พฤติกรรมสุขภาพตามนโยบาย ๖ อ. ของประชาชน อำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม

ประพันธ์ สุนทรปกาสิต*

บทคัดย่อ การศึกษาเพื่อหาความรู้และการปฏิบัติตามนโยบาย ๖ อ. สร้างสุขภาพ ใช้เครื่องมือที่ศึกษาแบบสัมภาษณ์ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (ค่าความเชื่อมั่น ๐.๗๐). วิเคราะห์ข้อมูลสถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นหญิงร้อยละ ๕๖.๑ อายุเฉลี่ย ๔๔.๕ ปี, มีวุฒิการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ ๔๑.๑, สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ ๖๕.๑, อาชีพเกษตรกรรมร้อยละ ๒๘.๕, ไม่มีรายได้ประจำร้อยละ ๖๙.๗, มีโรคประจำตัวร้อยละ ๗๙.๓, เมื่อเจ็บป่วยไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลร้อยละ ๖๙.๓. มีความรู้ตามนโยบาย ๖ อ. ด้านอาหารในระดับสูงมากที่สุด และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับต่ำสุด. ส่วนใหญ่ปรุงอาหารกินเอง. ออกกำลังกายโดยการเดินและวิ่ง. คลายเครียดโดยการดูหนัง/ฟังเพลง/เดินเล่น. ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทำความสะอาดบริเวณบ้าน กำจัดขยะด้วยวิธีเผา. ด้านอโรคยามีการคาดเข็มขัดหรือสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่เป็นส่วนน้อย. ด้านอบายมุขส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่/ไม่ดื่มสุรา. ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม. รายได้ประจำมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านอโรคยา (ค่าพี < ๐.๐๕).

ผู้รายงานแนะนำว่าควรเน้นการสร้างองค์ความรู้แก่ประชาชนอย่างเป็นระบบ มีรูปแบบการปฏิบัติที่สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง.

คำสำคัญ: *ความรู้, พฤติกรรมสุขภาพ, นโยบาย ๖ อ.*

Abstract **Health Behavior Following the "Six Categories" Policy for the Establishment of Health among Residents of Wapipathum District, Mahasarakham Province**

Prapant Soontornpagasit*
**Wapipathum Hospital, Mahasarakham Province*

This research was aimed at studying the knowledge and implementation of the "six categories" policy for the establishment of health. The tool used was the modified interview questionnaires of the Health Education Division, Health Service Support Department (Reliability = 0.70). Descriptive and inferential statistics were used.

The samples were 56.1 percent female; average age was 44.5 years, 41.1 percent finished primary education, 65.1 percent were married, 28.5 percent were farmers, 69.7 percent had no fixed income, 79.3 percent had congenital disease, 69.3 percent, when they got a health problem, went to a public health center or hospital having knowledge of the "six categories" policy on food aspects at the highest level and on environmental health at the least high level, mostly cooking for themselves, exercising normally by walking and jogging, relaxing by watching films/listening to music/walking around, and on the environmental health aspect by cleaning house and disposing of rubbish by burning, using seat belts less often or a safety helmet while driving. The majority did not smoke/or drink alcohol, and their education level was related to their environmental health knowledge, while fixed income was related to their knowledge of preventive measures ($p < .05$).

The results indicated that building systemic knowledge among the public should be focused on those practices which will lead to correct health behavior.

