



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

The Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province Journal

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
The Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province.
Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

รายงานผลการวิจัยและบทความวิชาการ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ

1

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2568

Volume 9 No.1 January-June 2025 ISSN : 2539-6676

สารบัญ / นิพนธ์ต้นฉบับ	หน้า / Page	Content / Original Articles
บทบาทการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชน สาธารณสุขประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหา เอดส์ ภายใต้งบประมาณจากกรมควบคุมโรค ในบริบทของยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติ ปัญหาเอดส์ วรรณรัตน์ มากำเนิด ส.ม. (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต) กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	12	The Participatory Role of Non-governmental Organizations (NGOs) in HIV/AIDS Prevention and Response Under the Department of Disease Control's Funding Within the Context of the National Strategy to End AIDS <i>Wannarat Makamnerd M.P.H.</i> (Master of Public Health) Division of AIDS and STIs
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเกษตรกร กลุ่มเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โกวิทย์ สมัครสมาน ส.ม. (การบริหารสาธารณสุข) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากูก จังหวัดสุรินทร์	27	Development of a health promotion model for farmers at risk from pesticides in Takook Subdistrict, Khao Sinarin District, Surin Province <i>Kowit Samacksaman M.P.H.</i> (Public Health Administration) Takook Subdistrict Health Promoting Hospital, Surin Province
ความตระหนักรู้และการบริโภคเกลือและโซเดียม ของประชาชน ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี ณรรักษ์ อติรัตน์นา วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี สิทธิ อติรัตน์นา วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ	39	Awareness Knowledge and Consumption of Salt and Sodium in a Community in Ratchaburi Province <i>Nawarat Atirattana M.Sc.(Public Health)</i> The Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province <i>Sitthi Atirattana M.Sc.(Public Health)</i> Phetchabun Rajabhat University Corresponding Author, E- Mail sitthi.ati@pcru.ac.th
จริยธรรมการวิจัยในคน ภควัต กุลจันทร์ วท.ม.(สุขศึกษา) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี	51	Human Research Ethics <i>Pakawat Kuljan M.Sc. (Health Education)</i> The Office of Disease Prevention and Control 5, Ratchaburi Province

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ราชบุรี
เป็นวารสารทางวิชาการในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการ และเป็นฐานข้อมูลในการศึกษา ค้นคว้าอ้างอิง จากแหล่งข้อมูลการวิจัย และการพัฒนางานให้เกิดประโยชน์ แก่บุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสาธารณสุข
2. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสาธารณสุขมีการนำเสนอผลการดำเนินงาน มีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้จากการปฏิบัติงานร่วมกัน เป็นแนวทางการดำเนินงาน

1. คณะที่ปรึกษา

- | | |
|----------------------------|---|
| 1.1 นางสาวปทุมมาลัย ศีลาพร | ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี |
| 1.2 นายอนุพงศ์ สุจริยากุล | นายแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค |
| 1.3 นายพงศ์ธรชาติพิทักษ์ | ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |

2. บรรณาธิการ

- | | |
|----------------------------|---|
| 2.1 นางสาวปทุมมาลัย ศีลาพร | ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี |
|----------------------------|---|

3. กองบรรณาธิการ

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 3.1 นายไกรฤกษ์ สุธรรม | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี |
| 3.2 นางณรรักษ์ อติรัตน | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ |
| 3.3 นายชาญชัยณรงค์ ทรงคาศรี | ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 3.4 นายวรยุทธ นาคอ้าย | วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดชลบุรี |
| 3.5 นางสาววรัญญา ศิษยา ทรัพย์ประเสริฐ | วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดชลบุรี |

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี เป็นวารสารทางวิชาการ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรทางการแพทย์และเครือข่ายสาธารณสุข ได้มีเวทีการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ แนวทางการปฏิบัติงานร่วมกัน และเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ หรือรายงานผลการวิจัยในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่เป็นประโยชน์กับบุคลากรเครือข่าย โดยใช้เป็นแหล่งข้อมูลอ้างอิงในการศึกษา ค้นคว้า และวิจัย ที่เป็นลักษณะนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) จัดพิมพ์ปีละ ๒ ฉบับ

ฉบับที่ ๑ ประจำเดือน มกราคม – มิถุนายน ตีพิมพ์สัปดาห์ท้ายของเดือน มิถุนายน

ฉบับที่ ๒ ประจำเดือน กรกฎาคม – ธันวาคม ตีพิมพ์สัปดาห์ท้ายของเดือน ธันวาคม

รับเรื่องเพื่อตีพิมพ์ ฉบับที่ ๑ ภายในเดือน มีนาคม ฉบับที่ ๒ ภายในเดือนกันยายน ยินดีรับบทความทางวิชาการ นวัตกรรม งานวิจัย บทความพื้นวิชา รายงานการสอบสวนโรค การพยากรณ์โรค หรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคและภัยสุขภาพ โดยเรื่องที่จะส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์มาก่อนหรืออยู่ระหว่างตีพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการวารสารฯ ขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับ ก่อนหลังโดยมีการพิจารณาตามขั้นตอน ดังนี้

๑. ผู้ส่งเรื่องตีพิมพ์ต้องศึกษาหลักเกณฑ์ คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารฯ จะไม่รับนิพนธ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกต้องตามแบบฟอร์มและกติกา
๒. ผู้ส่งเรื่องต้องกรอกแบบฟอร์มใบสมัครส่งบทความ/ผลงานวิชาการลงตีพิมพ์ พร้อมเอกสารนิพนธ์ต้นฉบับ จำนวน ๑ ชุด โดยจัดทำเป็นไฟล์เอกสาร Microsoft Word และส่งไฟล์ Microsoft Word ที่ E-mail : odpc5journal@gmail.com
๓. กองบรรณาธิการวารสารฯ จะตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของต้นฉบับ
๔. กองบรรณาธิการวารสารฯ จัดส่งต้นฉบับให้ผู้เชี่ยวชาญ (Peer Review) ในสาขานั้นๆ เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบ อ่านบทความ และตัดสินว่าบทความดังกล่าวเป็นที่ยอมรับ หรือปฏิเสธ หรือให้กลับไปปรับปรุงแก้ไข ก่อนรับรองให้ลงพิมพ์วารสาร จำนวน ๓ ท่าน ต่อเรื่อง
๕. ในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญลงความเห็นให้ปรับปรุงแก้ไข กองบรรณาธิการวารสารฯ จะส่งให้ผู้เขียนแก้ไขตามผลการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ
๖. เรื่องที่ได้พิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารฯ จะตรวจสอบความถูกต้องและจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี
๗. จัดส่งต้นฉบับ ดำเนินการจัดทำรูปเล่ม
๘. กองบรรณาธิการวารสารฯ ดำเนินการเผยแพร่วารสารในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
๙. การขอใบรับรองการตีพิมพ์ จะสามารถออกใบรับรองการตีพิมพ์ได้ในกรณีที่ผู้เชี่ยวชาญยอมรับให้ตีพิมพ์ได้

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อตีพิมพ์

๑. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ	การเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ “บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิเคราะห์ สรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง” ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์
รายงานผลการปฏิบัติงาน	ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง
บทความพื้่นวิชา	ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์ สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย
ย่อเอกสาร	อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

๒. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง	ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
ชื่อผู้เขียน	ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอภิไธยต่อท้ายชื่อ และสถาบันที่ทำงานอยู่ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
เนื้อเรื่อง	ควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด และภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กะทัดรัดและชัดเจน เพื่อประหยัดเวลาของผู้อ่าน หากใช้คำย่อต้องเขียนเต็มไว้ครั้งแรกก่อน
บทคัดย่อ	คือการย่อเนื้อหาสำคัญ เอาเฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้ว ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัด และมีส่วนประกอบคือ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิเคราะห์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิง บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
บทนำ	อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย
วัตถุประสงค์และวิธีการ	อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกสุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัย ตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์
ผลการศึกษา	อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุป เปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

<p>วิจารณ์</p>	<p>ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องมาประกอบคำวิจารณ์ด้วย</p>
<p>สรุป (ถ้ามี)</p>	<p>ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวัตถุประสงค์ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์ หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป</p>
<p>เอกสารอ้างอิง</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง ๒. การเขียนเอกสารอ้างอิงให้ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) ๓. การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงบรรณเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข ๑ สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ๔. เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสารอ้างอิงไม่ถูกแบบจะทำให้เรื่องที่ส่งมาเกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

๓. การเขียนเอกสารอ้างอิง

การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบแวนคูเวอร์ (Vancouver style) โดยใช้หมายเลข(๑) ด้วย สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม ห้ามใช้คำย่อในเอกสารอ้างอิง ยกเว้นชื่อย่อ และชื่อย่อวารสาร บทความที่บรรณาธิการรับตีพิมพ์แล้วแต่ยังไม่เผยแพร่ให้ระบุ “กำลังพิมพ์” บทความที่ไม่ได้ตีพิมพ์ให้แจ้ง “ไม่ได้ตีพิมพ์” หลีกเลี่ยง “ติดต่อส่วนตัว” มาใช้อ้างอิง(เว้นแต่มีข้อมูลสำคัญมากที่หาไม่ได้ทั่วไป) ให้ระบุชื่อ และวันที่ติดต่อในวงเล็บท้ายชื่อเรื่องที่อ้างอิง ชื่อย่อวารสารในการอ้างอิงให้ใช้ชื่อย่อตามรูปแบบของ U.S. Nation Library of Medicine ที่ตีพิมพ์ใน Index Medicus ทุกปี หรือในเว็บไซต์ <http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/liji.html> การเขียนเอกสารอ้างอิงในวารสารวิชาการมีหลักเกณฑ์และรูปแบบการอ้างอิง ดังนี้

๓.๑ การอ้างอิงเอกสาร

ลำดับที่. ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง. ชื่อย่อวารสาร/ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์:เล่มที่:หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ก.วารสารภาษาไทย

ชื่อผู้พิมพ์ให้ใช้ชื่อเต็มทั้งชื่อและชื่อสกุล ชื่อย่อวารสารเป็นชื่อเต็ม ปีที่พิมพ์เป็นปีพุทธศักราช

ตัวอย่าง เช่น อธิระ รามสูต, นิวัติ มนตรีวิสุวดี, สุรศักดิ์ ลัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างขาของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน ๕๘๘ ราย. วารสารโรคติดต่อ ๒๕๒๗;๑๐:๑๐๑-๒.

ข.วารสารภาษาอังกฤษ

ใช้ชื่อสกุลก่อน ตามด้วยอักษรย่อตัวหน้าตัวเดียวของชื่อตัวและชื่อรอง ถ้ามีผู้นิพนธ์มากกว่า ๖ คน ให้ใส่ชื่อเพียง ๖ คนแรก แล้วตามด้วย et.al. หรือและคณะ ถ้าเป็นภาษาไทย ใช้ชื่อวารสารใช้ชื่อย่อตามแบบของ Index Medicus หรือตามแบบที่ใช้ในวารสารนั้นๆ เลขหน้าสุดท้ายใส่เฉพาะเลขท้ายตามตัวอย่าง ดังนี้

ตัวอย่าง เช่น Fischl MA, Dickinson GM, Scottn GB. Evaluation of Heterosexual partner, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA ๑๙๘๗;๒๕๗:๖๔๐-๔.

๓.๒ การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น ๒ ลักษณะ

ก.การอ้างอิงทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง เช่น Toman K. Tuberculosis cas-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; ๑๙๗๙.

ข.การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และบรรณาธิการของหนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน:ชื่อบรรณาธิการ,บรรณาธิการ.ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน:ศรชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, ตระหนักจิต หาริณสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ ๑. กรุงเทพมหานคร: รวมทรรศน์;๒๕๓๓. หน้า ๑๑๕-๒๐.

๓.๓ เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม หรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม;วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์; สำนักพิมพ์;ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง เช่น Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the ๑๐th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; ๑๙๙๕ Oct ๑๕-๑๙; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; ๑๙๙๖.

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุม หรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน, ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ,บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วัน เดือนปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์;ปีพิมพ์.หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง เช่น Bengtsson S, Solheim BG.Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics.In:Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MED-NFO ๙๒. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; ๑๙๙๒ Sep ๖-๑๐; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; ๑๙๙๒. P. ๑๕๖๑-๕.

๓.๕ เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้นิพนธ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง เช่น เอี่ยมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; ๒๕๔๒. ๘๐ หน้า.

๓.๖ การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก.วารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; เล่มที่ (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from:<http://...>

ตัวอย่าง เช่น Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci. [internet]. ๒๐๑๓ [cited ๒๐๑๓ Nov ๕]; ๑๘:๕๒-๕. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>

ข.หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง[ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. จำนวนหน้า. แหล่งข้อมูล/Available from:<http://...>

ตัวอย่าง เช่น Mewertris M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain of family budgets [Internet]. New York. Commonwealth Fund; ๒๐๐๖ Feb [cited ๒๐๐๖ Oct ๒]. ๒๓ p. Available from: http://www.cmfw.org/usr_doc/Merlis_risingoopspending_๘๘๗.pdf

ขนิษฐา กาญจนรังสีนนท์. การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ ๑๓ ต.ค. ๒๕๕๕]. แหล่งข้อมูล: <http://www.northphc.org>

๔. การส่งต้นฉบับ

๔.๑ การส่งเรื่องตีพิมพ์ ให้ส่งต้นฉบับ 1 ชุด โดยจัดทำเป็นไฟล์เอกสาร Microsoft Word และส่งไฟล์ Microsoft Word ที่ Email : odpc5journal@gmail.com

๔.๒ ภาพประกอบถ้าเป็นภาพเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนามัน ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

๕. การรับเรื่องต้นฉบับ

๕.๑ เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ ผู้เชี่ยวชาญ (Peer Reviewer) อย่างน้อย ๓ ท่าน ร่วมพิจารณา

๕.๒ เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารฯ จะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

๕.๓ เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการวารสารฯ จะนำเล่มวารสารเข้าสู่เว็บไซต์ <http://ddc.moph.go.th/odpc5/journal.php> ผู้เขียนสามารถดาวน์โหลดวารสารได้

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี ถือเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี หรือกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

ติดต่อประสานงาน

๑. กลุ่มพัฒนานวัตกรรม วิจัย และดิจิทัล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๕ จังหวัดราชบุรี
123/202 ถนนเพชรเกษม ซอย ๑ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ๗๐๐๐๐
Email: odpc5journal@gmail.com โทร. ๐๓๒-๓๑๐๘๐๒
๒. นางกานต์ชนก อุบลบาน โทร. ๐๘๖-๔๘๙๐๓๗๐

ใบสมัครส่งบทความ/ผลงานวิชาการลงตีพิมพ์
วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

1. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย)

2. ชื่อเรื่อง (ภาษาอังกฤษ)

3. ผู้นิพนธ์

ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail.....

4. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....

..... วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....

5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)..... วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....

..... วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....

6. สิ่งที่ส่งมาด้วย ⇒ แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล

 ⇒ เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 1 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความ/ผลงานวิชาการนี้ไม่เคยตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารฉบับอื่นหากข้าพเจ้าขาดการติดต่อในการแก้ไขบทความนานเกิน 2 เดือน ถือว่าข้าพเจ้าสละสิทธิ์ในการลงวารสาร

ลงชื่อ..... เจ้าของบทความ/ผลงานวิชาการ

(.....)

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

7. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ

1. ต้นฉบับบทความ/ผลงานวิชาการ ใช้อักษร TH SarabunPSKขนาด 16 สำหรับภาพประกอบถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกดำบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพขาวดำขนาดโปสการ์ดแทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกออกต่างหาก อย่าเขียนลงในภาพ

2. การส่งใบสมัครและบทความ/ผลงานวิชาการ ให้ส่งเอกสารต้นฉบับ 1 ชุดพร้อม Electronics File โดย

2.1 ใบสมัครและเอกสารบทความ/ผลงานวิชาการ ใช้กระดาษพิมพ์ดีดขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวส่งที่ กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ถนนศรีสุริยวงศ์ ตำบลหน้าเมือง อำเภอเมืองราชบุรี จังหวัดราชบุรี 70000 โทร.032-310802 และมีือถือ 081-8933309

2.2 เอกสารบทความ/ผลงานวิชาการ ส่งเป็น Electronics File พร้อมระบุชื่อ Le (กิตติกรรมประกาศ) และระบบที่ใช้ พิมพ์ด้วยโปรแกรม Ms Word ที่ E-mail: odpc5journal@gmail.com

สารจากบรรณาธิการ

วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ดำเนินการมาจนถึงฉบับนี้เป็นปีที่ 9 ฉบับที่ 1 ยังคงความเข้มข้นด้วยสาระความรู้และเนื้อหาสาระทางวิชาการที่น่าสนใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้กับท่านผู้อ่าน สำหรับในฉบับนี้มีนิพนธ์ต้นฉบับหลายเรื่องที่น่าสนใจ อยากเชิญชวนให้ผู้อ่านได้หาความรู้ได้แก่ เรื่องบทบาทการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ ภายใต้งบประมาณจากกรมควบคุมโรค ในบริบทของยุทธศาสตร์แห่งชาติ ว่าด้วยการยุติปัญหาเอ็ดส์ เรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ เรื่องความตระหนักรู้และการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี และบทความวิชาการที่น่าสนใจ เรื่อง จริยธรรมการวิจัยในคน

สุดท้ายเรามีความมุ่งมั่นตั้งใจเสนอผลงานทางวิชาการและความรู้เพื่อเป็นสื่อกลางพัฒนาเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ที่มีคุณภาพต่อไป กองบรรณาธิการขอเรียนว่าเรายินดีรับบทความทางวิชาการและงานวิจัยด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากทุกท่าน นอกจากนี้ท่านสามารถดาวน์โหลดเอกสารได้จากเว็บไซต์ของเราที่ <https://ddc.moph.go.th/odpc5/journal.php>

บรรณาธิการ

บทบาทการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
ภายใต้งบประมาณจากกรมควบคุมโรค ในบริบทของยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์

The Participatory Role of Non-governmental Organizations (NGOs)

in HIV/AIDS Prevention and Response Under the Department of Disease Control's Funding

Within the Context of the National Strategy to End AIDS

วรรณรัตน์ มากำเนียด ส.ม.

Wannarat Makamnerd M.P.H.

(สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต)

(Master of Public Health)

กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Division of AIDS and STIs

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ (NGOs) ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ภายใต้งบประมาณจากกรมควบคุมโรค ศึกษาความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 และปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพโครงการ โดยใช้วิธีการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Methods Approach) รวบรวมข้อมูลจาก NGOs 164 แห่ง ด้วยแบบสอบถาม และสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ภาครัฐ 3 คน ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2566 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติเชิงอนุมานด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบ Stepwise (Multiple Regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า NGOs มีบทบาทการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$, S.D. = 0.47) ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.84$, S.D. = 0.56) และประสิทธิภาพโครงการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = 0.41) การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า บทบาทการมีส่วนร่วมและความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติ มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, $R^2 = 0.624$) ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนว่า NGOs มีจุดแข็งด้านความคล่องตัว ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และความร่วมมือกับเครือข่ายภาคประชาสังคม แต่ยังคงเผชิญอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ความล่าช้าและไม่ต่อเนื่องในการจัดสรรงบประมาณ ความซับซ้อนของขั้นตอนเอกสาร และการขาดระบบรายงานที่เชื่อมโยงกัน

การศึกษานี้เสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติคือ การพัฒนาระบบการจัดสรรงบประมาณแบบหลายปีที่มีความยืดหยุ่นและต่อเนื่อง การพัฒนาระบบรายงานและติดตามผลแบบบูรณาการระหว่างภาครัฐกับองค์กรภาคประชาสังคม การเสริมสร้างกลไกการสื่อสารเชิงยุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ และการส่งเสริมศักยภาพของ NGOs ด้านการจัดการข้อมูลและการทำงานเชิงเครือข่าย เพื่อสนับสนุนการขับเคลื่อนการยุติปัญหาเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนตามเป้าหมายของประเทศ

คำสำคัญ : องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์, เอดส์, การมีส่วนร่วม, ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์

ABSTRACT

This study aimed to examine the role of Non-governmental Organizations (NGOs) in HIV/AIDS prevention and response under the Department of Disease Control's funding, assessing their alignment with the National Strategy to End AIDS (2017–2030), and identifying factors influencing project effectiveness. A mixed-methods approach was employed, collecting data from 164 NGOs through questionnaires and conducting in-depth interviews with three government officials during the fiscal years 2019–2023. Quantitative analysis comprised descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and inferential statistics through stepwise multiple regression analysis at a significance level of 0.05. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings indicated that NGOs demonstrated a high level of participation in HIV/AIDS prevention and response ($\bar{X} = 4.01$, S.D. = 0.47), a strong alignment with the national strategy ($\bar{X} = 3.84$, S.D. = 0.56), and high program effectiveness ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = 0.41). The multiple regression analysis revealed that both participatory roles and alignment with the national strategy significantly influenced program effectiveness ($p < 0.05$, $R^2 = 0.624$). Qualitative data supported that NGOs possess strengths in flexibility, technical expertise, and civil society network collaboration. However, they face persistent challenges, including delayed and inconsistent budget disbursement, complex administrative procedures, and the lack of an integrated reporting system.

