

การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดใน
บุคลากรกรมควบคุมโรค

โดย

นิตยา พันธุ์เวทย์

นุชรี อามสุวรรณ

ชัยศักดิ์ สุรสิทธิ์

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด

ในบุคลากรควบคุมโรค

อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ

แพทย์หญิงคุณสุวรรณา เศษอุดม มุลินิธิหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์
นายแพทย์สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะทำงานการศึกษา

นิตยา พันธุ์เวทย์

นุชรี อาบสุวรรณ

ชัยศักดิ์ สุรสิทธิ์

เผยแพร่โดย

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

กระทรวงสาธารณสุข ถ.ติวานนท์ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000

โทร 0 2590 3987 โทรสาร 0 2590 3988

สิงหาคม 2555

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษา “การสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในบุคลากร
กรมควบคุมโรค” ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี คณะผู้ศึกษา ต้องขอขอบพระคุณ นายแพทย์นพพร ชื่นกลิ่น
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ท่านเห็นความสำคัญและให้นโยบายในการ
นำร่องโครงการนี้ขึ้น ขอขอบพระคุณ ดร. นายแพทย์กานูวัฒน์ ปานเกตุ ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ
และ พญ.จุรีพร คงประเสริฐ รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ที่เห็นชอบ และ
ให้กำลังใจในการดำเนินงาน ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา แพทย์หญิงคุณสรวรรยา เดชอุดม
มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ และ นายแพทย์สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์
คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ชี้แนะแนวทาง กรอบการดำเนินงาน และติดตาม
ดำเนินงานโครงการจนสำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร
รองผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะใน
การจัดทำรายงานการศึกษาในครั้งนี้

ขอขอบคุณคณะทำงานดำเนินงานรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน ทุกท่านที่ได้เข้าร่วมประชุม
เสนอแนะปรับวิธีการดำเนินงานโครงการเป็นอย่างดี ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของกลุ่มพัฒนา-
การสื่อสารความเสี่ยง สำนักโรคไม่ติดต่อทุกท่าน ขอขอบคุณ คุณสมปอง ขวงสอาด และคุณคณิงนิจ
นิษานนท์ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ที่ได้ช่วยติดตามแบบประเมิน จนได้
ข้อมูลมาอย่างครอบคลุมมากที่สุด

ท้ายนี้ ที่ขาดเสียมิได้คณะผู้ศึกษา ต้องขอขอบคุณบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ทั้งจาก
สำนักโรคไม่ติดต่อและ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ
ในการนำร่องรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน ร่วมทั้งได้เสนอแนะ ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการดำเนินงาน
โครงการ ยังผลให้การศึกษาครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

คณะทำงานการศึกษา

สิงหาคม 2555

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ง
สารบัญแผนภาพ	จ
บทคัดย่อ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	2
ขอบเขตของการศึกษา	2
นิยามศัพท์ (ในการศึกษาครั้งนี้)	3
ประโยชน์ที่ได้รับ	3
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	4
สถานการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด	4
การป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด เน้นเรื่องพฤติกรรม	8
การสื่อสารความเสี่ยงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	15
การดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง ภายใต้ โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน	22
กรอบการประเมินผล	26
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	27
ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	27
ระยะเวลาการดำเนินงาน	27
ขั้นตอนดำเนินงาน	27
การวิเคราะห์ข้อมูล	28

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	29
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	44
สรุปผลการศึกษา	44
การอภิปรายผล	47
ข้อเสนอแนะ	50
เอกสารอ้างอิง	54
ภาคผนวก	57
แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด	57

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 ความชุกแยกตามเพศของปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้	6
ตารางที่ 2.2 จำนวนปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดแยกตามเพศของกลุ่มตัวอย่าง	7
ตารางที่ 2.3 รายละเอียดของปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้	9
ตารางที่ 2.4 รายละเอียดของปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้	10
ตารางที่ 2.5 ลักษณะของความเสี่ยงที่มีอิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงของคน	18
ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	30
ตารางที่ 4.2 ร้อยละของความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในภาพรวม	31
ตารางที่ 4.3 ร้อยละของความพึงพอใจในประเด็นรูปแบบการดำเนินการแยกตามกลุ่มอายุ	34
ตารางที่ 4.4 ร้อยละของความพึงพอใจในประเด็นสื่อ/อุปกรณ์ในโครงการแยกตามกลุ่มอายุ	36
ตารางที่ 4.5 ร้อยละของความพึงพอใจในประเด็นการประสานงานโครงการแยกตามกลุ่มอายุ	37
ตารางที่ 4.6 ร้อยละของความพึงพอใจในประเด็นความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้แยกตามกลุ่มอายุ	38
ตารางที่ 4.7 ร้อยละของความพึงพอใจในประเด็นระยะเวลาดำเนินการแยกตามกลุ่มอายุ	39
ตารางที่ 4.8 ร้อยละของความคิดเห็นต่อช่องทางการสื่อสารในโครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน	40
ตารางที่ 4.9 ร้อยละของความคิดเห็นต่อช่องทางการสื่อสารในโครงการแยกตามกลุ่มอายุ	41
ตารางที่ 4.10 ร้อยละของความคิดเห็นต่อสื่อในโครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน	42
ตารางที่ 4.11 ร้อยละของความคิดเห็นต่อสื่อในโครงการแยกตามกลุ่มอายุ	42
ตารางที่ 4.12 ร้อยละของความคิดเห็นต่ออุปกรณ์ในโครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน	43
ตารางที่ 4.13 ร้อยละของความคิดเห็นต่ออุปกรณ์ในโครงการแยกตามกลุ่มอายุ	43

สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 2.1 ร้อยละของระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดแยกตามเพศ	8
แผนภาพที่ 2.2 แนวทางปฏิบัติกลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยง 7 ขั้นตอน ของ หน่วยสาธารณสุขประเทศแคนาดา	21
แผนภาพที่ 2.3 กรอบการประเมิน	26

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Routine to Research (R to R) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงในป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงานในบุคลากรของกรมควบคุมโรค ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากบุคลากรสำนักโรคไม่ติดต่อ และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ที่ยินยอมเข้าร่วม จำนวน 81 คน ดำเนินโครงการ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม 2554 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจากคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานดำเนินการรักษ์หัวใจในที่ทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ ร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ ประเด็นรูปแบบการดำเนินการช่วยสร้างความตระหนัก ร้อยละ 84.0 ช่วยส่งเสริมให้รับรู้ปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 90.1 ช่วยส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรค ร้อยละ 88.9 ประเด็นความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันควบคุมโรคเพิ่มขึ้น ร้อยละ 87.7 สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพป้องกันโรคได้ ร้อยละ 88.9 ส่วนความพึงพอใจที่ได้น้อยกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ ประเด็นรูปแบบการดำเนินการตอบสนองกับความต้องการ และการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วม ประเด็นสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ช่วยให้ความตระหนักและมีความเหมาะสม ประเด็นการประสานงาน และระยะเวลาดำเนินการ สำหรับความคิดเห็นถึงช่องทางสื่อสารที่เข้าถึงคนในองค์กร ได้ดีมากที่สุด คือ หนังสือราชการ สื่อในองค์กรที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพอันดับแรก คือ คู่มือการดูแลสุขภาพ และอุปกรณ์ที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพในองค์กร ได้มากที่สุด คือ เครื่องวัดความดันโลหิต และเมื่อศึกษาโดยแบ่งช่วงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น อายุ 15-39 ปี และกลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย อายุ 40-59 ปี พบว่า กลุ่มวัยที่ต่างกัน มีความคิดเห็นที่ต่างกัน ได้แก่ กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ มากกว่ากลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย ส่วนกลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีร้อยละของความคิดเห็นว่าสื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในองค์กรรักษ์หัวใจช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพมากกว่ากลุ่มวัยแรงงานตอนต้น

ข้อเสนอแนะ มีดังนี้

1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อนำสู่การปฏิบัติ (Policy Implementation) คือ ผู้นำองค์กรควรกำหนดเป็นนโยบายหรือตัวชี้วัด โดยให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และนำตัวชี้วัดมาประกอบการพิจารณาความดีความชอบ ค่าตอบแทน หรือให้การเสริมแรงอื่นๆ ควรสนับสนุนการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงาน และร่วมดำเนินการเพื่อเป็นตัวอย่างให้กับบุคลากรในองค์กร

2 ข้อเสนอแนะสำหรับกระบวนการสื่อสาร คือ ควรระบุผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ที่เป็นรูปธรรม แยกดำเนินการตามกลุ่มอายุ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กร โดยใช้การสื่อสารสองทาง ประกอบกับการใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย การจัดการความรู้ที่เหมาะสมกับกลุ่มวัย ตลอดจนการติดตามประเมินกิจกรรมการดำเนินงานและประเมินผลลัพธ์เป็นระยะ สม่าเสมอ

3 ข้อเสนอแนะสำหรับประเด็นการวิจัยที่จะทำต่อไป ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงและการป้องกันควบคุมโรคที่ต่างกันในกลุ่มอายุที่ต่างกัน ศึกษาสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดการป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุที่ต่างกัน ศึกษาช่องทางการสื่อสารในการจัดการป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุที่ต่างกัน ศึกษาปัจจัยเชิงนโยบายที่สนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่องของการดำเนินการรักษาหัวใจ ในที่ทำงาน และศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนในการจัดการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดให้เกิดความยั่งยืน

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ การสื่อสารความเสี่ยง การป้องกันควบคุม โรคหัวใจและหลอดเลือด

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญ องค์การอนามัยโลก รายงานว่าในปี 2548 โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งจากทั่วโลก พบประมาณ 17.1 ล้านคน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 29 ของการเสียชีวิตทั้งหมด การเสียชีวิตจากโรคในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 7.2 จากหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 5.7 และเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำจนถึงปานกลางถึงร้อยละ 82 ซึ่งเกิดในเพศหญิง และเพศชายพอๆกัน คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) การเสียชีวิตจากโรคนี้อาจเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 ล้านคนทั่วโลก¹ สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่าอัตราการเสียชีวิตจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด คิดอันดับ 1 ใน 3 มาโดยตลอด เฉพาะในปี 2552 มีประชากรไทยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 35,050 ราย² คิดเฉลี่ยต่อวันเสียชีวิตด้วยโรคนี้นี้ 96 ราย หรือชั่วโมงละ 4 ราย ส่วนอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อแสนประชากร ในรอบ 10 ปี (พ.ศ. 2542-2551) พบเพิ่มสูงขึ้นกว่า 3 เท่าตัว³ ซึ่งผลกระทบของโรค ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะผู้ป่วย แต่ส่งผลถึงครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจของประเทศด้วย

สมาพันธ์หัวใจโลก (World Heart Federation) รายงานว่าเกือบครึ่งของสาเหตุการเสียชีวิตจะเป็นการเสียชีวิตจากโรคเรื้อรังรวมโรคหัวใจและอัมพาต⁴ สำหรับสถานการณ์การเสียชีวิตโดยรวมของประชากรวัยแรงงานของไทย (กลุ่มอายุ 15 - 59 ปี) ทั้งเพศชายและหญิงเป็นการเสียชีวิตจาก โรคไม่ติดต่อ รองลงมาคือกลุ่มการบาดเจ็บและกลุ่มโรคติดเชื้อ ตามลำดับ เมื่อแยกตามช่วงอายุพบว่า ประชากรวัยแรงงานตอนต้น (กลุ่มอายุ 15-29 ปี) ในเพศชายมีการเสียชีวิตมาจากกลุ่มการบาดเจ็บมากที่สุด ส่วนในเพศหญิงมีการเสียชีวิตมาจาก 3 กลุ่มโรสดังกล่าวในสัดส่วนเท่าๆ กัน และเมื่ออายุสูงขึ้น (กลุ่มอายุ 30-59 ปี) ทั้งสองเพศมีการเสียชีวิตมาจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อในสัดส่วนที่สูง⁵

ความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรไทยในประชากรวัยแรงงาน เมื่อแยกความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ในประชากรกลุ่มอายุ 15 – 29 ปี พบว่า มีค่าความสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด 1.4 ล้านปี โดยเพศชายมีค่าสูญเสียปีสุขภาวะมากกว่าเพศหญิงประมาณ 2.4 เท่า สำหรับสาเหตุหลัก

ของความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากรกลุ่มนี้ ได้แก่ ความผิดปกติทางจิต และอุบัติเหตุ เมื่อพิจารณาการจัดอันดับสาเหตุหลัก 10 อันดับแรกที่ทำให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ พบว่า สาเหตุหลัก 3 อันดับแรกของความสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชาย คือ การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รองลงมาเป็นอุบัติเหตุทางถนน และโรคจิตเภท สำหรับสาเหตุหลัก 3 อันดับแรกของความสูญเสียปีสุขภาวะในเพศหญิง คือ อุบัติเหตุทางถนน ตามมาด้วยการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคซึมเศร้า ตามลำดับ ส่วนความสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) ในประชากรกลุ่มอายุ 30 – 59 ปี พบว่า มีค่าความสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด 4.6 ล้านปี โดยเพศชายมีค่าสูญเสียมากกว่าเพศหญิงประมาณ 1.6 เท่า โดยสาเหตุหลักในเพศชายคือ ความผิดปกติทางจิต อุบัติเหตุ ตามด้วยโรคมะเร็งและโรคหัวใจและหลอดเลือดพอกัน เมื่อพิจารณาการจัดอันดับสาเหตุหลัก 10 อันดับแรกที่ทำให้เกิดความสูญเสียปีสุขภาวะ พบว่า สาเหตุหลัก 3 อันดับแรกของความสูญเสียปีสุขภาวะในเพศชายกลุ่มอายุ 30 – 59 ปี คือ การเสพติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รองลงมาเป็นอุบัติเหตุทางถนน และการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามลำดับ สำหรับสาเหตุหลัก 3 อันดับแรกของความสูญเสียปีสุขภาวะในเพศหญิงกลุ่มอายุ 30 – 59 ปี คือ โรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า และโรคหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ⁵

จะเห็นได้ว่าวัยแรงงานเมื่อมีอายุที่มากขึ้นสาเหตุการเสียชีวิตมักเกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งโรคเหล่านี้มีอย่างน้อยร้อยละ 80 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก อันได้แก่ การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ (unhealthy diet) และการขาดกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างกระฉับกระเฉงและขาดการออกกำลังกาย (Physical inactivity)⁴ ในปีงบประมาณ 2554 ผู้บริหารกรมควบคุมโรคเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ จึงได้มอบนโยบายให้ดำเนินการรักษหัวใจ ในที่ทำงาน โดยให้ดำเนินการนำร่องที่สำนักโรคไม่ติดต่อกับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

1.2 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงในป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการ รักษหัวใจ ในที่ทำงาน

1.3 ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Routine to Research (R to R) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงในป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการรักษาหัวใจ ในที่ทำงานในบุคลากรของกรมควบคุมโรค โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากบุคลากรสำนักโรคไม่ติดต่อ และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ที่ยินยอมเข้าร่วม จำนวน 81 คน ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม 2554

1.4 นิยามศัพท์ (ในการศึกษาครั้งนี้)

ความพึงพอใจ หมายถึง ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงในป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ใน 5 ประเด็น ได้แก่ 1) รูปแบบการดำเนินการ 2) สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ 3) การประสานงาน 4) ความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้ และ 5) ระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสม

1.5 ประโยชน์ที่ได้รับ

บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย มีความตระหนักรู้ และสามารถจัดการความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเองได้อย่างเหมาะสม

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Routine to Research (R to R) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงในป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงานในบุคลากรของกรมควบคุมโรค ซึ่งผู้ศึกษาได้กำหนดทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ คือ

- 2.1 สถานการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด
- 2.2 การป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด เน้นเรื่องพฤติกรรม
- 2.3 การสื่อสารความเสี่ยงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.4 การดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง ภายใต้ โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน
- 2.5 กรอบการประเมินผล

2.1 สถานการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด

2.1.1 สถานการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลก

องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ข้อมูลว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตสูงถึงปีละ 17.1 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2547 คิดเป็นร้อยละ 29 ของการเสียชีวิตทั้งหมด ซึ่งการเสียชีวิตจากโรคในกลุ่มนี้ ส่วนใหญ่จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 7.2 จากโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 5.7 และเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำจนถึงปานกลางถึงร้อยละ 82 ซึ่งเกิดในเพศหญิงและเพศชายพอกัน คาดว่าในปี พ.ศ. 2573 การเสียชีวิตจากโรคนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 ล้านคนทั่วโลก¹

สมาพันธ์หัวใจโลก (World Heart Federation) ให้ข้อมูลว่าสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกว่าประชากรทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 17.1 ล้านคนต่อปี และมีรายละเอียดเพิ่มเติมว่า⁶

- เกือบครึ่งหนึ่งของการตายจากโรคเรื้อรังและโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นผู้ที่มียุระหว่าง 15-69 ปี ซึ่งอย่างน้อยร้อยละ 80 ของการตายก่อนวัยสามารถป้องกันได้ด้วยการบริโภคอาหารสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอและหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่

- จากทั่วโลกพบว่ามีประชากรผู้ใหญ่มากกว่า 400 ล้านคนเป็นโรคอ้วน และ 1.6 พันล้านคนมีภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งการบริโภคอาหารที่มีไขมันสูงจะทำให้มีไขมันในเลือดสูง การออกกำลังกายไม่เพียงพอ มีภาวะน้ำหนักเกิน หรือโรคอ้วนทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น

- การบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการมีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ

- การที่ไม่มีกิจกรรมทางกายมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 1.5 เท่า และจะมีความเสี่ยงเป็น 2 เท่าในผู้ที่สูบบุหรี่

- ความเสี่ยงของการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการสูบบุหรี่จะสูงเพิ่มขึ้นตามปริมาณบุหรี่ที่สูบ และผู้ที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงสูงถึง 2 เท่ามากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่

2.1.2 สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดของประเทศไทย

1) สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดของประเทศไทย

โรคในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ (อัมพฤกษ์ อัมพาต) นั้น เมื่อเปรียบเทียบกับสาเหตุการเสียชีวิตจากรายงานสถิติสาธารณสุขในรอบ 10 ปี พบว่า อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูงจาก 5.5 ในปี 2543 ลดลงเป็น 36.2 ในปี 2552 ส่วนโรคหัวใจขาดเลือดจาก 10.1 ในปี 2543 เพิ่มขึ้นเป็น 20.68 ในปี 2552 สำหรับโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ (อัมพฤกษ์ อัมพาต) จาก 13.4 ในปี 2543 เพิ่มขึ้นเป็น 21.04 ในปี 2552² เฉพาะปี 2552 มีคนไทยเสียชีวิตจากโรคหัวใจและหลอดเลือดเท่ากับ 35,050 คน หรือประมาณได้ว่า มีคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 คนในทุกๆ 15 นาที³

