

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต^{1*}, มนฤดี แสงวงษ์², ฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์³, ศศิธร บุญสุข⁴ และ จิรนนท์ เจริญผล⁵

(วันรับบทความ 29 พฤษภาคม 2568, วันแก้ไขบทความ 28 สิงหาคม 2568 วันตอบรับบทความ 2 ตุลาคม 2568)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน และประเมินพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. พัฒนารูปแบบด้วยแนวคิด “การดูแลสุขภาพ” ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนของเคิร์ท เลวิน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Acting) 3) การสังเกต (Observing) และ 4) การสะท้อนผล (Reflecting) กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 50 คน เข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นระยะเวลา 24 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์คะแนนพฤติกรรม ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ด้วยสถิติ Paired samples t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัย ได้ผลการพัฒนารูปแบบแบบมีส่วนร่วม โดยจัดรูปแบบทั้ง 6 กิจกรรม ดังนี้ การจัดฐานปรับความคิดและเสริมสร้างความตระหนัก กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน กลุ่มทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบันทึกดูแลสุขภาพ 8 พฤติกรรม ตามหลัก 3อ. 2ส. 2น. 1ฟ. ซึ่งผลลัพธ์ด้านการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff=5.03, 95%CI=1.56 to 8.46, p -value=0.005; Mean diff=3.25, 95%CI =0.78 to 3.38, p -value =0.003) และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยรอบเอวและดัชนีมวลกายลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff=-1.254, 95%CI=-3.08 to 0.57, p -value =0.172; Mean diff=-0.18, 95%CI=-0.55 to 0.20, p -value=0.351) ตามลำดับ

สรุปผลการศึกษา ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน มีประสิทธิภาพสามารถสร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพได้ แต่ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามผลและประเมินความยั่งยืนของโปรแกรม ฯ ต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพ พหุโปรแกรม หลัก 3อ. 2ส. 2น. 1ฟ. วัยทำงาน

¹ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

³⁻⁴ พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

⁵ ผู้ช่วยนักวิจัย

* ผู้รับผิดชอบหลักบทความ Email: Supalucky77@gmail.com

Research article

Development of a Health Savings Model through a Multi-Component Health Promotion Program for Working-Age Personnel in Warin Chamrab Municipality, Ubon Ratchathani Province

Supalak Thanathamsatit^{1*}, Monrudee Saengwong², Thitirat Phawasuttipong³, Sasithorn Boonsuk⁴ and Jiranan Charoenphon⁵

(Received: May 29 2025; Revised: August 28 2025; Accepted: October 2 2025)

Abstract

This action research study aimed to develop a health savings model with a multi-program for health promotion among working-age personnel and to evaluate health-promoting behaviors. The research model applied the "Health Savings" concept, or an account for accumulating health behaviors, using Kurt Lewin's 4-step action research process: 1) Planning, 2) Acting, 3) Observing, and 4) Reflecting. The study sample consisted of 50 personnel, who participated in the 24-week program. Quantitative data were analyzed using a Paired-Samples t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The developed health savings model with a multi-program consisted of six activities: a mindset adjustment and awareness-building session, peer support groups, a behavioral modification activity group, a logbook for 8 health behaviors based on the 3อ. 2ส. 2น. 1พ. principles, and a motivation-building component. The results showed that the mean scores for self-efficacy and health behaviors after participating in the program were significantly higher than before the experiment (Mean diff=5.03, 95%CI=1.56 to 8.46, p -value=0.005; Mean diff=3.25, 95%CI=0.78 to 3.38, p -value=0.003). However, the average waist circumference and BMI decreased insignificantly after the experiment (Mean diff=-1.254, 95%CI=-3.08 to 0.57, p -value=0.172; Mean diff=-0.18, 95%CI=-0.55 to 0.20, p -value=0.351), respectively.

Conclusion: The model is effective in fostering self-efficacy and health behaviors. However, physical changes such as BMI and waist circumference require a longer duration for follow-up and evaluation to assess the program's long-term sustainability.

Key Words: Health Savings Model, Multi-Component Health Promotion Program, Working-Age Personnel

¹ Senior Professional Level Policy and Plan Analyst, Health Center 10 Ubon Ratchathani

² Senior Professional Level Public Health Technical Officer, Health Center 10 Ubon Ratchathani

³⁻⁴ Senior Professional Level Nurse, Health Center 10 Ubon Ratchathani

⁵ Research Assistant

* Corresponding author Email: Supalucky77@gmail.com

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลให้ระบบสาธารณสุขต้องเผชิญกับภาระโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตและความพิการในประชากรวัยทำงานและผู้สูงอายุของไทยและทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังคิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั่วโลกในแต่ละปี⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังระบุว่า ในปี พ.ศ.2564 ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพียงโรคเดียวสูงถึง 24,489 ล้านบาท และโรคหลอดเลือดหัวใจ มีภาระค่าใช้จ่ายมากกว่า 5,000 ล้านบาทต่อปี⁽²⁾ ปัญหาดังกล่าวไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ แต่ยังสะท้อนถึงต้นทุนทางเศรษฐกิจของประเทศในภาพรวม ซึ่งหากประชาชนคนไทยมีสุขภาพที่ดี โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตลอดช่วงชีวิตที่เป็นไปในทางที่ดีและเหมาะสมแล้วย่อมจะทำให้ปัญหาของโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ลดน้อยลงหรือหมดไป

