วารสาร
สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

ปีที่ 37 ฉบับที่ 2
Vol. 37 No. 2

กรกฎาคม – ธันวาคม 2565
July – December 2022

วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

Journal of The Health Education Professional Association

http://hepa.or.th/journal.php

ISSN 2730-1915 (Online)

วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยด้านสุขศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้สนใจทั่วไป รวมทั้งเป็นสื่อสร้างเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา http://hepa.or.th

เลขที่ 420/1 อาคาร 3 ชั้น 7 ถนนราชวิถี เขตราชเวที กรุงเทพฯ 10400

โทรศัพท์ 02-3548553 อีเมล์ hepathai@gmail.com

กำหนดเผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ เดือนมกราคม-มิถุนายน และ เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม รูปแบบออนไลน์

คณะที่ปรึกษา

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์

ศ.พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร

ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์

รศ.ดร.นพ.พิทยา จารุพูนผล

รศ.สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย

ผู้อำนวยการกองสุขศึกษา

บรรณาธิการ

รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางนลินี มกรเสน

นายสรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์

นางจารุณี ชัยชาญชีพ

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.สุรีย์ จันทรโมลี

รศ.ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม

ศ.ดร.เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์

รศ.ดร.เฉลิมพล ตันสกุล

รศ.ดร.สุปรียา ตันสกุล

รศ.ดร.พาณี สีตกะลิน

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย

รศ.ดร.พรรณี บัญชรหัตถกิจ

ศ.ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์

รศ.ดร.มลินี สมภพเจริญ

ผศ.ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์

ผศ.ดร.ดุษณี ศุภวรรธนะกุล

ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล

นางสาวสมบูรณ์ ขอสกุล

ดร.กันยารัตน์ กุยสุวรรณ

นายยุทธพงษ์ ขวัญชื้น

นายปรีชา สุสันทัด

นายชัยสิทธิ์ ลูกรักษ์

นางเพ็ญศรี เกิดนาค

นางจริยากร ดิษจินดา

นางวิลาวัลย์ ตั้งสัตยาธิษฐาน

นางพรทิพย์ เรืองมี

นางธิดารัตน์ บุญทรง

นางพรทิพย์ เอกสุวีรวงษ์

นางอวาทิพย์ แว

กรรมการบริหารสมาคม ชุดที่ 16

วาระ 28 กันยายน 2562 ถึง 27 กันยายน 2566

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์	นายกสมาคม
รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย	อุปนายกสมาคม
รศ.ดร.เฉลิมพล ตันสกุล	เลขาธิการ
นายปรีชา สุสันทัด	รองเลขาธิการ
รศ.ดร.สุปรียา ตันสกุล	วิชาการ
รศ.ดร.พาณี สีตกะลิน	วิเทศสัมพันธ์
รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง	แผนงานโครงการ
นางเพ็ญศรี เกิดนาค	ปฏิคม
นายสรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์	สื่อสารองค์กร
ผู้อำนวยการกองสุขศึกษาหรือผู้แทน	ประชาสัมพันธ์
นางนลินี มกรเสน	นายทะเบียน
นางจริยากร ดิษจินดา	สวัสดิการ
นายชัยสิทธิ์ ลูกรักษ์	ส่งเสริมรายได้
นางนภาพร ม่วงสกุล	เหรัญญิก
นางจารุณี ชัยชาญชีพ	บรรณาธิการ
รศ.สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย	กรรมการกลาง
รศ.ดร.สุรีย์ จันทรโมลี	กรรมการกลาง
ผศ.ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์	กรรมการกลาง
นางสาวสมบูรณ์ ขอสกุล	กรรมการกลาง

ปีใหม่ 2566
ปีเถาะ ปีทอง

“ขอทุกวันวันดีสิริส่อง
หัวใจท่านคือแสงทองส่องวิถี
ขอความสุขคือทรัพย์ของชีวี
ขอปีเถาะปีดีเป็นปีทอง
พร้อมอายุวรรณะสุขะพละ
ขอคุณพระตรัยรัตน์ปกปักป้อง
สิ่งศักดิ์สิทธิ์ชีวิตท่านช่วยคุ้มครอง
ทุกพรพร้องชีวิตท่านทุกวันเทอญ”

สาลี่ เกี่ยวการค้า
ผู้ประพันธ์

บทบรรณาธิการ

สถานการณ์โรคโควิด-19 เมื่อมาถึงวันนี้ ประเทศไทยผ่านการทดสอบพร้อมทั้งรับคำชื่นชมจากทั่วโลกต่อระบบสาธารณสุขที่เข้มแข็ง เศรษฐกิจไทยเริ่มฟื้นตัว โครงการคนละครึ่งติดตราตรึงใจคนไทย นักท่องเที่ยวพาเหรดมาดื่มด่ำธรรมชาติบริสุทธิ์งดงามของบ้านเรา รอขาใหญ่จากแผ่นดินจีนที่เริ่มจะผ่อนคลายนโยบายโควิดเป็นศูนย์ นอกจากนี้ ประเทศไทยเจ้าภาพจัดการประชุมความร่วมมือทางเศรษฐกิจเอเชีย-แปซิฟิก หรือ APEC 2022 ภายใต้คำขวัญ "Open. Connect. Balance." ระหว่าง 18-19 พฤศจิกายน 2565 ซึ่งได้นำศิลปะศิลปิน วัฒนธรรมไทย โดยเฉพาะอาหารไทย ซึ่งเป็น soft power ที่มีเอกลักษณ์แสดงให้ชาวต่างชาติประทับใจในทุกมิติและสำเร็จลงด้วยความภาคภูมิใจ

ช่วงท้ายปีได้มีความสุขกับการชมการแข่งขันฟุตบอลโลก 2022 มหกรรมกีฬาที่มีผู้สนใจทั่วโลก ครั้งนี้จัดขึ้นที่ประเทศการ์ตา มีความสนุกสนานตื่นเต้นทุกนัด และขอแสดงความยินดีกับแฟนฟุตบอลแชมป์เวิล์ดคัพประเทศอาร์เจนตินาในครั้งนี้ด้วยครับ

วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษาฉบับส่งท้ายปีเก่า ต้อนรับปีใหม่นี้ มีบทความวิชาการ บทความวิจัยและผลงานเด่นที่น่าสนใจเช่นเคย เรียกว่าจัดเต็ม ”คาราเบล” ตามภาษาศัพท์สมัยนะครับ ทั้งนี้ต้องขอขอบคุณสมาชิกทุกท่านที่ส่งบทความ/ข่าวสารมาเผยแพร่ และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกที่ได้ให้ความเอื้อเฟื้อในการพิจารณาบทความอย่างดียิ่ง

สมาชิกสามารถดาวน์โหลดต้นฉบับ และใช้ประโยชน์จาก “ชั้นหนังสือ รอบรู้ ทันสมัย น่าอ่าน” ได้ตลอดเวลาที่ http://hepa.or.th/journal.php

หวังว่าสมาชิกทุกท่านจะมีสุขภาพแข็งแรง และมีโชคดีตลอดปีใหม่ 2566 นะครับ

(รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง)

บรรณาธิการ

สาร จาก นายกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

เรียนท่านสมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษาและท่านผู้อ่านวารสารทุกท่าน

วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษาฉบับนี้เป็นฉบับที่สองของปี 2565 สมาคมฯ ได้ทำวารสารฯ มาเป็นปีที่ 37 แล้ว ซึ่งที่ผ่านมาได้จัดพิมพ์เป็นรูปเล่มและต่อมาก็ได้เปลี่ยนเป็นวารสารออนไลน์ตามกาละสมัยและตามสภาพการเงินของสมาคมฯ

ฉบับนี้ เป็นวารสารฯ ประจำเดือนกรกฎาคมถึงธันวาคม 2565 มีความหลากหลายในเนื้อหาทั้งทางด้านการวิจัย บทความทางวิชาการ ข่าวประชาสัมพันธ์ ข้อมูลที่สำคัญ ๆ สำหรับสมาชิก สมาคมฯ ใคร่ขอขอบคุณเจ้าของบทความทุกท่าน และหวังว่าคงจะได้รับความร่วมมือในโอกาสต่อ ๆ ไป

ในโอกาสส่งท้ายปีเก่า 2565 และต้อนรับปีใหม่ 2566 ผมในนามของคณะกรรมการบริหารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา ใคร่ขออาราธนาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลกที่ท่านนับถือ ได้ปกปักรักษา ปกป้องคุ้มครองให้ท่านและครอบครัว จงประสบแต่ความสุข ความเจริญ ความร่มเย็น ความมั่งคั่ง และที่สำคัญที่สุดคือ ความมีสุขภาพที่ดีอันเป็นยอดปรารถนาของทุกคน

ด้วยความปรารถนาดี

(ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์)

นายกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทบรรณาธิการ	3
สารจากนายกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา	5
มุมมองงานสุขศึกษา: อดีต ปัจจุบัน อนาคต	8
“รู้” กับ “ไม่รู้” ทางแยกและจุดเปลี่ยน	12
การพัฒนาเด็กปฐมวัยตามยุคไทยแลนด์ 4.0	18
ผลของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรค ของกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เขตสุขภาพที่ 3	26
ผลของการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อ และพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ บ้านเวียงหวาย หมู่ 9 ตำบลม่อนปิ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่	40
ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สำหรับกลุ่มจิตอาสา ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่	59
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่	77
ประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดนครนายก	92
การดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่	108
ผลงานการพัฒนาระบบงาน CQI/ Clinical CQI “กระบวนการลดการแพร่ระบาด การติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชน โดยการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพ ของคนในชุมชน เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานราชการต่างๆ”	121
โครงการนำร่องหมู่บ้านจัดการตนเองด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ชุมชนหมู่ 1-5 ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี	125

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
1 เรื่องราว 1 ประสบการณ์แห่งชีวิต	
เรื่องที่หนึ่ง “ปรับพฤติกรรมทานข้าวเหนียว หุ่นเพรียวกระชับกลับมา”	132
เรื่องที่สอง “นวัตกรรม ลานหินนวดฝ่าเท้า”	133
สรรหามาฝาก: รายงานความสุขโลก ปี 2565, ภาวะสังคมไทย ไตรมาส 3/2565, รายงานพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรไทย 2564, หนังสือน่าอ่าน	135
สะพายกล้องท่องทั่วไทย สุขใจได้ท่องเที่ยว ตอน "จากชะอำมาบ้านกรูด.." และ "กินข้าวแบบวิถีป่า ไหว้พระยุคหิน.."	145
แวดวงสุขศึกษา	152
ข่าวประชาสัมพันธ์: การขอรับทุนสนับสนุนการวิจัยและการประชุมวิชาการจากสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา	169
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา	177
คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับสำหรับการส่งเผยแพร่	178

มุมมองงานสุขศึกษา: อดีต ปัจจุบัน อนาคต

วิลาวัลย์ ตั้งสัตยาธิษฐาน
ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
อดีตหัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่
นักสุขศึกษาดีเด่น ประเภทพื้นที่ทุรกันดาร ปี พ.ศ. 2564

บทความที่เขียนในวันนี้เป็นการแสดงความคิดเห็นส่วนตัวเกี่ยวกับกับการปฏิบัติงานในช่วงก่อนเกษียณอายุราชการ อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับอีกหลาย ๆ ท่าน ถือว่าแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันนะคะ ได้มีโอกาสไปร่วมงานมุทิตาจิตเนื่องในโอกาสเกษียณอายุราชการอยู่ประมาณ 4 ครั้ง ในแต่ละครั้งก็จะมีผู้เกษียณหลาย ๆ ท่านมาพูดคุยแสดงความรู้สึกหรือข้อคิดต่าง ๆ ให้กับผู้เกษียณอายุเป็นการเตรียมตัวก่อนการเกษียณเพื่อจะได้เป็นผู้เกษียณที่มีคุณภาพ

ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง คุณหมอณรงค์เดช พิพัฒน์ธนวงศ์ เป็นอีกท่านหนึ่งที่ได้รับเชิญให้มากล่าวความรู้สึกเนื่องในโอกาสที่ตัวท่านเองก็เกษียณราชการในปีนี้เช่นกัน ท่านได้ให้ข้อคิดที่น่าสนใจอันหนึ่งว่า *“ความแก่ได้มาฟรี แต่ความดีต้องทำขึ้นเอง”* เห็นด้วยกับคำพูดของท่านมาก ๆ จากที่เราเคยพูดกันว่าในโลกนี้ไม่มีอะไรที่เราจะได้มาฟรี ก็มีแต่ความแก่เท่านั้นที่เราได้มาฟรี ในฐานะที่เคยปฏิบัติงานอยู่กับกลุ่มงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องขออนุญาตนำส่วนหนึ่งของข้อคิดของ คุณหมอมาใช้ และปรับเป็น “**ความแก่ได้มาฟรี ถ้าอยากสุขภาพดี ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**”

ทุกท่านที่มีโอกาสได้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแล รักษา หรือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย สิ่งที่เราอยากเห็นคือให้ผู้ป่วยหายจากโรคที่เป็นหรือให้ผู้ป่วยและญาติมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวอาจจะต่อเนื่องไปถึงชุมชน แต่เรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก มีหลายปัจจัยที่ทำให้ไม่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผู้เขียนเองเริ่มไม่แน่ใจว่าความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ เป็นอีกสาเหตุหนึ่งหรือไม่ที่ทำให้ประชาชนขาดแรงจูงใจ ขาดแรงกระตุ้นในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพราะที่ผ่านมาช่วงหนึ่งของการปฏิบัติงานภายหลังจากได้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ก็ได้ยินผู้ป่วยพูดคุยกันว่า

“ช่วงนี้อยากกินอะไรก็กิน ไม่ต้องคิดให้มาก เป็นอะไรก็มาหาหมอที่โรงพยาบาล”

“เขาสร้างโรงพยาบาลมา เพื่อให้การดูแลรักษาพวกเรา”

“ยิ่งตอนนี้เรามีหน่วยฟอกไต ที่โรงพยาบาลของเราเอง ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปฟอกไตที่โรงพยาบาลในจังหวัดเหมือนเมื่อหลายปีก่อน”

“ฉะนั้นก็กินได้เต็มที่ ถ้าผลเลือดไม่ดีก็สามารถฟอกไตที่โรงพยาบาลของเราได้”

ผู้เขียนได้ยินแล้วแทบจะหมดแรงเหมือนกัน แต่ก็ไม่ได้โต้เถียงหรือไม่ได้ชี้แจงรายละเอียดอื่น ๆ เพิ่มเติม เพียงแต่ต้องกลับมาย้อนคิดถึงการจัดกิจกรรมการเรียนรู้หรือที่เรารู้จักกันดีว่าคือ “**การสอนสุขศึกษา**” ในสมัยก่อน ๆ ที่เราเป็นแต่ผู้พูด พูดให้ผู้ป่วยฟัง บอกให้ผู้ป่วยทำตามที่เราคาดหวังไว้ว่า ถ้าเขาทำแบบนี้แล้วโรคหรืออาการต่าง ๆ ที่เขาเป็นจะดีขึ้น แต่จริง ๆ แล้วเรายังไม่ได้รู้ลึกถึงปัญหา ที่ผู้ป่วยประสบอยู่จนกระทั่งช่วงหลัง ๆ รูปแบบของการให้สุขศึกษาเปลี่ยนไปคล้าย ๆ กับการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอช ไอ วี คือ เราต้องสอบถามความพร้อม ความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวของผู้ป่วย อาจจะทำเต็มรูปแบบโดยประเมินตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Stage of Change) หรือด้วยการพูดคุย สังเกต วิเคราะห์ ประเมินผล

ที่สำคัญอีกเรื่องหนึ่งคือ ควรพูดคุยไปในทางบวกมากขึ้น ไม่ต่อว่าไม่ตำหนิเพราะผู้ป่วยอาจจะกลัวหรือเกิดความกังวลและไม่มาโรงพยาบาลอีกเลย เช่น ถ้าผู้ป่วยไม่มาตามนัด ต้องหาสาเหตุให้ได้ว่าทำไมผู้ป่วยถึงมาไม่ได้ และร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ผู้ป่วยขาดยาไป 2–3 วันก็ยังดีกว่าที่ผู้ป่วยจะไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง

ช่วงนี้เรื่องของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องที่สำคัญ ถ้าผู้ป่วยตลอดจนประชาชนสามารถเข้าถึง 5 ทักษะของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เชื่อแน่ว่าประชาชนสามารถที่จะดูแลตัวเองได้ในเบื้องต้น สามารถที่จะลดโรคแทรกซ้อนหรือชะลอความเสื่อมของอวัยวะลงได้ แต่เราจะทำอย่างไร ให้ประชาชนเกิดทักษะทั้ง 5 ข้อนี้และให้อยู่ตลอดไป ไม่ใช่ปฏิบัติอยู่แค่เฉพาะช่วงที่มาเข้ารับการอบรมกับบุคลากรทางสาธารณสุขเท่านั้น

แต่ก่อนที่จะให้ประชาชนรอบรู้ด้านสุขภาพ องค์กรของเราคงต้องเป็นองค์กรที่รอบรู้ด้านสุขภาพก่อน ~~ก~~ประมาณว่าบุคลากรในองค์กรร้อยละ 30 เท่านั้นที่รู้จัก “Health Literacy” หรือ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ในจำนวนนี้อาจจะมีไม่กี่คนที่รู้จักแบบลึกซึ้ง และสามารถนำหลักการมาพัฒนาทักษะในด้านต่าง ๆ ให้กับบุคคลในองค์กรหรือประชาชนในชุมชน อย่างผู้เขียนเองก็เพิ่งจะรู้จักกับ Health Literacy ช่วงที่เข้ามารับงานน่าจะประมาณ 5 ปีที่ผ่านมา ก่อนนั้นไม่เคยได้ยิน ไม่เคยรู้จัก แม้แต่ตอนนี้ก็ยอมรับว่ายังรู้จักไม่ดีพอ แล้วหน่วยงานไหนที่จะต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการวางรากฐานเรื่องของ Health Literacy ให้กับประชาชนทุกคน อาจจะต้องเริ่มตั้งแต่เด็กนักเรียนในระดับประถมศึกษา (หรือปฐมวัยถ้าทำได้) นั่นคือปลูกฝังให้เด็กฝึกพัฒนาทักษะทั้ง 5 ข้อ ฝากความหวังไว้กับบุคลากรผู้มีหน้าที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้กับเด็กและเยาวชนทุกท่านด้วย

ในการปฏิบัติงานทุกฝ่าย ทุกหน่วย ทุกกรมกอง ขาดไม่ได้ที่จะต้องมีการดำเนินงานมาตรฐานของแต่ละงาน งานสุขศึกษาของเราก็ไม่แพ้หน่วยงานอื่น ๆ ที่เรามีมาตรฐานการปฏิบัติงานที่มีการพัฒนา ปรับปรุงแก้ไข มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประเมินมาตรฐานซึ่งเป็นที่ยอมรับ เช่น สมาคมวิชาชีพสุขศึกษาที่มีคณะกรรมการเป็นผู้ทรงคุณวุฒิมาจากหลายหน่วยงาน และพร้อมที่จะเพิ่มเติมความรู้ ทักษะในส่วนขาดให้กับผู้ที่รับการประเมิน

นอกจากนี้แล้วก็ยังมีคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานอื่น ๆ อีก เช่น กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และคณะกรรมการที่มาจากสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ที่ผ่านการอบรมเพื่อเป็นคณะกรรมการตรวจประเมินมาตรฐาน และกำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ต้องผ่านการประเมิน

ทุกคนทราบว่าเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นเรื่องใหญ่ เป็นเรื่องที่ทำยาก แต่ถ้าทำสำเร็จประชาชนก็จะมีสุขภาพดี ส่งผลให้หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลได้

แต่เหมือนโยบายจะสวนทางกัน งานสุขศึกษาเหมือนจะเป็นงานที่ไม่มีความสำคัญ เพราะแม้แต่ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขก็ไม่มีเรื่องของงานสุขศึกษาให้เห็นเด่นชัด ในโรงพยาบาลชุมชนก็ไม่มีกลุ่มงาน/ฝ่ายสุขศึกษา เป็นเพียงแค่งานฝาก

ในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องผ่านการประเมินเนื่องจากได้บรรจุอยู่ในเกณฑ์การประเมินของ รพ.สต.ติดดาว ล่าสุดที่มีการโอนถ่าย รพ.สต.ไปสังกัดกับ อบจ.งานสุขศึกษาก็อาจจะถูกกลืนหายไป รพ.สต.ที่ยังอยู่กับกระทรวงสาธารณสุขเหลือเพียงไม่กี่แห่ง ถึงแม้จะต้องผ่านการประเมินตามมาตรฐาน แต่จากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมา น้อง ๆ จาก รพ.สต.ยังหาจุดยืนในงานสุขศึกษาได้ไม่ดีพอ การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มต่าง ๆ การประเมินหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือโรงเรียนสุขบัญญัติ มีหลายอำเภอที่ยังไม่ได้มีการจัดทำอยากเห็นการทำงานที่ต่อเนื่องของงานสุขศึกษาในทุกระดับของสถานบริการสาธารณสุข เช่น การทำงานสุขศึกษา ควรมีแบบแผนหรือแนวทางการปฏิบัติที่แน่นอน เหมือนกับการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีตัวชี้วัดในระดับกระทรวง ที่สามารถนำเสนอเป็นรูปธรรม ที่ผ่านมาในการรับการนิเทศงานจากผู้ตรวจราชการหรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเราจะรู้ว่า คปสอ.ไหนคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ได้กี่เปอร์เซ็นต์ แต่จะไม่รู้ว่า คปสอ.หรือโรงพยาบาลใดบ้างที่ผ่านหรือไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานงานสุขศึกษา

การประเมินมาตรฐานงานสุขศึกษา ถ้าได้รับเกียรติจากท่านคณะกรรมการจากสมาคมวิชาชีพสุขศึกษานำทีม หรือร่วมเป็นคณะกรรมการในการประเมินมาตรฐาน งานสุขศึกษาของเราน่าจะแข็งแกร่งขึ้นหลายหน่วยงานทำได้ดีแต่อาจจะติดขัดเรื่องงบประมาณในการดำเนินการเพื่อขอรับการประเมินมาตรฐานจากสมาคมฯ อีกประการที่สำคัญมากคือควรจะมีฝ่าย/งานสุขศึกษา อยู่ในสถานบริการสาธารณสุขระดับ รพช.ขึ้นไป ไม่ใช่เป็นแค่งานฝากที่เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานกันทุกปี จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในกลุ่มงานสุขศึกษาควรมีอย่างน้อย 3 - 5 คนขึ้นไป และที่สำคัญไม่น้อยไปกว่ากันควรต้องมีฝ่าย/งาน/บุคลากรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบ ประสานงาน หรือสนับสนุนการดำเนินงานสุขศึกษาในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ชัดเจน

โดยสรุปแล้วต้องการให้ผู้บริหารของกระทรวงหรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเห็นความสำคัญของงาน “สุขศึกษา”เช่น เรื่องนโยบายงานสุขศึกษาในระดับกระทรวงในปีงบประมาณ 2562 ท่านอนุทิน ชาญวีรกล รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้ให้นโยบายว่า“สร้างเสริมให้ประชาชนมี**ความรอบรู้ด้านสุขภาพ**ที่ถูกต้อง เพื่อการมีสุขภาพที่ดี” ปี พ.ศ. 2565 นโยบาย 1 ใน 9 ข้อที่มุ่งเน้นของท่านปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือเรื่องของสุขภาพดีวิถีใหม่ มีตัวชี้วัดคือ คนมี**ความรอบรู้ด้านสุขภาพ** 10 ล้านคน แต่ในระดับเขต หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยังไม่เห็นเป็นรูปธรรม

นโยบายงานสุขศึกษาจะชัดเจนในระดับสถานบริการสาธารณสุขตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นไปถึงระดับโรงพยาบาลศูนย์ที่มีการประเมินมาตรฐานงานสุขศึกษา โดยยึดตามมาตรฐานของงาน หลายปีที่ผ่านมามีตัวชี้วัดระดับกระทรวงเรื่องของความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ก็ไม่ได้ทำให้ “งานสุขศึกษา” ของเราเป็นที่รู้จักหรือสำคัญขึ้น เพราะบางแห่งกลุ่มงานยุทธศาสตร์ ฯ งานส่งเสริมสุขภาพหรืองานคุณภาพเป็นผู้ดำเนินการ

บางท่านเข้าใจว่างานสุขศึกษาทำได้แค่แจกแผ่นพับแล้วก็จบ น่าจะเกิดจากการสื่อสารที่ผิดพลาดจริง ๆ แล้วเรายังมีงานที่ท้าทายความสามารถรออยู่อีกมากมาย และเราก็พร้อมที่จะพัฒนาไปกับการเปลี่ยนแปลงของโลกใบนี้

ขอบคุณทุกท่านที่อ่านจนบรรทัดสุดท้าย ท่านอาจจะเป็นอีกผู้หนึ่งที่ทำให้ “งานสุขศึกษา”ได้พัฒนาและก้าวไกลยิ่งขึ้นไป

“รู้” กับ “ไม่รู้” ทางแยกและจุดเปลี่ยน

รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง
สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

เกริ่นนำ

“รู้” เป็นคำสั้นที่สุดแต่มีความหมายลึกซึ้ง ยิ่งเพิ่มคำก็ยิ่งให้ความหมายที่หลากหลาย ได้แก่ รับรู้ รู้สึก รู้ตัว รู้เขา รู้เรา รู้ใจ รู้จัก ใฝ่รู้ ตระหนักรู้ สำนึกรู้ ความรู้ เรียนรู้ รู้ตาม รู้ชัด รู้แจ้ง รอบรู้ การรู้ รู้เท่าทัน กำหนดรู้ หยั่งรู้ ผู้รู้ จิตรู้ ธาตุรู้ ตรัสรู้ ฯลฯ

คำเหล่านี้มีความหมายในทางสร้างสรรค์และควรจะได้นำมาคิดพิจารณาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง

“รู้” อาจเป็นเรื่องเฉพาะตนหรืออาจเป็นเรื่องที่ต้องรับผิดชอบร่วมกันในกลุ่ม องค์กร ชุมชน สังคม และประเทศชาติด้วยก็ยิ่งทำให้ “รู้” นั้นมีความสำคัญและส่งผลทั้งในทางที่ดีและเสียหายได้มากมายมหาศาล เพียงแค่ “รู้” บางคนบางกลุ่มก็เข้าไม่ถึง “รู้” ทำให้ “ไม่รู้” ในเรื่องที่จำเป็นและสำคัญ แม้บางคนบางกลุ่มจะพยายามที่จะ “รู้” แต่ก็ไม่อาจสร้างความเข้าใจในเรื่องที่ต้องการ “รู้” ได้

“รู้” นำไปสู่การทำความเข้าใจในเรื่องที่จำเป็นและสำคัญ ก่อเกิด “ความรู้” สำหรับใช้ในการดำเนินชีวิตและการทำงานที่ทำให้เกิดการพัฒนาสร้างความสุขที่มีคุณภาพหรือทำให้เกิดความทุกข์ยากลำบากแตกต่างไปตามระดับของ “ความรู้” ที่ได้สะสม

“ความรู้” ทั้งที่ไม่ดีและดี มี “ผู้รู้” รวบรวมและบันทึกไว้ โดยอาศัยประสบการณ์และการศึกษาค้นคว้าหรือวิจัยแล้วนำมาถ่ายทอดส่งต่อเฉพาะกลุ่มหรือเผยแพร่ทั่วไปให้ทุกคนเข้าถึงได้ “ผู้รู้” หรือปราชญ์ทั้งที่เป็นชาวบ้านและนักวิชาการที่สร้างองค์ความรู้ที่ดีให้กับสังคมโลก จะสามารถใช้ความรู้นั้นพัฒนาก่อเกิดปัญญาของตนเอง และหากได้ถ่ายทอดหรือเผยแพร่ให้กับสังคมก็จะช่วยให้สังคมเกิดการพัฒนาเจริญก้าวหน้าขึ้น แนวคิด หลักการ ทฤษฎี และกฎหมาย ที่มีผู้รู้พัฒนาขึ้น นับเป็นองค์ความรู้ที่เป็นแนวทางและหลักยึดสำหรับการพัฒนางานในด้านต่างๆ

ผู้รับรู้ หาก “รู้ตัว” ว่าตนเองขาด “ความรู้” เรื่องใดที่จำเป็น และ “รู้จัก” เลือกสรรและเข้าถึง “ความรู้” ที่ดีมีความถูกต้องมาใช้ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ ก็จะก่อเกิดประโยชน์ให้กับตนเอง คนใกล้ชิด ครอบครัว องค์กร ชุมชน สังคม และประเทศชาติ แต่หากไม่รับรู้ ไม่ใฝ่รู้ และไม่ตระหนักรู้แล้วไซร้ ย่อมเปรียบเสมือนการเดินไปสู่ทางแยกคนละทาง ซึ่งย่อมสร้างจุดเปลี่ยนให้กับทุกสิ่งที่จะเกิดขึ้นในชีวิต

“รู้” กับ “ไม่รู้” ทางแยกและจุดเปลี่ยน

“รับรู้” ถือว่าเป็นบันไดขั้นแรกสำหรับเริ่มต้นการพัฒนาด้านความรู้สึกนึกคิด ขั้นถัดไปคือ ตอบสนอง รับค่านิยม นำมาจัดระบบ และสร้างอุปนิสัย (Bloom, 1956) กระบวนการรับรู้นี้ก่อเกิดความเชื่อในเรื่องต่างๆ ตามทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, 1974) ที่ระบุว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ และการรับรู้อุปสรรคที่จะเกิดขึ้น นำไปสู่การมีความเชื่อที่ถูกต้องซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

พระพรหมคุณากรณ์ (ป.อ.ปยุตโต) (2550) กล่าวว่า *“การที่มนุษย์เราจะมีชีวิตที่ดีงาม เราจะต้องศึกษาฝึกฝนพัฒนาตัวเองให้ดีขึ้นไปในระบบการดำเนินชีวิตของเรา ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรม จิตใจ และปัญญา เมื่อเราฝึกฝนพัฒนา มีการศึกษา ก็ทำให้การดำเนินชีวิตของเราดีขึ้น แต่ถ้าเราไม่เรียนรู้ ไม่ฝึก เราจะดำเนินชีวิตให้ดีไม่ได้เลย ทั้งนี้เพราะมนุษย์อยู่ด้วยสัญชาตญาณอย่างเดียวไม่พอ... สัตว์นั้นถึงแม้มันจะฝึกได้บ้าง มันก็ฝึกได้น้อยเรียนรู้ได้น้อยอย่างยิ่ง อย่างดีก็ต้องให้มนุษย์ฝึกให้จนพอทำอะไรได้บ้างในขอบเขตที่จำกัดยิ่ง”*

สิ่งที่เรา "รู้" จากการ "เรียนรู้" บางสิ่งก็ให้ความหมายลุ่มลึกแฝงเร้นอยู่กับความเชื่อและวิถีปฏิบัติที่ตกทอดกันมายาวนาน แต่บางคนบางกลุ่มไม่อาจไปถึง “รู้” หรือไปไม่ถึง “รู้” เนื่องจากขาดปัจจัยและความพร้อมที่จะสนับสนุนให้เกิดโอกาส หรืออาจเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึง เช่น พิการ ยากจน อาศัยอยู่ในถิ่นกันดาร อยู่ในภาวะสงคราม ขาดเสรีภาพ รวมทั้งขาดความสนใจ ใส่ใจ และตั้งใจในการเข้าให้ถึงสิ่งที่ควร “รู้” นั้น

อย่างไรตาม การมีชีวิตในถิ่นกันดารยากจนอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ต้องเค้นดึงความสามารถออกมาใช้ และเป็นโอกาสในการช่วยเหลือผู้อื่นตามกำลัง ทักษะที่ได้ฝึกฝนพัฒนาจะก่อให้เกิดผลต่อการเพิ่มศักยภาพของตน สามารถใช้ประโยชน์ในขั้นสูงและกว้างขึ้นในกาลข้างหน้า (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2565)

“รู้” กับ “ไม่รู้” จึงเป็นทั้งทางแยกและจุดเปลี่ยนของบุคคล องค์กร ชุมชน สังคม และประเทศชาติ

ผู้รับรู้ หาก “รู้ตัว” ว่าตนเองขาด “ความรู้” เรื่องใดที่จำเป็นต้องใช้ ก็ต้องขวนขวายหา โดยต้องอาศัยความรู้เดิมเป็นต้นทุนในการแสวงหาความรู้ใหม่ๆ และต้องใช้ความเพียรพยายามทั้งการเข้าถึง ศึกษา ทำความเข้าใจ และเลือกนำมาใช้ ผู้มีความรู้มากหรือหลายด้านก็เป็นต้นทุนที่มีประโยชน์สำหรับการคิดพิจารณาใคร่ครวญเพื่อการจัดการแก้ไขปัญหาและการวางแผน ผู้มีความรู้น้อยจึงเป็นข้อจำกัดในการคิดพิจารณาดังกล่าว หากถูกสะกิดแล้ว ก็ยัง “ไม่รู้สึก” ว่าตนเองจะต้องพัฒนาเพิ่ม ทั้งที่การขาดความรู้ในเรื่องนั้นๆ เป็นเรื่องสำคัญและมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อตัวเอง องค์กร และอื่นๆ ก็ยิ่งเป็นเรื่องที่น่าเสียดายมาก

แค่ “รู้” ยังไม่พอ ต้อง “รู้กว้าง รู้ลึก รู้จริง” ด้วยความเข้าใจ และนำไปปฏิบัติได้ด้วย จึงเกิดผลดี เพราะ "รู้" นำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนาตนเอง แต่สำหรับบางคนบางกลุ่ม ไม่นำสิ่งที่รู้ไปใช้ไตร่ตรอง และปฏิบัติจริง ผลที่เกิดขึ้นจึงมีความแตกต่างทั้งมิติการพัฒนาและระดับผลที่ควรจะเกิดขึ้น

"รู้" สร้างโอกาสในการศึกษา การดูแลสุขภาพ การใช้กฎหมายและอื่นๆ ที่สำคัญต้อง "รู้" ว่า อะไรควรรู้และอะไรไม่ควรต้องรู้ เมื่อได้รู้แล้ว อะไรควรบอกต่อ อะไรไม่ควรบอกต่อ

เช่นเดียวกับ “ความรู้”

พัฒนาการของ “ความรู้” เริ่มต้นด้วยการจำได้ เข้าใจ นำไปใช้ได้ วิเคราะห์ได้ ประเมินคุณค่าได้ และคิดต่อยอดหรือสร้างสรรค์ได้ (Bloom, 1956; Anderson & Krathwohl, 2001) การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์อาศัยองค์ประกอบอย่างน้อย 3 ประการ (Gagne et al., 1992) ได้แก่ *ผู้เรียน* (ความพร้อมร่างกาย-จิตใจ-วุฒิภาวะ มีความต้องการที่จะเรียน มีเจตคติที่ดีต่อสิ่งที่จะเรียน มีประสบการณ์) *สิ่งเร้า* (ผู้สอน ความน่าสนใจ วิธีสอน สิ่งแวดล้อม บรรยากาศในการเรียน สื่อ) *การตอบสนอง* (การแสดงความคิดเห็น ตอบคำถาม การส่งงาน)

บุคคลมีคุณลักษณะทั่วไปที่จะ “เรียนรู้” แตกต่างกันอยู่แล้วโดยธรรมชาติ ส่วนหนึ่งเป็นผลจากชาติพันธุ์ ความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ การอบรมเลี้ยงดู วัยวุฒิ การศึกษา ประสบการณ์ และความสามารถพื้นฐานที่ได้รับการพัฒนามาตามลำดับ ได้แก่ การอ่าน การฟัง การพูด และการเขียน อีกส่วนหนึ่งมาจากปัจจัยสนับสนุนของครอบครัว องค์กร ชุมชน และระบบการจัดการของภาครัฐ

มนุษย์ “รับรู้” สิ่งต่างๆ ผ่านช่องทางในตัวตนหรือทวาร 6 (สม รุจิรา, 2550) ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น กาย (สัมผัส) ใจ ทวาร 6 เป็นที่เกิดของความรู้สึกนึกคิดและกรรมเวรที่สลับซับซ้อนยิ่ง แต่ความสามารถพื้นฐาน (literacy) ได้แก่ การอ่าน การฟัง การพูด และการเขียน เป็นปัจจัยสำคัญของการพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและอื่นๆ

การอ่านและการฟัง เป็นความสามารถที่ใช้ในการนำเข้า (input) ข้อมูลข่าวสารความรู้ หากความสามารถในการอ่านและการฟังดีจะทำให้ได้รับข้อมูลที่สมบูรณ์ สำหรับการนำข้อมูลมาประมวลหรือจดจำประสิทธิภาพในการจดจำข้อมูลได้ ส่งผลต่อการใช้งานและพัฒนาการในส่วนอื่นต่อไป คนที่อ่านหนังสือไม่ได้และฟังน้อย ย่อมมีข้อมูลข่าวสารความรู้สำหรับการนำมาประมวลผลน้อย ทำให้ระบบการประมวลผลในสมองขาดข้อมูลสะสมที่เป็นทุน เพื่อสร้างการเชื่อมโยงและสังเคราะห์ความรู้ทำได้ช้าและมีพัฒนาการน้อย ส่งผลต่อภาคการนำไปใช้ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2564)

การพูดและการเขียน เป็นความสามารถที่ใช้ในการนำข้อมูลข่าวสารความรู้ออกมาเผยแพร่สื่อสารกับบุคคลอื่น ถือเป็นส่วนนำออก (output) เพื่อการใช้ชีวิตและการทำงาน บุคคลที่พูดเก่งอาจไม่เก่งเรื่องการเขียนและคนพูดไม่เก่งอาจเขียนเก่งก็ได้ แต่ความสามารถในการอ่านและการฟัง ซึ่งเป็นส่วนนำเข้ามีความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะการพูดและการเขียน และพัฒนาการของความสามารถในการอ่าน การฟัง การพูด และการเขียน ทำให้เกิดความแตกต่างต่อผลลัพธ์สุขภาพคือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมที่แสดงออก

ดังนั้น เหตุของการ “ไม่รู้” จึงเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัย ทั้งความพิการในด้านร่างกาย-จิตใจ และความสามารถที่ถูกพัฒนาตามประสบการณ์ การ "รู้" ในสิ่งที่ดีและจำเป็นคือเรื่องสำคัญ และเพื่อให้ได้ "ความรู้" ที่ถูกต้องเชื่อถือได้ บุคคลต้องอาศัยทักษะด้านต่างๆ ซึ่งพัฒนามาจากความสามารถย่อยๆ ซึ่งรวมกันแล้วเป็นความรอบรู้ เมื่อ "รอบรู้" เรื่องใดหรือสิ่งใดจึงมักจะไม่ลืมง่ายๆ สามารถนำมาใช้ได้เมื่อต้องการใช้ พัฒนาการที่เริ่มจากการรับรู้เกิดขึ้นได้อย่างไร และอาศัยปัจจัยใดบ้างในการสนับสนุน แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เหตุของการ “รู้” และปัจจัยการพัฒนา

	รับรู้	**ความรู้**	**ความรอบรู้**	**พฤติกรรม**	**อุปนิสัย**
เกิดขึ้นอย่างไร	ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ	อ่าน-ฟัง	ฝึกฝน จนทำได้	ปฏิบัติ ต่อเนื่อง	การแสดงออก การเลี้ยงดู
อาศัยปัจจัยใด	ช่องทาง การสื่อสาร	หนังสือ ตำรา สื่อบุคคล	แนวทาง กิจกรรม	ความรู้ ทักษะ แรงจูงใจและอื่นๆ	สิ่งกระตุ้น ครอบครัว สังคม

“รู้” นำไปสู่การทำความเข้าใจในเรื่องที่จำเป็นและสำคัญ ก่อเกิด “ความรู้” สำหรับใช้ในการดำเนินชีวิตและการทำงานที่ทำให้เกิดการพัฒนาสร้างความสุขที่มีคุณภาพหรือทำให้เกิดความทุกข์ยากลำบากแตกต่างไปตามระดับของ “ความรู้” ที่ได้สะสมมาและพัฒนาให้เกิดปัญญาขึ้นในตนเอง

พระธรรมโกศาจารย์ (พุทธทาสภิกขุ) (2505) เตือนไว้ว่า *“จงมีชีวิตอยู่ด้วยปัญญา จงทำอะไรไปด้วยสติปัญญาหรือความรู้ที่ถูกต้อง”* ดังนั้น การ “รู้” ข้อมูลที่ดีหลายชุดหลายเรื่อง ส่งผลทำให้บุคคลมีการกระทำที่ถูกต้อง “รู้” กับ “ไม่รู้” เป็นทั้งทางแยกและจุดเปลี่ยนของบุคคลและกลุ่มคน ผลที่เกิดขึ้นจึงมีความแตกต่างทั้งมิติการพัฒนาและระดับของผลที่เกิดขึ้น

ตัวอย่างเช่น ด้านการศึกษา เด็กที่เกิดมาทุกคนต้อง “รู้” ว่าการดูแลชีวิตให้มีคุณภาพต้องอาศัยความสามารถของตนเอง มิใช่อาศัยผู้อื่นหรืออ้อนวอนขอให้โชคช่วย หาก “ไม่รู้” จนเติบใหญ่ นอกจากจะกลายเป็นคนด้อยความสามารถและโง่งมงายแล้ว ยังปล่อยตัวให้เกิดโรคภัย ซ้ำยังรักษาด้วยความเชื่อผิดๆ อีกด้วย

ด้านสุขภาพ คนที่ดื่มเหล้าจนเมาต้อง “รู้” ว่ากฎหมายในบ้านเมืองนี้ห้ามขับรถเวลาเมา หากทำผิดแล้วต้อง “รู้” ว่าจะรับผิดชอบอย่างไรต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ รวมทั้งสามารถปฏิบัติตนให้มีร่างกายแข็งแรงมีความพร้อมอยู่เสมอ หาก “ไม่รู้” ก็อาจขาดสติหรือเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอันเป็นต้นเหตุทำให้เกิดอุบัติภัยร้ายแรงบนท้องถนน ก่อให้เกิดความสูญเสีย ความพิการ และความตายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

ด้านการพัฒนาจิตใจ ชายหญิงทุกคนเมื่อ “รู้” ธรรมชาติและสัจธรรมของชีวิตจะนำไปสู่ความสบายใจ มีสติ และมีความสุขในการใช้ชีวิตและการทำงานได้ง่าย หาก “ไม่รู้” ก็จะก่อให้เกิดความเครียด ขาดสติ และเกิดความทุกข์ได้ง่ายเช่นกัน ตัวอย่างเช่น การยึดติดและหลงงมงายอยู่กับตนเองในเรื่องความสวย ความรวย หรือยศถาบรรดาศักดิ์ จะบ่มเพาะให้เกิดกิเลส ตัณหา และคิดฟุ้งซ่านบั่นทอนจิตใจให้ตกต่ำลง เป็นต้น

ด้านศีลธรรม คนที่ “รู้” ว่าการยึดหลักการและมีเหตุผล ช่วยให้เกิดความน่าเชื่อถือศรัทธา สามารถตัดสินความดีของตนเองได้เอง การใช้หลักการและความมีเหตุมีผลช่วยให้เกิดบรรทัดฐานและแนวทางปฏิบัติที่ดี หาก “ไม่รู้” ก็มักจะเบียดเบียน คดโกง ฉ้อฉล และสร้างปัญหาข้อขัดแย้งในการอยู่ร่วมกับคนอื่นๆ

ด้านสิ่งแวดล้อม เมื่อเดินทางท่องเที่ยวต้อง “รู้” ว่าเมื่อไปใช้สถานที่สาธารณะ เช่น น้ำตก สวนป่า ชายทะเล ฯลฯ ต้องช่วยดูแลและบำรุงรักษาให้คงความบริสุทธิ์ความสวยงามไว้ ยิ่งเกิด “รู้” ว่าหากช่วยกันเก็บขยะบ้างด้วยจิตอาสาจะช่วยสร้างความรู้สึกที่ดีให้เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งแตกต่างกับคน “ไม่รู้” ที่มักง่ายชอบทิ้งไม่เป็นที่ รุกล้ำและทำลาย ทำให้แหล่งท่องเที่ยวที่ตนเองชื่นชอบหรือต้องใช้ประโยชน์ได้รับความเสียหาย

ด้านความมั่นคงปลอดภัย เราควร “รู้” ว่าโรคและภัยในโลกยุคนี้มีความร้ายแรงและใกล้ตัว เมื่อ “รู้” และหาวิธีป้องกันก็สามารถจัดการปัญหาได้ หาก “ไม่รู้” ก็มีโอกาสที่จะถูกหลอกหรือเกิดความสูญเสียขึ้น

ด้านการเมืองการปกครอง คนเป็นผู้บริหารต้อง “รู้” ว่าจะเลือกใช้นโยบายด้านต่างๆ อย่างไร จึงจะเกิดการพัฒนาที่เป็นมิตรกับโลกใบนี้ สร้างให้เกิดความสงบ ความร่มเย็น และความสามัคคี หาก “ไม่รู้” ก็อาจสร้างทุกขเวทนาให้เกิดกับคนรุ่นนี้และคนรุ่นต่อไป ที่จะต้องรับผลกรรมและเผชิญกับปัญหาด้านต่างๆ ซึ่งสร้างความขัดแย้ง การฆ่าฟัน หรือก่อเกิดสงคราม

การเดินเข้าสู่ทางแยกที่นำไปสู่ “รู้” กับ “ไม่รู้” ก่อให้เกิดผลที่แตกต่างในมิติการพัฒนาด้านต่างๆ ได้แก่ (1) การศึกษา (2) การพัฒนาตนเอง ครอบครัว และสังคม (3) สุขภาพ (4) การพัฒนาจิต (5) ศีลธรรม (6) การท่องเที่ยวและพักผ่อน (7) สิ่งแวดล้อม (8) เศรษฐกิจ (9) ความมั่นคงปลอดภัย และ (10) การเมืองการปกครอง สรุปได้ดังตัวอย่างในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวอย่างผลของ “ไม่รู้” และ “รู้” จำแนกตามมิติการพัฒนา

ผลของ “ไม่รู้”	มิติการพัฒนา	ผลของ “รู้”
โง่ งมงาย	**การศึกษา**	ฉลาด มีปัญญา
ความคิดคับแคบ เห็นแก่ตัว	**การพัฒนาตนเอง ครอบครัว และสังคม**	แบ่งปัน ช่วยเหลือผู้อื่น
เจ็บป่วย มีโรคเรื้อรัง	**สุขภาพ**	แข็งแรง สมบูรณ์
เครียด ขาดสติ มีทุกข์	**การพัฒนาจิตใจ**	สบายใจ มีสติ มีความสุข
เบียดเบียน สร้างปัญหา	**ศีลธรรม**	ยึดหลักการ มีเหตุผล
ไปผิดที่ วุ่นวาย สับสน	**การท่องเที่ยวและพักผ่อน**	ไปถูกที่ สะดวก ผ่อนคลาย
รุกล้ำ ทำลาย	**สิ่งแวดล้อม**	รักษา ดูแล
ขัดสน ขาดแคลน	**เศรษฐกิจ**	มีกิน มีใช้
ถูกหลอก สูญเสีย	**ความมั่นคงปลอดภัย**	จัดการปัญหาได้
ขัดแย้ง ฆ่าฟัน ทำสงคราม	**การเมืองการปกครอง**	สงบ ร่มเย็น สามัคคี

สิ่งที่ได้ “รู้” และ “รับรู้” ในชีวิตมักเป็นสิ่งที่ยากจะปล่อยว่าง การฝึก “รู้” ทำให้ชีวิตจะมีสติมากขึ้น แค่ “รู้สึก” และ “รู้ตัว” ก็ช่วยให้ชีวิตเป็นสุขขึ้นได้ ตราบใดที่ยังมีชีวิตอยู่ ทั้งนี้เพราะ *“ความยึดติด ความคับแค้น ความหวั่นกลัวที่นอนเนื่องอยู่ในกมลสันดาน เป็นเชื้อให้เกิดการคิดปรุงแต่ง จนทำให้ชีวิตนี้ลี้ลับซับซ้อน”* (ประมวล จันทร์เพ็ง, 2555)

การสร้างให้เกิด “รู้” ต้องหมั่นสังเกตตนเอง มีสติในการกระทำอยู่เสมอ และตั้งใจใฝ่หาเพื่อให้รู้จริง เพราะแค่ “รู้” เท่านั้นยังไม่เพียงพอสำหรับการพัฒนาชีวิตให้ดีขึ้น เมื่อรู้แล้วควรนำ “ความรู้” ที่ดีนั้นมาใช้พัฒนาตนเอง โดยอาศัยการพิจารณาใคร่ครวญอย่างมีสติ ใช้เหตุใช้ผลในการตรวจสอบ เรียนรู้จากบทเรียนที่ได้รับแล้วสรุปเป็นหลักยึด และนำมาปรับใช้กับการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน สะสมปัญญาที่เกิดจากความเพียรอย่างต่อเนื่องก็จะสามารถปฏิบัติตัวได้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและธรรมชาติของตัวเอง

บทสรุป

“รู้” คำสั้นๆ ที่มีความหมายลึกซึ้ง เกี่ยวข้องเฉพาะตนและเกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบร่วมกันในกลุ่มองค์กร ชุมชน สังคม และประเทศชาติ “รู้” จึงเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการใฝ่หาและเข้าถึงความรู้ เมื่อตระหนักรู้ว่า “รู้” นั้นสำคัญ แล้วเริ่มต้นขวนขวาย “รับรู้” แสวงหาให้ได้ "ความรู้" ใหม่ๆ เพื่อนำมาสร้างเสริมให้ “รอบรู้” จากการนำไปใช้ปฏิบัติจริง กล่าวคือมีทักษะในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมในด้านต่างๆ นอกจากได้ "รู้" เรื่องราวของโลกภายนอกแล้ว หากได้น้อมตนมา "เรียนรู้" เรื่องภายในทั้งด้านกาย จิต สังคม และปัญญาให้เจริญอยู่เสมอ โดยใช้วิธีคิดพิจารณาทางปัญญา เพิ่มการ "รู้" ด้วยสติ และแสวงหา "ความรู้" ความจริงที่ถูกต้องมาใช้ประกอบในการตัดสินใจก็จะช่วยให้เกิดการพัฒนาตนเองในทุกด้าน การได้ "รู้" ทำให้ไม่ประมาทกับชีวิตและเวลา เนื่องจากเส้นทางชีวิตที่ต้องเคลื่อนไปในโลกใบนี้ มีทางแยกที่สร้างความสับสนมากมายและสร้างจุดเปลี่ยนให้กับชีวิตได้อยู่เสมอ

เอกสารอ้างอิง

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2565). ช่วงวัยชีวิตและจิตที่พัฒนา. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา, มกราคม-มิถุนายน, 37(1), 17-21.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน. กรุงเทพฯ: ไอดี ออล ดิจิตอล พริ้นท์.

ประมวล จันทร์เพ็ง. (2555). อินเดีย จาริกด้านใน ๓ ทบทวนชีวิต พินิจตน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพใจ.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตโต). (2550). เล่าเรียน-ทำงานกันไป ชีวิตได้อะไร. วัดญาณเวศกวัน.

พระธรรมโกศาจารย์. (พุทธทาสภิกขุ). (2505). คู่มือพุทธธรรม ฉบับสมบูรณ์. ฉบับพิมพ์เผยแพร่เป็นอาจาริยบูชา ชาตกาล 100 ปี เฉลิมฉลองในวาระที่องค์การยูเนสโกแห่งสหประชาชาติ ยกย่องให้ท่านพุทธทาสภิกขุเป็นบุคคลสำคัญของโลก ประจำปี 25549-2550. โรงพิมพ์ ธรรมสภา สถาบันบันลือธรรม.

สม รุจิรา. (2550). ทวาร 6 ศาสตร์แห่งการรู้ทันตนเอง. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด.

Anderson, L.W. & Krathwohl, D.R. (2001). A Taxonomy for Learning. Teaching, and Assessing: a revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives. New York: Addison Wesley Longman.

Bloom, B. & Krathwolh, D. (1956), Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals, New York, Longmans.

Bloom, B. (2001). Bloom and Taxonomy of Educational Objectives.

Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model, Health Education Monographs, 2, 328–335.

