การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

Health Promotion and Disease Prevention in Community : An Application of Concepts and Theories to Practice



รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา
รศ.ดร.สุรินธร กลัมพากร
รศ.ดร.สุนีย์ ละกำปั่น
ผศ.ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้รับการสนับสนุนจาก
แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ระยะที่ 2
และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน:
การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

Health Promotion and Disease Prevention in Community :
An Application of Concepts and Theories to Practice

Assoc.Prof. Arpaporn Powwattana
Assoc.Prof. Surintorn Kalampakorn
Assoc.Prof. Sunee Lagampan
Asst.Prof. Kwanjai Amnatsatsue
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ISBN : 978-616-223-147-6

พิมพ์ครั้งที่ 1 : พฤศจิกายน 2554
พิมพ์ที่ : หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา โทร. 0-4332-8589-91
จัดพิมพ์และเผยแพร่ :
แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย.สสส.) ระยะที่ 2
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40002

สนับสนุนโดย : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ

Health Promotion and Disease Prevention in Community : An Application of Concepts and Theories to Practice



รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา
รศ.ดร.สุรินธร กลัมพากร
รศ.ดร.สุนีย์ ละกำปั่น
ผศ.ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้รับการสนับสนุนจาก
แผนงานพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ระยะที่ 2
และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

คำนิยม

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ เล่มนี้เป็นผลงานการจัดทำตำราของภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ได้รับการสนับสนุนจากแผนงาน พย.สสส. ระยะที่ 2 (2551-2553) ภายใต้โครงการการสนับสนุนการจัดทำเอกสารและตำราทางวิชาการด้านการสร้างเสริมสุขภาพในสาขาพยาบาลศาสตร์ โดยการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งในโครงการฯนี้ ประกอบด้วยการจัดทำตำรากลางสำหรับการสอนรายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และการจัดทำตำราของสถาบันเพื่อใช้ประกอบการเรียนการสอนในหลักสูตรที่เปิดสอนของแต่ละสถาบัน

กระบวนการจัดทำเอกสารและตำราด้านการสร้างเสริมสุขภาพของแผนงานฯ นี้ มีการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสามท่านทั้งในการพิจารณาเค้าโครงและตรวจสอบคุณภาพผลงาน เอกสารและตำราที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดจะได้รับการพิจารณาให้สนับสนุนการตีพิมพ์ผลงานเพื่อเผยแพร่ต่อไป

การสนับสนุนให้มีตำราด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่มีคุณภาพ นอกจากจะเกิดประโยชน์โดยตรงต่อสถาบันการศึกษาแล้ว ยังเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพการพยาบาลและสังคม ในการผลิตพยาบาลที่มีสมรรถนะเป็นนักสร้างเสริมสุขภาพ ที่มีความสามารถในการสร้างเสริมพลังอำนาจแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ครอบครัว และชุมชนที่เกี่ยวข้องได้อย่างยั่งยืน

การดำเนินโครงการจัดทำเอกสารและตำราด้านการสร้างเสริมสุขภาพในครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยการสนับสนุนจากหลายฝ่าย อาทิ คณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงาน พย.สสส. ที่ประชุมคณบดีสาขาพยาบาลศาสตร์ (ทค.พย.) พร้อมทั้งทีมจัดการของแผนงานฯ และที่สำคัญคือ คณะผู้เขียน รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ ที่ได้กรุณาสละเวลาในการสร้างสรรค์ผลงานวิชาการที่มีคุณภาพ และอนุญาตให้เผยแพร่ผลงานแก่สถาบันการศึกษาสาขาพยาบาลศาสตร์ สถาบันการบริการสุขภาพทั้งในสถาบันและในชุมชน ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประโยชน์สืบไป

แผนงาน พย.สสส. ขอขอบคุณคณะผู้เขียนและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนที่ได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในครั้งนี้ และยินดีรับข้อเสนอแนะเพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงผลงานที่ให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์
ผู้จัดการแผนงาน พย.สสส. ระยะที่ 2 (2551-2553)
กันยายน 2554

คำนำ

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคถือเป็นหนึ่งในสมรรถนะหลักของนักศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา และถือเป็นคุณลักษณะพึงประสงค์ที่สำคัญของบุคลากรสุขภาพ ตำราเล่มนี้มีวัตถุประสงค์หลักในการนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน และประกอบการเรียนการสอน เนื้อหาประกอบด้วยสาระหลักที่สำคัญ 6 บท ประกอบด้วย ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ การประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน กลยุทธ์และกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพตามวัย ประเด็นและแนวโน้มการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ในแต่ละบทสาระประกอบด้วยแนวคิดหลัก วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เนื้อหาและการประยุกต์ใช้ บทสรุป คำถามนำอภิปราย

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านด้วยจิตคารวะที่ได้ให้ความรู้ เป็นทั้งแม่แบบและแรงบันดาลใจ ขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาที่อบรมสั่งสอน สร้างความมั่นใจและเป็นกำลังใจจนถึงทุกวันนี้ ขอขอบคุณแผนพัฒนาเครือข่ายพยาบาลศาสตร์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (พย.สสส.) ระยะที่ 2 และ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่สนับสนุนการจัดทำตำรา หากตำราเล่มนี้มีข้อบกพร่องประการใดคณะผู้เขียนขอน้อมรับไว้ เพื่อใช้ในการปรับปรุงและพัฒนาให้ตำราเล่มนี้เป็นคู่มือในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินธร กลัมพากร
รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำปั่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ

กันยายน 2554

สารบัญ

	หน้า
คำนิยม	ก
คำนำ	ข
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญรูป	ฌ
สารบัญแผนภูมิ	ญ
บทที่ 1 ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ	1
ความหมายของสุขภาพ	2
ปัจจัยกำหนดสุขภาพ	5
วิวัฒนาการการสร้างเสริมสุขภาพ	7
แนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพ	12
ความแตกต่างของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	16
การสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน	17
การประเมินความต้องการ	19
การวางแผน	20
การลงมือปฏิบัติ	21
การประเมินผล	21
การปรับเปลี่ยนตามผลการประเมิน	21
การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	23
ปัจจัยสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วม	25
การประเมินการมีส่วนร่วม	25
สรุป	25
คำถามนำอภิปราย	26
บรรณานุกรม	27

		หน้า
บทที่ 2	**การประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน**	**29**
	กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาของพฤติกรรมสุขภาพ	31
	หลักการของกรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาของพฤติกรรมสุขภาพ	31
	การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาในการดำเนินงานหลายระดับขั้น	34
	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	35
	องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ	38
	การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ	40
	ทฤษฎีความสามารถตนเอง	41
	แนวคิดของทฤษฎีความสามารถตนเอง	41
	การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตัวเอง	50
	แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	51
	แนวคิดของแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	51
	การประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ	56
	ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	57
	ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	58
	กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	59
	การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ	61
	PRECEDE-PROCEED Framework	62
	แนวคิดหลักของ PRECEDE-PROCEED Framework	62
	การประยุกต์ PRECEDE Framework ในการสร้างเสริมสุขภาพ	65
	สรุป	68
	คำถามนำอภิปราย	68
	บรรณานุกรม	69

		หน้า
บทที่ 3	**กลยุทธ์และกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน**	**71**
	ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ	73
	กลยุทธ์และกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพ	73
	การชี้แนะสนับสนุน	74
	การเพิ่มความเข้มแข็ง	74
	การเป็นตัวกลาง	74
	กลวิธีปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ	75
	การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	75
	การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน	78
	การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง	81
	การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	82
	การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข	83
	การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพไปสู่อนาคต	84
	การสื่อสารสุขภาพและการตลาดเชิงสังคม	85
	การชี้แนะสาธารณะเพื่อสุขภาพ	90
	สรุป	92
	คำถามนำอภิปราย	92
	บรรณานุกรม	93
บทที่ 4	**การสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะพฤติกรรม**	**95**
	การออกกำลังกาย	96
	ปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกาย	97
	การส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน	99
	โภชนาการ	107
	ปัจจัยที่มีผลต่อโภชนาการ	109
	การส่งเสริมโภชนาการในชุมชน	111
	ตัวอย่างการจัดกิจกรรมการส่งเสริมโภชนาการในโรงพยาบาล	116
	ความเชื่อมโยงของการจัดกิจกรรมการส่งเสริมโภชนาการในระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน	119
	การจัดการความเครียด	123

		หน้า
	ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด	124
	การจัดการความเครียดในชุมชน	126
	การลดพฤติกรรมเสี่ยง	128
	พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ	129
	การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในชุมชน	130
	พฤติกรรมการสูบบุหรี่	132
	กลวิธีและกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน	132
	พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์	135
	การควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน	136
	คำถามนำอภิปราย	138
	บรรณานุกรม	139
บทที่ 5	**การสร้างเสริมสุขภาพตามวัย**	**143**
	การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในวัยเด็ก	**144**
	พัฒนาการของเด็ก	144
	ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในเด็ก	148
	ปัญหาเด็กอ้วนและน้ำหนักเกิน	148
	การบาดเจ็บและอุบัติเหตุในเด็ก	149
	ความบกพร่องในการเรียนรู้	151
	แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็ก	153
	การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	153
	การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	154
	การสร้างเสริมความเข้มแข็งของกิจกรรมชุมชน	155
	การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	156
	สรุป	157
	คำถามนำอภิปราย	157
	บรรณานุกรม	158
	การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในวัยรุ่น	**162**
	พัฒนาการของวัยรุ่น	162
	ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น	165

	หน้า
แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในวัยรุ่น	169
ปัญหาที่พบบ่อยในวัยรุ่น	171
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร	171
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ	172
การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	175
พฤติกรรมเสี่ยงร่วม (บุหรี่ แอลกอฮอล์ ยาเสพติด)	178
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพสารเสพติด	180
การจัดการกับการเสพสารเสพติดในวัยรุ่น โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	181
สรุป	184
คำถามนำอภิปราย	185
บรรณานุกรม	186
การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในวัยทำงาน	**190**
ลักษณะของวัยทำงาน	190
ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยทำงาน	192
ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในวัยทำงาน	192
ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงาน	193
หลักการเบื้องต้นของมาตรการที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของคนวัยทำงาน	193
แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงาน	194
สรุป	198
คำถามนำอภิปราย	198
บรรณานุกรม	198
การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ	**199**
สถานการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	199
ปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ	202
ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	204
แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ	207
ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ	210

		หน้า
	สรุป	211
	คำถามนำอภิปราย	211
	บรรณานุกรม	212
บทที่ 6	**ประเด็นและแนวโน้มการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน**	**215**
	ปัจจัยพื้นฐานของความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน	216
	การลงทุนด้านสุขภาพ	216
	การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ	220
	การประเมินผลในการสร้างเสริมสุขภาพ	223
	ประเด็นการวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน	233
	ประเด็นการวิจัยสร้างเสริมสุขภาพชุมชนในประเทศสหรัฐอเมริกา	233
	ประเด็นการศึกษาวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย	235
	งานวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนในประเทศไทย	239
	ทิศทางการวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน	241
	สรุป	242
	คำถามนำอภิปราย	242
	บรรณานุกรม	243
ดัชนี		**245**

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1-1	การเปรียบเทียบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	16
ตารางที่ 1-2	ตัวอย่างการควบคุมการสูบบุหรี่ในชุมชน	22
ตารางที่ 2-1	กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	60
ตารางที่ 4-1	ปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกายจำแนกตามกลุ่มวัย	98
ตารางที่ 4-2	การจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกาย	101
ตารางที่ 4-3	ตัวอย่างการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนโดยใช้กิจกรรมที่หลากหลายระดับ	102
ตารางที่ 4-4	กลวิธีและกิจกรรมในการส่งเสริมการออกกำลังกายในระดับชุมชน	103
ตารางที่ 4-5	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ	110
ตารางที่ 4-6	การจัดกิจกรรมการส่งเสริมโภชนาการในชุมชน	115
ตารางที่ 4-7	สาระและเนื้อหาในการให้ข้อมูลนักเรียนเกี่ยวกับการส่งเสริมโภชนาการในโรงเรียน	117
ตารางที่ 4-8	สาระและเนื้อหาในการให้ข้อมูลครูเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับประทานอาหารในโรงเรียน	118
ตารางที่ 4-9	การเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน	120
ตารางที่ 5-1	พัฒนาการของวัยรุ่น	163

สารบัญรูป

		หน้า
รูปที่ 1-1	แนวคิดสุขภาพ	4
รูปที่ 1-2	การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน	22

สารบัญแผนภูมิ

		หน้า
แผนภูมิที่ 2-1	แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค	37
แผนภูมิที่ 2-2	ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์	43
แผนภูมิที่ 2-3	กระบวนการของการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ	49
แผนภูมิที่ 2-4	แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์	52
แผนภูมิที่ 2-5	PRECEDE-PROCEED Framework	67



บทที่ 1

ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา

แนวคิดหลัก

สุขภาพเป็นสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค และความพิการเท่านั้น ในอดีตสุขภาพถูกมองเชื่อมโยงกับการไม่เจ็บป่วย รูปแบบการบริการสาธารณสุขจึงเน้นที่การรักษาและฟื้นฟูสภาพ ทำให้เกิดผลกระทบคือ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้น ทำให้รัฐต้องให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยยึดถือกลวิธีของการสร้างนโยบายสาธารณะ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพ ใช้แนวคิดของการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชนที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดบทนี้ ผู้อ่านสามารถ

1. บอกความหมายของสุขภาพ
2. ระบุปัจจัยกำหนดสุขภาพ
3. บอกความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
5. วิเคราะห์แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนและการสร้างการมีส่วนร่วม

ความหมายของสุขภาพ

คำว่า "สุขภาพ หรือ health" มีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมัน "hoelth" ที่มีความหมายครอบคลุมถึงความปลอดภัย (safe) ไม่มีโรค (sound) หรือทั้งหมด (whole) ในพจนานุกรมออกซ์ฟอร์ด จึงให้ความหมายของ health ว่าเป็นความไม่มีโรคทั้งร่างกายและจิตใจ สุขภาพของแต่ละบุคคลจึงแตกต่างกันขึ้นกับความแตกต่างของบุคคล บางคนอาจมองสุขภาพเพียงการปราศจากโรค แต่บางคนอาจมองสุขภาพเป็นการบรรลุเป้าหมายสูงสุดของชีวิต ซึ่งแนวคิดด้านสุขภาพมีความแตกต่างกัน ดังเช่น องค์การอนามัยโลก โอเร็ม เพนเดอร์ และ ประเวศ วะสี ที่กล่าวถึงสุขภาพ ไว้ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1986) ให้ความหมายสุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต และทางสังคม ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค และความพิการเท่านั้น จากแนวคิดนี้จะเห็นได้ว่าสุขภาพเป็นการมองบุคคลเป็นองค์รวม คือ ทั้งกาย จิต และสังคม และสุขภาพ คือ สุขภาวะ (well-being) ซึ่งเป็นภาวะที่เป็นสุข การที่บุคคลจะบรรลุถึงสภาพของความเป็นสุขได้นั้น ต้องบรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (self-actualization) และการปราศจากโรค หรือความพิการ ที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลก พ.ศ.2541 ได้เติมสุขภาวะทางจิตวิญญาณ (spiritual well-being) ในความหมายเดิม จึงทำให้สุขภาพครอบคลุมความเป็นองค์รวมของบุคคลมากขึ้น ซึ่งเชื่อมโยงกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1995) ที่กล่าวถึงสุขภาพว่าเป็นภาวะที่สมบูรณ์ ไม่บกพร่องทั้งร่างกาย จิต สังคม และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ถึงแม้ว่าโอเร็มให้ความสำคัญกับตัวบุคคล แต่การมีสุขภาพที่ดีต้องอาศัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นบริบทสำคัญของการสร้างสุขภาพ สิ่งแวดล้อมในแนวคิดของโอเร็มเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ช่วยในการพัฒนาสุขภาพโดยบุคคลรอบข้างเป็นสิ่งแวดล้อมเพื่อให้บุคคลได้พัฒนาให้บรรลุเป้าหมายของตนเอง ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับเพนเดอร์ (Pender, 1996) ที่กล่าวถึงสุขภาพที่ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงการรักษาเสถียรภาพ (stability) ตามแนวคิดด้านคลินิก ด้านบทบาท และด้านการปรับตัวเท่านั้น แต่มองสุขภาพเป็นการพัฒนาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายสูงสุดในชีวิต ดังนั้นความหมายของสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์จึงเป็นการบรรลุถึงการใช้ศักยภาพส่วนบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิดและที่ได้รับการพัฒนา เป็นการใช้ความสามารถในการดูแลตนเองและมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ในขณะเดียวกันก็มีการปรับตัวเพื่อรักษาความมั่นคงของโครงสร้าง และสอดคล้องกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญกับตนเอง ซึ่งบุคคลจะบรรลุภาวะนี้ได้จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย

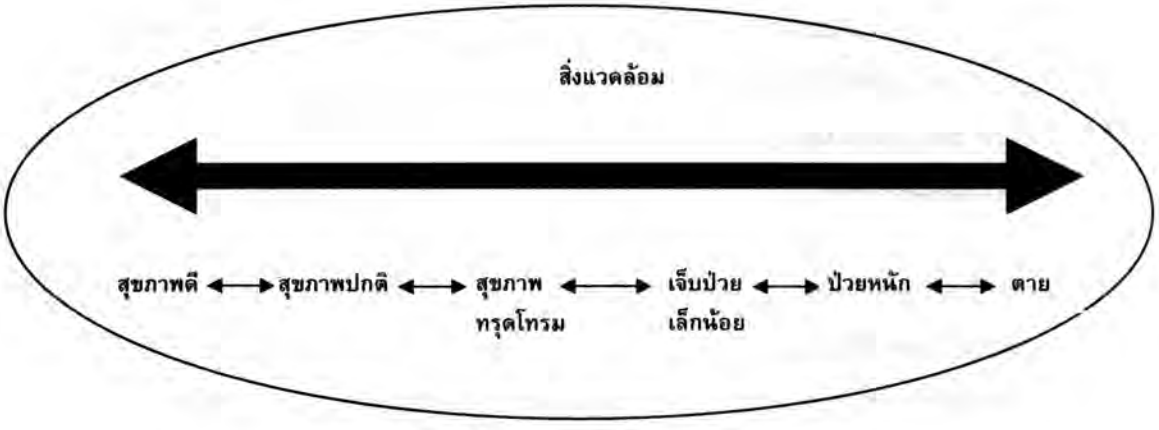
สำหรับประเทศไทยมีการนำคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกมาประยุกต์ให้เข้ากับขนบธรรมเนียมวัฒนธรรมและประเพณีของไทย และพุทธศาสนา โดย ศาสตราจารย์ นพ. ประเวศ วะสี ได้เพิ่มเติม สุขภาวะทางปัญญา (intellectual well-being) ในความหมายของคำว่าสุขภาพตามแนวคิดสากล ดังนั้น สุขภาพ ตามแนวคิดของคนไทยจึงเป็นสุขภาวะทางกาย ทางจิตวิญญาณ ทาง

สังคม และทางปัญญา และมองสุขภาพในเชิงบวกเป็นสุขภาวะ คือ ความสุข ความเป็นอิสระหรือการหลุดพ้นจากความบีบคั้น ดังนั้น สุขภาวะ คือ การหลุดพ้นจากความบีบคั้นต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา (ประเวศ วะสี, 2541)

ความบีบคั้นทางกาย	ร่างกายที่เจ็บป่วย ไม่แข็งแรง การไม่พอกินพอใช้ ความยากจน สิ่งแวดล้อมไม่ดี
ความบีบคั้นทางจิตใจ	ความเครียด ความเกลียด ความโกรธ การไม่มีสติ ไม่มีสมาธิ
ความบีบคั้นทางจิตวิญญาณ	ความเห็นแก่ตัว ความไม่เห็นคุณค่าในตนเอง
ความบีบคั้นทางสังคม	ความสัมพันธ์ที่บีบคั้นในครอบครัว ชุมชน โรงเรียน ที่ทำงาน ระบบทางสังคมที่ไม่ดี
ความบีบคั้นทางปัญญา	ความบีบคั้นจากความไม่รู้

จะเห็นได้ว่าสุขภาพในแนวคิดที่ประยุกต์ใช้ในประเทศไทยมีความหมายที่มากกว่าความเจ็บป่วย การรักษาให้หลุดพ้นจากโรค ความพิการต่างๆที่เกิดขึ้น แต่สุขภาพคือสุขภาวะหรือความเป็นอิสระหลุดพ้นจากความบีบคั้นทั้งทางกาย ทางจิต (จิตวิญาณ) ทางสังคม และทางปัญญา การพัฒนาสุขภาพที่ดีต้องอยู่บนรากฐานของการมีคุณธรรม และจริยธรรม เคารพในสิทธิ คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เพื่อสร้างความเท่าเทียม และสอดประสานกันอย่างมีบูรณาการ โดยใช้ปัญญา/ความรู้เป็นฐาน ประสานกับวิถีชีวิตและสังคม เพื่อการพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสมและยั่งยืน เป็นระบบที่เน้นการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในสังคม (all for health) เพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนทั้งมวล (health for all) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก ลงวันที่ 19 มีค. 2550) ได้มีการกำหนดความหมายของสุขภาพไว้ว่า "สุขภาพ หมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล"

จากแนวคิดที่กล่าวข้างต้น สุขภาพและความเจ็บป่วยถือเป็นสิ่งที่อยู่ร่วมกันบนเส้นชีวิต ซึ่งแสดงภาวะต่างๆ ตั้งแต่สุขภาพดีที่สุด จนกระทั่งเจ็บป่วย พิการ และเสียชีวิต แต่การแสดงออกของภาวะสุขภาพต้องเกิดจากการบูรณาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม บุคคลเป็นผู้รับบทบาทในการทำให้สมดุลย์ระหว่างตนเองและสิ่งแวดล้อม ดังแสดงในรูปที่ 1-1



รูปที่ 1-1 แนวคิดสุขภาพ

จากแนวคิดสุขภาพที่แสดงถึงความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวมและมีความสมดุลขององค์ประกอบทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา ระบบสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่สะท้อนของความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ สารานุกรมสาธารณสุขให้ความหมายระบบสาธารณสุขว่าเป็นการจัดการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระบบบริการสาธารณสุขมีความหมายว่าการบริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ระบบสุขภาพออกได้ 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นระบบที่แคบที่สุด คือระบบบริการที่มุ่งการดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล ทั้งด้านการรักษาพยาบาล การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

ระดับที่ 2 เป็นระดับที่รวมบริการนอกตัวบุคคล เช่น การควบคุมโรคในชุมชน การอนามัยครอบครัว และชุมชน แต่ยังไม่รวมกิจกรรมในสาขาอื่น ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพด้วย เช่น เรื่องน้ำสะอาด สุขาภิบาล เรื่องการออกกฎหมายลดสารตะกั่วในน้ำมัน เป็นต้น

ระดับที่ 3 เป็นระดับที่รวมกิจกรรมในสาขาอื่น ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพเข้าไปด้วย เช่น การกำจัดขยะ น้ำสะอาด ความปลอดภัยบนท้องถนน เป็นต้น

ระดับที่ 4 เป็นระดับที่กว้างที่สุด ที่รวมเอากิจกรรมทั้งหมดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพหรือไม่ก็ตาม เช่น การศึกษา การท่องเที่ยว การเกษตร การผังเมือง การยุติธรรม การเศรษฐกิจ เป็นต้น

ระบบสุขภาพในร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จึงมีความหมายครอบคลุมไปถึงคำจำกัดความในระดับที่ 4 ส่วนระบบสาธารณสุข (Public Health System) ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพมีความหมายครอบคลุมคำจำกัดความในระดับที่ 1, 2 และ 3 ส่วนระบบบริการสาธารณสุข (health care /

service systems) ครอบคลุมระดับที่ 1 และเลยไปถึงบางส่วนของระดับที่ 2 เช่น งานบริการอนามัยครอบครัวและชุมชน เป็นต้น

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ หรือ health determinants จำแนกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสาธารณสุข (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2550) ปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย ปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และ พฤติกรรม ปัจจัยทางชีวภาพถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ติดตัวมาแต่กำเนิดที่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษทั้ง 2 ฝ่าย คือ พันธุกรรม ที่แฝงตัวอยู่ในโครโมโซมของทุกคน บอร์ซ (Bortz, 2005) ได้เปรียบเทียบปัจจัยทางชีวภาพกับรถยนต์ อายุการใช้งานของรถยนต์ขึ้นอยู่กับปัจจัย 4 ประการ คือ ประเภท (design) การเกิดอุบัติเหตุ (accident) การบำรุงรักษา (maintenance) และความเสื่อมโทรม (aging) ซึ่งเปรียบเทียบได้กับสุขภาพของบุคคล ที่ได้รับผลกระทบของ 4 ปัจจัย คือ พันธุกรรม (genes) ความสามารถในการควบคุมปัจจัยภายนอก (external agency) ความสามารถในการควบคุมปัจจัยภายใน (internal agency) และความชราภาพ (aging) รถยนต์จะมีอายุการใช้งานยาวนานขึ้นกับชนิดของเครื่องยนต์ รถยนต์บางคันมีเครื่องยนต์ที่ดี แต่เกิดอุบัติเหตุบ่อย และไม่ได้รับการบำรุงรักษา ก็จะทำให้อายุการใช้งานลดน้อยลง เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องยนต์ชนิดเดียวกันแต่ได้รับการดูแลรักษาที่ดี เปรียบได้กับมนุษย์เมื่อบุคคลได้รับการถ่ายทอดโรคทางพันธุกรรม ทำให้ตนเองมีโอกาสในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่าคนอื่นๆ ประกอบกับเมื่อมีปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมภายนอก เช่น อุบัติเหตุ โรคติดเชื้อ มะเร็ง ร่วมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่ดีพอ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ความเครียด ก็ส่งผลให้ร่ายกายเสื่อมโทรม เข้าสู่ความชราภาพก่อนวัยอันควร นอกเหนือจากพันธุกรรมแล้ว เพศและอายุถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่กำหนดสุขภาพ โดยแบ่งตามกลุ่มอายุ (ทารก เด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน และคนชรา) และปัจจัยเสี่ยงทางเพศ (เพศหญิง เพศชาย) ซึ่งมีพฤติกรรมที่ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงตามวัยและเพศ

ส่วนปัจจัยด้านจิตใจครอบคลุมความรู้สึก การรับรู้ ความเชื่อ และค่านิยมของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรม ซึ่งเป็นตัวกำหนดการเกิดโรค เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการกระทำ เช่น บุคคลที่มีความรู้สึกที่ดีต่อการสูบบุหรี่ และมีโอกาสในการเข้าถึงบุหรี่ ก็จะสูบบุหรี่มากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้ว่าการสูบบุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2550)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพ พฤติกรรมที่กล่าวถึงนี้ครอบคลุมทั้งพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยทั่วไป และพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันโดยทั่วไป มีทั้งการเรียน การทำงาน การติดต่อสื่อสาร การเล่น สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ พฤติกรรมที่ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพ เช่น ถ้าบุคคลสามารถเรียน

รู้ได้อย่างต่อเนื่อง และสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดำรงชีวิต ก็จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี หรือบุคคลที่ทำงานหนัก เครียดไม่มีเวลาพักผ่อน ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของตนเองและครอบครัวโดยรวม ส่วนพฤติกรรมสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่มีผลต่อการเกิดโรค เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การขับขี่ด้วยความประมาท เป็นต้น

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมแบ่งเป็น 3 ด้านได้แก่ ด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคม (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2550) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพครอบคลุมสภาพแวดล้อมที่เป็นกายภาพทั้งหมด เช่น ที่อยู่อาศัย การจราจร สวนสาธารณะ อุปกรณ์ออกกำลังกาย เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน บุหรี่ แอลกอฮอล์ สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีชีวิต ซึ่งเปรียบได้กับ agent ในเชิงระบาดวิทยาที่มีผลต่อการเกิดโรค ในที่นี้ประกอบด้วย เชื้อโรค สัตว์ และมนุษย์ ผักและผลไม้ สิ่งแวดล้อมด้านสังคม ครอบครัว ชุมชน สังคม นโยบายสาธารณะ ที่ส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เกิดปัญหามลพิษ ปัญหาเคลื่อนย้ายแรงงาน การว่างงาน การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและค่านิยมของประชาชน ความยุติธรรมและความเป็นธรรมทางสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน พฤติกรรมเป็นผลสืบเนื่องจากวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อ ทัศนคติ วิถีปฏิบัติ และความเหลื่อมล้ำทางสังคมในโอกาสในการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรที่จะสนับสนุนให้มีทางเลือกในการมีสุขภาพดี (Levin & Browner, 2005) ซึ่งแตกต่างกันตามฐานะทางเศรษฐกิจ

ระบบบริการสาธารณสุข ครอบคลุมทั้งสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ การพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์และการสาธารณสุข และการสร้างเครือข่าย ระบบบริการสาธารณสุข ส่งผลต่อการลดอัตราป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ โดยเฉพาะโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนและการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เช่น กาฬโรค โปลิโอ ไข้ทรพิษ เป็นต้น เน้นที่การเข้าถึงบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ส่งเสริมให้มีการป้องกันและควบคุมโรคที่ป้องกันได้ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2550) ลดค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการรักษาที่เกินความจำเป็น เช่น การใช้ยาที่เกินความจำเป็น ก่อให้เกิดการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น สิ่งเหล่านี้ที่เกิดจากระบบบริการสุขภาพที่มีผลกระทบโดยตรงต่อการเข้าถึงบริการ เนื่องจากประเทศไทยมีความเหลื่อมล้ำทางฐานะเศรษฐกิจทำให้บุคคลมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพไม่เท่าเทียมกัน พัฒนาระบบความคิดของบุคลากรสุขภาพให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค มากกว่าการรักษาพยาบาล และกำหนดทางเลือกของการดูแลตนเองโดยใช้ภูมิปัญญาในพื้นที่ เพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับวิถีชีวิตของบุคคล

จึงสรุปได้ว่าปัจจัยกำหนดสุขภาพ ไม่เพียงแต่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล เช่น พันธุกรรม อายุ เพศ เท่านั้น แต่ยังได้รับผลกระทบจากปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคม และ ระบบบริการสาธารณสุข ปัจจัยแต่ละด้านมีความเชื่อมโยงและส่งผลกระทบ

ต่อกันทั้งทางตรงและทางอ้อม เปรียบได้กับการเคลื่อนไหวอย่างเป็นพลวัตร ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลและภาคสังคมในการเข้ามามีบทบาทในการควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพ

วิวัฒนาการการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 1 - 5 เน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การผลิต และพัฒนาบุคลากร เพื่อการจัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้วยการจัดโครงสร้างการบริหารจัดการระดับเขต และระดับจังหวัด รวมทั้งการสนับสนุน ส่งเสริม พันธมิตรและภาคีเครือข่ายทั้งภาคราชการที่เกี่ยวข้อง องค์กรปกครองท้องถิ่น องค์กรเอกชน และองค์กรสาธารณประโยชน์

ช่วงปลายแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 พ.ศ. 2529 ได้มีการประกาศใช้ประกาศกฎบัตรออตตาวา กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพที่ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นระบบมากขึ้น เช่น 1) นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ให้ พ.ศ. 2545 เป็น "ปีการสร้างเสริมสุขภาพ" 2) การปรับระบบบริการสาธารณสุข ให้บูรณาการสร้างเสริมสุขภาพกับการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ 3) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารเพื่อการป้องกันโรค 4) การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และ 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยกระบวนการเมืองน่าอยู่ โดยใช้กลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐาน และการมีส่วนร่วมของประชาชน จุดเริ่มของการพัฒนา เป็นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ การอนามัย และการป้องกันโรค เช่น การอนามัยแม่และเด็ก ทั้งการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การลดความเสี่ยงจากการตั้งครรภ์ การลดอัตราตายมารดาและทารก การคลอด การดูแลมารดาและทารกหลังคลอด การป้องกันโรคในมารดาและเด็ก และการวางแผนครอบครัว

ในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 - 7 ซึ่งได้รับอิทธิพลจากอเดลเลดด์ ชาร์เทอร์ พ.ศ. 2531 (Adelaid Charter) และ ซันสวอลล์ ชาร์เทอร์ พ.ศ. 2534 (Sunswall Charter) ที่เน้นเรื่องนโยบายสาธารณะ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ บุคคลมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลขั้นพื้นฐาน กิจกรรมในช่วงนี้เน้นการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดหาน้ำสะอาด การสร้างส้วม การสุขาภิบาลอาหารและน้ำ การเฝ้าระวัง ควบคุม และพิทักษ์สิ่งแวดล้อม ทั้งอากาศ น้ำ ขยะ และสิ่งก่อเหตุรำคาญ ก็ดำเนินการควบคู่กับการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุขด้วยโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) เพื่อลดปัญหาการกระจายบริการ การกระจายบุคลากร คุณภาพบริการ และความไม่เป็นธรรม ภาพของการพัฒนาสาธารณสุขแบบองค์รวมอย่างบูรณาการโดยเน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนาฉายเด่นชัดขึ้นในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ผ่านทางระบบบริการสาธารณสุขที่ผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพ

การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนคำนึงถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งปัจจัยนอกระบบสาธารณสุขที่มีผลต่อสุขภาพ ทั้งปัจจัยเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง และเทคโนโลยี

การส่งเสริมสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 ใช้แนวทางของจาการ์ตา ชาร์เทอร์ (Jakarta Charter) ที่เน้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้การบริการแบบบูรณาการ เน้นกลยุทธ์หลักของ ออตตาวา ชาร์เตอร์ (Ottawa Charter) ยึดพื้นที่เป็นฐาน ประสานงานทุกภาคส่วน และสร้างพลังอำนาจส่วนบุคคล ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นไปในแนวทางที่พัฒนาสุขภาพโดยรวม (promote well-being) ทั้งด้าน โภชนาการ ทันตสุขภาพ การอนามัยเจริญพันธุ์และการออกกำลังกายตามกลุ่มอายุ ทั้งแม่และเด็ก นักเรียนและเยาวชน วัยทำงานและวัยเจริญพันธุ์ และผู้สูงอายุ และการควบคุมและป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จะเห็นได้ว่าในช่วงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 ต่อฉบับที่ 9 นั้นเป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพของคนไทยอย่างชัดเจน เน้นที่การสร้างนำซ่อม ให้ความสำคัญกับการสร้างสุขภาพและการควบคุมโรค การกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น

นอกจากมาตรการทางเทคนิค และมาตรการทางสังคมดังกล่าวแล้ว มาตรการทางกฎหมายเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ได้เข้ามามีบทบาทในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 – 2549) ซึ่งถือว่าการสร้างเสริมสุขภาพต้องเป็นความรับผิดชอบส่วนบุคคล และรัฐบาลต้องมีนโยบายสนับสนุนให้มีการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการดูแลสุขภาพ เช่น การรณรงค์ไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การใช้หมวกนิรภัย เข็มขัดนิรภัย และการรณรงค์เมาไม่ขับ เป็นต้น

กฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) ที่ประกาศในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 เมื่อสิงหาคม พ.ศ.2548 ณ กรุงเทพมหานคร โดยองค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุขไทย และสมาชิกประเทศ ได้เสนอพันธะสัญญาที่จะส่งเสริมสุขภาพประชากรโลก ด้วยกลยุทธ์สร้างเสริมสุขภาพยุคโลกาภิวัฒน์ ดังนี้ 1) การชี้นำ (advocacy) เพื่อสุขภาพบนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนและภราดรภาพ 2) การลงทุน (invest) เพื่อการพัฒนานโยบายที่ยั่งยืน เพื่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และการดำเนินงาน 3) การสร้างศักยภาพ (building capacity) เพื่อการพัฒนานโยบาย สร้างภาวะผู้นำ พัฒนาทักษะส่งเสริมสุขภาพ การบริหารจัดการความรู้ และความแตกฉานด้านสุขภาพ 4) กฎหมาย กฎเกณฑ์และระเบียบ (regulation) เพื่อการคุ้มครองประชาชนจากภยันตราย และมีโอกาสสุขภาพดีเท่าเทียมกัน 5) พันธมิตร (partner) ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาสังคม และองค์กรระหว่างประเทศ จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืน (ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน, 2551)

พันธสัญญาหลัก 4 ประการ คือ

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาระดับโลก
2. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบหลักของรัฐบาล
3. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นเป้าหมายสำคัญของชุมชนและประชาสังคม
4. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นข้อกำหนดหนึ่งในธรรมาภิบาลองค์กร

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังคงมีปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม และการบริหารจัดการประเทศที่ยังคงขาดสมดุล ดังนั้น ในแผนพัฒนาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) จึงอัญเชิญปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวปฏิบัติ ควบคู่กับการพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่มี "คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา" อย่างจริงจัง เพื่อให้เกิดการพัฒนาประเทศที่สมดุล เป็นธรรม และยั่งยืน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2550)

ความพอเพียง (sufficiency) หมายถึง ความพอประมาณ ความมีเหตุผล รวมถึงความจำเป็นที่จะต้องมีระบบภูมิคุ้มกันในตัวที่ดีต่อการกระทบใดๆ อันเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในภายนอก ทั้งนี้จะต้องอาศัยความรอบรู้ ความรอบคอบ และความระมัดระวัง จึงเป็นที่มาของ **"3 ห่วง 2 เงื่อนไข"** ซึ่งประกอบด้วยความ **พอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกัน** บนเงื่อนไข **ความรู้ และคุณธรรม**

ความพอเพียงจะต้องประกอบด้วยคุณลักษณะ ดังนี้ *ความพอประมาณ* เป็นความพอดีที่ไม่น้อยเกินไป และไม่มากเกินไป บนพื้นฐานการไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น โดยใช้*ความมีเหตุผล* ในการตัดสินใจเกี่ยวกับระดับของความพอเพียงนั้น พิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนคำนึงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้นๆ อย่างรอบคอบ และ*การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว* ซึ่งเป็นการเตรียมตัวให้พร้อมรับผลกระทบและการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์ต่างๆ ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต การตัดสินใจและการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้อยู่ในระดับพอเพียงนั้น ต้องอาศัยทั้งความรู้และคุณธรรมเป็นพื้นฐาน กล่าวคือ *เงื่อนไขความรู้* ประกอบด้วย ความรอบรู้เกี่ยวกับวิชาการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน มีความรอบคอบที่จะนำความรู้เหล่านั้นมาพิจารณาให้เชื่อมโยงกัน เพื่อประกอบการวางแผนและความระมัดระวังในขั้นปฏิบัติ *เงื่อนไขคุณธรรม* ที่จะต้องเสริมสร้างประกอบด้วยมีความตระหนักในคุณธรรม มีความซื่อสัตย์สุจริต และมีความอดทน มีความเพียรใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต

การน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ มีแนวคิดหลัก 2 ประการ (สงวน นิตยารัมภ์พงศ์, 2550) ดังนี้

1. จากเศรษฐกิจพอเพียงสู่ระบบสุขภาพพอเพียง มีหลักการสำคัญ 7 ประการคือ 1) ยึดทางสายกลาง 2) มีความสมดุลพอดี 3) รู้จักพอประมาณ 4) การมีเหตุผล 5) มีระบบภูมิคุ้มกัน

6) รู้เท่าทันโลก และ 7) มีคุณธรรมและจริยธรรม โดยระบบสุขภาพพอเพียงมีภาพลักษณ์และคุณสมบัติที่พึงประสงค์ดังนี้

- มีรากฐานที่เข้มแข็งจากการมีความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน
- มีความรอบคอบและรู้จักประมาณอย่างมีเหตุผลในด้านการเงินการคลังเพื่อสุขภาพในทุกระดับ เช่น การรู้จักระมัดระวังเรื่องการใช้จ่ายซื้อหาอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์
- มีการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและใช้อย่างรู้เท่าทัน โดยเน้นภูมิปัญญาไทยและการพึ่งตนเอง
- มีบูรณาการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค
- มีระบบภูมิคุ้มกันที่ให้หลักประกันและคุ้มครองสุขภาพ
- มีคุณธรรม จริยธรรม คือ ซื่อตรง ไม่โลภมาก และรู้จักพอ

2. สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดีหรือสังคมแห่งสุขภาวะ เป็นสังคมที่เป็นธรรม เอื้อเฟื้อเกื้อกูลกัน ไม่กดขี่หรือเอารัดเอาเปรียบกัน เคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์เสมอกัน ไม่เบียดเบียนตนเอง ผู้อื่น และไม่เบียดเบียนธรรมชาติ

การประชุมล่าสุดเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนานาชาติ ที่จัดขึ้น ณ เมืองไนโรบี ประเทศเคนยา ภายใต้ 5 ประเด็นหลัก คือ การพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ (building capacity) สร้างความเข้มแข็งระบบบริการสุขภาพ (strengthening health system) การสร้างความร่วมมือในหลายระดับ (intersectoral action) การสร้างพลังอำนาจชุมชน (community empowering) และการสร้างความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพของบุคคล (health literacy) (WHO, 2009) โดยมีกลยุทธ์และกลวิธีที่สำคัญ (Catford, 2010; WHO, 2009) ดังนี้

การพัฒนาศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ	- การสร้างภาวะผู้นำ การสนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง - พัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง - พัฒนาเครื่องมือที่มีคุณภาพเพื่อใช้ในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และนำไปใช้ในระดับชาติ เพื่อการประกันคุณภาพ - ใช้ระบบข้อมูลข่าวสารในการควบคุม กำกับติดตามเชิงนโยบาย กระบวนการ และผลลัพธ์ - มีการกำหนดปัจจัยสุขภาพ การเฝ้าระวัง การควบคุมกำกับติดตาม และการประเมินผล

การสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ	- การสร้างความเป็นผู้นำ และพัฒนานโยบายสุขภาพ - ระบบบริการสุขภาพที่เข้าถึง - ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ
การสร้างความร่วมมือในหลายระดับ	- การประสานความร่วมมือระหว่างองค์กร ให้ความสำคัญกับสุขภาพ - ผลักดันนโยบายเพื่อลดความเลื่อมล้ำทางสังคม เพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นธรรมและทั่วถึง - สนับสนุนการสร้างต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อการเรียนรู้ และต่อยอดในการพัฒนากิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ - เผยแพร่การสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นบรรทัดฐานของสังคม ผ่านการโฆษณา การสร้างกระแสสังคม - สร้างและใช้ตัวชี้วัดปัจจัยกำหนดด้านสุขภาพ ทั้งในส่วนผลลัพธ์สุขภาพและตัวชี้วัด
การสร้างพลังอำนาจชุมชน	- สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนทั้งในการตัดสินใจและวางแผน หาแนวทางแก้ปัญหา กำกับติดตาม และประเมินผล โดยใช้แนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และภูมิปัญญาที่มีอยู่
การสร้างความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพและพฤติกรรม	- การให้ความรู้ขั้นพื้นฐาน ใช้ทรัพยากร สร้างเครือข่าย เพื่อความยั่งยืน และสร้างการมีส่วนร่วม - เผยแพร่ข้อมูลด้านสุขภาพ โดยใช้เทคโนโลยีที่บุคคลสามารถเข้าถึงได้ทั่วถึง

จะเห็นได้ว่าแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ความสำคัญกับการใช้ข้อมูลหรือหลักฐานที่มีอยู่ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย การบริการในระดับปฐมภูมิที่เน้นความร่วมมือของชุมชน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง และนโยบายสาธารณะ รวมถึงการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ไม่ว่าจะเป็นทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ในการจัดการกับภาระโรคทั้งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และโรคติดต่อ ที่เป็นโรคอุบัติการณ์ใหม่ (WHO, 2009)

กล่าวโดยสรุปประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่มีพัฒนาการของระบบสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไทย ตัวอย่างของความพอเพียงที่ผ่านมา อาทิ การปรับโครงสร้าง

การบริหาร การสร้างโรงพยาบาลในชนบท การสร้างความเข้มแข็งของการสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งความพยายามในการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้คนไทยได้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการสร้างเสริมสุขภาพอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง เป็นตัวอย่างที่ดีที่จะนำไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงของประเทศ เป็นการพัฒนาที่ยึดทางสายกลาง และตั้งอยู่บนพื้นฐานของความสมดุล พอดี รู้จักพอประมาณอย่างมีเหตุผล มีความรอบรู้เท่าทันโลกและกระแสโลกาภิวัตน์ และเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีของระบบสุขภาพไทย โดยเฉพาะในด้าน "พัฒนาจิต" ที่จะเป็นเงื่อนไขของการสร้างสุขภาวะในระดับบุคคล รวมทั้งสังคมโดยรวมในที่สุด

สาระสำคัญ

กลวิธีหลักในการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงโดยประยุกต์ใช้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

การมีนโยบาย การจัดสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การบูรณาการระบบบริการสุขภาพโดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมบนพื้นฐาน *ความพอประมาณ* เป็นความพอดีที่ไม่น้อยหรือมากเกินไป โดยใช้*ความมีเหตุผล* พิจารณาจากเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และ*การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว* ซึ่งเป็นการเตรียมตัวให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น ที่ต้องอาศัย*ทั้งเงื่อนไขความรู้และคุณธรรม* กล่าวคือ ทำให้คนมีความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพ นำความรู้มาเป็นฐานในการปฏิบัติ*บนพื้นฐาน*ความมีคุณธรรม ซื่อสัตย์สุจริตในการดำเนินชีวิต

แนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพ

ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา ด้วยการพัฒนาสาธารณสุขแบบองค์รวมอย่างบูรณาการ ผ่านทางระบบบริการสาธารณสุขที่ผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนคำนึงถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ทั้งครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม การมีสุขภาพดีสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ มีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุข เป็นความต้องการจำเป็นพื้นฐานของชีวิตที่คนเราทุกคนสามารถแสวงหาได้ การที่เราจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น บุคคลจะต้องแสวงหามาด้วยตัวเอง ไม่มีผู้ใดจะปฏิบัติแทนได้ จึงเป็นรากฐานของแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมามักจะเน้นถึงงานบริการของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อทำให้คนมีสุขภาพดี มุ่งบริการที่บุคคล แต่บางเรื่องอาจเลยไปถึงครอบครัว และชุมชนด้วย เช่น การดูแลอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว และการอนามัยโรงเรียน เป็นต้น แต่เนื่องจากสุขภาพถือเป็นเรื่องยุทธศาสตร์ของการทำให้เกิดสุขภาพดี จึงเป็นเรื่องของทุกคน ไม่ใช่เฉพาะบุคลากรสาธารณสุขเท่านั้น คำว่า การสร้างเสริมสุขภาพ จึงถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง ซึ่งสะท้อนถึง "การสร้าง" คือ การทำขึ้นใหม่ และ "การเสริม" คือ การทำเพิ่มขึ้น ที่ทุกคน ทุกฝ่าย

ช่วยกันทำได้ ในขณะที่บางส่วนอาจต้องรอการ "ส่งเสริม" จากผู้อื่นด้วย มีผู้ให้คำนิยามเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพไว้หลากหลาย ดังนี้

องค์การอนามัยโลก World Health Organization, 1986) ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพโดยเน้นที่กระบวนการเพิ่มความสามารถของบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและการควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม รวมถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ เพนเดอร์และคณะ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) ที่ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพเปรียบได้กับกระบวนการเพื่อให้บุคคลบรรลุการมีสุขภาวะที่ดี (well-being and self-actualization) สำหรับประเทศไทยการให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพยังคงเน้นที่กระบวนการ ซึ่งเป็นแนวคิดที่ถูกกำหนดไว้ใน *พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ* (พ.ศ. 2544) ที่ให้ความหมายการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการใด ๆ ที่มุ่งกระทำเพื่อสร้างเสริมให้บุคคลมีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม โดยสนับสนุนพฤติกรรมของบุคคล สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่แข็งแรง สภาพจิตที่สมบูรณ์ อายุยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดี

จากคำนิยามที่กล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการสร้างเสริมความสามารถของบุคคลและชุมชนในการดำเนินวิถีชีวิตที่มุ่งไปสู่การมีสุขภาวะ ภายใต้สภาวะแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น กล่าวคือ สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และพร้อมที่จะปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ระบบบริการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นการให้บริการแก่ประชาชนโดยบุคลากรสาธารณสุขผ่านการจัดบริการสุขภาพในสถานที่ต่าง ๆ เช่น โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (health promoting schools) สถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพ (health promoting workplaces) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (health promoting hospitals) เป็นต้น โดยมีเป้าหมายให้บุคคลสามารถดูแลตนเองได้ ระบบการสร้างเสริมสุขภาพในความหมายที่กว้างตามกฎบัตรออตตาวา จึงมองว่าการสร้างเสริมสุขภาพเป็นบทบาทหน้าที่ของทุกฝ่ายในสังคมต้องร่วมกันทำผ่านกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขอันเป็นที่มาของงานหลายเรื่อง เช่น การขับเคลื่อนงานเมืองน่าอยู่สู่เมืองไทยแข็งแรง เป็นต้น

แนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะเชื่อมโยงกับการลดความเสี่ยง (risk reduction) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการป้องกันโรค (disease prevention) ซึ่งถูกนำมาใช้กับการ

ปกป้องสุขภาพ (health protection) ตามแนวคิดของเพนเดอร์ และคณะ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) การปกป้องสุขภาพเป็นกระบวนการที่ขจัดหรือลดโอกาสเสี่ยงต่อการเข้าถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย ซึ่งมีความหมายเดียวกับการป้องกันโรค ที่เป็นการขจัดหรือยับยั้งพัฒนาการของโรครวมถึงการประเมินและการรักษาเฉพาะ เพื่อกำจัดความก้าวหน้าของโรคในทุกระยะ (McMurray, 2007) การป้องกันโรคแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ *การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (primary prevention)* เป็นการส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป เป็นสิ่งที่ทำก่อนที่จะมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น กิจกรรมครอบคลุมการลดโอกาสในการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ของการเกิดโรค เช่น การรับประทานอาหารเหมาะสมตามวัย การได้รับภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น *การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (secondary prevention)* เป็นการได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกของโรคและได้รับการรักษาทันท่วงที เพื่อป้องกันความรุนแรงของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น *การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (tertiary prevention)* เน้นการที่ไม่เพียงแต่หยุดการดำเนินของโรคเท่านั้น แต่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วย และป้องกันความเสื่อมสมรรถภาพอย่างสมบูรณ์

การพิจารณาเพื่อแบ่งระดับของกิจกรรมในการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ถือหลักความสัมพันธ์กับปัญหาหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น การให้คำแนะนำเรื่องอาหาร เป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิเมื่อกิจกรรมนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลสามารถเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับตนเอง เป็นการสร้างสุขอนามัยที่ดี และป้องกันภาวะโภชนาการเกิน แต่การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารสำหรับคนที่มีภาวะโภชนาการเกินเปลี่ยนเป็นการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ที่มีน้ำหนักเกิน (ปัญหาเกิดขึ้นแล้ว) และกิจกรรมมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลนั้นมีน้ำหนักลดลง การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารถือเป็นการป้องกันระดับทุติยภูมิ เมื่อผู้ที่มีน้ำหนักเกินสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทาน และน้ำหนักตัวเข้าสู่ระดับปกติ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาหารในระยะนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งระดับน้ำหนักตัวที่ปกติ จากตัวอย่างดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการแบ่งระดับการป้องกันโรคขึ้นกับการเกิดของปัญหาหรือความเจ็บป่วย และกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ

กลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพยังคงเป็น 5 กลวิธีในการส่งเสริมสุขภาพจากกฎบัตรออตตาวา แต่เป็นการเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายจากในระดับบุคคลสู่กลุ่มวัย โดยถือแนวทางจากกฎบัตรกรุงเทพ ในเรื่องการเข้าถึงและความเป็นธรรมของการได้รับบริการ ประกอบด้วย *การกำหนดนโยบาย (public policy)* การกำหนดมาตรการเพื่อเอื้อหรือนำไปสู่การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี เช่น นโยบายเขตปลอดสูบบุหรี่ เป็นต้น *การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (healthy environment)* การจัดสถานที่เพื่อสนับสนุนการมีพฤติกรรมสุขภาพดี เช่น การมีสถานที่ในการขายซื้อสินค้าและบริการสุขภาพ การออกกำลังกาย *การสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment)* ส่งเสริมให้บุคคลสามารถตัดสินใจและมีอำนาจในการควบคุมชีวิตตนเอง โดยใช้วิธีการที่ให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้ แลก

เปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม เกิดการพัฒนาตนเองในการแก้ไขปัญหา *การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skill)* การให้ข้อมูลสุขภาพและพัฒนาทักษะเพื่อให้บุคคลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง *การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการ (reoriented health care service)* การจัดหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพของบุคคล

การสร้างเสริมสุขภาพตามกลวิธีดังกล่าวข้างต้นถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานขั้นพื้นฐาน ซึ่งต้องอาศัยการชี้แนะสาธารณะ (advocacy) และการตลาดเชิงสังคม (social marketing)เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับชุมชนและสังคม การชี้แนะสาธารณะเป็นการเพิ่มพูนอำนาจของประชาชนและกลุ่มคน เพื่อให้องค์กรต่าง ๆมีความรับผิดชอบต่อความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ เป็นการเพิ่มศักยภาพของประชาชนในการกำหนดปัญหา และทางออกในการแก้ไขปัญหา โดยการมีส่วนร่วมด้านสังคมและนโยบาย (ลักขณา เติมศิริกุลชัย, 2551) กลวิธีในการชี้แนะสาธารณะ แบ่งเป็น 3 วิธีการ คือ การค้นหาปัญหา การกระตุ้นเร่งเร้า และการให้ข้อมูล การค้นหาปัญหาใช้กลวิธีทางการวิจัย รวบรวมข้อมูลจากสาธารณชน แสดงให้เห็นประโยชน์ที่ควรได้รับการกระตุ้นเร่งเร้าและให้ข้อมูลเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เผยแพร่ข้อมูลสู่สาธารณชน จัดเวทีรับฟังความคิดเห็น และการระดมกำลังเพื่อขอการสนับสนุนจากสังคม (ลักขณา เติมศิริกุลชัย, 2551)

อีกหนึ่งกลวิธีที่สำคัญคือการตลาดเชิงสังคม เป็นการใช้หลักการทางตลาดเพื่อเร่งเร้าให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสังคม (ภรณี วัฒนสมบูรณ์, 2551) กลวิธีที่ใช้ คือ การโฆษณา การประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารความรู้ให้ประชาชน ชักชวนให้ประชาชนมีส่วนร่วมสนับสนุนผ่านสื่อ เช่น สื่อบุคคล สิ่งพิมพ์ หรือ โทรทัศน์ เป็นต้น การตลาดเชิงสังคม ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน 1) การวิเคราะห์และการประเมินความต้องการของประชาชน 2) การวางแผน 3) การพัฒนาองค์ประกอบของแผนให้ดีขึ้น การวางผลิตภัณฑ์ให้ตรงกับความต้องการ เช่น สมุดคู่มือ โปสเตอร์ 4) การลงมือปฏิบัติ 5) การประเมินประสิทธิผล 6) การให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมาย เนื้อหา สื่อ และช่องทางสื่อสาร เพื่อโน้มน้าวให้เกิดการยอมรับ

สาระสำคัญ
ความแตกต่างระหว่าง Risk reduction และ Health protection
การลดความเสี่ยง (risk reduction) สอดคล้องกับแนวคิดของการป้องกันโรค (disease prevention) ที่เป็นการขจัดหรือยับยั้งพัฒนาการของโรค รวมถึงการประเมินและการรักษาเฉพาะ เพื่อกำจัดความก้าวหน้าของโรคในทุกระยะ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการปกป้องสุขภาพ (health protection) ซึ่งถือเป็นกระบวนการที่ขจัดหรือลดโอกาสเสี่ยงต่อการเข้าถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย

ความแตกต่างของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคมีความแตกต่างกันในเรื่องของแนวคิดพื้นฐาน การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการใช้แนวคิดเชิงบวก เพื่อไปให้ถึงการมีสุขภาวะ (well-being) แต่การป้องกันโรคใช้แนวคิดของการหลีกเลี่ยงจากปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย (avoidance a negative state) เมื่อใช้แนวคิดทั้งสองเป็นพื้นฐานในการบรรลุการมีสุขภาพที่ดี จึงเป็นภาพสะท้อนความแตกต่างของกลยุทธ์ที่ใช้ คือ การเข้าถึง (approach) หรือ การหลีกหนี (avoidance) (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2002) ความแตกต่างของการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (Stachtchenko & Jenicek,1990) แสดงในตารางที่ 1-1

ตารางที่ 1-1 การเปรียบเทียบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

	การสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion)	การป้องกันโรค (Disease Prevention)
แนวคิดพื้นฐาน	■ สุขภาพเป็นแนวคิดเชิงบวก ประกอบด้วยหลายมิติ	■ สุขภาพเป็นการปราศจากโรค
	■ เน้นที่ภาวะสุขภาพที่ยังไม่ได้เกิดการเจ็บป่วย	■ เน้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยแล้ว หรือสัมผัสกับปัจจัยที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย
	■ การโยงใยความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆที่เกี่ยวข้อง	■ ให้ความสำคัญกับพยาธิสภาพ ความสัมพันธ์โดยตรงระหว่างสาเหตุและผลที่เกิดขึ้น
	■ สุขภาพเกิดจากการสร้างความร่วมมือของบุคคล ครอบครัว และชุมชน	■ สุขภาพเป็นแนวคิดด้านคลินิก

ตารางที่ 1-1 การเปรียบเทียบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (ต่อ)

วัตถุประสงค์	■ ปรับเปลี่ยนภาวะสุขภาพส่วนบุคคล และสิ่งแวดล้อม	■ ปรับเปลี่ยนภาวะสุขภาพส่วนบุคคล
	■ ปัจจัยที่ศึกษาอาจเกี่ยวกับทัศนคติ ความตระหนัก	■ ปัจจัยที่ศึกษาเป็นสิ่งที่ประเมินได้ชัดเจน เช่น ความดันโลหิต ระดับโคเลสเตอรอล
กลุ่มเป้าหมาย	■ ประชาชนโดยรวม	■ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง
ผู้รับผิดชอบหลัก	■ การสร้างความร่วมมือของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย	■ บุคลากรสาธารณสุข
กลวิธี	■ วิธีการจัดการเป็นการตัดโยงใยความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆที่เกี่ยวข้อง	■ วิธีการจัดการเป็นการจัดการเฉพาะปัจจัยที่เป็นสาเหตุหลัก
	■ หลากหลายและบูรณาการในการดำเนินงานเพื่อสร้างความยั่งยืน	■ กลวิธีที่เฉพาะกับสาเหตุของปัญหานั้น ๆ
	■ สร้างระบบสนับสนุนและเอื้อต่อการดูแลสุขภาพ	■ การสอนให้ทำตามและการชักชวนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
	■ ผลลัพธ์ที่ต้องการคือภาวะสุขภาพของบุคคล	■ ผลลัพธ์ที่ต้องการประเมินได้จากอัตราการป่วย อัตราการตาย
	■ เน้นที่การประเมินกระบวนการ	■ เน้นที่การประเมินผลลัพธ์

การสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน

การพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนควรอยู่บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของชุมชน ความเป็นธรรมในการได้รับหรือเข้าถึงบริการ ซึ่งจะสะท้อนจากความหลากหลายของช่องทาง วิธีการ และระยะเวลาของโปรแกรม ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของชุมชนโดยรวม การประเมินผลของโปรแกรมต้องเป็นการผสมผสานทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม และชุมชน โดยพิจารณาจากปัจจัยที่หลากหลายจากระดับองค์กร ระดับชุมชน นโยบาย และสิ่งแวดล้อม เป็นภาพสะท้อนของสุขภาพจากแนวคิดทางสังคม

และเศรษฐศาสตร์ (socio-ecological view of health) ผลลัพธ์ที่ได้เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวมและคุณภาพของสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการสร้างสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชนใช้แนวคิดสังคมเชิงระบบนิเวศน์ ที่มีการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อมหลายระดับ และตลอดช่วงชีวิต สุขภาพเป็นผลกระทบจากปัจจัยที่หลากหลาย เช่น พันธุกรรม ชีวภาพ พฤติกรรม สังคม และเศรษฐศาสตร์ เชื่อมโยงกัน บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม มีการปรับตนเองเพื่อให้เกิดความสมดุลเพื่อการดำรงอยู่ นำไปสู่ความเข้าใจของการสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนที่ให้ความสำคัญกับความเข้าใจชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วม (partnership) และการสร้างความร่วมมือ (collaboration) ในการพัฒนาความสามารถของชุมชน (McMurray, 2007) มีการประสานงานทั้งในแนวดิ่ง (vertical) และแนวราบ (horizontal) การประสานงานในแนวราบเป็นการประสานระหว่างกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทรัพยากร และกลวิธีในการแก้ปัญหา เช่น การประสานงานของกลุ่มคนรักษ์สุขภาพกับกลุ่มส่งเสริมอาชีพเลี้ยงวัวในการใช้นมวัวที่เป็นผลผลิตของกลุ่มส่งเสริมอาชีพเลี้ยงวัวในการให้เด็กนักเรียน หญิงหลังคลอด และผู้สูงอายุดื่ม ในระดับนโยบายก็มีการประสานแนวราบได้ เป็นการประสานระหว่างหน่วยงาน เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการดำเนินงาน เช่น การจัดสถานที่สำหรับออกกำลังกาย การดูแลความปลอดภัยของสถานที่เพื่อให้ประชาชนได้เข้ามาใช้บริการ และการบำรุงรักษาอุปกรณ์เพื่อใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ส่วนการประสานงานในแนวดิ่ง เป็นการประสานระดับหน่วยงาน เช่น ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด ภาค และประเทศ โดยมีหัวใจสำคัญเพื่อการสร้างเสริมพลังอำนาจในระดับชุมชน (community empowerment)

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชน

กลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพในยุคปัจจุบันให้ความสำคัญกับสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และกลวิธีที่บูรณาการในการแก้ไขปัญหาซึ่งมีปัจจัยที่หลากหลาย ครูเตอร์และคณะ (Kreuter et al, 2004) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (social determinants) และการใช้ข้อมูลหรืองานวิจัยเป็นฐานในการแก้ไขปัญหา จากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีช่องว่างระหว่างการวิจัยและการปฏิบัติ แนวทางในการแก้ไขทำได้โดยการใช้ทฤษฎีระบบ (system thinking) ในการมองชุมชนแบบเป็นองค์รวมที่ไม่เป็นเพียงการประกอบของแต่ละส่วน แต่เป็นความซับซ้อนและเชื่อมโยงของหลากหลายปัจจัย แนวคิดหลักของกลวิธีนี้ คือ การต่อเนื่อง (patience) มีความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติ (pragmatism) ให้ความสำคัญกับข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วม (respectful) และการป้องกัน (precautionary principle) ที่เป็นการให้ความสำคัญกับกลุ่มอายุที่หลากหลาย เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวม มีการประเมินปัจจัยเสี่ยง ประชาพิจารณ์แนวทางในการจัดการปัจจัยเสี่ยง การมี

ส่วนร่วมในการพิจารณาแนวทางโดยมีกลุ่มอายุที่หลากหลาย เป็นสิ่งที่แสดงออกของความยั่งยืนของกิจกรรมที่ถ่ายทอดในแต่ละช่วงอายุ (Kreuter et al., 2004) ความร่วมมือของสหวิชาชีพเป็นการลดช่องว่าง ระหว่างการวิจัยและการปฏิบัติ เป็นการประยุกต์ใช้ความรู้อย่างเหมาะสม (McMurray, 2007) การสร้างเสริมสุขภาพชุมชนมีขั้นตอน (McMurray, 2007) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการ (Assessing)

การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ลักษณะการกระจายของประชากร ประชากรกลุ่มใดที่เป็นส่วนใหญ่ของชุมชน วัฒนธรรม ความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ความตระหนักและความสนใจของประชาชนต่อชุมชน ความเข้มแข็งของชุมชน โครงสร้างที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ กระบวนการทางสังคมในการวางแผนบริการสุขภาพ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ข้อมูลเหล่านี้ต้องนำไปบูรณาการกับกระบวนการที่เกิดขึ้นแล้วในชุมชน เช่น ผู้รับผิดชอบเรื่องสุขภาพของชุมชน ความเพียงพอของผู้ให้บริการสุขภาพ ลำดับการให้ความสำคัญในระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว สุขภาพถือเป็นส่วนหนึ่งของการบรรลุเป้าหมายของชุมชน องค์กรหลักที่มีหน้าที่กำหนดนโยบายสุขภาพ และการสร้างความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการสร้างความรู้ ความตระหนักและการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

กระบวนการศึกษาทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ประกอบด้วย บุคคล งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ เพื่อเป็นการประเมินจุดแข็ง จุดอ่อน ในเชิงทรัพยากร เพื่อพิจารณาโอกาส ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ รวมถึงประเมินข้อจำกัดด้านทรัพยากรที่มีอยู่ของชุมชน เป็นการประเมินความเป็นไปได้ในการทำงานของชุมชนบนพื้นฐานของทรัพยากรที่มีอยู่

ข้อมูลเกี่ยวกับประชากร

- ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและพื้นที่
- เครือข่ายทางสังคม ระบบสนับสนุน ผู้ดูแลครอบครัว
- ความเข้มแข็งของผู้นำและองค์กรในชุมชน
- ปัจจัยทางจิตสังคม
- วัฒนธรรมและแบบแผนการดำรงชีวิต
- ลักษณะทางกายภาพ

สถานที่

- ลักษณะพื้นที่ทางกายภาพ
- ทรัพยากรธรรมชาติ
- โครงสร้างชุมชน
- การเข้าถึงบริการและสาธารณูปโภคต่างๆ เช่น โรงเรียน เป็นต้น

- การเป็นเจ้าของพื้นที่

แบบแผนการดำเนินชีวิต

- ภาระโรคที่เกิดจากความเจ็บป่วยหรือพิการ
- ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพ
- การเข้าถึงบริการสุขภาพ
- การใช้บริการสุขภาพ

ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

- ความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ
- นโยบาย และ การจัดลำดับความสำคัญ
- การสนับสนุนงบประมาณ
- บุคลากรสุขภาพ

หลังจากนั้นจึงประเมินชุมชนเพื่อศึกษาผู้ที่รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานในชุมชน ผู้นำอย่างเป็นทางการซึ่งในที่นี้เป็นผู้ที่ต้องมีความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ ผู้นำอย่างไม่เป็นทางการ เช่น ผู้ที่ชาวบ้านให้ความเคารพนับถือ เป็นต้น ที่เรียนรู้จากการสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่เป็นไปได้ ศักยภาพของชุมชน และบทเรียนที่ได้จากการทำงานที่ผ่านมา โดยคำนึงถึงความเป็นธรรมของการกระจายทรัพยากร การมีส่วนร่วม และลดความซับซ้อนของการดำเนินการ

การวิเคราะห์ประชาชน สถานที่ ภาวะสุขภาพ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการได้มาของปัญหา ผ่านการวิเคราะห์ลักษณะประชากร แบบแผนการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวเนื่องกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย

กระบวนการในการประเมินความเข้มแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคามของชุมชน (SWOT) เป็นการช่วยให้ชุมชนได้เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น และแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างมีส่วนร่วม บุคลากรสุขภาพทำหน้าที่เป็นผู้อุทิศตน (advocate) หรือผู้ประสานระหว่างประชาชนและผู้รับผิดชอบ กลวิธีที่สำคัญคือการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชน ในการร่วมคิดโดยมีพื้นฐานจากทรัพยากรที่มีอยู่ และวัฒนธรรมของชุมชน การเข้ามีส่วนร่วมของชุมชนทำให้การมองปัญหาอย่างเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ที่มีความเฉพาะเจาะจงกับชุมชนนั้นๆ

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน (Planning)

การวางแผนในการแก้ไขปัญหาทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม และชุมชน ดังนั้นในการวางแผนแก้ไขปัญหาในระดับบุคคลจึงเป็นการให้คำปรึกษาเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกับการวางแผนของบุคคลในการออกกำลังกาย ในขณะเดียวกันการวางแผนในระดับกลุ่ม ซึ่งกระทำในลักษณะของ

แต่ละช่วงชีวิต (life-cycle) ก็สามารถกระทำไปพร้อมกันได้ เช่นเดียวกับในระดับชุมชนก็จะเป็นการวางแผนการรณรงค์และการจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมต่างๆ การวางแผน ควรครอบคลุมการระบุกลุ่มเป้าหมาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์ กิจกรรม และการประเมินผล งบประมาณ ทรัพยากร และแผนการปฏิบัติ การสร้างเสริมสุขภาพชุมชนต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากหลายหน่วยงานหรือ องค์กร ในขั้นตอนนี้จึงมีความจำเป็นในการวางแนวทางในการทำงานร่วมกัน มีการระบุถึงบทบาทหน้าที่ ลักษณะการร่วมลงทุน และสิ่งที่คาดว่าจะได้รับ

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติ (Implementing)

เป็นขั้นตอนที่เปลี่ยนแปลงจากแผนสู่การปฏิบัติจริง ขั้นตอนนี้จึงเป็นขั้นตอนสำคัญที่จะรวมเอาทั้งกลยุทธและกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพมาใช้ ประกอบด้วยอย่างน้อย 6 กลวิธี คือ 1) การตลาดเชิงสังคม (social marketing) ผ่านทางสื่อประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น 2) การให้ข้อมูล ข่าวสาร ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เข้าสู่กลุ่มเป้าหมาย เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ คู่มือ เว็บไซต์ เพื่อสร้างความตระหนักของบุคคล และ ทำให้โครงการเป็นที่รู้จักแพร่หลาย 3) การให้คำปรึกษารายบุคคล (individual counseling) เพื่อให้คำแนะนำเพื่อลดอุปสรรคของแต่ละบุคคล และให้วิธีการในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับความต้องการของบุคคล 4) สร้างการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสร้างความร่วมมือในการทำกิจกรรม เป็นการตกลงร่วมกันถึงเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน/องค์กร 5) ทำงานร่วมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น โรงเรียน สถานประกอบการ ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น 6) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เช่น สร้างสวนสาธารณะ ทำป้ายบอกทาง ปรับแต่งทางเดิน ทางรถจักรยาน หรือซ่อมแซมไฟทางเดิน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการออกกำลังกาย (Mummery & Brown, 2009)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติ ประเมินกระบวนการ ประเมินความก้าวหน้าในการมีส่วนร่วม เช่น ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (ผลลัพธ์) และสุขภาพ และคุณภาพชีวิต (ผลกระทบ)

ขั้นตอนที่ 5 การปรับเปลี่ยนตามผลการประเมิน (Reformulating)

การใช้ผลการประเมินเป็นปัจจัยนำเข้าเพื่อการปรับปรุงโปรแกรมให้ดีขึ้น ในขั้นตอนนี้มีกิจกรรมที่สำคัญคือ การประเมินกระบวนการ (process evaluation) เป็นการประเมินว่ามีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้หรือไม่ และเมื่อทำกิจกรรมตามแผนที่วางไว้แล้ว มีอุปสรรคอะไรจะได้ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขอุปสรรคนั้นๆ หรือเพื่อประเมินถึงสาเหตุของปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ ดังแสดงในรูปที่ 1-2



รูปที่ 1-2 การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

ตารางที่ 1-2 ตัวอย่างการควบคุมการสูบบุหรี่ในชุมชน

การเปลี่ยนแปลง	ตัวอย่าง
ด้านกฎหมาย	กฎหมายการห้ามสูบบุหรี่ในโรงเรียน สถานศึกษา สถานบันเทิง ห้องอาหาร หรือ โรงพยาบาล
ด้านองค์กร	สถานประกอบการสีขาว โรงเรียนสีขาว
ด้านสังคมและวัฒนธรรม	การกำหนดให้เจ้าหน้าที่สุขภาพไม่สูบบุหรี่เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีของประชาชน
ด้านสิ่งแวดล้อม	การจำกัดสถานที่สูบบุหรี่ การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่ในสถานที่สาธารณะ
ด้านพฤติกรรมส่วนบุคคล	การส่งเสริมการเลิกบุหรี่ การป้องกันการสูบบุหรี่ในเด็กและเยาวชน
ด้านเทคโนโลยี	การส่งเสริมนวตกรรมในการเลิกบุหรี่ การใช้สมุนไพรในการเลิกบุหรี่
ด้านเศรษฐศาสตร์	การเพิ่มภาษีนำเข้าบุหรี่ การเลิกลดหย่อนภาษีสำหรับผลิตภัณฑ์ที่ใช้ในการผลิตบุหรี่

การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การมีส่วนร่วม หรือ participation เป็นไปได้ใน 2 ลักษณะ คือ 1) *การมีส่วนร่วมที่เป็นกระบวนการของการพัฒนา* โดยประชาชนและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุด ได้แก่ การร่วมค้นหาปัญหา การวางแผน การตัดสินใจ การระดมทรัพยากรและเทคโนโลยีในท้องถิ่น การบริหารจัดการ การติดตามประเมินผล โดยมีแนวทางการดำเนินงานที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชน 2) *การมีส่วนร่วมโดยนัยทางการเมือง* ซึ่งเป็นการส่งเสริมสิทธิและพลังอำนาจของประชาชน เพื่อพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการเพื่อรักษาผลประโยชน์ของกลุ่ม และการกระจายอำนาจในการวางแผนจากส่วนกลางสู่ส่วนภูมิภาค (ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ, 2546) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของไบเล่ย์ และ โคเน่ย์ (Bailey & Koney, 1995) ที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยใช้แนวทาง 1) การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือ ตัวแทนขององค์กร 2) ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรและชุมชน 3) วัตถุประสงค์ขององค์กรในการตอบสนองความต้องการของชุมชน และ 4) ที่ตั้งขององค์กร และผลกระทบที่จะได้รับ ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนา วางแผน ดำเนินการ และประเมินผล

จึงอาจกล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมมีลักษณะร่วมโดยทั่วไป คือ การเปิดโอกาสให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน เปิดโอกาสให้กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยมอบอำนาจและความรับผิดชอบให้แต่ละกลุ่มทำงานอย่างเป็นอิสระตามความสามารถ และความสนใจของกลุ่ม การปฏิบัติการสำหรับการมีส่วนร่วมต้องเปิดกว้างสำหรับคนทุกคนในชุมชน และเผยแพร่ให้สาธารณะได้รับทราบอย่างเป็นทางการ

ระดับของการมีส่วนร่วม

น้อย → การมีส่วนร่วม → มาก

การให้ข้อมูลข่าวสาร	การรับฟังความคิดเห็น	สร้างความเกี่ยวข้องเชื่อมโยง	สร้างความร่วมมือ	สร้างเสริมพลังอำนาจ
เป้าหมาย	เป้าหมาย	เป้าหมาย	เป้าหมาย	เป้าหมาย
ให้ข้อมูลข่าวสารและเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นทางเลือก และทางแก้ไขปัญหา	รับฟังข้อมูลและ ความคิดเห็นจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับสภาพปัญหา ความคิดเห็น ทางเลือกและแนวทางแก้ไข	ทำงานร่วมกันเพื่อสร้างความมั่นใจกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียว่าความคิดเห็นและความต้องการได้รับการพิจารณา	สร้างความเป็นหุ้นส่วนกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของการตัดสินใจตั้งแต่การระบุปัญหา พัฒนาทางเลือกและแนวทางแก้ไข	ให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นผู้ตัดสินใจ

ดัดแปลงจาก สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ เอกสารประกอบการบรรยายวิทยากรตัวคูณ

การสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานและองค์กรโดยความเท่าเทียมและทัดเทียมกัน การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพแบ่งได้เป็นหลายระดับตั้งแต่การสร้างเครือข่ายจนถึงการสร้างความร่วมมือ ดังนี้

1. การสร้างเครือข่าย (networking)
   การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันเพื่อสร้างประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งต้องอาศัยเวลาและความไว้วางใจระหว่างองค์กร
2. การประสานงาน (coordinating)
   การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน
3. การสร้างความร่วมมือ (cooperating)
   การแลกเปลี่ยนข้อมูล กิจกรรม และประสบการณ์ กิจกรรมนี้ต้องอาศัยเวลา ความเชื่อถือไว้วางใจ ระหว่างหน่วยงานและองค์กร

4. การมีส่วนร่วม (collaborating)
   นอกเหนือจากกิจกรรมต่าง ๆที่กล่าวข้างต้นแล้ว การมีส่วนร่วมยังรวมถึงการพัฒนาศักยภาพของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 2 ฝ่าย เพื่อให้เกิดผลประโยชน์ร่วมกัน

ปัจจัยสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วม

ปัจจัยสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย ความต้องการขององค์กรในการสร้างการมีส่วนร่วม เริ่มจากการแลกเปลี่ยนเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันในเรื่องวิสัยทัศน์และพันธกิจ และการควบคุมกำกับติดตามกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความเข้มแข็งและยั่งยืนของกิจกรรม

การประเมินการมีส่วนร่วม

การประเมินการมีส่วนร่วมไม่ได้มีวัตถุประสงค์ในการให้คะแนน แต่เป็นการนำผลการประเมินที่ได้เป็นแนวทางในการจัดการความร่วมมือที่เกิดขึ้น การประเมินการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การประเมินวัตถุประสงค์ของการสร้างความร่วมมือ การสร้างแผนที่ความร่วมมือ และการระบุกิจกรรมความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ประเมินเป็นตัวแทนขององค์กรต่าง ๆ

การประเมินวัตถุประสงค์ของการสร้างความร่วมมือ เป็นขั้นตอนแรกในการวิเคราะห์ถึงความจำเป็นในการสร้างความร่วมมือ และประโยชน์ที่ได้รับ

การสร้างแผนที่ความร่วมมือ การสร้างรูปภาพความเชื่อมโยงของหน่วยงานต่าง ๆที่เข้ามามีส่วนร่วม โดยมีการแบ่งระดับตามชนิดของความร่วมมือ เช่น เส้นประ แทนการสร้างเครือข่าย เส้นทึบ แทน การประสานงาน เส้นทึบ 2 เส้น แทนการสร้างความร่วมมือ และเส้นทึบ 3 เส้น แทนการมีส่วนร่วม รูปภาพที่ได้จึงเป็นภาพรวมของการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

การระบุกิจกรรมความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการสรุปกิจกรรมและการปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย ความต้องการการสร้างความร่วมมือ การเลือกภาคีเครือข่าย วิธีการที่ทำให้การสร้างความร่วมมือเกิดขึ้น การวางแผนการสร้างความร่วมมือ การลงมือกระทำ การลดอุปสรรคการสร้างความร่วมมือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับและการทำให้การสร้างความร่วมมือเกิดขึ้นยั่งยืน ศึกษาแบบประเมินการมีส่วนร่วมได้จาก www.vichealth.vic.gov.au

สรุป

สุขภาพเป็นภาวะที่มีความสมดุลของทั้งทางร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรค และความพิการเท่านั้น แต่รวมไปถึงความสามารถในการเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง การส่งเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการสร้างเสริมความสามารถของบุคคลและชุมชนในการดำเนินวิถีชีวิตที่มุ่งไปสู่การมีสุขภาวะ ภายใต้สภาวะแวดล้อมที่เอื้ออำนวย

เป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น กล่าวคือ สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม และพร้อมที่จะปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ประกอบด้วย 5 กลวิธี คือ การปรับเปลี่ยนนโยบายสาธารณะ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการ การป้องกันโรคเป็นกระบวนการที่ขจัดหรือลดโอกาสเสี่ยงต่อการเข้าถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ *การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ* การลดโอกาสในการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการเกิดโรค เช่น การรับประทานอาหารเหมาะสมตามวัย การได้รับภูมิคุ้มกันโรค *การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ* การวินิจฉัยในระยะแรกของโรคเพื่อป้องกันความรุนแรงของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น *การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ* การหยุดการดำเนินของโรคและการฟื้นฟูสภาพ การสร้างเสริมสุขภาพในระดับชุมชนมีแนวคิดหลักที่แตกต่างจากระดับบุคคล คือ ใช้การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ประเมินทรัพยากร กำหนดผู้รับผิดชอบ วิเคราะห์ประชาชน สถานที่ ภาวะสุขภาพ และ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย การประเมินความเข้มแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม เป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน และใช้กลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชนที่หลากหลาย เน้นที่การสื่อสารสาธารณะ การตลาดเชิงสังคม หัวใจสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชนคือ การสร้างการมีส่วนร่วมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน การมีส่วนร่วมมีหลายระดับตั้งแต่ให้ข้อมูลข่าวสาร การรับฟังความคิดเห็น การสร้างความเกี่ยวข้องเชื่อมโยง สร้างความเป็นหุ้นส่วนกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย การตัดสินใจตั้งแต่ การระบุปัญหาพัฒนาทางเลือกและแนวทางแก้ไข การร่วมแก้ไขปัญหาและประเมินผล

คำถามนำอภิปราย

1. ความหมายของสุขภาพแต่ละบุคคลแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ปัจจัยกำหนดสุขภาพมีผลต่อสุขภาพบุคคลตามนัยของพัฒนาการอย่างไร
3. การสร้างเสริมสุขภาพมีความแตกต่างจากการป้องกันโรคระดับปฐมภูมิอย่างไร
4. กระบวนการในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนประกอบด้วยขั้นตอนใดบ้าง
5. การสร้างเสริมสุขภาพระดับชุมชนมีความเหมือนและแตกต่างจากระดับบุคคลอย่างไร

บรรณานุกรม

ประเวศ วะสี. (2541). *บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัฒน์ชีวิตและสังคม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

ปาริชาติ วลัยเสถียร พระมหาสุทิตย์ อบอุ่น สหัทยา วิเศษ และคณะ. (2546). กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อุษาการพิมพ์.

ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ นิธิศ วัฒนมะโน. (2551). ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). *การสาธารณสุขไทย 2548-2550* (หน้า 121-123). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

พระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 18 ตอนที่ 102 ก วันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2544.

ภรณี วัฒนสมบูรณ์. (2551). *ตลาดเชิงสังคม (Social marketing)*. เอกสารประกอบการสอนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข.

ลักขณา เติมศิริกุลชัย. (2551). *การชี้แนะสาธารณะด้านสุขภาพ*. เอกสารประกอบการสอนวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข.

ลงวน นิตยารัมภ์พงศ์.(2550).*จากเศรษฐกิจพอเพียงสู่สุขภาพพอเพียง(พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. (2550). การสาธารณสุขมูลฐานและการสร้างเสริมสุขภาพ: จากสากลสู่ไทย. ใน อำพล จินดาวัฒนะ สุรเกียรติ อาชานานุภาพ สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล (บรรณาธิการ). *การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย* (หน้า 25-56). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2550). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10. ค้นหาวันที่ 6 กรกฎาคม 2550, ค้นหาจาก http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=139

Bailey, D., & Koney, K. M. (1995). An integrative framework for the evaluation of community-based consortia. *Evaluation and program planning, 18,* 245-252.

Bortz, W. M. (2005). Biological basis of determinants of health. *American Journal of Public Health, 95*(3), 389-392.

Cartford, J. (2010). Implementing the Nairobi call to action: Africa's opportunity to light the way. *Health Promotion International, 25*(1), 1-4.

Kreuter, M., De Rosa, C., Howze, E., & Baldwin, G. (2004). Understanding wicked problems: A key to advancing environmental health promotion. *Health Education & Behavior, 31*(40): 441-434.

Levin, B. W, & Browner, C.H. (2005). The social production of health: Critical contributions from evolutionary, biological, and cultural anthropology. *Social Science & Medicine, 61*, 745-750.

McMurray, A. (2007). *Community health and wellness a socio-ecological approach* (pp.54-84). Philadelphia, NY: Mosby.

Mummery, W. K., & Brown, W. J. (2009) Whole of community physical activity interventions: Easier said than done. *British Journal of Sports Medicine, 43*(1), 39-43.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (p.34). New Jersy: Prentice Hall.

Stachtchenko, S., & Jenicek, M. (1990). Conceptual differences between prevention and health promotion: Research implications for community health program. *Canadian Journal of Public Health, 81*, 53-59.

World Health Organization (WHO). (1986). *Ottawa Charter for Health promotion*. Document for WHO Publication.

World Health Organization (WHO). (2009). *Nairobi call to action for closing the implementation gap in health promotion*. Document for WHO Publication.