Key words: *knowledge, health behavior, "six categories" policy*

**โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม*

ภูมิหลังและเหตุผล

ปัญหาสาธารณสุขของประเทศส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ, ปัญหาสิ่งแวดล้อมด้านสังคมเศรษฐกิจ, การคมนาคมและพัฒนาการด้านเทคโนโลยีที่มีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ทำให้วิถีชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป มีการแข่งขันเพื่อสร้างความมั่นคงในด้านรายได้และเป็นระบบทุนนิยมมากขึ้น[๑] ส่งผลต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของประชาชน ก่อให้เกิดความเร่งรีบ สั่งสมความเครียดจากการทำงาน มีโอกาสในการออกกำลังกายน้อยลง, การบริโภคอาหารคำนึงถึงความสะดวกรวดเร็วโดยไม่ได้คำนึงถึงประโยชน์และคุณค่าของอาหาร, มีการสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์, รวมทั้งมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม[๒]. รายงานสุขภาพโลกซึ่งจัดทำโดยองค์การอนามัยโลก ระบุว่าสุขภาวะของประชาชนในโลกปัจจุบันตกอยู่ในภาวะถูกคุกคามที่มนุษย์ทั่วโลกกำลังเผชิญร่วมกัน. รายงานดังกล่าวระบุว่าในช่วง ๒๐-๓๐ ปีที่ผ่านไป อายุขัยเฉลี่ยของประชากรโลกเพิ่มขึ้น ๒๐-๔๐ ปี และในประเทศไทยเองอายุขัยเฉลี่ยของหญิงคือ ๗๔ ปี และชายคือ ๗๒ ปี. นอกจากนี้ความก้าวหน้าของงานวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ผ่านมาได้นำไปสู่ความรู้อันเกี่ยวข้องกับสาเหตุของโรคและการบาดเจ็บมากมาย. การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวล้วนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของโรคต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็ง, โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคจิตประสาท, โรคเบาหวาน และอาการที่เกี่ยวข้องกับภาวะอ้วนเกิน ซึ่งในปัจจุบันประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างกว้างขวาง[๓].

ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการผลักดันให้ใช้กลยุทธ์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ” เพื่อให้เมืองไทยแข็งแรง โดยส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการรวมกลุ่มเพื่อสร้างเสริมสุขภาพภายใต้แนวนโยบาย ๖ อ. ได้แก่ อาหาร(อ๑), ออกกำลังกาย(อ๒), อารมณ์(อ๓), อนามัยสิ่งแวดล้อม(อ๔), อโรคยา(อ๕), และอบายมุข(อ๖). ใน พ.ศ. ๒๕๔๗ และ ๒๕๔๘[๔] กองสุขศึกษาได้ทำการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ตามนโยบาย ๕ อ. และ ๖ อ. ทำให้ทราบว่าชมรมสร้างสุขภาพทำกิจกรรมออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ, ส่วนกิจกรรมอื่นยังดำเนินการน้อย มีการเกิดโรคจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่นโรคความดันโลหิตสูง, โรคเบาหวาน. ทางจังหวัดมหาสารคามได้ดำเนินงานตามนโยบาย ๖ อ.[๕] ซึ่งจากการประเมินสามารถผ่านเกณฑ์เมืองไทยแข็งแรงทุกนโยบาย และอำเภอวาปีปทุมก็สามารถผ่านเกณฑ์การประเมินทุกนโยบายเช่นเดียวกัน. การผ่านเกณฑ์เมืองไทยแข็งแรงนั้นแสดงให้เห็นว่าได้มีการพัฒนาสุขภาพไปแล้ว แต่ยังไม่ทราบได้ว่าประชาชนที่ได้รับการพัฒนานั้นมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพมากน้อยเพียงใด ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวจะสามารถเป็นข้อมูลในการพัฒนางานด้านสุขภาพได้.

จากเหตุผลข้างต้น โรงพยาบาลวาปีปทุมจึงทำการศึกษาวิจัยเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ ตามนโยบาย ๖ อ. เพื่อการสร้างสุขภาพประชาชนอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์ ๑) ศึกษาความรู้และปฏิบัติการตามนโยบาย ๖ อ. เพื่อสร้างสุขภาพของประชาชนในอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม, ๒) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติตามนโยบาย ๖ อ. เพื่อสร้างสุขภาพกับลักษณะทางประชากรของกลุ่มดังกล่าว. ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ให้เป็นประโยชน์แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพชุมชนต่อไป.

ระเบียบวิธีศึกษา

กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ๓๖๖ คน เลือกได้โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากประชากร ๑๕,๔๘๐ คน ที่อาศัยอยู่ใน ๒๐ หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม.

การเก็บข้อมูลทำในช่วงเดือนตุลาคม ๒๕๔๙ - เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๕๐ ใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีเนื้อหา ๓ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป, ส่วนที่ ๒ ความรู้ตามนโยบาย ๖ อ., และส่วนที่ ๓ การปฏิบัติตามนโยบาย ๖ อ. ซึ่งดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขที่มีค่าความเชื่อมั่น ๐.๗๐๓.

