

Development of a Health Savings Model through Multi-Program Promotion of Working-Age Health to Support an Aging Society in Thai Communities

*Suparerk Suerungruang, M.D., Dr.P.H.**

*Kingpikul Chamnankong, M.A.***

Abstract

Objective: This research and development has the objective to develop health promotion and evaluate desirable health savings model through multi-program health promotion and evaluate desirable health behaviors of working-age individuals to support an aging society in the community.

Methods: The sample group consisted of 130 health and working age leaders in the sub-district areas of Chiang Mai (Gr.1), Nakhon Sawan (Gr.2), and Phatthalung (Gr.3) Data was collected using questionnaires, interviews, and daily behavioral records for desired health behaviors in 9 activities including food and nutrition, drinking water, exercise, mood, sleep, breast cancer screening, smoking, drinking alcohol and oral health care. Descriptive statistics used to analyze and describe general information. Repeated measures ANOVA were used to evaluate the effectiveness of the program between the 3 groups.

Results: The mean percentage of desired health behavior patterns of all 3 groups was as high as 83.8% (good level). However, when analyzed according to activities, it was found that 5 activities were below the mean, including oral health care (39.2%), breast cancer self-examination (48.5%), exercise (53.1%), food (53.1%), and managing emotions and stress (69.3%), respectively. The mean scores of the 9 desired health behaviors were significantly different between Gr.1 and Gr.3 ($p<0.001$) and Gr.2 and Gr.3 ($p<0.001$), but there was no statistically significant difference between Gr.1 and Gr.2. For health outcomes, waist circumference in Gr.1 decreased significantly ($p<0.05$) and BMI decreased in Gr.2 ($p<0.05$). Moreover, both BMI and waist circumference decreased significantly in Gr.3 ($p<0.01$). The mean of monthly desired health behavior scores were significantly different in Gr.1 ($p<0.001$) and Gr.2 ($p<0.001$). However, the scores of Gr.3 did not change because they consistently maintained good health behaviors.

Conclusions: Accumulating health behaviors through a multi-program approach leads to a continuous and consistent pattern of good behavior, resulting in the development of healthy habits. The findings suggest that the Ministry of Public Health of relevant Departments, the National Health Security Office and the National Social Security Office should develop systematic welfare and incentives to promote healthy behavior patterns using incentives such as health points, contributions to savings accounts, or diverse rewards appropriate to the economic and social conditions in Thailand.

Keywords: working-age; health savings model; multi-program promotion

*Division of Wellbeing Inno-Service for Health and Excellent, Department of Health

**Office of Senior Advisors Committee, Department of Health

Received: January 24, 2024; Revised: March 7, 2024; Accepted: April 10, 2024

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน รองรับสังคมผู้สูงอายุของชุมชนในประเทศไทย

ศุภฤกษ์ สือรุ่งเรือง, พ.บ., ส.ด.*

กิ่งพิกุล ชำนาญคง, ศศ.ม.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของสุขภาพวัยทำงานเพื่อเป็นต้นแบบสังคมสูงวัยในชุมชน

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้นำด้านสุขภาพและวัยทำงานในพื้นที่ตำบลเชียงใหม่ (กลุ่มที่ 1) นครสวรรค์ (กลุ่มที่ 2) และพัทลุง (กลุ่มที่ 3) จำนวน 130 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 92.3 รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และแบบบันทึกพฤติกรรมประจำวันสำหรับกิจกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 9 กิจกรรม ได้แก่ อาหาร น้ำดื่ม การออกกำลังกาย อารมณ์ การนอนหลับ การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (เฉพาะสตรี) การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการดูแลสุขภาพช่องปาก ใช้สถิติเชิงพรรณนามาวิเคราะห์และอธิบายข้อมูลทั่วไป และสถิติ Repeated Measures ANOVA ใช้การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมระหว่าง 3 กลุ่ม

ผลการศึกษา: แบบแผนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของทั้ง 3 กลุ่มอยู่ในระดับดี สูงถึงร้อยละ 83.8 แต่เมื่อวิเคราะห์รายกิจกรรม พบว่า 5 กิจกรรมที่มีร้อยละของค่าเฉลี่ยต่ำ ได้แก่ การดูแลสุขภาพช่องปาก การตรวจมะเร็งด้วยตนเอง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการอารมณ์และความเครียด ร้อยละ 39.2, 48.5, 53.1, 53.1 และ 69.3 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในภาพรวมทั้ง 9 รายการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 3 ($p < 0.001$) กลุ่ม 2 และกลุ่ม 3 ($p < 0.001$) แต่ไม่มีความแตกต่างทางสถิติระหว่างกลุ่ม 1 และกลุ่ม 2 ด้านผลลัพธ์สุขภาพ พบว่า ในกลุ่มที่ 1 มีรอบเอวลดลง ($p < 0.05$) ในกลุ่ม 2 ค่าดัชนีมวลกายลดลง ($p < 0.05$) อย่างมีนัยสำคัญสถิติ ยิ่งไปกว่านั้นในกลุ่มที่ 3 พบว่า ทั้งค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวที่ลดลง ($p < 0.01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่ 1 ($p < 0.001$) และกลุ่มที่ 2 ($p < 0.001$) อย่างไรก็ตามคะแนนของกลุ่มที่ 3 ไม่มีความแตกต่างเนื่องจากมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างสม่ำเสมอ

สรุป: การสะสมพฤติกรรมสุขภาพผ่านพหุโปรแกรมส่งผลให้เกิดแบบแผนพฤติกรรมที่ดีอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอนำไปสู่การพัฒนาสุขนิสัยที่ดี ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่ากระทรวงสาธารณสุข โดยเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานประกันสังคม ควรพัฒนาสวัสดิการและสิ่งจูงใจที่เป็นระบบเพื่อส่งเสริมแบบแผนพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

โดยใช้สิ่งจูงใจในรูปแบบคะแนนสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการออม หรือรางวัลหลากหลาย เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย

คำสำคัญ : วัยทำงาน; ออมสุขภาพ; พหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ

