สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
Food and Drug Administration

วารสารอาหารและยา THAI FOOD AND DRUG JOURNAL
ปีที่ 33 ฉบับที่ 3 (2569): กันยายน – ธันวาคม Vol. 33 No. 3 (2026): September – December
https://he01.tci-thaijo.org/index.php/fdajournal/index

ผลของการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย

อัญชลี พิมพ์รัตน์[1,2] ไกรลาศ พิมพ์รัตน์[1,2]

[1] กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย เลย [2]สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลย
ที่อยู่ติดต่อ: อัญชลี พิมพ์รัตน์ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย หมู่ที่ 3 ตำบลด่านซ้าย อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย 42120 unchalee.dshos@gmail.com

Effectiveness of a Capacity-Building Program of Family Health Leaders on Health Product Consumption in Dansai District, Loei Province

Unchalee Pimrat[1,2], Krilas Pimrat[1,2]

[1]Department of Pharmacy and Consumer Protection, Dan Sai Crown Prince Hospital. [2]Loei Provincial Health Office, Loei
Contact address: Unchalee Pimrat, Department of Pharmacy and Consumer Protection, Dansai Crown Prince Hospital, Loei Moo 3, Tambon Dansai, Dansai District, Loei, 42120, Thailand, unchalee.dshos@gmail.com

Received: 12 November 2025, **Revised:** 12 June 2026, **Accepted:** 5 August 2026

Abstract

Background: Consumer health protection at the primary care level in Thailand faces challenges in accessing behavioral decisions within households, particularly among vulnerable elderly individuals and patients with chronic non-communicable diseases (NCDs). These groups are highly susceptible to misleading health product advertisements, which can cause severe clinical consequences such as acute kidney injury. Shifting the paradigm toward empowering family health leaders as "household health product guardians" is essential to bridging this operational gap.

Objectives: To study the effects of a capacity-building program for developing the potential of family health leaders in health product consumption in Dan Sai District, Loei Province, on knowledge and health product consumption behaviors and to compare the differences in knowledge and health product consumption behaviours between the experimental group participating in the program and the control group receiving routine care.

Methods: This quasi-experimental research utilized a two-group pretest-posttest design. The subjects were 40 household representatives caring for elderly individuals or chronic disease patients in Dansai District, Loei Province, selected through purposive sampling and divided into an experimental group (n=20) and a control group (n=20). The study was conducted from March 1 to December 31, 2024. The experimental instrument was a 1-month capacity-building program consisting of 5 core lessons: consumer rights, health product knowledge, consumption behaviors, consumer rights

protection, and risky dietary behaviors. The program was delivered via cognitive psychology-based group activities, infographics, online communication (Line group), and empowering home visits. Data were collected through structured interviews, with instrument reliability (Cronbach's alpha) ranging from 0.78 to 0.87. Statistical analysis included descriptive statistics, paired t-test, and independent t-test.

Results: Baseline characteristics of both groups showed homogeneity before the intervention (p-value > 0.05). After completing the program, the experimental group demonstrated a significant increase in the proportion of participants with high-level knowledge of consumer rights, jumping from 0.00% to 85.00% (p-value ≤ 0.001), and high-level knowledge of health products, increasing from 50.00% to 85.00% (p-value = 0.020). Regarding behavior, the mean score for health product consumption behaviors in the experimental group increased significantly (p-value ≤ 0.001), and proactive consumer rights protection behavior through reporting clues to relevant authorities reached 100.00% (p-value < 0.001). Additionally, the experimental group significantly reduced their mean intake of sweetened beverages from 1.75 to 0.20 days per week (p-value ≤ 0.05). In contrast, the control group showed no statistically significant changes in knowledge or behavior throughout the study period.

Conclusions: The capacity-building program was highly effective in enhancing knowledge, transforming consumption behaviours, and promoting proactive rights protection among family health leaders. It served as an efficient proactive tool for primary care units to drive sustainable and safe health product consumption at the household level.

Keywords: family health leaders, health products, capacity-building program

บทคัดย่อ

ความสำคัญ: การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิมีข้อจำกัดในการเข้าถึงพฤติกรรมการบริโภคภายในครัวเรือน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งมีความเปราะบางและเสี่ยงต่อการตกเป็นเหยื่อของการโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อวดอ้างสรรพคุณเกินจริง นำไปสู่ความเสี่ยงทางคลินิกที่ร้ายแรง เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลันจากการบริโภคผลิตภัณฑ์ที่ไม่ปลอดภัย การเปลี่ยนกระบวนทัศน์มาเสริมสร้างศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้ทำหน้าที่เป็น "ผู้พิทักษ์การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพในครัวเรือน" จึงเป็นกลไกสำคัญในการปิดช่องว่างนี้

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย ต่อระดับความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ดำเนินกิจกรรมตามปกติ

วิธีการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest and posttest design) ศึกษาในตัวแทนครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย จำนวน 40 คน เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่ 1 มีนาคม ถึง 31 ธันวาคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพระยะเวลา 1 เดือน ประกอบด้วย 5 บทเรียนหลัก (สิทธิผู้บริโภค ความรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการปกป้องสิทธิ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยง) ขับเคลื่อนผ่านกิจกรรมกลุ่มตาม

แนวทางจิตปัญญาศึกษา สื่ออินโฟกราฟิก สื่อสังคมออนไลน์ (ไลน์กลุ่ม) และการเยี่ยมบ้านเสริมพลัง เครื่องมือเก็บข้อมูลคือแบบสัมภาษณ์ความรู้และพฤติกรรมที่มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) ระหว่าง 0.78 - 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติ paired t-test และ independent t-test

ผลการศึกษา: คุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลองมีความเท่าเทียมกัน (baseline homogeneity, p-value > 0.05) หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้มีความรู้เรื่องสิทธิผู้บริโภคระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.00 เป็นร้อยละ 85.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value ≤ 0.001) และมีผู้มีความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50.00 เป็นร้อยละ 85.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.020) ในด้านพฤติกรรม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value ≤ 0.001) และพฤติกรรมการปกป้องสิทธิผู้บริโภคโดยการแจ้งเบาะแสแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มขึ้นครอบคลุมร้อยละ 100.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) นอกจากนี้ กลุ่มทดลองสามารถลดจำนวนวันเฉลี่ยในการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานลงได้อย่างชัดเจนจาก 1.75 เหลือ 0.20 วันต่อสัปดาห์ (p-value ≤ 0.05) ในขณะที่กลุ่มควบคุมไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้และพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตลอดการศึกษา

สรุป: โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพมีประสิทธิผลสูงในการยกระดับความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงพฤติกรรมการปกป้องสิทธิให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว สามารถใช้เป็นเครื่องมือเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิในการขับเคลื่อนการคุ้มครองผู้บริโภคและการบริโภคที่ปลอดภัยในระดับครัวเรือนอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ศักยภาพด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

บทนำ

การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (consumer health protection) ถือเป็นองค์ประกอบพื้นฐานสำคัญของระบบสาธารณสุขในทุกประเทศทั่วโลก เนื่องจากเกี่ยวข้องโดยตรงกับความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาวะของประชาชน ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการสร้างหลักประกันว่า ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำหน่ายในท้องตลาดมีความปลอดภัย มีประสิทธิผล และมีคุณภาพที่ได้มาตรฐาน ควบคู่ไปกับการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่สาธารณชนเพื่อป้องกันการบริโภคที่ไม่สมเหตุสมผล[1] สำหรับประเทศไทย การคุ้มครองผู้บริโภคได้รับการบรรจุไว้ในระดับนโยบายสูงสุด โดยรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยและพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้สิทธิแก่บุคคลในการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเพียงพอและมีสิทธิร้องเรียนเพื่อได้รับการเยียวยาหากถูกละเมิดสิทธิ[2-3] นอกจากนี้ ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2559 ยังกำหนดให้การสร้างเสริมสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และทักษะในการเลือกและใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างถูกต้อง ปลอดภัย และสมเหตุผล[1] แม้ภาครัฐจะมีกลไกทางกฎหมายที่เข้มแข็ง เช่น สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) และสำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค (สคบ.) แต่การกำกับดูแลเชิงนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายยังคงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการตัดสินใจของผู้บริโภคในระดับครัวเรือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคปัจจุบันที่สังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (ageing society) ควบคู่กับการเติบโตของตลาดผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรที่มีมูลค่ามหาศาล[4] ประกอบกับการขยายตัวของสื่อดิจิทัลและแพลตฟอร์มพาณิชย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-commerce) ทำให้การโฆษณาที่กล่าวอ้างสรรพคุณเกินจริงสามารถเข้าถึงผู้บริโภคได้อย่างรวดเร็วและเป็นวงกว้าง ส่งผลให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases:

NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด กลายเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงที่สุดในการตกเป็นเหยื่อของการตลาดผลิตภัณฑ์เหล่านี้ เนื่องจากมีความเปราะบางทางสุขภาพ มีความสนใจในการแสวงหาผลิตภัณฑ์ทางเลือกเพื่อบรรเทาอาการของโรค และมักมีภาวะการใช้ยาหลายชนิดพร้อมกัน (polypharmacy) จนขาดความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลทางสุขภาพอย่างถูกต้อง[5-7]

มีงานวิจัยเชิงประจักษ์จำนวนมากยืนยันถึงความชุกของการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังนี้[6] มักได้รับอิทธิพลจากความเชื่อส่วนบุคคล คำแนะนำของคนใกล้ชิด หรือสื่อโฆษณา นำไปสู่ความเสี่ยงทางคลินิกที่ร้ายแรง เช่น ปฏิกิริยาระหว่างยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (drug-supplement interactions) ซึ่งส่งผลกระทบต่อเอนไซม์ในตับที่ใช้ในการเมตาบอลิซึมยาแผนปัจจุบัน จนอาจทำให้เกิดความเป็นพิษ (toxicity) ต่อร่างกายหรือทำให้การรักษาล้มเหลว ตลอดจนความเสี่ยงของความเป็นพิษต่ออวัยวะ (organ toxicity) จากสารปนเปื้อนสารเคมีอันตราย เช่น สารสเตียรอยด์ หรือโลหะหนัก ซึ่งจะเร่งความเสื่อมของตับและไตในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอยู่เดิม[4-7] บริบทของอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย สะท้อนปัญหานี้ได้อย่างชัดเจน โดยเป็นสังคมเกษตรกรรมที่มีจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายใต้ระบบบริการสุขภาพ (service plan) กว่า 7,000 คน จากการดำเนินการเฝ้าระวังในพื้นที่โดยฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย พบข้อเท็จจริงที่น่ากังวลว่า มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ร้อยละ 20 ที่มีประวัติการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เครื่องดื่มสมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์ที่กล่าวอ้างสรรพคุณในการควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิต หรือไขมัน โดยไม่ผ่านการปรึกษาบุคลากรทางการแพทย์[8] ยิ่งไปกว่านั้น ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบอุบัติการณ์ที่รุนแรงทางคลินิกสะท้อนผ่านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะไตวายเฉียบพลัน (Acute Kidney Injury: AKI) จำนวนถึง 4 ราย ซึ่งจากการสอบสวนโรคทางระบาดวิทยาพบความสัมพันธ์ชัดเจนกับการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่อ้างสรรพคุณ "ดีท็อกซ์" หรือ "ช่วยล้างพิษ" ที่อยู่นอกเหนือแผนการรักษาที่ปรากฏการณ์นี้แสดงให้เห็นว่ามาตรการคุ้มครองผู้บริโภคในอดีตที่เน้นกลไกกำกับดูแลจากภาครัฐส่วนกลางลงสู่ส่วนล่าง (top-down approach) เช่น การตรวจจับร้านค้าหรือการดำเนินคดีทางกฎหมายกับผู้กระทำผิด[5] ยังมีข้อจำกัดและช่องว่างเชิงปฏิบัติการ (knowledge and operational gap) ไม่สามารถเข้าถึงพฤติกรรมการบริโภคที่เป็นความลับภายในครัวเรือน หรือการชักชวนกันเองในชุมชนได้ การขาดกลไกเฝ้าระวัง ณ จุดตัดสินใจบริโภคของตัวผู้ป่วยและครอบครัวจึงเป็นช่องว่างสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขเร่งด่วน