ส่วนสาเหตุการป่วยด้วยโรคดังกล่าวข้างต้นและเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าทั้ง 3 โรคมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่อง เมื่อเปรียบเทียบในรอบ 10 ปี จากปี 2543 และปี 2552 พบว่า อัตราผู้ป่วยต่อประชากรแสนคนด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ (อัมพฤกษ์ อัมพาต) ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูงจาก 259.02 เป็น 1,230.16, โรคหัวใจขาดเลือดจาก 98.03 เป็น 359.34 และโรคหลอดเลือดสมองใหญ่ (อัมพฤกษ์ อัมพาต) จาก 105.81 เป็น 277.67³

2) สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อมูลจากคณะกรรมการจัดทำภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549 พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาวะการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยพบว่า เพศชายมีลำดับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความดันโลหิตสูง คั่งไขมันในเลือดสูง โคเลสเตอรอลสูง บริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ขาดการออกกำลังกาย ในขณะที่เพศหญิงมีลำดับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ ความดันโลหิตสูง คั่งไขมันในเลือดสูง โคเลสเตอรอลสูง ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ⁷

สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงในคนไทย จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ในประชากรไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พบดังตารางที่ 2.1⁸

ตารางที่ 2.1 ความชุกแยกตามเพศของปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้⁸

ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้	ความชุก (ร้อยละ) การสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 3 (พ.ศ.2546-47)		ความชุก (ร้อยละ) การสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 4 (พ.ศ.2551-52)	
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง
ความดันโลหิตสูง	23.3	20.9	21.5	21.3
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	45.9	2.3	38.7	2.1
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ (TC \geq 240mg/dl)	13.7	17.1	16.7	21.4
กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ	20.7	24.2	16.8	20.2
ภาวะอ้วน (BMI \geq 25kg/m ²)	22.5	34.4	28.4	40.7
ภาวะอ้วนลงพุง(รอบเอวชาย \geq 90 cm, รอบเอวหญิง \geq 80 cm)	15.4	36.1	18.6	45
กินผักและผลไม้เพียงพอ (\geq 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน)	20	24	16.9	18.5
เบ้าหวาน	6	7	6	7.7
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ระดับเสี่ยงปานกลางขึ้นไป)	16.6	2.1	13.2	1.6

จากตารางที่ 2.1 จะเห็นว่า คนไทยมีแนวโน้มของ ภาวะอ้วน ($BMI \geq 25\text{kg/m}^2$) ภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอวชาย $\geq 90\text{ cm}$, รอบเอวหญิง $\geq 80\text{ cm}$) ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ($TC \geq 240\text{mg/dl}$) เพิ่มขึ้นทั้งเพศชายและเพศหญิง, กินผักและผลไม้เพียงพอ (≥ 5 ส่วนมาตรฐานต่อวัน) ลดลงทั้งเพศชายและเพศหญิง ความชุกเรื่องภาวะความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเพศหญิง ส่วนในเพศชายลดลง

2.1.3 สถานการณ์โรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

1) สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในเพศชาย คือ อ้วน/รอบเอวเกินมากเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ มีภาวะไขมันในเลือดสูง ส่วนเพศหญิง มีปัจจัยเสี่ยงอันดับแรกในเรื่องอ้วน/รอบเอวเกิน และมีภาวะไขมันในเลือดสูง จำนวนเท่ากัน รองลงมา คือ มีประวัติพันธุกรรม ดังตารางที่ 2.2

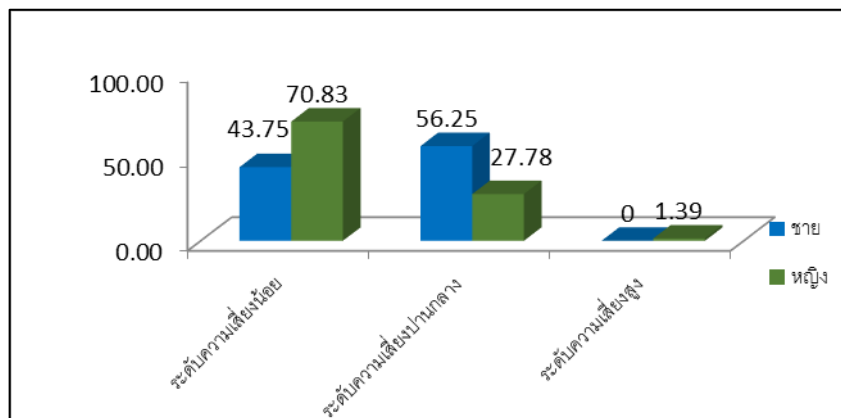
ตารางที่ 2.2 จำนวนปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดแยกตามเพศของกลุ่มตัวอย่าง (หนึ่งคนอาจมีปัจจัยเสี่ยงมากกว่า 1 ปัจจัย)

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	เพศชาย (คน)	เพศหญิง (คน)
1.อ้วน (ดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 25 กก./ม^2) / รอบเอวเกิน (รอบเอวเกินในชาย $\geq 90\text{ ซม.}$ หญิง $\geq 80\text{ ซม.}$)	12	24
2.โรคความดันโลหิตสูง	3	8
3.โรคเบาหวาน	0	3
4.ภาวะไขมันในเลือดสูง	8	24
5.ประวัติพันธุกรรม	1	14
6.สูบบุหรี่ หรือ สูดดมควันบุหรี่เป็นประจำ	3	1

2) ระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

กลุ่มตัวอย่างในเพศชาย มีระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.25 และตามมาด้วยความเสี่ยงระดับน้อย ร้อยละ 43.75 ส่วนในเพศหญิง มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมองในระดับน้อย ร้อยละ 70.83 รองลงมา คือ เสี่ยงระดับปานกลางร้อยละ 27.78 รายละเอียด ดังแผนภาพที่ 2.1

แผนภาพที่ 2.1 ร้อยละของระดับความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดแยกตามเพศ



2.2 การป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด เน้นเรื่องพฤติกรรม

2.2.1 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหัวใจและหลอดเลือด

1) ความหมายของโรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease) ความหมายครอบคลุมกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจ (coronary artery disease หรือ coronary heart disease) เป็นโรคของหลอดเลือดที่เลี้ยงหัวใจตีบ ทำให้กล้ามเนื้อของหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease) เป็นโรคที่ทำให้เกิดการขาดเลือดที่หล่อเลี้ยงสมอง อาจเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดหรือหลอดเลือดสมองแตก โรคหลอดเลือดส่วนปลาย (peripheral artery disease) เป็นโรคของหลอดเลือดที่ทำให้เลือดไปหล่อเลี้ยงแขนขาลดลง⁷ และรวมถึงโรคความดันโลหิตสูงด้วย⁹ องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ข้อมูลว่าโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้คนทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคในกลุ่มนี้ ซึ่งส่วนใหญ่จะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ และจากหลอดเลือดสมอง¹

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นการเจ็บป่วยที่สำคัญอย่างหนึ่งในกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดจากการมีไขมันไปอุดตันในหลอดเลือดที่หล่อเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ส่วนมากเกิดจากไขมันที่สะสมในผนังหลอดเลือด จนทำให้ไม่สามารถพาออกซิเจนไปสู่หัวใจได้ ทำให้เกิดการปวดเค้นหัวใจ เรียก angina หากมีอาการอุดตันเฉียบพลัน ทำให้เกิดอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (acute coronary

syndrome หรือ heart attack) หากอุดตันบางส่วนทำให้หัวใจขาดเลือดและออกซิเจน แต่ถ้ามีการอุดตันมากกล้ำหัวใจตายเนื่องจากขาดออกซิเจนนาน อาจทำให้เสียชีวิตได้⁷

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดที่มีความสำคัญอย่างมากเช่นกัน ซึ่งโรคนี้นอกจากจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นของไทยแล้วยังพบว่าผู้ที่รอดจากโรคจำนวนมากยังต้องประสบกับความทุกข์ทรมานจากการอยู่ในสภาพอัมพฤกษ์ อัมพาต สูญเสียการมองเห็น การพูด การเคลื่อนไหว และความสามารถทางสมอง⁷ ซึ่งการแพทย์เดิม เรียก โรคหลอดเลือดสมอง ว่า cerebrovascular accident (CVA) แต่ในปัจจุบันเห็นว่าชื่อดังกล่าวไม่เหมาะสมเพราะอาจก่อให้เกิดความเข้าใจผิด คิดว่าเป็นโรคทางด้านอุบัติเหตุ จึงได้ตกลงกันใช้ชื่อใหม่ว่า cerebrovascular disease (CVD) ซึ่งเป็นชื่อทางการ ส่วนคนไทยมักเรียกโรคนี้นว่าโรคอัมพาต แต่ถ้าผู้ป่วยรายใดมีอาการเพียงชั่วคราวหรืออาการไม่รุนแรงมักจะเรียกว่า โรคอัมพฤกษ์⁷ ซึ่งลักษณะของโรคหลอดเลือดสมอง ยังแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ โรคสมองขาดเลือด เกิดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน และ โรคเลือดออกในสมอง เกิดจากหลอดเลือดสมองแตก สำหรับประเทศเอเชีย รวมถึงประเทศไทย พบโรคสมองขาดเลือดบ่อยกว่า เลือดออกในสมอง^{7,10}

2) ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคหัวใจและหลอดเลือด เกิดจากปัจจัยเสี่ยงร่วมกันหลายปัจจัย ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และ ปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ตามรายละเอียดในตารางที่ 2.3 และ 2.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 2.3 รายละเอียดของปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้	รายละเอียด
อายุ	มากกว่า ร้อยละ 83 ของผู้ที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจมีอายุ 65 ปี ขึ้นไป ¹¹
เพศ	เพศชายมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันมากกว่าเพศหญิง ¹¹
กรรมพันธุ์	ในกรณีผู้ใดมีญาติสายตรง เช่น พ่อเป็น โรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมองก่อนอายุ 55 ปี หรือแม่ เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือหลอดเลือดสมอง ก่อนอายุ 65 ปี ⁷ จะมีความเสี่ยงของโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 2.4 รายละเอียดของปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้

ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้	รายละเอียด
การสูบบุหรี่	ผู้ที่สูบบุหรี่จะมีความเสี่ยงของการเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจเพิ่มขึ้นตามปริมาณบุหรี่ที่สูบ โดยจะมีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 2-4 เท่า ¹¹
การดื่มแอลกอฮอล์	การดื่มสุรามากเกินส่งผลให้เพิ่มความดันโลหิต เป็นเหตุให้เกิดหัวใจล้มเหลว ตับแข็ง และมีผลให้ไตรกรีเซอไรด์สูงขึ้น ^{7,11}
บริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม	การกินผักผลไม้ไม่พอ เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ประมาณร้อยละ 31 ส่วนการบริโภคไขมันอิ่มตัวมากเกินไป เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ร้อยละ 11 ⁷ สำหรับการบริโภคอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการมีภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด ⁶
กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ	การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 1.5 เท่า และจะมีความเสี่ยงเป็น 2 เท่าในผู้ที่เป็นเบาหวาน ⁶
น้ำหนักเกินและความอ้วน	น้ำหนักที่เกิน จะเพิ่มการทำงานของหัวใจ มีผลต่อระดับความดันโลหิต คอเลสเตอรอลและไตรกรีเซอไรด์เพิ่มขึ้น และส่งผลให้เป็นเบาหวานตามมาได้ ¹¹
ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ	ร่างกายที่มีระดับคอเลสเตอรอลรวม คอเลสเตอรอลชนิดแอลดีแอล (LDL-C) และไตรกรีเซอไรด์สูง และระดับคอเลสเตอรอลชนิดเอชดีแอล (HDL-C) ต่ำ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ ⁷
ความดันโลหิตสูง	ความดันโลหิตสูง ทำให้หัวใจต้องทำงานหนักขึ้น กล้ามเนื้อหัวใจจะหนาขึ้น ¹¹ คนที่มีความดันโลหิตสูงยิ่งสูงมากเท่าไร ก็จะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้น่ามากขึ้น
เบาหวาน	ผู้เป็นเบาหวาน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด 2-4 เท่า ¹²

3) อาการเตือน

อาการเตือนของภาวะหัวใจขาดเลือด^{4,7}

- เจ็บแน่นหรือจุกหน้าอก หรือปวดบริเวณกลางหน้าอก
- ปวดร้าวไปที่แขน หลัง คอ ขากรรไกร หรือที่กระเพาะอาหาร
- หายใจถี่สั้น ซึ่งอาจมีหรือไม่มีอาการเจ็บหน้าอกร่วมด้วย

อาจมีอาการอื่นร่วมด้วย เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง กระวนกระวาย แน่นท้อง เหงื่อออก ตัวเย็น คลื่นไส้ อาเจียน เป็นลม

อาการเตือนที่สำคัญของโรคหลอดเลือดสมอง^{4,7,13}

- กล้ามเนื้อที่หน้า แขน ขาอ่อนแรง ส่วนใหญ่จะเกิดซีกเดียวของร่างกายอย่างเฉียบพลัน
- สับสน มีปัญหาเกี่ยวกับการพูดหรือความเข้าใจอย่างเฉียบพลัน
- มีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ที่ตาข้างใดข้างหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้างอย่างเฉียบพลัน
- มีปัญหาเกี่ยวกับการเดิน เวียนศีรษะ สูญเสียการทรงตัวหรือไม่สมดุลอย่างเฉียบพลัน
- ปวดศีรษะรุนแรง โดยไม่ทราบสาเหตุอย่างเฉียบพลัน

ความรุนแรงและอาการของโรค จะมากหรือน้อยขึ้นกับบริเวณที่สมองขาดเลือด และ ความกว้างของส่วนที่ขาดเลือด หรือใช้ตัวย่อช่วยจำ “F.A.S.T.” มาจาก

F = Face เวลายิ้มพบว่ามุมปากข้างหนึ่งตก

A = Arms ยกแขนไม่ขึ้น 1 ข้าง

S = Speech มีปัญหาด้านการพูดแม้ประโยคง่ายๆ พูดแล้วคนฟัง ฟังไม่รู้เรื่อง

T = time ถ้ามีอาการเหล่านี้ อาจพบเพียง 1 อาการ หรือมากกว่า ก็ให้รีบไป

โรงพยาบาลโดยด่วน ภายใน 3 ชั่วโมง จะได้ช่วยรักษาชีวิตและสามารถฟื้นฟูกลับมาได้เป็นปกติ หรือใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด

อาการเตือนของภาวะความดันโลหิตสูง¹⁴ ส่วนมากจะไม่แสดงอาการเตือน แต่มักตรวจพบโดยบังเอิญ ขณะไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษาจากปัญหาอื่น มีบางรายที่อาจมีอาการเตือน เช่น ปวดมึนท้ายทอย วิงเวียน ปวดศีรษะตุบๆ หากเป็นมานานหรือความดันโลหิตสูงมากๆ อาจมีอาการเลือดกำเดาไหล ตามัว ใจสั่น มือเท้าชา

4) คำแนะนำในการปฏิบัติการลดเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด

การป้องกันก่อนป่วยให้เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดดีกว่า ซึ่งพบว่าประชาชนทั่วโลก 2 ใน 3 ของผู้ที่มีอาการหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน (heart attack) ตายก่อนมาได้รับการรักษา¹⁵ ส่วนคนไทยที่รอดตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ไปถึงโรงพยาบาล ร้อยละ 17 ไม่ได้ออกจากโรงพยาบาล (ตายในโรงพยาบาล)¹⁶ การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสามารถทำได้ด้วยลดปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวเกิดจากวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของคนเรา ได้แก่ การสูบบุหรี่หรือ

การสูดดมควันอื่นๆ การกินอาหารที่ไม่ส่งผลดีต่อสุขภาพ (unhealthy diet) และการขาดการเคลื่อนไหวร่างกายที่กระฉับกระเฉงหรือไม่ออกกำลังกาย (lack of physical activity) ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่กล่าวมานำสู่ปัญหาที่รุนแรง 3 อย่าง คือ ความดันโลหิตสูง น้ำตาล และ ไขมันในเลือดสูง¹⁶

โรคหัวใจและหลอดเลือด ป้องกันได้ร้อยละ 80 โดยสามารถใช้เคล็ดลับ 5 การจัดการตนเองเพื่อลดเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด 5 เคล็ดลับ¹⁵

เคล็ดลับที่ 1 การค้นหาความเสี่ยง ควรประเมินหรือคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อทราบปัจจัยเสี่ยงของตนเอง

เคล็ดลับที่ 2 การกำหนดเป้าหมายลดความเสี่ยงของตนเอง เมื่อรู้ปัจจัยเสี่ยงของตนเองต่อไป ควรกำหนดเป้าหมายว่าจะลดปัจจัยเสี่ยงในตนเองส่วนใดก่อนตามลำดับก่อนหลัง กำหนดวันที่จะเริ่ม และสร้างขวัญกำลังใจให้ตนเอง

เคล็ดลับที่ 3 ปฏิบัติการเพื่อลดความเสี่ยง

เคล็ดลับที่ 4 บันทึกความก้าวหน้าการลดความเสี่ยง การบันทึกความก้าวหน้าของการปฏิบัติการลดเสี่ยง เพื่อเปรียบเทียบให้เห็นผลก่อน-หลัง

เคล็ดลับที่ 5 สร้างเครือข่าย การปฏิบัติการลดความเสี่ยงได้สำเร็จ ก็จะส่งผลดีต่อตนเอง คือ มีสุขภาพร่างกายดี จิตใจดี ลดค่าใช้จ่ายจากการรักษาพยาบาล ส่งผลให้ลดค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็นจากค่ารักษาพยาบาล ซึ่งถือเป็นแบบอย่างการปฏิบัติตนที่ดีแบบหนึ่ง ถ้าได้ขยายเครือข่ายจากครอบครัวไปชุมชนและสังคม สุดท้ายประเทศก็จะลดปัญหาเศรษฐกิจในการรักษาโรคหัวใจและหลอดเลือด

สำหรับเคล็ดลับที่ 3 การปฏิบัติการเพื่อลดความเสี่ยง ประกอบด้วย

ก. อาหาร เลือกเมนูอาหารสุขภาพ ครบหมู่ ในสัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสมกับการออกกำลังกาย โดย

- กินผักและผลไม้อย่างน้อย 5 ส่วนต่อวัน 5 ส่วนต่อวันหรือ 400-500 กรัมต่อวัน¹⁵

- กินอาหารที่มีเส้นใยมากขึ้น^{15,17} โดยพบว่าอาหารที่มีกากใยมากจะมีประโยชน์กับ

สุขภาพ ไม่เฉพาะแต่เฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากช่วยลดการดูดซึมไขมัน ป้องกันท้องผูก ช่วยลดโอกาสเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีรายงานจากสหรัฐอเมริกาว่าผู้ที่กินอาหารที่มีกากใยเป็นประจำ มีอัตราการเกิดโรคหัวใจลดลงอย่างมีนัยสำคัญ¹⁸ อาหารที่มีกากใยมากได้แก่ ซีเรียล ข้าวโพด ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวแดง ขนம்பึง โฮลวีต จมูกข้าว หัวบุก เป็นต้น ผลไม้ที่มีกากมาก