การพัฒนาเด็กปฐมวัยตามยุคไทยแลนด์ 4.0

มณีญา แซ่จู
นักวิชาการอิสระ
ปริญญาโทจาก Henley Business School, Reading University, UK

1. เกริ่นนำ

ในขณะที่ภาวะเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการศึกษา กำลังก้าวเข้าสู่ยุค 4.0 สถาบันครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดของสังคมและยังเป็นหน่วยที่มีอิทธิพลในการพัฒนามนุษย์ได้มากที่สุด ก็ต้องก้าวให้ทันยุคสมัย 4.0 ด้วยเช่นกัน

การสนับสนุนจากครอบครัว การอบรมปลูกฝังพัฒนาการทางประสาทสัมผัสทั้ง5ให้แก่เด็กปฐมวัย จะทำให้เด็กปฐมวัยมีรากฐานที่ดี มีความเฉลียวฉลาด คิดเป็นทำเป็น และมีความสุข ผู้ดูแลต้องดูแลเอาใจใส่เด็กเพื่อให้เด็กเติบโตแข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยการที่ตนเองผลักดันให้เด็กมีความคิดสร้างสรรค์ สร้างแรงบันดาลใจให้กับเด็ก สอนให้เด็กเป็นคนที่มีจิตสาธารณะและรู้จักทำงานให้สัมฤทธิ์ผล บุคคลในครอบครัวจะต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการอบรมเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมสอดคล้องกับการพัฒนาเด็กให้มีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามยุคทันสมัย

2. ไทยแลนด์ 4.0 คืออะไร

“ไทยแลนด์ 4.0” เป็นวิสัยทัศน์เชิงนโยบายการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทยภายใต้การนำของพลเอกประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีและหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ที่เข้ามาบริหารประเทศ ด้วยวิสัยทัศน์ “มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” มีภารกิจสสำคัญในการขับเคลื่อนปฏิรูปประเทศด้านต่าง ๆ เพื่อสร้างหนทางพัฒนาประเทศให้เจริญสามารถรับมือกับโอกาสและภัยคุกคามแบบใหม่ ๆ ที่เปลี่ยนแปลงอย่างเร็ว รุนแรงในศตวรรษที่ 21 ได้ อย่างไรก็ตาม ก่อนที่เราจะทำความรู้จักไทยแลนด์ 4.0 นั้น เรามาทำความรู้จัก ไทยแลนด์ 1.0 ถึง 3.0 ว่าคืออะไร และมีความแตกต่างอย่างไร

ไทยแลนด์ 1.0 (ช่วง พ.ศ.2398-2504) เป็นยุคที่เน้นการพัฒนาเรื่องเกษตรเป็นหลัก ให้ความสำคัญกับการผลิตและขายเกษตรดั้งเดิม เช่น การทำไร่ การทำนา ปลูกพืช เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น

ไทยแลนด์ 2.0 (ช่วง พ.ศ.2505-2529) เป็นยุคที่เน้นความสำคัญไปที่การพัฒนาอุตสาหกรรมเบา ใช้แรงงานคนเป็นหลักเพื่อทดแทนการนำเข้าของสินค้า เช่น ผลิตและขาย เครื่องหนัง เครื่องดื่ม เครื่องนุ่งห่ม เป็นต้น

ไทยแลนด์ 3.0 (ช่วง พ.ศ. 2530-2559) เป็นยุคที่เข้าถึงอุตสาหกรรมหนัก เริ่มมีการร่วมมือกับต่างประเทศในด้านวิทยาการและการเงิน ในยุคนั้นประเทศไทยจะเน้นการผลิตและขายสินค้าจำพวกเหล็กกล้า รถยนต์ ปูนซีเมนต์ เป็นต้น

ไทยแลนด์ยุค 4.0 (ช่วง พ.ศ. 2560-2579) เนื่องจากรายได้ของประเทศยังอยู่ในระดับกลาง ช่วง พ.ศ. 2500 ถึง พ.ศ. 2536 เศรษฐกิจของประเทศไทยมีการเติบโตอย่างมากถึงระดับร้อยละ 7 – 8 ต่อปี แต่หลังจาก พ.ศ.2537 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน เศรษฐกิจไทยเติบโตขึ้นเพียงร้อยละ 3 - 4 ต่อปีเท่านั้น

ดังนั้น รัฐบาลจึงต้องรีบพัฒนาเศรษฐกิจโดยมุ่งเน้นการปรับโครงสร้างทางเศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม โดยเปลี่ยนจากการผลิตสินค้า “โภคภัณฑ์” ไปสู่สินค้าเชิง “นวัตกรรม”เปลี่ยนจากการขับเคลื่อนประเทศด้วยภาคอุตสาหกรรมไปสู่การขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม และเปลี่ยนจากการเน้นภาคการผลิตสินค้าไปสู่การเน้นภาคบริการมากขึ้น

3. เป้าหมายของไทยแลนด์ 4.0

ไทยแลนด์ 4.0 กำหนดเป้าหมายไว้ 4 มิติ สถานเอกอัครราชทูตไทย ณ กรุงวอชิงตัน ได้กล่าวไว้ดังนี้

3.1 ความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ระบบเศรษฐกิจที่เน้นการสร้างคุณค่า (Value-based economy) โดยขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรม เทคโนโลยี และความคิดสร้างสรรค์ เพื่อทำให้ประเทศไทยพ้นจากการเป็นประเทศรายได้ปานกลาง โดยมีรายได้ต่อหัวประชากรที่เพิ่มขึ้นจาก 5,410 ดอลล่าร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2557 เป็น 15,000 ดอลล่าร์สหรัฐในปี พ.ศ. 2575 การเติบโตของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GNP) จากร้อยละ 1.3 ในปี พ.ศ. 2556 เป็นมากกว่าร้อยละ 5 ต่อปีอย่างต่อเนื่องภายใน 10 ปี และสร้างโครงสร้างพื้นฐานทางปัญญาให้แข็งแกร่งภายใน 5 ปี เพื่อปรับเปลี่ยนสัดส่วนการพัฒนาเทคโนโลยีของตนเองต่อการพึ่งพาเทคโนโลยีจากภายนอกจาก 10:90 ในปัจจุบัน เป็น 30:70 ภายใน 10 ปี และปรับขึ้นเป็น 60:40 ภายใน 20 ปี

3.2 ความอยู่ดีมีสุขทางสังคม ได้แก่ การพัฒนาและเติมเต็มศักยภาพของคนในสังคมเพื่อสร้างความมั่นคงและฟื้นความสมานฉันท์ให้กลับมาอีกครั้ง ภายใต้หลัก “สังคมที่ไม่ทอดทิ้งใครไว้ข้างหลัง” (Inclusive Society) โดยลดระดับความเหลื่อมล้ำในสังคม (วัดผลจาก Gini Coefficient) จาก 0.465 ในปี พ.ศ. 2556 เป็น 0.2-0.4 ตามมาตรฐาน OECD ภายในปี พ.ศ. 2575 และเปลี่ยนเกษตรกรให้เป็น Smart Farmer จำนวน 20,000 ครัวเรือน ภายใน 5 ปี และ 100,000 ครัวเรือน ภายใน 10 ปี ดังนั้น เกษตรกรจึงต้องมีความรู้ด้านการเกษตรอย่างถูกต้อง มีความสามารถในการจัดการเรื่องการผลิต การตลาด โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้บริโภค และสามารถนำเทคโนโลยีมาใช้ให้เกิดประโยชน์จริงได้

3.3 การยกระดับคุณค่ามนุษย์ ได้แก่ การพัฒนาคนไทยให้เป็น “มนุษย์ที่สมบูรณ์ในศตวรรษที่21” ควบคู่กับ “คนไทย 4.0 ในโลกที่ 1” พัฒนาการเรียนการสอนให้ได้คะแนนในโครงการ PISA (Program for International Student Assessment) หรือโครงการที่ประเมินผลนักเรียนนานาชาติของประเทศสมาชิกองค์กรเพื่อความร่วมมือและพัฒนาเศรษฐกิจ เป็น 1 ใน 20 ประเทศแรก ภายใน 20 ปี ผลักดันมหาวิทยาลัยไทยติดให้ติด 100 อันดับแรกของโลกจำนวน 5 สถาบัน และสนับสนุนวิทยาศาสตร์ไทยได้รับรางวัล Noble prize อย่างน้อย 1 คน ภายใน 20 ปี

3.4 การรักษาสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สังคมปรับเข้ากับสภาพภูมิอากาศและสังคมคาร์บอนต่ำและพัฒนาเมืองอย่างน้อย 10 เมืองให้เป็นเมืองที่น่าอยู่ของโลก ภายใน 5 ปี

4. การพัฒนาเด็กปฐมวัยให้เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ตามศตวรรษที่ 21

ผู้ที่จะเป็นสมาชิกของโลกที่หนึ่งนั้นคือผู้ที่เป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ตามศตวรรษที่ 21 ภายใต้สังคม 4.0 นั้น ต้องเป็น**ผู้ที่มีปัญญาเฉียบแหลม (Head) มีทักษะที่เห็นผล (Hand) มีสุขภาพที่แข็งแรง (Health) และมีจิตใจที่งดงาม (Heart)** เพื่อจะได้มีความสามารถในการเรียนรู้อย่างมีเป้าหมาย เรียนรู้อย่างสร้างสรรค์ เรียนรู้เพื่อส่วนรวม และเรียนรู้เพื่อนำไปปฏิบัติได้จริง

เนื่องจากครอบครัว คือสิ่งแวดล้อมที่เด็กมีความใกล้ชิดมากที่สุด เด็กสามารถสื่อสารและรับประสบการณ์ตรงจากครอบครัวได้ตลอดได้ ดังนั้น ครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่สำคัญที่สุดของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยเด็ก ครอบครัวเปรียบเสมือนครูคนแรกของเด็กๆ และยังเป็นหน่วยประสานระหว่างเด็กกับสังคมอื่น ๆ ดังนั้น ผู้เลี้ยงดูเด็กต้องรู้บทบาทและอบรมเลี้ยงดูเด็กอย่างทันสมัยตามยุค

5. วิธีการเลี้ยงเด็กในยุค 4.0

ในยุค 3.0 นั้นวิธีการเลี้ยงเด็กจะเน้นที่การอบรมจิตใจและนิสัยของเด็กเป็นหลัก โดยแบ่งแยกลักษณะของเด็กตามเพศ ด้านความสามารถจะสะท้อนสังคมแบบราชการ คือการผลักดันให้เป็นเจ้าคนนายคน และต้องเป็นพลเมืองดี อย่างไรก็ตาม ในยุค 4.0 วิธีการเลี้ยงดูเด็กเปลี่ยนไปเน้นเรื่องการพัฒนาคน ให้มีความคิดสร้างสรรค์ ผลิตสิ่งใหม่ ๆ มีการแลกเปลี่ยนความรู้ในระดับสากล เพื่อมาต่อยอดองค์ความรู้และทำประโยชน์สูงสุดต่อสังคมโลก ดังนั้น ผู้ใกล้ชิดหรือผู้เลี้ยงดูเด็กต้องตั้งเป้าหมายให้สอดคล้องกับยุคสมัยปัจจุบัน 4 ข้อ เพื่อให้เด็กสามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขโดยไม่ตั้งกรอบเกณฑ์ให้เด็ก และสนับสนุนให้เด็กได้มีจินตนาการที่สัมพันธ์กันตามช่วงวัย

5.1 การพัฒนาความคิดสร้างสรรค์

เด็กปฐมวัยช่วงอายุ 3-5 ปี จะเริ่มมีจินตนาการเกิดขึ้น เนื่องจากเป็นช่วงที่เด็กเปิดการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้เร็ว เด็กวัยนี้จะเริ่มฟัง พูด อ่าน เขียนได้ในระดับเบื้องต้น ดังนั้น ผู้เลี้ยงดูสามารถกระตุ้นให้เด็กมีจิตนาการ เพื่อเด็กจะได้สร้างสรรค์ผลงานในอนาคตได้ ครอบครัวต้องให้อิสระกับเด็กในด้านความคิดและต้องทำให้เด็กมีการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ต่อเนื่อง ผู้ดูแลสามารถจัดสภาพแวดล้อมให้แปลกใหม่อยู่เสมอ เช่น ตกแต่งห้องของเล่น หรือซื้อของเล่นใหม่ ๆ มาให้เด็กได้รู้จักลองเล่น ลองสัมผัส เพื่อเกิดจินตนาการ นอกจากนี้ควรให้เด็กมีความสามารถในการแสดงออก ฝึกความคิดวิเคราะห์แก้ไขปัญหาในบรรยากาศที่ปลอดภัย เปิดโอกาสให้เด็กได้ลองผิดลองถูก และฝึกได้เด็กรู้จักการพูด แสดงออกถึงการชื่นชมผู้อื่น ดังนั้นครอบครัวจะต้องเปลี่ยนมโนทัศน์และพฤติกรรมในการเลี้ยงเด็ก จากที่ยุคก่อนนั้นจะเน้นด้านการให้เด็กทำตาม แต่ยุคนี้ทุกคนในครอบครัวต้องเพิ่มการคอยเป็นผู้สนับสนับสนุนและชี้แนะแนวทางให้กับเด็กอีกด้วย

5.2 ผู้ใกล้ชิดหรือผู้เลี้ยงดูเด็กต้องสร้างแรงบันดาลใจให้กับเด็ก

เด็กปฐมวัยจะเริ่มมีพฤติกรรมเลียนแบบผู้ใหญ่ ดังนั้น ผู้เลี้ยงดูสามารถเป็นต้นแบบที่ดีให้กับเด็กได้ ครอบครัวเป็นตัวแปรสำคัญที่ทำให้เด็กมีแรงบันดาลใจ เช่น ความหลากหลายทางอาชีพของคนในครอบครัว หรือหน้าที่รับผิดชอบในบ้าน ก็สามารถสร้างแรงบันดาลใจให้เด็กได้สามารถซึมซับประสบการณ์การทำงานที่สนุก มีสีสัน มีชีวิตชีวา เพื่อปรับเปลี่ยนการเรียนรู้ทำให้เด็กได้แสดงออกถึงการเป็นเจ้าของอย่างมีความหมาย รับรู้ถึงความสามารถที่มีคุณค่าในตัวเอง และได้รับประสบการณ์จริงจากอาชีพหรืองานนั้นๆ ดังนั้น ครอบครัวจึงควรเปิดโอกาสให้เด็กได้ฝึกมีส่วนร่วมการตัดสินใจ แก้ปัญหางานที่ได้รับมอบหมาย หรือให้เด็กได้เห็นวิธีการขั้นตอนทำงานบ้าน เปิดโอกาสให้เด็กได้ซักถาม เด็กจะได้มีความกระตือรือร้นที่อยากประสบความสำเร็จตามสิ่งที่เขาต้องการ ผ่านการเรียนรู้และประสบการณ์ที่เขาได้รับ และเป็นการเสริมสร้างให้เด็กมีสุขภาพจิตที่ดีได้ด้วยเช่นกัน

5.3 ครอบครัวต้องส่งเสริมให้เด็กมีจิตสาธารณะ

เนื่องจากลักษณะครอบครัวของไทยนั้นเป็นครอบครัวขยาย คือ จะมีปู่ ย่า พ่อแม่ หรือ ตา ยาย และญาติๆ อยู่รวมกัน เด็กจะได้เห็นและซึมซับกับการช่วยเหลือกันระหว่างคนในครอบครัวแบบไม่หวังผลตอบแทน ดังนั้น เด็กจะได้เรียนรู้เรื่องการมีน้ำใจและช่วยเหลือผู้อื่น เช่น คุณพ่อคุณแม่ที่เป็นแบบอย่างที่ดีในการคอยดูแล รับผิดชอบแสดงความอาทรห่วงใย ปู่ย่าตายาย หรือญาติผู้ใหญ่ คนในครอบครัวทั้งในยามปกติ หรือเจ็บไข้ได้ป่วย หาโอกาสพูดคุย ไถ่ถาม ทักทายกัน เช้า เย็น หรือทุกเวลา ทุกวัน แม้กระทั่งการที่ต้องซื้อของกินของใช้กลับมาฝากคนในบ้านบ้าง โดยการให้เด็กแสดงความคิดเห็น ด้วยการถามว่า “ลูกจะซื้ออาหาร หรือ ผลไม้ไปฝากคุณแม่มั้ย จะซื้ออะไรดี” ฝึกความรับผิดชอบให้เด็กได้ใช้ความคิด ตัดสินใจ ภูมิใจในตัวเองที่ผู้ใหญ่ให้ความสำคัญของการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

ในอีกวาระหนึ่งที่ควรฝึกให้เด็กเห็นความสำคัญ คือแสดงความกตัญญู ต่อบุพการี ญาติพี่น้อง ญาติผู้ใหญ่ ผู้มีพระคุณที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน หรืออาจจะเป็นต่างหวัดก็ตาม ด้วยการเดินทางไปเยี่ยมเยียนมีของกิน ของใช้ถือไปฝากตามวาระโอกาสที่เหมาะสม ทั้งในภาวะปกติ เช่น ไปเยี่ยม พาไปรับประทานอาหาร

ไปเที่ยว ฯลฯอยู่เนืองๆ โดยเฉพาะโอกาสสำคัญ เช่น ครบรอบวันเกิด การเกษียณอายุราชการ การได้รับรางวัล ภาวะที่เจ็บป่วยหรือการแสดงความยินดีกับความสำเร็จ ล้วนเป็นการปลูกฝังรากแก้วแห่งความดี ให้เด็กได้เห็นแล้วปฏิบัติตามไปพร้อมๆ กัน เป็นต้น

นอกเหนือจากนั้นแล้ว สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่ง คือสอนให้เด็กได้รู้จักแบ่งปัน การช่วยเหลือชุมชน ก็จะช่วยสอนให้เด็กเรียนรู้การทำงานกับผู้อื่น เช่น การช่วยเก็บขยะในหมู่บ้าน แบ่งอาหาร ขนมหรือของใช้ให้เพื่อน การบริจาคสิ่งของ เสื้อผ้า สิ่งที่ขาดแคลน รวมทั้งการเลี้ยงอาหารให้กับผู้ด้อยโอกาส บ้านพักคนชรา เป็นต้น

ดังนั้น ครอบครัวจึงต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่เด็ก ต้องกระทำสิ่งดีๆให้เด็กดู ทุกการกระทำในเวลาที่ผ่านไปจะช่วยกล่อมเกลาหล่อหลอมจนกลายเป็นนิสัยที่แท้จริง ทำให้เวลาเด็กไปโรงเรียน เมื่อบรรลุนิติภาวะไปทำงานอยู่ในสังคม จึงรู้จักการสร้างประโยชน์และรู้จักการให้เพื่อส่วนรวมโดยปริยายด้วยความเต็มใจ

5.4 การกระตุ้นให้เด็กมุ่งมั่นตั้งใจทำงาน

การที่จะกระตุ้นให้เด็กมุ่งทำงานให้เกิดผลสำเร็จนั้น จะเกิดขึ้นเมื่อเด็กมองเห็นประโยชน์และคุณค่าของสิ่งที่ตัวเองทำ ดังนั้น การอบรมเลี้ยงดูพัฒนาเด็กในยุค 4.0 นั้น ครอบครัวจะเป็นพื้นฐานแรกที่ทำให้เด็กได้เห็นถึงประโยชน์ของการเรียนรู้และการทำงาน เช่น การทำงานบ้านอย่างมีความสุข ถ้าเราตั้งในทำงานบ้าน บ้านก็จะสะอาดน่าอยู่ ไม่มีสิ่งกีดขวางที่จะทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็กต้องปรับเปลี่ยนความคิดที่จะให้เด็กได้มีกิจกรรมในชีวิตประจำวันที่หลากหลาย ซึ่งนอกเหนือจากการเรียนหนังสือแล้ว ยังช่วยให้เด็กได้เรียนรู้โลกกว้างขึ้น ด้วยการที่ใช้วิธีการอ่านหนังสือ เป็นหนทางที่สำคัญ ในการแสวงหาความรู้ ซึ่งปัจจุบันมีสื่อมากมายให้ศึกษา เพื่อให้การทำงานในอนาคตนั้นสัมฤทธิ์ผลตามที่ตั้งใจไว้ ปรับเปลี่ยนความคิดแทนที่จะให้เด็กเรียนรู้เพื่อได้ใบปริญญาเป็นหลักอย่างเดียว แนวคิดที่สำคัญกว่านั้นเป็นการเรียนรู้เพื่อให้ได้งานหรืออาชีพที่เด็กสนใจและรักที่จะทำ ทำงานเพื่อตัวเองและส่วนรวมได้เหนือสิ่งอื่นใดคือความสุขที่มีรายได้เลี้ยงชีพอย่างภาคภูมิใจ

6. การใช้เทคโนโลยีกับเด็กปฐมวัย

เทคโนโลยีในปัจจุบันได้รับการออกแบบมาอย่างมากมายให้มีความทันสมัย ใช้งานง่าย และสะดวกสบายต่อการพกพา เช่น สมาร์ทโฟนและแท็บเล็ต เป็นต้น ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กต้องเลือกเทคโนโลยีอย่างเหมาะสมมาใช้กับเด็ก เพื่อส่งเสริมทักษะและพัฒนาการ การใช้งานต้องดึงดูดความสนใจและให้เด็กได้ลงมือทำเองตามความสนใจ เช่น หนังสือที่มีปากกาจิ้ม เด็กสามารถนำปากกาไปจิ้มในหนังสือแล้วเพลงหรือคำศัพท์จะจะดังขึ้นมา เปรียบเสมือนปากกาเป็นทั้งไมโครโฟนและลำโพงที่อยู่ด้วยกัน เด็กจึงสามารถร้องเพลงและพูดคำศัพท์ตามได้ นอกจากนั้นแล้วบนโลกของอินเทอร์เน็ต เด็กก็สามารถที่จะเรียนรู้ผ่านภาพเคลื่อนไหวและเสียงได้ ซึ่งจะสอดคล้องกับธรรมชาติของเด็กปฐมวัย เนื่องจากเด็กวัยนี้จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ รอบตัวผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 แต่ต้องใช้งานให้เหมาะสมกับวัย ปัจจัยสำคัญผู้ดูแลต้องอยู่กับเด็กขณะที่เด็กใช้สื่อเทคโนโลยีต่างๆ จำกัดเวลา มีข้อตกลงกันทั้งผู้ดูแลและเด็ก ก่อนการใช้สื่อให้เด็กได้ทราบ เข้าใจและยอมรับ เพราะเป็นอีกหนทางหนึ่งของการฝึกให้เด็กมีความรับผิดชอบ ตรงต่อเวลา เคารพ กฎ กติกาของสังคม ระหว่างนั้นก็ต้องมีการเตือนเรื่องเวลาเป็นระยะๆ ให้เด็กได้เตรียมตัวกับการหมดเวลาของการใช้สื่อนั้น

NAEYC and the Fred Roger Center (2016) ได้กล่าวไว้ว่า ช่วงอายุที่เหมาะสมกับการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ควรเป็นเด็กที่อายุมากกว่าสองขวบขึ้นไปซึ่งต้องอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ดูแลเด็ก ผู้ดูแลเด็กต้องมีความรู้ที่จะเลือกเนื้อหาให้เหมาะสมและต้องมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ต้องมีกิจกรรมระหว่างการใช้เทคโนโลยี เช่น การพูดคุยให้เกิดความคุ้นเคย รู้สึกสบายๆ ไม่เครียด อาจจะกล่าวนำบ้างเล็กน้อย การถามตอบเพื่อฝึกความจำเด็ก การถามคำถามเชิงคิดวิเคราะห์ เพื่อให้เด็กได้มีจินตนาการในการเรียนรู้ ไม่ตัดสินว่าผิดหรือถูก จะเห็นว่าเทคโนโลยีมีความสำคัญต่อเด็กอย่างยิ่ง เป็นสิ่งที่ทำให้เด็กได้ก้าวทันโลก และยังทำให้เด็กคุ้นชินกับการใช้เทคโนโลยีอีกด้วย

ถึงแม้ว่าเทคโนโลยีจะมีความสำคัญกับเด็กในยุคสมัยนี้มาก แต่ก็ใช่ว่าจะไม่มีข้อเสียเลย เพราะเป็นการสื่อสารทางเดียว (one way communication) จึงไม่สามารถทดแทนการกระตุ้นการมีปฏิสัมพันธ์จากผู้ใหญ่ได้ จากผลกระทบของเทคโนโลยีที่มีต่อการทำงานของสมอง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการเรียนรู้ จำเป็นที่พ่อแม่ผู้ปกครอง ครู ควรให้เด็กใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่โดยเฉพาะคอมพิวเตอร์ที่กำลังเป็นสิ่งที่เด็กให้ความสนใจอย่างรู้เท่าทัน ครูปฐมวัยต้องพึงระวังไม่ให้เด็กหมกมุ่น มากเกินไป ต้องคอยแนะนำให้เด็กได้ใช้คอมพิวเตอร์อย่างพอดี เดินสายกลาง เด็กๆ ควรได้วิ่งเล่นและสัมผัสกับธรรมชาติในโรงเรียนให้มาก เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมใกล้ตัว การปล่อยให้เด็กอยู่กับคอมพิวเตอร์มากจนเกินไปจนไม่ได้ออกกำลังกาย ต้องพึงระวังคือ ควรจัดสภาวการณ์ที่เอื้ออำนวยต่อ “การเล่น” คอมพิวเตอร์ควบคู่กับ “การเรียน” ให้สมดุลกัน

ข้อดีของการใช้เทคโนโลยีเพื่อพัฒนาเด็ก

1) กระตุ้นอยากให้เด็กได้เรียนรู้ เนื่องจากเด็กสามรถหาข้อมูลที่ตนเองอยากรู้ได้ง่าย

2) เทคโนโลยีสามารถพัฒนาความคิดของเด็กได้ เนื่องในสมัยนี้ในแอปพลิเคชั่นบนแท็บเล็ตมีเกมส์เพื่อพัฒนาสมองให้เด็กมากมาย และน่าสนใจ ทำให้ดึงดูดเด็กได้ดี ทำให้เด็กรับสารได้ง่ายและเรียนรู้ได้เร็วขึ้น

3) เกมส์บางเกมส์สามารถให้ผู้อื่นเข้ามาเล่นด้วยได้ เช่น พ่อแม่ หรือเพื่อน ดังนั้น จะเป็นการทำให้เด็กเรียนรู้วิธีการอยู่ร่วมกันในสังคม รู้แพ้รู้ชนะ

ข้อเสียของการใช้เทคโนโลยีเพื่อพัฒนาเด็ก

1) เด็กมีโอกาสที่จะสมาธิสั้น เนื่องจากข้อมูลที่เด็กต้องการจะรู้หาได้ง่ายและใช้เวลาไม่นาน ดังนั้นอาจจะทำให้เด็กรอคอยไม่เป็น

2) เด็กๆ อาจเสพติดการใช้เทคโนโลยีมากจนเกินไป จะส่งผลปัญหาถึงสุขภาพได้ ดังนั้น ควรมีการจำกัดเวลาอย่างเหมาะสม

3) เด็กในวัยนี้จะมีพฤติกรรมในการเลียนแบบสูง ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กต้องคัดเลือกสื่อและควบคุมการใช้งานต่ออุปกรณ์เทคโนโลยีต่างๆของเด็กอย่างเคร่งครัด

7. การประยุกต์วิธีเลี้ยงเด็กปฐมวัยตามแบบฉบับไทยแลนด์ 4.0

เด็กปฐมวัย จะเป็นช่วงวัยสสำคัญในการเจริญเติบโตของพัฒนาการทุกด้าน สิ่งที่ควรคำนึงมีดังนี้

1) จินตนาการและความคิดสร้างสรรค์ เพราะฉะนั้นผู้เลี้ยงดูเด็กจะต้องงดใช้คำว่า “ห้าม” กับเด็ก เช่น ห้ามวาดรูปบนผนังบ้านนะ แต่ควรใช้คำพูดให้เด็กได้คิดเอง เช่น บนกระดานหรือบนกระดาษก็วาดรูปได้เช่นกันนะ ลองดูสิ เพื่อเป็นตัวเลือกให้เด็กได้เลือกด้วย เพิ่มประสบการณ์ให้เด็กว่า เด็กสามารถวาดรูปได้ทั้งบนกระดานและกระดาษ แล้วผู้เลี้ยงดูสามารถถามเด็กต่อได้ว่า มันแตกต่างกันไหมระหว่างการวาดลงบนสิ่งของสองสิ่ง เพื่อให้เด็กได้คิดวิเคราะห์

2) มีพฤติกรรมเลียนแบบผู้ใหญ่ในบ้าน ดังนั้น ผู้ดูแลควรที่จะปฏิบัติหรือแสดงท่าทางให้เหมาะสม เช่น ใช้มือเปิดปิดพัดลม เพื่อให้เด็กได้รู้ว่า มือมีหน้าที่ไว้กดปิด-เปิดสิ่งของได้แทนที่จะใช้เท้า

3) การพัฒนาสมองเด็กให้เพื่อเด็กเกิดการเรียนรู้ ผู้ดูแลเด็กควรจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับการพัฒนาสมองเด็ก เช่น จัดกิจกรรมทำอาหาร ให้เด็กได้สัมผัสถึงสิ่งของต่างๆ จากเนื้อสดกลายเป็นเนื้อสุก ผิวสัมผัสแตกต่างกันหรือไม่ เราสามารถทำของดิบให้กลายเป็นของสุก โดยผ่านกระบวนการนำไปต้มได้ เปิดโอกาสให้เด็กได้ซักถาม ตอบคำถามให้เข้าใจชัดเจน หรือถามให้เด็กตอบก่อน แล้วชื่นชม เพียงแค่เพิ่มเติมในส่วนที่จำเป็น เด็กจะมั่นใจ ภูมิใจกล้าคิด กล้าพูด

4) การแบ่งปันให้ผู้อื่น เช่น ถ้าทำอาหารเสร็จแล้ว ผู้เลี้ยงดูสามารถถามเด็กได้ว่า เราเอาไปแบ่งเพื่อนข้างบ้านกันด้วยดีไหม เพื่อนจะได้ชิมอาหารฝีมือเรา

5) รู้จักความรับผิดชอบว่า เราต้องทำอาหารให้เสร็จนะ เราจะได้รับประทานฝีมือตัวเองและนำอาหารไปแบ่งให้ผู้อื่นได้ นี่เป็นการกระตุ้นที่ทำให้เด็กอยากทำงานให้บรรลุเป้าหมาย

สิ่งสำคัญที่ผู้ดูแลเด็กต้องปฏิบัติ

1) อยู่กับเด็กในระหว่างที่เด็กทำกิจกรรม คือช่วยเหลือกัน ทำให้เด็กรู้ว่ามีคนสนับสนุนอยู่ เป็นแรงบันดาลใจให้เด็ก

2) เมื่อเด็กตอบผิด ก็พูดคำว่า “ไม่เป็นไร ผิดก็ไม่เป็นไร ทำใหม่ได้ หรือ ลองทำอีกครั้งสิ” เพื่อให้เด็กมีความกล้าที่จะทำอะไรใหม่ๆ เช่น การทำแกงจืดหมูสับ ถ้าเด็กใส่หมูก่อนน้ำซุป ก็บอกว่า “ไม่เป็นไร เราก็เติมน้ำต่อได้ลองดูสิ แต่ถ้าทำทีหลังต้องใส่น้ำซุปก่อนนะ” บอกให้เด็กลองทำก่อน แล้วจึงค่อยบอกวิธีที่ถูกต้องให้เด็ก จะทำให้เด็กมีความจำที่ดีและครั้งหน้าเค้าจะทำถูกวิธีด้วยตัวของเขาเอง

3) ควรเล่นกับเด็กผ่านเทคโนโลยีบางอย่างบ้าง เพื่อให้เด็กได้ก้าวทันโลกและคุ้นชินกับการใช้เทคโนโลยี เทคโนโลยีจะทำให้เด็กมีการเรียนรู้ที่กว้างไกล แต่ผู้ดูแลต้องอยู่กับเด็กขณะที่เด็กใช้เครื่องมือเทคโนโลยี แม้กระทั่งเวลาที่เรียนออนไลน์เวลาที่เด็กเรียนออนไลน์ผ่านแท็บเล็ตนั้น ทำให้เด็กรู้สึกมีเพื่อนร่วมเรียนข้างๆ ด้วย นอกจากเพื่อนๆที่เรียนด้วยกันผ่านจอแท็บเล็ต ทำกิจกรรมไปพร้อมๆกับเด็ก ช่วยเหลือเด็กทำให้เด็กอยากเรียน

4) หลังจากเรียนเสร็จควรปิดแท็บเล็ตและหากิจกรรมทำให้บ้าน เนื่องจากว่าเด็กนั้นไม่ควรที่จะจ้องจอแท็บเล็ตนานเกินไป จะทำให้สุขภาพเสียได้สุดท้ายนั้นผู้ดูแลเด็กควรพาเด็กออกไปเที่ยวนอกบ้านบ้าง เพื่อให้เด็กได้มองเห็นโลกในมุมมองใหม่ๆที่กว้างขึ้น เพื่อสร้างประสบการณ์ให้เด็กได้มีความรู้และจินตนาการ ทำให้เด็กเหล่านี้เติบโตขึ้นไปอย่างมีคุณภาพ

8. สรุป

การพัฒนาเด็กปฐมวัยตามยุคไทยแลนด์ 4.0 นั้น ต้องทำให้เด็กสามารถเติบโตมาเป็นเด็กที่มีปัญญาเฉียบแหลม (Head) มีทักษะที่เห็นผล (Hand) มีสุขภาพที่แข็งแรง (Health) และมีจิตใจที่งดงาม (Heart) ผ่าน 4 วิธีการ คือ สนับสนุนความคิดสร้างสรรค์ สร้างแรงบันดาลใจ สอนให้เด็กเป็นคนที่มีจิตสาธารณะและรู้จักทำงานให้สัมฤทธิ์ผล เพื่อสอดคล้องกับวิสัยทัศน์ที่ว่า “มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน” และผู้ดูแลเด็กสามารถนำความรู้ต่างๆ เหล่านี้ไปพัฒนาเด็กๆในบ้านของตัวเองได้

9. เอกสารอ้างอิงและแหล่งข้อมูล

กองบริหารงานวิจัยและประกันคุณภาพการศึกษา. (2559). พิมพ์เขียว Thailand 4.0 โมเดลขับเคลื่อนประเทศไทยสู่ความมั่งคั่งมั่นคงและยั่งยืน. [online] Retrievd November 28, 2022, from http://www.saerhung.go.th/datacenter/doc_download/a_310717_125838.pdf.

ชนิพรรณ จาติเสถียร. (2560). สื่อเทคโนโลยีสำหรับเด็กปฐมวัย: Yes or No ?? [online] Retrievd November 28, 2022, from https://adacstou.wixsite.com/adacstou/single-post/2017/05/26/...

https://madreshoy.com/th/los-ninos-y-las-nuevas-tecnologias-ventajas-e-inconvenientes-de-su-uso/ หัวข้อ “เด็กและเทคโนโลยีใหม่: ข้อดีและข้อเสียของการใช้งาน”.

https://donruedee6814.wordpress.com/2018/09/21/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87-thailand-4-0/ หัวข้อ “ความหมายของ Thailand 4.0”.

https://sutidapp.wordpress.com/2015/12/01/%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%99%E0%B8%%E0%B8%A3%E0%B8%B4%E0%B8%81/ หัวข้อ “ความหมายและความสำคัญของเด็กปฐมวัย”.

https://so02.tci-thaijo.org/index.php/EDUCU/article/view/163461/118213?fbclid=IwAR0I8rIo28abI19CLn8U8cubPtL0JtFH9DytzfUcUTb7KPfpHs7m91jxbDQ. หัวข้อ “View of การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยตามวิถีชีวิตไทยในยุคประเทศไทย 4.0”.

https://www.thairath.co.th/news/politic/820989?fbclid=IwAR079Ix8EXQru9a8L5kFoIv3wjx4CSUnoyO207Ms22763-pDivQ4Xz0WuSQ. หัวข้อ “คนไทย 4.0 ในศตวรรษที่ 21”.

http://www.krutoo.co.th/blog.php?p=165. หัวข้อ “เด็กยุคใหม่กับการใช้เทคโนโลยี”.

ผลของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เขตสุขภาพที่ 3

ศศิกานต์ มาลากิจสกุล*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงวัณโรค จำนวน 333 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) จากประชากรกลุ่มเสี่ยงวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2562 ทั้งหมด 1,916 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงวัณโรค จำนวน 333 คน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 33.9 ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 23.4 ผู้ป่วยเบาหวาน ร้อยละ 13.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 11.7 แรงงานข้ามชาติ ร้อยละ 7.8 ผู้ต้องขังในเรือนจำ ร้อยละ 6.0 และบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 3.9 กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคอยู่ในระดับมีปัญหา ร้อยละ 65.9 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคระหว่างก่อนและหลังการดำเนินงานสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคหลังดำเนินการเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากระดับมีปัญหาร้อยละ 71.4 ไปสู่ระดับพอพียงร้อยละ 84.8

ผลของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรค ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 ทำให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคเพิ่มขึ้น เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน ควรมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายให้ทันต่อสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพในปัจจุบัน

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงวัณโรค, ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรค, เขตสุขภาพที่ 3

*****นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์*

The Result of Health Literacy to protect tuberculosis for tuberculosis case contactors in Regional Health Area 3

Sasigan Malakitsakul*

Abstract

This research was the action research conducted on 333 samples from tuberculosis case contactors. The samples were selected by multi-stage sampling, Regional Health Area 3's database of 1,916 registered people from tuberculosis case contactors. The data were collected by questionnaires. The data were statistically analyzed by frequency distributions, mean, arithmetic mean, standard deviation, and Paired t-test.

The 333 samples from tuberculosis case contactors including above-sixty-year-old elderlies 113 samples (33.9%), tuberculosis case contactors 78 samples (23.4%), diabetic patients 44 samples (13.2%), HIV infected 39 samples (11.7%), foreign workers 26 samples (7.8%) prisoners 20 samples (6.0%), and healthcare workers 13 samples (3.9%). The samples were identified their health literacy to protect tuberculosis was problematic level (65.9%), the tuberculosis case contactors was higher that the statistical significance at 0.05. From their health literacy to protect tuberculosis was problematic level (71.4%) to sufficient level (84.8%).

The Result of health literacy to protect tuberculosis for risk groups in Regional Health Area 3 led to the higher, making them to protect themselves and their families, and communities from the decease. It also suggested that the gradual evaluation to was required to improve tuberculosis prevention and control with local updates.

Key words: Tuberculosis case contactors, Health literacy to protect tuberculosis, Regional Health Area 3

** Public Health Technical Officer, Professional Level*

The Office of Disease Prevention and Control 3 Nakhon Sawan Province

บทนำ

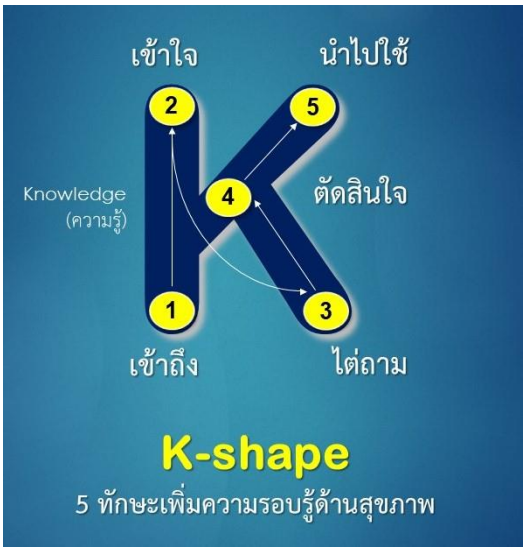
วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็นยังเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง จากรายงานวัณโรคระดับโลกปี พ.ศ. 2561 โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดประมาณทางระบาดวิทยาว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ จำนวน 108,000 ราย คิดเป็น 156 ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 11,000 ราย และพบผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 12,000 ราย (Global Tuberculosis Report, 2018) ยังพบปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินงานวัณโรคที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์วัณโรคอีกหลายประการ คือ อัตราความครอบคลุมการค้นพบและขึ้นทะเบียนรายงานการรักษาต่ำ การค้นหาเพื่อคัดกรองวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงยังไม่ครอบคลุมกลุ่มบุคคลที่มีโรค หรือภาวะเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยเอชไอวี ผู้ต้องขังในเรือนจำ เป็นต้น อัตราการเสียชีวิตสูงในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นวัณโรคในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา อัตราการขาดยาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเนื่องจากการย้ายถิ่นฐาน อีกทั้งผู้ป่วยวัณโรคส่วนใหญ่ได้รับการรักษาที่ไม่สม่ำเสมอ ไม่ครบถ้วน ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้

เป้าหมายในการป้องกันควบคุมวัณโรค ในระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2573) โดยองค์การอนามัยโลกได้จัดทำยุทธศาสตร์วัณโรค (End TB Strategy) กำหนดเป้าหมายยุติวัณโรคในปี พ.ศ. 2578 มุ่งยุติวัณโรคให้สำเร็จภายใน 20 ปี โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรภายในปี พ.ศ. 2578 (WHO, 2015) และลดจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตลง ร้อยละ 95 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2558 (กองนวัตกรรมและวิจัย, 2562)

ผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคของประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2558 และ 2559 ร้อยละ 79 และร้อยละ 83 ตามลำดับ (สำนักวัณโรค, 2561) สอดคล้องกับผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในเขตสุขภาพที่ 3 ในปีงบประมาณ 2560-2562 (11 เดือนแรก) ร้อยละ 83.8, 84.5 และ 82.7 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าผลการดำเนินงานปีจะมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ก็ยังต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ในขณะที่การค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำมีเพียง 2,748 ราย จากค่าเป้าหมาย 4,673 ราย (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3, 2562) ทำให้ประเทศไทยจึงต้องเร่งรัดการจัดทำ “แผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564” โดยมีมาตรการลดอุบัติการณ์การเกิดวัณโรค ได้แก่ (1) เร่งรัดการค้นหาและวินิจฉัยในประชากรกลุ่มเปราะบางและกลุ่มเสี่ยงวัณโรค และให้มีความครอบคลุมการรักษา (Treatment Coverage) ร้อยละ 90 (2) ดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคทุกรายให้มีอัตราความสำเร็จของการรักษาไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 มีการติดตามประเมินความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่การยุติปัญหาวัณโรคอย่างเร่งด่วน (กองนวัตกรรมและวิจัย, 2562) ดังนั้น “การเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพวัณโรค” จึงได้ถูกนำมาใช้เป็นมาตรการเสริมในการสนับสนุนการดำเนินงานวัณโรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคโดยเร็วที่สุด

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1998) ได้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) คือ “ทักษะต่างๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ” (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2541) องค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่หน่วยงานและ

นักวิชาการกำหนดขึ้นและเป็นที่ยอมรับ มีการนำมาใช้ในการกำหนดกรอบการพัฒนาและการประเมิน ประกอบด้วย เข้าถึง เข้าใจ ตัดสินใจ นำไปใช้ ไต่ถาม/โต้ตอบ ดังนั้น “5 ทักษะเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ” คือ ทักษะการเข้าถึง (access) ทักษะการเข้าใจ (understand) ทักษะการไต่ถาม (questioning) ทักษะการตัดสินใจ (make decision) และทักษะการนำไปใช้ (apply) หรือที่เรียกว่า “เคเชฟ” (K-shape) บนพื้นฐานของข้อมูลข่าวสาร (information) และความรู้ (knowledge) ที่เป็นจริงและเชื่อถือได้สำหรับสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพที่ถูกต้องสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม และเกิดการปฏิบัติตัวนำไปสู่สุขภาวะที่ดี (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2563) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดง K-shape: 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การสำรวจความรอบรู้สุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าคนไทยส่วนใหญ่มีความรอบรู้สุขภาพร้อยละ 65 มีความรอบรู้สุขภาพในเรื่องผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพน้อยที่สุด รองลงมา คือ การบริการสุขภาพร้อยละ 19 และส่วนใหญ่มีความรอบรู้สุขภาพไม่เพียงพอที่จะใช้ข้อมูลข่าวสาร และบริการสุขภาพพื้นฐานในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ สอดคล้องกับประชาชนในเขตสุขภาพที่ 3 มีความรอบรู้สุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 80.48 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 19.52 (สำนักโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0, 2562)

สอดคล้องกับรายงานผลการศึกษาการสังเคราะห์ข้อมูลกระบวนการเรียนรู้ที่สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของศูนย์เรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2563) ที่พบว่าองค์ความรู้เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศไทยในปัจจุบันต้องการการพัฒนาให้ถึงกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในปัญหาสุขภาพและกลุ่มเป้าหมายที่มีความแตกต่างหลากหลาย เลือกใช้วิธีการ และกลวิธีที่เหมาะสมรวมทั้งการพัฒนาวิธีการประเมิน และการแปลผลที่สามารถจำแนกกลุ่มตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการพัฒนาเฉพาะกลุ่ม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่จังหวัดที่รับผิดชอบ จำนวน 5 จังหวัด ได้แก่ กำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร นครสวรรค์ และอุทัยธานี จึงได้นำทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ 5 ทักษะไปใช้ดำเนินการเป็นมาตรการเสริมสนับสนุนการดำเนินงานวัณโรค เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนงานป้องกันควบคุมวัณโรคตามแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงวัณโรค และศึกษาผลการพัฒนาตามโครงการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรค ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงวัณโรคของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคระหว่างก่อนและหลังการดำเนินงานตามโครงการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินงานสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงวัณโรคในพื้นที่ของเขตสุขภาพที่ 3 แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงวัณโรค

ประชากรเป็นกลุ่มเสี่ยงวัณโรคตามเป้าหมายเพื่อการค้นหาคัดกรองเชิงรุกของเขตสุขภาพที่ 3 ที่ขึ้นทะเบียนรายใหม่ ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 1,916 คน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ จำนวน 672 คน ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 462 คน ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 261 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 233 คน ผู้ต้องขังในเรือนจำ จำนวน 121 คน แรงงานข้ามชาติ จำนวน 154 คน และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 13 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงวัณโรค จำนวน 333 คน กำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางของ Krejcie & Morgan (1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยจำแนกตามกลุ่มเสี่ยงวัณโรคในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 5 จังหวัด ได้แก่ กำแพงเพชร ชัยนาท พิจิตร นครสวรรค์ และอุทัยธานี และการคำนวณสัดส่วน ดังนี้

กลุ่มเสี่ยงวัณโรค	ประชากร (คน)	จังหวัด	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	672	กำแพงเพชร และอุทัยธานี	113
ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค	462	นครสวรรค์ และชัยนาท	78
ผู้ป่วยเบาหวาน	261	นครสวรรค์	44
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	233	พิจิตร	39
ผู้ต้องขังในเรือนจำ	121	กำแพงเพชร	20
แรงงานข้ามชาติ	154	นครสวรรค์	26
บุคลากรสาธารณสุข	13	พิจิตร	13
รวม	**1,916**		**333**

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาผลการพัฒนาตามโครงการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรค โดยเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ ก่อนและหลังการดำเนินงาน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ในอำเภอตาคลี จังหวัดนครสวรรค์ และอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จังหวัดละ 39 คน รวมจำนวน 78 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

ดำเนินการจัดกิจกรรมโครงการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรค ตาม 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ “เคเชฟ” (K-shape) (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2563) ดังนี้

1. ทักษะการเข้าถึง (access) หมายถึง ความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล กลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูลที่เข้าถึงได้ว่ามีความน่าเชื่อถืออย่างไร ก่อนนำมาใช้ทำความเข้าใจ

2. ทักษะการเข้าใจ (understand) หมายถึง ความสามารถและทักษะการเรียนรู้สะท้อนได้จากระดับการจดจำ ระดับความเข้าใจ หรือระดับความยากในการจดจำและทำความเข้าใจ

3. ทักษะการไต่ถาม (questioning) หมายถึง ความสามารถและทักษะการใช้คำถามและการสื่อสาร

4. ทักษะการตัดสินใจ (make decision) หมายถึง ความสามารถและทักษะการตัดสินใจ

5. ทักษะการนำไปใช้ (apply) หมายถึง ความสามารถและทักษะการเตือนตนเองและจัดการตนเอง

การจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรค แบ่งเป็นจังหวัดละ 2 กลุ่ม กลุ่มละ 19-20 คน โดยได้รับความอนุเคราะห์ผู้ร่วมดำเนินกิจกรรมจากเจ้าหน้าที่ของสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 2 คน และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ที่ผ่านการอบรมการจัดกิจกรรมกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 คน ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2564 แบ่งการฝึกทักษะผู้เข้าร่วมเป็นรายทักษะ/ฐานกิจกรรม กำหนดการฝึกรายทักษะ ๆ ละ 1 ชั่วโมง และอภิปรายสรุปร่วมกัน รวมเวลา 6 ชั่วโมง โดยวิธีการบรรยาย การฝึกปฏิบัติชมคลิปวิดีโอ อภิปรายแลกเปลี่ยนและทบทวนเพื่อสรุปการเรียนรู้ รายละเอียดกิจกรรมฝึกรายทักษะ ดังนี้

1. กิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึง ให้แบ่งกลุ่มเพื่อค้นหาข้อมูลสุขภาพวัณโรค และตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลวัณโรคตามประเด็นสื่อสารหลัก ได้แก่ “รู้เร็ว รักษาหาย ไม่แพร่กระจาย” จากสื่อโซเชียล สื่อโทรทัศน์ สื่อวิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ในบริบทชุมชน นำมาวิเคราะห์ และร่วมกันอภิปรายสรุปการเรียนรู้

2. กิจกรรมฝึกทักษะการเข้าใจ ให้แบ่งกลุ่มฝึกการจดจำและทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพวัณโรคจากสื่อสิ่งพิมพ์ และสื่อออนไลน์ต่างๆ จากนั้นสุ่มนำเสนอข้อมูลสุขภาพวัณโรคโดยใช้เทคนิคการใช้ภาพ และเทคนิคการสอนกลับ ร่วมกันอภิปรายสรุปการเรียนรู้

3. กิจกรรมฝึกทักษะไต่ถาม ให้จับคู่ฝึกตั้งคำถามข้อมูลสุขภาพวัณโรคตามใบงาน และสลับกันถามตอบ และประเมินการตั้งคำถาม สุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยน และสรุปการเรียนรู้ร่วมกัน

4. กิจกรรมฝึกทักษะการตัดสินใจ นำเสนอสถานการณ์แล้วให้ฝึกทักษะการตัดสินใจตามกระบวนการ 4 ขั้นตอน คือ ระบุปัญหาที่ต้องตัดสินใจ กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืนในการตัดสินใจ พร้อมแสดงเหตุผลประกอบการตัดสินใจนั้น สุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยน และสรุปการเรียนรู้ร่วมกัน

5. กิจกรรมฝึกทักษะนำไปใช้ ให้เล่าประสบการณ์ตนเอง หรือสถานการณ์ที่เคยพบเห็นเกี่ยวกับวัณโรค และผลัดกันอภิปรายแสดงความคิดเห็นในประเด็นวิธีการเตือนตนเอง และวิธีจัดการตนเองในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้ปลอดภัยจากวัณโรค สุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยน และสรุปการเรียนรู้ร่วมกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม ของคณะกรรมการแผนงานป้องกันวัณโรคระดับภาคเหนือ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-3 จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดพิษณุโลก และจังหวัดนครสวรรค์ ตามลำดับ) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมพัฒนาปรับปรุงจากแบบสอบถามของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค แบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ชื่อ ที่ตั้งชุมชน หมู่บ้าน เพศ อายุ ประเภทกลุ่มเสี่ยงวัณโรค และโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 ความรอบรู้สุขภาพในการป้องกันวัณโรค จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-5 คะแนน โดยใช้เกณฑ์แบ่ง 4 กลุ่มหรือระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 ไม่เพียงพอ (inadequate) คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับที่ 2 มีปัญหา (problematic) ช่วงคะแนนร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 74.9 ระดับที่ 3 พอเพียง (sufficient) ช่วงคะแนนร้อยละ 75 ถึงร้อยละ 89.9 และระดับที่ 4 ดีเยี่ยม (excellent) มีคะแนนร้อยละ 90 ขึ้นไป (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2564) เกณฑ์ที่ถือว่ามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพพอพียงของประชาชนไทย คือ ร้อยละ 75 ตามรายงานสรุปผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับประเทศในกลุ่มประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป (กรมอนามัย, สวรส. และมหาวิทยาลัยมหิดล, 2561)

การพัฒนาคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่าเท่ากับ 0.80-1.00 ทำการทดสอบค่าความเชื่อมั่นหรือค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) โดยนำไปทดสอบ (try out) กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.88

วิธีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีให้ตอบแบบสอบถามด้วย ในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์และบันทึกให้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูล นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ฯ ภายในกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศชาย จำนวน 137 คน ร้อยละ 41.1 เพศหญิง จำนวน 196 คน ร้อยละ 58.9 อายุระหว่าง 18-24 ปี จำนวน 10 คน ร้อยละ 3.1 อายุระหว่าง 25-34 ปี จำนวน 34 คน ร้อยละ 10.2 อายุระหว่าง 35-44 ปี จำนวน 37 คน ร้อยละ 11.1 อายุระหว่าง 45-54 ปี จำนวน 59 คน ร้อยละ 17.7 อายุระหว่าง 55-64 ปี จำนวน 87 คน ร้อยละ 26.1 อายุ 65 ปีขึ้นไป จำนวน 106 คน ร้อยละ 31.8 โรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน จำนวน 53 คน ร้อยละ 15.9 โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 66 คน ร้อยละ 19.8 โรคหัวใจ จำนวน 6 คน ร้อยละ 1.8 โรคไต จำนวน 3 คน ร้อยละ 0.9 มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค จำนวน 29 คน ร้อยละ 8.7 และไม่มีโรค จำนวน 176 คน ร้อยละ 52.9 จำแนกตามกลุ่มเสี่ยงวัณโรค ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 113 คน ร้อยละ 33.9 รองลงมาได้แก่ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 23.4 ผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ร้อยละ 13.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 11.7 แรงงานข้ามชาติ ร้อยละ 7.8 ผู้ต้องขังในเรือนจำ ร้อยละ 6.0 และบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 3.9

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงวัณโรค ในภาพรวมทุกกลุ่มพบว่า อยู่ในระดับมีปัญหา มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 65.9 โดยกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขอยู่ในระดับพอเพียง กลุ่มที่เหลืออยู่ในระดับมีปัญหา เรียงลำดับตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคจากมากไปน้อยได้ดังนี้ บุคลากรสาธารณสุขมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 78.9 รองลงมา ได้แก่ ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 71.4 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 64.5 ผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 63.6 ผู้ต้องขังในเรือนจำมีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 62.3 แรงงานข้ามชาติมีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 60.2 ตามลำดับ และผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีคะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 60.1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงวัณโรคเขตสุขภาพที่ 3

กลุ่มเสี่ยงวัณโรค	ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรค			
	n	$\bar{x}$ (ร้อยละ)	SD	ระดับคะแนน
1. บุคลากรสาธารณสุข	13	78.9	7.37	พอเพียง
2. ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค	78	71.4	9.82	มีปัญหา
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	39	64.5	8.29	มีปัญหา
4. แรงงานข้ามชาติ	26	60.2	9.09	มีปัญหา
5. ผู้ต้องขังในเรือนจำ	20	62.3	7.13	มีปัญหา
6. ผู้ป่วยเบาหวาน	44	63.6	12.27	มีปัญหา
7. ผู้สูงอายุ 60 ปี ขึ้นไป	113	60.1	12.91	มีปัญหา
รวม	333	65.9	12.24	มีปัญหา

3. การเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงวัณโรค ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมโครงการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรค จำนวน 78 คน

3.1 ก่อนดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสวัณโรค จำนวน 78 คน เมื่อวิเคราะห์จำแนกรายทักษะ พบว่า ทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ทักษะการนำไปใช้ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 76.2 รองลงมา ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 75.1 ทักษะการไต่ถาม คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 74.2 ทักษะการเข้าใจ คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 71.0 ตามลำดับ และทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60.7 โดยทักษะการเข้าถึง การเข้าใจ และการไต่ถามอยู่ในระดับมีปัญหา ทักษะการตัดสินใจและการนำไปใช้อยู่ในระดับพอเพียง

3.2 หลังดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสวัณโรค จำนวน 78 คน เมื่อวิเคราะห์จำแนกรายทักษะ พบว่า ทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด ได้แก่ ทักษะการนำไปใช้คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 89.3 รองลงมา ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 87.6 ทักษะการไต่ถามคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 85.8 ทักษะการเข้าใจคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 84.8 ตามลำดับ และทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 76.5 โดยทั้ง 5 ทักษะอยู่ในระดับพอเพียง

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสเสี่ยงวัณโรค จำแนกรายทักษะ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ							t
	ก่อนดำเนินการ				หลังดำเนินการ			
	n	$\bar{x}$ (ร้อยละ)	SD	ระดับคะแนน	$\bar{x}$	SD	ระดับคะแนน	
1. การเข้าถึง	78	60.7	2.04	มีปัญหา	76.5	2.20	พอพียง	35.048*
2. การเข้าใจ		71.0	1.84	มีปัญหา	84.8	1.42	พอพียง	37.655*
3. การไต่ถาม		74.2	2.81	มีปัญหา	85.8	1.10	พอพียง	30.120*
4. การตัดสินใจ		75.1	2.22	พอพียง	87.6	1.26	พอพียง	33.348*
5. การนำไปใช้		76.2	2.83	พอพียง	89.3	1.88	พอพียง	32.024*

* $p < 0.01$

3.3 การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสวัณโรค เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 78 คน ก่อนและหลังการดำเนินงานฯ พบว่า หลังดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรค มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากระดับมีปัญหาคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 71.4 ไปสู่ระดับพอพียงคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 89.3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคของกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงวัณโรค ก่อนและหลังดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ				t	p-value
	n	$\bar{x}$ (ร้อยละ)	SD	ระดับคะแนน		
ก่อน	78	71.4	3.10	มีปัญหา	15.04	<0.01
หลัง		84.8	2.45	พอเพียง		

สรุปและอภิปรายผล

1. คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเสี่ยงวัณโรคที่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 113 คน รองลงมาเป็นผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค จำนวน 78 คน ร้อยละ 23.4 และผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 44 คน ร้อยละ 13.2 สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการตำบลต้นแบบลดวัณโรค “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา” (กิตศราวุฒิ ขวัญชารี, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ และกรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์, 2559) ที่พบว่ากลุ่มเสี่ยงวัณโรคส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ส่วนใหญ่มา

จากผู้ป่วยเบาหวานรายเก่า ถึงร้อยละ 50 (จรัสศรี ศรีเวียง, 2561) ซึ่งพบว่าการเป็นวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อนั้นมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ต้องมีการตรวจคัดกรองวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูง คือ ผู้ที่เคยสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค และมีระดับ HbA1c ≥ 7.0% เพื่อนำมาขึ้นทะเบียนรักษาให้ทันเวลา และลดโอกาสการแพร่กระจายของเชื้อวัณโรค

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรค พบว่า กลุ่มเสี่ยงที่มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคน้อยที่สุด ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60.1 อยู่ในระดับมีปัญหา อาจจะเนื่องจากสภาพร่างกายซึ่งเกี่ยวข้องกับขีดความสามารถของกลุ่มผู้สูงอายุ และการไม่คุ้นชินกับการใช้เทคโนโลยีในการค้นหาข้อมูลข่าวสาร และทักษะการจดจำและการทำความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพลดลง ทำให้มักจะหลงลืมได้ง่ายตามสภาพอายุที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับกระบวนการของความชราหรือความแก่ในผู้สูงอายุเซลล์ในร่างกายจะเริ่มมีการสลายของเซลล์มากกว่าการเสริมสร้าง ซึ่งทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลงไปด้วยการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น การเปลี่ยนแปลงระบบประสาทรับสัมผัส (มีการเสื่อมลงของตามองเห็นไม่ดี ปฏิกิริยาของม่านตาต่อแสงลดลง) ระบบประสาท (เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า ความจำเสื่อม ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาต่างๆ ลดลง) เป็นต้น (Aldwin & Glimer, 2004) คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพจึงมีระดับคะแนนต่ำกว่าทุกกลุ่ม สอดคล้องกับผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2556 พบว่า การอ่านหนังสือของคนไทยลดลงไปตามวัยที่เพิ่มสูงขึ้น จากวัยเด็ก (ร้อยละ 90.7) เยาวชน (ร้อยละ 89.6) วัยทำงาน (ร้อยละ 79.1) และวัยสูงอายุ (ร้อยละ 52.8) จะเห็นได้ว่าการอ่านของผู้สูงอายุมีเหลือเพียงครึ่งหนึ่งเท่านั้น สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาและโอกาสในการสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปได้น้อยลง

นอกจากนี้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสวัณโรคมีทักษะการเข้าถึงอยู่ในระดับมีปัญหา มีผลคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60.7 ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจการรับรู้ความเสี่ยงโรคไม่ติดต่อของประชาชน ในการสื่อสารความเสี่ยงลดเค็มในอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ จังหวัดสุโขทัย พบว่าประชาชนและ รพ.สต.เข้าใจไม่ถูกต้อง เช่น ค่าน้ำหนักตัว ค่ามาตรฐานความดันโลหิต และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารความรู้ที่สอดคล้องกับความเสี่ยงของตนเองยังเป็นประเด็นที่มีแนวโน้มจะเกิดปัญหา (กริ่งแก้ว สอาดรัตน์., 2564) และสอดคล้องกับการสำรวจของกรมอนามัยฯ เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของประชาชน พบว่า ทักษะ ที่เป็นจุดอ่อนของคนไทย คือ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งได้แก่ การสืบค้น การค้นหา และรู้แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ รองลงมา ได้แก่ การทบทวน-ซักถาม (สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส., 2562)

3. การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรค ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้กิจกรรม จำนวน 5 กิจกรรม โดยใช้เวลา 6 ชั่วโมง ประกอบด้วยการฝึกกิจกรรมรายทักษะ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะนำไปใช้ ใช้เวลาทักษะละ 1 ชั่วโมง และอภิปรายสรุปร่วมกัน รวมเวลา 6 ชั่วโมง โดยวิธีการบรรยาย การฝึกปฏิบัติชมคลิปวิดีโอ อภิปรายแลกเปลี่ยน และทบทวนเพื่อสรุปการเรียนรู้ร่วมกัน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคของ

กลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสวัณโรคสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจ (ภรกต สูฝน, 2563) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ใช้ระยะเวลาอบรมต่อเนื่อง 2 วัน ติดตามผล 3 เดือน ทำให้กลุ่มตัวอย่าง อสม.ที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ สอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคสำหรับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2564) ประกอบด้วยกิจกรรมพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพรอบด้าน 6 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 10 ชั่วโมง 30 นาที พบว่า ระดับคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ระดับคะแนนอยู่ในระดับที่น่าพอใจ และสอดคล้องกับการศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยประยุกต์แบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออกสูงขึ้น และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกดีขึ้น (ชวนพิศ จักขุจันทร์, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และธราดล เก่งการพานิช, 2564)

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ผลจาการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงวัณโรค เขตสุขภาพที่ 3 ในภาพรวมทุกกลุ่ม มีทักษะการเข้าถึงอยู่ในระดับมีปัญหา ดังนั้น จึงควรนำนวัตกรรมใหม่ๆ ด้านการสื่อสารและสารสนเทศที่มีความทันสมัยและทันเหตุการณ์ เพื่อช่วยส่งเสริมการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุต่ำกว่า 60 ปี โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น และวัยทำงานนั้น เพื่อช่วยดึงดูดความสนใจในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโรคและภัยสุขภาพ และพัฒนาทักษะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ผลจาการศึกษาพบว่า ทั้งก่อนและหลังดำเนินการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคของกลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสวัณโรค ทักษะที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ดังนั้น จึงควรปรับกลวิธีในการจัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น เพิ่มระยะเวลา จำนวนครั้ง รูปแบบ และมีการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง จำเป็นจะต้องใช้กลวิธีในการสร้างเสริมความรอบรู้และพัฒนาทักษะการเข้าถึง ได้แก่ วิธีการตรวจสอบรายการ (Check & Check Methods) หรือการแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ (Show-me) เพื่อพัฒนากลุ่มตัวอย่างให้มีความสามารถและทักษะในการค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ มาตรการ แนวทางในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมจากสื่อต่างๆ

3. ผลของการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคให้กับกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงานในครั้งนี้ พบว่า ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันวัณโรคสูงขึ้นจากระดับมีปัญหาไปสู่ระดับพอเพียง สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มโรคและภัยสุขภาพอื่นๆ ได้ แต่การศึกษาครั้งนี้ยังไม่ได้ครอบคลุมการศึกษาทางพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมาย ดังนั้นควรนำทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์มาช่วยใช้ในการออกแบบกิจกรรม และกำหนดกลวิธีที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย จะช่วยให้เกิดผลดีต่อการกำหนดวิธีการประเมินและติดตามผลการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

กริ่งแก้ว สอาดรัตน์. (2564). การประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงลดเค็มในอาหารสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ จังหวัดสุโขทัย. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา, ฉบับเดือนมกราคม-มิถุนายน, 36(1), 24-35.

