

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administrationวารสารอาหารและยา THAI FOOD AND DRUG JOURNAL
ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 (2564): กันยายน - ธันวาคม Vol. 28 No. 3 (2021): September - December
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/fdajournal/index>

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนบ้านหนองหิน อำเภอเมืองมหาสารคาม โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล

ปริญา ถมุดธา¹ อติศักดิ์ ถมุดธา²

¹กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

²กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลมหาสารคาม

ที่อยู่ติดต่อ: ปริญา ถมุดธา งานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม 168 ถนนผดุงวิทย์ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000 pocky107@hotmail.com

Effects of Drug and Health Product Literacy and Behavior Development Program in Bannonghin Community, Mueang-Maharakham District via the Network of Home, Temple, School, and Hospital

Pariya Thomudtha¹, Adisak Thomudtha²

¹Social Medicine Group, Maharakham Hospital, Maharakham, Thailand.

²Thai Traditional and Alternative Medicine Group, Maharakham Hospital, Maharakham, Thailand

Contact address: Pariya Thomudtha, Health Consumer Protection Sub-Division, Social Medicine Group, Maharakham Hospital, 168 Phadungvithee Rd, Talad district, Mueang, Maharakham, 44000, Thailand, pocky107@hotmail.com

Received: 6 March 2021, **Revised:** 4 April 2021, **Accepted:** 20 April 2021

Abstract

Background: Most Thai People are devoid a health awareness, therefore, expanding people's capacity to have literacy and correctly consumption behaviour on drug and health products is essential.

Objectives: To carried out the effects of a developing drug and health product literacy and behavior program in Nonghin community by using a network of home, temple, school and hospital.

Methods: This study was a participatory action research approach that studied from October 2019 to December 2020. The target sample was 180 people who lived in the Nonghin community, Khokkor district, Mueang, Maharakham province. Literacy and behaviour of target samples were collected by using questionnaires. Descriptive statistics, Paired-t-test, McNemar's

chi-squared test, Pearson product-moment correlation, and stepwise multiple regression were used to analyze data.

Results: It reveals that the developing drug and health product literacy and behavior program yield the literacy and behaviour of home, temple, school, and hospital network score increased significantly ($p \leq 0.05$). The sample group had drug and health product literacy at the “approve” level. Noticeably, the drug literacy score (3.93) was significantly that higher ($p \leq 0.05$) than the other health product score (food 3.89, cosmetic 3.72). Furthermore, the sample group had a food consumption behaviour score at the “approve” level (4.03, $p \leq 0.05$). Results of correlation between health products (food and cosmetic) literacy and behaviour found a significant positive relationship with small correlation ($r = 0.30, 0.15, p \leq 0.05$) after the sample group attended the developed program. Results of stepwise multiple regression analyses of the pre-score shows that overall factors (sex, age, education, and occupation) were associated with drugs literacy and the food consumption behaviour statistically significant by $r = 0.11$; $F(4,175) = 5.57$; and $p \leq 0.05$, and $r = 0.06$; $F(4,175) = 2.67$; and $p \leq 0.05$ respectively.

Conclusions: Integrating the network in community that consists of home, temple, school, and hospital for development program might promote sustainability of improving drug and health product literacy. This program could also strengthen community to protect themselves from fraud health products, and lead to decreased inappropriate the use of drug and health products.

Keywords: literacy, behaviour, drug and health products, network of home; temple; school; and hospital, developing program

บทคัดย่อ

ความสำคัญ: ประชาชนยังขาดความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพให้แก่ประชาชนมีความรอบรู้และมีพฤติกรรมกรบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งที่สำคัญ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนบ้านหนองหิน อำเภอเมืองมหาสารคาม โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล (บวร.ร.)

วิธีการวิจัย: เป็นการศึกษาแบบมีส่วนร่วม ใช้กลุ่มตัวอย่าง 180 คน ในชุมชนหมู่บ้านหนองหิน ต.โคกกอ อ.เมือง จ.มหาสารคาม เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้และประเมินพฤติกรรม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Paired-t-test, McNemar’s chi-squared test, Pearson product-moment correlation และ stepwise multiple regression ดำเนินการช่วงตุลาคม พ.ศ. 2562–ธันวาคม พ.ศ. 2563

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่าการใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย บวร.ร. ทำให้ผลของคะแนนความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของเครือข่าย บวร.ร. สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของเครือข่าย บวร.ร. อยู่ในระดับ “มาก” โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้ด้านยา คือ 3.93 สูงกว่าด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ($p \leq 0.05$) หลังการใช้โปรแกรมพัฒนา

พบว่าคะแนนด้านพฤติกรรมหมวดอาหารคือ 4.03 อยู่ในระดับ “มาก” และแตกต่างจากก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) พบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรอบรู้กับคะแนนด้านพฤติกรรมหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาด้านอาหารและเครื่องสำอางกับกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีระดับความสัมพันธ์เชิงบวกแบบ small correlation ($r=0.30, 0.15, p \leq 0.05$) ปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษาและอาชีพส่งผลต่อความรอบรู้ด้านยา และพฤติกรรมกรบริโภคอาหารก่อนให้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $r^2=0.11, F(4,175)=5.57, p \leq 0.05$ และ $r=0.06, F(4,175)=2.67, p \leq 0.05$ ตามลำดับ

สรุป: การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้กับประชาชนมีความสำคัญ เพราะมีแนวโน้มว่าผู้ที่มีความรอบรู้ที่สูงกว่าจะสามารถคุ้มครองตนเองได้มากกว่า โดยต้องพัฒนาไปพร้อม ๆ กันในทุกภาคส่วนของโครงสร้างเชิงสังคม ได้แก่ บ้าน วัด โรงเรียน โดยมีโรงพยาบาลเป็นตัวเชื่อมประสานความยั่งยืน

คำสำคัญ: ความรอบรู้, พฤติกรรม, ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ, เครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล (บวร.ร.), โปรแกรมการพัฒนา

บทนำ

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้แก่ ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ ผลิตภัณฑ์วัตถุเสพติด และผลิตภัณฑ์วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนได้รับความปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์ที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต ใช้เพื่อสุขภาพอนามัย เกี่ยวข้องกับการประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข และเป็นผลิตภัณฑ์ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย¹ ปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัยมากขึ้น ทำให้มีความเสี่ยงด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นด้วย สาเหตุหนึ่งมาจากการเปิดเสรีทางการค้าและการพัฒนาทางเทคโนโลยีที่ทำให้ผลิตภัณฑ์สุขภาพมีคุณสมบัติที่หลากหลายและมีความซับซ้อน ในขณะที่หน่วยงานที่รับผิดชอบมีขีดความสามารถจำกัดในการควบคุมคุณภาพและความปลอดภัย นอกจากนี้ผู้บริโภคจำนวนมากยังได้รับข้อมูลจากการโฆษณาผ่านสื่อสมัยใหม่ที่ภาครัฐกำกับดูแลได้ไม่ทั่วถึง ดังเช่นผลสำรวจจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) ร่วมกับสำนักวิจัยซูเปอร์โพล (super poll) ได้สำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับอาหารในช่วง 20-31 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้บริโภคส่วนใหญ่

