



วารสาร

สมาคมวิชาชีพสุขภาพ

Journal of The Health Education Professional Association

ISSN 2730-1915

ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2567

บทความวิชาการ

- ❖ โครงการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 21
- ❖ “สังคมสูงวัย รอบรู้สุขภาพ ดุลยภาพแห่งการเปลี่ยนแปลง เพื่อการดำรงชีพอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน
- ❖ ธนาคารเวลา (TIME BANK)
- ❖ การทูตที่สร้างพลังละมุน : การสร้างสะพานข้ามวัฒนธรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ
- ❖ สังคมสูงวัยรอบรู้สุขภาพในยุคดิจิทัล
- ❖ อุบัติเหตุทางถนนป้องกันได้ด้วยการวิเคราะห์เหตุการณ์ตามแนวทางมนุษย์ปัจจัย (Human Factors) โดยใช้แบบจำลอง SHELL Model
- ❖ ถั่วเหลืองเพื่อสุขภาพ
- ❖ โครงการการให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ
- ❖ โครงการอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการตรวจคัดกรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน
- ❖ การดูแลสุขภาพสังคมจิตใจในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังติดบ้าน ติดเตียง
- ❖ สมดุลชีวิตด้วยวิถีใหม่ใส่ใจสุขภาพวัยทำงาน
- ❖ ปัญหาสุขภาพจากคลื่นความร้อน
- ❖ ความงามของการอด

แฉวดวงสมาคมวิชาชีพสุขภาพ



ISSN 2730-1915 (Online)



วารสาร

สมาคมวิชาชีพสุขภาพ

Journal of The Health Education Professional Association

ISSN 2730-1915

ปีที่ 39 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2567

ISSN 2730-1915 (Online)

หน้า

บทความวิชาการ

โครงการประชุมวิชาการสุศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 21	1-21
“สังคมสูงวัย รอบรู้สุขภาพ คุณภาพแห่งการเปลี่ยนแปลง เพื่อดำรงชีพอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน	
ธนาคารเวลา (TIME BANK)	23-27
การทูตที่สร้างพลังละมุน : การสร้างสะพานข้ามวัฒนธรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ	29-43
สังคมสูงวัยรอบรู้สุขภาพในยุคดิจิทัล	45-54
อุบัติเหตุทางถนนป้องกันได้ด้วยการวิเคราะห์เหตุการณ์ตามแนวทางมนุษย์ปัจจัย (Human Factors) โดยใช้แบบจำลอง SHELL Model	55-63
ถั่วเหลืองเพื่อสุขภาพ	65-70
โครงการการให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ	71-83
โครงการอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการตรวจคัดกรองเท้าผู้ป่วยเบาหวาน	85-92

การดูแลสุขภาพสังคมจิตใจในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังติดบ้าน ติดเตียง	93-105
สมดุลชีวิตด้วยวิถีใหม่ใส่ใจสุขภาพวัยทำงาน	107-120
ปัญหาสุขภาพจากคลื่นความร้อน	121-129
ความงามของการอด	131-138
แฉวงสมาคมวิชาชีพสุขภาพ	139-142



วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ

Journal of The Health Education Professional Association

<http://hepa.or.th/journal.php>

ISSN 2730-1915 (Online)

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้สนใจทั่วไป รวมทั้งเป็นสื่อสร้างเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ สมาคมวิชาชีพสุขภาพ

<http://hepa.or.th>

เลขที่ 420/1 อาคาร 3 ชั้น 7 ถนนราชวิถี เขตราชเวที กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 02-3548553 อีเมล hepathai@gmail.com

กำหนดเผยแพร่

ปีละ 2 ฉบับ เดือนมกราคม - มิถุนายน และ เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม รูปแบบออนไลน์

คณะที่ปรึกษา

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์
ศ.พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
รศ.ดร.นพ.พิทยา จารุพูนผล
รศ.สุพัฒน์ อีร์เวจเจริญชัย
ผู้อำนวยการกองพลศึกษา

บรรณาธิการ

ศ.ดร.ฉัตรสมุน พงษ์นิญญ์

กองบรรณาธิการ

นางนลินี มกรเสน
นายสรศักดิ์ วัฒนคำสวัสดิ์
นางจารุณี ชัยชาญชีพ
รศ.ดร.สุรีย์ จันทรมณี
รศ.ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม
ศ.ดร.เอมอัชมา วัฒนบุรานนท์
รศ.ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล
รศ.ดร.สุปรียา ต้นสกุล
รศ.ดร.พาณี สัตตะกะลิน

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย
รศ.ดร.พรรณิ ปัญชรศักดิ์กิจ
ศ.ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
รศ.ดร.มลินี สมภพเจริญ
ผศ.ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์
ผศ.ดร.ดุชนี ศุภวรรณกุล
ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล
นางสาวสมบุญ ขอสกุล
ดร.กัณยรัตน์ กุญชรธรรม
นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น
นายปรีชา สุสันต์
นายชัยสิทธิ์ ลูกรักษ์
นางเพ็ญศรี เกิดนาค
นางจริยากร ดิษจินดา
นางวิลาวัลย์ ตั้งสัทยาธิฐาน
นางพรทิพย์ เรืองมี
นางธิดารัตน์ บุญทรง
นางพรทิพย์ เอกสุวีรวงษ์
นางอวาทีพย์ แว

โครงการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 21 “สังคมสูงวัย รอบรู้สุขภาพ คุณภาพแห่งการเปลี่ยนแปลง เพื่อการดำรงชีพ อย่างมีคุณภาพและยั่งยืน”

คณะกรรมการบริหารและที่ปรึกษาสมาคมวิชาชีพสุขภาพร่วมกับสภาคนบดี คณะสาธารณสุขศาสตร์แห่งประเทศไทย สภาการสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยเกริก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ฯ กองสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จึงจัดประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 21 ขึ้น โดยวัตถุประสงค์การจัดโครงการประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 21 นี้ เพื่อให้

1) บุคลากรด้านสุขภาพ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จากสถาบันการศึกษา ผู้ปฏิบัติงานในภาครัฐและเอกชน ภาควิชาและนักวิชาการอิสระ องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในประชาคมสุขภาพต่างๆ ได้เข้าใจและตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

2) บุคลากรด้านสุขภาพ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จากสถาบันการศึกษา ผู้ปฏิบัติงานในภาครัฐและเอกชน ภาควิชาและนักวิชาการอิสระ องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในประชาคมสุขภาพต่างๆ ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นการเตรียมการ และแนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

3) เป็นเวทีในการเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลการวิจัย นวัตกรรม และผลงานดีเด่นด้านการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดี

โดยรูปแบบของการประชุมประกอบด้วยการบรรยาย อภิปราย การนำเสนอผลงานวิชาการ ผลการวิจัย และนวัตกรรม และการนำเสนอกรณีตัวอย่าง บรรณาธิการจึงเห็นว่า ผลงานวิจัยที่นำเสนอในการประชุมนี้มีคุณค่า จึงขอรวบรวมบทความคัดย่อในงานประชุมวิชาการสุขภาพ

ศึกษามาลงในวารสารวิชาชีพสุขภาพ ซึ่งมีจำนวน 18 เรื่อง และบทความวิชาการ 3 เรื่อง ที่ดังต่อไปนี้

- 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดปทุมธานี
- 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรวัยทำงานของจังหวัดเพชรบูรณ์และพิจิตร
- 3) ผลของโปรแกรม “แผนไทย พิชิตเบาหวาน” ร่วมกับการส่งสติ๊กเกอร์ไลน์ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร อารมณ์ และการออกกำลังกายของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชลบุรี
- 4) โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ชนิดที่ 2 ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลยะลา
- 5) ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเดินนับก้าวโดยประยุกต์แนวคิดการกำกับตนเองของบุคลากรที่มีภาวะอ้วนโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี
- 6) ผลของโปรแกรม ‘SMART TEETH’ ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองศรีสะเกษ
- 7) ประสิทธิภาพของการพัฒนา Platform คัดกรองสุขภาพจิตต่อความรู้ ทักษะการให้บริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของวัยรุ่น ในจังหวัดยะลา
- 8) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมการจัดการอารมณ์เศร้า ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร
- 9) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตคลองสามวา กรุงเทพมหานคร
- 10) ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของวัยรุ่นในจังหวัดยะลา
- 11) ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 6
- 12) ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดยโสธร

- 13) ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มา
รับบริการคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลยะลา
- 14) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานก่อสร้างใน
สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เขตกรุงเทพมหานคร
- 15) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดัน
โลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. ในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา
- 16) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัย
รามคำแหง
- 17) การศึกษาความเครียดและการจัดการกับความเครียดของนักศึกษา ชั้นปีที่1
มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตยะลา
- 18) ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาในเขต
เทศบาลนครยะลา

บทความวิชาการ 3 เรื่อง

- 1) ธนากรเวลา: แนวทางในการแก้ไขปัญหาลูกสูงอายุ โดยศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์
สุพรรณทัศน์ นายกสมาคมวิชาชีพสุขภาพ
- 2) การทูตที่สร้างพลังละมุน : การสร้างสะพานข้ามวัฒนธรรมเพื่อการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมสุขภาพ โดยรองศาสตราจารย์ ดร.ประภาเพ็ญ สุวรรณ
- 3) สังคมสูงวัยรอบรู้สุขภาพในยุคดิจิทัล โดยรองศาสตราจารย์ ดร.พรสุข หุ่นนิรันดร์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายหลังสถานการณ์ การระบาดโรคโควิด-19 จังหวัดปทุมธานี

อานนท์ ฉัตรทอง¹ มณฑา เก่งการพานิช^{2*} ชวณ สารข้าวคำ³

บทคัดย่อ

ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดโดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 ซึ่งจะเพิ่มปัญหาด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตภายหลังสถานการณ์การระบาดโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุในจังหวัดปทุมธานี จำนวน 332 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์และสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.1 รองลงมาคือระดับมากที่สุด, มาก และต่ำ ร้อยละ 28.6, 27.5 และ 10.8 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล ลักษณะครอบครัว ลักษณะการอยู่อาศัย โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ผลกระทบจากโรคโควิด-19 และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวโรคโควิด-19 ขณะที่เพศ สถานภาพสมรสและประวัติการรับวัคซีนโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ($p > 0.05$) ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ควรมีโครงการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมากขึ้นและมีการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต / ภายหลังสถานการณ์แพร่ระบาดโรคโควิด-19 / ผู้สูงอายุ

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โทร.086-067-8389 E-mail: chatthong139@gmail.com

^{2*} ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: รองศาสตราจารย์ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โทร: 089-777-7043 E-mail: mondha.ken@mahidol.ac.th

³ อาจารย์ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพของประชากรวัยทำงาน ของจังหวัดเพชรบูรณ์และพิจิตร

นฤมล จันทร์มา¹ ไพฑูรย์ สอนทน²

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อวัดระดับความรอบรู้ทางสุขภาพและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรวัยทำงานอายุ 30-59 ปี ในพื้นที่ของจังหวัดเพชรบูรณ์และพิจิตร จำนวน 2,002 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ (Multiple Logistic Regression)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับดี ร้อยละ 34.2 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 29.4 และระดับดีมาก ร้อยละ 22.8 และทดสอบความสัมพันธ์ พบว่า ระดับการศึกษา (AOR = 3.44; 95%CI = 2.27-5.22) และการเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพ (AOR = 1.69; 95%CI = 1.37-2.09) มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรมสุขภาพผ่านช่องทางต่าง ๆ โดยเฉพาะการพูดคุยอย่างใกล้ชิดทั้งในสถานบริการสาธารณสุขและในชุมชน เพื่อพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพแก่ประชากรวัยทำงาน

คำสำคัญ : ความรอบรู้ทางสุขภาพ/ สุขศึกษา/ ประชากรวัยทำงาน

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ 092-5391926, dominiger2524@hotmail.com

²ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ 0846233905, paithoon.son@pcru.ac.th

ผลของโปรแกรม “แผนไทย พิชิตเบาหวาน” ร่วมกับการส่งสติ๊กเกอร์ไลน์ ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อารมณ์ และการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชลบุรี

ณิชาร ศรีพุ่มบาง^{1*} เสาวนีย์ ทองนพคุณ²

บทคัดย่อ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มุ่งศึกษาผลของโปรแกรม “แผนไทย พิชิตเบาหวาน” กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการ ณ คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอนาทอง จังหวัดชลบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 48 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการทดลอง 8 สัปดาห์ และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ จะได้รับสติ๊กเกอร์ “แผนไทย พิชิตเบาหวาน” ผ่านโปรแกรมไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ Paired samples t-test Independent samples t-test และ Repeated measure ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อารมณ์ และการออกกำลังกาย ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และพบว่าระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลง มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการศึกษาค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อารมณ์ และการออกกำลังกาย และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อารมณ์ และการออกกำลังกาย และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังนั้นสรุปได้ว่าโปรแกรม “แผนไทย พิชิตเบาหวาน” มีประสิทธิผลที่ดีต่อการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร อารมณ์ และการออกกำลังกาย และลดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้

คำสำคัญ: โปรแกรม/ พฤติกรรม 3อ./ เบาหวาน/ ผู้สูงอายุ

^{1*} ผู้ประพันธ์บรรณกิจ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร 087-4893482 E-mail : 64920046@go.buu.ac.th

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร 086-3457918 E-mail : saowaneehe@hotmail.com

โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ชนิดที่ 2 ณ คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลยะลา

รุณีदार กาชัง¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้ เพื่อศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้สถิติ ได้แก่ จำนวน ค่าเฉลี่ยและร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70.00 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 56.00 หลังได้รับโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพบว่า มีผู้ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานการวัดความรู้เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 27คน คิดเป็นร้อยละ 90.00 และ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 50.00 รองลงมา มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 30.00 จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้และมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

คำสำคัญ : โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ/ พฤติกรรมสุขภาพ/ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, กลุ่มงานสุขภาพโรงพยาบาลยะลา, โทรศัพท์ 084-9198873,
E-mail: runeeda@gmail.com

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเดินนับก้าวโดยประยุกต์แนวทางการกำกับตนเองของบุคลากรที่มีภาวะอ้วนโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

มัทนา แวงวรรณ¹ ศรัณญา เบลูจกุล^{2*} มณฑา เก่งการพานิช³

บทคัดย่อ

การเดินนับก้าวเป็นกิจกรรมทางกายมีประสิทธิผลเทียบเท่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิคระดับปานกลางถึงระดับหนัก ที่ได้รับความนิยมในกลุ่มวัยทำงาน การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการเดินนับก้าวโดยประยุกต์แนวทางการกำกับตนเองของกลุ่มตัวอย่าง คือบุคลากรที่มีภาวะอ้วนของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี แบ่งตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง จำนวน 29 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 33 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมแบบผสมผสานเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมสุขศึกษารายกลุ่มในพื้นที่และแบบออนไลน์ผ่าน Line application เก็บข้อมูลก่อน - หลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 โดยใช้แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test, Fisher's exact test, Independent t-test และ Paired Samples t-test ผลการวิจัย พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และค่าดัชนีมวลกาย ไม่แตกต่าง ($p>0.05$) ทั้งจากช่วงก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ยกเว้นจำนวนก้าวเฉลี่ยที่พบสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังนั้น โปรแกรมสุขศึกษานี้ สามารถนำไปใช้เพื่อกระตุ้นให้มีกิจกรรมทางกายด้วยการเดินนับก้าวในชีวิตประจำวัน และบูรณาการเป็นนโยบายส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงาน

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมการเดินนับก้าว/ แนวทางการกำกับตนเอง/ บุคลากรมีภาวะอ้วน

¹ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: Mattanawangvan08@gmail.com

^{2*} ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, Email: sarunya.ben@mahidol.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, Email: Mondha.ken@mahidol.ac.th

ผลของโปรแกรม ‘SMART TEETH’ ต่อความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองศรีสะเกษ

กานต์ชนก สมใจ¹, นิยม จันทรินวล²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม ‘SMART TEETH’ ต่อความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 36 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม SMART TEETH เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การบรรยาย สาธิต ฝึกปฏิบัติ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะได้รับทันตสุขภาพตามปกติ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติ Paired Sample t-test และ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean diff=6.59, 95%CI=2.51-10.66, p-value =0.002) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean diff=2.89, 95%CI=1.60-4.18, p-value <0.001) และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean diff=1.39, 95%CI=0.11-2.68, p-value =0.034) ดังนั้น โปรแกรม SMART TEETH ช่วยให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเอง สามารถนำไปปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน จนเกิดปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก และเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง อย่างไรก็ตามผู้ปกครองและคุณครูซึ่งเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับนักเรียนมากที่สุดควรมีการติดตามพฤติกรรมของนักเรียนในระยะยาวต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมทันตสุขภาพ/ ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก/ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ นักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) โรงพยาบาลศรีสะเกษ อีเมล

karnchanok.so.65@ubu.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ประสิทธิผลของการพัฒนา Platform คัดกรองสุขภาพจิตต่อความรู้ ทักษะการให้บริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของวัยรุ่น ในจังหวัดยะลา

อวาทิพย์ แว¹ ฐิตา แวหะยี^{2*}

บทคัดย่อ

สุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญที่สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีและทำให้ตนเองมีความสุขได้ ในปัจจุบันเราต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เสียสุขภาพจิตได้ การเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตก็เป็นอีกช่องทางที่จะลดความรุนแรงและป้องกันภาวะคุกคามที่จะตามมา การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. พัฒนาช่องทางการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต โดย Platform คัดกรองสุขภาพจิต 2. ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนา Platform คัดกรองสุขภาพจิตต่อความรู้ ทักษะการให้บริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของวัยรุ่น ในจังหวัดยะลา ทางคณะทำงานมีการประชุม และหาแนวทางปรับการให้บริการเชิงรุกโดยเน้น 3 หลักการ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้ 1) Screening Platform (Digital Technology) 2) การบูรณาการ 3) One Stop Service นำมาพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเชิงรุกของศูนย์ให้คำปรึกษา ผลการศึกษพบว่า วัยรุ่นมีการเข้าถึงการคัดกรอง ร้อยละ 100 สามารถวิเคราะห์แบ่งระดับความรุนแรง/แรงด่วน ร้อยละ 100 กลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งต่อในรายที่จำเป็นพบผู้เชี่ยวชาญ ร้อยละ 100 และได้รับการติดตาม follow up ร้อยละ 100 และหลังจากพัฒนาทักษะแกนนำ พบว่ามีความรู้ในการคัดกรองและให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่าผู้เข้าร่วมมีการพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาในแต่ละขั้นตอนส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 39.6 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและระดับน้อย ร้อยละ 35.2 และ 19.8 ตามลำดับ และมีเทคนิคการให้คำปรึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.2 รองลงมาในระดับมากและระดับน้อย ร้อยละ 33 และ 17.6 ตามลำดับ ข้อเสนอแนะ ควรมีพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาในกลุ่มครูและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : แพลตฟอร์ม/ การคัดกรองสุขภาพจิต/ สุขภาพจิตวัยรุ่น

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลยะลา โทรศัพท์ 081-9572694 e-mail: awatipwae@hotmail.com

^{2*} ผู้ประพันธ์บรรณกิจอาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรและธุรกิจสุขภาพ คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา โทรศัพท์ 0896566136 e-mail: dadeennan@yahoo.co.th

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมการจัดการอารมณ์เศร้า ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร

ศุภรัตน์ เทพภิบาล¹ สุภา เพ่งพิศ^{2*} มณฑา เก่งการพานิช³

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้มากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการอารมณ์และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมการจัดการอารมณ์ รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับพฤติกรรมการจัดการอารมณ์เศร้า โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาในโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษากรุงเทพมหานคร เขต 1 จำนวน 382 คน คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด-ต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Chi-square test ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 44.8) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีพฤติกรรมการจัดการอารมณ์เศร้าไม่ดีหรือสามารถจัดการกับอารมณ์เศร้าได้น้อย (ร้อยละ 60.2) และพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการอารมณ์เศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อีกทั้งพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตทุกด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการอารมณ์เศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังนั้น ควรมีการเพิ่มนโยบายเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตและควรให้มีการจัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้สุขภาพจิต เพื่อให้วัยรุ่นมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพจิตมากขึ้น ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตตนเองและจัดการอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต/ พฤติกรรมการจัดการอารมณ์เศร้า/ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา

¹ นักศึกษาปริญญาโท วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เบอร์โทรศัพท์ 080-093-7449 E-mail suparat.the@gmail.com

^{2*} ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เบอร์โทรศัพท์ 090-409-6399 E-mail supa.pen@mahidol.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เบอร์โทรศัพท์ 089-777-7043 E-mail mondha.ken@mahidol.ac.th

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตคลองสามวา กรุงเทพมหานคร

กฤตยา ไม้หอม¹ สุนารี ทะนะเป็ก²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ (Cross sectional) มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในเขตคลองสามวา กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 329 คน ทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ด้วยข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Chi – square test และ Pearson’s Correlation

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระดับปานกลาง (ร้อยละ 41, 67.5 และ 56.8 ตามลำดับ) มีการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 88.1) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแรงสนับสนุนทางสังคมโรคหลอดเลือดสมอง ($r=0.230$, $r=0.201$ และ $r=0.172$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองให้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเป็นข้อมูลพื้นฐานในวางแผนการปรับพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง/ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/ แรงสนับสนุนทางสังคม

¹ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง โทร. 0991095211 e-mail: 6357600078@ru.ac.th

² ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง โทร. 0815318395 e-mail: sunaree.t@ru.ac.th

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ของวัยรุ่นในจังหวัดยะลา

ธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของวัยรุ่นจังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า จังหวัดยะลา จำนวน 436 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 49.3 ความตระหนักรู้ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 72.0 และพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงทางสุขภาพ อยู่ในระดับ ต่ำมาก คิดเป็นร้อยละ 63.1 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ เพศ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความตระหนักรู้ โดยร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงทางสุขภาพ ได้ร้อยละ 30.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพพรายองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ ด้านการเข้าใจและการนำข้อมูลและบริการสุขภาพไปใช้ และด้านการประเมินเพื่อการตัดสินใจ โดยร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงทางสุขภาพ ได้ร้อยละ 20.3 ดังนั้น ดังนั้น ควรมุ่งเน้นการให้ความรู้ควบคู่กับการเสริมทักษะในการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพสำหรับใช้ในการตัดสินใจเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของวัยรุ่น

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ/ วัยรุ่น

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานสุขภาพ โรงพยาบาลยะลา เบอร์โทรศัพท์ 064-2362446 E-mail: jusminetea2004@gmail.com

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 6

ปาริชาติ แยมส์¹ สุภา เฟ่งพิศ^{2*} อิศริย์ธิดา ชัยสวัสดิ์ จันทร์ส่องสุข³

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ แนวทางการสร้างความรอบรู้ต้องสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามโครงสร้างทางสังคม และแนวทางปฏิบัติของชุมชน กลุ่ม อสม. ซึ่งควรจะต้องมีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้และส่งเสริม พฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพให้กับชุมชน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ในเขตสุขภาพที่ 6 มีระยะเวลาปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี และสมัครใจเข้าร่วมวิจัย จำนวน 410 คน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง จากการสุ่มแบบ หลายขั้นตอน (Multi-stage Cluster Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามที่ตอบด้วย ตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยสถิติไคสแควร์ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 47.1) มี พฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพเพียงพอ (ร้อยละ 28.4) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแล ทันตสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา ($p = 0.006$) และความรอบรู้ด้าน สุขภาพช่องปาก ($p < 0.001$) ดังนั้น ควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้กับ อสม. เพื่อให้ มีพฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพที่เพียงพอเหมาะสม และช่วยส่งเสริมศักยภาพในการเป็นผู้นำในการ เปลี่ยนแปลงด้านการดูแลทันตสุขภาพที่สำคัญของชุมชน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก/ พฤติกรรม การดูแลทันตสุขภาพ/ อสม.

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหิดล โทร. 084-781-4683, E-mail: parichart_218@hotmail.com

² ผู้ประพันธ์บรรณกิจ : ศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: supa.pen@mahidol.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ หน่วยส่งเสริมโภชนาการและสุขภาวะ สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: graphkodom@gmail.com

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดยโสธร

นันทยา แสงประจักษ์¹ นิยม จันทรนวล^{2*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชากรกลุ่มเสี่ยง จังหวัดยโสธร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 280 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product –Moment Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 60.35 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.00 และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.45$, $95\%CI=0.37-0.54$, $p<0.001$) ดังนั้น เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับที่เหมาะสม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดเป็นแผนงาน สนับสนุนและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีทักษะและความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ/ ประชากรกลุ่มเสี่ยง

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

² ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี E-mail: Niyom.j@ubu.ac.th

ความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่มารับบริการคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลยะลา

อีดาชาติ วาเงาะ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพพร้อมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการโรงพยาบาลยะลา สำหรับกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการคลินิกปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลยะลา จำนวน 60 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 55.00 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ และระดับดี คิดเป็นร้อยละ 25.00 และ 20.00 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 81.67 รองลงมาอยู่ในระดับไม่ดี และระดับดี คิดเป็น ร้อยละ 11.67 และ 6.67 ตามลำดับ พร้อมทั้งยังพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า บุคลากรทางสุขภาพควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยอาศัยกระบวนการทางสุขภาพศึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อเพิ่มระดับความรู้ด้านสุขภาพให้มากขึ้น นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ/ พฤติกรรมสุขภาพ/ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

¹ ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลยะลา, โทร. 080-7313876, E-mail: hidaa_tee@hotmail.co.th

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของแรงงานก่อสร้าง ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เขตกรุงเทพมหานคร

อนุรักษ์ กำจัดโรค¹ สุจินดา จารุพัฒน์ มาร์โอ^{2*} มณีรัตน์ ชีระวัฒน์³ สุธรรม นันทมงคลชัย⁴

บทคัดย่อ

งานก่อสร้างเป็นงานที่มีความเสี่ยงสูง อัตราการเกิดอุบัติเหตุของแรงงานก่อสร้างสูงเป็นอันดับที่หนึ่ง โดยเฉพาะสถานการณ์ในปัจจุบันมีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ต้องปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอันตรายจากการติดเชื้อเข้ามาเกี่ยวข้องในการทำงานเพิ่มขึ้น การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยของแรงงานก่อสร้างในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานก่อสร้างจำนวน 224 คน จาก 6 โครงการก่อสร้างในกรุงเทพมหานคร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยสถิติไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างแรงงานก่อสร้างส่วนใหญ่เป็นชาวไทย ร้อยละ 78.6 อายุเฉลี่ย 34.9 (± 9.8 ปี) ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานระดับดี (ร้อยละ 71) มีการรับรู้มาตรการความปลอดภัยในการทำงานในระดับปานกลาง (ร้อยละ 49.6) และมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานระดับถูกต้องปานกลาง (ร้อยละ 71.4) สำหรับปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ปัจจัยด้านสัญชาติ ($p=0.015$) ชั่วโมงการทำงานต่อวัน ($p=0.044$) ประวัติการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($p<0.001$) และ ประวัติการประสบอุบัติเหตุ ($p=0.006$) และปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน ($p=0.006$)

คำสำคัญ : แรงงานก่อสร้าง/ พฤติกรรมความปลอดภัย/ ความรู้/ โรคไวรัสโคโรนา 2019

¹ นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 02081-686-1480 E-mail: anurakkam@student.mahidol.edu

^{2*} ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: suchinda.jar@mahidol.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตามหลัก 3อ.2ส. ในอำเภอเมือง จังหวัดยะลา

ฮุดา แวหะยี¹ พิตรี สะอิ^{2*} วานิตา สะตือบา³ รุสนีตา ดอเลาะ³ อัฟนันต์ มะลี³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงใน อำเภอเมือง จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อายุระหว่าง 35 ปีขึ้นไป ที่มารับ บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา จำนวน 396 คน เก็บข้อมูล ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2567 ถึงเดือนเมษายน 2567 เครื่องมือเป็นแบบสอบถามความรู้ การสนับสนุน ทางสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งมีค่า KR-20 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ครอนบาค เท่ากับ 0.67 , 0.85 และ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับมาก ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ ($\beta = 0.003$, $p < 0.05$) อายุ ($\beta = -0.005$, $p < 0.05$) อาชีพ ($\beta = -0.018$, $p < 0.05$) ระดับการศึกษา ($\beta = -0.001$, $p < 0.05$) ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = -0.008$, $p < 0.05$) การได้รับการกระตุ้นเตือนจากบุคคล ในครอบครัว ($\beta = 0.041$, $p < 0.05$) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -0.041$, $p < 0.05$)

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกัน/ 3อ.2ส./ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

¹ อาจารย์หลักสูตร สาธารณสุขศาสตร์และธุรกิจสุขภาพ

^{2*} ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: นักศึกษาปริญญาตรี หลักสูตร วิทยาการธุรกิจสุขภาพ, Email : 406477041@yru.ac.th

³ นักศึกษาปริญญาตรี หลักสูตร วิทยาการธุรกิจสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง

กัลญญ สายวารี¹ สุนารี ทะนะเป็ก²

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 258 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง การรับรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง (ร้อยละ 46.5, 73.6, 68.6 และ 73.6 ตามลำดับ) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ สิทธิการรักษาพยาบาลและที่อยู่อาศัย และพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เกรดเฉลี่ย รายได้ และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.158$, $p=0.011$, $r=0.177$, $p=0.004$ และ $r=0.257$, $p=0.001$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยนี้สามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมสุขภาพให้กับนักศึกษามหาวิทยาลัยรามคำแหง และมหาวิทยาลัยอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ/ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ/ แรงสนับสนุนทางสังคม

¹ นักศึกษาชั้นปีที่ 4 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เบอร์โทร 0991095211 e-mail: 6357600029@ru.ac.th

² ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง เบอร์โทร 0815318395 e-mail: sunaree.t@ru.ac.th

การศึกษาความเครียดและการจัดการกับความเครียดของนักศึกษา ชั้นปีที่1 มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตยะลา

รูชีดา เช็งมาตี¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความเครียดของนักศึกษา ชั้นปีที่1 มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตยะลา และเพื่อศึกษาวิธีการจัดการความเครียดของนักศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาชั้นปีที่1 มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตยะลา จำนวน 217 คน เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวม คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ แบบวัดระดับความเครียด และแบบสอบถามการจัดการความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.41 มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปกติหรือไม่เครียด ร้อยละ 47.5 รองลงมา มีระดับความเครียดสูงกว่าระดับปกติเล็กน้อย ร้อยละ 33.6 ระดับความเครียดปานกลาง ร้อยละ 11.26 และระดับมาก ร้อยละ 9.7 และพบว่า เมื่อนักศึกษาเจอความเครียดขึ้น นักศึกษาจะมีวิธีการต่างๆ เพื่อจัดการความเครียด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติทุกครั้งเมื่อเกิดความเครียดมากที่สุด ร้อยละ 70.00 รองลงมา ปฏิบัติบ่อยครั้ง แต่ไม่ทุกครั้งเมื่อเกิดความเครียด ร้อยละ 29.5 ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเครียดแก่นักศึกษา รวมถึงการศึกษาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตหรือโปรแกรมการจัดการกับความเครียดของนักศึกษา

คำสำคัญ : ความเครียด / การจัดการกับความเครียด

¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการและผู้รับผิดชอบบทความ : กลุ่มงานสุขศึกษาโรงพยาบาลยะลา, โทร.084-3977127 E-mail: ruseeda2533@gmail.com

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ ของนักศึกษาในเขตเทศบาลนครยะลา

มูรณี เจ๊ะน๊ะ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาในเขตเทศบาลนครยะลา ประชากร คือ นักศึกษาคณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตรในสถานศึกษาเขตเทศบาลนครยะลา ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 317 คน เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักเรียนหญิง อายุระหว่าง 19-20 ปี พักอาศัยอยู่กับเพื่อนมากที่สุด ร้อยละ 37.22 และส่วนใหญ่เคยได้รับการอบรมเรื่องโรคเอดส์ ร้อยละ 37.54 เคยทำกิจกรรมเกี่ยวกับต่อต้านเอดส์ ร้อยละ 36.59 มีประวัติเคยเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 67.51 และมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ระดับปานกลาง และมีทัศนคติเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันโรคเอดส์ที่ไม่ถูกต้อง มีประวัติการมีเพศสัมพันธ์กัน ร้อยละ 42.90 และเป็นผู้ที่มีเพศสัมพันธ์แล้วไม่เคยสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง ร้อยละ 47.79 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย 1) หน่วยงานด้านสุขภาพและโรงเรียนควรจัดกิจกรรมเสริมทักษะการป้องกันโรคเอดส์โดยมีหลักสูตรแบบ Home Room 2) ควรมีการให้ความรู้ และสร้างทัศนคติในการป้องกันโรคเอดส์/เอดส์ที่ถูกต้องในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง 3) ควรมีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงติดตามดูแล เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์/เอดส์ 4) ควรจัดโครงการ/กิจกรรมพัฒนาทักษะ การป้องกันและการสวมถุงยางอนามัยที่ถูกต้องในกลุ่มนักเรียน 5) ควรเน้นการรณรงค์และประชาสัมพันธ์สถานการณ์ของโรคเอดส์ต่อกลุ่มเยาวชนตามความเป็นจริงอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ / เจตคติต่อพฤติกรรมทางเพศ / นักศึกษา

¹ ผู้ประพันธ์พันธกิจ: นักวิชาการสาธารณสุข,กลุ่มงานสุขภาพศึกษาโรงพยาบาลยะลา,087-8376821,

E-mail: murnee.yalahos@gmail.com

ธนาคารเวลา (TIME BANK) แนวทางในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุ

ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์

นายกสมาคมวิชาชีพสุขภาพ

ความเป็นมาของธนาคารเวลา (TIME BANK)

แนวคิดและการดำเนินการของธนาคารเวลา เกิดขึ้นมาตั้งแต่ ค.ศ. 1973 หรือเมื่อ 50 ปีที่แล้วมา โดยแม่บ้านชาวญี่ปุ่นชื่อ เทรุโกะ มิซุชิมะ (Teruko Misushima, 1920 – 1996) เป็นคนแรกของประเทศญี่ปุ่น ที่รวบรวมอาสาสมัครแรงงานขึ้น ในปี ค.ศ. 1973 เรียกกลุ่มนี้ว่า Volunteer Laboure Network ซึ่งสมาชิกมีความหลากหลายในอาชีพ และอายุ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นแม่บ้าน วัตถุประสงค์ของการรวมตัวกลุ่มนี้เพื่อทำงานให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งในเวลานั้นรัฐบาลญี่ปุ่นยังไม่มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลผู้สูงอายุป่วยที่ต้องใช้เวลานาน (long term care)

ดังนั้น การช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยกลุ่มอาสาสมัครเหล่านี้เป็นการช่วยเหลือกับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลในระยะยาว

ต่อในปี ค.ศ. 1980 ศาสตราจารย์ทางวิศวกรรมศาสตร์ชื่อ เอ็ดการ์ คห์น (Edgard Cahn, 1935 – 2022) ซึ่งถือว่าเป็นผู้บุกเบิกเรื่องธนาคารเวลาของสหรัฐอเมริกา ทำให้มีการดำเนินงานในรัฐต่าง ๆ ของอเมริกาเกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย ต่อมาก็มีประเทศต่าง ๆ ได้พัฒนาแนวทางการดำเนินงานธนาคารเวลาออกไปใน 34 ประเทศทั่วโลกอย่างเป็นระบบ ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ เป็นประเทศแรกๆ ที่มีการดำเนินการธนาคารเวลาได้ผลเป็นอย่างดี ทำให้ประเทศอื่น ๆ ได้นำเอารูปแบบการดำเนินงานไปประยุกต์ใช้ในประเทศของตนเอง

แต่การดำเนินงานของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันไปตามลักษณะของประเทศ และสภาพของปัญหาแต่ละชุมชน แต่สาระหลักก็เป็นการดำเนินงาน ที่ทำโดยองค์กรในชุมชนของตนเอง แต่ได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561 รัฐบาลได้มอบหมายให้กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นำแนวคิดของธนาคารเวลามาประยุกต์ใช้ในสังคมไทย ปัจจุบันได้มีการดำเนินงานธนาคารเวลามาแล้วมากกว่า 80 พื้นที่ทั่วประเทศ การดำเนินงานของธนาคารเวลาได้รับการสนับสนุนทั้งงบประมาณ และทางด้านวิชาการจากหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน

ดังนั้น การดำเนินการธนาคารเวลาจึงเป็นแนวทางและกลไกที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาของผู้สูงวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงวัยที่มีปัญหาด้านสุขภาพที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้แล้ว และไม่มีคนอื่นในครอบครัวที่จะให้การดูแล ดังนั้นการที่ให้สมาชิกในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการแบ่งเวลาดูแลช่วยเหลือเมื่อมีความต้องการ ก็จะทำให้ระบบการดำเนินงานแก้ไขปัญหาผู้สูงวัยได้เป็นอย่างดี

แนวความคิดรวบยอดของธนาคารเวลา (Time Bank) หมายถึง การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งที่สมัครใจจะใช้เวลาที่มีอยู่ของตนเองไปทำงานช่วยเหลือให้กับผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หรือมีความลำบากในการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น คนพิการ ผู้ป่วยติดเตียง ผู้สูงวัยที่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่จำเป็นด้วยความลำบาก บุคคลที่มีเวลาพอที่จะช่วยคนอื่นได้ด้วยความสะดวกใจนี้จะต้องเข้าไปร่วมในกระบวนการดำเนินงาน ตามที่กลุ่มของชุมชนหรือกลุ่มบุคคลใดวางแผนกำหนดในการดำเนินงานเอาไว้ เช่น ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ไปดูแลผู้ป่วยติดเตียงในบ้านบุคคลนั้นก็ใช้เวลา 1 ชั่วโมงให้คนอื่น เมื่อเขาต้องการรับบริการจากคนอื่น เขาก็จะได้รับการบริการนั้นเป็นเวลา 1 ชั่วโมงตอบแทนเช่นกัน พูดง่าย ๆ คือ การแลกเปลี่ยนเวลาซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือในเวลาที่เรามีความต้องการ ความต้องการที่ว่านี้อาจเป็นเรื่องใดก็ได้ เช่น การขับรถเพื่อไปธุระ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ช่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มให้ ช่วยผู้ป่วยอาบน้ำ เป็นต้น

ในประเทศญี่ปุ่นขยายแนวความคิดนี้ออกไปกว้างขวาง เช่น เป็นเพื่อนคุยกับผู้สูงวัยที่อยู่บ้านคนเดียว พาผู้สูงวัยท่องเที่ยว เพื่อให้มีความสุขในชีวิตและกิจกรรมอื่น ๆ แนวความคิดนี้ของธนาคารเวลาจะเป็นเรื่องของความสะดวกใจ แต่มีระบบการดำเนินงานที่ชัดเจนซึ่งกลุ่มคนหรือชุมชนนั้นได้จัดตั้งขึ้นและดำเนินการ

แนวทางการดำเนินการของธนาคารเวลาสำหรับประเทศไทย ได้ดำเนินการมาจนถึงปัจจุบันนี้มีมากกว่า 80 พื้นที่ ผู้เขียนมีความเห็นว่าเป็นความคิดที่ดีที่จะให้มีการดำเนินงานขยายตัวเพิ่มขึ้นไปในชุมชนต่าง ๆ เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในชุมชนเมือง เพราะจะเป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อมีความต้องการ ผลที่ตามมาซึ่งมีคุณค่ามหาศาลคิดเป็นตัวเงินไม่ได้ คือ การสร้างจิตสำนึกให้เกิดขึ้นในตัวบุคคลว่าต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างไรบ้างในฐานะที่เป็นสมาชิกของชุมชน ซึ่งคนเป็นสัตว์สังคมต้องอยู่รวมกัน ไม่สามารถอยู่คนเดียวได้ นอกนั้นสิ่งที่ตามมาคือ การที่สมาชิกในชุมชนได้มีปฏิสัมพันธ์กัน เกิดความรู้สึกผูกพันกัน เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ลดปัญหาข้อขัดแย้ง การทะเลาะเล็ก ๆ น้อย ๆ จะหายไป สมาชิกในชุมชนจะอยู่ด้วยกันอย่างมีความสุข ซึ่งเป็นความปรารถนาอันสูงสุด

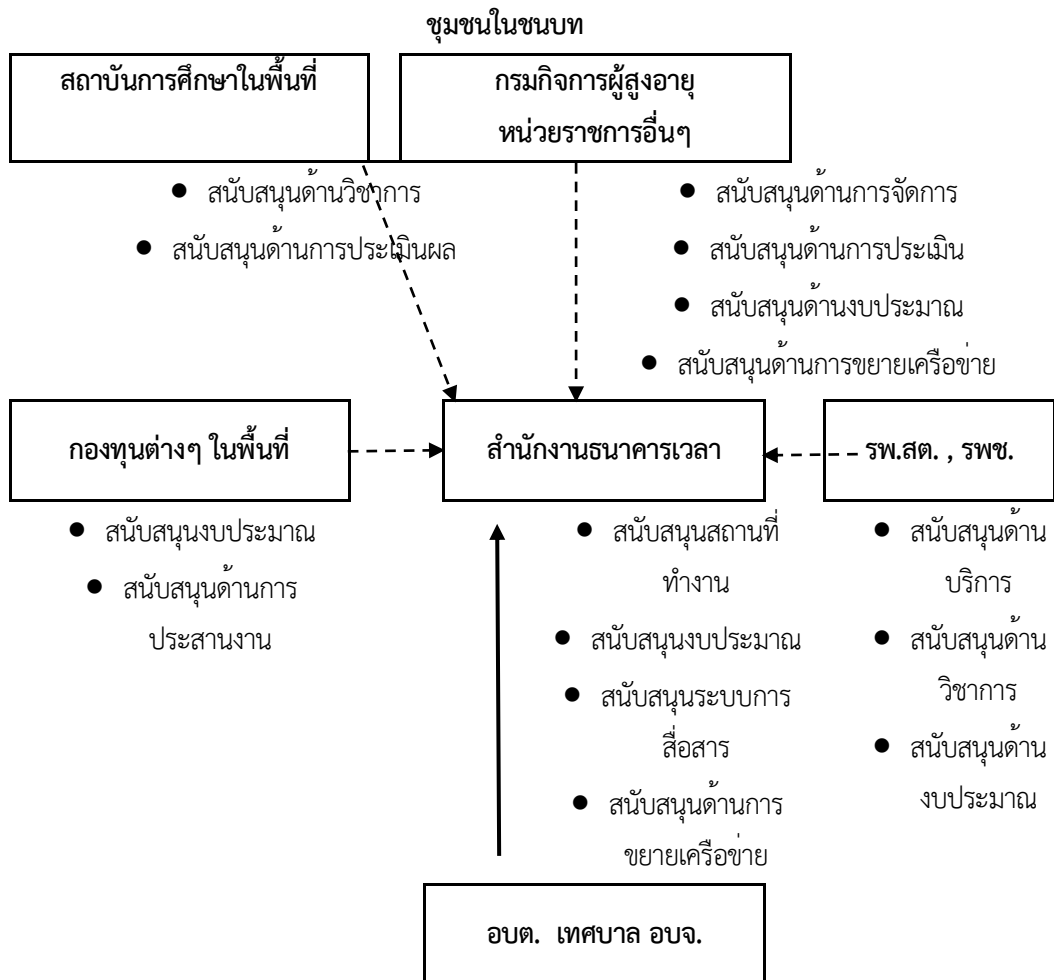
การดำเนินงานของธนาคารเวลาในชุมชนต้องมีขั้นตอน กระบวนการ วิธีการ โดยเริ่มต้นต้องมีการรวมกลุ่มของคนในชุมชนเพื่อมาวิเคราะห์สภาพความต้องการของบุคคลในชุมชน ศึกษา