แนวคิดเรื่อง “การออมสุขภาพ” (Health savings) จึงได้รับความสนใจในฐานะกลไกที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันได้อย่างยั่งยืน โดยเปรียบสุขภาพเสมือนทุนที่สามารถสะสมได้ ผ่านการดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการอารมณ์ การดูแลสุขภาพช่องปาก การพักผ่อนให้เพียงพอ และการใช้ชีวิตอย่างสมดุล⁽³⁾ รวมถึงแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงาน ให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย จนถึงวัยเกษียณที่แข็งแรงไม่เป็นภาระพึ่งพิงผู้อื่น ให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรตนเองประจำวันได้ด้วยตนเอง และเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงอายุ จึงจำเป็นต้องมีการดูแลสุขภาพตั้งแต่วัยทำงาน

ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้แนวคิดของ “การออมสุขภาพ” (Health savings) ซึ่งเปรียบเทียบสุขภาพเหมือนกับการออมเงิน โดยมองว่าสุขภาพเป็นทุนที่สามารถสะสมได้จากการดูแลตัวเองอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน ซึ่งช่วยสร้างพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันได้อย่างยั่งยืน โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างแรงจูงใจให้บุคคลหันมาดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และเตรียมความพร้อมสำหรับวัยเกษียณที่จะแข็งแรงและไม่เป็นภาระพึ่งพิงผู้อื่น^(4, 5) มาใช้ร่วมกับพหุโปรแกรม (Multi-program approach) เนื่องจากพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน การใช้โปรแกรมเดียวจึงไม่เพียงพอ พหุโปรแกรมเป็นการรวมเอาแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพหลากหลายมิติมาไว้ด้วยกัน ด้วยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามหลักการ “3อ. 2ส. 1พ. 2น.” ซึ่งเป็นกลวิธีที่เป็นแนวทางทำให้เกิดความสมดุลทางสุขภาพแบบองค์รวม ประกอบด้วย 1) อ อาหาร บุคคลรับประทานอาหารที่เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย 2) อ ออกกำลังกาย เป็นการส่งเสริมให้บุคคลออกกำลังกายเป็นประจำ 3) อ อารมณ์ดี เป็นการส่งเสริมให้บุคคลรู้จักสร้างความสุขให้ตนเอง 4) ส ไม่สูบบุหรี่ เป็นการส่งเสริมให้บุคคลเลิกและไม่ทดลองการสูบบุหรี่ 5) ส ไม่ดื่มสุรา เป็นการส่งเสริมให้บุคคลเลิกการดื่มเพราะการดื่มสุรา 6) น นอนหลับ เป็นการส่งเสริมให้บุคคลนอนหลับให้ครบ 7-9 ชั่วโมง 7) น นม เป็นการส่งเสริมให้สตรีตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง และ 8) พ ฟัน เป็นการส่งเสริมให้บุคคลดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมที่เข้าใจง่ายและปฏิบัติได้จริง

เทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขนาดใหญ่ที่มีบุคลากรวัยทำงานจำนวนมาก มีบทบาทในการให้บริการประชาชนในเขตเทศบาลและพื้นที่ใกล้เคียงอย่างครอบคลุม จากข้อมูลสภาวะสุขภาพบุคลากรในเทศบาลเมืองในจังหวัดอุบลราชธานี 3 แห่ง ได้แก่ เทศบาลเมืองวารินชำราบ เทศบาลเมืองเดชอุดม และเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร พบว่า บุคลากรจำนวนหนึ่งมีภาวะอ้วนลงพุง มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 35.6 (24.35±4.19 ตารางเมตร) ความดันโลหิตสูง

และไม่ออกกำลังกายอย่างเพียงพอ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง^(6, 7) องค์กรจึงมีความจำเป็นต้องกำหนดแนวทางส่งเสริมสุขภาพในระดับโครงสร้างและระบบงานอย่างชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพบุคลากรวัยทำงานในสำนักงานเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้กลวิธีการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. 2น. ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จากการพัฒนาตามรูปแบบที่เป็นนวัตกรรมดังกล่าว จะได้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในหน่วยงานสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการพัฒนาระบบการออมสุขภาพสำหรับวัยทำงาน ที่จะเตรียมตัวก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ และนำไปขยายต่อหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. 2น. ของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อประเมินรูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. 2น. ของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

3. กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการศึกษานี้ ประยุกต์แนวคิดของเคิร์ท เลวิน (Kurt Lewin)⁽⁸⁾ เพื่อใช้ในการพัฒนารอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Acting) 3) การสังเกต (Observing) และ 4) การสะท้อนผล (Reflecting) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน คือ วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบและกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Acting) ประกอบด้วย

