ ปัจจัยแวดล้อม ทั้งครอบครัว เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ ตลอดจนสื่อที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ยา ความสะดวกในการเข้าถึงแหล่งยา และเศรษฐกิจฐานะของผู้บริโภค ล้วนส่งผลต่อการใช้ยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยของประชาชน

4. ความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง

ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง (2558) หมายความว่า “วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ทา ถู นวด โยคะ ฟน หยอด ไล่ อบ หรือกระทำด้วยวิธีอื่นใด กับส่วนภายนอกของร่างกายมนุษย์ และให้หมายความรวมถึง การใช้กับฟัน และเย็บในช่องปาก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความสะอาด ความสวยงาม หรือเปลี่ยนแปลงลักษณะที่ปรากฏ หรือระงับกลิ่นกาย หรือปกป้องดูแลส่วนต่าง ๆ นั้น ให้อยู่ในสภาพดี และรวมตลอดทั้งเครื่องประทีนต่าง ๆ สำหรับผิวด้วย แต่ไม่รวมถึงเครื่องประดับและเครื่องตกแต่งซึ่งเป็นอุปกรณ์ภายนอกร่างกาย” จากความหมายนี้ ผลิตภัณฑ์ที่จัดอยู่ในขอบข่ายเครื่องสำอาง จึงต้องไม่แสดงหรือบ่งบอกสรรพคุณที่เป็นการบำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการ นอกจากนี้ ยังหมายรวมถึงวัตถุที่ใช้สำหรับเป็นส่วนผสมในการผลิตเครื่องสำอาง โดยเฉพาะ หรือวัตถุอื่นที่กำหนดโดยกฎกระทรวงให้เป็นเครื่องสำอาง สรุปได้ว่า เครื่องสำอางมีวัตถุประสงค์ในการใช้อยู่ 4 ประเภท คือ 1. ใช้เฉพาะภายนอกร่างกายเท่านั้น 2. ใช้เพื่อขจัดสิ่งสกปรกออกจากร่างกาย 3. ใช้เพื่อแต่งแต้มร่างกายให้ดูดี มีกลิ่นหอม ระงับกลิ่นเหม็นอับ 4. ใช้เพื่อส่งเสริมดูแลร่างกาย แต่ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของร่างกาย แต่เดิมนั้น ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางมีการจัดกลุ่มอยู่ 3 ประเภทตามความเสี่ยงต่อความปลอดภัยของผู้บริโภค คือ เครื่องสำอางควบคุมพิเศษ เครื่องสำอางควบคุม และเครื่องสำอางทั่วไป ซึ่งแต่ละประเภทมีข้อกำหนดสำหรับผู้ประกอบการในการปฏิบัติแตกต่างกันออกไปในการขึ้นทะเบียน และจัดแจ้งข้อมูลจำเป็นต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กระทรวงสาธารณสุข ก่อนที่จะผลิตหรือนำเข้ามาต่อมาในปี พ.ศ. 2551 กระทรวงสาธารณสุขได้มีการปรับปรุงกฎหมายในการกำหนดประเภทของเครื่องสำอาง 2 ฉบับ คือ 1) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยกเลิกการกำหนดเครื่องสำอางควบคุมพิเศษ ลงวันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2551 มีผลบังคับใช้ ตั้งแต่วันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 เป็นต้นไป 2) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเครื่องสำอางควบคุม ลงวันที่ 8 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 25 กันยายน พ.ศ. 2551 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2551 เป็นต้นไป และเพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ซึ่งประเทศไทยเป็นสมาชิกประชาคมอาเซียนมีความจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงระบบการกำกับดูแลเครื่องสำอางให้เป็นระบบเดียวกัน จึงได้มีการปรับปรุงกฎหมายใหม่คือ พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2558 และให้ยกเลิก พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2535 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 8 กันยายน พ.ศ. 2558 มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 8 กันยายน พ.ศ. 2558 เป็นต้นไป ทั้งนี้เพื่อให้มีการดำเนินงานในการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการบริโภคผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางทุกชนิดนั้น ผู้ผลิต ผู้นำเข้าจะต้องมาจัดแจ้งต่อสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก่อนการผลิตหรือนำเข้า (อย., 2556)

การโฆษณาเครื่องสำอาง

การโฆษณาเครื่องสำอาง ตามพระราชบัญญัติเครื่องสำอาง (2558) ได้ให้ความหมายของโฆษณา คือ “การกระทำไม่ว่าโดยวิธีใด ๆ ให้ประชาชนเห็น ได้ยิน หรือทราบข้อความเพื่อประโยชน์ในทางการค้า” จากความหมายของโฆษณา คณะผู้วิจัยให้คำจำกัดความว่า โฆษณาเครื่องสำอาง หมายถึง การกระทำให้ประชาชนทุกช่วงวัยได้รับทราบข้อมูลโดยการสื่อสารทางใดทางหนึ่ง หรือหลายช่องทาง ด้วยวิธีต่าง ๆ เกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางเพื่อประโยชน์ทางการค้า

โดยที่การโฆษณาผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางสามารถกระทำได้โดยไม่ต้องมีการขออนุญาตก่อน แต่หากผู้จัดแจ้งหรือผู้ทำการโฆษณาเครื่องสำอางสงสัยว่าการโฆษณาของตนจะเป็นการฝ่าฝืนไม่เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้ สามารถขอความเห็นต่อคณะกรรมการเครื่องสำอางได้ก่อนที่จะทำการโฆษณา สำหรับข้อความที่ถือว่าไม่ถูกต้อง ไม่เป็นธรรมหรือเป็นข้อความที่อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสังคมส่วนรวม ได้แก่

1. ข้อความที่เป็นเท็จหรือเกินความจริง
2. ข้อความที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับเครื่องสำอาง ไม่ว่าจะกระทำโดยใช้ หรืออ้างอิงรายงานทางวิชาการ สถิติ หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่งอันไม่เป็นความจริงหรือเกินความจริงหรือไม่ก็ตาม
3. ข้อความที่แสดงสรรพคุณที่เป็นการรักษาโรค หรือที่มีใช้จุดมุ่งหมายเป็นเครื่องสำอาง
4. ข้อความที่ทำให้เข้าใจว่ามีสรรพคุณบำรุงงาม
5. ข้อความที่เป็นการสนับสนุนโดยตรงหรือโดยอ้อมให้มีการกระทำผิดกฎหมาย หรือศีลธรรม หรือนำไปสู่ความเสียหายในวัฒนธรรมของชาติ
6. ข้อความที่จะก่อให้เกิดความแตกแยกหรือเสื่อมเสียความสามัคคีในหมู่ประชาชน
7. ข้อความอย่างอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

นอกจากนี้ การโฆษณาจะต้องไม่กระทำด้วยวิธีการอันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพร่างกาย หรือจิตใจ หรือขัดต่อศีลธรรมอันดีงามของประชาชน หรืออันอาจก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้บริโภค และกรณีที่เครื่องสำอางใดอาจเป็นอันตรายแก่ผู้บริโภค ในการโฆษณานั้นจะต้องกระทำไปพร้อมกับคำแนะนำ หรือคำเตือนเกี่ยวกับวิธีใช้หรืออันตรายด้วย (พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง, 2558)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาให้คำจำกัดความว่า โฆษณาเครื่องสำอาง หมายถึง การกระทำให้ประชาชนทุกช่วงวัยได้รับทราบข้อมูลโดยการสื่อสารทางใดทางหนึ่ง หรือหลายช่องทาง ด้วยวิธีต่าง ๆ เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาทิเช่น วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับใช้ทา ภู นวด โรย พน หยอด ใส่ อบ หรือกระทำด้วยวิธีอื่นใดกับส่วนภายนอกของร่างกายมนุษย์ การใช้กับฟัน และเย็บในช่องปาก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความสะอาด ความสวยงาม หรือเปลี่ยนแปลงลักษณะที่ปรากฏ หรือระงับกลิ่นกาย หรือปกป้องดูแลส่วนต่าง ๆ นั้น ให้อยู่ในสภาพดี และเครื่องประทีนต่าง ๆ สำหรับผิวด้วยเพื่อประโยชน์ทางการค้า

5. การหลงเชื่อสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

สถานการณ์ปัญหาสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพ

การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นเท่าตัว การโฆษณายาสู่ผู้บริโภคในช่วงปี พ.ศ. 2549 - 2552 มีมูลค่าสูงกว่า 2.5 พันล้านบาทต่อปี ส่วนการโฆษณาอาหารมีมูลค่าการโฆษณาสูงถึง 1.7 หมื่นล้านบาท และมีมูลค่าการโฆษณาสูงกว่า ปีพ.ศ. 2539 ถึง 12 เท่า โดยเฉพาะมูลค่าการโฆษณาผลิตภัณฑ์ในกลุ่มผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ข้อมูลจากบริษัทผลิตสื่อโฆษณาบริษัทเดียว ในปี พ.ศ.2545 พบว่า การโฆษณาผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมีมูลค่าสูงถึง 821 ล้านบาท และขยายตัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เข้าถึงผู้บริโภคมากขึ้นผ่านสื่อหลายรูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิทยุท้องถิ่น เคเบิลทีวี

และโทรทัศน์ดาวเทียม ในปี พ.ศ.2553 วิทยุท้องถิ่นทั่วประเทศไทยมีมากกว่า 7,700 แห่ง และคาดการณ์ว่ามีจำนวนครัวเรือนมากกว่า 12 ล้านครัวเรือนหรือประมาณเป็นร้อยละ 60 ของจำนวนครัวเรือนในประเทศไทยที่เข้าถึงสื่อเคเบิลทีวี โทรทัศน์ดาวเทียม ทั้งนี้ประมาณการว่ามีเม็ดเงินโฆษณาผ่านเคเบิลทีวีและดาวเทียมราว 2,000 - 3,000 ล้านบาทต่อปี (ยาวิพากษ์, 2554)

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เป็นกลุ่มสินค้าที่มีการโฆษณาในวิทยุท้องถิ่นมากที่สุด โดยมีกลยุทธ์สร้างแรงจูงใจและตอกย้ำบ่อย ๆ จากข้อมูลของศูนย์พิทักษ์สิทธิผู้บริโภค สมาคมผู้บริโภคจังหวัดขอนแก่น พบการโฆษณาผ่านวิทยุท้องถิ่นและเคเบิลทีวีที่ฉายวนไปวนมาทั้งวันอย่างน้อย 4 ครั้ง และสูงสุดถึง 11 ครั้งต่อวัน และในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีคลื่นวิทยุท้องถิ่นหลายแห่งที่มีผู้ประกอบการรายเดียวโฆษณาทั้งวัน ซึ่งสอดคล้องกับผลของการดำเนินคดีผลิตภัณฑ์อาหารยี่ห้อเงินฟูด ซึ่งพบการโฆษณาผ่านเคเบิลทีวี และสื่อโทรทัศน์ดาวเทียม โดยแนะนำผลิตภัณฑ์เป็นช่วง ๆ ตลอดทั้งวันและมีการโฆษณาในลักษณะเดียวกันมากถึง 11 ช่อง นอกจากนี้ยังมีกลยุทธ์ที่ทำให้ผู้บริโภคตกเป็นเหยื่อผ่านรูปแบบการโฆษณาหลายรูปแบบ เช่น การพูดสดและรับประกันคุณภาพ โดยนักจัดรายการที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับการโฆษณาโดยภาษาถิ่น การสนทนาระหว่างนักจัดรายการกับผู้ที่อ้างว่ามีประสบการณ์ในการใช้ผลิตภัณฑ์ การอ่านจดหมายจากผู้ฟังทางบ้านที่เขียนมาเล่าสรรพคุณของผลิตภัณฑ์ และการแฝงโฆษณาโดยให้บุคลากรด้านสุขภาพเป็นวิทยากรให้ความรู้ ซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นการให้ข้อมูลเพื่อการโฆษณาชวนเชื่อให้ผู้บริโภคหลงเชื่อและซื้อผลิตภัณฑ์นั้นมาใช้ในที่สุด ผู้บริโภคส่วนใหญ่เชื่อว่าผลิตภัณฑ์ที่นำมาโฆษณาผ่านสื่อดังกล่าวเป็นผลิตภัณฑ์ที่มีความปลอดภัยและผ่านการรับรองจากภาครัฐแล้ว จากการศึกษาการโฆษณายาและผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านวิทยุท้องถิ่นในจังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ ชัยภูมิ เชียงใหม่ และสงขลา พบว่าการโฆษณาที่ผิดกฎหมายเข้าข่ายฝ่าฝืนพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 สูงถึงร้อยละ 64.0 และฝ่าฝืนตามพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 2522 สูงถึงร้อยละ 95.2 และเมื่อพิจารณาเนื้อหาของโฆษณาที่อาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิดต่อผู้บริโภค พบว่า โฆษณายามีสูงถึงร้อยละ 55.9 ในขณะที่โฆษณาอาหารมีสูงถึงร้อยละ 74.5 (ยาวิพากษ์, 2554)

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพมีหลากหลายช่องทาง และมีรูปแบบการโฆษณาในลักษณะต่าง ๆ เพื่อโน้มน้าวให้ผู้บริโภคมองเห็นแต่ในด้านดี เกิดความต้องการอยากทดลองใช้ ทั้งที่ผลิตภัณฑ์นั้นอาจไม่มีความจำเป็นที่จะต้องใช้นอกจากนี้ยังอาจก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพหรืออันตรายจากสารที่เป็นส่วนผสมในผลิตภัณฑ์นั้น ทั้งในผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและยา การหลงเชื่อโฆษณาที่เป็นเท็จ และโฆษณาเกินจริงนั้น จึงทำให้ผู้บริโภคเสียทั้งสุขภาพ เสียเงิน และยังอาจขาดโอกาสในการรักษาด้วยเพราะเสียเวลาไปกับการทดลองใช้ผลิตภัณฑ์ตามคำโฆษณาที่ว่าสามารถบำบัดโรคได้

6. ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model/HBM)

ความเชื่อ (Belief) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งสามารถทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบในรูปของการกระทำหรือการพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม ความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป หรืออาจเป็นความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวังหรือสมมติฐาน ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ (ทัชชกร, 2555 ; ผุสดี เวชชพิพัฒน์ และคณะ, 2562)

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา (Phipps *et al.*, 1983) กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ การยอมรับหรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา โดยจะชักนำให้บุคคลนั้นมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและเข้าใจนั้น ๆ

ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model หรือ HBM) เป็นทฤษฎีที่ต้องการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของบุคคล พัฒนาจากกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1950 และถูกพัฒนาครั้งแรก โดย Hochbaum (1950) ตามแนวคิดของ Lewin (1935) ที่กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ แนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพเริ่มขึ้นจากทฤษฎีของนักจิตวิทยา Lewin (Lewin's Field Theory, 1935) โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับแรงต้าน แรงเสริม อุปสรรค และสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะช่วยให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง Lewin มีแนวคิดว่าการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ แม้ว่าจะมีสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ มากกระทบ แต่ถ้าบุคคลไม่เกิดการรับรู้สิ่งแวดล้อมนั้น ก็ไม่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ บุคคลก็จะไม่แสดงพฤติกรรมหรือเกิดพฤติกรรมตามเป้าหมาย

Hochbaum *et al.* (1950) ได้นำแนวคิดทฤษฎีสนามของเลวิน (Lewin's Field Theory, 1935) มาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล ต่อมา Rosenstock (1974) ได้พัฒนาทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมในการตัดสินใจภายใต้สภาวะที่ยังไม่แน่นอน โดยมีเงื่อนไขที่สำคัญ 2 ประการคือ

1. บุคคลมีความพร้อมในการที่จะทำพฤติกรรม (Readiness to Act) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขสุขภาพและถูกกำหนดโดยการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคนั้น
2. บุคคลจะประเมินผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลเสียของการกระทำนั้น ตามการรับรู้และให้น้ำหนักหักกลับอุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายตามที่คาดการณ์ (Rosenstock, 1974)

Rosenstock (1974) มีแนวคิดว่าการที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรค จะต้องมีความเชื่อว่า 1) ตนเองเป็นผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต และ 3) การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือในกรณีที่เป็โรคแล้วจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และการรับรู้ต่อประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต้องมากกว่าการรับรู้อุปสรรค การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นจึงจะเกิดขึ้น Rosenstock ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

Becker *et al.* (1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying Factor) และปัจจัยสิ่งชักนำเกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) เข้าไปในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่อยู่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค แต่การเพิ่มปัจจัยเหล่านี้เข้าไป เพื่อให้สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

สรุป ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model / HBM) ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยง

ต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตน เพื่อป้องกันโรค ต่อมาได้เพิ่มปัจจัยสิ่งชักนำเกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) เข้าไปในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถอธิบายถึงพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และได้เพิ่มแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy) เข้าไปในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นในการอธิบายถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจากที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health Risk Behavior) ในการเกิดโรค NCDs

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ปรับปรุงโดย Becker, et al (1974) มีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่าย มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนจะมีโอกาสเป็นโรคนั้น ๆ อีก จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) คือ การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบที่เกิดจากโรคนั้น โดยก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น ทำให้เกิดความพิการหรือตายได้ หรือมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้ว จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมากพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ (Heinze, 1962; Elling *et al.*, 1960)

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรคโดย การปฏิบัตินั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้น การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำจึงขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในด้านลบ ซึ่งอาจได้แก่ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมสุขภาพนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลจะมีความเชื่อว่าการใช้จ่ายหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่าประโยชน์ที่ได้รับ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

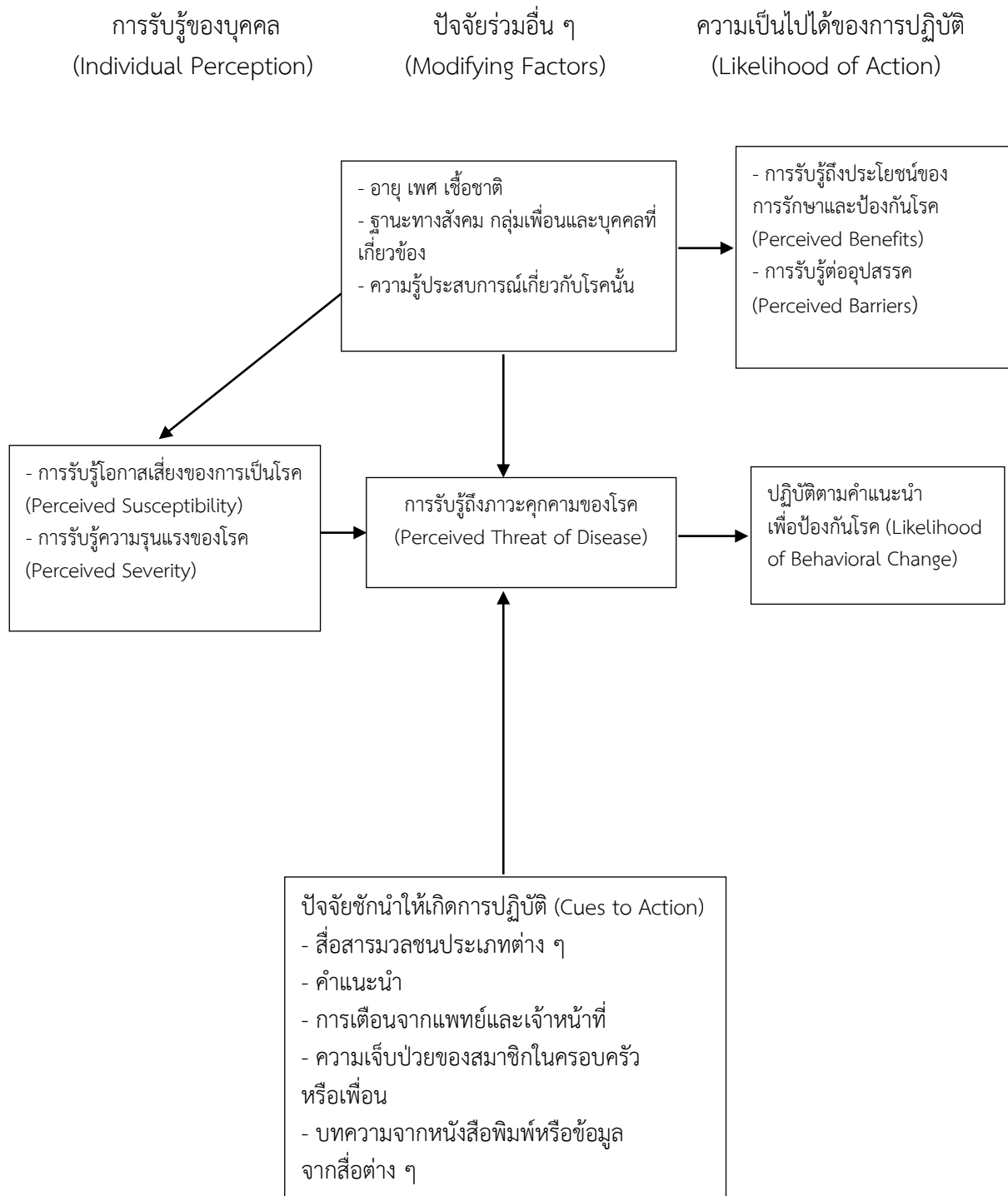
5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการปฏิบัติ โดย Becker (1974) ได้กล่าวว่า เพื่อให้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสมบูรณ์ ต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ

ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพแต่เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ได้แก่

- 1) ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล เป็นต้น
- 2) ปัจจัยด้านสังคม จิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิงมีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม และค่านิยมทางวัฒนธรรมซึ่งเป็นพื้นฐานที่ทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน
- 3) ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค และประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self - Efficacy) หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ประสบความสำเร็จ

Rosenstock *et al.* (1974) ได้เพิ่มแนวความคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy) เข้าไปในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นในการอธิบายถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจากที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health Risk Behavior) เช่น การบริโภคอาหารมากเกินไป การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ โดยปรับเปลี่ยนให้บุคคลมีพฤติกรรมทางการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) ให้มากขึ้น เช่น เลิกสูบบุหรี่ บริโภคอาหารที่มีประโยชน์ถูกหลักอนามัย ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น



ภาพ 1 แผนความเชื่อด้านสุขภาพ
ที่มา: Becker (1990)

1. การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะความเจ็บป่วยและได้รับการวินิจฉัยโรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะแตกต่างกันไปจากผู้มีสุขภาพดีทั่วไปในลักษณะดังต่อไปนี้