ปัญหาของความต้องการที่จะใช้เวลาจากสมาชิกในชุมชนว่ามีใครบ้างที่ต้องการบริการ ต้องการเวลาในการรับบริการมากน้อยเพียงใด ใครสามารถสละเวลาให้บริการได้มากน้อยเพียงใด บริการด้านใดที่ได้ให้ได้ในช่วงเวลาใด ฯลฯ มีการจัดตั้งระบบฐานข้อมูลของจำนวนคนที่เข้าร่วม จำนวนคนที่ต้องการรับบริการ วันเวลาที่ต้องการ และข้อมูลพื้นฐานต่าง ๆ มากมาย

หลังจากนั้นต้องจัดตั้งศูนย์กลางของการทำงาน อุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการทำงาน เจ้าหน้าที่จะต้องจัดการบริหารอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงาน การกำกับการทำงาน การแนะนำการทำงาน การติดตามแก้ไขปัญหา การประเมินผลงาน ความพึงพอใจถึงผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เป็นต้น

การดำเนินงานของธนาคารเวลา อย่างยั่งยืนจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นจากภาครัฐหรือภาคเอกชน ในชุมชนหรือนอกชุมชน เช่น การสนับสนุนห้องทำงาน สถานที่ทำงานจาก อบต. เทศบาล หรือหน่วยราชการอื่น ๆ การได้รับการสนับสนุนทางวิชาการจากหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาลในพื้นที่ สถาบันการศึกษาในระดับต่าง ๆ ทั้งในชุมชนและนอกชุมชน การประสานงานจากหน่วยงานภายนอกเพื่อพัฒนาการดำเนินงานให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

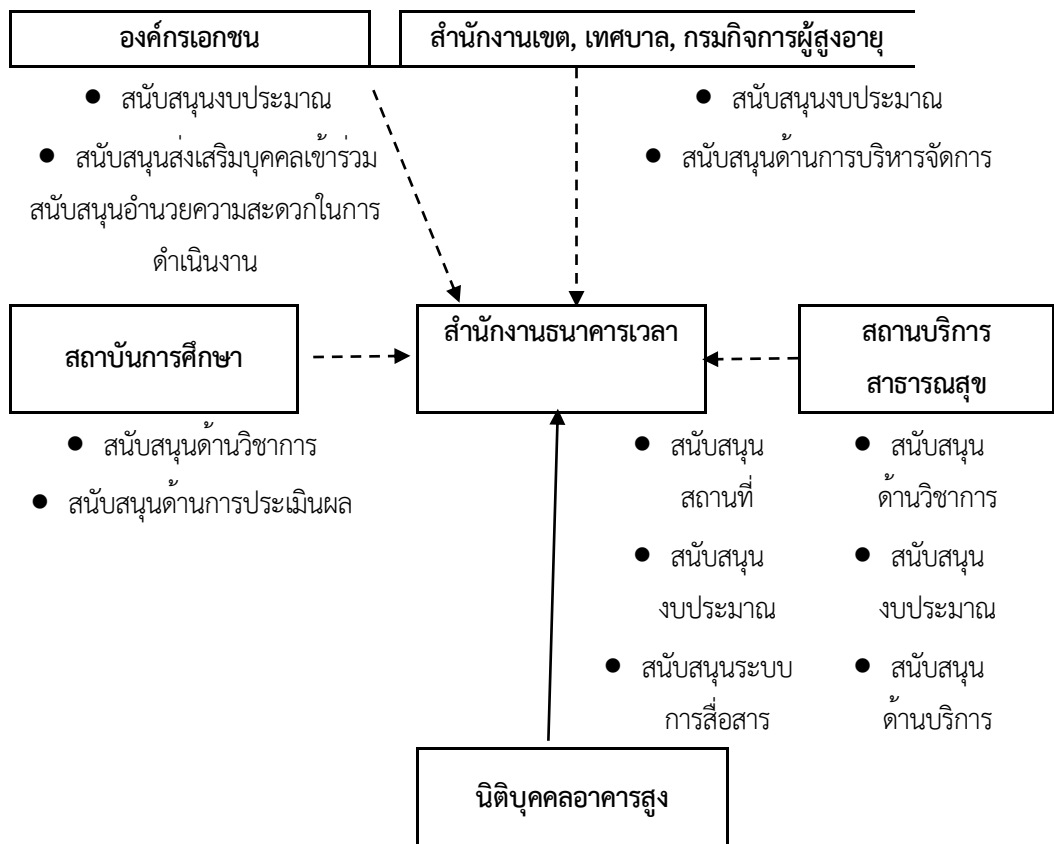
ตัวอย่างโครงสร้างการดำเนินงานของชุมชนในชนบท



รูปแบบการดำเนินงานของธนาคารเวลาในชุมชนอาคารสูง ชุมชนอาคารพาณิชย์ ชุมชนแออัด ชุมชนบ้านจัดสรร ชุมชนชนบท อาจมีโครงสร้างแตกต่างกันไป แต่หน้าที่หลักมีเหมือนกัน คือ สมาชิกของกลุ่มได้สละเวลาที่ตนเองนำไปฝากไว้ที่ธนาคาร แล้วใช้เวลาที่มีอยู่ไปให้บริการแก่ผู้ต้องการรับบริการที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง เป้าหมายหลักคือ ผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาด้านสุขภาพ

โครงสร้างของธนาคารเวลาในชุมชนอาจมีลักษณะดังภาพชุมชนอาคารสูง ดังนี้

ชุมชนอาคารสูง



ระบบการดำเนินงานนี้ไม่ควรที่จะดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐ ควรเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของประชาชนในชุมชนเป็นหลัก เป็นเรื่องของความต้องการช่วยเหลือซึ่งกันและกันด้วยความสมัครใจของประชาชนในชุมชนนั้น แต่หน่วยงานภายนอก เครือข่ายต่าง ๆ เป็นส่วนที่สนับสนุนที่จะให้การทำงานนั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

การทูตที่สร้างพลังละมุน : การสร้างสะพานข้ามวัฒนธรรม เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

Soft Power Diplomacy: Bridging the Culture for Health Behavioral Change

รองศาสตราจารย์ ดร.ประภาเพ็ญ สุวรรณ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทย แนวคิด Soft Power กำลังเป็นที่สนใจของประชาชนทุกระดับ โดยเฉพาะรัฐบาลชุดปัจจุบันที่เน้นการส่งเสริมเศรษฐกิจของประชาชนไทยและของประเทศโดยรวม โดยเฉพาะหลังการระบาดของโควิด-19 เมื่อพิจารณารายละเอียดถึงแนวคิดและหลักการของ “การพัฒนา “Soft Power” และ “การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จะมีแนวคิดและหลักการที่ค่อนข้างจะเหมือนกัน” ซึ่งก็เป็นเป้าหมายสำคัญเป้าหมายหนึ่งของงานสาธารณสุข “การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ” ของประชาชน เนื่องจากปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ของประเทศเกิดจากพฤติกรรม การปฏิบัติของปัจเจกบุคคล โดยเฉพาะโรคไร้เชื้อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases) ซึ่งเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิตของประชากรไทย รวมทั้งประชากรโลก และอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โรคเหล่านี้ได้แก่ โรคเส้นเลือดแตกในสมอง (Stroke) โรคหัวใจหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง เป็นต้น โรคเหล่านี้มีสาเหตุมาจากปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมของบุคคล อันได้แก่ การสูบบุหรี่ การบริโภคแอลกอฮอล์ การรับประทาน อาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ (รับประทานผัก ผลไม้ น้อย, อาหารรสเค็ม ไขมันสูง, ขาดกิจกรรมทางกาย) ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดความเสี่ยงด้านชีวิตา อันได้แก่ น้ำหนักเกินมาตรฐาน และอ้วน, ความดันเลือดสูง , ระดับน้ำตาลในเลือดสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งความเสี่ยงเหล่านี้นำไปสู่การเกิดโรคไร้เชื้อเรื้อรัง ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นในการป้องกันและควบคุมโรคไร้เชื้อเรื้อรังนี้จำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ปัจเจกบุคคล จะต้องเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงดังกล่าว แนวคิดในการพัฒนา Soft Power และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพมีลักษณะที่คล้ายกัน แต่ก็มี ความแตกต่างกันเล็กน้อย

เป้าหมายของการนำเสนอบทความนี้เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจ ความหมาย เป้าหมาย ของแนวคิดการพัฒนา Soft Power และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในงาน

สาธารณสุข แนวคิด หลักการของทั้งสองประเด็นจะมีส่วนคล้ายกัน บางส่วนจะแตกต่างกันบ้าง และแนวคิด/หลักการของการพัฒนา Soft Power สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้

1. Soft Power คืออะไร

ความหมายของคำว่า “Soft Power” ใน The Oxford English Dictionary ได้ให้ความหมายไว้ว่า “เป็นพลัง (Power) ของประเทศ, รัฐ, พันธมิตร เป็นต้น) ที่เกิดจากอิทธิพลทางเศรษฐกิจและวัฒนธรรม มากกว่าการใช้การบังคับ หรือกำลังทางทหาร พลังนี้เป็นความสามารถ (ability) ที่จะมียุทธพลต่อพฤติกรรม (behavior) ของผู้อื่นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ต้องการ โดยทั่วไปมีวิธีการหลายวิธีที่บุคคลจะประสบผลสำเร็จนี้ เช่น การใช้กำลังบังคับ ชูเชิญ ทำให้กลัว ให้อภัย เป็นต้น แต่การสร้าง Soft Power เป็นการทำให้เกิดความร่วมมือโดยไม่ใช้กำลัง “getting others to want the outcomes one wants – co – opt people rather than coerces them (Nye, 1990)

“Soft Power” จะตรงกันข้ามกับ “Hard Power” ซึ่ง hard power จะเป็นการใช้กำลัง และค่าจ้าง Soft Power ไม่จำเป็น จะใช้กับรัฐหรือประเทศเท่านั้น แต่สามารถใช้ได้โดยบุคคลที่รับผิดชอบนโยบายระหว่างประเทศ เช่น หน่วยงานเอกชน (Non-government organizations) หรือองค์กรระหว่างประเทศ บางครั้งอาจจะเรียกว่าเป็น “second face of power” ซึ่งเป็นพลังที่กระทำโดยทางอ้อม (indirect)

ในทางการเมือง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับนโยบายความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ (International policies) Soft Power หมายถึง ความสามารถที่จะร่วมมือ (co-opt) มากกว่าการใช้กำลังบังคับ (ซึ่งจะตรงกันข้ามกับแนวคิด hard power) เป็นการสร้างให้เกิดความชอบสิ่งใดสิ่งหนึ่ง/ประเทศอื่น โดยผ่านสิ่งที่ปรากฏให้เห็นและความเป็นที่ดึงดูดความสนใจ ไม่มีการบังคับให้เกิดขึ้น แต่เป็นการใช้ วัฒนธรรม (culture) ค่านิยมทางการเมือง (Political values) และนโยบายต่างประเทศ (Foreign policies) เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ตามแนวคิดของ Joseph Nye, แห่งมหาวิทยาลัย Harvard ได้อธิบายว่า การให้เกิด Soft Power ก็คือ “การโฆษณาชวนเชื่อที่ดีที่สุด (best propaganda) แต่จะไม่ถูกเรียกว่า การโฆษณาชวนเชื่อ และในยุคของข้อมูลข่าวสาร “ความน่าเชื่อถือ (credibility)” จะเป็นขุมพลังที่หาได้ยากที่สุด (scarcest resource)⁽¹⁾

ในหนังสือเรื่อง Bound to Lead : The Changing Nature of American Power⁽²⁾ กล่าวว่า “เมื่อประเทศหนึ่งทำให้อีกประเทศหนึ่งเกิดความต้องการตามที่ต้องการ จะเรียกว่า

เกิดความร่วมมือ” หรือเกิด “พลังอ่อนโยน/ พลังละมุน” (Soft Power) ซึ่งจะตรงกันข้ามกับพลังรุนแรง (hard power) หรือ “พลังบังคับ” หรือ “สั่ง” ให้ทำตามประเทศนั้น ๆ ต้องการ และ Nye ได้พัฒนาแนวคิดนี้ในหนังสือ Soft Power : The Means to Success in World Politics (Nye, 2004) ตามแนวคิดของ Nye Soft Power ของประเทศหนึ่งๆ จะต้องอาศัยแหล่งทรัพยากร (resources) 3 ประเภทด้วยกัน คือ 1) วัฒนธรรมของประเทศ (ที่เป็นพลังดึงดูดความสนใจให้รักและชื่นชอบ) 2) ค่านิยมทางการเมือง (political values) ที่เป็นที่ยอมรับในประเทศและเป็นที่ชื่นชอบของต่างประเทศ และ 3) นโยบายต่างประเทศ (foreign policies) ที่ดีงาม ชอบด้วยเหตุผล

การจะให้เกิดผลสำเร็จ ประเทศที่เป็นกลุ่มเป้าหมายของ Soft Power จะต้องให้การชมเชย (admiring) ค่านิยมของประเทศต้นตอ ความร่ำรวย ความมีเสรีภาพในการแสดงออก และอยากจะทำตาม ซึ่งประเทศต้นตอจะต้องวางแผนที่จะให้ประเทศอื่น ๆ ทราบถึงนโยบายของประเทศของตนในเวทีโลกที่มีการพบปะนักการเมืองทั่วโลก

อย่างไรก็ตาม Nye กล่าวว่า Soft Power จะเกิดขึ้นยากกว่าพลังอื่น ๆ เนื่องจากว่า ทรัพยากร (resources) เพื่อให้เกิดพลังนี้จำนวนมากอยู่ภายนอกการควบคุมของรัฐ จะต้องทำงานทางอ้อม และอาจจะใช้เวลาหลายปีจึงจะประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ (Nye, 2004) และขึ้นอยู่กับบริบท

คำว่า “Soft Power” มีผู้แปลเป็นภาษาไทยแตกต่างกัน เช่น มานูภาพพลังเย็น พลังนุ่มนวล พลังละมุน อำนาจละมุน พลังอ่อนโยน การเป็นทาสโดยสมัครใจ เป็นต้น ในเอกสารนี้ผู้เขียนจะใช้คำว่า “พลังละมุน”

มีผู้กล่าวไว้ว่า “พลังละมุน” เป็นความสามารถหรือพลัง/อำนาจ ในการดึงดูด และสร้างการมีส่วนร่วมโดยไม่ต้องบังคับหรือใช้เงิน ปัจจุบันใช้ในกรณีของการเปลี่ยนแปลง และสร้างอิทธิพลต่อความคิดของสังคม และประชาชนในประเทศอื่นโดยใช้แหล่งทรัพยากร หรืออาจเรียกว่า สินทรัพย์เพื่อพลังละมุน

แนวคิด Soft Power แรกเริ่มของแนวคิด (concept) ของ Soft Power เริ่มจาก Joseph S. Nye, Jr. ซึ่งอธิบายว่า “Soft Power คือ ความสามารถ (พลัง) โน้มน้าวให้ผู้ถูกกระทำ เต็มใจทำตามสิ่งที่ผู้ใช้อำนาจต้องการด้วยวิธีการละมุนละม่อมที่ชวนให้คล้อยตาม ไม่ใช่การบังคับขู่เข็ญ

สรุป Soft Power หมายถึง “กระบวนการ” หรือ “กลไก” สร้างอำนาจต่อรองในระดับนานาชาติของประเทศผ่านการดึงดูดทางวัฒนธรรมด้วยสื่อ การท่องเที่ยว หรือนโยบายต่างประเทศรูปแบบต่าง ๆ เพื่อแทรกซึมชุดความคิดและภาพลักษณ์ (National branding) ที่ประเทศนั้นต้องการให้ทั่วโลกจดจำ ซึ่งต้องการวางยุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ และเป้าหมายที่ชัดเจนในระยะยาว

กระบวนการ Soft Power จึงต้องมองไกลกว่าการที่ที่จะส่งออกวัฒนธรรมอย่างไร แต่เป็นเรื่องที่วัดผลถึงความสำเร็จของนโยบายสังคม เศรษฐกิจ ที่สะท้อนความสามารถ และศักยภาพอันได้เปรียบของประเทสนั้น ๆ ต่อประเทศอื่น

ทรัพยากร หรือทรัพยากรที่เป็นขุมพลัง แหล่งที่มาของพลังละมุน (Soft Power resources) ถือว่าเป็นสินทรัพย์ (Assets) ที่ทำให้เกิดหรือสร้างความน่าสนใจ (attraction) ซึ่งจะนำไปสู่การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เป็นเป้าหมายของกระบวนการสร้าง Soft Power (Acquiescence) ตามความคิดเห็นของ Nye “การจูงใจ” (Seduction) จะมีประสิทธิภาพมากกว่าการใช้กำลังบังคับ (Coercion) ค่านิยมต่าง ๆ เช่น ประชาธิปไตย (Democracy) สิทธิมนุษยชน (Human rights) และโอกาสของปัจเจกบุคคล (Individual opportunities) ล้วนเป็นสิ่งที่จูงใจ ดึงดูดใจ ที่เกิดขึ้นที่ลึกซึ้ง (deeply seductive) หรือได้รับการจูงใจ/ชักชวนจากสิ่งจูงใจเหล่านี้

สถานการณ์/สิ่งของ/ สินทรัพย์ หรือแหล่งที่ทำให้เกิด Soft Power นี้มีหลายประเภท ซึ่งก็หมายถึงการใช้กลยุทธ์ด้านการสื่อสารนั่นเอง (Communication Strategies)

การเกิดพลังละมุน นี้จะเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ค่านิยม ของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งจะรวมถึงความเชื่อซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของทัศนคติและค่านิยม ซึ่งทัศนคติและค่านิยมนี้เป็นองค์ประกอบทางจิตวิทยาของบุคคลที่มีลักษณะเกี่ยวข้องกัน แต่แตกต่างกันในขอบเขต กล่าวคือทัศนคติจะเกี่ยวกับความรู้สึก ความเชื่อ และความตั้งใจจะกระทำเกี่ยวกับสิ่งหนึ่งๆ บุคคล หรือสถานการณ์ ขณะที่ค่านิยมจะมีขอบเขตที่กว้างกว่า เป็นความเชื่อที่ฝังลึกเกี่ยวกับสิ่งที่ตนเองพึงประสงค์ หรือสิ่งที่มีความสำคัญต่อชีวิตของคน การพัฒนาทัศนคติทางบวกต่อสิ่งต่าง ๆ เกี่ยวข้องกับการสร้าง การรับรู้ ความเชื่อ ความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความสำเร็จของการพัฒนาทัศนคติทางบวกนี้จะเกิดขึ้นได้ก็โดยการจัดการศึกษา/ กิจกรรมทางการศึกษา, การสื่อสาร, และได้มีประสบการณ์จริงด้านบวกด้วยตนเอง ในการพัฒนาค่านิยมอาจจะต้องพิจารณาว่าจะเน้นการพัฒนา ค่านิยมด้านใด เช่น ถ้าเป็นด้านสาธารณสุข หลักการสำคัญคือ ค่านิยมเกี่ยวกับความเท่าเทียมกัน (Equity) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การอยู่ดีมีสุขของชุมชน (Community well-being) เป็นต้น ซึ่งจะต้องพิจารณาว่าเป้าหมายของการสร้าง Soft Power เพื่ออะไร ถ้าเป็นระหว่างประเทศตามแนวคิดดั้งเดิมของ Joseph Nye ก็จะมีมุ่งให้ประเทศอื่น ๆ มีทัศนคติที่ดี/ ทางบวก ต่อประเทศต้นทาง เช่น ในด้านความเป็นประชาธิปไตย การใช้กฎระเบียบ/ กฎหมายกับประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน เป็นต้น ในการปลูกฝังค่านิยมจะต้องส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายถูกคิด (aware) ให้เห็นตัวแบบ และบูรณาการค่านิยมเข้าในวัฒนธรรมขององค์กร ชุมชน ทั้งทัศนคติและค่านิยมจะช่วยให้ปัจเจกบุคคลตัดสินใจ และปรับเปลี่ยนการปฏิบัติในแนวทางที่ตั้งเป้าหมายไว้

นอกจากนี้ ในกระบวนการเกิดพลังละมุนจะเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยน การรับรู้ และ นำสู่การปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่ง โดยผ่านสิ่งที่ดึงดูดความสนใจ (attraction) และการจูงใจ (Persuasion) มากกว่าการใช้กำลัง (coercion)

การสร้างให้บุคคลมีทัศนคติทางบวก จะเกี่ยวข้องกับการใช้กลยุทธ์ทางการสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพใช้ช่องทางการสื่อสารหลายช่องทาง เช่น สื่อต่าง ๆ (Media) การแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม (Cultural exchange) ปฏิสัมพันธ์และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal interactions) ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจสิ่งต่าง ๆ และลักษณะด้านบวกของสิ่งเหล่านั้น การใช้การสื่อสารอย่างเหมาะสม และครอบคลุมเพื่อสร้างค่านิยม และส่งเสริมทัศนคติทางบวกก็จะมีผลต่อการมีทัศนคติทางบวก ความตั้งใจที่จะปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้อง และนำไปสู่การปฏิบัติตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงนี้ต้องใช้เวลาค่อยเป็นค่อยไป และจะต้องวางแผนระยะยาว และต้องวางแผนอย่างละเอียดถี่ถ้วน กิจกรรมที่จะส่งเสริมให้เกิดจะต้องจัดทำต่อเนื่อง จงจำไว้เสมอ ว่ากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม, สังคม, บริบททางเศรษฐกิจของชุมชนนั้น ๆ การสร้าง Soft Power ไม่มีสูตรสำเร็จในทุก ๆ กลุ่มเป้าหมายต้องวิเคราะห์องค์ประกอบของชุมชนนั้น ๆ รวมถึง คุณค่าหรือค่านิยมของชุมชน ความต้องการของชุมชน รวมถึงฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม เป็นต้น และใช้เทคโนโลยีที่พัฒนาขึ้นอย่างมากมาย เป็นเครื่องมือที่จะนำหรือส่งผ่านแหล่งของ “พลัง ละมุน” ไปสู่ชุมชนอื่น ๆ

ในแง่การสร้างพลังละมุนระหว่างประเทศก็ใช้หลักการเดียวกับการพัฒนาทัศนคติ ค่านิยม ซึ่งมีความเชื่อ ความชอบ ความรู้สึกที่ดีต่อประเทศที่จะสร้าง พลังละมุน จึงต้องอาศัยกลยุทธ์ด้านการ สื่อสาร และแนวคิดของเป้าหมายต่าง ๆ จะสอดแทรกอยู่ในเนื้อหาของการสื่อสารนั้น ๆ เช่น อาจจะ สอดแทรกอยู่ในภาพยนตร์ เพลง หรือสื่ออื่น ๆ

แนวคิด Soft Power ที่เกิดขึ้นครั้งแรกโดย Joseph Nye จะเน้นการสร้าง Soft Power ในด้านที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ซึ่งจะเน้นความสามารถของประเทศหนึ่งที่จะมี อิทธิพลต่อประเทศอื่น ๆ โดยผ่านวิธีการที่ไม่ใช้ความรุนแรง (non-coercive means) เช่น ผ่าน วัฒนธรรม, ค่านิยม และนโยบาย แต่เมื่อเวลาผ่านไปแนวคิดนี้ได้ถูกปรับปรุงและประยุกต์ใน สภาวะการณ์ต่าง ๆ นอกเหนือจากความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ แนวคิดนี้ได้ถูกขยายเพิ่มมากขึ้นและ ประยุกต์ในด้านต่าง ๆ รวมถึง ธุรกิจ (Business) การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Individual interactions) ตัวอย่าง ความมีชื่อเสียง/ความโด่งดังของบริษัท, ผลกระทบด้านวัฒนธรรม (Cultural impact), การปฏิบัติอย่างมีจริยธรรมถือว่าเป็นชนิดของ Soft Power ในวงการธุรกิจ เป็นต้น

แต่แนวคิดหลักของการสร้างพลังละมุน คือ “ความสามารถที่จะเปลี่ยนการรับรู้” และมีอิทธิพลต่อบุคคลอื่นโดยผ่านการ “การเป็นที่ดึงดูดความสนใจ” (Attraction) และ “การชักจูง/ การโน้มน้าว” (Persuasion) โดยไม่ใช้การบังคับ หรือความรุนแรง/ อาวุธ

แนวคิด Soft Power สามารถใช้ในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขศึกษา (Health education) ในงานสาธารณสุขได้เช่นเดียวกัน ซึ่งในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (ซึ่งจะรวมถึงความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม และการปฏิบัติหรือทักษะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ) ซึ่งกระบวนการนี้จะใช้กลยุทธ์ด้านการสื่อสาร (Communication strategies) ความสอดคล้องกับวัฒนธรรม (Cultural relevance) ข่าวสารทางบวก และการให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ (Community engagement) การจูงใจ สร้างแรงจูงใจ ดลใจ/บันดาลใจ (inspire) ให้ประชาชนปฏิบัติเพื่อสุขภาพ และเป้าหมายสำคัญคือทำให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างยั่งยืน (Sustainable changes) และนำไปสู่การมีความเป็นอยู่อย่างผาสุก (well-being) และผลลัพธ์ทางสุขภาพ

2. แนวทางการประยุกต์หลักการ Soft Power ในงานสุขศึกษาหรือกิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพ (Interventions)

2.1 ความสอดคล้องกับวัฒนธรรม (Cultural Relevance)

- การจัดเนื้อหา หรือข่าวสารให้สอดคล้องกับค่านิยม และความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย
- ใช้ประโยชน์จากการใช้การสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมที่จะช่วยสร้างความรู้สึกร่วมกันของประชาชน เพื่อส่งเสริมการตอบรับและเสียสละของประชาชนให้มากขึ้น

2.2 สร้างข่าวสารด้านบวก (Positive Messaging)

- จัดข่าวสารด้านสุขภาพให้เป็นด้านบวก และสร้างพลัง/อำนาจ ที่จะดลใจให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ
- ให้ความสำคัญหรือเน้นเรื่องราวที่ประสบความสำเร็จ ผลลัพธ์ด้านบวก และผลประโยชน์ที่เกิดจากการปฏิบัติที่ส่งเสริมสุขภาพ

2.3 การมีส่วนร่วมกับชุมชนอย่างจริงจัง/ การทุ่มเท/ จดจ่อ (Community engagement)

- ให้ชุมชนได้ร่วมมือในการทำโครงการริเริ่มใหม่ๆ ของชุมชน และให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- ร่วมกับชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

.4 การให้การศึกษาและสร้างความตระหนัก (Education and Awareness)

- ส่งเสริมให้ชุมชนเกิดความรู้สุขภาพ (Health Literacy) โดยการให้ข้อมูลที่ชุมชนเข้าถึงได้สะดวก ข้อมูลมีความชัดเจน เข้าใจง่าย และมีอุปกรณ์ที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้
- ใช้ช่องทางสื่อสารที่หลากหลายเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มต่างๆ รวมถึงการใช้เวทีทางด้านดิจิทัล

.5 การใช้ตัวแบบ (Role Modeling)

- เผยแพร่ข้อมูลของตัวแบบที่ประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านวิถีชีวิต ที่ส่งเสริมสุขภาพให้สังคมได้รับรู้
- นำเสนอเรื่องราวของบุคคลที่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของตนเองได้สำเร็จ โดยการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนด้านสุขภาพทางบวก (Positive Choices)

.6 สร้างความร่วมมือ และภาคีพันธมิตร (Collaboration and Partnerships)

- ร่วมมือกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงหัวหน้าชุมชน องค์กรต่างๆ ในชุมชน และผู้มีอิทธิพล (Influencers) เพื่อขยายและส่งต่อข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ
- สร้างพันธมิตรที่จะมีส่วนร่วมในการให้ความคิดเห็น/ ข้อมูลที่จะส่งเสริมชุมชนให้สุขภาพดีขึ้น (Healthier community)

3. ความเหมือนและความแตกต่างระหว่าง “กระบวนการพัฒนาพลังชุมชน” และ “การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ”

จากคำจำกัดความ และแนวคิดของ “พลังชุมชน” สามารถสรุปความเหมือนและความแตกต่างระหว่าง กระบวนการพัฒนา “พลังชุมชน” และ “การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ” ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญของงานสาธารณสุข จะเห็นว่าแนวคิดของกระบวนการพัฒนาทั้งสองอย่าง มีความเหมือนกันหลายประการ สรุปได้ดังนี้

3.1 กระบวนการพัฒนา Soft Power

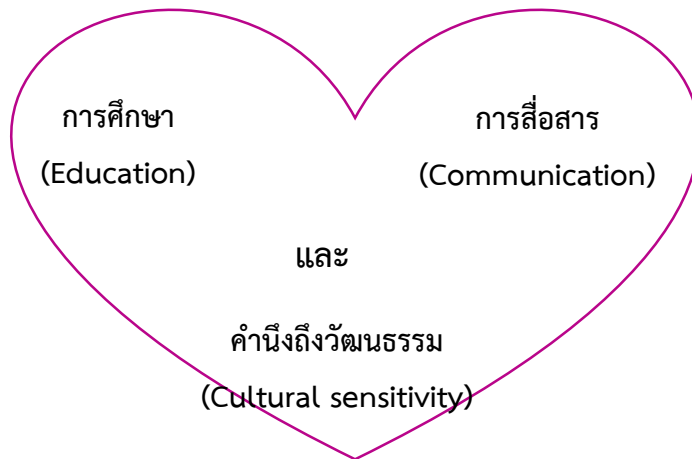
- การจัดการศึกษาและการสื่อสาร (Education & Communication)
- การใช้ช่องทางสื่อสารหลายช่องทาง (Utilizing various channels)

- การแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม (Cultural Exchange)
- การสื่อสารสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication)
- พันธมิตร และความร่วมมือ (Partnership and Collaboration)
- สร้างความสัมพันธ์ทางการทูต (Building Diplomatic Relationship)
- สร้างความร่วมมือเชิงวัฒนธรรม (Cultural Collaboration)
- การมีชุมชนร่วมมือ ทำกิจกรรมร่วมกันและต่อเนื่อง (Community Engagement)
- ตอบสนองไวต่อวัฒนธรรมของชุมชน (Cultural Sensitivity)
- ปรับกิจกรรมให้สอดคล้องและเหมาะสมกับวัฒนธรรม (Cultural adaptation)
- การฝึกอบรมเพื่อพัฒนาความรู้สึก หรือการตอบสนองที่ไวต่อสิ่งต่างๆ (Sensitivity Training)

3.2 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

- การจัดการศึกษาและการสื่อสาร (Education and Communication)
- การรณรงค์ด้านสุขศึกษา (Health Education campaigns)
- การสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ (Communication of health messages)
- การสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal communication)
- พันธมิตรและความร่วมมือ (Partnerships and Collaboration)
- ความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุข/สุขภาพ และบุคลากร (Collaboration with health care providers and organizations)
- สร้างพันธมิตรกับชุมชน (community partnerships)
- ความร่วมมือกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder engagement)
- ตอบสนองไวต่อวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย และให้ความสำคัญ (Cultural sensitivity)
- ปรับวิธีการให้สอดคล้องและเหมาะสมกับวัฒนธรรม (Cultural adaptation)
- สร้างกิจกรรมแทรกแซงที่สอดคล้องกับบรรทัดฐานทางวัฒนธรรม และความเชื่อ (Tailoring interventions to cultural norms and beliefs)
- ให้ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ (Community Engagement)

ประเด็นสำคัญ ของทั้งสองกระบวนการ คือ:



- ไม่ใช่กำลัง ไม่บังคับ (NO COERCION)
- ดึงดูดความสนใจและโน้มน้าว (ATTRACTION & PERSUASION)
- ผ่านกลยุทธ์ทางการสื่อสารหลากหลาย

เป้าหมาย เปลี่ยนความเชื่อ ทศนคติ และการปฏิบัติ

4. การประเมินผลการพัฒนาพลังละมุนและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

4.1 การประเมินผลลัพธ์ของพลังละมุนทางการทูต (Measuring Outcomes of Soft Power Diplomacy) สามารถประเมินผลลัพธ์ได้ดังนี้

4.1.1 การสำรวจความคิดเห็นของสาธารณะ (Public Opinion Surveys)

การสำรวจสาธารณะ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง การรับรู้ ทศนคติ และความชอบ (Preferences) ต่อประกาศหรือองค์การที่ใช้กลยุทธ์เพื่อพัฒนาพลังละมุน (Soft Power strategies) ซึ่งอาจจะรวมถึงการประเมินความชอบ (favorability) ความไว้วางใจ (Trust) หรือ ความสัมพันธ์กัน (Cultural affinity) ในกลุ่มเป้าหมาย

4.1.2 การวัด “การแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรม” (Cultural Exchange Metrics)

ติดตามประเมินตัวชี้วัด เช่น อัตราการมีส่วนร่วมในโครงการแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรม และการเข้าร่วมในกิจกรรมทางวัฒนธรรม เช่น ดนตรี ภาพยนตร์ หนังสือวรรณกรรมต่างๆ เพื่อ

ประเมินอิทธิพลทางวัฒนธรรม และการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม โดยมีกิจกรรมเพื่อการพัฒนา Soft Power

4.1.3 การมีส่วนร่วมเชิงทางการทูต (Diplomatic Engagement) ประเมินผลสำเร็จของการมีส่วนร่วมเชิงการทูตและพันธมิตรที่เกิดจากกิจกรรมเพื่อ Soft Power รวมถึงการเซ็นความร่วมมือทางการทูต การมีความร่วมมือระหว่างประเทศ/สถาบัน และผลสำเร็จที่เกิดจากความสัมพันธ์เชิงการทูต

4.1.4 วิเคราะห์สื่อและสื่อสังคม (Media and Social Media Analysis) วิเคราะห์สื่อที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม Soft Power รวมถึงข้อคิดเห็น จำนวนกิจกรรมที่ลงในสื่อ ความคิดเห็นของสื่อ เป็นต้น

4.1.5 อิทธิพลเชิงเศรษฐกิจและการเมือง (Economic and Political Influences) ประเมินอิทธิพลของ Soft Power ด้านเศรษฐกิจและการเมือง เช่น การเพิ่มขึ้นด้านการค้า การลงทุน การท่องเที่ยว รวมถึงกิจกรรมทางการทูตและนโยบายของประเทศที่เป็นผลจากกิจกรรม Soft Power

4.2 การประเมินผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Measuring Outcomes of Health Behavioral Change Initiatives)

4.2.1 การประเมินพฤติกรรม (Behavioral Surveys) ทำการสำรวจเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ, ทักษะ และ การปฏิบัติ ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย อาจจะใช้วิธีให้กลุ่มเป้าหมายประเมินตัวเอง เกี่ยวกับการปฏิบัติ ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงด้านสุขภาพ และความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

4.2.2 ประเมินตัวชี้วัดทางสุขภาพ (Health Outcome Indicators) ประเมินการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์สุขภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงความชุกของโรค อัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ อัตราตาย และปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ เช่น การหยุดสูบบุหรี่ การมีกิจกรรมทางกาย นิสัยการรับประทาน อาหาร เป็นต้น

4.2.3 การใช้บริการสุขภาพ (Healthcare Utilization) ประเมินแบบแผนการใช้บริการสุขภาพ/สาธารณสุข รวมถึงอัตราการมารับบริการคัดกรอง การมารับบริการสาธารณสุข ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเป้าหมายของโครงการฯ

4.2.4 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและนโยบาย (Environmental and Policy Changes) ประเมินสิ่งแวดล้อมและนโยบายที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม เช่น การเปลี่ยนแปลงที่ทำให้

ประชาชนเข้าถึงอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ มี facilities ด้านการพักผ่อน การนันทนาการ หรือการเกิดนโยบายที่ส่งเสริมงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

4.2.5 ประเมินคุณภาพชีวิตและความอยู่ดีมีสุข (สุขภาวะ) (Quality of Life and Well-being) ประเมินกลุ่มประชาชนที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต สุขภาวะ และความพึงพอใจต่อสุขภาพและชีวิต (satisfaction with health and life)

จากข้อมูลนำเสนอข้างบนสามารถสรุปความเหมือน และความแตกต่างของผลลัพธ์ของการสร้างพลังละมุน และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ดังนี้

ความเหมือน (Similarities) ทั้ง พลังละมุนทางการทูต (Soft Power) และ กิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีเป้าหมาย: - เพื่อเปลี่ยนทัศนคติ, ความเชื่อ และการปฏิบัติของกลุ่มเป้าหมาย - การเปลี่ยนการรับรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของสาธารณะ - เกี่ยวข้องร่วมมือกับพันธมิตร (Partnership) และความร่วมมือ (collaboration) กับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์	ความแตกต่าง (Differences) 1. พลังละมุนทางการทูต Soft Power เน้น การเปลี่ยนการรับรู้ของสาธารณะ การแลกเปลี่ยนวัฒนธรรม และความสัมพันธ์เชิงการทูต กิจกรรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เน้น: การเปลี่ยนแปลง - พฤติกรรมสุขภาพ - ผลลัพธ์สุขภาพ - การใช้บริการสุขภาพ
	2. พลังละมุนทางการทูต - เกิดผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจ และการเมือง - กิจกรรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ - ผลลัพธ์ทางสุขภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน
	3. พลังละมุนทางการทูต

	- ข้อมูลได้จากการถามความคิดเห็น (subjective) และยากต่อการจะนำเสนอ - ข้อมูลเชิงปริมาณที่เด่นชัด - แต่กิจกรรมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพ - มีข้อมูลที่ชัดเจน เกี่ยวกับผลลัพธ์ทาง สุขภาพ (Tangible health outcomes)
--	--

5. การจัดลำดับ (Ranking) ของ Soft Power

ในระดับโลกมีการจัดลำดับของประเทศที่มีความสามารถในการพัฒนา Soft Power โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อโน้มน้าวประเทศอื่น ให้เกิดความเชื่อ ความชอบ และการปฏิบัติต่อตนในทางบวก เกิดสัมพันธภาพที่ดี และความร่วมมือในการดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ระหว่างประเทศ อนึ่งเกณฑ์ในการใช้เพื่อการจัดอันดับแตกต่างกันตามองค์กรที่จัดอันดับนั้น ๆ องค์กรเหล่านั้นอาจเป็นองค์กรทางวิชาการหรือองค์กรระหว่างประเทศ ดังนั้น เกณฑ์ที่ใช้อาจจะแตกต่างกัน เกณฑ์ที่ใช้ส่วนใหญ่ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้

5.1 วัฒนธรรม (Culture) ประเมินจากอิทธิพลของวัฒนธรรม และภาพเกี่ยวกับวัฒนธรรมที่ปรากฏในเวทีโลก (global stage) รวมถึงการเผยแพร่ไปสู่ประเทศต่าง ๆ ผ่านเพลง ดนตรี ภาพยนตร์ วรรณกรรม (literature) และศิลปะ (art) ความนิยมชมชอบของทั่วโลกต่อผู้แทน/ผู้มีชื่อเสียงทางวัฒนธรรม (cultural icons) และตราสินค้า (brand)

5.2 การศึกษา (Education) คุณภาพและบทบาทของสถาบันทางการศึกษาของประเทศ เช่น มหาวิทยาลัย สถาบัน ศูนย์การวิจัย วารสารทางวิชาการ รวมถึงจำนวนนักศึกษาหรือนักวิจัยต่างประเทศให้ความสนใจมาศึกษาในประเทศ

5.3 การทูต (Diplomacy) ผลสำเร็จและอิทธิพลของการทูตของประเทศ และนโยบายต่างประเทศ รวมถึงเครือข่ายทางการทูต การมีส่วนร่วมของต่างประเทศ และองค์กรระหว่างประเทศ และการเจรจาตกลงระหว่างประเทศต่าง ๆ (multilateral agreements)

5.4 เศรษฐกิจ (Economy) ความเข้มแข็ง (strength) และการแข่งขันทางเศรษฐกิจของประเทศ รวมถึง GDP, ความสัมพันธ์ทางการค้า (Trade relationships), นวัตกรรมและเทคโนโลยี และความน่าสนใจของนักลงทุนต่างประเทศที่จะมาลงทุนด้วย

5.5 ธรรมาภิบาล (Governance) คุณภาพของธรรมาภิบาลของประเทศ, การปฏิบัติตามกฎหมาย, ความเป็นประชาธิปไตย สิทธิมนุษยชน (Human rights) และเป็นที่ยกย่อง/นับถือของนานาชาติเกี่ยวกับพื้นฐานของการปฏิบัติต่าง ๆ ในประเทศ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลต่อความน่าเชื่อถือของประเทศ (Credibility) และจะมีอิทธิพลในเวทีโลก

5.6 สินทรัพย์พลังละมุน (Soft Power Assets) สินทรัพย์และทรัพยากรที่จะก่อให้เกิด Soft Power เป็นต้นว่า ค่านิยม, ประวัติศาสตร์, มรดกต่าง ๆ ทางสังคม, สถานที่ที่เป็นมรดกทางวัฒนธรรม และความสามารถที่จะนำเสนอสินทรัพย์เหล่านี้อย่างมีประสิทธิภาพต่อเวทีโลก

5.7 การทูตกับสาธารณะ (Public diplomacy) ความพยายาม (efforts) ของประเทศที่จะมีส่วนร่วมกับประชาคมนานาชาติ โดยการจัดกิจกรรมทางการทูตกับนานาชาติ, การแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรม, การให้ความช่วยเหลือกับนานาชาติ, การช่วยเหลือทางมนุษยธรรม (Humanitarian assistance) รวมถึงปฏิริยาโต้ตอบระหว่างประเทศ