ดังนั้น เพื่อปิดช่องว่างและแก้ไขปัญหาการผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับครัวเรือนอย่างยั่งยืน จำเป็นต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการควบคุมโดยอำนาจรัฐไปสู่การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง (empowerment) ภายในชุมชน โดยใช้กลไกการดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (primary health care) ผ่านแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งขึ้น[9] แม้ที่ผ่านมา แกนนำเหล่านี้จะมีบทบาทเด่นในการป้องกันโรคเรื้อรังหรือดูผู้สูงอายุ แต่อีกบทบาทหนึ่งที่สำคัญที่ยังไม่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบคือการทำหน้าที่เป็น “ผู้พิทักษ์การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพในครัวเรือน” เป็นตัวกลางในการดึงกลไกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมาขับเคลื่อนมีข้อได้เปรียบที่ชัดเจน ทั้งในแง่ของความน่าเชื่อถือทางสังคมในฐานะคนในชุมชน การเข้าถึงจุดตัดสินใจในการบริโภคภายในครัวเรือนได้อย่างแท้จริง และความยั่งยืนของระบบการเฝ้าระวังที่ไม่ใช่เพียงกิจกรรมครั้งคราว[10-12] ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพขึ้น โดยบูรณาการข้อมูลสถานการณ์จริงในพื้นที่ร่วมกับหลักจิตปัญญาศึกษาและการสื่อสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งเน้นการสร้างเสริมความรู้ สิทธิผู้บริโภค และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเฉพาะเจาะจง การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย ต่อระดับความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ รวมถึงเปรียบเทียบความแตกต่างของผลลัพธ์ดังกล่าวระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ดำเนินกิจกรรมตามปกติ (กลุ่มควบคุม) เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนานโยบายการคุ้มครองผู้บริโภคภาคประชาชนในระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย ต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรม (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่ไม่เข้าร่วมโปรแกรม (กลุ่มควบคุม)

ระเบียบวิธีวิจัย

วิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ด้วยแบบแผนการวิจัยเป็นชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two-group pretest and posttest design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง (experimental group) ที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ และกลุ่มควบคุม (control group) ซึ่งดำเนินกิจกรรมตามปกติ เพื่อควบคุมและแยกผลกระทบที่เกิดจากตัวแปรแทรกซ้อนภายนอกหรือการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ (history and temporal effects) ออกจากผลของโปรแกรมการแทรกแซง (intervention effect) ได้อย่างชัดเจน ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึง 31 ธันวาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

จากตัวแทนครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย จำนวนทั้งสิ้น 950 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร Chow, Shao และ Wang[13] สำหรับการทดสอบ two dependent proportions ที่ระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 (Alpha = 0.05) และอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 (power = 80 %) ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำกลุ่มละ 14 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลจริงกลุ่มละ 20 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน โดยใช้วิธีการสุ่ม/คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria): บุคคลที่เป็นตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังในครัวเรือน มีอายุระหว่าง 20-70 ปี สื่อสารได้ปกติ สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และอาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria): ผู้ที่มีปัญหาด้านการสื่อสารหรือการได้ยินในภายหลัง ย้ายที่อยู่อาศัยออกนอกพื้นที่ หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้อย่างต่อเนื่อง

เครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ใช้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ระยะเวลา 1 เดือน ประกอบด้วย 5 บทเรียนหลัก ได้แก่ ความรู้เรื่องสิทธิผู้บริโภค ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ พฤติกรรมการปกป้องสิทธิผู้บริโภค และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ โดยจัดกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางจิตปัญญาศึกษา ร่วมกับการใช้สื่ออินโฟกราฟิก เอกสารอิเล็กทรอนิกส์ การติดตามผ่านไลน์กลุ่ม และการเยี่ยมบ้านเสริมพลัง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ใช้แบบสัมภาษณ์ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่พัฒนาขึ้นตามโครงสร้างเนื้อหาของแผนงานพัฒนาวิชาการและกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คคส.) และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประกอบด้วยเนื้อหา 5 ตอน คือ (1) ข้อมูลของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุดที่จบ และอาชีพหลัก (2) ความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้บริโภค และการปกป้องสิทธิผู้บริโภค ประกอบด้วย คำถามเรื่องสิทธิผู้บริโภคจำนวน 9 ข้อ และคำภามเรื่องการปกป้องสิทธิผู้บริโภค จำนวน 3 ข้อใหญ่ 6 ข้อย่อย (3) ความเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประกอบด้วย คำถามเรื่อง ฉลากโภชนาการ ผลิตภัณฑ์อาหาร ผลิตภัณฑ์ยา ผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย การโฆษณา และการจำหน่ายยา (4) พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประกอบด้วย คำถามเรื่อง การอ่านฉลากผลิตภัณฑ์สุขภาพ การบริโภคผลิตภัณฑ์อาหาร การบริโภคผลิตภัณฑ์ยา การบริโภคผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง การบริโภคเครื่องมือแพทย์ และ (5) การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การบริโภคอาหารไขมันสูง การบริโภคอาหารโซเดียมสูง การบริโภคอาหารอาหารจานด่วน และการบริโภคเครื่องดื่ม

ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน นำไปทดสอบความเชื่อมั่น (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ โดยด้านความรู้เกี่ยวกับสิทธิผู้บริโภค และการปกป้องสิทธิผู้บริโภค เท่ากับ 0.87 ความรู้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ เท่ากับ 0.85 พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ เท่ากับ 0.78 และการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เท่ากับ 0.79

ขั้นตอนการศึกษา

ระยะที่ 1 การประเมินก่อนการทดลอง (pre-test) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ความรู้ และพฤติกรรมก่อนได้รับการพัฒนาโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยเภสัชกรทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากนั้นนำข้อมูลสถานการณ์มาวิเคราะห์ และจัดประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่เพื่อร่วมกันวางแผนกิจกรรม