This study proposes policy and practical recommendations: adopting flexible and multi-year budgeting mechanisms; developing integrated monitoring and reporting systems between governmental agencies and NGOs; strengthening strategic communication platforms; and enhancing the data management and networking capacities of NGOs to sustainably advance the national goal of ending AIDS.

Keywords : Non-governmental Organizations (NGOs), AIDS, Participation, National Strategy to End AIDS

บทนำ

ประเทศไทยมีมาตรการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีและการเสียชีวิตจากเอดส์ได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม การแพร่ระบาดของเอชไอวียังคงเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรหลักที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) หญิงข้ามเพศ (TGW) ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) แรงงานข้ามชาติ⁽¹⁾ รวมถึงกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งมักเผชิญข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรและปราศจากการตีตรา⁽²⁾ ด้วยความจำเป็นเร่งรัดในการตอบสนองต่อเอชไอวี ประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 มีเป้าหมายหลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) การลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (2) การลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ (3) การลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะ โดยเน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคม สนับสนุนให้ NGOs เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย “ยุติปัญหาเอดส์ภายในปี 2573”⁽³⁾

ในระดับสากล ได้ให้การยอมรับว่าความร่วมมือของภาคประชาสังคมเป็นกลไกสำคัญในการตอบสนองต่อปัญหาเอชไอวี/เอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ รายงานของธนาคารโลกจาก 8 ประเทศชี้ให้เห็นว่าการตอบสนองของชุมชนช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี ส่งเสริมการเสริมสร้างพลังทางสังคม เพิ่มการเข้าถึงบริการ และช่วยลดอุปสรรคการติดเชื้อเอชไอวี⁽⁴⁾ ในประเทศจีน NGOs มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการป้องกันและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเชิงบวกในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ⁽⁵⁾ ในประเทศกานา พบว่าความร่วมมือ

ระหว่างรัฐและภาคประชาสังคมในการป้องกันรักษา ดูแล และสนับสนุนด้านเอชไอวี/เอดส์ องค์การภาคประชาสังคมสามารถเสริมหรือทดแทนบทบาทของรัฐในระบบบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁶⁾ ขณะที่ในภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง ระบุว่า NGOs มีบทบาทในการเติมเต็มช่องว่างของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ผ่านการให้บริการส่งต่อแบบไม่เป็นทางการ ช่วยให้ประชากรกลุ่มนี้เข้าถึงบริการ⁽⁷⁾ นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศสเปน ยังยืนยันว่าการมีส่วนร่วมของ NGOs มีบทบาทสำคัญในการต่อสู้กับการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่เริ่มต้น การระบาด ตั้งแต่การป้องกัน ดูแล และการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวีในประเทศส่วนใหญ่ของโลก⁽⁸⁾

ในบริบทประเทศไทย รัฐบาลได้สนับสนุนงบอุดหนุน NGOs ผ่านกรมควบคุมโรค เพื่อดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ อาทิ การให้ความรู้ การป้องกันเชิงรุก การให้คำปรึกษา การส่งเสริมการเข้าถึงบริการ การส่งต่อกลุ่มเป้าหมาย การลดการตีตรา ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายคนทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนา “ระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วม” ที่เน้นการเสริมพลังภาคประชาสังคมเพื่อยุติปัญหาเอดส์อย่างยั่งยืน⁽⁹⁾ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า NGOs มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในหลากหลายบริบท แต่ยังคงเผชิญกับความท้าทาย เช่น ความไม่ต่อเนื่องของงบประมาณ ความไม่ชัดเจนของบทบาทในระบบสุขภาพ และข้อจำกัดเชิงกฎหมายหรือสังคมในบางพื้นที่⁽¹⁰⁾

แม้ว่าจะมีข้อมูลในระดับสากลรองรับประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมของ NGOs ในการตอบสนองต่อเอชไอวี แต่การศึกษาเชิงระบบ

เกี่ยวกับบทบาทของ NGOs ในบริบทไทย โดยเฉพาะภายใต้กลไกการสนับสนุนงบประมาณ จากกรมควบคุมโรคและการดำเนินงานตาม ยุทธศาสตร์ระดับชาติ ยังมีจำกัด จึงไม่มีข้อมูลเชิง ระบบที่จะนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน ดังนั้น การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทของ NGOs ในการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี ภายใต้งบประมาณจาก กรมควบคุมโรค ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2566 โดยมุ่งศึกษาการมีส่วนร่วม ความสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์ระดับชาติ ปัจจัยสนับสนุนต่อความสำเร็จ และอุปสรรค เพื่อพัฒนากลไกและส่งเสริมบทบาท การมีส่วนร่วมของ NGOs ในการขับเคลื่อน เป้าหมาย “ยุติปัญหาเอชไอวี” ของประเทศไทย

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาระดับบทบาทการมีส่วนร่วม ของ NGOs ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอชไอวี ภายใต้งบประมาณจากกรมควบคุมโรค
2. เพื่อวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่าง การดำเนินงานของ NGOs กับยุทธศาสตร์แห่งชาติ ว่าด้วยการยุติปัญหาเอชไอวี พ.ศ. 2560-2573
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบทบาท การมีส่วนร่วมของ NGOs และความสอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์แห่งชาติ กับประสิทธิภาพโครงการ
4. เพื่อศึกษาปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค ในการดำเนินงานของ NGOs ที่ได้รับงบประมาณ จากกรมควบคุมโรค จากมุมมองของผู้ให้เงิน สนับสนุน

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน (Mixed Methods Approach) โดยประยุกต์ใช้ การการออกแบบแบบผสมผสานร่วมกัน (Concurrent Convergent Design) เพื่อรวบรวม

และวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยใช้รูปแบบ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ผู้ให้ข้อมูล: ข้อมูลเชิงปริมาณ จัดเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้แทน NGOs ที่ได้รับ งบประมาณจากกรมควบคุมโรค ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2566 จำนวน 164 องค์กร จากทั้งหมด 277 องค์กร โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) ขนาดกลุ่มตัวอย่างถูก คำนวณตามสูตรของ Taro Yamane (1973) ที่ระดับ ความเชื่อมั่น 95% จากนั้นจึงจัดกลุ่มประชากรตาม ภูมิภาค เพื่อคำนวณสัดส่วนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ภายในแต่ละกลุ่ม ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องหลักกับการดำเนินโครงการ ได้แก่ ผู้จัดการโครงการ เจ้าหน้าที่ประสานงาน หรือเจ้าหน้าที่ภาคสนาม

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา:

แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่พัฒนาจากการ ทบทวนวรรณกรรมและปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดย ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่า ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = 0.76 ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วนหลัก คือ (1) ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ตำแหน่งในองค์กร ประสบการณ์ทำงาน พื้นที่ ดำเนินโครงการ วัดค่าเป็นข้อมูลเชิงกลุ่มและตัวเลข (2) บทบาทการมีส่วนร่วม ครอบคลุมมิติการเข้าถึง กลุ่มเป้าหมาย การให้บริการ การประสานงาน (3) ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วย การยุติปัญหาเอชไอวี ครอบคลุมมิติการลดการติดเชื้อ การเพิ่มการเข้าถึงบริการ การลดการตีตรา (4) ประสิทธิภาพและความสำเร็จของโครงการ ครอบคลุมมิติการบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ ผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมาย ระบบติดตามและ ประเมินผล การยอมรับจากชุมชน โดยใช้มาตรวัด ประเมินค่า Likert Scale 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด

น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด มีค่าคะแนน 1-5 ตามลำดับ การตีความระดับคะแนนเฉลี่ยคือ 1.00-1.49 = น้อยที่สุด, 1.50-2.49 = น้อย, 2.50-3.49 = ปานกลาง, 3.50-4.49 = มาก, และ 4.50-5.00 = มากที่สุด

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล: ใช้วิธีแจกแบบสอบถามให้แก่ผู้แทนของ NGOs ผ่านช่องทางออฟไลน์และออนไลน์ โดยควบคุมคุณภาพการตอบแบบสอบถามออนไลน์ด้วยการระบุคุณสมบัติของผู้ตอบอย่างชัดเจน ส่งแบบสอบถามผ่านอีเมลหรือ LINE ของผู้แทน NGOs เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ตอบแบบสอบถามมาจากกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด นอกจากนี้ แบบสอบถามออนไลน์ได้รับการออกแบบให้มีคำชี้แจงและข้อคำถามที่ชัดเจน เข้าใจง่าย เพื่อลดความคลาดเคลื่อนจากการตีความของผู้ตอบ มีการติดตามผลการตอบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ข้อมูลครบตามจำนวนที่กำหนด จากนั้นมีการตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูล ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

1.4 การวิเคราะห์ข้อมูล: ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ด้วยการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล และระดับความคิดเห็น และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Multiple regression analysis; stepwise method) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทการมีส่วนร่วมความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติ และประสิทธิภาพของโครงการ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ 0.05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 ผู้ให้ข้อมูล: ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) เป็นเจ้าหน้าที่ภาครัฐระดับกรมและเขตพื้นที่ จำนวน 3 คน ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการบริหารงบประมาณเงินอุดหนุน การสนับสนุนและกำกับ

ติดตามการดำเนินงานของ NGOs โดยใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Selection) กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ (1) มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องมาอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 7 ปี ตลอดช่วงการใช้แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 รวมถึงมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายหรือแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับภาคประชาสังคม ทั้งระดับประเทศและพื้นที่ (2) มีความรู้ความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับนโยบายยุทธศาสตร์แห่งชาติ กลไกการดำเนินงาน และระบบติดตามประเมินผล และ 3) มีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับ NGOs และเข้าใจบริบทการทำงานและข้อจำกัด ทั้งนี้ ผู้ศึกษารับทราบจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่จำกัดเป็นข้อจำกัดหนึ่งของการศึกษา แต่ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 ท่านล้วนเป็นผู้มีความรู้เฉพาะด้าน มีความเชี่ยวชาญ และมีประสบการณ์โดยตรงซึ่งสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกที่ตอบวัตถุประสงค์ของการศึกษาได้อย่างเหมาะสม จึงเชื่อว่าข้อมูลที่ได้รับมีความเพียงพอสำหรับสนับสนุนการวิเคราะห์และการอภิปรายผล

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา: ใช้แนวคำถามสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) ครอบคลุมประเด็นสำคัญ ได้แก่ มุมมองต่อบทบาท NGOs ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติ ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล: ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In-depth Interview) ทั้งแบบพบหน้าและออนไลน์ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล ระยะเวลา 45-60 นาทีต่อคน การสัมภาษณ์ดำเนินการโดยผู้ศึกษาซึ่งมีประสบการณ์ทำงานในด้านการพัฒนานโยบายและการสนับสนุนงบประมาณ NGOs มาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 10 ปี มีความรู้ความเข้าใจในบริบทการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วน

ภาครัฐและ NGOs ประกอบกับมีสัมพันธภาพเชิงวิชาชีพกับผู้ให้ข้อมูล ทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจและสะดวกใจในการให้ข้อมูล ซึ่งจะได้ข้อมูลที่ตรงไปตรงมาและเชื่อถือได้ นอกจากนี้ยังมีความเป็นกลางทางวิชาการโดยไม่มี ความขัดแย้งหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง ทำให้สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างเป็นกลาง ก่อนดำเนินการสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาได้แจ้งวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน โดยขอความยินยอมและขออนุญาตบันทึกเสียง เพื่อความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ซึ่งข้อมูลเสียงที่บันทึกไว้จะถูกจัดเก็บอย่างปลอดภัยและนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น

2.4 การวิเคราะห์ข้อมูล: ถอดความบทสัมภาษณ์อย่างละเอียด และวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Berelson (1952) เพื่อหาความหมายและสรุปประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มีใช่งานวิจัยตามขอบเขตที่ต้องผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัย แต่ผู้ศึกษาใช้แนวทางการศึกษาเชิงระบบและคำนึงถึงหลักจริยธรรม โดยการขออนุญาตผู้ให้ข้อมูล การรักษาความลับ และการนำเสนอผลในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวบุคคลได้

ผลการศึกษา

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่ประสานงาน (42.7%) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ภาคสนาม (33.5%) และผู้จัดการโครงการ (23.8%) มีอายุเฉลี่ย 40.2 ปี ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 8.6 ปี โดยองค์กรกระจายตัวครอบคลุม 5 ภูมิภาคหลักของประเทศ

1. ระดับบทบาทการมีส่วนร่วมของ NGOs ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง: ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่ประสานงาน

(42.7%) รองลงมาคือเจ้าหน้าที่ภาคสนาม (33.5%) และผู้จัดการโครงการ (23.8%) มีอายุเฉลี่ย 40.2 ปี ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 8.6 ปี

ระดับและรูปแบบการมีส่วนร่วม: ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณชี้ให้เห็นว่า NGOs มีระดับความคิดเห็นต่อบทบาทการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$, S.D. = 0.47) โดยมีบทบาทชัดเจนในด้านการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การให้บริการสุขภาพพื้นฐาน เช่น การแจกถุงยางอนามัย การให้คำปรึกษา การอบรมให้ความรู้ การส่งต่อเข้าระบบบริการ เป็นต้น และการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ

ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนการศึกษาโดยผู้ให้ข้อมูลที่ 1 แสดงความคิดเห็นว่า "...องค์กรเอกชนเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้เราเข้าถึงกลุ่มประชากรที่หน่วยงานภาครัฐไม่สามารถเข้าถึงได้ โดยเฉพาะกลุ่มชายรักร่วม สาวประเภทสอง ผู้ใช้สารเสพติด แรงงานข้ามชาติ และที่สำคัญอีกกลุ่มหนึ่งคือเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ท้าทายมาก ... แต่พวก NGOs เขามีความเป็นกันเอง มีความเข้าใจใน Gender และพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายดี ทำให้เกิดการยอมรับ ซึ่งที่คนกลุ่มนี้ต้องการจริง ๆ ก็คือคนที่เชื่อใจได้ และไว้วางใจได้"

ผู้ให้ข้อมูลที่ 2 เสริมว่า "สิ่งที่ทำให้ NGOs ประสบความสำเร็จคือการที่พวกเขาทำงานในลักษณะของภาคีเครือข่ายผ่านการเข้าถึงโดยคนในชุมชน ไม่ใช่การเข้าไปแบบเป็นทางการอย่างหน่วยงานรัฐ เมื่อคนในชุมชนเชื่อใจและเห็นว่าคุณค่าเหล่านี้เป็นพวกเดียวกับเขา การทำงานก็จะราบรื่นและได้ผลมากกว่า ..."

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผลจากข้อมูลเชิงปริมาณที่แสดงระดับบทบาทของ NGOs ในระดับมาก สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่เน้นความมีศักยภาพและการมีบทบาทสำคัญของ NGOs ในการเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเยาวชน

ที่เข้าถึงยาก ผ่านความไว้วางใจและการทำงานผ่านเครือข่ายชุมชนที่มีอยู่แล้ว และความยืดหยุ่นในการดำเนินงานที่ระบบราชการมีข้อจำกัด

2. ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์

ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณแสดงให้เห็นว่าการดำเนินงานของ NGOs มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.84$, S.D. = 0.56) โดยสามารถสนับสนุนเป้าหมายหลัก 3 ประการ โดยเฉพาะในด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลที่ 2 ได้อธิบายถึงความสำคัญว่า "เมื่อเราดูการทำงานของ NGOs ที่เขารับบอดหนุนจากเรา ... การทำงานในเชิงพื้นที่พวกเขาสามารถทำงานสนับสนุนตามกรอบเป้าหมาย 3 ศูนย์ แต่จุดแข็งที่เห็นได้ชัดที่สุดคือเป้าหมายที่ 1 และ 3 คือการลดการติดเชื้อรายใหม่และการลดตีตรา การที่พวกเขาสามารถเข้าไปในชุมชนและทำงานกับกลุ่มที่มีความเปราะบางทางสังคมได้ นี่คือนี่ที่ระบบราชการทำได้ยาก ในส่วนของเป้าหมายที่ 2 การลดการเสียชีวิต ก็ทำได้ดีโดยการส่งต่อเคสเข้าสู่กระบวนการรักษา แต่ก็ต้องเป็นองค์กรที่มีการเชื่อมประสานงานกับหน่วยบริการ"

ผู้ให้ข้อมูลที่ 3 เสริมว่า "NGOs ที่รับบอดหนุน ส่วนใหญ่จะทำงานด้านการป้องกัน เช่น การให้ความรู้ การสื่อสารรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการ เชฟเช็กส์ หรือมีบางองค์กรที่เขามีศักยภาพในการทำงานเชิงรุก ก็สามารถจัดบริการ RRTR หรือ RR กับกลุ่มประชากรหลักได้ นี่คือนี่จุดแข็งของ NGOs ที่เข้าใจลักษณะของกลุ่มประชากรเป้าหมายเป็นอย่างดี และเขามีความยืดหยุ่นในการทำงานสูง โดยเฉพาะด้านเวลา ก็ทำให้สามารถเข้าถึงคนกลุ่มนี้ได้ดีกว่า ..."

ผู้ให้ข้อมูลที่ 1 ได้ให้มุมมองบทบาทในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการว่า "จากการที่เราติดตาม

งานร่วมกับ NGOs จะเห็นการเชื่อมกันระหว่างชุมชนกับระบบสาธารณสุข ตามตามยุทธศาสตร์ที่ 3 ของแผนชาติ โดย NGOs ส่วนใหญ่ที่เป็นเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ หรือศูนย์องค์กรรวม พวกเขาช่วยค้นหาผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เข้าสู่ระบบหรือหายไปจากระบบ พบกลุ่มเยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษาเบื้องต้น ส่งต่อเข้าสู่การรักษา และติดตามการกินยาต้านไวรัส แม้จะไม่ได้ทำการรักษาเอง แต่บทบาทในการเชื่อมต่อกับระบบบริการนั้นสำคัญมาก โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ และกลุ่มประชากรหลักที่กลัวการถูกตีตราหรือเลือกปฏิบัติ"

จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่า NGOs มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ โดยสนับสนุนเป้าหมายหลักทั้ง 3 ประการ ได้แก่ (1) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ โดยมีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง และกลุ่มเยาวชนที่มักถูกมองข้าม พร้อมการส่งเสริมการป้องกันและจัดบริการเชิงรุก Reach-Recruit-Test-Treat-Retain (RRTR) (2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยการส่งเสริมการเข้าถึงบริการ การส่งต่อเข้าสู่ระบบดูแลรักษา การติดตามผลการรักษา และส่งเสริมการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ และ (3) ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องมาจากเอชไอวีและเพศภาวะ โดยมีบทบาทในการลดการตีตราในชุมชน ผ่านกิจกรรมสร้างความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้ารับบริการโดยไม่ถูกเลือกปฏิบัติ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับประสิทธิภาพโครงการ:

ระดับประสิทธิภาพโครงการ: ผลการประเมินประสิทธิภาพโครงการของ NGOs อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$, S.D. = 0.41) โดยเฉพาะในด้านผลกระทบเชิงบวกต่อกลุ่มเป้าหมายและการยอมรับจากชุมชน

ผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ : การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า ทั้งบทบาทการมีส่วนร่วมของ NGOs ($\beta = 0.105$, $p < 0.01$) และความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติ ($\beta = 0.175$, $p < 0.05$) มีอิทธิพลเชิงบวก ต่อประสิทธิภาพโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยทั้งสองตัวแปรนี้สามารถอธิบาย ความแปรปรวนของประสิทธิภาพโครงการได้ร้อยละ 62.4 ($R^2 = 0.624$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนผลลัพธ์ดังกล่าว โดยผู้ให้ข้อมูลที่ 2 ระบุว่า “องค์กรที่ทำงานได้ผลลัพธ์ดี ส่วนใหญ่เขาจะรู้จักกลุ่มเป้าหมายดี ทำงานเข้าถึงคน ทำงานร่วมกับพื้นที่ ... เขาเข้าใจภาพใหญ่ของยุทธศาสตร์ชาติ เข้าใจว่าประเทศต้องการอะไร แล้วก็วางแผนให้ไปในทางเดียวกัน ไม่ใช่ทำแค่กิจกรรมรายวัน” และผู้ให้ข้อมูลที่ 3 เสริมว่า “... NGOs ที่ทำงานแล้วประสบความสำเร็จ คือการที่ชุมชนยอมรับและเห็นผลกระทบเชิงบวก ไม่ใช่แค่ตัวเลขในรายงาน แต่เป็นการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้จริง ...”

4. ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคจากมุมมองผู้ให้เงินสนับสนุน

ปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพเผยให้เห็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ NGOs ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ความคล่องตัวของ NGOs ความเชี่ยวชาญเฉพาะของเจ้าหน้าที่ และความร่วมมือจากเครือข่ายภาคประชาสังคม

- ความคล่องตัวของ NGOs คือมีความสามารถในการปรับตัวและตอบสนองต่อสถานการณ์ได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งแตกต่างจากกลไกการทำงานของภาครัฐที่ต้องผ่านขั้นตอนตามระเบียบราชการ ทำให้ NGOs สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลที่ 1 ระบุว่า “จุดเด่นของ NGOs

ที่เราเห็นได้ชัดก็คือความคล่องตัว ... เขาสามารถตอบสนองได้เร็วมาก สามารถปรับตัวหรือปรับรูปแบบการทำงานได้รวดเร็ว ไม่เหมือนกับภาครัฐที่ต้องทำงานผ่านขั้นตอนตามระบบราชการ”

- ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของเจ้าหน้าที่ NGOs ที่มีความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับกลุ่มเป้าหมายที่เกิดจากการทำงานร่วมกันมาเป็นเวลานาน จนสามารถเข้าใจความต้องการและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการได้อย่างแท้จริง ผู้ให้ข้อมูลที่ 2 อธิบายว่า “NGOs มีความเชี่ยวชาญเฉพาะกลุ่ม ... รู้จักวิธีการเข้าถึงที่เหมาะสม รู้พฤติกรรม รู้ปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่รัฐอย่างเราอาจจะทำได้ยาก”

- ความร่วมมือจากเครือข่ายภาคประชาสังคม พลังของเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่าง NGOs ด้วยกันเอง รวมถึงการสร้างพันธมิตรกับองค์กรชุมชนอื่น ๆ ช่วยขยายการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงาน ผู้ให้ข้อมูลที่ 3 เสริมว่า “จุดแข็งอีกอย่างของ NGOs คือการมีเครือข่ายที่เข้มแข็ง ทำงานร่วมกันแบบยึดโยงเป็นเครือข่าย ... การมีเครือข่ายที่หลากหลายทำให้ NGOs สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผ่านช่องทางต่าง ๆ และได้รับการสนับสนุนจากชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การทำงานประสบความสำเร็จ”

อุปสรรคในการดำเนินงาน จากมุมมองของผู้ให้เงินสนับสนุน พบว่า NGOs ที่ได้รับงบอุดหนุนจากกรมควบคุมโรค ยังเผชิญกับข้อจำกัดที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการดำเนินงาน ได้แก่ ความล่าช้าในการจัดสรรงบประมาณและความไม่ต่อเนื่องของเงินทุน ขั้นตอนด้านเอกสารที่ซับซ้อน การขาดระบบรายงานและติดตามผลที่เป็นระบบและเชื่อมโยงกันระหว่างหน่วยงาน

- ความล่าช้าในการจัดสรรงบประมาณและความไม่ต่อเนื่องของเงินทุน เป็นปัญหาเชิงระบบของการบริหารงบประมาณของภาครัฐ ส่งผลต่อการวางแผนและดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง กระบวนการจัดสรรงบประมาณตั้งแต่การ

อนุมัติโครงการ การทำสัญญา และการเบิกจ่ายที่ใช้เวลานาน ทำให้ NGOs ได้รับงบประมาณล่าช้าและมีระยะเวลาในการดำเนินงานจำกัด ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 ท่าน ชี้ให้เห็นถึงอุปสรรคสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงาน “ความล่าช้าในการจัดสรรงบประมาณ ... ทำให้ NGOs มีเวลาในการทำงานน้อยไม่ถึง 10 เดือน ... ส่งผลต่อคุณภาพของงาน และถ้าหลาย ๆ องค์กรในหลาย ๆ พื้นที่เป็นแบบนี้ ย่อมกระทบถึงเป้า Ending AIDS ในภาพใหญ่ด้วย และความไม่ต่อเนื่องของเงินทุน ... โครงการของ NGOs จะเป็นในลักษณะแบบปีต่อปี ไม่ใช่โครงการระยะยาว”

- ขั้นตอนด้านเอกสารที่ซับซ้อน NGOs ต้องดำเนินการตามระเบียบของทางราชการที่มีข้อกำหนดด้านเอกสารจำนวนมาก ทำให้ใช้ทรัพยากรบุคคลและเวลาในการจัดทำเอกสาร สนับสนุนการเบิกจ่ายและการรายงานผลค่อนข้างมาก อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโครงการของ NGOs ที่มีศักยภาพแต่ไม่คุ้นเคยกับระบบราชการ ผู้ให้ข้อมูลที่ 3 อธิบายว่า “... บางองค์กรใหญ่ ๆ ที่มีศักยภาพที่เขาเคยรับเงินจากองค์กรต่างประเทศ พอเขามาทำงบอุดหนุนแล้วมาเจอกับระเบียบต่างขั้นตอนต่าง ๆ และเอกสารของราชการบางที่เขาก็ไม่ขอรับเงินเลย หรือทำได้ปีเดียวก็เลิกเลย”

- การขาดระบบรายงานและติดตามผลที่เป็นระบบ การรายงานผลการดำเนินงานยังขาดการเชื่อมโยงกับระบบกลางหรือระบบรายงานระดับประเทศ เช่น NAP plus หรือ ระบบ M&E ทำให้การประเมินผลลัพธ์ในระดับภาพรวมยังไม่ครบถ้วนและไม่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนหรือขับเคลื่อนเชิงนโยบายได้อย่างเต็มที่ โดยผู้ให้ข้อมูลที่ 1 และ 2 ชี้ให้เห็นว่า “อีกปัญหาหนึ่งคือระบบการรายงานที่ไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน NGOs ในแต่ละพื้นที่ใช้การเก็บข้อมูลและรูปแบบการรายงานที่แตกต่างกัน ... การไม่มีระบบรายงานที่เป็นมาตรฐานหรือระบบข้อมูลกลาง และการติดตามผลที่เป็นระบบและเชื่อมกันระหว่างหน่วยงาน ทำให้

NGOs เสียเวลาไปกับงานเอกสารมากเกินไปภาครัฐเองก็ลำบากในการรวบรวมข้อมูลในภาพประเทศ ...”

ข้อเสนอแนะ ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 3 ท่านได้เสนอแนวทางแก้ไขที่สอดคล้องกัน โดยมุ่งเน้นการใช้ประโยชน์จากจุดแข็งของ NGOs ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด และสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์แห่งชาติ

- การปรับปรุงระบบการจัดสรรงบประมาณและระเบียบการเงิน เสนอการปรับปรุงระบบการบริหารงบประมาณให้สอดคล้องกับลักษณะการทำงานของ NGOs และสร้างความต่อเนื่องของการดำเนินงาน ผู้ให้ข้อมูลที่ 2 เสนอว่า “หากเราสามารถปรับกระบวนการจัดสรรเงินและระเบียบการเงินให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น อาจจะเป็นการจัดสรรแบบหลายปี หรือ 3-5 ปี และปรับระเบียบการใช้จ่ายเงินให้สอดคล้องกับบริบทการทำงานของ NGOs ... ช่วยให้ NGOs วางแผนได้ดีขึ้น ทำงานง่ายขึ้น ช่วยลดขั้นตอนของการทำเอกสาร ...”

- การพัฒนาระบบรายงานและการเชื่อมโยงระบบติดตามประเมินผลระดับประเทศ เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดระบบรายงานที่เป็นระบบ และสนับสนุนการติดตามความก้าวหน้าตามเป้าหมายยุทธศาสตร์แห่งชาติทั้ง 3 ประการ ผู้ให้ข้อมูลที่ 3 ระบุว่า “...หากเราสามารถบูรณาการเชื่อมโยงหรือแชร์ระบบข้อมูลกันได้ หรือทางส่วนกลางสามารถสร้างระบบของประเทศเองได้ เพื่อให้ NGOs ในประเทศ...สามารถเข้าระบบเพื่อรายงานข้อมูลหรือรายงานผลการดำเนินงานที่ทุกคนใช้ร่วมกันได้ ... การดึงรายงานภาพรวมก็จะเห็นภาพชัดเจน”

- การเสริมสร้างศักยภาพของ NGOs ด้านการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์และการจัดการข้อมูล เพื่อให้ NGOs สามารถใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลของประเทศได้อย่างเต็มศักยภาพและยกระดับคุณภาพการทำงาน ให้สามารถติดตามความก้าวหน้าตามเป้าหมายยุทธศาสตร์แห่งชาติได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ ผู้ให้ข้อมูลที่ 1 เสนอว่า “ควรมีการเสริมสร้างศักยภาพของ NGOs ในด้านการวางแผนการจัดเก็บข้อมูลและการรายงาน และการใช้ข้อมูลร่วมกับภาครัฐ ... เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินผลและการกำหนดทิศทางเชิงนโยบายในระยะยาว” และผู้ให้ข้อมูลที่ 3 เสนอว่า “...เราก็ควรมีการเสริมสร้างศักยภาพให้กับ NGOs ... โดยเฉพาะเรื่องของการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ การจัดการข้อมูล และการประเมินผลกระทบ ถ้าเราทำได้ครบเชื่อว่าเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ภายในปี 2573 จะเป็นไปได้จริง”

วิจารณ์และสรุป

บทบาทของ NGOs ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณพบว่า บทบาทการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.01$) สอดคล้องกับแนวคิดของ Susan B. Rifkin⁽¹¹⁾ ที่กล่าวถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการสร้างระบบสุขภาพที่เข้าถึงได้และยั่งยืน โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่ถูกตีตราหรืออยู่ชายขอบของระบบ และข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนว่า NGOs มีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยความยืดหยุ่นและความเข้าใจในบริบทของชุมชน ซึ่งข้อได้เปรียบเหนือระบบราชการ สอดคล้องกับรายงานของ UNAIDS⁽¹⁾ ที่ชี้ว่าการดำเนินงานโดยภาคประชาสังคมมีความสามารถในการเข้าถึงกลุ่ม MSM, TGW และแรงงานข้ามชาติ ได้อย่างลึกซึ้งและต่อเนื่อง และ UNICEF⁽¹²⁾ สนับสนุนว่าการเข้าถึงกลุ่มประชากรเสี่ยงต้องอาศัยกลไกที่ยืดหยุ่นและเข้าใจบริบทเฉพาะของแต่ละกลุ่ม โดยการดำเนินงานของ NGOs สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผ่านเครือข่ายชุมชนและความไว้วางใจที่สร้างขึ้น นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิด Community-Led Response ที่องค์การสหประชาชาติสะท้อนในแผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย

พ.ศ. 2566-2569⁽¹³⁾ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม และการที่ NGOs เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดีกว่าภาครัฐ เป็นผลจากการสร้างความสัมพันธ์ที่อิงบนความเข้าใจและการยอมรับ

ความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติ

ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ การดำเนินงานของ NGOs มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.84$) โดยสามารถสนับสนุนเป้าหมายหลัก 3 ประการ ได้แก่ (1) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ โดย NGOs มีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงกลุ่มเยาวชนที่เข้าถึงยาก การส่งเสริมการป้องกันและการจัดบริการเชิงรุก เช่น RRTTR (2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีบทบาทในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการดูแลรักษา การส่งต่อกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่ระบบบริการ และการติดตามผลการรักษา และ (3) ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะ โดยมีบทบาทในการลดการตีตราในชุมชน ผ่านกิจกรรมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร สอดคล้องกับหลักเกณฑ์การพิจารณาโครงการของกรมควบคุมโรค⁽¹⁴⁾ ที่สนับสนุนให้โครงการของ NGOs มีเป้าหมายที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติ ซึ่งการที่ NGOs สามารถสนับสนุนเป้าหมายของยุทธศาสตร์แห่งชาติได้นั้น สะท้อนถึงความเข้าใจที่ถูกต้องในการแปลงนโยบายระดับมหภาคสู่การปฏิบัติในระดับจุลภาค สอดคล้องกับการศึกษาของผกามาศ แต่งคูหา⁽¹⁵⁾ ที่ชี้ให้เห็นว่าการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์แห่งชาติ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม การประยุกต์ใช้ยุทธศาสตร์ระดับชาติต้องอาศัยกลไกที่หลากหลายและมีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ดังที่เห็นจากความสามารถของ NGOs ในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและการปรับตัวได้อย่างยืดหยุ่น

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับประสิทธิภาพโครงการ NGOs มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพโครงการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.13$) สะท้อนถึงการทำงานที่โดดเด่นในบริบทการตอบสนองต่อปัญหาเอชไอวี โดยเฉพาะด้านผลกระทบเชิงบวกต่อกลุ่มเป้าหมาย และการได้รับการยอมรับจากชุมชนในพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Simon Ndambuki Ombere และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า stakeholders' participation มีค่าเฉลี่ย 3.606 ในโครงการ DREAMS แสดงให้เห็นว่า NGOs มีประสิทธิภาพการทำงานโครงการในระดับที่ดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ผลการศึกษาระดับความคิดเห็นสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุที่แสดงให้เห็นว่าทั้งบทบาทการมีส่วนร่วม ($\beta = 0.105, p < 0.01$) และความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติ ($\beta = 0.175, p < 0.05$) มีอิทธิพลเชิงบวกต่อประสิทธิภาพโครงการ โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 62.4 ($R^2 = 0.624$) อภิปรายได้ว่าการดำเนินงานของ NGOs ที่มีบทบาทชัดเจนและสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับชาตินั้น เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโครงการ และยังสามารถออกแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ส่งผลให้การดำเนินโครงการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะในด้านการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หรือการลดการตีตราทางสังคม ซึ่งสนับสนุนแนวคิด “การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม” (Community Participation) ของ Susan B. Rifkin⁽¹¹⁾ ที่เชื่อว่าการมีส่วนร่วมขององค์กรในชุมชนจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและสร้างความยั่งยืนให้กับโครงการในระยะยาว และสอดคล้องกับรายงานของ UNAIDS⁽¹⁷⁾ ที่ระบุว่าการทำงานที่มีส่วนร่วม

ของภาคประชาสังคมที่มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับชาติ ทำให้โครงการต่าง ๆ มีแนวโน้มที่จะมีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่ดีขึ้นสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพสะท้อนความเข้าใจลึกซึ้งของ NGOs ต่อกลุ่มเป้าหมาย และบทบาทในการเชื่อมประสานระหว่างชุมชนกับระบบสุขภาพ สอดคล้องกับบทความของ Lawrence Mbuagbaw และ Elizabeth Shurik⁽¹⁸⁾ ที่เน้นถึงบทบาทสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการต่อสู้กับปัญหาเอชไอวี โดยชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้โปรแกรมต่าง ๆ ประสบความสำเร็จ และยังสนับสนุนผลการศึกษาของประจักษ์ เทิกขุนทด⁽¹⁹⁾ ที่เสนอรูปแบบการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพจากการประสานงานร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลกับเครือข่ายในชุมชน ส่งผลให้มีอัตราการเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นและอัตราการกวดไวรัสสำเร็จสูงถึงร้อยละ 93.24 สะท้อนว่าการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในระดับพื้นที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงานอย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคจากมุมมองผู้ให้เงินสนับสนุน ปัจจัยสนับสนุนสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ความคล่องตัวของ NGOs ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของเจ้าหน้าที่ และความร่วมมือจากเครือข่ายภาคประชาสังคม ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบที่เสริมสร้างประสิทธิภาพของการดำเนินงานด้านเอชไอวี/เอดส์ในระดับชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Berenguera และคณะ⁽²⁰⁾ โดยระบุว่าองค์กรภาคประชาสังคมมีความสามารถในการปรับตัวต่อบริบทและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างยืดหยุ่น อีกทั้งเจ้าหน้าที่ของ NGO ยังมีความเข้าใจด้านวัฒนธรรมและความเชื่อของกลุ่มเป้าหมายในระดับลึก อันเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพของการให้บริการโดยตรง สอดคล้องกับ Helen Cornman และคณะ⁽²¹⁾ ที่ระบุว่า NGOs มีข้อได้เปรียบเชิงเปรียบเทียบในด้าน "cultural competency and innovation" และ

"responsiveness and flexibility" นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับรายงานของ UNAIDS⁽²²⁾ ที่เน้นความสำคัญของ Community-Led responses และการทำงานแบบเครือข่าย รายงานระบุว่า การลงทุนในการตอบสนองต่อเอชไอวีผ่านองค์กรภาคประชาสังคม โดยการทำงานแบบเครือข่ายจะช่วยขยายการเข้าถึงและเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินงาน สำหรับอุปสรรคที่ระบุในการศึกษา ได้แก่ ความล่าช้าในการจัดสรรงบประมาณ ความไม่ต่อเนื่องของเงินทุน ขั้นตอนด้านเอกสารที่ซับซ้อน และการขาดระบบรายงานและติดตามผลที่เป็นระบบและเชื่อมโยงสะท้อนถึงปัญหาโครงสร้างของระบบบริหารภาครัฐที่อาจขัดขวางประสิทธิภาพของการทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Chukwuka Elendu และคณะ⁽²³⁾ ที่ชี้ว่าความไม่แน่นอนของการจัดสรรงบประมาณเป็นอุปสรรคต่อความยั่งยืนของโปรแกรมเอชไอวี/เอดส์ทั่วโลก และ Fatima Bashir และคณะ⁽²⁴⁾ ระบุว่า การขาดความยั่งยืนของเงินทุน และทรัพยากรนำไปสู่ความไม่ยั่งยืน การหยุดชะงักและ/หรือการสิ้นสุดของโปรแกรมเอชไอวี ซึ่งสะท้อนปัญหาเดียวกันกับที่ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้กล่าวถึง นอกจากนี้ Helen Cornman และคณะ⁽²¹⁾ ได้อธิบายว่า ขั้นตอนด้านเอกสารและระบบการรายงานที่ซับซ้อน เป็นอุปสรรคสำคัญในการมีส่วนร่วมของ NGOs และ NGOs ที่ไม่มีรายงานและการติดตามผลที่เป็นระบบ จะส่งผลต่อความสามารถในการประเมินผลลัพธ์ของโครงการ สำหรับข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลสอดคล้องกับ Helen Cornman และคณะ⁽²¹⁾ ที่เสนอว่า ปัญหาเชิงระบบเหล่านี้ต้องแก้ไขในเชิงโครงสร้าง การปรับปรุงระบบรายงานผลและการลดความซับซ้อนของเอกสารจะช่วยให้ NGOs สามารถใช้ทรัพยากรในการดำเนินงานหลักได้มากขึ้น

ผลการอภิปรายสรุปได้ว่า แม้ NGOs จะมีจุดแข็งด้านความคล่องตัว ความเชี่ยวชาญ และเครือข่ายภาคประชาสังคม แต่ยังคงเผชิญ

อุปสรรคเชิงระบบด้านงบประมาณ เอกสาร และข้อมูล ซึ่งการปรับปรุงกลไกการจัดสรรงบประมาณ การลดภาระเอกสาร และการพัฒนาระบบรายงานและระบบติดตามผลแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน จะช่วยเสริมศักยภาพของ NGOs ในการขับเคลื่อนเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดของการศึกษา การศึกษานี้มีข้อจำกัดในด้านจำนวนผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่จำกัด อาจส่งผลให้มุมมองที่สะท้อนออกมาไม่ครอบคลุมความหลากหลายในระดับพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลล้วนเป็นผู้มีประสบการณ์ตรงและความเชี่ยวชาญ จึงสามารถให้ข้อมูลเชิงลึกที่มีคุณภาพเพียงพอต่อวัตถุประสงค์การศึกษา

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ปรับปรุงระบบการจัดสรรงบประมาณให้มีลักษณะต่อเนื่อง ยืดหยุ่น โดยเปลี่ยนจากการจัดสรรรายปีมาเป็นการจัดสรรแบบหลายปี (Multi-year funding) เพื่อเพิ่มเสถียรภาพและ ความต่อเนื่องในการดำเนินงานของ NGOs และปรับปรุงระเบียบการเบิกจ่ายให้มีความยืดหยุ่นมากขึ้น ลดขั้นตอนเอกสาร ให้สอดคล้องกับบริบทของ NGOs โดยคงไว้ซึ่งความโปร่งใสและความรับผิดชอบ

2. พัฒนาระบบรายงานและติดตามผลแบบบูรณาการ โดยส่งเสริมการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน ผ่านการพัฒนาแพลตฟอร์มข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงกับระบบ NAP Plus หรือระบบ M&E ระดับประเทศ และพัฒนาระบบรายงานออนไลน์แบบเรียลไทม์ เพื่อลดความซ้ำซ้อน ลดภาระด้านเอกสาร และเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผลลัพธ์ ตลอดจนการประเมินผลโครงการได้อย่างเป็นรูปธรรม

3. เสริมสร้างกลไกการสื่อสารเชิงยุทธศาสตร์ โดยจัดให้มีเวทีการประชุมร่วมระหว่างภาครัฐและ NGOs อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อกำหนดทิศทางการดำเนินงานให้สอดคล้องกับเป้าหมายในระดับชาติ และจัดทำคู่มือการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์แห่งชาติสำหรับ NGOs ขนาดเล็ก-กลาง เพื่อส่งเสริมให้ NGOs สามารถออกแบบแผนงานสอดคล้องกับกรอบยุทธศาสตร์ รวมทั้งสร้างกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง NGOs ในระดับภูมิภาค เพื่อถ่ายทอดประสบการณ์และขยายผลแนวทางการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จสู่พื้นที่อื่นอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. เสริมสร้างศักยภาพของ NGOs โดยเฉพาะด้านการจัดการข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การรายงานผล และการประเมินผลอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้จัดการข้อมูลเชิงหลักฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เชื่อมโยงผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่เข้ากับเป้าหมายเชิงนโยบายในระดับประเทศ

2. ส่งเสริมการเพิ่มประสิทธิภาพในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายของ NGOs โดยสนับสนุนการสร้าง Community-based workers เพื่อสร้างความไว้วางใจและลดอุปสรรคในการสื่อสาร จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการเอชไอวี และส่งเสริมแนวคิด U=U (Undetectable = Untransmittable) มาใช้เป็นกลยุทธ์หลักในการสื่อสารสาธารณะ เพื่อช่วยลดการตีตราในชุมชน ควบคู่กับการพัฒนาระบบส่งต่อ (Referral system) ที่มีประสิทธิภาพ ระหว่าง NGOs กับสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ พร้อมทั้งเสริมสร้างศักยภาพ NGOs ขนาดเล็ก-กลาง จัดบริการเชิงรุก RRTTR เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของระบบบริการด้านเอชไอวีที่นำโดยชุมชน

3. ส่งเสริมการสร้างความร่วมมือเชิงเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง โดยสนับสนุนการทำงานร่วมกันระหว่าง NGOs กับภาคส่วนอื่น ๆ สนับสนุน

การดำเนินงานแบบบูรณาการทั้งในเชิงพื้นที่และเชิงประเด็น และส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างองค์กร รวมถึงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

4. พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่มีความต่อเนื่อง ทั้งในช่วงระหว่างการรักษาและหลังสิ้นสุดการสนับสนุนอย่างน้อย 1-2 ปี เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์และผลกระทบในระยะยาว และกำหนดตัวชี้วัดที่สะท้อนผลการดำเนินงานในระดับพื้นที่อย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. Thailand country progress report- Global AIDS Monitoring 2022. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2022.
2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานผลการดำเนินงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ ปีงบประมาณ 2563. กรุงเทพฯ: สปสช.; 2564
3. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560 - 2573. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
4. World Bank. Investing in Communities Achieves Results: Findings from an Evaluation of Community Responses to HIV and AIDS. Washington, DC: World Bank; 2013.
5. Leng Z, Sha S, Dai S, Meng X, Li J, Jin J, et.al. Role of social organization engagement in high-risk groups intervention against HIV/AIDS: a case study from 176 cities of China. Infectious Diseases of Poverty 2022;11:1-14.

