

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและสถานะสุขภาพของ บุคลากร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

วรรณภา ประทุมโทน กศ.ด. (การบริหารการศึกษา)*

พนารัตน์ เจนจบ Ph.D. (Health Promotion)*

สมตระกูล ราศิริ วท.ด. (การจัดการลุ่มน้ำและสิ่งแวดล้อม)**

นันทวรรณ อีรพงศ์ พย.ม. (การศึกษาพยาบาล)**

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราชสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

** วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

วันรับ:	19 ธ.ค. 2561
วันแก้ไข:	20 ก.พ. 2562
วันตอบรับ:	5 มี.ค. 2562

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สร้าง ตรวจสอบ พัฒนา ทดลองใช้ และประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม การศึกษาแบ่งออกเป็น 4 ระยะ โดยระยะที่ 1 ศึกษาสถานะสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง บุคลากรในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่งในเขตภาคเหนือ จำนวน 46 คน ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม บุคลากรจำนวน 46 คน ระยะที่ 3 การตรวจสอบและพัฒนารูปแบบบุคลากร 104 คน ระยะที่ 4 การทดลองใช้และประเมินรูปแบบบุคลากรจำนวน 104 คน และการถอดบทเรียนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ (1) เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อวัดสถานะสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (2) แนวทางการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบ (3) แนวทางการสนทนาอิงกลุ่ม (connoisseurship) เพื่อประเมินรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ (4) แบบวัดความเครียด และ (5) ประเด็นการถอดบทเรียนข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ paired-t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าดัชนีมวลกายระดับอ้วน มีค่ารอบเอวเกิน และภาวะไขมันสูง มีภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะอ้วนลงพุงและเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง และมีความเครียดอยู่ระดับปานกลางและสูง การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม (2) การปรับกระบวนการทัศน (3) การประชุมเชิงปฏิบัติการ และ (4) ความมุ่งมั่นและมีกำลังใจในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ มีการตรวจสอบและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดำเนินการโดยการนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกับผู้เชี่ยวชาญและผู้เกี่ยวข้องร่วมกันพิจารณารูปแบบที่เหมาะสม ปรับปรุงและแก้ไข ได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพด้วยการวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม การปรับกระบวนการทัศน การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การสร้างความมุ่งมั่นและมีกำลังใจในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมอารมณ์ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และการงดเว้นสารเสพติด ผลการประเมินพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิตสูงขณะหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตสูงขณะคลายตัว

ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพ เปรียบเทียบมีลักษณะที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 นโยบายการบริหารจัดการให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการจัด กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในสถานศึกษา ได้แก่ กิจกรรมการออกกำลังกาย อุปกรณ์การออกกำลังกาย สถานที่ออกกำลังกาย รวมถึงการตรวจสุขภาพประจำปี ชมรมออกกำลังกาย การณรงค์ลด ละ เลิก สิ่งเสพติด ในระดับวิทยาลัย บุคลากรเรียนการสอนกับรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งนักศึกษา อาจารย์และบุคลากรของวิทยาลัย พยาบาล

คำสำคัญ: การพัฒนา, แบบแผนการส่งเสริมสุขภาพ, สถานะสุขภาพ, แบบมีส่วนร่วม

บทนำ

นโยบายการส่งเสริมสุขภาพจากนโยบายทิศทางการดำเนินงานปีงบประมาณ 2561 สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข มีเป้าหมายและมาตรการการดำเนินงานโรคไม่ติดต่อ ปี พ.ศ. 2568 “ประชาชนสุขภาพดี ปลอดภัยจากภาวะโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้” โดยลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ร้อยละ 25.0 ลดภาวะความดันโลหิตสูง ร้อยละ 25.0 ภาวะเบาหวาน/โรคอ้วนไม่เพิ่ม นอกจากนี้ นโยบายยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ยังคงมุ่งเน้นพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทย ทุกกลุ่มวัยเพื่อให้เกิดการพัฒนา ที่ครอบคลุมทั้งทางด้าน สุขภาพกาย สุขภาพจิต และสังคม นำไปสู่เป้าหมายตาม แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579)⁽¹⁾ เพื่อให้คนไทยมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพะที่ทำได้ด้วยตนเอง การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) โดยพัฒนาองค์ความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการกับความรู้ทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เป็นการเพิ่มศักยภาพในการจัดการสุขภาพของตนเองของประชาชน เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีความเหมาะสม เน้นในประชาชนกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽²⁾