*กองนวัตบริการสุขภาพะ กรมอนามัย

**สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย

ได้รับต้นฉบับ: 24 มกราคม 2567; แก้ไขบทความ: 7 มีนาคม 2567; รั้งลงตีพิมพ์: 10 เมษายน 2567

บทนำ

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็วและเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ใน พ.ศ. 2563 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 18.2 (11.1 ล้านคน) โดยประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (aging society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ซึ่งหมายถึงประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งหมายถึงประเทศที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด

จากการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่า ประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้สูงอายุมากถึง 20.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 32.1 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วนี้ จะส่งผลกระทบต่อสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบสุขภาพของประเทศไทยเป็นอย่างมาก

อย่างไรก็ดี ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอร้อยละ 54.4 กินผักและผลไม้ไม่เพียงพอร้อยละ 60.8 และอยู่ในภาวะพึ่งพิงถึงร้อยละ 5 ของผู้สูงอายุทั้งหมด⁽¹⁾ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพตั้งแต่วัยทำงาน⁽²⁾ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุไม่มีสวัสดิการรองรับที่เพียงพอถึงแม้จะมีรูปแบบที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ และรูปแบบประกันสังคมที่เป็นการให้ประโยชน์ทั้งแบบบำนาญ และแบบเงินกองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

คณะผู้วิจัยต้องการส่งเสริมให้บุคคลสะสมหรือออมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยประยุกต์แนวคิดบัญญัติออมสุขภาพ และสร้างระบบที่เอื้อต่อการประยุกต์ใช้ประกันสุขภาพ ผ่านกลไกและการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กองทุนสุขภาพต่าง ๆ กรมบัญชีกลาง สำนักงานประกันสังคม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานประกอบการของรัฐหรือเอกชน เพื่อนำมาจัดทำข้อเสนอในการให้รางวัลจูงใจแก่บุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี รวมทั้งสนับสนุนการเข้าถึงกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทั้งระดับบุคคลและกลุ่ม เพื่อให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง นำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี และเพิ่มความรู้ รับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการพัฒนานโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า⁽³⁻⁶⁾ ให้ต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานรองรับสังคมผู้สูงอายุของชุมชนในประเทศไทย
2. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานที่มีต่อภาวะสุขภาพ

คำจำกัดความปฏิบัติการ

- พหุโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ (Multi-Health Promotion Program) หมายถึง โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพหลายรายการที่เป็นกระบวนการพัฒนากลุ่มวัยทำงานให้มีทักษะการส่งเสริมสุขภาพทั้ง 9 พฤติกรรม (อาหาร น้ำ ออกกำลังกาย อารมณ์ การนอน ตรวจมะเร็งเต้านม

ด้วยตนเอง งดดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ และการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน)

- **การออมสุขภาพ (Health Savings)** หมายถึง การสะสมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเป็นประจำ จนเกิดเป็นวิถีชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพในระยะยาว โดยอาจมีสิ่งจูงใจหรือผลตอบแทนเป็นเงินออมหรือรางวัลอื่น ๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

- **รูปแบบการออมสุขภาพ (Health Savings Model)** หมายถึง แนวทางหรือกระบวนการในการส่งเสริมให้บุคคลมีการสะสมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยอาจประยุกต์ใช้แนวคิด บัญชีออมทรัพย์ หรือกลไกอื่นๆ เพื่อสนับสนุนและจูงใจให้เกิดการออมสุขภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

- **สังคมผู้สูงอายุ (Aging society)** หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด แต่ไม่ถึงร้อยละ 20

- **สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society)** หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด

วิธีการศึกษา

รูปแบบวิจัยพัฒนาเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน คือ การทำความเข้าใจปัญหาให้ชัดเจน การกำหนดรูปแบบพัฒนาและแผนปฏิบัติการ การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลลัพธ์ โดยระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลรวมทั้งสิ้น 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

กลุ่มเป้าหมายพัฒนา กลุ่มอายุ 20 – 59 ปี ที่เข้าร่วมพัฒนาเพื่อสะสมการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพ การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) โดยกำหนดให้แต่ละชุมชนมีจำนวนตัวอย่างเท่ากันที่ 40 คน รวมขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 120 คน ทั้งนี้ เพื่อให้ได้จำนวนตัวอย่างที่เพียงพอและมีการกระจายตัวที่สมดุลในแต่ละชุมชน อย่างไรก็ตาม เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล (Attrition) ระหว่างการติดตามผล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 50 คนต่อชุมชน รวมขนาดตัวอย่างสำหรับเก็บข้อมูลเป็น 150 คน ดังนี้

1. การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายพัฒนา
วิธีการได้มาซึ่งอาสาสมัครใช้การสุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) จากประชาชนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย โดยเกณฑ์คุณสมบัติ คือ

1) เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria): เป็นกลุ่มอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปและไม่เกิน 59 ปี และอาศัยอยู่ประจำในพื้นที่ที่ศึกษามาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2) เกณฑ์การคัดแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria): เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

3) เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย (Discontinuation criteria): อาสาสมัครแสดงความประสงค์ที่จะยุติการเข้าร่วมวิจัยด้วยเหตุผลส่วนตัว หรือไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดเลือกชุมชน พื้นที่วิจัยได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งเลือกตำบลที่เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลยี่งอเข้าร่วมโครงการ โดย

1) กลไกและเครือข่ายเข้าร่วมขับเคลื่อนการพัฒนา: ผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ศูนย์อนามัย และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่วิจัย ยินดีให้การสนับสนุนงานวิจัย

2) ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ยินดีเข้าร่วมกำกับ ติดตาม และประเมินผล การพัฒนาของกลุ่มเป้าหมายตามข้อ 1

วิธีการและระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ

งานวิจัยนี้ ออกแบบกลวิธีและขั้นตอน พัฒนากิจกรรมสำคัญในการดูแลสุขภาพผ่านการปรับเปลี่ยน 9 พฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ตรวจสอบความเป็นไปได้ของกลวิธี และขั้นตอนพัฒนาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปพัฒนาแบบมีส่วนร่วมโดยแกนนำสุขภาพในชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิต เพื่อพัฒนาให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และนำไปทดลองปฏิบัติจริงในพื้นที่ระดับตำบลของจังหวัดนครสวรรค์ จังหวัด เชียงใหม่ และ จังหวัดพัทลุง และประเมินผลรูปแบบการสะสมพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะ สุขภาพ โดยมีขั้นตอน ดังนี้

(1) การทำความเข้าใจปัญหา โดยศึกษา ข้อมูลพื้นฐาน คุณลักษณะประชากร ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งศึกษาจากรายงาน สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในวัยทำงาน

1) การประเมินภาวะสุขภาพของแกนนำ 9 พฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เพื่อศึกษา เชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณด้วยการสำรวจ สังเกต

สัมภาษณ์ โดยการชี้แจงมาตรฐานการเก็บข้อมูลให้ กับเจ้าหน้าที่กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และ อาสาสมัครในชุมชนร่วมกันจัดเก็บข้อมูล

2) ศึกษาแนวคิด นโยบายและ มาตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากผู้นำชุมชนเป็น ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีสร้างการมีส่วนร่วม มีผู้นำ เป็นต้นแบบการดูแลสุขภาพ และมีแบบอย่าง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การสร้างแรง จูงใจ การให้รางวัลเพื่อสร้างแรงจูงใจในการอม สุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อพฤติกรรม มีการประเมินความต้องการของประชาชนและ ผู้ปฏิบัติการที่ให้บริการว่าสามารถตอบสนองต่อ ความต้องการของชุมชน

3) จัดประชุมแกนนำชุมชน และอาสาสมัคร สาธารณสุขเพื่อทำการคืนข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้อง

(2) กำหนดรูปแบบของการพัฒนา ดังนี้

1) กลวิธีที่สำคัญ คือ การดูแลสุขภาพ ผ่านการสะสมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การมี ส่วนร่วมของบุคคลและองค์กร การใช้กระบวนการ กลุ่ม การสร้างแรงบันดาลใจและแรงจูงใจ เพื่อ ปรับเปลี่ยน 9 พฤติกรรมสุขภาพ

2) เชิญผู้นำ แกนนำ และอาสาสมัคร สาธารณสุขร่วมรับรู้สถานการณ์ภาวะสุขภาพของ คนในชุมชน และร่วมปรับปรุงรูปแบบ ร่วมกำหนด บทบาทของแกนนำและกลุ่มเป้าหมายที่จะร่วม ดำเนินงาน

3) ตรวจสอบรูปแบบที่จะนำไปใช้ โดย ผู้ทรงคุณวุฒิในแต่ละโปรแกรมเพื่อความถูกต้อง ในเชิงเนื้อหาและกระบวนการจัดกิจกรรมต่าง ๆ และจัดทำคู่มือบันทึกการดูแลสุขภาพรายวัน เป็นรายบุคคล

(3) การปฏิบัติตามแผน นำไปสู่การปฏิบัติตามแผน ดังนี้

1) จัดกิจกรรมพัฒนาความรู้และทักษะ 9 พฤติกรรม ให้บันทึกการออกกำลังกายก่อนนอนทุกวัน จัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อกระตุ้นเตือนการบันทึกสะสมพฤติกรรมสุขภาพ และติดตามผลการบันทึกเดือนละ 1 ครั้ง

2) กำหนดแผนการปฏิบัติงานและจัดทำปฏิทินการปฏิบัติงานในพื้นที่เป้าหมายจัดทำบันทึกผลการปฏิบัติงาน และวางแผนการประมวผลทั้งหมดตามกรอบของรูปแบบการพัฒนา

3) พัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพของชุมชน โดยให้นาสุมุดบันทึกการออกกำลังกายรายวัน มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม

4) สร้างแรงจูงใจโดยการมอบรางวัลเป็นนาฬิกาอัจฉริยะ (Smart Watch) จำนวน 150 เรือน ให้แกนนำที่มีการบันทึกและปฏิบัติตามแผนพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะเวลา 6 เดือน ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากนาฬิกาอัจฉริยะจะถูกนำมาใช้ประกอบการประเมินพฤติกรรมการออกกำลังกายและการนอนหลับของอาสาสมัคร

5) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสนับสนุน กำกับติดตามให้ชุมชนทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 9 พฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน

(4) การประเมินผลลัพธ์ โดยการประเมินค่าดัชนีมวลกาย (BMI) วัดรอบเอว การวัดความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ 3น 2ส 1พ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคณะผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบสอบถาม และวัดความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วัดความเชื่อมั่นด้วยสถิติตามวิธี IOC (Index of item-objective congruence) อยู่ในช่วง 0.7- 0.9

2. เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ด้วยแบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกต

3. สร้างแบบบันทึกการออกกำลังกายรายบุคคลเป็นรายวัน และมีรายละเอียดคำชี้แจงการออกกำลังกายประจำวัน ดังนี้

1) บันทึกข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ 9 เรื่อง ที่กลุ่มเป้าหมายแต่ละคนได้ทำในแต่ละวัน ทั้งนี้ต้องเน้นย้ำคำนึงถึง เงื่อนไขสำคัญที่ต้องยึดถืออย่างเคร่งครัดในการบันทึกข้อมูล โดยทุกคนต้องบันทึกการทำพฤติกรรมตามความเป็นจริง และบันทึกข้อมูลทุกวันห้ามบันทึกล่วงหน้าและ/หรือห้ามบันทึกย้อนหลัง

2) ชี้แจง โน้มน้าวให้ตระหนักถึงความสำคัญในการบันทึกพฤติกรรมสุขภาพประจำวันทั้ง 9 เรื่อง จะเป็นประโยชน์ 3 ด้าน ได้แก่

(1) ผู้ที่ออกกำลังกาย สามารถใช้เป็นข้อมูลเฝ้าระวังและตรวจสอบตนเอง (2) การปรับเปลี่ยน 9 พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคที่ป้องกันได้ ซึ่งต้องใช้เวลา ความมุ่งมั่นตั้งใจ และอดทนสูง ต้องทำทุกวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยอาศัยการสนับสนุนช่วยเหลือจากคนในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (3) นักวิชาการใช้เป็นข้อมูลในการพิสูจน์ ยืนยันตามหลักวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ และใช้พัฒนา