1.1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวินิจฉัยโรคของแพทย์ที่มีผลคุกคามต่อชีวิตของบุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพผิด ๆ หรือการไม่มีความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ ทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยไม่ตรงตามความเป็นจริง

1.1.2 การคาดคะเนถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคของแต่ละบุคคลในกรณี queบุคคลนั้นเคยเจ็บป่วย

1.1.3 ถ้าบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น และทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยต่าง ๆ สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ และผลที่ได้ทางลบนั้น ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับจิตวิทยาในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีระดับความกลัวและวิตกกังวล ถ้าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หรือมีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป อาจทำให้จดจำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวได้ไม่ถูกต้อง (Becker, 1974)

2. ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Likelihood of Action) ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการรักษา ความสามารถของแพทย์ในการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และทำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดภาวะการเจ็บป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

2.2 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) บุคคลต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมในการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

3. ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่ง queกระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่งมี 2 ด้าน คือ ปัจจัยชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) และปัจจัยชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues)

สื่อ เป็นช่องทางการสื่อสารที่สำคัญในการสร้างค่านิยม ทศนคติและความสนใจของมนุษย์ ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนในสังคม ดังนั้น สื่อจึงกลายเป็นสิ่งที่มีบทบาทและมีอิทธิพลสูงในสังคมปัจจุบัน โดย Mc Comb and Becker (1979) ได้กล่าวว่า การใช้สื่อนี้เพื่อสนองความพอใจและความต้องการของมนุษย์ ให้รู้ทันเหตุการณ์สภาพแวดล้อมในปัจจุบันที่อยู่รอบตัว ต้องการข่าวสารเพื่อช่วยในการตัดสินใจโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับชีวิตประจำวัน ต้องการข้อมูลเพื่อประกอบการสนทนา ต้องการมีส่วนร่วมในเหตุการณ์รอบ ๆ ตัว ในทำนองเดียวกันสื่อต่าง ๆ

เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุโทรทัศน์ ที่ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ จึงมีอิทธิพลต่อผู้ได้รับ ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (นฤมล, 2552 ; รัชสรวิทย์, 2563)

7. เครื่องมือวิเคราะห์ชุมชน

เครื่องมือวิเคราะห์ชุมชน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2545) ประกอบด้วย

1. แผนที่เดินดิน
2. ผังเครือญาติ
3. โครงสร้างองค์กรชุมชน
4. ระบบสุขภาพชุมชน
5. ปฏิทินชุมชน
6. ประวัติศาสตร์ชุมชน
7. ประวัติชีวิต

เครื่องมือที่ 1 แผนที่เดินดิน (Geo-Social Mapping)

เปรียบเสมือนบันไดขั้นแรกที่สำคัญที่สุด นำไปสู่ความเข้าใจชุมชน จากการสำรวจ วิเคราะห์ชุมชนด้วยวิธีการง่าย ๆ ใช้เวลาไม่นานนัก ได้ข้อมูลมาก เร็ว น่าเชื่อถือ เห็นภาพรวม ความเป็นชุมชน สำรวจทั่วทั้งชุมชนโดยอาศัยการสังเกตด้วยตาของตัวเอง ให้เห็นพื้นที่ทางกายภาพ และเข้าใจพื้นที่ทางสังคม

ประโยชน์ของแผนที่เดินดิน

1. ทำให้เห็นภาพรวมของชุมชนได้อย่างครบถ้วนที่สุด
2. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่จำนวนมากในระยะเวลาที่สั้นที่สุด
3. ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด เพราะได้มาจากการสังเกตด้วยตัวเอง
4. ทำให้เห็นกลุ่มเป้าหมายที่จะทำงานต่อได้อย่างครอบคลุม ทั่วถึง
5. ช่วยในการเริ่มต้นความสัมพันธ์และสร้างความคุ้นเคยกับสมาชิกในชุมชนได้เป็นอย่างดี

เครื่องมือที่ 2 ผังเครือญาติ (Genogram)

ความสัมพันธ์ที่ถือได้ว่าเป็นพื้นฐานที่สุดของชีวิตในชุมชน คือ ความสัมพันธ์ แบบเครือญาติ ผังผังเครือญาติที่เขียนขึ้นจะแสดงระบบความสัมพันธ์ในเชิงเครือญาติ และบอกถึงความสัมพันธ์ที่เป็นรากฐานที่สุดของชีวิตครอบครัวและมีความเกี่ยวข้องกันไปตลอดชีวิต ซึ่งจะมี รายละเอียด เป็นเครื่องมือง่าย ๆ ที่ทำให้เรารู้จักคนในชุมชนได้ดี มีการใช้สัญลักษณ์ เพื่อให้เข้าใจ ตรงกัน ตัวบุคคล เส้นแสดงความสัมพันธ์ทางสายเลือด (consanguinity) ความสัมพันธ์จากการ แต่งงาน (affinity)

ประโยชน์ของผังเครือญาติ

1. ช่วยให้เข้าใจโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเครือญาติ เชื่อมโยงกันแบบที่เข้าใจง่าย
2. ทำให้ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์เครือญาติสามารถถ่ายทอดและเรียนรู้กันได้ง่ายผ่านรูปแบบสัญลักษณ์ง่าย ๆ
3. ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่าง ๆ ไม่ว่าจะเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และโรคทางพันธุกรรม
4. ช่วยสร้างความสัมพันธ์อันดีและความสนิทสนมระหว่างผู้ทำผังเครือญาติกับคนในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว

เครื่องมือที่ 3 โครงสร้างองค์กรชุมชน (Community organization)

โครงสร้างองค์กรชุมชน เป็นความสัมพันธ์ของบุคคลในชุมชนทั้งที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อการปฏิบัติงานทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ประกอบด้วยความสัมพันธ์หลายแบบ ได้แก่ ความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ทางสังคม ความสัมพันธ์ทางการเมือง

ความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ

1. อาชีพ : อะไรบ้าง สัดส่วนอาชีพ อาชีพหลัก
2. ปัจจัยการผลิต อำนาจการตัดสินใจ
3. ฐานะทางเศรษฐกิจภายในชุมชน และความแตกต่างกัน
4. การใช้ชีวิต การหารายได้ และแบ่งระดับรายได้
5. จำนวนครอบครัว : ฐานะ รายได้ประจำ เช่าที่ทำกิน รับจ้าง ภาระหนี้สิน
6. กองทุนหมุนเวียน
7. แหล่งเงินกู้

ความสัมพันธ์ทางสังคม

1. กลุ่มทางสังคมมีการจัดตั้งโดยรัฐหรือชุมชนเอง กลุ่มอาชีพ กลุ่มอิทธิพล
2. การศึกษา
3. องค์การศาสนา ความเชื่อ ความอาวุโส
4. บทบาทของ หญิง ชาย ข้ามเพศ
5. ต้นทุนทางสังคม เช่น ค่านิยม ภูมิปัญญาท้องถิ่น ระบบความสัมพันธ์ ผู้นำไม่เป็นทางการ
6. ความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างทางสังคม เช่น สามียุค – ภรรยา, ผู้ปกครอง – ลูก, ผู้นำ – ลูกบ้าน

ความสัมพันธ์ทางการเมือง

1. โครงสร้างการปกครองท้องถิ่น เช่น ผู้นำ กรรมการ องค์กรต่าง ๆ
2. ลักษณะทั่วไปของการเมืองท้องถิ่น เช่น มีกลุ่มที่ได้ประโยชน์ และความขัดแย้ง
3. ความสัมพันธ์ของนักการเมืองท้องถิ่นกับนักการเมืองระดับชาติ

4. รูปแบบการมีส่วนร่วมในชุมชน เช่น การแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจในกิจการของชุมชน
5. เวทีสาธารณะในชุมชน

เครื่องมือวิเคราะห์โครงสร้างชุมชนนี้จะทำให้เห็นประเด็นสำคัญ คือ เห็นความสัมพันธ์เห็นโครงสร้าง บทบาทหน้าที่และอำนาจเป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้าง โครงสร้างองค์กรชุมชน คือ ศักยภาพของชุมชน

เครื่องมือที่ 4 ระบบสุขภาพชุมชน

สุขภาพเชื่อมโยงกาย ใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ สุขภาพ เป็นผลกระทบจากสังคมและส่งผลกระทบต่อชุมชน สะท้อนมิติชุมชนด้านอื่น ๆ

เครื่องมือที่ 5 ปฏิทินชุมชน

ตารางกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชนในแต่ละช่วงเวลา รวบรวมเหตุการณ์และปรากฏการณ์ในชีวิตประจำวันของชุมชนในรอบปี รอบเดือน หรือช่วงระยะเวลาหนึ่งถือเป็นรากฐานการทำงานเชิงรุกเป็นเหมือนเครื่องมือในการเรียนรู้มิติเวลา (Time)

ประโยชน์ของปฏิทินชุมชน

1. เข้าใจแบบแผนกิจกรรม เหตุการณ์ของชุมชนที่เกิดขึ้น และสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสม
2. เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน
3. สามารถวางแผนการทำงานกับชุมชนได้ดีขึ้น โดยเฉพาะเชิงรุก

เครื่องมือที่ 6 ประวัติศาสตร์ชุมชน

เรื่องราวเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ผ่านมาของชุมชนในช่วงเวลาหนึ่ง บอกเล่าจากมุมมองของชุมชนเอง ผสมผสานข้อเท็จจริง จินตนาการ และความทรงจำของท้องถิ่น ถูกสืบทอดผ่านเรื่องเล่า ตำนาน สถานที่ บ้านที่ก แบบแผนการปฏิบัติต่าง ๆ ของชุมชน สำคัญต่ออัตลักษณ์ ความนึกคิด ทัศนคติ ทำหน้าที่ของชุมชน

ประโยชน์จากการศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชน

1. เข้าใจความเป็นมาของชุมชน
2. ลดอคติหรือภาพลักษณ์แบบเหมารวม เช่น เข้าใจสาเหตุที่ชุมชนไม่เข้าร่วมกิจกรรม
3. ทำให้สามารถเลือกวิธีการทำงานกับชุมชนให้สอดคล้องกับประสบการณ์ ความคาดหวัง และศักยภาพของชุมชนได้ดีขึ้น

เครื่องมือที่ 7 ประวัติชีวิต

ประวัติชีวิตเป็นเรื่องราวของบุคคลที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา บอกแง่มุมต่าง ๆ ของชีวิต ที่ถ่ายทอดผ่านเรื่องเล่า สะท้อนคุณสมบัติ บุคลิกภาพ นิสัย และความนึกคิด ทำให้เราเข้าใจตัวตนและชีวิต นำมาเขียนเป็นเรื่องราว หรือเรียงร้อยเป็นลำดับตาม Timeline จะช่วยให้เห็นเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ง่ายขึ้น

ประโยชน์ของประวัติชีวิต

1. เข้าใจค่านิยมและวัฒนธรรมท้องถิ่นซึ่งเป็นเรื่องนามธรรมนั้น มีรูปธรรมการแสดงออกเป็นอย่างไร
2. สะท้อนความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของชุมชนได้เป็นอย่างดี
3. เห็นศักยภาพและทุนมนุษย์ที่มีอยู่ในชุมชน
4. เข้าใจมิติของความเป็นมนุษย์กับงานชุมชน
5. บอกแง่มุมต่าง ๆ ของชีวิต ที่ถ่ายทอดผ่านเรื่องเล่าทำให้เราเข้าใจตัวตน และชีวิตของคนนั้น ๆ เรื่องราวของบุคคลที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา เป็นเรื่องราวที่มีมากกว่าข้อมูลหรือข้อเท็จจริง

สรุปการนำเครื่องมือวิเคราะห์ชุมชน เครื่องมือ 7 ชิ้น มาใช้ โดยเน้นการเรียนรู้สร้างสัมพันธภาพ เข้าใจมิติทางสังคม วิถีชีวิต และวัฒนธรรมชุมชน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการทำงานชุมชน

8. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy)

Health literacy หรือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพถูกนิยามขึ้นครั้งแรกเมื่อปี 1970 (Simons, 1974) จวบจนปัจจุบันตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา มีผู้นิยามประเด็นนี้ไว้หลากหลาย เช่น Nutbeam (2008) ที่อธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพว่า เป็นความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต นอกจากนี้มีการศึกษาวิจัยรวบรวมและวิเคราะห์นิยามจากนิยามที่หลากหลาย โดย Sørensen และคณะ (2012) นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าเป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการอ่านออกเขียนได้ของบุคคล และเกี่ยวข้องกับความรู้ แรงจูงใจ เกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ รวมถึงสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพไปใช้เพื่อประกอบการประเมินและตัดสินใจต่าง ๆ ในชีวิต โดยใส่ใจกับการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และเสริมสร้างสุขภาพที่จะทำให้ดำรงไว้หรือพัฒนาคุณภาพชีวิต ตลอดทุกช่วงวัย

Nutbeam (2000) ได้เคยให้กรอบแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ 3 ลำดับขั้นที่มีความต่อเนื่องกัน โดยเริ่มจาก

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน (Functional health literacy)

ในด้านนี้หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ และสามารถนำความรู้เหล่านั้นไปใช้ได้ แต่อาจจะไม่ครอบคลุมทุกสถานการณ์ เช่น อ่านฉลากยาได้ ไปพบแพทย์ได้ตรงตามที่กำหนด เป็นต้น (Nutbeam, 2000)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy)

สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่เกี่ยวข้องกับระบบสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง พร้อมกับมีความมั่นใจในตนเองที่จะสามารถทำตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญได้ รวมถึงมีความสามารถในการตีความ และสื่อสารความหมายของความรู้ด้านสุขภาพออกไปให้ผู้อื่นได้ (Nutbeam, 2000)

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy)

สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างมีวิจารณ์ญาณ เพื่อนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในชีวิตได้ รวมถึงการมีความสามารถในการวิเคราะห์เนื้อหาที่เกี่ยวกับสุขภาพจากแหล่งข้อมูลหลาย ๆ แหล่ง เพื่อนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจร่วมกับผู้อื่นได้ (Nutbeam, 2000)

นอกจากเพื่อการอธิบายให้เห็นภาพกว้างของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับทั้งในระดับบุคคลและระดับประชากร Sørensen และคณะ (2012) จึงได้สรุปนิยามและโมเดลความรอบรู้ด้านสุขภาพจากหลาย ๆ งานวิจัยมาแนะนำเสนอโมเดลในการอธิบายกลไกของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ได้รับการใช้งานกันอย่างแพร่หลายที่มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

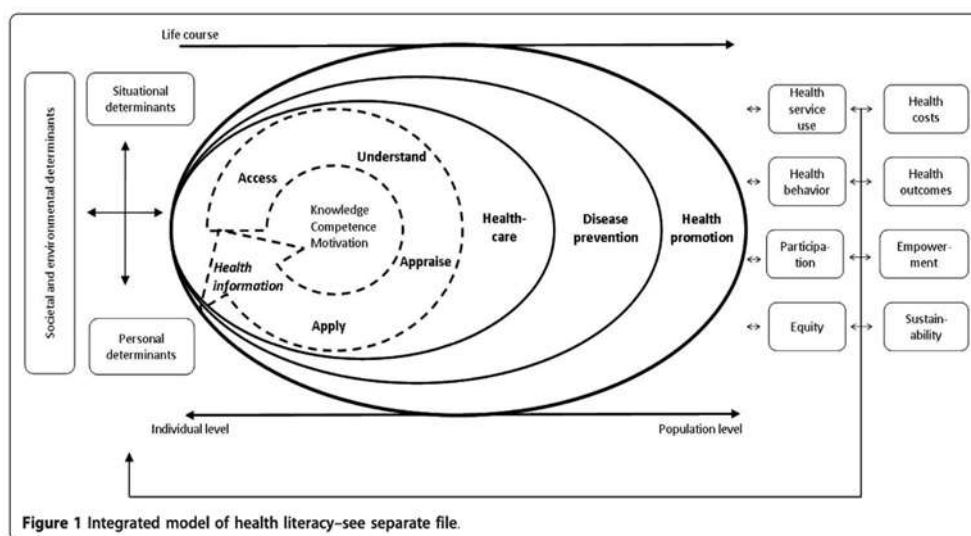
จากภาพส่วนประกอบของกระบวนการข้อมูลเพื่อสุขภาพ (Health information) อันเริ่มต้นจาก เข้าถึง (accessing) เข้าใจ (understanding) ประเมินและตัดสิน (appraising) จนไปถึงการนำข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพไปใช้ (applying) ซึ่งในแต่ละส่วนประกอบมีรายละเอียดที่แตกต่างกันออกไป (Sørensen et al., 2012)

(1) เข้าถึง (accessing) หมายถึง ความสามารถในการค้นหา สืบค้น เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ

(2) เข้าใจ (understanding) หมายถึง ความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ จากข้อมูลเข้าถึงได้แล้ว

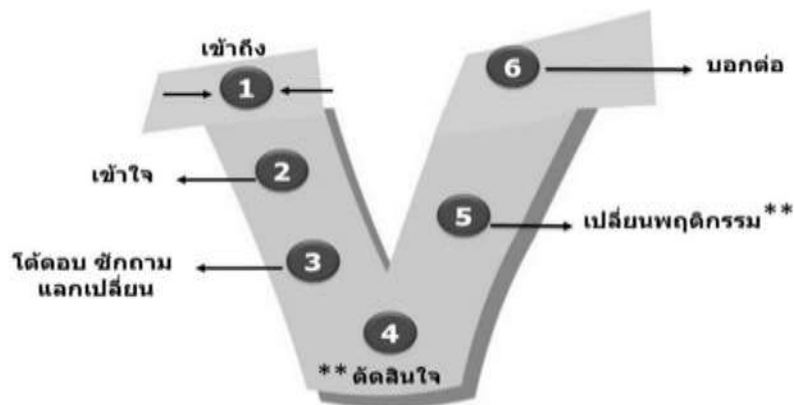
(3) ประเมินและตัดสิน (appraising) หมายถึง ความสามารถในการตีความ กรองข้อมูลตัดสิน และประเมินข้อมูลที่ตนเองสามารถเข้าถึงได้

(4) การนำข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพไปใช้ (applying) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสาร และนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น



ภาพ 2 ส่วนประกอบของกระบวนการข้อมูลเพื่อสุขภาพ (Health information)

สำหรับประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2562) ได้พัฒนาต่อยอดกระบวนการเรียนรู้สู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพในลักษณะ V shape ที่อธิบายขั้นตอนของการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เริ่มต้นจาก เข้าถึง เข้าใจ โต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน ตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม จนไปถึงการบอกต่อ ดังภาพที่ 1 ซึ่งเป็นการขยายแนวคิดของ Sørensen และคณะ (2012) Nutbeam และ EU ในประเด็นการนำข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพไปใช้ (applying) กระบวนการข้อมูลเพื่อสุขภาพที่กล่าวไว้ข้างต้นที่ทางกรมอนามัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการตัดสินใจ เปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ ว่าเป็นองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบที่แยกออกจากกัน และเชื่อมโยงถึงกันอย่างเป็นขั้นเป็นตอน อันนำไปสู่การพัฒนาแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จะอธิบายในส่วนถัด ๆ ไป



ภาพ 3 กระบวนการเรียนรู้สู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

นอกจากนี้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอขอบเขตที่ 4 เพิ่มเติมจาก Sørensen และคณะ (2012) เป็นขอบเขตการคัดกรองและการเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เนื่องจากมีการรายงานการสำรวจสุขภาพด้วยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 และพบว่าคนไทยมีการบริโภคอาหารเสริมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ทางกรมอนามัยเล็งเห็นความสำคัญของการเลือกใช้ และตัดสินใจเลือกใช้สมุนไพรและอาหารเสริม เป็นเรื่องที่ประชาชนต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในขอบเขตด้านนี้เช่นกัน

จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้เห็นได้ว่า นิยามและโมเดลของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการของบุคคลที่เป็นขั้นเป็นตอนที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตของมนุษย์เพื่อดูแล ป้องกัน และเสริมสร้างให้ตนเองมีสุขภาพที่แข็งแรงในระยะยาว ทั้งนี้ด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่ถูกศึกษาอย่างแพร่หลาย และมีนิยามที่หลากหลายเช่นกัน ปัจจุบัน Liu และคณะ (2020) จึงได้สังเคราะห์งานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถแบ่งประเด็นหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพออกมาได้ 3 ประเด็น ได้แก่ ก.) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลสุขภาพ และระบบสาธารณสุข ข.) มีการประมวลผลและใช้ข้อมูลที่มีในบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ ค.) มีความสามารถในการดูแลตนเองและให้ความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนี้

ก.) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลสุขภาพ และระบบสาธารณสุข ในประเด็นที่เกี่ยวกับความรู้ สามารถแบ่งออกเป็นความรู้ที่เกี่ยวข้องสี่กลุ่ม ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับยารักษาโรค กล่าวคือ

มีความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานในบริบททางการแพทย์ ทั้งเรื่องเกี่ยวกับยา การรักษา และลักษณะของอาการป่วย ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในชีวิตประจำวัน ทั้งในมิติของพฤติกรรมและวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ คำศัพท์เกี่ยวกับสุขภาพและสาธารณสุข ความรู้เกี่ยวกับระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างและบริการเกี่ยวกับสาธารณสุขที่เหมาะสมกับบุคคล และท้ายที่สุดคือความรู้เกี่ยวกับความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์

ข.) มีการประมวลผลและใช้ข้อมูลที่มีในบริบทต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ คือ ความสามารถในการเข้าถึงและค้นหาข้อมูลของตนเองนำมาใช้ประโยชน์ทางด้านสุขภาพ และการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งหมายรวมถึง สามารถหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองได้ ผ่านการเข้าถึงแหล่งข้อมูลหรือหน่วยงานที่สนับสนุนการให้ข้อมูล มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) และเชื่อมั่นในกระบวนการและข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ และสามารถที่จะประมวลผล และใช้ข้อมูลที่มีเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพ

ค.) มีความสามารถในการดูแลตนเองและให้ความร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพของตนเอง คือ การที่บุคคลพึงมีความสามารถในการใช้ชุดความรู้ที่มีและชุดทักษะตนเองในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม และดูแลตนเองได้เมื่อไม่สบาย ซึ่งทักษะที่บุคคลต้องพึงพามีทั้งการกำกับตนเอง การควบคุมตนเอง มีความตระหนักรู้ว่าตนเองมีสุขภาพเป็นอย่างไร จากการวิเคราะห์และสังเกตตนเอง อีกทั้งบุคคลควรมีทักษะในการตั้งเป้าหมายที่มีประสิทธิภาพ และมีทักษะในการเข้าถึงสังคม ทั้งการสื่อสาร การฟัง การเคารพผู้อื่น เพื่อที่จะสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีได้

จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น รัชฎู กริธาธร และ ภูมิพัฒน์ อรุณากร (2564) จึงได้เสนอเครื่องมือวัดความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อหวังว่าจะนำแบบวัดนี้เป็นส่วนช่วยในการวัดการเพิ่มการรับรู้และการเข้าถึงของประชาชน อันเป็นการสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบองค์รวมที่ผู้วิจัยจะทำการแจกแจงรายละเอียดเพิ่มเติมในส่วนถัดไป

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นแนวคิดที่มีการพูดถึงกันอย่างยาวนานและมีผู้ที่ทำวิจัยในประเด็นนี้มากมายทั้งในประเทศและต่างประเทศ ทั้งนี้ส่วนใหญ่งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพจะไม่มีเฉพาะเจาะจงกับเรื่องมากนัก แต่จะเป็นการใช้งานในบริบทที่แตกต่างกันออกไป โดยมีผู้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2538 จนถึงปี 2563 เพื่อทำการวิเคราะห์พัฒนาการของประเด็นความรู้ด้านสุขภาพนี้ รวมถึงความเชื่อมโยงระหว่างผู้วิจัยนานาชาติ พบว่า แนวโน้มในการทำวิจัยในช่วงปี พ.ศ. 2538 จะเน้นในการนำเสนอกรอบแนวคิดและกระบวนการในการทำวิจัยที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และต่อมาในช่วงปี พ.ศ. 2543 - 2547 จะเริ่มให้ความสนใจกับปัจจัยทางสังคม และปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นส่วนหนึ่งของกลไกการมีความรู้ด้านสุขภาพ ต่อมาในช่วงปัจจุบัน (พ.ศ. 2547 - 2563) จะเป็นงานวิจัยและทฤษฎีที่เริ่มมีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น เช่น การให้ความรู้กับกลุ่มผู้ป่วย ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ความรู้ด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีใหม่ (e - health) และความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในช่องปาก จึงจะเห็นได้ว่าในปัจจุบันความรู้ด้านสุขภาพมีความเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้นในหลาย ๆ บริบท ทั้งสุขภาพจิต ผู้ป่วยโรคร้ายต่าง ๆ รวมถึงสุขภาพในช่องปาก เพราะในแต่ละปัญหาสุขภาพอาจจะใช้ชุดความรู้และทักษะที่มีความแตกต่างกันออกไป

ดังนั้นในการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงทำการทบทวนเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยทั่วไปเพื่อนำไปเป็นหลักการประกอบการศึกษาค้นคว้าเสริมสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในลำดับถัดไป

การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นประเด็นที่นักสาธารณสุขและนักวิชาการรู้กันแล้วว่าเป็นปัจจัยที่ส่งผลดีต่อสุขภาพที่ดีของทั้งระดับบุคคลและสังคม เพราะนำไปสู่การลดการพบแพทย์ หรือค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพ ดังนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องรวมถึงรัฐบาลต่าง ๆ ทั่วโลก เช่น สหรัฐอเมริกา ประเทศต่าง ๆ ในแถบยุโรป ได้มีกิจกรรมเสริมสร้างหรือ intervention ไว้มากมาย เช่น งานวิจัยของ Visscher และคณะ (2018) ที่รวบรวมงานวิจัยในสหภาพยุโรป ได้พบว่า กิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมีหลายประเภท ทั้งเป็นการเสริมสร้างรายบุคคล แบบกลุ่ม หรือผ่านทางเว็บไซต์ โดยมีกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การสนทนาแบบกลุ่ม การให้ความรู้ การฝึกฝนทักษะ การมีศูนย์ช่วยเหลือ มีโปรแกรม และการแจกแผ่นพับ นอกจากนี้กิจกรรมเหล่านี้ Visscher และคณะ (2018) ยังได้แบ่งเป้าหมายในการออกแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีประสิทธิผลที่ดี คือ

1. มีการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้เข้าร่วมกิจกรรม โดยเฉพาะกับกลุ่มที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (Visscher, et.al., 2018)
2. การจัดกิจกรรมควรมุ่งเน้นในการเสริมสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) มากกว่าการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว จะเห็นได้ว่าการศึกษาที่มุ่งสร้างปฏิสัมพันธ์และการมีวิจารณ์ญาณ จะทำให้บุคคลเหล่านั้น มีแรงจูงใจ ความรู้ และความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากยิ่งขึ้น (Visscher, et.al., 2018)
3. การให้ข้อมูลในลักษณะที่เหมาะสม คือ ไม่ยากจนเกินไป หรือใช้ภาพเคลื่อนไหวประกอบข้อความ ซึ่งจะทำให้ผู้รับข้อมูลดังกล่าวสามารถจำข้อมูลเหล่านั้นได้ดียิ่งขึ้น มีเจตคติที่ดี และใช้ข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจมากยิ่งขึ้น (Visscher, et.al., 2018)

เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Berkman และคณะ (2011) ที่ทำการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพดี ในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ โดยแบ่งลักษณะกิจกรรมออกเป็น 2 แบบหลัก ๆ คือ

1. กิจกรรมที่มีคุณลักษณะเดียว เช่น การศึกษาที่ใช้การออกแบบสื่อ การนำเสนอด้วยภาพด้วยตัวเลข และการพัฒนาสื่อต่าง ๆ จากงานวิจัยนี้บรรยายให้เห็นถึงลักษณะของการออกแบบที่ส่งผลต่อการรับรู้ของบุคคล เช่น การนำเสนอเพียงข้อมูลด้วยตัวเลขที่สูงจะระบุว่ามีความรู้มากกว่า การนำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ยของทั้งความเสี่ยงและคุณประโยชน์ด้วยหน่วยเดียวกัน หรือการเพิ่ม Icon เข้าไปในการนำเสนอตัวเลขที่แสดงประโยชน์จากการรักษา รวมถึงการนำเสนอด้วยภาพและเสียงที่เป็นเรื่องเล่า จะเป็นประโยชน์อย่างมากกับผู้รับสาร (Berkman et.al., 2011)
2. กิจกรรมที่มีคุณลักษณะและกลยุทธ์ที่หลากหลาย Berkman และคณะ (2011) รายงานว่ามีการศึกษาที่เสริมสร้างการจัดการตนเอง (self-management) พบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมการจัดการตนเอง และช่วยลดการเข้าโรงพยาบาล/หน่วยฉุกเฉินได้ รวมถึงการเสริมสร้าง

การจัดการกับโรค (intensive disease-management programs) สามารถช่วยลดอาการเจ็บป่วยของโรคได้

จากข้อมูลทั้งหมด Berkman และคณะ (2011) จึงได้เสนอองค์ประกอบที่สำคัญที่จะทำให้การออกแบบกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำเร็จคือการที่มีการจัดกิจกรรมอย่างเข้มข้น (high intensity) เป็นกิจกรรมที่พัฒนาจากแนวคิดหรือทฤษฎี มีการทดลองปฏิบัติ (pilot testing) ก่อนที่จะลงมือจัดกิจกรรมจริง และจัดกิจกรรมโดยผู้เชี่ยวชาญ

จะเห็นได้ว่าเป็นการจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ นอกจากการเลือกกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้เข้าร่วมแล้ว การวัดผลของกิจกรรมเป็นประเด็นหนึ่งที่มีความหลากหลายในการชี้วัดว่าการดำเนินกิจกรรมนั้นได้ผลลัพธ์ที่ดีหรือไม่ Berkman และคณะ (2011)

ซึ่ง Berkman และคณะ (2011) ได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเสนอโมเดลที่รวบรวมการประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่

- ความรู้และความสามารถในการรับรู้ว่าคุณเสี่ยงต่อโรค
- ทักษะ (ทักษะการใช้ยา การควบคุมตนเอง ความสามารถในการตระหนักรู้ถึงเรื่องฉุกเฉิน การหาข้อมูลด้านสุขภาพ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ)
- เจตคติ การรับรู้ความสามารถแห่งตน บรรทัดฐานทางสังคม
- แรงจูงใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
- การมีทรัพยากร (สามารถที่จะเข้าถึงและจ่ายเงินเพื่อดูแลรักษา)
- การเริ่มต้นเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม - การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเป็นประจำ
- การใช้บริการระบบสาธารณสุข (การเข้าห้องฉุกเฉิน การพบแพทย์ หรือเข้าโรงพยาบาล)
- ผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับสุขภาพ (โรค คุณภาพชีวิต และอัตราการเสียชีวิต)

อีกทั้งในเวลาต่อมามีนักวิจัยได้ทำการรวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมที่เสริมสร้างสุขภาวะในบุคคล ได้ทำการวิเคราะห์แบ่งกลุ่มการประเมินผลของกิจกรรมเสริมสร้างทางสุขภาวะได้ 5 มิติ ได้แก่ 1) ความรู้และทักษะ 2) เจตคติและความเชื่อ 3) พฤติกรรม (แรงจูงใจและการปฏิบัติ) 4) สุขภาพ (สุขภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต) และ 5) งบประมาณหรือค่าใช้จ่ายในการใช้บริการต่าง ๆ ซึ่งหัวข้อทั้งห้าดังกล่าว งานวิจัยส่วนใหญ่จะละเลยการวัดปลายทางในส่วนของสุขภาพของบุคคลและค่าใช้จ่ายของบุคคลที่อาจเปลี่ยนแปลงไปหลังเข้าร่วมกิจกรรม ดังนั้นกลุ่มคร่าว ๆ ทั้ง 5 กลุ่มนี้ พอจะเป็นแนวทางเบื้องต้นของการประเมินผลกิจกรรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพได้

ด้วยพัฒนาการการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีแนวโน้มที่จะมีความจำเพาะต่อหัวเรื่องใหม่ ๆ ที่เฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น ดังนั้น นอกจากประเมินผลในปัจจุบันอื่น ๆ การวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพก็มีความจำเป็นเช่นกัน สำหรับการประเมินความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้มีผู้ต่อยอดแนวความคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพให้มีความเฉพาะเจาะจงในผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยเน้นไปที่การใช้ข้อมูลเพื่อการพิจารณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเลือกรับ/เลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (รัชชู กริธาธร และภูมิพัฒน์ อรุณากูร, 2564) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน
 - 1.1 การเข้าถึงสื่อสังคมออนไลน์ สื่อมวลชนความรู้ (การเข้าถึง)
 - 1.2 ความเข้าใจด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (การเข้าใจ)
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์
 - 2.1 การค้นหา สืบค้น ข้อมูลข่าวสารผลิตภัณฑ์สุขภาพ (การตอบโต้คำถามแลกเปลี่ยน)
 - 2.2 การนึกคิด ทศนคติ ตัดสินใจ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนบุคคลรู่เทาทันสื่อ (การตัดสินใจ)
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ
 - 3.1 การวิเคราะห์และเปรียบเทียบข้อมูลข่าวสารผลิตภัณฑ์สุขภาพ (การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม)
 - 3.2 การมีส่วนร่วมในสังคม การแบ่งปันข้อมูลที่ได (การบอกต่อ)

ซึ่งผลิตภัณฑ์สุขภาพในบริบทนี้ หมายถึง อาหาร เครื่องสำอาง ยา เครื่องมือแพทย์ วัตถุเสพติด และวัตถุอันตราย (กองพัฒนาศึกษาภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา, 2563) อันเป็นการพัฒนาต่อยอดแนวความคิดเพื่อจะนำไปต่อยอดกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่มุ่งหวังให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพและอนามัยของตนเองและครอบครัวของตนเองต่อไปในอนาคต

จากงานวิจัยต่าง ๆ ช่างต้นทำให้ผู้ศึกษาเล็งเห็นถึงปัจจัยที่ใช้ในการประเมินการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพว่าควรประเมินทั้งตัวกิจกรรมการเสริมสร้าง และการประเมินผลของกิจกรรม โดยทั้งกิจกรรมและการวัดควรอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีและงานวิจัย

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model/HBM)

ความเชื่อ (Belief) หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งสามารถทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาโต้ตอบในรูปของการกระทำหรือการพูดเกี่ยวกับสิ่งนั้น โดยอาจจะรู้ตัวหรือไม่รู้ตัวก็ตาม ความเชื่อในสิ่งนั้น ๆ ไม่จำเป็นต้องอยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงเสมอไป หรืออาจเป็นความเชื่อ ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความคาดหวังหรือสมมติฐาน ซึ่งอาจจะมิเกิดผลหรือไม่เกิดผลก็ได้ (ทัชชกร, 2555 ; ผุสดี เวชชพิพัฒน์ และคณะ, 2562)

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา (Phipps et al., 1983) กล่าวโดยสรุปได้ว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ การยอมรับหรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา โดยจะชักนำให้บุคคลนั้นมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามความคิดและเข้าใจนั้น ๆ

ทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model หรือ HBM) เป็นทฤษฎีที่ต้องการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคของบุคคล พัฒนาจากกลุ่มนักจิตวิทยาสังคมประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี ค.ศ. 1950 และถูกพัฒนาครั้งแรก โดย Hochbaum (1950) ตามแนวคิดของ Lewin (1935) ที่กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ๆ แนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพเริ่มขึ้นจากทฤษฎีของนักจิตวิทยา Lewin (Lewin's Field Theory, 1935)

โดยมีแนวคิดเกี่ยวกับแรงต้าน แรงเสริม อุปสรรค และสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะช่วยให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่ง Lewin มีแนวคิดว่าการรับรู้ของบุคคลจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ แม้ว่าจะมีสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ มากกระทบ แต่ถ้าบุคคลไม่เกิดการรับรู้สิ่งแวดล้อมนั้นก็ไม่ได้ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ บุคคลก็จะไม่แสดงพฤติกรรมหรือเกิดพฤติกรรมตามเป้าหมาย

Hochbaum et al. (1950) ได้นำแนวคิดทฤษฎีสถานของเลวิน (Lewin's Field Theory, 1935) มาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมป้องกันโรคของบุคคล ต่อมา Rosenstock (1974) ได้พัฒนาทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมในการตัดสินใจภายใต้สภาวะที่ยังไม่แน่นอน โดยมีเงื่อนไขที่สำคัญ 2 ประการคือ

1. บุคคลมีความพร้อมในการที่จะทำพฤติกรรม (Readiness to Act) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขสุขภาพและถูกกำหนดโดยการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคนั้น

2. บุคคลจะประมาณผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลเสียของการกระทำนั้น ตามการรับรู้และให้น้ำหนักที่กลับกับอุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายตามที่คาดการณ์ (Rosenstock, 1974) Rosenstock (1974) มีแนวคิดว่าการที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคจะต้องมีความเชื่อว่า 1) ตนเองเป็นผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และ 3) การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือในกรณีที่มันเป็นโรคแล้วจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ และการรับรู้ต่อประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต้องมากกว่าการรับรู้อุปสรรค การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นจึงจะเกิดขึ้น Rosenstock ได้สรุปองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

Becker et al. (1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการเพิ่มปัจจัยร่วม (Modifying Factor) และปัจจัยสิ่งชักนำเกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) เข้าไปในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่อยู่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่าไม่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค แต่การเพิ่มปัจจัยเหล่านี้เข้าไป เพื่อให้สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

สรุป ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model / HBM) ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ต่อมาได้เพิ่มปัจจัยสิ่งชักนำเกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) เข้าไปในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถอธิบายถึงพฤติกรรมในการป้องกันโรคได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และได้เพิ่มแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy) เข้าไปในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นในการอธิบายถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจากที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health Risk Behavior) ในการเกิดโรค NCDs

ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ปรับปรุงโดย Becker, et al (1974) มีองค์ประกอบที่สำคัญ ดังนี้

1. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง ความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นความเชื่อของบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสของการเกิดโรคซ้ำหรือโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่าย มีรายงานการวิจัยหลายเรื่องที่ทำให้การสนับสนุนความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ เช่น เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่ง ความรู้สึกของบุคคลที่ว่าตนจะมีโอกาสเป็นโรคนั้น ๆ อีก จะมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) คือ การประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรค ปัญหาสุขภาพหรือผลกระทบที่เกิดจากโรคนั้น โดยก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิต การประเมินความรุนแรงนั้นอาศัยระดับต่าง ๆ ของการกระตุ้นเร้าของบุคคลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ซึ่งอาจจะมองความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น ทำให้เกิดความพิการหรือตายได้ หรือมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคหรือการเจ็บป่วยแล้ว จะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งจากผลการวิจัยจำนวนมาก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ (Heinze, 1962; Elling et al., 1960)

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรคหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้น ต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำจึงขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ (Perceived Barriers) หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในด้านลบ ซึ่งอาจได้แก่ ค่าใช้จ่าย หรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือดหรือการตรวจพิเศษ ทำให้เกิดความไม่สุขสบาย การมารับบริการหรือพฤติกรรมสุขภาพนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน บุคคลจะมีความเชื่อว่ามีค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันและรักษาโรค จะต้องมีย่อยกว่าประโยชน์ที่ได้รับ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้นำมาพยากรณ์พฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษาโรคได้

5. สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการปฏิบัติ โดย Becker (1974) ได้กล่าวว่า เพื่อให้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสมบูรณ์ ต้องพิจารณาถึงสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ มี 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรค

หรือการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues) ได้แก่ การให้ข่าวสารผ่านทางสื่อมวลชนหรือการเตือนจากบุคคลที่เป็นที่รักหรือนับถือ

ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริม หรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคหรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ได้แก่

1) ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติของบุคคล เป็นต้น

2) ปัจจัยด้านสังคม จิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง มีความเกี่ยวข้องกับบรรทัดฐานทางสังคม และค่านิยมทางวัฒนธรรม ซึ่งเป็นพื้นฐานที่ทำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคที่แตกต่างกัน

3) ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค และประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น

6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self - Efficacy) หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ประสบความสำเร็จ

Rosenstock et al. (1974) ได้เพิ่มแนวความคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy) เข้าไปในทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นในการอธิบายถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลจากที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ (Health Risk Behavior) เช่น การรับประทานอาหารมากเกินไป การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ โดยปรับเปลี่ยนให้บุคคลมีพฤติกรรมทางการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Behavior) ให้มากขึ้น เช่น เลิกสูบบุหรี่ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ก่อนนอน ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นต้น

การรับรู้ของบุคคล ปัจจัยร่วมอื่น ๆ ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Individual Perception) (Modifying Factors) (Likelihood of Action)

1. การรับรู้ของบุคคล (Individual Perception) ปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค ประกอบด้วย

1.1 การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) เมื่อบุคคลอยู่ในภาวะความเจ็บป่วยและได้รับการวินิจฉัยโรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะแตกต่างไปจากผู้มีสุขภาพดีทั่วไปในลักษณะดังต่อไปนี้

1.1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการวินิจฉัยโรคของแพทย์ที่มีผลคุกคามต่อชีวิตของบุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพผิด ๆ หรือการไม่มีความเชื่อมั่นในการวินิจฉัยโรคของแพทย์ทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วยไม่ตรงตามความเป็นจริง

- อายุ เพศ เชื้อชาติ

- ฐานะทางสังคม กลุ่มเพื่อนและบุคคลที่เกี่ยวข้อง

- ความรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคนั้น

- การรับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรค (Perceived Threat of Disease)

- ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action)

- สื่อสารมวลชนประเภทต่าง ๆ
- คำแนะนำ
- การเตือนจากแพทย์และเจ้าหน้าที่
- ความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน
- บทความจากหนังสือพิมพ์หรือข้อมูล

1.1.2 การคาดคะเนถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคของแต่ละบุคคลในกรณีที่บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วย

1.1.3 ถ้าบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น และทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาสรู้สึกว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหรือภาวะเจ็บป่วยต่าง ๆ สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยได้ และผลที่ได้ทางลบนั้น ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับจิตวิทยาในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีระดับความกลัวและวิตกกังวล ถ้าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แต่ไม่รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หรือมีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของการเป็นโรคสูงเกินไป อาจทำให้จดจำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติตัวได้ไม่ถูกต้อง (Becker, 1974)

2. ความเป็นไปได้ของการปฏิบัติ (Likelihood of Action) ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของวิธีการรักษา ความสามารถของแพทย์ในการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ การที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำหรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ๆ ความเชื่อเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และทำให้ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดภาวะการเจ็บป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

2.2 การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) บุคคลต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ ที่จะได้รับและอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคและการรักษาได้

3. ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) สิ่งที่กระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่งมี 2 ด้าน คือ ปัจจัยชักนำภายในหรือสิ่งกระตุ้นภายใน (Internal Cues) และปัจจัยชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก (External Cues)

สื่อ เป็นช่องทางการสื่อสารที่สำคัญในการสร้างค่านิยม ทศนคติและความสนใจของมนุษย์ ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของคนในสังคม ดังนั้นสื่อจึงกลายเป็นสิ่งที่มีบทบาทและมีอิทธิพลสูงในสังคมปัจจุบัน โดย Mc Comb and Becker (1979) ได้กล่าวว่า การใช้สื่อขึ้นเพื่อสนองความพอใจและความต้องการของมนุษย์ ให้รู้ทันเหตุการณ์สภาพแวดล้อมในปัจจุบันที่อยู่รอบตัว ต้องการข่าวสารเพื่อช่วยในการตัดสินใจ โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับชีวิตประจำวัน

ต้องการข้อมูลเพื่อประกอบการสนทนา ต้องการมีส่วนร่วมในเหตุการณ์รอบ ๆ ตัว ในทำนองเดียวกัน สื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุโทรทัศน์ ที่ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพ จึงมีอิทธิพลต่อผู้ได้รับ ให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (นฤมล, 2552 ; ฐัชสรัญทิพย์, 2563)