บทที่ 2

การประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินธร กลัมพากร

แนวคิดหลัก

พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล พยาบาลที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรม การเข้าใจถึงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพที่มีแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีที่แตกต่างกันจะช่วยให้พยาบาลที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพสามารถเลือกใช้ทฤษฎีมาเป็นพื้นฐานของการวางแผนจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพและจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับและมีการนำไปประยุกต์การสร้างเสริมสุขภาพอย่างแพร่หลายได้แก่ กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาของพฤติกรรมสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ทฤษฎีความสามารถตนเอง และทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ PRECEDE- PROCEED Framework

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดบทนี้ ผู้อ่านสามารถ

1. อธิบายแนวคิดหลักของทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพได้
2. วิเคราะห์การประยุกต์ใช้ทฤษฎีเป็นฐานในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนได้
3. วางแผนโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนโดยใช้ทฤษฎีเป็นฐานได้

พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ พยาบาลที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรม เพื่อให้สามารถส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การวิเคราะห์พฤติกรรมของบุคคลว่ามีสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมว่ามาจากปัจจัยอะไรบ้างนั้น มีแนวคิดในการวิเคราะห์อยู่ 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายนอกบุคคล (extra individual causal assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมและระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง การเศรษฐกิจ การศึกษา การศาสนา องค์ประกอบด้านประชากรและลักษณะทางภูมิศาสตร์ เป็นต้น ตัวอย่างของแนวคิดนี้คือ กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาของพฤติกรรมสุขภาพ

กลุ่มที่ 2 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยภายในตัวบุคคล (intra individual causal assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดว่าสาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ส่วนใหญ่มาจากองค์ประกอบภายในบุคคล ได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ หรือความตั้งใจใฝ่พฤติกรรม เป็นต้น แนวคิดนี้จะพบได้ตัวอย่างของทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นที่รู้จักดี อย่างเช่น แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 แนวคิดเกี่ยวกับพหุปัจจัย (multiple causal assumption) กลุ่มนี้มีแนวคิดว่าพฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุจากทั้งปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคล ซึ่งจากการศึกษาของนักพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มนี้ได้สรุปว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล คือ

- ความยากง่ายในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
- การประเมินผลประสิทธิภาพของบริการสาธารณสุข
- โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรงและการเสี่ยงต่อการเกิดโรค
- องค์ประกอบทางสังคมและเครือข่ายทางสังคม
- ความรู้
- องค์ประกอบด้านประชาชน

โดยแนวคิดในกลุ่มที่ 3 จะนำทฤษฎีจิตวิทยาการเรียนรู้ จิตวิทยาสังคม สังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์ และสาขาอื่นๆ เข้ามาประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมและพยายามหาทางแก้ปัญหา โดยการผสมผสานในวิชาชีพสาขาต่างๆ เข้ามาร่วมดำเนินการด้วยกัน PRECEDE- PROCEED Framework (Green & Kreuter, 2005) เป็นตัวอย่างของกรอบแนวคิด ที่เชื่อว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย (multiple factors)

การเข้าใจถึงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพที่มีแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี ที่แตกต่างกันจะช่วยให้พยาบาลที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพสามารถเลือกใช้ทฤษฎีมาเป็นพื้นฐานของการวางแผน

จัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม ทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับและมีการนำไปประยุกต์การสร้างเสริมสุขภาพอย่างแพร่หลายได้แก่ กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาของพฤติกรรมสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ทฤษฎีความสามารถตนเอง ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ PRECEDE- PROCEED Framework โดยมีแนวคิดหลักของแต่ละทฤษฎีดังนี้

กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาของพฤติกรรมสุขภาพ (Ecological Models of Health behavior)

คำว่า นิเวศวิทยา (ecology) มาจากสาขาวิชาวิทยาศาสตร์ชีวภาพซึ่ง หมายถึงความสัมพันธ์ระหว่างระบบของสิ่งมีชีวิตและสิ่งแวดล้อมรอบตัวเรา "สิ่งแวดล้อม" หมายถึง สิ่งต่างๆ ที่อยู่ภายนอกตัวบุคคล มุมมองของนิเวศวิทยาซึ่งพัฒนาขึ้นมาในสาขาวิชาการด้านพฤติกรรมศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขนั้นได้ให้ความสนใจกับธรรมชาติการเปลี่ยนแปลงของมนุษย์ภายใต้สภาพแวดล้อมด้านกายภาพ สังคมและวัฒนธรรม กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาของพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นกรอบแนวคิดที่ให้มุมมองด้านพฤติกรรมสุขภาพ มากกว่าที่จะเป็นทฤษฎีหรือโครงสร้างที่มีตัวแปรชัดเจน

หลักการของกรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาของพฤติกรรมสุขภาพ

แมลีรอยและคณะ (McLeroy, Bibeau, Steckler, & Glanz, 1988) ได้เสนอกรอบแนวคิดเพื่อประยุกต์ใช้ในงานด้านพฤติกรรมสุขภาพในหลายระดับขั้น โดยกรอบแนวคิดได้ถูกออกแบบในการชี้แนะนักวิจัยและผู้ปฏิบัติงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการประเมินผลและการดำเนินงาน/การจัดกิจกรรมอย่างเป็นระบบทั้งในระดับบุคคล กระบวนการระหว่างบุคคลและกลุ่มแกนนำ ปัจจัยด้านองค์กร/หน่วยงาน ปัจจัยทางด้านชุมชน และนโยบายสาธารณะ นอกจากนี้กรอบแนวคิดยังได้ระบุถึงระดับของการวิเคราะห์ที่มีความเฉพาะเจาะจงในการอธิบายและการเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมสุขภาพ

กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาของพฤติกรรมสุขภาพ ได้ระบุหลักการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้ (Sallis & Owen, 1996)

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพมีอยู่ในหลายระดับขั้น

กรอบแนวคิดได้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม นโยบายและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพล้วนแต่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยในทุกระดับขั้นต่างก็มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในเวลาเดียวกันโดยส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับที่ต่างกัน และมีรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ที่แตกต่างกัน

2. สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพมีหลายลักษณะ

กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาได้กล่าวถึงรูปแบบของอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีความหลากหลาย โดยมีสมมติฐานว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมนั้นมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมของบุคคลโดยผ่านทางการรับรู้ นอกจากนี้คุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ เช่น สภาพภูมิอากาศ บรรยากาศ สภาพทางภูมิศาสตร์ ก็ล้วนมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลทั้งสิ้น และยังรวมถึงคุณลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งก่อสร้าง เช่น รูปแบบของอาคาร การออกแบบของชุมชนและแหล่งทรัพยากรของชุมชน สิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการค้าขายซึ่งจะส่งผลต่อการเข้าถึงแหล่งอาหาร แอลกอฮอล์ และบุหรี่ สิ่งแวดล้อมด้านข้อมูลข่าวสาร การบันเทิง และเทคโนโลยีก็จัดว่าเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลเช่นกัน

3. กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยามีประโยชน์เมื่อเฉพาะเจาะจงใช้กับพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง

กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยานั้นช่วยให้แนวคิดกว้าง ๆในการแนะแนวทางในการทำวิจัยและการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพให้มีความเฉพาะเจาะจงที่แตกต่างกัน ตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมมักมีความความเฉพาะ การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดนั้น จะต้องมีการกำหนดตัวแปรที่มีความเฉพาะเจาะจงขึ้นมาอย่างถูกต้องและแม่นยำ ในระยะเริ่มแรกของการพัฒนากรอบแนวคิดได้มีการระบุถึงตัวแปรในแต่ละระดับขั้นซึ่งมีความหลากหลายและมีผลต่อสุขภาพและความผาสุกของบุคคล แต่เนื่องจากปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพมีความซับซ้อน การนำหลักการของกรอบแนวคิดมาใช้ในงานทางด้านพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่มีความเฉพาะนั้นจะสามารถใช้อธิบายรูปแบบของพฤติกรรมได้ดีกว่า

4. การจัดกิจกรรมในหลายระดับขั้นจัดว่ามีประสิทธิภาพมากที่สุด

สมมติฐานที่สำคัญของกรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาคือ การจัดกิจกรรมในระดับเดียวนั้นจะไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงและไม่สามารถที่จะทำให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นนั้นดำรงอยู่ได้ อย่างไรก็ตามข้อมูลที่จะสนับสนุนแนวคิดดังกล่าวยังมีไม่เพียงพอ แต่เป็นแนวคิดที่สามารถนำไปพิสูจน์หรือทดสอบได้ การจัดกิจกรรมด้านการให้ความรู้ที่ออกแบบเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นนั้น ต้องมีนโยบายและสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ต้องการ เช่นเดียวกับการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมอย่างเดียวก็อาจจะไม่เพียงพอในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังตัวอย่างเช่น การสร้างทางเดินเท้าให้มีมากขึ้นอาจไม่มีประโยชน์เพราะไม่มีโปรแกรมที่ช่วยกระตุ้นและจูงใจให้คนมาใช้งาน ทั้งนี้มีการยอมรับกันมากขึ้นว่าการผสมผสานการจัดกิจกรรมในระดับบุคคล ชุมชน และสิ่งแวดล้อม มีความสำคัญทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามยังคงพบว่ากิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพส่วนใหญ่ได้มุ่งเน้นเฉพาะระดับบุคคล อุปสรรคที่สำคัญของการจัดกิจกรรมในหลากหลายระดับขั้นก็คือ บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยกับโครงการที่มุ่งเน้นตัวบุคคล และไม่คุ้นเคยกับกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงด้านนโยบายและสิ่งแวดล้อม ด้วยความจริงที่ว่าการเปลี่ยนแปลงเชิงนโยบายและสิ่งแวดล้อมนั้นต้องใช้เวลานาน ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคที่สำคัญประการหนึ่งของนักวางแผนโครงการซึ่งต้องการที่จะเห็นผลงาน/ผลสำเร็จในระยะเวลาอันสั้น รวมถึงผู้ที่ทำงานซึ่งมีความจำกัดเกี่ยวกับช่วงเวลาของงบประมาณอีกด้วย

6. การจัดกิจกรรมในหลายระดับขั้นสามารถดำเนินงานได้ง่ายเมื่อมีการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงาน

เนื่องจากความซับซ้อนของการจัดกิจกรรมหลายระดับขั้นนี้ การมีส่วนร่วมของสาขาวิชาและหน่วยงานที่หลากหลายจึงมีความจำเป็นต่อการวางแผน การดำเนินกิจกรรมและการประเมินผลโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการซึ่งมาจากหน่วยงานต่างๆ ควรเข้าร่วมมีบทบาทในระยะต่างๆ ของการดำเนินงานเพื่อให้มีการแก้ไขปัญหาร่วมกัน และเพื่อความสะดวกของการดำเนินกิจกรรมก็สามารถทำได้โดยการเข้าร่วมกลุ่มที่ควบคุมในระดับนโยบายและสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลง สำหรับหน่วยงานทางวิชาการอาจช่วยในด้านเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ในขณะที่นักเศรษฐศาสตร์อาจช่วยเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะการเงินและประโยชน์ของการเริ่มต้นจากนโยบาย และนักการเมืองอาจช่วยให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการเปลี่ยนแปลงด้านการเมืองที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของหน่วยงานรัฐบาลในระยะเริ่มต้นของโครงการก็มีความสำคัญต่อการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จ รวมทั้งในเรื่องงบประมาณของการดำเนินกิจกรรมด้วย ประเด็นที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งคือการเข้ามามีส่วนร่วมของตัวแทนจากหน่วยงานภาคธุรกิจซึ่งสามารถช่วยเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินงาน การร่วมมือกันของหลายๆหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพนั้นต้องใช้กำลัง การคิดเชิงสร้างสรรค์ และความสามารถในการประสานงานอย่างมาก แต่ก็เป็นสิ่งที่มีคุณค่ามากต่อการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จ

7. การประเมินผลและการติดตามการดำเนินงานและการเปลี่ยนแปลงของสื่อกลางในทุกระดับ

การดำเนินกิจกรรมในหลายระดับขั้นนั้นมีความซับซ้อน ดังนั้นการรายงานผลเป็นระยะๆ เกี่ยวกับขอบเขตขององค์ประกอบในแต่ละกิจกรรมที่จะดำเนินการต่อไปจึงเป็นเรื่องที่มีประโยชน์ ซึ่งมักจะเป็นการประเมินผลด้านกระบวนของการจัดกิจกรรม ความท้าทายที่เกิดขึ้นในกระบวนการนี้ก็คือการประเมินจำนวนองค์ประกอบของกิจกรรมในทุกระดับ รวมถึงการขาดการพัฒนาเครื่องมือที่จะนำมาใช้วัดตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบาย

กิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะมีประสิทธิภาพเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรที่ควบคุมพฤติกรรมนั้นหรือตัวแปรซึ่งเป็นตัวสื่อกลาง (mediators) การ

กำหนดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงปัจจัยหรือตัวแปรที่เป็นสื่อกลางนี้ สามารถช่วยในการอธิบายได้ว่ากิจกรรมที่ดำเนินการไปแล้วนั้นประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวได้อย่างไร และยังช่วยในการเสนอแนะแนวทางที่จะพัฒนาและปรับปรุงการดำเนินงานอีกด้วย ความท้าทายของการประเมินตัวแปรสื่อกลางก็คือการที่จะกล่าวสรุปอิทธิพลของตัวแปรด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบายว่ามีผลโดยตรงและส่งผลทางอ้อมโดยผ่านการรับรู้ของบุคคลอย่างไร

8. ความไม่คงที่ทางการเมืองจัดเป็นข้อจำกัดของการจัดกิจกรรมทางนิเวศวิทยา

กระบวนการทางการเมืองถือว่ามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ตัวอย่างของปัจจัยที่สำคัญและมีผลอย่างมากต่อแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ กฎหมายที่ไม่พึงประสงค์ การขาดการบังคับใช้ในเชิงนโยบาย พฤติกรรมการร่วมมือกันในทางลบ การสนับสนุนอยู่เบื้องหลังของกลุ่มธุรกิจ และการไม่สามารถผลักดันข้อเสนอทางการเมืองให้มีการระบุพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น ความไม่มีประสิทธิภาพในการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับบุหรี่และแอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น เงินลงทุนในการผลิตผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางการเมืองนับว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการประสบความสำเร็จของกิจกรรมต่าง ๆเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทุกระดับขั้น

เนื่องจากความไม่คงที่ของการเปลี่ยนแปลงด้านการเมือง การเปลี่ยนแปลงรัฐบาลหรือผู้นำขององค์กรมีผลอย่างมากต่อการกำหนดความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ นอกจากนี้ความคิดของประชาชนส่วนใหญ่อาจมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับผลการศึกษาใหม่ ๆที่เกิดขึ้น รวมถึงเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงซึ่งอาจจะทำให้การเมืองเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วได้ ดังนั้นกลุ่มผู้ทำงานด้านสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความพร้อมในการดำเนินงานในเวลาที่เหมาะสม ความพยายามที่จะให้เกิดความร่วมมือและการคงไว้ของการร่วมมือกันทำงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆสามารถส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับของบรรยากาศทางการเมืองได้

การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาในการดำเนินงานหลายระดับขั้น *(Multilevel approaches)*

การนำกรอบแนวคิดมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมในหลายระดับขั้นนั้นมีหลักฐานสนับสนุนว่ามีความจำเป็นต่อการยกระดับภาวะสุขภาพของประชาชน เช่น การศึกษาในต่างประเทศที่เกี่ยวกับองค์ประกอบที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ประสบความสำเร็จที่มีเป้าหมายในเรื่องการออกกำลังกาย (Hovell et al., 2008) การรับประทานอาหาร (Sorensen et al., 1999) การป้องกันอันตรายจากแสงแดด (Olson, Gaffney, Starr, Gibson, Cole, 2007) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จเหล่านี้ ได้แก่ การมีส่วนสนับสนุนจากรัฐบาล การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้กับประชาชนกลุ่มใหญ่ การเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมและนโยบาย และการแนะนำของกลุ่มที่รวมตัวกันจากการมี

ความสนใจในเรื่องเดียวกัน ซึ่งการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรและหน่วยงาน ตลอดจนองค์ประกอบต่าง ๆเหล่านี้มีความสอดคล้องกับหลักการดำเนินงานของกรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยานั่นเอง การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดในหลายระดับขั้นนี้เกิดผลอย่างชัดเจนโดยเฉพาะเรื่องบุหรี่ การจัดกิจกรรมระดับบุคคลไม่เพียงพอที่จะกำจัดสาเหตุหลักของการสูบบุหรี่ในประเทศอุตสาหกรรมได้ ซึ่งก็เชื่อว่าการดำเนินกิจกรรมในหลายระดับขั้นมีเป้าหมายทั้งต่อบุคคล บรรทัดฐานทางสังคม การริเริ่มด้านนโยบายและกฎข้อบังคับต่าง ๆ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงด้านสิ่งแวดล้อมโดยการลดหนทางที่จะเข้าถึงบุหรี่ ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตราการสูบบุหรี่ในระยะยาวได้

การยอมรับถึงความจำเป็นในการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดยังปรากฏอยู่ในข้อเสนอ Healthy People 2020 (U.S. Department of Health and Human Services, 2010) และการรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จึงเป็นที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่งที่จะนำกรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยามาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการจัดกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพโดยมีการดำเนินงานอย่างมีรูปแบบในทุกระดับขั้นของกรอบแนวคิด

อาจกล่าวโดยสรุปว่าในสาขาวิชาชีพทางสุขภาพและการสาธารณสุขนั้น การพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมที่เข้าถึงในหลายระดับจากการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยานั้นมีความสำคัญอย่างยิ่ง และเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าเป็นสิ่งที่ดีและมีความจำเป็นต่อการดำเนินงาน ความท้าทายที่เกิดขึ้นคือการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดของในการดำเนินงานซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ และการประเมินประสิทธิภาพของการจัดกิจกรรมในทุกระดับขั้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยครั้งแรกได้นำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค (preventive health behavior) ต่อมาภายหลังได้มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (sick-role behavior) พัฒนาการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อนักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมีความเชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้โดยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ.1950-1960 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระยะนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข ที่เน้นกิจกรรมด้านการป้องกันโรคมากกว่ากิจกรรมด้านการรักษาพยาบาล ไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน คือ ประสบปัญหามีประชาชนมารับบริการการ

ป้องกันโรคกันน้อยทั้งๆ ที่บริการที่จัดให้นั้นไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายๆ หรือเสียค่าใช้จ่ายต่ำมากก็ตาม ดังนั้น นักพฤติกรรมศาสตร์ และนักสาธารณสุขจึงสนใจจะทำความเข้าใจว่าอะไรเป็นสาเหตุและสภาวะการณ์ใดที่เหมาะสมที่จะทำให้บุคคลมีการปฏิบัติในการป้องกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อคัดกรองหรือวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะแรกเริ่มที่ยังไม่มีอาการใดๆ เช่น ในกรณีการตรวจสุขภาพและป้องกันโรค วัณโรค มะเร็งปากมดลูก ปัญหาสุขภาพฟัน ไข้รูมาติค โรคโปลิโอ โรคไข้หวัดใหญ่ เป็นต้น

การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดจากกลุ่มบุคคลที่ได้ทำการศึกษาวิจัยสภาพปัญหาของการบริการสาธารณสุขดังกล่าวมาแล้ว และในกลุ่มนั้น โรเซนสตอค (Rosenstock, 1974) เป็นบุคคลที่นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพออกมาเขียนอธิบายและเผยแพร่ให้ผู้อื่นได้เข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดดังกล่าวมากขึ้น ชื่อของ โรเซนสตอค (Rosenstock, 1974) ในฐานะเป็นผู้ริเริ่มแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นที่คุ้นเคยและถูกอ้างถึงมากกว่าบุคคลอื่นๆ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีทางจิตวิทยาสังคมของ ลีวีน (Lewin, 1936) ซึ่งได้อธิบายว่าในช่วงชีวิตของบุคคล จะมีทั้งส่วนที่เป็นแรงด้านบวก แรงด้านลบ และส่วนที่เป็นกลาง แรงด้านบวกจะเป็นสิ่งที่ดึงบุคคลให้เข้าสู่เป้าหมายที่ตนปรารถนา ส่วนแรงด้านลบจะเป็นตัวผลักให้บุคคลเคลื่อนหนีออกจากสิ่งที่ไม่ปรารถนา สำหรับส่วนที่เป็นกลางคือ ส่วนที่มีความสมดุลระหว่างแรงด้านบวกและลบ พฤติกรรมหรือการแสดงของบุคคล จึงถูกมองว่าเป็นกระบวนของการถูกดึงโดยแรงด้านบวกและการถูกผลักโดยแรงด้านลบ นอกจากนี้ ลีวีน (1936) ยังอธิบายถึงการตั้งเป้าหมายของบุคคลในสภาพการณ์ที่มีระดับความยากง่ายในการจะบรรลุเป้าหมายที่แตกต่างกัน ว่าบุคคลจะเลือกโดยเปรียบเทียบระดับของผลดีและผลเสียของความสำเร็จหรือความล้มเหลวกับโอกาสที่เขาจะบรรลุถึงความสำเร็จนั้นๆ ซึ่ง ลีวีน และคณะ (Lewin et al, 1944) ได้ตั้งสมมติฐานว่า พฤติกรรมของบุคคล เป็นผลมาจากตัวแปรที่สำคัญ 2 ประการคือ

(1) คุณค่าของผลลัพธ์จากการกระทำที่มีต่อบุคคลที่กระทำ และ

(2) การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสของการเกิดผลลัพธ์จากการกระทำนั้นๆ การพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในครั้งแรก ได้เริ่มจากแนวความคิดตามแนวทฤษฎีของลีวีน (1936) ที่กล่าวว่า "โลกของการรับรู้ของบุคคล จะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ" คือสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวบุคคลจะไม่มีอิทธิพลต่อการกระทำของบุคคล ยกเว้นแต่สิ่งแวดล้อมเหล่านั้นได้ปรากฏอยู่ในใจหรือการรับรู้ของบุคคล ด้วยเหตุนี้บุคคลจึงแสดงออกตามสิ่งที่เขาเชื่อถือแม้ว่าสิ่งนั้นจะไม่ถูกต้องตามที่ผู้อยู่ในวิชาชีพสุขภาพคิดก็ตาม

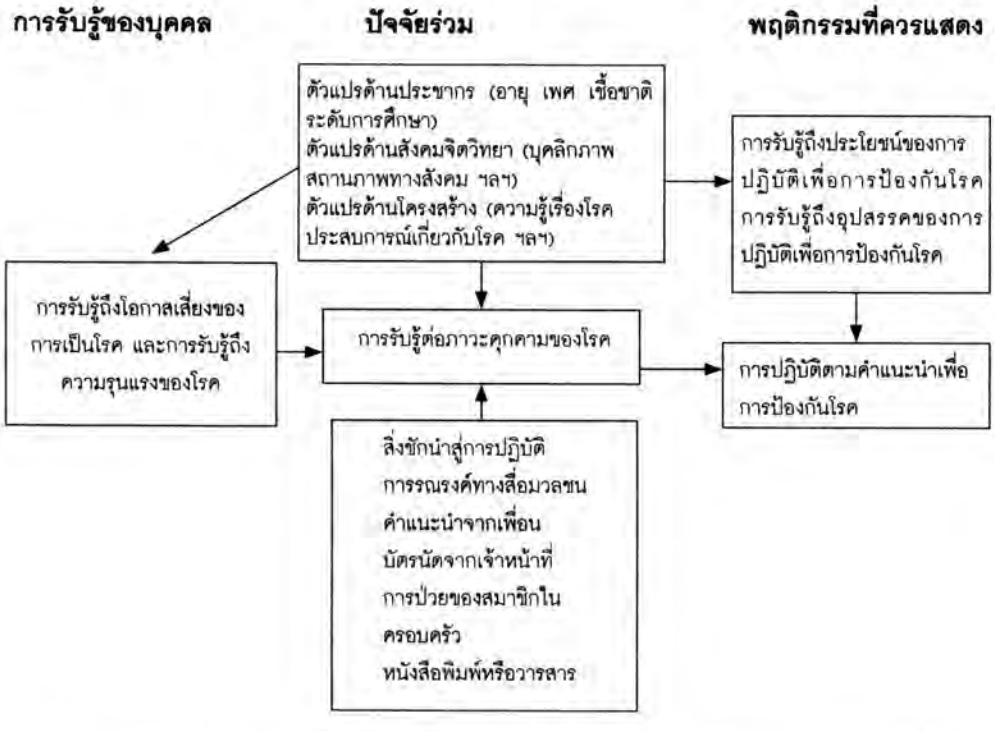
โรเซนสตอค (1974) ได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

(1) เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค

(2) อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตเขาพอสมควร

(3) การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่เขาโดยการช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าว ไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขา เช่น ค่าใช้จ่าย เวลา ความไม่สะดวก ความกลัว ความอาย เป็นต้น

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพในระยะต่อมาได้พบว่า นอกจากองค์ประกอบด้านความเชื่อหรือการรับรู้แล้ว ยังมีปัจจัยตัวอื่นที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เบคเกอร์และคณะ (Becker et al, 1974) จึงได้ทำการปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้เพิ่มปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่า มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค ดังแผนภูมิที่ 2-1



แผนภูมิที่ 2-1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสำหรับใช้ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค (Strecher & Rosenstock, 1996)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพได้ถูกปรับปรุงและพัฒนามาเป็นระยะ ๆ โดยมีการเพิ่มเติมปัจจัยภายนอกอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการรับรู้หรือความเชื่อของบุคคลซึ่งเป็นปัจจัยภายในและได้รับการปรับปรุง สำหรับนำไปใช้กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งด้านการป้องกันโรคเมื่อมีอาการไม่สบาย และเมื่อสวมบทบาทของผู้ป่วยทั้งนี้เพื่อให้มีความสอดคล้องเหมาะสม และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมการเจ็บป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของบุคคลมี 4 ประการ คือ

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility)

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพนั้นมากน้อยเพียงใด และถ้าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจะหมายถึงความเชื่อต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยว่าตนเองง่ายต่อการป่วยเป็นโรคต่าง ๆ การศึกษาวิจัยเป็นจำนวนมากที่รายงานผลของความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างความเชื่อ ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยพบว่าความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์กับการไปรับบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และการไปตรวจสุขภาพเพื่อวินิจฉัยหาโรคตั้งแต่แรกเริ่ม เช่น โรคมะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม สำหรับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในผู้ป่วยพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยตามคำแนะนำของแพทย์หรือพฤติกรรมการรักษาโรคเช่นกัน ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติในการรักษาโรคของบุคคล

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดพิการ เสียชีวิต ความยากลำบากและการต้องใช้ระยะเวลานานในการรักษา การเกิดโรคแทรกซ้อน หรือมีผลกระทบต่อบทบาททางสังคมของตน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่กล่าวถึง อาจมีความแตกต่างจากความรุนแรงของโรคที่แพทย์เป็นผู้ประเมิน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ร่วมกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค จะทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคาม (perceived threat) ของโรคว่ามีมากน้อยเพียงใด ซึ่งภาวะคุกคามนี้เป็นส่วนที่บุคคลไม่ปรารถนา และมีความโน้มเอียงที่จะหลีกเลี่ยง

3. การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับและอุปสรรค (Perceived benefits and barriers)

เมื่อบุคคลมีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค และมีความเชื่อว่าโรคนั้นมีความรุนแรงหรือก่อให้เกิดผลเสียต่อตนแล้ว ๆ ยังมีความเชื่อต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ

อุปสรรคอาจรวมถึงเวลา ความไม่สะดวกสบาย ความอาย การเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัย และอาการแทรกซ้อนด้วย บุคคลจะทำการประเมินอุปสรรคแล้วนำไปสัมพันธ์กับทรัพยากรที่มีอยู่หรือที่จะหามาได้ตลอดจนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับเรื่องนั้นๆ แม้บุคคลจะพยายามหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามเหล่านั้น โดยการแสวงหาการป้องกันหรือรักษาโรคดังกล่าว แต่การที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติในสิ่งใดนั้น จะเป็นผลจากความเชื่อว่าวิธีการนั้นๆ เป็นทางออกที่ดี ก่อให้เกิดผลดี มีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุด จะทำให้ไม่ป่วยเป็นโรค หรือหายจากโรคนั้น ในขณะเดียวกันบุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าอุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกัน และรักษาโรคจะต้องมีน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่จะได้รับ

4. ปัจจัยร่วม (Modifying factors)

ปัจจัยร่วมนับเป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค หรือการปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาโรค ปัจจัยร่วมประกอบด้วย

- ตัวแปรด้านประชากร เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา เชื้อชาติของบุคคล
- ตัวแปรด้านโครงสร้าง เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค
- ตัวแปรด้านสังสมจิตวิทยา ได้แก่ บุคลิกภาพ สถานะภาพทางสังคม เป็นต้น
- ตัวแปรสนับสนุนในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ หรือสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นสิ่งกระตุ้น (trigger) ที่นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ตัวแปรเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคล เช่น อาการไม่สุขสบาย เจ็บปวด อ่อนเพลียที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลนั้นเอง หรือเป็นสิ่งภายนอกที่มากระตุ้น เช่น การรณรงค์หรือข่าวสารจากสื่อมวลชน คำแนะนำที่ได้จากเจ้าหน้าที่ เพื่อน หรือผู้อื่น แหล่งหรือผู้ให้คำแนะนำ บัตรนัด หรือไปรษณียบัตรเตือน การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติหรือตัวกระตุ้น จะต้องเกิดขึ้นสอดคล้องเหมาะสมกับพฤติกรรม ระดับความเข้มของสิ่งกระตุ้นที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แตกต่างกันไปตามระดับความพร้อมด้านจิตใจของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรม คือ ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจน้อยจำเป็นต้องอาศัยสิ่งชักนำมาก แต่ถ้ามีความพร้อมด้านจิตใจสูงอยู่แล้วจะต้องการสิ่งกระตุ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ต่อมาเมื่อแนวความคิดเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง (self-efficacy) (Bandura, 1977) ถูกพัฒนาขึ้นและได้รับการยอมรับว่ามีผลอย่างมากต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จึงมีข้อเสนอแนะให้มีการรวมแนวคิดความสามารถของตนเองไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แต่เนื่องจากแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเมื่อเริ่มต้นถูกพัฒนามาจากพฤติกรรมการการรับบริการการป้องกันโรคที่ปฏิบัติได้ในระยะสั้นๆ เช่น การรับวัคซีน การถ่ายภาพรังสีทรวงอก แนวคิดความสามารถของ

ตนเองจึงไม่มีบทบาทมากเท่าพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ แนวคิดความสามารถของตนเองจึงถูกพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการรับรู้อุปสรรคเท่านั้น (Rosenstock, Strecher, Becker, 1988) อย่างไรก็ตาม ต่อมาก็ได้มีการพัฒนาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Rogers, 1975) ขึ้นซึ่งทฤษฎีดังกล่าวได้มีการรวมแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดเกี่ยวกับเกี่ยวกับความสามารถของตนเองเข้าไว้ด้วยกัน

โดยสรุปแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการที่จะปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค และการรักษาโรคว่าบุคคลจะต้องมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ต่อความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้นี้จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุดด้วยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ปัจจัยร่วมอื่นๆ เช่น ตัวแปรด้านประชากร โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ และสิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ นับเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติสุขภาพของบุคคลนั้นๆ ด้วย

การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวว่า การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรคหรือการให้ความร่วมมือในการรักษาโรคนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ดังนั้น พยาบาลที่ต้องทำการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนจึงจำเป็นต้อง

1. ศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของคนในชุมชนและค้นหาประชากรกลุ่มเสี่ยง โดยพิจารณาจากปัญหาสุขภาพ ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่มีอยู่แล้ว

2. เมื่อได้พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการปรับเปลี่ยนแล้ว ขั้นตอนต่อไปก็คือการสำรวจหรือตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิมของบุคคลก่อน ได้แก่ ความเชื่อเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และค่าใช้จ่าย หรืออุปสรรคของการปฏิบัติด้านสุขภาพในเรื่องนั้น ตลอดจนปัจจัยอื่นๆ ที่มีส่วนกระตุ้นการปฏิบัติของคนในชุมชน

3. หลังจากนั้น จึงจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มีเนื้อหาและกระบวนการมุ่งส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยง

3.1 มีความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยการวิเคราะห์ ยกตัวอย่างหรือชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่จริง กับโอกาสในการเกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพ

3.2 มีความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค โดยเน้นให้เห็นถึงผลที่ตามมาจากพฤติกรรมเสี่ยงนั้นๆ อาจใช้ตัวอย่างจริงของบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้ที่ถูกตัดกล่องเสียงจากการสูบบุหรี่ เป็นต้น

3.3 มีความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยให้รายละเอียดของการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเน้นถึงการเกิดผลดีของการปฏิบัติในด้านของการป้องกันโรค การหายจากโรค การเป็นแบบอย่างที่ดีและอื่นๆ

3.4 ลดความเชื่อต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ โดยการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือปรับปรุงรูปแบบการบริหารจัดการ เพื่อให้การปฏิบัติมีความสะดวก ลดขั้นตอนที่ยุ่งยากหรือลดค่าใช้จ่ายที่มากเกินไป

4. วางแผนจัดสิ่งชักนำที่เหมาะสมที่จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น เช่น แรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน การนัด การส่งไปรษณีย์บัตรเตือน เป็นต้น

ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)

แนวคิดของทฤษฎีความสามารถตนเอง

นักจิตวิทยาทางสังคมได้ทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการเรียนรู้ทางสังคมมาเป็นเวลานาน และได้ขยายขอบเขตการศึกษาให้กว้างขวางมากยิ่งขึ้น เนื้อหามีความแตกต่างกันไปบ้าง การศึกษาเกี่ยวกับปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับสิ่งแวดล้อม ผู้ซึ่งได้ศึกษาค้นคว้าในรายละเอียดเรื่องนี้ คือ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ซึ่งเป็นนักจิตวิทยาชาวอเมริกัน แนวความคิดเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง (self-efficacy) มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Bandura, 1977) ทฤษฎีนี้ได้นำมาใช้กันแพร่หลายทางด้านจิตวิทยา สังคม การศึกษาและทางด้านสุขศึกษาในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความสามารถของตัวเอง และเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ ทักษะการปฏิบัติให้กับตัวเอง แบนดูรากล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้ของมนุษย์เป็นกระบวนการสลับซับซ้อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของพฤติกรรม

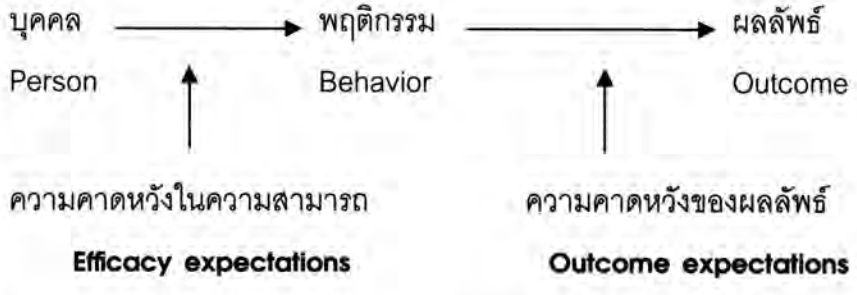
ทฤษฎีพื้นฐานแนวความคิดเกี่ยวกับความสามารถของตัวเอง แบนดูราเชื่อว่าการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไข และสิ่งเร้าของพฤติกรรม ซึ่งเน้นการเสริมแรงโดยเงื่อนไขนั้นๆ ให้คงอยู่ แบนดูราเชื่อว่า การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลในปัจจุบันควรลดความสำคัญของการควบคุมภายใน แต่คงศึกษาถึงตัวควบคุมภายนอกด้วยตัวเสริมแรงต่างๆ การมีปฏิกิริยาสัมพันธ์ของพฤติกรรมอาจจะอธิบายได้ว่ามีความสัมพันธ์กันระหว่าง 3 องค์ประกอบ คือ พฤติกรรมเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง บุคคล และสิ่งแวดล้อม

แนวคิดของแบนดูรา มองพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมไม่แยกจากกัน แบนดูราเชื่อว่ามนุษย์มักจะใช้สภาพเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลและประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของบุคคลจะมีส่วนในการตัดสินใจในการปฏิบัติครั้งต่อไป พฤติกรรมของบุคคลจะเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใดย่อมขึ้นอยู่กับการเรียนรู้ที่ได้จากสังคม สิ่งแวดล้อมจะเป็นตัวกำหนด

พฤติกรรมที่จะเกิดขึ้นในบุคคล เช่น ความคิด อารมณ์ ความคาดหวัง การศึกษาพฤติกรรมของบุคคลนั้น จะต้องวิเคราะห์เงื่อนไขและสิ่งเร้าที่มีต่อพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสิ่งเร้าเหล่านี้จะเป็นตัวเสริมแรงที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

จากแนวคิดข้างต้น แบนดูราได้พัฒนาและทดสอบทฤษฎีใหม่ขึ้นมา เรียกว่า Self-Efficacy Theory หรือทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977) สมมติฐานของทฤษฎีคือ ถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามดังกล่าว ทฤษฎีความสามารถของตนเองของแบนดูรา ได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง ดังนั้น ความสามารถของตนเองจึงมีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานเฉพาะอย่างได้ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญที่จะเชื่อมโยงระหว่างสิ่งที่ทราบว่าจะต้องทำอะไรกับสิ่งที่จะต้องปฏิบัติจริง ๆ

แบนดูรา (1977) ได้ประมวลบทบาทของความสามารถของตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังต่อไปนี้



ตามโครงสร้างของทฤษฎี แสดงให้เห็นว่า ส่วนประกอบที่สำคัญของทฤษฎี คือ

1. ความคาดหวังในความสามารถ (efficacy expectations) แบนดูราให้ความหมาย ความคาดหวังในความสามารถว่า เป็นความเชื่อของบุคคลที่ว่า ตนสามารถทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่กำหนดไว้ได้ เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการ

2. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectations) หมายถึง การที่บุคคลจะประมาณค่าถึงพฤติกรรมเฉพาะอย่างที่จะปฏิบัติ จะนำไปสู่ผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง

โดยสรุปทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy Theory) มีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม และมีกำลังใจอย่างเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนาย หรือตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป

การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ มีความสัมพันธ์กัน โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้ มีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้น ดังจะเห็นได้จากแผนภูมิที่ 2-2 ดังนี้

		ความคาดหวังในผลลัพธ์	
		สูง	ต่ำ
การรับรู้ความสามารถตนเอง	สูง	มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ
	ต่ำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำ	มีแนวโน้มที่จะไม่ทำแน่นอน

แผนภูมิที่ 2-2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ (Bandura, 1996)

จากแผนภูมิที่ 2-2 จะเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำที่จะเกิดขึ้นได้ว่า ถ้าบุคคลมีความรับรู้ความสามารถตนเองสูง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำสูง เช่นเดียวกันบุคคลมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมนั้นแน่นอน ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีการรับรู้ความสามารถตนเองต่ำ และมีความคาดหวังในผลของการกระทำต่ำด้วย หรือมีการรับรู้ความสามารถตนเองส่วนใดส่วนหนึ่งต่ำ บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจไม่กระทำพฤติกรรมนั้น นอกจากนี้แบนดูรา ยังได้กล่าวถึงบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงอีกว่า บุคคลเหล่านี้มักจะมีความคาดหวังในผลของการกระทำที่สูงอีกด้วย ในขณะที่บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถตนเองในระดับต่ำ จะมีความหวังในผลการกระทำในระดับปานกลาง

การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ไม่สามารถจะแยกออกจากกันได้เด็ดขาด เพราะบุคคลจะมองผลที่เกิดขึ้นว่า เป็นสิ่งที่แสดงถึงความพอเหมาะพอเพียงของพฤติกรรมอื่นใดต่อไปอีกหรือไม่ อย่างไรก็ตามในการวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมา พบว่า ความคาดหวังในความสามารถตนเอง จะเป็นตัวทำนายถึงแนวโน้มการกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่าความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น

แบนดูราได้กล่าวถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสามารถตนเอง ดังนี้

1. แหล่งของความเชื่อในความสามารถ (source of self-efficacy beliefs)
2. กระบวนการกระตุ้นความสามารถ (efficacy activated processes)
3. ผลประโยชน์ในแง่ที่ดีที่มีต่อความเชื่อในความสามารถตนเอง (adaptive benefits of optimistic self-beliefs of efficacy)

4. การพัฒนาและการฝึกหัดการมีความสามารถตนเองตลอดชีวิต (development of self-efficacy over the lifespan)

รายละเอียดของปัจจัยที่ทำให้เกิดความสามารถตนเอง มีดังนี้

1. แหล่งของความเชื่อในความสามารถ แบนดูราได้เสนอการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง ไว้ 4 วิธี (Bandura, 1996)

1.1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) คือ การเรียนรู้จากความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งจากอดีตเชื่อมโยงเข้าสู่การตัดสินใจที่จะกระทำกิจกรรมในปัจจุบัน ประสบการณ์ของความสำเร็จของตนเองถือเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถของตนเองมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงที่บุคคลได้รับและเป็นความสำเร็จที่ตนกระทำได้จริง การที่บุคคลกระทำกิจกรรมแล้วประสบกับความสำเร็จหลายๆ ครั้ง จะเสริมให้บุคคลมีความคาดหวังความสามารถของตนเองในการกระทำเพิ่มมากขึ้น จึงจำเป็นที่จะต้องฝึกให้มีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆ กับการทำให้เขายอมรับรู้ว่าเขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้นได้ และจะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถนั้นจะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ อย่างไรก็ตามแม้ว่าบางครั้งกิจกรรมที่กระทำนั้นจะเกิดความล้มเหลวนั้น อาจจะเนื่องจากปัจจัยอื่นๆ เช่น ความพยายามไม่พอหรือใช้วิธีการทำงานที่ไม่เหมาะสมมากกว่าที่จะบอกว่าตนเองไม่มีความสามารถที่จะกระทำ

ส่วนบุคคลที่พบกับความล้มเหลวในการกระทำกิจกรรมอยู่เสมอ จะส่งผลให้บุคคลประเมินความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่ำ พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้แนวทางที่ส่งเสริมให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จด้วยตนเอง ด้วยการกำหนดแผนการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้บุคคลได้มีโอกาสมีกิจกรรมในการดูแลตนเองภายใต้ความเหมาะสมของสภาวะทางกาย พยาบาลควรใจเย็นและอดทนต่อความล่าช้าที่จะมีกิจกรรมด้วยตนเองของบุคคลตามความแตกต่างของปัจเจกบุคคลซึ่งผลจากความพยายามนี้ จะทำให้บุคคลได้มีประสบการณ์ของการกระทำด้วยตนเองและเกิดการรับรู้ว่าตนเองสามารถกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

1.2 การใช้ตัวแบบ (modeling) การได้เห็นประสบการณ์หรือตัวอย่างความสำเร็จของผู้อื่นในการกระทำที่ยากโดยไม่เกิดผลเสียตามมา ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งอิทธิพลที่มีความสำคัญเป็นอันดับสองรองจากประสบการณ์ของความสำเร็จด้วยตนเอง การที่บุคคลได้เห็นผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วประสบกับความสำเร็จ จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองมากขึ้น ทั้งนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการกระทำกิจกรรมนั้นได้อยู่ก่อนแล้ว เมื่อเปรียบเทียบกับผู้อื่นแล้วว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำสิ่งนั้นได้ ถ้าตั้งใจพยายาม โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในวัย เพศ ความสามารถและประสบการณ์ในอดีตที่ไม่แตกต่างกัน เช่น นักศึกษาคนหนึ่งปกติแล้วไม่กล้าที่จะ

ตอบคำถามของอาจารย์ในห้องเรียนเมื่อได้เห็นเพื่อนที่มีระดับความรู้ความเข้าใจในการเรียนที่ไม่แตกต่างจากตนสามารถที่จะตอบคำถามอาจารย์ได้อย่างถูกต้อง ทำให้ตนเกิดความกล้าและคาดหวังว่าความสามารถที่ตนเองมีอยู่ก็น่าจะตอบคำถามได้เช่นกัน นำไปสู่การกล้าที่จะตอบคำถามอาจารย์ในที่สุด ซึ่งเป็นผลดีต่อตนเองในการเรียน ในการส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้หรือความคาดหวังในความสามารถด้วยวิธีการนี้พยาบาลสามารถกระทำได้ง่ายด้วยการใช้กระบวนการกลุ่มที่มีบุคคล ซึ่งประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมดังกล่าวมาก่อนเป็นแบบอย่างให้เห็น นอกจากนี้อาจใช้แผนการส่งเสริมความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมที่ดีด้วยการใช้ภาพถ่ายวีดีโอให้เห็นความสามารถของตัวแบบ เพื่อให้เกิดการเลียนแบบและมีพฤติกรรมดังกล่าว อย่างไรก็ตามการคัดเลือกตัวแบบก็มีความสำคัญ ทั้งนี้พยาบาลควรพยายามให้ตัวแบบนั้นมีความใกล้เคียงกับบุคคลที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด เพื่อให้บุคคลคิดว่าขณะที่บุคคลอื่นซึ่งมีสภาวะที่ใกล้เคียงกับตนเองมีพฤติกรรมที่ดีได้ ตนเองก็น่าจะมีพฤติกรรมนั้นได้เช่นกัน

1.3 การชักจูงโดยใช้คำพูด (verbal persuasion) เป็นอีกแหล่งที่ช่วยเสริมความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ด้วยการรับเอาคำแนะนำชักจูงจากผู้อื่นมาเป็นข้อมูลเพื่อพิจารณาถึงความสามารถที่ตนเองมีอยู่ การพูดชักจูงจากผู้อื่นจะมีส่วนช่วยทำให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้แม้ว่าจะไม่เคยกระทำมาก่อนก็ตาม ส่งผลให้เกิดความพยายามกระทำได้สำเร็จ มีความคาดหวังในความสามารถในตนเองมากขึ้น พลังของคำพูดชักจูงไม่สามารถชักนำให้เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองได้ทุกครั้งไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสถานภาพและความเชื่อถือได้ของผู้ที่ให้คำชักจูง เช่น บิดา มารดา ครูบาอาจารย์ เป็นต้น นอกจากนี้คำพูดชักจูงจะมีความสำคัญมากขึ้น ถ้าผู้ชักจูงเคยมีประสบการณ์ของความสำเร็จในการกระทำมาก่อนแล้ว วิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างแพร่หลายเนื่องจากในบางครั้งการก่อให้เกิดความสามารถของตนเอง ไม่สามารถกระทำให้ดูได้ด้วยการสาธิตหรือการให้ลองกระทำด้วยตนเอง ในการส่งเสริมให้บุคคลมีการรับรู้หรือความคาดหวังในความสามารถด้วยวิธีการนี้พยาบาลสามารถกระทำได้ด้วยการใช้กลวิธีกระทำร่วมกับการได้เห็นตัวแบบซึ่งนอกจากการได้เห็นความสำเร็จของการกระทำของตัวแบบแล้ว ตัวแบบเองยังสามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการมีพฤติกรรมจากการกระตุ้นด้วยคำพูดได้ด้วย

1.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) เป็นการใช้สภาวะทางร่างกาย และอารมณ์เพื่อตัดสินความสามารถบุคคลที่มีความเครียดตื่นเต้น วิตกกังวล หรือมีสภาวะที่ร่างกายถูกกระตุ้นมากๆ จนทำให้เกิดความอ่อนเพลีย เมื่อยล้า ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ส่งผลให้กระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ไม่ดีเท่าที่ควร จนเกิดการหลีกเลี่ยงการกระทำหรือเผชิญกับสถานการณ์นั้นในที่สุด เช่น บุคคลที่เคยมีเหงื่อออกมากที่บริเวณฝ่ามือ หัวใจเต้นแรงและขาสั่นก่อนที่จะขึ้นพูดในที่ประชุมจะทำให้มีความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการพูดในระดับต่ำ เป็นต้น ความสำคัญของ

การกระตุ้นทางอารมณ์ไม่ได้อยู่ที่ว่าสภาวะร่างกายและจิตใจจะมีความเข้มแข็งเท่าไร แต่อยู่ที่ว่าเขาจะรับรู้และแปลความหมายอย่างไร บุคคลที่มีความรู้สึกในความสามารถตนเองสูง สภาวะที่มีความรู้สึกสูงนั้นจะสามารถปลุกเร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยส่งเสริมพลังในการแสดงพฤติกรรม แต่บุคคลที่สงสัยตนเอง จะวัดความสามารถได้ด้วยสภาวะทางสรีระวิทยา และอารมณ์เป็นตัวชี้วัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อสภาวะสุขภาพและกิจกรรมที่ใช้สรีระทางร่างกายเป็นตัวแสดงพฤติกรรม ดังนั้นเพื่อให้บุคคลเกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ต่อการมีพฤติกรรมที่ต้องการ พยาบาลควรให้ความสำคัญกับความคงที่ของสภาวะทางกายและทางอารมณ์ด้วยเสมอ

2. กระบวนการกระตุ้นความสามารถ (efficacy activated processes)

2.1 กระบวนการรู้คิด (cognitive processes) จะช่วยให้บุคคลคาดเดาเหตุการณ์ และพัฒนาแนวทางที่จะควบคุมสิ่งที่มีผลต่อวิถีชีวิตของเขา

2.2 กระบวนการจูงใจ (motivational processes) แรงจูงใจจะถูกกำกับโดยความคาดหวังของบุคคลนั้นๆ บุคคลจะกระทำเมื่อเขามีความเชื่อว่าเขาทำได้ การจูงใจจะมีอิทธิพลต่อความคาดหวังในผลลัพธ์ของการกระทำนั้นๆ

2.3 กระบวนการความรู้สึก (affective processes) ความรู้สึกในความสามารถตนเองมีมากเท่าไร บุคคลก็จะสามารถพยายามทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จ

2.4 กระบวนการเลือกสรร (selection processes) ความเชื่อถือในความสามารถของตนเอง สามารถปรับแต่งให้เกิดขึ้นได้ โดยอิทธิพลของกิจกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เขาเลือก

3. ผลประโยชน์ในแง่ที่ดีที่มีต่อความเชื่อในความสามารถตนเอง (adaptive benefits of optimistics self-beliefs of efficacy) จากการศึกษาของแบนดูรา ความรู้สึกของบุคคลที่จะแสดงกับความสำเร็จและความผาสุกนั้น ก็คือความต้องการความรู้สึกที่ดีต่อความสำเร็จของตนเอง บุคคลที่ประสบความสำเร็จด้านต่างๆ เป็นบุคคลที่อยู่ในสังคมได้ดี ได้มองความสามารถของตนในด้านดีเพื่อการควบคุมเหตุการณ์ที่มีผลต่อชีวิตของเขา และเชื่อว่าความสามารถตนเองจะทำให้เกิดความผาสุกและประสบความสำเร็จ

4. การพัฒนาและการฝึกหัดการมีความสามารถตนเองตลอดชีวิต (development of self-efficacy over the lifespan)

ในช่วงเวลาที่ต่างกันของชีวิต บุคคลจะต้องการความสามารถในการทำงานให้สำเร็จที่ต่างกัน วิธีการพัฒนาความสามารถก็จะแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ ความสามารถในเรื่องต่างๆ ในการดำรงชีวิตของบุคคล จะเพิ่มขึ้นตามประสบการณ์ที่บุคคลได้รับ ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้เกิดจากการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบต่างๆ ที่บุคคลมีความตั้งใจจะรับรู้การเรียนรู้จากตัวแบบนี้มีส่วนประกอบสำคัญ 4 กระบวนการดังต่อไป

4.1 กระบวนการตั้งใจ (attention processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกต ถ้าบุคคลนั้นไม่มีความตั้งใจ และรับรู้ได้อย่างแม่นยำ ถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจแบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบด้วยกันคือ ตัวแบบที่มีลักษณะเด่นชัด และสร้างให้เกิดความพึงพอใจ และตัวผู้สังเกตเองที่มีความสามารถในการรับรู้ การเห็นและการได้ยิน

4.2 กระบวนการเก็บจำ (retention processes) บุคคลจะไม่ได้รับอิทธิพลมากนักจากตัวแบบ ถ้าเขาไม่สามารถจะจดจำได้ถึงลักษณะของตัวแบบ บุคคลจะต้องแปลงข้อมูลจากตัวแบบให้เป็นรูปแบบสัญลักษณ์และจัดโครงสร้างเพื่อให้จำได้ง่ายขึ้น แบนดูราพบว่า ผู้สังเกตที่สามารถอธิบายพฤติกรรมหรือ การกระทำของตัวแบบได้ด้วยคำพูดหรือสามารถมีภาพพจน์สิ่งที่ตนสังเกตไว้ในใจจะเป็นผู้ที่สามารถจำสิ่งที่เรียนรู้ โดยการสังเกต ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่เพียงแต่ดูเฉย ๆ หรือทำงานอื่นในขณะที่ดูตัวแบบไปด้วย

4.3 กระบวนการกระทำ (production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตได้ทำการแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้นมาเป็นการกระทำ ซึ่งจะทำได้ดีหรือไม่นั้นย่อมขึ้นอยู่กับสิ่งที่จำได้ในการสังเกตการกระทำของตนเอง การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการทำของตนเองและได้เทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จะได้ รวมถึงความสามารถทางกายและทักษะในพฤติกรรมต่าง ๆ จะทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมที่เลียนแบบออกมาได้ดีและตรง

4.4 กระบวนการจูงใจ (motivation processes) การที่บุคคลที่เกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงพฤติกรรมหรือไม่นั้น ย่อมขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ กระบวนการจูงใจย่อมขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของสิ่งล่อใจจากภายนอก สิ่งนั้นจะต้องกระตุ้นการรับรู้ เป็นที่ยอมรับของบุคคลและสังคม ทั้ง 4 กระบวนการแสดงความสัมพันธ์ได้ตามแผนภูมิที่ 2-3

ในด้านอิทธิพลของตัวแบบ แบนดูราได้เสนอข้อสรุปว่าตัวแบบที่มีอิทธิพลต่อผู้สังเกตไว้ดังนี้ (Bandura, 1996)

1. การสร้างพฤติกรรมใหม่
2. การสร้างกฎเกณฑ์ใหม่ จากนั้นผู้สังเกตการทดลองการกระทำตามตัวแบบลักษณะต่าง ๆ ถ้าผลออกมาในทางบวก ผู้สังเกตจะนำรูปแบบต่าง ๆ ที่ทดสอบแล้วมาสร้างเป็นกฎเกณฑ์หรือหลักการใหม่
3. การสอนการคิดและพฤติกรรมการสร้างสรรค์ การมีตัวแบบจะช่วยสนับสนุนการพัฒนาเชิงสร้างสรรค์ เป็นพฤติกรรมนั้น
4. การยับยั้งการกระทำและลดความหวั่นเกรงที่จะกระทำ การที่เห็นตัวแบบถูกลงโทษผู้สังเกตจะมีแนวโน้มที่จะไม่กระทำตามพฤติกรรมนั้น
5. การส่งเสริมการกระทำ การมีตัวแบบจะมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมการกระทำทั้งที่เป็นทางบวกและทางลบ

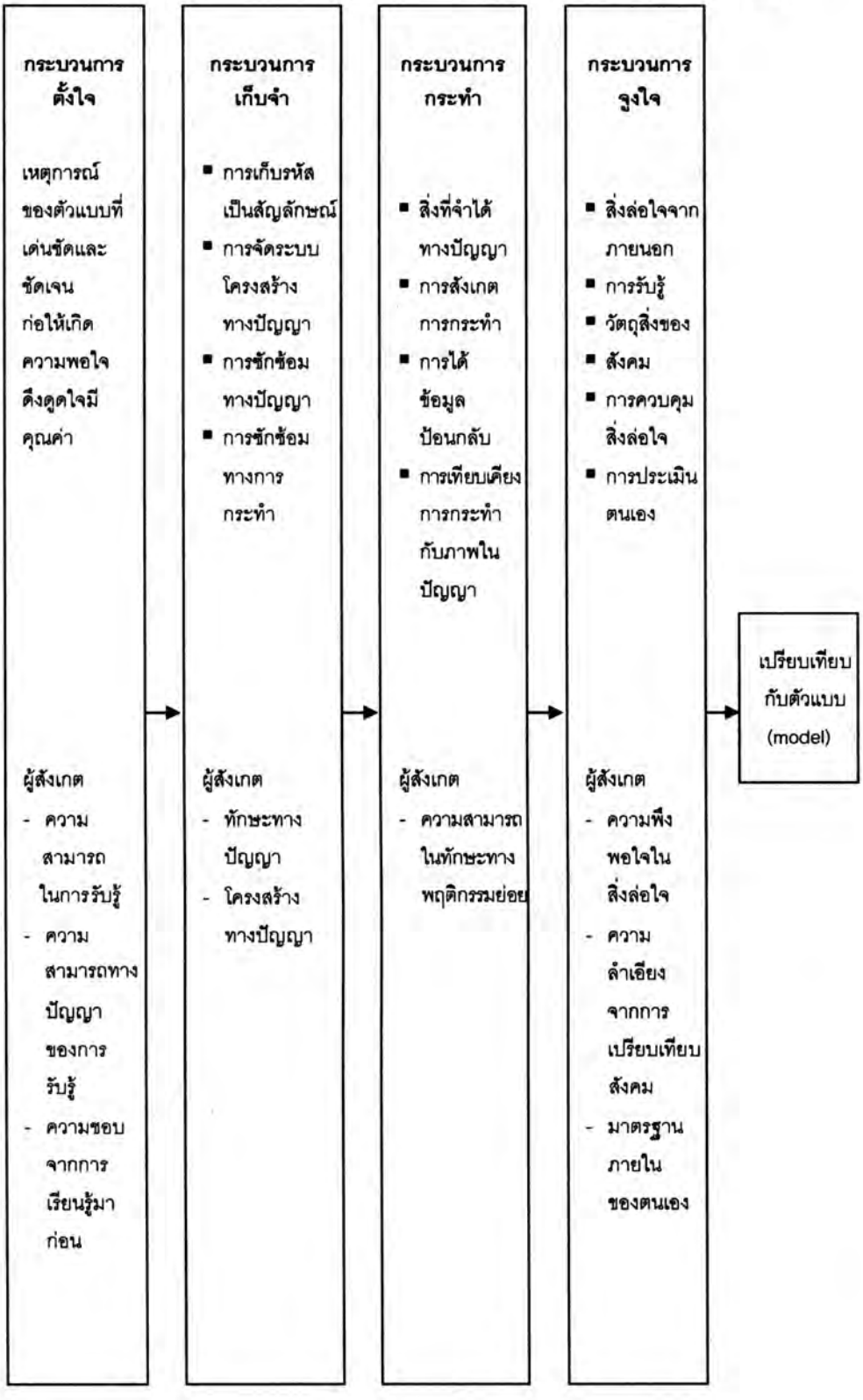
6. ทางด้านอารมณ์ ตัวแบบนอกจากจะส่งผลต่อการกระทำแล้ว ยังส่งผลต่ออารมณ์ของผู้สังเกตให้รุนแรงเพิ่มขึ้นอีก และกระตุ้นให้เกิดอารมณ์คล้อยตามไปด้วย

7. การเอื้ออำนวยให้เกิดการกระทำตามตัวแบบ การกระทำใดที่บุคคลให้คุณค่าและมีความชื่นชอบอยู่แล้ว จะกระทำได้โดยเร็วและมีความง่ายในการกระทำตาม

การเพิ่มความเชื่อหรือความคาดหวังในความสามารถของตนเอง โดยการสังเกตจากตัวแบบนั้น แบนดูราได้เสนอว่า ควรมีขั้นตอนในการนำเสนอ ดังนี้

1. กำหนดพฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้สังเกตเรียนรู้
2. หาตัวแบบที่เหมาะสมกับผู้สังเกตที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้สังเกตได้เรียนรู้
3. เมื่อตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่ต้องการให้ผู้สังเกตได้เรียนรู้แล้ว ต้องให้การเสริมแรงกับตัวแบบ
4. เมื่อผู้สังเกตสามารถแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบได้อย่างถูกต้อง ต้องมีการเสริมแรงแก่ผู้สังเกต

แผนภูมิที่ 2-3 กระบวนการของการเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ (Bandura, 1996)



การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตัวเอง

ได้มีผู้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ใช้ในด้านสุขภาพ เพื่อช่วยให้ประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพและการรักษาโรค โดยการเพิ่มความต้องการของบุคคลในการเพิ่มความสามารถของตัวเองที่จะปฏิบัติในเรื่องใด เรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ เช่น ประยุกต์ใช้ในโปรแกรมงดสูบบุหรี่ การลดความอ้วน การควบคุมความดันโลหิต การออกกำลังกาย การส่งเสริมโภชนาการ (Perry, Kelder, & Klepp, 1994; Puska et al., 1987; Brassington et al., 2002)

ตัวอย่างเช่น การนำแนวคิดความสามารถตนเอง มาใช้ในโปรแกรมการงดสูบบุหรี่นั้น อาจทำได้โดย เจ้าหน้าที่สุขภาพควรชักชวนให้เห็นถึงประโยชน์ของการเลิกบุหรี่และให้กำลังใจ ผู้สูบบุหรี่ทั้งหลายไม่ให้ท้อถอยในความพยายามที่จะงดสูบบุหรี่ รวมทั้งส่งเสริมทักษะที่จำเป็นในการงดสูบบุหรี่ เช่น การจัดการกับสิ่งเร้า หรือ การจัดการกับความคิด อารมณ์ อาการอยากบุหรี่ที่ทำให้เขาไม่อาจงดสูบบุหรี่ได้ จัดให้ได้มีการเรียนรู้จากผู้ที่มีประสบการณ์เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ โดยทำให้ผู้สูบบุหรี่แต่ละคนมีความรู้สึกว่าตัวเองสามารถงดสูบบุหรี่ได้ ความรู้สึกนี้จะต้องมีก่อนหรือสร้างให้มีก่อนที่จะใช้ความพยายามที่จะทำกิจกรรม ทฤษฎีความสามารถของตัวเอง จึงได้เสนอแนะให้บุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตัวเอง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่มุ่งหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพดังที่แบนดูราได้กล่าวว่า

1. บุคคลจะเลือกพฤติกรรมและสภาพการณ์บางอย่าง ซึ่งบุคคลมักจะหลีกเลี่ยง หรือพยายามที่จะทำหรือไม่อยากทำ เช่น ความพยายามที่จะงดสูบบุหรี่ งดดื่มกาแฟ งดดื่มสุรา การงดอาหาร ลดความอ้วน การออกกำลังกาย พฤติกรรมที่ขัดต่อความเคยชิน ความชอบความพอใจ มักจะเปลี่ยนแปลงไม่อยากทำ

2. ความพยายามบางอย่างที่จะปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ จะต้องมีกระบวนการแห่งความพยายาม อาจจะต้องใช้ความพยายาม ใช้แรงงาน เพื่อให้สามารถเลิกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น งดสูบบุหรี่ งดยาเสพติด เป็นต้น

3. บุคคลจะต้องใช้เวลาในการปฏิบัติต่อสิ่งนั้นๆ เป็นเวลานาน ให้ติดต่อกันไป มีความสม่ำเสมอ บางครั้งอาจเกิดความเบื่อหน่าย เช่น การจะต้องออกกำลังกายให้สม่ำเสมอติดต่อกันไป

4. ด้านอารมณ์ ความเชื่อในความสามารถของตัวเอง มีผลกระทบต่ออารมณ์ของบุคคล บุคคลอาจเผชิญกับความวิตกกังวล ความกดดัน ความเครียด อารมณ์ไม่ดี ซึ่งก่อกวนให้เกิดความล้มเหลว ในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ให้ตลอดไป

ดังนั้น คนที่มีความเชื่อในความสามารถของตัวเองต่ำในการปฏิบัติงานเฉพาะอย่าง จึงเป็นอุปสรรคหรือทำลายความสามารถของบุคคลในการทำงานให้ประสบความสำเร็จ หรือทำให้ขาดความสนใจที่จะติดตามงานที่รับผิดชอบอยู่ ทำให้งานไม่ประสบความสำเร็จหรือประสบความสำเร็จได้ แต่ไม่ได้ผลดี ดังนั้นการให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตัวเองจะทำงานอะไร จะต้องสร้างให้เกิดความ

รู้สึกว่าสามารถจะทำได้ และทำได้อย่างดี ซึ่งไม่ใช่เป็นเรื่องของการตัดสินใจเกี่ยวกับพฤติกรรมที่จะทำเท่านั้น แต่บุคคลจะต้องทราบว่าจะทำอะไร ทำอย่างไร หมายถึง การมีทักษะ มีความรู้ในเรื่องนั้น และข้อสำคัญ ต้องมีความรู้สึก มีความต้องการที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ เช่น มีความรู้สึกว่า การงดอาหารพวกแป้ง และการได้ออกกำลังกายสามารถช่วยลดความอ้วน ลดน้ำหนักได้ แค่นี้ไม่เพียงพอ บุคคลนั้นจะต้องมีทักษะในการคำนวณคุณค่าอาหาร จำนวนแคลอรีที่จะกินในแต่ละวัน รูปแบบของการออกกำลังกายที่ถูกต้องกับบุคคล มีกำลังใจที่จะปฏิบัติ กำหนดเวลาที่จะทำ เมื่อบุคคลมีความเชื่อถึงคุณค่าและประโยชน์ของการปฏิบัติที่จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง รูปร่างสวยงาม และสามารถป้องกันโรคได้ ดังนั้น โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะสร้างความเชื่อในความสามารถของตัวเองเมื่อมาใช้จึงต้องคำนึงถึงองค์ประกอบต่างๆ ต้องรวบรวมความรู้ที่จะทำ และมีทักษะที่จะทำที่เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ในการที่จะนำไปปฏิบัติ

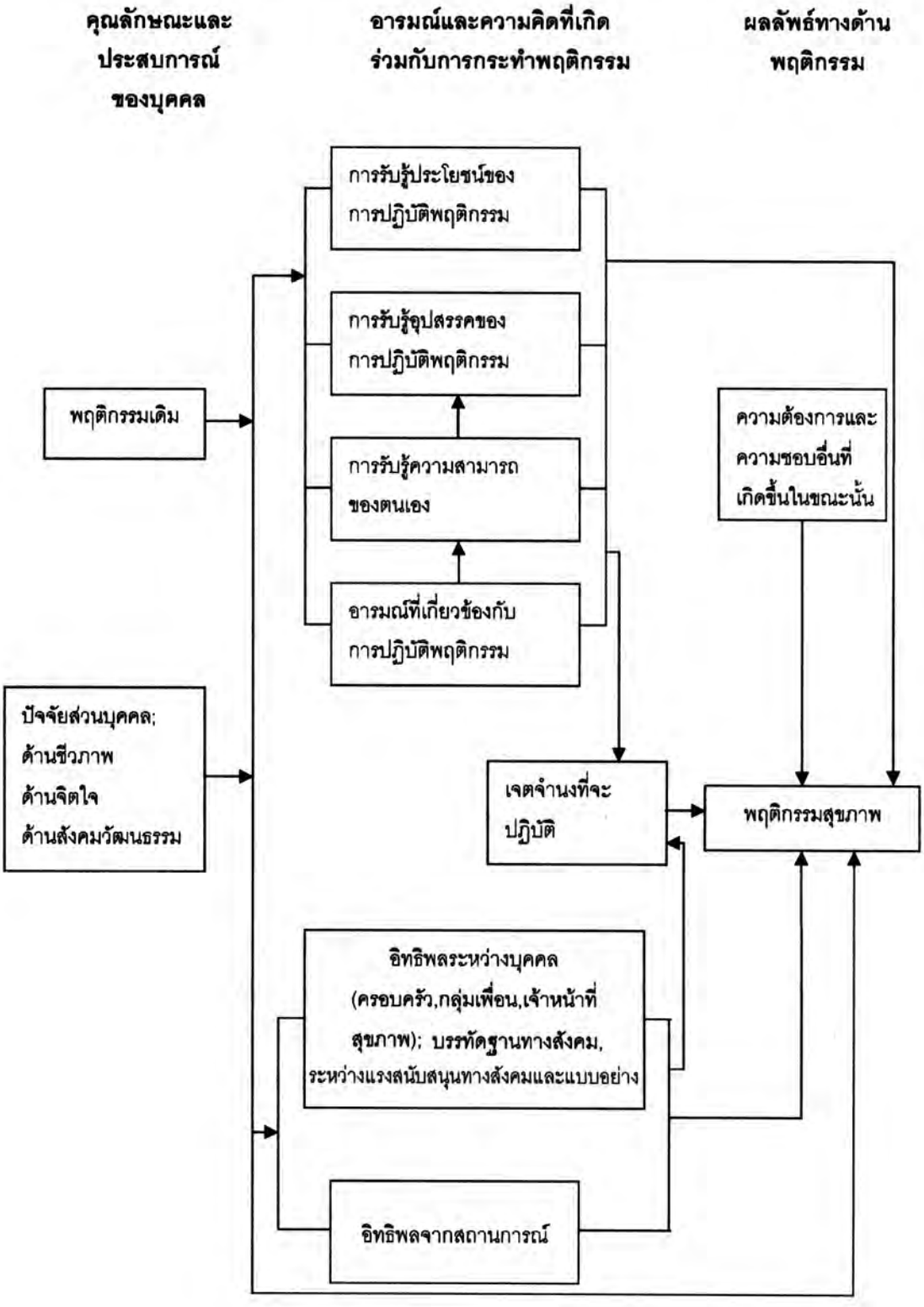
แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

แนวคิดของแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

เพนเดอร์ (Pender, 1996) นักทฤษฎีทางการพยาบาล เชื่อว่าแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพอธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพ เพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การปกป้องสุขภาพเกิดขึ้นจากแรงจูงใจของบุคคลที่พยายามหลีกหนีความเจ็บป่วย หรือการได้รับบาดเจ็บซึ่งคุกคามต่อสุขภาพ จึงมีข้อจำกัดในการอธิบายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากแรงจูงใจของบุคคลที่จะยกระดับสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น เน้นพฤติกรรมที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัตินั้นมิได้เกิดจากความกลัวสิ่งที่จะเป็นอันตราย (threat) เพราะการปฏิบัติในลักษณะเช่นนี้บุคคลจะเลิกปฏิบัติเมื่อสิ่งคุกคามหมดไป เพนเดอร์จึงได้สร้างแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพขึ้น

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ได้อธิบายถึงกระบวนการทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial process) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการปฏิบัตินั้นบุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง (active role) พฤติกรรมเหล่านี้จะต้องเป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (goal directed) เพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลจะต้องรับเอาพฤติกรรมนั้นๆ เข้าไว้เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต (life style) แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์นี้ ได้รับการตีพิมพ์ครั้งแรกในปี คศ.1980 และได้ปรับปรุงแก้ไขเรื่อยมาจนถึงปี คศ.1996 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2-4

แผนภูมิที่ 2-4 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996)



แบบจำลองนี้ได้อธิบายถึงปัจจัยต่าง ๆที่สัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล อารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ และผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ดังนี้

คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล

แต่ละบุคคลมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่บุคคลเคยปฏิบัติมาก่อนซึ่งมีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงของพฤติกรรมเดิมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอาจเกิดจากการสร้างสุขนิสัยที่การกระทำนั้น ไม่ต้องใช้ความพยายามและไม่กระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในวิถีทางดำเนินชีวิต ส่วนอิทธิพลโดยอ้อมนั้นอาจเกิดจากการรับรู้สมรรถนะของตนเองว่าสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ รับรู้ประโยชน์และอุปสรรค ตลอดจนอารมณ์ที่เกิดจากการกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ตามแนวคิดของแบนดูรา (1997) นั้นเชื่อว่าความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองเกิดจากการได้รับประโยชน์ตามที่คาดหวังจากพฤติกรรมที่บุคคลได้กระทำ ส่วนอุปสรรคในการกระทำพฤติกรรมจะถูกเก็บสะสมไว้ในความทรงจำ และต้องขจัดออกไป เพื่อให้การกระทำพฤติกรรมนั้นสำเร็จ พฤติกรรมต่าง ๆ ที่ได้กระทำมักมีอารมณ์ต่าง ๆ เกิดร่วมด้วย จะเป็นอารมณ์ในทางบวกหรือทางลบที่เกิดขึ้นก่อนระหว่างหรือหลังกระทำพฤติกรรม จะบันทึกไว้เป็นความจำพฤติกรรมเดิมมีอิทธิพลต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ

ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ เพนเดอร์ (1996) ได้แบ่งปัจจัยส่วนบุคคลออกเป็น 3 ด้านคือ ด้านชีวภาพ เช่น อายุ เพศ ความแข็งแรงของร่างกาย เป็นต้น ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง การให้ความหมายคุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพ ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ขนบธรรมเนียมประเพณี การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เฉพาะ เช่น การรับรู้ว่าร่างกายแข็งแรง อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย แต่อาจไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นต้น

อารมณ์และความคิดที่เกิดร่วมกับการกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะ

ปัจจัยทางด้านอารมณ์และความคิดที่เกิดร่วมกับการกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะนั้นเป็นแรงจูงใจและเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยวิธีการจัดกระทำทางการพยาบาล ปัจจัยย่อย ๆ ในด้านนี้ ได้แก่

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived benefits of action)

การที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใด ย่อมขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ การคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับเป็นแรงจูงใจให้ปฏิบัติพฤติกรรมและยังช่วยเสริมแรงให้ปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้นได้จากประสบการณ์ตรงที่บุคคลนั้นได้รับ หรือเกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่นก็ได้ การที่บุคคลเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมจะก่อให้เกิดประโยชน์ เป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่ง แม้จะไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงนั้นๆ การที่บุคคลรับรู้ประโยชน์ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลทั้งภายในและภายนอก ตัวอย่างของการรับรู้ประโยชน์ภายใน ได้แก่ การที่ทำให้บุคคลรู้สึกตื่นตัว และลดความอ่อนล้าที่จะปฏิบัติพฤติกรรม สำหรับการรับรู้ประโยชน์ภายนอก ได้แก่ การได้รับสิ่งตอบแทนอื่นๆ เช่น ได้รับรางวัล หรือได้เข้าร่วมกลุ่มจากสังคมในการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ขณะที่การรับรู้ประโยชน์ภายในเป็นแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้คนปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรง และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (perceived barriers to action)

การที่บุคคลคาดการณ์ถึงอุปสรรคมีผลต่อความตั้งใจที่จะปฏิบัติและการลงมือปฏิบัติพฤติกรรม อุปสรรคนี้อาจเป็นเพียงสิ่งที่บุคคลคาดคิด หรือเป็นสิ่งที่มีอยู่จริงก็ได้ ซึ่งได้แก่ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรม การที่บุคคลรู้สึกยากลำบากที่จะเลิกพฤติกรรมที่ทำลายสุขภาพ เช่น เลิกสูบบุหรี่ เลิกรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง แล้วหันมาดำเนินชีวิตตามวิถีทางเพื่อสุขภาพนับเป็นอุปสรรคสำคัญ การรับรู้อุปสรรคจะเป็นแรงผลักดันภายในให้บุคคลหลีกหนีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลขาดความพร้อม และรับรู้อุปสรรคมากก็ยากที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคน้อยบุคคลก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มากขึ้น การรับรู้อุปสรรคส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy)

การที่บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะในตนเองของบุคคล พัฒนามาจากปัจจัย 4 ด้าน คือ 1) ประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติด้วยตนเองและได้รับการประเมินจากผู้อื่น 2) ประสบการณ์ทางอ้อมโดยสังเกตการปฏิบัติของผู้อื่นแล้วมาเปรียบเทียบกับตนเอง 3) การถูกชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ซึ่งทำให้สามารถนำเอาความสามารถที่ตนเองมีอยู่มาใช้ในการปฏิบัติ และ 4) สภาพร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ ผ่อนคลาย ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่บุคคลตัดสินความสามารถของตน

ในแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพนี้ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เกี่ยวข้องกับความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติกิจกรรม กล่าวคือ ยิ่งบุคคลมีอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมในด้านบวกก็จะยิ่งรับรู้สมรรถนะมากขึ้น และการรับรู้สมรรถนะในตนเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้อุปสรรค กล่าวคือ การที่บุคคลยิ่งรับรู้สมรรถนะในตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสูงเท่าใดก็ยิ่งรับรู้อุปสรรคน้อยลงเท่านั้น การรับรู้สมรรถนะในตนเองมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งโดยตรงและโดยอ้อมผ่านการรับรู้อุปสรรค และเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม

อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (activity-related affect)

บุคคลจะเกิดความรู้สึกทั้งในขณะก่อน ระหว่าง หรือหลังจากปฏิบัติพฤติกรรมแล้ว ขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าอันเนื่องมาจากตัวพฤติกรรมนั้นๆ การตอบสนองด้านอารมณ์ความรู้สึกอาจมีระดับต่ำ ปานกลาง หรือรุนแรงก็ได้ และถูกกำหนดและเก็บเอาไว้ในความทรงจำอันจะมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในภายหลัง การตอบสนองด้านความรู้สึกนึกคิดประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ สิ่งเร้าทางอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ การปฏิบัติพฤติกรรมเองหรือสิ่งแวดล้อมในขณะปฏิบัติ อารมณ์ความรู้สึกที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติ พฤติกรรมนี้จะมีผลต่อการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำ หรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างยั่งยืน พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ทางบวก เช่น รู้สึกสนุกสนาน ผ่อนคลาย มักจะถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกด้านลบ เช่น อึดอัด ไม่สบายใจ มักจะหลีกเลี่ยงไม่ปฏิบัติ ในการปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ อาจทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกนึกคิดทั้งด้านบวกและด้านลบ ดังนั้นการประเมินความรู้สึกของผู้ปฏิบัติขณะปฏิบัติ และหลังปฏิบัติจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น

อิทธิพลระหว่างบุคคล (interpersonal influences)

เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ และเจตคติของบุคคล ซึ่งความคิดนี้อาจจะไม่ตรงกับความเป็นจริง ปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ รวมทั้งบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและแบบอย่างมาตรฐานทางสังคมกำหนดมาตรฐานการกระทำที่แต่ละคนสามารถยอมรับ หรือปฏิเสธที่จะปฏิบัติได้ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการคงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และแบบอย่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการเปลี่ยนพฤติกรรม ปัจจัยระหว่างบุคคลมีผลโดยตรงและโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมและกลุ่ม หรือกระตุ้นการตั้งเจตจำนงในการปฏิบัติ

อิทธิพลจากสถานการณ์ (situational influences)

การรับรู้และความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทสามารถที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมได้ สถานการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพรวมการรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ความต้องการในการปฏิบัติพฤติกรรม ความสวยงามตลอดจนความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม ตลอดจนกิจกรรมของบุคคลที่ไปรวมกันอยู่ในสถานการณ์ที่นั้น ซึ่งจะ

เห็นได้ชัดในสวนสุขภาพที่มีผู้คนรวมกลุ่มออกกำลังกายกันมาก จะเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ สถานการณ์มีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพอาจเป็นการให้สัญญาณเตือนการปฏิบัติ เช่น การติดป้ายห้ามสูบบุหรี่จะทำให้เกิดพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่ อิทธิพลโดยอ้อมจะผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติ

ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม

เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรม (commitment to a plan of action)

เจตจำนงในการปฏิบัติจะช่วยผลักดันให้บุคคลปฏิบัติในพฤติกรรมนั้นๆ นอกจากมีความต้องการและความชอบอย่างอื่นที่เหนือกว่าเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนด เป็นจุดเริ่มต้นของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลลงมือกระทำเว้นเสียแต่เกิดความต้องการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอื่นซึ่งไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ หรือเป็นพฤติกรรมอื่นที่บุคคลชื่นชอบจนเปลี่ยนใจไม่ปฏิบัติพฤติกรรมที่วางแผนไว้ เจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเป็นกระบวนการทางความคิด ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 2 ประการ คือ การตั้งเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่กำหนด ณ เวลาและสถานที่ที่กำหนดเอาไว้โดยไม่คำนึงถึงสิ่งที่ตนเองชื่นชอบ และการหากลวิธีที่จะกระทำ และเสริมแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การตั้งเจตจำนงเพียงลำพังโดยปราศจากกลวิธีที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลมีความตั้งใจแต่ไม่อาจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้

ความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น (immediate competing demands and preferences)

หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นที่เข้ามาอย่างกะทันหันก่อนที่จะกระทำพฤติกรรมที่ตั้งเจตจำนงเอาไว้ ซึ่งความต้องการนั้นบุคคลควบคุมได้น้อยเนื่องจากขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม เช่น มีงานด่วนต้องทำ ต้องดูแลครอบครัวอย่างกระทันหัน ส่วนสิ่งอื่นที่ชื่นชอบถือเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่มีพลังอำนาจผลักดันให้บุคคลกระทำได้มากกว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ตั้งเจตจำนงไว้ เช่น เลิกไปออกกำลังกายแต่กลับไปซื้อของแทน เป็นต้น คนที่สามารถเอาชนะความต้องการและความชอบในขณะนั้นได้จะต้องรู้จักกำกับตนเอง มีระเบียบวินัยในตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกันตามพัฒนาการและการเลี้ยงดู

การประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

แบบจำลองนี้ได้อธิบายถึงปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กันและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล อารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้นๆ และผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม ดังนั้น พยาบาลที่ต้องทำการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนจึงจำเป็นต้อง

1. ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของคนในชุมชนที่จะเป็นเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงโดยอาจพิจารณาจากปัญหาสุขภาพ หรือข้อมูลที่มีอยู่แล้ว

2. เมื่อได้พฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการปรับเปลี่ยนแล้ว ขั้นตอนต่อไปก็คือการสำรวจหรือตรวจสอบคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล อารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้นๆ ที่มีส่วนกระตุ้นการปฏิบัติของคนในชุมชน

3. หลังจากนั้น จึงจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพที่มีเนื้อหาและกระบวนการมุ่งส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมาย

3.1 มีความเชื่อต่อประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ โดยให้รายละเอียดของการปฏิบัติที่ถูกต้อง และเน้นถึงการเกิดผลดีของการปฏิบัติในด้านของการสร้างเสริมสุขภาพ

3.2 ลดความเชื่อต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ โดยการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องหรือปรับปรุงรูปแบบการบริหารจัดการ เพื่อให้การปฏิบัติมีความสะดวก ลดขั้นตอนที่ยุ่งยากหรือลดค่าใช้จ่ายที่มากเกินไป

3.3 ส่งเสริมให้บุคคลรับรู้ถึงทักษะหรือความสามารถของตนเอง โดยอาจจัดประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติด้วยตนเองและได้รับการประเมินจากผู้อื่น หรือโดยสังเกตการปฏิบัติของผู้อื่นแล้วมาเปรียบเทียบกับตนเอง หรือโดยการชักจูงด้วยคำพูดเพื่อทำให้สามารถนำเอาความสามารถที่ตนเองมีอยู่มาใช้ในการปฏิบัติ

3.4 ให้ผู้ที่ส่วนเกี่ยวข้องหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งอาจจะเป็นครอบครัว เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ เข้ามามีบทบาทในการสร้าง สนับสนุน และเป็นแบบอย่างของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

3.5 สร้างสิ่งแวดล้อมหรือปรับบริบทที่เป็นอยู่ให้สามารถที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพได้ เช่น จัดให้มีอาหารเพื่อสุขภาพให้เลือกรับประทานในการทำโครงการส่งเสริมโภชนาการ

3.6 ประเมินความรู้สึกของบุคคล ขณะปฏิบัติ และหลังปฏิบัติพฤติกรรม เนื่องจากความรู้ของบุคคล อาจจะมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ในภายหลัง

3.7 ให้บุคคลวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ชัดเจน พร้อมทั้งส่งเสริมการกำกับและมีระเบียบวินัยในตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (The Transtheoretical Model of Behavior Change or Stages of Change)

โพรชาสกาและไดคลีเมนท์ (Prochaska & Diclemente, 1983) นักจิตวิทยาชาวอเมริกันซึ่งพัฒนาทฤษฎีนี้มาจากแนวคิดในการทำจิตบำบัดเพื่อการงดสูบบุหรี่ ซึ่งจากการวิเคราะห์พฤติกรรมการงดสูบบุหรี่พบว่า พฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอน นอกจากนี้ยังพบว่า บุคคลที่อยู่

ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่ต่างกัน จะมีการใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างกัน และจากการศึกษาเริ่มต้นในพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ในปัจจุบันได้มีการนำทฤษฎีนี้ไปประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เช่นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการรับการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยเครื่องแมมโมแกรม

ขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stages of change)

ทฤษฎีนี้กำหนดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็น 5 ขั้น (Prochaska & Diclemente, 1983) คือ

1. ขั้นก่อนชั่งใจ คือ การไม่มีความตั้งใจหรือความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
2. ขั้นชั่งใจ คือ การเริ่มมีความตั้งใจหรือความคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ยังไม่มีแผนที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้
3. ขั้นพร้อมปฏิบัติ คือ การมีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะเวลาอันใกล้ หรืออาจจะได้ลองปฏิบัติบ้างแล้ว แต่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม
4. ขั้นปฏิบัติ คือ การที่มีการปฏิบัติ หรือมีพฤติกรรมที่เหมาะสมไปแล้วระยะเวลาหนึ่ง
5. ขั้นคงไว้ซึ่งพฤติกรรม คือ การที่มีพฤติกรรมในระยะเวลานานพอควร

ในการวัดขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สามารถทำได้โดยประเมินการปฏิบัติและความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติ และความตั้งใจมีความสัมพันธ์ดังนี้

ขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม	การปฏิบัติ	ความตั้งใจ
1. ก่อนชั่งใจ	ไม่	ไม่ตั้งใจจะทำ
2. ชั่งใจ	ไม่	ตั้งใจจะทำ
3. พร้อมปฏิบัติ	ไม่ หรือมีบางครั้ง	จะทำทันที
4. ปฏิบัติ	เป็นประจำเมื่อเร็ว ๆ นี้	
5. คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ	เป็นประจำ นานแล้ว	

ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Prochaska, Redding, & Ever, 1997) มีวัตถุประสงค์การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในแต่ละขั้นตอน เพื่อ

1. ประเมินว่าแต่ละบุคคล อยู่ในขั้นตอนใดของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อจะได้จัดกิจกรรมที่เหมาะสม กับความพร้อมของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

2. วัดประสิทธิผลของกิจกรรม โดยการประเมินว่า หลังได้รับกิจกรรมที่เหมาะสมแล้ว บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือไม่ ซึ่งสามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนและประเมินโครงการได้

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of change)

กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นอีกหนึ่งในองค์ประกอบหลักของทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่ช่วยอธิบายว่าในการที่บุคคลจะเปลี่ยนจากขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ไปสู่ในอีกขั้นตอนหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น จะใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่ต่างกัน ดังนั้น การทราบถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จะเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมให้กับบุคคลในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ พบว่ามี 10 กระบวนการ ที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่

1. การกระตุ้นให้ตื่นตัว (consciousness raising) คือการเพิ่มความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ไม่สมควรจะทำ ให้ทราบถึงผลที่ตามมาและป้องกัน

2. การระบายอารมณ์ (dramatic relief) เป็นการกระตุ้นให้บุคคลมีการระบายอารมณ์จากการประเมินสถานการณ์ และสร้างความต้องการที่จะให้เกิดความเปลี่ยนแปลง

3. การประเมินตนเอง (self-reevaluation) เป็นกระบวนการให้บุคคลประเมินตนเอง โดยสร้างมโนภาพของตนเองให้สะท้อนข้อดีและประโยชน์ของการทำพฤติกรรมที่ควรจะปฏิบัติ ร่วมกับการให้สะท้อนข้อเสียและปัญหาของการทำพฤติกรรมที่ไม่สมควรจะปฏิบัติ

4. การประเมินสิ่งแวดล้อม (environment evaluation) เป็นการที่ให้บุคคลประเมินผลกระทบของการทำพฤติกรรมของเขาที่อาจเกิดกับบุคคลอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็น เพื่อน ครอบครัว หรือสังคม

5. การประกาศอิสรภาพของตนเอง (self-liberation) เป็นการให้บุคคลประกาศความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้คนอื่นรับรู้ เพื่อเป็นการสร้างข้อตกลงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

6. การมีความสัมพันธ์ในเชิงช่วยเหลือ (helping relationships) เป็นการให้บุคคลได้รับกำลังใจ การสนับสนุน การยอมรับจากบุคคลอื่น ๆ ในการช่วยให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

7. การสร้างเงื่อนไขต่อสิ่งที่มากระทบ (counter conditioning) การกำหนดเงื่อนไขให้กับตัวเองในการสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสมมาแทนที่พฤติกรรมที่ไม่สมควรจะทำ

8. การเสริมแรงในการจัดการ (reinforcement management) เป็นการให้แรงเสริม คำชม หรือรางวัล เมื่อบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม การได้รับการตอบสนองว่ามีพฤติกรรมที่เหมาะสม จะมีผลกระทบให้คนอยากทำพฤติกรรมนั้นต่อไป

9. การควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control) เป็นการให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัว เพื่อควบคุมสิ่งเร้า ที่อาจจะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การกำจัดไฟแช็ก

และที่เขี่ยบุหรี่ ไม่ให้มีอยู่ในบ้าน เพื่อป้องกันไม่ให้สูบบุหรี่

10. การประกาศอิสรภาพของสังคม (social liberation) เป็นกระบวนการที่สังคม ประกาศการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม ในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม เช่น การกำหนดเขตปลอดบุหรี่ หรือการมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงาน

กระบวนการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยบุคคลที่ได้รับกิจกรรมส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมกับความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงของตน จะสามารถมีการเปลี่ยนแปลงไปมีพฤติกรรมที่เหมาะสมยิ่งขึ้น กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ควรจะได้รับการจัดให้มีขึ้น ในแต่ละขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงแสดงไว้ดังตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม				
ก่อนชั่งใจ	ชั่งใจ	พร้อมที่จะปฏิบัติ	ปฏิบัติ	คงไว้ซึ่งการปฏิบัติ
กระบวนการ	การกระตุ้นให้ตื่นตัว			
	การระบายอารมณ์			
	การประเมินสิ่งแวดล้อม			
		การประเมินตนเอง		
			การประกาศอิสรภาพของตนเอง	
				การเสริมแรงในการจัดการ
				การมีความสัมพันธ์แบบช่วยเหลือ
				การสร้างเงื่อนไขต่อสิ่งที่มากระทบ
				การควบคุมสิ่งเร้า

หมายเหตุ: ความสัมพันธ์ระหว่างการประกาศอิสรภาพของสังคมและขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยังไม่ชัดเจน จึงไม่ปรากฏอยู่ในตาราง (Prochaska, Redding, Evers, 2008)

นอกเหนือจากขั้นตอนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็น 2 องค์ประกอบหลักแล้ว ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้รวมปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการเคลื่อนของบุคคลในแต่ละขั้นตอนไว้อีก ซึ่งได้แก่

- ความสมดุลในการตัดสินใจ (decisional balance) หมายถึงการที่บุคคลชั่งน้ำหนักข้อดีและข้อเสียในการทำพฤติกรรมและสามารถตัดสินใจได้ เป็นแนวความคิดที่นำมาจากแบบแผนในการตัดสินใจ (Decision Making Model) ของเจนิสและมานน์ (Janis & Mann, 1977)
- ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) แนวความคิดเกี่ยวกับความสามารถของตนเองนำจะมาจากทฤษฎีความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ของแบนดูรา (1982) ซึ่งหมายถึงการที่บุคคลมีความเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมใด ซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์หรือพฤติกรรมที่ต้องการ

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ

ในการทำงานด้านสุขภาพ เรามักจะตั้งเป้าหมายให้บุคคลมีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม โครงการส่วนมากมักจะจัดกิจกรรมให้เหมาะกับคนที่อยู่ในระยะพร้อมปฏิบัติ และประเมินผลโครงการจากจำนวนปฏิบัติ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาพฤติกรรมโดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง จะเห็นได้ว่า การมองพฤติกรรมตามระดับความพร้อมของการเปลี่ยนแปลงนั้น ทำให้ได้ทราบว่ายังมีคนอีกจำนวนหนึ่งที่ยังอยู่ในระยะก่อนชั่งใจ (ไม่คิดจะปฏิบัติ) ซึ่งการจัดให้ผู้ที่อยู่ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ต่างกัน ได้รับกิจกรรมเดียวกัน ในระยะเวลาที่เท่ากัน อาจจะไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

นอกจากนี้การจัดกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมกับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจก่อให้เกิดความสูญเปล่า เนื่องจากการขาดความสอดคล้องของกิจกรรมและความต้องการของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตัวอย่างเช่น บุคคลที่อยู่ในขั้นปฏิบัติย่อมรู้ถึงข้อดีและข้อเสียของการปฏิบัติ การจัดให้ได้รับกิจกรรมเดียวกับบุคคลที่อยู่ในระยะก่อนชั่งใจ โดยการให้ความรู้และให้ตระหนักถึงผลที่ตามมาของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดความเบื่อหน่าย รู้สึกซ้ำซากจำเจ กับข้อมูลที่บุคคลนั้นมีความรู้อยู่แล้ว กิจกรรมของบุคคลที่อยู่ในขั้นปฏิบัติ จึงควรเป็นการส่งเสริมให้การปฏิบัติเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ลดปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ ตลอดจนควบคุมไม่ให้เกิดสิ่งเร้าที่จะกระตุ้นให้มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยสรุปทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนำเสนอแนวคิดในการมองพฤติกรรมออกเป็นขั้นตามระยะเวลา ความพร้อมของการเปลี่ยนแปลง การเข้าใจขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและกระบวนการต่างๆ ที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงแต่ละขั้น จะสามารถช่วยเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับความต้องการของบุคคล และจะส่งผลให้เกิดการมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้

PRECEDE-PROCEED Framework

แนวคิดหลักของ PRECEDE-PROCEED Framework

PRECEDE-PROCEED Framework (2005) เป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อการวางแผน การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมา โดยกรีนและครูเตอร์ (Green & Kreuter) ที่มีแนวคิดว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากพหุปัจจัย (multiple factors) ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญ ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน และกำหนดกลวิธีในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป PRECEDE เป็นคำย่อมาจาก **P**redisposing, **R**einforcing and **E**nabling **C**auses in **E**ducational/ecological **D**iagnosis and **E**valuation ในขณะที่ PROCEED เป็นคำย่อมาจาก **P**olicy, **R**egulatory and **O**rganizational **C**onstructs in **E**ducational and **E**nvironmental **D**evelopment กระบวนการวิเคราะห์ใน PRECEDE PROCEED Framework เป็นการวิเคราะห์แบบย้อนกลับ โดยเริ่มจากผลลัพธ์ที่ต้องการหรืออีกนัยหนึ่ง คือ คุณภาพชีวิตของบุคคลที่พึงประสงค์ แล้วพิจารณาถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะสาเหตุที่เนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล การนำสาเหตุต่าง ๆ เหล่านั้นมาวางแผนการแก้ไขปัญหาดำเนินงาน และประเมินผล การวิเคราะห์ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 8 ขั้นตอน (แผนภูมิที่ 2-5)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินทางสังคมและการวิเคราะห์สถานการณ์ (Phase 1 : Social assessment and situational analysis)

เป็นการพิจารณาและวิเคราะห์ "คุณภาพชีวิต" ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนแรกของการวิเคราะห์โดยการประเมินสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือตัวกำหนดคุณภาพชีวิตของประชากรกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ผู้ป่วย นักเรียน กลุ่มคนวัยทำงาน ผู้ใช้แรงงานหรือผู้บริโภค สิ่งที่ประเมินได้จะเป็นเครื่องชี้วัดและเป็นตัวกำหนดระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนกลุ่มนั้น

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินทางระบาดวิทยา (Phase 2 : Epidemiological assessment)

เป็นการวิเคราะห์ว่ามีปัญหาสุขภาพที่สำคัญอะไรบ้าง ซึ่งปัญหาสุขภาพเหล่านี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสังคม หรือได้รับผลกระทบจากปัญหาสังคม ในขณะเดียวกันปัญหาสุขภาพก็มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตเช่นกัน ข้อมูลทางระบาดวิทยาจะชี้ให้เห็นถึงการเจ็บป่วย การเกิดโรคและภาวะสุขภาพตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย และเกิดการกระจายของโรค การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาจะช่วยให้สามารถจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาได้อย่างเหมาะสมต่อไป นอกจากนี้การประเมินทางระบาดวิทยายังเกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ปัจจัย/สาเหตุต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย โดยแบ่งเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพออกได้เป็น 1) สาเหตุจากพันธุกรรม 2) สาเหตุจากพฤติกรรม และ 3) สาเหตุจากสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินทางการศึกษาและทางนิเวศวิทยา (Phase 3 : Educational & ecological assessment)

ในขั้นตอนนี้ เป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนสุขศึกษา โดยในขั้นตอนนี้จะแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม

ปัจจัยนำ (predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือในอีกด้านหนึ่ง ปัจจัยนี้จะเป็นความพอใจของบุคคล ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ซึ่งความพอใจนี้อาจมีผลทั้งในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยโน้มน้าว ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสถานภาพทางสังคม-เศรษฐกิจ และอายุ เพศ ระดับการศึกษา ขนาดของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อการวางแผนโครงการทางสุขศึกษาด้วย

ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสมอไป ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม และความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรม แต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ จะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย

การรับรู้ หมายถึง การที่ร่างกายรับสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านมาทางประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่ง แล้วตอบสนองเอาสิ่งเร้านั้นออกมา เป็นลักษณะของจิตที่เกิดขึ้นจากการผสมกันระหว่างพวกประสาทสัมผัสชนิดต่าง ๆ แล้วความคิดร่วมกับประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ การรับรู้เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลกระตุ้นต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

ความเชื่อ คือ ความมั่นใจในสิ่งต่าง ๆ ซึ่งอาจเป็นปรากฏการณ์หรือวัตถุว่าสิ่งนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ถูกต้องจริง ให้ความไว้วางใจ เช่น แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker ซึ่งเน้นว่าพฤติกรรมสุขภาพจะขึ้นอยู่กับความเชื่อใน 3 ด้านคือ

1. ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหรือได้รับเชื้อโรค เป็นความเชื่อเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยของสุขภาพ หรืออยู่ในอันตราย
2. ความเชื่อเกี่ยวกับความรุนแรงของสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในด้านของความเจ็บปวดทรมาน การเสียเวลา เสียเศรษฐกิจ
3. ความเชื่อเกี่ยวกับผลตอบแทนที่ได้จากการแสดงพฤติกรรมที่ถูกต้องว่า จะคุ้มค่ามากกว่าราคา เวลา และสิ่งต่าง ๆ ที่ลงทุนไป เมื่อความเชื่อดังกล่าวแล้วจะทำให้บุคคลมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรม

ค่านิยม หมายถึง การให้ความสำคัญ ให้ความพอใจในสิ่งต่างๆ ซึ่งบางครั้งค่านิยมของบุคคลก็ขัดแย้งกันเอง เช่น ผู้ที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพ แต่ขณะเดียวกันเขาก็พอใจในการสูบบุหรี่ด้วย ซึ่งความขัดแย้งของค่านิยมเหล่านี้ก็เป็นสิ่งที่จะวางแผนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วย

ทัศนคติ หมายถึง ความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่บุคคลที่มีต่อสิ่งต่างๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ซึ่งความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคลชุมชน รวมทั้งลักษณะที่จะช่วยให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ได้ด้วย และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆ ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะทาง เวลา นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญ ก็คือ การหาได้ง่าย (availability) และความสามารถเข้าถึงได้ (accessibility) ของสิ่งที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมหรือช่วยให้การแสดงพฤติกรรมนั้นๆ เป็นไปได้ง่าย

ปัจจัยเสริม (reinforcing factors) หมายถึง สิ่งที่บุคคลจะได้รับหรือคาดว่าจะได้รับจากบุคคลอื่น อันเป็นผลจากการกระทำของตน สิ่งที่บุคคลจะได้รับอาจเป็นรางวัลที่เป็นสิ่งของ คำชมเชย การยอมรับ การลงโทษ การไม่ยอมรับการกระทำนั้นๆ หรืออาจเป็นกฎระเบียบที่บังคับควบคุมให้บุคคลนั้นๆ ปฏิบัติตามก็ได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้บุคคลจะได้รับจากบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อตนเอง เช่น ญาติ เพื่อน แพทย์ ผู้บังคับบัญชา เป็นต้น และอิทธิพลของบุคคลต่างๆ นี้ก็จะแตกต่างกันไปตามพฤติกรรมของบุคคลและสถานการณ์ โดยอาจจะช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ก็ได้

พฤติกรรมหรือการกระทำต่างๆ ของบุคคล เป็นผลมาจากอิทธิพลร่วมของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวมาแล้ว คือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ดังนั้นในการวางแผนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใดๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ โดยไม่ควรนำปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมาพิจารณาโดยเฉพาะ

จากปัจจัยทั้งสามดังกล่าว กรีนและครูเตอร์ (2005) ได้นำมาแสดงให้เห็นความสัมพันธ์เชื่อมโยงระหว่างปัจจัยทั้งสามกับพฤติกรรมสุขภาพ ที่เป็นปัญหาเฉพาะเพื่อใช้ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุทางพฤติกรรมกับปัจจัยดังกล่าว โดยในการวิเคราะห์จะกำหนดว่า สาเหตุทางพฤติกรรมควรเรียงลำดับตามความหมายดังต่อไปนี้

1. เป็นแรงจูงใจที่จะต้องกระทำให้ได้
2. การดัดแปลงหรือหาแหล่งทรัพยากรที่สามารถทำให้เกิดพฤติกรรมนั้นได้
3. เป็นปฏิกิริยาต่างๆ ที่บุคคลอื่นแสดงออกให้ทราบหลังจากพฤติกรรมนั้นแล้ว
4. ต้องมีการเสริมแรง และทำให้พฤติกรรมนั้นคงทนต่อไป
5. ในการเสริมแรงหรือการลงโทษของพฤติกรรมนั้น อาจมีผลกระทบถึงปัจจัยนำ รวมทั้งปัจจัยเอื้อด้วยเช่นกัน

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์การบริหารจัดการ (Phase 4 : Administrative and policy assessment and intervention alignment)

เมื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปจะเป็นการวิเคราะห์กลยุทธ์และเทคนิคในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพมาใช้ ทั้งนี้โดยพิจารณาถึงความเหมาะสมและสอดคล้อง กับปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ด้านนโยบายและการออกแบบกิจกรรมที่จะมีผลต่อการดำเนินโครงการที่ได้วางแผนไว้ โดยปัจจัยดังกล่าวอาจจะมีผลทั้งในด้านบวก คือ ทำให้โครงการบรรลุเป้าหมาย หรือมีผลตรงข้ามคือ กลายเป็นข้อจำกัดของโครงการ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่ งบประมาณ ระยะเวลา ความสามารถของผู้ดำเนินการ ตลอดจนทรัพยากรอื่นๆ ในองค์กร ดังนั้นในการวางแผนเพื่อดำเนินงานโครงการสุขภาพใดๆ จะต้องให้ความสำคัญกับขั้นตอนนี้ไม่น้อยไปกว่าในขั้นตอนอื่นๆ และจะต้องมีการวิเคราะห์และพิจารณาให้ครอบคลุมทุกด้านเหมือนกับการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีต่อพฤติกรรม

ขั้นตอนที่ 5 การดำเนินงาน (Phase 5 : Implementation)

หลังจากการได้ข้อมูลจากการประเมินใน 4 ขั้นตอนแรกการกำหนดกลยุทธ์การดำเนินงานจะต้องคำนึงถึงการผสมผสานของกลวิธีด้านสุขศึกษาและการจัดทำนโยบาย กฎระเบียบ และการบริหารการจัดการองค์กรเข้าด้วยกัน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ขั้นตอนที่ 6-8 การประเมินผล (Phase 6-8 : Evaluation)

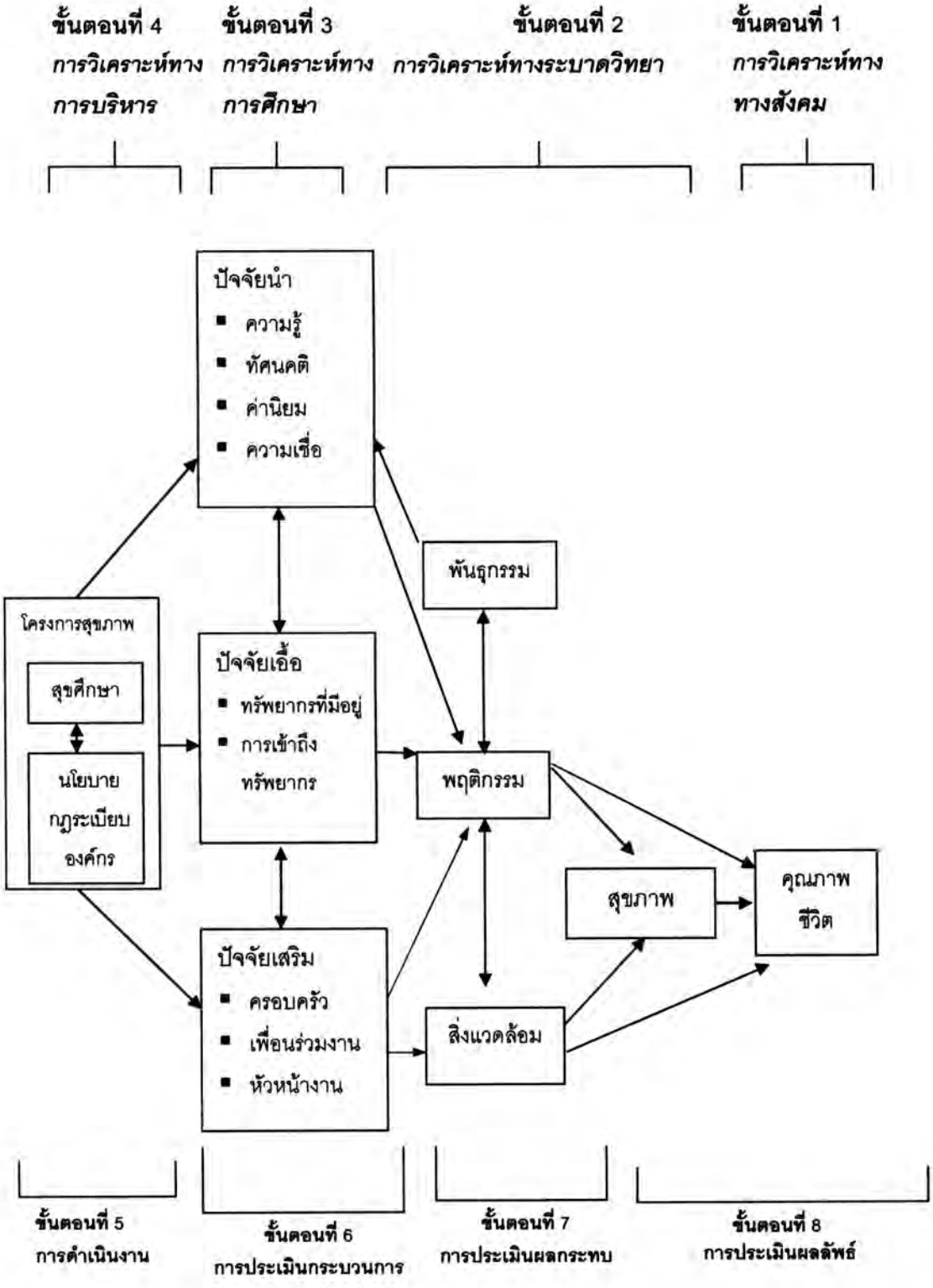
ขั้นตอนนี้จะปรากฏอยู่ในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน โดยทั้งนี้ต้องมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการประเมินผลและดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจนแล้ว การประเมินผลใน PRECEDE-PROCEED Framework จะประกอบด้วย การประเมินใน 3 ระดับ คือ การประเมินกระบวนการจัดทำโครงการ (ขั้นตอนที่ 6: process evaluation) การประเมินผลกระทบของโครงการหรือผลของโปรแกรมที่เกิดขึ้นในระยะสั้น (ขั้นตอนที่ 7: impact evaluation) และท้ายสุด คือ การประเมินผลลัพธ์ของโครงการที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล ซึ่งการประเมินในขั้นตอนนี้จะเป็นการดำเนินงานระยะยาว (ขั้นตอนที่ 8: outcome evaluation)

การประยุกต์ PRECEDE-PROCEED Framework ในการสร้างเสริมสุขภาพ

เนื่องจาก PRECEDE-PROCEED Framework เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวางแผนและประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพ พยาบาลที่ต้องการวางแผนและประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพจึงสามารถประยุกต์ขั้นตอนต่างๆทั้ง 8 ขั้น ตั้งแต่ ขั้นที่ 1 การประเมินทางสังคม จนถึงขั้นที่ 8 การประเมินผลลัพธ์ของโครงการได้ โดยนำไปใช้ในการวางแผนงานโครงการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ การวิเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลในการจัดทำโครงการ การวางแผนจัดกิจกรรม การดำเนินงาน และการประเมินผล แม้กรอบแนวคิดจะให้เพียงหลักการกว้างๆในการวางแผนโครงการสร้างเสริม

สุขภาพ โดยเฉพาะในขั้นที่ 1 การวิเคราะห์ทางสังคม และ 2 การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยา ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับการวางแผนโครงการโดยทั่วไป หากแต่การวิเคราะห์ในขั้นที่ 3 ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ด้านทางการศึกษาและการวิเคราะห์ในขั้นที่ 4 การวิเคราะห์การบริหารจัดการ จะช่วยให้แนวทางการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพอย่างลึกซึ้งและครอบคลุมอันจะนำไปสู่การวางแผนงานโครงการที่แก้ไขปัญหาได้ตรงกับสาเหตุและมีประสิทธิภาพ และดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ครอบคลุมการให้สุขภาพและการบริหารจัดการ ตามขั้นตอนที่ 5 หลังจากนั้นจึงประเมินผลโครงการทั้งในระหว่างการดำเนินกิจกรรมและหลังสิ้นสุดโครงการในระยะสั้นและระยะยาวในขั้นตอนที่ 6-8

แผนภูมิที่ 2-5 **PRECEDE-PROCEED Framework** (Green & Kreuter, 2005)



การประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

1. กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยาของพฤติกรรมสุขภาพอธิบายถึงอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมชนิดต่าง ๆ และระดับต่าง ๆที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ
2. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ อธิบายว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคและโรคนั้นจะต้องมีความรุนแรง นอกจากนั้นการปฏิบัติดังกล่าวจะก่อให้เกิดผลดีรวมทั้งไม่ควรจะมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติ
3. ทฤษฎีความสามารถของตัวเอง อธิบายว่าถ้าบุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง และเชื่อว่าจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว
4. แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์อธิบายถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล อารมณ์และความคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมนั้น ๆ และผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม
5. ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อธิบายว่าพฤติกรรมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นขั้นตอน และบุคคลที่อยู่ในขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่ต่างกัน จะมีการใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างกัน
6. PRECEDE-PROCEED เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวางแผนและประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยอธิบายขั้นตอนต่าง ๆ ตั้งแต่ การวิเคราะห์เก็บรวบรวมข้อมูลในการจัดทำโครงการ การวางแผนจัดกิจกรรม การดำเนินงาน และการประเมินผล

สรุป

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพที่นำเสนอนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับและมีการนำไปประยุกต์ในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างแพร่หลาย แต่ละทฤษฎีมีแนวคิดพื้นฐานและจุดเน้นของทฤษฎีที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้ที่ทำงานสร้างเสริมสุขภาพควรศึกษาแนวคิดของทฤษฎีต่าง ๆ จุดเด่นและข้อจำกัดให้เข้าใจ เพื่อให้สามารถเลือกใช้ทฤษฎีมาเป็นแนวทางในการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการทำโครงการและออกแบบกิจกรรมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม

คำถามนำอภิปราย

1. ในการจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพท่านจะนำมาทฤษฎีใดมาประยุกต์ใช้ และทฤษฎีดังกล่าวมีแนวคิดหลักอย่างไร

2. ท่านจะมีแนวทางในการออกแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวอย่างไร

บรรณานุกรม

Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. NY: W.H. Freeman and Company.

. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of behavioral change *Psychological Review*, 84,191-215.

. (1982). Self-efficacy: Mechanism in human agency, *American Psychologist, 37*, 122-147.

Becker, M., Drachman, R., & Kirscht, J. (1974). A New Approach to Explain in Sick-Role Behavior in Low-Income Population. *American Journal of Public Health*, 64, 205-215.

Brassington, G. S et al. (2002). Intervention related cognitive versus social mediators of exercise adherence in the elderly. *American Journal of Preventive Medicine, 23*(2 Suppl), 80-86.

Green, L., & Kreuter, M. (2005) *Health Program Planning : An Educational and Ecological Approach* (4th ed.), New York: McGraw-Hill.

Hovell, M., Mulvihill, M., Buono, M., Liles, S., Schade, D. H., Washington, T. A., Manzano, R., & Sallis, J.F. (*2008*) Culturally Tailored Aerobic Exercise Intervention for Low-income Latinas, *American Journal of Health Promotion, 22*(3),155-163.

Janis, I. L., & Mann, L. (1977). Decision making: A psychological analysis of conflict, chance, and commitment. London: Cassil & Collier Macmillan.

Lewin, K. (1936). *Principles of Psychology Typology*. New York: McGraw-Hill.

., Dembo, T., Festinger, L., & Sear, P. S. (1944). Level of aspiration In J. Hunt (ed.) *Personality and Behavior Disorders*. Somerset, N.J.: Ronald Press.

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

Olson, A. L., Gaffney, C., Starr, P., Gibson, J., Cole, B., & Dietrich, A. J. (2007). Early-Adolescent Sun Protection SunSafe in the Middle School Years: A Community-wide Intervention to Change. *Pediatrics* 119; e247-e256

Pender, N. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rded). Stamford : Appleton & Lange.

Perry, C. L., Kelder, S., H., & Klepp, K. I. (1994). Communitywide cardiovascular disease prevention with young people: Long-term outcome of the Class of 1989 Study. *European Journal of Public Health, 49*(3), 188-194.

Prochaska, J., & Diclemente, C., (1983) Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 390-395.

., Redding, C., & Ever, K. (2008). The Transtheoretical model and stages of change. In Glanz, K., Lewis, F., Rimer, B. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (4 th ed)*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Puska, P. et al. (1987). A television formal for National Health Promotion: Finland's Keys to Health. *Public Health Reporter, 102*(3), 263-269.

Rogers, R. W. (1975). A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Changes. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.

Rosenstock, I. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs.2*, 328-335.

., Strecher, V., & Becker, M. (1988). Social Learning Theory and Health Belief Model, *Health Education Quarterly, 15*(2), 175-183.

Strecher, V., & Rosenstock, I. (1996). The Health Belief Model. In Glanz, K., Lewis, F., Rimer, B. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (2nd)*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Sallis, J., & Owen, N. (1996). Ecological Models. In Glanz, K., Lewis, F., Rimer, B. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice (2nd)*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *Healthy People 2020*. ODPHP Publication No. B0132. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.



บทที่ 3

กลยุทธ์และกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำปั่น

แนวคิดหลัก

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะของประชาชนในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพตนเอง เพื่อให้ถึงภาวะที่มีความสุขสมบูรณ์ทั้งสุขภาพทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม ซึ่งสุขภาวะของบุคคล ครอบครัว กลุ่มและชุมชน เป็นผลลัพธ์จากอิทธิพลของปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพ ซึ่งมาจากปัจจัยทั้งด้านตัวบุคคล ปัจจัยพื้นฐานทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดความผาสุกเป็นสังคมสุขภาวะ จึงมิใช่ความรับผิดชอบเฉพาะหน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพเท่านั้น แต่เป็นกระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนของสังคม ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของทั่วโลก ได้ยึดกลยุทธ์หลักตามกฎบัตรออตตาวา คือ การชี้แนะ (advocate) การเพิ่มความสามารถของบุคคล (enable) และการเป็นสื่อกลาง (mediate) อีกทั้งดำเนินงานตามกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ประกอบด้วย การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (build healthy public policy) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (create supportive environment) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (strengthen community action) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skills) และการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (reorient health services) นอกจากนี้ยังได้นำกลยุทธ์ด้านการชี้แนะสุขภาพ การสื่อสารด้านสุขภาพ และการตลาดเชิงสังคม มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพของชุมชน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม : เมื่อสิ้นสุดบทนี้ ผู้อ่านสามารถ

1. อธิบายแนวคิดสำคัญของกลยุทธ์และกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพตามตามกฎบัตรออตตาวาได้
2. วิเคราะห์แนวทางการประยุกต์ใช้กลยุทธ์และกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนสถานการณ์ที่กำหนดได้

3. วิเคราะห์หลักการและการประยุกต์ใช้การชี้แนะสุขภาพ (health advocacy) ในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนได้

4. วิเคราะห์หลักการและการประยุกต์ใช้การตลาดเพื่อสังคม (social marketing) ในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนได้

การสร้างเสริมสุขภาพตามแนวคิดเดิม หมายถึง งานบริการของบุคลากรสาธารณสุขได้แก่งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว การดูแลสุขภาพของมารดา ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และหลังคลอด การดูแลสุขภาพทารกและเด็ก ได้แก่ การให้วัคซีน โภชนาการ การส่งเสริมพัฒนาการ การให้สุขศึกษา การให้คำปรึกษา งานอนามัยโรงเรียน เป็นต้น ลักษณะของงานมุ่งเน้นที่สุขภาพของบุคคลเป็นหลัก ส่วนงานที่ครอบคลุมไปถึงชุมชนและสังคม จะแทรกอยู่ในกิจกรรมของงานอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การพัฒนาสุขาภิบาลอาหารและสิ่งแวดล้อม การจัดหาน้ำสะอาด การกำจัดขยะและสิ่งปฏิกูล ซึ่งเดิมไม่ได้เรียกกิจกรรมเหล่านี้ว่าเป็นการสร้างเสริมสุขภาพ (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546)

แต่จากการประชุมระดับนานาชาติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 1 ที่เมืองออตตาวา (Ottawa) ประเทศแคนาดา ระหว่างวันที่ 17-21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 (WHO, 2009) ซึ่งจัดขึ้นเป็นครั้งแรกเพื่อตอบสนองต่อความคาดหวังที่มีมากขึ้นเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของการสาธารณสุขแนวใหม่ที่มีอยู่ทั่วโลก และได้มีการประกาศกฎบัตรออตตาวา สำหรับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 และในปีต่อๆ ไป จุดเน้นของการอภิปรายอยู่ที่ความต้องการสำหรับประเทศอุตสาหกรรม แต่ได้ให้ความสนใจกับปัญหาที่เกิดคล้ายกันในภูมิภาคอื่นๆ ด้วย สาระของการประชุมครั้งนี้อยู่บนพื้นฐานของการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า การสาธารณสุขมูลฐาน และความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ เพื่อสุขภาพ นอกจากนี้ยังทำให้การสร้างเสริมสุขภาพได้กลายเป็นสัญลักษณ์ของแนวคิดที่มีลักษณะเป็นหนึ่งเดียว สำหรับผู้ที่ตระหนักถึงความจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีและเงื่อนไขของการดำเนินชีวิตเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพยังเป็นกลยุทธ์ที่เป็นสื่อกลางระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ที่ผสมผสานทางเลือกส่วนบุคคลและความรับผิดชอบทางสังคมต่อสุขภาพเพื่อการสร้างอนาคตที่มีสุขภาพที่ดีกว่า ซึ่งเงื่อนไขของการพัฒนาสุขภาพให้ดีขึ้นได้นั้น จำเป็นต้องมีความมั่นคงในสิ่งจำเป็นพื้นฐานเหล่านี้ ได้แก่ ความสงบสันติ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศที่มั่นคง (a stable eco-system) แหล่งประโยชน์ที่ยั่งยืน (sustainable resources) ความเป็นธรรมทางสังคม (social justice) และความเสมอภาค (equity) (Tervonen- Goncalves, 2004)

ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ

ตามกฎบัตรออตตาวา ได้ให้ความหมายของคำว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถเพิ่มการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น (WHO, 2009) การที่จะบรรลุถึงภาวะของความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และความผาสุกทางสังคม บุคคลหรือกลุ่มคนต้องสามารถบอกได้และเข้าใจถึงความปรารถนาของตน สามารถตอบสนองความต้องการและการเปลี่ยนแปลงหรือเผชิญกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นสุขภาพจึงถูกมองว่าเป็นแหล่งประโยชน์สำหรับการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่ใช่เป็นเป้าหมายของการดำเนินชีวิต สุขภาพเป็นแนวคิดเชิงบวกที่ประกอบด้วยแหล่งประโยชน์ทางสังคม และบุคคล รวมถึงความสามารถทางกายภาพ ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพ จึงไม่ใช่หน้าที่ความรับผิดชอบของภาคส่วนด้านสุขภาพเท่านั้น การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการกระทำที่มากกว่าการมีวิถีชีวิตที่ถูกสุขภาพ แต่เพื่อให้บรรลุความผาสุกหรือความเป็นอยู่ที่ดีในสังคม (WHO, 2009) กล่าวได้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึงองค์ประกอบด้านตัวบุคคล ซึ่งให้ความสนใจที่ วิถีการดำเนินชีวิต การลดปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการป่วยหรือการตายก่อนวัยอันควร และองค์ประกอบด้านโครงสร้างเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเน้นที่กระบวนการทางการเมืองและสังคมในระดับใหญ่ ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่มาตรการทางกฎหมาย และงบประมาณ เพื่อมุ่งให้เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ และมาตรการทางสิ่งแวดล้อม ดังนั้นกลยุทธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพจะใช้ทั้งวิธีการส่งเสริมด้านตัวบุคคลและวิธีการปรับด้านโครงสร้างของชุมชนซึ่งเป็นบทบาทสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ (Bunton, 2002)

สำหรับในประเทศไทยได้มีการปรับเปลี่ยนการเรียกคำว่า "health promotion" ซึ่งเดิมใช้คำว่า "**การส่งเสริมสุขภาพ**" ที่สื่อถึงการปฏิบัติการของบุคลากรสาธารณสุขเพื่อสุขภาพของประชาชน เป็นคำว่า "**การสร้างเสริมสุขภาพ**" ซึ่งต้องการสื่อความหมายรวมถึง **การสร้าง** คือการทำขึ้นใหม่ และ**การเสริม** คือการทำเพิ่มขึ้น ที่ทุกคนทุกฝ่ายทำได้และช่วยกันทำ ในขณะที่มีบางอย่างบางเรื่องต้องรอ **การส่งเสริม** จากบุคคลอื่นด้วย (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546)

กลยุทธ์และกลวิธีปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์ (strategy) ในการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นแผนปฏิบัติการที่คาดการณ์ล่วงหน้าถึงอุปสรรคและแหล่งประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการบรรลุวัตถุประสงค์ที่เฉพาะ ส่วน**กลวิธี (method)** เป็นวิธีการที่นำมาใช้เป็นส่วนหนึ่งของกลยุทธ์ กลวิธีเป็นวิธีปฏิบัติที่นำมาใช้ในการเปลี่ยนแปลงกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งปัจจุบันมีการใช้สลับไปมาระหว่างคำว่า กลยุทธ์ และกลวิธี ซึ่งผู้อ่านควรทำความเข้าใจกับความแตกต่างของคำเพื่อจะได้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนในการนำมาพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์อาจนำมาใช้ในความหมายที่กว้าง เช่น การเปลี่ยนแปลงกฎระเบียบที่นำไปสู่พฤติกรรมที่ถูกสุขภาพ หรือนำมาใช้ในความหมายแคบๆ เช่น การเปลี่ยนแปลงการสูบบุหรี่ในสถานที่ทำงาน

ภายใต้กลยุทธ์เหล่านี้อาจมีได้หลายกลวิธีเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพมีจุดเน้นประการแรก ที่การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางสังคม กับการเปลี่ยนแปลงบุคคล ประการที่สองคือ เน้นที่บุคคลกลุ่มเสี่ยงสูง กับประชากรทั้งหมดที่เฉลี่ยความเสี่ยง ส่วนกลวิธีเป็นวิธีการที่นำการเปลี่ยนแปลงมาใช้กับกลุ่มเป้าหมาย เช่น "การพัฒนาชุมชนและการสื่อสารมวลชน" เป็นวิธีการที่นำมาใช้อธิบายกิจกรรมของบุคคลที่มุ่งปรับพฤติกรรมสุขภาพภายในขอบเขตกลยุทธ์ของชุมชน ส่วนกิจกรรม (activities) เป็นการใช้ที่เฉพาะลงไปภายใต้กลวิธีที่เลือก เช่น กลยุทธ์คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของชุมชน กลวิธีที่ใช้คือการสื่อสารมวลชน กิจกรรมที่ใช้ภายใต้กลวิธีนี้ได้แก่ การผลิตโปสเตอร์ วิดิทัศน์ หรือ โทรทัศน์ เป็นต้น

จากการประชุมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1 ที่ออตตาวาได้ข้อสรุปเป็นกฎบัตรออตตาวา (WHO, 2009; Bunton, 2002) และกำหนดกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมีแนวคิดสำคัญดังนี้คือ

การชี้แนะสนับสนุน (Advocate)

การชี้แนะสนับสนุน เป็นกลยุทธ์ที่นำมาใช้ปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้สภาพการณ์หรือเงื่อนไขจากปัจจัยด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรม และด้านชีวภาพ ที่สามารถสนับสนุนสุขภาพ หรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ให้ปรับเปลี่ยนเป็นการสนับสนุนให้เกิดสุขภาพที่ดี เพราะสุขภาพดีเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญสำหรับการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ และบุคคล และเป็นมิติที่สำคัญของคุณภาพชีวิต (WHO, 2009)

การเพิ่มความเข้มแข็ง (Enable)

การเพิ่มความเข้มแข็ง เป็นแนวคิดสำคัญที่จะทำให้ประชาชนสามารถบรรลุศักยภาพทางสุขภาพอย่างสมบูรณ์ได้ โดยการทำให้ประชาชนสามารถควบคุมสิ่งต่างๆที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพของตนเอง และจำเป็นต้องประยุกต์ใช้กลยุทธ์นี้ทั้งในเพศหญิงและเพศชาย เพราะการสร้างเสริมสุขภาพมุ่งเน้นที่การบรรลุถึงความเสมอภาคในสุขภาพ การปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดความแตกต่างในสภาวะสุขภาพปัจจุบัน และเป็นหลักประกันความเท่าเทียมกันในโอกาสและแหล่งประโยชน์ ที่จะช่วยเพิ่มความเข้มแข็งของประชาชนทั้งหมดให้สามารถบรรลุถึงศักยภาพทางสุขภาพที่สูงสุด สิ่งเหล่านี้ประกอบด้วยพื้นฐานที่มั่นคงปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ ทักษะชีวิต และโอกาสในการเลือกสิ่งที่ทำให้มีสุขภาพดี (WHO,2009)

การเป็นตัวกลาง (Mediate)

การเป็นตัวกลาง เป็นแนวคิดสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ เพราะสิ่งที่จำเป็นต้องมีหรือต้องทำก่อน และสิ่งที่คาดหวังสำหรับการมีสุขภาพดีนั้น ไม่สามารถประกันความมั่นใจได้โดยภาคส่วนทางด้านสุขภาพแต่เพียงลำพัง การสร้างเสริมสุขภาพต้องการปฏิบัติการที่ประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ได้แก่ รัฐบาล ภาคส่วนด้านเศรษฐกิจและสังคม องค์กรเอกชนและองค์กรอาสาสมัคร

องค์กรที่มีอำนาจระดับท้องถิ่น โรงงานอุตสาหกรรม และการสื่อสาร ประชาชนต้องเข้ามาเกี่ยวข้องในฐานะ บุคคล ครอบครัว และชุมชน กลุ่มนักวิชาชีพ กลุ่มทางสังคม และบุคลากรทางสุขภาพมีหน้าที่ความรับผิดชอบหลัก คือเป็นสื่อกลางระหว่างความสนใจที่แตกต่างกันในสังคมเพื่อพยายามดำเนินการไปให้ถึงภาวะสุขภาพที่ต้องการ (WHO, 2009)

กลวิธีปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ

กลวิธีและโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ต้องปรับใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของท้องถิ่นตามความเป็นไปได้ของแต่ละประเทศและแต่ละภูมิภาค โดยคำนึงถึงความแตกต่างของระบบสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ จากกลยุทธ์ที่เป็นแนวคิดหลัก 3 ประการ นำมาสู่กลวิธีปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (WHO, 2009; McMurray, 2007) ดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build healthy public policy)

กลวิธีนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ ให้มั่นใจว่าสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งที่รวมอยู่ในการตัดสินใจด้านนโยบายสาธารณะ เพราะการสร้างเสริมสุขภาพเป็นมากกว่าการดูแลสุขภาพ ประเด็นเรื่องสุขภาพจะต้องกำหนดให้เป็นประเด็นสำหรับผู้กำหนดนโยบายในทุกภาคส่วนและทุกระดับ ควบคุมกำกับให้ผู้กำหนดนโยบายได้ตระหนักรู้เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพจากการตัดสินใจเชิงนโยบายและการยอมรับหน้าที่ความรับผิดชอบ เพื่อการมีสุขภาพที่ดี นโยบายการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วยมาตรการต่าง ๆแต่เป็นวิธีการที่เสริมกัน ได้แก่ มาตรการทางกฎหมาย งบประมาณ ภาษี และการเปลี่ยนแปลงองค์กร เป็นการทำงานร่วมกันเพื่อนำไปสู่สุขภาพ รายได้ และนโยบายทางสังคมที่สนับสนุนความเท่าเทียมกันให้มากขึ้น การทำงานประสานกันส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในสินค้าและบริการที่ปลอดภัยและถูกสุขภาพมากขึ้น บริการสาธารณะที่ถูกสุขภาพ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและน่ารื่นรมย์มากขึ้นกว่าเดิม

ในการกำหนดนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ ต้องมีการค้นหาหรือระบุอุปสรรคต่อการยอมรับนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพในภาคส่วนอื่นที่ไม่ใช่ภาคส่วนด้านสุขภาพ รวมถึงวิธีการกำจัดอุปสรรคนั้น ๆ และจุดมุ่งหมายต้องเป็นไปเพื่อสร้างทางเลือกที่ถูกสุขภาพมากขึ้น เป็นทางเลือกที่ง่ายขึ้นสำหรับผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งจากการประชุมนานาชาติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 2 ที่อเดลเลดด์ (Adelaide) ในปี ค.ศ.1988 ได้มีข้อเสนอแนะให้กับทุกประเทศในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพว่า อันดับสำคัญของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ที่ควรนำไปสู่การปฏิบัติทันทีมี 4 ประการ ซึ่งประเด็นเหล่านี้ควรมีปรากฏในนโยบายสาธารณะของแต่ละประเทศ (WHO, 2009) ได้แก่

1) การสนับสนุนสุขภาพของผู้หญิง

ทั่วโลก ผู้หญิงมีบทบาทเป็นผู้สร้างเสริมสุขภาพแต่เริ่มแรก และเกือบทั้งหมดในงาน

ของผู้หญิงกระทำโดยไม่มีค่าตอบแทนหรือมีค่าแรงน้อยมาก เครือข่ายผู้หญิงและองค์กรเป็นรูปแบบสำหรับกระบวนการขององค์กรสร้างเสริมสุขภาพ การวางแผน และการปฏิบัติการ เครือข่ายผู้หญิงควรได้รับการยอมรับและการสนับสนุนมากขึ้นจากผู้กำหนดนโยบายและผู้ก่อตั้ง นอกจากนี้ การลงทุนกับแรงงานผู้หญิงจะไปเพิ่มประเด็นของความเสมอภาค สำหรับความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีประสิทธิผล ผู้หญิงต้องการเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ เครือข่าย และแหล่งทุน ผู้หญิงทุกคนโดยเฉพาะ ชนเผ่าท้องถิ่น และชนกลุ่มน้อย มีสิทธิที่จะกำหนดเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองด้วยตนเอง และควรได้เป็นหุ้นส่วนอย่างสมบูรณ์ในการสร้างนโยบายสาธารณะ เพื่อให้มั่นใจว่าสอดคล้องกับวัฒนธรรม ซึ่งประเด็นที่แต่ละประเทศควรกำหนดเป็นนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพของผู้หญิง ได้แก่

- การร่วมกันอย่างเท่าเทียม ในการดูแลการปฏิบัติงานในสังคม
- การคลอดที่อยู่บนพื้นฐานความพึงพอใจและความจำเป็นของผู้หญิง
- กลไกสนับสนุนดูแลการทำงาน เช่น การสนับสนุนแม่ที่มีเด็ก การให้พ่อแม่ลางานและการลาไปดูแลบุคคลที่พึ่งพา

2) อาหารและโภชนาการ

การกำจัดผู้หิวโหยและผู้ขาดสารอาหาร เป็นวัตถุประสงค์พื้นฐานของนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ นโยบายเช่นนี้ควรเป็นหลักประกันการเข้าถึงความเพียงพอของปริมาณอาหารสุขภาพในวิถีที่ยอมรับได้ทางวัฒนธรรม นโยบายอาหารและโภชนาการจำเป็นต้องบูรณาการอยู่ในวิธีการผลิตและจำหน่ายอาหารทั้งเอกชนและรัฐบาล เพื่อให้บรรลุถึงราคาที่เป็นธรรม รัฐบาลต้องให้ความสำคัญต่อนโยบายด้านอาหารและโภชนาการ โดยบูรณาการอยู่ในปัจจัยด้านเกษตรกรรม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม เพื่อสร้างความมั่นใจว่าเกิดผลกระทบทางบวกต่อสุขภาพทั้งระดับชาติและนานาชาติ ระยะแรกของนโยบายด้านนี้ควรเป็นการสร้างเป้าหมายเพื่อโภชนาการและอาหาร โดยควรมีมาตรการการลดภาษีและให้เงินอุดหนุนเพื่อให้ทุกคนง่ายต่อการเข้าถึงอาหารสุขภาพและปรับปรุงการรับประทานอาหาร ตัวอย่างของนโยบายในเรื่องนี้ เช่น มาตรการห้ามใช้น้ำมันทอดอาหารซ้ำ

3) ยาสูบและสุรา

การสูบยาสูบและดื่มสุรา เป็นสองสิ่งอันตรายต่อสุขภาพที่สมควรได้รับการปฏิบัติการทันทีตลอดการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ บุหรี่ไม่เพียงแต่ทำลายสุขภาพของผู้สูบโดยตรงเท่านั้นแต่มีผลต่อสุขภาพของคนที่ได้รับควันบุหรี่ด้วยโดยเฉพาะทารก ส่วนสุราทำให้เกิดการทะเลาะวิวาททางสังคม และเกิดการบาดเจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจ นอกจากนี้ ยาสูบยังมีผลกระทบต่อระบบนิเวศอย่างรุนแรง กล่าวคือประเทศที่ยากจนหันมาปลูกยาสูบแทนพืชอื่นๆ ซึ่งส่งผลต่อวิกฤติของโลกในด้านการผลิตอาหารและการกระจาย

ดังนั้นรัฐบาลควรคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายไปกับการสูญเสียศักยภาพของมนุษย์จากการตายและการป่วยที่มีสาเหตุมาจากการสูบยาสูบและการดื่มสุรา รัฐบาลควรมีพันธะกับตนเอง

ในการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพโดยกำหนดเป้าหมายระดับชาติในการลดการปลูกยาสูบ ลดการผลิตสุรา ลดด้านการตลาดและการบริโภคอย่างจริงจัง ตัวอย่าง นโยบายสาธารณะในเรื่องบุหรี่ เช่น การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ เช่น ร้านอาหาร สถานพยาบาล โรงเรียน รวมถึงอาคารชุด และล่าสุดมีการพิจารณาปรับแก้ไข พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2535 ใน 3 ประเด็นหลัก (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2554) คือ

(1) แก้ไข เพิ่มเติมคำนิยาม โดยให้แก้ไขคำนิยามว่าผลิตภัณฑ์ยาสูบ ซึ่งตามกฎหมายที่ใช้ในปัจจุบันซึ่งใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 หมายถึงบุหรี่ทั่วไป จะเพิ่มข้อความ "ผลิตภัณฑ์ที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ" ให้ถือว่าเป็นผลิตภัณฑ์ยาสูบทั้งหมด เพิ่มนิยามคำว่า "ขาย" หมายความรวมถึงการจำหน่าย จ่าย แจก แลกเปลี่ยน ให้ เพื่อประโยชน์ทางการค้า นอกจากนั้นเพิ่มเติมนิยามคำว่าโฆษณา ให้รวมถึงการสื่อสารทางการตลาดด้วย ไม่ใช่แค่การโฆษณาทั่วไป

(2) เรื่องการขาย เดิมห้ามขายให้เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ได้แก้เป็น 20 ปี ซึ่งห้ามขายและห้ามให้ฟรี และห้ามขายโดยใช้เครื่องขายอัตโนมัติ ห้ามขายปลีกทางอินเตอร์เน็ต ห้ามแบ่งขาย ห้ามลดราคาเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมการขาย รวมทั้งห้ามขายโดยวิธีอื่น ๆตามที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด

(3) เรื่องการโฆษณา ตามกฎหมายปัจจุบันได้ห้ามโฆษณาเฉพาะยี่ห้อ และห้ามโฆษณาในทุกกิจกรรม ยกเว้นกิจกรรมที่มีการถ่ายทอดสด ซึ่งมีการโฆษณาในสถานที่จัดกิจกรรมติดมาด้วย โดยกฎหมายที่แก้ใหม่ จะห้ามทั้งการโฆษณายี่ห้อและชื่อหรือเครื่องหมายบริษัท ไม่ว่าจะเป็นบริษัทผู้ผลิตหรือผู้นำเข้าก็ตาม รวมทั้งระบุชัดเจนในกฎหมายด้วยว่า ห้ามแสดงซองบุหรี่ ณ จุดขาย โดยจะลงนามเอกสารเพื่อเสนอคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา และเป็นไปตามกระบวนการ คือผ่านคณะกรรมการกฤษฎีกา และสภาผู้แทนราษฎรตามลำดับ เพื่อให้มีผลบังคับใช้ต่อไป

4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนต่อสุขภาพ

คนจำนวนมากอาศัยและทำงานอยู่ในสภาพที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและต้องเผชิญกับผลิตภัณฑ์ที่อาจเป็นอันตราย ในการจัดการทางสิ่งแวดล้อมจำเป็นต้องปกป้องสุขภาพของมนุษย์จากผลทั้งทางตรงและทางอ้อมของปัจจัยทางชีวภาพ สารเคมี และทางกายภาพ และควรตระหนักว่าทั้งผู้หญิงและผู้ชายเป็นส่วนหนึ่งของระบบนิเวศที่ซับซ้อนและมีความหลากหลายอย่างมาก แต่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรธรรมชาติที่หล่อเลี้ยงชีวิตซึ่งเป็นสิ่งสำคัญของมนุษยชาติ ดังนั้นนโยบายที่สร้างเสริมสุขภาพจะบรรลุผลสำเร็จได้ ก็ต่อเมื่อมีสิ่งแวดล้อมที่ได้รับการอนุรักษ์ทรัพยากรด้วยกลยุทธ์ทางระบบนิเวศ ทั้งในระดับโลก ภูมิภาค และท้องถิ่น

รัฐบาลทุกระดับต้องถือเป็นภารกิจ ในการประสานความพยายามระหว่างภาคส่วนต่าง ๆเพื่อสร้างความมั่นใจว่า การพิจารณาเรื่องสุขภาพได้รับการคำนึงถึงให้เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องมีมาก่อน สำหรับการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมและเกษตรกรรม ดังนั้นการสาธารณสุขและการเคลื่อนไหวทางด้านนิเวศ ต้องร่วมมือกันเพื่อพัฒนากลยุทธ์ให้ประสบผลสำเร็จในการพัฒนาเศรษฐกิจสังคม และ

การรักษาทรัพยากรที่มีอยู่จำกัด ผู้มีอำนาจตัดสินใจต้องยึดมั่นต่อความรับผิดชอบต่อสังคม ทั้งหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนควรได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ โดยกำหนดเป็นนโยบายและการปฏิบัติดังนี้ (WHO, 2009)

1. หลีกเลี่ยงอันตรายต่อสุขภาพของบุคคล
2. ปกป้องสิ่งแวดล้อมและสร้างความมั่นใจต่อการใช้ทรัพยากรอย่างยั่งยืน
3. จำกัดการผลิต และการค้าในสินค้าอันตรายเช่นยาสูบ อาวุธยุทโธปกรณ์ รวมถึงการไม่สนับสนุนการปฏิบัติทางการตลาดที่ไม่ถูกสุขภาพ
4. ปกป้องความปลอดภัยแก่ประชาชนทั้งในตลาดสถานที่ค้าขายและบุคคลในสถานที่ทำงาน
5. ผนวกการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพที่เน้นเรื่องความเสมอภาค เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนานโยบาย

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ จำเป็นต้องมีวิธีการที่เน้นการให้คำปรึกษาและการเจรจาต่อรอง ต้องมีการชี้แนะสนับสนุนอย่างเข้มแข็งให้กับผู้ที่มีอำนาจในการกำหนดเรื่องสุขภาพของพื้นที่นั้นๆ เพื่อให้เรื่องสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญสำหรับผู้กำหนดนโยบาย การสร้างพันธมิตรใหม่ทางด้านสุขภาพ เป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยในการผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ ดังนั้นจึงต้องสนับสนุนดูแลการทำงานเกี่ยวกับการชี้แนะกลุ่มต่างๆ และการช่วยสื่อในการแปลความหมายประเด็นนโยบายที่ซับซ้อน

สถาบันการศึกษาต้องตอบสนองต่อความต้องการที่เกิดขึ้นของการสาธารณสุขแนวใหม่ โดยการปรับหลักสูตรที่มีอยู่ให้มีการจัดการเรียนการสอนที่ครอบคลุม ทักษะการเพิ่มความสามารถการชี้แนะสนับสนุน และการเป็นตัวกลาง ต้องมีการเปลี่ยนแปลงอำนาจจากการควบคุมไปสู่การสนับสนุนทางเทคนิคในการพัฒนานโยบาย นอกจากนี้จำเป็นต้องจัดเวทีให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทั้งระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับนานาชาติ

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน (Create supportive environments)

กลวิธีนี้เป็นการใช้วิธีการทางสังคมนิเวศเพื่อสุขภาพ เพราะสังคมของเรามีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันไม่สามารถแยกสุขภาพออกจากเป้าหมายอื่นๆได้ ความเชื่อมโยงที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมทำให้เกิดพื้นฐานสำหรับวิธีการทางสังคมนิเวศเพื่อสุขภาพ เป็นภาพรวมที่นำไปสู่หลักการสำหรับโลก ประเทศชาติ ภูมิภาคและชุมชนท้องถิ่น เป็นสิ่งจำเป็นที่ต้องได้รับการกระตุ้นให้เกิดการดูแลรักษาอย่างร่วมมือกัน เพื่อดูแลซึ่งกันและกัน ดูแลชุมชนและสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติ ประชากรโลกต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกันในการอนุรักษ์ทรัพยากรทางธรรมชาติของโลก

การเปลี่ยนแปลงแบบแผนของการดำเนินชีวิต การทำงาน และการพักผ่อนมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อสุขภาพ การทำงานและการพักผ่อนควรเป็นแหล่งประโยชน์ของสุขภาพที่ดีสำหรับบุคคล วิถีที่สังคมจัดระบบการทำงานควรช่วยสร้างสรรค์สังคมให้มีสุขภาพดี การสร้างเสริมสุขภาพสร้างให้เกิดสภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิตและการทำงานที่ปลอดภัย ตื่นตัว น่าพึงพอใจ และสนุกสนาน

การประเมินอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบของสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วต่อสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องของการผลิตและความเป็นเมือง ในด้านเทคโนโลยี การทำงาน พลังงาน เป็นเรื่องสำคัญและต้องเฝ้าติดตาม โดยการปฏิบัติการที่ทำให้เกิดความมั่นใจในผลประโยชน์เชิงบวกต่อสุขภาพของสาธารณะ กลยุทธ์ใด ๆของการสร้างเสริมสุขภาพจำเป็นต้องกล่าวถึงและผนวกเรื่องของการปกป้องทางธรรมชาติและการสร้างสิ่งแวดล้อมและการอนุรักษ์ทรัพยากรทางธรรมชาติไว้ด้วย

ประเด็นเรื่อง "สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ" นี้จากการประชุมที่ซันสวอลล์ (Sundsvall) (WHO, 2009) ได้ชี้ให้เห็นว่าประชากรจำนวนหลักล้านกำลังดำรงชีวิตอย่างยากจนมากและอดอยากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี คุกคามต่อสุขภาพ การทำให้เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าประสบผลสำเร็จได้ จำเป็นต้องทำสิ่งแวดล้อม ทั้งทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจสังคมและทางนโยบาย ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีมากกว่าการทำลาย

สิ่งแวดล้อมที่เอื้อมีความสำคัญอย่างมากต่อสุขภาพ ทั้งสิ่งแวดล้อมและสุขภาพเป็นสิ่งที่พึ่งพาซึ่งกันและกันไม่สามารถแยกจากกันได้ ปัจจุบันประชากรจำนวนมากได้รับความเดือดร้อนจากความขัดแย้งที่ส่งผลต่อสุขภาพและความผาสุก การเพิ่มขึ้นของประชากรอย่างรวดเร็วเป็นสาเหตุสำคัญที่คุกคามต่อการพัฒนาแบบยั่งยืน ประชาชนต้องต่อสู้ให้อยู่รอดโดยปราศจากน้ำสะอาด อาหารที่เพียงพอ ที่พักอาศัยหรือสุขาภิบาลที่เหมาะสม

ประชากรจำนวนมากทั่วโลกเข้าถึงการดูแลสุขภาพที่จำเป็นได้ไม่เพียงพอ ระบบการดูแลสุขภาพต้องได้รับการทำให้เข้มแข็งขึ้น ข้อสรุปสำหรับปัญหานี้อยู่ที่การกระทำของสังคมเพื่อสุขภาพและแหล่งประโยชน์ รวมถึงความริเริ่มของบุคคลและชุมชน การส่งเสริมให้ชุมชนได้แสดงศักยภาพนี้จำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงพื้นฐานการมองสุขภาพและสิ่งแวดล้อม และการมีข้อผูกพันทางนโยบายที่เข้มแข็งชัดเจนในความยั่งยืนของนโยบายด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ซึ่งแนวทางแก้ไขนี้อยู่นอกเหนือระบบสุขภาพแบบดั้งเดิม

การริเริ่มต้องมาจากทุกภาคส่วนที่สามารถสนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและต้องได้รับการนำไปปฏิบัติโดยประชาชนในชุมชนท้องถิ่น ในระดับชาติ โดยองค์กรภาครัฐ และภาคเอกชน และในระดับโลกโดยองค์กรระหว่างประเทศ การปฏิบัติการต้องเข้าไปเกี่ยวข้องอย่างชัดเจนกับภาคส่วนต่าง ๆ เช่น การศึกษา การขนส่ง การเคหะ และการพัฒนาเมือง การผลิตด้านอุตสาหกรรม และภาคเกษตรกรรม

มิติต่าง ๆ ของกลวิธีปฏิบัติการด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

ในบริบทของสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ หมายถึงทั้งลักษณะทางกายภาพและทางสังคมที่อยู่รอบตัวเรา ซึ่งครอบคลุมถึงสถานที่ที่ประชาชนอยู่อาศัย ชุมชนท้องถิ่น บ้าน สถานที่ทำงาน และสถานที่เล่นหรือบันเทิง รวมถึงการเข้าถึงแหล่งทรัพยากรสำหรับการดำรงชีวิต และโอกาสสำหรับการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) การปฏิบัติการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพมีหลายด้าน ได้แก่ ทางกายภาพ สังคม จิตวิญญาณ เศรษฐกิจ และการเมือง แต่ละด้านเหล่านี้เชื่อมโยงอย่างแยกจากกันไม่ได้กับด้านอื่น ๆ ในลักษณะของปฏิสัมพันธ์แบบเป็นพลวัตร ต้องประสานความร่วมมือในการปฏิบัติการทั้งระดับท้องถิ่น ภูมิภาค ระดับชาติ และระดับสากลเพื่อให้บรรลุข้อสรุปที่มีความยั่งยืนอย่างแท้จริง (WHO, 2009) ซึ่งกลวิธีของการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ควรเน้น 4 มิติดังนี้

- **มิติด้านสังคม** ประกอบด้วยวิถีที่บรรทัดฐาน ประเพณี และกระบวนการทางสังคมส่งผลต่อสุขภาพ ในหลาย ๆสังคมสัมพันธภาพทางสังคมแบบดั้งเดิมกำลังเปลี่ยนแปลงไปสู่วิถีที่คุกคามสุขภาพ เช่น การแยกตัวทางสังคมเพิ่มขึ้น การขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและเป้าหมายของชีวิต ความท้าทายต่อค่านิยมแบบดั้งเดิมและมรดกทางวัฒนธรรม
- **มิติด้านการเมือง** ต้องการให้รัฐบาลมีหลักประกันการมีส่วนร่วมแบบประชาธิปไตยในการตัดสินใจและกระจายอำนาจความรับผิดชอบและทรัพยากร รวมถึงต้องมีพันธะต่อเรื่องสิทธิมนุษยชน สันติภาพ และการลดการใช้อาวุธจากประเทศคู่สงคราม
- **มิติด้านเศรษฐกิจ** ต้องการการปรับช่องทางของการจัดสรรทรัพยากรเพื่อให้บรรลุถึงสุขภาพดีถ้วนหน้าและการพัฒนาอย่างยั่งยืน รวมถึงการส่งต่อเทคโนโลยีที่ปลอดภัยและเชื่อถือได้
- **การยอมรับและใช้ทักษะและความรู้ของผู้หญิงในทุกภาคส่วน** ต้องมีการกำหนดนโยบายและเศรษฐกิจ เพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานด้านบวกให้มากขึ้นเพื่อสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การรับภาระงานของผู้หญิงควรได้รับการยอมรับและช่วยแบ่งเบาระหว่างผู้ชายและผู้หญิง องค์กรของผู้หญิงที่มีชุมชนเป็นฐานต้องมีสิทธิออกเสียงอย่างเข้มแข็งในการพัฒนานโยบายและโครงการของการสร้างเสริมสุขภาพ

เนื่องจากประเด็นเรื่องสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และการพัฒนามนุษย์ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การพัฒนาต้องแสดงถึงการปรับปรุงคุณภาพชีวิตและสุขภาพให้ดีขึ้น ร่วมกับการรักษาความยั่งยืนของสิ่งแวดล้อมทั่วโลก ต้องมีการปฏิบัติการบนพื้นฐานของความเป็นหุ้นส่วนสากล โดยต้องคำนึงถึงหลักการพื้นฐานในเรื่องของความเสมอภาคในการเข้าถึงและการกระจายแหล่งประโยชน์และการพึ่งพาซึ่งกันและกัน (Bunton, 2002; WHO, 2009) ซึ่งกลวิธีการปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในระดับชุมชน ควรมีดังนี้

1.) เสริมสร้างความเข้มแข็งของการชี้แนะสนับสนุน (advocate) ผ่านการปฏิบัติการของชุมชน โดยเฉพาะผ่านกลุ่มที่จัดตั้งองค์กรโดยผู้หญิง

2.) เพิ่มความเข้มแข็งของชุมชนและบุคคล (enabling) ให้สามารถควบคุมสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเองโดยผ่านการให้การศึกษาและการเสริมพลังอำนาจ

3.) การสร้างพันธมิตรเพื่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (alliances) เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในความร่วมมือระหว่างการรณรงค์และกลยุทธ์ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

4.) เป็นตัวกลางระหว่างความสนใจที่ขัดแย้งกันในสังคม (mediating) เพื่อสร้างความมั่นใจในการเข้าถึงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน

3. การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง (Strengthen community action)

ข้อมูลสารสนเทศและโอกาสการเรียนรู้เป็นจุดเน้นสำหรับการสร้างพลังอำนาจให้ชุมชนเพื่อให้มีทางเลือกสำหรับสุขภาพที่ดีขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพดำเนินงานผ่านการพัฒนาความสามารถของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรมและมีประสิทธิผล ไม่ว่าจะเป็นการจัดอันดับความสำคัญ การตัดสินใจ การวางแผนกลยุทธ์ และการปฏิบัติการตามแผนเพื่อให้บรรลุสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม หัวใจสำคัญของกระบวนการนี้คือการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชน ให้ชุมชนรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของและควบคุมความพยายามของชุมชนเอง รวมถึงควบคุมสิ่งต่าง ๆที่จะเกิดขึ้นในชุมชน

การพัฒนาชุมชนเกิดขึ้นได้จากทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรทางวัตถุที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อส่งเสริมการช่วยตนเองและการสนับสนุนทางสังคม และเพื่อพัฒนาระบบที่ยืดหยุ่นเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการมีส่วนร่วมของชุมชน และการควบคุมกำกับในเรื่องของสุขภาพ ทั้งนี้ชุมชนจำเป็นต้องเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศ มีโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง

จากการประชุมนานาชาติ ครั้งที่ 4 เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ที่จาการ์ตา (Jakarta) (WHO, 2009) ได้นำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน ที่แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญต่อความยั่งยืน ต้องให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางของการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพและในกระบวนการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อตนเอง การเรียนรู้เรื่องสุขภาพสนับสนุนการมีส่วนร่วม ในการเข้าถึงการศึกษา และข้อมูลสารสนเทศเป็นสิ่งจำเป็นต่อความสำเร็จในการมีส่วนร่วมอย่างมีประสิทธิภาพและการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ประชาชนและชุมชน ซึ่งประเด็นสำคัญภายใต้กลวิธีนี้คือ

1) เพิ่มการลงทุนสำหรับการพัฒนาสุขภาพ

การเพิ่มการลงทุนสำหรับการพัฒนาสุขภาพต้องการความร่วมมือจากหลากหลายภาคส่วนอย่างแท้จริง เช่น แหล่งประโยชน์เพิ่มเติมเพื่อการศึกษาและที่อยู่อาศัย รวมถึงเพื่อภาคีสุขภาพ

การให้ความสำคัญต่อการลงทุนเพื่อสุขภาพทั้งภายในและระหว่างประเทศ ทำให้เกิดศักยภาพที่จะบรรลุถึงความก้าวหน้าในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ สุขภาพ และคุณภาพชีวิต

การลงทุนเพื่อสุขภาพควรละท้อนถึงความต้องการเฉพาะกลุ่ม เช่น ผู้หญิง เด็ก ผู้สูงอายุ กลุ่มชนพื้นเมือง ผู้ยากจน และประชากรชายขอบ

2) ผนึกกำลังและขยายความเป็นภาคีเพื่อสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพ ต้องการภาคีเพื่อสุขภาพ และการพัฒนาทางสังคมระหว่างภาคส่วนที่มีความแตกต่างกันในทุกระดับของการปกครองและสังคม จึงจำเป็นต้องทำให้ภาคีที่มีอยู่เข้มแข็งและมีศักยภาพสำหรับการค้นหาภาคีใหม่เพิ่ม ภาคีเพื่อสุขภาพได้รับผลประโยชน์ร่วมกันโดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทักษะและแหล่งประโยชน์ แต่ละภาคีต้องดำเนินการอย่างโปร่งใส และตรวจสอบได้และอยู่บนพื้นฐานของหลักการทางจริยธรรม ความเข้าใจร่วมกันและยอมรับซึ่งกันและกัน

3) การเพิ่มความสามารถของชุมชนและอำนาจของบุคคล

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติการโดยประชาชนและกับประชาชน ไม่ใช่การทำให้ประชาชน การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการปรับปรุงทั้งความสามารถของบุคคลในการดำเนินการและความสามารถของกลุ่ม องค์กร หรือชุมชน เพื่อให้เกิดอิทธิพลต่อปัจจัยกำหนดสุภาพ ดังนั้น การส่งเสริมความสามารถของชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ จำเป็นต้องมีการจัดการศึกษาที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ การอบรมภาวะผู้นำ และการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ ซึ่งการเสริมสร้างพลังอำนาจให้บุคคล ต้องการความสม่ำเสมอและความน่าเชื่อถือที่มากขึ้นในการเข้าถึงกระบวนการตัดสินใจ ทักษะและความรู้ที่สำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง

ควรมีการสนับสนุนการอบรมและการฝึกหัดเกี่ยวกับทักษะภาวะผู้นำของท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้มีเอกสารรายงานเกี่ยวกับประสบการณ์การส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านการวิจัยหรือรายงานโครงการเพื่อปรับปรุงการวางแผน การปฏิบัติการ และการประเมินผล และทุกประเทศควรพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางการเมือง กฎหมาย การศึกษา สังคม และเศรษฐกิจที่จำเป็นต่อการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (WHO, 2009)

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skill)

การสร้างเสริมสุขภาพโดยสนับสนุนการพัฒนาบุคคลและสังคมผ่านการให้ข้อมูลสารสนเทศ การศึกษาเพื่อสุขภาพ และการส่งเสริมทักษะชีวิต การทำเช่นนี้จะไปเพิ่มทางเลือกให้ประชาชนสามารถเลือกการปฏิบัติตน การควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม และทำให้เกิดทางเลือกในการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดี

การเพิ่มความเข้มแข็งให้ประชาชนได้เรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินชีวิตสำหรับทุกวัย และเพื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยและบาดเจ็บเรื้อรังที่จะเกิดขึ้น

ซึ่งต้องได้รับการสนับสนุนให้เกิดขึ้นทั้งในโรงเรียน ที่บ้าน ที่ทำงาน และในชุมชน โดยต้องปฏิบัติการผ่านทางองค์กรทางการศึกษา วิชาชีพสุขภาพ ด้านการค้า และอาสาสมัคร รวมทั้งภายในหน่วยงานของตนเอง

ตัวอย่างของการใช้กลวิธีพัฒนาทักษะส่วนบุคคล เช่น การอบรมให้ความรู้ประเด็นสุขภาพเพื่อการป้องกันและลดความเสี่ยงในกลุ่มเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน กลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ การฝึกทักษะในการเลือกรับประทานอาหารให้กับกลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การเสริมพลังอำนาจให้กับบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเอง การอบรมเพิ่มศักยภาพของเยาวชนในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เป็นต้น

5. การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข (Reorient health service)

ความรับผิดชอบต่อการสร้างเสริมสุขภาพในบริการด้านสาธารณสุขเป็นความร่วมมือกันระหว่างบุคคล กลุ่มต่าง ๆในชุมชน นักวิชาชีพด้านสุขภาพ หน่วยงานให้บริการสุขภาพ และรัฐบาล

กลุ่มต่าง ๆเหล่านี้ต้องทำงานร่วมกันเพื่อมุ่งไปสู่ระบบการดูแลสุขภาพที่สนับสนุนความพยายามไปสู่การมีสุขภาพที่ดี บทบาทของภาคสาธารณสุขต้องเพิ่มการเคลื่อนไปสู่ทิศทางของการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น นอกเหนือไปจากความรับผิดชอบในการให้บริการทางคลินิกและการรักษา ภาคบริการด้านสาธารณสุขต้องยอมรับและสนับสนุนอย่างจริงจังในการขยายหน้าที่ความรับผิดชอบในลักษณะที่ไวต่อปัญหาและสอดคล้องกับความต้องการทางวัฒนธรรม นอกจากนี้ ลักษณะงานของบริการสาธารณสุขควรสนับสนุนความต้องการในการดำเนินชีวิตของบุคคลและชุมชนให้มีสุขภาพดีขึ้น และเปิดช่องทางระหว่างภาคสุขภาพกับองค์ประกอบอื่น ๆที่กว้างขึ้น ทั้งทางสังคม การเมือง เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

การปรับเปลี่ยนบริการด้านสุขภาพ ต้องให้ความสนใจอย่างจริงจังในการวิจัยด้านสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงในการจัดการศึกษาและการอบรมบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงเจตคติ และการให้บริการด้านสาธารณสุข ที่ต้องปรับจุดเน้นไปสู่การดูแลแบบองค์รวมที่ใส่ใจกับความต้องการทั้งหมดของบุคคลในฐานะบุคคลทั้งคน

ตัวอย่างกิจกรรมภายใต้กลวิธีนี้ เช่น การปรับรูปแบบบริการของภาคสาธารณสุขจากการตั้งรับในหน่วยบริการ เป็นการทำงานเชิงรุก ในการค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาของประเทศ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น การจัดโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง การค้นหามะเร็งปากมดลูกในชุมชนเพื่อการรักษาแต่เริ่มแรก การทำงานร่วมกับภาคส่วนอื่น ๆ โดยเฉพาะอาสาสมัครในชุมชนและภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพของประชาชน เป็นต้น โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการประสานกับกลุ่มต่าง ๆในการดูแลสุขภาพของประชาชน

การขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพไปสู่อนาคต

ประเด็นเรื่องการดูแลองค์รวม และระบบนิเวศ เป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนากลยุทธ์สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องควรรับสิ่งเหล่านี้เป็นหลักการในการทำงาน ในทุกระยะของการวางแผน การปฏิบัติการ และการประเมินผลกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งทั้งเพศหญิงและเพศชายควรได้เข้ามาเป็นหุ้นส่วนอย่างเท่าเทียมกัน (WHO, 2009) ประเด็นที่ต้องดำเนินการมีดังต่อไปนี้

- **ขับเคลื่อนในประเด็นเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (healthy public policy) และการชี้แนะสนับสนุนให้เกิดข้อตกลงเชิงนโยบายที่ชัดเจน เพื่อสุขภาพและความเสมอภาคในทุกภาคส่วน**
- **ต่อต้านอำนาจแรงกดดัน ต่อผลิตภัณฑ์ที่เป็นอันตราย การทำลายทรัพยากรสิ่งแวดล้อม และเงื่อนไขในการดำรงชีวิตที่ไม่ถูกสุขภาพ โภชนาการที่ไม่เหมาะสม และมุ่งเน้นความสนใจที่ประเด็นสุขภาพของสาธารณะ เช่น มลพิษ อันตรายจากการประกอบอาชีพ ที่พักอาศัย และการตั้งถิ่นฐาน**
- **ตอบสนองต่อช่องว่างทางสุขภาพทั้งภายในและระหว่างสังคม รวมทั้งการจัดการกับความไม่เท่าเทียมกันในสุขภาพที่เป็นผลมาจากกฎและการปฏิบัติของสังคมนั้น ๆ**
- **ให้ความสำคัญว่าบุคคลเป็นแหล่งประโยชน์หลักทางสุขภาพ สนับสนุนและส่งเสริมให้บุคคลดูแลตนเอง ครอบครัว และเพื่อน ให้มีสุขภาพที่ดี ผ่านกลวิธีทางการเงินและอื่น ๆ และยอมรับว่าชุมชนเป็นเสียงสำคัญในเรื่องสุขภาพของชุมชน สภาพเงื่อนไขในการดำรงชีวิต และความผาสุกของชุมชน**
- **ปรับบริการสาธารณสุขและแหล่งประโยชน์ไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการร่วมพลังกับภาคส่วนอื่น ๆ สาขาวิชาอื่น ๆ และที่สำคัญที่สุดคือกับภาคประชาชน**
- **ให้ความสำคัญในสุขภาพและการดำรงรักษาสุขภาพ ว่าเป็นเสมือนการลงทุนและสิ่งท้าทายทางสังคมที่สำคัญ และให้ความสำคัญกับภาพรวมของประเด็นทางนิเวศวิทยาที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิต**

นอกจากกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา ยังได้มีการนำกลวิธีอื่นมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อสร้างกระแสความตื่นตัวของประชากรกลุ่มต่าง ๆ และผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงนโยบายที่สร้างเสริมสุขภาพ กลวิธีดังกล่าวได้แก่ การสื่อสารสุขภาพ และการตลาดเชิงสังคม และการชี้แนะสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Elme, Payne, & Harvey, 2008)

สาระสำคัญ
กลยุทธ์ และกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพ (WHO, 1986)
การชี้แนะสนับสนุน (advocate) เพื่อสร้างสรรค์เงื่อนไขที่สำคัญสำหรับสุขภาพ กลวิธีที่ใช้คือ การสร้างนโยบายสาธารณะ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุน **การเพิ่มความเข้มแข็ง** (enabling) เพื่อให้ประชาชนบรรลุศักยภาพสูงสุดของตนเอง สามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุภาพ กลวิธีที่ใช้คือ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล **การเป็นสื่อกลาง** (mediating) เป็นตัวกลางระหว่างความสนใจต่างๆในสังคมในการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพ กลวิธีที่ใช้คือ การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข

การสื่อสารสุขภาพและการตลาดเชิงสังคม

การตลาดเชิงสังคม (social marketing) เป็นการประยุกต์ใช้หลักการตลาด ร่วมกับ แนวคิดและเทคนิคอื่นๆอย่างเป็นระบบ ได้แก่ การสุขศึกษา การโฆษณา เศรษฐศาสตร์ การจัดการทางธุรกิจ จิตวิทยา และระบาดวิทยา เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการเปลี่ยนแปลงเจตคติและพฤติกรรมของประชาชน (Lefebvre, 2002; Storey, 2008) เราสามารถประยุกต์ใช้การตลาดเชิงสังคมเพื่อส่งเสริมสินค้าคุณความดี (merit goods) และเพื่อส่งเสริมความผาสุกของสังคมในภาพรวม เช่น การณรงค์ประชาชนไม่ให้สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ การให้ประชาชนใช้เข็มขัดนิรภัย การให้ประชาชนสวมหมวกนิรภัย การรณรงค์ไม่ขับรถเมื่อดื่มสุรา หรือขับรถด้วยความเร็วไม่เกินกฎหมายกำหนด (Weinreich, 2006; Wikipedia contributors, 2010)

การตลาดเชิงสังคมเป็นวิธีการที่เน้นผู้บริโภค (consumer-oriented approach) ซึ่งทำให้เกิดสถานการณ์ ชนะ-ชนะ (win-win situation) สำหรับทุกภาคส่วน การตลาดเชิงสังคม ไม่ใช่การควบคุมทางสังคม ไม่ได้เน้นเพียงการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมเฉพาะของบุคคล ไม่ใช่การรณรงค์ผ่านสื่อสารมวลชนอย่างง่ายๆ (Lefebvre, 2002) การตลาดเชิงสังคม เป็นวิธีการให้พลังอำนาจประชาชนเพื่อให้เข้าไปเกี่ยวข้องและรับผิดชอบอย่างเต็มที่ต่อของความผาสุกของประชาชน เป็นกระบวนแก้ไขปัญหาที่เสนอแนะวิธีการใหม่หรือนวัตกรรมในการเผชิญกับปัญหาสุขภาพและสังคม การตลาดเชิงสังคมเป็นกลวิธีที่บูรณาการเบ็ดเสร็จเพื่อให้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมในภาพกว้าง และต้องมีความรอบคอบในการวางแผน การวิจัย และการจัดการสู่การปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ (Lefebvre, 2002; Weinreich, 2006)

มีการนำหลักการตลาดมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวาง เพื่อให้มีอิทธิพลต่อประชาชนในการยอมรับวิถีชีวิตที่ทำให้สุขภาพดี โดยใช้เทคนิคการตลาดที่สื่อสารเฉพาะกลุ่มที่เป็น

เป้าหมาย ซึ่งต่างจากการรณรงค์ผ่านสื่อที่มีข้อจำกัดว่าเป็นกระบวนการสื่อสารทางเดียว และไม่เฉพาะกลุ่ม (Bryant et al., 2007; Forrester, Bryce, & Mediaa, 2010; Naidoo & Wills, 2000)

หลักสำคัญของการตลาดเชิงสังคม

หลักการสำคัญที่ทำให้การตลาดเชิงสังคมเป็นที่รู้จักแพร่หลายและเป็นกลวิธีสร้างเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ มี 5 ประการดังนี้ (1) การมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม (2) ให้ความสำคัญกับผู้บริโภคมากกว่าประโยชน์ของนักการตลาด (3) การดำรงรักษามุมมองเชิงนิเวศ (4) การพัฒนากลวิธี "การผสมผสานทางการตลาด (marketing mix) ของการสื่อสารสาระที่สอดคล้องกับ Four Ps ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ (product) สถานที่ (place) ราคา (price) และการส่งเสริม (promotion) และ (5) การใช้หน่วยย่อยของกลุ่มเป้าหมายเพื่อหาความแตกต่างอย่างมีความหมายระหว่างผู้บริโภคซึ่งมีต่อการตอบสนองต่อผลิตภัณฑ์หรือบริการที่กำลังถูกนำเสนอ (Storey, Saffit, & Rimon, 2008)

การมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ทางพฤติกรรม

ในยุคแรกๆ "ผลิตภัณฑ์" ทางสังคม ได้มีการนิยามไว้อย่างกว้างๆมีความหมายรวมถึง *ความคิด* (เช่น การวางแผนครอบครัว การรักษาสิ่งแวดล้อม สุขภาพของหัวใจและหลอดเลือด) *เจตคติ* (เช่น ความพึงพอใจต่อครอบครัวขนาดเล็ก การยอมรับการนำกลับมาใช้ใหม่ ความกลัวต่อโรคหัวใจ) บริการ (เช่น คลินิกวางแผนครอบครัว ศูนย์รีไซเคิล คลับสุขภาพ) และพฤติกรรม (เช่น การใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด การนำขวดแก้วกลับมาใช้ใหม่ การออกกำลังกายอย่างจริงจังสามครั้งต่อสัปดาห์) แต่วัตถุประสงค์ที่เหมาะสมของการตลาดเชิงสังคมคือ เพื่อให้เกิดอิทธิพลต่อพฤติกรรม (Storey, Saffit, & Rimon, 2008) ซึ่งการใช้ผลิตภัณฑ์ในการตลาดเชิงสังคมมีความสำคัญอย่างมาก เพราะการใช้มักพูดคุยเกี่ยวกับประโยชน์ เช่น การรณรงค์ทางการตลาดเชิงสังคมเกี่ยวกับถุงยางอนามัย จะถือว่าไม่ประสบผลสำเร็จ แม้ว่าได้มีการแจกจำหน่ายถุงยางอนามัยจำนวนเป็นล้าน แต่ถ้าถุงยางอนามัยเหล่านั้นไม่ได้ถูกนำไปใช้เพื่อป้องกันโรคและการตั้งครรภ์ การเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงไม่สามารถแยกออกจากประโยชน์ของผู้บริโภคได้

การให้ความสำคัญต่อประโยชน์ของผู้บริโภค

โดยทั่วไปของการรณรงค์ในการสื่อสารเน้นที่ประโยชน์ของผู้ใช้ ดังนั้นโปรแกรมทางการตลาดเชิงสังคมจึงมีจุดเน้นที่ประโยชน์ของผู้บริโภค ไม่ใช่ประโยชน์ของผู้ทำการตลาดสินค้าหรือบริการนั้นๆ (Storey, Saffit, & Rimon, 2008) แม้ว่าในการโฆษณาสินค้านั้นผู้บริโภคอาจจะได้ประโยชน์จากการโฆษณาสินค้าทางการค้าหรือการรณรงค์ทางการตลาด แต่จุดเน้นที่สำคัญ คือประโยชน์ของผู้ผลิตสินค้าหรือผลิตภัณฑ์นั้นๆหรือผู้ถือหุ้นส่วนในสินค้านั้นๆ ในทางตรงข้ามการรณรงค์การตลาดเชิงสังคมเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกของกลุ่มผู้รับข้อมูลหรือสังคมที่ใหญ่ขึ้นในรูปแบบของการมีสุขภาพที่ดีขึ้นหรือมีสิ่งแวดล้อมที่สะอาดขึ้นและยั่งยืน ตัวอย่าง เช่น ผู้ออกแบบการรณรงค์ทางด้านสุขภาพของหน่วยงานรัฐบาลอาจได้รับประโยชน์โดยตรงเพียงเล็กน้อยหากผู้บริโภคเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

แต่การที่ประชากรมีสุขภาพดีนั้นหมายถึงการลดภาระจากการเป็นโรค และลดความต้องการใช้แหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพลง

การดำรงรักษามุมมองทางการตลาด

หลักการของการตลาดเชิงสังคมที่ทำให้มีความแตกต่างจากมุมมองของการสื่อสารก็คือแนวคิดเรื่องการตลาด ประการแรก มุมมองทางการตลาดแสดงนัยถึงการยอมรับ "การเน้นที่ผู้บริโภค" นั่นคือการตลาดจะปรับไปตามความต้องการของผู้บริโภค ประการที่สอง การทำหน้าที่ของการตลาดขึ้นอยู่กับ "การสื่อสารข้อมูลสารสนเทศ" ขึ้นกับสถานที่ที่หาผลิตภัณฑ์นั้นหาได้ง่าย ราคาของผลิตภัณฑ์ วิธีการใช้ผลิตภัณฑ์ ประโยชน์ของผลิตภัณฑ์ และสถานที่ที่จะได้ผลิตภัณฑ์นั้น ประการที่สาม สินค้าที่ส่งเสริมนั้นมัก "เผชิญกับการแข่งขัน"

บางวิธีของการตลาดเชิงสังคม หมายถึงกลวิธีที่เน้นการสื่อสารในระดับที่ต่างกัน ที่เรียกว่า การเน้นที่ต้นน้ำ (upstream focus) คือเน้นที่การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างพื้นฐาน (เช่น การเปลี่ยนแปลง กฎ ระเบียบ นโยบาย) หรือ การเน้นที่ปลายน้ำ (downstream focus) เป็นการเน้นที่การเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล (เช่น ความรู้ เจตคติ หรือการปฏิบัติ) (Storey, Saffit, & Rimon, 2008)

การกำหนดการผสมผสานการตลาดด้วย Four Ps

การผสมผสานทางการตลาดหมายถึง หลักการตลาด '4 Ps' ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ (product) สถานที่ (place) ราคา (price) และการส่งเสริม (promotion) การผสมสี่องค์ประกอบนี้เพื่อให้บรรลุความต้องการของหน่วยการตลาดที่เฉพาะ เป็นการปฏิบัติการแนวคิดทางการตลาด นอกเหนือจาก 4 Ps แล้ว ปัจจุบันจะต้องเพิ่ม P (position) การจัดวางตำแหน่งเข้าไปด้วย

ผลิตภัณฑ์ (product) ในการตลาดเชิงสังคมผลิตภัณฑ์ไม่ใช่วัตถุที่จับต้องได้ แต่เป็นกลุ่มของประโยชน์ที่จะเสนอให้ผู้บริโภคใช้ผลิตภัณฑ์ซึ่งคือการทำพฤติกรรม ผลิตภัณฑ์ในที่นี้เป็นข้อความหรือ การสื่อข่าวสาร ที่ตั้งใจให้มีอิทธิพลต่อ ความใส่ใจ ความรู้ แรงจูงใจ และ หรือ พฤติกรรมของผู้รับ การเผยแพร่ "ผลิตภัณฑ์ข่าวสาร" ที่ประกอบด้วย ข้อสำคัญของข่าวสารสาธารณะ การสื่อสารสุขภาพ การรณรงค์

ราคา (price) สำหรับนักวิชาชีพสุขภาพยังเป็นที่ถกเถียงกันเกี่ยวกับเรื่องราคาและมักจะต่อต้านความคิดเกี่ยวกับการกำหนดราคา (Lefebvre, 2002) เพราะเท่ากับต้องการเงินสำหรับผลิตภัณฑ์และ/หรือบริการ โดยเฉพาะประชาชนที่มีความสามารถน้อยในการจ่าย การกำหนดราคาสะท้อนถึงทฤษฎีการแลกเปลี่ยนซึ่งเป็นพื้นฐานของการตลาด ดังนั้นการกำหนดราคาแสดงถึงจำนวนของการใช้จ่ายทรัพยากรที่จำเป็นต่อการได้รับสินค้าหรือบริการที่ต้องการ ราคาที่ประชาชนต้องพิจารณาในการตัดสินใจว่าจะเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือเข้ามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพหรือไม่ประกอบด้วย

- *ระยะทางทางภูมิศาสตร์* เช่น การเดินทางมาสถานที่ที่จัดโปรแกรมไกลหรือไม่ ความสะดวกในการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นอย่างไร สถานที่ออกกำลังกายที่ปลอดภัยอยู่ใกล้ไหม

- *ทางสังคม* เช่น สามีจะคิดอย่างไรเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ของภรรยาในเมื่อเขายังสูบอยู่ เพื่อนโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนที่สูบบุหรี่จะมีปฏิกิริยาอย่างไรเมื่อพบว่าฉันเลิกบุหรี่
- *ทางพฤติกรรม* เช่น ฉันจะทำอะไรเพื่อผ่อนคลายถ้าฉันเลิกสูบบุหรี่ ฉันจะทำอย่างไรเมื่อรู้สึกอยากสูบบุหรี่
- *ทางจิตวิทยา* เช่น จะเกิดอะไรขึ้นถ้าฉันล้มเหลวในการเลิกบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่คุ้มค่ากับความรู้สึกทุกข์ทรมานจากการอดบุหรี่หรือไม่
- *ทางร่างกาย* เช่น จะเกิดอะไรขึ้นถ้าฉันมีอาการจากการอดบุหรี่รุนแรงมากขึ้น ฉันจะต้องทำอย่างไร ถ้าการเลิกสูบบุหรี่ทำให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
- *ทางโครงสร้าง* เช่น ฉันจะอยู่รอดในที่ทำงานได้อย่างไรเมื่อมีคนกำลังสูบบุหรี่อยู่ทุก ๆ แห่งในอาคารที่ทำงาน

นักการตลาดต้องพยายามเข้าใจสิ่งเหล่านี้ รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่น ๆจากมุมมองของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะเป็นจุดต่อต้านสำคัญต่อการเปลี่ยนพฤติกรรม และต้องตรวจสอบอย่างใกล้ชิดในการรับรู้ประโยชน์ของการเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย และสร้างการติดต่อสื่อสารและกลวิธีทางการตลาดที่คำนึงถึงความเป็นจริงเกี่ยวกับประเด็นค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนกับประโยชน์ที่จะได้รับในภายหลัง

จุดเน้นเกี่ยวกับผลประโยชน์ ยังนำไปสู่การจำแนกจัดกลุ่มคุณลักษณะอื่น ๆของโปรแกรมการตลาด ในการเสนอรางวัลเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งก็มักมีการต่อต้านบ้างต่อความคิดที่ว่า "การเสนอสิ่งของรางวัลให้ประชาชนเพื่อให้ทำในสิ่งที่ถึงอย่างไรก็ตามเขาควรต้องทำ" เช่น ไม่สูบบุหรี่ หรือรับประทานอาหาร อย่างไรก็ตามทฤษฎีเกี่ยวกับการเปลี่ยนพฤติกรรมจำนวนมากเสนอแนะว่า แรงจูงใจเป็นสิ่งที่คาดหวังไว้ล่วงหน้าถึงรางวัลที่จะได้รับและเป็นรูปธรรมที่สัมผัสได้ แรงจูงใจเพิ่มโอกาสให้บุคคลยอมรับในพฤติกรรมที่ต้องการ ตัวอย่างของการใช้สิ่งกระตุ้นเพื่อสร้างแรงจูงใจที่นำมาใช้ได้เป็นผลสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรณรงค์การอดบุหรี่ และโปรแกรมการลดน้ำหนัก (Lefebvre, 2002)

สถานที่ (place) หมายถึงคุณลักษณะสถานที่ หรือช่องทางการติดต่อสื่อสารหรือการกระจายผลผลิต การตัดสินใจเกี่ยวกับสถานที่ จำเป็นต้องคำนึงถึงความพึงพอใจและการปฏิบัติของประชากรเป้าหมาย การตัดสินใจเกี่ยวกับสถานที่นี้ อาจมีผลกระทบทันทีต่อความสามารถเข้าถึงข้อความข่าวสาร ผลผลิต และบริการของกลุ่มเป้าหมาย การตัดสินใจใช้ช่องทางใดในเรื่องสถานที่นี้จะเกี่ยวข้องกับเรื่องต้นทุนค่าใช้จ่ายด้วย สถานที่หรือช่องทางนี้ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องของชนิด แต่ขึ้นกับชนิดของผลผลิตที่ต้องการสื่อไปยังกลุ่มเป้าหมาย การวิเคราะห์ช่องทางอาจจะช่วยให้สามารถตัดสินใจได้ ช่องทางที่ใช้อาจเป็น โทรทัศน์ วิทยุ โปสเตอร์ ป้ายโปสเตอร์ติดระบบขนส่ง แผ่นพับ เป็นต้น

การส่งเสริม (promotion) แนวคิดของการผสมผสานการตลาด กำหนดกลวิธีการส่งเสริมการขายอยู่ในบริบทที่เหมาะสมเฉพาะกลุ่มเป้าหมายที่มุ่งหวัง ในลักษณะที่สัมพันธ์กับผลผลิต ราคา

และสถานที่ การส่งเสริมการผสมผสานการตลาดจะเกี่ยวข้องกับลักษณะของการติดต่อสื่อสารของการตลาดเชิงสังคมและรวมถึงกลวิธี เช่น การโฆษณา การขายตรงหรือการติดต่อโดยตรง การจัดกิจกรรมประชาสัมพันธ์ จดหมายส่งโดยตรง และอื่นๆที่จะทำให้ผลผลิตไปอยู่ตรงหน้าของกลุ่มเป้าหมาย เช่น พิมพ์บนเสื้อยืด จดหมายข่าว บอลลูน เป็นต้น ซึ่งการจะพัฒนากลวิธีการติดต่อสื่อสารใดสำหรับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ควรคำนึงถึงองค์ประกอบต่อไปนี้ (Lefebvre, 2002)

1. ประโยชน์ต่อกลุ่มเป้าหมายในการตอบสนองต่อข่าวสาร การซื้อผลผลิต หรือการเข้ามีส่วนร่วมในโปรแกรม
2. เหตุผลว่าทำไมการติดต่อสื่อสารควรจะได้รับการสนใจและตอบสนองโดยกลุ่มเป้าหมาย การกระทำที่เฉพาะกลุ่มเป้าหมายควรทำอะไรในการตอบสนองต่อการสื่อสาร (เช่น "โทรหมายเลขนี้เพื่อขอข้อมูลข่าวสารมากขึ้น" "ซื้ออาหารสุขภาพได้ที่ .....")
3. คุณภาพหรือภาพลักษณ์ ที่ควรเน้นในทุกการสื่อสารที่มุ่งไปสู่สาธารณะ (เช่น ความสนุกและการได้รับรางวัล ความจริงจังและเป็นวิทยาศาสตร์ อยู่ในระดับกลุ่มชั้นสูงหรืออยู่ในกระแสนิยม)

การใช้หน่วยย่อยของกลุ่มเป้าหมาย (using audience segmentation)

หลักของการใช้หน่วยย่อยของกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง การระบุความเหมือนกันของกลุ่มย่อยและการพัฒนากลวิธีการตลาดตามความต้องการของผู้ซื้อที่มีลักษณะเฉพาะในแต่ละกลุ่มย่อย ความแตกต่างระหว่างกลุ่มต้องการกลวิธีที่แตกต่างกันเพราะแต่ละกลุ่มให้คุณค่าในประโยชน์แตกต่างกัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ การให้ความสำคัญต่อราคาที่แตกต่างกัน การหาและการได้มาซึ่งข้อมูลสารสนเทศของผลิตภัณฑ์ที่แตกต่างกัน หรือการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการเปลี่ยนพฤติกรรมผ่านช่องทางที่ต่างกัน รวมถึงการตอบสนองความต้องการต่อชนิดของวิธีการให้ข้อความบางอย่างที่มากกว่ากลุ่มอื่น (Storey, Saffit, & Rimon, 2008)

ตัวอย่างเช่นการรณรงค์ด้านสุขภาพวัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่มีความแตกต่างของกลุ่มมาก ทั้งด้านเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรม จิตวิทยา และกลุ่มอายุเดียวกัน ภายในกลุ่มช่วงอายุ 14 - 18 ปี บางคนมีเพศสัมพันธ์แล้ว แต่บางคนยัง การเสนอแนะผลิตภัณฑ์ที่ต่างกันและกลวิธีส่งเสริมการตลาดที่ต่างกันจึงเป็นสิ่งสำคัญต่อการบรรลุความต้องการที่ต่างกัน บางคนอาจโต้แย้งว่าการให้ข้อสาระเกี่ยวกับการไม่มีเพศสัมพันธ์เป็นสิ่งที่เหมาะสมกับวัยรุ่นทุกคน แต่สำหรับผู้ที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว การให้การศึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดอาจเป็นสิ่งสำคัญ ขณะที่สำหรับผู้ที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ การกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้มีเพศสัมพันธ์อาจเป็นสิ่งที่เหมาะสม ดังนั้น กลวิธีการแยกกลุ่มเป้าหมายสำหรับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยพิจารณาจากสภาวะการมีกิจกรรมทางเพศ อาจเน้นที่การใช้ถุงยางอนามัยสำหรับวัยรุ่นผู้ที่มีกิจกรรมทางเพศ และชะลอการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกสำหรับวัยรุ่นที่ยังไม่เคยมีกิจกรรมทางเพศ ผลิตภัณฑ์แต่ละอย่างควรมีชุดประโยชน์ของตัว

มันเอง การจัดวางตำแหน่งของผลิตภัณฑ์และข้อความ การอธิบายราคาและประโยชน์ และกลวิธีส่งเสริมการขาย (อาจใช้รูปแบบที่แตกต่างกัน) ควรเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่เฉพาะ

การสร้างเสริมสุขภาพที่นำกลวิธีการตลาดเชิงสังคมมาใช้ เช่น การสร้างความตระหนักของสังคมเกี่ยวกับโรคเอดส์ การเลิกบุหรี่ (Khowaja et al., 2010) การรณรงค์ไม่ใช้ยาเสพติดในวัยรุ่น (Scheier & Grenard, 2010) การส่งเสริมการล้างมือ (Forrester, et al., 2010) และการดูแลเด็กทารก (Ejaz & Shaikh, 2010)

การชี้แนะสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Health Advocacy)

เป็นกลวิธีที่นำมาใช้เพื่อให้เกิดการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน ซึ่งสิ่งแวดล้อมนี้หมายรวมถึง สังคม เศรษฐกิจ การเมือง และวัฒนธรรม ทั้งในและนอกประเทศ ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นสามารถแก้ไขได้ อย่างน้อยจากปัจจัยเรื่องความรับผิดชอบต่อตนเอง ความรับผิดชอบของภาคประชาสังคม ความรับผิดชอบของภาครัฐ และภาคเอกชน หน่วยการทำงานในการสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่ได้จำกัดอยู่ที่พฤติกรรมระดับบุคคล แต่คือการเปลี่ยนแปลงในระดับสังคมการเมือง ดังนั้นจากกลยุทธ์หลักด้านการชี้แนะ (advocate) จึงทำให้เกิดกลวิธีใหม่ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับรากฐานค่านิยมของสังคม เกิดกระบวนการร่วมสร้างสังคมที่เอื้อต่อสุขภาพ กลวิธีการสร้างนโยบายสาธารณะ (public policy) โดยใช้สื่อสารมวลชน เพื่อการชี้แนะสาธารณะด้านสุขภาพ (health advocacy) จึงถูกนำมาใช้ในการเสนอวาระทางสังคม ให้เกิดการถกเถียงกันของสังคมอย่างกว้างขวาง เกิดการเชื่อมต่อในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเวทีที่มีการถกเถียงเกี่ยวกับนโยบาย สร้างแรงกดดันแก่ผู้กำหนดนโยบาย เพื่อนำไปสู่การเสนอนโยบายสุขภาพ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคม

การชี้แนะสาธารณะผ่านสื่อ (media advocacy) ที่นำมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ มีความแตกต่างจากการให้การศึกษาแก่สาธารณะ (public education) หรือการตลาดเชิงสังคม (social marketing) โดยการชี้แนะสาธารณะผ่านสื่อ เป็นกลวิธีที่ทำให้วัตถุประสงค์ของการสาธารณสุขก้าวไปข้างหน้า เช่น มีการผ่านกฎหมายหรือออกนโยบายใหม่ วัตถุประสงค์ของการชี้แนะสาธารณะผ่านสื่อคือ 1) เพื่อให้เกิดประเด็นการอภิปรายถกเถียง 2) เพื่อให้เกิดประเด็นการอภิปรายที่แตกต่าง 3) เพื่อลดความน่าเชื่อถือของฝ่ายตรงข้ามหรือคู่แข่ง 4) เพื่อนำไปสู่สิทธิในการออกความเห็นใหม่ 5) เพื่อแนะนำความจริงหรือมุมมองใหม่ 6) เพื่อเปลี่ยนแปลงการรับรู้ที่เสี่ยง (Naidoo & Wills, 2000) กลวิธีการชี้แนะสาธารณะนี้ ปัจเจกบุคคลเป็นผู้ชี้แนะต่อสาธารณะ เพื่อให้เกิดนโยบายสาธารณะ มีการกระจายอำนาจและสร้างโอกาส ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม โดยใช้ช่องทางของข่าวและเวทีสาธารณะ เพื่อให้เกิดการถกเถียงอย่างกว้างขวางของสังคม กลุ่มเป้าหมายคือบุคคลที่มีอำนาจในการเปลี่ยนแปลง เป็นการสะท้อนให้เห็น "ช่องว่างของอำนาจ" และเมื่อเปรียบเทียบกับการตลาด

เชิงสังคม พบว่ามีความต่างกัน เพราะเป้าหมายของการตลาดเชิงสังคมคือบุคคลเป็นผู้รับสาร เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความรู้ความเชื่อและพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ มุ่งหวังการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมระดับบุคคลให้มีการดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น เป็นการสะท้อนให้เห็น "ช่องว่างของข้อมูลข่าวสาร" ที่นำมาสู่การปรับพฤติกรรมส่วนบุคคล

การชี้แนะสาธารณะด้านสุขภาพ เป็นการชี้แนะสาธารณะ โดยนำทักษะต่างๆ มาใช้ในการรวบรวมความคิดเห็นของสาธารณะชน และใช้ทรัพยากรที่มีอยู่มาสนับสนุนให้เกิดนโยบาย กฎหมาย หรือมีองค์กรที่ชัดเจนในการรับผิดชอบงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การชี้แนะสาธารณะด้านสุขภาพมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มความสามารถของชุมชนให้มีส่วนร่วมในการกำหนดประเด็นการพัฒนาด้วยตนเอง จุดมุ่งหมายเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจเชิงนโยบาย ทำหน้าที่ออกกฎหมาย กฎระเบียบต่างๆ และสนับสนุนงบประมาณที่เอื้อต่อสุขภาพ

การชี้แนะสาธารณะ เป็นกระบวนการเพิ่มอำนาจของประชาชนและกลุ่มคน ทำให้องค์กรต่างๆมีความรับผิดชอบต่อความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์มากยิ่งขึ้น การเพิ่มศักยภาพของประชาชนเพื่อให้สามารถกำหนดปัญหาและทางออกในการแก้ปัญหาของสังคมตนเองโดยมีส่วนร่วมในด้านสังคมและการกำหนดนโยบาย การชี้แนะสาธารณะ สามารถทำได้ในทุกระดับตั้งแต่ระดับหน่วยงาน ระดับท้องถิ่น ระดับจังหวัด ระดับภูมิภาค และ ระดับโลก โดยกรอบการดำเนินงานเพื่อการชี้แนะสาธารณะประกอบด้วย

1. การสร้างกรอบเพื่อการเข้าถึง เป็นการกำหนดเรื่องราวเพื่อให้นักข่าวสนใจและทำให้เข้าถึงสื่อต่างๆ สร้างเหตุการณ์ที่สามารถเป็นข่าวน่าสนใจ เป็นเหตุการณ์มีคุณค่าต่อสังคม
2. การสร้างกรอบเนื้อหา เป็นการกล่าวถึงเรื่องราวในมุมมองของผู้กำหนดนโยบาย เน้นสาเหตุ หรือรากของปัญหา และต้องมีความชัดเจนว่าต้องการให้มีนโยบายในประเด็นใด

การชี้แนะสาธารณะผ่านสื่อเป็นเพียงกลวิธีหนึ่งในการให้บรรลุเป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งต้องดำเนินการร่วมกับกลวิธีอื่นๆในการสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวอย่างของการชี้แนะสาธารณะด้านสุขภาพ เพื่อผลักดันให้เกิดกฎหมาย นโยบาย หรือมีการบังคับใช้กฎหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การห้ามโฆษณาเหล้า การห้ามโฆษณาบุหรี่ (Cunningham, 2000) การรวมตัวกันของภาคประชาชนผลักดันให้บังคับใช้กฎหมายกรณีสิ่งแวดล้อมเป็นพิษที่มาบตาพุด การรวมตัวกันผลักดันให้เกิดกฎหมายดูแลเรื่องสื่อสำหรับเด็กและเยาวชน เป็นต้น

สรุป

กลยุทธ์และกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพตาม กฎบัตรออตตาวาเป็นหลักคิดและแนววิธีดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ ที่นำมาใช้เป็นกรอบในการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในหลายสถานที่และทุกระดับ และเป็นกลวิธีที่มีประสิทธิภาพที่นำมาใช้ได้ในปัจจุบันและในอนาคต (Jackson et al., 2006) ร่วมกับการใช้กลวิธีใหม่ ๆเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี มีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี

คำถามนำอภิปราย

1. วิเคราะห์ว่าในบริบทของชุมชน หรือท้องถิ่นที่ท่านรับผิดชอบ มีการใช้กลวิธีการสร้างนโยบายสาธารณะอะไรบ้าง ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน และนำมาใช้อย่างไร
2. แสดงตัวอย่างการใช้กลวิธีการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ในการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน พร้อมทั้งวิเคราะห์ว่านำมาใช้ในประเด็นสุขภาพเรื่องใด
3. ถ้าต้องการให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีวิถีชีวิตที่ถูกสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน สามารถใช้เพียงกลวิธีใดวิธีหนึ่งได้หรือไม่ เพราะเหตุใด
4. ยกตัวอย่างผลิตภัณฑ์ทางสุขภาพและวิเคราะห์การประยุกต์ใช้หลักการตลาดเชิงสังคมและนำการชี้แนะสาธารณะเพื่อสุขภาพมาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ

บรรณานุกรม

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2554,). สธ.เตรียมแก้ "พ.ร.บ.ยาสูบ" Retrieved 15 มกราคม 2554, from http://www.thaihealth.or.th/ healthcontent/news/18966

อำพล จินดาวัฒนะ. (2546). บทความพิเศษ: ส่งเสริม-สร้างเสริม สุขภาพ. *วารสารการสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 26*(2). Retrieved from http://advisor.anamai.moph.go.th/262/26201.html

Bryant, C. A., McCormack Brown, K. R., McDermott, R. J., Forthofer, M. S., Bumpus, E. C., Calkins, S. A., & Zapata, L. B. (2007). Community-Based Prevention Marketing: Organizing a Community for Health Behavior Intervention. *Health Promotion Practice, 8*(2), 154-163.

Bunton, R., & Macdonald, G. (2002). *Health Promotion : Disciplines,diversity and developments* (2 ed.). London: Routledeg.

Cunningham, R. (2000). Comprehensive tobacco control strategy needed. *Tobacco Control, 9*(2), 239-239.

Eime, R. M., Payne, W. R., & Harvey, J. T. (2008). Making sporting clubs healthy and welcoming environments: A strategy to increase participation. *Journal of Science and Medicine in Sport, 11*(2), 146-154.

Ejaz, I., & Shaikh, B. T. (2010). "Social marketing" for early neonatal care: saving newborn lives in Pakistan. *World Health Population, 11*(3), 17-23.

Forrester, L. A., Bryce, E. A., & Mediaa, A. K. (2010). Clean Hands for Life: results of a large, multicentre, multifaceted, social marketing hand-hygiene campaign. *Journal Hospital Infectious, 74*(3), 225-231.

Jackson, S. F., Perkins, F., Khandor, E., Cordwell, L., Hamann, S., & Buasai, S. (2006). Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promotion International, 21*(Supplement 1), 75-83.

Khowaja, L. A., Khuwaja, A. K. et al. (2010). "Quit smoking for life--social marketing strategy for youth: a case for Pakistan." *Journal Cancer Education* 25(4): 637-642.

Lefebvre, C. (2002). Social margeting and health promotion In Robin, Bunton & Gordon, Macdonald (Eds.), *Health Promotion : Disciplines, diversity and developments* (pp. 219-245). London: Routledge.

McMurray, A. (2007). *Community health and wellness : a socioecological approach* (3 ed.). NSW: Elsevier Australia.

Naidoo, J., & Wills, J. (2000). *Health promotion: Foundations for Practice* (2 ed.). Toronto: Elsevier

Scheier, L. M., & Grenard, J. L. (2010). Influence of a nationwide social marketing campaign on adolescent drug use. *Journal Health Communication, 15*(3), 240-271.

Storey, J. D., Saffitz, G. B., & Rimon, J. B. (2008). Social marketing. In Karen Glanz, Barbara K Rimer & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education: theory, research, and practice* (4th ed.). San Francisco,CA: John Wiley & Sons,Inc

Tervonen-Goncalves, L., & Lehto, J. (2004). Transfer of Health for All policy - What, how and in which direction? A two-case study. *Health Researsh Policy System, 2*(1), 8.

Weinreich, K. N. (2006). What is Social Marketing? Retrieved from Weinreich Communications website: http://www.social-marketing.com/Whatis.htmlWorld Health Organization (WHO).

World Health Organization (WHO). (2009). Milestones in Health Promoton : Statements from Global Conferences. Retrieved June 10,2010 http://www.who.int/healthpromotion/en/

Wikipedia contributors. (2010,July 31). Social marketing: Wikipedia,The Free Encyclopedia. Retrieved from http://en.wikipedia.org/ w/index.php?title=Special:Cite&page=Social_marketing&id=376428147.