ระบบการสะสมพฤติกรรมสุขภาพ อันจะนำไปสู่การป้องกันโรคไม่ติดต่อ

3) โครงการนี้มีแนวคิดหลักในการพัฒนา 9 พฤติกรรมสุขภาพไปพร้อม ๆ กัน ด้วยความคาดหวังว่าจะเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลสูงสุดที่ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี ลดเสี่ยงลดโรคได้มากที่สุด และทำให้เกิดการออมสุขภาพ การเรียนรู้ และผลที่ดีต่อสุขภาพอย่างเป็นขั้นเป็นตอน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1) สถานการณ์ปัญหาภาวะสุขภาพ เพื่ออธิบายให้เห็นถึงลักษณะปัญหาสุขภาพก่อนเริ่มพัฒนา

2) การออมสุขภาพรายวันเป็นเวลา 6 เดือน ใช้สถิติเชิงพรรณนา (ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) อธิบายแบบแผนภาพรวม 9 พฤติกรรมสุขภาพ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเต็ม 2 คะแนน แบ่งเป็น ระดับดี (1.28 – 2 คะแนน) พอใช้ (0.68 – 1.27 คะแนน) และต้องปรับปรุง (0.00 – 0.67 คะแนน)

3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม และเปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการ

ออมสุขภาพระหว่าง 3 พื้นที่วิจัย ใช้สถิติ Repeated measures ANOVA

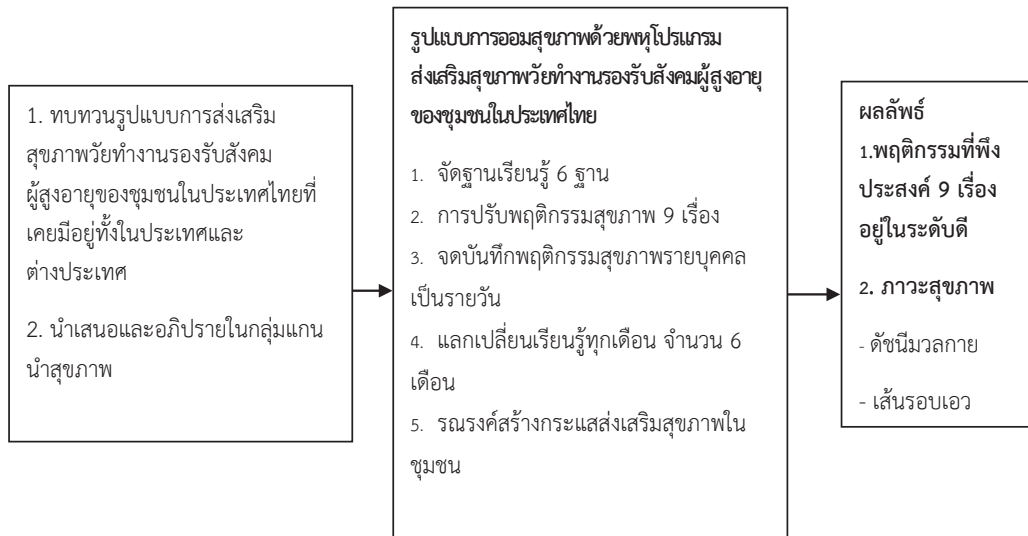
การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย (ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่) รหัสโครงการ 3/2565 วันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

ผลการศึกษาและพัฒนา

1. **ผลการพัฒนารูปแบบ** คณะวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิได้ร่างแนวคิดกำหนดรูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานรองรับสังคมผู้สูงอายุของชุมชนในประเทศไทย และนำไปให้แกนนำสุขภาพร่วมกันปรับปรุงจนเหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่วิจัย ได้รูปแบบตามภาพ 1 ซึ่งมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 9 เรื่อง ได้แก่ 1) การกินอาหาร 2) การออกกำลังกาย 3) การจัดการความเครียด 4) การนอนหลับ 5) การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง 6) การดื่มน้ำ 7) การไม่สูบบุหรี่ 8) การไม่ดื่มสุรา และ 9) การดูแลสุขภาพช่องปาก

ภาพ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานรองรับสังคมผู้สูงอายุของชุมชนในประเทศไทย



2. ผลการปฏิบัติตามแผนการพัฒนา

ภาพรวม 9 พฤติกรรม กลุ่มเป้าหมายทั้งสามพื้นที่ ระยะเวลาในการสะสมพฤติกรรมสุขภาพ 6 เดือน พบผลการวิจัย ดังนี้

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละคะแนนเฉลี่ยการบันทึกสะสมพฤติกรรมสุขภาพจำแนกรายกิจกรรม (n= 130)

คะแนนเฉลี่ย รายการกิจกรรม	ด้านอาหาร		ด้านน้ำ		ด้านออกกำลังกาย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต้องปรับปรุง	5	3.8	6	4.6	10	7.7
พอใช้	56	43.1	6	4.6	51	39.2
ดี	69	53.1	118	90.8	69	53.1

พฤติกรรมด้านการนอนหลับ การจัดการด้านอารมณ์ และการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าทำได้ดี ร้อยละ 89.2, 69.2 และ 39.3 ตามลำดับ

คะแนนเฉลี่ย รายการกิจกรรม	ด้านอารมณ์		ด้านการนอนหลับ		ด้านสุขภาพช่องปาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต้องปรับปรุง	3	2.3	4	3.1	18	13.8
พอใช้	37	28.5	10	7.7	61	46.9
ดี	90	69.2	116	89.2	51	39.2

พฤติกรรมกรรมการงูสບหู การงดดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่างทำได้ร้อยละ 94.6 และ 92.3 แต่ด้านการตรวจมะเร็งเต้านม พบทำได้ดีเพียงร้อยละ 48.5

