

5-1-2006

Health proting medical school

P. Kamolratanakul

W. Jiamjarasangsi

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

Kamolratanakul, P. and Jiamjarasangsi, W. (2006) "Health proting medical school," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 50: Iss. 5, Article 2.

DOI: 10.58837/CHULA.CMJ.50.5.2

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjournal/vol50/iss5/2>

This Special Article is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

โรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ

ภิรมย์ กมลรัตนกุล*

วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี*

Kamolratanakul P, Jiamjarasrangsi W. Health promoting medical school. Chula Med J 2006 May; 50(5): 279 - 88

Medical schools can play central role in health promotion because: (1) they are centers that provide medical service, conduct research and provide education; (2) they can influence professional practice in other institutions and social groups; and (3) they can reach a large sector of the population. "Scope of Health Promotion" in medical schools may be conceptualized as a three - dimensional combination of the population-activity-strategy axes. The population axis includes their health care personnel, patients and relatives, and communities under their jurisdiction; while the activity axis includes health-care service, teaching and training, and research. Lastly, the strategy axis comprises awareness, life style change, and supportive environment. Using this "Scope of Health Promotion" as a pragmatic conceptual framework, a lot variety of health promoting activities that reconcile with the mission of the organization can be initiated and launched within the medical school environment.

Keywords : Health promoting hospital, Health promotion, Medical school.

Reprint request : Kamolratanakul P. Department of Preventive and Social Medicine,
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok 10330, Thailand.

Received for publication. October 7, 2005.

วัตถุประสงค์ :

1. เพื่อให้ทราบขอบเขตของการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนแพทย์

**ภิรมย์ กมลรัตนกุล, วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. โรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ. จุฬาลงกรณ์-
เวชสาร 2549 พ.ศ; 50(5): 279 - 88**

โรงเรียนแพทย์ เป็นสถาบันที่สามารถแสดงบทบาทด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างสูง เนื่องจาก (1) เป็นสถาบันที่มีภารกิจทั้งการให้บริการด้านการแพทย์ การศึกษาวิจัย และการศึกษา และฝึกอบรม (2) เป็นสถาบันที่มีอิทธิพลต่อแนวคิดและการประกอบวิชาชีพของบุคลากรด้านสุขภาพ ในสถาบันหรือกลุ่มเชิงสังคมอื่น ๆ และ (3) สามารถที่จะเข้าถึงกลุ่มประชากรจำนวนมาก "ภาพรวมของการสร้างเสริมสุขภาพ" ในโรงเรียนแพทย์อาจสรุปขยย่อเป็นรูปการผสมผสาน 3 มิติระหว่าง แกนประชากรเป้าหมาย-กิจกรรม-กลยุทธ์ดำเนินการ โดยที่แกนประชากรเป้าหมายประกอบด้วย บุคลากรของหน่วยงาน ผู้ป่วยและญาติ และชุมชนในความรับผิดชอบ แกนกิจกรรมประกอบด้วย การให้บริการสุขภาพ การวิจัย การสอนและฝึกอบรม และแกนกลยุทธ์ดำเนินการประกอบด้วย การสร้างความตระหนัก ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และด้านการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ซึ่งจะเห็นว่า "ภาพรวมของการสร้างเสริมสุขภาพ" นี้สามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการ ในการริเริ่ม และดำเนินการกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างหลากหลาย ภายใต้สภาพแวดล้อมของโรงเรียนแพทย์อย่างสอดคล้องกับภารกิจหลักขององค์กร

คำสำคัญ : โรงเรียนแพทย์, โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ

“สุขภาพะ” ไม่จำเป็นต้องเกิดขึ้นในผู้ที่มีสุขภาพทางกาย (physical health) สมบูรณ์เท่านั้น แต่ผู้ที่เจ็บป่วยทางกายก็สามารถมีความสุข (wellness) ได้ ⁽¹⁾ ดังนั้น คนที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย อาทิโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หรือโรคมะเร็งที่มารักษาที่โรงพยาบาล เราก็สามารถช่วยสร้างเสริมสุขภาพให้เขาเกิดสุขภาพะได้ ทำให้เขาอยู่กับโรคนั้น ๆ อย่างมีความสุขได้ ดังนั้น การเจ็บป่วยทางกายมิได้เป็นข้อจำกัดต่อการสร้างเสริมสุขภาพในด้านอื่น ๆ เช่น สุขภาพทางอารมณ์ ทางสังคม หรือทางจิตวิญญาณ แต่ในทางตรงกันข้าม การช่วยสร้างเสริมสุขภาพด้านอื่น ๆ อาจเป็นสิ่งเกื้อหนุนต่อการฟื้นคืนสู่ภาวะปกติของผู้ป่วย หรือผู้พิการได้

