วารสารสุขภาพภาคประชาชน
PRIMARY HEALTH CARE DIVISION JOURNAL
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนธันวาคม 2559 - มกราคม 2560 ISSN : 1905-2782

การเบิกจ่าย เงินค่าป่วยการ อสม.
ตามแนวทางการดำเนินงาน โครงการส่งเสริม อสม. เชิงรุก ปีงบประมาณ 2560

เด่นในเล่ม

เรื่องจากปก
ความรู้สำคัญเกี่ยวกับ อสม. ประจำปีงบประมาณ 2560

รายงานพิเศษ
ความเคลื่อนไหว ฉับไว เกาะติดสถานการณ์ปัจจุบัน

บทความวิชาการ
ข้อมูลข่าวสารน่ารู้

งานวิจัย
ผลงาน การวิจัย วิเคราะห์ และสรุปผล

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

วารสารสุขภาพภาคประชาชน
PRIMARY HEALTH CARE DIVISION JOURNAL
ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนธันวาคม 2559 - มกราคม 2560 ISSN : 1905-2782

คำแนะนำ

ในการส่งเรื่องตีพิมพ์วารสารสุขภาพภาคประชาชน

วารสารสุขภาพภาคประชาชนเป็นวารสารวิชาการของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน ที่ได้จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่แนวคิดในการพัฒนาและผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพภาคประชาชน และเป็นเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากบทเรียนและประสบการณ์การพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชน ของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรภาคประชาชนเป็นวารสารรายสองเดือน โดยกำหนดออกเผยแพร่ในเดือนพฤศจิกายน มกราคม มีนาคม พฤษภาคม กรกฎาคม และกันยายน

กองบรรณาธิการยินดีรับพิจารณาบทความวิชาการ รายงานผลการศึกษาวิจัย เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่เป็นความรู้ และเพื่อพัฒนาความก้าวหน้าทางวิชาการ ดังนี้

1. ผลงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพภาคประชาชน เนื้อหาในการตีพิมพ์ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) ชื่อผู้วิจัยหรือผู้นิพนธ์ ตำแหน่งทางราชการ หน่วยงานที่สังกัด บทคัดย่อ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ) บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย สรุป อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ บรรณานุกรม ต้นฉบับตัวอักษร Angsana ขนาด 16 point เนื้อหาจำนวน 6 - 8 หน้า A4 บรรณานุกรมไม่เกิน 1 หน้า A4

2. บทความวิชาการ ต้นฉบับ ตัวอักษร Angsana ขนาด 16 point ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ ตำแหน่งทางราชการ หน่วยงานที่สังกัด บทสรุปย่อเรื่อง ความนำ เนื้อเรื่อง แหล่งที่มาของข้อมูล และเอกสารอ้างอิง ต้นฉบับจำนวน 2 - 4 หน้า A4 เอกสารอ้างอิงไม่เกิน 1 หน้า A4

3. การส่งต้นฉบับข้อ 1 และ 2 ภายในวันที่ 5 ของเดือน โดยส่งต้นฉบับเป็นเอกสารตามระบบราชการ 1 ชุด พร้อมแนบซีดีข้อมูล โดยมีหนังสือนำส่งจากหัวหน้าหน่วยงานต้นสังกัดในระดับจังหวัด/เขต/ภาค ถึงผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน เพื่อขอให้พิจารณาตีพิมพ์ และต้นฉบับอีก 1 ชุด ส่งทาง E-mail มายังกองบรรณาธิการ E-mail address : sajakul_chu@hotmail.com หรือ phc@windowslive.com หรือ untiga2558@gmail.com ติดต่อที่โทรศัพท์ 0 2196 7000 ต่อ 18712 และโทรสาร 0 2590 1546

ไปรษณีย์ส่งถึง

ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

บทบรรณาธิการ

วารสารสุขภาพภาคประชาชน ฉบับที่ 1 ปีงบประมาณ 2560 ประจำเดือนธันวาคม 2559 - มกราคม 2560 เป็นฉบับต้อนรับศักราชใหม่ มีความคืบหน้าของงานสุขภาพภาคประชาชนมาประเดิม ว่าด้วยเรื่องการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามแนวทางการดำเนินงานโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เชิงรุก ปีงบประมาณ 2560 ที่กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มีหนังสือแจ้งไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ให้ดำเนินการตามระเบียบและประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการ อสม. ในทิศทางเดียวกัน ตั้งแต่การตรวจสอบรายชื่อคุณสมบัติ อสม. เกณฑ์การจ่ายเงินค่าป่วยการ และรายละเอียดอื่นๆ นอกจากนี้ กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ยังขอความร่วมมือธนาคารต่างๆ ในการให้ อสม. สามารถเปิดบัญชีเงินฝากโดยไม่กำหนดวงเงินขั้นต่ำ หรือการเปิดบัญชีศูนย์บาท เพื่อการโอนเงินค่าป่วยการให้ อสม. ซึ่งเป็นการอำนวยความสะดวกในการจ่ายเงินค่าป่วยการของ อสม. อีกด้วย

สำหรับสถานการณ์การเกิดอุทกภัยช่วงปลายปี 2559 ในภาคใต้ของประเทศไทย ทำให้ประชาชนหลายจังหวัดได้รับผลกระทบ รวมถึงสถานบริการสาธารณสุขและ อสม. อย่างไรก็ตาม วิกฤติในครั้งนี้ ทำให้เกิดโอกาสในการช่วยเหลือเกื้อกูลกันของพี่น้อง อสม. จากทั่วประเทศ โดย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้มอบหมายให้กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน และสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต ประสานกับประธาน อสม. ระดับเขต ระดับจังหวัดภาคีเครือข่าย มูลนิธิ ชมรม อสม. แห่งประเทศไทย และสมาคมต่างๆ เพื่อระดมพลังน้ำใจ บริจาคเงิน และสิ่งของต่างๆ พร้อมวางแผนจัดส่งไปช่วยเหลือเพื่อน อสม. ที่ประสบภัยอย่างทั่วถึง เป็นปฏิบัติการ "**เพื่อนช่วยเพื่อน**" ที่สร้างความประทับใจให้แก่พี่น้อง อสม. ที่ประสบภัยน้ำท่วมได้เป็นอย่างดี

บรรณาธิการ

สารบัญ

เรื่องจากปก 2

- การเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการ อสม. ตามแนวทางการดำเนินงานโครงการส่งเสริม อสม. เชิงรุก ปีงบประมาณ 2560 2

รายงานพิเศษ 4

- อสม. เปิดบัญชีเงินฝากศูนย์บาท เพื่อรับเงินค่าป่วยการ 4
- คลองใหญ่โมเดล ใช้บ้านเป็นเตียงดูแลผู้ป่วย (home Ward) 5
- "**รพ. สต. ติดดาว**" 5 ดาว 5 ดี ตั้งเป้า 5 ปี ครอบคลุมทั่วประเทศ 7
- น้ำใจ อสม. เพื่อนช่วยเพื่อน ช่วยผู้ประสบภัยน้ำท่วมภาคใต้ 8

บทความวิชาการ 9

- การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง *(นฤมล โชว์สูงเนิน)* 9

งานวิจัย 17

- การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม *(รุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์)* 17
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย *(สมจิตร จาอินต๊ะ)* 30
- การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดแม่ฮ่องสอน *(ปฐม นวลคำ)* 36
- การพัฒนาแบบตรวจประเมินมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน *(เนาวรัตน์ ศรีพงษ์พันธุ์กุล)* 46

เรื่องจากปก

การเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการ อสม.

ตามแนวทางการดำเนินงานโครงการส่งเสริม อสม. เชิงรุก ปีงบประมาณ 2560

การดำเนินงานโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เชิงรุก ได้จัดให้มีขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2552 จนถึงปัจจุบันเป็นระยะเวลากว่า 8 ปี ซึ่งมีการดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง แต่ด้วยฐานข้อมูลของ อสม. มีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลอยู่ตลอดเวลา จึงมีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงข้อมูลให้เป็นปัจจุบันให้มากที่สุด เพื่อการพัฒนาโครงการส่งเสริม อสม. เชิงรุก ปีงบประมาณ 2560 ในระดับนโยบายต่อไป กระทรวงสาธารณสุขจึงมีหนังสือแจ้งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการตามระเบียบและประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการ อสม. อย่างเคร่งครัด และดำเนินการตามแนวทางได้ดังนี้

1. **ตรวจสอบรายชื่อและคุณสมบัติ อสม. ที่มีสิทธิได้รับค่าป่วยการ**ตามโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชิงรุก ปีงบประมาณ 2560 ในฐานข้อมูลทะเบียนประวัติ อสม. บนเว็บไซต์ www.thaiphc.net โดย อสม. ที่มีสิทธิได้รับค่าป่วยการจะต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1.1 เป็น อสม. ที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของกระทรวงสาธารณสุข และได้รับการขึ้นทะเบียนเป็น อสม. จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เท่านั้น

1.2 เป็น อสม. ที่ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์การสิ้นสุดสภาพตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้

- เสียชีวิต
- ลาออก
- เป็นคนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีคำสั่งให้พ้นสภาพด้วยเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

1) อสม. ผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น

2) อสม. ผู้นั้นไม่รักษาจรรยาบรรณของ อสม. หรือมีความประพฤติเสียหายที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียศักดิ์ศรีของ อสม.

1.3 เป็นอสม. ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในพื้นที่ที่ขอรับค่าป่วยการและอาศัยอยู่เป็นประจำ

1.4 ต้องเป็นผู้ที่มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีเวลาให้กับการทำงานในบทบาท อสม.

1.5 ต้องเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานจริงด้วยตนเอง โดยไม่ให้ผู้อื่นทำงานแทนในพื้นที่ที่ขอรับค่าป่วยการ

1.6 ต้องเป็น อสม. ที่แสดงความจำนงว่าต้องการขอรับค่าป่วยการ

2. การจ่ายเงินค่าป่วยการให้อสม. ให้ถือปฏิบัติตามเกณฑ์ดังนี้

2.1 เป็น อสม. ที่มีรายชื่ออยู่ในคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดให้ได้รับเงินค่าป่วยการฯ ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พ.ศ. 2552

2.2 เป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานโดยมีผลงานและบทบาทหน้าที่ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พ.ศ. 2552 ข้อ 7 และต้องมีหลักฐานการรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ อสม. 1 ที่ครบถ้วนสมบูรณ์ในเดือนที่ขอรับค่าป่วยการ

จึงขอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพภาคประชาชน และ อสม. ร่วมมือกันดำเนินกิจกรรมตามโครงการ อสม. เชิงรุกตามแนวทางที่ได้กำหนดด้วยความมุ่งมั่น ตั้งใจ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของ อสม. ต่อไป

รายงานพิเศษ

อสม. เปิด บัญชีเงินฝากศูนย์บาท เพื่อรับเงินค่าป่วยการ

ตามที่คณะกรรมการขับเคลื่อนตามแผนยุทธศาสตร์ National e - Payment โดยมีรองนายกรัฐมนตรี นายสมคิด จาตุศรีพิทักษ์ เป็นประธาน ได้มีมติเห็นชอบให้จัดทำโครงการบูรณาการฐานข้อมูลสวัสดิการสังคม และการจ่ายเงินสวัสดิการสังคมทางอิเล็กทรอนิกส์ทั้งหมดทุกกลุ่ม และมอบหมายให้อนุกรรมการขับเคลื่อนโครงการ e - Payment ภาครัฐ ซึ่งมีปลัดกระทรวงการคลังเป็นประธานขับเคลื่อนโครงการบูรณาการฐานข้อมูลสวัสดิการสังคมให้สัมฤทธิ์ผลในปีงบประมาณ 2560 นั้น

กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง ได้มีหนังสือขอความร่วมมือธนาคารต่างๆ ในการให้บริการเปิดบัญชีเงินฝากศูนย์บาท หรือการยกเว้นเงินขั้นต่ำในการเปิดบัญชี ให้แก่ผู้มีสิทธิรับเงินสวัสดิการสังคมและเงินอื่นในลักษณะเดียวกัน ประกอบด้วย ผู้มีสิทธิรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ผู้มีสิทธิรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้มีสิทธิรับเบี้ยความพิการ และผู้มีสิทธิรับเงินค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยมีรายชื่อธนาคารที่ให้บริการเปิดบัญชีเงินฝากธนาคารศูนย์บาทแก่ผู้มีสิทธิต่างๆ ดังกล่าว

ทั้งนี้ อสม. ที่ยังไม่มีบัญชีเงินฝากธนาคาร สามารถเปิดบัญชีเงินฝากธนาคารและลงทะเบียนพร้อมเพย์ด้วยเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลักสำหรับรับเงินค่าป่วยการ โดยนำหลักฐานเอกสารของทางราชการเพื่อแสดงตนของผู้มีสิทธิ ไปติดต่อเปิดบัญชีเงินฝากศูนย์บาทได้ที่ธนาคาร 13 ธนาคาร ได้แก่ 1. ธนาคารกรุงไทย 2. ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร 3. ธนาคารออมสิน 4. ธนาคารทหารไทย จำกัด (มหาชน) 5. ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) 6. ธนาคารกรุงเทพ จำกัด (มหาชน 7. ธนาคารกสิกรไทย จำกัด (มหาชน) 8. ธนาคารกรุงศรีอยุธยา จำกัด (มหาชน) 9. ธนาคารสแตนดาร์ด ชาเตอร์ด ไทย 10. ธนาคารเกียรตินาคิน จำกัด (มหาชน) 11. ธนาคารซีไอเอ็มบี ไทย จำกัด (มหาชน) 12. ธนาคารแลนด์ แอนด์เฮ้าส์ จำกัด (มหาชน) 13. ธนาคารทิสโก้ จำกัด (มหาชน) ตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 เป็นต้นไป

คลองใหญ่โมเดล
ใช้บ้านเป็นเตียงดูแลผู้ป่วย (Home Ward)

ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข พร้อมด้วย นพ.โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และคณะผู้บริหาร ตรวจเยี่ยมโรงพยาบาลคลองใหญ่ จ.ตราด

"คลองใหญ่โมเดล" คือ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย

และให้สัมภาษณ์ว่า ชื่นชมการปฏิบัติงานของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ที่พัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน โดยใช้**บ้านเป็นเตียงดูแลผู้ป่วย** (Home Ward) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง รวมทั้งผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้าย หรือ "**คลองใหญ่โมเดล**" โดยมีเป้าหมายดังนี้

1. ลดโรคแทรกซ้อน เช่น ระบบทางเดินปัสสาวะอักเสบ ปอดบวม แผลกดทับ ข้อติด ติดเชื้อ เป็นต้น
2. ลดการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ
3. เพิ่มสุขภาวะให้ผู้ป่วยและครอบครัว พึงพอใจในระบบบริการ ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาล

ทั้งนี้ โรงพยาบาลคลองใหญ่ มีจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาลค่อนข้างแออัด อัตราการครองเตียงผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีมากกว่าร้อยละ 120 และมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน สูงเกือบร้อยละ 10 หลังจากพัฒนาระบบบริการผู้ป่วย “**คลองใหญ่โมเดล**” ตั้งแต่ปี 2546 สามารถลดอัตราการครองเตียงเหลือเพียงร้อยละ 48 ในปี 2559 และพบผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ เหลือประมาณร้อยละ 3 ส่วนจำนวนผู้ป่วยนอกลดลงเกือบร้อยละ 50 ปัจจุบันมีผู้ป่วยใช้บ้านเป็นเตียงดูแล จำนวน 28 คน

ความสำเร็จของ
“คลองใหญ่โมเดล”
เกิดขึ้นจากความร่วมมือ
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.)
และภาคประชาชน

อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จของ “**คลองใหญ่โมเดล**” เกิดขึ้นจากความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคประชาชน ทำให้เกิดเป็นนโยบายสาธารณะ ได้แก่ กองทุนตำบลมีศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะยาวบริหารจัดการเองในชุมชน กองทุนฟื้นฟู ซ่อมแซมบ้านให้เหมาะกับความพิการ มีธนาคารกายอุปกรณ์ระดับอำเภอ และศูนย์ซ่อมการอุปกรณ์ระดับจังหวัด รวมทั้งเกิดจิตอาสาในการช่วยดูแลคนในชุมชนที่ได้รับการพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น การทำแผล การดูแลถุงอุจจาระ การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัคร รับ - ส่งผู้ป่วย เบิกยาแทนผู้ป่วย รวมทั้งการสร้างอาชีพให้ผู้ป่วย/ผู้พิการ เป็นต้น นับเป็นรูปแบบการบริการที่ดีอีกแห่งหนึ่ง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขจะได้มีการขยายผลไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ ทั่วประเทศต่อไป

“รพ. สต. ติดดาว”

5 ดาว 5 ดี ตั้งเป้า 5 ปี ครอบคลุมทั่วประเทศ

การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) เป็นส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ ที่มุ่งเน้นจะยกระดับคุณภาพการบริการของ รพ. สต. ให้ได้มาตรฐานเช่นเดียวกับโรงพยาบาลใหญ่ที่มีเกณฑ์การประเมินคุณภาพของสถานบริการเพื่อให้ รพ. สต. ทุกแห่งให้บริการประชาชนได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงงานคุ้มครองผู้บริโภค

มีข้อมูลของประชาชนในความรับผิดชอบสามารถดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดสังคมสุขภาพดีอย่างยั่งยืน