คะแนนเฉลี่ย รายการกิจกรรม	ด้านการงูสบหู		ด้านการดื่มสุรา		ด้านการตรวจมะเร็งเต้านม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ต้องปรับปรุง	6	4.6	6	4.6	43	33.1
พอใช้	1	0.8	4	3.1	24	18.5
ดี	123	94.6	120	92.3	63	48.5

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มเป้าหมายในสามพื้นที่วิจัย จำแนกตามคะแนนเฉลี่ยในภาพรวม 9 พฤติกรรมสุขภาพ (n=130)

คะแนนภาพรวมเฉลี่ย	จำนวน	ร้อยละ
ปรับปรุง	3	2.3
พอใช้	18	13.8
ดี	109	83.8

จากตาราง 2 พฤติกรรมเฉลี่ยในระดับดีถึงร้อยละ 83.8 ซึ่งสะท้อนประสิทธิภาพรวม 9 พฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลา 6 เดือน ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีการดูแลสุขภาพ โดยการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ภาพรวมของการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดีถึงร้อยละ 83.8 ซึ่งสะท้อนประสิทธิภาพรวม 9 พฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลา 6 เดือน ของรูปแบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น

2.2 เปรียบเทียบผลการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมต่อภาวะสุขภาพ โดยใช้ผลลัพธ์ 2 ตัวชี้วัดหลัก คือ ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวลดลงในพื้นที่วิจัยจำแนกรายพื้นที่

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม 6 เดือน

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ตำบลในจังหวัดเชียงใหม่ (n=44)				
รอบเอว ก่อน	90.18	12.06	2.17	0.037*
หลัง	86.43	13.44		
BMI ก่อน	26.97	5.54	1.495	0.143
หลัง	25.96	4.97		

กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบเส้นรอบเอวก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนและหลัง ไม่แตกต่างกัน

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ตำบลใน จ. นครสวรรค์ (n=33)				
ค่าดัชนีมวลกาย ก่อน	26.42	4.34	2.173	0.036
หลัง	25.86	4.02		
รอบเอว ก่อน	106.00	145.48	0.996	0.325
หลัง	83.30	11.97		

กลุ่มตัวอย่างระดับตำบลในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าโปรแกรม 6 เดือน ลดลง 0.56 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว พบว่า หลัง 6 เดือน ทั้งกลุ่มลดลง 22.7 แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างระดับตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดพัทลุง พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ก่อน-หลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ตามลำดับ

ตัวแปร	$\bar{x}$	SD	t	p-value
ตำบลในจังหวัดพัทลุง (n=53)				
ค่าดัชนีมวลกาย ก่อน	24.86	2.86	3.24	0.003
หลัง	24.36	2.83		
เส้นรอบเอว ก่อน	85.06	6.95	3.13	0.002
หลัง	83.09	6.89		

จากตาราง 3 ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวของกลุ่มเป้าหมายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มตัวอย่างจังหวัดพัทลุง ที่พบความแตกต่างของทั้งค่าดัชนี

มวลกายและเส้นรอบเอวก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สะท้อนให้เห็นว่าการออกกำลังกายต่อเนื่องนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

2.3 เปรียบเทียบผลพัฒนาบันทึกการออกกำลังกายในภาพรวมของกรณีศึกษาทั้ง 3 พื้นที่

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาพรวม 9 พฤติกรรมสุขภาพใน 3 พื้นที่วิจัย (ด้วยสถิติ One Way ANOVA)

	SS	Df	MS	F	p-value
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยในภาพรวมสามชุมชน (n=130)	5.907	2	2.953	60.121*	<0.001

ผลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จึงทำการภาพรวม 9 พฤติกรรม ระหว่างชุมชนวิจัย 3 ทดสอบรายคู่ ดังแสดงในตาราง 5 แห่ง พบว่า มีอย่างน้อยหนึ่งคู่มีความแตกต่างกัน

ตาราง 5 ผลทดสอบรายคู่ของความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ย 9 พฤติกรรมสุขภาพ

	$\bar{x}$	กลุ่มที่ 1	กลุ่มที่ 2	กลุ่มที่ 3
		1.39	1.31	1.77
กลุ่มที่ 1 (สุเทพ)	1.39	<0.001	0.077	-0.385***
กลุ่มที่ 2 (ทับกฤช)	1.31		<0.001	-0.462***
กลุ่มที่ 3 (ลานข่อย)	1.77			<0.001

จากตาราง 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการดูแลสุขภาพระหว่างกลุ่มวิจัยทั้ง 3 พื้นที่ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่ 3 (ลานข่อย) มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกิจกรรมหรือกลวิธีที่ใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในพื้นที่ลานข่อย ที่มีความเข้มข้นและต่อเนื่องมากกว่าพื้นที่อื่น เช่น การให้รางวัล

จูงใจในการดูแลสุขภาพทุกเดือน ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง

2.4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวิจัยในภาพรวม 9 พฤติกรรม ในระยะเวลา 6 เดือน และรายพื้นที่วิจัย
2.4.1 กรณีศึกษากลุ่มเป้าหมายของพื้นที่วิจัยระดับตำบลในจังหวัดเชียงใหม่

ตาราง 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวิจัยในภาพรวม 9 พฤติกรรมของพื้นที่วิจัยระดับตำบลในจังหวัดเชียงใหม่ (สถิติ Repeated Measures ANOVA)

	SS	df	MS	F	p-value
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	0.449	1.782	0.252	18.476	<0.001

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ พฤฒษภาคมาถึงเดือนตุลาคม มีอย่างน้อยหนึ่งคู่คะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยระหว่างเดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จึงทำการทดสอบรายคู่

ตาราง 7 ผลทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยการสะสมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายระดับตำบลในจังหวัดเชียงใหม่

	$\bar{X}$	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.
		1.39	1.28	1.44	1.40	1.30	1.39
พ.ค.	1.39	0.00	0.111*	-0.052	-0.013	0.093	0.004
มิ.ย.	1.28		0.00	-0.163***	-0.124***	-0.018	-0.106***
ก.ค.	1.44			0.00	0.039**	0.145***	0.057***
ส.ค.	1.40				0.00	0.106***	0.017**
ก.ย.	1.30					0.00	-0.089***
ต.ค.	1.39						0.00