6. Hushie M, Omenyo CN, Berg JJ, Lally MA. **State-civil society partnerships for HIV/AIDS treatment and prevention in Ghana: exploring factors associated with successes and challenges.** BMC Health Services Research 2016;16:1-11.
7. Wagle S, Talawat S, Panitchpakdi P. **Roles of NGOs/CSOs in HIV/AIDS prevention, treatment, care and support for mobile population in greater Mekong sub-regions.** Sexually Transmitted Infections [Internet]. 2015 [cited 2025 Jan 4]; 91:A81. Available from: <https://sti.bmj.com/lookup/doi/10.1136/sextrans-2015-052270.216>
8. Berenguera A, Pujol-Ribera E, Violan C, Romaguera A, Mansilla R, Giménez A, et.al. **Core indicators evaluation of effectiveness of HIV-AIDS preventive-control programmes carried out by nongovernmental organizations. A mixed method study.** BMC Health Services Research 2011;11:1-14.
9. United Nations Development Programme (UNDP). **Community empowerment and HIV services in Thailand: Progress and challenges.** Bangkok: UNDP Thailand; 2020.
10. กรมควบคุมโรค. **รายงานสถานการณ์เอดส์ในประเทศไทย.** นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
11. Rifkin SB. **Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature.** Health Policy Plan. 2009;24(4):255–73.
12. UNICEF Thailand. **วิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเยาวชน (รายงานฉบับย่อ).** กรุงเทพฯ: สำนักงานยูนิเซฟประจำประเทศไทย; 2565.
13. กรมควบคุมโรค. **แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2566-2569.** กรุงเทพฯ: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ; 2566.
14. กรมควบคุมโรค. **แนวทางการบริหารจัดการเงินอุดหนุนองค์กรเอกชนสาธารณสุขในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์.** กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; 2563.
15. ผกามาต แต่งคูหา. **การศึกษาประเด็นด้านโรคเอดส์/การติดเชื้อเอชไอวี ที่เผยแพร่ในวารสารวิชาการทั้งไทย และต่างประเทศ (ปี พ.ศ. 2557-2561) เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการยุติปัญหาเอดส์.** นนทบุรี: กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; 2562.
16. Ombere SN, Mwenda MN. **Influence of Stakeholders' Participation in Monitoring and Evaluation Process on Implementation of HIV & AIDS Projects in Kenya: A Case of Dreams Project in Nairobi County.** European Journal of Business and Management Research 2021;6:32-37.
17. UNAIDS. **NGO Report 2024: Breaking the chains: supporting community leadership and human rights for a sustainable HIV response.** Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2024. In:UNAIDS, editors. UNAIDS Programme Coordinating Board; 2024 Dec 10-12; Kenya. Nairobi; 2024. P. 1-54.

18. Mbuagbaw L, Shurik E. **Community Participation in HIV/AIDS Programs.** AIDS. 2005;19 (Suppl 2):S49–S53.
19. ประจักษ์ เทิกขุนทด. **การพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลสองดาว.** วารสารโรคเอดส์ 2564;3:151-64.
20. Berenguera A, Pujol-Ribera E, Violan C, Romaguera A, Mansilla R, Giménez A, et.al. **Experiences about HIV/AIDS preventive-control activities: discourses from non-governmental organizations professionals and users.** Gaceta Sanitaria. 2011;25:184-90
21. Cornman H, Grimm CD, Rana S. **Engaging local non-governmental organizations (NGOs) in the response to HIV/AIDS [Internet].** Washington, DC: PACT Inc.; 2005 [cited 2025 Apr 1]. Available from: https://scholars.unh.edu/anth_facpub/2/
22. UNAIDS. **Best practices on effective funding of community-led HIV responses.** In:UNAIDS, editors. UNAIDS Programme Coordinating Board; 2018 Dec 11-13; Switzerland. Geneva; 2018. P. 1-49.
23. Elendu C, Amaechi DC, Elendu TC, Amaechi EC, Elendu ID, Akpa KN, et al. **Shaping sustainable paths for HIV/AIDS funding: a review and reminder.** Annals of Medicine & Surgery 2025;87(3):1415-45.
24. Bashir F, Ba Wazir M, Schumann B, Lindvall K. **The realities of HIV prevention. A closer look at facilitators and challenges faced by HIV prevention programmes in Sudan and Yemen.** Glob Health Action 2019; 9;12:1-10.

การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช
ในตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

Development of a health promotion model for farmers at risk from pesticides
in Takook Subdistrict, Khao Sinarin District, Surin Province

โกวิทย์ สมัครสมาน ส.ม.

(การบริหารสาธารณสุข)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากูก

จังหวัดสุรินทร์

Kowit Samacksaman M.P.H.

(Public Health Administration)

Takook Subdistrict Health Promoting Hospital,

Surin Province

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยศึกษาจากพฤติกรรมการใช้สารเคมี การดูแลสุขภาพ และความต้องการด้านสุขภาพของเกษตรกรในพื้นที่ เป็นการวิจัย วิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) เป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงจำนวน 75 คน ที่มีผลการตรวจเลือดพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ และแบบประเมินผลก่อน-หลังการใช้รูปแบบ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบสมมติฐานด้วย t-test กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 51-60 ปี มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรเป็นหลัก โดยมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมานานกว่า 5 ปี ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการใช้สารเคมีในภาพรวมมีทั้งพฤติกรรมที่เหมาะสมและพฤติกรรมที่เสี่ยง เช่น การไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกัน การไม่ล้างมือหรืออาบน้ำทันทีหลังฉีดพ่น และการจัดเก็บสารเคมีไม่เหมาะสม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณ พบความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ซึ่งนำไปสู่การพัฒนารูปแบบภายใต้ชื่อว่า “4P Model for Farmers’ Health Promotion” ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ด้าน ได้แก่

1. **Participation** – ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเกษตรกร ผู้นำชุมชน อสม. และเจ้าหน้าที่ รพ.สต
2. **Protection** – สนับสนุนการใช้เครื่องมือป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) และปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย
3. **Promotion** – จัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติ นิทรรศการ และสื่ออินโฟกราฟิกที่เข้าใจง่าย
4. **Policy Support** – เชื่อมโยงรูปแบบเข้ากับแผนพัฒนาสุขภาพของตำบล และการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐและท้องถิ่น

รูปแบบดังกล่าวผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศึกษา ด้านสาธารณสุข และด้านการเกษตร 5 คน พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) 0.80 และคะแนนความเหมาะสมเฉลี่ย = 4.52 (SD = 0.39) ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับเกษตรกร 30 คน พบว่า หลังการใช้รูปแบบความรู้ด้านการใช้สารเคมีของเกษตรกรเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพฤติกรรมการป้องกันตนเองดีขึ้นชัดเจน เช่น การใช้ PPE การล้างมือ การจัดเก็บสารเคมีอย่างปลอดภัย และการเข้ารับคำแนะนำทางสุขภาพ

ผลการประเมินประสิทธิผลในภาพรวมพบว่า ร้อยละ 93.3 ของเกษตรกร สามารถนำแนวทางในรูปแบบไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน และร้อยละ 90 แสดงความพึงพอใจในระดับมาก โดยเฉพาะต่อกิจกรรมสาธิตและการฝึกใช้เครื่องมือ นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะจากผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ให้ขยายผลการใช้รูปแบบนี้ไปยังทุกหมู่บ้านในตำบล รวมถึงอบรม อสม. เพื่อเป็นที่เลี้ยงและกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า รูปแบบ 4P Model ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสม มีประสิทธิผล และสามารถนำไปใช้ส่งเสริมสุขภาพเกษตรกรที่ใช้สารเคมีได้อย่างเป็นรูปธรรม ทั้งยังตอบสนองต่อปัญหาและบริบทของชุมชนในพื้นที่อย่างแท้จริง

คำสำคัญ : สุขภาพของเกษตรกร, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

ABSTRACT

This research aimed to develop an appropriate health promotion model for at-risk farmers who are exposed to pesticides. The study focused on pesticide use behavior, health care practices, and health needs of farmers in the target area. The research employed a Research and Development (R&D) design to create the model. The sample group consisted of 75 at-risk farmers who had blood test results indicating hazardous levels of pesticide exposure and resided in Takuk Subdistrict, Khwao Sinarin District, Surin Province. Data collection tools included: (1) a questionnaire on knowledge and behaviors related to pesticide use, (2) an expert assessment form for evaluating the appropriateness of the model, and (3) pre- and post-intervention evaluation tools. Data were analyzed using descriptive statistics and hypothesis testing via the paired t-test at a significance level of 0.05.

The results showed that most farmers were male, aged between 51–60 years, had completed primary education, and had been using pesticides for over five years. Knowledge about pesticides was moderate, while pesticide use behaviors varied-ranging from proper practices to risky behaviors such as not wearing personal protective equipment (PPE), not washing hands or bathing after spraying, and unsafe chemical storage.

Qualitative and quantitative analyses revealed the need for a context-specific health promotion model. This led to the development of the “4P Model for Farmers’ Health Promotion,” comprising four core components:

1. **Participation** – Promoting participation among farmers, community leaders, village health volunteers (VHVs), and Subdistrict Health Promoting Hospital (SHPH) staff.
2. **Protection** – Supporting the use of personal protective equipment and improving environmental safety.
3. **Promotion** – Organizing practical training sessions, exhibitions, and infographic-based educational media.
4. **Policy Support** – Integrating the model into the subdistrict health development plan and gaining support from governmental and local agencies.

The model was evaluated by five experts in health education, public health, and agriculture, yielding a high Index of Item-Objective Congruence (IOC) of 0.80 and an average appropriateness score of 4.52 (SD = 0.39), indicating a very good level of suitability.

The model was then piloted with 30 farmers. Post-intervention results showed a statistically significant increase in knowledge about pesticide use ($p < .01$), and substantial improvement in protective behaviors, such as PPE usage, handwashing, safe chemical storage, and seeking health advice.

Overall, 93.3% of farmers were able to apply the model in daily life, and 90% expressed high satisfaction, especially with the demonstration activities and practical equipment training. Community leaders and SHPH staff recommended expanding the model to all villages within the subdistrict and providing continuous training for VHVs to serve as mentors and monitors.

In conclusion, the 4P Model is contextually appropriate, effective, and practically applicable for promoting the health of farmers exposed to chemical pesticides. It addresses both the specific challenges and the unique needs of the local community.

Keywords : Farmers’ health, Pesticide use, Health promotion model

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศเกษตรกรรมที่มีความอุดมสมบูรณ์ทางทรัพยากรธรรมชาติ ทั้งในด้านดิน น้ำ และสภาพภูมิอากาศ ทำให้การเกษตรมีบทบาทสำคัญต่อระบบเศรษฐกิจและวิถีชีวิตของประชาชนมาตั้งแต่สมัยโบราณ⁽¹⁾ โดยเฉพาะการปลูกข้าวในพื้นที่ลุ่มน้ำเจ้าพระยาซึ่งเป็นอยู่ข้าวอยู่น้ำของประเทศ⁽²⁾ เมื่อเข้าสู่ยุครัตนโกสินทร์ตอนต้น ประเทศไทยเริ่มมีการพัฒนาระบบการค้า การส่งออก และการใช้เทคโนโลยีการผลิตมากขึ้น ส่งผลให้เกษตรกรรมเปลี่ยนผ่านจากระบบเศรษฐกิจยังชีพไปสู่ระบบตลาดที่ต้องพึ่งพาสารเคมีในการเพิ่มผลผลิต และหนึ่งในเครื่องมือที่สำคัญในระบบการผลิตดังกล่าวคือ **สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (pesticides)** ซึ่งมีบทบาทในการควบคุมโรคพืชแมลง และวัชพืชอย่างมีประสิทธิภาพ⁽³⁾ อย่างไรก็ตาม การใช้สารเคมีดังกล่าวมีผลข้างเคียงรุนแรงต่อสุขภาพของเกษตรกรโดยตรงรวมถึงสิ่งแวดล้อมโดยรอบ โดยเฉพาะในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา เช่น ประเทศไทย ซึ่งเกษตรกรจำนวนมากยังขาดความรู้ในการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัย รวมถึงขาดอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล⁽⁴⁾

การศึกษาที่ผ่านมามีงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศได้รายงานถึงความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทั้งในรูปแบบของอาการเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น ปัญหาทางระบบประสาท โรคทางเดินหายใจ โรคตับ มะเร็งบางชนิด และผลกระทบต่อระบบสืบพันธุ์⁽⁵⁾ ตัวอย่างเช่น การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยพบว่าระดับสารเคมีตกค้างในปัสสาวะของเกษตรกรสูงกว่ามาตรฐาน และมีอาการทางระบบประสาทและผิวหนังอย่างชัดเจน⁽⁶⁻⁷⁾ ในช่วงปี พ.ศ. 2561–2566 ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยจาก

สารพิษทางเกษตรจำนวนมากหลายพันรายต่อปี โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่เกษตรกรรมหลัก⁽⁸⁾ การศึกษาายังแสดงให้เห็นว่าอัตราการเจ็บป่วยจากโรคระบบทางเดินหายใจและโรคเรื้อรังอื่น ๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มเกษตรกร⁽⁹⁾

จังหวัดสุรินทร์เป็นพื้นที่เกษตรกรรมที่มีเกษตรกรจำนวนมากถึงกว่า 2 แสนคน⁽¹⁰⁾ โดยมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างแพร่หลาย ส่งผลให้เกษตรกรจำนวนมากเผชิญกับความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีโดยขาดอุปกรณ์ป้องกันที่เหมาะสมนำไปสู่ปัญหาสุขภาพเรื้อรังและผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง ในตำบลตาถูก อำเภอเขวาสินรินทร์ ซึ่งเป็นหนึ่งในพื้นที่ที่มีการใช้สารเคมีอย่างเข้มข้น พบว่ามีเกษตรกรเสียชีวิตจากการสัมผัสสารเคมีขณะมีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูง สะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงและความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อย่างยั่งยืนการลดการพึ่งพาสารเคมีโดยหันมาใช้เกษตรกรรมแบบยั่งยืนและส่งเสริมทักษะด้านสุขภาพของเกษตรกร⁽⁹⁾

ที่ผ่านมาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ดำเนินการในรูปแบบของการรณรงค์ให้ความรู้ การจัดอบรมเป็นครั้งคราว การตรวจสุขภาพประจำปี และการแจกอุปกรณ์ป้องกัน เช่น หน้ากาก ถุงมือ หรือแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับสารเคมี ซึ่งเป็นการดำเนินงานเชิงรับและมุ่งเน้นเฉพาะด้านความรู้ทางสุขภาพหรือการป้องกันในระดับบุคคล

อย่างไรก็ตาม พบปัญหาและอุปสรรคสำคัญหลายประการ เช่น

- ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง
- รูปแบบการให้ความรู้ไม่สอดคล้องกับบริบทและพฤติกรรมของเกษตรกร
- ขาดการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง
- ความเชื่อและค่านิยมที่ฝังรากลึกในชุมชนยังไม่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
- ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาชน และองค์กรท้องถิ่นยังไม่เป็นระบบ

การดำเนินการครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเกษตรกรที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน พัฒนาทักษะด้านสมรรถนะสุขภาพ (health literacy) ของเกษตรกร ผ่านกิจกรรมเชิงปฏิบัติการ การสื่อสารแบบสองทาง และการพัฒนาสภาพแวดล้อมในชุมชนให้เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การสร้างพื้นที่เรียนรู้ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการพัฒนาเครือข่ายแกนนำเกษตรกรเพื่อเป็นกลไกในการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ยังมีการบูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาคการศึกษา และภาคประชาชน เพื่อให้การดำเนินงานมีความยั่งยืน สามารถปิดช่องว่างจากข้อจำกัดในอดีต และนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นของเกษตรกรในระยะยาว.