เกณฑ์การให้คะแนนและการจัดกลุ่ม ของกระทรวงศึกษาธิการ. ๒๕๓๔ ดังนี้

คะแนนร้อยละ ๘๐-๑๐๐ หมายถึงระดับความรู้สูง.

คะแนนร้อยละ ๕๖-๗๙ หมายถึงระดับความรู้ปานกลาง.

คะแนนร้อยละ ๐-๕๕ หมายถึงระดับความรู้ต่ำ.

จากนั้นวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient).

ผลการศึกษา

ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ๓๖๖ ราย เป็นหญิงร้อยละ ๕๖.๑ และชายร้อยละ ๔๓.๙, อายุเฉลี่ย ๔๔.๕ ปี อายุมากที่สุด ๗๙ ปี, การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ ๔๑.๑, สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ ๖๕.๑, อาชีพเกษตรกรรมร้อยละ ๒๘.๕, ไม่มีรายได้ประจำร้อยละ ๖๙.๗, รายได้ต่ำกว่า ๓,๐๐๐ บาทร้อยละ ๖๘.๔, มีโรคประจำตัวร้อยละ ๗๙.๓, เมื่อเจ็บป่วยไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลเป็นหลักร้อยละ ๖๙.๓.

ความรู้ตามนโยบาย ๖ อ.

ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ตามนโยบาย ๖ อ. เพื่อสร้างสุขภาพร้อยละ ๗๐.๘. เมื่อพิจารณาความรู้ในแต่ละด้านตามนโยบาย ๖ อ. พบว่ามีความรู้ด้านอาหารร้อยละ ๙๕, ด้านอบายมุขร้อยละ ๙๒.๕, ด้านการออกลำลังกายร้อยละ ๗๕.๑, ด้านอารมณ์ร้อยละ ๗๒.๖, ด้านอโรคยาร้อยละ ๕๑.๒ และด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมร้อยละ ๖๐.๖ (ตารางที่ ๑).

ประชาชนมีความรู้ตามนโยบาย ๖ อ. เพื่อการสร้างสุขภาพเป็นรายข้อได้คะแนนในแต่ละด้านเรียงตามลำดับดังนี้

(๑) ความรู้เกี่ยวกับการสวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการติดโรคเอชไอวี ร้อยละ ๙๙.๒.

(๒) แมลงวันเป็นพาหะนำเชื้อโรคท้องร่วงและอหิวาตกโรคมาสู่คนร้อยละ ๙๘.๖.

(๓) การสูบบุหรี่เป็นประจำเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคมะเร็งปอดร้อยละ ๙๘.๓.

(๔) การออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาเป็นประจำสามารถควบคุมน้ำหนักได้ ร้อยละ ๙๗.๕.

(๕) ผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ ๙๕.๕.

(๖) การกินอาหารประเภทถั่วอับชื้นหรืออาหารปิ้งย่างจนไหม้เกรียมเป็นประจำมีผลเสี่ยงเกิดโรคมะเร็งได้ร้อยละ

ตารางที่ ๑ ความรู้ตามนโยบาย ๖ อ. ของประชาชนอำเภอวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ๓๕๘ คน

นโยบาย ๖ อ	ระดับความรู้					
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ	ราย	ร้อยละ
๑. การดูแลสุขภาพด้านอาหาร	๓๔๐	๙๕.๐	๑๗	๔.๗	๑	๐.๓
๒. การดูแลสุขภาพด้านออกกำลังกาย	๒๖๙	๗๕.๑	๘๔	๒๓.๕	๕	๑.๔
๓. การดูแลสุขภาพด้านอารมณ์	๒๖๐	๗๒.๖	๙๘	๒๗.๔	-	-
๔. การดูแลสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม	๑๓๘	๓๘.๕	๒๑๗	๖๐.๖	๓	๐.๙
๕. การดูแลสุขภาพด้านอโรคยา	๑๘๓	๕๑.๒	๑๗๒	๔๘.๐	๓	๐.๘
๖. การดูแลสุขภาพด้านอบายมุข	๓๓๑	๙๒.๕	๒๕	๗.๐	๒	๐.๖
รวมทุกด้าน	**๒๕๓**	**๗๐.๘**	**๑๐๒**	**๒๘.๕**	**๓**	**๐.๗**

๙๕.๕.