กิตศราวุฒิ ขวัญชารี, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ และกรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อในผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 3, 1-11.

กรมควบคุมโรค. (2564). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2564. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2563, จาก https://ddc.moph.go.th/upload/pu

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี.

กรมอนามัย, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และมหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ.2560 (ระยะที่ 1). สืบค้นเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ 2565, จาก http://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/11454

กองนวัตกรรมและวิจัย กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แผนงานวิจัยด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2562-2564. สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2563, จาก http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER28/DRAWER068/GENERAL/DATA0000/00000275.PDF

เกียรติสุดา ศรีสุข. ระเบียบวิธีวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 3). เชียงใหม่: โรงพิมพ์ครองช่างพริ้นติ้ง.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). เครื่องมือประเมิน Health Literacy. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา, ฉบับเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม, 36(2), 7-18.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2563). K-shape 5 ทักษะเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2563, จาก http://hepa.or.th/journal.php

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และดวงเนตร ธรรมกุล. (2558). การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 9(2), 1-8.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, นิรันตา ไชยพาน และสุจิตรา บุญกล้า. (2564). การพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรค กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข.วารสารสุขศึกษา, ฉบับเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2564, 44(2), 187-201.

จรัสศรี ศรีเวียง. (2561). ตำบลต้นแบบลดวัณโรค“ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาเครือข่ายและระบบดูแลรักษา. สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2563, จาก http://203.157.186.16/kmblog/page_research_ detail.php.

ชวนพิศ จักขุจันทร์, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และธราดล เก่งการพานิช. (2564). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยประยุกต์แบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรมในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารกรมควบคุมโรค ฉบับเดือนกรกฎาคม-กันยายน. 47(3), 479-489.

ภรกต สูฝน. (2563). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุดรธานี. วารสารโรคเอดส์ เดือนตุลาคม 2562-มกราคม 2563, 32(1), 1-14.

ศูนย์การเรียนรู้สุขภาวะ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). กระบวนการเรียนรู้ที่สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy). สืบค้นเมื่อ 19 กุมภาพันธ์ 2565, จาก http://hepa.or.th/journal.php

สำนักโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน. (2562). สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย พ.ศ. 2562. สืบค้นเมื่อ 1 กันยายน 2563, จาก http://dohhl.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=112

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 กระทรวงสาธารณสุข. (2562). เอกสารสรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงานเขตสุขภาพที่ 3 รอบที่ 2 ปี 2562. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2563, จาก http://spbo3.moph.go.th/ket/?p=2438

สำนักวัณโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคตามแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ.2560-2564. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน.2563, จาก https://www.skko.moph.go.th/dward/document_file/aids/common_form_upload_file/20180911154249_1823529537.pdf

Aldwin, M.C. & Glimer, F.D. (2004). Health, illness, and optimal aging: biological and psychosocial perspectives. California: Kate Peterson.

Krejcie, R.V. & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement. 30, 607-610.

World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary. Division of Promotion, Education and Communications, Health Education and Health Promotion Unit, Geneva: WHO.

World Health Organization. (2015). World Health organization. Implementing The End TB Strategy: The Essentials, Geneva: WHO. 2015, 18-19.

World Health Organization. (2017). Global tuberculosis report 2017. Geneva: WHO. 2017, 16-17.

ผลของการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ บ้านเวียงหวาย หมู่ 9 ตำบลม่อนปิ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ประทุมวรรณ แจ่มสว่าง[1], วิลาวัลย์ ตั้งสัตยาธิษฐาน[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาทักษะตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแรงงานข้ามชาติ บ้านเวียงหวาย หมู่ 9 ตำบลม่อนปิ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ใช้การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) วิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest posttest design) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แรงงานข้ามชาติในชุมชนตีนธาตุ และชุมชนไม้จะลอม จำนวน 30 คน ได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันไข้เลือดออก โดยจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะในการป้องกันไข้เลือดออก เน้นทักษะการสร้างความเข้าใจ โดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 5 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ส่วนที่ 3 ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก-วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ Paired-sample t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับกิจกรรมพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันไข้เลือดออก ความเชื่อเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และมีพฤติกรรมป้องกันไข้เลือดออกดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: กิจกรรมพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ,พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก, แรงงานข้ามชาติ

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่อนปิ่น

[2.] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลฝาง

The results of skills development of health literacy, belief, and behaviors to prevent dengue fever among Wiang Wai Migrant Group, Group 9 Monpin Subdistrict, Fang District, Chiang Mai Province.

Pratoomwan Jamsawang[1], Wilawan Tangsattayatithan[2]

Abstract

This research was aims to study the results of developing skills of health literacy. And behavior to prevent dengue fever of migrant workers Ban Wiang Wai, Group 9, Monpin subdistrict, Fang District, Chiang Mai Province. By comparing access skills, health knowledge Prevention of dengue fever and beliefs in preventing dengue fever before and after the activity Is a Quasi - experimental research. The One Group Pretest Posttest Design, measured before and after the experiment. The sample is migrant workers. Acquired by purposive sampling. The experiment group received a dengue prevention program. By organizing activities to develop skills in prevent dengue fever. Focus on understanding skills. Collect data before and after the experiment. By using a questionnaire, consist of 5 parts: part 1 Characteristics of the sample, part 2 Knowledge of dengue fever, part 3, Health literacy, part 4 Beliefs about dengue fever prevention, and part 5 Behavior of dengue disease prevention. Analyze data by finding the frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired-sample t-test statistics. The results show that the samples later received activities to develop health literacy skills. Have anti-dengue behavior and beliefs about dengue fever are better than before the experiment. Statistical significance at level .05.

Key words: Activities of health literacy skills development, Behavior to prevent dengue hemorrhagic fever, Migrant workers

[1] *Public health scholars specialize Ban Monpin District Health Promotion Hospital*

[2] *Public health scholars specialize Health Education Division Fang Hospital*

บทนำ

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี พ.ศ.2564 (วันที่1 มกราคม–12 ตุลาคม 2564) จากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกสะสมจำนวน 7,720 ราย อัตราป่วยเท่ากับ 11.61 ต่อประชากรแสนคน จำนวนผู้ป่วยสะสมน้อยกว่าปีที่ผ่านมาและน้อยว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ในช่วงเวลาเดียวกันร้อยละ 88 โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่สำคัญ ได้แก่ ได้รับการวินิจฉัยล่าช้า รวมทั้งมีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณที่พักอาศัย สถานการณ์ในปี พ.ศ.2565 คาดว่าจะมีการระบาดรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ปีเว้นปี หรือปีเว้น 2 ปี

จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกของอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ.2562 มีอัตราป่วยเท่ากับ 538.99 ต่อประชากรแสนคน โดยเขตพื้นที่ของตำบลม่อนปิ่นในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่อนปิ่น พบว่ามีอัตราป่วยด้วยไข้เลือดออก ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2560-2563 คิดเป็น 501.12, 135.04, 222.51 และ 215.70 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่าในปี พ.ศ.2563 จำนวนผู้ป่วยของตำบลม่อนปิ่น มีจำนวนทั้งสิ้น 43 คน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่มาจากบ้านเวียงหวาย หมู่ 9 จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 58.14 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด

การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของตำบลม่อนปิ่น ถือได้ว่ายังไม่ประสบผลสำเร็จในระดับที่น่าพึงพอใจทั้งที่ได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในพื้นที่บ้านเวียงหวายหมู่ 9 ตำบลม่อนปิ่น รวม 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนต้นฮุง ชุมชนไม้จะลอม และชุมชนตีนธาตุ ซึ่งมีจำนวน 200 หลังคาเรือน รวมประมาณ 951 คน (ข้อมูลจากผู้นำชุมชนบ้านเวียงหวาย ปี พ.ศ.2565) ปัญหาการควบคุมไข้เลือดออกที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง มีความเชื่อและพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกที่ยังไม่ถูกต้อง เช่น การเก็บน้ำไว้ใช้ในครัวเรือนโดยไม่ปิดฝาภาชนะ เชื่อว่าแสงแดดจะสามารถฆ่าลูกน้ำยุงลายได้ ไม่เปลี่ยนหรือเทน้ำทิ้งทุก 7 วัน เพราะเสียดายน้ำ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค เป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคล ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ใช้ข้อมูลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคและลดขนาดความรุนแรงของโรคที่เกิดแล้วให้อยู่ในระดับเหมาะสม ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนมีระดับพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นเป้าหมายสำคัญที่จะทำให้ประชาชนไทย สามารถมีสุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง (สำนักสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสุขภาพ กรมควบคุมโรค,2564)

ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาผลของกิจกรรมการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เพื่อจะเป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนากิจกรรมการดำเนินการพัฒนาทักษะฯ ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ บ้านเวียงหวาย หมู่ 9 ตำบลม่อนปิ่น อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัย ได้แก่ แรงงานข้ามชาติ บ้านเวียงหวาย หมู่ 9 จากชุมชนที่มีการระบาดของไข้เลือดออกในปี พ.ศ.2563 จำนวน 2 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนตีนธาตุ และชุมชนไม้จะลอม จำนวน 566 คน จาก101 หลังคาเรือน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แรงงานข้ามชาติ จำนวน 30 คน ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ที่มีคุณลักษณะดังนี้ (1) เป็นแรงงานข้ามชาติทั้งถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย (2) อาศัยอยู่ในชุมชนตั้งแต่ปี พ.ศ.2562 และ (3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือและการพัฒนาคุณภาพ

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถาม มี 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ส่วนที่ 3 ความเชื่อเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาทบทวนงานวิจัยและจัดทำร่าง นำร่างแบบสอบถาม ไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาตรวจสอบความตรง (validity) เชิงโครงสร้างและเนื้อหาของข้อคำถาม รวมทั้งการใช้ภาษา จำนวน 3 ท่าน ประเด็นที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอในการปรับปรุง ได้แก่ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ข้อ 1 ปรับเป็นเมื่อมีคนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน ท่าน/คนในครอบครัว ไม่มีโอกาสป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ข้อ 5 ปรับเป็นการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ด้วยการเปลี่ยนน้ำ ขัดล้างภาชนะที่บรรจุน้ำควรทำเป็นประจำทุก 1 เดือน และข้อ 7 ปรับเป็นบริเวณรอบ ๆ บ้านที่มีน้ำขังในเศษวัสดุต่าง ๆ เช่น เปลือกผลไม้ ใบไม้แห้ง ถุงพลาสติกเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย

ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะดังกล่าว นำร่างแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างได้แก่ แรงงานข้ามชาติในพื้นที่บ้านเวียงหวาย หมู่ 9 ตำบลม่อนปิ่น อำเภอฝาง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์คุณภาพด้านความยากง่าย (difficulty) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.53 -0.80

ด้านความเที่ยง (reliability) พบว่าค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ .917 ด้านทักษะการเข้าถึง เท่ากับ .694 ด้านทักษะการสร้างความเข้าใจ เท่ากับ .705 ด้านทักษะการไต่ถาม เท่ากับ .797 ด้านทักษะการตัดสินใจ เท่ากับ .842 และด้านทักษะการนำไปใช้ เท่ากับ .852

2) กิจกรรมพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเชื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย (1) กิจกรรมพัฒนาทักษะการสร้างความเข้าใจในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ใช้เวลา 90 นาที (2) กิจกรรมฝึกจดจำประเด็นสำคัญ ใช้เวลา 90 นาที และ (3) กิจกรรมการสุ่มสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชน เพื่อสังเกตการปฏิบัติงานของประชาชนกลุ่มเสี่ยง เพื่อสร้างความมั่นใจในการในการนำไปปฏิบัติในครัวเรือน และแนะนำเพื่อนบ้านให้มีการจัดทำกิจกรรมสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired samples t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลฝาง ให้การรับรองการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล เอกสารรับรองหมายเลข COA No. 06/2565

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นการแสดงถึง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในชุมชน/โรงเรียน และประวัติการเจ็บป่วยด้วยไข้เลือดออก โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากร แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะบุคคล (n=30)

คุณลักษณะบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	40.00
หญิง	18	60.00
อายุ		
น้อยกว่า 16 ปี	6	20.00
ระหว่าง 16 - 20 ปี	15	50.00
มากกว่า 20 ปี	9	30.00
อายุต่ำสุด 13 ปี, อายุสูงสุด 44 ปี, อายุเฉลี่ย 19.70 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 00.71		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะบุคคล (n=30) (ต่อ)

คุณลักษณะบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	5	16.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	40.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	10	33.30
อนุปริญญา/ปวส./หรือสูงกว่า	3	10.00
ตำแหน่งในชุมชน/โรงเรียน		
ผู้นำเยาวชนหมู่บ้าน	6	20.00
ผู้นำ/แกนนำนักเรียนด้านสุขภาพ	3	10.00
อสม./คณะกรรมการอื่น ๆ ในชุมชน	8	26.70
นักเรียน/ประชาชนทั่วไป	13	43.30
การป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก		
ผู้ตอบป่วยเอง	15	50.00
สมาชิกในบ้าน/ครัวเรือนป่วย	5	16.70
ไม่มีใครในบ้าน/ครัวเรือนป่วย	10	33.30

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีข้อคำถามที่ 3 ได้แก่ โรคไข้เลือดออกมีความรุนแรง อาจทำให้เสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการักษาอย่างถูกต้อง มีจำนวนผู้ที่ตอบถูกสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 100 และมีข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกรองลงมาในข้อคำถามที่ 2 ได้แก่ การนอนในมุ้ง/ในห้องที่ติดมุ้งลวด ทำให้ปลอดภัยจากการถูกยุงกัด คิดเป็นร้อยละ 96.67 ในข้อคำถามที่ 1, 7 และ 8 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างตอบถูก คิดเป็นร้อยละ 93.33 เท่ากันทุกข้อคำถาม รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 2.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามถูก จำแนกตามประเด็นความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n=30)

ประเด็นความรู้	ก่อนจัดกิจกรรม		หลังจัดกิจกรรม	
	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)
1. เมื่อมีคนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน ท่าน/คนในครอบครัว ไม่มีโอกาสป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	20 (66.67)	10 (33.33)	28 (93.33)	2 (6.67)
2.การนอนในมุ้ง/ในห้องที่ติดมุ้งลวด ทำให้ปลอดภัยจากการถูกยุงกัด	22 (73.33)	8 (26.67)	29 (96.67)	1 (3.33

ตารางที่ 2.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามถูก จำแนกตามประเด็นความรู้ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n=30) (ต่อ)

ประเด็นความรู้	ก่อนจัดกิจกรรม		หลังจัดกิจกรรม	
	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)
3.โรคไข้เลือดออก มีความรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิต ได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง	15 (50.00)	15 (50.00)	30 (100	0 (0)
4.เป็นหน้าที่ของ อสม.ในการทำความสะอาดบ้าน กำจัดขยะและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ให้กับชาวบ้าน เพื่อไม่ให้มีลูกน้ำยุงลาย	18 (60.00)	12 (40.00)	24 (80.00)	6 (20.00)
5.การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายด้วยการเปลี่ยนน้ำ ขัดล้างภาชนะขังน้ำ เช่น อ่างซีเมนต์โอ่งน้ำ ควรทำเป็นประจำทุก 1 เดือน	11 (36.67X	19 (63.33)	12 (40.00)	18 (60.00)
6.การพ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย เป็นวิธีการฆ่ายุงตัวแก่ที่ได้ผล ควรทำเป็นประจำ	17 (56.67)	13 (43.33)	21 (70.00)	9 (30.00)
7.บริเวณรอบ ๆ บ้านที่มีน้ำขังในเศษวัสดุต่างๆ เช่น เปลือกผลไม้ ใบไม้แห้ง ถุงพลาสติก เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย	22 (73.33)	8 (26.67)	28 (93.33)	2 (6.67)
8.หากท่าน/คนในครอบครัวป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ทำให้ต้องหยุดเรียน หยุดงาน และสูญเสียรายได้	21 (70.00)	9 (30.00)	28 (93.33)	2 (6.67)

การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม เท่ากับ 4.87 และหลังการร่วมกิจกรรมเท่ากับ 6.80 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ฯ เพิ่มขึ้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนร่วมกิจกรรม	4.87	.90	-8.610	.000*
หลังร่วมกิจกรรม	6.80	.96		

* $p < 0.05$

ตารางที่ 2.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (n=30)

ระดับความรู้	ช่วงคะแนน	จำนวนคน (ร้อยละ) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ฯ	จำนวนคน (ร้อยละ) หลังเข้าร่วมกิจกรรม ฯ
สูง	มากกว่าร้อยละ 80	1 (3.33)	19 (63.33)
ปานกลาง	ระหว่าง 60 – 80	20 (66.67)	11 (36.67)
ต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60	9 (30.00)	0 (0)

ตอนที่ 3 ความเชื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความเชื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ภายหลังร่วมกิจกรรม ดีขึ้นกว่าก่อนการร่วมกิจกรรมในทุกประเด็น โดยความเชื่อก่อนการจัดกิจกรรมที่อยู่ในระดับสูงสุดจะเป็นในเรื่องของการรณรงค์ให้ทุกคนในหมู่บ้าน มีจิตสำนึกรับผิดชอบในการกำจัดแหล่งเพาะพันธ์ยุงลายในครัวเรือนของตัวเอง เป็นเรื่องที่ทุกชุมชนควรจัดทำ คิดเป็นร้อยละ 80.00 ส่วนที่อยู่ในระดับต่ำสุดจะเป็นเรื่องของการเก็บน้ำใช้ภายในครัวเรือนไว้ให้มากที่สุดเพื่อป้องกันการขาดแคลนน้ำในฤดูแล้ง คิดเป็นร้อยละ 42.00 ภายหลังการร่วมกิจกรรม ความเชื่อประเด็นที่มีคะแนนสูงสุดเรียงลำดับจากมากไปน้อย 5 ลำดับแรก ได้ดังนี้

3.1 การที่มีบุคคลในบ้านป่วยเป็นไข้เลือดออก ต้องรีบแจ้งผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคในหมู่บ้านโดยเร็วที่สุด (ร้อยละ 93.33)

3.2 การเก็บน้ำใช้ในภาชนะในครัวเรือนจำเป็นต้องมีฝาปิด (ร้อยละ 87.33)

3.3 การสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือน เป็นวิธีการกำจัดยุงที่ได้ผลดีกว่าการพ่นสารเคมี (ร้อยละ 86.00)

3.4 การรณรงค์ให้ทุกคนในหมู่บ้าน มีจิตสำนึกรับผิดชอบ ในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในครัวเรือนของตัวเอง เป็นเรื่องที่ทุกชุมชนควรจัดทำ (ร้อยละ 86.00)

3.5 การเปลี่ยนน้ำในภาชนะเก็บกักน้ำทุกครั้ง จำเป็นต้องขัดด้านข้างของภาชนะด้วย เพื่อขัดไข่ยุงลายที่ติดข้างภาชนะออก (ร้อยละ 82.67)

รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 3.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนความเชื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในครัวเรือน ก่อนและหลังร่วมกิจกรรม (n=30)

ข้อ	ข้อความ	ก่อนร่วมกิจกรรม		หลังร่วมกิจกรรม	
		คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ
1.	ท่านต้องเก็บน้ำใช้ภายในครัวเรือนไว้ให้มากที่สุดเพื่อป้องกันการขาดแคลนน้ำในฤดูแล้ง	63	42.00	92	61.33
2.	การเก็บน้ำใช้ในภาชนะในครัวเรือนไม่จำเป็นต้องมีฝาปิดเพราะท่านต้องใช้น้ำในภาชนะนั้นตลอดเวลา	105	70.00	131	87.33

ตารางที่ 3.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนความเชื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในครัวเรือน ก่อนและหลังร่วมกิจกรรม (n=30) (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ก่อนร่วมกิจกรรม		หลังร่วมกิจกรรม	
		คะแนน	ร้อยละ	คะแนน	ร้อยละ
3.	การเก็บน้ำใช้ภายในครัวเรือน ไม่ต้องปิดฝาเพราะท่านวางภาชนะนั้นตากแดดอยู่ตลอดเวลา ลูกน้ำที่เกิดจากยุงลายจะตายไปเอง	**102**	**68.00**	**120**	**80.00**
4.	การใส่ทรายฆ่าลูกน้ำยุงลายในภาชนะกักเก็บน้ำทำให้น้ำนั้นเป็นอันตรายต่อผู้ใช้	89	59.33	97	64.67
5.	การเปลี่ยนน้ำในภาชนะเก็บกักน้ำทุกครั้ง จำเป็นต้องขัดด้านข้างของภาชนะด้วย เพื่อขัดไข่ยุงลายที่ติดข้างภาชนะออก	113	75.33	124	82.67
6.	ไข้เลือดออกจะทำให้เกิดอาการป่วย ไม่สบายเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีเท่านั้น	90	60.00	113	75.33
7.	ถ้ามีบุคคลในบ้านของท่านป่วยเป็นไข้เลือดออก ต้องรีบแจ้งผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคในหมู่บ้านโดยเร็วที่สุด	119	79.33	140	93.33
8.	ถ้าปีนี้ท่านป่วยเป็นไข้เลือดออก ท่านจะไม่ป่วยเป็นไข้เลือดออกอีกเลยตลอดชีวิต	94	62.67	120	80.00
9.	การสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในครัวเรือน เป็นวิธีการกำจัดยุงที่ได้ผลดีกว่าการพ่นสารเคมี	106	70.67	129	86.00
10.	การรณรงค์ให้ทุกคนในหมู่บ้าน มีจิตสำนึกรับผิดชอบในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในครัวเรือนของตัวเอง เป็นเรื่องที่ทุกชุมชนควรจัดทำ	120	80.00	129	86.00

การเปรียบเทียบคะแนนความเชื่อในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในครัวเรือน ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความสามารถและทักษะในการป้องกันไข้เลือดออก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อฯก่อนการร่วมกิจกรมเท่ากับ 33.43 และหลังการร่วมกิจกรรมเท่ากับ 39.90 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความเชื่อก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ฯ ดีขึ้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับของความเชื่อ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะในการป้องกันไข้เลือดออก

ความเชื่อ	**คะแนนเฉลี่ย**	**ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน**	**t**	**p**
ก่อนร่วมกิจกรรม	33.43	3.647	-9.766	.000*
หลังร่วมกิจกรรม	39.90	3.585		

* $p < 0.05$

ตอนที่ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการนำไปใช้ และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับพอเพียงมากที่สุด ร้อยละ 70.00, ร้อยละ 60.00, ร้อยละ 36.67, ร้อยละ 50.00 ร้อยละ 56.67 และร้อยละ 50.00 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง

ตาราง 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกรายด้าน (n=30)

ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก			
	ดีเยี่ยม	พอเพียง	มีปัญหา	ไม่พอเพียง
1. ทักษะการเข้าถึง	1 (3.33)	**21 (70.00)**	7 (23.34)	1 (3.33)
2. ทักษะการสร้างความเข้าใจ	2 (6.67)	**18 (60.00)**	8 (26.66)	2 (6.67)
3. ทักษะการไต่ถาม	1 (3.33)	**11 (36.67)**	10 33.33)	8 (26.67)
4. ทักษะการตัดสินใจ	1 (3.33)	**15 (50.00)**	11 (36.67)	3 (10.00)
5. ทักษะการนำไปใช้	3 (10.00)	**17 (56.67)**	8 (26.66)	2 (6.67)
6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	1 (3.33)	**15 (50.00)**	12 (40.00)	2 (6.67)

ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน มีดังนี้

1. **ด้านทักษะการเข้าถึง** ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ในระดับง่าย โดยประเด็นที่สามารถทำได้มากที่สุด ได้แก่ การตรวจสอบได้ว่าข้อมูลที่นำมาใช้ มีความเป็นเหตุผล ร้อยละ 80.00 รองลงมา ได้แก่ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้องและเป็นจริง) ของข้อมูลก่อนใช้หรือเผยแพร่ต่อ ร้อยละ 76.66 และการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแนวทาง/วิธีการปฏิบัติตัวในการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกได้จากแหล่งข้อมูลหลัก จำนวนหลายแหล่งด้วยตัวเอง ร้อยละ 70.00 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการเข้าถึง (n=30)

ลำดับ	ทักษะการเข้าถึง	ทำได้ง่ายมาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ยาก	ทำได้ยากมาก	ไม่เคยทำ
1	สามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแนวทาง/วิธีการปฏิบัติตัวในการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกได้จากแหล่งข้อมูลหลักจำนวนหลายแหล่งด้วยตัวเอง	8 (26.67)	**21 (70.00)**	1 (3.33)	0 (0.00)	0 (0.00)
2	สามารถตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้อง และเป็นจริง)ของข้อมูลก่อนนำมาใช้หรือเผยแพร่ต่อ	5 (16.67)	**23 (76.66)**	2 (6.67)	0 (0.00)	0 (0.00)
3	เมื่อได้ข้อมูลที่ต้องการแล้วสามารถทำการคัดเลือกหรือกลั่นกรอง โดยพิจารณาชื่อหน่วยงาน/ผู้เขียนที่ได้รับการยอมรับ และวันเดือนปี ที่ระบุไว้ ว่ามีความทันสมัย	4 (13.33)	**19 (63.33)**	7 (23.34)	0 (0.00)	0 (0.00)
4	สามารถตรวจสอบได้ว่าข้อมูลที่นำมาใช้ มีความสมเหตุสมผล	3 (10.00)	**24 (80.00)**	2 (6.67)	0 (0.00)	1 (3.33)

2. ด้านทักษะการสร้างความเข้าใจ ซึ่งได้แก่ การเข้าใจความสามารถในการจดจำและทำความเข้าใจข้อมูล แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างถูกต้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ในระดับง่าย โดยประเด็นที่สามารถทำได้มากที่สุด ได้แก่ การจดจำข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ได้รับจากบุคลากรของหน่วยงานหลักได้อย่างชัดเจนถูกต้องและครบถ้วน ร้อยละ 76.67 รองลงมา ได้แก่ การอ่านและฟังข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมาตรการ/แนวทาง/วิธีปฏิบัติตัวฯ ร้อยละ 73.34 และการทำความเข้าใจข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ แนวทาง/วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่ได้รับจาก บุคลากรของหน่วยงานหลักได้อย่างชัดเจน ร้อยละ 63.34 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการสร้างความเข้าใจ (n=30)

ลำดับ	ทักษะการสร้างความเข้าใจ	ทำได้ง่ายมาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ยาก	ทำได้ยากมาก	ไม่เคยทำ
1	อ่านและฟัง ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ได้รับได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน	11 (36.67)	**15 (50.00)**	4 (13.33)	0 (0.00)	0 (0.00)
2	อ่านและฟัง ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกจนเกิดความเข้าใจ	7 (23.33)	**22 (73.34)**	1 (3.33)	0 (0.00)	0 (0.00)
3	จดจำข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ได้รับจากบุคลากรของหน่วยงานหลัก ได้อย่างชัดเจน ถูกต้อง และครบถ้วน	2 (6.67)	**23 (76.67)**	4 (13.33)	0 (0.00)	1 (3.33)
4	ทำความเข้าใจข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ แนวทาง/วิธีการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่ได้รับจาก บุคลากรของหน่วยงานหลักได้อย่างชัดเจน	4 (13.33)	**19 (63.34)**	6 (20.00)	0 (0.00)	1 (3.33)

3. ด้านทักษะการไต่ถาม ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการวางแผนการใช้คำถาม การตั้งคำถาม การใช้คำถาม และการประเมินคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมและคลายข้อสงสัยเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ในระดับง่าย โดยประเด็นที่ที่สามารถทำได้มากที่สุด ได้แก่ การสามารถตั้งคำถามกับแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข/ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกจนคลายข้อสงสัย ร้อยละ 66.67 รองลงมา ได้แก่ การสามารถจัดเตรียมข้อคำถามโดยคิด/เขียนไว้ล่วงหน้าเสมอก่อนไปพบแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 56.67 และการสามารถประเมินข้อคำถามเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ว่าเหมาะสมหรือควรต้องปรับปรุง ร้อยละ 43.33 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการไต่ถาม (n=30)

ลำดับ	ทักษะการไต่ถาม	ทำได้ง่ายมาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ยาก	ทำได้ยากมาก	ไม่เคยทำ
1	สามารถวางแผนการซักถามไว้ล่วงหน้า ก่อนไปพบแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก	3 (10.00)	**17 (56.67)**	8 (26.67)	1 (3.33)	1 (3.33)
2	สามารถจัดเตรียมข้อคำถามโดยคิด/เขียนไว้ล่วงหน้าเสมอก่อนไปพบแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก	7 (23.33)	**11 (36.67)**	8 (26.67)	0 (0.00)	4 (13.33)
3	สามารถถามกับแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข/ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก จนคลายข้อสงสัย	4 (13.33)	**20 (66.67)**	4 (13.33)	2 (6.67)	0 (0.00)
4	สามารถประเมินข้อคำถาม เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ว่าเหมาะสม หรือควรต้องปรับปรุง	6 (20.00)	**13 (43.33)**	7 (23.34)	3 (10.00)	1 (3.33)

4. ด้านทักษะการตัดสินใจ ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการระบุปัญหาการตัดสินใจ กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างถูกต้องและเหมาะสม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ในระดับง่าย โดยประเด็นที่สามารถทำได้มากที่สุด ได้แก่ สามารถกำหนดทางเลือกที่นำไปปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้จริงและหลายทางเลือก ร้อยละ 76.67 รองลงมา ได้แก่ การระบุประเด็น/ปัญหาสำคัญที่จะต้องตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 60.00 และสามารถบอกจุดยืนอธิบายเหตุผลของการตัดสินใจได้ ร้อยละ 53.33 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการตัดสินใจ (n=30)

ลำดับ	ทักษะการตัดสินใจ	ทำได้ง่ายมาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ยาก	ทำได้ยากมาก	ไม่เคยทำ
1	สามารถระบุประเด็น/ปัญหาสำคัญที่จะต้องตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	2 (6.67)	**18 (60.00)**	10 (33.33)	0 (0.00)	0 (0.00)
2	สามารถกำหนดทางเลือก ที่นำไปปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้จริง และหลายทางเลือก	4 (13.33)	**23 (76.67)**	3 (10.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
3	สามารถประเมิน ทางเลือกในการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้ว่ามีข้อดี – ข้อเสียอะไรบ้าง	8 (26.67)	**14 (46.67)**	7 (23.33)	0 (0.00)	13 (3.33)
4	สามารถบอกจุดยืน และอธิบายเหตุผลของการตัดสินใจเรื่อง วิธีปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ว่ามีความเหมาะสมอย่างไร	6 (20.00)	**16 (53.33)**	8 (26.67)	0 (0.00)	0 (0.00)

5. ด้านทักษะการนำไปใช้ ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการนำข้อมูลที่เลือกมาใช้ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกตามมาตรการฯ โดยกำหนดวิธีเตือนตนเอง และวิธีจัดการตนเอง เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ในระดับง่าย โดยประเด็นที่สามารถทำได้มากที่สุด ได้แก่ การสามารถหาวิธีเตือนตนเอง โดยอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล/การปฏิบัติตัวที่สำคัญ โดยทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ร้อยละ 66.67 รองลงมา ได้แก่ การสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เสมอ ร้อยละ 63.34 และสามารถจัดการตนเอง โดยการกำหนด/ตั้งเป้าหมายเพื่อให้เกิดการปฏิบัติจริง ร้อยละ 56.67 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 4.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการนำไปใช้ (n=30)

ลำดับ	ทักษะการนำไปใช้	ทำได้ง่ายมาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ยาก	ทำได้ยากมาก	ไม่เคยทำ
1	สามารถหาวิธีในการเตือนตนเอง เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล/การปฏิบัติตัวที่สำคัญ โดยการเขียนโน้ต จดบันทึกในปฏิทิน ตั้งนาฬิกา หรืออื่นๆ	11 (36.67)	**14 (46.67)**	5 (16.66)	0 (0.00)	0 (0.00)
2	สามารถหาวิธีเตือนตนเองโดยอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล/การปฏิบัติตัวที่สำคัญ โดยทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ฝากให้คนอื่นเตือน/บอกญาติ/คนใกล้ชิดให้ช่วยเตือน เป็นต้น	5 (16.67)	**20 (66.67)**	4 (13.33)	0 (0.00)	1 (3.33)
3	สามารถจัดการตนเอง โดยการกำหนด/ตั้งเป้าหมายเพื่อให้เกิดการปฏิบัติจริง	7 (23.33)	**14 (56.67)**	6 (20.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
4	สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เสมอ	7 (23.33)	**19 (63.34)**	3 (10.00)	0 (0.00)	1 (3.33)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะในการป้องกันไข้เลือดออก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนการร่วมกิจกรรมเท่ากับ 46.77 และหลังการร่วมกิจกรรมเท่ากับ 58.87 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 4.7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะในการป้องกันไข้เลือดออก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนร่วมกิจกรรม	46.77	7.370	-6.184	.000*
หลังร่วมกิจกรรม	58.87	7.176		

*p < 0.05

ตอนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก ที่มีการกระทำเป็นบางครั้ง เรียงลำดับจากมากไปน้อย 5 ลำดับแรก ได้ดังนี้

1) ป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด เช่น ใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว หายากันยุง จุดยากันยุง หรือใช้สมุนไพรจุดไล่ยุง (ร้อยละ 70.00)

2) ปิดฝาภาชนะเก็บน้ำ โอ่ง หรือถังน้ำอย่างมิดชิด (ร้อยละ 63.33)

3) ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เช่น ทำความสะอาดบ้านเรือน รางน้ำฝน กำจัดขยะ เศษวัสดุภาชนะ เช่น ยางรถยนต์เก่า กระป๋อง ขวดน้ำ (ร้อยละ 53.33)

4) ปล่อยปลากินลูกน้ำ หรือเปลี่ยนน้ำในภาชนะที่มีน้ำขัง (ร้อยละ 50.00)

5) ใช้น้ำส้มสายชู/เกลือ/ผงซักฟอก ในจานรองขาตู้กับข้าว หรือภาชนะอื่นๆ เพื่อป้องกันยุงวางไข่ (ร้อยละ 46.67)

รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 5.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n=30)

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	**ความถี่ในการปฏิบัติ**			
	สม่ำเสมอ (6-7วัน/สัปดาห์)	บ่อยครั้ง (3-5วัน/สัปดาห์)	บางครั้ง (1-2วัน/สัปดาห์)	ไม่เคยทำเลย
1. ป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด เช่น ใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว หายากันยุง จุดยากันยุงหรือใช้สมุนไพรจุดไล่ยุง	**21 (70.00)**	8 (26.67)	1 (3.33)	0 (0)
2. ปิดฝาภาชนะเก็บน้ำ โอ่ง หรือถังน้ำอย่างมิดชิด	**19 (63.33)**	7 (23.34)	4 (13.33)	0 (0)
3. ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เช่น ทำความสะอาดบ้านเรือน รางน้ำฝน กำจัดขยะ เศษวัสดุต่าง ๆ	**16 (53.33)**	14 (46.67)	0 (0)	0 (0)
4. ปล่อยปลากินลูกน้ำ หรือเปลี่ยนน้ำในภาชนะที่มีน้ำขัง	**15 (50.00)**	8 (26.67)	6 (20.00)	1 (3.33)
5. ใช้น้ำส้มสายชู/เกลือ/ผงซักฟอกในจานรองขาตู้กับข้าว หรือภาชนะอื่นๆ เพื่อป้องกันยุงวางไข่	**14 (46.67)**	11 (36.67)	1 (3.33)	4 (13.33)

คะแนนต่ำสุด 17, คะแนนสูงสุด 28, ค่าเฉลี่ย 23.17, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.230

เมื่อวิเคราะห์ตามระดับการปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.67 รองลงมาได้แก่ ระดับดี ร้อยละ 40.00 และระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 3.33 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 5.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (n=30)

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80)	12	40.00
ระดับปานกลาง (มีคะแนนร้อยละ 60-79)	18	56.67
ระดับควรปรับปรุง (มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	1	3.33
รวม	30	100.00

การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรม ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความสามารถและทักษะในการป้องกันไข้เลือดออก

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมก่อนการร่วมกิจกรมเท่ากับ 19.93 และหลังการร่วมกิจกรรมเท่ากับ 23.17 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ฯ เพิ่มขึ้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5.3

ตารางที่ 5.3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ (n=30)

พฤติกรรม	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนร่วมกิจกรรม	19.93	2.504	-6.858	.000*
หลังร่วมกิจกรรม	23.17	2.230		

* $p < 0.05$

ตอนที่ 6 สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

6.1 สรุปผลศึกษา

ผลการศึกษาภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านการป้องกันไข้เลือดออก มีความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก สูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถติ ($p< 0.05$) เนื่องจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นการสร้างทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างเป็นระบบ โดยสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลได้อย่างชัดเจน สามารถพิจารณาวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบหาสิ่งที่ถูกต้อง และตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมมาปฏิบัติได้ รวมทั้งสามารถเตือนตนเองให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

สอดคล้องกับการศึกษาของชวนพิศ จักขุจันทร์และคณะ (2564) ศึกษาจากผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยประยุกต์แบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร 2 แห่ง ซึ่งภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การเสริมแรงจูงใจเพื่อเพิ่มเจตคติที่ดีต่อการป้องกันไข้เลือดออก การสร้างทักษะในการปฏิบัติตามมาตรการ 5 ป. 1ข. ในการสำรวจและทำลายแหล่งพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ส่งผลทำให้นักเรียนมีความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างจริงจัง เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกมากขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของวีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ (2563) ที่ศึกษาวิจัยเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ ผลการวิจัยพบว่า อสม.มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง โดยที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

สอดคล้องกับงานวิจัยของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชนไทย ปี 2564 โดยพบว่า ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.5

นอกจากนี้การศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอช ไอ วี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกัน โดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของภรกต สูฝน (2563) พบว่ากลุ่มตัวอย่างภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ นอกจากจะมีระดับความรอบรู้ดีขึ้นในระดับดี และระดับพอเพียง แล้วยังทำให้กลุ่มตัวอย่างลดความวิตกกังวล มีความมั่นใจมากขึ้นในการอยู่ร่วมกับผู้มีเชื้อเอช ไอ วีในชุมชน และสามารถถ่ายทอดความรู้ที่ได้รับไปยังบุคคลอื่น ๆ พร้อมกับการมีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างในการบริการผู้มีเชื้อเอช ไอ วีในชุมชนได้เป็นอย่างดี

เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและนำไปใช้ในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพของตนเอง เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารก็สามารถตัดสินใจ แก้ไขปัญหาและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเองได้และสามารถบอกแนะนำต่อบุคคลอื่นได้ ส่งผลให้เกิดความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้แก่คนในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชน ในทางกลับกัน ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพได้มากกว่า

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันไข้เลือดออก โดยจัดกิจกรรมพัฒนาความสามารถและทักษะในการป้องกันไข้เลือดออก เน้นทักษะการสร้างความเข้าใจ เพียงทักษะเดียว ซึ่งมีกิจกรรมให้กลุ่มทดลองทำจำนวน 2 กิจกรรม ประกอบด้วย (1) กิจกรรมฝึกสร้างความเข้าใจ และ (2) กิจกรรมฝึกจดจำประเด็น เหตุผลที่เลือกพัฒนาทักษะนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มของแรงงานข้ามชาติ การให้ร่วมในกิจกรรมยังขาดในเรื่องของการแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ โดยเฉพาะการสื่อสารเรื่องของการพูด กลุ่มทดลองจะมีความอายและไม่กล้าพูด กิจกรรมส่วนใหญ่เน้นที่การเขียน และให้คัดเลือกตัวแทนจากกลุ่มซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและเป็นผู้นำเยาวชนมานำเสนอ

ผลการศึกษาการจัดโปรแกรมพัฒนาทักษะ ทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกในภาพรวมดีขึ้น แต่ถ้าพิจารณาเป็นรายบุคคล เรื่องของพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกยังทำได้ในระดับต่ำ จึงควรเพิ่มกลวิธีของชุมชนในการพัฒนาทักษะของคนในชุมชน เพื่อให้การป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ผลดียิ่งขึ้น เช่น การต่อยอดจากการร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ โดยแต่งตั้งกลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรมให้เป็นคณะกรรมการรับผิดชอบเรื่องพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของชุมชน

6.2 ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

6.2.1 เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ จัดทำในช่วงการระบาดของโควิด 19 ต้องมีการปรับเปลี่ยนทั้งช่วงเวลาที่จัดกิจกรรม และระยะเวลาในการฝึกทักษะ ต้องปฏิบัติภายใต้มาตรการต่าง ๆ ของทางชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ดังนั้นจึงควรจัดระยะเวลาให้เหมาะสม โดยเพิ่มระยะเวลาของการจัดกิจกรรมให้มากกว่าในครั้งนี้ และมีการประเมินผลต่อเนื่องเป็นระยะๆ เช่น 1 สัปดาห์หลังสิ้นสุดกิจกรรม เป็นระยะเวลา 1 เดือน, 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่อง และความยั่งยืนของพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออก

6.2.2 ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าประชาชนยังมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในภาพรวมอยู่ในระดับพอเพียง รองลงมาเป็นระดับมีปัญหา นโยบายของประเทศจึงควรให้ความสำคัญกับการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน แต่ถ้าวิเคราะห์เป็นรายด้านจะพบว่า ประเด็นทักษะการไต่ถาม มีระดับความรอบรู้ที่ไม่พอเพียงสูงเป็นอันดับ 1 พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดทักษะในการคิดวิเคราะห์เพื่อไต่ถาม ซึ่งความสามารถดังกล่าวเป็นทักษะที่ต้องใช้เวลาในการพัฒนา ควรเริ่มฝึกคิด วิเคราะห์ ตั้งแต่ในระดับเด็กและเยาวชน

6.2.3 ควรจัดกิจกรรมฝึกให้ครบทั้ง 5 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ โดยอาจแบ่งตามระยะเวลาที่เหมาะสมเพื่อให้เกิดความครอบคลุมการพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคคล แม้ว่าในครั้งนี้ ทักษะในหลาย ๆ ด้านมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่การมีกิจกรรมให้กลุ่มเป้าหมายฝึกปฏิบัติ ก็จะเป็นการเพิ่มความสามารถในด้านต่างๆ ให้กลุ่มเป้าหมาย จนทำได้อย่างถูกต้องและเกิดความชำนาญเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการพัฒนาปัจจัยเชิงระบบซึ่งจะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

6.2.4 การจัดกิจกรรมให้กลุ่มแรงงานข้ามชาติ หรือกลุ่มอื่นๆ ที่มีภาษาพื้นบ้านแตกต่างกัน การสื่อสารโดยมีคนกลางที่สามารถพูดหรือสื่อสารภาษาของกลุ่มเป้าหมายได้ โดยศึกษาวัฒนธรรมประเพณีหรือความเชื่อต่าง ๆ ของชุมชนจะทำให้การจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ประสบความสำเร็จมากขึ้น อาจทำในรูปของอาสาสมัครและจิตอาสาที่พร้อมจะช่วยพัฒนางานต่างๆ ในชุมชน และกลุ่มบุคคลเหล่านี้ควรได้รับการฝึกทักษะในการจัดกิจกรรมก่อน เพื่อช่วยให้สามารถจัดทำสื่อการสอนและอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งเทคนิคในการจัดกิจกรรมต่างๆ มีความเหมาะสมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการจัดการเรียนรู้โรคติดต่อนำโดยยุง ภายใต้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551.

กรมควบคุมโรค. (2564) การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2564. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2564, จาก https://ddc.moph.go.th/upload/pu...

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน. กรุงเทพฯ: ไอดี ออล ดิจิตอล พริ้นท์.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). เครื่องมือประเมิน Health Literacy. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา, ฉบับเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม, 36(2), 7-18.

ชวนพิศ จักขุจันทร์, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และธราดล เก่งการพานิช. (2564). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการป้อกงันโรคไข้เลือดออก โดยประยุกต์แบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารควบคุมโรค. ฉบับเดือนกรกฎาคม-กันยายน. 47(3), 479-489.

ภรกต สูฝน. (2563). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารโรคเอดส์. ฉบับเดือนตุลาคม 2562 - มกราคม 2563. (32)1, 1-14.

วีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. ฉบับเดือนมกราคม-มิถุนายน 2563, 3(1), 35-44.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2562). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มืออาสาปราบยุง. (โรคไข้เลือดออก โรคติดเชื้อไวรัสซิกา โรคไข้ปวดข้อยุงลาย) สืบค้นเมื่อ 14 กุมภาพันธ์ 2565 จาก http://www.digitalschool.club/digitalschool/m3/th3_2/lesson1/content2/page1.php

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สำหรับกลุ่มจิตอาสา ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

วิภาวดี มาระสาร[1], จุฑามาศ ศรีอินทร์[2], วิลาวัลย์ ตั้งสัตยาธิษฐาน[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สำหรับกลุ่มจิตอาสา ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ใช้การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) วิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest posttest design) กลุ่มตัวอย่างได้แก่ กลุ่มจิตอาสาพัฒนา (ฝ่ายการแพทย์และสาธารณสุข) บ้านหนองตุ้ม หมู่ 1 ตำบลเวียง จำนวน 30 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบเจาะจง จากผู้ร่วมโครงการ Big Cleaning Day ประจำปี 2565 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันไข้เลือดออก โดยจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะในการป้องกันไข้เลือดออก เน้นทักษะการเข้าถึงข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ Paired-sample t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างภายหลังกิจกรรมมีการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันไข้เลือดออกและมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: กิจกรรมพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก, จิตอาสา

[1] นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลฝาง

[2] เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลฝาง

[3] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลฝาง

The effect of health literacy program on dengue prevention for volunteer groups in Wiang Subdistrict, Fang District, Chiang Mai Province.

Wipawadee Marasan[1], Juthamas Sriin[2], Wilawan Tangsattayatithan[3]

Abstract

This study was aims to study the results health literacy promotion program on dengue prevention for volunteer groups in Wiang Subdistrict, Fang District, Chiang Mai Province. The one group pretest posttest design of quasi-experimental study was used to measure before and after the experiment. The sample group was Volunteer development group (Medical and Public Health Department), Ban Nong Tum, Moo 1, Tambon Wiang, 30 people. Acquired by purposive sampling from participants of the Big Cleaning Day project for the year 2022. The experimental group received a dengue prevention program. By organizing skills development activities to prevent dengue fever. Emphasis on accessibility skills. The questionnaire consisted of 4 parts: part 1, characteristics, part 2, knowledge about dengue fever, part 3, health literacy, and part 4, dengue prevention behavior. Analyze data by finding the frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired-sample t-test statistics. The results show that the samples later received activities to develop dengue prevention skills. Have anti-dengue behavior about dengue fever are better than before the experiment. Statistical significance at level .05.

Key words: Activities of health literacy skills development, Health behavior to prevent dengue hemorrhagic fever, Volunteer

[1] *Public health academic practitioner Social Mecicine Group Fang Hospital*

[2] *Community health officials working Social Medicine Group Fang Hospital*

[3] *Public health scholars specialize Health Education Division Fang Hospital*

บทนำ

โรคไข้เลือดออกนับเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่ง พบมากในกลุ่มประเทศเขตร้อนและกึ่งร้อนสาเหตุเกิดจากการติดเชื้อจากไวรัสเด็งกี โดยมียุงลายเป็นพาหะสำคัญในการนำโรค พบว่าสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ปี พ.ศ. 2564 (วันที่ 1 มกราคม–12 ตุลาคม พ.ศ.2564) จากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก สะสม 7,720 ราย อัตราป่วย 11.61 ต่อประชากรแสนคน โดยปัจจัยปัจจัยสำคัญที่มีการระบาดและมีการขยายพื้นที่เกิดโรคออกไปอย่างกว้างขวาง ได้แก่ การเพิ่มของจำนวนประชากร โดยเฉพาะการมีชุมชนเมืองเพิ่มขึ้น การคมนาคมที่สะดวกทั้งทางถนนและทางอากาศ มีการเคลื่อนไหวของประชากร เกิดการเพิ่มของภาชนะขังน้ำที่คนทำขึ้น ทำให้ยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคเพิ่มตามปัจจัยเหล่านี้ เกิดการแพร่ของโรคอย่างรวดเร็ว และรูปแบบการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้เปลี่ยนจากปีเว้นปีมาเป็นแบบปีเว้น 2 ปี หรือ 2 ปี เว้น 2 ปี

จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกของอำเภอฝาง ในปี พ.ศ.2562 มีอัตราป่วยเท่ากับ 538.99 ต่อประชากรแสนคนในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลฝาง พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในปี พ.ศ.2562 - .2564 คิดเป็น 378.40, 128.20 และ 7.10 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ทั้งที่ได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยองค์กรชุมชนที่ประกอบด้วยคณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานรณรงค์และควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับครัวเรือน แต่ละครัวเรือนจะต้องควบคุม และป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการกำจัด และทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ของลูกน้ำยุงลายในครัวเรือนของตนเองตามมาตรการ 5 ป. 1 ข.