แนวคิด PRECEDE - PROCEED Model

แบบจำลองการวางแผนเพื่อสุขภาพ (PRECEDE - PROCEED Model) เป็นแบบจำลอง ที่ให้ความสำคัญกับทุก ๆ ระบบที่เชื่อมโยงกับความเป็นอยู่และสถานะทางสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ระยะของการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรม เป็นระยะที่เกี่ยวข้อง กับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ในส่วนนี้เรียกว่า PRECEDE (Predisposing Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ ย้อนกลับ โดยเริ่มจาก outcome ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่ง คือ คุณภาพชีวิตของบุคคล แล้วพิจารณา ถึงสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสาเหตุที่มาจากพฤติกรรมของบุคคล และส่วนที่ 2 เป็นระยะ ของการพัฒนาแผน ประกอบด้วย นโยบาย ระเบียบ กฎเกณฑ์ การควบคุม และประสานทรัพยากร ที่จะเป็นประโยชน์ในการดำเนินงานตามแผนและการประเมินผล ส่วนนี้เรียก PROCEED (Policy Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development) โดยทั้ง 2 ส่วน เป็นขั้นตอนพื้นฐานในการวางแผนโครงการส่งเสริมสุขภาพ 6 ขั้นตอน และขั้นตอนที่ 6 เป็นการดำเนินงานตามแผน และในการประเมินผลอาจจะมีขั้นตอนที่ 7 หรือ 8 ขึ้นอยู่กับความจำเป็น เหมาะสม (Binkley & Johnson, 2013 ; ญัฐกฤตา, 2562) ซึ่งอธิบายได้ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม (Phase 1 : Social Diagnosis) เป็นการพิจารณา และวิเคราะห์ จากปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์ โดยการประเมิน และสามารถกำหนดทิศทางสำรวจในกลุ่มเป้าหมายได้ในขั้นตอนนี้

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา (Phase 2 : Epidemiological Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม (Green et al, 2008) ในขณะเดียวกัน ปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ซึ่งข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็น ถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและภาวะสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเกิดการกระจายของโรค โดยข้อมูลที่ได้จะสามารถนำมาจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 3 การวิเคราะห์ทางพฤติกรรม (Phase 3 : Behavioral Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์ต่อจากขั้นตอนที่ 1 - 2 เพื่อหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งเป็นสาเหตุจากพฤติกรรม ของบุคคล และสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม เช่น พันธุกรรม สภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น (สมคิด ทิมสาด, 2548)

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ทางการศึกษา (Phase 4 : Educational Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งปัจจัย ที่เกี่ยวข้องเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม (Green & Kreuter, 1987)

ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่งปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจ (Preference) ของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Education Experience) ความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมถึงสถานภาพทางสังคมเศรษฐกิจ (Socio-Economic Status) และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว

ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชน รวมทั้ง ทักษะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ ได้ และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ราคา ระยะเวลา เวลา ฯลฯ นอกจากนี้ สิ่งที่สำคัญ คือ การหาได้ง่าย (Available) และความสามารถเข้าถึงได้ (Accessibility) ปัจจัยเอื้อจึงเป็นสิ่งช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เป็นไปได้ง่ายยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติหรือพฤติกรรมสุขภาพได้รับการสนับสนุนหรือไม่เพียงใด ลักษณะและแหล่งของปัจจัยเสริมจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัญหาในแต่ละเรื่อง หรืออาจเป็นการกระตุ้นเตือน การให้รางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การเอาเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้น ๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้น ๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง และอิทธิพลของบุคคลต่าง ๆ นี้ ก็แตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคล และสถานการณ์โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 5 การเลือกกลยุทธ์ทางการศึกษา (Selection of Educational Strategies) เป็นการเลือกกลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพศึกษามาใช้ ซึ่งพิจารณาจากความเหมาะสม และสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในที่สุด นอกจากนี้ การกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานเทคนิคกลวิธีด้านการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพศึกษาที่หลากหลายเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6 การวิเคราะห์ทางการบริหาร (Phase 6 : Administrative Diagnosis) เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินถึงปัจจัยด้านการบริหารจัดการที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการสำเร็จบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้าม คือ เป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่น ๆ ในองค์กร

ขั้นตอนที่ 7 การประเมินผล (Phase 7 : Evaluation) เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมิน และดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้วในทุก ๆ ขั้นตอน โดยการประเมินผลใน PRECEDE Framework จะประกอบด้วยวิธีการประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินโครงการ การประเมินผลกระทบบนของโครงการหรือโปรแกรมที่มีต่อปัจจัยทั้ง 3 ด้าน และการประเมินผลลัพธ์ของงานวิจัย

จากแบบจำลอง PRECEDE - PROCEED Model ดังกล่าวข้างต้น จะช่วยให้นักสุขภาพและนักส่งเสริมสุขภาพสามารถวางแผนเลือกแนวความคิดทฤษฎีมาออกแบบการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ

และนวัตกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สามารถวิเคราะห์องค์ความรู้และทักษะที่จำเป็นตลอดจนถึง
การประเมินผลต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพ

บทที่ 3

ผลการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ทำการค้นคว้าข้อมูล เพื่อนำมาทำการศึกษาเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อการสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563 โดยจะดำเนินการศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. เครือข่าย
2. กระบวนการ
3. กิจกรรม
4. แรงเสริม

ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

กระบวนการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาพดี 4 ชุมชน 4 จังหวัด จากกระบวนการดำเนินงานของ บวร.ร. ในแต่ละจังหวัด ในแต่ละชุมชนที่มีบริบทแตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นลักษณะพื้นที่ วัฒนธรรม การประกอบอาชีพ ความคิด ความเชื่อ ศาสนา ชาติพันธุ์ ทำให้เกิดตัวแบบกระบวนการขับเคลื่อนชุมชนสุขภาพภายใต้แนวทางการดำเนินงานแบบ บวร.ร. ด้วยการใช้เครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล เข้ามามีส่วนในการขับเคลื่อนชุมชนร่วมกัน โดยใช้บริบทชุมชนเป็นฐานในการดำเนินงาน



ภาพ 4 ตัวแบบชุมชนสุขภาพดีภายใต้แนวคิด บวร.ร.

จากภาพสามารถอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ดังนี้

1. เครือข่าย

แสงสว่างภาคี บวร.ร. ทุกจังหวัดจะไม่สามารถขับเคลื่อนโครงการให้สำเร็จลุล่วงไปได้ หากดำเนินการเพียงหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง การหาภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมกันขับเคลื่อนเป็นขั้นตอนแรกที่ทุก บวร.ร. ใช้เพื่อเริ่มต้นในการดำเนินงาน อีกทั้งการแสวงหาภาคีในบางจังหวัดยังเปรียบเสมือนการจุดประกายความหวังในการดำเนินงานให้ได้บรรลุผลสำเร็จตามที่ตั้งไว้ ภาคีเครือข่ายที่มาเข้าร่วมในการดำเนินงานครั้งนี้ นอกจากจะเป็นหน่วยงานที่เป็นโรงเรียน โรงพยาบาล วัด ชุมชนแล้วยังพบภาคีอื่นที่น่าสนใจ ซึ่งพบว่าการดำเนินงานที่จะประสบผลสำเร็จควรพิจารณาหน่วยงานที่จะเข้ามาเป็นเครือข่ายให้เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบหรือมีบทบาทที่เกี่ยวข้องครอบคลุมตามบริบทในพื้นที่ชุมชนนั้น ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 5 ส่วน คือ

- ภาคประชาชน ไม่ว่าจะเป็นปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำชุมชน หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
- ภาคศาสนา ไม่ว่าจะเป็นภิกษุ ศาสนาจารย์ บาทหลวง หรือผู้นำทางศาสนา
- ภาคการศึกษา ไม่ว่าจะเป็น อย.น้อย ครู นักเรียนในโรงเรียน หรือ ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน
- ภาคสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานในชุมชน
- ภาคปกครอง ไม่ว่าจะเป็น ผู้ว่าราชการจังหวัด นายอำเภอ หรือ นายกเทศมนตรี

2. กระบวนการ

การกำหนดกลยุทธ์ เป็นขั้นตอนเพื่อวางแผนกระบวนการดำเนินงาน โดยกลยุทธ์ที่ใช้ในการนำร่องทั้ง 4 ชุมชนในครั้งนี้ พบว่ามีความแตกต่างกันไปตามแต่ละลักษณะของชุมชน มี 3 กลยุทธ์ดังนี้

- การแทรกซึม เป็นกระบวนการที่ถูกใช้ในชุมชนขนาดเล็ก มีความหลากหลายน้อย ประเด็นปัญหาไม่ชัดเจน สมาชิกในชุมชนไม่มีการรวมกลุ่มกันเข้มแข็ง เน้นผลลัพธ์ระยะสั้นและรวดเร็ว เช่น ชุมชนเปรมประชาคม หมู่ 2 จังหวัดสระบุรี โดยมีขั้นตอนในการกำหนดกลยุทธ์เริ่มจากวิเคราะห์ชุมชนให้เห็นถึงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค เพื่อให้ทราบว่าชุมชนนั้น ๆ มีลักษณะอย่างไรในภาพรวม แล้วจึงค่อยกำหนดวางกลยุทธ์ที่จะใช้ในทุก ๆ กิจกรรม จากนั้นสุดท้ายจึงค่อย ๆ แทรกซึมลงเข้าไปหากลุ่มเป้าหมาย จะเห็นได้ว่ากลยุทธ์แบบนี้จะไม่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายไว้ก่อน เนื่องจากชุมชนมีขนาดเล็ก และเป็นชุมชนที่ยังไม่เข้มแข็งในความหมายของศาสตร์การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของประชาชนไม่สามารถรวมกลุ่มสมาชิกในชุมชนได้ กลุ่มหรือชมรมต่าง ๆ ในชุมชนไม่เข้มแข็งหรือไม่มี ดังนั้น การแทรกซึมเข้าหาสมาชิกในชุมชนแล้ว จึงค่อยเลือกเป็นกลุ่มเป้าหมาย จึงเป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสม กลยุทธ์นี้จะรวมไปถึงการให้ความรู้แบบตัวต่อตัวกับกลุ่มเป้าหมายทุกคนอีกด้วย โดยจะมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายโดยรวมสอดแทรกไปกับการประชุมในโครงการอื่นของชุมชนที่สามารถรวบรวมสมาชิกในชุมชนมาประชุมได้ เพราะเป็นหน้าที่หรือความต้องการที่เกี่ยวข้องกับรายได้ของตนเอง เช่น การประชุมในโครงการเงินสงเคราะห์ผู้สูงอายุ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ หรือการประชุมในโครงการไทยนิยมยั่งยืน

- การพุ่งเป้า เป็นกระบวนการที่ถูกใช้ในชุมชนขนาดกลาง มีความหลากหลายน้อย มีประเด็นปัญหาชัดเจน เครือข่ายเข้มแข็ง เน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะกลาง เช่น ชุมชนบ้านท่อม จังหวัดขอนแก่น และชุมชนนาแก้วมเหณี จังหวัดลำปาง โดยชุมชนในลักษณะนี้จะสามารถกำหนดกลุ่มเป้าหมายได้ตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการ จากนั้นจึงวิเคราะห์ศักยภาพของชุมชนหรือเครือข่าย เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการดำเนินงาน กลยุทธ์แบบพุ่งเป้าจะมีการกำหนดกิจกรรมที่ชัดเจนทั้งในชุมชน และภายนอกบริเวณแวดล้อมชุมชน อาจมีการจัดเพียงครั้งเดียวหรือหลายครั้ง แต่จะมีวัตถุประสงค์ในการจัดกิจกรรมที่ชัดเจนว่าเป็นกิจกรรมในโครงการชุมชนสุขภาพดี และประกาศให้กลุ่มเป้าหมายมาเข้าร่วมเพื่อให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป

- ดาวกระจาย เป็นกระบวนการที่ถูกใช้ในชุมชนขนาดใหญ่ มีความหลากหลายมาก มีประเด็นปัญหาซับซ้อน เน้นผลลัพธ์ในระยะกลางและระยะยาว เช่น ชุมชนโพหวาย จังหวัดสุราษฎร์ธานี ซึ่งเป็นชุมชนขนาดใหญ่มีเครือข่ายและผู้เกี่ยวข้องจำนวนมาก การวางทิศทางการทำงานที่ชัดเจนเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อกำหนดการดำเนินงานให้มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนในพื้นที่ขนาดใหญ่ ดังนั้น จึงเห็นได้ว่า บวร.ร. จังหวัดสุราษฎร์ธานีวางแผนการทำงานแบบหวังผลในระยะยาวมากกว่าระยะสั้น โดยใช้การจุดกระแสในพื้นที่แบบดาวกระจาย และมีผู้ขับเคลื่อนหลักเป็น อสม. กับสมาชิกในชมรมเครือข่ายต่าง ๆ ที่เข้ามาเป็นกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาตนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการและวิถีการใช้ประโยชน์จากการอ่านฉลากแบบอาสาสมัคร ซึ่งอาสาสมัครเหล่านั้นมีที่อยู่อาศัยกระจายไปตามพื้นที่ขนาดใหญ่ การจะเห็นผลการเปลี่ยนแปลงหรือกระแสการเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างชัดเจนในระยะเวลายันสั้นเป็นไปได้ยาก แต่ในระยะกลางหรือระยะยาว เมื่อกลไกผู้ขับเคลื่อนหลักซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายในครั้งนี้ ได้เผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจ และกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มสมาชิกของชมรมหรือกลุ่มที่ตนเองสังกัดอยู่ ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงแบบดาวกระจายไปเต็มพื้นที่ทั่วชุมชน นอกจากนี้กลยุทธ์ดาวกระจายพัฒนาต้นแบบเพื่อไปขับเคลื่อนต่อเช่นนี้ยังเหมาะสมกับพื้นที่ที่มีความหลากหลายสูงอีกด้วย เนื่องจากในแต่ละกลุ่ม/ชมรม

ชาติพันธุ์ ศาสนา ก็ล้วนแล้วแต่มีผู้นำทางความคิดและความเชื่อของตนเอง การให้ต้นแบบที่อยู่ในกลุ่มนั้น เป็นพลังในการขับเคลื่อนต่อ ถือได้ว่าเป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมอย่างยิ่ง

3. กิจกรรม

- เลือกเครือข่ายพันธมิตรที่เคยมีประสบการณ์การทำงานร่วมกัน หรือเครือข่ายที่มีอยู่ในพื้นที่ เช่น สระบุรี ลำปาง สุราษฎร์ธานี
- ประสานงานผ่านทางผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake Holder) เช่น โรงเรียนในเขตพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง หรือในกรณีจังหวัดขอนแก่น ประสานงานผ่านอาจารย์โรงเรียนซึ่งแม้ว่าจะเกษียณอายุราชการไปแล้ว แต่ยังมีจิตอาสาที่จะช่วยเหลืองานของจังหวัด
- กลไกการทำงานใช้ศักยภาพของ อสม. เป็นกลไกหลัก โดยให้ อสม. ให้ความรู้ในการดูแลตัวเอง แก่ชุมชน ขยายความรู้ความสามารถภายในครัวเรือน และ อสม. เป็นตัวอย่างที่ดีในครอบครัวและชุมชน
- กลไกการทำงานของผู้นำชุมชน คือ การหาความรู้ให้แก่ตนเอง เพื่อถ่ายทอดภายในชุมชนในฐานะ ผู้นำชุมชน
- สสจ. และ สสอ. เป็นเสมือนพี่เลี้ยง คอยสนับสนุนความรู้ เครื่องมือ อุปกรณ์ให้แก่ อสม. และผู้นำชุมชน รวมถึงการจัดอบรมให้ความรู้แก่ร้านค้า เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- เทศบาล สสจ. สสอ. หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันจัดสภาพแวดล้อมภายในชุมชน ให้ร้านค้า ร้านอาหาร มีส่วนร่วมในการเอื้อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- โรงเรียนดูแลร้านค้า ร้านอาหารในเขตความรับผิดชอบของโรงเรียน รวมทั้งการนำ อย.น้อย มาช่วยปฏิบัติงานลงพื้นที่ในชุมชน แม้ว่าจะเป็นพื้นที่นอกเขตโรงเรียน
- ร้านค้า ร้านอาหารให้ความร่วมมือเลือกผลิตภัณฑ์อาหารที่มีสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” มาจำหน่ายในร้านหรือใช้เป็นเครื่องปรุงประกอบอาหาร และจัดมุมร้านค้าให้ผู้บริโภคสามารถเข้าถึงผลิตภัณฑ์ดังกล่าวได้โดยง่าย รวมถึงการให้คำแนะนำแก่ผู้ซื้อ ผู้บริโภคโดยใช้ความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรม

ตัวอย่างกิจกรรมของเครือข่ายที่ดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ทั้ง 4 จังหวัด ได้แก่

จังหวัดขอนแก่น

- จัดตั้ง “กลุ่มผู้พิทักษ์ รักรักษาสุขภาพ” จำนวน 110 กลุ่ม เพื่อให้ความรู้ ติดตามพฤติกรรม เช่น การใช้เครื่องปรุงรส ฯลฯ และเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย 110 คน โดยแต่ละกลุ่ม ประกอบไปด้วย อย.น้อย จากโรงเรียนนครขอนแก่น นักเรียน กศน. และอสม. อย่างละ 1 คน
- จัดกิจกรรม “ชุมชนบ้านทุ่ง กลุ่มผู้นำการปรับเปลี่ยน เรียนรู้การเลือกบริโภค” ในชุมชนเพื่อให้ความรู้ พื้นฐานเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร และการใช้ประโยชน์จากฉลากอาหาร
- กลไกเอื้อและเสริมภายในชุมชน ได้แก่
 - “ร้านค้ายุคใหม่ ใส่ใจผู้บริโภค” ให้ความรู้ผู้ขายของชำและอาหารปรุงสุกเกี่ยวกับการเลือกผลิตภัณฑ์อาหารจำหน่ายในร้านหรือการเลือกใช้เครื่องปรุงรสประกอบอาหารเพื่อสุขภาพ
 - “อร่อยล้ำ นำสุขภาพ” ปรับปรุงเมนูร้านอาหารที่ขายในชุมชนให้เป็น “อาหารอายุยืน”
- กลไกเอื้อและเสริมภายนอกชุมชน ได้แก่
 - “บุญสงกรานต์ชาวบ้านทุ่งสุขภาพดี” ตั้งโรงงานอาหารอายุยืน กิจกรรมสงกรานต์ลานมังคละ นิทรรศการมีชีวิต และการบรรยายธรรมเกี่ยวกับอาหารและการบริโภค
 - ถวายเป็นบุญและศาลปัดโรมีข้อความเตือนลดหวาน มัน เค็มแด่ภิกษุวัดศรีบุญเรือง

จังหวัดลำปาง

- “เยี่ยมเพื่อนที่บ้าน” อสม. อย.น้อย และ รพ.สต. ร่วมด้วย สสจ. เยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ความรู้และติดตามพฤติกรรม

- “ลูกหลานช่วยดูแล” นักเรียน และ อย.น้อยที่อยู่ในชุมชนเป็นทั้งกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับความรู้ และแกนนำในการขยายผลในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในชุมชน แม้จะเสร็จสิ้นโครงการไปแล้ว

- จัดกิจกรรม “ความรู้คู่ครัวเรือน” ในชุมชน เพื่อให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการบริโภค เครื่องปรุงรส และการอ่านฉลาก

- ติดป้ายประชาสัมพันธ์ตามร้านอาหาร ร้านค้า และสถานที่สาธารณะทั่วทั้งชุมชน ทั้งที่เป็นข้อความภาษาไทยและล้านนา

- “หวานน้อย สั่งได้” ให้ความรู้และขอความร่วมมือร้านกาแฟในการลดปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มตามสั่งของลูกค้า

- ส่งเสริมให้ร้าน “ใส่อ้วนสุขภาพ” ผู้ผลิตอาหารโอท็อปในชุมชนพัฒนาใส่อ้วนและน้ำพริกหนุ่ม สูตรสุขภาพลดเค็มจำหน่ายและให้สต็อกเกอร์รับรองผลิตภัณฑ์

จังหวัดสระบุรี

- การให้ความรู้แต่ละคนเป็นรายบุคคลทุกคน โดยแกนนำนักเรียน อย.น้อย ร่วมกับเครือข่าย บวร.ร.

- กิจกรรม “รู้จักฉลาก รู้จักเลือก” ให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย โดยเครือข่าย บวร.ร.