ดังนั้น จากที่กล่าวข้างต้นทั้งหมด ในสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างจังหวัดสุรินทร์ เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการศึกษาอย่างเป็นระบบ ทั้งในด้านพฤติกรรมการใช้สารเคมี

พฤติกรรมการใช้สารเคมี และแนวทางการพัฒนาแบบแผนการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช
4. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นต่อพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการดูแลสุขภาพของเกษตรกร

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในตำบลตาถูก จังหวัดสุรินทร์ โดยดำเนินการวิจัย 5 ระยะ ได้แก่ การศึกษาปัญหาและความต้องการ การออกแบบรูปแบบเบื้องต้น การตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ การทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ ใช้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และวิเคราะห์ผลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและอนุมาน เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างยั่งยืน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือเกษตรกรในตำบลตาถูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมปลูกข้าวเป็นหลัก มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกระบวนการเพาะปลูก และ

มีประวัติการใช้สารเคมีต่อเนื่องในช่วง 6 เดือนถึง 1 ปีที่ผ่านมา โดยต้องอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลตากูก และมีความสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มเป้าหมายคือเกษตรกรที่ได้รับผลการคัดกรองเลือดจากหน่วยงานสาธารณสุขซึ่งแสดงว่ามีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย จำนวนทั้งสิ้น 92 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรของ Yamane (1973) โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ 5% ($e = 0.05$) จากสูตร $n = N / (1 + N(e)^2)$ เมื่อ $N = 92$ และ $e = 0.05$ จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 75 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยใช้ทะเบียนรายชื่อเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีความพร้อมเข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้จากฐานข้อมูลของงานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตากูก จากนั้นดำเนินการสุ่มโดยวิธีจับสลาก เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 คน ตามที่คำนวณไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา : การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 5 ระยะ โดยมีการใช้เครื่องมือวิจัยที่แตกต่างกันในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ
วัตถุประสงค์: สำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของเกษตรกร

เครื่องมือที่ใช้:

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ ทักษะ และความต้องการ
2. แบบ สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview)
3. แบบบันทึกการสังเคราะห์ข้อมูลเอกสาร และรายงาน

กระบวนการสร้างเครื่องมือ:

- วิเคราะห์วัตถุประสงค์ → ทบทวนวรรณกรรม → ออกแบบแบบสอบถาม

- ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (CVI) → ทดลองใช้ (Pilot Study) → ปรับปรุงและจัดทำแบบสมบูรณ์

ระยะที่ 2: การออกแบบและพัฒนารูปแบบเบื้องต้น
วัตถุประสงค์: สังเคราะห์องค์ประกอบและจัดทำร่างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ
เครื่องมือที่ใช้:

1. แบบสังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบ
2. แบบร่างรูปแบบ
3. สื่อสุขภาพต้นแบบ (คู่มือ, แผ่นพับ, อินโฟกราฟิก)

แนวคิดหลัก: 4P ได้แก่ Participation, Protection, Promotion, Policy Support

ระยะที่ 3: การตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ

วัตถุประสงค์: ตรวจสอบความเหมาะสม ครอบคลุม และเป็นไปได้

เครื่องมือที่ใช้:

1. แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ (มาตราส่วน 5 ระดับ)
2. แบบรวบรวมข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ

ระยะที่ 4: การทดลองใช้รูปแบบ

วัตถุประสงค์: ทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มเกษตรกร และประเมินผลก่อน-หลัง

เครื่องมือที่ใช้:

1. แบบวัดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพ
2. แบบประเมินผลก่อน-หลัง (Pretest-Posttest)
3. แบบสังเกตพฤติกรรม

แนวคิดหลัก: Health Literacy (Nutbeam) + กระบวนการ 12 สัปดาห์ → ครอบคลุมทักษะ, สิ่งแวดล้อม, นโยบาย

ระยะที่ 5: การประเมินประสิทธิผลและสรุปผลรูปแบบ

วัตถุประสงค์: ประเมินประสิทธิผลและจัดทำข้อเสนอแนะการใช้จริง

เครื่องมือที่ใช้:

1. แบบสอบถามประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ
2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง
3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้รูปแบบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล : การเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยนี้ดำเนินการทั้งในรูปแบบเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร และเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน ดังนี้

1. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลเชิงปริมาณถูกรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามครอบคลุมหัวข้อเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สารเคมีทางการเกษตร ความรู้ด้านความปลอดภัยในการใช้สารเคมี การป้องกันตนเอง และสถานการณ์สุขภาพของเกษตรกร กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเกษตรกรที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด จะได้รับแจกแบบสอบถามเพื่อให้ตอบด้วยตนเอง โดยมีทีมวิจัยคอยให้คำแนะนำและตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามที่กรอกแล้วก่อนรวบรวมเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูล

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับกลุ่มเกษตรกร ผู้นำชุมชน อสม. และบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ พบประเด็นสำคัญที่สามารถจัดกลุ่มเป็น Theme ได้ 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

2.1 ความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับอันตรายจากสารเคมี

เกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่บ้าง แต่ยังคงขาดความเข้าใจลึกซึ้งเกี่ยวกับผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพ

“ผมก็รู้ว่ายาฆ่าแมลงอันตรายครับ แต่บางทีไม่ใส่ก็ได้ เพราะถ้าไม่พ่น แมลงก็กินข้าวหมด” – เกษตรกรชาย อายุ 53 ปี

“บางทีเขียนฉลากมาเป็นภาษาอังกฤษ เราอ่านไม่ออก ใช้ตามความเคยชิน” – เกษตรกรหญิง อายุ 47 ปี

2.2 พฤติกรรมการใช้สารเคมีและการป้องกันตนเอง

พบว่าพฤติกรรมของเกษตรกรในการใช้สารเคมียังมีความเสี่ยงสูง เช่น ไม่ใช้หน้ากากอนามัยอย่างเหมาะสม ไม่สวมถุงมือ และไม่ล้างมือหลังใช้งาน

“เวลาพ่นยา ผมก็ใส่ผ้าปิดจมูกธรรมดา เพราะหน้ากากพิเศษมันอึดอัด ใส่แล้วหายใจไม่สะดวก” – เกษตรกรชาย อายุ 40 ปี

“บางวันพ่นเสร็จแล้วก็ไปกินข้าวเลย ไม่ได้ล้างมือ เพราะไม่มีที่ล้างตรงแปลงนา” – เกษตรกรหญิง อายุ 36 ปี

2.3 ความต้องการการสนับสนุนและการมีส่วนร่วมของชุมชน

เกษตรกรแสดงความต้องการในการรับข้อมูลความรู้เพิ่มเติม และต้องการให้มีการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน เช่น การอบรมเชิงปฏิบัติการ การเยี่ยมบ้านโดย อสม. หรือหน่วยงานรัฐ

“อยากให้มีคนมาอบรมบ่อย ๆ แบบที่เราได้ลองทำด้วย ไม่ใช่แค่มาพูดแล้วก็กลับ” – เกษตรกรหญิง อายุ 50 ปี

“ถ้ามีการรวมกลุ่มกัน เช่น กลุ่มปลอดภัยแล้วมีคนดูแล ชาวบ้านน่าจะร่วมมือมากกว่านี้” – ผู้นำชุมชนชาย อายุ 60 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยนี้ ประกอบด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้เทคนิคที่เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูลและวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่อสรุปลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและแนวโน้มของข้อมูล ตัวแปรที่สำคัญจะถูกวิเคราะห์โดยใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ (Percentage) และการแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) เพื่อแสดงถึงระดับความรู้ พฤติกรรม และภาวะสุขภาพของเกษตรกรผู้ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

สถิติเชิงอนุมานเพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัยและตรวจสอบความสัมพันธ์หรือความแตกต่างของตัวแปรต่าง ๆ ที่อาจมีผลต่อสุขภาพของเกษตรกร งานวิจัยนี้จะใช้การวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การทดสอบที่ (paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม (FGD) กับผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่เกษตรในพื้นที่ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแนวคำถามสนทนากลุ่มเป็นเครื่องมือ เก็บข้อมูลด้วยการบันทึกเสียงและถอดความอย่างครบถ้วน จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามแนวทางของ Tesch (1990) ซึ่งประกอบด้วย การอ่านซ้ำ การจำแนกหมวดหมู่ การจัดกลุ่มเนื้อหา และการตีความ เพื่อระบุ

ประเด็นสำคัญ ความเชื่อ ทศนคติ พฤติกรรม และข้อเสนอแนะของผู้ให้ข้อมูล ผลการวิเคราะห์จะนำมาสังเคราะห์ร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อใช้ในการออกแบบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของชุมชนเกษตรกรในตำบลตากูกอย่างเหมาะสมและเป็นรูปธรรม.

จริยธรรมการศึกษา

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุรินทร์ เลขที่อนุมัติ: COA No.113/2567 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2567 โดยการดำเนินงานภายใต้มาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ระดับสากล เพื่อปกป้องสิทธิ ความเป็นส่วนตัว และความเป็นส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

ผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้การวิจัยกึ่งทดลอง พบข้อมูลที่สำคัญจากกลุ่มตัวอย่างเกษตรกรจำนวน 75 คน ซึ่งล้วนเป็นผู้ที่มีผลตรวจเลือดพบระดับสารเคมีในเกณฑ์เสี่ยงและไม่ปลอดภัย

ข้อมูลทั่วไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 96.0) อายุระหว่าง 51-55 ปี (ร้อยละ 34.7) มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 78.7) และเป็นหัวหน้าครอบครัว (ร้อยละ 78.7) ส่วนใหญ่อยู่ในสถานะสมรส (ร้อยละ 85.3) และมีหนี้สินครัวเรือนเกินครึ่ง (ร้อยละ 50.7) ทั้งนี้ ร้อยละ 61.3 ของกลุ่มตัวอย่างปลูกข้าวเป็นพืชหลัก และมีประสบการณ์ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมาแล้ว 1-5 ปี

(ร้อยละ 58.7) ด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 15.71 จากเต็ม 20 (คิดเป็นร้อยละ 78.53) โดยมีคะแนนต่ำสุด 11 คะแนน และสูงสุด 18 คะแนน ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด (ร้อยละ 100) ได้แก่ การอ่านฉลากก่อนใช้และการอาบน้ำหลังการฉีดพ่น ขณะที่ข้อที่ตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 12.0) คือ การเลือกใช้สารเคมีจากคำแนะนำของผู้รู้เท่านั้น

พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

สำหรับพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่าเกษตรกรมีการปฏิบัติอยู่ในระดับ “ทุกครั้ง” แทบทุกช่วง โดยเฉพาะการเตรียมอุปกรณ์ป้องกันตนเองก่อนใช้ ($\bar{X} = 1.00$, S.D. = 0.00) การสวมใส่อุปกรณ์ PPE ระหว่างใช้ ($\bar{X} = 1.00$, S.D. = 0.00) และการอาบน้ำล้างตัวหลังใช้ ($\bar{X} = 1.00$, S.D. = 0.00) อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมบางอย่าง เช่น การไม่ใช้ปากเป่าหัวฉีด ($\bar{X} = 2.52$, S.D. = 1.51) และการเจาะขวดป้องกันการใช้ซ้ำ ($\bar{X} = 2.01$, S.D. = 1.10) ยังพบว่ามี การปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในตัวแปรส่วนบุคคลทั่วไป เช่น เพศ อายุ หรือระดับการศึกษา ($p > 0.05$) แต่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ปลูกพืชต่างชนิดกัน (Sig. = 0.000) โดยผู้ที่ปลูกพืชไร่มีพฤติกรรมแตกต่างจากผู้ที่ปลูกข้าวและผัก และผู้ที่ใช้สารเคมีมา 1–5 ปี มีพฤติกรรมแตกต่างจากกลุ่มที่ใช้มานานกว่า (Sig. = 0.023–0.025)

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ

ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้พัฒนา “4P Model for Farmers’ Health Promotion” โดยประกอบด้วย Participation (การมีส่วนร่วม), Protection (การป้องกัน), Promotion (การส่งเสริม), และ Policy Support (การสนับสนุนนโยบาย) ผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนา 5 ระยะ รูปแบบนี้ผ่าน

การประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน โดยได้คะแนนความเหมาะสมเฉลี่ย 4.52 จาก 5 คะแนน และมีค่า IOC อยู่ที่ 0.80

การประเมินผลการใช้รูปแบบ

เมื่อทดลองใช้รูปแบบกับกลุ่มเกษตรกรจำนวน 30 คน พบว่าความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 11.3 (SD = 3.2) เป็น 16.9 (SD = 2.7) โดยมีค่า $t = 9.03$, $p < 0.01$ แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมการใช้ PPE เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.1 เป็น 76.7 และพฤติกรรมเปลี่ยนเสื้อผ้าหลังฉีดพ่นเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 28.5 เป็น 81.4 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 93.3 เห็นว่ารูปแบบนี้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง และมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับสูง ($\bar{X} = 4.38$, S.D. = 0.42) การศึกษาในครั้งนี้ประสบผลสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของเกษตรกรในพื้นที่ ตอบโจทย์ความต้องการของชุมชน และสามารถขยายผลในระดับท้องถิ่นได้อย่างยั่งยืน

ปัจจัยและเงื่อนไขความสำเร็จ

ความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในครั้งนี้เกิดจากหลายปัจจัยสำคัญ ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกษตรกรรู้สึกเป็นเจ้าของและมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. กระบวนการเรียนรู้เชิงรุก ที่สอดคล้องกับบริบทของเกษตรกร เข้าใจง่ายและนำไปใช้ได้จริง
3. การสนับสนุนจากภาคีท้องถิ่นและ รพ.สต. ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องและความยั่งยืน
4. เนื้อหาและเครื่องมือที่เหมาะสมกับพื้นที่ ช่วยให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ
5. การประเมินผลชัดเจนและต่อเนื่อง ทำให้สามารถปรับปรุงกิจกรรมได้ตรงจุด

6. ภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม ช่วยให้
การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมาย

วิจารณ์ผล

ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับบริบทของเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่ตำบลตากูก จังหวัดสุรินทร์ โดยเฉพาะการออกแบบ “4P Model for Farmers’ Health Promotion” ซึ่งประกอบด้วย 1) Participation – การมีส่วนร่วมของชุมชน, 2) Prevention – การป้องกันความเสี่ยงจากสารเคมี, 3) Promotion – การส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี, และ 4) Policy support – การสนับสนุนเชิงนโยบายระดับท้องถิ่น ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่หลอมรวมกันอย่างเป็นระบบและส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของเกษตรกรอย่างชัดเจน

ความสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงที่ตามมา

การทดลองใช้รูปแบบ 4P แสดงให้เห็นผลสำเร็จในหลายมิติ ทั้งในเชิงพฤติกรรม ความรู้ และความพึงพอใจของผู้เข้าร่วม โดยเฉพาะในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้สารเคมีที่ปลอดภัยขึ้น เช่น การสวมใส่ PPE การอาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าหลังฉีดพ่น และการไม่ใช้พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การเป่าหัวฉีดด้วยปาก นับเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนว่ากระบวนการเรียนรู้ผ่านการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติจริงสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน

ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จ ได้แก่

- การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายโดยใช้ฐานข้อมูลจากชุมชนจริง
- การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินกิจกรรม

• การใช้แนวทางบูรณาการหลายภาคส่วนในระดับท้องถิ่น เช่น ผู้นำชุมชน อสม. และหน่วยงานสาธารณสุข

• การปรับเนื้อหาและวิธีการตามลักษณะของพืชที่ปลูก ซึ่งถือเป็นการออกแบบตามบริบท (context-based design)

การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้น ได้แก่

- การตื่นรู้และตระหนักถึงความเสี่ยงจากสารเคมี
- การเรียนรู้ร่วมกันของกลุ่มเกษตรกร
- การผลักดันให้เกิดการสื่อสารระหว่างเกษตรกรกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมากขึ้น
- การสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นในพลังของชุมชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง

การเปรียบเทียบกับแนวทางมาตรฐานและงานวิจัยอื่น

เมื่อเปรียบเทียบกับแนวทางมาตรฐานของกรมส่งเสริมการเกษตรและกรมอนามัย ซึ่งมักเน้นการให้ความรู้ผ่านการฝึกอบรมเชิงวิชาการ (เช่น หลักสูตรเกษตรปลอดภัย การณรงค์ลดการใช้สารเคมี ฯลฯ) จะเห็นได้ว่ารูปแบบ 4P มีลักษณะ “เน้นกระบวนการ” มากกว่าการมุ่งเนื้อหาเพียงอย่างเดียว กล่าวคือไม่เพียงแต่ให้ความรู้ แต่ยังส่งเสริมการเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบผ่านการปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และการสร้างแรงสนับสนุนจากนโยบายท้องถิ่น

หากเปรียบเทียบกับงานวิจัยอื่น เช่น

- การศึกษาของ สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร กรมอนามัย ซึ่งเสนอแนวทางการลดความเสี่ยงจากสารเคมีโดยการใช้เกษตรอินทรีย์และการอบรมความรู้ พบว่าเน้นในเชิงการลดแหล่งสัมผัส แต่ยังคงขาดการติดตามพฤติกรรมจริงหลังการอบรม

• งานวิจัยของ สุวรรณฯ แซ่ลิ้ม (2562) เกี่ยวกับการเสริมสร้างพฤติกรรมความปลอดภัยในการใช้สารเคมี พบว่าแม้จะมีผลในเชิงความรู้ แต่ยังไม่

ไม่ครอบคลุมด้านการสนับสนุนเชิงนโยบายและการมีส่วนร่วมระดับชุมชน

รูปแบบ 4P จึงมีความโดดเด่นในด้าน “การเชื่อมโยงทุกมิติ” เข้าด้วยกันอย่างกลมกลืน ตั้งแต่ระดับปัจเจกจนถึงระดับโครงสร้าง และยังคงตอบสนองต่อความหลากหลายของพืชที่ปลูกในแต่ละกลุ่มเกษตรกรด้วยการออกแบบกิจกรรมที่ยืดหยุ่นตามลักษณะอาชีพ

ข้อเสนอแนะเชิงวิจารณ์

แม้จะประสบความสำเร็จอย่างน่าพึงพอใจ แต่การศึกษาครั้งนี้ยังมีข้อจำกัด เช่น

- ขนาดตัวอย่างที่ยังไม่เพียงพอในการสะท้อนผลในระดับกว้าง
- ระยะเวลาการติดตามผลที่ยังจำกัด จึงควรมีการประเมินผลซ้ำในระยะยาว
- ความยั่งยืนของพฤติกรรมยังขึ้นอยู่กับปัจจัยสนับสนุนภายนอก เช่น การจัดหาชุด PPE ที่มีคุณภาพ และระบบแรงจูงใจในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ซึ่งมุ่งเน้นการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับเกษตรกรที่ใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่ตำบลตากูก อำเภอเขวาสินรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้กระบวนการวิจัยกึ่งทดลองและการพัฒนาโมเดล 4P (Participation, Protection, Promotion, Policy Support) พบว่ารูปแบบดังกล่าวสามารถเพิ่มระดับความรู้ พฤติกรรมป้องกันตนเอง และความพึงพอใจของเกษตรกรได้อย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นข้อเสนอแนะในเชิงวิชาการและการนำไปใช้ในเชิงปฏิบัติ มีดังนี้

1. **ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย** ควรผลักดันให้หน่วยงานภาครัฐในระดับอำเภอและจังหวัด อาทิ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อบต. และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) นำโมเดล 4P ไปเป็นแนวทางในการจัดทำแผนงานหรือ

โครงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับเกษตรกรในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีลักษณะความเสี่ยงคล้ายกัน โดยเฉพาะในเขตที่มีการเกษตรเข้มข้นและใช้สารเคมีต่อเนื่อง

2. **ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ** ควรส่งเสริมให้มีการศึกษาต่อยอดเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มเกษตรกรที่มีความแตกต่างด้านพืชที่ปลูก และระยะเวลาการใช้สารเคมีที่ต่างกัน เนื่องจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเคมีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. **ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการในชุมชน** ควรส่งเสริมการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครหรือผู้นำชุมชนในการเป็นต้นแบบ (role model) เพื่อกระตุ้นและติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเกษตรกรอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งด้านครอบครัว ผู้นำชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุข

4. **ข้อเสนอแนะด้านการสื่อสารความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ** ควรมีการผลิตสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่มีภาวะพร่องด้านการอ่านและเขียน เช่น สื่อภาพโปสเตอร์ วิดีโอ หรือกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมที่เข้าใจง่าย เพื่อเพิ่มการรับรู้และการนำไปใช้จริง โดยเฉพาะในประเด็นที่เกษตรกรตอบผิตอบย เช่น การเลือกสารเคมีจากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

5. **ข้อเสนอแนะสำหรับการขยายผล** จากความพึงพอใจและความสำเร็จของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ควรมีการขยายผลไปยังตำบลหรืออำเภอใกล้เคียงที่มีลักษณะเกษตรกรรมคล้ายคลึงกัน และควรมีการติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพและผลกระทบด้านสุขภาพของเกษตรกรอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ให้คำแนะนำ ชี้แนะ และให้ความกรุณาอย่าง ใกล้ชิดตลอดกระบวนการวิจัย ทั้งในด้านเนื้อหา วิชาการ กระบวนการวิจัย และข้อเสนอแนะที่มี คุณค่าอันนำไปสู่ความสมบูรณ์ของงานวิจัยฉบับนี้ ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการตรวจสอบจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ที่กรุณาให้ ข้อคิดเห็นอย่างสร้างสรรค์ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนางานวิจัยให้มีความเข้มข้นและ ถูกต้องตามหลักวิชาการ ขอขอบคุณ บุคลากรเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลตาตุ๊ก และอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการ ประสานงาน ให้ข้อมูล และสนับสนุนการดำเนิน กิจกรรมในชุมชนอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. รายงาน สถานการณ์เศรษฐกิจการเกษตรประจำปี 2564 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.oae.go.th>
2. ปิยะพงษ์. การพัฒนาการเกษตรในประเทศไทย: มองอดีต สู่ออนาคต. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์เกษตรไทย; 2560.
3. Liu J, Wang X. Plant diseases and pests detection based on deep learning: a review. *Plant Methods*. 2021;17(1):22. doi:10.1186/s13007-021-00722-9.
4. Carvalho FP. Pesticides, environment, and food safety. *Food Energy Secur*. 2017;6(2):48–60. doi:10.1002/fes3.108.
5. Mostafalou S, Abdollahi M. Pesticides and human chronic diseases: Evidences, mechanisms, and perspectives. *Toxicol Appl Pharmacol*. 2017;324:114–22.
6. Siritwong W, Kajeechiwa L, Sittitoon N, Robson MG, Borjan M. Health effects of pesticide exposure on farmers in Thailand. *Environ Health Insights*. 2014;8(Suppl 1):43–9.
7. Chaikoolvatana A, Wongta A, Praneet K. Health impacts of pesticide use among farmers in northeastern Thailand. *Asian Pac J Public Health*. 2020;32(4):341–50.
8. กรมควบคุมโรค. รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค; 2565.
9. ธวัชชัย เอกสันติ. การพัฒนาความรู้ สุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพื่อลด ความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพของ แรงงานภาคเกษตรกรรมในแปลงนาข้าว จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.
10. สำนักงานสถิติจังหวัดสุรินทร์. สัมมะโน การเกษตร พ.ศ. 2566 จังหวัดสุรินทร์ [อินเทอร์เน็ต]. สุรินทร์: สำนักงานสถิติจังหวัด สุรินทร์; 2566.
11. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12:80. doi:10.1186/1471-2458-12-80.
12. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000 Sep;15(3):259–67.
13. Kickbusch I. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promot Int*. 2001;16(3):289–297. doi: 10.1093/heapro/16.3.289.