จากการสำรวจพบว่าค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายประจำเดือนมีนาคม 2565 บ้านหนองตุ้ม หมู่ 1 ตำบลเวียง อำเภอฝางจังหวัดเชียงใหม่ พบค่า House Index : HI เท่ากับ 63.75 และค่า Container Index : CI เท่ากับ 50.83 ซึ่งสูงเกินกว่าค่ามาตรฐานค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย (HI, CI) และจากสำรวจพฤติกรรมในการควบคุมโรคไข้เลือดออกของครัวเรือนพบว่ามีการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ไม่ต่อเนื่องโดยทำเฉพาะช่วงรณรงค์เท่านั้น บริเวณรอบบ้านของประชาชนยังมีวัสดุเหลือใช้ที่ทำให้น้ำขังเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เช่น กระป๋อง กะลา ถุงพลาสติก ยางรถยนต์เก่า ภาชนะให้น้ำสัตว์เลี้ยง ส่วนในด้านความรู้ และการปฏิบัติตนในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกพบว่า ประชาชนร้อยละ 46.67 ไม่ทราบว่าภายหลังการเปลี่ยนถ่ายน้ำทุก 7 วันต้องขัดภาชนะเพื่อให้ไข่ของยุงลายถูกทำลายไปด้วย ร้อยละ 40.00 ไม่ทราบว่าผู้ที่เคยป่วยเป็นไข้เลือดออกแล้วสามารถป่วยได้อีก ถ้าเชื้อเป็นคนละชนิดกัน ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้ความรู้เพิ่มเติม ในกลุ่มจิตอาสา ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้ามามีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนเพิ่มขึ้น

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าจิตอาสาที่เข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และร่วมดำเนินกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนจะส่งผลให้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกดีขึ้น (จากการสุ่มตรวจค่า HI และ CI) และส่งผลให้อัตราการป่วยตายด้วยไข้เลือดออกของคนในชุมชนลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาทักษะตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของจิตอาสา (ด้านการแพทย์และสาธารณสุข) บ้านหนองตุ้ม หมู่ 1 ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (one group pretest posttest design) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ.2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัย ได้แก่ จิตอาสาพัฒนา (ฝ่ายแพทย์และสาธารณสุข) ในแต่ละหมู่บ้านตามโครงการ Big Cleaning day เพื่อกำจัดลูกน้ำยุงลายและจัดการสิ่งแวดล้อมไม่ให้เป็นแหล่งอาศัยของยุงลายในชุมชนเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลฝาง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ประจำปีงบประมาณ 2564 จำนวนทั้งสิ้น 385 คน จาก 16 หมู่บ้าน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มจิตอาสาพัฒนา จำนวน 30 คน ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ที่มีคุณลักษณะ ดังนี้ (1) เป็นจิตอาสาที่เข้าร่วมโครงการ Big Cleaning Day ของบ้านหนองตุ้ม (2) ปฏิบัติงานมาแล้วมากกว่า 6 เดือน (3) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือและการพัฒนาคุณภาพ

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถาม มี 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะ ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องไข้เลือดออก ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาทบทวนงานวิจัย และจัดทำร่าง นำร่างแบบสอบถาม ไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความตรง เชิงโครงสร้างและเนื้อหาของข้อคำถาม รวมทั้งการใช้ภาษา จำนวน 3 ท่าน ประเด็นที่ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อเสนอในการปรับปรุง ได้แก่ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ข้อ 1 ปรับเป็นเมื่อมีคนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน ท่าน/คนในครอบครัว ไม่มีโอกาสป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ข้อ 5 ปรับเป็นการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ด้วยการเปลี่ยนน้ำ ขัดล้างภาชนะที่บรรจุน้ำควรทำเป็นประจำทุก 1 เดือน และข้อ 7 ปรับเป็นบริเวณรอบ ๆ บ้านที่มีน้ำขังในเศษวัสดุต่าง ๆ เช่น เปลือกผลไม้ ใบไม้แห้ง ถุงพลาสติกเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย

ผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะดังกล่าว นำร่างแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ประชาชนทั่วไปในพื้นที่ตำบลเวียง อำเภอฝาง จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์คุณภาพด้านความยากง่าย (difficulty) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.53 -0.80 ด้านความเที่ยง (reliability) พบว่าค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมเท่ากับ .917 ด้านทักษะการเข้าถึง เท่ากับ .694 ด้านทักษะการสร้างความเข้าใจ เท่ากับ .705 ด้านทักษะการไต่ถาม เท่ากับ .797 ด้านทักษะการตัดสินใจ เท่ากับ .842 และด้านทักษะการนำไปใช้ เท่ากับ .852

2) กิจกรรมพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย (1) กิจกรรมพัฒนาทักษะการค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ใช้เวลา 90 นาที (2) กิจกรรมพัฒนาทักษะด้านการกำหนดวิธีเตือนตนเอง และจัดการตนเองเกี่ยวกับการสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย ใช้เวลา 90 นาที และ (3) กิจกรรมสุ่มสำรวจค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชน เพื่อสังเกตการณ์ปฏิบัติงานของจิตอาสา สร้างความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติในชุมชน และแนะนำประชาชนให้มีการจัดทำกิจกรรมสำรวจและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม โดยใช้สถิติ Paired samples t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลฝาง ให้การรับรองการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล เอกสารรับรองหมายเลข COA No. 07/2565

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการแสดงถึง เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในชุมชน และประวัติการเจ็บป่วยด้วยไข้เลือดออก โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะบุคคล รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะบุคคล (n=30)

คุณลักษณะบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	3	10.00
ระหว่าง 31- 45 ปี	2	6.70
ระหว่าง 45 - 60 ปี	9	30.00
ตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป	16	53.30
อายุต่ำสุด 21 ปี, อายุสูงสุด 73 ปี, อายุเฉลี่ย 58.33, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 13.43		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะบุคคล (n=30) (ต่อ)

คุณลักษณะบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	11	36.70
หญิง	19	63.30
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	3.33
ประถมศึกษา	22	73.34
ปวช.	4	13.34
ปวส.	1	3.33
อนุปริญญา	1	3.33
ปริญญาตรีขึ้นไป	1	3.33
การป่วยด้วยไข้เลือดออก		
ผู้ตอบแบบสอบถามป่วยเอง	4	13.33
สมาชิกในบ้าน/ครัวเรือนป่วย	5	16.67
ไม่มีใครในบ้าน/ครัวเรือนป่วย	21	70.00

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ตอบถูกหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยมีข้อคำถามที่ 2 ได้แก่ การนอนในมุ้ง/นอนในห้องที่ติดมุ้งลวดทำให้ปลอดภัยจากการถูกยุงกัด มีจำนวนผู้ที่ตอบถูกสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 100 และมีข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกรองลงมาในข้อคำถามที่ 3 ได้แก่ โรคไข้เลือดออก มีความรุนแรง อาจทำให้เสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 96.67 ในข้อคำถามที่ 1, 6 และ 8 มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างตอบถูก คิดเป็นร้อยละ 93.33 เท่ากันทุกข้อคำถาม รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 2.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่ตอบคำถามถูก จำแนกตามประเด็นความรู้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะในการป้องกันไข้เลือดออก (n=30)

ประเด็นความรู้	ก่อนจัดกิจกรรม		หลังจัดกิจกรรม	
	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)
1. เมื่อมีคนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในชุมชน ท่าน/คนในครอบครัว ไม่มีโอกาสป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	21 (70.00)	9 (30.00)	28 (93.33)	2 (6.67)

ตารางที่ 2.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ที่ตอบคำถามถูก จำแนกตามประเด็นความรู้ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะในการป้องกันไข้เลือดออก (n=30) (ต่อ)

ประเด็นความรู้	ก่อนจัดกิจกรรม		หลังจัดกิจกรรม	
	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)	ตอบถูก จำนวน (ร้อยละ)	ตอบผิด จำนวน (ร้อยละ)
2.การนอนในมุ้ง/ในห้องที่ติดมุ้งลวด ทำให้ปลอดภัยจากการถูกยุงกัด	22 (73.33)	8 (26.67)	30 (100.00)	0 (0)
3.โรคไข้เลือดออก มีความรุนแรงอาจทำให้เสียชีวิต ได้ หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง	16 (53.33)	14 (46.67)	29 (96.67)	1 (3.33)
4.เป็นหน้าที่ของ อสม.ในการทำความสะอาดบ้าน กำจัดขยะและทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายให้กับชาวบ้าน เพื่อไม่ให้มีลูกน้ำยุงลาย	18 (60.00)	12 (40.00)	25 (83.33)	5 (16.67)
5.การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายด้วยการเปลี่ยนน้ำ ขัดล้างภาชนะขังน้ำ เช่น อ่างซีเมนต์โอ่งน้ำ ควรทำเป็นประจำทุก 1 เดือน	10 (33.33)	20 (66.67)	19 (63.33)	11 (36.37)
6.การพ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย เป็นวิธีการฆ่ายุงตัวแก่ที่ได้ผล ควรทำเป็นประจำ	17 (56.67)	13 (43.33)	28 (93.33)	2 (6.67)
7.บริเวณรอบ ๆ บ้านที่มีน้ำขังในเศษวัสดุต่างๆ เช่น เปลือกผลไม้ ใบไม้แห้ง ถุงพลาสติก เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงลาย	23 (76.67)	7 (23.33)	27 (90.00)	3 (10.00)
8.หากท่าน/คนในครอบครัวป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ทำให้ต้องหยุดเรียน หยุดงาน และสูญเสียรายได้	20 (66.67)	10 (33.33)	28 (93.33)	2 (6.67)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเท่ากับ 6.00 และหลังการอบรมเท่ากับ 7.13 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ เพิ่มขึ้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนการอบรม	6.00	1.671	-5.216	.000*
หลังการอบรม	7.13	1.008		

* $p < 0.05$

ตารางที่ 2.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก (n=30)

ระดับความรู้	ช่วงคะแนน	จำนวนคน (ร้อยละ) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ฯ	จำนวนคน (ร้อยละ) หลังเข้าร่วมกิจกรรม ฯ
สูง	มากกว่าร้อยละ 80	13 (43.34)	21 (70.00)
ปานกลาง	ระหว่าง 60 – 80	7 (23.33)	9 (30.00)
ต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60	10 (33.33)	0 (0)

ตอนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับเพียงพอมากที่สุด ร้อยละ 80.00 รองลงมา ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง และทักษะการนำไปใช้ ในระดับเท่ากันคือ ร้อยละ 73.33

ภาพรวมระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ อยู่ในระดับพอเพียงมากที่สุด ร้อยละ 63.33 รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 3.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกรายด้าน และภาพรวม (n=30)

ทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก			
	ดีเยี่ยม	พอเพียง	มีปัญหา	ไม่พอเพียง
1. ทักษะการเข้าถึง	4 (13.34)	**22 (73.33)**	3 (10.00)	1 (3.33)
2. ทักษะการสร้างความเข้าใจ	7 (23.33)	**20 (66.67)**	1 (3.33)	2 (6.67)
3. ทักษะการไต่ถาม	2 (6.67)	**19 (63.33)**	7 (23.33)	2 (6.67)
4. ทักษะการตัดสินใจ	0 (0)	**24 (80.00)**	3 (10.00)	3 (10.00)
5. ทักษะการนำไปใช้	3 (10.00)	**22 (73.33)**	5 (16.67)	0 (0)
6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม	2 (6.67)	**19 (63.33)**	7 (23.33)	2 (6.67)

ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน มีดังนี้

1. ด้านทักษะการเข้าถึง ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูลแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ในระดับง่าย โดยประเด็นที่สามารถทำได้มากที่สุด ได้แก่ ตรวจสอบได้ว่าข้อมูลที่นำมาใช้ มีความสมเหตุสมผล ร้อยละ 73.33 รองลงมา ได้แก่ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้องและเป็นจริง) ร้อยละ 66.67 และการคัดเลือกหรือกลั่นกรองข้อมูลโดยพิจารณาจากวันเดือนปีที่ระบุไว้ ร้อยละ 63.34 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 3.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการเข้าถึง (n=30)

ลำดับ	ทักษะการเข้าถึง	ทำได้ง่ายมาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ยาก	ทำได้ยากมาก	ไม่เคยทำ
1	ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแนวทาง/วิธีการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ จากแหล่งข้อมูลหลักจำนวนหลายแหล่งด้วยตัวเอง	12 (40.00)	**17 (56.67)**	1 (3.33)	0 (0)	0 (0)
2	ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้อง และเป็นจริง) ของข้อมูลก่อนนำมาใช้หรือเผยแพร่ต่อ	9 (30.00)	**20 (66.67)**	1 (3.33)	0 (0)	0 (0)
3	เมื่อได้ข้อมูลที่ต้องการแล้วสามารถทำการคัดเลือกหรือกลั่นกรอง โดยพิจารณาชื่อหน่วยงาน/ผู้เขียนที่ได้รับการยอมรับ และวันเดือนปี ที่ระบุไว้ ว่ามีความทันสมัย	7 (23.33)	**19 (63.34)**	4 (13.33)	0 (0)	0 (0)
4	ตรวจสอบได้ว่าข้อมูลที่นำมาใช้ มีความสมเหตุสมผล	5 (16.67)	**22 (73.33)**	3 (10.00)	0 (0)	0 (0)

2. ด้านทักษะการสร้างความเข้าใจ ซึ่งได้แก่ การเข้าใจความสามารถในการจดจำและทำความเข้าใจข้อมูล แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างถูกต้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ในระดับง่าย โดยประเด็นที่สามารถทำได้มากที่สุด มีเท่ากัน 2 ประเด็น ได้แก่ การอ่านและฟังข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันไข้เลือดออกที่ได้รับอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และการอ่านและฟังข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันไข้เลือดออกจนเกิดความเข้าใจ ร้อยละ 66.67 รองลงไปอีก 2 ประเด็นมีคะแนนเท่ากันคือ การจดจำข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ได้รับจากบุคลากรของหน่วยงานหลักได้อย่างชัดเจนถูกต้อง และครบถ้วน และ การทำความเข้าใจข้อมูลความรู้เกี่ยวกับ แนวทาง/วิธีปฏิบัติตัวฯ ร้อยละ 63.33 รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 3.3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการสร้างความเข้าใจ (n=30)

ลำดับ	ทักษะการสร้างความเข้าใจ	ทำได้ง่ายมาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ยาก	ทำได้ยากมาก	ไม่เคยทำ
1	อ่านและฟัง ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ได้รับได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน	9 (30.00)	**20 (66.67)**	1 (3.33)	0 (0)	0 (0)
2	อ่านและฟัง ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกจนเกิดความเข้าใจ	10 (33.33)	**20 (66.67)**	0 (0)	0 (0)	0 (0)
3	จดจำข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ที่ได้รับจากบุคลากรของหน่วยงานหลักได้อย่างชัดเจนถูกต้อง และครบถ้วน	8 (26.67)	**19 (63.33)**	2 (6.67)	0 (0)	1 (3.33)
4	ทำความเข้าใจข้อมูลความรู้เกี่ยวกับแนวทาง/วิธีปฏิบัติตัว เพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ได้รับจากบุคลากรของหน่วยงานหลักได้อย่างชัดเจน	8 (26.67)	**19 (63.33)**	2 (6.67)	0 (0)	1 (3.33)

3. ด้านทักษะการไต่ถาม ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการวางแผนการใช้คำถาม การตั้งคำถาม การใช้คำถาม และการประเมินคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมและคลายข้อสงสัยเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ในระดับง่าย โดยประเด็นที่ที่สามารถทำได้มากที่สุด ได้แก่การสามารถจัดเตรียมข้อคำถามโดยคิด/เขียนไว้ล่วงหน้าเสมอก่อนไปพบแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 80.00 รองลงมาได้แก่ การสามารถตั้งคำถามกับแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข/ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก จนคลายข้อสงสัย และ สามารถประเมินข้อคำถามเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้ว่าเหมาะสมหรือควรต้องปรับปรุง โดยมีคะแนนเท่ากันทั้ง 2 ประเด็น ร้อยละ 76.67 รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 3.4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการไต่ถาม (n=30)

ลำดับ	ทักษะการไต่ถาม	ทำได้ง่ายมาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ยาก	ทำได้ยากมาก	ไม่เคยทำ
1	สามารถวางแผนการซักถามไว้ล่วงหน้าก่อนไปพบแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก	4 (13.33)	**22 (73.34)**	4 (13.33)	0 (0)	0 (0)
2	สามารถจัดเตรียมข้อคำถามโดยคิด/เขียนไว้ล่วงหน้าเสมอก่อนไปพบแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก	2 (6.67)	**24 (50.00)**	4 (13.33)	0 (0)	0 (0)
3	สามารถตั้งคำถาม กับแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข/ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออก จนคลายข้อสงสัย	10 (10.30)	**23 (63.90)**	4 (18.60)	0 (2.40)	0 (4.80)
4	สามารถประเมินข้อคำถาม เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ว่า เหมาะสมหรือควรต้องปรับปรุง	10 (10.30)	**23 (63.90)**	4 (18.60)	0 (2.40)	0 (4.80)

4. ด้านทักษะการตัดสินใจ ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการระบุปัญหาการตัดสินใจ กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก อย่างถูกต้องและเหมาะสม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ในระดับง่าย โดยประเด็นที่สามารถทำได้มากที่สุด ได้แก่ การสามารถประเมินได้ว่าทางเลือกในวิธีปฏิบัติใดดีที่สุดสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยการวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของแต่ละทางเลือก ร้อยละ 90.00 รองลงมาได้แก่ สามารถระบุประเด็น/ปัญหาสำคัญ ที่จะต้อง ตัดสินใจ เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ ร้อยละ 86.67 และอีก 2 ประเด็นคือสามารถกำหนดทางเลือกได้หลายทางเลือก และสามารถบอกจุดยืน พร้อมอธิบายเหตุผลของการตัดสินใจที่เหมาะสมเรื่องวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 76.67 เท่ากัน รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 3.5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการตัดสินใจ (n=30)

ลำดับ	ทักษะการตัดสินใจ	ทำได้ง่ายมาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ยาก	ทำได้ยากมาก	ไม่เคยทำ
1	สามารถระบุประเด็น/ปัญหาสำคัญ ที่จะต้องตัดสินใจ เกี่ยวกับแนวทางการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	1 (3.33)	**26 (86.67)**	3 (10.00)	0 (0)	0 (0)
2	สามารถกำหนดทางเลือกที่นำไปปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้จริง และหลายทางเลือก	1 (3.33)	**23 (76.67)**	5 (16.67)	1 (3.33)	0 (0.80)
3	สามารถประเมินทางเลือก ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ว่า มีข้อดี-ข้อเสีย อะไรบ้าง	1 (3.33)	**27 (90.00)**	2 (6.67)	0 (0)	0 (0)
4	สามารถบอกจุดยืน และอธิบายเหตุผลของการตัดสินใจ เรื่องวิธีปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ว่า มีความเหมาะสมอย่างไร	2 (6.67)	**23 (76.67)**	5 (16.66)	0 (0)	0 (0)

5. ด้านทักษะการนำไปใช้ ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการนำข้อมูลที่เลือกมาใช้ปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออก ตามมาตรการฯ โดยกำหนดวิธีเตือนตนเอง และวิธีจัดการตนเอง เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ในระดับง่าย โดยประเด็นที่สามารถทำได้มากที่สุด ได้แก่ การสามารถหาวิธีเตือนตนเอง โดยอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล/การปฏิบัติตัวที่สำคัญ โดยทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ร้อยละ 86.67 รองลงมาได้แก่ การสามารถจัดการตนเองโดยการกำหนด/ตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล ร้อยละ 83.34 และสามารถหาวิธีในการเตือนตนเอง เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล/การปฏิบัติตัวที่สำคัญ โดยการเขียนโน๊ตจดบันทึกในปฏิทิน ตั้งนาฬิกา หรืออื่น ๆ ร้อยละ 73.33 ตามลำดับรายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 3.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการนำไปใช้ (n=30)

ลำดับ	ทักษะการนำไปใช้	ทำได้ง่ายมาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ยาก	ทำได้ยากมาก	ไม่เคยทำ
1	สามารถหาวิธีในการเตือนตนเอง เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล/การปฏิบัติตัวที่สำคัญ โดยการเขียนโน๊ตจดบันทึกในปฏิทิน ตั้งนาฬิกา หรืออื่น ๆ	5 (16.67)	**22 (73.33)**	3 (10.00)	0 (0)	0 (0)
2	สามารถหาวิธีในการเตือนตนเอง โดยอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล/การปฏิบัติตัวที่สำคัญ โดยทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ฝากให้คนอื่นเตือน/บอกญาติ/คนใกล้ชิดให้ช่วยเตือน เป็นต้น	3 (10.00)	**26 (86.67)**	1 (3.33)	0 (4.24)	0 (2.12)

ตารางที่ 3.6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการนำไปใช้ (n=30) (ต่อ)

ลำดับ	ทักษะการนำไปใช้	ทำได้ง่ายมาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ยาก	ทำได้ยากมาก	ไม่เคยทำ
3	สามารถจัดการตนเอง โดยการกำหนด/ตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติจริง	4 (13.33)	**25 (83.34)**	1 (3.33)	0 (0)	0 (0)
4	สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เสมอ	7 (23.33)	**20 (66.67)**	3 (10.00)	0 (0)	0 (0)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะในการป้องกันไข้เลือดออก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนการร่วมกิจกรรมเท่ากับ 50.07 และหลังการอบรมเท่ากับ 61.43 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ฯ เพิ่มขึ้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 3.7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนร่วมกิจกรรม ฯ	50.07	9.77	-6.088	.000*
หลังร่วมกิจกรรม	61.43	6.33		

* $p < 0.05$

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่มีการกระทำเป็นบางครั้ง เรียงลำดับจากมากไปน้อย 5 ลำดับแรก ได้ดังนี้

1) ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ ในอ่างหรือภาชนะน้ำใช้ (ร้อยละ 80.00)

2) ป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงัด เช่น ใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ทายากันยุง จุดยากันยุง หรือใช้สมุนไพรจุดไล่ยุง (ร้อยละ 80.00)

3) ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เช่น ทำความสะอาดบ้านเรือน รางน้ำฝน กำจัดขยะ เศษวัสดุภาชนะ เช่น ยางรถยนต์เก่า กระป๋องน้ำ ขวดน้ำ (ร้อยละ 80.00)

4) ปิดฝาภาชนะเก็บน้ำ โอ่ง หรือถังน้ำอย่างมิดชิด (ร้อยละ 73.33)

5) สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในบ้านและบริเวณบ้าน (ร้อยละ 73.33)

รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก (n=30)

พฤติกรรมสุขภาพ	**ความถี่ในการปฏิบัติ**			
	สม่ำเสมอ (6-7วัน/สัปดาห์)	บ่อยครั้ง (3-5วัน/สัปดาห์)	บางครั้ง (1-2วัน/สัปดาห์)	ไม่เคยทำเลย
1. ปิดฝาภาชนะเก็บน้ำ โอ่ง หรือถังน้ำอย่างมิดชิด	**22 (73.33)**	6 (20.00)	2 (6.67)	0 (0)
2. ปล่อยปลากินลูกน้ำ หรือเปลี่ยนน้ำในภาชนะที่มีน้ำขัง	**21 (70.00)**	6 (20.00)	3 (10.00)	0 (0)
3. ใส่ทรายกำจัดลูกน้ำ ในอ่างหรือภาชนะน้ำใช้	**24 (80.00)**	4 (13.33)	2 (6.67)	0 (0)
4. ใช้น้ำส้มสายชู/เกลือ/ผงซักฟอก ในจานรองขาตู้กับข้าว เพื่อป้องกันยุงวางไข่	**18 (60.00)**	6 (20.00)	4 (13.33)	2 (6.67)
5. ป้องกันตนเองไม่ให้ถูกยุงกัด เช่น ใส่เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ทายากันยุง จุดสมุนไพรไล่ยุง	**24 (80.00)**	5 (16.67)	0 (0)	1 (3.33)
6. ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เช่น ทำความสะอาดบ้านเรือน รางน้ำฝน กำจัดขยะ เศษวัสดุต่าง ๆ	**24 (80.00)**	5 (16.67)	1 (3.33)	0 (0)
7. สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านและบริเวณบ้าน	**22 (73.34)**	7 (23.33)	1 (3.33)	0 (0)

คะแนนต่ำสุด 17, คะแนนสูงสุด 28, ค่าเฉลี่ย 25.53, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.921

เมื่อวิเคราะห์ตามระดับการปฏิบัติพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับดี มากที่สุด ร้อยละ 63.34 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 33.33 และระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 3.33 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก (n=30)

พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80)	19	63.34
ระดับปานกลาง (มีคะแนนร้อยละ 60-79)	10	33.33
ระดับควรปรับปรุง (มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	1	3.33
รวม	30	100.00

การเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรม ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความสามารถและทักษะในการป้องกันโรคไข้เลือดออก

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมก่อนการร่วมกิจกรรมเท่ากับ 22.03 และหลังการร่วมกิจกรรมเท่ากับ 25.53 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ฯ เพิ่มขึ้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะในการป้องกันไข้เลือดออก

พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนร่วมกิจกรรม ฯ	22.03	3.32	-5.475	.000*
หลังร่วมกิจกรรม ฯ	25.53	2.92		

* $p < 0.05$

ตอนที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

ผลการศึกษาภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถติ ($p< 0.05$) เนื่องจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นการสร้างทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างเป็นระบบ โดยสามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลได้อย่างชัดเจน สามารถพิจารณาวิเคราะห์ข้อมูล เปรียบเทียบหาสิ่งที่ถูกต้อง และตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมมาปฏิบัติได้ รวมทั้งสามารถเตือนตนเองให้ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

อย่างไรก็ตาม การออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในลักษณะของการพัฒนา ทักษะทั้ง 5 ทักษะ ประกอบด้วย ทักษะเข้าถึง เข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และนำไปใช้ ได้ผลดีตามการศึกษาของชวนพิศ จักขุจันทร์, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และธราดล เก่งการพานิช (2564) ซึ่งศึกษาโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยประยุกต์แบบจำลอง ข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และพมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของของภรกต สูฝน (2563) ที่พบว่าโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวีเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกีย ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นโปรแกรมที่สามารถพัฒนาความสามารถและทักษะการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกัน โดยไม่รังเกียจ ได้จริง โดยผลจากการดำเนินงานของโครงการและการอบรมตามโปรแกรมฯ ทำให้ระดับความสามารถและทักษะของกลุ่มตัวอย่าง เพิ่มขึ้น ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลความรู้เรื่องโรคเอดส์ เข้าใจช่องทางการติดต่อ และเกิดทักษะในการตั้งคำถาม

ที่ช่วยให้เกิดประโยชน์และช่วยในการตัดสินใจ งมีความมั่นใจในการอยู่ร่วมกันและเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับคนในชุมชนได้ นอกจากนี้การศึกษาของ สิริพร ภิยโยทัย และคณะ (2564) พบว่า รูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน ประกอบด้วยกิจกรรมฝึกทักษะ 5 กิจกรรม โดยใช้กลวิธีต่างๆ เช่น เทคนิคการใช้ภาพ เทคนิคการสอนกลับ การแสดงเพื่อให้ตรวจสอบ ฯลฯ โดยหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาทักษะการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน กลุ่มเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบกิจกรรมนี้ สามารถพัฒนาทักษะการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ศึกษาการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ของประชาชนไทย (2564) โดยพบว่า ความรู้เรื่องโรคและภัยสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร แหล่งข้อมูลเรื่องโรคและภัยสุขภาพ ความพึงพอใจต่อข้อมูลข่าวสาร และภาพลักษณ์ของกรมควบคุมโรคมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและนำไปใช้ในการตัดสินใจเรื่องสุขภาพของตนเอง เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารก็สามารถตัดสินใจ แก้ไขปัญหาและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับตนเองได้และสามารถบอกแนะนำต่อบุคคลอื่นได้ ส่งผลให้เกิดความตระหนักในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้แก่คนในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชน ในทางกลับกัน ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ มีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพได้มากกว่า

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันไข้เลือดออก โดยจัดกิจกรรมพัฒนาความสามารถและทักษะในการป้องกันไข้เลือดออก เน้นทักษะการสร้างความเข้าถึง และทักษะการนำไปใช้ ซึ่งมีกิจกรรมให้กลุ่มทดลองทำจำนวน 4 กิจกรรม ประกอบด้วย (1) กิจกรรมฝึกการค้นหา (2) กิจกรรมฝึกการกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูล (3) กิจกรรมฝึกคิดวิธีเตือนตนเอง และ (4) กิจกรรมฝึกคิดวิธีจัดการตนเอง เหตุผลที่เลือกพัฒนาทักษะนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มของจิตอาสา ซึ่งต้องร่วมในกิจกรรมการรณรงค์ป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข และประชาชน เมื่อผ่านการเข้าร่วมกิจกรรมแล้วสามารถนำทักษะที่ได้รับการฝึกไปใช้ในกิจกรรมการรณรงค์ป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกได้ พร้อมกับแนะนำประชาชนให้กับประชาชนในหมู่บ้าน

จากผลการศึกษาการจัดโปรแกรมพัฒนาทักษะเพียง 2 ทักษะ ทำให้ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันไข้เลือดออกของกลุ่มทดลองดีขึ้น ส่งผลให้ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายในหมู่บ้านดีขึ้นด้วย ซึ่งได้มีการสุ่มสำรวจดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมของจิตอาสา เป็นจำนวน 3 ครั้ง ครั้งแรกดำเนินกิจกรรมการสำรวจก่อนเข้าร่วมกิจกรรม 1 วัน ครั้งที่สองจากวันที่ร่วมกิจกรรม 1 สัปดาห์ และครั้งที่สามห่างจากวันสำรวจครั้งที่สอง 3 สัปดาห์ ผลการสำรวจดังตาราง

ตารางที่ 5.1 แสดงการเปรียบเทียบผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายและค่าดัชนีชี้วัดความชุกของลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังการจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของจิตอาสา

กิจกรรม	จำนวนหลังคาเรือน		จำนวนภาชนะ		HI	CI
	สำรวจ	พบลูกน้ำ	สำรวจ	พบลูกน้ำ		
ก่อนการจัดกิจกรรม	80	51	417	212	63.75	50.83
หลังการจัดกิจกรรมครั้งที่ 1	78	5	381	11	6.41	2.88
หลังการจัดกิจกรรมครั้งที่ 2	80	0	373	0	0	0

หมายเหตุ: การแปลผลค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย

การประเมินความชุกของลูกน้ำยุงลาย		
ดัชนี	**ภาวะความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก**	**ค่า**
HI (House Index)	ปลอดภัย	0
	เสี่ยงต่ำ	< 10
	เสี่ยงสูง	10 – 50
	เสี่ยงสูงมาก	> 50
CI (Container Index)	ปลอดภัย	0
	เสี่ยงต่ำ	< 5
	เสี่ยงสูง	5 – 9
	เสี่ยงสูงมาก	> 10

ที่มา : คู่มือแนวทางการดำเนินงาน เรื่องโรคไข้เลือดออก ปีงบประมาณ 2563

5.2 ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษา

5.2.1 ควรจัดกิจกรรมฝึกให้ครบทั้ง 5 ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการนำไปใช้ โดยอาจแบ่งตามระยะเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดความครอบคลุมการพัฒนาความสามารถและทักษะของบุคคล แม้ว่าในครั้งนี้ ทักษะในหลาย ๆ ด้านมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แต่การมีกิจกรรมให้กลุ่มเป้าหมายฝึกปฏิบัติ เป็นการเพิ่มความสามารถในด้านต่างๆ ให้กลุ่มเป้าหมายจนทำได้อย่างถูกต้องและเกิดความชำนาญเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งการพัฒนาปัจจัยเชิงระบบ ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ง่ายและสะดวกมากขึ้น

5.2.2 การจัดกิจกรรมให้กลุ่มจิตาอาสาในครั้งนี้ส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี การทำกิจกรรมใช้เวลาเรียนรู้ค่อนข้างนาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาเรื่องของสายตา และการทำความเข้าใจในการจัดครั้งต่อไปอาจจะปรับปรุงสื่อที่ใช้ในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสม เช่น การใช้รูปภาพแทนตัวหนังสือ การปรับขนาดตัวหนังสือ กำหนดการแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมแต่ละกลุ่มให้มีอายุที่หลากหลายเพื่อการช่วยเหลือกันในกลุ่ม

5.2.3 จากประสบการณ์ในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ผู้วิจัยพบว่าเทคนิคในการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์นั้น วิทยากรกระบวนการถือว่าเป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ดังนั้นผู้ดำเนินการจัดกระบวนการฯ จึงควรมีการฝึกฝนทักษะในด้านการสรุปประเด็นของแต่ละกิจกรรม เพื่อเชื่อมโยงเนื้อหาสู่กิจกรรมอื่นๆ การสร้าง สัมพันธภาพที่ดี จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในกระบวนการตามหลักการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น

5.2.4 การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาในกลุ่มอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น แกนนำจากครัวเรือน คณะกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มเยาวชน เป็นต้น เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวถือว่ามีบทบาทสำคัญในการช่วยดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพ ความเชื่อมั่น และสนับสนุนผลที่เกิดจากโปรแกรมฯ ได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แนวทางการจัดการเรียนรู้โรคติดต่อนำโดยยุง ภายใต้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551.

กรมควบคุมโรค. (2564). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ปี 2564. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. สืบค้นเมื่อ 7 พฤศจิกายน 2564, จาก https://ddc.moph.go.th/upload/pu...

กรุงเทพธุรกิจ. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2564 วันที่1 มกราคม - 12 ตุลาคม 2564 ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 กองระบาดวิทยา. สืบค้นเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2565, จาก https://www.bangkokbiznews.com/social/966870.

กองควบคุมโรคติดต่อ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2563). คู่มือแนวทางการดำเนินงานเรื่องโรคไข้เลือดออก ปีงบประมาณ 2563. (1-3).

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน. กรุงเทพฯ: ไอดี ออล ดิจิตอล พริ้นท์.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). เครื่องมือประเมิน Health Literacy. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา, ฉบับเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม, 36(2), 7-18.

ชวนพิศ จักขุจันทร์, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และธราดล เก่งการพานิช. (2564). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการป้อกงันโรคไข้เลือดออก โดยประยุกต์แบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารควบคุมโรค. ฉบับเดือนกรกฎาคม-กันยายน. 47(3), 479-489.

ฐานเศรษฐกิจ. “จิตอาสาเราทำความดี ด้วยหัวใจ” โครงการพระราชทานของในหลวง ร.10. ฉบับวันที่ 22 กรกฎาคม 2563. สืบค้นเมื่อ 14 มีนาคม 2565, จาก https://www.thansettakij.com/royal/442798

ภรกต สูฝน. (2563). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารโรคเอดส์. ฉบับเดือนตุลาคม 2562-มกราคม 2563. (32)1, 1-14.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2557). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: ศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้น.

วีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจาหมู่บ้าน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน, เดือนมกราคม-มิถุนายน, 3(1), 35-44.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2562). ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สิริพร ภิยโยทัย, นุชนารถ แก้วดำเกิง, จุฑามาศ มากกุญชร, ศิริกูล ชัยเจริญ, เบญจมาศ ใจงาม และเกศินี เขียนวารี. (2564). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมฝึกทักษะการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย. วารสารโรคเอดส์. เดือนมิถุนายน-กันยายน, 33(3), 111-122.

ยุทธ ไกยวรรณ์. (2545). พื้นฐานการวิจัย. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ทีมวิชาการสาธารณสุขอำเภอฝาง จ.เชียงใหม่*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 341 คน ศึกษาระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 สิงหาคม พ.ศ.2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square tests) และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient)

ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.01$) และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-valve}<0.01$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับค่อนข้างต่ำ ($r=0.348$)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, โรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019

* *ทีมวิชาการสาธารณสุขอำเภอฝาง จ.เชียงใหม่ ประกอบด้วย*

1. *นางสาวกรรณิการ์ ไคร้ม่วง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ*
2. *นางสาวหทัยทิพย์ ญานะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ*
3. *นางสาวนันทนา เผ่าใจมา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ*
4. *นางสาวกมลชนก แสนคำมูล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ*
5. *นางสาวพิชญา ลิกกะ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน*
6. *นายธนวรรธน์ พิขุนทด นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ*
7. *นายอภิวัฒน์ มีทอง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ*
8. *นางสาวขวัญดารินทร์ พงค์จาย นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ*
9. *นางอุบลลักษณ์ ทาธิจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ*
10. *นางอรวรรณ ภิญญะวงค์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน*
11. *นางสาวศิราณี ชัยมงคล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ*
12. *นางสาววราภรณ์ พรมวงค์ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน*
13. *นางทัศน์ทรวง ทาธิจันทร์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ*
14. *นางสาวอมลรุจี ศรีลาเลิศ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน*
15. *นางศิริลักษณ์ วงศ์ปาลีย์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ*
16. *นางระพีพรรณ กล้าหาญ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ*

Health literacy and prevention and control behaviors of Coronavirus 2019 among village health volunteers, Fang District, Chiang Mai Province.

Public Health Academic Team, Fang District, Chiang Mai Province

Abstract

The descriptive research aims to study the level of health literacy in and behaviors for prevention and control of Coronavirus. The sample group was village public health volunteers, Fang District, Chiang Mai Province. who have been working for at least 6 months, a total of 341 people studied between January 1 – August 31,2022. The research tools were questionnaires, data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, minimum values. The highest value, the correlation between the Thai variables was analyzed using the quopy statistics (Chi-Square tests) and the correlation coefficient analysis (Correlation coefficient).

The results showed that the level of education and health literacy prevent and control of Coronavirus disease 2019 in village health volunteers. ($P<0.01$) and the results show that health literacy was significantly associated with coronavirus disease prevention and control behaviors 2019 ($p<0.01$), with a positive correlation at a relatively high level ($r= 0.348$).

Key words: Health Literacy, Village Health Volunteer, Coronavirus disease 2019

บทนำ

โรคติดต่ออุบัติใหม่จัดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่คุกคามสุขภาพของประชาชนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ โดยในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาได้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง และช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 พบการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่องค์การอนามัยโลกใช้ชื่อเรียกอย่างเป็นทางการว่า“โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” หรือ “โควิด-19” (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2563) โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ซึ่งมีการค้นพบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ที่ผ่านมาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มต้นเมื่อรัฐบาลจีนรายงานผู้ป่วยติดเชื้อให้แก่องค์การอนามัยโลกประจำสาธารณรัฐประชาชนจีนทราบ เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 จากนั้นองค์การอนามัยโลกได้ประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 และต่อมาได้ยกระดับเป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลก

สถานการณ์การระบาดในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกในวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2563 และเมื่อถึงวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2565 มีรายงานผู้ติดเชื้อใน จำนวน 2,391,357 ราย ผู้เสียชีวิต จำนวน 22,057 ราย (กรมควบคุมโรค, 2565) จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดหนึ่งที่พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสมจากการระบาดของโควิด 19 มีผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 33,387 ราย เสียชีวิต จำนวน 202 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2565)

มาตรการป้องกันและลดความเสี่ยงของการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ในชุมชน มุ่งเน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร่วมเป็นทีมเฝ้าระวังในระดับชุมชน เฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน ร่วมค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เข้ามาในหมู่บ้าน โดยดำเนินการให้คำแนะนำ ติดตามและเฝ้าสังเกตอาการในกลุ่มเสี่ยงมีกิจกรรมที่ อสม.ต้องทำ ได้แก่ กิจกรรมการเคาะประตูเยี่ยมบ้าน การสำรวจสุขภาพตนเอง การให้ความรู้ประชาชน การวัดอุณหภูมิ การบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและรายงานผล รวมไปถึงการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวล้วนมีความเสี่ยงในการปฏิบัติงาน ดังนั้นผู้ปฏิบัติงานจึงต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ทักษะ ทางด้านปัญญาหรือ สังคม ในการสร้างแรงจูงใจ หรือความสามารถในการเข้าถึง Access เข้าใจ Understand ประเมิน Assess และ นำความรู้ความเข้าใจที่ได้รับมา ไปสู่การปฏิบัติ Applyและผลการปฏิบัตินั้นเกิดผลดีต่อสุขภาพโดยทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่นำมาใช้ในการปรับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ประกอบด้วย 6 ทักษะ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) ทักษะการเข้าใจ 3) ทักษะการโต้ตอบซักถาม แลกเปลี่ยน 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง 6) ทักษะการบอกต่อ (Chonlathit Uraikukul, 2020)

ปัจจุบันการสาธารณสุขไทยให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (Health literacy : HL) มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ (goal) ในร่างแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ข้อที่หนึ่ง กำหนดไว้ว่า “ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลงจากการเปลี่ยนแปลงสภาพปัญหา

ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล ด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อ เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพโดยรวม ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพลดลง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้น ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลสั้นลง และความถี่ในการใช้บริการสุขภาพลดลง(Vacharaporn Choeisuwan,2017)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญทางด้านสาธารณสุข เนื่องจากเป็นกลุ่มที่ต้องลงไปปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคติดต่อในชุมชน โดย อสม.ในอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ มีบทบาทในการดำเนินการเฝ้าระวัง คัดกรอง กลุ่มเสี่ยงครอบคลุมทั้ง 8 ตำบล มีกิจกรรม ได้แก่ การเคาะประตูบ้านกลุ่มเสี่ยง การเฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่เดินทางมาจากต่างประเทศ เดินทางมาจากนอกพื้นที่ รวมทั้งมีการเยี่ยมติดตามกลุ่มเสี่ยงที่บ้าน และการไปปฏิบัติงาน ณ จุดคัดกรองของชุมชน (ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2564)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อจะนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการกำหนดแนวทางการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคที่ถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อยเป็นเวลา 6 เดือนขึ้นไป ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ความสามารถและทักษะ ที่จำเป็น ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ ไต่ถาม ตัดสินใจ และการนำข้อมูลที่ถูกต้องไปใช้ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เข้าถึง (access) หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล/ค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบจนได้ข้อมูลที่มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

สร้างความเข้าใจ (understand) หมายถึง ความสามารถในการหาวิธีการจดจำและสร้างความเข้าใจข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

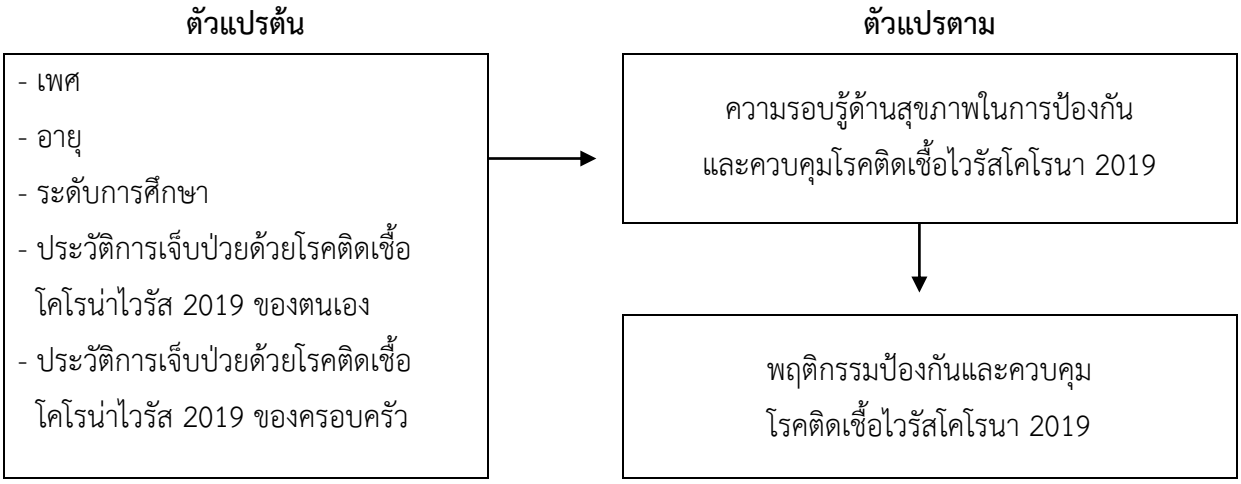
ไต่ถาม (questioning) หมายถึง ความสามารถในการใช้คำถาม 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผนการใช้คำถาม คิด/เขียนคำถาม ใช้คำถาม และประเมินการใช้คำถามเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัดสินใจ (make decision) หมายถึง ความสามารถในการตัดสินใจอย่างเหมาะสม 4 ขั้นตอน ได้แก่ ระบุปัญหา สำคัญที่ต้องตัดสินใจ กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืน ของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

นำไปใช้ (apply) หมายถึง ความสามารถในการนำข้อมูลไปใช้ปฏิบัติจริง ได้แก่ การเตือนตนเอง และการจัดการตนเองเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ (1) ออกเคาะประตูบ้าน ให้ความรู้ และเผยแพร่สื่อความรู้แก่ประชาชน (2) ให้ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆ ตามวิถีชุมชน (3) ร่วมสร้างมาตรการ social distancing ในชุมชน (4) จัดสภาพแวดล้อมในชุมชน (5) ร่วมเป็นทีมตั้งด่านชุมชนให้ความรู้และคัดกรองกลุ่มเสี่ยง (6) ร่วมเป็นทีมเฝ้าระวัง ติดตาม ตักเตือนแนะนำในกรณีที่ไม่ปฏิบัติตัวตามมาตรการฯ (7) ในกรณีกลุ่มเสี่ยงที่ต้องกักกันตัว อยู่ที่บ้าน อสม. ร่วมเป็นทีมเฝ้าระวัง ติดตามให้ผู้ถูกกักกัน (8) เป็นต้นแบบในการปฏิบัติตัวด้าน social distancing ให้กับประชาชน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินงาน

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 มกราคม – 31 สิงหาคม พ.ศ.2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง มีจำนวน 2,356 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอฝาง, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอฝาง จำนวน 2,356 คน โดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1973) ดังนี้ n = N/1+n(e)2

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ระดับ 0.05

แทนค่าในกลุ่มประชากร ดังนี้ N = 2,356/1+2,366(0.05*0.05)

ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย เท่ากับ 343 คน

ทำการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) จำแนกตามโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอฝาง จำนวนทั้งหมด 16 แห่ง โดยกระจายขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดังตาราง

ลำดับ	พื้นที่ศึกษา	อสม. (คน)	ตัวอย่าง (คน)
1	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันทรายคองน้อย	79	11
2	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่อนปิ่น	127	18
3	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าหัด	136	20
4	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่งอนกลาง	190	28
5	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ข่า	224	32
6	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยงูนอก	143	21
7	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยาง	142	21
8	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองยาว	60	9
9	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยไคร้	187	28
10	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองแคว	179	26
11	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองฮ่าง	128	19
12	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสันป่าแดง	115	17
13	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่สูน	204	30
14	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วงชุม	112	16
15	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างขาง	80	12
16	ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเวียง	249	35
	รวม	2356	**341**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วย แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการนำไปใช้ มีจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 มีจำนวน 7 ข้อ

แบบสอบถามชุดนี้ ได้ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.78

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้ศึกษาและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่าง และอธิบายการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้ศึกษาและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามเฉลี่ย 30 นาที

3. ผู้ศึกษาตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลมาลงรหัส ให้น้ำหนักคะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square tests)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลฝาง ให้การรับรองการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล เอกสารรับรองหมายเลข COA No. 02/2565

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนและแบบสอบถามสมบูรณ์ จำนวน 341 ราย นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.86 มีอายุเฉลี่ย 48 ปี อายุสูงสุด 81 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี โดยมีช่วงอายุระหว่าง 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 30.09 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 28.45 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.89 รองลงมาจบการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการนำไปใช้ โดยรวมอยู่ในระดับพอเพียง จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 54.84 รายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม

ระดับความรอบรู้	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดีเยี่ยม	90.0 - 100%	31	9.09
พอเพียง	75.0 - 89.9%	187	54.84
มีปัญหา	60.0 - 74.9%	102	29.91
ไม่พอเพียง	<60.0%	21	6.16

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 โดยรวม มากที่สุดอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 151 คน คิดเป็นร้อยละ 44.28 รองลงมา ระดับสูง จำนวน 102 คิดเป็นร้อยละ 29.91 โดยค่าเฉลี่ยรวมมีค่า 12.58 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 โดยรวม

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สูง	มากกว่าร้อยละ 80	102	29.91
ปานกลาง	ระหว่าง 60 – 80	88	25.81
ต่ำ	น้อยกว่าร้อยละ 60	151	44.28

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square tests) และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ตามลักษณะของข้อมูล พบว่า

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (X^2=0.936, p=0.817) ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (r=-0.067, p=0.211)

การศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (X^2= 35.540, p<0.01) ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.01

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (X^2=0.699, p=0.873) ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square tests) และการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) ตามลักษณะของข้อมูล พบว่า

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (r=-0.067, p=0.211)

จำนวนสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (r=-0.006, p=0.914)

เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (X^2=4.692, p=0.096) ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 (r=0.091, p=0.091) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (X^2=5.379, p=0.716) ที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 (X^2=4.766, p=0.092) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จำนวนสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 (r=-0.099, p=0.065) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019

ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation coefficient) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-valve < 0.01) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก (r = 0.348) ซึ่งถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตัวแปร	พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค	
	r	p-valve
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.348**	0.000**

** p < 0.01 **Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยรวมอยู่ในระดับ พอเพียง จำนวน 187 คน คิดเป็นร้อยละ 54.84 ซึ่งจากการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงานของกองสุขศึกษา (2561) พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส.ของกลุ่มประชาชนวัยทำงานก่อนถ่ายทอดความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 52.0 ซึ่งส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ก็อยู่ในกลุ่มวัยทำงาน และด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ความเข้าใจต่อโรคอาจจะยังไม่เพียงพอมากเท่าที่ควร

การศึกษา พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของประภัสสร งาแสงใส และคณะ (2557) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม.และสอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่

ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่จบการศึกษาระดับ ปวส. อนุปริญญา ปริญญาตรี และปริญญาโท มีคะแนนความรอบรูด้านสุขภาพมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ได้อธิบายไว้ว่าผู้ที่จบจบการศึกษาระดับ ปวส.ขึ้นไป จะมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีการรับรู้ในด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ และความสามารถในการเข้าถึงสื่อไม่มากกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

เพศ พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของทรรศนีย์ บุญมั่น (2564) ที่พบว่าเพศไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อธิบายไว้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการอบรมให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเท่าเทียมกันทั้งสองเพศ อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำและลงพื้นที่ปฏิบัติงานในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เท่าเทียมกันไม่มีการแบ่งแยกเพศ สอดคล้องกับงานวิจัยของชินตา เตชะวิจิตรจารุ (2561) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อายุ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ธัญชนก ขุมทอง และคณะ (2559) ที่พบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้าน สุขภาพ และสอดคล้องกับงานวิจัยของทรรศนีย์ บุญมั่น (2564) พบว่า อายุ ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นไม่ได้มีผลต่อการเรียนรู้ ไม่ทำให้การเรียนรู้ช้าลง สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพได้เท่ากัน

ประวัติการเจ็บป่วย และจำนวนสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ อาจเนื่องมาจากโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 เป็นโรคที่ใหม่ ทำให้การเข้าใจต่อโรคมีน้อย และโรคมีการพัฒนาตัวเอง ทำให้ อสม.เสี่ยงต่อการติดโรคได้ง่าย แม้ว่า อสม. จะมีความรู้และเข้าใจในโรคมากเพียงใด ก็อาจจะพบความเสี่ยงในการสัมผัสโรคได้ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของวรรณศิริ นิลเนตร (2557) ที่พบว่า โรคประจำตัวไม่ส่งผลต่อคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 โดยรวม มากที่สุดอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 44.28 ซึ่งจากการประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงานของกองสุขศึกษา (2561) พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 47.9 อาจเนื่องมาจาก อสม. ผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องโดยตรงกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยในครั้งนี้ จึงทำให้พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ

การศึกษาครั้งนี้ ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาภรณ์ วงธิ (2564) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. และอาจเนื่องจาก อสม. ได้รับการอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่องทุกคน

เพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ อธิบายไว้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการอบรมให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างเท่าเทียมกันทั้งสองเพศ อีกทั้งยังได้รับคำแนะนำและลงพื้นที่ปฏิบัติงานในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เท่าเทียมกันไม่มีการแบ่งแยกเพศ ทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เหมือน ๆ กัน

อายุ พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของ สุภาภรณ์ วงธิ (2564) พบว่า อายุ ไม่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.

จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ อาจเนื่องมาจาก โรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 เป็นโรคที่ใหม่ ทำให้การเข้าใจต่อโรคมีน้อย และโรคมีการพัฒนาตัวเอง ทำให้ อสม. เสี่ยงต่อการติดโรคได้ง่าย แม้ว่า อสม. จะมีความรู้และเข้าใจในโรคมากเพียงใด และปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคมากเพียงใด ก็อาจจะพบความเสี่ยงในการสัมผัสโรคได้

3. ความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-valve} < 0.01$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = 0.348$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2561) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 68.2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์พบว่าพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของอภิญญา อินทรรัตน์ (2557) ที่ศึกษาความความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ พบว่าความฉลาดทางสุขภาพส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของบุคคล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าเมื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเพิ่มขึ้นพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จะมีเพิ่มขึ้นด้วย ส่งผลให้ เกิดการพัฒนาทักษะและความสามารถในการจัดการตนเองทำให้มีการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไปในทางที่เหมาะสมได้ สอดคล้องตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ต้องมีทักษะและความสามารถในการ ทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ซึ่งพัฒนาได้จากกระบวนการคิด วิเคราะห์ และการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จนสามารถ ประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพ รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้ เพื่อวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ข้อมูลข่าวสาร นั้น ๆ ได้และสามารถใช้ข้อมูลข่าวสารนั้นเพื่อควบคุมจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ความรู้และสื่อสารด้านสุขภาพตามต้องการเพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพตนเองให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำและระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และคณะ (2563) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกัน โรคโควิด 19 ของผู้สูงอายุ และการศึกษาของสุภาภรณ์ วงธิ และคณะ (2564) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด19

การนำไปใช้ประโยชน์

1. ทำให้ทราบข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอฝาง เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการประกอบพิจารณาในด้านการพัฒนา และการแก้ไขปัญหาด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อันจะทำให้สามารถพัฒนาและแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงตามเป้าหมาย และหน่วยงานสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอฝาง

2. ทำให้ทราบข้อมูลปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอฝาง เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการประกอบพิจารณาในด้านการพัฒนาและการแก้ไขปัญหาด้านการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อันจะทำให้สามารถพัฒนาและแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงตามเป้าหมาย และหน่วยงานสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่อำเภอฝาง

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยทำให้ทราบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้นจึงควรมีการสร้างเสริมความรู้ในเรื่องการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องน่าเชื่อถือและมีความทันสมัยในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอฝาง โดยดำเนินการผ่านกระบวนการพัฒนาและเพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เข้าถึงความรู้ที่ถูกต้องรวดเร็วและสามารถแนวทางนำไปปฏิบัติได้จริงในสถานการณ์ต่างๆ ของพื้นที่

2. จากผลการวิจัยทำให้ทราบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ ดังนั้น จึงจำเป็นต้องสร้างเสริมความมั่นใจในการทำงานให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้มีการนำแนวทางไปใช้ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อโคโรน่าไวรัส 2019 อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ผลวิจัยทำให้ทราบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ฯในระดับมีปัญหาถึงร้อยละ 29.91 และไม่พอเพียงร้อยละ 6.16 ดังนั้น จึงยังต้องมีการฝึกฝนพัฒนาทักษะที่จำเป็นให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีนโยบายที่ชัดเจนผ่านการบูรณาการในแผนงาน/โครงการ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ได้รับการสร้างเสริมศักยภาพด้านความสามารถและทักษะในการดูแลตนเองและมีความรอบรู้เท่าทันโรคระบาดที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณท่านสาธารณสุขอำเภอฝาง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ที่ได้ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจนทำให้งานวิจัยฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2564ก). ข่าวเพื่อสื่อมวลชน. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2564, จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/news.php

กรมควบคุมโรค. (2564ข). รายงานสถานการณ์โควิด-19. สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2564, จาก https://covid19.ddc.moph.go.th/

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (ม.ป.ป.). (2563). คู่มือการตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid 19) ทางห้องปฏิบัติการ. สืบค้นเมื่อ 1 ธันวาคม 2563, จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2554). คู่มือ อสม. ยุคใหม่. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงาน. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2565, จาก http://www.hed.go.th

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). เครื่องมือประเมิน Health Literacy. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา, ฉบับเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม, 36(2), 7-18.