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถป้องกันได้ หรือหากว่าเป็นโรคดังกล่าวแล้ว สามารถทำกิจกรรมและใช้ชีวิตได้ตามปกติเหมือนคนทั่วไปโดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ถ้าหากว่ามีวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคที่เป็น

ตามแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender NJ และคณะ⁽³⁾ ในปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นอกจากจะส่งผลกระทบต่อทางด้านสุขภาพแล้วยังส่งผลกระทบต่อ รุนแรงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาประเทศ ในประเทศไทยมีข้อมูลยืนยันว่า ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2553 พบว่า ประมาณร้อยละ 71.0 ของการเสียชีวิตทั้งหมดเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และประมาณ ร้อยละ 29.0 ของการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกิดในผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี โดยสัดส่วน การเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 27.0 โรคมะเร็งร้อยละ 12.0 โรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 7.0 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.0⁽⁴⁾ ซึ่งจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคดังกล่าวมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นให้ประชากรเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเกิดการสูญเสียศักยภาพในการประกอบอาชีพ และผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยเกิดโรคแทรกซ้อน และส่งผลกระทบต่อภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระดับประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาครัฐได้สูญเสียค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในแต่ละปีที่เพิ่มสูงขึ้น⁽⁵⁾

การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมจะเห็นได้ว่า ในการพัฒนาให้ทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพะ บุคลากรต้องมีกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม จึงเริ่มต้นตั้งแต่ การจัดเก็บข้อมูลปัญหา เพื่อสะท้อนให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามาร่วมวิเคราะห์ ออกแบบแนวทางในการแก้ไขปัญหารวบรวมเป็นความรู้และขยายผลการแก้ไขปัญหาให้ลงลึก และครอบคลุมประเด็นเหตุได้อย่างครอบคลุม ซึ่งกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

สุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินการแบบมีส่วนร่วม⁽⁶⁾

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เป็นวิทยาลัยพยาบาลในส่วนภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข ปัจจุบันดำเนินการผลิตบัณฑิตและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขมาเป็นปีที่ 70 โดยมีโครงสร้างการบริหารงานของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี โดยมีการกำหนดให้มีการดำเนินการศูนย์ความเป็นเลิศทางวิชาการการดูแลสุขภาพ (excellent center) การดูแลสุขภาพบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง : เบาหวาน มีการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรเพื่อประเมิน คัดกรองความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และเห็นความสำคัญของการตรวจดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพราะบุคคลในช่วงวัยทำงานเป็นช่วงที่ร่างกายทุ่มเทให้กับการทำงานมากกว่าการดูแลตนเอง ทำให้มีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ และยังมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น อาจส่งผลเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs (non-communicable diseases)

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม เพื่อสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม เพื่อตรวจสอบและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม และเพื่อทดลองใช้และประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยและพัฒนา ใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มีขั้นตอน 4 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม เป็นการศึกษานานาชาติ สถานะสุขภาพ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพ รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

(cross-sectional descriptive research) เพื่อนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปสู่กระบวนการสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่เจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีแห่งหนึ่ง ในเขตภาคเหนือ จำนวน 46 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ช่วงเวลา มีนาคม - มิถุนายน 2558 เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อวัดสถานะสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเนื้อหา (IOC) ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และทดลองใช้ แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่น 0.78 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรม สาธารณสุขสิรินธร พิษณุโลก สถิติที่ใช้ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ paired-t-test)

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบการมีส่วนร่วม ในกระบวนการกลุ่ม รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ จำนวน 46 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้บริหาร 5 คน อาจารย์ 25 คน สุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง ช่วงเวลา เมษายน 2558 ถึง เมษายน 2559 ขั้นตอนและกระบวนการ โดยนำเสนอผลการศึกษาของการศึกษาในระยะที่ 1 แก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ได้ทราบสถานะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินการแบ่งเป็น 5 กลุ่มย่อยละ 11-12 คน แต่ละกลุ่มประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ 9-10 คน อาจารย์ 5 คน ผู้บริหาร 1 คน โดยทีมนักวิจัยร่วมจำนวน 5 คน ดำเนินการ 1 ครั้ง ใช้เวลาระหว่าง 1-2 ชั่วโมง การสนทนากลุ่มในการสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ มีดังนี้ (1) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (2) การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย (3) โภชนาการ (4) ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (5) การพัฒนาทางจิตวิญญาณ (6) การจัดการความเครียด