ระยะที่ 2 การดำเนินโปรแกรม (intervention) ดำเนินการจัดกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางจิตปัญญาศึกษาให้กับกลุ่มทดลองเป็นเวลา 1 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรมละลายพฤติกรรม ถอดบทเรียนจากประสบการณ์เดิม บทบาทสมมุติ และเสริมพลังผ่านสื่อออนไลน์และติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมให้ดำเนินชีวิตและรับบริการสาธารณสุขตามปกติโดยไม่มีกิจกรรมเสริม

ระยะที่ 3 การประเมินหลังการทดลอง (post-test) หลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือน ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลซ้ำด้วยแบบสัมภาษณ์ชุดเดิมในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เพื่อประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไป ระดับความรู้ และพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดเกณฑ์ระดับความรู้ 3 ระดับ ได้แก่ ความรู้เรื่องสิทธิผู้บริโภค 9 ข้อ ระดับสูง 7-9 คะแนน ระดับกลาง 4-6 คะแนน ระดับต่ำ 0-3 คะแนน และความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ 15 ข้อ ระดับสูง 11-15 คะแนน ระดับกลาง 6-10 คะแนน และระดับต่ำ 0-5 คะแนน

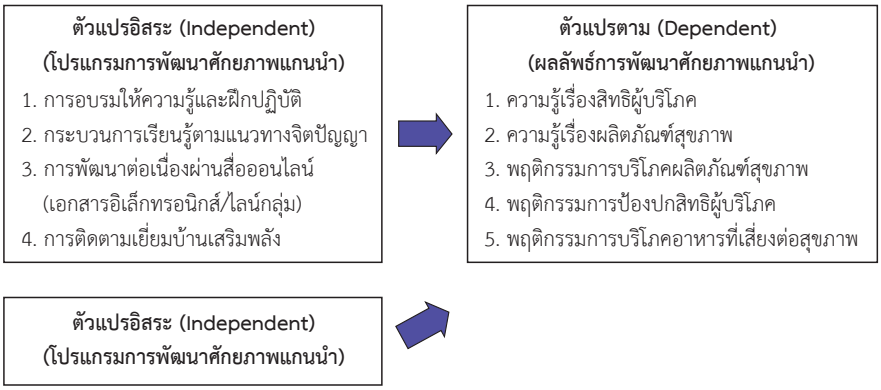
ใช้สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) ได้แก่

- เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มเดียวกัน (Dependent samples) ใช้สถิติ Paired t-test

- เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (Independent samples) ใช้สถิติ independent t-test

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดนี้เป็นความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล (cause-and-effect relationship) โดยที่โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ (ตัวแปรอิสระ) ถูกคาดหวังว่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวแปรตาม (ความรู้และพฤติกรรม) ของกลุ่มทดลองเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) ที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม (Control Group) ที่ดำเนินกิจกรรมตามปกติจำนวน 20 คน พบว่า คุณลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ซึ่งสะท้อนถึงความเท่าเทียมกันของตัวแปรพื้นฐานก่อนการทดลอง (baseline homogeneity)

เมื่อพิจารณาจำแนกรายกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.00 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมที่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มมีอายุใกล้เคียงกันในช่วง 61-65 ปี (ร้อยละ 35) มีอายุเฉลี่ย 59.90 และ 59.95 ปี ตามลำดับ ในด้านระดับการศึกษาสูงสุดของกลุ่มทดลองมีการกระจายตัวใกล้เคียงกันในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย และปริญญาตรี กลุ่มละร้อยละ 25.00 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 40.00 สำหรับโครงสร้างทางอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพเกษตรกรรมในสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 45.00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=40)

คุณลักษณะ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	8	40	9	45
หญิง	12	60	11	55
อายุ				
45 - 49 ปี	1	5	5	5
50 - 55 ปี	4	20	4	20
56 - 60 ปี	4	20	4	20
61 - 65 ปี	7	35	7	35
65 - 70 ปี	4	20	4	20
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ประถมศึกษา	5	25	2	10
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20	8	40
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	25	4	20
อนุปริญญาหรือ ปวส.	1	5	1	5
ปริญญาตรี	5	25	5	25
อาชีพ				
เกษตรกร	9	45	9	45
ค้าขาย	3	15	3	15
รับจ้างทั่วไป	3	15	6	30
อาชีพอิสระ	1	5	0	0
แม่บ้าน	1	5	1	5
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	15	1	5

2. ผลลัพธ์ของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพต่อความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ผู้วิจัยได้ทำการเปรียบเทียบตัวแปรตามอันได้แก่ ระดับความรู้เรื่องสิทธิผู้บริโภค ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ และระดับคะแนนพฤติกรรม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (pre-test and post-test) ภายในกลุ่มเดียวกัน และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีผลการวิเคราะห์ทางสถิติดังต่อไปนี้

2.1 ความรู้เรื่องสิทธิผู้บริโภคและความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ

จากการทดสอบก่อนการทดลอง พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีผู้ใดมีความรู้เรื่องสิทธิผู้บริโภคอยู่ในระดับสูงเลย (ร้อยละ 0.00) อย่างไรก็ตาม ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ แกนนำสุขภาพในกลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องสิทธิผู้บริโภคเพิ่มสูงขึ้นอย่างก้าวกระโดด โดยพบผู้มีความรู้ระดับสูงจำนวนถึง 17 คน (ร้อยละ 85.00) เพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยสถิติเชิงอนุมานพบว่า การเพิ่มขึ้นนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับสูงมาก (p-value ≤ 0.001) ขณะที่กลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้ดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ

ในทำนองเดียวกัน สำหรับความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน จากเดิมก่อนการทดลองมีจำนวน 10 คน (ร้อยละ 50.00) เพิ่มขึ้นเป็น 17 คน (ร้อยละ 85.00) หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ซึ่งผลการทดสอบทางสถิติยืนยันการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value = 0.020) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนของระดับความรู้คงเดิมและไม่มีการพัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตลอดช่วงการศึกษา ดังตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความรู้และพฤติกรรมเรื่องสิทธิผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตอบถูกต้องของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