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) โดยใช้ 4 ยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้านคือ ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคเป็นเลิศ (P & P Excellence) ระบบบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และบริหารจัดการเป็นเลิศ (Governance Excellence)

นพ.โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวว่า มาตรฐาน รพ. สต. ติดดาว 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1. บริหารดี เป็นการนำองค์กรและการจัดการดี ประกอบด้วย ภาวะผู้นำ การนำธรรมาภิบาล มีแผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ มีระบบรายงานกระบวนการที่สำคัญ 2. ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วมให้ความสำคัญกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทำให้ได้มาถึงปัญหาของชุมชน ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ฐานข้อมูลการบริการ ความร่วมมือ ความพึงพอใจ 3. บุคลากรดี มีการจัดอัตรากำลังด้านสุขภาพ สร้างความผาสุขความพึงพอใจ มีระบบพัฒนาการเรียนรู้ มีการเสริมพลังประชาชนและครอบครัวในการดูแลตนเอง 4. บริการดี มีการจัดบริการครอบคลุมประเภทและประชาชนทุกกลุ่มวัย จัดบริการตามปัญหาชุมชนในและนอกสถานบริการ 5. ประชาชนสุขภาพดี เป็นการประเมินผลลัพธ์การทำงาน ทั้งในบทบาทของบุคคลและครอบครัวในการดูแลตนเอง ด้วยพฤติกรรม 5 อ. 2 ส. และผลลัพธ์ตามตัวชี้วัด รวมทั้งการมีนวัตกรรม งานวิจัย การจัดการองค์ความรู้

กระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมาย อีก 20 ปีข้างหน้า ให้อายุเฉลี่ยประชาชนเท่ากับ 85 ปี และอายุเฉลี่ยที่มีสุขภาพดีเท่ากับ 72 ปี ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิจะเป็นกลไกสำคัญอย่างยิ่งในการบรรลุเป้าหมายนี้ เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่จะเน้นการส่งเสริมป้องกันมากกว่ารักษา และเป็นกลไกที่คุ้มค่าแก่การลงทุน โดยในปี 2560 จะเริ่มดำเนินการพัฒนา รพ. สต. ที่มีอยู่ 9,750 แห่งทั่วประเทศ ตั้งเป้าให้ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ. สต. ติดดาวทุกแห่งภายใน 5 ปี หรือภายในปี 2565 เพื่อนำไปสู่เป้าหมาย ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ◣

น้ำใจ อสม. เพื่อนช่วยเพื่อน
ช่วยผู้ประสบภัยน้ำท่วมภาคใต้

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ระดมพลังน้ำใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั่วประเทศ ส่งความช่วยเหลือเพื่อน อสม. ใน 12 จังหวัดภาคใต้ ที่ประสบภัยน้ำท่วม

ทั้งนี้ **นพ.ประภาส จิตตาศิรินุวัตร** รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในฐานะประธานศูนย์ปฏิบัติการเฉพาะกิจแก้ไขปัญหาน้ำท่วมสถานพยาบาลในภาคใต้และการสนับสนุนภาคประชาชนของกรม สบส. กล่าวว่า กรม สบส. ได้ให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการต่างๆให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในพื้นที่ประสบภัย 12 จังหวัด เพื่อดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพประชาชนและชุมชนภายหลังน้ำลด ให้กลับคืนสู่สภาวะปกติอย่างปลอดภัย ขณะเดียวกันกรม สบส.ได้ให้กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนเร่งสำรวจ อสม.ที่ได้รับผลกระทบจากภัยน้ำท่วมครั้งนี้เพื่อให้การช่วยเหลือด้วย ในเบื้องต้นมีรายงาน อสม.เสียชีวิตจากเหตุการณ์ครั้งนี้ จำนวน 2 ราย ที่จังหวัดนครศรีธรรมราชและสุราษฎร์ธานี

สำหรับการบรรเทาความเดือดร้อนของ อสม. ที่ประสบภัยน้ำท่วม กรม สบส. ได้ให้กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน และสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต ประสานกับประธาน อสม. ระดับเขต ระดับจังหวัด ภาคีเครือข่าย มูลนิธิ ชมรม อสม. แห่งประเทศไทย และสมาคมต่างๆ เพื่อระดมพลังน้ำใจบริจาคเงิน และสิ่งของต่างๆ พร้อมวางแผนจัดส่งไปช่วยเหลือเพื่อน อสม. ที่ประสบภัยอย่างทั่วถึง เช่น อสม.ในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งมี 4 จังหวัดได้แก่ ขอนแก่น มหาสารคาม ร้อยเอ็ด และกาฬสินธุ์ ที่มีจำนวน 1 แสนกว่าคน ได้ร่วมกันบริจาคข้าวสาร 63,200 กิโลกรัม หรือ 63.2 ตัน และเงินจำนวน 192,615 บาท นำไปช่วยเหลือเพื่อน อสม. ในอำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร ซึ่งมี อสม. ได้รับผลกระทบกว่า 200 คน ในจำนวนนี้สูญเสียบ้านทั้งหลัง 40 คน พร้อมทั้งได้จัดส่งข้าวสารไปช่วย อสม. ในอำเภออื่นๆ ในจังหวัดชุมพรอีก 40 ตันด้วย

ส่วน อสม. ในเขตสุขภาพที่ 8 จากจังหวัดบึงกาฬ เลย หนองคาย หนองบัวลำภู อุดรธานี นครพนม สกลนคร ลงช่วยเพื่อน อสม. ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี อสม. จากเขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดชัยภูมิ นครราชสีมา บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ช่วยเพื่อน อสม. ที่จังหวัดนครศรีธรรมราช อสม. เขตสุขภาพที่ 10 จังหวัดมุกดาหาร ยโสธร ศรีสะเกษ อุบลราชธานี อำนาจเจริญ ช่วยเพื่อน อสม. ที่จังหวัดพัทลุง สำหรับที่จังหวัดประจวบคีรีขันธ์นั้น อสม. ในเขตภาคภาคกลางได้ลงไปให้ช่วยเหลือแล้ว ซึ่งการแสดงออกถึงความมีน้ำใจของพี่น้อง อสม. ครั้งนี้ นับเป็นแบบอย่างที่ดีของการเสียสละที่น่าชื่นชมเป็นอย่างยิ่ง

บทความวิชาการ

การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงานเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

Health promotion to improve health behavior in people who working age which aim to prevent hypertension

นฤมล โชว์สูงเนิน*

บทคัดย่อ

ประชาชนคนวัยทำงานมีความสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศเป็นอย่างมาก ในปัจจุบันโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงเป็นเสมือนภัยร้ายที่มาอย่างรวดเร็วและมักเกิดกับบุคคลที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะวัยทำงาน ซึ่งให้ความสำคัญกับการทำงานประกอบอาชีพหารายได้มากกว่าการดูแลสุขภาพตนเอง สังคมมีการแข่งขันสูง ชีวิตรีบเร่ง มีความเครียดจากการทำงานซึ่งปัจจัยภายนอกเหล่านี้ทำให้เกิดพฤติกรรม การรับประทานอาหารไม่เหมาะสม ได้แก่อาหารที่มีโซเดียมสูง อาหารที่มีไขมันสูง ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง จัดการความเครียดไม่เหมาะสมดื่มเหล้า สูบบุหรี่เป็น พฤติกรรมเหล่านี้จึงส่งผลต่อการเกิดโรค ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพโดยอาศัยความร่วมมือของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และองค์กรปกครองท้องถิ่นจะทำให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีและยั่งยืนประชาชนพึ่งตนเองได้ กลยุทธ์ในการสร้างเสริมสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างการดำเนินกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ สิ่งเหล่านี้จะให้เกิดการมีสุขภาพที่ดีป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

* พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

ABSTRACT

Working age people is importance to help to develop economy of the country. Recently, chronic disease especially hypertension is a danger and harmful to health which may often happen with the working age people who has inappropriate health behavior. This because working age people always more place importance to work and aim to earn their income than self-care on their health. In competitive society, rushing life style may cause of stress this is external factor that consequence inappropriate health behavior such as inappropriate food consuming behavior i.e. high sodium, high lipid and alcohol beverage consuming including inappropriate coping for stress such as alcohol drinking and smoking. All of the health behaviour may cause of chronic diseases. Hence, collaboration work on health promotion among family, community, health provider and local administration organization may improve health and sustainable of self-care in people. The essential strategy of health promotion are public policy for health, health friendly environment, promote activities for strong community, improve personal skill on self - care and develop health service all of these will bring healthy, well - being and chronic disease prevention to the people.

บทนำ

ประชาชนวัยทำงานเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศในทุกด้านให้มีความเจริญก้าวหน้าทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การสาธารณสุข การคมนาคม การศึกษา และวัฒนธรรมประเพณี ประชากรวัยแรงงานในประเทศไทยมีจำนวนทั้งสิ้น 42,983,000 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556)

สถิติการเจ็บป่วยที่พบได้มากที่สุดจะเกี่ยวข้องกับโรคหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นผลมาจากการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงคือโรคหลอดเลือดสมองและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ดังนั้นการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบกับประชาชนวัยทำงานตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป จะมีการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนและสรีรวิทยาในร่างกายทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้ง่ายเนื่องด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีโซเดียม รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ดื่มเหล้าสูบบุหรี่ และความเครียด นอกจากนี้การทำงานประกอบอาชีพที่เร่งรีบทำให้ประชาชนคนวัยแรงงานมีการดูแลสุขภาพของตนเองลดน้อยลงเพราะส่วนใหญ่ทุกคนมุ่งหวังที่

ผลลัพธ์จากการทำงาน รายได้ เพื่อเลี้ยงดูแลตนเองและครอบครัว ซึ่งพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้จะทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา (Whelton, 1994)

การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรสาธารณสุข ประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองท้องถิ่นควรมีบทบาทร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนคนวัยทำงาน เพื่อลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การเจ็บป่วยและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างยั่งยืน

1. ความหมายของความดันโลหิต (hypertension)

ความดันโลหิต หมายถึง การไหลของกระแสเลือดที่กระทบผ่านผนังหลอดเลือดแดง ซึ่งมีการสูบฉีดโลหิตออกจากหัวใจเพื่อนำเลือดไปเลี้ยงร่างกาย

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง ความดันโลหิตซีสโตลิก (systolic blood pressure, SBP) ≥ 140 mmHg และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP) ≥ 90 mmHg (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

การจำแนกประเภทความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ตามสาเหตุ ได้แก่

1) Primary or essential or idiopathic hypertension คือ โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุพบประมาณร้อยละ 95 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2) Secondary hypertension คือ โรคความดันโลหิตสูงที่มีสาเหตุ พบประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บางโรคสามารถให้การรักษาให้หายขาดได้

2. ปัจจัยการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงสามารถแบ่งออกเป็น 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ และปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

2.1 ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ มีดังนี้

2.1.1 พันธุกรรม ประวัติครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง มีโอกาสเกิดมีร้อยละ 20 - 40 และมีการศึกษาค้นคว้าในมนุษย์จำนวนมาก โดยมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมในบุคคลที่มีสายเลือดเดียวกัน (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2553) นอกจากนี้ ในการศึกษาจาก Framingham Offspring Study ที่ศึกษาในกลุ่ม 973 ราย ที่มีประวัติพี่น้องเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (อายุเฉลี่ย 57 ปี) และ 4,506 ราย ที่ไม่มีประวัติพี่น้องเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด (อายุเฉลี่ย 47 ปี) พบว่า ถ้ามีพี่น้องเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคในระบบหลอดเลือด

2.1.2 เพศ มีการศึกษาที่ทำในชาวฟินแลนด์ทั้งหมด 14,786 ราย ในช่วงอายุตั้งแต่ 25 - 64 ปี ติดตามการศึกษาไป 12 ปี พบว่า เพศชายมีอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้มากกว่าเพศหญิง 3 เท่า และมีอัตราการเสียชีวิตในเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 5 เท่า

2.1.3 อายุ โรคความดันโลหิตสูงมักพบในอายุ 40 ปีขึ้นไป อายุที่สูงขึ้นส่งผลให้ชายและหญิง มีความยืดหยุ่นของหลอดเลือดน้อยลง แข็งและเปราะได้ง่ายทำให้เกิดโรคหลอดเลือดได้ง่ายก็วัยอื่น (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

2.1.4 เชื้อชาติ ผิวสีดำจะมีระดับความดันโลหิตสูงกว่าผิวสีขาว และผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจส่วนใหญ่จะพบในคนผิวสีดำ ทั้งนี้มาจากระดับเรนินต่ำลง เพิ่มความไวต่อระดับวาโซเพรสซิน (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

2.2 ปัจจัยที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้มีดังนี้

2.2.1 การรับประทานอาหารที่มีโซเดียม หรืออาหารรสเค็ม โดยอาหารรสเค็มจะมีปริมาณของโซเดียมสูงมากเมื่อเข้าสู่เซลล์หลอดเลือดทำให้เกิดการเพิ่มปริมาณของน้ำในเซลล์ส่งผลต่อการไหลเวียนของโลหิตเกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา

2.2.2 การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ไขมันในปริมาณที่สูงมากในหลอดเลือดทำให้เกิดการขัดขวางการไหลเวียนของเลือดต้องใช้แรงดันสูงทำให้เกิความดันโลหิตสูง บางรายมีการตีบ ตัน และหลอดเลือดแตกเกิดอัมพฤตกษ์อัมพาต ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

2.2.3 การรับประทานผักและผลไม้น้อย ผักและผลไม้จะมีส่วนประกอบที่สำคัญคือ วิตามิน สารแอนตี้ออกซิแดน สารต้านอนุมูลอิสระ ล้วนแต่มีประโยชน์ต่อหัวใจและหลอดเลือดโดยเฉพาะวิตามินซีซึ่งละลายได้เองในน้ำ เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะจับกับคลอเรสเตอรอลทำให้คลอเรสเตอรอลสามารถละลายได้ในน้ำ จึงลดการเกิดไขมันอุดตันในหลอดเลือดในทางตรงข้ามหากไม่รับประทานผักและผลไม้ย่อมทำให้ร่างกายสะสมไขมัน เกิดโรคความดันโลหิตสูงตามมา

2.2.4 การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา การสูบบุหรี่เป็นตัวการสำคัญของการเกิดเส้นเลือดหัวใจตีบตัน ในผู้ที่สูบบุหรี่วันละอย่างน้อย 20 มวนจะเพิ่มอัตราการเกิด กล้ามเนื้อหัวใจตาย 3 เท่า ในผู้ชาย และ 6 เท่าในผู้หญิงเทียบกับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ รวมทั้งคนที่สูดควันบุหรี่ก็มีอัตราเสี่ยงเพิ่มขึ้นด้วยและการดื่มสุราทำให้เกิดการออกซิเดชั่นของไขมันเป็นการเพิ่มปริมาตรไขมันให้เซลล์ร่างกายเกิดความดันโลหิตสูงตามมา

2.2.5 การรับประทานคาเฟอีนและเครื่องดื่มชูกำลัง หลายการศึกษายังไม่แน่ชัดว่าการดื่มเครื่องดื่มชูกำลังทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงแต่พบว่ากาแฟ 3 แก้วทำให้เพิ่มระดับความดันโลหิต 4/3 มิลลิเมตรปรอท หากดื่มชาและกาแฟในปริมาณที่เท่ากันจะพบว่าชาทำให้ระดับความดันโลหิตสูงกว่าการดื่มกาแฟ (พีระ บูรณะ-กิจเจริญ, 2553)

2.2.6 การขาดออกกำลังกาย การออกกำลังกายเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ระบบไหลเวียนโลหิตภายในร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การออกกำลังกายยังมีความสัมพันธ์กับระดับความดันโลหิตในร่างกาย ซึ่งการออกกำลังกายระดับปานกลางสามารถลดระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวได้ 10 มิลลิเมตรปรอท นอกจากการออกกำลังกายยังช่วยลดระดับความดันโลหิตแล้วจะช่วยชะลอการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้

2.2.7 ความเครียด เป็นปัจจัยที่ขึ้นอยู่กับตัวบุคคล และสิ่งแวดล้อม บุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบ เอ จะเป็นบุคคลเครียดง่าย ขาดความยืดหยุ่นในการใช้ชีวิต เมื่อมีภาวะเครียดจะทำให้ปริมาตรเลือดที่ออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น กระตุ้นประสาทซิมพาเทติกให้มีการทำงานมากขึ้น ทำให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นตามมาด้วย ถ้ามีความ

เครียดเป็นระยะเวลายาวนานอาจมีต่อการทำหน้าที่ของอวัยวะลดลง (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2556)