- การจัดฐานปรับความคิดและเสริมสร้างความตระหนัก
- ประเมินความสามารถการรับรู้ตนเองในการจัดการสุขภาพ
- การจัดตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน
- กิจกรรมกลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- สนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้
- บันทึกพฤติกรรมสุขภาพ (สมุดบันทึกการออม)
- การเสริมสร้างแรงจูงใจในการออมสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observing) ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ประเมินการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. 2น. เส้นรอบเอว และ ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) วิเคราะห์ผลที่ได้จากการสังเกต ทำความเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้น และหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

4. วิธีการดำเนินการวิจัย

4.1 รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. ของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ประยุกต์ใช้แนวคิดของเคิร์ท และเลวิน (Kurt Lewin)⁽⁷⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Acting) 3) การสังเกต (Observing) และ 4) การสะท้อนผล (Reflecting) ระยะเวลาดำเนินการศึกษา ระหว่าง พฤศจิกายน 2564-กันยายน 2565

4.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบไปด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่

1) กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในวางแผนการดำเนินงาน โดยใช้การสุ่มแบบเจาะจงตามคุณสมบัติพิจารณาจากเป็นผู้มีส่วนได้เสียในการดำเนินงาน (Stakeholder) ประกอบด้วย แกนนำสุขภาพ 3 คน ตัวแทนบุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรม 5 คน และผู้บริหารเทศบาล 2 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 คน

2) กลุ่มบุคลากรผู้เข้าร่วมโปรแกรม เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน อ้างอิงความแปรปรวนและค่าเฉลี่ยของผลต่างจากผลการวิจัยที่ผ่านมาเรื่อง Meta-analysis: Primary Care Weight Loss Interventions⁽⁹⁾ จากสูตร

$$n = \frac{(z_\alpha + z_\beta)^2 \sigma_d^2}{(\mu_d)^2}$$

Z_α = ความเชื่อมั่นที่กำหนดที่ระดับ 0.05 = 1.96

Z_β = อำนาจการทดสอบ = 0.84

μ_d = ค่าเฉลี่ยของผลต่าง = 1.22

σ_d^2 = ความแปรปรวน = 2.7

แทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 39 คน เพื่อป้องกันการถอนตัวออกจากการวิจัย (Drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 20 ดังนั้น การวิจัยนี้จะใช้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 47 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1. มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไปและไม่ถึง 60 ปีบริบูรณ์
2. บุคลากรที่ทำงานประจำในสำนักงานเทศบาลเมืองวารินชำราบ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. เป็นแกนนำสุขภาพ หรือมีความสนใจในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง
4. สมารถใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ

เกณฑ์การแยกกลุ่มตัวอย่างออกจากวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

1. มีภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด (Coronary Artery Disease) โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebral Artery Disease) และ โรคหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral Artery Disease)

2. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดควบคุมไม่ได้

3. แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 หรือระยะที่ 5 หรืออยู่ระหว่างการบำบัดรักษา

ด้วยการทดแทนไต

4. เคยผ่าตัดหรือเคยประสบอุบัติเหตุที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

5. สุขภาพสตรีที่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์

6. มีการวางแผนที่จะย้ายหรือโอนไปสังกัดหน่วยงานอื่น

4.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1) แบบบันทึกการออมสุขภาพรูปแบบ Google Form มีหัวข้อในการบันทึก 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ส่วนที่ 2 การบันทึกการออมสุขภาพในคู่มือบัญชีการสะสมพฤติกรรมสุขภาพกรมอนามัย⁽¹⁰⁾ ได้แก่ จำนวนวันที่บันทึก ระหว่าง 30-150 วัน โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินของเป็น ระดับน้อย=บันทึก 30-70 วัน ระดับปานกลาง บันทึก 71-111 วัน ระดับมาก บันทึก 112-150 วัน ส่วนที่ 3 การออมสุขภาพภาพรวม 8 ด้าน (3อ. 2ส. 1ฟ. 2น.) จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ การออมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การออมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย การออมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดทางอารมณ์ การออมสุขภาพด้านการไม่ดื่มสุรา การออมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่ การออมสุขภาพด้านการดูแลฟัน การออมสุขภาพด้านการนอน และการออมสุขภาพด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (เฉพาะผู้หญิง) เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ 0 คะแนน=ไม่ได้ทำเลย 1 คะแนน=ทำได้บ้าง 2 คะแนน=ทำได้ดี โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินของเบสท์⁽¹¹⁾ เป็น 3 ระดับ คือ น้อย 0-10.66 คะแนน ปานกลาง 10.67-21.33 คะแนน และ มาก 21.34-32 คะแนน