ความตระหนักรู้และการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน
ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี

Awareness Knowledge and Consumption of Salt and Sodium in a Community
in Ratchaburi Province

ณวรัฎ อดิรัตนา วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

Nawarat Atirattana M.Sc.(Public Health)
The Office of Disease Prevention and Control 5
Ratchaburi Province

สิทธิ อดิรัตนา วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์)
มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
ผู้ประพันธ์บรรณกิจ

Sitthi Atirattana M.Sc.(Public Health)
Phetchabun Rajabhat University
Corresponding Author, E- Mail sitthi.at@pcru.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ความตระหนักรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน และ 2) ตรวจวัดปริมาณเกลือและโซเดียมที่ประชาชนบริโภค ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบใช้เกณฑ์คัดเข้า ประกอบด้วยประชาชน จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน ภายใต้โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด และ 2) เครื่องวัดความเค็มของอาหาร วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างประชาชนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67.00) รู้ว่าการบริโภคเกลือในปริมาณมากทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และ ร้อยละ 73.75 ไม่ทราบว่าไม่ควรบริโภคโซเดียมเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักรู้ว่าความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม ร้อยละ 59.75 ตระหนักต่อการจำกัดการบริโภคเกลือและโซเดียมว่า “สำคัญพอควร” ร้อยละ 51.75 “ไม่สำคัญเลย” ร้อยละ 34.50 “ไม่ทราบปริมาณโซเดียมหรือเกลือในอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน” ร้อยละ 65.25 “ทราบเป็นบางรายการ” ร้อยละ 31.25 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เติมเกลือ และโซเดียม ในระหว่างการปรุงอาหารเกือบทุกมื้อ เติมอีกครั้งก่อนรับประทานบนโต๊ะอาหาร บริโภคอาหารประเภทที่มีเกลือในปริมาณสูงมาก ไม่เคยสั่งอาหารไม่เติมน้ำปลา หรือ ผงชูรส และ พยายามจำกัดหรือลดปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียมนานๆครั้ง 2) อาหารทุกมื้อมีปริมาณโซเดียมที่ระดับ “เค็มมาก” มากที่สุด แหล่งที่มาของอาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภค จำนวน 4 มื้อ 222 ตัวอย่าง จำแนกเป็นประกอบเองในครัวเรือนและซื้อจากร้านค้าประเภทละ 111 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 50.00 เท่ากัน

คำสำคัญ : ความตระหนักรู้ การบริโภคเกลือและโซเดียม

ABSTRACT

This study is a cross-sectional survey design with the objective of 1) studying the situation of awareness, knowledge and behavior of salt and sodium consumption of the people, and 2) measuring the amount of salt and sodium consumed by the public. In a community in Ratchaburi Province. The purposive sampling group consisted of people. The tools used in the research were 1) a survey of people's awareness of salt and sodium consumption; under the project to drive the monitoring and reduction of salt and sodium consumption at the provincial level, and 2) the Salinity Meter analyzed the data using descriptive statistics, which are the average and standard deviation, number and percentage.

The results showed that: 1) Most of the people, (67.00 percent), knew that high salt consumption caused health problems, and 73.75 percent did not know that sodium should not be consumed more than 2,000 mg per day. The sample was aware of the risk of salt and sodium intake, 51.75 percent were aware of limiting salt and sodium intake as "moderately important", 34.50 percent were "not important at all", and "the amount of sodium or salt in the daily diet is unknown", 65.25 percent "Knew about some items", 31.25 percent Most of the samples were salted. Fish sauce, soy sauce, oyster sauce during almost every meal. Refill the tableware with fish sauce or soy sauce before eating on the table. Consume foods that contain very high amounts of salt. Never order food without fish sauce or MSG and try to limit or reduce salt and sodium intake from time to time. 2) All meals have the highest sodium content at the "very salty" level. Food sources consumed by the sample 4 meals, 222 samples, classified as household assemblies and purchased from stores. 111 samples for each category, accounting for 50.00 percent.

Keywords : Awareness, Knowledge and Salt and sodium intake

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้การลดเกลือและโซเดียม เป็น 1 ใน 9 เป้าหมายระดับโลก ในการควบคุมปัญหาโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ภายในปี พ.ศ. 2568 โดยกำหนดให้การบริโภคเกลือและโซเดียมลดลงร้อยละ 30 ภายใน ปี พ.ศ. 2568¹ ซึ่งประเทศไทยโดยการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 6 ในปี พ.ศ. 2557 ได้ทำการรับรองเป้าหมายดังกล่าวให้เป็นเป้าหมายในการดำเนินงานของประเทศไทย² ตามมติสหประชาชาติในการติดตามผล 9 เป้าหมาย ของการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับโลก (9 Global targets) ซึ่งหนึ่งในนั้นกำหนดตัวชี้วัดค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมในประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ให้ลดลงร้อยละ 30 หรือเท่ากับ 3,046 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน ในปี พ.ศ. 2568 (เทียบจาก ปี พ.ศ. 2553 เท่ากับ 4,352 มิลลิกรัมต่อคนต่อวัน) ซึ่งเป็นค่าเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ลดการบริโภคเกลือและโซเดียมประเทศไทย พ.ศ. 2559-2568

สถานการณ์การบริโภคเกลือและโซเดียมในประชากรไทยพบว่า ความถี่การบริโภคอาหารภายใน 7 วันที่ผ่านมา ค่ามัธยฐานของการบริโภคโซเดียม อยู่ที่ 3,264 มิลลิกรัมต่อวันต่อคน³ ซึ่งไม่รวมการปรุงรสที่โต๊ะขณะรับประทานอาหาร และจากการศึกษาการบริโภคโซเดียม จากการเก็บปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ในประชากรไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2562 พบว่าประชาชนไทยบริโภค โซเดียมเฉลี่ย 3,636 มิลลิกรัม หรือเท่ากับเกลือถึง 1.8 ช้อนชา ซึ่งเกินกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ 1.5-2 เท่า และยังมีแนวโน้มลดลง⁴ นอกจากนี้ ค่าเฉลี่ยของการบริโภคโซเดียมใน

ประชากรไทย พบว่า ภาคใต้ มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (4,107.8 มิลลิกรัม/วัน) รองลงมาคือ ภาคกลาง (3,759.7 มิลลิกรัม/วัน) ภาคเหนือ (3,562.7 มิลลิกรัม/วัน) กรุงเทพมหานคร (3,495.9 มิลลิกรัม/วัน) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (3,315.8 มิลลิกรัม/วัน) ตามลำดับ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับโซเดียมจากการรับประทานอาหาร กระบวนการผลิตและการรับประทานอาหารนอกบ้าน แบ่งออกเป็น การเติมขณะปรุงอาหาร (ร้อยละ 71) อาหารตามธรรมชาติ (ร้อยละ 18) การปรุงรสเพิ่มบนโต๊ะอาหาร (ร้อยละ 11)

ในปี พ.ศ. 2567 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรีร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ตามนโยบายของกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค สำรวจความตระหนักรู้ ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียมกับประชาชนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ จำนวน 8,462 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม ร้อยละ 86.55 ซึ่งผ่านค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ ร้อยละ 55 จังหวัดที่มีความตระหนักรู้มากที่สุดคือ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ ร้อยละ 90.41 รองลงมาคือจังหวัดนครปฐม จังหวัดสมุทรสงคราม จังหวัดกาญจนบุรี จังหวัดเพชรบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดสมุทรสาคร ร้อยละ 90.08, ร้อยละ 86.23, ร้อยละ 84.80, ร้อยละ 84.73, ร้อยละ 83.70 และร้อยละ 81.71 ตามลำดับ⁵

ผลการสำรวจปริมาณโซเดียมในตัวอย่างอาหารด้วยเครื่องวัดความเค็ม ในตัวอย่างอาหารใน

พื้นที่ 6 จังหวัด จำนวน 15,297 ตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ย ปริมาณโซเดียมในตัวอย่างอาหารเท่ากับ 335.76 มิลลิกรัม/ปริมาณอาหาร 100 มิลลิกรัม มีระดับ ความเค็มอยู่ที่ระดับเริ่มเค็ม จังหวัดที่มีค่าปริมาณ โซเดียมมากที่สุดคือจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ มีค่าเฉลี่ย ปริมาณโซเดียมเท่ากับ 422.62 mg/ปริมาณอาหาร 100 ml (ระดับเค็มมาก) รองลงมาคือจังหวัด กาญจนบุรีจังหวัดนครปฐม จังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดเพชรบุรี และจังหวัดสุพรรณบุรี โดยมี ค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมเท่ากับ 372.97 mg (ระดับ เค็มมาก), 346.63 mg (ระดับเค็ม), 338.51 mg (ระดับเริ่มเค็ม), 314.65 mg, (ระดับเริ่มเค็ม), และ 307.83 mg, (ระดับเริ่มเค็ม) ตามลำดับ⁵

จากความเป็นมาและความสำคัญของ ปัญหา ผู้วิจัยจึงสำรวจความตระหนักรู้การบริโภค เกลือและโซเดียมของประชาชนและสำรวจปริมาณ เกลือและโซเดียมในอาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภค ในชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี ที่ยังไม่เคยมีการ สำรวจดังกล่าว โดยมีวัตถุประสงค์ 1) ศึกษาสถานการณ์ ความตระหนักรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการบริโภค เกลือและโซเดียมของประชาชน 2) ตรวจวัดปริมาณเกลือ และโซเดียมที่ประชาชนบริโภค ในชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดราชบุรี

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ ภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive study) ในกลุ่มประชากร จำนวน 5,867 คน กำหนดขนาด กลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของทาโร ยามาเน (Taro Yamane)⁶ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 374 คน แต่ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจำนวน 400 คน สุ่มตัวอย่างแบบ เจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเลือกคือเป็นประชาชนอายุ 15 – 60 ปี ที่ยินยอมอาสาสมัครสาธารณสุข

โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในประชาชนที่ อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถเก็บข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบประเมินความตระหนักรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของ ประชาชน ภายใต้โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ฟ้าระวังและลดบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด ที่จัดทำโดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค⁷ ประกอบด้วยข้อมูลลักษณะทางประชากร คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุดและโรคประจำตัว ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับเกลือและโซเดียม จำนวน 2 ข้อ เป็น คำตอบให้เลือกถูก - ผิด แล้วนำมาพิจารณาตาม เกณฑ์ ว่ามีความตระหนักรู้หรือไม่ ข้อมูลพฤติกรรมการ บริโภคเกลือและโซเดียม ในระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา จำนวน 7 ข้อ ผู้ศึกษาได้ตรวจสอบความ ตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งแบบประเมินทุกข้อมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.74 - .079 แบบประเมินความรู้ มีค่า ความเที่ยง (KR 20) เท่ากับ 0.77 แบบประเมิน พฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมตรวจสอบ ความเชื่อมั่น (Reliability) มีค่าสัมประสิทธิ์คอนบราค ของแอลฟา (Coefficient Alpha) รวมเท่ากับ 0.82

2. เครื่องวัดความเค็มของอาหาร (Salt Meter) คืออุปกรณ์ที่ใช้ในการวัดความเข้มข้นของเกลือใน ผลิตภัณฑ์อาหาร เกลือ (NaCl: โซเดียมคลอไรด์) มีหน่วยเป็นมิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิกรัม และโซเดียม คลอไรด์ (NaCl) 1,000 มิลลิกรัม (1 กรัม) ประกอบด้วยโซเดียม 393 มิลลิกรัม ซึ่งผู้วิจัยได้นำ ค่าความเข้มข้นของเกลือในผลิตภัณฑ์อาหาร มาคำนวณเป็นปริมาณโซเดียม โดยระดับความเค็ม ใช้เกณฑ์ปริมาณโซเดียม ดังนี้ “ระดับเค็มน้อย”

ปริมาณโซเดียมน้อยกว่า 275.10 มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิกรัม) ระดับเริ่มเค็ม ปริมาณโซเดียม อยู่ระหว่าง 275.10 - 353.70 มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิกรัม และระดับเค็มมาก ปริมาณโซเดียมมากกว่า 353.70 มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิกรัม ขึ้นไป⁷

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุข 9 หมู่บ้าน ๆ ละ 5 คน รวม 45 คน เป็นผู้เก็บข้อมูลในประชาชนที่อาสาสมัครสาธารณสุขดูแล โดยอาสาสมัครสาธารณสุข 1 คน เก็บข้อมูลประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมให้เก็บข้อมูลและอายุไม่เกิน 60 ปี จำนวน 10 คน จะได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 450 คน (ผู้วิจัยจะเลือกข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบประเมินครบถ้วนทุกข้อ จำนวน 400 คน) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้อธิบายแบบประเมินทั้งหมดให้ผู้เก็บข้อมูลเข้าใจ

2. เก็บตัวอย่างอาหารจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยอธิบายการเก็บตัวอย่างอาหารให้อาสาสมัครสาธารณสุขทราบว่ากลุ่มตัวอย่างประชาชน 1 คน ต้องเก็บตัวอย่างอาหารที่เป็นน้ำในมือเช้าและมือเย็น 2 วัน รวม 4 มื้อ โดยผู้วิจัยเตรียมถุงใส่อาหารให้กลุ่มตัวอย่างใส่อาหารและแช่ในตู้เย็น จนถึงวันที่ผู้วิจัยนำตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน ภายใต้โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัดที่จัดทำโดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างประชาชน โดยอธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษาค้นคว้าแก่อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อแจ้งต่อกลุ่มตัวอย่าง และจะเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น รวมทั้งข้อมูลที่ได้รับผู้ศึกษาจะเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 346 คน (ร้อยละ 86.50) มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี มากที่สุด จำนวน 132 คน (ร้อยละ 33.00) รองลงมาคือกลุ่มอายุ 41-50 ปี จำนวน 124 คน (ร้อยละ 31.00) กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 145 คน (ร้อยละ 36.25) รองลงมาคือโรคไขมันในเลือดสูง จำนวน 132 คน (ร้อยละ 33.00)

ความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ จำนวน 268 คน (ร้อยละ 67.00) รู้ว่าการบริโภคเกลือในปริมาณมากทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และ กลุ่มตัวอย่างทราบว่าคนทั่วไปไม่ควรบริโภคโซเดียมเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน จำนวน 241 คน (ร้อยละ 60.25) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม (n= 400)

ประเด็นความรู้	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การบริโภคเกลือในปริมาณมากทำให้เกิดปัญหาสุขภาพได้ ใช่หรือไม่	268	67.00	132	33.00
คนทั่วไปไม่ควรบริโภคโซเดียมเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน ใช่หรือไม่	241	60.25	159	39.75

เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ ความตระหนักรู้ ผิดทั้ง 2 ข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักรู้ หมายถึง ผู้ที่ตอบแบบประเมิน ในตารางที่ 1 ถูกทั้ง ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม จำนวน 2 ข้อและไม่มี ความตระหนักรู้ หมายถึง ผู้ที่ตอบ 239 คน คิดเป็นร้อยละ 59.75 ดังรายละเอียดใน คำถามในตารางที่ 1 ถูกเพียงข้อใดข้อหนึ่ง หรือตอบ ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ผู้มีความตระหนักรู้ว่าความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม (n = 400)

ความตระหนักรู้	จำนวน	ร้อยละ
มี	239	59.75
ไม่มี	161	40.25

การรับรู้เกี่ยวกับปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียม

จากตารางที่ 3 ผลการสำรวจจำแนกตาม การรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมของ กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ตระหนักรู้ว่าการจำกัด การบริโภคเกลือและโซเดียมว่า “สำคัญพอควร” จำนวน 207 คน (ร้อยละ 51.75) “สำคัญมาก”

จำนวน 55 คน (ร้อยละ 13.75) และ “ไม่สำคัญเลย” จำนวน 138 (ร้อยละ 34.50) “ไม่ทราบ ปริมาณโซเดียมหรือเกลือในอาหารที่รับประทาน ในแต่ละวัน” จำนวน 261 คน (ร้อยละ 65.25) “ทราบเป็นบางรายการ” จำนวน 125 คน (ร้อยละ 31.25)

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ การรับรู้เกี่ยวกับปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มตัวอย่าง (n= 400)

การรับรู้เกี่ยวกับปริมาณการบริโภคเกลือและโซเดียม	จำนวน	ร้อยละ
รับรู้ต่อการจำกัดการบริโภคเกลือและโซเดียม		
สำคัญมาก	55	13.75
สำคัญพอควร	207	51.75
ไม่สำคัญเลย	138	34.50
ทราบปริมาณโซเดียมหรือเกลือในอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน		
ทราบเป็นส่วนใหญ่	14	3.50
ทราบเป็นบางรายการ	125	31.25
ไม่ทราบเลย	261	65.25

พฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม

พฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม กลุ่มตัวอย่างบริโภคอาหารสำเร็จรูป หรือกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ไส้กรอกด้วยความถี่บ่อย นาน ๆ ครั้ง มากที่สุด ร้อยละ 46.75) บริโภคอาหารแช่แข็งในร้านสะดวกซื้อนาน ๆ ครั้งมากที่สุด

ร้อยละ 42.00 เติมเกลือ น้ำปลา ซอสถั่วเหลือง น้ำมันหอย ในระหว่างการปรุงอาหารเกือบทุกมื้อ ที่ประกอบอาหาร ร้อยละ 71.25) เติมน้ำปลาหรือซีอิ๊วบนโต๊ะอาหารอีกครั้งก่อนรับประทานบนโต๊ะอาหาร จำนวน 171 คนร้อยละ 42.75 รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ พฤติกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความถี่ของการบริโภค (n= 400)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม	ความถี่			
	ทุกครั้ง (จำนวน /ร้อยละ)	บ่อยครั้ง (จำนวน /ร้อยละ)	นานๆครั้ง(จำนวน /ร้อยละ)	ไม่เคย (จำนวน /ร้อยละ)
บริโภคอาหารสำเร็จรูป หรือกึ่งสำเร็จรูป เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ไส้กรอก	3 (0.75)	147 (36.75)	187 (46.75)	63 (15.75)
บริโภคอาหารแช่แข็งในร้านสะดวกซื้อ	52 (13.00)	114 (28.50)	168 (42.00)	66 (16.50)
เติมเกลือ น้ำปลา ซอสถั่วเหลือง น้ำมันหอยหอย ในระหว่างการปรุงอาหาร	90 (22.50)	258(71.25)	25(6.25)	0/0

ปริมาณโซเดียมในอาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภค

เมื่อนำค่าเฉลี่ยของปริมาณโซเดียมในตัวอย่างอาหาร มื้อที่ 1 และ มื้อที่ 2 ซึ่งเป็นมื้อเช้า และมื้อเย็นของวันแรกที่เก็บตัวอย่างอาหารมา รวมกัน จะได้ค่าเฉลี่ยของปริมาณโซเดียมเท่ากับ 2178.39 เช่นเดียวกับมื้อที่ 3 และมื้อที่ 4 (มื้อเช้า และมื้อเย็นของวันที่สองของการเก็บตัวอย่างอาหาร)

ที่มีค่าเฉลี่ยปริมาณโซเดียมเท่ากับ 2052.63 เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับปริมาณที่คนปกติไม่ควรบริโภคโซเดียมเกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน พบว่าเกินมาตรการบริโภค ทั้งนี้ยังไม่รวมมื้อกลางวันของทั้ง 2 วันที่เก็บตัวอย่างอาหาร ดังรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ปริมาณโซเดียมในตัวอย่างอาหารของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามมื้ออาหาร

มื้ออาหาร	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ค่าต่ำสุด Minimum	ค่าสูงสุด (Maximum)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
มื้อที่ 1 (n = 58 คน)	1015.23	114.90	1860	489.72
มื้อที่ 2 (n = 55 คน)	1163.16	206.49	2022.30	379.56
มื้อที่ 3 (n = 51 คน)	1120.56	256.59	1486.86	221.82
มื้อที่ 4 (n = 58 คน)	932.07	238.92	1520.91	317.46

ระดับความเค็มตามปริมาณโซเดียมใน ทุกมื้ออยู่ระดับ “เค็มมาก” มากที่สุด ดังตัวอย่างอาหาร จำแนกตามมื้ออาหาร พบว่าอาหาร รายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวน และ ร้อยละ ระดับความเค็มตามปริมาณโซเดียมในตัวอย่างอาหาร จำแนกตามมื้ออาหาร

มื้ออาหาร	ระดับความเค็ม (จำนวน/ร้อยละ)		
	เค็มน้อย	เริ่มเค็ม	เค็มมาก
มื้อที่ 1 (n=58)	18 (31.03)	6 (10.34)	34 (58.63)
มื้อที่ 2 (n = 55 คน)	8 (14.51)	18 (32.70)	29 (52.70)
มื้อที่ 3 (n = 51 คน)	6 (11.76)	19 (37.26)	26 (50.98)
มื้อที่ 4 (n = 58 คน)	20 (34.48)	18 (31.04)	20 (34.48)