บทที่ 4

การสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะพฤติกรรม

รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินธร กลัมพากร

แนวคิดหลัก

การสร้างเสริมสุขภาพชุมชนเป็นกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลและชุมชนในการดูแลตนเอง พฤติกรรมดูแลสุขภาพจึงครอบคลุมโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ บุหรี่ และสุรา ในการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะพฤติกรรมเหล่านี้จึงยึดถือกลยุทธ์ในการชี้แนะสาธารณะ การประสานงาน และการพัฒนาศักยภาพส่วนบุคคล โดยใช้กลวิธีของการสร้างนโยบายสาธารณะ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพ ในการดำเนินการ ซึ่งมีความเฉพาะของแต่ละพฤติกรรมเป็นเนื้อหาสาระหลัก และใช้แนวคิดของการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดบทนี้ ผู้อ่านสามารถ

1. ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะพฤติกรรม ได้แก่ โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ บุหรี่ และสุรา
2. บอกกลยุทธ์และกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะพฤติกรรม ได้แก่ โภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ บุหรี่ และสุรา
3. เปรียบเทียบความแตกต่างกลยุทธ์และกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะพฤติกรรม

การพัฒนาศักยภาพของบุคคลและชุมชนในการดูแลตนเองถือเป็นกระบวนการที่สำคัญในการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพชุมชนจึงถือเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เป็นปัจจัยพื้นฐานของการดำรงชีวิตซึ่งครอบคลุมโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ บุหรี่ และสุรา ในการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะพฤติกรรมเหล่านี้จึงยึดถือกลยุทธ์ในการชี้แนะสาธารณะ การประสานงาน และการพัฒนาศักยภาพส่วนบุคคล โดยใช้กลวิธีของการสร้างนโยบายสาธารณะ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพในการดำเนินการ ซึ่งมีความเฉพาะของแต่ละพฤติกรรมเป็นเนื้อหาสาระหลัก และใช้แนวคิดของการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้เกิดการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน ในบทนี้จึงเป็นการนำเสนอปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะพฤติกรรม กลยุทธ์และกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพ และนำเสนอตัวอย่างของการสร้างเสริมสุขภาพโดยใช้ตัวอย่างที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงาน หรือ หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

การออกกำลังกาย

การสำรวจประชากรไทยอายุตั้งแต่ 11 ปี ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) ในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีผู้ออกกำลังกาย 16.3 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 29.6 เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 54.0 และ 46.0 ตามลำดับ) และเป็นผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาลประมาณ 2 เท่า โดยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้ออกกำลังกายมากที่สุด ประมาณร้อยละ 32.9 ของจำนวนผู้ออกกำลังกายทั้งหมด เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่าส่วนใหญ่เป็นวัยทำงาน (25-59 ปี) ร้อยละ 40.3 รองลงมาเป็นกลุ่มเยาวชน (15-24 ปี) ร้อยละ 29.3 และวัยเด็ก (11-14 ปี) ร้อยละ 18.4 และผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 12.0 เมื่อศึกษาลักษณะการทำงานของผู้ที่ออกกำลังกายในกลุ่ม 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่ออกกำลังกายร้อยละ 26.1 และเป็นผู้ที่ทำงานมากกว่าผู้ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 59.3 และ 40.7 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่นิยมออกกำลังกายโดยการเล่นกีฬา รองลงมาคือเดิน วิ่ง เต้นแอโรบิค และออกกำลังกายประเภทอื่นๆ เช่น ฟิตเนส รำไม้พลอง โยคะ ไทเก๊ก จี้กง ตามลำดับ สถานที่นิยมออกกำลังกาย คือ บริเวณบ้าน (ร้อยละ 32.9) รองลงมาคือ สนามกีฬาของสถานศึกษา (ร้อยละ 25.7) บริเวณสถานศึกษา (ร้อยละ 9.6) ที่ว่าง/ลานอเนกประสงค์/สวนสาธารณะ/สุขภาพ (ประมาณร้อยละ 8.2 ใกล้เคียงกัน) ความถี่ในการออกกำลังกายต่อสัปดาห์ 3-5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 38.2 รองลงมาประมาณ 6-7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 28.2 และมีผู้ที่ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 12.0 และพบว่าสัดส่วนของผู้ชายที่ออกกำลังกายตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปสูงกว่าผู้หญิง ระยะเวลาในการออกกำลังกายประมาณ 21-30 นาที รองลงมาคือ 31-60 นาที 10-20 นาที และมากกว่า 60 นาที ตามลำดับ โดยสัดส่วนของชายที่ใช้

เวลาออกกำลังกายเกินครึ่งชั่วโมงสูงกว่าหญิง (ชายร้อยละ 19.2 หญิงร้อยละ 8.5) การออกกำลังกายต่อเนื่องติดต่อกันนานกว่า 7 เดือน ร้อยละ 83.4 รองลงมาติดต่อกันนาน 1-3 เดือน ร้อยละ 9.0 และเพศชายมีการออกกำลังกายต่อเนื่องสูงกว่าหญิง เหตุผลที่ออกกำลังกายเพราะต้องการให้ร่างกายแข็งแรง (ร้อยละ 76.9) รองลงมาคือเพื่อนชักชวน (ร้อยละ 8.5) เหตุผลที่ไม่ออกกำลังกาย คือ ไม่มีเวลา (ร้อยละ 36.3) รองลงมาคือ ทำงานที่ต้องใช้แรงกายมากอยู่แล้ว และไม่สนใจ (ร้อยละ 31.2 และ 29.2 ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายของคนไทยยังพบในกลุ่มวัยทำงาน และพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง รองลงมาคือกลุ่มเยาวชนและเด็ก ตามลำดับ

ภาพสะท้อนของเหตุผลของการไม่ออกกำลังกายในกลุ่มเด็กและเยาวชน คือ การใช้เวลาว่างที่มีส่วนใหญ่ในการเล่นเกม จากการสำรวจสภาวการณ์ของสถาบันรามจิตติ ปีพ.ศ. 2548 - 2549 พบว่าเด็กที่เล่นเกมช่วงวัยประถมมีประมาณร้อยละ 50 ของทั้งหมด ใช้เวลาประมาณ 1.30 ชั่วโมง/วัน ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีประมาณร้อยละ 47 และระดับอาชีวะศึกษามีประมาณร้อยละ 43 ของประชากรกลุ่มนี้ ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง/วัน (สุริยเดว ทรีปาตี, 2551) สถานการณ์ดังกล่าวมีผลกระทบต่อการเรียนรู้และพัฒนาการในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านความคิด การตัดสินใจ การกระทำ และการแสดงออกพฤติกรรมด้านต่างๆ เช่น การมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว การทำร้ายร่างกายและการละเมิดทางเพศ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกาย

ก่อนที่จะกล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกาย ขอทำความเข้าใจความแตกต่างของการเคลื่อนไหวร่างกาย (physical activity) และการออกกำลังกาย (exercise) ที่เป็นประเด็นสำคัญที่จะกล่าวถึงในส่วนต่อไปนี้ การเคลื่อนไหวร่างกาย (physical activity) เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายที่ทำให้มีการทำงานของกล้ามเนื้อลาย ส่งผลให้มีการใช้พลังงานในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนการออกกำลังกาย (exercise) เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายที่มีรูปแบบที่แน่นอน กระทำซ้ำๆในช่วงเวลาหนึ่ง แบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ *การออกกำลังกายแบบแอโรบิค* (aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่มีการหดและคลายตัวของกล้ามเนื้อแขนขาตลอดเวลา มีการใช้ออกซิเจนในการเผาพลาญสารอาหารทำให้เกิดพลังงาน เช่น การวิ่งเหยาะๆ หรือเดินเร็วๆ การปั่นจักรยาน การเล่นฟุตบอล เป็นต้น เมื่อกระทำติดต่อกันให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 50-60 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด ติดต่อกันมากกว่า 20 นาที จะส่งผลดีต่อระบบหัวใจและหลอดเลือด และการควบคุมน้ำหนัก *การออกกำลังกายแบบแอนแอโรบิค* (anaerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่กล้ามเนื้อทำงานในลักษณะของการออกแรงมากในทันทีและใช้เวลาสั้นๆ (ไม่เกิน 2 นาที) และตามด้วยการหยุดพัก เช่น การยกน้ำหนัก การวิดพื้น เป็นต้น (สมพล สงวนรังศิริกุล, มปป)

เมื่อกล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกายสามารถจำแนกตามกลุ่มวัย ดังนี้

ตารางที่ 4-1 ปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกายจำแนกตามกลุ่มวัย

วัยเด็ก	วัยรุ่น	วัยทำงาน	วัยผู้สูงอายุ
■ ทัศนคติต่อการออกกำลังกาย	■ ความชอบ/รักในการออกกำลังกาย	■ ความชอบการออกกำลังกายความแรงขนาดกลางหรือสูง	■ การรับรู้ส่วนบุคคลต่อการออกกำลังกาย
■ การรับรู้ความสามารถของตนในการออกกำลังกาย	■ รับรู้สมรรถนะในการออกกำลังกาย	■ การรับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย	■ ความถนัดในการออกกำลังกายชนิดนั้นๆ
■ การเข้าถึงอุปกรณ์และสถานที่การออกกำลังกาย	■ พ่อแม่ให้การสนับสนุน (การเดินทาง อุปกรณ์)	■ มีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง	■ ความสะดวกในการเดินทาง
■ ไม่มีอุปสรรคในการออกกำลังกาย	■ มีโอกาสในการเล่นกีฬา	■ ไม่มีอุปสรรคการออกกำลังกาย	■ การออกกำลังกายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิต
■ บรรทัดฐานในการออกกำลังกาย	■ การส่งเสริมจากบุคคลสำคัญ	■ ความเชื่อเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	■ การมีเพื่อนร่วมออกกำลังกาย
■ ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย	■ ประวัติการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ	■ ประสบการณ์การมีส่วนร่วมในการออกกำลังกาย	
■ ความชอบการออกกำลังกาย	■ ไม่นั่งดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมหลังเลิกเรียน	■ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย	
■ แรงจูงใจภายในและภายนอกตนเอง	■ มีความตั้งใจในการออกกำลังกาย	■ แรงจูงใจในตนเอง	
■ มีเป้าหมายหรือความตั้งใจในการออกกำลังกาย	■ มีเป้าหมายในความสำเร็จ		
■ เชื้อชาติ			
■ ฐานะทางเศรษฐกิจ			

จากตารางข้างต้นสรุปได้ว่าความคล้ายคลึงของปัจจัยกำหนดการออกกำลังกายทั้งในเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุคือการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย การมีเป้าหมายหรือความตั้งใจในการออกกำลังกาย ส่วนปัจจัยอื่นๆเป็นปัจจัยที่เกี่ยวบริบทของกลุ่มวัยนั้นๆ เช่น วัยเด็กและวัยสูงอายุมีอิทธิพลของความสะดวกในการเดินทาง การเข้าถึงสถานที่ อุปกรณ์การออกกำลังกาย ส่วนผู้สูงอายุได้รับอิทธิพลจากเพื่อนร่วมออกกำลังกาย ส่วนเด็กได้รับอิทธิพลจากบุคคลที่มีความสำคัญ พ่อแม่ ครู หรือ เพื่อน ในการกำหนดกิจกรรมของตนเอง ส่วนวัยทำงานปัจจัยที่กำหนดการออกกำลังกายไปเชื่อมโยงกับลักษณะการทำงาน เวลาว่าง และแรงจูงใจในตนเอง ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เป็นการกำหนดภายในตนเองมีอิทธิพลเหนือปัจจัยภายนอก ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วปัจจัยที่มีความสำคัญและเชื่อมโยงกับบทบาทของการเป็นภรรยา/การเป็นแม่ คือ บทบาทของผู้ดูแลครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการออกกำลังกาย ซึ่งได้รับอิทธิพลจากแรงสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากครอบครัว ภาวะเครียดจากการทำงาน และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย

การส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน

กลยุทธ์ในการส่งเสริมการออกกำลังกายชุมชน ประกอบด้วย การขี้แนะสาธารณะ (advocacy) การประสานงาน (mediate) และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (personal skill development)

การขี้แนะสาธารณะ การนำเสนอข้อมูลที่รวบรวมได้ ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของบุคคล กลุ่ม และชุมชน ทำให้เข้าใจถึงความต้องการ ความคาดหวังของบุคคล ลักษณะทางชีวภาพและกายภาพ เช่น สถานะสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งรูปแบบที่ผ่านมาของการออกกำลังกายในชุมชน อุปกรณ์เครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ของชุมชน และแยกแยะสิ่งที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (defining) ควรคำนึงถึงสิ่งสำคัญ 2 ประการ คือ ความสำคัญของปัญหา ความจำเป็นเร่งด่วน และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้

การประสานงาน การประสานงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เพื่อขอความร่วมมือในการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ศูนย์สุขภาพชุมชน เพื่อการประเมินด้านสุขภาพ และโรงเรียน เพื่อการสนับสนุนด้านสถานที่

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การให้ข้อมูล ข่าวสาร ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เข้าสู่กลุ่มเป้าหมาย เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ คู่มือ เว็บไซด์ เพื่อสร้างความตระหนักของบุคคล และกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวในระดับกลุ่มและชุมชน การให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อให้คำแนะนำเพื่อลดอุปสรรคของแต่ละบุคคล และให้วิธีการในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับความต้องการของบุคคล

กลวิธีการสนับสนุนการออกกำลังกายในระดับชุมชนเป็นไปได้ทั้ง 5 กลวิธีตามที่กฎบัตรออตตาวากำหนดไว้ คือ การสร้างนโยบายสาธารณะ หรือ มาตรการในระดับชุมชนเพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย การจัดสิ่งแวดล้อม เช่น การทำสวนสาธารณะ แผนที่การเดิน อุปกรณ์การออกกำลังกาย เพื่อให้ประชาชน

ได้มีโอกาสในการออกกำลังกาย การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้ที่สนใจในการออกกกำลังกาย เป็นการสร้างเครือข่ายภายในชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การให้คำปรึกษารายบุคคล (individual counseling) เพื่อให้คำแนะนำเพื่อลดอุปสรรคของแต่ละบุคคล และให้วิธีการในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับความต้องการของบุคคล และการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการ เช่น การสร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกาย โดยการสะสมแต้มตามจำนวนครั้งที่ออกกำลังกายเพื่อรับของรางวัล

การส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนมีขั้นตอนในการดำเนินการเป็นลำดับดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการ (assessing) ขั้นตอนนี้เป็นการประเมินลักษณะทางชีวภาพและกายภาพ เช่น สถานะสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งรูปแบบของการออกกำลังกายในชุมชน อุปกรณ์ เครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ของชุมชน และแยกแยะสิ่งที่เป็นปัจจัยเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผน (planning) วางแผนในการแก้ไขปัญหาระดับชุมชน เป็นการระบุกลุ่มเป้าหมาย เป้าหมาย วัตถุประสงค์ กิจกรรม และการประเมินผล รวมถึงงบประมาณ ทรัพยากร และแผนการปฏิบัติ สิ่งสำคัญคือ การมีส่วนร่วมจากหลายหน่วยงาน หรือ องค์กร ในขั้นตอนนี้จึงมีความจำเป็นในการวางแนวทางในการทำงานร่วมกัน มีการระบุถึงบทบาทหน้าที่ ลักษณะการร่วมลงทุน และสิ่งที่คาดว่าจะได้รับ

ขั้นตอนที่ 3 การลงมือปฏิบัติ (implementing) ใช้กลยุทธ์และกลวิธีจากกฎบัตรออตตาวา ประกอบด้วยอย่างน้อย 6 กลวิธี คือ 1) การตลาดเชิงสังคม (social marketing) ผ่านทางสื่อประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น 2) การให้ข้อมูล ข่าวสาร ผ่านช่องทางการสื่อสารที่เข้าสู่กลุ่มเป้าหมาย เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ คู่มือ เว็บไซต์ เพื่อสร้างความตระหนักของบุคคล และทำให้โครงการเป็นที่รู้จักแพร่หลาย 3) การให้คำปรึกษารายบุคคล (individual counseling) เพื่อให้คำแนะนำเพื่อลดอุปสรรคของแต่ละบุคคล และให้วิธีการในการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับความต้องการของบุคคล 4) สร้างการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อสร้างความร่วมมือในการทำกิจกรรม เป็นการตกลงร่วมกันถึงเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน/องค์กร 5) ทำงานร่วมกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น โรงเรียน สถานประกอบการ ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น 6) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เช่น สร้างสวนสาธารณะ ทำป้ายบอกทาง ปรับแต่งทางเดิน ทางรถจักรยาน หรือซ่อมแซมไฟทางเดิน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการออกกำลังกาย (Mummery & Brown, 2009)

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล (evaluation) การประเมินความเป็นไปได้ในเชิงปฏิบัติ ประเมินกระบวนการ ประเมินความก้าวหน้าในการมีส่วนร่วม เช่น ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม (ผลลัพธ์) และสุขภาพ และคุณภาพชีวิต (ผลกระทบ)

ขั้นตอนที่ 5 การปรับเปลี่ยนตามผลการประเมิน (reformulating) เป็นการใช้ผลการประเมินเป็นปัจจัยนำเข้าเพื่อการปรับปรุงโปรแกรมให้ดีขึ้น ในขั้นตอนนี้มีกิจกรรมที่สำคัญคือ การประเมินกระบวนการ (process evaluation) เป็นการประเมินว่ามีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้หรือไม่ และเมื่อทำกิจกรรมตามแผนที่วางไว้แล้ว มีอุปสรรคอะไร จะได้ร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขอุปสรรคนั้นๆ หรือเพื่อประเมินถึงสาเหตุของปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้

จึงอาจกล่าวได้ว่าการส่งเสริมให้ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมออกกำลังกายเป็นการเปลี่ยนแปลง "วิธีการ" ในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลง วิธีการที่กล่าวถึงนี้ประกอบด้วยทั้งวิธีการสื่อสารข้อมูลและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การจัดการที่ผ่านมาที่ได้รับความสำเร็จอยู่บนพื้นฐานการจัดการกับปัจจัยกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย (Laitakari & Miilunpalo, 1998) ซึ่งขึ้นกับความพร้อมของบุคคลในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีแนวทางการจัดกิจกรรมดังแสดงในตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2 การจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกาย

ปัจจัย		วิธีการ
ปัจจัยนำ	**ความรู้**	■ การสอนให้ข้อมูลที่จำเป็น ผ่านช่องทาง หนังสือ คู่มือ แผ่นพับ โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์
	ทัศนคติ	■ การแลกเปลี่ยนความเห็น การแก้ไขปัญหา บทบาทสมมุติ ■ การทดลองชนิดออกกำลังกายที่สนใจ ■ ละคร วีดีโอ
ปัจจัยเอื้อ	**สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ**	■ การปรับเปลี่ยนสภาพภูมิทัศน์ ■ การติดป้ายสัญลักษณ์เพื่อกระตุ้นเตือน ■ การจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ กีฬา ■ การจัดให้มีกิจกรรมทางสังคม เช่น งาน health fair ■ การจัดตั้งกลุ่มรับผิดชอบ เช่น องค์กรท้องถิ่น
	ทักษะและพฤติกรรม	■ การอบรมเพื่อพัฒนาทักษะในการออกกำลังกาย ■ การฝึกฝนในสถานการณ์เสมือนจริง ■ การวางแผนส่วนบุคคล ■ การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล ■ การควบคุมสิ่งกระตุ้น และ การควบคุมกำกับตนเองเพื่อให้เกิดการปรับตัวเองให้เข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความยั่งยืน

ตารางที่ 4-2 การจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกาย (ต่อ)

ปัจจัยเสริม	**แรงผลักดันทางสังคม**	■ การสนับสนุนจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อน ผู้บริหาร ■ การประกวด การแข่งขัน
	แรงผลักดันทางกายภาพ	■ การได้รับข้อมูลสะท้อนกลับจากการปฏิบัติ ■ การควบคุม กำกับ ติดตาม จากการใช้คู่มือ การบันทึกพฤติกรรม ■ การใช้รางวัล สร้างแรงจูงใจ

วิธีการในการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนยังสามารถทำได้ทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม ชุมชน หรือองค์กร เป็นการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายในระดับบุคคล ที่จะส่งผลต่อการรวมกลุ่ม และชุมชนในภาพรวม ดังแสดงในตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3 ตัวอย่างการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนโดยใช้กิจกรรมที่หลากหลายระดับ

ระดับ	กิจกรรม
บุคคล	■ การให้คำปรึกษารายบุคคล ■ การกระตุ้นทางจดหมายหรือโทรศัพท์
กลุ่ม	■ การสอน หรือ ให้คำแนะนำวิธีการออกกำลังกาย ■ สนับสนุนให้มีการรวมกลุ่มผู้ที่มีความสนใจร่วมกัน
ประชาชนทั่วไป	■ สื่อสาธารณะ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ ■ ตลาดนัดสุขภาพ งานประชุมวิชาการ ■ การกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อม เช่น การสร้างสถานที่ออกกำลังกาย การเปิดให้ใช้อุปกรณ์การออกกำลังกายตามความสนใจโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ
ชุมชน	■ การใช้อาสาสมัครเป็นตัวแบบในการกระตุ้นให้ชุมชนเกิดการตื่นตัว ในการออกกำลังกาย เช่น แกนนำออกกำลังกาย ■ การรวมกลุ่มผู้สนใจเพื่อให้เกิดการผลักดันในการปฏิบัติและมาตรการต่าง ๆ ■ การต่อรองกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ในการสนับสนุนการออกกำลังกายในชุมชน เช่น การสนับสนุนอุปกรณ์กีฬา สนามกีฬา เป็นต้น
องค์กร	■ อบรมพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการออกกำลังกายให้แก่บุคลากรสุขภาพ ■ พัฒนาโครงสร้างองค์กรให้มีผู้รับผิดชอบด้านการออกกำลังกาย ■ สนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในระดับองค์กร นโยบายองค์กรแห่งการสร้างเสริมสุขภาพ และสนับสนุนการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ■ สร้างความร่วมมือกับองค์กรอื่น ๆในชุมชนในการสนับสนุนการออกกำลังกาย

ตารางที่ 4-3 ตัวอย่างการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนโดยใช้กิจกรรมที่หลากหลายระดับ (ต่อ)

องค์กรปกครองภาครัฐ	■ สนับสนุนแผนชุมชนที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย ตัวอย่างเช่น การสร้างสวนสาธารณะ ทางสำหรับรถจักรยาน เป็นต้น ■ สนับสนุนนโยบายสาธารณะ กฎหมาย หรือข้อบังคับต่างๆ ที่มีความเชื่อมโยงกับการออกกำลังกาย

การออกกำลังกายในระดับชุมชนมีกลวิธีเฉพาะในเรื่องของการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารสุขภาพที่ถือเป็นพฤติกรรมร่วมในการออกกำลังกาย และการสอดแทรกการออกกำลังกายให้เป็นวัฒนธรรมของชุมชน โดยผ่านการกระตุ้น การให้แรงเสริม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (King, 1998; Wechsler, Devereaux, Davis, & Collins, 2000) ดังแสดงในตารางที่ 4-4

ตารางที่ 4-4 กลวิธีและกิจกรรมในการส่งเสริมการออกกำลังกายในระดับชุมชน

กลวิธี	กิจกรรม
การเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการออกกำลังกาย	■ เพิ่มสถานที่ออกกำลังกาย เช่น สวนสาธารณะ สปอร์ตคลับ ช่องทางสำหรับจักรยาน เป็นต้น ■ เพิ่มทางเลือกในการออกกำลังกายตามความสนใจของบุคคล ■ เปิดโอกาสให้บุคคลได้ออกกำลังกายตามความสมัครใจ และเวลาว่าง ■ เพิ่มระยะเวลาพักระหว่างทำงานให้ออกกำลังกายได้ ■ ปรับสภาพแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้ออกกำลังกาย เช่น การปรับทางเดินให้เหมาะสำหรับการเดิน การจัดให้มีห้องอาบน้ำ เป็นต้น
การเพิ่มโอกาสในการรับประทานอาหารสุขภาพ	■ การจัดให้มีร้านอาหารสุขภาพในโรงเรียน ที่ทำงาน และชุมชน ■ ประสานความร่วมมือกับผู้ประกอบการร้านอาหารในชุมชนให้จัดหาผลิตภัณฑ์อาหารสุขภาพ และประกอบอาหารด้วยเครื่องปรุงที่ดีต่อสุขภาพ ■ พัฒนาทักษะของผู้ประกอบการร้านค้าในการเลือกและปรุงอาหารสุขภาพ การใช้อาหารทดแทนเพื่อเพิ่มรสชาติ โดยไม่ต้องใส่เครื่องปรุงรส
การสอดแทรกการออกกำลังกายให้เป็นวัฒนธรรมของชุมชน	■ สนับสนุนการสร้างเครือข่ายทางสังคมในการออกกำลังกาย เช่น กลุ่มผู้สนใจ สายด่วนตอบปัญหาเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ■ สร้างแรงจูงใจในการออกกำลังกายโดยผ่านช่องทางการสื่อสารที่ตรงกลุ่มเป้าหมาย เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ ■ สร้างตัวเลือกในการตัดสินใจ เช่น การติดป้ายบอกประโยชน์ของการเดินขึ้นบันไดใกล้กับที่กดลิฟต์ การติดฉลากบอกคุณค่าอาหารบนซอง หรือการบอกพลังงานอาหารในเมนูอาหารแต่ละชนิด

ตารางที่ 4-4 กลวิธีและกิจกรรมในการส่งเสริมการออกกำลังกายในระดับชุมชน (ต่อ)

กลวิธี	กิจกรรม
การสอดแทรกการออกกำลังกายให้เป็นวัฒนธรรมของชุมชน (ต่อ)	■ การให้แรงจูงใจเมื่อออกกำลังกาย เช่น การลดราคาอาหารสุขภาพถ้าออกกำลังกายครบ 10 ครั้ง การลดราคาการเป็นสมาชิกของสถานที่ออกกำลังกายเมื่อออกกำลังกายครบ 1 เดือน หรือการลดเบี้ยประกันสุขภาพเมื่อออกกำลังกายสม่ำเสมอ หรือ รับประทานอาหารสุขภาพเป็นประจำ ■ การใช้มาตรการลงโทษเมื่อมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น การขึ้นภาษีอาหารที่ให้พลังงานสูง ■ การใช้อิทธิพลทางสังคมในการส่งเสริมให้ออกกำลังกายต่อเนื่อง เช่น การประกาศในที่สาธารณะเพื่อชื่นชมบุคคลที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอ

การส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนมีสิ่งที่ควรระวังในเรื่องคุณธรรมจริยธรรม ดังนี้ 1) สิทธิของการเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละบุคคล 2) ผลกระทบทางร่างกายเช่น การเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น สิทธิของการเข้าร่วมกิจกรรมของแต่ละบุคคลควรเป็นไปตามความสมัครใจ เปิดโอกาสให้บุคคลทั่วไปได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ เพื่อตัดสินใจด้วยตนเองว่ามีความเหมาะสมกับตนเองหรือไม่ (Laitakari & Miilunpalo, 1998) การทำให้ยั่งยืนคือการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายตัวอย่างการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน

The Stanford Five-City Project

การส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนขนาดกลางของรัฐแคลิฟอร์เนียตอนเหนือ ประเทศสหรัฐอเมริกา มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย ช่องทางในการสื่อสารข้อมูล สถานที่ และกลวิธีที่หลากหลาย ทั้งการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการออกกำลังกาย การตลาดเชิงสังคม และการสร้างความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงครอบคลุมทั้งระดับบุคคล กลุ่ม และชุมชน ดังนี้

กลวิธี
1. การประกวด และการแข่งขันในสถานประกอบการ โรงเรียน และสถานที่ต่างๆ
2. การคัดกรองโรค และให้ข้อมูลตรงกับสถานะทางสุขภาพ และความแข็งแรงของร่างกายของแต่ละบุคคล
3. การอบรมแก่เจ้าหน้าที่สุขภาพ และอาสาสมัครเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และใช้กลุ่มนี้เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดข้อมูลสู่กลุ่มเป้าหมาย

4. สื่อประชาสัมพันธ์ แบ่งเป็นการให้ข้อมูลโดยตรง เช่น การให้ความรู้เป็นกลุ่ม สื่ออิเล็คโทรนิค เช่น โทรทัศน์ วิทยุ และสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น คู่มือ หนังสือพิมพ์ เป็นต้น
5. การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อม
6. การพัฒนาความร่วมมือกับหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง (เช่น สุขภาพ กีฬา ยานพาหนะ โรงเรียน สถานประกอบการ การปกครองส่วนท้องถิ่น)
7. การรวมกลุ่มของเพื่อนบ้านในละแวกเดียวกันในการออกกำลังกายโดยการเดิน

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมที่จัดขึ้นเป็นการเลือกกลุ่มเป้าหมาย และสถานที่ที่มีกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เช่น สถานประกอบการ กิจกรรมที่สามารถดึงคนเข้ามาร่วมได้มาก เช่น การแข่งขันการออกกำลังกายระหว่างสถานประกอบการ ซึ่งมีสถานประกอบการที่สนใจเข้าร่วม 87 แห่ง และมีผู้สนใจเข้าร่วมกิจกรรมถึง 3,000 คน ส่วนการเดิน ซึ่งในชุมชนมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมประมาณ 1,000 คน

อีกหนึ่งโปรแกรมที่ประสบความสำเร็จและได้รับความนิยม และได้รับเลือกให้เป็นต้นแบบของการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนคือ Minnesota Heart Health Program ซึ่งได้ข้อค้นพบว่าการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ และการจัดงานมหกรรมสุขภาพในชุมชน เป็นการสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการออกกำลังกาย กระตุ้นให้เกิดความสนใจ และการค้นหาข้อมูลที่จำเป็นเพิ่มเติม ในขณะที่การจัดให้มีการออกกำลังกายในสถานที่ต่างๆ เช่น โรงเรียน สถานประกอบการ เป็นกิจกรรมที่ถือว่าคุ้มค่า ในระดับบุคคลกิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกาย คือ การตั้งเป้าหมายส่วนบุคคล การให้ข้อมูลละท้อนกลับ และการสนับสนุนทางสังคม

การประเมินผลการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน อาจแตกต่างจากการประเมินผลในระดับบุคคลที่เน้นที่รายละเอียดของการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการออกกำลังกาย เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่หลากหลาย ครอบคลุมหลายกลุ่มเป้าหมาย การประเมินผลจึงเป็นการประเมินจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม หรือ การประเมินกระบวนการ (process evaluation) เพื่อใช้ข้อมูลในการหากลวิธีในการเข้าถึงกลุ่มที่ด้อยโอกาสทางสังคมต่อไป

การใช้บริบทของโรงเรียนในการส่งเสริมการออกกำลังกายและอาหาร (Wechsler, Devereaux, Davis, & Collins, 2000) มีจุดเน้นที่การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมปัจจัยภายนอกบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ รวมถึง ปัจจัยทางสังคม องค์กร และกายภาพ ปัจจัยทางสังคม รวมถึงการสนับสนุนทางสังคม การเป็นแบบอย่าง การชักชวน และบรรทัดฐานทางสังคม จากแหล่งต่างๆ เช่น เพื่อน ครอบครัว และสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ ปัจจัยองค์กรรวมถึงกฎ ระเบียบ และนโยบายต่างๆ ขององค์กรในการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยทางกายภาพ ครอบคลุม ภูมิอากาศ ลักษณะโครงสร้างของชุมชน และการจัดให้มีบริการหรือสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกในการสร้างเสริมสุขภาพ

จากลักษณะดังกล่าวข้างต้นจึงมีลักษณะของการจัดบริการ ดังนี้

1. *นโยบาย* ผลักดันนโยบายที่ส่งเสริมการออกกำลังกายและอาหารสุขภาพ
2. *สิ่งแวดล้อม* ปรับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมที่ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย และรับประทานอาหารสุขภาพ
3. *หลักสูตร* จัดให้มีการสอนสุขศึกษาตั้งแต่อนุบาลจนถึงมัธยมศึกษา เพื่อพัฒนาความรู้ ทัศนคติ ทักษะ และความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการออกกำลังกาย และอาหาร
4. *การสอนสุขศึกษา* การให้ข้อมูลสุขภาพตามระยะพัฒนาการ สอดคล้องกับวัฒนธรรม และการมีส่วนร่วม
5. *การสอนพละศึกษา* การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสมรรถภาพร่างกาย เพื่อพัฒนาความรู้ ทัศนคติ ทักษะ และพฤติกรรม
6. *กิจกรรมนอกหลักสูตร* จัดให้มีกิจกรรมนอกหลักสูตรเพื่อตอบสนองความต้องการของนักเรียน
7. บูรณาการบริการและการจัดการเรียนการสอนเรื่องโภชนาการ
8. *อบรมเจ้าหน้าที่และบุคลากรโรงเรียน* เกี่ยวกับรูปแบบบริการในการส่งเสริมการออกกำลังกาย โภชนาการ
9. *ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน*ในการสร้างปัจจัยเอื้อ และปัจจัยสนับสนุนในการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายและโภชนาการ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมการออกกำลังกายของเด็ก ทำได้โดยผ่านการจัดกิจกรรมของโรงเรียน และให้พ่อแม่เข้ามามีส่วนร่วม และให้ข้อมูลผ่านการอบรม การให้คำปรึกษาครอบครัว และคำแนะนำรายบุคคล หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูลผ่านจดหมายข่าว หรือ การให้การบ้าน (O'Connor, Jago, & Baranowski, 2009)
10. *การให้ข้อมูลในระยะกระตุ้น*เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจทำได้โดยผ่านการใช้จดหมายอิเล็คโทรนิค (e-mail) โทรศัพท์ อินเตอร์เน็ต หรือ การสนทนากลุ่ม (Muller-Riemenschneider, Reinhold, Nocon, & Willich, 2008)
11. *การประเมินผลโปรแกรม*เพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าในการปรับปรุงการจัดกิจกรรม และประสิทธิผลของโปรแกรม

สาระสำคัญ
กลวิธีและกิจกรรมในการส่งเสริมการออกกำลังกายในระดับชุมชน เน้นที่การมีนโยบายที่สนับสนุนการออกกำลังกาย การสร้างระบบและกลไกในชุมชนที่สนับสนุนการออกกำลังกาย การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการออกกำลังกาย เช่น สถานที่ และ อุปกรณ์ออกกำลังกาย เป็นต้น รวมถึงการสอดแทรกการออกกำลังกายให้เป็นวัฒนธรรมของชุมชน

การส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชนสามารถทำได้ทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม ชุมชน หรือองค์กร โดยใช้กลยุทธ์ ประกอบด้วย การขี้แนะสาธารณะ (advocacy) การประสานงาน (mediate) และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (personal skill development) และกลวิธี ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะ การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนรูปแบบริการ แต่การออกกำลังกายในระดับชุมชนมีกลวิธีเฉพาะในเรื่องของการเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการออกกำลังกาย และการสอดแทรกการออกกำลังกายให้เป็นวัฒนธรรมของชุมชน โดยผ่านการกระตุ้น การให้แรงเสริม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

โภชนาการ

การบริโภคอาหารของคนไทยมีการเปลี่ยนแปลงตามวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ปัจจุบันประชาชนในเขตเมืองมีการบริโภคเนื้อสัตว์และไขมันเพิ่มขึ้น แต่บริโภคผักผลไม้ลดลง คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป บริโภคผักและผลไม้ในปริมาณต่อวันต่ำกว่ามาตรฐานสำหรับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (400-800 กรัมต่อวัน) โดยเพศชายบริโภคผักต่ำกว่าเพศหญิง (268 กรัม/วัน และ 283 กรัม/วัน ตามลำดับ) โดยพบว่ากลุ่มอาหารที่ประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป บริโภคต่อสัปดาห์มากกว่าร้อยละ 80 คือ กลุ่มผักและผลไม้ (ร้อยละ 98.9) กลุ่มเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ (ร้อยละ 97.4) กลุ่มอาหารไขมันสูง (ร้อยละ 86.3) และกลุ่มอาหารแปรรูปต่างๆ (ร้อยละ 83.2) รองลงมาเป็นกลุ่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลมและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ร้อยละ 71.7 และกลุ่มขนมสำหรับกินเล่น ร้อยละ 49.0 ในขณะที่กลุ่มอาหารประเภทจานด่วน และกลุ่มผลิตภัณฑ์อาหารเสริม คือ ร้อยละ 15.3 และ 10.1 ตามลำดับ ประชาชนเขตเมืองมีการใช้จ่ายสำหรับอาหารสำเร็จรูปหรืออาหารปรุงสำเร็จ ประมาณร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายด้านอาหาร (ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ รุจิรา ทวีรัตน์, 2551)

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการบริโภค พบว่า คนกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 38.7 มีพฤติกรรมกินตามใจปาก รับประทานอาหารไม่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เครื่องดื่มที่รับประทานเป็นประจำ คือ น้ำอัดลม ชา กาแฟ รองลงมาเป็น อาหารปิ้ง/ย่างที่ไหม้เกรียม นอกจากนี้คนไทยมีการบริโภคน้ำตาลและอาหารที่ประกอบด้วยแป้งและน้ำตาลมากขึ้นถึง 2.6 เท่าเมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ. 2526 และ พ.ศ. 2549 นอกจากนั้นยังพบว่ามีการบริโภคอาหารที่มีปริมาณไขมันและแคลอรี่สูง โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 20-29

ปี 30-39 ปี และ 60 ปีขึ้นไป (ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ รุจิรา ทวีรัตน์, 2551) และประชากรในเขตกรุงเทพมหานครทั้งชายหญิงมีความชุกของน้ำหนักเกิน และอ้วนสูงสุด

การบริโภคขนมขบเคี้ยวของเด็กมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี และเด็กชั้นประถมศึกษา สาเหตุสำคัญคือการบริโภคขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่มที่มีการเติมน้ำตาลสูงถึงร้อยละ 61.7 และจากการสำรวจพบว่าเด็กประถมศึกษาที่รับประทานขนมกรุบกรอบและดื่มน้ำอัดลมเป็นประจำมีอัตราส่วนร้อยละ 26.95 และ 20.28 ตามลำดับ (ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ รุจิรา ทวีรัตน์, 2551)

การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกายมีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และสโตร็ค ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำหนักเกิน จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ปัจจุบันเด็กไทยอายุ 2-18 ปี จำนวน 17.6 ล้านคน เป็นโรคอ้วนร้อยละ 8 กลุ่มวัยรุ่นอายุ 13-18 ปี ร้อยละ 9 เป็นวัยที่เป็นโรคอ้วนมากที่สุด ทำให้ขณะนี้มีเด็กไทยอ้วนประมาณ 15 ล้านคน มากที่สุดคือ กรุงเทพมหานคร พบได้ทุก 1 ใน 10 คน รองลงมาคือ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สาเหตุไม่ใช่เกิดจากพันธุกรรม แต่เกิดจากพฤติกรรมการขาดการออกกำลังกาย ใช้เวลาส่วนใหญ่นั่งดูทีวี หรือเล่นเกมคอมพิวเตอร์ และยังบริโภคอาหารประเภทขนมกรุบกรอบ น้ำหวาน อาหารสำเร็จรูปเกินจำเป็น สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้สำรวจการบริโภคอาหารของคนไทยทั่วประเทศ ในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา พบเมนู 9 อาหารยอดฮิตที่ให้พลังงานสูง ได้แก่ กล้วยทอด ปาท่องโก๋ ขนมปังไส้ครีม กุนเชียง โดนัท ข้าวเกรียบและข้าวอบกรอบ หมูยอ ขนมปังแครกเกอร์ และเฟรนช์ฟราย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2551)

ผลกระทบที่สำคัญของภาวะอ้วนคือการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคเบาหวาน ขณะนี้โรคเบาหวานกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ทวีความรุนแรงทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และเกิดในเด็กและเยาวชนมากขึ้น ในปีพ.ศ. 2550 ประเทศไทยพบผู้ป่วย 246 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้น 1 คน ทุก ๆ 5 วินาที เสียชีวิตปีละเกือบ 4 ล้านคน ใกล้เคียงกับการตายจากโรคเอดส์ และที่สำคัญมีเด็กป่วยด้วยโรคเบาหวานที่เกิดจากพฤติกรรมเพิ่มขึ้น วันละ 200 คน ซึ่งจะเป็นภาระต่อสังคมในระยะยาว ทั้งค่ารักษาและโรคแทรกซ้อนที่ตามมา ซึ่งโรคนี้หากป่วยตั้งแต่อายุยังน้อย จะทำให้ชีวิตสั้นลงโดยเฉลี่ย 10-20 ปี เนื่องจากมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น สาเหตุหลักกว่าร้อยละ 80 เกิดจากความอ้วน เนื่องจากในคนอ้วนจะทำให้เซลล์ของตับอ่อนที่ผลิตอินซูลิน ที่ทำหน้าที่สลายน้ำตาลในเลือดทำงานหนักเกินไปจนไม่สามารถทำงานได้ รวมทั้งขาดการออกกำลังกาย ซึ่งป้องกันได้โดยการปรับพฤติกรรม ลดการกินอาหารรสหวาน มัน เค็ม เพิ่มการกินผัก ผลไม้ และออกกำลังกายให้เพียงพอ เพื่อไม่ให้ร่างกายอ้วน สำหรับการปรับพฤติกรรมการบริโภคในกลุ่มเด็กและเยาวชน เน้นให้มีการออกกำลังกายทุกวัน วันละ 30 นาที ประเมินสุขภาพปีละ 2 ครั้ง ส่งเสริมให้เด็กกินผักผลไม้แทนขนม ไม่กินจุบจิบ ไม่กินน้ำอัดลม ซึ่งมีน้ำตาลมากถึง 8-11 ช้อนชา กินผลไม้รสหวานนาน ๆ ครั้ง ไม่สะสมขนมขบเคี้ยว หรือ

ขนมกรุบกรอบไว้ในบ้าน และจำกัดเวลาเล่นคอมพิวเตอร์ ดูทีวีของเด็ก ไม่เกินวันละ 2 ชั่วโมง

นอกจากสุขภาพทางร่างกายที่เพิ่มความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคข้อกระดูกเสื่อม มากกว่าคนปกติแล้ว ความอ้วนส่งผลกระทบด้านอารมณ์ โดยเฉพาะในวัยรุ่น จะส่งผลให้เกิดความนับถือในตัวเองลดน้อยลง และขาดความมั่นใจ การเคลื่อนไหวร่างกายเชื่องช้า ซึ่งส่งผลถึงบุคลิกภาพและทำให้เกิดความกดดันจากการดำรงชีวิต รวมถึงไม่กล้าเข้าสังคม ซึ่งถ้าอยู่ในโรงเรียน วัยรุ่นที่อ้วนมากมักจะไม่ได้รับการยอมรับ เพราะเล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมไม่ค่อยได้เหมือนเด็กปกติ และอาจโดนเพื่อนล้อหรือกลั่นแกล้ง ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้คนอ้วนเกิดความหดหู่ ซึมเศร้า รังเกียจตัวเอง และมองโลกในแง่ร้าย (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2551)

ปัจจัยที่มีผลต่อโภชนาการ

ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานอาหารจำแนกได้เป็น 4 ชนิด คือ พันธุกรรม จิตใจ สังคมวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม (Pender, Murdaugh, & Parson, 2002) ปัจจัยด้านพันธุกรรมและชีวภาพเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อความต้องการไขมันและโปรตีนของร่างกาย น้ำย่อยชนิดหนึ่งที่เรียกว่า "เปปไทด์" มีบทบาทสำคัญในการใช้พลังงานของร่างกาย ความอยากอาหาร และการเผาผลาญภายในร่างกาย การเผาผลาญอาหารในร่างกายเป็นปัจจัยกำหนดความต้องการอาหารของร่างกาย ซึ่งส่วนหนึ่งได้รับอิทธิพลมาจากพันธุกรรม หรือ ยีน ที่เป็นปัจจัยในการกระตุ้นหรือลดความต้องการอาหารของร่างกาย ส่วนหนึ่งมีอิทธิพลตามการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการ เมื่อเข้าสู่วัยชราปุ่มรับรสอาหารเค็มและหวานทำงานน้อยลง แต่การรับรสชาติขมและเปรี้ยวทำงานเพิ่มขึ้นส่งผลต่อความอยากในการรับประทานอาหาร นอกจากนั้นการลดการหลั่งของน้ำย่อยที่ดูดซึมเหล็ก แคลเซียม และวิตามินบี 12 การลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ทำให้มีความต้องการอาหารที่มีกากใยสูง (ผลไม้ ผักดิบ ขนมปังที่มีส่วนผสมธัญพืช) และปริมาณน้ำในร่างกายเพื่อช่วยการเคลื่อนไหวของลำไส้ใหญ่ และการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกาย ปัจจัยทางชีวภาพที่มีความสำคัญปัจจัยหนึ่งคือ ความต้องการพลังงานของบุคคล การที่บุคคลมีความต้องการพลังงานในร่างกายน้อยลง มีความสัมพันธ์กับอาการแสดงทางร่างกาย เช่น อ่อนล้า แยกตัว เป็นต้น

การมีความรู้ด้านโภชนาการอย่างเดียวไม่ได้ส่งผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ปัจจัยด้านอารมณ์ เช่น แรงจูงใจ เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับรู้ประโยชน์ของอาหารส่งผลให้บุคคลเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมกับร่างกาย การให้ความสำคัญกับอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายจึงสามารถสื่อสารให้กับเด็กได้ตั้งแต่วัยก่อนเรียน ให้รู้จักชนิดอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น "green food" เป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ "red food" เป็นอาหารที่ไม่มีคุณค่า "yellow food" เป็นอาหารที่ควรจำกัดปริมาณในการบริโภค เพราะมีคุณค่าน้อย การรับรู้คุณค่าในตนเองทำให้เกิดความรู้สึกที่มีต่อตนเอง ความต้องการในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดสุขภาพดี นอกจากนั้นแล้วความซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง การไม่สามารถควบคุมชีวิตตนเอง ส่งผลให้บุคคลหาทางออกโดยการ

รับประทานอาหารหรือขนมหวาน เพราะเชื่อว่าช่วยลดอารมณ์ด้านลบที่มีอยู่ ส่วนอารมณ์บางอย่าง เช่น ความโกรธ ความคับแค้นใจ และความรู้สึกไม่ปลอดภัย จะช่วยลดความอยากอาหาร การปฏิบัติซ้ำๆจนเกิดเป็นความเคยชินทำให้บุคคลปฏิบัติโดยไม่ได้ตั้งใจ เช่น ความรู้สึกสดชื่นมีพลังหลังการรับประทานขนมหวาน ทำให้บุคคลนั้นๆ รับประทานขนมหวานทุกครั้งเมื่อรู้สึกอ่อนเพลีย เป็นต้น การปฏิบัติซ้ำๆ ยังส่งผลให้บุคคลรับประทานอาหารที่เรียกว่า "อาหารเร่งด่วน" เพิ่มขึ้น เนื่องจากสะดวกและพร้อมรับประทาน

ปัจจัยสังคมวัฒนธรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับอาหารที่เลือกรับประทาน เช่น ความตระหนักให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพ ทัศนคติที่มีต่ออาหารชนิดนั้นๆ สื่อประชาสัมพันธ์ เช่น โทรทัศน์ และสื่อสิ่งพิมพ์ส่งผลต่อการเลือกชนิดอาหาร บางสังคมให้ความสำคัญกับลักษณะรูปร่าง เช่น รูปร่างผอมโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานดังแสดงในตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4-5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ

ปัจจัยทางพันธุกรรม		
เปปไทด์: ตัวกำหนดการใช้พลังงาน ความอยากอาหาร และการเผาผลาญพลังงานของร่างกาย	ยีน: เป็นตัวกระตุ้นและยับยั้งการรับประทานอาหาร	พันธุกรรม: กำหนดการบริโภคอาหาร
ปัจจัยทางชีวภาพ		
การเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ: ลดความอยากอาหารในผู้สูงอายุ	ลดการหลั่งน้ำย่อย: จำกัดการดูดซึมเหล็ก แคลเซียม วิตามิน บี 12	ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้: การเพิ่มอาหารที่มีกากใย
ลดอัตราการเผาผลาญภายในร่างกาย: ลดการนำเข้าพลังงานภายในร่างกาย	การเปลี่ยนแปลงของกระบวนการผลิตฮอร์โมน hypothalamic-pituitary-adrenal-axis: ความซึมเศร้า	ความอ่อนเพลีย ความรู้สึกแยกตัว
ปัจจัยทางจิตใจ		
แรงจูงใจ	การรับรู้ประโยชน์ของอาหาร	การให้ความสำคัญกับอาหารที่เหมาะกับสุขภาพ
ความซึมเศร้า	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	ความสามารถในการควบคุมตนเอง

ตารางที่ 4-5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการ (ต่อ)

ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม	
การให้ความสำคัญหรือความตระหนักเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะกับสุขภาพ	ความเชื่อและพฤติกรรมของผู้ดูแล
สื่อประชาสัมพันธ์: โทรทัศน์ และสื่อสิ่งพิมพ์	ชาติพันธุ์และพื้นฐานวัฒนธรรม
ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม	
การกำหนดป้ายกำหนดอาหารส่งผลต่อการเลือกชนิดอาหาร	ความสะดวกในการเข้าถึง และราคาของอาหารสุขภาพ
วิธีการเตรียมอาหาร เช่น อาหารแช่แข็ง	สิ่งที่มีผลต่อความอยากอาหาร: การถนอมอาหาร สีผสมอาหาร สารเพิ่มรสชาติ และอาหารเสริม
ยาฆ่าแมลง หรือ สารเคมีอื่นๆ	

การส่งเสริมโภชนาการในชุมชน

กลยุทธ์ในการส่งเสริมโภชนาการในชุมชน ประกอบด้วย การชี้แนะสาธารณะ (advocacy) การประสานงาน (mediate) และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (enable)

การชี้แนะสาธารณะ การนำเสนอข้อมูลที่รวบรวมได้ เกี่ยวกับสถานะสุขภาพ และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร รวมทั้งข้อมูลร้านค้าในชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ของชุมชน และพฤติกรรมที่นำมาซึ่งปัญหา และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยความสะดวก ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ

การประสานงาน การประสานงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับอาหารในชุมชน เช่น ทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ศูนย์เด็กเล็ก และโรงเรียน

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การให้ข้อมูลผ่านช่องทางการสื่อสารที่เข้าสู่กลุ่มเป้าหมาย เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ คู่มือ เพื่อสร้างความตระหนักระดับบุคคล และส่งเสริมให้แม่บ้านหรือผู้ที่ทำหน้าที่ประกอบอาหารมีความสามารถในการเลือกซื้อและปรุงอาหารสุขภาพสำหรับครอบครัว ร่วมกับการให้คำแนะนำรายบุคคลเพื่อลดอุปสรรค และเพิ่มทางเลือกในการประกอบอาหาร

กลวิธีการสนับสนุนโภชนาการในระดับชุมชนเป็นไปได้ทั้ง 5 กลวิธีตามที่กฎบัตรออตตาวากำหนดไว้ ดังนี้

การสร้างนโยบายสาธารณะ หรือ มาตรการในระดับชุมชนเพื่อส่งเสริมการรับประทานอาหารสุขภาพ เช่น ชุมชนมีแนวปฏิบัติ รวมทั้งบทลงโทษผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือขายขนมที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเด็ก หรือการจัดสิ่งแวดล้อม เป็นทั้งการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากอาหารที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเด็ก ศูนย์เด็กเล็กประกาศห้ามนำขนมที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเด็กเข้ามาในศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนและร้านค้าในชุมชนไม่จำหน่ายอาหารและขนมที่ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ และการสร้างวัฒนธรรมที่ดีในการจัดงานครบรอบวันเกิดสำหรับเด็ก โดยไม่มีการจัดเลี้ยงสังสรรค์ แต่มีการเข้าวัดทำบุญ และรับเงินขวัญถุงเป็นที่ระลึก

การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เป็นการระดมความคิดเห็นในทุกกลุ่มอายุ ตั้งแต่กลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มพ่อบ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ และหน่วยงานภาครัฐ ในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา รวมทั้งหาแนวทางแก้ไข ให้ตระหนักถึงบทบาทที่ทุกคนในชุมชนต้องร่วมกัน จนเกิดความรู้สึกว่าปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาของตนเอง

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การส่งเสริมให้พ่อแม่มีทักษะในการดูแลสุขภาพเด็ก ประเมินความสมดุลของน้ำหนักและส่วนสูง ความเสี่ยงต่อความอ้วน และการเลือกซื้ออาหารที่มีประโยชน์

การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการ จากเดิมที่เจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้ให้ความรู้และข้อแนะนำ ในการแก้ไขปัญหา หรือบางครั้งก็บอกให้โรงเรียนทำตาม เจ้าหน้าที่ปรับบทบาทเป็นผู้สนับสนุน ให้ชุมชนได้วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา สร้างการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของปัญหาร่วมกัน

การส่งเสริมการรับประทานอาหารสุขภาพในชุมชนให้ความสำคัญกับการสร้างสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร ซึ่งเริ่มพัฒนาได้ตั้งแต่เด็ก การส่งเสริมการมีสุขนิสัยในการรับประทานอาหารของเด็กเป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ปกครองและเด็ก และเป็นการปรับเปลี่ยนทั้งในส่วนของสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Rowe, Stewart, & Somerset, 2010) มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลต่อน้ำหนักตัวของเด็ก กิจกรรมประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้เวลาว่างในการดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมคอมพิวเตอร์ มีวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อเพิ่มระยะเวลาของการออกกำลังกาย ลดเวลาที่ใช้ในการดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมคอมพิวเตอร์ และเพิ่มปริมาณการรับประทานผักและผลไม้ นอกเหนือจากกลุ่มเป้าหมายคือครอบครัวและตัวเด็กเองแล้ว การสร้างความตระหนักของชุมชนให้เห็นความสำคัญว่าจำนวนเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มมากขึ้นมีผลกระทบต่อชุมชน ทำให้เกิดความต้องการในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Eisenmann et al., 2008)

กิจกรรมที่จัดขึ้นจึงประกอบด้วย 2 ระดับคือ ระดับชุมชน และ ระดับครอบครัว กิจกรรมในระดับชุมชนมีเป้าหมายเพื่อสร้างความตระหนักของชุมชนโดยรวมและการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็ก โดยผ่านการให้ข้อมูลสาธารณะ เน้นที่โรงเรียนและชุมชนเนื่องจากเป็นสถานที่ของกลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมในระดับครอบครัวเป็นเป้าหมายสำคัญ เนื่องจากผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลหลัก

ในการจัดหาอาหาร กิจกรรมสำหรับครอบครัวจึงเน้นที่การจัดหาโอกาสให้เด็กได้ออกกำลังกาย แทนการใช้เวลาว่างในการดูโทรทัศน์หรือเล่มเกมคอมพิวเตอร์ และการจัดหาอาหารสุขภาพให้เด็กรับประทาน (Brown & Summerbell, 2009; Eisenmann et al., 2008) รวมถึงการสร้างวินัยที่ดีในการรับประทานอาหาร

แมคคัลลัม (McCullum อ้างถึงใน Carlsson & Williams, 2008) แบ่งระดับการสร้างความปลอดภัยของอาหารในชุมชนออกเป็น 3 ระดับ คือ *ระดับที่ 1 กลวิธีในระยะสั้น* เน้นที่การเปลี่ยนแปลงระบบการแลกเปลี่ยนอาหารของชุมชน ใช้โรงเรียนเป็นฐานของการฝึก การปลูกพืชผักสวนครัวที่สามารถใช้ในการปรุงอาหาร เพื่อเป็นพื้นที่ในการสาธิตให้เด็กเห็นว่าพืชผักที่เหมาะสมกับสุขภาพสามารถผลิตขึ้นเองได้ เป็นการสร้างจิตสำนึกเห็นประโยชน์และคุณค่าของอาหารที่ทำขึ้นมาด้วยตนเอง *ระดับที่ 2 กลวิธีในระยะกลาง* เป็นการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างผู้ผลิตอาหารผู้ประกอบการและโรงเรียน ในการส่งผลิตภัณฑ์อาหารที่ดีต่อสุขภาพเป็นวัตถุดิบในการผลิตอาหารสำเร็จรูปสำหรับขายในชุมชน และอาหารกลางวันในโรงเรียน ทั้งในส่วนของมาตรการด้านราคา และคุณภาพของสินค้า *ระดับที่ 3 กลวิธีในระยะยาว* มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการเปลี่ยนแปลง เป็นการกำหนดเชิงนโยบาย มาตรการของชุมชน โรงเรียน ผู้ผลิตและขนย้ายอาหาร เช่น การกำหนดเป็นนโยบายของโรงเรียนในการเลือกซื้อผักปลอดสารพิษ หรือ วัตถุดิบที่ดีต่อสุขภาพในการประกอบอาหารสำหรับนักเรียน เป็นต้น การสร้างเงื่อนไขของความยั่งยืนอยู่บนพื้นฐานความร่วมมือของคณะกรรมการโรงเรียน ที่ประกอบด้วยตัวแทนของชุมชน ผู้ปกครอง และโรงเรียน ในการกำหนดมาตรการและการควบคุม กำกับ ติดตาม เพื่อให้เกิดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมในระดับชุมชนที่นอกเหนือจากโรงเรียนที่ถือเป็นพื้นที่เป้าหมายหลักในการส่งเสริมโภชนาการในชุมชนคือ ร้านค้า หรือ ร้านขายอาหาร เนื่องจากเป็นสถานที่จำหน่ายหรือผลิตอาหาร โดยเฉพาะในปัจจุบันอาหารสำเร็จรูปได้รับความนิยมเป็นอย่างยิ่ง กลวิธีที่ใช้คือ การสร้างความตระหนักถึงประโยชน์ของอาหารสุขภาพ การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายเมื่อประกอบอาหารด้วยวัตถุดิบที่ดีต่อสุขภาพกับสิ่งที่ทำอยู่ การชี้ให้เห็นผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว กระบวนการให้ความรู้เรื่อง "อาหารปลอดภัย" เพื่อหนุนเสริมให้ผู้ประกอบการ ร้านอาหารมีความรู้ความเข้าใจเรื่องอาหารปลอดภัย มีการตรวจคุณภาพอาหารและสารปนเปื้อนแม่ค้าแผงลอยอย่างต่อเนื่อง ชุมชนมีการกำหนดบทลงโทษสำหรับร้านค้าแผงลอยที่ไม่ผ่านมาตรฐาน การสร้างเครือข่ายองค์กรชุมชน เช่น แกนนำครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้เป็นแกนนำอาหารปลอดภัยปราศจากสารปนเปื้อน ส่งเสริมศักยภาพแกนนำให้มีความรู้ในการสังเกต เฝ้าระวัง ในการประเมินอาหารที่บริโภคในครัวเรือน และส่งเสริมให้แกนนำสามารถเผยแพร่ความรู้ทั่วไปเรื่องอาหารสะอาดและปลอดภัยแก่ชุมชนได้ และรณรงค์จัดงาน "วันมหกรรมสุขภาพ" เพื่อสร้างกระแสดูแลสุขภาพในชุมชน การดำเนินงานเริ่มจากพื้นที่ที่มีความพร้อม เพื่อให้เกิดตัวอย่างและต้นแบบแก่ชุมชนใกล้เคียง ส่งเสริมให้เข้ามามีส่วนร่วม เกิดการเรียนรู้ร่วมกันจนเกิดเป็นเครือข่าย หรือ

การพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรชุมชน นอกจากนี้การมีเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลร่วมกันระหว่างองค์กรเครือข่ายชุมชน โดยมีหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสุขภาพ สนับสนุนด้านวิชาการ บุคลากร วิทยากร และเอกสารเพื่อเผยแพร่ความรู้ กระตุ้นจิตสำนึก ให้คนในชุมชนมองเห็นปัญหา รวมทั้งความรู้ที่มีอยู่ในชุมชนเพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานได้ ในชุมชนที่มีปัญหาเรื่องภาระหนี้สิน ควรเริ่มจากการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดและการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ เห็นคุณค่าของเกษตรอินทรีย์ มีอาหารปลอดภัยไว้รับประทาน มีการจัดตั้งครัวชุมชนเพื่อเป็นศูนย์การเรียนรู้ในการจัดการอาหารชุมชน กิจกรรมเริ่มจากการอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนวิธีคิด ที่เริ่มต้นจากการให้ความสำคัญกับการลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ คิดร่วมกันว่าจะจัดการกับอาหารในชุมชนอย่างไร จึงจะได้อาหารที่สะอาดปลอดภัย เพื่อเตรียมพร้อมสู่การเกิดครัวชุมชน อบรมสมาชิกในชุมชนเรื่องการทำเกษตรอินทรีย์ครบวงจร ประกอบด้วย การเรียนรู้เรื่องเกษตรอินทรีย์ การปลูกพืชที่ปลอดภัยจากสารเคมี และการเลี้ยงสัตว์เพื่อเป็นแหล่งโปรตีนของชุมชน หลังจากนั้นจึงทำแปลงรวมเกษตรอินทรีย์ครบวงจรในพื้นที่สาธารณะ การปลูกพืชปลอดภัยจากสารเคมี การเลี้ยงสัตว์ การตั้งกองทุนครัวชุมชนเพื่อหน่วยงานต่าง ๆในชุมชน เช่น ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน สถานีอนามัย เป็นต้น

การสร้างเสริมโภชนาการในชุมชนมีแนวคิดพื้นฐานเป็นการส่งเสริมการเพิ่มปริมาณการรับประทานผักและผลไม้ และลดการรับประทานอาหารมัน ใช้กลวิธีในการส่งเสริมการเรียนรู้และการตลาดเชิงสังคม รวมถึงการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการจัดหา และขายอาหารสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งระดับบุคคล และชุมชน และควรเป็นการปรับเปลี่ยนทั้งด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายร่วมกัน (Davies, Damani, & Margetts, 2009) ดังแสดงในตารางที่ 4-6

ตารางที่ 4-6 การจัดกิจกรรมการส่งเสริมโภชนาการในชุมชน

สถานที่	กิจกรรม
ร้านค้า	- การจัดขายอาหารสุขภาพ - การปรับสิ่งแวดล้อม นโยบาย และราคาของผลิตภัณฑ์: ความสะดวก การเข้าถึง ราคา การประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารสุขภาพ 1. จุดขาย *(Point-of-Purchase: PoP)*: ป้ายกำหนดอาหาร ป้ายระบุอาหารสุขภาพ โปสเตอร์ โบรชัวร์ 2. ลดราคาอาหารและแจกคูปองเพื่อส่งเสริมการขาย 3. เพิ่มความสะดวก ความหลากหลายของชนิดอาหาร เพื่อเพิ่มการเข้าถึงอาหารสุขภาพ 4. การส่งเสริมการขายอาหารสุขภาพทั้งในรูปแบบของอาหารสุขภาพ และส่วนประกอบในการปรุงอาหาร 5. การเยี่ยมชมร้านค้า โดยเน้นการส่งเสริมการขายอาหารสุขภาพ
โบสถ์ หรือ วัด	เป็นสถานที่ตัวอย่างในการจัดหาหรือให้บริการอาหารสุขภาพ
ศูนย์เด็กเล็ก	สร้างแรงจูงใจในการเลือกใช้อาหารสุขภาพสำหรับเด็ก การจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะกับการส่งเสริมโภชนาการในเด็ก เช่น ไม่ขายน้ำอัดลม ลูกอม ขนมถุงสำเร็จรูป เป็นต้น และการสร้างสุขนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหาร เช่น การจัดเมนูอาหารสุขภาพ การใช้ผลไม้ที่ไม่มีรสชาติหวานเป็นอาหารว่าง การส่งเสริมการดื่มน้ำเปล่าแทนน้ำหวาน

การประเมินผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการในชุมชนเป็นการประเมินได้ทั้งระดับบุคคลและชุมชน ในระดับบุคคลเป็นการประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหารของแต่ละบุคคล เป็นไปได้ทั้งในรูปแบบการบันทึกอาหารที่รับประทานใน 1 สัปดาห์ และการประเมินความถี่ของการรับประทานอาหารแต่ละชนิด เช่น ผักและผลไม้ อาหารที่ปรุงด้วยการทอดหรือกะทิ นมที่ประกอบด้วยไขมันอิ่มตัว เป็นต้น หรืออาหารที่ปรุงสำเร็จ เช่น แซนวิช แฮมเบอร์เกอร์ มันฝรั่งทอด เป็นต้น นอกจากนั้นยังเป็นการประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เช่น น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เป็นต้น (Dunt, Day, & Pirkis, 1999)

ในระดับชุมชนเป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงของการมีส่วนร่วมของกลุ่มต่างๆในชุมชนในการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมโภชนาการในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเกษตรอินทรีย์ กลุ่มคนรักษ์สุขภาพ กลุ่มส่งเสริมอาชีพเลี้ยงวัว เป็นต้น จำนวนสถานที่ที่ขายอาหารสุขภาพ จำนวนคนในชุมชนที่เปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารสุขภาพ ปริมาณของอาหารสุขภาพที่ขายได้จากร้านค้า ชนิดของ

อาหารที่คนในชุมชนสั่งในร้านอาหาร เช่น เปลี่ยนจากอาหารทอดเป็นปิ้งย่าง อาหารที่ปรุงด้วยกะทิเป็นต้มจืด เป็นต้น (Dunt, Day, & Pirkis, 1999) หรือแม้แต่ปริมาณการเติมเครื่องปรุงรสในอาหารหลังจากปรุงแล้ว

สาระสำคัญ

กลวิธีและกิจกรรมในการส่งเสริมโภชนาการในระดับชุมชน มองได้ทั้งการเปลี่ยนแปลงในระดับองค์กร เช่น โรงเรียน และชุมชน จุดเน้นของการส่งเสริมโภชนาการในโรงเรียน คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงอาหารสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจโดยใช้ตัวแบบที่มีชีวิต เช่น นักเรียน ครู ในการสร้างความโน้มน้าวใจ และการมีหลักสูตรที่มีเนื้อหาสาระที่บูรณาการ โภชนาการเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการสอน ส่วนการสร้างเสริมโภชนาการในชุมชนเน้นที่การเข้าถึงอาหารสุขภาพ และการสร้างบรรทัดฐานในการเลือกอาหารสุขภาพ ซึ่งกระทำผ่านมาตรการสาธารณะ และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล

ตัวอย่างการจัดกิจกรรมการส่งเสริมโภชนาการในโรงเรียน

กิจกรรมระดับโรงเรียนเน้นที่การบูรณาการแนวคิดการทำ (do) การดู (view) และการกิน (chew) ในหลักสูตรที่มีอยู่ ครูได้รับการสนับสนุนเอกสารการสอน การยกตัวอย่าง เพื่อให้ง่ายต่อการนำไปใช้กับนักเรียน เช่น ครูใช้ตัวอย่างจำนวนการนับก้าวจากเครื่องนับก้าวเดินที่นักเรียนบันทึกในการสอนวิชาคณิตศาสตร์ การใช้จำนวนพลังงานที่นักเรียนใช้ในแต่ละวันเป็นตัวอย่างการคำนวณในวิชาวิทยาศาสตร์ การบันทึกกิจกรรมที่ควรทำเพื่อแทนการดูโทรทัศน์หรือเล่นเกมคอมพิวเตอร์ในวิชาการสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิต (Brown & Summerbell, 2009; Eisenmann et al., 2008) การปลูกพืชผักสวนครัวปลอดสารพิษในโรงเรียน เพื่อใช้เป็นวัตถุดิบในการประกอบอาหารกลางวัน กิจกรรมนี้ได้ทั้งผลผลิตที่เป็นพืชผักสวนครัว และการสร้างการเรียนรู้ ความรู้เรื่องอาหาร ความตระหนักความสำคัญและประโยชน์ของการรับประทานผัก และเพิ่มกิจกรรมทางกาย (Carlsson & Williams, 2008) รวมทั้งการฝึกทักษะในการเลือกซื้ออาหาร วัตถุดิบในการประกอบอาหาร (Rowe, Steward, & Somerset, 2010) เป็นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของโรงเรียน สร้างวัฒนธรรมอาหารส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน และเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมรับประทานที่เหมาะสม การเพิ่มคุณค่าของโรงเรียนในการเป็นสถานที่ที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ตารางที่ 4-7 สาระและเนื้อหาในการให้ข้อมูลนักเรียนเกี่ยวกับการส่งเสริมโภชนาการในโรงเรียน

สาระสำคัญ	เนื้อหา
ภาวะโภชนาการเกิน	1. กายวิภาคและพยาธิสภาพของหัวใจและระบบไหล เวียนเลือด 2. ปัจจัยเสี่ยงของภาวะโภชนาการเกิน 3. ข้อแนะนำเบื้องต้นในการออกกำลังกาย
ทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1. การประเมินและการควบคุมตนเอง 2. การจัดการความเครียด 3. การตัดสินใจ 4. การให้คำแนะนำและการสนับสนุนเพื่อน 5. การเสริมสร้างพลังอำนาจ
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร	1. ผลของอาหารต่อสุขภาพ 2. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการจดบันทึกอาหารที่รับประทาน 3. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการประเมินอาหารที่รับประทาน 4. การใช้คอมพิวเตอร์ช่วยในการวิเคราะห์อาหาร 5. การปรับแบบแผนการรับประทานอาหาร 6. การวางเป้าหมายส่วนบุคคลในการรับประทานอาหาร
พฤติกรรมการออกกำลังกาย	1. ผลดีของการออกกำลังกายต่อร่างกายและจิตใจ 2. การวางแผนการออกกำลังกายและการประเมินผล 3. การสร้างแบบแผนการออกกำลังกายในครอบครัว

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคในโรงเรียนมีกลุ่มบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของนักเรียน คือ ครู ซึ่งถือเป็นต้นแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยต้องให้ครูเข้าใจว่าเนื้อหาสาระที่สอนนั้นมีความสำคัญต่อนักเรียนอย่างไร และทำไมครูต้องสอนสาระเหล่านี้ เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อการบูรณาการเนื้อหาสาระกับวิชาที่สอน ครูควรได้รับการอบรมเพื่อให้ความรู้ พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการถ่ายทอดข้อมูลสู่นักเรียน (Downey et al., 1987) ดังแสดงในตารางที่ 4-8

ตารางที่ 4-8 สาระและเนื้อหาในการให้ข้อมูลครูเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับประทานอาหารในโรงเรียน

สาระสำคัญ	เนื้อหา	วิธีจัดการเรียนการสอน
ข้อมูลพื้นฐาน	1. บทนำสู่ "อาหารสุขภาพ" 2. ภาวะโภชนาการเกินและผลกระทบ 3. ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกิน	1. แผนการสอน 2. แบบประเมินภาวะโภชนาการ 3. การฝึกทักษะ 4. สถานการณ์จำลอง
ประเด็นกิจกรรม	1. พฤติกรรมการเผชิญปัญหา 2. พฤติกรรมการออกกำลังกาย 3. พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 4. การให้คำแนะนำและการสนับสนุนเพื่อน 5. การเสริมสร้างพลังอำนาจ	
เนื้อหาที่สอน	1. บทนำสู่ "อาหารสุขภาพ" 2. ภาวะโภชนาการเกินและผลกระทบ 3. ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะโภชนาการเกิน 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การรับรู้ส่วนบุคคล การเผชิญปัญหา ความเครียด 5. อาหารสุขภาพ 6. การออกกำลังกาย	

การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้เอื้อต่อการเข้าถึงอาหารสุขภาพ เช่น การจัดอาหารกลางวันที่ประกอบด้วยส่วนประกอบที่ดีต่อสุขภาพ และให้พลังงานที่เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก มีการอบรมแม่ค้าในการจัดทำอาหารสุขภาพ สร้างนโยบายในการให้ห้องอาหารเป็นสถานที่ในการส่งเสริมให้เด็กได้รับอาหารสุขภาพ ไม่มีการขายขนม ลูกอม ที่ไม่ดีต่อเด็ก (Brown & Summerbell, 2009; Downey et al., 1987; Eisenmann et al., 2008)

ปัจจัยความสำเร็จในการส่งเสริมโภชนาการในโรงเรียนมีความหลากหลาย ทั้งในด้านความร่วมมือภายในโรงเรียน การบูรณาการโภชนาการเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมโรงเรียน การสนับสนุนด้านงบประมาณ และการสนับสนุนด้านความรู้ทางวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Rowe, Steward, & Somerset, 2010)

การสร้างความร่วมมือภายในโรงเรียนถือเป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมโภชนาการในเด็ก โดยการแสดงให้เห็นว่าโภชนาการสามารถแทรกเข้าไปในเนื้อหาหลักสูตรที่มีอยู่ และส่งผลดีต่อนักเรียน โดยไม่ได้เป็นการเพิ่มภาระของครู ทำให้ครูตระหนักถึงความสำคัญ และเกิดแรงจูงในในการเข้ามามีส่วนร่วม หรือ การใช้แนวทางที่กำหนดในการประยุกต์สู่การสอนของตนเอง เมื่อกระทำแล้วและเห็นผลดีของการกระทำ ทำให้เกิดการกระทำอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยสำคัญในขั้นตอนนี้คือ การสร้างความเข้าใจในพฤติกรรมเป้าหมายระหว่างครู นักเรียน และผู้ปกครอง ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจในกิจกรรม การบูรณาการโภชนาการเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมโรงเรียน เป็นการบูรณาการประเด็นอาหารเข้าสู่โครงสร้างหลักสูตรที่มีอยู่แล้ว ทั้งในส่วนของสาระวิชา วิธีการจัดการเรียนการสอน รวมทั้งการจัดสถานที่ทางกายภาพ เช่น โรงอาหารให้เป็นทั้งพื้นที่ที่สนับสนุนให้มีอาหารสุขภาพ พื้นที่สาธิต และ แหล่งความรู้ที่นักเรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลที่จำเป็นได้

การสนับสนุนด้านงบประมาณ ส่วนหนึ่งเป็นการสนับสนุนที่มาจากงบประมาณภายในของโรงเรียนเอง และการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอก การสร้างความยั่งยืนของความร่วมมือ จึงควรเป็นการลงทุนจากทั้งสองฝ่าย โดยใช้การสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกในการเริ่มและดำเนินกิจกรรม หลังจากนั้นการสนับสนุนจากภายในโรงเรียนเป็นการสนับสนุนให้เกิดการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการประเมินผลเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่เป็นระบบ

การสนับสนุนด้านความรู้ทางวิชาการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบของการสนับสนุนความรู้ด้านวิชาการ อุปกรณ์ และบุคลากร เพื่อสนับสนุนให้กิจกรรมเป็นไปตามแผนที่วางไว้ และมีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามที่กำหนดไว้

ความเชื่อมโยงของการจัดกิจกรรมการส่งเสริมโภชนาการในระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน

ซึ่งเป็นการแสดงให้เห็นถึงกิจกรรมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในระดับบุคคล ที่ได้รับอิทธิพลและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานของครอบครัว และโรงเรียน ที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการของชุมชนในภาพรวม ซึ่งสามารถสรุปได้ดังแสดงในตารางที่ 4-9

ตารางที่ 4-9 การเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน

	กิจกรรม	การเปลี่ยนแปลงระยะสั้น	การเปลี่ยนแปลงระยะกลาง	การเปลี่ยนแปลงระยะยาว	ผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน
บุคคล	การวางเป้าหมายส่วนบุคคล	การเลือกซื้ออาหารของบุคคล	การเพิ่มปริมาณอาหารสุขภาพที่รับประทาน 5 วัน/สัปดาห์	การรับประทานอาหารสุขภาพทุกวัน	ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ
	การนับก้าวเดินในแต่ละวัน	การเพิ่มระดับการออกกำลังกาย	เพิ่มเวลาออกกำลังกาย 1 ชั่วโมง/วัน	การออกกำลังกายทุกวัน น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์	เพิ่มความร่วมมือระหว่างครอบครัว โรงเรียน และชุมชน
	การกำหนดเมนู อาหาร การบันทึกอาหารที่กินในแต่ละวัน	ความตระหนักความสำคัญของอาหารสุขภาพ	ลดเวลาในการดูทีวีเหลือ 2 ชั่วโมง/วัน	ลดเวลาในการดูทีวี	เด็กประสบความสำเร็จในการเรียน
				เพิ่มการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียน/ชุมชน	โรงเรียนและชุมชนเป็นสถานที่ปลอดภัย และทำงานร่วมกัน
ครอบครัว	การสร้างความตระหนักในครอบครัว	ให้ความสำคัญกับ การเลือกซื้ออาหารสุขภาพ	การซื้ออาหารที่เหมาะกับสุขภาพ	การซื้ออาหารสุขภาพสำหรับครอบครัว	ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ
	การวาง เป้าหมายส่วนบุคคลของแต่ละคนในครอบครัว	การเปลี่ยนแปลงการกิน การออกกำลังกาย	เพิ่มความสามารถในการลดแรงกระตุ้นจากโฆษณา	การออกกำลังกายทุกวัน	ครอบครัวสุขภาพดี

ตารางที่ 4-9 การเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน (ต่อ)

	กิจกรรม	การเปลี่ยนแปลงระยะสั้น	การเปลี่ยนแปลงระยะกลาง	การเปลี่ยนแปลงระยะยาว	ผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน
			ใช้เวลาว่างของครอบครัวในการออกกำลังกาย	ลดเวลาในการดูทีวี	เพิ่มการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียน/ชุมชน
				เพิ่มการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียน/ชุมชน	
โรงเรียน	การมีและใช้นโยบายส่งเสริมสุขภาพ	มาตรการในการส่งเสริมโภชนาการ และการออกกำลังกาย	การปรับเปลี่ยนมาตรการโดยใช้ความต้องการของนักเรียนบุคลากร	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอาหารและออกกำลังกาย	โรงเรียนเป็นสถานที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพ
	การสร้างแรงจูงใจในโรงเรียน ร้านขายอาหารสุขภาพ อาหารกลางวันเมนูสุขภาพการออกกำลังกายร่วมกัน	นักเรียนและบุคคลากรให้ความสำคัญกับอาหารสุขภาพและการออกกำลังกาย	เพิ่มสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการดูแลสุขภาพ	นักเรียนและบุคคลากรมีและใช้ทักษะในการเลือกอาหารสุขภาพและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง	นักเรียนและบุคลากรมีน้ำหนักในเกณฑ์ปกติ
	ประกวดเด็กสุขภาพดี ครูต้นแบบ	เพิ่มความตระหนักของบุคคลากรนักเรียนในโรงเรียน	ความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพและการออกกำลังกายและอาหารสุขภาพ	การออกกำลังกายและอาหารสุขภาพเป็นที่แพร่หลายในโรงเรียน	ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ อัตราการขาดงานขาดเรียนลดลง

ตารางที่ 4-9 การเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน (ต่อ)

	กิจกรรม	การเปลี่ยนแปลงระยะสั้น	การเปลี่ยนแปลงระยะกลาง	การเปลี่ยนแปลงระยะยาว	ผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว โรงเรียน ชุมชน
ชุมชน	การสร้างความตระหนักในชุมชน ผ่านการให้ข้อมูลแก่สาธารณะ สื่อทีวี วิทยุ แผ่นพับ โบรชัวร์	การร่วมสนับสนุนการจัดกิจกรรมต่างๆในชุมชน	ความร่วมมือขององค์กรที่รับผิดชอบสุขภาพ	ความร่วมมือขององค์กรที่รับผิดชอบสุขภาพ	ครอบครัวสุขภาพดี
		การใช้สื่อสาธารณะในการเผยแพร่ข้อมูลให้ถึงกลุ่มเป้าหมาย			อัตราการขาดงานลดลง
					โรงเรียนที่ให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายและอาหารสุขภาพเพิ่มขึ้น
					ความร่วมมือระหว่างบ้าน โรงเรียน และชุมชนเพิ่มขึ้น

การสร้างเสริมโภชนาการในชุมชนใช้กลวิธีในการส่งเสริมการเรียนรู้และการตลาดเชิงสังคม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพิ่มปริมาณการรับประทานผักและผลไม้ และลดการรับประทานอาหารมัน และส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยใช้กลวิธีในการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการจัดหา และขายอาหารสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งระดับบุคคล และชุมชน การเปลี่ยนแปลงในระดับชุมชนเน้นที่การสร้าง

มาตรการต่าง ๆที่เกิดจากความต้องการของชุมชนที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค การสร้างความเชื่อมโยงของกลุ่ม องค์กรภาคีเครือข่ายต่าง ๆในชุมชนในการสนับสนุนการผลิตและจัดหาอาหารสุขภาพ และการส่งเสริมให้สภาพแวดล้อม เช่น โรงเรียน สถานประกอบการ เป็นสถานที่ที่เหมาะสมต่อการเข้าถึงอาหารสุขภาพ ส่วนการเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล มีจุดเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีกลุ่มเป้าหมายทั้งเด็กและผู้ปกครอง ถือเป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างเด็กและผู้ปกครอง โดยใช้กลวิธีในการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล ผ่านการให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ การสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการบริโภคอาหารสุขภาพ การฝึกฝนทักษะเพื่อให้เกิดการปฏิบัติได้จริงในสถานการณ์ต่าง ๆ และการได้ข้อมูลสะท้อนกลับเพื่อใช้ในการปรับปรุงในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งประเมินผลได้จากพฤติกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนแปลงไป หรือ ผลลัพธ์ที่ได้ เช่น น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เป็นต้น ส่วนการประเมินผลในระดับชุมชนเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ได้จากการมีส่วนร่วมของกลุ่มหรือองค์กรในชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรมโภชนาการ ปริมาณการบริโภคผักผลไม้ ปริมาณการขายอาหารสุขภาพของชุมชน

การจัดการความเครียด

ความเครียด หมายถึง สภาวะการตอบสนองของบุคคลทั้งทางกายและจิตต่อสภาพที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลยังไม่สามารถจัดการกับสิ่งเหล่านั้นได้ทำให้ความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจ ความเครียดที่เหมาะสมจะกระตุ้นให้เกิดการปรับตัวแก้ไขปัญหา เกิดการพัฒนาและสร้างสรรค์ แต่ความเครียดที่มากเกินไปเป็นผลเสียต่อร่างกาย และจิตใจ เกิดความไม่สบายใจทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ทำให้ปรับตัวไม่ได้ แก้ไขปัญหาได้ต่ำกว่าความสามารถที่แท้จริง หรือเกิดโรคทางร่างกายหลายโรคที่อาการเกิดขึ้นสัมพันธ์กับความเครียด และการตอบสนองต่อสิ่งเร้าก่อให้เกิดความเครียดในแต่ละบุคคลแตกต่างกันตามปัจจัยภายใน เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม ส่วนปัจจัยภายนอก เช่น การรักษาด้วยฮอร์โมน ยาและอาหาร นอกจากนี้ ความเครียดหลาย ๆชนิดที่เกิดขึ้นพร้อม ๆกัน ซึ่งจะเพิ่มการกระตุ้นความเครียด มีผลทำให้การต้านทานต่อสิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความเครียดลดลง (Selye, 1976)

ดอคินส์และคณะ (Dawkins, Depp, & Selzer, 1985) ได้แบ่งระดับความเครียดออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

1. ความเครียดระดับต่ำ (mild stress) เป็นความเครียดที่เกิดจากสาเหตุ หรือสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคามบุคคลนาน ๆ ครั้ง หรือเพียงเล็กน้อย ความรู้สึกเครียดจะเกิดขึ้น และหมดไปในระยะเวลาอันสั้น เพียงนาที หรือชั่วโมงเท่านั้น และยังช่วยกระตุ้นให้บุคคลตื่นตัวและกระตือรือร้น
2. ความเครียดระดับปานกลาง (,oderate stress) เป็นความเครียดที่รุนแรงกว่าระดับแรก เกิดขึ้นจากสาเหตุหรือสถานการณ์ที่เข้ามาคุกคามบุคคลบ่อยครั้ง หรือถูกคุกคามเป็นเวลา

นานขึ้น เป็นวิกฤติการณ์อย่างหนึ่งในชีวิตที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่าอยู่ในระหว่างความสำเร็จและความล้มเหลว ไม่อาจแก้ไขหรือปรับตัวได้ในเวลาอันรวดเร็ว ความรู้สึกเครียดนี้จะคงอยู่นานหลายชั่วโมงหรือเป็นวัน มีผลทำให้บุคคลมีการแสดงออกของความเครียด เช่น ปฏิเสธ ก้าวร้าว เงียบขรึมเนื่องจากไม่อาจควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ และมีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต

3. ความเครียดระดับสูง (severe stress) เป็นความเครียดที่รุนแรงมาก เกิดขึ้นจากสาเหตุหรือสถานการณ์ที่รุนแรง หรือมีหลายสาเหตุร่วมกันเข้ามาคุกคามอย่างต่อเนื่องความรู้สึกเครียดจะคงอยู่นานเป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือเป็นปี เป็นผลมาจากบุคคลไม่สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่คุกคามอย่างต่อเนื่อง และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือในการเผชิญกับสถานการณ์นั้น ๆ จะทำให้เกิดความเหนื่อยหน่าย และปรับตัวไม่ได้ตามมา

ส่วนผลกระทบที่เกิดจากความเครียด (Cohen, Tyrell, & Smith, 1993) มีดังนี้

1. ผลกระทบต่อร่างกาย ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจที่สูงขึ้น กล้ามเนื้อเกร็ง หายใจขัด ปวดศีรษะ อ่อนล้า รู้สึกเกร็งที่บ่า คอ หรือหลัง ปวดท้อง เบื่ออาหาร เป็นโรคกระเพาะ เป็นต้น
2. ผลกระทบต่อความคิดและความวิตกกังวล จะมีความกังวลมากเกินไป ในสิ่งเล็ก ๆ น้อย ๆ มักคิดถึงสิ่งต่าง ๆ ในแง่ร้าย
3. ผลกระทบต่ออารมณ์ ได้แก่ รู้สึกกลัว โกรธ วิตก หรือเศร้าอย่างไม่มีเหตุผล มักคิดถึงสิ่งต่าง ๆ ในแง่ลบ
4. ผลกระทบต่อการแสดงออก ได้แก่ มีความคิดแคบ ไม่ยืดหยุ่น มีความสับสน ความจำเสื่อม ทำงานผิดพลาดบ่อย ๆ ขาดสมาธิ สูญเสียความคิดสร้างสรรค์
5. ผลกระทบต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ เป็นคนขี้อาย ไม่กล้าแสดงออก ไม่สนใจคนรอบข้าง ไม่ให้ความร่วมมือกับผู้อื่น มักแสดงความขัดแย้งและไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น
6. ผลกระทบต่อพฤติกรรม ได้แก่ ติดสุรา บุหรี่ หรือยาเสพติด มีการรับประทานอาหารผิดปกติ นอนไม่หลับ เป็นต้น

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด สามารถแบ่งได้เป็น 10 ด้าน (Luckmann & Sorenson, 1987) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านพันธุกรรม (genetic factors) ได้แก่ การทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายผิดปกติตลอดจนโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม
2. ปัจจัยด้านกายภาพและเคมี (physical and chemical factors) ได้แก่ ความร้อน ความเย็น แสงแดด รังสี การที่ร่างกายได้รับอินซูลินมากเกินไปทำให้ร่างกาย หมดสติ หรือร่างกาย

สะสมโคเรสเตอรอล มากเกินไปทำให้เกิดภาวะเส้นเลือดแข็ง การขาดสารอาหารต่างๆขาดออกซิเจน สูญเสียเกลือแร่

3. ปัจจัยด้านจุลินทรีย์และปาราสิต (microorganism and parasites factors) เช่น แบคทีเรีย ไวรัส พยาธิต่างๆ เป็นต้น
4. ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) ได้แก่ สภาพการเจริญเติบโต ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามวัย เช่น การย่างเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ การตั้งครรภ์ รวมถึงกระบวนการเจริญเติบโตและพัฒนาการช่วงวัยต่างๆ เช่น วัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นวัยที่ต้องเข้าสู่สังคม ต้องต่อสู้แข่งขัน วัยผู้ใหญ่ตอนกลางจะรู้สึกว่าชีวิตวุ่นวายต้องเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ มากมาย วัยผู้ใหญ่ตอนปลายจะรู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า ร่างกายมีแต่ความเสื่อมสลาย ทำให้รู้สึกสิ้นหวังว้าเหว่
5. ปัจจัยด้านขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม (cultural factors) เนื่องจากสภาพทางสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มนุษย์จะต้องมีการปรับตัวเพื่อให้อยู่ในสังคมได้ โดยจะต้องมีทัศนคติ ค่านิยมและความเชื่อที่คล้ายคลึงกัน เพื่อให้เป็นที่ยอมรับซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อบุคลิกภาพ
6. ปัจจัยด้านการเผชิญกับสิ่งที่ต้องตัดสินใจ (endure shock factors) การเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่เคร่งครัด เช่น การจราจรติดขัด เสียงรบกวนต่างๆ และต้องมีการใช้ความคิดเพื่อคัดเลือกหรือตัดสินใจต่อสภาพแวดล้อมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ถ้าหากบุคคลไม่สามารถตัดสินใจได้ ก็จะเกิดความวิตกกังวล เกิดความซึมเศร้าอย่างรุนแรงหรือเฉยชาเหมือนไม่มีชีวิตจิตใจ
7. ปัจจัยด้านการเคลื่อนย้าย (migration factors) การที่ต้องโยกย้ายเปลี่ยนสถานที่ทำงาน หรือที่พัก อาศัยทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์นั้น ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดได้
8. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (economic factors) ได้แก่ ฐานะการเป็นอยู่ที่ขัดสน ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมา เช่น ปัญหาสุขภาพ ปัญหาสังคม
9. ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพ (occupational factors) อาชีพที่มีความรับผิดชอบสูงหรือมีการแข่งขัน หรือมีความซ้ำซากน่าเบื่อ จะทำให้บุคคลนั้นเครียดได้ง่าย
10. ปัจจัยด้านเทคโนโลยีและทางสังคม (technologies and societies factors) ได้แก่ เทคโนโลยีด้านอุตสาหกรรมก่อให้เกิดปัญหาด้านมลภาวะ เทคโนโลยีด้านการแพทย์ก่อให้เกิดปัญหาการใช้ยา นอกจากนั้น วิวัฒนาการทางเทคโนโลยี ทำให้มนุษย์ใช้เครื่องทุ่นแรงต่างๆ จึงก่อให้เกิดปัญหาขาดการออกกำลังกาย ในที่สุดก็เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ

สำหรับในประเทศไทย การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดของคนไทย ย้อนหลัง 25 ปี จำนวน 490 เรื่อง (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2551) พบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความเครียด คือ

1) ปัจจัยทางชีวสังคมและส่วนบุคคล ได้แก่ ความบกพร่องและความพิการทางกาย อายุพ่อแม่ สาขาที่เรียน ลำดับการเกิด รายได้และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน 2) ปัจจัยทางจิตลักษณะ ได้แก่ ความกังวลใจ สุขภาพจิต อัตมโนทัศน์ การเห็นคุณค่าในตนเอง และคุณธรรม/จริยธรรม 3) ปัจจัยทางสังคม การปฏิรูปการศึกษา ความคาดหวังของผู้ปกครอง คุณภาพทางการศึกษา ภาระ/ความรับผิดชอบต่องาน สภาพแวดล้อมในชุมชนที่อาศัย และชั่วโมงทำงานต่อวัน ผลการสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในช่วงตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2550 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ผลการสำรวจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดร้อยละ 46.9-50.1 ปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด มากที่สุดคือ เรื่องงาน รองลงมาเป็นปัญหาด้านการเงิน โดยเพศหญิงมีความเครียดสูงกว่าเพศชาย วัยทำงานเป็นช่วงอายุที่มีมากกว่ากลุ่มอื่น โดยกรมสุขภาพจิตมีเป้าหมายในการดำเนินงานให้ประชาชนไทยมีความเครียดในระดับปกติไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และร้อยละ 90 ของประชาชนสามารถจัดการกับปัญหาความเครียดของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2551)

การจัดการกับความเครียดเป็นการกระทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง เพื่อการผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้นจากความไม่สมดุลของสภาวะทางร่างกาย และจิตใจ ที่เกิดผลกระทบจากสิ่งเร้าที่ไม่ต้องการ ทั้งจากภายในและภายนอกร่างกาย เป้าหมายของการจัดการกับความเครียด ไม่ใช่การระงับหรือหลีกเลี่ยงความเครียด แต่เน้นการจัดการกับอารมณ์ และการช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

หลักการจัดการกับปฏิกิริยาของอารมณ์ต่อความเครียด (dealing with the emotional reactions to stress) ประกอบด้วย

1. ตระหนักรู้ถึงการเกิดความเครียดและปฏิกริยาของอารมณ์และร่างกายต่อความเครียด คือ การที่บุคคลตระหนักรู้ถึงอาการที่แสดงว่าเริ่มมีความเครียด เช่น รู้สึกหงุดหงิด ปวดศีรษะ สมาธิลดลง ไม่มีความสุข เมื่อเริ่มรู้ตัวว่าเครียด ต้องพิจารณาว่าอะไรทำให้เครียด แล้วจัดลำดับความเครียดจากน้อยไปมาก ค่อย ๆ แก้ปัญหาที่ต้นเหตุ ถ้าไม่สามารถจัดลำดับของความเครียดได้
2. เรียนรู้การผ่อนคลายอารมณ์และร่างกายจากความเครียด โดยใช้เทคนิคการผ่อนคลายที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความสงบและพร้อมที่จะจัดการกับความเครียดต่อไป วิธีการผ่อนคลายต่าง ๆ ได้แก่ การฝึกหายใจ การฝึกสมาธิเบื้องต้น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสร้างภาพในจินตนาการ การออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมนันทนาการ การเลี้ยงสัตว์เลี้ยง

การจัดการความเครียดในชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลหลาย ๆ ฝ่าย ทั้งบุคลากรในภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรประชาชน จึงจะสามารถรับมือกับ

ปัญหาที่เพิ่มขึ้นทั้งปริมาณและความรุนแรง การสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแบบองค์รวม โดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยจัดบริการเชิงรุกสู่ชุมชน จึงควรดำเนินการโดยการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตตลอดจนเผยแพร่แนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาแก่ประชาชนทั่วไปในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

การดำเนินงานในการจัดการความเครียดในระดับชุมชน ควรครอบคลุมทั้ง 3 ระดับ ดังนี้

1. การป้องกันโรคแบบปฐมภูมิ (primary prevention) ซึ่งคือการหยุดกระบวนการที่ก่อให้เกิดโรค ซึ่งสามารถทำได้โดยเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพในการดำเนินการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้กับประชาชนในเรื่อง ความเครียด เทคนิคการคลายเครียดและการดูแลสุขภาพจิต การเผยแพร่องค์ความรู้สุขภาพจิตครอบครัวและส่งเสริมครอบครัวอบอุ่น เสริมสร้างความฉลาดทางอารมณ์ เผยแพร่องค์ความรู้ด้านทักษะชีวิต โดยเครือข่ายแกนนำเยาวชนในโรงเรียนกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนแก่เยาวชน สร้างเสริมสุขภาพจิตกลุ่มวัยทำงานซึ่งมักขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการผ่านช่องทางสื่อสารมวลชนที่มีอยู่ในชุมชน ในชุมชนพุทธซึ่งมีพระสงฆ์เป็นที่พึ่งทางใจของคนทั่วไป เป็นผู้ชี้แนวทางในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมเป็นบุคคลที่คนในชุมชนเคารพศรัทธา ดังนั้น ถ้าหากพระสงฆ์ได้รับการเพิ่มพูนศักยภาพในการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจแก่คนในชุมชน และสามารถนำหลักธรรมะมาเชื่อมโยงกับเนื้อหาสุขภาพจิตสำหรับเผยแพร่แก่ประชาชนทั่วไปได้ จะเป็นกำลังสำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและส่งเสริมสุขภาพจิตของคนในชุมชนได้ นอกจากนี้การจัดกิจกรรมกีฬา / สันทนาการในชุมชนจะเป็นการช่วยผ่อนคลายด้านอารมณ์ สร้างสุขภาพกาย ให้เยาวชนรู้จักใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ไม่ไปมั่วสุมกับอบายมุข เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตได้เป็นอย่างดี
2. การป้องกันโรคแบบทุติยภูมิ (secondary prevention) คือค้นหาโรคในระยะเริ่มต้นและให้การรักษา สามารถดำเนินการได้โดยการประเมินความเครียด ประเมินความเสี่ยงและการช่วยเหลือผู้ฆ่าตัวตาย/โรคซึมเศร้า และดำเนินการให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม การให้คำปรึกษาครอบครัว หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ การจัดให้มีสายด่วนสุขภาพจิต แก้ปัญหาชีวิตโดยแกนนำ สามเณรและพระสงฆ์กัลยาณมิตร และบริการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยผลจากการสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดของคนไทย (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2551) พบว่า โปรแกรมจัดกระทำเพื่อลดความเครียด ที่มีอิทธิพลต่อการลดความเครียดสูง ได้แก่ การฝึกการควบคุมตน โปรแกรมการให้ช่วยเหลือ/พึ่งตนเอง การทำกลุ่มจิตศึกษา การให้คำปรึกษา การสอนกลุ่มย่อย และการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
3. การป้องกันโรคแบบตติยภูมิ (tertiary prevention) เป็นการรักษาและฟื้นฟูเพื่อป้องกันและลดความพิการ เช่น การช่วยเหลือทางจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ และพัฒนาระบบส่งต่อ

แบบเชื่อมโยง ทั้งระบบส่งต่อภายในสถานบริการและระบบส่งต่อระหว่างสถานบริการ จนสามารถติดตามดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องแบบองค์รวม

การดำเนินงานโครงการบูรณาการจัดการความเครียด สร้างเสริมสุขภาพจิตชุมชนและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแบบองค์รวมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สร้างพลังชุมชนในการร่วมมือประสานงานสร้างแกนนำสุขภาพจิตในระดับหมู่บ้าน แกนนำสุขภาพจิต เยาวชนในโรงเรียน แกนนำพระ สามเณรในวัด ซึ่งจะเป็นพลังขับเคลื่อนในการช่วยเหลือทางด้านสังคมและจิตใจแก่ประชาชนในชุมชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งเชิงรับและเชิงรุก จะช่วยให้ผู้ประสบภาวะวิกฤติ ได้รับการช่วยเหลือให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตสุขภาพจิตโดยปลอดภัย และสามารถให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขต่อไป

การลดพฤติกรรมเสี่ยง

พฤติกรรมเสี่ยง คือพฤติกรรมที่นำมาหรือเป็นสาเหตุให้เกิดความเสี่ยงต่อการดำเนินชีวิต ทำให้ร่างกายเป็นอันตราย สูญเสียหน้าที่ หรือเสียชีวิต พฤติกรรมเสี่ยงที่พบบ่อยและเป็นเหตุให้เกิดการสูญเสียชีวิต ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ เริ่มต้นจากการมีแฟนเร็วเกินไป การเริ่มมีสัมผัสแตะเนื้อต้องตัว กอดจูบ อยู่กันตามลำพัง และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะ บุหรี่ และสุรา การเข้าใจและหาทางป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงจึงเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นเพื่อป้องกันปัญหาพฤติกรรมและผลเสียหายที่จะเกิดตามมา

สาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยง เกิดจากปัจจัยทางจิตใจและสังคม ดังนี้

1. ขาดความรู้ทักษะและความตระหนัก ความรู้และทักษะที่จำเป็น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัย อันตรายและความเสี่ยงต่างๆ ในการดำเนินชีวิต ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศ การจัดการอารมณ์เพศตนเอง การแก้ไขปัญหาต่างๆ ในชีวิต การปฏิเสธการมีกิจกรรมที่เป็นสุขเป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น รวมถึงการขาดความตระหนักและจริงจังต่อการป้องกันตนเอง เห็นประโยชน์ของการป้องกัน และเห็นโทษหรือพิษภัยจากพฤติกรรมเสี่ยงจนใช้เป็นหลักในจิตใจที่จะไม่ทำพฤติกรรมนั้น
2. ขาดการควบคุมตนเอง ความรู้ ทักษะและความตระหนัก อาจไม่ช่วยป้องกันความเสี่ยง ถ้าไม่มีการควบคุมตนเองดีเพียงพอ อาจคล้อยตามเพื่อนหรือสิ่งแวดล้อมได้ นอกจากนี้สุรายังเป็นสาเหตุที่ทำให้จิตใจเสียการควบคุมตนเอง อาจทำให้มีพฤติกรรมเสี่ยงได้
3. ปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ หรือโรคทางจิตเวช ทำให้ขาดความสุข เก็บกดความทุกข์ใจ ความก้าวร้าว หรือเคยโดนกระทำทารุณทางกายหรือทางเพศ จะแสดงออกเป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เพื่อชดเชย ปิดบัง หรือระบายอารมณ์เป็นพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้บุหรี่หรือสุราเพื่อลดความเครียดหรืออารมณ์เศร้า