3. อาการและอาการการแสดง อาการและการแสดงของโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ชัดเจน จะพบเมื่ออาการรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อน โรคนี้จึงเปรียบเสมือนภัยเงียบของประชาชน บางคนมีอาการปวดศีรษะ ปวดตึงท้ายทอยตอนเช้าหลังตื่นนอน บางรายอาการรุนแรง มึนงง สับสน เหนื่อยง่ายเลือดกำเดาไหล ทั้งนี้ควรตรวจวัดระดับความดันโลหิตเพื่อยืนยันอีกครั้ง ดังกรณีศึกษานี้ จากกรณีศึกษาผู้ป่วยรายหนึ่ง พบว่าเมื่อ 8 ปีที่ผ่านมาอยู่ในช่วงวัยทำงานเป็นลูกจ้าง อยู่ตลาด มีสิทธิการรักษาบัตรประกันสังคม ที่ผ่านมาผู้ป่วยบอกว่ามีสุขภาพแข็งแรง ไม่เคยเจ็บป่วยใดๆ มาก่อนไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี ไม่มีโรคประจำตัว พบว่าผู้ป่วยมีดัชนีมวลกาย 33.2 - 34.37 kg/m^2 ซึ่งถือว่าอ้วน และมีพฤติกรรมการดื่มเหล้าขาวทุกวันๆ ละ ½ - 1 ขวด และสูบบุหรี่วันละ 8 - 10 มวน ไม่ได้ออกกำลังกาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและอาจจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ดังนั้นควรมีการตรวจวัดประเมินระดับความดันโลหิตทุกปี

4. ภาวะแทรกซ้อน โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้รับการรักษาและดูแลควบคุมระดับความดันโลหิตจะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะในร่างกาย ได้แก่ หัวใจ สมอง ตา ไต หลอดเลือดส่วนปลาย ดังนี้

4.1 ผลต่อสมอง หลอดเลือดบริเวณสมองตีบ แคบอุดตัน และแตก ทำให้เนื้อสมองบางส่วนไม่ได้รับเลือดไปเลี้ยงเกิดสมองขาดเลือดเป็นอัมพฤต อัมพาต ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเป็นจำนวนมากในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ประเจษฎ์ เรืองกาญจนเศรษฐ์, 2552)

4.2 ผลต่อหัวใจ โครงสร้างและหน้าที่การทำงานของหัวใจเปลี่ยนแปลง ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโตผิดปกติ เลือดคั่งและเกิดภาวะน้ำท่วมปอดเสียชีวิตในที่สุด

4.3 ผลต่อไต โรคความดันโลหิตสูงทำให้เกิดพยาธิสภาพที่หลอดเลือดบริเวณไต ทำให้อัตราการกรองของไตลดลง แรงดันในโกลเมอรูลัสสูงขึ้น หลอดเลือดแข็งตัวและเกิดไตวาย

4.4 ผลต่อตา เส้นเลือดบริเวณดวงตาหดตัวในระยะแรกเริ่ม แข็งตัวในเวลาต่อมา และเกิดเลือดออกที่จอประสาทตา ตาบอดได้ (พีระ บูรณะกิจเจริญ, 2553 ; สุรเกียรติ อาชานุภาพ, 2553)

4.5 ผลต่อหลอดเลือดส่วนปลาย เมื่อหลอดเลือดมีการตีบแข็งทำให้เลือดไม่สามารถไปเลี้ยงส่วนปลายได้ ทำให้เกิดอาการชา ตามปลายมือปลายเท้าและ ทำให้อวัยวะขาดเลือดเกิดการเน่าตายได้

5. การสร้างเสริมสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนวัยแรงงานเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แรกเริ่มการดูแลสุขภาพจะเป็นการดูแลรักษาเป็นรายบุคคล ต่อมามีหลักฐานเพิ่มขึ้นว่าพฤติกรรมสุขภาพและความเคยชินมีอิทธิต่อสุขภาพทำให้ต้องมีการผลักดันการดูแลรายบุคคลสู่ ครอบครัว ประชาชนและชุมชน พยาบาลจำเป็นต้องแยกแยะปัญหาและทำงานกับปัญหาของคนในชุมชน เขาเชื่อว่าถ้าสุขภาพของชุมชนดีแล้วก็จะส่งผลให้คนครอบครัวมีสุขภาพด้วย ถ้าจะมองคนว่ามีสุขภาพดีต้องมองที่กาย จิตใจ สุขภาพของบุคคล

และครอบครัว ตลอดจนสังคม นโยบาย เศรษฐกิจ การศึกษา วัฒนธรรมสิ่งแวดล้อมทั้งหมดนี้ คือ สุขภาพโดยรวมของชุมชน การส่งเสริมป้องกันสุขภาพ การเข้าถึงชุมชน การทำงานโดยวิธี Approaches ทำให้ทำงานเป็นระบบประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพคือสิ่งใหม่ที่นำมาใช้ในชุมชนเปรียบเหมือนผู้รับบริการคือคนสำคัญของพยาบาลเมื่อชุมชนและผู้รับบริการเปรียบเหมือนศูนย์กลาง ในทางตรงกันการดูแลในคลินิกสามารถเปลี่ยนมาปฏิบัติโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางทางด้านสุขภาพยกตัวอย่างบางครั้งพยาบาลให้การดูแลเป็นรายบุคคลและครอบครัวจำนวนมากเพราะปัญหามีความสัมพันธ์กับชุมชนและสุขภาพเป็นเรื่องจำเป็นของชุมชน การเปลี่ยนแปลงสุขภาพจะส่งผลต่อสุขภาพชุมชนด้วยการปรับพฤติกรรมบุคคลเพียงคนเดียวจากนั้นเพิ่มขึ้นหลายๆ คน นั่นก็คือภาพรวมของสุขภาพชุมชน พยาบาลชุมชนต้องร่วมกันทำงานปรับเปลี่ยนให้มีสุขภาพดี จุดมุ่งหมายของสุขภาพชุมชนจะเกี่ยวกับการส่งเสริมปรับเปลี่ยนสุขภาพมากกว่าการอยู่เฉยๆ ผลที่ทำให้สุขภาพดีคือการมีส่วนร่วมระหว่างพยาบาลกับชุมชน ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพเป็นหน้าที่ของประชาชนทุกฝ่ายมิใช่ของใครคนใดคนหนึ่ง

การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนวัยแรงงานเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ทุกฝ่ายในชุมชนควรมีบทบาทร่วมกันในการป้องกันโรค โดยเริ่มตั้งแต่ การศึกษาปัญหาร่วมกัน ทำความเข้าใจบริบทและสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพการดูแลตนเองของวัยแรงงานในชุมชน จากนั้นวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน เพื่อวางแผนและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายจากนั้นดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกันและประเมินผลหากผลการประเมินยังไม่ดีควรมีการวางแผนเพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขจนกว่าจะได้ผลลัพธ์ที่ตรงตามความต้องการของประชาชนวัยแรงงานและสอดคล้องกับวิถีชีวิตบริบทของคนในชุมชน ทั้งนี้การอาศัยแนวคิดกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่

1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ เช่น การกำหนดให้คนในชุมชนงดการดื่มเหล้าในช่วงเทศกาล กำหนดให้มีการออกกำลังกายร่วมกันเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงหรือจำกัดการขายเหล้า บุหรี่ในชุมชนให้ตรงตามเวลาที่รัฐบาลกำหนด เป็นต้น

2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ คือการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อประโยชน์ต่อการมีสุขภาพดี ชุมชนพึ่งตนเองได้ มีความเข้มแข็งและยั่งยืน การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงจะเน้นสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การประยุกต์ใช้พื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งในชุมชนเพื่อเป็นสถานที่รวมกลุ่มทำกิจกรรม ออกกำลังกาย พูดคุยเสวนา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรับทุกข์สุขกัน หรือแม้กระทั่งการสร้างสถานที่พักผ่อนหย่อนใจให้มีความปลอดภัยและมีความสุขเกิดการผ่อนคลายความตึงเครียดหลังจากการทำงาน

3) การเสริมสร้างการดำเนินกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง อาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมต่างๆโดยประชาชนเป็นผู้ขับเคลื่อนมิใช่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล คือการเสริมสร้างทักษะของบุคคลผ่านการเรียนรู้ การให้ข้อมูล ที่ถูกต้องเพื่อให้ประชาชนนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ยั่งยืนตลอดชีวิต

5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ การจัดบริการสุขภาพเป็นความร่วมมือของบุคคล ครอบครัวชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งต้องกระทำร่วมกัน อย่างครอบคลุมเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

6. การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยแรงงานเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

การสร้างเสริม พฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยแรงงานเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง (Mark, 2013) เช่นการรับประทานอาหารลดอาหารที่มีลดเค็ม การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง (การดื่มเหล้า สูบบุหรี่) การหมั่นออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจัดการความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม

1) การควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม เทียบได้จากค่าดัชนีมวลกาย คือ น้ำหนัก(กิโลกรัม)/ส่วนสูง(เมตร2) เกณฑ์ที่ปกติคือดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 - 24.9 กิโลกรัมต่อเมตร^2 หากผู้ที่มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัมต่อเมตร^2 บ่งชี้ได้ว่า มีน้ำหนักเกินหรือมีภาวะอ้วน

2) การเลือกรับประทานอาหาร จำกัดอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง ซึ่งโซเดียมจะทำให้ปริมาณน้ำในเซลล์เพิ่ม ส่งผลให้เกิดระดับความดันโลหิตสูงขึ้น ปริมาณเกลือโซเดียมที่ร่างกายควรได้รับอย่างเหมาะสมไม่ควรเกิน 6 กรัม หรือ 1 ช้อนชา โซเดียมพบได้ในอาหารที่มีรสเค็มหรือไม่มีรสเค็มแต่มีโซเดียม เช่นเครื่องปรุงรส น้ำปลา เกลือ รสดี ซอสปรุงรส ซีอิ๊ว ขนมปังและอาหารสำเร็จรูปต่างๆ เป็นต้น อาหารที่มีโพแทสเซียมและแคลเซียมสูง มักอยู่ในพืชผัก ผลไม้ที่มีรสไม่หวานมาก ถั่วเหลืองเมล็ดธัญพืช อาหารที่มีไขมันต่ำ คลอเรสเตอรอลต่ำ จำพวกปลา

3) การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 - 5 ครั้ง แต่ละครั้งมีระยะเวลานานอย่างน้อย 30 นาที ชนิดการออกกำลังกายต้องให้เหมาะสมกับวัยและความสามารถของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับสมาคมโรคความดันโลหิตสูงประเทศไทย (2555) การออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น การวิ่ง เดินเร็ว ว่ายน้ำ เป็นต้น หากมีการออกกำลังกายชนิดนี้อย่างสม่ำเสมอหรือเกือบทุกวัน อย่างน้อย 30 นาที จะทำให้ระดับความดันโลหิตตัวบนลดลง 4 - 9 มิลลิเมตรปรอท

4) การเลิกบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่สามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ ถ้าเลิกได้ 2 ปี สามารถลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ 2 เท่า

5) การงดชา กาแฟ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับเครื่องดื่มแอลอฮอล์ผู้ชายจำกัดการดื่มไม่เกิน 2 ดริ้งต่อวัน และไม่ควรเกิน 1 ดริ้งต่อวัน สำหรับผู้หญิง ปริมาณ 1 ดริ้ง เท่ากับปริมาณ 44 มิลลิลิตรในเหล้า, ปริมาณ 335 มิลลิลิตรในเบียร์, 148 มิลลิลิตรของเหล้าองุ่น (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2555)

6) การจัดการความเครียด หากบุคคลมีความเครียดติดต่อกันเป็นระยะเวลานานจะทำให้มีการคั่งของน้ำและโซเดียม การจัดการความเครียดมีหลากลายวิธีขึ้นอยู่กับความถนัด ประสบการณ์และผลลัพธ์ของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไป วิธีการจัดการความเครียดมีดังนี้

ตั้งสติ กำหนดตนเอง ทบทวนลำดับเหตุการณ์ หาสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด หากลวิธีแก้ไขปัญหาด้วยตนเองหรือพูดคุย บอกเล่ากับบุคคลที่เรามีความไว้วางใจ การนอนหลับให้เพียงพอ การพักผ่อนเพื่อความผ่อนคลาย เช่นการ

ดูหนัง ฟังเพลง ท่องเที่ยวพักผ่อนหย่อนใจ ทำงานอดิเรกที่ตนเองชอบ ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ การออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ความรู้สึกที่ดี สดชื่น ผ่อนคลาย สามารถลดความเครียดได้ และการเปลี่ยนแปลงความคิด เป็นวิธีที่ค่อนข้างยาก แต่ถ้าหากปรับเปลี่ยนได้จะทำให้การดำเนินชีวิตเกิดความสุข

บทสรุป

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมสำหรับประชาชนทุกเพศ ทุกวัย แต่เนื่องด้วยคนวัยแรงงานมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศจึงเป็นวัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้มีความแข็งแรง มีศักยภาพในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ลดการเจ็บป่วย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา คุณภาพชีวิตดี มีความสุขอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **แผนยุทธศาสตร์สุขภาพกระทรวงสาธารณสุขด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปีงบประมาณ 2557 (5 Flagship Project).** พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข., 2557.

ผ่องพรรณ อรุณแสง. **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด.** พิมพ์ครั้งที่ 10. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยาขอนแก่น., 2556.

ผ่องศรี ศรีมรกต. **การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ.** กรุงเทพฯ : ไอกรุ๊ปเพลส., 2552.

พีระ บูรณะกิจเจริญ. **โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ.** กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน., 2553.

สมาคมโรคความดันโลหิตสูง. **แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555.** กรุงเทพฯ : สไตล์ครี เอทีฟเฮ้า., 2555.

สุรเกียรติ อาชานุภาพ. **ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โฮลิสติก พับลิชชิ่ง., 2553.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **จำนวนประชากร จังหวัดนครราชสีมา.** ค้นเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2557, จากhttp : //service.nso.go.th/nso/nsopublish/districtList/S010107/th/47.htm., 2554.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **การสำรวจภาวะการทำงานของประชากร.** ค้นเมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2557, จากhttp : //service.nso.go th/nso/web/statseries/statseries03.html., 2556.

สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. **แนวทางการปฏิบัติแนวป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ.** นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข., 2552.

Mark, C.H. The Role of Nutrition, Nutraceuticals, Vitamins, Antioxidants, and Mineral in Prevention and Treatment of Hypertention. **Alternative therapies Heart Health. 19** (1), 32 - 49., 2013.

Oparil, S., Zaman, A. & Calhoun, D. A. Pathogenesis of Hypertension. **Annals of Internal Medicine. 139** (9), 761-777., 2003.

Warren-Findlow, J., Seymour, R. B., & Humer, L. R. B. The association Between Self-Efficacy and Hypertension Self-care Activities Among African American Adulte. **Journal of Community Health.**, 37, 15 - 24., 2012.

Whelton, P.K. Epidemiology of Hypertension. **The lancet, 344** (8915), 101 - 106., 1994.

งานวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

The effectiveness of the program of network involvement in the older health care and the efficacy perception in three E two S for health behavior of the older in Nakhon Pathomprovince.

รุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่ม (quasi experimental research one group) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม โดยการนำแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทางในการจัดทำโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-efficacy theory) ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุระหว่าง 60 - 75 ปี ที่สามารถอ่านออก เขียนได้ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมาเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนผู้สูงอายุสุขภาพดีนครปฐม ตำบลพระปฐมเจดีย์ และโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดี ตำบลนครชัยศรี จำนวน 50 คน และเครือข่าย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 20 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐม การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Paired - Samples T-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังใน

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลนครปฐม

ผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ บุหรี่และสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเครือข่ายมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม อยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ ในการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรมีการศึกษาศักยภาพและความต้องการการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม และศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม

คำสำคัญ : ประสิทธิผลของโปรแกรม การส่งเสริมการมีส่วนร่วม เครือข่ายการดูแลสุขภาพ การรับรู้ความสามารถการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

The quasi-experimental research one group aimed to study the effectiveness of the program of network involvement in the older health care and the efficacy perception in three E two S for health behavior of the older in NakhonPathomprovince. This research was done by applying the theory and the related research as the guide for the program in promoting the network involvement in providing care for the older which the self-efficacy theory and self-care theory for three E two S health behavior adaptation. The sample divided into 2 groups was 50 persons in the older aged 60 - 75 years old, Thai literacy, no chronic diseases and participating in the in Nakhonpathom Older - Health - School at Tambol prapathom-jedee and at the Nakhon Chai Si Model - Health School for Older, and 20 persons were the village health volunteers. The research tools composed of the program of network involvement in the older health care and the efficacy perception in three E two S for health behavior of the older in Nakhonpathom province, and the questionnaire of network involvement in health promotion for the older of Nakhonpathom. Analyzed the frequence, percentage, average and standard deviation and Paired - Samples T-test.

Results : After experiment, the knowledge, self - efficacy perception, outcome expectation and the self - care on food consumption, physical exercise, stress relief, smoking and drinking were higher at significantly statis - ticallevel.05 than before. The involvement of the network in the older health care and the older self - care toward the efficacy perception in three E two S for the elder's behavior health adaptation were on the high level.

Suggestion : Healthcare provider should study potential and needs for selfcare of the older in Nakhonpathom Province before using research result. Moreover, they should study model of health volunteers participation in health behavior modification of elderly in community.

Keywords : Program effectiveness, older network involvement, Health care, Efficacy perception, three E two S Health behavior adaptation.