รับรู้ข้อมูลผลิตภัณฑ์อาหารด้านคุณภาพและความปลอดภัยของอาหารบรรจุเสร็จ (อาหารแช่แข็ง เครื่องดื่ม) ผ่านทางโฆษณา ฉลากสินค้า และสื่อโฆษณาทางทีวีหรือวิทยุ ร้อยละ 57.7, 54.3 และ 43.5 ตามลำดับ² ส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากขึ้น อีกทั้งพบว่ามีกรบริโภคอาหารหวานและไขมันสูงเพิ่มขึ้น โดยในระยะ 28 ปีที่ผ่านมา คนไทยบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้น 3 เท่าจากปี พ.ศ. 2526 ซึ่งมีปริมาณ 12.7 เป็น 36.6 kg/คน/ปี และยังคงพบว่ามีปี พ.ศ. 2551 ร้อยละ 96.2 ของประชาชนไทยอายุ 35 ปีขึ้นไปบริโภคอาหารทอดส่วนใหญ่ 5 วัน/สัปดาห์ รองลงมาคืออาหารที่ปรุงด้วยกะทิเฉลี่ย 3 วันต่อสัปดาห์³ และยังมีผลสำรวจพฤติกรรมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนที่พบว่าเคยใช้ยาชุด ร้อยละ 18-48 และเคยใช้ยาแผนโบราณและยาสมุนไพร ร้อยละ 13-56 แหล่งที่มาจะมาจากสถานีวิทย์ ร้านยา ร้านชำ คลินิกแพทย์ รวดเร็ว เพื่อนบ้าน ขายตรง หรือคนรู้จักผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักใช้ยาสมุนไพรหรือแสวงหาวิธีการรักษาอื่นร่วมกับยาแผนปัจจุบันที่แพทย์สั่งใช้ แต่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์⁴ อาจมีการปนสเตรอยด์หรือตัวยาอื่น ๆ ทำให้เกิดความเสี่ยงและผลกระทบ

ต่อสุขภาพหรือความผิดปกติต่าง ๆ เช่น Cushing's syndrome, Metabolic disorder, Adrenal insufficiency⁵ นอกจากนี้ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2558 อย. ได้ตรวจสอบแผนรณรงค์การโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพจำนวน 29,132 เรื่อง พบการฝ่าฝืนกฎหมายโฆษณาจำนวน 1,997 เรื่อง พบเป็นโฆษณาผลิตภัณฑ์อาหารมากที่สุด ร้อยละ 13 รองลงมา คือ ยา วัตถุเสพติด และเครื่องสำอาง ตามลำดับ⁶ ซึ่งหนึ่งในสาเหตุสำคัญคือ ประชาชนยังขาดข้อมูลที่ถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งขาดความตระหนักรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพและองค์ความรู้แก่ประชาชน ให้มีความรอบรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ

เมื่อพิจารณาถึงความรอบรู้ทางสุขภาพหรือ health literacy มีนักวิชาการไทยที่ได้บัญญัติศัพท์ไว้หลายคำ เช่น ความฉลาดทางสุขภาพ ความแตกฉานทางสุขภาพ ความรอบรู้เท่าทันด้านสุขภาพ เป็นต้น ต่อมากระทรวงสาธารณสุขเรียกว่า “ความรอบรู้ทางสุขภาพ” โดยกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้ให้นิยามว่า หมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอด และเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมถึงชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพ⁷

จากแนวคิดการสร้างความรู้ทางสุขภาพ นำมาสู่การขับเคลื่อนการศึกษานี้ ต้องการพัฒนาความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้กับชุมชน โดยใช้กลไกของเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล (บทความนี้จะเรียกโดยย่อว่า “บวร.ร”) เชื่อมประสานความยั่งยืนให้กับชุมชน โครงสร้างหลักในแต่ละชุมชนของสังคมไทยคือ บ้าน วัด โรงเรียน จึงบูรณาการ

เครือข่ายเหล่านี้ร่วมกับภาคสาธารณสุข คือ โรงพยาบาล เพื่อให้เครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา ประชาชนจะมีความรอบรู้และพฤติกรรมที่ถูกต้องในการคุ้มครองสุขภาพของตนเอง เพื่อวางรากฐานที่เข้มแข็งยั่งยืนให้กับชุมชน โดยเลือกพื้นที่บ้านหนองหิน ต.โคกก่อ อ.เมืองมหาสารคาม จ.มหาสารคาม เนื่องจากเป็นหมู่บ้านนวัตกรรมที่มีความเข้มแข็งของชุมชน แต่ยังมีปัญหาของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพในพื้นที่ เช่น มีรถเร่ขายยาเข้ามาในพื้นที่หมู่บ้าน

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนบ้านหนองหิน อำเภอเมืองมหาสารคาม โดยเครือข่ายบ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล

วัตถุประสงค์รอง เพื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังดำเนินการโปรแกรมการพัฒนา ดังต่อไปนี้

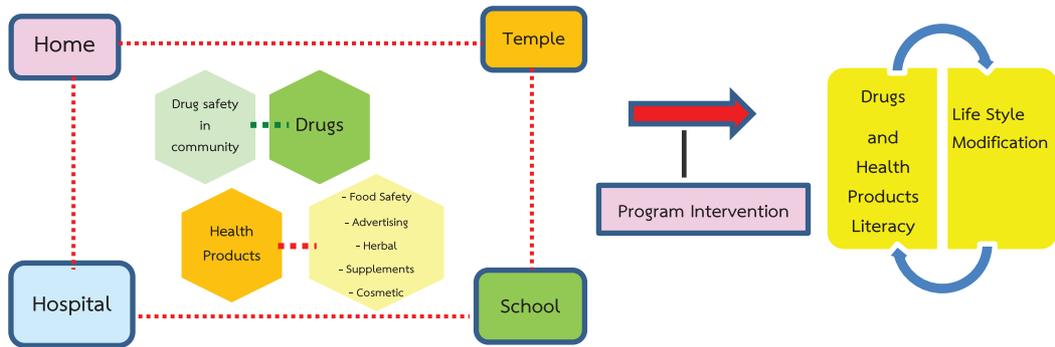
1. เพื่อประเมินความรู้การบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้และพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ
4. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ระเบียบวิธีการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ชุมชนบ้านหนองหิน

อำเภอเมืองมหาสารคาม โดยเครือข่าย บวร.ร. (รูปที่ 1) ดำเนินการในช่วงตุลาคม 2562-ธันวาคม 2563 การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 63-01-009 COA No. 63/010



รูปที่ 1 Conceptual framework

กลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 ตัวอย่างจากประชากรในชุมชนบ้านหนองหิน หมู่ที่ 3 และ 4 ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ใน 7 กลุ่ม ได้แก่ (1) ประชาชนบ้านหนองหินหมู่ 3 และหมู่ 4 จำนวน 50 คน (2) ครูและนักเรียนโรงเรียนบ้านหนองหิน จำนวน 50 คน (3) ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไช้มนในเลือดสูง ไตเรื้อรัง โดยเป็นโรคอย่างใดอย่างหนึ่งหรือโรคร่วมกันก็ได้) จำนวน 20 คน (4) กลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน (5) ผู้นำชุมชน/แกนนำ และอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน จำนวน 27 คน (6) พระภิกษุ จำนวน 3 รูป และ (7) ผู้ประกอบการร้านอาหาร ร้านอาหาร และร้านค้า จำนวน 10 คน

เครื่องมือ

1. สื่อประชาสัมพันธ์ด้านยา ที่ใช้ในการประชาสัมพันธ์เชิงรุกในกลุ่มประชาชนและผู้ประกอบการ (ร้านชำ) และ MV เพลงคุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพดีทั้งอำเภอเมืองมหาสารคาม

2. แวนขยายสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มองสื่อหรือคำถามไม่เห็นหรืออ่านไม่ออก

3. แบบสำรวจการตรวจเฝ้าระวังยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำใช้แบบสำรวจอ้างอิงจาก ออย.⁸

4. แบบวัดความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากกองพัฒนาศึกษาภาพผู้บริโภค ออย.⁹ เพื่อวัดเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยา อาหาร และเครื่องสำอาง แบ่งการวัด 3 ส่วน คือ (1) แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว (2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัยของผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 15 ข้อ โดยให้ทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่เห็นว่า ถูก ผิด หรือไม่แน่ใจ และ (3) แบบสอบถามพฤติกรรม การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัย จำนวน 15 ข้อ โดยให้ทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่เห็นว่า เป็นไปตามระดับการปฏิบัติของตนเอง ได้แก่ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ และไม่เคยเจอเหตุการณ์ตามข้อคำถาม

