แนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพตามแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคม

สมพล วันต๊ะเมล์*

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทยตามแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคม แนวศึกษานี้เป็นกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นการพิจารณาแนวทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบพหุมิติโดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคมใน 5 ระดับคือระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม ตามแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคมที่เชื่อว่าในความเป็นจริงพฤติกรรมของบุคคลย่อมมิได้เกิดขึ้นจากอิทธิพลภายในตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมรอบตัวที่บุคคลนั้นดำรงชีวิตอยู่ด้วย นอกจากนี้ การนำแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคมมาใช้ในการกำหนดแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากร จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ที่เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนของสังคมไม่ว่าจะเป็นตัวบุคคล ครอบครัว เพื่อน ผู้บริหารสถาบันการศึกษา ผู้บริหารองค์กร ผู้นำชุมชน และผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ ในการนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทยให้ประสบผลสำเร็จได้อย่างยั่งยืน

Abstract

The Preventions of Health-Risk Behaviors through a Social Ecological Approach

Somphol Vantamay*

This article is aimed to present the preventions of health-risk behaviors among Thai population through a social ecological approach. This approach is a theoretical framework useful for developing the health-risk behavior preventions because it emphasizes multi-dimensional interventions to change behaviors. They range from individual level to interpersonal level, institutional level, community level, and societal level. This approach supports that any behaviors aren't only affected by individual level, but they are also affected by various levels of influence as well. Besides, using a social ecological approach to develop multi-level interventions is urgently necessary and practically beneficial for any related persons including individuals, family, friends, educational institution administrators, organizational administrators, community leaders, and national policy makers to apply this approach in preventing health-risk behaviors among Thai population for sustainable success.

* นิสิตศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. บทนำ

ในระยะเวลากว่าครึ่งศตวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงทางประชากรเกิดขึ้นอย่างชัดเจน ทั้งนี้ล้วนเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงภาวะเจริญพันธุ์ ภาวะการตาย และภาวะการย้ายถิ่น กล่าวคือ ภาวะเจริญพันธุ์ของไทยมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องจากปีพ.ศ. 2507-2508 ประเทศไทยมีอัตราเจริญพันธุ์รวมเท่ากับ 6.3 แต่หลังจากที่ประเทศไทยได้ประกาศนโยบายประชากรขึ้นเป็นครั้งแรกในปีพ.ศ. 2513 อัตราเจริญพันธุ์รวมของไทยก็มีแนวโน้มลดต่ำลงจนในปัจจุบันเหลือเพียง 1.7 (Population Reference Bureau, 2007) สำหรับภาวะการตายของประเทศไทยนั้นนับว่ามีแนวโน้มลดต่ำลงเช่นกัน โดยในปีพ.ศ. 2507-2508 อัตราการตายหยาบสูงถึง 10.8 คน ต่อประชากร 1,000 คน ต่อมาในปีพ.ศ. 2517-2519 ลดลงเหลือ 8.6 คนต่อประชากร 1,000 คน และลดลงเรื่อยมาจนถึงในปีพ.ศ. 2548-2549 เหลือเพียง 6.8 คนต่อประชากร 1,000 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) และสุดท้ายภาวะการย้ายถิ่น พบว่าการย้ายถิ่นมีผลกระทบต่อขนาดและโครงสร้างของประชากรไทยไม่มากนักเมื่อเทียบกับภาวะเจริญพันธุ์และภาวะการตาย ทั้งนี้เนื่องมาจากการย้ายถิ่นส่วนใหญ่ของประชากรไทยมักเป็นการย้ายถิ่นภายในประเทศมากกว่าย้ายถิ่นระหว่างประเทศ (เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์, 2539) ซึ่งจากตัวเลขทางสถิติข้างต้น ได้แสดงนัยสำคัญถึงการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต กล่าวคือประเทศไทยจะมีสัดส่วนของประชากรวัยผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) เพิ่มสูงขึ้น ประชากรวัยเด็ก (0-14 ปี) จะมีสัดส่วนลดลง และประชากรวัยแรงงาน (15-59 ปี) ก็จะมีสัดส่วนลดลงเช่นกัน (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2546) ดังนั้น สังคมไทยจึงจำเป็นที่จะต้องเตรียมนโยบายและมาตรการต่างๆเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ประเด็นสำคัญที่ไม่สามารถละเลยได้คือ *"ประเด็นด้านสุขภาพ"* ซึ่งถือเป็นประเด็นหลักที่สังคมไทยจะต้องดูแลอย่างจริงจัง หากปล่อยปละละเลยประชากรผู้สูงอายุในอนาคตอาจกลายเป็นผู้สูงอายุที่มีแต่โรค และขาดคุณภาพชีวิตที่ดี ประชากรเด็กจะเป็นช่วงวัยแห่งการบ่มเพาะพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ส่วนประชากรวัยแรงงานจะกลายเป็นกำลังแรงงานที่ไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มศักยภาพ

ด้วยเหตุนี้ บทความฉบับนี้จึงมุ่งนำเสนอแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรโดยประยุกต์ใช้แนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคมในการพัฒนาแนวทางการป้องกัน เนื่องจากแนวศึกษาดังกล่าวเป็นกรอบแนวคิดเชิงทฤษฎีที่สนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลแบบพหุมิติโดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนได้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนและนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรให้ประสบผลสำเร็จได้อย่างยั่งยืน

2. พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทย : สถานการณ์และแนวโน้ม

พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่กล่าวถึงในบทความฉบับนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention [CDC]) ซึ่งได้นิยามพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพไว้ว่าเป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่สาเหตุหลักของการเสียชีวิต การเจ็บป่วย ทุพพลภาพ หรือปัญหาทางสังคม โดยแบ่งเป็น 6 ด้าน คือ 1) การสูบบุหรี่ 2) การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ 3) การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ 4) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด 5) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และ 6) พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและความรุนแรง (CDC, 2008) ซึ่งพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทยในแต่ละด้าน มีรายละเอียดดังนี้

1) การสูบบุหรี่ จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรไทยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2519 จนถึงปัจจุบัน พบว่า ประชากรมีแนวโน้มของการสูบบุหรี่ลดลง จากปีพ.ศ.2519 มีจำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นประจำถึงร้อยละ 30.1 โดยเพศชายสูบเป็นประจำสูงถึงร้อยละ 54.7 และเพศหญิงสูบเป็นประจำสูงถึงร้อยละ 6.1 ต่อมาในปีพ.ศ.2549 จำนวนผู้สูบบุหรี่เป็นประจำลดลงเหลือร้อยละ 17.5 โดยเพศชายสูบเป็นประจำเหลือร้อยละ 34.0 และเพศหญิงสูบเป็นประจำเหลือร้อยละ

1.9 (ดังจะเห็นได้จากตารางที่ 1) ดังนั้น กล่าวได้ว่าสถานการณ์การสูบบุหรี่ของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลง อย่างไรก็ตาม ช่วงวัยของการเริ่มสูบบุหรี่คือ เยาวชน (อายุ 15-24 ปี) ซึ่งถือเป็นช่วงอายุที่เริ่มสูบบุหรี่ในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 84 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2548) ดังนั้นกลุ่มเป้าหมายของการลดการสูบบุหรี่จึงควรมุ่งไปที่กลุ่มเยาวชนเป็นสำคัญ

ตารางที่ 1 อัตราร้อยละของผู้สูบบุหรี่เป็นประจำจำแนกตามเพศพ.ศ. 2519, 2529, 2539, และ2549

ปีพ.ศ.	อัตราร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
2519	30.1	54.7	6.1
2529	26.4	48.8	4.1
2539	23.5	44.6	2.5
2549	17.5	34.0	1.9

ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการพ.ศ. 2519, 2529, 2539, และ2549

2) **การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ** จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547 พบว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปยังบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณต่อวันต่ำกว่ามาตรฐานสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยมาตรฐานกำหนดว่าควรบริโภค 400 – 800 กรัมต่อวัน แต่จากการสำรวจพบว่า เพศชายบริโภคผักและผลไม้เพียง 268 กรัมต่อวัน ขณะที่เพศหญิงบริโภคผักและผลไม้เพียง 283 ต่อวัน (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2549) นอกจากนี้ ผลการสำรวจชีวจิตโพลของคนกรุงเทพมหานครพบว่า ประเภทอาหารที่ต้องรับประทานเป็นประจำ ได้แก่ น้ำอัดลม (ร้อยละ 56.7) ชากาแฟ (ร้อยละ 54.6) และอาหารปิ้งย่าง ไหม้เกรียม (ร้อยละ 54.1) ตามลำดับ (บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน), 2549) ขณะที่ ยังพบว่าอัตราความชุกของภาวะอ้วนในคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 20-29 ปี (จากร้อยละ 20.4 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 21.7 ในปีพ.ศ. 2546), กลุ่มอายุ 30-39 ปี (จากร้อยละ 29.8 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 32.1 ในปีพ.ศ. 2546), และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (จากร้อยละ 12.1 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 23.8 ในปีพ.ศ. 2546) (กรมอนามัย, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย (2549) ที่พบว่าคนไทยมีแนวโน้มบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นจาก 12.7 กิโลกรัม/คน/ปี ในปี พ.ศ. 2526 เป็น 33.2 กิโลกรัม/คน/ปีในปีพ.ศ. 2549 นอกจากนี้ จากการสำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารรสหวานของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปีพ.ศ. 2549 พบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี นิยมบริโภคขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มที่มีการเติมน้ำตาลสูงถึงร้อยละ 61.7 โดยค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลจากขนมและเครื่องดื่มที่เด็กบริโภคเท่ากับ 40.4 กรัมต่อวัน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์บริโภคน้ำตาลที่เหมาะสม คือไม่ควรเกิน 24 กรัมต่อวัน ซึ่งได้ส่งผลเสียต่อสุขภาพเด็กคือ พบปัญหาฟันผุร้อยละ 46.1 และโภชนาการเกินร้อยละ 10.6 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) จากผลการสำรวจต่างๆข้างต้น กล่าวได้ว่า ประชากรไทยมีแนวโน้มบริโภคอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

3) **การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ** จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า คนไทยออกกำลังกายเป็นประจำลดลงจากร้อยละ 30.7 ในปีพ.ศ. 2540 เหลือร้อยละ 29.1 ในปีพ.ศ.2547 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2540, 2547) (ดังแสดงในตารางที่ 2) อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาแต่ละกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 25-59 ปี และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนของการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น เว้นแต่กลุ่มอายุ 6-14 ปี และ 15-24 ปี ที่มีแนวโน้มการออกกำลังกายลดลง โดย

กลุ่มอายุ 6-14 ปี ลดลงจากร้อยละ56.9 ในปีพ.ศ. 2540 เหลือร้อยละ 17.5 ในปีพ.ศ. 2547 และ กลุ่มอายุ15-24 ปี ลดลงจากร้อยละ33.8 ในปีพ.ศ. 2540 เหลือร้อยละ 30.8 ในปีพ.ศ. 2547 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550)