บทนำ

ในปี 2557 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุวัยต้นจำนวน 5.6 ล้านคน (ร้อยละ 8.6 ของประชากรทั้งหมด) ผู้สูงอายุวัยกลาง จำนวน 3.0 ล้านคน (ร้อยละ 4.6) และผู้สูงอายุวัยปลาย จำนวน 1.4 ล้านคน (ร้อยละ 2.1) ในปี 2583 ประมาณว่าจะมีประชากรสูงอายุวัยปลายหรือผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัว ซึ่งเพิ่มเร็วกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ด้วยความจริงที่ว่าคนยิ่งมีอายุมากขึ้นก็ยิ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และความพิการหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เพิ่มมากขึ้น ในอนาคตเมื่อสังคมไทยสูงวัยมากขึ้น ความต้องการการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุก็จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นเงาตามตัว สำหรับรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุได้เปลี่ยนไปมาก ในอดีตครัวเรือนไทยมีขนาดใหญ่ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่มีคนหลายคนอยู่ด้วยกัน ขนาดครัวเรือนไทยได้เล็กลงจากเฉลี่ยประมาณ 5 คนต่อครัวเรือน เมื่อ 30 ปีก่อนเหลือเพียง 3 คนในปัจจุบัน สถานการณ์การอยู่อาศัยของผู้สูงอายุที่เป็นประเด็นท้าทายคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังมีสัดส่วนสูงขึ้น ในปี 2545 มีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวร้อยละ 6 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสร้อยละ 16 ในปี 2557 สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวได้เพิ่มขึ้นเป็นเกือบร้อยละ 9 และอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19 ผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังกลุ่มนี้น่าจะเป็นเป้าหมายของการจัดระบบการดูแลและเฝ้าระวัง (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. 2558)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองเกิดจากการกระทำ การแสดงออกการปฏิบัติ กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องในด้านการส่งเสริมสุขภาพด้านการป้องกันโรคด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสุขภาพจนกลายเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวันการที่ผู้สูงอายุจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้จึงจำเป็นที่จะต้องมีความรู้และความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพตั้งแต่ตอนที่ยังไม่เจ็บป่วยเพื่อบำรุงรักษาตนเองให้สมบูรณ์แข็งแรง รู้จักที่จะป้องกันตัวเองมิให้เกิดโรคและเมื่อเจ็บป่วยก็รู้วิธีที่จะรักษาตัวเองเบื้องต้นจนหายเป็นปกติ หรือรู้ว่าเมื่อไรต้องไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรคด้านการ รักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสุขภาพซึ่งประกอบด้วยการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์การหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกฮอลล์และสิ่งเสพติดเลิกการสูบบุหรี่ หรือการไม่สูบบุหรี่การปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลง และการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกับคนในครอบครัวและคนในสังคม

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ดังนั้น การดูแลสุขภาพจึงถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญต่อชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นหนทางที่จะนำไปสู่การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงมีสภาพจิตใจดีอารมณ์ดีและมีสุขภาพดีซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (ภรณี ตังสุรัตน์ และวิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์. 2556)

ทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-efficacy theory) มีหลักการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและมีกำลังใจอย่างเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะตัดสินใจว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำได้อย่างมีประสิทธิภาพ แบนดูรา (Bandura. 1977) มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถแห่งตนนั้นมีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคลอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่แตกต่างกันได้ การรับรู้ความสามารถของตนเองแตกต่างกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน แบนดูรา (Bandura) กล่าวว่า การที่บุคคลสามารถคาดหวังหรือมีความเชื่อในความสามารถของตนเอง โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้างและเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามดังกล่าว (จุฬาภรณ์ โสตะ. 2556 ; อ้างอิงจาก Bandura. 1977) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี ป้องกันโรค และชะลอความเสื่อมของร่างกายและจิตใจให้ช้าลง ลดภาวะการณ์เจ็บป่วยของผู้สูงอายุได้ (อรพรรณ อิศราภรณ์. 2536) โดยโอเร็ม (Orem. 1980) กล่าวว่าการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้และเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลแสดงออกตามความเชื่อ ค่านิยม วัฒนธรรมและการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง การดูแลสุขภาพ และการป้องกันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยเน้นการดำเนินการเชิงรุกโดยการนำแนวคิดของโอเรม (Orem) การดูแลสุขภาพของตนเอง และแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura) มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้และส่งเสริมให้เครือข่าย (อาสาสมัครสาธารณสุข) ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เนื่องจากเครือข่ายเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัยการสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2542) ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องดำเนินการอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อสอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุของจังหวัดนครปฐม (พ.ศ. 2558 - 2564) และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564)

ผู้วิจัยในฐานะเป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการเขตสุขภาพที่ 5 ที่รับผิดชอบงานพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพบริการประชาชนในโรงพยาบาลนครปฐม และประชาชนในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้มีความตระหนักถึงความสำคัญของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมให้รับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง จะช่วยชะลอความเสื่อมถอยของร่างกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากความสูงวัย ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพซึ่งเน้นการให้บริการเชิงรุกมากกว่าการรับ คือ เน้นให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา และการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม เพื่อนำผลการวิจัยมาวางแผนและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางในการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้นในด้านการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองหนึ่งกลุ่ม (quasi experimental research one group) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 60 - 75 ปี ที่สามารถอ่านออก เขียนได้ ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และเป็นผู้สูงอายุที่มาเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนผู้สูงอายุสุขภาพดีนครปฐม ตำบลพระปฐมเจดีย์ อำเภอเมือง จำนวน 25 คน และโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบสุขภาพดี ตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จำนวน 25 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 50 คน

2. เครือข่าย คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งเพศชาย และเพศหญิง ที่พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนหรือหมู่บ้าน โดยทำหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขและดูแลสุขภาพของประชาชนในตำบลพระปฐมเจดีย์ อำเภอเมือง จำนวน 10 คน และตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ชุด ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม โดยการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-efficacy theory) ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

การหาคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามความรู้ เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ บุหรี่ และสุรา มีค่าความยากง่าย 0.47 - 0.80 มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.22 - 0.57 และค่าความเชื่อมั่น .917 และแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.20 - 0.73 และค่าความเชื่อมั่น .925 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.20 - 0.74 และมีค่าความเชื่อมั่น .9198 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุรา มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.24 - 0.73 มีค่าความเชื่อมั่น .9039

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ สถิติพื้นฐาน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired - samples t - test

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประชุมปรึกษาหารือ และร่วมกันวิเคราะห์บริบทวิถีชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน พฤติกรรมการเสี่ยงต่อการเกิดโรคของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนในการกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

2. นำกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง และนำกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยมาปรับปรุงแก้ไข

3. ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยร่วมกันจัดทำแบบสอบถามตามกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย และกำหนดการ

4. ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย ทดสอบความรู้เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ บุหรี่และสุรา และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารพฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการกับอารมณ์ พฤติกรรมสูบบุหรี่ และพฤติกรรมดื่มสุราของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

5. ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัย จัดอบรมให้ความรู้เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ บุหรี่ และสุรา และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการอารมณ์ พฤติกรรมสูบบุหรี่ และพฤติกรรมดื่มสุราแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ก่อนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

6. ผู้วิจัย ผู้ช่วยวิจัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการจับชีพขจร ตรวจวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การประเมินค่า BMI วัดรอบเอว และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

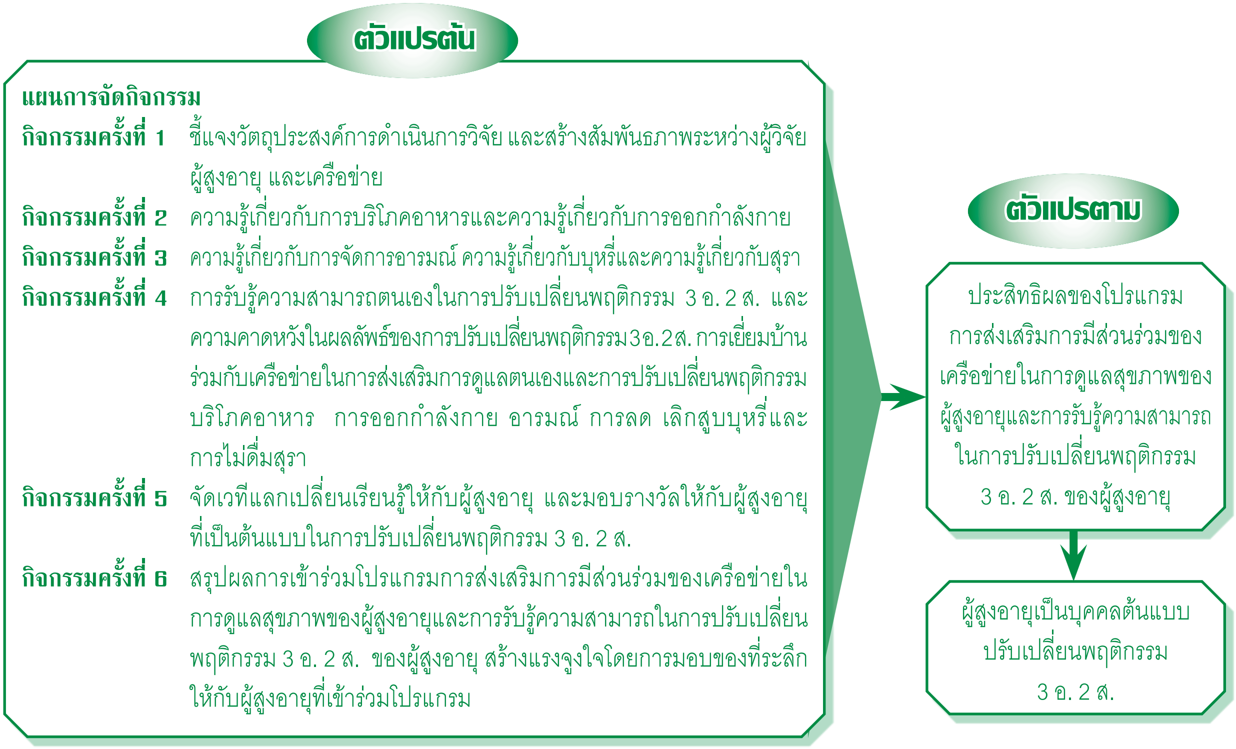
7. นำข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมาวางแผน และสร้างโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

8. ประชุมเครือข่ายเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินการโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุจังหวัดนครปฐมโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเล่าถึงโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นอย่างละเอียด ตลอดจนขั้นตอนในการดำเนินงาน

9. นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ผู้วิจัยได้มีการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถแห่งตน (Self-efficacy theory) ร่วมกับทฤษฎีการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส.



ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.00 มีอายุ 61 - 65 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 52.00 มีระดับการศึกษา คิดเป็นร้อยละ 36.00 มีอาชีพ ข้าราชการบำนาญ คิดเป็นร้อยละ 26.00 มีรายได้น้อยกว่า 1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40.00 พักอาศัยกับครอบครัวมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.00 มีดัชนี 18.5 - 23.4 น้ำหนักปกติ คิดเป็นร้อยละ 62.00 มีรอบเอว 70 - 80 เซนติเมตร มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.00 และบุคคลในครอบครัว มีประวัติป่วยเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 48.00 และมีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 38.00

ผู้สูงอายุมีความรู้ เรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ บุหรี่ และสุรา มีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังปรากฏตารางที่ 1

ตารางที่ 1

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ บุหรี่ และสุรา การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P
ความรู้						
ก่อนการทดลอง	50	2.10	.58			
				10.02	49	.000*
หลังการทดลอง	50	2.96	.20			
การรับรู้ความสามารถตนเอง						
ก่อนการทดลอง	50	2.50	.50			
				6.725	49	.000*
หลังการทดลอง	50	2.95	.14			
ความคาดหวังในผลลัพธ์						
ก่อนการทดลอง	50	2.44	.50			
				7.286	49	.000*
หลังการทดลอง	50	2.96	.20			
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
ก่อนการทดลอง	50	2.46	.50			
				7.286	49	.000*
หลังการทดลอง	50	2.98	.20			

เครือข่ายมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองต่อการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม โดยรวมอยู่ในระดับมาก ดังปรากฏตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละ ระดับมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต่อการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	17	85.00
ระดับปานกลาง	3	15.00
รวม	20	100.00

อภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ บุหรี่ และสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ $p \leq .001$ อภิปรายได้ว่า เนื่องจากเป็นผลมาจากโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุได้ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การรับประทานอาหารของตนเองที่รับประทานเข้าไปในแต่ละวันนั้นเป็นอย่างไร มีประโยชน์หรือโทษต่อสุขภาพ และผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารหลัก 5 หมู่ อย่างถูกต้อง หลักการบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ปริมาณและคุณค่าของอาหาร ตัวอย่างเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุ และอาหารที่ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทาน หลักการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม ประโยชน์ของการออกกำลังกาย การออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 - 5 วัน ครั้งละ 30 นาที การปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุเพื่อควบคุมอารมณ์โมโห หรือหลีกเลี่ยงจากภาวะเศร้า โกรธ กลัว หรือกังวล โดยการพบปะพูดคุยกับเพื่อนหรือผู้อื่น การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ของชุมชน การนั่งสมาธิ โทษของการสูบบุหรี่ การควบคุมตนเองในเลิกสูบบุหรี่ โทษของการดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของปิ่นนเรศ กาศอุดม และมัณฑนา เหมชะญาติ (2554) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพทั้ง โดยรวมและรายด้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ $p \leq .001$ อภิปรายได้ว่า เนื่องจากเป็นผลมาจากโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุบอกถึงการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับในการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา โดยให้ผู้สูงอายุเล่าถึงการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม และให้ผู้สูงอายุบอกถึงการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่และการไม่ดื่มสุรา การฝึกควบคุมตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สาธิตการออกกำลังกาย ฝึกการออกกำลังกาย ฝึกควบคุมตนเองด้านอารมณ์ การฝึกควบคุมตนเองในเลิกสูบบุหรี่ และปฏิเสธการไม่ดื่มสุรา สอดคล้องกับการศึกษาของ ไชยรัตน์ มูลมณี ชุภาศิริ อภินันท์เดชา และกวี ไชยศิริ (2558) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายเป็นประจำสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุราหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ $p \leq .001$ อภิปรายได้ว่าเนื่องจากเป็นผลมาจากโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุบอกความคาดหวังในผลลัพธ์เมื่อผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายการจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่และการไม่ดื่มสุรา แล้วจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อตนเองอย่างไร เช่น การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วน จะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบ และมีสุขภาพแข็งแรง การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำ ทำให้สุขภาพแข็งแรงชะลอความเสื่อมของร่างกาย การจัดการกับอารมณ์ทำให้สุขภาพจิตดี เช่น เมื่อมีปัญหาก็จะเล่าให้บุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนๆ ที่สนิทรับฟัง เมื่อรู้สึกโกรธหรือโมโหก็จะไม่แสดงอาการขว้างปาสิ่งของ แต่จะเดินออกไปข้างนอกบ้านไปพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การไม่สูบบุหรี่ทำให้ไม่ป่วยเป็นโรคมะเร็งปอดและโรคถุงลมโป่งพอง การไม่ดื่มสุราทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมมร บุญช่วย (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความคาดหวังผลลัพธ์สูงกว่าก่อนการทดลอง ด้านการบริโภคอาหารและด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีระดับนัยสำคัญทาง สถิติที่ .05

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุราหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ $p \leq .001$ อภิปรายได้ว่าเนื่องจากเป็นผลมาจากโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และเป็นผลมาจากผู้วิจัยมีการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การจัดเมนูอาหารสำหรับผู้สูงอายุและตัวอย่างอาหารที่ผู้สูงอายุไม่ควรรับประทาน การสาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ฝึกการออกกำลังกาย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการจัดการกับอารมณ์ เช่น ฝึกการนั่งสมาธิ การผ่อนคลายความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การเลิกสูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา ผู้วิจัยมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ให้กับผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มาพะปะ พูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของตนเองแต่ละคนและร่วมสรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของผู้สูงอายุเพื่อนำไปปฏิบัติให้เป็นวิถีชีวิตประจำวันอย่างสม่ำเสมอต่อไป และคัดเลือกผู้สูงอายุที่เป็นต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. และมอบรางวัลให้กับผู้สูงอายุที่เป็นต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ยกย่อง เชิดชู สอดคล้องกับการศึกษาของ อัมมร บุญช่วย (2558) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

เครือข่ายมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม อยู่ในระดับมาก อภิปราย ได้ว่า เนื่องจากเครือข่าย (อสม.) เป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถผ่านการอบรมจากหน่วยงานต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับประชาชน ได้รับการยอมรับจากประชาชนในชุมชน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดอบรมให้ความรู้เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ บุหรี่ และสุราและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุราให้แก่เครือข่าย (อสม.) ก่อนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยเพื่อให้เครือข่าย (อสม.) มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้สูงอายุได้ และเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองเมื่อกลับไปอยู่บ้านได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยเน้นให้เครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินการวิจัย ทุกขั้นตอน ทั้งนี้เพื่อให้เครือข่ายมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง และเกิดความเป็นเจ้าของในการเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต่อการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ อย่างแท้จริง ได้แก่ มีส่วนร่วมในการดำเนินการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการดูแลสุขภาพตนเองด้วย 3 อ. 2 ส. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การค้นหาปัญหาสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคของผู้สูงอายุ การ

คัดกรองสุขภาพ เช่น การประเมินค่า BMI การจับชีพขจร การตรวจวัดความดันโลหิต การช่างน้ำหนักและการวัดส่วนสูง การรับรู้ข้อมูลสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคของประชาชนในชุมชน การตัดสินใจส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ ร่วมดำเนินการในการจัดกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารความรู้ ผ่านทางหอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับอารมณ์ บุหรี่และสุรา และร่วมจัดกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต่อการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ และการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรมตามนัดทุกครั้ง การเยี่ยมบ้าน และการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษยาภัสสร์ ขาวปทุมทิพย์ (2556) ที่ศึกษาการมีส่วนรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐมมีส่วนร่วม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาศักยภาพและความต้องการ การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

2. ควรมีการศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม

3. ควรมีการศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม

4. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเมือง และเขตชนบท จังหวัดนครปฐม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ นายแพทย์สมฤกษ์ จึงสมาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม และ ดร.พัชรินทร์ สมบูรณ์ รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยเขตราชบุรี ที่ให้คำปรึกษา แนะนำ ชี้แนะ และแก้ไขปรับปรุง จนทำให้งานวิจัยเล่มนี้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และขอกราบขอบพระคุณ พระครูปลัดสิทธิวัฒน์ เจ้าอาวาสวัดไผ่ล้อม จังหวัดนครปฐม คุณพวงพันธ์ วุฒิยาสกุล และคุณจรวยพร รัตนถาวร ผู้รับผิดชอบโรงเรียนผู้สูงอายุสุขภาพดีนครปฐม ตำบลพระปฐมเจดีย์ อำเภอเมือง และโรงเรียนผู้สูงอายุสุขภาพดี ตำบลนครชัยศรี อำเภอนครชัยศรี ซึ่งเป็นผู้อำนวยความสะดวก และดำเนินการจัดโปรแกรมการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และการรับรู้ความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ. 2 ส. ของผู้สูงอายุ จังหวัดนครปฐม

เอกสารอ้างอิง

กฤษยาภัสสร์ ขาวปทุมทิพย์. **การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม.** วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต. (การศึกษาผู้ใหญ่). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2556.

