บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราชจำนวน 324 คน เป็นบุคคลที่มีอายุ 20 -60 ปี ประชากรกลุ่มนี้อยู่ในวัยทำงานซึ่งมีความสำคัญต่อมิติทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก เพราะจะเชื่อมโยงกับสุขภาวะของตนเองและบุคคลในความรับผิดชอบ และผู้วิจัยเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพ จึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรวัยทำงานโดยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นพื้นฐานแนวคิดในการวิจัยดังต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้อง

1.1 แนวคิดหลักการพัฒนาสุขภาพของแผนพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 และ ฉบับที่10

1.2 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ

1.2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.2.2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ของเพนเดอร์

1.2.3 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

1.2.4 แนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม

1.3 กระบวนการกลุ่ม

1.4 กระบวนการเรียนรู้

1.5 แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. เอกสารที่เกี่ยวข้อง

1.1 แนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

1.1.1 แนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 - 2549) ประกอบด้วย 2 ประการคือ

แนวคิดหลักที่ 1 สุขภาพคือสุขภาวะ

ในแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงทิศทางการพัฒนาที่ถูกต้องว่าจะต้องมีแนวคิดที่ถูกต้องเป็นพื้นฐานการปรับกระบวนทัศน์เกี่ยวกับสุขภาพโดยไม่เพียงแต่ต้องมองสุขภาพทั้งในมิติ ทางกาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณแล้ว ยังต้องมองให้เชื่อมโยงกับเหตุปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมืองและสิ่งแวดล้อม แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 9 จึงยึดแนวคิดหลักที่ถือว่า “สุขภาพ

คือสุขภาวะ" ซึ่งหมายความว่า สุขภาพคือสุขภาวะที่สมบูรณ์ และมีดุลยภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิต วิญญาณ สุขภาพจึงแยกไม่ได้จากวิถีชีวิตที่จะต้องดำเนินไปบนพื้นฐานของความถูกต้องพอดี โดยดำรงอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมที่พัฒนาอย่างสมดุลทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและสิ่งแวดล้อม

แนวคิดหลักที่ 2 พัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ

จากแนวคิดหลักที่ถือว่าสุขภาพคือสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคมและจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นบูรณาการ การพัฒนาสุขภาพจึงต้องดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ เพราะสุขภาวะที่สมบูรณ์เกิดจากระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ แนวคิดหลักของการพัฒนาระบบสุขภาพจึงต้องเน้นการพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ และจะต้องเชื่อมโยงไปถึงเหตุปัจจัยทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเข้าเป็นองค์ประกอบและกลไกสำคัญของการสร้างสุขภาวะที่สมบูรณ์ของสังคมอย่างบูรณาการโดยต้องสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของภาครวมต่างๆในการพัฒนาสุขภาพ

1.1.2 แนวคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) เป็นแผนที่เน้นการสร้างสุขภาพ แผนมีความต่อเนื่องจากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 แต่มีการเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่มีการดำเนินการ คือ เรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ โดยเฉพาะการดึงให้ประชาชนหันมาดูแลตนเองมากขึ้น

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นเพื่อชี้นำทิศทางการพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่10 พ.ศ. 2550-2554 โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการพัฒนาสุขภาพไทยไปสู่ระบบสุขภาพพอเพียงสอดคล้องกับปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงอันเป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาล สาระสำคัญของแผนพัฒนาสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ภาคตามลำดับการนำเสนอ

ภาคที่ 1 บุพนิมิตสุขภาพไทย: พลวัตใหม่ของการพัฒนาสู่สุขภาวะ เป็นการทบทวนให้เห็นถึงคุณภาพใหม่ที่เป็นนิมิตหมายของการพัฒนาสุขภาพในรอบทศวรรษที่ผ่านมา โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย ได้แก่

ส่วนที่หนึ่ง สถานการณ์และพลวัตใหม่ในระบบสุขภาพไทย

- กระแสความตื่นตัวและการใส่ใจเรื่องสุขภาพ
- การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการเข้าถึงบริการสุขภาพ
- การก่อตัวและความเข้มแข็งของการสร้างเสริมสุขภาพ
- ความเคลื่อนไหวเพื่อการปฏิรูประบบสุขภาพ
- การตื่นตัวเรื่องการแพทย์ไทย ภูมิปัญญาสุขภาพไทย
- แนวคิดใหม่ กระบวนทัศน์ใหม่

ส่วนที่สอง บริบทใหม่ทางเศรษฐกิจสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อระบบสุขภาพ

- กระแสทุนนิยม บริโภคนิยมและความเสื่อมโทรมทางจริยธรรม

วิกฤตความเสื่อมของสถาบันทางสังคม
วิกฤตสิ่งแวดล้อมและความเสื่อมโทรมของธรรมชาติ
กระแสโลกาภิวัฒน์ ทุนนิยมโลก การค้าเสรี
การเปลี่ยนแปลงด้านการเมืองการบริหารของภาครัฐ
โครงสร้างประชากรและการเคลื่อนย้าย
โลกไร้พรมแดนกับระบาดวิทยา โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
การแพร่ระบาดของความรุนแรง
ภัยพิบัติและภาวะฉุกเฉิน

ภาคที่ 2 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุข เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุขที่เป็นอยู่ โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อย ได้แก่

ส่วนที่หนึ่ง สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บแบบแผนการดำเนินชีวิตและการบริโภค ภัยคุกคามต่อสุขภาพจากพฤติกรรมเสี่ยง ความเสี่ยงจากการบริโภคอาหาร การขาดการออกกำลังกาย อุบัติเหตุ อุบัติภัย และความรุนแรง ปัญหาโรคเอดส์ ปัญหาสุขภาพจิต

ส่วนที่สอง สถานการณ์ระบบโครงสร้าง และกลไกการจัดการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ความทุกข์ในระบบบริการทางการแพทย์ ค่าใช้จ่ายด้านการแพทย์และสุขภาพ ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสาธารณสุข เทคโนโลยีข้อมูลข่าวสารการแพทย์และชีวภาพ ประชาสังคมและระบบสุขภาพภาคประชาชน

ภาคที่ 3 ปรัชญา แนวคิด และยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่ระบบสุขภาพพอเพียง เป็นการนำเสนอปรัชญา แนวคิด และยุทธศาสตร์การพัฒนาสู่ระบบสุขภาพพอเพียง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อย ได้แก่

ส่วนที่หนึ่ง ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและระบบ สุขภาพพอเพียง: หลักการแนวคิดและทิศทางในช่วงแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10"เศรษฐกิจพอเพียง" เป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชดำรัสชี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตแก่พสกนิกรชาวไทยมายาวนานกว่า 30 ปี โดยได้ทรงพระราชทานให้เป็นแนวทางการพัฒนาที่ยั่งยืนภายใต้กระแสโลกาภิวัฒน์และความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 ได้น้อมนำเอาปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวปฏิบัติ โดยได้กำหนดวิสัยทัศน์การพัฒนาสังคมไทยในช่วงปี พ.ศ. 2550-2554 ไว้ว่ามุ่งพัฒนาสู่สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน ภายใต้แนวปฏิบัติตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง แนวคิดหลักในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 จึงเน้นการเชื่อมโยงระหว่างปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงและการสร้างสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน โดยน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางการพัฒนาสุขภาพ ยึดหลักการที่ว่า "สุขภาพดีเป็นผลจากสังคมดี" คือสุขภาพดีเกิดจากการมีสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุข โดยถือว่าสุขภาพดีของทุกคนเป็นศีลธรรมขั้นพื้นฐานของสังคม ในการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ แนวคิดหลักของแผนนี้เน้นที่การนำเสนอวิสัยทัศน์อันเป็นอุดมคติ โดยทุกคนที่เห็นด้วยกับแนวคิดและทิศทาง

ระบบสุขภาพไทยในแผนนี้ที่จะต้องถือเป็นหน้าที่ที่จะช่วยผลักดันทุกวิถีทางให้วิสัยทัศน์เกิดเป็นจริง แนวคิดหลักประการแรก: จากเศรษฐกิจพอเพียงสู่ระบบสุขภาพพอเพียง โดยสาระหลักปรัชญานำทาง "เศรษฐกิจพอเพียง" มีหลักการสำคัญ 7 ประการที่จะเป็นแนวทางของแผนพัฒนาฉบับที่ 10 คือ

1. ยึดทางสายกลาง
2. มีความสมดุลพอดี
3. รู้จักพอประมาณ
4. การมีเหตุมีผล
5. มีระบบภูมิคุ้มกัน
6. รู้เท่าทันโลก
7. มีคุณธรรมและจริยธรรม

หลักการสำคัญทั้ง 7 ประการนี้ ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นในการพิจารณาให้รอบคอบเกี่ยวกับทิศทางการพัฒนาสุขภาพในด้านต่างๆ การพัฒนาระบบสุขภาพจะต้องเน้นกลยุทธ์ในการสร้างความพอเพียงทางสุขภาพให้เกิดขึ้นในระดับพื้นที่แต่ละระดับโดยเทคโนโลยีที่เหมาะสม เพื่อให้การพัฒนาสุขภาพมีความมั่นคงและสามารถสร้างความเจริญในระดับสูงขึ้น

ส่วนที่สอง วิสัยทัศน์ พันธกิจ วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์และเป้าหมายการพัฒนา

วิสัยทัศน์ สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน ภายใต้แนวปฏิบัติปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

พันธกิจ สร้างเอกภาพทางความคิด สร้างจิตสำนึกสุขภาพสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ สร้างภาวะผู้นำที่สร้างสรรค์ สร้างดุลยภาพและบูรณาการการพัฒนา สร้างธรรมาภิบาลในระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์

1. สร้างสุขภาพดีให้เป็นวิถีชีวิตในทุกช่วงวัยตั้งแต่ครรภ์มารดาถึงเชิงตะกอน เน้นการสร้างรากฐานที่เข้มแข็ง ความพอเพียงทางสุขภาพในระดับครอบครัวและชุมชน

2. สร้างระบบบริการดี เป็นระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ ให้บริการที่มีคุณภาพ เป็นมิตร ใส่ใจในความทุกข์ และมีความละเอียดอ่อนต่อความเป็นมนุษย์

3. สร้างสังคมดี เป็นสังคมที่อยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันได้ด้วยการมีหลักประกันด้านสุขภาพที่ให้ความอุ่นใจและความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต ทั้งยามปกติ ยามเจ็บป่วย และยามวิกฤต

4. สร้างชีวิตที่มีความสุขพอเพียงและยั่งยืน เป็นวิถีชีวิตที่มีความสุขสงบ ไม่เบียดเบียนกัน เติบโตได้ในสังคมแห่งการเรียนรู้ มีวัฒนธรรมที่เกื้อกูลต่อ สุขภาพ สันติภาพ และการพัฒนาไปสู่ศักยภาพสูงสุดของความเป็นมนุษย์

เป้าหมายการพัฒนา

1. เอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการระบบสุขภาพที่สมดุลและยั่งยืน

2. งานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สามารถสร้างปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี

3. วัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขพอเพียงอย่างเป็นองค์รวม

4. ระบบสุขภาพชุมชนและเครือข่ายบริการปฐมภูมิที่เข้มแข็ง

5. ระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ มีการใช้เทคโนโลยีอย่างพอประมาณตามหลักวิชาการอย่างถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ผู้รับบริการมีความอุ่นใจและผู้ให้บริการมีความสุข

6. หลักประกันสุขภาพที่เป็นธรรม ทั่วถึง มีคุณภาพ

7. ระบบภูมิคุ้มกันและความพร้อมรองรับเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพได้อย่างทันการณ์

8. ทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากลอย่างรู้เท่าทันและ พึ่งตนเองได้

9. ระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้อย่างมีเหตุผลรอบด้าน

10. สังคมที่ไม่ทอดทิ้งคนทุกข์ยาก เป็นสังคมที่ดูแลรักษาคนจน คนทุกข์คนยากและผู้ด้อยโอกาสอย่างเคารพในคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ส่วนที่สาม ยุทธศาสตร์ กลวิธี และมาตรการสู่ระบบสุขภาพพอเพียง

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การสร้างเอกภาพและธรรมาภิบาลในการจัดการ ระบบสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาวะ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การสร้างระบบบริการสุขภาพและการแพทย์ที่ผู้รับบริการอุ่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างระบบภูมิคุ้มกันเพื่อลดผลกระทบจากโรคและภัยคุกคามสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้างทางเลือกสุขภาพที่หลากหลายผสมผสานภูมิปัญญาไทยและสากล

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การสร้างระบบสุขภาพฐานความรู้ด้วยการจัดการความรู้

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของคนไทย

โรคภัยไข้เจ็บที่เกิดจากความขาดแคลน อาทิ ภาวะทุพโภชนาการและโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยการให้ภูมิคุ้มกันได้ลดลงชัดเจนจนแทบไม่มีเด็กป่วยด้วยโรคโปลิโอ คอตีบและบาดทะยัก อัตราป่วย อัตราตายด้วยโรคติดเชื้อหลายชนิดในอดีตลดลงมาก จนบางโรคหมดสิ้นหรือเกือบหมดสิ้นไปจากสังคมไทย เช่นโรคเรื้อน โรคพยาธิ โรคคุดทะราด แต่ก็ยังมีโรคร้ายที่เป็นปัญหาเรื้อรัง เช่นไข้มาลาเรีย วัณโรค และปัญหาที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นใหม่เช่น โรคเท้าช้าง

คนไทยไม่ว่ายากดีมีจนต้องเจ็บป่วยและล้มตายจากภาวะหรือโรคที่ป้องกันได้อันเกิดจาก 1) การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต เช่น โรคหลอดเลือด โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคเครียด โรคมะเร็ง ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมที่สามารถป้องกันได้ 2) พยาธิสภาพทางสังคมที่ทำให้มีกลุ่มเสี่ยงและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มขึ้น เช่น โรคเอดส์ อุบัติเหตุ อาชญากรรม ยาเสพติด โรคจากมลพิษ โรคจากการประกอบอาชีพ เช่นพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช โรคซิลิโคสิส (ฝุ่นหิน) โรคบิสสิโนสิส (ฝุ่นฝ้าย) พิษจากสารตะกั่วหรือสารพิษตกค้างต่างๆ 3) ภาวะโรคไร้พรมแดนในยุคโลกาภิวัฒน์ทำให้เกิดความเสี่ยงเพิ่มขึ้นจากโรคระบาดที่มาจากต่างประเทศ โรคติดต่อที่มากับแรงงาน การอพยพหรือการเดินทางข้ามพรมแดนรวมทั้งโรคติดต่อที่เกิดขึ้นตามฤดูกาล เช่นไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก วัณโรค โรคเอดส์ โรคเท้าช้าง โรคเลปโตสไปโรสีสหรือแม้แต่ไวรัสอิโปล่าและโรควัวบ้า 4) การใช้ยาและเทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสมซึ่งนอกจากจะสิ้นเปลืองในเชิงเศรษฐกิจแล้ว ยังทำให้โรคติดเชื้อบางโรคที่เคยรักษาได้ง่ายกลับรักษาได้ยากขึ้น เนื่องจากเกิดการดื้อยา เช่น วัณโรค ไข้มาลาเรีย

สภาพการเปลี่ยนแปลงด้านประชากร

การเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากรทำให้กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพมีความยุ่งยากซับซ้อนมากขึ้น ความสำเร็จของการวางแผนครอบครัวทำให้อัตราเพิ่มของประชากรมีแนวโน้มลดลงเหลือร้อยละ 0.3 ในปี 2542 มีจำนวนประชากร 61.7 ล้านคน โครงสร้างของประชากรมีการเปลี่ยนแปลงทำให้สัดส่วนของประชากรกลุ่มเด็กมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 23 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 21.9 ในปี 2549 แต่มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นในวัยแรงงานและผู้สูงอายุ ประชากรวัยแรงงานอายุ 13 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจาก 44 ล้านคนในปี 2537 เป็น 47.2 ล้านคนในปี 2541 (ร้อยละ 77.1 ของประชากรทั้งหมด) สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งหมดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 ในปี 2541 เป็นร้อยละ 9 ในปี 2543 และมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 9.8 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 10.7 ในปี 2549 ทำให้อีก 15 ปี ข้างหน้าประเทศไทยจะก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยของโรคเรื้อรังทางสมอง กระดูกและข้อ โรคที่เกี่ยวกับตาและหู ปัญหาทางจิตและประสาทมากมาย ลักษณะโครงสร้างครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น การช่วยเหลือเกื้อกูล การดูแลเอาใจใส่และความสัมพันธ์ในครอบครัวอ่อนแอลง จะเห็นได้ว่าอัตราการหย่าร้างของครอบครัวคนไทยเพิ่มเกือบ 3 เท่าจากร้อยละ 8.3 ในปี 2530 เป็นร้อยละ 20.8 ของผู้จดทะเบียนสมรสในปี 2541