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

จากตาราง 7 ค่าเฉลี่ยของการสะสมพฤติกรรมสุขภาพต่ำสุด 1.28 สูงสุด 1.44 คะแนน ทั้งนี้ในเดือนกรกฎาคม และสิงหาคมมีการให้รางวัลใจเมื่อสะสมคะแนนครบ 3 เดือน และเข้าร่วมกิจกรรมต่อในเดือนที่ 4 พบว่าเดือนที่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญคือ (1) มิถุนายนกับกรกฎาคม (2) มิถุนายนกับกันยายน (3) กรกฎาคมกับสิงหาคม

(4) กรกฎาคมกับกันยายน (5) กรกฎาคมกับตุลาคม (6) สิงหาคมกับกันยายน (7) สิงหาคมกับตุลาคม และ (8) กันยายนกับตุลาคม ทั้ง 8 คู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนเดือนพฤษภาคมกับกันยายนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

2.4.2 กรณีศึกษากลุ่มเป้าหมายของพื้นที่วิจัยระดับตำบลในจังหวัดนครสวรรค์

ตาราง 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวม ระยะเวลา 6 เดือนของกลุ่มวิจัยระดับตำบลในจังหวัดนครสวรรค์ (สถิติ Repeated Measures ANOVA)

	SS	Df	MS	F	p-value
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	1.899	2.991	0.635	6.328	<0.001

จากตาราง 8 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน พบว่า มีอย่าง

น้อยหนึ่งคู่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) จึงทำการทดสอบรายคู่ต่อไป ดังแสดงในตาราง 9

ตาราง 9 ผลทดสอบรายเดือนของความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายระดับตำบลในจังหวัดนครสวรรค์

		มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.
	$\bar{x}$	1.42	1.26	1.46	1.25	1.45	1.44
มิ.ย.	1.42	0.00	0.16**	-0.03	0.17	-0.03	-0.02
ก.ค.	1.26		0.00	-0.20*	0.01	-0.19***	-0.18**
ส.ค.	1.46			0.00	0.21	0.01	0.02
ก.ย.	1.25				0.00	-0.20*	-0.16*
ต.ค.	1.45					0.00	0.01
พ.ย.	1.44						0.00

จากตาราง 9 ค่าเฉลี่ยของการสะสมพฤติกรรมสุขภาพต่ำสุด 1.25 สูงสุด 1.46 คะแนนทั้งนี้ในเดือนสิงหาคม และตุลาคมมีการให้รางวัลสูงใจเมื่อสะสมคะแนนครบ 3 เดือน และเข้าร่วมกิจกรรมต่อในเดือนที่ 5 พบว่าเดือนที่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยแตกต่างกันคือ คู่เดือน (1) มิถุนายนกับสิงหาคม (2) กรกฎาคมกับสิงหาคม (3) กรกฎาคมกับพฤศจิกายน (4) สิงหาคมกับตุลาคม และ (5) ตุลาคมกับพฤศจิกายน ทั้ง 5 คู่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ดังนั้น จากตาราง 7 และตาราง 9 จึงสรุปผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย

การออมสุขภาพระหว่างแต่ละเดือนในกลุ่มวิจัยจังหวัดเชียงใหม่และนครสวรรค์ ได้ว่า ในเดือนที่มีการให้รางวัลสูงใจ เช่น เดือนกรกฎาคม สิงหาคม และตุลาคม กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยการออมสุขภาพสูงกว่าเดือนอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่า การให้รางวัลสูงใจเป็นกลวิธีที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการออมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย

2.4.2 กรณีศึกษาของกลุ่มเป้าหมายของพื้นที่วิจัยระดับตำบลในจังหวัดพัทลุง

ตาราง 10 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวิจัยในภาพรวม 9 พฤติกรรม ในระยะเวลา 6 เดือน ของพื้นที่วิจัยในจังหวัดพัทลุง (สถิติ Repeated Measures ANOVA)

	SS	df	MS	F	p-value
คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ	0.435	1.001	0.435	0.004	0.948

จากตาราง 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเฉลี่ยระหว่างเดือน

มิถุนายน ถึงพฤศจิกายนไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากมีการให้รางวัลสูงใจทุกเดือน

วิจารณ์

1. การออมสุขภาพด้วยตนเองผ่านรูปแบบพหุโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

รูปแบบการออมสุขภาพด้วยพหุโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานรองรับสังคมผู้สูงอายุของชุมชนในประเทศไทยที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ เน้นการบันทึกสะสมพฤติกรรมสุขภาพรายวันเป็นรายบุคคล เพื่อกระตุ้นเตือนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพใน 9 ด้าน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีแบบแผนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในภาพรวมอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 83.8 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายพฤติกรรมพบว่ายังมี 5 พฤติกรรมที่มีสัดส่วนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยรวม ได้แก่ การดูแลสุขภาพช่องปาก การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการจัดการอารมณ์และความเครียด (ร้อยละ 39.2, 48.5, 53.1, 53.1 และ 69.3 ตามลำดับ) สะท้อนให้เห็นว่า ถึงแม้รูปแบบการออมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นจะมีประสิทธิผลในภาพรวม แต่ยังมีความจำเป็นต้องเพิ่มการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในด้านที่ยังมีสัดส่วนต่ำ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืนและครอบคลุมทุกมิติมากยิ่งขึ้น

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการออมสุขภาพในภาพรวมระหว่างพื้นที่วิจัย พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดพัทลุง (กลุ่ม 3) มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด (1.77 คะแนน) รองลงมาคือจังหวัดเชียงใหม่ (กลุ่ม 1) และจังหวัดนครสวรรค์ (กลุ่ม 2) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 1.39 และ 1.31 คะแนน ตามลำดับ ทั้งนี้ ความแตกต่างดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัย

ด้านการให้รางวัลจิตใจและความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรม โดยในกลุ่ม 3 มีการให้รางวัลจิตใจทุกเดือนและผู้เข้าร่วมสามารถปฏิบัติตามแผนได้อย่างครบถ้วน ในขณะที่กลุ่ม 1 และ 2 มีการให้รางวัลเพียงบางช่วงและมีอัตราการออกจากการวิจัยระหว่างทาง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ⁽⁷⁻⁸⁾

นอกจากนี้ ความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างพื้นที่ยังอาจเกี่ยวข้องกับกลวิธีในการกำกับติดตาม โดยในกลุ่ม 3 มีการกำกับติดตามอย่างใกล้ชิดทุกสัปดาห์โดยแกนนำสุขภาพในชุมชน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความสัมพันธ์และความคุ้นเคยกับกลุ่มเป้าหมาย จึงอาจทำให้เกิดแรงจูงใจและการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มอื่นที่มีการติดตามโดยเจ้าหน้าที่จากภายนอกชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁽⁹⁻¹⁰⁾

อย่างไรก็ตาม ในการอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ จำเป็นต้องพิจารณาถึงอิทธิพลของ confounding factors ที่อาจส่งผลกระทบต่อความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างพื้นที่ด้วย ปัจจัยแรกคือ ลักษณะทางประชากรและสังคมของกลุ่มเป้าหมาย เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และภาวะสุขภาพเริ่มต้น ซึ่งอาจมีผลต่อความสามารถและแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁽¹¹⁻¹²⁾

ปัจจัยที่สองคือ บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของแต่ละชุมชน เช่น ค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนการดำเนินชีวิต และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจเอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการ

ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ ความพร้อมของทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความพร้อมของสถานที่ออกกำลังกาย และการสนับสนุนจากหน่วยงานในพื้นที่ก็อาจส่งผลต่อการนำพฤติกรรมสุขภาพไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน^(9,13)

ถึงแม้การศึกษานี้ได้พยายามควบคุมการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้มีความคล้ายคลึงกันในทุกพื้นที่ แต่ความแตกต่างของ confounding factors ข้างต้นอาจส่งผลกระทบต่อความแตกต่างของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้น ในการอธิบายผลจึงควรระมัดระวังการสรุปผลที่เป็นการอ้างอิงเชิงสาเหตุ (causal inference) และพิจารณาถึงอิทธิพลของปัจจัยแทรกซ้อนเหล่านี้ประกอบด้วย เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่รอบด้านและน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม การวิจัยในอนาคตควรมีการวัดและควบคุมตัวแปรเหล่านี้อย่างเป็นระบบ เพื่อลดผลกระทบของ confounding factors และเพิ่มความตรงภายในของการศึกษา (internal validity) ให้มากที่สุด

2. เปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

เปรียบเทียบผลลัพธ์สุขภาพในภาพรวม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้ 2 ตัวชี้วัด คือ ค่าดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว กลุ่ม 1 มีเส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนค่าดัชนีมวลกายไม่แตกต่างกัน และมีค่าคะแนนเฉลี่ยในแบบแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 1.39 กลุ่ม 2 มีค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนค่าเส้นรอบเอวไม่แตกต่าง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยในแบบแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

เท่ากับ 1.31 แต่ในกลุ่ม 3 พบว่า ค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) เส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยในแบบแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ 1.77 เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้ Repeated Measures ANOVA พบว่า กลุ่มที่ 1 และกลุ่ม 2 คะแนนเฉลี่ยการบันทึกสะสมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละเดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งเกิดจากการบันทึกสะสมพฤติกรรมสุขภาพไม่สม่ำเสมอ ส่วนกลุ่ม 3 คะแนนเฉลี่ยการบันทึกสะสมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในแต่ละเดือนไม่แตกต่างกัน ซึ่งเกิดจากการบันทึกและสะสมที่สม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และเป็นนิสัยที่ดี ผลการวิจัยข้างต้นแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างการออกกำลังกายและผลลัพธ์ทางสุขภาพ โดยกลุ่มที่มีการบันทึกและสะสมพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่ม 3 มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่า และส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่ม 1 และ 2 ที่มีการบันทึกไม่สม่ำเสมอ การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพไม่ชัดเจนเท่ากลุ่ม 3 และนอกจากความสม่ำเสมอในการบันทึกและสะสมพฤติกรรมสุขภาพแล้ว ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความแตกต่างของผลลัพธ์ในแต่ละกลุ่ม คือ การกำกับติดตามโดยแกนนำในชุมชน ซึ่งในกลุ่ม 3 แกนนำมีความใกล้ชิดและสามารถให้การสนับสนุนได้ดีกว่า เนื่องจากเป็นเพื่อนหรือญาติกันในกลุ่มเป้าหมาย จึงทำให้เกิดกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านการให้รางวัลสูงใจ ความต่อเนื่องของการเข้าร่วมกิจกรรม และกลวิธีการกำกับติดตาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดตามอย่างใกล้ชิดโดยแกนนำในชุมชน ซึ่งอาจช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและยั่งยืน นอกจากนี้ปัจจัยด้านการให้รางวัลสูงใจ ความต่อเนื่องของการเข้าร่วมกิจกรรม และกลวิธีการกำกับติดตามแล้ว การอธิบายผลยังควรคำนึงถึงอิทธิพลของลักษณะทางประชากรและสังคม บริบททางวัฒนธรรม และความพร้อมของทรัพยากรและสิ่งแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ ซึ่งอาจเป็น confounding factors ที่ส่งผลต่อความแตกต่างของประสิทธิผลการดูแลสุขภาพที่พบในการศึกษานี้ การวิจัยในอนาคตจึงควรให้ความสำคัญกับการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยเหล่านี้ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาให้มากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรนำมาพิจารณา ประการแรก คือ ข้อจำกัดด้านระเบียบวิธีวิจัย เนื่องจากการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) ที่ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงอาจมีความเสี่ยงต่ออคติจากปัจจัยแทรกซ้อนที่ไม่สามารถควบคุมได้ทั้งหมด แม้ว่าจะมีการควบคุมการดำเนินกิจกรรมให้เหมือนกันในทุกพื้นที่ก็ตาม ดังนั้น การวิจัยในอนาคตควรพิจารณาใช้รูปแบบการทดลองแบบสุ่ม (randomized controlled trial) เพื่อเพิ่มความตรงภายในของการศึกษา