โรงเรียนแพทย์เป็นสถาบันที่มีอิสระในการสืบค้น และแสวงหาองค์ความรู้ที่เป็นทั้งปัจจัยบวก และปัจจัยลบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนการเผยแพร่ สื่อสารไปยังกลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม รวมทั้งการประมวล และผสมผสานความรู้ที่เข้าไปในหลักสูตร และกิจกรรมเสริมหลักสูตร โดยบุคลากรทุกหน่วยงานในโรงเรียนแพทย์ต้องปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างที่ดีในเรื่องนี้ โดยทำให้ที่ทำงานมีสุขภาพะ (healthy workplace) ทำให้โรงเรียนแพทย์เป็นสถานที่สร้างเสริมสุขภาพที่ดี ^(2,3)

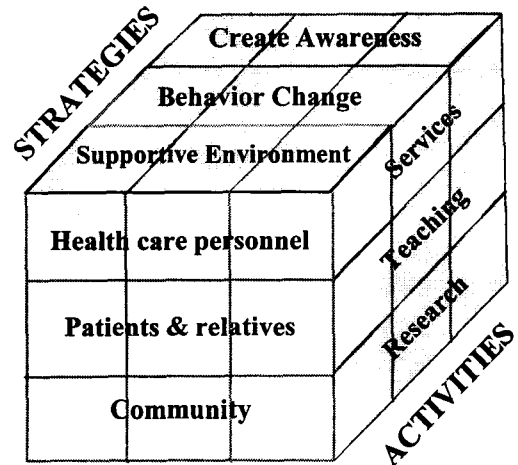
มิติของ “โรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ”

การเป็น “โรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ” จำเป็นต้องมองให้ครอบคลุมเพื่อเห็นภาพรวมของการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 3 มิติที่สัมพันธ์กัน ซึ่งเปรียบเสมือนกล่อง 3 มิติ ดังในรูปที่ 1

มิติที่ 1 เป็นการกล่าวถึง “กลุ่มเป้าหมาย” (Target group) ในการส่งเสริมการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนแพทย์ ซึ่งอาจจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ^(4,5)

- บุคลากรในโรงเรียนแพทย์
- ผู้ป่วย และญาติที่มาใช้บริการที่โรงเรียนแพทย์
- ชุมชนที่โรงเรียนแพทย์รับผิดชอบ

มิติที่ 2 เป็นเรื่องของ “กิจกรรม” (Activities)



TARGET GROUP

รูปที่ 1. ภาพรวมแห่งการสร้างเสริมสุขภาพ

สำคัญ 3 ประการในโรงเรียนแพทย์ที่สามารถผสมผสานหรือนบูรณาการ “การสร้างเสริมสุขภาพ” เข้าไปได้ (ดูรูปที่ 2) กิจกรรมทั้ง 3 ได้แก่ ⁽⁵⁾

1. งานบริการ (Service) ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา หรือการฟื้นฟูสภาพก็ตาม

2. งานด้านการเรียนการสอน และฝึกอบรม (Teaching and Training) ให้กับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เพื่อสร้างความตระหนัก หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก็ตาม