5. เครื่องมือวัดความเค็ม
6. ชุดทดสอบอาหารปลอดภัย ได้แก่ ชุดทดสอบฟอร์มาลิน บอแรกซ์ กันรา และสารฟอกขาว
7. ชุดทดสอบสารห้ามใช้ในเครื่องสำอาง ได้แก่ กรดวิตามินเอ สารปรอท สารไฮโดรควิโนน
8. แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR)

ขั้นตอนการดำเนินงานตามแนวทางของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

1. วางแผน (plan) ช่วงตุลาคม พ.ศ. 2562-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ (1) จัดประชุมชี้แจงให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบและดำเนินงานในทิศทางเดียวกัน (2) กำหนดชุมชนเพื่อเลือกพื้นที่ดำเนินการ (3) ประชาคมในพื้นที่เพื่อให้เครือข่าย บวร.ร. ในชุมชนมีส่วนร่วมจัดลำดับความสำคัญปัญหาและภาพฝันที่อยากร่วมกันแก้ไข (4) สสำรวจเฝ้าระวังด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน (5) จัดทำหลักสูตร/คู่มือเพื่อฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้เกิดกระบวนการสร้างความรอบรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ (6) ผลิตสื่อเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพให้กับเครือข่าย บวร.ร.

2. การปฏิบัติ (action) ช่วงมีนาคม-เมษายน พ.ศ. 2563 ผู้ที่เกี่ยวข้องต้องปฏิบัติตามแผนที่ได้ตกลงไว้ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ (7) การพัฒนาศักยภาพกลุ่มเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความรอบรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้และฝึกปฏิบัติการ 5 ฐาน ได้แก่ ยาปลอดภัยในชุมชน การเลือกใช้ผลิตภัณฑ์อาหารเสริมสมุนไพร อาหารปลอดภัย เครื่องสำอางและการเฝ้าระวังโฆษณา และการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการเพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเป็นการฝึกอ่านฉลาก ดูเครื่องหมาย อย. อ่านส่วนประกอบของฉลาก ดูเลขทะเบียนยา ฉลาก

GDA (Guideline Daily Amounts) ฉลากทางเลือกสุขภาพ (healthier choice) วันผลิต-หมดอายุ ฝีกวิเคราะห์คำโฆษณา ฝีกทดสอบตรวจสอบสารปนเปื้อน ในอาหารและเครื่องสำอาง ตรวจวัดความเค็มในอาหาร โดยมีการประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมการใช้ยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนการพัฒนา (8) จัดตั้งชมรมเพื่อเฝ้าระวังภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ สร้างข้อตกลงในการจัดการปัญหาและเฝ้าระวังยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ อาหารปลอดภัย และสมุนไพร ในชุมชน (9) ประชาสัมพันธ์เชิงรุกตามพื้นที่ บวร.ร. ในชุมชน โดยใช้บทเพลงที่แต่งเองเป็นเพลงแปลง โดยมีภาพประกอบการเต้นคีตะมวยไทย (MV) เพื่อสนับสนุนการออกกำลังกายและส่งเสริมความรอบรู้ และเพลงคุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพดีทั้งอำเภอเมืองมหาสารคาม (หากพื้นที่ใดไม่มีเครื่องฉายภาพสามารถเปิดแต่เสียงได้) สื่อนี้แจกให้เครือข่าย บวร.ร. ใช้เปิดในพื้นที่ต่าง ๆ เช่น หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน เสียงตามสายในโรงเรียน และแจกสื่อความรู้เรื่องยาปิดไว้ที่ร้านชำ

3. การสังเกต (observe) ช่วงมิถุนายน พ.ศ. 2563 เพื่อตรวจสอบผลจากการปฏิบัติตามโปรแกรม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ (10) ติดตามผลการดำเนินงานในชุมชน ได้แก่ การเฝ้าระวังยาปลอดภัยและผลิตภัณฑ์เสี่ยงต่อสุขภาพในร้านชำ โดยสุ่มเก็บตัวอย่างเครื่องสำอางเพื่อทดสอบหาสารห้ามใช้ ตัวอย่างอาหารเพื่อทดสอบสารปนเปื้อน และตรวจเฝ้าระวังร้านขายอาหารในชุมชนเพื่อทดสอบความเค็ม และเครื่องปรุงอาหาร (11) ประกวดหาต้นแบบ 5 Idols ด้านคุ้มครองผู้บริโภค คือ บุคคลต้นแบบ นักเรียนต้นแบบ โรงเรียนต้นแบบ วัดต้นแบบ และร้านชำต้นแบบ เพื่อเป็นกระบอกเสียงในการสร้างความรอบรู้และเป็นแกนนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับคนในชุมชน (12) การประเมินความรอบรู้และ

พฤติกรรมเรื่องการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หลังจากการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย บวร.ร.

4. การสะท้อนผล (reflection) เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563 เพื่อทบทวนกระบวนการทำงาน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันระหว่างเครือข่าย บวร.ร. ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ได้แก่ (13) การประชุมเครือข่ายเพื่อถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (14) สรุปผลการดำเนินงานทุกกิจกรรมเพื่อคืนข้อมูลให้กับเครือข่าย บวร.ร. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

การรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการระหว่างตุลาคม พ.ศ. 2562 – ธันวาคม พ.ศ. 2563 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบทดสอบวัดความรู้จากผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองและเป็นคนเดิมก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาศักยภาพ แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างอ่านหนังสือไม่ออกหรือมองไม่เห็น จะมีเว้นขยายให้ และมีเจ้าหน้าที่อ่านให้และเป็นผู้ใส่คำตอบตามคำตอบที่กลุ่มตัวอย่างเลือก โดยเจ้าหน้าที่ดังกล่าวได้ผ่านการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานให้เข้าใจวิธีการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และร้อยละ การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการพัฒนาคะแนนรอบรู้ และพฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ ได้แก่ จำนวน กลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามได้ถูกต้องโดยใช้สถิติ McNemar's chi-squared การเปรียบเทียบคะแนน ใช้สถิติ Paired-t-test การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรอบรู้กับพฤติกรรมหลังการใช้โปรแกรมโดยใช้สถิติ Pearson's correlation และ

วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนความรอบรู้และพฤติกรรมด้วยสถิติ multiple regression โดยวิเคราะห์ stepwise ทั้งข้อมูลก่อนและหลังการให้โปรแกรม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05

เกณฑ์การประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างปลอดภัย อ้างอิงเกณฑ์การให้คะแนนตามทฤษฎีของ Likert Scale วัดจากค่าเฉลี่ยค่าคะแนนคำถามเต็ม 5 คะแนน มีความกว้างของอันตรภาคชั้น 0.80 แบ่งระดับค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 1.00-1.80 หมายถึงมีความรู้/พฤติกรรมน้อยที่สุดต้องปรับปรุง 1.81-2.60 หมายถึงน้อย 2.61-3.40 หมายถึงปานกลาง 3.41-4.20 หมายถึงมาก และ 4.21-5.00 หมายถึงมากที่สุด

การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานในเครือข่าย บวร.ร. วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาโดยถอดบทเรียนการทำงาน

นิยามศัพท์

ความรอบรู้เกี่ยวกับยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ (drug and health product literacy) หมายถึงความสามารถในการแปลความหมายของข้อความรูปภาพ หรือสัญลักษณ์บนฉลากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้องของประชาชน รวมทั้งมีความรู้ตามที่ผู้วิจัยเผยแพร่และประชาสัมพันธ์

พฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือแสดงออกเกี่ยวกับการอ่านฉลากก่อนซื้อและบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ การใช้ประโยชน์ข้อมูลโภชนาการบนฉลากยาและผลิตภัณฑ์อาหาร และการปกป้องสิทธิผู้บริโภคเมื่อประสบปัญหาจากการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ผลการศึกษา

1. ความรอบรู้เรื่องการใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สุขภาพของเครือข่าย บวร.ร.