- “สภาชุมชน คนช่างเลือก” ผู้นำชุมชนและปราชญ์ชุมชนสอดแทรกความรู้ในระหว่างประชุมหมู่บ้าน และเสียงตามสายในชุมชน

- “แผนที่อิมท้อง” บุชชายสินค้าและป้ายแนะนำผลิตภัณฑ์อาหารที่มีสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ในร้านชำ

- “ปรุงครัวพอดี ลดโรค” ให้ความรู้แก่ผู้ขายอาหารในชุมชน

- การเยี่ยมบ้านติดตามพฤติกรรมพร้อมกับการตรวจเยี่ยมของโรงพยาบาล

- “แผนที่อิมท้องในโรงเรียน” จัดแสดงป้ายสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพในร้านสหกรณ์โรงเรียน

- ถวายตาลปัตรเตือนใจลดหวาน มัน เค็ม แต่พระภิกษุวัดพระพุทธบาท

- ประสานการทำงานร่วมกับเครือข่ายเด็กกตัญญูแทนคุณแผ่นดิน เพื่อให้เครือข่ายเยาวชนเป็นแรงกระตุ้นแก่ผู้ใหญ่ภายในครอบครัว

จังหวัดสุราษฎร์ธานี

- กิจกรรม “ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมครั้งนี้ ได้ดีทั้งชุมชน” จัดขึ้นในชุมชน มีกิจกรรมย่อยคือ

“อ่านฉลากทุกครั้ง ชีวิตจะปังแน่นอน” จัดให้ความรู้ความเข้าใจการอ่านฉลาก

“ถ้ารู้แบบนี้ สุขภาพดีตั้งนานแล้ว” จัดให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโภชนาการ

“เมนูพื้นบ้านพิชิตโรค NCDs” คัดเลือกและสาธิตเมนูพื้นบ้านที่ดีต่อสุขภาพ เพื่อเป็นเมนูเด่นของชุมชน

- กิจกรรม “โรงเรียนโพรวายใส่ใจสุขภาพ” ให้ความรู้ผ่านเสียงตามสาย และเปลี่ยนวัตถุดิบที่ใช้ในการปรุงอาหารในโรงเรียน

- กิจกรรม “วัดโพรวาย ดีทั้งกาย ดีทั้งใจ” จัดที่วัดในชุมชน มีกิจกรรมย่อยคือ

“เทศนาแบบใหม่ ห่วงใยสุขภาพ” ภิกษุที่วัด และศาสนาจารย์ที่มีสติดี เทศนาเรื่องฉลาก และโภชนาการทุกวันพระและวันศุกร์

“ปีนโตยุคใหม่ ไฉไลกว่าเดิม” คัดเลือกปีนโตสุขภาพในวันพระ

- กิจกรรม “ชุมชนโพหวายยุคใหม่ ใส่ใจสุขภาพ” สำหรับร้านค้าชุมชนมีกิจกรรมย่อยคือ

“ต้มซำมันน้า” มีเมนูใหม่ หน้าต้มซำใส่ใจสุขภาพ ได้แก่ ต้มซำหน้าผัก ต้มซำไข่ขาว และน้ำจิ้มลดโซเดียม

“ร้านยาคุณภาพ & สุขภาพ” ร้านเมืองยาเกศซ์ ให้ความรู้และแนะนำข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้ซื้อ

ร้านที่เข้าร่วมกิจกรรมจะมีสแตนด์มาสคอตประจำโครงการ “น้องชูชี่” ติดตั้งบริเวณหน้าร้าน พร้อม QR CODE ที่เมื่อสแกนแล้วสามารถเข้าถึงข้อมูลความรู้ในการลดโรค

- กิจกรรม “สงกรานต์ปีนี้ เฮลท์ตี้แน่นอน” เป็นการประชาสัมพันธ์โครงการ โดยการจัดขบวนรถแห่ใน Theme ชุมชนโพหวายสุขภาพดี และแจกผลิตภัณฑ์อาหารที่มีสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” (Healthier choice) ตลอดขบวนแห่

4. แรงเสริม

- กลไกสำหรับปัจจัยนำ คือ การดำเนินงานหรือกิจกรรมที่มุ่งเน้นไปที่กลุ่มเป้าหมายโดยตรง เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ปรับทัศนคติ ความคิด และความเชื่อของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การให้ความรู้รายบุคคล การเยี่ยมบ้าน และการจัดกิจกรรมฐานการเรียนรู้

- กลไกสำหรับปัจจัยเสริม คือ การดำเนินงานหรือกิจกรรมที่แสดงให้เห็นถึงการได้รับการยอมรับ คำชม กำลังใจ การลงโทษ หรือกฎระเบียบจากผู้ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ การกระตุ้นเตือนจากสมาชิกในครอบครัว การสนับสนุนและมีส่วนร่วมของผู้นำ เช่น ผู้ว่าราชการจังหวัด นายอำเภอ นายกเทศบาล และปราชญ์ชุมชน การเทศนาธรรมของพระภิกษุสงฆ์เกี่ยวกับการบริโภคอย่างเหมาะสม การมอบรางวัล และการมอบป้ายแสดงถึงการเข้าร่วมหรือมีส่วนร่วมกับการโครงการ

- กลไกสำหรับปัจจัยเอื้อ คือ การดำเนินงานหรือกิจกรรมเพื่อสร้างบรรยากาศและจัดสภาพแวดล้อม โดยรอบให้ง่ายต่อการเข้าถึงผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปและกึ่งสำเร็จรูปที่มีสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” รวมถึงเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ ให้ความรู้แก่ผู้ขายอาหารและเจ้าของร้านค้า/ ร้านค้า ส่งเสริมให้มีการจำหน่ายและจัดบูธผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปและกึ่งสำเร็จรูปที่มีสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ในร้านสนับสนุนการขายอาหารเพื่อสุขภาพ หรือใช้เครื่องปรุงที่มีสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ในการปรุงประกอบอาหาร ตลอดจนแนะนำให้จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ในร้าน รวมถึงติดป้ายประชาสัมพันธ์ในร้านค้าชุมชนและรอบชุมชน ประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายในชุมชนและสถานที่โดยรอบ

ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 (บวร.ร.) ต่อยอดจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 อันมีแนวคิดให้คนในชุมชนร่วมกันสร้างเครือข่ายชุมชนเพื่อช่วยกันจัดการหรือป้องกันปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ทางชุมชนในแต่ละพื้นที่นั้น ๆ ประสบอยู่ผ่านเครือข่าย โดยมุ่งให้ทุกภาคส่วนในชุมชน พึ่งพาช่วยเหลือกันและกัน ร่วมกันเป็นพลังจิตอาสา และดำเนินกิจกรรมภายใต้

วิถีชีวิตที่เหมาะสมกับชุมชนตนเอง เพื่อสร้างชุมชนที่สามารถดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง มีสุขภาพแข็งแรงและปลอดภัย ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่หลงเชื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพโอ้อวดเกินจริง ไม่ใช้ยาที่มีการลักลอบผสมสารสเตียรอยด์ ยาชุด หรือยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา การไม่ใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่มีส่วนผสมของสารห้ามใช้ การลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม หรือประเด็นปัญหาการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพอื่น ๆ ที่พบในชุมชน โดยการดำเนินงานดังกล่าวอยู่ภายใต้การสนับสนุนโครงการของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล (บวร.) ซึ่งจะเอื้อประโยชน์ให้เกิดผลดีต่อสุขภาพของบุคคลในชุมชนอย่างยั่งยืน ซึ่งในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 นั้น มีชุมชนจากจังหวัดต่าง ๆ ได้แสดงความจำนงเสนอโครงการในการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนตามสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่ ซึ่งกองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคได้ทำการคัดเลือกโครงการ ๆ เพื่อให้การสนับสนุนด้านวิชาการและงบประมาณ ดำเนินการทั้งสิ้น 25 ชุมชน/ 25 จังหวัด

1. เครือข่าย

เครือข่ายในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ พบว่า ทั้ง 25 ชุมชน/ 25 จังหวัด ทุกชุมชน มีเครือข่ายในการดำเนินงานโครงการ อย่างน้อย 4 เครือข่าย ประกอบด้วย 1) เครือข่ายบ้าน 2) เครือข่ายวัด 3) เครือข่ายโรงเรียน และ 4) เครือข่ายโรงพยาบาล ในบางชุมชน/จังหวัด มีเครือข่ายการดำเนินงาน มากกว่า 4 เครือข่าย ที่เพิ่มเติม อาทิ เครือข่ายการปกครอง เครือข่ายเกษตรกรรม เครือข่ายภาคประชาชน โดยในแต่ละชุมชนมีเครือข่ายการดำเนินงานทั้งที่มีความคล้ายคลึง และแตกต่างกัน ตามความพร้อมและความเข้มแข็งของเครือข่าย รวมทั้งทรัพยากรจากเครือข่ายที่จะช่วยสนับสนุนการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ

2. กระบวนการ

- ด้านบริบทของโครงการ เครือข่ายได้รับการสนับสนุนการดำเนินโครงการในเชิงนโยบาย จากผู้บริหาร และได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานทั้งจากภายในและภายนอกเครือข่าย ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชน ทั้งในด้านการจัดกิจกรรม การสนับสนุนด้านอาคารสถานที่ การประชาสัมพันธ์โครงการ การร่วมเป็นวิทยากรในหัวข้อที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และโครงการมีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่

- ด้านปัจจัยนำเข้าของโครงการ พบว่า เครือข่ายมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน มีการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการดำเนินงานระหว่างภาคีเครือข่ายที่ชัดเจน มีการเตรียมความพร้อมของสถานที่จัดกิจกรรม เอกสารประกอบการบรรยาย สื่อ โสตทัศนอุปกรณ์ และพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ มีประเด็นปัญหาสุขภาพที่ต้องการปรับเปลี่ยนสอดคล้องตามที่กำหนดไว้ในโครงการ

- ด้านกระบวนการดำเนินงานของโครงการ พบว่า ความร่วมมือกันดำเนินการจัดกิจกรรมของภาคีเครือข่ายสุขภาพต่าง ๆ เป็นไปตามแผนงานและกระบวนการที่กำหนดไว้ร่วมกันตั้งแต่ระยะการเตรียมงาน การดำเนินกิจกรรมสามารถทำได้ครบถ้วน เป็นขั้นตอนตามที่กำหนดในโครงการ แต่อาจมีปัญหาอุปสรรคบ้างในเรื่องขั้นตอนการเบิกจ่ายงบประมาณ และระยะเวลาในการดำเนินงานโครงการ อย่างไรก็ตามประชาชนมีความสนใจ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่กำหนดอย่างมา

- ด้านผลผลิตของโครงการ พบว่า กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้ ทักษะ และกิจกรรมสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาของชุมชนได้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในโครงการ และเครือข่าย บวร. ได้มีการวางรากฐานในการดำเนินกิจกรรมต่อโดยเครือข่ายในชุมชน และขยายสู่ชุมชนใกล้เคียง ในอนาคตเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืน

3. กิจกรรม

กิจกรรมในโครงการ พบว่า แต่ละชุมชนใช้กิจกรรมในรูปแบบที่หลากหลาย ตามทรัพยากร และต้นทุนทางสังคมที่ชุมชนมีอยู่ รวมทั้งตามความสนใจและความต้องการของประชาชน ตัวอย่างกิจกรรมที่ดำเนินการในโครงการของชุมชน ประกอบด้วย การจัดการอบรมให้ความรู้ การเผยแพร่ความรู้ การสร้างสื่อ นวัตกรรม การสำรวจชุมชน การสร้าง/พัฒนาระบบการ เฝ้าระวัง และเตือนภัย การเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมร้านค้า กิจกรรมรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ กิจกรรมการจัดประกวด กิจกรรมการสร้าง/ค้นหาบุคคลต้นแบบ กิจกรรมสร้างเสริมกำลังใจ/มอบรางวัล กิจกรรมสร้างเครือข่าย และรวมพลังชุมชน

4. แรงเสริม

- การคัดเลือกชุมชนเข้าร่วมโครงการ ส่วนใหญ่เป็นชุมชนที่มีความเข้มแข็ง เห็นได้จากการเป็นชุมชนที่มีกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ประชาชนในชุมชนมีความสามัคคี ร่วมมือร่วมใจในการดำเนินกิจกรรมของชุมชน

- เครือข่ายการดำเนินงาน โครงการ บวร. ในทุกภาคส่วน ทั้งบ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล มีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกัน มีการประสานงานที่ดี สามารถดึงเครือข่ายจากภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับเครือข่ายของตน มาให้การสนับสนุนกิจกรรมในโครงการ

- ผู้นำชุมชนที่เป็นผู้นำทางการ (มีตำแหน่งในการเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ) เห็นความสำคัญของโครงการ ยินดีให้ความร่วมมือ และสามารถเป็นผู้ประสานงาน และรวมพลังของชุมชนได้

- ในทุกชุมชนมีผู้นำโดยธรรมชาติ อาทิ ผู้นำจากวิชาชีพ เช่น แพทย์ เกษัชกร ครู อาจารย์ และ/หรือ ผู้นำจากความศรัทธา เช่น พระภิกษุ ไต้อธิหม่าม ปราชญ์ชาวบ้าน ให้ความสำคัญและเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ จึงมีส่วนผลักดันให้ประชาชนในชุมชนเห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการ

- กิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละชุมชน มีจุดเด่นที่สามารถนำไปต่อยอด และขยายผลได้อย่างเป็นรูปธรรม เช่น นวัตกรรมที่เกิดขึ้น ในกิจกรรมของโครงการ ทั้งนวัตกรรมที่เป็นกระบวนการ และนวัตกรรมที่เป็นผลผลิต รวมทั้งการมีตัวแบบในเรื่องต่าง ๆ เช่น ระบบการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย สมุนไพรปรุงรส

ปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.) ดำเนินการเป็นปีที่ 3 ในการแก้ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ ผ่านความร่วมมือของเครือข่าย บ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล ผลานกำลังเป็นเครือข่าย บวร. ในการดำเนินงาน สร้างสรรค์กิจกรรมเพื่อรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนในชุมชน ให้สามารถดูแลตนเองและคนรอบข้างให้ห่างไกลจากภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคเพื่อป้องกันหรือลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้ ผ่านปรับพฤติกรรมและกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน โดยในปี 2563 มีเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงานทั้งสิ้น 31 ชุมชน จาก 31 จังหวัด

ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพทั่วประเทศ มีประเด็นที่เป็นปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านยา ด้านอาหารและยา และด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง

1. เครือข่าย

ทั้ง 31 ชุมชน จาก 31 จังหวัด มีเครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็งทั้ง 4 เครือข่าย ประกอบด้วย 1) เครือข่ายบ้าน 2) เครือข่ายวัด หรือ มัสยิด (ผู้นำศาสนา) 3) เครือข่ายโรงเรียน 4) เครือข่ายโรงพยาบาล และมีเครือข่ายเพิ่มเติม อาทิ เครือข่าย อสม. เครือข่ายประชาคมหมู่บ้าน พชต. พชอ. ตำรวจ อปท. ภาคเอกชน ร้านค้า และ อย.น้อย

และเนื่องจากช่วงเวลาการดำเนินโครงการฯ ได้เกิดการแพร่ระบาดในภาวะฉุกเฉินของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จึงทำให้การดำเนินการมีความล่าช้า และมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบในการดำเนินโครงการฯ ให้สอดคล้องกับชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) แต่ก็สามารถดำเนินการได้แล้วเสร็จตามระยะเวลาที่กำหนด

2. กระบวนการ

- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) กำหนดนโยบาย สนับสนุนองค์ความรู้ และปัจจัยที่ส่งเสริมการแก้ไขปัญหา

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงระหว่างชุมชนกับส่วนกลาง (อย.) ให้การสนับสนุนชุมชน เป็นที่ปรึกษาในการแก้ไขปัญหาที่พบในชุมชน ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่ชุมชน เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหา

- เครือข่ายชุมชน ตระหนักถึงปัญหา เกิดแรงจูงใจในการแก้ปัญหา เกิดการสร้างเครือข่ายจากทุกภาคส่วนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล เครือข่ายภาครัฐ และเอกชน เป็นต้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักในชุมชน ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามบริบทของแต่ละชุมชน โดยเฉพาะกลไก พชต. พชอ. ที่ช่วยขับเคลื่อนงานให้ยั่งยืน

- ผู้นำชุมชน/ แกนนำชุมชน เห็นความสำคัญของปัญหา และเกิดความตระหนักที่จะแก้ปัญหาในชุมชน โดยผู้นำชุมชนเป็นได้ทั้งผู้นำตามธรรมชาติ และผู้นำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม

- การค้นหาปัญหาในชุมชน โดยคนในชุมชนเอง ซึ่งเป็นแกนหลักของโครงการ เป็นปัญหาที่คนในชุมชนเห็นถึงความสำคัญ

3. กิจกรรม

- การจัดการอบรมให้ความรู้ มีการจัดการฝึกอบรมในหลายรูปแบบ ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ อาทิ จัดทำหลักสูตรในการอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับพื้นที่ เรื่องการอ่านฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ยาที่ห้ามจำหน่ายในร้านชำ การเฝ้าระวังยา ผลิตภัณฑ์อาหาร และสมุนไพรที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน ให้ความรู้เรื่องโรค NCDs และความเสี่ยงจากการบริโภคยา ผลิตภัณฑ์อาหาร และสมุนไพรที่ไม่ปลอดภัย ตัวอย่างเช่น การพัฒนาแกนนำหมอยาชุมชนบ้านตะเปียงจริง เพื่อให้สามารถสร้างระบบการจัดการปัญหาเรื่องการใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

- การเผยแพร่ความรู้ มีการเผยแพร่ความรู้สู่ประชาชนในช่องทางต่าง ๆ ได้แก่ จัดทำสื่อไวณิฉนวนรงค์ ประชาสัมพันธ์การใช้ยาอย่างเหมาะสม ไวณิฉนวนรงค์ที่ห้ามจำหน่าย และไวณิฉนวนรงค์ประจำบ้านที่จำหน่ายได้ การบอกต่อผลิตภัณฑ์อาหารใดมีความเค็ม ประชาสัมพันธ์/ ให้ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์อาหาร และเครื่องปรุงรสที่มีปริมาณเกลือ (โซเดียม) สูง ออกเยี่ยมบ้าน พร้อมทั้งตรวจปริมาณโซเดียมในอาหาร

ให้แก่คนในชุมชน รวมถึงถวายอาหาร/ ผลิตภัณฑ์อาหารแด่พระสงฆ์ให้ลดเค็มทุกเวลา ถวายความรู้แด่พระสงฆ์ พร้อมทั้งตรวจปริมาณโซเดียมในอาหารที่คนในชุมชนนำมาถวายพระสงฆ์ มีการแจ้งผลการทดสอบเพื่อให้คนในชุมชนทราบ และเกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมการนำอาหารถวายแด่พระสงฆ์

- การสร้างสื่อ นวัตกรรม มีการสร้างสื่อ และนวัตกรรม เพื่อให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชน ในรูปแบบสื่อพื้นบ้านประยุกต์ เช่น การผลิตสื่อเพลงกันตริ้มเพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์ สร้างความรู้ ความเข้าใจ โดยบทเพลงที่มีภาษาถิ่นที่สามารถสื่อสารเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเป็นที่ชื่นชอบอย่างแพร่หลาย สร้างสื่อ MV เพลง “คุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพดีทั้งอำเภอเมืองมหาสารคาม” การประชาสัมพันธ์ผ่านรายการ “แจ้งขอบอก” ข่าวสารด้านคุ้มครองผู้บริโภค โดยสถานีวิทยุ 99.0 คลื่นคุณธรรม รวมถึงการประกวดสื่อสร้างสรรค์ “เด็กไทยยุคใหม่ รู้เท่าทันภัยเครื่องสำอาง”

- การสำรวจชุมชน เครือข่าย บวร.ร. มีการใช้กิจกรรมการสำรวจชุมชน ในการลงเยี่ยมและสำรวจพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของคนในชุมชน ตัวอย่างเช่น การใช้เครื่องตรวจความเค็มในอาหารด้วยซอลต์มิเตอร์ (Salt Meter) โดยการลงตรวจตามบ้านในชุมชนให้ตระหนักถึงการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม

- การสร้าง/พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง และเตือนภัย ในหลายชุมชนได้มีการสร้าง และพัฒนาระบบการเฝ้าระวังและเตือนภัย โดยมีกิจกรรมในรูปแบบต่าง ๆ มีการขับเคลื่อนให้เกิดกลไกการเฝ้าระวัง และเตือนภัยปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย การจัดตั้งเครือข่าย/ ชมรม เพื่อเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่ปลอดภัยในชุมชนแบบมีส่วนร่วมและบูรณาการ โดยการ “ประสานพลังสร้างสุขภาพดี”

- การเยี่ยมบ้าน/ เยี่ยมร้านค้า กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เพื่อเก็บข้อมูลสถานการณ์ชุมชน และคืนความรู้สู่ชุมชน

- กิจกรรมการสร้าง/ ค้นหาบุคคลต้นแบบ มีการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้บุคคลต้นแบบ ได้แก่ ร้านชำต้นแบบ “Healthier Choice ทางไกลโรค NCDs” ต้นแบบด้านคุ้มครองผู้บริโภค 5 Idols คุ้มครองผู้บริโภค เพื่อลดโรค NCDs บ้านหนองหิน (บุคคลต้นแบบ นักเรียน อย.น้อยต้นแบบ โรงเรียนต้นแบบ พระภิกษุต้นแบบ และร้านชำต้นแบบ)

4. แรงเสริม

Keys Success ที่สำคัญ คือ “ทำจากใหญ่ไปสู่เล็ก” กล่าวคือ ต้องเริ่มต้นโดยการมีส่วนร่วมของคนทั้งชุมชน และสร้างผู้นำในการขับเคลื่อนโครงการฯ โดยมุ่งเน้นปัญหาที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน และเกิดขึ้นจริงในชุมชน

- การมีความตระหนักและความรับผิดชอบร่วมกัน คือ การที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมีความตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นของชุมชนร่วมกัน โดยความตระหนักนี้เกิดขึ้นได้จากการให้ความรู้ และข้อมูลสารสนเทศที่ถูกต้องและมีความรับผิดชอบร่วมกันในการแก้ไขปัญหา

- การมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน สหวิชาชีพ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภาคีเครือข่าย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ โดยเป็นการมีส่วนร่วมอย่างมีทิศทางและมีภาพเป้าหมายความสำเร็จร่วมกัน รวมทั้งมีขอบเขตบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน

- การสนับสนุนของส่วนกลางทั้งในด้านทรัพยากร (บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ องค์ความรู้) นโยบาย ระเบียบข้อบังคับที่เอื้อต่อการดำเนินงานของพื้นที่ได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ เช่น การสนับสนุนผลิตภัณฑ์ชุมชน

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563

ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

- (1) ผู้จัดหาซื้ออาหารภายในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน ซึ่งต้องทำงานในเวลากลางวัน ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
- (2) อย.น้อยปิดเทอม อยู่ช่วงเรียนพิเศษ หรือต้องทำงานพิเศษในช่วงปิดเทอม ทำให้การลงพื้นที่เกิดอุปสรรค
- (3) สื่อ สัญลักษณ์โฆษณาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ที่ อย. นำมาใช้มีขนาดเล็ก
- (4) ฉลากโฆษณาการมีขนาดเล็ก ตัวหนังสือเล็ก อ่านรายละเอียดบนฉลากได้ค่อนข้างยาก เนื้อหา มีความซับซ้อน
- (5) ราคาของผลิตภัณฑ์อาหารที่มีสัญลักษณ์โฆษณาการ “ทางเลือกสุขภาพ” บางผลิตภัณฑ์ราคาสูงกว่าสินค้าทั่วไป และบางผลิตภัณฑ์หาซื้อยาก เช่น เครื่องปรุงรส ทำให้สินค้าเข้าถึงยาก
- (6) สื่อโฆษณาที่จูงใจให้บริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม ซึ่งหากบริโภคมากเกินไปจะมีโทษต่อผู้บริโภค มีมากกว่าโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารเชิงบวกที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย
- (7) บางชุมชนยังขาดความตระหนัก และความเชื่อถือในตัว อสม. หรือผู้ที่เข้าไปให้ความรู้ในชุมชน
- (8) โรงเรียนขาดงบประมาณในการดำเนินการอ่านฉลากโฆษณาการอย่างต่อเนื่องภายในโรงเรียน
- (9) นักเรียน อย.น้อย มีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุในการทำงานนอกพื้นที่โรงเรียน นักเรียนส่วนใหญ่ที่ลงไปชุมชนไม่ใช่คนในชุมชนเอง ทำให้เกิดความกังวลเรื่องความปลอดภัย เนื่องจากระยะทางระหว่างบ้านของ อย.น้อย กับชุมชนค่อนข้างห่างไกลกัน

ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

- (1) บุคลากรที่เป็นผู้ดำเนินงานในเครือข่าย บวร.ร. ในบางชุมชนมีภาระงานประจำค่อนข้างมาก จึงอาจมีความไม่สะดวกในการหาเวลาที่ตรงกัน ทั้งในส่วนของการหารือเพื่อการเตรียมงาน และการดำเนินงาน
- (2) โครงการ บวร.ร. ค่อนข้างถูกจำกัดด้วยระยะเวลา ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ ติดตามกำกับการทำงานโครงการให้เป็นไปตามกรอบเวลาของการใช้งบประมาณ จึงอาจทำให้การดำเนินงานในบางชุมชนต้องกระชับ ไม่สามารถขยายระยะเวลาเพื่อประเมินความยั่งยืนและความคงทนของพฤติกรรมได้ตามที่คาดหวัง
- (3) ข้อจำกัดด้านระเบียบทางการเงินการคลัง ซึ่งต้องใช้เวลา ทำให้เกิดการขาดความคล่องตัวในการดำเนินงานในบางชุมชน
- (4) ชุมชนที่ดำเนินการพัฒนาพฤติกรรมบริโภคอาหาร ในบางชุมชนมีกิจกรรมรณรงค์ ให้ความรู้ และสร้างความตระหนักในการเลือกซื้อสินค้าที่มีสัญลักษณ์โฆษณาการทางเลือกสุขภาพแก่ประชาชนแล้ว แต่ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีสัญลักษณ์โฆษณาการทางเลือกสุขภาพที่วางจำหน่ายในร้านค้า/ ร้านชำของชุมชนไม่หลากหลาย และยังมีจำนวนจำกัด จึงเป็นปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

- (1) สถานการณ์การแพร่ระบาดในภาวะฉุกเฉินของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
- (2) ก่อนเข้าร่วมโครงการฯ ครูและนักเรียน อย.น้อย ขาดความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบทบาทของ อย. น้อย ในการเป็นเครือข่าย บวร.ร. ของชุมชน
- (3) การดำเนินโครงการในช่วงของการมีโรคระบาด ทำให้กิจกรรมถูกเว้นการดำเนินการไปช่วงหนึ่ง ความต่อเนื่องในการสร้างความตระหนัก การสร้างพลังในชุมชนจึงขาดช่วงไป ทำให้ต้องปรับรูปแบบหลาย ๆ กิจกรรมให้เข้ากับสถานการณ์ แบบ new normal หลาย ๆ กิจกรรมจึงต้องถูกจำกัดด้วยจำนวนคน ด้วยสถานที่ และเวลา ซึ่งบางกิจกรรมที่ขาดไปต้องคอยเสริมให้ใกล้เคียงกับกิจกรรมเดิมมากที่สุด โดยมีการดำเนินการแบบแบ่งกลุ่ม แบ่งรอบกิจกรรมไป เพื่อให้เกิดประโยชน์กับชุมชนมากที่สุด
- (4) การเปลี่ยนแปลงเพื่อให้ผู้ประกอบการ ร้านชำ งดจำหน่ายยาอันตราย และผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในระยะแรกมีความยุ่งยาก ขาดความร่วมมือ โดยคณะทำงานได้ออกแบบวิธีการแก้ไขคือการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มองเห็นปัญหาว่าเป็นปัญหาของชุมชนร่วมกัน สร้างพลังผู้ประกอบการร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ร่วมทำ MOU และ ให้การยกย่องเชิดชูเกียรติแก่ผู้ประกอบการ จนท้ายที่สุดผู้ประกอบการร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกลไกเฝ้าระวังกันเองในชุมชน ก่อให้เกิดความสำเร็จได้ร้อยละ 100 และจะเกิดความยั่งยืนในอนาคต
- (5) ผู้ป่วยหรือประชาชนมีความเชื่อและทัศนคติที่ผิดในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยมาอย่างยาวนาน รวมทั้งเข้าถึงยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยได้ง่าย
- (6) ระยะเวลาในการดำเนินโครงการสั้น และสถานการณ์โควิดทำให้การดำเนินงานต้องชะงักไปบางช่วง
- (7) ชุมชนไม่มีมาตรการที่เด็ดขาด ในการจัดการกับแหล่งนำเข้าผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยจากภายนอก ได้แก่ รถเร่ที่นำยาและอาหารเข้ามาจำหน่ายให้กับร้านชำในชุมชน วิธีการแก้ไขปัญหา คือ ประสานงานเจ้าหน้าที่ตำรวจในพื้นที่ ในการร่วมกันเฝ้าระวังแหล่งนำเข้าผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย
- (8) ในบางพื้นที่การเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจรักษาโรค ต้องใช้เวลาในการเดินทาง และระยะเวลาารอคอย ทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วย ต้องหันมาซื้อยาเพื่อมาใช้เอง บรรเทาทุกข์จากอาการเจ็บป่วย จึงไปกระตุ้นให้ร้านค้า/ ร้านชำ นำยาอันตรายมาจำหน่าย ซึ่งแม้ประชาชนจะตระหนักถึงอันตรายจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม แต่ด้วยภาวะเศรษฐกิจที่ต้องหารายได้ จึงทำให้ยังคงใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม ทำให้ผู้ประกอบการร้านค้า/ ร้านชำ ขาดความร่วมมือในการงดจำหน่ายยาอันตรายในช่วงระยะแรกของการดำเนินโครงการ
- (9) รูปภาพที่เกี่ยวข้องในแบบสอบถามไม่ชัดเจน ผู้สูงอายุมองไม่เห็น แบบสอบถามของโครงการมีความยาวเกินไป ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามที่อ่านหนังสือไม่ออก ตาไม่ดี ผู้สูงอายุ มีปัญหา มาก แม้ว่าจะมีแว่นขยายแล้วก็ตาม

(10) กลุ่มอายุส่วนใหญ่ของคนในชุมชนจะเป็นวัยผู้สูงอายุ ทำให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการส่งต่อข้อมูลข่าวสารภายในครอบครัว ในเรื่องการเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ยังไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งต้องมุ่งเน้นสื่อความรู้ที่เข้าถึงและสร้างความเข้าใจได้ง่ายแก่กลุ่มวัยผู้สูงอายุให้มากขึ้น

(11) รูปแบบสื่อความรู้ต่าง ๆ ที่ใช้ในการดำเนินงาน มีคำอธิบายที่เป็นตัวหนังสือเยอะเกินไป ตลอดจนมีการใช้คำศัพท์ด้านเทคนิคเฉพาะวิชาชีพ ยากแก่ความเข้าใจของประชาชนทั่วไป จำเป็นต้องปรับปรุงในการดำเนินงานครั้งต่อไป

(12) สัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ เครื่องหมาย อย. วันผลิต/ วันหมดอายุ และฉลากโภชนาการ มีขนาดและตำแหน่งไม่เหมาะสมกับบางกลุ่มวัย เช่น ผู้สูงอายุ

(13) ราคาสินค้ามีผลต่อการเลือกบริโภคอาหาร พบว่า อาหารบางชนิดที่ไม่มีตราสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพแต่มีราคาถูกกว่า ก็เป็นที่นิยมซื้อบริโภคมากกว่า ทำให้มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค

(14) เนื่องจากสถานการณ์ในหมู่บ้านมักจะมีโครงการต่าง ๆ จากหน่วยงานหลายหน่วยงานเข้ามา ทำให้ผู้นำหมู่บ้าน และ อสม. มีภาระงานหลายด้าน จึงทำให้ผู้นำหมู่บ้าน และ อสม. รู้สึกเหนื่อยและท้อแท้ต่อแรงต้านในชุมชน ทำให้บางครั้งการดำเนินโครงการจึงล่าช้า ซึ่งหน่วยงานที่จะเข้าไปทำโครงการในหมู่บ้าน ควรจะบูรณาการงานไปด้วยกันเพื่อลดภาระงานของชุมชน และควรมีการติดตามช่วยแก้ปัญหา ให้กำลังใจชุมชนเป็นระยะ ๆ

บทที่ 4

สรุป และข้อเสนอแนะ

รายงานการศึกษาเรื่อง “การศึกษาเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อการสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563” มีวัตถุประสงค์ในการศึกษา ดังนี้

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อการสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ด้านการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย และงานคุ้มครองผู้บริโภค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563

2. เพื่อนำไปเป็นแนวทางการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีต่อ ๆ ไป

โดยการศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) ใช้การศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) แล้วนำมาวิเคราะห์สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้มีการนำแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ มาประกอบ โดยสามารถสรุปผลการศึกษา ออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563

ผลการศึกษา พบว่า โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563 มีปัจจัยที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานโครงการ ประกอบด้วย

1. เครือข่าย

เครือข่ายเป็นปัจจัยหลักปัจจัยแรกของการดำเนินงาน บวร.ร. เพราะทุกจังหวัดจะไม่สามารถขับเคลื่อนโครงการให้สำเร็จลุล่วงไปได้ หากดำเนินการเพียงหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง นอกจากนี้ การแสวงหาเครือข่ายในบางจังหวัดยังเปรียบเสมือนการจุดประกายความหวังในการดำเนินงานให้ได้บรรลุผลสำเร็จตามที่ตั้งไว้ ซึ่งนอกจากเครือข่าย บวร.ร. ที่ประกอบไปด้วยเครือข่ายบ้าน เครือข่ายวัด (ผู้นำศาสนา) เครือข่ายโรงเรียน และเครือข่ายโรงพยาบาล ที่เป็นเครือข่ายหลักในชุมชนแล้ว เครือข่ายอื่น ๆ ที่เป็นองค์ประกอบของชุมชนถือเป็นเครือข่ายที่มีส่วนสำคัญในการส่งเสริมการดำเนินงาน บวร.ร. เพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็น เครือข่ายภาคปกครอง ซึ่งได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด นายอำเภอ หรือ นายกเทศบาล เครือข่ายภาคเกษตรกรรม เครือข่ายภาคประชาชน โดยในแต่ละชุมชนมีเครือข่ายการดำเนินงานทั้งที่มีความคล้ายคลึง และแตกต่างกัน

ตามความพร้อม และความเข้มแข็งของเครือข่าย รวมทั้งทรัพยากรจากเครือข่ายที่จะช่วยสนับสนุน การดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ

2. กระบวนการ

กระบวนการเป็นขั้นตอนเพื่อวางแผนการดำเนินงาน เพื่อกำหนดแนวทางสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยกระบวนการดำเนินงาน บวร.ร. ในแต่ละพื้นที่จะมีการดำเนินงานที่แตกต่างกันแต่อยู่บนหลัก กระบวนการที่ใกล้เคียงกัน ได้แก่

- การวิเคราะห์ชุมชน/ ค้นหาปัญหา โดยวิเคราะห์ทำให้เห็นถึงจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรค เพื่อให้ทราบถึงชุมชนนั้น ๆ มีลักษณะอย่างไรในภาพรวม แล้วจึงค่อยกำหนดวงกลยุทธ์ ที่จะใช้ในทุก ๆ กิจกรรม จากนั้นสุดท้ายจึงค่อย ๆ แทรกซึมลงไปหากลุ่มเป้าหมาย ซึ่งนอกจาก จะทราบภาพรวมของชุมชนแล้ว การวิเคราะห์ชุมชนยังทำให้ทราบถึงปัญหาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ของชุมชน หรือพื้นที่ได้อย่างชัดเจน เพื่อนำมาสู่การแก้ปัญหาได้อย่างตรงจุด

- รวมพลังเครือข่าย ตามเครือข่ายหลักของ บวร.ร. รวมทั้งเครือข่ายอื่น ๆ ที่มีส่วนสำคัญ ของแต่ละชุมชน ประสานงานผ่านทางผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake Holder)

- ดำเนินกิจกรรม โดยการดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชุมชน วิธีการดำเนินชีวิต รวมถึง ประเพณี วัฒนธรรม เพื่อเสริมให้กิจกรรมต่าง ๆ เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

- พัฒนาเครื่องมือ/ นวัตกรรม เพื่อเป็นส่วนช่วยในการดำเนินงาน และแก้ไขปัญหา โดยเครื่องมือหรือนวัตกรรมนั้น ๆ ต้องสอดคล้องกับวิถีของชุมชน เพื่อการเข้าถึง เข้าใช้ได้ง่าย

- คีนข้อมูลแก่ชุมชน เพื่อการพัฒนาและให้การแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งชุมชนจะได้รับทราบถึงผลการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมาว่าผลเป็นอย่างไร ต้องมีการดำเนินการเพิ่มเติม หรือแก้ไขส่วนใด เพื่อให้คนในชุมชนได้ทราบ และแสดงความคิดเห็นร่วมกัน

- ต่อยอดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อเกิดการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักถึงปัญหา ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พบในพื้นที่ นำไปสู่ความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจ แก้ปัญหานั้น โดยเป็นการแก้ปัญหา อย่างค่อยเป็นค่อยไปแต่มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

3. กิจกรรม

กิจกรรมในโครงการ พบว่า แต่ละชุมชนใช้กิจกรรมในรูปแบบที่หลากหลาย ตามทรัพยากร และต้นทุนทางสังคมที่ชุมชนมีอยู่ รวมทั้งตามความสนใจและความต้องการของประชาชน ตัวอย่างกิจกรรมที่ดำเนินการในโครงการของชุมชน ประกอบด้วย การจัดการอบรมให้ความรู้ การเผยแพร่ ความรู้ การสร้างสื่อ นวัตกรรม การสำรวจชุมชน การสร้าง/ พัฒนาระบบการ ฝ้าระวัง และเตือนภัย การเยี่ยมบ้าน/ เยี่ยมร้านค้า กิจกรรมรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ กิจกรรมการจัดประกวด กิจกรรมการสร้าง/ ค้นหาบุคคลต้นแบบ กิจกรรมสร้างเสริมกำลังใจ/ มอบรางวัล กิจกรรมสร้างเครือข่าย และรวมพลังชุมชน

4. แรงเสริม

Keys Success ที่สำคัญของการดำเนินงานเครือข่าย บวร.ร. คือ “**ทำจากใหญ่ไปสู่เล็ก**” ต้องเริ่มต้นโดยการมีส่วนร่วมของคนทั้งชุมชน และสร้างผู้นำในการขับเคลื่อนโครงการฯ โดยมุ่งเน้นปัญหา ที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน และเกิดขึ้นจริงในชุมชน โดยสามารถสรุปแรงเสริมที่ส่งผลต่อการดำเนินงานได้ ดังนี้

- การสนับสนุนของส่วนกลางทั้งในด้านทรัพยากร (บุคลากร งบประมาณ เครื่องมือ องค์ความรู้) นโยบาย ระเบียบข้อบังคับที่เอื้อต่อการดำเนินงานของพื้นที่ได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงระหว่างชุมชนกับส่วนกลาง (อย.) ให้การสนับสนุนชุมชน เป็นที่ปรึกษาในการแก้ไขปัญหาที่พบในชุมชน ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่ชุมชน เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหา
- เครือข่ายชุมชน ตระหนักถึงปัญหา เกิดแรงจูงใจในการแก้ปัญหา เกิดการสร้างเครือข่าย จากทุกภาคส่วนในชุมชนไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล เครือข่ายภาครัฐ และเอกชน เป็นต้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักในชุมชน ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามบริบทของแต่ละชุมชน โดยเฉพาะกลไก พชต./ พชอ. ที่ช่วยขับเคลื่อนงานให้ยั่งยืน
- ผู้นำชุมชน/ แกนนำชุมชน เห็นความสำคัญของปัญหา และเกิดความตระหนักที่จะแก้ปัญหา ในชุมชน โดยผู้นำชุมชนเป็นได้ทั้งผู้นำตามธรรมชาติ และผู้นำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม
- การค้นหาปัญหาในชุมชน โดยคนในชุมชนเอง ซึ่งเป็นแกนหลักของโครงการ เป็นปัญหาที่คนในชุมชนเห็นถึงความสำคัญ
- กลไกการทำงานใช้ศักยภาพของ อสม. เป็นกลไกหลัก โดยให้ อสม. ให้ความรู้ในการดูแลตัวเอง แก่ชุมชน ขยายความรู้ความสามารถภายในครัวเรือน และ อสม. เป็นตัวอย่างที่ดีในครอบครัวและชุมชน
- ประชาชนในชุมชนมีความสามัคคี ร่วมมือร่วมใจในการดำเนินกิจกรรมของชุมชน การมีความตระหนักและความรับผิดชอบร่วมกัน คือ การที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนมีความตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นของชุมชนร่วมกัน โดยเป็นการมีส่วนร่วมอย่างมีทิศทางและมีภาพเป้าหมายความสำเร็จร่วมกัน รวมทั้งมีขอบเขตบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน
- กิจกรรมที่ดำเนินการในแต่ละชุมชน มีจุดเด่น ที่สามารถนำไปต่อยอด และขยายผลได้ อย่างเป็นรูปธรรม

ส่วนที่ 2 การศึกษาปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563

ผลการศึกษา พบว่าปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563 สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. เครือข่าย

- บุคลากรที่เป็นผู้ดำเนินงานในเครือข่าย บวร.ร. ในบางชุมชนมีภาระงานประจำค่อนข้างมาก จึงอาจมีความไม่สะดวกในการหาเวลาที่ตรงกันทั้งในส่วนของการหารือเพื่อการเตรียมงาน และการดำเนินงาน

- ในบางชุมชนยังขาดความตระหนัก และความเชื่อถือในตัว อสม. หรือผู้ที่เข้าไปให้ความรู้ในชุมชน

2. กระบวนการ

- ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ บวร.ร. ค่อนข้างถูกจำกัดด้วยระยะเวลา ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการ ติดตามกำกับ การดำเนินงานโครงการให้เป็นไปตามกรอบเวลา

ของการใช้งบประมาณ จึงอาจทำให้การดำเนินงานในบางชุมชนต้องกระชั้น ไม่สามารถขยายระยะเวลา เพื่อประเมินความยั่งยืนและความคงทนของพฤติกรรมตามที่คาดหวังได้

- ชุมชนไม่มีมาตรการที่เด็ดขาด ในการจัดการกับแหล่งนำเข้าผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย จากภายนอก

3. กิจกรรม

- สถานการณ์การแพร่ระบาดในภาวะฉุกเฉินของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

- กลุ่มอายุส่วนใหญ่ของคนในชุมชนจะเป็นวัยผู้สูงอายุ ทำให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการส่งต่อ ข้อมูลข่าวสารภายในครอบครัว ในเรื่องการเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ยังไม่ดีเท่าที่ควร

4. แรงเสริม

- ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เอื้อต่อการบริโภคที่เหมาะสม เช่น ผลิตภัณฑ์ที่มีสัญลักษณ์โภชนาการ ทางเลือกสุขภาพ มีราคาที่ย่อมเยา หาซื้อได้ง่ายในชุมชน

- ฉลากบนผลิตภัณฑ์สุขภาพต่าง ๆ มีขนาดค่อนข้างเล็ก ส่งผลกระทบต่อทางเลือกซื้อ ของผู้บริโภค

- ในบางพื้นที่การเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจรักษาโรค ต้องใช้เวลาในการเดินทาง และระยะเวลาการรอคอย ทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วย ต้องหันมาซื้อยาเพื่อใช้เอง บรรเทาทุกข์จากอาการ เจ็บป่วย จึงไปกระตุ้นให้ร้านค้า/ ร้านชำ นำยาอันตรายมาจำหน่าย

- ผู้ป่วยหรือประชาชนมีความเชื่อและทัศนคติที่ผิดในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ไม่ปลอดภัยมาอย่างยาวนาน รวมทั้งเข้าถึงยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยได้ง่าย

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาข้อมูลทั้งหมด ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่าย ในชุมชน เพื่อการสร้างความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัย ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีต่อ ๆ ไป ดังนี้

1. เครือข่าย

ผู้ศึกษาเล็งเห็นถึงแนวทางที่จะช่วยให้แต่ละเครือข่ายสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง และมีการดำเนินงานที่เป็นแบบแผน สามารถแบ่งหน้าที่ให้เครือข่ายแต่ละเครือข่ายได้อย่างชัดเจน ในการดำเนินงานในชุมชน โดยเสนอให้ทุกชุมชนที่ดำเนินงานเครือข่าย บวร.ร. มีการจัดตั้งข้อปฏิบัติ ร่วมกันของคนในชุมชน หรือ MOU หรือ จัดตั้งธรรมนูญชุมชนเพื่อจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในพื้นที่ โดยการดำเนินงานผ่านเครือข่าย บวร.ร. เน้นการดำเนินงานโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ใช้จุดเด่นภูมิปัญญาของคนในชุมชน เพื่อช่วยจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ การทำข้อตกลงร่วมกัน ระหว่างคนในชุมชน หน่วยงานภาครัฐ และเครือข่ายต่าง ๆ ในชุมชนออกมาเป็นธรรมนูญชุมชน MOU ระหว่างหน่วยงาน และการนำปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พบเข้าสู่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับตำบล และระดับอำเภอ (พชต. และ พชอ.) เพื่อสื่อสารปัญหาให้ขยายวงกว้างและนำปัญหานั้น

มาเป็นประเด็นหลักในการแก้ปัญหาในระดับตำบล และระดับอำเภอ ชุมชนบางแห่งสามารถดำเนินการให้คนในชุมชนรวมพลังเป็นหนึ่งเดียว และเกิดเป็นธรรมนูญชุมชนที่ทุกคนมีมติการร่วมกัน เช่น วางกติกาและติดป้ายห้ามรถเร่เข้ามาจำหน่ายยาชุด ยาผิดกฎหมายในชุมชน หากผู้ใดในชุมชนพบเห็นจะมีการสื่อสารกันอย่างรวดเร็ว เพื่อไม่ให้มีสิ่งผิดกฎหมายเข้ามาทำร้ายคนในชุมชนได้

ตัวอย่างการดำเนินงาน เช่น กลุ่มเครือข่าย บวร.ร. มีการประชุมร่วมกันเพื่อเสนอความคิดเห็นถึงแนวทางในการแก้ปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนร่วมกันของทุกเครือข่ายและประชาชนในชุมชนจัดทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU) เพื่อเป็นข้อตกลง และแนวทางการถือปฏิบัติของคนในชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหารถเร่ที่เข้ามาจำหน่ายยาในชุมชน รวมทั้งการจำหน่ายยาในร้านค้า ร้านชำ ตัวอย่างที่เห็นเป็นรูปธรรมได้แก่ธรรมนูญสุขภาพตำบลทุ่งหลวง จังหวัดสุโขทัย