ชินตา เตชะวิจิตรจารุ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจาหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(พิเศษ), 320-332.

ทรรศนีย์ บุญมั่น. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2565, จาก http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3876/3/62060699.pdf

ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. วารสารมหาวิทยาลัยศิลปากร, 3(6), 67-85.

ประภัสสร งาแสงใส และคณะ. (2557). กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารเภสัชอีสาน, 9(พิเศษ), 82-87.

รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, ปนัดดา งามเปรี่ยม, สุรัตนา เหล่าไชย และประภากร ศรีสว่าวงศ์. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: ตำบลแวงน่าง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(3), 104-114.

วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2565). สถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด-19. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2565, จาก https://www.chiangmai health.go.th/cmpho_web/coronavirus_situation.php

แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรา ประเสริฐศรี. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้องรังหลายโรค. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2565, จาก https://www.tci-thaijo.org

สุภาภรณ์ วงธิ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. สืบค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2565, จาก http://nuir.lib.nu.ac.th/dspace/bitstream/123456789/3227/3/62060668.pdf

อภิญญา อินทรรัตน์. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ. วารสารพยาบาลทหารบก. ปีที่ 15 ฉบับที่ 3.

Yamane, Taro. (1973). Statistics: An Introductory Analysis. 3rded. New York: Harper and Row Publications.

ประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดนครนายก

รำพึง นุ่มสารพัดนึก*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดนครนายกโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ใช้รูปแบบการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research and Development) โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการพัฒนาโปรแกรมฯ ศึกษา 2 กลุ่ม วัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest one group design) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครประจำครอบครัว ในเขตอำเภอเมืองนครนายก จำนวน 87 คน เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 42 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 45 คน กลุ่มทดลอง ได้รับการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ตามปกติ ใช้เวลาการศึกษา 6 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วัดค่าดัชนีมวลกาย และวัดค่าระดับไขมันในเลือด ประกอบด้วย คอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ HDL และ LDL นำผลการศึกษามาวิเคราะห์และพัฒนาโปรแกรมฯ ระยะที่ 2 ขยายผลและศึกษาผล โดยปรับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและขยายเวลาดำเนินการเป็น 12 เดือน ศึกษา 1 กลุ่ม วัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 320 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วย Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าระดับไขมันในเลือดและค่าดัชนีมวลกาย ผลการศึกษา ระยะที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและค่าระดับไขมันในเลือด ภายหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกาย

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมอง, พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง, กระบวนการกลุ่ม

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก*

The Effects of Group Process for Stroke Prevention Behavior among Village health volunteers and patient relatives of Nakhon Nayok Province.

Rumpueng Numsarapadnuk*

Abstract

The purpose of this research was to study the effect of behavior modification to prevent stroke among village health volunteers in Nakhon Nayok Province. using a group process the research model was used to develop (Research and Development) which is divided into 2 phases. Phase 1 is the development of the program, studying 2 groups, measuring 2 times before and after the experiment (pretest-posttest one group design). The sample groups are 87 Village Health Volunteer and family volunteers In Muang Nakhon Nayok district, 42 people were in the experimental group, 45 were in the control group, The experimental group received a behavior modification program. using a continuous group process the comparison group participated in the program as usual for a period of 6 months. Data were collected using questionnaires. Measure BMI and measuring blood lipid levels, consisting of cholesterol, triglycerides, HDL, and LDL. The results of the study were analyzed. and develop the program, Phase 2, expanding and studying the results by adjusting the behavior modification program and extending the time of operation to 12 months. One study group, two measurements before and after participating in the program. The sample group consisted of 320 village health volunteers. Data were analyzed using descriptive statistics. by distribution of frequency, percentage, mean and standard deviation. and use inferential statistics Intra-group comparison with Paired t-test and in-group comparison with independent t-test.

The results of the Phase 1 study revealed that the experimental group had a level of knowledge. awareness of cerebrovascular disease Stroke performance and stroke prevention behaviors after the experiment was statistically different from before the experiment. but no difference in blood lipid levels was found. and BMI the results of the second phase study found that the sample group had the level of knowledge. awareness of cerebrovascular disease Stroke performance to act to prevent stroke prevention behavior and blood lipid levels After the experiment was statistically different from before the experiment. but no difference was found in BMI.

Key words: Stroke, Stroke prevention behavior, Group process.

** Public Health Technical Officer Senior Professional Level, Nakhon Nayok Provincial Health Office*

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 80 ล้านคน และพิการจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 50 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 62.5 สำหรับในประเทศไทย จากรายงานอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-69) ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวม ปี พ.ศ. 2559-2561 เท่ากับ 48.13, 47.81 และ 47.15 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ, 2563) และจากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พบอุบัติการณ์ ผู้ป่วยรายใหม่ในปี พ.ศ. 2563 อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 328 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีเพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2561 เท่ากับ 303 และปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 318 ต่อแสนประชากร สถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่คุกคามประชากรโลก เพราะนอกจากจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับต้นๆ แล้วยังเป็นโรคที่เกิดกับคนทุกกลุ่มวัย ผู้ที่ป่วยจากโรคนี้จะมีผลกระทบทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคม ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการซึมเศร้ามีปัญหาด้านพฤติกรรม

จังหวัดนครนายก ก็พบปัญหาจากโรคหลอดเลือดสมองเช่นกัน โดยอัตราตายของประชากรจำแนกตามสาเหตุการตาย ICD - 10 ปี พ.ศ.2557 - 2560 พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุการตาย ใน 5 อันดับแรก และรายงานอัตราป่วยของประชาชนที่มารับบริการในสถานบริการของรัฐ (ผู้ป่วยนอก) ปี พ.ศ.2558-2561 พบว่ามีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับหนึ่งทุกปี และจากรายงานการเยี่ยมบ้าน (Smart COC) จังหวัดนครนายก เดือนมีนาคม - เดือนสิงหาคม พ.ศ.2562 พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยหมอคนที่ 2 คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหมอคนที่ 1 คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มโรคหลอดเลือดสมอง เป็นอันดับ 2 รองจากกลุ่มโรคแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุขได้วางนโยบายการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้เป็น อสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน คือ เป็นต้นแบบของการสร้างสุขภาพ เป็นผู้ร่วมดำเนินการ สั่งการ ควบคุมกำกับ และให้คำชี้แนะในกระบวนการสุขภาพเพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน ในการนำไปสู่การพัฒนา การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่พึ่งพาตนเองได้ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประหมู่บ้านจะเป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงระหว่างอาสาสมัครประจำครอบครัวที่เป็นผู้แทนจากครัวเรือนที่มีผู้ป่วยเรื้อรัง และหมอคนที่ 2 คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ดูแลพื้นที่นั้นๆ ในการให้คำแนะนำดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเป็นตัวอย่างให้กับประชาชนในพื้นที่

จากผลการศึกษาของ ศศิจริญญา อำม์พรพันธ์ (2554) พบว่า ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าการใช้กระบวนการกลุ่มทำให้พลังกลุ่มสามารถขับเคลื่อนให้เกิดความคล้อยตามและการเปลี่ยนแปลงในทางบวก ทำให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น มีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดี มีความพยายามและความตั้งใจในการเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพและการศึกษาของนฤมล สุขศรี (2558) พบว่าภาวะสุขภาพและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานดีขึ้นกว่าก่อนได้รับการใช้กระบวนการกลุ่ม

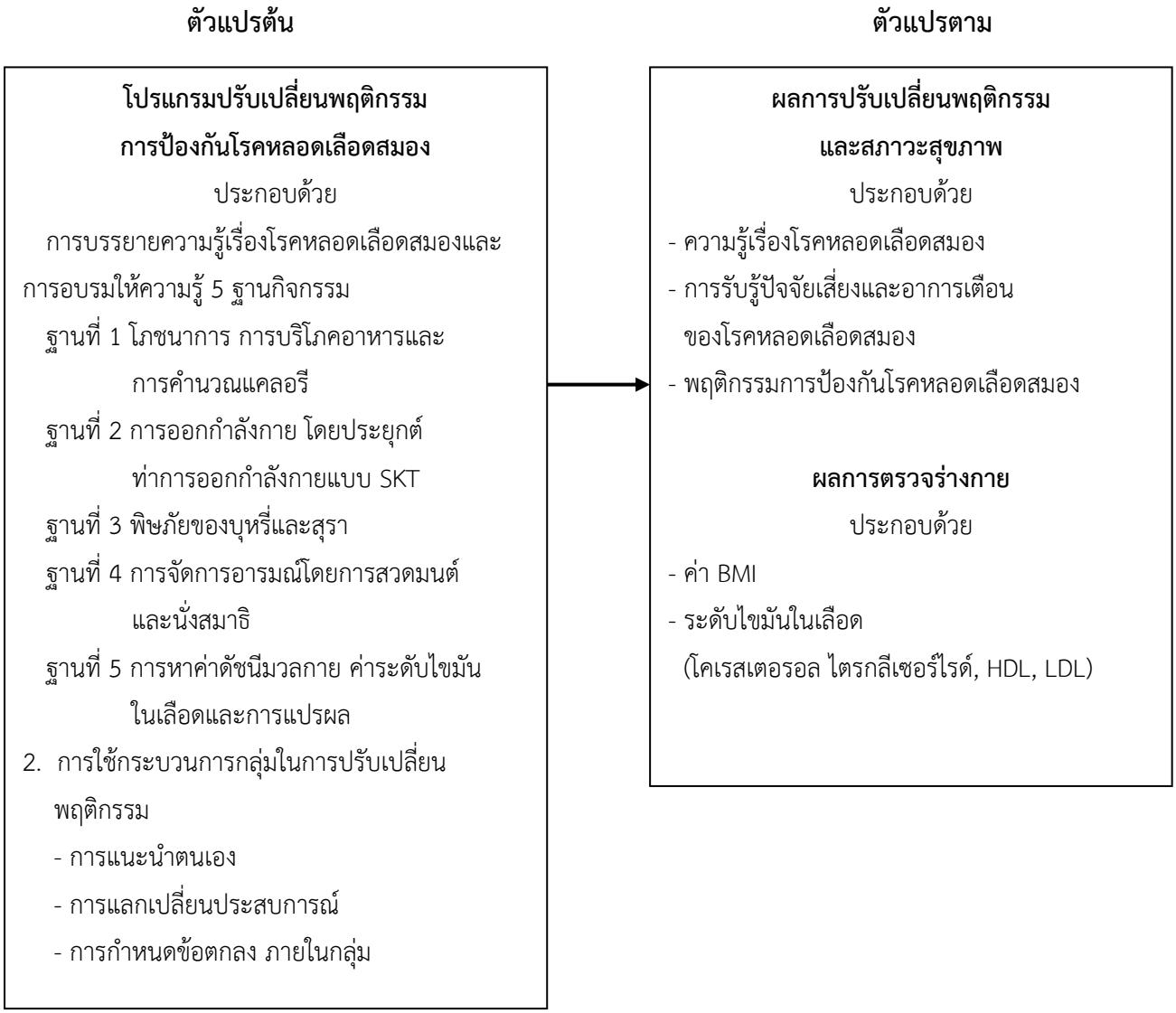
ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครประจำครอบครัว ของจังหวัดนครนายก โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการนำกระบวนการกลุ่ม มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการใช้กระบวนการกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครประจำครอบครัว ของจังหวัดนครนายก
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครประจำครอบครัว ของจังหวัดนครนายก

กรอบแนวคิดของงานวิจัย

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง



ระยะที่ 2 การทดลองใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ปรับปรุงรูปแบบของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและขยายเวลาในการประเมินผล ทดลองใช้รูปแบบของโปรแกรมที่ปรับปรุงกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประเมินก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เอกสารรับรองเลขที่ NPHO 2020-018

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรมฯ และระยะที่ 2 ศึกษาผล มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนาโปรแกรมฯ

กลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครประจำครอบครัว ในเขตอำเภอเมืองนครนายก ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 87 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 42 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 45 คน

เครื่องมือที่ใช้และการพัฒนาคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1) แบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เป็นข้อคำถามแบบตรวจสอบรายการ (Checklist ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประวัติการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง) จำนวน 18 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบเลือกตอบถูกต้อง ไม่ถูกต้อง จำนวน 20 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 3 การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง เป็นข้อคำถามแบบมาตราวัด Likert scale 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ จำนวน 15 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นข้อคำถามแบบมาตราวัด Likert scale 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติ 5 - 7 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 3 - 4 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติ 1 - 2 วันต่อสัปดาห์ ปฏิบัติน้อยกว่า 1 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 20 ข้อคำถาม

2) แบบบันทึกการตรวจสุขภาพ ประกอบด้วยค่าดัชนีมวลกาย ค่าไตรกรีเซอร์ไรด์ ค่าคอเรสเตอรอล ค่า HDL และค่า LDL

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content Validity) ของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 2 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมของข้อคำถาม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI เท่ากับ 0.87 จากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามแก้ไขตามคำแนะนำและนำไปทดสอบกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอบ้านสร้าง จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) พบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.86

ขั้นตอนดำเนินการ

1) การจัดประชุมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและอาสาสมัครประจำครอบครัวที่เข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายในการตรวจร่างกายเพื่อหาค่าระดับไขมันในเลือด ประกอบด้วย ค่าคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอร์ไรด์ HDL และ LDL

2) การจัดอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระยะเวลา 1 วัน ประกอบด้วย

1. ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ การป้องกัน อาการแทรกซ้อน เป็นการบรรยาย ระยะเวลา 2 ชั่วโมง
2. การจัดทำฐานกิจกรรมความรู้ จำนวน 5 ฐาน ประกอบด้วย

ฐานที่ 1 โภชนาการ การบริโภคอาหารและการคำนวณแคลอรี่

ฐานที่ 2 การออกกำลังกาย โดยประยุกต์ท่าการออกกำลังกายแบบ SKT

ฐานที่ 3 พิษภัยของบุหรี่และสุรา

ฐานที่ 4 การจัดการอารมณ์โดยการสวดมนต์และนั่งสมาธิ

ฐานที่ 5 การหาค่าดัชนีมวลกาย ค่าระดับไขมันในเลือด และการแปรผล

ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

3. การจัดทำกระบวนการกลุ่มเฉพาะกลุ่มทดลอง จำนวน 42 คน ระยะเวลา 2 ชั่วโมง ดังนี้

1) จัดทำกลุ่มสัมพันธ์ แบ่งกลุ่มกลุ่มๆละ 8-10 คน

2) จัดตั้งหัวหน้ากลุ่ม ตั้งเป้าหมายร่วมกัน

3) เข้าร่วมกลุ่มกันในแอพลิเคชัน Line เพื่อติดต่อสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

การเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และตรวจเลือดเพื่อหาค่าระดับไขมันในเลือด ก่อนการเข้ารับการอบรม

2. เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง และตรวจเลือดเพื่อหาค่าระดับไขมันในเลือด ภายหลังการเข้ารับการอบรม ระยะเวลา 6 เดือน

วิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และค่าระดับไขมันในเลือด โดยใช้สถิติอนุมานเปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ด้วยสถิติ Independent t-test

ระยะที่ 2 ขยายผลและศึกษาผล

กลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือก

กลุ่มตัวอย่างเป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากทุกอำเภอของจังหวัดนครนายก ที่เข้ารับการอบรม เป็น อสม.หมอประจำบ้าน ประจำปีงบประมาณ 2564 ซึ่งได้รับการคัดเลือกมาจากทุกหมู่บ้านของจังหวัดนครนายก และโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและเปิดรับสมัครอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 320 คน

เครื่องมือที่ใช้

ใช้เครื่องมือวิจัยชุดเดียวกับระยะที่ 1

ขั้นตอนดำเนินการ

การดำเนินการในระยะที่ 2 ใช้การวัดผลแบบ 1 กลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง โดยดำเนินการ ดังนี้

1. นัดหมายในการตรวจร่างกายเพื่อหาค่าระดับไขมันในเลือดประกอบด้วย ค่าคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอร์ไรด์ HDL และ LDL และตอบแบบสอบถามก่อนเข้าร่วมโครงการ

2. การจัดอบรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมระยะเวลา 2 วัน โดยจัดการอบรมครั้งละ 1 อำเภอ ประกอบด้วย

1) ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง สาเหตุ การป้องกัน อาการแทรกซ้อน เป็นการบรรยายและตอบข้อซักถาม โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของอำเภอ ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

2) การจัดทำฐานความรู้ จำนวน 5 ฐาน ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ประกอบด้วย

ฐานที่ 1 โภชนาการ การบริโภคอาหารและการคำนวณแคลอรี่

ฐานที่ 2 การออกกำลังกาย โดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

ฐานที่ 3 พิษภัยของบุหรี่และสุรา

ฐานที่ 4 การจัดการอารมณ์โดยการสวดมนต์และนั่งสมาธิ

ฐานที่ 5 การหาค่าดัชนีมวลกาย ค่าระดับไขมันในเลือด และการแปรผล

3. การอบรมวันที่สอง

1. จัดทำกลุ่มสัมพันธ์ สร้างความคุ้นเคย แบ่งกลุ่มกลุ่มๆ ละ 8-10 คน ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

2. จัดตั้งหัวหน้ากลุ่ม ในแต่ละกลุ่มและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ และร่วมกันคิดวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่ม และนำเสนอการออกกำลังกายเพื่อแลกเปลี่ยนกับกลุ่มอื่น กลุ่มละ 10 นาที ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

3. เข้าร่วมกลุ่มกันในแอพลิเคชัน Line โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เข้าร่วมในกลุ่มทุกกลุ่ม เพื่อติดต่อสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลในเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง และกระตุ้นเตือนในการออกกำลังกาย

การเก็บรวบรวบข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังการทดลองระยะเวลา 12 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และค่าระดับไขมันในเลือด โดยใช้สถิติอนุมานเปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired t-test

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย สรุปตามระยะการพัฒนาได้ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ผลการศึกษา มีสาระสำคัญ ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีจำนวน 87 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 42 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.2 เพศชาย ร้อยละ 4.8 มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 50 ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 31.1 และประถมศึกษา ร้อยละ 23.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 50 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 31 ระยะเวลาเป็น อสม. หรืออาสาสมัครประจำครอบครัว 1-5 ปี ร้อยละ 38.1 ระยะเวลา 21-25 ปี ร้อยละ 22.2 มีบทบาทหน้าที่อื่นๆนอกจากการเป็น อสม. ร้อยละ 40.5 สูบบุหรี่ ร้อยละ 2.4 เคยถูกวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 7.1 มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 31.0 ได้รับความรู้ เรื่องโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 83.3 จากแผ่นพับ ร้อยละ 69.0

ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 45 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.1 เพศชาย ร้อยละ 8.9 มีอายุอยู่ระหว่าง 40 - 49 ปีและ 50-59 ปี ร้อยละ 37.8 ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 35.6 และระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 17.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 33.4 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เป็นแม่บ้านร้อยละ 31.1 ระยะเวลาเป็น อสม. หรืออาสาสมัครประจำครอบครัว 1-5 ปี ร้อยละ 35.7 ระยะเวลา 5.-10 ปี ร้อยละ 36.7 มีบทบาทหน้าที่อื่นๆนอกจากการเป็น อสม. ร้อยละ 26.6 สูบบุหรี่ ร้อยละ 11.1 เคยถูกวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.4 มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 13.3 ได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 84.4 จากแผ่นพับและโทรทัศน์ ร้อยละ 46.7

2. ผลการทดลองใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองพบว่า

กลุ่มทดลองมีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.5 แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในเลือด และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลการตรวจร่างกาย ประกอบด้วยค่าดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในเลือด ประกอบด้วย ค่าคอเรสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และ LDL ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และพบความแตกต่างของค่าไขมัน HDL ก่อนและหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.5 ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง				
ตัวแปร	Mean	SD	Mean	SD	df	t	p-value
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	11.73	1.874	17.04	1.326	41	18.178	.000*
การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน	20.30	3.166	26.90	2.150	41	13.289	.000*
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	38.33	7.195	54.64	2.51	41	11.828	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับดัชนีมวลกายและระดับไขมันของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n= 42)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง				
ตัวแปร	Mean	SD	Mean	SD	Df	t	p-value
ดัชนีมวลกาย	24.82	4.278	25.08	4.171	41	0.543	.590
โคเรสเตอรอล	219.04	54.406	201.14	39.667	41	2.534	.055
ไตรกลีเซอไรด์	154.78	91.107	145.00	78.831	41	.0732	.468
HDL (High Density Lipoprotein)	50.07	14.116	54.07	44.801	41	2.962	.005
LDL (Low Density Lipoprotein)	133.98	46.023	124.42	34.591	41	1.581	.122

ภายหลังการทดลอง พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในเลือดดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	Mean	SD	df	t	p-value
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง				85	11.48	.004*
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	13.02	2.115			
กลุ่มทดลอง	42	17.40	1.326			
การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน				85	10.49	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	20.11	3.644			
กลุ่มทดลอง	42	26.90	2.150			
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง				85	8.55	.000*
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	47.00	6.550			
กลุ่มทดลอง	42	54.64	2.516			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	Mean	SD	df	t	p-value
ดัชนีมวลกาย				85	1.615	.077
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	26.08	5.063			
กลุ่มทดลอง	42	24.49	4.028			
โคเรสเตอรอล				85	.742	.865
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	207.88	44.801			
กลุ่มทดลอง	42	201.14	39.66			
ไตรกลีเซอไรด์				85	.130	.620
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	145.00	78.83			
กลุ่มทดลอง	42	142,33	108.33			
High Density Lipoprotein				85	2.52	.330
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	50.07	10.57			
กลุ่มทดลอง	42	56.77	13.83			
Low Density Lipoprotein				85	.161	.690
กลุ่มเปรียบเทียบ	45	124.42	34.59			
กลุ่มทดลอง	42	122.57	32.95			

ระยะที่ 2 ขยายผลและศึกษาผล

ผลการศึกษา มีสาระสำคัญ ได้แก่

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา มีจำนวน 320 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 เพศชาย ร้อยละ 10 มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 41.8 ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 65.3 และมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 47.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพ/เป็นแม่บ้านร้อยละ 40.3 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 26.6 ระยะเวลาเป็น อสม. 1-5 ปี ร้อยละ 41.5 ระยะเวลา 10 - 15 ปี ร้อยละ 17.5 มีบทบาทหน้าที่อื่นๆนอกจากการเป็น อสม. ร้อยละ 10.9 สูบบุหรี่ร้อยละ 4.1 เคยถูกวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 6.9 มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 20.6 ได้รับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 84.1 จากการอบรม อสม. ร้อยละ 51.9

2. ผลการทดลองใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในระยะขยายผล พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ระดับไขมันในเลือด แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกาย ดังตารางที่ 5 และตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ก่อนและหลังการทดลอง (n= 320)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง				
ตัวแปร	Mean	SD	Mean	SD	df	t	p-value
ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง	12.54	2.036	18.26	1.438	319	44.78	.000*
การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน	21.93	3.876	26.08	2.642	319	26.53	.000*
พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	41.60	7.614	50.878	4.543	319	27.51	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับดัชนีมวลกายและระดับไขมัน ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n=297)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง				
ตัวแปร	Mean	SD	Mean	SD	Df	t	p-value
ดัชนีมวลกาย	25.96	4.775	25.83	5.054	296	1.893	.590
โคเรสเตอรอล	218.34	42.200	198.58	31.787	296	11.846	.000*
ไตรกลีเซอไรด์	165.55	58.187	151.19	44.937	296	5.783	.000*
HDL (High Density Lipoprotein)	58.76	12.940	61.17	14.119	296	4.952	.000*
LDL (Low Density Lipoprotein)	133.07	36.635	123.62	30.315	296	6.505	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

อภิปรายผล

การศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่ม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครประจำครอบครัว จังหวัดนครนายก เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับการสร้างกระบวนการเรียนรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ในระยะที่ 1 ซึ่งใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 6 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แตกต่างจากก่อนการทดลอง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรม สูงกว่าก่อนการทดลองแต่ไม่พบความแตกต่างของค่าดัชนีมวลกายและค่าระดับไขมันในเลือด เนื่องจากลุ่มตัวอย่างได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีการบรรยายความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองเกี่ยวกับสาเหตุ อาการปัจจัยเสี่ยง และการป้องกัน การรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และการฝึกทักษะเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมแสดงความคิดเห็น เน้นย้ำถึงประโยชน์หากสามารถปฏิบัติได้ตามคำแนะนำ รวมทั้งได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกับสมาชิกในกลุ่ม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจที่จะทำพฤติกรรมที่ถูกต้อง แต่เนื่องจากการประเมินผลในระยะเวลา 6 เดือนยังไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในส่วนของระดับไขมันในเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของช่อทิพย์ อัมพรภิรมย์ (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ ความคาดหวังในผลลัพธ์ ของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และค่าน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร 8 ชั่วโมง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง แต่ไม่พบความแตกต่างของค่าความดันโลหิต และการศึกษา

ของพัชราภัณฑ์ ไชยสังข์ และคณะ (2557) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดเกินระดับปกติในชุมชน ที่พบว่าภายหลังการเข้าร่วมในโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเอง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรม และน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ นฤมล สุขศรี (2558) ที่ศึกษาผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในภาพรวมของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของสาโรจน์ ประพรมมา ที่ศึกษาผลโปรแกรมวิถีธรรมวิถีไทยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย และกลุ่มเสี่ยง 5 คน มีน้ำหนักตัว เส้นรอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และการศึกษาของ ธนิดา โอฬาริกชาติ และคณะ(2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของพนักงานโรงแรมที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 8 สัปดาห์ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าคอเลสเตอรอลรวม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แต่ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือด ประกอบด้วยค่าคอเรสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ HDL และ LDL จึงนำผลการศึกษาเสนอกับที่ประชุมผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อและงานสุขภาพภาคประชาชน เพื่อปรับปรุงกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและขยายเวลาในการประเมินผลในการดำเนินงานระยะที่ 2 เป็นเวลา 12 เดือน และการบรรยายความรู้และปัจจัยเสี่ยงเรื่องโรคหลอดเลือดสมอง ใช้การบรรยายโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งตามนโยบาย 3 หมอ ของกระทรวงสาธารณสุข มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นหมอคนที่ 1 เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหมอคนที่ 2 และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของโรงพยาบาลแม่ข่ายเป็นหมอคนที่ 3 ที่จะร่วมกันดูแลผู้ป่วยในชุมชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมีส่วนร่วมเป็นทีมเดียวกัน การได้มีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย ทำเกิดความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองที่จะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง รวมทั้งการขยายเวลาในการทำกระบวนการกลุ่มทำให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และยังมีการติดต่อประสานงานกันในกลุ่มไลน์ ทำให้สามารถซักถามเมื่อมีข้อสงสัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นหมอคนที่ 2 ก็จะตอบข้อซักถาม และส่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความรู้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือน และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยระดับไขมันในเลือดประกอบด้วยค่าคอเลสเตอรอล ไตรกลีเซอไรด์ และ HDL สูงกว่าก่อนการทดลอง และมีค่าเฉลี่ยของระดับไขมันในเลือด LDL ลดลงกว่าก่อนการทดลอง แต่อย่างไรก็ตาม ผลของระดับไขมันในเลือดทั้งในส่วนของ

คอเลสเตอรอลไตรกลีเซอไรด์ ก็ยังคงอยู่ในความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งต้องมีการปรับกระบวนการและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งค่าดัชนีมวลกายที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เช่นกัน ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ จึงต้องมีการจัดทำกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ อยู่ในช่วงเวลาของการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้เกิดผลกระทบต่อการรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรม และกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อสม. ต้องรับหน้าที่ในการร่วมดำเนินการควบคุมป้องกันโรคโควิด 19 จึงอาจมีความวิตกกังวล และไม่สามารถปฏิบัติตนตามแผนการดำเนินงาน ผู้วิจัยจึงต้องปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินงานในส่วนการเก็บข้อมูลแบบสอบถามภายหลังการทดลองระยะที่ 2 โดยการตอบแบบสอบถามผ่าน google form และปรับสถานที่เก็บตัวอย่างเลือด จากสถานที่จัดการฝึกอบรม มาใช้ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เพื่อหลีกเลี่ยงการรวมกลุ่มจำนวนมาก

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้รับการยกย่องเป็นหมอคนที่ 1 มีความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งของทีม 3 หมอ และเมื่อได้ทำกิจกรรมร่วมกับทีม 3 หมอ ก็จะเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และปฏิบัติตนเพื่อเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ จึงควรนำไปใช้กับการจัดทำโปรแกรมดูแลสุขภาพในด้านอื่นๆ

2. จากผลการศึกษาพบว่ากระบวนการกลุ่มสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จึงควรมีการจัดทำกระบวนการดังกล่าว ในระดับพื้นที่เช่นในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแต่ละแห่ง แบ่งกลุ่มย่อยเป็นรายหมู่บ้านซึ่งจะสามารถปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และมีการนำข้อมูลมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในพื้นที่

3. จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 มีการเปลี่ยนแปลงระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเปรียบเทียบไปในทางที่ดีขึ้น ซึ่งเนื่องมาจากการได้รับรู้ค่าระดับไขมันของตนเอง และสามารถแปลความหมายได้ ทำให้เกิดความตะหนักและมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในระดับนโยบายจึงควรมีการให้สวัสดิการแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการตรวจระดับไขมันในเลือด HDL และ LDL เพื่อให้เกิดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเป็นต้นแบบที่ดีให้กับคนในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2563). สถานการณ์การดำเนินงานด้านการการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDS) (situation on NCDS prevention and control in Thailand). นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.

กริ่งแก้ว สอาดรัตน์. (2564). การประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการสื่อสารความเสี่ยงลดเค็มในอาหาร สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อ จังหวัดสุโขทัย. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา. 36(1), 24-35.

ช่อทิพย์ อัมพรภิรมย์. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. รายงานการวิจัย, กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.

ชนม์นิภาภัทร สันทัสนะโชค, ชดช้อย วัฒนะ. (2560). ประสิทธิผลของการพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองปูน อำเภอแกลง จังหวัดระยอง. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 34(2), 110-123.

ฐิติมา โกศัลวิตร, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, สุทธิพงษ์ สุทธิลักษมุนีกุล, ขนิษฐา หล้ามาชน. (2559). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทักษะชีวิตร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 1(1), 45-63.

ดวงพร กตัญญุตานนท์, รัชนีย์ จันทร์ปัญญา, สุธีธิดา ปาเป้า, เสาวณี เบ้าจังหาร,ธนพร น้อยเปรม, สาวิกา พาลี, จันทร์เพ็ญ แสงขันธ์. (2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง สถานีอนามัยแห่งหนึ่ง ในตำบลบางเมือง จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย. 6(2), 53-62.

ธนิดา โอฬาริกชาติ, ปิยนุช จิตตนูนท์, ไหมไทย ศรีแก้ว. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและระดับไขมันในเลือดของพนักงานโรงแรมที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 36(ฉบับพิเศษ). 99-116.

นันทกาญจน์ ปักษี, ยุพาพิน ศิรโพธิ์งาม, สุปรีดา มั่นคง, สิริรัตน์ ลีลาจรัส. (2559). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และญาติผู้ดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ต่อความพร้อมในการดูแลความเครียด การปรับตัว และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของญาติผู้ดูแล. วารสารรามาธิบดีพยาบาลสาร. 22(1), 65-79.

นภาลัย มังคละ, นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2561). ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 12(ฉบับพิเศษ), 110-120.

นฤมล สุขศรี. (2558). ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤตติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในตำบลดอนสัก อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี.

นวลนิตย์ ไชยเพชร, อุดมศิลป์ แก้วกล่ำ, สิทธิพงษ์ สอนรัตน์, ยุวดี วิทยพันธ์. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังชุมชนโพหวาย ตำบลบางกุ้ง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 4(2), 45-60.

ปุณญณิน เขื่อนเพ็ชร์, ลำเนา วงค์ใจ. (2559). ประสิทธิผลของกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาวะอ้วนลงพุงในผู้สูงอายุเครือข่ายบริการสุขภาพ. เชียงรายเวชสาร. 7(1), 103-112.

ภาสกร ชาญจิราวดี, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ, ประเสริฐศักดิ์ กายนาคา, สมบัติ อ่อนศิริ. (2560). ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลทหารบก. 18 (ฉบับพิเศษ), 41-48.

พัชราภรณ์ อารีย์, อุมาพร ปุญญโสพรรณ, วิจิตร ศรีสุพรรณ, สถิต วงศ์สุรประกิต. (2556). ผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินต่อระดับไขมันและน้ำตาลในเลือด ในสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง. วารสารพยาบาล. 40(ฉบับพิเศษ), 14-22.

พัชราภัณฑ์ ไชยสังข์, ปัญจภรณ์ ยะเกษม, นรากูล พัดทอง. (2557). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้มีระดับน้ำตาลในเลือดเกินปกติในชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยเฉลิมพระเกียรติวิชาการ. 18 (35), 1-12.

เพ็ญศรี ผาสุก. (2563). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตำบลหนองแค อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 16(1), 44-55.

ศศิจริญญา อำม์พรพันธ์. (2554). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. นครศรีธรรมราช: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนภาคใต้.

สาโรจน์ ประพรมมา. (2563). ผลของโปรแกรมวิถีธรรม วิถีไทย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรัง ในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอชุมพลภักดี จังหวัดชัยภูมิ.วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา. 35(1), 56-68.

อภิชัย คุณีพงษ์. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินของนักศึกษาปริญญาตรี. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 10(37), 58-66.

การดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

วิลาวัลย์ ตั้งสัตยาธิษฐาน*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการจัดการและสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา และเพื่อเปรียบเทียบผลของการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ก่อนและหลังร่วมกระบวนการ ฯ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) รวบรวมข้อมูลปริมาณและคุณภาพ โดยใช้แบบสอบถามและ แบบบันทึกการสังเกต ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมกระบวนการจัดการและสนับสนุนการพัฒนามาตรฐาน ฯ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีผลการประเมินตัวเองอยู่ในระดับพื้นฐานร้อยละ 66.67 และอยู่ในระดับพัฒนาร้อยละ 33.33 ภายหลังร่วมกระบวนการจัดการและสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาที่ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การเยี่ยมเสริมพลัง การนิเทศงาน และการนำเสนอผลการดำเนินงาน มีผลการประเมินมาตรฐานสุขศึกษาอยู่ในระดับพัฒนา ร้อยละ 80.00 และระดับคุณภาพ ร้อยละ 20.00 ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องนำเอากระบวนการจัดการและการสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษามาเป็นส่วนช่วยพัฒนามาตรฐานด้านสุขศึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คำสำคัญ: มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา, กระบวนการจัดการและการสนับสนุนการพัฒนา

* *นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลฝาง*

Implementation of health service system standards in health education of Tambon Health Promoting Hospital, Fang District, Chiang Mai Province

Wilawan Tangsattayatithan*

Abstract

This research aims to study the management process and support for the development of health service standards in health education and to compare the results of the implementation of the health service system standards in health education. Before and after joining the process in a sub-district health promoting hospital, Fang District, Chiang Mai Province as action research. Gather quantitative and qualitative data. A questionnaire and an were used to analyze the data. The percentage, mean, standard deviation statistics and paired sample t-test were used. The results of the study showed that before participating in the management process and supporting the development of standards, The sub-district health promotion hospitals had self-assessment at 33.33 percent of the development level and 66.67 percent at the basic level. After joining the management process and supporting the development of health service standards in health education that consists of developing personnel potential Empowerment visits, job supervision and performance presentations have assessment results for health education standards. They are at the quality and development level of 20.00 and 80.00 respectively. The results of this study highlight the need to implement a management process and supporting the development of health service standards in health education to help develop the health education standards of Tambon Health Promoting Hospital.

Key word: Standards of health service systems in health education, Management process and support for development.

* *Public Health Academic Professional Health Education Division, Fang Hospital*

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับพุทธศักราช 2560 บัญญัติหน้าที่ของรัฐไว้ในมาตรา 55 ว่ารัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยกองสุขศึกษาได้พัฒนาเกณฑมาตรฐานระบบบริการสุขภาพดานสุขศึกษา เพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษาของสถานพยาบาลที่เชื่อมโยงไปถึงชุมชน เป็นข้อกำหนดระบบคุณภาพที่จำเป็นสำหรับการทำงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินงานสุขศึกษาในสถานพยาบาลมีการบริหารจัดการที่ดี มีการจัดกระบวนงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมในเรื่องปัจจัยนำเจ้า ทรัพยากรและสิ่งสนับสนุน กระบวนการ ผลผลิต และผลลัพธ์ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องและการฝึกทักษะที่จำเป็น เพียงพอต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ สามารถจัดการสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ นำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชน (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564)

ความสำคัญของมาตรฐานงานสุขศึกษาดังที่กล่าวมา การนำมาตรฐานงานสุขศึกษาไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมสอดคล้องกับระบบบริการ และบริบทของการให้บริการที่มีการปรับเปลี่ยนเป็นระยะ ๆ จึงจำเป็นต้องมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ดังนั้น การประเมินกระบวนการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา จึงเน้นการประเมินกระบวนการดำเนินงาน (การนำไปใช้) ตามมาตรฐานงานสุขศึกษาของสถานบริการสาธารณสุขและเป็นการประเมินประสิทธิผลการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานงานสุขศึกษา เพื่อได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงมาตรฐานงานสุขศึกษาให้มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ สอดคล้องกับระบบบริการ ระบบสังคม ชุมชนมากยิ่งขึ้น โดยนำค่าคะแนน (ร้อยละ) ที่ได้เทียบกับช่วงคะแนน จัดระดับของโรงพยาบาลเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60, ระดับพัฒนา คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-85 และระดับคุณภาพ คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 85 ขึ้นไป

ผลการประเมินตัวเองของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ครั้งที่ 1 ของปีงบประมาณ 2565 พบว่า อยู่ในพื้นฐาน ร้อยละ 66.67 และระดับพัฒนา ร้อยละ 33.33 ซึ่งต่างจากผลการประเมินในปีงบประมาณ 2561 ที่มีผลการประเมินในระดับคุณภาพร้อยละ 80.00 ระดับพัฒนาร้อยละ 20.00 พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงาน ทั้งในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ส่งผลให้นโยบายของงานสุขศึกษาในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไม่ชัดเจน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

ผู้วิจัยสนใจศึกษากระบวนการจัดการและสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา รวมทั้งผลการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการจัดการและการสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา และเพื่อเปรียบเทียบผลของการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนและหลังร่วมกระบวนการจัดการ ฯ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัย เชิงปฏิบัติการ (Action Research) เก็บรวรบวรมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการวิจัย ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 15 แห่ง

กลุ่มตัวอย่างศึกษาจากประชากรทั้งหมด ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 15 แห่ง โดยเลือกผู้แทนหน่วยงานเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) มีเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้ (1) เป็นผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพหลักของหน่วยงาน และ (2) ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงานอยู่มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน

เครื่องมือและการพัฒนาคุณภาพ

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 รายละเอียดผู้ให้ข้อมูล ส่วนที่ 2 บริบทของหน่วยงานส่วนที่ 3 ข้อมูลผลการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยที่สำคัญต่อการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงาน และส่วนที่ 5 ความคิดเห็นต่อกระบวนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2) แบบบันทึกการสังเกต แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง บริบทพื้นที่ และช่วงเวลาที่บันทึก ส่วนที่ 2 รายการบันทึกการสังเกต/รายการตรวจสอบ (เฉพาะความจริงที่พบเห็น) ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของผู้สังเกต/ผู้วิจัย

โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาทบทวนงานวิจัยและจัดทำร่าง นำร่างแบบสอบถามไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาตรวจสอบความตรง (validity) เชิงโครงสร้างและเนื้อหาของข้อคำถาม รวมทั้งการใช้ภาษา จำนวน 3 ท่าน การวิจัยในครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันทั้งก่อนและหลังการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม ใช้สถิติ paired sample t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลฝาง ให้การรับรองวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล เอกสารรับรองหมายเลข COA NO. 05/2565

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพหลักของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตบล จำนวน 15 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.67 อายุเฉลี่ย 34.6 ปี สำเร็จการศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ร้อยละ 80 รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 1.1 จำนวนและร้อยละของผู้ให้ข้อมูล จำแนกตามคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล (n=15)

คุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 25 ปี	1	6.67
25 – 35 ปี	8	53.33
36 - 46 ปี	5	33.33
มากกว่า 46 ปี	1	6.67
อายุต่ำสุด 23 ปี, อายุสูงสุด 56 ปี, อายุเฉลี่ย 34.60 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.78		
เพศ		
ชาย	2	13.33
หญิง	13	86.67
สำเร็จการศึกษาสาขาวิชา		
สาธารณสุขศาสตร์	13	86.67
พยาบาลศาสตร์	2	13.33
ระยะเวลารับผิดชอบงานสุขศึกษา		
น้อยกว่า 1 ปี	1	6.67
1 – 5 ปี	9	60.00
มากกว่า 5 ปี	5	33.33
ระยะเวลาปฏิบัติงานใน รพ.สต.		
1 – 5 ปี	5	33.33
6 – 10 ปี	5	33.33
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	5	33.34

2. ผลของการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา

การศึกษาผลการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ของอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 15 แห่ง พบว่า การประเมินตัวเองในช่วงแรก รพ.สต. ทั้งหมดยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ช่วงเวลาของการดำเนินงานสุขศึกษา กระบวนงานสุขศึกษาทั้งในกลุ่มป่วยและไม่ป่วย การสรุปผลการดำเนินงาน การจัดทำ และนำเสนอผลลัพธ์การดำเนินงานสุขศึกษา โดยพบว่า ไม่มี รพ.สต.แห่งใดที่มีผลการประเมินอยู่ในระดับคุณภาพ โดย รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ในระดับพัฒนา มีจำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.33 ผ่านเกณฑ์ในระดับพื้นฐาน จำนวน 10 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 66.67 และพบว่าเกณฑ์ที่ รพ.สต.ปฏิบัติได้ดี ได้แก่ เกณฑ์ที่ 1 เรื่องการบริหารจัดการคิดเป็นร้อยละ 66.67 เกณฑ์ที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด ได้แก่ เกณฑ์ที่ 4 ผลลัพธ์การดำเนินงาน คิดเป็นร้อยละ 6.67 นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่ทำให้การพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานประสบผลสำเร็จนั้นขึ้นอยู่กับ ผู้รับผิดชอบงาน ผู้บริหาร และนโยบายที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานเป็นสำคัญ รายละเอียดดังตารางที่ 2.1 และ ตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.1 ข้อมูลบริบทหน่วยงานและผลการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา

ชื่อหน่วยงาน	บริบทของหน่วยงาน (ส่วนที่ 2)					ผลการดำเนินงานตามมาตรฐานงานสุขศึกษา (ส่วนที่ 3)					ความคิดเห็นต่อปัจจัยสำคัญ (ส่วนที่ 4)	ประเด็นการสังเกตจากแบบบันทึกของผู้วิจัย
	จำนวนบุคลากร (คน)	จำนวนการอบรม (ครั้ง)	ระยะเวลาประเมิน	การนิเทศงาน (ครั้ง)	การเยี่ยมเสริมพลัง (ครั้ง)	การบริหารจัดการ (ร้อยละ)	กระบวนงานฯ ในกลุ่มไม่ป่วย (ร้อยละ)	กระบวนงานฯ ในกลุ่มป่วย (ร้อยละ)	ผลลัพธการดำเนินงาน (ร้อยละ)	ผลรวมคะแนน (ร้อยละ)		
1. รพ.สต.สันทรายคองน้อย	6	1	✓	1	1	2.17	17.39	13.04	6.52	39.12	เห็นด้วย ทั้ง 10 ข้อ	-ทราบแนวทางแต่ไม่ได้ดำเนินการเพราะไม่ได้รับแจ้งจากหน่วยงานต้นสังกัด
2. รพ.สต.บ้านม่อนปิ่น	11	1	✓	1	1	4.34	8.69	13.04	6.52	32.59	เห็นด้วย ทั้ง 10 ข้อ	-ผู้รับผิดชอบงานย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน -ไม่มีนักวิชาการสาธารณสุขใน รพ.สต.
3. รพ.สต.บ้านท่าหัด	9	1	✓	0	1	4.34	17.39	13.04	8.69	43.46	เห็นด้วย 7ข้อ ไม่แน่ใจ 3 ข้อ	-ผู้รับผิดชอบงานยังไม่เคยอบรมพัฒนาศักยภาพด้านมาตรฐานงานสุขศึกษา.
4. รพ.สต.บ้านแม่งอนกลาง	4	0	✖	0	1	4.34	15.21	17.39	8.69	45.63	เห็นด้วย ทั้ง 10 ข้อ	-เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน นโยบายจากต้นสังกัดไม่ชัดเจน
5. รพ.สต.บ้านแม่ข่า	14	0	✓	1	1	2.17	28.26	28.26	15.21	73.90	เห็นด้วย ทั้ง 10 ข้อ	-มีการประเมินตัวเองในโปรแกรม Health Gate แต่ไม่ได้ดำเนินการต่อ
6. รพ.สต.บ้านห้วยงูนอก	8	0	✓	1	1	2.17	19.56	21.73	6.52	49.98	เห็นด้วย ทั้ง 10 ข้อ	-ไม่มีผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาโดยตรง -ไม่มีนักวิชาการสาธารณสุข ใน รพ.สต.
7. รพ.สต.บ้านยาง	9	1	✓	1	1	2.17	17.39	23.91	6.52	49.99	เห็นด้วย 7ข้อ ไม่แน่ใจ 3 ข้อ	-น้องใหม่เพิ่งมารับงาน ยังไม่เคยอบรมพัฒนาศักยภาพด้านมาตรฐานงานสุขศึกษา
8. รพ.สต.บ้านหนองยาว	7	1	✓	1	1	4.34	28.26	23.91	13.04	69.55	เห็นด้วย 3ข้อ ไม่แน่ใจ 7 ข้อ	-มีการดำเนินงานแล้ว แต่ยังขาดการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 2.1 ข้อมูลบริบทหน่วยงานและผลการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา (ต่อ)

ชื่อหน่วยงาน	บริบทของหน่วยงาน (ส่วนที่ 2)					ผลการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา (ส่วนที่ 3)					ความคิดเห็นต่อปัจจัยสำคัญ (ส่วนที่ 4)	ประเด็นการสังเกตจากแบบบันทึกของผู้วิจัย
	จำนวนบุคลากร (คน)	จำนวนการอบรม (ครั้ง)	ระยะเวลาประเมิน	การนิเทศงาน (ครั้ง)	การเยี่ยมเสริมพลัง (ครั้ง)	การบริหารจัดการ (ร้อยละ)	กระบวนงานฯ ในกลุ่มไม่ป่วย (ร้อยละ)	กระบวนงานฯ ในกลุ่มป่วย (ร้อยละ)	ผลลัพธการดำเนินงาน (ร้อยละ)	ผลรวมคะแนน (ร้อยละ)		
9. รพ.สต.บ้านห้วยไคร้	10	3	✓	1	1	4.34	23.91	19.56	8.69	56.50	เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างละ 1 ข้อ และไม่แน่ใจ 8 ข้อ	มีการประเมินตัวเองในโปรแกรม Health Gate แต่ไม่ได้ดำเนินงานต่อ
10. รพ.สต.บ้านสองแคว	8	0	✓	1	1	4.34	26.08	34.78	10.87	76.07	เห็นด้วย 1ข้อ ไม่แน่ใจ 3 ข้อ	ทราบแนวทางแต่ไม่ได้ดำเนินงานประเมิน HL HB หมู่บ้าน
11. รพ.สต.บ้านหนองฮ่าง	9	1	✓	1	1	4.34	17.39	23.91	15.21	61.15	เห็นด้วยทั้ง 10 ข้อ	ทราบแนวทางแต่ไม่ได้ดำเนินงานประเมิน HL HB หมู่บ้าน
12. รพ.สต.บ้านสันป่าแดง	3	0	✓	1	1	4.34	26.08	26.08	10.87	67.37	ไม่แน่ใจ 2 ข้อ เห็นด้วย 8 ข้อ	ยังไม่ได้ดำเนินการติดสถานการณ์โควิด 19
13. รพ.สต.บ้านแม่สูน	10	1	✓	1	1	4.34	28.26	13.04	6.52	52.16	ไม่แน่ใจ 3 ข้อ เห็นด้วย 7 ข้อ	ยังไม่ได้ดำเนินการติดสถานการณ์โควิด 19
14. รพ.สต.บ้านม่วงชุม	10	1	✗	0	1	4.34	15.21	17.39	8.69	45.63	ไม่เห็นด้วย 2 ข้อ ไม่แน่ใจ 1 ข้อ	ไม่ชัดเจนเรื่องการปฏิบัติงานตามแนวทางของงานสุขศึกษา
15. รพ.สต.อ่างขาง	6	1	✗	1	0	4.34	19.56	19.56	8.69	52.15	ไม่แน่ใจ 3 ข้อ เห็นด้วย 7 ข้อ	ระยะเวลาในการดำเนินงานมีน้อยทำไม่ทัน

หมายเหตุ *เกณฑ์การประเมินตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน < ร้อยละ 60, ระดับพัฒนา ร้อยละ 60 – 85, ระดับคุณภาพ > ร้อยละ 85*

ตารางที่ 2.2 ปัจจัยที่ทำให้การพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐาน ประสบผลสำเร็จ 5 ลำดับแรก ตามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง (n=15)

ปัจจัยที่ทำให้ประสบผลสำเร็จ	ผู้ให้ข้อมูล	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ต้องมีผู้รับผิดชอบงานโดยตรง และได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพ และมีความเข้าใจในการปฏิบัติงาน	15	100
2. ผู้บริหารต้องมีทัศนคติที่ดี เห็นความสำคัญของงานสุขศึกษา และพร้อมให้การสนับสนุนการดำเนินงาน	14	93.33
3. มีคณะทำงานทั้งในสถานบริการสาธารณสุข และเครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็ง (โรงพยาบาลแม่ข่าย)	14	93.33
4. มีนโยบายการดำเนินงานสุขศึกษาที่ชัดเจน ทุกคนต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	13	86.67
5. ต้องได้รับความร่วมมือจากประชาขน ตลอดจนแกนนำทุกเครือข่ายในชุมชน	13	86.67

3. ความคิดเห็นต่อกระบวนการจัดการและสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา

3.1 วิธีการดำเนินงาน

ภายหลังรับทราบผลการประเมินตัวเองตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะทำงานด้านการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาของ คปสอ.ฝาง จึงได้จัดให้มีการดำเนินการ “กระบวนการจัดการและสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา” โดยเริ่มจากการจัดอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และคณะกรรมการสุขศึกษาของโรงพยาบาลฝาง การนิเทศงานโดยเน้นเรื่องของนโยบายการดำเนินงาน และแนวทางที่ต้องปฏิบัติ การเยี่ยมเสริมพลังเพื่อให้คำแนะนำในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และการเสริมพลังให้กับเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินตัวเองตามมาตรฐาน พร้อมวิเคราะห์สรุปเป็นผลลัพธ์การดำเนินงาน และนำเสนอสรุปผลการประเมินตัวเองรอบที่ 2 ในการประชุมคณะกรรมการสุขศึกษา โดยผู้รับผิดชอบงานมีความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการและสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ในกิจกรรมการเยี่ยมเสริมพลังระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.60, S.D=0.50) รองลงมาเป็นกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ ($\bar{x}$=4.33, S.D=0.61) กิจกรรมสรุปผลการดำเนินงาน ($\bar{x}$ =4.00, S.D=0.75) และกิจกรรมที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ กิจกรรมนิเทศงาน ($\bar{x}$ =3.47, S.D=0.74)

3.2 ผลการดำเนินงาน

จากแนวทางการดำเนินงานของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับมีการประเมินตัวเอง 2 ครั้ง ครั้งแรกประเมินเพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ หรือข้อจำกัดในการดำเนินงาน เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไข ครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นการประเมินผ่านเวปไซต์ ของศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพเขต 1 รายละเอียดดังตาราง 3.1

ตารางที่ 3.1 ผลการประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอฝาง ก่อนและหลังร่วมกระบวนการ ฯ (n =15)

ชื่อหน่วยงาน	ก่อนร่วมกระบวนการจัดการและสนับสนุนการพัฒนา ฯ			หลังร่วมกระบวนการจัดการและสนับสนุนการพัฒนา ฯ		
	คะแนน	ร้อยละ	ระดับ	คะแนน	ร้อยละ	ระดับ
1. รพ.สต.สันทรายคองน้อย	9	39.12	พื้นฐาน	18.5	80.43	พัฒนา
2. รพ.สต.บ้านม่อนปิ่น	7.5	32.59	พื้นฐาน	18	78.26	พัฒนา
3. รพ.สต.บ้านท่าหัด	10	43.46	พื้นฐาน	19	82.60	พัฒนา
4. รพ.สต.บ้านแม่งอนกลาง	10.5	45.63	พื้นฐาน	19.5	84.18	พัฒนา
5. รพ.สต.บ้านแม่ข่า	**17**	**73.90**	**พัฒนา**	**20.5**	**89.13**	**คุณภาพ**
6. รพ.สต.บ้านห้วยงู	11.5	49.98	พื้นฐาน	16.5	71.13	พัฒนา
7. รพ.สต.บ้านยาง	11.5	49.99	พื้นฐาน	17	73.91	พัฒนา
8. รพ.สต.บ้านหนองยาว	**16**	**69.55**	**พัฒนา**	**21**	**91.30**	**คุณภาพ**
9. รพ.สต.บ้านห้วยไคร้	13	56.50	พื้นฐาน	18.5	80.43	พัฒนา
10. รพ.สต.บ้านสองแคว	17.5	76.07	พัฒนา	19	82.60	พัฒนา
11. รพ.สต.บ้านหนองฮ่าง	**14**	**61.15**	**พัฒนา**	**20**	**86.95**	**คุณภาพ**
12. รพ.สต.บ้านสันป่าแดง	15.5	67.37	พัฒนา	18.5	80.43	พัฒนา
13. รพ.สต.บ้านแม่สูน	12	52.16	พื้นฐาน	18	78.26	พัฒนา
14. รพ.สต.บ้านม่วงชุม	10.5	45.63	พื้นฐาน	18.5	80.43	พัฒนา
15. รพ.สต.อ่างขาง	12	52.15	พื้นฐาน	19	82.60	พัฒนา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอฝาง หลังเข้าร่วมกระบวนการจัดการ และสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา มีผลการประเมินครั้งที่ 2 ดีกว่าครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ รายละเอียดดังตาราง3.2

ตารางที่ 3.2 เปรียบเทียบคะแนนประเมินมาตรฐานงานสุขศึกษาของหน่วยงาน ก่อนและหลังร่วม กระบวนการจัดการและสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา (n=15)

มาตรฐานงานสุขศึกษา	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนร่วมกระบวนการ ฯ	12.03	3.74	-7.346	.000*
หลังร่วมกระบวนการ ฯ	18.76	1.19		

*p < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า งานสุขศึกษาเป็นงานที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมความรู้ และทักษะที่จำเป็นสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมของประชาชน ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาควรได้รับการอบรม/ประชุมเกี่ยวกับการงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้มีความรู้และเข้าใจงาน แต่จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาส่วนใหญ่ไม่เคยได้อบรมเพิ่มพูนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ และจากการสังเกต รพ.สต.ที่มีผลการประเมินมาตรฐานสุขศึกษาเป็นระดับคุณภาพในการประเมินครั้งที่ 2 พบว่า ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษา มีตำแหน่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขศึกษา และมีประสบการณ์ในการทำงานเกิน 5 ปีขึ้นไป ในปีนี้ได้เข้าร่วมในกระบวนการจัดการและสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาในทุกกิจกรรม ทำให้เกิดความต่อเนื่องและมองภาพงานได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ปัจจัยที่ทำให้การพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานประสบความสำเร็จและได้รับการรับรอง เรียงตามอันดับ 5 แรก ได้แก่ ร้อยละ 100 ต้องมีผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาโดยตรง ผู้บริหารให้การสนับสนุน มีนโยบายที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีส่วนร่วม และการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

สอดคล้องกับการศึกษาของ มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามี และสุดาพร ดำรงวานิช (2554) ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และความพึงพอใจในการดำเนินงานงานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษาของบุคคลากรในสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าปัจจัยที่ทำให้การพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานประสบความสำเร็จและได้รับการรับรอง เรียงตามอันดับ 5 แรกได้แก่ ร้อยละ 40 ระบุในประเด็นตรงกันว่ามีผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาโดยตรง รองลงมาได้แก่ ผู้บริหารให้การสนับสนุนการมีนโยบายที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมของชุมชน ร้อยละ 18.6, 13.3, 12.9, และ 5.6 ตามลำดับ ปัญหาอุปสรรคที่พบในการดำเนินงานสุขศึกษาคือ เจ้าหน้าที่ไม่มีความรู้ ความชำนาญ ไม่มีความเข้าใจเรื่องการประเมินผลด้านพฤติกรรม

นอกจากนี้พิศมัย สุขอมรรัตน์ และรุ่งกาญจน์ รณหงษา (2562). ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาสำหรับโรงพยาบาลทุกระดับ โดยผลการศึกษา พบว่ามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา สำหรับโรงพยาบาลทุกระดับ ประกอบด้วย 3 หมวด คือ (1) หมวดการบริหารจัดการ (2) หมวดกระบวนงานสุขศึกษา ประกอบด้วย มาตรฐานสำหรับกลุ่มไม่ป่วยและกลุ่มป่วยในโรงพยาบาลที่ต่อเนื่องไปในชุมชนเพื่อการดูแลและจัดการด้านสุขภาพ และ(3) หมวดผลลัพธ์ ประกอบด้วย ผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม

สุขภาพที่พึงประสงค์ นวัตกรรม และยังพบว่าโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยและส่วนมากมีความพึงพอใจต่อเกณฑ์มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ในระดับมากที่สุด (X = 4.73) ทั้งนี้การศึกษาของพวงผกา สุริวรรณ และปิยบุตร เฉลิมวงศ์ (2554) ยังพบว่าการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา ส่วนใหญ่ดำเนินการตามคู่มือหรือแนวทางการดำเนินงานมาตรฐานงานสุขศึกษาของกองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อเอกสาร/คู่มือแนวทางการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา ความพึงพอใจต่อการสนับสนุนส่งเสริมการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษา และความพึงพอใจต่อกระบวนการพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษาของหน่วยงาน โดยมีข้อเสนอแนะคือกองสุขศึกษาหรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีการอบรมเรื่องการดำเนินงานสุขศึกษาให้แก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานอย่างต่อเนื่องทุกปี และ ควรมีการปรับปรุงหรือพัฒนาคู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานงานสุขศึกษาที่เหมาะสมสอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปและเป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ที่หน่วยงานรับผิดชอบ

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการจัดการและการสนับสนุนการพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมการเยี่ยมเสริมพลังมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.60, S.D=0.50) เช่นเดียวกับงานวิจัยของวันวิสาข์ อรพันธ์ (2562) ผู้รับการเยี่ยมประเมินมีความพึงพอใจในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ =4.66, S.D=0.48) พบว่าในการลงเยี่ยมประเมินผู้รับการเยี่ยมประเมินส่วนใหญ่พึงพอใจกับบรรยากาศการเยี่ยมประเมิน ที่เป็นกันเอง เป็นการให้ข้อเสนอแนะ มากกว่าการตรวจสอบ ดังนั้น จึงควรยึดรูปแบบการเยี่ยมประเมินที่เป็นลักษณะการเสริมพลังมากกว่าการตรวจสอบรายการ ให้โอกาสในการปรับปรุงผลงานเพราะการดำเนินงานควรเน้นให้พื้นที่เกิดการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความเข้าใจในงานที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาเรื่องการดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยได้นำข้อมูลจากแบบสอบถาม และจากการสังเกตของผู้วิจัย สรุปเป็นข้อเสนอแนะดังนี้

1. ควรมีนโยบายการดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาที่ชัดเจน กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาในแต่ละ รพ.สต. และควรให้งานสุขศึกษาเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาจกำหนดให้ผลการประเมินระดับการพัฒนาตามมาตรฐานมีผลต่อการพิจารณาความดีความชอบหรือเป็นค่าตอบแทนพิเศษสำหรับผู้ปฏิบัติงาน

2. จัดทำแผนปฏิบัติการด้านสุขศึกษาให้ชัดเจน มีผู้รับผิดชอบงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ประสานและติดตามงาน

3. บูรณาการงานสุขศึกษาให้เข้าไปสอดแทรกอยู่ในทุกงาน ของ รพ.สต. เช่น งาน NCDs งานอนามัยโรงเรียน เน้นเรื่องของการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในทุกกลุ่มอายุ

4. จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา โดยกลุ่มงานสุขศึกษาของโรงพยาบาลฝางเป็นผู้รับผิดชอบการจัดกิจกรรม ซึ่งควรมีการจัดทำทุก 6 เดือน ครั้งแรกเพื่อเตรียมความพร้อมในการดำเนินงาน ครั้งที่ 2 เป็นการติดตามงาน สอบถามปัญหาที่เกิดขึ้น หาแนวทางแก้ไขร่วมกันในภาพรวมของ คปสอ.