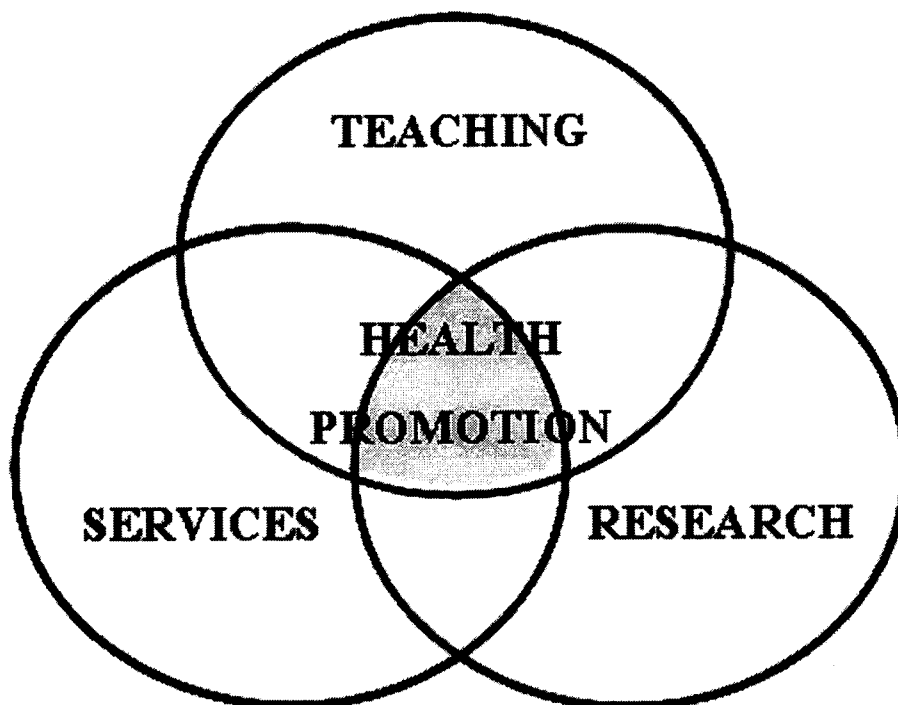
3. งานด้านการวิจัย (Research) เพราะโรงเรียนแพทย์เป็นทั้งแหล่งสะสมความรู้ ผลิตรายความรู้ใหม่ และเผยแพร่ความรู้ให้กับสังคม

มิติที่ 3 “กลยุทธ์” (Strategy) ในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งมี 3 ระดับ คือ ⁽⁶⁾

• ระดับที่ 1 : การสร้างความตระหนัก (Awareness creation)

• ระดับที่ 2 : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior change)

• ระดับที่ 3 : การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Supportive environment creation)



รูปที่ 2. การบูรณาการ “การสร้างเสริมสุขภาพ” เข้ากับกิจกรรม 3 ประการในโรงเรียนแพทย์

กลุ่มเป้าหมาย (Target Group) ของการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนแพทย์

ในการวางแผนเพื่อกำหนดนโยบายของการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนแพทย์ จำเป็นต้องดำเนินการให้สอดคล้อง และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 : บุคลากรในโรงเรียนแพทย์

บุคลากรในโรงเรียนแพทย์มีหลายประเภท ในแต่ละประเภทจำเป็นต้องใช้กลยุทธ์ แผนดำเนินการ และกิจกรรมต่าง ๆ กัน อย่างไรก็ตามในการวางแผนควรมีข้อมูลพื้นฐานครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ⁽⁷⁾

1. ด้านสุขภาพทั่วไป เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพทั้งบวก และลบ (พฤติกรรมบริโภค การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย พฤติกรรมทางเพศ และความเครียด เป็นต้น) และประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพ

2. ด้านอาชีวอนามัย เพื่อประเมินความเสี่ยงจากการปฏิบัติงาน โดยประเมินสิ่งแวดล้อมในการทำงาน การสัมผัสกับสิ่งคุกคามต่าง ๆ ตลอดจนประเมินผลกระทบ

ต่อสุขภาพ เช่น โรคติดต่อ สารเคมี หรือปัจจัยด้านกายภาพ (รังสี เสียง เป็นต้น)

3. ด้านสิ่งแวดล้อมองค์กร เช่น ประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ประเมินความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต เป็นต้น

การออกแบบโครงการสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงาน (Workplace health promotion program) อาจแบ่งได้เป็น 3 ระยะ⁽⁶⁾ คือ

ระยะที่ 1 : การวางแผน

ควรเริ่มด้วยคำถามหลัก 4 ข้อ คือ

1. องค์กรมีความพร้อมต่อการพัฒนาโครงการสร้างเสริมสุขภาพมากน้อยแค่ไหน ?

2. องค์กรตั้งเป้าหมายอะไร ? และเป้าหมายดังกล่าวเป็นไปได้หรือไม่ ?

3. สมาชิกองค์กรควรมีส่วนร่วมในการวางแผนมากน้อยแค่ไหน ?

4. กระบวนการวางแผนควรมากน้อยแค่ไหน ?