2. กระบวนการ

ผู้ศึกษามีข้อเสนอว่า การสร้างความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำเป็นต้องมีระบบและกลไกในการดำเนินงานสานต่อกิจกรรม ซึ่งระบบและกลไกดังกล่าวควรบูรณาการไปกับงานประจำหรือวิถีชีวิตของชุมชน เพื่อไม่เป็นการสร้างภาระให้แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของโครงการ เครือข่าย บวร.ร. จึงควรมีบทบาทหน้าที่เป็นแกนนำในการหาแนวทางทำให้เกิดระบบและกลไกดังกล่าวในชุมชน และจากข้อเสนอแนะนี้ผู้ศึกษาได้มีการกำหนดเป็นยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด ในเรื่องของการแก้ไขปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพ ก่อนการดำเนินงานในแต่ละปี มีการถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาสู่จังหวัดต่าง ๆ ผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยการประชุมนโยบายประจำปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และยังคงยกย่อนโยบายดังกล่าว โดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ไปยังเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ได้รับมอบหมายในการดำเนินงาน บวร.ร. หรือเป็นพี่เลี้ยงให้แก่ชุมชนที่จะดำเนินงาน บวร.ร. ผ่านไลน์กลุ่มอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งมีการลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงานของเครือข่าย เครือข่ายละ 1 ครั้ง โดยกองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค มีการติดตามการดำเนินงานผ่าน คบ. เขตที่อยู่ในความรับผิดชอบ และมีการรายงานผลการดำเนินงานผ่านการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง รพ.สต. รพ. สสอ. สสจ. กอง คบ. กอง พศ. ผ่านระบบ FDA Center

3. กิจกรรม

ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะว่า การดำเนินงานเครือข่าย บวร.ร. นอกจากเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล ตามแนวคิดที่ตั้งเป้าตั้งแต่ต้นแล้ว ควรมีการขอความร่วมมือจากส่วนต่าง ๆ ผ่านกิจกรรมและหน้าที่ตามบริบทของชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ เป้าหมายที่วางไว้ โดยได้สรุปกิจกรรมการดำเนินงานที่มีส่วนช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย เกิดผลลัพธ์ในการดำเนินงาน จากชุมชนที่มีการดำเนินงานเครือข่าย บวร.ร. ที่ผ่านมา เพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานของชุมชน และจังหวัดอื่นต่อไป ดังนี้

- ค้นหาปัญหาในพื้นที่/ชุมชน หรือนำปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ประสบอยู่ในชุมชนมาค้นหาแนวทางการแก้ปัญหา โดยมีข้อมูลทางสถิติ หรือข้อมูลข้อเท็จจริงต่าง ๆ เป็นข้อบ่งชี้ถึงปัญหานั้น ตัวอย่างเช่น ชุมชนตำบลทุ่งหลวง จังหวัดสุโขทัย วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา โดยการประชุมจัดทำแผนในระดับหมู่บ้าน ประชุมจัดทำแผนในระดับตำบล ประชุมจัดทำแผนกองทุนหลักประกันสุขภาพฯ และวิเคราะห์ข้อมูลการรักษาใน รพ.สต.และข้อมูลการสำรวจ รวมถึงประเมินและเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหาร ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ที่พบเป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญ

- รวบรวมเครือข่ายเพื่อดำเนินงานตามเครือข่าย บวร.ร. ช้างต้น หรือเครือข่ายอื่น ๆ ตามบริบทและความร่วมมือในพื้นที่/ ชุมชน ตัวอย่างเช่น เครือข่าย บวร.ร. ชุมชนตำบลทุ่งหลวง จังหวัดสุโขทัย สร้าง 60 ชุมชน ได้แก่ นายกเทศมนตรี ประธานสภาเทศบาล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สารวัตร แพทย์ประจำตำบล เป็นคณะกรรมการ ออกมาตรวจเชิงสังคมในการตรวจสอบชุมชน ตรวจเยี่ยมร้านค้า ร้านอาหาร เพื่อเฝ้าระวังอันตรายอันเกิดจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลิตภัณฑ์ 131 ชุมชน ซึ่งได้แก่ อสม. อย.เข้มแข็ง ที่ผ่านการอบรม อสม.นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ ออกเยี่ยม เฝ้าระวังภัยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน และเฝ้าระวังปัญหาด้านยาในชุมชน

- มีการประชุมเพื่อเสนอความคิดเห็นถึงแนวทางในการแก้ปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนร่วมกันของทุกเครือข่ายและประชาชนในชุมชนตำบลศรีตรัง ตำบลศรีตรัง ตัวอย่างเช่น เครือข่าย บวร.ร. ชุมชนอำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ ดำเนินการ ค้นหาปัญหาการใช้ยาในชุมชน ประชุมระดมสมองเพื่อร่วมกันพัฒนาแนวทางการจัดการปัญหาการใช้ยาในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

- จัดทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU) เพื่อเป็นข้อตกลง และแนวทางการถือปฏิบัติของคนในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหา เครือข่ายชุมชนตำบลทุ่งหลวง จังหวัดสุโขทัย จัดทำธรรมนูญชุมชน ไม่ซื้อ ไม่จำหน่ายยาชุด ยาอันตราย และห้ามรถเร่เข้ามาขายยาในชุมชน

- จัดกิจกรรมที่มีการส่งเสริมการแก้ปัญหา และส่งเสริมความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน ตามบริบท วัฒนธรรม การดำเนินชีวิตของประชาชนในชุมชน เครือข่าย บวร.ร. ชุมชนร่องตาดำ จังหวัดอุทัยธานี จัดทำสื่อแสดงหมอลำ การแสดงกลองยาวให้ความรู้เรื่องอันตรายจากยาที่มีการปนเปื้อนสารสเตียรอยด์ ในงานบุญพระเวส งานบุญประจำปีของชุมชน

- ส่งเสริมการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านระบบออนไลน์ FDA Center เครือข่าย บวร.ร. ทุกจังหวัดที่มีการดำเนินการมีการรายงานผลการดำเนินการ พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน ข่าวสาร ข้อมูลความรู้ ผ่านช่องทางออนไลน์ โดยเฉพาะผ่านระบบออนไลน์ FDA Center

- สร้างชุดรูปแบบการดำเนินงานจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน ตัวอย่างเช่น เครือข่าย บวร.ร. ชุมชนตำบลทุ่งหลวง จังหวัดสุโขทัย สร้างพลังการดำเนินงานโดยสร้าง 60 ชุมชน ออกมาตรวจเชิงสังคมในการตรวจสอบชุมชน ตรวจเยี่ยมร้านค้าร้านอาหาร เพื่อเฝ้าระวังอันตรายอันเกิดจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ ผลิตภัณฑ์ 131 ชุมชน ออกเยี่ยม เฝ้าระวัง ภัยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน เฝ้าระวังปัญหาด้านยาในชุมชน

- จัดการถอดบทเรียนเพื่อเรียนรู้ความสำเร็จ ปัญหา และอุปสรรคต่าง ๆ ที่พบในการดำเนินงาน เครือข่าย บวร.ร. ชุมชนอำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์ การถอดบทเรียนและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยเภสัชกรทำการประเมินชุมชน เพื่อให้เข้าใจข้อมูลพื้นฐานที่เป็นแกนร่วมของชุมชน (community core) และระบบย่อยของชุมชน จัดประชุมเครือข่ายสุขภาพ ประกอบด้วย ผู้นำแซ่ ครอบครัวผู้ป่วย ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. โดยคืนข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงาน 4 กิจกรรมข้างต้น นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสนอผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค รวมทั้งร่วมกันพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน

- ประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงานทุกจังหวัดที่มีการดำเนินการ มีการประเมินผล และรายงานผลการดำเนินงานให้แก่ ออย.

- คัดเลือกข้อมูลให้แก่ชุมชน ตัวอย่างเช่น เครือข่าย บวร.ร. ชุมชนบ้านร่องตาดที่ จังหวัดอุทัยธานี ดำเนินการคัดเลือกข้อมูลสู่ชุมชนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ จัดการต้นต่อแหล่งผลิตอย่างเด็ดขาด ดำเนินการทางกฎหมายอย่างถึงที่สุด สำหรับผู้ขายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผสมสเตียรอยด์ เพิ่มการรักษา ทดแทน เพื่อให้เลิกใช้ยาที่ผสมสเตียรอยด์ แบบเสิร์ฟถึงหม่อง CG ช่วยดูแล แนะนำ เพิ่มแหล่งสมุนไพร แก้วปวดเมื่อย ทุกบ้าน พัฒนาวัดเป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสมุนไพร อบรม หมอนวดน้อย เพื่อหารายได้ ช่วงปิดเทอม สอดแทรกเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับภัยสเตียรอยด์ในการทำบุญวันพระ (พระเทคน์) และงานบุญ ประเพณี (งานบุญพระเวท) แสดงพระเวทสันดร ชูชก นางมัทรี แต่งเพลงหมอลำ สวดสรภัญญะ กลอน

- ร่วมกันเสนอแนวทางการดำเนินงานในปีต่อไป ตัวอย่างเช่น เครือข่าย บวร.ร. ชุมชนตำบล หุ่นหลวง จังหวัดสุโขทัย จัดเวทีสรุปผลการดำเนินการในโครงการ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงาน PDCA และก้าวต่อไปอย่างไรในอนาคต

4. แรงเสริม

ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะ ดังนี้

- การใช้สื่อที่เข้าถึงได้ทุกชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ การใช้รูปแบบของสื่อ ข้อความที่น่าเสนอ บนสื่อที่เข้าใจและจดจำได้ง่าย

- สนับสนุนการสร้างผลิตภัณฑ์ทดแทนทางเลือกสุขภาพที่ราคาไม่สูง โดยการนำภูมิปัญญา หรือนวัตกรรมชุมชนมาต่อยอดเพื่อสร้างรายได้ทดแทนแก่คนในชุมชน

- สร้างนโยบายในการกำกับที่ฝังลงลึกในชุมชนให้เป็นนโยบายสุขภาพชุมชน

- ส่งเสริม Health Literacy แก่คนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

นอกจากข้อเสนอแนะข้างต้น ผู้ศึกษาและทีมที่ดำเนินงานเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัย ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) มีการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ที่เป็นศูนย์กลางในการให้ความรู้แก่ประชาชน ทุกเพศ ทุกวัย ผ่านช่องทางออนไลน์ เพื่อช่วยสร้างเสริมความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้แก่ประชาชน ได้อย่างทั่วถึงมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในช่วงของสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แก่ FDA Center คลังความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (www.fda.go.th) ประกอบด้วย

1. โรงเรียนออนไลน์ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 5 โรงเรียน ได้แก่

- โรงเรียน อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้านคุ้มครองผู้บริโภค)

- โรงเรียนบุคลากรสาธารณสุข

- โรงเรียน ออย. น้อย

- โรงเรียนผู้สูงอายุ

- โรงเรียนประชาชนทั่วไป

2. ศูนย์รวมความรู้ออนไลน์ หรือ KM Online ช่องทางในการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ทั้งในรูปแบบของบทความ อินโฟกราฟิก หรือคลิปวิดีโอ

3. ระบบรายงานผล หรือ Report system ที่ใช้รายงานผลการดำเนินงาน บวร.ร. และ อย. น้อย สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นการจัดทำระบบเพื่อเอื้อประโยชน์และลดระยะเวลาในการส่งรายงานผลการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นการเผยแพร่การดำเนินงานที่รวดเร็ว ทำให้การดำเนินการมีความใกล้ชิด เห็นเป็นรูปธรรม
4. กิจกรรมร่วมสนุก เกมบันไดงู/ จับคู่ผลิตภัณฑ์สุขภาพ/ เลื่อนรับจับผลิตภัณฑ์สุขภาพ
5. ข่าวสารจาก อย.



นอกจากข้อเสนอแนะข้างต้นที่ได้จากการศึกษาปัจจัยที่มีส่วนสำคัญ ปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 – 2563 เพื่อนำมาสู่การพัฒนาการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ในการสร้างความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของโครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ปีต่อ ๆ ไป ผู้ศึกษานำเสนอรูปแบบในการดำเนินงาน ดังนี้

รูปแบบ การดำเนินงานเครือข่าย “บวร.ร.”

คือ “บูรณาการ วิถีชุมชน ร่วมมือ เรียนรู้” โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. “บ” บูรณาการ คือ หลักในการดำเนินงานของรูปแบบที่เน้นการดึงทุกภาคส่วนร่วมแก้ไข ปัญหา และผสมองค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์กับภูมิปัญญาและมิติทางวัฒนธรรมของชุมชน
2. “ว” วิถีชุมชน คือ การทำความเข้าใจชุมชนเพื่อเข้าถึงปัญหาและแนวทางการแก้ไข ประกอบด้วย
 - 2.1 วิเคราะห์ชุมชน ได้แก่ สภาพบริบท ความเชื่อ ค่านิยม ปัญหา ทรัพยากร ผู้นำเครือข่าย แกนนำ ทูตทางสังคมที่มีอยู่
 - 2.2 สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่านวิถีชีวิตของชุมชน เช่น ประชาคมหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น ผู้นำศาสนา เครือข่ายทูตทางสังคมเดิมที่มีอยู่ เช่น แกนนำ เป็นต้น
 - 2.3 พัฒนากลยุทธ์บนฐานของบริบท สภาพปัญหาและวัฒนธรรมของชุมชน ได้แก่ แนวทาง นโยบาย กิจกรรม เครื่องมือ นวัตกรรมที่อยู่บนฐานของวิถีชีวิตและปัญหาของชุมชน

3. “ร” ร่วมมือ คือการสร้างกลไกการทำงานในทุกกระดับผ่านภาคีเครือข่าย และ 3 ประสาน คือ ส่วนกลาง จังหวัด และชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 บทบาทสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือ ออย. (ส่วนกลาง) ได้แก่

3.1.1) กำหนดเป้าหมายตัวชี้วัด (KPI) จากส่วนกลางและกระจายลงสู่พื้นที่ในแต่ละระดับ

3.1.2) สร้างหัวเชื้อผ่านงบดำเนินงานตั้งต้น (Seed Money)

3.1.3) สนับสนุนองค์ความรู้ สื่อ เครื่องมือในการดำเนินงานของชุมชน

3.1.4) ประสานการทำงานเครือข่ายผ่านสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3.1.5) ยกย่องเชิดชูให้กำลังใจชุมชนที่มีการดำเนินงาน และเป็นเครือข่ายร่วมกัน

3.2 บทบาทพื้นที่ ได้แก่

3.2.1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สานต่อนโยบายสู่การปฏิบัติในชุมชน วิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ร่วมกับชุมชน สร้างแกนนำชุมชนเพื่อกระจายความรู้สู่ชุมชน เชื่อมโยงเครือข่าย สหวิชาชีพ สนับสนุนทรัพยากร กำกับติดตามการดำเนินงานของชุมชน

3.2.2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งมีนายอำเภอเป็น ประธาน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) กำหนดนโยบาย ประสานความร่วมมือทุกภาคส่วนในชุมชน ในการดำเนินงานอย่างยั่งยืน

3.2.3) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานแก่ชุมชน

3.3 บทบาทชุมชน ได้แก่

3.3.1) วิเคราะห์ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

3.3.2) สร้างกลยุทธ์และวางแผนการดำเนินการ/ป้องกันและแก้ไขปัญหา

3.3.3) สร้างเครือข่ายและกลไกในการทำงานของชุมชน

3.3.4) ดำเนินการตามแผนงาน

3.3.5) สร้างระบบติดตามและเฝ้าระวังเตือนภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน

3.3.6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้คืนข้อมูลให้ชุมชนเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานต่อไป

4. “ร” เรียนรู้ คือ การส่งกลับข้อมูลสู่ชุมชน สะท้อนผลการเรียนรู้ร่วมกันของเครือข่าย รายงานผลการดำเนินงานเพื่อพัฒนาและให้การสนับสนุนอย่างยั่งยืน

4.1 การส่งกลับข้อมูลสู่ชุมชน อย่างเป็นกัลยาณมิตรโดยชุมชน เพื่อชุมชน เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการรายงานผลส่งกลับคืนสู่ชุมชน เพื่อให้ชุมชนมีความตระหนักในปัญหา และติดตามเฝ้าระวังกันเองภายในชุมชนมากกว่าการรายงานเพื่อตรวจจับหรือจับผิด

4.2 การสะท้อนผลการเรียนรู้ร่วมกันของเครือข่าย เป็นการสร้างกลไกการให้เครือข่าย ที่มีอยู่ในชุมชนและต่างชุมชนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานของกันและกัน เพื่อเห็นแนวทางการ

ปรับปรุงพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพต่อไป การค้นหาและพัฒนาต้นแบบแกนนำ โดย อย.
(ส่วนกลาง) อาจเป็นผู้ประสานและสร้างกลไกสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายชุมชนได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน

4.3 การรายงานผลการดำเนินงานและการใช้ผลเพื่อพัฒนาและให้การสนับสนุน
อย่างต่อเนื่อง เป็นการรายงานผลการดำเนินงานแก่หน่วยงานต้นสังกัดและหน่วยงานที่ให้การสนับสนุน
งบประมาณได้รับทราบข้อมูลเชิงประจักษ์เพื่อให้เกิดการสนับสนุนอย่างยั่งยืนต่อไป



เอกสารอ้างอิง

1. กองควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2565. รายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อกำกับติดตามคุณภาพบริการการดำเนินงานด้านโรคไม่ติดต่อ (โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
2. กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา รายงานการสำรวจความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชน ในชุมชนกลุ่มเป้าหมายของ 31 จังหวัดที่ดำเนินการภายใต้โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ฉบับสมบูรณ์. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข
3. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง. 2545. วิถีชุมชน เครื่องมือ 7 ชั้น. นนทบุรี: สุขศาลา.
4. ชื่นจิตร กองแก้ว. 2557. การใช้ยาในผู้สูงอายุไทยเขตภาคเหนือตอนล่างประเทศไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
5. รัฐสร้อยทิพย์ ศิริดิษฐกุล ณัฐกฤตา ศิริโสภณ. 2563. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
6. ผุสดี เวชพิพัฒน์, กรัณรรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ, ภัคพฐ อุ๋นงามพันธ์ุ, สุภาภรณ์ ปั่นพล, จินตนา เทียมทิพร, 2562. รายงานการสำรวจความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชน ในชุมชนกลุ่มเป้าหมายของโครงการ ฯ ที่ 25 จังหวัดดำเนินการภายใต้โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562. กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข, (เอกสารอัดสำเนา).
7. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง พ.ศ. 2558. (Online). <http://library2.parliament.go.th/.../law86-080958-5.pdf>
8. ยาวิพากษ์. 2554. การจัดการปัญหาโฆษณาและอาหารที่อวดอ้างสรรพคุณทางยา ที่ผิดกฎหมายทางวิทยุท้องถิ่น เคเบิลทีวี และโทรทัศน์ดาวเทียม. (online).www.thaidrugwatch.org/download/series/series12.pdf, 18 กรกฎาคม 2562.
9. รัชну กริธาธร และ ภูมิพัฒน์ อรุณากร. 2564. เครื่องมือวัดความรู้และข้อเสนอการวัดความรู้สุขภาพด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ. กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
10. วสุนธรี เสรีสุชาติ. 2543. การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในโรงงานอุตสาหกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จังหวัดฉะเชิงเทรา. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตสาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล.
11. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. 2562. การประชุมมหกรรมสุขภาพด้านโรคไม่ติดต่อ (NCDs Forum 2018). (online). <https://www.hfocus.org/content/2018/08/16157>, 3 สิงหาคม 2562.

12. สำนักข่าว Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. 2562. แนวโน้มคนไทยป่วยไตเรื้อรัง. (online).
<https://www.hfocus.org/content/2017/08/14351>, 3 สิงหาคม 2562.
13. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2562. เลือกสุขภาพดี ต้องดูที่ฉลาก. (online).
<https://www.thaihealth.or.th/Content/43209-เลือกสุขภาพดี%20ต้องดูที่%20ฉลาก%27.html>, 3 สิงหาคม 2562.
14. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2562. สถานการณ์ NCDs. (online).
<https://www.thaihealth.or.th/microsite/categories/5/ncds/2/173/176-กลุ่มโรค+NCDs.html>, 3 สิงหาคม 2562.
15. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2562. โรคอ้วนลงพุง. (online).
<http://siamhealthstation.blogspot.com/2013/04/blog-post.html>, 3 สิงหาคม 2562
16. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. 2562. กลุ่มโรค NCDs. (online).
http://resource.thaihealth.or.th/system/files/documents/aw_ncds_booklet_a5.
3 สิงหาคม 2562.
17. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2560. การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร พ.ศ. 2560. (Online). www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาสุขภาพ/พฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร/การสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร_2560/รายงานฉบับสมบูรณ์.pdf, 15 กรกฎาคม 2562.
18. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. 2562. ประเด็นสารณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก ปี 2561. (online). www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/ประเด็นสารวันความดันโลหิตสูง_61.pdf, 3 สิงหาคม 2562.
19. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. 2560. สถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทยในระยะ 5 ปี (2553-2557). วารสารควบคุมโรค. 43 (4) ต.ค. - ธ.ค. 2560. หน้า 379 – 390.
20. สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และ คณะ. 2556. รายงานการทบทวนกลไก วิธีการ หรือ รูปแบบในการจัดการให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
21. สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, วิชัย โชควิวัฒน์ และ ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. 2545. ระบบยาของประเทศไทย. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศนนทบุรี.
22. เอกสารการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 7. 2557. การจัดการสเตอรอยด์ที่คุกคามสุขภาพคนไทย. ระเบียบวาระที่ 2.2: วันที่ 7 พฤศจิกายน 2557, ณ ศูนย์แสดงสินค้าและการประชุมอิมแพ็คเมืองทองธานี. หน้า 1/4 – 8/4.

ภาคผนวก

โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.)


ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561





โครงการชุมชนสุขภาพดี หรือ บวร.ร. โดยมีแนวคิด “สร้างเครือข่ายชุมชนเพื่อการพึ่งพาตนเองสู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน” นำเครือข่ายจาก บ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล ในชุมชน ซึ่งเข้าใจถึงปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนตนเองเป็นอย่างดี มาเป็นแกนนำ ร่วมคิด ร่วมนำ ร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบในการสร้างเสริมพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม เพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) หรือภัยแฝงของสุขภาพที่มาในรูปแบบต่าง ๆ ให้กับคนในชุมชนตัวเอง โดยส่งเสริมให้ชุมชนมีต้นแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับบริบท/วิถีชีวิตและความต้องการของชุมชน มุ่งหวังให้เป็นชุมชนต้นแบบการเรียนรู้ที่มีการจัดการอย่างเป็นระบบตามหลักการด้านสุขภาพที่เอื้อให้คนในชุมชนมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงเป็นแหล่งเรียนรู้สำหรับเป็นกรณีศึกษาให้แก่ชุมชนอื่น ๆ นำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชน เพื่อให้สังคมไทยมุ่งสู่สังคมสุขภาพดี

แนวทางการดำเนินงานโครงการชุมชนสุขภาพดี ภายใต้ความร่วมมือของแกนนำ บวร.ร.