สำหรับประเด็นการสนทนากลุ่มดังกล่าวจะใช้นักวิจัยร่วมกลุ่มละ 2 คน เพื่อดำเนินการสนทนากลุ่ม 1 คน และบันทึกข้อมูล 1 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แนวทางการสนทนากลุ่ม ทำให้ทราบแนวคิดความต้องการของผู้เข้าร่วมสนทนา โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกระบวนการกลุ่ม เน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ กระบวนการสนทนากลุ่มเริ่มต้นจากการสร้างสัมพันธ์ภาพสมาชิกในกลุ่มย่อย และการอภิปรายกลุ่ม หลังจากเสร็จสิ้นการสนทนากลุ่ม จะมีการร่วมกลุ่มใหญ่ทั้งหมดอีกครั้ง ให้ผู้เข้าร่วมเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปประเด็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ใช้การตรวจสอบการโยงสามเส้าวิเคราะห์เนื้อหา เปรียบเทียบมุมมองหลาย ๆ ด้าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ระยะที่ 3 การตรวจสอบและการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องและเป็นที่ยอมรับในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 5 คน โดยเลือกแบบเจาะจง เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการวิจัย และด้านสาธารณสุข

ขั้นตอนและกระบวนการ โดยการสรุปข้อมูลรูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ที่ผ่านการสนทนากลุ่มของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจากการศึกษาระยะที่ 2 จากนั้นระดมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคนิคแบบ Connoisseurship เป็นการดำเนินการในรูปแบบการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญทางวิชาการและหรือมีประสบการณ์ตรง โดยการวางแผนนัดหมายผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน มาประชุมพร้อมกันจำนวน 1 ครั้ง เพื่อหาข้อสรุปในการกำหนดเป็นรูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จากนั้นสรุป ปรับปรุง แก้ไขข้อมูลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ที่ผ่านความเห็นของผู้เชี่ยวชาญข้างต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ขั้นสุดท้าย และนำเสนอผลการศึกษาแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนบุคลากรได้ทราบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการ

ส่งเสริมสุขภาพ และนำไปใช้จริงในวิทยาลัยพยาบาล-บรมราชชนนีแห่งหนึ่ง ในเขตภาคเหนือ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากร จำนวน 104 คน จำแนกเป็นเจ้าหน้าที่ 46 คน อาจารย์ 58 คน ในช่วงเวลาเมษายน – ธันวาคม 2560 โดยการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านความเห็นของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ขั้นตอนและกระบวนการ ได้แก่ การนำเสนอรูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ชี้แจงการประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ สรุปปรับปรุง แก้ไขข้อมูลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านความเห็นผู้เชี่ยวชาญ นำเสนอผลการศึกษาแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจนบุคลากรได้ทราบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพจากกระบวนการกลุ่ม และการมีส่วนร่วมของกลุ่มที่เกี่ยวข้อง ได้ร่วมกันทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 4 การทดลองใช้และการประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากร จำนวน 104 คน จำแนกเป็นเจ้าหน้าที่ 46 คน อาจารย์ 58 คน ในช่วงเวลาเมษายน – ธันวาคม 2560 โดยการเลือกแบบเจาะจง โดยเป็นขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัย คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการประเมินผลสถานะสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการถอดบทเรียนที่ได้การเรียนรู้จากการการมีส่วนร่วมในการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.26 มีอายุระหว่าง 51–60 ปี (ร้อยละ 36.96) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100.00) ทำงานในตำแหน่งลูกจ้างชั่วคราว (ร้อยละ 41.30) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 58.70) (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะอ้วนลงพุง โดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2)

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายระดับอ้วน (ร้อยละ 82.61) มีรอบเอวเกินและภาวะไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ 80.43 และ 58.70 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ามีความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 43.48) ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (ร้อยละ 23.91) มีภาวะอ้วนลงพุงและเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง (ร้อยละ 43.48) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและหรือเบาหวาน หรือไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 36.97) (ตารางที่ 3)

กลุ่มตัวอย่างมีระดับสมรรถภาพทางกาย โดยวัดจากค่าเปอร์เซ็นต์ปริมาณไขมันในร่างกาย ค่าแรงบีบมือต่อน้ำหนักตัว และค่าการอ่อนตัว พบมีระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคิดเป็นร้อยละ 41.30, 69.57 และ 45.65 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับปานกลางและสูง (ร้อยละ 39.13 และ 34.78 ตามลำดับ) (ตารางที่ 5)

ระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วมโดยประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร (46 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	10	21.74
หญิง	36	78.26
อายุ (ปี)		
21–30	4	8.70
31–40	14	30.43
41–50	11	23.91
51–60	17	36.96
ศาสนา		
พุทธ	46	100.00
อื่นๆ	0	0.00
ตำแหน่ง		
ข้าราชการ	5	10.87
ลูกจ้างประจำ	12	26.09
ลูกจ้างชั่วคราว	19	41.30
จ้างเหมาบริการ	10	21.74
ประวัติสุขภาพ		
ไม่มีโรคประจำตัว	27	58.74
มีโรคประจำตัว	19	41.26

1. การวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม พบว่า กลุ่มตัวอย่างประสบปัญหาด้านการจัดการเวลา และระบบการทำงาน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างจะให้ลำดับความสำคัญด้านการทำงานมากกว่าด้านสุขภาพ แม้ในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีภาวะเครียด

2. การปรับกระบวนการทัศน พบว่า มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนของกลุ่มตัวอย่าง จากการมองสถานะ

ตารางที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะลงพุง

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean	SD	ระดับ
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	1.88	0.45	ปานกลาง
พฤติกรรมการออกกำลังกายและการออกแรง	1.52	0.55	ปานกลาง
เคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึกเหนื่อย	1.55	0.64	ปานกลาง
พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา	1.02	0.77	ปานกลาง
พฤติกรรมการจัดการอารมณ์	1.44	0.56	ปานกลาง

การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพและสถานะสุขภาพของบุคลากร

ตารางที่ 3 การตรวจสถานะสุขภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนลงพุง (46 คน)

สถานะสุขภาพด้านกายภาพทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ	สถานะสุขภาพด้านกายภาพทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย			ระดับน้ำตาลในเลือด		
ปกติ	6	13.04	ปกติ	35	76.09
พอม	2	4.35	สูง	11	23.91
อ้วน/เกิน	38	82.61	ภาวะอ้วนลงพุง		
รอบเอว			มีภาวะอ้วนลงพุง	11	23.91
ปกติ	9	19.57	เสี่ยง	9	19.57
เกิน	37	80.43	ปกติ	26	56.52
ภาวะไขมันในเลือด			โรคประจำตัว	19	41.30
ปกติ	19	41.30	ความดันโลหิตสูง	4	8.70
สูง	27	58.70	ไขมันในเลือดสูง	5	10.87
ภาวะความดันโลหิต			ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	4	8.70
ปกติ	26	56.52	ความดันโลหิตสูง เบาหวานและ	4	8.7
สูง	20	43.48	ไขมันในเลือดสูง		

ตารางที่ 4 ผลการตรวจสถานะสุขภาพด้านสมรรถภาพทางกาย

การตรวจวัดสถานะสุขภาพด้านสมรรถภาพทางกาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ค่าเปอร์เซ็นต์ปริมาณไขมันในร่างกาย		
ระดับปกติ	27	58.70
- ดีมาก	13	28.26
- ดี	2	4.35
- ปานกลาง	12	26.09
ระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	19	41.30
- ต่ำมาก	19	41.30
ค่าแรงบีบมือต่อน้ำหนักตัว		
ระดับปกติ	14	30.43
- ดีมาก	2	4.35
- ดี	1	2.17
- ปานกลาง	11	23.91
ระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	32	69.57
- ต่ำ	10	21.74
- ต่ำมาก	22	47.83
ค่าการอ่อนตัว		
ระดับปกติ	25	54.35
- ดีมาก	5	10.87
- ดี	8	17.39
- ปานกลาง	12	26.09
ระดับต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน	21	45.65
- ต่ำ	7	15.22
- ต่ำมาก	14	30.43

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบความเครียด (46 คน)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
เครียดระดับรุนแรง	10	21.74
เครียดระดับสูง	16	34.78
เครียดระดับปานกลาง	18	39.13
เครียดระดับต่ำ	2	4.35

สุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับอายุและโรค เปลี่ยนเป็นความสามารถในการพัฒนาสถานะสุขภาพของตนเองโดยการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สามารถเริ่มทำเมื่อใดก็ได้ และสถานสุขภาพใดก็ได้ เพื่อให้มีสถานะสุขภาพที่พึงประสงค์ได้

3. การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างอนาคตร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ และเพื่อกระตุ้นเสริมพลังความคิด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการวางแผนด้านเวลา เพื่อให้สามารถดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพได้บ่อยเท่าที่จะทำได้ และการวางแผนแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ เป็น 3 อ. คือ อาหาร ออกกำลังกาย และควบคุมอารมณ์ ที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