2) แบบประเมินการรับรู้ตนเองในการจัดการสุขภาพตนเองและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ มีประเด็นในข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. 8 เรื่อง จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถตนเอง พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านอารมณ์และสุขภาพจิต พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน พฤติกรรมการนอนหลับ และพฤติกรรมการตรวจเต้านม (หญิงอายุ 30 ปีขึ้นไป) โดยมีระดับคะแนน ดังนี้ ทำไม่ได้=ระดับ 1 ทำได้ยาก=ระดับ 2 พอทำได้=ระดับ 3 ทำได้ง่าย=ระดับ 4 ทำได้ง่ายมาก=ระดับ 5 โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินของเบสท์⁽¹¹⁾ เป็น 3 ระดับ คือ น้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 ปานกลางคะแนนเฉลี่ย 1.67-3.33 และมากคะแนนเฉลี่ย 3.34-5.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรง ครอบคลุมเนื้อหาสำคัญ และตรวจสอบความถูกต้องของภาษาเมื่อได้คะแนนจากการตัดสินนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีมีความสอดคล้องที่คำนวณได้ 0.5 ขึ้นไป

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แบบทดสอบและแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ เทศบาลเมืองเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจงแล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าแอลฟาสัมประสิทธิ์ของครอนบาค (Cronbach's coefficient Alpha) ดังนี้ แบบบันทึกการออมสุขภาพรูปแบบ Google Form ทั้งฉบับเท่ากับ 0.84 และแบบประเมินการรับรู้ตนเองในการจัดการสุขภาพตนเองและข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพทั้งฉบับเท่ากับ 0.93

3) เครื่องมือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย 6 ประเด็น ดังนี้ 1) วิธีการออมสุขภาพ 2) ปัจจัยที่ทำให้การออมสุขภาพได้ดี/ไม่ได้ดี 3) ความสำคัญของการออมสุขภาพ 4) ความคิดเห็นต่อการออมสุขภาพ และการปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน และ 5) ความคิดเห็นต่อโครงการฯ การนำไปใช้ประโยชน์จากโครงการ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ประกอบด้วย แกนนำสุขภาพ บุคลากรที่เข้าร่วมกิจกรรม และผู้บริหารเทศบาล ดำเนินการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มระหว่างและหลังการดำเนินกิจกรรม

4.4 การดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในเทศบาล เมืองวารินชำราบและกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีการทบทวนวรรณกรรมเพื่อร่วมกันจัดทำ “ร่างรูปแบบพหุโปรแกรมการออมสุขภาพ” โดยผู้มีส่วนร่วม ได้แก่ คณะนักวิจัย แกนนำสุขภาพในเทศบาล ผู้แทนจากกลุ่มเป้าหมาย และผู้บริหารองค์กร ดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาร่างรูปแบบร่วมกัน และนำร่างรูปแบบที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจากกรมอนามัยและมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Acting) ดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบ “Warin Healthy City” ที่ออกแบบไว้ พร้อมตรวจสอบคุณภาพและความเหมาะสมของการดำเนินงาน โดยมีการคืนข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมาย และติดตามผลการเข้าร่วมกิจกรรมและพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้รายเดือน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การใช้สมุดบันทึกสุขภาพ การเสริมแรงจูงใจ และการสื่อสารสุขภาพภายในหน่วยงาน รวม 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 24 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observing) ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติอย่างเป็นระบบประเมินการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. 2น. เส้นรอบเอว และ ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เชงคุณภาพใช้วิธีสนทนากลุ่มหลังสิ้นสุดโครงการ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) วิเคราะห์ผลที่ได้จากขั้นตอนการสังเกต ทำความเข้าใจถึงสิ่งที่เกิดขึ้นและหาแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติ

5. การพิจารณาด้านจริยธรรม

วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ระดับเขต เขตสุขภาพที่ 10 รหัสโครงการ คือ ID-01-65-01-E ซึ่งรับรองตั้งแต่วันที่ 20 เมษายน 2565 ถึงวันที่ 20 เมษายน 2566

6. ผลการวิจัย

6.1 ผลการจัดกิจกรรมตามรูปแบบการออมสุขภาพ ‘Warin Healthy City’

พบมีผู้เข้าร่วมรูปแบบทั้งสิ้น 37 คน คิดเป็นร้อยละ 79 ของผู้สมัครเข้าร่วมโครงการ โดยผู้เข้าร่วมตามจำนวนวัน คือ 150 วัน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่บันทึกการออมสุขภาพได้ดี (112-150 วัน) จำนวน 33 คน (ร้อยละ 89.18) กลุ่มที่บันทึกการออมสุขภาพได้ปานกลาง (71-111 วัน) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.41) กลุ่มที่บันทึกการออมสุขภาพได้น้อย (30-70 วัน) จำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.41) จากการสนทนากลุ่ม พบว่าพฤติกรรมสุขภาพ 8 ด้านที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด 3 ลำดับแรก คือ การออกกำลังกาย อาหาร และนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอ ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติได้มาก 3 ลำดับแรก คือ การแปรงฟัน การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสุภาพสตรี ลดการสูบบุหรี่และดื่มสุรา

ตารางที่ 1 ผลการบันทึกการออมสุขภาพในคู่มือบัญชีการสะสมพฤติกรรมสุขภาพ

ที่	จำนวนวันที่บันทึกการออม (วัน)	ผลการบันทึก		
		ระดับ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	30-70 วัน	น้อย	2	5.41
2	71-111 วัน	ปานกลาง	2	5.41
3	112-150 วัน	มาก	33	89.18
	รวม		37	100