ประชากรในวัยแรงงานต้องเผชิญภาวะเสี่ยงจากการประกอบอาชีพต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงงานไร้ฝีมือ แรงงานนอกระบบและแรงงานภาคเกษตรกรรมที่ต้องทำงานอย่างหนัก สุขภาพกายและจิตเสื่อมโทรมเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวเนื่องจากการทำงานคือพิษสารกำจัดศัตรูพืช พิษตะกั่ว พิษตัวทำลาย พิษสารไอระเหย โรคปอดจากจากฝุ่นการทำงาน อุบัติเหตุจากการทำงานและความพิการ ต้องเผชิญกับความเครียดจากการทำงาน แรงงาน

บางส่วน ยังถูกละเลย ขาดการคุ้มครองจากภาครัฐและสังคม ผู้สูงอายุซึ่งมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น บางส่วนถูกทอดทิ้ง เจ็บป่วย ซึ่งต้องการการดูแลใกล้ชิด การจัดสวัสดิการและบริการด้านสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญในด้านนี้มากขึ้น

ข้อมูลของ UNDP ในด้านดัชนีการพัฒนาทรัพยากร (Human Development Index) มีองค์ประกอบในการพิจารณา 3 ด้านคือ ด้านการสาธารณสุข ด้านการศึกษาและด้านเศรษฐกิจ ซึ่งมีตัวอย่างของประเทศต่าง ๆ พอสังเขป ดังนี้ (ชินภัทร ภูมิรัตน , 2544)

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างอัตราการรู้หนังสือกับอายุขัยเฉลี่ยและรายได้ประชาชาติ

ประเทศ	อายุขัยเฉลี่ย	อัตราการรู้หนังสือ	อัตราการเข้าเรียน	GDP	อันดับ
1.แคนนาดา	77.4	99.0	100.0	5359	1
2ออสเตรเลีย	77.6	99.0	79.0	5344	11
3.อิสราเอล	76.5	95.0	77.0	5312	21
4.เกาหลี	71.1	97.4	79.0	5249	31
5.ไทย	69.0	93.5	53.0	5178	58
6.พม่า	57.6	82.0	47.0	751	132
7.เยเมน	50.0	41.1	44.0	2410	137

ที่มา: (ชินภัทร ภูมิรัตน, 2544)

แนวคิด หลักการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คืออะไร

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คือ โรงพยาบาลที่ปรับบทบาทให้สมดุล คือ บทบาทในการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ ที่ยังคงต้องพัฒนาให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ขณะเดียวกันเพิ่มบทบาทในด้านการสร้าง/ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โดยทำให้โรงพยาบาลเป็นตัวอย่างของสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (Healthy workplace) และบุคลากรโรงพยาบาลเป็นแบบอย่างของผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลกับการดูแลในชุมชน และการดำเนินการเชิงรุกในชุมชน ดูแลคนดีไม่ให้ป่วย ดูแลคนป่วยไม่ให้ป่วยซ้ำ ไม่ให้ป่วยหนักขึ้น

ยุทธศาสตร์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาล

ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ สามารถจัดให้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. **ยุทธศาสตร์ที่มุ่งต่อผู้ป่วย และญาติ**

1.1 ผสมผสานการป้องกันและการฟื้นฟูสภาพเข้ากับบริการรักษาพยาบาล จัดกิจกรรมที่จะให้ผู้ป่วย/ญาติดูแลตนเองในสิ่งที่ทำได้ตนเอง โดยวิธีการ ต่างๆ เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร สุขศึกษา การให้คำปรึกษาและการสร้างกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1.2 ให้บริการที่มีคุณภาพ ให้ความสนใจต่อกระบวนการรักษาและทำให้คืนสู่สภาพปกติ มีการประสานงานกันระหว่างโรงพยาบาล สถานีอนามัย และบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.3 กำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะตระหนักในความต้องการที่มีความแตกต่างกัน

1.4 สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว

2. ยุทธศาสตร์ที่มุ่งต่อเจ้าหน้าที่

2.1 พัฒนาสถานที่ทำงานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

2.2 ให้ความสำคัญต่อเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ทำให้สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น โดยใช้วิธีด้านการป้องกันโรค ป้องกันอุบัติภัย และคุ้มครองสุขภาพ รวมทั้งเพิ่มศักยภาพที่จะจัดการปัญหาที่มิอาจหลีกเลี่ยงได้

2.3 การฝึกอบรมทักษะเจ้าหน้าที่

3. ยุทธศาสตร์ที่มุ่งต่อองค์กร

3.1 พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นองค์กรที่เข้มแข็ง (Healthy Organization)

3.2 เป็นโรงพยาบาลที่ปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่ซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

3.3 เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการที่มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ

4. ยุทธศาสตร์ที่มุ่งต่อสิ่งแวดล้อมและชุมชน

4.1 มีการสร้างเครือข่ายและการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุข บริการสังคม องค์กรเอกชน และอื่นๆ

4.2 มีการพัฒนาภาพลักษณ์เชิงบวก

4.3 มีการป้องกันไม่ให้การดำเนินงานของโรงพยาบาลไปสร้างผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อมและนิเวศวิทยา

4.4 ทำโรงพยาบาลให้เป็นตัวอย่างสำหรับองค์กรสุขภาพอื่นๆ

การพัฒนาแนวคิดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวทางกฎบัตรออตตาวา

การส่งเสริมสุขภาพที่แท้จริงคือวิธีสร้างความเข้มแข็งแก่ประชาชนและสังคม แนวคิดนี้เกิดขึ้นกับวงการสาธารณสุขในรอบทศวรรษที่ผ่านมา โดยองค์การอนามัยโลกได้เป็นแกนนำในการจัดประชุมนานาชาติเพื่อให้ประเทศสมาชิกได้แลกเปลี่ยนข้อวิเคราะห์และพัฒนายุทธศาสตร์ด้านนี้ หัวใจของแนวคิดนี้ได้ถูกบันทึกไว้ในกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) อันเป็นเสมือนคำประกาศปรัชญาและยุทธศาสตร์ใหม่ที่ได้ประกาศไว้ ณ การประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพครั้งแรก ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เมื่อปี พ.ศ. 2529

กฎบัตรออตตาวา ได้ให้คำนิยามของการส่งเสริมสุขภาพคือ "กระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและพัฒนาสุขภาพตนเอง เป็นผลให้ผู้นั้นมีสุขภาพดีขึ้น"

กิจกรรมหลัก 5 กลุ่ม ตามกฎบัตรออตตาวา ที่มีผลสำคัญต่อความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่

1. สร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ
2. สร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ
3. เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับกิจกรรมชุมชนเพื่อสุขภาพ
4. พัฒนาทักษะส่วนบุคคล
5. ปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ของการส่งเสริมสุขภาพโลก ตาม "กฎบัตรกรุงเทพฯ หรือ Bangkok Charter for Health Promotion" มี 5 ประการ ได้แก่

1. การชี้แนะให้การส่งเสริมสุขภาพอยู่บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชน
2. กำหนดนโยบายแนวทางการปฏิบัติและการวางโครงสร้างพื้นฐานที่เกี่ยวข้องอย่างยั่งยืนในการจัดการปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
3. ให้สร้างศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การพัฒนานโยบาย ภาวะผู้นำ การดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ องค์ความรู้ทางสุขภาพและการวิจัยรวมทั้งความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ
4. สร้างพันธมิตรด้านสุขภาพ ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ที่จะร่วมมือกันส่งเสริมสุขภาพอย่างยั่งยืน
5. ใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยและส่งเสริมให้ประชาชนทุกคนมีโอกาสเข้าถึงการมีสุขภาพที่ดี

กฎบัตรกรุงเทพฯ ต่อไปนี้จะเป็นเหมือนคัมภีร์ที่ประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลกจะนำไปปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้กับประชาชนในประเทศต่อไป

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการสร้างสุขภาพของคนไทย ประกอบด้วย 3 เรื่องสำคัญ คือ

1. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานครอบครัว ทุกระดับ ทุกพื้นที่ กว่า 10,625 แห่ง
2. มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่ลัน (อสม.) ซึ่งเป็นตัวแทยภาคประชาชน ร่วมพัฒนาอีก 9 แสนคน ซึ่งถือว่ามากที่สุดในโลก และ อสม. นี่เองที่เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาระบบ
3. บริการสาธารณสุข ที่มีประสิทธิภาพ และนโยบายของรัฐบาลในปี 2544 ที่ได้ประกาศการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยจัดโครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค ใช้งบประมาณจาก

ภาษีปกติ ทำให้คนไทยทุกคนมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการ เมื่อเจ็บป่วยเป็นผลสำเร็จครอบคลุมทุกพื้นที่ ที่เป็นประเทศแรกๆ ในโลก

ในการดำเนินการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ สามารถนำข้อเสนอของกฎบัตรออตตาวาและกฎบัตรกรุงเทพฯ มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานได้ ข้อเสนอแนะมีดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ

ในการประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ขององค์การอนามัยโลกครั้งที่สอง ณ ประเทศออสเตรเลีย งานวิจัยจำนวนมากบ่งชี้ว่า การปรับปรุงระบบ จะบังเกิดผลมากยิ่งกว่าการเปลี่ยนแปลงระดับตัวบุคคล นโยบายสาธารณะจึงเป็นเครื่องมือส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญ

นอกจากนโยบายของหน่วยงานระดับสูงที่ดูแลควบคุมโรงพยาบาลแล้วในระดับโรงพยาบาลก็จำเป็นจะต้องสร้างนโยบายของโรงพยาบาลเพื่อให้เอื้อต่อสุขภาพของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและบุคลากรของโรงพยาบาล การกำหนดนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อให้เอื้อต่อสุขภาพนี้ เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลหลายด้าน เช่น นโยบายการจัดสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล นโยบายการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้ป่วย ญาติ และบุคลากร นโยบายปลอดบุหรี่ ปลอดสุราในโรงพยาบาล การจัดบริการอาหารส่งเสริมสุขภาพ การบริการด้านการออกกำลังกาย การปรับบริการให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น นโยบายเหล่านี้จะต้องนำไปปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและบุคลากรทุกคนจะต้องเข้าใจ และยอมรับนโยบายต่างๆ

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ

เนื่องจากมนุษย์ไม่สามารถแยกตัวออกจากสิ่งแวดล้อมได้กิจกรรมที่เกี่ยวพันกับชีวิตประจำวัน จะกำหนดพฤติกรรมสุขภาพด้วย เช่น การทำงาน การเรียน การอยู่อาศัย และการพักผ่อน เป็นต้น ความสัมพันธ์นี้เป็นพื้นฐานทางสังคมนิเวศวิทยา ที่สามารถประยุกต์เป็นกลวิธีสร้างสุขภาพ นั้นคือ สถานที่ทำงาน โรงเรียน โรงพยาบาล ที่พักอาศัย สถานที่พักผ่อนหย่อนใจ สภาพชุมชน ฯลฯ เหล่านี้สามารถจัดให้เอื้อหรือกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพดี พร้อมกับมีมาตรการสกัดกั้นมลภาวะหรือพฤติกรรมที่บั่นทอนสุขภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ นอกจากจะต้องคำนึงถึงการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของบุคลากร ผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการลดผลกระทบจากโรงพยาบาลที่จะมีส่วนสำคัญและชุมชนมีส่วนรวมด้วย นอกจากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพแล้ว สิ่งแวดล้อมทางจิตใจและสังคมก็ยังมีส่วนสำคัญต่อสุขภาพ

3. การสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน

การส่งเสริมสุขภาพจะต้องดำเนินการโดยอาศัยการปฏิบัติของชุมชนที่เป็นรูปธรรมและมีประสิทธิผล ทั้งในด้านการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน และการดำเนินการเพื่อบรรลุสุขภาพที่ดีกว่าเดิม หัวใจของกระกระบวนการดังกล่าว ได้แก่ การเสริมสร้างอำนาจของชุมชน ความรู้สึกเป็นเจ้าของ และการควบคุมความเพียรพยายาม และอนาคตของพวกเขาการพัฒนาชุมชนจะต้องระดมทรัพยากร (ทั้งคน และวัตถุ) ภายในชุมชน เพื่อ

ยกระดับ การช่วยเหลือตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งพัฒนาระบบที่มีลักษณะยืดหยุ่นในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งแก่การมีส่วนร่วมของชุมชน และการควบคุมกำกับในเรื่องของสุขภาพ ทั้งนี้ ชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร โอกาสการเรียนรู้ และแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง

ชุมชนนับเป็นกลไกที่มีพลังมาก หากส่งเสริมอย่างเหมาะสมแล้ว พลังนี้จะสร้างสรรค์การพึ่งพาตนเอง การปกป้องคุ้มครองตน อาจเป็นผลยิ่งกว่าขยายขนาดส่วนราชการ รัฐจึงควรสนับสนุนบทบาทของชุมชน อาทิ ด้านคำปรึกษาทางวิชาการ ข้อมูลข่าวสาร งบประมาณ ดำเนินนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อบทบาทชุมชน

4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล

การส่งเสริมสุขภาพจะต้องสนับสนุนในเรื่องของการพัฒนาความรู้และทักษะส่วนบุคคล ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพ และการเสริมทักษะชีวิต เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกแก่บุคคลเหล่านี้ให้สามารถควบคุมสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของพวกเขาได้มากขึ้น และเพิ่มโอกาสต่อการพัฒนาสุขภาพ

การส่งเสริมให้บุคลากรสามารถเรียนรู้ตลอดชีวิต พร้อมในการดำเนินชีวิตในรูปแบบต่าง ๆ และสามารถควบคุมโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น นับว่าเป็นสิ่งจำเป็น โรงพยาบาลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มจัดให้เกิดกระบวนการดังกล่าวขึ้น

การเรียนรู้และพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อให้ทราบถึงข้อมูล เหตุผล และทางเลือก ในการควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อม การพัฒนาทักษะและศักยภาพด้านสุขภาพและทำให้ประชาชนแต่ละวัยสามารถเรียนรู้เพื่อเตรียมตนเองให้ก้าวหน้าผ่านระยะต่าง ๆ ของชีวิต

5. การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ

ภาระหน้าที่ของระบบบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุข และรัฐบาล ซึ่งจะต้องทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพของประชาชน

นอกเหนือจากงานรักษาพยาบาลแล้ว โรงพยาบาลจะต้องหันมาทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น โดยจะต้องมีพันธะในการสนับสนุนให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ในลักษณะที่ไวต่อปัญหาและสอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน นอกจากนี้ยังจะต้องเปิดกว้างในการร่วมมือกับบริการด้านอื่นๆ ทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม

การปรับเปลี่ยนบริการจะต้องให้ความสำคัญ กับงานด้านการวิจัยทางสุขภาพ/สาธารณสุข และการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมของบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่างๆ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติ การปรับทิศทาง และการจัดระบบบริการสุขภาพที่เน้นการมองปัญหาของปัจเจกบุคคลในฐานะคนทั้งคน (องค์รวม) ปัญหาของชุมชน รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสภาพแวดล้อม

องค์ประกอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

1. มีการสร้างนโยบายสาธารณะของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

การจะทำโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพได้ ต้องเริ่มจากการปรับแนวคิดของผู้บริหารโรงพยาบาลก่อน คณะกรรมการทุกคนต้องเห็นชอบ และเจ้าหน้าที่ทุกคนต้องรับทราบนโยบายเรื่องโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนี้ เพราะการดำเนินงานจะต่อเนื่องและยั่งยืนได้ต้องอาศัยความร่วมแรงร่วมใจจากทุก ๆ ส่วนในโรงพยาบาลเป็นการพัฒนาองค์กรทั้งหมดมิใช่ขึ้นอยู่กับผู้หนึ่งใดในโรงพยาบาล

2. มีการจัดทำแผนงานและการบริหารจัดการ

โรงพยาบาลต้องมีแผน ที่แสดงถึงกิจกรรมที่ทำด้านส่งเสริมสุขภาพ งบประมาณที่จะสนับสนุนรวมถึงการกำหนดผู้รับผิดชอบกิจกรรมหรือผู้มีส่วนร่วมกิจกรรมให้ชัดเจน ที่สำคัญคือแผนงาน/กิจกรรมเพื่อพัฒนาองค์กรควรสนับสนุนแนวคิดด้านการส่งเสริมสุขภาพนอกเหนือจากด้านรักษาพยาบาล

3. มีการจัดให้มีกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและญาติ

โรงพยาบาลจะต้องมีการจัดให้มีกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งผู้มาเฝ้าหรือมาเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อให้ทุกคนเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพก่อนการเจ็บป่วย

4. มีกิจกรรมและบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากร

โรงพยาบาลจะต้องมีการจัดกิจการรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรของโรงพยาบาลในทุกระดับ มีบริการตรวจสุขภาพและประเมินภาวะเสี่ยง รวมทั้งการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม

โรงพยาบาลจะต้องมีบริการที่ส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร เช่น อาหารส่งเสริมสุขภาพ สถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกาย รวมทั้งมีกิจกรรมคลายเครียดและส่งเสริมสุขภาพใจ และสังคมโดยมุ่งสร้างองค์กรที่มีสุขภาพดี

5. การจัดการสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลมีการจัดการสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงานให้ปลอดภัยและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีอุปกรณ์และเครื่องมือในการป้องกันอันตรายจากการทำงานอย่างเพียงพอ

6. การสร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชน

โรงพยาบาลควรจะเป็นองค์กรที่เป็นแบบอย่างให้แก่ชุมชน ในการริเริ่มงานด้านการส่งเสริมสุขภาพประสานงานกับองค์กรชุมชน สร้างพันธมิตรทางสุขภาพ และประสานงานกับหน่วยบริการอื่น ๆ ในชุมชน เช่น โรงเรียน โรงงาน สถานประกอบการ ฯลฯ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในสถานที่เหล่านั้น

7. การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม

การจัดบริการให้แก่ผู้ป่วยควรเป็นแบบองค์รวม โดยให้คำนึงถึงมิติอื่น ๆ ที่ไม่เฉพาะการแพทย์และการสาธารณสุขเท่านั้น เช่น มิติทางด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การเมือง ฯลฯ ควบคู่ไปด้วยเสมอ ซึ่งจะทำให้เข้าใจปัญหาผู้ป่วยและแนวทางแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมตรงต่อความต้องการ

ในการให้บริการนอกจากการรักษาพยาบาลแล้ว จำเป็นต้องมีการค้นหาโรคในระยะแรก การให้ภูมิคุ้มกัน การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล รวมทั้งให้การปรึกษาผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่เหมาะสมและพัฒนากลวิธีที่จะเผชิญกับภาวะนั้นๆ

8. สร้างให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการส่งเสริมสุขภาพ

โรงพยาบาลจะต้องสร้างให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการส่งเสริมสุขภาพให้แก่เจ้าหน้าที่เน้นการมีสุขภาพดีและสามารถเป็นตัวอย่างให้แก่บุคคลอื่น และมีกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ให้แก่ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป เช่น การให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา กิจกรรม สุขศึกษาอื่น ๆ เป็นต้น

9. การเชื่อมต่อภาคีความร่วมมือ

เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน กิจกรรมต่าง ๆ จำเป็นต้องมีการประสานงานกับเครือข่ายสาธารณสุขต่างๆ ทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการสนับสนุนกิจกรรมซึ่งกันและกัน

10. การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

คุณภาพของโรงพยาบาลจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับบริการทางการแพทย์และสาธารสุขที่ถูกต้องด้วยความเต็มใจ กระตือรือร้น มีความเอาใจใส่ ห่วงใย จนผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจ ผู้รับบริการทุกคนต้องได้รับบริการที่เท่าเทียมกันและมีคุณภาพได้มาตรฐาน ซึ่งโรงพยาบาลจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพทั้งโรงพยาบาลทั้งด้านบริการ ด้านบริหาร และอื่นๆ อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องตลอดเวลา

11. สร้างกิจกรรมในเชิงนวัตกรรม

เนื่องจากการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพยังไม่มีรูปแบบที่แน่นอนอย่างใดอย่างหนึ่ง การดำเนินงานจึงเป็นลักษณะของการพัฒนาและวิจัยควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดรูปแบบหรือกิจกรรมใหม่ ๆ เพื่อดูแลสุขภาพของทุกคน ดังนั้น การแปรแนวคิดสู่การปฏิบัติจึงมีหลากหลายรูปแบบ ซึ่งจะเป็นแบบอย่างนวัตกรรมสาธารณสุขสำหรับโรงพยาบาลอื่นๆ ได้ดี

ในการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว บุคลากรสาธารณสุขจำเป็นต้องมีบทบาทในการรณรงค์ผลักดันสังคม (Advocate) ไกล่เกลี่ย (Mediate) ประสานระหว่างกลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ การสร้างเสริมความสามารถ (Enable) แก่ประชาชนในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่กำหนดสภาวะสุขภาพ และพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเต็มศักยภาพ เพื่อให้บรรลุความเท่าเทียมกันทางสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น

สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัย

มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

เพื่อให้โรงพยาบาลที่ดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ได้ทราบภาพรวมของการพัฒนาและระดับการพัฒนาของตนเอง เพื่อทราบความสำเร็จของการดำเนินงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ที่มีความต่อเนื่องจนเป็นวัฒนธรรมขององค์กร และชุมชน ได้มีการกำหนดมาตรฐานเพื่อการประเมินตนเองออกเป็น 7 องค์ประกอบหลักดังนี้

1. การนำองค์กรและการบริหาร
2. การจัดสรรทรัพยากรและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล
3. การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
4. การส่งเสริมสุขภาพสำหรับบุคลากรโรงพยาบาล
5. การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้รับผิดชอบและครอบครัวที่มารับบริการในโรงพยาบาล
6. การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
7. ผลลัพธ์ของกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ

1.2 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ

1.2.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายของ "พฤติกรรม"

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำ เป็นปฏิกิริยาที่แสดงออกทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งสังเกตเห็นได้หรือสังเกตเห็นไม่ได้ เพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดีแตกต่างกันออกไปตามสภาพวัฒนธรรมสังคม ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากความคาดหวังของบุคคลรอบตัว สถานการณ์ขณะนั้น และประสบการณ์ในอดีต (Twaddle, 1971, อ้างถึงใน ปริศนา อาจองค์,2543)ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) แบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 ชนิด คือ พฤติกรรมภายใน หมายถึงกิจกรรมหรือปฏิกิริยาภายในตัวบุคคล ซึ่งสมองมีหน้าที่รวบรวม สะสม และสั่งการ มีทั้งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม เช่น การบีบตัวของลำไส้ ความคิด เจตคติ ความรู้สึก ค่านิยม พฤติกรรมภายในที่ไม่สามารถวัดหรือสังเกตได้โดยบุคคลอื่น แต่ก็ยังสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างวัดได้ หรือสัมผัสได้พฤติกรรมภายนอก หมายถึงปฏิกิริยาหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออก ซึ่งบุคคลอื่นสังเกตเห็นได้ เช่น การขับรถ นั่งนอน เดิน

ความหมายของ "สุขภาพ"

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1981) ให้ความหมายของสุขภาพ (Health) ว่า หมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยดี มีความผาสุก ซึ่งมิได้หมายถึงเพียงปราศจากโรคและทุพลภาพเท่านั้น

บลัม (Blum, 1981 อ้างถึงใน จินดนา ยูนิพันธ์, 2532) ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นความสามารถของบุคคลที่ทำหน้าที่ต่าง ๆ อย่างเต็มความสามารถ ดำรงรักษา

163584
ป
613
ส378ก

ความสมดุลระหว่างความต้องการทางสังคม ปลอดภัยจากความไม่พึงพอใจ ความพิการหรือโรคภัยไข้เจ็บ มีพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ตนปลอดภัย อยู่รอด มีความพอใจและความสุขในการดำรงชีวิต

เวบสเตอร์ (Webster, 1994 อ้างถึงใน ผ่องศรี ศรีมรกต, 2540) ได้ให้ความหมายสุขภาพไว้ว่า เป็นสภาพที่มีความปกติสุข ทั้งร่างกายและจิตใจ ปราศจากโรค ความเจ็บปวด หรือความพิการบกพร่อง สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9ให้ความหมายของสุขภาพว่าคือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และมีดุลยภาพทั้งทางกาย ทางใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

ความหมายของ "การส่งเสริมสุขภาพ"

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1996 อ้างถึงใน ประภัสสร ควาญช้าง: 2549) ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) คือ กระบวนการเพิ่มสมรรถภาพให้คนเรามีความสามารถเพิ่มขึ้นในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดีขึ้น

อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2541) ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพว่า เป็นกระบวนการสร้างเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง

ความหมายของ "พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ"

กอชแมน (Gochman, 1982 อ้างถึงในชลดา คล้ายคลึง, 2545) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึงการแสดงออกที่บุคคลลงมือกระทำ ทั้งที่สังเกตได้อย่างชัดเจน(Overt Behavior) เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีเช่น นิสัยในการพักผ่อน ออกกำลังกาย บุคลิกภาพ การใช้ยา รวมไปถึงสิ่งที่ต้องอาศัย วิธีการประเมินเนื่องจากสังเกตไม่ได้เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง ค่านิยม แรงจูงใจ การรับรู้

สไตรเกอร์และสิปสัน (Steiger & Lipson, 1985 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลต้องกระทำด้วยตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น

เพนเดอร์ (Pender, 1987 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำ เพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีมีสุขภาพดี และการมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

สรุปได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อยกระดับให้เกิดภาวะสุขภาพขึ้นทั้งสภาพร่างกาย จิตใจและสังคม อันนำไปสู่ความผาสุกและมีศักยภาพสูงสุดของบุคคลครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งพฤติกรรมนั้นอาจสังเกตได้หรือไม่ได้และสามารถกระทำได้ในชีวิตประจำวัน

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพนเดอร์ (Pender, 1987 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) ได้ศึกษาแบบแผนการดำเนินชีวิต และนิสัยสุขภาพ (The Lifestyle and Health Habit Assessment : LHHA)ของบุคคลทั่วไปแล้วสร้างเป็นเครื่องมือวัดพฤติกรรมสุขภาพในทางบวก 10 ด้าน ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 100 ข้อ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป (General competence in self care) เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติสุขวิทยาส่วนบุคคล ความสนใจในการหาความรู้ การสังเกตความผิดปกติของร่างกายที่เกิดขึ้น

2. การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutritional practice)เป็นรูปแบบของการรับประทานอาหารลักษณะนิสัย ลักษณะของอาหารเพื่อให้ได้สารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ และมีคุณค่าทางโภชนาการ

3. การออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (Physical or recreational activity) เป็นวิธีการและความสม่ำเสมอของการออกกำลังกายในหนึ่งสัปดาห์การสนใจและเข้าร่วมกิจกรรมความสม่ำเสมอในการออกกำลังกายรวมถึงการรักษาสมดุลของร่างกายเมื่อนั่งหรือยืน

4. รูปแบบการนอนหลับ Sleep patterns) เป็นระยะเวลาในการนอนหลับ ความพอใจในการนอนหลับ สภาพการนอนหลับ สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการนอน อุปกรณ์เครื่องนอน วิธีขจัดสาเหตุการนอนไม่หลับ เทคนิคผ่อนคลายและวิธีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้การนอนหลับมีประสิทธิภาพสูงสุด

5. การขจัดความเครียด (Stress management)เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อผ่อนคลาย ความตึงเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

6. การตระหนักและการยอมรับในความมีคุณค่าแห่งตน (Self actualization) เป็นความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ความพึงพอใจในชีวิตและความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง

7. จุดมุ่งหมายในชีวิต (Sense of purpose) เป็นการตระหนักถึงในการให้ความสำคัญกับชีวิตการกำหนดจุดมุ่งหมายในชีวิตทั้งระยะสั้นและระยะยาว และเชื่อว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้จะต้องเป็นจริง

8. สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Relationships with others) เป็นการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและมีประโยชน์ต่อบุคคลนั้น เกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด่าง ๆ เช่น การช่วยให้ลดความตึงเครียดการช่วยแก้ปัญหาอื่น ๆ ได้

9. การควบคุมสภาวะแวดล้อม (Environment control) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้ตนเองได้รับอันตรายทั้งภายในบ้านและนอกบ้าน เช่น การดูแล ความเรียบร้อย ถูกสุขลักษณะของที่อยู่อาศัย การหลีกเลี่ยงจากมลพิษต่าง ๆ เช่น อากาศเป็นพิษ สารพิษ

10. การใช้ระบบบริการทางสุขภาพ (Use of health care system) เป็นพฤติกรรมของบุคคลในการไปใช้ประโยชน์จากแหล่งบริการสุขภาพทั้งเมื่อ ปกติและเจ็บป่วย เช่น การหาข้อมูล ข่าวสารการดูแลสุขภาพของตนเอง การตรวจหาความผิดปกติต่าง ๆ ของร่างกายจาก บุคลากรทีมสุขภาพ

วอกเกอร์ ซีดริส เพนเดอร์ (Walker, Sechrist & Pender, 1991 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) ได้นำแบบคำถามจากแบบประเมินการดำเนินชีวิตและลักษณะนิสัยทางสุขภาพของเพนเดอร์ มาปรับปรุงให้ได้รูปแบบการวัด การดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมสุขภาพซึ่งใช้วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้านได้แก่

1. การบรรลุเป้าหมายในชีวิต หมายถึงการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต มีความพึงพอใจในชีวิต มีการกระทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายนั้น

2. ความรับผิดชอบต่อสุขภาพเป็นความตระหนักต่อสุขภาพของตนเอง โดยมีการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ การตรวจร่างกายสม่ำเสมอ การแสวงหาความรู้และปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ

3. การออกกำลังกาย เป็นการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เป็นกิจกรรมที่กระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

4. การรับประทานอาหาร เป็นพฤติกรรมที่กระทำการรับประทานอาหารที่ถูกต้องและมีคุณค่าทางโภชนาการ

5. การช่วยเหลือพึ่งพาระหว่างกัน เป็นความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม มีความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อนและสังคม

6. การจัดการกับความเครียด เป็นกิจกรรมที่ผ่อนคลายความตึงเครียด

1.2.2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

เพนเดอร์ (Pender, 1987 อ้างถึงใน ประภัสสร ควาญช้าง, 2549) อธิบายถึง การที่บุคคลจะลงมือทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนปฏิบัติกิจกรรมอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิต เป็นผลจากการได้รับอิทธิพลของปัจจัย 3 ด้านด้วยกัน คือปัจจัยด้านการรู้คิด-การรับรู้ (Cognitive – perceptual factors) ของบุคคล ปัจจัยปรับเปลี่ยน (Modifying factors) และตัวชี้แนะการกระทำ (Cue to action)

1. ปัจจัยด้านการรู้คิด การรับรู้ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เป็นปัจจัยโดยตรงที่จะทำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ความคิดและการรับรู้ (Pender, 1987อ้างถึงใน ประภัสสร ควาญช้าง, 2549) ประกอบด้วย ปัจจัยย่อย 7 ประการคือ

1.1 ความสำคัญของสุขภาพ (The important of health) คือการที่บุคคลรับรู้ คุณค่าสุขภาพของตนมากเท่าใด ก็จะพยายามหาความรู้และพยายามส่งเสริมสุขภาพของตน

มากขึ้นเท่านั้นและมากกว่าบุคคลที่ไม่เห็นคุณค่าสุขภาพ คุณค่าสุขภาพจะมีบทบาทในการจูงใจทางตรงให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการให้คุณค่ากับพฤติกรรมใด พฤติกรรมหนึ่งโดยเฉพาะ (Behavior specific values) จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากกว่าการให้คุณค่า พฤติกรรมทั่ว ๆ ไป (Global life values)

1.2 การรับรู้การควบคุมสุขภาพ (Perceive control of health) การที่บุคคลมีความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพว่า เป็นผลมาจากการกระทำของตนเองหรือได้รับอิทธิพลอำนาจมาจากผู้อื่นหรือผลของโชคชะตา ถ้าบุคคลเชื่อว่าการควบคุมสุขภาพเกิดขึ้นจากอำนาจภายในตนเองมากกว่าอำนาจภายนอกตนเอง ก็จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีความเชื่อที่มาจากภายนอกตนเอง

1.3 การรับรู้ความสามารถหรือสมรรถนะในตนเอง (Perceive self efficacy) การที่บุคคลเชื่อว่าความสามารถของตนเองจะนำไปสู่การประสบความสำเร็จหรือได้รับผลที่ตนเองต้องการเมื่อได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ บุคคลที่มีการรับรู้ความสมรรถนะในตนเองสูง จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มากกว่าผู้ที่รับรู้ว่าตนเองมีสรรถนะในตนเองต่ำ

1.4 คำจำกัดความของสุขภาพ (Definition of health) บุคคลแต่ละคนจะให้ความหมายของคำว่าสุขภาพแตกต่างกัน และมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างกันตามความหมายของสุขภาพนั้น บุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพว่า หมายถึง ความคงที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันความเจ็บป่วยบุคคลที่ให้ความหมายของสุขภาพหมายถึง การบรรลุเป้าหมายในชีวิตจะมีพฤติกรรมกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีเพื่อเพิ่มความผาสุกในชีวิต

1.5 การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นการประเมินสุขภาพของบุคคลว่าอยู่ในระดับใด และเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความถี่ การปฏิบัติอย่างจริงจังและประสบการณ์ของบุคคล ที่ปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเมื่อปฏิบัติแล้วทำให้เกิดสุขภาพดี จะทำให้บุคคลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่า บุคคลที่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนในระดับไม่ดี