ได้แก่ ฝรั่ง ส้ม สับปะรด มะละกอ ละครูด เป็นต้น นอกจากนี้อาหารประเภทผักและถั่วก็ให้กากใยมากเช่นกัน¹⁸

- หลีกเลี่ยงการบริโภคเกลือหรืออาหารที่มีส่วนผสมของเกลือ/เค็ม อาหารที่มีรสเค็ม เช่น ไข่เค็ม กะปิ เต้าเจี้ยว ผักดองต่างๆ เต้าหู้ยี้ หมูเค็ม เป็นต้น ควรจำกัดปริมาณการกินเกลือแกง อาหารเค็มเนื่องจากมีเกลือแกงมาก¹⁸ ไม่เติมเกลือในอาหารและบริโภคเกลือไม่เกิน 1 ช้อนชาหรือ 5 กรัมต่อวัน^{15, 17, 18, 19} ควรชิมก่อนเติมเครื่องปรุง อาจใช้เครื่องเทศ เช่น พริกไทย โหระพา กะเพรา แทน ถ้าจำเป็นต้องใช้อาหารสำเร็จรูป ควรเลือกซื้อโดยดูที่ฉลากโภชนาการและเลือกอาหารที่มีเกลือ หรือ โซเดียมต่ำ¹⁷ การกินอาหารที่มีเกลือมาก จะทำให้ร่างกายดูดน้ำกลับเข้ากระแสเลือดมากขึ้น ปริมาณเลือดในร่างกายมากขึ้น หัวใจจะทำงานหนักขึ้น ผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจจะมีอาการหอบเหนื่อยหรือบวมได้ และหากมีภาวะไตเสื่อมหรือไตวายร่วมด้วย (พบบ่อยในผู้ป่วยโรคหัวใจ) ก็จะส่งผลให้หัวใจทำงานหนักยิ่งขึ้น¹⁸

- รับประทานอาหารหวานน้อย กินน้ำตาลไม่เกิน ๖-๘ ช้อนชาต่อวัน ไม่เติมน้ำตาลในอาหาร เครื่องดื่ม^{16, 19}

- หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง จากการศึกษาผู้ป่วยโรคหัวใจที่มีไขมันในเลือดสูง หรือคนปกติที่ไม่เป็นโรคหัวใจแต่มีระดับไขมันในเลือดสูง พบว่าการลดไขมันในเลือดจะช่วยชะลอการตีบของหลอดเลือดหัวใจ โดยทั่วไปการควบคุมอาหารที่มีไขมันสูงจะช่วยลดไขมันในเลือดลงได้ แต่อาจลดลงได้ไม่มากนัก (น้อยกว่าร้อยละ 20) จึงอาจต้องใช้ยาร่วมด้วยในบางราย อย่างไรก็ตาม การควบคุมอาหารก็ยังเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากยามีราคาแพง และจำเป็นต้องรักษาระยะยาว จึงจะเห็นผลดีของการลดไขมันในเลือด ไขมันที่ควรหลีกเลี่ยงเป็นไขมันอิ่มตัวที่มาจากสัตว์ มีมากในเนื้อสัตว์ใหญ่ สัตว์ปีก ที่มาจากพืช เช่น เนย มะพร้าว ปาล์ม ร่างกายเราสามารถผลิตไขมันอิ่มตัวได้เอง จึงไม่จำเป็นต้องรับเพิ่มจากอาหาร ยิ่งบริโภคมาก ยิ่งมีผลเพิ่มไขมันไม่ดี (แอลดีแอล-คอเลสเตอรอล) ในเลือดมากขึ้น ส่วนไขมันที่ควรกิน ได้แก่ ไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว มีมากในน้ำมันมะกอก ถั่วลิสง น้ำมันคาโนลา อะโวคาโด และถั่วเปลือกแข็ง ไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง มีมากในน้ำมันพืช เช่น น้ำมันข้าวโพด น้ำมันดอกคำฝอย น้ำมันเมล็ดทานตะวัน น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันเมล็ดฝ้าย น้ำมันงา วอลนัต เมล็ดปอ น้ำมันปลา มีอยู่ในปลาที่มีมันมาก ปลาทะเลน้ำลึก เช่น แซลมอน แม็กเคอเรล นอกจากนี้ยังพบในถั่วเหลือง และน้ำมันคาโนลาปริมาณเล็กน้อย¹⁸ เลือกใช้เนื้อสัตว์ที่มาจาก เนื้อปลา หรือ เนื้อไก่ ดีกว่า เนื้อหมู หรือ เนื้อวัว เนื่องจากมีไขมันน้อยกว่า

การปรุงอาหาร อาจใช้วิธีนี้ อบอุ่นการทอด ผัด และที่สำคัญให้หลีกเลี่ยงไขมันชนิดทรานส์ (มาร์กกรีน ของทอดซ้ำ ออบเบเกอร์)¹⁶

ข. ออกกำลังกาย ดำเนินวิถีชีวิตที่มีการเคลื่อนไหวและกระฉับกระเฉง ได้แก่ การขึ้นบันไดแทนการขึ้นลิฟท์ เดินระหว่างช่วงเบรก หรือลงรถประจำทางก่อนถึงปลายทางอย่างน้อย 2 ป้ายรถเมล์ และควรออกกำลังกายอย่างน้อยที่สุด 30 นาที อาจเป็นช่วงกลางวัน 5 วันต่อสัปดาห์¹⁷ และควรเป็นการออกกำลังกายชนิดแอโรบิก ได้แก่ เดินเร็ว ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน และเต้นแอโรบิก เป็นต้น¹⁸ การออกกำลังกายจะช่วยลดระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตสูง และระดับไขมันในเลือด ช่วยเพิ่มระดับออกซิเจนในร่างกาย ช่วยลดน้ำหนัก ลดภาวะเครียด หัวใจ กล้ามเนื้อและกระดูกแข็งแรงขึ้น รักษาระบบการไหลเวียนของโลหิตให้ดีขึ้น และปรับสภาพกล้ามเนื้อให้แข็งแรงขึ้น¹⁵ แต่หากกินมากและไม่ออกกำลังกายอาจทำให้มีพลังงานสะสมในร่างกายส่งผลให้มีน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น นำไปสู่โรคอ้วนซึ่งเป็นความเสี่ยงสูงอีกอย่างหนึ่งต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด¹⁵

ค. อารมณ์ หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้อารมณ์เสีย หงุดหงิด โมโห ตื่นเต้น¹⁸ ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย จัดการความเครียดที่เหมาะสม เช่น อาจเปิดเพลงฟังเบาๆ หยุดทำงานสักครู่เพื่อคลายเครียดโดยการพักสายตา มองสำรวจสิ่งรอบๆตัว โดยเฉพาะพื้นที่สีเขียว พุดคุยปรึกษากับเพื่อนหรือคนที่ไว้ใจได้ เป็นต้น²¹ อีกประการ คือการสวดใจไม่กินอาหารเกินความจำเป็นของร่างกาย สะกดตนเองให้ออกกำลังกาย

ง. การหยุดสูบบุหรี่ ผู้ที่สูบบุหรี่ควรหยุดสูบ ผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ควรหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่ที่มีควันบุหรี่ และไม่ไปทดลองสูบ การสูบบุหรี่ หรือแม้แต่การได้รับควันบุหรี่เป็นประจำ ส่งผลต่อสุขภาพ ไม่ใช่แต่เฉพาะระบบหัวใจและหลอดเลือด แต่ยังส่งผลต่อระบบทางเดินหายใจ เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ก่อให้เกิดโรคมะเร็งปอด มะเร็งทางเดินอาหาร สัมพันธ์กับการเสื่อมสภาพทางเพศ แลยังมีผลต่อทารกในครรภ์ด้วย¹⁹

จ. หลีกเลี่ยงสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ โดยจำกัดปริมาณให้ไม่เกิน 1 หน่วยมาตรฐานในเพศหญิง และ 2 หน่วยมาตรฐานเพศชาย ปริมาณ 1 หน่วย คือเบียร์ 360 มิลลิลิตร ไวน์ 120 มิลลิลิตร วิสกี้ 45 มิลลิลิตร¹⁹

ฉ. ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม โดยค่าดัชนีมวลกายให้อยู่ระหว่าง 18.5 – 23 กิโลกรัม / ตารางเมตร โดยคำนวณจากน้ำหนักตัว (เป็นกิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (หน่วยเป็นเมตร) 2 ครั้ง หรือค้อมรอบเอวในเพศชายไม่เกิน 90 เซนติเมตร (36 นิ้ว) และเพศหญิงไม่เกิน 80 เซนติเมตร (32 นิ้ว)^{17,18}

ข. ทุกคนควรรู้ค่าความเสี่ยงของตัวเอง ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และไขมันในเลือด¹⁷

ข. ตรวจสอบสุขภาพอย่างสม่ำเสมอทุกปี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือ มีปัจจัยเสี่ยงให้ตรวจสอบสุขภาพ โดยเฉพาะวัดความดันโลหิต มากกว่า 1 ครั้ง / ปี¹⁷

ฉ. ผู้ที่โรคประจำตัว ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหัวใจ เต้นผิดจังหวะ เบาหวาน ควรดูแลรักษาสุขภาพตามที่แพทย์/พยาบาลแนะนำ รับประทานยาและไปพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา¹⁷

2.3 การสื่อสารความเสี่ยงและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.3.1 ความหมายการสื่อสารความเสี่ยง

การสื่อสารความเสี่ยงมีหลายการศึกษาได้ให้ความหมาย ไว้ดังนี้

การสื่อสารความเสี่ยง เป็นองค์ประกอบสำคัญในการบริหารจัดการความเสี่ยงและการตัดสินใจอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลสองทาง เกี่ยวกับภัยคุกคามต่อสุขภาพและความปลอดภัย เช่น ไข้หวัดนก สารเคมีปราบศัตรูพืชตกค้าง การเรียกคืนสินค้า โรคอ้วน เป็นต้น²⁰

การสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) เป็นกระบวนการที่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับการประเมินและการจัดการความเสี่ยงและเป็นกลวิธีในการเผยแพร่และกระจายข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับเหตุการณ์ ทำให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งการประเมินความเสี่ยง (risk assessment) และการจัดการความเสี่ยง (risk management) รวมถึงผู้มีส่วนร่วมนอกอื่นๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม (Stakeholders) มีความเข้าใจลักษณะของภัยคุกคาม และการเกิดผลกระทบในเชิงลบ (negative consequence)²¹

การสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) เป็นองค์ประกอบของการวิเคราะห์ความเสี่ยง (risk analysis) ซึ่งเป็นการมีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนสองทางเกี่ยวกับความรู้ ความคิดเห็นตลอดจนการวิตกกังวลในการวิเคราะห์ความเสี่ยง ซึ่งความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายอย่าง สัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยง ผู้ที่เป็นคนประเมินความเสี่ยง ผู้จัดการความเสี่ยง ผู้บริโภค โรงงานอุตสาหกรรม สถานศึกษา ผู้สนใจที่จะมีส่วนร่วม รวมถึง การประเมินและการตัดสินใจจัดการกับความเสี่ยงพื้นฐาน²²

การสื่อสารความเสี่ยง (risk communication) เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลสองทางเกี่ยวกับ ความคุกคาม (Threats) รวมถึงความคุกคามทางสุขภาพ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ กลุ่มอาการทางเดิน- หายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS) โรคเอดส์ เป็นต้น²³

การสื่อสารความเสี่ยง หมายถึงกระบวนการสื่อสารสองทางที่ดำเนินการโดยผู้ที่มีหน้าที่ รับผิดชอบความเสี่ยงร่วมกับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความเสี่ยง เพื่อให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องสามารถ ตัดสินใจเพื่อการจัดการความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม การสื่อสารความเสี่ยงประกอบด้วยกิจกรรมใน ลักษณะของการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง การรับฟังความคิดเห็น ความรู้สึกและปฏิกิริยาโต้ตอบ จากผู้ที่ ได้รับผลกระทบหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยง และการตัดสินใจร่วมกันในการจัดการความเสี่ยง²⁴

สรุปการสื่อสารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่เกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยง และการ จัดการกับความเสี่ยง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของ ผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบความเสี่ยง ร่วมกับ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความเสี่ยง และผู้มีส่วนร่วมกลุ่มอื่นๆทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อให้ทุกฝ่าย สามารถตัดสินใจเพื่อการจัดการความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นการสื่อสารแบบสองทางใน ทุกกระบวนการ

2.3.2 เป้าหมายของการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีความหมายชัดเจน เข้าใจได้ในกลุ่มเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจง ส่งผลต่อทัศนคติ และนำไปสู่การ ตัดสินใจเพื่อปรับพฤติกรรมจัดการความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การสื่อสารความเสี่ยงที่มี ประสิทธิภาพควรมีเป้าหมายในการสร้างและคงไว้ซึ่งความเชื่อถือและความมั่นใจในข้อมูลที่ กลุ่มเป้าหมายได้รับ

2.3.3 การดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงสามารถดำเนินการได้หลายรูปแบบ^{21,22,23} ได้แก่ การเผยแพร่ข่าวสารของหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง การประชุม/การสนทนากลุ่ม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การทำประชาพิจารณ์ เป็นต้น ซึ่งการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงที่มี ประสิทธิภาพควรมีการเตรียมข้อมูลที่ถูกต้อง มีวางแผนล่วงหน้าและเตรียมพร้อมรับมือกับ เหตุการณ์ที่วิกฤตหรือประเด็นที่มีความวิตกกังวล

2.3.4 ช่องทางของการสื่อสารความเสี่ยง²¹ ทำได้หลายช่องทาง ควรเลือกให้เหมาะสมกับ บริบทกับเป้าหมายที่ต้องการ ได้แก่ ในรูปของเอกสาร ข่าวแจก โทรทัศน์ วิทยุ อินเทอร์เน็ต SMS เป็นต้น

2.3.5 กฎที่สำคัญ 7 ข้อของการสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ²³

- 1) การสื่อสารความเสี่ยงนั้น ผู้รับสารควรยอมรับข้อมูลความเสี่ยงของผู้เกี่ยวข้อง / ผู้มีส่วนร่วม เนื่องจากทุกคนมีสิทธิร่วมในการตัดสินใจถึงสิ่งที่จะมีผลกระทบต่อชีวิตของพวกเขา
- 2) การสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ควรมีการวางแผน และปรับกลยุทธ์ การสื่อสารความเสี่ยงตามสถานการณ์ เนื่องจากเป้าหมาย ผู้รับสาร ช่องทาง ในการสื่อสาร ความเสี่ยงในแต่ละครั้งมีความแตกต่างกัน
- 3) ผู้ทำการสื่อสารความเสี่ยงควรรับฟังคำพูดของทุกคน โดยปกติคนทั่วไปจะวิตกกังวลเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตวิทยา เช่น ความไว้วางใจ, ความน่าเชื่อถือ, การสามารถควบคุมได้, ความคุ้นเคย, ความไม่แน่ใจ, หลักศีลธรรม, ความยุติธรรม และการดูแลเอาใจใส่ มากกว่าเนื้อหารายละเอียดทางวิชาการของความเสี่ยง ดังนั้นผู้ทำการสื่อสารความเสี่ยงควรรับฟังในทุกความคิดเห็นอย่างละเอียด ระมัดระวังและทำความเข้าใจประเด็นความกังวลในมุมมองของผู้พูดทุกคนมากกว่าจากมุมมองทางวิชาการ
- 4) ผู้ทำการสื่อสารความเสี่ยงควรมีความซื่อตรง จริงใจ และเปิดเผย เนื่องจากความเชื่อมั่นและความน่าเชื่อถือเป็นสิ่งมีคุณค่ามากที่สุดของการทำการสื่อสารความเสี่ยง
- 5) การประสานและความร่วมมือกับแหล่งข้อมูลอื่นที่เชื่อถือได้ เนื่องจากการสื่อสารเกี่ยวกับความเสี่ยงจะประสบผลสำเร็จได้ ควรจะมีการอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลที่เป็นกลางและน่าเชื่อถือ
- 6) การสื่อสารความเสี่ยงนั้น ต้องดำเนินการวางแผนในการทำงานด้านสื่อให้ดี เนื่องจากสื่อมีบทบาทสำคัญในการส่งต่อข้อมูลความเสี่ยง จึงต้องทราบว่า จะส่งข่าวสารความเสี่ยงผ่านสื่ออย่างไรให้ได้ประสิทธิผลที่สุด
- 7) การสื่อสารความเสี่ยง ต้องใช้การพูดที่ชัดเจน และแสดงถึงความเห็นใจ ภาษาวิชาการและภาษาที่เป็นศัพท์เฉพาะกลุ่มวิชาชีพ เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการสื่อสารความเสี่ยง ภาษาที่เป็นนามธรรมและไร้ความรู้สึก มักสร้างความรู้สึกรู้สึกต่อต้านจากประชาชน การยอมรับและเข้าใจอารมณ์ต่าง ๆ ไม่ว่า ความวิตกกังวล ความกลัว ความโกรธ ความก้าวร้าวรุนแรง และความรู้สึกหมดหวัง เป็นจะมีประสิทธิภาพมากกว่า

2.3.6 ลักษณะของความเล็งที่มีอิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงของคน

การรับรู้ความเสี่ยงของแต่ละคนมีอิทธิพลจากหลายปัจจัย ไม่ใช่เพียงข้อมูลทางวิชาการ แต่หากประเด็นใดที่ทำให้วิตกกังวลหรือคิดว่าเป็นความเสี่ยง จะส่งผลให้เกิดการแสดงหรือการกระทำมากกว่า ประเด็นที่ไม่คิดว่าเป็นความเสี่ยงหรือไม่ทำให้เกิดความวิตกกังวลหรือกังวลน้อย ก็อาจไม่แสดงหรือการกระทำในสิ่งที่ควรกระทำ ตามลักษณะของความเล็ง และอิทธิพลต่อผู้คนที่รับรู้ความเสี่ยง ดังแสดงในตารางที่ 2.5