หัวข้อ	กลุ่มทดลอง (n = 20) จำนวน (ร้อยละ)		กลุ่มควบคุม (n = 20) จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
ความรู้เรื่องสิทธิผู้บริโภคที่ตอบถูกต้อง				
ระดับสูง	0 (0.00)	17 (85.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
ระดับกลาง	6 (30.00)	2 (10.00)	6 (30.00)	6 (30.00)
ระดับต่ำ	14 (70.00)	1 (5.00)	14 (70.00)	14 (70.00)
ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตอบถูกต้อง				
ระดับสูง	10 (50.00)	17 (85.00)	9 (45.00)	9 (45.00)
ระดับกลาง	9 (45.00)	2 (10.00)	9 (45.00)	9 (45.00)
ระดับต่ำ	1 (5.00)	1 (5.00)	2 (10.00)	2 (10.00)
พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	20 (100.00)	20 (100.00)	13 (65.00)	14 (70.00)
พฤติกรรมการปกป้องสิทธิผู้บริโภคที่ถูกต้อง	9 (45.00)	20 (100.00)	7 (35.00)	8 (40.00)

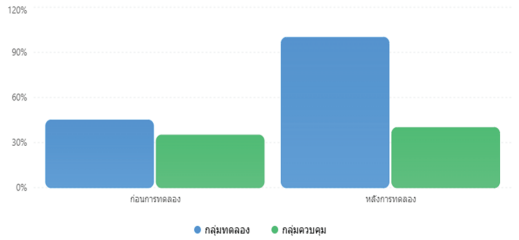
ตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสิทธิผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง

ตัวแปร / หัวข้อ	กลุ่มทดลอง Mean ± S.D.	กลุ่มควบคุม Mean ± S.D.	*p*-value
ความรู้เรื่องสิทธิการบริโภค			
ก่อนทดลอง (Pre-test)	3.15 ± 1.53	3.15 ± 1.53	1.000
หลังทดลอง (Post-test)	7.85 ± 2.12	3.20 ± 1.105	0.010
ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
ก่อนทดลอง (Pre-test)	10.80 ± 2.455	10.65 ± 2.985	0.945
หลังทดลอง (Post-test)	13.00 ± 3.085	10.65 ± 2.985	0.004
พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
ก่อนทดลอง (Pre-test)	3.70 ± 0.196	3.45 ± 0.292	0.005
หลังทดลอง (Post-test)	3.87 ± 0.228	3.45 ± 0.292	0.000

การทดลองนี้ส่งผลทางบวกต่อกลุ่มทดลองอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะ "พฤติกรรมการปกป้องสิทธิผู้บริโภค" ที่พัฒนาขึ้นจนถูกต้องครบทุกคน และในส่วนของ "พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ" แม้กลุ่มทดลองจะมีพื้นฐานที่ดีอยู่แล้ว แต่คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองก็ยังเพิ่มสูงขึ้นและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 ความแตกต่างของระดับความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับสูงและพฤติกรรมการปกป้องสิทธิผู้บริโภคผ่านเกณฑ์

หัวข้อ	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		*p*-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับสูง					
Pre-test	10	50.00	9	45.00	.020
Post-test	17	85.00	9	45.00	
พฤติกรรมการปกป้องสิทธิผู้บริโภคผ่านเกณฑ์					
Pre-test	9	45.00	7	35.00	.519
Post-test	20	100.00	8	40.00	.000
ผลต่างของกลุ่มที่พฤติกรรมถูกต้องก่อนและหลังการพัฒนา	11		1		



รูปที่ 2 สัดส่วนพฤติกรรมการปกป้องสิทธิผู้บริโภคที่ผ่านเกณฑ์

2.2 พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและการปกป้องสิทธิผู้บริโภค

จากการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมและการสำรวจเชิงคุณภาพผ่านแบบสอบถามปลายเปิดและแบบสัมภาษณ์ พบความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกที่ชัดเจนในกลุ่มทดลอง โดยพบว่า คะแนนพฤติกรรมในการเลือกซื้อและบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value ≤ 0.001) ซึ่งแกนนำสุขภาพมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นอย่างเด่นชัด เช่น การตรวจสอบฉลากโภชนาการ การตรวจสอบเลขสารบบอาหาร (เลข อย.) และวันหมดอายุอย่างสม่ำเสมอก่อนการเลือกซื้อเข้าสู่ครัวเรือน

ส่วนพฤติกรรมการปกป้องสิทธิผู้บริโภคมีการยกระดับพฤติกรรมจากการตั้งรับไปสู่เชิงรุก โดยพบว่าหลังได้รับความรู้จากโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการปกป้องสิทธิผู้บริโภคโดยรวมและเป้าหมายเชิงพฤติกรรมที่สำคัญในการลดความเสี่ยงต่อกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ผลการศึกษาจำนวนวันเฉลี่ยต่อสัปดาห์ของการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ชี้ว่า จำนวนวันเฉลี่ยเครื่องดื่มรสหวานลดลง จาก 1.75 เป็น 0.2 วันต่อสัปดาห์ การบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพชนิดอื่นเพิ่มขึ้น เป็นพฤติกรรมที่กลุ่มเป้าหมายมีการปฏิบัติในชีวิตประจำวันดังนั้นก่อนและหลังการทดสอบจึงไม่ลดลง ส่วนกลุ่มควบคุมเมื่อทดสอบ พบว่า การบริโภคกาแฟ ชา ชานม และเครื่องดื่มรสหวาน วันต่อสัปดาห์ลดลง ดังตารางที่ 5

การทำหน้าที่ส่งต่อกระบอกเสียงแจ้งเบาะแสแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (เช่น รพ.สต. หรือฝ่ายคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย) เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของบุคคลอื่นในชุมชน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value ≤ 0.050) ดังตารางที่ 2-4 และรูปที่ 2

2.3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ

ผลการศึกษาในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง ในส่วนของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงทางสุขภาพ พบว่ากลุ่มทดลองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะการลดปริมาณการบริโภคกลุ่มเครื่องดื่มรสหวานลงได้อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นหนึ่งใน

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ (วันต่อสัปดาห์)