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเพื่อสร้างความรอบรู้เครือข่าย บวร.ร. ให้แก่กลุ่มเป้าหมาย 7 กลุ่ม ได้แก่ ประชาชน ครูและนักเรียน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน/แกนนำ และ อสม. พระภิกษุ ผู้ประกอบการร้านค้า ร้านอาหาร ร้านค้ารวมทั้งหมด 180 คน ลักษณะทั่วไปของตัวอย่างกลุ่มเป้าหมายพบว่า มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 69.44) ที่เข้าร่วมพัฒนาศักยภาพเป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง

51-60 ปี จบการศึกษาระดับประถม ร้อยละ 78.89 และประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 71.67

ผลการศึกษาคะแนนความรอบรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรม 15 ข้อ ที่ครอบคลุมหมวดความรู้ด้านอาหาร (ข้อ 1-5) ยา (ข้อ 6-10) และเครื่องสำอาง (ข้อ 11-15) พบว่า มีเฉพาะความรอบรู้ในประเด็นด้านยาและเครื่องสำอาง 2 ข้อ (ข้อ 7 ยาปฏิชีวนะคือยาแก้อักเสบ และข้อ 15 เครื่องสำอางสามารถอ้างสรรพคุณทางเพศได้) ที่มีจำนวนผู้ตอบถูกต้องก่อนและหลังการให้โปรแกรมไม่แตกต่างกัน ตามนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > 0.05$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่ตอบข้อคำถามวัดความรู้ด้านอาหาร ยา และเครื่องสำอางก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=180)

คำถามความรู้	ก่อน		หลัง		p-value ^a
	จำนวนตอบถูกต้อง (ร้อยละ)	จำนวนตอบไม่ถูกต้อง/ไม่ทราบ (ร้อยละ)	จำนวนตอบถูกต้อง (ร้อยละ)	จำนวนตอบไม่ถูกต้อง/ไม่ทราบ (ร้อยละ)	
อาหาร					
1. ข้อความบนฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA) นี้หมายความว่า ท่านกินขนมกรุบกรอบที่แสดงฉลากนี้ ท่านควรแบ่งกิน 7 ครั้ง	90 (50.0)	90 (50.0)	139 (77.2)	41 (22.8)	0.0001
2. สัญลักษณ์นี้คือเครื่องหมายสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” (Healthier Choice) ที่จะพบในผลิตภัณฑ์อาหารที่มีปริมาณสารอาหาร เช่น น้ำตาล ไขมัน และเกลือ (โซเดียม) ไม่เกินปริมาณที่กำหนด	115 (63.9)	65 (36.1)	156 (86.7)	24 (13.3)	0.0001
3. ฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA) คือ ฉลากที่แสดงข้อมูลเกี่ยวกับค่าพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม (เกลือ)	127 (70.6)	53 (29.4)	157 (87.2)	23 (12.8)	0.0004
4. การกินอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม มากเกินไปทำให้เกิดความเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด	121 (67.2)	59 (32.8)	159 (88.3)	21 (11.7)	0.0001
5. ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีสัญลักษณ์ “ทางเลือกสุขภาพ” แสดงว่าเป็นผลิตภัณฑ์อาหารที่สามารถกินมากเท่าไรก็ได้	63 (35.0)	117 (65.0)	90 (50.0)	90 (50.0)	0.0045
ยา					
6. ฉลากยาต้องแสดงเลขที่ใบสำคัญการขึ้นทะเบียนตำรับยา เช่น เลขทะเบียนยาที่ G 70/48 โดยไม่ต้องมีกรอบเครื่องหมาย อย.	87 (48.3)	93 (51.7)	145 (80.6)	35 (19.4)	0.0001
7. ยาปฏิชีวนะ คือ ยาแก้อักเสบ	94 (52.2)	86 (47.8)	92 (51.1)	88 (48.9)	0.8974
8. การใช้อยาปฏิชีวนะอย่างพร่ำเพรื่อหรือไม่มีเหตุจำเป็น อาจได้รับอันตรายจากการแพ้ยา รวมถึงทำให้เกิดภาวะเชื้อดื้อยาได้	152 (84.4)	28 (15.6)	168 (93.3)	12 (6.7)	0.0113

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คำถามความรอบรู้	ก่อน		หลัง		p-value ^a
	จำนวนตอบ ถูกต้อง (ร้อยละ)	จำนวนตอบ ไม่ถูกต้อง/ ไม่ทราบ (ร้อยละ)	จำนวนตอบ ถูกต้อง (ร้อยละ)	จำนวนตอบ ไม่ถูกต้อง/ ไม่ทราบ (ร้อยละ)	
9. ยาชุด ยาลูกกลอน ยาสมุนไพร ยาต้ม ยาหม้อ ยาพระ รวมทั้งยาที่อวดอ้างสรรพคุณว่ารักษาได้สารพัดโรคมักพบว่ามีส่วนผสมของสเตียรอยด์	124 (68.9)	56 (31.1)	148 (82.2)	32 (17.8)	0.0043
10. ยาที่มีส่วนผสมของสารสเตียรอยด์ ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง กระดูกพรุน ต้อหิน ต้อกระจก เกิดแผลในกระเพาะอาหาร ผิบบาง หน้ากลมเป็นวงพระจันทร์ หลังเป็นหนอก เป็นต้น	137 (76.1)	43 (23.9)	155 (86.1)	25 (13.9)	0.0247
เครื่องสำอาง					
11. ผลจากผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ต้องมีเลขที่ใบรับจดทะเบียนฉลาก	144 (80.0)	36 (20.0)	160 (88.9)	20 (11.1)	0.0259
12. หากใช้เครื่องสำอางใดเป็นครั้งแรก ควรทดสอบการแพ้ก่อนใช้ ด้วยการทาผลิตภัณฑ์นั้นในบริเวณเล็กน้อยบริเวณท้องแขน	148 (82.2)	32 (17.8)	164 (91.1)	16 (8.9)	0.0226
13. เครื่องสำอางที่อ้างว่าแก้สิว ฝ้า ทำให้หน้าขาว อาจจะมีสารห้ามใช้ เช่น สารไฮโดรควิโนน กรดเรติโนอิก หรือ กรดวิตามินเอ สารปรอท สารสเตียรอยด์ ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายต่อผิวหนังในระยะยาว	131 (72.8)	49 (27.2)	155 (86.1)	25 (13.9)	0.0037
14. การใช้เครื่องสำอางที่มีสารอันตราย และสารห้ามใช้อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น การระคายเคือง แสบแดง ลอก ฝ้าถาวร และอาจเกิดพิษต่อระบบอื่น ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบประสาท ตับ ไต และส่งผลกระทบต่อทารกในครรภ์ได้ เป็นต้น	134 (74.4)	46 (25.6)	153 (85.0)	27 (15.0)	0.0145
15. เครื่องสำอางสามารถกล่าวอ้างสรรพคุณทางเพศ เช่น ช่วยให้ออกฟู รูปร่างดี ไร้กลิ่น และช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางเพศได้	48 (26.7)	132 (73.3)	39 (21.7)	141 (78.3)	0.3135

^aMcNemar's chi-squared test

2. พฤติกรรมการบริโภคยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพของเครือข่าย บวร.