เมื่อพิจารณาคะแนนด้านความรู้ตามนโยบาย ๖ อ. เพื่อการสร้างสุขภาพได้คะแนนเรียงตามลำดับดังนี้

(๑) หนูตามบ้านเรือนเป็นพาหะนำเชื้อโรคไข้รากสาดน้อยมาสู่คนได้, ร้อยละ ๑๒.

(๒) การล้างมือก่อนบริโภคอาหารไม่สามารถป้องกันการป่วยโรคอุจจาระร่วง, ร้อยละ ๕๗.

(๓) การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือเครื่องดื่มที่มีแอล-กอฮอล์ไม่สามารถลดความเครียดได้, ร้อยละ ๖๑.๗.

(๔) ผู้ที่ทำงานบ้านหรือมีอาชีพใช้แรงงานได้ออกกำลังกายแล้วไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอีก, ร้อยละ ๖๖.๒.

(๕) การกินอาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ เป็นประจำทุกวันไม่มีผลต่อการลดการกินไขมันในเลือด, ร้อยละ ๗๘.๕.

การปฏิบัติตามนโยบาย ๖ อ.

การปฏิบัติตามนโยบายด้านอาหารนั้น พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในทางที่ดีได้แก่ การปรุงอาหารกินเองทุกวัน ร้อยละ ๔๘.๓, กินผักและผลไม้สดร้อยละ ๓๕.๘, กินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ร้อยละ ๑๙.๕, และอาหารไขมันสูง (หมูสามชั้น) ร้อยละ ๑๗.๖.

ด้านการออกกำลังกาย กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาร้อยละ ๗๒.๙ โดยออกกำลังกายมากกว่า ๓ วัน/สัปดาห์ร้อยละ ๕๑.๖, ออกกำลังกายโดยเฉลี่ยนานกว่า ๓๐ นาทีขึ้นไปร้อยละ ๔๑.๖, ออกกำลังกายด้วยการเดินและวิ่งร้อยละ ๔๗.๕. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ออกกำลังกายให้เหตุผลว่าทำงานบ้านทุกวันอยู่แล้วและมีอาชีพใช้แรงงานร้อยละ ๖๖.๘.

ด้านอารมณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยมีอาการเครียดร้อยละ ๘๓.๕, จัดการความเครียดด้วยตนเองโดยการดูหนัง/ฟังเพลง ร้อยละ ๕๔.๒, โดยความช่วยเหลือของบุคคลอื่นที่เป็นพ่อ แม่ ลูก ญาติพี่น้องร้อยละ ๖๓.๑, ปรึกษาเพื่อนร้อยละ ๔๔.๑, และปรึกษาแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ ๓๓.

ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๖๔.๘ ทำความสะอาดบ้านและบริเวณบ้าน, ร้อยละ ๖๑.๗ กำจัดขยะจากบ้านโดยวิธีเผา และร้อยละ ๕๕.๓ ใส่รถขยะของเทศบาล, ควบคุมกำจัดหนู แมลงวัน แมลงสาบ และยุงโดยกำจัดแหล่งอาหารและแหล่งเพาะพันธุ์ร้อยละ ๕๐.๖, โดยใช้กับดักร้อยละ ๓๙.๔ และใช้สารเคมีร้อยละ ๓๘.

ด้านอโรคยาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ ๔๓.๖ ขับขี่รถยนต์/รถจักรยานยนต์โดยคาดเข็มขัดหรือสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งที่มีการขับขี่, ล้างมือฟอกด้วยสบู่ก่อนกินอาหารทุกครั้ง ร้อยละ ๕๑.๔, สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่สามีภรรยาร้อยละ ๑๕.๑, และไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่สามีภรรยาร้อยละ ๖๐.๙.