4. อิทธิพลของสิ่งแวดล้อม ทัศนคติและแบบอย่างในครอบครัว ความเป็นสุขของครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การต้องการเป็นที่ยอมรับของสังคม การชักจูงใจจากแฟชั่น ดารา นักร้อง การโฆษณา ค่านิยมทางวัตถุนิยม

การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง

การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทำได้โดยลดปัจจัยสาเหตุ เพิ่มปัจจัยป้องกัน และจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ดังนี้

1. การให้ความรู้ที่จำเป็น ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเพศ ความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัย อันตรายและความเสี่ยงต่างๆ ในการดำเนินชีวิต
2. การฝึกทักษะในการรู้จักอารมณ์และความคิดตนเอง จัดการกับอารมณ์ได้ จัดการอารมณ์เพศตนเอง การแก้ไขปัญหาต่างๆในชีวิต การปฏิเสธ การมีกิจกรรมที่เป็นสุขเป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น
3. สร้างความตระหนักในการป้องกันความเสี่ยง จริงจังต่อการป้องกันตนเอง เห็นประโยชน์ของการป้องกัน และเห็นโทษหรือพิษภัยจากพฤติกรรมเสี่ยง จนใช้เป็นหลักในจิตใจที่จะไม่ทำพฤติกรรมนั้น
4. ฝึกการควบคุมตนเอง ฝึกจิตใจให้เข้มแข็ง การรู้จักจิตใจตนเองและควบคุมได้ รู้จักยั้งคิด ฝึกระเบียบวินัยที่มาจากภายในใจตนเอง ฝึกการปฏิเสธการดื่มสุราเป็นสาเหตุที่ทำให้จิตใจเสียการควบคุมตนเอง
5. สร้างสิ่งแวดล้อมที่ดี พ่อแม่เป็นแบบอย่าง มีทัศนคติที่ดีต่อลูก แสวงหากิจกรรมที่เป็นประโยชน์ ครอบครัวมีความสุข ทัศนคติดีต่อการเรียนรู้ที่ถูกต้อง ส่งเสริมกลุ่มเพื่อนที่ดี ให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อน ครอบครัว ชุมชน และสังคม

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

หมายถึง พฤติกรรมที่จะทำให้ติดโรคทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ พฤติกรรมการเปลี่ยนคู่นอนหลายคน ร่วมเพศกับคนที่ไม่รู้จัก ดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดก่อนร่วมเพศ เนื่องจากจะทำให้มีการร่วมเพศที่เสี่ยงต่อการติดโรค ร่วมเพศกับผู้ติดยาเสพติด และไม่สวมถุงยางขณะร่วมเพศกับคนที่ไม่ใช่ภรรยา ปัญหาพฤติกรรมทางเพศถือเป็นปัญหาสำคัญประการหนึ่ง ที่ส่งทั้งผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อม ได้แก่ การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนา โรคทางเพศสัมพันธ์ การทำแท้ง รวมถึงปัญหา เด็กถูกทอดทิ้ง ฯลฯ ซึ่งล้วนเป็นผลพวงจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ที่ประชากรไทยโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน

จากการศึกษาของสำนักวิจัยเอแบคโพลล์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ (2549) เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ของวัยรุ่นอายุ 15-24 ปี พบว่า จำนวน ร้อยละ 42.4 เคยมีประสบการณ์ด้านเพศสัมพันธ์ และกลุ่มตัวอย่างจำนวนถึง ร้อยละ 60.8 เคยมีเพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน โดยฝ่ายชาย มีแนวโน้มมีเพศสัมพันธ์กับคนจำนวนมากกว่าฝ่ายหญิง ประสบการณ์ด้านการบริโภคข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องเพศในด้านต่างๆ พบว่าส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 91.5 เคยมีประสบการณ์ ทั้งนี้ร้อยละ 60.4 ระบุว่าเคยดูหนังโป๊จากวีดีโอ / วีซีดี ขณะที่ร้อยละ 45.9 เคยดู / อ่านหนังสือโป๊ ร้อยละ 31.7 เคยดูเว็บโป๊ทางอินเทอร์เน็ต ที่น่าสนใจกว่านั้นตัวอย่างร้อยละ 7.6 เคยดูผู้อื่นมีเพศสัมพันธ์กัน และร้อยละ 3.9 เคยใช้บริการพูดคุยเรื่องเพศสัมพันธ์ทางโทรศัพท์

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศ ประกอบด้วย

1. ปัจจัยจากครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูกซึ่งเป็นสถาบันแรกที่ได้รับการอบรมเลี้ยงดูและได้รับความรู้ต่างๆ จากพ่อแม่และบุคคลในครอบครัวถ้าครอบครัวใดที่พ่อแม่และบุคคลในครอบครัวมีการศึกษา และถ่ายทอดสิ่งที่ดีมีคุณค่ากับเด็ก เด็กก็จะได้รับการซึมซับสิ่งที่ดีมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ แต่เด็กที่เกิดในครอบครัวที่เป็นแบบอย่างในทางตรงข้าม เช่น พ่อ แม่ หรือบุคคล ครอบครัวมีการศึกษาน้อย ยากจน พ่อแม่มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง เช่น พูดจาหยาบคาย ไม่สุภาพ และมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมเด็กก็จะซึมซับเอาพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องนั้นมาเป็นพฤติกรรมของตนเอง
2. ปัจจัยจากเพื่อน เพื่อนเป็นคนที่ชอบพอรักใคร่ของเด็กที่อยู่ในวัยเดียวกัน หรือ ใกล้เคียงกันมีรสนิยมและสนใจเรื่องต่างๆ เหมือนกัน เพื่อนจึงมีอิทธิพลอย่างมากทั้งทางดี และไม่ดี เด็กที่รู้จักคบเพื่อนที่ดีมาจากครอบครัวที่เป็นแบบอย่างที่ดีเด็กก็จะได้เพื่อนที่ดีชักชวนกันทำกิจกรรมที่ดีมีประโยชน์ เช่น รักเรียน ช่วยเหลือผู้อื่น อยู่ในกรอบระเบียบที่ดีของสังคม
3. ปัจจัยจากสังคม ปัญหาพฤติกรรมทางเพศที่มีอิทธิพลมาจากสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วจนทำให้คนในสังคมแตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มที่ด้อยโอกาสทางการศึกษา อีกกลุ่มหนึ่งเกิดจากวิกฤติทางเศรษฐกิจทำให้มีสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนไป และกลุ่มที่ตามยุคสมัยจนเกินไปและนำความทันสมัยมาใช้ในทางที่ผิด โดยการเลียนแบบพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศและพฤติกรรมผิดๆจากสิ่งที่ทันสมัย เช่น จากสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อโทรทัศน์ และอินเตอร์เน็ตมากจนเกินไป จึงทำให้เกิดปัญหามากในปัจจุบัน

การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในชุมชน

การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในชุมชนนั้นมีหลักการเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในกลุ่มวัยรุ่น หรือถ้าเกิดเหตุการณ์ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ก็ต้องหาทางช่วยเหลือให้คำแนะนำที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งโรงเรียน ครอบครัวและชุมชนสามารถจัด

กิจกรรมต่างๆ ได้อย่างหลากหลาย เช่น

1. การสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน ส่วนใหญ่จะอยู่ในวิชาสุขศึกษา ซึ่งครูผู้สอนต้องสอนให้วัยรุ่นเกิดความตระหนักถึงผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน สอนถึงวิธีการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ และการป้องกันการติดต่อของโรคทางเพศสัมพันธ์ สอนให้ผู้หญิงรู้เท่าทันเล่ห์เหลี่ยมผู้ชาย ตลอดจนเรื่องอื่น ๆ ที่เห็นว่าจะเป็นประโยชน์แก่วัยรุ่น
2. การให้คำปรึกษารายกลุ่มกับวัยรุ่นในกลุ่มเสี่ยง โรงเรียนจะต้องมีการคัดแยกนักเรียนที่จัดว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ออก เพื่อให้คำปรึกษาเป็นกลุ่มย่อย ๆ กลุ่มละ 8 - 10 คน หรือน้อยกว่านี้ โดยจัดให้พวกเขามาร่วมกันปรึกษาหารือ บอกเล่าเรื่องราวความรู้สึกทุกข์ร้อนให้เพื่อนในกลุ่มได้ทราบ จะทำให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่นมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำให้รู้ว่าปัญหาไม่ใช่มีกับเราคนเดียว คนอื่น ๆ ก็มีปัญหาเหมือนกัน จะทำให้เกิดกำลังใจและมีความกล้าที่จะเผชิญปัญหาและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน ช่วยกันหาแนวทางแก้ปัญหาที่หลากหลายรูปแบบจนได้ข้อสรุปที่นำไปสู่การเลือกและตัดสินใจ นอกจากนี้สิ่งที่สำคัญยิ่งที่จะทำให้กิจกรรมนี้สำเร็จก็คือ ความรู้ ความชำนาญ และเทคนิคที่ดีของผู้ให้คำปรึกษา (counselor) ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่มในการเอื้ออำนวยให้เกิดบรรยากาศที่อบอุ่น ร่วมมือกันเพื่อให้ได้แนวทางแก้ปัญหาที่หลากหลาย สามารถนำไปใช้ในการพิจารณาตัดสินใจแก้ปัญหาได้ ซึ่งจะทำให้นักเรียนคิดเป็น รู้จักฟัง รู้จักวิธีการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างถูกต้อง
3. การจัดเข้าค่ายเพศศึกษา ขณะนี้มีบางหน่วยงานได้จัดให้วัยรุ่นเข้าค่ายเพศศึกษา ซึ่งผลที่ได้รับก็เป็นที่น่าพอใจ ทางโรงเรียนควรศึกษาวิธีการจัดเข้าค่ายเพศศึกษาจากหน่วยงานหรือผู้ที่มีประสบการณ์ หรืออาจขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานที่เคยจัดมาแล้ว โดยจะจัดในโรงเรียนหรือนอกสถานที่ก็ได้ กลุ่มเป้าหมายอาจเป็นกลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ หรือคละกัน แล้วแต่วัตถุประสงค์ของทางโรงเรียน
4. การแนะแนว เป็นการแนะแนวให้รู้จักตัวตนของตนเอง และประพฤติปฏิบัติตนให้เหมาะสมในเรื่องที่เกี่ยวกับเพศตรงข้าม รู้จักวางแผนชีวิต ซึ่งในเรื่องนี้ทุกโรงเรียนจะมีฝ่ายแนะแนวทำหน้าที่หลัก แต่ครูอื่น ๆ ได้แก่ อาจารย์ที่ปรึกษาก็ควรจะทำหน้าที่ครูแนะแนวด้วยเพราะเด็กนักเรียนเยาว์วัยและต้องการคนที่คอยดูแล ชี้แนะให้คำปรึกษาแก่เขาด้วยความรักความห่วงใยอย่างแท้จริง

สำหรับในครอบครัวนั้น ครอบครัวเป็นหน่วยย่อยที่สุดในสังคม การที่ครอบครัวเข้มแข็ง พ่อแม่ลูกรู้จักพูดคุยแลกเปลี่ยน มีเวลาให้แก่กัน ย่อมเกิดผลดีต่อเด็กและทุกคนในครอบครัว ที่จะได้ช่วยกันสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัว การกระตุ้นให้ครอบครัวมีความตระหนักช่วยเหลือป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นมาตรการที่สำคัญยิ่งเช่นกัน เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพควรแนะนำให้พ่อแม่ผู้ปกครองเรียน

รู้ที่จะพูดกับลูกหลานถึงการประพฤติปฏิบัติในการครองตัวครองตนให้พ้นภัยจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ รู้จักวิธีการพูดคุยเพื่อสร้างความเข้าใจ ที่สำคัญต้องพูดสอนให้เขาคิดให้เป็นตัดสินใจได้ด้วยตนเองในการปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ รู้จักยับยั้งชั่งใจก่อนจะมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร รู้จักเข้าใจและปฏิบัติถูกต้องในการป้องกันการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอันนำไปสู่การติดเชื้อในที่สุด

ส่วนของชุมชนนั้น เครือข่ายในชุมชนและสังคมก็เป็นอีกองค์กรหนึ่งที่มีความสำคัญมากในการป้องกันการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อาจร่วมมือกันจัดกิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ ให้ลูกหลานในชุมชนตระหนักถึงผลเสียของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จัดกลุ่มเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงคอยสอดส่องดูแลเป็นหูเป็นตาแทนพ่อแม่ของวัยรุ่น คอยสังเกตวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นบางคนมักชอบพาเพื่อนหรือคู่รักของตนมาที่บ้านหรือหอพักขณะที่ไม่มีคน ถ้าผู้ใหญ่ในชุมชนพบเห็นก็ควรแจ้งสถานศึกษา สถานีตำรวจ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือพ่อแม่ผู้ปกครองของวัยรุ่นเหล่านั้น หากรู้จักกับบุคคลนั้นพอที่จะบอกหรือตักเตือนได้ก็ควรกระทำ

พฤติกรรมการสูบบุหรี่

องค์การอนามัยโลกประมาณการเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ของประชากรโลกว่ามีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นจาก 4 ล้านคนในปี ค.ศ.1998 เป็น 10 ล้านคนในปี ค.ศ. 2030 รวมทั้งประมาณการณ์ว่าในปี ค.ศ.2020 การเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จะเป็นสาเหตุของการตาย 1 ใน 3 ของผู้ใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 70 ของสาเหตุการตายนี้จะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา

สำหรับประเทศไทย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) พบว่า สาเหตุการตาย 3 อันดับแรก คือ มะเร็งทุกชนิด (73.3 ต่อแสนประชากร) อุบัติเหตุ (53.3 ต่อแสนประชากร) หัวใจ ความดันโลหิตสูง / หลอดเลือดสมอง (51.2 ต่อแสนประชากร) ส่วนใหญ่ มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เกือบ 10 เท่า โดยในเพศชายมีภาระโรคสูงกว่าเพศหญิง และพื้นที่ในเขตชนบทมีอัตราการสูบบุหรี่สูงกว่าในเขตเมือง

กลวิธีและกิจกรรมการควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน

การดำเนินงานด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน ประกอบไปด้วยกลวิธีการดำเนินงานในเชิงรับในการให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ และกลวิธีการดำเนินงานเชิงรุกในการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสอง และการป้องกันไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่ (สุรินธร กลัมพากร และทัศนีย์ รวิวรกุล, 2550) กิจกรรมการดำเนินงานเชิงรับด้านการควบคุมการบริโภคยาสูบในชุมชน ประกอบด้วย การคัดกรองผู้สูบบุหรี่ การให้ความรู้ การให้การบำบัดโดยไม่ใช้ยา การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ เป็นต้น ซึ่งในการบริการเชิงรับนี้ควรประยุกต์แนวปฏิบัติ 5 As' ในการปฏิบัติงาน ซึ่ง

ประกอบด้วย

1. การสอบถาม (ask) ผู้รับบริการทุกคนควรได้รับการซักถามประวัติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ หลังจากตรวจวัดสัญญาณชีพ และควรมีการใช้ระบบการเตือนอื่นๆ ที่สามารถเตือนให้ทราบทุกครั้งว่าต้องมีการซักประวัติการสูบบุหรี่การบันทึกรายละเอียดไว้เช่น การติดสติกเกอร์หรือการทำแบบบันทึกไว้ที่ป้ายหน้าแฟ้มประวัติผู้รับบริการ การคัดกรองนี้จะช่วยในการค้นหาและนำผู้สูบบุหรี่เข้ามารับการบำบัดเพื่อการเลิกบุหรี่ได้มาก
2. การให้คำแนะนำผู้สูบบุหรี่ทุกคนให้เลิกสูบบุหรี่ (advise) โดยใช้คำพูดทางบวก เป็นกันเอง ชัดเจน พิษภัยของบุหรี่ และข้อดีของการเลิกสูบ พยาบาลควรมีท่าทีที่ชัดเจนและตั้งใจในการเสนอแนะ ชักชวนให้ผู้รับบริการทุกคนที่สูบบุหรี่เลิกบุหรี่
3. การประเมินความสนใจ ความพร้อม หรือตั้งใจในการเลิกบุหรี่ของผู้รับบริการ (assess) เพื่อวางแผนการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่แต่ละรายได้อย่างเหมาะสม เริ่มเมื่อผู้รับบริการที่สูบบุหรี่ได้รับการจำแนกออกมาชัดเจนและเริ่มมีการให้คำแนะนำให้เลิกบุหรี่แล้ว พยาบาลต้องประเมินความตั้งใจ และความมุ่งมั่นที่จะเลิกบุหรี่พร้อมกันไปด้วย ถ้าพบว่าผู้รับบริการมีความตั้งใจที่จะเลิกบุหรี่ ณ เวลานั้นให้เริ่มต้นให้การบำบัดได้ทันที หากผู้รับบริการยังไม่เต็มใจ หรือยังไม่มีความมุ่งมั่นที่จะเลิกบุหรี่ในตอนนั้น ก็ควรเสนอให้ความช่วยเหลือ หากมีความสนใจที่จะเลิกบุหรี่ในภายหลัง และอาจขอเวลาผู้รับบริการได้รับฟังข้อมูลเกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่ และผลกระทบด้านอื่น ๆ กับผู้ที่อยู่ใกล้ชิดโดยไม่ได้เป็นผู้สูบบุหรี่
4. การให้ความช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ (assist) เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ การช่วยฝึกทักษะการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ต้องการเลิกบุหรี่เป็นสิ่งจำเป็น ดังนี้
   1) ระหว่างการเลิกบุหรี่ ไม่ควรยินยอมให้สูบแม้แต่เพียงครั้งเดียวหลังจากถึงกำหนดวันที่ตกลงเลิกบุหรี่แล้ว
   2) ค้นหาประสบการณ์ที่เคยเลิกบุหรี่มาก่อน และนำมาใช้เพื่อการเรียนรู้จุดที่เป็นความสำเร็จ ที่ทำให้มีกำลังใจ และเรียนรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้นและนำไปสู่ความล้มเหลวจนต้องหวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่เพื่อนำมาปรับใช้ในการเลิกบุหรี่คราวนี้
   3) การคาดการณ์อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการเลิกบุหรี่ และพูดคุยเตรียมการหรือค้นหาทางออก หรือแนวทางในการแก้ไขไว้ล่วงหน้า เพื่อนำไปสู่ความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ให้ได้
   4) หลีกเลี่ยงหรือจำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด เพราะจะทำให้โอกาสในการหวนกลับไปสูบบุหรี่ใหม่สูงขึ้น
   5) การจัดการกับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเลิกบุหรี่ เพราะการเลิกบุหรี่จะมีความยุ่งยากอย่างยิ่งเมื่อต้องอยู่ใกล้กับผู้อื่นที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ซึ่งอาจอยู่ในบ้านเดียวกัน หรือทำงานใน

สถานที่ทำงานเดียวกัน ดังนั้นจึงควรชักชวน ผู้ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันหรือในที่ทำงานเดียวกันให้เลิกบุหรี่พร้อมกัน หรืออย่างน้อยก็ไม่สูบบุหรี่ให้ผู้ที่กำลังเลิกบุหรี่เห็น หรือได้กลิ่น

6) ดำเนินการหาแหล่งสนับสนุน ในขณะที่ชักชวนให้ผู้สูบบุหรี่พยายามเลิกบุหรี่ เช่น การยกย่องชื่นชม ในฐานะที่เป็นตัวอย่างที่ดีในการเลิกบุหรี่สำหรับกลุ่ม หรือชุมชนที่ผู้เลิกบุหรี่อาศัยอยู่ เป็นต้น พร้อมทั้งให้ข้อเสนอว่าหน่วยบริการสุขภาพสามารถช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ได้อย่างไรบ้าง

7) ช่วยเหลือผู้เลิกบุหรี่ให้ได้รับการสนับสนุนจากสังคมรอบข้างช่วยผู้เลิกบุหรี่ให้พัฒนาแหล่งสนับสนุนในสังคมมาเสริมความพยายามของเขาในการเลิกบุหรี่ เช่น ขอร้องให้คู่ครอง เพื่อน และผู้ร่วมงาน เป็นกำลังใจ และคอยชื่นชมเมื่อผู้นั้นเลิกบุหรี่ได้ต่อเนื่องหรือปฏิเสธไม่สูบบุหรี่ในแต่ละคราวหรือแต่ละวัน แต่ละสัปดาห์ได้สำเร็จ

8) จัดหาเอกสารความรู้ และคำแนะนำเพิ่มเติมแจกให้ผู้เลิกบุหรี่ ซึ่งประเภทข้อมูลหรือเอกสารเพิ่มเติมที่จัดให้ผู้เลิกบุหรี่ ควรเหมาะสมสอดคล้องกับระดับการศึกษาและวัย และบุคลากรสุขภาพสามารถจัดหามาได้โดยง่าย และราคาไม่แพง

5. การติดตาม (arrange for follow up) เพื่อกำหนดวันเวลานัดหมายติดตามผลการเลิกบุหรี่ โดยในระยะแรก ๆ ควรนัดหมายในเวลาไม่นานนัก เช่น 1 สัปดาห์ สำหรับการนัดหมายครั้งที่สอง ควรเป็นภายในเดือนแรก หลังจากนั้นให้ประเมินสภาพการเลิกบุหรี่ของแต่ละคนว่าจำเป็นต้องนัดหมายบ่อยเพียงใด และใช้วิธีการใดในการพบปะตามที่นัดหมาย อาจใช้การโทรศัพท์พูดคุยกันแทนการต้องมาตรวจที่หน่วยบริการ หากผู้เลิกบุหรี่มีภารกิจ หรือไม่สามารถลางานมาตามนัดได้สะดวก กิจกรรมที่ควรกระทำในระหว่างการนัดหมาย คือ การแสดงความชื่นชมยินดีหากผู้นั้นยังเลิกบุหรี่ได้อย่างต่อเนื่อง พูดคุยทบทวนบริบทการเลิกบุหรี่ที่ผ่านมาเพื่อวิเคราะห์ร่วมกันถึงปัจจัยแห่งความสำเร็จที่เกิดจากประสบการณ์ของผู้เลิกบุหรี่เอง รวมถึงจำแนกอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เตือนผู้เลิกบุหรี่เสมอว่า โอกาสหวนกลับไปสูบบุหรี่ยังมีได้เสมอ ให้เตรียมพร้อมที่จะเผชิญไว้ตลอดเวลาในอนาคต อาจพิจารณาส่งต่อผู้เลิกบุหรี่ไปรับการบำบัดแบบเข้มข้นหากผู้เลิกบุหรี่ต้องการ

กิจกรรมการดำเนินงานเชิงรุกประกอบด้วยการป้องกันไม่ให้มีผู้สูบบุหรี่รายใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงคือ เด็ก วัยรุ่น และสตรี และการป้องกันการได้รับควันบุหรี่มือสอง กลยุทธ์เชิงรุกในการดำเนินการควรจะต้องผสมผสานระหว่างการให้ความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่และโรคที่เกิดจากบุหรี่ ร่วมกับกิจกรรมรณรงค์ที่สร้างความสนุก บันเทิง เสริมสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืน เช่น การจัดประกวดเรียงความ ขอให้บิดาหรือผู้ปกครองเลิกบุหรี่ หรือขอบคุณบิดา / ผู้ปกครองที่ไม่สูบบุหรี่ การจัดกิจกรรมกีฬาสีและผสมผสานการให้ความรู้ และสร้างความตระหนักเรื่องพิษภัยบุหรี่

แก่เยาวชนรุ่นใหม่ การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม การจัดนิทรรศการการประกวดคำขวัญ การประกวดร้องเพลง วาดภาพ การแข่งกีฬา เป็นต้น นอกจากนี้ ควรให้ความสำคัญในเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนผู้ใช้บริการ ครอบครัวและชุมชน เช่น โครงการพัฒนาชุมชนปลอดบุหรี่ต้นแบบ โครงการสร้างเครือข่ายแกนนำนักเรียนไทยไม่สูบบุหรี่ และโครงการพี่เลี้ยงแกนนำ พระภิกษุ ประชาชน ร่วมกันควบคุมยาสูบ

นอกจากนั้นการควบคุมดูแลให้ชุมชนปฏิบัติตามมาตรการทางกฎหมาย เช่น การไม่ขายบุหรี่ให้กับผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี การจัดพื้นที่สาธารณะในชุมชนให้เป็นที่ปลอดบุหรี่ตามกฎหมาย ก็ถือว่าเป็นการดำเนินการเชิงรุกด้วยเช่นกันเนื่องจากการปฏิบัติตามกฎหมายดังกล่าว จะช่วยในการเข้าถึงบุหรี่ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น รวมถึงการป้องกันการสัมผัสควันบุหรี่มือสองได้ ทั้งนี้การดำเนินงานดังกล่าวต้องทำด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยอาจเริ่มจากการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การสูบบุหรี่ในชุมชน ผลกระทบกับผู้สูบ คนรอบข้างและชุมชนในภาพรวม และให้ชุมชนพิจารณาหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาในเรื่องการปฏิบัติตามกฎหมายที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้นๆ

พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์

เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นสิ่งเสพติดที่พบมากที่สุดในชุมชนทั่ว ๆ ไป เนื่องจากเป็นสิ่งที่สามารถเสพและครอบครองได้โดยไม่ผิดกฎหมายและหาซื้อได้ง่าย การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีผลเสียต่อสุขภาพอย่างมาก โดยแอลกอฮอล์จะออกฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการตัดสินใจ ความจำ การเรียนรู้และการควบคุมตนเอง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2548) เมื่อสมองส่วนนี้ถูกกดจะทำให้ผู้ที่ดื่มไม่มีความยับยั้ง เพราะระบบควบคุมตนเองเสียไป แต่อย่างไรก็ตาม การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทยโดยทั่วไปอาจถือว่าเป็นเรื่องปกติ เพราะมีการดื่มกันอย่างแพร่หลาย จะเห็นได้จากการที่งานเลี้ยงงานสังสรรค์ งานประเพณีต่าง ๆ แทบจะทุกงานจะต้องมีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบด้วยเสมอ ซึ่งอาจเนื่องมาจากเมื่อดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้วทำให้รู้สึกผ่อนคลาย สนุกสนาน เข้าสังคมกับผู้อื่นได้ดี เกิดความกล้าที่จะพูด และทำในสิ่งที่ปกติแล้วไม่กล้าทำด้วยเหตุนี้ จึงทำให้มีผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในทุกสังคม และเป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมาย โดยพบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ไม่ว่าจะเป็นการดื่มบ่อย ๆ หรือนาน ๆ ครั้ง รวมทั้งปริมาณการดื่ม ไม่ว่าจะดื่มครั้งละน้อย ๆ หรือดื่มครั้งละมาก ๆ ก็ก่อให้เกิดการเมาสุรา การติดสุรา และผลของพิษจากแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดผลกระทบหลายประการได้แก่ โรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเส้นเลือดในสมองแตก ปัญหาอุบัติเหตุ ปัญหาสังคมระยะสั้น เช่น อาชญากรรม ปัญหาการทำงาน ปัญหาความรุนแรงในครอบครัว และปัญหาสังคมระยะยาว เช่น หนี้สิน สูญเสียหน้าที่การงาน ครอบครัวแตกแยก คนจรจัดไร้ที่อยู่ (บัณฑิต ศรไพศาล, 2549) นอกจากนี้การดื่มแอลกอฮอล์ยังเป็นต้นเหตุของความสูญเสียของสังคมไทย โดยมีสถิติการตายจากอุบัติเหตุเป็นอันดับแรก รองลงมา ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคตับแข็ง การถูกทำร้าย โรคทางจิตเวช โรคหัวใจและหลอดเลือดและอื่น ๆ

ซึ่งล้วนส่งผลกระทบทางสังคมในระดับสูง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2550)

ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มเด็กหญิงวัย 15-19 ปี ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มจำนวนขึ้นร้อยละ 90 และในปี พ.ศ. 2550 มีประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป 51.2 ล้านคน เป็น ผู้ที่ดื่มสุรา 14.9 ล้านคนหรือ ร้อยละ 29.3 โดยผู้ชายยังคงดื่มสุรามากกว่าผู้หญิงประมาณ 6 เท่า ผู้ที่อยู่นอกเขตเทศบาลมีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูงกว่าผู้อยู่ในเขตเทศบาล คือร้อยละ 31.0 และ 25.4 ตามลำดับ ส่วนเยาวชนมีอัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สูงอันดับสองร้อยละ 21.9 รองจากกลุ่มวัยทำงานคือร้อยละ 34.4

การควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน

การดำเนินงานด้านการควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ประกอบไปด้วยการดำเนินงานในเชิงรับในการให้การดูแลช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกดื่ม และบทบาทเชิงรุกในการป้องกันผู้ดื่มรายใหม่และการป้องกันผลกระทบจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน การดำเนินงานเชิงรับด้านการดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชน ประกอบด้วย การคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์ การให้การบำบัดแบบสั้น การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติที่มารับบริการ เป็นต้น ซึ่งในการบริการเชิงรับนี้ควรประยุกต์แนวปฏิบัติการบำบัดแบบสั้นในการปฏิบัติงาน ซึ่งประกอบด้วย

1. การถาม (ask) สำหรับผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ควรจะได้รับการซักประวัติว่า ดื่มสุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ ในกรณีที่ดื่มแอลกอฮอล์ ควรจะถามเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่ม ปริมาณและความถี่ในการดื่ม รวมทั้งผลที่เกิดขึ้นจากการดื่มของเขา
2. ประเมินปัญหาจากการดื่มสุราของผู้ป่วย (asess) โดยสามารถแบ่งผู้ที่มีปัญหาจากสุราได้ 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้ที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ผู้ที่ดื่มในปริมาณที่มากกว่าปกติ หรือดื่มในภาวะที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ในสตรีมีครรภ์ หรือผู้กำลังจะขับขี่ยานพาหนะหรือใช้เครื่องจักร 2) ผู้ที่ปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว คือ ผู้ที่เคยมีผลเสียของการดื่มหรือมีลักษณะทางร่างกายหรือพฤติกรรมที่แสดงว่ามีปัญหาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว และ 3) ผู้ที่น่าจะติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แล้ว เป็นผู้ที่มีลักษณะตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ไม่สามารถจะหยุดดื่มได้เมื่อได้เริ่มต้นดื่มไปแล้วต้องดื่มเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้รู้สึกดีเท่าเดิม เคยมีความต้องการอย่างรุนแรงที่จะต้องดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ให้ได้ เคยต้องเปลี่ยนแปลงแผนการทำงานหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อจะได้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เคยต้องดื่มตอนเช้าเพื่อที่จะแก้อาการมือสั่น

3. ให้คำแนะนำวิธีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย (advice) ด้วยท่าทีที่อบอุ่น เป็นมิตร และเข้าใจผู้ป่วย เริ่มต้นจากการบอกผู้ป่วยว่ารู้สึกเป็นห่วงเรื่องการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเขา พยายามพูดให้จำเพาะเจาะจงถึงลักษณะการดื่มของผู้ป่วยและปัญหาต่อสุขภาพของเขา อาจจะชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของเขาอาจจะมีส่วนให้เขามีอาการทางร่างกายต่างๆ เช่น ความดันเลือดสูง รวมทั้งถามด้วยว่าผู้ป่วยรู้สึกอย่างไรกับการดื่มของเขา เพื่อประเมินความรู้สึกและการรับรู้ของผู้ป่วยต่อปัญหาของตนเอง รวมทั้งความคิดที่จะลดหรือเลิกดื่ม ให้ผู้ป่วยกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติตนของตัวเอง โดยเน้นเรื่องการดูแลสุขภาพ รวมทั้งเสนอแนะมาตรการต่างๆ ให้ผู้ป่วยใช้ในการควบคุมการดื่ม เรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวันโดยวิธีการอื่นๆ ที่ไม่พึ่งการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะติดสุราควรจะแนะนำให้หยุดหรือเลิกดื่ม สำหรับผู้ติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่ยังไม่พร้อมจะเลิกดื่ม ควรแนะนำให้ผู้ป่วยคุยกับครอบครัวเกี่ยวกับคำแนะนำต่างๆ ที่ให้ไป และนัดให้มาพบอีกพร้อมกับสมาชิกในครอบครัว หรืออาจจะส่งต่อเพื่อการบำบัดเข้มข้นต่อไป ส่วนผู้ที่ยังไม่มีภาวะติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แพทย์อาจจะแนะนำให้ลดปริมาณการดื่มลงให้อยู่ในระดับที่ปลอดภัย
4. ดูแลติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบ (monitor) บอกให้ผู้ป่วยทราบถึงแผนการดูแลติดตามรักษา ย้ำว่าพร้อมเสมอที่จะให้คำแนะนำและความช่วยเหลือผู้ป่วยเสมอ ชมผู้ป่วยในความพยายามที่ได้ทำไป ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าเขามีการเปลี่ยนแปลงทางด้านดีขึ้น เช่น สุขภาพดีขึ้น หน้าตาสดชื่นแจ่มใส การทำงานและหน้าที่ต่างๆ ได้ดีขึ้น รวมทั้งครอบครัวก็มีความสุขมากขึ้น เป็นต้น และประเมินความตั้งใจของผู้ป่วยที่จะลดหรือเลิกดื่มต่อไป

การดำเนินงานเชิงรุกประกอบด้วยการป้องกันไม่ให้มีผู้ดื่มรายใหม่ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงคือวัยรุ่นและการป้องกันการได้รับผลกระทบจากการดื่มแอลกอฮอล์ กลยุทธ์เชิงรุกในการดำเนินการควรจะต้องผสมผสานระหว่างการให้ความรู้เรื่องพิษภัยและโรคที่เกิดจากการดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับกิจกรรมรณรงค์ในเยาวชนรุ่นใหม่ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืน การขอให้บิดาหรือผู้ปกครองเลิกจากการดื่มแอลกอฮอล์ การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม การฝึกทักษะการปฏิเสธเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญในเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการคืนข้อมูลให้สังคม เพื่อให้ตัวแทนจากกลุ่มต่าง ๆ ของชุมชนร่วมวิเคราะห์ปัญหาอย่างมีส่วนร่วม วางแผนจัดระบบการทำงานร่วมวิเคราะห์ปัญหา แนวทางแก้ไข จัดทำแผนงาน/กิจกรรมที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและสภาพแวดล้อมทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และวิถีชุมชน และเป็นตัวขับเคลื่อนกระบวนการทำงานทั้งการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนและการประสานงานกับหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ตัวอย่างมาตรการควบคุม ระเบียบแนวปฏิบัติของชุมชนที่ชุมชนสามารถกำหนดได้ด้วยตนเอง อาจประกอบด้วย การมีป้ายบอกห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานศพงานบุญต่าง ๆ การขอความร่วมมือลดการดื่มลง และห้ามให้มีเดินแจกเหล้าทำให้แขกที่มาร่วมงานไม่กล้าที่จะรินเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ดื่มเอง และให้เลิกงานเลี้ยงไม่เกิน 4 ทุ่ม ห้ามจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในงานบุญ ห้ามดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวัด ขอความร่วมมือร้านค้า จำหน่ายสุราไม่เกิน 1 ทุ่ม เป็นต้น

คำถามนำอภิปราย

กรณีศึกษา

จากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชากรในชุมชนชนบทแห่งหนึ่ง ในปี พ.ศ. 2552 มีผลดังนี้ เด็กอายุ 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 20.5 ของประชากรทั้งหมด มีภาวะโภชนาการเกินร้อยละ 20.0 โรคอ้วนร้อยละ 10.5 วัยรุ่นอายุ 11-13 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.5 ของประชากรทั้งหมด มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ร้อยละ 10.0 วัยรุ่นอายุ 14-18 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.5 ของประชากรทั้งหมด มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศร้อยละ 40.0 วัยทำงานอายุ 25 – 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 15.5 ของประชากรทั้งหมด มีภาวะเครียดร้อยละ 85.0 ผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 23.5 ของประชากรทั้งหมด มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.0

ถ้าท่านเป็นพยาบาลที่รับผิดชอบชุมชนนี้ ท่านจะเลือกแก้ไขปัญหาใด จงให้เหตุผลสนับสนุนและจะใช้กลยุทธ์และกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในการแก้ไขปัญหาอย่างไร

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. 2541. คู่มือคลายเครียด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สยามเอ็มแอนด์บีพลับลิชชิ่ง.

. (2551). รายงานสรุปผลการสำรวจสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจช่วงเดือน สิงหาคม 2550 – ก.พ. 2551 available at: http://www.forums.dmh.go.th/index.php?topic=2589.0

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สำนักงาน.(2548). การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ออนไลน์) เข้าถึงเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2551, จาก: http://www.stopdrink.com/?content=info.

. (2550). รายงานประจำปี 2550. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

บัณฑิต ศรไพศาล และคนอื่นๆ.(2549). รายงานสถานการณ์สุราประจำปี พ.ศ. 2549. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา (ศวรส.) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ปาณบดี เอกะจัมปกะ และ รุจิรา ทวีรัตน์. (2551). ในสุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). *การสาธารณสุขไทย 2548-2550* (หน้า 55-102). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

สุรินธร กลัมพากร และ ทัศนีย์ ระวิวรกุล (2550). *พยาบาลชุมชนกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ*. กรุงเทพฯ: มนัสการพิมพ์.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2551). *เด็ก-วัยรุ่นไทยเผชิญ"ภัยอ้วน"*. ค้นหาวันที่ 9 พฤษภาคม 2552, ค้นหาจาก http://www.thaihealth.or.th/node/6059

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2551). สรุปผลที่สำคัญการสำรวจอนามัย สวัสดิการ และการออกกำลังกายของประชากร พ.ศ.2550. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์.

สำนักวิจัยเอแบค-เคเอสซีอินเทอร์เนตโพลล์ (2549). การสำรวจพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชน อายุ 15-24 ปี ในเขตกรุงเทพและปริมณฑล. (เอกสารอัดสำเนา).

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (2550). การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สมพล สงวนรังศิริกุล. (มปป). ข้อแนะนำการออกกำลังกายสำหรับเด็ก (อายุ 2-12 ปี). นนทบุรี: กองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สุริยเดว ทรีปาตี. (2551). *เกม...ต้นตอเด็กก้าวร้าว ทำร้ายร่างกาย ล่วงละเมิดทางเพศ*. ในสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2551). ค้นหาวันที่ 9 พฤษภาคม 2552, ค้นหาจาก http://www.thaihealth.or.th/node/5748

อังศินันท์ อินทรกำแหง (2551).การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียด และการเผชิญความเครียดของคนไทย ค้นหาวันที่ 10 มกราคม 2554, ค้นหาจาก : http://bsris.swu.ac.th/filenews/115.pdf

Brown, T., & Summerbell, C. (2008). Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: An update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obesity Reviews, 10*, 110-141.

Carlsson, L., & Williams, P. L. (2008). New approaches to the health promoting school: Participation in sustainable food systems. *Journal of Hunger & Environmental Nutrition, 3*(4), 400-417.

Cohen, S., Tyrell, D.A.J., & Smith, A. P. (1993). Life events, perceived stress, negative affect and susceptibility to the common cold. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64,131-140.

Davies, J. A., Damani, P., & Margetts, B. M. (2009). Workshop on changing nutrition behavior to improve maternal and fetal health' intervention to change the diets of low-income women. *Proceedings of the Nutrition Society, 68*, 210-215.

Dawkins, J. E., Depp, F. C., Selzer, N. E. (1985). Stress and the psychiatric nurse. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 23(11), 9-15.

Downey, A. M., Frank, G. C., Webber, L. S., Harsha, D. W., Virgilio, S. J., Franklin, F. A., & Berenson, G. S. (1987). Implementation of "Heart Smart:" A cardiovascular school health promotion program. *Journal of School Health, 57*(3), 98-104.

Dunt, D., Day, N., & Pirkis, J. (1999). Evaluation of a community-based health promotion program supporting public policy initiatives for a healthy diet. *Health promotion International, 14*(4), 317-327.

Eisenmann, J. C. et al. (2008). SWITCH: rational, design, and implementation of a community, school, and family-based intervention to modify behaviors related to childhood obesity. *BMC Public Health, 8*, 223-232.

King, A. (1998). How to promote physical activity in a community: Research experiences from the US highlighting different community approaches. *Patient Education and Counseling, 33*, S3-S12.

Laitakari, J., & Miilunpalo, S. (1998). How can physical activity be changed-Basic concepts and general principles in the promotion of health-related physical activity. *Patient Education and Counseling, 33*, S47-S59.

Luckmann, J., & Sorensen, C. K. (1987). Medical - surgical nursing: A psychophysiology approach. (3rd ed.) New York : W. B. Saunders.

Muller-Riemenschneider, F., Reinhold, T., Nocon, M., & Willich, S. N. (2008). Long-term effectiveness of interventions promoting physical activity: A systematic review. *Preventive Medicine, 47, 354-368.*

Mummery, W. K., & Brown, W. J. (2009). Whole of community physical activity interventions: easier said than done. *British Journal Sports Medicine, 43, 39-43.*

O'Connor, T. M., Jago, R., & Baranowski, T. (2009). Engaging parents to increase youth physical activity. *American Journal of Preventive Medicine, 37*(2), 141-149.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (p.34). New Jersy: Prentice Hall.

Rowe, F., Stewart, D., & Somerset, S. (2010). Nutrition education: towards a whole-school approach. *Health Education, 110*(3), 197-208.

Selye H. (1976). The stress of life, Revised Edition. New York: McGraw-Hill.

Wechsler, H., Devereaux, R. S., Davis, M., & Collins, J. (2000). Using the school environment to promote physical activity and healthy eating. *Preventive Medicine, 31,* S121-S137.



บทที่ 5

การสร้างเสริมสุขภาพตามวัย

รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำปั่น ✍ *รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา* ✍
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินธร กลัมพากร ✍ *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ* ✍

แนวคิดหลัก

การสร้างเสริมสุขภาพตามวัย ตั้งแต่วัยเด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ เป็นกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพบุคคลอย่างต่อเนื่อง จึงต้องมีความเข้าใจในพัฒนาการในแต่ละวัย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การสร้างเสริมสุขภาพในวัยเด็กเป็นการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ผ่านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการมีส่วนร่วมของครอบครัว การสร้างเสริมสุขภาพในวัยรุ่นเน้นที่การพัฒนาศักยภาพการตัดสินใจของบุคคลในการเลือกพฤติกรรมสุขภาพ และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ โดยถือความต้องการและการมีส่วนร่วมของบุคคลและกลุ่มเพื่อนเป็นกลไกสำคัญ ส่วนในวัยทำงานการสร้างเสริมสุขภาพให้ความสำคัญกับการเพิ่มศักยภาพในการทำงาน และลดความเสี่ยงที่เกิดจากการทำงาน และวิถีชีวิตประจำวัน ส่วนผู้สูงอายุเน้นที่การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในวิถีชีวิตประจำวัน การสร้างเสริมสุขภาพตามวัยยังคงยึดถือกลยุทธ์ในการชี้แนะสาธารณะ การประสานงาน และการพัฒนาศักยภาพส่วนบุคคล โดยใช้กลวิธีของการสร้างนโยบายสาธารณะ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพ การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดบทนี้ ผู้อ่านสามารถ

1. ระบุการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการในแต่ละวัย
2. อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละวัย
3. เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างกลยุทธ์และกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละวัย

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในวัยเด็ก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำปั่น

เด็กเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศชาติ การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่วัยเด็กจะส่งผลให้ชุมชนนั้นๆมีประชากรผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี ลดภาระของประเทศชาติที่ต้องสูญเสียทรัยพยากรมาดูแลผู้ป่วยที่เนื่องมาจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เนื่องจากเด็กเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตและมีพัฒนาการในด้านต่าง ๆ ซึ่งต้องการได้รับการส่งเสริมและดูแลอย่างเหมาะสมจากพ่อแม่ผู้ปกครอง การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กที่เหมาะสมตามวัย จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลควรมีความรู้ให้ความสำคัญ เพื่อสามารถประเมินและเฝ้าระวังความผิดปกติหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กตลอดช่วงของการเจริญเติบโตจากทารกจนถึงช่วงก่อนวัยรุ่น เพื่อจะได้วางแผนส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพเด็กได้อย่างเหมาะสม

พัฒนาการของเด็ก

การเจริญเติบโตทางด้านร่างกายและพัฒนาการ (Physical growth development)

การเจริญเติบโตเป็นคุณลักษณะด้านขนาดของบุคคลที่สามารถวัดได้ พัฒนาการเป็นคุณลักษณะด้านการเปลี่ยนแปลงของบุคคลที่สามารถสังเกตได้ การเปลี่ยนแปลงผ่านระยะต่าง ๆ ของการเจริญเติบโตและพัฒนาการได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ลักษณะที่เหมือนกันของประชากรเด็กคือกระบวนการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องซึ่งมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย ความรู้คิด และอารมณ์

เด็กทารก เริ่มจากอายุ 1 เดือนถึง 1 ปี ในช่วงนี้เด็กจะเติบโตอย่างรวดเร็วต่อเนื่อง ปกติเมื่ออายุ 6 เดือน เด็กจะมีน้ำหนักตัวเป็นสองเท่าของแรกเกิด และเมื่ออายุ 1 ขวบ จะมีน้ำหนักตัวเป็น 3 เท่าของแรกเกิด ความสูงปกติจะเพิ่มขึ้น อีก 10-12 นิ้ว (25 -30 เซนติเมตร) (Stanhope & Lancaster, 2008) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการค้นหาและจัดกระทำเมื่อพบสถานการณ์ที่เด็กทารกอยู่ในภาวะเสี่ยง โดยพยาบาลต้องเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก โดยให้ความสนใจโดยเฉพาะเรื่องแบบแผนการได้รับนมและอาหารเสริม แบบแผนการนอนหลับ แบบแผนการขับถ่าย และพัฒนาการของกล้ามเนื้อและระบบประสาท จากรีเพล็กซ์ (reflex) ถึงการเคลื่อนไหวอย่างมีจุดมุ่งหมายและอยู่ภายใต้การควบคุมของสมอง

เด็กวัยหัดเดินและระยะปฐมวัย เด็กวัยหัดเดินอยู่ในช่วงอายุ 2-3 ปี ส่วนเด็กปฐมวัยเป็นวัยในช่วง 3-5 ปี การเจริญเติบโตของเด็กในช่วงนี้จะช้าลงและค่อนข้างคงที่ ซึ่งสะท้อนได้จากการเปลี่ยนแปลง

ในแบบแผนการกินและความอยากรับประทาน เด็กจะมีความสามารถทางร่างกายเพิ่มขึ้น ขยายทักษะทางความรู้คิดทำให้สามารถเป็นอิสระได้มากขึ้น บทบาทของพยาบาลคือการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อและการประสานงานของสมอง ประเมินแบบแผนการรับประทานอาหารและการนอน การดูแลเรื่องฟัน ซึ่งปกติฟันชุดแรกจะขึ้นเมื่ออายุ 6 เดือนและมีครบ 20 ซี่ เมื่ออายุ 2 ปี มีฟันกรามเพิ่มขึ้นอีกเมื่ออายุ 3-8 ปี และฟันน้ำนมจะเริ่มหลุดเมื่ออายุ 5-6 ปี รวมถึงการดูแลภาวะของโครงสร้างร่างกาย (ปกติมีภาวะ bowlegs เมื่ออายุ 12-18 เดือน สู่ภาวะ knock-knees เมื่ออายุ 18 -24 เดือน จนสู่ภาวะปกติ) (Stanhope & Lancaster, 2008)

เด็กวัยเรียน วัยนี้การเจริญเติบโตด้านร่างกาย โดยทั่วไปจะช้าและคงที่จนกระทั่งเข้าสู่ระยะก่อนวัยรุ่น ซึ่งจะมีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว โดยปกติมักเกิดระหว่างอายุ 9 – 14 ปีสำหรับเด็กผู้หญิงและอายุ 12- 16 ปีในผู้ชาย (Stanhope and Lancaster, 2008) ในช่วงเวลานี้การทำงานของกล้ามเนื้อและสมองและทักษะการรู้คิดมีความชัดเจนและขยายมากขึ้น การเจริญเติบโตทางเพศเริ่มปรากฏลักษณะทางเพศระยะสอง บทบาทของพยาบาลในการดูแลเด็กวัยนี้คือการเฝ้าระวังและประเมินการเจริญเติบโตและพัฒนาการทางเพศ การประเมินระบบโครงสร้างร่างกาย สุขภาพฟัน แบบแผนการนอนและการรับประทานอาหาร พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่และทักษะทางการรู้คิด การคัดกรองการได้ยินและการมองเห็นจะกระตุ้นให้เด็กรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

พัฒนาการด้านจิตสังคม (Psychosocial development)

การเจริญเติบโตของเด็กไม่ได้มีเฉพาะพัฒนาการด้านร่างกาย แต่รวมถึงพัฒนาการด้านจิตสังคมด้วย จากทฤษฎีของอีริค อีริคสัน (Erik Erikson) ซึ่งเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ของอารมณ์ วัฒนธรรม และสังคมที่มีผลต่อการพัฒนาการด้านบุคลิกภาพ การพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคลจนบรรลุถึงการมีเอกลักษณ์แห่งตน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการยอมรับตนเองและการมีทักษะในการทำหน้าที่อย่างมีสุขภาพในสังคม อีริคสันเชื่อว่าพัฒนาการเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องที่เกิดขึ้นตามระยะที่แตกต่างกัน ซึ่งแต่ละระยะวิกฤติของพัฒนาการต้องการได้รับการแก้ไข แม้ว่าเด็กจะไม่เคยทำภารกิจของพัฒนาการได้ครบสมบูรณ์ในทุกงานที่กำหนดไว้ในแต่ละขั้น แต่ภารกิจหลักและภารกิจที่รู้สึกสบายใจต้องได้รับการทำให้สัมฤทธิผลก่อนที่จะดำเนินการต่ออย่างเป็นผลสำเร็จสู่ขั้นต่อไป ในขณะที่ความขัดแย้งภายในได้รับการแก้ไข จะมีสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ เข้ามาสู่ตัวบุคคลและสังคม ซึ่งสิ่งนี้ทำให้เกิดความขัดแย้งกับขั้นต่อไป อย่างไรก็ตามแต่ละวิกฤติที่เกิดขึ้นของระยะที่ผ่านมาทำให้เกิดการเรียนรู้ พัฒนาการใหม่ทั้งหมดที่เกิดขึ้นมีรากฐานมาจากประสบการณ์เดิม ความยุ่งยากในการแก้ไขวิกฤติจะเป็นสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นตลอดระยะต่อๆ ไป

พัฒนาการด้านจิตสังคมของอีริคสัน สำหรับในวัยเด็ก มีดังนี้ (Stanhope & Lancaster, 2008)

ความไว้วางใจกับความไม่เชื่อใจ (trust vs. mistrust) เกี่ยวข้องกับเด็กแรกเกิดถึง 18 เดือน และเกี่ยวข้องกับแรงขับและความหวัง ซึ่งเด็กทารกเรียนรู้ที่จะไว้วางใจทั้งกับตนเองและสิ่งแวดล้อมบนพื้นฐานของความสม่ำเสมอคงที่ของสิ่งต่างๆ ที่ได้รับ ถ้าความต้องการนั้นได้รับการตอบสนองไม่สม่ำเสมอไม่คงที่ เด็กทารกจะรู้สึกสับสนและไม่ไว้วางใจ การแก้ไขปัญหาขึ้นกับคุณภาพของปฏิสัมพันธ์และการสัมผัสระหว่างผู้ปกครองกับทารก

ความเป็นอิสระ กับ ความละอายและสงสัย (autonomy vs. shame and doubt) เป็นภารกิจของเด็กในระยะ 18 เดือน ถึง 3 ปี เป็นพื้นฐานของการพัฒนาความภาคภูมิใจในตน การควบคุมตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับพัฒนาการทักษะทางด้านร่างกายและจิตใจของเด็ก เป็นการที่พ่อแม่สนับสนุนและยอมให้เด็กได้มีอิสระมากขึ้นและได้ฝึกทักษะต่างๆ มากขึ้น เมื่อพ่อแม่มีความคาดหวังกับเด็กอย่างเหมาะสมและกระตุ้นความเป็นอิสระ เด็กจะพัฒนาความรู้สึกควบคุมเหนือตนเองและสิ่งแวดล้อม ถ้าพ่อแม่ไม่ยอมให้โอกาสเด็กได้ฝึกฝนเรียนรู้เด็กจะรู้สึกด้อยและไม่เพียงพอ

ความริเริ่ม กับ ความรู้สึกผิด (initiative vs. guilt) เป็นพัฒนาการของเด็กปฐมวัยอายุ 3- 5 ปี เป็นพื้นฐานของการพัฒนาความมุ่งหมาย เด็กจะประสบความสำเร็จในการรอบรู้โดยผ่านการริเริ่มกิจกรรมและการตั้งคำถาม ในช่วงนี้เด็กจะพัฒนาการเลียนแบบผู้ใหญ่ที่อยู่รอบๆ ตัวเด็ก และริเริ่มสร้างสถานการณ์การเล่น ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นจะนำไปสู่ความรู้สึกผิดเกี่ยวกับความคิดและการกระทำ

ความอุตสาหะ กับ ความรู้สึกต่ำต้อย (industry vs. inferiority) เกิดขึ้นขณะที่เด็กริเริ่มโครงงานและทำจนประสบผลสำเร็จ พัฒนาการนี้จะเกิดขึ้นในช่วงเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี การแข่งขัน และการเข้ามาสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อนจะเกิดขึ้นในช่วงนี้ เด็กใช้ทักษะทางการรู้คิดที่ขยายมากขึ้นเพื่อให้ตนเองกลายเป็นสมาชิกที่มีผลงานในกลุ่มเพื่อน สถานภาพภายในกลุ่มและความภาคภูมิใจในตนจะถูกท้าทายถ้าเด็กรู้สึกว่าตนเอง "ไม่ดีพอ"

พัฒนาการทางการรู้คิด (Cognitive development)

งานของเพียเจย์ (Jean Piaget) (Stanhope & Lancaster, 2008) ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในการทำความเข้าใจกระบวนการพัฒนาการทางการรู้คิด สืบเนื่องจากเพียเจย์ การเรียนรู้เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดกระทำอย่างจริงจังกับวัตถุและข้อมูลข่าวสาร ตามด้วยกระบวนการทางความคิดเกี่ยวกับเหตุการณ์ ขณะที่เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม วัตถุและปัญหาใหม่จะถูกค้นพบ เด็กสร้างกรอบความคิดหรือแบบแผนการคิดเพื่อเข้าใจสิ่งที่เผชิญอยู่ กรอบความคิดเป็นแบบแผนการกระทำและเป็นพื้นฐานทางความคิดสำหรับการกระทำ ที่ยอมให้เด็กรับรู้ข้อมูลสารสนเทศจากโลก สร้างความหมายเกี่ยวกับสิ่งนั้น และทำนายเหตุการณ์ในอนาคต พัฒนาการนี้เกิดขึ้นขณะที่กรอบความคิดเพิ่มขอบเขตและความซับซ้อน

เพียเจย์แบ่งพัฒนาการทางการรู้คิดของเด็กเป็น 4 ขั้น ซึ่งแสดงถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหา และเด็กจะมีพฤติกรรมร่วมเกิดขึ้นระหว่างขั้นของพัฒนาการ ในระยะเปลี่ยนผ่าน พยาบาลต้องเข้าใจคุณลักษณะของความสามารถทางการรู้คิดของแต่ละขั้นเพื่อจะได้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพกับเด็กและครอบครัว

ระยะกล้ามเนื้อและประสาทสัมผัส (sensorimotor period) เริ่มจากแรกเกิดถึงอายุ 2 ปี ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการกับวัตถุคงที่ ความเป็นเหตุผล และสัญลักษณ์ ทารกจะเปลี่ยนผ่านไปสู่ขั้นที่ก้าวหน้า จากไม่สามารถไปสู่การจำวัตถุที่ไม่เคยเห็น จนถึงสามารถที่จะบอกตำแหน่งของวัตถุถ้ามองเห็นบางส่วนของวัตถุนั้น เด็กวัยหัดเดินเรียนรู้ต่อมาที่จะบอกตำแหน่งของวัตถุที่ถูกซ่อนอยู่ทั้งหมด แต่ต้องไม่เคลื่อนที่ไปจากตำแหน่งเดิม สุดท้ายเด็กวัยหัดเดินสามารถบอกตำแหน่งของวัตถุหลังจากมีการเคลื่อนย้ายวัตถุนั้นโดยไม่ได้มองเห็นการย้ายจริง ด้วยความก้าวหน้าที่คล้ายกันแนวคิดเกี่ยวกับเหตุและผลที่เกิดขึ้น ทารกจะเปลี่ยนจากการเริ่มค้นพบผลของการกระทำอย่างบังเอิญ (เช่น การเคลื่อนไหวเตะขา) ไปสู่การย้ายที่ของเล่น จนไปถึงการเพิ่มพฤติกรรมที่ซับซ้อนขึ้นต่อเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุ การแสดงทางสัญลักษณ์ เด็กมีพัฒนาการจากใช้การกระทำเหมือนกันต่อทุก ๆวัตถุ มาเป็นการใช้วัตถุเพื่อแสดงต่อผู้อื่นอย่างถูกต้อง เช่น ให้ตุ๊กตาดื่มจากถ้วยของตุ๊กตา)

ระยะก่อนปฏิบัติการ (preoperational stage) ช่วงอายุ 2 - 7 ปี ช่วงนี้เด็กเป็นนักคิดแบบมายากล เด็กไม่สามารถแยกเรื่องเล่าและความเพ้อฝันจากความจริง ระยะนี้แบ่งเป็นสองระยะย่อย ระยะแรกขั้นก่อนความคิดรวบยอด (pre-conceptual stage) จากอายุ 2-4 ปีเด็กจะเข้าใจลักษณะสัญลักษณ์เพิ่มขึ้นในการเล่นและใช้ภาษา เด็กไม่สามารถมีทัศนะหรือมุมมองเกี่ยวกับคนอื่นหรือคิดจินตนาการว่าคนอื่นจะรู้สึกหรือคิดอย่างไร ระยะที่สองคือระยะสัญชาตญาณ (Intuitive) ในช่วงอายุ 4 -7 ปี เด็กจะรู้และเข้าใจคำต่าง ๆ มากขึ้นและมีความเฉลียวฉลาดต่อความสับสนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นร่วมกันด้วยการคิดเชิงเหตุผล ระหว่างช่วงนี้เด็กเพียงแต่สามารถจัดการกับคุณลักษณะเพียงอย่างเดียวของวัตถุในแต่ละครั้ง และสามารถแยกหรือจัดกลุ่มอย่างง่าย ๆได้

ระยะปฏิบัติการ (concrete operation) ช่วงอายุ 7-11 ปี เด็กสามารถมีทักษะใหม่ แต่ทำตามข้อมูลสารสนเทศที่ได้รับโดยตรงหรือทำตามที่ได้รับการบอกกล่าว เด็กไม่สามารถปฏิบัติการทางความคิดที่ต้องการความคิดเชิงนามธรรม ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของความสัมพันธ์แสดงออกโดยความสามารถในการจัดประเภทวัตถุตามคุณลักษณะ เรียงลำดับความต่อเนื่องของวัตถุ และเข้าใจว่าคุณสมบัติของวัตถุยังคงอยู่เหมือเดิมแม้ว่ารูปร่างจะเปลี่ยนแปลง

การเข้าใจความสามารถทางการรู้คิดของเด็กจะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนกลวิธีการสอนเกี่ยวกับสุขภาพเด็กได้อย่างเหมะสม เช่น การสอนเรื่องอาหาร อาจใช้ซูเปอร์ฮีโร่และการเลียนแบบ มาใช้เป็นกลวิธีให้เด็กเลือกอาหารที่ถูกสุขภาพ สำหรับเด็กวัย 4 ปีซึ่งอยู่ในขั้นก่อนปฏิบัติการ และเด็กอายุ 8 ปี ซึ่งมีความสามารถเข้าใจกลุ่มอาหารและองค์ประกอบของการรับประทานอาหารถูกสุขภาพ ดังนั้น

สาระและวิธีการที่ใช้เพื่อเสนอข้อมูลเกี่ยวกับอาหารสำหรับเด็กกลุ่มนี้ซึ่งอยู่ในระยะคิดเชิงรูปธรรม จึงต้องการวิธีการสอนที่เห็นภาพ เช่น รูปภาพ และไดอะแกรม และการได้ประสบการณ์ตรงจากการลองทำ

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในเด็ก

ปัญหาสุขภาพที่พบในเด็กมักมีสาเหตุมาจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่ สุขนิสัยของครอบครัว ที่ส่งผลต่อลักษณะนิสัยและการมีพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะการเจริญเติบโตพัฒนาการและความปลอดภัยในชีวิตเด็ก บทนี้นำเสนอปัญหาที่พบบ่อยในวัยเด็กดังนี้

ปัญหาเด็กอ้วนและน้ำหนักเกิน

ภาวะอ้วน (obesity) ในเด็กที่มีอายุ 2 ถึง 18 ปี หมายถึงเด็กที่มีดัชนีมวลกายสูงกว่าเปอร์เซนต์ไทล์ที่ 95 สำหรับอายุและเพศ หรือดัชนีมวลกายมากกว่า 30 (Lumeng et al., 2007; Scott, 2010) ส่วนเด็กที่มีดัชนีมวลกายสูงกว่าเปอร์เซนต์ไทล์ที่ 85 แต่น้อยกว่าเปอร์เซนต์ไทล์ที่ 95 จะพิจารณาว่าเป็นเด็กที่มีภาวะน้ำหนักมากเกิน (overweight) (Scott, 2010) ปัญหาภาวะอ้วนในเด็กเป็นปัญหาท้าทายต่อการสาธารณสุขอย่างรุนแรงมากที่สุดของศตวรรษที่ 21 คาดประมาณว่าร้อยละ 17 ของเด็กอายุ 6 -19 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกากำลังเผชิญกับปัญหาเรื่องอ้วน และประมาณร้อยละ 35 ของเด็กกลุ่มวัยนี้ มีภาวะน้ำหนักมากเกิน (American Academy of Children & Adolecsent Psychiatry, 2008) นอกจากนี้พบว่าปัญหาเด็กอ้วนและน้ำหนักเกินเป็นปัญหาไปทั่วโลกและกำลังมีผลต่อประเทศที่มีรายได้ต่ำ และรายต่ำถึงปานกลางด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมือง ความชุกของปัญหาได้เพิ่มขึ้นถึงอัตราเตือนภัย โดยทั่วโลกในปี คศ. 2010 มีเด็กอ้วนมากกว่า 42 ล้าน และเกือบถึง 35 ล้านของเด็กกลุ่มนี้อาศัยในประเทศที่กำลังพัฒนา (World Health Organization, 2010)

สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคอ้วนได้ลุกลามในเด็กและวัยรุ่น พบว่าประชากรวัยเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษากว่า 5 ล้านคน มีปัญหาโรคอ้วน นักเรียนระดับประถมที่ศึกษาในเขตเมืองมีน้ำหนักเกินเกณฑ์ถึงร้อยละ 15.4 ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของกรมอนามัย พบว่านักเรียนในสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยเป็นโรคอ้วนสูงถึงร้อยละ 25.9 - 31.5 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาเอกชน พบเด็กอ้วนร้อยละ 25.7 - 28.1 โรงเรียนในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษาแห่งชาติ พบร้อยละ 23.3 - 27.4 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพฯ พบอัตราโรคอ้วนในเด็กร้อยละ 11.2 -14.6 และยังพบปัญหาโรคอ้วนในเด็กอนุบาล ประมาณร้อยละ 19 ซึ่งในอนาคตเด็กเหล่านี้จะเสี่ยงต่อการเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคเรื้อรังต่าง ๆ เพิ่มขึ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2007) เพราะมีหลักฐานแสดงให้เห็นว่าภาวะอ้วนในผู้ใหญ่เริ่มต้นจากในทารกและเด็ก และเป็นผลมาจากทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม (Scott, 2010) ตัวอย่างเช่น เด็กที่มีพ่อแม่มีภาวะน้ำหนักเกินใช้อาหารเป็นการให้รางวัลบ่อย ๆ จะเผชิญกับภาวะเสี่ยงต่อโรคอ้วนมากกว่าเด็กที่มีผู้ปกครองผอมซึ่งไม่ได้ใช้อาหารเป็นการให้รางวัล (Lumeng et al., 2007)

ภาวะอ้วนและน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน การหยุดหายใจในขณะนอนหลับ ปัญหาทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกโดยเฉพาะโรคข้อเสื่อม (osteoarthritis) และโรคหัวใจ (Scott, 2010; World Health Organization, 2010) ผู้เชี่ยวชาญมีความเชื่อว่า ภาวะน้ำหนักเกินและพฤติกรรมที่อยู่นิ่งกับที่ มีการเคลื่อนที่น้อย เป็นปัจจัยเสี่ยงเริ่มแรกสำหรับพัฒนาการของการเกิดภาวะต้านอินสุลิน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจ (Lau et al., 2007) และมีหลักฐานว่าระดับอินสุลินในเลือดที่สูงขึ้นหลังการรับประทานอาหาร (postprandial hyperinsulinemia) อาจมีผลมาจากการมีน้ำหนักตัวมากเกิน (Slyper, 2004) และผลจากการหลั่งฮอร์โมนในช่วงที่เข้าสู่วัยรุ่น ทำให้ร่างกายมีการใช้อินสุลินน้อยลงอย่างมาก นำไปสู่การต้านอินสุลิน ซึ่งไปเพิ่มความเสี่ยงต่อการพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Lau et al., 2007)

ภาวะน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์กับการหยุดหายใจขณะนอนหลับในเด็ก ซึ่งมีการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างช่วงการนอนหลับที่สั้นในเด็กเกรด 6 กับภาวะน้ำหนักเกินในเด็กเกรด 6 การหลับอย่างเพียงพอในเด็กจะสัมพันธ์กับระดับการทำกิจกรรมที่มากขึ้น ซึ่งอาจช่วยในการลดน้ำหนัก ข้อค้นพบจากการศึกษาสนับสนุนว่าวิธีการป้องกันน้ำหนักเกินในเด็กอาจจะทำได้อย่างง่าย ๆ โดยการให้เด็กหลับได้อย่างเพียงพอ (Lumeng et al., 2007)

การบาดเจ็บและอุบัติเหตุในเด็ก

เด็กมีสิทธิที่จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและได้รับการปกป้องจากการบาดเจ็บและความรุนแรง (World Health Organization, 2005) การบาดเจ็บคือการได้รับอันตรายทางกายภาพที่เป็นผลมาจากร่างกายมนุษย์ได้รับพลังงานจำนวนมากอย่างทันทีทันใดที่เกินกว่าร่างกายจะทนทานได้ หรือเป็นผลของการขาดสิ่งสำคัญต่อการมีชีวิต เช่น ขาดออกซิเจน การบาดเจ็บเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่ต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วน การบาดเจ็บและความรุนแรงเป็นสาเหตุหลักที่คร่าชีวิตเด็กในทั่วโลก ถึง 950,000 ของการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ในแต่ละปี โดยมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจถึงร้อยละ 90 ของการตายและเป็นสาเหตุนำของการตายในเด็กอายุ 10-19 ปี โดยเฉพาะการบาดเจ็บจากจราจรบนท้องถนนเพียงอย่างเดียวเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สองสำหรับเด็กอายุ 10-14 ปี (World Health Organization, 2008; World Health Organization & UNICEF., 2008) ในประเทศไทย เมื่อปี พ.ศ. 2543 พบร้อยละ 34.4 ของการตายในเด็กอายุ 1-14 ปี มาจากการบาดเจ็บ และเป็นสาเหตุนำสู่การตายที่สำรวจพบในปี พ.ศ.2546 และในปี พ.ศ. 2549 อัตราการตายจากการบาดเจ็บเท่ากับ 25.2/100,000 เด็กที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีต่อปี (World Health Organization, 2008) อุบัติเหตุและความรุนแรงเป็นสาเหตุนำการเสียชีวิตในเด็กไทย ในแต่ละปีมีเด็กอายุ 1-14 ปี เสียชีวิตจากอุบัติเหตุและความรุนแรงจำนวนกว่า 3,400 ราย คิดเป็นอัตราการตาย 22/100,000 หรือร้อยละ 37.9 ของการตายทั้งหมด (ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก; อดิศักดิ์ ผลิตผลการ

พิมพ์, มปป.)

ภาระจากการบาดเจ็บในเด็กของแต่ละประเทศไม่เท่ากัน ในภาพรวมพบว่ามากกว่าร้อยละ 95 ของการตายทั้งหมดของการบาดเจ็บในเด็กจะพบในประเทศที่มีรายได้น้อย และรายได้ปานกลาง (Laflamme, Hasselberg, & Burrows, 2010; McMurrey, 2007; World Health Organization & UNICEF., 2008) เมื่อวิเคราะห์เด็กที่ตายจากการบาดเจ็บพบว่ารากเหง้าของปัญหามีสาเหตุหลักจากความยากจนและความไม่เสมอภาคในสังคม เด็กในครอบครัวที่มีเศรษฐฐานะต่ำมีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บทั้งจากการได้รับการดูแลต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน การถูกทอดทิ้ง ละเลย การถูกทำร้าย และการอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือการใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีความเสี่ยงสูง ปัจจัยเหล่านี้ก่อให้เกิดวงจรชั่วร้ายของการบาดเจ็บ พิการ ตาย การสูญเสียความสามารถในการพัฒนาและเรียนรู้ และความยากจน (ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก, มปป.)

สาเหตุการตายและพิการจากการบาดเจ็บที่ไม่ได้ตั้งใจในเด็กทั้งเพศหญิงและชาย ทั่วโลกพบว่าในเด็กอายุ 5-14 ปี การบาดเจ็บจากการจราจรบนท้องถนนเป็นสาเหตุการตายอันดับที่สอง รองมาคือจมน้ำ ไฟไหม้ และตกจากที่สูง (World Health Organization, 2008) การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุในเด็กมักมีสาเหตุมาจากผู้ปกครองมีธุรกิจยุ่งเกินไป หรือไม่ได้ระมัดระวังเกี่ยวกับอันตรายของสารและสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ดูเหมือนไม่มีอันตราย ลักษณะเช่นนี้มักพบกรณีภาวะไหม้จากน้ำร้อนลวกหรือไฟไหม้และสารพิษ (McMurrey, 2007) สำหรับในประเทศไทย ข้อมูลในช่วงปีพ.ศ. 2542-2548 พบว่ามีเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำจำนวน 1,500 รายต่อปี คิดเป็นร้อยละ 47 ของการบาดเจ็บทั้งหมด โดยส่วนใหญ่พบในกลุ่มเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 10 ปี (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, มปป.) ซึ่งสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในเด็กอายุ 1-5 ปี คือการจมน้ำ ซึ่งมักเกิดใกล้บ้านหรือภายในบ้าน จากสถิติเฉพาะในกรุงเทพมหานครเมื่อ ปี พ.ศ. 2542 พบว่าร้อยละ 94 ของเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำในละแวกบ้าน โดยมีสาเหตุมาจาก 1) ผู้ดูแลเผลอชั่วขณะ พบร้อยละ 38 โดยเฉพาะในเด็กอายุน้อยกว่า 3 ปี 2) ไม่คิดว่าที่บ้านและรอบบ้านจะมีอันตราย พบร้อยละ 47 มักเกิดกับเด็กอายุ 2 -14 ปี และ 3) เกิดจากการเล่นน้ำและว่ายน้ำมักพบในแหล่งน้ำธรรมชาติ จากการเดินทางท่องเที่ยว ในสระว่ายน้ำเพราะว่ายน้ำไม่เป็น ซึ่งพบมากในเด็กอายุ 5-14 ปี ถึงร้อยละ 50 นอกจากนี้พบว่าเป็นเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ (ดวงทิพย์ วรวิทย์, 2549; สุกานดา โพธิ์ศรี, 2546; อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, มปป.)

สาเหตุนำอันดับที่สอง คือการเสียชีวิตจากการจราจรซึ่งส่วนใหญ่พบในกลุ่มเด็กที่มีอายุมากกว่า 10 ปี เด็กที่เสียชีวิตจากการจราจรมีมากกว่าปีละ 750 ราย หรือร้อยละ 23 ของการบาดเจ็บทั้งหมด (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, มปป.) อุบัติเหตุทางการจราจรที่เกิดกับเด็กแม้ไม่ได้เกิดในบ้านแต่ก็พบในบริเวณชุมชนที่เด็กอาศัยอยู่ ลักษณะการเสียชีวิตมีสาเหตุมาจากนั่งเล่นใกล้ถนน ถูกรถชนขณะเดินทางเท้าหรือริมถนน เดินข้ามถนน และวิ่งเข้าสู่ถนนด้วยความเร็ว นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากการที่เด็กเป็นผู้โดยสาร รถจักรยานยนต์ รถโดยสาร หรือรถรับส่งนักเรียน (ดวงทิพย์ วรวิทย์, 2549; อดิศักดิ์ ผลิตผล

การพิมพ์, มปป.)

นอกจากการตายแล้วอุบัติเหตุยังทำให้เด็กบาดเจ็บต้องรับการตรวจรักษาในห้องฉุกเฉินอีกประมาณ 2,319,000 รายต่อปี ชนิดของการบาดเจ็บที่พบบ่อยในห้องฉุกเฉิน ได้แก่ การพลัดตกหกล้ม การจราจร การบาดเจ็บจากการถูกทิ่มแทงบด การบาดเจ็บจากการถูกกระแทกชน และการบาดเจ็บจากสัตว์กัด ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 45 ของการบาดเจ็บในเด็กเกิดขึ้นที่บ้าน ร้อยละ 23 เกิดบนถนน และร้อยละ 18 เกิดที่โรงเรียน ผลิตภัณฑ์อันตรายที่พบว่าเป็นสาเหตุของการบาดเจ็บได้บ่อย คือ ผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวกับโครงสร้างบ้านและเฟอร์นิเจอร์หลัก ยานพาหนะ สัตว์ ของเล่นและเครื่องเล่นในสนามเด็กเล่น เป็นต้น (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, มปป.) และจากสถิติของเครือข่าย (26 โรงพยาบาล) ที่เฝ้าระวังการบาดเจ็บ เมื่อปี พ.ศ. 2546 พบคนไทยได้รับบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มถึง 20,002 คน ตาย 652 คน และในปีพ.ศ. 2547 เพิ่มขึ้นเป็น บาดเจ็บ 21,524 คน ตาย 685 คน โดยพบมากในเด็กอายุ 5-15 ปี นอกจากนี้พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีได้รับบาดเจ็บจากเครื่องเล่นต่างๆ ได้แก่ ตกจากเครื่องเล่นที่สูง และหล่นมากระแทกพื้นที่แข็งปีละมากกว่า 34,000 ราย โดย ร้อยละ 70 เกิดจากพลัดตก และ ร้อยละ 75 ของเด็กที่พลัดตกต้องเสียชีวิต นอกจากนี้ยังมีอุบัติการณ์ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตกจากที่สูงเป็นข่าวอยู่เสมอๆ (www.jorpor.com: safty offfice)

เมื่อพิจารณาการเกิดอุบัติเหตุตามสิ่งที่ทำให้เกิดเหตุ ตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อม จะพบว่าอุบัติเหตุมักเกิดในเด็กผู้ชายมากกว่าเด็กผู้หญิงโดยเฉพาะในเด็กวัยเรียน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างของบุคลิกภาพ ความคาดหวังทางสังคม การเลี้ยงดูเด็ก และการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่มากกว่า โดยจะพบการจมน้ำเป็นสาเหตุการตายของเด็กผู้ชายมากกว่า และพบอุบัติเหตุจากยานพาหนะได้บ่อยในเด็กผู้หญิง (Scott, 2010) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่มักพบอุบัติเหตุในเด็กได้บ่อย ได้แก่ ที่บ้าน ในบริเวณใกล้บ้านและที่โรงเรียน อุบัติเหตุที่พบในเด็กวัยเรียนส่วนมากจะพบนอกบ้าน เนื่องจากเด็กวัยเรียนมีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับอุบัติเหตุจากรถยนต์และจักรยานสูงมากกว่า การได้สารพิษที่มักเกิดอุบัติเหตุในบ้านและมักพบในเด็กเล็ก อุบัติเหตุ เช่น จมน้ำ และอุบัติการณ์จากยานพาหนะ มักเกิดในช่วงปิดเทอมมากเนื่องจากการเล่นนอกบ้านของเด็ก ระดับของเศรษฐกิจสังคมมักมีผลต่อการเกิดอุบัติเหตุในเด็กโดยเฉพาะในเด็กที่ครอบครัวมีรายได้น้อย (Scott, 2010; Yamma, 2007) นอกจากนี้พบว่าสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ ครอบครัวมีอิทธิพลต่อการเกิดอุบัติเหตุในเด็กวัยเรียน ภาวะเครียดเรื้อรังของครอบครัว (ผู้ปกครองที่ไม่มีงานทำ) หรือภาวะเครียดเฉียบพลัน (พ่อแม่ที่ป่วย) อาจสนับสนุนให้เกิดการทำร้ายร่างกายจนเสียชีวิต (homicide) ซึ่งเป็นสาเหตุนำสู่การตายของเด็กอายุ 5-14 ปีในประเทศสหรัฐอเมริกา (Scott, 2010)

ความบกพร่องในการเรียนรู้ (Learning Disabilities : LD)

ความบกพร่องในการเรียนรู้ เป็นความผิดปกติที่ส่งผลต่อความสามารถของบุคคลในการแปลความหมายสิ่งที่เห็น หรือ สิ่งที่ได้ยิน หรือเชื่อมโยงข้อมูลจากหลายส่วนของสมองเข้าด้วยกัน ข้อจำกัด

ในความสามารถดังกล่าวนี้สามารถก่อให้เกิดปัญหาในหลายรูปแบบ เช่น ในรูปของปัญหาการอ่าน หรือการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับการอ่าน (dyslexia) การเขียนหรือความบกพร่องที่เกิดจากทักษะการควบคุมกล้ามเนื้อมือที่ใช้เขียน (dysgraphia) การคำนวณและเหตุผลเชิงตรรกะ (dyscalculia) หรือมีความบกพร่องหลายๆ ด้านร่วมกัน หลายคนมีความเข้าใจผิดว่าเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ คือเด็กที่เรียนช้า หรือมีความฉลาดน้อยกว่าคนอื่น ความจริงแล้วเด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้มีระดับสติปัญญาและความเฉลียวฉลาดเป็นปกติหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ย เด็กกลุ่มนี้ไม่มีความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจ ร่างกายสมบูรณ์ เหมือนเด็กปกติ แต่จะมีปัญหาในด้านการอ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ เด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ จะมีความบกพร่อง ในด้านการเขียนและการสะกดคำ มีความยากลำบากในการพูด และการเขียน การเคลื่อนไหว การควบคุมตนเอง หรือ สมาธิ ความยากลำบากเหล่านี้ส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้และเป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ที่จะอ่าน หรือ เขียน หรือ คิดคำนวณ (Child Development Insitute, 2010; Lyness, 2007; นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์, 2553) ประมาณการณ์ว่า ร้อยละ 5-10 ของเด็กอายุ 6-17 ปี มีปัญหาความบกพร่องในการเรียนรู้ (Scott, 2010) ประมาณว่า 1 ใน 10 ของเด็กทั่วไปมีปัญหาการเรียนจนต้องได้รับการศึกษาพิเศษและเกือบครึ่งหนึ่งของเด็กจำนวนนี้มีความบกพร่องในการเรียนรู้ การศึกษาของเด็กในวัยเรียนพบว่าร้อยละ 6-10 จะมีความบกพร่องในการเรียนรู้ เด็กชายจะมีปัญหาได้บ่อยกว่าเด็กหญิงในอัตราส่วน 4:1 (ชาญวิทย์ พรนภดล, 2553)

สาเหตุที่ทำให้เด็กมีความบกพร่องทางการเรียนรู้ ยังไม่มีใครระบุได้แน่ชัดว่าเกิดจากสาเหตุใด แต่พอสรุปได้ว่าเกิดจากสาเหตุหลัก (Lyness, 2007) ดังนี้

1. ความผิดปกติของสมองซีกซ้าย ซึ่งโดยปกติสมองซีกซ้ายจะควบคุมการแสดงออกทางด้านภาษา และสมองซีกซ้ายจะมีขนาดโตกว่าซีกขวา แต่เด็กที่มีความบกพร่องในการเรียนรู้ จะมีขนาดของสมองซีกซ้ายและซีกขวาเท่ากัน มีการศึกษาพบว่าเด็กที่คลอดก่อนกำหนด เด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่ามาตรฐานมาก และเด็กที่มีไข้สูง หรือ ขาดออกซิเจน ทำให้มีผลต่อสมองและมีความเสี่ยงในการเกิดความบกพร่องในการเรียนรู้
2. นอกจากความผิดปกติของสมองแล้ว ในด้านพันธุกรรมก็พบว่าเด็กที่มีปัญหาการอ่านบางราย มีความผิดปกติของโครโมโซมคู่ที่ 15 และมีสมาชิกในครอบครัวเคยมีความบกพร่องในการเรียนรู้ โดยที่พ่อแม่บางคนอาจมีประวัติว่า เมื่อตอนเด็กๆ เคยมีลักษณะคล้ายๆ กัน แต่ใช้ความพยายามจึงผ่านมาได้
3. ผลจากสิ่งแวดล้อม เช่น แม่ได้รับสารพิษขณะตั้งครรภ์ที่พบมากได้แก่ สารตะกั่ว หรือเมื่อเด็กคลอดมาได้รับประทานอาหาร น้ำดื่มที่มีสารตะกั่วเจือปน ซึ่งสารตะกั่วเหล่านี้อาจได้รับการปนเปื้อนมาจาก สีทาบ้าน ไอเสีย รถยนต์ หรือท่อน้ำประปาเก่าๆ ที่มีสนิม สารตะกั่วนี้จะเข้าไปทำลายเซลล์สมองบางส่วน นอกจากสารพิษที่ได้รับในชีวิตประจำวันแล้ว การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาการทางสมองของเด็กไม่สมบูรณ์

และเสี่ยงต่อการมีความบกพร่องในการเรียนรู้ได้

ในการช่วยเหลือเด็กที่มีความผิดปกติของการเรียนรู้ (LD) สิ่งสำคัญในการช่วยเหลือเด็กมีสามประการคือ 1) การแก้ไขความบกพร่องในกระบวนการเรียนรู้ 2) การแก้ไขปัญหาทางอารมณ์ และ 3) ส่งเสริมจุดแข็งหรือความสามารถอื่นๆของเด็ก การให้ความช่วยเหลือเด็กที่ผิดปกตินั้น อาจทำได้โดยฝึกให้เด็กอ่านและเขียนพยัญชนะหรือคำ ควบคู่ไปกับการดูภาพ จะช่วยให้เด็กสามารถจำคำที่สอดคล้องกับเสียงและภาพได้ ให้เด็กสนุกกับการอ่าน การเขียน สอนให้เด็กรักการอ่านโดยเริ่มต้นจากหนังสือนิทานหรือหนังสือการ์ตูน ฝึกให้เด็กอ่านข่าวหรือ สารคดีเพื่อจับใจความสำคัญและฝึกคิดหาเหตุผลบ่อยๆ ใช้ศิลปะ หรือเกมต่างๆ มาช่วยกระตุ้นให้เด็กเกิด การเรียนรู้ และที่สำคัญคือการสร้างกำลังใจและแรงจูงใจในการเรียนให้แก่เด็ก โดยการให้รางวัลหรือ ชมเชย เมื่อเด็กทำได้สำเร็จ ทำได้ถูกต้อง หรือได้พยายามทำในสิ่งนั้น ทั้งนี้เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เพื่อให้เด็กสามารถเรียนรู้ได้ตามศักยภาพของเขาและอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข (Lyness, 2007; Scott, 2010; ชาญวิทย์ พรนภดล, 2553)

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในเด็ก

ประเด็นหลักของการดูแลสุขภาพเด็กในสังคมปัจจุบันคือ 1) การจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการมีสุขภาพที่ดีและความผาสุกของเด็ก 2) ความปลอดภัยและการป้องกันหรือปกป้องเด็กจากอันตราย 3) การมีวิถีชีวิตที่ถูกสุขภาพด้วยความสมดุลระหว่างโภชนาการที่ดีกับการมีกิจกรรมทางกาย 4) สุขภาพจิตและอารมณ์

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีของเด็กในทุกชุมชน การประยุกต์กลวิธีหลักตามกฎบัตรออตตาวา สามารถดำเนินการได้ดังนี้

การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

การดูแลสุขภาพของเด็กควรเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เพราะเป็นการให้จุดเริ่มต้นที่ดีต่อการเจริญเติบโตเป็นเด็กและเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี การใช้กลวิธีสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของเด็กนี้ ควรได้กำหนดเป็นกฎ ระเบียบ หรือนโยบาย ในระดับชาติ ท้องถิ่น องค์กร และชุมชน โดยควรกำหนดเป็นลายลักษณ์อักษร และประกาศให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้เพื่อให้เกิดผลในการบังคับใช้ในทางปฏิบัติ นโยบายที่เกี่ยวข้องที่มีการดำเนินการอยู่ เช่น นโยบายเรื่องการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ซึ่งเป็นนโยบายที่องค์การอนามัยโลก ยูนิเซฟ กระทรวงสาธารณสุขของไทยเห็นชอบและรับมาดำเนินการในทุกระดับเพื่อส่งเสริมให้เด็กได้รับสารอาหารที่เหมาะสมและได้ภูมิคุ้มกันเพื่อสุขภาพที่แข็งแรง (ณัฐฐา กีนะพันธ์, 2552) ซึ่งปัจจุบัน สถาน

พยาบาลของรัฐและเอกชน จำนวนมากได้กำหนดเป็นนโยบาย "โรงพยาบาลสายสัมพันธ์แม่ลูก" หรือ มี "คลินิกนมแม่" (ณัฐฐา กีนะพันธ์, 2552; สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553) กำหนดนโยบาย "บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่" (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553)

สืบเนื่องจากปัญหาเด็กมีภาวะโภชนาการเกิน อ้วน และฟันผุ ทำให้เกิดการรวมตัวกันของนักวิชาชีพ จัดกลุ่มเครือข่าย "เด็กไทยไม่กินหวาน" และได้ศึกษาปัญหาและหาแนวทางเพื่อสร้างกระแสในสังคมเรื่องลดการบริโภคน้ำตาลในเด็ก โดยผลักดันผ่านสื่อมวลชนและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อผลักดันให้ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินเชิงนโยบาย กำหนดปริมาณน้ำตาลในอาหารเสริมเด็กไม่เกินร้อยละ 10 ให้มีการขยายพื้นที่โรงเรียนปลอดน้ำอัดลม การตลาดด้านอาหารในโรงเรียน และนโยบายเรื่องการพัฒนาฉลากอาหาร/โภชนาการ (สุริยเดว ทรีปาตี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี & 2005) นอกจากนี้การกำหนดมาตรการหรือแนวปฏิบัติของชุมชน ได้แก่ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปราศจากอาหารทำลายสุขภาพเด็ก การสร้างวัฒนธรรมในการทำบุญวันเกิดของลูกหลานในหมู่บ้าน โดยการเข้าวัดผูกขวัญรับพรจากพระรวมทั้งได้รับเงินขวัญถุง ไม่มีการจัดงานเลี้ยงฉลองเหมือนที่เคยจัด การจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้ การอ่าน โดยมีหนังสือสื่อการเรียนการสอนสำหรับเด็กเป็นการผลักดันให้เกิดนโยบายของชุมชนเพื่อดูแลสุขภาพปากและฟันและภาวะอ้วนในเด็ก (กิติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ และคณะ, 2546)

ในด้านความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุในเด็ก มีการจัดตั้งศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก (ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก, 2553) โดยนำข้อมูลความรู้ ที่รวบรวมจากชุดโครงการวิจัย งานวิจัยอื่น ๆ ความรู้จากหน่วยงานต่าง ๆ ความรู้จากต่างประเทศ แนวโน้มของโลก (global trend) และนโยบายรัฐบาล (governmental policy) มาสร้างกิจกรรมเพื่อให้ผลักดันให้เกิดกระบวนการใช้ผลการวิจัยสู่นโยบายสาธารณะ (research to public policy) ผลักดันให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้กำหนดนโยบายเรื่องความปลอดภัยของเด็ก เช่น ชุมชนปลอดภัย โรงเรียนปลอดภัย ศูนย์เด็กเล็กปลอดภัย ความปลอดภัยในของเล่น ความปลอดภัยของสนามเด็กเล่น ความเสี่ยงต่อการได้รับสารตะกั่วในเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กรุงเทพมหานคร เป็นต้น (ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก, 2553) รวมถึงนโยบายเกี่ยวกับความปลอดภัยเรื่องรถโรงเรียน (งามนิตย์ ราชกิจ, พงศ์พันธุ์ เขิดชู, ภาสกร ณ พิกุล และ สุริยา ทวีกุล, 2545)

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของเด็ก ควรเริ่มด้วยการส่งเสริมให้มีการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ โดยจัดบริการให้มีการเฝ้าระวังทางสุขภาพและการกำกับสำหรับผู้หญิงตั้งครรภ์ จัดให้มีบริการและสามารถเข้าใช้บริการได้ จัดการให้พ่อแม่ใหม่เข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารและสนับสนุนให้พัฒนาระดับ

การรู้เรื่องสุขภาพสำหรับการเป็นพ่อแม่ เช่น การใช้แหล่งประโยชน์ทางออนไลน์ (Kim, 2006) หรือการกระจายข้อมูลข่าวสารในโรงเรียน ศูนย์ดูแลเด็กกลางวัน หรือออกแบบศูนย์สนับสนุนครอบครัว ให้พ่อแม่มีทางเลือกว่าจะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารอย่างไรและที่ไหน (McMurrey, 2007) การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน บ้าน และชุมชน ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีของเด็ก เช่น การจัดสภาพแวดล้อมที่ให้เด็กสามารถเข้าถึงและได้บริโภคผลไม้และผัก มีอาหารที่สร้างเสริมสุขภาพจำหน่าย จัดให้มีสถานที่ให้เด็กได้มีกิจกรรมทางกายภายในสถานศึกษา จะช่วยลดการเกิดปัญหาสุขภาพและป้องกันปัญหาเรื่องอ้วนหรือภาวะน้ำหนักเกิน (Ahamed et al., 2007; Lee, Ho, & Keung, 2010; Naylor et al., 2010)

นอกจากนี้ การสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยในเรื่องโครงสร้างกายภาพและผลิตภัณฑ์ที่อยู่รอบตัวเด็ก ทั้งโครงสร้างทางกายภาพของบ้าน โรงเรียน ที่สาธารณะ กระตุ้นให้ชุมชนมีการจัดการและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น การกั้นรั้วบ่อน้ำ คลอง การปิดรูท่อระบายน้ำ (ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก, 2553) รวมทั้งการควบคุมผลิตภัณฑ์ที่มีอยู่รอบตัวเด็กให้ปลอดภัย โดยมีระบบเฝ้าระวังในสังคม โรงเรียน ชุมชน เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ที่ก่อให้เกิดอันตรายและการเฝ้าระวังความเสี่ยง การควบคุมความเสี่ยงจากผลิตภัณฑ์ โดยการกำจัดออกจากตลาด การเปลี่ยนแปลงรูปร่างของผลิตภัณฑ์ การจำกัดลักษณะผู้ใช้ เช่น การจำกัดอายุ การใช้พร้อมคำเตือน และการใช้อุปกรณ์เสริมความปลอดภัย (อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์, มปป.)