6.2 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากร และการออมสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากร และการออมสุขภาพ พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.9 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.16 ± 7.46 ปี สถานภาพแต่งงาน ร้อยละ 48.6 เส้นรอบเอวเพศชายอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 76.9 ($\bar{X}=85.35 \pm 6.76$ เซนติเมตร) เส้นรอบเอวเพศหญิงอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 62.5 ($\bar{X}=79.73 \pm 8.63$ เซนติเมตร) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ อ้วนระดับ 2 ร้อยละ 40.5 ($\bar{X}=24.29 \pm 3.56$ ตารางเมตร) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 73.0 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากรและการออมสุขภาพ (n=37)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	24	64.9
ชาย	13	35.1
อายุ ($\bar{X}=45.16 \pm 7.46$, Min=28, Max=59) ปี		
ต่ำกว่า 30 ปี	1	2.7
30-39 ปี	5	13.5
40-49 ปี	21	56.8
50-59 ปี	10	27.0
ดัชนีมวลกาย ($\bar{X}=24.29 \pm 3.56$ Min=18.4, Max=31.95)		
เส้นรอบเอว		
ชาย (13 คน) ($\bar{X}=85.35 \pm 6.76$, Min=74, Max=94) เซนติเมตร		
ปกติ	10	76.9
เกินเกณฑ์	3	23.1
หญิง (24 คน) ($\bar{X}=79.73 \pm 8.63$, Min=68, Max=100) เซนติเมตร		
ปกติ	15	62.5
เกินเกณฑ์	9	37.5

6.3 การออมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้าน

กลุ่มตัวอย่าง มีการออมสุขภาพรวม 8 ด้าน (3อ. 2ส. 1ฟ. 2น.) อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 56.8 เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า การออมสุขภาพที่อยู่ในระดับมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 86.5 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 81.1 และการตรวจเต้านม ร้อยละ 62.5 ส่วนการออมสุขภาพที่อยู่ในระดับน้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ การนอน ร้อยละ 43.2 การออกกำลังกาย ร้อยละ 40.5 และการจัดการความเครียดทางอารมณ์ ร้อยละ 24.3 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการออมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำแนกรายด้าน (n=37)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การออมสุขภาพรวม 8 ด้าน (3อ. 2ส. 1ฟ. 2น.) ($\bar{X}=14.12 \pm 4.26$, Min=2.98, Max=21.09)		
มาก	21	56.8
ปานกลาง	12	32.4
น้อย	4	10.8

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การออมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร		
มาก	7	18.9
ปานกลาง	25	67.6
น้อย	5	13.5
การออมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย		
มาก	6	16.3
ปานกลาง	16	43.2
น้อย	15	40.5
การออมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดทางอารมณ์		
มาก	7	18.9
ปานกลาง	21	56.8
น้อย	9	24.3
การออมสุขภาพด้านการไม่ดื่มสุรา		
มาก	30	81.1
ปานกลาง	3	8.1
น้อย	4	10.8
การออมสุขภาพด้านการไม่สูบบุหรี่		
มาก	32	86.5
ปานกลาง	0	0.0
น้อย	5	13.5
การออมสุขภาพด้านการดูแลฟัน		
มาก	19	51.4
ปานกลาง	15	40.5
น้อย	3	8.1
การออมสุขภาพด้านการนอน		
มาก	10	27.1
ปานกลาง	11	29.7
น้อย	16	43.2
การออมสุขภาพด้านการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (เฉพาะเพศหญิง) (n=24)		
มาก	15	62.5
ปานกลาง	0	0.0
น้อย	9	37.5

6.4 การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือน

การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับดีร้อยละ 35.1 พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีร้อยละ 62.2 โดยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีร้อยละ 48.6 พฤติกรรมด้านอารมณ์และสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.1 พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 54.1 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 54.1 ส่วนใหญ่ร้อยละ 89.2 ไม่สูบบุหรี่ พฤติกรรมการดูแล

สุขภาพช่องปากและฟันอยู่ในระดับดีร้อยละ 91.9 พฤติกรรมการนอนหลับอยู่ในระดับดีร้อยละ 70.3 กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 83.3 เคยตรวจเต้านม ดังตารางที่ 4
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือน (n=37)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความสามารถตนเอง				
ดี	1	2.7	13	35.1
ปานกลาง	14	37.8	11	29.8
น้อย	22	59.5	13	35.1
พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม				
ดี	10	27.0	23	62.2
ปานกลาง	23	62.2	12	32.4
ควรปรับปรุง	4	10.8	2	5.4
พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย				
ดี	3	8.1	18	48.6
ปานกลาง	12	32.4	13	35.1
ควรปรับปรุง	22	59.5	6	16.2
พฤติกรรมด้านอารมณ์และสุขภาพจิต				
ดี	2	5.4	2	2.7
ปานกลาง	4	10.8	20	54.1
ควรปรับปรุง	31	83.8	15	43.2
พฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร				
ดี	7	18.9	8	21.6
ปานกลาง	21	56.8	20	54.1
ควรปรับปรุง	9	24.3	9	24.3
พฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์				
ดื่ม	24	64.9	20	54.1
ไม่ดื่ม	23	35.1	17	45.9
พฤติกรรมการสูบบุหรี่				
สูบ	4	10.8	4	10.8
ไม่สูบ	33	89.2	33	89.2
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน				
ดี	10	27.0	34	91.9
ปานกลาง	10	27.0	1	2.7
ควรปรับปรุง	17	46.0	2	5.4