ตารางที่ 2 อัตราร้อยละของประชากรไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำจำแนกตามเพศ พ.ศ. 2540 – พ.ศ. 2547

ปีพ.ศ.	อัตราร้อยละ		
	รวม	ชาย	หญิง
2540	30.7	36.6	24.8
2545	29.6	35.7	23.7
2547	29.1	32.8	25.4

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ.2540และ พ.ศ. 2545 และการสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547

อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีแนวโน้มที่จะออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นได้ว่า คนไทยที่ออกกำลังกาย 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์มีสัดส่วนที่เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 62.9 ในปีพ.ศ.2535 เป็นร้อยละ 65.8 ในปีพ.ศ. 2547 ขณะที่ คนไทยที่ใช้เวลาในการออกกำลังกาย 30 นาทีขึ้นไปต่อวันมีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 78.8 ในปีพ.ศ.2535 เป็นร้อยละ 95.9 ในปีพ.ศ. 2545 นอกจากนี้ คนไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง 7 เดือนขึ้นไปในสัดส่วนสูงสุดถึงร้อยละ 67.5 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) โดยสรุปพบว่า สัดส่วนของประชากรไทยที่ออกกำลังกายเป็นประจำลดลง แต่กลุ่มผู้ที่ออกกำลังกายเป็นประจำมีแนวโน้มที่จะออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น ประเด็นสำคัญที่จะต้องดูแลอย่างจริงจังคือการพยายามรณรงค์ให้ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายให้หันมาออกกำลังกายเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเด็กและเยาวชนซึ่งมีแนวโน้มของการออกกำลังกายลดลง

4) **การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด** จากผลการสำรวจการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของประชากรไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติตั้งแต่ปีพ.ศ. 2544 – 2549 พบว่า สัดส่วนของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย จากปีพ.ศ. 2544 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีร้อยละ 32.6 ต่อมา ในปีพ.ศ. 2549 ลดลงเหลือร้อยละ 31.6 และเมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มเยาวชน มีสัดส่วนของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 21.6 ในปีพ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 23.5 ในปีพ.ศ. 2547 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 23.7 ในปีพ.ศ. 2549 ขณะที่กลุ่มอายุอื่นๆมีแนวโน้มการบริโภคลดลง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545ข, 2548, 2549ก) ดังแสดงในตารางที่ 3 นอกจากนี้ ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ปัจจุบันดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จะเริ่มดื่มในช่วงที่เป็นเยาวชน สูงถึงร้อยละ 79.7 โดยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่ม 20.4 ปี อายุของการเริ่มดื่มนี้มีแนวโน้มที่ลดลงเรื่อยๆจากในปีพ.ศ. 2544 เพศชายมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่ม 19.7 ปี และเพศหญิงมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่ม 26.2 ปี ต่อมาในปีพ.ศ. 2547 เพศชายมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มลดลงเหลือ 19.4 ปี และเพศหญิงมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มลดลงเหลือ 25.4 ปี นอกจากนี้ เยาวชนเพศหญิงยังมีแนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงขึ้นจากร้อยละ 4.6 ในปีพ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 5.3 และ 5.6 ในปีพ.ศ. 2547 และปีพ.ศ. 2549 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2545ข, 2548, 2549ก) ส่วนการใช้สารเพติดพบว่า ในภาพรวมมีแนวโน้มดีขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติการจับกุมยาบ้าของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2549) พบว่า ยาบ้าที่จับกุมได้ทั่วประเทศมีแนวโน้มลดลง จากปีพ.ศ. 2543 สูงถึง 83 ล้านเม็ด ต่อมาในปีพ.ศ. 2549 ลดลงเหลือประมาณ 13.5 ล้านเม็ด และจากการสำรวจสภาพปัญหาการใช้ยาในทางที่ผิดของนักเรียนมัธยมศึกษาของกรมสามัญศึกษา พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาใช้ยาบ้าลดลงจากร้อยะ 1.64 ในปีพ.ศ. 2539 เหลือ

ร้อยละ 1.52 ในปีพ.ศ.2542 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) อย่างไรก็ตาม ประชากรกลุ่มอายุ 15-19 ปี เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนของการเริ่มใช้สารเสพติดมากที่สุดคือในปีพ.ศ. 2546 มีถึงร้อยละ 37.1 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 48.4 ในปีพ.ศ.2548 และอายุเฉลี่ยที่ใช้สารเสพติดครั้งแรกก็มีแนวโน้มเร็วขึ้นจาก 22 ปีในปีพ.ศ. 2546 เป็น 20 ปีในปีพ.ศ. 2548 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549ค) และจากการประมาณจำนวนนักเรียนนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทั่วประเทศของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ (2544) พบว่า มีนักเรียนนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดทั่วประเทศทั้งสิ้นร้อยละ 6.2 โดยยาเสพติดที่เกี่ยวข้องสูงสุดคือ ยาบ้า ร้อยละ 58.8 รองลงมาคือ กัญชา ร้อยละ 42.2 และยากกล่อมประสาท เช่น โดมีคุ่ม และ แวเลี่ยม ร้อยละ 33.6 ตามลำดับ ดังนั้นสรุปได้ว่า แม้ประชากรไทยจะมีแนวโน้มการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดลดลง แต่กลุ่มเยาวชนยังคงเป็นกลุ่มที่น่าเป็นห่วงและจำเป็นที่สังคมจะต้องดูแลเอาใจใส่และดำเนินมาตรการต่างๆอย่างจริงจัง