ความพร้อมขององค์กรจะมีผลต่อการดำเนินการในขั้นต่อไป เช่น ถ้าประเมินแล้วองค์กรยังไม่มีความพร้อมเลยก็อาจต้องรอไปก่อน แต่ถ้ามีความสนใจ และเห็นดีด้วย ก็อาจทำการศึกษาความเป็นไปได้ หรือประเมินความต้องการต่อไป

ทำนองเดียวกัน เป้าหมายบางอย่างสามารถสัมฤทธิ์ผลได้ เช่น การลดน้ำหนักตัว การเลิกบุหรี่ การลดระดับความเครียด หรือพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ถูกหลักโภชนาการ แต่เป้าหมายบางอย่างก็ยากจะสำเร็จในเวลาอันสั้น เช่น การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวร อัตราการเข้าร่วมโครงการ 100 % การลดค่าใช้จ่ายด้านรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็ว การลดการขาดงานจากการเจ็บป่วยลงทันที เป็นต้น

ระยะที่ 2 : การศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility study) และประเมินความต้องการ (Needs assessment) ซึ่งประกอบไปด้วยขั้นตอน 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. ระบุแรงจูงใจ และเป้าหมายของโครงการ ซึ่งประกอบไปด้วยเป้าหมายด้านการบริหารจัดการ (เช่น ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล เพิ่มภาพลักษณ์ขององค์กร หรือเพิ่มสมรรถภาพการทำงาน) และเป้าหมายด้านสุขภาพ (เช่น พฤติกรรมสุขภาพ ระดับความแข็งแรง การลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ)

2. วิเคราะห์ความคุ้มค่าของโครงการ

3. ประเมินระดับการสนับสนุน และความสนใจของผู้บริหารระดับสูง หัวหน้าฝ่าย และบุคลากรต่าง ๆ

4. จัดหาทรัพยากร

5. ทำประเด็นต่าง ๆ ให้ชัดเจน

ระยะที่ 3 : การพัฒนาเนื้อหาของโครงการ

เนื้อหาของโครงการขึ้นกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ และระดับผลกระทบที่ต้องการ (สร้างความตระหนัก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ)

กลยุทธ์ในการดำเนินการในระยะที่ 3 อาจทำได้หลายวิธี⁽⁶⁾ เช่น

1. Traditional programs มักเน้นโรคเรื้อรัง โดยบุคลากรสามารถเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ โครงการมักประกอบไปด้วยการประชาสัมพันธ์ การตรวจคัดกรองสุขภาพเพื่อค้นหาผู้มีปัจจัยเสี่ยง การให้สุศึกษา และการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมองค์กร เน้นการออกกำลังกาย การบริโภค การจัดการความเครียด การลดน้ำหนัก หรือการอดบุหรี่ เป็นต้น

2. Neo-traditional programs คล้ายกับข้อ 1. แต่มักบังคับให้ทุกคนเข้าร่วมการตรวจคัดกรองสุขภาพ โดยพยายามคัดเลือกผู้มีความเสี่ยงสูงให้ร่วมโครงการมากที่สุด

3. Incentive-focused programs ให้รางวัลผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่ำ และผู้มีปัจจัยเสี่ยงสูงที่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้

4. Mail-based programs ประเมินความเสี่ยงทางไปรษณีย์ เมื่อแปลผลแล้วก็ส่งบทเรียนที่สามารถศึกษาด้วยตนเองไปให้ ทำให้สามารถลดค่าใช้จ่าย และพนักงานรู้สึกมีความเป็นส่วนตัว แต่ก็ทำให้ขาดการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ได้

5. Technology-based programs ใช้เทคโนโลยีเข้ามาช่วย เช่น internet, intranet, วิดีโอ, virtual reality system หรือโทรศัพท์ จัดการเรียนให้เหมาะสมกับความชอบของแต่ละคน

กลุ่มที่ 2 : ผู้ป่วย และญาติที่มาใช้บริการที่โรงเรียนแพทย์

รูปแบบของการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายนี้ ต้องเชื่อมโยงให้เข้ากับการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation; HA) โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ สุขภาพที่ดีขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งอาจทำได้ 2 วิธีคือ

1. ใช้รูปแบบบริการ (Care-based หรือ Service-based health promotion) ในการสร้างเสริมสุขภาพ

2. ใช้รูปแบบกิจกรรม (Activity-based หรือ Program-based health promotion) กลุ่มเป้าหมายของกลุ่มที่ 2 นี้ อาจจำแนกได้เป็นผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก

การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยใน

โดยใช้แนวคิดของ HA คือ การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และดูแลแบบต่อเนื่อง ร่วมไปกับการสนใจเรื่องสุขภาพของคนไข้ นอกเหนือไปจากโรคที่เขาเป็นอยู่ โดยใช้หลักเพิ่มพลังอำนาจ (empower) ให้เขาสามารถดูแลตนเอง รับรู้ข้อมูล และการมีส่วนร่วม โดยเน้นการปรับสิ่งแวดล้อม เน้นเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ และเน้นโรคเรื้อรังก็จะเกิดการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบที่เรียกว่า “การสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบบริการ” (Care-based health promotion) ซึ่งเป็นการปรับงานประจำที่ทำอยู่ให้เป็นการสร้างเสริมสุขภาพนั่นเอง⁽⁹⁾

นอกจากนั้น ควรจัดกิจกรรมเสริมต่างหากที่เรียกว่า “การสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบกิจกรรม” (Activity-based หรือ Program-based health promotion) เช่น จัดให้มีมุมให้ความรู้ โครงการคุณภาพชีวิตเด็กป่วย โครงการศิลปะบำบัด การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น^(9,10)

การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยใน อาจทำได้ 4 ระยะ คือ ระยะก่อนรับเข้ารักษาตัว ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ระยะก่อนกลับบ้าน และการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน

การสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยนอก

ใช้หลักการเดียวกับผู้ป่วยใน คือ ใช้ “รูปแบบบริการ” ที่มีอยู่แล้ว โดยเน้นโรคเรื้อรัง เน้นบริการที่ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเน้นเรื่องสิ่งแวดล้อม และเสริมด้วย “รูปแบบกิจกรรม” เช่น การให้ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน บอร์ดนิทรรศการ กิจกรรมรณรงค์ต่าง ๆ เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 : การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนที่รับผิดชอบ

โดยต้องเริ่มด้วยการกำหนดชุมชนที่โรงพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งอาจมีได้ 3 ลักษณะ คือ การกำหนดชุมชนตามกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์กัน (เช่น บริษัทที่มีสัญญากับโรงพยาบาล) ชุมชนตามสถานที่ (เช่น โรงเรียน หน่วยงาน) หรือชุมชนตามภูมิศาสตร์ (เช่น เขตปทุมวัน)

ควรมีการกำหนดเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ เชื่อมโยงกับข้อมูลทางระบาดวิทยาของปัญหาผู้ป่วยในโรงพยาบาล และปัญหาในชุมชน เพื่อสามารถเชื่อมโยงกับการพัฒนาการดูแลสุขภาพภายในโรงพยาบาล

มีกิจกรรมที่แสดงถึงความสัมพันธ์ การประสานงานการร่วมกิจกรรมในระดับชุมชนที่แสดงถึงความโดดเด่นในการทำกิจกรรมด้านสุขภาพ โดยเน้นกิจกรรมที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และดำเนินการโดยมีโรงพยาบาลเป็นที่ปรึกษา ผู้ประสานงาน หรือผู้สนับสนุน มีการสนับสนุนการให้ความรู้ และข้อเสนอแนะโดยผ่านเครือข่ายชุมชน รวมทั้งความรู้ และความคิดด้านวิถีชีวิต และด้านสุขภาพ เช่น การใช้ปุ๋ย หรือยาฆ่าแมลงอย่างถูกวิธี นอกจากนี้โรงพยาบาลยังต้องแสดงถึงความรับผิดชอบต่อชุมชนด้านต่าง ๆ เช่น การกำจัดขยะ การกำจัดน้ำเสีย เป็นต้น

กิจกรรมในโรงเรียนแพทย์ที่สามารถผสมผสานการสร้างเสริมสุขภาพ

กิจกรรม 1 : งานบริการ

โดยการเน้น “การสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบบริการ” (Service based health promotion) ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเปรียบเสมือนการปรับงานประจำให้เป็นการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การสอนให้ตรวจเต้านมด้วยตนเอง การปรับพฤติกรรม หรือวิถีชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นลบ (ทั้งคนที่เป็นโรค และไม่เป็นโรค) การตรวจประเมินตนเองในการรักษาโรคที่เป็นอยู่ เช่น การชั่งน้ำหนัก การตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง หรือการสอนญาติให้ทำกายภาพบำบัดให้ผู้ป่วย เป็นต้น

กิจกรรม 2 : งานด้านการเรียนการสอน และฝึกอบรม

โดยการกำหนดสัมฤทธิ์ผล (outcomes) ของบัณฑิตที่จบจากโรงเรียนแพทย์ต้องสามารถมองให้ครอบคลุม เห็นภาพรวมของการสร้างเสริมสุขภาพทั้ง 3 มิติที่สัมพันธ์กัน (ดูรูป 1) ด้วยสัมฤทธิ์ผลที่กำหนดดังกล่าว จะเป็นตัวกำหนดเรื่องอื่น ๆ เช่น