ด้านอบายมุข พบว่าร้อยละ ๗๖.๘ ไม่สูบบุหรี่, ร้อยละ ๗๓.๓ เลิกสูบมาเป็นเวลามากกว่า ๕ ปี, ร้อยละ ๕๓.๗ สูบบุหรี่นานเป็นระยะเวลามากกว่า ๑๐ ปีขึ้นไป, ร้อยละ ๕๕ ไม่ดื่มสุรา ส่วนที่ยังดื่มอยู่ร้อยละ ๔๔.๔ พบว่าดื่มไม่บ่อย ๑-๒ ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ ๔๖.๔, และร้อยละ ๑๓.๔ ดื่มบ่อยตั้งแต่ ๓ ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป, ร้อยละ ๗๘.๘ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ๑ ชั่วโมง ก่อนขับขี่รถยนต์/รถจักรยานยนต์ ร้อยละ ๗๘.๘; ร้อยละ ๒๐.๔ ยังดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนขับขี่รถยนต์/รถจักรยานยนต์.

ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากรกับความรู้ตามนโยบาย ๖ อ.

จากการศึกษาโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ และรายได้ประจำมีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านอโรคยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕. ส่วนความรู้ด้านอาหาร, การออกกำลังกาย, อารมณ์ และอบายมุข ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, และเพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, การประกอบอาชีพ, โรคประจำตัว และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ตามนโยบาย ๖ อ. (ตารางที่ ๒).

ตารางที่ ๒ ผลการทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างลักษณะประชากรกับความรู้ตามนโยบาย ๖ อ. เพื่อการสร้างสุขภาพของประชาชน (๓๕๘ ราย)

ลักษณะประชากร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์					
	อาหาร	ออกกำลังกาย	อารมณ์	อนามัยสิ่งแวดล้อม	อโรคยา	อบายมุข
เพศ	.๐๗๕	.๐๖๕	.๐๕๔	-.๐๐๑	.๐๒๗	.๐๔๔
อายุ	.๐๒๕	-.๐๘๐	.๐๑๖	.๐๒๑	-.๐๕๒	.๐๗๕
การศึกษา	.๐๑๐	.๐๗๘	.๐๐๕	.๑๓๑*	.๐๐๖	.๐๔๕
สถานภาพสมรส	.๐๕๘	.๐๑๕	-.๐๑๔	-.๐๔๘	-.๐๖๕	.๐๔๕
การประกอบอาชีพ	-.๐๘๓	.๐๕๔	-.๐๓๒	.๑๐๓	-.๐๗๖	-.๐๒๘
รายได้ประจำ	.๐๔๐	.๐๔๐	.๐๒๑	.๐๒๖	.๑๓๑*	.๐๓๖
โรคประจำตัว	.๐๒๕	.๑๑๒	.๑๗๐	-.๐๕๖	-.๐๓๕	-.๐๕๑
การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย	-.๐๓๕	-.๐๑๕	.๐๑๕	-.๐๐๓	.๐๑๐	-.๐๗๕

***มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕**

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลวาปีปทุมมีความรู้ตามนโยบาย ๖ อ. เพื่อการสร้างสุขภาพอยู่ในระดับสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูงที่สุดด้านอาหาร และมีความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกองสุขศึกษา[๔] ที่ศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ แกนนำชมรมสร้างสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนในพื้นที่ ๑๒ จังหวัด[๓] พบว่าร้อยละ ๙๖.๑ มีความรู้อยู่ในระดับสูง, ร้อยละ ๙๕ มีความรู้ดีในการดูแลสุขภาพด้านอาหารมากที่สุด, ร้อยละ ๓๘.๕ มีความรู้ดีในการดูแลสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมน้อยที่สุด, แต่ถึงแม้ว่าประชาชนจะมีความรู้ในระดับสูง ก็ยังพบว่าร้อยละ ๔๘ มีความรู้ด้านอโรคยาเพียงระดับปานกลาง ซึ่งจะยังคงเป็นเหตุให้ประชาชนต้องพึงพาบริการสุขภาพหากไม่มีการสร้างความรู้แก่ประชาชนให้เข้าถึงระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน อย่างต่อเนื่อง.

ด้านการปฏิบัติตามนโยบาย ๖ อ.เพื่อการสร้างสุขภาพของประชาชน พบว่าด้านอโรคยาประชาชนที่ขับขี่รถยนต์/รถจักรยานยนต์มีการคาดเข็มขัดหรือใส่หมวกนิรภัยเป็นจำนวนน้อย, ด้านอบายมุขประชาชนส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่/ดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ[๒] ที่พบว่าปัจจัยที่นำไปสู่ภาวะโรคยังคงได้แก่การมีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม, การบริโภคอาหารและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี, การไม่สวมหมวกนิรภัย และการมีพฤติกรรมสูบบุหรี่และดื่มสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา ไผทโสภณ[๗] ที่พบว่าพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่มากที่สุด และมีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยที่สุด แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนดีขึ้นจากการหลีกเลี่ยงสิ่งที่คุกคามสุขภาพและสนใจ ใส่ใจ ต่อสิ่งที่เป็นประโยชน์มีคุณค่าต่อการดำรงชีวิตที่ก่อให้เกิดความสุขและปลอดภัยจากโรคร้ายต่าง ๆ, แต่ยังมีปัญหาดื่มสุราก่อนขับขี่รถอยู่มากพอสมควร. ดังนั้น นโยบาย ๖ อ. จะต้องมีการสร้างกระแสรณรงค์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อนำสู่การปฏิบัติจนเกิดเป็นนิสัยกลายเป็นวิถีการดำรงชีวิตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนในที่สุด.

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากรกับ

ความรู้ตามนโยบาย ๖ อ. เพื่อการสร้างสุขภาพของประชาชน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล[๘] ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าพี < ๐.๐๕) เนื่องจากความแตกต่างด้านการศึกษามีความสัมพันธ์การพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี, การกำจัดขยะมูลฝอยเก็บได้อย่างถูกวิธี, ตลอดจนการควบคุมป้องกันพาหนะนำเชื้อโรคมาสู่คน และพบว่ารายได้ประจำมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความรู้ด้าน อโรคยา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕. ทั้งนี้เนื่องจากประชาชนที่มีรายได้ประจำต่างกันจะมีความเป็นอยู่ที่แตกต่างกันไปจึงส่งผลให้ความรู้ ความเข้าใจด้านอโรคยาเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพแตกต่างกันไป. ส่วนความรู้ด้านอาหาร, การออกกำลังกาย, อารมณ์ และอบายมุขไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ, และเพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, การประกอบอาชีพ, โรคประจำตัว และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ตามนโยบาย ๖ อ. ดังนั้นการที่จะจัดการกับอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพอย่างเป็นระบบมีแบบแผนจึงควรมุ่งเน้นสร้างองค์ความรู้อย่างเป็นระบบตั้งแต่ครอบครัว เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต. ส่วนในด้านอโรคยา เนื่องจากรายได้ส่งผลกระทบสืบเนื่องถึงภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อประชาชนในการดำรงชีวิตที่แตกต่างกันตามฐานะทางเศรษฐกิจ ซึ่งแสดงให้เห็นสภาพความเป็นอยู่ สภาวะทางสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยบุคคลที่มีรายได้ประจำก็จะมีโอกาสในเลือกและเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่าบุคคลที่ไม่มีรายได้ประจำหรือมีรายได้น้อย. ดังนั้นเพื่อลดปัญหาในอนาคตจึงควรส่งเสริมแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ สู่การปฏิบัติในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมุ่งเน้นการสร้างสุขภาพด้วยวิถีชีวิตที่พอเพียง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดสุขภาพดีเป็นวิถีในการดำรงชีวิต และในขณะเดียวกันภาครัฐก็ต้องพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่มีคุณภาพควบคู่กันไปด้วย.

ทั้งนี้ คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม ได้ดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพตามนโยบาย ๖ อ. ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๗ เป็นต้นมา[๑] โดยจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสุขภาพประจำปี, จัดทำโครงการเสริมสร้างวิทยากรกระบวนการ, ครู ก. ระดับอำเภอเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ ครู ข. ระดับตำบล/หมู่บ้านเป็น อสม. หมู่บ้านละ ๖ คน รับผิดชอบนโยบาย ๖ อ. ในระดับพื้นที่ทำหน้าที่ปฏิบัติงานในเชิงรุกตามนโยบาย ๖ อ. ครอบคลุมทุกหมู่บ้านเพื่อบรรลุเป้าหมายคนไทยแข็งแกร่ง เมืองไทยแข็งแรง, ประกอบกับนโยบายอาหารปลอดภัยที่มุ่งเน้นการพัฒนาอาหารไทย “ครัวไทยสู่ครัวโลก” และนโยบายทางสังคมที่มุ่งเน้นการจัดระเบียบสังคม, การสร้างชุมชนเข้มแข็ง ส่งผลต่อเนื่องให้ประชาชนมีความตระหนัก รับผิดชอบ ใส่ใจรักสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ด้านอาหาร, การออกกำลังกาย, อารมณ์, อโรคยา และอบายมุข อยู่ในระดับสูง. ส่วนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ประชาชนมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นผลสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและความซับซ้อนทางด้านสังคมและเทคโนโลยีที่ส่งผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ประชาชนมุ่งหวังในการพึ่งเทคโนโลยีที่เกินความจำเป็น อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการดำรงชีวิตทำให้เกิดมลพาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพซึ่งไม่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขอย่างเหมาะสมและจริงจัง.