- เป้าหมาย คือ ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยส่งเสริมให้เกิดการบริโภคอาหารสำเร็จรูปกึ่งสำเร็จรูป อย่างเหมาะสม เน้นการอ่านและใช้ประโยชน์จากข้อมูลบนฉลาก ได้แก่ สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” (Healthier Choice) ฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ : Guideline Daily Amounts) เพื่อลดการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม แต่อาจเสริมด้วยกิจกรรมจากหน่วยงานอื่น ๆ เช่น ออกกำลังกาย ร่วมด้วยได้
- ดำเนินการในรูปแบบเครือข่าย โดย อย.มีการเรียนรู้ร่วมกับพื้นที่ ชุมชนมีอิสระในความคิดวิธีแก้ปัญหาขึ้นอยู่กับพื้นที่ ไม่ใช่เป็น Pattern จาก อย. สามารถใช้กระบวนการหรือกิจกรรมใดก็ได้ในการไปถึงเป้าหมายร่วมกัน คือลดโรค NCDs โดยชาวบ้านมีส่วนร่วมมากที่สุด และ อย. เป็นผู้ให้คำปรึกษาด้านองค์ความรู้ร่วมกับ สสจ. และ รพ.สต. รวมถึงผลิตสื่อความรู้และสื่อสนับสนุนในการลงพื้นที่ ให้ชุมชนพิจารณาเลือกใช้ให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่ชุมชนดำเนินงาน เช่น

- ✚ **Mock Up** จำลองจากผลิตภัณฑ์ตัวอย่างจริง ที่มีการแสดงฉลากโภชนาการ/ฉลาก GDA/สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” บนผลิตภัณฑ์
- ✚ **ชุดนิทรรศการ** (Roll up) (๑ ชุดมี ๘ เรื่อง) โดยแต่ละเรื่องจะมีเครื่องหมาย QR Code ที่ลิงก์ กับคลิปความรู้ที่เกี่ยวข้อง
- ✚ **Motion Infographic** สอนวิธีการอ่านฉลากโภชนาการ/ฉลากหวาน มัน เค็ม/สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ลักษณะการ์ตูน ๒ เรื่อง คือ เรื่องที่ ๑ ฉลาก อ่านง่ายดีต่อสุขภาพ
- ✚ **คลิปสาธิตการทำอาหารเพื่อสุขภาพ** จำนวน ๒ เรื่อง โดยมีคุณชาคริต แย้มนาม เป็นผู้สาธิตการทำอาหารสุขภาพทั้งคาวและหวาน ได้แก่ ๑) เมนูไข่พะอากิตย และลาบทูน่าผักพื้นบ้าน ๒) เต้าฮวยฟรุตสลัด โดยใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ”/ฉลากโภชนาการ/ฉลากหวาน มัน เค็ม ในการปรุงอาหาร

 **ตาลปัตรและยาม** สำหรับถวายแก่พระสงฆ์ เพื่อให้ในการเทศน์ให้ความรู้แก่ญาติโยม โดยบนตาลปัตรมีข้อความ เค็มไม่ตี หนึ่ไขมัน หันห่างหวาน อานฉลากก่อนบริโภค เพื่อเป็นข้อความเตือนสติให้แก่วัดโยมที่มาฟังเทศน์ ทำบุญที่วัด

- วิธีการ ทุกชุมชนมีการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชนตนเอง สํารวจพฤติกรรมกรรมการบริโภคของคนในชุมชน โดยพบว่า ๔ ชุมชนนี้จะมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และเบาหวาน มากขึ้น สาเหตุเกิดจากการปรุงอาหารหรือซื้ออาหารที่ใส่เครื่องปรุงรสหวาน มัน เค็ม มากเกินไป รวมถึงบริโภคอาหารสำเร็จรูป/อาหารกึ่งสำเร็จรูป ที่หวาน มัน เค็ม มากเกินไป มีการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายที่ดำเนินงานโดยดูจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของชุมชนตนเองเป็นแนวทางหลักในการสร้างวิธีการและกิจกรรม
- กิจกรรมแต่ละพื้นที่ มีการผสมผสานกิจกรรมต่าง ๆ เช่น
 -  ดึงวัดเป็นศูนย์รวม โดยพระสงฆ์ถวายความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ฆราวาสและญาติโยมตระหนักในการดูแลสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย เหมาะสมได้เป็นอย่างดี ผ่านงานบุญ งานวิสาขบูชา งานประเพณี เช่น บุญสงกรานต์
 -  รุกถึงครัวเรือน ให้ตระหนักรู้ และนึกคิดถึงความรุนแรงหากไม่ดูแลสุขภาพ และให้ความรู้คนในบ้านถึงวิธีการต่าง ๆ ในการลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม มีกิจกรรม เช่น สํารวจฉลากเครื่องปรุงรส ดูปริมาณโซเดียม จัดทำและแนะนำปริมาณการใส่เครื่องปรุงรสที่เหมาะสมกับแต่ละบ้าน
 -  ผสานความร่วมมือกับร้านค้า และผู้ประกอบการร้านอาหาร โดยมีร้านค้าให้ความร่วมมือนำอาหารที่ฉลากมีสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” เข้าร้าน จัดทำมุมผลิตภัณฑ์อาหารสุขภาพ และในชุมชนที่นิยมซื้ออาหารถุง หรือบริโภคอาหารจากร้านค้า มีการร่วมมือกับผู้ขายปรับสูตรอาหารท้องถิ่น ส่งเสริมให้มีเมนูสุขภาพที่ใช้เครื่องปรุงรสที่มีสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” หรือลดปริมาณการใส่เครื่องปรุงรส ผงชูรสให้น้อยลง เพื่อจำหน่ายให้กับคนในชุมชนมากขึ้น
- ทุกชุมชนมีการนำศักยภาพเด่นของชุมชน เช่น ทรัพยากรบุคคลที่เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ ซึ่งอยู่ที่บ้าน วัด ในรูปแบบของปราชญ์ชาวบ้าน พระสงฆ์ ผู้สูงอายุ หรือฝ่ายปกครอง รวมถึงจุดเด่นของโรงเรียน ซึ่งเป็นแหล่งขององค์ความรู้ ตลอดจนศักยภาพของ อย.น้อย ในโรงเรียน มาเป็นกลไกขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีเครือข่าย สสจ. รพ.สต. เป็นพี่เลี้ยง และบูรณาการให้เข้ากับวัฒนธรรมในพื้นที่ ซึ่งปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ มีจังหวัดนำร่องดำเนินโครงการชุมชนสุขภาพดี จำนวน ๔ จังหวัด โดยเป็นจังหวัดตัวแทนในแต่ละภาค และแต่ละจังหวัดมีจุดเด่นในการดำเนินงานโครงการนี้ต่างกันไป ดังนี้
 -  สระบุรี ฝ่ายปกครอง ได้แก่ นายอำเภอ นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดให้ความสำคัญ และเข้ามาร่วมผลักดันและลงมือปฏิบัติด้วยกัน

- ✚ ลำปาง ภาคประชาชนเข้มแข็ง ชุมชนได้แก่ อสม. ร่วมมือกันเป็นทีมหมอครอบครัว
- ✚ ขอนแก่น ขับเคลื่อนด้วยกลุ่มผู้พิทักษ์รักษาสภาพ โดยใช้ศักยภาพของแกนนำ อ. น้อยโดยร่วมกับ อสม. และ กศน.
- ✚ สุราษฎร์ธานี ทีมพี่เลี้ยงเข้มแข็ง ใช้ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) ในการรวมตัวขับเคลื่อนในลักษณะแม่ข่าย อสม. ให้เป็น ครู ก. ในการขับเคลื่อน

แนวทางการดำเนินงานเป็นลักษณะโครงการต้นแบบชุมชนแห่งการเรียนรู้ โครงการยึดแนวทางตามกลยุทธ์ PIRAB เน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของแกนนำที่อยู่ในภาคส่วนของชุมชน ได้แก่ บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล มาร่วมกันทำงาน รวมพลังขับเคลื่อนวิธีการทำงานโดยยึดความต้องการของชุมชนเป็นหลัก และ ดึงจุดแข็งเครือข่ายที่อยู่ในชุมชน นำศักยภาพนักเรียน อ. น้อย สร้างองค์ความรู้ และบอกกล่าววิธีการในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบนฉลากอาหารสำเร็จรูป/กึ่งสำเร็จรูป เพื่อลดโรค NCDs ให้แก่แกนนำ บวร.ร. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับเชื่อมโยงกิจกรรมที่ชุมชนคิดเพื่อให้เหมาะกับวิถีชุมชน ซึ่งจะสร้างความยั่งยืนให้เกิดขึ้นได้มากกว่าการกำหนดวิธีการโดยส่วนกลาง มีการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยร้านค้ามีการลงทุนจำหน่ายผลิตภัณฑ์อาหารที่ลดหวานมัน เค็ม เพื่อให้ชุมชนเข้าถึงผลิตภัณฑ์ได้ง่ายขึ้น ในขณะที่เดียวกันคนในชุมชนเห็นความสำคัญและเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารที่ลดหวาน มัน เค็ม โดยใช้ประโยชน์จากข้อมูลบนฉลากจากร้านค้า ผนวกกับการมีหน่วยงานฝ่ายปกครอง ภาคประชาชน เกื้อหนุน และบูรณาการเข้ากับกิจกรรมต่าง ๆ ในพื้นที่ ช่วยให้คนในชุมชนมีความมั่นคงด้านสุขภาพ เพราะชุมชนมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมมากขึ้น ไม่เกิดโรค NCDs หรือโรค NCDs ที่เป็นอยู่ไม่รุนแรงขึ้น ก่อให้เกิดความมั่งคั่งมากขึ้น เพราะคนในชุมชนสามารถทำงานสร้างรายได้มากขึ้น และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของทั้งตนเองและภาครัฐ ทั้งนี้จากการนำต้นแบบที่แต่ละชุมชนทำ มีการถอดบทเรียนที่ได้รับจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแกนนำ บวร.ร. จังหวัดต่าง ๆ รวมถึงกลไก กระบวนการ และรูปแบบการขับเคลื่อนการดำเนินงานของ บวร.ร. มาเป็นกรณีศึกษาในรูปแบบเครือข่ายหมู่บ้านตัวอย่าง ชาวบ้านในชุมชนช่วยแนะนำชาวบ้านในชุมชนอื่น ดึงกิจกรรมไปใช้ให้เหมาะสมกับชุมชนตนเอง จะทำให้เกิดการขยายขนาด จำนวนชุมชนต่อไปในอนาคต เป็นโครงการต้นแบบ ชุมชนแห่งการเรียนรู้ ส่งเสริมให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินงานมากขึ้น



ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

จากอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วย พิกัดของคนไทย คิดเป็นมูลค่าที่สูญเสียไปมากถึง 9.3 แสนล้านบาท ในปี 2562 โดยที่เกือบ 3 ใน 4 มีสาเหตุจาก จากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) (ข้อมูลจากหนังสือสุขภาพคนไทย 2560 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)) โดยสาเหตุหนึ่งมาจากพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปและกึ่งสำเร็จรูปที่ไม่เหมาะสม และปัญหาการใช้ยาชุด ยาสมุนไพรหรืออาหารเสริมชนิดน้ำผิดกฎหมายที่ลักลอบใส่สารสเตียรอยด์ ซึ่งยังคงมีการเดินขายตามบ้านและมีรถเร่เข้ามาขายในชุมชน รวมถึงปัญหาการหลงเชื่อโฆษณาสรรพคุณผลิตภัณฑ์สุขภาพที่โอ้อวดเกินจริงไม่ว่าจะเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่อวดอ้างลดความอ้วน/รักษาโรค ผลิตภัณฑ์ยาแผนโบราณที่ลักลอบใส่ยาแผนปัจจุบันอวดอ้างรักษาโรคที่รัฐมนตรีประกาศห้ามโฆษณา โดยปัญหาดังกล่าวพบมากในส่วนภูมิภาค

กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา จึงมีการดำเนินงานส่งเสริมให้ประชาชนลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้ให้ผู้บริโภคมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงพัฒนาและขยายเครือข่ายภาคประชาชนและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพ โดยต่อยอดแนวคิดจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ให้คนในชุมชนร่วมกันสร้างเครือข่ายชุมชน เพื่อช่วยกันจัดการหรือป้องกันปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ทางชุมชนในแต่ละพื้นที่นั้น ๆ ประสบอยู่ ผ่านเครือข่ายให้เหมาะสมกับบริบทในชุมชน ตามกำลังและความสามารถของคนในชุมชน เนื่องจากคนในชุมชนย่อมมีความเข้าใจและเข้าถึงปัญหาด้านสุขภาพของชุมชนตนเองเป็นอย่างดี โดยมุ่งให้ทุกภาคส่วนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล รวมกันเป็นเครือข่าย บวร.ร. พึ่งพาช่วยเหลือกันและกัน ร่วมกันเป็นพลังจิตอาสา และดำเนินกิจกรรมภายใต้วิถีชีวิตที่เหมาะสมกับชุมชนตนเอง เพื่อสร้างชุมชนที่สามารถดูแลตนเองให้มีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง มีสุขภาพแข็งแรง และปลอดภัย ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นพี่เลี้ยง และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นที่ปรึกษา สนับสนุน และให้คำแนะนำ

ผลสำเร็จ

มีเครือข่ายชุมชนที่ร่วมดำเนินงาน รวมทั้งสิ้น 25 จังหวัด จาก 25 ชุมชน ซึ่งแบ่งประเด็นการดำเนินงานจากปัญหาที่พบในชุมชนเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านยา ด้านอาหารและยา และด้านโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง ผลการดำเนินโครงการ พบว่า ประเด็นการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบนฉลากอาหาร เพื่อลดการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม และการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารปลอดภัย พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารอย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการฯ จากร้อยละ 62.7 เป็นร้อยละ 95.9 และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.6 เป็นร้อยละ 74.5 สำหรับในประเด็นการใช้ยาที่มีการลักลอบผสมสารสเตียรอยด์ ยาชุด หรือยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา ผลการวิจัย พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับ

การบริโภคยาอย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการฯ จากร้อยละ 74.3 เป็นร้อยละ 92.7 และมีพฤติกรรมการบริโภคยาอย่างปลอดภัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.7 เป็นร้อยละ 90.9 ส่วนในประเด็นการหลงเชื่อโฆษณาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่อวดอ้างสรรพคุณเกินจริง ผลการวิจัยพบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการฯ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการแยกแยะลักษณะของโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อวดเกินจริงเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการฯ จากร้อยละ 79.0 เป็นร้อยละ 99.5 และมีพฤติกรรมไม่หลงเชื่อโฆษณาที่อวดเกินจริงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 82.0 เป็นร้อยละ 100

ปัญหา อุปสรรค

1. การเขียนโครงการ การเขียนงบประมาณไม่ครอบคลุม มีการปรับแก้กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการแก้ปัญหาหน้างานเป็นระยะ
2. ปัญหาด้านการเบิกจ่ายโครงการมีขั้นตอน และมีความล่าช้า ไม่ทันต่อการดำเนินงานจริง
3. ระยะเวลาการดำเนินการจำกัด ระยะเวลาสั้นเกินไปในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนความเชื่อ
4. ปัญหาการขายตรงในพื้นที่ และสื่อออนไลน์ที่เข้าถึงคนในชุมชนได้ง่าย อีกทั้งมีกลุ่มคนจากนอกพื้นที่เข้ามาแทรกแซงกลุ่มผู้นำชุมชนโดยใช้ผลประโยชน์หลอกล่อ
5. คนในชุมชนยังไม่ตระหนักถึงอันตรายจากผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อันตราย ผิดกฎหมาย เนื่องจากพฤติกรรมและความเชื่อเดิมที่มีมายาวนาน
6. เกิดแรงต้านจากร้านค้า และประชาชนบางกลุ่มที่เสียประโยชน์จากการดำเนินงาน
7. แขนงนำยังขาดความชำนาญในการถ่ายทอดความรู้สู่ชุมชน
8. เกิดปัญหาการสื่อสารระหว่างกลุ่มเป้าหมายและพี่เลี้ยง เช่น การสื่อสารกับผู้สูงอายุ (สายตาและการได้ยิน) มีหลายกลุ่มวัย ทำให้การสื่อสารต้องทำให้เหมาะสม

สิ่งที่ได้เรียนรู้

1. ความร่วมมือ ร่วมแรง ร่วมใจของทุกเครือข่ายในชุมชนส่งเสริมให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จได้เป็นอย่างดี
2. การนำปัญหาในชุมชนมาทำให้คนในชุมชนได้ตระหนัก และเห็นถึงความสำคัญเป็นแรงขับเคลื่อนที่สำคัญที่จะนำไปสู่ผลสำเร็จ
3. ผู้บริหารเห็นถึงความสำคัญ และให้การสนับสนุนช่วยให้การดำเนินงานมีความคล่องตัวนำไปสู่ผลสำเร็จได้รวดเร็วขึ้น
4. การมีบุคคลต้นแบบ หรือบุคคลที่เคยประสบปัญหามาเป็นตัวอย่างสามารถสร้างแรงบันดาลใจ และสร้างความตระหนักให้แก่คนในชุมชนในการร่วมกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แก้ปัญหาด้านสุขภาพ
5. กิจกรรมที่ดำเนินการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาคือกิจกรรมที่มีการสอดแทรกหรือต่อยอดวิถีชีวิต กิจกรรม ประเพณีในพื้นที่ของชุมชนจะช่วยให้คนในชุมชนเข้าถึงและเข้ามามีส่วนร่วมได้ง่าย



ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

โครงการเครือข่ายชุมชนร่วมใจ ป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.) ดำเนินการเป็นปีที่ 3 ในการแก้ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ ผ่านความร่วมมือของเครือข่าย บ้าน วัด โรงเรียน และโรงพยาบาล ผลิตกำลังเป็นเครือข่าย บวร.ร. ในการดำเนินงาน สร้างสรรค์กิจกรรมเพื่อรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชน ในชุมชนให้สามารถดูแลตนเองและคนรอบข้างให้ห่างไกลจากภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมาย รวมถึง สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคเพื่อป้องกันหรือลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้ ผ่านบริบทและกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน โดยในปี 2563 มีเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ทั้งสิ้น 31 ชุมชน จาก 31 จังหวัด ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพทั่วประเทศ มีประเด็นที่เป็นปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านยา ด้านอาหารและยา และด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและโฆษณาอวดอ้างสรรพคุณเกินจริง

เป้าหมายการดำเนินงาน

ประชาชน : มีสุขภาพแข็งแรง ปลอดภัยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย

สสจ. : มีเครือข่ายในการดำเนินงานแก้ปัญหา ได้งบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น

อย. : ปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมาย ไม่ปลอดภัยลดลง ภารกิจหลักของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพประสบความสำเร็จ

ประเทศไทย : ประชาชนสุขภาพแข็งแรง มีอายุยืน

ปัจจัยการขับเคลื่อนการดำเนินงานและการสร้างความยั่งยืน

- การค้นหาปัญหาในชุมชน โดยคนในชุมชนเอง ซึ่งเป็นแก่นหลักของโครงการ เป็นปัญหาที่คนในชุมชน เห็นถึงความสำคัญ

- ผู้นำชุมชน/ แกนนำชุมชน เห็นความสำคัญของปัญหา และเกิดความตระหนักที่จะแก้ปัญหา ในชุมชน โดยผู้นำชุมชนเป็นได้ทั้งผู้นำตามธรรมชาติ และผู้นำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม

• **เครือข่ายชุมชน** ตระหนักถึงปัญหา เกิดแรงจูงใจในการแก้ปัญหา เกิดการสร้างเครือข่าย จากทุกภาคส่วนในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล เครือข่ายภาครัฐ และ เอกชน เป็นต้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักในชุมชน ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาตามบริบท ของแต่ละชุมชน โดยเฉพาะกลไก พชต. พชอ. ที่ช่วยขับเคลื่อนงานให้ยั่งยืน

• **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)** เป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงระหว่างชุมชนกับส่วนกลาง (อย.) ให้การสนับสนุนชุมชน เป็นที่ปรึกษาในการแก้ไขปัญหาที่พบในชุมชน ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่ชุมชน เพื่อนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหา

• **สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.)** กำหนดนโยบาย สนับสนุนองค์ความรู้และปัจจัย ที่ส่งเสริมการแก้ไขปัญหา

จากผลการประเมินความรู้และพฤติกรรมสามารถสรุปภาพรวมการประเมินการรู้เท่าทันการบริโภค ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 31 ชุมชน / 31 จังหวัด หลังการเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการฯ กลุ่มตัวอย่าง มีผลการรู้เท่าทันการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพทั้งในด้านความรู้ และด้านพฤติกรรม เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วม กิจกรรมในโครงการฯ จากร้อยละ 71.70 เป็นร้อยละ 84.24

สิ่งที่คาดหวัง และข้อเสนอแนะ

• สสจ. สร้างความตระหนักถึงผลกระทบจากปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่พบในชุมชน และเป็น ตัวกลางประสาน ระหว่างหน่วยงานส่วนท้องถิ่น ให้การดำเนินงานสะท้อนมาจากปัญหาในชุมชน โดยคนในชุมชนเอง โดย สสจ. ทำหน้าที่พี่เลี้ยง

• อย. เป็นตัวกลางช่วยแสวงหาแหล่งทุนสนับสนุนจาก สสส. สช. และ สปสช. หรือแหล่งทุนอื่น ๆ ที่สามารถส่งเสริม การดำเนินงานโครงการแก้ไขปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ เพื่อแจ้ง สสจ. และชุมชน

• สสจ. และ อย. ร่วมผลักดันปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ให้เป็นหนึ่งในประเด็นดำเนินงานของทั้ง พชต. และ พชอ.

• สสจ. และ อย. ร่วมสร้างแรงจูงใจให้คนในชุมชนที่เป็นผู้นำโดยธรรมชาติหรือคนในชุมชนที่เป็น แกนนำให้มีความภาคภูมิใจในงานที่ทำ โดยสนับสนุนทั้งหน้าที่การงาน โล่เกียรติยศ รวมถึงรางวัลต่าง ๆ ให้เกิดแรงกระตุ้น และปลุกฝังให้มีการดำเนินการในรุ่นต่อ ๆ ไป