ตารางที่ 3 อัตราร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามกลุ่มอายุพ.ศ. 2544, พ.ศ. 2547, และพ.ศ. 2549

ปีพ.ศ.	2544	2547	2549
รวมประชากรที่ดื่มสุรา	32.6	32.7	31.6
15-24 ปี	21.6	23.5	23.7
25-59 ปี	39.3	38.7	36.8
60 ปีขึ้นไป	20.0	19.3	18.1

ที่มา : การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2547 และ การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549

5) **พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ** จากรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทยของสำนักระบาดวิทยา พบว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง โดยในปีพ.ศ. 2547 มีผู้ติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นจากเดิมจำนวน 27,388 คน ต่อมาในปีพ.ศ. 2549 มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเพียง 11,742 คน นอกจากนี้ อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 25 ในปีพ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 97.9 ในปีพ.ศ. 2549 (สำนักระบาดวิทยา, 2550) ขณะที่จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทยในช่วง 12 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2538 – พ.ศ.2549) พบว่า ทหารเกณฑ์และคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม มีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการลดลง ส่วนคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรมและหญิงที่มาฝากครรภ์ มีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทต่างๆลดลง และมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2550) อย่างไรก็ตาม กลุ่มเยาวชนยังคงน่าเป็นห่วง จากการศึกษาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ (2549) พบว่า เยาวชนอายุ 15 – 24 ปีในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เกินกว่า 2 ใน 3 ระบุว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ และโดยเพศชายจะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยเฉลี่ยเมื่ออายุ 15.5 ปี และเพศหญิงจะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโยเฉลี่ยเมื่ออายุ 16.5ปี ขณะที่ ศักดา สามูล (2545) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนในกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 65.2 เที่ยวสถานเริงรมย์ร้อยละ 88.4 ใช้สื่อกระตุ้นความรู้สึกทางเพศร้อยละ 76.8 และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 97.2 ดังนั้นสรุปได้ว่า ถึงแม้สถานการณ์ด้านโรคเอดส์ของไทยจะมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แต่ปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มเยาวชนยังคงน่าเป็นห่วง

6) **พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและความรุนแรง** พฤติกรรมในส่วนนี้หมายถึงการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์ การใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับขี่รถยนต์ และการขับรถภายหลังการดื่มสุรา โดยจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งขณะขับขี่รถจักรยานยนต์มีร้อยละ 19.3 ในปีพ.ศ. 2546 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19.6 ในปีพ.ศ. 2549 ส่วนการใช้เข็มขัดนิรภัยของผู้ขับขี่รถยนต์ทุกประเภท พบว่าลดลงจากร้อยละ 27.2 ในปีพ.ศ. 2546 เหลือร้อยละ 25.4 ในปีพ.ศ. 2549 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2549ค) ดังแสดงในตารางที่ 4 ขณะที่มีประชากรขับรถภายหลังดื่มสุราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.5 ในปีพ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 41.1 ในปีพ.ศ 2549 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2544, 2549ก) กล่าวโดยสรุปพบว่า คนไทยสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งขณะขับขี่รถจักรยานยนต์และขับรถภายหลังการดื่มสุราเพิ่มขึ้น ขณะที่ใช้เข็มขัดนิรภัยทุกครั้งขับรถลดลง

ตารางที่ 4 อัตราร้อยละของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ใช้หมวกนิรภัยและเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งขณะขับขี่ยานพาหนะจำแนกตามเพศ พ.ศ. 2546 และพ.ศ. 2549

เพศ	การสวมหมวกนิรภัย		การใช้เข็มขัดนิรภัย	
	พ.ศ.2546	พ.ศ.2549	พ.ศ.2546	พ.ศ.2549
ชาย	20.8	21.5	28.3	27.6
หญิง	17.9	17.9	25.8	23.4
รวม	19.3	19.6	27.2	25.4

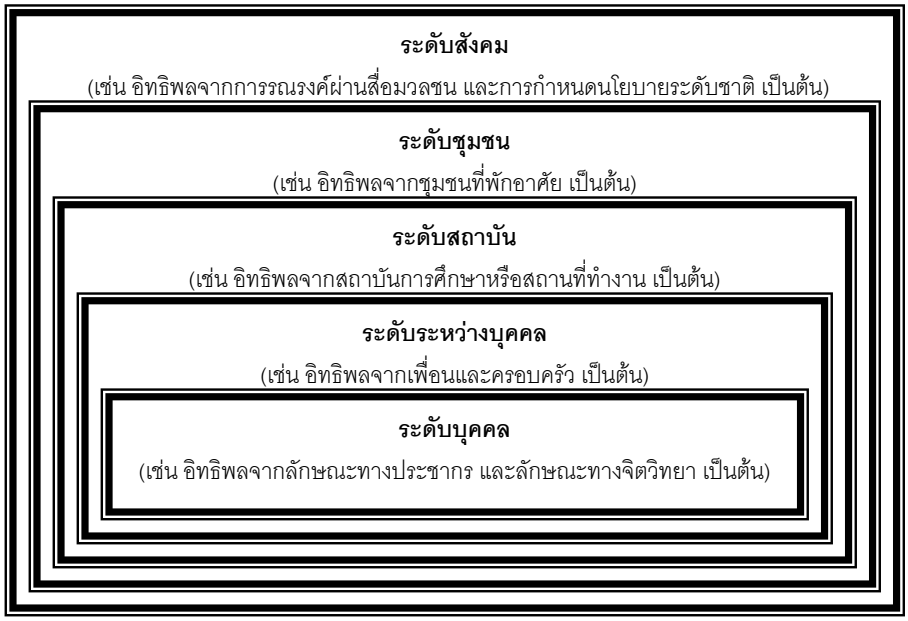
ที่มา : การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2546 และพ.ศ. 2549