จุฬาภรณ์ โสตะ. **การประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.** ผลงานวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ การประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 16. วันที่ 24 - 26 กรกฎาคม 2556.

ไชยรัตน์ มูลมณี ชุภาศิริ อภินันท์เดชา และกวี ไชยศิริ. ศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมการส่งเสริมการออกกำลังกายแบบมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา.** 2(1) : 67 - 76. 2558.

ภรณี ตังสุรัตน์ และวิมลฤดี พงษ์หิรัญญ์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. **วารสารเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและงานวิจัย.** 20(1) : 57 - 69. 2556.

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557.** กรุงเทพฯ : บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน). 2558.

ปิ่นนเรศ กาศอุดม และมัณฑนา เหมชะญาติ. ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี.** 22(2) : 61 - 70. 2554.

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. **คู่มือเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุข.** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ร.ส.พ. 2542.

อรพรรณ อิศราภรณ์. **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดพิษณุโลก.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2536.

อัมมร บุญช่วย. ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. **วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.** 3(2) : 231 - 244. 2558.

Bandura, A. Self efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. **Psychological Review.** 84 : 191 - 215. 1977.

Orem, D.E. **Nursing Concepts of Practice.** 2nd ed. New York : Mc Graw Hill Book. 1980.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

Factors Related to Health Behaviors of health volunteer in Pasang Subdistrict Maechan District Chiang Rai Province

สมจิตร จาอินต๊ะ*

บทคัดย่อ

ศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นการเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ในลักษณะเก็บข้อมูลครั้งเดียว (Cross sectional study) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนพฤษภาคมพ.ศ. 2558 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 8 หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระราชทาน ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดจำนวน 152 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปแบบสอบถามการรับรู้แรงจูงใจแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยการ แจกแจงความถี่ร้อยละคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 59.87 อายุเฉลี่ย 48 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.65 การศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 61.18 อาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 59.21 รายได้เฉลี่ย 53,655 บาท ต่อครอบครัวต่อปีมีสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.84 เป็นกลุ่มที่มีระยะเวลาการทำงาน น้อยกว่า 10 ปี มากที่สุดร้อยละ 38.16 ได้รับการอบรมเพิ่มเติมร้อยละ 96.71 เข้าร่วมประชุมน้อยกว่า 12 ครั้ง ต่อปี ร้อยละ 49.34 มีการศึกษาดูงาน ร้อยละ 86.18 มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ย 3.38 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารเท่ากับ 2.15 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการออกกำลังกาย1.99 คะแนน

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระราชทาน อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

เฉลี่ยพฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียด 2.40 คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่ออบายมุข เฉลี่ย 0.77 และพบว่าทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงรายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

คำสำคัญ : พฤติกรรมสุขภาพ อาสาสมัคร-สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

บทนำ

สุขภาพเป็นภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณที่บุคคลรับรู้ได้ว่าตนมีความสุข ปราศจากความเครียดหรือแรงกดดันใดๆ สุขภาพจึงเป็นสิ่งที่ทุกคนพึงปรารถนาแต่อย่างไรก็ตามภาวะสุขภาพเป็นกระบวนการพลวัตที่ไม่หยุดนิ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างสลับซับซ้อนอยู่ตลอดเวลาและอย่างต่อเนื่องบุคคลจึงต้องพยายามหาวิธีการที่จะปกป้องสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดภาวะเจ็บป่วยหรือถึงแม้ว่าจะเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจะต้องพยายามดูแลรักษาเพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาวะปกติให้เร็วที่สุดวิธีการสำคัญที่บุคคลใช้ปกป้องสุขภาพนั้นคือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ

แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนคนไทย ต้องผ่านกลไกการขับเคลื่อนของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นกลุ่มจิตอาสาที่เป็นตัวแทนภาคประชาชน ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากประชาชนแต่ละกลุ่มบ้าน และผ่านกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพด้วยการฝึกอบรมจากหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข แนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน ประสานงาน กิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้นให้แก่ประชาชนมาโดยตลอด ในยุคของกระแสการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ทำให้ภาวการณ์เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคที่เกี่ยวกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมดังนั้นการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ จึงต้องมีการส่งเสริมสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยกันขับเคลื่อนงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนให้มากขึ้น

อำเภอแม่จัน มีอาสาสมัครสาธารณสุขกระจายอยู่ทุกหมู่บ้าน รวม 2,100 คน แต่ละคนดูแลครัวเรือน 12 ถึง 15 ครัวเรือน ในตำบลป่าซาง มีหมู่บ้านจำนวน 15 หมู่บ้าน มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านใหม่พัฒนา มีหมู่บ้านรับผิดชอบดูแลทั้งสิ้น 7 หมู่บ้าน มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 76 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระราชทานมีหมู่บ้านรับผิดชอบดูแลทั้งสิ้น 8 หมู่บ้าน มีอาสาสมัคร-สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 152 คน จากผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแม่จัน พบมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 29.38 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 21.22 และพบมีความเสี่ยงโรคเบาหวานร้อยละ 13.55 และป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 2.00 และผลการคัดกรองในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลป่าซาง พบมีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 34.21 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.26 พบมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานร้อยละ 16.45 ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.55 (แทนนิตย์ นาใจ, 2558) ผู้วิจัยเป็นบุคลากรสาธารณสุข

ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระราชทาน จึงความสนใจที่จะศึกษาสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบและหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัคร-สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อที่จะนำไปวางแผนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร-สาธารณสุขประจำหมู่บ้านอันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อนำไปสู่การเป็นต้นแบบให้แก่ประชาชนในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ ด้าน 3 อ. 2 ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงรายเป็นอย่าง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ด้าน 3 อ. 2 ส. ของอาสาสมัคร-สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอาสาสมัคร-สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 152 คน จาก 8 หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระราชทาน ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ระยะเวลาการศึกษาวิจัย

เดือนพฤษภาคม 2558 ถึงเดือนสิงหาคม 2558

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ข้อมูลทั่วไป
อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน

ปัจจัยนำ
ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลาการเป็น อสม.

ปัจจัยเอื้อ
อบรมเพิ่มเติม, การเข้าร่วมประชุมการศึกษาดูงานด้านสาธารณสุข

ปัจจัยเสริม
การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

→

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมสุขภาพ
1. ด้านการรับประทานอาหาร
2. ด้านการออกกำลังกาย
3. ด้านการผ่อนคลายความเครียด
4. ด้านการงดสูบบุหรี่และการงดดื่มสุรา

สมมติฐานในการวิจัย

1. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพด้าน 3 อ. 2 ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลป่าซางแม่จัน จังหวัดเชียงราย

2. ปัจจัยเอื้อได้แก่การได้รับการอบรมเพิ่มเติม การเข้าร่วมประชุมและการศึกษาดูงานด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

3. ปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัคร-สาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ในลักษณะ**เก็บข้อมูลครั้งเดียว** (Cross sectional study) ดำเนินการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย จำนวน 152 คน จาก 8 หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพระราชทาน ซึ่งได้แก่ หมู่ที่ 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้ใช้ประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้ศึกษาทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้จัดทำแบบสอบถามเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย แบ่งเป็น 5 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร-สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การได้รับอบรมเพิ่มเติม การเข้าร่วมประชุม การศึกษาดูงานด้านสาธารณสุข

ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับรู้แรงจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำแนวคิดจากแบบวัดแบบแผนสุขภาพในการดำรงชีวิตประจำวัน (Health promoting lifestyle profiled II) ของวอล์คเกอร์ ซีคริสต์ และเพนเดอร์ (Walker, Sechrist& Pender. 1987 : 76 - 81) มาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนไทย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การจัดเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนพฤษภาคม 2558 **การวิเคราะห์ข้อมูล** ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมวิเคราะห์ค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และสเปียร์แมน (Spearman's product correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย จำนวน 152 คน อายุเฉลี่ย 48 ปี กลุ่มอายุที่มากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 51 - 55 ปีเป็นเพศหญิงมากที่สุดร้อยละ 59.87 ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.18 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 75.65 ด้านอาชีพ ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 59.21 มีรายได้เฉลี่ย 53,655 บาทต่อครอบครัวต่อปี รายได้

ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30,001 - 60,000 บาทต่อปี ในด้านปัจจัยนำ พบว่า ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารคะแนนเฉลี่ย 0.90 ด้านการออกกลังกายคะแนนเฉลี่ย 0.79 ด้านการผ่อนคลายความเครียด คะแนนเฉลี่ย 0.88 ด้านอบายมุขคะแนนเฉลี่ย 0.83 ในส่วนของระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า มีการทำงานน้อยกว่า 10 ปีร้อยละ 38.16 รองลงมาเป็น 10 - 20 ปี ร้อยละ 34.21 และ 20ปีขึ้นไปร้อยละ 27.63 ด้านปัจจัยเอื้อ สภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 61.84 ได้เข้ารับการอบรมเพิ่มเติม ร้อยละ 96.71 เข้าร่วมประชุมน้อยกว่า 12 ครั้งต่อปีร้อยละ 49.34 และเข้าร่วมประชุมมากกว่า 12 ครั้งต่อปี ร้อยละ 40.76 มีการศึกษาดูงาน ร้อยละ 86.18 ด้านปัจจัยเอื้อ กลุ่มตัวอย่าง มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53

ผลการศึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร 2.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.29 คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการออกกำลังกายเท่ากับ 1.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.55 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียด 2.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.40 คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมเสี่ยงต่ออบายมุข เท่ากับ 0.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.66 และจากการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพและระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ด้านปัจจัยเอื้อการอบรมเพิ่มเติม การศึกษาดูงานด้านสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ในส่วนของปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

การอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงรายผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ ด้าน 3 อ. 2 ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลป่าซางอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย พบว่า พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับพอใช้ พฤติกรรมด้านการผ่อนคลายความเครียด อยู่ในระดับดีในส่วนของพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่อยู่ในระดับดีมาก ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบว่าพฤติกรรมสุขภาพในด้านการออกกำลังกายควรจะต้องมีการให้ความรู้เพิ่มเติม และมีการกระตุ้นให้มีกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมด้านออกกำลังกายที่เหมาะสมต่อไป ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ด้าน 3 อ. 2 ส. พบว่าทั้งด้านปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

จากผลการวิจัยข้างต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของธวัชวิเชียรประภา และคณะ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี จำนวน 384 คน พบว่า การรับรู้แรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับงานวิจัยของเนตรดาว จิตโสภากุล (2557) ซึ่งได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และการได้รับแรงสนับสนุนของสังคมและคนใกล้ชิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับงานวิจัยของกัลยา แก้ววันดี และคณะ (2558) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัด

ลำพูน พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนและการได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับงานวิจัยของสมใจ จางวาง และคณะ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง ในอำเภอสะเดา จังหวัดสงขลา จำนวน 380 คน พบว่า การมีความรู้ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในเรื่องการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำผลวิจัยในครั้งนี้ นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านพฤติกรรมสุขภาพ และควรมีการสร้างแรงจูงใจให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีการศึกษาในระดับอำเภอ เพื่อจะได้ทราบข้อมูลในภาพรวมระดับอำเภอจะได้หาแนวทางในการพัฒนางานด้านการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อำเภอแม่จัน

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในประชาชนกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ และกลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น

4. ควรมีการส่งเสริมสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุข มีการออกออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง และยกย่องเชิดชูอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการออกำลังกายอย่างต่อเนื่องในการประชุมต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. **เส้นทางสู่ความสำเร็จ การสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.).** กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์., 2553.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. **แนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดโรค สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.** กรุงเทพฯ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด., 2553.

กัลยารัตน์ แก้ววันดีและคณะ. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยวงอำเภอเวียงหนองล่องจังหวัดลำพูน.** เอกสารการประชุมสัมนาวิชาการนำเสนองานวิจัยระดับชาติและนานาชาติเครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 15 : วันที่ 23 กรกฎาคม 2558 : 13 - 23 : ณ ห้องประชุมมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์., 2558.

คำนึง จันทร์เหมือน. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามนโยบาย 6 อ. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดพัทลุง.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ., 2554.

ธวัช วิเชียรประการ และคณะ. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดจันทบุรี.** วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา : 7(2). 53 - 68., 2555.

เนตรดาว จิตโสภากุล. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ที่ 6 ตำบลบึงศาล อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก.** วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี : 6(3). 171-178., 2557.

Pender, N.J.. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd (ed). Connecticut : Appleton & Lange., 1987.

Palarng, C.L. (1991, December). Determinants of Health Promotion Behavior : A Review of current, Research Nursing Clinic of North America, 26(12), 815 - 823.

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดแม่ฮ่องสอน

The development of model for promoting early child development at child care centers in Mae Hong Son province

ปฐม นวลคำ*

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และผลลัพธ์การดำเนินงานรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดแม่ฮ่องสอนเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแบบสอบถาม และแบบบันทึกผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM เก็บข้อมูลใน3ส่วนดังนี้ส่วนที่1 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ครูพี่เลี้ยงเด็ก เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 50 คน มีระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่ กรกฎาคม 2558 ถึง กรกฎาคม 2559 ส่วนที่ 2 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เก็บข้อมูลในกลุ่มครูพี่เลี้ยงและกลุ่มเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า กลุ่มตัวอย่างแรกคือครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 35 คน และกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 35 คน กลุ่มที่สอง คือ กลุ่มเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าจำนวน 115 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 65 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 50 คน โดยกลุ่มทดลองจะใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้นส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้ดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนา ระยะเวลาเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือน คือ ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง กรกฎาคม 2559 และส่วนที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดแม่ฮ่องสอน กลุ่มตัวอย่างคือเด็กปฐมวัยอายุ 30 และ 42 เดือน ในปี2558 จำนวน616 คนปี2559 จำนวน1,081 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา, Independent t-test, และ paired sample t-test

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประกอบด้วย 3 กลวิธี คือ 1) การจัดการเรียนการสอนกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามหลักสูตรและแผนการสอนชุดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดแม่ฮ่องสอนโดยครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นระยะเวลา 6 เดือนติดต่อกัน 2) การเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยครูพี่เลี้ยงเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปีละ 2 ครั้ง และ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม และการส่งต่อเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไปรับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการในสถานบริการสาธารณสุข ทั้งนี้จากการติดตามประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองพบว่าหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ได้พัฒนาขึ้นมีผลของการมีความรู้ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบและมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) และเมื่อเปรียบเทียบหลังการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่พัฒนาขึ้นระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลอง มีผลของการมีความรู้ และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ซึ่งทำให้ผลลัพธ์ของการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดแม่ฮ่องสอน มีความครอบคลุมของการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยซึ่งจากเดิมร้อยละ 93.3 (ปี 2558) เพิ่มมากขึ้นเป็นร้อยละ 94.0 (ปี 2559) พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.2 (ปี 2558) เป็นร้อยละ 41.8 (ปี 2559) และสามารถติดตามช่วยเหลือและส่งต่อเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไปรับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการจากสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 21.2 (ปี 2558) เป็นร้อยละ 77.2 (ปี 2559)

ทั้งนี้จึงควรนำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดแม่ฮ่องสอน กำหนดเป็นนโยบายและแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ดี และขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่งของจังหวัดแม่ฮ่องสอน รวมทั้งการส่งเสริมและพัฒนาให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นศูนย์เรียนรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของชุมชนเพื่อให้เด็กปฐมวัยในชุมชนทุกคนมีโอกาสเข้ามาเรียนรู้และได้รับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องตามรูปแบบดังกล่าว

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ABSTRACT

The objectives of this research were to develop the model for promoting early child development (ECD) and to study its effectiveness and outcomes at child care centers in Mae Hong Son Province. The research was carried out with the Questionnaire and Developmental Surveillance and Promotion Manual (DSPM) during July 2015 - July 2016. A total of 50 persons from day care aids, sub-district administration officers and public health officers were the sample groups for ECD model development. Seventy day care aids were allocated into the study and as a control group (n = 35 per group) in order to assess an effectiveness of the ECD model. A total of 115 children with suspected delayed development were allocated as a control group (n = 50) and a study group (n = 65). The study group was exposed to the developed ECD model whereas no model applied to the control groups. Pre and post intervention data were collected. ECD model was applied for 6 months thereafter post-intervention data was collected during January - July 2016. Sample groups for ECD model's outcome assessment were young children aged between 30 and 42 months in 2015 of 616 persons and in 2016 of 1,081 persons. Descriptive statistics, Independent t-test, andpaired sample t-test were used to analyze data.