5. กลุ่มงานสุขศึกษาเป็นผู้จัดทำแผนขอสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาในภาพรวม ควรมีการประชุมร่วมกันในระหว่างผู้รับผิดชอบงานของแต่ละ รพ.สต. ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษาของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และกลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลฝาง ก่อนการทำแผนงบประมาณในแต่ละปี เพื่อตกลงร่วมกันทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของอำเภอ ซึ่งแต่ละ รพ.สต. ดำเนินงานใน รพ.สต.ของตัวเอง ผลที่ตามมาอาจได้เป็นผลงานวิจัยหรือนวัตกรรมเด่นของ รพ.สต.แต่ละแห่ง

เอกสารอ้างอิง

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). แนวทางการพัฒนาคุณภาพงานสุขศึกษาตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ด้านที่ 8 สุขศึกษา. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: บริษัท 25 มีเดีย จำกัด.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2563). แนวทางการพัฒนาคุณงานงานสุขศึกษาและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในโรงพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2) นนทบุรี: บริษัท 25 มีเดีย จำกัด

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ด้านสุขศึกษาสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ฉบับปีพุทธศักราช 2562. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: บริษัท จันชนา จำกัด

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

พวงผกา สุริวรรณ และปิยบุตร เฉลิมวงศ์. (2554). การประเมินกระบวนการพัฒนางานสุขศึกษาตามมาตรฐานงานสุขศึกษาของบุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. วารสารสาธารณสุขล้านนา, ฉบับเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม, 7(2), 198-210.

พิศมัย สุขอรมรรัตน์ และรุ่งกาญจน์ รณหงษา. (2562). การพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา สำหรับโรงพยาบาลทุกระดับ. วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ฉบับเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม, 15(2), 13-23.

มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามี และสุดาพร ดำรงวานิช. (2554). ความรู้ ทักษะและความพึงพอใจในการดำเนินงานงานสุขศึกษา ตามมาตรฐานงานสุขศึกษาของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารสุขศึกษา, ฉบับเดือนกันยายน-ธันวาคม, 34(119), 50-67.

วันวิสาข์ อรพันท์. (2562). การประเมินมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ เขตสุขภาพที่ 10. สืบค้นเมื่อ 16 กุมภาพันธ์ 2565. จาก https://do10.hss.moph.go.th : 8081/DO10 WEB/Computer.Act/งานวิจัย/...

ผลงานการพัฒนาระบบงาน CQI/ Clinical CQI
“กระบวนการลดการแพร่ระบาดการติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชน โดยการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพของคนในชุมชน เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานราชการต่างๆ”

1. ชื่อผลงาน “การลดอัตราการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มชนเผ่าชุมชนตาดน้อย บ้านโป่งถืบ ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่”

2. หน่วยงานรับผิดชอบ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง

3. สมาชิกทีม

1) นางพิมผกา เรือนแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
2) นางศิริลักษณ์ วงศ์ปาลีย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
3) น.ส.ธารินีส์ อินติ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
4) นายพัชรวัฒน์ แสงเพชร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
5) น.ส.วิภาวดี มาระสาร นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
6) น.ส.เมวิกา ห้ามทุกข์ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
7) นางอุษณีย์ ถานุ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
8) นางสาวสิรินุช ภูนิโรจน์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
9) น.ส.อังสุมาลิน ตั๋นวงค์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
10) น.ส.เพ็ญจันทร์ สัตะมะลึก ผู้ช่วยเหลือคนไข้
11) น.ส.หทัยรัตน์ ถมยาพันธ์ ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
12) นางนิตยา มะโนวร พนักงานบริการ
13) น.ส.ศศิภา ผ่องศรี พนักงานทั่วไป
14) นายวุฒิชัย ชุ่มใจ ผู้ช่วยพยาบาล

4. เป้าหมาย เพื่อลดอัตราการป่วยด้วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชนตาดน้อย บ้านโป่งถืบ อำเภอฝาง

5. ปัญหาและสาเหตุ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดจากไวรัสโคโรนา โดยมีการแพร่ระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่นสาธารณรัฐประเทศจีน เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ.2562 ซึ่งพบจากการเก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมในตลาดไปตรวจและมีการระบาดไปทั่วโลก ขยายไปในวงกว้างทั่วทุกภูมิภาคอย่างรวดเร็ว โรคโควิด-19 แพร่จากคนสู่คนผ่านทางฝอยละอองจาก จมูกหรือปากซึ่งขับออกมาเมื่อผู้ป่วย ไอหรือจาม เรารับเชื้อได้จากการหายใจเอาฝอยละอองเข้าไปจากผู้ป่วย หรือจากการเอามือไปจับพื้นผิวที่มีฝอยละอองเหล่านั้นแล้วมาจับตามใบหน้า

ชุมชนตาดน้อยเป็นชุมชนของชนเผ่าลาหู่ มีประชากรที่เป็นสัญชาติไทยและไม่มีสัญชาติ ทั้งหมด 315 คน 127 หลังคาเรือน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร และอีกกลุ่มหนึ่งประกอบอาชีพค้าขายผลผลิตทางการเกษตร ซึ่งนำผลผลิตในชุมชนและสถานที่ใกล้เคียงไปขายยังตลาดเมืองใหม่ ในตัวเมืองจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งในช่วงเวลาเดือนกันยายน – ตุลาคม พ.ศ. 2564 จังหวัดเชียงใหม่ เป็นหนึ่งในพื้นที่ที่เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 อย่างรุนแรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการแพร่เชื้อในตลาดต่างๆ จึงทำให้คนกลุ่มนี้นำเชื้อโควิด-19 กลับมาแพร่ระบาดในชุมชนตาดน้อย ทำให้มีผู้ติดเชื้ออย่างรวดเร็วและเป็นจำนวนมาก ยากต่อการควบคุมเนื่องจากประชากรในชุมชน ตาดน้อยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่รับรู้และตระหนักถึงความอันตรายของโรคติดเชื้อโควิด-19 อีกทั้งยังมีวิถีชีวิตที่ต้องไปมาหาสู่กันแบบญาติพี่น้องจึงทำให้เกิดปัญหาในการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19

6. กิจกรรมการพัฒนา

กิจกรรมนี้ใช้ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Rosenstock (1974) ในการแก้ไขปัญหาลดอัตราการติดเชื้อโควิด-19 ในชุมชนตาดน้อย โดยมีองค์ประกอบดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) เนื่องจากชุมชนตาดน้อยเป็นชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล และประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ไม่ได้รับรู้ข้อมูลที่กว้างขวาง จึงไม่รู้จักและเข้าใจโรคโควิด-19 ซึ่งคิดว่าเป็นเรื่องที่ไกลตัว เมื่อเกิดการติดและระบาดของเชื้อโควิด-19 ในหมู่บ้าน จึงจำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขอำเภอฝาง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) และผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการทำงาน , วิเคราะห์ปัญหาชุมชน , ทำแผนที่ Spot Map, ทำผังเครือญาติและผู้สัมผัสใกล้ชิด เพื่อดูการกระจายตัวของโรคและแนวโน้มการติดเชื้อ ประชาสัมพันธ์รายงานสถานการณ์โควิด ค้นหากลุ่มเสี่ยงญาติที่ใกล้ชิด แจ้งให้เจ้าตัวทราบเพื่อการรับรู้และปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง

2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) ประชาชนในชุมชนตาดน้อยส่วนใหญ่ไม่ได้รับการศึกษา และไม่สามารถค้นหาความรู้ที่ถูกต้องให้กับตนเอง จึงทำให้ไม่รู้จักโรคโควิด-19 ไม่ทราบถึงผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจะขึ้นกับตนเองเมื่อติดเชื้อโควิด-19 ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจึงมีการเข้าไปให้ความรู้ ผลกระทบ อาการ การสังเกตอาการตนเองเมื่อติดเชื้อ ข้อปฏิบัติตัวในการกักกันตนเองเพื่อลดการแพร่ระบาดของกลุ่มเสี่ยง โดยมีความร่วมมือจากผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อ.ส.ม.) และที่สำคัญคือผู้นำทางศาสนา ซึ่งชาวตาดน้อยเป็นกลุ่มคริสต์เตียน ซึ่งจะเชื่อและเคารพผู้นำศาสนาเป็นอย่างมากในการประชาสัมพันธ์เสียงตามสายในชุมชน

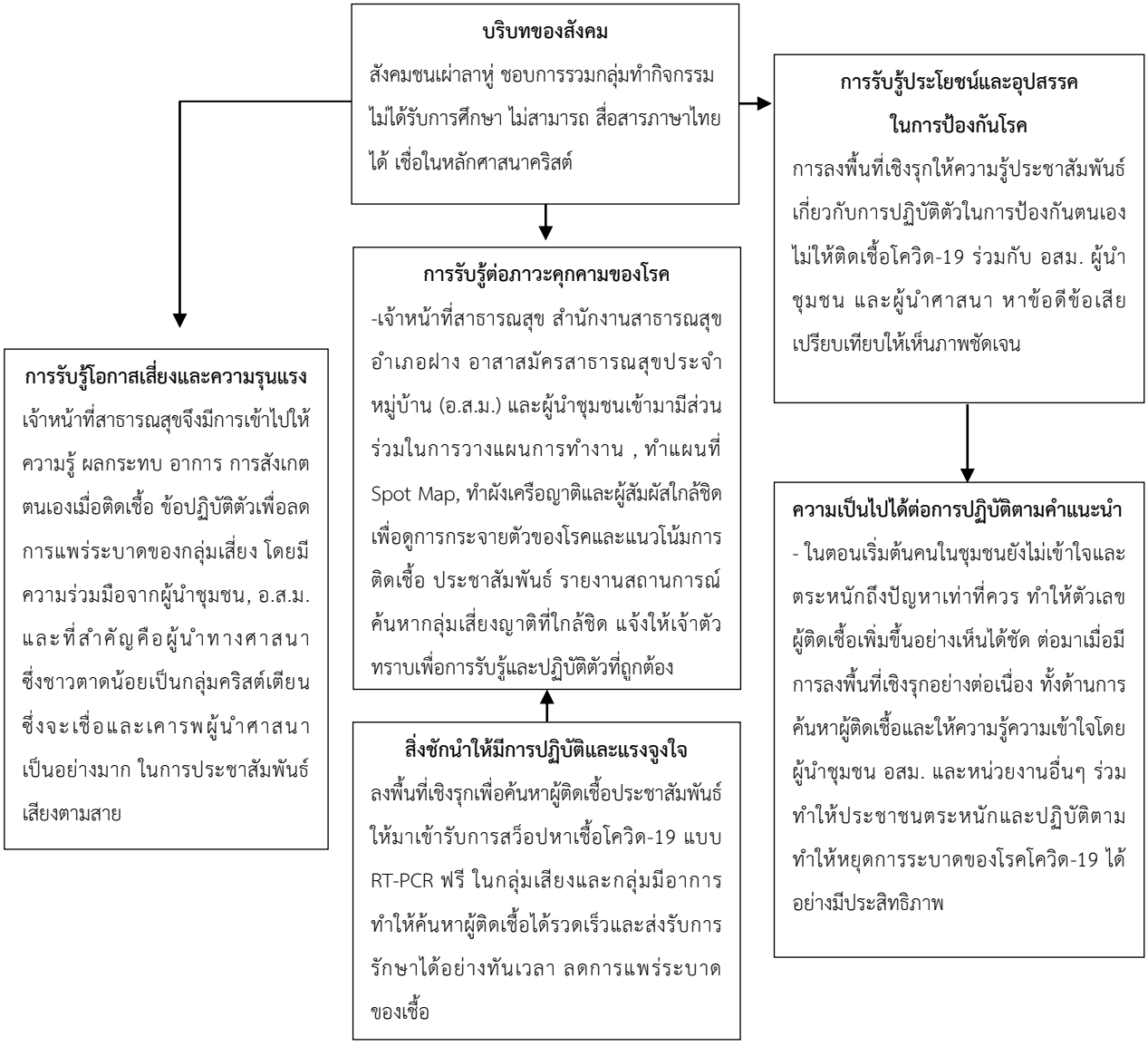
3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived Benefits) มีการลงพื้นที่ให้ความรู้ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการป้องกันตนองไม่ให้ติดเชื้อโควิด-19 ร่วมกับ อสม. และผู้นำชุมชน ประชาสัมพันธ์ข้อดีในการไม่ติดเชื้อและข้อเสียในการติดเชื้อคิด-19 เพื่อให้ประชาชนตระหนักและรับรู้ถึงข้อดีในการไม่ติดเชื้อ เพื่อเกิดการปฏิบัติที่ถูกต้องลดการแพร่เชื้อโควิด-19

4) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived Barriers) การลดการแพร่กระจายของเชื้อโควิด-19 นั้นจำเป็นต้องหยุดการรวมกลุ่มและการเดินทางของประชาชน ซึ่งเป็นไปได้ยากมาของคนชนเผ่าซึ่งไปมาหาสู่กันแบบญาติ รับประทานอาหารร่วมกัน ร่วมกิจกรรมที่โบสถ์ อีกทั้งประชาชนชาวตาดน้อยส่วนใหญ่ทำอาชีพ

เกษตรกรรม ซึ่งจำเป็นต้องมีการเดินทางไปสวน แต่เมื่อมีการสั่งปิดหมู่บ้านชั่วคราวจึงทำให้เกิดความเสียหายต่อผลผลิตได้

5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to Action) เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเวียง ร่วมกับงานระบาดวิทยา และงานห้องปฏิบัติการโรงพยาบาลฝาง ลงพื้นที่เชิงรุกเพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อ จากกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มมีอาการอย่างต่อเนื่อง มีการประชาสัมพันธ์ให้มาเข้ารับการสว็อปหาเชื้อโควิด-19 แบบ RT-PCR ฟรี ในกลุ่มเสียงและกลุ่มมีอาการ ทำให้ค้นหาผู้ติดเชื้อได้รวดเร็วและส่งรับการรักษาได้อย่างทันเวลา ลดการแพร่ระบาดของเชื้อ

6) ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) มีการให้ความร่วมมือและช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ เข้าให้การช่วยเหลือ เช่น มีการจัดเวรยาม ชุดรักษาความปลอดภัยหมู่บ้าน (ชรบ.) ตำบลเวียง เฝ้าหน้าหมู่บ้านเพื่อป้องกันคนเข้าออกหมู่บ้าน , มีการบริจาคเครื่องอุปโภคบริโภค อาหาร เครื่องดื่มต่างๆ ให้คนในหมู่บ้าน เป็นต้น จึงทำให้สามารถปิดหมู่บ้านชั่วคราวได้ และหยุดอัตราการป่วยด้วยโรคติดเชื้อโควิด-19 ได้



7. การประเมินผลการเปลี่ยนแปลง

จำนวนกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยด้วยโรคโควิด-19 ชุมชนตาดน้อย เดือนตุลาคม พ.ศ.2565

วันเดือนปี	จำนวนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจ RT-PCR	จำนวนผู้ติดเชื้อ	หมายเหตุ
10/10/2564	7	6	กลับมาจากตลาดเมืองใหม่
11/10/2564	23	12	กลุ่มครอบครัวของผู้ติดเชื้อรอบที่ 1
12/10/2564	4	2	
13/10/2564	80	8	
14/10/2564	25	3	
15/10/2564	15	1	
19/10/2564	311	10	เชิงรุกทั้งหมู่บ้าน
20/10/2564	24	2	
22/10/2564	137	1	
25/10/2564	1	1	ผู้มีอาการ
27/10/2565	5	0	
รวม		**45 ราย**	**กลุ่มเสี่ยงบางรายเข้ารับการตรวจมากกว่า 1 ครั้ง**

จากตารางจะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยเริ่มต้นมีจำนวนที่เพิ่มขึ้นสูง และเมื่อมีการใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงความเชื่อในการปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรค และเกิดการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรค การได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ นั้น จึงทำให้จำนวนผู้ป่วยลดลงตามลำดับ และเมื่อค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกทั้งหมู่บ้าน พบการติดเชื้อที่มีจำนวนมากแต่ก็สามารถควบคุมผู้สัมผัสเสี่ยงสูงไม่ให้เกิดการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่น มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทำให้ในช่วงท้ายจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ลดลงและหยุดการแพร่กระจายเชื้อได้ในที่สุด

8. บทเรียนที่ได้รับ

การปฏิบัติของบุคคลในการป้องกันโรคหรือการให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคนั้น ขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เมื่อเกิดความเชื่อความตระหนักจึงจะสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้ ส่วนที่สำคัญในการทำงานในชุมชนคือการเข้าใจบริบทของชุมชนนั้นๆ วางแผนแก้ไขตามบริบทสังคม วัฒนธรรม และสิ่งที่สำคัญที่สุดคือการมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายทั้งในองค์กรโรงพยาบาลและผู้นำชุมชน อสม. รวมไปถึงผู้นำทางด้านศาสนา ที่ทำให้การแก้ไขปัญหานี้ผ่านลุล่วงไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โครงการนำร่องหมู่บ้านจัดการตนเองด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ชุมชนหมู่ 1-5 ตำบลบางกระสอ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี

ทีมสุขศึกษา โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

ผู้ลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม มีจำนวน 75 คน (กลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง 50 คน ผู้นำชุมชน/ อสม./ วิทยากร/ คณะกรรมการดำเนินงาน 25 คน) มีกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมครั้งที่ 1 (วันที่ 26 พฤษภาคม 2565) มีกิจกรรมดังนี้

- ตรวจประเมินภาวะสุขภาพ
- ชี้แจงโครงการและวัตถุประสงค์โครงการและประเมินก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
- กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ/แนะนำทำความรู้จักกันในภาพรวม
- กิจกรรมชวนกันยืดเหยียดกล้ามเนื้อและออกกำลังกายเบาๆ
- กิจกรรมแบ่งกลุ่มการเรียนรู้ ทำความรู้จัก พร้อมทั้งตั้งกรุ๊ปไลน์ของแต่ละกลุ่ม
- แต่ละกลุ่มจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ ความรุนแรง ค้นหาสาเหตุ แนวทางการแก้ไข ตลอดจนแนวทางการจัดการตนเอง
- นำเสนอ สรุปประเด็นปัญหาสุขภาพ และสรุปแนวทาง/ รูปแบบในการจัดการตนเอง เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพ
- ทำพันธะสัญญาในการจัดการตนเองรายบุคคลและกิจกรรม Buddy เพื่อติดตามและกระตุ้นเตือน
- ร่วมกำหนดรูปแบบและนัดวันเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2

2. กิจกรรมครั้งที่ 2 (วันที่ 23 มิถุนายน 2565) มีกิจกรรมดังนี้

- ตรวจประเมินภาวะสุขภาพ
- กิจกรรมชวนกันยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และออกกำลังกายเบาๆ
- ทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 1 ในภาพรวม และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ผ่านมา
- กิจกรรมฐานการเรียนรู้ฝึกทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการ โดยนักโภชนาการ
- กิจกรรมฐานการเรียนรู้ฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อฝึกทักษะการเจาะเลือดปลายนิ้วเพื่อตรวจน้ำตาลด้วยตนเอง
- สรุปแนวทาง/ รูปแบบในการจัดการตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเองและนำเสนอ
- ทำพันธะสัญญาในการจัดการตนเอง
- ร่วมกำหนดรูปแบบและกิจกรรมครั้งที่ 3 ในครั้งถัดไป (ในระหว่างนี้พี่เลี้ยงแต่ละกลุ่มนัดติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน)

3. กิจกรรมครั้งที่ 3 (วันที่ 21 กรกฎาคม 2565) มีกิจกรรมดังนี้

- ตรวจประเมินภาวะสุขภาพ
- กิจกรรมชวนกันยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และออกกำลังกายเบาๆ
- กิจกรรมการเรียนรู้ในประเด็นที่กลุ่มต้องการ ที่ได้นำเสนอในครั้งที่ 2
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มการจัดการตนเองเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในเรื่องการใช้ยาโดยเภสัชกร
- กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในภาพรวมของกิจกรรมการจัดการตนเองเกี่ยวกับสุขภาพหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนปัญหาอุปสรรค/ แนวทางแก้ไข
- นำเสนอรูปแบบที่จะต้องดำเนินการต่อเพื่อความยั่งยืนของการจัดการตนเองด้านสุขภาพในหมู่บ้านของตนเอง
- ร่วมกำหนดรูปแบบและกิจกรรมครั้งที่ 4 ในครั้งถัดไป (ในระหว่างนี้พี่เลี้ยงแต่ละกลุ่มนัดติดตามโดยการเยี่ยมบ้าน)

4. กิจกรรมครั้งที่ 4 (วันที่ 18 สิงหาคม 2565) มีกิจกรรมดังนี้

- กิจกรรมชวนกันยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และออกกำลังกายเบาๆ
- กิจกรรมฐานการเรียนรู้ฝึกทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา พร้อมทั้งตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อน โดยพยาบาลวิชาชีพจากกลุ่มงานจักษุวิทยา
- สรุปผลการดำเนินงานและมอบรางวัลสำหรับบุคคลต้นแบบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิต และกลุ่มเสี่ยงในเรื่องการรับประทานยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการจัดการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ สรุปได้ดังนี้

1. การจัดการตนเองเรื่องระดับน้ำตาลและการรับประทานยา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการกลุ่มที่พบมากที่สุดร้อยละ 36 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ รองลงมาร้อยละ 34 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี และร้อยละ 20 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังเข้าร่วมโครงการพบว่า กลุ่มที่พบส่วนใหญ่ร้อยละ 98 มีการจัดการตนเองเรื่องระดับน้ำตาลและการรับประทานยาอยู่ในระดับดีและมีเพียงร้อยละ 2 ที่มีการจัดการตนเองเรื่องระดับน้ำตาลและการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง

สรุปได้ว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ กลุ่มส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองเรื่องระดับน้ำตาลและการรับประทานยาอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น

2. การจัดการตนเองเรื่องการควบคุมอาหาร พบว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ กลุ่มที่พบมากที่สุดร้อยละ 60 มีการจัดการตนเองเรื่องการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 26 มีการจัดการตนเองเรื่องการควบคุมอาหารอยู่ในระดับต่ำและร้อยละ 14 มีการจัดการตนเองเรื่องการควบคุมอาหารอยู่ในระดับดี ภายหลังเข้าร่วมโครงการพบว่า กลุ่มที่พบมากที่สุดร้อยละ 60 มีการจัดการตนเองเรื่องการควบคุมอาหารอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 26 มีการจัดการตนเองเรื่องอาหารอยู่ในระดับดี และพบเพียงร้อยละ 14 ที่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ

สรุปได้ว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการจัดการตนเองเรื่องการควบคุมอาหารอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น

3. การจัดการตนเองเรื่องการออกกำลังกาย พบว่า กลุ่มที่พบมากที่สุดร้อยละ 46 มีการจัดการตนเองเรื่องการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 28 มีการจัดการตนเองเรื่องการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำและร้อยละ 26 มีการจัดการตนเองเรื่องการออกกำลังกายอยู่ในระดับดี ภายหลังเข้าร่วมโครงการพบว่า กลุ่มที่พบมากที่สุดร้อยละ 46 มีการจัดการตนเองเรื่องการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 28 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีและร้อยละ 26 มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับต่ำ

สรุปได้ว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการจัดการตนเองเรื่องการออกกำลังกายอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น

4. การจัดการตนเองเรื่องการผ่อนคลายความเครียด พบว่ากลุ่มที่พบมากที่สุดร้อยละ 54 มีการจัดการตนเองเรื่องการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับต่ำ รองลงมาร้อยละ 30 มีการจัดการตนเองเรื่องการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 16 มีการจัดการตนเองเรื่องการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับดี ภายหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่ากลุ่มที่พบมากที่สุดร้อยละ 54 มีการจัดการตนเองเรื่องการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับดี รองลงมาร้อยละ 30 การจัดการตนเองเรื่องการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและร้อยละ 16 การจัดการตนเองเรื่องการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับต่ำ

สรุปได้ว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการจัดการตนเองเรื่องการผ่อนคลายความเครียดอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น

5. การจัดการตนเองเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน พบว่า กลุ่มที่พบมากที่สุด ร้อยละ 44 มีการจัดการตนเองเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันอยู่ในระดับต่ำ และมีการจัดการตนเองเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน อยู่ในระดับปานกลางและระดับดี ในสัดส่วนที่เท่ากันคือร้อยละ 28 ภายหลังเข้าร่วมโครงการ กลุ่มที่พบมากที่สุดร้อยละ 44 มีการจัดการตนเองเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันอยู่ในระดับดี และมีการจัดการตนเองเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำในสัดส่วนที่เท่ากันคือร้อยละ 28

สรุปได้ว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีการจัดการตนเองเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันอยู่ในระดับดีเพิ่มขึ้น

ก่อนเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเรื่องระดับน้ำตาลและการรับประทานยา เท่ากับ 2.2500 (S.D. = .71429) และภายหลังเข้าร่วมโครงการ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.7250 เมื่อทดสอบพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเรื่องระดับน้ำตาลและการรับประทานยาของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

การจัดการตนเองเรื่องระดับน้ำตาลและการรับประทานยา	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	50	2.2500	.71429	-14.010	0.00
หลังเข้าร่วมโครงการ	50	3.7250	.28235		

ก่อนเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเรื่องการควบคุมอาหาร เท่ากับ 2.6550 (S.D. = .51974) และภายหลังเข้าร่วมโครงการ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.4300 เมื่อทดสอบพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเรื่องการควบคุมอาหารของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

การจัดการตนเองเรื่องการควบคุมอาหาร	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	50	2.6550	.51974	-7.550	0.00
หลังเข้าร่วมโครงการ	50	3.4300	.50265		

ก่อนเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเรื่องการออกกำลังกาย เท่ากับ 2.5880 (S.D. = .78912) และภายหลังเข้าร่วมโครงการ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.1360 เมื่อทดสอบพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเรื่องการออกกำลังกายของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

การจัดการตนเอง เรื่องการออกกำลังกาย	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	50	2.5880	.78912	-3.780	0.00
หลังเข้าร่วมโครงการ	50	3.1360	.75316		

ก่อนเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเรื่องความเครียด เท่ากับ 3.1667 (S.D. = .8657) และภายหลังเข้าร่วมโครงการ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.5000 เมื่อทดสอบพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเรื่องการผ่อนคลายความเครียด ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

การจัดการตนเอง เรื่องความเครียด	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	50	3.1667	.8657	-2.288	0.00
หลังเข้าร่วมโครงการ	50	3.5000	.54398		

ก่อนเข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเรื่องการเกิดภาวะแทรกซ้อน เท่ากับ 2.8900 (S.D. = 1.0563) และภายหลังเข้าร่วมโครงการ คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 3.6100 เมื่อทดสอบพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโครงการมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองเรื่องการเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

การจัดการตนเอง เรื่องภาวะแทรกซ้อน	n	$\bar{x}$	S.D.	t	p
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	50	2.8900	1.0563	-4.033	0.00
หลังเข้าร่วมโครงการ	50	3.6100	.54670		

“1 เรื่องราว 1 ประสบการณ์แห่งชีวิต”

วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา ฉบับเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2564 เป็นต้นไป ได้เปิดคอลัมน์ใหม่ **"1 เรื่องราว 1 ประสบการณ์แห่งชีวิต"** โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเชิญชวนสมาชิกเขียนเล่าประสบการณ์การทำงานสุขศึกษาที่ประทับใจ เป็นบทเรียนหรือให้มุมคิดที่ดีต่อนิสิตนักศึกษาและบุคคลทั่วไปได้

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับบทความ

ลักษณะของบทความ

- เขียนตามสไตล์ตนเอง เป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริง และไม่เคยเผยแพร่ในรูปแบบบทความเดียวกันนี้ในสื่อเผยแพร่ที่ใดมาก่อน
- ระบุบริบทอ้างอิงของเรื่องราว เช่น พื้นที่ หน่วยงาน ช่วงเวลา เป็นต้น
- เนื้อหาสาระมีข้อคิด/ ข้อเตือนใจ/ คำแนะนำ สำหรับให้คนรุ่นหลัง/รุ่นใหม่และผู้ใฝ่รู้ได้นำไปเป็นแบบอย่างหรือปรับใช้กับชีวิตได้ โดยมีการใช้ภาษาเหมาะสม
- อาจมีการประยุกต์ใช้หลักการสุขศึกษาหรือพฤติกรรมศาสตร์เป็นเครื่องมือ/แนวทางการดำเนินงานในประสบการณ์ที่เป็นเบื้องหน้าหรือเบื้องหลังการทำงาน

รูปแบบการจัดเตรียมต้นฉบับ

- ต้นฉบับจัดพิมพ์ด้วยตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ขนาด 16 หรือ
  อาจจัดทำต้นฉบับด้วยการใช้ตัวอักษรแบบพิเศษ ให้จัดส่งในรูปแบบ pdf file ที่คมชัด
- **ระบุชื่อเรื่อง ชื่อผู้เขียน และอีเมล์ของผู้เขียน** (สำหรับสมาชิกที่ต้องการติดต่อ)
- **เนื้อหา และภาพประกอบ** มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4

การส่งบทความ

- ส่งได้ที่อีเมล์ hepathai@gmail.com, kmkaeo@gmail.com ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป
- สามารถส่งได้มากกว่า 1 เรื่องราว หลายครั้ง ไม่จำกัดจำนวนส่ง

การพิจารณานำบทความเผยแพร่

กองบรรณาธิการวารสารฯ กำหนดเกณฑ์ในการพิจารณาคัดเลือกบทความที่สมควรนำเผยแพร่ในวารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษาแต่ละฉบับตามความเหมาะสม โดยสงวนสิทธิ์ในการนำเสนอและการเผยแพร่

เรื่องที่หนึ่ง “ปรับพฤติกรรมทานข้าวเหนียว หุ่นเพรียวกระชับกลับมา”

โดย ศิริลักษณ์ วงศ์ปาลีย์
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

เรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นเรื่องที่ได้ยินมานานมาก ถึงแม้ในช่วงแรกของการปฏิบัติงานจะไม่ได้อยู่กลุ่มงานสุขศึกษา แต่ก็ได้คลุกคลีอยู่กับวงการนี้มาตลอด การทำให้ประชาชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่มีความจำเป็น แต่ทำได้ค่อนข้างยาก ในแต่ละปีโครงการที่จัดทำต้องมีเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลสรุปของโครงการค่าดัชนีสุขภาพต่าง ๆ ดีขึ้น แต่เหมือนจะเป็นช่วงสั้น ๆ พอปีหน้าค่าดัชนีสุขภาพก็วนกลับมาไม่ดีเหมือนเดิม เป็นวงจรแบบนี้ไปทุกปี

ใน ปี พ.ศ.2562 ได้มีโอกาส**จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่ม อสม. ที่มีรอบเอวเกินและมีค่า BMI มากกว่า 25** โดยมี อสม.เข้าร่วมโครงการ 120 คน ทั้งเต็มใจและถูกขอร้องแกมบังคับให้มา เป็นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบเป็นฐาน โดยใช้สถานที่ในการจัดอบรมคือที่ รพ.สต. ที่ อสม.มีภูมิลำเนาอยู่

ฐานกิจกรรมการเรียนรู้ คงเหมือนกับหลาย ๆ แห่งที่จัดกันมาคือมี **ฐานโภชนาการ ฐานทดสอบสมรรถภาพ ฐานความรู้เรื่องโรคและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม** เราพบว่าพฤติกรรมที่ควรปรับเปลี่ยนของ อสม.คือการรับประทานข้าวเหนียว ซึ่งเป็นอาหารหลักของประชาชนทางเหนือ โดยเฉพาะมื้อเย็นที่เสร็จจากการทำงานก็ต้องล้อมวงกินข้าวกันในครอบครัว เป็นมื้ออาหารที่มีความสุข กินไปคุยไป เผลอแป๊บเดียวข้าวเหนียวในกระติกหมดโดยไม่รู้ว่าแต่ละคนกินข้าวเหนียวไปมากน้อยแค่ไหน

ทีมงานนำมาเป็นจุดหลักของการ**จัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ อสม.ได้เข้าถึงข้อมูลเรื่องของการลดน้ำหนัก** โดยการปรับพฤติกรรมการรับประทานข้าวเหนียว เพราะข้าวเหนียวที่หุงสุกแล้ว จะมีความหวานและมีพลังงานมากกว่าข้าวจ้าวในปริมาณที่เท่ากัน เรา**เปิดโอกาสให้ อสม. ได้ใช้ทักษะในการไต่ถาม** โดยแจ้งให้ อสม.ที่จะเข้าร่วมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเตรียมคำถาม ล่วงหน้าไว้ก่อนอย่างน้อยคนละหนึ่งคำถาม ซึ่งก็ได้ผลดี เพราะความคุ้นเคย และเป็นกันเอง จึงมีคำถามให้วิทยากรได้ตอบตลอด เรามีประโยคที่สื่อสารกันในกลุ่มคือ “**ลดข้าวเหนียวสักหน่อย ลดความอร่อยสักนิด เพื่อชีวิตและสุขภาพที่ดี**” คือให้ อสม.เปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ทานข้าวเหนียวให้น้อยลง อาจจะงดเป็นบางมื้อหรือจำกัดปริมาณการกินต่อมื้อ จะทำร่างกายค่อย ๆ ปรับตัวไม่เกิดความทรมาน ผลที่ได้จะยั่งยืนหรือไม่ขึ้นอยู่กับตัว อสม.เอง วิทยากรเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำเท่านั้น

พอครบ 6 เดือนถึงเวลาไปติดตามผลลัพธ์ พบว่า อสม.มีค่าดัชนีมวลกายลดลง 14.67 % เท่าเดิม 78.67 % และเพิ่มขึ้น 6.66% ในจำนวนนี้มี อสม.1 ท่านที่สามารถลดค่าดัชนีมวลกายลงมาในระดับปกติได้ สอบถามปรากฏว่า อสม.ท่านนั้นเปลี่ยนจากการบริโภคข้าวเหนียวในมื้อเย็น มาเป็นข้าวจ้าวแทน ท่านบอกว่าช่วงแรกหงุดหงิดมาก เพราะเหมือนจะหิวอยู่ตลอดเวลา อดทนประมาณ 1 อาทิตย์ ร่างกายเริ่มปรับตัวได้ ต้องใช้ทั้งความอดทนและทนอด ในที่สุดก็ประสบผลสำเร็จ เอาชนะพฤติกรรมตัวเองได้ ขอแสดงความยินดีด้วย สมแล้วกับการเป็นผู้นำด้านสุขภาพ

เรื่องที่สอง “นวัตกรรม ลานหินนวดฝ่าเท้า”

โดย อาทิตตา พัดภัย
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขปฏิบัติงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่อนปิ่น
อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

ช่วงหนึ่งของการปฏิบัติงานอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล **ได้มีโอกาสจับงานสุขศึกษาที่ไม่ใช่ทันตสุขศึกษาเป็นครั้งแรก** เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนตำแหน่งต่าง ๆ ใน รพ.สต.มีเจ้าหน้าที่ย้ายออกแต่ยังไม่มีมาทดแทน เป็นปีที่ รพ.สต.จะต้องผ่านการประเมินมาตรฐานสุขศึกษาเนื่องจาก รพ.สต.อื่น ๆ ในอำเภอผ่านการประเมินมาตรฐานสุขศึกษาไปแล้วไปเมื่อปีก่อน

ปีนี้จึงเป็นภาคบังคับที่ รพ.สต.ของเราจะต้องผ่านการประเมินมาตรฐานในส่วนอื่น ๆ ทาง รพ.สต.ปฏิบัติมาโดยตลอด **ติดตรงเรื่องของนวัตกรรม** จึงได้ร่วมกับนักแพทย์แผนไทยของ รพ.สต.ทำนวัตกรรมซึ่งเป็นงานวิจัยชิ้นหนึ่งของ รพ.สต.เป็นการเปรียบเทียบผลการนวดฝ่าเท้าด้วยวิธีราชสำนักและการเดินบนลานหินของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการชาที่เท้า

วัตถุประสงค์ของโครงการเพื่อเปรียบเทียบผลการนวดฝ่าเท้าทั้ง 2 แบบ เนื่องจาก**แบบแรกคือ การนวดฝ่าเท้าด้วยวิธีราชสำนัก** ต้องใช้บุคลากรที่ผ่านการอบรมและใช้เวลาในการนวดแต่ละครั้งค่อนข้างนาน คือประมาณ 35–40 นาที นวดวันเว้นวันติดต่อกันนาน 1 เดือน **แบบที่ 2 คือ การเดินบนลานหิน** ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เอง โดยใช้เวลาเดินครั้งละ 15 - 20 นาทีเดินก้าวช้า ๆ มีจังหวะกำหนดลมหายใจเข้า–ออก ช่วงแรกต้องมาให้คำแนะนำผู้ป่วย แต่หลัง ๆ มาผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ด้วยตัวเอง นัดวันเว้นวันติดต่อกัน 1 เดือน ผลการดำเนินงานภายหลัง 3 เดือน เรามีอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการทั้ง 2 วิธี วิธีละ 15 คน

นำผลมาเปรียบเทียบกันโดยใช้วิธีตรวจวัดความรู้สึกด้วยเครื่อง Monofilament ผลปรากฏว่าอาการชาที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวานดีขึ้นไม่แตกต่างกันทั้ง 2 วิธี แต่**ผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจต่อวิธีเหยียบบนลานหินมากกว่า เนื่องจากสามารถทำได้ด้วยตัวเอง ว่างช่วงไหนก็มาเดิน แต่ถ้าเป็นแบบนวดฝ่าเท้าเราต้องมาตามที่เจ้าหน้าที่นัดไว้**

ในที่สุด รพ.สต.ผ่านการประเมินมาตรฐานงานสุขศึกษา ***"ดีใจมากที่เป็นเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข แต่สามารถที่จะช่วยดูแลเท้าผู้ป่วยได้"*** ที่เราภูมิใจกว่าไม่ใช่ผลของการประเมินมาตรฐาน แต่เป็นลานหินใน รพ.สต. ซึ่งประชาชนทุกเพศทุกวัยสามารถเข้ามาใช้บริการได้ฟรีตลอด เพราะชุมชนเป็นผู้สนับสนุนทุกอย่างตั้งแต่หินและการจัดทำลานหิน

ลานหินของเรายังคงพร้อมให้บริการแก่พี่น้องประชาชนทุกท่าน

"ขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนช่วยทำให้ลานหินของเรามีชีวิต ชีวา และนำพาสุขภาพดีมาสู่ทุกท่าน"

สรรหามาฝาก

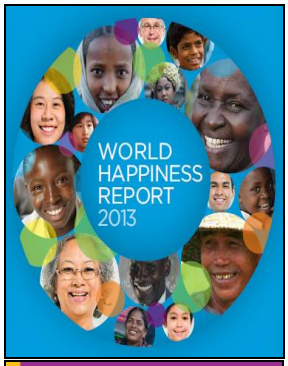
WORLD STORIES

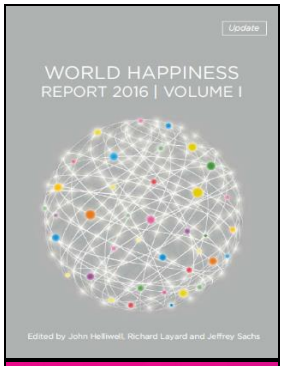
○ The World Happiness Report 2022

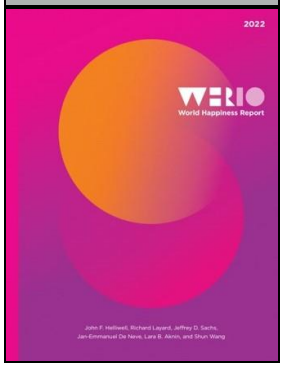
รายงานความสุขโลก ปี 2565

รายงานความสุขของประชากรโลกล่าสุด เผยแพร่ในปี ค.ศ.2022 หรือ พ.ศ.2565 คณะผู้จัดทำรายงาน ประกอบด้วย **John F. Helliwell, Richard Layard, Jeffrey D. Sachs, Jan-Emmanuel De Neve, Lara B. Aknin และ Shun Wang**

รายงานฉบับแรกจัดทำขึ้นในปี ค.ศ.2013 (The first World Happiness Report 2013) ซึ่งใช้ข้อมูลจาก The Gallop World Poll และข้อมูลการสำรวจระดับประเทศ นำมาจัดทำรายงานเผยแพร่







หน่วยงานที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงานและจัดทำรายงานครั้งล่าสุด ได้แก่ The Sustainable Development Solutions Network (SDSN), the Center for Sustainable Development at Columbia University, the Center for Economic Performance at the LSE, the Vancouver School of Economics at UBC, และ the Wellbeing Research Centre at Oxford

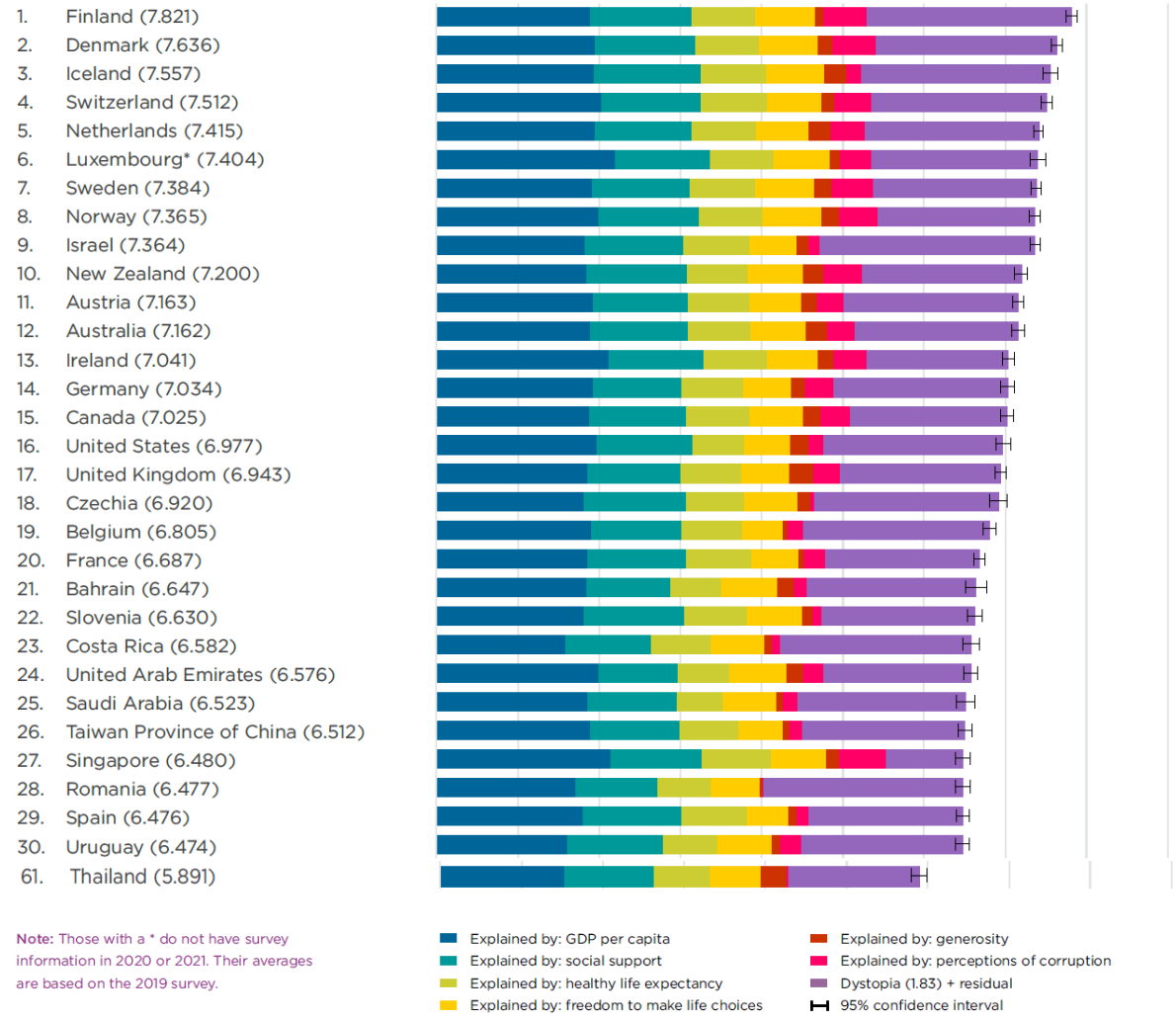
ตัวชี้วัดที่ใช้ในการจัดระดับความสุข ประกอบด้วย จีดีพี (GDP per capita) สิ่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ความคาดหวังในการมีชีวิตที่ดี (healthy life expectancy) เสรีภาพในการใช้ชีวิต (freedom to make life choices) ความเอื้อเฟื้อ (generosity) การทุจริต/คอรัปชั่น (perception of corruption) และที่พักอาศัย (residual)

รายงานมีสาระน่าสนใจ ดังนี้

○ รายงานฉบับนี้ นำเสนอบริบทของโลกที่ยังอยู่ท่ามกลางสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทั่วโลก แม้ว่าหลายประเทศจะเริ่มผ่อนคลายมาตรการบ้างแล้ว

○ ประชาชนในประเทศ **Finland มีระดับความสุขสูงสุดเป็นลำดับที่ 1** (คะแนนรวม 7.821) รองลงมาได้แก่ **Denmark ลำดับที่ 2** (คะแนนรวม 7.636) **Iceland ลำดับที่ 3** (คะแนนรวม 7.557) **Switzerland ลำดับที่ 4** (คะแนนรวม 7.512) **Netherlands ลำดับที่ 5** (คะแนนรวม 7.415)

○ **Thailand อยู่ในลำดับที่ 61** (คะแนนรวม 5.891) รอบที่แล้วลำดับที่ 48 (คะแนนรวม 5.885)



แผนภูมิแสดงประเทศที่ประชาชนมีระดับความสุขสูงสุด 30 ลำดับแรก จากรายงานการสำรวจ ปี ค.ศ.2022

○ สภาวะสังคมไทย

ภาวะสังคมไทย

Social situation and outlook

2565

ไตรมาสสาม ปี 2565

ปีที่ 20 ฉบับที่ 4 เดือนธันวาคม 2565

ความเคลื่อนไหวทางสังคม

ตลาดแรงงานในไตรมาสสาม ปี 2565 การจ้างงานขยายตัวได้จากสาขานอกภาคเกษตรกรรม แต่ภาคเกษตรกรรมยังคงหดตัวจากปัญหาอุทกภัย การว่างงานปรับตัวลดลงใกล้เคียงกับช่วงเวลาปกติ และชั่วโมงการทำงานที่ฟื้นตัวดีขึ้น ขณะที่ค่าจ้างที่แท้จริงยังหดตัวจากผลของเงินเฟ้อ

หนี้สินครัวเรือนในไตรมาสสอง ปี 2565 ขยายตัวชะลอลง ส่วนคุณภาพสินเชื่อปรับตัวดีขึ้นต่อเนื่อง แต่ต้องเฝ้าระวังสินเชื่อยานยนต์และติดตามผลกระทบจากปัญหาค่าครองชีพ ปัญหาอุทกภัย และลูกหนี้ที่ได้รับผลกระทบจาก COVID-19 ที่ยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้น

การเจ็บป่วยด้วยโรคเฝ้าระวังเพิ่มขึ้นในทุกโรค โดยเฉพาะโรคที่เกี่ยวกับน้ำท่วมขังในช่วงที่ผ่านมา นอกจากนี้ ยังต้องให้ความสำคัญกับคุณภาพการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยสุขภาพจิตตั้งแต่ภาวะเครียด ซึมเศร้า ไปจนถึงผู้ป่วยยาเสพติดโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง

คดีอาญาโดยรวมลดลง แต่ยังต้องเฝ้าระวังการแพร่ระบาดยาเสพติดในหลายพื้นที่ รวมทั้งกวาดล้างแหล่งจำหน่ายอาวุธปืนเถื่อน และควบคุมผู้ครอบครองอาวุธปืนถูกกฎหมายอย่างเคร่งครัด **อุบัติเหตุจราจรทางบกและจำนวนผู้เสียชีวิตลดลง** แต่ยังจำเป็นต้องมีการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการใช้ความเร็วตามกฎหมายกำหนดอย่างเข้มงวด

สถานการณ์ทางสังคมที่สำคัญ

เมื่อโลกร้อนไม่ใช่เรื่องไกลตัว : เราจะรับมืออย่างไร ภัยพิบัติทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นทุกวันนี้ ไม่ใช่เรื่องไกลตัวอีกต่อไป ซึ่งเป็นผลมาจากปัญหาภาวะโลกร้อน ที่ทุกคนต้องตระหนัก และช่วยกันแก้ปัญหา ทั้งการลดการปล่อยก๊าซเรือนกระจก และการปรับตัวต่อผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่จะเกิดขึ้น