● การกำหนดเนื้อหาด้านการสร้างเสริมสุขภาพไว้ในหลักสูตร

● การจัดการเรียนการสอนที่สามารถบูรณาการเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาพเข้าไปในรายวิชาต่าง ๆ ทั้งในแนวดิ่ง (vertical integration) และแนวนราบ (horizontal integration) รวมทั้งกิจกรรมเสริมหลักสูตรต่าง ๆ

● การประเมินผล

● การกำหนดสิ่งสนับสนุน และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

● การจัดเตรียมทรัพยากรที่เหมาะสม

● การพัฒนาอาจารย์ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติที่ดีต่อการสร้างเสริมสุขภาพ

กิจกรรม 3 : งานด้านการวิจัย

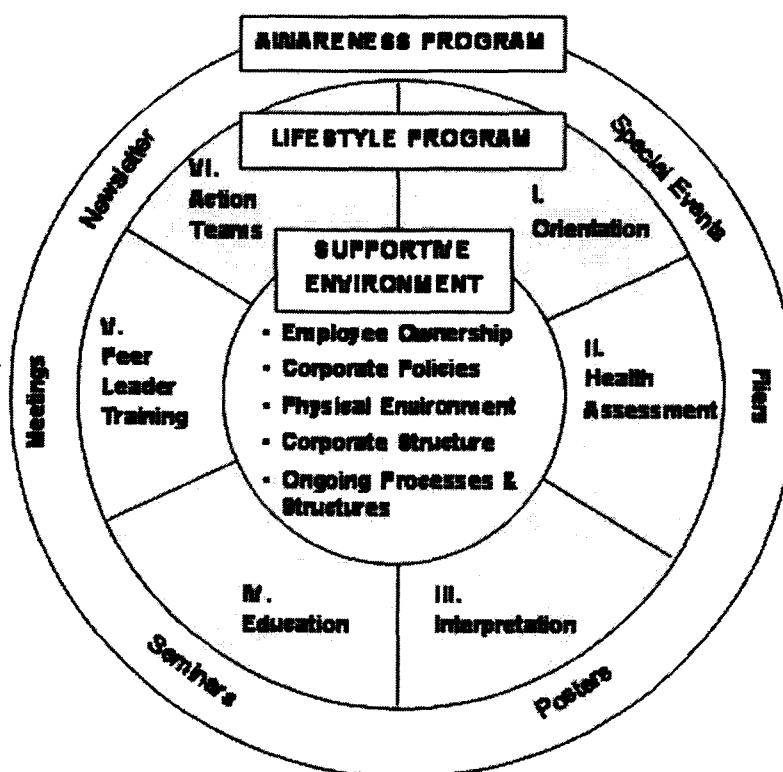
โรงเรียนแพทย์เป็นแหล่งสะสมผู้รู้ และความรู้ และต้องแสวงหาความรู้ใหม่ ดังนั้นโรงเรียนแพทย์ต้องแสดงบทบาทในเรื่องนี้อย่างชัดเจน และเชื่อมโยงให้เห็นคุณค่า และประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพที่มุ่งหวัง

ให้เกิดคุณภาพชีวิต แม้โรคบางโรคจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่แพทย์ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความสุขมากขึ้นได้ ประกอบกับการสร้างเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนต้องวางอยู่บนพื้นฐานของ "หลักฐานเชิงประจักษ์" (evidence-based) เพื่อแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมใดน่าจะเกิดประโยชน์ หรือกิจกรรมใดไม่เกิดประโยชน์

ดังนั้น โรงเรียนแพทย์ควรสนับสนุนงานวิจัยด้านการสร้างเสริมสุขภาพให้ครบวงจร ตั้งแต่การตั้งโจทย์ การวิจัย การพัฒนาโครงร่างการวิจัย การหาทุน การจัดเวที เสนอผลงานวิจัย รวมทั้งการเผยแพร่ในลักษณะอื่น ๆ โดยอาจจัดให้มีการประกวดแข่งขัน เพื่อเป็นการกระตุ้นเชิงบวกด้วย

กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพ อาจแบ่งได้เป็น 3 ระดับ⁽⁶⁾ (ดูรูปที่ 3)



รูปที่ 3. การสร้างเสริมสุขภาพแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Program)
ที่มา: O'Donnell MP (2000).⁽⁶⁾