การประเมินพฤติกรรมการศึกษานี้ จากแบบสอบถาม 15 ข้อ ครอบคลุมหมวดพฤติกรรมด้านอาหาร (ข้อ 1-5) ยา (ข้อ 6-10) และเครื่องสำอาง (ข้อ 11-15) ผลการศึกษาพบว่าข้อที่ 13 และ 15

(การเลือกซื้อเครื่องสำอางที่เห็นผลอย่างรวดเร็ว และการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางจากการโฆษณา) กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนผู้ที่ตอบถูกต้องไม่แตกต่างจากหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาตามนัยสำคัญทางสถิติที่ $p > 0.05$ ($p = 0.07$ และ 0.13 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่ตอบข้อความวัดความรู้ด้านอาหาร ยา และเครื่องสำอางก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n=180)

คำถามพฤติกรรม	ก่อน		หลัง		p-value ^b
	จำนวนตอบ ถูกต้อง (ร้อยละ)	จำนวนตอบ ไม่ถูกต้อง/ ไม่ทราบ (ร้อยละ)	จำนวนตอบ ถูกต้อง (ร้อยละ)	จำนวนตอบ ไม่ถูกต้อง/ ไม่ทราบ (ร้อยละ)	
อาหาร					
1. ท่านอ่านฉลากอาหารก่อนเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปหรือเครื่องดื่ม ในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท	149 (82.8)	31 (17.2)	167 (92.8)	13 (7.2)	0.0051
2. ท่านเปรียบเทียบคุณค่าอาหารจากฉลากโภชนาการก่อนเลือกซื้อ ผลิตภัณฑ์อาหาร	132 (73.3)	65 (36.1)	159 (88.3)	21 (11.7)	0.0003
3. ท่านเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหาร ที่มีฉลากแสดงสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ” ก่อนตัดสินใจเลือกซื้อ	135 (75.0)	45 (25.0)	162 (90.0)	18 (10.0)	0.0002
4. ท่านอ่านฉลากหวาน มัน เค็ม (ฉลาก GDA) เพื่อเลือกอาหาร ที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น อาหารที่มีปริมาณน้ำตาลต่ำ ไขมันต่ำ หรือโซเดียมต่ำ	121 (67.2)	59 (32.8)	149 (82.8)	31 (17.2)	0.0011
5. ท่านกินอาหารรสเค็มจัด และขนมหวาน เช่น ปลาเค็ม ไส้กรอก แฮม ขนมเค้ก ฝอยทอง ขนมชั้น ก๋วยเตี๋ยวซี ฯลฯ	51 (28.3)	129 (71.7)	90 (50.0)	90 (50.0)	0.0001
ยา					
6. ก่อนซื้อยา ท่านดูเลขทะเบียนตำรับยา เช่น Reg.No.2A 71/52.	129 (71.7)	51 (28.3)	149 (82.8)	31 (17.2)	0.0169
7. ท่านดูว่า ยานั้นมีเลขทะเบียนตำรับยาที่ถูกต้องหรือไม่ ก่อนซื้อ ยาแผนโบราณ (เช่น ยา น้ำ ยา ลูกกลอน)	121 (67.2)	59 (32.8)	151 (83.9)	29 (16.1)	0.0004
8. เมื่อต้องกินยาปฏิชีวนะ ท่านกินติดต่อกันจนครบตามหมอสั่ง	124 (68.9)	56 (31.1)	152 (84.4)	28 (15.6)	0.0005
9. ท่านซื้อยาตามคำโฆษณาที่ว่า ยานั้นสามารถรักษาโรคได้ครอบ จักรวาลและรักษาได้หายขาดทันใจ	45 (25.0)	135 (75.0)	78 (43.3)	102 (56.7)	0.0003
10. ท่านซื้อยา ลูกกลอน ที่ไม่มีเลขทะเบียนตำรับยามากิน	40 (22.2)	140 (77.8)	76 (42.2)	104 (57.8)	0.0001
เครื่องสำอาง					
11. ท่านเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่มีฉลากภาษาไทยกำกับ เท่านั้น	131 (72.8)	49 (27.2)	150 (83.3)	30 (16.7)	0.0163
12. ท่านอ่านข้อมูลบนฉลากผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ปฏิบัติตาม วิธีใช้ และใช้ด้วยความระมัดระวังตามคำเตือนที่ระบุไว้อย่างเคร่งครัด	145 (80.6)	35 (19.4)	159 (88.3)	21 (11.7)	0.0436
13. ท่านเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางที่ใช้แล้วเห็นผลได้อย่าง รวดเร็ว เช่น หน้าขาวใสขึ้นภายใน 3-5 วัน	32 (17.8)	148 (82.2)	48 (26.7)	132 (73.3)	0.0722
14. ท่านหยุดใช้ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางทันที หากใช้แล้วมีความผิ ปกติ เช่น เกิดผื่นแดง เกิดสิวผด แสบร้อนรุนแรง	127 (70.6)	53 (29.4)	128 (71.1)	52 (28.9)	1.0000
15. ท่านจะตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง จากการศึกษา สรรพคุณของเครื่องสำอางนั้น เช่น ทำให้หน้าริ้ว แก่ผิ หน้าขาว ออกฟู รูฟิต ไร้กลิ่น ช่วยเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ	27 (15.0)	153 (85.0)	39 (21.7)	141 (78.3)	0.1262

^bMcNemar's chi-squared test

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ด้านอาหาร ยา และเครื่องสำอางก่อนและหลังให้โปรแกรมพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นทุกหมวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq 0.05$) ประเด็นที่น่าสนใจพบว่า คะแนนความรู้ภายหลังการใช้โปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในช่วง 3.41-4.20 สะท้อนให้เห็นความรอบรู้ในระดับ “มาก” โดย

หมวดความรอบรู้ด้านยาจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าหมวดอาหารและเครื่องสำอาง คือ 3.93 คะแนน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังให้โปรแกรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกหมวด ($p \leq 0.05$) โดยหมวดอาหารอยู่ในระดับ “มาก” คือ 4.03 คะแนน และมีคะแนนสูงกว่ายาและเครื่องสำอางที่อยู่ในระดับ “ปานกลาง” ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการพัฒนาโปรแกรม (n=180)

หมวด	คะแนนเฉลี่ย (mean ± SD)		p-value ^c
	ก่อน	หลัง	
ความรอบรู้			
อาหาร: ข้อ 1-5	2.68 ± 0.12 (ปานกลาง)	3.89 ± 0.83 (มาก)	0.0001
ยา: ข้อ 6-10	3.30 ± 0.11 (ปานกลาง)	3.93 ± 0.85 (มาก)	0.0001
เครื่องสำอาง: ข้อ 11-15	3.36 ± 0.11 (ปานกลาง)	3.72 ± 0.07 (มาก)	0.0015
พฤติกรรม			
อาหาร: ข้อ 1-5	3.27 ± 0.11 (ปานกลาง)	4.03 ± 0.84 (มาก)	0.0001
ยา: ข้อ 6-10	2.55 ± 0.09 (น้อย)	3.36 ± 0.09 (ปานกลาง)	0.0001
เครื่องสำอาง: ข้อ 11-15	2.56 ± 0.09 (น้อย)	2.91 ± 0.09 (ปานกลาง)	0.0030

^cPaired-t-test

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้และพฤติกรรมหลังใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพเพื่อสร้างความรอบรู้ของเครือข่าย บวร.ร.