ผลการจัดอันดับเกี่ยวกับประเทศที่สร้างพลังละมุนตามเกณฑ์ดังกล่าว เกี่ยวกับอิทธิพลของวัฒนธรรมที่ส่งไปยังประเทศต่าง ๆ ความมีชื่อเสียงของมหาวิทยาลัย การสร้างเครือข่ายทางการทูตอย่างกว้างขวาง เศรษฐกิจเข้มแข็ง (Robust economy) และภาวะผู้นำในกิจกรรมต่างๆ ในเวทีโลก พบว่าประเทศสหรัฐอเมริกาจะถูกจัดอันดับอยู่ในอันดับแรกๆ อย่างไรก็ตาม อันดับที่ดีจะขึ้นอยู่กับวิธีการที่ใช้ และเกณฑ์ที่ตั้งไว้ในแต่ละองค์กรที่จัดลำดับ

6. หลักการพัฒนาพลังละมุน ต้องการความพยายามหลายอย่าง ต้องการการวางแผนกลยุทธ์อย่างเบ็ดเสร็จ (Comprehensive) ชัดเจน รวมถึงความร่วมมือจากองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน (non-government organization) สิ่งเหล่านี้มีส่วนคล้ายกับกระบวนการการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากภาค/หน่วยงานต่าง ๆ ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับนโยบายของการวางแผนและดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ระบุว่า “สุขภาพจะอยู่ในทุกนโยบาย” (Health in All Policies : HiAP) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการวางแผนกลยุทธ์ ซึ่งต้องพิจารณาประเด็นต่อไปนี้

6.1 การวางแผนกลยุทธ์และความร่วมมือ (Strategic Planning and Coordination) ทั้งการพัฒนาพลังละมุนและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จะต้องมีการวางแผนกลยุทธ์ระยะยาว (Long-term strategic planning) เพื่อระบุ เป้าหมาย, พิจารณาจัดลำดับความสำคัญ (priorities) และกลยุทธ์ในการดำเนินการ (Strategies for implementation) กระบวนการวางแผนนี้ ต้องการ

ความคิดเห็น ความร่วมมือ จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) หลายภาคส่วนของภาครัฐบาล ภาคประชาชน นักวิชาการ และองค์กรเอกชนต่าง ๆ

6.2 นโยบายของประเทศที่เข้มแข็ง (Strong Country Policies) มีกรอบนโยบายของประเทศที่ยึดมั่นและสอดคล้อง (Coherent and Consistent Policies) เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการสร้างพลังชุมชน และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งหมายความว่านโยบายของการสร้างพลังชุมชนนั้นจะต้องสนับสนุนสอดคล้องกับวัฒนธรรมด้านการทูต (cultural diplomacy) การศึกษา, การพัฒนาเศรษฐกิจ และความร่วมมือระหว่างประเทศ ขณะที่นโยบายในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจะต้องส่งเสริมงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การเข้าถึงบริการสาธารณสุข การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

6.3 ความร่วมมือระหว่างองค์กรต่าง ๆ (Collaboration among organizations) ความสำเร็จของการพัฒนาพลังชุมชน และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับความร่วมมือและความเป็นพันธมิตรร่วมระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องหลายองค์กร และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในด้านการพัฒนาพลังชุมชนจะเกี่ยวข้องกับองค์กรเกี่ยวกับวัฒนธรรม การดำเนินงานด้านการทูต องค์กรระหว่างประเทศ และองค์กรเอกชนที่ไม่มีผลกำไร (non-profit organizations) สำหรับด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ มีความต้องการความร่วมมือระหว่างองค์กรของรัฐบาล, ผู้ให้บริการสุขภาพ, องค์กรในชุมชน (community organizations), โรงเรียน, ธุรกิจ, และปัจเจกบุคคล

6.4 สุขภาพอยู่ในทุกนโยบาย (Health in All Policies : HiAP) แนวคิดหลักของ “สุขภาพอยู่ในทุกนโยบาย” เน้นการบูรณาการ (Integration) ของแนวคิด/หลักการด้านสุขภาพในการสร้างนโยบายในทุก ๆ องค์กรและทุกระดับของรัฐบาล โดยอยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า สุขภาพเป็นผลจากหลายปัจจัย นอกเหนือจากระบบบริการสุขภาพแล้วจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของหน่วยงานต่าง ๆ เช่น การศึกษา การคมนาคม ที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อม ส่วนการเสริมสร้างพลังชุมชน จะเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านสังคม ซึ่งจะช่วยปรับเปลี่ยนการรับรู้และพฤติกรรมในระดับเวทีโลก

สรุป

หากได้ให้ความสำคัญ และเข้าใจความเหมือนระหว่างกระบวนการ พัฒนาพลังชุมชน (Soft Power) และการส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีหน้าที่กำหนดนโยบาย (Policymakers) และผู้ปฏิบัติงาน (Practitioners) ในทั้งสองบริบทนี้สามารถที่จะผนวกแนวคิดและหลักการ และการเรียนรู้จากแนวคิด “การสร้างพลังชุมชน” และ “การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ซึ่งสามารถประยุกต์แนวคิดหลักของด้านหนึ่งไปใช้ประโยชน์สำหรับอีกด้านหนึ่งได้ ซึ่งจะทำให้แนวคิด

แต่ละแนวคิดสมบูรณ์ครบถ้วน และประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพทั้งในด้านการมีสุขภาวะ และการร่วมในเวทีโลก (global engagement)

อย่างไรก็ตาม การพัฒนาพลังละมุนและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพต้องใช้เวลา ไม่สามารถเห็นผลในระยะเวลานั้น พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างเปลี่ยนแปลงได้ง่ายบางอย่างอาจจะต้องใช้เวลานาน เช่นเป็น 10 ปี หรืออาจจะไม่เกิดขึ้นก็ได้ เพราะการสร้างพลังละมุนและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้น เป็นการเปลี่ยนแปลงความคิด ความเชื่อ ความรู้ ความชอบของคนในสังคม ซึ่งอาจจะมี ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึกเดิมที่เป็นด้านลบ และอาจจะยากต่อการทำให้เปลี่ยนแปลงในระยะเวลานั้น ดังนั้นกิจกรรมต่าง ๆ ที่วางแผนไว้จึงต้องมีการกระทำอย่างต่อเนื่อง มีการปรับวิธีการให้เหมาะสม และจะต้องมีการประเมินผลลัพธ์ดังได้กล่าวมาแล้ว อนึ่งสิ่งของ (products) หรือกิจกรรมทางวัฒนธรรมต่าง ๆ จะยังไม่เรียกว่าเป็นพลังละมุน (Soft Power) แต่จะเป็นทรัพยากร/แหล่ง (resources) หรือสินทรัพย์ (assets) เพื่อให้เกิดพลังละมุน

เอกสารอ้างอิง

- Abraham, C. & Michie s. (2019). A Taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Journal of Health Psychology*. October 2019. <http://hdl.handle.net/10871/13753>
- Nye, Josephs S. (2004). *Soft Power : The Means to Success in World Politics*. New York: Public Affairs. P. ix, xi, ISBN 9781586482251 Retrieved 16 March 2024.
- “Soft Power”. *Oxford English Dictionary* (Online ed.) Oxford University Press.
- “Soft Power”. *Wikipedia*. www.en.m. Wikipedia.org
- “Soft Power”. *CHATGPT* Retrieved 14 March 2024

สังคมสูงวัยรอบรู้สุขภาพในยุคดิจิทัล

รศ.ดร.พรสุข หุ่นรินทร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ทำให้โครงสร้างทางสังคมมีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ในปัจจุบันคนมีอายุยืนมากขึ้น อายุมากกว่า 80 ปี มีอายุขัยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการการสนับสนุนด้านบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ประเทศในทวีปยุโรปและทวีปเอเชีย (ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สิงคโปร์ ไทย) เข้าสู่สังคมสูงวัย ผู้สูงอายุชาวอเมริกัน อายุ 65 ปี และมากกว่า มี 43.1 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2012 และคาดว่า ในปี ค.ศ. 2050 จะมีจำนวน 83 ล้านคน เป็นร้อยละ 20.9 ของประชากรสหรัฐอเมริกา ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ ในปี พ.ศ. 2566 มีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.66 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2.6 ล้านคน (ในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุติดเตียง 2 แสนคน และผู้สูงอายุติดบ้าน 2.5 ล้านคน) ในปี พ.ศ. 2576 จะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) จะมีประชากรสูงอายุ ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ

ในสังคมสูงวัย มีการชักชวนผู้สูงอายุให้มีส่วนร่วม เรื่อง well-being ให้มี healthy aging ผู้สูงอายุมีการจัดการสุขภาพและการดูแลตนเอง มีวิถีชีวิตรักสุขภาพ ต้องการสร้างเสริมสุขภาพและ well-being กินอาหารมีประโยชน์ ออกกำลังกาย มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี อายุยืน การเข้าถึงเข้าใจ ประเมิน ประยุกต์ข้อมูลข่าวสารสุขภาพ พิจารณาและตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งรวมเรียกว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลทางตรงต่อวิถีการปฏิบัติตนเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

ดังนั้น ผู้เขียนได้อธิบายเกี่ยวกับสังคมสูงวัย สภาวะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ คุณภาพและการสูงวัย ผู้สูงอายุยุคดิจิทัล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพยุคดิจิทัล และความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ยุคดิจิทัล

สังคมสูงวัย (Aging Societies)

สูงวัย (aging) เป็นธรรมชาติ ไม่ใช่ปัญหา ไม่เป็นภาระให้กับบุคคลอื่นและสังคม ผู้สูงอายุต้องการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข มีอิสระ พึ่งพาตนเองได้ การเข้าสู่ภาวะสูงวัย มิติทางกาย ผู้สูงอายุไม่มีร่างกายแข็งแรงเหมือนวัยหนุ่มสาว แต่มีจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการสร้างคุณค่าให้ชีวิตมีความสุขสมบูรณ์ได้ การสูงวัยที่ประสบผลสำเร็จ (successful aging) ผู้สูงอายุมี

ความสัมพันธ์ที่ดีกับสังคม มีเครือข่ายทางสังคม ทำให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ไปจนถึงสิ้นสุดชีวิต

สังคมสูงวัย (Aging Societies) เป็นสังคมที่มีผู้อยู่อาศัย อายุมากกว่า 65 ปี มีมากกว่า เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เด็กเกิดน้อย ผู้ใหญ่อายุยืน มีการกระจายตัวของประชากรไปทางผู้สูงอายุ (Berlinger and Solomon, 2018:53)

ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเอง มีความเสื่อมถอยของร่างกาย เสี่ยงเกิดโรคเรื้อรัง มีข้อจำกัดสุขภาพสูงขึ้นตามวัยที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่วยให้ดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง ลดภาวะพึ่งพิง และสามารถดำเนินชีวิตต่อไปตามศักยภาพของตน (วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์ยะสกุล, 2563:13)

สถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุ (Health Status of Older Adults)

สถานะทางสุขภาพของผู้สูงอายุมีความหมายครอบคลุมการเจ็บป่วย การตาย หรือภาวะที่มีข้อจำกัด/ข้อบกพร่องด้านร่างกายหรือจิตใจของผู้สูงอายุ ความเสื่อมถอยของร่างกาย มีปัญหาการฟังการอ่าน ปัญหาทางสายตาและการได้ยิน ปัญหาความจำและความสามารถในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันหรือคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์ยะสกุล, 2563:12)

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุโดยการคัดกรองสุขภาพ ช่วยให้ทราบถึงโรคที่พบมากในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมโทรม ถดถอยของร่างกายและจิตใจ พบภาวะผิดปกติด้านสุขภาพจากภาวะถดถอยของการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย และความเสื่อมจากความชรา เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท โรคจอประสาทตาเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ความจำเสื่อม ข้อเข่าเสื่อม

ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่มติดบ้าน/ติดเตียง) มีการคัดกรองสุขภาพในชุมชน จำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จำแนกผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) มีการประเมิน ADL เป็น 3 กลุ่ม คะแนนเต็ม 20 คะแนน ดังนี้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี ได้รับการคัดกรองสุขภาพ 10 ประเด็น (มนจิชา เจนพานิชทรัพย์, ณัฐชา แก้วอำไพ และวิไลพร คลีกร, 2566:262) ได้แก่ การคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า BMI สุขภาพช่องปาก ADL เมื่อพบผลการคัดกรองสุขภาพผิดปกติ ส่งเข้ารับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เมื่อพบผลการคัดกรองสุขภาพปกติ มีการส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ดุลยภาพและการสูงวัย (Equilibrium and Aging)

สุขภาพเป็นผลลัพธ์ของการผสมผสานอย่างลงตัว เป็นพลวัตรของหลากหลายมิติของชีวิต มุมมองใหม่ มีการมองชีวิตเป็นดุลยภาพของมิติทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยดำรงอยู่อย่างมีปฏิสัมพันธ์กับระบบนิเวศ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2550)

ผู้สูงอายุยุคดิจิทัล (Older Adults in Digital Era)

ปัจจุบันเทคโนโลยีดิจิทัลมีการเปลี่ยนแปลงจากยุคอนาล็อกมาเป็นยุคดิจิทัล มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ให้บริการทางการแพทย์และสร้างนวัตกรรมผ่านสื่อดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชัน หมอชนะ หุ่นยนต์ทำความสะอาด หุ่นยนต์ส่งอาหารและยา มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ประเมินอาการและวินิจฉัยโรค เช่น การวัดสัญญาณชีพ การติดตามคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การตรวจระดับออกซิเจนของผู้ป่วย การบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยด้วยระบบดิจิทัลแทนการใช้กระดาษ การใช้ระบบการติดตามดูแลสุขภาพผ่านอุปกรณ์สื่อสารเคลื่อนที่ (mobile health/mHealth) เช่น ติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ ความถี่ของการออกกำลังกาย (ศิริลักษณ์ ดีเลิศไพบุลย์และคณะ, 2566:172)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ความรู้ด้านสุขภาพ คือ ลักษณะส่วนบุคคลและความต้องการทรัพยากรทางสังคมของบุคคลและสังคม ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน รวมถึงนำข้อมูลและบริการสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ รวมถึงความสามารถในการสื่อสาร การให้ความสำคัญ และแสดงออกเกี่ยวกับการตัดสินใจ (WHO, 2015)

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลที่จะรับข้อมูลข่าวสาร (อ่านและฟัง) ด้านสุขภาพได้อย่างเข้าใจ วิเคราะห์เนื้อหาสาระของข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ว่าเกี่ยวกับการดูแล

สุขภาพอย่างไร เชื่อถือได้หรือไม่ และเลือกนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม (สมบัติ บุญโต, 2566:10)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูล การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพและการปฏิบัติในการจัดการสุขภาพตนเอง รวมทั้งการบอกต่อชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและ ชุมชน เพื่อการมีสุขภาพที่ดี (ภัทรพร แคว้นคอนฉิมและพรสุข หุ่นรินทร์, 2563)

มุมมองของความรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นสินทรัพย์ (asset) จะทำให้ผู้สูงอายุตระหนักรู้ถึงคุณค่าของความรู้ด้านสุขภาพที่ตนมีอยู่ และใช้ให้เกิดคุณค่ากับตนเอง บุคคลใกล้ชิด และคนในสังคม และรักษาไว้อย่างดีเพื่อเป็นต้นทุนในการใช้ชีวิตต่อไป ความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มความรู้ สร้างความเข้าใจ เกิดปฏิบัติจริง สร้างความเปลี่ยนแปลงในการป้องกันโรคและการดูแลสุขภาพระดับบุคคล สร้างความตระหนักถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพในระดับสังคม ความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- 1) ความรู้ด้านสุขภาพในระดับพื้นฐาน (Functional Health Literacy)
- 2) ความรู้ด้านสุขภาพในระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy)
- 3) ความรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy)

ระดับของความรู้ด้านสุขภาพ ที่นิยมใช้ในประเทศไทย

- 1) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ
- 2) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการ
- 3) ทักษะการสื่อสาร
- 4) ทักษะการจัดการตนเอง
- 5) ทักษะการตัดสินใจ
- 6) การรู้เท่าทันสื่อ

Bozkurt and Demirci (2016:273-275) ได้ทำการศึกษาวิจัยในประเทศ Turkey ดำเนินการวิจัย เดือนกันยายน ค.ศ. 2016-กุมภาพันธ์ ค.ศ. 2017 อาสาสมัคร อายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน เครื่องมือวิจัยใช้ Turkish Translation of the European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q) ใช้วัดระดับความรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีปัญหาและไม่เพียงพอในผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.1 โดยผู้สูงอายุรู้สึกว่าเขาเองไม่เพียงพอมากที่สุด เรื่อง การตัดสินใจเกี่ยวกับวัคซีนผู้ใหญ่และการ

ตรวจร่างกายประจำปี Health Literacy European Union Survey Questions มี 47 ข้อ สรุปเนื้อหาของคำถามได้เป็น 3 หมวด ดังนี้

หมวดที่ 1 ข้อ 1-16 ประกอบด้วย

ข้อ 1-4 ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการของโรค การรักษา กรณีฉุกเฉินขอความช่วยเหลือเมื่อป่วย

ข้อ 5-8 เข้าใจหมอพูด/อ่านใบสั่งยาที่ติดมากับซองยาได้/ทำอะไรบ้างเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน/การใช้ยา

ข้อ 9-12 ตัดสินใจ การประยุกต์ใช้ข้อมูลที่เหมาะสม/มีประโยชน์หรือไม่มีประโยชน์/ความแตกต่างของการเห็นในการรักษาของแพทย์หลายคน/เมื่อไรเป็นเวลาที่ต้องการได้รับฟังและปรึกษาหมอคนอื่นด้วย

ข้อ 13-16 ใช้ข้อมูลจากหมอ นำมาตัดสินใจเรื่องการป่วย/ทำตามคำแนะนำเรื่องการรักษาของแพทย์และเภสัชกร/เรียกรถพยาบาลฉุกเฉินได้

หมวดที่ 2 ข้อ 17-31 ประกอบด้วย

ข้อ 17-20 ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ขาดออกกำลังกาย ดื่มสุรามาก/ปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด ซึมเศร้า/วัคซีน/ตรวจสุขภาพ/การป้องกันหรือการจัดการ การตัดสินใจ เรื่องน้ำหนักเกิน ความดันโลหิตสูง/ไขมันในเลือดสูง

ข้อ 21-23 เข้าใจสัญญาณเตือนสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสูบบุหรี่ ออกกำลังกายน้อย ดื่มสุรามาก/ทำไมต้องการวัคซีน/ทำไมต้องการตรวจสุขภาพ

ข้อ 24-28 ตัดสินใจ เชื่อการเตือนเรื่องสุขภาพอย่างไร/เมื่อไรต้องไปหาหมอเพื่อตรวจสุขภาพ/ต้องการวัคซีนใดบ้าง/ตรวจสุขภาพประเภทใดบ้าง/ข้อมูลความเสี่ยงเรื่องสุขภาพในสื่อเชื่อได้หรือไม่

ข้อ 29-31 ตัดสินใจ ฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่หรือไม่ฉีด/ป้องกันตัวเองอย่างไรเมื่อเจ็บป่วย เชื่อคำแนะนำของครอบครัว เพื่อน หรือสื่อ

หมวดที่ 3 ข้อ 32-47 ประกอบด้วย

ข้อ 32-36 ค้นหาข้อมูล กิจกรรมสุขภาพ ออกกำลังกาย อาหารสุขภาพ โภชนาการสุขภาพจิต/เพื่อนบ้านแนะนำ/การเมืองเปลี่ยนแปลงมีผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไร/ความพยายามส่งเสริมสุขภาพที่ทำงาน

ข้อ 37-40 เข้าใจคำแนะนำเรื่องสุขภาพจากครอบครัวและเพื่อน/ข้อมูลจากฉลากอาหาร/ข้อมูลในสื่อเกี่ยวกับสุขภาพดี

ข้อ 41-43 ตัดสินใจเลือกสถานที่อยู่อาศัยแล้วมีผลดีต่อสุขภาพและ well-being/ สิ่งแวดล้อมของบ้านช่วยให้สุขภาพดี/พฤติกรรมในชีวิตประจำวันช่วยให้สุขภาพดี

ข้อ 44-47 ตัดสินใจปรับปรุงสุขภาพตนเอง/เข้าร่วมชมรมกีฬา หรือชั้นเรียนออกกำลังกาย/ อิทธิพลของสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพและ well-being และมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และ well-being ในชุมชน

คำถามมี 4 ตัวเลือก ได้คะแนน 1-4 คะแนน very easy ได้ 4 คะแนน/Easy ได้ 3 คะแนน/Difficult ได้ 2 คะแนน/very Difficult ได้ 1 คะแนน

Scale ยึดหลักการประเมิน easiness-difficulty ของพฤติกรรม ตามการรับรู้ของตนเอง
แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย (The Thailand Health Literacy Scale : THLS)

ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือในการวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย โดยสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ พัฒนามาจาก WHO, Nutbeam, HLS-EU-Q47, Health Literacy Questionnaire (HLQ) ของ Osborne โดยมีค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ (Cronbach' alpha) เท่ากับ 0.968 เรียกว่า **แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย (The Thailand Health Literacy Scale : THLS)** มีข้อคำถาม 47 ข้อ (นัชชา เรืองเกียรติกุล, 2565:81) แบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ ได้แก่

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ

การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ

การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ

การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 17 ข้อ

การจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 11 ข้อ

เกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวมและรายด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยคะแนนมากกว่า ร้อยละ 80 อยู่ในระดับมาก คะแนน 60-80 ปานกลาง น้อยกว่า 60 น้อย

ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) เป็นความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ สามารถป้องกันและจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยมีความครอบคลุมการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง การช่วยเหลือตนเอง ทักษะคิดในการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม รวมถึงความรู้ในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต (สมบัติ บุญโต, 2566:10)

ความรู้ด้านดิจิทัล (Digital Literacy)

ยุคดิจิทัล เป็นยุคข้อมูลข่าวสารไร้พรมแดน มีความก้าวหน้าของเทคโนโลยี ทักษะความรู้ด้านดิจิทัลเป็นทักษะสำคัญของศตวรรษที่ 21 มีทักษะการค้นหาข้อมูล การเรียนรู้ด้วยการใช้อุปกรณ์ที่ทันสมัย เช่น แท็บเล็ต โทรศัพท์เคลื่อนที่ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และมีการติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนผ่านสื่อสังคมออนไลน์

eHealth เกี่ยวข้องกับข้อมูลสุขภาพและบริการ จัดโดยเทคโนโลยีข้อมูลสารสนเทศ (information and communication technology : ICT) เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์เคลื่อนที่ เพื่อใช้ในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ mHealth จัดให้ข้อมูลสุขภาพ ผ่านนาฬิกาข้อมืออัจฉริยะ การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางบวกและทางลบในสังคมดิจิทัล (Seedsman, 2020:16)

ความรู้ด้านดิจิทัล (Digital Literacy) เป็นสมรรถนะด้านดิจิทัล ประกอบด้วย การเข้าใจดิจิทัล การใช้ดิจิทัล การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัลและการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล มีรายละเอียด ดังนี้ (กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562; ศิริลักษณ์ ดีเลิศไพบุลย์ และคณะ, 2566: 73-76)

1) การเข้าใจดิจิทัล (Digital Literacy) หมายถึง บุคคลมีสมรรถนะในการเข้าถึง ค้นหา คัดกรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ จัดการ ประยุกต์ใช้สื่อสาร สร้าง แบ่งปันและติดตามข้อมูลสารสนเทศ ได้อย่างเหมาะสม ปลอดภัย มีความรับผิดชอบ มีมารยาท เคารพสิทธิและกฎหมาย ด้วยเครื่องมือและเทคโนโลยีที่เหมาะสมและหลากหลาย

2) การใช้ดิจิทัล (Digital Skill) หมายถึง การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเทคโนโลยีดิจิทัลที่มีอยู่ในปัจจุบัน มาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการสื่อสารและปฏิบัติงาน และการทำงานร่วมกันหรือเพื่อใช้พัฒนาระบบการทำงานหรือระบบงานในองค์กรให้ทันสมัยและมีประสิทธิภาพ

3) การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัล (Problem Solving with Digital Tool) หมายถึง บุคคลมีสมรรถนะในการระบุนความต้องการและทรัพยากรได้ สามารถตัดสินใจใช้เครื่องมือดิจิทัลที่เหมาะสมได้อย่างฉลาดตามวัตถุประสงค์และความต้องการใช้ สามารถแก้ปัญหาอย่างเชื่อมโยงกันด้วยเครื่องมือดิจิทัล สามารถใช้เทคโนโลยีอย่างสร้างสรรค์ สามารถแก้ปัญหาเชิงเทคนิคและสามารถปรับปรุง พัฒนาสมรรถนะตนเองให้เท่าทันโลกได้

4) การปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล (Adaptive Digital Transformation) หมายถึง บุคคลมีสมรรถนะในการยืดหยุ่นและปรับตัวต่อโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และกระแส

ความเปลี่ยนแปลงต่างๆ สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นที่มีสังคมและวัฒนธรรมที่หลากหลาย สามารถริเริ่มและเรียนรู้ด้วยตนเอง

สุขภาพดียุคดิจิทัล (Digital Health) ได้แก่ การดูแลรักษาสุขภาพกายและสุขภาพจิต เกิดจากการใช้อุปกรณ์ดิจิทัล ให้คำปรึกษาในการรักษาสุขภาพอย่างถูกต้องแก่ผู้อื่น

ความรู้ด้านสุขภาพยุคดิจิทัล (Digital Health Literacy) หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จากแหล่งทรัพยากรอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านสื่อทุกรูปแบบ ตามประเด็นสุขภาพ เพิ่มทักษะ ความรู้และใช้เทคโนโลยีผ่านการประเมินแหล่งข้อมูลและได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Dheva-aksorn, Prasittichok and Intarakamhang, 2024:127)

ในโลกที่มีความเจริญเติบโตทางเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างรวดเร็ว มีทักษะเฉพาะที่จำเป็นต้องเข้าถึงการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อใช้ข้อมูลสุขภาพ ผู้สูงอายุบางคนมีปัญหาเรื่องขาดความเชื่อมั่น ทักษะ และประสบการณ์ ในการใช้งานผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล การส่งเสริม **ความรู้ด้านสุขภาพยุคดิจิทัล (Digital Health Literacy)** มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้ง electronic health (eHealth) และ mobile health (mHealth) เริ่มกลายเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบการดูแลสุขภาพ (Health Care) (Seedsman, 2020: 15)

Dheva-aksorn, Prasittichok and Intarakamhang (2024: 126-134) ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ**ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ยุคดิจิทัล (Digital Reproductive Health Literacy : DRHL)** โดยการศึกษาทักษะการใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงความรู้และทักษะ เข้าใจ และค้นหาข้อมูลข่าวสารจากแหล่ง electronic เกี่ยวกับการตัดสินใจทางการเจริญพันธุ์ และประยุกต์ความรู้ใช้แก้ปัญหา งานวิจัยนี้มี โครงสร้างของกิจกรรม ประกอบด้วย 6 ทักษะ ดังนี้

- 1) ทักษะความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ของผู้ให้บริการ
- 2) ทักษะการปรับตัวเข้ายุคดิจิทัลของผู้ให้บริการ
- 3) สร้างทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับการเจริญพันธุ์กับวัยรุ่นและวัยรุ่นสาวผ่านช่องทางดิจิทัล
- 4) ส่งเสริมเจตคติของผู้ให้บริการ การเจริญพันธุ์ในยุคดิจิทัล
- 5) ทักษะการให้บริการแก่วัยรุ่นและวัยรุ่นสาวยุคดิจิทัล
- 6) ทักษะการจัดการของทีมและเครือข่าย

สรุป

ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการสร้างคุณค่าให้ชีวิตมีความสมบูรณ์ได้ การสูงวัยที่ประสบผลสำเร็จ (successful aging) ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่ดีกับสังคม มีเครือข่ายทางสังคม ทำให้มี

สุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ไปจนถึงสิ้นสุดชีวิต ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเอง มีความเสื่อมถอยของร่างกาย เสี่ยงเกิดโรคเรื้อรัง มีข้อจำกัดสุขภาพสูงขึ้นตามวัยที่เพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่วยให้ดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง เสื่อมโทรม ถดถอยของร่างกายและจิตใจ พบภาวะผิดปกติ ด้านสุขภาพจากภาวะถดถอยของการทำงานของอวัยวะ และความเสื่อมจากความชรา เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคกระดูกพรุน โรคเกาต์ โรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท โรคจอประสาทตาเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ความจำเสื่อม ข้อเข่าเสื่อม มุมมองใหม่ ของสุขภาพ มีการมองชีวิตเป็นดุลยภาพของมิติทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยดำรงอยู่อย่างมีปฏิสัมพันธ์กับระบบนิเวศ

ยุคดิจิทัล มีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ มุมมองของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นสินทรัพย์ (asset) จะทำให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงคุณค่าของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ตนมีอยู่ ความรอบรู้ด้านดิจิทัล (Digital Literacy) เป็นสมรรถนะด้านดิจิทัล ประกอบด้วย การเข้าใจดิจิทัล การใช้ดิจิทัล การแก้ปัญหาด้วยเครื่องมือดิจิทัลและการปรับตัวสู่การเปลี่ยนแปลงดิจิทัล ความรอบรู้ด้านสุขภาพยุคดิจิทัล (Digital Health Literacy) หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จากแหล่งทรัพยากรอิเล็กทรอนิกส์ ผ่านสื่อทุกรูปแบบ ตามประเด็นสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการเจริญพันธุ์ยุคดิจิทัล (Digital Reproductive Health Literacy : DRHL) เป็นทักษะการใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงความรู้และทักษะ เข้าใจและค้นหาข้อมูลข่าวสารจากแหล่ง electronic เกี่ยวกับการตัดสินใจทางการเจริญพันธุ์ และประยุกต์ความรู้ใช้แก้ปัญหา

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). สรุปผลการสำรวจข้อมูลสถานภาพการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศของประเทศไทย ปี พ.ศ.2562. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคณะกรรมการดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2550). การสูงวัยกับดุลยภาพของชีวิต มุมมองสุขภาพในการะบวนทัศน์ใหม่. เอกสารวิชาการนำเสนอในการประชุมวิชาการแห่งชาติด้านสูงวัยและผู้สูงอายุ ในโอกาส 60 ปี คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 11 เมษายน 2550 ณ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร.
- นัชชา เรื่องเกียรติกุล. (2565,มกราคม- มีนาคม). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารกรมการแพทย์ 47 (1) : 80-86.

- มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ณัฐชา แก้วอำไพ และวิไลพร คลีกร. (2566,มกราคม-เมษายน). การพัฒนารูปแบบการจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 17(1) : 255-271.
- วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์สกุล. (2563,มกราคม-เมษายน). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสวท. 2(1) : 1-19.
- ศิริลักษณ์ ดีเลิศไพบุลย์, จาพฎา มาเมืองมน, สกฤษฎา ตั้งกุลพิธพร, ศัทธิยา คุณคุณาเดช, อาภาภรณ์ ธนากรพรสวัสดิ์, จินตนาคติ วรณวิจิตร และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2566, มกราคม-มิถุนายน). การพัฒนาความรู้ด้านดิจิทัลของพยาบาลวิชาชีพ. วารสารการพยาบาล. 25(1) : 70-79.
- สมบัติ บุญโต. (2566, เมษายน-มิถุนายน). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโนนแหลมทอง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 8(2) : 9-17.
- Berlinger, N., and Solomon, M.Z. (2018). Becoming good citizens of aging societies. Hastings Center Report, 48 : 52-59.
- Bozkurt, H., and Demirci, H. (2016). Health literacy among older persons in Turkey. The Aging Male, 22(4) : 272-277. DOI : 10.1080/13685538.2018.1437901 (สืบค้น 14 เมษายน 2567) www.tandfonline.com/journals/itam20
- Dheva-aksorn, K., Prasittichok, P., and Intarakamhang, U. (2024). Digital reproductive health literacy intervention for enhancing the service behavior : A systematic literature review.. The Journal of Behavioral Science (TJBS), 19(1) : 124-139.
- Seedsman, T. (2020,November 2). Health literacy as a tool to ease pressure on long term care systems : Perspectives and Issues on health aging across the life course. Journal of Aging and Long Term Care, 3(1): 11-25. DOI: 10.51819/jaltc.2020.298474 (สืบค้น 13 เมษายน 2567)
- WHO. (2015). World Report on Aging and Health, Luxembourg : WHO.

อุบัติเหตุทางถนนป้องกันได้ด้วยการวิเคราะห์เหตุการณ์ตามแนวทางมนุษย์ ปัจจัย (Human Factors) โดยใช้แบบจำลอง SHELL Model

ศิริกานดา มังคะลา (Sirikanda Mangkala)¹

บทคัดย่อ

อุบัติเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากความผิดพลาดของมนุษย์ การลดอุบัติเหตุทางถนนจึงต้องเริ่มที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนใช้รถใช้ถนน ข้อมูลสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) กับการลดอุบัติเหตุทางถนน พบว่า อุบัติเหตุทางถนนเป็นสาเหตุต้น ๆ ของการเสียชีวิต คนไทยเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนเฉลี่ยวันละ 60 คน หรือชั่วโมงละเกือบ 3 คน เป็นปัญหาที่ต้องปรับเปลี่ยนไปพร้อมกัน ผู้ขับขี่เปลี่ยนพฤติกรรมตัวเอง ดูแลรถให้อยู่ในสภาพดี เพิ่มความระมัดระวังในสิ่งแวดล้อมที่อันตราย ภาครัฐเปลี่ยนแปลงปรับปรุงโครงสร้างถนน หากทำไปพร้อมๆ กัน น่าจะเป็นความหวังลดอันดับความเป็นถนนอันตรายลงได้

คำสำคัญ อุบัติเหตุทางถนน, มนุษย์ปัจจัย (Human Factors), แบบจำลอง SHELL Model

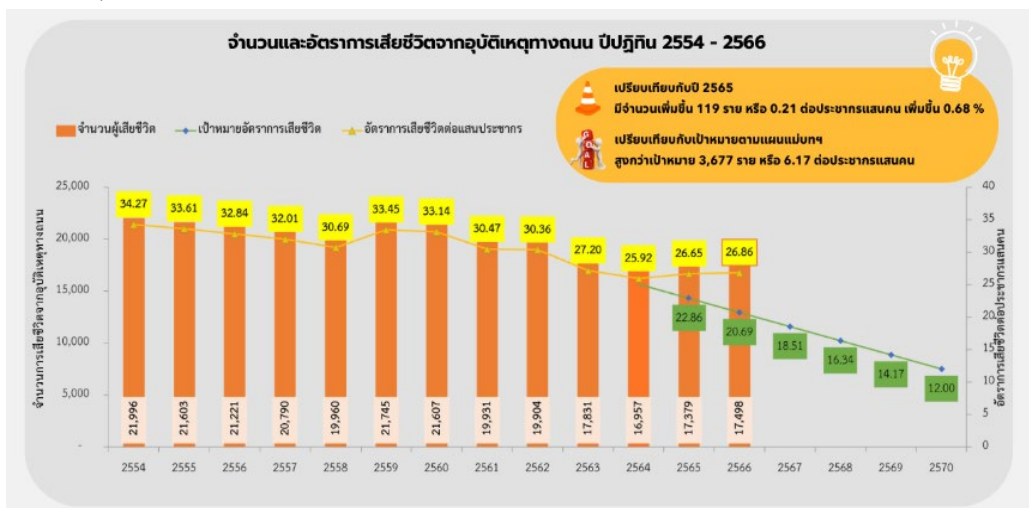
¹ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

บทนำ

ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2554 เกิดขึ้นมาพร้อมกับการประกาศทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (พ.ศ. 2554 - 2563) โดยมุ่งหวังให้เป็นกลไกหลักในการจัดการบูรณาการการทำงานด้านความปลอดภัยทางถนน ที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน ทั้งในระดับส่วนกลางไปถึงระดับพื้นที่ ซึ่งผลลัพธ์ของทศวรรษความปลอดภัยทางถนนที่ตั้งเป้าลดการตายลงครึ่งหนึ่งก็ยังไม่บรรลุผล ทั้งของประเทศไทยและระดับสากล ทำให้โจทย์เรื่องความปลอดภัยทางถนน ถูกนำมาต่อยอดเป็น 2nd Decade ทศวรรษที่ 2 และเชื่อมโยงกับเป้าหมาย “การพัฒนาที่ยั่งยืน : Sustainable Development Goal (SDG: 2030)”

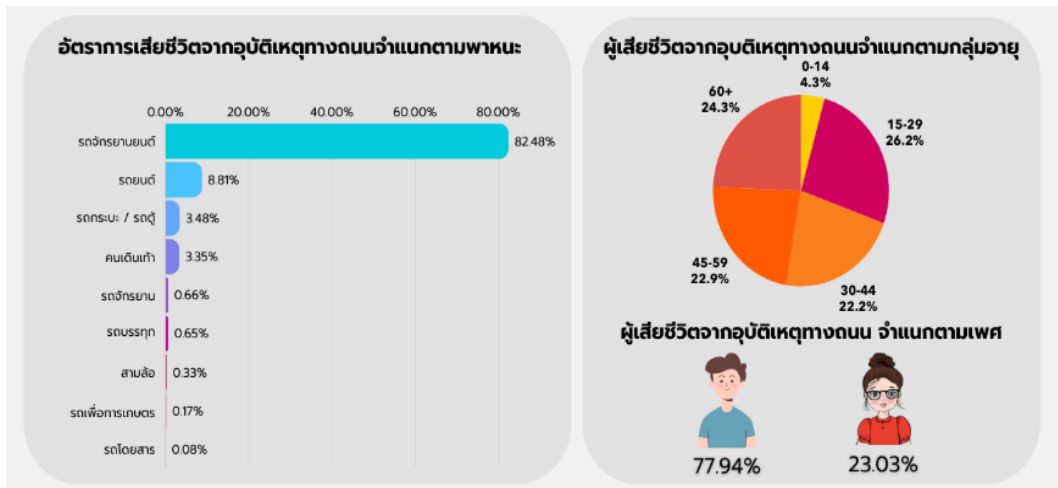
สถานการณ์จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยยังคงสูงและมีแนวโน้มที่ไม่ลดลง โดยกลุ่มช่วงอายุที่มีอัตราการเสียชีวิตมากที่สุดเกิดในช่วงอายุ 15 – 19 ปี โดยเฉพาะในกลุ่มรถจักรยานยนต์ซึ่งถือเป็นรูปแบบการเดินทางหลักของประชาชนไทย สถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นจึงเป็นความท้าทายสำคัญของ

ประเทศไทยในการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนให้ได้ตามเป้าหมายที่ได้ถูกกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน ซึ่งประเทศไทยได้ตั้งเป้าเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตอุบัติเหตุทางถนนไว้ที่ 12 ต่อประชากรแสนคนภายในปี พ.ศ. 2570 โดยนำไปสู่การยกระดับการพัฒนาระบบป้องกันไปจนกระทั่งถึงการแก้ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนในประเทศไทยซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพเร่งด่วนปัญหาหนึ่งของระบบสาธารณสุขของประเทศ



ภาพที่ 1 จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปีปฏิทิน 2554-2566

ที่มา : กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค



ภาพที่ 2 อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจำแนกตามพาหนะ ตามกลุ่มอายุ และตามเพศ
ที่มา : กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

ธนพงษ์ จินวงษ์ กล่าวว่า เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายในการลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนที่กำหนดไว้จึงควรมีการกำหนดมาตรการที่ชัดเจนทั้งระยะสั้นไปจนกระทั่งถึงระยะยาว โดยมาตรการเร่งด่วนระยะสั้นควรให้ความสำคัญในการลดความเสี่ยงสำคัญในกลุ่มผู้ใช้รถจักรยานยนต์ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงหลักที่เกิดเหตุและเสียชีวิต และสำหรับมาตรการระยะกลางและระยะยาวควรให้ความสำคัญกับการพัฒนากลไกการบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาความเสี่ยงต่างๆ

ดร.สุปรिता ได้กล่าวในสัมมนาวิชาการระดับชาติ เรื่อง ความปลอดภัยทางถนน ครั้งที่ 15 “ทศวรรษใหม่ วิถีใหม่ ขับขี่ปลอดภัยต้องมาก่อน” ถึงบทบาทการขับเคลื่อนงานสุขภาพด้านความปลอดภัยทางถนนว่า ต้องยอมรับว่าอุบัติเหตุส่วนใหญ่มักเกิดจากความผิดพลาดของมนุษย์ อย่างไรก็ตาม ถ้าเรามีการจัดวางระบบความปลอดภัยที่ดูแลถนนและยานพาหนะ ควบคุมการใช้ความเร็ว รวมไปถึงตัวผู้ใช้รถใช้ถนน ก็จะสามารถช่วยลดการเกิดอุบัติเหตุลงได้

ดังนั้น การลดอุบัติเหตุทางถนน ต้องเริ่มที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนใช้รถใช้ถนน กล่าวคือแม้ว่าจะมีโครงสร้างทางถนนที่ดี มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างเคร่งครัด มีการใช้เครื่องมือเพื่อความปลอดภัย มีกล้องตรวจวัดความเร็วหรือป้ายแสดงอัตราความเร็วแบบเรียลไทม์ แต่หากคนยังไม่ปฏิบัติตามกฎจราจรอย่างเคร่งครัด ยังไม่คำนึงถึงความปลอดภัยของตัวเองและเพื่อนร่วมทาง ก็ยากที่จะหยุดอุบัติเหตุได้

ผู้เชี่ยวชาญด้านความปลอดภัยได้จัดแบ่งทักษะที่จำเป็นที่เราทุกคนต้องพัฒนาให้เกิดขึ้น เพื่อสร้างความปลอดภัยให้แกตนเองออกเป็นสองประเภท คือ ทักษะด้านเทคนิค (Technical skill) และ ทักษะคิด (Non-technical skill)

ทักษะด้านเทคนิค (Technical skill) หรือทักษะการใช้มือและเท้าในการขับเคลื่อน บังคับ ควบคุมเทคโนโลยี หรือยานพาหนะ ไม่ว่าจะเป็นการติดเครื่อง การออกตัว การเปลี่ยนเกียร์ การเร่งความเร็ว การแซงการเลี้ยว การเข้าโค้ง การหยุด การจอดและอื่น ๆ ทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ฉุกเฉิน แขนงที่สุดไม่มีสิ่งใดจะทดแทนทักษะเชิงเทคนิคการขับเคลื่อนได้