1.6 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived benefits of health promoting behaviors) เป็นแนวคิดที่ตรงกับความเชื่อทางสุขภาพ บุคคลรับรู้ว่า พฤติกรรมที่ตนกระทำมีประโยชน์ต่อสุขภาพมากขึ้น ก็จะส่งผลทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และกระทำอย่างต่อเนื่องด้วย ดังนั้นบุคคลที่รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพ จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมากกว่าบุคคลที่รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพน้อย

1.7 การรับรู้อุปสรรคส่งเสริมสุขภาพ (Perceived barriers to health promoting behaviors) เป็นการรับรู้หรือการคาดคะเนซึ่งอาจเป็นจริงหรือไม่จริงก็ได้ เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความลำบาก เวลา ไม่มีโอกาสในการทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งมีผลทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลง

2. ปัจจัยปรับเปลี่ยน เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการรู้คิด-การรับรู้และมีผลทางอ้อมก่อให้เกิดมีการปฏิบัติส่งเสริมสุขภาพซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยย่อยดังต่อไปนี้

2.1 ปัจจัยทางประชากร (Demographic factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา รายได้ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านกระบวนการด้านการรู้คิด-การรับรู้ภายในตัวบุคคล

2.2 ลักษณะทางชีววิทยา (Biological characteristics) เป็นปัจจัยทางชีวภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล เช่น น้ำหนักตัว สัดส่วนของร่างกาย

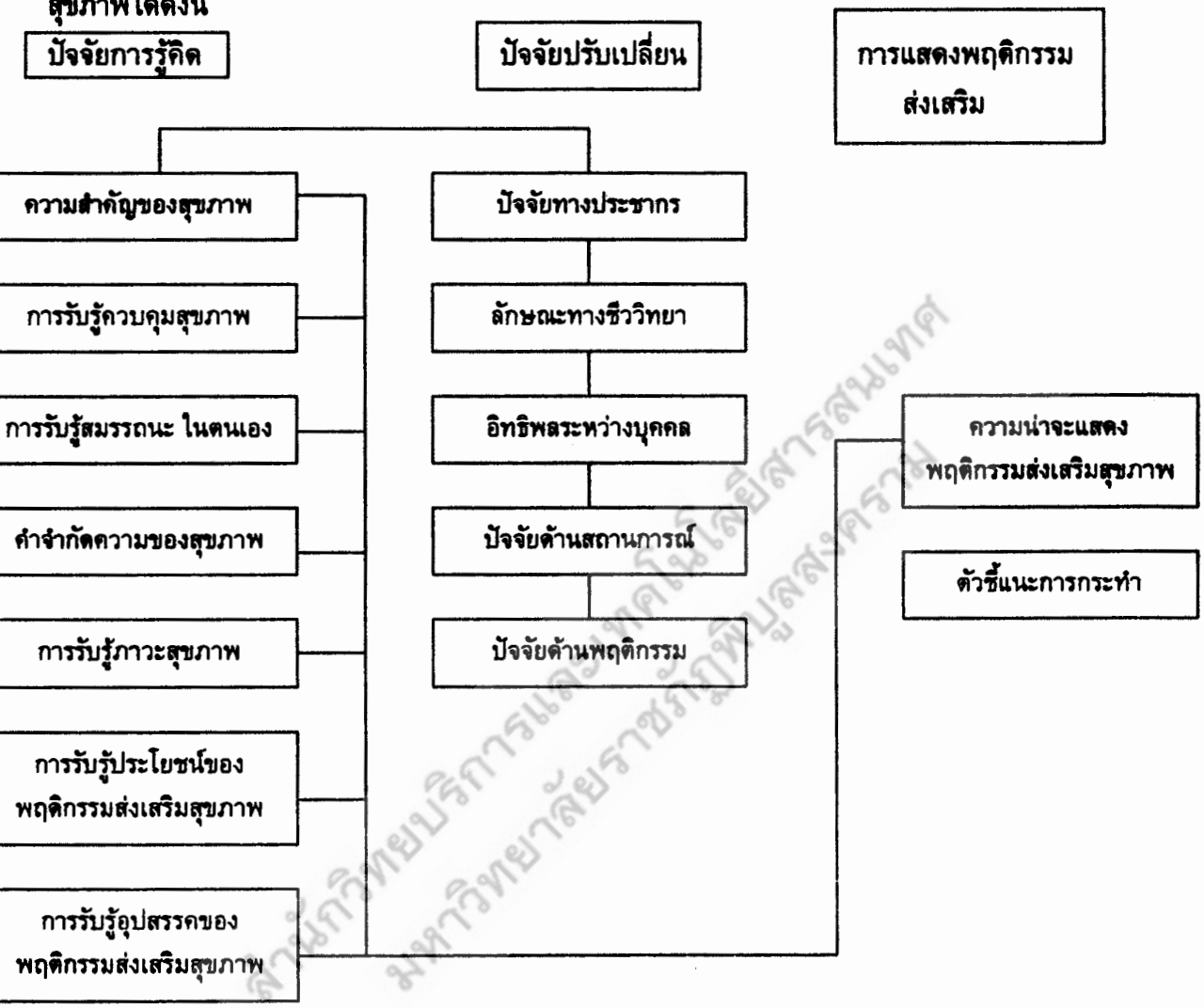
2.3 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นรูปแบบซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความเชื่อถือบุคคลอื่น ความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิดแบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัว และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางทีมสุขภาพ

2.4 ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) สถานการณ์ที่สำคัญหรือสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับ การกำหนดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความสะอาดสบายในการปฏิบัติปริมาณทางเลือกมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ยิ่งบุคคลมีความสะดวกและทางเลือกมากเท่าใดก็จะมีโอกาสส่งเสริมสุขภาพได้มากขึ้นเท่านั้น เช่น การออกไปงานสังคมบ่อยครั้งโอกาสที่จะเลือกรับประทานอาหารที่มีแคลอรี่ต่ำ จะเป็นไปได้น้อยมาก

2.5 ปัจจัยด้านพฤติกรรม (Behavior factors) ประสบการณ์ในอดีตจะส่งเสริมให้บุคคลปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ ไปในด้านต่าง ๆ ได้ ความรู้ ทักษะทางปัญญาจะเป็นตัวส่งเสริมให้บุคคลสามารถปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพที่ซับซ้อนได้ และจำเป็นต่อการวางแผนด้านโภชนาการโปรแกรมการออกกำลังกาย การเผชิญหน้าความเครียด การพักผ่อนและการผ่อนคลาย

3. ตัวชี้แนะการกระทำ ในการกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ มีความเกี่ยวพันกับตัวชี้แนะการกระทำภายใน และสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล ที่กระตุ้นให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมออกมา ตัวชี้แนะกระทำภายในบุคคล ได้แก่ การรับรู้ศักยภาพของตนเอง ที่มีต่อการพัฒนาการความสุขสบายที่เพิ่มขึ้น เมื่อบุคคลได้เริ่มต้นกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ผลการออกกำลังกายทำให้เกิดความรู้สึกเป็นสุข จะเป็นตัวชี้แนะให้มีพฤติกรรมออกกำลังกายต่อไป ตัวชี้แนะกระทำภายนอกได้แก่ การสนทนากับผู้อื่นในเรื่องต่าง ๆ เช่น ลักษณะของการบริโภคอาหาร การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล จะผลักดันหรือสนับสนุนให้บุคคลมีพฤตกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากปัจจัย 3 ด้านคือ ปัจจัยความคิด การรับรู้ ปัจจัยปรับเปลี่ยน และตัวชี้แนะการกระทำ เพนเดอร์ (Pender,1987 : 58) นำมาเขียนภาพแสดงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดังนี้



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ที่มา : เพนเดอร์,1987 : 58

ลอร์เรน กรีน (Green,1991:22-32 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) ศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับ PRECEDE framework ซึ่งเป็นคำย่อมาจาก Predisposing Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation เป็นกระบวนการวิเคราะห์ เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษาที่มีแนวทางคิดว่า พฤติกรรมบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัย (Multiple factors) จึงต้องมีการ วิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้น ๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผน กำหนดวิธีการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดย กรีน ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพไว้ 3 ปัจจัย

1. ปัจจัยหลัก (Predisposing factors) หมายถึงปัจจัยที่เป็นพื้นฐานก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยนี้มีผลในทางสนับสนุนหรือยับยั้งการแสดงพฤติกรรมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแต่ละคน ซึ่งปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคลประกอบด้วย ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติการรับรู้ ความเชื่อ เน้นการรับรู้เป็นกุญแจของความต้องการความรู้ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติ

2. ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ชุมชนและทักษะที่ช่วยให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมได้ และสามารถที่จะใช้ทรัพยากรเหล่านั้น ซึ่งปัจจัยเอื้อนี้เป็นปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิด/ไม่ให้เกิดพฤติกรรม พฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อมีการสนับสนุนด้าน

ทักษะต้องการให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ

มีแหล่งทรัพยากร เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการ

มีแหล่งบริการ ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการ

3. ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) หมายถึงเป็นแรงเสริมแรงกระตุ้นให้กระทำเป็นปัจจัยภายนอกที่มาจาก บุคคล กลุ่มบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในการยอมรับ/ไม่ยอมรับพฤติกรรมสุขภาพนั้น

พฤติกรรมต่าง ๆ ของบุคคลเป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 ดังกล่าวคือ ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใด ๆ จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงอิทธิพลจากปัจจัยดังกล่าวร่วมกันเสมอ

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่า แนวคิดของ เพนเดอร์ น่าจะเหมาะสมในการนำมาศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร เพราะเป็นแนวคิดแบบองค์รวม คือมีการส่งเสริมป้องกันให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง โดยยังไม่มีภาวะของการเจ็บป่วยและเพื่อเตรียมรับสภาวะที่ต้องเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุในอนาคตอย่างมีคุณภาพ

1.2.3 ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ระดับการศึกษา และอายุ ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นพื้นฐานของความรู้ การรับรู้ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ การตัดสินใจ ทำให้บุคคลเห็นประโยชน์ พยายามเสาะหาความรู้ ข่าวสารที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม ทำให้บุคคลได้ตระหนักถึงความสำคัญและสามารถซักถามปัญหา จนเข้าใจถึงแผนการรักษาโรค การปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี และ ข้อมูลของ UNDP ในด้านดัชนีการพัฒนาทรัพยากร มนุษย์ (ชินภัทร ภูมิรัตน, 2544) แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยทางด้านการศึกษาเกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุข ได้แก่อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดระดับรายได้ประชาชาติ และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของตัวแปรในองค์ประกอบต่าง ๆ ดังกล่าว จะเห็นว่าตัวแปร

ทางด้านการศึกษาเป็นตัวแปรอิสระหรือตัวแปรต้นซึ่งจะมีอิทธิพลหรือส่งผลต่อตัวแปรตามทั้งในด้านสุขภาพอนามัย การมีรายได้และฐานะทางเศรษฐกิจ

มีงานวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบดังนี้

มูแลนแคมและเซลเยล์ (Muhlenkamp & Sayles, 1986 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) พบว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีพฤติกรรม สุขภาพสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา

อายุเป็นปัจจุบันลักษณะส่วนบุคคล เป็นปัจจัยตัวหนึ่งของปัจจัยเสริม ซึ่งพบว่ายิ่งมีอายุมากจะทำให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น

มีงานวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบดังนี้

วอกเกอร์ และคณะ (Walker,et al. 1988 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตโดยรวม และรายด้านทุกด้าน

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) พบว่าอายุ ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย และพบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

เพศ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติวิถีชีวิต หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

มีงานวิจัยที่แสดงเปรียบเทียบถึง เพศ ที่แตกต่างกัน ย่อมทำให้มีความแตกต่างของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้งด้านบวกและด้านลบดังนี้

การศึกษาของ สปีก โควาท เพลเลท (Speek, cowart, Pelet,1989 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) ที่พบว่าเพศไม่มีความแตกต่างกับ วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ

การศึกษาของ ขวัญใจ ดันดิวัฒนเสถียร (2534 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) ที่พบว่าผู้สูงอายุเพศชาย มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และการศึกษาของ สุวิมล พนารัตนกุล (2534 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีความสามารถในการดูแลตนเอง ดีกว่า เพศหญิง และเยาวลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์ (2529 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศชาย มีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง

การศึกษาของ มุชเลนแคมพ์ (Muhlenkamp 1986 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีระดับคะแนนวิถีชีวิต หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าเพศชาย

อาชีพ (อาชีพที่มีรายได้ กับอาชีพที่ไม่มีรายได้ประจำ) เพนเดอร์ (Pender,1987 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) กล่าวว่า สภาพเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองโดยผู้มีฐานะเศรษฐกิจย่อมมีโอกาสติดต่อสื่อสารในสังคมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความรู้และเสาะหาสิ่งอันเป็นประโยชน์ได้อย่างเพียงพอ ในบุคคลที่มีรายได้ต่ำมักจะหาปัจจัยต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ที่จะตอบสนอง ความต้องการพื้นฐานของบุคคลย่อมก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำรงชีวิต

มีงานวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านบวก และด้านลบดังนี้

ปริศนา นวลบุญเรือง (2535 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในภาคเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531 อ้างถึงใน ชลดา คล้ายคลึง, 2545) พบว่ารายได้ ที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ไม่แตกต่างกันในกลุ่มของผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง

1.2.4 แนวคิดสุขภาพองค์รวม

สุขภาพองค์รวม(Holistic health)

สุขภาพคือ ความสมดุลทั้ง ร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เชื่อมโยงซึ่งกันและกันอย่างแบ่งแยกไม่ได้ การขาดความสมดุลในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งย่อมส่งผลต่อองค์ประกอบอื่นๆเสมอ การดำรงภาวะสุขภาพแบบองค์รวม จึงต้องคำนึงถึง การผสมผสานอย่างสมดุลของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

สุขภาพ เป็นสุขภาวะทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น สุขภาพมีความเป็นพลวัตรจึงทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในแต่ละบุคคลตลอดชีวิตอย่างต่อเนื่อง

สุขภาพองค์รวม

สุขภาพองค์รวม หมายถึงความสมดุลของทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ไม่เพียงแต่ไม่เจ็บป่วยหรือไม่มีโรคหากยังครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุขของทุกคนด้วย

องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวมมี 5 มิติ ได้แก่

1. มิติทางกาย (Physical dimension) เป็นมิติทางร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรค หรือความเจ็บป่วย มีปัจจัยองค์ประกอบทั้งด้าน อาหาร สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย ปัจจัยเกื้อหนุนทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ และส่งเสริมภาวะสุขภาพ

2. มิติทางจิตใจ (Psychological dimension) เป็นมิติที่บุคคลมีสภาวะทางจิตใจที่แจ่มใส ปลอดโปร่ง ไม่มีความกังวล มีความสุข มีเมตตา และ ลดความเห็นแก่ตัว

3. มิติทางสังคม (Social dimension) เป็นความผาสุกของครอบครัว สังคม และชุมชน โดยชุมชนสามารถให้การดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สังคมมีความเป็นอยู่ที่เอื้ออาทร เสมอภาค มีความยุติธรรม และมีระบบบริการที่ดีและทั่วถึง

4. มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual dimension) เป็นความผาสุก ที่เกิดจากจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีบุคคลยึดมั่นและเคารพสูงสุด ทำให้เกิดความหวัง ความเชื่อมั่นศรัทธา มีการปฏิบัติในสิ่งที่ดีงามด้วยความมีเมตตา กรุณา ไม่เห็นแก่ตัว มีความเสียสละ และยินดีในการที่ได้มองเห็นความสุขหรือความสำเร็จของบุคคลอื่น ทั้งนี้สุขภาวะทางจิตวิญญาณจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความหลุดพ้นจากตัวเอง (self transcending)

5. มิติทางอารมณ์ (Emotional dimension) คนเราจะตอบสนองต่ออารมณ์ทั้งทางด้านบวกและลบผลที่จะเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดีทั้งนี้อยู่ที่การควบคุมของแต่ละบุคคล

มิติสุขภาพองค์รวมทั้ง 5 มิติซึ่งถือเป็นสุขภาวะจะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน โดยสุขภาวะทางจิตวิญญาณจะเป็นมิติที่สำคัญที่บูรณาการความเป็นองค์รวมของ กาย จิต อารมณ์ และสังคมของบุคคลและชุมชนให้สอดประสานเข้าเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จิตวิญญาณเป็นสิ่งสำคัญของสุขภาพที่จะยึดกุมสุขภาวะในมิติอื่นๆให้ปรับตัวประสานกันอย่างครอบคลุมและครบถ้วนทั้งในระดับปัจเจกบุคคล และชุมชน หากขาดสุขภาวะทางจิตวิญญาณ มนุษย์ จะไม่พบความสุขที่แท้จริง ขาดความสมบูรณ์ในตนเอง มีความรู้สึกบกพร่อง หากมีความพร้อมถึงสิ่งอันมีคุณค่าสูงสุดก็จะมีความสุขหรือสุขภาวะที่ดีได้แม้ว่าจะบกพร่องทางกาย เช่นมีความพิการ หรือเป็นโรคเรื้อรัง หรือร้ายแรง (ประเวศ วะสี, 2543) ความสมดุลของสุขภาพ ทั้ง 5 ด้าน ดังกล่าวจะก่อให้เกิดความผาสุกของสุขภาพ 4 อย่าง คือ