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้กับคะแนนพฤติกรรมด้านอาหาร ยา และเครื่องสำอาง พบว่า คะแนนความรู้กับคะแนนพฤติกรรมหลังการให้ความรู้ด้านอาหารและเครื่อง

สำอางของผู้กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีระดับความสัมพันธ์เชิงบวกแบบ small correlation ($r=0.30, 0.15, p < 0.05$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า หากผู้เข้าร่วมการศึกษามีคะแนนความรอบรู้หลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้น ค่าคะแนนพฤติกรรมก็จะเพิ่มขึ้นเช่นกัน สำหรับคะแนนความรอบรู้กับคะแนนพฤติกรรมหลังการให้

ความรอบรู้ด้านยา ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.06, p>0.05$) สามารถอธิบายได้ว่า หากผู้เข้าร่วมการศึกษามีคะแนนความรู้หลังได้รับ

โปรแกรมเพิ่มขึ้น อาจจะไม่ส่งผลต่อคะแนนทางด้านพฤติกรรม โดยคะแนนทางด้านพฤติกรรมอาจเพิ่มขึ้นหรือลดลงก็ได้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้และพฤติกรรมหลังใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพเพื่อสร้างความรอบรู้ของเครือข่าย บวร.ร. ($n=180$)

การทดสอบความสัมพันธ์	Pearson correlation coefficient, r	Strength of Association	p-value ^d
อาหาร	0.30	Small correlation	0.0001
ยา	0.06	Small correlation	0.4292
เครื่องสำอาง	0.15	Small correlation	0.0406

^dPearson's Correlation statistic

4. ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนความรอบรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ ที่ส่งผลต่อคะแนนความรอบรู้และคะแนนพฤติกรรม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Multiple Regression analysis แสดงดังตารางที่ 5 และ 6 สามารถเขียนสมการเพื่อทำนายผลปัจจัยด้าน เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพที่ส่งผลต่อคะแนนความรอบรู้และคะแนนพฤติกรรมก่อนและหลังการให้โปรแกรมเพื่อพัฒนาศักยภาพแก่กลุ่มตัวอย่างได้ว่า $y = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + \dots + b_kx_k$ โดยสัญลักษณ์ที่ใช้มีความหมายดังนี้

x_i คือค่าของตัวแปรอิสระแต่ละตัว ในที่นี้ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ

y คือค่าของตัวแปรตาม ได้แก่ คะแนนความรอบรู้ และค่าคะแนนพฤติกรรมด้านอาหาร ยา และเครื่องสำอาง ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพัฒนากับกลุ่มตัวอย่าง

b_0 คือค่าคงที่ (constant) ของสมการถดถอย Multiple Regression

b_i คือค่าสัมประสิทธิ์การถดถอย (regression coefficient) จากตัวแปรอิสระแต่ละตัว ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ

4.1 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ด้วย multiple regression พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม ภาพรวมทุกปัจจัย (เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ) ส่งผลต่อคะแนนความรอบรู้ด้านยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r^2=0.11, F(4,175) = 5.57, p \leq 0.05$) และไม่ส่งผลต่อคะแนนความรอบรู้ด้านอาหารและเครื่องสำอาง ซึ่งหากวิเคราะห์ในระดับปัจจัยย่อยพบว่า อายุส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อคะแนนความรอบรู้ด้านยา ($p \leq 0.05$) และอายุกับการศึกษาส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อคะแนนความรอบรู้ด้านเครื่องสำอาง ($p \leq 0.05$) แต่หลังจากได้รับโปรแกรมแล้วพบว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่มีผลต่อคะแนนความรอบรู้ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนความรอบรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพกับกลุ่ม (n=180)

ตัวแปร	B		BETA		R-squared		F-ratio test (4,175)		p-value ^e	
	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After
อาหาร										
เพศ	0.53	-0.04	0.16	-0.002					0.033	0.978
อายุ	0.08	0.02	0.11	0.038					0.162	0.632
การศึกษา	0.11	-0.08	0.06	-0.065					0.479	0.458
อาชีพ	-0.08	0.06	-0.06	0.068					0.469	0.461
Constant	1.43	3.86								
ปัจจัยรวม					0.04	0.01	1.87	0.34	0.117	0.849
ยา										
เพศ	0.22	-0.26	0.07	-0.10					0.311	0.168
อายุ	0.23	0.06	0.33	0.10					0.001	0.176
การศึกษา	0.23	0.14	0.14	0.10					0.101	0.227
อาชีพ	-0.16	-0.07	0.10	0.10					0.119	0.366
Constant	1.46	3.88								
ปัจจัยรวม					0.11	0.02	5.57	1.08	0.0003	0.369
เครื่องสำอาง										
เพศ	0.15	-0.10	0.05	-0.04					0.494	0.948
อายุ	0.15	0.02	0.23	0.03					0.004	0.657
การศึกษา	0.28	0.04	0.17	0.03					0.050	0.687
อาชีพ	-0.04	-0.01	-0.04	-0.15					0.652	0.866
Constant	1.70	3.59								
ปัจจัยรวม					0.07	0.01	3.58	0.08	0.987	0.987

^eMultiple Regression Analysis

4.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนพฤติกรรมด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ด้วย multiple regression ในกลุ่มตัวอย่าง 180 คน พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมการพัฒนา ภาพรวมทุกปัจจัย (เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ) ส่งผลต่อคะแนนพฤติกรรมกรมการบริโภค

อาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r^2=0.06$, $F(4,175)=2.67$, $p<0.05$) ซึ่งหากวิเคราะห์ในระดับปัจจัยย่อยพบว่าปัจจัยด้านอาชีพส่งผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อคะแนนความประพฤติด้านอาหาร ($p<0.05$) แต่หลังจากได้รับโปรแกรมแล้วพบว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่มีผลต่อคะแนนพฤติกรรม ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อคะแนนพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพก่อนและหลังการให้โปรแกรม การพัฒนาศักยภาพกับกลุ่มตัวอย่าง (n=180)

ตัวแปร	B		BETA		R-squared		F-ratio test (4,175)		p-value ^f	
	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After
อาหาร										
เพศ	0.44	-0.05	0.13	-0.02					0.071	0.760
อายุ	0.06	-0.07	0.09	-0.14					0.244	0.081
การศึกษา	0.12	0.06	0.06	-0.04					0.445	0.595
อาชีพ	-0.29	0.06	-0.24	-0.09					0.008	0.282
Constant	2.52	4.57								
ปัจจัยรวม					0.06	0.03	2.67	1.67	0.033	0.159
ยา										
เพศ	0.09	0.37	0.03	0.13					0.658	0.077
อายุ	-0.08	-0.03	-0.12	-0.04					0.121	0.575
การศึกษา	-0.25	-0.53	-0.15	-0.03					0.070	0.688
อาชีพ	-0.03	-0.02	-0.03	-0.01					0.726	0.833
Constant	3.47	3.05								
ปัจจัยรวม					0.05	0.02	2.14	0.90	0.078	0.462
เครื่องสำอาง										
เพศ	0.09	0.35	0.03	0.13					0.643	0.092
อายุ	-0.05	-0.04	-0.09	-0.07					0.261	0.383
การศึกษา	-0.11	0.05	-0.07	0.03					0.404	0.689
อาชีพ	0.01	-0.01	0.01	-0.01					0.908	0.939
Constant	2.93	2.42								
ปัจจัยรวม					0.01	0.02	0.55	0.97	0.697	0.427

^fMultiple Regression Analysis

อภิปรายผล

การศึกษานี้ใช้เครือข่ายชุมชน ได้แก่ วัด บ้าน โรงเรียนในพื้นที่บ้านหนองหินบ้านซึ่งเป็นบ้านแฝด (หมู่ที่ 3 และ 4) ตั้งอยู่ที่ตำบลโคกก่อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ห่างจากตัวอำเภอเมืองประมาณ 21 กิโลเมตร มีแกนนำหลักคือโรงพยาบาลมหาสารคาม เป็นตัวประสานสร้างความยั่งยืนในการพัฒนาความรอบรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับประชาชน เพราะวัด บ้าน โรงเรียนมีความเกี่ยวข้องกับชุมชน มาตั้งแต่อดีต การอยู่ร่วมกันของคนในสังคมที่มี