ประเภทอาหารเสี่ยงสุขภาพ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		ผลต่างการเปลี่ยนแปลง (กลุ่มทดลอง/กลุ่มควบคุม)
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
อาหารไขมันสูง	1.15	2.50	2.05	2.50	+1.35/ +0.45
ขนมกรุบกรอบ	0.30	2.00	1.05	2.00	+1.70/ 0.95
อาหารจานด่วน	0.35	0.35	0.30	0.35	0.00/ +0.05
กาแฟ ชา ชานม	3.10	3.25	3.40	3.25	+0.15/ -0.15
น้ำอัดลม	0.40	1.30	1.05	1.30	+0.90/ +0.25
เครื่องดื่มรสหวาน	1.75	0.20	1.80	1.75	-1.55/ -0.05

สรุปผล

จากการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) อำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย พบว่าโปรแกรมดังกล่าวประสบความสำเร็จในการยกระดับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีสัดส่วนผู้ที่มีความรู้เรื่องสิทธิผู้บริโภคและความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.00 สอดคล้องกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและการปกป้องสิทธิที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจน (p-value ≤0.050) ยิ่งไปกว่านั้น กลุ่มทดลองทั้งหมด

(ร้อยละ 100.00) ยังเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติไปสู่เชิงรุกด้วยการตรวจสอบฉลากอย่างสม่ำเสมอ ลดการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานที่เป็นความเสี่ยงโรค NCDs และทำหน้าที่ส่งต่อกระบอกเสียงแจ้งเบาะแสเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมนี้เป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพสูงในการสร้างพฤติกรรมการบริโภคที่ปลอดภัยและสมเหตุผลอย่างยั่งยืน

อภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวด้านการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลอง ทั้งในระดับความรู้ พฤติกรรม และความสามารถในการขยายผลสู่ครัวเรือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความสำเร็จในการบรรลุผลลัพธ์พฤติกรรมการปกป้องสิทธิผู้บริโภค โดยพบประเด็นสำคัญ ได้แก่

การยกระดับความรู้: การเรียนรู้เชิงปฏิสัมพันธ์กับหลักการศึกษาผู้ใหญ่ ผลการศึกษาชี้ชัดว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสิทธิผู้บริโภคและความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.014) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดโปรแกรม (p-value = 0.01) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ว่าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพจะสามารถเพิ่มพูนความรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การที่ความรู้เพิ่มขึ้นและแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน สะท้อนให้เห็นถึงความเข้มข้นของเนื้อหาและการออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่เหมาะสม การใช้หลักการศึกษาผู้ใหญ่และการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยเพิ่มพูนความรู้ โดยอธิบายได้จากหลักการศึกษาผู้ใหญ่ (andragogy) ของ Knowles[14] ที่เน้นว่าผู้เรียนที่เป็นผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีที่สุดเมื่อเนื้อหามีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับประสบการณ์ชีวิตและการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า (problem-centered) โปรแกรมนี้เน้นเนื้อหาด้านสิทธิและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่แกนนำต้องพบเจอในชีวิตประจำวันหรือในการให้คำแนะนำแก่สมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้เรียนเห็นความจำเป็นในการเรียนรู้ (need to know) ทันที นอกจากนี้ การออกแบบกิจกรรมที่เน้นการสร้างพื้นที่การเรียนรู้และการแลกเปลี่ยน ตามแนวทางจิตปัญญา ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยกระตุ้นการคิดวิเคราะห์และการประมวลผลข้อมูลใหม่ๆ อย่างเป็นระบบ ผลลัพธ์นี้มีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของสมศรี บูรณสมภพ และคณะ[15] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังภัยสุขภาพ และพบว่ารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) การอภิปรายกลุ่ม และการทำกรณีศึกษา (case study) มีประสิทธิภาพเหนือกว่าการบรรยายแบบทางเดียวในการเพิ่มพูนความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) และความรู้เฉพาะด้านอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งงานวิจัยของเทพศักดิ์ อังคณาวิศัลย์ และผณินชิสา มุสิกะไชย[16] ที่ชี้ว่าการจัดการความปลอดภัยด้านยาในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาทำให้ลดปัญหาการกระจายยาที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์ในประเด็นผลลัพธ์ทางการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ดีขึ้น

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการปกป้องสิทธิ: ความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพแห่งตนและกลไกการเสริมแรง ผลการวิจัยที่น่าสนใจคือ พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและพฤติกรรมการปกป้องสิทธิผู้บริโภคของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน (p-value = 0.000) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมการปกป้องสิทธิผู้บริโภคที่ผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100.00 ในกลุ่มทดลองหลังการพัฒนา ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงคุณภาพในระดับสูงมาก ความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ได้รับการสนับสนุนอย่างแข็งแกร่งจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) ของ Bandura[17] ซึ่งเน้นย้ำถึงความสำคัญของความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพแห่งตน (self-efficacy) ในการขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การที่โปรแกรมมีการออกแบบให้แกนนำได้ฝึกปฏิบัติ (enactive attainment) และได้รับการติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิดผ่านช่องทางออนไลน์ ทำให้แกนนำเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะนำความรู้ไปใช้ในการปกป้องสิทธิและให้คำแนะนำได้อย่างแท้จริง จนนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่ร้อยละ 100 ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนั้น เปรียบเทียบรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผลลัพธ์ที่ร้อยละ 100 นี้ ความโดดเด่น