ข้อเสนอแนะ

๑. ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ควรมุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้แก่ประชาชนอย่างเป็นระบบมีแบบแผนตั้งแต่ระดับครอบครัว โรงเรียน, และส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบ โดยแสดงให้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต สนับสนุนการปฏิบัติงานร่วมกันอย่างบูรณาการและจริงจังทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, เอกชน และชุมชน.

๒. ด้านอโรคยา ควรมุ่งเน้นสนับสนุนส่งเสริมการนำแนวคิดปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ สู่การปฏิบัติในระดับบุคคล, ครอบครัว, โรงเรียนและชุมชน ด้วยการสร้างสุขภาพดีบนวิถีชีวิตที่พอเพียง, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดสุขภาพดีเป็นวิถีในการดำรงชีวิต, พัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน.

๓. ด้านอบายมุข ควรมุ่งเน้นให้เกิดชุมชนเข้มแข็งขึ้นในระดับหมู่บ้านหรือตำบล เพื่อให้การจำหน่ายและดื่มสุราในชุมชนเป็นไปตามกฎหมาย.

๔. การสร้างสุขภาพตามนโยบาย ๖ อ. เป็นเรื่องที่ประชาชนรับรู้ และเป็นนโยบายที่เข้าถึงประชาชน ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติในระดับบุคคล, ครอบครัว และชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงควรสนับสนุนส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนดเป็นนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพในพื้นที่ตามบริบทของท้องถิ่นเพื่อให้การดำเนินงานต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป.

๕. เพื่อสร้างกระแสสุขภาพเป็นวิถีชีวิตสุขภาพดีเริ่มที่ครอบครัว สุขภาพดีทำให้สังคมดี จึงควรสนับสนุนส่งเสริมการสร้างชุมชน/หมู่บ้านต้นแบบสุขภาพดี โดยประชาชนเป็นผู้ดำเนินการเองในการให้คำแนะนำและเสนอข้อมูลสุขภาพชุมชนของเจ้าหน้าที่.

กิตติกรรมประกาศ

คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุม ได้ให้การสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้. งานวิจัยนี้สำเร็จสมบูรณ์ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม อาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาปีปทุมเอื้อเฟื้อข้อมูล. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวาปีปทุม และประชาชนทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์.

เอกสารอ้างอิง

๑. กระทรวงสาธารณสุข. มิติสุขภาพคนไทยก้าวสู่เมืองไทยแข็งแรง. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๗.
๒. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข.รายงานการสำรวจสภาวะพฤติกรรมสุขภาพตามนโยบาย ๖อ. ของกลุ่มสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๘.
๓. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข. แผนพัฒนาชมรมสร้างสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๔๖-๒๕๔๗. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๖.
๔. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข. รายงานการสำรวจสภาวะพฤติกรรมสุขภาพตามนโยบาย ๖อ. ของกลุ่มสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๕. จีระศักดิ์ เจริญพันธุ์, เฉลิมพล ตันสกุล. พฤติกรรมสุขภาพ. มหาสารคาม : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; ๒๕๔๕.
๖. อำพล จินดาวัฒนะ. การสร้างสุขภาพประชาชนไทย อดีต สู่ อนาคต. นนทบุรี : สถาบันพระบรมราชชนก; ๒๕๔๗.
๗. สุกัญญา ไพทโสภณ. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๔๐.
๘. ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยมหิดล, ๒๕๓๙.