ตารางที่ 2.5 ลักษณะของความเล็งที่มีอิทธิพลของการรับรู้ความเสี่ยงของคน^{20,23}

ลักษณะของความเล็งที่กระตุ้นให้คนยอมรับมากขึ้น และกลัวความเสี่ยงน้อยลง	ลักษณะของความเล็งที่กระตุ้นให้คนยอมรับน้อยลง และกลัวความเสี่ยงมากขึ้น
สมัครใจ	บีบบังคับ/ขัดเยียด
มีประโยชน์ชัดเจน	มีประโยชน์เพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย
อยู่ภายใต้การควบคุมของบุคคล	ถูกควบคุมโดยคนอื่น
เป็นกระบวนการจัดการความเสี่ยงที่เปิดกว้าง, โปร่งใส และมีการตอบสนอง	เป็นกระบวนการที่ซ่อนเร้น, ไม่มีการตอบสนอง
เป็นธรรมชาติ	ถูกจัดทำขึ้นมา หรือ ถูกเตรียมร่วมกัน
เป็นสถิติ และแพร่กระจายออกไป ตามเวลาและสถานที่	ความหายนยะ, เหตุการณ์ที่รุนแรง
เกิดจากบุคคลหรือองค์กรที่น่าไว้วางใจ, มีความซื่อสัตย์, และมีความเกี่ยวข้องกับบุคคล หรือองค์กร	เกิดจากบุคคลหรือองค์กรที่ไม่น่าไว้วางใจ, ไม่ซื่อสัตย์, และไม่เกี่ยวข้องกับบุคคล หรือองค์กร
มีผลกระทบต่อผู้ใหญ่	มีผลกระทบต่อเด็ก
มีความคุ้นเคย	ไม่คุ้นเคย หรือ มาจากภูมิภาคอื่น

2.3.7 หลักการสำคัญในการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง

หลักการสำคัญของการดำเนินงานการสื่อสารความเสี่ยง²⁵ มี 5 หลักการ ดังนี้

- 1) กลยุทธ์ในการสื่อสารความเสี่ยง จะต้องบูรณาการเป็นหนึ่งเดียวกันกับการจัดการความเสี่ยง
- 2) ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการสื่อสารความเสี่ยง ดังนั้นจึงต้องให้ความสนใจต่อความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากความเสี่ยง

3) การตัดสินใจในการจัดการความเสี่ยงต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลเชิงประจักษ์ ทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์ เศรษฐศาสตร์ สังคม และวัฒนธรรม นอกจากนี้ประกอบด้วยความเข้าใจในสถานการณ์ บริบททางสังคม รวมทั้งการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

4) การจัดการความเสี่ยงและการสื่อสารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่ต้องการความโปร่งใส ชัดเจนและตรวจสอบได้

5) กลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยงเป็นกระบวนการที่ต้องมีการติดตาม ประเมินผล ปรับปรุง พัฒนาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

2.3.8 แนวทางสำหรับการเตรียมการและดำเนินกลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยง

หน่วยสาธารณสุขของแคนาดา²⁵ ได้สรุปถึงแนวทางสำหรับการเตรียมการและดำเนินกลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยง ซึ่งมีกิจกรรมหลักๆ 5 ประการ ดังนี้

1) Focus current understanding คือ การทำความเข้าใจในมิติต่างๆ ที่เกี่ยวกับความเสี่ยง ให้ชัดเจนทั้งทางวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ วัฒนธรรม หรือสิ่งที่มีผลต่อการรับรู้ทัศนคติของความเสี่ยงที่กำลังวิตกกังวลอยู่ และ เผยแพร่ความเข้าใจที่ถูกต้องนี้ให้กับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับผลกระทบ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง

2) Develop communications strategies sensitive to stakeholders' current thinking, goals, and choices คือ การพัฒนารูปแบบหรือกลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยงที่มาจากการทำความเข้าใจรอบด้าน จากมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยใช้วิธีในการได้ข้อมูลอย่างเหมาะสมเพื่อกำหนดแผนการสื่อสารความเสี่ยง สาระที่ต้องการสื่อสาร และช่องทางการสื่อสารให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ต้องจัดเตรียมรายละเอียดทั้งหมดของการสื่อสารและวิธีการนำเสนอที่ได้ข้อสรุปมาจากการวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลข้างต้น

3) Pre-test strategies, plans and messages เป็นขั้นตอนของการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายที่สอดคล้อง ประเมินและปรับปรุงจนมั่นใจว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนั้นสามารถใช้ได้จริง

4) Implement according to plan การนำรูปแบบไปใช้จริงตามแนวทางที่กำหนด

5) Evaluate the risk communication process and outcomes การประเมินผลทั้งในแง่ของกระบวนการว่ามีประสิทธิภาพหรือไม่ และประเมินทีมผู้ปฏิบัติงานในการสื่อสารความเสี่ยง รวมทั้ง

ผลลัพธ์ของการสื่อสารความเสี่ยงว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ เกิดการเปลี่ยนแปลงและการจัดการความเสี่ยงตามเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร

2.3.9 แนวทางปฏิบัติกลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยง

หน่วยสาธารณสุขของแคนาดา²⁵ ได้เสนอแนวทางปฏิบัติกลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยง 7 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: Define the Opportunity ขั้นตอนแรกของการทำงาน ต้องระบุทีมงานให้ชัดเจนว่าประกอบด้วยใครบ้าง แต่ละฝ่ายมีบทบาทหน้าที่อย่างไร ระบุขอบเขตของโครงการ และผลลัพธ์ที่ต้องการเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน ระบุผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้ครอบคลุม (Potential stakeholders) ระบุเอกสารหลักฐานที่ต้องการ ช่วยกันดำเนินงานการสื่อสารความเสี่ยงด้วยความโปร่งใสและเกิดการเรียนรู้ การปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2: Characterize the Situation ลักษณะเฉพาะของสถานการณ์ โดยการทำความเข้าใจในสถานการณ์อย่างดีที่สุด ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับบูรณาการข้อมูลองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง การเปิดโอกาสกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้ทบทวนทำความเข้าใจ และกำหนดกรอบการทำงานร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3: Assess Stakeholder Perceptions of the Risks, Benefits, and Tradeoffs เป็นขั้นตอนของการประเมินการรับรู้ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างลึกซึ้ง ทั้งในแง่ ความคิด ความสนใจ ความเชื่อ การให้เหตุผลของความคิด การให้คุณค่าของความเสี่ยง การลำดับความสำคัญของความเสี่ยงและการจัดการ จนทำให้เกิดความเข้าใจถึงการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และถ่วงดุลของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งในขั้นตอนนี้จะเห็นช่องว่างระหว่างความคิดของของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 4: Assess How Stakeholders Perceive the Options เป็นขั้นตอนในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับทางเลือกในการจัดการกับความเสี่ยง จากผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่การลดความเสี่ยง หรือการจัดการความเสี่ยง

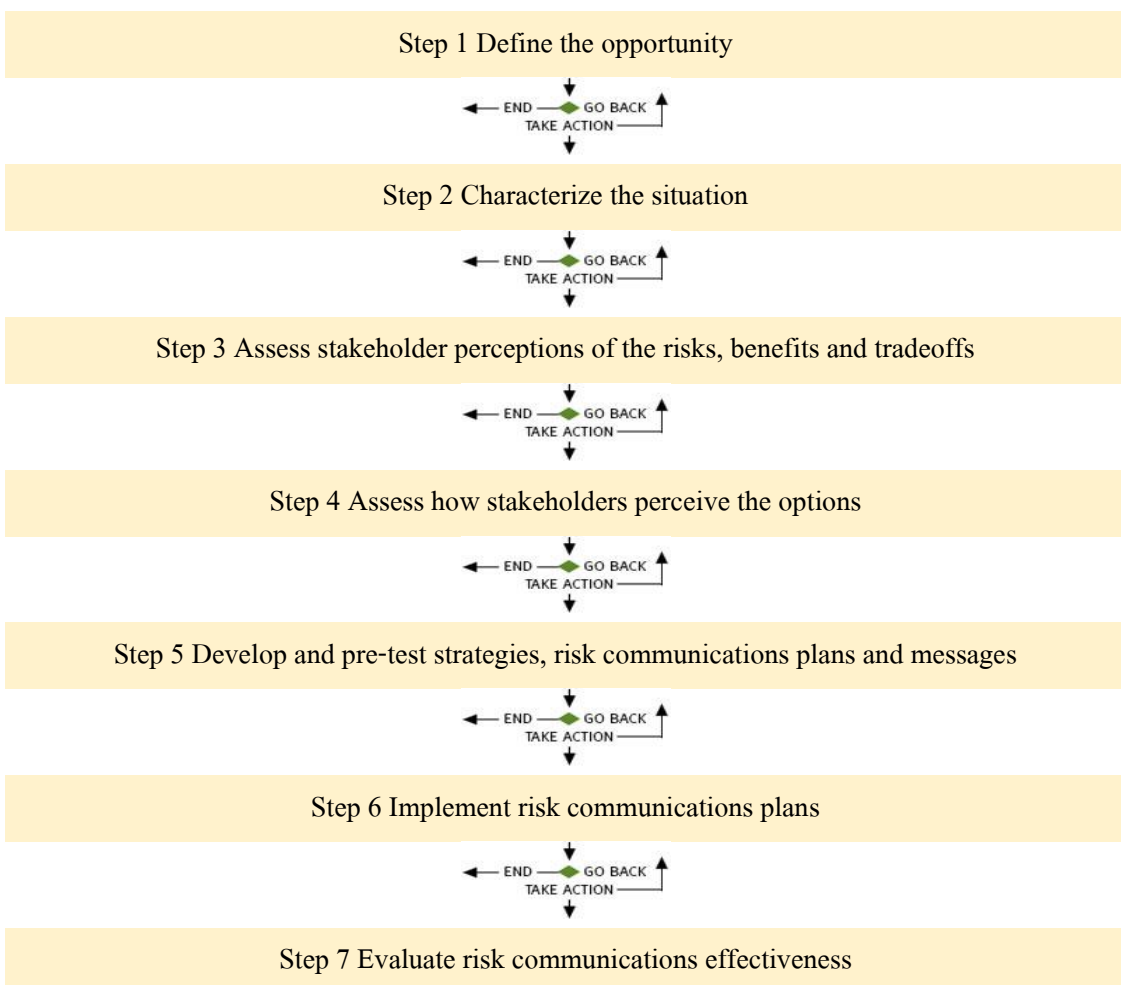
ขั้นตอนที่ 5: Develop and Pre-test Strategies, Risk Communications Plans, and Messages จากข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้นำไปสู่การวิเคราะห์ สังเคราะห์ วางแผนและพัฒนาเป็นกลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยงตามที่ต้องการแล้ว ควรได้มีการทดลองใช้เพื่อทดสอบความเหมาะสมก่อนที่จะนำไปใช้งานจริง

ขั้นตอนที่ 6: Implement Risk Communications Plans ก่อนนำกลยุทธ์การสื่อสารที่วางแผนไว้ไปใช้ลงมือปฏิบัติจริง ควรปรับปรุง เนื้อสารที่จะสื่อ รูปแบบการสื่อสาร และวัสดุที่ใช้สื่อสารให้เหมาะสมก่อน โดยผ่านการมีส่วนร่วมคิดเห็นจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอีกครั้ง หลังจากได้ข้อมูลการนำไปทดลองใช้แล้ว

ขั้นตอนที่ 7: Evaluate Risk Communications Effectiveness การประเมินผลการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ ทำโดยเมื่อได้มีการปฏิบัติที่ดีที่สุด อย่างน้อย 1 รอบ (7 ขั้นตอน) ควรประเมินกระบวนการ คุณภาพผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นว่าสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ และปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งวิธีการประเมินอาจทำได้หลากหลายวิธี เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนารูปแบบต่อไป ดังแสดงในแผนภาพที่ 2.2

แผนภาพที่ 2.2 แนวทางปฏิบัติกลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยง 7 ขั้นตอน ของหน่วยสาธารณสุขประเทศแคนาดา²⁵

Dialogue-based Strategic Risk Communications Process



2.3.10 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารความเสี่ยง

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อยังมีอยู่ค่อนข้างน้อย ที่สืบค้นได้พบดังนี้

นิตยา พันธุเวทย์ และนุชรี อาบสุวรรณ²⁶ ได้ศึกษาการพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2550 ถึงกันยายน 2552 ในกลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนที่พักอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่หมู่ 4 และหมู่ 13 หมู่บ้านพรานอ้น ตำบลคำอาฮวน อำเภอเมือง จังหวัดมุกดาหาร ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และมีอายุ ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

ผลการศึกษา พบว่า การสื่อสารด้านสุขภาพในหมู่บ้าน ได้รับแหล่งข่าวสารทางสุขภาพบ่อยครั้งทางช่องทางจากหอกระจายข่าว ร้อยละ 64.1 รองลงมาคือ จาก อสม. ร้อยละ 58.2 เสียงตามสาย ร้อยละ 56.2 จากโทรทัศน์ ร้อยละ 46.4 จากญาติพี่น้อง ร้อยละ 44.4 จากพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบ่อยครั้ง คิดเป็นร้อยละ 37.9 และกลุ่มตัวอย่างได้ระบุถึงสื่อที่คิดว่าทำให้เข้าใจข่าวสารทางสุขภาพและน่าสนใจ 3 อันดับแรก ได้แก่ โทรทัศน์ วิทยุ และบุคลากรสาธารณสุข

AFIC (Asian Food Information Centre) ได้วิจัยในปี พ.ศ 2549²⁷ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการตอบสนองต่อข้อมูลความเสี่ยงด้านสุขภาพระหว่างโลกอุตสาหกรรมตะวันตกและฝั่งทวีปเอเชียในประเทศที่มีการสื่อสารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพพอกัน โดยจัดทำแบบสอบถามผ่านระบบอินเทอร์เน็ต กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรีภาคบริหารธุรกิจและภาควิชามนุษยศาสตร์จำนวน 150 ราย ในจำนวนทั้งสิ้น 3 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรเลีย จีน และมาเลเซีย ผลพบว่ากลุ่มตัวอย่างชาวออสเตรเลีย มีความเชื่อมั่นในระดับต่ำสุดต่อระบบสื่อสารมวลชน หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และกลุ่มบรรณาธิการให้ข้อมูล ในขณะที่ผู้ตอบแบบสอบถามชาวจีนและมาเลเซียให้ความสำคัญกับสื่อเหล่านี้มาก

2.4 การดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยง ภายใต้ โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน

2.4.1 การดำเนินการ มีขั้นตอน ดังนี้

1) แต่งตั้งคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานดำเนินการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน เพื่อให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และสนับสนุนการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด

2) คณะผู้ศึกษาได้จัดทำร่างแผนงาน การดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ สื่อต้นแบบ กำหนดวิธีการ ช่องทางสื่อสาร สื่อ และอุปกรณ์ ที่จะช่วยในการกระตุ้นและสนับสนุนการจัดการ กับความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

3) คณะที่ปรึกษาและคณะทำงานดำเนินการรักษัหัวใจ ในที่ทำงาน พิจารณาให้ ข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น และร่วมกันปรับและจัดทำร่างแผนงาน การดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ให้สมบูรณ์ ก่อนนำให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อที่จะดำเนินการป้องกันควบคุมโรคหัวใจ และหลอดเลือดของตนเอง

4) จัดประชุมเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการสื่อสาร ความเสี่ยงฯ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง

5) กลุ่มตัวอย่างดำเนินการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ของตนเองตาม “ 10 พันธสัญญา” โดยมีคู่มือที่ดี คอยช่วยกระตุ้น

2.4.2 ผลดำเนินงาน สรุปดังนี้

1) แต่งตั้งคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานดำเนินการรักษัหัวใจ ในที่ทำงาน ตามคำสั่ง กรมควบคุมโรค ในวันที่ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2554 โดยมี

ก. องค์ประกอบ คือ

- ผู้เชี่ยวชาญด้าน โรคหัวใจและหลอดเลือด 2 ท่าน เป็นที่ปรึกษา

- ผู้อำนวยการสำนักโรคไม่ติดต่อ และ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและ สิ่งแวดล้อม เป็นประธาน และประธานร่วม

- คณะทำงาน คือ บุคลากรที่เป็นแกนหลักจากทั้งสองสำนักฯ กรมควบคุมโรค ร่วมกับนักวิชาการจากสำนักโภชนาการ และกองออกกำลังกาย กรมอนามัย

- เลขานุการ คือ คณะทำงานการศึกษา

ข.บทบาทหน้าที่คณะที่ปรึกษาและคณะทำงานดำเนินการรักษัหัวใจ ในที่ทำงาน คือ

- วางกรอบกลยุทธ์ กำหนดแนวทาง/กิจกรรมการดำเนินงานรักษัหัวใจ ในที่ทำงาน

- ประสานความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถดำเนินงานรักษัหัวใจ ในที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- กำกับ ติดตามประเมินผลดำเนินงานรักษัหัวใจ ในที่ทำงาน

- ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และสนับสนุนดำเนินงานรักษัหัวใจ ในที่ทำงาน

- ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆตามที่ได้รับมอบหมาย

2) คณะผู้ศึกษาคิดแนวทาง/วิธีการที่จะดำเนินงาน โครงการฯ ที่จะช่วยกระตุ้นและสนับสนุนการจัดการกับความเครียดเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดของกลุ่มตัวอย่าง และทำสไลด์เพื่อนำเสนอคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานฯ ซึ่งประกอบด้วย

- ร่างแผนงานกิจกรรม และระยะเวลาในการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ
- ร่างแนวทางการจัดการความเครียดเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ในโครงการ รักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน
- ร่างหลักการที่จะผลิตสื่อต้นแบบ ได้แก่ คู่มือการดำเนินงานฯ แผ่นพับ โปสเตอร์ ธงญี่ปุ่น ใบประกาศ ใบพันธสัญญา สื่อ สติกเกอร์รูปรอยเท้า
- ร่างหลักการเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่จะใช้ในโครงการฯ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องนับก้าว สายวัดรอบเอว
- ร่างหลักการในเรื่องช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างคณะผู้ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หนังสือราชการ ดิจบอร์ด E-mail สื่อบุคคล เสียงตามสาย โทรสาร โทรศัพท์
- ร่างแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน

3) คณะที่ปรึกษาและคณะทำงานดำเนินการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน ได้ประชุมร่วมกัน จำนวน 2 ครั้ง (ครั้งที่ 1 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2554 และครั้งที่ 2 วันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ.2554)

มติที่ประชุม เห็นชอบกับร่างที่คณะผู้ศึกษาเสนอ ได้แก่ แผนงานกิจกรรมและระยะเวลาในการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ, สื่อต้นแบบ, อุปกรณ์ที่จะใช้ในโครงการฯ, ช่องทางการติดต่อสื่อสาร โดยให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้

ก. แนวทางการจัดการความเครียดเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ในโครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน ให้จับเป็นคู่บัดดี้ และให้ปรับเป็น “10 พันธสัญญา รักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน”