ของโปรแกรมนี้อาจมาจากปัจจัยเฉพาะของกลไกการติดตามผลผ่านสื่อออนไลน์และการพัฒนาต่อเนื่อง ซึ่งช่วยเสริมแรงจูงใจและให้คำปรึกษาได้อย่างทันท่วงที กลไกการติดตามต่อเนื่องนี้ สามารถอธิบายได้ในระยะการลงมือทำ (action stage) และระยะการคงไว้ (maintenance stage) ตามทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (transtheoretical model)[19] โดยการติดต่อสื่อสารและให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะทำหน้าที่เป็นตัวเสริมแรง (reinforcement) ที่ช่วยให้พฤติกรรมใหม่มีความคงทนและกลายเป็นพฤติกรรมถาวร การที่กลุ่มควบคุมไม่ได้มีการติดตามผลอย่างเป็นระบบ ทำให้ไม่มีแรงเสริมในขั้นตอนการปฏิบัติจึงส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการลดความถี่ในการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานอย่างมีนัยสำคัญ (p-value ≤0.05) ในขณะที่การบริโภคอาหารเสี่ยงอื่น (อาหารไขมันสูง ขนมกรุบกรอบ) ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ถือเป็นผลลัพธ์ที่สะท้อนถึงความเฉพาะเจาะจงในการรับรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดลงของการบริโภคเครื่องดื่มรสหวานสนับสนุนทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model)[20] โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมิติของการรับรู้ความรุนแรง (perceived severity) และการรับรู้ความเสี่ยง (perceived susceptibility) ของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวานและโรคอ้วน การให้ความรู้ที่เน้นผลกระทบของน้ำตาลและเครื่องดื่มรสหวานอย่างชัดเจนและเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพในครอบครัว เนื่องจากแกนนำเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (NCDs) อาจส่งผลให้แกนนำมีการรับรู้ความเสี่ยงที่สูงขึ้นนำไปสู่การตัดสินใจเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายกว่าการเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ซับซ้อน และมีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาวิจัยด้านโภชนาการ เช่นของรุ่งนภา สุขสม และคณะ[21] ที่ระบุว่าพฤติกรรมที่มีความถี่สูงและมีอันตรายชัดเจน เช่น การดื่มน้ำหวาน มักจะถูกปรับเปลี่ยนได้ง่ายกว่าพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมอาหารหรือรสชาติที่ฝังลึก เช่น การลดไขมันหรือเกลือ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของอนุชาติ สร้อยปัสสา และคณะ[22] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบริโภคอาหารประยุกต์แบบจำลอง ข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดสมุทรปราการ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่เหมาะสมในระดับสูงสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีระดับความรู้ในระดับต่ำ และผู้ป่วยที่ควบคุมการบริโภคอาหารได้ถูกต้องในระดับสูงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ควบคุมได้ถูกต้องในระดับต่ำกว่า นอกจากนี้ จากผลการวิจัยที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคผลผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยรวมไม่เปลี่ยนแปลง พบว่าความแตกต่างกับงานวิจัยของ รัฐกรณ์ ตีระพงษ์ศักดิ์[23] ที่ศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมต่อการใช้จักรยานของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ชี้ว่าทัศนคติและพฤติกรรมเปลี่ยนได้เพราะความรู้ แม้ว่าบางครั้งความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมอาจจะไม่เปลี่ยนแปลงตามเส้นทางเดียวกัน ล้วนแต่มีความสัมพันธ์และมีผลต่อกันไป

การใช้แนวทางจิตปัญญาและกิจกรรมกลุ่มสอดคล้องกับหลักการเสริมพลัง (empowerment theory)[24] โดยการเปิดโอกาสให้แกนนำได้สำรวจตนเอง ทำความเข้าใจคุณค่า (values) ของการเป็นผู้นำ และค้นพบแรงบันดาลใจในการทำงานเพื่อผู้อื่น ซึ่งทำให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ได้เกิดจากข้อบังคับภายนอก แต่เกิดจากความรู้สึกเป็นเจ้าของ (ownership) และความรับผิดชอบในตนเองและชุมชน การเสริมพลังในมิตินี้อาจเป็นกุญแจสำคัญสู่ความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพ นอกจากนั้น ยังสนับสนุนทฤษฎีการแพร่กระจายนวัตกรรม (diffusion of innovation theory) ของ Rogers[25] โดยแกนนำทำหน้าที่เป็นตัวแทนการเปลี่ยนแปลง (change agent) ที่นำนวัตกรรมด้านสุขภาพหรือองค์ความรู้ไปเผยแพร่ในเครือข่ายทางสังคมที่เล็กที่สุดและใกล้ชิดที่สุดคือ ครอบครัว การที่แกนนำทุกรายสามารถสร้างแผนการขยายผลได้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมประสบความสำเร็จในการพัฒนาทักษะการถ่ายทอดและการสื่อสาร (communication skills) ซึ่งเป็นทักษะที่สำคัญสำหรับการนำไปใช้ในระยะยาว ความสำเร็จในการถ่ายทอดบทบาทสู่แกนนำสุขภาพในระบบปฐมภูมินี้มีแนวโน้มไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาบทบาทหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขหรือแกนนำสุขภาพในระบบสุขภาพปฐมภูมิตามที่ทิพวรรณ ศุภกิจ และคณะ[26] ได้ศึกษาไว้ ซึ่งความสำเร็จ

ของการควบคุมโรคหรือการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพของการถ่ายทอดความรู้จากหน่วยบริการสู่ครัวเรือน การที่แกนนำทั้งหมดมีความพร้อมในการถ่ายทอดจึงถือเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จที่สำคัญในมิติความยั่งยืนของโปรแกรม

ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ชัดเจนในผลลัพธ์หลังการทดลองในแทบทุกตัวแปรสอดคล้องกับหลักการวิจัยกึ่งทดลองที่มีวัตถุประสงค์ในการควบคุมปัจจัยรบกวนภายนอก (confounding factors) ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากกลุ่มควบคุมมีกิจกรรมตามปกติ แต่ผลลัพธ์ไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจสรุปได้ว่า การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากการได้รับโปรแกรมอย่างแท้จริง (program attribution)

ข้อเสนอแนะ

1. กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดนโยบายบรรจุบทบาท "ผู้พิทักษ์การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพในครัวเรือน" (household health product guardian) ให้เป็นภารกิจหลักและสมรรถนะพื้นฐานอย่างเป็นทางการของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศ เพื่อสร้างกลไกความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) ที่ยั่งยืนแทนการจัดโครงการอบรมระยะสั้นเป็นครั้งคราว

2. กระทรวงสาธารณสุขควรเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการกำกับดูแลจากส่วนกลาง (top-down) มาเป็นการสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง (empowerment) ณ จุดตัดสินใจบริโภคในระดับครัวเรือน โดยสนับสนุนงบประมาณและระบบติดตามผ่านสื่อออนไลน์ให้แก่หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชน) เพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงทางคลินิก เช่น ภาวะไตวายเฉียบพลัน (AKI) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควรนำข้อค้นพบที่พบว่า ฉลากอาหารมีตัวอักษรขนาดเล็กและตีความยาก ไปขับเคลื่อนเชิงระบบโดยออกข้อบังคับทางกฎหมายให้ผู้ผลิตปรับปรุงรูปแบบฉลากโภชนาการและฉลากยาให้มีขนาดตัวอักษรที่ใหญ่ขึ้น และใช้สัญลักษณ์ที่เข้าใจง่าย เช่น ระบบสีสัญญาณไฟจราจร หรือสัญลักษณ์เตือนโรค เพื่อให้สอดคล้องกับโครงสร้างประชากรที่เป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และสามารถนำไปปฏิบัติจริงได้ในชีวิตประจำวัน