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการณ์นอนหลับ				
ดี	12	32.4	26	70.3
ปานกลาง	19	51.4	11	29.7
ควรปรับปรุง	6	16.2	0	0.0
พฤติกรรมการณ์ตรวจเต้านม (หญิงอายุ 30 ปีขึ้นไป)				
เคย	10	41.7	20	83.3
ไม่เคย	14	58.3	4	17.4

6.5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff=5.03, 95%CI=1.56 to 8.46, p -value=0.005; Mean diff=3.25, 95%CI=0.78 to 3.38, p -value=0.003) ตามลำดับ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือน (n=37)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean Diff.	95%CI	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD				
	การรับรู้ความสามารถตนเอง	60.11	7.86	65.14				
พฤติกรรมสุขภาพ	17.54	2.42	19.62	4.15	2.08	0.78-3.38	3.25	0.003*

* สถิติ Paired sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

6.6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว และค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงจากก่อนการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff=-1.254, 95%CI=-3.08 to 0.57, p -value=0.172; Mean diff=-0.18, 95%CI=-0.55 to 0.20, p -value=0.351) ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือน

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Mean Diff.	95%CI	t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD				
	เส้นรอบเอว	82.96	9.55	81.71				
ดัชนีมวลกาย	24.47	3.50	24.29	3.56	-0.18	-0.55-0.20	-0.95	0.351

* สถิติ Paired Sample t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

7. สรุปและอภิปรายผล

7.1 สรุปขั้นตอนรูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น.

ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาสถานการณ์การออมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. ของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ เพื่อประเมินสภาพปัญหาและความต้องการในการส่งเสริมสุขภาพ

ขั้นตอนการออกแบบพหุโปรแกรม โดยใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นกรอบในการออกแบบกิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับหลัก 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 2ส. (ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) 1ฟ. (ฟัน) และ 2น. (นอน และตรวจเต้านมด้วยตนเอง) กิจกรรมฝึกทักษะการปฏิบัติตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. ผ่านการสาธิตและการฝึกปฏิบัติ กิจกรรมเสริมแรง และกระตุ้นการมีส่วนร่วมผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการให้กำลังใจ

ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือติดตามพฤติกรรม จัดทำคู่มือบัญชีสะสมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. อย่างต่อเนื่อง เพื่อใช้ในการติดตามและประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ขั้นตอนการนำรูปแบบไปทดลองใช้ ดำเนินการใช้พหุโปรแกรมและคู่มือบัญชีสะสมพฤติกรรมสุขภาพกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จำนวน 50 คน

ขั้นตอนการประเมินผล ประเมินผลการใช้รูปแบบการออมสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการบันทึกในสมุดบันทึกออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. บันทึกสะสมพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง ได้แก่ พัฒนาการบันทึกในรูปแบบ Google Form เพื่อความสะดวกและง่ายต่อการบันทึก เชื่อมโยงผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกับระบบการประเมินเลื่อนขั้นเงินเดือน เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ

รูปแบบการออมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในองค์กรอื่น ๆ ได้ โดยมีองค์ประกอบสำคัญคือ การให้ความรู้ การฝึกทักษะ การติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง และการเสริมแรงจูงใจ ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

7.2 สรุปผลการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น.ของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ

ผลการประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรม ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. โดยใช้ออมสุขภาพ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการออมสุขภาพรวม 8 ด้านอยู่ในระดับมาก โดยการออมสุขภาพที่อยู่ในระดับมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา และการตรวจเต้านม ส่วนการออมสุขภาพที่ยังอยู่ในระดับน้อย 3 อันดับแรก ได้แก่ การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดทางอารมณ์ การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพ หลังการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองอยู่ในระดับดี และมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี สรุปได้ว่าพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. 2น. มีผลให้บุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบมีการรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายจะมีแนวโน้มลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