การส่งเสริมความเข้มแข็งของกิจกรรมชุมชน

กลวิธีที่ส่งเสริมการเข้ามาเป็นหุ้นส่วนของชุมชนเป็นวิธีที่มีประโยชน์และเสริมสร้างการปรับตัวของเด็ก เพราะชุมชนจะเปลี่ยนสิ่งที่เป็นภาวะเสี่ยงมาเสริมสร้างศักยภาพของเด็ก กลวิธีนี้จะจัดวางเรื่องของเด็กให้เป็นศูนย์กลางของชุมชน และขับเคลื่อนแหล่งประโยชน์รอบๆ มาเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เด็กอาศัยอยู่ เช่น โครงการ Sure Start Children's Centers in 2004 ที่ตั้งขึ้นในประเทศอังกฤษ ซึ่งเป็นหน่วยงานสำหรับเด็ก โรงเรียน และครอบครัวของเด็กมาวางแผนร่วมกันในการปรับปรุงสุขภาพของเด็ก และครอบครัว (Thompson, 2010) โครงการโรงเรียนที่ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมแก้ปัญหาเรื่องภาวะโภชนาการในเด็กซึ่งสามารถลดความชุกของเด็กอ้วนในประชากรที่มีรายได้น้อยได้ (Hoelscher et al., 2010) การให้ชุมชนเข้ามาเป็นหุ้นส่วนการทำงาน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุของปัญหา รวมทั้งแนวทางการแก้ปัญหา โดยระดมความคิดในทุกกลุ่มอายุ ในชุมชน ตั้งแต่กลุ่มเยาวชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มพ่อบ้าน ผู้สูงอายุ และกลุ่มข้าราชการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งครูอาจารย์ ในโรงเรียนของชุมชน เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม และตระหนักถึงบทบาทที่ทุกคนในชุมชนต้องร่วมกันแก้ปัญหา หรือเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนตนเอง จนเกิดความรู้สึกว่า ปัญหาดังกล่าว เป็นปัญหาของตนเอง ไม่ใช่ปัญหาของเจ้าหน้าที่ สามารถแก้ไขปัญหาที่พบในเด็กอย่างได้ผล เช่น การจัดการเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุและการ

บาดเจ็บจากการจราจรสำหรับเด็ก (งามนิตย์ ราชกิจ, พงศ์พันธุ์ เชิดชู, ภาสกร ณ พิกุล และ สุริยา ทวีกุล, 2545) โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนและครอบครัวในการป้องกันเด็กจมน้ำ (Rahman et al., 2010) ปัญหาสุขภาพฟันของเด็กในชุมชน (กิติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ และคณะ, 2546)

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Developing personal skills)

เป็นการเสริมสร้างความสามารถและทักษะส่วนบุคคล ด้วยวิธีการให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ สร้างแรงจูงใจ และเสริมสร้างศักยภาพบุคคล ให้เด็กสามารถดูแลสุขภาพตนเอง หรือให้ผู้ปกครองสามารถดูแลสุขภาพเสริมสร้างการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก สามารถประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพต่าง ๆ มาเป็นกรอบแนวคิดในการออกแบบโปรแกรมพัฒนาทักษะส่วนบุคคล เช่นตัวอย่างต่อไปนี้

กิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะส่วนบุคคล ทั้งเป็นการส่งเสริมตัวเด็ก ครอบครัวผู้ดูแล และครู เช่น โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสำหรับเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งประยุกต์แนวคิดความสามารถในตน มาออกแบบโปรแกรมให้ความรู้เรื่องโรคอ้วนการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ฝึกปฏิบัติให้มีประสบการณ์ด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการพัฒนาพฤติกรรม เรียนรู้จากตัวแบบสัญลักษณ์เพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองและคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น เพิ่มการสนับสนุนทางสังคมจากผู้ปกครองและครูในโรงเรียนตลอดการดำเนินโครงการ ซึ่งผลจากการวิจัยพบว่าเด็กที่ได้รับการพัฒนาทักษะนี้ มีการเปลี่ยนแปลงในความรู้เรื่องโรคอ้วน การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย มีความเชื่อในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตน และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (วีณา เที่ยงธรรม, อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุนีย์ ละกำปั่น และ ปริยาภรณ์ มณีแดง, 2552) การพัฒนา "card game" และหลักสูตรการสอนเด็กอายุ 9-11 ปี เรื่องการกินอย่างถูกสุขภาพสำหรับใช้ในโรงเรียนประถมศึกษา พบว่าเด็กนักเรียนมีความรู้เรื่องโภชนาการ และมีเจตคติในเรื่องการกินอาหารสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (Lakshman, Sharp, Ong, & Forouhi, 2010)

การประยุกต์ใช้หลักการตลาดเชิงสังคม ในการสื่อสารสุขภาพให้ผู้ปกครอง เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้ เห็นความสำคัญ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการปรับสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อเอื้อให้เด็กปฐมวัยได้มีการออกกำลังกายหรือมีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้น (Bellows et al., 2010)

การจัดโปรแกรมป้องกันการบาดเจ็บและอุบัติเหตุจากการมีกิจกรรมทางกายในโรงเรียน เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะให้เด็กสามารถป้องกันการบาดเจ็บจากการมีกิจกรรมทางกาย โดยเฉพาะในเด็กที่ไม่คล่องแคล่วหรือไม่กระฉับกระเฉง (Collard, Verhagen, Chinapaw, Knol, & Van Mechelen, 2010) หรือการสอนอาสาสมัครในชุมชนให้มีทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้นในกรณีที่เด็กจมน้ำ (Rahman et al., 2010)

การปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการสุขภาพ

เดิมการดูแลสุขภาพของเด็กจะอยู่ในความรับผิดชอบของเจ้าหน้าสุขภาพ หรือพยาบาลอนามัยโรงเรียน รูปแบบของบริการจะต้องปรับเปลี่ยนให้เกิดการร่วมมือในการทำงานกับทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อสุขภาพของเด็ก เช่น การทำหน้าที่ของทีมสุขภาพในลักษณะผู้สนับสนุนชี้แนะทางด้านสุขภาพ โดยสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการเพื่อให้ชุมชนตระหนักในปัญหาประสานความร่วมมือกับภาคส่วนอื่นๆ และดึงศักยภาพของชุมชน กลุ่มต่างๆในชุมชนมาร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา เช่น โครงการชุมชนร่วมสร้างสุขภาพเด็ก 0-12 ปี บ้านน้ำคา (กิติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ และคณะ, 2546) หรือการเป็นสื่อกลางประสานความร่วมมือกับหน่วยงานตำรวจ หน่วยงานขนส่ง สถานศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข และชมรมรถรับ-ส่งนักเรียน ในการพัฒนารูปแบบการจัดระบบสร้างเสริมความปลอดภัย ผู้ขับขี่รถรับ-ส่งนักเรียน ความปลอดภัยด้านรถ และความปลอดภัยด้านนักเรียนผู้โดยสาร (งามนิตย์ ราชกิจ, พงศ์พันธุ์ เชิดชู, ภาสกร ณ พิกุล และ สุริยา ทวีกุล, 2545) หรือการที่พยาบาลที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน ออกคัดกรองปัญหาสุขภาพและภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพต่างๆ เพื่อนำข้อมูลมาเสนอกับผู้บริการ โรงเรียน ครูผู้รับผิดชอบ และคณะกรรมการโรงเรียน เพื่อร่วมกันหารูปแบบในการดูแลสุขภาพและป้องกันปัญหาด้านพฤติกรรมที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็ก

สรุป

สุขภาพของเด็กต้องได้รับการดูแลตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา เพราะการตั้งต้นที่ดีจะเป็นหลักประกันความมั่นใจว่าเด็กที่เกิดมาจะมีสุขภาพที่แข็งแรง นอกจากนี้ทุกช่วงวัยของเด็กยังต้องการได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยกลุ่มเป้าหมายคือ ตัวเด็ก ผู้ปกครอง ครู และชุมชน ซึ่งกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเด็กได้ เพื่อให้เด็กเจริญเติบโตและมีพัฒนาการสมวัย เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพแข็งแรงต่อไป

คำถามนำอภิปราย

1. ระบุปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในเด็ก ในชุมชน จำแนกตามเฉพาะกลุ่มวัย
2. วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสุขภาพที่พบเด็ก
3. อธิบายวิธีการประยุกต์กลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพเด็กในชุมชนตามปัญหาเฉพาะที่เลือกสรร

บรรณานุกรม

กิติศักดิ์ เกษตรสินสมบัติ และคณะ. (2546). ชุมชนร่วมสร้างสุขภาพเด็ก 0-12 ปี บ้านน้ำคา หมู่ที่ 1 ตำบลพญาแก้ว อำเภอเชียงกลางจังหวัดน่าน. น่าน: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน.

งามนิตย์ ราชกิจ, พงศ์พันธุ์ เชิดชู, ภาสกร ณ พิกุล และ สุริยา ทวีกุล. (2545). การพัฒนารูปแบบการจัดระบบสร้างเสริมความปลอดภัยในรถยนต์โดยสารรับ-ส่งนักเรียนจังหวัดเชียงราย

ชาญวิทย์ พรนภดล. (2553). กลุ่มความบกพร่องทางการเรียนรู้ (LD). Retrieved from ภาวะการเรียนบกพร่อง (Learning Disorders – LD) website: http://www.autisticthailand.com/sthaiparentscouncil/ LD/LDcontent/LD4.htm

ณัฐฐา กีนะพันธ์ Unicef ประเทศไทย. (2552). น้ำนมแม่ดีที่สุด! Retrieved 13 สิงหาคม 2553, from http://www.unicef.org/thailand/tha/reallives_9620.html

ดวงทิพย์ วรวิทย์. (2549). สถานการณ์ด้านอุบัติเหตุของเด็กและเยาวชน. Retrieved 12 สิงหาคม 2553, from สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ http://www.hiso.or.th /hiso/analystReport/download.php? download=9& lesson =3&lesson_id=461

นันทณี เสถียรศักดิ์พงศ์. (2553). ความบกพร่องทางการเรียน (Learning Disability) คืออะไร Retrieved 13 สิงหาคม 2553, from http://www.otat.org/index.php?lay =show&ac=article&Id=5371890&Ntype=2

วีณา เที่ยงธรรม, อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุนีย์ ละกำปั่น และปริยาภรณ์ มณีแดง. (2552).ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสำหรับเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 39(3), 245-257.

ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก. การดำเนินชุดโครงการ สร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก Retrieved 13 สิงหาคม 2553, from http://www.safedekthai.com/safekids/about.html

ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก. (2553) Retrieved 15 สิงหาคม 2553, from http://www.csip.org/

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2553). เด็กประถม-มัธยมไทยเป็นโรคอ้วนกว่า 5 ล้านคน Retrieved 12 สิงหาคม 2553, from http://www.thaihealth. or.th/node/15598

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2553, 03-08-53). สสส. เปิดตัว "บันได 10 ขั้นสู่ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่" from http://www.thaihealth.or.th/node /16444

สุกานดา โพธิ์ศรี. (2546). สถานการณ์ผลกระทบต่อสุขภาพเด็ก จากสิ่งแวดล้อม Retrieved 14 สิงหาคม, 2553, from http://advisor.anamai.moph.go.th/health46/content3.html

สุริยเดว ทรีปาตี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, & (2005). ความเป็นมาของ "เครือข่ายเด็กไทยไม่กินหวาน Retrieved 16 สิงหาคม, 2553, from http://nutrition.anamai.moph.go.th/maiwan2.html

อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์. (มปป.). โลกที่เหมาะสมสำหรับเด็ก: เด็กกับความปลอดภัย. Retrieved from http://www.csip.org/csip/autopage/file/MonJanuary2007-11-35-24-SAFETY%20%20FOR%20THAI%20CHILDREN.pdf

Ahamed, Y., Macdonald, H., Reed, K., Naylor, P. J., Liu-Ambrose, T., & McKay, H. (2007). School-based physical activity does not compromise children's academic performance. *Medicine Science Sports Exercise, 39*(2), 371-376.

American Academy of Children & Adolecsent Psychiatry. (2008). Children and firearms. Retrieved 12 August,2010,from www.aacap.org/cs/root/fact_for_families/ children_and_firearms

Belli, P. C., Bustreo, F., & Preker, A. (2005). Investing in children's health: what are the economic benefits? *Bulletin of the World Health Organization, 83*, 777-784.

Bellows, L., Silvernail, S., Caldwell, L., Bryant, A., Kennedy, C., Davies, P., & Anderson, J. (2010). Parental Perception on the Efficacy of a Physical Activity Program for Preschoolers. *Journal of Community Health*. doi: 10.1007/s10900-010-9302-1

Campbell, K. P. (Ed.). (2007). *Investing in Maternal and Child health:An Employer's Toolkit*. Washington, DC: Center for Prevention and Health Service, National Business Group on health.

Child Development Insitute. (2010). About Learning Disabilities. Retrieved 13 August 2010, from http://www.childdevelopmentinfo.com/learning/ learning_disabilities.shtml

Collard, D. C., Verhagen, E. A., Chinapaw, M. J., Knol, D. L., & van Mechelen, W. (2010). Effectiveness of a school-based physical activity injury prevention program: a cluster randomized controlled trial. *Archive Pediatric Adolescent Medicine, 164*(2), 145-150.

Hoelscher, D. M., Springer, A. E., Ranjit, N., Perry, C. L., Evans, A. E., Stigler, M., & Kelder, S. H. (2010). Reductions in child obesity among disadvantaged school children with community involvement: the Travis County CATCH Trial. *Obesity (Silver Spring), 18 Suppl 1*, S36-44.

Kim, J. A. (2006). Computer-tailored intervention program to promote breast-feeding. *Study Health Technology Information, 122*, 805-806.

Laflamme, L., Hasselberg, M., & Burrows, S. (2010). 20 Years of Research on Socioeconomic Inequality and Children's-Unintentional Injuries Understanding the Cause-Specific Evidence at Hand. *International Journal Pediatric, 2010.*

Lakshman, R. R., Sharp, S. J., Ong, K. K.,& Forouhi,N.G.(2010). A novel school-based intervention to improve nutrition knowledge in children: cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health,* 10,123

Lau, D. C., Douketis, J. D., Morrison, K. M., Hramiak, I. M., Sharma, A. M., & Ur, E. (2007). 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children (summary). *Canadian Medication Association Journal, 176*(8), S1-13.

Lee, A., Ho, M., & Keung, V. (2010). Healthy school as an ecological model for prevention of childhood obesity. *Research in Sports Medicine,* 1Lumeng, J. C., Somashekar, D., Appugliese, D., Kaciroti, N., Corwyn, R. F., & Bradley, R. H. (2007). Shorter sleep duration is associated with increased risk for being overweight at ages 9 to 12 years. *Pediatrics, 120*(5), 1020-1029.

Lyness, D'Arcy. (2007). Learning Disabilities Retrieved 14 August, 2010, from http://kidshealth.org/teen/diseases_conditions/learning/learning_disabilities.html

McMurrey, A. (2007). Community health and wellness: a socioecological approach. NSW: Elsevier.

Naylor, P. J., Scott, J., Drummond, J., Bridgewater, L., McKay, H. A., & Panagiotopoulos, C. (2010). Implementing a whole school physical activity and healthy eating model in rural and remote first nations schools: a process evaluation of action schools! BC. *Rural Remote Health, 10*(2), 1296.

Stanhope, M., & Jeanette, L. (2008). Community and Public Health Nursing. (6th ed.) St Louis, Missuri : Mosby .

Rahman, A., Miah, A. H., Mashreky, S. R., Shafinaz, S., Linnan, M., & Rahman, F. (2010). Initial community response to a childhood drowning prevention programme in a rural setting in Bangladesh. *Injury Prevention, 16*(1), 21-25.

Scott, L. K. (2010). School-Age Child. In Carole Lium Edelman & Garol Lynn Mandle (Eds.), *Health promotion throughout the life span* (7th ed., pp. 697). St.Louis, Missouri: Mosby Elsevier.

Slyper, A. H. (2004). The pediatric obesity epidemic: causes and controversies. *Jornal Clinical Endocrinology Metaborism, 89*(6), 2540-2547.

Thompson, C. (2010). Sure Start Children's Centres: time to make them better known. *Journal Family Health Care, 20*(2), 45-47.

Wannaprai, Y. (2007). *Factors associated to home injuries in preschool children.* Master of Nursing Science, Mahidol, Bangkok. Retrieved from http://mulinet10.li.mahidol.ac.th/e-thesis/4536544.pdf

world Health Organization. (2008). Child Injury Prevention in the South-East Asia Region Retrieved 12 August, 2010, from http://www.searo.who.int/ LinkFiles/Disability,Injury_Prevention_&_ Rehabilitation_FS2_121208.pdf

World Health Organization. (2010). Why does childhood overweight and obesity matter? Retrieved 12 August, 2010, from http://www.who.int/ dietphysicalactivity/childhood_consequences/en /index.html

World Health Organization, & UNICEF. (2008). World report on child injury prevention Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/ injury/world_report/en/ www.jorpor.com: safety offfice. Child Safty : ความปลอดภัยสำหรับเด็ก Retrieved 14 สิงหาคม, 2553, from http://www.jorpor.com/ChildSafety.html

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในวัยรุ่น

รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา

วัยรุ่นเป็นช่วงเวลาที่ก้าวจากวัยเด็กเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตทางร่างกายสูงสุด การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จากความเป็นเด็กหญิง เด็กชาย เข้าสู่การเจริญเติบโตทางร่างกายเต็มที่ทุกส่วน ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอื่นๆ เช่น ด้านอารมณ์ ค่านิยม ทัศนคติ ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง ฯลฯ การเปลี่ยนแปลงของร่างกายเพื่อเข้าสู่วัยรุ่นของแต่ละคนไม่เท่ากัน อาจทำให้เกิดความกังวล สับสนต่อการปฏิบัติตน และการปรับตัวเข้าสู่วัยรุ่น เด็กที่เป็นหนุ่มสาวเร็วในวัยนี้จะมีความคิดหมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ซึ่งจะส่งผลกระทบไปยังจิตใจ ทำให้อารมณ์หงุดหงิดและแปรปรวนง่าย ในวัยนี้นอกเหนือจากการให้ความสนใจเรื่องการเปลี่ยนแปลงของร่างกายแล้ว ยังให้ความสนใจเรื่องเพศ โดยเฉพาะเพศตรงข้าม เช่น การปรับปรุงตนเองให้มีบุคลิกลักษณะ การวางตัวต่อเพื่อนต่างเพศ การเลือกคบเพื่อนต่างเพศ เป็นต้น

พัฒนาการของวัยรุ่น (ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม)

จากการศึกษาด้านพัฒนาการของซิกมัน ฟรอยด์ (Sigmund Freud) ในช่วงของวัยรุ่นหรือ genital stage เป็นวัยที่เริ่มมีความต้องการทางเพศซึ่งเป็นแรงขับอันเนื่องมาจากความต้องการจากการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมนภายในร่างกาย ซึ่งเปรียบเทียบได้กับช่วงของการสร้างอัตตลักษณ์ของตนเอง (identity vs. identity confusion) ของอีริค อีริคสัน (Erik Erikson) ที่ได้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งนำไปสู่การเข้าใจบทบาทของตัวเองในสังคม โดยทั่วไปวัยรุ่นจะเปรียบเทียบตนเองกับเพื่อน ทำให้เกิดความรู้สึกต้องพึ่งพา (dependency) และมีการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (moral judgement) วัยนี้มีพัฒนาการด้านความคิด (intellectual) และการใช้เหตุผล (reasoning) ในการประเมินความเหมาะสมของพฤติกรรมในสถานการณ์จำลอง วัยนี้มีความสามารถในการคิดเชิงนามธรรม (formal operation) สามารถคิดวิเคราะห์ แยกแยะในเชิงเหตุและผล แต่เป็นไปในทิศทางที่ตนเองเห็นชอบ หรือ ตามอย่างที่เพื่อนว่า ซึ่งเพียเจย์ (Jean Piaget) และ โคล์เบิร์ก (Lawrence Kohlberg) ได้แยกแยะระหว่างความสามารถทางความคิดในเชิงจริยธรรมและการปฏิบัติจริงที่อาจไม่สอดคล้องกัน ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้ พฤติกรรมของวัยรุ่นได้รับอิทธิพลจากการอบรมเลี้ยงดู และการลอกเลียนแบบจากกลุ่มเพื่อนที่ถือว่าเป็นบริบททางสังคม (socialization) ที่สำคัญที่สุด ผลจากความสามารถในการใช้ความคิดเชิงนามธรรม ร่วมกับความต้องการอิสระ อาจทำให้วัยรุ่นบางรายต่อต้านการควบคุมของพ่อแม่ ผู้ปกครอง ซึ่งการกระทำเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการค้นหาอัตตลักษณ์และคุณค่าในตนเอง (Muuss, 1996)

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของวัยรุ่นเกิดขึ้นจากอิทธิพลของฮอร์โมน ทำให้ร่างกายเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของลักษณะทางเพศ ทำให้มีลักษณะเด่นชัดของเพศหญิงและเพศชาย นอกจากนี้จะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ สังคม และสติปัญญาอย่างมากพร้อมๆกันไปด้วย (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549; Muuss, 1996)

ตารางที่ 5-1 พัฒนาการของวัยรุ่น

วัยรุ่น	การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย	การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์	การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม
วัยรุ่นตอนต้น อายุ 10-12 ปี (หญิง) อายุ 13-14 ปี (ชาย)	**เพศหญิง** 1. การมีประจำเดือน 2. สัดส่วนต่างๆ ของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เช่น หน้าอก เอว 3. มีขนบริเวณรักแร้และอวัยวะเพศ **เพศชาย** 1. การหลั่งอสุจิ 2. น้ำเสียงที่พูดเปลี่ยนไปจากเดิม คือห้าวขึ้น 3. มีขนบริเวณรักแร้ และอวัยวะเพศ	1. อารมณ์แปรปรวน สับสน อ่อนไหวง่าย อารมณ์ขึ้นๆ ลงๆ ไม่มั่นคง 2. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย สาเหตุและความแตกต่างจากเพื่อนคนอื่นๆ จนอาจทำให้เกิดอารมณ์แปรปรวน 3. เด็กแต่ละคนจะเริ่มแสดงลักษณะเด่นทางอารมณ์ เช่น อารมณ์ร้อนอารมณ์หวาดวิตกกังวล อารมณ์อ่อนไหวง่าย	1. ชอบเล่นกับเพื่อนเพศเดียวกัน ผู้ชายเน้นเล่นเป็นกลุ่ม ผู้หญิงจับคู่เพื่อนสนิทในการทำกิจกรรมต่างๆ 2. เริ่มให้ความสนใจเพศตรงข้าม 3. ให้ความสนใจกับเพื่อนมากกว่าพ่อแม่

ตารางที่ 5-1 พัฒนาการของวัยรุ่น (ต่อ)

วัยรุ่น	การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย	การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์	การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม
วัยรุ่นตอนกลาง (อายุ 13-17 ปี) (หญิง) (อายุ 15-17 ปี) (ชาย)	1. การเจริญเติบโตทางกายเป็นไปอย่างรวดเร็วทุกส่วน เช่น แขนขายาว มือเท้าใหญ่ สะโพก อก ไหล่กว้างใหญ่ขึ้น 2. มีกลิ่นตัว เนื่องจากรูตามผิวหนังขยายตัว และผลิตเหงื่อออกมามาก การผลิตน้ำมันตามผิวหนังมีมาก จึงเป็นช่วงที่มีสิวทั้งชายและหญิง	1. มีความวิตกกังวลกับอารมณ์เพศที่สูงขึ้น รู้สึกไม่แน่ใจตนเองว่าจะผิดปกติหรือไม่ 2. มีความสนใจ อยากรู้อยากเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศ และเมื่อมาผสมกับการที่มีระดับฮอร์โมน ทางเพศเพิ่มสูงขึ้น จะทำให้เด็กเรียนรู้ที่จะหัดสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง 3. วิตกกังวล กลัวจะไม่เป็นที่ยอมรับจากคนรอบข้าง มักจะกลัวความรับผิดชอบ	1. สนใจตัวเองมากขึ้น วัยรุ่นหญิงจะมีความสนใจตัวเอง รักสวยรักงาม สนใจในเรื่องการแต่งตัวให้ทันสมัย 2. ไม่ชอบให้ใครมาบังคับ มีความต้องการที่จะหลีกหนีกฎเกณฑ์และข้อบังคับ 3. ต้องการการยอมรับจากสังคม ต้องการแสดงออกให้บุคคลรอบข้างเห็นคุณค่าของตนเองมักชอบเลียนแบบเพื่อนสนิท หรือดารานักร้องที่ตนชื่นชอบ 4. ชอบเก็บตัว ไม่ชอบไปไหนมาไหนกับมารดา แต่ชอบไปกับเพื่อนแทน 5. มีความสนใจต่อเพศตรงข้าม โดยทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิงต่างก็พยายามให้ความสนใจซึ่งกันและกัน

ตารางที่ 5-1 พัฒนาการของวัยรุ่น (ต่อ)

วัยรุ่น	การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย	การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์	การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม
วัยรุ่น ตอนปลาย อายุตั้งแต่ 18-20	1. การเจริญเติบโตทางร่างกายเต็มที่ ทั้งน้ำหนัก ส่วนสูง ความแข็งแรงของกระดูกและกล้ามเนื้อ	1. การพัฒนาอัตตลักษณ์ของตนเอง เป็นคุณสมบัติที่สำคัญที่ส่งผลต่อความภาคภูมิใจในตนเอง ความมีปมด้อย การเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ซึ่งส่งผลต่ออารมณ์วิตกกังวล ซึมเศร้า ไม่มีสมาธิ	1. เรียนรู้ความแตกต่างระหว่างบุคคล และลักษณะบุคลิกภาพของแต่ละคน 2. สัมพันธภาพเริ่มมั่นคง 3. มีวุฒิภาวะมากขึ้น

กล่าวโดยสรุปวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สติปัญญา มีความคิดเป็นตัวของตัวเอง เริ่มใช้เหตุผลในการตัดสินใจ ให้ความสำคัญกับเพื่อน เริ่มแยกตัวเป็นอิสระจากพ่อแม่ ไม่ต้องการอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ มีการอยากรู้อยากลองในสิ่งต่างๆ มีความรู้สึกต้องการทางเพศ มีการแสดงออกถึงอัตตลักษณ์ทางเพศ และพฤติกรรมทางเพศ

ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น

ปัจจัยระดับบุคคล

วัยนี้เข้าสู่ความเป็นหนุ่มสาว (puberty) อยู่ในช่วงอายุ 8-17 ปี ในผู้หญิงและ 10-19 ปี ในผู้ชาย วัยนี้มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนเจริญเติบโตและฮอร์โมนเพศ กระบวนการเกี่ยวกับฮอร์โมนที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตทางร่างกายในวัยนี้แบ่งเป็น 2 กระบวนการ คือ 1) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการหลั่ง adrenal androgen หรือที่เรียกว่า adrenarche เกี่ยวกับการสร้างแอนโดรเจน 2) การทำงานของ hypothalamic-pituitary-gonadal system กระบวนการนี้เกิดหลังจากกระบวนการที่ 1 ประมาณ 2 ปี ส่งผลให้เกิดลักษณะทางเพศ ซึ่งพิจารณาได้จากการเปลี่ยนแปลงของขนบริเวณอวัยวะเพศ (pubic hair) สำหรับทั้งสองเพศ และในเพศชายสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะเพศภายนอก ได้แก่ การเพิ่มขนาดของอัณฑะ ถุงหุ้มอัณฑะ (scrotum) บางลง

องคชาติยาวขึ้น ในเพศหญิงสังเกตจากการเปลี่ยนแปลงของเต้านม ได้แก่ เริ่มมี breast bud คลำได้ก้อนเป็นไต เต้านมและบริเวณ areolar โตขึ้นเป็นเนินเดียวกัน มีการยื่นของ papilla จะเห็นได้ว่า growth hormone และ thyroid hormone เป็นฮอร์โมนที่สำคัญต่อการเจริญเติบโต ซึ่งแยกได้ 2 ประเภทคือ เป็นหนุ่มสาวข้า และเป็นหนุ่มสาวก่อนวัยอันควร สำหรับเพศหญิงมักจะมีบุตรได้เมื่อมีประจำเดือนแล้ว 1-2 ปี เนื่องจากในช่วง 1-2 ปีแรกของการมีระดูมักไม่มีการตกไข่ และมีความสูงเพิ่มขึ้นเพียง 5 - 7.5 เซนติเมตร ตลอดระยะเวลา 3 ปีหลังจากมีประจำเดือนสม่ำเสมอ และจะหยุดการเจริญเติบโตเมื่อมีประจำเดือนมาแล้ว 3 ปี การมีพัฒนาทางเพศทุติยภูมิ (secondary sexual characteristics) เร็ว ส่งผลต่อการมีประจำเดือนเร็วขึ้น และเข้าสู่การเจริญพันธุ์เร็วขึ้น ในเด็กผู้ชายจะมีการสร้าง spermatozoa ในช่วงวัยรุ่นตอนกลาง และหยุดการเจริญเติบโตหลังจากมีเสียงแตกแล้ว 3 ปี (กิตติ อังศุสิงห์, 2547)

ผลกระทบจากการเข้าสู่วัยหนุ่มสาวที่มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เร็วขึ้น แต่ยังมีพัฒนาการทางด้านความคิดที่ยังไม่สัมพันธ์กัน เป็นสัญญาณบอกถึงความไม่สอดคล้องของความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกเป็นแรงกระตุ้นให้เด็กรวมกลุ่ม เนื่องจากมีความเข้าใจปัญหาของกันและกัน สามารถร่วมทุกข์ร่วมสุขได้ดีกว่าคนต่างวัย และการเข้ากลุ่มยังตอบสนองความต้องการส่วนบุคคล เช่น การเป็นบุคคลสำคัญ การต่อต้านกฎ ระเบียบ การบังคับของพ่อแม่ เป็นต้น จึงอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มมีความสำคัญต่อวัยรุ่นเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากเมื่อเกิดการรวมกลุ่มแล้วจะมีการสร้างกฎระเบียบ แนวทางปฏิบัติของกลุ่ม เมื่อบุคคลใดปฏิบัติตามไม่ได้ต้องออกจากกลุ่ม ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมที่สำคัญ เพราะวัยรุ่นมีความกังวลใจในเรื่องสัมพันธภาพ จิตใจละเอียดอ่อนและเปราะบางกับการมีเพื่อนและไม่มีเพื่อน (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) วัยรุ่นควรใช้โอกาสนี้ในการสร้างความรู้จัก เข้าใจความแตกต่างระหว่างเพศ รู้จักบทบาทและการปฏิบัติตนต่อเพศตรงข้าม และพัฒนาทักษะในการเข้าสังคม และสร้างภูมิคุ้มกันในตัวเองต่อการถูกชักจูง โดยการสร้างความรู้ เจตคติ และทักษะในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ผ่านการคิดวิเคราะห์ วิจารณ์ การแยกแยะข้อมูลข่าวสาร การคิดสร้างสรรค์ การตระหนักรู้ในตน เข้าใจในจุดเด่นจุดด้อย ความสามารถของตนเอง การเข้าใจและเห็นใจผู้อื่น ความภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ความรับผิดชอบต่อสังคม การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสารความรู้สึกนึกคิด การชื่นชม การปฏิเสธ การตัดสินใจและแก้ไขปัญหา การวิเคราะห์ทางเลือก และการจัดการกับอารมณ์ความเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2547)

ปัจจัยระดับครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานของสังคม ที่มีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูเด็ก หล่อหลอมความเป็นมนุษย์ในวัฒนธรรมหนึ่ง ๆ ตลอดจนสร้างค่านิยม เจตคติ อุปนิสัย และบุคลิกภาพ โดยผ่านการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ในปัจจุบันครอบครัวไทยมีลักษณะเปลี่ยนแปลงไปจากครอบครัวขยายกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว ความผูกพันใกล้ชิดระหว่างสมาชิกในครอบครัวเริ่มน้อยลง พ่อแม่ไม่มีเวลาสนทนากับลูก การปฏิบัติต่อเด็กทั้งการกระทำ วาจา ท่าทางที่แสดงให้เด็กรับรู้ถึงความรัก

ความอบอุ่น การเอาใจใส่ที่พ่อแม่ ผู้ปกครองมีต่อเด็กในลักษณะการให้คำแนะนำ สั่งสอนในเรื่องต่างๆ เพื่อเป็นการสร้างและพัฒนาบุคลิกภาพของเด็กจึงมีความสำคัญมาก

จะเห็นได้ว่าการเลี้ยงดูของพ่อแม่เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลอย่างมากของพัฒนาการในวัยรุ่น เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมแรกที่มีผลต่อพฤติกรรมของสมาชิก (รุจา ภู่ไพบูลย์, 2541) ลูกหล่อหลอมพฤติกรรมของตนเองจากการเรียนรู้พฤติกรรมของพ่อแม่ จะเห็นได้ว่านอกจากปัจจัย 4 แล้ว วัยรุ่นยังมีความต้องการในสิ่งต่อไปนี้ เพื่อพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่เหมาะสม ประกอบด้วย 1) ความรักความห่วงใยจากบิดามารดา 2) ความเป็นอิสระในระดับหนึ่ง 3) ต้องการเป็นตัวของตัวเองเพิ่มมากขึ้น 4) อยากรู้ อยากเห็น อยากลอง 5) ต้องการคบเพื่อนและมีเวลาอยู่กับเพื่อนมากขึ้น 6) ความถูกต้องความยุติธรรม 7) ต้องการความงดงามทางร่างกาย 8) ต้องการความตื่นเต้น ท้าทาย และประสบการณ์แปลกใหม่ 9) ต้องการการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของบ้าน ของกลุ่มเพื่อน (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2537) ส่งผลให้รูปแบบการเลี้ยงดู การสื่อสารภายในครอบครัว เป็นเบ้าหลอมความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของบุตร

การสื่อสารในครอบครัวที่ดีควรเริ่มจากการพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับลูก การพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกได้นั้นจะต้องอาศัยความไว้วางใจ การยอมรับ ความเข้าใจอันดี และความสนใจ ซึ่งเป็นหน้าที่โดยตรงของพ่อแม่ที่จะผลักดันให้เกิดขึ้นในตัวเด็ก เมื่อใดก็ตามที่เด็กเกิดความรู้สึกว่าพ่อแม่ยอมรับในตัวเด็ก เด็กมีความไว้วางใจพ่อแม่ พ่อแม่ก็สามารถที่จะเข้าหาเด็ก พูดคุยกับเด็กได้ รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว (family communication pattern) ส่วนใหญ่เป็นแบบปล่อยปละละเลย (laissez – faire) คือ ไม่ยึดถือรูปแบบ ไม่มีกรอบหรือแนวทางที่เป็นแบบอย่างว่าเด็กต้องเชื่อฟังและคล้อยตามทัศนคติ หรือห้ามโต้เถียงพ่อ แม่ โดยจะเป็นไปอย่างอิสระเสรี แต่ขณะเดียวกันเด็กจะไม่ได้รับการสนับสนุนให้กล้าแสดงความคิด ข้อดีของการสื่อสารแบบปล่อยปละละเลย คือ ให้โอกาสแต่ละคนมีอิสระในการดำเนินชีวิต ข้อเสียของการสื่อสารแบบปล่อยปละละเลย คือ เด็กไม่ได้รับการเอาใจใส่อย่างเหมาะสมและอาจเป็นหนทางไปสู่ความแตกร้าวของครอบครัว การสื่อสารแบบเปิดเสรี (pluralistic) เด็กได้พัฒนาความคิดที่เป็นของตัวเองและการแสดงออก แม้เด็กจะมีความคิดแตกต่างกัน เด็กจะกล้าที่จะแสดงออกโดยการอภิปราย ถกเถียงในประเด็นต่างๆ ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลอื่นๆ รู้จักกล้าตัดสินใจด้วยตัวเอง โดยไม่ต้องกลัวว่าความคิดจะขัดแย้งกับพ่อแม่และทำให้พ่อแม่ไม่พอใจ ไม่ต้องยึดติดกับสังคม ความเชื่อ และประเพณีมากนัก ข้อดีของการสื่อสารแบบเปิด คือ สมาชิกสามารถแสดงความต้องการของตนเองกับครอบครัว เนื่องจากมีการสื่อสารที่โน้มน้าวใจ และยึดเสียงข้างมากเป็นส่วนใหญ่ ทุกคนมีอิทธิพลต่อครอบครัวและมีโอกาสแสดงออกทั้งทางอารมณ์ สังคมและสติปัญญา ข้อเสียของการสื่อสารแบบเปิด คือ มีการแตกแยกได้ง่าย ขาดความปรองดองและทุกคนต่างยึดมั่นในความคิดของตนเอง และมักที่จะเอาชนะกัน (McLeod & Chaffee อ้างใน Koerner, 2009)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงการสื่อสารภายในครอบครัวที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการเลี้ยงดูและพฤติกรรมของบุตรวัยรุ่น สังคมและวัฒนธรรมไทยให้ความหมายของการพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องเพศว่าเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม แต่ในขณะเดียวกันการได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม การสื่อสารที่ไร้พรมแดน ทำให้วัยรุ่นค้นหาข้อมูลต่างๆได้มากขึ้น แต่การค้นหาข้อมูลเหล่านี้กลับส่งผลในทางกลับกัน คือ เปิดโอกาสให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากขึ้น

ปัจจัยระดับสังคม

การดำเนินชีวิตตามกระแสนิยม ก้าวตามการพัฒนาทางด้านวัตถุนิยม การที่สื่อเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทต่อความคิด และทัศนคติของวัยรุ่น ภาพความรุนแรง ความสัมพันธ์ทางเพศผ่านสื่อภาพยนตร์ โทรทัศน์ วีซีดี และอินเตอร์เน็ต ทำให้เกิดการเลียนแบบ เสมือนหนึ่งว่าเป็นตัวละครที่เกิดจากจินตนาการ แต่ไม่สามารถแยกแยะได้ว่าสิ่งที่เห็นเป็นสิ่งที่ถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ เมื่อพิจารณาตามหลักของพัฒนาการที่เกิดขึ้นในวัยนี้ จะเห็นได้ว่าเป็นช่วงวัยแห่งการแสวงหาความเป็นตัวของตัวเอง ส่วนหนึ่งได้จากการเลียนแบบและนับถือผู้ที่ตนเองชื่นชอบ จึงยึดถือบุคคลเหล่านี้เป็นแบบอย่าง เมื่อไม่สามารถทำตามที่ตนเองคาดหวังได้ จึงอาจเกิดความสับสนในตนเอง และมีกระบวนการในการป้องกันตนเอง เช่น การเพ้อฝัน หรือ การแสดงออกแปลกๆ เพื่อให้ตนเองเป็นตามที่คาดหวังไว้ สิ่งต่างๆ เหล่านี้แสดงให้เห็นถึงความอ่อนด้อยในทักษะและศักยภาพของวัยรุ่นในการรับมือกับสื่อและการเปลี่ยนแปลงทางสังคม นอกจากนั้นแล้วระบบการเรียนการสอนซึ่งไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้เรียนเท่าที่ควร แต่เน้นที่ความสามารถและทักษะส่วนบุคคล โรงเรียนจึงเปรียบเสมือนหน่วยผลิตคนตามรูปแบบที่สังคมต้องการ บุคคลที่ไม่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้จึงถูกคัดออก ส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง การถูกแรงกดดันจากพ่อแม่ ครู และเพื่อน การกระทำเพื่อให้บรรลุความคาดหวังที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดการให้คุณค่ากับการกวดวิชา เป็นโอกาสที่วัยรุ่นจะมีการนัดพบและแสวงหาคู่ จะเห็นได้ว่าการเข้ามาเรียนในเมืองใหญ่ด้วยความต้องการให้ตนเองได้เข้าเรียนในสถานศึกษาที่มีชื่อเสียง ทำให้วัยรุ่นมีอิสระมากยิ่งขึ้น ประกอบกับการขาดการควบคุมจากผู้ปกครอง ทำให้วัยรุ่นมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้ง่าย (กรมสุขภาพจิต, 2547; ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) จากการสำรวจของโครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัดของสถาบันรามจิตติ (2549) พบว่าเด็กมัธยมที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือมีพ่อแม่ไม่ครบ คิดเป็นร้อยละ 30.13 มีการเล่นพนันบอล เล่นหวยบนดิน เป็นครั้งคราวถึงเป็นประจำร้อยละ 17.62 ร้อยละ 19.69 ตามลำดับ ก่อคดีอาชญากรรม 54.81 ต่อประชากรแสนคน หรือวันละ 88.26 คดี มีพื้นที่เสี่ยง คือสถานเริงรมย์ พื้นที่ดี (ลานกีฬา ลานกิจกรรม) และร้านอินเตอร์เน็ต จำนวน 29.00 10.93 และ 41.09 ต่อประชากรของจังหวัดแสนคน ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของการมีพื้นที่ดีที่เอื้อต่อการทำกิจกรรมของวัยรุ่นมีน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่เสี่ยง

ระบบบริการสาธารณสุขซึ่งถือเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบต่อสุขภาพของวัยรุ่น และถือเป็นแหล่งข้อมูลสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย แต่วัยรุ่นกลับใช้บริการเหล่านี้ค่อนข้างน้อย อาจเนื่องมาจาก

ระบบและลักษณะการให้บริการไม่สามารถตอบสนองความต้องการของวัยรุ่น ทั้งในเรื่องรูปแบบบริการที่ให้ การขาดความเป็นส่วนตัว ไม่สะดวกสบาย บริการที่ไม่ประทับใจ ไม่เป็นมิตร โดยเฉพาะอย่างยิ่งวัยรุ่นกลัวว่าความลับของตนเองจะถูกเปิดเผย (กรมสุขภาพจิต, 2547) จึงหลีกเลี่ยงการใช้บริการ แต่หาข้อมูลจากแหล่งอื่น เช่น เพื่อน อินเตอร์เน็ต เป็นต้น ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการของวัยรุ่น คือ การขาดความรู้ถึงแหล่งข้อมูลที่ให้ความช่วยเหลือ และการเข้าถึงบริการ ข้อจำกัดทางด้านกฎหมายและวัฒนธรรม ในสังคมไทยถือว่าการทำแท้งเป็นการผิดกฎหมาย หรือ บริการวางแผนครอบครัวเหมาะสำหรับผู้ที่แต่งงานแล้วเท่านั้น การเข้าถึงบริการยังคงต้องได้รับความเห็นชอบจากพ่อแม่ และสังคมอุปสรรคด้านวัฒนธรรม เนื่องจากพ่อแม่ไม่สามารถพูดคุยเรื่องเพศกับลูกได้อย่างเปิดเผย เมื่อมีปัญหาบางอย่างเกิดขึ้น เช่น การถูกทำร้ายร่างกาย ทำให้วัยรุ่นไม่สามารถเข้ารับบริการได้เนื่องจากไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม (WHO, 2004)

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นมีทั้งในระดับบุคคลที่มีผลจากการเจริญเติบโตทางร่างกาย และความเป็นอิสระที่ได้รับจากการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาอย่างก้าวกระโดดของสังคมไทยที่ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างพ่อแม่และลูกมากขึ้น พ่อแม่ถูกกดดันจากภาระงานและความรับผิดชอบเรื่องเศรษฐกิจทำให้มีเวลาในการอบรมเลี้ยงดูลูกน้อยลง ความผูกพัน และการควบคุมกำกับติดตาม จึงลดลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ประกอบกับสภาพการณ์ของสังคมในปัจจุบันที่มีครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น จึงมีผลให้การอบรมกล่อมเกลา และการปลูกฝังทัศนคติในการดำเนินชีวิต และการสร้างแบบอย่างที่ดีเปลี่ยนจากพ่อแม่เป็นเพื่อน วัยรุ่นที่มีภูมิคุ้มกันในตนเองน้อยจึงไม่อาจต้านต่อแรงผลักของสังคมเหล่านี้เข้าสู่ระบบวัตถุนิยม ใช้เวลาว่างกับกลุ่มเพื่อน ให้ความสำคัญกับเทคโนโลยี และของใช้แบรนด์เนม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตนเอง และการยอมรับจากเพื่อนฝูง สังคม เช่น โรงเรียน ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ควรสนับสนุนและเอื้อต่อการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นกลับถูกห้อมล้อมด้วยพื้นที่เสี่ยงมากกว่าพื้นที่ดี เมื่อวัยรุ่นต้องอยู่ในสภาพที่ล่อแหลมจึงหลีกเลี่ยงไม่ได้ที่จะถูกชักนำสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ

แนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในวัยรุ่น

แนวคิดของการสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นมีความเชื่อมโยงกับการลดความเสี่ยง (risk reduction) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการป้องกันโรค (disease prevention) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ขจัดหรือลดโอกาสเสี่ยงต่อการเข้าถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่แล้วเน้นที่การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ซึ่งเป็นการสร้างเสริมสุขภาพโดยทั่วไปเพื่อการมีสุขภาพดี รวมถึงการปกป้องและต่อต้านการเกิดเฉพาะปัญหา กิจกรรมครอบคลุมการลดโอกาสในการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการเกิดโรค เช่น การรับประทานอาหารเหมาะสมตามวัย การออกกำลังกาย การพักผ่อน และนันทนาการอย่างเหมาะสม เป็นต้น ส่วนการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกของโรค และได้รับการรักษาทันท่วงที เป็นสิ่งที่พบได้ในวัยรุ่น เนื่องจากมีวัตถุประสงค์

เพื่อป้องกันความรุนแรงของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น กิจกรรมเน้นการวินิจฉัยและการรักษาเพื่อลดความรุนแรงของโรคที่เป็น สามารถกลับสู่สภาวะของการมีสุขภาพดีได้อย่างรวดเร็ว เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาเชื้อเอชไอวี (HIV) เป็นต้น

กลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นยังคงเป็น 5 กลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพจากกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) แต่เป็นการเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายจากในระดับบุคคลสู่กลุ่มวัย โดยถือแนวทางจากกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) ในเรื่องการเข้าถึงและความเป็นธรรมของการได้รับบริการ

การกำหนดนโยบาย (public policy) การกำหนดมาตรการเพื่อเอื้อหรือนำไปสู่การส่งเสริมให้วัยรุ่นมีสุขภาพดี เช่น นโยบายเขตปลอดบุหรี่ โรงเรียนสีขาว การจำกัดความเร็วของยานพาหนะ การจำกัดเสียงดัง การห้ามทิ้งขยะในที่กำหนด เป็นต้น

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (healthy environment) การจัดสถานที่ทำงาน สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ ให้เอื้อหรือกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพดี ด้วยการมีสถานที่ปลอดภัย สะอาด ร่มรื่น เอื้อต่อการทำงาน การหาความรู้ การอยู่อาศัย การหาซื้อสินค้าและบริการสุขภาพ การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ เช่น สถานศึกษาสีเขียว สถานที่พักผ่อนหย่อนใจในสถานศึกษา โรงอาหารสะอาด ปลอดภัย เป็นต้น

การสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้วัยรุ่นสามารถตัดสินใจและมีอำนาจในการควบคุมชีวิตตนเอง โดยใช้รูปแบบและวิธีการที่ให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม เกิดการพัฒนาตนเอง มีความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองในการแก้ไขปัญหา และมีทักษะถ่ายทอดวิธีการที่ได้เรียนรู้สู่กลุ่มเพื่อน เป็นการสร้างกลุ่ม หรือ ภาคีเครือข่าย เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มแกนนำ และภาคีเครือข่ายเยาวชนต้านภัยเอดส์ เป็นต้น

การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skill) การให้ข้อมูลสุขภาพและพัฒนาทักษะเพื่อให้บุคคลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และสิ่งแวดล้อม รวมถึงการถ่ายทอดสู่กลุ่มเพื่อน เช่น การสอนสุขศึกษา การสอนทักษะชีวิต เป็นต้น

การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการ (reoriented health care service) การจัดหรือปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพของวัยรุ่น เช่น การมีบริการให้คำปรึกษาเคลื่อนที่ หรือ การมีบริการให้คำปรึกษาในแหล่งเรียนรู้ชุมชน การมีบริการคัดกรองสุขภาพสำหรับวัยรุ่น การให้บริการที่เป็นมิตรและรักษาความลับ เป็นต้น

ระบบบริการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในวัยรุ่นจึงหมายรวมการให้บริการแก่วัยรุ่นโดยบุคลากรสาธารณสุขผ่านการจัดบริการสาธารณสุขในระดับต่างๆ เช่น โรงเรียนสร้างเสริมสุขภาพ (gealth promoting schools) สถานประกอบการสร้างเสริมสุขภาพ (health promoting workplaces) โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ (health promoting hospitals) ที่มีแนวคิดการพัฒนาโรงเรียน สถานที่

ทำงาน โรงพยาบาล และเพิ่มบทบาทโรงพยาบาลให้เป็นผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการกำหนดบทบาทหน้าที่ของทุกฝ่ายในสังคมที่ต้องร่วมกันทำ โดยมีกลไกที่สำคัญคือการเข้ามามีส่วนร่วมของวัยรุ่นเองผ่านกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการ

ปัญหาที่พบบ่อยในวัยรุ่น

ปัญหาที่พบบ่อยในวัยรุ่นเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำแล้วทำให้เกิดผลเสียทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อสุขภาพอนามัยทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เสี่ยงต่อการพิการ ทุพพลภาพ หรือเสียชีวิต ศูนย์ควบคุมโรคของประเทศสหรัฐอเมริกา (Center for Disease Control and Prevention, 2009) แบ่งพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพของวัยรุ่นออกเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมและการใช้ยาเสพติด การบาดเจ็บทางร่างกายและการถูกกระทำความรุนแรง รวมถึงการฆ่าตัวตาย การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งสอดคล้องกับ 3 ลำดับแรกของพฤติกรรมเสี่ยงเยาวชนไทย ประกอบด้วย พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ปลอดภัยและไม่พร้อม พฤติกรรมเสพติดเหล้า บุหรี่ และพฤติกรรมบริโภคนิยม การนำเสนอในบทนี้จะกล่าวถึงอุบัติการณ์ของพฤติกรรมที่พบบ่อยในวัยรุ่น คือ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงร่วม (การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ยาเสพติด) เพื่อสร้างความเข้าใจในบริบทของความเชื่อมโยงในการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นและการจัดการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

ผลกระทบจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะการติดเชื้อเอดส์ และการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จากการสำรวจเยาวชนอายุ 15-24 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในปี พ.ศ. 2549 พบว่า ร้อยละ 45.0 เคยมีเพศสัมพันธ์ และมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับแฟนหรือคู่รัก ร้อยละ 85.0 รองลงมาเพื่อนร่วมโรงเรียน ร้อยละ 7.5 และ เพื่อนต่างโรงเรียน ร้อยละ 3.5 สถานการณ์ที่ผลักดันให้มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ ความรู้สึกรัก/ชอบ ร้อยละ 66.9 การได้อยู่ใกล้ชิดกับเพศตรงข้าม ร้อยละ 34.2 อยากรู้อยากลอง ร้อยละ 9.9 ส่วนปัจจัยเสริมด้านอื่นๆ เช่น ดื่มเหล้า ร้อยละ 9.9 ดูหนังโป๊/สื่อลามก ร้อยละ 7.1 และเพื่อนชวน ร้อยละ 4.9 นอกจากนี้จากการสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2549 พบว่า วัยรุ่นอายุ 18-19 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วถึงร้อยละ 67.0 ในเพศชาย และ 44.0 ในเพศหญิง อายุเฉลี่ยการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 15.5 ปี ในผู้ชาย และ 16.5 ปี ในผู้หญิง และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกร้อยละ

44.4 ไม่ใช้ถุงยางอนามัย ผู้หญิงส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีอายุมากกว่าเฉลี่ย 3 ปี (Powwattana, 2005) จะเห็นได้ว่ากลุ่มวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่เร็วขึ้น และเป็นพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทยในช่วง 12 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2538-2549) พบว่า อัตราการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการลดลง (จากร้อยละ 7.2 ในปี 2540 เป็น ร้อยละ 4.2 ในปี 2548) แต่มีการเพิ่มของการมีเพศสัมพันธ์กับแฟน คนรัก หรือเพื่อนสนิท (จากร้อยละ 7.0 ในปี พ.ศ. 2540 เป็น ร้อยละ 12.0 ในปี พ.ศ. 2548) และมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการสูงกว่าการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นๆ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางจิตสังคม ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางเพศของผู้หญิงมากขึ้น ผลจากการศึกษาเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ แต่ยังจำกัดอยู่ในขอบเขตของปัจจัยเดี่ยว โดยละเลยในเรื่องกระบวนการคิด และสภาพแวดล้อมที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ ครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยที่สำคัญที่สุด และเป็นเบ้าหลอมพฤติกรรมส่วนบุคคล ได้ถูกนำมาศึกษา แต่ยังคงเป็นการศึกษาถึงทัศนคติของพ่อแม่ที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์มากกว่าที่จะศึกษาถึงรูปแบบการเลี้ยงดู การสื่อสารเรื่องเพศระหว่างพ่อแม่และบุตร หลักสูตรการศึกษามีการกำหนดเนื้อหาเกี่ยวกับเพศศึกษา แต่เนื้อหาส่วนใหญ่เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย การมีประจำเดือน บทบาททางเพศ การคบเพื่อนต่างเพศ ลักษณะการสอนเป็นการให้เด็กได้รู้จำ โดยขาดการฝึกทักษะในเรื่องนั้นๆ เพื่อการนำไปใช้ จึงอาจกล่าวได้ว่าในปัจจุบันวัยรุ่นในประเทศไทยเข้าสู่วงจรของ reproductive age ในอายุที่เร็วขึ้น ซึ่งส่งผลต่อโอกาสที่จะติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์สูง เนื่องจากการไม่ใช้ถุงยางอนามัย การมีคู่เพศสัมพันธ์มากกว่า 1 คน และการเสียโอกาสทางการศึกษา ปัจจัยที่นำสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศจึงเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพทางเพศ การรับรู้ความสามารถส่วนบุคคลเรื่องเพศ และรูปแบบการเลี้ยงดูที่ได้รับ

ปัจจัยด้านอำนาจในการต่อรองในสัมพันธภาพทางเพศ การศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องของสัมพันธภาพทางเพศ ชี้ให้เห็นว่าเพศหญิงมีการต่อรองเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์แบบปลอดภัยน้อย เนื่องจากความไม่สมดุลของอำนาจในสัมพันธภาพ (Amaro, 1995; Wingood, Gomez, & Martin, 1993) ทฤษฎีในเรื่องเพศและอำนาจ (Theory of Gender and Power: Connell, 1987) ชี้ให้เห็นว่าอำนาจในสัมพันธภาพแสดงออกโดยผ่าน (1) การครอบงำการตัดสินใจ (2) ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมที่ขัดแย้งกับความต้องการของคู่รัก/คู่สมรส และ (3) ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของคู่รัก/คู่สมรส ผู้ที่มีอำนาจในสัมพันธภาพจะเป็นผู้ตัดสินใจ และควบคุมพฤติกรรมของอีกฝ่ายให้อยู่ในความต้องการของตนเอง

โดยทั่วไปเพศชายมีอำนาจควบคุมเพศหญิง และเป็นผู้ตัดสินใจในการมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงชนิดและความบ่อยของการมีเพศสัมพันธ์ มิลเลอร์ เบิร์น และรอท์สแพน (Miller, Burns, & Rothspan, 1995) เน้นว่าความไม่สมดุลของอำนาจในสัมพันธภาพ นอกจากก่อให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่างระหว่างเพศชายและเพศหญิง (เพศชายมีคู่นอนได้หลายคน) แล้วยังอาจนำไปสู่การที่เพศชายควบคุมการต่อรองในการมีเพศสัมพันธ์ ในกรณีนี้ทำให้เพศหญิงยากที่จะหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย (Amaro, 1995) ผลการวิจัยเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่ช่วยให้ความชัดเจนในเรื่องของอำนาจในสัมพันธภาพทางเพศเพิ่มมากขึ้น คือ ผู้หญิงในแถบละตินมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีอำนาจ และไม่สามารถตัดสินใจในการลดความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้หญิงแอฟริกัน-อเมริกัน ที่ให้เหตุผลว่าตนเองไม่สามารถต่อรองในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากไม่มีอำนาจในความสัมพันธ์ (Wingood et al., 1993) และกลับผลที่ได้รับคือ ความขัดแย้งในสัมพันธภาพ และ ความรุนแรงที่ได้รับ สำหรับในประเทศไทยการศึกษาในเรื่องของอำนาจในสัมพันธภาพทางเพศมีค่อนข้างจำกัด การศึกษาส่วนใหญ่ยังคงเน้นการรับรู้บทบาทหญิงชายในเรื่องเพศสัมพันธ์ มีเพียงการศึกษาของ เรวดี เลิศสินธนพัฒน์ (2541 อ้างถึงใน นุชนารถ ขำขยัน, 2543) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงชายและการต่อรองเรื่องเพศในแม่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ชายเป็นผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจเรื่องครอบครัวและเรื่องเพศ รวมทั้งการสื่อสารเรื่องเพศ ผู้หญิงเป็นบุคคลที่อยู่ใต้อำนาจการควบคุม และไม่สามารถเปิดเผยความต้องการของตนเอง เนื่องจากการสื่อสารเรื่องเพศเป็นสิ่งที่น่าอายสำหรับเพศหญิง ประเด็นที่สำคัญคือเพศชายส่วนใหญ่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่รักหรือคู่สมรสของตนเอง และมีการรับรู้ต่อโรคเอดส์ต่ำกว่าความเป็นจริง ในสถานการณ์นี้ทำให้เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอำนาจในสัมพันธภาพของวัยรุ่นเพศหญิงที่อาศัยในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่มีอำนาจในการต่อรองเรื่องเพศ การตัดสินใจเรื่องการคุมกำเนิดเป็นหน้าที่ของเพศชาย และในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Powwattana, 2005)

ปัจจัยการรับรู้สมรรถนะของตนเองในเรื่องเพศ เนื่องจากพฤติกรรมของบุคคลไม่ได้เกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงเนื่องจากสภาพแวดล้อมเพียงอย่างเดียว แต่ต้องมีปัจจัยส่วนบุคคลร่วมด้วย โดยเฉพาะพฤติกรรมที่ต้องการระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง เช่น พฤติกรรมทางเพศ ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นสิ่งที่สำคัญ หากบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการพฤติกรรมตามที่ตนเองคาดหวังไว้ จะส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินพฤติกรรมนั้นๆ ได้ (Bandura, 1977) นอกจากการดำเนินพฤติกรรมขึ้นอยู่กับการรับรู้สมรรถนะของตนเองแล้ว ยังขึ้นอยู่กับความคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้น ถ้าบุคคลได้รับผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ก็จะเป็นแรงเสริมให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1977) จากการศึกษาที่ผ่านมาโดยเฉพาะเรื่องพฤติกรรมทางเพศ พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมทางเพศได้ดีกว่าความคาดหวังในผลของการกระทำ ดังนั้นตัวแปรที่สำคัญในการ

ตัดสินใจในการดำเนินพฤติกรรมทางเพศน่าจะเป็นการรับรู้สมรรถนะของตนเอง

การศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมทางเพศ กล่าวคือ โดยทั่วไปการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมทางเพศ และเป็นตัวทำนายที่ดีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ โดยเฉพาะในเพศหญิง เมื่อศึกษาถึงรายด้านของการรับรู้สมรรถนะทางเพศพบว่า เพศหญิงมีความมั่นใจในความสามารถที่จะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ แต่มีความมั่นใจในความสามารถที่จะบอกถึงความต้องการทางเพศน้อยกว่าเพศชาย และมีความสามารถในการใช้สิ่งป้องกันขณะมีเพศสัมพันธ์ไม่แตกต่างจากเพศชาย นักเรียนที่ไม่มีความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองในด้านการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ การสื่อสารในเรื่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัย มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ นักเรียนที่มีความมั่นใจในการใช้ถุงยางอนามัยน้อย มีความสม่ำเสมอในการใช้ถุงยางอนามัยน้อยลงถึง 5 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของดิโลริโอ ดุ๊กเลย์ โซเอท วัลคินส์ และเมลบาร์ช (Dilorio, Dudley, Soet, Watkins, & Maibach, 2000) ที่พบว่า ความมั่นใจในการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการใช้ถุงยางอนามัย สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของตนเองในประเทศไทย พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและพฤติกรรมทางเพศมีการศึกษาไว้น้อยมาก และจะเน้นเฉพาะการรับรู้สมรรถนะของตนเองในเพศชายในด้านการใช้ถุงยางอนามัย พิสมัย นพรัตน์ (2543) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษาในจังหวัดอุตรดิตถ์ ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และสามารถใช้อธิบายพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้ดี และการรับรู้สมรรถนะของตนเองโดยเฉพาะเรื่องการต่อรองของหญิงไทยวัยต้นที่อาศัยในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Powwattana, 2005)

จากผลการศึกษาข้างต้น จะเห็นว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นตัวทำนายที่สำคัญของพฤติกรรมทางเพศ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในด้านการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ การสื่อสารในเรื่องเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัย มีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศน้อย ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่ไม่มีความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองในเรื่องเพศ ก็จะมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง

ปัจจัยด้านการเลี้ยงดู รูปแบบการเลี้ยงดูจะส่งผลถึงลักษณะและวิธีการสื่อสารในครอบครัว การเลี้ยงดูแบบละเลย พ่อแม่มีการสื่อสารกับลูกอย่างอิสระ ไม่มีกรอบหรือแนวทางเฉพาะว่าต้องเชื่อฟังหรือห้ามโต้แย้ง พ่อแม่มีการสื่อสารกับลูกในระดับต่ำ การเลี้ยงดูแบบปกป้อง เน้นที่การเชื่อฟังพ่อแม่ ไม่ให้แสดงความคิดเห็นคัดค้านแม้ว่าไม่เห็นด้วยก็ตาม รวมทั้งจำกัดการเปิดรับข้อมูลจากภายนอก เพื่อให้การอยู่ร่วมกันเป็นไปอย่างราบรื่น การเลี้ยงดูแบบสนับสนุน พ่อแม่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความคิดและการแสดงออกของเด็ก โดยส่งเสริมให้เด็กกล้าแสดงออก ถกเถียงในประเด็นต่างๆ ฝึกให้ตัดสินใจ

ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องกลัวกับความคิดเห็นที่ขัดแย้ง การเลี้ยงดูแบบประนีประนอม เป็นการผสมผสานระหว่างการเชื่อฟังผู้ใหญ่ ร่วมกับการพัฒนาความคิดของตนเองและกล้าแสดงออก

ผลกระทบของความแตกต่างของรูปแบบการเลี้ยงดู การสื่อสารเรื่องเพศ ยังส่งผลถึงอำนาจในการต่อรองในสัมพันธภาพ บุคคลที่อยู่ในสภาวะที่รับรู้ว่าตนเองไม่สามารถทำอย่างที่ตนเอง หรือบุคคลอื่นคาดหวัง (หรืออีกนัยหนึ่ง คือ ความด้อยค่าในตนเอง) จะง่ายต่อการถูกครอบงำทางด้านความคิด และพฤติกรรม การศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนว่า บุคคลที่ไม่มีอำนาจในการต่อรองในสัมพันธภาพ มีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง จากแนวคิดข้างต้นอาจเป็นไปได้ว่าบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองไม่สามารถทำอย่างที่ตนเอง หรือบุคคลอื่นคาดหวัง มีความนึกคิดเฉพาะอย่าง ที่เรียกว่า "การสนองความต้องการ" โดยเน้นที่การสนองความต้องการของบุคคลอื่น การนึกคิดเฉพาะอย่างนี้นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เนื่องจากต้องการเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งและความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น ความนึกคิดเฉพาะอย่าง ที่เรียกว่า "การสนองความต้องการ" ไม่ว่าเป็นการสนองตอบความต้องการของตนเอง และบุคคลอื่น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น บุคคลที่ต้องการสนองความต้องการของตนเอง และผู้อื่นสูง มีโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง อย่างไรก็ตามข้อมูลจากการศึกษาที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นว่าหากบุคคลมีความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองในเรื่องเพศ มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศน้อย เนื่องจากบุคคลเหล่านี้มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในด้านการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ การสื่อสารในเรื่องของเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัย จึงเป็นไปได้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความนึกคิดเฉพาะอย่าง ที่เรียกว่า "การสนองความต้องการ" และ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ จะลดน้อยลงเนื่องมาจากการความมั่นใจในสมรรถนะของตนเองในเรื่องเพศ

จึงอาจสรุปได้ว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นผลกระทบจากความไม่สมดุลระหว่างแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมทางเพศในสังคมปัจจุบัน และการเตรียมความพร้อมของวัยรุ่นในการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงนั้น จุดสำคัญที่ควรพิจารณาคือ การขาดการผสมผสานบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เมื่อพิจารณาพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น บริบททางสังคมและวัฒนธรรมเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่ความเข้าใจพฤติกรรมทางเพศโดยภาพรวม เนื่องจากวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนด ความคิด ความเชื่อ และหล่อหลอมพฤติกรรมทางเพศของบุคคล ผ่านบริบททางสังคมที่บุคคลนั้นอยู่ การทำความเข้าใจในเรื่องของวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อการให้ความหมายของพฤติกรรมทางเพศ ทำให้ทราบแนวโน้มของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และความเสี่ยงของสังคม โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย คือ วัยรุ่นตอนต้น ที่จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

การลดปัญหาพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นควรเริ่มจากผู้ปกครองซึ่งถือเป็นแหล่งการเรียนรู้แห่งแรก เริ่มจากการให้ผู้ปกครองมีความรู้เรื่องเพศและการสื่อสารเรื่องเพศ มีทัศนคติทางบวกต่อการสื่อสาร

เรื่องเพศ และได้รับการพัฒนาทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศ โดยผ่านกระบวนการด้านการศึกษา การบริการและการวิจัย

ระดับบุคคล

วัยรุ่น

การให้ข้อมูลเรื่องเพศ เช่น 1) สรีระร่างกาย โดยเฉพาะระบบสืบพันธุ์ การมีประจำเดือน การมีฝันเปียก การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง 2) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคเอดส์ 3) การสร้างทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 4) การสร้างความรับผิดชอบต่อตนเองและเพศตรงข้าม (Alford, Huberman, Moss, & Hauser, 2003; อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2549) ที่สำคัญคือการสร้างความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์ โดยเฉพาะเรื่องการติดต่อและแพร่กระจายเชื้อโรค ควรนำไปประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน และเข้าถึงได้ง่าย โดยผ่านช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น โทรทัศน์ อินเตอร์เน็ต เป็นต้น และควรให้ข้อมูลเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ คือ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การใช้สารเสพติด และการกระทำความรุนแรง (Dilorio et al., 2002)

พ่อแม่หรือผู้ปกครอง

การสร้างบรรทัดฐานในการเลี้ยงดูบุตร เน้นการเลี้ยงดูแบบประชาธิปไตย เพื่อเปิดโอกาสให้พ่อแม่ยอมรับในความสามารถและความคิดของเด็ก ทำให้เด็กสามารถแสดงความคิดเห็น โต้ตอบ มีความเป็นตัวของตัวเอง ซึ่งส่งผลให้พ่อแม่หรือผู้ปกครองสามารถสื่อสารกับเด็กได้อย่างเปิดเผย เป็นเป้าหล่อหลอมพฤติกรรมของเด็ก สร้างรายการที่เสริมสร้างทักษะในการสื่อสารสำหรับผู้ปกครอง โดยเฉพาะระหว่างมารดาและบุตรสาว (Benavides, Bonazzo, & Torres, 2006; Lederman & Mian, 2003; Martino, Elliott, Corona, Kanouse, & Schuster, 2008) โดยผ่านแรงผลักดันของสังคม และผ่านช่องทางสื่อสารที่แพร่หลาย เช่น โทรทัศน์ จะเป็นการช่วยให้มารดาได้เรียนรู้การสื่อสารเรื่องเพศที่เหมาะสม เนื้อหาที่ใช้ควรเป็นเรื่องเกี่ยวกับการคบเพื่อนต่างเพศ ความต้องการทางเพศ ภาวะคุกคามทางเพศ (Lederman & Mian, 2003) และใช้การยกตัวอย่างที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบัน

รูปแบบการให้บริการควรปรับเปลี่ยนจากการให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายโดยตรง เป็นการสร้างกลุ่มแกนนำในการขยายกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ในการให้ความรู้ ที่ผ่านมากลุ่มแกนนำ ที่ประสบความสำเร็จ คือ กลุ่มแม่บ้านที่มีลักษณะการทำงาน การใช้เวลาว่าง หรือวิถีชีวิตประจำวันใกล้เคียงกัน และควรเป็นเพศเดียวกับกลุ่มเป้าหมาย การให้ความรู้ควรมีความเหมาะสมกับเพศ เช่น เพศหญิงควรเข้าใจเรื่องการมีประจำเดือน การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมตามวัย การปฏิบัติเมื่อมีความต้องการทางเพศ และการคุมกำเนิด (Powwattana, 2005; Schuster et al., 2008) นอกจากนั้นควรมีเนื้อหาสำหรับทั้งสองเพศ คือ การคุมกำเนิด บทบาทเพศชายและหญิง ที่สำคัญการบริการควรส่งเสริมความเข้าใจบทบาทของการเป็นพ่อแม่ การให้คุณค่าส่วนบุคคล และความรับผิดชอบ

ในการถ่ายทอดคุณค่าต่าง ๆสู่ลูก (Dilorio et al., 2002) การพูดคุยเรื่องเพศระหว่างพ่อแม่และลูก โดยให้พ่อแม่ได้รับการฝึกฝนทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศกับลูก โดยเฉพาะการฟังอย่างตั้งใจ (Schuster et al., 2008) และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเพศ ให้ความสำคัญกับการศึกษาในระดับครอบครัวที่สร้างการมีส่วนร่วมทั้งมารดาและบุตรสาวในการพัฒนาทักษะในการเลี้ยงดู และการสื่อสารเรื่องเพศโดยแยกตามความแตกต่างของรูปแบบการเลี้ยงดูพัฒนาทักษะในการปฏิเสธ การยืนยันในความคิดเห็น การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสร้างอำนาจในสัมพันธภาพทางเพศ และการปรับเปลี่ยนการนึกคิดเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่ไม่ใช่การให้คุณค่าเพียงสัมพันธภาพ และความอยากรู้อยากเห็น (Johnson, Carey, Marsh, Levin, & Scott-Sheldon, 2007; Lyles, Kay, Crepaz et al., 2007)

ผลการศึกษาของงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงถึงความเข้าใจในเรื่องเพศและการสื่อสารเรื่องเพศของมารดา ซึ่งมารดายังมีความเข้าใจที่ผิดในหลายประเด็น เช่น การคุมกำเนิด การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของบุตรสาว และวิธีการในการสื่อสารเรื่องเพศ เป็นต้น อีกทั้งมารดายังมีทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศว่าเป็นเรื่องที่น่าอาย ไม่ควรพูดคุยกันอย่างเปิดเผย (Powwattana, 2005) ดังนั้นโปรแกรมในการสร้างความเข้าใจโดยผ่านการพัฒนาทักษะและการปรับเปลี่ยนทัศนคติเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับมารดาโดยเฉพาะโปรแกรมที่มีความเฉพาะสำหรับในแต่ละเพศ (Benavides, Bonazzo, & Torres, 2006) การสร้างความเข้าใจในเรื่องเพศและการสื่อสารเรื่องเพศโดยผ่านการศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาถึงความรายละเอียดและรูปแบบของการสื่อสาร (Martino, Elliott, Corona, Kanouse, & Schuster, 2008) จะเป็นการทำความเข้าใจพื้นฐาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรมการสื่อสารเรื่องเพศเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นได้

จัดทำคู่มือเพื่อพัฒนาทักษะของมารดาในการสื่อสารเรื่องเพศกับบุตร โดยใช้การยกตัวอย่างคำพูด หรือ คำถามที่ต้องใช้ และวิธีการปฏิบัติต่อบุตรสาว สร้างความร่วมมือระหว่างมารดาและบุตรในการพัฒนาทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศ และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการสร้างความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อการสื่อสารเรื่องเพศ จัดกิจกรรมที่พัฒนาทักษะของบุตรสาวทางด้านการปฏิเสธ การยืนยันในความคิดเห็น การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การต่อรองในสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสร้างคุณค่าในตนเอง การใช้คุณธรรมในการยับยั้งความต้องการของตนเอง (Johnson, Carey, Marsh, Levin, & Scott-Sheldon, 2007; Lyles, Kay, Crepaz et al., 2007)

ระดับชุมชน

ช่องทางการสื่อสารสำหรับเรื่องเพศควรเน้นที่การสร้างความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศและการสื่อสารเรื่องเพศ สื่อที่ใช้ควรเป็นสื่อที่เข้าถึงได้ง่าย เช่น โทรทัศน์ วิทยุ ข้อมูลที่ใช้ควรให้นำไปใช้ได้จริงในชีวิตประจำวัน โดยใช้การฝึกฝนทักษะ ให้เห็นตัวอย่าง โดยใช้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากหนังสือพิมพ์ โทรทัศน์เป็นแบบฝึกหัด

นอกเหนือจากช่องทางการสื่อสารแล้ว โรงเรียนถือเป็นบริบทที่เป็นปัจจัยป้องกันของพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นแหล่งในการพัฒนาการสอนและการให้คำปรึกษาเรื่องเพศ ครูผู้สอนจึงควรได้รับการฝึกฝนทักษะในการสอนเพศศึกษา และมีการสร้างทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับเรื่องเพศ รวมทั้งสร้างความเข้าใจในพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับวัยรุ่น (Henderson et al., 2006; Wight et al., 2002) เนื่องจากความเฉพาะของเรื่องเพศและการคุมกำเนิด การสอนควรมีสัดส่วนของเนื้อหาสาระและการฝึกทักษะชีวิตต่าง ๆ ที่จำเป็น เช่น การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ บทบาทชายหญิง การคิดแบบมีวิจารณญาณ การตัดสินใจ การปฏิเสธ การตระหนักรู้ในตน การเห็นคุณค่า เป็นต้น (อาภาพร เผ่าวัฒนา, 2549)

สำหรับการจัดกิจกรรมในห้องเรียน การแบ่งกลุ่มเฉพาะเพศของนักเรียนมีความจำเป็นในระยะเริ่มแรกของการสอนเรื่องเพศศึกษา เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเพศตนเอง เห็นความแตกต่างของเพศ และเป็นการพัฒนาอัตตลักษณ์ทางเพศ หลังจากนั้นการจัดกลุ่มควรคละเพศชายหญิง เพื่อให้เรียนรู้ประสบการณ์ ความคิดเห็นต่างเพศ และการรับรู้ความสามารถในการพูดคุยเพื่อต่อรองการใช้ถุงยางอนามัย และพฤติกรรมเสี่ยงของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นักเรียนหญิงควรได้รับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเข้าใจในเพศที่มีต่อการสร้าง อัตตลักษณ์ทางเพศ เช่น ความคิดที่ว่าเมื่อเพศชายได้รับการกระตุ้นอารมณ์เพศแล้ว ต้องมีเพศสัมพันธ์ ความแตกต่างของความคาดหวังและความกดดันทางเพศ ภาพลักษณ์ของชายหญิงที่มีต่อเรื่องเพศ และอำนาจที่มีในสัมพันธภาพทางเพศที่มีผลจากกความแตกต่างของเพศชายหญิง

พฤติกรรมเสี่ยงร่วม (บุหรี่ แอลกอฮอล์ ยาเสพติด)

ปัญหาที่สำคัญของเด็กและเยาวชนไทยในปัจจุบัน คือ การใช้สารเสพติด โดยเฉพาะบุหรี่ จากผลสำรวจล่าสุดโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล (2549) พบคนไทยอายุ 11 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ถึง 11 ล้านคน หรือร้อยละ 20 และมีคนติดบุหรี่ประมาณ 9.5 ล้านคน อายุที่เริ่มทดลองสูบบุหรี่ คือ 13-14 ปี และอายุเฉลี่ยที่เสพติดบุหรี่ของคนไทย คือ 18 ปี ในแต่ละปีมีเยาวชนไทยเสพติดบุหรี่ใหม่ และกลายเป็นผู้ที่ต้องสูบบุหรี่เป็นประจำ 200,000 ถึง 300,000 คน เยาวชนไทยที่เสพติดบุหรี่แล้วโดยเฉลี่ยจะเสพติดบุหรี่ต่อไปเป็นเวลา 23 ปี บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่ของเยาวชนมากที่สุด คือเพื่อนสนิท (หทัย ชิตานนท์, 2550) การสูบบุหรี่ครั้งแรก ส่วนใหญ่เกิดจากการชักนำของเพื่อนและหัดสูบครั้งแรกที่บ้านเพื่อน บุหรี่เป็นยาเสพติดตัวแรกที่เยาวชนติด และเป็นสื่อนำไปสู่สิ่งเสพติดอื่นที่ร้ายแรงกว่า ร้อยละ 52.0 ของเยาวชนชายที่สูบบุหรี่มีเพื่อนที่เคยลองยาเสพติดมาก่อน ร้อยละ 60.0 ของเยาวชนหญิงที่สูบบุหรี่มีเพื่อนสนิทที่ดื่มเหล้าเป็นประจำทุกอาทิตย์ ผลกระทบของการสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ปีละประมาณ 52,000 คน รัฐต้องสูญค่ารักษาไปปีละ

44,050 ล้านบาท (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2549) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการป้องกันการสูบบุหรี่ตั้งแต่ในวัยเด็กโดยใช้โรงเรียนเป็นจุดเริ่มต้น วิธีการที่สำคัญคือการจำกัดปัจจัยที่นำไปสู่การสูบบุหรี่ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้เยาวชนเข้ามาเป็นนักสูบบุหรี่ คือ ความไม่รู้ ความเย้ายวน และการเข้าถึงได้ (หทัย ชิตานนท์, 2550) 3 ใน 4 ของเด็กวัยรุ่นซื้อของในร้านสะดวกซื้ออย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เยาวชนที่เคยทดลองสูบบุหรี่ เคยเห็นการโฆษณา ณ จุดขายมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยทดลองสูบบุหรี่ และมีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 38 ในเด็กที่เห็นการโฆษณา ณ จุดจำหน่าย

เมื่อทดลองสูบบุหรี่แล้ว ซึ่งถือเป็นประตูสู่พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ที่ตามมาคือ การดื่มสุรา เป็นที่ทราบกันดีว่าการดื่มสุรานำไปสู่การมีภาระโรคเป็นอันดับหนึ่งในเพศชาย และอันดับ 9 ในเพศหญิง โดยคนไทยมีแนวโน้มในการดื่มสุราเพิ่มขึ้น ปริมาณการดื่มสุราเพิ่มเป็น 2 เท่า เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง พ.ศ. 2531 และ พ.ศ. 2542 (721.8 ล้านลิตร และ 1,604.3 ล้านลิตร) เป็นกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี ถึงร้อยละ 23.5 เมื่อจำแนกประเภทของเครื่องดื่ม พบว่า การบริโภคสุรามีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ ขณะที่การบริโภคเบียร์และไวน์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สัดส่วนของการเป็นผู้ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมึนเมามีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นหญิง (อายุ 15-19 ปี) ที่มีอัตราการดื่มสุราเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า ภายใน 10 ปี (จากร้อยละ 1.0 ในปี พ.ศ. 2539 เป็น ร้อยละ 2.9 ในปี พ.ศ. 2549) (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2551) เมื่อพิจารณาความถี่ของการดื่มสุรา พบว่า เป็นผู้ที่ดื่มนานๆ ครั้งประมาณครึ่งหนึ่ง และมีผู้ที่ดื่มทุกวันเพิ่มขึ้น สาเหตุของการดื่มสุราคือเพื่อเข้าสังคม ตามเพื่อน และอยากทดลอง รวมทั้งอิทธิพลของโฆษณา ซึ่งทางรัฐบาลได้ผลักดันพระราชบัญญัติควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. 2551 โดยมีสาระสำคัญคือ ห้ามการโฆษณาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสื่อต่างๆ และห้ามการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี

นอกจากนั้นแล้วในระยะ 7 ปีที่ผ่านมาพบว่ายาเสพติดแพร่ระบาดอย่างหนักในกลุ่มเยาวชน โดยเฉพาะยาบ้า สารระเหย และกลุ่มกระท่อม/ยาแก้ไอ/สี่คูณร้อย จากการสำรวจจำนวนนักเรียนนักศึกษาที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดในปี พ.ศ. 2544 พบว่า ร้อยละ 6.2 ของนักเรียน นักศึกษามีพฤติกรรมเกี่ยวข้องกับยาเสพติด ประเภทของยาเสพติดที่นักเรียน นักศึกษาเกี่ยวข้องมากที่สุด คือ ยาบ้า โดยคิดเป็นร้อยละ 58.5 ของนักเรียนที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด รองลงมา คือ กัญชา ยากล่อมประสาท เช่น โดมิคุ่ม หรือ แวเลี่ยม และสารระเหย กาว/แลค เป็นต้น จังหวัดที่มีการระบาดของปัญหายาเสพติดมากที่สุดระหว่าง พ.ศ.2546-2550 คือ กรุงเทพมหานคร รองลงมาคือ กระบี่ ยะลา ภูเก็ต สตูล แพร่ ระนอง ปัตตานี สมุทรปราการ และนราธิวาส กลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 13-18 ปี (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสพสารเสพติด

ปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดส่วนใหญ่เกิดขึ้นระหว่างระยะเวลาทดลองใช้จนถึงการติดสารเสพติด และปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มักจะเกิดร่วมของการติดยาเสพติดกับปัญหาจิตเวชอื่นๆ อิทธิพลทางสังคมถือเป็นปัจจัยที่ช่วยลดการใช้สารเสพติด เช่น มาตรการการคุมเข้มเกี่ยวกับการควบคุมการขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แก่เด็กและวัยรุ่น การเพิ่มภาษีเหล้าบุหรี่ การลงโทษผู้ค้ายาบ้า แต่มาตรการการจำกัดบริเวณที่สูบบุหรี่ไม่ได้ผลกับเด็กและวัยรุ่น ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามาตรการทางสังคมช่วยลดการใช้สารเสพติด แต่ไม่สามารถลดผู้ติดยาเสพติดได้

บุคคล ปัจจัยทางพันธุกรรมมีผลต่อการติดยาเสพติดมากกว่าที่จะส่งผลให้เกิดการทดลองใช้ยาเสพติด และมีผลในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง แต่ปัจจัยทางพันธุกรรมบางตัวมีผลเป็นปัจจัยป้องกัน หรือ protective factors เช่น การขาดเอนไซม์ที่ใช้ในการเผาผลาญแอลกอฮอล์ในคนเอเชียที่ส่งผลให้เกิดผื่นหลังการดื่มเหล้า (flushing reaction) ช่วยลดอัตราติดเหล้าได้ นอกจากนั้นพันธุกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงยังมีความเชื่อมโยงกับปัจจัยพันธุกรรมต่อต้านสังคมและภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะเห็นได้จากพฤติกรรมเหล่านี้จะเกิดร่วมกันเสมอ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2552) นอกจากปัจจัยด้านพันธุกรรมแล้วปัจจัยส่วนบุคคลอื่นที่มีผลต่อการเสพสารเสพติด คือ การขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง อารมณ์หุนหันพลันแล่นทำอะไรไม่ยั้งคิด (impulsivity) การขาดการวางแผนอนาคต การเรียนไม่ดี ต้องออกจากการศึกษากลางคัน การใช้เวลาว่างในการรวมกลุ่มกับเพื่อน เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการติดสารเสพติดและการมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม แต่ไม่ใช่ปัจจัยหลักหรือปัจจัยเดียวที่ทำให้เกิดปัญหานี้

เพื่อน ที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติดดื่มสุรา/เสพยาเสพติดเป็นประจำ โดยเฉพาะการรวมกลุ่ม (gang) ความเย้ายวน ท้าทายในการทดลองใช้ และเริ่มมีปัญหาพฤติกรรมในวัยเด็ก จะเพิ่มความเสี่ยงในการใช้ และการติดสารเสพติดในวัยรุ่น ส่วนใหญ่วัยรุ่นมักใช้ยาตัวเดียวก่อน แล้วจึงพัฒนาไปใช้ยาหลายตัว (บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์, 2552)

ครอบครัว ครอบครัวที่ว่างงาน ฐานะเศรษฐกิจต่ำ พ่อแม่เล่นการพนัน ติดพนันบอล พ่อแม่หย่าร้าง เด็กและเยาวชนต้องไปอาศัยกับพ่อแม่ที่มีคู่ครองใหม่ พ่อแม่ไม่มีเวลาอบรมสั่งสอนลูก ปัจจัยเหล่านี้เปรียบเสมือนปัจจัยร่วม (cofactors) ที่มีอิทธิพลต่อการทดลองและการติดเสพสารเสพติดในวัยรุ่น เนื่องจากการเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย พ่อแม่ไม่มีการสร้างวินัย ระเบียบกฎเกณฑ์ ทำให้เด็กมีโอกาสใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับเพื่อน มีชีวิตที่อิสระ วิถีชีวิตเหล่านี้ทำให้มีโอกาสเข้าถึงสารเสพติดที่ถูกกฎหมาย ได้แก่ บุหรี่ เหล้า ซึ่งถือว่าเป็นประตูสู่สารเสพติดที่ผิดกฎหมายต่อไป (บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์, 2552)

ชุมชนและสังคม การมีที่อยู่อาศัยในบริเวณแหล่งจำหน่ายทำให้เกิดการใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ประเทศไทยได้มีวิธีการต่างๆ ที่นำมาใช้เพื่อต้านและลดปัจจัยเหล่านี้ คือ การให้ความรู้โดยบุคลากรด้านสุขภาพ การลดความเย้ายวนโดยใช้กฎหมายบังคับ การงดการโฆษณา/

ส่งเสริมการขาย ณ จุดจำหน่าย ซึ่งมีผลต่อเด็กมาก ในกรณีห้ามจำหน่ายบุหรี่แก่ผู้มีอายุต่ำกว่า 18 ปี (หทัย ชิตานนท์, 2550) จะเห็นได้ว่ามาตรการเหล่านี้ช่วยลดโอกาสในการเข้าถึงบุหรี่ แต่กลวิธีที่สร้างภูมิคุ้มกันในตัวเด็กและเยาวชนเอง ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

การจัดการกับการเสพสารเสพติดในวัยรุ่นโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

การจัดการกับปัญหาสารเสพติดในวัยรุ่นเน้นในการป้องกันการเป็นนักเสพหน้าใหม่ทั้งบุหรี่และสุรา กิจกรรมหลักจึงเป็นการป้องกันการเข้าถึงสารเสพติดโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ในบทนี้ขอยกตัวอย่างแนวทางการจัดการในการป้องกันการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการกับปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสารเสพติด ที่ผ่านมาการดำเนินการโรงเรียนปลอดบุหรี่ที่ได้ผลดีใช้แนวคิดพื้นฐานของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention: CDC) (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2551) ให้ความสำคัญกับการป้องกันเชิงรุกที่นักเรียนเข้ามามีบทบาทในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่เป็นพื้นฐาน เช่น นักเรียนทำการสำรวจร้านค้าบริเวณรอบๆโรงเรียน เมื่อพบว่ามีการจำหน่ายบุหรี่ นักเรียนเขียนจดหมายถึงผู้จัดการขอความร่วมมือในการงดจำหน่ายหรือโชว์บุหรี่ในร้าน หรือเมื่อสำรวจพบว่าหนังสือมีการโฆษณาบุหรี่ นักเรียนจึงเขียนจดหมายถึงบรรณาธิการหนังสือนั้นๆ ขอความร่วมมือในการงดพิมพ์โฆษณาเผยแพร่ผลิตภัณฑ์บุหรี่ เป็นต้น (Riordan, 2008) ขั้นตอนของการดำเนินการ (CDC, 1994) มีดังนี้

กำหนดนโยบายห้ามสูบบุหรี่ภายในโรงเรียน ซึ่งมีความสอดคล้องกับกฎหมายที่มีอยู่ และมีองค์ประกอบต่างๆ ดังนี้ การอธิบายเหตุผลที่สนับสนุนการป้องกันการสูบบุหรี่ การห้ามการสูบบุหรี่ในนักเรียนและเจ้าหน้าที่ บุคลากรต่างๆ รวมถึงผู้ที่มาติดต่อกับโรงเรียน และการไม่รับการสนับสนุนใดๆ จากบริษัทบุหรี่ การห้ามการโฆษณาบุหรี่ตามสถานที่ต่างๆ ในโรงเรียน นักเรียนทุกคนต้องได้รับคำแนะนำในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การช่วยเหลือนักเรียนและเจ้าหน้าที่ บุคลากรต่างๆ ในการเลิกสูบบุหรี่ มีการกำหนดแนวทางและดำเนินการในการสื่อสารนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่สำหรับนักเรียน เจ้าหน้าที่และบุคลากรต่างๆ

นโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน คือ closed campus (National Association of State Boards of Education, 2008) ซึ่งหมายถึงนักเรียนและเจ้าหน้าที่ไม่สามารถออกนอกบริเวณโรงเรียนในเวลาทำการ เพื่อสูบบุหรี่หรือเพื่อใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบ

สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบทางลบของการสูบบุหรี่ต่อร่างกายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และผลกระทบทางสังคม รวมถึงปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจในการสูบบุหรี่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบทางลบของการสูบบุหรี่ หรือ การกระตุ้นให้เกิดความกลัวผลกระทบเพียงอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่มีผลต่อการป้องกันการสูบบุหรี่ และอาจทำให้นักเรียนคิดว่าเป็นการกล่าวอ้างที่เกินจริง โปรแกรมที่สำเร็จควรประกอบด้วยเนื้อหาต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อร่างกายในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะในผู้หญิงควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความสวยงาม เช่น ฟันเป็นคราบบุหรี่ ลมหายใจมีกลิ่นเหม็น เป็นต้น
2. บรรทัดฐานทางสังคมในการเปลี่ยนแปลงการยอมรับการสูบบุหรี่ ให้ความสำคัญกับบรรทัดฐานในการไม่สูบบุหรี่
3. ทำความเข้าใจกับเหตุผลของการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่นักเรียนมักใช้เหตุผลเกี่ยวกับต้องการการยอมรับจากเพื่อน ลดความเครียด กิจกรรมที่จัดขึ้นควรช่วยให้นักเรียนมองปัญหาในเชิงบวก และแก้ไขโดยใช้วิธีการที่เหมาะสมเพื่อบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้
4. จัดการกับอิทธิพลทางสังคมที่มีผลให้สูบบุหรี่ กิจกรรมควรกระตุ้นให้นักเรียนเกิดความตระหนัก รู้จักเลือกรับข้อมูลผ่านสื่อต่างๆ เพื่อน ที่เป็นแรงจูงใจในการสูบบุหรี่
5. ทักษะในการปฏิเสธอิทธิพลทางสังคม ผ่านการให้ข้อมูล การศึกษาจากตัวแบบ การฝึกฝนในสถานการณ์จำลอง และการให้ข้อมูลย้อนกลับ และการช่วยเหลือผู้อื่นในการพัฒนาทักษะปฏิเสธ
6. การพัฒนาทักษะทางสังคมอื่นๆ เช่น ทักษะการยืนยันความคิดเห็น การสื่อสาร การตั้งเป้าหมาย ทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งจะช่วยนักเรียนในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ

ส่งเสริมศักยภาพที่จำเป็นให้นักเรียนโดยผ่านแกนนำ การใช้กลุ่มนักเรียนแกนนำที่ไม่เป็นทางการหรือที่เรียกว่า An informal school-based peer-led intervention ที่พัฒนาโดยแคมเบลล์ และคณะ (Audrey, Holliday, & Campbell, 2006; Campbell et al., 2008) ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย เนื่องจากสามารถถ่ายทอดข้อมูลสู่กลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอนของกิจกรรมมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกแกนนำกลุ่มเพื่อน ที่มีอิทธิพลต่อคนอื่นๆ โดยการให้นักเรียนแต่ละคนโหวตเลือกเพื่อนที่ตนเองคิดว่ามีความสามารถในการชักจูงคนอื่นได้โดยใช้คำถาม เช่น ใครที่เป็นต้นแบบของคุณในกลุ่มเพื่อน

ขั้นตอนที่ 2 การคัดเลือกแกนนำ โดยอธิบายบทบาทและกิจกรรมของแกนนำ บุคคลที่ถูกเลือกให้เป็นแกนนำถ้าเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ต้องเลิกสูบบุหรี่ก่อนจึงจะเข้ารับการอบรมเป็นแกนนำได้

ขั้นตอนที่ 3 การอบรมแกนนำ จุดประสงค์หลักคือให้แกนนำกลุ่มเพื่อนสามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ และประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่แก่เพื่อน ระยะเวลาการอบรม 2 วัน โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพในวัยรุ่น สาระหลักประกอบด้วย 1) ผลกระทบในระยะสั้นของการสูบบุหรี่ที่มีต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ 2) ทักษะในการสื่อสารทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ 3) ทักษะในการฟัง 4) ทักษะในการถ่ายทอดความรู้สึก และความคิด 5) การทำงานเป็นทีม การสร้างทีมงาน การสร้างการมีส่วนร่วมและการต่อรอง 6) วิธีการให้และการรับข้อมูล 7) การจัดการกับความขัดแย้ง เพื่อพัฒนาความมั่นใจและคุณค่าในตนเอง การเห็นอกเห็นใจและไวต่อความรู้สึกของผู้อื่น การยืนยันความคิดเห็น

การตัดสินใจและจัดลำดับความสำคัญของทักษะที่ต้องใช้ ทัศนคติต่อพฤติกรรมเสี่ยง และค้นหาการให้คุณค่าส่วนบุคคล กลวิธีที่ใช้เป็นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) การแสดงบทบาทสมมุติ การทำวิจัย การทำงานเป็นกลุ่ม และเกม

ขั้นตอนที่ 4 การทำกิจกรรม เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ที่แกนนำกลุ่มเพื่อนใช้การสนทนาแบบไม่เป็นทางการเกี่ยวกับบุหรี่กับเพื่อนๆ ในช่วงเวลาพักกลางวัน ก่อนและหลังเรียน หลังจากนั้นแกนนำกลุ่มเพื่อนบันทึกการพูดคุยในไดอารี่ มีการเยี่ยมติดตามของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขอุปสรรคต่างๆ เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ และการติดตามการบันทึกการปฏิบัติในไดอารี่ แกนนำกลุ่มเพื่อนที่มีการบันทึกการพูดคุยสม่ำเสมอจะได้รับบัตรของขวัญ (gift voucher) เป็นรางวัลเพื่อสร้างแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง

ส่งเสริมศักยภาพที่จำเป็นให้กับครู แนวคิดหลักคือ การให้ความสำคัญกับการดำเนินโครงการ เนื้อหาสาระหลักประกอบด้วย ความเข้าใจทฤษฎีพื้นฐานในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แนวคิดในการดำเนินโครงการ เนื้อหาสาระของแนวทางปฏิบัติ การอบรมควรมีเนื้อหาของโครงการ กิจกรรมที่จะจัด การฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดกิจกรรม และการทำความเข้าใจหลักสูตรในภาพรวม วิธีการที่ใช้ในการจัดกิจกรรมเป็นการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (adult learning) ใช้แกนนำ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกฝนทักษะ บนแนวคิดพื้นฐานของทักษะทางสังคม เพื่อให้เกิดความยั่งยืน และการคิดเชิงสร้างสรรค์

การมีส่วนร่วมของพ่อแม่หรือครอบครัว การมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผนโครงการ การร่วมกิจกรรมในโครงการ การเฝ้าระวังพฤติกรรมของนักเรียน การพูดคุยเกี่ยวกับบุหรี่ผ่านการแสดงความคิดเห็นผ่านงานที่นักเรียนได้รับมอบหมาย การศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนการใช้หลักการของ 5 A's ในการป้องกัน ลด ละเลิก การสูบบุหรี่ ประกอบด้วย การถามสถานภาพการสูบบุหรี่ (ask) การแนะนำให้เลิก (advise) การประเมินความพร้อม (assess) การช่วยให้เลิก (assist) การติดตามผล (arrange) (ผ่องศรี ศรีมรกต, 2550; ปิยาภรณ์ เยาวเรศ, 2551; ศุภรัตน์ อิ่มวัฒนกุล, 2552)

Anticipatory การป้องกันล่วงหน้าหรือการคาดการณ์ การเฝ้าระวังสถานการณ์ที่ส่งเสริมการสูบบุหรี่ การสอบถามการมีประสบการณ์ ทัศนคติเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ โดยใช้คำถาม เช่น "ลูกรู้ไหมว่าวัยนี้เสี่ยงต่อการริเริ่มสูบบุหรี่" "ลูกจะสูบบุหรี่ไหมเมื่อลูกโตขึ้น"

Ask การถาม เพื่อตรวจสอบสถานการณ์การสูบบุหรี่ของวัยรุ่น คนรอบข้างและสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถนำไปสู่การสูบบุหรี่ได้ โดยใช้คำถาม เช่น "วัยรุ่นสูบบุหรี่หรือไม่และเพื่อนๆสูบบุหรี่หรือไม่" การได้รับโปรแกรมการป้องกันการสูบบุหรี่ เช่น "มีความรู้เกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่หรือไม่" "เคยเข้าร่วมกิจกรรมในการป้องกันการสูบบุหรี่ ในโรงเรียนหรือในชุมชน หรือไม่ "

Advise การแนะนำหรือแนะแนว การให้คำชมเชยที่ไม่สูบบุหรี่ ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ การโฆษณาชวนเชื่อที่หลอกลวงของบุหรี่ วิธีการไม่ข้องเกี่ยวบุหรี่ การคบเพื่อน ผลกระทบของการสูบบุหรี่

Assisting การช่วยเหลือหรือการสนับสนุน ให้กำลังใจวัยรุ่น สนับสนุนกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ และกิจกรรมที่ส่งเสริมการพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหา การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ และการจัดการกับความกดดันจากเพื่อน ส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ส่งเสริมการมีคุณค่าในตนเอง โดยการชื่นชม ชมเชย

Arrange (follow-up) การติดตามและการกระตุ้นเตือน การเฝ้าระวังหลีกเลี่ยงสถานการณ์เสี่ยงต่อการสูบบุหรี่ และการกระตุ้นเตือน

สนับสนุนการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ในโรงเรียน กิจกรรมที่ประสบผลสำเร็จในการสนับสนุนการเลิกบุหรี่ มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ประเมินได้ การสร้างพันธะสัญญาโดยใช้รางวัลเป็นแรงจูงใจ การให้แรงสนับสนุนทางสังคม การแนะวิธีจัดการกับความเครียด และการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ โดยใช้การฝึกฝนทักษะจนเกิดความชำนาญ

การประเมินผลโครงการอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวคำถามเพื่อประเมินการมีนโยบายโรงเรียนปลอดบุหรี่ และการมีการดำเนินกิจกรรมตามที่ระบุไว้ในนโยบาย ประเมินการจัดกิจกรรมที่เน้นการปรับเปลี่ยนความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการป้องกันการสูบบุหรี่ เนื้อหาสาระที่จัดสำหรับช่วงชั้นเป็นไปตามแนวทางที่มีอยู่ สาระการส่งเสริมศักยภาพสำหรับครูสอดคล้องกับแนวทางการจัดกิจกรรมสำหรับนักเรียน และโครงการที่จัดมีส่วนร่วมของผู้บริหาร ครู และเจ้าหน้าที่ นักเรียน ผู้ปกครอง และตัวแทนชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผน การดำเนินการ และการประเมินผล และการประเมินผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ อัตราการเป็นนักสูบหน้าใหม่ และอัตราการเลิกบุหรี่ของผู้ที่ติดบุหรี่ในโรงเรียน

กล่าวโดยสรุปเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดของการดำเนินนโยบายปลอดบุหรี่ การวางแผนโครงการต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งผู้บริหาร ครูและเจ้าหน้าที่ นักเรียน ผู้ปกครอง และตัวแทนชุมชน โดยสาระสำคัญของกิจกรรมตั้งบนพื้นฐานของการพัฒนาทักษะที่จำเป็นทางสังคม เช่น การปฏิเสธ การยืนยันความคิดเห็น และความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ และใช้วิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้จากตัวแบบ และการฝึกฝนให้เกิดความชำนาญ และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

สรุป

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีความคิดเป็นของตนเอง เริ่มใช้เหตุผลในการตัดสินใจ ให้ความสำคัญกับเพื่อน เริ่มแยกตัวเป็นอิสระจากพ่อแม่ ไม่ต้องการอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ มีการอยากรู้อยากลองในสิ่งต่างๆ มีการแสดงออกถึงอัตลักษณ์ทางเพศ มีความรู้สึกต้องการทางเพศ และพฤติกรรมทางเพศ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของวัยรุ่นมีทั้งในระดับบุคคลที่มีผลจากการเจริญเติบโตทางร่างกาย การอบรมเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่สนับสนุนและเอื้อต่อการดูแลสุขภาพของวัยรุ่น ปัญหาที่พบบ่อยในวัยรุ่นเป็นพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำแล้วทำให้

เกิดผลเสียทั้งในระยะสั้นและระยะยาวต่อสุขภาพอนามัยทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นอันตรายต่อสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยง 3 ลำดับแรกของวัยรุ่นไทย ประกอบด้วย พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ปลอดภัยและไม่พร้อม พฤติกรรมเสพติด เหล้า บุหรี่ และพฤติกรรมบริโภคนิยม แนวทางในการสร้างการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นจึงต้องอาศัยความร่วมมือทั้ง 4 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว ระดับโรงเรียน และระดับชุมชน เป็นกลไกสำคัญของความสำเร็จ โดยใช้กลวิธีการสร้างนโยบาย มาตรการในการควบคุม กำกับพฤติกรรมเป้าหมาย การเพิ่มพื้นที่ปลอดภัยสำหรับวัยรุ่นในการทำกิจกรรมต่างๆ การเพิ่มศักยภาพส่วนบุคคลในการลดแรงผลักดันทางสังคม เช่น ทักษะในการปฏิเสธ ทักษะการยืนยันความเห็น เป็นต้น ความสามารถในการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงที่นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ และการหลีกเลี่ยงสถานการณ์เหล่านั้น การสร้างความร่วมมือระหว่างบุคคล ครอบครัว โรงเรียน และชุมชน เพื่อให้วัยรุ่นพัฒนาศักยภาพและสร้างการมีคุณค่าของตนเอง โดยการสนับสนุนให้มีโอกาสในการแสดงออกตามความถนัดของตนเอง เพื่อสร้างคุณค่า ความภาคภูมิใจ และได้รับแรงสนับสนุน การยอมรับนับถือจากบุคคลรอบข้าง เป็นการให้แรงเสริมทางบวก ที่จะทำให้มีความทะเยอทะยานในสิ่งที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อตนเอง และส่วนรวม เป็นการสร้างต้นทุนชีวิตเด็กและเยาวชน (developmental assets) และการสร้างวินัยเชิงบวก (positive discipline) เพื่อหลีกเลี่ยงจากพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ

คำถามนำอภิปราย

1. ระบุการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการในวัยรุ่น และเปรียบเทียบความแตกต่างของการเปลี่ยนแปลงในแต่ละช่วงวัย (วัยรุ่นตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลาย)
2. อธิบายปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละวัย
3. เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างกลยุทธ์และกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละวัยในบริบทที่แตกต่างในชุมชนเมืองและชุมชนชนบท

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2547). *รายงานการทบทวนสถานการณ์เรื่องพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น : การเสริมสร้างทักษะชีวิตและการให้การปรึกษา* (หน้า 26-27). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

กิตติ อังศุสิงห์. (2547). ใน พัฒน์ มหาโชคเลิศวัฒนา สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ วิฐารณ บุญสิทธิ และวิโรจน์ อารีย์กุล (บรรณาธิการ). *กลยุทธ์และการดูแลสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น* (หน้า 13 – 24). กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.