โรงเรียนไว้สำหรับพัฒนาปัญญา มีบ้านและวัด ร่วมกันพัฒนาจิตใจ ดังนั้นถ้าโครงสร้างหลักของชุมชนถูกพัฒนาไปพร้อมกันจะส่งผลให้ชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดี เกิดความสำเร็จ ทั้งระยะสั้นและยาว เปิดโอกาสให้ประชาชนและหน่วยงานในชุมชนมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของการดำเนินโครงการภายในชุมชนในแบบของตนเอง ผู้วิจัยได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ดำเนินการ

อย่างต่อเนื่อง 4 ขั้นตอนตั้งแต่การวางแผน ปฏิบัติตามแผนเพื่อแก้ปัญหา การสังเกตตรวจสอบผลจากการปฏิบัติ และการสะท้อนผล คุณค่าที่ได้จากการศึกษาโดยใช้เครือข่าย บวร.ร. นี้คือ ได้สร้างคู่มือหลักสูตรในการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อให้เครือข่ายใช้ในการพัฒนาและเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน เกิดชมรมที่จัดตั้งขึ้นโดยคนในเครือข่าย เกิดต้นแบบด้านคุ้มครองผู้บริโภค 5 ด้านที่เป็นตัวแทนของเครือข่าย ได้แก่ ร้านชำต้นแบบ บุคคลต้นแบบ วัดต้นแบบ โรงเรียนต้นแบบ และนักเรียนต้นแบบ ซึ่งเป็นแกนนำในการคุ้มครองผู้บริโภคและเป็นกระบอกเสียงในการสื่อสารการเฝ้าระวังด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของวรางคณา สันเทพที่ใช้กลไกเครือข่าย บวร.ร. ในการพัฒนางานคุ้มครองผู้บริโภคทำให้เกิดการขยายผล/ถ่ายทอดความรู้ไปสู่บุคคลอื่นผ่านแกนนำ สร้างเครือข่ายชุมชนที่เข้มแข็งเกิดการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ¹⁰

การศึกษานี้พบว่าโปรแกรมมีประสิทธิภาพประกอบด้วยหลายวิธีร่วมกัน ได้แก่ การจัดทำหลักสูตรและคู่มือเพื่อใช้ในการอบรมเชิงปฏิบัติการ การออกแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการเป็นฐานเพื่อให้เกิดความใกล้ชิดและฝึกทักษะเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มตัวอย่าง การผลิตสื่อสร้างความรอบรู้ที่สอดแทรกความบันเทิงและเปิดซ้ำ ๆ เพื่อรับสารอย่างต่อเนื่อง ทำให้ภายหลังกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับ “มาก” ในทุกหมวด และมีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นในทุกหมวด โดยเฉพาะการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับ “มาก” โปรแกรมนี้สามารถเพิ่มศักยภาพให้กับเครือข่าย บวร.ร.บ้านหนองหินให้มีความรู้และพฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของสิริลักษณ์ รื่นรวย ที่ศึกษาเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรมการบริโภคยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและ

ผู้ใช้แรงงานพบค่าเฉลี่ยความรู้และคะแนนพฤติกรรมการบริโภคยาเพิ่มสูงขึ้น (ก่อน 8.27, หลัง 8.92, $p < 0.001$) และคะแนนพฤติกรรมการบริโภคยาเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ก่อน 7.75, หลัง 8.56, $p < 0.001$)¹¹

การศึกษานี้ผู้วิจัยพบประเด็นที่น่าสนใจคือ การวัดความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะ จากคำถามยาปฏิชีวนะคือยาแก้อักเสบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้ตอบถูกต้องไม่แตกต่างจากหลังการให้โปรแกรมการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า คนไทยมีความตระหนักถึงความรุนแรงของปัญหาเชื้อดื้อยาน้อยมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องอยู่ในระดับน้อยมากหรือมีความเชื่อที่ผิดซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่สมเหตุผล เช่น “ยาปฏิชีวนะ” เรียกว่า “ยาแก้อักเสบ” เนื่องจากคุ้นชินกับชื่อนี้เรียกมาเป็นเวลานาน เพราะคำว่ายาปฏิชีวนะอาจเรียกยากและไม่เข้าใจความหมาย เมื่อเรียกว่ายาแก้อักเสบจึงทำให้เกิดความเข้าใจผิดสรรพคุณ ไขว้เขวกับยาลดอาการบวมอักเสบของกล้ามเนื้อ สอดคล้องกับงานวิจัยของจิรัชัย มงคลชัยภักดิ์ ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในร้านยาชุมชนจังหวัดปทุมธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้านความรู้เกี่ยวกับยาปฏิชีวนะผิดร้อยละ 66.7 ในหัวข้อ “ท่านเข้าใจว่ายาปฏิชีวนะก็คือยาแก้อักเสบ”¹² และการศึกษาของคุณากร ปาปะชา ศึกษาสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มวัยแรงงานในจังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความรู้ไม่ถูกต้องมากที่สุดคือ เข้าใจว่ายาปฏิชีวนะเป็นยาแก้อักเสบ (ร้อยละ 83.03)¹³ นอกจากนั้นยังพบว่าบุคลากรการแพทย์เองในงานวิจัยของนิธิตาม่า ประดิษฐ์ที่สื่อสารกับผู้ป่วยเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะในการอธิบายเรื่องยาว่า “ยาแก้อักเสบ” (ร้อยละ

21-25)¹⁴ และประเด็นความรอบรู้เครื่องสำอางเรื่อง การกล่าวอ้างสรรพคุณทางเพศฯ ไม่พบความแตกต่าง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พัฒนาศักยภาพเครือข่าย สอดคล้องกับการประเมิน พฤติกรรมของการศึกษานี้ในหัวข้อการเลือกซื้อ เครื่องสำอางที่เห็นผลอย่างรวดเร็ว การตัดสินใจ เลือกซื้อผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางจากการโฆษณา สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถแยกคำที่ ควรใช้ในการโฆษณาชวนเชื่อได้ และอิทธิพลของ โฆษณา การได้รับสื่อโฆษณาชวนเชื่อกล่าวอ้างสรรพคุณ เกินจริงมีผลฝังใจรับรู้นำไปสู่พฤติกรรมการเลือกซื้อ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของอุซาวตี สุตะภักดิ์ และคณะที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างสูงถึงร้อยละ 61.1 ได้รับข้อมูลผลิตภัณฑ์เสริมอาหารผ่านทางโฆษณา จากวิทยุชุมชน ทำให้หลงเชื่อที่สามารถรักษาโรค¹⁵ และสอดคล้องกับรายงานการสำรวจพฤติกรรมและ ความเชื่อมั่นของผู้บริโภคที่มีต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ของ อย. เมื่อพิจารณา ถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการอ่านและตรวจสอบ ข้อมูลผลิตภัณฑ์สุขภาพด้านเครื่องสำอางก่อนการ ตัดสินใจซื้อ และการค้นคว้าตรวจสอบข้อมูลผลิตภัณฑ์ สุขภาพกลับพบว่าผู้บริโภคมีพฤติกรรมในประเด็น ดังกล่าวไม่ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่¹⁶

ปัจจัยด้านเพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ หลังการให้โปรแกรมการพัฒนาไม่ส่งผลต่อคะแนน ความรอบรู้และพฤติกรรมด้านอาหาร ยา และ เครื่องสำอางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นก่อนให้ โปรแกรมพบประเด็นที่น่าสนใจคือ ภาพรวมทุกปัจจัย (เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ) ส่งผลต่อคะแนน ความรอบรู้ด้านยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่ส่งผล ต่อความรู้ด้านอาหารและเครื่องสำอาง ซึ่งหาก วิเคราะห์ในระดัปัจจัยย่อย พบว่าปัจจัยด้านอายุ มีผลสำคัญต่อคะแนนความรู้ด้านยา และอายุกับ การศึกษาส่งผลต่อคะแนนความรู้ด้านเครื่องสำอาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งการศึกษานี้