- 1) กินผักสด 2 ฝ่ามือ หรือ ผักสุก 1 ฝ่ามือ ต่อมือ และผลไม้รสหวานน้อย 15 คำต่อวัน
- 2) ลดกินอาหารรสหวาน มัน เค็มจัด ถ้ากรณีกินรสจัดให้จิ้มกิน และไม่เติมเครื่องปรุง
- 3) เดินขึ้นบันไดเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างน้อย 1 ชั้นทุกวัน
- 4) นั่งติดต่อกันไม่เกิน 2 ชั่วโมง หลังจากนั้นให้บริหารร่างกาย (เคลื่อนไหวร่างกาย) ไม่น้อยกว่า 5 นาที
- 5) เดินอย่างน้อย 10,000 ก้าวต่อวัน
- 6) ลดน้ำหนักและ/หรือรอบเอวลง ในคนที่มือน้ำหนักและ/หรือรอบเอวเกินมาตรฐาน
- 7) ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย หรือ ผีอกหายใจช้า 15 นาทีต่อวัน
- 8) วัดค่าความเสี่ยงของตนเอง เช่น ค่าความดันโลหิต ค่าดัชนีมวลกายและรอบเอว อย่างน้อยทุกเดือน

9) งดสูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ และไม่ดื่มแอลกอฮอล์

10) มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงานและครอบครัวอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์

ข. การติดตามประเมินผลโครงการ ให้พิจารณาจากความสม่ำเสมอของการดำเนินการจัดการความเสี่ยงฯ ตาม “10 พันธสัญญา รักรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน”

ค. ร่างแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบ

4) จัดประชุมเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ครั้ง (ครั้งที่ 1 วันที่ 28-30 มีนาคม พ.ศ.2554, ครั้งที่ 2 ในวันที่ 24 พฤษภาคม พ.ศ.2554 และ ครั้งที่ 3 ในวันที่ 30 มิถุนายน -1 กรกฎาคม 2554) กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมระดมความคิดเห็นและรับทราบข้อมูล ดังนี้

ก. ประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเอง

ข. ได้รับความรู้เรื่องสถานการณ์ปัจจัยเสี่ยง และโรคหัวใจและหลอดเลือด การจัดการตนเองเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด และเข้าฐานปฏิบัติการ ในเรื่องการจัดการอารมณ์ / จิตใจที่เครียดจากการทำงาน การเลือกรับประทานอาหารในคนปกติ / ผู้ที่มีความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงการออกกำลังกายในวัยทำงานทั้งคนปกติ/ ผู้ที่มีความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญ

ค. ร่วมแสดงความคิดเห็นต่อร่างที่คณะผู้ศึกษานำเสนอ ได้แก่

- เห็นชอบในเรื่องแผนงานกิจกรรม และระยะเวลาในการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ
- เห็นชอบในเรื่องแนวทางการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ในโครงการรักรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน ตาม “10 พันธสัญญา รักรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน” และจับคู่กันเป็นคู่บัดดี้

- เห็นชอบในเรื่องสื่อต้นแบบที่ใช้ในการดำเนินการรักรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน ได้แก่ คู่มือการดูแลสุขภาพเพื่อประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด , ใบพันธสัญญา “10 พันธสัญญา ในโครงการรักรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน”, โปสเตอร์ “10 พันธสัญญา รักรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน”, แผ่นพับ “รักรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน” และ ใบประกาศนียบัตร ได้รับทุกคนๆละ 1 ชิ้น สำหรับสื่อ “รักรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน” ได้รับทุกคนๆละ 2 ตัว ส่วนสติ๊กเกอร์รอยเท้าก้าวเดินให้ติดตามทางเดิน และ ธงญี่ปุ่น “นิทรรศการความรู้และการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด” จัดวางไว้ส่วนกลางของแต่ละสำนัก

- เห็นชอบในเรื่องอุปกรณ์ที่จะใช้ในโครงการฯ ได้แก่ เครื่องวัดความดันโลหิต, เครื่องชั่งน้ำหนัก, เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด, เครื่องนับก้าว และสายวัดรอบเอว โดยให้เก็บไว้ที่ส่วนกลางของแต่ละสำนัก อุปกรณ์ละ 1 เครื่อง

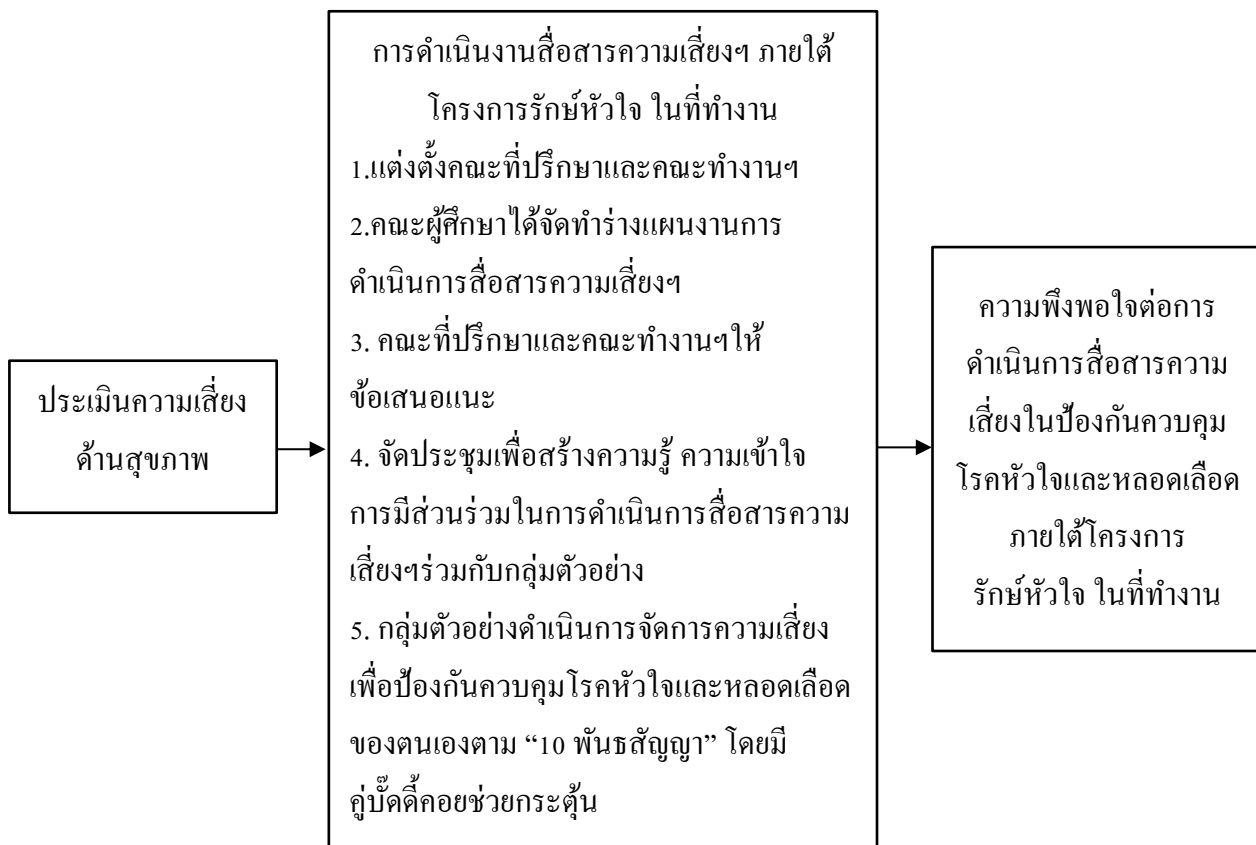
- เห็นชอบในเรื่องช่องทางติดต่อสื่อสารระหว่างคณะผู้ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ หนังสือราชการ ดิจิตอล E-mail สื่อบุคคล เสียงตามสาย โทรสาร โทรศัพท์

- เห็นชอบในเรื่องติดตามประเมินผลโครงการ ที่ให้พิจารณาจากความสำเร็จของการดำเนินการจัดการความเสี่ยงฯ ตาม “10 พันธสัญญา รักรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน” โดยเสนอให้รางวัลบุคลากรนำร่องรักรักษ์หัวใจ ในที่ทำงานทั้ง 2 หน่วยงาน (สำนักโรคไม่ติดต่อ และ สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม) หน่วยงานละ 1 คู่ (คู่บัดดี้) คู่ละ 5,000 บาท และบุคลากรคู่ที่ชนะการประกวด ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ แรงบันดาลใจ ปัญหาและอุปสรรคที่ได้พบ และวิธีแก้ไข ในประชุมปิดโครงการ

- ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเรื่องสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ในองค์กรอื่นๆ ให้แล้วแต่มติของแต่ละองค์กร ได้แก่ สื่อ “รักรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน” บางองค์กรอาจทำเป็นเข็มกลัดหรือวัสดุแบบอื่นๆ คิดเป็นสัญลักษณ์โครงการได้ ซึ่งสามารถติดได้กับเสื้อทุกตัว หรือในองค์กรที่มีขนาดใหญ่ อาจมีจำนวนอุปกรณ์เพิ่มขึ้น

5) กลุ่มตัวอย่างดำเนินการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเองตามพันธสัญญา โดยมีคู่บัดดี้ คอยช่วยกระตุ้น ในช่วงระหว่าง 1 เมษายน ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ.2554

2.5 กรอบการประเมินผล



แผนภาพที่ 2.3 กรอบการประเมิน

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบ Routine to Research (R to R) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงในป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงานในบุคลากรของกรมควบคุมโรค

โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน เป็นโครงการเชิงนโยบายที่ผู้บริหารกรมควบคุมโรคเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากโรคไม่ติดต่อ จึงได้มอบนโยบายให้ดำเนินการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน ในปีงบประมาณ 2554 นำร่องที่สำนักโรคไม่ติดต่อกับสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม 2554 คณะผู้ศึกษาดำเนินการโดยใช้การสื่อสารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม ตามขั้นตอนดำเนินการโครงการ แล้วจึงประเมินผลความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด

3.1 ประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากบุคลากรสำนักโรคไม่ติดต่อ และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ที่ยินยอมเข้าร่วม จำนวน 81 คน

3.2 ระยะเวลาการดำเนินงาน

ระยะเวลาในการดำเนินการโครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม 2554

3.3 ขั้นตอนดำเนินงาน

1) คณะผู้ศึกษาสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 การประเมินความพึงพอใจที่มีต่อโครงการฯ ใน 5 ประเด็น ได้แก่

- 2.1 รูปแบบการดำเนินการ
- 2.2 สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้
- 2.3 การประสานงาน
- 2.4 ความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้
- 2.5 ระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสม

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นต่อช่องทางสื่อสาร สื่อและอุปกรณ์ในการดำเนินการสื่อสาร
ความเสี่ยงฯ

2) คณะที่ปรึกษาและคณะทำงานดำเนินการ โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงานพิจารณาความ
ตรงของเครื่องมือ

3) คณะผู้ศึกษาแจกและชี้แจงเครื่องมือแก่กลุ่มตัวอย่าง

4) คณะผู้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน
เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าสถิติ ร้อยละ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Routine to Research (R to R) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงในป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการรักษาหัวใจ ในที่ทำงานในบุคลากรของกรมควบคุมโรค โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากบุคลากรสำนักโรคไม่ติดต่อ และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ที่ยินยอมเข้าร่วม จำนวน 81 คน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม 2554

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยแบ่งระดับเป็น ความพึงพอใจ (พึงพอใจมากที่สุด, พึงพอใจมาก, พึงพอใจปานกลาง, พึงพอใจน้อย และ น้อยที่สุด) และไม่พึงพอใจ (ตามเอกสารในภาคผนวก หน้า 57) หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วนแล้วในส่วนของความพึงพอใจ ใน 5 ระดับ ได้จับกลุ่มใหม่เป็น 3 ระดับ คือ ระดับความพึงพอใจมาก-มากที่สุด ระดับความพึงพอใจปานกลาง และระดับความพึงพอใจน้อย-น้อยที่สุด สำหรับ ในส่วนของความไม่พึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ได้ตัดออกจากตารางแปลผล ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีผู้ใดเลือกช่องความคิดเห็นไม่พึงพอใจ

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าสถิติ ร้อยละ คณะทำงานการศึกษาสรุปผลการศึกษา โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วย

4.1 ข้อมูลทั่วไป

4.2 ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในภาพรวม

4.3 ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในตามกลุ่มอายุ

4.4 ความคิดเห็นต่อช่องทางสื่อสาร สื่อและอุปกรณ์ในการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ภายใต้โครงการรักษาหัวใจ ในที่ทำงาน

4.1 ข้อมูลทั่วไป :

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.0 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 39.5 จบการศึกษาระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า พบร้อยละ 44.4 รองลงมา คือ ปริญญาตรี ร้อยละ 34.6 และรับราชการประเภทข้าราชการ ร้อยละ 66.7 รองลงมาเป็นพนักงานราชการ ร้อยละ 14.8 ดังตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=81)

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1	เพศ		
	ชาย	13	16.0
	หญิง	68	84.0
2	อายุ (อายุเฉลี่ย 43 ปี)		
	20-29 ปี	15	18.5
	30-39 ปี	19	23.5
	40-49 ปี	15	18.5
	50-59 ปี	32	39.5
3.	ระดับการศึกษา		
	ม.6 / ปวช.	7	8.6
	ปวส. / อนุปริญญา	10	12.4
	ปริญญาตรี	28	34.6
	ปริญญาโท หรือ สูงกว่า	36	44.4
4.	รับราชการประเภท		
	ข้าราชการ	54	66.7
	พนักงานราชการ	12	14.8
	ลูกจ้างประจำ	5	6.2
	ลูกจ้างชั่วคราว	10	12.3

4.2 ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ในภาพรวม

ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน มีรายละเอียด แต่ละประเด็น 5 ประเด็น ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ร้อยละของความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในภาพรวม (n=81)

ลำดับ	ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)		
		มากที่สุด	ปานกลาง	น้อยที่สุด
1 รูปแบบการดำเนินการ				
1.1	ช่วยสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	84.0	16.0	0
1.2	ช่วยส่งเสริมให้รับรู้ปัจจัยเสี่ยง ของโรคหัวใจและหลอดเลือด	90.1	7.4	2.5
1.3	ช่วยส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกัน ควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด	88.9	8.6	2.5
1.4	ตอบสนองกับความต้องการ	72.8	21.0	6.2
1.5	เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ	71.6	21.0	7.4
2 สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้				
2.1	ช่วยกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก	72.8	25.9	1.2
2.2	มีความเหมาะสม	72.8	25.9	1.2
3 การประสานงาน				
3.1	ผู้จัดการประชุมฯ มีการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการจัดประชุม	69.1	29.6	1.2
3.2	ช่องทางการสื่อสาร เหมาะสม	64.2	32.1	3.7
4 ความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้				
4.1	ได้รับความรู้และความเข้าใจการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น	87.7	11.1	1.2
4.2	สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	88.9	8.6	2.5
5 ระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสม		61.7	35.8	2.5

จากตารางที่ 4.2 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ในประเด็นเรื่องรูปแบบการดำเนินการ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 80 ในรายชื่อย่อย ได้แก่ “ช่วยสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด”, “ช่วยส่งเสริมให้รับรู้ปัจจัยเสี่ยง ของโรคหัวใจและหลอดเลือด” และ “ช่วยส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปรับ

พฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด” สำหรับในรายชื่อย่อยที่มีความพึงพอใจ ในระดับมากถึงมากที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ “ตอบสนองกับความต้องการ” ซึ่งมีความพึงพอใจ ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 72.8 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.0 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 6.2 และในรายชื่อย่อย “เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ” มีความพึงพอใจ ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 71.6 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.0 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 7.4

ส่วนความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ในประเด็นเรื่องสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 80 ในทั้ง 2 รายชื่อย่อย คือ “ช่วยกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก” และ “มีความเหมาะสม” โดยมีความพึงพอใจระดับเท่ากัน ดังนี้ มีความพึงพอใจ ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 72.8 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.9 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 1.2

ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ในประเด็นเรื่องการประชุมงาน อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 80 ในทั้ง 2 รายชื่อย่อย คือ “ผู้จัดการประชุมฯ มีการประชุมงานและอำนวยความสะดวกในการจัดประชุม” มีความพึงพอใจ ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 69.1 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.6 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 1.2 และในรายชื่อย่อย “ช่องทางการสื่อสาร เหมาะสม” มีความพึงพอใจ ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 64.2 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.1 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 3.7

สำหรับความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ในประเด็นความรู้ ความเข้าใจ และการนำไปใช้ อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 80 ในทั้ง 2 รายชื่อย่อย คือ “ได้รับความรู้และความเข้าใจการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น” และ “สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด”

ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ในประเด็นระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสม น้อยกว่าร้อยละ 80 โดยมีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 61.7 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 38.5 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 2.5

โดยสรุปกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 80 ในประเด็นเรื่องรูปแบบการดำเนินการ ในรายชื่อย่อย ได้แก่ “ช่วยสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด”, “ช่วยส่งเสริมให้รับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด” และ “ช่วยส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกัน

ควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด” และในประเด็นความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้ ทั้ง 2 ราย
 ช้อย่อย ส่วนความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารฯ ในระดับมากถึงมากที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 80
 คือ ประเด็นเรื่องรูปแบบการดำเนินการ ในรายช้อย่อย “ตอบสนองกับความต้องการ” และในรายช้อย่อย
 “เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ” รวมทั้ง ประเด็นเรื่องสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ ,
ประเด็นเรื่องการประชุม และ ประเด็นระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสม ทุกรายช้อย่อย และ
 เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในทั้ง 5 ประเด็น พบว่า ประเด็นระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสม
มีร้อยละของความพึงพอใจ ในระดับมากถึงมากที่สุด ต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบในทั้ง 5
 ประเด็น

4.3 ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในตาม กลุ่มอายุ

การศึกษานี้ได้ศึกษาเพิ่มในส่วนของอายุของกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งช่วงอายุออกเป็น 2 กลุ่ม
 คือ กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น อายุ 15-39 ปี และกลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย อายุ 40-59 ปี ทั้งนี้เนื่องจาก
 จะได้ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มช่วงอายุกับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานสื่อสาร
 ความเสี่ยงฯ เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับช่วงวัยของ
 แรงงานที่ทำงานในสถานที่ทำงานมากยิ่งขึ้น

4.3.1 ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในตามกลุ่มอายุ ในส่วนของรูปแบบการดำเนินงาน