จุฑานาฏ ผดุงเจริญ. (2543). *อิทธิพลของรูปแบบการสื่อสารภายในครอบครัวที่มีต่อทัศนคติในการเลือกคู่ครองและการสมรส: ศึกษาเฉพาะกรณีนักศึกษาปริญญาโทของมหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์. (2552). ยาเสพติดระบาด วัยรุ่นหันเสพในหอพัก. ค้นหาวันที่ 12 กรกฎาคม 2553, ค้นหาจาก http://www.thaihealth.or.th/node/8458

ปิยาภรณ์ เยาวเรศ. (2551). กระบวนการบริการคลินิกอดบุหรี่ในโรงพยาบาลสังกัดรัฐและเอกชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผ่องศรี ศรีมรกต (บรรณาธิการ). (2550). การใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบในงานประจำโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย.

พิลมัย นพรัตน์. (2543). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. โรงเรียนปลอดบุหรี่. กรุงเทพฯ: มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่; 2551.

รุจา ภู่ไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3) (หน้า 11). กรุงเทพฯ: วี เจ พริ้นติ้ง.

วินัดดา ปิยะศิลป์. (2537). ครอบครัวกับวัยรุ่น. ใน สายสุรี จุติกุล (บรรณาธิการ). *การพัฒนาครอบครัว*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.

ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2549). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย วัยรุ่น-วัยสูงอายุ เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 9) (หน้า 336-340). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศุภรัตน์ อิ่มวัฒนกุล, อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุนีย์ ละกำปั่น และสุลี ทองวิเชียร. (2552). ผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมทักษะชีวิตร่วมกับการสนับสนุนจากผู้ปกครอง (5A's) เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นชุมชนแออัด. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 23*(3), 1-16.

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มหาวิทยาลัยมหิดล. แฉภัยบุหรี่คร่าชีวิตทั่วโลก นาทีละ 10 คน (online) 2549. ค้นหาจาก : URL: http://www.dmc.tv/forum/index.php?showtopic=12438

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2551). *เตือน! พ่อแม่สอนลูกดื่มตั้งแต่เด็กเสี่ยงติดเหล้า*. ค้นหาวันที่ 9 พฤษภาคม 2552, ค้นหาจาก http://www.thaihealth.or.th/node/6059

. (2552) *ยาเสพติดระบาด วัยรุ่นหันเสพในหอพัก*. ค้นหาวันที่ 9 พฤษภาคม 2552, ค้นหาจาก http://www.thaihealth.or.th/node/8458

หทัย ชิตานนท์. กฎหมายและกฎระเบียบเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทย. ใน โครงการส่งเสริมสนับสนุนและคุ้มครองสุขภาพและสิทธิมนุษยชนด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว (online) 2550. ค้นหาจาก : URL: http://thaichildrenright.net/th/home

อาภาพร เผ่าวัฒนา. (2549). การวิเคราะห์วิทยานิพนธ์ทางการพยาบาลสาธารณสุขด้านอนามัยโรงเรียนและวัยรุ่นระหว่าง พ.ศ. 2523-2547. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 20*(2),35-48.

Alford, S., Huberman, B., Moss, T. et al. (2003). *Sex education and other programs that work to prevent teen pregnancy, HIV & Sexually Transmitted Infections.* Washington, DC: Advocates for Youth.

Amaro, H. (1995). Love, sex, and power: Considering women's realities in HIV prevention. *American Psychologist, 50,* 437-447.

Audrey, S., Holliday, J., & Campbell, R. (2006). It's good to talk: Adolescent perspectives of an informal, peer-led intervention to reduce smoking. *Social Science Medicine, 63,* 320-334.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory.* N.J: Prentice-Hall.

Benavides, R., Bonazzo, C., & Torres, R. (2006). Parent-child communication: A model for Hispanics on HIV prevention. *Journal of Community Health Nursing, 23*(2), 81-94.

Campbell, R. et al. (2008). An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomized trial. *Lancet, 371,* 1595-1602.

Centers for Disease Control and Prevention. (1994). Guidelines for school health programs to prevent tobacco use and addiction. *MMWR, 43,* 1-15.

Connell, R. (1987). *Gender and power.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Dilorio, C., Dudley, W. N., Soet, J., Watkins, J., & Maibach, E. (2000). A social cognitive-based model for condom use among college students. *Nursing Research, 49*(4), 408-414.

Dilorio, C., Resnicow, K., Thomas, S., Wang, D., Dudley, W., Marter, D., & Lipana, J. (2002). Keepin' it R.E.A.L.?: Program description and results of baseline assessment. *Health Education & Behavior, 29*(1), 104-123.

Henderson, M., Wight, D., Raab, G., Abraham, C., Parkes, A., Scott, S., & Hart, G. (2006). Impact of a theoretically based sex education programme (SHARE) delivered by teachers on NHS registered conceptions and terminations: final results of cluster randomized trial. *BMJ, 21 November 2006,* doi:10.1136/bmj.39014.503692.55

Johnson, B. T., Carey, M. P., Marsh, K. L., Levin, K. D., & Scott-Sheldon, L. (2007). Interventions to reduce sexual risk for the Human Immunodeficiency virus in adolescents, 1985-2000. *Archive Pediatric Adolescent Medicine, 157,* 381-388.

Koerner, A. (2009). Social cognition in family communication. In D. R. Roskos Ewoldsen & J. I. Monahan (Eds.). *Communication and social cognition : Theories and methods* (pp.205-209). New Jersey: Lawrence Erlbaum.

Lederman, R. P., & Mian, T. S. (2003). The parent-adolescent relationship education (PARE) program: A curriculum for prevention of STDs and pregnancy in middle school youth. *Behavioral Medicine, 29,* 33-41.

Lyles, C. M., Kay, L. S., Crepaz, N. et al. (2007). Best-evidence interventions: Findings from a systematic review of HIV behavioral interventions for US populations at high risk, 2000-2004. *Research and Practice, 97*(1), 133-143.

Martino, S. C., Elliott, M.N., Corona, R., Kanouse, D. E., & Schuster, M. A. (2008). Beyond the "Big talk": The roles of breadth and repetition in parent-adolescent communication about sexual topics. *Pediatrics, 121, 12-18.*

Miller, L. C., Burns, D. M., & Rothspan, S. (1995). Negotiating safer sex: The dynamics of African-American relationships. In P. Kalbfleisch, M.J. Cody, et al. (Eds.), *Gender, power, and communication in human relationships* (pp.163-188). Hillsdale, N. J.:

Erlbaum.

Muuss, R. E. (1996). *Theories of adolescence* (6th Ed.). New York; NY: McGraw-Hill.

National Association of State Boards of Education. Tobacco-free schools component. In Fit, healthy, and ready to learn-policies to prevent tobacco use. (Online). (cited 2008 October 3). From: URL:http://www.cdc.gov

Powwattana, A. (2005). *Risky Sexual Behavior Model Testing of Young Adult ThaiWomen Living in Overpopulated Communities in Bangkok Metropolitan: Self-discrepancy, Negative Emotion, Power in Relationship, Cognitive Strategies, and Sexual Self-efficacy*. TRF Report.

Riordan M. (2008). How schools can help students stay tobacco-free. (Online). (cited 2008 October 1). From: URL:http://www.tobaccofreekids.org

Schuster, M. A., Corona, R., Elliott, M. N., Kanouse, D., Eastman, K., Zhou, A., & Klien, D. (2008). Evaluation of talking parents, healthy teens, a new worksite based pareting programme to promote parent-adolescent communication about sexual health: randomized controlled trial. *British Medical Journal, 337*, 308-317.

Wight, D., Raab, G., Henderson, M., Abraham, C., Buston, K., & Hart, G. (2002). Limits of teacher delivered sex education: interim behavioral outcomes from randomized trial. *British Medical Journal, 324*, 1430-1436.

Wingood, G. M., Hunter-Gamble, D., & DiClemente, R. J. (1993). Partner influences and gender-related factors associated with noncondom use among young African-American women: Implications for HIV prevention. *Journal of Black Psychology, 19*, 190-203.

World Health Organization (WHO). (2004). *Sexually Transmitted Infections in Adolescence*. Document for WHO Publication.

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในวัยทำงาน

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินธร กลัมพากร

ปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรประมาณ 62 ล้านคน โดยมีประชากรวัยทำงานอายุระหว่าง 15 ถึง 59 ปี รวมทั้งสิ้นประมาณ 40 ล้านคนหรือ 2 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาครอบครัว สังคมและประเทศชาติ คนวัยทำงานไม่เพียงแต่ต้องเผชิญกับโรคและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องกับการทำงานเท่านั้น หากแต่ยังต้องมีปัญหา โรคภัยไข้เจ็บที่ไม่เกี่ยวข้องกับการทำงานอีกจำนวนมาก เช่น อุบัติเหตุจราจร โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเครียด และโรคที่มีผลสืบเนื่องมาจากการสูบบุหรี่ หรือการขาดการออกกำลังกาย เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น ในปี พ.ศ. 2534 ได้มีการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้น เพื่อให้ความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลสำหรับผู้ประกันตน ที่ได้รับบาดเจ็บหรือป่วยด้วยโรคที่ไม่เกี่ยวกับการทำงาน อย่างไรก็ตาม สถิติการเจ็บป่วยที่ไม่ได้ลดลง แสดงให้เห็นว่า การดูแลสุขภาพโดยมุ่งเน้นไปที่การรักษาพยาบาลไม่สามารถทำให้คนวัยทำงานมีสุขภาพที่ดีได้ การสร้างเสริมสุขภาพจึงเป็นแนวทางใหม่ในการดูแลสุขภาพ ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ภาวะจิตใจแจ่มใส ซึ่งจะทำให้ร่างกายแข็งแรงปราศจากโรคภัยต่าง ๆ การสร้างเสริมสุขภาพที่มองสุขภาพเชิงบวกและสร้างสุขภาพให้ดีขึ้น แทนการรอให้เจ็บป่วยแล้วจึงรักษา จึงมีความสำคัญและเป็นภาระหน้าที่ และความร่วมมือ ทั้งในส่วนขององค์กร คนทำงานและบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อการมีสุขอนามัยที่ดีของคนวัยทำงาน

ลักษณะของวัยทำงาน

วัยทำงานคือวัยที่มีอายุตั้งแต่ 20-60 ปี ซึ่งช่วงอายุที่กว้างที่สุด ครอบคลุมทั้งวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ถ้าแบ่งลักษณะของวัยทำงาน ออกเป็น 2 ช่วงอายุของวัยผู้ใหญ่จะพบว่าแต่ละวัยจะมีลักษณะเฉพาะที่จะส่งผลต่อสุขภาพที่แตกต่างกัน ผู้ใหญ่อาจแบ่งได้เป็น 2 ช่วงคือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้นอายุ 20-40 ปี วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 40-60 ปี

วัยผู้ใหญ่ตอนต้น

ในวัยนี้พัฒนาการทางด้านร่างกายเริ่มสมบูรณ์เต็มที่ อวัยวะทุกอย่างทำงานสมบูรณ์และมีการเจริญเติบโตถึงขีดสุด พร้อมที่ก้าวออกสู่โลกของความเป็นตัวตนโดยสมบูรณ์ เป็นช่วงที่บุคคลก้าวไปสู่การแสวงหาครอบครัวใหม่ สังคมใหม่ เริ่มมีความรับผิดชอบต่อชีวิตคนอื่น รวมถึงการพัฒนาอารมณ์ มีความสามารถควบคุมตนเป็นอย่างดี สามารถตัดสินใจในเรื่องใดบนพื้นฐานของมาตรฐานทางสังคม มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคมอย่างเห็นได้ชัด มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ สามารถพัฒนางานใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในวัยนี้หลายคนมีชีวิตคู่ และสามารถสร้างครอบครัวที่มั่นคงได้

วัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 20 ถึง 40 ปี) เป็นระยะที่บุคคลมีการเจริญเติบโตทางร่างกายสมบูรณ์ที่สุด มีร่างกายแข็งแรง อวัยวะต่างๆ ทำงานอย่างเต็มที่ ควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มั่นใจในตนเอง เป็นวัยของการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างลึกซึ้งและยาวนาน สนใจเพศตรงข้ามและมองหาคู่ชีวิต คบหาเพศเดียวกันเพื่อการงานและการสังคม สิ่งสำคัญที่คนในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจำเป็นต้องหาแนวทางในชีวิตก็คือ อาชีพการงาน การเลือกคู่ครอง การปรับตัวในชีวิตสมรส การมีบทบาทเป็นบิดามารดา หรือถ้าโสดก็ต้องมีการปรับตัวต่อการดำรงชีวิต

วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง

เป็นช่วงวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อมถอยลง หรือที่เรียกว่า วัยทอง การเข้าสู่ภาวะวัยทองของผู้หญิงมักจะอยู่ในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป สาเหตุของการที่ผู้หญิงเข้าสู่วัยทองช้าเร็วต่างกันนั้น อาจมีสาเหตุหลายประการ เช่น สาเหตุทางพันธุกรรม และสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมภายนอก สำหรับผู้ชายโดยส่วนใหญ่จะเข้าสู่วัยทองช้ากว่าผู้หญิง อาจเริ่มต้นเมื่ออายุ 50 ปี อาการต่างๆ ของหญิงและชายวัยทองมีดังนี้คือ

1. ความเปลี่ยนแปลงทางด้านชีววิทยา ได้แก่ เส้นผมจะเริ่มร่วง หยาบขึ้น และขาวแซมเห็นชัดประปราย และอาการเหล่านี้จะปรากฏมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น สายตายาว ความล้าทางสายตาจะเกิดเร็วขึ้น ผิวหนังจะเริ่มสีซีดลง ความตึงตัวของผิวหนังลดน้อยลง การรับรสการสัมผัสกลิ่นต่างๆ เริ่มไม่ดี และเริ่มมีปัญหาการได้ยิน
2. ความเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ชายและผู้หญิงเมื่อเข้าสู่วัยทองจะแบ่งเป็นสองกลุ่มคือ ชายและหญิงที่ประสบความสำเร็จในอาชีพการงาน และกลุ่มชายและหญิงที่ไม่ประสบความสำเร็จในอาชีพการงาน ผู้ที่ประสบความสำเร็จในอาชีพการงาน จะมีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถพัฒนาตนและการเข้าสู่พัฒนาการ ในช่วงชีวิตวัยทองได้อย่างมีวุฒิภาวะ มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความสามารถในการควบคุมตนเอง เป็นผู้ใหญ่ สุขุม มีหลักการ มีจิตใจเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ โอบอ้อมอารีสำหรับผู้ที่ไม่ประสบความสำเร็จในอาชีพการงาน รวมไปถึงคนที่ไม่มีความมั่นคงทางจิตใจและอารมณ์ จะมีความวิตกกังวล ความหวั่นไหวทางอารมณ์ จะรู้สึกน้อยใจ บางคนอาจก้าวร้าวในคำพูด หรือพฤติกรรม เช่น การใช้อำนาจกดขี่คนอื่น ยึดหลักการแบบไม่ผ่อนคลาย จู้จี้จุกจิก เจ้าอารมณ์ จับผิดคนอื่น อภัยไม่เป็น พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัญหาของชายและหญิงวัยทอง ที่ปรับตัวไม่ได้และมีพัฒนาการปรับตัวไม่ดีตั้งแต่วัยต้นๆ ซึ่งจะส่งผลถึงวัยผู้ใหญ่ด้วย
3. ความเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น รายรับไม่พอกับรายจ่าย การมีหนี้สิน การมีฐานะทางสังคมด้อยกว่าเพื่อนในรุ่นเดียวกัน เป็นสาเหตุแห่งความเครียด ความวิตกกังวลและอาจจะเป็นตัวเร่งให้เกิดวัยทองของผู้ชายและผู้หญิงเร็วขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยทำงาน

วัยทำงานมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพทั้งที่เกี่ยวกับงานและไม่เกี่ยวกับงานโดยตรง สิ่งแวดล้อมในการทำงานที่คุกคามต่อภาวะสุขภาพ สามารถแบ่งได้เป็น 4 ประเภทคือ

1. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ แสง เสียง ความร้อน ความสั่นสะเทือน ความดัน บรรยากาศ รังสีและอันตรายจากเครื่องจักรกล
2. สิ่งแวดล้อมทางเคมี ได้แก่ สารเคมีที่อยู่ในรูปต่างๆ เช่น ฝุ่น ควัน ก๊าซ ไอระเหย และตัวทำละลาย
3. สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ ได้แก่ เชื้อโรคต่างๆ จุลินทรีย์ เชื้อรา
4. สิ่งแวดล้อมทางจิตสังคม ได้แก่ สภาวะแวดล้อมการทำงาน ความรับผิดชอบในงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและความก้าวหน้าในงาน

อาชีพและลักษณะการทำงานที่แตกต่างกันมีผลต่อสุขภาพแตกต่างกัน ตัวอย่าง เช่น คนทำงานในโรงงานอุตสาหกรรมที่มีลักษณะงานผลิต มักจะสัมผัสกับสิ่งคุกคามด้านสุขภาพ ด้านเคมีและกายภาพ เช่น สารเคมีอันตราย เสียงดัง และฝุ่นจากการทำงาน ในขณะที่อาชีพบริการเป็นลักษณะงานที่เกี่ยวข้องกับคน สิ่งคุกคามสุขภาพส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านจิตสังคม การควบคุมอารมณ์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ผลที่ตามมาคือปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น ความเครียด เป็นต้น

นอกจากนั้นวัยทำงานยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่พบบ่อย เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา พฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย ขาดการพักผ่อน ขาดการออกกำลังกาย ความเครียดจากครอบครัว โดยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงเวลาที่ร่างกายแข็งแรงที่สุด จึงทำให้คนวัยนี้มีความสนใจในการดูแลสุขภาพต่ำ อีกทั้งเป็นระยะเริ่มต้นของการทำงานมีรายได้เป็นของตนเอง เปลี่ยนวิถีชีวิตจากวัยรุ่นเริ่มมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพจากสังคมการทำงาน เช่น ดื่มสุรา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ การขับขี่ไม่ปลอดภัยและเป็นช่วงที่พฤติกรรมจะเริ่มเปลี่ยนเป็นนิสัย และวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง (40-60 ปี) มีลักษณะต่างจากวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยวัยนี้จะเริ่มมีเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย มีการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ทำงานหนัก ความรับผิดชอบทางการงานและครอบครัวสูง ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาเรื่องโรคเรื้อรัง และความเครียดได้

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในวัยทำงาน

จากลักษณะงานและปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวทำให้วัยทำงานมีปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย คือ โรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน เช่น การแพ้พิษสารกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร อุบัติเหตุจากเครื่องจักรกลในคนทำงานโรงงานอุตสาหกรรม การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในผู้ที่มีท่าทางในการทำงานซ้ำซากหรือต้องใช้แรงยกลากจูงในการทำงาน การเกิดอุบัติเหตุจราจรจากการใช้รถใช้ถนน ตลอดจนโรคและการบาดเจ็บจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น โรคเอดส์ การกระทำรุนแรง ปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายซึ่งเป็นวัยทำงานที่สูงอายุ

ความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงาน

วัยแรงงานเป็นทรัพยากรที่สำคัญที่สุดต่อการพัฒนาประเทศแผนพัฒนาประเทศมุ่งเน้นการพัฒนาคน ซึ่งการพัฒนาคนหมายถึงการพัฒนาทักษะและการพัฒนาสุขภาพ นอกจากนี้สุขภาพของคนทำงานทั้งที่มีสาเหตุมาจากงานโดยตรงหรือไม่ได้มีสาเหตุจากงานโดยตรง ยังส่งผลกระทบต่อองค์กรและประเทศชาติทั้งในด้านคุณภาพสินค้าและบริการ

หลักการเบื้องต้นของมาตรการที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของคนวัยทำงาน

องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะ 4 หลักการเบื้องต้นในการจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนทำงานไว้ (องค์การอนามัยโลก, 2542) ดังนี้

1. การสร้างเสริมสุขภาพ

กฎบัตรออตตาวา ซึ่งได้รับรองเมื่อปี พ.ศ. 2529 ได้กำหนดไว้ว่า การสร้างเสริมสุขภาพก่อให้เกิดสภาวะต่างๆ ในการดำรงชีวิตและการทำงานซึ่งมีความปลอดภัย ก่อให้เกิดความกระตือรือร้น ความพึงพอใจ และความเพลิดเพลินใจ เพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว จึงต้องอาศัยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การสื่อสาร การศึกษา การเปลี่ยนแปลงองค์กร การพัฒนาชุมชน กฎหมาย การพัฒนานโยบาย และมาตรการด้านการเงิน การคลังผนวกกันไป ในส่วนของคนวัยทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพช่วยสร้างเสริมความเข้าใจให้กว้างขวางขึ้นในเรื่องของปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของคนวัยทำงาน ได้แก่ สิ่งแวดล้อม องค์กร สังคม การเมือง เศรษฐกิจ นโยบาย และกฎระเบียบที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพทั้งในสถานที่ทำงานและชุมชนแวดล้อม และหากจะมองถึงการนำมาประยุกต์ใช้กับชีวิตการทำงาน แนวทางปฏิบัติ 5 ประการของกฎบัตรออตตาวาที่อาจจะสะท้อนให้เห็นกิจกรรมหลัก อันจะนำไปสู่เป้าหมาย "คนวัยทำงานมีสุขภาพดี" มีดังนี้

- เสริมสร้างนโยบายสาธารณะต่างๆ ในสถานที่ทำงาน ซึ่งในที่นี้มิได้หมายความเฉพาะแต่นโยบายด้านสุขภาพของสถานที่ทำงาน หากหมายความรวมถึงนโยบายสาธารณะต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตการทำงานทั้งในระดับนานาชาติ ระดับชาติ และระดับท้องถิ่น
- สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน ซึ่งในที่นี้มิได้หมายความเฉพาะแต่สถานที่ทำงานเท่านั้น หากหมายรวมถึงสภาพแวดล้อมที่มีลักษณะอื่นโดยรอบ ทั้งที่มีอิทธิพลต่อสถานที่ทำงาน และได้รับอิทธิพลจากสถานที่ทำงาน
- สร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน โดยการให้สาธารณชนมีส่วนร่วมในการกำหนดลำดับความสำคัญของงานวางแผน และดำเนินการตามกลวิธีเพื่อบรรลุสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น และด้วยการผนวกกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับสถานที่ทำงานเข้าด้วยกัน
- พัฒนาทักษะส่วนบุคคล โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่คนวัยทำงาน ในการควบคุมดูแลสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม

- ปรับเปลี่ยนบริการด้านอาชีวอนามัยและบริการสุขภาพอื่นๆ ให้มีเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพในแง่มุมต่างๆ เข้ามาเป็นองค์กรประกอบด้วย

2. อาชีวอนามัยและความปลอดภัย

ประเด็นสำคัญของงานอาชีวอนามัยตามองค์การอนามัยโลก มี 3 ประการ ได้แก่

2.1 การบำรุงรักษาและสร้างเสริมสุขภาพตลอดจนความสามารถในการทำงานของคนวัยทำงาน

2.2 ปรับปรุงงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานให้ดีขึ้น

2.3 การพัฒนาองค์กรและวัฒนธรรมขององค์กร

3. การจัดการทรัพยากรบุคคล

ในการสร้างเสริมสุขภาพคนวัยทำงาน การจัดการกับทรัพยากรบุคคลด้วยมาตรการแบบผสมผสาน ซึ่งจะต้องผนวกกลยุทธการบริหารจัดการเข้าด้วยกัน เช่น การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การทำงานเป็นทีม การพัฒนาทักษะ เสริมสร้างพลังอำนาจในการเป็นผู้นำ อาจจะส่งผลดียิ่งในการนำงานสร้างเสริมสุขภาพไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม เพราะกลยุทธ์เหล่านี้เกี่ยวเนื่องกับการสร้าง การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างอำนาจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงกิจกรรมที่แทรกเข้าไปในสถานที่ทำงาน นอกจากนี้ในปัจจุบันยังเป็นที่ยอมรับกันว่า การจัดการเกี่ยวกับทรัพยากรบุคคลเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยสร้างความรับผิดชอบในสถานที่ทำงาน เพื่อให้เกิดการพัฒนาภายในชุมชนแวดล้อม รวมทั้งการพัฒนาสังคมในภาพรวมด้วย

4. การพัฒนาแบบยั่งยืน

ในการที่จะเสริมสร้างความเสมอภาคและความยั่งยืนให้เกิดขึ้นในคนวัยทำงาน วิธีการเชื่อมโยงระหว่างการคิดจากเบื้องล่างและการสั่งการจากเบื้องบน เป็นสิ่งที่มีความสำคัญยิ่ง นโยบายต่างๆ ที่กำหนดขึ้น ควรเน้นที่การปรับปรุงสภาวะความเป็นอยู่และสภาพการทำงานเป็นการเฉพาะ โดยต้องรวมความถึงเรื่องอื่นๆ ด้วย เช่น การกำหนดระดับรายได้ขั้นต่ำ โอกาสในการสร้างงานใหม่ และการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้ว่างงาน ความร่วมมือระหว่างภาคต่างๆ ทั้งในระดับนานาชาติ ระดับชาติ และระดับท้องถิ่น รวมทั้งควรเร่งรัดให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างแข็งขัน

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงาน

การสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงานสามารถดำเนินงานได้ทั้งในระดับบุคคลและระดับองค์กร

ระดับบุคคล

1. ส่งเสริมให้บุคคลในวัยทำงานควรมีความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของบทบาท สามารถปรับตัวได้กับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป หรือกับบทบาทที่เพิ่มขึ้น เช่น ปรับตัวให้เหมาะสมกับการประกอบอาชีพ ปรับตัวกับชีวิตโสด ปรับตัวกับบทบาทของการ

เป็นคู่สมรส ให้การดูแลคู่สมรสของตน มีวิธีการในการป้องกันการเกิดภาวะวิกฤติในชีวิตคู่ เข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของคู่สมรสในการเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน หรือวัยเปลี่ยนชีวิตในระยะวัยกลางคน ปรับตัวกับบทบาทของการเป็นบิดามารดา เข้าใจการดำเนินชีวิตของบุตรวัยรุ่น ทำหน้าที่เป็นผู้ที่ให้คำแนะนำที่ดี เป็นผู้สนับสนุนและช่วยเหลือเมื่อบุตรมีปัญหา และมีการเตรียมพร้อมทั้งทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตในการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุต่อไป

2. สร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายควรให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เกิดขึ้น สาเหตุ อาการและอาการแสดง เช่น ปัญหาความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ปัญหาหมดประจำเดือน หรือชายวัยทอง และควรแนะนำการปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงนั้น และวิธีการชะลอความเสื่อมถอยของร่างกาย โดยเลือกอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการผ่อนคลายความตึงเครียด

3. คงไว้ซึ่งความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย โดยการส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ได้แก่

- การออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 30 - 60 นาที ควรเลือกกิจกรรมให้เหมาะสมกับวัยและสุขภาพ
- การรับประทานอาหาร เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงให้น้อยลง เช่น ไข่แดง อาหารทะเล พวกกุ้ง หอย ปลาหมึก อาหารมัน เช่น หมู เนื้อ ของทอด ควรเปลี่ยนมาเป็นรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายแทน เช่น รับประทานปลาให้บ่อยขึ้น และปรับเปลี่ยนกระบวนการปรุงอาหาร จากการทอด มาเป็นการปิ้ง ย่าง ต้ม นึ่ง ตุ๋น แทน รับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้น ทั้งผักใบเขียว และผลไม้ เพิ่มอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น ปลาเล็กปลาน้อย น้ำต้มกระดูก นม เพื่อป้องกันกระดูกเปราะบาง หักง่าย โดยเฉพาะในหญิงวัยหมดประจำเดือน

4. สนับสนุนให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี โดยการตรวจสุขภาพที่จำเป็น ได้แก่ วัดความดันโลหิต วัดส่วนสูง-น้ำหนักเพื่อค้นหาภาวะโภชนาการจากดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) การตรวจสุขภาพที่สอดคล้องกับความเสี่ยงในการทำงาน ตรวจไขมันในเลือด ตรวจน้ำตาลในเลือด ในคนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในหญิงต้องตรวจมะเร็งปากมดลูกโดยทำ Pap smear และตรวจมะเร็งเต้านม

5. การป้องกันโรคโดยให้วัคซีนที่จำเป็น ซึ่งได้แก่

- วัคซีนป้องกันหัดเยอรมัน สำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่วางแผนจะตั้งครรภ์ โดยให้ก่อนตั้งครรภ์
- วัคซีนอื่นๆ เช่น วัคซีนตับอักเสบบี ในผู้ที่มีคู่สมรสเป็นพาหะตับอักเสบบี และได้รับการตรวจแล้วว่ายังไม่มีภูมิคุ้มกัน วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ควรได้รับในผู้ที่ต้องสัมผัสโรคบ่อยๆ เช่น พยาบาล ผู้ที่สุขภาพอ่อนแอ ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่อยู่ในเมืองหนาว ที่มีการระบาด

รุนแรง วัคซีนไข้กาฬหลังแอ่น ควรให้กับผู้ที่จะไปยังแหล่งที่มีโรคระบาด เป็นต้น

6. ด้านอารมณ์และสังคม ควรส่งเสริมให้บุคคลมีการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในส่วนที่เกี่ยวกับตน และในส่วนที่สัมพันธ์กับผู้อื่น สร้างเสริมเทคนิคการจัดการความเครียด สร้างเสริมสุขภาพจิต ส่งเสริมการแก้ปัญหาอย่างถูกวิธีและให้กำลังใจในการเผชิญปัญหาส่งเสริมการปรับตัวเข้ากับแบบแผนชีวิตแบบใหม่และบทบาทในสังคม เช่น การเตรียมตัวมีคู่ชีวิต การปรับตัวเข้ากับคู่ครอง ส่งเสริมความผูกพันของพ่อแม่กับลูกวัยทารก

7. ส่งเสริมการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุ เมื่อเข้าสู่ในระยะปลายของวัยทำงาน ใกล้เกษียณอายุการทำงาน บุคคลจะเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรมีการเตรียมตัวทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเพื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

- ในด้านร่างกาย ควรมีการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ และเหมาะสมกับภาวะการมีโรคประจำตัว เช่น โยคะ การเดิน ฯลฯ การออกกำลังกาย เป็นประจำอยู่เสมอ จะทำให้กล้ามเนื้อมีการทำงานยืดหยุ่นตัวอยู่เสมอ กล้ามเนื้อหัวใจแข็งแรงขึ้น ควรมีการพักผ่อนอย่างเต็มที่และมีคุณภาพคือ การนอนหลับอย่างเพียงพอ เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย รวมถึงการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพหรือเอาใจใส่สังเกตอาการผิดปกติของโรคประจำตัวปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์
- ในด้านจิตใจ ควรมีความเข้าใจและมีการเตรียมจิตใจเพื่อยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นในชีวิต มีการเตรียมเรื่องการเงิน ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เรื่องที่อยู่อาศัย และการใช้ชีวิตต่อไปในวัยผู้สูงอายุ รู้จักการทำจิตใจให้เป็นสุข ปล่อยวางในเรื่องที่ตนเองไม่สามารถจัดการได้อีกต่อไป เช่น การดำเนินชีวิตของบุตรหลาน เข้าร่วมกิจกรรมของการเตรียมพร้อมในการเข้าสู่วัยผู้สูงอายุต่าง ๆ เช่น เข้าฟังบรรยายพิเศษเรื่องการเตรียมตัวเข้าสู่วัยเกษียณอายุ เข้าร่วมโครงการวัยทอง เป็นต้น

ระดับองค์กร

เนื่องจากคนวัยทำงานใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในที่ทำงาน โดยเฉลี่ยคนเราใช้ชีวิตอยู่ในที่ทำงาน 8 - 9 ชั่วโมงต่อวัน รับประทานอาหารในที่ทำงานวันละ 1 - 2 มื้อ ใช้ห้องน้ำสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในที่ทำงาน สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เช่น เครื่องมือ สารเคมี เสียง ฝุ่น และวัตถุดิบต่างๆ ตลอดจนถึงมีความสัมพันธ์กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้า เพื่อนร่วมงาน ลูกน้อง ผู้มาติดต่อ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีอิทธิพลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตและสุขภาพเป็นอย่างมาก ที่ทำงานจึงเป็นลักษณะของชุมชนที่เหมาะสมกับการสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงาน

นอกจากนี้สถานที่ทำงานก็ยังมีลักษณะที่เป็นปัจจัยเสริมในการดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพในหลายๆ ด้าน ตัวอย่างเช่น คนทำงานในประเภทของงานเดียวกันจะมีความคล้ายคลึงกันในด้านพื้นฐานการศึกษา วัฒนธรรม และปัจจัยเสริมทางด้านสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน ทำให้การค้นหา

ปัญหา สาเหตุ และแนวทางแก้ไข สามารถทำได้ง่ายกว่าการดำเนินงานในชุมชนทั่วไป นอกจากนี้ สถานที่ทำงานหลายแห่ง ก็มีความพร้อมในด้านทรัพยากร และการจัดการอยู่เดิม ไม่ว่าจะเป็นในด้านงบประมาณ ด้านสวัสดิการพนักงาน หรือบุคลากรด้านสุขภาพ และความปลอดภัยหรือคณะกรรมการอื่นๆ ที่มีความรู้ และทักษะในการจัดทำแผนงาน และกิจกรรมต่างๆ ดีอยู่แล้ว จึงย่อมไม่เป็นการยากลำบากในการที่จะใช้ที่ทำงานเป็นพื้นที่ที่สร้างเสริมสุขภาพของพนักงาน ในลักษณะของ setting approach (มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์, 2543)

แนวทางในการจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงานสามารถทำได้ในหลากหลายรูปแบบ เช่น ให้ผู้บริหารหรือเจ้าของกิจการเป็นเจ้าของโครงการ โดยมีผู้ที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพของคนทำงานเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองหรืออาจจะเป็นลักษณะที่ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเข้าไปตรวจคัดกรองด้านสุขภาพ ประเมินพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้เป็นครั้งคราว โดยการให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่มเพื่อสร้างความตระหนัก ส่งเสริมการดูแลตนเองและสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิต ที่สอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มวัยแรงงานในสถานที่ทำงานนั้นๆ ความเสี่ยงด้านสุขภาพจากงาน หรือปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ตลอดจนให้คำแนะนำต่อผู้บริหารในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ อย่างไรก็ตามพบว่า การสนับสนุนให้สถานที่ทำงานเห็นถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพสามารถประเมินสถานการณ์ด้านสุขภาพและความต้องการด้านสุขภาพในสถานที่ทำงานได้ด้วยตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแก่สถานที่ทำงานในด้านการบริหารโครงการ วางแผน การดำเนินงานและการประเมินผล ชี้แนะและประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นรูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงานที่ยั่งยืนกว่า การดำเนินงานในระดับองค์กร/ชุมชน ควรจะมีการกำหนดให้มีกิจกรรมในทั้ง 3 ระดับของการสร้างเสริมสุขภาพ อันได้แก่

ระดับที่ 1 การสร้างความตระหนัก ตัวอย่างกิจกรรมที่จะก่อให้เกิดความตระหนักเกี่ยวกับสุขภาพได้แก่ การรณรงค์ผ่านโปสเตอร์ แผ่นพับ จดหมายข่าว การจัดอบรมสัมมนา ตลอดจนถึงการตรวจคัดกรองด้านสุขภาพ

ระดับที่ 2 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในระดับของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กิจกรรมที่ควรกำหนด ได้แก่ การใช้แรงสนับสนุนทางสังคม การติดตามกลุ่มเป้าหมายเป็นระยะ ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษารายบุคคล

ระดับที่ 3 การสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทางด้านสุขภาพ ซึ่งคือ การสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทางด้านสุขภาพขึ้นในสถานที่ทำงานนั้น จัดทำได้โดยการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น จัดให้มีอาหารเพื่อสุขภาพในสถานที่ทำงาน การลดพื้นที่สูบบุหรี่

นอกจากนี้ควรมีการสร้างวัฒนธรรมด้านสุขภาพขึ้นในองค์กร เช่น การกำหนดนโยบายด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนถึงการที่ผู้บริหารเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพให้แก่พนักงาน นอกจากการกำหนดกิจกรรมที่เหมาะสมกับระดับของการสร้างเสริมสุขภาพแล้ว การดำเนินงานควรมีการพัฒนาเนื้อหาสาระที่เฉพาะสำหรับโครงการ และกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งอาจเป็นได้ทั้งรายบุคคล และรายกลุ่ม

สรุป

วัยทำงานครอบคลุมวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นระยะร่างกายมีความสมบูรณ์สูงสุด มีวุฒิภาวะทางอารมณ์มากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนบทบาททั้งทางด้านครอบครัวและการทำงาน ปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยนี้ที่สำคัญคือ การไม่สามารถปรับตัวกับบทบาทใหม่ได้ ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลง เริ่มมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ โดยเฉพาะในเพศหญิงการเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน และควรได้มีการส่งเสริมการคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของร่างกาย ควบคู่ไปกับการปรับตัวกับความเสื่อมถอยของร่ายการเพื่อเตรียมพร้อมในการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีต่อไป

คำถามนำอภิปราย

1. อะไรคือปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของวัยทำงาน
2. แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพคนวัยทำงานเป็นอย่างไร

บรรณานุกรม

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *คู่มือการสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงาน*. กรุงเทพฯ

มานิตย์ ประพันธ์ศิลป์. (2543). *การสร้างเสริมสุขภาพคนทำงานในสถานประกอบการ*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). การสาธารณสุขไทย ๒๕๕๑-๒๕๕๓ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ บรรณาธิการ ค้นหาจาก: http://www.moph.go.th/ops/thp

องค์การอนามัยโลก. (2542). *การสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงาน*. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

Haseen, F., Adhikari, R., & Soonthorndhada, K. (2010). Self-assessed health among Thai elderly. *BMC Geriatr, 10*, 30.

Pelletier, K. (1996). A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite : 1993- 1995 update. *American Journal of Health Promotion*, 10(5), 380-388.

Tajvar, M., Arab, M., & Montazeri, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health, 8*, 323.

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำปั่น
รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินธร กลัมพากร
รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา

สถานการณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจากการลดลงของอัตราเกิด และอายุขัยเฉลี่ยของประชากรที่ยืนยาวขึ้น ขณะเดียวกันอายุขัยเฉลี่ยของผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปก็ยืนยาวขึ้น ทำให้ประเทศไทยเคลื่อนเข้าสู่ระยะที่เรียกว่า "ภาวะประชากรสูงอายุ (population ageing)" หรือการที่มีประชากรผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปในสัดส่วนมากกว่า 7% ของประชากรทั้งประเทศ ในปี พ.ศ. 2548 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งประเทศ และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 13.4 ในปี พ.ศ. 2558 (ปัทมา ว่าพัฒนวงษ์, 2549 อ้างใน โสภณ เมฆธน, 2550) และในปี พ.ศ. 2573 ผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25.0 (ประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรทั้งประเทศ) (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2553) ซึ่งกล่าวได้ว่าประเทศไทยไม่ได้มีขนาดและสัดส่วนของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเท่านั้น แต่มีการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในกลุ่มประชากรที่สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) อีกด้วย ซึ่งเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงของอัตราพึ่งพาที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อัตราพึ่งพาเพิ่มจากร้อยละ 15.5 เป็นร้อยละ 32.2 ในการเปลี่ยนแปลงระยะเวลา 20 ปี (พ.ศ. 2548-2568) (ปัทมา ว่าพัฒนวงษ์, 2549 อ้างใน โสภณ เมฆธน, 2550)

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรผู้สูงอายุยังแสดงถึงความไม่สมดุลกันทางเพศของกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งนี้สัดส่วนของหญิงสูงอายุจะมีมากกว่าและเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วกว่าสัดส่วนของชายสูงอายุ ปี พ.ศ. 2552 หญิงสูงอายุมีร้อยละ 55.6 ในขณะที่ชายสูงอายุมีร้อยละ 44.3 (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2552 อ้างใน สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553) เมื่อศึกษาการกระจายตัวตามกลุ่มอายุ คือ กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 – 69 ปี) กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 – 79 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นมีสัดส่วนสูงที่สุด โดยพบมากกว่าครึ่งหนึ่งของประชากรสูงอายุทั้งหมด และกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง มีประมาณ 1 ใน 3 และกลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายมีถึงร้อยละ 13.0 เมื่อศึกษาถึงแนวโน้มในรปี พ.ศ. 2547 พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2552 พบว่าสัดส่วนของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นมีแนวโน้มที่จะลดลง แต่มีการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนประชากรในกลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและผู้สูงอายุวัยปลาย (วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2552) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจึงเป็นภาพสะท้อนของความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.4 ระดับดี ร้อยละ 32.6 และระดับดีมาก ร้อยละ 5.5 ส่วนที่เหลือร้อยละ 12.5 และ ร้อยละ 1.0 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี และไม่ดีเลย เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างเพศ พบว่า ผู้สูงอายุชายประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองว่าปานกลาง ดี และดีมาก สูงกว่าผู้สูงอายุหญิง และเมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีการประเมินสุขภาพตนเองว่าดีลดลงเมื่ออายุเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาถึงรายละเอียดในการประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้การปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันได้เกือบร้อยละ 100.0 สอดคล้องกับข้อมูลจากโครงการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 1,000 คน ที่อาศัยอยู่ในชุมชนจาก 4 ภูมิภาคของประเทศและกรุงเทพมหานคร พบว่าร้อยละ 1.0 ของผู้สูงอายุที่นอนติดเตียง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (ADL<5) และร้อยละ 1.8 ของผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้เล็กน้อย (อุทัย สุดสุข และคณะ, 2552) (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553)

การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจึงมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและคงไว้ซึ่งสุขภาวะของผู้สูงอายุ จากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเข้ารับบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ โดยพบว่าเป็นการตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 53.8 การรับบริการทันตกรรม ร้อยละ 5.6 ซึ่งพบว่าเป็นการถอนฟัน ร้อยละ 51.8 การใส่ฟันเทียม ร้อยละ 17.7 ขูดหินปูน ขัดฟัน รักษาปริทันต์ ร้อยละ 10.9 (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553) สำหรับพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ การบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่บริโภคอาหารครบทั้ง 3 มื้อ ร้อยละ 88.5 เป็นอาหารรสชาติจืด ร้อยละ 60.6 รองลงมาเป็นรสชาติเผ็ดและเค็ม ร้อยละ 14.3 และ 10.9 ตามลำดับ รับประทานผักผลไม้ทุกวันร้อยละ 61.3 ส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอาหารจานด่วน และขนมทานเล่น/ขนมกรุบกรอบ การบริโภคบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นสูบบุหรี่สูงสุด ร้อยละ 20.3 กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลายสูบบุหรี่ไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุชายสูบบุหรี่สูงกว่าผู้สูงอายุหญิงทุกกลุ่มอายุ ส่วนด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์สูงมากกว่าทุกกลุ่มอายุ ร้อยละ 49.0 (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553)

ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะทำกิจกรรมทางกายลดลงเมื่ออายุมากขึ้น ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นทำกิจกรรมทางกายในระดับมากร้อยละ 47.1 ในขณะที่กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย ทำกิจกรรมทางกายในระดับมากเพียงร้อยละ 14.8 เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีกิจกรรมที่ไม่เพียงพอสูงกว่าผู้สูงอายุชายทุกกลุ่มอายุ ส่วนการออกกำลังกายที่นิยมในผู้สูงอายุ คือ การบริหารร่างกาย/ยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 63.0 เดินเร็ว ร้อยละ 39.2

รำไม้พลอง ร้อยละ 10.3 เดินข้าๆ ร้อยละ 5.4 และวิ่ง ร้อยละ 4.8 ผู้สูงอายุชายและหญิงออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน การออกกำลังกายในผู้สูงอายุลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553)

ถึงแม้ว่าจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุยังเป็นส่วนน้อยของประชากรทั้งประเทศ แต่กลับพบว่าอัตราและสัดส่วนการใช้บริการจากค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในอยู่ในระดับสูง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ทั้งนี้อาจเนื่องจากค่าใช้จ่ายในการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นช่วงวัยที่มีค่าใช้จ่ายสูง (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553) การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุไปรับบริการทางการแพทย์ เนื่องจากโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ร้อยละ 63.5 ผู้สูงอายุหญิงไปรับบริการสูงกว่าผู้สูงอายุชาย และการไปรับบริการลดลงเมื่ออายุมากขึ้น สาเหตุที่ไปรับบริการส่วนใหญ่เป็นการรับบริการเนื่องจากโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวร้อยละ 53.7 รองลงมาเป็นอาการป่วย/รู้สึกไม่สบาย ร้อยละ 44.6 และอุบัติเหตุ/ถูกทำร้ายร่างกาย ร้อยละ 1.7 สำหรับการเข้ารับบริการรักษาในสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน) ในช่วง 1 ปีก่อนการสำรวจ พบว่าผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลร้อยละ 10.1 เป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย สถานพยาบาลที่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 45.7 รองลงมาเป็นโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 37.8 (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจึงแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลและจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการสร้างระบบความคุ้มครองทางเศรษฐกิจและสังคมสำหรับผู้สูงอายุ รัฐจึงมีการจัดสวัสดิการให้ผู้สูงอายุที่มีอายุครบ 60 ปีบริบูรณ์ทุกคน (ยกเว้นเฉพาะผู้สูงอายุที่ได้รับบำนาญจากรัฐบาล) ได้รับเบี้ยยังชีพรายเดือนๆ ละ 500 บาท และการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เป็นการกู้ยืมเพื่อประกอบอาชีพของผู้สูงอายุ ซึ่งเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2548 และในปี พ.ศ. 2552 ได้ขยายวงเงินการกู้ยืมรายบุคคลจาก 15,000 บาทต่อราย เป็น 30,000 บาทต่อราย นอกจากนั้นกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ยังให้การสงเคราะห์ค่าจัดการศพผู้สูงอายุรายละ 2,000 บาท (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และ เพ็ญศิริ แต่สุวรรณ, 2553) และที่สำคัญพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ซึ่งมีผลบังคับใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นเงื่อนไขสำคัญทางกฎหมายที่ได้กำหนดให้มีการดำเนินการด้านสิทธิประโยชน์ต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ เช่น การเข้าถึงบริการสาธารณะต่างๆ ทั้งทางด้านสุขภาพและสวัสดิการสังคม การให้สิทธิประโยชน์ด้านภาษีทั้งกับตัวผู้สูงอายุและบุตรที่ดูแลผู้สูงอายุ การสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชน

สำหรับระบบการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนนั้น กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังให้มีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ให้การดูแลครอบคลุมผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเอง

ไม่ได้ พิการ/ทุพพลภาพ (ติดเตียง) กิจกรรมนำร่องมีทั้งกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะโรค กิจกรรมดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยอาสาสมัครผู้สูงอายุ หรือ อาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งดำเนินการโดยสมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังคงมีศักยภาพทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครไปเยี่ยมดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และ เพ็ญศิริ แต่สุวรรณ, 2553)

นอกเหนือจากกิจกรรมดังกล่าวแล้ว กรมอนามัยได้ริเริ่มแนวคิด "วัดสร้างเสริมสุขภาพ" เพื่อให้วัดมีส่วนร่วมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ทั้งทางสุขภาพ ศิลปวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม การดำเนินงานประกอบด้วย 5 ร. ประกอบด้วย สะอาดร่มรื่น สงบร่มเย็น สุขภาพร่วมสร้าง ศิลปะร่วมจิต (วิญญาณ) และชาวประชาร่วมพัฒนา (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และ เพ็ญศิริ แต่สุวรรณ, 2553) ในการทำงานเป็นเครือข่าย โดยเฉพาะเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล สถานีอนามัย วัด ชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในการคัดกรอง สนับสนุนงบประมาณเพื่อใช้ในการอบรมให้ความรู้และทักษะการดูแลผู้สูงอายุ จัดหาอุปกรณ์และสวัสดิการอื่นๆ ตามความจำเป็น และช่วยเหลือเงินแก่ผู้สูงอายุรายละ 2,000 บาทต่อเดือน (ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และ เพ็ญศิริ แต่สุวรรณ, 2553)

จึงกล่าวได้ว่าการจัดบริการด้านสุขภาวะสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลักๆคือ 1) กระทรวงสาธารณสุขจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข 2) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุ อบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม ชุมชน และความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ ซึ่งเป้าประสงค์หลักในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุคือ เพื่อลดภาวะการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ และเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี

ปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพ และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ปัจจัยด้านประชากร

เพศ อายุ การดำเนินชีวิต ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และสถานภาพทาง เศรษฐกิจ ล้วนเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ (Tajvar, Arab, & Montazeri, 2008) พบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีแนวโน้มเกิดการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบายมากกว่าผู้สูงอายุชาย ผู้สูงอายุหญิงได้รับอุบัติเหตุ เช่น พลัดตกหกล้ม หรือถูกทำร้ายร่างกายมากกว่าผู้สูงอายุชายเล็กน้อย ผู้สูงอายุหญิงมีโรคเรื้อรัง/ประจำตัวมากกว่าผู้สูงอายุชาย ด้านอายุ พบว่า ผู้ที่มีอายุมากขึ้นมีการเจ็บป่วยหรือหรือรู้สึกไม่สบายมากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย แต่ผู้สูงอายุที่มีอายุมากได้รับอุบัติเหตุน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย

(สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553)

ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพ

แม้ว่าการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมจะทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของร่างกายผู้สูงอายุเสื่อมถอยลง แต่จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประเมินสุขภาพโดยรวมของตนเองค่อนข้างดี โดยประเมินว่ามีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 48.4 และ ดีถึงดีมากร้อยละ 38.1 (ดีร้อยละ 32.6 และดีมากร้อยละ 5.5) ผู้สูงอายุที่รู้สึกสุขภาพไม่ดีมีร้อยละ 12.5 และรู้สึกไม่ดีเลยมีเพียงร้อยละ 1 เมื่อพิจารณาตามเพศพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายประเมินสุขภาพตนเองโดยรวมว่าปานกลาง ดี และดีมากสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง ซึ่งประเมินตนเองว่าสุขภาพตนเองไม่ดี และไม่ดีเลยสูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ผู้สูงอายุที่รับรู้ภาวะสุขภาพตนเองว่ามีสุขภาพดีมีแนวโน้มลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 33.8 อายุ 70 - 79 ปี ร้อยละ 32.1 อายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.5) และผู้สูงอายุประเมินตนเองว่าสุขภาพไม่ดีมีจำนวนมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 10.3 อายุ 70-79 ปีร้อยละ 13.9 อายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 19.7) (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553) จากผลการศึกษาถึงการประเมินสุขภาพตนเองในผู้สูงอายุไทย โดยวิเคราะห์จากฐานข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (ในปี ค.ศ. 1994, 2002,และ 2007) พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าสองในห้า (ร้อยละ 44.0) มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค มากกว่าสองในสาม (ร้อยละ 69.0) มีอาการของปัญหาด้านจิตสังคมอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ร้อยละ 40.6 ของผู้สูงอายุรับรู้ว่ามีสุขภาพดี มีเพียงร้อยละ 3.3 ที่ประเมินว่าสุขภาพดีมาก แต่ประมาณสามในห้าของผู้สูงอายุ (ร้อยละ 56.0) รายงานว่ามีสุขภาพปานกลาง แย่และแย่มาก (Haseen, Adhikari, & Soonthorndhada, 2010)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ คือ พฤติกรรมการบริโภค การบริโภคบุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย

พฤติกรรมการบริโภค

การบริโภคอาหาร มื้อหลัก การบริโภคอาหารระหว่างมื้อ รสชาติอาหาร และความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละประเภท เพราะการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงคุณภาพของอาหารโดยให้ได้สารอาหารครบถ้วน แต่พลังงานลดลง เนื่องจากการใช้พลังงานในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง การเผาผลาญ อาหารลดลง แต่ความต้องการสารอาหารรวมทั้งวิตามินและเกลือแร่ไม่ลดลง

การบริโภคบุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

บุหรี่มีสารประกอบต่างๆ ประมาณ 4,000 ชนิด และมีสารก่อมะเร็งไม่ต่ำกว่า 42 ชนิดสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดมะเร็งปอดคือการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 80-90) นอกจากนี้การสูบบุหรี่ยังเป็นสาเหตุของ

โรคอื่นๆ ด้วย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคถุงลมโป่งพอง โรคแผลในกระเพาะอาหาร การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุ 60- 69 ปี สูบบุหรี่ในปัจจุบันสูงสุดร้อยละ 20.3 โดยสูบเป็นประจำทุกวันร้อยละ 17.5 ซึ่งผู้สูงอายุ 70-79 ปี และ 80 ปี ขึ้นไปสูบบุหรี่ในปัจจุบันไม่แตกต่างกันนัก

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของคนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคตับแข็ง โรคแผลในกระเพาะและลำไส้ และโรคมะเร็งของหลอดอาหาร นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุทำให้อัตราการตายอันเกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนนสูงขึ้นด้วย เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หมายรวมถึง สุรา เบียร์ ไวน์ บรั่นดี กระแช่ ตลอดจนเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีแอลกอฮอล์ผสมอยู่ การดื่มเป็นประจำมีโทษและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พบว่า ช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาผู้สูงอายุเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ลดลงเมื่ออายุมากขึ้นทั้งผู้สูงอายุชายและหญิง (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553)

กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย

กิจกรรมทางกายเป็นการเคลื่อนไหวหรือมีกิจกรรมของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงาน เช่น การทำงานอาชีพ การทำงานบ้าน หรือการทำงานอดิเรก การมีกิจกรรมทางกายในชีวิตประจำวัน ทำให้มีสุขภาพที่ดีได้โดยไม่จำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่อง และสามารถสะสมทีละเล็กทีละน้อยในแต่ละวัน จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะทำกิจกรรมทางกายลดลงเมื่ออายุมากขึ้น

การออกกำลังกายเป็นการทำกิจกรรมทางกายที่มีการวางแผนหรือการเตรียมตัว เป็นการทำกิจกรรมซ้ำๆเพื่อเพิ่มหรือคงสมรรถภาพทางร่างกาย นอกจากจะทำให้มีสุขภาพดี ยังสามารถป้องกันโรคที่เกิดจากความเสื่อมได้ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคความดันโลหิตสูงโรคข้อเสื่อม ยิ่งไปกว่านั้นการออกกำลังกายยังช่วยลดความเครียด และทำให้สมรรถภาพทางเพศดีขึ้นด้วย พบว่า ผู้สูงอายุในขนบทออกกำลังกายมากกว่าครึ่ง (ร้อย 68.8) ซึ่งผู้สูงอายุชายและหญิงออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน แต่ผู้สูงอายุจะออกกำลังกายลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553)

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สูญเสียการมีสุขภาพดีมาจากโรคเรื้อรังและความเสื่อมของร่างกาย สาเหตุการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs loss) มาจากโรคไม่ติดต่อ ถึงร้อยละ 85.8 โดยมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองและโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ถุงลมโป่งพอง และเบาหวาน สาเหตุการตายหลักที่พบในผู้สูงอายุ มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพบว่าเส้นเลือดในสมองแตก เป็นสาเหตุการตายหลักที่พบทั้งเพศหญิงและเพศชาย และพบได้ในทุกช่วงกลุ่มอายุตั้งแต่กลุ่มอายุ 60 – 80ปี และมากกว่า

นอกจากนี้ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน (ในเพศหญิง) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (ในเพศชาย) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ซึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุไทยมีปัญหาในระบบหลัก 3 ระบบคือ โรคจากระบบกล้ามเนื้อและกระดูกและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009) และพบว่าโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคต่อมไร้ท่อ และโรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก และข้อ เป็นโรคเรื้อรัง/ประจำตัวของผู้สูงอายุที่พบในพ.ศ. 2546-2552 (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553)

เมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดความเสื่อมถอยของอวัยวะต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคได้ง่ายโดยเฉพาะ**ความเสื่อมของดวงตา**ที่ทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพตา อาการตาพร่ามัว (Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009) ระคายเคืองตา น้ำตาไหล กล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่ยึดหดเลนส์ลูกตาอ่อนกำลังทำให้ลำบากในการเพ่งดูสิ่งของโดยเฉพาะวัตถุเล็กๆ โรคที่เกิดจากความเสื่อมของดวงตาที่พบมากในผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้อกระจก จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่าผู้สูงอายุ 1 ใน 5 เป็นต้อกระจก โดยผู้สูงอายุหญิงเป็นต้อกระจกสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ชายร้อยละ 18.0 หญิงร้อยละ 23.6) เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างกลุ่มอายุพบว่า ผู้สูงอายุจะเป็นต้อกระจกสูงขึ้นเมื่ออายุมากขึ้นทั้งชายและหญิง ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตการปกครองเป็นต้อกระจกสูงกว่านอกเขต (ในเขตร้อยละ 25.7 นอกเขตร้อยละ 18.8) ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานครเป็นต้อกระจกสูงสุดร้อยละ 31.1 รองลงมาเป็นภาคใต้ร้อยละ 23.0 ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่ำสุดร้อยละ 16.8 ซึ่งผู้สูงอายุหญิงเป็นต้อกระจกสูงกว่าผู้สูงอายุชายในทุกภาค ยกเว้นกรุงเทพมหานคร (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553)

สำหรับ**ความเสื่อมเนื่องจากการได้ยิน**ของผู้สูงอายุนั้น สาเหตุที่พบบ่อยมักมาจากการสูงอายุ ผู้สูงอายุร้อยละ 14.1 ได้ยินไม่ชัดเจน (Kespichayawattana & Jitapunkul, 2009) ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุเกือบ 1 ใน 3 มีปัญหาการได้ยิน โดยผู้สูงอายุชายมีปัญหาการได้ยินสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง (ผู้สูงอายุชายร้อยละ 30.0 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 26.0) และปัญหาการได้ยินจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทั้งเพศชายและหญิง (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553) **ปัญหาสุขภาพช่องปาก** ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพราะสุขภาพในช่องปากมีผลต่อการรับประทานอาหาร การหัวเราะ ความสวยงามของใบหน้า การมีปริมาณฟันที่น้อยลงทำให้เคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด เกิดปัญหาต่อระบบทางเดินอาหารได้ ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่า ผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งมีฟันที่ใช้งานได้ไม่ครบ 20 ซี่ และเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น เมื่อพิจารณาการมีฟันที่ใช้งานได้ไม่ครบ 20 ซี่ ของผู้สูงอายุชายและหญิงพบว่าไม่แตกต่าง มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 29.1 ที่ใส่ฟันทดแทนซึ่งเป็นผู้สูงอายุ 70-79 ปีสูงที่สุด ร้อยละ 31.9 และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปต่ำสุดร้อยละ 25.1 โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิง 80 ปีขึ้นไปใส่ฟันทดแทนเพียงร้อยละ 20.0 (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553)

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ถูกนำมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพด้านหน้าที่ของร่างกายอย่างกว้างขวาง เพราะหากผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเองจะรู้สึกว่ามีสุขภาพดี ในการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ได้แบ่งกิจกรรมประจำวันออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ กิจกรรมพื้นฐานประจำวัน (Activities of Daily Living : ADL) ที่ปรับมาจากบาร์เทล เอดีแอล (Barthel ADL) ประกอบด้วย การอาบน้ำ/ล้างหน้า การแต่งตัว การกินอาหาร การลุกนั่งจากที่นอน/เตียง การใช้ห้องน้ำ/ส้วมการเดินไป/มาภายในตัวบ้าน การกลั้นปัสสาวะ การกลั้นอุจจาระ และกิจกรรมประจำวันที่ซับซ้อน (Instrumental Activities of Daily Living : IADL) เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับ การทำงาน การเดินทางและการสื่อสารที่ปรับมาจากลอตัน ไอเอดีแอล (Lawton's IADL) ประกอบด้วย การใช้เงิน/นับเงิน/ ทอนเงิน การจัดยากินเอง การทำงานบ้านอย่างเบา (กวาดบ้าน เก็บของ ทำครัว) การทำงานบ้านอย่าง หนัก (ถูบ้าน ตักน้ำ ยกของ) การตัดเล็บเท้าด้วยตนเอง การเดินออกนอกบ้านมากกว่า 15 นาทีในแต่ละครั้ง การหิ้วของหนัก การเดินไกลอย่างน้อย 400 เมตร การออกนอกบ้านโดยขับรถเอง/ขึ้นรถโดยสารสาธารณะ การติดต่อสื่อสารกับเพื่อนบ้านหรือการใช้โทรศัพท์ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานประจำวันได้เกือบร้อยละ 100 ยกเว้นปัญหาเรื่องการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระที่พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหากลั้นปัสสาวะเกือบร้อยละ 30 และปัญหากลั้นอุจจาระร้อยละ 22.6 และพบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวัน จำนวน 1 กิจกรรมร้อยละ 7.3 จำนวน 2 กิจกรรม ร้อยละ 7.6 และจำนวน 3 กิจกรรมขึ้นไป ร้อยละ 1.4 โดยมีข้อจำกัดเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้นทุกขนาดกิจกรรม (1, 2, และ 3 กิจกรรม) โดยเฉพาะข้อจำกัด 3 กิจกรรมขึ้นไป ที่พบว่าผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปมีข้อจำกัดสูงกว่าผู้สูงอายุ 70-79 ปี มากกว่า 5 เท่า และสูงกว่า 60-69 ปี มากกว่า 10 เท่า (ผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 6.8 ผู้สูงอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 1.2 ผู้สูงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 0.6) ผู้สูงอายุชายและหญิงมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวันตั้งแต่ 2 กิจกรรมขึ้นไปเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น เมื่อพิจารณาสัดส่วนระหว่างเขตการปกครองพบว่า ผู้สูงอายุนอกเขตมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมพื้นฐานประจำวันสูงกว่าผู้สูงอายุในเขตทุกขนาดกิจกรรม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันทั้งผู้สูงอายุชายและหญิง ยกเว้นผู้สูงอายุหญิงที่มีข้อจำกัด 1 กิจกรรม ในเขตสูงกว่านอกเขต (ในเขตร้อยละ 6.1 นอกเขตร้อยละ 5.3) (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553)

การหกล้ม การหกล้มเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้บ่อยและส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างยิ่ง นำไปสู่การบาดเจ็บและเสียชีวิตได้ การสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พบว่าผู้สูงอายุหกล้ม ร้อยละ 18.5 โดยผู้สูงอายุหญิงหกล้มสูงกว่าผู้สูงอายุชายเกือบ 1 เท่า (ผู้สูงอายุชายร้อยละ 14.4 ผู้สูงอายุ หญิงร้อยละ 21.9) ผู้สูงอายุหกล้มเฉลี่ยคนละ 2 ครั้ง ซึ่งไม่แตกต่างกันในผู้สูงอายุชายและหญิง (ผู้สูงอายุชายเฉลี่ย 2.4 ครั้ง ผู้สูงอายุหญิงเฉลี่ย 2 ครั้ง) ผู้สูงอายุครึ่งหนึ่ง หกล้มนอกบริเวณบ้าน เป็นผู้สูงอายุชายมากกว่าผู้สูงอายุหญิง ผู้สูงอายุชายร้อยละ 59.6 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 45.1) รองลงมาหกล้มภายในบริเวณบ้าน เป็นผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้สูงอายุชาย (ผู้สูงอายุชายร้อยละ

24.1 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 37.6) เมื่อพิจารณาสถานที่หกล้มตามกลุ่มอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ 60-69 ปี หกล้มนอกบริเวณบ้านสูงกว่าทุกกลุ่มอายุทั้งชายและหญิง ส่วนผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป หกล้มในบริเวณบ้านสูงกว่าทุกกลุ่มอายุทั้งชายและหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุ 60-69 ปี ยังประกอบอาชีพเป็นส่วนใหญ่ จึงพบว่าสถานที่นอกบริเวณบ้านที่ผู้สูงอายุหกล้มเป็นสถานที่ทำงานร้อยละ 59.5 สาเหตุการหกล้มลำดับแรก คือการลื่นทั้งผู้สูงอายุหญิงและชาย (ผู้สูงอายุชายร้อยละ 42.2 ผู้สูงอายุหญิงร้อยละ 42.8) ส่วนสาเหตุการหกล้มของผู้สูงอายุชายรองลงมา ได้แก่ การสะดุดสิ่งกีดขวางร้อยละ 38.8 และเสียการทรงตัวร้อยละ 32.1 ส่วนผู้สูงอายุหญิงจะสลับกับผู้สูงอายุชายโดยหกล้มเพราะเสียการทรงตัวร้อยละ 37.0 และสะดุดสิ่งกีดขวางร้อยละ 32.1 (สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ, 2553)

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (มปป.) ได้กำหนดแผนที่ยุทธศาสตร์การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2552-2554 โดยมีเป้าหมายหลักคือ ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งต้องประกอบด้วย

1. รากฐานที่มั่นคง มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล/สารสนเทศ เพื่อให้มีการพัฒนาระบบและทีมงาน เพื่อดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ บุคลากรในองค์กรมีสมรรถนะ และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทำงานแบบมืออาชีพ และที่สำคัญองค์กรต้องมีวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการทำงานแบบเชื่อมโยง สร้างค่านิยมในการทำงาน ส่งเสริมการทำงานแบบบูรณาการ

2. มีกระบวนการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วย การมีระบบบริหารเครือข่ายที่ดี การบริหารจัดการนวัตกรรม ถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยี มีการบริหารจัดการข้อมูล เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลที่ดีมีคุณภาพ

3. ภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็งยั่งยืน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วย

1) ภาคีด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งมีแผน และงบประมาณ เพื่อพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้มีวิถีชีวิตที่ดี

2) ภาคีเครือข่าย ด้านชมรมผู้สูงอายุ มีศักยภาพดำเนินงาน ด้านสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่ดี มีการเสริมพลัง และจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

3) ภาคีด้านสาธารณสุข มีศักยภาพในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการพัฒนาระบบบริการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เหมาะกับบริบทของพื้นที่สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของชุมชน

4) ภาคีอื่น ๆ (สถาบันทางศาสนา กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงแรงงาน องค์กรระหว่างประเทศ และภาคเอกชน) สนับสนุนการดำเนินงานสร้างเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการประสานความร่วมมือที่ดี มีการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุ เช่น สนับสนุนการดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ วัดสร้างเสริมสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยภาคีทุกๆ ด้านให้การสนับสนุนในการดำเนินงาน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อร่วมสนับสนุนผลักดันให้ชุมชนมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และที่สำคัญผู้สูงอายุตระหนักรู้คุณค่าของตนเอง โดยมีแผนชุมชนพึ่งตนเองได้

จากแผนที่ยุทธศาสตร์ การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับกลยุทธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้ดังนี้คือ

1. การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ ใช้กระบวนการบูรณาการเชิงรุก เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาครัฐ เอกชน และท้องถิ่น เพื่อให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรสูงอายุต้องเป็นแบบองค์รวม (holistic health promotion) และบูรณาการความหลากหลายของศาสตร์ต่าง ๆ (multidisciplinary)

2. เป้าหมายของการสร้างเสริมสุขภาพคือ การคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายและจิตวิญญาณเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข (maintain maximum functional capacity) ผ่านการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพ และการพัฒนาระบบสารสนเทศด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3. กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพต้องสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ควรเน้นการบูรณาการทั้งด้านสังคมสวัสดิการและสุขภาพไว้ด้วยกัน โดยเน้นการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต

4. ความยั่งยืนและการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญ ซึ่งสามารถจัดบริการให้ในรูปแบบที่หลากหลายตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เช่น การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุและ ศูนย์อเนกประสงค์ สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยบูรณาการกิจกรรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ สังคม จิตและปัญญา สำหรับผู้สูงอายุ และคนทุกวัย โดยปรับรูปแบบและวิธีการดำเนินงาน ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทและความเข้มแข็ง แต่ละชุมชน

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (มปป.) ได้เสนอแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้สามารถดำรงชีวิตได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นและเพื่อยืดระยะเวลาการเจ็บป่วย โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มที่พึ่งตนเองและช่วยคนอื่นได้ 2) กลุ่มที่ดูแลตนเองได้บ้าง และ 3) กลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

การสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มที่พึ่งตนเองและช่วยคนอื่นได้ ควรมีกิจกรรมหลักคือ การตรวจคัดกรองสุขภาพ โดยการคัดกรองควรครอบคลุมทั้งการคัดกรองปัญหาสุขภาพทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2552) การจัดให้มีกิจกรรม

ชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน และกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การป้องกันอุบัติเหตุ การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา การสร้างเสริมสุขภาพจิตและการสร้างเสริมสุขภาพด้านสังคม (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2553) โดยเน้นกลยุทธ์และกลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา คือ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง เน้นการมีส่วนร่วม และการปรับระบบบริการสุขภาพให้เป็นเชิงรุก

กลุ่มที่ดูแลตนเองได้บ้าง ควรเน้นการสร้างเสริมสุขภาพกาย ใจและสังคมเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยจัดให้มีการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน โดยผู้ให้บริการเป็นบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ อาทิ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และอื่นๆ ในปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน อาสาสมัครจิตอาสา สมาชิกชมรมผู้สูงอายุและ/หรือชุมชนต่างๆ โดยร่วมกับบุคลากรของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเข้ามามีบทบาทในงานด้านนี้เพิ่มมากขึ้น (ชื่นตา วิชชาวุธ, นภาพร ชโยวรรณ, ยุพา วงศ์ไชย, ประคอง อินทรสมบัติ และ นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร, 2553) หรือจัดให้มีบริการผู้สูงอายุกลางวัน ซึ่งเป็นบริการที่ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียวที่บ้านในช่วงเวลาที่บุตรหลานหรือสมาชิกครอบครัวต้องออกไปทำงาน เป็นบริการที่สอดแทรกเป็นส่วนหนึ่งในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน และในชุมชน อาทิ ในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ที่วัด ในศูนย์อเนกประสงค์ในชุมชน เป็นต้น

กลุ่มที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ควรเน้นการช่วยเหลือและให้บริการทางการแพทย์ร่วมกับการสร้างเสริมสุขภาพกาย ใจและสังคม การดูแลอาจอยู่ในรูปของการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับครอบครัวและชุมชนโดยมีระบบการส่งต่อรักษา หรือการดูแลในสถานบริบาลผู้สูงอายุ (nursing home) ซึ่งเป็นสถานพยาบาลระยะยาวประเภทหนึ่ง ที่ให้บริการพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง บริการรวมถึง การดูแลด้านร่างกาย การทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว การดูแลด้านจิตสังคม และการสนับสนุน การบำบัดรักษา ซึ่งมักเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับมากถึงมากที่สุด ในภาครัฐยังไม่มีการจัดให้บริการที่ชัดเจน แต่มีแฝงอยู่ในบริการแบบหอผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล

การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุมีเป้าประสงค์หลักในการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุคือ เพื่อลดภาวการณ์พึ่งพิงของผู้สูงอายุ และเพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี ซึ่งสามารถสรุปคุณลักษณะของระบบบริการที่พึงประสงค์สำหรับผู้สูงอายุได้ดังนี้คือ

1) บริการรอบด้านครอบคลุมทั้งบริการด้านสุขภาพและสังคม
2) บริการที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้สะดวกในชุมชน
3) มีการเชื่อมโยงของบริการแต่ละระดับและระหว่างบริการทางสุขภาพและสังคม

4) มีความเท่าเทียมกันในการจัดบริการให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ทั้งผู้ที่พึ่งตนเองได้และผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

5) มีส่วนร่วมของประชาชนและภาคส่วนต่าง ๆในการจัดการ

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันระบบการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุมีลักษณะแยกส่วน ขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่อง และครอบคลุม บริการที่จัดไม่ครบถ้วนโดยเฉพาะบริการที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สถานีอนามัยเป็นหน่วยงานหลักในการให้บริการสุขภาพในระดับตำบลแต่มีศักยภาพจำกัด โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุดำเนินงานได้จำกัดจากศักยภาพที่มี นอกจากนั้นยังขาดหน่วยงานประสานเชื่อมโยง และสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน องค์กรปกครองท้องถิ่นเองมีการจัดบริการด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุแต่มักเน้นไปทางการสังคมสงเคราะห์ ซึ่งมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลัก ๆ หลายหน่วยงาน ได้แก่ 1) กระทรวงสาธารณสุขจัดบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข 2) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลด้านสังคมแก่ผู้สูงอายุ อบรมอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และ 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม ชุมชนและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ กิจกรรมตามประเพณีวัฒนธรรมและการสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุ ในขณะที่การจัดบริการด้านสังคมในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยตนเองไม่ได้และขาดคนดูแลรวมถึงการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวมีน้อยมาก (ชื่นตา วิชชาวุธ, นภาพร ชโยวรรณ, ยุพา วงศ์ไชย, ประคอง อินทรสมบัติ และ นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร, 2553)

ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ

จากการที่คำนิยามของสุขภาพได้ขยายออกไปจากการไม่เจ็บป่วยเป็นการพัฒนาสุขภาพ และแนวคิดการสาธารณสุขแนวใหม่ที่เน้นความสำคัญของสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่มคือ ผลลัพธ์ทางด้านชีววิทยาทางการแพทย์ ผลลัพธ์ทางด้านการพัฒนาสุขภาพ และผลลัพธ์ทางด้านสังคม (Hepworth, 1997) ผลลัพธ์ทางด้านชีววิทยาทางการแพทย์เน้นผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพทางร่างกายของบุคคล ได้แก่ อัตราการป่วยและเสียชีวิตจากโรค ซึ่งประเมินภาวะสุขภาพทางกายและจิตใจ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีทางวิทยาศาสตร์การแพทย์

ผลลัพธ์ทางด้านการพัฒนาสุขภาพ และผลลัพธ์ทางด้านสังคมเน้นการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางสังคมและชุมชน ซึ่งเกิดขึ้นจากการปรับเปลี่ยนในโครงสร้างของชุมชน ผ่านการพัฒนาของชุมชนและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีตัวชี้วัดที่สำคัญตามกรอบแนวคิดของออตตาวา (Ottawa Charter)

สรุป

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เสี่ยงต่อปัญหาทางด้านสุขภาพทั้งทางกายและจิต และความพิการจากโรคต่างๆ โดยเฉพาะจากโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ต้อกระจก โรคหัวใจ โรคไต โรคปวดข้อ โรคซึมเศร้า โรคสุขภาพจิตบกพร่อง ดังนั้น ควรพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมและครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุแต่ละช่วงวัยและแต่ละกลุ่มโรค การจัดบริการควรเน้นการพัฒนามากกว่าการสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวชุมชนและสังคม และเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในการปรับและพัฒนาบทบาท ควรจัดให้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ให้ครอบคลุมประชากร ทุกอาชีพ ทุกภาคส่วน และทุกพื้นที่ เพื่อให้เข้าใจการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง รวมทั้งเผยแพร่ข้อมูล เกี่ยวกับสิทธิผู้สูงอายุให้ตระหนักอย่างทั่วถึง ควรพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตให้ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยกระจายอยู่ตามหน่วยงานระดับต่างๆ ทั้งในส่วนกลางและภูมิภาค ควรเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในการปรับและพัฒนาบทบาทร่วมจัดการให้บริการและสนับสนุนงบประมาณให้เหมาะสมและเพียงพอ โดยการเน้นด้านการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและการพัฒนามากกว่าการสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวชุมชนและสังคม

คำถามนำอภิปราย

1. อธิบายสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการ นโยบาย สิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ
2. อธิบายความหมายและความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ
3. ระบุผลลัพธ์และตัวชี้วัดของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ
4. วิเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี ที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ
5. ระบุกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ
6. วางแผนโครงการและจัดบริการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

กรมอนามัย. (มปป). ประเด็นยุทธศาสตร์สายสร้างเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552-2554. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

ขื่นตา วิชชาวุธ, นภาพร ชโยวรรณ, ยุพา วงศ์ไชย,ประคอง อินทรสมบัติ, และ นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร (2553). การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2545-2550.กรุงเทพฯ: บริษัท คิว พี จำกัด

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน (2553). การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน แนวคิดและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประเสริฐ อัสสันตชัย (2552). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: บริษัท ยูเนี่ยน ครีเอชั่น จำกัด.

ปัทมา ว่าพัฒนวงษ์. (2549). นโยบายและแนวโน้มการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไทย. ใน โสภณ เมฆธน. (2550). นโยบายและแนวโน้มการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไทย. เอกสารประกอบการบรรยายการประชุมสัมมนา เรื่อง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน วันที่ 12-13 กรกฎาคม 2550 โรงแรมมารวยการ์เด้น กรุงเทพมหานคร.

วิพรรณ ประจวบเหมาะ และ ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2553). ประชากรสูงอายุไทย. ใน สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (บรรณาธิการ). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552 (หน้า 8-10, 14-18). กรุงเทพ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ และ เพ็ญศิริ แต่สุวรรณ. (2553).การดูแลและสวัสดิการผู้สูงอายุ. ใน สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (บรรณาธิการ). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2552 (หน้า 70-76). กรุงเทพ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

สมจินต์ โฉมวัฒนชัย และคณะ. (2553). สถานการณ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ. ใน สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (บรรณาธิการ). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2552 (หน้า 28-35, 38, 53). กรุงเทพ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2553). การสาธารณสุขไทย ๒๕๕๑-๒๕๕๓. ใน สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ (บรรณาธิการ). สืบค้นจาก http://www.moph.go. th/ops/thp

อุทัย สุดสุข และคณะ. (2552). รายงานการวิจัยโครงการศึกษาสถานการณ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความต้องการ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สมาคมคลังปัญญาอาวุโสแห่งประเทศไทย

Haseen, F., Adhikari, R., & Soonthorndhada, K. (2010). Self-assessed health among Thai elderly. *BMC Geriatric, 10,* 30.

Hepworth J. (1997). Evaluation in health outcomes research: linking theories, methodologies and practice in health promotion. *Health Promotion International, 12*, 233–238.

Kespichayawattana, J. & Jitapunkul, S. (2009). Health and Health Care System for Older Persons. *Ageing International, 33*, 28–49.

Tajvar, M., Arab, M., & Montazeri, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health, 8*, 323. *8*(1), 49-61.



บทที่ 6

ประเด็นและแนวโน้มการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินธร กลัมพากร
รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา
รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำปั่น

แนวคิดหลัก

ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพชุมชน คือ กลไกการสร้างความร่วมมือของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และ ภาคประชาชน ปัจจัยพื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน จึงให้ความสำคัญกับการลงทุนด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ และการประเมินการสร้างเสริมสุขภาพ กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพในปัจจุบันจึงส่งผลให้มีแนวโน้ม ในการขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพที่ใช้รูปแบบการวิจัยและผลการวิจัยเป็นกลไกสำคัญ เพื่อเป็นการพัฒนางานสาธารณสุขเพื่อสุขของสาธารณะอย่างแท้จริง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เมื่อสิ้นสุดบทนี้ ผู้อ่านสามารถ

1. เชื่อมโยงสถานการณ์ปัจจุบันกับประเด็นความต้องการการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน
2. อธิบายแนวทางการประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน
3. ระบุแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนโดยใช้วิจัยเป็นตัวขับเคลื่อน

ปัจจัยพื้นฐานของความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

ปัจจัยพื้นฐานของความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน คือ การลงทุนด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ และการประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพ ในบทนี้จึงกล่าวถึงประเด็นต่างๆ เหล่านี้ และความเชื่อมโยงกับการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน รวมถึงผลที่คาดว่าจะได้รับ

การลงทุนด้านสุขภาพ (Health investment)

หนึ่งยุทธวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้จากการประชุมปฏิญญากรุงเทพฯ คือการลงทุน (invest) ด้านสุขภาพ ที่เน้นนโยบายยั่งยืนในการลงมือปฏิบัติและโครงสร้างพื้นฐาน ที่จะสามารถลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (United Nation, 2005) ซึ่งพบว่าประเทศไทยมีระดับการลงทุนด้านสุขภาพของประชากรต่ำกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ว่า รายจ่ายสุขภาพของประเทศไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ 5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross Domestic Product: GDP) ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตของประชากร ถึงแม้รายจ่ายด้านสุขภาพต่อหัวประชากรจะเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2544 เท่ากับ 2,732 บาท และเพิ่มขึ้นเป็น 3,974 บาท ในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งถือเป็นร้อยละ 3.6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ จากการประมาณการลงทุนด้านสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 ระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554 พบว่า รายจ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 3.99 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ ในปี พ.ศ. 2554 พบว่ารายจ่ายผู้ป่วยนอกมีสัดส่วนมากที่สุด ประมาณร้อยละ 45.85 ของรายจ่ายด้านสุขภาพโดยรวม ส่วนรายจ่ายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและฟื้นฟูสภาพมีสัดส่วนน้อยมากเพียงประมาณร้อยละ 5.6 ของรายจ่ายด้านสุขภาพโดยรวม (ภูษิต ประคองสาย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, และคณะ, มปป) ในขณะที่ภาระโรคที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อและโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถควบคุมและป้องกันได้เพิ่มมากขึ้น

วิธีในการแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้มากที่สุดคือ การเพิ่มรายจ่ายสุขภาพเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นสองเท่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 โดยรายจ่ายกิจกรรมสุขภาพประเภทอื่นๆให้คงเดิม การส่งเสริมสุขภาพต้องเป็นทั้งระดับมาตรการทั้งในและนอกระบบสุขภาพ รวมทั้งมาตรการในระดับชุมชน แหล่งเงินในการลงทุนควรเป็นทั้งระดับประเทศและระดับท้องถิ่น เช่น การเพิ่มภาษีเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ การสมทบงบประมาณจากท้องถิ่นและชุมชน (ภูษิต ประคองสาย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, และคณะ, มปป)

การแก้ไขปัญหาโดยการเพิ่มเงินเข้าไปในระบบสุขภาพเป็นวิธีหนึ่งในการเพิ่มการลงทุนด้านสุขภาพ แต่อย่างไรก็ตามการลงทุนด้านอื่นๆ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) การส่งเสริมศักยภาพบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญ ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2) ความรู้เรื่องมาตรการที่มีต้นทุนประสิทธิผลดีที่สุด (cost effective interventions) ทั้งมาตรการทางกฎหมาย มาตรการทางสังคม มาตรการทางภาษี และการอุดหนุนที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย

และ 3) การเคลื่อนไหวทางสังคม (social movement) เพื่อให้สังคม ครัวเรือน และปัจเจกบุคคล มีความตระหนักและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่นำไปสู่การมีสุขภาพดี

การส่งเสริมศักยภาพบุคลากรในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคถือเป็นบทพิสูจน์พื้นฐานของความตั้งใจจริงในการลงทุนด้านสุขภาพ ในการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญไม่เฉพาะสาขาตนเอง แต่มีความรู้พื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งถือเป็นการพัฒนาทรัพยากรบุคคลที่สร้างความยั่งยืนในการเปลี่ยนแปลงผ่านตัวบุคคลสู่บุคคล โดยเฉพาะแพทย์ซึ่งถือเป็นทรัพยากรบุคคลที่สำคัญของทีมสุขภาพ จึงได้มีการพัฒนาเนื้อหาหลักสูตรการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับแพทย์ ประกอบด้วย 1) แนวคิดพื้นฐาน ธรรมชาติการเกิดโรค ความสัมพันธ์ระหว่างการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ปัจจัยกำหนดสุขภาพ พร้อมทั้งวิธีการหาและการจัดการกับปัจจัยเสี่ยง ตัววัดสุขภาพ วิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ สุขศึกษา รูปแบบต่างๆ ปัจจัยต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ พัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ 2) กฎหมายและข้อบังคับเกี่ยวกับสุขภาพ 3) ยุทธวิธีด้านสร้างเสริมสุขภาพ การเสริมพลังอำนาจ การขับเคลื่อนด้านสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ และนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (สุปรียา วงษ์ตระหง่าน, 2552) จึงอาจกล่าวได้ว่าการผลิตแพทย์พันธุ์ใหม่ที่มีการผสมผสานทั้งการรักษาและการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นการขยับเขยื้อนการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพผ่านการพัฒนาศักยภาพบุคคล ที่อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนได้

เนื่องจากระบบสุขภาพมีความซับซ้อนมากขึ้น โรงพยาบาลชุมชนซึ่งถือเป็นแหล่งบริการสุขภาพด่านหน้าในระดับอำเภอจึงต้องมีการปรับบทบาทให้มีการทำงานร่วมกับชุมชนมากขึ้น เปรียบได้กับโรงพยาบาลชุมชนเข้มแข็ง และชุมชนเข้มแข็ง ซึ่งการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการที่เกิดขึ้นต้องเน้น 3 ภารกิจหลัก คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การบริการสุขภาพ และการควบคุมโรค โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยที่ให้บริการสุขภาพ ทั้งการบริการแพทย์ฉุกเฉิน การบริการแพทย์ทั่วไป และการเยี่ยมบ้าน ส่วนชุมชนเป็นพื้นที่หลักในการสร้างเสริมสุขภาพ อนุรักษ์สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยในชุมชน และพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนการควบคุมโรคเป็นการประสานงานร่วมกันระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล ดังนั้นบทบาทของโรงพยาบาลชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจะประกอบด้วยภารกิจหลัก 5 ด้าน คือ บริการสุขภาพชุมชน ส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ทำวิจัย พัฒนาบุคลากร และประสานพัฒนาศักยภาพองค์กรในชุมชน (ประเวศ วะสี, 2549) แนวคิดเรื่องพยาบาลชุมชนโดยชุมชนและเพื่อชุมชน ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลชุมชน-องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) – สถาบันการศึกษาพยาบาล โดย อบต. คัดเลือกคนจากชุมชนไปเรียนที่สถาบันการศึกษาพยาบาล โดย อบต. ออกค่าเล่าเรียน เมื่อจบแล้ว อบต.รับเข้ามาทำงานในชุมชน โดย อบต. รับผิดชอบเรื่องเงินเดือน และมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นพี่เลี้ยงด้านวิชาการ โดยหวังว่าจะได้พยาบาลที่มีความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้แก้ไขปัญหาโดยใช้บริบทของชุมชนเป็นฐาน และให้คนในชุมชนได้รับบริการใกล้บ้าน-ใกล้ใจ (ประเวศ วะสี, 2549) ตัวอย่างที่ทำให้เห็นถึงบทบาทของโรงพยาบาลชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไป คือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ของตำบลปากพูน อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นการทำงานร่วมกันของ อบต.ปากพูน โรงพยาบาลท่าศาลา และสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ มีเป้าหมายการทำงานร่วมกัน คือ ดูแลสุขภาพประชาชน การใช้ข้อมูลปัญหาของชุมชน และการค้นหาและใช้ศักยภาพทุนทางสังคม มาพัฒนาระบบสุขภาพ โดย อบต. ให้การสนับสนุนด้านกำลังคน ระบบการจัดการบริการสุขภาพ มีการใช้ฐานข้อมูล FAP (Family and Community Access Program) ด้านสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ร่วมกับข้อมูลภูมิศาสตร์ที่ทางสำนักวิชาพยาบาลฯ ได้พัฒนาขึ้นในการวางแผนสุขภาพระดับตำบล เอาปัญหาและภูมิปัญญาท้องถิ่นของประชาชนเป็นตัวตั้ง โรงพยาบาลท่าศาลาปรับบทบาทตนเองจากผู้ดำเนินการเป็นศูนย์การเรียนรู้ให้กับอาจารย์พยาบาลและนักศึกษาพยาบาล เป็นแหล่งศึกษาวิจัยและพัฒนาระบบบริการร่วมกัน ส่วนสำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ฯ เป็นผู้นำการเรียนการสอนสู่การบริการวิชาการและการบริการสุขภาพชุมชน เปิดประสบการณ์การเรียนการสอนในชุมชนโดยใช้สถานการณ์จริงให้แก่นักศึกษา ทำให้เกิดความเข้าใจสังคมวัฒนธรรม ชีวิตความเป็นอยู่ (วิจิตร ศรีสุพรรณ, ขนิษฐา นันทบุตร, ดวงพร เฮงบุณยพันธ์, และขวัส ฤกษ์ศิริสุข, 2552)

การลงทุนสุขภาพควรให้ความสำคัญกับมาตรการที่มีต้นทุนประสิทธิผลดีที่สุด (cost effective interventions) ทั้งมาตรการทางกฎหมาย มาตรการทางสังคม มาตรการทางภาษี และการอุดหนุนที่เหมาะสม ในการดำเนินงานที่ผ่านมาประเทศไทยได้มีการดำเนินการที่ครอบคลุมในเรื่องการคัดกรองเชื้อเอชไอวี ในเลือดบริจาค และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ซึ่งควรให้การสนับสนุนต่อไป แต่ควรให้ครอบคลุมในเรื่องมาตรการทางกฎหมาย ตัวอย่างเช่น การบังคับใช้กฎหมายเพื่อป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุจราจร ซึ่งเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพและได้ผลดี รวมถึงการเข้าถึงเข็มฉีดยาที่ปลอดภัยสำหรับกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดโดยการฉีดเข้าเส้นเลือด มาตรการบางอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เช่น การรณรงค์ให้ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ ซึ่งเป็นมาตรการที่ไม่ได้ผลโดยตรงต่อการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ (สุปรียา วงษ์ตระหง่าน, 2552) แต่มีผลทางอ้อมต่อสุขภาพ ก็ยังคงมีความจำเป็นในการลงทุน เพื่อเป็นการหนุนเสริมในการป้องกันนักดื่มและ/หรือนักสูบรายใหม่ สำหรับยุทธวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพ การเสริมพลังอำนาจ การขับเคลื่อนด้านสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ และนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถือเป็นการลงทุนในการสร้างเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการระดับปฐมภูมิ ที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนทุกวัยมีสุขภาพดี และส่งเสริมให้ผู้ที่เจ็บป่วยมีคุณภาพชีวิตดีที่สุด และป้องกันโรค ค้นหาปัจจัยเสี่ยงของปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยใช้ยุทธวิธีการทำงานเชิงรุก ทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้รูปแบบบริการสะดวก ประหยัด และคุ้มค่า คุ้มทุน มีการเยี่ยมบ้านทุกหลังคาเรือนในกรณีที่มีผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มีและใช้แฟ้มครอบครัว (family folder) ในการวางแผนบริการสุขภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สร้างความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของ สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการพัฒนาระบบ แผนงาน การกำกับดูแล เพื่อให้

โรงพยาบาลทำงานสนองตอบต่อปัญหา และความต้องการของพื้นที่อย่างแท้จริง (อภิญญา ตันทวีวงศ์, 2552)

การจัดตั้งกองทุนสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่เพื่อเป็นการสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพตามวัย คนพิการ และผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มเสี่ยง โดยได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 40 บาท ต่อประชากร และเงินอุดหนุนจากองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาล โดย อบต. ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก สมทบไม่น้อยกว่าร้อยละ 50, 30 และ 20 ของค่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับจากกองทุนหลักประกันฯ ตามลำดับ ทำให้เกิดแผนสุขภาพชุมชนหรือแผนที่ยุทธศาสตร์ชุมชน เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย กิจกรรมคัดกรองโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังอื่นๆ

นอกจากนั้นสำนักงานประกันสังคม (สปส.) ยังประสานร่วมมือกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสมาคมข้าราชการพลเรือนแห่งประเทศไทย เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ประชาชน ผู้ประกันตน ผู้ใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาทรักษาทุกโรค และข้าราชการ มีเป้าหมายสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีให้กับผู้ประกันตน และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว โดยใช้กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งผู้ประกันตนจะได้รับชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ 4 ประการ คือ การตรวจคัดกรองความเสี่ยง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับฝากครรภ์และการดูแลหลังคลอดกรณีผู้ประกันตนส่งเงินไม่ครบ 7 เดือน และการวางแผนครอบครัว (สำนักงานประกันสังคม, 2549) โดยสปส. จะมีบทบาทในการจัดระบบเพื่อสนับสนุนข้อมูลจำนวนสถานประกอบการ/จำนวนผู้ประกันตนในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้ประกันตน

จะเห็นได้ว่าการลงทุนสุขภาพโดยเฉพาะในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทยเพิ่มขึ้นในกลุ่มภาระโรคที่มีความสำคัญในระดับต้นๆ คือ โรคเอดส์ อุบัติเหตุจราจร การรณรงค์เพื่อลดการบริโภคสุราและยาสูบ ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งนำไปสู่ปัญหาภาระโรคจากโรคหัวใจและหลอดเลือด และควรเพิ่มในส่วนของบการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนมากขึ้น และเพิ่มกิจกรรมที่ประชาชนและท้องถิ่นสามารถดำเนินการบนความต้องการของพื้นที่มากกว่าเป็นความจำเป็นเชิงนโยบาย รวมทั้งการระดมทุนสมทบงบประมาณจากท้องถิ่นและชุมชน โดยให้มีกลไกการบริหารจัดการงบประมาณโดยรวม เพื่อติดตามกำกับการใช้จ่ายงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประเด็นสำคัญในการลงทุนสุขภาพในปัจจุบัน และเป็นคำตอบในอนาคตว่าการลงทุนสุขภาพเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าหรือไม่ คือตัวชี้วัดที่จะบ่งชี้ว่างบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เพิ่มขึ้นนั้น ส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนมากน้อยเพียงใด ภูษิต ประคองสาย วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ (มปป.) เสนอการใช้ตัวชี้วัดในภาพรวม โดยพิจารณาจากสถานะสุขภาพของประชาชน โดยเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา อัตราการเจ็บป่วย และการใช้บริการที่สถานพยาบาลประเภทต่างๆ รวมถึง

ภาระโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ โรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนโรคเอดส์ใช้ตัวชี้วัดเป็นอุบัติการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลง อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลง ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติในการป้องกันโรคเอดส์จากการมีเพศสัมพันธ์ไม่ปลอดภัย การบริโภคยาสูบและแอลกอฮอล์ ประเมินได้จากอุบัติการณ์ผู้สูบและเสพประจำ และแบบครั้งคราวลดลงในทุกกลุ่มอายุลดลง ภาระโรคที่เกิดจากการดื่มสุรา เช่น อุบัติเหตุจากเมาแล้วขับ และการทะเลาะวิวาทลดลง การสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินจากการบริโภคสุราและบุหรี่ลดลง ปริมาณการผลิตบุหรี่และสุรามีแนวโน้มลดลง อุบัติเหตุจราจร ประเมินได้จากอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุจราจรลดลง ประชาชนมีพฤติกรรมการขับขี่ยานพาหนะ เช่น คาดเข็มขัดนิรภัย สวมหมวกกันน็อคเพิ่มขึ้น การสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินจากอุบัติเหตุจราจรลดลง ประชาชนมีความรู้และทัศนคติในการป้องกันอุบัติเหตุจราจร

การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ

การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถที่บุคคลจะสามารถได้รับการดูแลและบริการจากระบบบริการสุขภาพตามความจำเป็น ปัจจัยสำคัญที่มักพบว่ามีผลต่อการเข้าถึงบริการ สุขภาพคือ ค่าใช้จ่ายในการรับบริการ ที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ของสถานบริการ และการเดินทาง (Penchansky & Thomas ,1981) การจัดให้มีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแก่ประชาชนไทย ในปี พ.ศ. 2544 โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้เกิดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น ส่งผลให้ประชาชนทั้งประเทศมีหลักประกันสุขภาพเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 71.0 ในปี พ.ศ. 2544 เป็นร้อยละ 96.0 ในปี พ.ศ. 2549 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550) ถึงแม้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นจะเน้นไปที่การให้สิทธิในการรักษา พยาบาล โดยเท่าเทียมกันโดยแก้ปัญหาเรื่องโอกาสในการเข้าถึงสถานบริการสำหรับคนในสังคมบางกลุ่มที่ระบบเดิมไม่เอื้ออำนวย แต่ก็ไม่ได้ทอดทิ้งเรื่องของการสร้างเสริมสุขภาพภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ ได้มีการบริหารงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนไทยทุกคน ทุกสิทธิในทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน โดยเป็นการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับบุคคลและครอบครัว มุ่งเน้นให้มีการกระจายงบประมาณลงสู่พื้นที่อย่างเป็นธรรม ส่งเสริมสนับสนุนและกระตุ้นหน่วยบริการและสถานพยาบาลมีแรงจูงใจที่เหมาะสมในการให้บริการมากขึ้น โดยการจ่ายเงินตามผลงานและความครอบคลุมของการให้บริการเพื่อให้เกิดการให้บริการได้อย่างแท้จริง และสามารถผลักดันให้มีการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามชุดสิทธิประโยชน์ อย่างมีประสิทธิภาพ มีการจัดสรรงบสำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยมุ่งหวังให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และส่งเสริมให้พื้นที่ค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาของพื้นที่ได้อย่างทันท่วงทีได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในการดำเนินการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพ โดยให้

พิจารณาถึงปัญหาสำคัญที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ ภายใต้ข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence based) การจัดสรรงบประมาณสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ชัดเจนนี้ส่งผลให้ประชาชนมีการเข้าถึงบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (สุพรรณี ธรากุล, อัญชลี นวลคล้าย, กรรณิการ์ คงทอง, และกานต์ ฉลาดธัญญกิจ, 2551)

ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการขยายความครอบคลุมของสถานบริการสาธารณสุข โดยมีโครงสร้างหน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ กระจายครอบคลุมทุกจังหวัด ระบบบริการปฐมภูมิเป็นบริการด่านแรกที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เป็นกลไกและยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสาธารณสุขของประเทศ เพื่อสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ช่วยทำให้ระบบบริการสาธารณสุขมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์สุขภาพที่ดี ด้วยค่าใช้จ่ายไม่สูงเกินไป นอกจากนี้ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ หมวด ๖ การบริการสาธารณสุขและการควบคุมคุณภาพ ข้อ ๔๖ ได้ระบุให้รัฐส่งเสริมการบริการสาธารณสุขปฐมภูมิที่จัดโดยแพทย์หรือบุคลากรด้านสาธารณสุขประจำครอบครัว เพื่อให้บริการครอบคลุมประชากรอย่างทั่วถึงทั้งในเขตเมืองและชนบทโดยสถานบริการสาธารณสุขปฐมภูมิต้องสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพและการทำงานเชิงรุกในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนร่วมกับท้องถิ่น ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และเชื่อมต่อกับระบบบริการสาธารณสุขระดับอื่นๆ โดยมีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2553) ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิ มีบทบาทสำคัญในการทำให้สุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนดีขึ้น โดยเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้ยากไร้และด้อยโอกาสในสังคม สำหรับประเทศไทยมีงานวิจัยหลายชิ้น ระบุว่าหน่วยบริการปฐมภูมิมีบทบาทหลักในการสร้างความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นของประชาชน ส่วนประชาชนที่เข้าถึงบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิมากที่สุดคือประชากรกลุ่มที่มีรายได้น้อยและผู้ที่อาศัยในเขตชนบท (สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย, 2552)

ระบบบริการสาธารณสุขปฐมภูมิในอุดมคติ ให้ความสำคัญกับสุขภาพในมิติที่กว้างกว่า บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิให้ความสำคัญกับการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างถ้วนหน้า และมองระบบบริการปฐมภูมิเป็นศูนย์กลางของระบบบริการสาธารณสุขของประเทศในการนำไปสู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ เป็นบริการที่จัดให้แก่ชุมชนในภาพรวม ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยมีการปรับให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน มีการกระจายอำนาจแก่ท้องถิ่นและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการจัดการ รวมถึงมีการทำงานเป็นทีมของบุคลากรด้านวิชาชีพที่เชื่อมประสานกับองค์กรต่างๆและชุมชน ในการพัฒนาชุมชนและสังคมซึ่งจะเอื้อต่อการมีสุขภาพดีของประชาชน

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเป็นระยะเวลากว่า 30 ปี และในปี พ.ศ. 2545 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบดังกล่าว โดยมีการกำหนด

มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU) และมีการพัฒนาในลักษณะหลากหลายรูปแบบมากขึ้น นอกจากหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขแล้ว ยังมีสถานบริการสังกัดกระทรวงอื่นๆ และสถานบริการภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังมีปัญหาในการดำเนินการ เนื่องจากข้อจำกัดด้านกำลังคนและศักยภาพของบุคลากร ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการพัฒนาที่ต่อเนื่องและยาวนานอย่าง จึงมีการดำเนินการในลักษณะแบบเครือข่าย โดยให้โรงพยาบาลเป็นแม่ข่ายของโรงพยาบาลคู่สัญญาในระบบหลักประกันสุขภาพ (Contracting Unit for Primary Care: CUP) โดยให้มีคณะกรรมการบริหารเครือข่าย ที่มีตัวแทนจากทั้งฝ่ายโรงพยาบาลแม่ข่าย และตัวแทนของสถานีอนามัยลูกข่ายในการบริหารจัดการเพื่อสนับสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิจากโรงพยาบาลแม่ข่าย

แม้ขณะนี้รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขจะมีนโยบายยกระดับสถานีอนามัย โดยการพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) แต่ก็ยังคงขาดความชัดเจนในระดับปฏิบัติ ต่อสิ่งที่กำลังจะดำเนินการ และแม้หน่วยบริการปฐมภูมิและสถานีอนามัยจะได้รับการสนับสนุนจากแม่ข่ายในระดับที่สูงกว่าในอดีต แต่ไม่ชัดเจนว่าเพียงพอสำหรับการพัฒนาหน่วยบริการให้มีคุณภาพ และทำงานได้เต็มที่หรือไม่ นอกจากนั้นกลไกการอภิบาลเครือข่ายบริการปฐมภูมิก็จำเป็นต้องมีการพัฒนาให้เข้มแข็งและทำงานได้อย่างมีธรรมาภิบาล รวมทั้งการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชนในการพัฒนายังมีจำกัด นอกจากนั้นศักยภาพของบุคลากรและหน่วยบริการในการรองรับสภาพปัญหาสุขภาพที่เปลี่ยนไปก็ยังเป็นสิ่งท้าทายในการพัฒนาระบบต่อไป

นอกจากนี้แม้ว่าธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ได้ระบุให้รัฐส่งเสริมให้มีการพัฒนา ระบบบริการสาธารณสุขสำหรับประชากรกลุ่มเป้าหมายเฉพาะและมีความจำกัดในเข้าถึงการบริการสาธารณสุข ได้แก่ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้พิการหรือทุพพลภาพ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสในสังคมอย่างเป็นระบบ ครบวงจร และมีประสิทธิภาพ แต่ในความเป็นจริงยังพบว่ามีกลุ่มที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ หรือยังมีประชาชนกลุ่มที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ด้วยข้อจำกัดด้านสภาพร่างกาย ลักษณะงานที่ทำ หรือการอพยพย้ายถิ่น เช่น ผู้พิการ แรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะผู้มีภาวะพึ่งพา ผู้พิการและผู้มีภาวะทุพลภาพอันเนื่องจากการเจ็บป่วย/บาดเจ็บ เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ ผู้ป่วยจิตเวช ภาวะสมองบกพร่อง เป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากในการเข้ารับบริการสาธารณสุข นอกจากนั้นการดูแลที่ต่อเนื่องจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากญาติในการดูแลและให้บริการ รวมถึงต้องปรับสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยให้เหมาะกับการดูแลหรือใช้ชีวิตเพื่อให้การดูแลมีประสิทธิผล ทีมบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องจัดทำสื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ และประชาสัมพันธ์ การดำเนินการของสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ มีการดำเนินงานเชิงรุกโดยออกไปประเมินและแนะนำในการปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการดูแล นอกจากนั้นความจำเป็นด้านสุขภาพของคนกลุ่มนี้จึงต้องการมากกว่าบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น ต้องการการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ อาชีพ และการช่วยเหลือด้านการดูแลแก่ครอบครัว เป็นต้น จึงยังต้องมีการประสานกับหน่วย

งานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบเพื่อการดูแลด้านสังคมอีกด้วย การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงนี้จึงจำเป็นต้องดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน ต้องประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการให้ช่วยเหลือ และมีการจัดระบบอาสาสมัครเพื่อช่วยดูแล เป็นต้น

โดยสรุปแม้ว่าการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยได้ถูกพัฒนาขึ้นจากในอดีต แต่การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนยังต้องคำนึงถึงการบริหารงบประมาณเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคอย่างเหมาะสม รวมถึงการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมถึงประชากรบางกลุ่มที่อาจมีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการ

การประเมินผลในการสร้างเสริมสุขภาพ

การประเมินผลคือกระบวนการประเมินว่าสิ่งที่ดำเนินการนั้นประสบผลสำเร็จในการบรรลุเป้าประสงค์เฉพาะ วัตถุประสงค์ และกลุ่มเป้าหมาย หรือไม่ และประเมินว่าบรรลุผลได้อย่างไร (Whitehead, 2003) โดยทั่วไปเมื่อพยาบาลปฏิบัติกิจกรรมในโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนใหญ่มักไม่ได้รับผิดชอบในทุกส่วนของกระบวนการในโครงการ และมักมุ่งเน้นความสนใจที่ระยะการวางแผนปฏิบัติกิจกรรมมากกว่า จึงพบว่ามีหลักฐานเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติการโครงการส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลค่อนข้างน้อยมาก (Whitehead, 2003) นอกจากนี้มีคำถามว่า เราจะรู้ได้อย่างไรว่าการสร้างเสริมสุขภาพทำงานได้ผลหรือไม่ เราจะสามารถแสดงให้เห็นความสำเร็จของโครงการสร้างเสริมสุขภาพได้หรือไม่ เราสามารถวัดความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างไร และอะไรคือการประเมินผลในการสร้างเสริมสุขภาพ

การประเมินผลที่นำมาใช้ในการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ

การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่ต้องวางแผนมาก่อนและทำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดำเนินการนั้นเกี่ยวข้องกับการกำหนดเกณฑ์และการวัดทางสุขภาพ การประเมินผลเป็นกระบวนการที่ต้องคำนึงถึงตั้งแต่เริ่มคิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการวางแผนประเมินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเปรียบเทียบกับคุณค่าและเป้าหมายในลักษณะที่ได้ผลลัพธ์มาสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการ (Round, Marshall, & Horton, 2005)

การประเมินผลเป็นกระบวนการตัดสินเชิงคุณค่าเกี่ยวกับบางสิ่ง เป็นการประเมินอย่างจริงจังเกี่ยวกับจุดดีและจุดไม่ดีของการปฏิบัติโครงการ และบอกถึงว่าสิ่งนั้นควรจะได้รับการปรับปรุงอย่างไร การประเมินผลยังเป็นการตอบคำถามที่ว่า *"วัตถุประสงค์ของโครงการนั้นบรรลุผลสำเร็จหรือไม่"*

การประเมินผลมักเกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถและ/หรือผลของการปฏิบัติการที่ตั้งใจในการสร้างเสริมสุขภาพ ในลักษณะของ "ประสิทธิผล" (อะไรบ้างที่สัมฤทธิผล) และ "ประสิทธิภาพ" (ผลลัพธ์ที่ได้นั้นสัมฤทธิผลอย่างไร และกระบวนการที่ดำเนินการนั้นดีอย่างไร: โดยให้ค่ากับเงิน เวลา และแหล่งทรัพยากรอื่นๆ)

การประเมินผลไม่เพียงแต่เป็นความรับผิดชอบต่อหน่วยงานที่ให้ทุนสนับสนุนเท่านั้น แต่การประเมินผลที่ดีของการสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการ เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นในการสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการลดความต้องการสำหรับบริการสุขภาพและปรับปรุงผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Round, Marshall, & Horton, 2005) ซึ่งมีเหตุผลหลายประการสำหรับการดำเนินการประเมินผลโครงการ ดังนี้

1. เพื่อประเมินผลลัพธ์และเพื่อพิจารณาว่าวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้นั้น ได้บรรลุหรือไม่
2. เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้แหล่งทรัพยากร แสดงถึงความสำเร็จในกรณีที่ต้องแข่งขันเพื่อการได้มาซึ่งทรัพยากรที่มีจำกัดหรือมีน้อย
3. เพื่อช่วยการวางแผนในอนาคตโดยการสนับสนุนความรู้ พื้นฐาน เพื่อการปรับปรุงการปฏิบัติงานของตนเองโดยสร้างจากความสำเร็จและเรียนรู้จากความผิดพลาดของตนเอง
4. เพื่อตัดสินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของวิธีการที่แตกต่างกันในการสร้างเสริมสุขภาพ สิ่งนี้จะช่วยในการตัดสินใจถึงการใช้ทรัพยากรอย่างที่ดีที่สุด
5. เพื่อได้ความน่าเชื่อถือและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ
6. เพื่อให้ข้อมูลแก่นักสร้างเสริมสุขภาพอื่นๆ โดยไม่ต้องมาทำซ้ำแบบเดิม ซึ่งจะช่วยผู้อื่นในการปรับปรุงการปฏิบัติของตนเอง

โดยทั่วไปแล้วแรงผลักดันต่อการประเมินผลมาจากเหตุผลหลักสามประการ ได้แก่ (1) เพื่อความรับผิดชอบ (accountability) ซึ่งมักเป็นความต้องการของหน่วยงานที่ให้ทุนสนับสนุนโครงการ และคณะกรรมการของหน่วยงาน เพื่อใช้ผลในการตัดสินใจเชิงนโยบายว่าจะโครงการนั้นสามารถนำไปใช้กับสาธารณะ หรือชี้แนะผลักดัน หรือทำการตลาดโครงการได้หรือไม่ (2) เพื่อการพัฒนาปรับปรุงโครงการ (improvement) ซึ่งเป็นความสนใจของผู้จัดการโครงการหรือทีมผู้ดำเนินโครงการ ที่ต้องการได้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนโครงการ และ (3) การประเมินผลเพื่อนำไปสู่การขยายผล (generalization) หรือการสร้างความรู้ ซึ่งมักเป็นความสนใจของนักวิชาการหรือเพื่อนร่วมวิชาชีพผู้ซึ่งต้องการรู้ว่าโครงการนี้มีประโยชน์โดยทั่วไปหรือไม่ (Round, Marshall, & Horton, 2005; Whitehead, 2003)

ชนิดของการประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพ

การประเมินผลในการสร้างเสริมสุขภาพ มีสองชนิดหลัก การประเมินผลแบบแรก เป็นการประเมินผลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมในลักษณะที่มีจุดมุ่งหมายหรือวัตถุประสงค์เฉพาะ (การประเมินผลลัพธ์) โดยมีลักษณะสำคัญคือ เป็นการวัดเกี่ยวกับ "สิ่งที่ได้บรรลุผลสำเร็จ" และผู้ประเมินผลจะอ้างอิงกลับถึงวัตถุประสงค์เริ่มแรกของโครงการ หรืออาจเรียกว่าเป็น *การประเมินผลลัพธ์* (outcome evaluation) ข้อจำกัดของการประเมินผลลัพธ์ คือการประเมินนี้ไม่ให้ความชัดเจนในสิ่งที่เกิดขึ้นตามจริงระหว่างดำเนินโครงการ เพียงแต่ให้ผลผลิตตอนสิ้นสุดโครงการ (Tones, 2000) วิธีการประเมินแบบที่สองเป็นการวัด

กิจกรรมเปรียบเทียบกับมาตรฐานที่อาจจะสัมพันธ์หรือไม่สัมพันธ์กับวัตถุประสงค์เฉพาะของกิจกรรม เรียกว่า *การประเมินกระบวนการ* (process evaluation) วิธีการนี้เน้นที่ว่า "การปฏิบัติการ นั้นได้บรรลุผลอย่างไร" ซึ่งการประเมินกระบวนการไม่เพียงแต่ไม่ได้รับความสนใจว่าเป็นสิ่งจำเป็นต่ออัตราความสำเร็จของโครงการสร้างเสริมสุขภาพเท่านั้น ยังรวมถึงไม่ได้รับความสนใจว่าโครงการนี้ประสบผลสำเร็จได้อย่างไร จะวัดกระบวนการอย่างไร และมีค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง วิธีการประเมินกระบวนการช่วยทำให้ผู้ประเมินเข้าใจถึงพลวัตของการปฏิบัติโครงการ แต่ก็มีจุดอ่อนตรงที่ไม่ได้ให้ความชัดเจนที่จะทำให้เกิดความเข้าใจมากขึ้น (Tones, 2000) พอที่จะสามารถทำนายได้ว่าการปฏิบัติการนั้นจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ และทำไมจึงเป็นอย่างนั้น ซึ่งเมื่อเรารวมการประเมินกระบวนการและประเมินผลลัพธ์เข้าด้วยกัน การประเมินผลจะมีจุดเน้นที่การควบคุมกำกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในลักษณะที่เป็นผลของการปฏิบัติการทางสุขภาพ และปัจจัยที่เอื้ออำนวยหรือป้องกันการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการ (Whitehead, 2003)

การประเมินกระบวนการ: สิ่งที่จำเป็นต้องวัดก่อนในการประเมินผล

หน้าที่แรกในการประเมินผลกระบวนการคือ การทำให้เกิดความมั่นใจว่าโครงการที่เราวางแผนไว้ได้รับการดำเนินการตามที่ตั้งใจไว้ เพราะสิ่งที่ได้กำหนดไว้ในกระดาษอาจมีการเปลี่ยนแปลงเมื่อนำไปดำเนินการจริง ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มาร่วมในโครงการอาจจะแตกต่างไปจากกลุ่มเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้แต่เริ่มแรก เจ้าหน้าที่ผู้ทำโครงการอาจจะปรับเปลี่ยนสาระบางอย่างบางตอนในเนื้อหาเพื่อให้เหมาะสมกับความต้องการใหม่ที่พบเมื่อนำโครงการไปปฏิบัติจริง สื่อและอุปกรณ์ต่าง ๆ อาจไม่มีให้พร้อมใช้ได้ หรืออาจต้องมีการปรับเปลี่ยน ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมในโครงการอาจมีความรู้สึกไม่ชอบในสิ่งที่ทำในโครงการ และต้องมีการปรับปรุงเล็กน้อยหรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงมากจากที่ได้วางแผนไว้ อาจพบว่าเราไม่สามารถดำเนินการในสิ่งที่เราตั้งใจไว้ เพราะถ้าทำตามที่วางแผนไว้จะทำได้ยากเกินไปในทางปฏิบัติ

การประเมินกระบวนการ ครอบคลุมทุกลักษณะของกระบวนการดำเนินโครงการ และรวมถึงสื่อต่าง ๆเช่น เนื้อหาสาระในแต่ละหัวข้อที่สอน การเข้าร่วมของกลุ่มเป้าหมาย และสิ่งที่ผู้เข้าร่วมในโครงการคิดถึงเกี่ยวกับโครงการ ข้อมูลย้อนกลับเหล่านี้มักจะให้ข้อมูลสารสนเทศที่เฉพาะเจาะจง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดำเนินโครงการปรับปรุงโครงการให้ดีขึ้น ด้วยเหตุผลเหล่านี้การประเมินกระบวนการจึงอาจเรียกอีกชื่อว่า เป็น*การประเมินความก้าวหน้า* (formative evaluation)

หากโครงการสร้างเสริมสุขภาพไม่ได้นำไปปฏิบัติกับประชากรเป้าหมายที่ถูกกลุ่ม หรือไม่ได้นำไปดำเนินการอย่างถูกวิธี และผู้เข้าร่วมโครงการไม่พึงพอใจกับโครงการ เราก็ไม่อาจคาดหวังได้ว่าโครงการนี้จะได้ผล ด้วยเหตุนี้เราจึงต้องทำการประเมินกระบวนการก่อนที่เราจะประเมินผลลัพธ์ของโครงการ การประเมินกระบวนการเป็นการวัดกิจกรรมต่าง ๆของโครงการ คุณภาพของโครงการ และผู้ที่เข้าถึง

โครงการ เป็นการประเมินที่ต้องทำก่อนการประเมินผลกระทบ (impact evaluation) และการประเมินผลลัพธ์ (outcome evaluation) เพื่อป้องกันปัญหาของการประเมินก่อนเวลาที่เหมาะสม (premature evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินผลก่อนที่โครงการนั้นจะทำงานได้ผล เพราะอาจจะเป็นการเร็วเกินไปที่จะรีบดูผลระยะยาวของโครงการก่อนที่จะรู้ว่าโครงการนั้นกำลังดำเนินการไปในวิถีทางที่ควรจะเป็นหรือไม่ เข้าถึงประชากรถูกกลุ่มเป้าหมาย และกำลังมีผลเริ่มแรกตามที่คาดไว้ ซึ่งการที่จะอธิบายว่าโครงการนั้นถูกนำไปปฏิบัติอย่างถูกต้องหรือไม่ จะสามารถตรวจสอบได้จากการประเมินโครงการ ดังนั้น การประเมินผลโครงการตามลำดับเริ่มจาก การประเมินกระบวนการ การประเมินผลกระทบ และการประเมินผลลัพธ์ จะช่วยให้เราหลีกเลี่ยงการมองผลในระยะไกลโดยที่ยังไม่ได้สังเกตผลในระยะเริ่มแรก (Round et al., 2005; Steckler & Lannan, 2002) ซึ่งประเด็นคำถามที่ใช้ในการประเมินกระบวนการของโครงการ ได้แก่

1. โครงการสร้างเสริมสุขภาพที่วางแผนไว้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มย่อยทั้งหมดหรือทุกส่วนของกลุ่มเป้าหมายหรือไม่ และทุกส่วนย่อยของโครงการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายทุกกลุ่มหรือไม่
2. ผู้เข้าร่วมในโครงการพึงพอใจกับโครงการหรือไม่
3. ทุกกิจกรรมของโครงการ ได้ถูกนำไปปฏิบัติหรือไม่
4. อุปกรณ์ต่าง ๆและหน่วยย่อย ๆ ทั้งหมดของโครงการ มีคุณภาพดีหรือไม่

นอกจากนี้ สเตคเลอร์และเลนเนน (Steckler & Lannan) ได้เสนอแนะถึงองค์ประกอบที่ควรมีในการประเมินกระบวนการเพื่อให้ข้อมูลที่สะท้อนความซับซ้อนของการปฏิบัติโครงการสร้างเสริมสุขภาพ (Steckler & Lannan, 2002) ดังนี้

1. *การรับคนเข้าโครงการ (recruitment)* ได้แก่ หน่วยงานที่สนับสนุน ผู้ปฏิบัติการ หรือผู้ที่สมควรเป็นผู้เข้าร่วม เพื่อเป็นผู้มีส่วนร่วมในโครงการ
2. *การดำรงรักษา (maintenance)* การคงไว้ซึ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องในโครงการและการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. *บริบท (context)* ลักษณะสิ่งแวดล้อมของการปฏิบัติการ
4. *แหล่งประโยชน์* (resource) อุปกรณ์ หรือ คุณลักษณะขององค์กรที่รับผิดชอบจัดการผู้ปฏิบัติการ หรือ ผู้เข้าร่วมโครงการที่จำเป็นต่อการบรรลุเป้าหมายของโครงการ
5. *การปฏิบัติการ* (implementation) ขอบเขตของการนำโปรแกรมไปปฏิบัติตามที่ได้ออกแบบไว้
6. *การเข้าถึง* (reach) การที่โปรแกรมเข้าไปติดต่อกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงโปรแกรม
7. *อุปสรรค* (barriers) ปัญหาที่เผชิญในการเข้าถึงผู้เข้าร่วมโครงการกลุ่มเป้าหมาย
8. *การเปิดเผย* (exposure) การที่กลุ่มผู้เข้าร่วมได้เห็นหรืออ่านอุปกรณ์ที่เข้าถึงพวกเขา

9. *การใช้ครั้งแรก* (initial use) การที่ผู้เข้าร่วมโครงการได้ทำตามกิจกรรมเฉพาะในสื่ออุปกรณ์ที่ได้รับ
10. *การใช้อย่างต่อเนื่อง* (continued use) การที่ผู้เข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆอย่างต่อเนื่อง
11. *การปนเปื้อน* (contamination) การที่ผู้เข้าร่วมได้รับการปฏิบัติการอื่น ๆจากภายนอกโปรแกรมและการที่กลุ่มควบคุมได้รับสิ่งที่มีการทดลองในโครงการ

ประเด็นรายการเหล่านี้เป็นกรอบในการทำงานเริ่มต้นที่มีประโยชน์สำหรับการจัดกรอบความคิดเกี่ยวกับการประเมินกระบวนการและสำหรับการพัฒนาตัวชี้วัดที่สอดคล้องในการวัดองค์ประกอบสำคัญในการประเมินกระบวนการ

การประเมินความพร้อมต่อการประเมินผลลัพธ์ของโครงการ (Evaluability assessment)

การประเมินความพร้อมต่อการประเมินผลลัพธ์โครงการ หมายถึงกระบวนการที่เรามองให้ตลอดโครงการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าโครงการนี้พร้อมสำหรับการประเมิน หรือกล่าวได้ว่าเป็นการตรวจสอบว่าโครงการสร้างเสริมสุขภาพนั้น มีความเงื่อนไขสำคัญที่ต้องเกิดขึ้นก่อนเพียงพอต่อการประเมินผลลัพธ์ ถ้าเงื่อนไขเหล่านี้ยังไม่ได้รับการดำเนินการเพียงพอ อาจจะทำให้พบความเสี่ยงในการประเมินผลกระทบหรือผลลัพธ์ของโครงการ โดยจะเป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลของโครงการที่ยังไม่เหมาะสม นอกจากนี้อาจจะพบความเสี่ยงว่าเป็นการประเมินผลโครงการเร็วก่อนกำหนดที่ควรจะเป็น หรือก่อนที่โครงการนั้นจะทำงานได้ผล ในการประเมินความพร้อมต่อการประเมินผลลัพธ์โครงการนี้ ต้องให้ความสนใจต่อข้อมูลเกี่ยวกับผลจากการปฏิบัติโครงการที่ผู้ทำหน้าที่ตัดสินใจต้องการ สิ่งนี้จะทำให้มั่นใจได้ว่าการประเมินผลนั้นให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ได้

เราสามารถหลีกเลี่ยงการประเมินผลโครงการที่ไม่เหมาะสมหรือเร็วกว่ากำหนดได้ โดยการประเมินความพร้อมต่อการประเมินผลของโครงการ ด้วยการตรวจสอบเงื่อนไขสำคัญที่จำเป็นต้องมีมาก่อนสำหรับการประเมินผล เงื่อนไขเหล่านี้จะเป็นตัวกำหนดว่า "โครงการสามารถประเมินผลได้" (evaluable program) นั่นคือ โครงการอยู่ในสภาวะที่สามารถประเมินผลได้อย่างมีความหมายและมีประโยชน์ ซึ่งเงื่อนไขสำคัญที่ต้องมีมาก่อน ได้แก่

1. มีความสอดคล้องพอดีอย่างสมเหตุผลระหว่างกิจกรรมของโครงการที่อธิบายไว้อย่างชัดเจนกับเป้าหมายของโครงการ
2. โครงการได้รับการนำไปปฏิบัติอย่างเหมาะสม
3. มีความเห็นสอดคล้องกันว่าคำถามการประเมินผลอะไรบ้างที่ควรจะกล่าวถึง
4. มีความเห็นสอดคล้องกันว่าจะดำเนินการประเมินผลอย่างไรและควรจะวัดอะไร

หากเงื่อนไขที่กำหนดว่าต้องมีมาก่อนเหล่านี้ยังไม่เกิดขึ้น เราก็ยังไม่ควรทำการประเมินผลโครงการ แต่ต้องให้เวลาในการปรับปรุงการปฏิบัติโครงการ และปรับแผนงานใหม่ ปรับการบริหารจัดการ

โครงการ และพูดคุยหารือกับกลุ่มต่างๆที่เกี่ยวข้อง จนเงื่อนไขเหล่านี้ได้รับการดำเนินการจนเป็นที่พอใจ เราจึงจะทำการประเมินผลลัพธ์ของโครงการ

การประเมินความพร้อมต่อการประเมินผลของโครงการ เป็นการทบทวนขั้นตอนตามเวลาที่เฉพาะของโครงการ เป็นการประเมินว่าเรารู้สึกพอใจกับผลลัพธ์จากการประเมินกระบวนการแล้ว นั่นคือ พอใจกับการเข้าถึงโครงการของกลุ่มเป้าหมาย ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ การนำโครงการสู่การปฏิบัติ และคุณภาพของโครงการ จึงจะแสดงว่าถึงเวลาที่เหมาะสมที่จะเริ่มคิดถึงการประเมินผลลัพธ์ของโครงการ (Round et al., 2005; Steckler & Lannan, 2002)

การประเมินความพร้อมต่อการประเมินผลของโครงการจะให้กรอบสำหรับการตัดสินใจ และช่วยในการกำหนดรูปแบบของการประเมินผล รวมถึงช่วยตรวจสอบการปฏิบัติกิจกรรมในโครงการและเหตุผลของโครงการซ้ำอีกครั้งก่อนที่จะกำหนดการตรวจสอบผลของโครงการ (program effects) สิ่งนี้จึงมีความสำคัญต่อการประเมินผลโครงการที่กำลังทำ หรือช่วยในกรณีที่ทำการประเมินผลโครงการที่ไม่ได้คุ้นเคยหรือไม่รู้จัก

ทำไมจึงจำเป็นต้องประเมินความพร้อมต่อการประเมินผลลัพธ์ของโครงการ

ถ้าเราได้ดำเนินการอย่างรอบคอบตลอดกระบวนการ ตั้งแต่การประเมินความต้องการ การประเมินการวางแผนโครงการ และการประเมินกระบวนการ ปัญหาที่พบบ่อยบางประการที่ได้จากการประเมินความพร้อมต่อการประเมินผลลัพธ์โครงการจะสามารถป้องกันได้ แต่อย่างไรก็ตามในโลกความเป็นจริง การประเมินผลกระทบและผลลัพธ์ มักไม่ได้เกิดขึ้นภายหลังการดำเนินงานอย่างรอบคอบในขั้นตอนก่อนหน้านั้น เช่น โครงการสร้างเสริมสุขภาพของหน่วยงานหนึ่ง จัดนิทรรศการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องความดันโลหิตสูงด้วยการติดโปสเตอร์ แจกแผ่นพับ มีวิดีโอสั้นๆให้ดู และมีบริการตรวจวัดความดันโลหิต ผู้ปฏิบัติโครงการต้องการประเมินผลถึงการลดความดันโลหิตของประชาชนในชุมชนหลังจากดำเนินกิจกรรมนี้นาน 1 ปีในฐานะผู้ประเมินผล จากการประเมินความพร้อมต่อการประเมินผลของโครงการ จะทำให้รู้ว่าโอกาสที่การจัดกิจกรรมดังกล่าวจะมีผลกระทบต่อระดับความดันโลหิตของประชาชนในชุมชนมีได้ต่ำมาก ดังนั้นการประเมินผลเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ของโครงการดังกล่าวอาจจะเป็นการสูญเสียงบประมาณ ผู้ประเมินจึงมีทางเลือกสองทาง คือ แนะนำผู้ทำโครงการให้ทำโครงการลดความดันโลหิตด้วยวิธีการใหม่ หรือประเมินผลโครงการที่กำลังทำอยู่ด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับลักษณะของโครงการ เช่น ประเมินด้วยการวัดผลการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับการกินอาหารที่มีเกลือและความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ลักษณะเช่นนี้เป็นสถานการณ์ที่พบได้บ่อยในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยที่มีการดำเนินโครงการและวางแผนโครงการไม่ดีพอ และยังไม่มีสิ่งที่แสดงให้เห็นว่าแผนการจัดโครงการไม่ดี จนกระทั่งจะเริ่มประเมินผลโครงการ การตระหนักรู้ว่ามีความไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องระหว่างกิจกรรมในโครงการและ

เป้าหมายที่ต้องการให้เกิด ผู้ประเมินต้องคำนึงถึงการประเมินความพร้อมต่อการประเมินผลของโครงการ เพื่อให้มั่นใจในตรรกะหรือความสมเหตุสมผลของโครงการต่อผลที่จะเกิดขึ้น

การประเมินผลกระทบและผลลัพธ์ : การประเมินผลของโครงการ

เมื่อเราเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินความพร้อมต่อการประเมินผลของโครงการแล้ว เรามักมีคำถามว่า จะรู้ได้อย่างไรว่าโครงการที่ดำเนินการอยู่ได้ผล หรือมีหลักฐานเชิงประจักษ์อะไรที่จะตอบคำถามได้ว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นผลมาจากโครงการ เราจะต้องออกแบบการประเมินผลของโครงการอย่างไร และจะต้องวัดอะไรบ้าง

ความแตกต่างระหว่างการประเมินผลกระทบและผลลัพธ์ของโครงการ

การประเมินผลกระทบ (impact evaluation) และการประเมินผลลัพธ์ (outcome evaluation) เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นของโครงการ (effect evaluation) แต่ต่างกันที่ระดับของการเกิดผล การประเมินผลกระทบเน้นที่การประเมินผลที่เกิดขึ้นทันทีของโครงการและมักจะสอดคล้องกับการวัดวัตถุประสงค์ของโครงการ (objective) การประเมินผลลัพธ์สนใจผลที่เกิดตามมาหรือผลระยะยาวของโครงการและจะสอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการ (goal) (Round et al., 2005; Whitehead, 2003) เช่น โครงการฟื้นฟูสมรรถนะของหัวใจ มีกิจกรรมปรับปรุงนิสัยการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารของประชาชนที่เข้ารักษาตัวครั้งแรกด้วยโรคหัวใจ โดยมีเป้าหมายลดโอกาสเกิดโรคหัวใจซ้ำ ในการประเมินผลกระทบต้องเป็นการประเมินการเปลี่ยนแปลงในนิสัยการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย และการประเมินผลลัพธ์จะเป็นการประเมินอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัวใจซ้ำ

การประเมินผลกระทบใช้เพื่อการวัดผลของโครงการที่เกิดขึ้นทันที ดังนั้นสามารถใช้การประเมินผลนี้ได้เมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติโครงการ (นั่นคือ หลังจากจบแต่ละส่วน แต่ละช่วงเดือน และเมื่อทำโครงการจบ) การประเมินผลชนิดนี้ประเมินระดับการบรรลุวัตถุประสงค์ ดังนั้นความสำคัญอยู่ที่วัตถุประสงค์ที่กำหนดขึ้นจะต้องอยู่ในลักษณะที่สามารถตัดสินใจได้ภายหลังว่าได้ประสบผลสำเร็จหรือไม่และทำไปได้เพียงใด ซึ่งต้องเขียนวัตถุประสงค์ของโครงการในลักษณะ "SMART" (Round et al., 2005) คือ มีความชัดเจนและถูกต้อง (specific) สามารถวัดได้ (measurable) สามารถสัมฤทธิผลได้ (achievable) มีสอดคล้องต่อประเด็นทางสุขภาพของประชากรเป้าหมายและองค์กร (relevant) และมีกรอบเวลาเฉพาะที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ (time specific)

การประเมินผลกระทบและการประเมินผลลัพธ์เป็นการทดสอบทฤษฎีหรือความเชื่อมโยงเชิงเหตุผลของเหตุการณ์ที่นำเสนอไว้ในโครงการ เช่น การเปลี่ยนแปลงความรู้จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือการเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมจะลดภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ได้มาจากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดปัญหา ซึ่งเราพิจารณาว่าเป็นขั้นที่สองของการประเมินความต้องการ (need assessment) และเป็นสิ่งที่เรากำหนดไว้ในแผนงานโครงการ

แต่อย่างไรก็ตาม การประเมินผลกระทบและผลลัพธ์ของโครงการนั้น ขึ้นกับว่าเราอยู่ตรงที่ใดในระบบสุขภาพ วัตถุประสงค์ของโครงการหนึ่งอาจเป็นเป้าหมายของอีกโครงการหนึ่งได้ ดังนั้นด้วยการประเมินผลกระทบและผลลัพธ์ เราอาจประเมินปัจจัยหนึ่งในการประเมินผลลัพธ์ ขณะที่อีกโครงการหนึ่งอาจประเมินปัจจัยเดียวกัน แต่เป็นการประเมินผลกระทบ เช่น พยาบาลที่อยู่ในระดับท้องที่ จัดโครงการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในความรู้ และเจตคติ เกี่ยวกับโภชนาการ (การประเมินผลกระทบ) โดยมีเป้าหมายของโครงการเพื่อปรับปรุงนิสัยการรับประทานอาหาร (การประเมินผลลัพธ์) แต่ในระดับที่สูงขึ้นเช่นระดับจังหวัดหรือระดับชาติ นักวางแผนและผู้วิจัยอาจประเมินการเปลี่ยนแปลงในนิสัยการรับประทานอาหาร (การประเมินผลกระทบ) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (การประเมินผลลัพธ์)

ดังนั้นความแตกต่างของการประเมินผลกระทบและการประเมินผลลัพธ์ ไม่ได้ขึ้นกับว่าอะไรที่ถูกวัด แต่ถูกกำหนดโดยลำดับขั้นของการวัดและขึ้นกับความเชื่อมโยงเชิงเหตุผลที่นำเสนอ และโปรแกรมนั้นอยู่ที่ระดับใดของพื้นที่

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือในการประเมินผลโครงการ

การประเมินผลสามารถใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณหรือใช้ทั้งสองวิธีร่วมกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมายของการประเมิน ส่วนเครื่องมือเป็นอุปกรณ์เฉพาะที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เช่น เราอาจเลือกการสนทนากลุ่ม (focus group) เป็นวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและสร้างชุดคำถามซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้โดยผู้ประเมิน

เราควรใช้แต่ละวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อใด

การเลือกวิธีการเก็บรวบรวมขึ้นกับจำนวนของปัจจัย รวมถึงจุดมุ่งหมายของการประเมิน คำถามที่การประเมินกำลังหาคำตอบ แหล่งประโยชน์ทางการเงิน เวลา และทักษะ ถ้าเราต้องการสำรวจประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมหรือคนทำงาน การใช้วิธีการเชิงคุณภาพจะมีความเหมาะสมมากกว่า เพราะจะให้คำตอบต่อคำถามว่า "อย่างไร" และ "ทำไม" ในทางตรงข้าม ถ้าเราต้องการวัดจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการหรือวัดระดับการเปลี่ยนแปลงในสุขภาพ (เช่น ดัชนีมวลกาย) หรือ พฤติกรรม (เช่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกาย) การวัดด้วยวิธีการเชิงปริมาณก็มีความเหมาะสมมากกว่า

วิธีการเชิงคุณภาพ

เมื่อใช้วิธีการเชิงคุณภาพ การใช้หลายๆวิธีเป็นสิ่งที่ดีที่สุด ซึ่งแนวคิดนี้เราเรียกว่า "การตรวจสามเส้า" (triangulation) และใช้เพื่อสร้างจุดแข็งของการประเมินผล (Round, et al., 2005) การตรวจสามเส้าสามารถนำมาใช้ได้ทั้งวิธีการเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพในวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือโดยการใช้ร่วมกันทั้งสองวิธี วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่นำมาใช้ในการประเมินผล เช่น

การสำรวจด้วยคำถามปลายเปิด (open-ended surveys)

วิธีการสำรวจด้วยคำถามปลายเปิดเป็นชุดคำถามมาตรฐานที่ให้ผู้มีส่วนร่วมตอบตามความเห็นของเขา คำถามเหล่านี้ให้ความลึกซึ้งและสำรวจประเด็นต่าง ๆได้มากกว่า หรือเพื่อใช้ในการอธิบายคำถามแบบปลายปิด วิธีการนี้สามารถทำโดยการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face-to-face) กับบุคคลหรือกับกลุ่ม ถามผ่านทางจดหมาย ทางโทรศัพท์หรือทางสื่ออิเล็คทรอนิก ดังนั้นการเขียนคำถามที่เหมาะสมถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญ

การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviews)

โดยทั่วไปการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างหรือกึ่งมีโครงสร้าง จะนำมาใช้ในการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า หรือทางโทรศัพท์ เรามักนำมาใช้เพื่อให้ได้ความเห็นของบุคคลสำคัญหรือบุคคลหลักที่เกี่ยวข้องในโครงการ หรือเพื่อสำรวจในประเด็นที่มีความอ่อนไหวกับบุคคลหรือกลุ่มเล็ก ๆของประชาชน โดยผู้สัมภาษณ์จะสอบถามตามแนวคำถาม แต่มีความยืดหยุ่นต่อการถามคำถามที่หลากหลาย (Round et al., 2005)

การสนทนากลุ่ม (focus groups)

เป็นการอภิปรายแบบกึ่งมีโครงสร้าง จำนวนผู้เข้าร่วมประมาณ 6-8 คน และมีผู้นำอภิปราย มีรายการคำถามกว้าง ๆเตรียมไว้ อาจจะมีหรือไม่มีการแลกเปลี่ยนกับผู้เข้าร่วมถึงแนวทางหรือเรื่องที่จะนำมาอภิปราย ณ ที่จุดเริ่มต้นของการสัมภาษณ์ กระบวนการต่าง ๆจะถูกบันทึกโดยผู้จดบันทึก หรือโดยการบันทึกเทป การสนทนากลุ่มมีประโยชน์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงลึก โดยเฉพาะประเด็น ความเชื่อ เจตคติ ความสนใจ ประสบการณ์และการให้เหตุผลในการทำ และยังมีประโยชน์ในการระบุประเด็นสำหรับใช้ในงานสำรวจเชิงปริมาณภายหลัง หรือในการค้นหาความหมายของข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้เก็บรวบรวมมา (Round et al., 2005)

วิธีการเชิงปริมาณ

วิธีการเชิงปริมาณเป็นวิธีที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะถ้าต้องการวัดการเปลี่ยนแปลงจากช่วงเวลาหนึ่งถึงอีกช่วงเวลาหนึ่ง หรือระหว่างกลุ่ม เช่น การเปลี่ยนแปลงในความรู้ ความตั้งใจ พฤติกรรม หรือภาวะสุขภาพ (ผลกระทบหรือผลลัพธ์) หรือสามารถนำผลจากกลุ่มตัวอย่างไปอธิบายสู่กลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้อง วิธีการเชิงปริมาณสามารถนำมาใช้ร่วมกับวิธีการเชิงคุณภาพซึ่งจะช่วยอธิบายเหตุผล ผลกระทบหรือผลลัพธ์ต่าง ๆที่ได้กำหนดไว้ในข้อมูลเชิงปริมาณ

วิธีสำรวจเชิงปริมาณแตกต่างจากการใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ถ้าเราต้องการนับการตอบรับต่อโครงการ คำนวณความถี่ และสามารถนำไปขยายผลสู่ประชากร หรือเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม เราจำเป็นต้องใช้คำถามปลายปิดที่ให้คำตอบจำกัดอยู่ในช่วงที่คำถามกำหนดไว้ เช่น ให้เลือกตอบตามที่กำหนดไว้ หรือให้ค่าตัวเลขตามที่กำหนดให้ตอบ คำตอบเหล่านี้จะสามารถนำมากำหนดเป็นจำนวนของผลกระทบหรือการเปลี่ยนแปลงหรือผลลัพธ์ที่เราสนใจ

ข้อมูลเชิงปริมาณอื่นๆ

มีชุดของข้อมูลมากมายที่เราสามารถเก็บรวบรวมเป็น "ตัวเลข" เช่น จำนวนผู้เข้ามีส่วนร่วม ระดับการเป็นสมาชิก ตัวเลขการขาย จำนวนยานพาหนะ ดัชนีมวลกาย ระดับของการมีกิจกรรมทางกาย (เช่น การวัดจำนวนก้าวเดินต่อวัน) ข้อมูลสำรวจภาวะสุขภาพประชากร คุณภาพชีวิตและระดับความซึมเศร้า ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณนั้น เราควรค้นหาว่ามีแบบวัดมาตรฐานสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเหล่านี้หรือไม่ หรือมีเครื่องมือที่เหมาะสมอื่นๆที่เราสามารถนำมาใช้หรือไม่

ข้อมูลจากการมารับบริการ

สามารถนำมาใช้เพื่อระบุจำนวนประชาชนที่มารับบริการ คุณลักษณะทางประชากร และการมาเข้าร่วมในโครงการ ข้อมูลสารสนเทศเหล่านี้สามารถนำมาใช้เพิ่มเติมข้อมูลการประเมินผลอื่นๆ โดยเราสามารถนำโปรแกรมคอมพิวเตอร์ง่ายๆ เช่น ไมโครซอฟเอกซ์เซล (microsoft excel) มาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาพื้นฐาน เช่น ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด เป็นต้น

ข้อมูลจากการสังเกต

เราสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตได้ โดยการเฝ้าดูหรือการประเมินบุคคล หรือกลุ่ม เช่น เราต้องการสังเกตประสิทธิผลของการรณรงค์ผ่านสื่อเกี่ยวกับ "การออกกำลังกาย" เราสามารถสังเกตและวัดพฤติกรรมการออกกำลังกายของกลุ่มประชาชน ตัวอย่างอื่นๆของการสังเกตที่เราสามารถบันทึกการใช้ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ การใช้ทางเดินเท้าของชุมชน หรือการใช้ทางจักรยานของชุมชน พฤติกรรมทางสิ่งแวดล้อม จำนวนการจราจร จำนวนผู้ใช้ทาง และระดับการมีกิจกรรมทางกายระหว่างช่วงพักในโรงเรียน เป็นต้น

การเลือกผู้เข้าร่วมในการประเมินผล

เมื่อเลือกวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือแล้ว ความสำคัญที่จะต้องพิจารณาคือจำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการควรมีมากน้อยเพียงไร ที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผล และจะเลือกคนเหล่านี้มาได้อย่างไร ซึ่งจำนวนของผู้เข้าร่วมจะขึ้นอยู่กับแหล่งประโยชน์ในการประเมินผลและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทั่วไปแล้วเราสามารถเลือกกลุ่มของผู้เข้าร่วมตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยแต่ต้องระมัดระวังเรื่องความลำเอียงในการเลือก หรือใช้การสุ่มอย่างง่ายซึ่งอาจเป็นวิธีที่ซับซ้อนขึ้นและใช้เวลา แต่ก็ทำให้มั่นใจในระดับความเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง และสามารถนำผลไปอธิบายขยายในประชากรได้ หรืออาจจะใช้วิธีการเลือกแบบไม่ใช่การสุ่ม เช่น การเชิญผู้เข้าร่วมโครงการมาในการประเมินผลหรือใช้กลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก เช่น ประชาชนที่เข้ามาร่วมกิจกรรมในหัวข้อสุดท้ายของโครงการ หรือ การสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในโครงการ ซึ่งการเลือกแบบไม่สุ่มนี้ทำได้เร็วและง่ายแต่ไม่สามารถนำผลไปขยายสู่ประชากรหรือผู้เข้าร่วมคนอื่นๆในโครงการหรือสมาชิกอื่นๆในชุมชนได้

สรุปการประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นสิ่งที่มีลักษณะซับซ้อนและกว้าง ดังนั้นผู้ทำการประเมินผลควรมีความชัดเจนในเป้าประสงค์ของการประเมินผล และต้องคิดวางแผนกระบวนการประเมินผลไว้พร้อมกับการวางแผนปฏิบัติการโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลสานสนเทศที่สามารถนำสู่การตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการสร้างเสริมสุขภาพนั้นๆ ได้

ประเด็นการวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

ประเด็นการวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนมีความหลากหลายแล้วแต่บริบทของพื้นที่ ส่วนใหญ่แล้วการกำหนดประเด็นการวิจัยมาจากความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน หรือ สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ การนำเสนอในส่วนนี้จึงเป็นการวิเคราะห์ประเด็นการวิจัยสร้างเสริมสุขภาพชุมชนในประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศไทย เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวิเคราะห์และให้ข้อเสนอแนะประเด็นวิจัยในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนที่น่าสนใจ

ประเด็นการวิจัยสร้างเสริมสุขภาพชุมชนในประเทศสหรัฐอเมริกา

ประเด็นการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่ถูกกำหนดโดยองค์กรที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงาน รวมถึงสภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนเป็นพื้นฐานในการพิจารณากำหนดประเด็นการวิจัย ซึ่งองค์กรด้านสุขภาพที่สำคัญที่นำเสนอในส่วนนี้ได้แก่ US Department of Health and Human Services, The National Institutes of Health (NIH), National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP) US Department of Health and Human Services กำหนดขอบเขตการศึกษาประเด็นสุขภาพใน Healthy People 2020 ดังนี้ 1) การขจัดโรคที่สามารถป้องกันได้ ความพิการ การบาดเจ็บ และการเสียชีวิตก่อนกำหนด 2) การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ลดความแตกต่างและพัฒนาสุขภาพของชนทุกกลุ่ม 3) สร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมที่พัฒนาสุขภาพ 4) พัฒนาสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในทุกช่วงวัย รูปแบบการวิจัยควรเป็นหลายระดับ (multilevel) และศึกษาทุกช่วงวัย ปัจจัยที่เป็นสาเหตุมีความหลากหลายตั้งแต่ชีวภาพ พฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม ความสัมพันธ์ของปัจจัยมีปฏิสัมพันธ์กัน

The National Institutes of Health (NIH) กำหนดขอบเขตของการวิจัยในทศวรรษนี้ให้ครอบคลุมการพัฒนาความเข้าใจถึงสาเหตุความแตกต่างของสุขภาพและความพิการในกลุ่มประชากรที่หลากหลายและการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดความแตกต่างด้านสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อหาสาเหตุและวิธีการแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลบนพื้นฐานขององค์ความรู้ที่มีอยู่ โดยให้ความสำคัญกับ 1) งานวิจัยพื้นฐานในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสังคมผ่านความเข้าใจทางชีวภาพที่ก่อให้เกิดความแตกต่างของสุขภาพ 2) การประยุกต์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยพื้นฐานในการจัดโปรแกรมเพื่อลดความแตกต่าง

ของสุขภาพทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน รวมถึงปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยที่เป็นสาเหตุความเจ็บป่วย 3) การเปรียบเทียบสาเหตุและวิธีการแก้ไขปัญหาระหว่างชาวอเมริกัน และกลุ่มอื่นๆ ที่ถือเป็นกลุ่มอ้างอิง (reference-population group) เช่น European American ประเด็นสุขภาพครอบคลุมนโยบายสาธารณะ ระบบบริการสุขภาพ และการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและความพิการ รูปแบบการวิจัยที่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ประกอบด้วย 1) ความร่วมมือจากสหสาขาวิชาชีพ เช่น ชีวพันธุศาสตร์ การแพทย์ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น 2) ระดับของการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัจจัยร่วมกำหนดสุขภาพ ทั้ง 5 ระดับ คือ สังคม/สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมและอารมณ์ ระบบอวัยวะในร่างกาย ระบบเซลล์ และโมเลกุลที่เกี่ยวข้อง เป็นการวิเคราะห์หาสาเหตุการเจ็บป่วยทั้งในระดับย่อยคือบุคคล จนถึงระดับใหญ่คือสังคม กรอบแนวคิดในการวิจัยแสดงความเชื่อมโยงจากโครงสร้างสังคม ตำแหน่งทางสังคม (เช่น ชนชั้น อายุ เพศ เชื้อชาติ) บริบททางสิ่งแวดล้อม (เช่น ภูมิประเทศ ที่พักอาศัย การเข้าถึงบริการสุขภาพ) วิถีการดำเนินชีวิต (เช่น การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย) และปัจจัยทางกายภาพ (เช่น ความดันโลหิต โคเลสเตอรอล) เป็นการศึกษาที่ต้องอาศัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพร่วมกัน 3) รูปแบบวิจัยที่เป็นระบบ ครอบคลุมทั้งปัจจัยทางพันธุกรรม ถึงสิ่งแวดล้อม และสังคม เป็นระบบการคิดที่ช่วยให้เกิดความสัมพันธ์ในระนาบเดียวกัน สร้างความเข้าใจในความซับซ้อน หลากหลายของปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างของสุขภาพ 4) การศึกษาตามช่วงชีวิต 5) การศึกษาในระดับชุมชน เน้นที่การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ตั้งแต่การวางแนวคิด การคิดรูปแบบการแก้ไขปัญหา การแก้ไข การวิเคราะห์ การประเมินผล และการเผยแพร่ความรู้ที่ได้ 6) การลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม เพื่อเปิดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง 7) คำนึงถึงบริบททางสังคม เช่น โครงสร้างครอบครัว ทุนครอบครัว และปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม ทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ

National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP) (CDC, 2000) กำหนดประเด็นการวิจัยด้านสุขภาพโดยใช้วิธีการศึกษาแบบมีส่วนร่วม เพื่อลดช่องว่างระหว่างการวิจัยและการปฏิบัติ การวิจัยที่หลากหลายระดับและกรอบแนวคิดเชิงนิเวศน์ การสร้างความร่วมมือระหว่างระบบ หน่วยงาน และองค์กร การเจาะจงกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ การศึกษาปัจจัยร่วมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ความต้องการของบุคคล ประเด็นการวิจัยที่สำคัญคือ 1) การสร้างแบบประเมินและรูปแบบการวิจัยที่เพิ่มคุณภาพการวิจัย 2) แยกแยะปัจจัยทางเชื้อชาติและชาติพันธุ์ที่ส่งผลต่อความแตกต่างทางสุขภาพ 3) พัฒนาและประเมินการจัดกิจกรรมเพื่อลดความแตกต่างด้านสุขภาพ 4) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพและพัฒนารูปแบบกิจกรรม 5) ประเมินประสิทธิผลของนโยบายและการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาสุขภาพ 6) พัฒนากระบวนการและผลลัพธ์สุขภาพ 7) พัฒนากลยุทธ์การสื่อสารสุขภาพ 8) ค้นหาวิธีการในการจัดการสุขภาพของบุคคล 9) พัฒนาและประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ระดับชุมชน ทั้งระดับพื้นที่ ระดับชาติ และนานาชาติ และ 10) ค้นหาวิธีในการถ่ายทอดความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่การปฏิบัติ

อีกหนึ่งองค์กรที่มีความสำคัญในการกำหนดประเด็นวิจัยสุขภาพคือ องค์การอนามัยโลก หรือ World Health Organization (WHO) (WHO, 2009) ได้กำหนดความสำคัญของการวิจัยด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไว้ ดังนี้ 1) ความสำคัญของงานวิจัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2) นโยบาย แผน กลยุทธ์และกลวิธีในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) ความสำคัญของความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพ 4) สนับสนุนและส่งเสริมความร่วมมือด้านสุขภาพ 5) การประยุกต์ความหลากหลายของระดับการศึกษา ความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพในการทำวิจัย โดยมีประเด็นที่ให้ความสำคัญคือ 1) การประเมินทางระบาดวิทยา ระบบการเฝ้าระวังในระดับชุมชน การให้ข้อมูลถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจสังคม 2) การสร้างความตระหนักและการชี้นำสาธารณะ วิธีการต่าง ๆที่ได้ผลในการสร้างเสริมพลังอำนาจในชุมชน 3) การวิจัยเชิงนโยบายและการพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และการประเมินผล 4) การสร้างความเข้มแข็งของศักยภาพส่วนบุคคล ชุมชนที่เหมาะสมกับพื้นที่ ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5) ความร่วมมือของหลายฝ่ายและความหลากหลายของระดับทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการศึกษาให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ และกลุ่มเสี่ยง ศึกษาความเชื่อมโยงของความก้าวหน้าทางสังคมกับผลกระทบที่มีต่อสุขภาพ 6) ศึกษากลยุทธ์กลวิธี รูปแบบในการคัดกรอง วิธีการลดความเสี่ยง และการประเมินปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ กรอบแนวคิดเชิงนิเวศน์ที่ศึกษาทั้งปัจจัยระดับสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ความเท่าเทียมด้านสุขภาพ ทั้งการเข้าถึงระบบบริการและค่าใช้จ่าย

จะเห็นได้ว่าการกำหนดประเด็นวิจัยการสร้างเสริมสุขภาพในต่างประเทศนั้น เน้นที่การป้องกันโรคที่สามารถป้องกันได้ เพื่อให้บุคคลเกิดภาระโรคน้อยที่สุด ส่งเสริมการศึกษาวิจัยเชิงนโยบาย เพื่อหาวิธีการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ในระดับบุคคลให้ความสำคัญกับการศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยเฉพาะปัจจัยทางพันธุกรรม ซึ่งถือเป็นปัจจัยที่กำหนดความแตกต่างระหว่างบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ในระดับกลุ่มและชุมชนเน้นการศึกษาวิจัยเพื่อเพิ่มการลงทุนในการสื่อสารสุขภาพให้ถึงกลุ่มเป้าหมาย ใช้วิธีการที่ผ่านการศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผลที่ดี และมีการเรียนรู้จากบทเรียนของการศึกษาที่ผ่านมาเพื่อถ่ายทอดสู่แนวปฏิบัติ รูปแบบการศึกษาที่น่าสนใจ คือ การทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ความหลากหลายของสหสาขาวิชาชีพถือเป็นการสร้างความผสมผสานในความแตกต่างที่ลงตัว

ประเด็นการศึกษาวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย

สำหรับประเด็นการศึกษาวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดประเด็นการศึกษา และรับพิจารณาสนับสนุนงบประมาณ สำหรับหัวข้อการศึกษาวิจัยที่เสนอ

มาจากผู้สนใจ องค์กรที่ทำหน้าที่โดยตรงคือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และมีองค์กรที่กำหนดโจทย์การวิจัยที่เฉพาะปัญหา คือ เรื่องบุหรี่ สุรา ความปลอดภัยจากอุบัติเหตุและการบาดเจ็บในเด็ก และหน่วยงานที่ดูแลสนับสนุนการวิจัย เช่น สำนักงานสนับสนุนการวิจัย โดยมีสาระดังนี้

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2553) เป็นหน่วยงานของรัฐที่มิใช่ส่วนราชการ หรือรัฐวิสาหกิจ จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 โดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของนายกรัฐมนตรี มีรายได้มาจากภาษีสรรพสามิตยาสูบและสุราในอัตราร้อยละ 2 ต่อปี หน่วยงานนี้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบสุขภาพไทย มีบทบาทหน้าที่ในการจุดประกาย กระตุ้น และสนับสนุนการพัฒนาของระบบสุขภาพให้เป็นไปในทิศทางที่พึงประสงค์ คือเป็นระบบสุขภาพ ที่คนในชุมชนมีวิถีชีวิตแบบพอเพียงเป็นองค์รวม เป็นสังคมที่มีการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถลดปัจจัยเสี่ยง และเอื้อให้เกิดปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นต่อการมีสุขภาพดี คนในชุมชนรู้เท่าทันปัจจัยที่ทำลายและส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินชีวิตอย่างผสมผสานระหว่างภูมิปัญญาไทยกับสากลในการดูแลสุขภาวะของบุคคลและสังคม ตลอดจนสามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุด ชุมชนมีการจัดการระบบสุขภาพของชุมชนเอง โดยการบริหารจัดการสุขภาวะของชุมชน เชื่อมประสานกับเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็ง สังคมนั้นมีภูมิคุ้มกันในเชิงระบบที่จะรับมือกับโรคและภัยคุกคามได้ทันกาล และมีประสิทธิภาพ ประชาชนและสังคมสามารถใช้ปัญญาเรียนรู้และจัดการความรู้เพื่อพัฒนาสุขภาพ เป็นสังคมเอื้อเฟื้อดูแลคนจน คนทุกข์ยาก และผู้ขาดโอกาส โดยเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และคนในสังคมมีหลักประกันสุขภาพทั่วถึง เป็นธรรม มีคุณภาพ

ประเด็นการศึกษาวิจัยทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ สสส. ให้การสนับสนุน มี ดังนี้

1. การควบคุมยาสูบ โดยให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยใน 7 ด้านได้แก่ รูปแบบบริการเลิกบุหรี่ มาตรการทางภาษี ภาวะคุกคามจากการค้าเสรี การควบคุมผลิตภัณฑ์รูปแบบต่างๆ การวิจัยเชิงพฤติกรรมและสังคม บุหรี่มวนเอง การเฝ้าระวังและบังคับใช้กฎหมาย และการประเมินผลมาตรการ
2. การควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมและในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ
3. การป้องกันอุบัติเหตุทางถนนและอุบัติภัย โดยให้การสนับสนุนการวิจัยและการจัดการความรู้ด้านอุบัติเหตุที่จำเป็น
4. การควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ส่งเสริมให้ศึกษาหาองค์ความรู้ใหม่ที่นำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอนโยบาย และเพื่อการสื่อสารรณรงค์ในสังคมวงกว้าง ในด้านอาหารและโภชนาการ ยาเสพติด สุขภาวะทางเพศ การพัฒนาต้นแบบจังหวัดในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การคุ้มครองผู้บริโภคและระบบยา ส่งเสริมและพัฒนาการศึกษาและแนวทาง

ดำเนินงาน ในการลดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของประชาชนจำนวนมาก รวมถึงการเตรียมพร้อมรับมือกับปัจจัยเสี่ยงใหม่ๆ ในอนาคต

5. สุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ โดยสนับสนุนการศึกษาค้นคว้าความรู้เพื่อเฝ้าระวัง พัฒนานโยบาย และสื่อสารสังคม ดังนี้
   - ชุดความรู้เพื่อการปฏิรูประบบสวัสดิการสังคมในภาพรวมทั้งระบบซึ่งสามารถเป็นข้อเสนอนโยบายเพื่อร่วมสร้างประเทศไทยให้น่าอยู่ที่สุด
   - ระบบข้อมูลสถานะสุขภาพที่สำคัญ ที่ช่วยบ่งชี้ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพของประชากรกลุ่มต่างๆ เพื่อนำมาพัฒนาแผนดำเนินงานในกลุ่มประชากรที่ยังไม่ได้รับความเป็นธรรมทางสุขภาพ
   - องค์ความรู้ใหม่ที่นำไปสู่การพัฒนาข้อเสนอนโยบาย และเพื่อการสื่อสารรณรงค์ ในสังคมวงกว้างในสุขภาวะของประชากรกลุ่มต่างๆได้แก่ ผู้สูงอายุ คนพิการ มุสลิม และแรงงาน
6. แผนสุขภาวะชุมชน โดยสนับสนุนการสร้างความรู้ ที่นำไปใช้ในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะและการสื่อสาร รณรงค์ทั้งในระดับพื้นที่และสังคมวงกว้าง ในประเด็น
   - ตำบลสุขภาวะต้นแบบ องค์การบริหารส่วนตำบล และเทศบาลตำบลสามารถ เป็นต้นแบบในการจัดการสุขภาวะชุมชนโดยชุมชน
   - จังหวัดสุขภาวะต้นแบบ ที่ลดปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาวะอย่างบูรณาการ พัฒนาเป็นเครือข่ายจังหวัด
   - การพัฒนาระบบข้อมูล ระดับตำบลและจังหวัดทั้งที่เป็นพื้นที่ต้นแบบและขยายผลให้บริการแก่เครือข่ายใช้ในการผลักดันนโยบายสาธารณะและรายงานสถานะของสุขภาวะในพื้นที่
7. สุขภาวะ เด็ก เยาวชน และครอบครัว โดยให้การสนับสนุน ส่งเสริมการพัฒนาต้นแบบนวัตกรรมการเรียนรู้เพื่อสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว สนับสนุนให้เกิดพื้นที่สร้างสรรค์สำหรับเด็ก เยาวชน และครอบครัว การสื่อสารเพื่อให้สังคมตระหนักถึงคุณค่าของเด็กและเยาวชน และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว สนับสนุนการสร้างความรู้และจัดการความรู้ด้านเด็ก เยาวชน และครอบครัว เพื่อให้เกิดการขยายผลในทุกมิติของการพัฒนาเด็ก เยาวชน และครอบครัว
8. การออกกำลังกายและเล่นกีฬาเพื่อสุขภาพ โดยส่งเสริมสนับสนุน นวัตกรรม และองค์ความรู้ด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต ส่งเสริมภูมิปัญญาท้องถิ่น สร้างจิตสำนึก และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ กาย ใจ และปัญญาของตนเอง เพื่อให้เป็นประชากรที่มีภูมิต้านทาน

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ หรือ "ศจย." (ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2553) มีฐานะเป็นโครงการอิสระของมหาวิทยาลัยมหิดลดำเนินงาน อยู่ภายใต้การกำกับของคณะกรรมการกำกับทิศทางแผนงาน ศจย. และมีผู้อำนวยการ ศจย. เป็นกรรมการและเลขานุการ องค์กรนี้ ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการรณรงค์ต่อต้านการสูบบุหรี่ในประเทศไทย โดยมีจุดมุ่งหมายขององค์กร เพื่อพัฒนาและให้การสนับสนุนองค์ความรู้แก่บุคคลากร องค์กรและหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ช่วยเติมเต็มการพัฒนาระบบ กลไกการควบคุมการบริโภคยาสูบ การปฏิบัติการเชิงรุกทางสังคม นวัตกรรม และเครือข่าย การควบคุมการบริโภคยาสูบ รวมถึง การติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ เพื่อสรุปเป็นบทเรียนที่มีคุณค่าในการเรียนรู้และพัฒนา และเผยแพร่ข้อมูลให้กับผู้ทำงาน ชุมชนและสังคมไทย

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ มียุทธศาสตร์ แผนงานสนับสนุนการวิจัยและประเมินผล เกี่ยวกับผลกระทบของนโยบายและมาตรการควบคุมยาสูบต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ เช่น ภาษี พรบ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ และ พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ มาตรการการศึกษาและการรณรงค์ มาตรการการรักษา รวมถึงยุทธศาสตร์ แผนงานสนับสนุนการจัดการความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาเนื้อหาหลักสูตรในระดับประถม มัธยม อาชีวะ และอุดมศึกษา การประชุมวิชาการประจำปีบุหรี่กับสุขภาพ และการจัดการความรู้ในเรื่อง มาตรการการควบคุมยาสูบ

ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก ได้จัดตั้งขึ้นเมื่อปี 2543 ที่ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก, 2553) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างองค์ความรู้เชื่อมโยงสู่การปฏิบัติ (Research to practice) นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เสริมสร้างความปลอดภัยแก่เด็ก ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม และการมีสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็ก ทั้งเชิงกายภาพ-เทคโนโลยี (physical and technological) และเชิงสังคม-การเมือง-การจัดการ (social, political and organizational) โดยใช้การวิจัยสร้างองค์ความรู้ ซึ่งหน่วยงานนี้ได้จัดทำชุดโครงการวิจัย (research package) ที่มุ่งเป้าเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ชุดโครงการวิจัยนี้ประกอบด้วย

1. ชุดความปลอดภัยในการจราจรในเด็ก
   - ความปลอดภัยในการโดยสารจักรยานยนต์
   - ความปลอดภัยในการโดยสารรถยนต์
   - ความปลอดภัยในการโดยสารรถจักรยาน
   - ความปลอดภัยในรถโรงเรียน
2. ชุดความปลอดภัยในชุมชน
   - ชุมชนปลอดภัย
   - โรงเรียนปลอดภัย

- การป้องกันการจมน้ำในชุมชน
- การป้องกันการถูกรถชนในชุมชน

3. ชุดผลิตภัณฑ์ปลอดภัย
   - ของเล่นปลอดภัย
   - สนามเด็กเล่นปลอดภัย
   - ของใช้ทารกปลอดภัย
   - บ้านปลอดภัย
   - เครื่องใช้ในบ้านปลอดภัย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ได้เริ่มงาน "การวิจัยเพื่อพัฒนาท้องถิ่น" ประมาณปลายปี พ.ศ. 2541 มีเป้าหมายสำคัญคือ การสร้างกระบวนการ "ติดอาวุธทางปัญญา" (Empowerment) แก่ชุมชน และท้องถิ่น รวมทั้งเน้นให้ชุมชนได้ใช้ประโยชน์จากกระบวนการวิจัย หรืออีกนัยหนึ่งเป็นกลไกหนึ่งในการสร้างบรรยากาศ "การเรียนรู้ของทุกคน ทุกคนเรียนรู้ เรียนรู้ตลอดชีวิต เรียนรู้เกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่" ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 โดย สกว. ฝ่ายวิจัยเพื่อท้องถิ่น จะมุ่งเน้นการจัดการ และประสานให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่าง "ปัญญา" (นักวิจัย) และ "พัฒนา" (นักพัฒนา) ทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับจังหวัด ระดับชาติ ที่ดำเนินงานแบบแยกส่วน ต่างคนต่างทำอยู่ในปัจจุบัน เพื่อให้ "สังคมไทยได้ใช้ความรู้ และข้อมูลที่ถูกต้อง เชื่อถือได้ในการแก้ไขปัญหาและตัดสินใจแทนการใช้ความรู้สึกหรืออารมณ์" นำไปสู่ความสามารถในการแก้ปัญหา พัฒนาตนเองและพึ่งตนเองได้ในชุมชน ท้องถิ่น ตลอดจนการพัฒนาประเทศชาติที่ยั่งยืนในที่สุด สนับสนุนการจัดการเชิงรุกเพื่อให้เกิดการวางแผน การทำวิจัย และการใช้ประโยชน์จากการวิจัยในการกำหนดนโยบาย การพัฒนาและใช้เทคโนโลยี การปรับเปลี่ยนเชิงระบบ และการปรับเปลี่ยนความรู้ ตลอดจนพฤติกรรมของประชาชน

สกว. ได้กำหนด ลักษณะสำคัญของโครงการวิจัยเพื่อท้องถิ่น กล่าวคือ เป็นเรื่องอะไรก็ได้ โจทย์อะไรก็ได้ ที่ชุมชนหรือคนในท้องถิ่นเห็นว่ามีความสำคัญ และต้องการที่จะค้นหาคำตอบร่วมกัน ชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการค้นหาคำตอบร่วมกัน และมีการดำเนินงานรวบรวมข้อมูล และทดลองปฏิบัติการโดยมีการดำเนินงานใน 2 ระยะ ระยะแรก วิจัยให้ทราบสภาพที่เป็นอยู่ ระยะที่สอง เป็นการทดลองทำ (วิจัยปฏิบัติการ) เพื่อแก้ปัญหาและวิเคราะห์สรุป บทเรียน รวมทั้งสิ่งที่ได้เรียนรู้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2553)

งานวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนในประเทศไทย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการใช้แนวคิดสร้างเสริมสุขภาพในการศึกษาวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นที่การวิจัย โดย ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2552) ซึ่งทำการวิเคราะห์เนื้อหาจากบทความ

วิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทยที่มีการตีพิมพ์ในช่วงปี พ.ศ. 2547-2552 จำนวน 27 เรื่อง พบว่า การศึกษาวิจัยโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นที่ทำการวิจัยนั้นมีประเด็นในด้านของกลุ่มเป้าหมาย วิธีการดำเนินการวิจัย กลวิธีการส่งเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์ ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมาย การวิจัยที่ผ่านมามีการศึกษาที่หลากหลายทั้งในระดับบุคคล กลุ่มคน องค์กร และชุมชน ในระดับบุคคลที่เป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ในสตรีจะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งในสตรีและการป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ส่วนในเด็กวัยเรียนนั้นเป็นการศึกษาเพื่อส่งเสริมโภชนาการในเด็กวัยเรียน สำหรับการศึกษาในวัยทำงานส่วนใหญ่จะมุ่งเน้น การศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การตรวจคัดกรองโรค และการส่งเสริมการป้องกันอันตรายจากการทำงาน เช่น การป้องกันอันตรายจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร ส่วนในผู้สูงอายุ พบว่าเป็นการศึกษามุมมองด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ส่วนกลุ่มเป้าหมายที่เป็นระดับกลุ่มคนนั้น พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาศักยภาพ กลไก และรูปแบบของการใช้กลุ่มต่างๆที่มีอยู่ในชุมชน เช่น แกนนำสุขภาพ ชมรมสร้างสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ หรือกลุ่มแม่บ้านเกษตรกรในการสร้างสุขภาพของชุมชนอย่างยั่งยืน ในระดับองค์กร พบว่า การศึกษาที่ผ่านมามีการศึกษาถึงกลยุทธ์ กระบวนการและรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของโรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาล

2. วิธีการดำเนินการวิจัย พบว่าวิจัยที่ผ่านมามีการใช้รูปแบบการวิจัยที่หลากหลาย มีงานวิจัยที่เป็นเป็นการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ มีทั้งงานวิจัยที่เป็นเชิงอรรถาธิบายและงานวิจัยที่มีการจัดกระทำหรือเชิงปฏิบัติการในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน แต่มีงานวิจัยส่วนน้อยที่เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

3. กลวิธีในการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า กลวิธีการส่งเสริมสุขภาพที่พบบ่อยได้แก่ กระบวนการมีส่วนร่วม โดยการให้กลุ่มเป้าหมายเรียนรู้ปัญหาของชุมชน วิเคราะห์ทุนและศักยภาพของชุมชน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ พัฒนาศักยภาพ หาทางออกในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมถึงการกำกับติดตามประเมินผลและสรุปบทเรียนโดยชุมชนเป็นระยะๆ นอกจากนั้นยังพบว่า มีหลายการศึกษาที่ใช้กลวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ในลักษณะของการประชุมเชิงปฏิบัติการ การตรวจสุขภาพเพื่อประเมินความเสี่ยง การทำกิจกรรมกลุ่ม การอภิปราย การเรียนรู้จากต้นแบบ การบันทึกพฤติกรรม การเข้าค่าย การกำหนดแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปฏิบัติตามแผน การกระตุ้นเตือนภายในกลุ่ม ตลอดจนการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มเป้าหมายโดยการสอน การอบรม การรณรงค์โดยใช้กิจกรรมคาราวาน การใช้สื่อ เช่น เกม หรือ การใช้เทปธรรมะผ่านหอกระจายเสียงในชุมชน

นอกจากนี้ยังพบว่าในการศึกษาวิจัยที่ใช้ชุมชนเป็นพื้นที่วิจัย ยังมีการใช้กลวิธีในการ

ส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แกนนำสุขภาพครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และการใช้การจัดบริการเชิงรุกเคลื่อนที่ในการตรวจคัดกรองสุขภาพ ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับสิทธิต่าง ๆ ด้านสุขภาพ

4. ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้มีการประเมินผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งในด้าน การเปลี่ยนแปลงในศักยภาพของชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน การเกิดแผนแม่บทชุมชนขึ้น ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงในชุมชนในด้านของ ความรู้/การรับรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย และพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล

ทิศทางการวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน

จากการวิเคราะห์ประเด็นวิจัยการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่กล่าวข้างต้นร่วมกับการพิจารณาการกำหนดประเด็นการวิจัยของหน่วยงานต่าง ๆที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพชี้ให้เห็นถึงช่องว่างที่นำมาสู่ทิศทางการวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนได้ดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพ จากสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุ และโรคเรื้อรังที่เพิ่มสูงมากขึ้นซึ่งมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา การศึกษาวิจัยเพื่อหาทางในการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพเหล่านี้จึงมีความสำคัญ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาและสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดปัญหาของโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ และปัญหาภัยพิบัติทางธรรมชาติ ซึ่งการศึกษาวิจัยเพื่อหาแนวทางในการควบคุมป้องกันปัญหาต่าง ๆเหล่านี้ในแต่ละท้องที่ ก็เป็นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเป็นอย่างยิ่ง

2. กลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากในชุมชนมีประชากรในทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่เด็กแรกเกิด จนถึงผู้สูงอายุ มีประชากรที่มีความหลากหลายในปัญหาสุขภาพ ทั้งในกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ป่วย ตลอดจนมีประชากรที่มีความต้องการเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้พิการ กลุ่มผู้ด้อยโอกาส การศึกษาวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน จึงมีความจำเป็นที่ต้องศึกษาในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ซึ่งเป้าหมายในการศึกษาอาจเป็นในระดับบุคคล ครอบครัว องค์กร และชุมชนก็ได้

3. กลวิธีในการสร้างเสริมสุขภาพ แม้ว่าในการศึกษาที่ผ่านมาจะแสดงให้เห็นถึงกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลายและสามารถก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อผลลัพธ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้เป็นอย่างดี การพัฒนากลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพที่สามารถส่งผลต่อสุขภาวะอย่างยั่งยืน เช่น การพัฒนานโยบายสาธารณะ การใช้กฎหมาย การพัฒนาสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ และรูปแบบการสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมในสังคม ซึ่งยังพบมีการศึกษาอยู่น้อยจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นที่ต้องมีการศึกษาเพิ่มขึ้น นอกจากนี้กระบวนการมีส่วนร่วมซึ่งเป็นกลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนที่สามารถนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพระดับชุมชนที่พึงประสงค์ได้ ควรถูกนำมาศึกษาวิจัยทั้งในด้านกระบวนการและผลลัพธ์สุขภาวะในพื้นที่เพื่อก่อให้เกิดพื้นที่ต้นแบบและขยายผลในการผลักดันนโยบายสาธารณะในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชุมชนภาคประชาชนที่เหมาะสมได้ต่อไป

4. ระบบบริการสุขภาพ ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของพยาบาล และบุคลากร สุขภาพอื่นๆในชุมชน ในการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลสุขภาพในชุมชน

5. ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ในการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาได้มีการสะท้อนถึงผลลัพธ์ระยะสั้นต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การมีส่วนร่วม ความรู้/การรับรู้ และพฤติกรรมสุขภาพอย่างไรก็ตามอาจจะต้องมีการศึกษาวิจัยถึงผลของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในระยะยาวที่มีต่อสุขภาวะ และการลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

สรุป

ประเด็นการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันเกี่ยวข้องกับการลงทุนด้านสุขภาพ ทั้งทางด้านงบประมาณ บุคลากร และเทคโนโลยี การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพ และการประเมินการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้แนวโน้มในการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยจึงอยู่บนความก้าวหน้าในการวิจัย การวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนที่ดีจึงควรสามารถแก้ไขปัญหา ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพและนำไปสู่การสร้างสุขภาวะให้เกิดขึ้นกับประชาชน การกำหนดโจทย์วิจัยที่เหมาะสมควรคำนึงถึงปัญหาการวิจัยในบริบทต่างๆ ช่องว่างขององค์ความรู้จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ตลอดจนแหล่งทุนสนับสนุนการวิจัย นอกจากนี้การสังเคราะห์ชุดความรู้จากงานวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพยังมีความจำเป็นต่อการพัฒนานโยบายสาธารณะ และการขยายผลการดำเนินงานต่อไป

คำถามนำอภิปราย

1. การลงทุนในการสร้างเสริมสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันส่งผลต่อการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนหรือไม่ อย่างไร
2. การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อสุขภาวะของชุมชนอย่างไร
3. การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับความก้าวหน้าในการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนอย่างไร
4. ทำไมจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนโดยใช้กระบวนการวิจัยเป็นพื้นฐาน
5. ประเด็นสำคัญที่ต้องคำนึงถึงในการทำวิจัยสร้างเสริมสุขภาพชุมชนมีอะไรบ้าง

บรรณานุกรม

ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2552). *แผนที่การวิจัยกับวิชาชีพการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: บริษัท ทีคิวพี จำกัด.

วิจิตร ศรีสุพรรณ, ขนิษฐา นันทบุตร, ดวงพร เฮงบุณยพันธ์, และชูวัส ฤกษ์ศิริสุข. (2552). *แลปาก พูน เมืองนครฯ ดู อบต.สร้างระบบการจัดการสุขภาวะโดยชุมชน* (หน้า 77-81). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

ประเวศ วะสี. (2549). *การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน สุขภาวะชุมชนเป็นรากฐานของสุขภาวะทั้งมวล* (หน้า 22-32). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

ภูษิต ประคองสาย, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร และคณะ. (มปป.). *โครงการศึกษาวิจัยแผนการลงทุนด้านสุขภาพ ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10* (หน้า 1-8). กรุงเทพฯ: บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด.

ศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก. (2553). *การจัดตั้งศูนย์วิจัยเพื่อสร้างเสริมความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก (child safety promotion and injury prevention research center) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี*. Retrieved 15 ธันวาคม 2553, from http://www.csip.org/csip/autopage/show_page.php?h=120&s_id=4&d_id=3

ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, ศจย. (2553). *เกี่ยวกับ ศจย.* Retrieved 15 ธันวาคม 2553, 2553, from http://www.trc.or.th/th/about/

สุปรียา วงษ์ตระหง่าน และคณะ. (2552). *รายงานสรุปผลการประชุมพัฒนากรอบเนื้อหาหลักสูตรการสร้างเสริมสุขภาพ* (หน้า 4-7). เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.

สุพรรณี ธรากุล อัญชลี นวลคล้าย กรรณิการ์ คงทอง, และกานต์ ฉลาดธัญญกิจ (2551). การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนเมืองภายใต้มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ. *รามาธิบดีพยาบาลสาร,14*(3), 417-430.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย สกว. (2553). *ทุนวิจัยเพื่อพัฒนาท้องถิ่น*. Retrieved 16 ธันวาคม, 2553, from http://www.trf.or.th/fund/grant3.asp

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, สสส. (2553, 14-09-53). *รู้จักสสส.* Retrieved 15 ธันวาคม 2553, from http://www.thaihealth.or.th/about/get-to-know

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2553). *คู่มือการนำธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๒ ไปใช้ประโยชน์เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน*. กรุงเทพฯ: บริษัทวิชั่น พรีเพลส จำกัด

สำนักงานประกันสังคม. (2549). *สปส.จับมือ สปสช.และสมาคมข้าราชการฯ ร่วมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค*. สืบค้นวันที่ 15 ตุลาคม 2553 สืบค้นจาก http://www. thaipr.net/nc/readnews.aspx?newsid=478F541A9C5640FD0F3055DDF5258064

สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (2552). *ระบบบริการปฐมภูมิ*. สืบค้นวันที่ 15 มีนาคม 2554 สืบค้นจาก http://www.hisro.or.th

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2553). *กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่*. สืบค้นวันที่ 15 ตุลาคม 2553 สืบค้นจาก http://tobt.nhso.go.th/

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *การสาธารณสุขไทย 2548-2550*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อภิญญา ตันทวีวงศ์. (2552). *โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล* (หน้า 17-19, 28-30). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

Penchansky, R., & Thomas, J.W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care, 19*(2):127-140.

Round, R., Marshall, B., & Horton, K. (2005). *Planning for effective health promotion evaluation*. Melbourne: Victorian Government Department of Human Services.

Steckler, A., & Lannan, L (Eds.). (2002). *Process evaluation for public health intervention and research*. San Francisco, CA: Lossey-Bass.

Tones, K. (2000). Evaluating health promotion: a tale of three errors. *Patient Education and Counselling, 39*, 227–236.

Whitehead, D. (2003). Evaluating health promotion: a model for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing, 41*(5), 490-498.



ดัชนี

กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ 219
การจัดการความเครียด 90, 96, 117, 123, 126, 127, 196
    การป้องกันโรคแบบปฐมภูมิ 127
    การป้องกันโรคแบบทุติยภูมิ 127
    การป้องกันโรคแบบตติยภูมิ 127
การสร้างเสริมสุขภาพ 95
    ความหมาย 13, 73
    กลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ 74, 84
        การชี้แนะสนับสนุน 74
        การเพิ่มความเข้มแข็ง 74, 85
        การเป็นตัวกลาง 74
    กลวิธีการสร้างเสริมสุขภาพ 73, 75
        นโยบายสาธารณะ 71, 75
        การสร้างเสริมพลังอำนาจ 14, 170
        การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ 77, 78
        การเพิ่มความสามารถของบุคคล 71, 74
        การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 82, 85, 95, 96, 99, 100
        การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข 71, 83
        การชี้แนะสาธารณะ 90
        การตลาดเชิงสังคม 85
การสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะพฤติกรรม 95
    ออกกำลังกาย 96
    โภชนาการ 107
    การจัดการความเครียด 123

การลดพฤติกรรมเสี่ยง
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ 128
พฤติกรรมสูบบุหรี่ 132
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ 135
การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ 23
ระดับการมีส่วนร่วม 24
ปัจจัยสำคัญในการมีส่วนร่วม 25
การประเมินการมีส่วนร่วม 25
การป้องกันโรค 7, 8, 12, 16, 29
ระดับปฐมภูมิ 14
ระดับทุติยภูมิ 14
ระดับตติยภูมิ 14
การออกกำลังกาย 95, 96
ปัจจัยที่มีผลต่อการออกกำลังกาย 97
ปัจจัยนำ 101
ปัจจัยเอื้อ 101
ปัจจัยเสริม 102
ขั้นตอนการส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน 100
การประเมินความต้องการ 100
การวางแผน 100
การลงมือปฏิบัติ 100
การประเมินผล 100
การปรับเปลี่ยนตามผลการประเมิน 101
การลงทุนด้านสุขภาพ 215, 216
การเข้าถึงบริการสุขภาพ 20, 220
การประเมินผลการสร้างเสริมสุขภาพ 216
การประเมินกระบวนการ 216
การประเมินความก้าวหน้า 225
การประเมินความพร้อมต่อการประเมินผลลัพธ์ของโครงการ 227
การประเมินผลลัพธ์ 224, 230

การประเมินผลกระทบ 226, 229, 230
วิธีการประเมินผลเชิงคุณภาพ 230
การสำรวจด้วยคำถามปลายเปิด 231
การสัมภาษณ์เชิงลึก 231
การสนทนากลุ่ม 106, 231
วิธีการประเมินผลเชิงปริมาณ 231
ข้อมูลจากการมารับบริการ 232
ข้อมูลจากการสังเกต 232
ความแตกต่างการสร้างเสริมสุขภาพกับการป้องกันโรค 16
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 135, 200
แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพวัยทำงาน 194
ระดับบุคคล 194
ระดับองค์กร 196
พัฒนาการเด็ก 144
เด็กทารก 144
เด็กวัยหัดเดินและระยะปฐมวัย 144
เด็กวัยเรียน 145
พัฒนาการด้านจิตสังคม 145
พัฒนาการทางการรู้คิด 146
พัฒนาการของวัยรุ่น 102
วัยรุ่นตอนต้น 163
วัยรุ่นตอนกลาง 163
วัยรุ่นตอนปลาย 165
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ 171
การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร 171
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ 130
การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
บุคคล 120
ครอบครัว 120
ชุมชน 122
โรงเรียน 121

พฤติกรรมเสี่ยงร่วม 171, 178
การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงร่วม 181
นโยบาย 181
5 A's 183
พัฒนาการวัยทำงาน 190
วัยผู้ใหญ่ตอนต้น 199, 200
วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง 191
พัฒนาการผู้สูงอายุ 199, 200
ผู้สูงอายุวัยต้น 199, 200
ผู้สูงอายุวัยกลาง 199, 200
ผู้สูงอายุวัยปลาย 199, 200
พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 201
ทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพ 29
กรอบแนวคิดทางนิเวศวิทยา 29
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 37, 38, 40
แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ 29, 31, 51, 52, 56
ทฤษฎีความสามารถตนเอง 29, 41, 43, 44
ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 31, 57, 58, 61
PRECEDE- PROCEED Framework 29, 30, 31, 62, 65, 67
บุหรี่ 6, 95, 96, 124, 128, 171, 178, 180, 185
ประเด็นการวิจัยการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน 215, 233
ต่างประเทศ 235
ประเทศไทย 235
ปัญหาสุขภาพ 241
กลุ่มเป้าหมาย 240, 241
กลวิธีในการส่งเสริมสุขภาพ 240, 241
ระบบบริการสุขภาพ 242
ผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพ 241, 242
ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น 165
บุคคล 165
ครอบครัว 166

สังคม 168
ปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 202
ปัจจัยด้านประชากร 202
ปัจจัยด้านการรับรู้สุขภาพ 203
ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ 203
พฤติกรรมบริโภค 203
บุหรี่ 203
แอลกอฮอล์ 203
กิจกรรมทางกาย 204
ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยทำงาน 192
ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในเด็ก 148
ปัญหาเด็กอ้วนและน้ำหนักเกิน 148
การบาดเจ็บและอุบัติเหตุในเด็ก 149
ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในวัยทำงาน 192
ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ 204
ความเสื่อมของดวงตา 205
ความเสื่อมเนื่องจากการได้ยิน 205
ปัญหาสุขภาพช่องปาก 205
ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม 206
การหกล้ม 206
โภชนาการ 107
ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ 109
ระดับการส่งเสริมโภชนาการ 112
ชุมชน 112
ครอบครัว 112
โรงเรียน 122, 123
วิวัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ 7
กฎบัตรออตตาวา 8
อเดลเลดด์ ชาร์เทอร์ 7
ซันสวอลล์ ชาร์เทอร์ 7

จาการ์ตา ชาร์เทอร์ 8
กฎบัตรกรุงเทพ 8
กฎบัตรไนโรบี 10
สุขภาพ 2, 3, 11, 21, 53, 56, 68, 91, 93, 96, 100
ความหมาย 2, 3
ปัจจัยกำหนด 5
ปัจจัยบุคคล 5
ปัจจัยภายใน 5
ปัจจัยภายนอก 5
ปัจจัยสิ่งแวดล้อม 6
ปัจจัยระบบบริการสาธารณสุข 6
สุรา 204, 206
หลักการเบื้องต้นของมาตรการที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของคนวัยทำงาน 193
การส่งเสริมสุขภาพ 193
อาชีวอนามัยและความปลอดภัย 194
การจัดการทรัพยากรบุคคล 194
การพัฒนาแบบยั่งยืน 194

ประวัติผู้เขียน



1. **รองศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา**

Assoc.Prof.Arpaporn Powwattana

E-mail : phapw@mahidol.ac.th

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

420/1 Rajvithi Rd., Bangkok THAILAND 10400

การศึกษา : Ph.D. (Nursing) University of Wisconsin-Madison, USA

ความเชี่ยวชาญ : - การสร้างเสริมสุขภาพในวัยรุ่น

- การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น



2. **รองศาสตราจารย์ ดร.สุรินธร กลัมพากร**

Assoc.Prof.Surintorn Kalampakorn

E-mail : phskl@mahidol.ac.th

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

420/1 Rajvithi Rd., Bangkok THAILAND 10400

การศึกษา : Ph.D. (Nursing) University of Michigan, USA

ความเชี่ยวชาญ : - การสร้างเสริมสุขภาพในวัยทำงาน

- การควบคุมการบริโภคยาสูบ



3. **รองศาสตราจารย์ ดร.สุนีย์ ละกำปั่น**

Assoc.Prof.Sunee Lagampan

E-mail : phslk@mahidol.ac.th

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

420/1 Rajvithi Rd., Bangkok THAILAND 10400

การศึกษา : กศ.ด.(การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร) มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประเทศไทย

ความเชี่ยวชาญ : - การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน

- การสร้างเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน งานอนามัยโรงเรียน

- การประเมินผลโครงการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน



4. **ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ**

Asst.Prof.Kwanjai Amnatsatsue

E-mail : phpkm@mahidol.ac.th

ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Department of Public Health Nursing, Faculty of Public Health, Mahidol University

420/1 Rajvithi Rd., Bangkok THAILAND 10400

การศึกษา : Ph.D. (Nursing) University of North Carolina at Chapel Hill, USA

ความเชี่ยวชาญ : - การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ

- การจัดการโรคเรื้อรัง


พิมพ์ที่ : คลังวิทยาลัยการคนตรีมหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2/2/1999 ถ.สายวิทยา ต.ตลาด อ.เมือง จ.มหาสารคาม 44000
Tel. 0-4532-8689 ต่อ 81 Fax. 0-4532-8692 E-mail : sarikahan@hotmail.com 08/2554