3. **แนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคม** (a Social Ecological Approach)

แนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคมเป็นแนวคิดที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษาแนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพของประชากรอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ โดยมีองค์กรด้านสุขภาพหลายแห่งสนับสนุนให้นำแนวคิดนี้มาใช้อย่างจริงจัง ไม่ว่าจะเป็นศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) และศูนย์ควบคุมและป้องกันการบาดเจ็บแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา แนวคิดนี้ถูกริเริ่มเป็นครั้งแรกโดย Alihan (1938) โดยมีสาระสำคัญคือเป็นประยุกต์แนวคิดทางนิเวศวิทยามาวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางสังคมของพฤติกรรมมนุษย์โดยมองความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสภาพแวดล้อมรอบตัวว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเช่นไร ย่อมได้รับอิทธิพลจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่พวกเขาดำเนินชีวิตอยู่ และเนื่องจากบุคคลย่อมมีปฏิสัมพันธ์ไม่ทางตรงก็ทางอ้อมกับสภาพแวดล้อมของตนอยู่เสมอ ดังนั้นการแสดงพฤติกรรมของบุคคลจึงมิได้เกิดจากปัจจัยภายในตัวบุคคลเท่านั้น แต่ยังได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมด้วย ต่อมา Bronfenbrenner (1977) ได้พัฒนาแนวคิดนี้ให้มีความชัดเจนมากขึ้นโดยอธิบายอิทธิพลที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล 4 ระดับได้แก่ 1) ระดับจุลระบบ ประกอบด้วยอิทธิพลภายในตัวบุคคล และอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยอิทธิพลภายในตัวบุคคลจะเป็นอิทธิพลของตัวแปรทางจิตวิทยาไม่ว่าจะเป็นความเชื่อ การรับรู้ ทัศนคติ และความรู้ของบุคคล ส่วนอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นอิทธิพลจากครอบครัว เพื่อนสนิท หรือกลุ่มทางสังคมต่างๆที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด 2) ระดับมัธยระบบ เป็นอิทธิพลจากองค์กรหรือสถาบัน เช่น โรงเรียน มหาวิทยาลัย ชมรมกีฬา สถานที่ทำงาน โบสถ์ หรือ วัด เป็นต้น โดยถ้าบุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสถาบันหรือองค์กรมากเท่าใด บุคคลย่อมจะได้รับอิทธิพลจากสถาบันหรือองค์กรมากขึ้นเท่านั้น 3) ระดับท้องถิ่นหรือระดับชุมชน เป็นอิทธิพลจากชุมชนที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ซึ่งอาจเป็นตำบล หมู่บ้าน อำเภอ หรือจังหวัดที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล 4) ระดับมหระบบหรือระดับนโยบาย ได้แก่ การออกกฎหมายหรือมาตรการทางสังคมที่ใช้กับประชาชนทั่วประเทศ ต่อมา McLeroy et al. (1988) ได้นำแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคม

มาประยุกต์ใช้ในงานส่งเสริมสุขภาพเป็นครั้งแรก โดยพวกเขากล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลจะเป็นเช่นไร ย่อมได้รับอิทธิพลจากปัจจัยต่างๆทั้งภายในตัวบุคคลและสภาพแวดล้อมรอบตัวบุคคลนั้น โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (ดังแสดงในแผนภาพที่ 1) กล่าวคือ 1) ระดับบุคคล (Individual Level) หมายถึงลักษณะภายในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลไม่ว่าจะเป็นลักษณะทางประชากร เช่น เพศ อายุ รายได้ การศึกษา อาชีพ เป็นต้น และลักษณะทางจิตวิทยา เช่น การรับรู้ ความเชื่อ ความรู้ ทัศนคติ หรือบุคลิกภาพ เป็นต้น 2) ระดับระหว่างบุคคล (Interpersonal Level) หมายถึงสภาพแวดล้อมในครอบครัว หรือเพื่อนสนิทที่สามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลได้โดยผ่านทางกระบวนการขัดเกลาทางสังคม 3) ระดับองค์กรหรือสถาบัน (Organizational/Institutional Level) หมายถึงสถานที่ทำงานหรือสถาบันการศึกษาที่กำหนดบรรทัดฐานหรือแบบอย่างการปฏิบัติให้กับสมาชิกในสถาบันหรือองค์กรนั้น 4) ระดับชุมชน (Community Level) หมายถึงเครือข่ายทางสังคมอย่างไม่เป็นทางการ เช่น เพื่อนบ้าน หรือ ชุมชนที่พักอาศัยในละแวกใกล้เคียง ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับชุมชนย่อมสามารถส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุคคลได้ และ 5) ระดับสังคม (Societal Level) เป็นระดับที่เกี่ยวข้องกับนโยบายสาธารณะที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชากรได้แก่ การออกกฎหมาย การวางนโยบาย การรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนหรือสื่อต่างๆ การใช้แผนการตลาดเชิงสังคม หรือมาตรการต่างๆที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของประชากรในระดับมหภาค (Gregson et al., 2001; Stokols, 1992)

แผนภาพที่ 1 แนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคม



ที่มา : ปรับจากแนวคิดของ McLeroy et al. (1988)

4. แนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพตามแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคม

การประยุกต์ใช้แนวศึกษาทางนิเวศวิทยาเชิงสังคมในการพัฒนาแนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพของประชากรนับว่ามีการปฏิบัติอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ เช่น การนำมาใช้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ของเยาวชน (Raneri and Wiemann, 2007) การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในกลุ่มประชากรผู้มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน (Blanchard et al., 2005) และการป้องกันการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักกีฬาเยาวชน (Williams et al., 2006) เป็นต้น โดยสาเหตุเนื่องมาจากประการแรก แนวศึกษานี้เป็นแนวคิดเชิงบูรณาการที่แสวงหาแนวทางการป้องกันปัญหาสุขภาพในลักษณะพหุ

มิติ (multidimensional prevention) ทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสถาบัน/องค์กร ระดับชุมชน และระดับสังคม ซึ่งถือว่าครบถ้วนและสามารถนำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของบุคคลได้อย่างยั่งยืน (Stokols, 1996) ประการที่สอง แนวคิดนี้ช่วยกระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้องระดับต่างๆไม่ว่าจะเป็นตัวบุคคล หัวหน้าครอบครัว เพื่อน ผู้นำนักศึกษา ผู้บริหารสถาบันการศึกษา ผู้นำชุมชน หรือผู้ที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายระดับชาติ ได้ตระหนักถึงปัญหาและบทบาทของตนในการกำหนดมาตรการป้องกันปัญหาสุขภาพ (Saltz and Dejong, 2002) และประการสุดท้าย แนวศึกษานี้มีความเหมาะสมในการพัฒนาแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ และ เพราะผู้วางแผนสามารถออกแบบมาตรการป้องกันโรคให้เหมาะสมกับพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มได้อย่างชัดเจน (Whittemore et al., 2004) ดังนั้น การนำแนวศึกษานี้มาใช้ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทย จึงนับว่าจะสร้างประโยชน์อย่างยิ่งต่อสังคมในทุกระดับ ด้วยเหตุนี้ ผู้เขียนจึงขอนำเสนอแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพแบบพหุมิติตามแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคมดังนี้

1) **ระดับบุคคล** เป้าหมายสำคัญของมาตรการในระดับบุคคล คือการมุ่งเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ความเชื่อ ความรู้ และ ทัศนคติของบุคคลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนทางสุขภาพ เนื่องจากเชื่อว่าลักษณะทางจิตวิทยามีอิทธิพลสำคัญต่อการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล (Stokols, 1996) แนวทางการป้องกันในระดับนี้ได้แก่ การสร้างแรงจูงใจให้ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การแสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคหากปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง การแสดงให้เห็นถึงโทษหรือความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ การแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง การพยายามลดอุปสรรคของการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง การสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง การเสริมสร้างทักษะการปฏิเสธ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง ตลอดจนการกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง

2) **ระดับระหว่างบุคคล** มาตรการระดับนี้จะมุ่งไปที่กลุ่มบุคคลใกล้ชิดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล อันได้แก่ ครอบครัว และเพื่อนสนิท เนื่องจากเป็นกลุ่มอ้างอิงเชิงบรรทัดฐานที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมของบุคคล ตัวอย่างของมาตรการในระดับนี้ ได้แก่ การส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว การจัดอบรมการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง แก่ผู้นำครอบครัวซึ่งได้แก่พ่อแม่ หรือผู้ปกครองเพื่อที่จะนำข่าวสารทางสุขภาพไปสู่สมาชิกในครอบครัวให้เกิดการปฏิบัติตามได้ และการจัดโครงการ “เพื่อนถึงเพื่อน” (Peer- to- Peer Communication) (Saltz and Dejong, 2002) โดยอาจจัดในรูปแบบของกิจกรรมต่างๆ เช่น การฝึกอบรมทักษะการให้คำปรึกษา การจัดสัมมนา หรือ การจัดค่ายเยาวชน เป็นต้น เพื่อรณรงค์ให้เพื่อนได้ตระหนักถึงบทบาทในการทำหน้าที่แนะนำตักเตือนเพื่อนสนิทของตนไม่ให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

3) **ระดับสถาบัน** สถาบันในที่นี้อาจหมายถึงสถาบันการศึกษา และสถานที่ทำงาน เป้าหมายสำคัญของมาตรการระดับนี้อยู่ที่การสร้างสภาพแวดล้อมในสถานที่ทำงานหรือสถาบันการศึกษาให้เอื้อต่อการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง และหลีกเลี่ยงสิ่งยั่วยุที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ (Gregson et al., 2001) มาตรการระดับนี้ ได้แก่ การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรในสถาบันการศึกษา เช่น ในโรงเรียน หรือ ในมหาวิทยาลัย ซึ่งทางสถาบันการศึกษาอาจจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรในรูปแบบของการจัดสัมมนาประเด็นทางสุขภาพ การแข่งขันกีฬาเพื่อสุขภาพ การฝึกอบรมความรู้ด้านสุขภาพ หรือแม้แต่การสอดแทรกวิธีการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้องในการเรียนการสอนของรายวิชาที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น นอกจากนี้อาจใช้การจัดฝึกอบรมพฤติกรรมสุขภาพให้แก่สมาชิกในองค์กร การรณรงค์ผ่านสื่อในองค์กร การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพแก่สมาชิกในองค์กร การจัดสภาพแวดล้อมภายในองค์กรให้เอื้อต่อการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง และการกำหนดนโยบายและกฎระเบียบขององค์กรให้เหมาะสมกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