ตารางที่ 4.3 ร้อยละของความพึงพอใจในประเด็นรูปแบบการดำเนินการแยกตามกลุ่มอายุ

ลำดับ	ประเด็น	กลุ่มอายุ	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)		
			มากที่สุด	ปานกลาง	น้อยที่สุด
1 รูปแบบการดำเนินการ					
1.1	ช่วยสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด	อายุ 15-39 ปี	88.2	11.8	0
		อายุ 40-59 ปี	80.9	19.1	0
1.2	ช่วยส่งเสริมให้รับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด	อายุ 15-39 ปี	94.1	5.9	0
		อายุ 40-59 ปี	87.2	8.5	4.3
1.3	ช่วยส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด	อายุ 15-39 ปี	91.2	8.8	0
		อายุ 40-59 ปี	87.2	8.5	4.3
1.4	ตอบสนองกับความต้องการ	อายุ 15-39 ปี	73.5	20.6	5.9
		อายุ 40-59 ปี	72.3	21.3	6.4
1.5	เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ	อายุ 15-39 ปี	79.4	17.7	2.9
		อายุ 40-59 ปี	66.0	23.4	10.6

หมายเหตุ : กลุ่มตัวอย่างอายุ 15-39 ปี มีจำนวน 34 คน และ อายุ 40-59 ปี มีจำนวน 47 คน

จากตารางที่ 4.3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ อยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนต้นและวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ในประเด็นเรื่องรูปแบบการดำเนินการ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 80 ในรายชื่อย่อย ได้แก่ “ช่วยสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด”, “ช่วยส่งเสริมให้รับรู้ปัจจัยเสี่ยง ของโรคหัวใจและหลอดเลือด” และ “ช่วยส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด” เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุในเรื่องความพึงพอใจ ทั้ง 3 รายชื่อย่อยดังกล่าว พบว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น มีร้อยละของความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่ากลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย

สำหรับในรายชื่อย่อยที่ กลุ่มวัยแรงงานตอนต้นและวัยแรงงานตอนปลายมีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ในประเด็นเรื่องรูปแบบการดำเนินการ ในระดับมากถึง

มากที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ “ตอบสนองกับความต้องการ” และ “เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ” โดยในรายชื่อย่อย “ตอบสนองกับความต้องการ” กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น มีความพึงพอใจ อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 73.5 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.6 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 5.9 กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจ อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 72.3 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.3 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 6.4 ส่วน โดยในรายชื่อย่อย “เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ” กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น มีความพึงพอใจ อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 79.4 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 17.7 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 2.9 กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจ อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 66.0 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.4 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 10.6

โดยสรุปกลุ่มวัยแรงงานตอนต้นและวัยแรงงานตอนปลายมีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน ในประเด็นเรื่องรูปแบบการดำเนินการ อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 80 ในรายชื่อย่อย ได้แก่ “ช่วยสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด”, “ช่วยส่งเสริมให้รับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด” และ “ช่วยส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด” ส่วนรายชื่อย่อยที่ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ในระดับมากถึงมากที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 80 มี 2 รายชื่อย่อย คือ “ตอบสนองกับความต้องการ” และ “เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ” เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น มีร้อยละของความพึงพอใจ อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่ากลุ่มวัยแรงงานตอนปลายในรายชื่อย่อย “เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ” ส่วนในรายชื่อย่อย “ตอบสนองกับความต้องการ” มี ร้อยละของความพึงพอใจ อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด ไม่ค่อยแตกต่างกัน

4.3.2 ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในตามกลุ่มอายุ ในส่วนของสื่อ/อุปกรณ์ในโครงการ

ตารางที่ 4.4 ร้อยละของความพึงพอใจในประเด็นสื่อ/อุปกรณ์ในโครงการแยกตามกลุ่มอายุ

ลำดับ	ประเด็น	กลุ่มอายุ	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)		
			มาก-มากที่สุด	ปานกลาง	น้อย-น้อยที่สุด
2 สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้					
2.1	ช่วยกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก	อายุ 15-39 ปี	70.6	29.4	0
		อายุ 40-59 ปี	74.5	23.4	2.1
2.2	มีความเหมาะสม	อายุ 15-39 ปี	67.6	32.4	0
		อายุ 40-59 ปี	76.6	21.3	2.1

หมายเหตุ : กลุ่มตัวอย่างอายุ 15-39 ปี มีจำนวน 34 คน และ อายุ 40-59 ปี มีจำนวน 47 คน

จากตารางที่ 4.4 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ อยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนต้นและวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ในประเด็นเรื่องสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 80 ในทั้ง 2 รายช้อย่อย ได้แก่ “ช่วยกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก” และรายช้อย่อย “มีความเหมาะสม”

โดยในรายช้อย่อย “ช่วยกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก” กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น มีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 70.6 และในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.4 กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 74.5 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.4 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 2.1 ส่วนความพึงพอใจต่อสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ในโครงการ ในรายช้อย่อย “มีความเหมาะสม” กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น มีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 67.6 และในระดับปานกลาง ร้อยละ 32.4 กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 76.6 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.3 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 2.1

โดยสรุปกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ อยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนต้นและวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน ในประเด็นเรื่องสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 80 ในทุกรายช้อย่อย ได้แก่ “ช่วยกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก” และรายช้อย่อย “มีความเหมาะสม” เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มี ร้อยละของ

ความพึงพอใจ ในประเด็นสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ในโครงการในทุกรายข้อย่อย ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่ากลุ่มวัยแรงงานตอนต้น แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจ ใน ประเด็นสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ ในโครงการในทั้ง 2 รายข้อย่อย ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด เท่ากัน ร้อยละ 2.1 แต่กลุ่มวัยแรงงานตอนต้นมีระดับความพึงพอใจในประเด็นสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ ในโครงการอยู่ ในระดับปานกลาง และ มากถึงมากที่สุด เท่านั้น

4.3.3 ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในตามกลุ่มอายุ ในส่วนของการประสานงานโครงการ

ตารางที่ 4.5 ร้อยละของความพึงพอใจในประเด็นการประสานงานโครงการแยกตามกลุ่มอายุ

ลำดับ	ประเด็น	กลุ่มอายุ	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)		
			มาก-มากที่สุด	ปานกลาง	น้อย-น้อยที่สุด
3. การประสานงาน					
3.1	ผู้จัดการประชุมฯ มีการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการจัดประชุม	อายุ 15-39 ปี	73.6	23.5	2.9
		อายุ 40-59 ปี	66.0	34.0	0
3.2	ช่องทางการสื่อสาร เหมาะสม	อายุ 15-39 ปี	61.8	35.3	2.9
		อายุ 40-59 ปี	65.9	29.8	4.3

หมายเหตุ : กลุ่มตัวอย่างอายุ 15-39 ปี มีจำนวน 34 คน และ อายุ 40-59 ปี มีจำนวน 47 คน

จากตารางที่ 4.5 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ อยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนต้นและวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ในประเด็นเรื่องการประสานงาน อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 80 ในทั้ง 2 รายข้อย่อย ได้แก่ “ผู้จัดการประชุมฯ มีการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการจัดประชุม” และรายข้อย่อย “ช่องทางการสื่อสาร เหมาะสม”

โดยในรายข้อย่อย “ผู้จัดการประชุมฯ มีการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการจัดประชุม” กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น มีความพึงพอใจ อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 73.6 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.5 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 2.9 กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจ อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 66.0 และในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.0 ส่วนความพึงพอใจเรื่องการประสานงาน ในรายข้อย่อย “ช่องทางการสื่อสาร เหมาะสม” กลุ่มวัยแรงงาน

ตอนต้น มีความพึงพอใจ อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 61.8 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.3 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 2.9 กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจ อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 65.9 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.8 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 4.3

โดยสรุปกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ อยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนต้นและวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน ในประเด็นเรื่องการประสานงาน อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 80 ในทั้งทุกรายข้อย่อย ได้แก่ “ผู้จัดการประชุมฯ มีการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการจัดประชุม” และรายข้อย่อย “ช่องทางการสื่อสาร เหมาะสม” เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น มี ร้อยละของความพึงพอใจ ในข้อย่อย “ผู้จัดการประชุมฯ มีการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการจัดประชุม” มากกว่ากลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย ส่วนใน รายข้อย่อย “ช่องทางการสื่อสาร เหมาะสม” กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มี ร้อยละของความพึงพอใจ ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่ากลุ่มวัยแรงงานตอนต้น

4.3.4 ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในตามกลุ่มอายุ ในส่วนของความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้

ตารางที่ 4.6 ร้อยละของความพึงพอใจในประเด็นความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้แยกตามกลุ่มอายุ

ลำดับ	ประเด็น	กลุ่มอายุ	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)		
			มาก-มากที่สุด	ปานกลาง	น้อย-น้อยที่สุด
4 ความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้					
4.1	ได้รับความรู้และความเข้าใจ การป้องกันควบคุมโรคหัวใจ และหลอดเลือดเพิ่มขึ้น	อายุ 15-39 ปี	85.3	14.7	0
		อายุ 40-59 ปี	89.4	8.5	2.1
4.2	สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการ ปฏิบัติการดูแลสุขภาพป้องกัน โรคหัวใจและหลอดเลือด	อายุ 15-39 ปี	85.3	14.7	0
		อายุ 40-59 ปี	91.5	4.3	4.2

หมายเหตุ : กลุ่มตัวอย่างอายุ 15-39 ปี มีจำนวน 34 คน และ อายุ 40-59 ปี มีจำนวน 47 คน

จากตารางที่ 4.6 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ อยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนต้นและวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ในประเด็นความรู้

ความเข้าใจและการนำไปใช้ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 80 ในทั้ง 2 รายช้อย่อย ได้แก่ “ได้รับความรู้และความเข้าใจการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น” และรายช้อย่อย “สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด”

โดยทั้ง 2 รายช้อย่อยดังกล่าว พบว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มี ร้อยละของความพึงพอใจ ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น แต่ทั้งนี้ พบว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนต้นมีระดับความพึงพอใจในทั้ง 2 รายช้อย่อย อยู่ ในระดับปานกลาง และ มากถึงมากที่สุด เท่านั้น

โดยสรุปกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ อยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนต้นและวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน ใน ประเด็นเรื่องความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 80 ในทั้ง 2 รายช้อย่อย ได้แก่ “ได้รับความรู้และความเข้าใจการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น” และ “สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด” เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มี ร้อยละของความพึงพอใจ ในทุกรายช้อย่อย ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น แต่กลุ่มวัยแรงงานตอนต้นมีระดับความพึงพอใจในทั้งทุกรายช้อย่อย อยู่ในระดับปานกลาง และ มากถึงมากที่สุด เท่านั้น

4.3.5 ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในตามกลุ่มอายุ ในส่วนของระยะเวลาดำเนินการ

ตารางที่ 4.7 ร้อยละของความพึงพอใจในประเด็นระยะเวลาดำเนินการแยกตามกลุ่มอายุ

ลำดับ	ประเด็น	กลุ่มอายุ	ระดับความพึงพอใจ (ร้อยละ)		
			มาก-มากที่สุด	ปานกลาง	น้อย-น้อยที่สุด
5 ระยะเวลาดำเนินการ					
มีความเหมาะสม		อายุ 15-39 ปี	61.8	35.3	2.9
		อายุ 40-59 ปี	61.7	36.2	2.1

หมายเหตุ : กลุ่มตัวอย่างอายุ 15-39 ปี มีจำนวน 34 คน และ อายุ 40-59 ปี มีจำนวน 47 คน

จากตารางที่ 4.7 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ อยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนต้นและวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ใน ประเด็นเรื่องระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสม อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 80 เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุ พบว่า ทั้งกลุ่มวัยแรงงานตอนต้น มีความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากถึงมาก

ที่สุด ร้อยละ 61.8 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.3 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 2.9 ส่วนกลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจ อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 61.7 ในระดับปานกลาง ร้อยละ 36.2 และในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด ร้อยละ 2.1

โดยสรุปกลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุ อยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนต้นและวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการรักษหัวใจ ในที่ทำงาน ในประเด็นเรื่องระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสม อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 80 เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุ พบว่า ทั้งกลุ่มวัยแรงงานตอนต้นและกลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มี ร้อยละของความพึงพอใจ ในระดับมากถึงมากที่สุด, ในระดับปานกลาง และ น้อยถึงน้อยที่สุด ไม่แตกต่างกัน และมีร้อยละของความพึงพอใจ ในระดับมากถึงมากที่สุด ต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบในทั้ง 5 ประเด็น

4.4 ความคิดเห็นต่อช่องทางสื่อสาร สื่อและอุปกรณ์ในการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ภายใต้โครงการรักษหัวใจ ในที่ทำงาน

4.4.1 ความคิดเห็นต่อช่องทางสื่อสารในการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ

สำหรับแบบสอบถามมีช่องทางการสื่อสารทั้งหมด 7 ช่องทาง (หนังสือราชการ , โทรศัพท์ , โทรสาร , E-mail , บอร์ดประชาสัมพันธ์ , เสียงตามสาย และ สื่อบุคคล (บอกต่อ)) โดยนำเสนอใน 3 ลำดับแรก กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าช่องทางการสื่อสารที่จะเข้าถึงคนในองค์กรได้ดีมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ หนังสือราชการ ร้อยละ 64.2 รองลงมา คือ บอร์ดประชาสัมพันธ์ และสื่อบุคคล ร้อยละ 23.5 และร้อยละ 13.6 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ร้อยละของความคิดเห็นต่อช่องทางการสื่อสารในโครงการรักษหัวใจ ในที่ทำงาน (n=81)

อันดับที่	ช่องทางการสื่อสาร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	หนังสือราชการ	52	64.2
2	บอร์ดประชาสัมพันธ์	19	23.5
3	สื่อบุคคล	11	13.6

เมื่อแยกกลุ่มตัวอย่างตามกลุ่มอายุ พบความคิดเห็นต่อช่องทางการสื่อสารที่จะเข้าถึงคนในองค์กรได้ดีมากที่สุด 3 ลำดับแรก ดังนี้ กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น มีความคิดเห็นต่อช่องทางการสื่อสารที่จะเข้าถึงคนในองค์กรได้ดี อันดับที่ 1 หนังสือราชการ ร้อยละ 64.7 รองลงมา คือ บอร์ดประชาสัมพันธ์ และสื่อบุคคล ร้อยละ 20.6 และร้อยละ 14.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีความคิดเห็นต่อช่องทางการสื่อสาร อันดับที่ 1 หนังสือราชการ ร้อยละ 63.8 รองลงมา คือ บอร์ดประชาสัมพันธ์ และสื่อบุคคล ร้อยละ 25.5 และร้อยละ 12.8 ตามลำดับ

โดยสรุปเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุอยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนต้น และ กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีความคิดเห็นต่อช่องทางการสื่อสารที่จะเข้าถึงคนในองค์กรได้ดี พอๆกัน คือ หนังสือราชการ เลือกเป็นอันดับที่ 1 และช่องทางการสื่อสาร ประเภทสื่อบุคคล เลือกเป็นอันดับที่ 3 ส่วนช่องทางการสื่อสารที่เลือกเป็นอันดับที่ 2 คือ บอร์ดประชาสัมพันธ์ ซึ่งกลุ่มวัยแรงงานตอนปลายมีร้อยละของความคิดเห็นต่อช่องทางการสื่อสารที่จะเข้าถึงคนในองค์กร ได้ดี มากกว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น ดังแสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ร้อยละของความคิดเห็นต่อช่องทางการสื่อสารในโครงการแยกตามกลุ่มอายุ

อันดับที่	ช่องทางการสื่อสาร	กลุ่มอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	หนังสือราชการ	อายุ 15-39 ปี	22	64.7
		อายุ 40-59 ปี	30	63.8
2	บอร์ดประชาสัมพันธ์	อายุ 15-39 ปี	7	20.6
		อายุ 40-59 ปี	12	25.5
3	สื่อบุคคล	อายุ 15-39 ปี	5	14.7
		อายุ 40-59 ปี	6	12.8

หมายเหตุ : กลุ่มตัวอย่างอายุ 15-39 ปี มีจำนวน 34 คน และ อายุ 40-59 ปี มีจำนวน 47 คน

4.4.2 ความคิดเห็นต่อสื่อในการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ

สำหรับแบบสอบถามมีสื่อที่ใช้ในโครงการทั้งหมด 8 สื่อ (คู่มือการดูแลสุขภาพ , โปสเตอร์, แผ่นพับ , ใบพันธสัญญา , ธงญี่ปุ่น , ใบประกาศเกียรติคุณ , เสื้อ และ สติกเกอร์รอยเท้าก้าวเดิน) โดยนำเสนอใน 3 ลำดับแรก กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าในองค์กรรักหัวใจ ควรมีสื่อที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพ 3 อันดับแรก คือ คู่มือการดูแลสุขภาพเพื่อประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 42.0 รองลงมา คือแผ่นพับ “รักหัวใจ ในที่ทำงาน” ร้อยละ 28.4 และโปสเตอร์ “10 พันธสัญญา รักหัวใจ ในที่ทำงาน” ร้อยละ 22.2 ดังแสดงในตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ร้อยละของความคิดเห็นต่อสื่อในโครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน (n=81)

อันดับที่	สื่อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	คู่มือการดูแลสุขภาพเพื่อประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	34	42.0
2	แผ่นพับ “รักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน”	23	28.4
3	โปสเตอร์ “10 พันธสัญญา รักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน”	18	22.2

เมื่อแยกกลุ่มตัวอย่างตามกลุ่มอายุพบมีความคิดเห็นว่าในองค์กรรักษ์หัวใจ ควรจะมีสื่อที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพ 3 อันดับแรก ดังนี้ กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น มีความคิดเห็นต่อสื่อที่ควรมีในองค์กรรักษ์หัวใจได้ดี อันดับที่ 1 คู่มือการดูแลสุขภาพเพื่อประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 35.3 รองลงมา คือ แผ่นพับ “รักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน” และโปสเตอร์ “10 พันธสัญญา รักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน” ร้อยละ 20.6 และร้อยละ 11.8 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มวัยแรงงานตอนปลายมีความคิดเห็นต่อสื่อที่ควรมีในองค์กรรักษ์หัวใจได้ดี อันดับที่ 1 “คู่มือการดูแลสุขภาพเพื่อประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด” ร้อยละ 46.8 รองลงมา คือ แผ่นพับ “รักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน” และโปสเตอร์ “10 พันธสัญญา รักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน” ร้อยละ 34.0 และร้อยละ 29.8 ตามลำดับ

โดยสรุปเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุอยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนปลายมีร้อยละของความคิดเห็นว่าในองค์กรรักษ์หัวใจ ควรจะมีสื่อที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพได้ดี อันดับที่ 1 คู่มือการดูแลสุขภาพเพื่อประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด รองลงมา คือ แผ่นพับ “รักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน” และโปสเตอร์ “10 พันธสัญญา รักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน” โดยมีร้อยละของความคิดเห็น มากกว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนต้นในทั้ง 3 อันดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ร้อยละของความคิดเห็นต่อสื่อในโครงการแยกตามกลุ่มอายุ