Results : ECD model interventions were carried out in child care centers in Mae Hong Son Province comprised of 3 strategies as following : 1) providing early child development activities according to the curriculum and lesson plan for 6 months ; 2) early child development monitoring and screening in child care centers by day care aids and public health officers 2 times a year and ; 3) community participation on economics, social support and refer of children with suspected delay development to receive child development stimulation at health service facilities. The assessment of effectiveness of ECD model found that the study group revealed higher knowledge, better community participation and early child development activity after exposing to ECD model as well as significantly higher total average score of children with suspected delay development (p-value < 0.05) . The comparison between the control and study group after applying ECD model found that the study group had better knowledge and participatory early child development activities than the control group and showed significantly higher total average score of children with suspected delay development (p-value < 0.05) . Outcomes of ECD model were increasing of the coverage of ECD surveillance and screening from 93.3% in 2015 to 94.0% in 2016. The prevalence of children with suspected delay development increased from 26.2% to 41.8%. The referral of children with suspected delay development for further treatment at health facilities increased from 21.2% to 77.2%.

Key words : Developmentof model for promoting early child development

บทนำ

เด็กนับเป็นทรัพยากรที่สำคัญของสังคมและประเทศในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างน้อย 200 ล้านคน มีพัฒนาการไม่สมวัย ปี พ.ศ. 2558 กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 42 เดือนทั่วประเทศ พบเด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าถึง ร้อยละ 21.5 สำหรับในเขตสุขภาพที่ 1 ประกอบด้วยจังหวัดเชียงใหม่ ลำพูน ลำปาง พะเยา เชียงราย แพร่ น่าน และจังหวัดแม่ฮ่องสอน พบเด็กสงสัยมีพัฒนาการล่าช้าถึงร้อยละ 18.3[1] พัฒนาการเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่ (Function) และวุฒิภาวะ (Maturity) ของอวัยวะระบบต่างๆ รวมทั้งตัวบุคคลทำให้ทำสิ่งที่ยากและซับซ้อนมากขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาการเด็กในแต่ละช่วงกลุ่มวัยที่ล่าช้า จึงส่งผลต่อการเรียนรู้และสติปัญญาของเด็ก แพทย์หญิงนิตยา คชภักดี กล่าวถึงหน้าต่างแห่งโอกาสพัฒนาเด็ก (Window of Opportunity) โดยชี้ให้เห็นว่าหากประเมินเด็กได้เร็วก่อนอายุ 6 ปี และได้รับการกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมเด็กจะกลับมามีพัฒนาการที่สมวัยปรกติ[2] จังหวัดแม่ฮ่องสอนได้ดำเนินการโครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็กภายใต้โครงการบูรณการพัฒนาการเด็กล้านนา (Lanna Child Development Integration Project : LCDIP) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 พบว่าเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 0.9 ปี พ.ศ. 2557 เด็กมีพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ 2.4 และในปี พ.ศ. 2558 เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 18.63 การดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของจังหวัดแม่ฮ่องสอนที่ผ่านมา พบว่า มีปัญหาด้านระบบการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อที่เหมาะสม โดยในปี 2558เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการส่งต่อเพื่อส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการจากสถานบริการสาธารณสุขเพียงร้อยละ 30.3 การส่งเสริมพัฒนาการเด็กตามกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า ในหน่วยบริการสุขภาพของจังหวัดยังดำเนินงานได้ไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะเด็กปฐมวัยในชุมชนสำหรับการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยช่วงอายุระหว่าง 30 - 60 เดือน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กพบว่าครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดการเรียนการสอนกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ของกระทรวงสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 3.14 เนื่องจากยังขาดหลักสูตรและแผนการสอนที่เหมาะสม การดำเนินการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในช่วงกลุ่มอายุต่างๆ นั้น ปัญหาเด็กมีพัฒนาการล่าช้าส่วนใหญ่มาจากการขาดการเลี้ยงดูและการส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสม 5 ซึ่งการเลี้ยงดูเด็กโดยครอบครัวส่วนใหญ่มีแนวโน้มลดลงและพบว่าเด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับการดูแลเลี้ยงดูจากสถานเลี้ยงเด็ก ศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กและโรงเรียน ถึงร้อยละ 53.3[6] ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของจังหวัด เล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดังกล่าวจึงศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเด็กเล็กจังหวัดแม่ฮ่องสอนเพื่อให้ได้รูปแบบที่ดีเหมาะสมกับบริบทของจังหวัดนำไปขยายผลดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนา เด็กเล็กของจังหวัดแม่ฮ่องสอนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดแม่ฮ่องสอน

2. เพื่อประเมินประสิทธิผล และผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิธีการศึกษา

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) โดยใช้รูปแบบการศึกษา 2 รูปแบบ คือ การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study) และ การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบ่งขั้นตอนการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 ระยะก่อนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศึกษาบริบทชุมชน สถานการณ์การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปัญหาอุปสรรคและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ขั้นตอนที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและทดลองดำเนินการรูปแบบในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นระยะเวลา 6 เดือน และขั้นตอนที่ 3 การประเมินประสิทธิผลและผลลัพธ์รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยระยะก่อนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร คือ ครูพี่เลี้ยงเด็กซึ่งเป็นตัวแทนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 167 แห่ง และกลุ่มเด็กปฐมวัย อายุ 42 เดือน จำนวน 312 ราย ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เลือกกลุ่มตัวอย่างครูพี่เลี้ยงเด็กจำนวน130 ตัวอย่าง และเด็กปฐมวัยอายุ 42 เดือน จำนวน 300 ตัวอย่าง

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถามความรู้ความพร้อมของครูพี่เลี้ยง การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย แบบเฝ้าระวังและประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM ของกระทรวงสาธารณสุข และแบบแนวคำถามข้อมูลบริบทชุมชน และปัญหาอุปสรรค

2. ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างประชากร คือ ครูพี่เลี้ยงเด็ก เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 167 แห่ง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยเลือกจากตัวอย่างที่สามารถมาร่วมประชุม และให้ข้อมูลโดยสมัครใจ ได้ตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 50 ตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดของการพัฒนารูปแบบตั้งแต่การนำผลที่ได้จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี การวิเคราะห์บริบท สถานการณ์ ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในขั้นตอนที่ 1 มากำหนดรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน ศึกษาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยปรึกษาความคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ การจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการครูพี่เลี้ยง เจ้าหน้าที่

สาธารณสุขและเครือข่ายชุมชนเพื่อกำหนดหลักสูตรอบรมครูพี่เลี้ยงเด็ก ชุดการเรียนการสอนกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และแนวทางการประสานเครือข่ายชุมชนให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม และการส่งต่อเด็กมีพัฒนาสงสัยล่าช้าไปรับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการจากสถานบริการสาธารณสุข จากนั้นนำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไปทดลองดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 35 แห่ง ตามขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพครูพี่เลี้ยงเด็กและเครือข่ายชุมชนโดยการอบรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามรูปแบบที่พัฒนาเป็นเวลา 2 วัน 2) การดำเนินการตามรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนกรกฎาคม 2559 3) การติดตาม ควบคุมกำกับ และรายงาน

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบแนวคำถาม รายงานผลการประชุมกลุ่ม เครื่องบันทึกเสียง และคอมพิวเตอร์

3. ขั้นตอนที่ 3 การประเมินประสิทธิผลและผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มครูพี่เลี้ยงเด็กซึ่งเป็นตัวแทนของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจำนวน70 แห่ง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 35 ตัวอย่างและ กลุ่มเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าจำนวน115 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทดลอง จำนวน 65 ตัวอย่าง และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 50 ตัวอย่าง เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง 6 เดือนในเดือนมกราคมและกรกฎาคม 2559 สำหรับการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ เด็กปฐมวัยอายุ 30 และ 42 เดือน ปี 2558 จำนวน 616 คน และปี 2559 จำนวน 1,081 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ความรู้ การมีส่วนร่วมของชุมชน ความพร้อมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และแบบรายงานผลการเฝ้าระวังและประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM ของกระทรวงสาธารณสุข[7] ที่มีความไวในการคัดกรอง (sensitivity) เท่ากับ 96.04 % และความจำเพาะเจาะจง (specificity) เท่ากับ 64.67 %

ผลการศึกษา

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน ประกอบด้วยกลวิธีหลัก 3 กลวิธี คือ 1) การจัดการเรียนการสอนกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามหลักสูตรและแผนการสอนชุดกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นระยะเวลา 6 เดือนติดต่อกัน 2) การเฝ้าระวังและประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครูพี่เลี้ยงและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปีละ 2 ครั้ง และ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม และการส่งต่อเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไปรับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการในสถานบริการสาธารณสุข

1. การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาการเด็กเล็กจังหวัด

แม่ฮ่องสอน ซึ่งชุมชนมีส่วนร่วมในการเสนอศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่มีความพร้อมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเข้าร่วมโครงการ โดยคัดเลือกครูพี่เลี้ยงเด็กมารับการฝึกอบรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามหลักสูตร รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นเวลา 2 วัน เพื่อให้ครูพี่เลี้ยงเด็กที่ผ่านการฝึกอบรมมีความรู้และทักษะในการจัดการเรียนการสอนการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามแผนการสอนและชุดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดแม่ฮ่องสอนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน สามารถเฝ้าระวัง และประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ปีละ 2 ครั้ง เพื่อค้นหาเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และให้การดูแลช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม และประสานการช่วยเหลือส่งต่อ ตามแผนการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม และการส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาการเด็ก (care plan) ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่วางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาล (child project manager) จะเป็นผู้ให้การสนับสนุนทั้งทางด้านวิชาการ สื่อ วัสดุและอุปกรณ์ในการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็ก และการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมทั้งจะรับประสานส่งต่อเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า หรือมีพัฒนาการล่าช้าจากศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเพื่อเข้ารับบริการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาแก่เด็กที่มีพัฒนาล่าช้าเพื่อให้เด็กมีพัฒนาที่สมวัย

2. ประสิทธิผลและผลลัพธ์ของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ หลังการทดลองพบว่าครูพี่เลี้ยงเด็กกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่พัฒนาขึ้น มีความรู้ พฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 1) และหลังการทดลองพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชน ความรู้ และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของกลุ่มทดลองที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 2) ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการเด็กกลุ่มทดลองหลังดำเนินการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยคะแนนรวมเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า และการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการเด็กก่อนและหลังดำเนินการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (ตารางที่ 3) ทำให้ผลลัพธ์ของการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยปี 2558 และปี 2559 มีความครอบคลุมของการเฝ้าระวังและคัดกรองพัฒนาการเด็กเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 93.3 เป็นร้อยละ 94.0 พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าจากร้อยละ 26.2 เป็นร้อยละ 41.8 และสามารถติดตามเด็กมีพัฒนการสงสัยล่าช้ามารับการช่วยเหลือ และส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการในสถานบริการสาธารณสุขมากขึ้นจากร้อยละ 21.2 เป็นร้อยละ 77.2

ตารางที่ 1

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{X}$	S.D.	t-value	df	p-value
1. **ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก**						
กลุ่มทดลอง	35	55.28	2.83	3.91	68	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	52.34	3.42			
2. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก**						
กลุ่มทดลอง	35	5.28	2.77	1.84	68	0.070
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	4.08	2.68			
3. **พฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก**						
กลุ่มทดลอง	35	143.85	11.91	6.54	68	0.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	35	123.57	13.94			

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 2

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{X}$	S.D.	t-value	df	p-value
1. **ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก**						
ก่อนทดลอง	35	49.05	3.29	-10.14	34	0.000*
หลังทดลอง	35	55.28	2.83			
2. **การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก**						
ก่อนทดลอง	35	2.28	2.58	-8.62	34	0.000*
หลังทดลอง	35	5.28	2.77			
3. **พฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็ก**						
ก่อนทดลอง	35	121.34	11.79	-12.93	34	0.000*
หลังทดลอง	35	143.85	11.31			

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมของพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้าหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และผลก่อนและหลังการทดลองดำเนินการรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	N	$\bar{X}$	S.D.	t-value	df	p-value
1. ผลการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการเด็ก						
กลุ่มทดลอง	65	0.63	0.48	2.73	113	0.007*
กลุ่มเปรียบเทียบ	50	0.38	0.38			
2. ผลการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการเด็ก						
ก่อนทดลอง	65	0.00	0.00	-10.45	64	0.000*
หลังทดลอง	65	0.63	0.48			

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อภิปรายผลและสรุป

รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งประกอบด้วยกลวิธีดำเนินการ 3 กลวิธี คือ 1) การจัดการเรียนการสอนกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตามหลักสูตรและแผนการสอนชุดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดแม่ฮ่องสอน 2) การเฝ้าระวัง และประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยครูพี่เลี้ยงเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคมแก่เด็กและครอบครัว และการส่งต่อเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไปรับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กในสถานบริการสาธารณสุข เป็นรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่เหมาะสมกับการดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กภายใต้บริบทพื้นที่จังหวัดที่มีความหลากหลายทางชาติพันธ์ ภาษาและวัฒนธรรม โดยจะเห็นได้จากประสิทธิผลของรูปแบบหลังการดำเนินการทดลอง ทำให้ความรู้การมีส่วนร่วมของชุมชน และพฤติกรรมการจัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครูพี่เลี้ยงเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ดีกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงผลการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการของเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเป็นเด็กมีพัฒนาการดีสมวัยในหมู่บ้านทดลองที่ใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ได้พัฒนาขึ้นทำให้ผลลัพธ์ของการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2558 และ 2559 มีความครอบคลุมของการประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 93.3 เป็นร้อยละ 94.0 ค้นพบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าจากร้อยละ 26.2 เป็นร้อยละ 41.8 และสามารถติดตามส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 21.2 เป็น ร้อยละ 77.2 จุดเด่นของรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดแม่ฮ่องสอนก็คือการมีส่วนร่วมของครูพี่เลี้ยงเด็กและชุมชนในการออกแบบหลักสูตรชุดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจังหวัดแม่ฮ่องสอน รวมถึง

แนวทางและการวางแผนการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคม และการส่งต่อเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าไปรับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการในสถานบริการสาธารณสุข (care plan) การมีส่วนร่วมในการประเมินคัดกรองพัฒนาการของครูพี่เลี้ยงเด็กมีผลทำให้ความครอบคลุม และคุณภาพของการคัดกรองพัฒนาการเด็กมีเพิ่มมาก และที่สำคัญเมื่อพบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ครูพี่เลี้ยงเด็ก สามารถประสานผู้ปกครองเด็ก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ให้มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลช่วยเหลือ และติดตามส่งต่อเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เพื่อไปรับการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและสังคมจากแหล่งทุนต่างๆ ในชุมชน รวมถึงการส่งต่อเด็กเพื่อรับการส่งเสริม และกระตุ้นพัฒนาการในสถานบริการสาธารณสุขเพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการอย่างต่อเนื่องจนมีพัฒนาการที่สมวัย

ข้อเสนอแนะ

1. นำรูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดแม่ฮ่องสอน กำหนดเป็นนโยบายและแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ดี และขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกแห่งของจังหวัดแม่ฮ่องสอน

2. ส่งเสริมและพัฒนาให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเป็นศูนย์เรียนรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของชุมชนเพื่อให้เด็กปฐมวัยในชุมชนทุกคนมีโอกาสเข้ามาเรียนรู้และได้รับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องตามรูปแบบดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอนและครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกคนที่ช่วยให้การดำเนินการศึกษาเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและเกิดประโยชน์อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักตรวจและประเมินผล, กระทรวงสาธารณสุข. **สรุปผลงานประจำปี 2558 โครงการส่งเสริมพัฒนาการ เด็กเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ เนื่องในโอกาสฉลองพระชนมายุ 5 รอบ 2 เมษายน2558.** 2558.
2. นิตยา คชภักดี. พัฒนาการเด็ก. ในทิพวรรณ หรรษาคุณาชัย และคณะ บรรณาธิการ. **ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป.** กรุงเทพฯ : บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด ; 2552.
3. สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน, สำนักงาน. **รายงานผลการปฏิบัติงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2558.** แม่ฮ่องสอน. 2558 .
4. สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน, สำนักงาน. **รายงานผลการสำรวจข้อมูลสถานะสุขภาพที่สำคัญแบบเร่งด่วน ปี 2558.** 2558. (อัดสำเนา)
5. รัตโนทัย พลับรู้การ และคณะ. “วิเคราะห์สุขภาวะเด็กและวัยรุ่นอายุ2-5ปี”. ในวันดี นิงสานนท์และคณะ, บรรณาธิการ. **สุขภาวะของเด็กและวัยรุ่นไทย พ.ศ. 2552.** กรุงเทพฯ : บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์ ; 2552 .
6. ทิพย์สุดา สุเมธาเสนีย์. ความร่วมมือในการจัดการศึกษาความเชื่อมโยงระหว่างบ้าน โรงเรียน และชุมชนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก. **วารสารคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการศึกษาแห่งสหประชาชาติ.** 2539. (อัดสำเนา)
7. สาธารณสุข, กระทรวง. **คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย** developmental surveillance and promotion manual (dspm). บริษัททีเอสอินเทอร์พริ้นท์จำกัด ; นนทบุรี. 2558 .

การพัฒนาแบบตรวจประเมินมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน

The Developmental of the Checklist Form for Evaluation Standard of Thai Traditional at Private Hospital, Thailand

เนาวรัตน์ ศรีพงษ์พันธุ์กุล*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน และสภาพปัญหาของการจัดบริการการแพทย์แผนไทย และสังเคราะห์แบบตรวจประเมินมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีเชิงระบบ ของ Ludwig Von Bertalaffy และข้อกำหนดการจัดหน่วยบริการการแพทย์แผนไทยตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และสร้างแบบตรวจประเมินมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทย การดำเนินการวิจัยมี 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาข้อมูลและสภาพปัญหา 2) สังเคราะห์แบบตรวจประเมิน 3) ทดลองใช้แบบตรวจประเมิน 4) การตรวจสอบยืนยันรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนสังเคราะห์แบบตรวจประเมินเป็นผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการการแพทย์แผนไทยจำนวน 20 คน การสังเคราะห์แบบตรวจประเมินจำนวน 9 คน การตรวจสอบยืนยันรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน นำผลที่ได้แต่ละขั้นตอนไปปรับปรุงเป็นลำดับจนถึงขั้นตอนสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินความถูกต้อง เหมาะสม และเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2558 - 30 ธันวาคม 2559

ผลการวิจัยพบว่า แบบตรวจประเมินมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน ควรประกอบด้วย ประเด็นการตรวจประเมิน 6 ด้าน คือ 1) ส่วนนำ เป็นข้อมูลทั่วไปและการได้รับอนุมัติแบบแปลนของโรงพยาบาลเอกชนที่ขอรับการประเมิน 2) ด้านโครงสร้างและการบริการ 3) ด้านบุคลากร 4) ด้านการจัดพื้นที่ใช้สอย

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

5) ด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ 6) ด้านความคิดเห็นของผู้ตรวจประเมินข้อเสนอแนะของผู้วิจัย คือ 1) แบบตรวจประเมินควรมีความสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และกฎกระทรวงฯที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2558 เพื่อให้ใช้ในการตรวจประเมินได้จริง 2) กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดรายการสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานไว้อย่างชัดเจนเพื่อให้ผู้บริหารสถานพยาบาลเอกชนพิจารณาตัดสินใจในการจัดหา 3) ควรพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยสู่ระดับสากลโดยให้ประเทศไทยเป็นผู้นำด้านการบริการ 4) กิจกรรมการให้บริการการแพทย์แผนไทยที่เผยแพร่สู่ประชาชนควรมีงานวิจัยรองรับ 5) ควรสร้างความแข็งให้บริการการแพทย์แผนไทยโดยส่งเสริมให้สภาวิชาชีพการแพทย์แผนไทยเข้ามาบทบาทในการพัฒนา

ABSTRACT

The objectives of this research was to study the condition of the present situation and the problem situation of standard of Thai Traditional service in private hospital, Thailand and developing a checklist form for Evaluation Standard of Thai Traditional at Private Hospital by concepts of Ludwig Won Berttaraffy, Sanatorium Act B.E. 2541 The research process used in the study comprised 4 procedures which are (1) compilation and analysis of related documents ; (2) Studying present situation and problem situation of Thai Traditional service at private hospital, Thailand (3) Synthesis the draft of checklist form (4) Study of the suitable and feasibility checklist form between eminent persons.

The result of this research show that a suitable and feasibility checklist form for Evaluation Standard of Thai Traditional at Private Hospital, Thailand is mixtured with 6 components that were related with System model and Sanatorium Act B.E. 2541 such as 1) Introduction 2) Structure and service area 3) Thai traditional Professional 5) Service area criteria 5) Material management 6) Conclusion and suggestion of Thai traditional service auditor and strengthen with the activities between 1) the checklist form designing should relate with the content of Sanatorium Act B.E. 2541 and current situation of Thai traditional service in private hospital for the efficiency of audit process 2) Public health ministry administrator should identify the items of material for Thai traditional service in private hospital for the decisional of private hospital administrator to offer the resources 3) Public health ministry administrator should

develop Thai traditional service professional as the leader of the service in the global level 4) Public relationship the activities of Thai tradition service to Thai citizen based on research 5) Strengthen Thai traditional service management by developmental of Thai traditional service Professional federation

Key Word : Development of The Checklist Form/Standard/Private Hospital

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขปี 2558 มุ่งพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึง มีการใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นระบบที่ยั่งยืน สนับสนุนการบูรณาการแพทย์แผนไทยและสมุนไพรเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างครบวงจร สนับสนุนการเพิ่มการใช้ในสถานพยาบาล เพิ่มการสนับสนุนทางการเงินในระบบหลักประกันสุขภาพ และเพิ่มรายการยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ รวมทั้งนโยบายสนับสนุนให้ประเทศไทยเป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติด้านบริการสุขภาพ และผลักดันให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยผสมผสานกับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน นอกจากนี้รัฐยังจัดสรรงบประมาณการจัดบริการการแพทย์แผนไทยให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพิ่มขึ้น ทำให้โรงพยาบาลเอกชนให้ความสนใจจัดบริการการแพทย์แผนไทยเพื่อเป็นทางเลือกให้ประชาชนเข้าถึงบริการควบคู่กับการแพทย์แผนปัจจุบัน

โรงพยาบาลเอกชนเป็นธุรกิจหนึ่งที่ต้องใช้ทรัพยากรสูง รวมถึงใช้เทคโนโลยีที่มีประสิทธิภาพ เป้าหมายของการประกอบกิจการคือความคุ้มทุนและอยู่รอดมีผลกำไร การจัดหน่วยบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน ไม่ได้เป็นหน่วยบริการที่บังคับให้มีในการขออนุญาตประกอบกิจการตามกฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2558 แต่กฎหมายกำหนดประเภทของโรงพยาบาลใหม่เพิ่มเติมเป็นโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย มีการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ไทย และการนวดไทย และการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยหรือผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ แต่ยังไม่มีผู้ขอจัดตั้งเป็นโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยโดยเฉพาะ จะเป็นการขอเพิ่มหน่วยบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทั่วไปที่ได้รับอนุญาตแล้ว โดยผู้ประกอบการจะต้องยื่นขออนุญาตเพิ่มหน่วยบริการและได้รับการตรวจประเมินการจัดบริการจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีมาตรฐาน ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541

การจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยได้รับการพัฒนามาโดยลำดับ จากอดีตมีการจัดบริการเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐบาล ปัจจุบันได้มีการ

ขยายบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ตรวจประเมินพบปัญหาการพิจารณาความเหมาะสมของการจัดพื้นที่หน่วยบริการการแพทย์แผนไทย เนื่องจากกฎหมายกำหนดหลักเกณฑ์ไว้อย่างกว้าง และยังไม่มีแบบตรวจประเมินที่ใช้ในการตรวจประเมินแผนกการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชนเป็นการเฉพาะ จึงทำให้พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องใช้ดุลยพินิจในการพิจารณาประเด็นต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาจทำให้เกิดข้อร้องเรียนตามมาได้ ประกอบกับการประชุมพิจารณาอนุมัติแบบแปลนการจัดพื้นที่ใช้สอยเพิ่มบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชนได้นำความเห็นจากการหารือคณะกรรมการวิชาชีพการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับความเหมาะสมในการจัดพื้นที่ใช้สอยหน่วยบริการ ควรมีพื้นที่พักคอย ม่านกั้นระหว่างเตียง ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ห้องเก็บอุปกรณ์ และส่วนประกอบอื่นตามมาตรฐานการบริการการนวดไทยในระดับโรงพยาบาล มาประกอบการพิจารณา ผู้วิจัยเห็นความสำคัญจึงสนใจที่จะพัฒนาแบบตรวจประเมินมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน ให้มีความถูกต้อง เหมาะสม และเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เพื่อให้เกิดความสมประโยชน์และเป็นธรรมกับผู้รับบริการและคุ้มครองผู้บริโภคและสามารถใช้เป็นบรรทัดฐานในการพิจารณามาตรฐานของบริการเพื่อประกอบการพิจารณาอนุญาตให้ประกอบกิจการ ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเพื่อพัฒนาแบบตรวจประเมิน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชนลดโอกาสเกิดข้อร้องเรียน และพนักงานเจ้าหน้าที่มีหลักเกณฑ์ในการตรวจประเมินไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งสามารถนำแบบตรวจประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปเป็นพื้นฐานในการตรวจประเมินมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลภาครัฐ ตามมาตรา 5 แห่งพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2559

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาสภาพปัจจุบัน และสภาพปัญหาของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน

2. สังเคราะห์แบบตรวจประเมินมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นการศึกษาเฉพาะผู้ปฏิบัติงานด้านการให้บริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน ผู้ตรวจประเมินโรงพยาบาลเอกชนของสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน ประกอบด้วย ผู้แทนสถาปนิก ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์แผนไทย และผู้ทรงคุณวุฒิ

2. ขอบเขตด้านระยะเวลาดำเนินการวิจัย ระหว่าง เดือนมีนาคม 2558 - 30 ธันวาคม 2559

3. ขอบเขตด้านเนื้อหา ใช้แนวคิดและหลักการของทฤษฎีระบบ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และสาระสำคัญของ พระราชบัญญัติสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านการแพทย์แผนไทย ในการพัฒนากรอบแนวคิดการวิจัย และแบบตรวจประเมินมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

***แผนภาพที่* 1 กรอบแนวคิดการวิจัย**

กลุ่มตัวอย่าง

ใช้การคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย

1. ในการศึกษาสภาพปัจจุบันและสภาพปัญหาของการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 20 คน ประกอบด้วย ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทย จำนวน 3 คน ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ จำนวน 3 คน ผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 3 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านสถาปัตยกรรม จำนวน 1 คน ผู้เกี่ยวข้องกับการตรวจประเมินสถานพยาบาลของสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ จำนวน 10 คน

2. ในส่วนของการสังเคราะห์แบบตรวจประเมิน ผู้วิจัยได้คัดเลือกลุ่มโดยกำหนดผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 9 คน ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 3 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านสถาปัตยกรรม จำนวน 1 คน ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยด้านเวชกรรมไทย จำนวน 1 คน ผู้ตรวจประเมิน จำนวน 4 คน

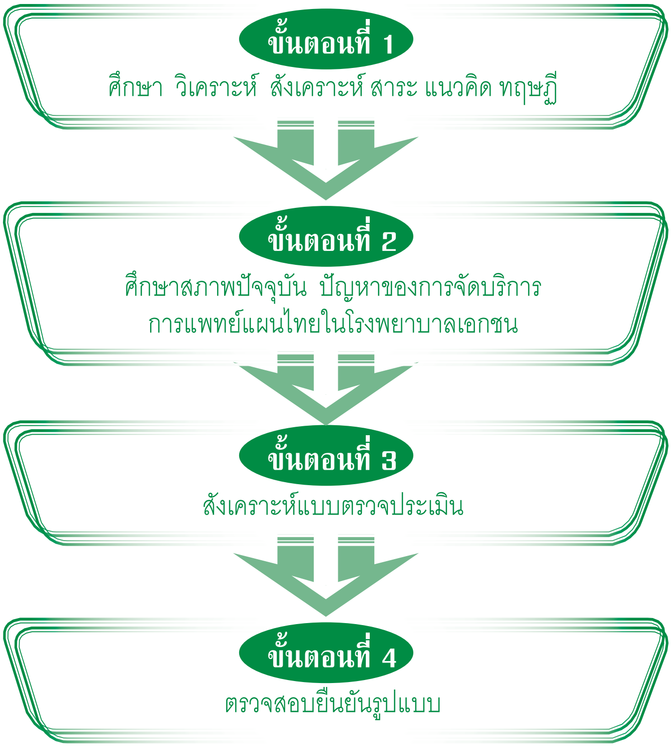
3. ในส่วนของการตรวจสอบยืนยันรูปแบบ ผู้วิจัยดำเนินการโดยการโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

ประกอบด้วย 1) การศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ สาระ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 2) การศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา ของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชนจากการประชุมผู้บริหารด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทย 3) สังเคราะห์ แบบตรวจประเมินการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ฉบับร่างที่ 1 โดยนำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่สังเคราะห์ได้จากขั้นตอนที่ 1) และ 2)

มาประยุกต์ และปรับปรุง ร่างแบบตรวจประเมิน ด้วยการประชุมสัมมนา ครั้งที่ 1 ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 3 คน ผู้เชี่ยวชาญ ด้านสถาปัตยกรรม 1 คน ผู้แทนผู้ประกอบวิชาชีพ สาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมแผนไทย จำนวน 1 คน ผู้ตรวจประเมิน จำนวน 4 คน เพื่อ ตรวจสอบความเหมาะสมของร่างแบบตรวจ ฉบับที่ 1 และประชุมสัมมนากลุ่มตัวอย่างเดิม ครั้งที่ 2 เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของร่างแบบ ตรวจประเมินฉบับที่ 2 โดยร่วมกันอภิปรายเสนอ แนะแนวในประเด็นการนำรูปแบบไปใช้ จากนั้น ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดมาประมวลผลและ ปรับปรุงร่างรูปแบบการตรวจประเมินเป็นร่าง แบบตรวจประเมินฉบับที่ 3 และนำร่างแบบตรวจ ประเมินไปให้ผู้ตรวจประเมินได้ทดลองใช้ และ ปรับปรุงแก้ไขเป็นร่างแบบตรวจประเมินฉบับที่ 4 และขั้นตอนสุดท้าย นำร่างแบบตรวจประเมิน ฉบับที่ 4 ไปสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบยืนยันความถูกต้อง เหมาะสม และเป็นไปได้ เพื่อพัฒนาเป็นแบบตรวจประเมิน ฉบับสมบูรณ์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอขั้นตอน การวิจัยโดยละเอียดในหัวข้อที่ 7

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย



แผนภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการวิจัย

จากแผนภาพที่ 2 สามารถอธิบายขั้นตอนและผลลัพธ์ของแต่ละขั้นตอนได้ดังนี้

1. การศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ สาระแนวคิด และทฤษฎี กระบวนการ ประกอบด้วยการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ เพื่อให้ได้หลักแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาแบบประเมินมาตรฐานการบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ 1) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 2) แนวคิดทฤษฎีระบบ 3) แนวคิดการพัฒนามาตรฐาน ผลลัพธ์ของขั้นตอนนี้ ได้แก่ แนวคิดด้านการพัฒนาแบบประเมินมาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน

2. ศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหาของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน กระบวนการ ผู้วิจัยจัดประชุมผู้บริหารด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน 20 คน จำนวน 2 ครั้ง ต่อจากนั้นได้วิเคราะห์เนื้อหา โดยมีผลลัพธ์คือ ร่างแบบตรวจประเมินมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ฉบับร่างที่ 1

3. การสังเคราะห์แบบตรวจประเมิน กระบวนการประกอบด้วย 1) การประชุมสัมมนาผู้เกี่ยวข้อง 9 คน ครั้งที่ 1 เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสม ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ร่างแบบตรวจประเมินมาตรฐานบริการการแพทย์แผนไทยฉบับร่างที่ 2 และ 2) ประชุมสัมมนาครั้งที่ 2 เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและเหมาะสม ครั้งที่ 2 ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ร่างแบบการตรวจประเมินฉบับร่างที่ 3 3) การทดลองใช้ร่างรูปแบบการตรวจประเมินและการประเมินผลเพื่อปรับปรุงแก้ไข ผลลัพธ์ที่ได้ คือ ร่างแบบการตรวจประเมิน ฉบับร่างที่ 4

4. ตรวจสอบยืนยันรูปแบบ กระบวนการ คือ สัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบรูปแบบด้านความถูกต้อง เหมาะสม และความเป็นไปได้ของร่างแบบตรวจประเมิน ฉบับที่ 4 และให้ข้อเสนอแนะ และตรวจสอบแนวทางการนำรูปแบบไปใช้กับข้อจำกัดหรือเงื่อนไขของรูปแบบ ผลลัพธ์ที่ได้ คือ แบบตรวจประเมินมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ฉบับสมบูรณ์

ผลการศึกษา

ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้เสนอผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยประกอบด้วย 1) ศึกษาสภาพปัจจุบัน และสภาพปัญหาของการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน และ 2) การสังเคราะห์แบบตรวจประเมินมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน

1. จากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานและผู้ตรวจประเมินสภาพปัจจุบันของการจัดบริการการแพทย์แผนไทย พบประเด็นที่สำคัญดังต่อไปนี้ 1) ปัจจุบันรัฐบาลได้ส่งเสริมให้มีการพัฒนาการดูแลรักษาสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย โดยการผลักดันให้เกิดโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย ทำให้โรงพยาบาลเอกชนหลายแห่งต้องปรับตัวในการให้บริการการแพทย์แผนไทยให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลและส่งเสริมการเข้าถึงบริการของประชาชน 2) ปัจจุบันมีแนวโน้มโรงพยาบาลเอกชนขอเพิ่มหน่วยบริการการพยาบาลแพทย์แผนไทย รวมทั้งขอเปิดพื้นที่การให้บริการการแพทย์แผนไทยสูงขึ้น 3) พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ได้กำหนดหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการให้บริการการแพทย์แผนไทยของสถานพยาบาลไว้อย่างกว้าง ทำให้เกิดปัญหาความชัดเจนในการปฏิบัติและการตรวจประเมินมาตรฐานการจัดการบริการการแพทย์แผนไทย และอาจทำให้เกิดปัญหาร้องเรียนจากการจัดบริการที่ไม่ได้มาตรฐานจากผู้รับบริการได้

2. การสังเคราะห์แบบตรวจประเมินโดยการประชุมสัมมนาผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่า มีความเห็นสอดคล้องกับร่างแบบตรวจประเมินมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งควรประกอบด้วยองค์ประกอบ ได้แก่ ส่วนที่ 1 ส่วนนำ ส่วนที่ 2 ด้านโครงสร้างและการบริการ ส่วนที่ 3 ด้านบุคคลากร ส่วนที่ 4 ด้านการจัดพื้นที่ใช้สอย ส่วนที่ 5 ด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ส่วนที่ 6 ด้านความเห็นของผู้ตรวจประเมิน โดยให้ข้อเสนอแนะดังนี้ ส่วนที่ 1 ส่วนนำ ไม่มีการปรับปรุง ส่วนที่ 2 ด้านโครงสร้างและการบริการ เสนอให้ 1) ปรับเปลี่ยนการเรียกชื่อพื้นที่บริการจากแผนกเป็นหน่วยบริการเพื่อให้สอดคล้องกับกฎกระทรวงฯ กำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2558 2) หากโรงพยาบาลเอกชนขอเพิ่มการจัดบริการควรมีการระบุขนาดของพื้นที่ที่ขอเพิ่มเป็นตารางเมตร และหากพื้นที่ที่ขอเพิ่มกระทบกับพื้นที่ให้บริการเดิม ควรให้โรงพยาบาลเสนอแนวทางการแก้ไขให้ชัดเจน 3) ควรใช้คำว่า วินิจฉัย แทนคำว่าวินิจฉัยโรค เนื่องการให้บริการการแพทย์แผนไทยมีทั้งการรักษาโรคและการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนที่ 3 ด้านบุคลากร เสนอให้ 1) ระบุผู้ประกอบวิชาชีพ ครบทั้งด้านของการให้บริการการแพทย์แผนไทย ได้แก่ เวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย การผดุงครรภ์ และการนวดไทย 2) สำหรับการผดุงครรภ์ไทยควรเน้นเฉพาะการให้บริการดูแลหลังการคลอด เนื่องจากอยู่ในส่วนของโรงพยาบาลที่มีการทำคลอดอยู่แล้ว และควรเพิ่มเติมประเภทอื่นๆ เป็นการเปิดกว้างกรณีให้บุคลากรอื่นมาช่วยในการบริการ เช่น พยาบาลวิชาชีพ ส่วนที่ 4) ด้านการจัดพื้นที่ใช้สอย เสนอให้ 1) ควรมีพื้นที่พักคอย แต่ไม่กำหนดว่าต้องแยกออกเป็นสัดส่วนหรือเป็นพื้นที่รวมเนื่องจากโรงพยาบาลเอกชนบางแห่งอาจดำเนินการไม่ได้ 2) ในด้านการจัดบริการ ควรแยกเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ การนวดไทยและการนวดไทยประยุกต์ เนื่องจากการนวดไทยประยุกต์จะใช้การนวดแบบราชสำนัก เป็นหลัก ส่วนการแพทย์แผนไทยมีการนวดหลายแบบทั้งแบบเชลยศักดิ์และราชสำนัก 3) ควรกำหนดให้มีการใช้อ่างล้างมือโดยไม่ใช้มือปิด เปิดน้ำเพื่อป้องกันการติดเชื้อ 4) กรณีห้องนวดรวมต้องกำหนดให้มีทางสัญจรร่วมในห้องนวด 5) กรณีห้องอบไอน้ำควรมีการแบ่งเวลาการให้บริการชาย หญิง หรือ แบ่งเป็นสัดส่วนที่ชัดเจน 6) มีการประเมินระบบความปลอดภัยของผู้รับบริการกรณีการให้บริการที่ใช้ความร้อน เช่น ห้องกระโจม หรือห้องอบไอน้ำ โดยมีกริ่งกดเรียกเจ้าหน้าที่ได้เมื่อพบปัญหาด้านบริการ และควรมีเครื่องวัดอุณหภูมิหรือการวัดความร้อน 7) การประเมินพื้นที่ใช้สอยควรเน้นว่าเป็นไปตามพิมพ์เขียวที่ส่งมาหรือไม่ ส่วนที่ 5 ด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ เสนอให้ 1) เน้นระบบประเมินการเก็บเวชระเบียนที่เป็นระเบียบและง่ายต่อการสืบค้น 2) กรณีในการปรุงยาต้องมีพื้นที่แยกเฉพาะเป็นสัดส่วนสำหรับการปรุงยา 3) เน้นให้มีจัดยาและเวชภัณฑ์อย่างน้อย 10 กลุ่มอาการตามสภาพของปัญหาการเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ส่วนที่ 6 ด้านความคิดเห็น ของผู้ตรวจประเมิน ไม่มีการปรับปรุง ซึ่งสาระในแบบประเมินจะเป็นความคิดเห็นของผู้ตรวจประเมินว่าควรปรับปรุงในประเด็นการตรวจอย่างไร ตามหลักกระบวนการ PDCA ซึ่งสามารถแสดงได้ดังตารางที่ 1 แนวคิดประเด็นการพิจารณาเพื่อประเมินมาตรฐานการให้บริการการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลเอกชน

ตารางที่ 1

การวิเคราะห์แนวคิด ประเด็นการพิจารณาเพื่อการพัฒนาแบบประเมินมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกของโรงพยาบาลเอกชน

ลำดับ	แนวคิด/หลักการ	ประเด็นการพิจารณาเพื่อพัฒนาแบบประเมินมาตรฐาน การจัดบริการการแพทย์แผนไทย ซึ่งได้จาก ข้อมูลเชิงประจักษ์ของการวิจัย
1.	มาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทย ตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2558 และพระราชบัญญัติสถานพยาบาล ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2559 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เนื้อหาเพื่อนำไปพัฒนาเป็น (ร่าง) แบบประเมินมาตรฐาน ในส่วนที่ 1 - 6	ส่วนที่ 1 ส่วนนำ ซึ่งเป็นข้อมูลเบื้องต้นของโรงพยาบาลเอกชนที่ขอรับการประเมิน ส่วน ที่ 2 ด้านโครงสร้างและการบริการ ส่วนที่ 3 ด้านบุคลากร ส่วนที่ 4 ด้านการจัดพื้นที่ใช้สอย ส่วนที่ 5 ด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ส่วนที่ 6 ด้านความคิดเห็นของผู้ตรวจประเมิน
2.	แนวคิดทฤษฎีระบบด้านปัจจัยนำเข้า (ทรัพยากรการบริหารจัดการ) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เนื้อหาเพื่อนำไปพัฒนาเป็น (ร่าง) แบบประเมินมาตรฐาน ในส่วนที่ 2 - 5	ส่วนที่ 2 ด้านโครงสร้างและการบริการ ส่วนที่ 3 ด้านบุคลากร ส่วนที่ 4 ด้านการจัดพื้นที่ใช้สอย ส่วนที่ 5 ด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์
3.	แนวคิดด้านการพัฒนามาตรฐานการจัดบริการ (กระบวนการ P-D-C-A) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์เนื้อหาเพื่อนำไปพัฒนาเป็น (ร่าง) แบบประเมินมาตรฐาน ในส่วนที่ 6	ส่วนที่ 6 ความคิดเห็นของผู้ตรวจประเมิน

อภิปรายผลการวิจัย

ในส่วนนี้ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยโดยนำผลจากการดำเนินการตามขั้นตอนของการวิจัย ซึ่งได้ผลลัพธ์คือ แบบตรวจตรวจประเมินมาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลเอกชน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างและผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอแนะซึ่งสามารถนำมาอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. มาตรฐานการจัดบริการการแพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลเอกชน ควรประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ส่วนนำ ส่วนที่ 2 ด้านโครงสร้างและการบริการ ส่วนที่ 3 ด้านบุคลากร ส่วนที่ 4 ด้านการจัดพื้นที่ใช้สอย ส่วนที่ 5 ด้านเครื่องมือ เครื่องใช้ ยาและเวชภัณฑ์ ส่วนที่ 6 ด้านความคิดเห็นของผู้ตรวจประเมิน

ซึ่งสอดคล้องกับ Ludwig Von Bertalaffy ที่กล่าวไว้ว่า ในการปฏิบัติงานควรมีการกำหนดรูปแบบของการดำเนินการ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้าได้แก่ทรัพยากรประกอบด้วยคนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ กระบวนการปฏิบัติงาน และผลลัพธ์ ทั้งนี้แบบตรวจประเมินมีรายการในการพิจารณา ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า ด้านคน ได้แก่บุคคลากรผู้ประกอบวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการการแพทย์แผนไทย งบประมาณและสิ่งของ

ได้แก่ ด้านโครงสร้างและการบริการ การจัดพื้นที่ใช้สอยในการบริการ เครื่องมือ เครื่องใช้ยาและเวชภัณฑ์ ด้านกระบวนการและผลลัพธ์ของการบริการซึ่งเป็นการประเมินมาตรฐานการจัดบริการ ได้แก่ ความคิดเห็นซึ่งเป็นดุลพินิจของผู้ตรวจประเมิน และงานวิจัยของเรวดี โพธิกุดสัย (2558) ซึ่งทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบริการการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์มาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทย ในสถานบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ที่กล่าวว่า ควรใช้กระบวนการ Deming Cycle (P-D-C-A) เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการให้บริการการแพทย์แผนไทย

2. การจัดบริการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชน เป็นเรื่องใหม่ดังนั้นการพัฒนาแบบตรวจประเมินควรให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและกฎหมายที่ใช้ในการควบคุม คือ พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.2541 และกฎกระทรวงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2558 และพระราชบัญญัติสถานพยาบาล ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2559 เพื่อให้โรงพยาบาลเอกชนสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการและกระบวนการในการวางแผนซึ่งผู้บริหารควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์ก่อนการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน

3. ผู้ปฏิบัติการการแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลเอกชนควรตระหนักถึงสิ่งสนับสนุนการให้บริการให้เป็นไปตามหลักวิชาการ ซึ่งเป็นหน้าที่ของหน่วยงานส่วนกลางที่จะต้องวางแผนระดับนโยบายให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้บริหารให้ความสำคัญและปฏิบัติตาม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดด้านการพัฒนามาตรฐานการบริการซึ่งควรมีการกำหนดรายการทรัพยากรเบื้องต้นและกระบวนการจัดบริการสำหรับประกันคุณภาพการบริการ

4. ด้านสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงาน เช่น อุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นเครื่องมือที่มีความสำคัญของโรงพยาบาลแพทย์แผนไทย เนื่องจากรัฐบาลส่งเสริมให้มีการเปิดบริการการแพทย์แผนไทยไว้เป็นการเฉพาะแยกจากโรงพยาบาลทั่วไป ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้มีการวิเคราะห์ความจำเป็นของเครื่องมือประเภทต่างๆ ในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน เพื่อให้บริการผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที และไม่เกิดผลเสียต่อชีวิต และอวัยวะของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ หลักการการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินซึ่งระบุไว้ว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินหมายถึงผู้ป่วยซึ่งมีภาวะที่อาจสูญเสียชีวิต หรืออวัยวะสำคัญหากไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาคู่มือการให้บริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในโรงพยาบาลเอกชนเพื่อใช้สำหรับการให้บริการต่อไป

2. เนื่องจากการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งได้ดำเนินการเพื่อพัฒนาแบบตรวจประเมินมาตรฐานการให้บริการแพทย์แผนไทยรวมถึงบริการการแพทย์ประยุกต์ในโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้นเพื่อให้ทราบข้อมูลด้านมาตรฐานการให้บริการในระดับประเทศ จึงเสนอทำการวิจัยแบบผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนของประชากรในการศึกษาทั้งหมดและนำมากำหนดแนวทางการให้บริการการแผนไทยใน 20 ปีข้างหน้า เพื่อให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์พัฒนาระบบสาธารณสุข 20 ปี

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข. **การแพทย์แผนไทย**. เอกสารเผยแพร่. ไม่ระบุปีพิมพ์.

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. **ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็น ศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ.** (พ.ศ. 2559 - 2568)., 2559.

กระทรวงสาธารณสุข. **"นโยบายด้านสุขภาพ" (ออนไลน์).** แหล่งที่มา http//: 2558)., 2558.

วิสูตร จิระดำเกิง. **การบริหารโครงการแนวทางปฏิบัติจริง.** พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ วรรณกวี., 2548.

วิทยา ด่านธำรงกูล. **การบริหาร.** พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร : บริษัท วิรัตน์ เอ็ดดูเคชั่น จำกัด., 2546.

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. **มาตรฐานและหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการแพทย์ฉุกเฉิน.** พิมพ์ครั้งที่ 1., 2553.

สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. **พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541.** พิมพ์ครั้งที่ 10 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก., 2541.

เรวดี โพธิกุดสัย. **การพัฒนาคุณภาพการให้บริการการแพทย์แผนไทยตามเกณฑ์มาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยในสถานบริการสาธารณสุข** โรงพยาบาลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์., 2558.

Luthans. **Organization behavior Auckland : Mc Graw-Hill.**, 1981.

Robbins, Stephen P., and Couter, Mary. **Management.** New Jerrey : Prentice Hall,. 1996.

กองบรรณาธิการ

ที่ปรึกษา :

นาวาอากาศตรี นายแพทย์บุญเรือง	ไตรเรืองวรวัฒน์	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายแพทย์ประภาส	จิตตาศิรินุวัตร	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายแพทย์ธงชัย	กีรติหัตถยากร	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายแพทย์ภานุวัฒน์	ปานเกตุ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายแพทย์ภัทรพล	จึงสมเจตไพศาล	ผู้ช่วยอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายธงชัย	สาระกูล	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน)

บรรณาธิการ :

นางอัญธิกา	ชัชวาลยางกูร	ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

กองบรรณาธิการ :

นายชาติชาย	สุวรรณนิตย์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
นางวิรุณศิริ	อารยวงศ์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
นางสาวสุธาทิพย์	จันทรักษ์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
ดร.วรารัตน์	กิจพจน์	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
นางศุภัคชญา	ภวังคะรัต	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
นางช่อเพ็ญ	นวลขาว	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
นางอมรศรี	ยอดคำ	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
นางสาวชุติสุดา	เนติกุล	กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
นางสาวยุวลักษณ์	ขันอาสา	กองแผนงาน
นางสาววิภาวิน	โมสูงเนิน	กองสุขศึกษา
นางชัญญาภัค	บุญยรัตนิน	สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ
นายสละ	กสิวัตร์	กองวิศวกรรมการแพทย์
นางสาวมารุวรรณ	บุณยะมณี	สำนักบริหาร
นางสาวสิริลักษณ์	จุ้ทิ่น	กองกฎหมาย
นางสาวอรอนงค์	ดิเรกบุษราคม	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 3 (นครสวรรค์)
นางมณฑา	กิตติวราวุฒิ	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 6 (ชลบุรี)
นายสิรวิชญ์	วิชญธีรากุล	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 7 (ขอนแก่น)
นางพนิตนาฏ	วิสุทธิธรรม	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 11 (นครศรีธรรมราช)
นางวรรณา	ทองกาวแก้ว	สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต 12 (สงขลา)

คณะทำงาน :
(พิจารณา กลั่นกรอง บทความวิชาการ และงานวิจัย)

นางอัญธิกา	ชัชวาลยางกูร	ประธานกรรมการ
นายวสุธร	ตันวัฒนกุล	รองประธานกรรมการ
นางอมรศรี	ยอดคำ	รองประธานกรรมการ
นางสาวรตี	สงวนรัตน์	คณะทำงาน
นายเจษฎา	ผาผง	คณะทำงาน
นางเบญจมาศ	จันทร์วัน	คณะทำงาน
นางสาวชุติสุดา	เนติกุล	คณะทำงานและเลขานุการ
นางเอื้องไพร	อัศวศรีอนันต์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ
นางสาวณิชการต์	ประคองทรัพย์	คณะทำงานและผู้ช่วยเลขานุการ

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 0 2193 7000 ต่อ 18712