นอกจากนี้ การวัดตัวแปรผลลัพธ์ในการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดในการใช้เครื่องมือที่อาศัยการรายงานด้วยตนเอง (self-reported measures) เช่น แบบบันทึกการดูแลสุขภาพรายวัน ซึ่งอาจมีความเสี่ยงต่ออคติจากการจดจำ (recall bias) หรือการตอบแบบพึงประสงค์ทางสังคม (social desirability bias) ดังนั้น การวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาใช้วิธีการวัดผลลัพธ์ที่หลากหลายและมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น เช่น การวัดทางสรีรวิทยา (physiological measures) หรือการเก็บข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ (data triangulation) ร่วมด้วย

ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือ ระยะเวลาในการติดตามผลการศึกษาที่ค่อนข้างสั้น (6 เดือน) ซึ่งอาจยังไม่เพียงพอที่จะประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในระยะยาว การวิจัยในอนาคตจึงควรมีการติดตามผลในระยะยาวมากขึ้น เช่น 1 ปี หรือ 2 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของผลการวิจัยและความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ควรสนับสนุนการสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง และสร้างกระแสกระตุ้นให้ตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยให้รางวัลในการสะสมหรือออมพฤติกรรมสุขภาพ จนเกิดความเคยชินและกลายเป็นนิสัยที่ดี นอกจากนี้ ควรส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำรูปแบบการดูแลสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในการสร้างแรงจูงใจและสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น

การให้สิทธิประโยชน์ทางภาษีหรือการสนับสนุนงบประมาณสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อให้การดูแลสุขภาพกลายเป็นวัฒนธรรมและนโยบายระดับชุมชนที่ยั่งยืน

ในการต่อยอดนโยบายที่มีอยู่เดิม เช่น นโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย ควรเพิ่มการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในด้านอื่น ๆ ควบคู่กันไป ด้วย เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การจัดการความเครียด และการงดสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ โดยอาจบูรณาการเข้ากับโครงการส่งเสริมสุขภาพที่มีอยู่ เช่น โครงการชุมชนไทยออกกำลังกาย โครงการสุขภาพดีวิถีไทย เป็นต้น ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ครอบคลุมและเสริมสร้างซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนของประชาชน

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของการพัฒนาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพแบบพหุโปรแกรม และบันทึกการสะสมพฤติกรรมสุขภาพ และเปรียบเทียบผลลัพธ์สุขภาพที่ได้จากการใช้สมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ และแอปพลิเคชันบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับยุคปัจจุบัน ในกลุ่มวัยอื่น ๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่น วัยรุ่น และวัยทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติ ลาภสมบัติ. รายงานประจำปี 2563 การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี. นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย; 2563.
2. วิชัย เอกพลากร, ท้ายชนก พรระเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.

2. ศึกษาความเป็นไปได้ในรูปแบบของสิทธิประโยชน์ของการสะสมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในแต่ละท้องถิ่น เพื่อสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้เกิดสังคมสุขภาพที่ดีในชุมชน

3. ศึกษาผลกระทบจากการกำหนดให้การดูแลสุขภาพเป็นนโยบายหรือข้อบัญญัติของชุมชน นำร่อง เพื่อเป็นตัวอย่างในการสร้างสังคมสุขภาพที่มีคุณภาพแก่ชุมชนอื่น ๆ

ข้อเสนอในการศึกษาวิจัยต่อไป

1. ศึกษาวิจัยการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพ การให้รางวัลจูงใจในรูปแบบเพิ่มหรือสมทบเงินออมตาม พ.ร.บ.ประกันตน หรือรางวัลอื่น ๆ ให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม
2. พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจของแต่ละพื้นที่หรือกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดการยอมรับในวงกว้าง
3. ติดตามและประเมินผลกระทบระยะยาวของการดูแลสุขภาพต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต และความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการดูแลสุขภาพให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

3. องค์การสหประชาชาติ. เป้าหมายที่ 10 : ลดความไม่เสมอภาคภายในประเทศและระหว่างประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://thailand.un.org/th/sdgs/10>
4. The International Social Security Association (ISSA). Workplace health promotion -workplace health promotion framework [Internet]. 2021 [cited 2021 Jul 8]. Available from: <https://www.issa.int/guidelines/whp/174865>
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ.2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2563.
6. สำนักจัดระบบบริการทางการแพทย์. ความเป็นไปได้ของบริการใหม่ด้านการสร้างเสริมสุขภาพในระบบประกันสังคม [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 9 ก.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://thlp.ops.moph.go.th/pdf/6-7%E0%B8%9E.%E0%B8%A2.62/8.pdf>.
7. Michaelsen MM, Esch T. Understanding health behavior change by motivation and reward mechanisms: a review of the literature. *Front Behav Neurosci* 2023;17.
8. McNeil DW, Addicks SH, Randall CL. Motivational interviewing and motivational interactions for health behavior change and maintenance. In: *Oxford handbook topics in psychology*. Oxford University Press; 2017.
9. Awantang G, Helland A, Velu S, Gurman T. Evaluating capacity strengthening for social and behavior change communication: a systematic review. *Health Promot Int* 2022;37(1):daab068.
10. Hagger MS, Cameron LD, Hamilton K, Hunkonen N, Lintunen T. Changing behavior: a theory and evidence-based approach. In: *The Handbook of Behavior Change*; 2020.
11. Michie S, West R, Sheals K, Godinho CA. Evaluating the effectiveness of behavior change techniques in health-related behavior: a scoping review of methods used. *Transl Behav Med* 2018;8(2):212-24.
12. Martin LR, DiMatteo MR, editors. *The Oxford handbook of health communication, behavior change, and treatment adherence*. Oxford University Press; 2013.
13. Hernandez M, Gibb JK. Culture, behavior and health. *Evol Med Public Health* 2020;2020(1):12-3.