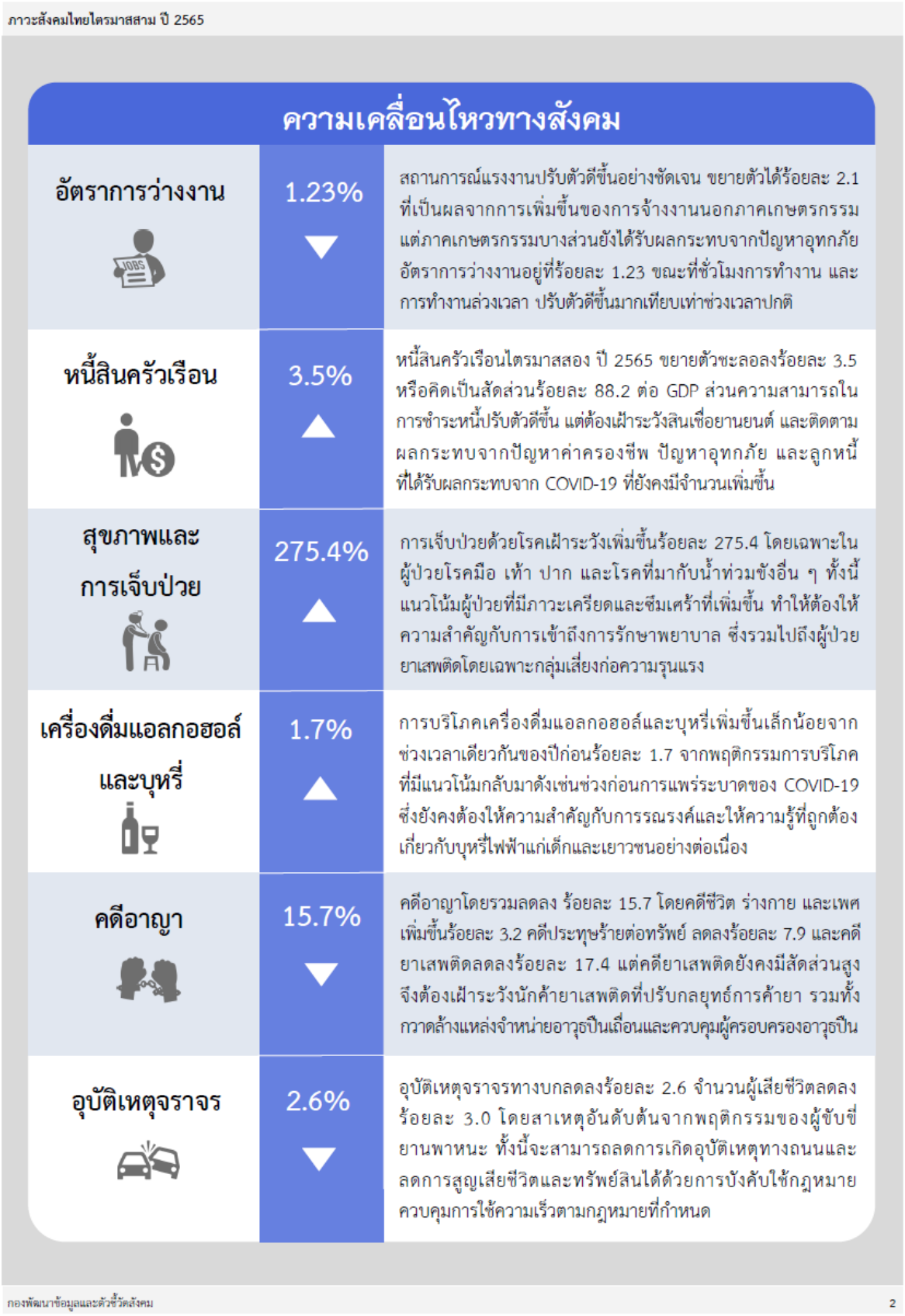
กยศ. : การส่งเสริมโอกาสทางการศึกษาของเด็กไทยให้ยั่งยืน กองทุนเงินให้กู้ยืมเพื่อการศึกษามีวัตถุประสงค์ในการส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาผ่านการให้เงินกู้ยืม แต่ปัจจุบันมีปัญหาลูกหนี้ที่ผิดนัดชำระหนี้จำนวนมาก ซึ่งต้องแก้ไขและหาแนวทางที่เหมาะสม เพื่อให้กองทุนเป็นเครื่องมือในการให้โอกาสทางการศึกษา และยกระดับทุนมนุษย์ได้อย่างยั่งยืน

เสรีกัญชา : มุมมองที่ควรเรียนรู้จากต่างประเทศ ประเทศไทยได้ผลักดันให้สามารถใช้กัญชาและกัญชงได้อย่างถูกกฎหมาย จากการเล็งเห็นประโยชน์ทางด้านการแพทย์และเศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม การใช้กัญชาที่ไม่เหมาะสมอาจก่อให้เกิดผลกระทบเชิงลบ จึงจำเป็นต้องมีกฎหมายสำหรับการกำกับดูแลที่รัดกุมและรอบด้าน

บทความเรื่อง “ มองคนจนหลายมิติ ปี 2564 ปัญหาที่ไม่ใช่แค่เรื่องเงินเท่านั้น ”

แม้ว่าในปี 2564 ประเทศไทยมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่มีความรุนแรงและจำเป็นต้องมีการใช้มาตรการควบคุมการแพร่ระบาดฯ ที่ส่งผลกระทบต่อการประกอบอาชีพและหารายได้ของประชาชน แต่สถานการณ์ความยากจนด้านตัวเงินหรือคนจนจากเส้นความยากจนปรับตัวลดลงจากมาตรการช่วยเหลือของรัฐ อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนในด้านอื่น ๆ ที่สามารถวัดได้จาก “ความยากจนหลายมิติ” แม้ว่าจะมีแนวโน้มลดลง แต่กลับมีปัญหารุนแรงและซับซ้อนกว่ามาก ซึ่งจำเป็นต้องหาแนวทางแก้ไขปัญหาให้ได้อย่างตรงจุด

กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
962 ถนนกรุงเกษม เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ 10100


ภาวะสังคมไทยไตรมาสสาม ปี 2565
ความเคลื่อนไหวทางสังคม
อัตราการว่างงาน
1.23%
สถานการณ์แรงงานปรับตัวดีขึ้นอย่างชัดเจน ขยายตัวได้ร้อยละ 2.1 ที่เป็นผลจากการเพิ่มขึ้นของการจ้างงานนอกภาคเกษตรกรรม แต่ภาคเกษตรกรรมบางส่วนยังได้รับผลกระทบจากปัญหาอุทกภัย อัตราการว่างงานอยู่ที่ร้อยละ 1.23 ขณะที่ชั่วโมงการทำงาน และการทำงานล่วงเวลา ปรับตัวดีขึ้นมากเทียบเท่าช่วงเวลาปกติ
หนี้สินครัวเรือน
3.5%
หนี้สินครัวเรือนไตรมาสสอง ปี 2565 ขยายตัวชะลอลงร้อยละ 3.5 หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 88.2 ต่อ GDP ส่วนความสามารถในการชำระหนี้ปรับตัวดีขึ้น แต่ต้องเฝ้าระวังสินเชื่อยานยนต์ และติดตามผลกระทบจากปัญหาค่าครองชีพ ปัญหาอุทกภัย และลูกหนี้ที่ได้รับผลกระทบจาก COVID-19 ที่ยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้น
สุขภาพและการเจ็บป่วย
275.4%
การเจ็บป่วยด้วยโรคเฝ้าระวังเพิ่มขึ้นร้อยละ 275.4 โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก และโรคที่มากับน้ำท่วมขังอื่น ๆ ทั้งนี้แนวโน้มผู้ป่วยที่มีภาวะเครียดและซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น ทำให้ต้องให้ความสำคัญกับการเข้าถึงการรักษาพยาบาล ซึ่งรวมไปถึงผู้ป่วยยาเสพติดโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่
1.7%
การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากช่วงเวลาเดียวกันของปีก่อนร้อยละ 1.7 จากพฤติกรรมการบริโภคที่มีแนวโน้มกลับมาดังเช่นช่วงก่อนการแพร่ระบาดของ COVID-19 ซึ่งยังคงต้องให้ความสำคัญกับการรณรงค์และให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าแก่เด็กและเยาวชนอย่างต่อเนื่อง
คดีอาญา
15.7%
คดีอาญาโดยรวมลดลง ร้อยละ 15.7 โดยคดีชีวิต ร่างกาย และเพศเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.2 คดีประทุษร้ายต่อทรัพย์ ลดลงร้อยละ 7.9 และคดียาเสพติดลดลงร้อยละ 17.4 แต่คดียาเสพติดยังคงมีสัดส่วนสูง จึงต้องเฝ้าระวังนักค้ายาเสพติดที่ปรับกลยุทธ์การค้ายา รวมทั้งกวาดล้างแหล่งจำหน่ายอาวุธปืนเถื่อนและควบคุมผู้ครอบครองอาวุธปืน
อุบัติเหตุจราจร
2.6%
อุบัติเหตุจราจรทางบกลดลงร้อยละ 2.6 จำนวนผู้เสียชีวิตลดลงร้อยละ 3.0 โดยสาเหตุอันดับต้นจากพฤติกรรมของผู้ขับขี่ยานพาหนะ ทั้งนี้จะสามารถลดการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและลดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินได้ด้วยการบังคับใช้กฎหมายควบคุมการใช้ความเร็วตามกฎหมายที่กำหนด
กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม
2

○ รายงานพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากรไทย 2564

สรุปผลสำหรับผู้บริหาร

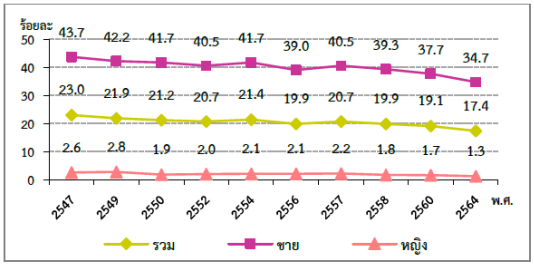
สำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ดำเนินการสำรวจพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564 (สพส.64) ขึ้นเป็นครั้งแรก ซึ่งเป็นการบูรณาการจากโครงการสำรวจ 3 โครงการ คือ สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร (สพบส.) สำรวจพฤติกรรมการบริโภคอาหารของประชากร (สบอ.) และสำรวจกิจกรรมทางกายของประชากร (สกก.) รวมทั้งข้อถามเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เข้าด้วยกันในการสำรวจนี้ ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง ระหว่าง 1 กุมภาพันธ์ - 31 พฤษภาคม 2564 จากครัวเรือนตัวอย่างทั้งสิ้น 84,000 ครัวเรือนทั่วประเทศ วัตถุประสงค์เพื่อให้มีข้อมูลสถิติในเรื่องดังกล่าวสำหรับให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนนำไปใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย และติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ซึ่งผลการสำรวจที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

แนวโน้มการสูบบุหรี่ของประชากร

แนวโน้มอัตราสูบบุหรี่ของผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมทั้งประเทศตั้งแต่ปี 2547 ถึงปี 2564 พบว่ามีแนวโน้มค่อนข้างลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 23.0 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 17.4 ในปี 2564 ผู้ชายที่สูบบุหรี่ลดลงมากกว่าผู้หญิง โดยผู้ชายลดลงจากร้อยละ 43.7 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 34.7 ในปี 2564 สำหรับผู้หญิงลดลงจาก 2.6 ในปี 2547 เป็นร้อยละ 1.3 ในปี 2564

แผนภูมิ 1 ร้อยละประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2564



หมายเหตุ : จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 2552 2556 และ 2558 จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 2550 2554 2557 และ 2560

จำนวนผู้สูบบุหรี่และอัตราการสูบบุหรี่

จากผลการสำรวจ พบว่าจากจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 57 ล้านคน เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 9.9 ล้านคน (ร้อยละ 17.4) แยกเป็นผู้ที่สูบทุกวัน 8.7 ล้านคน (ร้อยละ 15.3) และเป็นผู้ที่สูบแต่ไม่ทุกวัน 1.2 ล้านคน (ร้อยละ 2.1) กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด (ร้อยละ 21.0) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 45-59 ปี (ร้อยละ 19.7) และ 20-24 ปี (ร้อยละ 18.5) และกลุ่มผู้สูงวัย (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 12.7 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด (ร้อยละ 6.2)

ผู้ชายสูบบุหรี่มากกว่าผู้หญิงถึง 26 เท่า (ร้อยละ 34.7 และ 1.3 ตามลำดับ) อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 19.0 และ 15.6 ตามลำดับ) อัตราการสูบบุหรี่สูงสุดในภาคใต้ (ร้อยละ 22.4) รองลงมาได้แก่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 18.0) ภาคกลางและกรุงเทพมหานครมีอัตราการสูบใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 16.3 และร้อยละ 16.1 ตามลำดับ) และภาคเหนือมีอัตราการสูบบุหรี่ต่ำสุด (ร้อยละ 15.6)

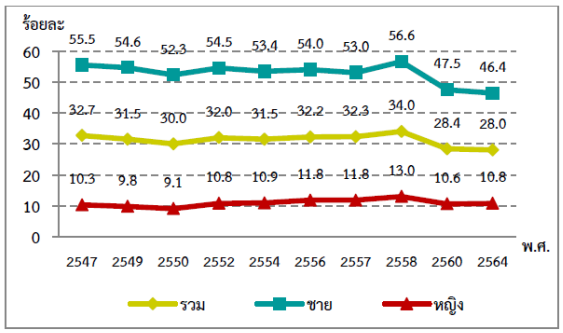
ตาราง 1 อัตราร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามการสูบบุหรี่ กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค พ.ศ. 2564

กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค	การสูบบุหรี่				
	รวม	ไม่สูบ	สูบ		
			รวม	สูบทุกวัน	สูบแต่ไม่ทุกวัน
กลุ่มอายุ (ปี)	100.0	82.6	17.4	15.3	2.1
15 – 19	100.0	93.8	6.2	4.6	1.6
20 – 24	100.0	81.5	18.5	15.3	3.1
25 - 44	100.0	79.0	21.0	18.4	2.7
45 - 59	100.0	80.3	19.7	17.7	2.0
60 ขึ้นไป	100.0	87.3	12.7	11.4	1.3
เพศ					
ชาย	100.0	65.3	34.7	30.5	4.2
หญิง	100.0	98.7	1.3	1.1	0.2
เขตการปกครอง					
ในเขตเทศบาล	100.0	84.4	15.6	13.6	2.0
นอกเขตเทศบาล	100.0	81.0	19.0	16.7	2.2
ภาค					
กรุงเทพมหานคร	100.0	83.9	16.1	14.2	1.8
กลาง (ไม่รวมกทม.)	100.0	83.7	16.3	14.0	2.4
เหนือ	100.0	84.4	15.6	13.6	2.0
ตะวันออกเฉียงเหนือ	100.0	82.0	18.0	16.1	1.9
ใต้	100.0	77.6	22.4	19.8	2.6

แนวโน้มการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของประชากร

แนวโน้มอัตราการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ในภาพรวมทั้งประเทศระหว่างปี 2547 - 2557 พบว่า พบว่าอัตราการดื่มฯ มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย อยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 32.7 ถึง 32.3 แต่หลังจากปี 2558 พบว่าอัตราการดื่มฯ มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 34.0 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 28.0 ในปี 2564 ซึ่งมีผลจากการรณรงค์การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมทั้งจากสถานการณ์โควิด-19 ที่ห้ามดื่มในสถานที่ต่างๆ

แผนภูมิ 2 ร้อยละของประชากร อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จำแนกตามเพศ พ.ศ. 2547-2564



หมายเหตุ : จากผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2549 2552 2556 และ 2558
จากผลการสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2547 2550 2554 2557 และ 2560

จำนวนผู้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และอัตราการดื่มฯ

จากจำนวนประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งสิ้น 57 ล้านคน เป็นผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่แล้วประมาณ 16 ล้านคน (ร้อยละ 28.0) โดยเป็นผู้ที่ดื่มสม่ำเสมอ 10.6 ล้านคน (ร้อยละ 18.5) และเป็นผู้ที่ดื่มนานๆ ครั้ง 5.4 ล้านคน (ร้อยละ 9.5) กลุ่มอายุ 25-44 ปี มีอัตราการดื่มฯ สูงสุด (ร้อยละ 36.5) กลุ่มอายุ 45-59 ปี และ 20-24 ปี มีอัตราการดื่มฯ ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 32.4 และ 31.6 ตามลำดับ) กลุ่มผู้สูงวัย (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มีอัตราการดื่มฯ ร้อยละ 15.2 สำหรับกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-19 ปี) มีอัตราการดื่มฯ ต่ำสุด (ร้อยละ 15.0)

ผู้ชายดื่มฯ มากกว่าผู้หญิง 4 เท่า (ร้อยละ 46.4 และ 10.8 ตามลำดับ) อัตราการดื่มฯ ของคนที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลสูงกว่าในเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 28.4 และ 27.7 ตามลำดับ)

ตาราง 2 อัตราร้อยละของประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กลุ่มอายุ เพศ และเขตการปกครอง พ.ศ. 2564

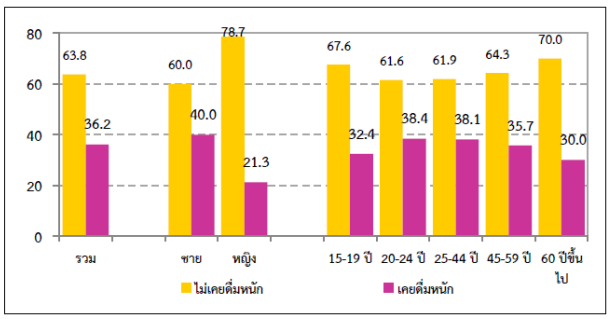
กลุ่มอายุ เพศ เขตการปกครอง และภาค	รวม	การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
		ไม่เคยดื่มเลยในชีวิต	เคยดื่มแต่ไม่ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว	ดื่มใน 12 เดือนที่แล้ว		
				รวม	สม่ำเสมอ	นานๆ ครั้ง
กลุ่มอายุ (ปี)	100.0	57.0	15.0	28.0	12.3	15.7
15 – 19	100.0	88.4	2.6	9.0	2.2	6.8
20 – 24	100.0	61.0	7.4	31.6	10.2	21.4
25 - 44	100.0	51.5	12.0	36.5	15.5	21.0
45 - 59	100.0	51.6	16.0	32.4	15.6	16.8
60 ขึ้นไป	100.0	59.6	25.4	15.0	7.5	7.5
เพศ						
ชาย	100.0	32.5	21.1	46.4	23.1	23.3
หญิง	100.0	79.7	9.4	10.8	2.1	8.7
เขตการปกครอง						
ในเขตเทศบาล	100.0	56.8	14.8	28.4	12.3	16.1
นอกเขตเทศบาล	100.0	57.1	15.2	27.7	12.2	15.5
ภาค						
กรุงเทพมหานคร	100.0	58.7	14.0	27.2	11.8	15.4
กลาง (ไม่รวม กทม.)	100.0	59.4	13.8	26.8	13.7	13.1
เหนือ	100.0	47.7	19.2	33.1	14.3	18.8
ตะวันออกเฉียงเหนือ	100.0	50.8	17.0	32.3	12.4	19.8
ใต้	100.0	73.5	9.9	16.7	6.6	10.1

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หนักในครั้งเดียว

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรอบ12 เดือนที่แล้ว พบว่า จำนวน 1 ใน 3 ของผู้ดื่มเคยดื่มหนักในครั้งเดียว ซึ่งเพศชายเคยดื่มหนักในครั้งเดียว (ร้อยละ 40.0) มากกว่าเพศหญิงเกือบ 2 เท่า (ร้อยละ 21.3)

เมื่อพิจารณากลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 20-24 ปี เคยดื่มหนักในครั้งเดียวมากที่สุด ร้อยละ 38.4 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 25-44 ปี ร้อยละ 38.1 และกลุ่มอายุ 45-59 ปี ร้อยละ 35.7 ตามลำดับ

แผนภูมิ 3 ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หนักในครั้งเดียว เพศ และกลุ่มอายุ พ.ศ. 2564



ความถี่ในการบริโภคอาหารแต่ละกลุ่ม

จากการพิจารณาความถี่ในการบริโภคทุกวันของอาหารกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พบว่า ประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป มีการบริโภคอาหารในกลุ่มเครื่องดื่มที่ไม่มีแอลกอฮอล์บรรจุขวดมากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มอาหารแปรรูปประเภทเนื้อสัตว์ และกลุ่มอาหารไขมันสูง (ร้อยละ 14.3 9.0 และ 8.2 ตามลำดับ)

สำหรับกลุ่มอาหารที่มีประโยชน์ พบว่า เกินครึ่ง (ร้อยละ 50.1) ของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป มีการบริโภคผักดิบและสุกทุกวัน ส่วนการทานกลุ่มผลไม้สดทุกวัน พบร้อยละ 24.8

ตาราง 3 ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป จำแนกตามความถี่ในการบริโภคอาหารในแต่ละกลุ่มต่อสัปดาห์[1/] พ.ศ. 2564

กลุ่มอาหาร	รวม	ความถี่ในการบริโภคอาหาร (ต่อสัปดาห์)					
		ไม่บริโภค	บริโภค				
			1-3 วันต่อเดือน	1-2 วัน	3-4 วัน	5-6 วัน	ทุกวัน
อาหารแปรรูปประเภทเนื้อสัตว์	100.0	11.4	19.9	29.4	22.3	7.9	9.0
อาหารสำเร็จรูปแช่แข็ง	100.0	64.7	16.5	12.6	4.7	1.0	0.6
อาหารไขมันสูง	100.0	11.9	15.4	30.8	25.9	8.0	8.2
อาหารจานด่วนทางตะวันตก	100.0	56.1	25.7	12.8	4.3	0.7	0.4
อาหารกึ่งสำเร็จรูป	100.0	49.3	23.7	19.8	5.8	0.8	0.6
ขนมทานเล่นหรือขนมกรุบกรอบ	100.0	55.4	11.8	16.8	9.2	2.3	4.5
เครื่องดื่มไม่มีแอลกอฮอล์บรรจุขวด	100.0	39.6	7.4	18.8	15.3	4.6	14.3
ผักดิบและสุก	100.0	4.1	1.5	10.2	21.2	13.0	50.1
ผลไม้สด	100.0	3.4	6.9	27.6	28.2	9.1	24.8

หมายเหตุ : 1/ ไม่รวม "ไม่ทราบ"

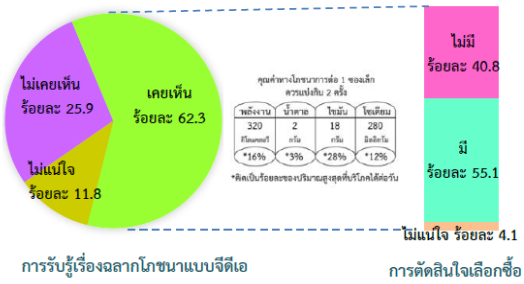
การรับรู้เรื่องฉลากโภชนาการ

จากสภาพสังคมปัจจุบัน ฉลากโภชนาการเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ได้รับสารอาหารตามความต้องการ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้บริโภคในการเลือกบริโภคอาหารสำเร็จรูปที่จะมีผลต่อสุขภาพ ซึ่งฉลากโภชนาการนี้ จะแสดงข้อมูลโภชนาการ พร้อมระบุชนิดและปริมาณสารอาหารของอาหารชนิดนั้นๆ มี 3 รูปแบบ ได้แก่ ฉลากโภชนาการแบบเต็ม ฉลากโภชนาการแบบย่อ และฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ

ซึ่งผลจากการสำรวจประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ตอบด้วยตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ พบว่า ร้อยละ 62.3 เคยพบเห็น ร้อยละ 25.9 ไม่เคยพบเห็น และร้อยละ 11.8 ไม่แน่ใจ

เมื่อสอบถามผู้ที่เคยพบเห็นฉลากโภชนาการแบบจีดีเอว่ามีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารหรือไม่ พบว่า ไม่มีผลต่อการตัดสินใจ ร้อยละ 40.8 มีผลต่อการตัดสินใจ ร้อยละ 55.1 และไม่แน่ใจ ร้อยละ 4.1

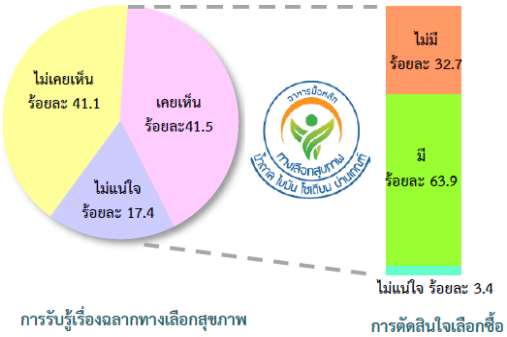
แผนภูมิ 4 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามการรับรู้เรื่องฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ และการตัดสินใจเลือกซื้อ พ.ศ. 2564



นอกเหนือจากฉลากโภชนาการแบบจีดีเอ แล้วยังมีฉลาก "ทางเลือกสุขภาพ" ซึ่งเป็นเครื่องมือสำหรับการตัดสินใจเลือกผลิตภัณฑ์อาหาร ซึ่งจากการสอบถามเกี่ยวกับฉลาก "ทางเลือกสุขภาพ" กับประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ตอบด้วยตนเอง พบว่า ร้อยละ 41.5 เคยพบเห็น ร้อยละ 41.1 ไม่เคยพบเห็น และร้อยละ 17.4 ไม่แน่ใจ

เมื่อสอบถามผู้ที่เคยพบเห็นฉลาก "ทางเลือกสุขภาพ" ว่ามีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อผลิตภัณฑ์อาหารหรือไม่ พบว่า ไม่มีผลต่อการตัดสินใจ ร้อยละ 32.7 มีผลต่อการตัดสินใจ ร้อยละ 63.9 และไม่แน่ใจ ร้อยละ 3.4

แผนภูมิ 5 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำแนกตามการรับรู้เรื่องฉลากทางเลือกสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกซื้อ พ.ศ.2564



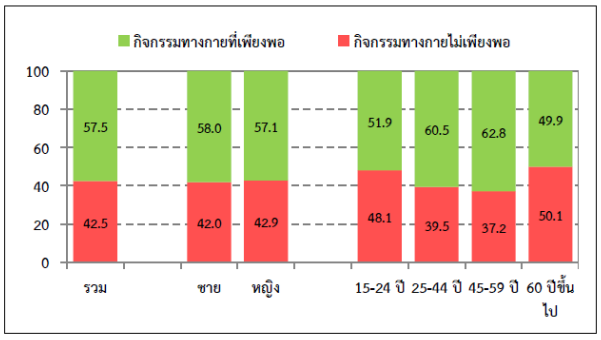
กิจกรรมทางกาย

กิจกรรมทางกาย (Physical Activity) หมายถึง การขยับเคลื่อนไหวร่างกายทั้งหมดในชีวิตประจำวัน ในอิริยาบถต่าง ๆ ซึ่งก่อให้เกิดการใช้ และเผาผลาญพลังงานโดยกล้ามเนื้อ อันครอบคลุมการเคลื่อนไหวร่างกายทั้งหมดในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน การเดินทาง และกิจกรรมนันทนาการ

ผลสำรวจประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้ที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอร้อยละ 57.5 โดยผู้ชายมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสูงกว่าผู้หญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 58.0 และ 57.1 ตามลำดับ)

เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มอายุ พบว่าในกลุ่มอายุ 44-59 ปี เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอสูงที่สุด (ร้อยละ 62.8) รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 25-44 ปี ร้อยละ 60.5 กลุ่มอายุ 15-24 ปี ร้อยละ 51.9 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ49.9 ตามลำดับ

แผนภูมิ 6 ร้อยละของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ จำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ พ.ศ. 2564



เมื่อพิจารณาเวลาเฉลี่ยของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในแต่ละกลุ่มของการทำกิจกรรมทางกายในระดับปานกลางหรือหนักพบว่า กลุ่มการทำงาน/ออกแรงฯ ระดับหนักหรือปานกลางใช้เวลาโดยเฉลี่ย 53 นาที/วัน การเดินทางโดยการเดินหรือขี่จักรยานมีเวลาโดยเฉลี่ย 7 นาที/วัน การเล่นกีฬา/ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมนันทนาการระดับหนักหรือปานกลางมีเวลาโดยเฉลี่ย 7 นาที/วัน และกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวน้อยมาก (พฤติกรรมเนือยนิ่ง) เช่น การนั่ง/นอนดูโทรทัศน์ เล่นโทรศัพท์มือถือ เป็นต้น มีเวลาโดยเฉลี่ย 533 นาที/วัน หรือคิดเป็น 8 ชั่วโมง 53 นาที

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระยะเวลาที่มีกิจกรรมทางกายในแต่ละกลุ่ม[1/]ในประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2564

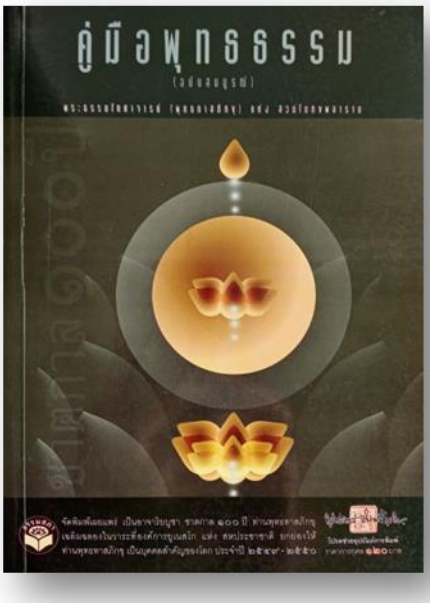
กิจกรรมทางกาย	เวลา (นาที/วัน)	
	ค่าเฉลี่ย	(±ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
การทำงาน/ออกแรงฯ	53	±96.99
การเดินทางฯ	7	±23.87
การเล่นกีฬา/ออกกำลังกายฯ	7	±21.52
การเคลื่อนไหวน้อยมาก (เนือยนิ่ง)	533	±147.20

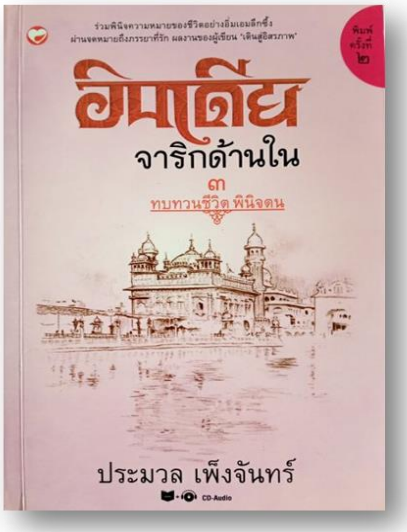
1/ กิจกรรมทางกายของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้แบ่งกลุ่มกิจกรรมเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่
(1) การทำงานออกแรงระดับหนักหรือปานกลาง
(2) การเดินทางโดยการเดินหรือขี่จักรยาน
(3) การเล่นกีฬา/ ออกกำลังกาย หรือทำกิจกรรมนันทนาการระดับหนักหรือปานกลาง
(4) การเคลื่อนไหวน้อยมาก (เนือยนิ่ง)

○ หนังสือน่าอ่าน

การอ่านหนังสือช่วยเพิ่ม
ทักษะการเรียนรู้หลายประการ
สร้างจินตนาการขึ้นในตนเอง
และวันหนึ่งข้างหน้าในอนาคต
ซึ่งอาจจะเร็วหรืออาจช้า
จินตนาการและความคิดเหล่านั้น
จะส่งอิทธิพลไปที่การกระทำ
อุปนิสัย และวิถีชีวิตใหม่

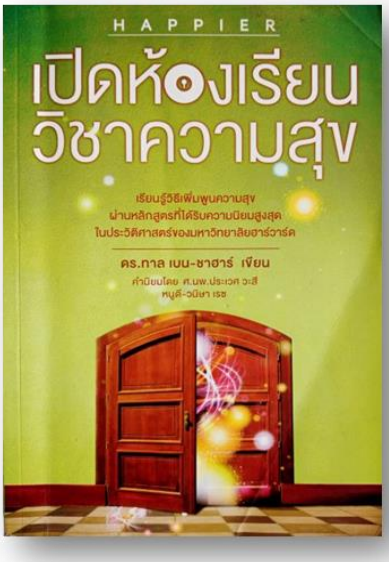
ใบไม้ที่ต้องกำไว้ในมือ
สำหรับผู้ใฝ่หาหลักธรรมที่แจ่มชัด
คู่มือพุทธธรรมเล่มนี้ รวบรวมคำบรรยาย
หลักสูตรอบรมผู้พิพากษา จำนวน 8 ครั้ง
เผยแพร่ในวาระชาตกาล 100 ปี
พระธรรมโกศาจารย์ (พุทธทาสภิกขุ)
ธรรมสภาและสถาบันบันลือธรรมเผยแพร่
ราคาการกุศล 120 บาท





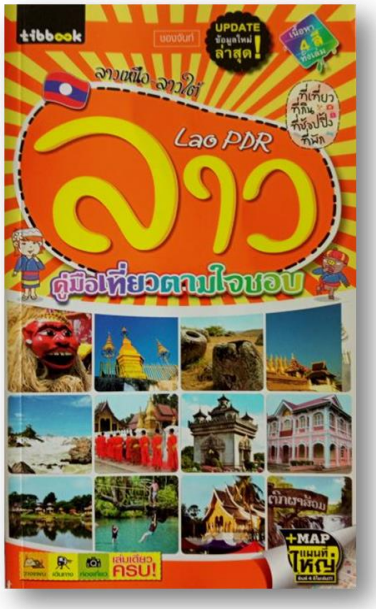
อ่านเรื่องราวการทบทวนชีวิต พินิจตน
บนเส้นทางที่ก้าวไปด้วยความหมาย
สร้างการเรียนรู้ที่ก่อเกิดปัญญาภายในจิต
รู้เหตุปัจจัยของความเป็นอินเดียแดนภารตะ
อารยธรรมที่เต็มไปด้วยความเชื่อมากมาย
ผลงานของผู้เขียน “เดินสู่อิสระภาพ”
ราคา 190 บาท

“วิชาความสุข” สร้างความสนใจ
ให้นักศึกษาระดับหัวกะทิ
ของฮาร์วาร์ดได้อย่างไร
ดร.ทาล เบน-ซาฮาร์ เปิดเผย
วิธีจัดการเรียนการสอนและ
แบบฝึกหัดเพิ่มพูนความสุข
โดยไม่ต้องลงทะเบียนเรียน
หรือเดินทางไปนั่งฟังเอง
ราคา 159 บาท



อิสตันบูล หรือคอนสแตนติโนเปิล
จุดเชื่อมทวีปยุโรปและเอเชีย
ตำนานทาสแมว “ทอมบิลี่”
อาหารเลิศรสและแหล่งท่องเที่ยว
อันสวยงามประทับติดตราตรึงใจ
มีในคู่มือท่องเที่ยวตรุกีด้วยตนเอง
ราคา 295 บาท

เสน่ห์ของ สปป.ลาว
ชวนให้หลงใหลและไปสัมผัส
วัฒนธรรมเดิมที่เรียบง่าย
เทศกาลและงานบุญในทุกแขวง
จินตนาการต่อกับรถไฟความเร็วสูง
หลวงพระบางไม่ไกลเกินฝันแล้ว
ราคา 265 บาท



สะพายกล้องท่องทั่วไทย สุขใจได้ท่องเที่ยว

ตอน "จากชะอำมาบ้านกรูด.." และ "กินข้าวแบบวิถีป่า ไหว้พระยุคหิน.."

สรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์

ช่วงนี้การเดินทางท่องเที่ยวของสองเราไม่ได้เป็นแบบตั้งหน้าตั้งตาไปเที่ยวกันเลย แต่เป็นแบบเสร็จจากการทำงานแล้วต่อด้วยการเที่ยวนะครับ ก็เลยแบ่งเป็น 2 ทริป

"จากชะอำมาบ้านกรูด.."

...ทริปแรกก็หลังจากเสร็จงานเป็นวิทยากรสองวัน (26-27 ส.ค.) ที่ อ.ชะอำ จ.เพชรบุรี ณ โรงแรมธารามันตรา โดยสองเราได้ร่วมเป็นวิทยากรกับ รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดฝึกอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ สำนักงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร เรื่อง องค์กรสร้างสุข (Happy Workplace) การสร้างทีมงาน การทำงานเป็นทีม และการประสานงานในองค์กร ...งานนี้บรรยากาศการอบรมเป็นแบบสบายๆ สนุกสนานผู้เข้าอบรมได้รับความรู้และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงครับ !

เสร็จจากการเป็นวิทยากรแล้วอ่ะ ! ไหนๆ ก็มาย่านนี้แล้วก็เลยวางแผนเที่ยวต่อเป้าหมายคือไปที่...หาดบ้านกรูด อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์...รีบค้นหาที่เที่ยวในกูรู google เร็วไวโทรต่อสายหาที่พักก่อนสมใจนึกปราถนาจริงๆ เราได้ที่พักที่ "บ้านกรูดรีสอร์ท" ตั้งอยู่ที่ 212 หมู่ 2 ต.ธงชัย อ.บางสะพาน จ.ประจวบคีรีขันธ์ ราคาที่พักวันนี้ก็แค่ 935 บาทเองครับ ก็อยู่ใกล้ๆ ชายหาด แค่มีถนนกั้นนิดหนึ่งเดินข้ามไปมาที่พักกับชายหาดสบายๆภายในที่พักมีสระว่ายน้ำบริการ มีสิ่งอำนวยความสะดวกครบ เราเลือกห้องพักแบบบังกาโลเป็นหลังติดกับสระว่ายน้ำเลย....แค่นี้เราก็ได้อยู่ใกล้ชายหาดแสนสวย น้ำใส ทรายละเอียด ห่างขาดจากมลพิษ และโรคโควิด 19 อีกด้วยได้ใช้ชีวิตแบบง่ายๆ ชิลล์ๆ เงียบสงบ ฟังเสียงคลื่นทะเลกับเสียงเพลงที่ชื่นชอบจากลำโพงบลูทรูตัวเล็กๆ เชื่อมกับมือถือ

...สบายๆ อยู่กับคนที่เรารักและรักเรา..."โว้ว ! สุขใจหาใดปาน !..

ชีวิตคนเราก็แค่นี้แหละ ไม่ว่ารวยหรือจน...เมื่อถึงวัยสูงอายุก็ใช้ชีวิตชะ!...55555"
หาดที่เราพักพิงชาวบ้านเรียกกันว่า "หาดทางสาย" แต่ส่วนใหญ่จะเรียกรวมๆ ว่าหาดบ้านกรูดครับ น้ำทะเลที่นี่ อาจจะไม่ใสเหมือนกระจกแต่เป็นสีอมฟ้าคราม ถ่ายรูปออกมาแล้วสวยมากๆ ครับ

ส่วนหาดทรายก็จะเป็นสีขาวอมครีมช่วงเช้าและสีน้ำตาลช่วงบ่าย ที่พักเรานอกจากจะใกล้หาดแล้วก็ใกล้กับวัดดังของที่นี่ คือ "วัดทางสาย" วัดนี้ตั้งอยู่บนเขาริมทะเลบ้านกรูดเป็นวัดปูชนียสถานและมีปูชนียวัตถุที่สำคัญคือ"พระพุทธกิตติสิริชัย" พระพุทธรูปปางสมาธิ แบบศิลปะคันธาระ หันหน้าพระพักตร์ออกทะเล ชาวบ้านที่นี่จะเรียกกันว่า "หลวงพ่อใหญ่" ชาวบางสะพานสร้างขึ้นเพื่อน้อมเกล้าฯถวายสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง ในวโรกาสที่พระองค์ทรงพระเจริญพระชนมพรรษาครบ 5 รอบ และมีพระมหาธาตุเจดีย์ภักดีประกาศ เป็นพระมหาเจดีย์ขนาดใหญ่ เก้ายอด สวยงามวิจิตรการตามาก สร้างขึ้นเพื่อน้อมเกล้าถวาย พระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราชบรมนาถบพิตร เนื่องในวโรกาสที่พระองค์ทรงครองราชย์เป็นปีที่ 50 ประดิษฐานอยู่ที่นี่...จากชายหาดที่พักเราสามารถมองเห็นวัดนี้อยู่ไกลๆ และช่วงเช้าพระอาทิตย์จะโผล่ขึ้นให้เห็นออกมาจากหลังเขา ส่องแสงลงมาสวยงามมากครับ...ต้องตื่นแต่เช้ามืดเลยนะครับถึงจะเห็นพระอาทิตย์กำลังขึ้นดวงกลมใหญ่ แต่ถ้าตื่นสายก็อด ! ครับ.....

พระพุทธกิตติสิริชัย วัดทางสาย บนเขาริมทะเลบ้านกรูด

เมื่อมาแถวนี้มีอีกวัดหนึ่งที่ต้องไม่พลาดชม คือ วัดอ่างสุวรรณ หรือวัดหนองหอย ตามชื่อชุมชน (วัดนี้อยู่ในเขต ต.อ่างทอง อ.ทับสะแก เขตติดต่อกัน) แต่ส่วนใหญ่คนจะเรียกกันว่า "วัดโบสถ์ไม้ตาล" ตามเอกลักษณ์ของโบสถ์ ซึ่งสร้างด้วยไม้ต้นตาลโตนดที่มีอายุ 70-100 ปี มาสร้างใช้ไม้กว่า 10,000 ต้น ใช้เวลาสร้างนานถึง 7 ปี เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา ภายในโบสถ์ส่วนเพดานของโบสถ์จะจัดทำด้วยไม้ตะเคียนจึงดูมีมนต์เวทขลังแฝงอยู่ องค์พระประธานข้างในเป็นพระพุทธชินราชจำลองสวยงดงามมาก

ที่สำคัญยังมีสิ่งศักดิ์สิทธิ์คู่วัดคู่บ้านหนองหอยนี้มากว่า 200 ปี คือ พระพุทธรูปแกะสลักด้วยไม้ต้นไทร ปางวันทา ซึ่งนักท่องเที่ยวหรือชาวบ้านมาที่นี่นิยมปิดทองขอพรท่านจนทองล้นอร่ามไปทั้งองค์ ตอนแรกที่เราเห็นนึกว่านางไม้ตะเคียนดูอึมครึมน่าระทึกเหมือนโดนมนต์สะกดนะ ชาวบ้านเชื่อมากๆ ในการขอพรให้ประสบความสำเร็จ ไม่เชื่อก็ต้องไปลองดูก่อนนะครับ ! ส่วนด้านหน้าโบสถ์ก็จะมีพระพิฆเนศ พระปางต่างๆอีกหลายองค์ มีรูปปั้นคุณ(ไอ้) เท่งศิลปะภาคใต้ตั้งอยู่ใกล้ๆ ต้นไทรเก่าแก่มากจนรากลอยโพล่พ้นดินขึ้นมา ดูราวกับงูหลายร้อยตัวยั้วเยี้ยไปหมด บื้อ ! ขนลุกครับ !....

ครับอย่าลืมแว๊ะไปชมซึ่งก็อยู่ใกล้ๆ ปากทางแยกจากถนนเพชรเกษม (สาย 4) ตรงทางเข้ามาหาดบ้านกรูด ก่อนถึง วัดอ่างทอง (วัดพระมหาเจดีย์ศรีประจวบ ต.อ่างทอง อ.ทับสะแก จ.ประจวบคีรีขันธ์) ให้เลี้ยวซ้ายเข้ามา ส่วนจะไปวัดโบสถ์ไม้ตาลให้เลี้ยวขวาตรงเข้าซอยตรงไปตามป้ายเรื่อยๆ ครับ...การเดินทางมาที่นี่สะดวกมากครับโดยเฉพาะถ้ามารถส่วนตัว

สามารถไปมาได้หลายทาง ส่วนเราสองคนเริ่มต้นที่ถนนพระราม 2 มาจนถึงคลองโคน เลี้ยวซ้ายตรงปั๊มน้ำมัน ปตท.เข้าสู่ถนนเรียบชายทะเลมาตาม คลองโคน-บ้านแหลม-แหลมผักเบี้ย-ปึกเตียน-ชะอำ-ต่อจากชะอำเข้า อ.หัวหิน ทะลุออกถนนเพชรเกษมสาย 4 จากชะอำมาทางแยกเข้าหาดบ้านกรูดตรง วัดอ่างทอง ระยะทางประมาณ 160++ กม.

ส่วนขากลับเราใช้ถนนเพชรเกษมตลอดต่อด้วยถนนพระราม 2 เข้ากรุงเทพฯ ครับ....

"กินข้าวแบบวิถีป่า ไหว้พระยุคหิน.."

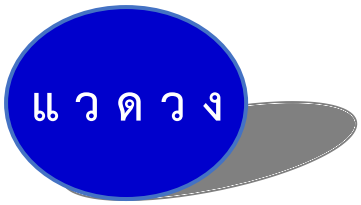
เป็นการเดินทางทริปที่สอง ภายหลังร่วมศึกษาดูงานกับคณะกรรมาธิการการทหาร สภาผู้แทนราษฎร ในฐานะคณะอนุกรรมาธิการด้านการป้องกันประเทศ การปฏิบัติการด้วยกำลังทหารและการพัฒนา ศึกษาดูงานเกี่ยวกับภารกิจความมั่นคงและการป้องกันชายแดนในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ณ จ.อุดรธานี และ จ.หนองคาย (26-29 ก.ย.)....

...หลังจากเสร็จภารกิจการศึกษาดูงานฯ คราวนี้มีโอกาสไปกินข้าวเหนียวนึ่งแสนอร่อยแบบวิถีชีวิตคนอยู่ในป่า...อาทิ แกงส้มหยวกกล้วยในกระบอกไม้ไผ่ ข้าวเหนียวนึ่งในไม้ไผ่ ปลาเผาเกลือ ไก่บ้านย่างและส้มตำปลาร้า...ข้าวเหนียววางบนใบตอง ดื่มน้ำกับกระบอกไม้ไผ่ ช้อนก็ทำกับไม้ ใช้ใบตองปูเป็นผ้าปูโต๊ะ ใช้ชีวิตแบบกลมกลืนกับธรรมชาติแท้ๆ... แซบหลาย !! ข้าวเหนียวหมดไปหลายกระบอกเลย ณ หมู่บ้านท่องเที่ยวแบบวิถีธรรมชาติ บ้านคีรีวงกต ต.นาแค อ.นายูง จ.อุดรธานี เสียดายที่ไม่ได้นั่งรถแต๊กๆ ท่องเที่ยวไปตามร่องน้ำ ป่าเขาลำเนาไพรและห่อข้าวไปทานกันในป่า เพราะว่ามาช่วงฝนตกหนักมากๆ ครับ ! กลัวเจอน้ำป่า ชาวบ้านบอกครับ !....

หลังจากนั้นก็ได้ไปทำบุญไหว้พระขอพรที่วัดหลายแห่งทั้งวัดป่าวัดบ้าน และไปเยี่ยมชม "ภูพระบาท"...ที่นี่ก็มีวัดสมัยยุคก่อนประวัติศาสตร์ด้วยครับ วัดนี้อยู่ในเขตอุทยานประวัติศาสตร์ภูพระบาท ตั้งอยู่ใน อ.บ้านผือ จ.อุดรธานี ที่นี่เป็นที่ศึกษาความเป็นมาของคนสมัยก่อนประวัติศาสตร์ราว 2,500-3,000 ปีมาแล้ว เช่น ภาพเขียนสี การดัดแปลงโขดหินและเพิงผามาเป็นศาสนสถาน ที่พัก ของคนในวัฒนธรรมทวาราวดี วัฒนธรรมเขมร สืบต่อจนถึงวัฒนธรรมลาว (ล้านช้าง) ช่างน่าทึ่งมากเลยทำได้อย่างไรนะยุคนั้น เอาอะไรมาเจาะ เซาะ แซ๊ะหินผา มาสร้างทำเป็นวัดหรือศาสนสถาน แกะเป็นพระพุทธรูปปางต่างๆ ทำเป็นเพิงพักเป็นที่ทำกิจกรรมทางศาสนาและเป็นที่พักอาศัยในพื้นที่ป่าสงวน 3,430 ไร่ ก็สมใจอยากครับได้ไหว้พระและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ในยุคก่อนประวัติศาสตร์ด้วย

...เสียดาย !! ดูได้ไม่ครบทั่วทุกแห่งของป่า เวลามีน้อยครับพอดีฝนก็ตกลงมาอีกแล้ว มากด้วยและเราต้องเดินทางต่อไปที่ อ.น้ำโสม เพื่อทำภารกิจให้เสร็จ ระหว่างทางเราได้แว๊ะทาน "ซอยจุ๊" รสแซบ!แบบอีสานแท้ๆ ที่ร้าน "ลาบแม่ม่อม 2524" บอกได้คำเดียวว่าแซบอีหลีอีหรอกระด้อ ! แท้ !!!...ฮะฮ้า..จ้าา...

..... พบกับลุงกับป้าฉบับหน้าใหม่ครับ .....



สวัสดีปีใหม่ 2566 ขออำนาจสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ทุกท่านเคารพนับถือ จงอำนวยพรให้ท่านและครอบครัว สุขภาพแข็งแรง ประสบแต่ความสุขความเจริญ ไร้ทุกข์โศกโรคภัยภยันตรายใดใด คิดสิ่งใดสมความปรารถนา ตลอดไปค่ะ

ช่วงนี้แม้วิกฤตการณ์โควิด 19 จะบรรเทาเบาบางลงบ้าง แต่ก็ไม่อาจนิ่งนอนใจได้ ทุกคนยังคงต้องเฝ้าระวังตามคำเตือนของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข คือ ถ้าเราอยู่ในกลุ่มป่วย เมื่ออยู่ใกล้ผู้อื่นจะต้องยึดหลัก DMHT คือ Distancing: D เว้นระยะห่าง, Mask wearing: M สวมหน้ากาก, Hand washing: H ล้างมือ, Testing: T ตรวจอุณหภูมิ ในกลุ่มประชาชนทั่วไปต้องสวมหน้ากากอยู่เสมอเมื่ออยู่พื้นที่แออัด และตรวจ ATK เมื่อมีอาการเกิดขึ้น สำหรับหน่วยงาน/สถานประกอบการต้องคัดกรองพนักงานเป็นประจำ ถ้ามีพนักงานป่วยจำนวนมากต้องแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ หวังว่าถ้าบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม ตระหนักและปฏิบัติตามคำเตือนของกรมควบคุมโรคประชาชนชาวไทยทุกคน ก็จะไม่เจ็บป่วยและล้มตายด้วยโรค โควิด-19 ตลอดไปค่ะ

ข่าวคราวกิจกรรมการดำเนินงานสุขศึกษา สาธารณสุข ของสมาชิกสมาคมและเครือข่ายช่วงที่ผ่านมาส่วนใหญ่ก็จะเป็นงานประจำ ขอเริ่มต้นกันเลยค่ะ

กิจกรรมของสมาคมวิชาชีพสุขศึกษาและภาคีเครือข่ายในส่วนกลาง

◦ กิจกรรมของสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

มีการจัดประชุมกรรมการบริหารสมาคมฯ จำนวน 4 ครั้ง

1) วันที่ 24 กรกฎาคม 2565 การประชุมสมาคมฯ ครั้งที่ 5/2565 ณ ห้องประชุมภาควิชาอนามัยครอบครัว อาคาร 7 ชั้น 8 คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล มีสาระสำคัญดังนี้

-ปรับปรุงข่าวสารหน้าเว็บไซต์สมาคมฯ โดยจัดหาคลิปวิดีโอความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์ ความยาว 3- 5 นาที เผยแพร่อย่างต่อเนื่อง

-จัดทำคู่มือการจัดประชุมวิชาการ โดยพัฒนาเครื่องมือตรวจสอบ check list สำหรับใช้บริหารการจัดการประชุมและตรวจสอบขั้นตอนการจัดประชุมวิชาการฯ

-จัดทำหนังสือรายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 ที่ผ่านมาเพื่อแจกจ่ายให้กับหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์และการอ้างอิง

-พิจารณาเรื่องการกำหนดตัวชี้วัดการเรียนรู้ในชุมชน จากการที่ผู้แทน สป.สช.ได้หารือว่าจะกำหนดอย่างไร เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจ่ายค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยที่ประชุมฯ มีมติให้จัดทำโครงการโดยประสานหาพื้นที่นำร่อง 1 ตำบล ในจังหวัดที่สามารถเดินทางได้โดยสะดวก

-อนุมัติงบประมาณ จำนวน 10,000 บาท เพื่อสนับสนุนกิจกรรมการแข่งขันโบลิ่งการกุศลของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในวันเสาร์ที่ 20 สิงหาคม 2565 ณ ศูนย์การค้าสยามพารากอน

2) วันที่ 4 กันยายน 2565 การประชุมสมาคมฯ ครั้งที่ 6/2565 ณ ห้องประชุมภาควิชาอนามัยครอบครัว อาคาร 7 ชั้น 8 คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล มีสาระสำคัญดังนี้

-ติดตามการปรับปรุงข้อมูลเว็บไซต์ของสมาคมฯ โดยคณะทำงานได้ศึกษาข้อมูลการเผยแพร่คลิปในด้านกฎหมาย (กรมทรัพย์สินทางปัญญา พรบ.คอมพิวเตอร์ PDPA) ที่ประชุมส่วนใหญ่มีความเห็นว่าคลิปที่นำมาเผยแพร่หากไม่มีการตัดต่อ/เพิ่มเติมก็เผยแพร่ได้ โดยมีแหล่งที่มาของคลิปให้ชัดเจน ซึ่งได้จัดทำตารางกำหนดการส่งคลิปและรายละเอียดให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายต่อไป

-ติดตามการจัดทำแบบตรวจสอบการประชุมวิชาการ (Check list) พบว่าอยู่ระหว่างดำเนินงาน และ ที่ประชุมได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของการจัดทำเพื่อให้เกิดความชัดเจน

-ติดตามการกำหนดตัวชี้วัดการเรียนรู้ในชุมชน ที่ประชุมมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อมูลเอกสารงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นและแนวทางการพัฒนา เห็นควรให้จัดทำโครงการศึกษานำร่องในชุมชนระดับตำบลของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่จังหวัดชลบุรีหรือจังหวัดชัยภูมิ

-บรรณาธิการวารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา แจ้งจำนวนบทความวิชาการและบทความวิจัยมีผู้ต้องการเผยแพร่ ฉบับที่ 2 ปี 2565 (กรกฎาคม-ธันวาคม) และเชิญชวนคณะกรรมการบริหารและเครือข่ายส่งบทความและภาพข่าวกิจกรรมเผยแพร่ในวารสารฯ

-เตรียมการจัดงานเกษียณอายุราชการของสมาชิกสมาคมฯ กรรมการฯผู้รับผิดชอบแจ้งจัดงานกำหนดจัดงานในวันที่ 9 ตุลาคม 2565 ณ สโมสรทหารบก ถนนวิภาวดีรังสิต กรุงเทพมหานคร โดยมีผู้เกษียณจำนวน 9 ท่าน

3) วันที่ 9 ตุลาคม 2565 การประชุมสมาคมฯ ครั้งที่ 7/2565 ณ ห้องประชุม สโมสรกองทัพบก ถนนวิภาวดีรังสิต กรุงเทพฯ มีสาระสำคัญดังนี้

-ติดตามความก้าวหน้าของการปรับปรุงหน้าเว็บไซต์สมาคมฯ ซึ่งคณะทำงานรายงานว่าได้ดำเนินการเผยแพร่คลิปวิดีโอสุขภาพ ตั้งแต่วันที่ 5 ก.ย. นับถึงวันที่ 9 ต.ค.65 มีผู้เยี่ยมชม 395 ครั้ง จำนวนผู้เข้าเยี่ยมชมเว็ปไซต์สะสม 9,786 ครั้ง และได้ทำความเข้าใจให้กับผู้รับผิดชอบบางท่านที่ไม่มั่นใจในการนำคลิปวิดีโอมาเผยแพร่ ด้วยเกรงว่าจะละเมิดลิขสิทธิ์และกระทำผิด พ.ร.บ.คอมพิวเตอร์ นอกจากนี้ เห็นควรให้มีการประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้ผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพส่งคลิปวิดีโอจากหน่วยงานที่มีการปฏิบัติแล้วเกิดผล นำมาเผยแพร่ในเว็บไซต์สมาคมฯ เพื่อเป็นช่องทางเรียนรู้อีกทางหนึ่ง

-ติดตามความก้าวหน้าของการจัดทำเครื่องมือตรวจสอบ check list สำหรับใช้บริหารการจัดการประชุมและตรวจสอบขั้นตอนการจัดประชุมวิชาการฯ มีการเพิ่มเติมประเด็น และลดความซ้ำซ้อนซ้อนในบางประเด็น ปรับปรุงเรื่องการกำหนดวันเวลาและรายชื่อเครือข่ายหน่วยงานผู้ร่วมจัด

-ติดตามความก้าวหน้าของการกำหนดตัวชี้วัดการเรียนรู้ในชุมชน โดยคณะทำงานได้ศึกษารายละเอียดในประเด็นสำคัญของการพัฒนา และติดต่อประสานงานกับ สสอ.เมือง จ.ชลบุรี เพื่อศึกษาความเป็นได้ในการดำเนินงาน

-บรรณาธิการวารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา แจ้งความก้าวหน้าของบทความวิชาการและบทความวิจัยที่ได้รับ สำหรับการเผยแพร่ ฉบับที่ 2 ปี 2565 (กรกฎาคม-ธันวาคม) และเชิญชวนคณะกรรมการบริหารส่งบทความตีพิมพ์หรือช่วยเชิญชวนผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ส่งผลงานมาเผยแพร่ในวารสารฯ

4) วันที่ 17-18 ธันวาคม 2565 การประชุมสมาคมฯ (สัญจร) ครั้งที่ 8/2565 ณ ฐานทัพเรือสัตหีบ จังหวัดชลบุรี มีสาระสำคัญดังนี้

-การปรับปรุงหน้าเว็บไซต์สมาคมฯ คณะทำงานรายงานว่าผู้ดูแลเว็ปไซต์ลาออกและยังไม่มีผู้ดำเนินการอัพโหลดคลิปวิดีโอเผยแพร่ จึงรอดำเนินการเพิ่มเติมตามตารางการเผยแพร่

-แบบตรวจสอบการประชุมวิชาการ (Check list) พบว่าดำเนินการได้ต้นฉบับแล้ว

-ติดตามการกำหนดตัวชี้วัดการเรียนรู้ในชุมชน ที่ประชุมมีการแลกเปลี่ยนในประเด็นสภาพปัญหาที่ต้องทำการศึกษาและพัฒนาเป็นตัวชี้วัด โดยจะมีการจัดทำโครงการศึกษาในพื้นที่นำร่องต่อไป

-บรรณาธิการวารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา รายงานจำนวนบทความวิชาการและบทความวิจัยโดยอยู่ระหว่างการจัดทำต้นฉบับวารสารฯ ฉบับที่ 2 ปี 2565 (กรกฎาคม-ธันวาคม) และจะได้จัดส่งให้พิจารณาตรวจสอบก่อนการเผยแพร่ต่อไป ที่ประชุมเสนอให้กองบรรณาธิการประชาสัมพันธ์และเชิญชวนให้มีการส่งบทความวิชาการโดยกำหนดเกณฑ์ให้รางวัลหรือให้ค่าตอบแทนผู้เขียนบทความวิชาการเฉพาะด้าน

-ที่ประชุมพิจารณาแผนงานและโครงการของสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา ประจำปี พ.ศ.2566 ได้แก่ การพัฒนาเว็ปไซต์และระบบข้อมูลสมาชิก การประชุมวิชาการร่วมกับเครือข่าย การส่งเสริมวิชาการแก่สมาชิก (ทุนวิจัยและทุนเข้าร่วมประชุมฯ) การประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ การประชุมใหญ่สมาชิกสามัญประจำปี การประชุมกรรมการบริหารสมาคมฯ สวัสดิการสมาชิกสมาคมฯ กิจกรรมหารายได้ โครงการทัศนศึกษา ฯลฯ โดยที่ประชุมเสนอให้มีการรวบรวมคำศัพท์เฉพาะด้านที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วย

สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา เป็นเจ้าภาพจัดงานเลี้ยงสมาชิกสมาคมฯ ที่เกษียณอายุราชการประจำปี 2565 เมื่อวันที่ 9 ตุลาคม 2565 ณ สโมสรกองทัพบก ถนนวิภาวดีรังสิต กรุงเทพมหานคร ในปีนี้มีผู้เกษียณอายุราชการจำนวน 10 ท่าน คือ (1) ผศ.ดร.ภรณี วัฒนสมบูรณ์ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2) คุณนภาพร ม่วงสกุล สำนักเลขานุการ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (3) รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (4) นายแพทย์สุชาติ เลาบริพัตร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (5) คุณกาญจนาฎ คงคาน้อย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข (6) คุณนาตยา เสถียรพานิช โรงพยาบาลนครปฐม (7) คุณลัดดา อัตโสภณ โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี (8) คุณวิลาวัณย์ ตั้งสัตยาธิษฐาน โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ (9) คุณชโรบล พลภักดี โรงพยาบาลลำปาง และ (10) คุณทองสุข โพนเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

หลายท่านติดภารกิจ สมาคมฯ ได้จัดส่งของที่ระลึกให้กับสมาชิกทุกท่านที่ไม่สามารถมาร่วมงานได้.... คงได้รับกันเรียบร้อยแล้วนะคะ ขออวยพรให้สมาชิกที่เกษียณทุกท่าน มีสุขภาพแข็งแรง มีพลังกาย พลังใจ และมีความสุขไปกับเส้นทางชีวิตใหม่ค่ะ...

24 กันยายน 2565 **สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา โดย ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์ และผู้แทนคณะกรรมการบริหารสมาคมฯ** นำพวงมาลาถวายสักการะพระบรมรูปสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร์อดุลยเดชวิกรมพระบรมราชชนก พระบิดาแห่งการสาธารณสุขไทย เนื่องในวันมหิดล ณ บริเวณลานพระราชานุสาวรีย์ฯ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตพญาไท กรุงเทพมหานคร

โอกาสเดียวกันนี้ **ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์ เข้ารับประทานโล่เกียรติยศศิษย์เก่าดีเด่นประเภทศิษย์เก่าเกียรติยศ** จากผู้แทนพระองค์พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าโสมสวลีกรมหมื่นสุทธนารีนาถ

.....ขอแสดงความยินดีกับรางวัลอันทรงเกียรติที่ท่านได้รับด้วยค่ะ

◦ เรื่องแสดงความเสียใจ

ขอแสดงความเสียใจกับครอบครัว**นางสมสวัสดิ์ สาระเกษตริน อดีตข้าราชการกรมอนามัย** สมาชิกสมาคมฯ ที่ถึงแก่กรรมเมื่อเดือนสิงหาคม 2565 ที่ผ่านมา

และขอแสดงความเสียใจกับครอบครัว**นายระเด่น หัสดี อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค และผู้อำนวยการกองสุขศึกษา** สมาชิกสมาคมฯ ที่ถึงแก่กรรมเมื่อเดือนตุลาคม 2565 ท่านนายกสมาคมฯ และตัวแทนกรรมการบริหารสมาคมฯ เป็นตัวแทนไปร่วมพิธีบำเพ็ญกุศลและพระราชทานเพลิง พร้อมมอบเงินสวัสดิการสมาคมฯ ร่วมบำเพ็ญกุศล ให้ทั้ง 2 ท่าน ซึ่งเป็นผู้บำเพ็ญประโยชน์ ให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมืออย่างดียิ่ยม ในทุกโอกาสเสมอมาอย่างต่อเนื่องที่สมาคมฯ จัดกิจกรรม...

ด้วยความอาลัยยิ่ง ขอดวงวิญญาณของท่านทั้ง 2 สู่สุคติค่ะ...

◦ กิจกรรมของมูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณ์ทัสน์

27 สิงหาคม 2565 กรรมการบริหารมูลนิธิฯ กรรมการบริหารสมาคม สมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา ศิษย์เก่ามหาวิทยาลัยมหิดล และผู้มีจิตศรัทธาเข้าร่วม ทอดผ้าป่าการกุศลทุนการศึกษาและอาคารสมจิตต์ สุพรรณทัสน์ ยอดเงิน ณ วันที่ 29 สิงหาคม 2565 เป็นเงิน 726,197 บาท ...ขออนุโมทนาบุญกับผู้มีจิตศรัทธาทุกท่าน...โอกาสเดียวกันนี้ผู้มาร่วมทอดผ้าป่าได้แสดงมุทิตาจิต รดน้ำและมอบพวงมาลัยในโอกาสคล้ายวันเกิดของ ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัสน์ ...ขอให้ท่านมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงอายุยืนยาว เป็นเสาหลักของมูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัสน์ และสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา ตลอดไปค่ะ

◦ กิจกรรมของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

-โครงการเสริมศักยภาพ Soft Skill เพื่อการเป็นผู้นำด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ระยะที่ 1) เพื่อพัฒนาทักษะระหว่างบุคคล (interpersonal skills) ทักษะการทำงานร่วมกัน (collaboration skills) และทักษะการสื่อสาร (communication ckills) ในการทำงานร่วมกับองค์กรและชุมชน

-การจัดการถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมด้านเศรษฐกิจ BCG ให้กับผู้ปฏิบัติงานและชุมชนในพื้นที่ ภายใต้โครงการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมฐานรากหลังโควิดด้วยเศรษฐกิจ BCG (U2T for BCG) (ตำบลระยะที่ 2) ตำบลหมอนนาง อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี โดยมีการจัดการถ่ายทอดองค์ความรู้ เทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านเศรษฐกิจ BCG ให้กับผู้ปฏิบัติงานและชุมชนในพื้นที่

-โครงการอบรมเสริมศักยภาพนิสิตด้านหลักการปฐมพยาบาลเบื้องต้น กิจกรรม ได้แก่ บริการตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ สำรวจพฤติกรรมเสี่ยง และสื่อสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก

◦ กิจกรรมของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1 กรกฎาคม 2565 กองสุขศึกษา เปิดตัวโครงการพัฒนาบุคลากรต้นแบบพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อค้นหาบุคคลต้นแบบและลดปัญหาภาวะอ้วนของบุคลากรสุขศึกษา

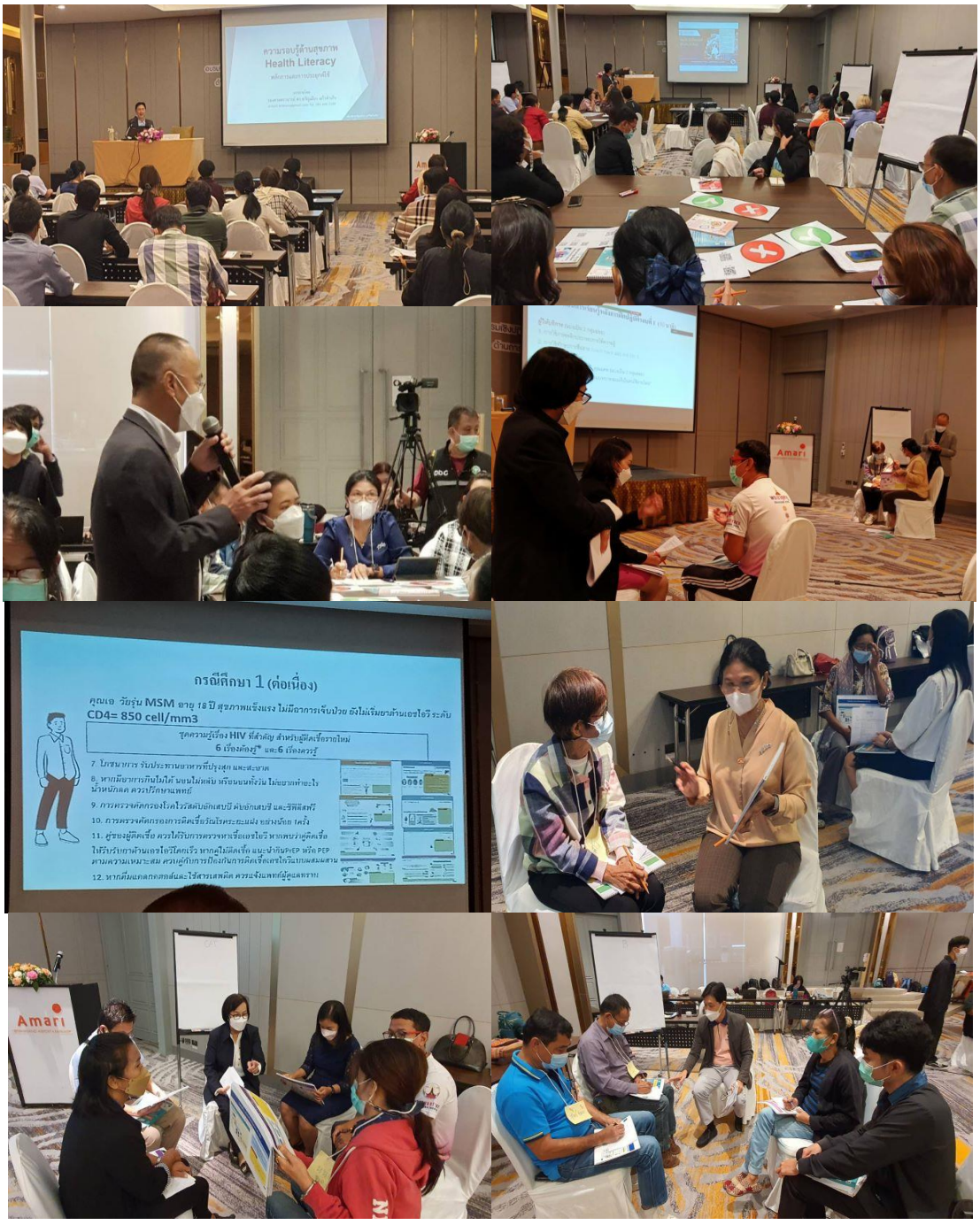
6 กรกฎาคม 2565 กองสุขศึกษา กรม สบส. ร่วมกับกองสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ประชุมปรึกษาหารือเพื่อผลักดันให้มาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษาใน รพ.สต ได้รับการบรรจุไว้เป็นสาระสำคัญของมาตรฐานระบบบริการสุขภาพในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

28 กรกฎาคม 2565 กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) จัดงาน Thailand Ten for Health โครงการสุขภาพดีด้วยทฤษฎีเพื่อน (ตาย) ด้วยหลัก 10 อ. ณ โรงเรียนพญาไท กรุงเทพมหานคร เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 10 เนื่องในโอกาสมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา 70 พรรษา

11 สิงหาคม และ 15-16 สิงหาคม 2565 กองสุขศึกษาจัดประชุมพัฒนาหลักสูตร ยกระดับศักยภาพบุคลากรตามสายงานวิชาชีพ คือหลักสูตรพัฒนาให้เป็นนักสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพมืออาชีพ บรรยายโดย รศ.ดร.มณีรัตน์ ธีรวัฒน์ ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และหลักสูตรพัฒนาเสริมทักษะนักสื่อสารสุขภาพรุ่นใหม่ บรรยายโดย ผศ.ชวนสุมน บุนนาค ผู้อำนวยการบัณฑิตศึกษา คณะบริหารธุรกิจ พร้อมทีมวิทยากรจากสถาบันยุวทัศน์แห่งประเทศไทย

6 กันยายน 2565 กรมสนับบริการสุขภาพ พร้อมด้วยกรมประชาสัมพันธ์ ร่วมร่างแผนปฏิบัติการข้อตกลงความร่วมมือในการผลิตรายการสุขภาพทีวีออนไลน์ ผ่านช่องทาง NBA Central กรมประชาสัมพันธ์ พร้อมส่งเสริมให้ยุว อสม.แกนนำสุขภาพ ทำหน้าที่ในการสื่อสารสุขภาพในพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนและเครือข่ายเข้าถึงข้อมูลความรู้สุขภาพที่ถูกต้อง โดยมุ่งหวังให้ครอบคลุมทุกภาคทั่วประเทศ

๐ 10-11 พฤศจิกายน 2565 **กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข** จัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกระดับความเชี่ยวชาญของผู้ให้บริการสหวิชาชีพด้านสุขภาพ อาสาสมัครที่ดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีในหน่วยบริการสุขภาพ และภาคีเครือข่ายผู้ทำงานในภาคองค์กรชุมชน โดยบูรณาการ**กลวิธีและเทคนิคการเพิ่มทักษะ Health Literacy ตามโมเดล K-shape** ด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) ที่น่าเชื่อถือ และการไต่ถาม (Questioning) สร้างความเข้าใจในประเด็นการกินยารักษาอย่างต่อเนื่องและดูแลสุขภาพที่ดีสำหรับผู้ติดเชื้อ HIV เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพกิจกรรมการเรียนรู้และให้คำปรึกษาในหน่วยบริการและชุมชน ณ รร.อมารี แอร์พอร์ต ดอนเมือง กรุงเทพฯ



○ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

ดำเนินโครงการ PNK เดิน-วิ่ง ด้วยใจ Virtual Run Season 3 “65 ปี 65 วัน 65 ล้านก้าว” ในกลุ่มบุคลากรโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ปีงบประมาณ 2565 มีผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 238 คน โดยในจำนวนนี้สามารถ “สะสมจำนวนก้าวมากที่สุด” เมื่อครบ 65 วัน จำนวน 11 รางวัล ผู้เข้าร่วมโครงการฯ “น้ำหนักลดมากที่สุด” เมื่อครบ 65 วัน จำนวน 6 รางวัล และผู้เข้าร่วมโครงการฯ “รับรางวัลพิเศษ” สะสมจำนวนก้าว 450,000 ก้าวขึ้นไป เมื่อครบ 65 วัน จำนวน 52 รางวัล

นายแพทย์กัลย์ ลิมกุล รอง ผอ.ฝ่ายการแพทย์ และแพทย์หญิงศศิธร พินิจผล หัวหน้ากลุ่มงานอายุรกรรม เปิดงาน World Stroke Day 2022 ในโครงการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องในวันหลอดเลือดสมองโลก 2565 กิจกรรมประกอบด้วย

- การลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมประเมินความดันโลหิต
- ออกกำลังกายชวนกันขยับโดยนักกายภาพบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู
- อภิปรายเรียนรู้เรื่อง “โรคหลอดเลือดสมอง ภัยร้ายเฉียบพลัน ที่ต้องแข่งกับ เวลา” โดยอายุรแพทย์โรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท แพทย์หญิงณัฐวรีย์ กาญจนอุทัย
- อภิปรายและเสวนา เรื่อง “ความรู้สู่การแบ่งปัน เพื่อรู้ทันและป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Life After Stroke)” กับบุคคลต้นแบบ จำนวน 2 ท่าน ดำเนินการอภิปรายโดยอายุรแพทย์โรคหลอดเลือดสมองและระบบประสาท นพ.อดิชาญ เชื้อจินดา และ พญ.ทยานันท์ อรรถเวชกุล

- เรียนรู้ อยู่อย่างไร ห่างไกลโรคหลอดเลือดสมอง จากฐานการเรียนรู้ จำนวน 8 ฐานการเรียนรู้ โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
- สรุปผลการดำเนินงาน พบว่า มีผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 146 คน ประกอบด้วย ประชาชนกลุ่มเสี่ยงและผู้รับบริการที่สนใจ จำนวน 96 คน และบุคลากร รพ.พระนั่งเกล้าและคณะทำงาน จำนวน 50 คน

กิจกรรมของเครือข่ายในภาคเหนือ

◦ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

16 พฤศจิกายน 2565 เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดตายม อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก ร่วมกับนิสิตเภสัชกร มหาวิทยาลัยนเรศวร จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3อ. 2ส. ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและความดันโลหิตสูง

◦ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลฝาง ดำเนินงานดังนี้

-**จัดกิจกรรมรณรงค์ วันล้างมือโลก ประจำปี 2565** “ร่วมกันเป็นหนึ่งเพื่อสุขอนามัยของมือ Unite For Universal Hand Hygiene” รณรงค์การล้างมืออย่างถูกวิธี เพื่อกระตุ้นให้ประชาชน และผู้มารับบริการได้ตระหนักถึงความสำคัญของการล้างมือและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยการล้างมือที่ถูกต้องจนเกิดเป็นนิสัยการรักสุขภาพ

-**จัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ**เพื่อชะลอไตเสื่อม ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง โดยยึดหลักให้ประชาชนเป็นศูนย์กลางและเป็นเจ้าของสุขภาพตนเอง มีการให้ความรู้ในคลินิกโรคไตเรื้อรังทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในการส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเอง โดยการฝึกทักษะที่จำเป็นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันจะนำไปสู่การชะลอไตเสื่อม มีการติดตามผลหลังกิจกรรม 3 เดือน ทำให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและลดค่าใช้จ่ายในการบำบัดทดแทนไต และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

-**จัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ** (กิจกรรมฝึกทักษะการเข้าถึง) **ในกลุ่มจิตอาสา** โดยทีมงานวิจัยจัดแบ่งกลุ่มทำกิจกรรมในโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออก สำหรับกลุ่มจิตอาสา ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

-**จัดกิจกรรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ** (กิจกรรมฝึกทักษะการสร้างความเข้าใจ) ในกลุ่มวัยเรียน ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่เสี่ยงต่อการป่วยด้วยไข้เลือดออก บ้านเวียงหวาย หมู่ 9 ตำบลมอนปิ่น อำเภอฝาง

◦ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี นายแพทย์วิเชียร ตันสุวรรณนนท์ มุ่งพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้เป็น**องค์กรต้นแบบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ**ให้กับประชาชน พร้อมสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อให้เป็น**องค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ"** เตรียมพร้อมในการ**ถ่ายโอนภารกิจสุขภาพ สู่องค์กรท้องถิ่น** จัดกิจกรรมเพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพและการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเสริมองค์ความรู้ทางวิชาการและ**การประยุกต์ใช้หลักการ Health Literacy & HLO** ในกลุ่มบุคลากรและภาคีเครือข่าย อบจ. เขตสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย เพชรบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์ สุพรรณบุรี นครปฐม ราชบุรี กาญจนบุรี วันที่ 8 ธ.ค.65 ณ Hotel Wisma Ratchaburi ทีมวิทยากร รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง kmkaeo@gmail.com อ.สรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์ และ อ.จริยากร ดิษจินดา

กิจกรรมของเครือข่ายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

° **6 ธันวาคม 2565 ศูนย์ป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น** จัดกิจกรรม**เพิ่มทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพและการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ** เสริมความแกร่งทางวิชาการใน**การใช้หลักการ Health Literacy & HLO** กลุ่มบุคลากร สคร. และ สสจ.ในเขตสุขภาพที่ 7 (ขอนแก่น กาฬสินธุ์ ร้อยเอ็ด มหาสารคาม) "คนรอบรู้..สุขภาพดี" เพิ่มทักษะ Health Literacy ดู content อย่างไร ไม่ให้ถูกหลอก ทีมวิทยากร รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง kmkaeo@gmail.com อ.สรงค์กฎณ์ ดวงคำสวัสดิ์ อ.จริยากร ดิษจินดา

กิจกรรมของเครือข่ายในภาคใต้

◦ **สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี**

30 สิงหาคม 2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี **โดยกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการและศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 11** ลงพื้นที่ร่วมกิจกรรมเยี่ยมเสริมพลังการทำงานของเจ้าหน้าที่และภาคีเครือข่ายพร้อมมอบประกาศนียบัตรและรางวัลเชิดชูเกียรติพื้นที่ต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ชนะเลิศระดับเขตสุขภาพที่ 11 เพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติ เสริมพลังการทำงานให้กับเจ้าหน้าที่ภาคีเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ **รางวัลชุมชนต้นแบบรอบรู้ด้านสุขภาพ** ชนะเลิศระดับเขตสุขภาพที่ 11 ตำบลย่านยาว อำเภอคีรีรัฐนิคม **รางวัลต้นแบบโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ** ชนะเลิศระดับเขตสุขภาพที่ 11 โรงเรียนบ้านพัฒนา ตำบลเขาพัง อำเภอบ้านตาขุน และ**รางวัลหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ** รองชนะเลิศอันดับ 1 ระดับเขตสุขภาพที่ 11 บ้านฝ่ายพรุ ตำบลตะกรบ อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี

◦ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

7 มิถุนายน 2565 **กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลยะลา** จัดกิจกรรมรณรงค์และสื่อสารสุขภาพในกลุ่มเด็กและนักเรียน ประจำปีการศึกษา 2565 ณ โรงเรียนสาธิตพัฒนา จังหวัดยะลา เพื่อให้นักเรียนมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเอง

24 สิงหาคม 2565 คุณธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญ **กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลยะลา** ได้รับเชิญสัมภาษณ์พิเศษ ผ่านสถานีวิทยุ สวท.ยะลา FM 92 MHz ในรายการ เกาะติดสถานการณ์โควิด-19 กับประเด็น: “**รู้เท่าทันข้อมูลข่าวสาร โควิด-19**” สามารถติดตามรายการย้อนหลังได้ที่ https://fb.watch/fPLbV9EDQr

24-25 สิงหาคม 2565 **กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลยะลา** เป็นวิทยากรบรรยายและวิทยากรกลุ่มฝึกทักษะการให้คำปรึกษาในโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ **กระบวนการและเทคนิคการให้คำปรึกษาปัญหาวัยรุ่น** ให้แกนนำและสมาชิกศูนย์เพื่อนใจ TO BE จำนวน 60 คน ให้มีความรู้เรื่องทักษะการให้คำปรึกษาที่ถูกต้อง ณ วิทยาลัยอาชีวศึกษาผดุงประชายะลา

1-2 กันยายน 2565 **กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลยะลา** ได้รับเชิญเพื่อเป็นวิทยากรบรรยายเรื่องเพศที่ไม่พึงประสงค์และวิทยากรกลุ่ม**ฝึกทักษะการให้คำปรึกษา** การพัฒนาความรู้สึกการเห็นคุณค่าต่อตนเองของนักเรียนมัธยมปลาย จำนวน 100 คน ในโครงการอบรมแกนนำเพศวิถีในโรงเรียนคณะราษฎรบำรุง ยะลา

วารสารฯ ฉบับนี้ เครือข่ายภูมิภาคหลายแห่งมีภารกิจด่วน จึงไม่สามารถส่งข่าวความเคลื่อนไหวมาเล่าให้ฟังมากนัก เชิญชวนสมาชิกให้ข้อติชม และข้อคิดเห็นในการจัดทำวารสารฯ มาได้ที่อีเมล์สมาคมฯ hepathai@gmail.com ขอขอบคุณทุกท่านที่เข้าชมเว็บไซต์สมาคมฯ สวัสดีค่ะ

“นิลุบล”

ข่าวประชาสัมพันธ์

○ การขอรับทุนสนับสนุนการวิจัยและการประชุมวิชาการ ของสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

สามารถยื่นความจำนงขอรับทุนได้ดังนี้

ก. โครงการทุนสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนางานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ

1. ชื่อโครงการ โครงการทุนสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนางานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ

2. ผู้รับผิดชอบโครงการ ฝ่ายวิชาการและคณะอนุกรรมการวิชาการสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

3. หลักการและเหตุผล

สมาคมวิชาชีพสุขศึกษามีภารกิจหนึ่งในการส่งเสริมวิชาการ จัดหาแหล่งประโยชน์เพื่อสนับสนุนงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้แก่สมาชิกของสมาคมเพื่อนำไปจัดกิจกรรมเพื่อประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนและชุมชน การสนับสนุนทุนวิจัยให้แก่สมาชิกสมาคมฯที่เป็นอาจารย์ นักวิชาการสาธารณสุข ฯได้ทำวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การได้มาซึ่งองค์ความรู้ใหม่และเทคโนโลยีใหม่ๆ รวมทั้งได้พัฒนาศักยภาพตัวนักวิจัยให้มีแรงจูงใจที่จะดำเนินการวิจัยที่มีคุณภาพ เชื่อถือได้ ถูกต้องตามหลักวิชาการเพื่อให้เกิดผลงานที่มีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับสามารถนำไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการต่างๆได้ เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิชาชีพสุขศึกษาต่อไป

ด้วยเหตุนี้ ทางสมาคมฯ จึงเห็นสมควรให้ทุนสนับสนุนการวิจัยเพื่อพัฒนางานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ

4. วัตถุประสงค์

4.1 เพื่อให้สมาชิกสมาคมฯได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้

4.2 สนับสนุนให้เกิดการวิจัยในประเด็นวิจัยสำคัญ ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ชัดเจนในระยะสั้น

4.3 เพื่อพัฒนาคุณภาพงานด้านสุขศึกษาอย่างเป็นวิชาการโดยใช้กระบวนการวิจัย

4.4 เพื่อสนับสนุนนักวิจัยให้มีแรงจูงใจที่จะดำเนินการวิจัยที่มีคุณภาพ เชื่อถือได้

5. กรอบการวิจัย

5.1 มาตรการด้านการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการสุขศึกษา มุ่งหวังให้เกิดแนวทางในการส่งเสริม ป้องกันควบคุมพฤติกรรมสุขภาพที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายวัยต่างๆ ตามพื้นที่ต่างๆทั้งในชุมชน สถานศึกษาสถานพยาบาล สถานประกอบการ

5.2 การพัฒนาเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาเทคโนโลยีที่เหมาะสมในยุคดิจิตอลสำหรับกลุ่มเป้าหมายวัยต่างๆ

5.3 การวิจัยระบบและนโยบายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีผลกระทบและสามารถนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนนโยบาย หรือประกอบการตัดสินใจทั้งในชุมชน สถานศึกษาสถานพยาบาล สถานประกอบการ

5.4 เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานมาตรฐานงานสุขศึกษาในสถานพยาบาล และชุมชน มุ่งหวังให้เกิดการพัฒนาคุณภาพงานและคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการและชุมชน

6. หลักเกณฑ์ในการพิจารณาข้อเสนอโครงการ

6.1 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการที่ชัดเจนทั้งในเชิงคุณภาพ ปริมาณ และความเป็นไปได้ในการใช้ประโยชน์ ภายในระยะเวลาอันสั้น (1 – 2 ปี) กรณีเป็นโครงการต่อเนื่อง

6.2 ความเป็นไปได้ของการดำเนินงานโครงการให้สำเร็จ (feasibility) ซึ่งจำเป็นต้องมีการระบุผู้ดำเนินงาน และผู้รับผิดชอบโครงการ รวมถึงหน่วยงานร่วมวิจัย (ถ้ามี) ที่ชัดเจน

6.3 หากโครงการวิจัยที่จะขอรับทุนจากสมาคมฯ ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากหน่วยงานให้ทุนอื่นๆ อยู่แล้ว ผู้วิจัยสามารถเสนอขอการสนับสนุนเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดการพัฒนางานวิจัยให้มีผลกระทบสูงขึ้นหรือเพื่อให้มีการเสริมสร้างการทำงานระหว่างหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ผู้วิจัยจะต้องระบุให้ชัดเจนว่านำทุนนี้ไปใช้ในขั้นตอนใด กิจกรรม กลุ่มเป้าหมายใด

7. ลักษณะทุน/ งบประมาณของโครงการ

7.1 ทุนสำหรับอาจารย์ในมหาวิทยาลัย/ เจ้าหน้าที่ บุคลากรสุขศึกษาหรือผู้ปฏิบัติงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 2 ทุน/ ปี ทุนละ 15,000 บาท เป็นเงิน 30,000 บาท/ ปี

7.2 ทุนสำหรับนิสิต นักศึกษาระดับปริญญาโทและเอก จำนวน 6 ทุน/ ปี ทุนละ 10,000 บาท เป็นเงิน 60,000บาท/ ปี

8. คุณสมบัติของผู้ขอรับทุน

8.1 เป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป

8.2 สามารถปฏิบัติงานและควบคุมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลารับทุน รวมทั้งสามารถดำเนินการวิจัยให้แล้วเสร็จภายในเวลาที่กำหนดอย่างมีคุณภาพ

9. เงื่อนไขการยื่นเสนอโครงการวิจัย

9.1 กรณีเป็นผู้ขอทุนในข้อ 7.2 โครงร่างวิทยานิพนธ์จะต้องผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ประจำหลักสูตรนั้นๆเรียบร้อยแล้วก่อนยื่นเสนอขอรับทุนจากสมาคมฯ

9.2 ผู้ได้รับทุนวิจัยจากสมาคมฯ ขอให้ตีพิมพ์คำขอบคุณสมาคมวิชาชีพสุขศึกษาในเอกสารวิชาการ/ เอกสารตีพิมพ์ผลงานวิจัยด้วย

10. กำหนดระยะเวลา

กิจกรรม	ระยะเวลาตามช่วงประจำปี
ประกาศเปิดรับข้อเสนอโครงการวิจัย การส่งข้อเสนอการวิจัยผู้สนใจสามารถส่งข้อเสนอโครงการวิจัย โดยใช้แบบฟอร์มข้อเสนอโครงการ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์ม และคู่มือได้ที่ www.hepa.or.th	มกราคม – กุมภาพันธ์
กิจกรรม	ระยะเวลาตามช่วงประจำปี
ทำคำสั่งแต่งตั้ง/ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาข้อเสนอโครงการวิจัย	กุมภาพันธ์/ กุมภาพันธ์ – มีนาคม
ผู้ขอรับทุนที่ได้รับผลการพิจารณาผ่านปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของ ผู้ทรงคุณวุฒิ	มีนาคม
ประกาศข้อเสนอโครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณา	เมษายน
ทำสัญญาข้อเสนอโครงการวิจัยที่ผ่านการพิจารณา	1 เมษายน – 15 กันยายน
ผู้วิจัยจะเบิกเงินได้ต่อเมื่อสมาคมฯ ได้รับใบตอบรับ การตีพิมพ์ผลงานวิจัยที่ยืนยันว่าผลงานวิจัยจะลงตีพิมพ์ ในวารสารวิชาการ หรือ (e- journal) ของสมาคมฯ	หลังจากส่งใบตอบรับให้สมาคมฯ

11. บุคคลและช่องทางในการติดต่อสอบถาม

รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรียา ตันสกุล ID Line: 081–250–9584

E-mail: supreya.tun@mahidol.ac.th

12. สมาคมฯ ขอสงวนสิทธิ์ ไม่ส่งคืนข้อเสนอโครงการวิจัยของผู้ที่ไม่ได้รับทุน โดยจะดำเนินการทำลายข้อเสนอโครงการวิจัยดังกล่าว หลังเสร็จสิ้นกระบวนการพิจารณาข้อเสนอโครงการ

13. การพิจารณาโครงการที่ได้รับทุนโดยคณะอนุกรรมการวิชาการถือเป็นสิ้นสุด

(24/12/64)

HEPA/R

แบบฟอร์มเสนอขอรับทุนสนับสนุนการวิจัย
จากสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

1. ชื่อโครงการ - ภาษาไทย – ภาษาอังกฤษ (ถ้ามี)

2. ประเภทโครงการวิจัย (ระบุเพียง 1)

( ) มาตรการด้านพัฒนางานสุขศึกษา

( ) การพัฒนาเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

( ) การวิจัยระบบและนโยบายด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับงานสุขศึกษา

( ) การดำเนินงานมาตรฐานงานสุขศึกษาในสถานพยาบาล

3. ผู้วิจัย/ คณะผู้วิจัย ระบุหัวหน้าโครงการและทีมวิจัย

*** ในส่วนของผู้ช่วยนักวิจัย ขอให้ระบุหน้าที่ความรับผิดชอบ ***

หัวหน้าโครงการ/ ทีมวิจัย		นักศึกษา/ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	
ชื่อ – สกุล	เลขที่สมาชิกสมาคม (ค้นได้จากเวปไซต์ www.hepa.or.th)	สถานที่ทำงาน/ สถาบันการศึกษา	ช่องทางติดต่อที่สะดวก

4. ความสำคัญและที่มาของปัญหาที่ทำการวิจัย

แสดงแนวความคิดพื้นฐานหรือปัญหาและอุปสรรคทางวิชาการที่มีความสำคัญหรือมีความจำเป็นที่จะต้องทำการวิจัยเรื่องนี้ (1 หน้ากระดาษ A 4)

5. วัตถุประสงค์ของโครงการ

แสดงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยนี้อย่างชัดเจน และเรียงตามลำดับความสำคัญเป็นข้อๆ/ สมมุติฐานการวิจัย

6. แนวคิด ทฤษฎีที่ใช้/กรอบแนวคิดการวิจัย (ไม่เกิน 3000 คำ)

7. วิธีวิจัย

ระบุวิธีที่จะใช้

7.1. ขั้นตอนและวิธีในการเก็บข้อมูล

7.2. ขั้นตอนและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

8. ขอบเขตของการวิจัย

ระบุขอบเขตของการวิจัยว่าครอบคลุมถึงอะไรบ้าง เช่น จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัย เพศ กลุ่มอายุ เกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก เป็นต้น (แสดงวิธีคำนวณกลุ่มตัวอย่าง)

9. ระยะเวลาทำการวิจัย

ระบุระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งสิ้นสุดโครงการ หากเป็นโครงการต่อเนื่อง ให้ระบุปีที่เริ่มต้น และปีที่สิ้นสุดโครงการ (ระบุเดือนเป็นลำดับที่ เช่น เดือนที่ 1, 2, 3,..... จะทำอะไร)

10. แผนการดำเนินการวิจัยตลอดโครงการ (ให้ระบุขั้นตอนโดยละเอียด)

ระบุขั้นตอนและระยะเวลาของแผนการดำเนินงานโดยละเอียด รวมทั้งแผนภูมิแสดงระยะเวลาในการดำเนินงาน (Phasing Chart)

11. สถานที่ทำการวิจัย/และหรือ เก็บข้อมูล

ระบุสถานที่ที่จะใช้เป็นที่ทำการวิจัย และ/หรือ เก็บข้อมูลให้ชัดเจน

12. ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและเอกสารอ้างอิง

กล่าวถึงความเกี่ยวเนื่องและความสัมพันธ์ของโครงการนี้กับโครงการวิจัยเรื่องอื่นๆ ทั้งในและต่างประเทศ ว่าเคยมีใครทำการวิจัยมาแล้ว ทำที่ไหน เมื่อไร ก้าวหน้าไปแค่ไหน ข้อมูลของปี ล่าสุด ฯลฯ เป็นภาษาอังกฤษ 3 เรื่องและภาษาไทย 3 เรื่อง

13. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

14. รายละเอียดงบประมาณของโครงการ

(ผู้วิจัยจะได้รับทุนสนับสนุนเมื่อสมาคมฯได้รับใบตอบรับการตีพิมพ์เรียบร้อยแล้ว)

15. ลายเซ็นหัวหน้าโครงการวิจัย / นักศึกษา

ลงชื่อ.....หัวหน้าโครงการ/ นักศึกษา

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....

กรณีเป็นนิสิต/นักศึกษา ขอให้มีคำรับรองและลายเซ็นของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักด้วย

24/12 /64

.

ข. โครงการสนับสนุนทุนเพื่อการเข้าประชุมสัมมนา

1. ชื่อโครงการ โครงการสนับสนุนทุนเพื่อการเข้าประชุมสัมมนา

2. ผู้รับผิดชอบโครงการ ฝ่ายวิชาการและคณะอนุกรรมการวิชาการสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

3. หลักการและเหตุผล

สมาคมวิชาชีพสุขศึกษามีภารกิจหนึ่งในการส่งเสริมวิชาการด้านสุขศึกษาและการสาธารณสุขของสมาชิก จัดหาแหล่งประโยชน์เพื่อสนับสนุนงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ สนับสนุน ส่งเสริมการเรียนรู้ เพิ่มทักษะในด้านวิชาการแก่กรรมการบริหารสมาคม เพื่อให้มีองค์ความรู้ใหม่ๆในอันที่จะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์แก่ประชาชนและชุมชน ตลอดจนได้มีโอกาสพบปะกับเครือข่ายด้านสุขศึกษา สาธารณสุข เพื่อให้ความร่วมมือในการทำงานวิชาการต่อไป

ด้วยเหตุนี้ ทางสมาคมฯจึงเห็นสมควรให้ทุนสนับสนุนเพื่อการเข้าประชุมสัมมนาในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับงานสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2565

4. วัตถุประสงค์

4.1. เพื่อให้สมาชิกสมาคมฯ ได้รับทุนสนับสนุนเพื่อการเข้าประชุมสัมมนา

4.2. สนับสนุนให้สมาชิกได้องค์ความรู้ทางวิชาการใหม่ๆ

4.3. สมาชิกได้พบปะและสร้างเครือข่ายทางวิชาการในอันที่จะนำไปใช้ประโยชน์ด้านวิชาการต่อไป

5. หลักเกณฑ์ในการพิจารณาข้อเสนอขอรับทุนสนับสนุนการเข้าประชุมสัมมนา

5.1. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการเข้าประชุมสัมมนาที่ชัดเจน

5.2. หัวข้อ ประเด็นการประชุมมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องทางวิชาการสุขศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ ฯ ซึ่งสามารถสร้างองค์ความรู้ได้

6. งบประมาณของโครงการ จำนวนเงิน 4000 บาทต่อคน จำนวน 3 ทุน ต่อปีงบประมาณ

7. คุณสมบัติของผู้ขอรับทุน

7.1. เป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป

7.2. เป็นกรรมการบริหารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

8. เงื่อนไขการยื่นเสนอ

8.1.สนับสนุนการเข้าประชุมแบบเหมาจ่าย

8.2 ผู้ขอรับทุนต้องส่งโครงการ กำหนดการ รายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับการประชุมสัมมนาให้พิจารณาก่อนล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 1 เดือน

8.3 ผู้ขอรับทุนต้องเข้าประชุมแบบ onsite เท่านั้น

8.4 ผู้ขอรับทุนจะสำรองจ่ายเงินไปก่อน จึงขอเบิกเงินจากสมาคมฯ ได้ โดยส่งสำเนาหลักฐานการเข้าประชุม เช่น ใบเสร็จค่าลงทะเบียนที่ออกโดยหน่วยงานที่จัดประชุม หลักฐานค่าที่พัก ค่าเดินทาง เป็นต้น

8.5 เมื่อการประชุมสัมมนาเสร็จสิ้นลง ผู้ได้รับทุนต้องสรุปประเด็นที่ได้รับจากการประชุมสัมมนา ประโยชน์ การนำไปใช้เป็นลายลักษณ์อักษรภายใน 1 เดือนเพื่อนำตีพิมพ์ในวารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

8.6 เมื่อสมาคมฯได้รับเอกสารตามข้อ 8.4. และ 8.5 จึงจะจ่ายเงินสนับสนุนดังกล่าว

9. กำหนดระยะเวลา

กิจกรรม	ระยะเวลาตามช่วงปีงบประมาณ
ประกาศเปิดรับการขอรับทุนสนับสนุนการเข้าประชุมสัมมนา ในเวปไซด์ www.hepa.or.th	ทุกช่วงเวลา ในปีงบประมาณ
วิชาการและคณะอนุกรรมการที่แต่งตั้งขึ้นพิจารณา	ทุกช่วงเวลา ในปีงบประมาณ
ประกาศการได้รับทุนสนับสนุนการเข้าประชุมสัมมนาที่ผ่านการพิจารณาในเวปไซด์ www.hepa.or.th	ทุกช่วงเวลา ในปีงบประมาณ
จ่ายเงินค่าลงทะเบียนให้แก่ผู้ขอรับทุน	ทุกช่วงเวลา ในปีงบประมาณ
ผู้รับทุนสรุปประเด็นที่ได้รับจากการประชุม สัมมนา เพื่อลงลงตีพิมพ์ใน e- journal ของสมาคมฯ	ทุกช่วงเวลา ในปีงบประมาณ

10. บุคคลและช่องทางในการติดต่อสอบถาม

รองศาสตราจารย์ ดร.สุปรียา ตันสกุล ID Line : 081 – 250 – 9584

E-mail: supreya.tun@mahidol.ac.th

11. การพิจารณาให้ทุนสนับสนุนโดยคณะอนุกรรมการวิชาการถือเป็นสิ้นสุด

12. กรณีที่ไม่มีสมาชิกสมาคมฯ ท่านใดขอรับการสนับสนุนฯ ผ่านมาเป็นเวลา 6 เดือน (1 ตุลาคม 2564-31 มีนาคม 2565) จึงให้สิทธิ์กรรมการบริหารสมาคมฯ ทำเรื่องขอรับการสนับสนุนฯ ได้

HEPA/C

แบบฟอร์มขอรับการสนับสนุนทุนเพื่อการเข้าประชุมสัมมนา

1. ชื่อ-สกุล/ หน่วยงานผู้ขอรับทุน
   ชื่อ-สกุล เลขที่สมาชิกสมาคม สถานที่ทำงาน/ ช่องทางติดต่อที่สะดวก
   (ค้นเลขที่ได้จากเวปไซต์ www.hepa.or.th)

   .....

   .....
2. ชื่อการประชุม/ สัมมนา/ สถานที่จัด (แนบเอกสารโครงการ/กำหนดการหัวข้อการประชุม)

   .....

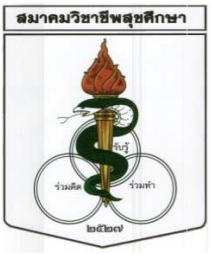
   .....

   .....
3. ประโยชน์ที่จะได้รับจากการประชุม/ การนำไปใช้เพื่อพัฒนางานสุขศึกษา/การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (ระบุเป็นข้อๆ)

   .....

   .....
4. ลงชื่อผู้ขอรับทุน /หน่วยงาน / วัน เดือน ปี

5. ลายเซ็นหัวหน้างาน/ ผู้บังคับบัญชา (ยกเว้นกรรมการบริหารสมาคมฯ ไม่ต้องทำข้อ 5)



สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ 420/1 ถนนราชเทวี กทม. 10400 โทรศัพท์ (02) 354-8553, โทรสาร (02) 644-8999

เลขประจำตัวสมาชิก .....

(สมาคมกำหนดให้ภายหลัง)

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

1. ข้าพเจ้าชื่อ นาย / นาง / นางสาว / ยศ .....นามสกุล .....
2. สถานภาพสมรส ( ) คู่ ( ) โสด
3. การศึกษาระดับสูงสุด .....ปีการศึกาที่สำเร็จ .....
   วุฒิทางสุขศึกษา คือ ..... จากสถาบัน .....
4. อายุ ..... ปี (กรณีสามารถเปิดเผย วัน เดือน ปีเกิด ได้ โปรดระบุ)
   เกิดวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....
5. ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน..... กรณีเกษียณ ตำแหน่งสุดท้าย.....
6. หน่วยงานที่ทำในปัจจุบัน (โปรดระบุให้ละเอียด เช่น แผนก กอง กรม กระทรวง)
   .....
   .....
7. ที่อยู่ของสถานที่ทำงาน เลขที่ ..... ซอย/ถนน ..... แขวง/ตำบล .....
   เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
   อีเมล์ .....
8. บ้านที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... ซอย/ถนน ..... แขวง/ตำบล .....
   เขต/อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....
9. การติดต่อเอกสารต้องการส่งที่ ( ) บ้าน ( ) ที่ทำงาน
10. ขอสมัครเป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา ประเภท
    ( ) สมาชิกกิตติมศักดิ์ จำนวน ..... บาท
    ( ) สามัญตลอดชีพ 1,000 บาท จำนวน ..... บาท
    ผู้สมัคร .....
    วันที่รับสมัคร ...../...../.....
    ผู้รับสมัคร .....

วิธีชำระค่าสมัครสมาชิก

โอนเงินเข้าบัญชี “สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา” **ธนาคารไทยพาณิชย์** ประเภทออมทรัพย์
สาขา โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน กรุงเทพฯ
เลขที่บัญชี 254 – 211090 - 7

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับสำหรับการส่งเผยแพร่ วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

Journal of The Health Education Professional Association

http://hepa.or.th/journal.php

อีเมล์ hepathai@gmail.com

วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้สนใจทั่วไป ทั้งนี้ บทความทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาก่อนการเผยแพร่ กองบรรณาธิการฯ มีความยินดีที่จะรับบทความวิชาการ งานวิจัย และสาระความรู้ด้านสุขศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค จากสมาชิกสมาคมฯ ผู้ปฏิบัติงาน และบุคคลทั่วไป เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยมีแนวทางการจัดเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

ลักษณะของบทความที่ส่งเผยแพร่

1. เป็นบทความวิชาการด้านสุขศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค ในรูปแบบ **บทความทางวิชาการ สาระความรู้/เรื่องเล่าจากประสบการณ์/สรุปบทเรียน หรือ ผลงานวิจัย** ที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานและการนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินชีวิต
2. เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์มาก่อนทั้งในประเทศและต่างประเทศ
3. เป็นบทความที่ไม่ได้อยู่ในระหว่างการพิจารณาของสื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ
4. เป็นบทความที่ไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่น
5. ระบุชื่อเจ้าของบทความและรายละเอียดการติดต่อ

รูปแบบการจัดเตรียมต้นฉบับ

บทความวิชาการ ต้นฉบับจัดพิมพ์ ขนาด A4 ด้วยตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ขนาด 16 ระบุชื่อเรื่องไว้บรรทัดแรก กึ่งกลางหน้า บรรทัดถัดมาระบุชื่อเจ้าของบทความและสถานที่ทำงาน จัดหัวข้อตามความเหมาะสม ควรระบุแหล่งข้อมูลที่นำมาใช้อ้างอิงประกอบไว้ด้วย ความยาวเรื่องไม่เกิน 12 หน้า

ผลงานวิจัย ต้นฉบับจัดพิมพ์ ขนาด A4 ด้วยตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ขนาด 16 ความยาวเรื่องไม่เกิน 12 หน้า จัดหัวข้อตามลำดับดังนี้

1. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย จัดกลางหน้ากระดาษ ใช้ตัวหนา)

2. ระบุชื่อผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และสถานที่ทำงาน

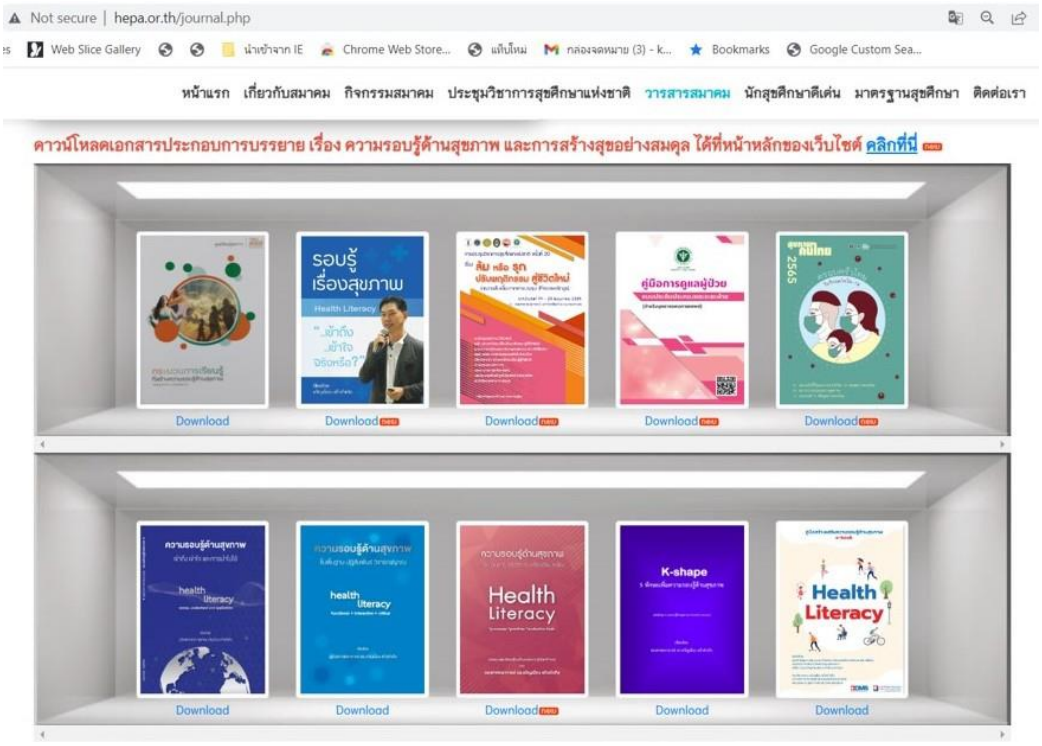
3. บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่เกิน 250 คำ) โดยระบุคำสำคัญที่บรรทัดสุดท้าย

4. เนื้อหา ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล ข้อเสนอแนะจากการศึกษา เอกสารอ้างอิง

5. ระบบการอ้างอิง ใช้การอ้างอิงตามรูปแบบ APA style หรือระบบ นาม-ปี ของ Publication Manual of the American Psychological Association

ผู้สนใจสามารถส่งต้นฉบับในรูปอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ที่อีเมล์ hepathai@gmail.com
ส่ง บรรณาธิการวารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา อาคาร 3 ชั้น 7 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 420/1 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา จัดบริการเพื่อสังคม
เผยแพร่ชั้นหนังสือ “รอบรู้ ทันสมัย น่าอ่าน”
ดาวโหลดได้ฟรี ที่ http://hepa.or.th/journal.php



การประชาสัมพันธ์ธุรกิจในวารสารและอัตราค่าบริการ

วารสารฯ ได้จัดหน้าประชาสัมพันธ์ธุรกิจ สำหรับสมาชิกและบุคคลทั่วไป เพื่อการเผยแพร่ข้อความและภาพโฆษณา ซึ่งกองบรรณาธิการพิจารณาแล้วว่าไม่มีอันตรายต่อสุขภาพและการปฏิบัติตัวของประชาชน

อัตราค่าบริการ มีดังนี้

1. พื้นที่หน้าก่อนปกหลัง เต็มหน้า ราคา 2,000 บาท
2. พื้นที่หน้าก่อนปกหลัง ครึ่งหน้า ราคา 1,000 บาท
3. พื้นที่อื่นหรือการจัดวางสอดแทรกเนื้อหาในรูปแบบอื่นๆ ราคาตามการตกลงเป็นรายกรณี

ผู้ประสงค์จะใช้พื้นที่ของวารสารฯ นี้ ในการประชาสัมพันธ์ธุรกิจ หรือโฆษณาสินค้าและบริการ สามารถส่งข้อความเผยแพร่และภาพโฆษณาในรูปของ pdf, ppt, JPEG, PNG, .doc มาที่ กองบรรณาธิการวารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา อีเมล์ hepathai@gmail.com

วิธีชำระค่าบริการ

1. โอนเงินเข้าบัญชี **“สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา” ธนาคารไทยพาณิชย์** ประเภทออมทรัพย์ สาขา โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน กรุงเทพฯ **เลขที่บัญชี 254 - 211090 - 7**
2. ส่งหลักฐานการโอน/ชำระเงิน มาที่อีเมล์ hepathai@gmail.com หรือ LINE และ**ตรวจสอบการเผยแพร่ได้ที่** http://hepa.or.th/journal.php

วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา
Journal of The Health Education Professional Association
http://hepa.or.th/journal.php
ISSN 2730-1915