ระดับที่ 1 : สร้างความตระหนัก

เป็นการเพิ่มความตระหนัก และความสนใจที่จำเป็นต้องสร้างเสริมสุขภาพ กลยุทธ์ในระดับนี้มีรากฐานบนทฤษฎีด้านพฤติกรรมศาสตร์ดั้งเดิมที่มีความเชื่อว่าการเพิ่มความรู้จะสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในที่สุด

ตัวอย่างของกิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนัก เช่น จัดหมายข่าว แผ่นพับ ใบปลิว โปสเตอร์ การจัดบรรยาย สัมมนา จัดมหกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หรือการตรวจสุขภาพ (โดยไม่มีการส่งข้อมูลย้อนกลับไปยังผู้ได้รับการตรวจ) เป็นต้น

การสร้างเสริมสุขภาพในระดับนี้จะไม่มีผล (หรือมีผลน้อยมาก) ต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะยาว หรือผลต่อสุขภาพ และมักจะได้ผลไม่ยั่งยืน ดังนั้น การใช้โปรแกรมระดับนี้ตามลำพังจึงมักไม่ค่อยได้ผล แต่จะมีประโยชน์ถ้าใช้ร่วมกับโปรแกรมในระดับอื่น ๆ มักใช้ในการเริ่มต้นของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเบ็ดเสร็จ (comprehensive program) เพื่อการประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่รับรู้ของสมาชิกในองค์กร และชุมชนภายนอก เป็นการช่วยเสริมภาพลักษณ์ขององค์กร และช่วยกระตุ้นให้สมาชิกขององค์กรให้ความสนใจ และหันมาสนับสนุนการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างกว้างขวางลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ระดับที่ 2 : การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

มีผลในการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อันจะนำไปสู่สุขภาพของสมาชิกขององค์กรดีขึ้น ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลลง เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของสมาชิกองค์กร ทำให้ภาพลักษณ์ขององค์กรในสายตาสมาชิกและชุมชนภายนอกดีขึ้น และยังช่วยให้สมาชิกองค์กรรู้จักสนิทสนมกันมากขึ้น ทำให้ทำงานร่วมกันได้ดีขึ้น

ตัวอย่างของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ถูกหลัก

โภชนาการ การอดบุหรี่ การจัดการความเครียด

ลักษณะโปรแกรมที่ได้ผลมักเป็นการผสมผสานระหว่างการให้รู้ ศึกษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การทดลองปฏิบัติ การสนับสนุนด้านสังคม (social support) การให้สิ่งตอบแทน (incentive) และการให้ข้อมูลย้อนกลับ (feedback) อย่างไรก็ตาม อาจต้องใช้เวลาานกว่าจะเห็นผล (12 สัปดาห์ขึ้นไป) และมักจะได้ผลเฉพาะผู้ที่มีความพร้อมจะเปลี่ยนแปลงอยู่แล้ว

ระดับที่ 3 : สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

มาตรการนี้จะมีผลกับทุกคนในองค์กรโดยไม่ต้องคำนึงถึงระดับความพร้อมของบุคคล และช่วยให้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมีความยั่งยืน

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีมาตรการ 3 ประการ คือ

1. การสร้าง / การเปลี่ยนแปลง

1.1 การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น การสร้างสถานที่ออกกำลังกาย ที่อาบน้ำ จัดหาตู้เก็บเสื้อผ้า การเปิดร้านขายอาหารเพื่อสุขภาพ การนำที่เขียนหรือออกจากที่ทำงาน เป็นต้น

1.2 การสร้างนโยบายขององค์กรที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การกำหนดให้หัวหน้างานต้องสนับสนุนให้สมาชิกในหน่วยงานเข้าร่วมโครงการ การกำหนดเวลาการทำงานที่ยืดหยุ่นเพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกเข้าร่วมโครงการ การกำหนดนโยบายปลอดบุหรี่ในสถานที่ทำงานหรือนโยบายให้รางวัลผู้มีสุขภาพดี เป็นต้น

1.3 การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การยกย่องสรรเสริญสมาชิกที่ประสบความสำเร็จในการเข้าร่วมโครงการ ผู้บริหารระดับสูง หรือผู้เป็นที่เคารพนับถือในองค์กร ทำตัวเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ การรายงาน และให้ข้อมูลย้อนกลับ ผลการสำรวจสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกแต่ละแผนกอย่างสม่ำเสมอหรือการสร้างระบบการให้รางวัลแก่ผู้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เป็นต้น