เอกสารอ้างอิง

1. ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศ เล่มที่ 133, ตอนพิเศษ 284 ง (ลงวันที่ 7 ธันวาคม 2559).
2. มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค. กฎหมาย-สิทธิผู้บริโภค [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.consumerthai.org/data-storage/consumers-law.html
3. คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. สิทธิของผู้บริโภค [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ocpb.go.th/news_view.php?nid=9764
4. อรรนพ เรืองกัลปวงศ์, สราวรรณ์ เรืองกัลปวงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์อาหารสุขภาพ ของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการบัณฑิตวิทยาลัยสวนดุสิต [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2563]; 11(2):77-94. เข้าถึงได้จาก: https://so03.tci-thaijo.org/index.php/sduhs/article/view/78028/62554
5. คณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค. หน้าที่ของผู้บริโภคก่อนซื้อสินค้าหรือบริการ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อผู้บริโภค; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ocpb.go.th/news_view.php?nid=9764
6. มูฮัมหมัดสุกรี สะอุ. ความชุกของการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและยาที่ไม่ปลอดภัยในกลุ่มผู้สูงอายุ ชาวมุสลิมที่เป็นโรคเบาหวาน ในอำเภอบันนังสตา จังหวัดยะลา. วารสารเภสัชกรรมไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2563]; 12(3):612-20. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/174707/163588
7. ปาจรีย์ สร้อยศรีฉาย. การบริโภคผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 20 ม.ค. 2563]; 9(1):33. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/IJPS/article/view/7598/6574

8. อัญชลี พิมพ์รัตน์, ไกรลาศ พิมพ์รัตน์. รายงานการเฝ้าระวังปัญหาการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพในอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย. เอกสารภายใน. 2566.
9. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) เพื่อการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของตนเอง [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 22 ม.ค. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/230658.pdf
10. มหาวิทยาลัยรามคำแหง กองการเจ้าหน้าที่. ลักษณะของการมีส่วนร่วม [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://hrm.ru.ac.th/file/plan/all67.pdf
11. โกวิทย์ พวงงาม. กรรมวิธีการมีส่วนร่วมของประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: ปิยวัฒนา; 2545 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.gotoknow.org/posts/482092
12. ชิต นิลพานิช และกุลธน ธนาพงศธร. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท [อินเทอร์เน็ต]. สงขลา: ปิยวัฒนา; 2532 [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: https://www.gotoknow.org/posts/482092
13. Chow S-C, Shao J, Wang H. Sample Size Calculation in Clinical Research. 2nd ed. Chapman&Hall/CRC, 152-153.
14. Knowles M. The adult learner: a neglected species. 4th ed. Houston: Gulf Publishing; 1990.
15. สมศรี บูรณสมภพ, รัชนีพร พวงเพชร, พงศ์เทพ สุขสมบัติ. ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการเฝ้าระวังภัยสุขภาพ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 22 ม.ค. 2567]; 34(1):25-36. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/issue/view/11012
16. เทพศักดิ์ อังคณาวิศัลย์, ผณินชิสา มุสิกะไชย. การถอดบทเรียนจากโครงการจัดการความปลอดภัยด้านยาในชุมชนโดยการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาระหว่างปี 2558-2560. วารสารเภสัชกรรมไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2651 [เข้าถึงเมื่อ 22 ม.ค. 2567]; 10(1):142-160. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJPP/article/view/171042
17. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1986.
18. กิตติมา ชื่นชม, ทัศนีย์ นุ่มน้อย, นวพร อภัย. ประสิทธิผลของการฝึกอบรมระยะสั้นต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 22 ม.ค. 2567]; 34(2):120-132. เข้าถึงได้จาก: https://he01.tci-thaijo.org/index.php/phn/issue/view/16802/4091
19. Prochaska JO, Norcross JC. Stages of change. In: Kaplan RM, Sallis JF, Patterson TL, editors. Health and behavior: the fourth dimension of biomedicine. New York: McGraw-Hill; 1993. p. 287-302.
20. Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. Health Educ Q [Internet]. 1988 [cited 2024 Jan 22]; 15(2):175-83. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3378902/
21. รุ่งนภา สุขสม, สมชาย เกตุแก้ว, วราภรณ์ แจ่มใส. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนภาคกลาง. วารสารโภชนาการและการจัดการสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 22 ม.ค. 2567]; 10(3):45-58. เข้าถึงได้จาก: https://www.sciencedirect.com/journal/the-journal-of-nutrition-health-and-aging
22. อนุชาติ สร้อยปัสสา และคณะ. ผลของโปรแกรมการบริโภคอาหาร ประยุกต์แบบจำลอง ข่าวสารแรงจูงใจ และทักษะพฤติกรรมในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน จังหวัดสมุทรปราการ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559 [เข้าถึงเมื่อ 28 เม.ย. 2567] เข้าถึงได้จาก: https://opac.kku.ac.th
23. รัฐกรณ์ ตีระพงษ์ศักดิ์. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมต่อการใช้จักรยานของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 28 เม.ย. 2567]. เข้าถึงได้จาก: http://dspace.bu.ac.th/handle/123456789/1947
24. Wallerstein N. Empowerment and health: A critical review. Soc Sci Med. 1992;35(5):677-90.
25. Rogers EM. Diffusion of innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003.
26. ทิพวรรณ ศุภกิจ, ศุภกิจ พูลภักดี, สุพรรณี ภาคอภัย. บทบาทและประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขในการถ่ายทอดความรู้สุขภาพระดับปฐมภูมิ. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 28 เม.ย. 2567]; 46(1):15-28. เข้าถึงได้จาก: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/issue/view/5490