ทักษะคิด (Non-technical skill) ซึ่งเป็นทักษะเพื่อความเข้าใจเกี่ยวกับสมรรถนะของผู้ขับขี่ บนพื้นฐานแนวคิด “มนุษย์ปัจจัย: Human Factors” ผู้ใช้รถใช้ถนนจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ ชีตจำกัดทางร่างกายและจิตใจ การรับรู้ การมองเห็นกระบวนการประมวลผลของมนุษย์ ความตระหนักรู้ในสถานการณ์ การจัดการความเสี่ยง การตัดสินใจตอบสนอง ทักษะการตัดสินใจ ความเหนื่อยล้าความเครียด ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการขับขี่ให้ปลอดภัย ซึ่งสามารถเรียนรู้ฝึกฝนและพัฒนาได้เช่นเดียวกับทักษะเชิงเทคนิคในการขับขี่

ดร.ปัญญา จันทระพาณิชย์ กล่าวว่า "ความผิดพลาดของมนุษย์" (Human Factor) แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. ผิดพลาดเกิดจากตั้งใจ หมายถึง ขณะที่เขากำลังทำนั้น เขามีความตั้งใจคิดด้วยสติแต่ด้วยความรู้ประสบการณ์ ทักษะการตัดสินใจ ตามต้องการ ซึ่งทำให้มีผลในการตัดสินใจในการกระทำที่ฝ่าฝืนกฎระเบียบ หรือ พร้อมทั้งจะมีพฤติกรรมเสี่ยง แต่ไม่ได้หมายความว่าตั้งใจให้เกิดอุบัติเหตุ เช่น การขับรถเร็ว ดื่มแล้วขับ ฝ่าสัญญาณไฟ ย้อนศร ใช้โทรศัพท์

2. ไม่ได้ตั้งใจทำให้เกิดผิดพลาด หมายถึง ขณะที่ทำนั้นไม่ได้ตั้งใจคิดด้วยสติ หรือ ไม่มีสติอาจเกิดจากความพลั้งเผลอหรือหลงลืม เพราะถูกรบกวนหรือมีความกังวลอยู่ในใจอารมณ์ของบุคคล จึงเกิดอุบัติเหตุหรือความเสียหายขึ้น มี 4 อันดับ ดังนี้

อันดับที่ 1 การรับรู้ที่ผิดพลาด (ไม่รู้ รู้ช้าเกินไป)

อันดับที่ 2 การตัดสินใจผิดพลาด (มักมีสาเหตุจากการใช้ความเร็ว)

อันดับที่ 3 ความผิดพลาดทักษะควบคุมรถ (ทักษะการขับขี่)

อันดับที่ 4 เข้าใจผิดตีความผิดพลาด (การใช้สายตาตามองผิดพลาด)

การป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนด้วยสามารถทำได้ด้วยการวิเคราะห์เหตุการณ์ตามแนวทางมนุษย์ปัจจัย (Human Factors) โดยใช้แบบจำลอง SHELL Model เพื่อประเมินความเสี่ยงและเพื่อตัดสินใจในสถานการณ์ต่างทางถนน

จากแผนผังการวิเคราะห์เหตุการณ์ การเกิดอุบัติเหตุทางถนน กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กล่าวว่า ทฤษฎี SHELL Model พัฒนาขึ้นครั้งแรกโดย Edward ในปี ค.ศ. 1972 จากการนำแนวคิดเรื่อง คนเครื่องจักรและสิ่งแวดล้อมในการทำงานมาประยุกต์ใช้ ต่อมาในปี ค.ศ. 1987 กับตัน Hawkin ได้นำมาประยุกต์เพิ่มเติมเป็นไดอะแกรมรูปสี่เหลี่ยม โดยองค์การการบินพลเรือนระหว่างประเทศ (The International Civil Aviation Organization: ICAO) ได้ใช้ SHELL Model เป็นกรอบแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับมนุษย์ปัจจัยทางการบิน (human factors) เพื่อวิเคราะห์และสอบสวนอากาศยานอุบัติเหตุ นอกจากนี้ยังพบว่า การฝึกอบรมหลักสูตรการบริหารบุคคลด้านการบิน ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานและเกิดผลลัพธ์เชิงบวกและช่วยลดการเกิดข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติงานร่วมกันของลูกเรืออันนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุของเที่ยวบินได้ โดยผลดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานข้อเท็จจริง ด้านความปลอดภัยของสมาคมขนส่งทางอากาศระหว่างประเทศ (International Air Transport Association: IATA) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2014 - 2017 (พ.ศ. 2550 - 2560) ที่พบว่าสถิติของการเกิดอุบัติเหตุด้านการบินนั้น มีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด ทฤษฎี SHELL Model จึงถูกนำมาประยุกต์ใช้กับการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยการวิเคราะห์เหตุการณ์ตามแนวทางมนุษย์ปัจจัย (Human Factors)

ในการรวบรวมข้อมูลการขับขี่ตามแบบจำลอง SHELL Model ที่ประยุกต์ใช้ในการสอบสวนวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ประกอบด้วย 5 ด้าน



ภาพที่ 3 แบบจำลอง SHELL Model

ที่มา : กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

ขั้นตอนการปฏิบัติ (S = Software) หมายถึง ข้อมูลทั้งหลายที่บอกว่าการปฏิบัติที่ถูกต้องทำอย่างไร หมายถึง กฎจราจรคำสั่ง คู่มือแนะนำ ระเบียบปฏิบัติมาตรฐาน คำเตือน ป้ายหรือสัญญาณไฟ

ยานพาหนะ (H = Hardware) หมายถึง การออกแบบ การควบคุม จอหรือเครื่องวัดแสดงผลหรือสมรรถนะของยานพาหนะ เครื่องมือ อุปกรณ์ส่วนควบ รวมทั้งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล เช่น หมวกกันน็อก เข็มขัดนิรภัยและระบบความปลอดภัยของรถ

สภาพแวดล้อม (E = Environment) หมายถึง สภาพอากาศ สภาพถนน ควัน ไฟข้างทาง เสียง ความร้อน แสงสว่างการระบายอากาศ ความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย และสิ่งรบกวน

คน (LL = Liveware and Other liveware) หมายถึง ทุกคนที่เป็นผู้ใช้รถใช้ถนน ถือได้ว่าเป็น ปัจจัยที่มีความแปรปรวนมากที่สุด ทว่าหากได้รับความรู้ การฝึกอบรมเพื่อสร้างทักษะทั้งทักษะเชิงเทคนิค และทักษะคิดอย่างถูกต้อง คนก็จะเป็น ปัจจัยที่มีประสิทธิภาพ และทรงประสิทธิภาพในการป้องกันอุบัติเหตุ ที่จะสามารถสร้างให้เกิดความปลอดภัยอย่างยั่งยืน ปัจจัยเกี่ยวกับคนสามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1. ปัจจัยทางจิตใจหมายถึง ความรู้ ความเชื่อ ทักษะ ประสบการณ์ การฝึกอบรม ทักษะการรับรู้และการยอมรับความเสี่ยง ความเครียด
2. ปัจจัยทางกายภาพ หมายถึง ขนาดของร่างกาย ความสูง น้ำหนัก เพศ อายุความแข็งแรง ชีตจำกัดของประสาทในการรับรู้ ตา หู จมูก สัน ผิวหนัง
3. ปัจจัยด้านจิตสังคม หมายถึง ความขัดแย้งระหว่างบุคคล ความสูญเสีย ปัญหาทางการเงิน ปัญหาครอบครัว ปัญหาจากที่ทำงาน
4. ปัจจัยด้านสรีรวิทยา หรือกระบวนการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของมนุษย์

SHELL Model เป็นโมเดลที่ใช้แสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงาน (คน) กับปัจจัยต่างๆ ในระบบที่ผู้ปฏิบัติงาน (คน) ต้องเข้าไปปฏิสัมพันธ์ด้วย กล่าวคือ คนหรือผู้ปฏิบัติงาน Liveware (L) จะเป็นศูนย์กลางของระบบ (Lอยู่ตรงกลางใน SHELL) คนจึงเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่ามากที่สุด ยึดหยุ่นมากที่สุดในระบบ โดยในระบบนั้น คนจะต้องทำงานร่วมกับ เครื่องมือ/อุปกรณ์ คือ (L-H) คนจะต้องทำงานร่วมกับวิธี/ขั้นตอนการปฏิบัติงาน คือ (L-S) คนจะต้องทำงานร่วมกับสภาพแวดล้อม คือ (L-E) รวมถึงคนจะต้องทำงานร่วมกับคนด้วยกันเอง คือ (L-L) ความไม่เหมาะสม ในการปฏิบัติงานร่วมกัน ระหว่างคนกับปัจจัยต่าง ๆ ในระบบ ดังกล่าวจะก่อให้เกิดเงื่อนไขที่ทำให้คนคนนั้นทำงานผิดพลาด (Human Error) นั้นเอง

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการวิเคราะห์ SHELL Model

SHELL Model	การวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยง	การแก้ไขความเสี่ยง
ซอฟต์แวร์ (S)	ย้อนศร ไม่หมวกนิรภัย	ปฏิบัติตามกฎจราจร สวมหมวกนิรภัย
ฮาร์ดแวร์ หรือ ยานพาหนะ (H)	ไฟหน้ารถ ไฟท้ายรถ	ตรวจสอบไฟหน้ารถ ไฟท้ายรถ
สภาพแวดล้อม (Environment) (E)	ถนนมืด ไฟส่องสว่างไม่เพียงพอ	ใส่เสื้อสีสว่าง
(Liveware) (L ตัวเรา)	มีขีดจำกัดการมองเห็น ขาดการประเมินความเสี่ยง ความผิดพลาดในการตัดสินใจ	ขับช้าๆ การประเมินความเสี่ยง ตัดสินใจไม่ย้อนศร
(Other liveware) (L คน ร่วมทาง)	ขับเร็ว มีขีดจำกัดการมองเห็น ขาดการประเมินความเสี่ยง และคาดการณ์	ขับช้าๆ ตอนกลางคืน สังเกตคนคันอื่นๆ ขณะขับชี้ ทุกขณะ ทางร่วมทางแยก

ที่มา : ตีตอาวูรทางปัญญา“ทักษะคิด การเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน” กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

นาวาอากาศเอก สุวรรณ ภู่อึ้ง และคณะ กล่าวว่า การเดินทางจะถึงจุดหมายอย่างปลอดภัย หากผู้ขับขี่ซึ่งถือเป็นศูนย์กลางของระบบ สร้างความสัมพันธ์ที่ถูกต้องกับปัจจัยย่อยอื่นทั้งสี่ ความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นจะทำให้ขอบของปัจจัยคนเชื่อมสนิทกับขอบปัจจัยอื่น ๆ จนไม่เหลือช่องโหว่ ให้ความผิดพลาดแทรกเข้ามาได้ ทว่าสถานการณ์จริงในสนามทุนระเบิดท้องถนน หากได้เป็นเช่นนั้น ตลอดเวลาไม่ ผู้ขับขี่มักสร้างความสัมพันธ์ที่ไม่ถูกต้องจึงทำให้ขอบของปัจจัยย่อยระหว่าง คนกับรถ, คนกับกฎจราจร, คนกับสภาพแวดล้อม, และคนกับคน เชื่อมต่อกันไม่สนิทจนเป็นเหตุให้เกิดการชนหรือเกยกัน เปิดโอกาสให้ความผิดพลาดแทรกตัวเข้ามาและเป็นชนวนนำไปสู่อุบัติเหตุในที่สุด

บทสรุป

การลดอุบัติเหตุทางถนนจึงต้องเริ่มที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนใช้รถใช้ถนน ซึ่งสามารถทำได้ด้วยการลดความผิดพลาดของมนุษย์ที่อาจเกิดขึ้นจากความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจขณะใช้รถใช้ถนน โดยการวิเคราะห์เหตุการณ์ตามแนวทางมนุษย์ปัจจัย (Human Factors) ซึ่งแบบจำลอง SHELL Model เป็นอีกรูปแบบหนึ่ง ที่นำมาประยุกต์ใช้ในด้านความปลอดภัยทางถนนที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่าง คน กับ องค์ประกอบอื่น ๆ ในการใช้รถใช้ถนน เน้นให้เกิดกระบวนการการประเมินความเสี่ยง การคิดวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ การคาดการณ์ความเสี่ยงต่อการเกิดเหตุ เป็นการสร้างกระบวนการคิด (Mindset) ทำให้คำนึงถึงอันตรายที่ต้องพึงระมัดระวังและหลีกเลี่ยง โดยไม่สร้างความเสี่ยงโดยไม่จำเป็น ซึ่งเป็นการสร้างทักษะการประเมินความตระหนักรู้ต่อความเสี่ยง (Situation Awareness) เพื่อหลีกเลี่ยงการกระทำที่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายในชีวิตและทรัพย์สิน

เอกสารอ้างอิง

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. (2 เมษายน 2567). ข้อมูลเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 12 เดือน. สืบค้น 7 เมษายน 2567. จาก

<https://ddc.moph.go.th/dip/news.php?news=42074>

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค. (12 มกราคม 2565). แผ่นพับการวิเคราะห์เหตุการณ์ การเกิดอุบัติเหตุทางถนน HUMAN FACTOR โดยใช้แนวจำลอง SHELL Model และ Swiss Cheese Model. จาก

https://ddc.moph.go.th/dip/journal_detail.php?publish=12184

ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย, 1(1), 71-76. [https://he03.tci-thaijo.org/index.php/Jemst-](https://he03.tci-thaijo.org/index.php/Jemst-01JHS/article/view/137/69)

[01JHS/article/view/137/69](https://he03.tci-thaijo.org/index.php/Jemst-01JHS/article/view/137/69)

ปัญญา จันทร์พานิชย์. (2566). ศึกษาวิจัยทางปัญญา“ทักษะคิด การเอาชีวิตรอดภัยบนท้องถนน”. การอบรมหลักสูตรวิทยากรมีอาชีพการจัดการเรียนรู้ความปลอดภัยทางถนน. โรงแรมเอเชียแอร์พอร์ต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี

ปัญญา จันทร์พานิชย์. Lesson: 1.3 Human Factor กับการเกิดอุบัติเหตุทางถนน [วิดีโอ]. e-Learning RTI. จาก <https://dip.ddc.moph.go.th/e-learning/courses/c4>

ธนพงศ์ จินวงษ์. (2564). อุบัติเหตุทางถนน “ภัยเงียบ” ที่ยังอันตรายและท้าทายการจัดการ.

วารสารการแพทย์

สุวรรณ ภูเต็ง และคณะ. (ม.ป.ป.). ทักษะคิดฝ่าวิกฤตอุบัติเหตุทางถนน. โรงพิมพ์มติชนปากเกร็ด.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2565). วิถีความปลอดภัยทางถนน เริ่มต้นได้ที่ตัว

เรา. สืบค้น 7 เมษายน 2567. จาก <https://www.thaihealth.or.th/>

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ. (2562). ลดอุบัติเหตุ ต้องเปลี่ยนพฤติกรรม. สืบค้น

7 เมษายน 2567. จาก <https://www.thaihealth.or.th/>

ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (2565). แนวทางการพัฒนาระบบและการจัดการข้อมูล

สารสนเทศด้านความปลอดภัยทางถนน.

https://drive.google.com/file/d/1GN_PnkBs22RirEq4QcQt_pdcHDffOwtl/view

ถั่วเหลืองเพื่อสุขภาพ

ศาสตราจารย์ ดร. นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์¹

ชื่อเสียงของถั่วเหลืองเริ่มแพร่กระจายไปทั่วโลก เนื่องจากมีส่วนสัมพันธ์เป็นอย่างมากกับอัตราเสี่ยงที่ต่ำต่อการเป็นมะเร็งที่เต้านม และมะเร็งในส่วนอื่นๆของร่างกายในประชากรของประเทศในแถบเอเชียตะวันออกไกล ในขณะที่ถั่วเหลืองเป็นอาหารที่ถูกกล่าวถึงมากที่สุดเมื่อพูดถึงคุณสมบัติในการป้องกันมะเร็ง เพราะในถั่วเหลืองมีสิ่งต่อไปนี้

- อุดมไปด้วยสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant)
- โพรตีนจากถั่วเหลืองสามารถป้องกันการแบ่งตัวที่ผิดปกติของเซลล์
- อุดมไปด้วยสารที่คล้ายฮอร์โมนเอสโตรเจน

ในประเทศจีนถั่วเหลืองนับเป็นแหล่งอุดมของคุณค่าทางอาหาร ชาวเอเชียโดยเฉลี่ยทานเต้าหู้ประมาณ 50 ปอนด์ต่อปี ดร.มาร์ค เมสลิน่า จากสหรัฐอเมริการายงานเมื่อปี 1994 ว่าประชากรในประเทศที่ทานถั่วเหลืองจะมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งเต้านมและมะเร็งต่อมลูกหมากน้อยกว่าในสหรัฐอเมริกา ซึ่งคนอเมริกันทุกๆ ไปไม่ค่อยทานถั่วเหลืองหรือผลิตภัณฑ์จากถั่วเหลือง เนื่องจากอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมและต่อมลูกหมากมีสถิติที่สูงขึ้นมากในสหรัฐอเมริกา แต่ทั้งสองโรคนี้เกือบจะไม่มีในประเทศที่ประชากรทานถั่วเหลือง ดังนั้นเมื่อปี 1991 สถาบันมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาได้ให้งบประมาณเกือบ 3 ล้านเหรียญสหรัฐเพื่อศึกษาวิจัยข้อมูลของคุณสมบัติต้านมะเร็งในถั่วเหลือง

ในถั่วเหลืองมีสารโฟลาซิน (folacin) ซึ่งมีคุณสมบัติในการป้องกันมะเร็งได้ นอกจากนี้ยังมีวิตามิน อี และเส้นใยอาหารอีกด้วย สารโฟลาซินจัดว่าเป็นวิตามินบีชนิดหนึ่งซึ่งมีส่วนสำคัญในการควบคุมการแบ่งตัวอย่างถูกต้องของเซลล์ เมื่อสารพันธุกรรม (gene) แบ่งตัวก่อนที่จะมีการแบ่งเซลล์ สารพันธุกรรม (DNA) จะอยู่ในภาวะที่จะเกิดการผันแปร (mutation) ได้ง่ายที่สุด เนื่องจากเซลล์ในลำไส้ใหญ่แบ่งตัวอย่างรวดเร็วและสัมผัสกับอาหารที่อาจจะก่อให้เกิดมะเร็งโดยตรง ดังนั้นสารพันธุกรรม (genes) ในลำไส้ใหญ่อาจจะต้องพึ่งสาร ในการป้องกันมะเร็งมากกว่าเนื้อเยื่อชนิดอื่นๆในร่างกาย

¹ สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ

คนส่วนใหญ่มักจะคิดถึงโปรตีนว่ามาจากเนื้อสัตว์เท่านั้น เนื่องจากแหล่งของโปรตีนมีทั้งในพืชและสัตว์ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะศึกษาให้เข้าใจในรายละเอียดถึงโปรตีนแต่ละชนิด รวมทั้งปริมาณและคุณภาพของโปรตีนต่อสุขภาพด้วย ในอาณาจักรพืชนั้น ถั่วเหลืองเป็นพืชที่อุดมสมบูรณ์ด้วยโปรตีนมากที่สุดเมื่อเทียบน้ำหนักต่อน้ำหนักแล้ว คำถามก็คือคุณภาพของโปรตีนที่มาจากถั่วเหลืองเมื่อเทียบกับโปรตีนที่มาจากเนื้อสัตว์แล้วอย่างไหนจะดีกว่ากัน?

วิธีการตรวจหรือประเมินคุณภาพของโปรตีนโดยมาตรฐานของทั้งประเทศแคนาดาและสหรัฐอเมริกา ใช้วิธีที่เรียกว่าอัตราส่วนประสิทธิภาพของโปรตีน (Protein Efficiency Ratio) การตรวจวิธีนี้วัดน้ำหนักของหนูที่กำลังเจริญเติบโต แล้วหารด้วยจำนวนโปรตีนที่หนูตัวนั้นทานเข้าไป ซึ่งวิธีนี้ใช้เวลาค่อนข้างมากในการประเมินคุณค่าทางเคมีและยังมีสิ่งผิดพลาดเกี่ยวกับขั้นตอนในการตรวจวัด เพราะว่าวิธีนี้อาจจะใช้ได้ดีในหนูทดลองแต่ไม่ถูกต้องที่จะนำมาใช้กับมนุษย์ เนื่องจากหนูทดลองมีความต้องการ กรดอะมิโน (amino acids) ที่แตกต่างจากมนุษย์ ดังนั้นคุณภาพของโปรตีนจากถั่วเหลืองจึงได้รับการประเมินที่มีคุณค่าต่ำเกินไป

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกาจึงใช้วิธีใหม่ซึ่งง่ายกว่าเก่า และเป็นการตรวจวัดที่ถูกต้องถึงความต้องการกรดอะมิโนที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ เรียกว่าการให้คะแนนที่ถูกต้องของกรดอะมิโน การตรวจวิธีนี้ให้คะแนนโปรตีนจากถั่วเหลืองเทียบเท่ากับ 1 ซึ่งเท่ากับคะแนนที่ให้กับโปรตีนในน้ำนมมารดา

โปรตีนจากถั่วเหลืองเป็นที่ยอมรับว่าเป็นคู่แข่งกับโปรตีนจากเนื้อสัตว์ คำว่าโปรตีนที่ครบถ้วน (complete protein) มักจะใช้กับโปรตีนจากเนื้อสัตว์ซึ่งเท่ากับเป็นการบ่งบอกว่าคุณภาพของอาหารจากพืชด้อยกว่าอาหารที่มาจากสัตว์ และใช้คำว่าโปรตีนที่ไม่ครบถ้วน (incomplete หรือ partially complete protein) โปรตีนจากถั่วเหลืองมีข้อจำกัดบางประการในจำนวนปริมาณของกรดอะมิโนที่จำเป็นชนิดหนึ่งคือ เมไธโอนีน (methionine) แต่เมื่อนับการย่อยสลายของโปรตีนจากถั่วเหลืองเข้าไปในร่างกาย ถั่วเหลืองจะอยู่ในอันดับที่สูงสุดในการจัดอันดับโปรตีนชนิดต่างๆสำหรับร่างกายมนุษย์

ในถั่วเหลืองมีอัตราส่วนของไขมันที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพที่ดีกว่าโปรตีนจากเนื้อสัตว์ เพราะมีปริมาณไขมันอิ่มตัวที่ต่ำ นอกจากนี้ยังมีกรดไขมันชนิดที่เรียกว่าโอเมก้า 3 ประมาณ 8% ในขณะที่มีกรดไขมันโอเมก้า 9 25% นี่คือไขมันที่มาจากพืชซึ่งจะช่วยในการป้องกันมะเร็งได้ นอกจากนี้ถั่วเหลืองยังมีสาร ไอโซฟลาโวนส์ (isoflavones) อยู่มากและมีสาร ซาโปนินส์ (saponins) protease inhibitors และ phytosterols

ในถั่วเหลืองมีสารที่คล้ายฮอร์โมนเอสโตรเจน ซึ่งในอาณาจักรพืชนั้นนักวิทยาศาสตร์ได้ค้นพบเอสโตรเจนที่อยู่ในพืช 15 ชนิดด้วยกัน และเอสโตรเจนในพืชอาจจะแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ตามปฏิกิริยาทางเคมี และหาได้ไม่ยากในอาหาร กลุ่มแรกคือกลุ่มของลิกแนนส์ (lignans) ซึ่งมีอยู่มากมายในเมล็ดพืชที่เรียกว่า flax กลุ่มที่สอง คือไอโซฟลาโวนส์ ซึ่งมีอยู่มากมายในถั่วเหลือง

กลุ่มสาร ไอโซฟลาโวนส์ ในถั่วเหลืองก็อย่างเช่น เจนิสทิน (genistein) และ ไดด์ซีน (daidzein) ในจำนวนสารไอโซฟลาโวนส์ทั้งหมด เจนิสทิน ถูกค้นคว้าและวิจัยมากที่สุด เอสโตรเจน

จากพืชชนิดนี้มีผลหรือฤทธิ์ทางเคมีน้อยกว่าเอสโตรเจนในร่างกายมนุษย์ 250 ถึง 10,000 เท่า เมื่อกล่าวถึงมะเร็งเต้านมเอสโตรเจนที่มีฤทธิ์อ่อนได้เท่าใดก็ยิ่งดีเท่านั้น เอสโตรเจนที่มาจากพืชเปรียบเสมือนเกราะป้องกันมะเร็งเต้านม ในขณะที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น สารเจนิสทินซึ่งมีโครงสร้างทางโมเลกุลที่พอเหมาะกับการที่จะเปิดรับฮอร์โมนเอสโตรเจน ดังนั้นจึงเปรียบเสมือนกับการป้องกันไม่ให้เอสโตรเจนเข้ามากระตุ้นการเกิดมะเร็งที่เต้านม

เนื่องจากโครงสร้างทางโมเลกุลของฮอร์โมนเอสโตรเจน และเทสโทสเตอโรน (testosterone) ใกล้เคียงกันมาก ดังนั้น เจนิสทิน และสารไอโซฟลาโวนส์อื่นๆ ก็มีส่วนในการป้องกันมะเร็งในผู้ชายเช่นกัน จากงานศึกษาวิจัยทั่วโลกปรากฏชัดว่าสารไอโซฟลาโวนส์ในถั่วเหลืองสามารถป้องกันมะเร็งในต่อมลูกหมากและเต้านมได้ สารเจนิสทินเป็นสารไอโซฟลาโวนส์ที่มีคุณสมบัติในการป้องกันมะเร็งมากมายหลายวิธีด้วยกัน ผลลัพธ์ที่จากถั่วเหลืองอาจจะมีปริมาณของไอโซฟลาโวนส์ที่แตกต่างกัน ผลลัพธ์ที่จากถั่วเหลืองที่ผ่านขั้นตอนกรรมวิธีที่ไม่มากนัก เช่น เต้าหู้ นมถั่วเหลือง และแบ่งจากถั่วเหลือง จะมีปริมาณของสารต้านมะเร็งไอโซฟลาโวนส์ อยู่มาก

นอกจากเจนิสทินจะเป็นสารที่คล้ายเอสโตรเจนแล้ว ยังเปรียบเสมือนกับสิ่งที่ชะลอการเกิดเซลล์มะเร็ง หรือเนื้องอก และยังมีคุณสมบัติต้านอนุมูลอิสระอีกด้วย ดังนั้นถั่วเหลืองจึงมีคุณสมบัติที่เรียกได้ว่าครบถ้วนในการป้องกันมะเร็ง ถั่วเหลืองชะลอการเกิดเซลล์ผิดปกติซึ่งอาจจะกลายเป็นมะเร็งได้อย่างไร? เซลล์ที่มีแนวโน้มจะเป็นมะเร็งนั้นจะผลิตเอนไซม์กลุ่มหนึ่งซึ่งเรียกว่า โปรตีเอส (proteases) ซึ่งจะเร่งทำให้เซลล์เป็นมะเร็งได้เร็วขึ้น เอนไซม์อีกชนิดหนึ่งซึ่งหยุดยั้ง หรือชะลอการเป็นมะเร็งของเซลล์ได้มีชื่อว่า protease inhibitors ซึ่งแม้แต่จำนวนเพียงเล็กน้อยก็สามารถชะลอการเป็นมะเร็งได้ ในถั่วเหลืองที่ทำให้สุกจะมีจำนวนของ protease inhibitors อยู่บ้าง ซึ่งเพียงพอที่จะชะลอการเกิดมะเร็ง ดังนั้นควรจะทานถั่วเหลืองสุกมากกว่าถั่วเหลืองดิบ

เจนิสทินและสารเคมีอื่นๆในถั่วเหลืองสามารถจะระงับไม่ให้เส้นเลือดฝอยไปหล่อเลี้ยงเนื้องอกได้ เส้นเลือดฝอยใหม่ๆ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเนื้องอกหรือมะเร็งที่จะเติบโต สารเจนิสทินจะ

ป้องกันไม่ให้มีเส้นเลือดฝอยไปเลี้ยงเนื้องอก เมื่อไม่ได้รับอาหารหล่อเลี้ยงจากเส้นเลือดฝอยและออกซิเจน เนื้องอกหรือมะเร็งก็จะฝ่อและตายไป นอกจากนี้ สารต้านอนุมูลอิสระต่างๆ ในถั่วเหลือง เช่น คูมารินส์ (coumarins) ฟลาโวนอยด์ส (flavonoids) แคโรทีนอยด์ส (carotenoids) และกรดฟีนอลิก เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการมีชีวิตที่ปราศจากมะเร็ง เนื่องจากว่าโลกเราเต็มไปด้วยมลพิษ ควันบุหรี่ รังสีอัลตราไวโอเล็ต และสิ่งอื่นๆ ที่ก่อให้เกิดอนุมูลอิสระมากมาย ดังนั้น เราจึงจำเป็นต้องได้รับสารต้านอนุมูลอิสระเพิ่มขึ้น เพื่อเป็นพลังปกป้องสารพันธุกรรมจากอนุมูลอิสระต่างๆ

ในถั่วเหลืองมีสารอีกชนิดหนึ่งซึ่งมีโครงสร้างทางโมเลกุลที่คล้ายกับคอเลสเตอรอล เนื่องจากมีต้นกำเนิดมาจากพืชจึงเรียกว่าไฟโตสเตอรอล ระบบทางเดินอาหารและการย่อยอาหารในร่างกายคนเราไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างสเตอรอลที่มาจากพืช และคอเลสเตอรอลซึ่งมาจากสัตว์ได้ เมื่อผสมสเตอรอลและคอเลสเตอรอลด้วยกันในอาหาร ปรากฏว่าร่างกายจะดูดซึมเอาคอเลสเตอรอลเข้าไปในกระแสโลหิตน้อยลงและยังสามารถป้องกันมะเร็งได้อีกด้วย ดร.มาร์ค เมสสิน่ารายงานเมื่อปี 1995 ว่าอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลดลงครึ่งหนึ่งในกลุ่มผู้ที่ทานถั่วเหลืองเป็นประจำทุกวันเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ทานเป็นบางครั้งบางคราว

ในสังคมของชาวอเมริกันมักจะชอบความสะดวกสบาย ดังนั้น จึงไม่น่าแปลกใจว่าอุตสาหกรรมอาหารเสริมได้ผลิตไอโซฟลาโวนส์ (isoflavones) เม็ดขึ้นมา โดยเฉพาะไอโซฟลาโวนส์ชนิดที่มีชื่อว่า เจนิสทิน (genistein) แต่อาหารที่มีอยู่ในธรรมชาติน่าจะให้ประโยชน์ต่อสุขภาพได้ดีกว่าอาหารเสริม เนื่องจากเหตุผลดังต่อไปนี้

1. ถั่วเหลืองมีสารฟลักเซเคมี หรือไฟโทเคมีคัลทั้งหมด 5 ชนิด ในขณะที่อาหารเสริมที่ผลิตเป็นเม็ดมีอยู่ชนิดเดียว คือ ไอโซฟลาโวนส์
2. เมื่อทานถั่วเหลืองแทนอาหารโปรตีนจากเนื้อสัตว์จะทำให้ได้รับเส้นใยอาหารมากขึ้น และลดไขมันอิ่มตัวกับคอเลสเตอรอลลง
3. คุณสมบัติทางเคมีของไอโซฟลาโวนส์บางอย่างอาจจะถูกทำลายโดยกรรมวิธีในการผลิตอาหารเสริม
4. ไอโซฟลาโวนส์อาจมีความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาสารฟลักเซเคมี (phytochemicals) ตัวอื่นๆ ในถั่วเหลือง เพื่อประสิทธิภาพในการทำงาน ยังไม่มีใครทดสอบประสิทธิภาพของไอโซฟลาโวนส์เดี่ยวๆ และเปรียบเทียบกับถั่วเหลืองที่มีอยู่ในธรรมชาติ

เมื่อเปรียบเทียบประโยชน์ของถั่วเหลืองแล้ว จะเห็นได้ว่าไม่มีอาหารชนิดใดจะมาเทียบเท่า แต่มีถั่วชนิดหนึ่งซึ่งอาจจะเป็นรองถั่วเหลืองเล็กน้อยก็คือ ถั่วลันเตา (greenpea) ในประวัติศาสตร์ถั่วชนิดนี้ได้รับการบันทึกไว้อย่างมากมายและยาวนานกว่าถั่วชนิดอื่นๆ ในซากปรักหักพังของกรุงทรอย ก็พบถั่วลันเตาอยู่ด้วย นอกจากนี้ยังพบถั่วชนิดนี้ในสุสานของชาวอียิปต์ ในหมู่บ้านใกล้ทะเลสาบในยุค Neolithic ที่ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ซึ่งย้อนไปถึงปี 4500 ก่อนสมัยพระคริสต์ ชาวกรีกถือว่าถั่วลันเตาเป็นสิ่งที่มึนเมา และชาวโรมันก็ปลูกถั่วชนิดนี้เพื่อนำไปขายยังทวีปเอเชีย ในอินเดีย และทั่วยุโรป ถั่วลันเตานับว่าเป็นอาหารที่สำคัญชนิดหนึ่งในสมัยยุคกลาง (Middle Ages)

ในถั่วลันเตามีวิตามินซี และสารโฟลาซินซึ่งมีคุณสมบัติในการป้องกันมะเร็งได้ ถึงแม้ถั่วลันเตาอาจจะสูญเสียคุณสมบัติของถั่วเหลืองไม่ได้ แต่ถ้าทานทั้งถั่วเหลือง และถั่วลันเตาก็จะได้สารต้านมะเร็งมากมาย ซึ่งหมายถึงอัตราเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งก็จะลดลงไปด้วย ถั่วทั้งสองชนิดนี้มีประโยชน์ต่อสุขภาพและหาซื้อได้ง่าย จึงหวังว่าทุกๆ ท่านคงจะไม่มองข้ามความสำคัญของถั่วทั้งสองชนิดนี้ ไม่ว่าจะเป็นนักกีฬาระดับโลก ผู้ที่มีอายุเกิน 100 ปีซึ่งมีสุขภาพดี หรือผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอายุยืนยาวกว่าที่ทางการแพทย์คาดหมาย ต่างก็เป็นพยานได้ว่าอาหารจากพืชมีผลที่ดีต่อสุขภาพร่างกาย และไม่เคยมีหลักฐานใดๆ ว่าผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สุขภาพที่ดีได้โดยการทานอาหารที่เต็มไปด้วยโปรตีนจากเนื้อสัตว์ และไขมัน ดังนั้นจึงไม่น่าแปลกใจว่าเหตุใดเราจึงควรทานอาหารที่มาจากพืชมากกว่าอาหารที่มาจากสัตว์

เอกสารอ้างอิง

1. Xue T, Wen J, Wan Q, Qin G, Yan L, Wang G, Qin Y, Luo Z, Tang X, Huo Y, et al. Association of soy food with cardiovascular outcomes and all-cause mortality in a Chinese population: a nationwide prospective cohort study. Eur J Nutr 2022.
2. Kleinloog JPD, Tischmann L, Mensink RP, Adam TC, Joris PJ. Longer-term soy nut consumption improves cerebral blood flow and psychomotor speed: results of a randomized, controlled crossover trial in older men and women. Am J Clin Nutr 2021.
3. Draelos ZD, Blair R, Tabor A. Oral soy supplementation and dermatology. Cosmetic Dermatology 2007; 20: 202-4.

4. Jenkins G, Wainwright LJ, Holland R, Barrett KE, Casey J. Wrinkle reduction in post-menopausal women consuming a novel oral supplement: a double-blind placebo-controlled randomized study. *Int J Cosmet Sci* 2014; 36: 22-31.
5. Rosqvist F, Iggman D, Kullberg J, Cedernaes J, Johansson HE, Larsson A, Johansson L, Ahlstrom H, Arner P, Dahlman I, et al. Overfeeding polyunsaturated and saturated fat causes distinct effects on liver and visceral fat accumulation in humans. *Diabetes* 2014; 63: 2356-68.
6. Messina M, and Messina V. 1994. *The Simple Soybean and Your Health*. Avery Publishing Group. ISBN 089529611X, 9780895296115
7. Messina M, Duncan A, Messina V, Lynch H, Kiel J and Erdman JW Jr. (2022). The health effects of soy: A reference guide for health professionals. *Front. Nutr.* 9:970364. doi: 10.3389/fnut.2022.970364

โครงการการให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ (Service-minded for Service Excellence)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์นันทวัชร เบญจกุล¹

1. ความสำคัญของโครงการ/หลักการและเหตุผล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช มีหน้าที่หลักในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนทั่วไปครบวงจร โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ซับซ้อน มีความเสี่ยงสูง ซึ่งในการดำเนินการดังกล่าว คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ได้มีการพัฒนาคุณภาพการให้บริการอย่างต่อเนื่องจนสามารถผ่านการรับรอง AHA คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ได้ตระหนักถึงความสำคัญต่อการบริการเป็นอย่างยิ่งทั้งการให้บริการกับเพื่อนร่วมงาน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงบุคคลภายนอกที่เข้ามาติดต่อ ทั้งแบบพบหน้ากัน และพบกันทางโทรศัพท์ การให้บริการยังเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างมากต่อการสร้างความน่าเชื่อถือและการสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ที่เข้ามาติดต่อ เนื่องจากผู้รับบริการมีความต้องการความคาดหวังมากขึ้นทั้งปัจจุบันมีการแข่งขันกันสูงยิ่งขึ้นโดยเฉพาะด้านการบริการ ความต้องการได้รับการบริการจึงสูงขึ้นตามไปด้วยและเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของคณะฯ H การบริการเพื่อความเป็นเลิศ (High quality healthcare with excellence service and management), E: Engagement of customer การสร้างความผูกพันของลูกค้าผู้รับบริการ ด้วยคุณค่าของการบริการ และผลิตภัณฑ์ที่เป็นเลิศเกินกว่าความคาดหวัง การสร้างความเข้มแข็งองค์กร

2. วัตถุประสงค์

2.1 มีทัศนคติที่ดี มีความรู้ความเข้าใจในงานบริการ การเสริมสร้างบุคลิกภาพเพื่อให้ลูกค้าประทับใจ

2.2 มีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำหลักการบริการด้วยหัวใจ (Service Mind) และมารยาทในการบริการไปปรับใช้ในงานได้

¹ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

2.3 มีความรู้ความเข้าใจและฝึกปฏิบัติการใช้คำพูด ภาษากาย น้ำเสียงเพื่อการสื่อสารในงานบริการอย่างเหมาะสม

3. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นผู้บริหาร ข้าราชการพนักงานมหาวิทยาลัย และบุคคลภายนอก ในสังกัดคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช จำนวน 95 คน คณะกรรมการจำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 99 คน รูปแบบการประชุมเป็นแบบพักค้างต่างจังหวัด 2 วัน 1 คืน และกิจกรรมติดตามผลจัดทำโครงการ 1 วัน

4. ลักษณะของโครงการ

4.1 เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการและกิจกรรม

4.2 เป็นโครงการเพื่อพัฒนาบุคลากรในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) ฉบับปรับปรุง ยุทธศาสตร์ย่อยที่ 1.5 เมืองสุขภาพดีเป้าประสงค์ที่ 1.5.2 ความครอบคลุมในการจัดให้มีระบบสุขภาพทุติยภูมิและตติยภูมิ กลยุทธ์ที่ 1.5.2.1 พัฒนาศักยภาพการให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแผนพัฒนามหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 10 ปี (พ.ศ.2560 – พ.ศ.2569) และ 4 ปี (พ.ศ.2564-2567) ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาการ

4.3 บริการวิชาการแก่สังคมและการบริการด้านสุขภาพให้เป็นที่ยอมรับของกรุงเทพมหานคร สังคม และประเทศชาติ

4.4 วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ 3.1 การบริการวิชาการแก่สังคมเป็นที่ยอมรับของกรุงเทพมหานครชุมชน สังคม และองค์กรภายนอก กลยุทธ์ที่ 3.1.1 การพัฒนาระบบการให้บริการวิชาการแก่สังคม

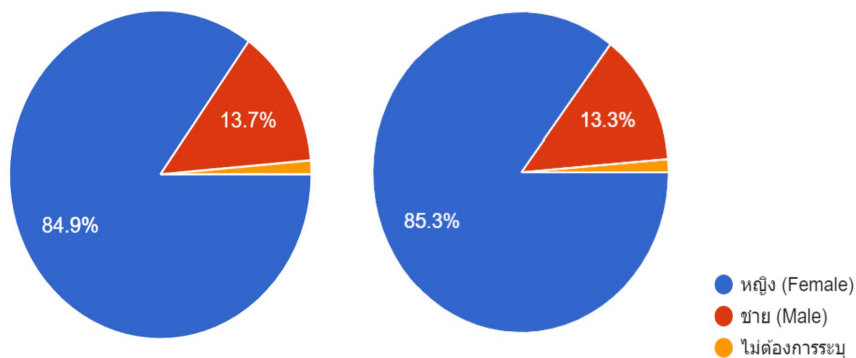
4.5 เป็นโครงการเพื่อพัฒนางานองค์กรตามยุทธศาสตร์ที่ H การบริการเพื่อความเป็นเลิศ (High quality health care with excellence service and management), E: Engagement of customer การสร้างความผูกพันของลูกค้า ผู้รับบริการ ด้วยคุณค่าของการบริการและผลิตภัณฑ์ที่เป็นเลิศเกินกว่า ความคาดหวัง การสร้างความเข้มแข็งองค์กร

ผลการดำเนินโครงการ

ในการดำเนินโครงการการให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ (Service-minded for Service Excellence) พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเข้าใจในการวิเคราะห์หน่วยงาน (SWOT analysis) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ศิลปะการให้บริการสู่ความเป็นเลิศ และวงจรบริการลูกค้า ของคณะฯ โดยมีความมั่นใจว่าจะนำความรู้ใหม่ๆ มาปรับใช้และปฏิบัติ เพื่อการพัฒนาการให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ อีกทั้งสามารถถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ แก่ผู้ที่ไม่ได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมหรือแก่ผู้อื่นได้ เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ และจุดเน้นเข้มแข็ง ของคณะฯ ด้วยการใช้แบบสอบถาม 5 ตัวเลือก โดยผลการดำเนินโครงการฯ มีรายละเอียดดังนี้

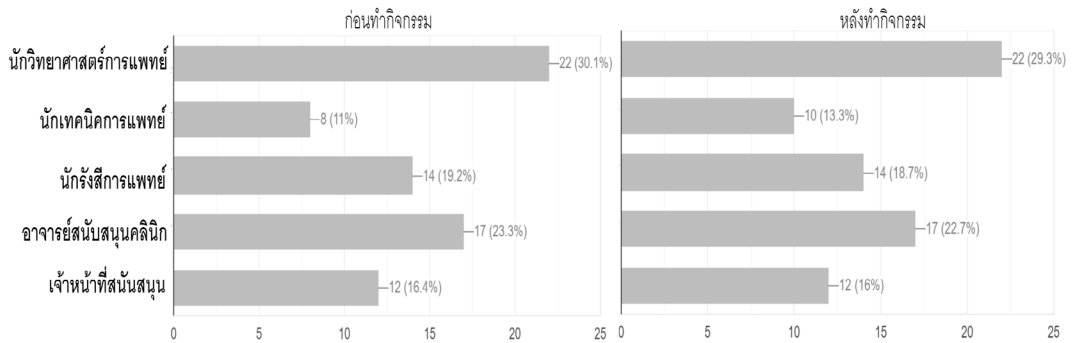
1. กิจกรรมวันเสาร์และวันอาทิตย์ที่ 22-23 มิถุนายน 2567 เวลา 06.30-16.00 น. ณ โรงแรมเอเชีย พัทยา

- ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมกิจกรรม



ภาพที่ 1 แผนภูมิแสดงสัดส่วนเพศของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

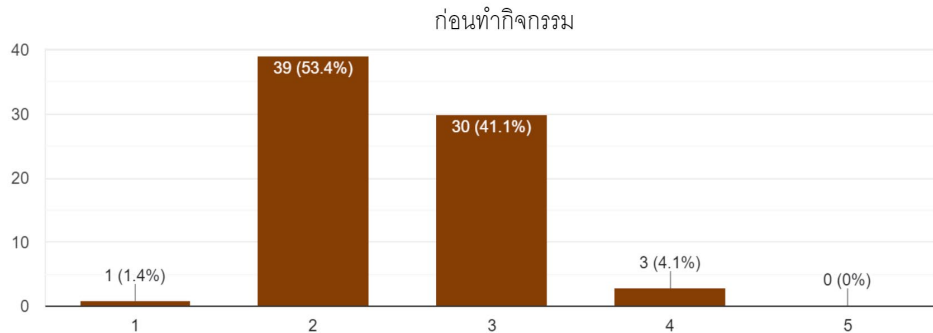
- อัตราการตอบแบบสอบถาม ก่อนทำกิจกรรม: 76.8% หลังทำกิจกรรม: 78.9% จำแนกตามตำแหน่งได้ดังนี้



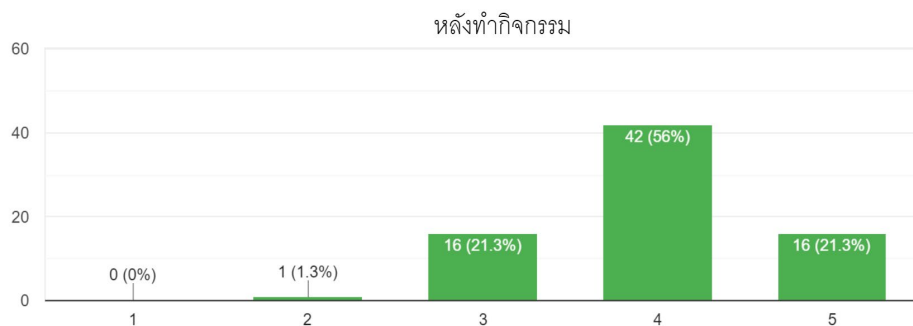
ภาพที่ 2 แผนภูมิแสดงอัตราการตอบแบบสอบถาม จำแนกตามตำแหน่งงาน

- ด้านความเข้าใจในการวิเคราะห์หน่วยงาน (SWOT analysis) เพื่อการพัฒนาการให้บริการ ด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ(Service-minded for Service Excellence) พบว่าการทำกิจกรรม การพัฒนาการให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ ส่งผลให้ความเข้าใจใน SWOT analysis ของบุคลากรเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งการนำความรู้นี้ไปใช้ในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล สามารถส่งเสริมให้การพัฒนากลยุทธ์ การให้บริการ และการดำเนินงานต่างๆ ของคณะ แพทยศาสตร์วชิรพยาบาลมีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้าได้ดี ยิ่งขึ้น

คำตอบ 73 ข้อ



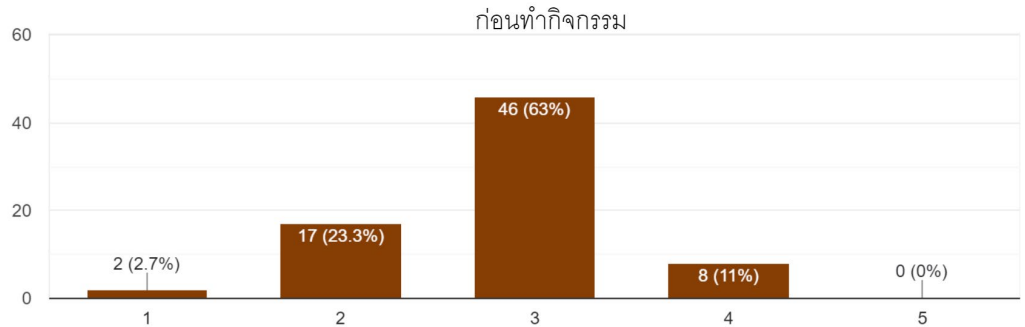
คำตอบ 75 ข้อ



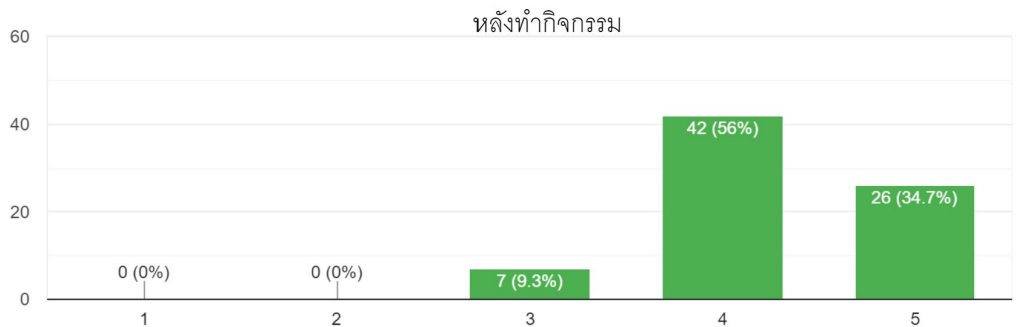
ภาพที่ 3 แผนภูมิแสดงสัดส่วนคะแนนประเมินตนเอง ด้านความเข้าใจในการวิเคราะห์หน่วยงาน

- ด้านความมั่นใจว่าจะนำความรู้ใหม่ๆ มาปรับใช้และปฏิบัติ เพื่อการให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ (Service-minded for Service Excellence) พบว่าการทำกิจกรรมพัฒนาความมั่นใจในการนำความรู้ใหม่ๆ ไปปรับใช้ในองค์กรส่งผลให้บุคลากรมีความพร้อมมากขึ้นในการให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ ซึ่งการนำไปใช้ประโยชน์ในองค์กรจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ยกระดับคุณภาพการบริการ และส่งเสริมวัฒนธรรมการเรียนรู้ในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

คำตอบ 73 ข้อ



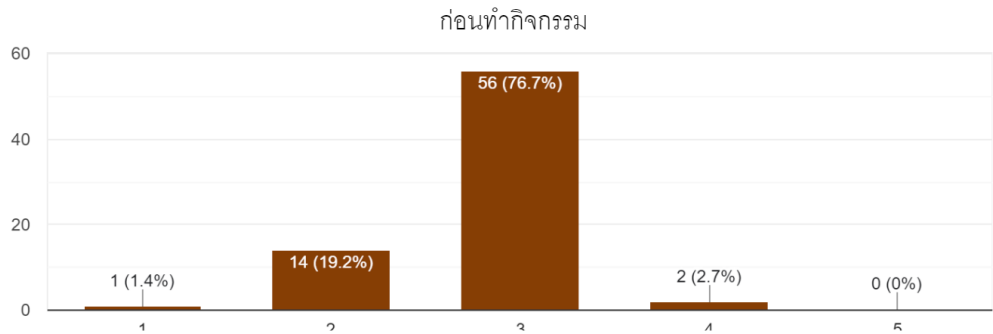
คำตอบ 75 ข้อ



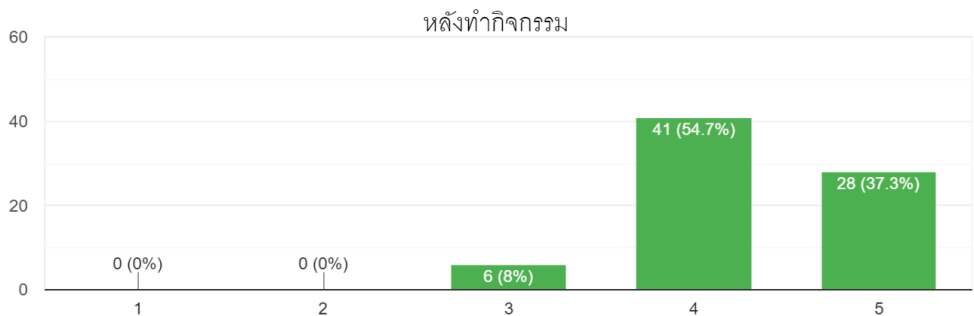
ภาพที่ 4 แผนภูมิแสดงสัดส่วนคะแนนประเมินตนเอง ด้านความมั่นใจว่าจะนำความรู้ใหม่ๆ มาปรับใช้และปฏิบัติ

- ด้านความสามารถถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ (Service-minded for Service Excellence) แก่ผู้ที่ไม่มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมหรือแก่ผู้อื่นได้ พบว่ากิจกรรม ส่งผลให้บุคลากรมีความมั่นใจมากขึ้นในการแบ่งปันความรู้แก่ผู้อื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการเสริมสร้างวัฒนธรรมการเรียนรู้ในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล และสร้างความมั่นคงให้กับการดำเนินงานขององค์กรในระยะยาว

คำตอบ 73 ข้อ



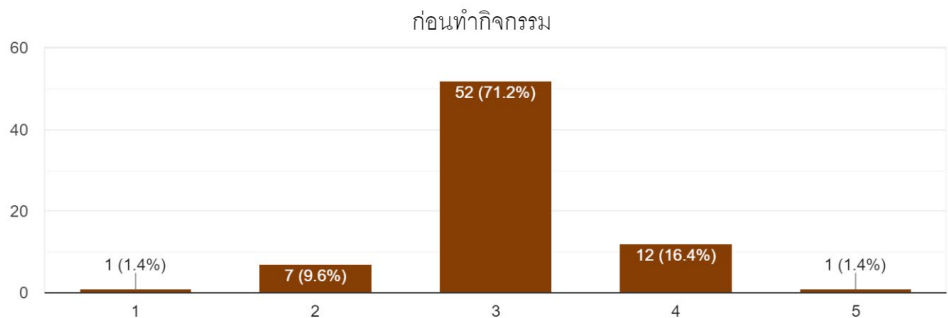
คำตอบ 75 ข้อ



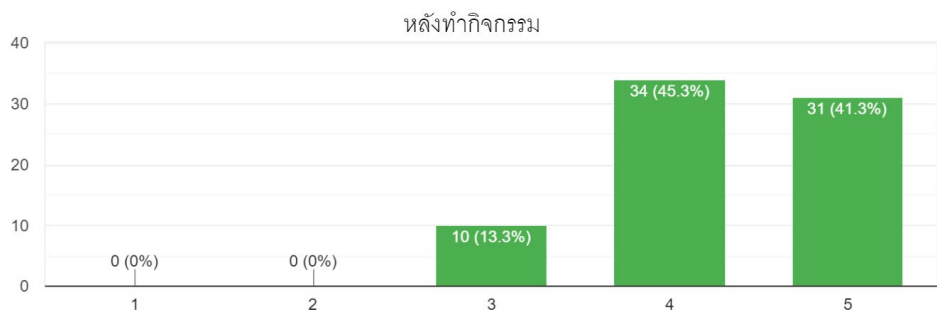
ภาพที่ 5 แผนภูมิแสดงสัดส่วนคะแนนประเมินตนเอง ด้านความสามารถถ่ายทอดความรู้

- ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับศิลปะการให้บริการสู่ความเป็นเลิศ และวงจรบริการลูกค้า ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล พบว่า กิจกรรมส่งผลให้บุคลากรมีความรู้และความสามารถในการให้บริการที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยปรับปรุงคุณภาพการบริการ เพิ่มความพึงพอใจของลูกค้า และเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานเป็นทีมอย่างมีประสิทธิภาพ

คำตอบ 73 ข้อ



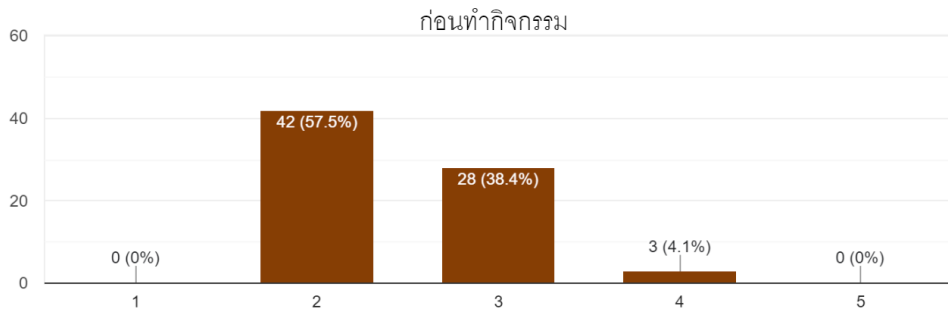
คำตอบ 75 ข้อ



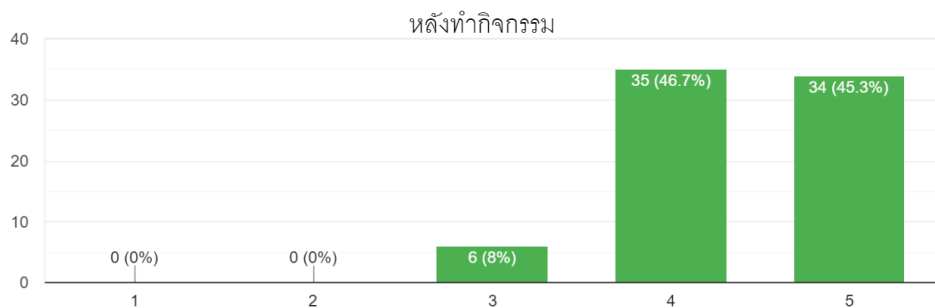
ภาพที่ 6 แผนภูมิแสดงสัดส่วนคะแนนประเมินตนเอง ด้าน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับศิลปะการให้บริการ

- ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ (Service-minded for Service Excellence) เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ และจุดเน้นเข้มมุ่ง ของคณะ แพทยศาสตร์วชิรพยาบาล พบว่า การพัฒนาความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการ ด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ จะช่วยให้บุคลากรสามารถตอบสนองต่อยุทธศาสตร์และจุดเน้นเข้ม มุ่งขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการบริการ การเพิ่ม ความพึงพอใจของผู้ป่วย และการสร้างความยั่งยืนในองค์กรในระยะยาว

คำตอบ 73 ข้อ



คำตอบ 75 ข้อ



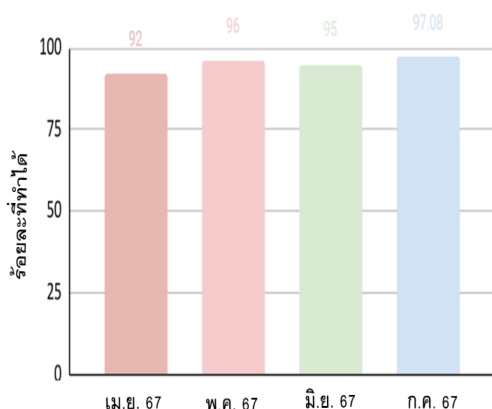
ภาพที่ 7 แผนภูมิแสดงสัดส่วนคะแนนประเมินตนเอง ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการ ด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ และจุดเน้นเข้มแข็ง

2. กิจกรรมวันศุกร์ที่ 19 กรกฎาคม 2567 เวลา 16.30 – 20.00 น. ณ คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล

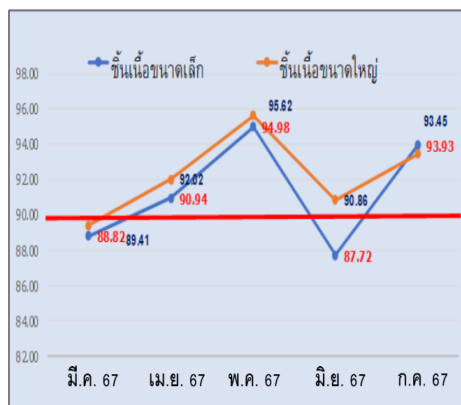
เมื่อมีการติดตามผลการดำเนินงานของบุคลากรในหน่วยงานที่เข้าร่วมกิจกรรมหลังจัดทำโครงการ การให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ (Service-minded for Service Excellence) พบว่ามีแนวโน้ม การทำงานที่ดีขึ้นดังนี้

- การปฏิบัติงานในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ พบว่า การดำเนินงานของหน่วยงาน หลังจากทีบุคลากรได้เข้าร่วมโครงการการให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ มีการพัฒนาขึ้น อย่างชัดเจนในด้านความรวดเร็วและความแม่นยำในการให้บริการ การนำผลลัพธ์เหล่านี้ไป ใช้ประโยชน์จะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ยกย่องคุณภาพการดูแลผู้ป่วย และ เสริมสร้างชื่อเสียงและความน่าเชื่อถือของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

ร้อยละของการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์เลือดภายใน 120 นาที



การรายงานผลพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อทันทีทันใด $\geq$ ร้อยละ 90



ภาพที่ 8 แผนภูมิและกราฟแสดงผลการปฏิบัติของห้องปฏิบัติการทางการแพทย์

จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามภาพกราฟแสดงถึงการพัฒนาผลลัพธ์หลังจากที่บุคลากรได้เข้าร่วมโครงการการให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ โดยสามารถสรุปผลการดำเนินงานในประเด็นต่างๆ ได้ดังนี้

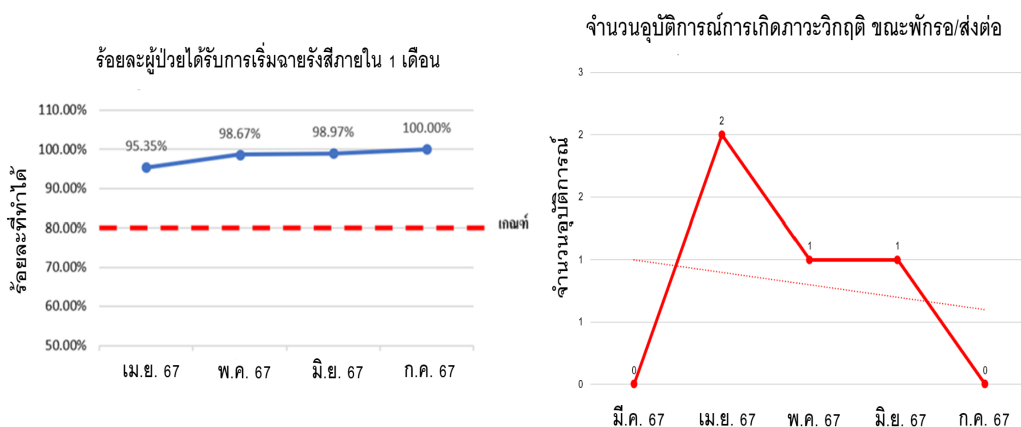
1. ผลการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์เลือดภายใน 120 นาที กราฟแสดงร้อยละของการรายงานผลการตรวจวิเคราะห์เลือดภายใน 120 นาทีที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงการพัฒนาความรวดเร็วและประสิทธิภาพในการให้บริการทางการแพทย์ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ดีจากการพัฒนาบุคลากรผ่านโครงการ

2. ผลงานพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อทันทีทันใด $\geq$ ร้อยละ 90 กราฟแสดงถึงผลงานพยาธิวิทยาชิ้นเนื้อทันทีทันใด โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างชิ้นเนื้อขนาดเล็กและขนาดใหญ่ โดยชิ้นเนื้อขนาดเล็กมีการพัฒนาผลงานที่ดีขึ้นแม้ว่าจะมีการลดลงในเดือนมิถุนายนแต่กลับมาพัฒนาได้อีกครั้ง ส่วนชิ้นเนื้อขนาดใหญ่มีแนวโน้มการพัฒนาที่ดีขึ้นเช่นกัน

ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของประสิทธิภาพและความแม่นยำในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาบุคลากรให้มีทักษะที่ดีขึ้นในการทำงานเพื่อให้บริการที่เป็นเลิศได้อย่างชัดเจน

- การปฏิบัติงานในงานบริการทางรังสีวิทยา พบว่า ผลการดำเนินงานของบริการทางรังสีวิทยาหลังจากบุคลากรได้เข้าร่วมโครงการการให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ แสดงให้เห็น

ถึงการพัฒนาที่ดีขึ้นทั้งในด้านการบริการและการลดความเสี่ยง ซึ่งการนำผลลัพธ์เหล่านี้ไปใช้ประโยชน์จะช่วยยกระดับคุณภาพการบริการและสร้างความมั่นคงให้กับหน่วยงาน



ภาพที่ 9 กราฟแสดงผลการปฏิบัติของงานบริการทางรังสีวิทยา

จากการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานบริการทางรังสีวิทยาในประเด็นต่างๆ หลังจากบุคลากรได้เข้าร่วมโครงการการให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ (Service-minded for Service Excellence) สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการเริ่มฉายรังสีภายใน 1 เดือน กราฟแสดงร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการเริ่มฉายรังสีภายใน 1 เดือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มขึ้นนี้แสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงการบริการที่ดีขึ้น การจัดการที่มีประสิทธิภาพขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาได้รวดเร็วขึ้น ลดระยะเวลารอคอย

2. จำนวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะวิกฤติขณะพักรอ/ส่งต่อ กราฟแสดงจำนวนอุบัติการณ์การเกิดภาวะวิกฤติขณะพักรอ/ส่งต่อมีแนวโน้มลดลง การลดลงของอุบัติการณ์นี้แสดงถึงการปรับปรุงในกระบวนการดูแลและติดตามผู้ป่วยที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาความรู้ความเข้าใจและทักษะในการบริการมากขึ้น

สรุปผลการดำเนินโครงการ

สรุปผลโครงการ การให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ มีประเด็นสำคัญดังนี้

1. **ความเข้าใจที่เพิ่มขึ้น** ผู้เข้าร่วมโครงการมีความเข้าใจในการวิเคราะห์องค์กรเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการวิเคราะห์ SWOT ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนากลยุทธ์เพื่อยกระดับ

คุณภาพการให้บริการ ความเข้าใจนี้คาดว่าจะช่วยให้การดำเนินงานภายในองค์กรมีประสิทธิภาพและความสำเร็จมากขึ้น ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยตรง

2. **ความมั่นใจที่เพิ่มขึ้น** โครงการนี้ยังช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้เข้าร่วมในการนำความรู้และแนวทางปฏิบัติใหม่ๆ ไปใช้ในหน้าที่การงานของตน ความมั่นใจนี้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒนาการให้บริการอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรมีความพร้อมและมีแรงจูงใจในการนำเอาวิธีการที่ดีที่สุดมาปฏิบัติให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ขององค์กร
3. **การแบ่งปันความรู้** โครงการนี้ยังส่งเสริมวัฒนธรรมการแบ่งปันความรู้ ทำให้ผู้เข้าร่วมสามารถถ่ายทอดสิ่งที่เรียนรู้ให้แก่เพื่อนร่วมงานที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยสร้างแนวทางการให้บริการที่เป็นหนึ่งเดียวในคณะแพทยศาสตร์ศิริรพพยาบาล และทำให้ทุกคนในองค์กรมีความเข้าใจและปฏิบัติตามเป้าหมายการให้บริการที่กำหนดไว้อย่างครบถ้วน
4. **การพัฒนาประสิทธิภาพการบริการ** โครงการนี้ส่งผลให้การบริการมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเห็นได้จากการเพิ่มความรวดเร็วและความแม่นยำในการดำเนินงานในห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ซึ่งผลลัพธ์นี้ส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ระยะเวลารอคอยลดลง และคุณภาพการบริการโดยรวมดีขึ้น
5. **การสอดคล้องกับกลยุทธ์องค์กร** โครงการนี้ช่วยให้ความสามารถของบุคลากรสอดคล้องกับกลยุทธ์และจุดเน้นของคณะแพทยศาสตร์ศิริรพพยาบาล ทำให้การบริการเป็นไปตามมาตรฐานสูงสุดและสอดคล้องกับเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ขององค์กร ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาความสามารถในการแข่งขันและชื่อเสียงขององค์กรในวงการแพทย์

โดยสรุปแล้ว โครงการการให้บริการด้วยใจสู่ความเป็นเลิศ ได้ส่งผลดีต่อองค์กรทั้งในด้านการเพิ่มพูนความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถในการให้บริการ ซึ่งสนับสนุนให้บรรลุเป้าหมายเชิงกลยุทธ์ขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ. แผนปฏิบัติการ ประจำปี 2567. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริรพพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช; 2566.

2. ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ. แผนยุทธศาสตร์ H-E-R-O-E-S ฉบับทบทวนครั้งที่ 2 (ปี 2567 – 2568). กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช; 2566.
3. ฝ่ายยุทธศาสตร์และพัฒนาคุณภาพ. รายงานผลการปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ 2566 ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช; 2566.
4. งานบริการทางพยาธิวิทยา รายงานผลการปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ 2566 ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช; 2566.
5. ภาควิชาพยาธิวิทยากายวิภาค รายงานผลการปฏิบัติการ ประจำปีงบประมาณ 2566 ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช; 2566.
6. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. (ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 เมษายน 2565). พิมพ์ครั้งที่ 2.
7. Peters, Thomas J. & Waterman, Robert H. Jr. (1980). In Search of Excellence (2nd ed). London: Profile Book.
8. Francis, J. A. (1967). Bright hup PM project management, 2011
9. ปริญญา จิตอร่าม. โครงการอบรมฟื้นฟูองค์ความรู้วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ออนไลน์ 2564 อนามัยชุมชน. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 8 มิ.ย.2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ccph.or.th/wp-content/uploads/2022/07/วิชาอนามัยชุมชนวิทยากร-ดร.ปริญญา-จิตอร่าม.pdf>

โครงการอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากร ในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน

วันทนา จอมเพชร*

สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ข้อมูลจากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2566 มีผู้ป่วยรายใหม่ เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานสะสมจำนวน 3.3 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2564 มากถึง 1.5 แสนคน การได้รับการตรวจคัดกรองตั้งแต่เริ่มแรกและรักษาได้เร็วจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ร้ายแรงและอาจถึงแก่ชีวิตได้ สำหรับสถานการณ์การตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าพบว่าตั้งแต่เดือนตุลาคม 2567 – เดือนมิถุนายน 2567 มีผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจประเมินเท้าเพียง 4,401 คน คิดเป็นเพียง 75.67% จากผู้ป่วยเบาหวานที่ต้องได้รับการตรวจเท้าทั้งหมด ซึ่งการตรวจประเมินและคัดกรองดังกล่าว บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมาจากหลายสหสาขาวิชาชีพ ความรู้ ทักษะและประสบการณ์ของบุคลากรแต่ละคนย่อมแตกต่างกัน เพื่อให้ได้ผลของการตรวจประเมินคัดกรองที่รวดเร็ว ถูกต้อง แม่นยำ และปลอดภัยต่อผู้มารับบริการ บุคลากรในทีมจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน แต่จากการประชุมกับหัวหน้าผู้ดูแลพบว่า บุคลากรยังขาดความรู้ และทักษะในการดำเนินงานดังกล่าว

เพื่อเป็นการพัฒนาสมรรถนะบุคลากร จึงมีแนวคิดการจัดโครงการอบรมให้ความรู้การตรวจประเมินเท้า โดยหวังว่าภายหลังโครงการเสร็จสิ้นลง บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการจะมีความรู้ ทักษะ ในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน เป็นการเพิ่มและพัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้เหมาะสมกับงาน เป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ตามเป้าประสงค์และกลยุทธ์ของโรงพยาบาล ภายใต้การบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐานต่อผู้รับบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ความรู้ที่ถูกต้องในการตรวจคัดกรองผู้ป่วย
2. เพื่อเพิ่มสมรรถนะบุคลากรให้เหมาะสมกับงาน

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ดำเนินการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยเป็นบุคลากรพนักงานในทีมคลินิกเท้าที่ให้บริการตรวจคัดกรองผู้ป่วย จำนวน 10 คน

*นักกายอุปกรณ์ชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

สถานที่ดำเนินการ

- คลินิกเท้า หน่วยงานอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
- ห้องประชุมสังข์ทอง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

กิจกรรม/ขั้นตอนการดำเนินการ

ขั้นเตรียมงาน

(1) ทำ SWOT Analysis และ TOWS Matrix ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าที่ผ่านมาเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และกำหนดกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหา นำมาสู่การจัดการโครงการ

(2) นำเสนอปัญหา อุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหาแก่กลุ่มเป้าหมายผ่านการประชุมทีมคลินิกเท้า เบาหวานของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

ขั้นตอนการดำเนินการ

- (1) เสนอโครงการเพื่อขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า
- (2) ประชุมหารือผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจง กำหนดแนวทางการจัดโครงการ
- (3) ทบทวนความรู้แนวทางเวชปฏิบัติการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเพื่อใช้ในการจัดโครงการ
- (4) ประชาสัมพันธ์โครงการภายในหน่วยงาน
- (5) จัดโครงการอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการตรวจคัดกรองผู้ป่วย

เบาหวาน

ตัวชี้วัด

1. บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ $\geq 80\%$
2. บุคลากรมีความรู้ในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าโครงการ $\geq 80\%$

ผลที่ได้รับ

1. บุคลากรผ่านเกณฑ์ประเมินสมรรถนะเฉพาะงานบรรลุตามเป้าประสงค์ของโรงพยาบาล
2. พัฒนาสมรรถนะบุคลากรให้เหมาะสมกับงานและเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ บรรลุตามกลยุทธ์ของโรงพยาบาล
3. ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน

การดำเนินกิจกรรมโครงการ

หลังจากได้ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลของหน่วยงาน จัดลำดับความสำคัญของปัญหา รวมกับอาจารย์พี่เลี้ยง นำมาสู่การกำหนดกลยุทธ์เชิงแก้ไขด้วยการจัดโครงการอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้ปฏิบัติงานภาคสนามได้ดำเนินกิจกรรมตามแผนที่ได้วางไว้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

รายละเอียดของแต่ละกิจกรรม

1) กิจกรรมที่ 1 เสนอและอนุมัติโครงการฯ

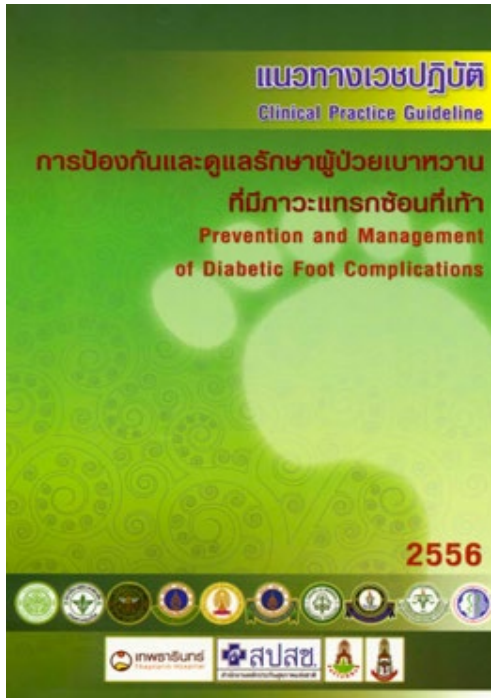
(1) ผู้ปฏิบัติงานภาคสนามจัดทำโครงการฯ มีการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์พี่เลี้ยง

(2) ผู้ปฏิบัติงานเสนอขออนุมัติโครงการแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า

2) กิจกรรมที่ 2 ประชุมหารือผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจง กำหนดแนวทางการจัดโครงการ

มีการประชุมหารือกับทีมคลินิกเท้าเบาหวาน เพื่อสะท้อนข้อมูลปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ เพื่อชี้แจงแนวทางการแก้ไขปัญหามานการจัดโครงการ

3) กิจกรรมที่ 3 ทบทวนความรู้แนวทางเวชปฏิบัติการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเพื่อใช้ในการจัดโครงการ



รูปภาพที่ 1 เล่มแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า



รูปภาพที่ 2 โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์โครงการ

ทีมวิทยากร ได้แก่ แพทย์หญิงจันทน์ ทวีโชติภัทร์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู และผู้ดำเนินการภาคสนาม นางสาววันทนา จอมเพชร นักกายอุปกรณ์ชำนาญการ ได้มีการทบทวนความรู้ที่ถูกต้อง และเป็นปัจจุบันเกี่ยวกับแนวทางเวชปฏิบัติการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อใช้ในการจัดทำเอกสารประกอบการบรรยายให้ความรู้ในโครงการ โดยในการอบรมให้ความรู้ในครั้งนี้ได้อ้างอิงแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ปี 2556 ซึ่งถือเป็นเล่มที่ใช้กันอย่างแพร่หลายและเป็นปัจจุบันมากที่สุด ณ ขณะนี้

4) กิจกรรมที่ 4 ประชาสัมพันธ์โครงการภายในหน่วยงาน

มีการประชาสัมพันธ์โครงการผ่านโปสเตอร์

กิจกรรมที่ 5 จัดโครงการอบรมให้ความรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ในวันที่ 8 กรกฎาคม 2567 ณ ห้องประชุมสังข์ทอง โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า โดยมีกิจกรรมในการจัดอบรมทั้งสิ้น 6 กิจกรรมย่อย ดังต่อไปนี้

1) ประเมินความรู้ก่อนเข้าร่วมโครงการ

โดยก่อนการอบรมผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนจะได้รับการประเมินความรู้การตรวจคัดกรองเท้าผู้ป่วยด้วยแบบทดสอบผ่านทาง google form เพื่อเป็นการวัดความรู้ที่มีอยู่เดิมของผู้เข้าร่วมโครงการ โดยเป็นข้อคำถามแบบตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ

2) บรรยายให้ความรู้การตรวจคัดกรองเท้าผู้ป่วย

มีการบรรยายให้ความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองเท้าในผู้ป่วยเบาหวานโดยผู้รับผิดชอบการบรรยายในส่วนนี้คือผู้ปฏิบัติงานภาคสนาม ซึ่งเนื้อหาการบรรยายจะอ้างอิงจากแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ปี 2556



รูปภาพที่ 3 การบรรยายให้ความรู้การตรวจคัดกรองเท้าผู้ป่วย

3) สาธิตวิธีการตรวจประเมินเท้าผู้ป่วย

มีการสาธิตการตรวจประเมินเท้าที่ถูกต้องแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ โดยได้รับความอนุเคราะห์จากแพทย์หญิงจันทน์ ทวีโชติภัทร์ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู มาเป็นผู้ให้ความรู้ในกิจกรรมดังกล่าว



รูปภาพที่ 4 การสาธิตวิธีการตรวจประเมินเท้าผู้ป่วย

4) ผู้เข้าร่วมโครงการสอบปฏิบัติกับผู้ป่วยจำลอง



รูปภาพที่ 5 ผู้เข้าร่วมโครงการสอบปฏิบัติกับผู้ป่วยจำลอง

5) ประเมินความรู้การตรวจประเมินเท้า

หลังจากผู้เข้าร่วมโครงการได้ฟังบรรยายรวมทั้งการสาธิตไปแล้วนั้น เพื่อเป็นการวัดระดับความสามารถในการตรวจประเมินเท้าที่ถูกต้อง ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับการสอบปฏิบัติการตรวจการรับความรู้สึกโดยใช้ monofilament กับผู้ป่วยจำลอง โดยมีทีมวิทยากรประเมินอย่างใกล้ชิด โดยมีแบบประเมินในการประเมินผู้เข้าร่วมโครงการแต่ละคน

6) ประเมินความรู้หลังเข้าร่วมโครงการ

ผู้ดำเนินการภาคสนามทำการประเมินความรู้หลังเข้าร่วมโครงการด้วยแบบทดสอบผ่าน google form โดยการใช้แบบทดสอบเดียวกันกับก่อนเข้าร่วมโครงการ เพื่อวัดความรู้ของผู้เข้าร่วมโครงการโดยเทียบกับคะแนนวัดความรู้ก่อนเข้าร่วมโครงการ โดยพบว่าผลคะแนนการวัดความรู้ด้วยแบบทดสอบภายหลังเข้าร่วมโครงการมีค่าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการทุกคน

ลำดับที่	ก่อน (เต็ม 10 คะแนน)	หลัง (เต็ม 10 คะแนน)
1	7	9
2	5	7
3	7	9
4	8	10
5	6	8
6	5	8
7	7	9
8	6	8

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนวัดความรู้เปรียบเทียบก่อน-หลังโครงการ

5) กิจกรรมที่ 5 สรุปติดตาม ประเมินผลการจัดโครงการ

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมทั้งหมดของโครงการผู้ดำเนินการภาคสนามได้ทำการสรุปผลของโครงการ และสะท้อนข้อมูลที่ได้แก่ทีมคลินิกเท้าเบาหวานและผู้เข้าร่วมโครงการทุกคน เพื่อทำให้เกิดการพัฒนาภายในหน่วยงานต่อไป

สรุปผลโครงการ

1.1 ประเมินผลและสรุปผลการดำเนินกิจกรรมโครงการ

ตัวชี้วัดโครงการ

1. บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ $\geq 80\%$

สรุปผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดโครงการ: มีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการตามกลุ่มเป้าหมาย คิดเป็นร้อยละ 80 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามค่าเป้าหมาย

2. บุคลากรมีความรู้ในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าโครงการ $\geq 80\%$

สรุปผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดโครงการ: ผู้เข้าร่วมโครงการมีผลการประเมินความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้าโครงการ คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ตามค่าเป้าหมาย

3.2 ปัญหาและอุปสรรค

1. ภาระงานประจำของบุคลากรภายในทีมคลินิกเท้าเบาหวาน

เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายในการจัดโครงการเป็นกลุ่มของพยาบาลวิชาชีพ รวมถึงผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งมีการกิจที่เยอะมาก ดังนั้นการจัดช่วงเวลาของการรวมตัวเพื่อทำกิจกรรมในโครงการค่อนข้างลำบาก

2. บุคลากรภายในทีมมีพื้นฐานความรู้ ทักษะ รวมถึงประสบการณ์ที่ต่างกัน

เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายในโครงการมีทั้งพยาบาลวิชาชีพ และผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งมีพื้นฐานความรู้ และประสบการณ์ที่ต่างกัน ดังนั้นในการจัดเตรียมเอกสารการบรรยายต้องมีความระมัดระวัง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายทุกคนเข้าใจเนื้อหาที่ตรงกัน ไม่เกิดความสับสน

ข้อเสนอแนะ

ผู้ดำเนินการมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีการติดตามผลตัวชี้วัด K9 เรื่องของการประเมินสมรรถนะเฉพาะงาน ประจำปีงบประมาณ 2567 เพื่อดูแนวโน้มภายหลังจากจัดโครงการ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานของบุคลากรกลุ่มเป้าหมายว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางใด รวมถึงดูผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการจัดโครงการที่ผ่านมา

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. (2567). แผนปฏิบัติการโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ประจำปีงบประมาณ 2566. สมุทรสงคราม
2. โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า. (2567). ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า ปีงบประมาณ 2567. สมุทรสงคราม
3. สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล.มาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพ ฉบับที่ 5. นนทบุรี:สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล,2564
4. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567].เข้าถึงได้จาก
https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=38403&deptcode=brc&news_views=2606
5. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า.นนทบุรี:สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2558

การดูแลสุขภาพสังคมจิตใจในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังติดบ้าน ติดเตียง

ปิยาภรณ์ ทองศิริ*

บทคัดย่อ

ปัจจุบันสังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรครั้งสำคัญ คือ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสัดส่วนจำนวนประชากรในวัยทำงานและวัยเด็กลดลง เนื่องจากอัตราการเกิดและอัตราการตายของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชากรไทยโดยเฉลี่ยมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งสถานการณ์ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราผู้สูงอายุร้อยละ 18 และในปี 2565 ประเทศไทยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มเป็นร้อยละ 20.5 พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมร้อยละ 96.53 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 2.78 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.68 และปัญหาที่มักพบในผู้สูงอายุคือปัญหาความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยเฉพาะในกลุ่มที่ติดบ้านและติดเตียงจึงได้ทบทวนบทความและงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพสังคมจิตใจในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะติดบ้านและติดเตียง รวมทั้งแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงตามหลัก 4 ส. คือ สังเกต ดูแลใจอย่างองค์รวม ใส่ใจเข้าใจปัญหา , เสริมสร้าง ดูแลใจ และส่งต่อ เชื่อมโยง ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเข้าใจ รับฟัง และทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพสังคมจิตใจที่ดีขึ้น

นอกจากนี้การให้ความรู้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชนหรือคนในชุมชนก็ยังเป็นพลังสำคัญที่จะช่วยดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ขาดการดูแลจากครอบครัวหรือไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิดได้อีกด้วยดังนั้นการดูแลสุขภาพสังคมและจิตใจในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญนอกจากการดูแลทางด้านร่างกายแล้วทางผู้สูงอายุไม่มีปัญหาทางด้านสังคมและจิตใจจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ติดบ้านเปลี่ยนมาเป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคม และผู้สูงอายุที่ติดเตียงมีสุขภาพทางใจที่ดีขึ้นส่งผลต่อสุขภาพทางกายด้วยเช่นกัน

* นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โรงพยาบาลวังม่วงสัทธิธรรม

บทนำ

ในปัจจุบันประชากรโลกมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอย่างชัดเจน โดยเฉพาะสัดส่วนของกลุ่มประชากรสูงอายุที่มีเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องในขณะที่ประชากรแรกเกิดลดลง จากการรายงานในปี พ.ศ. 2558 ประชากรโลกมีจำนวนประมาณ 7,340 ล้านคน ซึ่งมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 901 ล้านคน (ร้อยละ 12.00) ของประชากรทั้งหมด องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 ประชากรสูงอายุทั่วโลกอาจมีมากถึง 1,000 ล้านคนซึ่งร้อยละ 19 ของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว

ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในส่วนของประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีในการนิยามผู้สูงอายุ แต่ในประเทศไทยกำหนดนิยาม ผู้สูงอายุไว้ว่า พรบ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป โดยประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินกว่าร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี 2564 และคาดว่าในปี 2578 จะมีผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ จากการสำรวจของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่ายและผู้ทรงคุณวุฒิโดยประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมที่วัดได้ด้วยดัชนีบาร์เทิลหรือดัชนี ADL (Barthel ADL index) ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยในปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีผู้สูงอายุกลุ่ม ติดสังคมร้อยละ 96.53 กลุ่มติดบ้านร้อยละ 2.78 และกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.68 ทั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านและติดเตียง กำลังเผชิญปัญหาด้านสุขภาพและโรคเรื้อรัง ความถดถอยทางด้านร่างกาย เช่น การเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน การกลืนปัสสาวะ ความทรงจำ การทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ และที่สำคัญคือความถดถอยทางด้านจิตใจ อาทิ ความเครียดที่อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าส่งผลต่อร่างกาย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านและติดเตียงมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดภาวะเครียดและซึมเศร้าได้ง่าย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิต (Life change) การอาศัยโดยลำพังจะมีระดับความเครียดและภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่กับบุตรหลาน นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราจะมีความรู้สึกสิ้นหวัง หดหู่ใจ และมีภาวะอ่อนแรงแมกที่สุด