อันดับที่	สื่อ	กลุ่มอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	คู่มือการดูแลสุขภาพเพื่อประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	อายุ 15-39 ปี	12	35.3
		อายุ 40-59 ปี	22	46.8
2	แผ่นพับ “รักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน”	อายุ 15-39 ปี	7	20.6
		อายุ 40-59 ปี	16	34.0
3	โปสเตอร์ “10 พันธสัญญา รักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน”	อายุ 15-39 ปี	4	11.8
		อายุ 40-59 ปี	14	29.8

หมายเหตุ : กลุ่มตัวอย่างอายุ 15-39 ปี มีจำนวน 34 คน และ อายุ 40-59 ปี มีจำนวน 47 คน

4.4.3 ความคิดเห็นต่ออุปกรณ์ในการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ

สำหรับแบบสอบถามมีอุปกรณ์ที่ใช้ในโครงการมีทั้งหมด 6 อุปกรณ์ (เครื่องวัดความดันโลหิต , ระดับน้ำตาลในเลือด , เครื่องชั่งน้ำหนัก , เครื่องนับก้าวเดิน , สายวัดรอบเอว และเครื่องออกกำลังกาย) โดยนำเสนอใน 3 ลำดับแรก กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าในองค์กรธุรกิจหัวใจ ควรจะมีอุปกรณ์ที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพ 3 อันดับแรก คือ เครื่องวัดความดันโลหิต ร้อยละ 75.3 รองลงมา คือ เครื่องชั่งน้ำหนัก ร้อยละ 61.7 และอันดับ 3 คือ สายวัดรอบเอว ร้อยละ 49.4 ดังแสดงในตารางที่ 4.12

ตารางที่ 4.12 ร้อยละของความคิดเห็นต่ออุปกรณ์ในโครงการธุรกิจหัวใจ ในที่ทำงาน (n=81)

อันดับที่	อุปกรณ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	เครื่องวัดความดันโลหิต	61	75.3
2	เครื่องชั่งน้ำหนัก	50	61.7
3	สายวัดรอบเอว	40	49.4

เมื่อแยกกลุ่มตัวอย่างตามกลุ่มอายุพบมีความคิดเห็นว่าในองค์กรธุรกิจหัวใจ ควรจะมีอุปกรณ์ที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพ 3 อันดับแรก ดังนี้ กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น มีความคิดเห็นต่ออุปกรณ์ที่ควรมีในองค์กรธุรกิจหัวใจได้ดี อันดับที่ 1 เครื่องวัดความดันโลหิต ร้อยละ 67.6 รองลงมา เครื่องชั่งน้ำหนัก และสายวัดรอบเอว ร้อยละ 55.9 และร้อยละ 44.1ตามลำดับ ส่วนกลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีความคิดเห็นต่ออุปกรณ์ที่ควรมีในองค์กรธุรกิจหัวใจได้ดี อันดับที่ 1 เครื่องวัดความดันโลหิต ร้อยละ 80.9 รองลงมา เครื่องชั่งน้ำหนัก และสายวัดรอบเอว ร้อยละ 66.0 และร้อยละ 53.2 ตามลำดับ

โดยสรุปเมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุอยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีร้อยละของความคิดเห็นว่าในองค์กรธุรกิจหัวใจ ควรจะมีอุปกรณ์ที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพได้ดี อันดับที่ 1 เครื่องวัดความดันโลหิต รองลงมา เครื่องชั่งน้ำหนัก และสายวัดรอบเอว โดยมีร้อยละของความคิดเห็น มากกว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนต้นในทั้ง 3 อันดับ ดังแสดงในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 ร้อยละของความคิดเห็นต่ออุปกรณ์ในโครงการแยกตามกลุ่มอายุ

อันดับที่	อุปกรณ์	กลุ่มอายุ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	เครื่องวัดความดันโลหิต	อายุ 15-39 ปี	23	67.6
		อายุ 40-59 ปี	38	80.9
2	เครื่องชั่งน้ำหนัก	อายุ 15-39 ปี	19	55.9
		อายุ 40-59 ปี	31	66.0
3	สายวัดรอบเอว	อายุ 15-39 ปี	15	44.1
		อายุ 40-59 ปี	25	53.2

หมายเหตุ : กลุ่มตัวอย่างอายุ 15-39 ปี มีจำนวน 34 คน และ อายุ 40-59 ปี มีจำนวน 47 คน

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบ Routine to Research (R to R) เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงในป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงานในบุคลากรของกรมควบคุมโรค ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากบุคลากรสำนักโรคไม่ติดต่อ และสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ที่ยินยอมเข้าร่วม จำนวน 81 คน ดำเนินโครงการ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง สิงหาคม 2554 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ซึ่งได้ผ่านการพิจารณาจากคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานดำเนินการรักษ์หัวใจในที่ทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสถิติ ร้อยละและสรุปผลการศึกษา มีรายละเอียด คือ

5.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงในป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน ซึ่งเป็นโครงการเชิงนโยบายที่ผู้บริหารกรมควบคุมโรคเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากโรคไม่ติดต่อ จึงได้มอบนโยบายให้ดำเนินการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน ในปีงบประมาณ 2554 การศึกษาของสรุปข้อค้นพบแบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่

5.1.1 ข้อมูลทั่วไป

5.1.2 ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดในภาพรวม (5 ประเด็น ได้แก่ รูปแบบการดำเนินการ, สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้, การประสานงาน, ความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้ และระยะเวลาดำเนินการ)

5.1.3 ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดแยกตามกลุ่มอายุ

5.1.4 ความคิดเห็นต่อช่องทางสื่อสาร สื่อและอุปกรณ์ในการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน

5.1.1 ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.0 อายุ 50-59 ปี ร้อยละ 39.5 จบการศึกษาระดับปริญญาโทหรือสูงกว่า พบร้อยละ 44.4 รองลงมา คือ ปริญญาตรี ร้อยละ 34.6 และรับราชการประเภทข้าราชการ ร้อยละ 66.7 รองลงมา เป็นพนักงานราชการ ร้อยละ 14.8

5.1.2 ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ในภาพรวม

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 80 ในประเด็นเรื่องรูปแบบการดำเนินการ ในรายข้อย่อย ได้แก่ “ช่วยสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด”, “ช่วยส่งเสริมให้รับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด” และ “ช่วยส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด” และในประเด็นความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้ ทั้ง 2 รายข้อย่อย

ส่วนความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน อยู่ ในระดับมากถึงมากที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 80 ในประเด็นเรื่องรูปแบบการดำเนินการ ในรายข้อย่อย “ตอบสนองกับความต้องการ” และในรายข้อย่อย “เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ” รวมทั้ง ประเด็นเรื่องสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้, ประเด็นเรื่องการประชุม และ ประเด็นระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสม ทุกรายข้อ และเมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในทั้ง 5 ประเด็น พบว่า ประเด็นระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสม มีร้อยละของความพึงพอใจ ในระดับมากถึงมากที่สุด ต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบในทั้ง 5 ประเด็น

5.1.3 ความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดแยกตามกลุ่มอายุ

เมื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ช่วงอายุในการแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น อายุ 15-39 ปี และกลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย อายุ 40-59 ปี เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของกลุ่มช่วงอายุกับความพึงพอใจต่อการดำเนินงานสื่อสารความเสี่ยงฯ เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลที่ได้ไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับช่วงวัยของแรงงานที่ทำงานในสถานที่ทำงานมากยิ่งขึ้น พบมีข้อมูลที่ค้นพบ เพื่อการพัฒนา ดังนี้

กลุ่มวัยแรงงานตอนต้นและวัยแรงงานตอนปลายมีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน ในระดับมากถึงมากที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 80

1) ประเด็นเรื่องรูปแบบการดำเนินการ ในรายชื่อย่อย “ตอบสนองกับความต้องการ” และในรายชื่อย่อย “เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ” เช่นเดียวกับในภาพรวม เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น มีร้อยละของความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่ากลุ่มวัยแรงงานตอนปลายในเกือบทุกรายชื่อย่อย ยกเว้น ในรายชื่อย่อย “ตอบสนองกับความต้องการ” มี ร้อยละของความพึงพอใจ อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ไม่ค่อยแตกต่างกัน

2) ประเด็นเรื่องสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ ในทุกรายชื่อย่อย เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มี ร้อยละของความพึงพอใจ ในประเด็นสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ในโครงการ ในทุกรายชื่อย่อย ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่ากลุ่มวัยแรงงานตอนต้น แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจ ใน ประเด็นสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ ในโครงการในทั้ง 2 รายชื่อย่อย ในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด เท่ากัน ร้อยละ 2.1 แต่กลุ่มวัยแรงงานตอนต้นมีระดับความพึงพอใจใน ประเด็นสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ ในโครงการอยู่ ในระดับปานกลาง และ มากถึงมากที่สุด เท่านั้น

3) ประเด็นเรื่องการประชุม ในทุกรายชื่อย่อย เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น มี ร้อยละของความพึงพอใจ ในชื่อย่อย “ผู้จัดการประชุมฯ มีการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการจัดประชุม” มากกว่ากลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย ส่วนใน รายชื่อย่อย “ช่องทางการสื่อสารเหมาะสม” กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มี ร้อยละของความพึงพอใจ ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่ากลุ่มวัยแรงงานตอนต้น

4) ประเด็นเรื่องระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสม มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 80 โดยมีร้อยละของความพึงพอใจ ในระดับมากถึงมากที่สุด ต่ำที่สุด เมื่อเปรียบเทียบในทั้ง 5 ประเด็น เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุ พบว่า ทั้งกลุ่มวัยแรงงานตอนต้นและกลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มี ร้อยละของความพึงพอใจ ในระดับมากถึงมากที่สุด, ในระดับปานกลาง และ น้อยถึงน้อยที่สุด ไม่แตกต่างกัน

5.1.4 ความคิดเห็นต่อช่องทางสื่อสาร สื่อและอุปกรณ์ในการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน

1) ความคิดเห็นต่อช่องทางสื่อสาร ในโครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการสื่อสารที่จะเข้าถึงคนในองค์กรได้ดีมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ หนังสือราชการ รองลงมา คือ บอร์ดประชาสัมพันธ์ และสื่อบุคคล ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุอยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนต้น และ กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีความคิดเห็นต่อช่องทางสื่อสารที่จะเข้าถึงคนในองค์กรได้ดี พอๆกัน คือ หนังสือราชการ เลือกเป็นอันดับที่ 1 และช่องทางสื่อสาร ประเภทสื่อบุคคล เลือกเป็นอันดับที่ 3 ส่วนช่องทางสื่อสารที่เลือกเป็นอันดับที่ 2 คือ บอร์ดประชาสัมพันธ์ ซึ่งกลุ่มวัยแรงงานตอนปลายมีร้อยละของความคิดเห็นต่อช่องทางสื่อสารที่จะเข้าถึงคนในองค์กรได้ดี มากกว่ากลุ่มวัยแรงงานตอนต้น

2) ความคิดเห็นต่อสื่อในโครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการมีสื่อที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพ 3 อันดับแรก คือ คู่มือการดูแลสุขภาพเพื่อประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด รองลงมา คือ แผ่นพับ “รักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน” และโปสเตอร์ “10 พันธสัญญา รักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน” เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุอยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีร้อยละของความคิดเห็น ต่อสื่อในองค์กรรักษ์หัวใจที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพ มากกว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนต้นในทั้ง 3 อันดับ

3) ความคิดเห็นต่ออุปกรณ์ในโครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าการมีอุปกรณ์ที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพ 3 อันดับแรก คือ เครื่องวัดความดันโลหิต รองลงมา คือ เครื่องชั่งน้ำหนัก และอันดับ 3 คือ สายวัดรอบเอว เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุอยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีร้อยละของความคิดเห็น ต่ออุปกรณ์ที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพ มากกว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนต้นในทั้ง 3 อันดับ

5.2 อภิปรายผล

การดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงในป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ภายใต้โครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน ซึ่งเป็นโครงการเชิงนโยบายที่ผู้บริหารกรมควบคุมโรคเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากโรคไม่ติดต่อ จึงได้มอบนโยบายให้ดำเนินการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน การดำเนินการคณะกรรมการศึกษาได้ดำเนินการโดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแสดง

ความคิดเห็นเพื่อที่จะดำเนินการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเอง โดยได้จัดประชุมเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจ แจ้งผลความเสี่ยงรายบุคคลและภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างร่วมวางแผนการดำเนินการจัดการความเสี่ยง เพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเอง จึงมีส่วนให้กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่าร้อยละ 80 ในประเด็นรูปแบบการดำเนินการว่าช่วยสร้างความตระหนักได้, ช่วยส่งเสริมให้รับรู้เกิดการรับรู้ปัจจัยเสี่ยง และช่วยส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรค รวมถึงประเด็นความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้ว่าทำให้ได้รับความรู้และความเข้าใจการป้องกันควบคุมโรคเพิ่มขึ้น และสามารถนำความรู้ ความเข้าใจ ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติดูแลสุขภาพ ป้องกันโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับกฎของการสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ²³ ว่าการสื่อสารความเสี่ยงนั้นผู้รับสารควรยอมรับข้อมูลความเสี่ยงของตนเอง การสื่อสารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ ควรวางแผน ปรับกลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยงตามบริบทของแต่ละผู้รับสาร พร้อมรับฟังความคิดเห็นของผู้รับสารทุกคนมากกว่ามุมมองของวิชาการ และสอดคล้องกับแนวทางกลยุทธ์การสื่อสารความเสี่ยง ของหน่วยงานสาธารณสุขประเทศแคนาดา²⁵

สำหรับความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยงฯ ในระดับมากถึงมากที่สุด น้อยกว่าร้อยละ 80 ในประเด็นรูปแบบการดำเนินการว่าตอบสนองกับความต้องการ และ การเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ ประเด็นสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ ช่วยกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก และมีความเหมาะสม ประเด็นการประสานงานว่า ผู้จัดการประชุมฯ มีการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการจัดประชุม รวมถึงช่องทางการสื่อสาร เหมาะสม และประเด็นเรื่องระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสม (ความพึงพอใจต่ำที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับทั้ง 5 ประเด็น) นั้น อาจเป็นเพราะว่าโครงการนี้เป็นโครงการเชิงนโยบาย ดำเนินการโครงการให้แล้วเสร็จโดยเร็วตามปีงบประมาณ ใช้ระยะเวลาการดำเนินการของกลุ่มตัวอย่างในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดของตนเองเพียงแค่ 3 เดือน สอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่กลุ่มตัวอย่างเสนอไว้ว่า ระยะเวลา 3 เดือน ที่ปฏิบัติการจริง ระยะเวลาสั้นเกินไป และกลุ่มตัวอย่างมีงานประจำทำให้ไม่สะดวกเข้าร่วมเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นได้ในวันที่จัดประชุม ประกอบกับความไม่สะดวกจากการเดินทาง เพราะทางผู้จัดการประชุมฯ ไม่มีรถรับ-ส่ง อำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมประชุม ถึงแม้ว่าหลายคนสนใจที่จะเข้าร่วมประชุมแต่ไม่สะดวกในการเดินทางเนื่องจากไม่มีรถส่วนตัว

เมื่อวิเคราะห์แยกกลุ่มอายุของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประเด็นสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ กลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มี ร้อยละของความพึงพอใจในประเด็นสื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้ในโครงการในทุกรายข้อย่อย ในระดับมากถึงมากที่สุด มากกว่ากลุ่มวัยแรงงานตอนต้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากปัจจัยเสี่ยงของโรคเรื้อรังปัจจัยหนึ่ง คือ อายุที่เพิ่มขึ้น จะมีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น ซึ่งอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนหรือควบคุมได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนปลายให้ความสนใจกับสื่อ/อุปกรณ์มากกว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น โดยในการศึกษานี้ พบว่า สอดคล้องกับที่กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุอยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีความพึงพอใจในประเด็นความรู้ความเข้าใจและการนำไปใช้ ว่าได้รับความรู้และความเข้าใจการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด มากกว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนต้น และยังสอดคล้องกับความคิดเห็นต่อสื่อในโครงการที่ศึกษา ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุอยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีร้อยละของความคิดเห็นว่าในองค์กรธุรกิจหัวใจ ควรมีสื่อที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพได้ดี ทั้งสื่อคู่มือการดูแลสุขภาพเพื่อประเมินและจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด สื่อแผ่นพับ “รักหัวใจ ในที่ทำงาน” และสื่อโปสเตอร์ “10 พันธสัญญา รักหัวใจ ในที่ทำงาน” โดยมีร้อยละของความคิดเห็น มากกว่ากลุ่มวัยแรงงานตอนต้นในทั้ง 3 ประเภทสื่อ โดยเฉพาะสื่อประเภทโปสเตอร์ ซึ่งกลุ่มวัยแรงงานตอนปลายจะชอบมากกว่าวัยแรงงานตอนต้น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสื่อประเภทโปสเตอร์จะมีตัวหนังสือที่มีขนาดใหญ่กว่าสื่อประเภทคู่มือ และสื่อแผ่นพับ และสอดคล้องกับความคิดเห็นต่ออุปกรณ์ในโครงการที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีช่วงอายุอยู่ในกลุ่มวัยแรงงานตอนปลาย มีร้อยละของความคิดเห็นว่าในองค์กรธุรกิจหัวใจ ควรใช้อุปกรณ์ที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพได้ดี คือ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก และสายวัดรอบเอว โดยมีร้อยละของความคิดเห็นมากกว่า กลุ่มวัยแรงงานตอนต้นในทั้ง 3 อันดับ เช่นกัน

ประเด็นความคิดเห็นต่อช่องทางการสื่อสารในโครงการ ซึ่งมีช่องทางการสื่อสารทั้งหมด 7 ช่องทาง (หนังสือราชการ , โทรศัพท์ , โทรสาร , E-mail , บอร์ดประชาสัมพันธ์ , เสียงตามสาย และ สื่อบุคคล (บอกต่อ)) กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่าช่องทางการสื่อสารที่จะเข้าถึงคนในองค์กรได้ดี ลำดับแรก คือ หนังสือราชการ รองลงมา คือ บอร์ดประชาสัมพันธ์ และสื่อบุคคล ตามลำดับ อาจเนื่องมาจากโครงการนี้เป็นโครงการเชิงนโยบาย ซึ่งมาจากผู้บริหารมอบนโยบายให้ดำเนินการ ฉะนั้นช่องทางการสื่อสารที่เหมาะสม จึงเป็นแบบเป็นทางการ เช่นกัน

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้ การพัฒนาการสื่อสารความเสี่ยงในป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรจะดำเนินการ ดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อนำสู่การปฏิบัติ (Policy Implementation)