7.3 อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. 2น. ของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพใน 8 ด้าน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการประยุกต์แนวคิด “บัญชีสะสมพฤติกรรมสุขภาพ” ตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. 2น. ซึ่งเป็นแนวทางที่กรมอนามัยใช้เป็นเครื่องมือหลักในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน จากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้มีลักษณะเป็น “พหุโปรแกรม” (Multi-component program) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ การใช้สื่อออนไลน์ การบันทึกสุขภาพประจำวัน การมีโค้ชสุขภาพประจำกลุ่ม และการติดตามผลรายบุคคล ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการปรับใช้โปรแกรมตามบริบทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการพัฒนารูปแบบนี้ ได้แก่ การสนับสนุนจากผู้บริหาร และการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตจริงของกลุ่มเป้าหมาย การจัดฐานปรับความคิดและกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ตามทฤษฎีของ Cohen & Wills(12) ที่ระบุว่า การได้รับการช่วยเหลือและกำลังใจจากคนรอบข้าง จะช่วยให้บุคคลสามารถรับมือกับความเครียดและอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น และการให้เสริมด้านบวก เช่น การให้รางวัลจากพฤติกรรมสุขภาพ มีส่วนสำคัญต่อการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างยั่งยืน ผลการทดลองใช้รูปแบบการออมจึงเป็นกลไกสำคัญที่ส่งเสริมการกำกับตนเอง (Self-regulation) ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการควบคุมความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองให้สอดคล้องกับเป้าหมายที่วางไว้ งานวิจัยของ Hagger et al.(13) ยืนยันว่าการกำกับตนเอง (Self-regulation) และการตั้งเป้าหมาย (Goal setting) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างยิ่งในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถตนเองให้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ของเคิร์ท เลวิน(8) ยังช่วยให้สามารถปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการวิจัยที่มุ่งเน้นการนำแผนการไปสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง

การประเมินผลลัพธ์รูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. 2น. ของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

จากผลการศึกษา พบว่า หลังการเข้าร่วมกิจกรรมของบุคลากรในเทศบาลเมืองวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี การดูแลสุขภาพ Warin Healthy City กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น เส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายลดลงเล็กน้อย แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการดูแลสุขภาพ ‘Warin healthy city สามารถกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพของตนเอง เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการมีสุขภาพที่ดี จนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น และมีการกระทำอย่างต่อเนื่องสามารถส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของบุคลากร ผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพนี้อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถในการจัดการสุขภาพในชีวิตประจำวันของตนเองสูง และคาดหวังกับผลลัพธ์ที่จะเกิดสูง ก็จะลงมือปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ และบุคคลที่มีการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ (บันทึกการดูแลสุขภาพ) จะทำให้ทราบภาวะสุขภาพของตนเอง (กระบวนการสังเกตตนเอง) รวมทั้งแนวโน้มของภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปในทุกวัน เกิดการประเมินข้อมูล การกำหนดเป้าหมาย และลงมือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคม (Social Cognitive Theory) ของ Bandura(14) ซึ่งอธิบายว่าการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-efficacy) เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายความสำเร็จของ

พฤติกรรม เมื่อบุคคลเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถกระทำสำเร็จ ก็จะเกิดแรงจูงใจและลงมือปฏิบัติจริง ซึ่งในงานวิจัยนี้ การใช้พหุโปรแกรมที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ การจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และการบันทึก “บัญชีออมสุขภาพ” ได้ช่วยสร้างแบบแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้บุคลากรกล้าที่จะเริ่มต้นและรักษาวินัยในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง “ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ” จังหวัดอุดรธานี ของ ภาสิต ศิริเทศ⁽¹⁵⁾ พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุพฤติกรรมที่คาดหวังได้ ผ่านแรงจูงใจ การรับรู้ และกระบวนการตัดสินใจ รวมถึงการศึกษาเรื่อง “ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรที่มีระดับไขมันในช่องท้องและดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี” ของ นพพร ทัพอยู่⁽¹⁶⁾ พบว่า การประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองและทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น และการศึกษาในต่างประเทศของ Islam et al.⁽⁵⁾ ที่ได้ทบทวนวรรณกรรมและสรุปว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจทางสังคมในการส่งเสริมสุขภาพสามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ทั้งนี้จากผลการวิจัย ยังพบว่า ผลลัพธ์ทางกายภาพ ได้แก่ เส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญนั้น สอดคล้อง กับงานวิจัยส่วนใหญ่ที่ชี้ให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในงานวิจัยของ Mogul et al.⁽¹⁷⁾ ซึ่งสรุปว่าการเปลี่ยนแปลงน้ำหนักอย่างมีนัยสำคัญในโปรแกรมลดน้ำหนักในที่ทำงานจะเกิดขึ้นหลัง 6 เดือนขึ้นไป หรือตามการศึกษาของ Saeidpour et al.⁽¹⁸⁾ พบว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในสถานประกอบการจำเป็นต้องมีระยะเวลาที่เพียงพอ (อย่างน้อย 6-12 เดือน) เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ทางกายภาพที่ชัดเจน อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์นี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาบางชิ้น เช่น งานวิจัยของ พรหมทิพาว่องไว และคณะ⁽¹⁹⁾ ที่ใช้โปรแกรมออกกำลังกายและควบคุมอาหารในระยะเวลา 6 สัปดาห์ แต่สามารถลดดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้มีภาวะน้ำหนักเกินที่ชัดเจนตั้งแต่เริ่มต้น ทำให้สามารถเห็นการเปลี่ยนแปลงได้เร็ว ผลการวิจัยนี้จึงสะท้อนให้เห็นว่าในระยะสั้น (24 สัปดาห์) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เป็นในด้านพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถตนเองมากกว่าผลลัพธ์ทางกายภาพที่ต้องอาศัยการสะสมพฤติกรรมที่ต่อเนื่องในระยะยาว ดังนั้นการติดตามผลในระยะยาวจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

จากการศึกษานี้จึงสรุปได้ว่าบุคลากรวัยทำงานเป็นกลุ่มที่เริ่มมีปัญหาด้านสุขภาพทำให้มีความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ดังนั้น ผลลัพธ์ของรูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. 2น. แสดงให้เห็นถึงการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงาน โดยอาศัยหลักการของการกำกับตนเอง การรับรู้ความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแต่ทั้งนี้การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ ได้แก่ ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการติดตามผลและประเมินความยั่งยืนของโปรแกรมฯ ต่อไป

8. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการศึกษานี้

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบาย วางแผน และการบริหารจัดการเพื่อออกแบบลักษณะงานให้มีการส่งเสริมการออมสุขภาพ มีการสอดแทรกกิจกรรมให้มีความเหมาะสมต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้กับบุคลากร เช่น การให้รางวัล การเลื่อนขั้นเงินเดือน เป็นต้น

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดกิจกรรมในหน่วยงานเพื่อให้บุคลากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เพื่อให้บุคลากรทราบภาวะสุขภาพและสามารถบริหารจัดการภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเอง โดยส่งเสริม

พฤติกรรมที่บุคลากรสามารถทำได้ดี ได้แก่ การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา และการตรวจเต้านม นอกจากนี้ ควรเพิ่มกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมที่ควรปรับปรุง ได้แก่ พฤติกรรมด้านการนอน พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียดทางอารมณ์ ซึ่งล้วนแต่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคลากรและส่งผลต่อองค์กร

8.2 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรออกแบบกิจกรรมโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของวัยทำงานในหน่วยงาน องค์กร หรือสถานประกอบการต่าง ๆ โดยสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทขององค์กร

9. เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Non-communicable diseases 2022 [cited 2022 May 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาระโรคจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
3. กรมอนามัย. แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดการอมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
4. Williams SL. 149 Perceived Self-Efficacy and Phobic Disability. Self-Efficacy: Thought Control of Action: Taylor & Francis. p. 149-76.
5. Islam KF, Awal A, Mazumder H, Munni UR, Majumder K, Afroz K, et al. Social cognitive theory-based health promotion in primary care practice: A scoping review. Heliyon. 2023;9(4).
6. สำนักงานเทศบาลเมืองวารินชำราบ. รายงานผลการตรวจสุขภาพของบุคลากร ประจำปี 2565. อุบลราชธานี: สำนักงานเทศบาลเมืองวารินชำราบ; 2565.
7. ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต, มนฤดี แสงวงษ์, ศศิธร บุญสุข, ฐิติรัตน์ ภาวะสุทธิพงษ์, รัชดาพร จันทบุตร, จิรนนท์ เจริญผล, และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ภาวะสุขภาพจิต และพฤติกรรมสุขภาพ กับคุณภาพชีวิตของวัยทำงานในสำนักงานเทศบาลเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2565;17(1):314-25.
8. Lewin K. Action research and minority problems. Journal of social issues. 1946;2(4):34-46.
9. Perreault L, Kramer ES, Smith PC, Schmidt D, Argyropoulos C. A closer look at weight loss interventions in primary care: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in Medicine. 2023;10:1204849.
10. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือบัญชีสะสมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ. นนทบุรี: 2565.
11. Best WJ. Research in education: Boston MA: Allyn and Bacon 1997
12. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological bulletin. 1985;98(2):310.
13. Protogerou C, Johnson BT, Hagger MS. An integrated model of condom use in Sub-Saharan African youth: A meta-analysis. Health Psychology. 2018;37(6):586.
14. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological review. 1977;84(2):191.

15. ภาสิต ศิริเทศ, ฌพวิทย์ ธรรมสีหา. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก 2562;20(1):58-65.
16. นพพร ทักอยู่. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในบุคลากรที่มีระดับไขมันในช่องท้องและดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2565;2(2):1-12.
17. Mogul A, Smith N, Jones P, Grewal P. A meta-analysis of short-term workplace weight loss interventions. Obesity Reviews. 2018;19 (11):1528-42.
18. Saeidpour A, Parnian S, Ali N. The effectiveness of a health promotion program in a manufacturing company. International Journal of Health Promotion and Education. 2020;58(2):101-15.
19. พรณทิพา ว่องไว, อมรรัตน์ ภู่เกิด, จันทร์จิรา วีระวงศ์. ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายและควบคุมอาหารต่อภาวะสุขภาพของบุคลากรในสำนักงาน วารสารพฤติกรรมสุขภาพ. 2559;12(3):45-56.



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

วารสารศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี

HPC10Journal