การเสริมพลังชุมชนเป็นการทำให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของสามารถควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพได้ด้วยตนเอง การพัฒนาชุมชนจึงเป็นการดึงศักยภาพทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรวัตถุที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้เพื่อพัฒนาตนเองและสนับสนุนซึ่งกันและกันภายในชุมชน โดยผ่านการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนการพัฒนาาร่วมกัน จึงเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะช่วยบรรเทาภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่

ติดบ้าน ติดเตียงได้จากการส่งเสริมชุมชนให้เกิดความรู้ ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนและส่งเสริมให้คนในชุมชนเกิดความรัก ความเข้าใจกัน ผ่านกิจกรรมต่างๆในชุมชน เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังติดบ้าน ติดเตียงได้

วัตถุประสงค์

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงและคนในชุมชนเกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต
2. เสริมสร้างพลังชุมชนในการดูแลสุขภาพสังคมจิตใจในผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง

ความหมายของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ เป็นสภาวะของบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีความอ่อนแอทางร่างกายและจิตใจ มีความเจ็บป่วยหรือความพิการเกิดร่วมด้วยเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงสู่ความเสื่อมทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งวัยของผู้สูงอายุเป็นระยะสุดท้ายของชีวิต ถ้ามีการเตรียมตัวเตรียมใจก่อนเข้าสู่วัยนี้มาตั้งแต่วัยกลางคนจะสามารถปรับตัวรับมือกับทวิัยสูงอายุได้สมควรแก่ฐานะ ซึ่งเกณฑ์การตัดสินความชรา (cut – off point) อยู่ที่ 60 ปี ที่ใช้กำหนดผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นคนชรา หรือผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นเกณฑ์ที่อิงกลุ่มประเทศโลกที่สามสำหรับประเทศไทยได้กำหนดว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปตามเกณฑ์ปลดเกษียณ ซึ่งตรงกับที่ประชุมโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี พ.ศ. 2525 ได้ตกลงกันให้ใช้ อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์มาตรฐานโลกในการที่จะกำหนดผู้ที่จะถูกเรียกว่าเป็นผู้สูงอายุ หรือบางคนเรียกว่า ผู้สูงวัย เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่า มีอายุมาก โดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) หรือทั่วไปเรียกว่า คนแก่ หรือคนชรา โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรือ อยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม นอกจากนั้นยังมีการ เรียกผู้สูงอายุว่า ราษฎรอาวุโส (Senior citizen) ส่วนองค์การอนามัยโลก(World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของ ผู้สูงอายุว่า Older person or elderly person

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545 - 2654) ให้ความหมายคำว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป (ภาวิน ทองไชย, 2556 : 14)

โสภณพรณ รัตนัย (2555 : 8) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ วัยเริ่มต้นของการสูงอายุ บุคคลที่มีอายุ 51-65 ปี วัยเกษียณ บุคคลที่มีอายุ 55 - 70 ปี วัยสูงอายุบุคคลที่มีอายุ 65 - 75 ปี และ วัยสูงอายุยิ่ง บุคคลที่มีอายุ 71 - 80 ปี

ส่วนมิลเลอร์ (1995 : 15) กล่าวว่า ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ผู้สูงอายุระยะเริ่มต้น (Young-old) อายุ 65-74 ปี ผู้สูงอายุระยะกลาง (Middle-old) อายุ 75-78 ปี และผู้สูงอายุระยะสุดท้าย (Old-old) อายุ 85 ปีขึ้นไป

สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นวัยบั้นปลายของชีวิตโดยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่ลดลง

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและจิตใจที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตดังนี้

1. ทางด้านสังคม พบว่าเมื่อก้าวสู่วัยสูงอายุต้องเผชิญกับความสูญเสียดังนี้

- การสูญเสียสถานภาพและบทบาททางสังคมที่เคยมีบทบาทหรือตำแหน่ง และมีคนเคารพนับถือในสังคมเปลี่ยนเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนสังคม การมีบทบาทลดลงทำให้สูญเสียความมั่นคงในชีวิต รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญในสังคมอยู่ในสภาวะที่ไร้คุณค่า สูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อตนเอง (Poor Self-Image) และรู้สึกว่าตนเองกำลังเริ่มเป็นภาระของครอบครัว

- การสูญเสียการสมาคมกับเพื่อนฝูง เมื่อเกษียณอายุ หรือเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพจนทำให้การเคลื่อนไหวไม่สะดวก

- การสูญเสียสถานะทางการเงินที่ดี เนื่องจากรายได้ลดลงขณะที่ค่าครองชีพกลับสูงขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ผู้สูงอายุบางรายมีปัญหาในการดำรงชีวิต

2. ทางด้านอารมณ์และจิตใจ

- ด้านบุคลิกภาพ โดยปกติผู้สูงอายุจะมีบุคลิกภาพไม่ต่างจากเดิม บางรายถ้ามีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพอาจเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของอัตมโนทัศน์ การยอมรับของสังคม สถานการณ์ที่เกิดขึ้นรอบๆ ตัวผู้สูงอายุและการรับรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น

- ด้านการเรียนรู้ พบว่าการเรียนรู้จะลดลงมากโดยเฉพาะหลังอายุ 70 ปี แม้การเรียนรู้จะลดลงแต่ก็ยังสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ ถ้าการเรียนรู้นั้นสัมพันธ์กับประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา

ระยะเวลาที่ใช้ในการเรียนรู้ขึ้นอยู่กับความตั้งใจจริงของผู้สูงอายุ โดยสิ่งที่คุณสูงอายุเรียนรู้ได้ดีและเร็วคือการเรียนรู้เฉพาะอย่างโดยไม่ไปเร่งรัด

- ด้านความจำ มักพบว่าผู้สูงอายุจะจำเรื่องราวในอดีตได้ดี แต่จะมีความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ๆ ลดลง การกระตุ้นความจำจึงต้องอาศัยการปฏิบัติเป็นลำดับขั้นตอน หรือการจดบันทึกช่วยจำ

- ด้านสติปัญญา โดยปกติความสามารถทางสมองจะเริ่มลดลงเมื่ออายุ 30 ปีเป็นต้นไป ในผู้สูงอายุจะเกี่ยวข้องกับระดับการศึกษา สภาพสุขภาพ ประสบการณ์การเรียนรู้และการแก้ปัญหาในอดีต โดยทั่วไปการเสื่อมทางสติปัญญาจะค่อยเป็นค่อยไปไม่เท่ากันทุกคน คุณลักษณะการเสื่อมทางปัญญาที่พบในผู้สูงอายุได้แก่

- ความสามารถในการใช้เหตุผล
- ความสามารถในการคำนวณบวกลบตัวเลข
- ความสามารถในการคิดเรื่องนามธรรม
- ความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ แต่จะดีขึ้นถ้ามีการใช้ประสบการณ์เดิมที่ผ่านมาเข้ามาช่วย อย่างไรก็ตามก็ยังใช้เวลาในการคิดนานกว่าวัยหนุ่มสาว
- ความสามารถในการคิดตัดสินใจ พบว่าจะช้าลงบางครั้งต้องให้บุคคลอื่นช่วยในการตัดสินใจ
- ด้านการรับรู้ข้อมูลและการนำความรู้สู่การปฏิบัติ โดยปกติเนื่องมาจากการเสื่อมของร่างกาย เช่นสมองทำงานลดลง ความจำสั้นลง
- ด้านเจตคติ ความสนใจและคุณค่า ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลมาจากเพศ สังคม อาชีพ เชื้อชาติและวัฒนธรรม ดังนั้นการสอนเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้เรื่องราวใหม่ๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนเจตคติได้
- ด้านการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยส่วนใหญ่มักรับรู้ว่าคุณค่าอยู่ในวัยเพียงเพราะความเสื่อม ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง

การแบ่งกลุ่มของผู้สูงอายุ

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการพิจารณาจากองค์ประกอบด้านความสามารถและความต้องการของผู้สูงอายุ ตามแบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Bartel Activities of Daily Living : ADL) แบ่งได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

1. กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม (Social Bound) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระสามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้เป็นผู้มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรังหรือเป็นเพียงผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1-2 โรคที่ยังควบคุมโรคได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่น สังคม ชุมชนได้ และมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (คะแนน ADL ตั้งแต่ 12 ขึ้นไป)

2. กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน (Home Bound) เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่พอช่วยเหลือตนเองได้บ้าง หรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นเพียงบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมและเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

ที่ควบคุมไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนด้านร่างกายและจิตใจ จนส่งผลต่อการรู้คิด การตัดสินใจ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (คะแนน ADL ระหว่าง 5-11)

3. ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (Bed Bond) กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการเคลื่อนย้าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมี

โรคประจำตัวหลายโรคที่ควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนานและภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ เป็นกลุ่มที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (คะแนน ADL ระหว่าง 0-4)

การสังเกตปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

1. สังเกตอาการต่างๆ จากการดำเนินชีวิตประจำวันได้แก่ การกินผิดปกติ อาจจะกินมากขึ้นกว่าเดิม ยิ่งไม่สบายใจยิ่งกินมาก หรือบางคนก็ตรงข้ามคือกินน้อยลง เบื่ออาหาร ชูบผอมลงทั้งๆที่ไม่มีปัญหาทางร่างกาย บางคนมีอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ

2. การนอน อาจจะมีการนอนหลับมากกว่าปกติ เช่น มีอาการง่วง เหนงา ซึม เชื่อง อยากนอนตลอดเวลา หรือบางคนก็ตรงข้ามคือ นอนไม่หลับ ตกใจตื่น ตอนตึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้อีก บางคนอาจมีอาการฝันร้ายติดต่อกันบ่อยๆ

3. อารมณ์ผิดปกติ หงุดหงิดบ่อยขึ้น เศร้าซึม เคร่งเครียด ฉุนเฉียว วิตกกังวลมากขึ้นกว่าเดิม จนสังเกตเห็นได้และสร้างความลำบากใจให้กับคนรอบข้าง

4. พฤติกรรมการแสดงออกที่เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น เคยเป็นคนร่าเริงแจ่มใส ช่างพูด ช่างคุย ก็กลับซึมเศร้า เงียบขรึม ไม่พูดไม่จา บางคนก็หันไปพึ่งยาเสพติด เหล้า บุหรี่ เป็นต้น บางคนอาจเคยพูดน้อยก็กลายเป็นคนพูดมากหรือแสดงความสนใจในเรื่องเพศอย่างผิดปกติ เป็นต้น

5. มีอาการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งหาสาเหตุไม่พบ เช่น ปวดเมื่อยตามตัว ปวดศีรษะ ปวดกระดูก วิงเวียนศีรษะ ปวดท้อง เป็นต้น

ภาวะสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง

1. อารมณ์แปรปรวน คือ อาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่รวดเร็ว อาจมีหลากหลายอารมณ์ ใน 1 วัน โดยอาจรู้สึกเศร้า รู้สึกมีความสุข หรืออาจร้องไห้โดยไม่มีสาเหตุ โดยการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์นี้อาจเกิดขึ้นได้ตามธรรมชาติ หรือเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วย ความเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย ความผิดปกติของระดับฮอร์โมนในร่างกาย ความเครียด การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในชีวิต หรือแม้แต่โรคจิตเวชบางชนิด

2. ภาวะเครียด วิตกกังวล ผู้สูงอายุจะรู้สึกเครียดง่าย เนื่องจากปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ยาก ความสามารถและประสิทธิภาพลดลง มักแสดงออกเป็นความกลัวขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง ย้ำคิดย้ำทำ นอนไม่หลับ เหงา ว้าวุ่น ท้อแท้ ความวิตกกังวลอาจแสดงออกทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ท้องเสีย ท้องผูก เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย ปวดตึงกล้ามเนื้อมือเท้าเย็น ใจสั่น เหงื่อออกตามมือ เป็นต้น แสดงออกด้านพฤติกรรม เช่น จู้จี้ ขี้บ่น มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อยครั้งแยกตัวจากสังคม เก็บตัว กัดเล็บ กัดฟัน สูบบุหรี่ หรือ ดื่มเหล้าหนัก

3. โรคซึมเศร้า เป็นการเจ็บป่วยทางจิตใจชนิดหนึ่งเมื่อเกิดขึ้น จะทำให้ผู้สูงอายุไม่มีความสุข หดหู่ เบื่อหน่ายสิ่งต่างๆ รอบตัว มองโลกในแง่ร้าย ชอบอยู่เฉยๆ ตามลำพัง รู้สึกชีวิตสิ้นหวัง มองว่าตนไม่มีคุณค่า บางรายมีอาการตรงกันข้าม หงุดหงิด โมโหง่าย เอาแต่ใจตนเอง น้อยใจง่าย ทะเลาะกับลูกหลานบ่อยครั้ง อาการทางจิตใจส่งผลให้เกิดอาการทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ นอนมากเกินไป ปกติ อ่อนเพลีย ไม่สดชื่น เบื่ออาหาร ชอบพูดเรื่องเศร้าๆ ในรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีความคิดทำร้ายตนเองได้

การดูแลทางด้านสังคมจิตใจในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

1. กลุ่มติดสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่ค่อยมีปัญหาทางด้านจิตใจ การดูแลหลักต้องผลักดันให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ หรือชมรมต่างๆ ที่ผู้สูงอายุสนใจ ทั้งนี้ภายในชมรมต้องมีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะทางกาย พัฒนาความคิด พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการอยู่

ร่วมกับผู้อื่นและกิจกรรมที่มุ่งเน้นการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน นอกจากนี้กิจกรรมในชุมชนควรเป็นกิจกรรมเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุให้เกิดความภาคภูมิใจ โดยเฉพาะในกลุ่มติดสังคมสามารถเปลี่ยนภาระให้เป็นพลังของชุมชนได้ เช่น กิจกรรมการช่วยเหลือเด็กเล็ก

ด้วยการพัฒนาเด็กเล็ก โดยการใช้ประสบการณ์เดิม การละเล่นสมัยก่อน มาสอนเด็กสร้างกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น จากความรู้ ความสามารถของตน , กิจกรรมช่วยเหลือวัยรุ่น ด้วยวิธีง่ายๆ โดยให้ผู้สูงอายุผูกสัมพันธ์กับวัยรุ่น พูดคุย ได้ถาม และเปิดโอกาสให้วัยรุ่นได้แสดงออก โดยผู้สูงอายุเป็นสื่อ

กลางกับคนต่างวัย , กิจกรรมการเพิ่มขีดความสามารถของผู้สูงอายุเพื่อช่วยเหลือชุมชน เช่น การฝึกทักษะการฟังให้ผู้สูงอายุเพื่อให้เป็นที่ปรึกษากับคนต่างวัย ฝึกทักษะการถ่ายทอดเพื่อให้สามารถถ่ายทอดเรื่องราวต่างๆในชุมชนได้อย่างน่าสนใจ เป็นต้น

2. กลุ่มติดบ้าน เป็นกลุ่มที่อาจมีปัญหาสุขภาพจิตได้ ถ้ามีปัญหาทางด้านจิตใจ ต้องให้คำปรึกษาแนะนำในเรื่องนั้นๆ ก่อน จากนั้นค่อยถามสารทุกข์สุกดิบ การเยี่ยมบ้านจึงต้องมีข้อมูลของผู้สูงอายุรายนั้นๆ และต้องเตรียมคำถามที่สามารถสร้างความมีคุณค่าและกระตุ้นให้เกิดความภาคภูมิใจในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เมื่อไปเยี่ยมบ้านในกลุ่มนี้บุคลากรสาธารณสุขต้องเป็นฝ่ายฟังเพื่อให้ผู้สูงอายุระบายปัญหาแล้วจึงร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา

3. กลุ่มติดเตียง เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มนี้ นอกจากต้องรู้ข้อมูลของผู้สูงอายุแล้วต้องเตรียมเรื่องที่จะพูดคุยกับผู้สูงอายุ เมื่อไปถึงบ้านผู้สูงอายุถ้าพอจะนั่งเอนหลังได้ก็ให้

จัดที่นั่งให้กับผู้สูงอายุเพราะจะทำให้การพูดคุยจะสื่อสารเป็นไปได้ดีขึ้น และบุคลากรสาธารณสุขต้องกระตุ้นให้ผู้สูงอายุพูดคุยเล่าเรื่องมากกว่าที่จะเป็นฝ่ายพูดเสียเอง ควรมีข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้สูงอายุเคยประสบความสำเร็จ

ภาคภูมิใจในอดีต เพื่อเป็นประเด็นการตั้งคำถามและให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่องให้ฟัง

การดูแลด้านสังคมจิตใจสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลด้านสังคมจิตใจ ด้วยหลัก 4ส. เป็นการดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยทั้งนี้การดูแลด้านสังคม จิตใจ (4ส.) จะเป็นการดูแลที่มีประสิทธิภาพที่สูงกว่าการให้กำลังใจโดยทั่วไป ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. สังเกต ดูแลใจอย่างองค์รวม สังเกตด้วยความใส่ใจ ถึงสิ่งแวดล้อม ร่างกาย อารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ มองให้เห็นสิ่งที่เป็นอันตราย ความเสี่ยง ควรเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุดังนี้

1.1. ด้านสิ่งแวดล้อม อาทิ ความสัมพันธ์ในครอบครัว ลูกหลานไม่สนใจเอาใจใส่ ฐานะยากจน หนี้สิน ไม่มีรายได้ สิ่งกระตุ้นแสง สี เสียง ที่มากเกินไป เป็นต้น

แนวทางช่วยเหลือเบื้องต้น การพูดคุยหาแนวทางการดูแลร่วมกับคนในครอบครัว เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น

1.2. ด้านร่างกาย อาทิ ความสะอาด ความผิดปกติของร่างกาย เช่น ความพิการทางกาย แผลกดทับ เป็นต้น การเจ็บป่วยทางกายที่หาสาเหตุไม่พบ

แนวทางช่วยเหลือเบื้องต้น แนะนำเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกายให้กับญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการทำความสะอาด และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลกดทับ คอยหมั่นสอบถามอาการของผู้สูงอายุ สังเกตและประเมินสภาพจิตใจ

1.3. ด้านอารมณ์ เศร้า ลักษณะอารมณ์ เศร้า หดหู่ ท้อแท้ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้โดยทั่วไปในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นในระยะสั้นๆ และเป็นครั้งคราว

ภาวะเศร้าเรื้อรัง ที่ผู้สูงอายุมีความรู้สึกเศร้า เบื่อหน่าย สิ้นหวัง เป็นระยะเวลานานเกินกว่าสองสัปดาห์ จนไม่อยากทำอะไร หรืออาจมีความรู้สึกอยากตายและเป็นอยู่เกือบตลอดเวลาแทบทุกวัน เครียด ลักษณะ ไม่สนุก หงุดหงิดง่าย ไม่อยากพูดกับใคร หลับยาก ไม่หลับ ปวดหัวศีรษะ ปวดท้ายทอย วิดกกังวลหรือไม่สบายใจ อาการนอนไม่หลับ แขนงหน้าอก หายใจไม่ออก หายใจเร็ว ไม่มีแรงกระสับกระส่าย ท้องอืด

แนวทางช่วยเหลือเบื้องต้น ไม่ให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว รับฟังปัญหาและเสริมสร้างการดูแลช่วยเหลือ ชักชวนทำกิจกรรม ชวนเข้าสังคมร่วมกับผู้อื่น ใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต ชักชวนฝึกผ่อนคลายความเครียด สอนฝึกคิดบวก ชักชวนลูกหลานให้เข้ามาดูแลให้กำลังใจ

1.4. ด้านพฤติกรรม

- การกิน กินมากกว่าเดิม กินน้อยกว่าเดิม ชูบผอมลงทั้งที่ไม่มีปัญหาทางกาย

- การนอน นอนไม่หลับ นอนหลับ มากเกินไป อยากนอนตลอดเวลา หรือฝันร้ายติดต่อกัน

- นอนไม่หลับ อาการ หลับยาก นอนหัวค่ำ ตื่นแล้วหลับต่อยาก ตื่นทำงานตอนดึกและตื่นมาไม่สดชื่น สาเหตุจากนอนกลางวัน มากเกินไป ไม่ค่อยออกกำลังกาย มีความวิตกกังวล มีปัญหาร่างกาย เช่น ปวดหลัง เป็นโรคเบาหวาน

- ก้าวร้าว อาการ โกรธ หงุดหงิด ฉุนเฉียว อาจแสดงออกเช่น ตะโกน ด่าทอ กรีดร้อง หรือหยิก ทุบตีผู้อื่น ทำลายข้าวของ

- พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป จากร่าเริง ช่างพูด ช่างคุย ก็กลับซึมเศร้า เงียบขรึมไม่พูดจา หรือจากพูดน้อยกลายเป็นคนพูดมาก และการแสดงออกพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม

แนวทางช่วยเหลือเบื้องต้น ไม่เข้านอนตั้งแต่หัวค่ำ เวลาที่เหมาะสม คือ 3-4 ทุ่ม และตื่นตี 4-5 ตื่นน้า่น้อยลงหลังอาหารเย็น เพื่อลดการปัสสาวะตอนกลางคืน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน หลังเวลาบ่าย 2 โมง ฝึกสมาธิก่อนนอน ทำใจผ่อนคลาย สวดมนต์ ส่งต่อผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อประเมินปัญหาสุขภาพจิต สื่อสาร ด้วยคำพูดที่สั้นๆ เป็นขั้นเป็นตอน น้ำเสียงสุภาพ ไม่ได้เถียง หากมีพฤติกรรมทางเพศที่ผิดปกติ อย่าตกใจ หรือตอบสนองต่อปัญหาเกินเหตุ คอยชักนำผู้สูงอายุอย่างใจเย็นและส่งเสริมสุขภาพแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

2. ใส่ใจ เข้าใจปัญหา ใช้ทักษะการถาม การฟังอย่างใส่ใจ เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ หรือการใช้แบบคัดกรอง ทางสุขภาพจิต เพื่อให้รับทราบถึงปัญหาและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม

2.1. การสร้างสัมพันธ์ภาพและความไว้วางใจ

- ให้ความเป็นมิตร หน้าตายิ้มแย้ม ทักทายด้วยท่าทีสุภาพ อ่อนโยน อ่อนน้อม
- ยอมรับและให้เกียรติ ไม่ตัดสินจากรูปลักษณ์ภายนอก ยอมรับความคิดเห็น
- รักษาศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ รักษาความลับ ห้ามเล่าหรือเผยแพร่รูปภาพต่อสาธารณะ
- ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ รับฟังอย่างใส่ใจ ทำความเข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุ และให้ความช่วยเหลือเท่าที่ทำได้ตามความจำเป็น

2.2. การใส่ใจเพื่อเข้าใจปัญหา ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้ทักษะต่างๆ มาผสมผสานกัน ได้แก่ ทักษะการรับฟังอย่างใส่ใจ ทักษะการสังเกต ทักษะการถามเปิด การถามปิดและทักษะการสรุปความโดยแสดงความใส่ใจอย่างจริงจังและมุ่งเข้าใจปัญหาหรือคำนึงถึงข้อควรระวังดังต่อไปนี้

- มีความอดทนในการรับฟัง ไม่ใจลอย ไม่พูดแทรก ให้เวลาผู้สูงอายุคิด

- รับฟังอย่างใส่ใจ เปิดใจรับฟัง สบตาผู้สูงอายุ ไม่ด่วนสรุป แสดงออกว่ายังตั้งใจรับฟังอยู่ สังเกตท่าทางและคำพูดของผู้สูงอายุ

- ค้นหาและทำความเข้าใจปัญหา ใช้การถามโดยใช้คำถามปลายเปิด ถ้าในกรณีที่ต้องการคำตอบเฉพาะเจาะจงให้ใช้คำถามปลายปิด และทำการทบทวนสรุปเรื่องที่ฟังเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน

3. เสริมสร้าง ดูแลใจ

ให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยการใช้ทักษะ การฟังเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระบาย การพูดคุยให้กำลังใจ การสื่อสารเพื่อสร้าง คุณค่าของผู้สูงอายุขั้นตอนการส่งเสริมคุณภาพการรักษาและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- สร้างสัมพันธภาพ ผ่านการพูดคุยกัน
- รับฟังและให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึก รับฟังด้วยความใส่ใจ ใช้คำถามปลายเปิด สังเกตสีหน้า ท่าทาง ประเมินปัญหา อารมณ์ ความต้องการ

- ค้นหาศักยภาพและส่งเสริมศักยภาพที่มีอยู่ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุเล่าความภาคภูมิใจในอดีต ถ้ามถึงสิ่งที่สามารถทำได้ในชีวิตประจำวัน และถามความเห็นในเรื่องที่ผู้สูงอายุถนัด

- พูดคุยเพื่อชื่นชมและให้กำลังใจ

- เสริมสร้างดูแลจิตใจตามสภาพปัญหาและความต้องการ หากิจกรรมที่ผู้สูงอายุถนัดและชื่นชอบ หรือเทคนิคที่ช่วยให้ผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ นั่งสมาธิ ฝึกคิดบวก เป็นต้น

4. ส่งต่อ เชื่อมโยง

ประสานหน่วยงานหรือแหล่งที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตามสภาพปัญหา และอาการที่พบจากข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพ ปี 2559 พบว่ามีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประมาณ 4 แสนคน และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า จะมีถึง 1.3 ล้านคน ขณะเดียวกันพบว่ามีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 56 ที่รายงานว่าตนเองมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว โดยมีตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป ทั้งนี้ร้อยละ 36.8 เป็นเพศชาย และร้อยละ 42.3 เป็นเพศหญิง (สถานการณ์ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2559,2559) ซึ่งการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังนี้มีผลกระทบต่อภาวะจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ ก้าวร้าว กังวล สูญเสียคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเอง ไม่ร่วมมือในการรักษามีภาวะซึมเศร้า แยกตัวออกจากสังคม อยู่บ้านไม่กล้าออกไปไหนส่งผลให้เกิดการติดบ้าน และติดเตียงเกิดภาวะทุพพลภาพหรือพิการ

บางรายมีการทำร้ายตนเอง ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีความรู้และความเข้าใจถึงกลไกทางจิต และแนวทางการดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจแก่ผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุและญาติไม่รู้สึกถูกทอดทิ้ง มีพลังใจในการดูแลสุขภาพตนเองให้ห่างจากการเจ็บป่วย อาการแทรกซ้อน หรือภาวะทุพพลภาพได้ ซึ่งอาจดำเนินการผ่านการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และเข้าใจซึ่งกันและกัน เป็นการเสริมแรงใจให้กันและกันผ่านการพูดคุย การรับฟังอย่างใส่ใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ตามหลักการดูแลด้านสังคมจิตใจ 4 ส. ในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าในตนเองได้มากขึ้น และเปลี่ยนจากผู้สูงอายุที่ติดบ้าน เป็นผู้สูงอายุที่ติดสังคมได้ หรือผู้สูงอายุที่ติดเตียงทำให้เกิดการคิดในเชิงบวกมากขึ้น ลดปัญหาด้านสุขภาพจิตใจ ทำให้จิตใจเบิกบาน สดใส เพื่อให้ผู้สูงอายุติดเตียงมีสุขภาพกายและใจที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลด้านสังคมจิตใจแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุแล้ว ควรอบรมในชุมชนเพื่อให้คนในชุมชนมีความเข้าใจในบริบทของผู้สูงอายุที่ติดบ้าน และติดเตียง เป็นการดึงพลังชุมชนมาช่วยสร้างเสริมสังคมจิตใจที่ดีให้กับผู้สูงอายุในชุมชน และเตรียมพร้อมสำหรับบุคคลในชุมชนที่กำลังจะเข้าสู่ผู้สูงอายุด้วย

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องในงานดูแลผู้สูงอายุสามารถนำหลัก 4 ส. การดูแลด้านสังคมจิตใจในผู้สูงอายุไปประยุกต์ใช้ในงานของตนโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียง เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการใส่ใจเป็นพิเศษ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงานที่ดียิ่งขึ้น และเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

1. ดมิสา เพชรทอง ,ดราวดี รังวงศ์ ,นุไรดา แสสาเหตุ ,อาริสา พันธุสะ ,สมเกียรติยศ วรเดช ,บุญญพัฒน์ไชยมณี .การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: ความเครียดและแนวทางการจัดการความเครียด. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน.(2019).6(1).1-11
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ .คู่มือการดำเนินงาน อาสาสมัครพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์
3. (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ).2560 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2567]. แหล่งข้อมูล:
https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1562921912-236_0.pdf

4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข . แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต .2561[สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2567] .แหล่งข้อมูล:
https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614750485-411_0.pdf
5. นพ.ภาณุวัฒน์ ว่องตระกูลเรือง .สุขภาพจิตผู้สูงอายุ เรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม .2020 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2567] .แหล่งข้อมูล:
<https://www.nakornthon.com/article/detail/สุขภาพจิตผู้สูงอายุ-เรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม>
6. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต . ชุดความรู้การเยี่ยมบ้านเพื่อการดูแลสังคมจิตใจ ผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ติดบ้าน ติดเตียงสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ .2560 [สืบค้นเมื่อ 10 ธันวาคม 2567] .แหล่งข้อมูล:
[https://mhc8.dmh.go.th/Files/MentalhealthFile/_\(15-11-62-5\).pdf](https://mhc8.dmh.go.th/Files/MentalhealthFile/_(15-11-62-5).pdf)

สมดุลชีวิตด้วยวิถีใหม่ใส่ใจสุขภาพวัยทำงาน

(Balance your life with a new way of caring for health of work)

กมลชนก ใจเสาร์ดี¹

บทคัดย่อ

ในยุคที่การทำงานเข้ามามีบทบาทสำคัญในชีวิตคนวัยทำงาน การดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งสำคัญให้เกิดสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและการทำงานและความพึงพอใจในงาน วัยทำงานต้องเผชิญกับความท้าทายหลากหลาย ทั้งภาระงานที่หนักหน่วง ความกดดันในชีวิตประจำวัน และการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตที่เร่งรีบ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งกายและใจ จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายมาก การดูแลสุขภาพสมดุลของร่างกายด้วยตนเองเป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่องและปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและความต้องการของเรา เริ่มต้นจากการเปลี่ยนแปลงเล็ก ๆ ในชีวิตประจำวันเพื่อสร้างสุขภาพที่ดีและยั่งยืนในระยะยาว บทความนี้มุ่งเสนอแนวทาง วิธีการเปลี่ยนแปลง ข้อตกลง และการนำไปปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพทั้งกายและใจ ที่มีเนื้อหาครอบคลุมในการสร้างพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ การบริหารเวลา และการเสริมสร้างความสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ ทั้งนี้ การดูแลตนเองไม่ได้เพียงช่วยลดความเครียด แต่ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและความสุขในชีวิตประจำวัน การปรับสมดุลชีวิตด้วยวิถีใหม่ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของวัยทำงานให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน

¹ นักวิชาการสาธารณสุข สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

บทนำ

การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้าม ในโลกปัจจุบันที่ชีวิตเต็มไปด้วยความเร่งรีบและการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดนิ่ง ภัยทำงานมักตกอยู่ในภาวะที่ต้องจัดการกับภาระหน้าที่มากมาย ทั้งด้านการงานและชีวิตส่วนตัว จนส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจ ปัญหาต่าง ๆ เช่น ความเครียด การพักผ่อนไม่เพียงพอ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม กลายเป็นอุปสรรคสำคัญต่อคุณภาพชีวิต การสร้างสมดุลชีวิตด้วยวิธีใหม่ที่ใส่ใจสุขภาพทั้งในด้านการงานและชีวิตส่วนตัว จึงเป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยให้ภัยทำงานสามารถก้าวผ่านความท้าทายเหล่านี้ พร้อมสร้างชีวิตที่มีสุขภาพดีและความสุขได้อย่างยั่งยืน โดยเฉพาะรักษาสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัวจะช่วยให้เรามีสุขภาพที่ดีและมีความสุขมากขึ้น นี่คือการเคล็ดลับในการดูแลตนเองในภัยทำงานด้วย วิธีต่างๆ 3 ประเด็น ดังนี้ 1. สร้างสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว 2. ใส่ใจการออกกำลังกายและโภชนาการ 3. การจัดการความเครียดและเสริมสุขภาพจิต บทความนี้ ผู้เขียนได้นำเสนอเพื่อ 1. เพื่อให้ความรู้ถึงความสำคัญของสมดุลชีวิตในภัยทำงาน 2. เพื่อเสนอวิธีการดูแลสุขภาพกายและใจที่เหมาะสมสำหรับคนภัยทำงาน และ 3. เพื่อเข้าใจและปฏิบัติตามกลยุทธ์ในการจัดการเวลาและความเครียดและกระตุ้นให้คนภัยทำงานตระหนักถึงความสำคัญของการพักผ่อนและการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี

สมดุลชีวิต

จากทฤษฎี “การรักษาสมดุลชีวิต” (Maintaining the Balance of Life) เน้นการสร้างสมดุลในทุกมิติของชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืน ทฤษฎีนี้มีแนวคิดพื้นฐานดังนี้

1. สมดุลด้านร่างกาย (Physical Balance) การดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงผ่านโภชนาการที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การพักผ่อนเพียงพอ และการป้องกันโรคภัย
2. สมดุลด้านจิตใจ (Mental Balance) การบริหารจัดการอารมณ์และความเครียด การมีมุมมองเชิงบวก การส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิหรือกิจกรรมสร้างสรรค์
3. สมดุลด้านสังคม (Social Balance) การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว เพื่อน และชุมชน การมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยเติมเต็มความรู้สึกรักค่าและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
4. สมดุลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Balance) การค้นหาเป้าหมายและความหมายในชีวิต การเชื่อมโยงกับคุณค่าทางศาสนา ศีลธรรม หรือจริยธรรม การทำกิจกรรมที่เสริมสร้างจิตวิญญาณ เช่น การช่วยเหลือผู้อื่น

จากบทความวิจัย เรื่อง ความสมดุลระหว่างชีวิต และการทำงาน หมายถึง ความสามารถของแต่ละบุคคล กล่าวถึงแนวทางการสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ไว้ 5 ปัจจัย ซึ่งประกอบด้วยในบทความวิจัยที่เกี่ยวกับชีวิตและการทำงาน (work-life integration) โดยทั่วไปมักกล่าวถึง 5 ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการควบคุมและสร้างสมดุลระหว่างชีวิตส่วนตัวและงาน ดังนี้

1. เวลา (Time Management) การบริหารจัดการเวลาอย่างเหมาะสมระหว่างหน้าที่การทำงานและความรับผิดชอบในชีวิตส่วนตัว เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความขัดแย้งระหว่างสองด้านนี้

2. การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หรือองค์กร เช่น นโยบายการทำงานที่ยืดหยุ่น หรือการมีเครือข่ายช่วยเหลือ สามารถลดความเครียดและเพิ่มสมดุลชีวิตได้

3. นโยบายและวัฒนธรรมองค์กร (Organizational Policy and Culture) องค์กรที่มีนโยบายเอื้ออำนวย เช่น การทำงานทางไกล การลางานอย่างยืดหยุ่น หรือความเข้าใจจากหัวหน้างาน จะช่วยให้พนักงานบริหารชีวิตส่วนตัวและงานได้ดีขึ้น

4. การดูแลสุขภาพจิตและร่างกาย (Physical and Mental Health) การมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจเป็นปัจจัยที่สำคัญเพื่อให้บุคคลมีพลังงานและความพร้อมที่จะจัดการกับความรับผิดชอบทั้งสองด้าน

5. การจัดลำดับความสำคัญ (Prioritization) การตระหนักและเลือกให้ความสำคัญในเรื่องที่จำเป็นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เช่น ให้ความสำคัญกับครอบครัวในช่วงวันหยุด หรือมุ่งเน้นงานในช่วงที่ต้องการผลลัพธ์สำคัญ

วิธีการรักษาสมดุลชีวิต

การตั้งเป้าหมายที่สมดุล ในการจัดลำดับความสำคัญในชีวิตให้เหมาะสมระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัวการปรับตัวตามสถานการณ์ มีความยืดหยุ่นและการวางแผนเพื่อรับมือกับความเปลี่ยนแปลงการประเมินและปรับปรุงตัวเอง สำรว่าในแต่ละด้านมีอะไรที่ต้องปรับเพื่อให้เกิดสมดุลที่ดีขึ้น

ทฤษฎีนี้ชี้ให้เห็นว่าการรักษาสมดุลชีวิตไม่ได้หมายถึงการทำทุกอย่างให้เท่ากัน แต่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการของแต่ละด้านในสัดส่วนที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคลและบริบทชีวิตในช่วงเวลานั้น ๆ เพื่อให้เกิดความสุขและความยั่งยืนในระยะยาว สร้างสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัว เป็นกุญแจสำคัญในการรักษาสมดุลชีวิต ควรจัดลำดับความสำคัญของงานและกำหนดเวลาสำหรับการพักผ่อนและกิจกรรมส่วนตัว ส่วนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพไม่จำเป็นต้องแลกมาด้วยการเสียสุขภาพจิตหรือเวลาส่วนตัว วัยทำงานควรจัดสรรเวลาให้เหมาะสม โดยแบ่งเวลาให้กับ

ครอบครัว การออกกำลังกาย และการพักผ่อน เช่น การกำหนดขอบเขตเวลาทำงานที่ชัดเจน เพื่อลดความเครียดและป้องกันภาวะหมดไฟ (Burnout)

การทำงานหนักเพื่อความสำเร็จเป็นสิ่งสำคัญ แต่การละเลยชีวิตส่วนตัวอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพและความสัมพันธ์ในระยะยาว วิทยาลัยจึงควรเรียนรู้วิธีสร้างสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัวเพื่อให้เกิดความสมดุลที่ยั่งยืน

1.การจัดลำดับความสำคัญ

การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนในชีวิตทั้งด้านงานและส่วนตัวเป็นจุดเริ่มต้นที่ดี สร้างรายการสิ่งที่ต้องทำ (To-do list) และจัดลำดับความสำคัญตามความสำคัญและความเร่งด่วน วิธีนี้ช่วยลดความเครียดจากการบริหารเวลาและทำให้สามารถโฟกัสกับสิ่งสำคัญได้

กำหนดขอบเขตเวลาทำงาน

วิทยาลัยควรกำหนดเวลาทำงานที่ชัดเจน เช่น หลีกเลี่ยงการทำงานนอกเวลาที่ไม่ได้จำเป็น และให้เวลากับกิจกรรมส่วนตัว เช่น การพักผ่อนหรือการใช้เวลากับครอบครัว การสร้าง “พื้นที่ว่าง” ในแต่ละวันช่วยให้สมองและร่างกายได้พักฟื้นจากความเหนื่อยล้า

ส่งเสริมการพักผ่อนที่มีคุณภาพ

ชีวิตส่วนตัวที่สมบูรณ์เริ่มต้นจากการพักผ่อนที่เพียงพอ ทำกิจกรรมที่ช่วยเพิ่มพลังงาน เช่น การออกกำลังกาย การทำงานอดิเรก หรือการใช้เวลาในธรรมชาติ สิ่งเหล่านี้ช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสุขในชีวิต การพักผ่อนและการนอนหลับที่เพียงพอ การให้ร่างกายและจิตใจได้รับการฟื้นฟูผ่านการหยุดพักและนอนหลับอย่างเหมาะสมในแต่ละวัน ซึ่งช่วยสนับสนุนการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ระบบภูมิคุ้มกัน สมอง และกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ยังช่วยลดความเครียด ปรับสมดุลฮอร์โมน และส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี ความสำคัญของการพักผ่อนและการนอนหลับ ฟื้นฟูร่างกายระหว่างการนอนหลับ ร่างกายจะซ่อมแซมเซลล์และเนื้อเยื่อที่สึกหรอ ในช่วงการนอนหลับลึก (Deep Sleep) กล้ามเนื้อและอวัยวะต่าง ๆ จะได้รับการฟื้นฟู และการหลั่งฮอร์โมนการเจริญเติบโต (Growth Hormone) จะเพิ่มขึ้น ฟื้นฟูจิตใจการพักผ่อนช่วยให้สมองมีโอกาสดูแลข้อมูลและลดความเครียดสะสม การนอนหลับ REM (Rapid Eye Movement) ช่วยเสริมสร้างความจำและความคิดสร้างสรรค์ เพิ่มพลังงานและสมาธิ การนอนหลับเพียงพอช่วยให้ตื่นขึ้นมาอย่างสดชื่น พร้อมรับมือกับกิจกรรมในวันถัดไป คนที่ได้นอนหลับวันละ 7-8 ชั่วโมงมักจะมีสมาธิและประสิทธิภาพในการทำงานสูงกว่า กิจกรรมพักผ่อนและการนอนหลับ การพักผ่อนระหว่างวัน การทำสมาธิ 10 นาที หลังการทำงาน ในช่วงพักกลางวัน การหลับตานั่งสมาธิช่วยให้จิตใจสงบ ลดความเหนื่อยล้า และเพิ่มพลังในการทำงานช่วงบ่าย การนอนหลับที่มีคุณภาพ สร้างกิจวัตรก่อนนอน เช่น การอ่านหนังสือหรือ

ฟังเพลงผ่อนคลาย เข้านอนเวลาเดิมทุกคืน (22.00 น.) และหลีกเลี่ยงการใช้โทรศัพท์ก่อนนอน ทำให้นอนหลับได้ลึกและต่อเนื่อง การพักผ่อนเชิงร่างกาย การยืดเหยียดกล้ามเนื้อก่อนนอนช่วยลดอาการปวดเมื่อย การทำโยคะเบา ๆ ก่อนนอนช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายและหลับง่ายขึ้น ผลลัพธ์ของการพักผ่อนและการนอนหลับเพียงพอ สุขภาพร่างกายดีขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้เต็มที่ ลดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย สุขภาพจิตแจ่มใส ลดความเสี่ยงของอาการซึมเศร้าหรือความวิตกกังวล เพิ่มประสิทธิภาพในชีวิตประจำวัน ตื่นมาอย่างสดชื่น มีสมาธิ และประสิทธิภาพในการทำงานหรือเรียน การพักผ่อนและการนอนหลับที่เพียงพอเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ร่างกายและจิตใจฟื้นฟูอย่างเต็มที่ ส่งผลให้สุขภาพโดยรวมดีขึ้น มีพลังงาน และสามารถรับมือกับความท้าทายในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เรียนรู้การปฏิเสธอย่างเหมาะสม

การรับผิดชอบทุกอย่างอาจทำให้ภาระงานล้นมือ วิทยาลัยควรเรียนรู้ที่จะปฏิเสธงานหรือกิจกรรมที่ไม่สำคัญหรือเกินความสามารถ เพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าและรักษาสมดุลของชีวิต การสร้างสมดุลระหว่างงานและชีวิตส่วนตัวไม่เพียงช่วยให้สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ยังเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้ดียิ่งขึ้นในทุกด้าน

ความสมดุลนี้เปรียบเสมือนสะพานที่เชื่อมโยงชีวิตการทำงานเข้ากับความสุขในชีวิตส่วนตัวอย่างลงตัว (Work-Life Balance) เป็นทักษะที่สำคัญที่ช่วยให้เราสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีเวลาสำหรับกิจกรรมส่วนตัว การจัดการเวลาที่ดีไม่เพียงแต่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน แต่ยังช่วยลดความเครียดและเพิ่มความสุขในชีวิตประจำวัน นี่คือเคล็ดลับในการจัดการเวลาอย่างมีประสิทธิภาพเป็นการวางแผนและบริหารเวลาในแต่ละวันหรือช่วงเวลาที่กำหนด เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมหรือภารกิจต่าง ๆ ได้อย่างครบถ้วน ทันเวลา และเกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุด โดยลดการเสียเวลาไปกับสิ่งที่ไม่จำเป็น เพราะช่วยให้เราสามารถแบ่งเวลาให้กับงาน ครอบครัว การดูแลสุขภาพ และเวลาส่วนตัวได้อย่างเหมาะสม เช่น การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน การตั้งเป้าหมายที่ชัดเจน และสามารถวัดผลได้ช่วยให้เรามีทิศทางในการทำงาน ควรแบ่งเป้าหมายใหญ่เป็นเป้าหมายย่อยๆ และกำหนดเวลาสำหรับแต่ละเป้าหมาย การวางแผนล่วงหน้า การวางแผนล่วงหน้าช่วยให้เราสามารถจัดการเวลาได้ดีขึ้น ควรทำรายการสิ่งที่ต้องทำในแต่ละวันและจัดลำดับความสำคัญของงาน การใช้เครื่องมือจัดการเวลาการใช้เครื่องมือจัดการเวลา เช่น ปฏิทิน แอปพลิเคชันจัดการงาน หรือโน้ตบุ๊กช่วยให้เราสามารถติดตามงานและกำหนดเวลาได้ง่ายขึ้น การหลีกเลี่ยงการผัดวันประกันพรุ่ง การผัดวันประกันพรุ่งเป็นสิ่งที่ทำให้การจัดการเวลาไม่เป็นผล ควรเริ่มทำงานทันทีที่มีเวลาและหลีกเลี่ยงการเลื่อนงานออกไป การพักผ่อนอย่างเหมาะสม การพักผ่อนเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาประสิทธิภาพ

ในการทำงาน ควรพักผ่อนระหว่างการทำงานเพื่อให้สมองและร่างกายได้ฟื้นฟู การจัดการกับสิ่งรบกวน การจัดการกับสิ่งรบกวน เช่น การปิดการแจ้งเตือนจากโทรศัพท์หรือการหาสถานที่ทำงานที่เงียบสงบช่วยให้เราสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การประเมินผลและปรับปรุง การประเมินผลการจัดการเวลาและปรับปรุงวิธีการทำงานอย่างต่อเนื่องช่วยให้เราสามารถพัฒนาทักษะการจัดการเวลาได้ดีขึ้น การจัดการเวลาเป็นทักษะที่ต้องฝึกฝนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การมีวินัยและการวางแผนที่ดีจะช่วยให้เราสามารถจัดการเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุขในชีวิตประจำวัน การใช้ปฏิทิน Google Calendar เป็นเครื่องมือที่หลายคนคุ้นเคย ใช้สำหรับการนัดหมายและการจัดตารางเวลา สามารถแชร์ปฏิทินกับผู้อื่นและตั้งการแจ้งเตือนได้หรือแอปพลิเคชันในการกำหนดกิจกรรมสำคัญ เช่น การประชุม งานที่ต้องส่ง และกิจกรรมครอบครัวด้วย กำหนดช่วงเวลา 9.00-12.00 น. สำหรับงานที่ต้องใช้สมาธิ และช่วง 13.00-14.00 น. สำหรับตอบอีเมลหรือการประชุมออนไลน์ การจัดลำดับความสำคัญ ใช้หลักการ เช่น Eisenhower Matrix แบ่งกิจกรรมออกเป็น 4 ประเภทด่วนและสำคัญ, ไม่ด่วนแต่สำคัญ, ด่วนแต่ไม่สำคัญ, และไม่ด่วนไม่สำคัญ เลือกทำงานที่ต้องส่งพ่วงนี้ก่อน เช่น เขียนรายงานให้เสร็จ แล้วค่อยจัดโต๊ะทำงานที่ไม่เร่งด่วน การแบ่งเวลาให้กับชีวิตส่วนตัว ตั้งเวลาสำหรับการพักผ่อน เช่น การออกกำลังกาย ดูหนัง หรืออ่านหนังสือ เพื่อไม่ให้เกิดความเครียดสะสม ทุกเย็นหลังเลิกงาน 18.00-19.00 น. ออกกำลังกาย และ 19.30-20.00 น. รับประทานอาหารเย็นร่วมกับครอบครัว การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เบี่ยงเบนความสนใจ ลดเวลาที่ใช้กับโซเชียลมีเดียหรือกิจกรรมที่ไม่ช่วยเพิ่มคุณค่าในงานหรือชีวิตส่วนตัว ปิดการแจ้งเตือนโทรศัพท์ในช่วงทำงานเพื่อไม่ให้ถูกรบกวน ผลลัพธ์ของการจัดเวลาอย่างมีประสิทธิภาพจะเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน เพราะสามารถโฟกัสกับงานที่สำคัญที่สุดได้ ลดความเครียด เนื่องจากงานเสร็จตรงเวลาและมีเวลาให้ตัวเอง รักษาสมดุลชีวิต เพราะมีเวลาให้กับครอบครัว งาน และตัวเองในสัดส่วนที่เหมาะสม การจัดเวลาอย่างมีประสิทธิภาพไม่เพียงช่วยให้เราทำสิ่งต่าง ๆ ได้มากขึ้น แต่ยังช่วยให้เราใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพมากขึ้นด้วย

2. ใส่ใจการออกกำลังกายและโภชนาการ

การดูแลสุขภาพร่างกายเป็นพื้นฐานสำคัญของสมดุลชีวิต วิทยากรควรบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ หลีกเลี่ยงอาหารสำเร็จรูป และหาเวลาออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ใส่ใจโภชนาการและการออกกำลังกายสุขภาพที่ดีเริ่มต้นจากการดูแลร่างกายผ่านการควบคุมโภชนาการ วิทยากรที่ส่งเสริมชีวิตแบบเร่งรีบอาจจะเลยเรื่องสำคัญๆ แต่การใส่ใจโภชนาการและการออกกำลังกายเสริมสร้าง การทำงานของการทำงานและการควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง

1. การออกกำลังกายเป็นประจำ คือกุญแจสู่สุขภาพที่ดีในวัยทำงาน ช่วยลดความเครียด และเพิ่มพลังงาน คือ การทำกิจกรรมทางกายที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพร่างกายและจิตใจ เมื่อออกกำลังกาย ร่างกายจะหลั่งสารเคมีที่มีประโยชน์ เช่น เอ็นโดรฟิน (Endorphins) ซึ่งช่วยลดความเครียด ทำให้อารมณ์ดีขึ้น และช่วยเพิ่มพลังงานในชีวิตประจำวันการลดความเครียด กลไกทางชีวภาพ เมื่อออกกำลังกาย ระบบประสาทซิมพาเทติก (ที่กระตุ้นการตอบสนองต่อความเครียด) จะสงบลง และสมองจะหลั่งเอ็นโดรฟิน ซึ่งเป็นสารที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายและมีความสุข หลังจากวิ่งหรือเดินเร็วประมาณ 30 นาที คนที่รู้สึกเครียดจากงานมักจะพบว่าความเครียดลดลงและรู้สึกสดชื่นขึ้น ผลทางจิตวิทยา การออกกำลังกายช่วยให้เรามุ่งเน้นกับกิจกรรมเฉพาะหน้า เช่น การนับจำนวนครั้งหรือการเคลื่อนไหว ทำให้เราเบี่ยงเบนความสนใจจากความคิดที่ก่อให้เกิดความเครียดด้วยการเล่นโยคะช่วยให้คนมีสมาธิ และผ่อนคลายจิตใจจากปัญหาที่เผชิญ การเพิ่มพลังงานการกระตุ้นระบบไหลเวียนโลหิต การออกกำลังกายช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด ทำให้ออกซิเจนและสารอาหารเข้าสู่เซลล์ในร่างกายมากขึ้น ส่งผลให้รู้สึกมีพลังงาน การปั่นจักรยาน 20 นาทีในตอนเช้าช่วยให้รู้สึกกระปรี้กระเปร่าและพร้อมสำหรับการทำงานตลอดวัน การเสริมสมรรถภาพร่างกาย การออกกำลังกายที่บ้านเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับผู้ที่ไม่มีเวลาจำกัดหรือไม่สะดวกไปยิม นี่คือการออกกำลังกายที่สามารถทำได้ที่บ้าน

การออกกำลังกายที่บ้าน การวอร์มอัพ การวอร์มอัพ เป็นสิ่งสำคัญก่อนการออกกำลังกายทุกครั้ง เพื่อเตรียมร่างกายและลดความเสี่ยงในการบาดเจ็บ เช่น การเดินหรือวิ่งอยู่กับที่ การหมุนแขนและขา แบบคาร์ดิโอ กระโดดเชือก ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของหัวใจและเผาผลาญแคลอรี การวิ่งอยู่กับที่ เป็นการออกกำลังกายที่ง่ายและไม่ต้องใช้อุปกรณ์ การเต้นแอโรบิก สามารถทำตามวิดีโอการเต้นแอโรบิกที่มีอยู่มากมายบน YouTube ช่วยลดความเครียดผ่านการปลดปล่อยพลังงานอย่างสนุกสนาน เสริมความแข็งแรงของหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิต โยคะลดความเครียดและช่วยให้จิตใจสงบ เพิ่มความยืดหยุ่นของร่างกาย ทำให้รู้สึกสดชื่น แบบแรงต้าน วิดพื้น (Push-ups) ช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อแขนและหน้าอก สควอท (Squats) ช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อขาและสะโพก แพลงก์ (Plank) ช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อแกนกลางลำตัว การยืดเหยียด ช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นและลดความเครียด การยืดกล้ามเนื้อ ควรทำหลังการออกกำลังกายเพื่อช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย การใช้อุปกรณ์เสริมดัมเบลล์ ใช้สำหรับการออกกำลังกายแบบแรงต้าน เช่น การยกน้ำหนักยางยืดออกกำลังกาย ใช้สำหรับการออกกำลังกายแบบแรงต้านและการยืดเหยียด การออกกำลังกายแบบ HIIT (High-Intensity Interval Training) การออกกำลังกายแบบ HIIT เป็นการออกกำลังกายที่มีความเข้มข้นสูงในช่วงเวลาสั้นๆ เช่น การทำสควอทกระโดด (Jump Squats) หรือการทำเบอร์พีส์ (Burpees) สลับกับการพัก

การออกกำลังกายที่บ้านไม่จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์มากมาย แต่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและสนุกสนาน หวังว่าเคล็ดลับเหล่านี้จะช่วยให้สามารถออกกำลังกายที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข ช่วยเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและหัวใจ ทำให้ร่างกายมีความยืดหยุ่นและไม่รู้สึกเหนื่อยง่าย คนที่เล่นเวท เทรนนิ่ง 3 ครั้งต่อสัปดาห์มักพบว่ามีความเครียดมากขึ้นในกิจกรรมประจำวัน เช่น การเดินขึ้นบันไดหรือทำงานบ้าน กิจกรรมออกกำลังกายและผลลัพธ์ การวิ่งจ็อกกิ้ง ลดความเครียดหลังเลิกงาน ทำให้หลับสบายในตอนกลางคืน เพิ่มพลังงานสำหรับวันถัดไป การออกกำลังกายเป็นประจำไม่เพียงช่วยลดความเครียดและเพิ่มพลังงาน แต่ยังส่งผลดีต่อสุขภาพกายและจิตใจในระยะยาว หรือการออกกำลังกายร่วมกับเพื่อนหรือครอบครัวช่วยเพิ่มความสุขและแรงจูงใจ เช่น การเข้าร่วมคลาส ออกกำลังกายหรือการวิ่งร่วมกัน ทำให้เรามีชีวิตที่สมดุลและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

โภชนาการที่ดี อาหารและโภชนาการเป็นโภชนาการเพื่อสุขภาพที่ดี เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพของตนเอง ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปวัยทำงานควรเน้นการรับประทานอาหารผักผลไม้ ธัญพืชไม่ขัดสีโปรตีนไร้ไขมันและไขมันที่ดีเช่นเอวคาโดหรือถั่วลดปริมาณน้ำตาลเกลือ อาหารแปรรูป เช่น ฟาสต์ฟู้ด และควรให้สารอาหารที่จำเป็นในการรักษาร่างกาย

การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ คือ การเลือกบริโภคอาหารที่มีการเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง สารอาหารครบถ้วนและในสัดส่วนที่เหมาะสม เช่น โปรตีนโปรตีนคาร์โบไฮเดรต ธัญพืชเต็มเมล็ด และผลิตภัณฑ์นมไขมันต่ำไขมัน วิตามิน และแร่ธาตุ เพื่อสนับสนุนการทำงานของร่างกายให้แข็งแรง มีพลังงานเพียงพอ และป้องกันโรคต่าง ๆ ความสำคัญของการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และสมดุล ช่วยให้อวัยวะแข็งแรง อาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนช่วยซ่อมแซมเซลล์และเนื้อเยื่อ เพิ่มความแข็งแรงของระบบภูมิคุ้มกัน และสนับสนุนการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เช่น การรับประทานโปรตีนจากปลาจากเนื้อสัตว์ ไม่ติดมัน ไข่ หรือถั่ว ช่วยซ่อมแซมกล้ามเนื้อและสร้างเอนไซม์ที่จำเป็นต่อร่างกายเพิ่มพลังงานอาหารที่สมดุลช่วยให้ร่างกายได้รับพลังงานที่เพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อการทำกิจกรรมในแต่ละวัน การบริโภคคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้องหรือมันฝรั่ง ช่วยให้พลังงานนานขึ้นโดยไม่ทำให้น้ำตาลในเลือดพุ่งสูงเกินไป ลดความเสี่ยงของโรคการรับประทานผักและผลไม้ช่วยลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน และความดันโลหิตสูง การรับประทานผักใบเขียว เช่น คะน้า หรือผักโขม ช่วยเสริมไฟเบอร์และแอนติออกซิแดนท์ ที่ดีต่อหัวใจ อาหารที่มีประโยชน์และสมดุล คือ มื้อเช้า ขนมปังโฮลเกรน ทาอะโวคาโด 1 ชิ้น และไข่ต้ม มีประโยชน์ ในส่วนโปรตีน ไขมันดี และไฟเบอร์ ช่วยเพิ่มพลังงานและสมาธิในช่วงเช้า มื้อ

กลางวัน สลัดอกไก่พร้อมผักหลากสี ประโยชน์ ให้โปรตีน คาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน และวิตามินครบถ้วน ของว่าง ถั่วอัลมอนด์ 1 กำมือ และโยเกิร์ตธรรมชาติประโยชน์ ให้พลังงานและไขมันดี ช่วยลด ความหิวระหว่างมื้อ มื้อเย็น ปลาแซลมอนย่าง เสริมฟักกับผักนึ่งและข้าวกล้อง ประโยชน์ มีโอเมก้า-3 ช่วยบำรุงสมองและหัวใจ พร้อมไฟเบอร์ที่ดีต่อการย่อยอาหารผลลัพธ์จากการรับประทานอาหารที่ สมดุล ทำให้ร่างกายแข็งแรง ระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำงานได้เต็มประสิทธิภาพ เช่น ระบบย่อย อาหารและการเผาผลาญพลังงาน มีพลังงานตลอดวัน ลดความอ่อนเพลียและช่วยเพิ่มสมาธิในการ ทำงานสุขภาพยืนยาว ลดความเสี่ยงของโรคเรื้อรังและส่งเสริมอายุที่ยืนยาว อย่างมีคุณภาพ การ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์และสมดุลเป็นรากฐานสำคัญของสุขภาพที่ดี ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง มีพลังงาน และลดความเสี่ยงของโรคต่าง ๆ เพื่อการมีชีวิตที่สมดุลและยั่งยืน และการดื่มน้ำเพียงพอ ช่วยให้ร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรดื่มน้ำอย่างน้อย 8 แก้วต่อวัน หรือมากกว่านั้นหาก มีกิจกรรมที่ใช้พลังงานมาก

3. การจัดการความเครียดและเสริมสุขภาพจิต

สุขภาพจิตที่ดีมีส่วนสำคัญต่อการดำเนินชีวิต การฝึกสมาธิ การทำกิจกรรมที่สร้างความสุข เช่น การฟังเพลงหรือการอ่านหนังสือ สามารถช่วยลดความเครียดและเพิ่มความผ่อนคลายได้ นอกจากนี้ การเปิดใจพูดคุยกับเพื่อนหรือผู้เชี่ยวชาญเมื่อรู้สึกกดดัน ยังช่วยให้วัยทำงานจัดการกับ ปัญหาที่เผชิญได้ดีขึ้น

การจัดการความเครียด เป็นกระบวนการหรือวิธีการที่ใช้เพื่อลดหรือควบคุมความเครียดที่ เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เพื่อป้องกันผลกระทบทางลบต่อร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต การ จัดการความเครียดที่ดีการส่งเสริมสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี ช่วยให้เรารับมือกับสถานการณ์ที่ กดดันได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมสุขภาพที่ดีในระยะยาว วิธีการจัดการความเครียดและตัวอย่าง กิจกรรม การทำกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เลือกทำกิจกรรมที่สร้างความสุขและช่วยลดความตึงเครียด ของจิตใจ การออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง ว่ายน้ำ หรือโยคะ ซึ่งช่วยกระตุ้นการหลั่งเอ็นโดรฟิน (สาร แห่งความสุข) การฟังเพลง ฟังเพลงแนวผ่อนคลายหรือเพลงที่ชอบ เพื่อช่วยปรับอารมณ์ให้ดีขึ้น การ ทำสมาธิ นั่งสมาธิ ๆ และฝึกการหายใจลึก ๆ ช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจและทำให้จิตใจสงบ การ พูดคุยหรือปรึกษาคู่สนทนา การเปิดใจพูดถึงปัญหาหรือความรู้สึกกับคนที่ไว้ใจ ช่วยให้เรารู้สึกได้รับการ สนับสนุนและคำแนะนำ การพูดคุยกับเพื่อนหรือครอบครัวเพื่อแบ่งปันปัญหา การปรึกษานักจิตวิทยา หรือผู้เชี่ยวชาญหากความเครียดส่งผลกระทบรุนแรง การวางแผนและจัดลำดับความสำคัญ การ บริหารเวลาและการจัดลำดับความสำคัญของงาน ช่วยลดความรู้สึกกดดันใช้ปฏิทินหรือแอปพลิเคชัน

วางแผนงาน เพื่อจัดการภาระงานในแต่ละวัน แบ่งงานใหญ่เป็นงานย่อย ๆ ที่จัดการได้ง่ายขึ้น การใช้เวลาในธรรมชาติ ธรรมชาติช่วยฟื้นฟูจิตใจและลดระดับความเครียด เดินเล่นในสวนสาธารณะหรือป่า เพื่อสูดอากาศบริสุทธิ์ ทำกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น ปั่นจักรยานหรือดูพระอาทิตย์ตก การดูแลสุขภาพกายและใจ การนอนหลับเพียงพอและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ช่วยให้ร่างกายมีพลังในการจัดการกับความเครียด การเข้านอนตรงเวลาและพักผ่อนอย่างเพียงพอวันละ 7-8 ชั่วโมง การดื่มน้ำและรับประทานผักผลไม้ที่ช่วยลดอาการอ่อนล้าของร่างกาย ผลลัพธ์ของการจัดการความเครียดที่ดี สุขภาพกายแข็งแรงขึ้น ลดปัญหาที่เกิดจากความเครียด เช่น อาการ ปวดหัว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หรือโรคเรื้อรัง สุขภาพจิตดีขึ้นมีอารมณ์ที่มั่นคงและมีความสุขมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และชีวิตประจำวันมีสมาธิและความคิดสร้างสรรค์ในการแก้ปัญหาที่ดีกว่าเดิมการจัดการความเครียดเป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้เรารับมือกับปัญหาในชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ การเลือกวิธีที่เหมาะสม เช่น การทำกิจกรรมผ่อนคลาย การพูดคุย หรือการดูแลสุขภาพกายและใจ จะช่วยให้เรามีสุขภาพดีและมีความสุขมากขึ้นในระยะยาว

การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีด้วยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี 7 วิธีดูแลสุขภาพจิต สร้างอารมณ์ดี ชีวิตมีความสุข 1. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบตัว หมั่นใช้เวลาในการกระชับความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือแม้แต่เพื่อนบ้าน

2. ดูแลสุขภาพร่างกายของตัวเอง ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย 30 นาทีทุกวัน ไม่ว่าจะเป็นการวิ่ง เดิน โยคะ เต้น ขี่จักรยาน หรือแม้แต่การทำสวน จะช่วยเสริมอารมณ์และปรับสุขภาพให้ดีขึ้นได้ รวมถึงรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ ดื่มน้ำให้เพียงพอ อีกทั้งนอนหลับอย่างเพียงพอด้วย

3. เรียนรู้สิ่งใหม่ตลอดเวลา ทักษะความสามารถหรือความรู้ใหม่ ๆ จะช่วยให้รู้สึกว่าการประสบความสำเร็จในการทำสิ่งนั้น ๆ และเกิดความเชื่อมั่นในตัวเอง โดยอาจเริ่มจากการทำงานอดิเรก หรือศาสตร์ที่ตนสนใจ เช่น ทำอาหาร เล่นดนตรี เย็บปักถักร้อย เป็นต้น ซึ่งเทคโนโลยีในปัจจุบันก็ช่วยให้เข้าถึงความรู้ต่าง ๆ ได้ง่ายยิ่งขึ้น และมีหลักสูตรอบรมออนไลน์ที่คอยอำนวยความสะดวกให้เลือกมากมาย

4. หลีกเลี่ยงสารที่เป็นอันตราย อย่านำใช้สารที่เป็นอันตราย เช่น ยาเสพติด แอลกอฮอล์ บุหรี่ เพื่อรับมือกับความรู้สึก แม้ว่าสิ่งเหล่านี้ดูเหมือนว่าจะช่วยให้รู้สึกดีขึ้นในระยะสั้น แต่มันก็สามารถทำให้รู้สึกแย่ลงในระยะยาว อีกทั้งสารเหล่านี้ยังเป็นอันตรายที่ทำให้ทั้งตัวเราและคนรอบข้างเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคร้ายหรือบาดเจ็บได้

5. กำหนดเป้าหมายและลำดับความสำคัญ ตั้งเป้าหมายในชีวิต การใช้ชีวิตอย่างไร้แผนการและไร้จุดหมายอาจทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลต่อชีวิตในอนาคต จึงควรตั้งเป้าหมาย

ในระยะยาว เพื่อช่วยให้ตระหนักว่าสิ่งที่กำลังทำในปัจจุบันนั้นมีความหมาย และมีกำลังใจที่จะทำต่อไปเพื่อบรรลุในสิ่งที่มุ่งหวัง ซึ่งอาจเขียนเป้าหมายต่าง ๆ ลงบนกระดาษ เช่น การพัฒนาด้านการศึกษา อาชีพ หรือบุคลิกภาพ เป็นต้น และจัดสรรเวลาเพื่อฝึกฝนหรือทำตามเป้าหมายในแต่ละวันอย่างพอดี เพื่อไม่ให้กดดันตัวเองมากเกินไป

6. เน้นคิดในเชิงบวกและฝึกขอบคุณตัวเอง พยายามคิดในแง่บวก ยิ้มและบอกขอบคุณตัวเองทุกวัน ปฏิบัติกับตัวเองอย่างเคารพและเมตตา เห็นคุณค่าในตัวเอง หลีกเลี่ยงการวิจารณ์หรือด้อยค่าตัวเอง

7. ขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อจำเป็น

การสร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่มีความหมายและคุณภาพกับบุคคลอื่น โดยเน้นการสื่อสารที่ดี ความไว้วางใจ การให้เกียรติ และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ที่ดีช่วยส่งเสริมความสุข สุขภาพจิตที่แข็งแรง และความสำเร็จในชีวิตส่วนตัวและการทำงานองค์ประกอบของความสัมพันธ์ที่ดี การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การพูดคุยอย่างตรงไปตรงมาและเปิดใจ รวมถึงการฟังอย่างตั้งใจ การนัดพูดคุยกับเพื่อนที่อาจมีความเข้าใจผิด เพื่ออธิบายความรู้สึกและแก้ไขปัญห ความไว้วางใจและความเชื่อสัจยการรักษาคำพูดและความลับ รวมถึงการแสดงออกถึงความเชื่อสัจยในความสัมพันธ์ การแบ่งปันเรื่องสำคัญกับเพื่อนสนิท เพราะมันใจว่าอีกฝ่ายจะไม่เปิดเผยการสนับสนุนและให้กำลังใจ การอยู่เคียงข้างในช่วงเวลาที่ยากลำบากหรือแสดงความยินดีเมื่ออีกฝ่ายประสบความสำเร็จการให้กำลังใจเพื่อนก่อนการสอบสำคัญ หรือฉลองความสำเร็จของเขาการให้เกียรติและเคารพกันการยอมรับความคิดเห็น ความต้องการ และขอบเขตของอีกฝ่ายการเคารพความเป็นส่วนตัวของเพื่อนโดยไม่ก้าวล่วงชีวิตส่วนตัวตัวอย่างการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี ความสัมพันธ์ในครอบครัวการใช้เวลาอยู่ร่วมกัน เช่น การทานข้าวพร้อมหน้าครอบครัว การทำกิจกรรมร่วมกันช่วยเสริมสร้างความผูกพันและความเข้าใจในครอบครัวความสัมพันธ์กับเพื่อน การช่วยเหลือเมื่อเพื่อนต้องการความช่วยเหลือ เช่น ช่วยเพื่อนทำงานกลุ่ม การแสดงน้ำใจและความเอาใจใส่ ช่วยเสริมสร้างมิตรภาพที่ยั่งยืนความสัมพันธ์ในที่ทำงาน การแสดงความยินดีกับเพื่อนร่วมงานเมื่อเขาประสบความสำเร็จในโครงการการให้กำลังใจและสนับสนุนซึ่งกันและกันช่วยสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดีความสัมพันธ์ในชุมชนการเข้าร่วมกิจกรรมอาสาสมัคร เช่น การช่วยเก็บขยะในชุมชนการทำกิจกรรมร่วมกันช่วยสร้างความสามัคคีและความเข้าใจระหว่างสมาชิกในชุมชน ประโยชน์ของความสัมพันธ์ที่ดี ส่งเสริมสุขภาพจิตลดความเครียดและสร้างความมั่นคงทางอารมณ์เพิ่มคุณภาพชีวิตความสัมพันธ์ที่ดีช่วยให้เรารู้สึกมีคุณค่าและไม่โดดเดี่ยวสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งความสัมพันธ์ที่ดีช่วยให้เรามีผู้สนับสนุนในยามที่ต้องการการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีเป็นพื้นฐานสำคัญของชีวิตที่มีความสุขและประสบ

ความสำเร็จในระยะยาว โดยการสื่อสารที่ดี การไว้วางใจ และการให้กำลังใจซึ่งกันและกันช่วยให้ความสัมพันธ์แน่นแฟ้นและยังยืนยันการใส่ใจสุขภาพทั้งกายและใจผ่านวิถีใหม่ไม่เพียงช่วยให้การทำงานสามารถปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงของโลก แต่ยังเป็นกุญแจสู่ความสำเร็จในชีวิตอย่างมีความสุขและยั่งยืนอีกด้วย

สรุปและข้อเสนอแนะ

ความสมดุลของชีวิตเป็นแนวคิดสำคัญในการบำบัดวิชาชีพ และถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของผลลัพธ์ของชีวิต เช่น สุขภาพ และความสุข และความพึงพอใจของความต้องการ การรักษาสมาดุลชีวิตอธิบายถึงการปรับตัวของมนุษย์ทั้งร่างกายและพฤติกรรมเพื่อรักษาคุณภาพของชีวิตท่ามกลางความไม่หยุดนิ่งของสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงและแปรปรวนอยู่ตลอดเวลาทั้งภายในและภายนอกร่างกาย โดยความจำเป็นพื้นฐานได้รับการตอบสนองอย่างพอเพียง และทุกมิติแห่งการดำเนินชีวิตมีความแข็งแกร่ง

บทความนี้หวังว่าจะเป็นแรงบันดาลใจให้คนวัยทำงานตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองและสามารถนำแนวทางต่าง ๆ ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างสมดุลชีวิตที่สมบูรณ์และยั่งยืน การดูแลตนเองในวัยทำงานไม่ใช่เรื่องยาก แต่ต้องมีการวางแผนและความตั้งใจ การรักษาสมาดุลชีวิตจะช่วยให้เรามีสุขภาพที่ดีและมีความสุขในทุกๆ วัน

1. การจัดลำดับความสำคัญ ควรกำหนดเป้าหมายชีวิตและงานอย่างชัดเจน พร้อมสร้างแผนปฏิบัติการที่สมดุล
2. การดูแลสุขภาพกาย หมั่นออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ และพักผ่อนให้เพียงพอ
3. การดูแลสุขภาพใจ ฝึกสติ สมาธิ และการมองโลกในแง่ดี รวมถึงการพูดคุยกับเพื่อนหรือที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหา
4. การบริหารเวลา ใช้เทคนิคการจัดการเวลา เช่น การทำงานทีละอย่าง (single-tasking) หรือการใช้เครื่องมือช่วยจัดการงาน
5. การพักผ่อน จัดเวลาสำหรับกิจกรรมที่ตนเองรัก เช่น การท่องเที่ยว การอ่านหนังสือ หรือการทำงานอดิเรก
6. การเสริมสร้างความสัมพันธ์ ใช้เวลาเพื่อพัฒนาความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน และเพื่อนร่วมงาน

7. การพัฒนาตนเอง เป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลาและความพยายาม แต่ผลลัพธ์ที่ได้จะช่วยให้เรามีชีวิตที่ดีขึ้นและประสบความสำเร็จในด้านต่าง ๆ ของชีวิต
8. การใช้ชีวิตให้มีความสุขโดยเริ่มต้นจากตนเอง ย่อมมาซึ่งความสุขส่วนบุคคลและขยายผลถึงการสร้างสมดุลชีวิตกับงาน

เอกสาร/รายการอ้างอิง

1. แก้ววิบูลย์ แสงพลสิทธิ์. การรักษาสสมดุลชีวิต GotoKnow. วันที่ 21 มิถุนายน 2012. [อินเทอร์เน็ต]. <https://www.gotoknow.org/posts/129695>
2. มานพ นักการเรียน, วิญญู กิณะเสน, บานชื่น นักการเรียน, ฉัษุศาสตร์ สารมาศ: การเสริมสร้างสัมพันธภาพของครอบครัวตามแนวพุทธในยุควิถีชีวิตใหม่: [อินเทอร์เน็ต]: ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 มกราคม-กุมภาพันธ์. (2023).
3. Pitt – Catsouphe, Swanberg, Bond และ Galinsky, 2004 อ้างใน ภาวินี เพชรสว่าง, 2549.
4. พรพรรณ พิทักษา, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, วิริทธิ์ กิตติพิชัย, สุมลชาติ ดวงบุบผา. สมดุลชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข ปีที่ 6 ฉบับเพิ่มเติม 2563.
5. สวัสดิการองค์กร SNAM และสมดุลชีวิตและการทำงานที่ดี [(เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2562)]; ออนไลน์: <http://reports.snam.it/2016>.
6. ขงพาพร คงเพชร, อารีย์ ยมกุล, เรณู อาจาสาลี. การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อเป็นผู้สูงวัยสุขภาพดี. [อินเทอร์เน็ต]: ปีที่ 70 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2564.
7. สุนิสา เหลืองปัญญากุล, เกวลิน เศรษฐกร. ความสัมพันธ์ของความสมดุลชีวิตและงานกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพนักงาน. ออนไลน์: 2562-1-1_1596164764 PDF (www.me-abstract.ru.ac.th)
8. ขนิณรัตน์ อินทลักษณ์, อารีย์วรรณ อ่วมธานี. การสร้างสมดุลชีวิตกับงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง. วารสารพยาบาลทหารบก. [อินเทอร์เน็ต] 2015 4 ก.พ. [อ้างอิง 2024 ธ.ค. 11];15(3):382-9. หาได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/31299>
9. Anuyahong T. โภชนาการเพื่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี. สุขภาพ. Envi. J. [อินเทอร์เน็ต]. 3 ก.ย. 2023 [อ้างอิง 11 ธ.ค. 2024];1(01):1-12. เข้าถึงได้จาก: <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/hpc8Journal/article/view/471>

10. บทความสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก: <https://chulabhomchannel.cra.ac.th/health-articles/>
11. กิตติศักดิ์ รุจิกาญจนรัตน์. ผลของสิ่งเร้าพหุประสาทสัมผัสต่อการผ่อนคลายและคุณภาพการนอนหลับของผู้ที่ทำงานเปลี่ยนกะ. [อินเทอร์เน็ต]: 61810044.pdf. 2566.
12. İnal, Ö., Karahan, S., & Matuska, K. (2023). Turkish version of life balance inventory: Validity, reliability, and cultural adaptation study. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 30(6), 803–810. <https://doi.org/10.1080/11038128.2022.2145995>
13. Blignault, I., Saab, H., Woodland, L., Giourgas, K., & Baddah, H. (2022). Promoting Mental Health and Wellbeing in Multicultural Australia: A Collaborative Regional Approach. *International journal of environmental research and public health*, 19(5), 2723. <https://doi.org/10.3390/ijerph19052723>
14. Fernández-Lázaro, D., & Seco-Calvo, J. (2023). Nutrition, Nutritional Status and Functionality. *Nutrients*, 15(8), 1944. <https://doi.org/10.3390/nu15081944>
15. Valenzuela, P. L., Castillo-García, A., Morales, J. S., de la Villa, P., Hampel, H., Emanuele, E., Lista, S., & Lucia, A. (2020). Exercise benefits on Alzheimer's disease: State-of-the-science. *Ageing research reviews*, 62, 101108. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2020.101108>
16. Woodfield, M., Butler, N. G., & Tsappis, M. (2024). Impact of sleep and mental health in adolescence: an overview. *Current opinion in pediatrics*, 36(4), 375–381. <https://doi.org/10.1097/MOP.0000000000001358>

ปัญหาสุขภาพจากคลื่นความร้อน

ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมัน พงษ์นิโย¹

1. ความหมายและการพยากรณ์คลื่นความร้อน

คลื่นความร้อน (Heatwave) ไม่มีเกณฑ์อุณหภูมิที่ชัดเจนในการกำหนด แต่สามารถคาดการณ์ได้จากการวิเคราะห์แผนที่อากาศหรือข้อมูลทางอุตุนิยมวิทยา เช่น การเคลื่อนที่ของมวลอากาศอุ่นที่ทำให้อุณหภูมิสูงขึ้น (WHO, 2011; Barrow WM, Clark AK., 2014) ประเทศที่มีโอกาสเกิดคลื่นความร้อนมักจะมีการพยากรณ์อากาศที่ระบุถึงคลื่นความร้อนและดัชนีความร้อน เพื่อเตรียมความพร้อมของประชาชนต่อสถานการณ์ดังกล่าว ปัจจัยที่เพิ่มความรุนแรงของคลื่นความร้อน การปล่อยก๊าซเรือนกระจกจากมนุษย์ทำให้อุณหภูมิโลกสูงขึ้น ส่งผลให้ความถี่และความรุนแรงของคลื่นความร้อนเพิ่มขึ้น ภาวะเอลนีโญ (El Niño) เป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดคลื่นความร้อน โดยในประเทศไทยมีเหตุการณ์เอลนีโญสำคัญในช่วงปี พ.ศ. 2557 – 2559: เกิดภัยแล้งรุนแรง พ.ศ. 2562 – 2563: เกิดภัยแล้งในบางพื้นที่ และ พ.ศ. 2566 – 2567: คาดการณ์ว่าจะเป็นเอลนีโญกำลังรุนแรงมาก (วัชรภรณ์ หวังพงษ์ 2567)

คลื่นความร้อนส่งผลกระทบต่อสุขภาพสาธารณะอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่เปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก และผู้ที่มีโรคประจำตัว ผลกระทบสำคัญ ได้แก่

- โรคลมแดด (Heatstroke): เป็นภาวะที่ร่างกายไม่สามารถระบายความร้อนได้เพียงพอ ทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงเกิน 40 °C และอาจทำให้หมดสติหรือเสียชีวิตได้
- โรคความร้อนอ่อนเพลีย (Heat exhaustion): อาการเหนื่อยล้า หมดน้ำ และอาจหมดสติ
- โรคทางเดินหายใจและหัวใจ: อุณหภูมิสูงทำให้การทำงานของระบบหัวใจและปอดแย่ลง โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง
- ผลกระทบทางจิตใจ อากาศร้อนส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต เช่น ความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ให้ความสำคัญกับ Heat Wave ในฐานะปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพมนุษย์ โดย "Heat Wave"

¹ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายถึง ช่วงเวลาที่อุณหภูมิสูงผิดปกติอย่างต่อเนื่องหลายวันหรือหลายสัปดาห์ ซึ่งมักเกิดขึ้นพร้อมกับระดับความชื้นสูง โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ไม่คุ้นเคยกับอุณหภูมิที่สูงมากเช่นนี้

2. ผลกระทบต่อสุขภาพ

อุณหภูมิโลกที่สูงขึ้นส่งผลให้ความร้อนในบรรยากาศเพิ่มสูงขึ้น ประกอบกับสถานการณ์ความร้อนของประเทศไทยที่ผ่านมามีค่าอุณหภูมิเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากความร้อน โรคลมร้อนหรือโรคลมแดดทั่วไป (classical or nonexertional heat stroke; NEHS) โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เด็กเล็ก ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีโรคประจำตัว ผู้ที่มีภาวะอ้วน ผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และผู้ที่ทำงานหรือทำกิจกรรมกลางแจ้งเป็นเวลานาน เพื่อป้องกันความเสี่ยงด้านสุขภาพของประชาชน อากาศร้อนจัดเป็นภัยเงียบที่ก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตในช่วงฤดูร้อน หลายประเทศทั่วโลกจึงให้ความสำคัญ โดยมีรายงานว่าทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ถึงร้อยละ 10-50 และผู้รอดชีวิตอาจมีความพิการทางระบบประสาทอย่างถาวรร้อยละ 7-20 ประเทศไทยโดยเฉพาะช่วงฤดูร้อนมีอุณหภูมิสูง นอกจากนี้ สภาพอากาศของโลกที่มีแนวโน้มอุณหภูมิสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ระยะเวลาของช่วงฤดูร้อนนานขึ้น ร่างกายคนต้องมีการปรับตัวต่อสภาพอากาศร้อน หากร่างกายไม่สามารถปรับตัวกับความร้อนจนมีอุณหภูมิแกนของร่างกายสูงขึ้นเกิน 40 องศาเซลเซียส (104 องศาฟาเรนไฮต์) ร่วมกับความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง อาจทำให้เกิดอาการสับสน เพ้อ ชักเกร็ง ซึม หรือหมดสติ และส่งผลต่อการทำงานของร่างกายทุกระบบได้ ซึ่งเป็นอันตรายถึงชีวิต ถ้าร่างกายไม่สามารถปรับตัวหรือควบคุมระดับความร้อนในร่างกายได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนที่มีความเสี่ยง (สิทธิชัย ตันติภาสวสิน, ภัทริรา ตันติภาสวสิน 2566)

โรคที่เกิดจากลมร้อน (Heat-related illnesses) เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์

- Heat stroke (ลมแดด): สภาวะอันตรายที่เกิดจากร่างกายไม่สามารถควบคุมอุณหภูมิได้ ส่งผลให้ระบบประสาทและอวัยวะภายในล้มเหลว
- Heat exhaustion (อ่อนเพลียจากความร้อน): ทำให้เกิดอาการอ่อนล้า คลื่นไส้ มึนงง และอาจนำไปสู่ Heat Stroke ได้
- Heat cramps (ตะคริวจากความร้อน): เกิดจากการเสียเกลือแร่ระหว่างการขับเหงื่อมากเกินไป
- โรคที่แย่งเนื่องจากความร้อน: ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (เช่น หัวใจวาย) โรคระบบทางเดินหายใจ (เช่น หอบหืด) โรคเบาหวาน (จากการเปลี่ยนแปลงในระดับน้ำตาลในเลือด)

โรคลมร้อนหรือโรคลมแดด ส่งผลให้ระบบการทำงานของอวัยวะหลายอวัยวะล้มเหลว ในรายที่รุนแรงมากอาจเกิดหัวใจล้มเหลว ระบบไหลเวียนโลหิตล้ม และเสียชีวิตตามมาได้ การระบายความร้อน การลดอุณหภูมิ และการให้การดูแลระดับประคอง มีความสำคัญมากในการดูแลรักษาภาวะฮีทสโตรก การป้องกันยังคงเป็นสำคัญมากกว่าการรักษา การตระหนักรู้ถึงปัจจัยเสี่ยง การเตรียมความพร้อมและปรับสภาพร่างกายให้ชินกับความร้อน และการหลีกเลี่ยงกิจกรรมในช่วงเวลาที่อากาศร้อนจัดจะช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะเจ็บป่วยเนื่องจากความร้อนได้ ทำให้เกิดความผิดปกติต่างๆ ดังนี้ (กรมควบคุมโรค, พฤษภาคม 2567)

1. **ระบบประสาทส่วนกลาง** อุณหภูมิที่สูงขึ้นในร่างกายทำให้เกิดภาวะของสมองบวม สมองขาดเลือด และเมแทบอลิซึมผิดปกติ จึงมีผลให้ระบบประสาทส่วนกลางทำงานผิดปกติ ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทำให้มีอาการสับสน กระสับกระส่าย ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เติช ชักเกร็งและหมดสติ ที่สำคัญในรายที่รุนแรงหรือไม่ได้รับการรักษาอาจมีความพิการทางระบบประสาทอย่างถาวร

2. **ระบบหัวใจและหลอดเลือด** ผู้ป่วยโรคลมร้อน มีภาวะขาดน้ำ (dehydration) มีปริมาตรของเลือดในร่างกายน้อย (hypovolemia) และมีการคลายตัวของหลอดเลือดส่วนปลาย ทำให้ความดันโลหิตต่ำ อัตราการเต้นของหัวใจเร็วผิดปกติ บางรายพบว่ามีอาการเต้นไม่เป็นจังหวะร่วมด้วย และอาจพบผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ ซึ่งความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ และความดันโลหิตต่ำ ทำให้อันตรายการถึงแก่ชีวิตได้

3. **โลหิตวิทยา** ผู้ป่วยโรคลมร้อน มีภาวะขาดน้ำ มีปริมาณส่วนน้ำเลือดในร่างกายน้อย ทำให้เลือดข้น (polycythemia) ซึ่งจะส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย พบว่าเมื่ออุณหภูมิร่างกายสูงช่วง 42-44 องศาเซลเซียส มีผลกระทบต่อเมแทบอลิซึมของเซลล์และการทำงานของเอนไซม์ ได้แก่กระตุ้นให้เกร็ดเลือดทำงาน ทำให้เกิดลิ่มเลือดเล็กๆกระจายทั่วไปในหลอดเลือด

4. **ระบบทางเดินหายใจ** ผู้ป่วยโรคลมร้อนทั้งสองประเภท มีอัตราการหายใจเร็วผิดปกติ โดยในผู้ป่วยโรคลมร้อนจากการออกกำลังกาย จะเริ่มด้วย respiratory alkalosis ต่อมาเป็นภาวะเลือดเป็นกรด (metabolic acidosis) พบกรดแลคติกในเลือดสูง และเนื้อเยื่อถูกทำลายอย่างถาวร แต่ในผู้ป่วยโรคลมร้อนทั่วไปจะเกิด respiratory alkalosis อย่างเดียวเท่านั้น ในรายที่รุนแรงของโรคลมร้อนหรือโรคลมแดด ทั้งสองประเภทพบว่ามีปอดบวม เนื้อเยื่อปอดตายจากการขาดเลือดไปเลี้ยง รวมถึงอาจเกิดภาวะกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับยาสงบระงับ (sedation) และใส่ท่อเข้าหลอดลมร่วมกับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

5. **ระบบทางเดินอาหาร** ลำไส้และตับถูกทำลายเนื่องจากความร้อนโดยตรงและจากการมีเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงน้อยลง มีการเพิ่มการซึมผ่านของลำไส้เพิ่มขึ้นซึ่งจะทำให้สารพิษผ่านเข้าสู่กระแสเลือดได้ ส่งผลให้เกิดการตอบสนองต่อการอักเสบอย่างรุนแรง ส่วนตับถูกทำลาย พบอาการดีซ่านและเอนไซม์ตับสูงขึ้น อาจเกิดภาวะตับวาย ซึ่งแม้ว่าพบน้อย แต่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงอย่างมาก

6. **ระบบทางเดินปัสสาวะ** ผู้ป่วยโรคลมร้อนหรือโรคลมแดด มีภาวะขาดน้ำ มีปริมาตรของเลือดในร่างกายน้อย ทำให้ปัสสาวะน้อย มีการสลายของกล้ามเนื้อลาย (rhabdomyolysis) และภาวะลิ่มเลือดกระจายทั่วไปในหลอดเลือด (disseminated intravascular coagulation; DIC) ส่งผลให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลัน จึงสามารถตรวจพบระดับครีเอตินิน ไคเนส สูง ในผู้ป่วยโรคลมร้อนทั้งสองประเภท และพบว่าโอกาสเกิดไตวายเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคลมร้อนจากการออกกำลังกายมากกว่าในผู้ป่วยโรคลมร้อนทั่วไป

7. **อิเล็กโทรไลต์ปริมาณอิเล็กโทรไลต์ในเลือดผิดปกติ** ได้แก่ ในระยะเริ่มแรก ระดับโพแทสเซียม ฟอสเฟตในเลือดต่ำ ต่อมาเมื่อเนื้อเยื่อถูกทำลายมากขึ้น จะพบระดับของแคลเซียมในเลือดต่ำและฟอสเฟตในเลือดสูง

ประชากรกลุ่มเสี่ยงและการควบคุมอุณหภูมิร่างกายในภาวะปกติ

การทำงานในที่ที่มีอากาศร้อนจัดจะทำให้เสียสมาธิ ส่งผลให้สมรรถนะในการทำงานที่ต้องใช้ความชำนาญลดลง มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ นอกจากนั้น คนแข็งแรงทั่วไปจะมีปฏิกิริยาในร่างกายที่ทำให้ทนต่อความร้อนได้ระดับหนึ่ง แต่ในกลุ่มเสี่ยงและเปราะบาง เช่น ผู้ที่ทำงานกลางแจ้ง ผู้ป่วยผู้สูงอายุและเด็ก คนที่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคไต หรือในคนอ้วน จะมีความทนต่อความร้อนได้น้อยกว่า” ผู้ที่อาศัยในพื้นที่แออัดและมีการระบายอากาศไม่ดี เช่น เมืองใหญ่ที่มีปรากฏการณ์ Urban Heat Island ทั้งนี้ สามารถป้องกันฮีตสโตรกได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคปอด โรคอ้วน เป็นต้น รวมทั้งเด็ก และหญิงตั้งครรภ์ โดยควรปฏิบัติตามนี้ 1.ลดหรือเลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้ง ในช่วงที่มีอากาศร้อนที่สุดของวัน (โดยเฉพาะช่วงเวลา 11.00 -15.00 น. จะมีอากาศร้อนที่สุด) 2.ดื่มน้ำในระหว่างวันอย่างน้อย 2-4 แก้ว/ชั่วโมง โดยไม่ต้องรอกระหายน้ำ 3.หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลสูง 4.สวมใส่เสื้อผ้าที่ระบายอากาศได้ดีมีสีอ่อน หลวม น้ำหนักเบา 5.ผู้ที่ต้องทำงานกลางแจ้ง ควรพักในที่ร่ม อากาศถ่ายเทได้สะดวก และ 6.สังเกตอาการของตนเอง หากมีอาการ หน้า

มิด เวียนศีรษะ คลื่นไส้ หายใจเร็วให้รีบแจ้งบุคคลใกล้ชิด พาเข้าไปพักในที่เย็น มีอากาศถ่ายเทสะดวก หากมีอาการรุนแรง หรือหมดสติควรรีบนำส่งโรงพยาบาลทันที

โรคลมร้อนจากการออกกำลังกาย (exertional heat stroke; EHS) พบในคนวัยหนุ่มสาวที่ ทำกิจกรรมหรือออกกำลังกายอย่างหนักเป็นระยะเวลานานในกลางแจ้งหรือในสภาพอากาศร้อนจัด มีการเพิ่มการสร้างความร้อนของร่างกายมากกว่าที่ร่างกายจะสามารถระบายความร้อนได้ทัน ทำให้ อุณหภูมิแกนของร่างกายสูงขึ้นเกิน 40 องศาเซลเซียส อาจมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน มึนงงกล้ามเนื้อหดเกร็ง หายใจลำบาก เป็นต้น และมักพบว่าเป็นลม หมดสติ ก่อนที่จะเกิด ภาวะโรคลมร้อน

โดยปกติระดับอุณหภูมิกายของมนุษย์ประมาณ 37 องศาเซลเซียส ซึ่งเหมาะสมสำหรับการ ทำงานของเอนไซม์ต่างๆ อุณหภูมิกายที่สูงขึ้นเกิดจากสิ่งแวดล้อมและเมแทบอลิซึมของเซลล์ ร่างกาย มนุษย์สามารถปรับสมดุลความร้อนโดยการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางคือสมองส่วนของไฮโป ทาลามัส ร่วมกับกลไกทางสรีรวิทยาต่างๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงขนาดของหลอดเลือด ซึ่งเพิ่มการ ไหลของเลือดและมีการกระจายของเลือดเพิ่มขึ้น การทำงานของต่อมเหงื่อเพื่อระบายความร้อนทาง ผิวหนัง เป็นต้น ทั้งนี้ การระบายความร้อนของร่างกายมี 4 วิธีด้วยกัน ได้แก่ 1. การนำความร้อน (conduction) เป็นการถ่ายเทความร้อนจากวัตถุที่มีอุณหภูมิสูงกว่าไปยังวัตถุที่มีอุณหภูมิต่ำกว่า โดย การสัมผัสกับผิวหนังโดยตรง สามารถใช้น้ำเป็นตัวกลางนำความร้อนที่ดี เพื่อลดความร้อนของร่างกาย 2. การพาความร้อน (convection) เป็นการระบายความร้อนออกจากร่างกายโดยอาศัยการหมุนเวียน ของอากาศที่อยู่ล้อมรอบเป็นตัวพา โดยความร้อนจากภายในร่างกายอาศัยเลือดเป็นตัวพามาระบายที่ ผิวหนังโดยถ่ายเทให้อากาศ 3. การแผ่รังสีความร้อน (radiation) เป็นการระบายความร้อนออกจาก ร่างกายในรูปของคลื่นรังสี ที่แผ่ออกไปทุกทิศทุกทาง โดยไม่ต้องอาศัยตัวกลาง 4. การระเหยความ ร้อน (evaporation) เป็นการระบายความร้อนออกจากร่างกายที่ออกทางผิวหนังเช่นเหงื่อและ ทางเดินหายใจโดยที่เราไม่รู้สึกรู้ส ใน 4 วิธีนี้ การระเหยความร้อน (evaporation) โดยการขับเหงื่อ มี ประสิทธิภาพสูงสุดในการระบายความร้อนออกจากร่างกาย แต่กรณีที่อุณหภูมิของอากาศใกล้เคียง กับอุณหภูมิของร่างกาย วิธีนี้จะมีประสิทธิภาพน้อยที่สุด ในผู้ป่วยโรคลมร้อนทั่วไปไม่มีเหงื่อออก แต่ วิธีการนำความร้อน (conduction) จะมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ดังนั้นการเช็ดตัวด้วยน้ำที่มีอุณหภูมิต่ำ กว่าอุณหภูมิของร่างกาย สามารถระบายความร้อนได้ดี จึงช่วยลดอุณหภูมิของร่างกายได้

เมื่ออากาศร้อน นอกจากร่างกายตอบสนองโดยมีการสร้างเหงื่อมากขึ้นแล้ว ยังมีการ เปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาอื่นๆอีก เช่น อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น เลือด ไหลเวียนไปที่ผิวหนังเพิ่มขึ้นแต่มีเลือดไหลเวียนที่อวัยวะภายในลดลง ทำให้มีโอกาสที่จะขาดเลือดไป

เสี่ยงอวัยวะที่สำคัญ ได้แก่ สมอง หัวใจ ตับและไต ส่งผลให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ นอกจากนี้ ในผู้ป่วยที่ใช้ยาบางชนิด เช่น ยาที่ทำให้หลอดเลือดหดตัว ยาปิดกั้นเบตา ยาด้านฮีสตามีน ยาขับปัสสาวะ และยาอัยรอยด์ มีผลให้เลือดไปที่ผิวหนังลดลง ทำให้การระบายความร้อนลดลง จึงมีโอกาสเกิดโรคลมร้อนง่ายขึ้น

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับดัชนีความร้อนกับอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหรืออัตราการเสียชีวิต

จากข้อมูลปี 2562-2566 ของกรมอนามัย พบว่า มีผู้เสียชีวิตจากความร้อนสะสมถึง 131 คน จากข้อมูลการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคจากความร้อน (กลุ่มโรค Heat Stroke) เฉลี่ยเป็น 26.1 รายต่อปี และ พบแนวโน้มผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานและกลุ่มผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ในปี 2566 กรมอนามัยยังได้ติดตามเฝ้าระวังอาการและพฤติกรรมการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน โดยพบว่า อาการเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ ปวดศีรษะ ปัสสาวะมีสีเข้ม เวียนศีรษะ/สับสน/มึนงง มีผื่นแดงตามผิวหนัง รวมถึงยังพบพฤติกรรมเสี่ยงจากความร้อน เช่น ทำกิจกรรมกลางแจ้งในช่วงสภาพอากาศร้อนจัด อยู่ในห้องที่ระบายอากาศได้ไม่ดีหรือไม่มีเครื่องปรับอากาศ (กรมอนามัย, 2567)

การพัฒนา “ค่าดัชนีความร้อน หรือ Heat Index” ของประเทศไทย เพื่อใช้ในการเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัยจากความร้อนแก่ประชาชน โดยค่าดัชนีความร้อนเป็นค่าอุณหภูมิที่คนเรารู้สึกได้ขณะนั้นว่าอากาศร้อนเป็นอย่างไร (Feel like) ด้วยการวิเคราะห์หาค่าที่เป็นตัวแทนของอุณหภูมิที่คนเรารู้สึกได้จริงจากความสัมพันธ์ของอุณหภูมิที่ตรวจวัดได้จริงกับความชื้นสัมพัทธ์ของอากาศ และนำมาใช้ระบุความเสี่ยง โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับเฝ้าระวัง (สีเขียว) ระดับเตือนภัย (สีเหลือง) ระดับอันตราย (สีส้ม) และระดับอันตรายมาก (สีแดง) (กรมอนามัย, 2567)

การเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ (climate change) ทำให้อุณหภูมิเฉลี่ยของโลกเพิ่มสูงขึ้น โลกเกิดภาวะอากาศร้อนจัด (extreme heat) บ่อยขึ้นและมีช่วงเวลานานขึ้น ทำให้พบอุบัติการณ์การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากอากาศร้อน (heat-related illnesses) เพิ่มสูงขึ้น การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องจากภาวะอากาศร้อนเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตประมาณ 240 คนต่อปี พบได้บ่อยในกลุ่มนักกีฬา ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว ผู้ใช้แรงงานกลางแจ้งและทหาร พบว่าการเสียชีวิตในระหว่างการแข่งขันกีฬาและการวิ่งมาราธอนเกี่ยวข้องกับการเกิดการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากภาวะอากาศร้อนสูงกว่าสาเหตุของโรคหัวใจ 10 เท่า (Barrow WM, Clark AK., 2014)

การเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องเนื่องจากภาวะอากาศร้อนเป็นความผิดปกติที่เกิดจากการเสียสมดุลของกลไกการควบคุมอุณหภูมิ (thermoregulation) เมื่อร่างกายอยู่ในภาวะแวดล้อมที่ความร้อนสูงสามารถจำแนกโดยเรียงลำดับจากความรุนแรงน้อยไปมากคือ ผดร้อนหรือผดเห่อ (Heat rash) การบวมแดง (Heat Edema) ตะคริว (Heat cramps) ลมแดด (Heat syncope) ภาวะกล้ามเนื้อลายสลายตัวเฉียบพลัน (Rhabdomyolysis) เพลียแดด (Heat exhsustion) และโรคลมแดด (Heat Stroke) (Centers for Disease Control and Prevention, 2014)

แนวทางการป้องกันและการรักษา

การป้องกันและรักษาผลกระทบจากคลื่นความร้อนจำเป็นต้องมีการเตรียมตัวและดำเนินการอย่างเหมาะสม โดยใช้วิธีการ ดังนี้

- ระบบเตือนภัย: การพัฒนาระบบเตือนภัยความร้อนล่วงหน้าและเผยแพร่คำแนะนำเพื่อป้องกันผลกระทบ
- การปรับสภาพแวดล้อม: การสร้างพื้นที่สีเขียวและปรับปรุงอาคารให้มีการระบายความร้อนที่ดี เช่น การติดตั้งระบบทำความเย็น
- การดูแลกลุ่มเสี่ยง: ดูแลประชากรที่อยู่ในสถานพยาบาล บ้านพักคนชรา และโรงเรียน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ไม่มีระบบทำความเย็น
- การรักษา: ผู้ที่มีอาการลมแดดควรได้รับการลดอุณหภูมิร่างกายทันที เช่น การใช้น้ำเย็นหรือส่งต่อไปยังโรงพยาบาลเพื่อการดูแลเฉพาะทาง

4. การบรรเทาและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

การลดผลกระทบจากคลื่นความร้อนจำเป็นต้องมีมาตรการบรรเทาและปรับตัว ได้แก่

1. การลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก: เป็นวิธีการสำคัญในการจำกัดความรุนแรงของคลื่นความร้อน
2. การพัฒนาแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับความร้อน: องค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์กรอุตุนิยมวิทยาโลก (WMO) ร่วมมือกันพัฒนาระบบเตือนภัยและแผนตอบสนองเหตุฉุกเฉิน
3. การสนับสนุนทรัพยากรและนโยบาย: การส่งเสริมทรัพยากรเทคนิคและการสนับสนุนนโยบายระดับประเทศเพื่อช่วยภาคสุขภาพและชุมชนปรับตัว

แนวทางป้องกันและลดผลกระทบ

ระดับบุคคล: ดื่มน้ำให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้งในช่วงที่ร้อนที่สุดของวัน และสวมใส่เสื้อผ้าที่เบาสบาย

ระดับชุมชน: จัดตั้งศูนย์พักพิงที่มีเครื่องปรับอากาศ และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับความร้อน

ระดับนโยบาย: สนับสนุนการออกแบบเมืองที่ช่วยลดความร้อน เช่น การเพิ่มพื้นที่สีเขียว และการพัฒนาระบบเตือนภัยล่วงหน้า

5. ความร่วมมือระดับนานาชาติ

Heat Wave จึงเป็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบร้ายแรงต่อสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและสังคม ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการจัดการและลดความเสี่ยง องค์การอนามัยโลกกำลังเร่งสนับสนุนการแบ่งปันข้อมูลและเรียนรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงจากคลื่นความร้อน รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายข้อมูลด้านสุขภาพจากความร้อนทั่วโลก เพื่อสร้างความพร้อมและลดผลกระทบต่อมนุษย์จากอากาศที่ร้อนจัดในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค (พฤษภาคม 2567)) และกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ เด็ก ดูแลตัวเอง เลี่ยงกิจกรรมกลางแจ้ง เสี่ยงฮีทสโตรก <https://www.thaihealth.or.th>
- กรมอนามัย (2567, 7 มีนาคม) เผยปี 62-66 พบเสียชีวิตจากความร้อนสะสม 131 คน ชวนทำความเข้าใจ Heat Index <https://www.hfocus.org/content/2024/03/29928>
- วิชาการณ หวังพงษ์ เอลนีญะ: ผลกระทบจากภัยแล้งต่อเศรษฐกิจไทย บทความฉบับที่ 3/2567 สำนักงบประมาณของรัฐสภา สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร มกราคม 2567
- สิทธิชัย ตันติภาสวสิน, ภัทรา ตันติภาสวสิน. ฮีทสโตรก และการเจ็บป่วยอื่นที่เกี่ยวข้องเนื่องจากภาวะอากาศร้อน. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี ปีที่ 48 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2566
- Barrow WM, Clark AK. Heat-Related Illnesses. Am Fam Physician.1998;58(3):749-56. Cardiol. 2014; 64:463-9.
- Centers for Disease Control and Prevention HEAT STRESS. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/topics/heatstress/default.html>
- Yankelson L, Sadeh B, Gershovitz L. Life-threatening events during endurance sports is heat stroke more prevalent than arrhythmic death? J Am Coll Cardiol. 2014; 64:463-9.

World Health Organization (n.d.) Heatwaves. https://www.who.int/health-topics/heatwaves#tab=tab_1

World Health Organization (2011) Public health advice on preventing health effects of heat. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-2011-2510-42266-58691>

ความงามของการอด (Intermittent Fasting: IF)

บุญนิสา ภูแสงทอง¹

บทคัดย่อ

การทำ Intermittent Fasting (IF) หรือการอดอาหารเป็นช่วงเวลาที่ต่อเนื่องเป็นหนึ่งในเทรนด์การดูแลสุขภาพที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน โดยมีการวิจัยรองรับว่า IF สามารถช่วยลดน้ำหนัก ปรับสมดุลฮอร์โมน และลดความเสี่ยงโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ รวมทั้งช่วยส่งเสริมการชะลอวัย กระบวนการฟื้นฟูเซลล์ และปรับปรุงสุขภาพสมอง การทำ IF มีหลายรูปแบบ เช่น 16/8, 5:2, Eat-Stop-Eat ซึ่งแต่ละรูปแบบเหมาะสมกับไลฟ์สไตล์และเป้าหมายที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม การทำ IF ควรคำนึงถึงสุขภาพของแต่ละบุคคล โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะสุขภาพเฉพาะ เช่น โรคเบาหวาน หรือโรคประจำตัวอื่นๆ ควรได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการและสุขภาพ ก่อนการเริ่มทำ IF นอกจากนี้ การเลือกรูปแบบการทำ IF ที่เหมาะสมและการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการในช่วงที่รับประทานอาหารเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้การทำ IF ได้ผลดีและปลอดภัยในระยะยาวการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับ IF แก่ประชาชนจากหน่วยงานด้านการแพทย์และโภชนาการจะช่วยให้การทำ IF เป็นไปอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ การอดอาหาร

¹นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

บทนำ

ในยุคที่เทรนด์การดูแลสุขภาพได้รับความนิยมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร หนึ่งในแนวทางที่ได้รับการพูดถึงและนำไปปฏิบัติจริงในอย่างแพร่หลายคือ Intermittent Fasting (IF) หรือการอดอาหารเป็นช่วงเวลาที่ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นวิธีการที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์รองรับมากมายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ความนิยมของ IF ส่วนหนึ่งมาจากการที่ผู้ปฏิบัติไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนประเภทของอาหารที่บริโภคอย่างเข้มงวด แต่เน้นที่การกำหนดช่วงเวลาในการรับประทานอาหาร ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติยังคงเพลิดเพลินกับอาหารที่ชอบในขอบเขตเวลาที่กำหนด ขณะเดียวกันยังสามารถเห็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพและการลดน้ำหนักได้อย่างชัดเจน

กลไกการทำงานของ Intermittent Fasting (IF)

การทำงานของ IF อาศัยธรรมชาติของระบบเผาผลาญของร่างกาย โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงหลัก คือ

1. **Fed State Metabolism:** ช่วงที่ร่างกายได้รับอาหารและใช้น้ำตาลเป็นแหล่งพลังงาน
2. **Fasted State Metabolism:** ช่วงที่ร่างกายไม่มีพลังงานจากภายนอกและต้องดึงไขมันสะสมมาใช้

ในช่วงอดอาหาร (มากกว่า 12 ชั่วโมง) ระดับ อินซูลิน (Insulin) ในเลือดจะลดลง ขณะเดียวกันฮอร์โมนกลูคาгон (Glucagon) จะเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ร่างกายเผาผลาญไขมันและกระตุ้นกระบวนการฟื้นฟูเซลล์ที่เรียกว่า Autophagy ซึ่งช่วยกำจัดของเสียในระดับเซลล์และลดโอกาสเกิดโรคเรื้อรัง

รูปแบบของ Intermittent Fasting (IF)

Intermittent Fasting (IF) มีหลายรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับไลฟ์สไตล์และเป้าหมายที่แตกต่างกัน โดยแต่ละรูปแบบมีการกำหนดช่วงเวลาในการอดอาหาร (Fasting) และช่วงเวลาที่ได้รับประทานอาหาร (Feeding) ที่แตกต่างกัน ดังนี้:

1. รูปแบบ 16/8 (16:8 Method หรือ Lean gains Protocol)

การอดอาหารแบบ 16/8 เป็นวิธีที่ได้รับความนิยมสูงสุดในหมู่ผู้ที่เริ่มต้นทำ Intermittent Fasting เพราะมีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับชีวิตประจำวัน หลักการของวิธีนี้คือการอดอาหาร 16 ชั่วโมง และรับประทานอาหารได้ในช่วงเวลา 8 ชั่วโมง ตัวอย่างที่พบบ่อยคือการเริ่มกินอาหารมื้อแรกในเวลา 12:00 น. และหยุดกินเวลา 20:00 น. ซึ่งในช่วง 16 ชั่วโมงที่เหลือสามารถดื่มน้ำเปล่า ชา หรือ

กาแฟดำได้โดยไม่มีการเติมน้ำตาล วิธีนี้ช่วยลดปริมาณแคลอรีโดยไม่ต้องคำนวณแคลอรีในทุกมื้อ และยังช่วยสร้างสมดุลการกิน ลดการกินจุบจิบ เป็นรูปแบบที่เริ่มต้นง่ายและเข้ากับชีวิตประจำวันได้ดี

2. รูปแบบ 5:2 Diet

5:2 Diet เป็นรูปแบบการอดอาหารที่แตกต่างออกไปจากวิธีอื่น โดยผู้ปฏิบัติจะรับประทานอาหารตามปกติใน 5 วันของสัปดาห์ และในอีก 2 วันที่เหลือจะลดการบริโภคแคลอรีให้อยู่ในช่วง 500-600 แคลอรี ตัวอย่างเช่น กินอาหารปกติในวันจันทร์ถึงศุกร์ และลดปริมาณอาหารในวันเสาร์และอาทิตย์ วิธีนี้เป็นที่นิยมสำหรับผู้ที่ไม่อยากอดอาหารตลอดวันและยังสามารถเพลิดเพลินกับการรับประทานอาหารปกติได้ถึง 5 วันต่อสัปดาห์

3. รูปแบบ Eat-Stop-Eat

Eat-Stop-Eat เป็นการอดอาหารที่กำหนดให้ผู้ปฏิบัติอดอาหารตลอด 24 ชั่วโมง 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ เช่น หากรับประทานอาหารมื้อสุดท้ายเวลา 20:00 น. ของวันหนึ่งจะเริ่มรับประทานอีกครั้งในเวลา 20:00 น. ของวันถัดไป วิธีนี้ช่วยลดแคลอรีได้อย่างมีนัยสำคัญและช่วยให้ระบบย่อยอาหารได้พักผ่อน ขณะเดียวกันยังช่วยสร้างวินัยในตัวเองและทำให้เกิดความตระหนักในพฤติกรรมการกิน วิธีนี้อาจเหมาะสำหรับผู้ที่มีประสบการณ์กับการอดอาหารมาบ้างแล้ว

4. รูปแบบ Alternate-Day Fasting (ADF)

Alternate-Day Fasting หรือการอดอาหารวันเว้นวัน เป็นรูปแบบที่มีความเข้มงวดและต้องการความอดทน โดยในวันที่อดอาหารจะสามารถรับประทานแคลอรีได้เพียงเล็กน้อย (ประมาณ 500 แคลอรี) ส่วนในวันถัดไปสามารถรับประทานได้ตามปกติ วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการลดน้ำหนักอย่างรวดเร็วในระยะสั้นแต่การอดอาหารวันเว้นวันอาจไม่เหมาะสำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือผู้ที่มีกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานสูง

5. รูปแบบ Warrior Diet

Warrior Diet เป็นการอดอาหารที่ออกแบบมาเพื่อผู้ที่ต้องการควบคุมการบริโภคแคลอรีอย่างเข้มงวด รูปแบบนี้กำหนดให้ผู้ปฏิบัติอดอาหารนานถึง 20 ชั่วโมงต่อวัน และมีเวลา 4 ชั่วโมงในการรับประทานอาหาร โดยปกติจะกินมื้อใหญ่ในช่วงเย็น ซึ่งอาหารที่แนะนำประกอบด้วยโปรตีน ผัก และไขมันดี วิธีนี้ส่งเสริมการเลือกอาหารที่มีคุณภาพ ลดพฤติกรรมการกินที่ไม่จำเป็น และเหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการท้าทายตัวเองด้วยการปรับพฤติกรรมการกินอย่างเข้มงวด

6. รูปแบบ OMAD (One Meal A Day)

OMAD หรือการกินอาหารเพียงหนึ่งมื้อต่อวัน เป็นรูปแบบที่เน้นการอดอาหาร 23 ชั่วโมง และรับประทานอาหารในช่วงเวลา 1 ชั่วโมงที่เหลือ ผู้ปฏิบัติมักจะเลือกมื้อเดียวที่สำคัญ เช่น มื้อเย็น เพื่อรับประทานอาหารอย่างครบถ้วนและสมดุล วิธีนี้ช่วยลดการบริโภคแคลอรีได้อย่างมีประสิทธิภาพ และลดน้ำหนักได้ในเวลาสั้น แต่ควรระวังเรื่องการขาดสารอาหารและความเหนื่อยล้าในระหว่างวัน

7. รูปแบบ Spontaneous Meal Skipping

Spontaneous Meal Skipping เป็นวิธีที่ยืดหยุ่นที่สุดในบรรดา IF ทุกรูปแบบ เพราะไม่มีข้อกำหนดเวลาที่ตายตัว ผู้ปฏิบัติสามารถข้ามมื้ออาหารได้เมื่อตนเองไม่รู้สึกหิว เช่น หากไม่รู้สึกหิวในมื้อเช้า ก็สามารถเริ่มรับประทานอาหารในช่วงกลางวันแทน วิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ที่ยังไม่พร้อมเริ่มต้น IF แบบเข้มงวด แต่ต้องการลดปริมาณแคลอรีโดยไม่รู้สึกว่าการอดยาก

ประโยชน์ของการทำ Intermittent Fasting (IF)

มีงานวิจัยรองรับในเชิงวิชาการมากมายว่ามีผลดีหลายด้าน ทั้งในแง่การลดน้ำหนักและการปรับปรุงสุขภาพ ได้แก่

1. **ลดน้ำหนักและไขมันส่วนเกิน** เนื่องจากการจำกัดช่วงเวลาในการรับประทานอาหารทำให้ไม่รับประทานจุจิก ซึ่งเป็นการส่งเสริมการสลายไขมัน (Lipolysis) ในช่วงที่อดอาหาร ระดับอินซูลินที่ลดลงและการเพิ่มขึ้นของกลูคากอนช่วยให้ร่างกายดึงไขมันสะสมมาใช้เป็นพลังงาน ซึ่งช่วยลดไขมันในระยะยาวและเป็นการปรับปรุงระบบเผาผลาญของร่างกายด้วย

2. **ลดความเสี่ยงโรคเรื้อรังและส่งเสริมการชะลอวัย** การอดอาหารช่วยกระตุ้นกระบวนการฟื้นฟูเซลล์ Autophagy ซึ่งเป็นการทำความสะอาดและรีไซเคิลส่วนที่เสื่อมสภาพในเซลล์ เช่น โปรตีนที่ผิดปกติและออร์แกเนลล์ที่เสียหาย กระบวนการนี้ช่วยส่งเสริมการชะลอวัย ลดการอักเสบ และลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเกี่ยวกับระบบประสาท เช่น อัลไซเมอร์และพาร์กินสัน

3. **ปรับปรุงระดับไขมันในเลือด** การอดอาหารช่วยลดระดับไขมันชนิด LDL และไตรกลีเซอไรด์ในเลือด ช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

4. **ปรับสมดุลฮอร์โมนและพฤติกรรมการกิน** IF ช่วยควบคุมฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับความหิวและความอิ่ม เช่น ลด Ghrelin (ฮอร์โมนความหิว) ทำให้ลดความอยากอาหาร เพิ่ม Leptin (ฮอร์โมนความอิ่ม) ทำให้ควบคุมปริมาณอาหารที่กินได้ดีขึ้น ช่วยลดพฤติกรรมการกินจุบจิบหรือการกินตามอารมณ์

5. **ส่งเสริมสุขภาพสมอง** โดยเพิ่มการหลั่งสาร BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor) ซึ่งช่วยในการเจริญเติบโตและฟื้นฟูเซลล์สมอง ลดการสะสมของโปรตีนที่เกี่ยวข้องกับโรคอัลไซเมอร์ และลดความเครียดออกซิเดชันในสมอง ทำให้สมองทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

6. **เพิ่มประสิทธิภาพทางร่างกาย** ในช่วงอดอาหาร (Fasted State) ร่างกายจะหมดแหล่งพลังงานจากน้ำตาลกลูโคสและเริ่มดึงไขมันสะสมมาใช้เป็นพลังงานแทน กระบวนการนี้ช่วยให้ร่างกายมีพลังงานที่ยั่งยืนมากขึ้นจากกรดไขมันและคีโตน (Ketones) นอกจากนี้ในช่วงอดอาหารระดับโกรทฮอร์โมนในร่างกายจะเพิ่มขึ้น (Human Growth Hormone) ซึ่งช่วยเสริมสร้างกล้ามเนื้อและการฟื้นฟูเนื้อเยื่อ

ข้อควรระวังของการทำ Intermittent Fasting (IF)

แม้ว่าการทำ Intermittent Fasting (IF) จะมีประโยชน์หลายประการต่อสุขภาพ แต่ก็มีข้อควรระวังที่ควรพิจารณาเพื่อหลีกเลี่ยงผลกระทบด้านลบ โดยเฉพาะสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพ หรือยังไม่คุ้นเคยกับการอดอาหาร ดังนี้

1. **รู้สึกหิวและอ่อนเพลียในช่วงเริ่มต้น** ในช่วงแรกของการปรับตัวเข้าสู่ IF ร่างกายอาจยังไม่ชินกับการเปลี่ยนแปลงเวลาในการรับพลังงาน ส่งผลให้บางคนรู้สึกหิว อ่อนล้า หรือขาดสมาธิ ควรเริ่มด้วยรูปแบบที่ง่าย เช่น 16/8 และค่อย ๆ ปรับตัว ไม่ควรเริ่มด้วยการอดอาหารนานเกินไป

2. **ความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ** การอดอาหารอาจทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง โดยเฉพาะในผู้ที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานหรือผู้ที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาล ผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือผู้ที่ใช้อยาลดน้ำตาลในเลือดควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่ม IF

3. **การกินมากเกินไปในช่วงเวลาที่อนุญาต (Overeating)** ผู้ปฏิบัติบางคนอาจเผลอกินแคลอรีเกินในช่วงเวลาที่อนุญาต ซึ่งอาจลดประสิทธิภาพของ IF และทำให้ไม่สามารถลดน้ำหนักได้ ควรเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง เช่น โปรตีน ผัก และไขมันดี แทนการบริโภคอาหารแปรรูป

4. **ผลกระทบต่อฮอร์โมนในผู้หญิง** การทำ IF อาจส่งผลกระทบต่อระบบฮอร์โมนของผู้หญิง เช่น การลดระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน หรือส่งผลกระทบต่อรอบเดือน ผู้หญิงที่มีปัญหาเกี่ยวกับฮอร์โมน ระบบสืบพันธุ์ หรือรอบเดือนผิดปกติ ควรเริ่ม IF ด้วยรูปแบบที่ไม่เข้มงวด และควรสังเกตผลกระทบต่อร่างกาย

5. **ความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร** หากเลือกกินอาหารที่ไม่มีคุณค่าทางโภชนาการในช่วงเวลาที่อนุญาต อาจทำให้ขาดสารอาหารที่จำเป็น เช่น วิตามินและแร่ธาตุ ควรเน้นอาหารที่ครบ 5 หมู่และมีคุณค่าทางโภชนาการ

6. **การออกกำลังกายในช่วง Fasted State** การออกกำลังกายขณะอดอาหารอาจทำให้รู้สึกอ่อนเพลียหรือเสี่ยงต่อการบาดเจ็บเนื่องจากพลังงานไม่เพียงพอ ควรเลือกการออกกำลังกายที่ไม่หนักเกินไปในช่วง Fasted State และหากรู้สึกอ่อนเพลีย ควรหยุดพัก

7. **ไม่เหมาะสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางสุขภาพ** เช่น ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เด็ก และวัยรุ่นที่ยังอยู่ในช่วงการเจริญเติบโต สตรีมีครรภ์หรือให้นมบุตร เนื่องจากต้องการพลังงานและสารอาหารที่เพียงพอ และผู้ที่มีโรคประจำตัวรุนแรง เช่น โรคไต โรคหัวใจ หรือผู้ที่อยู่ระหว่างการรักษาโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวที่ต้องรับประทานยาตามเวลา

8. **การขาดน้ำและอิเล็กโทรไลต์** การอดอาหารอาจทำให้บางคนดื่มน้ำไม่เพียงพอ ส่งผลต่อความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ในร่างกาย ควรดื่มน้ำเพียงพอ และอาจพิจารณาดื่มเครื่องดื่มที่มีเกลือแร่ในกรณีที่รู้สึกอ่อนเพลีย

สรุป

การทำ Intermittent Fasting (IF) หรือการอดอาหารเป็นช่วงเวลานั้นเป็นมากกว่าเทรนด์สุขภาพที่กำลังได้รับความนิยมอย่างมากในปัจจุบัน แต่เป็นวิธีการดูแลสุขภาพที่มีรากฐานจากหลักวิทยาศาสตร์และมีงานวิจัยรองรับที่ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ในการช่วยลดน้ำหนัก ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และปรับสมดุลฮอร์โมนภายในร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับผู้ที่สนใจทำ IF การเลือกเวลาทำ IF ควรคำนึงถึงกิจกรรมในแต่ละวันเพื่อให้เหมาะสมกับร่างกาย เช่น การเลือกช่วงเวลาในการทานอาหารให้สอดคล้องกับความต้องการพลังงานในช่วงเวลาเหล่านั้น แม้ว่าการทำ IF จะเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับการควบคุมน้ำหนักและสุขภาพโดยรวม แต่ก็ยังมีข้อควรระวังที่ไม่ควรมองข้าม โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือผู้ที่ตั้งครรภ์ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มทำ IF เพื่อให้แน่ใจว่าไม่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและสุขภาพ การทำ IF ให้ได้ผลควรคำนึงถึงอาหารที่ทานในช่วงที่ไม่อดอาหาร โดยเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง เช่น ผัก ผลไม้ โปรตีน และไขมันดี การทานอาหารที่มีคุณค่าจะช่วยให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน และมีพลังงานเพียงพอต่อการใช้ชีวิตในแต่ละวัน นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงอาหารแปรรูปหรืออาหารที่มีน้ำตาลสูง ซึ่งอาจทำให้ผลของ IF ลดลง สำหรับผู้ที่ต้องการทำ IF อย่างต่อเนื่อง ควรพักผ่อนและดื่มน้ำให้เพียงพอ

เพราะการอดอาหารในช่วงเวลาหนึ่งอาจทำให้ร่างกายขาดน้ำและเกิดความเครียดจากการนอนหลับไม่ดี การดูแลสุขภาพโดยรวมจะช่วยให้การทำ IF ได้ผลดีขึ้น แม้การทำ IF เป็นเครื่องมือหนึ่งในการดูแลสุขภาพแต่ควรทำอย่างมีสติ และปรับให้เข้ากับไลฟ์สไตล์ของตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดและไม่กระทบต่อสุขภาพในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

การทำ Intermittent Fasting (IF) เป็นวิธีการควบคุมน้ำหนักที่ได้รับความนิยมอย่างมากในปัจจุบัน ซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพ เช่น การช่วยลดความเสี่ยงของโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด อย่างไรก็ตาม การทำ IF ควรมีการศึกษาและปรับให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะสุขภาพเฉพาะ เช่น ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานหรือมีปัญหาสุขภาพทางเดินอาหาร การทำ IF อย่างถูกวิธีควรได้รับคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการและสุขภาพ เพื่อให้สามารถทำได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ดังนั้น หน่วยงานด้านการแพทย์และโภชนาการควรส่งเสริมการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการทำ IF แก่ประชาชน เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการทำ IF ในรูปแบบที่เหมาะสมและปลอดภัยแก่ประชาชนที่ต้องการควบคุมน้ำหนักและรักษาสุขภาพในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- สินีนามู วิทยพิเชฐสกุล. การลดน้ำหนักของบุคลากรและนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ จังหวัด ชลบุรี. *วารสารควบคุมโรค*. 2565;48(1):189-192. DOI: 10.14456/dcj.2022.17.
- สมทีธิ์ โชติศิริอิชา. Intermittent Fasting for Thai DM Friends. สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย; ไม่ระบุปี.
- พรภา ปวีณตรง. การศึกษาผลของการอดอาหารเป็นช่วงเวลาต่อระดับไขมันในเลือด [วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต; 2563.
- นวพร วุฒิธรรม, สุภาพร เขยชิด, ลัดดาวรรณ เสียงอ่อน. การอดอาหารเป็นช่วงและการรับประทานอาหาร โปรตีนให้เพียงพอเพื่อป้องกันภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกิน: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. 2566;50(4):239-243.

Trepanowski JF, Kroeger CM, Barnosky A, et al. Effect of Alternate-Day Fasting on Weight Loss, Weight Maintenance, and Cardioprotection Among Metabolically Healthy Obese Adults: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2017;177(7):930–938.

Nawaporn W, Supaporn C, Laddawan S. Is Intermittent Fasting (IF) Really Beneficial? *Thai Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. Accessed from: <http://www.spent.or.th>.

แวดวงสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา



คณะกรรมการมูลนิธิเพื่อสังคมดี สุพรรณบุรี ชุดที่ ๒ (๒๕๖๑-๒๕๖๖)

กรรมการที่ไม่ได้ภาพ

รศ.สมรพรทิพย์ อารุณพงศ์

รศ.ดร.เฉลิมพล ตันเอก

ผศ.ดร.พนิดา ตามหาหงส์

คุณเอกวิทย์ ภัทระบรรณ



คณะกรรมการสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา ชุดที่ ๑๑ (๒๕๖๑-๒๕๖๖)

กรรมการที่ไม่ได้ภาพ รศ.ดร.สุวดี รอดบุญชัย

วันมหิดล

วันที่ 24 กันยายน พ.ศ.2567



มุทิตาจิต ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ แต่..ครูด้วยดวงใจ





ใครคือครู ครูคือใคร ในวันนี้
ไข้อยู่ที่ ปริญา มหาศาล
ไข้อยู่ที่ เรียกว่า ครูอาจารย์
ไข่อยู่นาน สอนนาน ในโรงเรียน

ครูคือผู้ ชี้นำ ทางความคิด
ให้รู้ถูก รู้ผิด คิดอ่านเขียน
ให้รู้ทุกซ่ รู้ยาก รู้ปากเพียร
ให้รู้เปลี่ยน แปลงสู่ รู้สร้างงาน

ครูคือผู้ ยกระดับ วิญญาณมนุษย์
ให้สูงสุด กว่าสัตว์ เจริญงาน
ปลูกสำนึก สั่งสม อุดมการณ์
มีดวงมาน เพื่อมวลชน ใช้ตนเอง

ครูจึงเป็น นักสร้าง ผู้ใหญ่ยิ่ง
สร้างคนจริง สร้างคนกล้า สร้างคนเก่ง
สร้างคนให้ ได้เป็นตัว ของตัวเอง
ขอมอบเพลง นีมา บูชาครู

ที่มา : เนาวรัตน์ พงษ์ไพบูลย์ ศิลปินแห่งชาติ