4) **ระดับชุมชน** มาตรการระดับนี้มีเป้าหมายสำคัญเพื่อสร้างชุมชนให้เข้มแข็งปราศจากอบายมุขและสิ่งยั่วยุที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพได้ (Whittemore et al., 2004) แนวทางที่สำคัญ ได้แก่ การรณรงค์ผ่านสื่อในชุมชน เช่น ป้ายประกาศ วิทยุชุมชน รถกระจายเสียง แผ่นพับ โบรชัวร์ หรือจดหมายข่าวในชุมชน เป็นต้น การจัดอบรมพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้นำชุมชนเช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน นายอำเภอ พระสงฆ์ หรือประธานชุมชน เป็นต้น เพราะกลุ่มคนเหล่านี้ถือเป็นผู้นำความคิดเห็นที่จะนำข้อมูลไปถ่ายทอดให้แก่สมาชิกในชุมชนต่อไป การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพแก่สมาชิกในชุมชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน การจัดสภาพแวดล้อมภายในชุมชนให้เอื้อต่อการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง และการกำหนดนโยบายและกฎระเบียบของชุมชนที่เหมาะสมกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ

5) **ระดับสังคม** เป้าหมายสำคัญของมาตรการในระดับสังคมคือการทำให้แนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของสังคมทุกระดับถูกขับเคลื่อนไปในทิศทางเดียวกัน พร้อมกับสนับสนุนให้การขับเคลื่อนนั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Grzywacz and Fuqua, 2000) มาตรการในระดับนี้ได้แก่ มาตรการทางกฎหมาย มาตรการทางภาษีและนโยบายราคา มาตรการรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนและสื่อต่างๆ มาตรการทางการโฆษณาและการจัดทำฉลากตราสินค้า การใช้แผนการตลาดเชิงสังคม การกำกับดูแลความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมาย ตลอดจนการพัฒนาและปรับปรุงกลไกการดำเนินงานการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของสังคมทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ ดังสรุปได้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรตามแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคม

ระดับ	แนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ
1) **ระดับบุคคล**	▪ การสร้างแรงจูงใจให้ตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ ▪ การให้ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ▪ การแสดงให้เห็นถึงความเสี่ยงของการเกิดโรคหากปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ▪ การแสดงให้เห็นโทษหรือความรุนแรงของโรคที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ▪ การแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง ▪ การพยายามลดอุปสรรคของการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง ▪ การสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง ▪ การเสริมสร้างทักษะการปฏิเสธ ▪ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง ▪ การกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง
2) **ระดับระหว่างบุคคล**	▪ การส่งเสริมความสัมพันธ์อันดีภายในครอบครัว ▪ การจัดอบรมการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้นำครอบครัว ▪ การจัดโครงการ “เพื่อนถึงเพื่อน”
3) **ระดับสถาบัน**	▪ การจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรในสถาบันการศึกษา ▪ การจัดฝึกอบรมพฤติกรรมสุขภาพแก่สมาชิกในองค์กร ▪ การรณรงค์ผ่านสื่อในองค์กร ▪ การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพแก่สมาชิกในองค์กร ▪ การจัดสภาพแวดล้อมภายในองค์กรให้เอื้อต่อการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง ▪ นโยบายและกฎระเบียบขององค์กร
4) **ระดับชุมชน**	▪ การรณรงค์ผ่านสื่อในชุมชน ▪ การจัดอบรมพฤติกรรมสุขภาพแก่ผู้นำชุมชน

	▪ การจัดโครงการส่งเสริมสุขภาพแก่สมาชิกในชุมชน ▪ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน ▪ การจัดสภาพแวดล้อมภายในชุมชนให้เอื้อต่อการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่ถูกต้อง ▪ นโยบายและกฎระเบียบของชุมชน
5) **ระดับสังคม**	▪ มาตรการทางกฎหมาย ▪ มาตรการทางภาษีและนโยบายราคา ▪ มาตรการรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนและสื่อต่างๆ ▪ มาตรการทางการโฆษณาและการจัดทำฉลากตราสินค้า ▪ การใช้แผนการตลาดเชิงสังคม ▪ การกำกับดูแลความเข้มงวดในการบังคับใช้กฎหมาย ▪ การพัฒนาและปรับปรุงกลไกการดำเนินงานการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของสังคมทุกระดับให้มีประสิทธิภาพ