4. กลุ่มตัวอย่างมีความมุ่งมั่นและมีกำลังใจในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเนื่องจากการให้ความสำคัญแก่กลุ่มตัวอย่างในฐานะบุคคล ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าคุณเองมีความสำคัญและมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

พฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรหลังเข้าร่วมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมมีจำนวน

ที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (ตารางที่ 6)

ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิตสูงขณะหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตสูงขณะคลายตัว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ เปรียบเทียบก่อนและหลัง พบว่า มีความแตกต่างกันในลักษณะที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 7)

ระยะที่ 3 การตรวจสอบและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม จากการระดมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ โดยใช้เทคนิคแบบ connoisseurship เป็นการดำเนินการในรูปแบบการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญทางวิชาการและหรือมีประสบการณ์ตรง โดยการวางแผนนัดหมายผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน มาประชุมพร้อมกันจำนวน 1 ครั้ง เพื่อหาข้อสรุปในการกำหนดเป็นรูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จากนั้นสรุป ปรับปรุง แก้ไข ข้อมูลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยพิจารณาประเด็นความตรงประเด็น ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ในการดำเนินการจริง ผู้วิจัยสรุปผลได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพดังนี้ (1) การวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม (2) การปรับกระบวนการทัศน (3) การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และ (4) การสร้างความมุ่งมั่นและกำลังใจในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่สำคัญและร่วมกันทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการวางแผนด้านเวลา เพื่อให้สามารถดำเนิน

ตารางที่ 6 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อน (จำนวน)			หลัง (จำนวน)		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	4	20	22	10	20	16
การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย	2	19	25	12	20	14
โภชนาการ	5	30	11	13	26	7
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	8	30	8	25	16	5
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	1	40	5	6	39	1
การจัดการความเครียด	12	19	15	26	18	2

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบสถานะสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

สถานะสุขภาพ	ก่อน		หลัง		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ดัชนีมวลกาย	28.38	2.06	27.28	2.10	0.02*
รอบเอว	93.80	5.97	89.35	10.08	0.04*
ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	128.00	13.36	127.00	9.68	0.03*
ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	77.50	9.00	83.40	7.69	0.04*
ระดับน้ำตาลในเลือด	98.20	23.22	93.20	21.85	0.04*
ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์	166.00	113.99	129.80	51.79	0.03*
ความเครียด	44.50	14.98	44.40	14.83	1.00

* = p<0.05

การสร้างเสริมสุขภาพได้บ่อยเท่าที่จะทำได้ และการวางแผนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการ ด้านความสัมพันธ์ระหว่าง

การพัฒนาทางจิตวิญญาณ ด้านการจัดการความเครียด ระยะที่ 4 การทดลองใช้และประเมินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการถอดบทเรียนได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (APPC) ดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม (analysis of participatory problems)
2. การปรับกระบวนทัศน์ (paradigm adjustment)
3. การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory workshops)
4. การสร้างความมุ่งมั่นและกำลังใจในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ (creating commitment and encouragement)

กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการวางแผนด้านเวลา เพื่อให้สามารถดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพได้บ่อยเท่าที่จะทำได้ และการวางแผนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการความเครียด สามารถแสดงดังภาพที่ 1

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรหลังเข้า

ร่วมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ (ตารางที่ 8)

ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิตสูงขณะหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตสูงขณะคลายตัว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพ เปรียบเทียบก่อนและหลัง พบว่า มีความแตกต่างกันในลักษณะที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 9)