1. สุขภาพทางจิตใจ
2. สุขภาพทางสังคม
3. สุขภาพทางอารมณ์
4. สุขภาพทางจิตวิญญาณ

1. สุขภาพทางจิตใจ อาจรู้จักในมุมมองด้านจิตวิทยา ความมีเหตุผลและความเฉลียวฉลาดสุขภาพทางจิตใจที่ดี คือ ความยอมรับในความจริงของชีวิตและการรู้จักเลือกใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี

2. สุขภาพทางสังคม ทุกคนมีความต้องการการสนับสนุน ความรัก และความยอมรับของสังคม ในทางตรงกันข้ามบางคนรู้สึกเป็นทุกข์อันเป็นผลจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คนที่มีสุขภาพทางสังคมที่ดีมักจะมีความสุนทรีภาพในการติดต่อกับคนอื่น และมักจะแสดงออกในลักษณะจะเป็นประโยชน์ และให้ความร่วมมือที่ดี ดังนั้น ปัจจัยที่บ่งบอกการมีสุขภาพทางสังคมที่ดีคือ การมีทักษะในการบริหารจัดการความขัดแย้งเป็นสำคัญ

3.สุขภาพทางอารมณ์ เป็นที่ทราบว่า อารมณ์แต่ละคน ทั้งง่ายและยากที่จะ

เข้าใจ มีหลายคนมีปัญหาในการควบคุมหรือเข้าใจในเหตุและผลกระทบของอารมณ์ กุญแจสำคัญ คือ ต้องตระหนักว่า คนเราจะตอบสนองต่ออารมณ์ทั้งทางด้านบวกและลบ

คนที่มีสุขภาพทางอารมณ์ที่ดี คือ บุคคลที่เข้าใจในการตอบสนองของอารมณ์ตนเองและผู้อื่น และสามารถวิเคราะห์ได้ว่า ผลที่จะเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดี

4. สุขภาพทางจิตวิญญาณ ประวัติศาสตร์ของมนุษย์บ่งชี้ว่าทุกสังคมจะมีเรื่องที่เกี่ยวกับระบบความเชื่อเสมอ การมีสุขภาพจิตวิญญาณที่ดี คือ ความเชื่อมั่นในสิ่งที่ตนเองศรัทธา ซึ่งก่อให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และความเชื่อเหล่านี้ไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้อื่น

มุมมองของสุขภาพ มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปรัชญา ความเชื่อและทัศนคติ หรือความสนใจ โดย "Smith's Model of Health " (Smith, 1983) ได้วิเคราะห์และแบ่งออกเป็น 4 แนวคิด ได้แก่

1. รูปแบบทางคลินิก (Clinical Model) รูปแบบนี้ให้ความหมายสุขภาพเป็นการปราศจากอาการ อาการแสดงของพยาธิสภาพ หรือการที่บุคคลปราศจากความพิการ เป็นการรักษาสมดุลทางด้านสรีรวิทยาซึ่งบุคลจะรอให้เกิดอาการและอาการแสดงแล้วจึงมุ่งรักษาโรค

2. รูปแบบทางด้านการปฏิบัติตัวตามบทบาท (Role Performance Model) เป็นรูปแบบที่ให้ความหมายสุขภาพเป็นความสามารถของบุคคลที่จะปฏิบัติหน้าที่ตามที่สังคมคาดหวังได้ครบถ้วน

3. รูปแบบด้านการปรับตัว (Adaptation Model) รูปแบบนี้เชื่อว่าบุคคลมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมอย่างจริงจังและตลอดเวลาเพื่อรักษาดุลยภาพกับสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมที่ท้าทาย รวมทั้งสิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งที่คุกคามทางกายภาพ สุขภาพที่ดีจะเป็นความยืดหยุ่นในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างสมดุล เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับชีวิต

4. รูปแบบด้านความผาสุก (Eudaemonistic Model) คำ Eudaemonistic หมายถึงความผาสุก (Well-being) ความสุข (Happiness) รูปแบบนี้เชื่อว่าการที่บุคคลสามารถกระทำตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย และมีศักยภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ สุขภาพเป็นภาวะที่มีความผาสุกที่ไม่หยุดนิ่งและเป็นความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนได้ บุคคลที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรงสามารถจะทำงานได้ตามหน้าที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจัยกำหนดความมีสุขภาพดี Health : (Determinants of health)

1) Income and social status : สถานะทางสังคม
2) Social support networks : ความมีเครือข่าย สังคมที่คบหา
3) Education and literacy: การศึกษา
4) Employment working conditions : การทำงาน
5) Social environment : สิ่งแวดล้อมทางสังคม

6) Physical environment: สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

7) Personal health practices and Coping Skills : งานอดิเรก การใช้เวลาว่าง

8) Health child development: พัฒนาการในวัยเด็ก

9) Biology and genetic endowment : ปัจจัยทางชีวภาพ ยีนส์

10) Health services: การใช้บริการสุขภาพ

11) Gender: เพศ, เชื้อชาติ, ผิวพรรณ

12) Culture: ประเพณี วัฒนธรรม

ในภาวะปัจจุบันคนเราเริ่มเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง จิตใจที่เป็นสุขสงบ แนวการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม คือ ดูแลกาย ใจ จิตวิญญาณ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินชีวิตให้มีความสุขสมบูรณ์ การแพทย์ทางเลือกเป็นแนวทางเลือกใหม่ในการดูแลสุขภาพที่เน้นให้ความสำคัญในการส่งเสริม ฟื้นฟู ป้องกันโรคมากกว่าการรักษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าภาวะการมีสุขภาพดีเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม เป็นแนวคิดสมัยใหม่ล่าสุดขององค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของการตื่นตัวของการรักษาสุขภาพของคนยุคใหม่

N E W S T A R T

N - Nutrition : อาหาร

E - Excercise : การออกกำลังกาย

W - Water : น้ำ

S - Sunshine : แสงแดด

T - Temperence : อุณหภูมิที่เหมะสม

A - Air : อากาศ

R - Rest : การพักผ่อน

T - Trust in god : ความเชื่อ ความศรัทธา สมาธิ

1.3 กระบวนการกลุ่ม (Group process)

กระบวนการกลุ่ม เป็นเรื่องความสัมพันธ์ของคน และกระบวนการทำงาน อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงองค์ประกอบที่สำคัญต่าง ๆเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการพัฒนาตนเอง (ทิศนา แขมมณี, 2545) หลักการเรียนรู้ตามทฤษฎีกระบวนการกลุ่ม (ผกา สัตยธรรม, 2524: on line) เป็นวิธีการวัดการเรียนรู้ ให้ผู้เรียนทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียน สมาชิกจะต้องมีความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตน ได้มีโอกาสในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้เรียนรู้สภาพอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลในกลุ่ม ได้แนวคิดต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้แก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ หรืออาจใช้ปรับปรุงตนเองให้อยู่ในสังคมอย่างเป็นสุข ผลที่พึงได้รับจากการเรียนรู้แบบกลุ่มนั้นได้ทั้งความรู้ ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ

ที่มีความรู้สึกในด้านต่างๆ จากการเรียนรู้สภาพความเป็นไปของบุคคลแต่ละกลุ่ม จะทำให้เกิดการเรียนรู้ในแง่ต่างๆ มีโอกาสได้พัฒนา ในด้านอารมณ์ และสังคมอย่างเต็มที่ นอกจากนี้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ เกี่ยวกับตัวเอง มีความเข้าใจและรู้จักตนเองมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็ช่วยให้เข้าใจผู้อื่นได้ดี มีคุณลักษณะต่างๆมากขึ้น เช่น การยอมรับผู้อื่น การแสดงออก การฝึกความเชื่อมั่นในตัวเอง และฝึกนิสัยในการทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ

ระยะการจัดการเรียนรู้ในกลุ่ม

การจัดการเรียนรู้ในกลุ่ม แบ่งเป็น 3 ระยะ (Marram, 1978 อ้างถึงใน ผกา สัตยธรรม, 2524 : on line)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (The introductory phase or Initiating phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกับสมาชิกในกลุ่ม และระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่ม ต้องสร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับสมาชิก ด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ ยอมรับในความคิดเห็น และพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่ม โดยไม่ใช้ความคิด ของตนเป็นเครื่องตัดสิน การประสานสายตาในระหว่างการสนทนา เป็นการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้ เมื่อมีความไว้วางใจ สมาชิกกลุ่มจะเต็มใจเปิดเผย ระบายความรู้สึก และประสบการณ์ของตน จะมีความมั่นใจในการให้ และรับความช่วยเหลือจากสมาชิกอื่นๆ

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Working phase) ระยะนี้สมาชิกมักจะมีความรู้สึก ไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่มจะทำให้สมาชิกในกลุ่ม มีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนมี ปัญหา หาทางแก้ปัญหา และเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิก คอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้มีโอกาส พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆ มาใช้ในการปรับปรุง แก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ ความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกรับรู้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final phase) เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่ม จะต้องสรุปผลของประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม จะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่ม ได้ประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงของตนเอง ความสำเร็จของกลุ่ม นอกจากใช้การประเมินด้วยวาจา ของสมาชิกในกลุ่มแล้ว ยังต้องประเมินจากพฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออก จากการประเมินของผู้อื่น บางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะ เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์เต็มที่ จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกรู้ว่าตนเองสามารถเผชิญปัญหา และจัดการชีวิตด้วยตนเองหรือไม่ เป็นต้น ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม ควรบอกสมาชิกให้ทราบล่วงหน้า พร้อมทั้งพยายาม ชี้ ให้เห็นประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับ เมื่อออกจากกลุ่ม

กล่าวโดยสรุป กระบวนการกลุ่ม เป็นการเรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกในการค้นหา คัดเลือก และแก้ปัญหา สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังเรียนรู้เกี่ยวกับตนเอง ทำให้รู้จักตนเอง และเข้าใจผู้อื่นมากขึ้น

1.4 กระบวนการเรียนรู้

1.4.1 ทฤษฎีการเรียนรู้

การเรียนรู้ (Learning) เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากประสบการณ์ และการฝึกปฏิบัติ (Moris, 1990 อ้างถึงใน นิรันดร์ จุลทรัพย์, 2546 : 25) การเรียนรู้กับการรับรู้ เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องควบคู่กันไป หมายความว่า การรับรู้เกิดขึ้นก่อน แล้วจึงเกิดการเรียนรู้ หรือเมื่อมีการเรียนรู้เกิดขึ้น จะช่วยให้การรับรู้ง่าย และรวดเร็วขึ้น การเรียนรู้เกี่ยวข้องกับการจัดระบบความคิด ความคิดรวบยอด เจตคติ ค่านิยม

สุวัฒน์ วัฒนวงศ์ (2524) ได้กล่าวถึง องค์ประกอบของการเรียนรู้ไว้ 5 ประการ ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ดังนี้ (นิรันดร์ จุลทรัพย์, 2546)

ประการที่1 ทักษะจากการฝึกหัด (Mortor skills) หมายถึงการเรียนรู้ที่เกิดจากการกระทำซ้ำอยู่เสมอ เช่น การฝึกขับรถ การฝึกเล่นดนตรี เป็นต้น

ประการที่ 2 การเรียนรู้ทางด้านภาษา (Verbal Information) เกิดขึ้นจากการสัมผัสทางตาทางหู ตลอดจนการจัดระบบ เพื่อความเข้าใจความหมายของเนื้อหาสาระ

ประการที่ 3 ความสามารถทางด้านสติปัญญา(Intellectual skills) หมายถึง ความรู้ที่เกิดขึ้นจะต้องมีความเข้าใจและทักษะบางอย่างมาก่อน เช่น การคิดเลขเป็น

ประการที่ 4 ยุทธศาสตร์ทางด้านสมอง(Cognitive strategies) เป็นการเรียนรู้ที่ต้องการให้มีการกระทำซ้ำ (Repeat) ในบางโอกาส โดยเฉพาะในด้านการฝึก ความจำ

ประการที่ 5 การเรียนรู้และเจตคติ (Attitude) การเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับเจตคติ จะได้ผลดีที่สุด โดยการใช้รูปแบบจำลองของบุคคล(Human Model) โดยอาศัยตัวตนหรือรูปแบบเป็นตัวแบบ ให้แก่ผู้เรียนทั้งนี้โดยใช้แรงเสริมให้กับผู้เรียนเช่น การใช้หุ่นจำลอง ทำความเคารพ เมื่อผู้เรียนทำตามได้ถูกต้อง ก็จะให้การเสริมแรงผู้เรียนด้วยการชมเชย หรือให้รางวัลในรูปแบบอื่นๆ เป็นต้น

วรรณี ลิมอักษร (2540) องค์ประกอบของการเรียนรู้ที่สำคัญ 3 ประการ คือ (อ้างถึงใน นิรันดร์ จุลทรัพย์, 2546)

ประการที่ 1 ตัวผู้เรียน (The learner) ผู้เรียนเป็นองค์ประกอบ ที่สำคัญที่สุด ถ้าไม่มีผู้เรียนหรือผู้เรียนไม่ยอมรับรู้ การเรียนรู้ก็ไม่สามารถเกิดขึ้น ความสามารถของผู้เรียนแต่ละคนที่จะเรียนรู้ย่อมแตกต่างกันออก ไปตามความสนใจ ความถนัดความสามารถ ระดับสติปัญญา ช่วงวัย และเพศ เป็นต้น

ประการที่ 2 กระบวนการเรียนรู้ (Process learning) หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมต่างๆ ของผู้เรียน ในขณะที่กำลังเรียน เพื่อให้มีการรู้เกิดขึ้น โดยการสัมผัส การรับรู้ การซักถาม การคิดหาเหตุผล หรือการทดลองพฤติกรรมต่างๆ

ประการที่ 3 สถานการณ์ในการเรียนรู้ (The learning situation) หมายถึง สถานการณ์ ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้เรียน เช่น ความอ่อนล้าความวิตกกังวล ความหวาดกลัว ความหิว เสียงดัง เป็นต้น สถานการณ์เหล่านี้ มีผลกระทบต่อผู้เรียน ทำให้ความพร้อม ความตั้งใจ และสมาธิของผู้เรียนเปลี่ยนแปลงได้

1.4.2 การให้ความรู้ด้านสุขภาพการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่มุ่งให้ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ผู้ป่วย ญาติ และ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เกิดความตระหนัก สนใจ รับรู้ และมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ด้วยความสมัครใจ เพื่อ นำไปสู่การมีสุขภาพดี ทั้งร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคม โดยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรมมุ่งให้เกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การจัดกิจกรรม มุ่งให้กลุ่มเป้าหมาย มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ อันเป็นผลจากประสบการณ์ที่ได้กระทำจริง มุ่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 3 ด้านคือ

1.1 การเรียนรู้ทางปัญญา เป็นการเปลี่ยนแปลง ความรู้ ความจำ ความเข้าใจ ความคิด และนำไปใช้ กิจกรรมนี้ได้แก่ การบรรยาย การใช้แบบเรียนด้วยตนเอง การจัดนิทรรศการ การสนทนากลุ่ม เป็นต้น

1.2 การเรียนรู้ด้านอารมณ์ ความคิดจิตใจ เป็นการเปลี่ยนแปลง ด้านจิตใจ หรืออารมณ์ ความรู้สึก กิจกรรมได้แก่ การศึกษาดูงาน การอภิปรายกลุ่ม การให้คำปรึกษา เป็นต้น

1.3 การเรียนรู้ด้านการปฏิบัติ เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติ สามารถทำได้ถูกต้อง กิจกรรม ได้แก่ การฝึกทำอาหารเฉพาะโรค การฝึกการออกกำลังกายแบบต่างๆ เป็นต้น

2. กิจกรรมมุ่งให้เกิดการพัฒนาทักษะที่จำเป็น หมายถึงกระบวนการเพิ่มขีดความสามารถให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมายหรือในสถานบริการสาธารณสุข โดยเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองตามความจำเป็นพื้นฐาน หรือตามปัญหาสุขภาพ เช่น การจัดโปรแกรม ลด ละ เลิก บุหรี่ โปรแกรมการออกกำลังกาย การนวดคลายเครียด เป็นต้น

3. กิจกรรมมุ่งให้เกิดการพัฒนาปัจจัยสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การสร้างปัจจัยเอื้อทางบวก และป้องกันไม่ให้มีปัจจัยเอื้อทางลบ ตลอดจนปัจจัยทางสังคมที่เอื้ออำนวย จูงใจในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

1.4.3 ขั้นตอนการดำเนินการให้ความรู้ทางสุขภาพ

1. วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย

2. กำหนดพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ของกลุ่มเป้าหมาย วางแผนและจัดกิจกรรมให้ความรู้ โดยให้สอดคล้องกับปัญหาของกลุ่มเป้าหมาย