1) ผู้นำองค์กรควรกำหนดเป็นนโยบายหรือตัวชี้วัด ให้ทุกหน่วยงานในองค์กร ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และนำผลลัพธ์ของตัวชี้วัดประกอบการพิจารณาความดีความชอบ หรือ ค่าตอบแทน หรือให้การเสริมแรงอื่นๆ เช่น การมอบประกาศนียบัตรในการประชุมบริหาร การจัดทำหนังสือประชาสัมพันธ์บุคคลต้นแบบที่ดำเนินการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ดี เป็นต้น และเมื่อดำเนินการได้ดี ควรให้ขยายเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวง จนเข้าถึง ประชาชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับประเทศชาติ ต่อไป

2) ผู้นำองค์กรควรสนับสนุนการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงาน ได้แก่

- การจัดให้มีสถานที่ สำหรับบุคลากรสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงาน เช่น มีการจัด จาน้ำอาหารสุขภาพ ป้องกันโรค มีที่เก็บ และอุ่นอาหารที่ทำเองจากบ้าน การจัดโซนหรือห้อง สำหรับการออกกำลังกาย การจัดสถานที่ให้จอดจักรยาน รวมถึงสร้างเสริมบรรยากาศการทำงานที่ ผ่อนคลาย เอื้ออาทร คลายเครียดในที่ทำงาน มีบริเวณอากาศบริสุทธิ์ และ เงียบสงบ สำหรับ บุคลากร ในการผ่อนคลายความเครียด หรือ ปฏิบัติศาสนกิจ

- การจัดให้บุคลากรมีเวลาในการออกกำลังกายร่วมกัน เช่น การทำหนังสือราชการ แจ้งหน่วยงานต้นสังกัดเพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่เข้าร่วม โครงการฯ หยุดงานประจำเพื่อออกกำลังกายร่วมกัน อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง , การออกกำลังกายยืดเหยียดกล้ามเนื้อในช่วงของการประชุม 15 นาที , ส่งเสริมให้ของออกกำลังกายระหว่างวันทำงาน 15 นาที ช่วงเช้าและหรือช่วงบ่าย

- การจัดรับ-ส่ง เพื่ออำนวยความสะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของโครงการ ได้แก่ การประชุมให้ความรู้เรื่องสุขภาพ การคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ การจัดกิจกรรม การออกกำลังกาย

- การกำกับ ติดตาม ประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือน เช่น กำหนดให้หัวหน้าหน่วยราชการนำผลการดำเนินงานเข้าที่ประชุมสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุกเดือน

3) ผู้นำองค์กรควรร่วมดำเนินการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับบุคลากรในหน่วยงาน

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับกระบวนการสื่อสาร

1) โครงการเชิงนโยบาย ควรจะระบุผู้รับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ที่เป็นรูปธรรม ดังนี้

- สำหรับองค์กรใหญ่ ควรแต่งตั้งคณะกรรมการ 2 ชุด ได้แก่ *คณะกรรมการอำนวยการ* ประกอบด้วย ผู้บริหารขององค์กร และตัวแทนของทุกหน่วยงานย่อย โดยมีบทบาทหน้าที่ในการให้นโยบาย กรอบแนวทาง ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงาน และ กำกับติดตาม และ *คณะกรรมการ/คณะทำงาน* ประกอบด้วย ตัวแทนของหน่วยงานย่อยๆ ในองค์กร โดยมีบทบาทหน้าที่ รับนโยบายหลัก จัดทำรูปแบบแนวทางในการดำเนินงาน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

- สำหรับองค์กรเล็ก แต่งตั้งคณะกรรมการ 1 ชุด ได้แก่ *คณะกรรมการ/คณะทำงาน* ประกอบด้วย ผู้บริหารขององค์กร และ ตัวแทนของหน่วยงานย่อยในองค์กร โดยมีบทบาทหน้าที่ การให้นโยบาย กรอบแนวทาง รูปแบบในการดำเนินงาน ส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงาน กำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานและผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

2) การดำเนินการ โครงการสื่อสารความเสี่ยงในป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด ควรจะแยกดำเนินการตามกลุ่มอายุ เนื่องจากความสนใจ/ความคิดเห็นในเรื่องรูปแบบการดำเนินงาน สื่อ และอุปกรณ์ที่ช่วยในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดมีความแตกต่างกัน

3) ควรส่งเสริม สนับสนุนให้บุคลากรในองค์กรทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน/รูปแบบการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด เพื่อให้เกิดแนวทางการดำเนินการที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีความแตกต่างกัน และจะส่งผลต่อความยั่งยืนต่อไป ทั้งนี้กิจกรรมการดำเนินการ ควรเน้นการจัดกิจกรรมให้บุคลากรได้ปฏิบัติจริง เนื่องจากการศึกษาทั้งของประเทศไทย และในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจและหลอดเลือดของบุคลากรในหน่วยงานส่วนใหญ่ พบว่าเป็นภาวะอ้วนและไขมันในเลือดสูง จึงควรเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ โดยอาจกำหนดช่วงเวลาของการออกกำลังกายและปฏิบัติอย่างจริงจัง (เช่น ร้าน MK.สุกี้)

การจัดจุดน้ำดื่มที่เป็นน้ำเปล่าให้บริการเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับบุคลากรดื่มแทนการซื้อน้ำหวาน การจัดอาหารกลางวันและอาหารว่างสุขภาพเมื่อมีการประชุม/อบรม เป็นต้น

4) ควรสื่อสารในช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายเหมาะสมกับกลุ่มอายุ เนื่องจากในกลุ่มอายุที่ต่างกัน มีความสนใจ/ความคิดเห็นในช่องทางการสื่อสารที่ต่างกัน สำหรับช่องทางการสื่อสารช่องทางหนึ่งที่เหมาะสมกับหน่วยราชการ คือ หนังสือราชการเนื่องจากมีความเป็นทางการและเป็นหลักฐานในการเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินงาน โครงการได้ ส่วนช่องทางอื่นๆ คือ บอร์ดประชาสัมพันธ์ จะช่วยในการกระตุ้นเตือนอีกช่องทางหนึ่ง เนื่องจากสะดวกในการอ่าน และหาอ่านได้ง่ายกว่าหนังสือราชการ รวมถึงสื่อบุคคล เพื่อช่วยในการบอกต่อกันและกระตุ้นเตือนกันในการร่วมกิจกรรมการดำเนินงานเนื่องจากการสื่อสารแบบสองทาง แต่ทั้งนี้ช่องทางที่เหมาะสมกับองค์กรอื่นๆ คงต้องพิจารณาตามบริบทของแต่ละองค์กร

5) ควรจัดการสื่อสารสองทางเพื่อสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของบุคลากรในองค์กรเป็นระยะ สม่ำเสมอ เช่น การจัดการประชุม/อบรมให้ความรู้ การจัดคัดกรองความเสี่ยง (Screening) การสื่อสารความเสี่ยงรายบุคคลและภาพรวมองค์กร (Risk Communication) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้บุคคลต้นแบบ (Knowledge Sharing) การอภิปรายรายกรณี (Case Analysis) กรณีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพาตเมื่อเกิดกับบุคลากรในองค์กร เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงเป็นกรณีตัวอย่าง เป็นต้น

6) ควรมีการจัดการความรู้ที่เหมาะสมกับบุคลากรในองค์กรเพื่อให้สามารถเข้าถึงความรู้แนวทางการจัดการป้องกันควบคุมโรคได้ เนื่องจากในบางครั้งบุคลากรติดภารกิจ ทำให้ไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมได้

7) ควรจะติดตามประเมินในเรื่อง กิจกรรมการดำเนินงาน สื่อ/อุปกรณ์ ช่องทางการสื่อสารเป็นระยะ และควรติดตามประเมินผลลัพธ์ระยะยาว (อย่างน้อย 2-5 ปี เนื่องจากโรคเรื้อรังจะมีระยะเวลาของการดำเนินโรคนาน เพื่อให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการสื่อสารความเสี่ยงต่อการป้องกันควบคุมโรค) เช่น รอบเอว น้ำหนัก ค้างนิมวलय ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือด ความดันโลหิต เป็นต้น ทั้งนี้ควรนำข้อมูลผลลัพธ์ที่ได้ไปใช้ในการสื่อสารความเสี่ยงกับบุคลากรในองค์กรทั้งรูปแบบการจัดประชุม และหรือทำสื่อเผยแพร่เป็นระยะๆ ให้บุคลากรในองค์กรรับทราบ

5.3.3 ข้อเสนอแนะสำหรับประเด็นการวิจัยที่จะทำต่อไป

- 1) การรับรู้ความเสี่ยงและการป้องกันควบคุมโรคที่ต่างกัน ในกลุ่มอายุที่ต่างกัน
- 2) สื่อ อุปกรณ์ที่ใช้ในการจัดการป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุที่ต่างกัน
- 3) ช่องทางการสื่อสารในการจัดการป้องกันควบคุมโรคที่เหมาะสมกับกลุ่มอายุที่ต่างกัน
- 4) ปัจจัยเชิงนโยบายที่สนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่องของการดำเนินการรณรงค์หัวใจ ในที่ทำงาน
- 5) ปัจจัยที่สนับสนุนในการจัดการ ป้องกันควบคุม โรคหัวใจและหลอดเลือดให้เกิด

ความยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. World Heart Organization. Cardiovascular diseases (CVDs) [online]. [cited 2011 July20] ;
Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
2. กระทรวงสาธารณสุข , สำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2553. กรุงเทพฯ ฯ : สำนักงาน
กิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์ , 2554.
3. กระทรวงสาธารณสุข , สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ , ข้อมูลสถิติ. [online].cited2011July20];
Available from: <http://bps.ops.moph.go.th/index.php?mod=bps&doc=5>
4. World Heart Federation. About World Heart Day 2011 [online]. [cited2011July20] ; Available
from: <http://www.world-heart-federation.org/what-we-do/awareness/world-heart-day/>
5. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. รายงานภาวะโรคและการบาดเจ็บของ
ประชากรไทย พ.ศ. 2552. นนทบุรี :บริษัท เดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด ; 2555 : 1 – 52.
6. World Heart Day 2010 . [online]. [cited 2010 may 31] ; Available from : <http://www.world-heart-federation.org/press/facts-figures>
7. วิชัย เอกพลากร และ สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ (บรรณาธิการ) .สะกดรอยปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจ
และหลอดเลือด. กรุงเทพฯ : มุลินธิสาธารณสุขแห่งชาติ , 2550 .
8. วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ).การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4
พ.ศ. 2551-2.นนทบุรี : บริษัทเดอะกราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด , 2553.
9. ศกถาวรณ แก้วกลิ่น และ นิตยา พันธุเวทย์. ประเด็นสารณรงคัวันหัวใจโลก ปี 2555 [online].
[cited 2012 July 20] ; Available from : <http://www.riskcomthai.org/document/>
10. นิจศรี ชาญณรงค์. อันตรายจากโรคหลอดเลือดสมองและวิธีป้องกัน [online]. [cited 2011
July20] ; Available from : http://www.research.chula.ac.th/cu_online/2548/april16_2.htm
11. Risk Factors and Coronary Heart Disease [online]. [cited 2010 july 14] from :
<http://www.americanheart.org/>
12. Reduce Blood Sugar [online]. [cited 2010 july 14] from : <http://mylifecheck.heart.org/Multitab.aspx?NavID=13&CultureCode=en-US>
13. นุชรี อาบสุวรรณ , นิตยา พันธุเวทย์ และ เมตตา คำพิบูลย์ ประเด็นสารณรงคัอัมพาทโลก
ปี 2553 (งบประมาณ 2554) [online]. [cited 2011 July 20] ; Available from : <http://www.thaincd.com/news/announcement.php?pn=3>

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

14. นิตยา พันธุเวชย์ และธิดารัตน์ อภิญา. ประเด็นสารรณรงค์วันความดันโลหิตสูงโลก 2554 .
[online]. [cited 2011 July20] ; Available from :<http://www.thaincd.com/news/announcement.php?pn=1>
15. WHO. avoiding Heart Attacks and Strokes Don't be a victim Protect yourself . France: WHO publications , .2005
16. สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์ .รักษัหัวใจ ในที่ทำงาน .[online]. [cited 2011 July20] ; Available from : <http://www.doctor.or.th/node/10947>
17. เมตตา คำพิบูลย์ , นิตยา พันธุเวชย์และนุชรี ออบสุวรรณ.ประเด็นรณรงค์วันหัวใจโลก ปี 2553.[online]. [cited 2011 July20] ; Available from : URL : <http://www.thaincd.com/news/announcement.php?pn=3>
18. ภาณุมาศ ปิยะเวชวิรัตน์ และ ญาณิน ขมะณะรงค์ ลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด .
[online]. [cited 2011 July20] ; Available from :<http://www.doctor.or.th/node/5825>
19. นิตยา พันธุเวชย์ และ ศกลวรรณ แก้วกลิ่น. คู่มือการดูแลตนเองเพื่อการประเมินและการจัดการความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ในโครงการนำร่องรักษัหัวใจ ในที่ทำงาน . พิมพ์ครั้งที่ 2 .
นนทบุรี : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2554.
20. การสนทนาเกี่ยวกับความเสี่ยง. [online]. [cited2011June 20] ; Available from: URL :
http://www.afic.org/riskcommunications.php?switchto=2&news_id=931
21. นันทิกา สุนทรไชยกุล. เอกสารประกอบการบรรยาย Risk communication . คณะสาธารณสุขศาสตร์:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 26 กพ 2551.
22. World Health Organization. Food Safety Risk Analysis : Part I An Overview and Framework Manual.[online]. [cited2011June 20] ; Available from : URL : http://www.fsc.go.jp/sonota/foodsafety_riskanalysis.pdf
23. Vincent T. Covello .Risk Communication: Principles, Tools, and Techniques .[online].
[cited2011June 20] ; Available from: URL : <http://www.maqweb.org/techbriefs/tb49riskcomn.shtml>
24. U.S. EPA. Ecological Risk Assessment for Contaminated Sites. Workshop, 11 November 1993.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

25. Minister of Health Canada. . A Framework for Strategic Risk Communication Within the Context of Health Canada and the PHAC'S Integrated Risk Management. .[online].
[cited 2011 June 20] ; Available from: URL : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/risk-com/index-eng.php>
26. นิตยา พันธุเวชย์ และนุชรี อามสุวรรณ. การศึกษาการพัฒนาต้นแบบการสื่อสารความเสี่ยงในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน.กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก , 2553.
27. การวิจัยของ AFIC เรื่องการจัดลำดับความสำคัญการสื่อสารความเสี่ยงในทวีปเอเชีย.[online].
[cited 2011 June 20] ; Available from: URL : http://www.afic.org/FFA%20Issue%2030%20AFIC%20Research%20Spotlights%20Risk%20Communications%20Priorities%20for%20Asia_TH.htm



ภาคผนวก



แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินการสื่อสารความเสี่ยง เพื่อป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด

ตอนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑. เพศ ชาย หญิง
๒. อายุ ปี
๓. ระดับการศึกษา ต่ำกว่า ม.๖ ม.๖/ปวช. ปวส./อนุปริญญา
 ปริญญาตรี ปริญญาโท หรือ สูงกว่า อื่นๆ (ระบุ).....
๔. รับราชการประเภท ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ
 ลูกจ้างชั่วคราว อื่นๆ (ระบุ).....
๕. ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

ตอนที่ ๒ การประเมินความพึงพอใจที่มีต่อโครงการฯ

เพื่อช่วยให้เกิดประโยชน์และมีการพัฒนาการดำเนินงานโครงการครั้งต่อไป จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านกรุณาตอบคำถามโดยใส่เครื่องหมาย / ในช่องความคิดเห็นที่ตรงกับความคิดของท่าน โดยลำดับการให้คะแนนคือ พึงพอใจมากที่สุด = ๕ พึงพอใจมาก = ๔ พึงพอใจปานกลาง = ๓ พึงพอใจน้อย = ๒ พึงพอใจน้อยที่สุด = ๑

กรุณาใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ลำดับ	ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ					ไม่พึงพอใจ
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
๑ รูปแบบการดำเนินการ							
๑.๑	ช่วยสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด						
๑.๒	ช่วยส่งเสริมให้ท่านรับรู้ปัจจัยเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด						
๑.๓	ช่วยส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมในการปรับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกัน ควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือด						
๑.๔	ตอบสนองกับความต้องการของท่าน						
๑.๕	เปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินการ						

ลำดับ	ประเด็น	ระดับความพึงพอใจ					ไม่พึงพอใจ
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	
๒ สื่อ/อุปกรณ์ที่ใช้							
๒.๑	ช่วยกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก						
๒.๒	มีความเหมาะสม						
๓ การประสานงาน							
๓.๑	ผู้จัดการประชุมฯ มีการประสานงานและอำนวยความสะดวกในการจัดประชุม						
๓.๒	ช่องทางการสื่อสารเหมาะสม						
๔ ความรู้ ความเข้าใจและการนำไปใช้							
๔.๑	ได้รับความรู้และความเข้าใจการป้องกันควบคุมโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้น						
๔.๒	สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลสุขภาพป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด						
๕. ระยะเวลาดำเนินการมีความเหมาะสม							

ตอนที่ ๓ ความคิดเห็นต่อสื่อ อุปกรณ์และช่องทางการสื่อสารในโครงการรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน

๑. ท่านชอบและคิดว่าควรมีสื่อใดในองค์กรรักษ์หัวใจ ในที่ทำงานมากที่สุด ๓ อันดับแรก โปรด

เรียงลำดับจากมากไปน้อย

..... คู่มือการดูแลสุขภาพ	..... โปสเตอร์
..... แผ่นพับ	..... ใบพับรณรงค์
..... ธงญี่ปุ่น	..... ใบประกาศนียบัตร
..... สื่อ	..... รอยเท้าก้าวเดิน

๒. ท่านคิดว่าองค์กรรักษ์หัวใจ ในที่ทำงาน จำเป็นต้องมีอุปกรณ์ใดที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพ

๓ อันดับแรก โปรดเรียงลำดับจากมากไปน้อย

..... เครื่องวัดความดันโลหิต	..... เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด
..... เครื่องชั่งน้ำหนัก	..... เครื่องนับก้าวเดิน
..... สายวัดรอบเอว	..... เครื่องออกกำลังกาย
..... อื่นๆ โปรดระบุ.....	

๓. ช่องทางสื่อสารใดที่ท่านคิดว่าเข้าถึงคนในองค์กรได้เป็นอย่างดี ๓ อันดับแรก โปรดเรียงลำดับจากมากไปน้อย

..... หนังสือราชการ	.....โทรศัพท์
..... โทรสาร	..... E-mail
..... บอร์ดประชาสัมพันธ์	.....เสียงตามสาย
..... สื่อบุคคล (บอกต่อ)	.....อื่นๆโปรดระบุ.....

ตอนที่ ๔ ปัญหาและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงโครงการ

.....

.....

ขอขอบคุณทุกท่านที่กรุณาให้ข้อมูล สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค