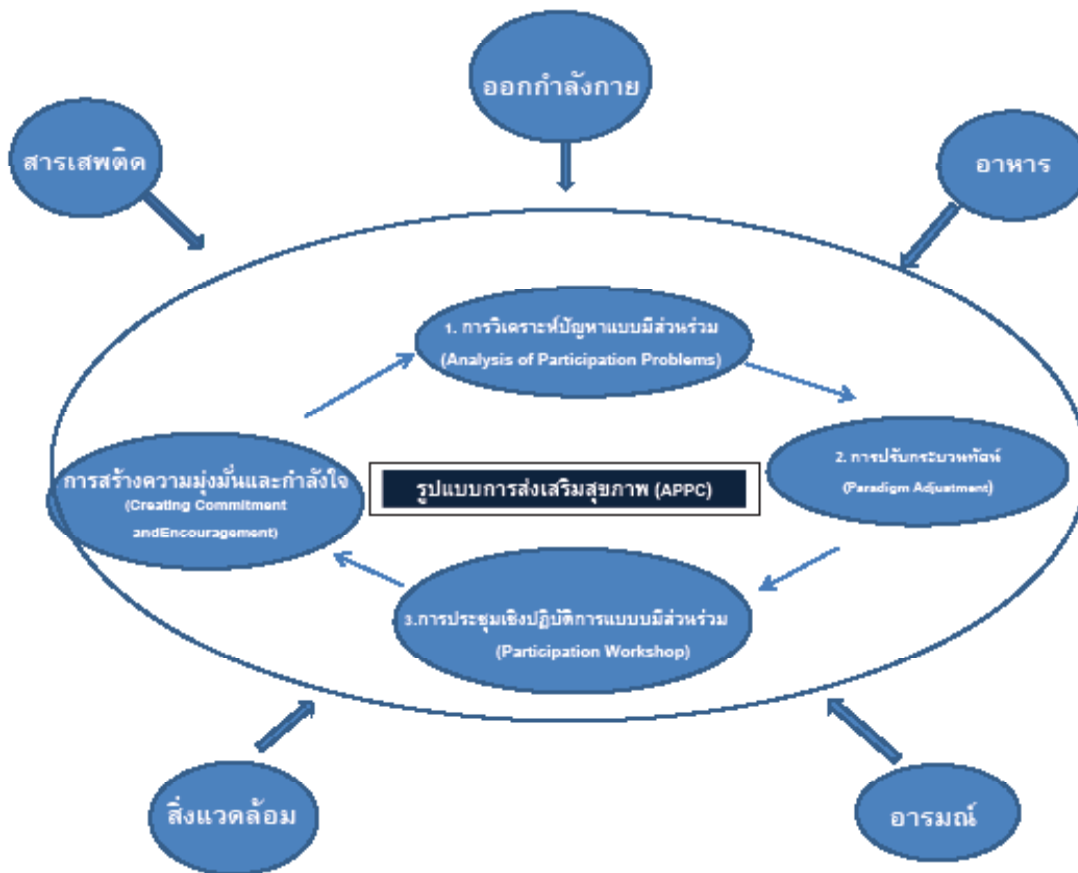
ผลการถอดบทเรียน พบว่า

1. ปัจจัยที่ส่งผลให้สำเร็จ พบว่า ผู้บริหารให้ความสำคัญในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ งบประมาณเพียงพอในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ และสถานที่กว้างขวางเพียงพอต่อการออกกำลังกายและการส่งเสริมสุขภาพ

2. ปัญหาและอุปสรรค พบว่า เวลาในการออกกำลังกายค่อนข้างมีจำกัด ให้ความสำคัญกับการทำงานมากกว่า การดูแลสุขภาพตนเอง และอุปกรณ์การออกกำลังกายยังไม่เพียงพอ

3. วิธีการแก้ปัญหาและอุปสรรค พบว่า การปรับพฤติกรรมรับประทานอาหารเช้า การใช้พลังงานของร่างกาย การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสม จัดการอารมณ์ เป็นประจำจะส่งผลต่อสถานะทางสุขภาพที่ดีขึ้น บริหารเวลาตนเองในการร่วมกิจกรรม

ภาพที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม



ส่งเสริมสุขภาพ และสนับสนุนอุปกรณ์การออกกำลังกายให้เพียงพอ

4. ข้อเสนอแนะในการทำอะไรให้ยั่งยืน พบว่า มี

นโยบายและประกาศสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ จัดทำคำสั่งคณะทำงานและประเมินผลการจัดดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ และมีการตรวจสุขภาพประจำปีทุกปี

ตารางที่ 8 พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม (104 คน)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อน (จำนวน)			หลัง (จำนวน)		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ	23	39	42	29	39	36
การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย	21	38	45	31	39	34
โภชนาการ	24	49	31	32	45	27
ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	27	49	28	44	35	25
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ	20	59	25	25	58	21
การจัดการความเครียด	32	38	34	46	37	21

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบสถานะสุขภาพก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

สถานะสุขภาพ	ก่อน		หลัง		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ดัชนีมวลกาย	23.38	1.06	22.28	1.10	0.01*
รอบเอว	88.80	4.97	80.35	11.08	0.03*
ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว	123.00	10.36	120.00	8.68	0.02*
ระดับความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว	72.50	10.00	80.40	8.69	0.03*
ระดับน้ำตาลในเลือด	93.00	21.22	90.20	20.85	0.03*
ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์	161.00	101.99	121.80	55.79	0.02*
ความเครียด	41.50	12.98	39.40	16.83	0.05*