หมายเหตุ: ตัวอย่างอาหารแต่ละมื้อมีจำนวนไม่เท่ากัน แหล่งที่มาของอาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภค และน้อยกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากอาหาร จำแนกรายตัวอย่างอาหาร 4 มื้อ จำนวน 222 ตัวอย่างส่วนใหญ่เสียหายเช่น หกจากถุงที่จัดให้บรรจุ ตัวอย่าง จำแนกเป็นประเภทประกอบเองในครัวเรือน รวมทั้งในกรณีที่เป็นอาหารแห้ง จึงไม่สามารถความ และซื้อจากร้านค้าในชุมชนหรือตลาดนัด จำนวน 111 เค็มตามปริมาณโซเดียมคลอไรด์ตัวอย่างอาหารได้ ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 50.00 เท่ากันทั้ง 2 ประเภท ดังรายละเอียดในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ แหล่งที่มาของอาหาร จำแนกตามมื้ออาหาร

มื้ออาหาร	แหล่งที่มาของอาหาร			
	ประกอบในครัวเรือน		ซื้อจากร้านค้าในชุมชนหรือตลาดนัด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มื้อที่ 1 (n = 58 คน)	37	63.79	21	36.21
มื้อที่ 2 (n = 55 คน)	29	52.73	26	47.27
มื้อที่ 3 (n = 51 คน)	19	37.25	32	62.75
มื้อที่ 4 (n = 58 คน)	26	44.83	32	55.17

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียม ร้อยละ 59.75 ซึ่งต่ำกว่าผลการศึกษาในจังหวัดของเขตสุขภาพที่ 5⁵ ที่พบว่าประชาชนมีความตระหนักรู้ร้อยละ 86.55 ซึ่งต่ำกว่าผลการศึกษาของมารตี ศิริพัฒน์⁸ ที่ศึกษาความตระหนักรู้ในประชาชนจังหวัดนครพนมพบว่า ประชาชนมีความตระหนักรู้ร้อยละ 77.8 แต่สูงกว่าการศึกษาใน 32 จังหวัดของกรมควบคุมโรค⁶ ที่ประชาชนมีความตระหนักรู้ร้อยละ 30.79 และ

สูงกว่าความตระหนักรู้ความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียมของของประชากร ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี⁹ ที่พบว่าความตระหนักรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับร้อยละ 46.30 นอกจากนี้ผลการสำรวจการรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ตระหนักว่าการจำกัดการบริโภคเกลือและโซเดียมว่า “สำคัญพอควร” และ “ไม่สำคัญเลย” ซึ่งหมายถึงว่ายังมีกลุ่มตัวอย่างที่

ไม่ให้ความสำคัญกับการจำกัดการบริโภคเกลือและโซเดียม รวมทั้ง “ไม่ทราบปริมาณโซเดียมหรือเกลือในอาหารที่รับประทานในแต่ละวัน” สูงถึง ร้อยละ 65.25 สอดคล้องกับการศึกษาของ ณวรัฎ อดิรัตน์ และสุนัญญา ไชยนา¹⁰ ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนในจังหวัดราชบุรี พบว่ามากกว่าร้อยละ 60 มีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมไม่ถูกต้อง คือรู้ว่าอาหารที่มีปริมาณเกลือและโซเดียมสูงคืออาหารที่มีรสชาติเค็มเท่านั้น รู้ว่าเบเกอรี่หรือขนมที่ใช้ผงฟูเป็นส่วนประกอบ เช่น ขนมปัง ขนมเค้กเป็นอาหารที่ไม่มีเกลือและโซเดียมสูงเพราะไม่ได้มีรสเค็มและรู้ว่าการเติมความหวานลงในอาหารช่วยทำให้กลบรสชาติความเค็มและทำให้ช่วยลดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหารลงได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเข้าถึงข้อมูลเรื่องเกลือและโซเดียมของประชาชน เพราะ “ความเค็ม” เป็นนามธรรมที่มองไม่เห็นและรสเค็มเป็น ความ คื่น ชิน ต่อ การบริโภคมายาวนาน สอดคล้องวินัส วัฒนธำรงค์และณัฐกฤตา ศิริโสภณ¹¹ ที่ศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงในประชากรวัยผู้ใหญ่จังหวัดปทุมธานี ที่พบว่าประชากรวัยผู้ใหญ่ อายุ 18-29 ปีมีพฤติกรรมติดรสเค็มปานกลางถึงมาก ร้อยละ 96.4

เมื่อพิจารณาผลการศึกษารั้งนี้ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของปริมาณโซเดียมในตัวอย่างอาหาร ทั้ง 4 มื้อ เท่ากับ 2,115.51 ซึ่งเกินกว่าค่าที่คนปกติไม่ควรบริโภคโซเดียมต่อวันและอาหารทุกมื้อ “เค็มมาก” ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด⁵ ที่พบว่าปริมาณโซเดียมในอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับเค็มมาก ร้อยละ 40.81

และระดับเริ่มเค็ม ร้อยละ 20.42 และสอดคล้องกับผลการศึกษาอื่นๆ คือ (1) ณวรัฎ อดิรัตน์และสุนัญญา ไชยนา¹⁰ ที่ศึกษาการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า อาหารมีควมเค็มระดับ “เค็มมาก” และ “เริ่มเค็ม” เป็นส่วนใหญ่ (2) กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล และราม รั้งสินธุ์¹² ที่ศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียมจากการประเมินปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง ในประชาชน 4 จังหวัด พบว่าค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคโซเดียมต่อวัน เท่ากับ 3,236.8 มิลลิกรัม หรือ บริโภคเกลือ 8.2 กรัม สูงกว่าคำแนะนำจากองค์การอนามัยโลก และ (3) ข้อมูลผลการสำรวจโซเดียมในอาหารผ่านระบบ Thai Salt Survey ของกรมควบคุมโรค ปี 2566¹³ พบปริมาณโซเดียมเฉลี่ยในอาหารในเขตพื้นที่กรุงเทพฯอยู่ในระดับเค็ม³

แหล่งที่มาของอาหารที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ พบว่า อาหารที่บริโภคเป็นประจำประกอบเองในครัวเรือนและซื้อจากร้านค้าในชุมชนหรือตลาดนัด ร้อยละ 50 เท่ากัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ณวรัฎ อดิรัตน์และสุนัญญา ไชยนา¹⁰ ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียมในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนในจังหวัดราชบุรี พบว่าอาหารที่กลุ่มตัวอย่างบริโภคเป็นประจำประกอบเองในครัวเรือนและซื้อจากร้านค้าในชุมชนหรือตลาดนัด ใกล้เคียงกัน และ สอดคล้องกับผลการศึกษาของกรมควบคุมโรค⁶ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.93 ปปรุงเองที่บ้าน (ร้อยละ 53.93) ส่วนที่เหลือคือการซื้อจากแหล่งต่างๆ ร้อยละ 46.07 ซึ่งค่าเฉลี่ยความเข้มข้นของโซเดียมของอาหารที่ซื้อและจากที่ปปรุงเองที่บ้านมีปริมาณที่ใกล้เคียงกัน โดยอยู่ในระดับ “เค็มมาก” และ “เริ่มเค็ม”

พฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่บริโภคอาหารสำเร็จรูป หรือกึ่งสำเร็จรูป เติมเกลือ น้ำปลา ซอสถั่วเหลือง น้ำมันหอย ในระหว่างการปรุงอาหารเกือบทุกมื้อที่ประกอบอาหาร เติมน้ำปลาหรือซีอิ๊วบนโต๊ะอาหาร อีกครั้งก่อนรับประทานบนโต๊ะอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรางคนา แสงผล¹⁴ ที่ศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในเขตสุขภาพที่ 9 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมที่ปฏิบัติ บ่อยครั้งมากที่สุดคือมักเติมเครื่องปรุงพวกซุ้ก๊อ้น ผงปรุงรส ผงชูรสและปรุงรสเค็มบนโต๊ะอาหารเพิ่มเติม และสอดคล้องกับการศึกษาของกรมควบคุมโรค⁷

ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเติมเกลือ น้ำปลา ซอสถั่วเหลือง น้ำมันหอย เติมน้ำปลาหรือซีอิ๊วบนโต๊ะอาหารอีกครั้งก่อนรับประทาน และบริโภคอาหารประเภทที่มีเกลือในปริมาณสูงมาก เช่น ปลาเค็ม ปลาร้า อาหารหมักดอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้ หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรพัฒนาผู้ร่วมการขับเคลื่อนการเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมในระดับชุมชน มุ่งกระบวนกรป้องกันโรคโดยเฉพาะการร่วมวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากวิถีชีวิต ได้แก่ วัฒนธรรมการบริโภคอาหารประเภทหวาน มันและเค็ม รวมถึงการสร้างโค้ชหรือผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ควรพัฒนารูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงการบริโภคเกลือและโซเดียมให้กับกลุ่มเป้าหมายผู้ประกอบการจำหน่ายในชุมชนในพื้นที่นำร่อง

2.2) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี ควรพัฒนารูปแบบการพัฒนาความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชน เพื่อเป็นรูปแบบในการพัฒนาการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. **Global Action Plan for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases 2013-2020.** Geneva: World Health Organization. 2013
2. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. **มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 พ.ศ. 2556** [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี : พิมพ์สืบพัฒนา, 2557 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.sem100library.in.th/medias/b10583.pdf>
3. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. **รายงานวิจัยการสำรวจสถานการณ์การแสดงข้อมูลโภชนาการและปริมาณโซเดียมบนฉลากอาหารในผลิตภัณฑ์อาหารสำเร็จรูปที่พร้อมบริโภคทันที ปี 2555-2558.** [อินเทอร์เน็ต] 2567 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2567].

- เข้าถึงได้จาก
https://phld.anamai.moph.go.th/cer67/download?id=117649&mid=38558&mkey=m_document&lang=th&did=34051
4. World Health Organization. **Best buys and other recommended interventions for the prevention and control of Non Communicable diseases** [internet]. Geneva: World Health Organization. 2017. [อินเทอร์เน็ต] 2567 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2567]. https://www.who.int/ncds/management/WHO_Appendix_BestBuys.pdf
 5. กลุ่มโรคไม่ติดต่อ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี. **สรุปรายงานการดำเนินงานขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังลดการบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด**. 2567
 6. จุฬาลักษณ์ โกมลตรี. **การคำนวณขนาดตัวอย่าง**. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 2555 . 20 (3), 192-198
 7. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. **แบบประเมินความตระหนักรู้ด้านการบริโภคเกลือและโซเดียมของประชาชนภายใต้โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวังและลดบริโภคเกลือและโซเดียมระดับจังหวัด**. 2567. [อินเทอร์เน็ต] 2567 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://thaisaltsurvey.ddc.moph.go.th/viewform>
 8. มารตี ศิริพัฒน์. **การพัฒนารูปแบบการสร้าง ความตระหนักรู้และพฤติกรรมลดการบริโภคเกลือโซเดียมในประชาชนจังหวัดนครพนม**. วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย, 2567 .8 (1), 407-422.
 9. ญัฐิยา ไกยนาธ. **รูปแบบการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวังและลดการบริโภคเกลือและโซเดียมกรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี**. [อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 15 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1238320220301081354.pdf>.
 - 10.ณ วรวิฑู อติรัตนนาและสุณัฎฐา ไชยนา . **ความสำเร็จในการขับเคลื่อน การเฝ้าระวัง และลดการบริโภคเกลือ และโซเดียมในเขตสุขภาพที่ 5**. Journal of Roi Kaensarn Academi, 2024. 9(12), 2206–2220.
 - 11.วินัส วัฒนธำรงค์และณัฐกฤตา ศิริโสภณ . **พฤติกรรมและปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง ในประชากรวัยผู้ใหญ่จังหวัดปทุมธานี**. Journal of Roi Kaensarn Academi, 2024. 9 (2), 421-434.
 - 12.กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล และราม รังสินธุ์. **คู่มือการเก็บข้อมูลการศึกษาปริมาณการบริโภคโซเดียมจากการประเมิน ปริมาณโซเดียมในปัสสาวะ 24 ชั่วโมง : การศึกษาแบบภาคตัดขวาง พ.ศ.2565**. [อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 17 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id= 14257 &tid=&gid=1-015-005>

13. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. การสำรวจการบริโภคอาหารของประชาชนไทย. [อินเทอร์เน็ต] 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 มกราคม 2568]. เข้าถึงได้จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2976?locale-attribute=th>
14. สุรางคณา แสงผล. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมการรับรู้ต่อพฤติกรรมบริโภคเกลือและโซเดียม สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ 9. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 8 (3), 635-647.

จริยธรรมการวิจัยในคน (Human Research Ethics)

ภควัต กุลจันทร์ วท.ม. (สุขศึกษา)
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดราชบุรี

Pakawat Kuljan M.Sc. (Health Education)
The Office of Disease Prevention and Control 5
Ratchaburi Province

บทนำ

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าการศึกษาวิจัยหรือการทดลองในคนทำให้เกิดความเจริญก้าวหน้าทางด้าน การแพทย์ เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคระบาดวิทยา การเกิดโรค สรีรพยาธิของโรค การวินิจฉัย การป้องกัน การรักษา เพื่อยืนยัน efficacy และ safety ของยา ทำให้พัฒนาวิธีการตรวจวินิจฉัย การป้องกัน รักษาโรค และการดูแลสุขภาพให้ก้าวหน้าขึ้น อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยด้านสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และ มนุษยศาสตร์ ที่เข้าใจว่ามีความเสี่ยงน้อยต่อร่างกายของอาสาสมัครในการวิจัยนั้น อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อ จิตใจ สถานะทางสังคม ฐานะทางการเงิน และอันตรายทางกฎหมาย เช่น ถูกจับกุมได้ ประเทศไทยยังไม่มี บทบัญญัติทางกฎหมายเกี่ยวกับการทดลองในคนโดยเฉพาะ (ขณะนี้ อยู่ระหว่างการร่าง) นอกจากพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ คำประกาศสิทธิผู้ป่วย และข้อบังคับ แพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม แล้วผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัยในคนให้การยอมรับ หลักจริยธรรมการทำวิจัยในคนที่เป็นหลักสากล และยึดถือปฏิบัติ มาอย่างยาวนาน

ชมรมจริยธรรมการทำวิจัยในคนในประเทศไทยได้จัดทำ “แนวทางจริยธรรมการทำวิจัยในคน แห่งชาติ” ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2545 และได้ปรับปรุงเพิ่มเติมเป็น “แนวทางจริยธรรมการทำวิจัยในคน ในประเทศไทย พ.ศ. 2550” เผยแพร่ให้สมาชิกทั่วประเทศ ทั้งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในคนและนักวิจัยให้ใช้เป็น แนวทางปฏิบัติด้านจริยธรรมในการทำวิจัยในคน แนวทางจริยธรรมการวิจัย ในคนแห่งชาติฉบับนี้สอดคล้องกับ หลักจริยธรรมสากลที่ใช้ยึดถือปฏิบัติ ได้แก่ Belmont Report, Declaration of Helsinki, International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects (CIOMS), International Ethical Guidelines for Epidemiological Studies (CIOMS and WHO) และ ICH GCP Guidelines ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดขององค์กร กำกับดูแลในประเทศไทย ได้แก่ คำประกาศสิทธิของ ผู้ป่วย พ.ศ. 2541 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรม แห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2549 หมวด 9 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วย การรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวช กรรม เรื่อง การปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดเพื่อการรักษา พ.ศ. 2552 และ ครอบคลุมการวิจัยทางคลินิก การวิจัยทางระบาดวิทยา การวิจัยทางสังคมศาสตร์ การวิจัยเกี่ยวกับวัคซีน การวิจัยเกี่ยวกับเนื้อเยื่อ การ วิจัยทางมนุษยพันธุศาสตร์ การวิจัยเกี่ยวกับเซลล์สืบพันธุ์ ตัวอ่อน และทารกในครรภ์ ซึ่งสถาบันต่าง ๆ ในประเทศได้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติด้านจริยธรรมการทำวิจัยในคนอย่างกว้างขวาง

ด้านการกำกับดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุขมีพระราชบัญญัติยาและกฎกระทรวง (Drug Act and Ministerial Regulations) ที่ใช้บังคับการนำยาใหม่ หรือเครื่องมือแพทย์เข้ามาใช้ในการศึกษาวิจัย โครงการวิจัยนั้น ต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาให้การยอมรับ ทั้งนี้ คณะกรรมการดังกล่าวต้องดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานสากล

ปัจจุบันการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในหลายสถาบันได้พัฒนาเข้าสู่ระบบคุณภาพ และได้รับการรับรองคุณภาพจาก SIDCER (The Strategic Initiative for Developing Capacity of Ethical Review) ซึ่งอยู่ภายใต้ TDR/WHO ได้แก่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของกรม แพทย์ทหารบก (วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล คณะกรรมการกลางพิจารณาจริยธรรมการวิจัย (Central Research Ethics Committee หรือ CREC เดิมชื่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คือ JREC) กรมพัฒนาแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัย นวมินทราชินี รวม 12 สถาบัน เป็นการให้ความเชื่อมั่นว่าอาสาสมัครในการวิจัยจะได้รับการคุ้มครองสิทธิ ศักดิ์ศรี ความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดี ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโครงการวิจัยและหลังเสร็จสิ้นการวิจัย และทำให้ได้ผลการศึกษาวิจัยที่เชื่อถือได้

จริยธรรมการทำวิจัยในคนฉบับนี้จะกล่าวถึงหลักจริยธรรมและแนวทางปฏิบัติ หรือการประยุกต์ใช้ โดยบางส่วนนำมาจาก “แนวทางจริยธรรมการทำวิจัยในคนในประเทศไทย พ.ศ. 2550” ของชมรมจริยธรรม การทำวิจัยในคนในประเทศไทย (Forum for Ethical Review Committee in Thailand หรือ FERGIT) หลักจริยธรรมสากล และรายงานโครงการส่งเสริมพัฒนามาตรฐานด้านจริยธรรมการวิจัยในคน สนับสนุนโดย สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

นิยาม

จริยธรรม หมายถึง หลักปฏิบัติอันเหมาะสมเป็นที่ยอมรับในกลุ่มบุคคลหรือสังคมที่ยึดถือปฏิบัติ สอดคล้องกับหลักสากล และไม่ขัดต่อวัฒนธรรม ประเพณีของท้องถิ่น

การทำวิจัยในคน หมายถึง กระบวนการศึกษาที่เป็นระบบเพื่อให้ได้มาซึ่งความรู้ทางด้านสุขภาพ หรือ วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้กระทำต่อร่างกายหรือจิตใจของอาสาสมัครในการวิจัย หรือที่ได้กระทำต่อเซลล์ ส่วนประกอบของเซลล์ วัสดุสิ่งส่งตรวจ เนื้อเยื่อ น้ำคั่งหลัง สารพันธุกรรม เวชระเบียน หรือ ข้อมูลด้านสุขภาพ ของอาสาสมัครในการวิจัย และให้หมายรวมถึงการศึกษาทางสังคมศาสตร์ พฤติกรรมศาสตร์ และ มนุษยศาสตร์ ที่เกี่ยวกับสุขภาพ

แนวทางจริยธรรมการวิจัยและการทดลองในคน หมายถึง แนวทางหรือหลักเกณฑ์ด้านจริยธรรม เกี่ยวกับการศึกษาวิจัยและการทดลองในคน เช่น คำประกาศกรุงเฮลซิงกิ หรือปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) กฎหมาย ข้อบังคับ ข้อกำหนดและแนวทางที่องค์กรกำกับดูแลระดับประเทศ (National Regulatory Authorities, NRA) และสถาบันกำหนด

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย หมายถึง คณะกรรมการที่สถาบัน องค์กร หรือหน่วยงานแต่งตั้งขึ้น เพื่อทำหน้าที่พิจารณาทบทวนด้านจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัยในคน เพื่อคุ้มครองสิทธิ ศักดิ์ศรี ความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีของอาสาสมัครในการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันต้องมี องค์กรประกอบและวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs) ของคณะกรรมการจริยธรรมฯ ที่ชัดเจนสอดคล้องกับ กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับและแนวทางของประเทศตลอดจนแนวทางสากล **หลักจริยธรรมการวิจัยในคนทั่วไป** หรือ Belmont Report ประกอบด้วยหลัก 3 ประการ ได้แก่

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person)
2. หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence)
3. หลักความยุติธรรม (Justice)

แนวทางปฏิบัติหลักจริยธรรมข้อ 1 : หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person)

หลักความเคารพในบุคคล คือ การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Respect for human dignity) ซึ่งเป็นหลักสำคัญของจริยธรรมการวิจัยในคน หลักนี้เป็นพื้นฐานของแนวทางปฏิบัติ ได้แก่

1.1 เคารพในการขอความยินยอมโดยให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างอิสระ ปราศจากการข่มขู่ บังคับ หรือให้สินจ้างรางวัล (Respect for free and informed consent และ Respect to autonomy of decision making)