2. การดำเนินการโครงการอย่างต่อเนื่อง

โดยมีผู้รับผิดชอบ มีสำนักงาน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ และจัดให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่น การฝึกอบรม การตรวจคัดกรองสุขภาพ การจัดกิจกรรมพิเศษ การรณรงค์อย่างสม่ำเสมอ

3. การสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของโครงการ

โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกองค์กรมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ และดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการออกค่าใช้จ่ายบางส่วน ของโครงการรวมถึงการเก็บข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยเป็นความลับ เป็นต้น

สรุป

“ภาพรวมแห่งการสร้างเสริมสุขภาพ” ที่นำเสนอข้างต้น สามารถใช้เป็นกรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการ ในการขึ้นนำการริเริ่มและการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในสภาพแวดล้อมของโรงเรียนแพทย์ได้อย่างหลากหลาย ทั้งยังแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการสร้างเสริมสุขภาพนั้นมีมิใช่สิ่งแปลกแยกสำหรับโรงเรียนแพทย์ ซึ่งมีการกิจหลักด้านการพัฒนาและถ่ายทอดวิทยาการด้านการรักษาพยาบาล แต่เป็นสิ่งที่สอดคล้องกับและเกื้อหนุนภารกิจหลักและงานประจำดั้งเดิมขององค์กรได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ ยังสามารถใช้ “ภาพรวมแห่งการสร้างเสริมสุขภาพ” นี้ เป็นกรอบในการตรวจสอบหรือตรวจทานความครบถ้วนและความครอบคลุมของการดำเนินโครงการโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพอย่างเบ็ดเสร็จ

อ้างอิง

1. ภิรมย์ กมลรัตนกุล, วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. แนวคิดใหม่เกี่ยวกับ ‘สุขภาพะ’ และ ‘การสร้างเสริมสุขภาพ’. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2549 พ.ศ;50(5):291-300
2. WHO Health Promoting Hospitals Network. The Vienna Recommendations for Health

Promoting Hospitals [online]. 1997 [cited 2005 Sep 27]. Available from: URL: <http://www.euro.who.int/document/IHB/hphviennarecom.pdf>

3. ประเวศ วะสี. วิสัยทัศน์สำหรับ “โรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ”. ใน: อภินันท์ อร่ามรัตน์, หัวหน้าโครงการ. รายงานฉบับสมบูรณ์ การสัมมนาเรื่องโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1: Health Promoting Medical School. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. กันยายน 2547: 6-11
4. อำนาจ ศรีรัตนบัลล์. โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพของคณะแพทยศาสตร์. ใน: อภินันท์ อร่ามรัตน์, หัวหน้าโครงการ. รายงานฉบับสมบูรณ์ การสัมมนาเรื่องโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1: Health Promoting Medical School. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. กันยายน 2547:12-18
5. คณะกรรมการนโยบายและสนับสนุนการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. นโยบาย เป้าหมาย แนวทาง และแผนดำเนินโครงการ การสร้างเสริมสุขภาพในคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. ใน: อภินันท์ อร่ามรัตน์, หัวหน้าโครงการ. รายงานฉบับสมบูรณ์ การสัมมนาเรื่องโรงเรียนแพทย์สร้างเสริมสุขภาพ ครั้งที่ 1: Health Promoting Medical School. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ กลุ่มสถาบันแพทยศาสตร์แห่งประเทศไทย. กันยายน 2547:57-59
6. O'Donnell MP. How to Design Workplace Health Promotion Programs. Keego Harbor, MI: American Journal of Health Promotion, 2000

7. Polanyi MFD, Frank JW, Shannon HS, Sullivan TJ, Lavis JN. Promoting the determinants of good health in the workplace. In: Poland BD, Green LW, Rootman I, eds. *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2000:138-74
8. Chapman L. In search of program models for health promotion. *The Art of Health Promotion* 1997 Mar-Apr;1(1):1, 5, 8
9. Pelikan JM, Krajic K, Dietscher C. The health promoting hospital (HPH): concept and development. *Patient Educ Couns* 2001 Dec 15;45(4):239-43
10. Vang J, Kristensen M, eds. *Health gain measurements as a tool for hospital management and health policy*. In: *Proceeding of 3rd International Conference on Health Promoting Hospitals*. Linkoping Sweden: Centre for Public Health Sciences, 1995