* = p<0.05

วิจารณ์

1. ระยะเวลาวิเคราะห์ปัญหาสถานะสุขภาพ

บุคลากรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ค่าดัชนีมวลกายระดับอ้วน มีค่ารอบเอวเกิน มีภาวะไขมันสูง มีภาวะความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีภาวะอ้วนลงพุงและเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง และมีความเครียดอยู่ระดับปานกลางและสูง ข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ยังมีลักษณะค่อนข้างมีปัญหาที่จำเป็นต้องเร่งแก้ไขโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับศิริเนตร สุขดี⁽⁵⁾ ที่ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พบว่าได้ใช้แนวทางกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และเข้าร่วมทดลองใช้แนวทางปรับปรุงร่วมกันเพื่อนำไปใช้จริงจะให้ผลที่ดีขึ้น

2. การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพต่อสถานะสุขภาพของบุคลากรแบบมีส่วนร่วม

จากการระดมความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญในการกำหนดเป็นรูปแบบการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จากนั้นสรุป ปรับปรุง แก้ไขข้อมูลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และร่วมกันทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการวางแผนด้านเวลา เพื่อให้

สามารถดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพได้บ่อยเท่าที่จะทำได้ และการวางแผนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมและการออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การจัดการความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีการรับรู้ความสามารถตนเอง (p<0.05) การควบคุมตนเอง (p<0.01) และการดูแลสุขภาพตนเอง (p<0.01) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพดีขึ้น (p<0.05)⁽⁷⁾

3. การประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการถอดบทเรียนได้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ใช้คำย่อว่า APPC เป็นกระบวนการที่สำคัญ ประกอบด้วย

- 1) การวิเคราะห์ปัญหาแบบมีส่วนร่วม (analysis of participatory problems)
- 2) การปรับกระบวนทัศน์ (paradigm adjustment)
- 3) การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory workshops)
- 4) การสร้างความมุ่งมั่นและกำลังใจในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ (creating commitment and encouragement)

กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการวางแผนด้านเวลา เพื่อให้สามารถดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพได้บ่อยเท่าที่จะ

ทำได้ และการวางแผนแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ผลการประเมินผล พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิตสูงขณะหัวใจบีบตัว ความดันโลหิตสูงขณะคลายตัว ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันไตรกลีเซอไรด์ ความเครียด และพฤติกรรมสุขภาพ เปรียบเทียบก่อนและหลัง พบว่า มีความแตกต่างกันในลักษณะที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แสดงถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจะมีการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น การรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย ควบคุมอารมณ์ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ไม่ยุ่งเกี่ยวกับบุหรี่ แอลกอฮอล์ และยาเสพติดชนิดต่าง ๆ ล้วนมีผลกับสถานะสุขภาพทั้งสิ้น ดังนั้น การใช้รูปแบบ APPC ในการส่งเสริมสุขภาพ ที่มีกรอบ 3๐2ส ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ สิ่งแวดล้อมและปลอดภัย-ดีดี ย่อมส่งผลต่อสถานะสุขภาพที่ดีขึ้น และควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จะมีแนวโน้มให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวร สอดคล้องกับงานวิจัยของนพวรรณ จินแพทย์ และคณะ ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่ โดยประยุกต์ใช้แบบจำลองพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ Pender NJ เป็นกรอบแนวคิดกลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 400 คนพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 77.5 มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ⁽⁸⁾

การส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยการที่สังคมมีจิตสำนึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพและเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบบริการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบายอาจเรียกกระบวนการนี้ว่าการส่งเสริมสุขภาพสำหรับคนทั้งมวล (health promotion for all) คนทั้งมวลส่งเสริมสุขภาพ (all for health promotion) หรือคนทั้งมวลมีสุขภาพดี (good health for all) นอกจากนี้ การได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนบางกลุ่มด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม จะให้ผลลัพธ์ที่ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดและต่อเนื่อง^(7,9-12)