1.2 เคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร (Respect for privacy) ความหมายของ privacy คือตัวบุคคล (person) ความเป็นส่วนตัว สิทธิส่วนบุคคล พฤติกรรม ส่วนตัว พฤติกรรมปกปิด การเคารพในความเป็นส่วนตัวของอาสาสมัคร ทำโดยจัดสถานที่ในการขอความยินยอม และการซักประวัติตรวจร่างกาย การไม่มีป้ายระบุชื่อคลินิก เช่น “คลินิกโรคเอดส์” “คลินิกยาเสพติด”

1.3 เคารพในการเก็บรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัคร (Respect for confidentiality) ความหมายของ Confidentiality คือข้อมูล (data) เป็นวิธีการรักษาความลับของข้อมูลส่วนตัว ของอาสาสมัครโดยมีข้อจำกัด ข้อมูลเหล่านั้นได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล (case report form) ใบยินยอม (consent form) การบันทึกเสียงหรือภาพ (tape, video and photo) มาตรการรักษาความลับ เช่น ใช้รหัส เก็บในตู้มีกุญแจล็อก (locked cabinet) เก็บในคอมพิวเตอร์ (computer) ที่มีรหัสผ่าน (password) ข้อมูลส่ง ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) มีการทำให้เป็นรหัส (encrypted)

1.4 เคารพในความเป็นผู้อ่อนด้อย เปราะบาง (Respect for vulnerable persons) ความหมายของ ผู้อ่อนด้อย เปราะบาง คือบุคคลที่ไม่สามารถปกป้องตัวเองได้อย่างเต็มที่ ไม่สามารถ ทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัยที่ได้รับ ไม่สามารถตัดสินใจได้โดยอิสระ เช่น ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

หรือทางจิต ผู้ป่วยโรคเอดส์ (HIV/AIDS) ผู้ป่วยหมดสติ (comatose) ผู้ป่วยพิการ (handicapped) นักโทษ (prisoners) นักเรียน นิสิต นักศึกษา (students) ทหาร (soldiers) กลุ่มคนที่มีพลังอำนาจน้อย (marginalized people) เช่น ผู้อพยพ (immigrants) ชนกลุ่มน้อย (ethnic minority) กลุ่มเปราะบางทางสังคม (socially vulnerable) เช่น ผู้ให้บริการ ทางเพศ (sex workers) ผู้ติดยาเสพติด (drug addicts)

CIOMS Guideline 13 และ 14 ระบุว่าการทำงานวิจัยในกลุ่มนี้ต้องมีเหตุผลสมควร (Justification) ต้องขออนุญาตและมีลายเซ็นของผู้แทนที่ขอด้วยกฎหมาย และมีการขออนุญาตบุคคลผู้นั้นด้วยการทำวิจัย ในเด็ก ไม่สมควรทำการศึกษาในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้า ยกเว้นอาสาสมัครเด็กกำพร้าจะได้รับประโยชน์โดยตรง หรือ ผลการวิจัยจะเกิดประโยชน์ต่อกลุ่มเด็กกำพร้าคนอื่น ๆ และอนุโลมให้ผู้ดูแลเด็กในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าเป็นผู้ให้ ความยินยอม ทั้งนี้ ต้องดำเนินการขอ assent ตามข้อกำหนดเช่นกัน

การให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูล เป็นกระบวนการ (Informed Consent process) เริ่มต้นจากการติดต่อครั้งแรก (initial contact) และกระบวนการต่อเนื่องไปตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ (elements) ได้แก่

- Information ให้ข้อมูลครบถ้วนไม่ปิดบัง
- Comprehension ผู้รับข้อมูลมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้ ผู้ขอความยินยอมต้องตรวจสอบความเข้าใจ ของผู้ที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย
- Voluntariness ตัดสินใจโดยอิสระ (เข้าร่วมการวิจัย/ถอนตัวออกจากการศึกษา) โดยปราศจากการขู่บังคับ (free of coercion) การชักจูงเกินเหตุ (undue inducement) และแรงกดดัน (unjustifiable pressure)

แบบฟอร์มการให้ความยินยอมโดยได้รับข้อมูล (informed consent form หรือ ICF) ที่สมบูรณ์ต้องประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

- 1) เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย (participant information sheet)
- 2) เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form)

คำแนะนำการเตรียมเอกสาร

- ใช้สรรพนามให้ถูกต้อง ข้อความเข้าใจง่าย ชัดเจน
- ภาษาชาวบ้าน ประโยคสั้น ๆ กะทัดรัด
- ไม่ใช่ศัพท์ทางวิชาการ และภาษาอังกฤษ
- ไม่ใช่ประโยคที่แสดงการบังคับ ลดสิทธิ ชักจูง หรือให้ประโยชน์เกินไป
- เป็นการสื่อสาร 2 ทาง แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้วิจัยและอาสาสมัครที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัย

- เป็นกระบวนการต่อเนื่องและอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ (reconsent) ตลอดระยะเวลาที่ร่วมในการวิจัย
- อาจขอความยินยอมด้วยวาจา (verbal/by action โดยมีเหตุผลเหมาะสม) หรือด้วยการลงนาม (written)
- อาจขอความยินยอมจากอาสาสมัคร หรือผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย (อายุต่ำกว่า 18 ปี หรือผู้ที่อยู่ในภาวะที่ไม่มีความสามารถทำความเข้าใจ หรือตัดสินใจ ผู้ป่วยหมดสติ)
- ให้ข้อมูลครบถ้วน ตอบคำถามทุกข้อ ตรวจสอบว่าอาสาสมัครเข้าใจ
- เอกสารข้อมูลสำหรับเด็ก 7-12 ขวบ ให้ใช้ภาษาที่ง่ายที่เหมาะสมกับเด็ก
- ให้อาสาสมัครอย่างเพียงพอที่จะปรึกษากับครอบครัวหรือบุคคลอื่นก่อนการตัดสินใจโดยอิสระ
- ถ้าอาสาสมัคร/ผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย ไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ ต้องมีพยานที่เป็นกลาง (impartial witness) อยู่ด้วยตลอดเวลาที่ขอความยินยอม
- ผู้ให้ความยินยอม/พยาน ลงนามและวันที่ด้วยตนเอง (การลงนามไม่สำคัญเท่ากระบวนการ)
- ให้เอกสารข้อมูลแก่อาสาสมัครไว้ 1 ชุด
- ให้สำเนาใบยินยอมแก่อาสาสมัครไว้ 1 ชุด

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย (participant information sheet)

CIOMS Guideline 5 : Obtaining informed consent : Essential information for prospective research subjects) ซึ่งระบุข้อมูลที่จำเป็นในเอกสารข้อมูลฯ ได้แก่

1. ระบุว่าเป็นโครงการวิจัย
2. วัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายของการวิจัย
3. การรักษาที่จะให้และโอกาสที่อาสาสมัครจะได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มศึกษา (ถ้ามี)
4. ขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัยที่จะปฏิบัติต่ออาสาสมัคร
5. หน้าที่/รับผิดชอบของอาสาสมัคร
6. ความเสี่ยงจากการวิจัยที่อาจเกิดขึ้นกับอาสาสมัคร
7. ประโยชน์ที่อาสาสมัครอาจได้รับโดยตรง หากไม่ได้รับประโยชน์ต้องระบุด้วย และประโยชน์อื่น ๆ เช่น ประโยชน์ต่อผู้ป่วยรายอื่น ประโยชน์ต่อชุมชน
8. วิธีการรักษาที่เป็นทางเลือกอื่น หากไม่เข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย
9. ค่าชดเชยกรณีเกิดอันตราย โดยอาจทำประกันชีวิต หรือระบุว่าผู้วิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัยเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย
10. ค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา และความไม่สะดวก ไม่สบาย (ถ้ามี)
11. ค่าใช้จ่ายที่อาสาสมัครต้องจ่ายเอง (ถ้ามี) และค่าใช้จ่ายที่ผู้วิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยรับผิดชอบ
12. การเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครในการวิจัย หรือการถอนตัวออกจากการวิจัยโดยสมัครใจ

13. ระบุการเก็บรักษาความลับ และขอบเขตการรักษาความลับ ใครสามารถเข้าถึงข้อมูลความลับ
14. การให้ข้อมูลใหม่ในระหว่างดำเนินการวิจัย
15. บุคคลที่อาสาสมัครจะติดต่อและรับแจ้งเหตุ
16. เหตุผลที่อาจถอนอาสาสมัครออกจากการวิจัย
17. ระยะเวลาที่อาสาสมัครเข้าร่วมในการวิจัย
18. จำนวนอาสาสมัคร

การยกเว้นการขอความยินยอม

CIOMS Guideline 4 : Individual informed consent ระบุว่าผู้วิจัยไม่ควรทำวิจัยโดยไม่ได้รับ informed consent จากอาสาสมัคร ยกเว้นว่าได้รับการพิจารณาอนุมัติ/รับรอง (approval) จากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยและการวิจัยนั้นมีความเสี่ยงไม่เกิน “ความเสี่ยงน้อย (minimal risk)” การขอความยินยอมที่ไม่สามารถทำได้ในทางปฏิบัติ เป็นภาวะฉุกเฉิน (emergency, impractical or impossible) คณะกรรมการ จริยธรรมฯ อาจพิจารณาให้ยกเว้นข้อมูลบางส่วนหรือทั้งหมด หรืออาจอนุมัติให้ใช้วิธีให้ความยินยอมโดยการ ร่วมมือ (consent by action) เช่น การตอบแบบสอบถาม โดยกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ ผู้ติดยาเสพติด ผู้เป็ยงเบน ทางเพศ ผู้ถูกล่วงละเมิดทางเพศ

การวิจัยที่ใช้แฟ้มประวัติผู้ป่วย (medical records) และตัวอย่างทางชีวภาพ (biological specimens)

การใช้ medical records และ biological specimens จากการให้บริการเพื่อการวิจัย ถ้าทำตาม พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ มาตรา 9 จะต้องขอความยินยอม แต่ในการปฏิบัติอาจขอยกเว้นการขอความยินยอม ถ้าผู้วิจัยแสดงผลสมควรและคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสถาบันอนุมัติ เช่น กรณีดังต่อไปนี้

- การวิจัยมี minimal risk
- การวิจัยนั้นจะตอบคำถามที่สำคัญมาก
- ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิหรือประโยชน์ของผู้ป่วย
- รับรองว่าจะรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว
- การขอความยินยอมไม่สามารถทำได้ในทางปฏิบัติ

การวิจัยในสถานการณ์ฉุกเฉิน (Research in Emergency Situations)

- การวิจัยในผู้ป่วยที่ไม่สามารถให้ความยินยอมได้ เช่น มีปัญหาทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น หมดสติ ไม่รู้สึกตัว เป็นโรคจิตเภท กรณีนี้จะทำได้ก็ต่อเมื่อสภาวะทางกายและจิตใจนั้นเป็นลักษณะของประชากรที่จะใช้ในการวิจัย ในสถานการณ์เช่นนี้แพทย์ควรขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย

- ถ้าไม่มีผู้แทนโดยชอบด้วยกฎหมาย และการวิจัยไม่สามารถรอได้ (delay) ให้ทำการศึกษาได้โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ และให้ขอความยินยอมจากผู้ป่วย หรือผู้แทนโดยชอบ ด้วยกฎหมายในทันทีที่ทำได้
- ผู้วิจัยควรพยายามหากกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดภาวะ (condition) ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา แล้วเชิญเข้าร่วมการวิจัย ขอความยินยอมล่วงหน้าในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่สามารถให้ความ ยินยอมได้
- ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้สิ่งทดสอบ หรือ intervention และวิธีการวิจัยจะต้องมีเหตุผลสมควร (justified)

การขอความยินยอมโดยได้รับข้อมูลในอาสาสมัครเด็ก (Assent of the child)

- เด็กอายุ 7 - ต่ำกว่า 18 ปี ให้ขอ assent “การยอมตาม”
- เด็กอายุ 7 - 12 ปี ให้มีเอกสารข้อมูลฉบับที่ง่ายสำหรับเด็กที่จะเข้าใจได้ อาจมีรูปภาพประกอบ คำอธิบาย
- ให้ผู้ปกครองลงนามใน assent form ของเด็กด้วย
- เด็กอายุเกิน 12 - ต่ำกว่า 18 ปี ให้ใช้เอกสารข้อมูลที่มีข้อความเหมือนฉบับสำหรับผู้ปกครองได้ โดยปรับสรรพนามให้สอดคล้อง
- การกำหนดอายุของเด็กที่จะให้ assent อาจแตกต่างกันในแต่ละสถาบัน ยกเว้นว่ามีการกำหนดไว้ในกฎหมาย

ผู้ขอความยินยอม

- ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษหากแพทย์เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่แพทย์จะเชิญเข้าร่วมการวิจัย เพราะผู้ป่วยอาจให้ความยินยอมด้วยความเกรงใจ หรือเหมือนถูกบังคับ
- ผู้ขอ informed consent ควรเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมและมีความรู้อย่างดีเกี่ยวกับการวิจัย เป็นผู้ที่ไม่มีความสัมพันธ์กับอาสาสมัคร

การขอความยินยอมใหม่ (reconsent) หรือขอความยินยอมเพิ่มเติม (additional consent)

- ระหว่างดำเนินการวิจัยเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงใด ๆ ที่จะมีผลต่อการตัดสินใจของอาสาสมัคร ในการอยู่ในการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัย เช่น มีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้น มีการตรวจบางอย่างเพิ่มขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงวิธีวิจัย ฯลฯ

แนวทางปฏิบัติหลักจริยธรรมข้อ 2 : หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence)

การประเมินความเสี่ยง หรืออันตรายที่อาจเกิดจากการวิจัย ได้แก่

- 1) อันตรายต่อร่างกาย (Physical harm) รวมถึงการเสียโอกาสที่ควรได้รับตามมาตรฐาน
- 2) อันตรายต่อจิตใจ (Psychological harm)
- 3) อันตรายต่อสถานะทางสังคม และฐานะทางการเงิน (Social and economic harms)

4) อันตรายทางกฎหมาย เช่น ถูกจับกุม

การประเมินการให้คุณประโยชน์ (Benefit)

- 1) ประโยชน์ที่ผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับโดยตรง
- 2) ประโยชน์ที่ผู้ป่วยคนอื่นจะได้รับจากผลการศึกษา
- 3) ประโยชน์ต่อวงการวิทยาศาสตร์หรือสังคม
- 4) ประโยชน์ต่อชุมชนที่อาสาสมัครอยู่

การให้คุณประโยชน์ (Benefits) อาจเป็นได้หลายรูปแบบ ได้แก่

1) ประโยชน์ทางร่างกาย (Physical benefits) เช่น อาการของโรคดีขึ้น (Improvement of disease)

2) ประโยชน์ทางด้านจิตใจ (Psychological benefits) เช่น รู้สึกสบายขึ้นจากความทุกข์ ทรมาน (Comfort from suffering) รู้สึกว่าได้ช่วยผู้อื่นในอนาคต (Feeling of helping others in the future)

3) ประโยชน์ทางด้านเศรษฐฐานะ (Economic benefits) เช่น ได้รับเงินชดเชยจากการเข้าร่วมในการวิจัย (Financial benefits related to research participation) ประโยชน์ข้อนี้ไม่ถือ ว่าเป็นเงินตอบแทนอาสาสมัคร แต่เป็นเงินชดเชยค่าเดินทาง ค่าเสียเวลา ความไม่สะดวกสบาย การสูญเสียรายได้ ฯลฯ

4) ประโยชน์ต่อวงการวิทยาศาสตร์/สังคม (Benefit to science/society) เช่น ได้ความรู้ที่นำไปใช้ได้ (Generalizable knowledge) ได้วิธีการที่มีประสิทธิภาพใช้ในอนาคต (Effective interventions in the future) เปลี่ยนแปลงวิธีการรักษามาตรฐาน ทำให้ลดความพิการและ ลดอัตราการตาย (Change in practice standards decreasing morbidity and mortality) ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยรายอื่น ๆ และชุมชนที่อาสาสมัครอยู่

ชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์และความเสี่ยง

- 1) ผู้วิจัยต้องลดความเสี่ยงให้น้อยที่สุด
- 2) เพิ่มคุณประโยชน์มากที่สุด

การพิจารณาว่ามี “ความเสี่ยงน้อย (minimal risk)” มีตัวอย่างดังนี้

- การศึกษาทดลองทางสรีรวิทยาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย
- การเก็บตัวอย่างปัสสาวะ
- การวัดส่วนสูง ชั่งน้ำหนักตัว
- การเก็บตัวอย่างโดยตัดเล็บหรือตัวอย่างผมปริมาณเล็กน้อย
- การประเมินเกี่ยวกับพัฒนาการ
- การตรวจร่างกายที่เป็นวิธีปกติ (routine)
- การสังเกตการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมโภชนาการ หรือการเปลี่ยนแปลงโภชนาการ

- การเจาะเลือดเพียงครั้งเดียวจากหลอดเลือดดำของผู้ใหญ่หรือเด็กโตสุขภาพดี

แนวทางปฏิบัติหลักจริยธรรมข้อ 3 : หลักความยุติธรรม (Justice)

การให้ความเป็นธรรมประเมินจาก

3.1 การเลือกอาสาสมัคร (Selection of Subjects)

- มีเกณฑ์การคัดเลือก และคัดออกชัดเจน
- ไม่มีอคติ (selection bias)
- ไม่เลือกกลุ่มตัวอย่างที่หาง่าย สบาย คนจน ผู้ด้อยการศึกษา

3.2 การจัดอาสาสมัครเข้ากลุ่มศึกษา

- มีการสุ่มเข้ากลุ่มศึกษา (randomization) ไม่มีอคติ (bias)

สรุปแนวทางปฏิบัติ

1. ผู้วิจัยต้องเขียนข้อเสนอการวิจัยที่มีพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์ถูกต้อง (Scientific validity)
2. ในระเบียบวิธีวิจัย หรือวิธีดำเนินการวิจัย ก่อนจะดำเนินการใด ๆ กับอาสาสมัคร เช่น การตรวจคัดกรอง (screening) ผู้วิจัยต้องเขียนขั้นตอนกระบวนการขอความยินยอมก่อน¹ ได้แก่ ผู้ที่จะทำหน้าที่ขอ ความยินยอม สถานที่ที่จะขอความยินยอม การให้ข้อมูลคำอธิบาย ฯลฯ ตรวจสอบกลับว่ามีความเข้าใจอย่าง แท้จริง ตอบข้อสงสัย ให้เวลาตัดสินใจโดยอิสระ ก่อนลงนามให้ความยินยอม
3. เพื่อแสดงว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในคน (Ethical principles) ผู้วิจัยจะต้องเขียนหัวข้อ “ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย (Ethical consideration)” โดยวิเคราะห์ตามหลักจริยธรรม การวิจัยในคน 3 ข้อ แต่ละข้อผู้วิจัยทำอย่างไรตามที่ได้กล่าวไว้ในแนวทางปฏิบัติข้างต้นได้แก่

1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) โดยระบุว่ามีการขอความยินยอมจากผู้ที่เป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายของการวิจัย ให้ เข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร ในการวิจัย

2) หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) โดยระบุว่าอาสาสมัครจะได้รับประโยชน์หรือไม่ ประโยชน์อะไร หรือประโยชน์อื่น ๆ อาจเกิดความเสียหายอะไรต่อตัวอาสาสมัคร ผู้วิจัยจะเก็บรักษาความลับของอาสาสมัครโดยในแบบบันทึก ข้อมูลจะไม่มี identifier ที่จะระบุถึงตัวอาสาสมัคร

3) หลักความยุติธรรม (Justice) คือมีเกณฑ์การคัดเลือกและออกชัดเจน ไม่มีอคติ มีการกระจาย ประโยชน์และความเสี่ยงอย่างเท่าเทียมกันโดยวิธีการสุ่ม 4. ผู้วิจัยเสนอตารางแผนการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้ขั้นตอนการทดลองกับอาสาสมัคร การเก็บข้อมูล จะต้องดำเนินการหลังจากข้อเสนอการวิจัยได้รับการพิจารณาอนุมัติหรือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม

การวิจัยประจำสถาบันแล้วเสมอ 1หมายเหตุ ผู้วิจัยสามารถเข้าดูตัวอย่างเอกสารข้อมูลฯ และใบยินยอมต้นแบบ (template) จาก web site ของ CREC (Central Research Ethic Committee) ที่อยู่ภายใต้สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ

4. ผู้วิจัยเสนอตารางแผนการดำเนินงานวิจัย ทั้งนี้ขั้นตอนการทดลองกับอาสาสมัคร การเก็บข้อมูล จะต้องดำเนินการหลังจากข้อเสนอการวิจัยได้รับการพิจารณาอนุมัติหรือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยประจำสถาบันแล้วเสมอ

อ้างอิง

1. จริยธรรมการวิจัยในคน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www3.rdi.ku.ac.th/wp-content/uploads/2015/07/ผนวก-1260.pdf>