5. บทสรุป

การเปลี่ยนแปลงทางประชากรของประเทศไทยในช่วงครึ่งศตวรรษที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นว่าสังคมไทยมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมแผนการเพื่อรับมือกับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอย่างจริงจัง ประเด็นสำคัญที่บทความนี้ได้นำเสนอคือประเด็นด้านสุขภาพซึ่งถือเป็นประเด็นหลักที่ทุกฝ่ายไม่ควรมองข้าม จากสถานการณ์และแนวโน้มของพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทยทั้ง 6 ด้านที่ได้นำเสนอข้างต้น กล่าวโดยสรุปคือ 1) การสูบบุหรี่ของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลง แต่กลุ่มเยาวชนยังคงเป็นช่วงวัยสำคัญของการเริ่มสูบบุหรี่ 2) การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 3) การออกกำลังกายเป็นประจำของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและเยาวชน แต่กลุ่มผู้ออกกำลังกายเป็นประจำมีแนวโน้มที่จะออกกำลังกายเพื่อสุขภาพมากขึ้น 4) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดของประชากรไทยมีแนวโน้มลดลง แต่กลุ่มเยาวชนยังคงเป็นกลุ่มที่น่าเป็นห่วง 5) พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของประชากรไทยมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ปัญหาในกลุ่มเยาวชนยังอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วงเช่นกัน และ 6) พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและความรุนแรงในด้านการสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่รถจักรยานยนต์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่การขับรถภายหลังการดื่มสุรามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และการใช้เข็มขัดนิรภัยขณะขับรถมีแนวโน้มลดลง จากสถานการณ์และแนวโน้มที่เกิดขึ้นเหล่านี้ สังคมไทยสามารถนำแนวศึกษานิเวศวิทยาเชิงสังคมมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดแนวทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพแบบพหุมิติได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากเป็นการดำเนินงานแบบบูรณาการโดยเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคมทั้งในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสถาบัน ระดับชุมชน และระดับสังคม ตลอดจนจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นตัวบุคคล ครอบครัว เพื่อน ผู้บริหารสถาบันการศึกษา ผู้บริหารองค์กร ผู้นำชุมชน และผู้กำหนดนโยบายระดับชาติ ที่จะนำแนวทางไปปฏิบัติเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทยให้ประสบผลสำเร็จได้อย่างยั่งยืน

6. เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2548). *การสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2546*. กองโภชนาการ กรมอนามัย.

เกื้อ วงศ์บุญสินและคณะ. (2546). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย (พ.ศ.2543-2568): ผลต่อการกำหนดทิศทางนโยบายประชากรในอนาคต*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน). (2549). *ชีวจิตโพล โครงการ 3*. กรุงเทพมหานคร : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน).

เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์. (2539). *ประชากรศาสตร์ : สาระสำคัญโดยสังเขป*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศักดา สามูล. (2545). *การศึกษาค่านิยมทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยเอกชนกรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, ภาควิชาพลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศูนย์บริหารการผลิต สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย. (2549). *ปริมาณการบริโภคน้ำตาลทรายภายในประเทศ พ.ศ. 2549*. สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2549). *การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547*. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกษาในพระบรมราชูปถัมน์.

สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. (2549). *ผลการปราบปรามยาเสพติดทั่วประเทศประจำปี 2549*. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2519). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการพ.ศ.2519*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2529). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการพ.ศ.2529*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2539). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการพ.ศ.2539*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2540). *การสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ.2540*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2544). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการพ.ศ.2544*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545ก). *การสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาและการดูกีฬาของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2545*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2545ข). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2544*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2546). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการพ.ศ.2546*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2547). *การสำรวจพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชากรอายุ 11 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2547*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2548). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และพฤติกรรมการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549ก). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการพ.ศ.2549*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549ข). *การสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย พ.ศ. 2548*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2549ค). *พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรไทย*. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. ธันวาคม 2549.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2550). *รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2548-2549*. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2550). *การสาธารณสุขไทย 2548-2550*. กรุงเทพมหานคร : สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักระบาดวิทยา. (2550). *รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2549*. กรุงเทพมหานคร : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สำนักวิจัยเอแบคโพลล์. (2544). *การประมาณการจำนวนนักเรียน-นักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด : กรณีตัวอย่างนักเรียน-นักศึกษาจากสถาบันการศึกษาทุกสังกัดทั่วประเทศ*. กรุงเทพมหานคร : สำนักวิจัยเอแบคโพลล์.

สำนักวิจัยเอแบคโพลล์. (2549). *การสำรวจพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชนอายุ 15-24 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. กรุงเทพมหานคร : สำนักวิจัยเอแบคโพลล์.

Alihan, M.A. (1938). *Social ecology: A critical analysis*. New York: Cooper Square Publishers.

Blanchard, C. M. et al. (2005). Social ecological correlates of physical activity in normal weight, overweight, and obese individuals. *International Journal of Obesity*, 29, 720-726.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist,* 32, 513-531.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC] (2008). *Youth Risk Behavior Survey*. Available from http://www.cdc.gov/Features/RiskBehavior/

Gregson, J. et al. (2001). System, environmental, and policy changes: Using the social-ecological model as a framework for evaluating nutrition education and social marketing programs with low-income audiences. *Journal of Nutrition Education*, 33, S4-S15.

Grzywacz, J. and Fuqua, J. (2000). The social ecology of health: Leverage points and linkages. *Behavioral Medicine*, 26(3), 101 – 115.

McLeroy, K., Bibeau, D., Steckler, A., and Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion program. *Health Education Quarterly, 15*, 351-377.

Population Reference Bureau (2007). *2007 World population data sheet*. Washington, DC.

Raneri, L. G., and Wiemann, C. M. (2007). Social ecological predictors of repeat adolescent pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 39(1), 39-47.

Saltz, R. F., and Dejong W. (2002). *Reducing alcohol problems on campus: A guide to planning and evaluation*. [Online]. Available from http://www.collegedrinkingprevention.gov

Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining healthy environments: Toward a social ecology of health promotion. *American Psychologist*, 47(1), 6-22.

Stokols, D. (1996). Translating social ecological theory into guidelines for community health promotion. *American Journal of Health Promotion,* 10, 282-298.

Whittemore, R., Melkus, G. E., & Grey, M. (2004). Applying the social ecological theory to type 2 diabetes prevention and management. *Journal of Community Health Nursing*, 21(2), 87-90.

Williams R. D. et al. (2006). Use of social ecological model to address alcohol use among college athletes. *American Journal of Health Studies*, 21(4), 228-237.