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม จากผลการประเมินผล แสดงถึง รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพมีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ดังนั้น ผู้บริหารด้านสุขภาพ ควรกำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่นำไปขับเคลื่อนองค์กร การทำงานร่วมกับงานสุขภาพในด้านอื่น ๆ ให้ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้บุคลากรในองค์กรมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง จิตใจ สันคัมและปัญญาที่ดี โดยมุ่งเน้นของบุคลากรมีส่วนร่วม ผู้นำ อาจารย์และบุคลากร ควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับตนเองหรือองค์กร เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพควรกระทำอย่างต่อเนื่อง จนเป็นแบบแผนของชีวิต เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพ ที่แข็งแรงไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ความสำคัญอยู่ที่ว่า สามารถควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สิ่งแวดล้อมและสิ่งเสพติดได้อย่างถูกต้อง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560–2564). กรุงเทพมหานคร: อีโมชั่น อาร์ต; 2564.
2. อติญาณ์ ศรีเกษตรริน, รุ่งนภา จันทรา, รสติกร ขวัญชุม, ลัดดา เรืองดวง. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนว 3๐ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคลองฉนาก อำเภอเมืองจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4:253–64.
3. Pender, N. J., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. Health promotion in nursing practice. 4th edition. New Jersey: Upper Saddle River; 2006.
4. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2010.
5. Centers for Disease Control and Prevention, Association of Teachers of Preventive Medicine. The competen-

- cy-to-curriculum toolkit. New York: Association for Prevention Teaching and Research; 2008.
6. เพ็ญจันทร์ ลิทธิปริชาชาญ, ปันตดา ปรียวทณม, ญานิศา โชติกะคาม. กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลมาบแค. วารสารพยาบาลทหารบก 2555; 13:8-17.
 7. ศิริเนตร สุขดี. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคติดต่อเรื้อรังด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน [ปริญญาานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2560.
 8. นวพรรณ จินแพทย์, สุปรียา ตันสกุล, นีรัตน์ อิมามี่, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. วารสารสุขศึกษา 2551;31:31-41.
 9. Cacari-Stone L, Wallerstein N, Garcia AP, Minkler M. The promise of community-based participatory research for health equity: a conceptual model for bridging evidence with policy. Am J Public Health 2014;104:1615-23.
 10. Chan M. Public health in the 21st century: optimism in the midst of precedence challenges [Internet]. 2017 [cited 209 Jan 09]. Available from: <http://www.who.int/dg/speeches/2007/030407/en?#>
 11. Freudenberg N, Tsui E. Evidence, power, and policy change in community-based participatory research. Am J Public Health 2014;104:11-4.
 12. Frerichs L, Lich K H, Dave G, Corbie-Smith G. Integrating systems science and community-based participatory research to achieve health equity. Am J Public Health 2016;106:215-22.

Abstract: Strengthen Health–Promoting Workplace Using Participatory Approach to Enhance Staff’s Health–Promoting Behaviours and Health Status in Boromarajonani College of Nursing

Vannapa Prathumtone, Ph.D. (Educational Administration)*; Panarat Chenchob, Ph.D. in Nursing (Health – Promotion)*; Somtakul Rasiri, Ph.D. (Watershed and Environmental Management)**; Nantawan Teerapong, M.N.S. (Education Nursing)**

* Boromarajonani College Nursing, Buddhachinaraj; ** Sirindhorn College Of Public Health, Phitsanulok Province, Thailand

Journal of Health Science 2019;28(Special Issue):96–108.

The purposes of this research were to study the health status and health problems, conditions, health–promotion of engagement of personnel; and to develop a model to promote health behaviours of the personnel using participatory approach. It was conducted in 4 phases. The phases 1&2 were to assess the situation of health status and health promoting behaviours, and to develop a participatory health promotion model among 46 participants purposively recruited from Boromarajonani College of Nursing. The phase 3 involved further refinement of the model; and the phase 4 was for model testing and evaluation in 104 personnel. The study tools included (1) a medical instrument to measure health condition; (2) guideline for group discussion; (3) guideline for conversational exercise to evaluate the model; (4) stress measurement form; and (5) topics for collecting lessons learnt. Data were analyzed by using descriptive statistics and content analysis. It was found that the majority of personnel were at moderate risk of non–communicable diseases, obesity, waist circumference, high blood pressure, high blood sugar, high blood cholesterol, and high level of stress. For the health promotion model development, 4 steps were applied which included (1) participatory analysis of problems, (2) paradigm shifting, (3) conducting workshops; and (4) setting determination and motivation for health promotion. The participation of study subjects in the process was ensured. After the model implementation, a significant decline of various risk indicators were observed among the participants ($p < 0.05$). The so–called APPC model was comprised of 4 essential components: (1) analysis of the problems through participatory process, (2) analysis of the problems through participatory process, (2) paradigm adjustment, (3) participatory workshops, and (4) commitment and encouragement. Thus, the model should be routinely promoted in educational settings through an integration within health promotion curriculum, with participation of both faculty staff and students.

Keywords: strengthen of health promoting behaviors, workplace, health status, engagement