มีผู้เข้าร่วมการศึกษามีช่วงอายุ 51-60 ปีมากที่สุด ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่ศึกษาในระดับประถมร้อยละ 78.89 จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรม ศักยภาพให้แก่เครือข่าย บวร.ร. ให้เหมาะสมให้มีความรอบรู้ด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการทดสอบความสัมพันธ์นี้ทำให้พบว่า ปัจจัย ด้านอาชีพมีผลสำคัญต่อคะแนนพฤติกรรมก่อนเข้ารับ โปรแกรมในหมวดพฤติกรรมด้านอาหาร ข้อมูลนี้ ถือได้ว่ามีประโยชน์ในการออกแบบโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเครือข่าย บวร.ร. ให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม อาชีพเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในด้านอาหารต่อไป

สรุปผล

ผลสรุปจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่าผลการให้ โปรแกรมการพัฒนากับกลุ่มตัวอย่างเครือข่าย บวร.ร. มีระดับคะแนนความรอบรู้และมีคะแนนพฤติกรรม ที่สูงขึ้นด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับ “มาก” อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนความรอบรู้กับ คะแนนพฤติกรรมหลังการให้ความรู้ด้านอาหารและ เครื่องสำอางของผู้เข้าร่วมการศึกษามีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากผู้เข้าร่วมการศึกษามีคะแนนความรอบรู้หลังการได้รับโปรแกรมเพิ่มขึ้น ค่าคะแนนพฤติกรรมก็จะเพิ่มขึ้น ปัจจัยทั้ง 4 (เพศ อายุ การศึกษา และอาชีพ) ไม่ส่งผลต่อคะแนน ความรอบรู้และพฤติกรรมด้านอาหาร ยา และ เครื่องสำอาง หลังการให้โปรแกรมการพัฒนาอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ การบูรณาการบ้าน วัด โรงเรียน โดยมีโรงพยาบาลเป็นตัวเชื่อมประสาน เป็นศาสตร์ และศิลป์แห่งการพัฒนาชุมชนกลไกของชุมชน ที่ผสมผสานไปพร้อม ๆ กันตามโครงสร้างสังคมในชุมชน ที่เข้มแข็งจะช่วยเหลือกันในการดูแลตนเองและชุมชน ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ปลอดภัย และ ไม่ให้มีผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยเข้ามาขาย ในชุมชน จะเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ต้องมีมาตรการทางสังคมเข้าหนุนเสริม เช่น การนำข้อตกลงและแนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวัง ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนบรรจุเข้าสู่ธรรมนูญสุขภาพตำบล ซึ่งจะเป็นอีกเครื่องมือหนึ่งที่จะทำให้การทำงานระดับพื้นที่เกิดการบูรณาการ ทั้งนี้ธรรมนูญสุขภาพนับเป็นเครื่องมือหนึ่ง ตาม พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมุ่งเน้นให้ผู้ที่เกี่ยวข้องกับชุมชนนั้น ๆ ลูกชิ้นมาร่วมกันสำรวจปัญหาตามบริบทของตนและสร้างข้อตกลงในการแก้ปัญหาหรือสร้างแนวทางอยู่ร่วมกันอย่างสันติตามสถานการณ์ของตนเอง

2. ภาครัฐควรหนุนเสริมประเด็นการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยใช้กลไก บวร.ร บูรณาการร่วมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ ศึกษาภายใต้บริบทอำเภอเมืองมหาสารคาม การจะนำไปใช้ขยายผลยังพื้นที่อื่น ๆ ควรพิจารณาถึงบริบท วัฒนธรรม ต้นทุนเดิมเชิงสังคมประกอบการนำรูปแบบนี้ไปใช้

2. เจ้าหน้าที่ภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรอบรมให้ความรู้แก่เครือข่าย บวร.ร. อย่างต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นทั้งความรู้และจิตสำนึก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลมหาสารคาม และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาที่ให้ทุนสนับสนุนการดำเนินการปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 ผู้อำนวยการ รองผู้อำนวยการด้านบริการปฐมภูมิ และหัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง รพ.สต.โคกก่อ ชุมชนบ้านหนองหิน ญญ.ผศ.ดร.

กฤษฎี สระมณี คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ให้คำปรึกษาและเป็นผู้เชี่ยวชาญรับรองหลักสูตรอบรมเชิงปฏิบัติการ และ ญญ.ผศ. จิรัฐดา คำสีเชียว คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ให้คำปรึกษา รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีจนทำให้งานวิจัยเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. อาทิตย์ พันเดช. สานพลังผู้บริโภคชาวไทย ร่วมใจแจ้งเบาะแสผลิตภัณฑ์สุขภาพผิดกฎหมายร้องเรียน ร้องทุกกับ อย.: อย. กับภารกิจการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ. วารสารอาหารและยา 2557; 21(1):76-8.
2. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. รายงานข้อมูลฉบับสมบูรณ์ ครั้งที่ 2 โครงการ จัดทำโพลมาตรฐานเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงาน. 2562.
3. คณะกรรมการวิชาการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร; 2559.
4. รัชตะ รัชตะนาวิน, อัมรินทร์ ทักขิณเสถียร, ละออ ชัยสิทธิ์, อรุณญา สว่างจริยสกุล, ชะอรสินธุ์ สุขศรีวงศ์, เพชรรัตน์ พงษ์เจริญสุข และคณะ. โครงการศึกษาความชุกของปัญหาทางคลินิกที่เกิดจากการใช้สารที่มีสเตียรอยด์ปะปนโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์: รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม. 2550.
5. กองบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน. นนทบุรี: กอง. 2563.
6. กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. อย. เผยสถิติการเฝ้าระวังโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพปีงบประมาณ 2558 ยอดปรับกว่า 1.9 ล้านบาทพร้อมตรวจเข้มปีงบประมาณ 2559 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กอง; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 29 ม.ค. 2564.]. เข้าถึงได้จาก:

- http://pca.fda.moph.go.th/public_media_detail.php?id=2&cat=50&content_id=694
7. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008;67:2072-78. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050. Epub 2008 Oct 25. PMID: 18952344.
 8. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. คู่มือการเก็บรวบรวมข้อมูลการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน. นนทบุรี: สำนักงาน; 2560.
 9. กองพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. แบบสอบถามการวัดความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพภายใต้โครงการชุมชนเครือข่ายรวมใจป้องกันภัยผลิตภัณฑ์สุขภาพ (บวร.ร.). นนทบุรี: กอง; 2563.
 10. วรารัตนา สันเทพ. ถอดบทเรียนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคโดยเครือข่าย “บวร.ร.” (บ้าน วัด โรงเรียน โรงพยาบาล) จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ* 2562;6(1):11-30.
 11. สิริลักษณ์ รื่นรวย. การจัดการปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยเครือข่าย บวร.ร. *วารสารเภสัชกรรมไทย* 2563;6(1):11-30.
 12. จิรัชัย มงคลชัยภักดิ์, จิรวัดณ์ รวมสุข, เอมอร ชัยประทีป. การศึกษาความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการในร้านยาชุมชนจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย* 2555;6(2):91-100.
 13. คุณากร ปาปะชา, วงศา เล้าหศิริวงศ์. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มวัยแรงงานในจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี* 2561;34(2):13-22.
 14. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, เสาวลักษณ์ สุนนางกูร, ภูษิต ประคองสาย, วิษณุ ธรรมลิขิตกุล. การกระจายและการใช้ยาปฏิชีวนะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลินิก และร้านยา. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2556;7(2):268-80.
 15. Sutapakdi U, Arparsrithongsagul S, Satawong tip W. Epidemiology. Ya-Chud use behavior of people in Mahasarakham. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2000.
 16. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. โครงการสำรวจพฤติกรรมและความเชื่อมั่นของผู้บริโภคที่มีต่อผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563. นนทบุรี: สำนักงาน; 2563.