3. กำหนดกลวิธีและกิจกรรม โดยเลือกกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ

4. ติดตามประเมินผลความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย ว่ามีการยอมรับหรือปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่องหรือไม่ ถ้ายอมรับ หรือปฏิบัติ ควรส่งเสริมและให้กำลังใจ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างถาวร ถ้าไม่ได้ปฏิบัติ ต้องวิเคราะห์หาสาเหตุและดำเนินการแก้ไข ตลอดจนปรับกิจกรรมตามสภาพปัญหาต่อไป

1.4.4 การกระตุ้นให้ เกิดการปฏิบัติด้วยตนเอง เหตุผลการกระตุ้นให้ ผู้ป่วยเรียนรู้ด้วยตนเองนั้น เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ ไม่สามารถควบคุม ดูแลพฤติกรรมได้ตลอดเวลา จึงต้องอาศัยแรงเสริมจากเจ้าหน้าที่ เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างถูกต้อง ส่วนโปรแกรมที่จัดขึ้น เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น จะมีประสิทธิภาพ ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วม ตลอดจนมีแรงเสริมโดยการให้รางวัล ซึ่งหลักทางพฤติกรรมกล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลจะเกิดขึ้น จากการกระตุ้นจาก สิ่งเร้าภายนอก และผลที่ได้จากการปฏิบัติ จะเป็นเงื่อนไขให้บุคคล แสดงพฤติกรรมต่อไป และจะหยุดแสดงพฤติกรรมเมื่อถูกลงโทษ ดังนั้นการที่บุคคล จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น จะต้องกำหนดขั้นตอนในการปรับพฤติกรรม โดยเมื่อเริ่มพฤติกรรมใหม่ จะต้องมีการติดตามว่าพฤติกรรมดังกล่าว ได้ผลเป็นอย่างไร รวมทั้งให้ผู้ป่วยประเมินผล และเปรียบเทียบก่อน และหลังปฏิบัติ หลังจากแสดงพฤติกรรมใหม่แล้ว จะต้องมีการเสริมแรงตนเอง อย่างสม่ำเสมอ เพื่อคงพฤติกรรมไว้ โดยไม่กลับไปมีพฤติกรรมเดิมอีก แต่อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยโดยทั่วไปนั้น ถึงแม้จะรู้ว่าพฤติกรรมบางอย่างไม่ดี แต่ยังขาดความระมัดระวังไปทำอีกได้ ดังนั้น สิ่งสำคัญที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม คือการกระตุ้น ให้ผู้ป่วย มีความรู้ ด้าน การปฏิบัติ และสนับสนุน ให้พัฒนาทักษะในทุกด้าน เพื่อให้สามารถเปลี่ยนแปลง พฤติกรรม สุขภาพด้วยตนเอง

1.5 แนวคิดกระบวนการเสริมพลัง

สุขภาพ เป็นต้นทุนสำหรับมนุษย์ที่ให้โอกาสมนุษย์มีชีวิตยืนยาว มีความแข็งแรงภาวะสุขภาพดีจะส่งผลทำให้ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณดี โดยเฉพาะเรื่องการมีจิตวิญญาณที่ดี นับเป็นความสูงสุดของการมีสุขภาพดี จะส่งผลให้มนุษย์มีจิตใจผ่องใส มองโลกในแง่ดี มีความเมตตาต่อกัน ภาวะเช่นนี้จะทำให้มนุษย์รังสรรค์แต่สิ่งดีงามให้กับสังคม

องค์การอนามัยโลก ได้เน้นถึงคำว่า สุขภาพ เป็นการมีสุขภาพดีทั้งทางกาย จิต สังคม และชุมชน เมื่อคำนึงถึงสภาพสังคมในปัจจุบันการมีสุขภาพดีจะครอบคลุมถึงความสามารถ (Capacity) ความรู้สึกนึกคิด (Feeling) การทำหน้าที่ทางชีววิทยา (Biological functioning) เป็นบรรทัดฐานทางสังคมทั้งนี้โดยที่ (1) สังคมจะต้องเห็นคุณค่าการมีสุขภาพดีเป็นสิ่งมีค่าสูงสุดและมีการสร้างเครื่องชี้วัดระดับสุขภาพที่สังคมเข้าใจและนำไปใช้ได้ (2) หรือมีการใช้กลยุทธ์ทางวัฒนธรรมเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี (Culture health) ในรูปแบบที่ใช้เป็นแบบแผนปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้ (Life style) และผนวกกับการบริหารจัดการระบบสุขภาพ (Health care system)

ให้ผลคุ้มค่า มีความเสมอภาค มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพดี ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

องค์ประกอบพฤติกรรม

พฤติกรรมของบุคคลใดก็ตาม หมายถึง กิจกรรมทุกอย่างที่บุคคลกระทำ ไม่ว่าส่วนนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม เช่น การเดิน การพูด ความรู้สึก ความชอบ ความคิด ความสนใจ กิจกรรมเหล่านี้เกิดขึ้น เมื่อได้รับสิ่งเร้า (Stimuli) ซึ่งมาจากภายนอกและภายในของร่างกายก็ได้ โดยทั่วไปพฤติกรรมจะมีส่วนประกอบ 3 ส่วน คือ

1. ส่วนที่เกี่ยวข้องกับการรู้ การจำ ข้อเท็จจริงต่าง ๆ (Cognitive domain) พฤติกรรมด้านนี้ทำให้แสดงออกมาทางความสามารถ และทักษะทางสติปัญญาในการใช้วิจารณญาณในการตัดสินใจ และแสดงพฤติกรรมตามระดับความสามารถของการรู้จำ เข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การวิเคราะห์และการประเมินผล ซึ่งต้องสนับสนุนความรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้มีความรู้ จำได้ เข้าใจ นำความรู้ไปใช้วิเคราะห์ และประเมินผลเรื่องสุขภาพที่ถูกต้องจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีวิจารณญาณในการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

2. ส่วนที่เกี่ยวข้องกับ ทัศนคติ ค่านิยม ความรู้สึก ความชอบ (Affective domain) พฤติกรรมนี้ มนุษย์จะแสดงออกถึงความสนใจท่าที ความชอบ ความไม่ชอบ การให้คุณค่าการรับการเปลี่ยนแปลง การปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัด ซึ่งจะแสดงพฤติกรรมตามลำดับของการรับรู้หรือความสนใจ การตอบสนองการให้คุณค่า การจัดกลุ่มคุณค่า และการแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ ในทางปฏิบัติจะต้องส่งเสริมให้บุคคลมีความสนใจ มีความชอบเห็น คุณค่า และมีค่านิยมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) พฤติกรรมด้านนี้เป็นความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย คือ การปฏิบัติ หรือพฤติกรรมทางสุขภาพ (Health related behavior) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำที่เกี่ยวกับสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2538) ได้สรุปแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคไว้ดังนี้

พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive health behavior) เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำของบุคคลที่มีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการของโรค ในชีวิตประจำวันบุคคลทั่วไปมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่แล้ว เช่น การล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ รับประทานอาหาร การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การไม่สูบบุหรี่ พฤติกรรมเหล่านี้ต้องอาศัยองค์ประกอบหลายอย่างมาสนับสนุน ด้วยเหตุผลที่สำคัญ 2 ประการ คือ

ประการที่ 1 การรู้ว่าถูกโรคคุกคามซึ่งการที่บุคคลรับรู้ว่าตนกำลังถูกโรคคุกคามนั้นเนื่องจากสิ่งกระตุ้น คือ โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และความรุนแรงของโรค ถ้าไม่ปฏิบัติอย่างใดอย่างหนึ่งจะเกิดผลเสียของตนเองและผู้เกี่ยวข้อง

ประการที่ 2 คือ การรับรู้ผลดี และผลเสียต่อการป้องกันโรค การที่บุคคลรับรู้ว่าการปฏิบัติในการป้องกันโรคได้รับผลดีมากกว่าผลเสียจะมีผลเนื่องจากบุคคลได้พิจารณาไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้วว่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นย่อมต้องมีบ้าง แต่เมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับแล้วได้ผลคุ้มค่าโดยเฉพาะในระยะยาว

การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระยะยาวนั้น บุคคลจะต้องมีกำลังใจซึ่งต้องมีการเสริมสร้างพลัง (Empowerment) เพื่อให้บุคคลนั้นมีพลังอำนาจในการควบคุม พฤติกรรมของตนเอง เกิดการพัฒนาความสามารถของตนเองในการเสริมสร้างสุขภาพของตนเองและเป็นต้นแบบให้บุคคลอื่นในสังคมต่อไป

กระบวนการสร้างพลังในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

การสร้างพลังเป็นสิ่งจำเป็นในงานส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ โดยส่งเสริมให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารมีการพัฒนาทักษะการนับถือตนเอง (Self-esteem) และความเชื่อมั่นในความสามารถ (Self-efficacy) ทำให้เพิ่มความสามารถให้ปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวก ทำให้บุคคลเกิดการตัดสินใจเลือกที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ (Health choice) ในทางส่งเสริมสุขภาพได้ Kiffer ได้วิเคราะห์ขั้นตอนการเกิด Empowerment มี 4 ระยะคือ (วิไล วิชากร, 2545)

1. ระยะเริ่มแรก (Era of entry) เป็นระยะที่บุคคลแสวงหายังไม่แน่ใจ ยังไม่เกิดพลังที่ชัดเจน

2. ระยะของความก้าวหน้า (Era of advancement) เป็นระยะการสร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจ และได้รับการเกื้อหนุนจากกลุ่มเพื่อนเป็นระยะที่ให้โอกาสในการร่วมมือสนับสนุน ได้รับการช่วยเหลือในการแก้ปัญหาจากผู้มีประสบการณ์ที่มากกว่า

3. ระยะการร่วมมือกัน (Era of incorporation) เป็นระยะที่แสดงการเผชิญหน้าและยืนยันในสภาพการณ์ดำรงอยู่ ระยะนี้จะมีการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพ

4. ระยะการได้ข้อตกลงร่วมกัน (Era of commitment) ระยะที่บุคคลผสมผสานความรู้และเพิ่มความเชื่อมั่นในการปฏิบัติว่ามีผลดีต่อสุขภาพ

การสร้างพลัง (Empowerment) สามารถนำมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมทางสุขภาพได้ Gibson (1991. อ้างถึงใน รุจา ภู่ไพบูลย์, 2547) กล่าวเน้นว่าการสร้างพลังเป็นกระบวนการช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถได้ใช้วิจารณญาณให้เกิดการตระหนักรู้ถึงความสามารถของตนเองและสามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตนเองในทางบวกได้ และพัฒนาเป็นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้

กระบวนการสร้างพลัง เป็นกระบวนการเรียนที่มีความต่อเนื่องอย่างเป็นวงจรไม่มีที่สิ้นสุด (Learning Spiral) คือ เริ่มต้นจากประสบการณ์ หรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ (Practice) แล้วนำมาคิดวิเคราะห์ไตร่ตรอง (Reflection) เพื่อให้เกิดความเข้าใจต่อปัจจัยสาเหตุที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนการปฏิบัติและลงมือปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการมีสุขภาพดีได้

การนำการสร้างพลัง (Empowerment) มาใช้ในการปรับปรุงสุขภาพอย่างเป็นวงจรต่อเนื่องมีองค์ประกอบของกระบวนการเรียนรู้ในการสร้างพลัง 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสร้างประสบการณ์ (Experiencing) ประสบการณ์นับเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเรียนรู้ โดยประสบการณ์ในที่นี้หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่บุคคลเป็นอยู่กระทำมองเห็นหรือได้ยิน เช่น การฝึกอบรมผู้นำนักเรียนในโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่สามารถให้นักเรียนเริ่มต้นการเรียนรู้จากการเล่าหรือเขียนเรื่องราวของบุคคลใกล้ชิดคนที่สูบบุหรี่ ซึ่งเป็นสิ่งที่นักเรียนพบเห็นจริงในชีวิตประจำวัน หรือการพานักเรียนไปศึกษาดูงานที่โรงพยาบาลเพื่อให้เห็นและได้พูดคุย สอบถามผู้ป่วยด้วยโรคที่มีสาเหตุมาจากการสูบบุหรี่ หรืออาจจำลองประสบการณ์จริงและมีความสำคัญต่อผู้เรียนออกมาในรูปของภาพยนตร์ การแสดงบทบาทสมมติ ภาพถ่าย ฯลฯ มาใช้ร่วมกับประสบการณ์ที่บุคคลมีอยู่แล้วให้เป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเรียนรู้ที่แต่ละคนจะนำมาแลกเปลี่ยนกันในกลุ่มประสบการณ์ที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีจะต้องเป็นจริงและเป็นรูปธรรมให้มากที่สุด

2. การระบุประสบการณ์ (Naming experience) เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้เรียนระบุและพรรณนาประสบการณ์ (จากขั้นตอนที่ 1) ว่ามีอะไรเกิดขึ้น ตัวเองพูดหรือทำอะไรและรู้สึกอย่างไรบ้างและคิดว่าผู้อื่นพูดหรือทำอะไรและรู้สึกอย่างไร ประสบการณ์นี้มีความสำคัญอย่างไร เช่น ภายหลังจากการพาผู้นำนักเรียนไปศึกษาดูงานที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ให้ผู้นำนักเรียนเหล่านั้นได้เล่าในกลุ่มถึงความรู้สึกของผู้ป่วย และความรู้สึกของตนเองที่มีต่อผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดตลอดจนสิ่งที่นักเรียนได้เรียนรู้จะสามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตของตนอย่างไร ซึ่งการที่ผู้เรียนได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นความรู้สึกค่านิยมที่มีต่อประสบการณ์ดังกล่าวร่วมกับผู้อื่น จะทำให้เกิดความเชื่อมโยงเรื่องนั้น ๆ เข้ากับชีวิตของตนและมองเห็นว่าสิ่งที่เรียนมีความสำคัญต่อตนซึ่งจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้เป็นอย่างดี

3. การวิเคราะห์ (Analysis) คือกระบวนการที่ผู้เรียนพยายามทำความเข้าใจกับประสบการณ์ที่ระบุในขั้นที่ 2 ด้วยการคิดอย่างไตร่ตรองว่า ใครคือผู้ที่มีอิทธิพลในเหตุการณ์ดังกล่าว ใครเป็นผู้ตัดสินใจ และการตัดสินใจนั้นเกิดผลกระทบต่อใครบ้าง ผู้เรียนเคยมีประสบการณ์อะไรที่เกิดขึ้นในทำนองเดียวกัน เช่น การให้ผู้นำนักเรียนคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยรายนั้นเป็นโรคมะเร็งปอด อะไรเป็นสาเหตุหรือมีอิทธิพลที่ทำให้เขาสูบบุหรี่การที่เขาป่วยเป็นโรคนี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อใครและอย่างไร ตลอดจนการให้นักเรียนเล่าถึงประสบการณ์ที่เกี่ยวกับบุคคลใกล้ชิดของตนที่มีพฤติกรรมสูบบุหรี่หรือมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่เป็นต้น เป้าหมายของกระบวนการเรียนรู้ในขั้นตอนนี้ คือ การช่วยให้แต่ละคนและกลุ่มเกิดความเข้าใจและมีความกระจ่างชัดในอิทธิพล และความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ด้วยตัวของผู้เรียนเอง

4. การวางแผน (Planning) เป็นขั้นตอนต่อมาที่ได้ให้ผู้เรียนคิดหากลวิธี การที่จะลงมือปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงโดยเมื่อผู้เรียนเกิดความเข้าใจต่อประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่

เกิดขึ้นแล้วจะไม่จบลงด้วยความรู้สึกที่ไม่สามารถเข้าไปแก้ไขอะไรได้แต่ผู้เรียนจะต้องตั้งคำถามกับตนเองว่าต้องการจะทำอะไร และจะทำอย่างไรต่อสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์นั้น ๆ พร้อมทั้งกำหนดกลวิธีที่จะนำไปสู่การปฏิบัติต่อไป เช่น ภายหลังจากการที่ผู้นำๆไปสู่การปฏิบัติต่อไป เช่น ภายหลังจากการที่ผู้นำนักเรียนได้เรียนรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาการสูบบุหรี่ในกลุ่มเด็กวัยเรียนแล้ว ผู้นำนักเรียนเหล่านี้จะต้องคิดว่าตนเองและกลุ่มในฐานะผู้นำนักเรียนจะมีบทบาทอย่างไรในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ตลอดจนมีการวางแผนการดำเนินงานเพื่อการสร้างสรรค์เยาวชนรุ่นใหม่ที่ไม่สูบบุหรี่ต่อไป

5. การปฏิบัติ (Doing) เป็นขั้นตอนของการกระทำ ซึ่งจะรวมถึงการทดสอบ การค้นหาข้อเท็จจริง และการลงมือปฏิบัติ สำหรับผู้นำนักเรียนที่ได้มีการกำหนดบทบาทและวางแผนกิจกรรมเพื่อการไม่สูบบุหรี่ในระหว่างการฝึกอบรม ขั้นตอนการปฏิบัติจะเป็นช่วงเวลาภายหลังการฝึกอบรมที่ผู้นำนักเรียนจะต้องลงมือจัดกิจกรรม เพื่อการไม่สูบบุหรี่ในโรงเรียนตามแผนที่ได้วางไว้ โดยผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้นำนักเรียนจะกลายเป็นประสบการณ์ใหม่ที่นำไปสู่วงจรการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องต่อไป

เทคนิคในการจัดการศึกษาเพื่อเสริมพลัง

เทคนิคหรือเครื่องมือในการจัดการศึกษาเพื่อสร้างพลังส่วนมาก จะเป็นวิธีการที่ส่งเสริมให้มีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ความคิดและการวิเคราะห์ปัญหาที่เป็นจริง และที่ผู้เรียนให้ความสนใจ เป็นเทคนิคที่ส่งเสริมให้กลุ่มทำความเข้าใจและทำการวิเคราะห์ปัญหาที่กำลังศึกษาร่วมกัน เทคนิคเหล่านี้จะเกี่ยวข้องกับท่าทาง การเคลื่อนไหว การวาดภาพ การแต่งเพลง ฯลฯ ซึ่งในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับศิลปะ การแสดงดนตรี และการประดิษฐ์สิ่งต่าง ๆ จะทำให้ผู้เรียนมีความคิดสร้างสรรค์และการที่บุคคลมาร่วมกิจกรรมในการคิดและแสดงกิจกรรมร่วมกัน เช่น การแสดงละคร หรือ การแต่งเพลงสั้น ๆ จะทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้สึกว่าตัวเองมีความสามารถ ได้รับการยอมรับ เกิดการนับถือตนเอง และนำไปสู่ความรู้สึกมีพลัง

Hawk (วิไล วิชากร, 2545)ได้ทำการวิเคราะห์แนวคิดของการสร้างพลังโดยใช้ The Murrel-Armstrong Empowerment Matrix ผลจากการศึกษาครั้งนี้เขาได้เสนอวิธีการ 6 ประการของการสร้างพลังในการศึกษา (Empowerment Methods) ได้แก่

1. Education การให้การศึกษา หมายถึง การใช้หรือแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์หรือเป็นการช่วยบุคคลให้ได้รับประโยชน์จากข้อมูลที่มีอยู่และสร้างความรู้ใหม่

2. Leading ชี้นำในการตัดสินใจ

3. Monitoring/Supporting สนับสนุนให้บุคคลได้บรรลุเป้าหมายที่เขาได้ตั้งไว้

4. Providing จัดหาทรัพยากรและการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่

5. Structuring เป็นการส่งเสริมการจัดองค์การหรือการกำหนดขอบเขตของกิจกรรม

6. Actualizing เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นลำดับสุดท้ายที่เกี่ยวข้องทั้งระดับบุคคลและองค์กร

การสร้างพลัง (Empowerment) จะมีความหมายที่แตกต่างกันเมื่อนำไปใช้ในกลุ่มบุคคลและบริบทที่แตกต่างกันได้แก่

ไซมอนส์และพาร์สัน (Simons and Parsons,1983) ได้ให้ความหมายการสร้างพลัง เป็นกระบวนการของการกระทำให้บุคคลมีอำนาจเพื่อจะควบคุมสิ่งแวดล้อม และทำให้การกำหนดชีวิตตนเองได้สำเร็จ อาจจะเกิดขึ้นผ่านการเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล การเปลี่ยนแปลงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล หรือการเปลี่ยนโครงสร้างสังคม ซึ่งมีผลกระทบต่อบุคคล

แรฟพาพอร์ท (Reppaport, 1984) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการที่บุคคล กลุ่มและชุมชน มีความสามารถในการควบคุมชีวิตของตน (Empowerment as a by which individual organization and gained mastery over their lives)

วอร์เลอร์สตัน และ เบอร์ทสตัน (Wallerstein and Berstein, 1988) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการกระทำทางสังคม (Social action process) ที่ส่งเสริมให้บุคคล องค์กร และชุมชน สามารถควบคุมตนเอง หรือมีความสามารถในการเลือกและกำหนดอนาคตของตน ชุมชน และสังคม

มีนเลอร์ (Minkler, 1990) การสร้างพลังเป็นกระบวนการที่บุคคลและชุมชนมีความสามารถ ในการควบคุมและร่วมมือกระทำในการเปลี่ยนแปลงชีวิตและสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่ (Empowerment is the process by which individuals and communities are able to take such power and act effectively in transforming their lives and their environment)

กิ๊บสัน (Gibson, 1991 อ้างถึงใน รุจา ภู่ไพบูลย์, 2547) กล่าวว่า การสร้างพลังเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลได้รับการพัฒนาความสามารถ โดยใช้วิจารณญาณให้เกิดการตระหนักรู้ถึงรากเหง้าของปัญหาของตนและจัดการกับปัญหาเหล่านั้น ถือเป็นลักษณะของการปฏิรูป (revolution) มากกว่าจะเป็นการปรับปรุง (reform)

นิดยา เพ็ญศิรินภา (2541) ได้เสนอแนวคิดการสร้างพลังในงานสาธารณสุข โดยใช้แนวคิดของทฤษฎีทางการที่เรียกว่า การศึกษาเพื่อสร้างพลัง (Empowerment education) หรือรูปแบบการศึกษาแบบมีส่วนร่วม (Participatory education) ซึ่งเป็นการศึกษาที่เน้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในการเรียนการสอนอย่างแท้จริง โดยวิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นกันระหว่างผู้เรียน ให้ผู้เรียนร่วมกันระบุปัญหาของตน วิเคราะห์หาสาเหตุและความเป็นมาของปัญหา โดยใช้วิจารณญาณ การมองภาพสังคมที่ควรจะเป็นและ การพัฒนากลวิธีแก้ไขปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ การจัดการศึกษาตามรูปแบบดังกล่าว นอกจากจะช่วยสร้างพลังให้ผู้เรียนมีการนับถือตนเอง มีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูงขึ้น และทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมากขึ้นในแต่ละบุคคล แล้วยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับกลุ่มและการเปลี่ยนแปลงสังคมอีกด้วย

การสร้างพลังจะเกี่ยวข้องกับการมีความสามารถในการควบคุมและการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับบุคคล กลุ่ม และชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงในแต่ละระดับต่างมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับอื่น ๆ ด้วย แนวคิดของการสร้างพลังจึงถูกจัดให้เป็นแนวคิดทฤษฎี

ที่คำนึงถึงทั้งบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่ (Ecological construct) ซึ่งมีความสอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในสังคมที่พบว่า บุคคลและสังคมรอบข้างจะมีปฏิสัมพันธ์กันอยู่ตลอดเวลา บางครั้งบุคคลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือชีวิตของตนได้โดยลำพัง เพราะได้รับผลกระทบจากสังคมรอบข้าง หรือจากข้อจำกัดของโครงสร้างต่าง ๆ โดยที่แนวคิดการสร้างพลังจะเน้นการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับบุคคล และส่งเสริมการรวมกลุ่มกันเพื่อการเปลี่ยนแปลงทั้งในระดับบุคคล และส่งเสริมการรวมกลุ่มเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการสร้างพลังจึงเป็นแนวคิดที่สมควรนำมาใช้ในงานสุขศึกษาแทนแนวคิดเดิมที่มุ่งให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและภาวะสุขภาพซึ่งก่อให้เกิดปัญหาการกล่าวโทษว่าเป็นความผิดของบุคคลหรือประชาชนที่ไม่ยอมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เจ้าหน้าที่ได้ให้สุขศึกษาหรือให้คำแนะนำงานสุขศึกษา ที่มุ่งเน้นการสร้างพลังจะสอดคล้องกับแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่มิได้เน้นเฉพาะการเปลี่ยนแปลงในระดับสังคมมากขึ้นด้วย การเน้นการสร้างพลังเพื่อให้เกิดการกระทำในลักษณะของกลุ่มบุคคลในชุมชนและสร้างแรงผลักดันทางการเมืองเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบาย สิ่งแวดล้อม หรือโครงสร้างอื่น ๆ ที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีของประชาชนในชุมชน

การสร้างพลังสามารถเป็นได้ทั้งกระบวนการ (Process) และเป้าหมายสุดท้าย (Goal) ในการพัฒนาสุขภาพพบว่า ได้มีการนำรูปแบบการศึกษาเพื่อสร้างพลังมาใช้ในการฝึกอบรมให้บุคคลและกลุ่มมีพลัง (Empower) เพื่อนำสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสภาวะสุขภาพของบุคคลและชุมชนในขณะเดียวกันก็มีการจัดทำโครงการสุขภาพที่มุ่งเน้นการพัฒนาบุคคลและชุมชนให้มีพลังหรือมีความสามารถในการดูแลและกำหนดสภาวะสุขภาพของตนเองได้ดังเช่น องค์การอนามัยโลก (WHO,1991 อ้างถึงใน สมจิตร สมหวัง, 2545) ได้ระบุว่า "เป้าหมายสุดท้ายของกลวิธีการดูแลตนเอง คือ การสร้างพลังให้ประชาชนสามารถกำหนด หรือจัดการสุขภาพของตนเองได้"

แนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment)

แนวคิดการเสริมพลัง (Empowerment) เป็นแนวคิดที่ใช้อย่างแพร่หลาย จึงทำให้ความหมายและมุมมองของแนวคิดนี้มีความหลากหลายตามไปด้วย

การสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มีนักการศึกษาหลายท่านได้ให้ความหมายการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ไว้หลายประการ โดยรากศัพท์แล้วการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) มีรากศัพท์มาจากภาษาลาตินว่า "Protere" มีความหมายว่า "มีความสามารถ" แต่ในภาษาอังกฤษใช้ คำว่า "Empowerment" ในช่วง 10 ปีก่อน คำว่า "Empowerment" ที่ใช้ในงานสาธารณสุขได้ถูกแปลเป็นไทยว่า "การคิดอาวุธทางปัญญา" ในบางคนอาจใช้คำว่าการสร้างความเข้มแข็ง (Capacity building)

Gibson (1991 อ้างถึงใน รุจา ภู่ไพบูลย์, 2547) ได้รวบรวมและกล่าวถึงความหมายการสร้างพลังอำนาจไว้หลากหลายว่า การสร้างพลังอำนาจหมายถึงกระบวนการที่ช่วยให้บุคคล

องค์กรหรือชุมชน มีความสามารถในการจัดการกับชีวิตของตนในทุกๆด้าน เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความคิด ความรู้สึก และมีลักษณะที่ทั้งสองฝ่ายต้องใช้ความพยายามร่วมกัน เรียนรู้การทำงานร่วมกัน การใช้ทรัพยากรร่วมกัน เพื่อร่วมกันขจัดอุปสรรคหรือหาทางออกในการแก้ปัญหา โดยสรุปจากแนวคิดของ Gibson ว่า การสร้างพลังอำนาจนั้นเป็นกระบวนการทางสังคมของการแสดงการยอมรับและชื่นชม (Recognizing) การส่งเสริม (Promotion) และการเสริมสร้างความสามารถของบุคคล (Enhancing people ability) ในการตอบสนองความต้องการของตนเอง แก้ปัญหาด้วยตนเอง สามารถใช้ประโยชน์ จากทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการดำรงชีวิตของตน และเพื่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมการดำเนินชีวิตของตนเองได้

Hobbs (1992. อ้างถึงใน รุจา ภู่ไพบูลย์ 2547) กล่าวว่า การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลคิดและตระหนักรู้ถึงทางเลือกของตนเอง ในการเปลี่ยนแปลงตนเองหรือสิ่งแวดล้อมได้อย่างอิสระตามความต้องการของตนเอง ชุลีพร ปิยสุทธิ์ (2539) ได้สรุปว่า การสร้างพลังอำนาจหมายถึง กระบวนการหรือวิธีการต่างๆ ซึ่งสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคคลตระหนักรู้คุณค่า และความสามารถแห่งตน รู้ว่าตนเองมีอำนาจในการควบคุมชีวิตของตนเอง รวมถึงการสร้างแรงจูงใจในการพัฒนาศักยภาพของตน ตลอดจนจัดโอกาสและสิ่งแวดล้อม ที่ช่วยสนับสนุนการพัฒนาความสามารถของบุคคล ทำให้บุคคลสามารถพัฒนาความสามารถของตนเองได้อย่างเต็มที่

นิตย์ ทัศนิยม (2545) ได้สรุปว่า การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการทางสังคมที่จะช่วยสนับสนุนหรือช่วยเหลือเพิ่มความสามารถให้บุคคลหรือกลุ่ม ได้มองเห็นปัญหาของตน วิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของปัญหาและสามารถแก้ปัญหาโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่เป็นความรู้สึกของบุคคลว่า "เขาสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้" หรืออาจจะกล่าวว่า "การสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้คนวิเคราะห์ คิดเป็น ทำเป็น สามารถรักษาสิทธิของเขาในการที่จะตัดสินใจที่จะแก้ปัญหาของเขาเอง เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าตนมีความสามารถ มีศักดิ์ศรี" ดังนั้นอำนาจจึงไม่ใช่สิ่งของที่หยิบยื่นให้กันได้หรือจะไปให้เกิดก็ไม่ได้แต่จะเป็นสิ่งที่ต้องสร้างขึ้นเองเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นในบุคคลนั้น

จากการให้ความหมายต่างๆ ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การสร้างพลังอำนาจเป็นแนวคิดที่มีความซับซ้อนและกว้างขวางและมีขอบเขตครอบคลุมทั้งทางด้านจิตสังคม การเมืองและจริยธรรม อีกทั้งยังเป็นพื้นฐานความคิดทางสังคม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางและหลากหลายสถานการณ์ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การพัฒนาบุคคล การพัฒนาชุมชน การปรับปรุงคุณภาพชีวิต ตลอดจนการก่อให้เกิดความเสมอภาคทางสังคม (Wallletstein & Burnstein,1988 อ้างถึงในสุนี นาคสมบูรณ์และคณะ,2542) นอกจากนี้ รุจา ภู่ไพบูลย์ (2547) ได้สรุปแนวคิดการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ไว้ว่า การสร้างพลังอำนาจเป็นหลักการที่มีความสำคัญเพราะเป็นแนวคิดที่มีโครงสร้างเชื่อมโยงระหว่าง ความเข้มแข็งและสมรรถนะของ

บุคคล ระบบเกื้อหนุนและพฤติกรรมเชิงรุก เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคม บางครั้งมีความคลุมเครือระหว่างแนวคิดการสร้างพลังอำนาจกับแนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกนับถือตนเอง (Self esteem) การรับรู้สมรรถนะของตน (Self efficacy) และการควบคุมตนเอง (Locus of control) เพราะมีความคาบเกี่ยวกัน แต่จะเห็นได้ว่า แนวคิดการสร้างพลังอำนาจกับแนวคิดเชิงโครงสร้างที่กว้างกว่า และเน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการตัดสินใจและการควบคุมตนเอง โดยทั่วไปสามารถอธิบายความหมายการสร้างพลังอำนาจได้ใน 2 กรณี ได้แก่

1. ระดับบุคคล ความหมายของ "การสร้างพลังอำนาจ" ได้แก่ กระบวนการที่บุคคลสามารถควบคุมการดำเนินชีวิตของตน อยู่ร่วมกันในชุมชน มีส่วนร่วมแบบประชาธิปไตย และเข้าใจสิ่งแวดล้อมของตน องค์การอนามัยโลกระบุว่าการสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการที่สำคัญที่ช่วยทำให้ประชาชนสามารถควบคุมภาวะสุขภาพและปรับปรุงให้ดีขึ้น และควรนำกระบวนการนี้มาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพทุกโครงการที่ดำเนินการ

2. ระดับกลุ่มและชุมชน "การสร้างพลังอำนาจ" เป็นการดำเนินการภายในชุมชนหรือท้องถิ่นอย่างมุ่งมั่นที่จะควบคุมการใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆที่จะมีผลต่อชีวิตของผู้อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นการแสดงพลังชุมชน มีกิจกรรมสร้างสรรค์สังคม จึงแสดงออกโดยการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมและแหล่งประโยชน์ในชุมชนร่วมกัน

ดังนั้นการสร้างพลังอำนาจจึงหมายถึงการที่บุคคล หรือกลุ่มมีส่วนร่วมในการดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งการควบคุมตัวเองและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต การสร้างพลังอำนาจเป็นสิ่งที่บุคคลหรือกลุ่มเพิ่มอำนาจในการควบคุมตนเองเท่านั้น และไม่สามารถรับโดยตรงจากผู้อื่น เช่น แพทย์ พยาบาล ฯลฯ ไม่สามารถมอบพลังอำนาจให้ผู้รับบริการ แต่ต้องสร้างกระบวนการสนับสนุนให้กลุ่มหรือบุคคลนั้นๆ มีความสามารถเพิ่มขึ้นในการตัดสินใจสำหรับควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อมได้

กระบวนการสร้างพลังอำนาจมี 4 ขั้นตอนคือ (Gibson,1991 อ้างถึงใน รุจา ภู่ไพบูลย์, 2547)

1. การค้นพบข้อเท็จจริง รู้จักตนเอง คือการรู้จักตนเองและสังคม บุคลิกภาพ ความสามารถและรู้จักสิ่งแวดล้อม สังคมเป็นต้น

2. การสะท้อนคือ วิเคราะห์ วิจารณ์ อย่างมีเหตุผล เป็นการที่มีความคิดเห็นเชิงวิเคราะห์เห็นความสัมพันธ์ระหว่างตนเอง ผู้อื่น สิ่งแวดล้อมภายนอก

3. การตัดสินใจ เลือกวิธีปฏิบัติอย่างเหมาะสม คือ การเริ่มมีกลยุทธ์ กลวิธีที่จะปฏิบัติเพื่อควบคุมให้ตนมีสุขภาวะ อยู่ร่วมในสังคม และจัดการสิ่งแวดล้อมได้

4. การคงไว้ซึ่งพฤติกรรม เป็นการดำรงไว้ซึ่งแบบแผนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ผสมผสานวิถีชีวิตตนอย่างกลมกลืน

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการสร้างพลังอำนาจมาประยุกต์ใช้เพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลเกิดการรู้จักตนเอง สะท้อนคิด วิเคราะห์อย่างมีเหตุผล เลือกวิธีปฏิบัติอย่างเหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารของตนเพื่อควบคุมน้ำหนัก และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยการจัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้กับบุคลากรกลุ่มทดลองปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการสะท้อนความคิด วิเคราะห์หาสาเหตุอย่างมีเหตุผลตามขั้นตอนการสร้างพลังอำนาจ

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีงานวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบดังนี้

มูแลนแคมและเซลเยล์ (Muhlenkamp & Sayles, 1986) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มีงานวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบดังนี้

วอกเกอร์ และคณะ (Walker,et al. 1988) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตโดยรวม และรายด้านทุกด้าน

การศึกษาของ มุชเลนแคมพ์ (Muhlenkamp 1986) ที่พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีระดับคะแนนวิถีชีวิต หรือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สูงกว่าเพศชาย

อาชีพ (อาชีพที่มีรายได้ กับอาชีพที่ไม่มีรายได้ประจำ) เพนเดอร์ (Pender,1987:161-162) กล่าวว่า สภาพเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบสำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองโดยผู้มีฐานะเศรษฐกิจย่อมมีโอกาสติดต่อสื่อสารในสังคมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความรู้และเสาะหาสิ่งอันเป็นประโยชน์ได้อย่างเพียงพอ ในบุคคลที่มีรายได้ต่ำมักจะหาปัจจัยต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลย่อมก่อให้เกิดความยากลำบากในการดำรงชีวิต

มีงานวิจัยที่แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านบวก และด้านลบดังนี้

ปริศนา นวลบุญเรือง (2535) พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในภาคเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

อัจฉรา โอประเสริฐสวัสดิ์ (2531) พบว่ารายได้ ที่แตกต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนด้านสุขภาพไม่แตกต่างกันในกลุ่มของผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง

สุรเกียรติ อาชานานุภาพ (2541) เสนอสรุปงานวิจัยและกรณีศึกษาจาก ทั่วโลกไว้ว่า วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติให้หลักฐานยืนยันว่าการส่งเสริม สุขภาพมีประสิทธิผลจริง กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพสามารถพัฒนาและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและสภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ เป็น การปฏิบัติที่

ช่วยให้บรรลุซึ่งความเสมอภาคทางสุขภาพยิ่ง ๆ ขึ้น และการนำกิจกรรม 5 ข้อของ "กฎบัตรออตตาวา" มาผนวกใช้จะได้ผลสัมฤทธิ์มากกว่านำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งมาใช้แบบแยกส่วน การส่งเสริมสุขภาพที่เริ่มจากฐานของชุมชนจะเปิดโอกาสให้สามารถดำเนินกิจกรรมอย่างเบ็ดเสร็จ การเรียนรู้ด้านสุขภาพเป็นบ่อเกิดของการมีส่วนร่วม และการมีส่วนร่วมเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาอย่างยั่งยืน

อนุวัฒน์ ศุภกิจชุติกุล และคณะ (2541) ได้สรุปสถานการณ์และบทบาทการส่งเสริมสุขภาพนอกภาครัฐ จากการศึกษาวิเคราะห์ บทบาท กลไก และยุทธศาสตร์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพขององค์กรชุมชนโดยการสำรวจ และกรณีศึกษาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่ม/องค์กรที่มี เป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ กลุ่มช่วยเหลือดนเอง และกลุ่มที่มีเป้าหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางสังคมและทางกายภาพ พบว่า แม้จุดเริ่มต้นของการ ส่งเสริมสุขภาพมีที่มาแตกต่างกัน แต่เมื่อเกิดการรวมตัวและมีกิจกรรมร่วมกันแล้วก็สามารถขยายเป้าหมายไปสู่การเน้นการส่งเสริมสุขภาพได้ เพราะมีแผนกิจกรรมที่สอดคล้องกับชุมชนและให้ ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กลุ่มหลายกลุ่มเริ่มจากปัญหาสุขภาพดนเอง จึงเกิดกลุ่มช่วยเหลือกันเอง การส่งเสริมสุขภาพระดับชุมชนจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาหรือสนับสนุนให้เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขจำเป็นต้องส่งเสริมให้ชุมชนและประชาชนตระหนักถึงความสำคัญ และสามารถพัฒนาสุขภาพดนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ สร้างเสริมให้ชุมชนเป็นผู้ริเริ่ม ตัดสินใจและจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพของตนเอง ภายใต้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวกจากภาครัฐ ภาคเอกชน และส่วนที่เกี่ยวข้อง

ภาวนา กีรติยุตวงศ์ (2537) ศึกษาการส่งเสริมการดูแลดนเองในผู้ป่วยเบาหวานในระดับโรงพยาบาลประจำจังหวัด จำนวน 30 คน ใช้แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจมาเสริมทฤษฎีการดูแลดนเองของโอเร็ม เป็นการมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลดนเองเรื่องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยผู้วิจัยปฏิบัติบทบาทเชิงวิชาชีพในการเพิ่มพลังอำนาจให้ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแสวงหาความรู้และการต้องการการดูแลที่จำเป็น โดยสรุปผู้ป่วยจะได้รับคำปรึกษาจากผู้วิจัยเป็นรายบุคคล 1 ครั้ง และเข้ากลุ่ม 4 ครั้ง ใช้เวลา 4 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการส่งเสริมการดูแลดนเองมีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาลเกาะต่ำกว่าก่อนเข้าโครงการ การรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลดนเอง และความพึงพอใจในการบริการที่ได้รับสูงกว่าก่อนเข้าโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วราภา จันทร์โชติ (2540 อ้างถึงใน พะนอ เตชะอธิก, 2541) ศึกษาประสิทธิผลของการฝึกอบรมการสร้างพลังต่อการพัฒนาเจตคติ การเห็นคุณค่าในดนเอง และความเชื่อในความสามารถของดนเอง ในนักศึกษาพยาบาล 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 36 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการฝึกอบรมการสร้างพลังโดยใช้กิจกรรมกลุ่มแบบมีส่วนร่วมเพื่อ

พัฒนาศักยภาพของบุคคลให้มีความสามารถวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขปัญหาได้จัดอบรมเป็นเวลา 3 วัน ติดต่อกัน แล้วเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดเจตคติต่อวิชาชีพ แบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง และแบบวัดความเชื่อในความสามารถในตนเอง 3 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติต่อวิชาชีพพยาบาลการเห็นคุณค่าในตนเอง และความเชื่อในการเห็นคุณค่าในตนเอง เพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ (2540) ได้ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องการสร้างพลังอำนาจกลยุทธ์การควบคุมอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื่อรัง จำนวน 30 ราย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะในการควบคุมอาการหายใจลำบากและสมรรถนะในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น โดยมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการศึกษาเพื่อการสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื่อรัง แบ่งเป็น 5 ขั้นตอนคือ 1) การให้ประสบการณ์ (Experiencing) 2) การระบุประสบการณ์ (maiming experiencing) โดยให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการหายใจลำบาก ซึ่งมีการสัมภาษณ์หลายครั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน เมื่อได้ข้อมูลทั้งหมดแล้ว พยาบาลทำแผนภูมิ ของเหตุการณ์ เช่น ก่อนเกิดอาการหายใจลำบาก เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะมีอาการหายใจลำบาก พฤติกรรมที่กระทำและความถี่รวมทั้งผลของพฤติกรรม 3) การวิเคราะห์ (Analysis) พยาบาลนำแผนภูมิที่ทำมาตรวจสอบความถูกต้องกับผู้ป่วยพร้อมกัน ในเรื่องสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ พฤติกรรมที่เหมาะสม พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมที่เคยทำให้ได้ผลเปลี่ยนไปไม่ได้ผล 4) การวางแผน (Planning) พยาบาลวางแผนรวมกับผู้ป่วย 5) ผู้ป่วยนำแผนไปปฏิบัติ (Doing) ผลการศึกษาพบว่า เมื่อนำการเสริมสร้างพลังมาใช้ แม้ว่าจะไม่ทำให้ผู้ป่วยหายจากโรค หรือปราศจากอาการ แต่คาดว่าน่าจะทำให้ผู้ป่วนสามารถควบคุมอาการหายใจลำบาก ให้ความรุนแรงและความถี่ของอาการลดน้อยลง สามารถใช้ชีวิตอยู่กับโรคได้ได้อย่างเต็มศักยภาพ

วณิชา กิจวรพัฒน์ และคณะ (2546) ได้วิจัยเรื่อง การพัฒนาโปรแกรมควบคุมน้ำหนักสำหรับหญิงวัยทำงานที่มีภาวะโภชนาการเกิน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการกินการเดินเพื่อออกกำลังกายเพิ่มขึ้นการบริโภคอาหารลดลงน้ำหนักลดลง ค่าดัชนีมวลกาย ร้อยละของไขมันร่างกาย เส้นรอบเอว เส้นรอบวงเอวต่อสะโพก เส้นรอบวงแขน เส้นรอบวงต้นขา และไขมันในเลือดลดลง และลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และของกลุ่มตัวอย่างทดลองลดน้ำหนักได้มากกว่าของน้ำหนักเริ่มต้น สำหรับพฤติกรรมการกินและการจำกัดอาหารมีผลทำให้น้ำหนักลดลง โปรแกรมควบคุมน้ำหนักสามารถใช้เป็นคู่มือควบคุมน้ำหนักได้ดีโปรแกรมหนึ่ง

หฤทัย พุทธิเสาวภาคย์ (2545) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอด และอำนาจในการทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดตามกรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ผลการวิจัยพบว่า 1. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมในระดับเหมาะสมปานกลาง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้านในด้านโภชนาการและด้านการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ส่วนด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการเจริญทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง 2. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรค์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง 3. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดได้ร้อยละ 84.5 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการวางแผนเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคมะเร็งปอดที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

จากแนวคิดทฤษฎีและการวิจัยดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยได้จัดทำโครงการเสริมสร้างพฤติกรรมส่งเสริมสร้างสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาล ที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นจากการนำกลยุทธ์ การส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ตามกฎบัตรออตตาวา คือกลยุทธ์ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพบุคลากร ดำเนินการสร้างความรู้ ความเข้าใจและทักษะการส่งเสริมสุขโดยประยุกต์เอาหลักการศึกษาเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ ได้แก่ ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน การเรียนรู้จากการทำกิจกรรมกลุ่ม การวิเคราะห์ภาวะสุขภาพตนเอง รวมทั้งการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ และวิธีการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพ ซึ่งอาศัยประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล ความคิดความรู้สึกต่อพฤติกรรมเฉพาะ และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม ตามแนวคิด รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และทฤษฎีเกี่ยวกับการรับรู้เป็นแกนสำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรเกิดการรับรู้ประโยชน์ ปัญหาอุปสรรค์ และการรับรู้ตามความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยจะวัดได้จากเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดนี้

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย

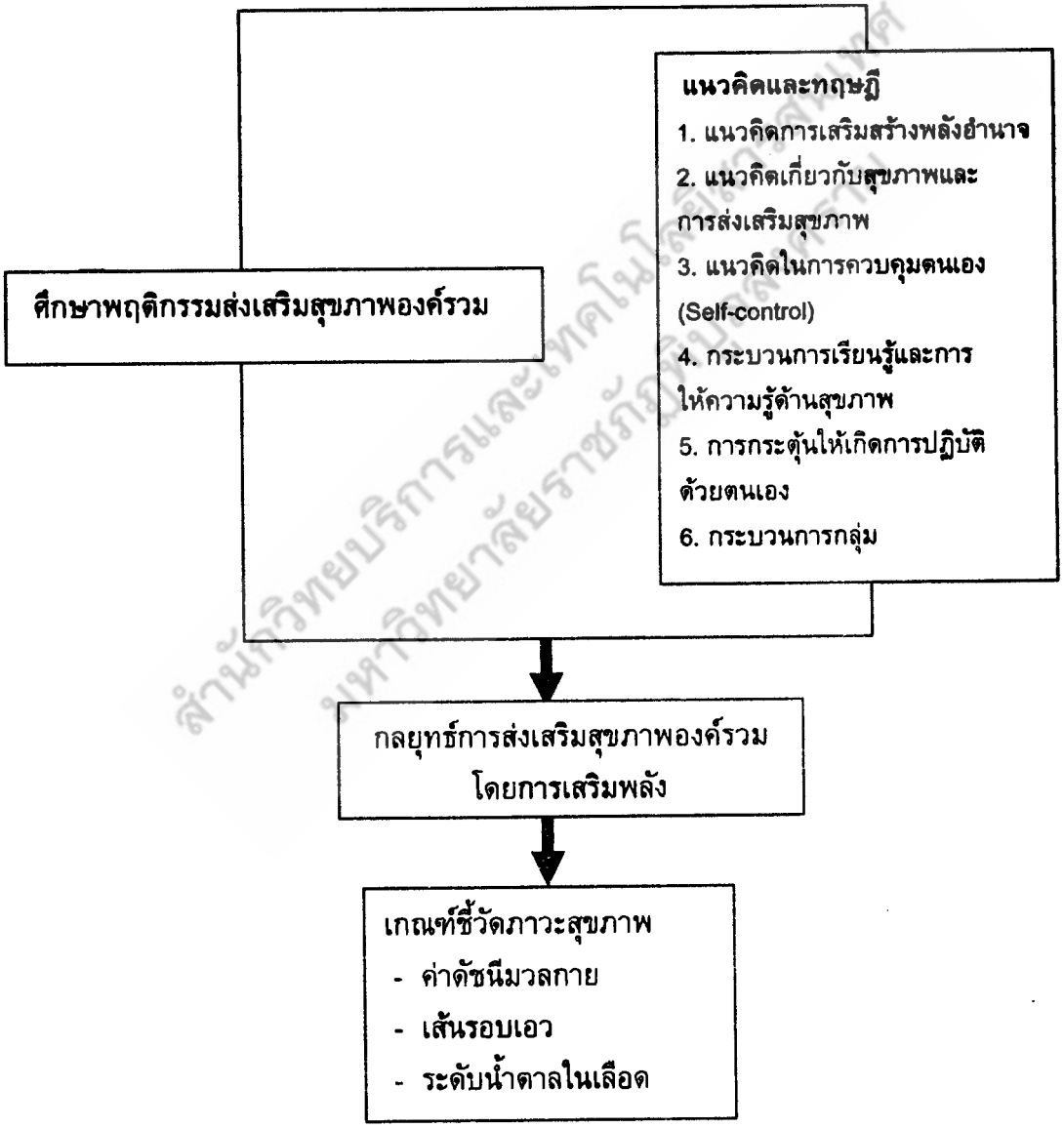
จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนเกี่ยวกับมโนภาพ (Conceptual framework) ดังนี้

1. ศึกษาปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช จังหวัดพิษณุโลก ทั้ง 9 ด้านคือ ด้านการปฏิบัติตนทั่วไป ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการนอนหลับ ด้านการขจัดความเครียด ด้านการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ด้านความตระหนักในตนเองและยอมรับในความมีคุณค่าแห่งตน ด้านการควบคุมสภาพแวดล้อมและการปฏิบัติตนและด้านการใช้บริการด้านระบบสุขภาพ

2. ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด/ทฤษฎี ประกอบด้วย แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ แนวคิดในการควบคุมตนเอง (SELF-CONTROL) กระบวนการเรียนรู้และการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติด้วยตนเอง กระบวนการกลุ่ม

3. กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพองค์รวมโดยการเสริมพลัง

4. ประเมินผลกลยุทธ์โดยใช้เกณฑ์ชี้วัดภาวะสุขภาพ คือ ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือด



แผนภูมิ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย