การพยาบาลสุขภาพชุมชน :

กระบวนการพยาบาลชุมชน
อนามัยครอบครัว
อนามัยโรงเรียน
อาชีวอนามัย

ดร.ทิตยาวดี อินทรางกูร

ISBN 978-616-586-333-9

การพยาบาลสุขภาพชุมชน :

กระบวนการพยาบาลชุมชน
อนามัยครอบครัว
อนามัยโรงเรียน
อาชีวอนามัย

ดร.ทิตยาวดี อินทรางกูร

การพยาบาลสุขภาพชุมชน:

กระบวนการพยาบาลชุมชน อนามัยครอบครัว อนามัยโรงเรียน อาชีวนามัย

จัดทำโดย ดร. ทิตยาวดี อินทรางกูร

พิมพ์ครั้งที่ 1 : กันยายน 2564 จำนวนพิมพ์ 100 เล่ม

สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537

ISBN 978-616-586-333-9

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของสำนักหอสมุดแห่งชาติ

National Library of Thailand Cataloging in Publication Data

ทิตยาวดี อินทรางกูร

การพยาบาลสุขภาพชุมชน :

กระบวนการพยาบาลชุมชน อนามัยครอบครัว อนามัยโรงเรียน อาชีวนามัย.-- บุรีรัมย์:

เรวัตการพิมพ์, 2564.

302 หน้า.

1. การพยาบาล. I. ทิตยาวดี อินทรางกูร. II. ชื่อเรื่อง.

ISBN 978-616-586-333-9

พิมพ์ที่ : เรวัตการพิมพ์

16/19-21 ถนนปลัดเมือง อำเภอเมืองบุรีรัมย์

จังหวัดบุรีรัมย์ 31000

โทรศัพท์ 0 4461 2662

โทรสาร 0 4462 0187

E-mail rewatprinting@hotmail.com

Web site http://www.rewat.in

คำนำ

การดำเนินงานการดูแลสุขภาพในชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของงานพยาบาลชุมชนที่จะต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้รับบริการทั้งบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งการพัฒนาสุขภาพชุมชนในปัจจุบันเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยใช้ชุมชนทั้งชุมชนเป็นฐาน การมีส่วนร่วมของชุมชน การทำงานเป็นทีมและมีการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน ทำให้ชุมชนมีสุขภาพและสุขภาวะที่ดี หนังสือการพยาบาลสุขภาพชุมชน: กระบวนการพยาบาลชุมชน อนามัยครอบครัว อนามัยโรงเรียน และอาชีวนามัย เล่มนี้ได้ประมวลจากความรู้และประสบการณ์ของผู้เขียน มีเนื้อหาสาระแบ่งออกเป็น 6 บท กล่าวคือ ทฤษฎี แนวคิดเกี่ยวกับชุมชนและปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพชุมชน การพัฒนาชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน การพยาบาลอนามัยครอบครัว การพยาบาลอนามัยโรงเรียน การพยาบาลอาชีวอนามัย และกระบวนการพยาบาลชุมชน

ผู้เขียนหวังว่า หนังสือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อนักศึกษา บุคลากรสาธารณสุข ตลอดจนผู้ที่สนใจ ได้ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้า มีความเข้าใจในการดำเนินงานพยาบาลสุขภาพชุมชน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ สภาพของชุมชน และสอดคล้องกับนโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ศาสตราจารย์ ดร.นพ. กระแส ชนะวงศ์ รศ.ดร.อัจฉรา ภาณุรัตน์ และอาจารย์เอื้อจิตร สุขพล ที่กรุณาตรวจสอบเนื้อหา ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้กำลังใจในการจัดทำหนังสือเล่มนี้ หวังว่าจะได้รับคำแนะนำ ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากผู้อ่านทุกท่านเพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาให้เป็นหนังสือที่มีเนื้อหาสาระที่สมบูรณ์ต่อไป

ดร. ทิตยาวดี อินทรางกูร

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1 ทฤษฎี แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน และปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพชุมชน

แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน 3

คำจำกัดความ ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับชุมชน 3

องค์ประกอบของชุมชน คน ลักษณะของประชากร โครงสร้างของชุมชน สถานที่ สิ่งแวดล้อม ในชุมชน และปฏิสัมพันธ์ในชุมชน 10

องค์ประกอบชุมชนและขอบเขตในการศึกษาองค์ประกอบชุมชน 11

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพชุมชน 12

แนวคิดการประเมินสุขภาพชุมชน 12

แนวทางการประเมินสุขภาพชุมชน 13

ตัวชี้วัดสุขภาพชุมชน 15

ปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพชุมชน 38

พฤติกรรมสุขภาพ 38

ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการเจ็บป่วย 39

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม 43

บทบาทพยาบาลชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม 43

บทที่ 2 การพัฒนาชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน

การพัฒนาชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน 50

แนวคิดการพัฒนาแนวใหม่ 51

การพัฒนาเศรษฐกิจพอเพียง 51

การพัฒนาอย่างยั่งยืน 54

การพัฒนาที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง 56

การพัฒนาเพื่อการพึ่งตนเอง 57

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การมีส่วนร่วมของชุมชน 58
แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน 58
แนวคิดการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน 61
การประเมินผลการมีส่วนร่วม 65
การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปสู่การปฏิบัติ 67
บทที่ 3 การพยาบาลอนามัยครอบครัว
แนวคิดและหลักการการดูแลสุขภาพครอบครัว 78
ความสำคัญของการดแลสุขภาพครอบครัว 78
ความหมายของครอบครัว 79
รูปแบบของครอบครัว 79
พัฒนาการและพันธกิจของครอบครัว 80
บทบาทหน้าที่ของพยาบาลอนามัยชุมชนในการเยี่ยมบ้าน 82
กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชนในการเยี่ยมบ้าน 84
การประเมินครอบครัว 84
การวินิจจัยปัญหาของครอบครัว 89
การวางแผนการพยาบาล 91
การปฏิบัติตามแผน 92
การประเมินผล 92
การเยี่ยมบ้าน 94
ทักษะที่จำเป็นในการเยี่ยมบ้าน 95
การดูแลสุขภาพที่บ้าน 101
การจัดลำดับครอบครัวเพื่อการเยี่ยมบ้าน 110

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

กระบวนการเยี่ยมบ้าน 111
การใช้กระเป๋าเยี่ยมบ้าน 117
การบันทึกรายงานการเยี่ยมบ้าน 120
บทที่ 4 การพยาบาลอนามัยโรงเรียน
ความสำคัญของงานอนามัยโรงเรียน 125
การบริการอนามัยโรงเรียน หรือการจัดบริการสุขภาพในโรงเรียน 126
การบริการด้านการศึกษาหรือการสอนสุขศึกษา 134
ความสัมพันธ์ระหว่างบ้านกับโรงเรียนและชุมชน 188
บทบาทของพยาบาลในงานอนามัยโรงเรียน 189
บทที่ 5 การพยาบาลอาชีวอนามัย
ความหมายและจุดมุ่งหมายของงานอาชีวอนามัย 194
ความสำคัญของงานอาชีวอนามัย 194
จุดมุ่งหมายของงานอาชีวอนามัย 194
ทีมงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย 195
กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอนามัยสิ่งแวดล้อม 198
การร่วมพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม 201
บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชนในการร่วมพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม 201
มาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม 204
การจัดบริการด้านสุขภาพต่อผู้ประกอบอาชีพ 207
การจัดบริการด้านสุขภาพต่อผู้ประกอบอาชีพ 207
การป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน 209
ปัญหาสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสิ่งคุกคามทางสุขภาพ 209
บทบาทของพยาบาลในสถานประกอบการ 217

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ....217
ขอบเขตของการพยาบาลอาชีวอนามัย 218
กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพคนทำงาน 221
บทที่ 6 กระบวนการพยาบาลชุมชน
กระบวนการพยาบาลชุมชน....227
ความสำคัญของกระบวนการพยาบาลชุมชน....227
แนวคิดหลักของกระบวนการพยาบาลชุมชน....227
การเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกับกระบวนการพยาบาลชุมชน....229
การประเมินสุขภาพชุมชน....231
วัตถุประสงค์หลักในการประเมินสุขภาพชุมชน 231
หลักการในการประเมินสุขภาพชุมชน....232
แนวคิดในการประเมินสุขภาพชุมชน....232
วิธีการประเมินสุขภาพชุมชน 234
การรวบรวมข้อมูลชุมชนและข้อมูลสุขภาพของประชาชนในชุมชน....237
ชนิดของข้อมูล....239
แหล่งข้อมูล....239
วิธีการศึกษาข้อมูล....240
ข้อมูลเพื่อการประเมินปัญหาทางสุขภาพชุมชน 241
เครื่องมือในการประเมินชุมชน (เครื่องมือ 7 ชิ้น)....242
การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลสุขภาพชุมชน 247
การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพชุมชน....247

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การนำเสนอข้อมูลสุขภาพชุมชน 248
การวินิจฉัยสุขภาพชุมชน 249
การตีความข้อมูลปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน 250
การระบุปัญหาสุขภาพชุมชน 251
การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน 253
หลักการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน 253
วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 254
การวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน 262
ลักษณะของแผนงานที่ดี 262
ประโยชน์ของการวางแผนงาน 262
การจัดทำแผนเพื่อดำเนินงานในชุมชน 264
การเขียนโครงการและการประเมินผลการปฏิบัติงานในชุมชน 266
ความสำคัญของโครงการ 266
ขั้นตอนการเขียนโครงการ 267
การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพชุมชนตามแผน/โครงการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน 271
ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพชุมชนตามแผนงาน/โครงการ 272
การบันทึกการปฏิบัติงาน 274
การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพชุมชน 275
ความสำคัญของการประเมินผล 275
ประเภทของการประเมินผลโครงการ 276
ปัญหาอุปสรรคในการประเมินผลโครงการ 278

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ปัจจัยทางด้านลักษณะประชากร ปัจจัยด้านอาชีพและรายได้ ปัจจัยด้านที่อยู่และสิ่งแวดล้อม 6
ตารางที่ 2 ปัญหาชุมชนแยกตามลักษณะชุมชนเมืองชุมชนชนบท 7
ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดเมืองไทยแข็งแรง 16
ตารางที่ 4 หมวดที่ 1 : สุขภาพ มี 7 ตัวชี้วัด 18
ตารางที่ 5 หมวดที่ 2 : สภาพแวดล้อม มี 7 ตัวชี้วัด 18
ตารางที่ 6 หมวดที่ 3 : การศึกษา มี 5 ตัวชี้วัด 19
ตารางที่ 7 หมวดที่ 4 : การมีงานทำและรายได้ มี 4 ตัวชี้วัด 19
ตารางที่ 8 หมวดที่ 5 : ค่านิยม มี 8 ตัวชี้วัด 19
ตารางที่ 9 ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยสุขภาพดี 35
ตารางที่ 10 ตัวชี้วัดด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี 36
ตารางที่ 11 ตัวชี้วัดการด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ 37
ตารางที่12 ตัวชี้วัดการด้านกฎหมายด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 38
ตารางที่ 13 ความแตกต่างของ Professional กับ Partnership model 62
ตารางที่ 14 ลักษณะบางประการของประชาคมและความเป็นประชาสังคม 70
ตารางที่ 15 อันดับของทักษะในทางภาษาและความคิดของนักเรียนในแต่ละระดับชั้น 137
ตารางที่ 16 วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพ/พฤติกรรมการเรียนรู้/กลุ่มเป้าหมาย/ลักษณะการเรียนรู้ 143
ตารางที่ 17 ตารางการปฏิบัติการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และการเรียนรู้กระบวนการ 171
ตารางที่ 18 ระดับความเข้มของแสง 185
ตารางที่ 19 จำนวนของส้วม ที่ปัสสาวะต่ำสุดตามมาตรฐาน 186
ตารางที่ 20 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกับกระบวนการพยาบาลในงานชุมชน 229
ตารางที่ 21 แนวคิดการใช้ข้อมูลในการประเมินชุมชน 232

สารบัญตาราง (ต่อ)

หน้า

ตารางที่ 22 ข้อมูลที่ต้องการจากการศึกษาชุมชนพร้อมแหล่งและวิธีการเข้าถึงข้อมูล......................... 238
ตารางที่ 23 ตัวอย่างการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในชุมชน... 260

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 องค์ประกอบของการศึกษาชุมชนตามกรอบแนวคิดชุมชนในฐานะผู้รับบริการ........................11
ภาพที่ 2 หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง........................54
ภาพที่ 3 กระบวนการพัฒนากระแสเดิมและกระแสใหม่........................58
ภาพที่ 4 การทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน........................64
ภาพที่ 5 สรุปความสัมพันธ์ของแนวคิด การพัฒนาชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน........................74
ภาพที่ 6 ตัวอย่างการเขียนแผนภูมิครอบครัว........................86
ภาพที่ 7 ตัวอย่างแผนที่นิเวศครอบครัว........................86
ภาพที่ 8 การตรวจสุขภาพ 10 ท่า........................131
ภาพที่ 9 แผนที่เดินดินของหมู่บ้าน........................243
ภาพที่ 10 สัญลักษณ์ในการเขียนผังเครือญาติ........................244
ภาพที่ 11 กระบวนการพัฒนาสุขภาพชุมชน........................249

บทที่ 1

ทฤษฎี แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน และปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพชุมชน

ขอบเขตของเนื้อหา

1. แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน

1.1 คำจำกัดความ ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับชุมชน

1.2 องค์ประกอบและขอบเขตในการศึกษาองค์ประกอบของชุมชน คน ลักษณะของประชากร โครงสร้างของชุมชน สถานที่ สิ่งแวดล้อมในชุมชน และปฏิสัมพันธ์ในชุมชน

2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพชุมชน

2.1 แนวคิดการประเมินสุขภาพชุมชน

2.2 แนวทางการประเมินสุขภาพชุมชน

2.3 ตัวชี้วัดสุขภาพชุมชน

3. ปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพชุมชน

3.1 พฤติกรรมสุขภาพ

3.2 ประเภทพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการเจ็บป่วย

3.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

3.4 บทบาทพยาบาลชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถ

1. อธิบายคำจำกัดความและแนวคิดที่เกี่ยวกับชุมชนได้
2. อธิบายองค์ประกอบของชุมชนและขอบเขตในการศึกษาองค์ประกอบของชุมชนได้
3. อธิบายแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพชุมชนได้
4. อธิบายแนวทางการประเมินสุขภาพชุมชนและข้อมูลที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพชุมชนได้

5. อธิบายตัวชี้วัดภาวะสุขภาพที่ใช้ในประเทศไทยได้
6. อธิบายถึงความหมายและประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ ตลอดจนแนวคิดพฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาได้
7. อธิบายปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและการเกิดโรค พร้อมทั้งระบุบทบาทของพยาบาลชุมชนในการแก้ไขปัญหาอนามัยที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม

ทฤษฎี แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน และปัจจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพชุมชน

1. แนวคิดเกี่ยวกับชุมชน

1.1. คำจำกัดความ ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับชุมชน

"ชุมชน" มักจะถูกพิจารณาในแง่ "การรวมตัวกันของกลุ่มคน" เท่านั้น แต่ที่จริงแล้วมีความหมายกว้างขวางลึกซึ้งทั้งความหมาย โดยสามัญสำนึกความหมายโดยรูปศัพท์ และความหมายทางวิชาการ หากพิจารณาคำในภาษาอังกฤษ "Com" มีความหมาย คือ "together" และมีคำที่เกี่ยวข้องอีกหลายคำ เช่น

Communal = ของชุมชน เพื่อชุมชน

Common = ร่วมเป็นสมาชิกอยู่ด้วย

Commune = ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด

จากการให้ความหมายที่ไม่คงที่ ในที่นี้จึงขออธิบายความหมายของชุมชน ดังนี้

ความหมายโดยสามัญสำนึก

โดยสามัญสำนึก "ชุมชน" หมายถึง ครอบครัวหลายๆ ครอบครัวมาอยู่รวมกันในบริเวณเดียวมีลักษณะเพื่อนบ้าน ซึ่งอาจเป็นญาติพี่น้องกันหรือไม่ก็ได้ ดังนั้นคนที่อยู่ร่วมกันในบ้านเรือนหรือครอบครัวเดียวกันจึงมิใช่ชุมชนในความหมายนี้ เพราะโดยสามัญสำนึกหรือความรู้สึกแล้วคนที่อยู่ร่วมกันในบ้านหลังเดียว ซึ่งทุกคนยอมรับว่าอยู่ร่วมในบริเวณเดียวกันนั่นเอง ซึ่งความหมายนี้แตกต่างไปจากความหมายโดยรูปศัพท์และความหมายโดยทางวิชาการ

ความหมายโดยรูปโทรศัพท์

ตามพจนานุกรม Oxford advanced learner's Dictionary of Current English ได้ให้ความหมายของชุมชนว่า หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่แห่งหนึ่งมีความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน มีศรัทธา ความเชื่อ เชื้อชาติ การงาน หรือมีความรู้สึกนึกคิด ความสนใจที่คล้ายคลึงกัน คุณลักษณะเหล่านี้มีลักษณะเด่นเพียงพอที่จะทำให้สมาชิกนั้นตระหนักและเกื้อกูลกัน

สำหรับในประเทศไทย คำว่า "ชุมชน" เป็นคำที่บัญญัติในภาษาไทยอย่างไม่เป็นทางการ เมื่อไม่นานมานี้เองจะเห็นได้จากไม่ได้บัญญัติไว้ในพจนานุกรรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2493 เพิ่งบัญญัติครั้งแรกในพจนานุกรม ฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 โดยให้ความหมาย ชุมชนว่า หมายถึง หมู่ชน กลุ่มคนที่รวมกันเป็นสังคมขนาดเล็กอาศัยอยู่ในบริเวณเดียวกันและมีผลประโยชน์ร่วมกัน

ความหมายทางวิชาการ

ประเวศ วะสี (2559) ให้ความหมายไว้ว่า ชุมชน หมายถึง การที่คนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีความพยายามทำอะไรร่วมกัน มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำซึ่งรวมถึงการติดต่อสื่อสารด้วย

Anderson, E.T. (2019) ให้ความหมายของการพยาบาลชุมชนว่า การพยาบาลชุมชนเป็นบริการที่มุ่งพัฒนาและยกระดับศักยภาพทางด้านการดูแลสุขภาพของคนทั้งที่เป็นรายบุคคล กลุ่มและชุมชน เป็นการปฏิบัติการของพยาบาลชุมชนมีลักษณะเป็นการปฏิบัติงานของระบบย่อยที่ประสานสัมพันธ์อยู่กับระบบใหญ่ คือระบบบริการทางสุขภาพ และระบบบริการที่เกื้อหนุนต่อเพื่อนมนุษย์ในสังคม

Harkness, G. A., & DeMarco, R.F. (2012) ให้ความหมายว่า ชุมชน คือ จิตวิญญาณหรือความรู้สึก เกิดขึ้นเมื่อคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาทำงานร่วมกัน เพื่อที่จะบรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการร่วมกัน

Holzemer, S.P. (2014) ชุมชนเป็นองค์รวมของบุคคล ที่ตั้งอยู่บนอาณาเขตทางภูมิศาสตร์และการเมืองร่วมกันหรือตามที่มีความผูกพัน โดยเน้นที่ความผูกพันกันด้านสุขภาพ

Kamalam, S. (2012) กล่าวว่า ชุมชน คือกลุ่มของประชาชนที่อาศัยอยู่ในอาณาบริเวณเดียวกัน

Nies, M.A. (2019) ให้ความหมายว่า การพยาบาลชุมชนเป็นสาขาหนึ่งของการพยาบาลที่เกิดจากการสังเคราะห์ศาสตร์ต่างๆ เข้าด้วยกัน บูรณาการองค์ความรู้ทางการพยาบาล การสาธารณสุขและศาสตร์อื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อมุ่งให้บริการทางการพยาบาลทั้งต่อบุคคล ครอบครัว และกลุ่มคนต่างๆ ในชุมชน เป็นผลให้เกิดความผาสุกและภาวะสุขภาพที่ดีต่อประชาชนโดยรวม

World Health Organization (2017) ชุมชนคือ กลุ่มคนที่มีความผูกพันกันอย่างใดอย่างหนึ่ง สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและกัน และมีหน้าที่ร่วมกันอันจะนำไปสู่ผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งทำให้ชุมชนตามความหมายนี้ไม่ได้จำกัดคนตามพื้นที่หรืออาณาเขตเท่านั้น

McMurray, A., & Clendon, J. (2013) ชุมชนเป็นกลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันและกัน มีความสนใจ ร่วมกันหรือมีคุณลักษณะที่มีพื้นฐานที่ก่อให้เกิดความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน หรือมีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนดังกล่าวอาจรวมถึงกลุ่มทางสังคม กลุ่มคนที่มีสิทธิร่วมกัน

จากการให้ความหมายชุมชนที่กล่าวไปข้างต้น อาจแบ่งลักษณะการให้ความหมายออกเป็น 3 แนวทาง ได้แก่

1. ชุมชน หมายถึง กลุ่มทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามบรรทัดฐานทางสังคม มีความผูกพันกันและมีความเป็นปึกแผ่นมั่นคง ซึ่งมีความหมายเช่นเดียวกันกับความหมายโดยรูปศัพท์ และอาจหมายถึงกลุ่มบุคคลที่มีสายสัมพันธ์เดียวกัน เช่น ครอบครัว ตระกูล เป็นต้น

2. ชุมชน หมายถึง พื้นที่หรือบริเวณทางภูมิศาสตร์ ซึ่งเป็นที่อยู่อาศัยของกลุ่มคน เช่น ละแวกบ้าน คุ้ม หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เป็นต้น

3. ชุมชน หมายถึง องค์กรทางสังคมที่มีวัตถุประสงค์แน่ชัด และรวมถึงในระยะเวลาที่นานพอสมควร จนเกิดความสัมพันธ์และผูกพันกันขึ้น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล กลุ่มอาชีพรับจ้าง กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ชมรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

จากความหมายของ "ชุมชน"ที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่ามีความหมายหลากหลายและมีพัฒนาการตามยุคสมัยมาโดยตลอด ชุมชนไม่ใช่เพียงการที่บุคคลมาอยู่รวมกันและการรวมกลุ่มของอาคารบ้านเรือน แต่ต้องมีความเป็นชุมชนด้วยนั่นคือ ชุมชนเป็นทั้งที่รวมของคนซึ่งมาอยู่รวมกันโดยมีมิติทางสังคม ค่านิยม วัฒนธรรมและทัศนคติในเรื่องต่างๆ รวมกัน รวมทั้งเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย มีการดูแลปกป้อง สนับสนุน เอื้ออาทรต่อกัน มีการร่วมผลิต การจัดบริการซื้อขายแลกเปลี่ยนสินค้าและผลผลิตต่างๆ ที่สำคัญคือการมองชุมชนด้วยทฤษฎีระบบช่วยให้เกิดความเข้าใจถึงความเชื่อมโยงและความสัมพันธ์กันในการทำหน้าที่ของคนและหน่วยงานย่อยๆ ที่เป็นสมาชิกในระดับต่างๆ ของชุมชนได้เป็นอย่างดี

ประเภทของชุมชน

การจำแนกประเภทของชุมชน มีนักวิชาการสาขาต่างๆ จำแนกไว้หลายแบบ เช่น จำแนกตามจำนวนประชากร ตามลักษณะกิจกรรมหลัก ตามลักษณะทางนิเวศวิทยา ตามหน่วยการปกครอง ตามวิวัฒนาการทางเศรษฐกิจ ตามระดับของการพัฒนา แต่ที่นิยมมากคือจำแนกตามลักษณะความสัมพันธ์ของคนในชุมชน โดยแบ่งเป็นชุมชนเมืองและชุมชนชนบท การแยกความแตกต่างของชุมชนทั้งสองประเภทนี้ไม่มีหลักเกณฑ์แน่นอน แต่ละประเทศก็อาจใช้เกณฑ์ที่ไม่เหมือนกัน แต่โดยทั่วไปจะมีตัวแปรที่ใช้แยกชุมชนทั้ง 2 ประเภท ได้แก่ ปัจจัยทางด้านลักษณะประชากร ปัจจัยด้านอาชีพและรายได้ ปัจจัยด้านที่อยู่และสิ่งแวดล้อม ดังตารางที่ 1 และปัญหาชุมชนแยกตามลักษณะชุมชนเมืองชุมชนชนบท ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ปัจจัยทางด้านลักษณะประชากร ปัจจัยด้านอาชีพและรายได้ ปัจจัยด้านที่อยู่และสิ่งแวดล้อม

ปัจจัย	ชุมชนชนบท	ชุมชนเมือง
1. ปัจจัยด้านลักษณะประชากร		
- ขนาดประชากร	มีจำนวนประชากรน้อย	มีจำนวนประชากรมาก
- อายุเฉลี่ย	ต่ำ	สูง
- เปอร์เซ็นต์ประชากรที่เป็นเด็กและเยาวชน	สูง	ต่ำ
- ระดับการศึกษา	ระดับการศึกษาต่ำ ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา	ระดับการศึกษาสูงกว่าชั้นประถมศึกษา
- สถานภาพสมรส	คนโสดน้อย การหย่าร้างน้อย	คนโสดมาก การหย่าร้างสูง
- อายุเฉลี่ยเมื่อเริ่มแต่งงาน	ต่ำ	สูง
- เชื้อชาติ	เชื้อชาติเดียวกัน	ปะปนหลายเชื้อชาติ
2. ปัจจัยด้านอาชีพ รายได้และการแบ่งงาน		
- อาชีพ	อาชีพหลักคือเกษตรกรรม	มีอาชีพแตกต่างกันตามความรู้ของแต่ละบุคคล
- รายได้	รายได้ต่ำและมีรายได้ใกล้เคียงกันในแต่ละคน	รายได้สูง แต่ระดับรายได้มีความแตกต่างกันในแต่ละอาชีพ
- การแบ่งงาน	คนหนึ่งสามารถทำได้หลายอาชีพ เช่น ทำการเกษตร และรับจ้าง	การประกอบอาชีพจะเป็นวิชาชีพเฉพาะหรือเฉพาะสาขา
3. ปัจจัยด้านที่อยู่และสิ่งแวดล้อม		
- พื้นที่อยู่อาศัย (ที่ตั้งชุมชน)	ชุมชนตั้งบ้านเรือนอยู่กระจัดกระจาย	ชุมชนอยู่รวมกันหนาแน่นพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่อยู่อาศัย
- การแบ่งพื้นที่ทำประโยชน์ของชุมชน	พื้นที่ว่างมาก ไม่ได้รับการพัฒนา	มีการใช้ประโยชน์พื้นที่ทุกตารางนิ้ว
- ความหนาแน่นของ	มีความหนาแน่นของประชากร	

ปัจจัย	ชุมชนชนบท	ชุมชนเมือง
ประชากร	ต่อพื้นที่ต่ำ	มีความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่สูง
- ครอบครัว	ครอบครัวขยาย เปลี่ยนแปลงยาก	ครอบครัวเดี่ยว
- ความเชื่อ	ยังเชื่อโชคลาง	เปลี่ยนแปลงง่าย
- การควบคุม	ใช้วิถีประชาและจารีต	ใช้กฎหมายและกฎระเบียบ

Note. From *Community Health and Wellness : Primary Health Care in Practice* , by McMurray, A., & Clendon, 2013, Australia : Elsevier.

ตารางที่ 2 ปัญหาชุมชนแยกตามลักษณะชุมชนเมืองชุมชนชนบท

ปัญหาของชุมชนเมือง	ปัญหาของชุมชนชนบท
1. ปัญหาความแตกต่างระหว่าความเป็นอยู่ของบุคคล เนื่องจากชุมชนเมืองเป็นเขตที่มีประชากรอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ความสัมพันธ์ของบุคคลจะเป็นในเชิงเศรษฐศาสตร์ มีความนิยมด้านวัตถุ มองข้ามความสัมพันธ์ด้านจิตใจและศีลธรรม มีการแบ่งระดับชนชั้นทางสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพจิตของประชาชน	1 ปัญหาทางเศรษฐกิจ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม รายได้ส่วนใหญ่จึงขึ้นอยู่กับยอดผลผลิตที่ได้ แต่ทั้งนี้การทำเกษตรขึ้นอยู่กับฤดูกาลสภาพดินฟ้าอากาศ อากาศ ปริมาณน้ำ สภาพดิน ระบบชลประทาน และเทคโนโลยีที่ใช้ หากสิ่งเหล่านี้ไม่ดีทำให้เกิดผลผลิตต่ำ รายได้จะต่ำด้วย
2. ปัญหาความแตกต่างทางวัฒนธรรมและค่านิยม เนื่องจากชุมชนเมืองเป็นชุมชนที่มีบุคลากรจากถิ่นต่างๆ ย้ายเข้ามาอยู่เป็นจำนวนมาก ทำให้เกิดความหลากหลายทางวัฒนธรรมและค่านิยม ทำให้เกิดความเห็นที่ไม่ตรงกัน หรือไม่เหมือนกันในการดำรงชีวิต ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาทางสังคม เช่น ปัญหาเด็กเกเร ปัญหายาเสพติด	2. ปัญหาขาดความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์ โดยเฉพาะเรื่องการตลาด ทำให้ส่งผลผลิตผ่านพ่อค้าคนกลาง

ปัญหาของชุมชนเมือง	ปัญหาของชุมชนชนบท
3. ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย เนื่องจากชุมชนเมืองเป็นศูนย์กลางของความเจริญ ทำให้ที่ดินมีราคาแพง จึงเกิดชุมชนแออัดหรือการตั้งชุมชนย่อยๆ ที่ไม่ถาวรขึ้น ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพและสังคม	3. ปัญหาอัตราการรู้หนังสือต่ำ เพราะขาดโรงเรียนและครู โดยเฉพาะชุมชนเมืองในเขตพื้นที่ห่างไกล และนอกจากนี้ส่วนใหญ่ประชากรในชนบทไม่นิยมส่งลูกให้เรียนต่อในระดับสูง เพราะต้องการกำลังคนมาช่วยแรงงาน
4. ปัญหาการขาดความต่อเนื่องในการพัฒนา เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ไม่ใช่คนในท้องถิ่น แต่เป็นคนต่างถิ่นที่ย้ายเข้ามา ทำให้ไม่เกิดความผูกพัน ลักษณะการดำรงชีวิตเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ และมีการย้ายถิ่นฐานเข้าออกบ่อยตามลักษณะงาน ดังนั้นการรวมตัวเพื่อพัฒนาชุมชนจึงเป็นเรื่องยาก ขาดความต่อเนื่อง และขาดการเชื่อมโยง ขาดผู้นำชุมชน ส่งผลให้เกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมและเป็นปัญหาการขาดการมีส่วนร่วมของประชากรในการพัฒนาชุมชน	4. ปัญหาขาดความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพอนามัย เพราะมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และการบริโภคอาหารที่ไม่ถูก ตลอดจนการกระจายสถานที่บริการที่ไม่ทั่วถึง การซื้อยารับประทานเอง โรคที่พบได้แก่ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคติดเชื้อที่เกิดจากแมลงเป็นพาหะ
5. ปัญหาจราจร ชุมชนเมืองในประเทศไทยจะพบปัญหานี้เนื่องจากไม่มีการวางผังเมืองไว้รองรับการขยายตัวของเมืองในอนาคต และประชาชนที่ใช้รถไม่อยู่ในกฎระเบียบ ทำให้เสียสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ เสียเวลา และทำลายเศรษฐกิจ	
6. ปัญหาสิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม เกิดมลพิษทางอากาศ ดิน และน้ำ รวมทั้งปัญหาขยะมูลฝอย เนื่องจากการขาดจิตสำนึกของคนในชุมชน ความเห็นแก่ตัว รวมทั้งเนื่องมาจากปัญหาอื่นๆ เช่น ปัญหาการจราจร ปัญหาที่อยู่อาศัย	

ปัญหาของชุมชนเมือง	**ปัญหาของชุมชนชนบท**
7. ปัญหาสังคมและปัญหาสุขภาพจิต จากความกดดันทางด้านต่างๆ ของสังคม ภาวะทางเศรษฐกิจที่แย่ลง ทำให้ปรับตัวไม่ทัน	
8. ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วยของคนในเมืองมีหลายประเภท ตั้งแต่โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ โรคจากสิ่งแวดล้อม โรคจากการประกอบอาชีพ โรคเครียด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และอุบัติเหตุ สำหรับในชุมชนแออัดมักพบปัญหาสุขภาพ คือปัญหาการขาดสารอาหารในเด็ก โรคอุจจาระร่วง โรคผิวหนัง และโรคทางเดินหายใจ	

Note. From *Community Health and Wellness : Primary Health Care in Practice* , by McMurray, A., & Clendon, 2013, Australia : Elsevier.

หน้าที่ของชุมชน ชุมชนแต่ละแห่ง มีหน้าที่เฉพาะเจาะจงที่แตกต่างกัน ได้แก่

1. ชุมชนชนบท มีหน้าที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1.1 เป็นแหล่งผลิตอาหารและวัตถุดิบให้แก่ชุมชนเมือง

1.2 เป็นแหล่งผลิตแรงงานให้กับชุมชนเมือง เพราะวัยแรงงานในชนบทจะย้ายเข้าไปหางานทำในเมืองตามโรงงานอุตสาหกรรมต่างๆ

1.3 ดูแลรักษาและถนอมทรัพยากรธรรมชาติให้แก่ชุมชนเมืองและสังคมส่วนรวม

1.4 เป็นแหล่งที่ให้ความปลอดภัยในยามสงครามและเป็นที่พักผ่อนหย่อนใจของชาวเมือง

2. ชุมชนเมือง มีหน้าที่สำคัญ 4 ประการคือ

2.1 เป็นตลาดรับซื้ออาหารและวัตถุดิบซึ่งเป็นผลผลิตจากชุมชนชนบท

2.2 เป็นศูนย์รวมของการคมนาคม การสื่อสาร พาณิชยกรรมและวัฒนธรรม

2.3 เป็นศูนย์รวมของการปกครองและการเมือง

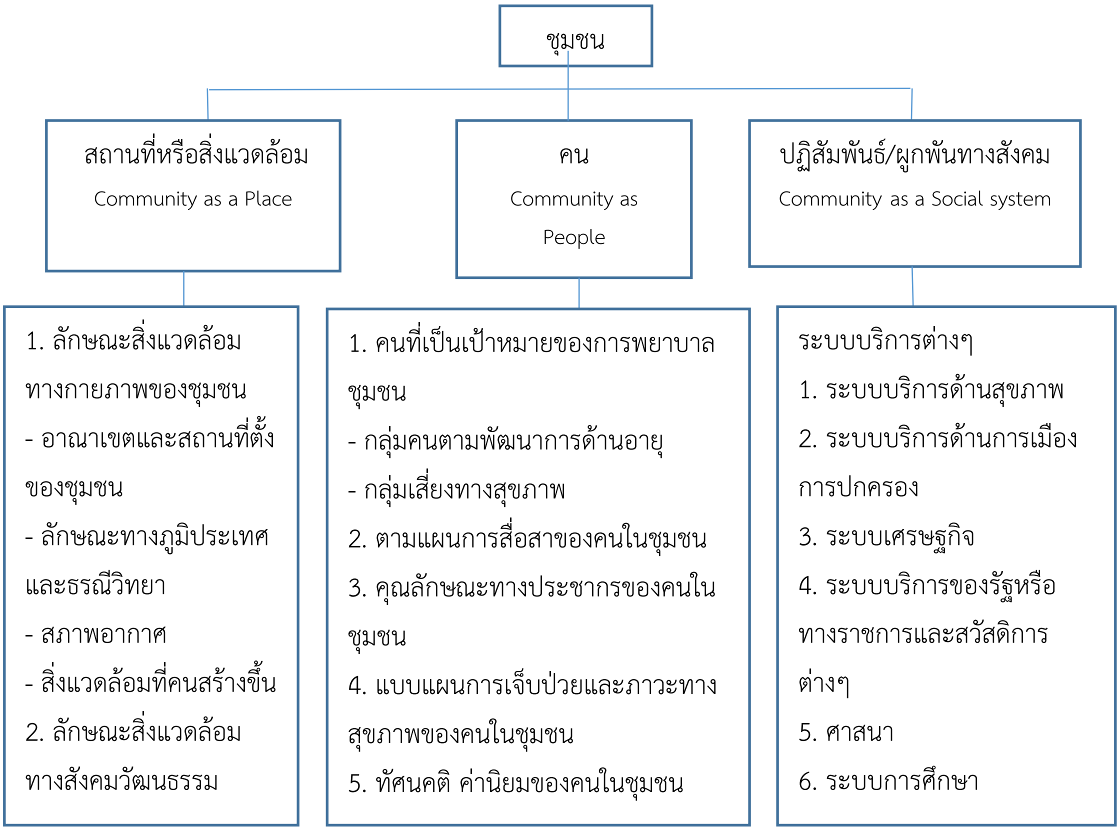
2.4 เป็นแหล่งรวมของกิจกรรมต่างๆ ของการบริการด้านสาธารณูปโภค การศึกษา และการบันเทิง

การทำหน้าที่ของชุมชน นับมีส่วนสำคัญต่อการดำรงอยู่ของชุมชน เพราะถ้าชุมชนใดทำหน้าที่ได้อย่างดีจะทำให้มีการดำรงอยู่และมีความสงบสุขอย่างต่อเนื่อง

1.2. องค์ประกอบของชุมชน คน ลักษณะของประชากร โครงสร้างของชุมชน สถานที่สิ่งแวดล้อมในชุมชน และปฏิสัมพันธ์ในชุมชน

Maurer, F. A. & Smith, C. M. (2013) ได้จำแนกองค์ประกอบที่สำคัญของชุมชนเป็น 3 ประการ คือ ชุมชนในฐานะที่เป็นสถานที่ (Community as a Place) ชุมชนในฐานะที่เป็นคน (Community as a People) และชุมชนในฐานะที่เป็นระบบทางสังคม (Community as a Social System) รายละเอียดดังใน ภาพที่ 1

องค์ประกอบของการศึกษาชุมชนตามกรอบแนวคิดชุมชนในฐานะผู้รับบริการ



ภาพที่ 1 องค์ประกอบของการศึกษาชุมชนตามกรอบแนวคิดชุมชนในฐานะผู้รับบริการ.
จาก *Community/ public health nursing practice: health for families and populations,* by Maurer, F. A. & Smith, C. M., 2013, St. Louis: Elsevuer.

1.2 องค์ประกอบชุมชนและขอบเขตในการศึกษาองค์ประกอบชุมชน

ชุมชนประกอบไปด้วยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ คน สถานที่หรือสิ่งแวดล้อมของชุมชน และปฏิสัมพันธ์/ผูกพันทางสังคม แต่ละองค์ประกอบจะมีรายละเอียดครอบคลุมถึงมิติทางโครงสร้าง วิถีชีวิต สังคมและวัฒนธรรมของชุมชน (Maurer, F. A. & Smith, C. M., 2013) ดังนี้

1.2.1 คน

คนเป็นองค์ประกอบสำคัญของชุมชน ตัวชี้วัดองค์ประกอบด้านคนพบว่ามีความแตกต่างกันไปตามธรรมชาติในแต่ละชุมชน ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ อาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การศึกษา เป็นต้น จำนวนคนในชุมชนแต่ละแห่งจะมากหรือน้อยนั้นขึ้นกับองค์ประกอบอื่นๆ ของชุมชน คุณลักษณะทางประชากรแสดงให้เห็นลักษณะของคนในชุมชน จะช่วยบอกให้ทราบถึงภาวะสุขภาพของแต่ละกลุ่มโดยภาพรวม พื้นฐานความต้องการการดูแลและแนวโน้มที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพเฉพาะบุคคลแต่ละกลุ่มได้ คุณลักษณะทางประชากรแบ่งเป็น ขนาดของประชากร อัตราการเพิ่มหรือลดของประชากร

องค์ประกอบของประชากรที่พยาบาลชุมชนควรให้ความสนใจ ได้แก่ อายุ ลักษณะทางประชากร เพศ เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ การประกอบอาชีพ รายได้ การศึกษา ภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต สุขนิสัย การดูแลตนเองและการจัดการทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและภาวะเสี่ยงของบุคคล พฤติกรรมแสวงหาบริการทางสุขภาพยามเจ็บป่วย กลุ่มคนตามวัยแต่ละวัยจะมีความต้องการด้านสุขภาพและความเสี่ยงรวมถึงโรคที่พบบ่อยในกลุ่มวัยต่างกัน เป็นต้น

1.2.2 สถานที่หรือสิ่งแวดล้อม

องค์ประกอบด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมของชุมชนมีทั้งที่เป็นธรรมชาติและมนุษย์สร้างขึ้น องค์ประกอบด้านสถานที่ของชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญของชุมชนมาตั้งแต่ระยะแรกมักหมายถึงลักษณะที่ตั้งทางภูมิศาสตร์และการอยู่ร่วมกันในอาณาบริเวณเดียวกันเป็นหลัก แต่ปัจจุบันสังคมมีความซับซ้อนมากขึ้น มีการติดต่อสื่อสารกันมากขึ้น องค์ประกอบด้านนี้จึงใช้ความหมายที่กว้างขึ้นเพื่อประเมินชุมชนได้อย่างถูกต้อง ไม่ครอบคลุมอาณาบริเวณสิ่งแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ยังรวมถึงคุณลักษณะหรือปรากฏการณ์ที่กลุ่มประชากร หรือกลุ่มที่มีปัญหาร่วมกันให้ความสนใจร่วมกันหรือเป็นพื้นที่สมมติภายใต้เงื่อนไขและระยะเวลาที่กำหนดไว้ เช่น กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสู้มะเร็งบนอินเทอร์เน็ต กลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้เฉพาะโรค เป็นต้น

1.2.3 ปฏิสัมพันธ์หรือความผูกพันทางสังคมของชุมชน

องค์ประกอบด้านปฏิสัมพันธ์ ความผูกพันต่อกันและวิถีทางสังคมได้แก่ ความเป็นอยู่ ค่านิยม ทัศนคติและวิถีชีวิตของคนในชุมชน การย้ายถิ่น จะเห็นว่าความสัมพันธ์ของคนในชุมชนไม่ได้แสดงออกมาเป็นรูปกระทำให้เห็นชัดเจนเสมอไปอาจมองเห็นและจับต้องได้ยาก การ

พิจารณาจากลักษณะการอยู่ร่วมกัน การแสดงออกการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน และความผูกพันต่อกันของคนในชุมชนในการดำเนินกิจการใดๆ รวมทั้งการรวมกลุ่มเพื่อให้บรรลุเป้าหมายร่วมกันในเชิงสังคมวัฒนธรรมได้แก่ ความผูกพันของครอบครัว เครือญาติ เผ่าพันธุ์ การรวมกลุ่มกันในทางการเมือง ทางเศรษฐกิจการค้า ความสนใจและแก้ปัญหาร่วมกัน เป็นต้น

2. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพชุมชน

วิธีคิด วิธีมองปัญหาของพยาบาลที่ทำงานกับชุมชนจะมองชุมชนทั้งชุมชน มองภาพรวมของชุมชน เน้นการดูแลเป็นรายบุคคลและชุมชน ดังนั้น คำว่าชุมชนมีความหมายและมีขอบเขตกว้างขวางมาก การทำงานจึงมักแบ่งกลุ่มเป้าหมายของการให้บริการเป็นกลุ่มย่อยๆ ตัวอย่างเช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น เพราะแต่ละกลุ่มจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคและมีปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกัน และเมื่อนำภาพของกลุ่มย่อยมารวมกันจะสะท้อนภาพรวมของสุขภาพชุมชนนั้นๆ ได้

2.1 แนวคิดการประเมินสุขภาพชุมชน

แนวคิดที่ใช้อธิบายภาวะสุขภาพชุมชนนั้นมีหลากหลายแตกต่างตามมุมมอง กรอบแนวคิดจะเป็นที่มาของตัวชี้วัด หรือเป็นประเด็นกำหนดตัวชี้วัดว่าต้องวัดอะไรบ้าง อาทิเช่น กรอบแนวคิดทางระบาดวิทยาในการอธิบายการประเมินภาวะสุขภาพชุมชน เป็นการศึกษาการเกิดโรคในกลุ่มประชากร อธิบายลักษณะการเกิดโรค สาเหตุการกระจายและแหล่งของการเกิดโรค ซึ่งเป็นแนวคิดหนึ่งที่จะอธิบายภาวะสุขภาพชุมชน ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพจึงอาจจะประเมินจากการเกิดโรคในชุมชน เช่น การวัดการเจ็บป่วย วัดเป็นอัตราป่วย เป็นต้น ส่วนปัจจัยทางด้านมนุษย์อาจจะมองตั้งแต่ลักษณะทางชีววิทยา โครงสร้างประชากร โครงสร้างทางร่างกาย ลักษณะที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม บางคนจะมีความเสี่ยงต่อโรค เช่น ภาคอีสานในประเทศไทยมีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นโรคธาลัสซีเมีย เป็นต้น การศึกษาปัจจัยด้านมนุษย์จะรวมไปถึงลักษณะด้านจิตใจ พฤติกรรม บุคลิกภาพ ค่านิยม วัฒนธรรม วิถีชีวิตของคนในชุมชน สำหรับประเด็นของสภาพแวดล้อมจะต้องประเมินให้ครอบคลุมทั้งสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติและสภาพแวดล้อมที่มนุษย์สร้างขึ้น เหล่านี้ส่งผลต่อปัญหาทางสังคมและปัญหาทางสุขภาพ รวมไปถึงระบบบริการสุขภาพเพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชน

การประเมินภาวะสุขภาพชุมชนนั้นจะออกมาในรูปของสถิติต่างๆ ซึ่งมีสูตรคำนวณแตกต่างกัน ส่วนใหญ่ใช้ข้อมูลเกี่ยวกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย และข้อมูลของกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะของตัวชี้วัดนั้นๆ ประชากรเป้าหมายของการวางแผนครอบครัว คือหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้วและอยู่กินกับสามี เป็นต้น ตัวชี้วัดหรือสถิติเหล่านี้เมื่อได้มาแล้วจะต้องพิจารณาว่าเป็นปัญหาหรือไม่โดย

นำข้อมูลไปเปรียบเทียบ การเปรียบเทียบอาจทำได้หลายแบบ เช่น เปรียบเทียบระหว่างชุมชนต่างๆ หรือเปรียบเทียบข้อมูลของชุมชนเดียวกันในช่วงเวลาที่ต่างกัน หรือเปรียบเทียบกับเกณฑ์ เป็นต้น

2.2 แนวทางการประเมินสุขภาพชุมชน

2.2.1 ข้อมูลที่ควรศึกษาเพื่อใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพชุมชน

การศึกษาเพื่อประเมินภาวะสุขภาพชุมชนจำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ให้ครอบคลุมทั้งสถานะสุขภาพอนามัยโดยตรงและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลหรือเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของชุมชนด้วยข้อมูลต่างๆ อาจเลือกที่จำเป็นและเหมาะสมกับสถานการณ์และขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา ซึ่งอาจรวบรวมและจัดหมวดหมู่ของข้อมูลที่ควรศึกษาในการประเมินภาวะสุขภาพชุมชนได้ดังนี้ (WHO, 2017)

1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของชุมชน ลักษณะสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในชุมชนเป็นปัจจัยด้านหนึ่งที่ส่งผลโดยตรงต่อกระบวนการเกิดโรคและลักษณะสิ่งแวดล้อมทางกายภาพยังส่งผลต่อพฤติกรรมและวิถีชีวิตของคนในชุมชน จึงส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของชุมชน ข้อมูลที่ควรศึกษาได้แก่

- สภาพที่ตั้งและพื้นที่ของลักษณะที่ตั้งทางกายภาพของชุมชน และอาณาเขต ลักษณะภูมิประเทศ ลักษณะภูมิอากาศ ลักษณะทางธรณีวิทยา การตั้งบ้านเรือนและสภาพบ้านเรือน การสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมในครัวเรือนและในชุมชน
- การคมนาคมและการติดต่อ ได้แก่ สภาพถนนในแต่ละฤดูกาล ยานพาหนะที่ใช้ และค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จำนวนยานพาหนะและความถี่ในการให้บริการในชุมชน การเดินทางติดต่อกับชุมชนใกล้เคียงหรือชุมชนอื่นๆ การเดินทางไปยังสถานบริการสุขภาพ การติดต่อสื่อสารของคนในชุมชนและภายนอกชุมชน
- สาธารณูปโภคในชุมชน ได้แก่ ไฟฟ้า น้ำประปา โทรศัพท์สาธารณะ ที่ทำการไปรษณีย์ เป็นต้น
- แหล่งทรัพยากรธรรมชาติที่มีอยู่ในเขตของชุมชน ได้แก่ ป่าไม้ แม่น้ำลำคลอง หรือแหล่งพืชผัก และผลไม้ป่าของชุมชน เป็นต้น
- แหล่งบริการและแหล่งประโยชน์ต่างๆ ในชุมชน ได้แก่ โรงเรียน วัด ร้านขายของชำ ร้านขายอาหาร ตลาดสด ร้านซ่อมรถ ร้านซ่อมจักรยานยนต์ หอกระจายข่าว ที่อ่านหนังสือพิมพ์ประจำหมู่บ้าน ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น สำหรับแหล่งบริการทางด้านสาธารณสุขได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน ร้านขายยา คลินิกเอกชน สถานเลี้ยงเด็กกลางวัน เป็นต้น
- สถานที่ประกอบการเชิงธุรกิจต่างๆ ได้แก่ โรงงานต่างๆ โรงสีข้าว เป็นต้น

2) ข้อมูลทางด้านลักษณะทางประชากรในชุมชน มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรค ทำให้ทราบว่ากลุ่มของประชากรที่จะมีปัญหาสุขภาพมีมากน้อยเพียงใด และอาจจะมีปัญหาสุขภาพอย่างไรบ้าง เมื่อเกิดความรุนแรงของปัญหาจะมีมากน้อยเพียงใด เมื่อพิจารณาจากลักษณะทางประชากรที่เป็นอยู่ในชุมชนข้อมูลเหล่านี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนในการให้บริการสุขภาพแก่ชุมชนได้อย่างครอบคลุม ข้อมูลที่ควรศึกษาได้แก่

- จำนวนประชากรทั้งจำนวนหลังคาเรือนและครอบครัว
- ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว จำนวนสมาชิกเฉลี่ยต่อครอบครัว
- ลักษณะทางด้านอายุและเพศของประชากร ได้แก่ จำนวนประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ
- ลักษณะทางด้านเชื้อชาติศาสนาและภาษาที่ใช้
- ลักษณะทางด้านการศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษาอัตราการรู้หนังสือ
- ลักษณะทางด้านการสมรส ได้แก่ สถานภาพสมรส สัดส่วนของสตรีที่เป็นโสด สัดส่วนของการสมรส อายุแรกสมรสเฉลี่ย
- ลักษณะทางด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การประกอบอาชีพธุรกิจในชุมชน อัตราการทำงาน การว่างงาน การมีรายได้ ภาวะหนี้สิน การถือครองที่ดิน
- ลักษณะการย้ายถิ่นและการอพยพแรงงาน

3) ข้อมูลทางด้านสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน ประวัติความเป็นมาของชุมชน ทำให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างประวัติชุมชน การเปลี่ยนแปลงในชุมชนและพฤติกรรมของคนในชุมชนที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ลักษณะทางสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อมีส่วนเกี่ยวข้องต่อความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย สังคมและวัฒนธรรมเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตในชุมชนซึ่งโยงใยไปกับวิธีคิดความเชื่อ การตัดสินใจที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน ข้อมูลที่ควรศึกษาได้แก่

- ประวัติความเป็นมาของชุมชน ประวัติการก่อตั้งชุมชน พัฒนาการของชุมชน บุคคลสำคัญที่มีส่วนในการพัฒนา การก่อตั้งความผูกพันของสมาชิกในชุมชนในอดีต ประวัติศาสตร์ทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมการเมือง เป็นต้น
- ขนบธรรมเนียมประเพณีที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพอนามัย
- ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติและข้อห้ามต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย
- ความสัมพันธ์ทางสังคมของคนในชุมชน สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพของสมาชิกในชุมชน สัมพันธภาพของผู้นำกับสมาชิกชุมชน
- องค์กรและกลุ่มต่างๆ ในชุมชนทุนทางสังคมและการมีบทบาทหน้าที่
- การมีส่วนร่วมของชุมชน และการพึ่งตนเองของชุมชน

4) ข้อมูลที่ชี้วัดสถานะสุขภาพของชุมชน

- ข้อมูลเกี่ยวกับสถิติชีพ เช่น อัตราการเกิดอย่างหยาบ อัตราตายอย่างหยาบ อัตราตายของเด็กต่ำกว่า 1 ปี อัตราตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี อัตราตายของมารดา อัตราการเพิ่มของประชากร อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด อัตราการเจริญพันธุ์ เป็นต้น

- ข้อมูลเกี่ยวกับสถิติด้านสุขภาพอนามัย เช่น โรคหรือการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในชุมชน โรคเรื้อรังที่พบบ่อยในชุมชน อัตราของผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ อัตราอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วย อัตราความชุกของโรคที่สำคัญ อัตราความชุกของความพิการ อัตราเด็กต่ำกว่า 5 ปี ที่ขาดสารอาหาร จำนวนเด็กที่คลอดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของชุมชน เป็นต้น

2.3 ตัวชี้วัดสุขภาพชุมชน

หากพิจารณาโดยทั่วไปแล้วกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาชุมชนมักประกอบด้วยระบบย่อยๆ ของชุมชนแล้วจัดหมวดหมู่เป็นองค์ประกอบต่างๆ การประเมินชุมชนตามองค์ประกอบของชุมชนตามที่ Maurer, F. A. & Smith, C. M. (2013) ได้กล่าวถึงชุมชนในฐานะผู้รับบริการ (Community as Client) ประกอบด้วยสถานที่ (Place) คนหรือประชาชน (People) และระบบทางสังคม (Social System) ทั้งนี้ในการประเมินชุมชน ขอเสนอองค์ประกอบในการประเมินชุมชนโดยดัดแปลงจากแนวคิดข้างต้นเพื่อให้มีความเหมาะสมต่อบริบทสังคมไทยและสามารถอธิบายภาวะสุขภาพชุมชน ระดับปฐมภูมิได้อย่างครอบคลุม ดังนี้

2.3.1 เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand)

เมืองไทยแข็งแรงเป็นแนวคิดการพัฒนาสร้างเสริมสุขภาพจากฐานรากตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด จนกระทั่งถึงระดับประเทศ โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนคนไทยทุกกลุ่มวัยอยู่เย็นเป็นสุข ทั้งกาย ใจ สังคมและปัญญาหรือจิตวิญญาณ มีอาชีพ มีรายได้ทำงานด้วยความสุข สามารถดำรงชีพบนพื้นฐานของความพอดี พอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีครอบครัวอบอุ่น มั่นคง อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพชีวิตและทรัพย์สิน เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีสุขภาพแข็งแรงและอายุยืนยาว ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดเมืองไทยแข็งแรง

ประเด็น/ตัวชี้วัด	เกณฑ์
1.ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไปออกกำลังกายวันละ 30 นาที อย่างน้อย3 วันต่อสัปดาห์	>50%
2.อาหารปลอดจากสารปนเปื้อน 6 ชนิด (สุ่มตรวจ สารเร่งเนื้อแดงระดับจังหวัด)	> 90%
3.ตลาดสดน่าซื้อ	≧ 80%
4.วัยรุ่นเป็นสมาชิก To be No. 1 และมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	> 50%
5.ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือน	> 50 %
6.อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก	<50 ต่อแสน ประชากร
7.ประชากร อายุ > 40 ปี ตรวจปัสสาวะและวัดความดันโลหิตทุกปี	> 80 %
8.สตรี อายุ > 35 ปี มีความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง	> 80 %
9.เด็กอายุ < 6ปี มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย ระดับตำบลมีศูนย์เด็กเล็กเข้ากระบวนการศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่อย่างน้อย 1 แห่ง	≧ 80%
10.โรงเรียนผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	≧ 50%
11.ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐานตามเกณฑ์ clean food good test	≧ 30%
12.ตลาดสดน่าซื้อ อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง	1 แห่ง
13.สถานที่ผลิตอาหารผ่านเกณฑ์ GMP	≧ 50%
14.ศูนย์เด็กเล็กน่าอยู่	≧ 30%
15.โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง	≧ 30%
16.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพหรือในระดับจังหวัด	≧ 50%

หมายเหตุ. จาก *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวง สาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563,* โดย กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563, กรุงเทพ.

2.3.2 ความจำเป็นพื้นฐาน จปฐ. (Basic minimum need)

ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) คือ ข้อมูลในระดับครัวเรือนที่แสดงถึงสภาพความจำเป็นพื้นฐานของคนในครัวเรือนในด้านต่างๆ เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ได้กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำเอาไว้ว่า คนควรจะมีคุณภาพชีวิตในแต่ละเรื่องอย่างไรในช่วงระยะเวลาหนึ่งๆ ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน

(จปฐ.) เป็นข้อมูลที่แสดงถึงลักษณะของสังคมไทยที่พึงประสงค์ตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของเครื่องชี้วัด ว่าอย่างน้อยคนไทยควรจะมีระดับความเป็นอยู่ไม่ต่ำกว่าระดับไหนในช่วงระยะเวลาหนึ่งๆ และทำให้ประชาชนสามารถทราบได้ด้วยตนเองว่าในขณะนี้คุณภาพชีวิตของตนเอง ครอบครัว รวมไปถึงหมู่บ้าน/ชุมชน อยู่ในระดับใด มีปัญหาที่จะต้องแก้ไขในเรื่องใดบ้าง เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาตนเอง ครอบครัวและสังคม อันเป็นนโยบายสำคัญในการพัฒนาประเทศ เพื่อให้ประชาชนสามารถพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างน้อยผ่านเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน โดยมีเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐานเป็นเครื่องมือ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564) มีเครื่องชี้วัด 5 หมวด 31 ตัวชี้วัด

ผู้จัดเก็บข้อมูลและผู้ให้ข้อมูล

1. ผู้จัดเก็บข้อมูล คือ คนที่เห็นความสำคัญของข้อมูลและสามารถจัดเก็บข้อมูลได้ดีที่สุด ได้แก่ กรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน สมาชิกสภาเทศบาล ผู้นำชุมชน หัวหน้าคุ้ม ผู้นำ อาสาสมัครพัฒนาชุมชน ผู้นำอาสาสมัครพัฒนาชุมชน (ผู้นำอช.) อาสาสมัครพัฒนาชุมชน (อช.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม). หรืออาสาสมัครอื่น ๆ ควรคัดเลือกคนที่อ่าน เขียนภาษาไทยได้คล่อง

2. ผู้ให้ข้อมูล คือ หัวหน้าครัวเรือน คู่สมรส หรือสมาชิกในครัวเรือนที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วนและเป็นจริง

เครื่องชี้วัดข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน ช่วงแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564)

เครื่องชี้วัดข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) มี 5 หมวด 31 ตัวชี้วัด ดังนี้

หมวดที่ 1 สุขภาพ	มี 7 ตัวชี้วัด
หมวดที่ 2 สภาพแวดล้อม	มี 7 ตัวชี้วัด
หมวดที่ 3 การศึกษา	มี 5 ตัวชี้วัด
หมวดที่ 4 การมีงานทำและรายได้	มี 4 ตัวชี้วัด
หมวดที่ 5 ค่านิยม	มี 8 ตัวชี้วัด

ตารางที่ 4 หมวดที่ 1 : สุขภาพ มี 7 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด ปี 2560–2564	หน่วย
1	เด็กแรกเกิดมีน้ำหนัก 2,500 กรัม ขึ้นไป	คน
2	เด็กแรกเกิดได้กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือนแรกติดต่อกัน	คน
3	เด็กแรกเกิดถึง 12 ปี ได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบตามตารางสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	คน
4	ครัวเรือนกินอาหารถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย และได้มาตรฐาน	ครัวเรือน
5	ครัวเรือนมีการใช้ยาเพื่อบำบัด บรรเทาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นอย่างเหมาะสม	ครัวเรือน
6	คนอายุ35 ปีขึ้นไปได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี	คน
7	คนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที	คน

หมายเหตุ. จาก *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวง สาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563,* โดย กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563, กรุงเทพ.

ตารางที่ 5 หมวดที่ 2 : สภาพแวดล้อม มี 7 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด ปี 2560–2564	หน่วย
8	ครัวเรือนมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัย และบ้านมีสภาพคงทนถาวร	ครัวเรือน
9	ครัวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภคเพียงพอตลอดปี อย่างน้อยคนละ 5 ลิตรต่อวัน	ครัวเรือน
10	ครัวเรือนมีน้ำใช้เพียงพอตลอดปีอย่างน้อยคนละ 45 ลิตรต่อวัน	ครัวเรือน
11	ครัวเรือนมีการจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด และถูกสุขลักษณะ	ครัวเรือน
12	ครัวเรือนไม่ถูกรบกวนจากมลพิษ	ครัวเรือน
13	ครัวเรือนมีการป้องกันอุบัติภัยและภัยธรรมชาติอย่างถูกวิธี	ครัวเรือน
14	ครัวเรือนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน	ครัวเรือน

หมายเหตุ. จาก *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวง สาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563,* โดย กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563, กรุงเทพ.

ตารางที่ 6 หมวดที่ 3 : การศึกษา มี 5 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด ปี 2560–2564	หน่วย
15	เด็กอายุ 3 - 5 ปี ได้รับบริการเลี้ยงดูเตรียมความพร้อมก่อนวัยเรียน	คน
16	เด็กอายุ 6 -14 ปี ได้รับการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี	คน
17	เด็กจบชั้น ม.3 ได้เรียนต่อชั้น ม.4 หรือเทียบเท่า	คน
18	คนในครัวเรือนที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี ที่ไม่ได้เรียนต่อและยังไม่มีงานทำ ได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพ	คน
19	คนอายุ 15 - 59 ปี อ่านเขียนภาษาไทย และคิดเลขอย่างง่ายได้	คน

หมายเหตุ. จาก *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวง สาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563,* โดย กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563, กรุงเทพ.

ตารางที่ 7 หมวดที่ 4 : การมีงานทำและรายได้ มี 4 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด ปี2560–2564	หน่วย
20	คนอายุ 15 - 59 ปีมีอาชีพและรายได้	คน
21	คนอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอาชีพและรายได้	คน
22	รายได้เฉลี่ยของคนในครัวเรือนต่อปี	บาท
23	ครัวเรือนมีการเก็บออมเงิน	ครัวเรือน

หมายเหตุ. จาก *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวง สาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563,* โดย กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563, กรุงเทพ.

ตารางที่ 8 หมวดที่ 5 : ค่านิยม มี 8 ตัวชี้วัด

ที่	ตัวชี้วัด ปี 2560 – 2564	หน่วย
24	คนในครัวเรือนไม่ดื่มสุรา	คน
25	คนในครัวเรือนไม่สูบบุหรี่	คน
26	คนอายุ 6 ปีขึ้นไป ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	คน
27	ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน ภาครัฐหรือภาคเอกชน	คน
28	ผู้พิการได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน ภาครัฐหรือภาคเอกชน	คน
29	ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชน ภาครัฐหรือภาคเอกชน	คน

ที่	ตัวชี้วัด ปี 2560 – 2564	หน่วย
30	ครัวเรือนมีส่วนร่วมทำกิจกรรมสาธารณะเพื่อประโยชน์ของชุมชนหรือท้องถิ่น	ครัวเรือน
31	ครอบครัวมีความอบอุ่น	ครัวเรือน

หมายเหตุ. จาก *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวง สาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563,* โดย กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563, กรุงเทพ.

2.3.3 เมืองน่าอยู่

เป็นที่ยอมรับและเข้าใจกันดีว่าเป็นพัฒนาการต่อเนื่องของแนวคิดสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) และยุทธศาสตร์สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for All) แต่ได้เน้นพื้นที่ชุมชนเมือง ซึ่งมีลักษณะความหนาแน่นของประชากรและลักษณะปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนเกี่ยวพันกันหลายด้าน ทั้งนี้โดยมุ่งเน้นประเด็นปัญหาด้านความสลับซับซ้อนของสิ่งแวดล้อมในเมืองด้านต่างๆ ทั้งสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม หรืออื่นๆ ทุกด้าน ในขณะเดียวกันเรื่องเมืองน่าอยู่ก็มีพัฒนาการมาอย่างแนบแน่นกับพัฒนาการด้านการส่งเสริมสุขภาพในระดับโลก ซึ่งมีการตื่นตัวกันมากในการกำหนดความหมายและยุทธวิธีที่กว้างยิ่งขึ้นของคำว่า "การส่งเสริมสุขภาพ" (Health Promotion) จากการประชุมนานาชาติเรื่องส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเกิดขึ้นครั้งแรกที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา อันเป็นที่มาของการประกาศกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ขึ้น เมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 หรือ ค.ศ. 1986 (ซึ่งจะเห็นว่าเพียง 2 ปี หลังจากการประกาศตัวจะเป็นเมืองน่าอยู่ของเมืองโตรอนโต และพร้อมๆ กับการประกาศโครงการเมืองน่าอยู่ของสำนักงานองค์การอนามัยโลก ภูมิภาคยุโรป)

พัฒนาการเรื่องแนวคิดเมืองน่าอยู่ และการส่งเสริมสุขภาพในแนวใหม่กับการสาธารณสุขมูลฐาน มีความเกี่ยวพันกันแน่วแน่น คือยุทธศาสตร์หลักเรื่องนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพก็ดี สภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพก็ดี เรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือการเสริมสร้างพลังของชุมชน ล้วนแล้วแต่เป็นหลักการสำคัญร่วมกันทั้งสิ้น

ปัจจัยส่งผลต่อสุขภาวะของคน สุขภาวะของเมืองและชุมชน

1. ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ ปัจจัยที่เป็นอยู่แล้วโดยธรรมชาติ ไม่อาจยับยั้งเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ เช่น ความเป็นหญิงหรือเป็นชายมาแต่ปฏิสนธิย่อมทำให้สรีระแตกต่างกัน ชายย่อมมีกระดูกและกล้ามเนื้อแข็งแรงกว่าในเรื่องโครงร่างและการปฏิบัติการ มีอวัยวะของความเป็นชายต่างไปจากหญิง ดังนั้นจึงมีโอกาสป่วยจากโรคของอวัยวะเหล่านั้นที่หญิงไม่มี และหญิงไม่มีโอกาสป่วย เช่น โรคต่อมลูกหมากอักเสบ มะเร็ง หรือนิ่วในต่อมลูกหมาก ในทางตรงข้ามแม้หญิงจะมีสรีระโดยทั่วไปอ่อนแอกว่าชาย แต่ก็ได้มีการพิสูจน์แล้วว่ามีความทนทานมากกว่าบางสภาวะ นอกจากนั้นหญิงมีมดลูกซึ่งชายไม่มี หญิงจึงมีโอกาสเป็นโรคต่างๆ ของมดลูกได้ ซึ่งชายไม่มีโอกาส อีกตัวอย่างหนึ่ง เช่น ความ

เป็นเด็กหรือความเป็นคนชราก็มีโรคหรือความเจ็บป่วยแตกต่างกัน มีผลต่อสุขภาพได้แตกต่างจากคนอื่นๆ เช่น โรคต้อกระจก โรคข้อเสื่อม โรคความจำเสื่อมในคนชรา เป็นต้น หรืออีกตัวอย่างหนึ่ง เช่น ลักษณะต่างๆ ที่ถ่ายทอดกันโดยหน่วยพันธุกรรมจากพ่อหรือแม่สู่ลูก (เฉพาะลูกชายหรือทั้งชายและหญิง) เช่น โรคตาบอดสี โรคกล้ามเนื้อฝ่อ โรคซีดจากพันธุกรรม (Thallasmia) คนใดมีหน่วยพันธุกรรมดังกล่าวก็ย่อมจะมีโอกาสป่วยด้วยโรคนี้ตั้งแต่เล็กๆ น้อยๆ ไปจนถึงกับเสียชีวิตได้ หากคนใดไม่มีหน่วยพันธุกรรมดังกล่าวจะไม่มีโอกาสหรือความเสี่ยงที่เป็นโรคนั้น ภาวะภูมิคุ้มกันโรคที่ร่างกายสร้างขึ้นจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเอง จะโดยธรรมชาติหรือโดยการกระตุ้นให้สร้างขึ้นด้วยวัคซีนก็ตามก็เป็นปัจจัยทางชีวิภาพ อีกอย่างหนึ่งที่จะช่วยป้องกันสุขภาพของคนๆ นั้น ได้โดยทำให้ร่างกายไม่ติดเชื้อโรคได้โดยง่าย หรือติดเชื้อแล้วก็หายป่วยโดยง่าย เป็นต้น

2. ปัจจัยทางบริการสาธารณสุขและบริการการแพทย์ ความรู้และวิทยาการทางการแพทย์ใหม่ๆ การคิดค้นยาเวชภัณฑ์ วัคซีนและเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ชนิดใหม่ๆ ที่ช่วยให้รู้สภาวะต่างๆ ของร่างกายในยามปกติและยามเจ็บป่วยหรือไม่ ปกติมากขึ้น แม่นยำขึ้น ไปจนถึงเรียนรู้วิธีการที่จะปราบหรือกวาดล้างโรคติดต่อเพียงชนิดเดียวหรือสองชนิดให้หมดไปจากโลก หรือจากภูมิภาคต่างๆ ได้ ทำให้นักการสาธารณสุขและนักการแพทย์ลำพองใจว่าการพัฒนาบริการ การป้องกันโรคด้วยวัคซีน ตรวจและรักษาพยาบาลด้วยเครื่องมือและยาใหม่ๆ จะเป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ทีจะช่วยให้คนมีสุขภาวะที่ดีได้ แต่ทุกอย่างที่เป็นปัจจัยร่วมในการกำหนดสุขภาวะของคนต่างก็มีพลวัตของตนเอง และยังยึดโยงเกี่ยวพันกันและกัน และกระทบถึงกันและกันอย่างเป็นองค์รวมของธรรมชาติ การทุ่มเททรัพยากรไปเพื่อการพัฒนาบริการด้านการแพทย์จึงไม่เคยทันกับการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยร่วมเหล่านั้น ไม่ว่าจะเป็นเชื้อโรค สภาวะแวดล้อมทั้งอากาศ ดิน น้ำ ฝุ่นละอองหรือมลภาวะอื่นๆ หรือแม้แต่พฤติกรรมหรือวิถีชีวิตของคนผู้เป็นเจ้าของแห่งสุขภาวะนั้นๆ

3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตของคน พฤติกรรมการประพฤติปฏิบัติของคนแต่ละเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ แต่ละสังคมและท้องถิ่น เป็นเรื่องละเอียดอ่อนและสลับซับซ้อน บางครั้งยากที่จะเข้าใจถึงเหตุผลและเงื่อนไขต่างๆ ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเหล่านั้น โดยเฉพาะหากมองจากบุคคลภายนอกที่ห่างไกลจากชุมชนนั้นๆ โดยเฉพาะห่างไกลทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ภาษา ตลอดไปจนถึงระบบความคิด ความเชื่อที่ฝึกฝนอบรมและระบบการศึกษา ระบบการเมือง ระบบเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมที่ตนเองคุ้นเคย เพราะเงื่อนไขต่างๆ เหล่านี้ (และอื่นๆ อีกมากมาย) ล้วนเป็นแรงจูงใจแรงกระตุ้น แรงผลักดัน หรือแรงขัดขวาง ให้ตัดสินใจประพฤติปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติในเรื่องใดๆ อันเรียกว่า เป็นพฤติกรรมของคนๆ นั้น และเมื่อปฏิบัติจนเป็นปกติวิสัยต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่ว่าจะอยู่ในสภาวะแวดล้อมใดๆ ก็กลายเป็นสิ่งที่เรียกว่า "วิถีชีวิต" ของคนผู้นั้นนั่นเอง

4. สิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลนั้นมีมากมายตั้งแต่สิ่งมีชีวิตที่เล็กที่สุด ได้แก่ เชื้อโรคต่างๆ ทั้งบักเตรี เชื้อรา ไวรัส ริคเกตเซีย ซึ่งมีผลต่อสุขภาพทำให้เกิดการเจ็บป่วยไปจนถึงตายได้โดยตรง หรือแม้แต่เชื้อบักเตรีที่ไม่ใช่เชื้อโรคบางชนิดที่อยู่ในร่างกายคนตามผิวหนัง หรือลำไส้ ทางเดินอาหาร หรือระบบอวัยวะอื่นๆ บางอย่างเป็นปกติ (Normal Flora) ก็มีบทบาทช่วยรักษาสมดุลของร่างกายไม่ให้ติเชื้อเจ็บป่วยได้ บางชนิดทำหน้าที่รักษาดุลยภาพของร่างกายคนโดยการปรับภาวะความเป็นกรดด่างในร่างกาย บางชนิดทำหน้าที่รักษาดุลยภาพของร่างกายโดยช่วยป้องกันหรือควบคุม บักเตรีชนิดที่เป็นเชื้อโรคไม่ให้แบ่งตัวรุกลามขึ้นมาจนเป็นอันตราย แต่บางชนิดก็ทำหน้าที่ผลิตหรือสร้างสารบางอย่างที่จำเป็น และเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เช่น วิตามินบางชนิด หรือช่วยในการย่อยอาหารบางอย่างออกมาในทางเดินอาหารของคน เป็นต้น

สิ่งมีชีวิตขนาดใหญ่ขึ้นที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ สัตว์พวกหนอนพยาธิต่างๆ พวกแมลงต่างๆ ซึ่งอาจเป็นต้นเหตุโดยตรงของผิวหนังหรือเส้นผมและขนตามร่างกาย หรืออาจเป็นเหตุทางอ้อมโดยเป็น ตัวพาหะนำเชื้อโรคอีกทีหนึ่ง เช่น ยุง แมลงวัน แมลงสาบ แมลงหวี่ หรือสัตว์ขนาดใหญ่ขึ้น เช่น หนู สุนัข สุกร โค กระบือ ซึ่งอาจนำโรคร้ายต่างๆ มาสู่คนได้เช่นกัน โรคที่นำโดยแมลงเป็นพาหะที่สำคัญ ได้แก่ มาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้สมองอักเสบ อหิวาตกโรค ไข้ไทฟอยด์ (รากสาดน้อย) โรคเท้าช้าง เป็นต้น ส่วนโรคที่นำโดยสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม ได้แก่ กาฬโรค โรคแลปโตสไปโรซิส (โรคฉี่หนู) โรคกลัวน้ำ พยาธิสมอง ทรีฆิโนซิส โรคแอนแทรกซ์ และวัณโรค เป็นต้น สำหรับสิ่งแวดล้อมพวกพืชต่างๆ นอกจากเชื้อราซึ่งเป็นพืชชั้นต่ำที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคโดยตรงแล้ว พืชที่ให้เกสรดอกที่ปลิวกระจายไปได้ไกลๆ หลายชนิดก็เป็นเหตุของโรคภูมิแพ้ต่างๆ พืชบางอย่างเป็นอาหารแต่บางครั้งการขาดความรู้ที่แท้จริงก็อาจบริโภคชนิดที่เป็นพิษถึงชีวิตได้ เช่น เห็ดต่างๆ ที่ขึ้นตามธรรมชาติ หรืออาจบริโภคส่วนที่มีพิษ โดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ได้ เช่น เปลือกมันสำปะหลังหรือบริโภคหัวกลอยป่า โดยไม่ผ่านกรรมวิธีกำจัดสารพิษเสียก่อน เป็นต้น

สำหรับสิ่งแวดล้อมที่ไม่มีชีวิตและมีผลกระทบต่อสุขภาพของคนและสุขภาวะของสังคม หรือชุมชนหรือของเมืองนั้น ขณะนี้กำลังเป็นที่สนใจกันอย่างกว้างขวาง และสามารถจัดแบ่งประเภทออกได้มากมาย กลุ่มที่ได้รับความสนใจศึกษาค้นคว้ากันอย่างกว้างขวางและกระพือความสนใจได้อย่างต่อเนื่องแผ่ขยายไปทั่วโลก ได้แก่ อาหาร อากาศ ฝุ่นและควัน ขยะ น้ำเสีย เสียงดัง กลิ่นเหม็น อุณหภูมิและการจราจร เป็นต้น แต่จะกล่าวถึงโดยละเอียดเพื่อให้เห็นภาพชัดเจน เช่น การพฤติกรรมที่คนเราประพฤติปฏิบัติอยู่เป็นปกตินั้นมีมากมายนับร้อยนับพันอย่างแตกต่างกันไป และผลของการประพฤติปฏิบัตินั้นก็แตกต่างกันไป เป็นที่พอใจของผู้ปฏิบัติและผู้อื่นที่ได้รับผลจากการปฏิบัติบ้าง ไม่เป็นที่พอใจของผู้ปฏิบัติบ้าง พฤติกรรมบางอย่างมีผลเฉพาะต่อผู้ปฏิบัติ ไม่เกี่ยวข้องกับใครแต่บางอย่างก็มีผลกระทบต่อผู้อื่นและหรือสิ่งแวดล้อม ทั้งที่เป็นสิ่งแวดล้อมที่มีชีวิตหรือไม่ก็ตาม อย่างไรก็ดีมีพฤติกรรมอยู่กลุ่มหนึ่งที่การปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัตินั้นอาจจะมีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อม หรือเป็น

ผลในระยะสั้นหรือระยะยาวต่อสุขภาพของตนเองหรือผู้อื่นได้ กลุ่มพฤติกรรมนี้เรียกว่าเป็น "พฤติกรรมสุขภาพ" หรือ "พฤติกรรมอนามัย" (Health Behaviors) พฤติกรรมกลุ่มนี้มีจำนวนมาก บางทฤษฎีได้แบ่งไว้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ 1) พฤติกรรมในการป้องกันสุขภาพ 2) พฤติกรรม (ที่เปลี่ยนไป) เมื่อยามเจ็บป่วย และ 3) พฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อป่วย ในที่จะหยิบยก พฤติกรรมกลุ่มย่อยในกลุ่มของพฤติกรรมป้องกันสุขภาพมาให้ดูเป็นตัวอย่าง

องค์การอนามัยโลกได้รวบรวมคุณลักษณะของเมืองน่าอยู่ 11 ประการดังนี้ (ประเวศ วะสี, 2559)

1. มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี สะอาด ปลอดภัย ปราศจากมลพิษ รวมทั้งคุณภาพของที่อยู่อาศัย

2. มีระบบนิเวศที่ยึดโยงการอยู่ร่วมกันระหว่างพืช สัตว์และสิ่งแวดล้อม ที่สามารถอยู่ร่วมกันอย่างสมดุลอย่างยั่งยืนนาน

3. ชุมชนมีความเข้มแข็งเกื้อกูลซึ่งกันและกัน ไม่เอารัดเอาเปรียบซึ่งกันและกัน

4. ประชาชนมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง ในการกำหนด ควบคุมและการตัดสินใจ เกี่ยวกับเรื่องที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพอนามัยและความกินดีอยู่ดี

5 ประชาชนได้รับการตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานของชีวิตคือ อาหาร น้ำ ที่อยู่อาศัย รายได้ ความปลอดภัยและการมีงานทำ

6. ประชาชนมีสิทธิมีโอกาสรับรู้ข่าวสาร มีกลไกการระดมความคิด ประสบการณ์และทรัพยากรอันหลากหลาย และสามารถติดต่อสื่อสารกันได้โดยสะดวก รวดเร็ว เพื่อการทำงานร่วมกันในชุมชน

7. เป็นเมืองที่มีระบบเศรษฐกิจ สังคมที่หลากหลาย มีชีวิตชีวาสร้างสรรค์เติบโตและมีนวัตกรรมอยู่เสมอ

8. มีการเสริมสร้างและเชื่อมโยงมรดกทางวัฒนธรรมและการดำรงชีวิตที่เคยมีในอดีตกับการดำรงชีวิตของคนในชุมชนทุกกลุ่มในปัจจุบัน

9. มีรูปแบบการดำเนินงานที่สามารถขับเคลื่อนโครงการให้บรรลุเป้าหมาย หรือการมีรูปแบบการพัฒนาที่ผสมผสานกลมกลืนกับส่วนอื่นๆ ในสังคม โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด

10. มีระบบการให้บริการทางสาธารณสุข การรักษาพยาบาลที่ทั่วถึงและเหมาะสมสำหรับประชาชนทุกคน

11. ประชาชนมีสภาวะสุขภาพดี และมีอัตราการเจ็บป่วยในระดับต่ำ

จะเห็นว่าลักษณะของเมืองน่าอยู่จะมีลักษณะเป็นองค์รวม (Holistic) กล่าวคือให้ความสำคัญกับระบบนิเวศที่ได้สมดุลเป็นเบื้องต้น ให้ความสำคัญกับความเข้มแข็งของชุมชน การมีส่วนร่วมของ

ชุมชนในการตัดสินใจใดๆ ที่มีผลต่อชีวิตและสุขภาพของชุมชน ควรคำนึงถึงการได้รับบริการขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต การมีวิถีชีวิตอันหลากหลายรูปแบบ แต่ละรูปแบบมีความกลมกลืนเชื่อมโยงกันเป็นอย่างดี ผ่านกระบวนการทางวัฒนธรรมและประวัติศาสตร์ของชุมชน ตลอดจนทิศทางการพัฒนาเป็นไปอย่างยั่งยืน สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลให้ชุมชนมีสุขภาพที่ดีและมีลักษณะของเมืองน่าอยู่ที่แท้จริง

ดัชนีชี้วัดเมืองน่าอยู่ ชุมชนน่าอยู่ ส่วนใหญ่เน้นหนักไปในด้านความมีสุขภาพอนามัยดีซึ่งสามารถจัดกลุ่มของดัชนีชี้วัดจำแนกออกเป็น 4 ด้านดังนี้

1. ดัชนีชี้วัดหรือสะท้อนให้ทราบถึงสภาวะของการที่ชุมชนมีความเข้มแข็งช่วยเหลือเกื้อกูลไม่เอารัดเอาเปรียบ ความมีสุขภาพอนามัยที่ดีมีการรับบริการทั้งทางด้านสาธารณสุข การศึกษาบริการทางสังคมอื่นๆ รวมทั้งมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน ดัชนีชี้วัดนี้ ได้แก่ อัตราการเจ็บป่วย การให้บริการด้านสุขภาพ การให้บริการทางสังคม และการให้บริการการศึกษา เป็นต้น

2. ดัชนีทางด้านสิ่งแวดล้อมและกายภาพ ตัวชี้วัดสะท้อนให้ทราบถึงสถานะของเมืองที่มีการรักษาความสะอาดด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่ดี รวมถึงที่อยู่อาศัยสะอาด ปลอดภัย มีระบบนิเวศที่สมบูรณ์และยั่งยืน ดัชนีชี้วัดนี้ได้แก่ คุณภาพอากาศ คุณภาพเสียง คุณภาพแหล่งน้ำสาธารณะและการ ใช้พลังงาน เป็นต้น

3. ดัชนีทางด้านเศรษฐกิจ ตัวชี้วัดสะท้อนให้ทราบถึงสถานประกอบอาชีพและความมั่นคงด้านเศรษฐกิจของประชาชน ดัชนีชี้วัดนี้ได้แก่ การใช้แรงงานเด็ก และการกระจายรายได้ เป็นต้น

4. ดัชนีทางด้านการบริหาร ตัวชี้วัดสะท้อนให้ทราบถึงท้องถิ่น หรือชุมชนมีรูปแบบการดำเนินงานที่สามารถขับเคลื่อนโครงการให้บรรลุเป้าหมาย รวมถึงการที่ประชาชนมีโอกาสรับรู้ข่าวสารเพื่อทำงานร่วมกันในชุมชน ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนด ควบคุม การพัฒนาชุมชนของตนเอง ดัชนีชี้วัดนี้แก่ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการประชาสัมพันธ์ และการรับรู้ข่าวสาร เป็นต้น

2.3.4 เมืองน่าอยู่อัจฉริยะ (พ.ศ. 2561-2565)

การพัฒนาพื้นที่และเมืองน่าอยู่อัจฉริยะ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพื้นที่ในภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ เพื่อลดความแออัดของประชากรในกรุงเทพฯ และภาคกลาง กระจายความเจริญออกไปยังพื้นที่ส่วนอื่นๆ ของประเทศ ลดความเหลื่อมล้ำทางสังคม และยกระดับรายได้และคุณภาพชีวิตของประชาชน โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาเมืองและพื้นที่ตามแผนผังภูมินิเวศ เพื่อเป็นฐานการพัฒนาพื้นที่และเมืองให้เป็นเมืองน่าอยู่อัจฉริยะ โดยเฉพาะศูนย์เศรษฐกิจ แหล่งที่อยู่อาศัย พื้นที่เฉพาะเพื่อพัฒนาและอนุรักษ์ในเขตเมือง เขตอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ เขตนวัตกรรม พื้นที่พิเศษ เพื่อการอนุรักษ์แหล่งโบราณคดี มรดกทางสถาปัตยกรรมและศิลปวัฒนธรรม พื้นที่ชนบท พื้นที่เกษตรกรรม อัตลักษณ์และวิถีชีวิตพื้นถิ่น ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เพื่อเป็นศูนย์กลางความเจริญในการกระจายความเจริญไปยังพื้นที่โดยรอบ และเพิ่มความสามารถในการแข่งขันของ

ประเทศ โดยนำแนวคิดการพัฒนาพื้นที่ที่ทันสมัยและแผนผังภูมินิเวศมาประยุกต์ใช้ในการวางแผนภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชน พัฒนาระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่และนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ในการพัฒนา

ประเด็นพื้นที่และเมืองน่าอยู่อัจฉริยะ เป็นประเด็นแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติจึงมีความสำคัญ เพื่อพัฒนาศูนย์กลางความเจริญทางเศรษฐกิจและสังคมในทุกภูมิภาคของประเทศ เพื่อกระจายความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นการพัฒนาพื้นที่และเมืองน่าอยู่อัจฉริยะ ประกอบด้วย 2 แผนย่อย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559) สรุปได้ดังนี้

1. การพัฒนาเมืองน่าอยู่อัจฉริยะ ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเมืองตามแผนผังภูมินิเวศให้เป็นเมืองที่มีความน่าอยู่ สามารถรองรับกิจกรรมทางเศรษฐกิจ เป็นที่อยู่อาศัย ลดความเหลื่อมล้ำและระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ทุกกลุ่ม โดยแบ่งการพัฒนาเมืองออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่ 1) เมืองศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ ซึ่งเน้นพัฒนาเมืองศูนย์กลางทางเศรษฐกิจของภาคให้มีศักยภาพในการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจ เทียบเท่าเมืองขนาดใหญ่ในระดับนานาชาติมีความน่าอยู่และมีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่มาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการเมือง และ 2) เมืองขนาดกลาง ซึ่งเน้นการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานให้ครอบคลุมทั่วถึงและได้มาตรฐานเพื่อส่งเสริมให้เป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจและการบริการสำหรับพื้นที่โดยรอบ ก่อให้เกิดการสร้างงานในพื้นที่และลดความเหลื่อมล้ำ

2. การพัฒนาเมือง ชนบท เกษตรกรรมและอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ ที่มีการบริหารจัดการตามแผนผังภูมินิเวศอย่างยั่งยืน จัดทำและพัฒนาระบบการเชื่อมโยง จัดการและวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่เพื่อการจัดทำแผนผังภูมินิเวศระดับประเทศ รวมถึงสนับสนุนการบริหารจัดการตามศักยภาพของภูมินิเวศ จัดทำแผนผังภูมินิเวศของพื้นที่ตามเกณฑ์และมาตรฐาน การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน การจัดการสิ่งแวดล้อม การกำหนดเขตพื้นที่แนวกันชน พร้อมทั้งการจัดทำผังเมืองและชนบทตามเกณฑ์มาตรฐานและองค์ประกอบของผังเมือง รวมด้านการใช้ประโยชน์ที่ดิน คมนาคมขนส่ง สาธารณูปโภคสาธารณูปการ การจัดทำแผนผังพื้นที่เขตเกษตร เศรษฐกิจ แผนที่เกษตร เพื่อการบริหารจัดการเชิงรุก เพื่อใช้ในการพัฒนาการเกษตรปลอดภัยและเกษตรอินทรีย์ การจัดทำผังพื้นที่อุตสาหกรรมตามเกณฑ์มาตรฐาน ตลอดจนตัวชี้วัดเมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ การจัดทำผังพื้นที่อนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ แหล่งโบราณคดี มรดกทางสถาปัตยกรรมและศิลปวัฒนธรรม อัตลักษณ์และวิถีชีวิตพื้นถิ่นอย่างยั่งยืน รวมถึงการสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายองค์กรพัฒนาเมือง ชุมชนและเครือข่าย ที่ประกอบด้วยภาคีสำคัญตามบริบทของพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม เชื่อมโยงการพัฒนาร่วมกันในทุกระดับและพัฒนาศักยภาพ องค์กร เพื่อการพัฒนาเมือง ชุมชนและเครือข่าย ให้มีทักษะทัดเทียมกับประเทศอื่นในระดับสากล โดยพัฒนาสหกรณ์ วิสาหกิจชุมชน หรือองค์กรธุรกิจประจำชุมชน เพื่อ

ส่งเสริมให้เกิดกลไกทางเศรษฐศาสตร์ในการพัฒนาผลผลิตตามมาตรฐานสากล ธุรกิจชุมชนแบบครบวงจรและตลาดเพื่อเกษตรกรโดยเกษตรกร พร้อมกับส่งเสริมกิจกรรมสร้างความสัมพันธ์และรายได้ให้กับชุมชน

เป้าหมายและตัวชี้วัดของแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นพื้นที่และเมืองน่าอยู่อัจฉริยะ ดังนี้

1. การกำหนดทิศทางการใช้ประโยชน์ที่ดินตามบริบทของเมือง
2. การพัฒนาเมืองและชุมชนให้เป็นไปตามผังเมือง
3. การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับผู้ใช้ประโยชน์
4. การยกระดับคุณภาพชีวิตสำหรับผู้มีรายได้น้อยและผู้ด้อยโอกาส
5. การนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในชีวิตประจำวัน
6. การนำหลักเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในชีวิตประจำวัน
7. การป้องกันและดูแลความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
8. การเสริมสร้างสุขภาพที่ดีของคนในเมือง โดย 1) การดำเนินงานด้านการป้องกันและควบคุมโรค เช่น การกำจัดลูกน้ำยุงลาย การควบคุมโรคไม่ติดต่อ การส่งเสริมการฉีดวัคซีนป้องกันโรค 2) การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย การส่งเสริมการบริโภคที่เหมาะกับช่วงวัย การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่และเด็ก 3) การดำเนินงานด้านการรักษาโรคเบื้องต้น เช่น การมีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ มีหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน การออกหน่วยรักษาพยาบาล และ 4) การดำเนินงานด้านการฟื้นฟูสภาพ เช่น การดูแลผู้ป่วยติดเตียง การฟื้นฟูสภาพจิตใจ การส่งเสริมการกายภาพบำบัดที่บ้าน เป็นต้น
9. การคุ้มครองสุขภาพอนามัย โดย 1) กิจกรรมตรวจสอบ ควบคุม ป้องกันเพื่อให้เกิดการคุ้มครองสุขภาพอนามัยของประชาชน เช่น การส่งเสริมให้สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาล การตรวจสอบคุณภาพน้ำจากตู้น้ำหยอดเหรียญ 2) การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจของประชาชนในการบริโภคสินค้าและบริการที่ส่งผลต่อสุขภาพอนามัย 3) การตรวจสอบคุณภาพหรือสารปนเปื้อนในสินค้าและบริการที่มีผลต่อสุขภาพ และ 4) การประเมินผลการดำเนินงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภค
10. การส่งเสริมการศึกษาอย่างหลากหลายและเท่าเทียม
11. การจัดสวัสดิการที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชน
12. การป้องกันและแก้ไขปัญหา สุรา บุหรี่ ยาเสพติดและอบายมุข
13. การส่งเสริมความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ความสามัคคีและเอื้ออาทรระหว่างคนในชุมชน โดย 1) จัดทำฐานข้อมูลทางสังคมที่จำเป็น อาทิ แม่เลี้ยงเดี่ยว แม่วัยใส ครอบครัวที่มีความเสี่ยงด้านความรุนแรง เป็นต้น เพื่อเป็นข้อมูลในการจัดทำแผนงาน/โครงการให้สอดคล้องกับประเด็น

ปัญหาในพื้นที่ 2) จัดทำแผนงาน/โครงการด้านการส่งเสริมความสัมพันธ์ของครอบครัว ความสามัคคีและเอื้ออาทรระหว่างคนในชุมชน 3) จัดทำกิจกรรมโครงการด้านการส่งเสริมความสัมพันธ์ของครอบครัว ความสามัคคีและเอื้ออาทรระหว่างคนในชุมชน เช่น ค่าย 3 วัย กิจกรรมอุ้ยสอนหลาน เยาวชนอาสาดูแลผู้ป่วยติดเตียง 4) แนวทาง/กิจกรรมตัวอย่างกิจกรรมให้คำปรึกษาปัญหาครอบครัว กิจกรรมอาสาเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เป็นต้น และ 5) ประเมินผลตามแผนงาน/โครงการ โดยครอบคลุมการประเมินความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของกลุ่มเป้าหมายและประเมินความสามัคคีและเอื้ออาทรระหว่างคนในชุมชน โดยครอบคลุมการประเมินการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนาชุมชนด้วย

14. การพิทักษ์สิทธิ์ของเยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส โดย 1) การสำรวจภัยคุกคามและศักยภาพของเยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้ติดเชื้อ HIV ในพื้นที่ 2) ดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในกิจกรรมพิทักษ์สิทธิ์ของเยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้ติดเชื้อ HIV เช่น การคุ้มครองเด็กและสตรีจากการล่วงละเมิดทางเพศ การให้โอกาสทางการศึกษาแก่เด็กเร่ร่อน เด็กไร้สัญชาติ การดูแลสิทธิ์ผู้ติดเชื้อ HIV ในด้านสิทธิเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น และ 3) ประเมินผลการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วม โดยครอบคลุมประเด็นสิทธิและคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมาย

15. การดูแลรักษาและใช้ประโยชน์ทรัพยากรธรรมชาติให้คงไว้ซึ่งระบบนิเวศน์ที่ดี

16. การจัดการขยะมูลฝอยชุมชนอย่างครบวงจรและเหมาะสม

17. การจัดการน้ำเสีย หรือมลพิษทางอากาศอย่างเหมาะสม

18. การอนุรักษ์และพัฒนาพื้นที่สีเขียวให้เกิดประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต

19. การปรับภูมิทัศน์เมืองให้มีความสวยงามและสอดคล้องกับสภาพเมือง

20. การส่งเสริมการผลิต การบริการและการบริโภคที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม

21. การส่งเสริมการใช้พลังงานและน้ำอย่างมีประสิทธิภาพ

22. การกำหนดวิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์พร้อมแปลงไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม

23. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรอบรู้และเชี่ยวชาญในงานที่รับผิดชอบ

24. การสร้างองค์กรเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้

25. การสนับสนุนให้เกิดสภาพแวดล้อมและบรรยากาศในการทำงานที่เอื้อต่อคุณภาพชีวิต

26. การส่งเสริมให้ผู้บริหารและบุคลากรมีคุณธรรม จริยธรรมในการบริหารและทำงานตามมาตรฐาน คุณธรรม จริยธรรมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

27. การมีกระบวนการตอบสนองต่อการให้บริการขอรับบริการ และจัดการข้อร้องเรียนของประชาชนอย่างครบถ้วนเป็นระบบ

28. การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและผลงานของเทศบาล

29. ความร่วมมือในการดำเนินงานกับหน่วยงานอื่น

30. การจัดเก็บรายได้ให้ได้ตามเป้าหมาย ลดรายจ่ายหรือความพยายามในการหารายได้อื่น

2.3.5 คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่นำมาใช้เป็นเป้าหมายในการแก้ปัญหาสำหรับชุมชน กลุ่มคน กลุ่มเฉพาะโรค กล่าวคือเป็นลักษณะของชีวิตที่มีคุณภาพหรือองค์ประกอบต่างๆ ของชีวิตที่มีคุณภาพหรือคุณสมบัติของชีวิตที่ดี เป็นส่วนร่วมที่เกื้อกูลกันและกันกับสังคมและสิ่งแวดล้อม มีความพร้อมและสามารถที่จะพัฒนาตัวเองให้เจริญงอกงามสู่ความมีสันติสุขและอิสรภาพสมบูรณ์ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับคือคุณภาพชีวิตระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนาการ และระดับเลือกโอกาส

1) คุณภาพชีวิตระดับพื้นฐาน

- สุขภาพดีมีพลานามัยและมีปัจจัยเครื่องรักษาส่งเสริมสุขภาพ
- พึ่งตนได้ทางเศรษฐกิจ เช่น มีอาชีพที่ประกอบโดยประหยัด ขยัน สุจริต มีเงินใช้ มีเงินเก็บเป็นผู้ผลิตและบริโภคเป็น
- มีอาหารที่มีคุณค่ามีกินและกินเป็น
- มีที่อยู่อาศัยและที่ทำงานที่เหมาะ ไม่แออัด สะอาด สะดวกสบาย ต่อการดำเนินชีวิตทำงานและการเดินทางที่ปลอดภัย
- มีครอบครัวซึ่งมีกำลังพอบำรุงเลี้ยงได้ อยู่ด้วยกันอย่างความสุขอบอุ่นและร่มเย็น
- อยู่ร่วมและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี รับผิดชอบเผื่อแผ่มีน้ำใจ เกื้อการุณย์ ผูกมิตร และควรทำกิจที่เป็นประโยชน์

2) คุณภาพชีวิตระดับพัฒนาการ

- มีการศึกษารู้เท่าทันเหตุการณ์ มีประสบการณ์ที่เป็นฐานของการดำเนินชีวิตและตัดสินใจอย่างชาญฉลาด
- วิจารณญาณ รู้จักคิด รู้จักแก้ปัญหา ดำเนินชีวิตด้วยปัญญา มีกุศลวิธีที่จะแก้ไขคลายทุกข์ได้
- มีจิตใจที่พัฒนา เชื่อมั่นในการทำความดี ประพฤติดี สุจริตทั้งกาย วาจา ใจ มั่นใจในคุณค่าแห่งชีวิตของตน
- สุขภาพจิตดี มีความมั่นใจ มีความมั่นคงทางจิต มีเจตคติที่ดีงาม จิตใจปลอดโปร่งเบิกบาน ผ่องใส มองโลกและชีวิตตามความเป็นจริง

3) คุณภาพชีวิตระดับเพื่อโอกาส

- มีความปลอดภัยทั้งทางกายใจ
- อยู่ในสังคมที่มีสวัสดิการและบริการดี อำนวยสิทธิเสรีภาพ ความเสมอภาคและไมตรีสงเคราะห์

- อยู่ในสังคมที่อำนวยโอกาสในการทำงานที่ตนถนัด โอกาสในการเรียนรู้และเข้าถึงวิทยาการต่างๆ โอกาสการมีส่วนร่วมในสังคมในชุมชนและทางการเมือง และโอกาสในการได้รับความเป็นธรรมทางเศรษฐกิจ
- อยู่ในสังคมที่มีระเบียบวินัย มีขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมและกฎหมายที่เป็นธรรม เอื้อต่อการพัฒนาชีวิตและสังคม
- มีธรรมชาติแวดล้อมที่เกื้อกูล รื่นรมย์ สวยงาม ดิน น้ำ อากาศ บริสุทธิ์ไร้มลพิษ

2.3.6 การพึ่งตนเอง

การพึ่งตนเอง หมายถึง การที่บุคคล ครอบครัว ชุมชน สามารถรับรู้ปัญหาของตัวเอง สามารถตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาและดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ ตัวชี้วัดการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขของชุมชนมี 5 ตัวชี้วัดดังนี้

1) มีกลุ่มคน องค์กร บุคคลที่รับผิดชอบดำเนินกิจกรรมการพัฒนา
- ในหมู่บ้านมีผู้นำหลากหลายในการพัฒนา
- ในหมู่บ้านมีบุคคลอื่นที่มีความรู้ ผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ เข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนา
- ลักษณะกลุ่มคน องค์กรส่วนใหญ่ในชุมชนที่มีการดำเนินกิจกรรม
- มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน แก้ไขปัญหาของชุมชนและพัฒนาต่อเนื่อง
- ลักษณะการประสานงานระหว่างกลุ่มคน องค์กรในหมู่บ้านกับหน่วยงานอื่นนอกหมู่บ้าน
- มีเครือข่ายการพัฒนาของกลุ่มคน องค์กรในหมู่บ้านกับหน่วยงานอื่นภายนอกหมู่บ้าน

2) มีทุนใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานในหมู่บ้าน
- หมู่บ้านมีกองทุนหรือแหล่งทุนที่ใช้ในการพัฒนา
- การระดมทุนเพื่อใช้ในการแก้ปัญหาสาธารณสุข แสวงหาการสนับสนุนจากองค์กรภายนอกร่วมกับการระดมทุนภายใน
- มีการจัดการให้ทุนหมุนเวียนและมีการงอกเงยของกองทุน มีกิจกรรมหรือธุรกิจที่ชุมชนร่วมเป็นเจ้าของ
- นำผลประโยชน์จากกองทุนไปใช้ในการพัฒนาด้านสาธารณสุข

3) มีการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานในหมู่บ้าน
- มีข้อมูลพื้นฐานทั่วไปบอกถึงปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านที่เป็นปัจจุบัน
- นำข้อมูลมาใช้ประโยชน์เพื่อการพัฒนา วางแผนงาน โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของหมู่บ้าน ได้จากการระดมความคิดเห็นของประชาชนในหมู่บ้าน

- ดำเนินกิจกรรมตามแผนและติดตามประเมินผล โดยการนำทรัพยากรของชุมชนมาใช้ประโยชน์ต่อส่วนรวม

4) มีกระบวนการเรียนรู้และการถ่ายทอดความรู้มาสู่สมาชิกในชุมชน

- มีแหล่งความรู้ในชุมชน มีการจัดกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือการจัดกิจกรรมเรียนรู้ร่วมกัน
- มีการถ่ายทอดความรู้สู่บุคคลอื่นทั้งภายในและภายนอกชุมชน เสริมสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลง
- มีการเรียนรู้ระหว่างหมู่บ้านในกิจกรรมที่หลากหลาย ถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนระหว่างชุมชน รวมทั้งประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลง

5) ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนา

- มีความหลากหลายของกลุ่มบุคคลที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนา
- สัดส่วนของประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการพัฒนา
- ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมมีอาชีพมีรายได้และทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านดีขึ้น

2.3.7 ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” ปี 2563 (กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563)

1) อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

2) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย

3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี

4) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100

5) ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน

6) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

7) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

8) ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

9) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)ในชุมชนผ่านเกณฑ์

10) จำนวนครอบครัวไทยมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย

11) ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

12) ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด

13) ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง

14) ร้อยละของจังหวัดมีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวของในระดับสวนกลางและภูมิภาค อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง

15) ร้อยละของจังหวัดมีระบบรับแจ้งข่าวการใช้หรือป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด (พาราควอต คลอรไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชนหรือ อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตรหรือคลินิกโรคจากการทำงาน)

16) ร้อยละของจังหวัดมีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (ด้านเกษตรกรรมและมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร

17) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

18) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์

19) ร้อยละของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

20) ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี

21) ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม

22) อัตราตายทารกแรกเกิด

23) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

24) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด

25) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

26) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเขารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง

27) ร้อยละของประชากรเขาถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

2.3.8 ตัวชี้วัดสุขภาพและความเจ็บป่วย

พยาบาลชุมชนจำเป็นต้องมองเรื่องสุขภาพหลายระดับเนื่องจากลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลต้องให้บริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

จะเห็นว่าภาวะสุขภาพชุมชน (Community Health) เป็นภาวะความสมบูรณ์ทางด้านสุขภาพของชุมชนโดยภาพรวม ซึ่งมีองค์ประกอบหลายอย่างเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งนี้ลักษณะของชุมชน

สุขภาพดี (Healthy Community) ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก จะต้องประกอบด้วย (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2557)

1. มีการรักษาความสะอาดด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมโดยทั่วไป โดยเฉพาะที่อยู่อาศัย

2. ชุมชนมีความเกื้อกูล ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

3. ประชาชนในชุมชน มีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางในการกำหนดทิศทางความเป็นไปของชุมชน สามารถควบคุม ตรวจสอบและตัดสินใจ เกี่ยวกับผลกระทบต่อสภาพความเป็นอยู่และสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล

4. มีการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานสำหรับประชาชนในชุมชนทุกคน

5. มีกลไกการระดมความคิด

6. มีรูปแบบการดำเนินงานที่จะให้โครงการต่างๆ ที่ดำเนินในชุมชนบรรลุผล ทั้งนี้อาศัยการนำทรัพยากรที่มีในชุมชนมาใช้ในโครงการให้เกิดประโยชน์สูงสุด

7. สุขภาพของบุคคล กลุ่มคนในชุมชนอยู่ในระดับดีมาก อัตราการเจ็บป่วยและอัตราพิการอยู่ในระดับต่ำ

การอธิบายภาวะสุขภาพของชุมชน ได้มีนักวิชาการหรือคณะทำงานต่างๆ ได้พยายามสร้างรูปแบบโดยกำหนดตัวชี้วัดที่แตกต่างกันไปแล้วแต่ความเชื่อ ค่านิยม ลักษณะสังคม วัฒนธรรม แต่ประเด็นสำคัญอยู่ที่ว่าจะเลือกตัวชี้วัดอะไรมาอธิบาย จึงจะบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพของชุมชนได้อย่างดีที่สุด และภายได้ตัวชี้วัดนั้นมีตัวชี้วัดย่อยอะไรบ้างที่สามารถวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม อย่างไรก็ตามในทางสุขภาพปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวกำหนดในการเลือกตัวชี้วัดคือแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล (Nies, M. A., 2019) ดังได้จัดหมวดหมู่ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านสังคม (ครอบครัว ชุมชน) สาระสำคัญในกลุ่มนี้ คือ สิ่งที่จะทำให้เกิดความกลมกลืนและความเจริญก้าวหน้าในสังคม เครื่องชี้วัดในกลุ่มนี้ คือ

- ขนาดบ้านเรือน สภาพบ้านเรือน
- รูปแบบของครอบครัว ความสัมพันธ์อันดีในเครือญาติ
- ความมั่นคงของบุคคล ครอบครัวและสังคม
- คุณภาพชีวิตของครอบครัว
- การเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวของคู่สมรสที่เต็มใจรับบริการ
- กระบวนการทางสังคม
- เสรีภาพในการเลือกและตัดสินใจ
- ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ
- ความมั่นคง ปลอดภัย อุบัติเหตุจากการทำงาน
- สภาพการทำงานในโรงงาน ความขัดแย้ง

- บริการทางสังคม การคมนาคม สวัสดิการสังคม
- การใช้เวลาว่าง นันทนาการ โอกาสในการสร้างสรรค์พัฒนาด้านอื่นๆ
- การเข้าถึงวัฒนธรรมและชีวิตที่มีคุณค่า
- การเข้าสังคม
- การแบ่งช่วงชั้นทางสังคม การเลื่อนขั้นทางสังคม
- เสรีภาพของมนุษยชน จุดมุ่งหมายของชีวิต
- การเลือกรับเทคโนโลยีที่เหมาะสม

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการศึกษา

- การได้มาซึ่งความรู้และสัมฤทธิ์ผลทางการเรียนของประชาชน
- การอ่านออกเขียนได้ การอ่านหนังสือพิมพ์ต่อวัน
- อัตราการรู้หนังสือของผู้ใหญ่
- ระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่อยู่ในโรงเรียน
- จำนวนเด็กที่ไม่ได้เข้าโรงเรียน
- โอกาสทางการศึกษา
- ร้อยละของคนที่ลาออกจากการเรียนในระดับต่างๆ
- การกระจายบริการทางการศึกษา
- จำนวนผู้จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละของการเข้าเรียน
- จำนวนผู้เข้าเรียนต่อชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละของผู้จบการศึกษาระดับประถมศึกษา
- อัตราส่วนการลงทะเบียนในระดับมัธยมศึกษา
- จำนวนผู้ตกซ้ำชั้น ผู้ลงทะเบียนเรียน
- อัตราส่วนนักเรียนต่อประชากรวัยเรียนในช่วงอายุเดียวกัน
- ค่าใช้จ่ายของรัฐเกี่ยวกับการศึกษา

องค์ประกอบที่ 3 ด้านสาธารณสุข

- โภชนาการ อาหารเสริม อาหาร อากาศ น้ำบริสุทธิ์
- ความสะดวกในการรักษาพยาบาล บริการด้านสุขภาพ
- การมีที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม
- สุขภาพแข็งแรง มีความกระปรี้กระเปร่า เจ็บป่วยไม่บ่อยครั้ง
- อายุขัยเฉลี่ย
- การตาย อุบัติภัย ลดอัตราการตายของเด็กแรกเกิด
- การปลอดจากเอดส์และโรคที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ เช่น วัณโรค

- การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม
- การมีสุขภาพจิตดี
- สารอาหารที่ได้รับในแต่ละวัน

องค์ประกอบที่ 4 ด้านสิ่งแวดล้อม

- การกระจายที่อยู่อาศัย
- สภาพของสิ่งแวดล้อมด้านที่อยู่อาศัย
- บริการสาธารณะ
- สภาพแวดล้อมธรรมชาติ
- การมีสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ
- การมีน้ำสะอาดใช้
- คุณภาพของอากาศ
- การมีความพร้อมในการป้องกันแก้ไขภัยพิบัติธรรมชาติ

องค์ประกอบที่ 5 ด้านความมั่นคงของชีวิต

- ความมั่นคงด้านเศรษฐกิจ
- ความมั่นคงด้านสุขภาพ
- ความมั่นคงด้านสิ่งแวดล้อม
- ความมั่นคงของบุคคล
- ความมั่นคงของชุมชนและครอบครัว
- ความมั่นคงทางด้านการเมือง

องค์ประกอบที่ 6 ด้านการเมืองการปกครอง

- การกระจายอำนาจการบริหาร
- การลงคะแนนเลือกตั้ง
- การมีสิทธิขั้นพื้นฐานตามกฎหมาย
- การจัดตั้งองค์กรชุมชน

2.3.9 ตัวชี้วัดสุขภาพชุมชนอื่นๆ

มีดัชนีชี้วัดอีกมากมายที่ใช้ในปัจจุบัน ซึ่งผู้เรียนสามารถศึกษาได้จากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลชุมชน สุขภาพชุมชน อาจจะเป็นการนำเสนอภาวะสุขภาพทางบวก เป็นต้นว่าความพึงพอใจในชีวิต ความผาสุกในชีวิต หรือวัดความเจริญเติบโตทางความสุข อาจจะนำเสนอภาพปัญหาภาวะของโรคต่างๆ ซึ่งเป็นผลรวมจากการตายก่อนวัยอันสมควรกับการมีชีวิตอยู่ในภาวะทุพลภาพ

การบ่งบอกภาวะสุขภาพของชุมชนหรือการตัดสินใจว่าแต่ละชุมชนมีสุขภาพอย่างไร จึงใช้กรอบแนวคิดและตัวชี้วัดที่สามารถนำมาใช้ได้อย่างหลากหลาย มีเกณฑ์กำหนดตัวชี้วัดอาจเป็นตัวชี้วัดตามเกณฑ์เป้าหมายสูงสุด ระดับสากล หรือระดับประเทศ เช่น คุณภาพชีวิตความจำเป็นพื้นฐาน การพึ่งตนเอง เมืองไทยแข็งแรง และสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งสามารถนำมาใช้ประเมินภาวะสุขภาพชุมชนและนำไปสู่การบ่งบอกภาวะสุขภาพของชุมชนได้

ตัวชี้วัดการส่งเสริมสุขภาพ 4 กลุ่มวัย ดังนี้ (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2556)

1. ประชาชนทุกกลุ่มวัยสุขภาพดีด้วยระบบส่งเสริมสุขภาพ (สตรีและเด็กปฐมวัย มีการตั้งครรภ์คุณภาพ ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย เด็กพัฒนาการสมวัย เด็กวัยเรียน วัยรุ่นเจริญเติบโตเต็มศักยภาพและมีทักษะสุขภาพ วัยทำงานสุขภาพแข็งแรง ฉลาดรอบรู้และเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยสุขภาพดี

ตัวชี้วัด	**หน่วยวัด**	**ถ้าเป้าหมาย**		
		ปี 2563	**ปี 2564**	**ปี 2565**
1. อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	การเกิดมีชีพแสนคน	17	16	15
2. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีทั้งหมด ตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	85	85	85
3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	ร้อยละ	6	62	64 ชาย 113 cms. หญิง 112 cms.
4. ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	66	67	68
5. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 ปี ต่อหญิง อายุ 10-14 ปี พันคน	อัตราต่อพัน	1.1	1.0	0.9
6. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน	อัตราต่อพัน	34	32	30

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ถ้าเป้าหมาย		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
7. ร้อยละของวัยทำงาน 18-19 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ	49	50	53
8. ร้อยละของวัยทำงานมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ	30	35	40
9. ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ	60	70	80
10. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	100	80	90	95
11. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม care plan	ร้อยละ	80	85	90

มายเหตุ. จาก *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวง สาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563,* โดย กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563, กรุงเทพ.

2. ประชาชนทุกกลุ่มวัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ตัวชี้วัดด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ถ้าเป้าหมาย		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1. ร้อยละของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	ร้อยละ	80 (ระดับดี)	60 (ระดับดีมาก)	80 (ระดับดีมาก)
2. ร้อยละของเทศบาลมีการพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับพื้นฐานขึ้นไป	ร้อยละ	60/3	70/5	75/10

3. ร้อยละของ อบต.ที่มีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อชุมชนและท้องถิ่นน่าอยู่	ร้อยละ	5	15	30
4. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ Green and clean Hospital	ร้อยละ	ระดับดีมากขึ้นไปร้อยละ 75	ระดับดีมาก ร้อยละ 80	ระดับดีมาก ร้อยละ 85

หมายเหตุ. จาก *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวง สาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563,* โดย กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563, กรุงเทพ.

3. ประชาชนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ตัวชี้วัดด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัด	**หน่วยวัด**	**ถ้าเป้าหมาย**		
		ปี 2563	**ปี 2564**	**ปี 2565**
1. ร้อยละของประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น	ร้อยละ	-	-	50
- การเข้าถึงบริการสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพิ่มขึ้น	ร้อยละ	16	16	16
2. จำนวนครอบครัวไทยมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย	จำนวน	1 ล้าน	5 ล้าน	10 ล้าน

หมายเหตุ. จาก *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวง สาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563,* โดย กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563, กรุงเทพ.

4. กฎหมายด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมที่อยู่ในความรับผิดชอบของกรมอนามัย ได้รับการพัฒนาให้ทันต่อสถานการณ์และบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังตารางที่ 12

ตารางที่12 ตัวชี้วัดด้านกฎหมายด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ถ้าเป้าหมาย		
		ปี 2563	ปี 2564	ปี 2565
1. ร้อยละของกฎหมายระดับอนุบัญญัติที่ได้รับการพัฒนาทันต่อสถานการณ์ เสนอต่อคณะกรรมการตามกฎหมาย	ร้อยละ	40	60	100
2. ร้อยละของคณะกรรมการ/คณะอนุกรรมการในระดับพื้นที่ตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกรมอนามัยขับเคลื่อนงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและงานส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ	ร้อยละ	40	50	60

หมายเหตุ. จาก *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวง สาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563,* โดย กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2563, กรุงเทพ.

3. ปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพชุมชน

3.1. พฤติกรรมสุขภาพ

คำจำกัดความของพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลที่เชื่อว่าพฤติกรรมตนเองมีสุขภาพดีต้องลงมือกระทำ ดังนั้นในความหมายนี้พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองจึงเป็นคำที่ใช้แทนกันได้ดังตัวอย่างเช่น บุคคลที่เชื่อว่าตนเองต้องสุขภาพดีก็ต่อเมื่อต้องดำเนินกิจกรรมหรือมีพฤติกรรมสำคัญ เช่น การรับประทานอาหารในปริมาณที่เพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย นอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา เป็นต้น พฤติกรรมเหล่านี้สามารถมองได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี การเกิดการคงอยู่หรือการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านจิต สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ในทางการพยาบาลจะมองพฤติกรรมเหล่านี้ว่าเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นสิ่งที่บุคคลริเริ่มและลงมือกระทำด้วยตนเองเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2557)

สามารถ ใจเตี้ย (2556) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ เป็นคำอธิบายที่แสดงองค์ประกอบของพฤติกรรมและเป้าหมายของพฤติกรรมไว้ชัดเจนว่า หมายถึงคุณสมบัติส่วนบุคคลต่างๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้และองค์ประกอบด้านความรู้ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลซึ่งครอบคลุมภาวะความรู้สึก อารมณ์และลักษณะเฉพาะตน รวมทั้งแบบ

แผนการแสดงออกที่สังเกตได้การกระทำและลักษณะนิสัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพ การทำให้สุขภาพกับภาวะเดิมและการส่งเสริมสุขภาพ

3.2 ประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการเจ็บป่วย

การจำแนกพฤติกรรมสุขภาพ

พยาบาลชุมชนในฐานะผู้ดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน ได้ให้ความสนใจพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย โดยในส่วนของการใช้คำว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นส่วนใหญ่จะอ้างถึงพฤติกรรมของผู้ที่ยังไม่เจ็บป่วย หรือเจ็บป่วยเล็กน้อย เมื่อบุคคลเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือต้องรับการช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ดังนั้นจึงขอจำแนกพฤติกรรมสุขภาพ (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2557) ดังนี้

1. พฤติกรรมเมื่อมีสุขภาพดี เป็นความสามารถของบุคคลที่ทำหน้าที่ต่างๆ เต็มความสามารถ ดำรงรักษาความสมดุลระหว่างความต้องการของตนกับความต้องการทางสังคม ปลอดภัยจากความไม่พึงพอใจ ไม่สบายใจ โรคภัยไข้เจ็บหรือความพิการ และมีพฤติกรรมในแบบที่ส่งเสริมให้ตนอยู่รอดปลอดภัย มีความสุขและมีความพึงพอใจในการดำรงชีวิต

อาจกล่าวได้ว่าพฤติกรรมเมื่อมีสุขภาพดีจะเป็นพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรค หรือปัญหาสุขภาพ เพื่อมุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวมหรือมุ่งให้บุคคลครอบครัวและชุมชนมีสุขภาพดี และเป็นจุดเน้นที่สำคัญของพยาบาลชุมชนที่จะมุ่งส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนผู้รับบริการ

1.1 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำจนเป็นกิจวัตรหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคล ปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลลงมือกระทำพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A., 2011) คือ

1.1.1 ความสำคัญของสุขภาพ การที่บุคคลให้คุณค่าของสุขภาพตนเองมากเท่าไรก็ยิ่งมีพฤติกรรมที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพดี เช่น การแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพมากเท่านั้น

1.1.2 การรับรู้ความสามารถในตน หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะประสบความสำเร็จหรือผลกรรมที่พึงปรารถนา จะเกิดขึ้นเมื่อตนเองได้ลงมือกระทำพฤติกรรมนั้นเมื่อบุคคลเหล่านี้รับรู้ว่าตนมีความสามารถและเชื่อมั่นว่าตนทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแล้วภาวะสุขภาพจะดีขึ้น บุคคลนั้นก็ย่อมจะกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น

1.1.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความถี่และความจริงจังของการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ บุคคลที่รับรู้ว่าตนเองสุขภาพดีมากมีความโน้มเอียงที่กระทำกิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพบ่อยกว่าและจริงจังกว่าบุคคลที่รับรู้ว่าตนเองสุขภาพไม่ดี

1.1.4 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การที่บุคคลรับรู้พฤติกรรมที่ตนกระทำมีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อระดับของการทำพฤติกรรมนั้นๆ ทั้งมีแนวโน้มว่าจะส่งเสริมให้มีการกระทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

1.1.5 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอยู่กับการรับรู้ประโยชน์อุปสรรคดังกล่าว อาจเป็นความจริงหรือไม่เป็นความจริง เป็นเพียงสิ่งที่บุคคลรับรู้เท่านั้นการรับรู้อุปสรรครวมถึงความไม่สะดวกสบาย ความยากลำบากและการไม่มีโอกาสกระทำพฤติกรรม ส่งผลด้านลบต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยส่งเสริมที่เป็นองค์ประกอบของการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลดังนี้

1) ปัจจัยทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ การศึกษา รายได้ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลทางอ้อม ซึ่งส่งผลผ่านกลไกด้านความรู้และการเรียนรู้ เช่น การให้ความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในตนเองและรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

2) ลักษณะทางชีววิทยาและปัจจัยบางอย่าง เช่น น้ำหนัก มีผลต่อการออกกำลังกายของบุคคล เป็นต้น

3) อิทธิพลระหว่างบุคคล เช่น ความคาดหวังของบุคคลใกล้ชิด แบบแผนการดูแลสุขภาพของครอบครัวและปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล

4) ปัจจัยสถานการณ์ ตัวกำหนดด้านสถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อมมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ทางเลือกที่มีอยู่ในการกระทำพฤติกรรมนั้นและความง่ายที่จะใช้ทางเลือกเหล่านั้น เป็นต้น

5) ปัจจัยพฤติกรรม ประสบการณ์ในอดีตของบุคคลที่เคยกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้บุคคลแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ อีก

1.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคหรือปัญหาสุขภาพ

พฤติกรรมการป้องกันโรค หรือปัญหาสุขภาพ ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของบุคคลที่ส่งผลโดยตรงต่อความพร้อมของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมการป้องกัน (กาญจนา จันทร์ไทย, 2557) ได้แก่

1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยง หมายถึง การที่บุคคลคาดการณ์ความน่าจะเป็นของการที่ตนจะเกิดโรคที่เป็นเป้าหมายบุคคล สามารถคาดการณ์ได้ว่าตนเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้มากน้อยเพียงใด เสี่ยงมากก็จะมีแนวโน้มในการแสดงพฤติกรรมการป้องกันมากขึ้น เป็นต้น

1.2.2 การรับรู้ความรุนแรง หมายถึง ระดับของการกระตุ้นทางอารมณ์ กระตุ้นโดยความคิดเกี่ยวกับโรค หรือความยากลำบากที่บุคคลคิดว่าจะประสบเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพ

นั้นๆ รวมถึงความรุนแรงที่จะส่งผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อชีวิต ต่อครอบครัว หรือสัมพันธภาพทางสังคม อาจสรุปได้ว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคใดโรคหนึ่งสูง ก็จะกระทำพฤติกรรมการป้องกันโรคนั้นมากขึ้น

1.2.3 การรับรู้การคุกคาม การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงกับการรับรู้ความรุนแรงของโรครวมกันแล้ว จะเป็นตัวกำหนดการรับรู้การคุกคามของโรค ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรมการป้องกัน การรับรู้การคุกคามนี้เป็นขอบเขตคุณค่าทางลบของโรคและเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการหลีกเลี่ยง

เมื่อพิจารณาสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของคนไทย พบว่าแนวโน้มพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยมีดังนี้ *1) การบริโภคอาหาร* คนไทยบริโภคผักและผลไม้ปริมาณต่อวันไม่ถึงมาตรฐาน สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพในเด็ก มีการบริโภคขนมขบเคี้ยวมากขึ้น *2) การบริโภคยา* คนไทยมีการบริโภคยาไม่เหมาะสม โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะที่เกินจำเป็นและการใช้ยาติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน *3) การสูบบุหรี่* แนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งชายและหญิง *4) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์* อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้นทั้งชายและหญิง *5) การเสพสารเสพติด* มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการเสพยาบ้า *6) การออกกำลังกายและการพักผ่อน* การออกกำลังกายคนไทยยังไม่คงที่ระหว่าง ร้อยละ 20-30 ส่วนการพักผ่อนในวัยแรงงานที่นอนหลับวันละ 7-8 ชั่วโมง *7) พฤติกรรมความปลอดภัยในการขับรถ* การสวมหมวกนิรภัยและการใช้เข็มขัดนิรภัยยังคงเป็นปัญหา *8) พฤติกรรมทางเพศ* อัตราการใช้ถุงยางอนามัยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร *9) การดูแลตนเองด้านสุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ* เมื่อเจ็บป่วยคนไทยใช้บริการจากสถานบริการของรัฐมากขึ้น

2 พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior)

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการเจ็บป่วย

พฤติกรรมความเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ปรากฏอยู่ในรูปของการศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองของชาวบ้าน ซึ่งมีความสำคัญที่จะละเลยไม่ได้ โดยสะท้อนให้เห็นจากผลการวิจัยพบว่าชาวบ้านให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเอง ร้อยละ 80 ในสหรัฐอเมริกาและไต้หวันพบว่าการเยียวยารักษาโรคส่วนใหญ่เกิดขึ้นในภาคประชาชน คือการรักษาด้วยตนเองครอบครัวและชุมชนร้อยละ 70-90 ซึ่งการแสดงบทบาททางสังคมของผู้ป่วยตามแนวคิดโครงสร้างหน้าที่นิยมของ **กาญจนา จันทร์ไทย (2557)** ได้เสนอสาระสำคัญ 4 ประการที่ผู้ป่วยต้องกระทำหน้าที่ทางสังคมและได้รับความคาดหวังในการแสดงบทบาทนั้น ได้แก่

1. ผู้ป่วยได้รับการละเว้นจากภาระความรับผิดชอบทางสังคมตามปกติที่เป็นอยู่
2. ผู้ป่วยต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่น

3. ผู้ป่วยต้องพยายามทำให้ตนเองหายเป็นปกติ

4. ความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษากับแพทย์

2.2 ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยและสาเหตุการเจ็บป่วย

ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยหรือเป็นประเด็นสำคัญในการกำหนดแนวทางการรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการแก้ไขที่สาเหตุจะเป็นสิ่งที่ต้องการมากที่สุด การไปรับการตรวจวินิจฉัยโรคที่ประชาชนต้องการคือการไปวิเคราะห์หาสาเหตุ หรือที่มาของอาการของโรค หรือการแก้ไขย่อมดำเนินไปอย่างมีเป้าหมายตามลักษณะของการเจ็บป่วยแต่ละแบบ ซึ่งสาเหตุการเจ็บป่วยมักถูกจัดให้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือสาเหตุทางธรรมชาติและสาเหตุนอกเหนือธรรมชาติ การแบ่งกลุ่มไม่ใช่การแบ่งกลุ่มโดยเด็ดขาด ในบางสังคม บางวัฒนธรรมอาการเดียวกันอาจเป็นสาเหตุต่างกลุ่มกันได้ ขึ้นอยู่กับการตีความและวิเคราะห์หาสาเหตุของแต่ละสังคม ชี้ให้เห็นว่าความเจ็บป่วยหรือการตีความการเจ็บป่วยเป็นเรื่องที่ถูกกำหนดโดยวัฒนธรรมอย่างแท้จริง เช่น ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยของคนอีสาน

2.3 พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา

การเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ผลกระทบของการเจ็บป่วยคือการสูญเสีย ความทุกข์ทรมาน มนุษย์จึงต้องหาทางเผชิญกับปัญหาดังกล่าวให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม

การแสวงหาการรักษา ระบบการรักษาที่มีอยู่ในสังคม ระบบการแพทย์หรือระบบการรักษาประกอบไปด้วยแนวคิดและวิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการจัดการการเจ็บป่วยอย่างเป็นระบบ เป็นเหตุเป็นผลซึ่งแนวคิดมักจะพัฒนามาจากพื้นฐานทางสังคม วัฒนธรรมด้วย 1) ระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน 2) ระบบการแพทย์แผนโบราณ และ 3) ระบบการแพทย์พื้นบ้าน

2.4 แบบแผนการใช้การรักษาโรคแบบต่างๆ

พฤติกรรมการเจ็บป่วยและการรักษา เป็นพฤติกรรมเป็นขั้นเป็นตอนจากขั้นตอนหนึ่งไปสู่อีกขั้นตอนหนึ่ง เป็นผลจากกระบวนการตัดสินใจในการประเมินอาการ สาเหตุของโรค เลือกแหล่งการรักษาที่เหมาะสม ประเมินผลการรักษาและเลือกแหล่งการรักษาใหม่จนกระทั่งหายจากโรค กระบวนการตัดสินใจนี้อาศัยเฉพาะผู้ใกล้ชิดคือ ครอบครัว ญาติพี่น้องและเพื่อนฝูงจะมีบทบาทในการตัดสินใจอย่างมาก

สรุปได้ว่าจากพฤติกรรมความเจ็บป่วยของผู้ป่วย 1 คน จะพบว่าไม่ได้เกิดขึ้นอย่างเดียวโดยไม่มีความสัมพันธ์กับสิ่งอื่นใด ผู้ป่วยจะแสดงอาการเจ็บป่วยออกมาอย่างไรขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมต่างๆ มากมาย ก่อนที่จะตัดสินใจศึกษาหรือหาแหล่งที่พึ่งทางด้านสุขภาพ รูปแบบของการแสวงหาล้วนสัมพันธ์กับบุคลิกภาพส่วนบุคคล พฤติกรรม และความสัมพันธ์ทางสังคม นอกจากนี้พฤติกรรม

ความเจ็บป่วย ยังขึ้นอยู่กับการให้ความหมายของการเจ็บป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยนั้นด้วย

3.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อมมีส่วนสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับมนุษย์ทุกช่วงวัย ทุกช่วงพัฒนาการของชีวิตและมีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ มนุษย์ทุกคนมีความปรารถนาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีมีอากาศบริสุทธิ์ บริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย มีที่อยู่อาศัยมั่นคง ปลอดภัย ชุมชนและสังคม มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการอยู่อาศัยเกื้อกูลกัน

สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ สิ่งแวดล้อมมีผลคุกคามต่อสุขภาพของมนุษย์หลายรูปแบบ องค์การอนามัยโลกแบ่งสิ่งแวดล้อมที่คุกคามสุขภาพมนุษย์ไว้ 2 ลักษณะ (WHO, 2015) คือ

1. สิ่งอันตรายแบบดั้งเดิม เป็นสิ่งอันตรายที่คุกคามสุขภาพสืบเนื่องมาจากความขาดการพัฒนา เช่น ขาดแคลนน้ำดื่มที่สะอาด การสุขาภิบาลพื้นฐานไม่เพียงพอ ความสกปรกของที่อยู่อาศัยและชุมชน การไม่มีระบบการจัดการขยะและสิ่งปฏิกูลที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

2. สิ่งอันตรายจากความทันสมัย เป็นสิ่งอันตรายคุกคามสุขภาพที่เกิดจากการพัฒนาที่ขาดการป้องกันดูแลสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น มลพิษทางอากาศ มลพิษทางน้ำ มลพิษทางเสียง มลพิษจากขยะมูลฝอยและของเสีย อันตรายมลพิษจากอาหารที่ปนเปื้อนสารเคมี เป็นต้น

เนื่องจากปัจจุบันสิ่งแวดล้อมได้เปลี่ยนการคุกคามต่อสุขภาพจากแบบดั้งเดิมเป็นแบบทันสมัยมีแนวโน้มทวีความรุนแรงขึ้น สถานการณ์สิ่งแวดล้อมในประเทศไทยก็เช่นเดียวกัน เหตุการณ์เหล่านี้เป็นตัวอย่างของการพัฒนาที่ขาดการป้องกันผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่พบมากขึ้น

3.4 บทบาทพยาบาลชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม

การปฏิบัติงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของพยาบาลชุมชนต้องอาศัยการประสานงานและทำงานร่วมกันอย่างจริงจังจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน โดยอาศัยความตระหนัก การตัดสินใจและการมีส่วนร่วม ดังนั้นพยาบาลชุมชนจึงต้องมีการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบโดยยึดหลักกระบวนการพยาบาลตามขั้นตอน (อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ, 2556) ดังนี้

3.4.1 การประเมินปัญหาพยาบาลชุมชนควรทำงานร่วมกับชุมชนในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพ เคมี เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ข้อมูลการเจ็บป่วยและการตายทำได้ทั้งจากการสำรวจข้อมูลปฐมภูมิหรือทุติยภูมิ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ให้เห็นภาพและเข้าใจชุมชนในด้านลักษณะ องค์ประกอบและโครงสร้างของชุมชน ปัญหาที่เกิดขึ้นรวมทั้งภาวะเสี่ยงสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เป็นสาเหตุของปัญหา ลักษณะหรือพฤติกรรมของคนที่เป็นสาเหตุ หรือที่มาของปัญหาสุขภาพและร่วมกับชุมชนในการวินิจฉัยปัญหา

3.4.2 การวางแผนแก้ไขปัญหาจากปัญหาสิ่งแวดล้อมและผลกระทบต่อสุขภาพ เป็นปัญหาปลายเหตุที่มีความเชื่อมโยงกับกิจกรรม ในทางเศรษฐกิจ สังคม การวางแผนและการประสานงานร่วมกับองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ การวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพควรมีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานให้ชัดเจน กำหนดกลวิธีที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน มีการวางแผนเสริมสร้างศักยภาพและบทบาทของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในชุมชนเอง

3.4.3 การปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานต้องอาศัยการทำงานร่วมกันหลายฝ่าย พยาบาลชุมชนสามารถปฏิบัติงานได้หลายบทบาทดังนี้

1) บทบาทผู้ให้ความรู้ ต้องเป็นผู้ให้ความรู้แก่ประชาชน เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นประเด็นหลัก เพื่อให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของสิ่งแวดล้อมช่วยกันดูแลป้องกันควบคุม ไม่ให้เกิดมลพิษสิ่งแวดล้อมในชุมชนตนเอง ให้ความรู้แก่ประชาชนให้สามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากมลพิษต่างๆ

2) บทบาทผู้ดูแล เป็นการให้การดูแลแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม ต้องประเมินสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและปัจจัยเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน ประเมินพฤติกรรมของประชาชนที่ก่อให้เกิดมลพิษสิ่งแวดล้อม เช่น การกำจัดขยะไม่ถูกวิธี การปล่อยน้ำเสียลงแหล่งน้ำ นำมาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชน รวมทั้งค้นหากลุ่มเสี่ยงและให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วย

3) บทบาทของการเป็นผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลชุมชนเป็นผู้มีความรู้ทางด้านการพยาบาลและการสาธารณสุข สามารถให้คำปรึกษาด้านปัญหาสุขภาพ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การป้องกันโรคที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม การดูแลสิ่งแวดล้อมไม่ให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพในชุมชน

4) บทบาทการเป็นผู้นำ พยาบาลชุมชนเป็นผู้ที่ใกล้ชิดประชาชนเป็นอย่างดีต้องเป็นผู้นำในการกระตุ้นชุมชนให้ตระหนักถึงปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ริเริ่มโครงการควบคุมและแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน

5) บทบาทการเป็นสมาชิกในทีม พยาบาลชุมชนเป็นหนึ่งในบุคลากรทีมสุขภาพที่ต้องให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยและกลุ่มเสี่ยง ทำงานด้านสิ่งแวดล้อมที่ประสบผลสำเร็จโดยอาศัยการทำงานร่วมกันในลักษณะสาขาวิชาชีพ

6) บทบาทผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ เป็นการธำรงไว้ซึ่งสิทธิและผลประโยชน์ของประชาชนการดำเนินโครงการพัฒนาต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชน พยาบาลชุมชนควรให้ข้อมูลข่าวสารที่เป็นจริงทั้งด้านบวกและด้านลบ การยอมรับหรือต่อต้านเป็นสิ่งที่ชุมชนต้องตัดสินใจเอง พยาบาลต้องให้ข้อมูลแนะนำแหล่งประโยชน์ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ชุมชนสามารถขอความช่วยเหลือได้

7) บทบาทการเป็นผู้วิจัย พยาบาลชุมชนควรมีการรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์หาสาเหตุปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพต่อประชาชนในชุมชน เพื่อดำเนินการป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายจากสิ่งแวดล้อม ควรเสริมสร้างศักยภาพหน่วยงานองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนให้มีความรู้และทักษะในการรวบรวมข้อมูล ค้นหาปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม

3.4.4 การประเมินผล เมื่อมีการปฏิบัติงานแล้วไม่ว่าบทบาทใดๆ พยาบาลชุมชนต้องมีการประเมินผลการทำงานอย่างต่อเนื่องทั้งขณะดำเนินการและเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติงาน ข้อมูลที่ควรประเมิน ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ การเจ็บปวดและสถานการณ์สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

สถานการณ์สิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ การป้องกันควบคุมสิ่งแวดล้อมไม่ให้ก่อมลพิษเป็นสิ่งที่สำคัญ กระบวนการแก้ไขปัญหาต้องอาศัยความตระหนัก การตัดสินใจ การมีส่วนร่วมทั้งจากประชาชนในพื้นที่ ประชาชนทั่วไป หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ พร้อมทั้งให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและตรวจสอบถามเต็มที่ เพื่อให้การแก้ไขและควบคุมป้องกันมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน

ดังนั้นการทำงานของพยาบาลชุมชนซึ่งเป็นบุคลากรวิชาชีพในระบบสุขภาพแผนปัจจุบันพึงรับฟังแนวคิดและมุมมองที่แตกต่างออกไป ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของฐานคิดในการปฏิบัติงานการพยาบาลอนามัยชุมชนให้ประสบความสำเร็จ พึงระมัดดะวัง 4 ประการ เหล่านี้คือ

1. มิจฉาทิฐิที่ว่าด้วยภาชนะว่าง เป็นการมองชุมชนเสมือนกับภาชนะที่ว่างเปล่าไม่มีอะไรอยู่ข้างในเลย ชุมชนจึงเป็นฝ่ายรอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐหรือองค์กรภายนอก ที่จะนำความรู้ทางเทคโนโลยีและการแพทย์สมัยใหม่เข้าไปให้ ซึ่งบุคลากรจากภายนอกจะเป็นผู้กำหนดทุกอย่างโดยไม่ได้พิจารณาว่าชุมชนมีศักยภาพหรือทุนทางสังคมอะไรอยู่บ้าง

2. มิจฉาทิฐิที่มองปัญหาสุขภาพแบบแยกส่วน คือการมองชุมชนแบบขาดการเชื่อมโยง เน้นการแก้ปัญหาเฉพาะเรื่อง แยกเป็นส่วนๆ โดยไม่มองวิถีชีวิตและปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลเชื่อมโยงถึงกัน

3. มิจฉาทิฐิที่มองชุมชนเสมือนเป็นองค์กรเดียว เมื่อลงไปทำงานร่วมกับชุมชน มักนึกถึงองค์กรหรือผู้นำที่เป็นทางการเพียงอย่างเดียว เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น โดยไม่ให้ความสนใจกับผู้นำที่ไม่เป็นทางการหรือผู้นำธรรมชาติ ทำให้การทำงานนั้นโดดเดี่ยว ไม่ได้รับความร่วมมือจากกลุ่มหรือองค์กรอื่นๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาชีพ กลุ่มเยาวชน เป็นต้น ที่มักเป็นการรวมกลุ่มกันเองตามธรรมชาติ แต่มีความเข้มแข็ง เป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน หากเรามองข้ามองค์กรชุมชนเหล่านี้ไป จะทำให้เราเห็นศักยภาพของชุมชนไม่ชัดเจน

4. มิจฉาทิฐิที่มองว่าทุกชุมชนเหมือนกันหมด สืบเนื่องมาจากรากฐานแนวคิดที่ว่า “หากแผนงานโครงการหนึ่งทำสำเร็จในที่หนึ่ง ก็สามารถขยายผลไปทำที่อื่นๆ ได้ทั่วประเทศ” เป็นเหตุให้

ผู้บริหารนโยบายระดับสูงมักกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานพร้อมทั้งเกณฑ์ประเมินหรือตัวชี้วัดคุณภาพต่างๆ ออกมาเป็นพิมพ์เขียวชุดเดียว และให้นำไปใช้ทั่วประเทศ โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างด้านสังคมวัฒนธรรมและบริบทอื่นๆ อันเป็นเอกลักษณ์ของชุมชนท้องถิ่นแต่ละแห่ง

สรุป

แนวคิดที่อธิบายเกี่ยวกับชุมชนมีความหลากหลาย ขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ที่เกี่ยวข้องเมื่อต้องการศึกษาชุมชนให้เห็นวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม ที่เป็นปัจจัยสาเหตุของปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชน หรือปัจจัยสนับสนุนในการจัดการกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพดังกล่าว จำเป็นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบของชุมชนเป็นสำคัญคือ คน สถานที่ หรือสิ่งแวดล้อมและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พยาบาลชุมชนต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับองค์ประกอบชุมชนเพื่อสามารถวิเคราะห์ปัญหาความต้องการของคนและชุมชนได้อย่างถูกต้อง อันเป็นพื้นฐานในการออกแบบวางแผนการจัดการสุขภาพในชุมชนได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของคนและชุมชน ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลชุมชนเข้าใจความเป็นชุมชนและคน ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในชุมชนได้อย่างถ่องแท้และช่วยให้ประสบความสำเร็จในการร่วมมือกับชุมชน พัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตได้ต่อไป

คำถามท้ายบท

1. ให้อธิบายและบอกขอบเขตในการศึกษาองค์ประกอบของชุมชนมาพอสังเขป
2. ให้อธิบายวิธีการประเมินสุขภาพชุมชน พร้อมยกตัวอย่างประกอบ
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพมีอะไรบ้าง
4. จงอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมกับภาวะสุขภาพและการเกิดโรค
5. ให้ระบุบทบาทพยาบาลชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม

บรรณานุกรม

กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2563.* กรุงเทพ.

กาญจนา จันทร์ไทย. (2557). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน.* กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิสย์.

ประเวศ วะสี. (2559). *การปฏิรูประบบเพื่อสุขภาพ.* กรุงเทพฯ: บริษัทสร้างสื่อ.

พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. (2557). *ทฤษฎี ปรัชญา ความรู้สู่การปฏิบัติในการพยาบาลอนามัยชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สามารถ ใจเตี้ย. (2556). ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม. *วารสารสาธารณสุขล้านนา, 9(1), 9-20.*

สำนักงานคณะกรรมการพฒันาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564).* กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพฒันาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี.

อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินธร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำปั่น, และขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ. (2556). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.

Anderson, E.T. (2019). *Community as partner theory and practice in nursing* (8thed.). WY/106/A545C/2019/ISBN 978-1-4963-8713-4

Harkness, G. A., & DeMarco, R.F. (2012). *Community and Public Health Nursing : Evidencefor Practice* (2 nd ed.).Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Holzemer, S.P. (2014). *Community health nursing an alliance for health* (2nd ed.). U.S.A.:Jones&Bartlett Leaming.

Kamalam, S. (2012). *Essentials in community health nursing practice* (2nd ed.). India:Jaypee Brother Medical Publishers.

Maurer, F. A. & Smith, C. M. (2013). *Community/ public health nursing practice: health for families and populations*. St. Louis: Elsevuer.

McMurray, A., & Clendon, J. (2013). *Community Health and Wellness : Primary Health Care in Practice* (4 th ed.). Australia: Elsevier.

Nies, M.A. (2019). *Community/Puclic health nursing* (7th ed.). St. Louis: Elesevier.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health promotion* innursing practice (6th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.

World Health Organization. (2015). *The determinants of health*. Retrived from http://www.who.int/hia/evidence/doh/en

World Health Organization. (2017). *World Health Statistics 2017 Monitoring Health for the SDGs*. Retrived from http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_0502 2010.pdf ?ua=1

บทที่ 2

การพัฒนาชุมชน และการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขอบเขตเนื้อหา

1. แนวคิดการพัฒนาแนวใหม่

1.1 การพัฒนาเศรษฐกิจพอเพียง

1.2 การพัฒนาอย่างยั่งยืน

1.3 การพัฒนาที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา

1.4 การพัฒนาเพื่อการพึ่งตนเอง

2. การมีส่วนร่วมของชุมชน

2.1 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.2 แนวคิดการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน

2.3 การประเมินผลการมีส่วนร่วม

2.4 การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปสู่การปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถ

1. อธิบายการพัฒนาชุมชนแนวทางใหม่ได้
2. อธิบายการมีส่วนร่วมของชุมชนและนำไปปฏิบัติได้
3. อธิบายการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนได้
4. อธิบายการประเมินการมีส่วนร่วมได้
5. อธิบายการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปปฏิบัติได้

การพัฒนาชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ที่ผ่านมาการทำงานของพยาบาลในชุมชนมักจะเป็นการทำงานตามโครงการหรือกิจกรรมที่กำหนดมาจากจังหวัด หรือเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข พยาบาลที่ทำงานในชุมชนจะเป็นผู้นำนโยบายหรือโครงการต่างๆ ไปปฏิบัติ แต่ปัญหาที่พบก็คือบ่อยครั้งที่โครงการต่างๆ ไม่ตรงกับปัญหาที่แท้จริงของชุมชน หรือไม่ได้เป็นปัญหาที่ชุมชนสนใจและต้องการจะแก้ไข แต่ชุมชนจำเป็นต้องเข้ามาร่วมทำเพราะเกรงใจเจ้าหน้าที่ จึงทำให้โครงการหรือกิจกรรมต่างๆ ไม่ยั่งยืน ทำให้ปัญหาสุขภาพของประชาชนไทยไม่ได้รับการแก้ไขได้มากเท่าที่ควร ปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ยังคงมีอัตราสูงและมีความเหลื่อมล้ำในสังคม ในขณะเดียวกันแนวโน้มของการเกิดโรคและสาเหตุของอัตราตายก็เปลี่ยนไปเป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์มากกว่าที่จะเป็นปัญหาจากเชื้อโรค เช่น อุบัติเหตุ เอดส์ เบาหวาน โรคหัวใจ หรือปัญหาที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม เช่น การระบาดของโรคไข้เลือดออกที่มียุงลายเป็นพาหะ สารเคมี หรือสารพิษตกค้างในอาหารและพืชผัก เป็นต้น ปัญหาเหล่านี้ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยยาหรือเทคโนโลยีทันสมัย แต่จะแก้ไขได้ด้วยการที่ประชาชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหา

ความสำคัญของการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา หรือพัฒนาสุขภาพของตนเอง เป็นจุดเน้นในการทำงานของพยาบาลชุมชน องค์การอนามัยโลกได้ประกาศนโยบายการสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.; Primary health care , PHC) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2521 ซึ่งนโยบายดังกล่าวมีแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลักการพื้นฐาน การให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมมีเป้าหมายเพื่อให้ชุมชนเข้มแข็งสามารถแก้ปัญหาเองได้ นอกจากนี้ยังมีแนวคิดอื่นๆ อีก 3 ข้อ ได้แก่ 1) ความเท่าเทียมในโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพ 2) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และ 3) ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ เช่น ภาคการเกษตร ภาคการศึกษา เป็นต้น

ในจำนวนแนวคิดทั้งหมดของ สสม. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนถือเป็นแนวคิดที่สำคัญที่สุด เพราะถ้าสามารถทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมได้ก็จะเป็นกุญแจนำไปสู่ความสำเร็จของแนวคิดอื่นๆ ตามมา กล่าวคือถ้าที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพของตนเอง นั่นหมายถึงลักษณะการแก้ปัญหาจะเป็นการยึดพื้นที่เป็นฐาน (Community-based) นั่นคือเป้าหมายของการทำงานจะเน้นการแก้ปัญหาของชุมชนเป็นสำคัญ ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตจริงไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งโดยเฉพาะหรือเกิดจากเหตุไปสู่ผลอย่างตรงไปตรงมา แต่ปัญหาของชุมชนจะเป็นปัญหาที่ซับซ้อนยากที่จะแก้ได้โดยหน่วยงานเดียวหรือแก้เพียงจุดเดียว นอกจากนี้การแก้ไขก็ต้องอาศัยคนในชุมชนที่เข้าใจสภาพปัญหา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ตั้งแต่ขั้นตัดสินใจว่าจะแก้ปัญหา ปัญหาที่เลือกมาก็น่าจะสอดคล้องกับความต้องการของคนส่วนใหญ่ และเนื่องจากปัญหามีความซับซ้อนโอกาสที่จะมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ จะมีความเป็นไปได้สูง เพราะใน

หมู่บ้านจะไม่มีการแบ่งฝ่ายแบ่งแผนกเหมือนงานราชการ นอกจากนี้ถ้าชุมชนมีส่วนร่วมในการเลือกปัญหาและดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองก็ย่อมเป็นที่เชื่อถือได้ว่าชุมชนจะเป็นผู้เลือกเทคโนโลยีที่ตนเองเห็นว่าเหมาะสมที่จะแก้ปัญหาได้และมีความเหมาะสมตามกำลังทรัพยากรของชุมชน ดังนั้นเทคโนโลยีการแก้ปัญหาที่ชุมชนเลือกสรรแล้วน่าจะสามารถเอื้อประโยชน์ให้ทุกคนได้อย่างเท่าเทียม

กระบวนทัศน์ใหม่ในการพัฒนาซึ่งกลวิธีเปลี่ยนเป็นจากล่างขึ้นบน (Bottom-up) ซึ่งตรงข้ามกับกระบวนการพัฒนาจากบนลงล่าง (Top-down) ตามกระบวนทัศน์เดิม กมลทิพย□ ขลังธรรมเนียม (2556) ชี้ให้เห็นว่าการเห็นความสำคัญของการให้ประชาชนมีส่วนร่วมจะช่วยให้การพัฒนาสำเร็จได้ มุมมองการพัฒนาแนวใหม่มองความเป็นองค์รวม มองว่าการพัฒนาเป็นกระบวนการสหสาขา การพัฒนานั้นไม่สามารถพัฒนาเฉพาะด้านใดด้านหนึ่งแต่จะต้องทำไปพร้อมๆ กัน การพัฒนาด้านหนึ่งจะส่งผลกระทบต่อด้านอื่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะปัญหาเป็นปัญหาที่ซับซ้อน การพัฒนาสุขภาพก็เช่นเดียวกัน การมุ่งแก้ปัญหาสุขภาพเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่ได้ผลเท่าที่ควรแต่จะต้องมองว่าสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม

1. แนวคิดการพัฒนาแนวใหม่

1.1 การพัฒนาเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency economy)

“สมัยก่อนนี้พอมีพอกิน สมัยนี้ชักจะไม่พอมีพอกิน จึงต้องมีนโยบายที่จะทำเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อที่จะให้ทุกคนมีความพอเพียงได้ ให้พอเพียงนี้ก็หมายความว่า มีกินมีอยู่ไม่ฟุ่มเฟือยไม่หรูหราก็ได้ แต่ว่าพอ” ตาพระราชดำรัสพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในโอกาสวันเฉลิมพระชนพรรษา เมื่อ 4 ธันวาคม 2541 (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2559)

การพัฒนา “เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นการพัฒนาตามแนวทางการพัฒนาของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวที่หลายภาคส่วนของสังคมไทยน้อมรับนำไปปฏิบัติ ซึ่งแต่เดิมการพัฒนาของไทยตั้งแต่เริ่มมีการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แผนที่ 1 ในปี พ.ศ. 2504 จนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2549) ที่จะเริ่มนำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 มาปฏิบัติ ได้รับแนวคิดการพัฒนาแบบตะวันตกหรือเรียกว่าการพัฒนาแบบสมัยใหม่ ซึ่งการพัฒนาแนวทางนี้อาจมีผลดีหลายอย่าง เช่น ความสะดวกสบายจากเครื่องทุนแรง การคมนาคม เป็นต้น แต่สิ่งที่เป็นผลจากการพัฒนาแนวทางนี้ได้ก่อนให้เกิดสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ 4 ประการ (กมลทิพย□ ขลังธรรมเนียม, 2556) คือ

1. ช่องว่างระหว่างคนจนกับคนรวยห่างกันมากขึ้น
2. การทำลายสิ่งแวดล้อมอย่างมหาศาล
3. การทำลายวัฒนธรรมและจิตวิญญาณของสังคมไทย
4. เกิดวิกฤตการณ์ทางสังคมอย่างรุนแรง เช่น เป็นสังคมวัตถุนิยม บริโภคนิยม เงินนิยม

ซึ่งการพัฒนาแนวตะวันตกจะเริ่มจากรหัสการพัฒนา KPM คือ ความรู้ (Knowledge) นำสู่อำนาจ (Power) และเงิน (Money) ที่ผ่านมายุโรปมีความรู้ทางวิทยาศาสตร์แล้วนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์ไปสร้างเทคโนโลยีที่มีอานุภาพสร้างอาวุธทรงอานุภาพ สร้างกำลังการผลิตได้มากในยุคอุตสาหกรรม สินค้าเหล่านี้ต้องการผู้บริโภค จึงมีการทำทุกวิถีทางที่จะสร้างค่านิยมและผลักดันคนทั้งโลกเป็นผู้บริโภค ทั้งหมดนี้ก่อให้เกิดอารยธรรมใหม่ มีขอบเขตทั่วโลกเป็นอารยธรรมตะวันตก ซึ่งมีลักษณะเป็นวัตถุนิยม บริโภคนิยมและเงินนิยม

เพื่อเป็นการแก้วิกฤตหรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ของการพัฒนาดังกล่าวข้างต้น จะสามารถแก้ไขได้ด้วยการพัฒนาแนวทางใหม่ คือ “การพัฒนาเศรษฐกิจพอเพียง” ตามแนวพระราชดำริที่ให้ “พออยู่พอกินและมีไมตรีจิตต่อกัน” ซึ่งหมายถึงเน้นการอยู่ร่วมกัน ไม่ใช่แย่งชิง ไม่ทอดทิ้งกัน ซึ่งรหัสการพัฒนาตามกระแสเศรษฐกิจพอเพียง GCK (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2555) หมายถึง

G = Goodness = ความดี

C = Community หรือ Culture = วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกัน

K = Knowledge = ความรู้

ซึ่ง โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ (2555) ได้เสนอมรรควิธี 4 ประการ เพื่อปรับไปสู่วิถีเศรษฐกิจพอเพียง ดังนี้

1. สร้างทิฐิและจิตสำนึกใหม่ ควรมีการรณรงค์ให้ผู้คนเปลี่ยนคำถามจาก “ทำอย่างไรจะรวย” ไปเป็นคำถามใหม่ว่า “ความดีคืออะไร” ซึ่งเมื่อถามซ้ำๆ อยู่อย่างนั้น ทิฐิและจิตสำนึกจะค่อยๆ เปลี่ยนใหม่ว่าเป้าหมายของชีวิตและการพัฒนาคือ “ความดีและการอยู่ร่วมกัน” ไม่ใช่การทำกำไรสูงสุด รหัสการพัฒนาใหม่คือ GCK หรือความดี–การอยู่ร่วมกัน–ความรู้ ความดีต้องเป็นตัวตั้ง การอยู่ร่วมกันเป็นเป้าหมาย ความรู้เป็นเครื่องมือ ชีวิตและเศรษฐกิจพอเพียงเป็นผล

2. ออกแบบโครงสร้างการพัฒนาที่ถูกต้อง ซึ่งโครงสร้างทุกชนิดต้องมีฐานะที่แข็งแรง โครงสร้างนั้นจึงจะมั่นคง สังคมก็เช่นกันต้องมีฐานที่แข็งแรง ซึ่งฐานของสังคมคือชุมชน ท้องถิ่น การพัฒนาข้างบนทุกชนิดต้องเชื่อมกับฐานล่าง อยู่บนความเข้มแข็งของฐานล่าง จึงเป็นโครงสร้างการพัฒนาที่ถูกต้อง ซึ่งชุมชนเข้มแข็งคือฐานของเศรษฐกิจพอเพียง

3. สร้างเสริมจิตปัญญาศึกษาเพื่อการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานในตน ซึ่งการศึกษาทุกวันนี้เป็นการศึกษาวิชาต่างๆ ซึ่งเป็นเรื่องนอกตัวทั้งสิ้น ไม่มีเลยที่ศึกษาเรื่องภายในตัวเอง จึงจำเป็นต้องดึงเอาพลังภายในขึ้นมาใช้ มีความจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานทั้งในตนเองและองค์กร ซึ่งจิตปัญญาศึกษาหรือการศึกษาเรื่องภายในตนเองจะช่วยให้การปรับไปสู่วิถีแห่งความพอเพียงเป็นไปได้ง่ายมากขึ้น จึงควรทำความเข้าในและส่งเสริมอย่างจริงจัง

4. สร้างเครื่องมือใหม่ทางสังคม โครงสร้างในองค์กรทุกชนิดเป็นโครงสร้างทางดิ่ง หมายถึงเน้นการใช้กฎหมาย กฎระเบียบและการสั่งการจากบนลงล่าง เป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้มีอำนาจกับ

ผู้ไม่มีอำนาจ โครงสร้างชนิดนี้ไม่มีพลังเพียงพอที่จะแก้ปัญหาที่ยากและซับซ้อน จึงจำเป็นต้องมีการเปลี่ยนแปลงขั้นพื้นฐานขององค์กร ซึ่งวิธีการคือการสร้างความสัมพันธ์ทางราบเป็นความสัมพันธ์ใหม่ทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยถือว่าทุกคนมีศักดิ์ศรี มีคุณค่าและมีศักยภาพ สามารถเข้ามารวมกลุ่มร่วมคิด ร่วมทำด้วยความเสมอภาคและเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย

แนวคิดหลักและปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง

การพัฒนาตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง คือการพัฒนาที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของทางสายกลางและความไม่ประมาท โดยคำนึงถึงความพอประมาณ ความมีเหตุผล การสร้างภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว ตลอดจนใช้ความรู้ ความรอบคอบและคุณธรรม ประกอบการวางแผนการตัดสินใจและการกระทำ

"เศรษฐกิจพอเพียง" เป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวทรงมีพระราชดำรัสนี้แนะแนวทางการดำเนินชีวิตแก่พสกนิกรชาวไทยที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ตั้งแต่ระดับครอบครัว ระดับชุมชนจนถึงระดับรัฐ ทั้งในการพัฒนาและบริหารประเทศให้ดำเนินไปใน "ทางสายกลาง" โดยเฉพาะการพัฒนาเศรษฐกิจเพื่อให้ก้าวทันต่อโลกยุคโลกาภิวัฒน์

เศรษฐกิจพอเพียงไม่ใช่เศรษฐกิจสำหรับคนยากจนไม่ใช่เศรษฐกิจที่จะต้องมาห่อตัว พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวท่านให้ร่ำรวยและต้องรักษาให้คงอยู่ ร่ำรวยและต้องยั่งยืน และต้องกระจายอย่างทั่วถึง พระองค์ท่านรับสั่งให้คำไว้ 3 คำเป็นหลัก 3 ประการและเป็นฐานใหญ่ เป็นแนวทางการพัฒนาประเทศ (สุพรรณ ศรีธรรมา, 2559)

ประการที่หนึ่ง ให้ใช้เหตุผล อย่าใช้กิเลสตัณหาเป็นเครื่องนำทาง อย่าเอาแต่กระแสต้องมีความกล้าหาญเพียงพอที่จะเลือกหนทางว่าประเทศไทยต้องการจะพัฒนาไปทางไหน ไม่จำเป็นต้องตามกระแสโลก

ประการที่สอง ทำอะไรพอประมาณ การพอประมาณ คือตรวจสอบศักยภาพของตนเองก่อน ฐานของตนเองอยู่ตรงไหน การจะพัฒนาอะไรต้องดูจากศักยภาพที่มีความเข้มแข็งก่อน

ประการที่สาม ทำอะไรให้มีภูมิคุ้มกันตลอดเวลา เพราะไม่รู้พรุ่งนี้จะมีอะไรเกิดขึ้น ปัจจุบันสถานการณ์ต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทำให้การวางแผนพัฒนาทำได้ยาก มีปัจจัยความเสี่ยงอยู่ตลอดเวลาจึงต้องมีวิสัยทัศน์

นอกจากนี้พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวท่านทรงให้มีฐานรองรับที่สำคัญคือคนต้องดีด้วย ต้องมีจริยธรรมและคุณธรรม มีธรรมาภิบาล มีความซื่อสัตย์ สุจริต มีความอดทน มีความเพียร ใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต สำหรับผลลัพธ์ที่ได้จากการนำปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงมาประยุกต์ใช้ คือการพัฒนาที่สมดุลและยั่งยืน พร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงในทุกด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม ความรู้และเทคโนโลยี เป็นต้น

สรุปหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีคุณลักษณะ 3 ประการ ได้แก่

1. ความพอประมาณ หมายถึง ความพอดี ไม่น้อยเกินไป ไม่มากเกินไป หรือไม่สุดโต่งไปข้างใดข้างหนึ่ง และต้องไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น

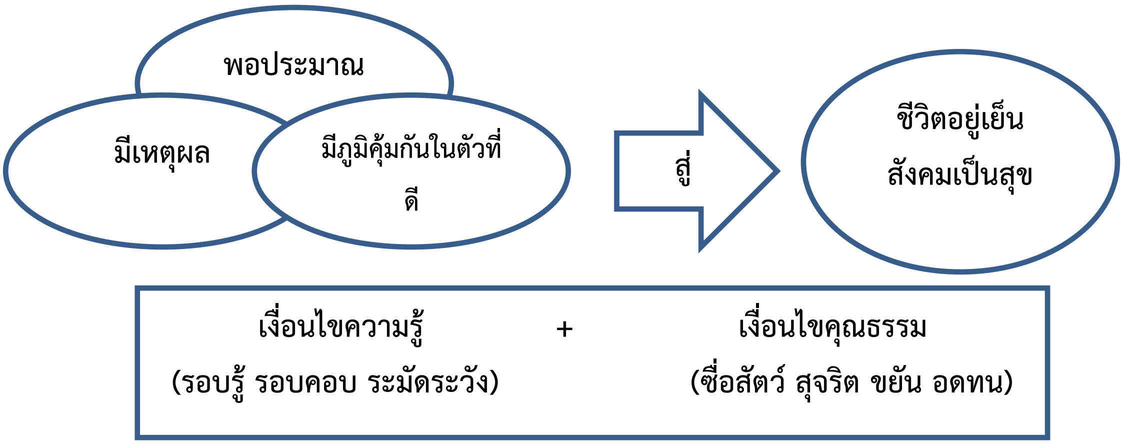
2. ความมีเหตุผล หมายถึง ทุกการตัดสินใจ การกระทำ การลงทุน ต้องเป็นไปอย่างมีเหตุมีผล คำนึงถึงเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นอย่างรอบคอบ

3. การมีภูมิคุ้มกันที่ดีในตัว หมายถึง การเตรียมตัวให้พร้อมที่จะเผชิญผลกระทบ และการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากทั้งภายในและภายนอก

ทั้งนี้ ต้องมีเงื่อนไขสำคัญ 2 ประการ ได้แก่

มีความรู้ คือ มีความรอบรู้ รอบคอบและระมัดระวังในการนำความรู้วิทยาการเทคโนโลยีต่างๆ มาใช้ในการวางแผนและการปฏิบัติ

มีคุณธรรม คือ มีความตระหนัก มีความซื่อสัตย์ สุจริต มีความอดทน มีความเพียรและใช้สติปัญญาในการดำเนินชีวิต



ภาพที่ 2 หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง. จาก *แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ*, โดย สุพรรณ ศรีธรรมา, 2559, นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

1.2 การพัฒนาอย่างยั่งยืน (sustainable development)

การพัฒนาในแบบเดิมนอกจากจะก่อให้เกิดปัญหาสังคม ทำให้คนลืมไปว่าตนต้องแก้ปัญหาคนตนเอง มัวหวังพึ่งคนอื่นแล้วยังพบว่าการพัฒนาที่ผ่านมาส่งผลให้มีการทำลายทรัพยากรธรรมชาติในอัตราที่รุนแรงจนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อดิน ฟ้า อากาศและฤดูกาล สภาพของหน้าดินถูกทำลายซึ่งส่งผลต่อผลผลิตทางการเกษตร จนเป็นที่สรุปว่ามนุษย์กำลังจะทำลายตัวเองจึงเกิดกระแสเรียกร้องให้พัฒนามีทิศทางที่จะพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติให้คงอยู่ เพื่อให้คน

รุ่นหลังได้ใช้ประโยชน์ตามสมควร เป็นการพัฒนาเพื่ออนาคต เพราะถ้าสิ่งแวดล้อมอยู่ไม่ได้มนุษย์ก็อยู่ไม่ได้ ถ้ามนุษย์ในปัจจุบันยังคิดว่าอากาศ หรือน้ำ หรือดิน เป็นสิ่งที่อยู่โดยธรรมชาติได้มาฟรีจะใช้อย่างไรก็ได้ โดยไม่คำนึงถึงการพิทักษ์ธรรมชาติเหล่านี้ สักวันหนึ่งมนุษยชาติก็จะอยู่ไม่ได้

ความหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืนคือกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ประกอบด้วย ตัวแปรมายมายที่ทำให้บุคคลและชมชนเริ่มสร้างเอกลักษณ์แห่งตนที่มีลักษณะเฉพาะ และสร้างความสามารถที่จะเผชิญกับโลกได้อย่างมีจุดหมาย กระบวนการนี้เน้นการเติบโตอย่างกลมกลืนของบุคคลและชุมชนกับสภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและจิตวิญญาณของสังคมโดยรวม กระบวนการพัฒนาเช่นนี้จะเน้นความเสมอภาพระหว่างประเทศ ความเสมอภาคระหว่างศาสนาและความเสมอภาคระหว่างรุ่นอายุ (กมลทิพย□ ขลังธรรมเนียม, 2556)

หลักการพื้นฐานของการพัฒนาชุมชนแบบยั่งยืน (กมลทิพย□ ขลังธรรมเนียม, 2556) พอสรุปได้ดังนี้

1. ให้ความสำคัญสูงสุดแก่คุณค่าของสิ่งแวดล้อม การพัฒนาชุมชนแบบยั่งยืนจะให้ความสำคัญสูงมากแก่คุณค่าของธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพราะคุณภาพสิ่งแวดล้อมเป็นพื้นฐานสำคัญในการประกันคุณภาพชีวิตของผู้คนในสังคม ในขณะเดียวกันเราอาจกล่าวได้ว่าธรรมชาติเองก็มีสิทธิที่จะดำรงอยู่เช่นเดียวกับสิทธิในการมีชีวิตของมนุษย์ หลักการของการให้ค่าของสิ่งแวดล้อมพอจะสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1.1 ในการพัฒนาระบบเศรษฐกิจจะต้องคำนึงการพิทักษ์สิ่งแวดล้อม นั่นคือต้องวิเคราะห์ถึงเรื่องประโยชน์และการสูญเสียของสิ่งแวดล้อมด้วย

1.2 ต้องมีการประเมินค่าของสิ่งแวดล้อมอย่างถูกต้อง และต้องผนวกค่าเหล่านี้เข้าไปในกระบวนการวางนโยบายเศรษฐกิจและการพัฒนา

1.3 ในการประเมินผลของโครงการพัฒนา จำเป็นจะต้องมีการประเมิลผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมอย่างระมัดระวัง โดยหลีกเลี่ยงการทำลายระบบนิเวศและการดำเนินโครงการต้องเป็นโครงการที่ส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม

2. ขยายมิติและมองไกลไปสู่อนาคต ซึ่งการพัฒนาแบบยั่งยืนคือการพัฒนาเพื่ออนาคต ดังนั้นในการวางนโยบายและการวางแผน เราต้องมองทั้งใกล้และไกล เป็น 5 ปี 10 ปี 20 ปี หรืออาจยาวไกลกว่านั้นเพื่อให้ครอบคลุมไปถึงชนรุ่นหลังเราในอนาคตด้วย

3. เน้นหนักเรื่องความยุติธรรม ในปรัชญาการพัฒนาแบบยั่งยืนเรามีหลักการข้อหนึ่งว่า "ความยุติธรรมระหว่างชนรุ่นปัจจุบันกับอนาคต" ซึ่งหลักการนี้มีความหมายว่าชนรุ่นปัจจุบันมีภาระหน้าที่ความรับผิดชอบต่อชนรุ่นหลังในการที่จะต้องมอบมรดกทางธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในปริมาณและคุณภาพที่ไม่ต้องไปกว่ายุคปัจจุบัน ในขณะเดียวกันเราก็จะต้องยึดหลักการ "ความ

ยุติธรรมภายในชนรุ่นเดียวกัน” ด้วย นั่นคือการวางนโยบายจะต้องมุ่งไปยังการแก้ไขปัญหาความยากจนและการสนองความต้องการของประชาชนในชุมชน

4. มีฐานอยู่บนภูมิปัญญาท้องถิ่นและธรรมเนียมการปฏิบัติดั้งเดิม ผสมผสานกับเทคโนโลยีสมัยใหม่

5. เป็นการพัฒนาที่สร้างพลังให้ชุมชนท้องถิ่นยอมรับในศักยภาพของคนทุกคน และที่สำคัญต้องตอบสนองต่อความต้องการและเรื่องที่สำคัญของชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ

6. เป็นการพัฒนาที่ให้ชุมชนลดการพึ่งพาผู้อื่น ให้ชุมชนพึ่งตนเองให้มากที่สุด

สำหรับแนวคิดในการกำหนดตัวชี้วัดสำหรับการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืนนั้น จะเน้นที่กระบวนการกลุ่มหรือองค์กรชุมชน ซึ่งถือเป็นหัวใจและเป็นกลไกสำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคมของคนในชุมชนร่วมกัน นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มในชุมชนยังเป็นการบ่งชี้ถึงศักยภาพที่ชุมชนนั้นๆ จะพัฒนาตนเองในทุกๆ ด้านด้วย ซึ่งตัวชี้วัดดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ที่ทำงานพัฒนาทั้งภาครัฐและเอกชนสามารถมองเห็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาและเข้าแก้ไขปัญหาได้ทันการณ์ ซึ่งพบว่าองค์กรชุมชนจะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคมที่ยั่งยืน ดังนั้นการสร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะสิ่งนี้จะช่วยให้การดำเนินงานพัฒนามีลักษณะที่ตั้งอยู่บนฐานที่มั่นคง อันจะส่งผลให้การพัฒนานั้นมีความยั่งยืนตลอดไป

1.3 การพัฒนาที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (People-centered development)

แนวคิดการพัฒนาแนวใหม่ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาโดยเป็นกระบวนการพัฒนาที่จะพัฒนามนุษย์ทั้งหญิงและชาย โดยที่มิอาจละเลยคนใดคนหนึ่ง หรือมิอาจทอดทิ้งมิติใดมิติหนึ่งของมนุษย์ ซึ่งแนวคิด “การพัฒนาคน” ประชาชนจะต้องเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาทุกด้านและเป้าหมายสูงสุดของการพัฒนาอยู่ที่ประชาชน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2555) ซึ่งหลักสำคัญคือ

1.3.1 การพัฒนาของประชาชน หมายความว่าจะต้องมีการลงทุนเพื่อการศึกษาการสาธารณสุข โภชนาการและความอยู่ดีกินดีเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

1.3.2 การพัฒนาโดยประชาชน คือการมีส่วนร่วมของประชาชน ซึ่งจะต้องเกิดขึ้นในหลายๆ ระดับ นับตั้งแต่การริเริ่มความคิด การวางนโยบาย การวางแผนงาน การปฏิบัติการตามแผนรวมทั้งการประเมินผลจะช่วยให้ประชาชนบรรลุเป้าหมายของการมีงานทำและมีรายได้ที่พอเพียงเพื่อที่จะนำทรัพยากรนี้ไปใช้เพื่อสร้างสรรค์ชีวิตในทางที่ตนเองใฝ่ฝัน นอกจากนี้การมีส่วนร่วมจะช่วยเปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงพลังศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ในการสร้างสรรค์สังคมเพื่อส่วนรวม

1.3.3 การพัฒนาเพื่อประชาชน เป็นการย้ำว่าการพัฒนาจะต้องตอบสนองความต้องการของคนทุกคน และช่วยให้ทุกคนมีโอกาสในชีวิต มีทางเลือกในชีวิต ซึ่งการพัฒนาเพื่อ

ประชาชนนี้จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีมาตรการเกี่ยวกับการสร้างระบบความมั่นคงทางสังคม เช่น ระบบสวัสดิการสังคมและการประกันสังคม รวมทั้งจะต้องมีมาตรการเพื่อกระจายผลประโยชน์และรายได้ไปยังกลุ่มชนต่างๆ เพื่อให้เกิดความเสมอภาค

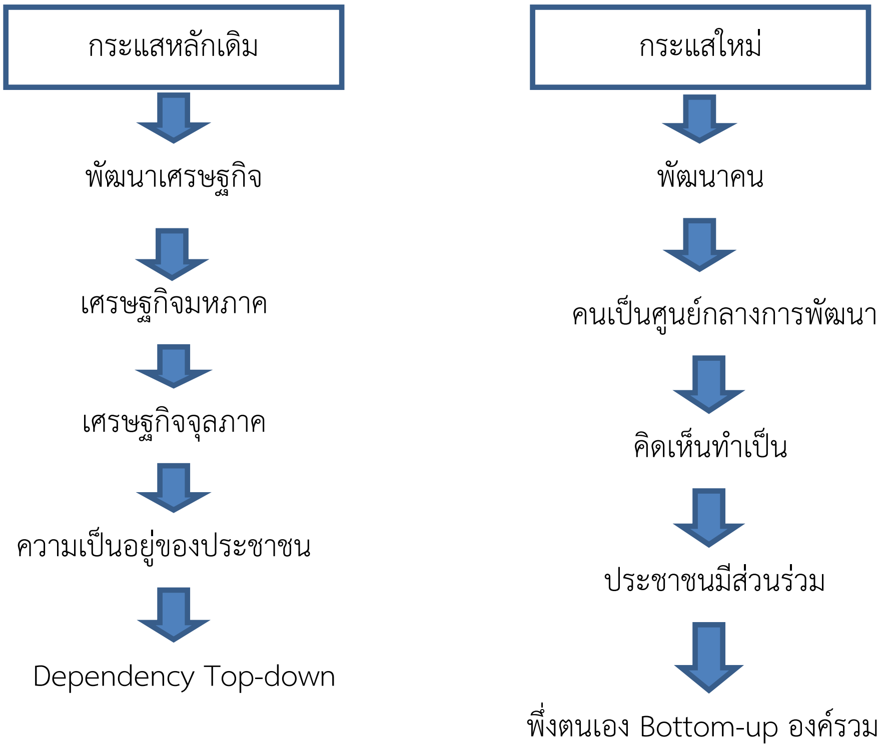
1.4 การพัฒนาเพื่อการพึ่งตนเอง (Self-reliance)

เป้าหมายของการพัฒนาแนวใหม่ คือการพึ่งตนเอง กล่าวคือ ต้องพยายามใช้ทรัพยากรในชุมชนเพื่อพัฒนาชุมชนของตนเองให้เป็นประโยชน์มากที่สุด โดยตระหนักว่าพลังอำนาจที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาชุมชนนั้นอยู่ชุมชนนั่นเอง ซึ่งหมายความว่าสังคมแต่ละสังคมจะต้องพึ่งพาความแข็งแกร่งและทรัพยากรของตนเองเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็นด้านทรัพยากรธรรมชาติ หรือทรัพยากรทางวัฒนธรรม การพึ่งตนเองมิใช่เรื่องของปัจเจกบุคคลแต่เป็นเรื่องของส่วนรวม มิใช่เรื่องของการแยกตัวโดดเดี่ยวด้วยการปิดหมู่บ้าน หรือปิดประกาศ แต่เป็นการสร้างสรรค์ชุมชนให้มีพื้นฐานอันแข็งแกร่ง

จากแนวคิดการพัฒนาแนวใหม่ที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถสรุปกระบวนทัศน์การพัฒนาโดยการเปรียบเทียบกระบวนกระบวนทัศน์การพัฒนากระแสเดิมและกระแสใหม่ ดังภาพที่ 3.2

แนวคิดการพัฒนาชุมชนทำให้ได้กลักการกว้างๆ ซึ่งจะต้องไปขบคิดหากลวิธีว่าจะทำอย่างไรจึงจะนำไปปฏิบัติได้ จากแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นความสำคัญของการพัฒนาคน นั่นคือต้องให้คนเข้ามามีส่วนร่วม เพราะการที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างแข็งขันอย่างแท้จริงจะทำให้คนได้พัฒนาจึงอาจสรุปได้ว่า “การมีส่วนร่วมเป็นสิ่งจำต่อการพัฒนา (บางคนอาจจะเรียกว่าการพัฒนาก็คือการมีส่วนร่วมนั่นเอง) จากข้อสมมุติฐานเช่นนี้ จึงมีความพยายามหาแนวทางปฏิบัติ เพราะเชื่อว่าถ้ามีการมี ส่วนร่วมมากขึ้นก็จะเป็นการดีต่อการพัฒนามากยิ่งขึ้น” (พิริยะ ผลพิรุฬห์, 2556) ดังนั้นประเด็นต่อไปที่จะต้องทำความเข้าใจก็คือ “แนวคิดการมีส่วนร่วม”

กระบวนทัศน์การพัฒนา



ภาพที่ 3 กระบวนการพัฒนากระแสเดิมและกระแสใหม่. จาก เศรษฐกิจสร้างสรรค์กับการพัฒนาประเทศไทย, โดย พิริยะ ผลพิรุฬห์, 2556, *วารสารเศรษฐศาสตร์ปริทรรศน์* สถาบันพัฒนศาสตร์. 7,1: 1-69.

2. การมีส่วนร่วมของชุมชน

2.1 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นปัจจัยที่จำเป็นในการพัฒนา โครงการต่างๆ จึงได้บรรจุแนวคิดและการปฏิบัติของการมีส่วนร่วมมีความหลากหลายแตกต่างกันไปมาก จนได้มีการศึกษาเกี่ยวกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของประชาชนและวิธีการนำแนวคิดนี้ไปปฏิบัติ ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติ จากการศึกษาโครงการพัฒนาชนบทกว่า 100 โครงการที่อ้างว่าประสบความสำเร็จในการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปใช้ ผลพบว่ามีการให้ความหมายเรื่องการมีส่วนร่วมไว้หลากหลาย เรียงลำกับจากความหมายกว้างๆ ไปสู่ความหมายที่เจาะจงได้ (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2556) ดังนี้

2.1.1 การมีส่วนร่วมคือการที่ประชาชนสมัครใจเข้ามามีส่วนช่วยเหลือต่อโครงการใดโครงการหนึ่งที่คาดว่าจะส่งผลต่อการพัฒนา แต่ไม่ได้หวังว่าจะให้ประชาชนเปลี่ยนแปลงโครงการหรือวิจารณ์เนื้อหาของโครงการ

2.1.2 การมีส่วนร่วม ในความหมายที่กว้าง หมายถึง การให้ประชาชนในชนบทรู้สึกตื่นตัวเพื่อที่จะทราบถึงการรับความช่วยเหลือและตอบสนองต่อโครงการพัฒนา ขณะเดียวกันก็สนับสนุนความคิดริเริ่มของคนในท้องถิ่น

2.1.3 เรื่องของการพัฒนาชนบทนี้ การมีส่วนร่วมคือการให้ประชาชนเข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการตัดสินใจ ในกระบวนการดำเนินโครงการและร่วมรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนา รวมทั้งความพยายามที่จะให้มีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการนั้นๆ ด้วย

2.1.4 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนานั้นอาจจะเข้าใจได้อย่างกว้างๆ ได้ว่าการที่ประชาชนได้เข้าร่วมอย่างแข็งขันในกระบวนการตัดสินใจต่างๆ ในเรื่องที่จะมีผลกระทบต่อชุมชน

2.1.5 การมีส่วนร่วมในชุมชน หมายถึง การที่ประชาชนจะมีทั้งสิทธิและหน้าที่ที่จะเข้าร่วมในการแก้ปัญหาทางสุขภาพของชุมชน มีความรับผิดชอบมากขึ้นที่จะสำรวจตรวจสอบความจำเป็นเรื่องสุขภาพอนามัย การระดมทรัพยากรท้องถิ่นและเสนอแนะทางแก้ไขใหม่ เช่นเดียวกับการก่อตั้งและดำรงรักษาองค์กรต่างๆ ในท้องถิ่น

2.1.6 การมีส่วนร่วมนั้น จะต้องเป็นกระบวนการดำเนินการอย่างแข็งขัน ซึ่งหมายถึงว่าบุคคลหรือกลุ่มที่มีส่วนร่วมนั้นได้เป็นผู้คิดริเริ่มและได้มุ่งใช้ความพยายาม ตลอดจนความเป็นตัวของตัวเองที่จะดำเนินการตามความคิดริเริ่มนั้น

2.1.7 การมีส่วนร่วม คือความสามารถที่จะควบคุมทรัพยากรและการจัดระบบในองค์กรในสภาพสังคมนั้นอย่างอิสระ เช่น การตัดสินใจใช้ทรัพยากร การตั้งกฎเกณฑ์ต่างๆ ขึ้นมาเพื่อถือเป็นแนวทางปฏิบัติของกลุ่ม

การระบุคำจำกัดความของการมีส่วนร่วมที่กล่าวมาตั้งแต่ข้อ (2.1.1) ถึงข้อ (2.1.7) จะเห็นได้ว่าจะเริ่มจากความหมายอย่างกว้างๆ มาจนถึงความหมายที่เฉพาะเจาะจงมากที่สุด คำจำกัดความตาม ข้อ (2.1.1) (2.1.2) และ (2.1.3) มีความหมายค่อนข้างกว้างและสะท้อนกระบวนทัศน์การพัฒนากระแสหลัก ส่วนคำจำกัดความตามข้อ (2.1.4) และ (2.1.5) เน้นว่าชุมชนจะต้องแสดงบทบาทสำคัญจะสังเกตได้จากคำบางคำ เช่น การมีการตัดสินใจ/การมีความรับผิดชอบมากยิ่งขึ้น เป็นต้น และในความหมายของ ข้อ (2.1.6) และ (2.1.7) สะท้อนถึงการพัฒนาชนบทในแนวใหม่ ซึ่งมองการมีส่วนร่วม หมายถึง การที่ชาวชนบทได้รับอำนาจในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาของตนเอง

ลักษณะการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปปฏิบัติในโครงการต่างๆ ได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมปฏิบัติในลักษณะต่างๆ ได้แก่

1. การร่วมมือกัน (Collaboration) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือในการดำเนินโครงการหรือการบริจาคเงิน ซึ่งเป็นวิธีปฏิบัติในความหมายกว้าง ส่วนใหญ่โครงการแบบนี้มักจะเป็นโครงการที่ทางรัฐบาลเป็นผู้คิดและกำหนดวิธีดำเนินการให้มีส่วนร่วม ซึ่งมักจะมีลักษณะเป็นการ “บอกกล่าว” เพื่อให้ร่วมมือ โดยรัฐหรือคนของรัฐตัดสินใจคิดโครงการมาล่วงหน้าแล้ว จึงดูเหมือนว่าคนของรัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบและควบคุมการพัฒนา

2. การพัฒนาชุมชน (Community development) โดยปกติโครงการพัฒนาส่วนใหญ่จะถูกกำหนดไว้ล่วงหน้าแล้วโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ แต่ถ้าเจ้าหน้าที่ยึดหลักการพัฒนาแบบใหม่โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีการอภิปรายกันถึงเป้าหมาย ความหมายและวิธีการจะเนินงานโครงการ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งจริงจัง มีการกระจายความรับผิดชอบและมีบทบาทอย่างแท้จริงในการดำเนินงานในลักษณะนี้ จะเห็นว่าประชาชนยังมีสิทธิมีเสียงต่อการพัฒนาตามสมควร แต่ก็ยังไปไม่ถึงขั้นที่จะมีการจัดตั้งองค์กรขึ้นได้

3. การจัดตั้งองค์กร (Community organization) การมีองค์กรของตนเอง แสดงว่าประชาชนมีสิทธิมีเสียงและสามารถตัดสินใจในการทำงานของตนเองจนมีผู้ให้คำจำกัดความของการมีส่วนร่วมในลักษณะนี้ว่า คือกระบวนการที่ชาวชนบทผู้ยากจนสามารถรวมตัวกันเป็นองค์กรขึ้นมา แต่องค์กรที่เกิดขึ้นต้องเป็นองค์กรที่ตั้งขึ้นตามความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง ไม่ใช่คนภายนอกหรือรัฐไปจัดตั้งให้ การมีองค์กรที่แท้จริงของประชาชนจำเป็นต้องควบคู่ไปกับการกระจายอำนาจของภาครัฐ ดังนั้นจึงต้องการปรับแนวทางการจัดปกครองส่วนท้องถิ่นใหม่

4. การสร้างพลังอำอาจ (Empowerment) หลายคนนิยามการมีส่วนร่วมว่าเป็นการร่วมที่แท้จริงคือ การร่วมตัดสินใจหรือมีอำนาจในการตัดสินใจ นั่นคือการมีส่วนร่วม หมายถึงการสร้างพลังอำนาจ หรือเป็นการได้มาซึ่งอำนาจ หรืออาจจะกล่าวว่าถ้าประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาก็คือการที่ประชาชนมีอำนาจตัดสินใจในการพัฒนานั่นเอง อำนาจในที่นี้ก็คืออำนาจในการตัดสินใจว่าจะทำหรือไม่ทำอะไร และอำนาจในการเข้าถึงและควบคุมทรัพยากรที่จำเป็นในการพัฒนา หรือในการที่จะปกป้องวิถีชีวิตของพวกเขา จะเห็นว่าลักษณะของการมีส่วนร่วมที่แท้จริงคือการสร้างพลังอำนาจหรือการมีอำนาจในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาของตนเองเท่านั้น

เงื่อนไขที่การส่งเสริมการมีส่วนร่วม ปัญหาสำคัญของการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมลงสู่การปฏิบัติ คือทำอย่างไรจึงจะทำให้ชาวชนบทผู้ยากจนหรือคนด้อยโอกาสได้เข้ามาร่วมและได้รับผลประโยชน์จากโครงการอย่างแท้จริง ประสบการณ์ของโครงการพัฒนาต่างๆ ได้สรุปเงื่อนไขที่จะช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วม (Nies, M.A., 2019) ไว้ดังนี้

1. การมีกลุ่มสำหรับคนยากจนหรือคนในระดับล่าง เพื่อให้เกิดการรวมตัวกันและร่วมกันทำงาน เพราะโดยปกติคนกลุ่มนี้จะไม่มีสิทธิไม่มีเสียง ไม่มีอำนาจต่อรอง การมีกลุ่มจะช่วยให้เกิดอำนาจบางอย่างหรือมีโอกาสที่จะทำงานซึ่งจะนำไปสู่การได้เรียนรู้ ได้พัฒนาในการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวกับตัวเขา สามารถกำหนดทิศทางและกำหนดกลไกการควบคุมการดำเนินงานโดยกลุ่มเอง

2. มีกิจกรรมที่ให้กลุ่มได้ดำเนินการ ได้ปฏิบัติร่วมกัน กิจกรรมจะเป็นแบบฝึกหัดให้ได้เรียนรู้ ได้พัฒนาทักษะที่จะแก้ไขปัญหาซึ่งพวกเขาเผชิญอยู่และที่สำคัญที่สุดจะเป็นแบบฝึกหัดเพื่อให้เรียนรู้ที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ

3. การกระจายอำนาจของรัฐบาล หลักฐานจากโครงการพัฒนาได้ชี้ให้เห็นว่าการกระจายอำนาจหรือการที่มีกฎหมายสนับสนุนการกระจายอำนาจ ให้ทุกระดับเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจจะทำให้การมีส่วนร่วมของประชาชนเกิดขึ้นได้ การรวบอำอาจ การทำงานแบบสั่งการ หรือการทำงานจากบนลงล่างจะไม่สนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในระดับล่างได้เลย ในทำนองเดียวกัน พยาบาลชุมชนในฐานะคนของรัฐ ถ้าทำงานแบบสั่งการ ไม่ฟังเสียง หรือฟังปัญหาจากชุมชนก็จะเป็นการทำงานแบบไม่กระจายอำนาจ ต้องทำงานจากปัญหาของคนข้างล่าง ให้คนในระดับล่างมีโอกาสมีส่วนร่วม

4. ยึดหลักการและเป้าหมายการพึ่งตนเอง เน้นถึงความจำเป็นที่จะต้องลดการพัฒนาในแบบที่ผู้ยากจนต้องพึ่งบุคคลภายนอก หรือพึ่งโครงการตลอดไป

แนวคิดและหลักการที่กล่าวมาข้างต้นจะช่วยให้เข้าใจแนวคิดพื้นฐานของการมีส่วนร่วม แต่การนำแนวคิดไปปฏิบัติก็ยังต้องการทักษะอีกมาก ผู้ที่จะไปส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนจะต้องกำหนดเป้าหมายและระดับของการมีส่วนร่วมว่าต้องการไปถึงระดับใด ต้องพิจารณาว่าใครบ้างที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่จะต้องเชื้อเชิญให้เข้ามามีส่วนร่วมและต้องเข้าใจว่าการมีส่วนร่วมนั้นเป็นกระบวนการพัฒนา ต้องลงมือทำ ปฏิบัติ ทำไปเรียนรู้ไปและเป็นกระบวนการที่ต้องใช้เวลา อีกทั้งยังไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ เพราะเป็นการทำงานกับคน บางครั้งเราะไม่สามารถไปกำหนดสถานการณ์และสภาพแวดล้อมได้

2.2 แนวคิดการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน (Partnership model)

หลักการหรือแนวคิดในการทำงานเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมหรือการสร้างพลังอำนาจนั้นต้องยึดหลักการหรือแนวคิดการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน คำว่าหุ้นส่วนแสดงถึงความเท่าเทียม การให้ความเคารพในสิทธิที่เท่าเทียมกันของหุ้นส่วน นั่นหมายถึงการยอมรับในศักยภาพของหุ้นส่วน นั่นคือต้องเปิดโอกาสให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการตัดสินใจและร่วมในกิจกรรมเพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพ หรือสร้างพลังอำนาจให้กับหุ้นส่วนทุกฝ่าย (ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล, 2559)

ในการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนลักษณะการทำงานใหม่ เป็นการทำงานแบบเป็นเพื่อนกัน สัมพันธภาพระหว่างเจ้าหน้าที่กับชุมชนจะต้องเป็นแนวราบไม่ใช่แนวดิ่ง ไม่มีใครมีอำนาจเหนือใคร เจ้าหน้าที่ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้บริการที่มีอำนาจเหนือว่าไปเป็นเพื่อน เป็นผู้กระตุ้นให้ชุมชนทำงานด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่ต้องปรับเปลี่ยนวิธีคิดและปรับวิธีการทำงาน แนวคิดที่นำเสนอต่อไปนี้เป็นแนวคิดการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนที่นำเสนอโดย เคอร์ทนีย์ และคณะ (Kamalam, S., 2012)

การเป็นหุ้นส่วน หมายถึง การมีอำนาจต่อรองระหว่างหุ้นส่วนคือเจ้าหน้าที่กับผู้รับบริการในระดับบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน หุ้นส่วนจะมีข้อตกลงที่จะร่วมกันทำงานในการที่จะวางเป้าหมาย กระทำกิจกรรมที่จะส่งเสริมความผาสุกและแก้ปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีเป้าหมายสุดท้ายของการเป็นหุ้นส่วนเพื่อการพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการเพื่อให้สามารถแก้ปัญหาของตนเองได้ ซึ่งอาจจะเรียกว่าเป็นการสร้างพลังอำนาจก็ได้ (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2559)

การทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนจะแตกต่างกับการทำงานแบบเดิมที่เรียกว่า Professional model ตามตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ความแตกต่างของ Professional กับ Partnership model

Professional model	Partnership model
จุดเน้น : การวินิจฉัยปัญหา	เน้นการพัฒนาทักษะและความสามารถของหุ้นส่วนในการคิด การมองปัญหา
บทบาท : เจ้าหน้าที่ทำบทบาทของผู้เชี่ยวชาญ ทำงาน “ให้” หรือ “เพื่อ” แต่ไม่ได้ทำ “กับ” ผู้รับบริการ และเป็นผู้ตัดสินใจที่จะเลือกปัญหา เลือกวิธีการแก้ปัญหา เป็นต้น	เจ้าหน้าที่ทำงานร่วมกับผู้รับบริการ ทำบทบาทผู้กระตุ้น หรือผู้สนับสนุน เป็นแหล่งข้อมูลในบางกรณี และไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจหรือผู้กำหนดทิศทางการทำงานแต่เพียงฝ่ายเดียว
ผู้รับบริการ : ทำหน้าที่เป็นผู้รับตามคำจำกัดความที่เจ้าหน้าที่นิยาม	ผู้รับบริการมีบทบาทในการระบุปัญหา เลือกวิธีแก้ไข และตระหนักถึงจุดอ่อนจุดแข็งของตนเอง
สัมพันธภาพ : เจ้าหน้าที่อยู่ในฐานะหัวหน้าบอกหรือสั่งให้คนอื่นทำ แนวทางการปฏิบัติมักจะมีรูปแบบหรือมีมาตรฐานตายตัวไม่เอื้อให้เกิดการปรับเปลี่ยนเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและสภาพสังคมวัฒนธรรม การปฏิบัติจะมุ่งแก้ปัญหา ไม่ใช่แก้ที่คน	เจ้าหน้าที่กระตุ้นให้ผู้รับบริการตัดสินใจ มุ่งสร้างสัมพันธภาพที่เท่าเทียมกัน มีการต่อรองรับฟังความคิดเห็นของทุกฝ่าย ทุกฝ่ายมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบตามที่คนถนัดมีความเคารพในสิทธิและความแตกต่างทางความคิด สังคม วัฒนธรรมของแต่ละฝ่าย

Professional model	Partnership model
กิจกรรม : เป็นการดำเนินการทางเดียว โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้ระบุปัญหาวางแผนดำเนินการประเมินความก้าวหน้าและปรับแผนเมื่อจำเป็น	มีการวางเป้าหมายร่วมกันตั้งแต่ขั้นวางแผนและมีการแบ่งหน้าที่ให้แต่ละฝ่ายร่วมรับผิดชอบ
ผลที่คาดหวัง : ปัญหาได้รับการแก้ไข ถ้าไม่เช่นนั้นผู้รับบริการก็จะได้ชื่อว่าไม่ให้ความร่วมมือ	เป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกันตลอดกระบวนการทำงาน รวมไปถึงการมีอำนาจต่อรองในการตัดสินใจเลือกกิจกรรมและการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบ ใช้กระบวนการการเป็นหุ้นส่วน เน้นความสามารถของแต่ละฝ่ายที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหา หุ้นส่วนแต่ละฝ่ายสามารถทำงานหรือพัฒนาได้เต็มตามศักยภาพหรือความสามารถของตน ปัญหาอาจจะแก้ได้หรือไม่ได้ ไม่ใช่ประเด็นสำคัญ แต่ความสำคัญอยู่ที่ช่วยคนได้คิด สามารถมองเห็นปัญหาทั้งที่เกิดในปัจจุบันและจะเกิดในอนาคต

หมายเหตุ. จาก *ชุดการเรียนรู้ที่ 5 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ,* โดย ลัฒวี ปิยะบัณฑิตกุล, 2559, ม.ป.ท.: มาตา การพิมพ์.

ขั้นตอนการทำงานการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน (ลัฒวี ปิยะบัณฑิตกุล, 2559) ดังนี้

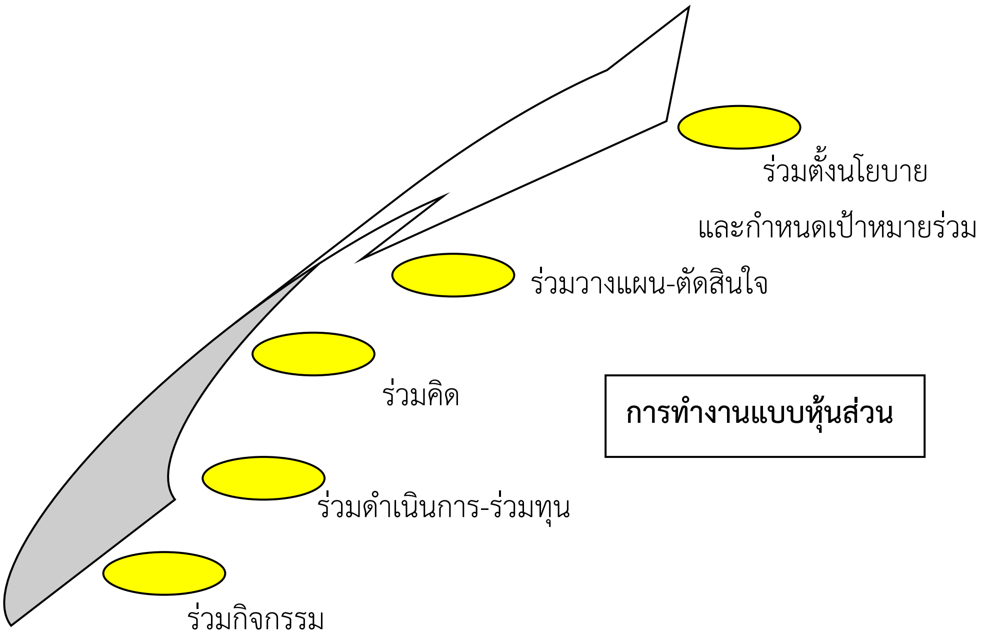
1. ขั้นแรกพยาบาลชุมชนจะต้องทำความรู้จักกับผู้รับบริการของตน เพื่อค้นหาหุ้นส่วนที่มีศักยภาพ ต้องรู้จักและเข้าใจชุมชน เข้าใจเครือข่ายความสัมพันธ์ในชุมชน ค้นหาผู้นำชุมชนที่แท้จริงของชุมชนและค้นหาจุดอ่อนจุดแข็งของชุมชน โดยใช้วิธีการศึกษาชุมชน ศึกษาองค์กรในชุมชน ศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน เพื่อจะได้เข้าใจบริบททั้งหมดซึ่งจะนำไปสู่การค้นหาผู้ที่มีศักยภาพเพื่อมาทำงานร่วมกัน หรือการค้นหาผู้ที่จะมาเป็นตัวแทนของหุ้นส่วนในการทำงาน เพราะเราไม่สามารถทำงานกับทุกคนในชุมชนได้ แต่จะทำผ่านตัวแทนของกลุ่ม ในขั้นนี้พยาบาลชุมชนต้องระบุให้ชัดเจนว่าชุมชนหมายถึงใคร มีขอบเขตแค่ไหน จึงจะช่วยให้มีความชัดเจนว่าจะทำงานกับใคร

เมื่อระบุหุ้นส่วนได้แล้วพยาบาลชุมชนจะสร้างบรรยากาศการเสวนา นั่นหมายถึงต้องทำตัวเป็นผู้ฟังที่มีประสิทธิภาพ เคารพและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นด้วยความจริงใจและด้วยความเสมอภาค ปฏิกิริยานี้จะเป็นการกระตุ้นให้อีกฝ่ายหนึ่งกล้าพูด เพราะเห็นว่าความคิดเห็นของเขามีความสำคัญและเป็นที่ยอมรับ ซึ่งในที่สุดจะเป็นการสร้างความมั่นใจและเป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจให้กับตัวเขา การเสวนาเป็นหัวใจของการทำงานในรูปแบบนี้เพราะตลอดกระบวนการแก้ปัญหาจะต้องมีการปรึกษาหารือ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมีการต่อรองอำนาจระหว่างหุ้นส่วนตลอดกระบวนการ ตั้งแต่ขั้นระบุปัญหา วางแผนและการประเมินผล

2. ขั้นที่สอง เป็นการเชื้อเชิญให้เข้ามาเป็นหุ้นส่วน พยาบาลชุมชนจะต้องเป็นผู้ริเริ่มกระบวนการนี้ โดยเริ่มจากทำความเข้าใจและยอมรับบาบาทใหม่ของตนเอง ต้องเข้าใจว่าในบทบาท

ใหม่นี้จะไม่มีอำนาจสั่งการแต่ผู้เดียว แต่จะต้องเคารพในสิทธิและอำนาจการตัดสินใจของหุ้นส่วน พัฒนาสัมพันธภาพในแนวราบไม่ใช่แนวดิ่งและต้องเน้นให้ผู้ที่เข้ามาทำงานเป็นหุ้นส่วน ตระหนักว่าเมื่อมีอำนาจ มีสิทธิเพิ่มขึ้น จะต้องมีหน้าที่ความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ดังนั้นทั้งสองฝ่ายจะต้องทำความเข้าใจต่อบทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนไปและมีความมุ่งมั่นที่จะร่วมมือกันทำงานให้เสร็จ

3. ขั้นปฏิบัติ เมื่อหุ้นส่วนทุกฝ่ายตกลงที่จะทำงานร่วมกัน (หุ้นส่วนอาจจะมีมากกว่าสองฝ่ายก็ได้ เช่น อาจจะมีพยาบาลชุมชน พัฒนากร นักวิชาการเกษตร หรือนักธุรกิจ เป็นต้น) ในระยะแรกจะช่วยกันมองปัญหา ต้องมองให้ออกว่าปัญหาคืออะไร มีปัญหาที่จะต้องแก้ไขและตัดสินใจว่าจะเลือกแก้ปัญหาใดก่อน การมองปัญหาร่วมกันไม่ได้หมายความว่าเรียกประชุมชาวบ้านหรือกรรมการหมู่บ้านเท่านั้น แต่พยาบาลชุมชนจะต้องถามตัวเองว่าถ้าจะเรียกประชุม ผู้ที่มาประชุมเป็นใครเป็นตัวแทนที่แท้จริงหรือไม่ ถ้ากลุ่มนี้เลือกปัญหาขึ้นมาจะเป็นปัญหาที่แท้จริงของชุมชนไหม หรือเป็นเพียงมุมมองของคนเพียงกลุ่มเดียว เพราะถ้าปัญหาที่เลือกมาไม่ใช่ปัญหาที่แท้จริงของชุมชน หรือไม่ใช่ปัญหาของคนส่วนใหญ่ คนส่วนใหญ่ก็จะไม่ให้ความสนใจ เป้าหมายสำคัญของปัญหาเพื่อนำไปสู่ความรู้สึกที่มุ่งมั่นต่อการร่วมแก้ไขปัญหาที่ตนได้มีส่วนร่วมเลือก



ภาพที่ 4 การทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน. โดย ทิตยาวดี อินทรางกูร, วาดภาพ, 2563.

ในทางปฏิบัติการเรียนรู้การทำงานแบบเป็นหุ้นส่วนจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อให้หุ้นส่วนได้ร่วมกันทำงานสักเรื่องหนึ่ง หรือได้พยายามช่วยกันแก้ปัญหาใดปัญหาหนึ่ง โดยจะเริ่มจากช่วยกันมองปัญหา เข้าใจปัญหาร่วมกันและร่วมกันตัดสินใจว่าจะเลือกแก้ปัญหาอะไร หรือจะแก้ประเด็นอะไร หลังจากนั้นหุ้นส่วนจะร่วมกันวางแผนและปฏิบัติงานตามแผน โดยแบ่งหน้าที่ให้รับผิดชอบในการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้และร่วมกันประเมินผล การได้เข้ามามีประสบการณ์ตรงในกระบวนการทำงานนี้จะทำให้ทุกฝ่ายการเรียนรู้ แม้ว่าโครงการจะประสบความสำเร็จหรือไม่ก็ตาม ถ้าประสบความสำเร็จหุ้นส่วนก็จะเกิดความภาคภูมิใจในผลงาน เกิดความมั่นใจในตนเอง ได้เรียนรู้เนื้อหาและเทคนิคการทำงาน แต่ถ้าโครงการไม่ประสบความสำเร็จ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อจะได้วิเคราะห์หาสาเหตุ และที่สำคัญที่สุดได้ประเมินตนเอง ได้ยอมรับข้อผิดพลาดของตนก็จะเป็นการเรียนรู้ได้อีกทางหนึ่ง

2.3 การประเมินผลการมีส่วนร่วม

เมื่อทำงานไปแล้วจำเป็นต้องมีการประเมินผล ปัญหาของการประเมินผลอยู่ที่ว่าจะใช้วิธีการอย่างไรจึงจะทำให้เข้าใจหรือมองเห็นการมีส่วนร่วม หรือบอกได้ว่าเป็นการสร้างพลังอำนาจ

ปัจจุบันการประเมินผลการมีส่วนร่วมมีแนวคิดที่แตกต่างหลากหลาย จึงทำให้วิธีการปฏิบัติก็มีหลากหลายตามไปด้วย จึงเป็นการยากที่จะหาเครื่องมือประเมินผลที่เป็นมาตรฐานที่ทุกคนยอมรับได้ ข้อเสนอแนะในการประเมินผลจึงมีหลักกว้าง ๆ (ลัดดาวัลย์ ไวสุระสิงห์, 2561) ดังนี้

ประการแรก ต้องบอกให้ได้ว่าจะประเมินอะไร การที่จะตอบคำถามนี้ได้นั้นจะต้องบอกให้ได้ว่าโครงการมองการมีส่วนร่วมอย่างไร หรือใช้กรอบแนวคิดอะไร และใช้วิธีการอะไรในการสร้างการมีส่วนร่วม ยกตัวอย่างเช่น ถ้ากลวิธีหลักของโครงการเน้นการจัดตั้งกลุ่ม การประเมินว่าประชาชนมีส่วนร่วมหรือไม่ก็ควรจะต้องดูว่ามีการจัดตั้งกลุ่มหรือไม่และกลุ่มที่ตั้งขึ้นมีลักษณะอย่างไร โดยการถามคำถามต่อไปนี้ 1) คำจำกัดความของกลุ่มคืออะไร ใครเป็นผู้นิยาม 2) การก่อตั้งกลุ่มเพื่ออะไร ใครเป็นผู้ริเริ่ม 3) สมาชิกกลุ่มเป็นใคร กฎกติกาในการเป็นสมาชิกมีอย่างไร มีใครบ้างมีโอกาสเป็นสมาชิก เปิดโอกาสสำหรับคนยากจนหรือไม่ จำนวยผู้เข้าเป็นสมาชิกมีมากน้อยแค่ไหน และ 4) โครงสร้างกลุ่ม กลไกการดำเนินงานของกลุ่มเป็นอย่างไร มีกฎ กติกา ข้อบังคับของกลุ่ม ระบุไว้ชัดเจนหรือไม่ เป็นธรรมหรือไม่ เป็นต้น

ประการที่สอง เนื่องจากการมีส่วนร่วมจะเน้นที่กระบวนการจึงมีข้อเสนอแนะว่าการประเมินผลควรจะให้ความสำคัญกับการประเมินกระบวนการ โดยพยายามอธิบายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าใคร ทำอะไร กับใคร ที่ไหน อย่างไร เมื่อใด และผลเป็นอย่างไร ดังนั้นการใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อที่จะอธิบายกลไกและผลของโครงการจึงเป็นเรื่องจำเป็น

ประการที่สาม เนื่องจากการมีส่วนร่วมหรือการสร้างพลังอำนาจนั้นเป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยเวลานาน ในระหว่างที่ทำการประเมินอาจจะยังเห็นผลไม่ชัด แต่ไม่ได้ให้หมายความว่าจะไม่เกิด

ครั้นจะรอจนกว่าจะการสร้างพลังอำนาจจะเกิดก็จะนานเกินไป ส่วนใหญ่จึงมักประเมินความตระหนัก เพราะถือว่าเป็นจุดแรกที่จะนำไปสู่การสร้างพลังอำนาจในโอกาสต่อไป การประเมินความตระหนัก วิธีหนึ่งอาจจะประเมินจากคำพูดที่แสดงว่ามองเห็นปัญหา มองเห็นความสำคัญของปัญหา หรือ มองเห็นความจำเป็นที่ปัญหาจะต้องได้รับการแก้ไข หรือมองว่าตนเองมีความสามารถที่จะแก้ปัญหานั้นได้

ประการสุดท้าย การประเมินผลการมีส่วนร่วมหรือการสร้างพลังอำนาจนี้ควรจะดูในภาพรวมและดูตามบริบทของแต่ละสถานการณ์ เช่นว่า เมื่อทำไปแล้วมีการเปลี่ยนแปลงอะไรเกิดขึ้นบ้าง เพราะการทำงานในลักษณะนี้จะเป็นลักษณะทำไปเรียนรู้ไป สังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ แล้วจึงรวบรวมขึ้นมาเพื่อเป็นตัวชี้วัดสำหรับโครงการนั้นๆ มากกว่าที่จะมีตัวชี้วัดที่กำหนดมาให้หรือตัวชี้วัดมาตรฐาน

การประเมินผลนี้ควรจะได้ใช้ตัวชี้วัดทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ได้ให้ตัวอย่างตัวชี้วัดไว้ดังนี้

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

1. ตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจ เช่น ผลทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการทำงานโครงการ เช่น ใครได้รับประโยชน์บ้าง จำนวนกี่คน ประโยชน์มากน้อยแค่ไหน โอกาสที่จะคงไว้ หรือขยายกิจกรรมในอนาคต

2. ตัวชี้วัดเกี่ยวกับกลุ่ม เช่น จำนวนกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่มาร่วม จำนวนครั้ง หรือความถี่ที่เข้าร่วมประชุม กลุ่มมีความรู้ที่สามารถจัดการให้กลุ่มดำเนินการต่อไปได้ จำนวนที่ทำงานกลุ่ม หรือจำนวนสมาชิกที่ได้เข้าไปเป็นกรรมการในโครงการต่างๆ และกฎ หรือข้อบังคับต่างๆที่กลุ่มสร้างขึ้น

ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

1. การเติบโตของกลุ่ม เช่น ใครเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มนี้ได้เข้ามาร่วมกิจกรรมหรือไม่ กลไกการจัดการและดำเนินการของกลุ่มเป็นอย่างไร มีผู้นำเกิดขึ้นหรือไม่

2. ลดการพึ่งพิงให้เหลือน้อยที่สุด ต้องพยายามทุกวิถีทางที่จะลดการพึ่งพิงจากภายนอกให้เหลือน้อยที่สุด ไม่ว่าจะพึ่งพิงด้านวัสดุ อุปกรณ์ หรือกำลังคนหรือวัสดุจากภายนอก เป็นต้น มิฉะนั้นแล้วความเป็นอิสระของกลุ่มจะไม่เกิดขึ้น

3. ความยั่งยืน กิจกรรมที่ดำเนินไปนั้นจะต้องยั่งยืนคงทนในสภาพทรัพยากรที่เป็นอยู่ของชุมชนท้องถิ่นนั้น กิจกรรมควรเกิดจากความริเริ่มของสมาชิกในกลุ่มนั้นเอง และมีการพัฒนาการริเริ่มให้เกิดขึ้นเรื่อยๆ ในความหมายนี้คือกิจกรรมของกลุ่มนั้นจะต้องไม่เกินกว่าความสามารถของกลุ่มที่จะจัดการกันได้

4. มีก้าวต่อไป กิจกรรมนั้นจะอยู่ในระดับของเทคโนโลยีที่มีการสร้างสรรค์พัฒนาต่อไปได้ ดังนั้นเทคโนโลยีที่ใช้ในกิจกรรมจึงอยู่ในระดับที่ไม่สูงเกิน เหมาะสมกับสภาพธรรมชาติที่กลุ่มจะพัฒนาเทคโนโลยีนั้นต่อไปได้

กล่าวโดยสรุป การทำงานของพยาบาลในชุมชนในแนวใหม่จะต้องคำนึงถึงแนวคิดที่กล่าวมาข้างต้น เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของเขาเอง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ไม่มีใครสามารถไปทำให้ใครมีสุขภาพดีได้ แต่ละคนต้องทำเองจึงจะทำให้มีความยั่งยืน พยาบาลต้องปรับให้เป็นทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนต้องมีแนวคิดประชาธิปไตย เคารพยอมรับในสิทธิและยอมรับในศักยภาพของชุมชน ไม่ได้คิดว่าตัวเองมีความรู้มากกว่าหรือรู้ดีกว่า แต่มองว่าทุกคนมีปัญญา มีภูมิรู้ในบางเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตน ชาวนาก็มีความรู้ ขอทาน มหาโจร ไปจนถึงนักศึกษา เจ้าหน้าที่ นายกรัฐมนตรีทั้งหลายล้วนมีปัญญาแต่ไม่มีใครรู้ไปหมดทุกเรื่อง เราก็เช่นเดียวกันมีบางเรื่องที่เรารู้และมีอีกหลายเรื่องที่เราไม่รู้คนอื่นก็เช่นเดียวกัน ปัญญาของมนุษย์มีหลากหลายการจะแกไขปัญหาของชุมชนจึงต้องช่วยกัน ให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมแก้ (ลัดดาวัลย์ ไวสุระสิงห์, 2561) ดังนั้นพยาบาลที่ทำงานในชุมชนจะต้องเข้าใจแนวคิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน

2.4 การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปสู่การปฏิบัติ

เพื่อให้เข้าใจแนวคิดได้ชัดเจนยิ่งขึ้นจะขอยกตัวอย่างของโครงการที่ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ ประชาสังคม (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2559)

ประชาสังคม (Civil society)

ความหมายและแนวคิด

มีหลายคำที่มีความหมายเดียวกัน หรือความหมายใกล้เคียงกัน ได้แก่ ความเป็นชุมชน สังคมเข้มแข็ง ชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม สังคมประชาธรรม ประชาสังคม แนวคิดเกี่ยวกับประชาสังคมหรือประชาคม ได้มีนักคิดนักวิชาการหลายท่านให้ทรรศนะ อาจแตกต่างกันบ้าง แต่โดยสาระหลักแล้วมีความคล้ายคลึงกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ (2559) ประชาสังคม หมายถึง การสร้างความเป็นชุมชน ซึ่งหมายความว่าการที่ประชาชนจำนวนหนึ่งมีวัตถุประสงค์ร่วมกัน มีอุดมคติร่วมกัน หรือความเชื่อร่วมกันในบางเรื่อง มีการติดต่อสื่อสารร่วมกัน หรือมีการร่วมกลุ่มกัน จะอยู่ห่างกันก็ได้ มีความเอื้ออาทรต่อกัน มีเรื่องจิตใจเข้ามาด้วย มีความรัก มีมิตรภาพ มีการเรียนรู้ร่วมกันในการกระทำในการปฏิบัติบางสิ่งบางอย่างจะเป็นเรื่องใดก็ได้และมีการจัดการซึ่งเมื่อมีความเป็นชุมชนเกิดขึ้นภายในชุมชนจะมีสิ่งต่อไปนี้เกิดขึ้น

1. เกิดความสุข เป็นความสุขของคนที่มาร่วมกัน มีความอบอุ่น เพราะมีความเอื้ออาทรต่อกัน มีกิจกรรมร่วมกัน มีการช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน

2. มีประสิทธิภาพที่จะทำให้งานประสบความสำเร็จ ซึ่งจะทำอะไรให้สำเร็จหรือให้ระบบดำเนินไปได้ดีให้สมดุลและยั่งยืน ต้องเคลื่อนไปแบบเป็นปึกแผ่น การที่จะได้สมดุลยั่งยืนนั้นต้องอาศัย

ปัญหาของทุกคนที่อยู่ในระบบ ต้องอาศัยการเรียนรู้ร่วมกัน ต้องเป็น Interactive Learning through action เพราะจำทำให้เกิดปัญหาในระบบและทำให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน ในทางปฏิบัติเกิดความเข้มแข็งทั้งระบบ

3. มีการจัดการเมื่อมีองค์กรเกิดขึ้น มีคนรับผิดชอบ มีการจัดการซึ่งเป็นการจัดการให้มีการเรียนรู้ร่วมกัน คนจะจัดการได้ต้องอาศัยความรู้ต่างๆ เข้ามาเชื่อมโยงกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ การจัดการเป็นปัญญาชนิดหนึ่งที่ทรงพลังมาก ดังคำกล่าวที่ว่า “การจัดการทำให้สิ่งที่เป็นไปไม่ได้เป็นไปได้”

ประชาสังคม หมายถึง การที่ผู้คนในสังคมเห็นวิกฤตการณ์ หรือสภาพปัญหาในสังคมที่สลับซับซ้อนที่ยากแก่การแก้ไข มีวัตถุประสงค์ร่วมกันซึ่งนำไปสู่การก่อจิตสำนึกร่วมกัน มารวมตัวกันเป็นกลุ่มหรือองค์กร ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคธุรกิจ เอกชน หรือภาคสังคม (ประชาชน) ในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วนกันเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหา หรือกระทำการบางอย่างให้บรรลุวัตถุประสงค์ ทั้งนี้ด้วยความรัก ความสมานฉันท์ ความเอื้ออาทรต่อกันภายใต้ระบบการจัดการ โดยมีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่าย (Harkness, G. A., & DeMarco, R.F., 2012)

ในเมืองไทย Civil society จึงเป็นเรื่องของการเกิดขึ้นในลักษณะที่มีเงื่อนไขความจำเป็น เนื่องจากการพัฒนาโดยภาครัฐค่อนข้างจะไร้ประสิทธิภาพ คนชั้นกลาง นักธุรกิจทนไม่ไหว ก็เริ่มเกิดความคิดนี้ขึ้นมา เริ่มเข้ามาเพื่อปรับปรุงสิ่งที่รัฐทำอยู่ให้ดีขึ้น เป็นความเคลื่อนไหวที่เอามาจุดกระแสเพื่อรัฐจะทำให้ดีขึ้น ดังนั้นประชาคมจึงเป็นแนวคิดอย่างหนึ่งที่เป็นเครื่องมือให้คนสร้างทักษะ ให้คนมาทำร่วมกัน มาเรียนรู้ร่วมกัน สร้างความเจริญก้าวหน้าให้แก่ท้องถิ่นและจะต้องเกิดขึ้นโดยอาศัยประเพณีและภูมิปัญญาที่เคยร่วมกันมา (ขนิษฐา นันทบุตร, 2555)

ลักษณะของประชาคม

ลักษณะของประชาคมบางประการที่รวบรวมเพื่อนำมาอธิบายความเป็นประชาคม ได้แก่ 1) มีความหลากหลาย 2) มีความเป็นชุมชน 3) บนสำนึกสาธารณะ 4) เป็นกระบวนการเรียนรู้ต่อเนื่อง และ 5) มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันเป็นเครือข่าย อธิบายได้ดังนี้ (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2559)

1. มีความหลากหลาย ซึ่งจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ กล่าวคือ ความหลากหลายเชิงรูปแบบและความหลากหลายเชิงเนื้อหา

1.1 ความหลากหลายเชิงรูปแบบ

1.1.1 รูปแบบพื้นที่ เป็นลักษณะการรวมตัวที่ยึดอาศัยพื้นที่หรืออาณาบริเวณเป็นขอบเขตของการรวมตัว ซึ่งอาจจะเป็นพื้นที่การปกครอง เช่น กลุ่มจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ชุมชน คุ้ม เขต แขวง ละแวกบ้าน โรงเรียน หรืออาจจะเป็นขอบเขต เชิงภูมินิเวศ เช่น ลุ่มน้ำ สายน้ำ แม้กระทั่งเขตเศรษฐกิจ อาทิ เขตนิคมอุตสาหกรรม เขตพื้นที่ชายฝั่ง เป็นต้น

1.1.2 การรวมตัว ระดับของการรวมตัวกันของคนในสังคมนั้น อาจมีแตกต่างกันออกไปตามระดับความพร้อมหรือลักษณะของกิจกรรมที่สนใจรวมกัน ตั้งแต่การเป็นกลุ่ม ชมรม องค์กร สมาคม สถาบัน มูลนิธิ สภาสมาพันธ์ สหกรณ์ คณะกรรมการ เป็นต้น

1.1.3 กลุ่มคนที่มารวมตัวกัน ความหลากหลายในด้านของกลุ่มคนที่มารวมตัวกันนับตั้งแต่วัย เพศ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา ฐานะ อาชีพ รวมกระทั่งถึงคนพิการและผู้ด้อยโอกาส

1.2 ความหลากหลายเชิงเนื้อหา

1.2.1 ความหลากหลายของกิจกรรม กิจกรรมที่ทำอาจแยกแยะออกตามลักษณะของรูปแบบและความถนัดของกลุ่มองค์กรนั้นๆ อาทิ กลุ่มที่ให้ความสนใจในการรณรงค์เผยแพร่ก็อาจมีรูปแบบของกิจกรรมเฉพาะทางสื่อ กลุ่มที่สนใจด้านการค้นคว้าความรู้ก็อาจมีรูปแบบของกิจกรรมเฉพาะด้านการศึกษาวิจัย กิจกรรมเฉพาะด้านพัฒนาชุมชน เป็นต้น แต่ในหลายองค์กรนั้นก็มักผสมผสานกิจกรรมหลายๆ ด้านเข้าด้วยกันตามความเหมาะเหมาะสมและความถนัดของตน

1.2.2 ความหลากหลายในเชิงประเด็นความสนใจ/ปัญหา เงื่อนไขการรวมตัวเป็นกลุ่มของคนที่สำคัญก็คือความสนใจ อาทิ กลุ่มที่ให้ความสนใจด้านสังคมสงเคราะห์ สนใจเฉพาะด้านการออมทรัพย์ สนใจเฉพาะด้านการเกษตรและอาชีพ เฉพาะด้านการเมือง สนใจด้านสิ่งแวดล้อมหรือสนใจในเรื่องวิชาชีพของตน ก็ดำเนินกิจกรรมกลุ่มร่วมกันบนพื้นฐานของสิ่งที่สนใจร่วมกัน จึงเกิดเป็นกระบวนการเคลื่อนไหวต่างๆ ตามมา

2. มีความเป็นชุมชน อาจครอบคลุมความหมายที่กว้างถึงอาณาบริเวณ หรือบริบทขนาดใหญ่ที่สามารถเชื่อมโยงติดต่อถึงกันในทางใดทางหนึ่ง หรืออาจพิจารณาถึงความเป็นชุมชนภายในกลุ่มองค์กรเล็กๆ ที่รวมตัวกันด้วยความรัก ความผูกพัน ความเอื้ออาทร ความสนใจและหรือผลประโยชน์ร่วมกัน ความเป็นชุมชนอาจเป็นเรื่องของชุมชนชนบท ชุมชนเมือง ชุมชนของคนชั้นกลาง ชุมชนของนักธุรกิจ ชุมชนของสถาบันการศึกษาและรวมถึงความเป็นชุมชนของคนภายใต้องค์กรอีกด้วย

3. บนสำนึกสาธารณะ สำนึกสาธารณะหรือจิตสำนึกเพื่อส่วนรวมนั้นเป็นคุณลักษณะที่สำคัญอย่างยิ่งในสังคมประชา โดยนัยนี้คือทำอย่างไรให้ประชาชนเกิดสำนึกแห่งความเป็นพลเมือง สำนึกถึงพลังของตนเองว่าจะสามารถร่วมแก้ไขเปลี่ยนแปลงสังคมได้ ดังนั้นภารกิจที่สำคัญตรงนี้จึงอยู่ที่การผลักดันให้เกิด Public-interest groups ขึ้นมามากๆ และสนับสนุนให้เกิดความเข้มแข็งเพื่อเป็นพลังทางสังคม ซึ่งต้องให้ความสำคัญกับเรื่องของกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในสังคมและการสร้างสำนึกในทางสาธารณะคนในสังคมให้มีขึ้น

4. เป็นกระบวนการเรียนรู้ต่อเนื่อง ความหมายของความเป็นประชาสังคมที่สำคัญคือกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันหรือการเป็นสังคมแห่งการเรียนรู้ ยิ่งในสังคมที่มีพลวัตสูงในปัจจุบัน ยิ่งต้องอาศัยนวัตกรรมใหม่ๆ ทางสังคมที่จะการเรียนรู้อย่างรวดเร็ว สำนึกสาธารณะนั้นเป็นนามธรรมที่ไม่

สามารถบังคับให้เกิดบุคคลใดๆ หากปราศจากการเรียนรู้ที่มีการปฏิบัติร่วมกันตลอดจนการพัฒนาให้เกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมและการเรียนรู้

5. มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันเป็นเครือข่าย กลุ่มประชาสังคมที่จะมีความยั่งยืนและมีความหมาย ย่อมต้องมีระบบการจัดการที่ดี มีระบบการสื่อสารแลกเปลี่ยนตลอดจนการสร้างเครือข่ายแห่งการเรียนรู้ร่วมกัน ประสบการณ์ของการเรียนรู้บนพื้นที่ที่หลากหลาย บนกิจกรรมที่หลากหลาย คือพลังสร้างสรรค์ที่จะนำพาสังคมไปข้างหน้าร่วมกัน ความเข้มแข็งจะเกิดจากการยึดโยงความสามารถและพลังย่อยๆ ในแต่ละส่วนของสังคมเข้ามาเชื่อมต่อผสมผสานเป็นสังคมที่มีความเข้มแข็งมีพลัง

จากลักษณะบางประการดังกล่าวข้างต้น พอจะประมวลให้เห็นลักษณะของประชาคมได้ดังตารางที่ 14 สรุปต่อไปนี้

ตารางที่ 14 ลักษณะบางประการของประชาคมและความเป็นประชาสังคม

ลักษณะ	รายละเอียด
มีความหลากหลาย	ความหลากหลาย อาจพิจารณาได้ในหลายมิติ เช่น • การรวมตัว อาทิ กลุ่ม ชมรม องค์กร สมาคม สถาบัน มูลนิธิ สภา สมาพันธ์ สหกรณ์ คณะกรรมการ เป็นต้น • พื้นที่ อาทิ กลุ่มจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ชุมชน เขต แขวง ละแวก • หรือขอบเขตเชิงภูมิศาสตร์ เช่น ลุ่มน้ำ แม่น้ำ และแม้กระทั่งเขตเศรษฐกิจ อาทิ เขตนิคมอุตสาหกรรม เขตพื้นที่ พัฒนาชายฝั่งทะเล เป็นต้น • รูปแบบของกิจกรรม อาทิ กลุ่มสื่อ กลุ่มด้านการศึกษาวิจัย กลุ่มการแสดง เป็นต้น • ประเด็นความสนใจหรือปัญหา อาทิ การสังคมสงเคราะห์ การออมทรัพย์ การเกษตรและอาชีพ การเมือง สิ่งแวดล้อม ผู้หญิง เด็ก เป็นต้น • กลุ่มคนที่มารวมตัวกันตั้งแต่วัย อายุ เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ความเชื่อ การศึกษา ฐานะ อาชีพ และผู้ด้อยโอกาสทางสังคมอื่นๆ
มีความเป็นชุมชน	การรวมกลุ่มของประชาคมจำเป็นต้องเกิดและเติบโตบนพื้นฐานแห่งความรัก ความเมตตา ความเอื้ออาทรและความสามัคคี อันเป็นความสัมพันธ์กันในแนวราบและเป็นพื้นฐานของพลังในทางความร่วมมือมากกว่านำไปสู่ความแตกแยกและใช้อำนาจ

ลักษณะ	รายละเอียด
เป็นกระบวนการเรียนรู้ต่อเนื่อง	ประชาสังคมเป็นเรื่องของกระบวนการที่ต้องอาศัยเวลาและการเรียนรู้ จากการปฏิบัติร่วมกันอย่างต่อเนื่องในลักษณะของสังคมแห่งการเรียนรู้
มีความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันเป็นเครือข่าย	ประชาสังคมเป็นกระบวนการความสัมพันธ์ทางสังคม บนช่องทางการติดต่อสื่อสารในลักษณะต่างๆ ที่เชื่อมโยงความรับรู้ การติดต่อสัมพันธ์กันของผู้คนทั้งโดยตรงและผ่านกิจกรรม จนกลายเป็นเครือข่ายความสัมพันธ์

หมายเหตุ. จาก *ชุดการเรียนรู้ที่ 7 การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน*, โดย สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2559, ม.ป.ท.: มาตา การพิมพ์.

ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ

แนวคิดและกระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพในสังคมไทย ทำให้เกิดกระบวนทัศน์ใหม่ต่อการจัดการและดำเนินการในการสาธารณสุข ที่จะต้องคิดถึงสุขภาพในมิติใหม่ที่เป็นทั้งเรื่องกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ/ปัญญา และเน้นไปที่การสร้างสุขภาพด้วยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งในและนอกระบบสาธารณสุขในปัจจุบัน จากหลักการและแนวคิดดังกล่าวทำให้กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพเริ่มต้นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องหลายส่วน ทั้งผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ สาธารณสุข นักวิชาการ ข้าราชการ นักการเมือง สถาบันเอกชนและองค์กรภาคประชาชนหรือประชาสังคม ซึ่งร่วมดำเนินการทั้งในการยกร่างกรอบความคิดของการปฏิรูป การร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ การสร้างภาคีเครือข่ายทั่วประเทศเพื่อผลักดันร่างพระราชบัญญัติให้เกิดเป็นธรรมนูญสุขภาพแก่คนไทยและเพื่อการสร้างสุขภาวะในสังคมโดยรวม ประชาสังคมเป็นทุนทางสังคมหนึ่ง ทีสำคัญต่อการขับเคลื่อนกระบวนการปฏิรูปด้านสุขภาพ

ในส่วนของประเทศไทยมีความพยายามในการพัฒนารูปธรรมของการมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเฉพาะในชนบท ในรูปของการอบรมและจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุขและยังมีการสนับสนุนการรวมตัวเป็นกลุ่มในลักษณะกองทุนต่างๆ กองทุนยา กองทุนสุขาภิบาล จนถึงสุดท้ายมีการจัดตั้งเป็นศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ทั้งหมดนี้ล้วนมีลักษณะการจัดตั้งและชี้นำจากภาครัฐ จิตสำนึกประชาสังคมมีน้อยหรือไม่เข้มแข็งจึงไม่สามารถนับเป็นกระบวนการประชาสังคมที่สมบูรณ์ได้ และความยั่งยืนก็ไม่สูง หากเทียบไปแล้วก็คงคล้ายกับการจัดตั้งสหกรณ์ออมทรัพย์ที่รัฐให้เงินไปปล่อยกู้ ซึ่งการจัดตั้งโดยรัฐชี้นำและขาด “หุ้นส่วน” จากประชาชนในลักษณะนี้ ล้วนประสบ ความสำเร็จไม่สูงนัก แต่ถ้าหากเป็นการรวมตัวโดยเริ่มจากปัญหาความต้องการและจัดตั้งขึ้นโดยประชาชนเองด้วยจิตสำนึกแล้วมักจะประสบความสำเร็จ

กลุ่มองค์กรที่ประชาชนรวมตัวกันเองด้วยจิตสำนึกประชาสังคมเพื่อดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพมีหลายลักษณะ ทั้งในระดับชุมชนชนบท ในเขตเมือง ทั้งโดยภาครัฐและภาคประชาชนมีความสนใจหลากหลาย อาทิ การพัฒนาบริการสุขภาพ จนถึงการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น การดำเนินการขององค์กรประชาสังคมด้านสาธารณสุขที่ผ่านมา มีรูปธรรมแห่งความสำเร็จระดับหนึ่ง เช่น การวางแผนครอบครัว การสุขาภิบาลน้ำสะอาด การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพสู่ประชาชน การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การเผยแพร่และพัฒนาสมุนไพรและการแพทย์พื้นบ้าน มีข้อน่าสังเกตว่าการรวมตัวในลักษณะประชาสังคมด้านสุขภาพดังกล่าวยังนับว่าไม่เข้มแข็งเพียงพอและไม่ทันกับความสลับซับซ้อนทางเทคโนโลยีและการพัฒนาระบบสาธารณสุขแผนใหม่ นอกจากนี้การดำเนินการของกระบวนการประชาสังคมบางกลุ่ม บางครั้งจะมีลักษณะขัดแย้ง กดดันกับภาครัฐและภาคธุรกิจจนถึงขั้นเข้าสู่เวทีการเมืองระดับประเทศ เช่น ในกรรมาธิการงบประมาณ ดังนั้นในการพัฒนาเพื่อให้เกิดสังคมสมานุภาพด้านสุขภาพ จึงอยู่ที่การสร้างจิตสำนึกร่วมกันในสังคม ทั้งภาครัฐ ธุรกิจและประชาสังคม ที่จะแสวงหาแนวทางสมานฉันท์ในการรวมพลังเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกัน

ตัวอย่างกรณีศึกษาการนำแนวคิดประชาสังคมไปสู่การปฏิบัติ

กรณีศึกษาเบื้องต้นของขบวนการประชาคมจังหวัดพิษณุโลก นครสวรรค์-อุทัยธานี ขอนแก่น โดยสังเขปสรุปได้ดังนี้

1. สถาบันพัฒนาสี่แยกอินโดจีน พิษณุโลก : ชมรมการศึกษาเพื่อการพัฒนา สี่แยกอินโดจีน *จุดกำเนิดของประชาคมพิษณุโลกในชื่อของ "ชมรมศึกษาเพื่อการพัฒนาแยกอินโดจีน หรือ ช.พ.อ." เริ่มขึ้นในราวต้นปี 2540 เกิดจากการรวมตัวกันของนักวิชาการ ข้าราชการ นักธุรกิจ นักพัฒนา นักการเมือง ผู้นำชุมชนและประชาชนที่สนใจจำนวนหนึ่ง โดยเริ่มต้นในลักษณะชุมชนวิชาการจุดประกายความสนใจท้องถิ่นตนด้วยเวทีสองแควเสวนา เรื่อง "ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการพัฒนาที่ยั่งยืน" มีเนื้อหาหลักเรื่องการพัฒนาพื้นที่สี่แยกอินโดจีน โดยมีเป้าหมายขยายเครือข่ายพันธมิตรเป็นประชาคมกลุ่มจังหวัดในพื้นที่พัฒนาเดียวกัน ได้แก่ สุโขทัย อุตรดิตถ์ กำแพงเพชร เพชรบูรณ์และพิจิตร โดยที่ก่อนหน้านั้นมีการรวมตัวกันในเชิงเนื้อหา รณรงค์ในด้านเอดส์และสุขภาพอย่างเข้มข้นมาก่อน ช.พ.อ. ได้สั่งสมบทเรียนและขยายตัวในการทำงานอย่างรวดเร็ว โดยการเชื่อมประสานกับส่วนราชการต่างๆ ในจังหวัดและชุมชนทางวิชาการอย่างเหนียวแน่น โดยเฉพาะในด้านการฝึกอบรมและกระบวนการกลุ่ม จนล่าสุดมีการยกระดับการทำงานจากชมรมมาเป็นสถาบัน*

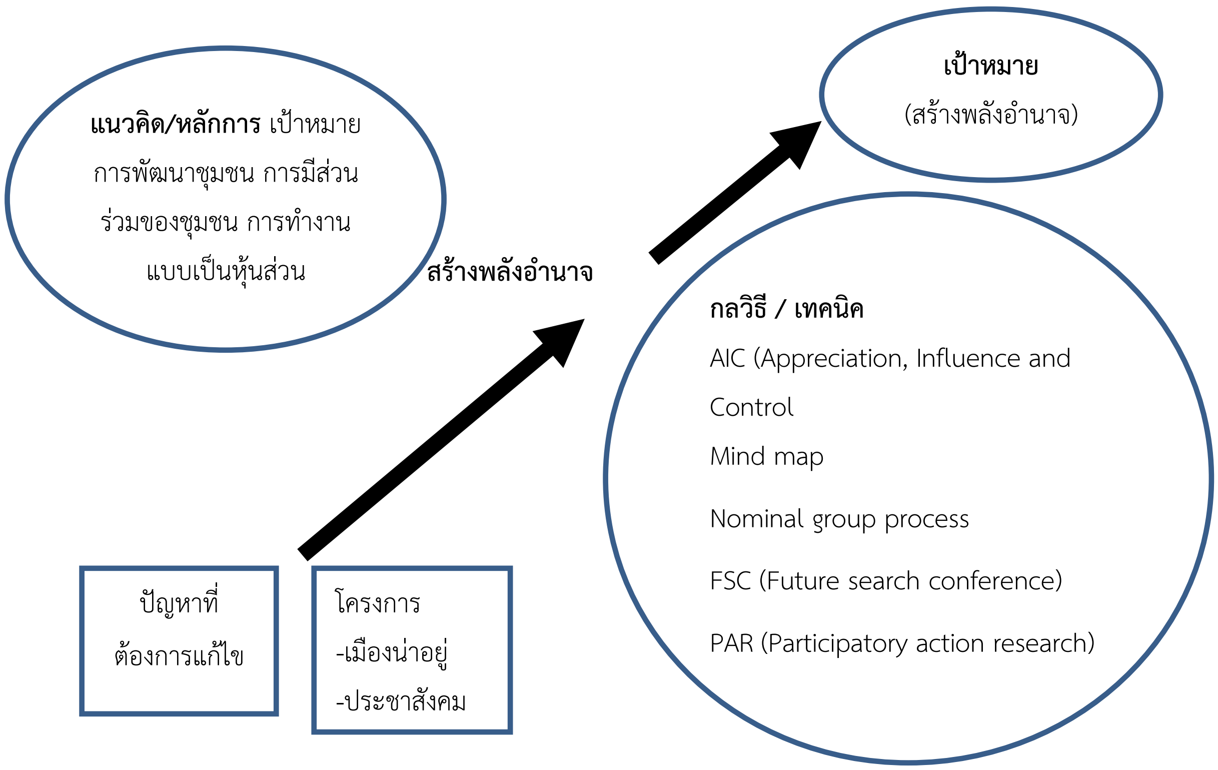
2. จังหวัดนครสวรรค์-อุทัยธานี : กลุ่มคนรักษ์ปากน้ำโพ *ต้นปี 2540 กลุ่มคนรักษ์ปากน้ำโพ ซึ่งเป็นกลุ่มองค์กรประชาชนในจังหวัดนครสวรรค์ จุดประเด็นความสนใจต่อ*

สาธารณะเรื่องการอนุรักษ์บึงบอระเพ็ด ขณะที่ก็มีกลุ่มอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมพยุหะฯ ทำงานเคลื่อนไหวด้านสิ่งแวดล้อมมาก่อนหน้านี้นานพอสมควร ซึ่งมีการจัดกิจกรรมร่วมกันอยู่บ้าง และเริ่มมีการประสานเชื่อมต่อในส่วนของนักธุรกิจของจังหวัด เทศบาล สาธารณสุข เริ่มเกิดความเชื่อมโยงกันอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้นโดยลำดับ ส่วนที่จังหวัดอุทัยธานีนั้นมีลักษณะเป็นพันธมิตรที่ใกล้ชิด มีชมรมอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมอุทัยธานีเป็นแกนสำคัญ จัดงานอเมซิ่งอุทัยธานี ซึ่งช่วยจุดประกายผู้คนในจังหวัดอย่างมาก แม้ดูว่าทั้งสองจังหวัดนั้นอาจยังไม่ปรากฏตัวออกอย่างเข้มแข็ง แต่การสั่งสมประสบการณ์และเครือข่ายทางด้านสิ่งแวดล้อมมาในระยะเวลาหนึ่ง ก็คาดว่าประชาคมทั้งสองจังหวัดนี้น่าจะมีความเข้มแข็งขึ้นอย่างรวดเร็ว

3. จังหวัดขอนแก่น : ประชาคมขอนแก่น *ขอนแก่นอยู่ในฐานะศูนย์กลางการพัฒนาของภาคอีสาน จึงได้รับผลกระทบจากปัญหาต่างๆ มากมาย อาทิ ปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เช่น กรณีน้ำพอง ปัญหาชุมชนแออัดในเมืองซึ่งภาคประชาชนในระดับรากหญ้าได้เคลื่อนไหว ดำเนินกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาของตนมานาน ประชาคมจังหวัดขอนแก่นนั้นเป็นกลุ่มที่ได้รับการหนุนเสริมในฐานะกลุ่มจังหวัดนำร่องของสภาพัฒน์มาแต่ต้น ซึ่งก็ดำเนินกิจกรรมในลักษณะเครือข่ายด้านกว้างมาโดยตลอด อย่างไรก็ตามความเคลื่อนไหวในส่วนอื่นๆ ของจังหวัดก็ยังคงมีความเข้มข้นไม่น้อยกว่ากัน เช่น กลุ่มขอนแก่นฟอรั่ม เครือข่ายขอนแก่นนครเมืองน่าอยู่ เครือข่ายชุมชนแออัด และที่เป็นกำลังฐานล่างในการฟื้นฟูตนเองด้านเศรษฐกิจได้อย่างเข้มแข็งที่สุด เห็นจะเป็นเครือข่ายของมูลนิธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อคุณภาพชีวิต ซึ่งมีขอบข่ายการทำงานในเขตเทศบาลและที่อำเภออุบลรัตน์*

สรุป

ความสำคัญของแนวคิดการพัฒนาชุมชนและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพยาบาลชุมชน ได้อธิบายถึงแนวคิดและหลักการนำแนวคิดดังกล่าวลงสู่การปฏิบัติพร้อมทั้งอธิบายตัวอย่างที่เป็นรูปธรรม ซึ่งประกอบด้วยหลายแนวคิดย่อยแต่ละแนวคิดมีความคาบเกี่ยวกัน จึงขอสรุปให้เห็นความเชื่อมโยงของแนวคิดต่างๆ โดยจะเห็นว่าการพัฒนาชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนและการทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน เป็นแนวคิดที่ใช้เป็นหลักการพื้นฐานในการทำงาน นอกจากหลักการแล้วอาจจะใช้เทคนิคหรือกลวิธีต่างๆ มาใช้ในการแก้ปัญหา หรือดำเนินกิจกรรมโครงการและในกระบวนการแก้ปัญหาควรจะทำให้ผู้เข้ามามีส่วนร่วมได้พัฒนาทักษะการคิดวิเคราะห์ แก้ปัญหา คิดเป็นทำเป็น ซึ่งจะเป็นการสร้างพลังอำนาจใน ตัวบุคคล ดังนั้นการสร้างพลังอำนาจจะเป็นทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 สรุปความสัมพันธ์ของแนวคิดการพัฒนาชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างพลังอำนาจ. จาก *ชุดการเรียนรู้ที่ 7 การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน,* โดย สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, 2555, ม.ป.ท.: มาตา การพิมพ์.

คำถามท้ายบท

1. ให้อธิบายแนวคิดการพัฒนาชุมชนที่สอดคล้องตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง
2. ให้อธิบายวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยอาศัยหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน

บรรณานุกรม

กมลทิพย□ ขลังธรรมเนียม. (2556). การใช□ทุนทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพชุมชน. *วารสาร วิทยาลัย พยาบาลพระปกเกล□า จันทบุรี, 24*(1), 66–72

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2555). *คู่มือจัดอบรมวิถีชุมชน.* นนทบุรี: สามลดา.

ขนิษฐา นันทบุตร. (2555). *การออกแบบบริการในชุมชน.* ขอนแก่น: ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบ สุขภาพชุมชชน.

จีระศักดิ์ เจริญพันธ์. (2556). *การจัดการสาธารณสุขในชุมชน 1 = Community in public health management 1.* มหาสารคาม: พิมพ์ลักษณ์.

พิริยะ ผลพิรุฬห์. (2556). "เศรษฐกิจสร้างสรรค์กับการพัฒนาประเทศไทย." *วารสารเศรษฐศาสตร์ ปริทรรศน์* สถาบันพัฒนศาสตร์. 7,1: 1-69.

ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 5 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วน ร่วมและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ.* ม.ป.ท.: มาตา การพิมพ์.

ลัดดาวัลย์ ไวสุระสิงห์. (2561). *กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิด ทฤษฎี และการ ประยุกต์ใช้ดูแลสุขภาพประชาชน.* กรุงเทพ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุพรรณ ศรีธรรมา. (2559). แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. *เอกสารประกอบการบรรยาย.* นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 7 การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน.* ม.ป.ท.: มาตา การพิมพ์.

Harkness, G. A., & DeMarco, R.F. (2012). *Community and Public Health Nursing : Evidencefor Practice* (2 nd ed.). Philadelphia : Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Kamalam, S. (2012). *Essentials in community health nursing practice* (2nd ed.). India: Jaypee Brother Medical Publishers.

Nies, M.A. (2019). *Community/Puclic health nursing* (7th ed.). St. Louis: Elesevier.

บทที่ 3

การพยาบาลอนามัยครอบครัว

ขอบเขตของเนื้อหา

1. แนวคิดและหลักการการดูแลสุขภาพครอบครัว

1.1 ความสำคัญของการดูแลสุขภาพครอบครัว

1.2 ความหมายของครอบครัว

1.3 รูปแบบของครอบครัว

1.4 พัฒนาการและพัธนกิจของครอบครัว

1.5 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลชุมชนในการเยี่ยมบ้าน

2. กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชนในการเยี่ยมบ้าน

2.1 การประเมินครอบครัว (Family assessment)

2.2 การวินิจฉัยปัญหาของครอบครัว (Family identification)

2.3 การวางแผนการพยาบาลครอบครัว (Family care planning)

2.4 การปฏิบัติตามแผน (Implementation)

2.5 การประเมินผล (Evaluation)

3. กระบวนการเยี่ยมบ้าน

3.1 ทักษะที่จำเป็นในการเยี่ยมบ้าน

3.2 ประเภทของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

3.3 การจัดลำดับครอบครัวเพื่อการเยี่ยมบ้าน

3.4 กระบวนการเยี่ยมบ้าน

3.5 การใช้กระเป๋าเยี่ยมบ้าน

3.6 การบันทึกการเยี่ยมบ้าน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถ

1. อธิบายแนวคิดและหลักการบริการอนามัยครอบครัวได้
2. อธิบายกระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชนในการเยี่ยมบ้าน
3. อธิบายบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการอนามัยครอบครัวได้
4. อธิบายการดูแลครอบครัวในสถานการณ์ต่างๆ ได้

การพยาบาลอนามัยครอบครัว

1. แนวคิดและหลักการการดูแลสุขภาพครอบครัว

1.1 ความสำคัญของการดูแลสุขภาพครอบครัว

การดูแลสุขภาพครอบครัวมีความสำคัญเนื่องจากเป็นการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวนับว่าเป็นหน่วยของผู้รับบริการที่สำคัญอันประกอบด้วยสมาชิกที่อยู่รวมกันเป็นหน่วยย่อยของสังคมที่ประกอบขึ้นเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ การที่ครอบครัวมีสุขภาพดีย่อมหมายถึงประชาชนในประเทศมีสุขภาพดีด้วย ในการดูแลครอบครัวให้มีสุขภาพดีจึงควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ (รุจา ภู่ไพบูลย์ และคณะ, 2562)

1.1.1 ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันอย่างใกล้ชิด เมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัวก็จะมีผลกระทบไปยังคนอื่นๆ ในครอบครัว ดังนั้นการประเมินปัญหาสุขภาพของครอบครัวจึงจำเป็นจะต้องได้ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของครอบครัว มิใช่เพียงแต่ข้อมูลสุขภาพเฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น

1.1.2 การดูแลสุขภาพครอบครัวนั้นในเรื่องการให้ครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ โดยให้บริการ ให้คำแนะนำ และคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ครอบครัวตามความสามารถของแต่ละครอบครัว ทำให้ครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพครอบครัว และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเอง

1.1.3 จากการที่ครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพและการฟื้นฟูสภาพ ทำให้สถานะสุขภาพของครอบครัวโดยรวมเป็นผลของการปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดของสมาชิกแต่ละคน

1.1.4 ในการดูแลครอบครัวจะพบว่าผู้ให้บริการสามารถค้นพบผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพและการค้นพบนี้จะสามารถเข้าไปสู่การสืบหาสาเหตุปัจจัยเสี่ยงในครอบครัวและชุมชน เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นไม่ลุกลามไปสู่สมาชิกของครอบครัวอื่นและชุมชนได้

1.1.5 ในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวอาจถูกศึกษาในแง่ที่เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมของบุคคลที่จะช่วยทำให้เข้าใจภาพรวมของบุคคลที่กำลังถูกศึกษาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

1.2 ความหมายของครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดแต่มีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นสถาบันที่สมาชิกมีความผูกพันใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันหล่อหลอมพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล และมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคขึ้น ครอบครัวยังเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นสถาบันสังคมที่บุคคลได้ใช้ชีวิตยาวนานนับตั้งแต่เกิดจนตาย

โดยสรุปครอบครัวมีความหมายที่รวมคุณลักษณะต่อไปนี้ (รุจา ภู่ไพบูลย์ และคณะ, 2562)

1. ครอบครัวต้องประกอบไปด้วยคนมากกว่า 1 คนขึ้นไป
2. สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันทางสายโลหิต หรือทางกฎหมาย
3. สมาชิกมีบทบาทและหน้าที่ต่างๆ ในครอบครัว
4. ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ

1.3 รูปแบบของครอบครัว

รูปแบบของครอบครัวมีความหลกหลาย แต่ละรูปแบบมีจุดอ่อนจุดแข็งที่แตกต่างกัน แนวโน้มของปัญหาจึงแตกต่างกัน การจำแนกรูปแบบของครอบครัวพิจรณาจากหลายประการ คือ สถานภาพสมรส การมีบุตร ลักษณะความผูกพันทางเพศ (Duvall, E.M., 1985) ดังนี้

1.3.1 รูปแบบครอบครัวแบบเดิม

1) ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear famiy) เป็นครอบครัวที่ประกอบไปด้วยสามี ภรรยา และบุตรอยู่ด้วยกัน และไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวเดิมของตน ซึ่งอาจแบ่งให้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น ดังนี้

1.1) ครอบครัวที่คู่สามีภรรยาประกอบอาชีพทั้งคู่ (Dual-esme หรือ duak-career) ครอบครัวรูปแบบนี้มักประสบปัญหาที่พบบ่อยคือ 1) ปัญหาการดำเนินการภาระในครอบครัวและการดูแลบุตร 2) ปัญหาความครียดจากที่ทำงานทั้งสามีและภรยา และ 3) ปัญหาความสัมพันธ์ของครอบครัวซึ่งเป็นผลมาจากปัญหาทั้ง 2 ข้อดังที่กล่าวมา

1.2) ครอบครัวที่คู่สามีภรรยาไม่มีบุตร (Chidles: amly) ปัญหาที่มักพบในครอบครัวประเภทนี้ คือปัญหาสัมพันธภาพของคู่สมรส

1.3) ครอบครัวบุตรบุญธรรม (Adopiv: mi) หมายถึงครอบครัวที่คู่สมรสไม่มีบุตร แต่ต้องการแสดงบทบาทนี้ จึงรับเด็กมาเลี้ยงป็นบุญธรรมตามกฎหมาย เพื่อให้คู่สามีภรรยาบรรลุอุดมการณ์ อีกทั้งตอบสนองความต้อการของบุตรบุญธรมที่ขาดไป ปัญหาที่มักพบบ่อยในครอบครัวนี้ คือ ปัญหาการละเลยหน้าที่ในบทบาทบิดามารดา

1.4) ครอบครัวคนโสดอยู่คนเดียว (Single adut iving alone) เป็นคนโสดที่แต่งงานแล้วแต่แยกอยู่คนเดียวและแยกออกจากครอบครัวเดิมมาอยู่เพียงลำพัง ปัญหาครอบครัวนี้ที่พบบ่อยคือการแยกตัวออกจากสังคม

2) ครอบครัวขยาย (Extended family) เป็นครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวแยกไปสร้างครอบครัวใหม่ ซึ่งอาจจะตั้งครัวเรือนอยู่ในครัวเรือนเดิม หรือแยกครัวเรือนออกไปตั้งอยู่ใกล้บริเวณครอบครัวเดิม หรือแยกครัวเรือนออกไปอยู่ห่างไกล แต่ครอบครัวใหม่นี้ยังมีการติดต่อเพื่อให้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวครัวเดิมของตนในลักษณะของเครือญาติ

1.3.2. รูปแบบครอบครัวที่แตกต่างจากเดิม (Non-traditional families)

1) ครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเดี่ยว (Single-parent famiy) ปัญหาที่พบบ่อยในครอบครัวนี้ คือ 1) ความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป เพราะบิดาหรือมารดาเดี่ยวต้องมีบทบาทหน้าที่ทั้งงานบ้าน การประกอบอาชีพ การเลี้ยงดูบุตร 2) ความขัดแย้งในบทบาท เมื่อบิดาหรือมารดาเดี่ยวต้องการทำหน้าที่ทั้งในบทบาทของบิดาและมารดาอย่างเต็มที่ และ 3) ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาท ปัญหาจากข้อ 1 และ 2 ทำให้บิดาหรีมารดาเเดี่ยวต้องลดความเครียดจากบทบาทเดิม จึงเปลี่ยนบทบาทเดิมของตนเข้าสู่บทบาทใหม่ หรือสร้างบทบาทใหม่โดยการแต่งงานใหม่

2) ครอบครัวแต่งงานใหม่ (Stepparent family หรือ remaried family reconstructed family) ปัญหาที่พบบ่อยในครอบครัวนี้ คือ 1) ความคลุมเครือในบทบาทของบิดามารดาใหม่กับบุตรเลี้ยง และ 2) ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาใหม่กับบุตรเลี้ยง

3) ครอบครัวชายหญิงอยู่ด้วยกันโดยไม่ได้สมรส (Non-marial heterosexusl cohsbiting fanily)

4) ครอบครัวคู่รักร่วมเพศ (Gay and lesbian famiy) มีงานวิจัยหลายชิ้นในช่วงเวลา 30 ปีที่ผ่านมา พบว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูโดยครอบครัวคู่รักร่วมเพศ มีพัฒนาการการเรียนรู้ พัฒนาการด้านจิตใจและพัฒนาการทางเพศเหมือนกับเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูโดยครอบครัวปกติ (Hanson, et al. 2005)

1.4 พัฒนาการและพันธกิจของครอบครัว

รุจา ภู่ไพบูลย์ และคณะ (2562). แบ่งพัฒนาการครอบครัวออกแบ่งออกเป็น 8 ระยะ ซึ่งในทุกครอบครัวจะมีพัฒนาการเหล่านี้ตามลำดับชั้นไม่แน่นอนตายตัว บางครั้งเรียกวงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle) การแบ่งระยะพัฒนาการยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) อายุบุตรคนโตเพราะบุตรคนโตเป็นตัวเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลง 2) จำนวนเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา แต่ละช่วงชีวิตมีเหตุการณ์แตกต่างกัน บางช่วงมีเหตุการณ์เกิดขึ้นหลายอย่างบางช่วงสงบ และ 3) การเปลี่ยนเป้าหมายของครอบครัวที่จะเปลี่ยนไปตามวงจรของชีวิต

ในแต่ละระยะพัฒาการของครอบครัว ครอบครัวจะมีภารกิจที่แตกต่างกันไปในแต่ละพัฒนาการ เรียกว่าพัฒนกิจของครอบครัว พัฒนาการครอบครัวมี 8 ระยะและพัฒนกิจของครอบครัวมีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเริ่มสร้างครอบครัว (Mamied couples) นับตั้งแต่เริ่มแต่งงานจนภรรยาตั้งครรภ์บุตรคนแรก ครอบครัวในระยะนี้อยู่ในช่วงที่มีการปรับตัวระหว่างคู่สมรสอยู่มาก ความต้องการตามพัฒนกิจของครอบครัว คือการอุทิศตนให้กับครอบครัวใหม่โดยการสร้างสัมพันธภาพของคู่สมรสที่เหมาะสมและการปรับสัมพันธภาพกับญาติและเพื่อนของแต่ละฝ่าย

ระยะที่ 2 ระยะครอบครัวมีลูกเล็ก (Childbearing famiies) นับระยะจากบุตรคนแรกเกิดจนกระทั่งอายุ 2 ปีครึ่ง ซึ่งคู่สมรสจะมีบทบาทใหม่เกิดขึ้นคือ บทบาทการเป็นพ่อแม่ ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พัฒนกิจที่สำคัญในระยะนี้ คือการต้องรับสมาชิกใหม่เข้าสู่ครอบครัว โดยการปรับความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยาเพื่อเลี้ยงดูบุตรวัยทารก การปฏิบัติตามบทบาทของบิดามารดาที่เหมาะสมและการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกใหม่กับสมาชิกเดิมและเครือญาติ

ระยะที่ 3 ระยะครอบครัวมีบุตรก่อนวัยเรียน (Families with pre-school children) นับจากบุตรคนแรกอายุ 2 ปีครึ่งจนถึง 6ปี เป็นระยะที่ครอบครัวมีภาระมากสมควร เพราะเด็กก่อนวัยเรียนเป็นเด็กที่กำลังมีพัฒนาการต้องการการเรียนรู้เพื่อให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตน พัฒนกิจของครอบครัวในระยะนี้คือ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และเกิดพัฒนาการต่างๆ เป็นไปอย่างเหมาะสม สามีภรรยาตกลงร่วมกันในการเลือกโรเรียน การรับส่งลูกที่โรงเรียน การจัดสรรงินเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเล่าเรียนของบุตร จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ของบุตรและปลอดภัยจากอันตราย

ระยะที่ 4 ระยะครอบครัวมีบุตรวัยเรียน (Families with school children) นับจากบุตรคนแรกอายุ 6 ปีจนถึง 13 ปี เป็นระยะที่ครอบครัวมีการสื่อสารกับสังคมภายนอกเพิ่มขึ้น บางครอบครัวอาจมีสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันไม่แน่นแฟ้นเหมือนในระยะที่ผ่านมา เนื่องจากเด็กเริ่มไปโรงเรียนความสนใจของเด็กจึงอยู่ที่โรงเรียน และบิดามารดาต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งในการดูแลบุตรคนใหม่ สมาชิกใน

ครอบครัวมีจำนวนมากขึ้น พัฒนกิจที่สำคัญคือ ควรส่งเสริมบุตรในการค้นคว้าการเรียน ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเรียน จึงต้องรักษาความสมดุลของครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ระหว่างบิดามารดาและบุตร ระหว่างบุตรคนแรกและบุตรคนรอง

ระยะที่ 5 ระยะครอบครัวมีบุตรวัยรุ่น (Famlles wih teensges) นับจากบุตรคนแรกอายุ 13 ปีจนถึง 20 ปี ระยะนี้บุตรสามารถช่วยหลือตนเองได้มากขึ้น แต่เป็นระยะที่ครอบครัวต้องการการปรับตัวอย่างมาก เพราะต้องรับการเปลี่ยนแปลงทางกาย อารมณ์ และสังคมของบุตร วัยรุ่นเริ่มมี

ความสนใจในกลุ่มเพื่อน มีความต้องการอิสระ หาเอกลักษณ์ให้กับตนเอง ทำให้ความใกล้ชิดของบุตรกับบิดามารดาลดลง ครอบครัวยังปฏิบัติกับบุตรเหมือนลูกยังเป็นเด็ก อาจเกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว และบุตรไม่ได้พัฒนาตนเอง พัฒนกิจที่สำคัญคือ ส่งเสริมให้บุตรมีความป็นตัวของตัวเอง โดยปรับความสัมพันธ์ระหว่างบิดา มารดาและบุตร เพื่อให้บุตรเป็นอิสระจากครอบครัวมากขึ้น คู่สมรสต้องกลับมาทำงานอีกครั้งหลังจากที่ทุ่มเทให้กับลูกมานาน ดูแลพ่อแม่ที่แก่ชรา

ระยะที่ 6 ระยะแยกครอบครัวใหม่ (Families as launching centers) นับจากบุตรคนแรกแยกไปสร้างครอบครัวใหม่ ส่วนใหญ่อายุบุตรจะประมาณ 20 ปีขึ้นไป เป็นระยะที่บุตรจบการศึกษา ประกอบอาชีพของตนอง พึ่งพาตนเอง ความสัมพันธ์ของพ่อแม่กับบุตรจึงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใหญ่กับผู้ใหญ่ ในช่วงนี้จะมีสมาชิกใหม่เข้ามา ได้แก่ บุตรเขยหรือสะใภ้ บิดามารดาจึงต้องปรับตัวอีกครั้ง รับสมาชิกใหม่ประสานความสัมพันธ์กับครอบครัวของเขยหรือสะใภ้ พัฒนกิจในระยะนี้ คือ การยอมรับการจากไปของบุตรและการเข้ามาของเขยหรือสะใภ้ ปรับสัมพันธภาพที่ดีกับเขยหรือสะใภ้ ต้อนรับหลานเข้าสู่ครอบครัว

ระยะที่ 7 ระยะครอบครัววัยกลางคน (Middle-age parents) นับระยะจากบุตรคนสุดท้ายย้ายออกไปมีครอบครัวใหม่ ช่วงเวลานี้คู่สามีภรรยาต้องอยู่เพียงลำพัง รู้สึกว้าเหว่ จึงต้องมีการปรับตัวกันอีกครั้ง สามีภรรยาจึงคงความสัมพันธ์กับบุตร และเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้านและชุมชน เพื่อใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ พัฒนกิจในระยะนี้คือ เตรียมตัวเกษียณอายุ เตรียมพร้อมเข้าสู่วัยชราและยอมรับสภาพร่างกายของตนเองที่เริ่มเสื่อมถอยลง

ระยะที่ 8 ระยะครอบครัววัยชรา (Aging family members) เป็นระยะสุดท้ายของครอบครัวจะดำเนินไปในระยะที่มีการลูญเสียคู่สมรส และวงจรครอบครัวจะสิ้นสุดลงเมื่อผู้ที่เหลืออยู่จบชีวิตลง ระยะนี้ครอบครัวต้องการการช่วยเหลือดูแลจากครอบครัวบุตรหลานมาก ต้องการการเคารพจากบุตรหลานต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม กิจกรรมทางศาสนา พัฒนกิจนระยะนี้ คือ การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของตน โดยการแสวงหาบทบาทใหม่ที่เหมาะสมกับตน การคงไว้ซึ่งความกระตือรือรัน การสนับสนุนให้บุตรมีบทบาทมากขึ้น และการจัดการกับการสูญเสียคู่ครอง เพื่อนรุ่นเดียวกัน

1.5 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลชุมชนในการเยี่ยมบ้าน

บทบาทของพยาบาลชุมชนในการเยี่ยมบ้าน เน้นที่การส่งเสริมภาวะสุขภาพอนามัยของครอบครัวและการป้องกันโรคต่างๆ ที่ป้องกันได้ ซึ่งเป็นงานหลักในการดูแลเบื้องต้นที่จะป้องกันมิให้เกิดปัญหา โดยการให้ครอบครัวสามารถดูแลตแองและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนสาธารณสุขของประทศที่กระตุ้นให้ประชาชนรู้จักการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลชุมชนในการเยี่ยมบ้าน ดังนี้ (วิโรจน์ วรรณภิระ, 2555)

1. เป็นผู้ให้การพยาบาล โดยให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เจ็บปวยเล็กน้อย ผู้ที่อยู่ในระยะพ้นหลังจากการการรักษาในโรงพยาบาลและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่พยาบาลชุมชนจะเป็นผู้ให้การพยาบาลด้วยตนเอง โดยการให้การพยาบาลที่จำเป็นในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง เช่น ทำแผล ฉีดยา เป็นต้น นอกจากการให้การพยาบาลด้วยตนเองแล้ว พยาบาลชุมนจะต้องให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลบางอย่างในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องตามความสามารถของตนเองและครอบครัว

2 เป็นผู้สอนสุขศึกษา เป็นบทบาทการเป็นให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ซึ่งสามารถให้ข้อมูลโดยวิธีการสอน พยาบาลชุมขนจะต้องทำหน้าที่ในการสอนผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงชุมชนด้วย ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งการสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสำคัญมาก ถ้าผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในเรื่องที่สอนและปฏิบัติตามอย่างถูกต้องก็จะเห็นผลดีต่อสุขภาพอนามัย พยาบาลชุมชนจึงต้องติดตามผลของการสอนและคำแนะนำเพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ แล้วหาวิธีอื่นๆ ปฏิบัติต่อไป

3. เป็นที่ปรึกษาในการเยี่ยมบ้าน นอกจกจะพบปัญหาทางด้านสุขภาพแล้ว ครอบครัวมักจะมีปัญหาด้านอื่นๆ ซึ่งเกี่ยวพันกับปัญหาสุขภาพด้วย เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งก่อให้เกิดความเดือดร้อนเป็นทุกข์แก่ครอบครัว ดังนั้นครอบครัวจึงถือโอกาสระบายถึงความคับข้องใจต่างๆ เมื่อมีผู้ไปเยี่ยมจึงเป็นหน้าที่ที่พยาบาลชุมชนจะต้องรับเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี โดยรับฟังถึงปัญหาต่างๆ ด้วยความสนใจพร้อมทั้งชี้แนะแนวทางที่จะช่วยให้เขาตัดสินใจแก้ปัญหา

4. เป็นผู้ประสานงาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง พยาบาลชุมชนจะต้องทำหน้าที่เป็นคนกลางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวกับแพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาลและหน่วยงานอื่นในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย นอกเหนือจากการให้การดูแลในด้านการรักษาพยาบาล ครอบครัวอาจจะมีปัญหาอื่น เช่น ปัญหาด้านศรษฐกิจ สังคม พยาบาลชุมชนจะช่วยประสานงานกับฝ่ายสังคมสงเคราะห์เพื่อช่วยให้ครอบครัวได้รับบริการต่างๆ ตามความเหมาะสมและคอยดูแลว่าบริการต่างๆ ที่ให้แก่ครอบครัวมีการประสานงานกันเป็นอย่างดี

5. เป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ของผู้รับบริการ โดยจัดให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยตามสิทธิที่ควรจะได้ เช่น ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาในสถานบริการเฉพาะโรคตามความจำเป็นของผู้ป่วย ช่วยแจงความต้องการของครอบครัวในการขอความช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

6. เป็นตัวอย่าง พยาบาลชุมชนต้องเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการสุขภาพสาขาอื่นๆ รวมทั้งพยาบาลที่กำลังศึกษาทั้งด้านพฤติกรรมและการปฏิบัติงาน เช่น การสวมชุดยูนิฟอร์มที่สะอาด ถูกระเบียบ การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

7. เป็นผู้ร่วมงานโดยฏิบัติตนและตัดสินใจร่วมกับผู้อื่นในทีมในทุกขั้นตอนของกะบวนการพยาบาล

8. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง พยาบาลอนามัยชุมชน ควรเป็นแบบอย่างในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน เช่น เป็นผู้นำให้เกิดการรวมกลุ่มออกกำลังกาย

9. เป็นนักวิจัย บทบาทนี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการพยาบาลในชุมชน ได้แก่ การประเมิน วางแผน
ดำเนินการประเมินปัญหาสุขภาพของชุมชนและการแก้ไขปัญหา การวิจัยจะช่วยในการวิเคราะห์ข้อเท็จจริงทุกขั้นตอนในกระบวนการพยบาล เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่บ้านมีประสิทธิภาพและมีการพัฒนาให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลงในสังคม

การเยี่ยมบ้านนั้น ยึดถือหลักที่ว่าครอบครัวเป็นหน่วยในการให้บริการการเยี่ยมบ้านจะมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้เยี่ยมที่จะเข้าถึงบุคคลและครอบครัว รวมทั้งสามารถให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่แท้จริงตามความต้องการของบุคคลและครอบครัวนั้นอย่างมีขั้นตอน ในการยี่ยมบ้านพยาบาลชุมชนควรยึดหลักของกระบวนการพยาบาลเพื่อให้การดำเนินงานไม่มีอุปสรรค และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

2. กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชนในการเยี่ยมบ้าน

การใช้กระบวนการพยาบาลในการฏิบัติการพยาบาลช่วยให้การทำงานของพยาบาลชุมชนเป็นระบบและเกิดการให้การพยาบาลที่มีคุณภาพ มีการดำเนินการเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกันตลอดเวลา ประกอบด้วย การประเมินครอบครัว การวินิจฉัยปัญหาของครอบครัว การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนและการประเมินผลการพยาบาล (สุริยา ฟองเกิด และอนิสา อรัญศีรี , 2556)

2.1 การประเมินครอบครัว (Family Assessment)

จากแนวคิดที่ว่าครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นของบริการอนามัย การที่พยาบาลชุมชนเข้าไปให้บริการพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้านนั้นจะช่วยให้พบปัญหาต่างๆ ในครอบครัว ที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยของบุคคล ปัญหาสุขภาพของสมาชิกคนหนึ่งคนใดในครอบครัวย่อมมีผลกระทบถึงการทำงานของบุคคลนั้นและครอบครัวด้วย ถ้าพยาบาลชุมชนมุ่งให้การพยาบาลเฉพาะบุคคล ทำให้บุคคลนั้นหายจากโรคที่กำลังเป็นอยู่ แต่ถ้ากลับไปอยู่บ้านในสภาพเดิมก็อาจกลับมาป่วยอีกครั้ง ดังนั้นการพิจารณาปัญหาของผู้ป่วยจึงควรพิจารณาปัญหาสิ่งอื่นๆ ในครอบครัวนั้นด้วย

ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการประเมินครอบครัว ประกอบด้วย

1. เป็นข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างและลักษณะของครอบครัว

1.1 ชื่อ อายุ เพศ และความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัวของสมาชิกทุกคนในครอบครัว

1.2 ขนาดโครงของครอบครัว เช่น ครอบครัวที่แต่งงานถูกต้องตามกฎหมาย ครอบครัวที่อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียนสมรส ครอบครัวเดี่ยว หรือครอบครัวขยาย

1.3 บทบาทหน้าที่ของสมาชิแต่ละคนในครอบครัว ตลอดจนความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี หรือมีข้อขัดแย้งกัน

1.4 แบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัว ดูกิจวัตรประจำวันของสมาชิกในครอบครัว เช่น

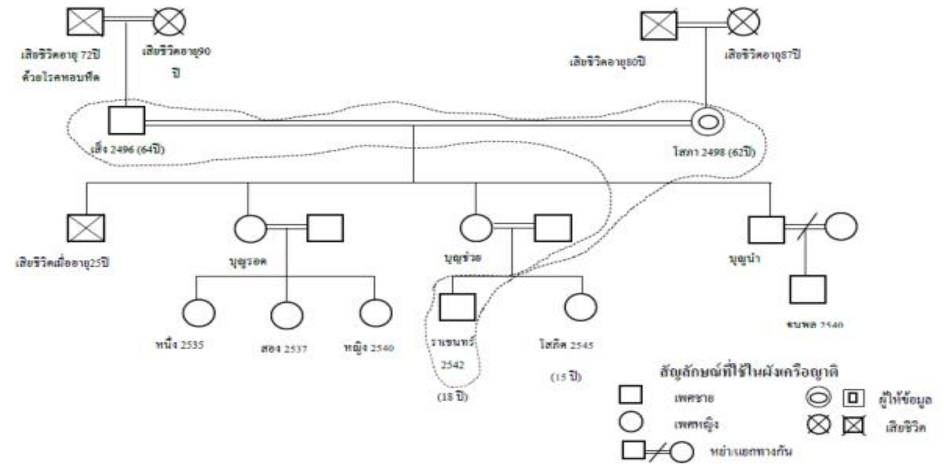
- ลักษณะของการบริโภคอาหาร จำนวนมื้อ ลักษณะอาหาร ชนิดอาหาร
- การพักผ่อนนอนหลับ การเข้านอน จำนวนของเวลาในการพักผ่อน
- การใช้เวลาว่างในกิจกรรมต่างๆ

ในการประเมินโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัวนั้นอาจใช้แผนภูมิครอบครัว และแผนที่นิเวศวิทยาครอบครัวมาช่วยในการประเมินได้ดังนี้

แผนภูมิครอบครัว (Genogram หรือ Family tree) เป็นการวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวย้อนหลังไป 3 ชั่วอายุคน โดยจะแสดงรายละเอียดไว้หลายด้าน เช่น เพศ อายุ วันเกิด วันตาย อาชีพ สถานะ สุขภาพ ความผูกพันและเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ข้อดีของแผนภูมิครอบครัว คือทำให้เข้าใจข้อมูลในอดีตที่อาจเกี่ยวเนื่องกับปัจจุบัน

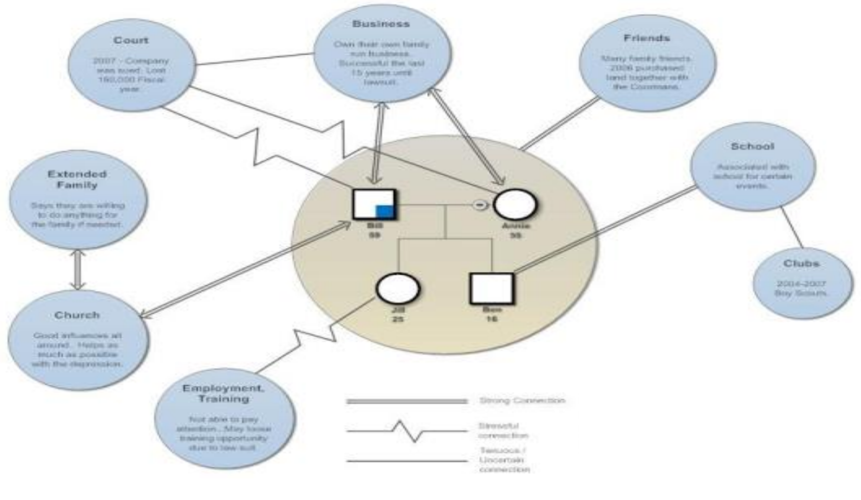
การวาดแผนภูมิครอบครัว

1. วาดข้อมูลครอบครัวอย่างน้อยสามชั่วอายุคน
2. ใส่ชื่อและอายุ (หรือปีเกิด) ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว
3. ใส่รายละเอียดและสาเหตุการตายของสมาชิกในครอบครัว (ถ้ามี)
4. ระบุโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญของสมาชิกในครอบควัว
5. วาดวงล้อมรอบสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน พร้อมบ่งชี้ว่าผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งใดของแผนภูมิ
6. ระบุวันที่การแต่งงานหรือหย่าร้างของสมาชิกในครอบครัว
7. เรียงสมาชิกที่เกิดตามลำดับก่อนหลัง จากข้ายไปขวา
8. ถ้าทราบความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ให้ลากเส้นแสดงความสัมพันธ์ลงในแผนภูมิ



ภาพที่ 6 ตัวอย่างการเขียนแผนภูมิครอบครัว. จาก *การศึกษาครอบครัวไทยแบบบูรณาการตามวงจรชีวิตครอบครัว,* โดย รุจา ภู่ไพบูลย์ และคณะ, 2562, นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

แผนที่นิเวศน์ครอบครัว (Ecomap) เป็นการวิเคราะห์เครือข่ายของครอบครัว ดูการรักษาสมดุล ระหว่างสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกครอบครัว บางครั้งครอบครัวต้องปรับตัวภายใต้ระบบปิดเพื่อรับการช่วยเหลือจากสิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัว ได้แก่ ชุมชน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ซึ่งต้องพิจารณาใน 3 ประเด็น คือ 1) การรับรู้ความรู้สึกใกล้ชิดของครอบครัวกับบุคคลกลุ่มคนต่างๆ ภายนอก ครอบครัว 2) แหล่งประโยชน์ที่พึ่งพาได้ในกรณีที่ครอบครัวประสบปัญหา และ 3) แหล่งประโยชน์นั้นง่ายต่อการติดต่อและการเข้าถึงหรือไม่



ภาพที่ 7 ตัวอย่างแผนที่นิเวศครอบครัว. จาก *การศึกษาครอบครัวไทยแบบบูรณาการตามวงจรชีวิตครอบครัว,* โดย รุจา ภู่ไพบูลย์ และคณะ, 2562, นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

2. ข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐกิจ สังคม ขบบธรรมเนียมประเพณี และความเชื่อ (Socio-Economic and Cutursl Factore)

2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ รายได้ รายจ่ายผู้ที่เป็นหลักของครอบครัวในการหารายได้ ผู้ตัดสินใจในการใช้จ่ายเงินของครอบครัว

2.2 การศึกษาของสมาชิกทุกคนในครอบครัว รวมทั้งที่กำลังศึกษาและจบการศึกษาแล้ว

2.3 เชื้อชาติ ศาสนา ขบบธรรมนียม ประเพณีและความเชื่อถือต่างๆ ของครอบควัว

2.4 ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับชุมชน เพื่อนบ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

3. ข้มูลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (Health and Medical History of the Famnily Members)

3.1 ประวัติสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

3.2 ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัว

3.3 ทัศนคติและการยอมรับในบทบาทของเจ้าหน้าที่ของสถานบริการที่ไปติดต่อ

3.4 สถานบริการสุขภาพที่รับบริหาร

3.5 ยาที่ใช้เป็นประจำ การซื้อยาเพื่อรักษาตนเอง

ในการประมินข้อมูลด้านสุขภาพอนามัยของครอบครัว สามารถประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน มาช่วยประเมินได้ (ภูเบศร์ สมุทรจักร, ธีรนุช ก้อนแก้ว และริฏวัน อุเด็น, 2559)

1. แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ ประเมินประวัติสุขภาพครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพของสมาชิกและประกันสุขภาพ

2. แบบแผนการรับประทานอาหารและการเผาผลาญอาหาร ประเมินโภชนาการอาหารของครอบครัว อาหารในบ้านใครเตรียมและเก็บรักษา

3. แบบแผนการขับถ่าย ประเมินครอบครัวจัดการเกี่ยวกับขยะมูลฝอยอย่างถูกลักษณะและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน

4. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย ประเมินแบบแผนการประกอบกิจวัตรประจำวันกิจกรรมในครอบครัวในการพักผ่อน สันทนาการและกฎระเบียบของครอบครัว

5. แบบแผนการพักผ่อนและนอนหลับ ประเมินแบบแผนการนอน การจัดสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการนอน พฤติกรรมการนอนของสมาชิกภายในครอบครัว

6. แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ ประเมินระดับการศึกษาของสมาชิก ปัญหาการรียนพัฒนาการ การตัดสินใจในครอบครัว

7 แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ ประเมินการรับรู้ของครอบครัวในความสามารถที่จะรักษาไว้ซึ่งหน่วยของครอบครัว ความภูมิใจของครอบครัว และการรับรู้เกี่ยวกับบ้านและเพื่อนบ้าน

8. แบบแผนบทบาทสัมพันธภาพ ประเมินสมาชิก ระยะพัฒนาการของครอบครัว การสื่อสาร บทบาทและรายได้

9. แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ ประเมินเพศสัมพันธุ์ การวางแผนครอบครัว เพศศึกษา

10. แบบแผนการปรับตัวและการคงทนต่อความเครียด ประเมินแนวทางการจัดการวิกฤตและความเจ็บป่วยในอดีตถึงปัจจุบัน

11. แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ ประเมินเชื่อชาติ ศาสนา และความเชื่อที่มีผลต่อพฤติกรรม สุขภาพของสมาชิก ค่านิยมของครอบครัว

นอกจากนี้ยังมีแนวทางการประเมินครอบครัวแบบ INHOMESSS ดังต่อไปนี้ (Unwin & Jerant, 1999)

I= Immobility ประเมินว่าสามารถขยับเขยื่อนไปทำกิจกรรมได้มากน้อยเพียงใด เช่น กิจกรรมพื้นฐาน ได้แก่ ลุกจากที่นอน อาบน้ำ แต่งตัว กินได้ ขับถ่ายได้ และกิจกรรมอื่นๆ ที่ใช้แรงมากขึ้น เช่น ทำงานบ้าน จ่ายตลาด ทำอาหาร ล้างรถ เป็นต้น

N = Nutrition ประเมินภาวะโภชนาการ อาหารโปรด วิธีเตรียมอาหาร วีธีเก็บอาหาร ปริมาณที่กิน นิสัยการกิน รวมไปถึงการสูบบุหรี่และการดื่มสุราด้วย เป็นต้น

H = Housing ประเมินสภาพบ้านว่ามีลักษณะอย่างไร ภายในบ้าน เช่น แออัด โปร่งสบาย สะอาด เป็นระเบียบ ดูอบอุ่นเป็นกันเอง เป็นส่วนตัว มีรูปแขวนผนังกับใครบ้าง มีโล่ประกาศนียบัตรยกย่องเรื่องใดบ้าง มีเครื่องดนตรี หนังสือ สัตว์ลี้ยงภายในบ้าน ประเมินรอบบ้าน เช่น มีบริวณรอบบ้านเป็นอย่างไร รั้วรอบขอบชิด หรือทะลุถึงเพื่อนบ้าน เพื่อนบ้านมีลักษณะอย่างไร มีความสัมพันธ์กับครอบครัวเป็นอย่างไร เป็นต้น

0 = Orther people ประเมินว่าบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคภายในบ้าน ถ้ามีเหตุการณ์ฉุกเฉินภายในบ้านเกิดขึ้น ใครเป็นผู้ตัดสินใจ และแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในชุมชน เช่น จิตอาลา

M = Medications ประเมินการใช้ยา อายุของยา และการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ ตลอดจนยาที่ใช้ วิธีการรักษา การรักษาด้วยตนเองหรือตามความเชื่อ เช่น ยาหม้อ ยาพระ สมุนไพร อาหารเสริม เป็นต้น

E = Examination ประเมินสุขภาพด้วยการตรวจร่างกาย

S = Safety ประเมินความปลอดภัยภายในที่อาจมีผลต่อผู้อยู่อาศัย โดยเฉกาะอย่างยิ่งเด็ก คนพิกร และคนชรา เช่น สถานที่เก็บของมีคม การวางเฟอร์นิเจอร์

S = Spiritual health ประเมินจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ทัศนคติ วัฒนธรรม และประเพณี ความมุ่งมั่น สิ่งยึดเหนี่ยวที่สำคัญ ความศรัธา หรือบุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อและนับถือ

S = Service ประเมินการบริการที่ได้รับ ความพึงพอใจต่อบริการ และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

4. ข้อมูลกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (Environment Factors)

4.1 ที่ตั้งของบ้านเรือน เช่น ชุมชนแออัด บริเวณโรงงานอุตสานกรรม

4.2 สภาพบ้าน ขนาดบ้าน ขนาดห้อง การจัดบริวณห้องต่างๆ การระบายอากาศ ครื่องใช้เฟอนิจอร์ต่างๆ ที่ประกอบอาหาร ที่เก็บอาหาร ห้องน้ำ เป็นต้น

4.3 น้ำดื่มและน้ำใช้ ความเพียงพอ

4.4 การกำจัดสิ่งปฏิกูล วิธีเก็บและทำลาย

4.5 พาหนะที่ใช้ในชุมชน เช่น รถมล์ รถบริการ เรือยนต์

4.8 เครื่องอำนวยประโยชน์ เช่น ไปรษณีย์ โทรศัพท์

2.2 การวินิจจัยปัญหาของครอบครัว (Problem Identification)

ปัญหาของครอบครัว คือสภาวะที่มีการรบกวนต่อสภาวะสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในรูปของการขาดหรือในรูปของการมากเกินไปซึ่งเป็นอันตรายและทำให้เกิดความขัดแย้งคับข้องใจแก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งต้องการการช่วยเหลือ เพื่อแก้ไข ขจัดปัญหาและอุปสรรคต่างๆ

การวินิจฉัยปัญหาครอบครัว เป็นกระบวนการที่ต่อนื่องจากการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ของครอบครัวเพื่อนำมาวิเคราะห์ค้นหาปัญหาและกำหนดข้อวินิจฉัยปัญหาเพื่อแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือครอบครัวต่อไป

ปัญหาสุขภาพของครอบครัว จะสามารถพิจารณาได้ 3 ลักษณะ คือ (อนุโรจน์ เล็กเจริญสุข และคณะ, 2554)

1. ความพร่องทางสุขภาพ (Hesth Defici) คือ สภาวะที่ไม่ปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ความเจ็บป่วย ซึ่งอาจได้รับการวินิจฉัย หรือยังไม่ได้รับการรับการวินิจฉัย

2. ภาวะคุกคามสุขภาพ (Heah Treat) คือ สภาวะที่บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอันตรายต่างๆ

3. สภาวะวิกฤติ (Crisis Sitaation) คือ สภาวะที่บุคคลต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงและต้องการปรับตัว เช่น การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว การตกงาน การตั้งครอบครัวใหม่ การย่างเข้าสู่วัยหนุ่มสาว วัยชรา เป็นต้น

ขั้นตอนการวินิจฉัยปัญหาของครอบครัว มีดังนี้

1. สืบสวนหาความบกพร่องทางสุขภาพ เช่น เมื่อพยาบาลชุมชนเข้าดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่าเด็กอายุ 1 ปี รูปร่างเล็กผิดปกติ ชั่งน้ำหนักได้ 5 กิโลกรัม เด็กท้องเสียบ่อย

2. กระบวนการหาเหตุผลมาประกอบหรือข้อมูลนับสนุน เช่น จากการสังเกตและพูดคุยกับมารดา ได้ข้อมูลว่ามารดาต้องไปทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาให้นมบุตร จึงใช้นมข้นหวานเลี้ยงโดยยายของเด็กจะเป็นผู้ชงให้ ซึ่งบางครั้งใช้น้ำต้มสุกบางครั้งใช้น้ำฝน

3. พิจารณาปัจจัยที่เป็นสาเหตุโดยรวบรวมข้อมูลประกอบอื่นๆ เช่น พยาบาลชุมชนพบว่าสาเหตุที่มารดาใช้นมข้นหวานเลี้ยงบุตร เนื่องจากมารดามีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลือกนมที่ใช้เลี้ยงดูบุตร ส่วนการที่ยายของเด็กชงนมด้วยน้ำฝน เป็นเพราะยายมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเตรียมนม

4. สรุปวินิจฉัยปัญหา จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปข้อวินิจฉัยปัญหาหรือข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้ดังนี้

- เด็กน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน เนื่องจากมารดามีความรู้ไม่ถูกต้องกี่ยวกับการเลือกนมที่ได้เลี้ยงดูบุตร
- เด็กท้องเสียปอยเนื่องจากยายของเด็กมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเตรียมนม

5. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา จากการวินิจฉัยปัญหาของครอบครัว พยาบาลชุมชนอาจพบปัญหาจึงต้องนำปัญหาที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญเพื่อพิจารณาว่าปัญหานั้นมีความจำเป็นรีบด่วนต้องแก้ไขก่อนหลังเพียงใด

การพิจารณาจัดลำดับความลำคัญของปัญหา มีดังนี้

1. ประเภทของปัญหา (น้ำหนักองค์ประกอบ = 1 คะแนน)

Health deficits	= 3 คะแนน
Health threats	= 2 คะแนน
Crisis situation	= 1 คะแนน

2. ความยากง่ายในการแก้ไขปัญหา (น้ำหนักองค์ประกอบ = 2 คะแนน)

ง่าย	= 3 คะแนน
ปานกลาง	= 2 คะแนน
ยาก	= 1 คะแนน

3. โอกาสในการป้องกัน (น้ำหนักองค์ประกอบ = 1 คะแนน)

ง่าย	= 3 คะแนน
ปานกลาง	= 2 คะแนน
ยาก	= 1 คะแนน

4. การยอมรับปัญหาของครอบครัว (น้ำหนักองค์ประกอบ = 1 คะแนน)

ครอบครัวยอมรับว่าจำเป็นต้องแก้ไขทันที	= 2 คะแนน
ครอบครัวยอมรับแต่ยังไม่แก้ไขทันที	= 1 คะแนน
ครอบครัวไม่ยอมรับและไม่สนใจ	= 0 คะแนน

การคิดคะแนน

1. นำคะแนนแต่ละข้อมาคำนวณ ดังนี้

$$\text{คะแนนของแต่ละข้อ} = \frac{\text{คะแนนที่ได้} \times \text{น้ำหนักองค์ประกอบ}}{\text{คะแนนสูงสุดของข้อนี้}}$$

2. นำคะแนนของแต่ละข้อที่คำนวณได้มาคูณกัน

3. เปรียบเทียบคะแนนรวมของแต่ละปัญหา

ปัญหาที่มีความสำคัญแก้ไขก่อน คือปัญหาที่ได้คะแนนสูงสุดและปัญหาที่สำคัญรองลงไปตามลำดับคะแนน ในกรณีที่คะแนนของปัญหาต่างกันเพียงเล็กน้อย การแก้ไขปัญหาสามารถกระทำไปพร้อมๆ กันได้

2.3 การวางแผนการพยาบาล (Planning)

เป็นการกำหนดแนวทางกิจกรรมการช่วยเหลือหรือกิจกรรมพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของบุคคลหรือครอบครัว ซึ่งพยาบาลชุมชนควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนด้วย เพื่อให้แผนการพยาบาลนั้นมีความเหมาะสมสามารถนำไปปฏิบัติได้และได้รับความร่วมมือจากครอบครัว

ขั้นตอนในการวางแผนช่วยเหลือครอบครัวประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์กำหนดกิจกรรมการช่วยเหลือและเกณฑ์การประเมินผล

1. การกำหนดเป้าหมาย คือ สถานการณ์ที่พยาบาลชุมชนต้องการที่จะให้เกิดขึ้นหลังจากได้ให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวในระยะวลาที่กำหนด ซึ่งควรเป็นเป้าหมายที่เห็นพ้องต้องกันระหว่างครอบครัวและพยาบาล

2. การกำหนดวัตถุประสค์ คือการระบุถึงความปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ต้องการเพื่อใช้เป็นแนวทางในการฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยเขียนในลักษณะที่บอกถึงการเปลี่ยนแปลงหรือพฤติกรรมในตัวผู้รับบริการ เช่น มารดาไปตรวจครรภ์ตามนัด

3. การกำหนดกิจกรรมการช่วยเหลือ คือ กระบุถึงรายละเอียดต่างๆ ในการปฏิบัติงานเพื่อการช่วยเหลือ ซึ่งควรเป็นวิธีที่สามารถจะปฏิบัติได้ ตัวอย่าง เช่น

: ในกรณีที่ครอบครัวไม่ทราบถึงความสำคัญของปัญหาและไม่ยอมรับปัญหา กิจกรรมช่วยเหลือที่เหมาะสมกับปัญหาดังกล่าว คือ

1. ให้ความรู้แก่ครอบครัวเพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหามากขึ้น
2. กระตุ้นให้ครอบครัวมองเห็นผลที่จะเกิดขึ้นเนื่องมาจากปัญหา
3. กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกร่วมในการแก้ปัญหา

: ในกรณีที่ครอบครัวทราบถึงวิธีการแก้ไขปัญหา หรือไม่สามารถตัดสินใจได้ กิจกรรมการช่วยเหลือที่เหมาะสม คือ

1. ชี้แจงขั้นตอนการแก้ไขปัญหาและทรัพยากรที่ใช้
2. อธิบายถึงผลที่ได้จากการแก้ปัญหา
3. อธิบายผลเสียจากการละเลยไม่แก้ไขปัญหา

: ในกรณีที่ครอบครัวไม่มีความรู้ หรือไม่มั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วย กิจกรรมการช่วยเหลือที่เหมาะสม คือ

1. สอนหรือสาธิตวิธีการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยวิธีที่เหมาะสมกับสภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว
2. ให้การช่วยเหลือครอบครัว ในการขจัดสิ่งที่คุกคามต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

2.4 การปฏิบัติตามแผน (Implementation)

เป็นขั้นตอนการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งได้แก่ การให้ความรู้ การพยาบาล การให้คำปรึกษา คำแนะนำ การช่วยเหลือ เป็นตัวกลางประสานงาน ตลอดจนอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่ผู้เยี่ยมให้กับบุคคลและครอบครัว ตามที่ได้กำหนดไว้ในแผนการช่วยเหลือ ในขั้นตอนนี้พยาบาลชุมชนจะต้องบันทึกกิจกรรมที่ได้ทำพร้อมทั้งการประเมินผลเป็นระยะๆ ด้วย

2.5 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลทางการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่จะวัดว่าเมื่อปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้แล้วได้บรรลุตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด เป็นการวัดความเปลี่ยนแปลงหลังจากปฏิบัติตามแผน การประเมินผลจะต้องกระทำตามระยะที่กำหนดไว้ในแผน ถ้าผลไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดควรหาวิธีปรับปรุงแผนการดำเนินการใหม่

การประเมินผลแบ่งเป็น 2 ชนิด (Jongudomkarn, D., Wacharasin, J., Deoisares, W., Phuphaibul, R. & Surakarn, P., 2015) คือ

1. การประเมินคุณภาพของงาน (Qualtaive Evaluation) คือ การประเมินผลโดยพิจารณาทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลที่ได้รับ

1.1 การประเมินผลด้านโครงสร้าง เป็นการตรวจสอบดูว่ามีกิจกรรมการพยาบาลอะไรบ้าง และให้ใช้ทรัพยากรอะไบ้าง มากน้อยเพียงใด

1.2 การประเมินผลด้านกระบวนการ เป็นการตรจสอบถึงความถูกต้องเหมาะสมของกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ปฏิบัติไปในแต่ละขั้นตอน เช่น สาธิตวิธีอาบน้ำเด็กแก่มารดา และให้มารดาอาบน้ำเด็กให้ดูในวันรุ่งขึ้น

1.3 การประเมินผลที่ได้รับ เป็นการพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลหรือครอบครัว เช่น มารดาสามารถอาบน้ำเด็กได้ถูกต้อง

2. การประเมินผลปริมาณของงาน (Quantitative Evaluation) คือการประเมินผลโดยพิจารณว่าได้ปฏิบัติงานอะไรไปบ้างและมากน้องเพียงใด เช่น เยี่ยมบ้านและสาธิตการอาบน้ำเด็ก 2 ครั้ง ทำแผลให้ผู้ป่วย 2 ครั้ง ตรวจครรภ์มารดา 4 ครั้ง

ในการวางแผนช่วยเหลือครอบครัว นอกจากจะทำแผนช่วยเหลือตามกระบวนการพยาบาลแล้วอาจวางแผนและบันทึกการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบของ SOAPIER ดังนี้ (ธนิษฐา ศิริรักษ์, 2555)

S = Subjective data คือ ข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยหรือครอบครัวเอง หรือเป็นข้อมูลที่ได้จากการซักถาม หรือการส่งต่อ

0 = Objective data คือ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจพบของผู้เยี่ยม เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง พฤติกรรมของบุคคล สิ่งแวดล้อม

A = Analysis คือ กาวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้อย่างมีเหตุผล เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริง รวมทั้งสาเหตุของปัญหาด้วย

P = Plan คือ การกำหนดแผนการช่วยเหลือเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาในเชิงพฤติกรรมที่สามารถวัดได้

I = Implementation คือ การปฏิบัติตามแผนโดยการให้การพยาบาล ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา แนะนำช่วยเหลือตามที่กำหนดไว้ในแผนการช่วยเหลือ

E = Evaluation คือ การประเมินผลการช่วยเหลือเป็นขั้นตอนที่จะใช้วัดว่าเมื่อปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้แล้ว ได้บรรลุผลตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใต

R = Revision คือ การปรับปรุงแผนการปฏิบัติการ เมื่อการประเมินผลไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

3. การเยี่ยมบ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้านเป็นการบริการช่วยเหลือประชาชนตามบริบทด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินการจ็บป่วย ให้การพยาบาล ให้คำแนะนำ ติดตามการดำเนินของโรคต่างๆ หรือไปเยี่ยมเพื่อตรวจดูสภาพท้องที่และความเป็นอยู่ของประชาชน ตลอดจนขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมและสังคม การเยี่ยมบ้านในงานบริการสาธารณสุขนั้นเป็นกิจกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ รวมทั้งอาสาสมัครต่างๆ เพื่อนำบริการอนามัยไปสู่ประชาชนตามความสามารถและขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เยี่ยมบ้านเพื่อเก็บข้อมูลหรือข่าวสารต่างๆ แก่ครอบครัวตามที่ได้รับมอบหมาย

การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหนึ่งของการพยาบาลชุมชน ซึ่งปฏิบัติต่อประชาชนส่วนใหญ่ในการดูแลสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว แก้ไขและป้องกันความพิการต่างๆ เพื่อให้ประชาชนมีพลานามัยสมบุรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม

วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน

1. เพื่อศึกษารวบรวมข้อมูลต่างๆ ของครอบครัวแล้วนำมาพิจารณาวินิจฉัยปัญหาและวางแผนช่วยเหลือร่วมกับครอบครัวให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมนั้นๆ

2. เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชน โดยให้คำแนะนำและให้สุขศึกษา อันจะก่อให้เกิดความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคล ตลอดจนช่วยจัดระเบียบความเป็นอยู่ของชีวิตให้เหมาะสมกับสุภาพของแต่ละบุคคลและครอบครัว รวมถึงการดูแลเกี่ยวกับการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว

3. เพื่อให้คำแนะนำในการป้องกันโรคและอุบัติเหตุต่างๆ รวมทั้งการปฏิบัติให้พ้นจากโรคภัยไข้เจ็บและการรับภูมิคุ้มกันโรคชนิดต่างๆ

4. เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่จำเป็นและต่อเนื่อง โดยสอนผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้

5 เพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง โรคติดต่อและผู้ป่วยที่พิการ เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาล การช่วยเหลือและคำแนะนำต่างๆ

6. เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขในชุมชนอย่างถูกต้องเหมาะสมตามความจำเป็น

7. เพื่อติดตามผลการรักษาพยาบาล ความช่วยเหลือและคำแนะนำต่าง ๆ

ความสำคัญของการเยี่ยมบ้าน ในสภาพเศษฐกิจและสังคมปัจจุบัน มีประชาชนที่เจ็บป่วยอีกเป็นจำนวนมากไม่สามารถมารับบริการจากหน่วยบริการสาธารณสุขได้ ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีความต้องการการช่วยเหลือเช่นกัน การที่พยาบาลชุมชนออกเยี่ยมบ้านจึงเป็นวิธีการสำคัญที่จะทำให้การ

บริการกระจายถึงประชากรทุกเพศ ทุกวัย ทั้งคนปกติ คนป่วยและคนพิการ ให้ได้รับการดูแล ช่วยเหลือและให้คำแนะนำต่างๆ ที่เหมาะสมตามสภาพของแต่ละครอบครัว ส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน สามารถพัฒนาและรู้จักช่วยเหลือตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ลดความแออัดในโรงพยาบาล ก่อให้กิดผลดีอย่างมากต่อผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนประชาชนทั่วไป

3.1 ทักษะที่จำเป็นในการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านเป็นการนำบริการด้านสุขภาพไปสู่ประชาชนตามบ้าน จึงจำเป็นที่พยาบาลผู้เยี่ยมจะต้องมีความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจที่จะให้บริการ และยอมรับที่จะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ตามสถานการณ์ของครอบครัวที่เยี่ยม ซึ่งอาจเกิดขึ้นในขณะไปเยี่ยม เช่น การเยี่ยมครอบครัวครั้งแรกอาจได้รับการปฏิเสธหรือไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว หรืออาจพบว่าประชาชนไม่สนใจต่อปัญหาของตนเองและคำแนะนำ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้จะมีผลต่อการให้บริการ และอาจไม่ได้รับความร่วมมือในการวางแผนแก้ไขปัญหาของครอบครัวได้ ดังนั้นพยาบาลเยี่ยมบ้านจะต้องมีความอดทนและมีความพยายามที่จะรวบรวมข้อมูล ระบุปัญหาและความต้องการของบุคคลและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง ทักษะดังกล่าวคือ (Luker, K.A., 2017)

3.1.1 การสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมภาพกับบุคคลและครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก พยาบาลชุมชนจะต้องเริ่มต้นด้วยการทำให้ครอบครัวเข้าใจอย่างถูกต้องในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดความศรัทธา เชื่อถือ เกิดความไว้วางใจในตัวผู้เยี่ยม อันจะนำไปสู่เป้าหมายของการเยี่ยมได้ ดังนั้นการเยี่ยมบ้านจึงควรเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการเยี่ยมและครอบครัว

ในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับครอบครัวนั้น พยาบาลชุมชนจะต้องเข้าใจถึงความแตกต่างของผู้รับการเยี่ยมแต่ละราย เช่น ความคาดหวังของผู้รับการเยี่ยม การเข้าใจและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยที่เคยปฏิบัติมาและใช้ความสามารถในการช่วยเหลือให้คำแนะนำแก่ผู้รับการเยี่ยมแต่ละคน หรือกลุ่มคนประเภทต่างๆ ให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงความต้องการในการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน

หลักในการปฏิบัติที่เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัวที่พยาบาลชุมชนควรจะปฏิบัติเมื่อไปเยี่ยมบ้าน ดังนี้

1. เป็นแขกที่ดีของครอบครัว เมื่อประชาชนไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข พยาบาลจะเป็นเจ้าของบ้าน แต่ในทางกลับกันพยาบาลจะมีบทบาทเป็นแขกเมื่อไปเยี่ยมประชาชนที่บ้าน โดยที่จะต้องระลึกไว้เสมอว่าบ้านเป็นสถานที่ส่วนตัว พยาบาลชุมชนจะต้องรักษามารยาทโดยไม่ถือ

สิทธิ์เข้าไปในบ้านก่อนได้รับการเชื้อเชิญและไม่ปฏิบัติในสิ่งที่ผิดต่อขนบธรรมเนียม ประเพณีของเจ้าของบ้านหรือกลุ่มชนในชุมชนนั้น

2. ให้เกียรติครอบครัว พยาบาลชุมชนจะต้องยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล บางครั้งผู้รับการเยี่ยมอาจแสดงความคิดเห็นขัดแย้งอย่างรุนแรง ซึ่งจะต้องพิจารณาด้วยเหตุผลอย่างรอบคอบ ไม่ควรใช้อารมณ์โต้ตอบ ให้แสดงออกถึงการยอมรับความคิดเห็นของบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้เกิดการยอมรับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น

3. การแสดงออกอย่างจริงใจ พยาบาลชุมชนจะต้องแสดงให้ครอบครัวเห็นว่าเต็มใจที่จะให้การช่วยเหลือ โดยการแสดงออกตามบุคลิกที่แท้จริงของตน ไม่แสแสร้งทำ การแสดงออกด้วยความจริงใจนี้จะทำให้ครอบครัวพอใจที่ได้รู้จักและเข้าใจพยาบาลอย่างแท้จริง

4. สนใจในสิ่งที่มีความสำคัญ โดยฉพาะในสิ่งที่บุคคลในครอบครัวผู้รับการเยี่ยมถือว่ามีความสำคัญ และในการเยี่ยมพยาบาลชุมชนควรให้ความสนใจกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นตามสมควร เพราะทุกคนในครอบครัวมีความสำคัญต่อกันและกัน

ดังที่กล่าวมาแล้ว การสร้างสัมพันภาพที่ดีในการเยี่ยมบ้านครั้งแรกจะช่วยให้การดำเนินการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวบรรลุเป้าหมาย ดังนั้นในการเยี่ยมบ้านครั้งแรกของพยาบาลชุมชนจึงควรมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. แนะนำตัว ทำความรู้จักกับครอบครัวเพื่อเชื่อมสัมพันธไมตรี

2. ซักถามหรือแนะนำแต่สิ่งที่จำเป็น การให้คำแนะนำในครั้งแรกไม่ควรให้มากจนเกินไปเพื่อป้องกันการสับสน

3. ให้การพยาบาลบางอย่างแก่ผู้ป่วยหรือสาธิตให้ดู นอกจากเป็นการแสดงถึงการได้ให้ความช่วยเหลือครอบครัว ยังแสดงถึงน้ำใจของผู้เยี่ยมด้วย

4. สังเกตความเป็นอยู่และให้คำแนะนำเฉพาะเรื่องที่จำเป็นแต่พอควร เพื่อไม่ให้ครอบครัวรู้สึกว่าบทพร่องและต้องแก้ไขไปเสียทุกเรื่อง

สำหรับการเยี่ยมในครั้งต่อไป ควรยึดหลักดังนี้

1. สังเกตความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องที่ได้แนะนำไปในครั้งที่แล้วว่ามีความเข้าใจมากน้อยเพียงใด รวมทั้งประเมินผลการเยี่ยมครั้งแรกด้วย

2. ข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมครั้งแรก ควรนำมาวางแผนให้การพยาบาลหรือให้คำแนะนำเพิ่มเติม

3. ถ้ามีความข้าใจผิดในครั้งแรก ควรมาวางแผนให้การพยาบาลหรือให้คำแนะนำเพิ่มเติม

4. พยายามหาเหตุผลที่ทำให้ครอบครัวไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำและหาทางแก้ไข

5. สังเกตและเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์อยู่เสมอ

3.1.2 การสัมภาษณ์และการสังเกต

การระบุปัญหาที่ถูกต้องตรงตามความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของการวางแผนช่วยเหลือบุคคลและครอบครัวในการเยี่ยมบ้าน การที่จะได้มาซึ่งปัญหาและความต้องการของครอบครัวดังกล่าว ขึ้นอยู่กับทักษะในการสัมภาษณ์และสังเกตของพยาบาลชุมชน ทั้งนี้เพราะการสัมภาษณ์และการสังเกตที่ดีจะทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และการแปลผลได้ถูกต้องตามความเป็นจริงมากที่สุด จะช่วยให้การหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้ตรงกับความต้องการของบุคคล และครอบครัว

การสัมภาษณ์ เป็นการโต้ตอบระหว่างบุคคลสองคนอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ การสัมภาษณ์ ทำได้ 2 ลักษณะ คือ การสัมภาษณ์ในลักษณะที่พูดคุยกันธรรมดาและการสัมภาษณ์อย่างมีแบบแผน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ในขณะเยี่ยมบ้านของพยาบาลชุมชน การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นแบบแรก การที่รวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์นี้สามารถเก็บได้จากสมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาโดยตรง

หลักการสัมภาษณ์ที่ดี

การสัมภาษณ์เป็นการรวบรวมข้อมูลที่จะเยี่ยมบ้าน ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในบ้านและชุมชน รวมทั้งการมีส่วนร่วมในชุมชน ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะเชื่อถือได้มีความคลาดเคลื่อนน้อยและครอบคลุมปัญหาและความต้องการ ขึ้นอยู่กับคุณภาพและความสามารถของผู้สัมภาษณ์หรือพยาบาลที่ไปเยี่ยม ดังนั้นพยาบาลชุมชนจึงควรยึดหลักการสัมภาษณ์ ดังนี้

1. กำหนดจุดมุ่งหมายและขั้นตอนในการสัมภาษณ์ให้ชัดเจน มีการตรียมการสัมภาษณ์ล่วงหน้า เช่น ตั้งคำถามอะไรบ้างต้องกำหนดให้ชัดเจน จะถามอะไรก่อนหลัง จะเริ่มการสัมภาษณ์อย่างไร เป็นต้น

2. ผู้สัมภาษณ์ต้องเตรียมตัวให้พร้อม มีความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล การสร้างบรรยากาศให้เอื้ออำนวยต่อการสัมภาษณ์ รวมทั้งมีเทคนิคในการเข้าหาครอบครัว

3. ขณะสัมภาษณ์ต้องสร้างสัมพันธภาพ คุ้นเคยและเป็นกันเองกับผู้สัมภาษณ์ สร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมให้เอื้ออำนวยให้อยากตอบคำถามหรืออยากพูดคุยด้วย เป็นการลดความตึงเครียด ความวิตกกังวล เกิดความมั่นใจที่จะให้ความร่วมมือ

4. ภาษาที่ใช้สัมภาษณ์ ต้องหมาะสมกับวัยและฐานะของผู้ให้สัมภาษณ์

5. การจดบันทึกต้องพยายามจดอย่างระมัดระวัง ไม่ต้องจดทุกคำตอบ แต่ควรรู้จักสรุปประเด็นสำคัญและข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการประเมินปัญหาและความต้องการที่แท้จริง เพื่อการหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับบุคคลและครอบครัว

การดำเนินการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์จะดำเนินไปได้ด้วยดีและมีประสิทธิภาพ พยาบาลชุมชนควรมีทักษะในเรื่องต่อไปนี้

1. การเลือกสถานที่ เวลา โอกาสที่เหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์ สถานที่ไม่ควรเปิดเผยเกินไป สิ่งแวดล้อมไม่มีเสียงรบกวนสมาธิทั้งผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ เรื่องที่เป็นความลับไม่ควรให้บุคคลอื่นร่วมอยู่ด้วย และไม่ควรทำการสัมภาษณ์ในขณะที่ผู้ถูกสัมภาษณ์กำลังทำกิจวัตรประจำวัน เช่น กำลังรับประทานอาหาร และไม่ควรใช้เวลาสัมภาษณ์นานเกินควร เพราะจะทำให้เกิดความเบื่อหน่าย

2. ท่าทีของพยาบาลมีความเป็นกันเอง พร้อมที่จะพูดคุยกับผู้ให้สัมภาษณ์ไม่ควรรีบร้อน สุภาพเรียบร้อยทั้งวาจากิริยามารยาท

3. การสังเกตความพร้อมของผู้ถูกสัภาษณ์ว่าพร้อมที่จะพูดคุย หรือมีภารกิจเร่งด่วน ถ้าเป็นผู้ป่วยควรนอนท่าสบายขณะสัมภาษณ์

นอกจากนี้การสัมภาษณ์ทั้งบุคคลและครอบครัว พยาบลชุมชนควรใช้เทคนิดในการสื่อสารร่วมด้วย เช่น ใช้คำถามควรเป็นคำถามสั้นๆ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย โดยเริ่มจากคำถามง่ายๆ ซึ่งสามารถตอบได้ทันทีก่อน แล้วค่อยถามคำถามที่ยากขึ้นตามลำดับ บางครั้งการสัมภาษณ์อาจต้องใช้คำถามอ้อมเพื่อได้คำตอบที่แท้จริง น้ำเสียงต้องดังชัดเจน มีจังหวะการพูดเหมาะสม ซึ่งจะแสดงถึงความเชื่อมั่นของผู้พูดและก่อให้เกิดความศรัทธาแก่ผู้ฟัง ผู้สัมภาษณ์จะต้องเป็นนักฟังที่ดีด้วย เปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัภาษณ์ได้ตอบให้มาก ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลมากขึ้น และควรแสดงความสนใจต่อการแสดงออกของคู่สนทนาอย่างแท้จริง ไม่แสดงอาการแย้ง ขัดจังหวะ หรือสรุปเร็วเกินไป

สำหรับการแต่งกายของพยาบาลในขณะปฏิบัติงาน ควรคำนึงถึงการแต่งกายให้สุภาพโดยไม่เน้นถึงความแตกต่างระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ โดยเฉพาะในเรื่องฐานะทางเศรษรกิจ ดังนั้นพยาบาลชุมชนจึงไม่ควรสวมครื่องประดับมีค่าในขณะปฏิบัติงาน

การสังเกต (Observation) หมายถึง การใช้ประสาทสัมผัส ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้นและกาย สังเกตหรือศึกษาพฤติกรรมและปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อหาข้อสรุปหรือข้อเท็จจริงที่ต้องการทราบ การสังเกตจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่พยาบาลชุมชนควรใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมนอกเหนือจากการสัมภาษณ์ สิ่งที่พยาบาลชุมชนควรสังกตในขณะดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้แก่

1. สภาวะอนามัยของบุคคลในครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงพฤติกรรมอนามัยหรือสุขนิสัยของแต่ละบุคคลด้วย

2. สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมของครอบครัวและชุมชน

3. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

4. ปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน

5. ความรู้สึกส่วนตัวที่มีต่อการเจ็บป่วยหรือความวิตกกังวล

ในระหว่างการเยี่ยมบ้านพยาบาลชุมชนควรใช้การสังกตร่วมกับการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้องและวางแผนแก้ไขได้อย่างเหมาะสม

3.1.3 การให้บริการที่บ้าน

ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งพยาบาลชุมชนจะให้บริการพยาบาลแก่บุคคลและครอบครัวตามความจำเป็น และเหมาะกับปัญหาและความต้องการ จึงจำเป็นจะต้องมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลต่างๆ ได้อย่างถูกต้อง ลัษณะการให้บริการที่บ้านจะมีความแตกต่างไปจากการให้บริการที่คลินิก เนื่องจากการเตรียมเครื่องมือในการเยี่ยมบ้าน ทักษะในการประยุกต์ของใช้ในบ้านมาให้การพยาบาล ดังนี้

1. ด้านการพยาบาลต่างๆ เช่น การฉีดยา การทำแผล
2. ด้านการสาธารณสุขและความจำเป็นพื้นฐาน
3. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบริบท อิทธิพลของเศรษฐกิจและสังคมที่มีต่อสุขภาพอนามัย
4. ความตระหนักในความสำคัญและศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ต่อการรับรู้และการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพอนามัย
5. ความรู้ในศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์และสิ่งแวดล้อม
6. ความเข้าใจในระบบบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน

3.1.4 การสอนและให้คำปรึกษา

การให้การดูแลบุคคลและครอบครัวที่บ้าน ส่วนใหญ่จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ เพียงส่วนน้อยที่ต้องการการรักษาพยาบาล ดังนั้นการให้การดูแลจึงมุ่งให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน มีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องเพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์ พยาบาลชุมชนจะต้องมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะในการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน

การสอน เป็นกระบวนการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่างๆ แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ทัศนคติและการปฏิบัติในเรื่องต่างๆ ตามต้องการตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับบุคคลในลักษณะดังนี้

- ไม่มีความรู้ทางสุขภาพ............ ....มีความรู้ทางสุขภาพ
- มีความรู้ที่ผิดทางสุขภาพ..............................มีความรู้ถูกต้องทางสุขภาพ
- มีความรู้เล็กน้อยทางสุขภาพ........................มีความรู้มากทางสุขภาพ
- มีความเชื่อที่ผิดทางสุขภาพ..........................มีความเชื่อที่ถูกทางสุขภาพ
- มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการป้องกันโรค................มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค
- มีทัตนคติที่ไม่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ..........มีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ

- มีการปฏิบัติตัวที่ผิดทางสุขภาพ............ .....มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางสุขภาพ

การเจ็บป่วยและปัญหาทางสุขภาพอนามัยของประชาชนส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการไม่มีความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังอาจมีทัศนคติและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอีกด้วย ดังนั้นวิธีการสอนสุขศึกษาจึงมีความสำคัญมาก พยาบาลชุมชนที่ไปเยี่ยมบ้านได้เห็นสภาพที่แท้จริงของบุคคล ครอบครัวและชุมชน จึงสามารถวางแผนการสอนได้ตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริง

การสอนบุคคล ครอบครัวในขณะเยี่ยมบ้าน ควรยึดหลักดังนี้

1. ให้คำแนะนำประมาณ 1-2 เรื่อง โดยสอน แนะนำอย่างชัดเจนและง่าย เพื่อให้ผู้ฟังเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้

2. การสอนจะต้องคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อจัดการเรียนการสอนและเนื้อเรื่องให้เหมาะสมกับผู้เรียน

3. ควรเสือกวิธีการสอนให้เหมาะสมกับเนื้อหาที่จะสอน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้มากที่สุด เช่น การสอนเรื่องการอาบน้ำเด็กควรใช้วิธีการสาธิต เป็นต้น

4. พยายามหาวิธีดึงดูดความสนใจจากผู้ฟังโดยสอนเรื่องต่างๆ ให้ง่ายและสนุกสนาน

5. ระหว่างการสอน ควรสังเกตปฏิกิริยาของผู้ฟังและใช้วิธีการถามได้ตอบ เพื่อซักซ้อมความเข้าใจของผู้เรียนด้วย

6. ใช้เวลาสอนนานเกินไป จะทำใด้เกิดความเบื่อนหน่ายและขาดความสนใจได้

7. เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นในรื่องที่สอนอย่างมีอิสระ

การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาให้สามารถแปลข้อมูลต่างๆ ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาได้อย่างถูกต้อง และสามารถปรับตัวและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษา คือการทำให้สภาพปัญหานั้นลดน้อยลง หรือทำให้ผู้มีปัญหาสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องมีลักษณะที่ให้ความอบอุ่น มีการยอมรับและไม่ตัดสินพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาด้วยตนเอง

พยาบาลชุมชนนอกจากจะมีบทบาทเป็นผู้สอน ให้คำแนะนำแก่ประชาชนแล้ว ยังมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึษาแก่บุคลและครอบครัว ที่มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยและปัญหาอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีทักษะในการให้คำแนะนำ ปรึกษา โดยเน้นให้ประชาชนสามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาด้วยตนเองและยอมรับในการร่วมมือแก้ไขปัญหาของตน

ทักษะที่จำเป็นต่อพยบาลชุมชนที่จะนำไปสู่การให้การบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ย่อมประกอบไปด้วยทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การสัมภาษณ์และการสังเกต การให้บริการที่บ้าน การให้คำแนะนำและคำปรึกษา

3.2 การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)

การดูแลสุขภาพที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้าน เป็นบริการพยาบาลที่ให้โดยยึดครอบครัวเป็นหลักในการดูแล เป็นส่วนหนึ่งของการบริการระดับปฐมภูมิที่จะส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ช่วยฟื้นหายจากความเจ็บป่วย และช่วยฟื้นฟูสุขภาพได้ ดังนั้นพยาบาลอนามัยชุมชนจึงต้องทราบกลุ่มเป้าหมายที่เยี่ยมให้ชัดเจน เพื่อวางแผนสุขภาพอนามัยได้อย่างเหมาะสม

ประเภทของการเยี่ยมบ้าน จัดแบ่งตามองค์ประกอบในการบริการสุขภาพได้เป็น 3 ประเภท คือ (สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

1. การเยี่ยมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เป็นการเยี่ยมประชาชนทั่วไปที่มีสุขภาพอนามัยดี และหรือเป็นกลุ่มที่กำลังอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเน้นการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ตลอดจนส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้ประชาชนมีสุขภาพดี และมีความเป็นอยู่ที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเสี่ยงต่ออันตรายต่างๆ จากการเยี่ยมประเภทนี้ ได้แก่

1.1 การเยี่ยมประชาชนทั่วไปที่มีสุขภาพอนามัยดี *เพื่อ*ส่งเสริมสุขภาพที่ดีอยู่แล้วให้ดีอยู่เสมอรวมทั้งการป้องกันโรคที่อาจจะเกิดขึ้น พยาบาลอนามัยชุมชนอาจให้คำแนะนำและคำปรึกษาในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1.1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เช่น สุขวิทยาส่วนบุคคล การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การสุบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น

1.1.2 การป้องกันโรค ได้ แก่ การแนะนำให้รู้จักการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การจัดบ้านเรือนให้สะอาดถูกสุขลักษณะ การหลีกเลี่ยงผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ และการให้ความรู้ในเรื่องการแพร่กระจายของเชื้อโรคและการติดต่อของโรคติดเชื้อต่างๆ

1.1.3 การสังเกตสุขภาพอนามัยของตนเอง เพื่อจะได้ทราบการเป็นโรค ตั้งแต่ระยะแรกโดยการตรวจสุขภาพประจำปี การตรจสุขภาพตามกำหนดนัด หรือการตรวจสุขภาพเมื่อเริ่มมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย

1.1.4 การส่งเสริมสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ให้มีความสามัคคีเสียสละรู้จักช่วยหลือกันและกัน กำหนดการเยี่ยมบุคคลประเภทนี้ อาจเยี่ยมตามโอกาลที่เหมาะสมและอาจติดตามเยี่ยมซ้ำในรายที่มีปัญหาต้องการความช่วยเหลือที่ต่อเนื่อง

1.2 การเยี่ยมกลุ่มมารดาและทารก ซึ่งป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการกิดปัญหาสุขภาพอนามัย จึงควรให้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันอย่างถูกต้องเหมาะสม การให้บริกรจะแบ่งตามกลุ่ม ดังนี้

1.2.1 กลุ่มมารดา ได้แก่ หญิงในวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อมีสุขภาพดี การให้คำแนะนำและการปรึกษาจะแบ่งตามกลุ่ม ดังนี้

ระยะก่อนสมรส การเยี่ยมหญิงในวัยเจริญพันธุ์ระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันหนุ่มสาวจากโรคติดต่อทางเพษสัมพันธุ์และโรคเอดส์ รวมทั้งสอนให้หนุ่มสาวมีการพัฒนาตนให้เหมาะสมที่จะแต่งงานมีครอบครัวในอนาคต สักษณะการดูแลให้บริการจะครอบคลุมรื่องต่างๆ ดังนี้

1) การให้สุขศึกษาเด็กวัยรุ่นในโรงเรียน เช่น ความรู้เรื่องเพศศึกษา ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์ก็

2) การให้คำแนะนำก่อนการสมรส เช่น เรื่องอายุที่เหมาะสมต่อการสมรส การเลือกคู่ครอง การครองเรือน กฎหมายเกี่ยวกับการสมรส การวางแผนครอบครัว เป็นต้น

3) การเตรียมตัวในด้านฐานะทางเศรษฐกิจ เช่น การทำงาน การมีอาชีพเป็นหลักฐาน

4) การให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางพันธุกรรม ซึ่งหากครอบครัวของคู่สมรสมีโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม จะทำให้บุตรที่เกิดมามีปัญหาได้

5) การให้คำแนะนำเรื่องทั่วๆ ไป เช่น หน้าที่ของสามีและภรรยาที่ดี

ระยะมีครรภ์ หญิงมีครรภ์เป็นกลุ่มบุคคลที่ผู้ให้บริการสุขภาพต่างๆ รวมทั้งพยาบาลชุมชนให้ความเอาใจใส่ดูแล ตลอดจนจัดบริการต่างๆ ให้ ทั้งนี้ เนื่องจากความปลอดภัยในการตั้งครรภ์และการคลอด ตลอตจนการให้การดูแลมารดาและทารกที่เหมาะสมจะมีผล โดยตรงต่อการพัฒนาพลเมืองของประเทศให้เป็นประชาชนที่มีคุณภาพในอนาคต ปัจจุบันการให้การดูแลมารดาและทารกได้ให้สามีได้มีส่วนร่วมในการรับรู้รวมทั้งให้การช่วยเหลือดูแลภรรยาและบุตรของตนด้วย การเยี่ยมหญิงในระยะมีครรภ์จึงมีวัตถุประสค์เพื่อให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคแก่มารดาและทารก ให้มีสุขภาพแข็งแรงตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือแก้ไขภาวะสุขภาพผิดปกติให้เร็วที่สุด ลักษณะบริการที่จัดให้จึงครอบคลุมเรื่องต่อไปนี้

1) การตรวจสุขภาพทั่วไปของหญิงมีครรภ์ เช่น การวัตความดันโลหิต การตรวจทารกในครรภ์

2) การกระตุ้นให้หญิงมีครรภ์ไปฝากครรภ์และรับบริการตรวจตามนัด โดยชี้แจงให้ทราบถึงคุณประโยชน์ของการฝากครรภ์ ตลอดเห็นความสำคัญของการตรวจครรภ์ตามนัด ซึ่งตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของหญิงมีครรภ์จะต้องได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4-6 ครั้ง

3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการดูแลตนเองในระหว่างการตั้งครรภ์ เช่นการรับประทานอาหารอย่างถูกต้องและเพียงพอ เพื่อให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 3,000 กรัม การพักผ่อน การออกกำลังกาย การดูแลความละอาดของร่างกาย การดูแลเต้านม

4) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เช่น การฉีดวัคซีป้องกันบาดทะยักในหญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่เคยได้รับมาก่อน

5) การจัดเตรียมของใช้ในการคลอดและเครื่องใช้สำหรับทารกแรกเกิด

6) การแนะนำให้หญิงมีครรภ์สังเกตุอาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์

7) การเตรีนมครอบครัวและผู้ให้การดูแลเด็กในการทักษะในการเลี้ยงดูเด็ก

8) การให้สามีส่วนร่วมในการวางแผนเกี่ยวกับการดูแลภรรยาทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด ตลอดจนการเลี้ยงดูบุตร

9) การแนะนำสถานบริหารที่หญิงมีครรภ์จะไปใช้บริการหรือไปคลอดได้ตามความเหมาะสม

กำหนดการเยี่ยมหญิงมีครรภ์ พยาบาลอนามัยชุมชนควรติดตามยี่ยมหญิงมีครรภ์ตามอายุครรภ์ ดังนี้

อายุครรภ์ 1-28 สัปดาห์ เยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง

อายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ เยี่ยม 2 สัปดาห์/ 1 ครั้ง

อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ เยี่ยมทุกสัปดาห์จนกว่าจะคลอด

ระยะคลอด หญิงมีครรภ์ควรได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมอตำแยที่ได้รับการอบรมแล้ว ในกรณีที่มารดาต้องการคลอดที่บ้าน พยาบาลอนามัยชุมชนควรพิจรณาถึงความเหมาะสมของสภาพที่อยู่อาศัย สภาวะอนามัยของมารดาและทารกในครรภ์ที่อยู่ในภาวะปกติ ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนในขณะคลอด การช่วยหลือหญิงมีครรภ์ตั้งแต่ในระยะเบ่งถึงระยะคลอดปฏิบัติเช่นเดียวกับการคลอดในคลินิก จะแตกต่างกันเพียงการจัดสถานที่ การดัดแปลงเครื่องมือเครื่องใช้ให้เหมาะสมและป้องกันการติดเชื้อ ควรแนะนำหญิงครรภ์ไปคลอดที่สถานบริการสาธารณสุขจะปลอดภัยกว่า ถ้าจำเป็นต้องคลอดที่บ้าน ควรคำนึงถึงหลักการป้องกันการติดเชื้อให้มากที่สุด การช่วยเหลือในระยะหลังคลอดทันทีมีดังนี้

1) การทำความสะอาดบริเวณช่องคลอดและการใส่ผ้าซับเลือด

2) การทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้าและให้ควาอบอุ่น และให้นอนพัก

3) การสังเกตการณ์หดรัดตัวของมดลูก และปริมาณเลือดที่ออกมา

4) การสังเกตอาการผิดปกติของทารก และการสอนมารดาหรือญาติให้สังเกตอาการผิดปกติ

5) แนะนำการปฏิบัติตัวของมารดาหลังหลอด และสอนให้สังเกตอาหารผิดปกติหลังคลอด 12 ชั่วโมง เช่น การตกเลือด การมีไข้ เป็นต้น

ระยะการเยี่ยมหญิงหลังคลอด มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาระแทรกซ้อน ที่อาจเกิดกับมารดาและทารกหลังคลอด กิจกรรมที่กระทำในการเยี่ยมหญิงหลังคลอด ดังนี้

1) การตรวจสุขภาพทั่วไปของมารดาหลังคลอด

2) การให้คำแนะนำและคำปรึกษาในการปฏิบัติตัวของมารดาที่ถูกต้องหมาะสม เช่น การพักผ่อน การบริหารร่างกาย การรักษาความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การรับประทานอาหาร

3) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้นมบุตร กรทำความสะอาดเต้านม การอุ้มทารก การจับเรอ โดยพยาบาลอนามัยชุมชนสาธิตให้ดูและให้มารดาทดลองปฏิบัติจนถูกต้อง

4) การแนะนำให้มารดาสังเกตลักษณะของน้ำคาวปลาและอาการผิดปกติที่ควรพบแพทย์

5) การแนะนำให้มารดามารับการตรวจร่างกายหลังคลอด 6 สัปดาน์ รวมถึงการขอรับบริการวางแผนครอบครัวที่เหมะสม

6) การให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาและความต้องการของมารดา และสอนมารดาหรือญาติให้สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

กำหนดการเยี่ยมมารดาหลังคลอด

โดยปกติแล้วการดูแลมารดาในระยะหลังคลอดจะทำควบคู่ไปกับการดูแลทารก กำหนดการเยี่ยมมารดาหลังคลอดจึงใช้ทารกเป็นหลัก ดังนี้

1. เยี่ยมมารดาทุกวันจนกว่าสายสะดือทารกจะหลุด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 4-10 วันหรือในกรณีที่มารดามีแผลฝีเย็บให้เยี่ยมจนกว่าจะตัดไหม

2. หลังจากทารกสายสะดือหลุดหรือมารดาตัดไหมแล้ว ให้เยี่ยมมารดาสัปดาห์ละ1 ครั้งจนกว่าทารกอายุครบ 1 เดือน

3. เมื่อทารกอายุครบ 1 เดือนแล้ว ให้เยี่ยมมารดาเดือนละครั้งจนทารกอายุ 1ปี หลังจากนั้นเยี่ยมมารดาปีละ 1 ครั้ง

4. ในกรณีที่มารดาตั้งครรภ์ใหม่ให้เยี่ยมมารดาตามกำหนดการเยี่ยมหญิงมีครรรภ์

2.1.2 กลุ่มทารก เป็นกลุ่มที่ควรรับการดูแลช่วยเหลือ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และให้มีการเจริญเติบโตเป็นไปตามพัฒนาการของวัย ซึ่งอาจแบ่งออกเป็นกลุ่มตามอายุของทารกได้ดังนี้

การเยี่ยมทารก 0-6 สัปดาห์ เป็นการเยี่ยมเพื่อประเมินสภาวะอนามัยของทารกตลอดจนติดตามการลี้ยงดูของมารดาที่มีต่อทารก พยาบาลอนามัยชุมชนจึงควรจัดบริการ และให้คำแนะนำแก่มารดาและญาติในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1) การตรวจสุขภาพทั่วไป การตรวจชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง

2) การให้คำแนะนำแก่มาดาเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดสะดือตั้งแต่เกิดจนสายสะดือหลุด

3) การให้คำแนะแก่มารดาเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำให้ทารก การพักผ่อน การทำความสะอาดของใช้ เสื้อผ้าทารก และบริเวณที่พักอาศัย

4) การให้คำแนะเกี่ยวกับอาหารของทารกคือ นมมารดา

5) การแนะนำการให้ภูมิคุ้มกันโรคทารก

6) แนะนำมารดารู้จักพัฒนาการของเด็ก ตลอดจนอาการผิดปกติต่างๆ

กำหนดการเยี่ยมทารกอายุ 6 สัปดาห์ เยี่ยมทุกวันจนกว่าสะดือจะหลุด หลังจากนั้นเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

<u>การเยี่ยมทารก 6 สัปดาห์ถึง 1 ปี</u> เป็นการเยี่ยมติดตามสังเกตการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กว่าเหมาะสมตามวัย คำแนะนำที่ให้ในการเยี่ยมบ้านจะครอบคลุมในเรื่องดังนี้

1) การให้อาหารเสริมตามวัย ซึ่งพยาบาลอนามัยชุมชนควรแนะนำอายุที่เริ่มจะให้อาหารแต่ละประเภท และปริมาณอาหารที่ควรให้แต่ละช่วงอายุ

2) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์อายุ โดยการกระตุ้นให้มารดาเห็นความสำคัญและพาบุตรไปรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

2) การสร้างเสริมพัฒนาการตามวัยของเด็ก โดยการจัดของเล่นให้เหมาะสมในแต่ละวัย เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการ

3) การป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น การจัดข้าวของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ ควรเก็บของมีคม กระติกน้ำร้อน ปลั๊กไฟให้พ้นมือเด็ก

4) การให้ความรักความอบอุ่น ตลอดจนการดูแลความสะอาดของร่างกายเด็ก

5) การดูแลรักษาความสะอาดของช่องปากและฟัน เพราะเด็กวัยนี้ฟันจะเริ่มขึ้น จึงควรได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันปัญหาของสุขภาพฟัน

กำหนดการเยี่ยมของทารกวัยนี้ ควรมีการติดตามเยี่ยมทุกเดือนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำแก่มารดาได้ทันต่อสถานการณ์

<u>การเยี่ยมเด็กวัยก่อนเรียน (อายุ 1-5 ปี)</u> เด็กวัยนี้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคม การเยี่ยมเด็กวัยนี้ก็เพื่อประเมินการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กว่าเหมาะสมกับวัยหรือไม่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก รวมทั้งการสังเกตความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับสมาชิกในครอบครัว และสิ่งแวดล้อม

คำแนะนำที่ควรให้แก่บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงเด็ก ได้แก่

1) อาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กแต่ละวัย ให้มีคุณค่าและปริมาณเพียงพอ และควรประเมินภาวะโภชนาการของเด็กเป็นระยะๆ โดยการชั่งน้ำหนักและเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน

2) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ การฉีดวัคซีนกระตุ้นป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยักและโปลิโอ เมื่ออายุ 1 ½ ปี และ 4 ปี

3) การฝึกสุขนิสัยที่ดี เช่นการอาบน้ำ การแปรงฟัน การขับถ่าย การรักษาความสะอาดร่างกายการบริโภคอาหาร เป็นต้น

4) การป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน เนื่องจากเด็กวัยนี้กำลังซุกซน อุบัติเหตุที่พบบ่อยได้แก่ หกล้ม ถูกรถชน การรับประทานสารพิษ เป็นต้น

5) การจัดหาของเล่นที่เหมาะสมกับวัย ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างพัฒนาการทางร่างกายและสติปัญญาของเด็ก

6) การฝึกอุปนิสัยที่ดี เช่น การตรงต่อเวลา การมีเหตุผล การฝึกพูดและเข้าสังคมกับเพื่อนและผู้ใหญ่

กำหนดการเยี่ยมเด็กวัยก่อนเรียน อาจเยี่ยมทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี แล้วแต่จะพิจารณาตามความเหมาะสม

การเยี่ยมเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) ปกติเด็กวัยเรียนจะได้รับการดูแลและตรวจสุขภาพโดยครูหรือพยาบาลอนามัยโรงเรียน เมื่อพบอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย ก็จะให้รับการรักษาพยาบาล พยาบาลอนามัยชุมชนควรติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้บิดามารดาหอผู้ปกครองได้ทราบและให้ความร่วมมือในการค้นหาสาเหตุและความเป็นมาของปัญหา คำแนะนำและความช่วยเหลือที่ควรให้ในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่

1) การให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการ รวมทั้งการให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม

2) การให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่เด็กและผู้ปกครอง ช่น การให้โภชนศึกษา

3) การกระตุ้นให้ผู้ปกครองดูแลเอาใจใส่ในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง รู้จักสังเกตอาการผิดปกติของด็ก การให้ความรักและความอบอุ่น การแนะนำช่วยเหลียในเรื่องการเรียน

4) การป้องกันโรคและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในวัยรียน

การเยี่ยมเด็กในวัยเรียน ควรกระทำในรายต่อไปนี้

1. นักเรียนที่ขาดโรงเรียนเป็นเวลานานๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ หรือหยุดเรียนบ่อยๆ

2. นักเรียนที่มาโรงเรียนสายบ่อยๆ หรือเป็นประจำ

3 พักเรียนที่มีอาการผิดปกติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์

4 นักเรียนที่ขาดสารอาหาร ควรได้รับการดูแลด้านโภชนาการทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน

5. นักเรียนที่เจ็บป่วยที่เป็นโรคติดต่อ

นอกจากนี้ พยาบาลชุมชนยังมีบทบาทเป็นผู้ประสานงาน ระหว่างครูอนามัยโรงเรียนและผู้ปกครองของด็ก โดยการกระตุ้นให้ครู ผู้ปกครองติดตามดูแลเด็กที่มีปัญหาอย่างใกล้ชิดทั้งที่บ้านและโรงเรียน

กำหนดการเยี่ยมเด็กวัยเรียนนจึงพิจารณาตามความเหมาะสม

2.2 การเยี่ยมกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ซึ่งระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเยี่ยมบุคคลในวัยนี้ก็เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพัฒนาการเป็นไปตามปกติ ให้การดูแลสุขภาพทั่วไปรวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ดังนี้

2.2.1 การจัดสภาพบ้านเรือนให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ

2.2.2 การรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพียงพอ เช่น ลดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต และไขมันเพิ่มอาหารโปรตีน เกลือแร่และวิตามิน อาหารควรเป็นอาหารที่อ่อนย่อยง่าย

2.2.3 การรักษาความสะอาดของร่างกาย การพักผ่อน การขับถ่าย และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย

2.2.4 การตรวจร่างกายหรือตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

2.2.5 การดูแลทางด้านจิตใจ เช่น การให้ความเคารพยกย่อง การให้บุตรหลานดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามความเหมาะสม

นอกจากนี้พยาบาลอนามัยชุมชน อาจดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. จัดบริการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการและที่บ้าน
2. ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
3. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้มีประโยชน์ โดยแนะนำให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ
4. ส่งต่อผู้สูงอายุไปรับบริการต่างๆ ตามความหมาะสม เช่น การรับการสงเคราะห์จากหน่วยงานนทั้งทางราชการและเอกชน

กำหนดการเยี่ยมผู้สูงอายุ โดยทั่วไปจะเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง

2. การเยี่ยมเพื่อการรักษาพยาบาล

เป็นการเยี่ยมเพื่อให้ความช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือผู้ที่อยู่ในสภาวะการเกิดโรค กลุ่มเป้าหมายที่จะเยี่ยม ได้แก่ ผู้ที่กำลังเจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลและควรได้รับการดูแลต่อเนื่อง รายเยี่ยมอาจได้จากการส่งต่อผู้ป่วย

ภายหลังที่ออกจากโรงพยาบาล หรือเป็นรายที่พยาบาลพบด้วยตนเองขณะเยี่ยมบ้าน ซึ่งอาจแบ่งประเภทของการเยี่ยม

2.1 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทั่วไป เป็นการเยี่ยมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการต่างๆ หรือเป็นการเยี่ยมติดตามช่วยเหลือภายหลังจากที่รักษาหายกลับมาพักฟื้นก่อนที่บ้าน เพื่อจะได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างถูกต้องและคืนสู่สภาพเดิมได้เร็วขึ้น การให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำในการเยี่ยมผู้ป่วยรายนี้ ได้แก่

2.1.1 ดูแลให้การพยาบาลที่จำเป็นตามความเหมาะสม

2) แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามการรักษาพยาบาล และต่อเนื่องมาจากโรงพยาบาลและสถานบริการอื่นๆ

3) สอนผู้ป่วยและญาติให้รู้จักการสังเกตอาการผิดปกติและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

4) แนะนำให้ญาตินำสิ่งของภายในบ้านมาดัดแปลงเป็นของใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งสอนญาติให้หัดทำการพยาบาลเล็กๆ น้อยๆ เท่าที่จะทำได้

5) แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติรักษาความสะอาดของร่างกาย และสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

6) แนะนำให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อเป็นการฟื้นฟูและป้องกันความพิการ

7) แนะนำให้ผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลตามแพทย์นัด

2.2 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคติดต่อ เป็นการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการของโรค การปฏิบัติตนของผู้ป่วย ตลอดจนการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคไปยังบุคคลอื่น ผู้ป่วยประเภทนี้ เช่น ผู้ป่วยวัณโรคตับอักเสบบี โดยการให้ความช่วยเหลือและแนะนำในเรื่องต่อไปนี้

2.2.1 การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสภาวะการเจ็บป่วย วิธีการติดต่อของโรค การป้องกัน วิธีการรักษาพยาบาล ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการรักษา

2.2.2 แนะนำให้ดูแลจัดสภาพแวดล้อมของบ้านให้สะอาดและมีอากาศถ่ายเทได้สะดวกเพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรค

2.2.3 แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติรู้จักวิธีการทำลายแหล่งเชื้อโรค เช่น เผา ทำลายกระดาษเช็ดน้ำมูกหรือน้ำลายของผู้ป่วย ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรคทำความสะอาดเครื่องใช้ของผู้ป่วย

2.2.4 แนะนำญาติและบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยให้รู้จักวิธีการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรค และเสริมสร้างภูมิต้านทางโรคแก่สมาชิกในครอบครัวด้วยการฉีดวัคซีน

2.2.5 ดูแลให้ผู้สัมผัสโรคหรือผู้ที่เริ่มป่วยให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว เพื่อลดโอกาสที่จะแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น

2.2.6 ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาถูกต้องทั้งชนิด ขนาดและเวลา เพื่อให้การรักษาโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับกำหนดการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การรักษาพยาบาล จะเริ่มเยี่ยมเมื่อเริ่มมีอาการ หรือการเจ็บป่วย ความถี่ของการเยี่ยมจะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

3. การเยี่ยมเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ

เป็นการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้รับบริการกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุดและ/หรือสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มเป้าหมายที่ควรจะได้รับการเยี่ยมประเภทนี้ ได้แก่

3.1 ผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในระยะพักฟื้น หรือหายจากการเจ็บป่วยให้มีสุขภาพเหมือนเดิมโดยเร็วที่สุด

3.2 ผู้ป่วยที่กำลังสูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือมีความพิการเกิดขึ้น เช่น ถูกตัดแขน ขา

3.3 ผู้ที่มีปัญหาความขัดข้องของระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อแข็ง อัมพาต

3.4 ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น โรคจิต โรคประสาท

3.5 ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หัวใจ มะเร็ง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง

3.6 ผู้ที่มีปัญหาอื่นๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การพูด

การให้การดูแลและช่วยเหลือควรปฏิบัติในเรื่องดังต่อไปนี้

1. การรักษาความสะอาดโดยทั่วๆ ไป

2. แนะนำในเรื่องอาหาร โดยการจัดอาหารให้เหมาะสมตามสภาพของโรคและมีปริมาณพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย

3. การพักผ่อน ควรให้การพักผ่อนอย่างพอเพียง และจัดท่านอนให้เหมาะสมป้องกันการเกิดแผลกดทับ

4. การขับถ่าย ควรได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติตนได้ถูกต้องเพื่อป้องกันท้องผูก

5. การให้ความอบอุ่นทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะผู้ที่มีความพิการ และเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น การให้กำลังใจ ดูแลอย่างใกล้ชิด

6. การฝึกหัดให้ผู้ป่วยได้พยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด

7. แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ส่วนต่างๆ ของร่างกายมีการเคลื่อนไหว ทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ป้องกันความพิการของอวัยวะบางส่วน

8. แนะนำแหล่งประโยชน์ที่จะไปขอรับบริการ เช่น สถานบริการสาธารณสุข สถานบริการแก่ผู้ที่มีความพิการทางหู ตา หรือทางด้านสมอง

9. ให้การช่วยเหลือในการส่งต่อผู้ที่มีปัญหาไปยังสถานบริการสาธารณสุข

4. การเลือกรายเยี่ยม

เนื่องจากพยาบาลชุมชนต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นจำนวนมาก และการให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยการเยี่ยมบ้านทุกครอบครัวย่อมทำได้ยาก ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเลือกรายเยี่ยมหรือครอบครัวที่เยี่ยมตามความเหมาะสม ซึ่งครอบครัวที่สมควรเลือกไว้สำหรับการดูแลที่บ้านคือ

4.1 ครอบครัวที่มีสมาชิกอยู่ในข้อที่เสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งสมควรได้รับการดูแลพิเศษที่บ้าน ดังนี้

4.1.1 ผู้ที่อยู่ในวัยเจริญเติบโต ได้แก่ เด็กในครรภ์ ทารกแรกเกิด เด็กก่อนวัยเรียน เด็กวัยเรียนและวัยหนุ่มสาว

4.1.2 สตรีที่อยู่ในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด

4.1.3 ผู้ที่อยู่ในวัยเสื่อม เช่น ผู้สูงอายุ

4.2 ครอบครัวที่มีสมาชิกกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ เช่น ผู้ที่กำลังเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ อย่างเฉียบพลัน หรือป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือผู้มีมีความพิการ

4.3 ครอบครัวที่ขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดการเอาใจใส่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ตลอดจนมีความเชื่อ เจตคติและพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ที่มีความเชื่อผิดๆ ผู้ป่วยที่ไม่เห็นความสำคัญของการรับการรักษาอย่างต่อเนื่องและไม่ไปตรวจตามนัด ผู้ป่วยที่ซื้อยามารับประทานเอง หรือผู้ที่ไม่มีความรู้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว

4.4 ครอบครัวที่มีผู้ถูกทอดทิ้ง ขาดการดูแลเอาใจใส่จากญาติพี่น้อง

4.5 ครอบครัวที่มีปัญหาอื่นๆ นอกเหนือจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ปัญหาความยากจน ปัญหาครอบครัวแตกแยก ปัญหาว่างงาน ปัญหาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลในครอบครัวด้วย

3.3 การจัดลำดับครอบครัวเพื่อการเยี่ยมบ้าน

ในการเยี่ยมบ้าน เมื่อพยาบาลได้คัดเลือกรายเยี่ยมหรือครอบครัวที่จะเยี่ยมไว้แล้วจะต้องมีการวางแผนสำหรับการเยี่ยมไว้โดยนำมาจัดลำดับก่อนหลัง ในการจัดลำดับครอบครัวที่จะไปเยี่ยมนั้น มีหลักในการจัด 2 ประการ (สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2558) คือ

5.1 ความเร่งด่วน หมายถึง ความต้องการหรือความจำเป็นที่พยาบาลต้องการให้ช่วยเหลือโดยเร็วหากทิ้งไว้อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุหรือตกเลือด ต้องการการปฐมพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่กำลังมีไข้สูงซึ่งอาจชักได้ เป็นต้น

5.2 การป้องกันการแพร่กระจายของโรค ในการเยี่ยมบ้านครั้งหนึ่งๆ พยาบาลอาจต้องให้การดูแลทั้งผู้ที่อยู่ในวัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและผู้ที่กำลังเจ็บป่วย จึงจำเป็นต้องระมัดระวังไม่ให้ตนเองเป็นผู้นำโรคจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง หรือจากครอบครัวหนึ่งไปสู่อีกครอบครัวหนึ่งได้ ดังนั้น

ในการเยี่ยมครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อจึงควรเยี่ยมเป็นอันดับสุดท้าย เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อโรคแพร่กระจายไปได้

ในการเยี่ยมบ้านแต่ละวัน พยาบาลควรนำหลักทั้ง 2 ประการมาพิจารณาจัดอันดับครอบครัวที่จะเยี่ยมทั้งหมดโดยยึดหลักแพร่กระจายของโรคมาพิจารณาจัดลำดับการเยี่ยมแทน ในการพิจารณาจัดลำดับการเยี่ยม อาจเรียงลำดับได้ดังนนี้

1. เยี่ยมครอบครัวที่มีความเร่งด่วนก่อน ถ้าไม่มีครอบครัวใดมีความเร่งด่วนมาก ก็ใช้หลักการป้องกันการมีความต้องการหรือความจำเป็นที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วน
2. เยี่ยมครอบครัวที่ทราบประวัติแน่นอนและต้องการความช่วยเหลือ เช่น เด็กแรกเกิดและมารดาหลังคลอด เด็กวัยทารก
3. เยี่ยมครอบครัวที่ต้องการให้การพยาบาล เช่น ไข้หวัด อุจจาระร่วงจากอาหารเป็นพิษ
4. เยี่ยมครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ
5. เยี่ยมครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคติดต่อ เช่น วัณโรคปอด บิด ไทฟอยด์ หัด คางทูม

เนื่องจากพยาบาลอนามัยชุมชนมีภารกิจที่จะต้องปฏิบัติหลายประการด้วยกันในแต่ละวัน ซึ่งการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านจึงควรจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่จะต้องกระทำในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการเดินทางสำหรับการเยี่ยมครอบครัว ซึ่งแต่ละครอบครัวใช้เวลาไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการและแผนการช่วยเหลือในแต่ละรายหรือครอบครัว บางรายอาจใช้เวลามากเพราะต้องมีการสาธิตการพยาบาลบางอย่าง บางครอบครัวอาจต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ ดังนั้นควรจัดแบ่งเวลาไปเยี่ยมบ้านให้เหมาะสม ซึ่งโดยเฉลี่ยพยาบาลชุมชนควรเยี่ยมบ้านวันละ 3-4ครอบครัว ซึ่งจะต้องใช้เวลาในการเยี่ยมประมาณ 2-3 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังต้องรู้จักแบ่งเวลาสำหรับการทำบันทึกรายงานการให้คำแนะนำและการเตรียมการเยี่ยมในครั้งต่อไปได้

3.4 กระบวนการเยี่ยมบ้าน

กระบวนการเยี่ยมบ้านเป็นวิธีการในการกระทำการเยี่ยมบ้านอย่างมีขั้นตอนและมีเป้าหมายเพื่อให้ได้ผลที่ต้องการ การเยี่ยมบ้านของพยาบาลชุมชนจะมีกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาลร่วมด้วยเสมอโดยอาศัยกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่จะช่วยนำไปสู่ปฏิบัติการพยาบาล กระบวนการเยี่ยมบ้าน มี 3 ขั้นตอน ดังนี้ (ดารุณี จงอุดมการณ์, 2561)

3.4.1 การดำเนินการก่อนการเยี่ยมบ้าน

ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งพยาบาลชุมชนจะต้องมีการเตรียมพร้อมในทุกๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล รวมตลอดถึงการศึกษาข้อมูลต่างๆ ของบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อนำมาวางแผนในการเยี่ยมให้สอดคล้องกับปัญหา

และความต้องการของบุคคลและครอบครัว ดังนั้นในขั้นตอนก่อนการดำเนินกิจกรรมการเยี่ยมบ้านจึงควรมีการเตรียมในเรื่องต่อไปนี้

1) การเตรียมข้อมูล ก่อนการเยี่ยมบ้านพยาบาลชุมชนจะต้องพิจารณาเลือกรายเยี่ยมตามความเหมาะสมและจำเป็น แล้วจัดลำดับการเยี่ยมโดยใช้หลักของความเร่งด่วนและการแพร่กระจายของโรค หลังจากนั้นจึงศึกษาข้อมูลที่จำเป็นสำหรับรายเยี่ยมแต่ละราย ซึ่งข้อมูลที่ควรทราบก่อนการ เข้าเยี่ยม ได้แก่

1.1) สภาพของชุมชน พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับสภาพของชุมชนเป็นอย่างดี เพราะข้อมูลของชุมชนจะมีความเกี่ยวพันกับครอบครัว ข้อมูลที่ควรทราบได้แก่

- ประวัติความเป็นมา โครงสร้าง ลักษณะที่ตั้งบ้านเรือน
- สภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การคมนาคม
- ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ ทัศนคติ
- สภาวะสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและชีวภาพ
- แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้งการใช้แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรเหล่านั้นให้เกิดผลทางด้านสุขภาพอนามัย

ข้อมูลสภาพของชุมชนจะมีความสัมพันธ์กับครอบครัวในแง่ของสุขภาพอนามัยทั้งในภาวะปกติภาวะเสี่ยงต่อความผิดปกติ หรือภาวะผิดปกติ

1.2) ข้อมูลเฉพาะตัวผู้ป่วยหรือครอบครัว พยาบาลชุมชนจะสามารถศึกษาข้อมูลส่วนนี้ได้จาก

- แหล่งที่ส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งต่อมาจากภายในหน่วยงาน เช่น ในโรงพยาบาลที่มีหน่วยเยี่ยมบ้าน จะได้รับการส่งต่อมาจากแผนกผู้ป่วยใน เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือส่งต่อมาจากหน่วยงานอื่น เช่น โรงพยาบาลจังหวัดส่งต่อผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปยังหน่วยเยี่ยมบ้านที่อยู่ในพื้นที่ที่ครอบครัวผู้ป่วยตั้งอยู่ เช่น สถานีอนามัย ซึ่งในการส่งต่อนี้จะต้องมีแบบบันทึกการส่งต่อที่จะบอกข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลชุมชนสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในการวางแผนเยี่ยมต่อไป
- แฟ้มประวัติสุขภาพครอบครัว (Family Folder) เป็นข้อมูลทั่วไปของครอบครัวที่หน่วยงานเยี่ยมบ้านจะต้องสำรวจและเก็บรวบรวมไว้ครบถ้วนทุกครอบครัวที่อยู่ในความรับผิดชอบ ถ้าเป็นครอบครัวที่เข้าเยี่ยมเป็นครั้งแรกก็จะต้องวางแผนในการเก็บข้อมูลทั่วไปของครอบครัว เพื่อนำมาจัดทำแฟ้มประวัติสุขภาพครอบครัว

ข้อมูลที่อยู่ในแฟ้มประวัติสุขภาพครอบครัว ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ได้แก่ รายละเอียดของข้อมูลของสมาชิกทุกคนในครอบครัว สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

2. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะที่ตั้งของครอบครัว และสภาวะอนามัยสิ่งแวดล้อม

3. รายงานการเยี่ยม หรือรายงานการช่วยเหลือครั้งก่อน

2) การเตรียมทางด้านจิตใจ ได้แก่

2.1) การลดความวิตกกังวลต่อการเยี่ยมบ้านโดยเฉพาะเมื่อเป็นการเยี่ยมครั้งแรก หรือเป็นการเยี่ยมรายใหม่ โดยการศึกษาข้อมูลของครอบครัวที่มีอยู่หรือการสอบถามขอคำแนะนำจากผู้นิเทศหรือผู้มีประสบการณ์มากกว่า ช่วยให้เกิดความเข้าใจและมีความเชื่อมั่นมากขึ้น

2.2) การยอมรับความจริงว่าในขณะเยี่ยมบ้านจะต้องพบเหตุการณ์ต่างๆ ตามสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไป เช่น อาจพบกับครอบครัวที่แสดงการปฏิเสธการเยี่ยม ไม่สนใจต่อปัญหาของตน ขาดความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ดังนั้นพยาบาลชุมชนจึงควรเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาเหล่านี้และใช้ความอดทนในการพยายามสร้างความสัมพันธภาพกับครอบครัว เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการวางแผนแก้ปัญหาต่างๆ

3) การเตรียมความรู้ เมื่อได้ศึกษาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้รับการเยี่ยมและครอบครัว จะทำให้ทราบปัญหาและความต้องการในแต่ละขั้นตอนของครอบครัว และนำข้อมูลเท่าที่มีอยู่มาใช้ในการวางแผนให้การช่วยเหลือไว้ล่วงหน้า พยาบาลชุมชนจะต้องศึกษาหาความรู้เพื่อใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้ถูกต้องตามหลักวิชาการและพร้อมที่จะดำเนินงานตามแผนการช่วยเหลือ ที่วางไว้อย่างถูกต้อง ความรู้ที่จะต้องทบทวนค้นคว้านั้นเป็นความรู้จากสาขาวิชาต่างๆ ทางการพยาบาล โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ หรือจากผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ เช่น ผู้นิเทศ หรือแพทย์ เป็นต้น

4) การเตรียมของใช้สำหรับการเยี่ยม ก่อนการเยี่ยมบ้านพยาบาลผู้เยี่ยมจะต้องเตรียมของใช้หรืออุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อมและครบถ้วนเสมอ เพื่อไม่ให้เสียเวลาเมื่อจะทำการพยาบาลขณะเยี่ยม ของใช้ที่จำเป็นในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่

4.1) กระเป๋าเยี่ยม ถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเยี่ยมบ้าน เพราะใช้บรรจุวัสดุอุปกรณ์ที่จะนำไปให้บริการพยาบาลแก่บุคคลและครอบครัวในชุมชน พยาบาลชุมชนจะต้องตรวจดูความเรียบร้อยของกระเป๋าเยี่ยม เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อมและจัดให้เหมาะสมกับรายที่จะไปเยี่ยม เช่น ในรายที่จะต้องฉีดยาหรือทำแผลต้องเตรียมของใช้เหล่านี้ให้พร้อมและครบถ้วน

4.2) สมุดบันทึก ในการเยี่ยมบ้านแต่ละวันอาจมีหลายครอบครัว ดังนั้นข้อมูลต่างๆ และแผนการปฏิบัติการพยาบาลย่อมแตกต่างกันออกไปและไม่สะดวกที่จะนำบันทึกข้อมูล หรือแฟ้มประวัติของผู้ป่วยออกไปจากสำนักงาน ซึ่งเป็นการไม่เหมาะสมและอาจเกิดการสูญหายได้

พยาบาล จึงควรมีสมุดบันทึกประจำตัวสำหรับจดบันทึกข้อมูลย่อๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการเยี่ยม รวมทั้งใช้บันทึกการช่วยเหลือหรือผลการเยี่ยม หรือบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมที่พบในขณะเยี่ยม เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมากำหนดแผนการช่วยเหลือครอบครัวในครั้งต่อไป

3.4.2 การดำเนินการขณะเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลผู้เยี่ยมได้กำหนดแผนการพยาบาลไว้แล้ว โดยเริ่มตั้งแต่พยาบาลผู้เยี่ยมไปถึงบ้านของผู้ป่วยหรือครอบครัวที่จะเยี่ยม เพื่อให้บริการพยาบาลตามแผนที่ได้วางไว้ แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินการขณะเยี่ยมบ้านควรยึดขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยจัดลำดับได้ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว ความเข้าใจและประทับใจครั้งแรกที่ครอบครัวมีต่อพยาบาลผู้เยี่ยมจะเป็นสิ่งที่เสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างสองฝ่ายได้เป็นอย่างดี ดังนั้นในการพบปะกับครอบครัวเป็นครั้งแรก พยาบาลชุมชนจะต้องวางตัวในบทบาทของแขกที่มีมารยาท มีการทักทายเคารพในสิทธิ์ของเจ้าของบ้าน กล่าวแนะนำตนเองและวัตถุประสงค์ในการมาเยี่ยม ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดคุยเป็นกันเอง ไม่ควรใช้ถ้อยคำที่กล่าวติเตียนสิ่งบกพร่องต่างๆ ที่พบครั้งแรกหรือพูดแนะนำในการสอนตลอดเวลา นอกจากนี้จะต้องระวังท่าที ไม่แสดงการดูถูกฐานะความเป็นอยู่หรือรังเกียจความสกปรกของบ้านเรือน ตลอดจนไม่ควรแสดงความรู้สึกในด้านลบเกี่ยวกับเชื้อชาติ ศาสนา หรืออาชีพของบุคคลในครอบครัว ขณะเดียวกันก็ควรสังเกตพฤติกรรมของเจ้าของบ้านและสมาชิกว่ามีความพร้อม ความพอใจและยินดีที่จะให้เข้าเยี่ยมหรือไม่ หากครอบครัวมีกิจธุระอื่นจำเป็นหรือกำลังอยู่ในสถานการณ์ที่มีปัญหาไม่พร้อมที่จะให้การต้อนรับ ควรเลื่อนการเยี่ยมออกไปถ้าทำได้และให้ครอบครัวเป็นผู้กำหนดเวลาที่เหมาะสมสำหรับการเยี่ยม สำหรับเวลาที่ใช้ในการเยี่ยมแต่ละครั้งไม่ควรยาวนานเกินไป คำแนะนำที่ให้ ไม่ควรมากโดยเฉพาะการเยี่ยมครั้งแรกเพราะครอบครัวจะรับได้ไม่หมดทำให้การเยี่ยมไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

2) การศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม ข้อมูลของบุคคลและครอบครัวย่อมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาดังนั้นในการเยี่ยมทุกครั้งพยาบาลจะต้องศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมโดยการซักถาม สังเกต หรือตรวจร่างกายตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันที่จะนำมาประเมินปัญหาและความต้องการการบริการพยาบาลของครอบครัว ข้อมูลที่ควรศึกษาเพิ่มเติม ได้แก่

2.1) การเปลี่ยนแปลงของประชากรในครอบครัว เช่น มีการเกิด ตาย ย้ายเข้าออก

2.2) บทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว

2.3) ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว

2.4) ความสัมพันธ์ของครอบครัวต่อเพื่อนบ้านและชุมชน

2.5) ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เช่น ประวัติการเจ็บป่วย ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมด้านอนามัย การยอมรับและทัศนคติต่อบุคลากร และสถานบริการสาธารณสุข การใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ในชุมชน

3) การปรับเปลี่ยนแผนที่วางไว้ จากการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมบางครั้งพบว่าปัญหาและความต้องการที่ได้ประเมินไว้ก่อนแล้วนั้น ในขณะเยี่ยมบางปัญหาอาจหมดไปจากการที่ครอบครัวได้แก้ไขหรือมีอาการดีขึ้น เช่น การรวบรวมข้อมูลครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยมีไข้และต้องการการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านการรักษาและการพยาบาลที่ถูกต้อง เมื่อไปเยี่ยมในครั้งนี้อาจพบว่าปัญหาการมีไข้หมดไป แต่อาจมีปัญหาเกี่ยวกับมีผื่นขึ้นตามตัวและมีอาการคัน ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก

ดังนั้นพยาบาลผู้เยี่ยมจึงจะต้องทำการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลที่วางไว้ให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของบุคคลและครอบครัวใหม่ โดยใช้เกณฑ์พิจารณา ดังนี้

1. ความรีบด่วนของปัญหาเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยต้องดำเนินการทันทีหรือจัดไว้ในลำดับต้นๆ

2. การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยเลือกกิจกรรมที่สะอาดและปลอดภัยจากเชื้อโรคก่อน เช่น การดูแลทารกก่อนดูแลมารดา และการทำแผลสะอาดก่อนการทำแผลติดเชื้อ

3. ความสนใจของครอบครัว บางครั้งพยาบาลผู้เยี่ยมอาจต้องให้การพยาบาลที่ครอบครัวให้ความสนใจหรือให้ความสำคัญก่อน เพื่อให้เกิดความสบายใจและเป็นการให้ความสำคัญแก่ความรู้สึกของครอบครัว

4. ความพร้อมของครอบครัวในขณะนั้น ผู้เยี่ยมต้องรู้จักสังเกตว่าผู้รับการเยี่ยมมีความพร้อมที่จะรับการบริการพยาบาลที่จะให้หรือไม่และควรมีการปรับเปลี่ยนบริการพยาบาลตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น พยาบาลกำหนดไว้ว่าจะวัดระดับความสูงของมดลูก แต่ขณะนั้นทารกหิวนมก็ควรให้ทารกดูดนมมารดาให้เรียบร้อยก่อนแล้วจึงทำการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

4) การดำเนินการช่วยเหลือครอบครัว เมื่อมีการจัดลำดับกิจกรรมใหม่และปรับเปลี่ยนแผนการให้ความช่วยเหลือไว้เรียบร้อยแล้ว พยาบาลผู้เยี่ยมก็จะดำเนินการให้การช่วยเหลือบุคคลและครอบครัว โดยนำหลักการของการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ ดังนี้

4.1) ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาพยาบาลผู้เยี่ยมต้องให้ครอบครัวสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้ด้วยตนเอง ลักษณะของปัญหาจะมีทั้งปัญหาที่ครอบครัวทราบดีและต้องแก้ไข และปัญหาที่ครอบครัวไม่ทราบว่าเป็นปัญหา และไม่ต้องการแก้ไข พยาบาลผู้เยี่ยมจะต้องพยายามอธิบายให้ครอบครัวทราบและยอมรับปัญหา ร่วมมือในการวางแผนแก้ไขปัญหา โดยการเสนอแนวทางเลือกหลายๆ ทางและให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติตามความสามารถและเหมาะสมกับสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว

4.2) การให้บริการพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นการให้การพยาบาลโดยตรง เช่น การทำแผล หรือการสาธิตการพยาบาลบางอย่าง เป็นการสอนให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติพยาบาลได้ด้วยตนเอง โดยพยาบาลจะเลือกเทคนิคและวิธีการง่ายๆ รวมทั้งรู้จักประยุกต์ของใช้หรืออุปกรณ์ต่างๆ ภายในบ้านมาใช้ในการปฏิบัติพยาบาลให้เหมาะสม

4.3) การนำทรัพยากรในครอบครัวและชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยพยาบาลต้องปรับบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของบุคคลในครอบครัว และให้สามารถปฏิบัติได้จริงและถูกต้อง เช่น การจัดเตรียมอาการที่เหมาะสมกับโรค การให้ยา เป็นต้น นอกจากนี้ควรแนะนำบุคลากรที่อยู่ในชุมชนที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวได้ เช่น อสม. แนะนำแหล่งประโยชน์ เช่น สถานบริการสาธารณสุขทั้งที่อยู่ในชุมชนของตนเองหรือชุมชนใกล้เคียง

5) การบันทึก ในขณะที่ทำการเยี่ยมบ้านจำเป็นต้องมีการจดบันทึกเป็นข้อความสั้นๆ ลงในสมุดบันทึกที่เตรียมไว้ เพื่อป้องกันการลืมหรือสับสนในรายเยี่ยมอื่นๆ และสามารถนำมาใช้ในการบันทึกทำรายงานการเยี่ยมบ้านได้ถูกต้องครบถ้วน ก่อนการจดบันทึกควรขออนุญาตและอธิบายให้เจ้าของบ้านเข้าใจวัตถุประสงค์ของการบันทึกด้วย สิ่งที่ควรบันทึก ได้แก่ น้ำหนักเด็ก อุณหภูมิของร่างกาย สรุปปัญหาที่พบ คำแนะนำที่ให้ในครอบครัวที่มีบัตรสุขภาพเด็ก เมื่อชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงให้เด็กแล้วควรบันทึกลงในบัตรสุขภาพเด็กด้วย

6) การสิ้นสุดการเยี่ยม ก่อนเสร็จสิ้นการเยี่ยมแต่ละครั้ง ควรอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางดีขึ้นและทางเลวลง เช่น น้ำหนักเด็กเพิ่มขึ้นหรือลดลง ก่อนลากลับควรย้ำถึงสิ่งสำคัญที่ต้องการปฏิบัติ เช่น ให้ไปฝากครรภ์ในวันรุ่งขึ้น แล้วนัดวันเวลาที่จะมาเยี่ยมในครั้งต่อไปให้ครอบครัวทราบ

3.4.3 การดำเนินการหลังเยี่ยมบ้าน

หลังจากพยาบาลอนามัยชุมชนได้ให้บริการเยี่ยมบ้านเสร็จสิ้นแล้ว ขั้นตอนต่อไปมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากัน คือการดำเนินการหลังการเยี่ยม ซึ่งมีกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติ ดังนี้

1) การดูแลทำความสะอาดอุปกรณ์ของใช้หลังกลับจากการเยี่ยมบ้าน พยาบาลควรล้างมือเป็นอันดับแรก แล้วจึงทำความสะอาดอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ทำการพยาบาล ตลอดจนจัดเตรียมกระเป๋าเยี่ยมบ้านให้พร้อมที่จะใช้ได้ในวันต่อไป

2) การบันทึกรายงานการเยี่ยม เป็นกิจกรรมที่สำคัญที่พยาบาลชุมชนจะต้องปฏิบัติทันทีภายหลังการเยี่ยมบ้านในแต่ละวัน เพื่อจะได้บันทึกในสิ่งที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ป้องกันการหลงลืมในการบันทึกรายงานการเยี่ยมบ้านนี้จะต้องคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังนี้

2.1) บันทึกรายงานการเยี่ยมมีความถูกต้องครบถ้วนตามความเป็นจริง พยาบาล จะต้องมีความซื่อสัตย์ต่อตนเองในการบันทึกแต่ในสิ่งที่เป็นข้อมูลจริงของครอบครัวและกิจกรรมการพยาบาลที่ได้ร่วมปฏิบัติกับครอบครัวซึ่งบันทึกรายงานการเยี่ยมดังกล่าว จะทำให้ทราบ

ความต่อเนื่องของงานที่ได้ปฏิบัติและเป็นสื่อกลางให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถทำงานประสานกันได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นหลักฐานทางกฎหมายในกรณีที่เกิดคดีความขึ้น ดังนั้นการบันทึกรายงานในสิ่งที่ถูกต้อง

2.2) บันทึกรายงานจะต้องสั้น กะทัดรัด ได้ใจความช่วยในการสื่อความหมายได้ดี

2.3) บันทึกรายงานควรเรียงลำดับความสำคัญก่อนหลัง เพื่อให้ง่ายต่อการศึกษาข้อมูล การจัดลำดับความสำคัญของข้อมูลในการบันทึก พยาบาลชุมชนอาจพิจารณาจากปัญหาที่มีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ควรจัดลำดับไว้ในตอนต้น

3.5 การใช้กระเป๋าเยี่ยมบ้าน

กระเป๋าเยี่ยมบ้านถือเป็นเครื่องมือประจำตัวของพยาบาลชุมชนและต้องนำติดตัวไปในการเยี่ยมด้วยทุกครั้ง โดยต้องเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่บ้านที่บรรจุลงในกระเป๋า ดังนั้นกระเป๋าเยี่ยมบ้านที่ดีจึงควรมีลักษณะดังนี้ (วิโรจน์ วรรณภิระ, 2555)

1. มีรูปร่างและขนาดกะทัดรัด พอที่จะบรรจุวัสดุและเครื่องมือที่จำเป็นได้เพียงพอ ภายในกระเป๋าควรแบ่งเป็นช่องสำหรับใส่เครื่องมือต่างๆ และข้างกระเป๋าด้านนอกมีช่องสำหรับใส่กระดาษไว้ปูรองกระเป๋าและถุงใส่ของสกปรก
2. วัสดุที่ใช้ทำกระเป๋าควรเป็นวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน น้ำหนักเบาและทำความสะอาดได้ง่าย
3. แบบที่ใช้อาจเป็นแบบกระเป๋าหิ้วหรือกระเป๋าสะพายก็ได้
4. ด้านในของกระเป๋าควรบุด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่าย เช่น ผ้าหรือพลาสติก โดยออกแบบให้สามารถถอดออกซักหรือทำความสะอาดได้ง่าย มีช่องเล็กๆ สำหรับใส่อุปกรณ์ต่างๆ และช่วยยึดอุปกรณ์เหล่านั้นให้อยู่กับที่ด้วย

สำหรับอุปกรณ์ของใช้ที่จะนำติดตัวไปเยี่ยมบ้าน ควรพิจารณาเฉพาะของใช้ที่จำเป็นเท่านั้น สิ่งของที่ควรมีไว้ในกระเป๋าเยี่ยมบ้าน มีดังนี้

1. ของใช้ประเภทผ้า ได้แก่
   - ผ้าเช็ดมือ 1–2 ผืน
   - ผ้ากันเปื้อนหรือเอี๊ยม 1 ตัว
   - ผ้าชั่งน้ำหนักเด็ก
   - ถุงใส่อุปกรณ์ที่สะอาด

2. เวชภัณฑ์และของใช้ที่จำเป็นอื่น ๆ

- ขวดใส่น้ำยาที่จำเป็น เช่น แอลกอฮอล์ 70% NSS ยาใส่แผลสด แอมโมเนีย
- ลูกสูบยาง
- สายวัดตัวเด็ก
- เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก
- ตลับวาสลิน
- ชามรูปไต 1 ใบ
- ปรอทสำหรับวัดอุณหภูมิทางปากและทวารหนักอย่างละ 1 อัน
- กรรไกร
- ปากคีบชนิดมีเขี้ยวและไม่มีเขี้ยวอย่างละ 1 อัน
- ไม้กดลิ้น
- ขวดน้ำสบู่สำหรับใช้ล้างมือ
- สำลี ผ้าก๊อสสะอาด ไม้พันสำลี ที่ผ่านการฆ่าเชื้อโรคแล้วบรรจุอยู่ในซองเล็กๆ
- พลาสเตอร์
- กระดาษหนังสือพิมพ์ สำหรับปูพื้นก่อนวางกระเป๋าเยี่ยม ถุงพลาสติกใส่ผ้ากันเปื้อนที่ใช้แล้วและถุงใส่ของสกปรก
- ของใช้อื่น ๆ ซึ่งอาจเพิ่มเติมสำหรับนำไปทำการพยาบาลในแต่ละวัน

การจัดวางของใช้ลงในกระเป๋าเยี่ยม ควรจัดเรียงลำดับการหยิบใช้ก่อนหลัง ของที่จะหยิบใช้ก่อนควรวางไว้บนสุดของกระเป๋าเยี่ยม ในการใช้กระเป๋าเยี่ยมบ้านควรยึดหลัก

1. ใช้เทคนิคความสะอาด การให้การพยาบาลที่บ้านไม่จำเป็นต้องให้ปราศจากเชื้อโรค อาจใช้เพียงเทคนิคของความสะอาดทั้งเครื่องมือเครื่องใช้และวิธีปฏิบัติของผู้ให้การพยาบาล

1.1 เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ก่อนนำไปใช้ให้การพยาบาลที่บ้านต้องทำความสะอาด ขณะที่ให้การพยาบาลและภายหลังให้การพยาบาลก็ต้องทำความสะอาดอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันมิให้กระเป๋าเยี่ยมบ้านเป็นแหล่งเชื้อโรค และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากครอบครัวหนึ่งไปสู่อีกครอบครัวหนึ่ง

1.2 ผู้ให้การพยาบาลต้องล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้การพยาบาล และก่อนเก็บของเข้ากระเป๋าทุกครั้ง

2. ความพร้อม การไปเยี่ยมบ้านในแต่ละวันควรจัดเตรียมของใช้ที่จำเป็นให้พร้อมและพอเพียงสำหรับให้การพยาบาลและควรจัดให้เป็นระเบียบเพื่อสะดวกแก่การหยิบใช้

3. การเยี่ยมบ้านทุกครั้ง พยาบาลควรนำกระเป๋าเยี่ยมบ้านติดตัวไปด้วยเสมอ แม้จะไม่มีแผนในการให้การพยาบาลที่บ้าน เพราะในระหว่างการเยี่ยมอาจพบปัญหาที่ต้องให้ความช่วยเหลือนอกเหนือที่ได้วางแผนไว้แล้ว เช่น พบเด็กมีไข้สูง หรือต้องให้การปฐมพยาบาล เป็นต้น

เทคนิคการใช้กระเป๋าเยี่ยมบ้าน

เมื่อพยาบาลชุมชนเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยหรือครอบครัวในขณะที่ทำการเก็บข้อมูล โดยสังเกตและซักถามแล้วนั้น กระเป๋าเยี่ยมบ้านที่นำไปด้วยจะยังไม่วางลงบนพื้นบ้านแต่จะวางอยู่บนตักของพยาบาลเมื่อจะเริ่มให้การพยาบาลจึงใช้กระเป๋าเยี่ยม เทคนิคการใช้กระเป๋าเยี่ยมมีขั้นตอนดังนี้ (ดารุณี จงอุดมการณ์, 2561)

1. ก่อนใช้กระเป๋าเยี่ยมบ้าน ควรหาที่วางกระเป๋าให้เหมาะสม ไม่เกะกะกีดขวางทางเดินหรือการให้การพยาบาล บริเวณที่วางกระเป๋าควรสะอาดและมีแสงสว่างเพียงพอ ห่างจากผู้เยี่ยมพอประมาณกระเป๋าที่อยู่บนตักต้องหันด้านเปิดออกนอกลำตัว

2. ใช้มือหนึ่งอุ้มกระเป๋าไว้ อีกมือหนึ่งเปิดกระเป๋า โดยใช้มือสัมผัสด้านนอกของกระเป๋าหยิบกระดาษสำหรับปูรองกระเป๋าออกมาปูลงบนพื้น แล้ววางกระเป๋าไว้มุมใดมุมหนึ่ง ซึ่งสะดวกต่อการให้การพยาบาล

3. เปิดกระเป๋าโดยใช้มือจับที่หูกระเป๋า หยิบเครื่องใช้สำหรับทำความสะอาดมือ เช่น ขวดน้ำสบู่ถุงผ้าซึ่งบรรจุผ้าเช็ดมือและผ้ากันเปื้อน ถุงกระดาษสำหรับใส่ของสกปรก

4. ถอดนาฬิกาข้อมือออก นำขวดน้ำสบู่ไปล้างมือให้สะอาด ขณะล้างพยาบาลชุมชนควรจะสังเกตสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้าน เพื่อนำมาประเมินปัญหาและความต้องการด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

5. เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือที่เตรียมไว้และควรเช็ดให้ถูกเทคนิค

6. ใส่ผ้ากันเปื้อน โดยระวังไม่ให้สายผ้ากันเปื้อนสัมผัสพื้นบ้าน

7. เปิดกระเป๋าโดยใช้มือสอดเปิดฝากระเป๋าด้านในเพื่อหยิบของใช้ที่จำเป็นต้องใช้ในการพยาบาลออกมาวางเรียงบนสิ่งปูรอง โดยจัดวางให้เรียบร้อย สะดวกต่อการหยิบใช้

8. ปิดกระเป๋าจากด้านนอก และให้การพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้

9. เมื่อทำการพยาบาลเสร็จแล้วนำเครื่องใช้ไปล้างทำความสะอาดพร้อมทั้งล้างมือให้สะอาด

10. เช็ดของใช้ให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือแล้วเก็บเข้ากระเป๋า เครื่องมือบางอย่าง เช่น ปรอท ต้องใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% ทำความสะอาดก่อนเก็บโดยเรียงลำดับของที่จะใช้ก่อนเก็บเป็นอันดับสุดท้าย

11. เก็บผ้าเช็ดมือที่ใช้แล้วใส่ในถุงพลาสติกและเก็บไว้ในกระเป๋าด้านนอก

12. ถอดผ้ากันเปื้อนออกโดยพับด้านที่สัมผัสกับผู้ป่วยไว้ด้านในเก็บใส่ถุงผ้าใหญ่ตามเดิมแล้วจึงเก็บเข้ากระเป๋า

13. ยกกระเป๋าไว้บนตัก เก็บสิ่งปูรองโดยพับให้ด้านที่สัมผัสกับพื้นบ้านไว้ด้านใน แล้วเก็บใส่ช่องด้านนอกของกระเป๋า

14. ปิดกระเป๋าให้เรียบร้อย

15. ส่งถุงที่ใส่ของสกปรกให้ญาติผู้ป่วยนำไปทำลาย ถ้าเป็นผู้ป่วยโรคติดต่อต้องทำลายให้ถูกวิธีโดยการฝังหรือเผา

การทำความสะอาดกระเป๋าเยี่ยมบ้าน

ภายหลังการเยี่ยมบ้านแล้ว ควรทำความสะอาดกระเป๋าเยี่ยมบ้านทุกครั้ง ของใช้ทุกชิ้นในกระเป๋าเยี่ยมควรนำออกมาทำความสะอาดอีกครั้งหนึ่ง กระเป๋าเยี่ยมควรเช็ดทำความสะอาด ถ้าเป็นกระเป๋าหนังต้องระวังไม่ให้เปียกชื้นเพราะจะทำให้ราขึ้นได้ ของใช้ที่เป็นผ้านำออกมาซักรีดให้เรียบร้อย ผ้าบุกระเป๋าด้านในควรซักตามเวลาที่เห็นควร ขวดน้ำยาต่าง ๆ ควรเติมให้เพียงพอและเช็ดให้สะอาด แล้วจัดเตรียมกระเป๋าให้พร้อมสำหรับใช้ในวันต่อไป

3.6 การบันทึกรายงานการเยี่ยม

การบันทึกรายงานการเยี่ยม เป็นกิจกรรมที่สำคัญของการดำเนินงานภายหลังการเยี่ยม โดยที่บันทึกรายงานเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การบันทึกที่ดีจะช่วยให้บุคคล ครอบครัวและชุมชนได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพอนามัยอย่างถูกต้อง เพียงพอและต่อเนื่องนอกจากนี้บันทึกรายงานยังมีประโยชน์ต่อพยาบาลชุมชน (ดารุณี จงอุดมการณ์, 2561) ดังนี้

1. ใช้เป็นหลักฐานแสดงถึงผลการให้ความช่วยเหลือบุคคลและครอบครัวโดยบุคลากรในทีมสุขภาพ

2. ใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผนการให้บริการอนามัยครอบครัวในแต่ละครั้งได้ เพราะในบันทึกรายงานจะมีข้อมูลซึ่งทีมสุขภาพสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้

3. บันทึกรายงานจะบอกถึงความต่อเนื่องและความก้าวหน้าของผลการดูแลบุคคล และครอบครัว โดยบอกให้ทราบถึงสิ่งที่ได้ทำไปแล้วได้ผลอย่างไร ควรดำเนินการต่อไปหรือควรปรับปรุงวิธีการใหม่และยังใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินงานได้ดีอีกด้วย

4. ใช้เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้า บันทึกรายงานอาจเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่สนใจในการศึกษาวิจัย แต่ผลของการศึกษาจากบันทึกรายงานจะถูกต้องหรือไม่ ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความถูกต้องตรงกับความเป็นจริงและการไม่ลำเอียงของข้อมูล ดังนั้นพยาบาลผู้บันทึกข้อมูลจึงพึงระลึกถึงความจริง ข้อนี้ไว้เสมอ

5. ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย ในกรณีเกิดคดีความขึ้น

ลักษณะของบันทึกรายงานการเยี่ยม ซึ่งใช้อยู่ในหน่วยงานต่างๆ ส่วนใหญ่จัดทำเป็นแบบฟอร์มสำหรับให้บันทึกซึ่งสะดวกทั้งในด้านการบันทึกและการนำไปใช้ สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วน บันทึกรายงานเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านจะแบ่งข้อมูลการบันทึกเป็น 2 ส่วน

1. บันทึกครอบครัว ใช้บันทึกข้อมูลรายละเอียดของสมาชิกทั้งหมดในครอบครัว แบบบันทึกนี้เรียกว่าประวัติสุขภาพครอบครัว (Family folder) ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับสมาชิกทุกคนในครอบครัว เช่น ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส เป็นต้น ข้อมูลเกี่ยวกับสุขาภิบาลที่พักอาศัยและสิ่งแวดล้อม เช่น ลักษณะอาคาร น้ำดื่ม น้ำใช้ ส้วม การกำจัดน้ำโสโครก การกำจัดขยะมูลฝอย นอกจากนี้ยังมีการบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลด้านอนามัยแม่และเด็ก ข้อมูลด้านจิตใจและสังคม

2. บันทึกส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกรายงานการเยี่ยมของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวที่พยาบาลให้การดูแล ซึ่งจะมีข้อมูลเกี่ยวกับประวัติทางสุขภาพ การช่วยเหลือแนะนำและการเปลี่ยนแปลงหลังการเยี่ยม บันทึกส่วนบุคคลนี้จะมีแบบฟอร์มแตกต่างกันตามประเภทของการเยี่ยมและหน่วยงานที่ให้บริการ รายงานการเยี่ยมในแต่ละหน่วยอาจมีความแตกต่างในรูปแบบการบันทึก แต่ในรายละเอียดของข้อมูลจะมีความคล้ายคลึงกัน

การพยาบาลครอบครัวเกิดขึ้นจากการดูแลเฉพาะบุคคลไปเป็นการดูแลทั้งครอบครัว ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เน้นการบริการสุขภาพแก่ครอบครัว โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งศิลปะทางการพยาบาลมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพแก่ครอบครัว ช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญกับสภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ โดย มุ่งให้ครอบครัวสามารถดำรงภาวะสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับอัตภาพของครอบครัวนั้นๆ จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลที่มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ บทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาเบื้องต้นและการดูแลให้การพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพเมื่อยามเจ็บป่วยให้กลับมาสู่สภาพเดิมหรือให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ดังนั้นพยาบาลครอบครัว จึงเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดูแล ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาครอบครัวในทุกวงจรของครอบครัวตั้งแต่เริ่มการก่อตั้งครอบครัว จนกระทั่งเข้าสู่วงจรวัยชราที่มีกระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้งปกติ ภาวะเสี่ยงและผิดปกติ ทั้งในสถานบริการ ชุมชน โดยประยุกต์ศาสตร์ทางการพยาบาลและครอบครัวและผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการดูแลแบบองค์รวม ในบทบาทการปฏิบัติการพยาบาล การให้ความรู้ การบริหารจัดการ การเป็นที่ปรึกษา เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถปรับตัวและคงความสมดุลของครอบครัวได้ดี

สรุป

การดูแลสุขภาพของครอบครัวจำเป็นต้องประยุกต์กระบวนการพยาบาล ใช้แนวคิดครอบครัวเป็นผู้รับบริการ และประยุกต์กรอบแนวคิดทฤษฎีสำคัญได้แก่ ทฤษฎีระบบ ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ และทฤษฎีพัฒนาการ เป็นแนวทางในการประเมินครอบครัว การวางแผนและปฏิบัติการดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการประเมินผลต้องให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทั้งนี้เพื่อการดูแลสุขภาพครอบครัวมีประสิทธิภาพซึ่งการดูแลดังกล่าวพยาบาลชุมชนจะใช้กิจกรรมเยี่ยมบ้านเป็นวิธีหลัก และกระทำตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

คำถามท้ายบท

1. จงอธิบายความสำคัญของการดูแลสุขภาพครอบครัว
2. จงอธิบายหลักของกระบวนการพยาบาลในการเยี่ยมบ้าน
3. ให้ระบุบทบาทของพยาบาลชุมชนในการเยี่ยมบ้าน
4. กระบวนการเยี่ยมบ้านประกอบไปด้วยอะไรบ้าง อธิบายพอสังเขป

บรรณานุกรม

ดารุณี จงอุดมการณ์. (2561). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดและทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ในครอบครัวระยะวิกฤต* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ธนิษฐา ศิริรักษ์. (2555). *ปัญหาที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติครอบครัว.* สงขลา: หน่วยผลิตตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ภูเบศร์ สมุทรจักร, ธีรนุช ก้อนแก้ว และริฎวัน อุเด็น. (2559). *ความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

รุจา ภู่ไพบูลย์ และคณะ. (2562). *การศึกษาครอบครัวไทยแบบบูรณาการตามวงจรชีวิตครอบครัว.* นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิโรจน์ วรรณภิระ. (2555). *การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit and Home Care). ในเอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวเขต18 โรงพยาบาลกำแพงเพชร (หน้า22, 25-35).* พิษณุโลก: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สุริยา ฟองเกิด และอนิสา อรัญคีรี. (2556) *ตำราการสร้างเสริมสุขภาพครอบครัว.* ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์

สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *ทีมหมอครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอบิซ อินเตอร์กรุ๊ป จำกัด.

อนุโรจน์ เล็กเจริญสุข และคณะ. (2554). *หัวใจ 8 ดวง ในการให้บริการเวชปฏิบัติครอบครัว.* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

Duvall, E. M & Miller, C. M. (1985). *Marriage and Family Development* (6th ed.). New York: Harper & Row Publisher.

Jongudomkarn, D., Wacharasin, J., Deoisares, W., Phuphaibul, R. & Surakarn, P. (2015). Family and caring for the ill members: suggestions based on a documentary research. *Journal of Nursing Science & Health*, 38(4), 100-113.

Luker, K.A. (2017). *Health visiting preparation for practice* (4th ed.).Malaysia: John Wiley & Sons Ltd

บทที่ 4

การพยาบาลอนามัยโรงเรียน

ขอบเขตของเนื้อหา

1. ความสำคัญของงานอนามัยโรงเรียน
2. การบริการอนามัยโรงเรียน หรือการจัดบริการสุขภาพในโรงเรียน
3. การบริการด้านการศึกษาหรือการสอนสุขศึกษา
4. อนามัยสิ่งแวดล้อมหรือสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน
5. ความสัมพันธ์ระหว่างบ้านกับโรงเรียน และชุมชน
6. บทบาทของพยาบาลในงานอนามัยโรงเรียน
   6.1 การสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน
   6.2 การป้องกันโรค
   6.3 การรักษาพยาบาลนักเรียนที่เจ็บป่วยในโรงเรียน
   6.4 การฟื้นฟูสุขภาพนักเรียน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถ

1. อธิบายแนวคิดและหลักการให้บริการอนามัยโรงเรียนได้
2. อธิบายการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในโรงเรียนได้
3. อธิบายโครงการสุขภาพและการบริหารโครงการต่างๆ ในโรงเรียนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพ การสอนสุขศึกษาได้
4. อธิบายบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการให้บริการอนามัยโรงเรียนได้
5. อธิบายการประสานงานระหว่างโรงเรียน บ้านและชุมชน การให้บริการในสถานการณ์ต่างๆ ได้
6. บอกแนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้

การพยาบาลอนามัยโรงเรียน

เด็กเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศการจะพัฒนาประเทศให้มีความเจริญยั่งยืนจำเป็นต้องพัฒนาเด็กให้มีความพร้อมในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อม การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้ดีนั้นทำให้นักเรียนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ มีสุขภาพที่ดี มีน้ำดื่มน้ำใช้ที่สะอาด มีห้องน้ำ ห้องส้วมที่ถูกสุขลักษณะ มีบรรยากาศร่มรื่นน่าอยู่ นักเรียนได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ ไม่มีเสียงรบกวน กลิ่นรบกวน ปราศจากแหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรค ทำให้นักเรียนมีสมาธิในการเรียน มีสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่ดีสามารถอยู่ร่วมในสังคมอย่างมีความสุข ปราศจากโรคภัยต่างๆ การมีสุขภาพที่ดีสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีอารมณ์แจ่มใส ร่าเริงอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ไม่มีมลภาวะหรือสารเสพติด จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้เด็กเจริญวัยเป็นประชากรที่สามารถใช้ศักยภาพของตนเองให้เกิดประโยชน์กับประเทศชาติได้สูงสุด กลุ่มเด็กจึงถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ควรให้การดูแลด้วยการส่งเสริมด้านสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การได้รับการดูแลที่ดีทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม จะทำให้เด็กสมบูรณ์แข็งแรงประกอบกับได้ซึมซับสิ่งแวดล้อมและสังคมที่ดีจะช่วยลดปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เนื่องจากเด็กวันนี้จะเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพต่อไป

งานอนามัยโรงเรียน หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ป้องกัน รักษา การส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรทุกคนที่อาศัยอยู่ในโรงเรียนเพื่อให้กลุ่มคนเหล่านี้มีสุขภาพดี โดยการมีส่วนร่วมของโรงเรียน บ้านและชุมชน ครอบคลุมกิจกรรมด้านการจัดสิ่งแวดล้อม การบริการสุขภาพและการสอนสุขศึกษา (Evans, D., 2017)

1. ความสำคัญของงานอนามัยโรงเรียน

ตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ.2540 ระบุว่าสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียน ศูนย์การเรียน วิทยาลัย สถาบัน มหาวิทยาลัย หน่วยงานการศึกษาหรือหน่วยงานของรัฐหรือเอกชน มีหน้าที่หลักในการพัฒนาคนให้มีความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ รวมถึง มีคุณธรรม จริยธรรมอันดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ดังนั้นการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนจึงมีความสำคัญ ดังนี้ (วราภรณ์ บุญเชียง, 2557)

1. นักเรียนที่เข้ามาศึกษาในสถานศึกษามาจากหลายแหล่งและมีความหลากหลายทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม ดังนั้นเมื่อเด็กมาอยู่รวมกันในสถานศึกษาเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน สถานศึกษาจึงถือว่าเป็นสังคมใหม่ เป็นสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไม่คุ้นเคย นอกจากนี้ยังมีโอกาสสัมผัสโรคหรือแพร่เชื้อได้ง่ายและโอกาสการได้รับเชื้อโรคสูง

2. กลุ่มวัยเรียนเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ด้านทั้งด้านสติปัญญา อารมณ์ จิตใจ ร่างกาย และการปรับตัวเข้ากับเพื่อนๆ และสิ่งแวดล้อมใหม่

3. นักเรียนมีสิทธิในการได้รับการบริการด้านสุขภาพเท่าเทียมกัน

4. ส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้ด้านสุขภาพ สามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้อง เป็นแบบอย่างที่ดีกับครอบครัว บุคคลใกล้เคียง

5. ส่งเสริม ป้องกันและเมื่อเจ็บป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้อง ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน

6. เป็นการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างฝ่ายโรงเรียน บ้าน และชุมชน

ขอบเขตของงานอนามัยโรงเรียน

1. การบริการด้านสุขภาพ (Health service)

2. การบริการด้านการศึกษาหรือสุขศึกษา (Health Education)

3. ด้านสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่ถูกสุขลักษณะ (School Health Environment)

4. การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียน บ้านและชุมชน (School Relationship and Home)

2. การบริการอนามัยโรงเรียน หรือการจัดบริการสุขภาพในโรงเรียน

เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการต่อนักเรียนโดยตรงในการที่จะช่วยให้นักเรียนได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟู ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมที่สำคัญเพื่อส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพ อนามัยนักเรียน (วราภรณ์ บุญเชียง, 2558) ได้แก่

1. บัตรบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียน ซึ่งทางโรงเรียนจะต้องจัดให้มีไว้ประจำตัวนักเรียนทุกคน ตั้งแต่เริ่มเข้าเรียนในชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เพื่อใช้ในการบันทึกประวัติบริการสุขภาพที่นักเรียนได้รับจากแพทย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือครู

2.การตรวจสุขภาพนักเรียนเป็นการเฝ้าระวังทางสุขภาพเพื่อค้นหาความบกพร่องของสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจในระยะเริ่มแรก ช่วยให้การแก้ไขรักษาง่ายขึ้น

3. การรักษานักเรียนที่เจ็บป่วยฉุกเฉิน การเจ็บป่วยเล็กน้อย หรือการเจ็บป่วยอย่างกระทันหันเพื่อให้การรักษา คำแนะนำและการปฐมพยาบาลได้ถูกต้อง นักเรียนที่ให้การรักษาแล้วอาการป่วยไม่ดีขึ้นหรือในรายที่มีอาการรุนแรง ควรส่งโรงพยาบาลโดยด่วนแล้วแจ้งให้ผู้ปกครองทราบ ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อตรวจพบนักเรียนที่เจ็บป่วยในรายที่รักษาได้ให้รักษา ถ้ารักษาไม่ได้ให้ส่งต่อแพทย์

4. การติดตามผลการรักษา นักเรียนที่เจ็บป่วยซึ่งได้ให้การรักษา รับคำแนะนำจากครู แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแล้ว ต้องมีการติดตามช่วยเหลือในการรักษาที่ถูกต้องและการ

ติดตามดูอาการและผลของการช่วยเหลือต่อไป ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญยิ่งที่จะช่วยให้การรักษาได้ผลดีโดยการติดตามในโรงเรียนและการติดตามเยี่ยมที่บ้าน

5. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เพื่อป้องกันโรคติดต่อที่เป็นอันตรายต่อชีวิตมนุษย์โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยเรียน การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคควรจะกระทำในระยะเวลาที่เหมาะสมกับวัยของนักเรียน และตามกำหนดที่เหมาะสมกับวัคซีนแต่ละชนิดตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

6. การสร้างเสริมโภชนาการในโรงเรียน เป็นการส้งเสริมการจัดบริการอาหารกลางวันโดยการจัดให้ นักเรียนทุกคนได้มีอาหารกลางวันรับประทาน เพื่อเสริมสร้างโภชนาการที่ดี ส่งเสริมพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม ซึ่งโรงเรียนอาจมีรูปแบบการจัดบริการอาหารกลางวันที่แตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับงบประมาณ การบริหารจัดการ เช่น การจัดบริการอาหารกลางวันแบบ โรงเรียนทำเอง ให้บุคคลภายนอกมาจำหน่ายหรือให้นักเรียนนำอาหารมาจากบ้านแล้วโรงเรียนจัดทำบางส่วน เป็นต้น สำหรับนักเรียนที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานมีการช่วยเหลือโดยการให้อาหารเสริม (นม) และมีการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การตรวจสุขภาพนักเรียน

1. การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ ควรทำปีละ 1 ครั้ง โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ นักเรียนที่เข้าใหม่ทุกคน นักเรียนที่กำลังเรียนอยู่ในชั้นสูงสุดของโรงเรียน (ป.6, ม.3, ม.6) นักเรียนที่เป็นนักกีฬาของโรงเรียน และนักเรียนที่ป่วยหรือประสบอุบัติเหตุในโรงเรียน

2 การตรวจสุขภาพโดยทันตแพทย์ ควรได้รับการตรวจสุขภาพของปากและฟันปีละ 1 ครั้ง

3 การตรวจสุขภาพโดยพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยการตรวจสุขภาพ 10 ท่า เพื่อค้นหาความบกพร่องทางสุขภาพกายของนักเรียน มีพยาบาลเยี่ยมตรวจโรงเรียนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

วิธีการตรวจสุขภาพนักเรียนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (เพื่อนช่วยจำ, 2555)

ให้นักเรียนพับแขนเสื้อขึ้น ปลดกระดุมคอออก 1 เม็ด ถอดรองเท้าและถุงเท้า แล้วสอนให้นักเรียนทำท่าตรวจสุขภาพ 10 ท่า เพื่อเป็นการประหยัดเวลาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ท่าที่ใช้ในการตรวจมีดังนี้

วิธีการตรวจสุขภาพ 10 ท่า มีดังต่อไปนี้

ท่าที่ 1 ตรวจเล็บและมือโดยยื่นมือไปข้างหน้าให้สุดแขนทั้งสองข้าง คว่ำมือ กางนิ้วทุกนิ้ว

ท่าที่ 2 ตรวจฝ่ามือและผิวหนัง โดยทำท่าต่อเนื่องจากท่าที่ 1 คือพลิกมือ หงายมือ

สิ่งผิดปกติที่ควรสังเกต (รวมทั้งท่า 1และ 2)

- เล็บยาว สกปรก
- ผิวหนังบวม เป็นแผล
- มีเม็ดตุ่มเล็กๆ มีน้ำใสๆ ตามง่ามมือ
- ตุ่มสากบริเวณด้านนอกวงแขน

ท่าที่ 3 ตรวจตา โดยงอแขนพับข้อศอก ใช้นิ้วแตะเปลือกตาด้านล่างเบาๆ ดึงเปลือกตาด้านล่างพร้อมกับเหลือกตาขึ้นและลง แล้วจึงกลอกตาไปด้านขวาและซ้าย

สิ่งผิดปกติที่ควรสังเกต

- ดวงตาแดง มีขี้ตา คันตา
- เปลือกตา บวม เจ็บ

ท่าที่ 4 ตรวจเหงื่อไคล ความสะอาดที่คอ ใช้มือทั้งสองข้างดึงคอเสื้อออกให้กว้าง ภายหลังที่ปลดกระดุมหน้าอกเสื้อ แล้วหมุนตัวซ้ายและขวาเล็กน้อย เพื่อจะได้เห็นรอบๆ บริเวณคอ ทั้งด้านหน้าและด้านหลัง

สิ่งผิดปกติที่ควรสังเกต

- เม็ดผื่นบริเวณผิวหนังใต้คอ
- ผิวหนังสกปรก มีขี้ไคล

ท่าที่ 5 ตรวจเหา เหงื่อไคล ความสะอาดที่หูซ้าย สำหรับนักเรียนหญิงใช้มือขวาปัดผมไปทัดไว้ที่ด้านหลังหูขวา หันหน้าไปทางซ้าย ส่วนนักเรียนชายหันหน้าไปทางด้านซ้ายเท่านั้น

ท่าที่ 6 ตรวจเหา เหงื่อไคล ความสะอาดที่หูขวาในท่าเดียวกัน นักเรียนหญิงใช้มือซ้ายเปิดผมไปทัดไว้ด้านหลังหูซ้าย หันหน้าไปทางขวา ส่วนนักเรียนชาย ให้หันหน้าไปทางขวาเท่านั้น

สิ่งผิดปกติที่ควรสังเกต (ท่า 5 และ 6)

- มีไข่เหาบริเวณโคนเส้นผม
- มีน้ำหรือน้ำหนองไหลออกมาจากหูข้างใดข้างหนึ่ง
- ต่อมน้ำเหลืองหลังหูโต

ท่าที่ 7 ตรวจฟัน เหงือก ริมฝีปาก ให้นักเรียนกัดฟันและยิ้มกว้าง ให้เห็นเหงือกเหนือฟันบน และเห็นฟันล่างให้เต็มที่

สิ่งผิดปกติที่ควรสังเกต

- ริมฝีปากซีดมาก
- เหงือกบวม เป็นหนอง
- เป็นแผลที่มุมปาก

ท่าที่ 8 ตรวจคอ ลิ้น ต่อมไทรอยด์ ให้อ้าปาก แลบลิ้นยาว พร้อมทั้งร้อง “อา” เอนศีรษะไปข้างหลังเล็กน้อย

สิ่งผิดปกติที่ควรสังเกต

- ลิ้นแตก แดง เจ็บ หรือเป็นฝ้าขาวๆ
- ฟันผุ
- ต่อมทอนซิลโต

ท่าที่ 9–10 ตรวจเล็บเท้าและผิวหนังถึงเข่าด้านหน้า–หลัง สำหรับนักเรียนหญิง ให้แยกเท้าทั้งสองข้างห่างกัน 1 ฟุต ใช้มือทั้งสองข้างจับกระโปรงดึงขึ้นเหนือเข่าทั้งสองข้าง ส่วนนักเรียนชายเพียงแยกเท้าทั้งสองข้างให้ห่างกัน 1 ฟุตเช่นกัน (ท่าที่ 9) ให้นักเรียนชายและนักเรียนหญิงหันหลังกลับ สังเกตด้านหลังแล้วให้เดินไปข้างหน้าประมาณ 4-5 ก้าว แล้วเดินกลับหันเข้าหาผู้ตรวจ (ท่าที่ 10)

สิ่งผิดปกติที่ควรสังเกตท่าที่ 9-10

- แผลบริเวณเข่า หน้าแข้ง และน่อง
- เป็นตุ่ม พุพอง

ภาพที่ 8 การตรวจสุขภาพ 10 ท่า. จาก *ทบทวนการพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาเบื้องต้น,* โดย เพื่อนช่วยจำ, 2555, ม.ป.ท.: ม.ป.พ..

การตรวจสุขภาพโดยครู แบ่งได้เป็น 3 ระยะ (เพื่อนช่วยจำ, 2555) คือ

1. การสังเกตตอนเช้าก่อนเข้าห้องเรียน ครูอาจสังเกตเด็กนักเรียนขณะเข้าแถวในตอนเช้าหรือตอนที่นักเรียนเดินแถวเข้าห้องเรียน ในขณะที่นักเรียนเดินแถวเข้าห้องเรียนนั้น ครูอาจให้เด็กนักเรียนทำท่าตรวจร่างกาย 10 ท่า ก็ได้เช่นกัน

2. การสังเกตขณะอยู่ในชั้นเรียน ขณะที่ครูสอน ครูควรมีการสังเกตเด็กนักเรียนว่ามีความผิดปกติหรือไม่ ไม่ว่าจะเป็นความผิดปกติทางด้านร่างกาย จิตใจหรือพฤติกรรม เช่น เด็กมีผื่นขึ้นตามตัว เด็กตาแดง เป็นไข้ การเรียนเลวลงหรือไม่ดีขึ้น การชอบรังแกผู้อื่น เด็กซึมเศร้าหรือซึมลง

3. การตรวจสุขภาพนักเรียนสัปดาห์ละครั้ง เดือนละครั้งหรือเทอมละครั้ง แล้วแต่ความเหมาะสม อาจต้องใช้ความละเอียดกว่าในการตรวจ 2 ข้อแรกที่กล่าวถึง เพื่อเป็นการค้นหาความผิดปกติของเด็กนักเรียน เมื่อพบความผิดปกติควรส่งปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัย เพื่อรับการรักษา หรือคำแนะนำต่อไป

การวัดสายตา

<u>การเตรียมอุปกรณ์</u>

1. แผนวัดสายตารูปตัว E (E-Chart)
2. แว่นรูเข็ม (Pin Hold)
3. เทปวัดระยะทาง
4. กระดาษแข็งหรืออุปกรณ์ที่ตัดเป็นรูปตัว E

<u>การเตรียมสถานที่</u>

1. ห้องหรือสถานที่ต้องมีความยาวไม่น้อยกว่า 6 เมตร
2. มีพื้นที่และแผ่นฝาที่เรียบทึบ
3. มีแสงสว่างอย่างพอเพียง

<u>การติดแผ่นวัดสายตาและเตรียมผู้ที่จะวัดสายตา</u>

1. ชี้แจงวิธีการวัดสายตาและวัตถุประสงค์ให้นักเรียนเข้าใจ
2. ติดแผ่นวัดสายตา โดยให้ตัวอักษรแถวล่างสุดอยู่ในระดับสายตา
3. วัดระยะทางจากแผ่นวัดสายตา ให้ได้ระยะ 6 เมตร และเขียนเลขกำกับแต่ละเมตร เช่น 1 เมตร 2 เมตร..... 6 เมตร
4. ทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ไว้ให้นักเรียนยืน โดยให้นักเรียนว่างเท้าเหนือเส้นที่ขีดไว้
5. ถ้านักเรียนสวมแว่นสายตา ให้ถอดแว่นสายตาแล้ววัด 1 ครั้งก่อน และลงบันทึกในช่อง “วัดสายตาไม่สวมแว่น” ต่อมาให้นักเรียนวัดสายตาโดยการสวมแว่น เพื่อจะได้ทราบว่า แว่นสายตาที่นักเรียนใส่อยู่นั้นมีความเหมาะสมหรือไม่

การบันทึกผล

1. การบันทึกผลความสามารถในการมองเห็น (Visual Acuity = V.A.)

บันทึกผลความสามารถในการมองเห็น (visual acuity–V.A.) เป็นเศษส่วน โดย

เศษ - ระยะทางที่นักเรียนยืน (6, 5, 4, 3, 2, 1 เมตร)

ส่วน - ระยะตัวอักษรที่อ่านได้บนแผ่นวัดสายตา (6, 9, 12,18, 24, 36, 60)

สรุป V.A. ความสามารถในการมองเห็น = $\dfrac{\text{ระยะทางที่นักเรียนยืน}}{\text{ระยะตัวอักษรที่อ่านได้บนแผ่นวัด}}$

2. ระยะตัวอักษรต่างๆ ที่อ่านได้บน E-Chart หมายถึง ระยะทางการเห็นวัตถุได้ชัดของผู้สายตาปกติ เช่น

- คนที่สายตาปกติจะเห็นตัวอักษรแถวล่างสุด เมื่อยืนห่างจากแผ่นภาพ 6 เมตร
- คนที่สายตาปกติจะเห็นตัวอักษรแถวที่ 2 เมื่อยืนห่างจากแผ่นภาพ 9 เมตร
- คนที่สายตาปกติจะเห็นตัวอักษรแถวที่ 3 เมื่อยืนห่างจากแผ่นภาพ 12 เมตร
- คนที่สายตาปกติจะเห็นตัวอักษรแถวที่ 4 เมื่อยืนห่างจากแผ่นภาพ 18 เมตร
- คนที่สายตาปกติจะเห็นตัวอักษรแถวที่ 5 เมื่อยืนห่างจากแผ่นภาพ 24 เมตร
- คนที่สายตาปกติจะเห็นตัวอักษรแถวที่ 6 เมื่อยืนห่างจากแผ่นภาพ 36 เมตร

3. ในกรณีที่เด็กนักเรียนยืนอยู่ที่ระยะ 6 เมตรแล้วเห็นบรรทัดบนสุดเพียงบรรทัดเดียว ให้บันทึกว่า 6/60

4. ในกรณีที่เด็กนักเรียนยืนที่ระยะ 6 เมตร แล้วไม่สามารถอ่านบรรทัดบนสุดได้ ให้เด็กนักเรียนเลื่อนขึ้นมายืนที่ตำแหน่ง 5 เมตร แล้วให้อ่านที่บรรทัดบนสุดเท่านั้น ถ้าสามารถอ่านได้ ให้บันทึก 5/60 แต่ถ้าไม่สามารถอ่านได้อีก ให้เด็กนักเรียนมายืนที่เส้น 4, 3, 2, 1 เมตรตามลำดับ จนกว่านักเรียนจะสามารถมองเห็นบรรทัดบนสุดได้ และลงบันทึกเป็น 4/60, 3/60, 2/60, 1/60 ตามที่เด็กสามารถอ่านได้

วิธีการวัดสายตา

1. วัดทีละข้าง โดยวัดที่ข้างขวาก่อนเสมอ

2. ให้นักเรียนยืนในเส้นที่กำหนด

3. ให้นักเรียนปิดตาซ้ายด้วยมือซ้าย มือขวาถือตัว E แล้วหันไปในทิศทางเดียวกันกับตัว E ที่ผู้ชี้บนแผ่น E-Chart โดยให้นักเรียนอ่านจากบรรทัดบนสุดไล่ลงมาจนถึงบรรทัดสุดท้าย แล้วบันทึกลงในช่องตาขวา หลังจากนั้นให้นักเรียนทำเช่นเดียวกันเมื่อวัดตาซ้าย

4. นักเรียนที่มีการมองเห็นผิดไปจาก 6/6 ให้ใช้ Pin-hold เป็นเครื่องวัดความผิดปกติเพื่อแก้ไขได้ถูกต้องต่อไป

5. ในกรณีที่นักเรียนใช้ Pin-hold แล้วความสามารถในการมองเห็นเลวลง แสดงว่าผู้ถูกวัดมีความผิดปกติเกี่ยวกับโรคตา ควรส่งพบจักษุแพทย์และในกรณีที่นักเรียนใช้ Pin-hold แล้วความสามารถในการมองเห็นดีขึ้น แสดงว่าผู้ถูกวัดมีความผิดปกติเกี่ยวกับการหักเหของแสง คือ สั้น ยาว เอียง แก้ไขโดยการใส่แว่น

การแปลผลและวินิจฉัยภาวะสายตา

1. ความสามารถในการมองเห็น 6/6 , 6/6 แปรผลการทดสอบว่าสายตาปกติทั้งซ้ายและขวา
2. ความสามารถในการเห็น 6/9 , 6/12 ต้องทำการเฝ้าระวัง โดยการวัดสายตาปีละครั้ง
3. ความสามารถในการมองเห็นน้อยกว่า 6/12 ต้องส่งพบจักษุแพทย์

3. การบริการด้านการศึกษาหรือการสอนสุขศึกษา (Health Education)

เป็นการถ่ายทอดความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยไปสู่นักเรียนโดยกระบวนการต่างๆ เพื่อให้เกิดประสบการณ์มีเจตคติที่ดีก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในแนวทางที่จะนำไปสู่การป็นผู้ที่มีสุขภาพดี ซึ่งการสอนสุขศึกษาจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของบุคลากรที่มีส่วนรับผิดชอบ คือ ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ปกครอง โดยมีเป้าหมายเดียวกัน คือ ต้องการให้นักเรียนมีสุขภาพแข็งแรง ซึ่งการสอนสุขศึกษาของครูอาจเป็นการสอนที่จัดสอดแทรกหรือผสมผสานเข้าไปในหลักสูตรการเรียนการสอนของทุกวิชาในแต่ละชั้นเรียน ซึ่งจะมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยแตกต่างกันออกไป (Nies, M.A., 2019) ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทในการเป็นผู้ให้สุขศึกษาด้วยตนเอง โดยการสอนสุขศึกษาในโรงเรียนตามโอกาสต่างๆ นอกจากนี้ยังร่วมจัดกิจกรรมส่งเสริมการสอนสุขศึกษาในโรงเรียนร่วมกับผู้นำนักเรียน ฝ่ายส่งเสริมอนามัย เช่น การจัดเสียงตามสาย นิทรรศการ การให้สุขศึกษาหน้าเสาธง

“สุขศึกษา” เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ต้องผสมผสานความรู้และทักษะทางวิทยาศาสตร์และศิลปะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายให้เป็นไปในทางที่พึงประสงค์โดยใช้หลักการและวิธีการทางการศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์และวิธีการอื่นๆ ร่วมด้วย รวมทั้งต้องได้รับการยอมรับและความร่วมมือจากบุคคล ครอบครัวและชุมชนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Holzemer, S.P., 2014)

สุขศึกษาในโรงเรียนเป็นพื้นฐานเริ่มต้นที่สำคัญที่สุดสำหรับทุกคน เมื่อนักเรียนได้รับความรู้มีการปฏิบัตินำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่แก่ครอบครัว ส่งความรู้ต่อไปสู่สังคม ความรู้ที่นักเรียนได้รับจากโรงเรียนในด้านสุขศึกษามิได้มีเพียงแต่เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพกายอย่างเดียว สุขศึกษาในโรงเรียนได้ให้ความรู้เรื่องสุขภาพในทุกด้าน ครบทั้ง 4 ด้านทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ หลายๆ คน

อาจลืมไปแล้วว่าเคยเรียนอะไรในวิชาสุขศึกษา บางคนคิดว่ามีแต่ความรู้ที่สอนว่าทำอย่างไรให้ร่างกายแข็งแรงปราศจากโรค สุขศึกษาในโรงเรียนสอนให้นักเรียนเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทุกด้าน ทั้งพื้นฐานร่างกายมนุษย์ เพื่อให้รู้ถึงสาเหตุการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในแต่ละช่วงวัย ให้เห็นคุณค่าของการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้อื่น กล่อมเกลาจิตใจให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข พัฒนาความคิดสติปัญญาให้รู้เท่าทันโลกและเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว (ธีรพร สถิรอังกูร, 2557)

2.1 ความสำคัญของการสอนสุขศึกษา (สุชาติ โสมประยูร, 2558)

2.1.1 สุขภาพมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ หากนักเรียนได้เรียนรู้หลักการต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ จะทำให้นักเรียนมีความรู้ เจตคติ การปฏิบัติที่ดีและถูกต้อง ทั้งยังสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขอีกด้วย

2.2.2 การสอนสุขศึกษาที่ดีและถูกต้อง มีส่วนช่วยให้นักเรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เพราะนักเรียนมีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ถ้านักเรียนมีสุขภาพไม่สมบูรณ์ จะทำให้การเรียนไม่ดีเท่าที่ควร

2.2.3 การสอนสุขศึกษาในโรงเรียน มีความเชื่อถือได้มากกว่าความรู้ที่นักเรียนได้รับมาจากแหล่งอื่นๆ เช่น จากเพื่อน ผู้ปกครองและบุคคลอื่นๆ ซึ่งเป็นความรู้ที่ไม่มีหลักฐานยืนยัน เป็นความรู้ที่ได้รับการอบรมถ่ายทอดกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ ซึ่งมีโอกาสก่อให้เกิดอันตรายได้

2.2.4 การสอนสุขศึกษาให้แก่นักเรียนซึ่งอยู่ในวัยเด็ก มีแนวโน้มที่จะเชื่อถือและปฏิบัติตามคำแนะนำได้ง่ายกว่าผู้ใหญ่ ฉะนั้น การให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่เด็ก จึงเป็นการช่วยให้เด็กได้เรียนรู้หลักการเกี่ยวกับสุขภาพตั้งแต่แรกเริ่มและจะนำไปดัดแปลงใช้ในชีวิตประจำวันของตัวเองและครอบครัวได้เร็วและมากยิ่งขึ้น

2.2.5 ในวงการศึกษาเชื่อว่า ความรู้หรือประสบการณ์บางอย่างของเด็ก สามารถถ่ายทอดไปสู่ผู้ใหญ่ได้ ถ้าหากความรู้นั้นถูกต้องและสามารถปฏิบัติให้เห็นจริงได้ ฉะนั้น การสอนสุขศึกษาให้แก่นักเรียน ก็เป็นวิธีหนึ่งของการให้สุขศึกษาแก่ชุมชน

จุดมุ่งหมายของการสอนสุขศึกษา (อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2554) มีดังนี้

1. สอนให้เด็กรู้จักรักษาและปรับปรุงสุขภาพของตัวเอง ให้มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง มีความสุข และสามารถกระทำการใดๆ อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อชีวิตของตัวเอง ครอบครัวและชุมชน
2. ส่งเสริมให้เด็ก ผู้ปกครองและบุคคลอื่นๆ เกิดความเข้าใจและเจตคติที่ดีต่อการรักษาและปรับปรุงสุขภาพของตัวเอง ครอบครัวและชุมชน
3. ปรับปรุงการดำรงชีวิตของตัวเองและชุมชน ให้เป็นบุคคลที่มีประสิทธิภาพอยู่เสมอ ซึ่งเป็นการช่วยให้ประชากรของชาติมีสุขภาพดียิ่งขึ้น

4. ผลจากการที่เด็กมีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ จะมีผลทำให้เด็กเกิดความสัมฤทธิ์ผลทางด้านการเรียนและการดำรงชีวิตของตนเอง

2.2 เป้าหมายของการสอนสุขศึกษา

การสอนสุขศึกษาจะบรรลุเป้าหมายมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของนักเรียนหลังจากเรียนรู้วิชาสุขศึกษาแล้ว พฤติกรรมที่ควรเปลี่ยนแปลง มี 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ (สุชาติ โสมประยูร, 2558) ดังนี้

2.2.1 ความรู้ (Knowledge) สุขศึกษาก็มีลักษณะคล้ายกับวิชาเรียนอื่นๆ คือเรียนแล้วต้องให้เกิดความรู้ ความรู้ทางสุขศึกษา เช่น การรู้จักรักษาทำความสะอาดส่วนต่างๆ ของร่างกาย การปฐมพยาบาลเมื่อได้รับอุบัติเหตุ การป้องกันมิให้เกิดอุบัติเหตุ การป้องกันอันตรายจากโรคติดต่อ เป็นต้น นักเรียนที่มีความรู้ทางสุขศึกษา มีโอกาสที่จะเป็นบุคคลที่มีสุขภาพดีและแข็งแรงสมบูรณ์กว่าบุคคลที่ขาดความรู้ เพราะบุคคลเหล่านั้นจะขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งยังไม่มีความรู้ที่จะส่งเสริมสุขภาพของตนอีกด้วย

การสอนให้นักเรียนเกิดความรู้ ครูควรใช้กิจกรรมในการสอนหลายๆอย่างประกอบกัน เพื่อให้เด็กมีส่วนร่วมในบทเรียนและช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในเนื้อหาวิชาการต่างๆ ของวิชาสุขศึกษาเพิ่มมากขึ้นจากเดิม

2.2.2 เจตคติ (Attitude) การให้ความรู้ทางสุขศึกษาแก่เด็ก ครูหรือผู้ปกครอง ต้องพยายามให้เด็กมองเห็นคุณค่าและประโยชน์ของวิชาสุขศึกษา เกิดความซาบซึ้ง อยากกระทำในสิ่งที่ตัวเองรู้ ในขณะเดียวกันก็พยายามชักจูงและแนะนำให้บุคคลอื่นได้กระทำในสิ่งที่ถูกสุขอนามัย การเสริมสร้างให้นักเรียนเกิดเจตคติเป็นสิ่งที่ยากมาก เพราะนักเรียนบางคนถูกปลูกฝังเจตคติทางสุขภาพมาจากครอบครัวก่อนแล้ว หากความรู้ใหม่ที่ได้รับสอดคล้องกับความรู้เดิมที่ตัวเองมีอยู่ นักเรียนก็จะเกิดเจตคติที่ดีต่อสุขศึกษาได้ง่าย แต่ถ้าขัดแย้งกันนักเรียนมักจะมีแนวโน้มเชื่อและปฏิบัติตามความรู้เดิมมากกว่า ฉะนั้นการสอนสุขศึกษาครูจะต้องพยายามทำให้นักเรียนเกิดการรู้แจ้งเห็นจริงในสิ่งที่เรียนให้ได้ เพราะการรู้แจ้งเห็นจริงจะมีส่วนทำให้นักเรียนเกิดเจตคติที่ดีได้ง่าย

2.2.3 การปฏิบัติ (Practice) การกระทำหรือการปฏิบัติจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อนักเรียนเกิดเจตคติที่ดีต่อสุขภาพเสียก่อน โดยเฉพาะนักเรียนที่ค่อนข้างโตแล้ว เพราะนักเรียนที่โตแล้วมักจะกระทำสิ่งใดตามความคิดและความเชื่อของตนเองมากกว่าจะปฏิบัติตามคำสั่งหรือคำแนะนำของบุคคลอื่น การที่นักเรียนปฏิบัติตัวได้ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยถือเป็นหัวใจสำคัญยิ่งของการสอนสุขศึกษา หากนักเรียนปฏิบัติถูกต้องและปฏิบัติจนเป็นนิสัยด้วย จัดว่าการสอนสุขศึกษาบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพราะบุคคลส่วนใหญ่จะปฏิบัติในสิ่งใดโดยปราศจากความรู้และเจตคติที่ดีต่อสิ่งนั้นๆ ย่อมไม่ได้

สรุปแล้วเป้าหมายของการสอนสุขศึกษา คือการสอนให้นักเรียนเกิดความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติที่ดีทางสุขภาพ หรือการสอนสุขศึกษาทำให้เกิด KAP แต่การสอนสุขศึกษาที่ทำให้นักเรียนเกิด KAP ครูต้องสอนและเน้นให้แตกต่างกันตามระดับชั้นและวัยของนักเรียน

2.3 องค์ประกอบในการสอนสุขศึกษา

ในการสอนสุขศึกษานั้น มีองค์ประกอบที่สำคัญ (สุชาติ โสมประยูร, 2558) ดังนี้

2.3.1 ตัวผู้สอน ได้แก่ ครู หรือวิทยากรที่เชิญมาสอน ควรจะได้มีการเตรียมตัวในเรื่องที่สอนสุขศึกษานั้นๆ ไว้ให้พร้อม ทั้งทางด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ คือจะต้องมีความรู้ในเรื่องที่จะสอนเป็นอย่างดี สามารถถ่ายทอดความรู้ไปสู่ผู้เรียนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มีทัศนคติที่ดีต่อเรื่องที่จะสอน มีความกระตือรือร้น เอาจริงเอาจังพร้อมทั้งเตรียมสื่อการเรียนการสอนที่จะใช้ประกอบไว้ให้พร้อมอย่างเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อผลในการที่จะให้ผู้เรียนนำไปสู่การปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพต่อตนเองได้ต่อไป

2.3.2 เรื่องที่จะสอน ต้องเตรียมล่วงหน้าไว้ให้พร้อมว่าจะสอนเรื่องอะไร สอนทำไม สอนอย่างไร ใช้สื่อการเรียนการสอนอะไรประกอบ และเมื่อสอนจบแล้วควรจะให้นักเรียนปฏิบัติอย่างไรต่อไป เช่น จะสอนเรื่องส้วม ก็ควรให้ทราบลักษณะของส้วมต่างๆ ซึ่งมีอยู่ 2 ประเภท คือ ส้วมหลุมกับส้วมซึม ส้วมแต่ละชนิดมีลักษณะอย่างไร มีวิธีใช้อย่างไร ประโยชน์ของการใช้ส้วมและโทษของการใช้ส้วมมีอย่างไร เป็นต้น เมื่อสอนจบแล้วต้องติดตามผลการปฏิบัติจริงของนักเรียนในการใช้ส้วมด้วยว่าใช้ถูกต้องหรือไม่ มีการทำความสะอาดและรักษาส้วมให้สะอาดอยู่เสมอหรือไม่ อย่างไร

2.3.3 ตัวผู้เรียน ผู้สอนต้องคำนึงถึงความแตกต่างของผู้เรียนด้วย เช่น เพศ วัย ความพร้อม ระดับชั้นที่เรียน ครูผู้สอนต้องศึกษาผู้เรียนก่อนทุกครั้งว่าเป็นนักเรียนชั้นใด มีจำนวนเท่าไร พื้นความรู้มีแค่ไหน เพราะพัฒนาการของเด็กที่อายุและชั้นเรียนต่างกันย่อมมีความพร้อมและความสนใจต่างกันอยู่ เช่น เด็กระดับประถมศึกษาตอนต้น (ป.1-4) ทักษะในทางภาษาและความคิดยังน้อย จำเป็นต้องฝึกปฏิบัติให้มากๆ

ตารางที่ 15 อันดับของทักษะในทางภาษาและความคิดของนักเรียนในแต่ละระดับชั้น

ชั้น	อันดับ 1	อันดับ 2	อันดับ 3
อนุบาลและประถมศึกษาช่วงแรก	การปฏิบัติ	เจตคติ	ความรู้
ประถมศึกษาช่วงหลัง (ป. 5-6)	เจตคติ	การปฏิบัติ	ความรู้
มัธยมศึกษาช่วงแรก (ม.1-3)	เจตคติ	การปฏิบัติ	ความรู้
มัธยมศึกษาช่วงหลัง (ม.4-6)	ความรู้	เจตคติ	การปฏิบัติ
อุดมศึกษา	ความรู้	เจตคติ	การปฏิบัติ

หมายเหตุ. จาก *โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน*, โดย สุชาติ โสมประยูร, 2558, กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพาณิชย์.

นักเรียนชั้นอนุบาลและนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-4 ควรเน้นการปฏิบัติเป็นอันดับแรก เนื่องจากเด็กวัยนี้มีประสบการณ์ไม่ค่อยกว้างขวาง ประกอบกับเด็กไม่ชอบการอยู่นิ่งๆ ต้องเปลี่ยนอิริยาบถตลอดเวลาและช่วงความสนใจก็สั้นมาก เด็กจึงต้องเปลี่ยนกิจกรรมอยู่บ่อยๆ

นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 หรืออายุประมาณ 10 ปี ขึ้นไป การสอนจึงเปลี่ยนมาเน้น ***ด้านเจตคติเป็นอันดับแรก*** ทั้งนี้เพราะเด็กวัยนี้เป็นวัยที่ต้องเตรียมเข้าสู่วัยรุ่น เด็กเริ่มเป็นตัวของตัวเอง รู้จักคิดและตัดสินใจเองได้ และเด็กวัยนี้ต้องการอิสรภาพในทางความคิดมากกว่าที่จะปฏิบัติตามคำสั่งหรือคำแนะนำ การที่เด็กจะปฏิบัติในสิ่งใดก็ต่อเมื่อตัวเองเชื่อและศรัทธาในสิ่งนั้นๆ เสียก่อน

นักเรียนชั้นมัธยมช่วงหลังและนักศึกษา ครูต้อง***เน้นความรู้เป็นอันดับแรก*** เพราะนักเรียนระดับนี้มีความคิดและประสบการณ์กว้างขึ้น การที่เขาจะปฏิบัติในสิ่งใดก็ต่อเมื่อตัวเองได้คิดอย่างมีเหตุผล ศึกษาข้อเท็จจริงจนเกิดความรู้และเชื่อว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งที่ดีและมีประโยชน์จริง ในขณะเดียวกันครูต้องกระตุ้นให้นักเรียนรู้จักค้นคว้าหาความรู้เพิ่มเติมด้วย

หลักเบื้องต้นสำหรับการสอนสุขศึกษาแก่เด็กประถมศึกษา

1. ทบทวนและสอนซ้ำเกี่ยวกับ “สุขภาพที่ดี” อยู่เสมอ

2. พยายามสอนนักเรียนแต่ละคนให้ทั่วถึง พร้อมกับกระตุ้นให้นักเรียนได้พัฒนาสุขภาพของตัวเอง และยึดถือค่านิยมที่ดีทางสุขภาพด้วย

3. สอนให้นักเรียนแต่ละคนรับผิดชอบสุขนิสัยของตนเอง

4. จุดมุ่งหมายของการสอน คือทำให้นักเรียนมีความสุข ปรับตัวได้ดีและมีสุขภาพสมบูรณ์

5. บทเรียนทุกบทควรน่าสนใจ ตรงตามความต้องการและความสามารถของนักเรียน ซึ่งจะช่วยให้นักเรียนเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีความรับผิดชอบที่ดีต่อตัวเองและต่อส่วนรวม

6. สอนสุขศึกษาให้สัมพันธ์กับชีวิตประจำวันของนักเรียน และเน้นเนื้อหาที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต

2.4 วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพตามลักษณะการปฏิบัติกับกลุ่มเป้าหมาย

วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สามารถพิจารณาตามลักษณะการปฏิบัติกับผู้รับความรู้หรือกลุ่มเป้าหมาย (อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2554) แบ่งเป็น 4 กลุ่ม

2.4.1 วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นรายบุคคล เป็นการถ่ายทอดความรู้ให้ถึงผู้รับความรู้โดยตรงและเร็วที่สุด สามารถให้ความรู้ได้ทุกเวลา ทุกสถานที่และทุกโอกาส ทำให้ผู้รับความรู้เกิดความพึงพอใจ ประทับใจเกิดการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้ความรู้ทางสุขภาพได้มาก

หลักในการให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นรายบุคคล

1. ผู้ให้ความรู้ต้องมีความรัก ความเต็มใจ มีความพอใจที่จะให้คำแนะนำทางสุขภาพมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้รับความรู้มีสุขภาพดี

2. ผู้ให้ความรู้ควรจำชื่อและเรียกชื่อผู้รับความรู้ได้ถูกต้อง เป็นการแสดงถึงความสนใจ ทำให้ผู้รับความรู้ภาคภูมิใจ รู้สึกอบอุ่นและเป็นกันเอง

3. ผู้ให้ความรู้ยิ้มแย้ม แจ่มใส ทักทาย ให้เกียรติผู้รับความรู้ และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่เป็นกันเอง

4. ผู้ให้ความรู้มีศิลปะในการพูด ถาม ตอบและฟัง กระตุ้นให้ผู้รับความรู้พูด ตอบ ให้ข้อเสนอแนะ หรือตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง

ข้อดี ของการวิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นรายบุคคล

1. ช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพที่ดี บรรยากาศความเป็นกันเอง ได้พูดคุย โต้ตอบได้โดยตรงระหว่างผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ทางสุขภาพ

2. ช่วยให้ผู้รับความรู้ ได้วิเคราะห์ แยกแยะและระบุปัญหาสุขภาพของตนเองได้ เข้าใจสาเหตุ มองเห็นแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อพิจารณาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้อย่างเหมาะสม

3. ช่วยให้ผู้ให้ความรู้ ได้รับข้อมูลจากผู้รับความรู้ ที่เป็นประโยชน์นำมาประยุกต์ใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ ปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับผู้รับความรู้ ได้ทราบความต้องการ ความสนใจ ความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติตัว ได้ข้อคิดเห็น เข้าใจถึงอารมณ์และส่งเสริมกำลังใจ แก่ผู้รับความรู้ได้โดยตรง

4. ผู้รับความรู้ ได้มีโอกาสแสดงความรู้สึก ระบายความทุกข์ ปัญหาส่วนตัวที่ไม่ต้องการให้ใครรู้ให้แก่ผู้รับความรู้ทราบ

5. ผู้ให้ความรู้ มีโอกาสสอดแทรกความรู้ คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ต่อผู้รับความรู้ในทุกกิจกรรมเรียนรู้

6. ผู้ให้ความรู้สามารถประเมินผลการเรียนรู้ เปิดให้คำชี้แนะ แก้ไขความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติที่ผู้รับความรู้ยังไม่ข้าใจได้ทันที

ข้อเสีย ของการให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นรายบุคคล

1. ผู้ให้ความรู้ต้องอธิบายให้ความรู้ทางสุขภาพแก่ผู้รับความรู้ทีละคนเสียเวลามาก

2. ถ้าผู้รับความรู้ไม่เข้าใจในสิ่งที่ได้ฟังผู้ให้ความรู้จะต้องเสียเวลาอธิบายเพิ่มเติม

3. จะต้องใช้ผู้ให้ความรู้หลายคนในการให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นรายบุคคล

2.4.2 วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นรายกลุ่ม เป็นการถ่ายทอดความรู้ให้แก่กลุ่มผู้รับความรู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพและมีความต้องการการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่คล้ายคลึงกัน ผู้ให้ความรู้

ต้องวางแผนเลือกวิธีการให้ความรู้ที่กระตุ้นความสนใจ และให้ผู้รับความรู้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการให้ความรู้ทางสุขภาพด้วยตนเอง

หลักในการให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นรายกลุ่ม

1. ผู้ให้ความรู้ ต้องมีความพร้อมในการถ่ายทอดความรู้ โดยใช้วิธีการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับเนื้อหา สื่อประกอบการให้ความรู้ และการประเมินผลอย่างเป็นระบบ

2. ผู้ให้ความรู้จะต้องศึกษาและมีวิธีการให้ความรู้ที่หลากหลาย เพื่อกระตุ้นความสนใจและเกิดความต้องการที่จะเรียนรู้ของผู้รับความรู้

3. ผู้ให้ความรู้ต้องแนะนำตัวเองให้ผู้รับความรู้รู้จักยิ้มแย้มแจ่มใส พูดคุยเป็นกันเอง เพื่อสร้างสัมพันธภาพในการให้ความรู้ทางสุขภาพ

4. ผู้ให้ความรู้ต้องดำเนินการให้ความรู้เป็นทีม ช่วยเหลือกันและกัน มีศิลปะในการพูด ฟัง ถาม ตอบ และกระตุ้นให้ผู้รับความรู้ทุกคนได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างทั่วถึง

ข้อดี ของการให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นรายกลุ่ม

1. สามารถให้ความรู้แก่ผู้รับความรู้ได้จำนวนมาก ประหยัดเวลา

2. มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากกลุ่มผู้รับความรู้ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน สามารถนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละคนได้

3. ได้รู้จักและสร้างสัมพันธภาพที่ดีในกลุ่มผู้รับความรู้และผู้ให้ความรู้

4. ผู้ให้ความรู้จะต้องใช้วิธี หรือกิจกรรมร่วมกับการใช้สื่อต่างๆ ด้วยความชำนาญ เพื่อกระตุ้นความสนใจของผู้รับความรู้

ข้อเสีย ของการให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นรายกลุ่ม

1. ต้องใช้สถานที่กว้างในการให้ความรู้ บรรยากาศ หรือสิ่งแวดล้อมถ้าไม่เหมาะสม จะทำให้ผู้รับความรู้อึดอัด เบื่อ ไม่มีสมาธิที่จะรับฟัง ทำให้เสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์

2. ผู้รับความรู้บางคนอาจแสดงความคิดเห็น หรือพูดมากจนผู้ฟังคนอื่นรำคาญ ผู้ให้ความรู้ต้องมีเทคนิคการพูดตัดบทและมีวิธีการพูดที่สร้างสรรค์

2.4.3 วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพกับชุมชน เป็นการถ่ายทอดความรู้ให้ผู้รับความรู้ที่มีจำนวนมากมีปัญหาทางสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน การเลือกกิจกรรมจะต้องคำนึงถึงการนำไปปฏิบัติได้ตามสถานการณ์ที่เป็นจริงในท้องถิ่น

หลักในการให้ความรู้ทางสุขภาพกับชุมชน

1. ผู้ให้ความรู้ต้องมีการวิเคราะห์สำรวจความจำเป็นของปัญหาสุขภาพในชุมชน เพื่อวางแผนการให้ความรู้ทางสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและสภาพการณ์จริงของชุมชน

2. ผู้ให้ความรู้ต้องประชาสัมพันธ์เชิงรุก เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเห็นความสำคัญของปัญหามาร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาและเรียนรู้ที่จะปรับปรุง แก้ไขปัญหาสุขภาพร่วมกัน

3. วิธีการให้ความรู้ ต้องเน้นผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลาง รับฟังความคิดเห็นของผู้รับความรู้และร่วมกันพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน

ข้อดี ของการให้ความรู้ทางสุขภาพกับชุมชน

1. ผู้ให้ความรู้ สามารถให้ความรู้ได้ตรงกับปัญหาในสภาพการณ์ที่เป็นจริงของชุมชน

2. ผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน

ข้อเสีย ของการให้ความรู้ทางสุขภาพกับชุมชน

1. ต้องเตรียมอุปกรณ์ ประกอบการให้ความรู้ เช่น สื่อประกอบการให้ความรู้ที่ทุกคนต้องมองเห็น เครื่องสียง ไมโครโฟน เป็นต้น

2. ผู้ให้ความรู้ต้องเตรียมความรู้และมีความรู้ที่หลากหลาย เพราะผู้รับความรู้มีจำนวนมากอาจถามนอกเหนือไปจากความรู้ที่เตรียมมา

2.4.4 วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพทางสื่อมวลชน เป็นการถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้รับความรู้หรือกลุ่มเป้าหมายที่ไม่เฉพาะเจาะจง สามารถให้ความรู้ได้หลายวิธี หลายช่องทาง เช่น ทางสื่อกระจายเสียงทางวิทยุชุมชน หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน สถานีวิทยุโทรทัศน์ หรือวิธีการที่ให้ประชาชนเรียนรู้ด้วยตนเองจากสื่อต่างๆ เช่น สื่อสิ่งพิมพ์ การจัดนิทรรศการ โปสเตอร์ เอกสารแผ่นพับ หรือบอร์ดความรู้ในชุมชน เป็นต้น

หลักในการให้ความรู้ทางสุขภาพทางสื่อมวลชน

1. ผู้ให้ความรู้ทางวิทยุชุมชนหรือหอกระจายข่าว ต้องมีทักษะในการสื่อสาร พูดให้ชวนฟังใช้ภาษาท้องถิ่นที่เข้าใจง่าย สามารถพูดโน้มน้าวจิตใจให้ผู้รับความรู้เชื่อถือ

2. ผู้ให้ความรู้ต้องเตรียมเนื้อหาสาระทางสุขภาพที่ได้รับการค้นคว้าทางวิชาการ งานวิจัยข้อมูลสถิติทางสุขภาพที่น่าเชื่อถือมาประกอบการนำเสนอทางสื่อมวลชนให้แก่ประชาชน

3. ผู้ให้ความรู้ต้องระมัดระวังในการนำเสนอความรู้ทางวิทยุชุมชนหรือหอกระจายข่าวต้องตรวจสอบข้อมูลความรู้ให้ถูกต้องก่อนนำเสนอ เพราะเป็นสื่อที่กระจายข้อมูลไปสู่ผู้รับความรู้ได้กว้างขวางและรวดเร็ว เพราะถ้าข้อมูลผิดพลาดจะแก้ไขได้ยาก

ข้อดี ของการให้ความรู้ทางสุขภาพทางสื่อมวลชน

1. ผู้รับความรู้ได้เรียนรู้ในเรื่องสุขภาพที่ทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์รวดเร็ว ฉับไวเป็นประโยชน์ต่อท้องถิ่น

2. เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ให้แก่ผู้รับความรู้ได้จำนวนมาก

3. ผู้รับความรู้มีช่องทางเลือกที่หลากหลายในการรับความรู้

ข้อเสีย ของการให้ความรู้ทางสุขภาพทางสื่อมวลชน

1. การเปิดโอกาสให้ผู้ฟังถามปัญหาต่างๆ ในขณะให้ความรู้ออกอากาศทางวิทยุชุมชนหรือหอกระจายข่าว ถ้าผู้ให้ความรู้มีความรู้ไม่เพียงพอ อาจตอบคำถามด้วยความไม่มั่นใจ ไม่รู้จริงหรือตอบไปอย่างผิดๆ จะส่งผลกระทบต่อการรับรู้ของผู้ฟังอาจนำความรู้ที่ไม่ถูกต้องไปปฏิบัติได้

2. การให้ความรู้โดยทางสื่อมวลชน ต้องมีหน่วยงาน องค์กรผู้รับผิดชอบดำเนินการและจัดหางบประมาณ เช่น การจัดทำเอกสาร แผ่นพับ นิทรรศการ ป้ายประชาสัมพันธ์ โปสเตอร์ วารสาร

ประเภทของวิธีการให้ความรู้

วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับความรู้เกิดการเรียนรู้แบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ

1. วิธีการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้เป็นจุดศูนย์กลาง (Teacher–Centered Method) เป็นวิธีการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการให้ความรู้ทั้งหมด ผู้รับความรู้ไม่มีโอกาสแสดงความคิดเห็น วิธีการให้ความรู้ประเภทนี้ ผู้รับความรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้เพิ่มขึ้น แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ด้านทัศนคติและการปฏิบัติจะน้อย

2. วิธีการให้ความรู้ที่ผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลาง (People–Centered Method) เป็นวิธีการให้ความรู้ที่ผู้รับความรู้มีโอกาสแสดงความคิดเห็น มีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีโอกาสได้ศึกษาเรียนรู้ด้วยตัวเอง ผู้ให้ความรู้จะกระตุ้นให้ผู้รับความรู้ได้แสดงบทบาทอย่างเต็มที่ วิธีการให้ความรู้ประเภทนี้ผู้รับความรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติที่ดี

3. วิธีการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางร่วมกัน (Co–Operative Group) เป็นการให้ความรู้แบบผสมผสาน ผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนด เลือกตามสภาพความพร้อมของผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ วิธีการให้ความรู้ประเภทนี้ ผู้รับความรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติด้านสุขภาพที่ดี

กระบวนการสอน ควรยึดหลักเกณฑ์ดังนี้

1. เลือกแบบแผนการสอนที่เห็นว่า นักเรียนบรรลุจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ เตรียมเนื้อหาให้เหมาะสมกับผู้เรียน ระยะเวลา โอกาสและสถานที่

2. เลือกวัสดุอุปกรณ์การสอน ที่หาง่าย ใช้สะดวก และจัดเตรียมให้พร้อม

3. กำหนดขั้นตอนการสอน และวัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสม

2.5 วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพ

การเลือกวิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับความรู้เกิดการเรียนรู้นั้นมีหลายวิธีแต่ละวิธีก็มีวิธีการนำไปใช้ ข้อดี ข้อเสียที่แตกต่างกัน ในการให้ความรู้ทางสุขภาพไม่ควรเลือกวิธีใดวิธีหนึ่ง แต่ควรเลือกให้เหมาะสมกับจุดประสงค์ เนื้อหา สถานที่ จำนวน วุฒิภาวะพื้นฐานความรู้ของผู้รับและต้องเน้นให้ผู้รับความรู้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง

วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพมีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีจะมีความเหมาะสมกับพฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มเป้าหมาย ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการ ข้อดี ข้อเสีย และการนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554) ดังที่นำเสนอในตารางที่ 16

ตารางที่ 16 วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพ/พฤติกรรมการเรียนรู้/กลุ่มเป้าหมาย/ลักษณะการเรียนรู้

วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพ	พฤติกรรมการเรียนรู้			กลุ่มเป้าหมาย				ลักษณะการเรียนรู้		
	ความรู้	ทัศนคติ	ปฏิบัติ	บุคคล	กลุ่ม	ชุมชน	มวลชน	ผู้ให้	ผู้รับและผู้ให้	ผู้รับ
1. บรรยาย	☆			☆	☆	☆		☆		
2. อภิปรายกลุ่ม	☆				☆	☆			☆	
3. อภิปรายหมู่	☆				☆	☆			☆	
4. ระดมความคิด	☆	☆			☆	☆				☆
5. สอนแบบสาธิต			☆	☆				☆		
6. บทบาทสมมติ		☆			☆	☆			☆	
7. เล่าเรื่อง		☆		☆	☆	☆		☆		
8. การเล่นเกม	☆		☆		☆					☆
9. โต้วาที		☆			☆			☆		
10. แบบสำรวจ			☆		☆	☆				☆
11. กรณีศึกษา	☆	☆		☆	☆					☆
12. เชิญวิทยากร	☆				☆	☆		☆		
13. ศูนย์การเรียน	☆			☆	☆	☆			☆	
14. วิธีการแก้ปัญหา		☆	☆		☆	☆			☆	
15. การสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก	☆		☆		☆	☆				☆
16 การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	☆	☆	☆		☆	☆				☆
17.จัดนิทรรศการ	☆			☆	☆			☆		
18.โปรแกรมเรียนสำเร็จรูป	☆			☆				☆		
19. แบบออนไลน์	☆			☆				☆		
20. วิทยุชุมชนและหอกระจายข่าว	☆	☆			☆	☆	☆		☆	

หมายเหตุ. จาก *คู่มือแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปี 2554*, โดย สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2554, กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

2.5.1 วิธีการให้ความรู้แบบบรรยาย (Lecture Method) วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบบรรยายเป็นการถ่ายทอดความรู้ ความคิดในหัวข้อที่ได้กำหนดไว้ ผู้บรรยายจะเป็นผู้เชี่ยวชาญในเรื่องที่สอน เตรียมเนื้อหาความรู้ เอกสาร วิธีการสอนและสื่ออุปกรณ์ประกอบการสอน (Lundy, K. S., 2010)

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบบรรยายจะเป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้รับความรู้เกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ ด้านความรู้

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายทั้งรายบุคคล รายกลุ่มและรายชุมชน

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบบรรยาย ผู้ให้ความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ เป็นการสื่อความหมายจากผู้ให้ความรู้ด้านเดียว ผู้ให้ความรู้จะเป็นผู้ที่มีบทบาทมากที่สุด ผู้รับความรู้จะมีบทบาทในการฟัง จำหรือจดบันทึกเท่านั้น

วิธีการ

1. ผู้ให้ความรู้ต้องเป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจมีการเตรียมตัวล่วงหน้าทั้งทางด้านเนื้อหา เทคนิค
2. วิธีการสอน สื่อ บุคลิกภาพของผู้ให้ความรู้และมีแผนการประเมินการให้ความรู้เป็นอย่างดี
3. การให้ความรู้แบบบรรยายจะได้ผลดีถ้าใช้สื่อและวิธีให้ความรู้แบบอื่นๆ ร่วมด้วย
4. ผู้ให้ความรู้ต้องศึกษาพื้นฐานอายุ ประสบการณ์ ระดับการศึกษา ความสนใจจำนวนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อวางแผนการให้ความรู้และเชื่อมโยงความรู้ไปสู่การปฏิบัติจริงสอดคล้องกับประสบการณ์การดำเนินชีวิตประจำวันของผู้รับความรู้
5. ผู้ให้ความรู้ต้องปรับปรุงเทคนิควิธีการพูด บุคลิกท่าทาง สอดแทรกอารมณ์ขัน การสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีความมั่นใจในเนื้อหา สังเกต กระตุ้นผู้ฟังด้วยคำถามเป็นระยะๆ หรือเปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้ซักถามอย่างต่อเนื่อง
6. ผู้บรรยายต้องให้ความรู้ภายในเวลาที่กำหนดไม่ควรเกินเวลา และหลังจบการบรรยายควรให้ผู้รับความรู้ประเมินผลเนื้อหาที่นำเสนอไปและประเมินวิธีการสอนของผู้ให้ความรู้นำผลการประเมินมาปรับปรุงการบรรยายครั้งต่อไปให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อดี

1. ใช้ได้กับกลุ่มผู้รับความรู้จำนวนมาก
2. ได้เนื้อหาสาระตามวัตถุประสงค์และเวลาที่กำหนด
3. สื่อความหมายได้ดีในระดับความรู้และความเข้าใจ

ข้อเสีย

1. ไม่ช่วยให้ผู้รับความรู้เกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์
2. ผู้รับความรู้อาจเบื่อหน่ายถ้าผู้ให้ความรู้ไม่มีเทคนิคการบรรยายที่ดี
3. ผู้รับความรู้ไม่มีโอกาสในการแสดงความคิดเห็น

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการให้ความรู้แบบบรรยายไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ เป็นวิธีการที่บุคลากรสาธารณสุขมักใช้ในการให้ความรู้กับผู้รับบริการทางสุขภาพมากที่สุด ใช้ได้สะดวก สามารถให้ในทุกกลุ่มเป้าหมาย ทุกสถานที่ และทุกเวลา เช่น

การให้ความรู้ เรื่องการใช้ยาอย่างปลอดภัย ผู้ให้ความรู้อาจให้ความรู้ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล บรรยายนำเข้าสู่เนื้อหาความรู้โดยการพูดถึงความสำคัญของยา ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่งของมนุษย์ (อาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่มห่มและยารักษาโรค) อธิบายหลักการให้ยา ซึ่งประกอบด้วย 6 หลักการ คือให้ยาถูกคน ถูกชนิดหรือชื่อยา ถูกขนาด ถูกทาง ถูกเวลาและถูกเทคนิค โดยผู้ให้ความรู้จะต้องมีอุปกรณ์ประกอบการให้ความรู้ เช่น ชนิดของยาและประเภทต่างๆ และพูดย้ำให้เห็นความสำคัญของวิธีการใช้ การสังเกตยาหมดอายุ การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องจะเกิดปัญหาและผลกระทบต่อสุขภาพอย่างไร

หลังจากบรรยายให้ความรู้ ควรมีคำถาม เพื่อประเมินผลความรู้ ความข้าใจ ประเมินการเรียนรู้รายกลุ่มเปิดโอกาสให้ผู้รับได้ซักถาม แสดงความคิดเห็นตามความเหมาะสม และให้ผู้รับความรู้เป็นผู้สรุปเนื้อหาการเรียนรู้ที่ได้รับ เป็นต้น ผู้ให้ความรู้ด้วยวิธีบรรยายจะต้องศึกษาความรู้ในเรื่องที่จะให้ความรู้มาเป็นอย่างดี การตอบข้อสงสัยต่างๆ จะต้องอธิบายข้อเท็จจริงและเหตุผลให้ผู้รับความรู้เข้าใจให้ง่ายที่สุด

2.5.2 วิธีการให้ความรู้แบบอภิปรายกลุ่ม (Group Discussion Method) วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบการอภิปรายกลุ่ม เป็นวิธีการกระตุ้น การแสวงหาวิธีการแก้ปัญหา ส่งเสริมให้มีการปฏิสัมพันธ์ทางคำพูดระหว่างผู้ให้ความรู้กับผู้รับความรู้ ทำให้ผู้รับความรู้พัฒนาทักษะการวิพากษ์ วิจารณ์ การคิด วิเคราะห์ การฟัง การเขียน การค้นคว้า การแสดงความคิดเห็นออกมาอย่างเสรี และการทำงานร่วมกันเป็นทีม การอภิปรายมีทั้งกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ พิจารณาตามจำนวนผู้ฟัง

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบอภิปรายกลุ่ม จะเป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความรู้และทัศนคติ

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายรายกลุ่ม

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบอภิปรายกลุ่มผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ร่วมกัน

วิธีการ

1. ให้ความรู้ คือบุคลากรสาธารณสุขหรือพยาบาล เป็นผู้ชี้แจงวิธีการ วัตถุประสงค์และหัวข้อเรื่องที่จะอภิปรายแก่ผู้รับความรู้

2. ให้ผู้รับความรู้ เลือกประธาน เลขานุการ ผู้เสนอรายงาน ร่วมกันกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกกลุ่มในการอภิปราย

3. ผู้รับความรู้จะร่วมกันอภิปราย ร่วมกันแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ รวมทั้งร่วมกันสรุป ข้อคิดเห็นเพื่อนำไปปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน

4. ผู้นำการอภิปราย ต้องมีความสามารถสรุป ดึงประเด็นที่สำคัญของเนื้อหาอธิบายให้กลุ่มผู้ร่วมอภิปรายเข้าใจ

5. เปิดโอกาส กระตุ้นผู้ร่วมอภิปราย หรือผู้รับความรู้ให้กล้าแสดงความคิดเห็นและให้คำชมเชยตามความเหมาะสม

6. เลขานุการสรุปประเด็นต่างที่ได้จากกลุ่มอภิปรายร่วมกัน และให้ผู้นำเสนอรายงานนำเสนอผลงานของกลุ่มแก่ผู้ให้ความรู้หรือรับผิดชอบการอภิปรายรับทราบ

ข้อดี

1. ได้รับฟังความคิดเห็นจากผู้ร่วมอภิปรายหลายๆ คนทำให้มีความรู้ ความเข้าใจกว้างขวางยิ่งขึ้น

2. ทำให้เกิดบรรยากาศเป็นกันเองระหว่างผู้ให้ความรู้กับผู้รับความรู้หรือผู้ร่วมอภิปราย

ข้อเสีย

1. ผู้ร่วมอภิปรายบางคนพูดมากเกินไปหรือพูดนอกประเด็น

2. ผู้นำการอภิปราย ขาดความสามารถในการสรุปประเด็นความคิดเห็นของผู้ร่วมอภิปราย

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการให้ความรู้แบบอภิปรายกลุ่มไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ ผู้ให้ความรู้จะต้องกำหนดเรื่อง ประเด็นหรือหัวข้อที่ต้องการให้ผู้รับความรู้ได้ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ควรใช้ในกลุ่มผู้รับความรู้ที่มีปัญหาสุขภาพ และสนใจอภิปรายในเรื่องเดียวกัน

การให้ความรู้ เรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคเบาหวาน กลุ่มเป้าหมายจะเป็นผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน 5-8 คน ชี้แจงจุดประสงค์ของการอภิปราย กำหนดเวลา วิธีการและหัวข้อการอภิปรายเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคเบาหวาน ผู้ให้ความรู้จะให้ความรู้พื้นฐานของโรคเบาหวานเกี่ยวกับความหมาย อาการ สาเหตุ การรักษาพอสังเขป จากนั้นแจ้งให้ผู้รับความรู้ทราบถึงหัวข้อการอภิปราย “ปฏิบัติตัวอย่างไรให้ปลอดภัยจากโรคเบาหวาน” ให้กลุ่มผู้รับความรู้ดำเนินการอภิปรายโดยเลือกประธาน เลขานุการและผู้นำเสนอรายงาน ประธานการอภิปรายจะเปิดโอกาสและกระตุ้นให้กลุ่มได้แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างทั่วถึง ประธานสรุปประเด็นสำคัญ ให้เลขา

รวบรวมเป็นผลสรุปการอภิปรายกลุ่ม ให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลการอภิปรายแก่ผู้ให้ความรู้ที่รับผิดชอบการอภิปรายรับทราบ ผู้ให้ความรู้อธิบายวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคเบาหวานและให้เหตุผลเพิ่มเติม

2.5.3 วิธีการให้ความรู้แบบอภิปรายหมู่ (Panel Discussion Method) วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบการอภิปรายหมู่ เป็นวิธีการให้ความรู้โดยผู้ให้ความรู้บุคลากรสาธารณสุขจำนวน 3-5 คน ให้ความรู้และข้อเท็จจริง แนวคิดแก่ผู้รับความรู้คนละประเด็นหรือคนละหัวข้อ แต่มีความเกี่ยวเนื่องกันในเรื่องที่ต้องการให้ความรู้ ผู้รับความรู้สามารถอภิปรายซักถามข้อสงสัยได้ พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบอภิปรายหมู่จะเป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความรู้และทัศนคติ กลุ่มเป้าหมายเหมาะสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายรายกลุ่ม ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบอภิปรายหมู่ ผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ร่วมกัน (Standhope, M., 2014)

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบอภิปรายหมู่ จะเป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความรู้และทัศนคติ

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายรายกลุ่ม

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบอภิปรายหมู่ผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ร่วมกัน

วิธีการ

1. มีพิธีกร (Moderator) เป็นผู้มีบทบาทในการแนะนำคุณสมบัติ ความสามารถของผู้อภิปรายทุกคน พิธีกรจะต้องเป็นผู้ชี้แจงประเด็น หัวข้อ กำหนดระยะเวลาและควบคุมเวลาการอภิปราย สรุปเนื้อหาสาระที่สำคัญโดยใช้เวลาสั้นที่สุด หลีกเลี่ยงการอภิปรายซ้ำและต้องพูดเชื่อมโยงเนื้อหาของผู้อภิปรายแต่ละคน เปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้ได้ซักถาม ผู้อภิปรายก็ตอบคำถามให้ตรงประเด็นและไม่ใช้เวลามากเกินไป

2. อภิปรายให้ความรู้แต่ละคนควรเตรียมเนื้อหา ความรู้มาอย่างดี สามารถตอบคำถามได้อย่างเข้าใจ มิฉะนั้นจะเกิดข้อแตกต่างของผู้อภิปรายให้ความรู้แต่ละคนอย่างชัดเจน

3. พิธีกรจะต้องมีเทคนิคการพูดที่ดี จะต้องสามารถแก้ไขปัญหาข้อขัดแย้งต่างๆ และเป็นผู้ควบคุมเวลาที่ดีด้วย

ข้อดี

1. ผู้รับความรู้ได้ฟังความคิดเห็นจากผู้อภิปรายให้ความรู้หลายคน ทำให้มีความรู้ความเข้าใจกว้างขวางยิ่งขึ้น

2. ผู้รับความรู้สามารถซักถามและเสนอแนะข้อคิดเห็นต่างๆ ได้ตามความเหมาะสม

3. ทำให้เกิดบรรยากาศเป็นกันเองระหว่างผู้อภิปรายให้ความรู้กับผู้รับความรู้

4. ผู้รับความรู้ได้ผลสรุปแนวคิดวิธีการ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีต่อไป

5. ผู้รับความรู้ควรทำหน้าที่ในฐานะผู้ฟังที่ดีมีลักษณะดังนี้

5.1 ปรบมือต้อนรับเมื่อมีการแนะนำผู้อภิปราย

5.2 รักษามารยาทในการฟัง คือ ฟังด้วยความตั้งใจ ไม้วิพากษ์ วิจารณ์ ไม่แสดงอาการเบื่อหน่าย นั่งตัวตรงตามสบาย ไม่รับประทานอาหาร ไม่สูบบุหรี่ ไม่โห่ ฮา เมื่อผู้พูดพูดถูกใจ ควรปรบมือให้แทน แสดงอาการตอบสนองเป็นกำลังใจแก่ผู้พูด เช่น ยิ้มรับ ผงกศีรษะแสดงความ เข้าใจ

5.3 รับฟังอย่างไม่มีอคติ มีความอดทน สามารถควบคุมสมาธิได้ดี ฟังอย่างมีวิจารณญาณ คือคิดพิจารณาไตร่ตรองเชื่อ หรือไม่เชื่ออย่างมีเหตุมีผล และนำความรู้ที่ได้ไปพิจารณาประยุกต์ใช้อย่างเหมาะสม

ข้อเสีย

1. ผู้รับความรู้อาจเบื่อหน่าย ถ้าผู้อภิปรายพูดเนื้อหาซ้ำกัน ไม่ตรงประเด็น

2. ผู้อภิปรายให้ความรู้ไม่มีโอกาสที่จะแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่ เนื่องจากเวลามีจำกัด

3. การอภิปราย ถกเถียงกัน ที่ไม่มีข้อยุติ อาจทำให้เกิดการทะเลาะกันได้

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการอภิปรายหมู่ไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ ทีมผู้อภิปรายให้ความรู้ทุกคนจะต้องร่วมประชุมปรึกษา วางแผนการให้ความรู้ร่วมกัน มีการแบ่งหัวข้อรับผิดชอบ หรือพิธีกรอาจเป็นผู้แบ่งหัวข้อรับผิดชอบและแจ้งให้ผู้ให้ความรู้รับทราบล่วงหน้าก่อน

การให้ความรู้ เรื่องพิษภัยร้ายจากยาเสพติด โดยให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายทั่วไป ไม่เฉพาะเจาะจง มีผู้อภิปรายให้ความรู้ทางสุขภาพ 3 คน ควรมีการวางแผนกำหนดประเด็นการอภิปรายร่วมกัน โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ

1. อันตรายของยาเสพติด แบ่งผู้รับผิดชอบอภิปรายให้ความรู้ เช่น

คนที่ 1 พูดถึงสถานการณ์ปัญหายาเสพติดในประเทศไทยและต่างประเทศ

คนที่ 2 พูดถึงแนวโน้มและสาเหตุที่ทำให้ติดยาเสพติด

คนที่ 3 พูดถึงชนิด ประเภทและอันตรายของยาเสพติด

ผู้ให้ความรู้ที่เป็นพิธีกรจะต้องเป็นผู้ควบคุมการอภิปรายให้ได้ตามจุดประสงค์ของการอภิปราย สรุปข้อคำถาม ปัญหาหรือข้อเสนอแนะจากผู้รับความรู้ การตอบคำถามของผู้นำอภิปรายและบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

2.5.4 วิธีการให้ความรู้แบบระดมความคิด (Brainstorming Method) วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบการระดมความคิด เป็นวิธีการอภิปรายกลุ่มย่อยสมาชิก 5-10 คน เป็นการรวบรวม

ความคิดเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ข้อเสนอต่างๆ จากกลุ่มจะไม่มีการวิพากษ์วิจารณ์ ใครจะเสนออะไรก็ได้ ผู้รับความรู้ทุกคนมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นอย่างเสรีโดยปราศจากข้อจำกัดกฎเกณฑ์และข้อเสนอต่างๆ จะต้องนำมารวบรวมและจัดหมวดหมู่ นำเสนอกลุ่มใหญ่ต่อไป

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบระดมความคิด จะเป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความรู้และทัศนคติ

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายรายกลุ่มและรายชุมชน

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบระดมความคิดเป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

วิธีการ

1. ผู้ให้ความรู้ เป็นผู้กำหนดหัวข้อ หรือปัญหาให้ผู้รับความรู้ซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่มรับทราบและเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกิจกรรมร่วมกัน เลือกประธาน เลขากลุ่ม
2. ให้กลุ่มผู้รับความรู้เสนอความคิดเห็นเป็นปากเปล่า หรือให้เขียนใส่กระดาษก็ได้
3. เลขากลุ่มบันทึกความคิดเห็น หรือเขียนข้อเสนอแนะของผู้รับความรู้ทุกคนบนกระดานโดยไม่วิพากษ์วิจารณ์
4. ผู้ให้ความรู้ต้องคอยควบคุมสถานการณ์ เวลา ไม่ให้ผู้รับความรู้หรือกลุ่มออกนอกเรื่องที่กำลังคิดอยู่
5. เลขากลุ่มรวบรวมข้อคิดเห็นและเหตุผลของข้อเสนอแนะทั้งหมด จัดเป็นหมวดหมู่ เพื่อเป็น ข้อสรุปของการระดมความคิดเห็นของกลุ่มย่อย
6. ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอข้อสรุปจากการระดมความคิดเห็นต่อกลุ่มใหญ่ ผู้ให้ความรู้นำข้อคิดเห็นของทุกกลุ่ม มาสรุปรวมกันเป็นข้อคิดเห็นในภาพรวมของกลุ่มใหญ่นำไปสู่ การปฏิบัติที่เป็นแนวทางเดียวกัน

ข้อดี

1. ผู้รับความรู้มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเสนอความคิดเห็น กล้าแสดงออก
2. ผู้รับความรู้ได้รับฟังความคิดเห็นและประสบการณ์เรียนรู้ที่หลากหลาย
3. ผู้รับความรู้ได้ฝึกการยอมรับฟัง ความคิดเห็นของบุคคลอื่นโดยใช้เหตุผล

ข้อเสีย

1. ถ้าผู้รับไม่เปิดใจ หรือไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น จะทำให้การระดมความคิดล้มเหลว และไม่ได้ข้อสรุป
2. ควรเลือกเรื่องที่อยู่ในความสนใจของผู้รับ เพื่อสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับความรู้

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการระดมความคิดไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ กลุ่มผู้รับความรู้ที่ร่วมระดมความคิดจะต้องมีความกระตือรือร้น กล้าแสดงความคิดเห็นและต้องยอมรับความคิดเห็นของกันและกันโดยใช้เหตุผล ไม่ใช้อารมณ์ และต้องเป็นเรื่องที่มีความสนใจร่วมกัน

การให้ความรู้ เรื่องการป้องกันวัยรุ่นห่างไกลโรคเอดส์ ผู้ให้ความรู้ชี้แจงจุดประสงค์ขั้นตอนวิธีการระดมสมองให้ผู้รับซึ่งมีทั้งวัยรุ่นชายและหญิงได้เข้าใจวิธีร่วมกันระดมสมองเพื่อหาวิธีการป้องกันโรคเอดส์ในวัยรุ่น เลือกประธานกลุ่มเป็นผู้กระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้รับได้กล้าเสนอความคิดอย่างมีเหตุผลและสรุปข้อคิดเห็นทั้งหมด พิจารณาร่วมกันกำหนดเป็นแนวทางการป้องกันโรคเอดส์ในวัยรุ่นต่อไป

2.5.5 วิธีการให้ความรู้ แบบสาธิต (Demonstration Method) วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบสาธิต คือกระบวนการที่ผู้ให้ความรู้ใช้ในการช่วยให้ผู้รับความรู้เกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยการแสดงหรือทำสิ่งที่ต้องการให้ผู้รับความรู้สังเกตดู เป็นการแสดงสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยผู้ให้ความรู้ได้มีการเตรียมการแสดงอย่างมีขั้นตอน มีหลักการตามกระบวนการที่ถูกต้อง ซึ่งอาจแสดงในสภาพการณ์จริง หรือสภาพการณ์สมมุติก็ได้ ถ้าเป็นการแสดงในสภาพการณ์จริงไม่ต้องมีการแสดงทบทวน การสาธิตจะทำให้ผู้รับความรู้ได้เห็นการกระทำกระบวนการขั้นตอน วิธีการหรือผลของสิ่งนั้นๆ โดยใช้อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ได้อย่างชัดเจน และเปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้ได้ทดลองแสดงตามที่ได้เห็น ผู้สาธิตอาจเป็นคนเดียวหรือหลายคนก็ได้

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบสาธิต จะเป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านการปฏิบัติ

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายรายบุคคล

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบสาธิต เป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

วิธีการ

1. อธิบายให้ผู้รับความรู้เข้าใจขั้นตอนสำคัญของการให้ความรู้แบบสาธิต

1.1 ให้ผู้รับความรู้สังเกตการสาธิตทุกขั้นตอนอย่างละเอียด สามารถจดบันทึกได้

1.2 ผู้รับความรู้จะต้องสรุปวิธีการ เทคนิค ขั้นตอน และแสดงวิธีการตามที่ผู้สาธิตได้แสดงให้ดู

2. ผู้ให้ความรู้ต้องเตรียม

2.1 อุปกรณ์ซักซ้อมวิธีการสาธิตมาอย่างดี เพื่อจะได้เห็นปัญหาและเตรียมแก้ไข/ป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้น

2.2 เตรียมวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือ สถานที่ที่จะใช้ในการสาธิตและจัดวางไว้อย่างเหมาะสม พร้อมและสะดวกแก่การใช้

2.3 เตรียมเอกสารที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนให้ผู้รับความรู้ หรือใช้สื่อ เช่น ให้ดู วิดิทัศน์ หรืออาจมอบหมายให้ผู้รับความรู้ค้นหาเนื้อหาเรื่องที่จะสาธิตมาล่วงหน้า

2.4 เตรียมแบบสังเกตการสาธิต และเตรียมคำถามหรือประเด็นที่จะให้ผู้รับความรู้ได้ร่วมคิดและอภิปราย

3. ผู้ให้ความรู้ชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบายให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่จะสาธิต เพื่อให้ผู้รับความรู้เข้าใจสิ่งที่สาธิต

4. ในขณะสาธิตควรสาธิตช้าๆ ทีละขั้นตอน พร้อมอธิบายให้เกิดความเข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้ซักถาม ใช้เวลาอย่างเหมาะสม หรือซักถามผู้รับความรู้เป็นระยะๆ เพื่อกระตุ้นความคิดและความสนใจและในบางครั้งอาจให้ผู้รับความรู้บางคนมาช่วยขณะสาธิต

5. อาจให้ผู้รับความรู้ปฏิบัติไปพร้อมๆ กับผู้ให้ความรู้ หรือปฏิบัติหลังจากดูการสาธิต ผู้ให้ความรู้ต้องระมัดระวังเรื่องความปลอดภัย ควรเตรียมการป้องกันและแก้ไขปัญหาไว้ด้วย

6. อภิปรายสรุปการเรียนรู้ หลังจากการสาธิตแล้ว ผู้ให้ความรู้ควรให้ผู้รับความรู้รายงานสิ่งที่ได้สังเกตเห็นแลกเปลี่ยนกัน เปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้ซักถาม ผู้ให้ความรู้ควรเตรียมคำถามไว้กระตุ้นให้ผู้รับความรู้ได้คิดด้วย มีการอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดที่แต่ละคนได้รับจากการสาธิตร่วมกันและสรุปการเรียนรู้ที่ได้รับ

ข้อดี

1. ช่วยให้ผู้รับความรู้ได้รับประสบการณ์ตรง เห็นสิ่งที่เรียนรู้อย่างเป็นรูปธรรม ทำให้เกิดความเข้าใจและจดจำในเรื่องที่สาธิตได้ดีและนาน

2. กระตุ้นความสนใจสร้างแรงจูงใจ การมองเห็นของจริงทำให้เกิดความต้องการที่จะทดลองปฏิบัติ

3. เกิดทักษะทางวิทยาศาสตร์ ในด้านการสังเกต เกิดความคิดรวบยอดพิสูจน์หลักทฤษฎีสอดคล้องกับการนำมาใช้ในการปฏิบัติ

4. ตอบสนองความอยากรู้อยากเห็นด้วยตนเองโดยมีส่วนร่วมการทดสอบสาธิตย้อนกลับ

ข้อเสีย

1. ไม่เหมาะกับผู้รับความรู้จำนวนมากเพราะอาจมองเห็นการสาธิตไม่ชัดเจน

2. ผู้ให้ความรู้ถ้าขาดความชำนาญขาดทักษะในวิธีการสาธิตจะทำให้ผู้รับความรู้สับสนไม่เข้าใจ

3. ต้องระมัดระวังในขณะสาธิต เพราะเครื่องมือบางชนิดที่มีราคาแพง

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการให้ความรู้แบบสาธิตไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ เป็นวิธีการที่กระตุ้นความสนใจ มุ่งช่วยให้ผู้รับความรู้ได้เห็นและได้ฝึกการปฏิบัติจริงด้วยตนเอง ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องหรือการปฏิบัตินั้นชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะการสาธิตเพื่อเน้นให้ผู้รับความรู้นำไปปฏิบัติ

การให้ความรู้ เรื่องวิธีการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ให้ความรู้สอนและสาธิตให้ผู้ป่วยหรือญาติฉีดอินซูลินได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งบุคลากรสาธารณสุขหรือพยาบาล โดยให้ความรู้ทางวิชาการเกี่ยวกับวิธีการเตรียมตัวของผู้ฉีด ผู้ป่วย การเตรียมอุปกรณ์ การเตรียมยา เตรียมเข็มฉีดอินซูลิน เตรียมสำลีแอลกอฮอล์ การวัดตำแหน่ง การเลือกตำแหน่งฉีด หลักการฉีด ขั้นตอนการฉีดยาสะอาดปราศจากเชื้อ การเก็บยาและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยหลังฉีดอินซูลิน การให้ความรู้แบบสาธิตวิธีการฉีดอินซูลินมักสอนผู้ป่วยหรือญาติและต้องทดลองปฏิบัติการฉีดให้ดูก่อนกลับบ้าน

2.5.6 วิธีการให้ความรู้ แบบบทบาทสมมติ (Role Playing Method) วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบบทบาทสมมติ เป็นการให้ความรู้ที่ผู้ให้ได้จัดหรือกำหนดให้ผู้รับความรู้ได้แสดงบทบาทในสถานการณ์ตามที่สมมติขึ้นใกล้เคียงกับสภาพที่เป็นจริง การให้ความรู้แบบบทบาทสมมติไม่จำเป็นต้องมีการเตรียมตัวหรือฝึกซ้อมแสดงไปตามธรรมชาติที่เป็นจริง การแสดงบทบาทสมมติใช้ร่วมกับกิจกรรมอื่น เช่น การแสดงละคร มีทั้งการแสดงละครพูด ละครล้อเลียน หรือละครกระทบสังคม ที่เกี่ยวกับปัญหา สุขภาพในปัจจุบัน การแสดงละครจะต้องมีการนัดหมาย ซักซ้อมผู้แสดงและนำบทไปท่องเพื่อให้เกิดความเข้าใจก่อนแสดงจริง

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบบทบาทสมมติ เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านทัศนคติ

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายรายกลุ่มและชุมชน

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบบทบาทสมมุติเป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้รับความรู้และผู้ให้ความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ร่วมกัน

วิธีการ

1. ผู้ให้ความรู้สร้างโจทย์สถานการณ์เลือกปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน

2. ผู้ให้ความรู้กำหนดอธิบายสถานการณ์ โครงเรื่องบทบาทนั้นๆ ตามสภาพลักษณะของบุคคลที่เป็นจริงผู้ให้ความรู้อาจใช้สื่ออื่นๆ ประกอบ เช่น ฉาก รูปภาพของจริง เสียง แสง กิริยาท่าทางต่างๆ เพื่อให้การแสดงบทบาทสมมุติ ดูสมจริงยิ่งขึ้น

3. กำหนดช่วงการแสดงบทบาทสมมติ 5–10 นาที

4. หลังจากแสดงบทบาทสมมติ ผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ร่วมกันอภิปรายสถานการณ์ที่เกิดขึ้น วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ เหตุผล และแนวทางแก้ไขปัญหาตามจุดประสงค์ของการให้ความรู้ในเรื่องนั้นๆ

ข้อดี

1. กระตุ้นให้ผู้รับเกิดความเข้าใจคล้อยตามบทบาทเกิดผลดีต่อการวิเคราะห์อภิปรายหรือพิจารณาหาทางแก้ปัญหาตามจุดประสงค์ที่ได้กำหนด

2. เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและตามการรับรู้ของบุคคล

3. สร้างความสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างผู้ให้กับผู้รับ

ข้อเสีย

1. ผู้แสดงบางคนแสดงไม่สมจริง ทำให้ความน่าสนใจมีน้อย

2. ผู้รับความรู้ไม่เข้าใจปัญหา หรือบทบาทสมมุติที่แสดงให้ดู ทำให้ไม่สามารถตอบประเด็นหรือตอบคำถามตามจุดมุ่งหมายของเรื่องที่กำหนด

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการให้ความรู้แบบบทบาทสมมติไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพในรูปแบบการแสดงละคร เป็นการนำเข้าสู่เนื้อหาการให้ความรู้ทางสุขภาพที่จะกระตุ้นความสนใจของผู้รับความรู้ให้สามารถวิเคราะห์ พิจารณาเหตุการณ์ที่ได้จากการดูการแสดงและนำประสบการณ์ที่มีอยู่มาร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาตามจุดประสงค์การให้ความรู้ที่กำหนด เช่น

การให้ความรู้ เรื่องการป้องกันอุบัติภัยภายในบ้าน จะใช้บทบาทสมมติในการนำเข้าสู่บทเรียนโดยผู้ให้ความรู้กำหนดบทบาทสมมติที่ต้องแสดง เช่น การเกิดอุบัติเหตุที่พบบ่อยในบ้านจากการต้มน้ำร้อน การเกิดไฟฟ้าช๊อต จากการใช้มือเปียกจับปลั๊กไฟ เป็นต้น ผู้ให้ความรู้ทางสุขภาพจะกระตุ้นให้ผู้รับความรู้วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุและหาแนวทางแก้ไข ป้องกันปัญหาอุบัติเหตุภายในบ้าน ผู้ให้ความรู้กระตุ้นเปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้ ยกตัวอย่างอุบัติภัยภายในบ้านที่พบบ่อยและร่วมกันหาวิธีป้องกันแก้ไขปัญหาร่วมกัน เป็นต้น

2.5.7 วิธีการให้ความรู้แบบเล่าเรื่อง (Story Telling Method) วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบเล่าเรื่องอาจเป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้นจากชีวิตจริงประสบการณ์จริง ตามหนังสือพิมพ์สื่อต่างๆ หรืออาจเป็นเรื่องที่ผู้ให้ความรู้หรือผู้เล่าแต่งขึ้นมาให้สัมพันธ์กับจุดมุ่งหมายของการให้ความรู้ในเรื่องที่กำหนด

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบเล่าเรื่อง เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านทัศนคติ

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายทั้งรายบุคคล รายกลุ่มและรายชุมชน

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบเล่าเรื่อง เป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

วิธีการ

1. ผู้ให้ความรู้ เป็นผู้เล่าเรื่องจะต้องมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับเรื่องที่เล่าสามารถอธิบายเนื้อเรื่อง ข้อมูลหรือเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างฉะฉาน ชัดถ้อยชัดคำ

2. เพื่อให้เกิดจินตนาการแก่ผู้รับความรู้ ผู้เล่าต้องใช้คำพูดและเสียงประกอบ เพื่อให้ผู้รับความรู้ได้ใช้ความคิด สร้างจินตนาการและนึกเห็นภาพราวกับสัมผัสเหตุการณ์ด้วยตนเอง

3. เพื่อให้ความบันเทิง ผู้เล่าต้องสอดแทรกอารมณ์ ความรู้สึกให้เข้ากับเนื้อเรื่องเพื่อให้ผู้รับความรู้ผ่อนคลาย สนุกสนาน ตื่นเต้นและได้รับความเพลิดเพลิน

4. เพื่อชักจูงให้ผู้รับความรู้เปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมไปในทางที่ดี ผู้เล่าควรใช้ถ้อยคำแสดงความหนักแน่น ใช้สุภาษิต คำคม การเปรียบเทียบหรือเหตุการณ์จริงประกอบการเล่าให้ชัดเจน

5. เพื่อการสั่งสอนอบรม ผู้เล่าต้องใช้โวหารและอุปมาอุปไมยโวหารมาประกอบให้ผู้รับความรู้เห็นจริง เกิดความรู้สึกคล้อยตาม เพื่อเปลี่ยนแปลงความคิดไปในทางที่ดี

6. เพื่อแสดงความคิดเห็น ผู้เล่าควรมีประสบการณ์และมีข้อมูลมาประกอบให้ถูกต้อง การเล่าลักษณะนี้จะมีการให้ข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะต่าง ๆ

7. เรื่องที่นำมาเล่าเป็นเรื่องที่น่าสนใจ มีมูลความจริง อาจแสดงอุปกรณ์ภาพประกอบการเล่าให้น่าสนใจมากยิ่งขึ้น

8. การเล่าเรื่อง ใช้เพื่อจูงใจผู้รับความรู้นำเข้าสู่จุดมุ่งหมายของเรื่องที่จะให้ความรู้

9. ผู้เล่าเรื่อง ต้องมีจังหวะน้ำเสียงท่าทางและอารมณ์คล้ายตามเรื่องที่เล่า

10. ผู้เล่าเรื่องเปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้ได้ซักถาม อภิปรายแสดงความคิดเห็นเป็นระยะๆ และให้ผู้รับความรู้สรุปสาระสำคัญที่ได้จากการเล่าเรื่องนั้นๆ

ข้อดี

1. ผู้รับความรู้ได้รับฟังประสบการณ์จากผู้เล่าโดยตรง

2. เร้าความสนใจของผู้รับความรู้ สนุกตื่นเต้น ชวนติดตาม

3. ผู้รับความรู้ได้ใช้สติปัญญาในการสรุปสาระสำคัญของเรื่อง

ข้อเสีย

1. ถ้าผู้เล่าเรื่องขาดทักษะในการเล่าเรื่อง จะทำให้ผู้รับความรู้เกิดความเบื่อหน่าย

2. ผู้เล่าเรื่องต้องเตรียมเรื่องเล่ามาล่วงหน้าระมัดระวังไม่เล่าเรื่องที่เกินความจริง

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการให้ความรู้แบบเล่าเรื่องไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ ต้องกำหนดจุดมุ่งหมายก่อนว่าต้องการให้ผู้รับความรู้ได้รับประโยชน์อะไร แล้วเลือกเรื่องที่จะเล่าให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของเรื่อง การเล่าเรื่องสามารถใช้ร่วมกับวิธีการและสื่ออื่นๆ เช่น การสาธิต การบรรยาย บทบาทสมมุติ โดยให้ผู้รับความรู้ที่ฟัง แสดงความคิดเห็นร่วมกับผู้เล่าเรื่อง

การให้ความรู้ เรื่องการช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ถูกงูกัด ผู้ให้ความรู้ต้องเตรียมเรื่องโดยวางเค้าโครง ลำดับใจความ เตรียมสำนวนภาษา การใช้คำพูด ท่าทาง เสียงและสื่อประกอบการเล่าเรื่อง ต้องมีการวางแผนการเล่าโดยมีการเริ่มเรื่อง ดำเนินเรื่องและจบเรื่อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของเรื่องที่เล่า โดยผู้ให้ความรู้เล่าประสบการณ์ที่เคยช่วยเหลือผู้ที่ถูกงูกัด เล่าเหตุการณ์ที่ประสบเหตุ อาการ ลักษณะบาดแผลของผู้บาดเจ็บที่เกิดจากการถูกงูกัด เล่าวิธีการปฐมพยาบาลช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่ถูกงูกัดและแสดงการสาธิตวิธีขันชะเนาะ การใช้ผ้า หรือเชือกรัดเหนือแผลและบอกเหตุผลของการปฏิบัติก่อนนำส่งโรงพยาบาล เป็นต้น ผู้เล่าเรื่องจะต้องดึงความสนใจของผู้รับความรู้ เช่น มีการใช้เสียงเร้าความสนใจ การทอดเสียง การเน้นจังหวะ การเน้นคำ การใส่อารมณ์ เป็นต้น เปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้แสดงความคิดเห็น หรือประสบการณ์ร่วมด้วย มีการประเมินผลการรับฟังจากผู้รับความรู้ โดยการซักถาม ให้ออกมาแสดงการช่วยเหลือผู้ถูกงูกัด หรือตั้งคำถามให้ร่วมกันตอบ และพร้อมที่จะตอบคำถาม ประเด็นข้อสงสัยต่างๆ จากผู้รับความรู้ด้วยความเต็มใจ

2.5.8 วิธีการให้ความรู้ แบบการเล่นเกมสุขภาพ (Game Method) วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบเล่นเกมสุขภาพ เป็นวิธีการให้ความรู้ที่ดัดแปลงมาจากการเล่นเกมต่างๆ โดยมีจุดมุ่งหมายของการเล่นเพื่อให้กลุ่มผู้รับความรู้ได้สนิทสนมกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ร่วมกันแสวงหาคำตอบให้ถูกต้องตามจุดประสงค์การให้ความรู้ที่กำหนด

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบเล่นเกม เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความรู้และการปฏิบัติ

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมาย รายกลุ่ม ในกลุ่มวัยเด็ก หรือวัยรุ่น

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบเล่นเกมสุขภาพ เป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

วิธีการ

1. ผู้ให้ความรู้คัดเลือกเกมที่เหมาะสมกับเนื้อเรื่อง และกลุ่มผู้รับความรู้
2. เตรียมอุปกรณ์ทดสอบความพร้อม ทดลองเล่นเกมก่อนนำมาใช้ในการให้ความรู้
3. ผู้ให้ความรู้อธิบายวิธีการเล่นเกม กติกาให้ผู้รับความรู้ข้าใจก่อนเล่น
4. หลังจากเล่นเกม ผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ร่วมกันสรุปสาระสำคัญ ให้แรงจูงใจกล่าวชม หรือมอบของขวัญให้ผู้ที่ชนะตามความเหมาะสม

ข้อดี

1. สามารถเลือกเกมให้ตรงกับจุดมุ่งหมายเรื่องที่ต้องการให้ความรู้

2. จูงใจให้ผู้รับความรู้สนุกสนานแข่งขันท้าทายความสามารถ กระตือรือร้น มีส่วนร่วมในกิจกรรมและสร้างบรรยากาศคลายเครียด

3. สร้างสัมพันธ์ภาพและการทำงานเป็นทีมระหว่างผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้

4. ผู้รับความรู้ได้ใช้ความรู้ ความเข้าใจและประสบการณ์ในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ

ข้อเสีย

1. ผู้ให้ความรู้ต้องเข้าใจจุดมุ่งหมายของเกมเป็นอย่างดี

2. ใช้เวลามากถ้าผู้ให้ความรู้ไม่ควบคุมเวลา

3. พิจารณาความจำเป็นในการเลือกวิธีการเล่นเกมกับกลุ่มผู้สูงอายุ

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการให้ความรู้แบบการเล่นเกมสุขภาพไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพจะสร้างความสนใจ ความตื่นเต้น เร้าใจแก่ผู้ร่วมเล่น เกิดความสามัคคี ความภาคภูมิใจในตนเองเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง สามารถใช้กับเนื้อหาความรู้ได้หลายแบบ

การให้ความรู้ เรื่องสุขภาพกับอาหารหลัก 5 หมู่ สามารถจัดเป็นเกมจัดกลุ่มอาหารหลัก 5 หมู่ ให้ผู้รับความรู้เลือกอาหารซึ่งเป็นอาหารจริงหรือรูปภาพก็ได้ ให้เลือกไปวางให้ตรงกับป้ายหมู่อาหารที่กำหนดและให้ผู้รับความรู้ช่วยกันเฉลยคำตอบ

หรืออาจทำเป็นเกมจับคู่ ให้หาความสัมพันธ์ชนิดของอาหารกับหมู่อาหารทั้ง 5 หมู่ โดยแจกภาพอาหารและให้ผู้รับความรู้นำไปติดบนกระดาษให้ตรงกับหมู่อาหารที่กำหนด หรือแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1) ได้รับภาพอาหาร จำนวนกลุ่ม 5 คน กลุ่มที่ 2) ได้รับบัตรคำชื่อหมู่อาหาร จำนวนกลุ่ม 5 คน เพราะอาหารมี 5 หมู่ คือ คาร์โบไฮเดรท โปรตีน ไขมัน วิตามิน เกลือแร่ และ กลุ่มที่ 3) ได้รับบัตรคำประโยชน์ของสารอาหารต่อร่างกายในอาหารแต่ละหมู่ จำนวนกลุ่ม 5 คน และให้ทั้ง 3 กลุ่มร่วมกันหาหมู่อาหารที่ตรงกับภาพอาหารบัตรคำชื่อหมู่อาหารและบัตรคำประโยชน์ของสารอาหารต่อร่างกาย กลุ่มใดครบและถูกต้องก่อนจะเป็นผู้ชนะ เป็นต้น

2.5.9 วิธีการให้ความรู้แบบโต้วาที (Debate Method) วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบโต้วาที เป็นลักษณะการพูดโต้เถียงกันอย่างเป็นระเบียบตามหัวข้อที่กำหนดไว้ มีผู้อภิปราย 2 ฝ่าย คือ ฝ่ายหนึ่งเห็นด้วย (ฝ่ายเสนอ) อีกฝ่ายหนึ่งไม่เห็นด้วย (ฝ่ายค้าน) และมีประธานเป็นผู้รักษาระเบียบการโต้วาทีทั้งฝ่ายเสนอและฝ่ายค้าน จะใช้เทคนิคการพูดโน้มน้าวผู้ฟังให้เชื่อ หรือคล้อยตามด้วยเหตุด้วยผล ยกหลักฐานมาอ้างอิงมาหักล้างกัน มีการโต้แย้งวิเคราะห์ ประเมินค่า ตัดสินเรื่องราวต่างๆ รวมทั้งการนำเสนอความรู้ความคิดใหม่ๆ ฝ่ายใดมีเหตุผลดีย่อมเป็นฝ่ายชนะ ฝ่ายชนะจะยึดถือเป็นข้อปฏิบัติต่อไป

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบโต้วาที เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ ด้านทัศนคติ

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายรายกลุ่ม

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบโต้วาที เป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

วิธีการ

1. ผู้ให้ความรู้เป็นประธานดำเนินการ จัดโต้วาทีแจ้งหัวข้อเรื่องที่จะโต้วาที อารัมภบทและแนะนำผู้ร่วมโต้วาทีทั้ง 2 ฝ่าย (ฝ่ายค้านและฝ่ายเสนอ) ฝ่ายละ 2-4 คน ตกลงกติกา ระยะเวลาในการโต้วาทีทั้งหมดไม่เกิน 30 นาที ก่อนดำเนินการผู้ดำเนินการโต้วาที ต้องชี้แจงกำหนดเวลาจะให้พูดนำเสนอกี่รอบถ้าผู้ฟังจะซักถามได้ตอนไหนและอย่างไร เป็นต้น

2. บทบาทและหน้าที่ของผู้โต้วาที ต้องได้รับทราบหัวเรื่องหรือญัตติในการโต้วาทีเป็นระยะเวลาล่วงหน้าพอสมควรเพื่อศึกษาค้นคว้า ควรให้เวลาตัดสินใจว่าจะอยู่ฝ่ายเสนอ หรือฝ่ายค้าน เพราะผู้โต้วาทีต้องเตรียมศึกษาค้นคว้าข้อมูลเหตุผลต่างๆ เพื่อนำมาหักล้างข้อเสนอของฝ่ายตรงข้าม ผู้โต้วาทีมีบทบาทและหน้าที่ คือ

2.1 หัวหน้าฝ่ายเสนอ ประธานจะให้หัวหน้าฝ่ายเสนอเป็นผู้พูดก่อน กล่าวทักทายผู้ฟัง แล้วเสนอญัตติ แปรญัตติหรือให้คำนิยาม หรือความหมาย จากนั้นยกประเด็นอธิบายให้เหตุผลสนับสนุนในการอธิบาย ควรมีตัวอย่างอุทาหรณ์ คำกล่าว คำพังเพย สถิติ ข้อเท็จจริงประกอบ ก่อนหมดเวลาก็สรุปประเด็นสำคัญส่งท้าย

2.2 หัวหน้าฝ่ายค้าน เป็นผู้พูดต่อจากหัวหน้าฝ่ายเสนอ กล่าวทักทายผู้ฟังเช่นกัน แล้วแปรญัตติซ้ำถ้าเห็นว่าหัวหน้าฝ่ายเสนอแปรญัตติไม่แจ่มแจ้งพอ หรือไม่ถูกต้องหรือฝ่ายของตนจะเสียเปรียบจากนั้นยกประเด็นต่างๆ ที่หัวหน้าฝ่ายเสนอ เสนอมาชี้ให้เห็นข้อบกพร่องในการให้เหตุผลโดยยกเหตุผลฝ่ายตนกล่าวหักล้างทำให้เห็นว่าข้อเสนอของหัวหน้าฝ่ายเสนอนั้นไม่เป็นไปตามญัตติในการให้เหตุผลทำเช่นเดียวกับหัวหน้าฝ่ายเสนอ ขณะเดียวกันก็เสนอแนะความดีของของฝ่ายตนก่อนหมดเวลาก็สรุปประเด็นสำคัญเป็นการส่งท้ายเช่นเดียวกัน

2.3 ผู้สนับสนุนฝ่ายเสนอ ผู้สนับสนุนฝ่ายเสนอคนที่ 1 จะพูดต่อจากหัวหน้าฝ่ายค้าน กล่าวทักทายผู้ฟังแล้วอธิบายสนับสนุนหัวหน้าฝ่ายเสนอด้วยการหาเหตุผลเพิ่มเติม จากนั้นมาหักล้างหรือแย้งคู่โต้ซึ่งเป็นฝ่ายค้านแต่ละประเด็น เสนอประเด็นขึ้นมาใหม่ให้เหตุผลเหมือนอย่างที่หัวหน้าฝ่ายเสนอและฝ่ายค้านทำ ก่อนจบหรือหมดเวลาก็เน้นสรุปประเด็นสำคัญ

2.4 ผู้สนับสนุนฝ่ายค้าน ผู้สนับสนุนฝ่ายค้านคนที่ 1 จะพูดต่อจากผู้สนับสนุนฝ่ายเสนอคนที่1 ผู้สนับสนุนฝ่ายค้านคนต่อๆ ไปพูดสลับกับผู้สนับสนุน ฝ่ายเสนอจนครบทุกคน

2.5 หน้าที่อื่นๆ ของผู้โต้วาทีทุกคนต้องคำนึงถึงคือ

2.5.1 เตรียมหาความรู้ ข้อเท็จจริงต่างๆ ไว้ให้พร้อม

2.5.2 ขณะพูดต้องรักษามารยาทในการพูด คือไม่พูดเสียดสี กระทบคนอื่นหรือเอา

เรื่องส่วนตัวของผู้อื่นมาพูด การจะใช้สรรพนามแทนฝ่ายตรงข้ามใช้ว่าหัวหน้าฝ่าย (เสนอ/ค้าน) ผู้สนับสนุนฝ่าย (เสนอ/ค้าน) คนที่ (1, 2 หรือ 3)

2.5.3 หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาที่ไม่สุภาพ ใช้ภาษาไทยที่ชัดเจน มีเทคนิคการพูดจูงใจ คำนึงถึงประโยชน์ของผู้รับความรู้ให้มากที่สุด คือไม่พูดเล่นคารมมากเกินไป จนไม่มีสาระที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ฟัง และไม่ควรพูดเกินเวลาที่กำหนด

3. ประธานผู้ดำเนินการโต้วาที ต้องวางตัวเป็นกลางไม่แสดงความคิดเห็นเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง กล่าวสรุปการโต้วาทีเมื่อผู้พูดแต่ละฝ่ายพูดจบการโต้วาทีในแต่ละคน แล้วโยนประเด็นให้ผู้พูดคนต่อไปจนหมดเวลาที่กำหนดไว้

4. ผู้จับเวลา ทำหน้าที่รักษาเวลาตามระเบียบการโต้วาที ประธานเป็นผู้กำหนดโดยให้สัญญาณหรือกดกริ่งเตือนผู้โต้วาทีก่อนหมดเวลา 1 นาที 1 ครั้ง และเมื่อหมดเวลาอีกครั้งหนึ่ง การกดอาจให้สัญญาณเป็นสั้น–ยาว หรือ 1–2 ก่อนหมดเวลาและเมื่อหมดเวลาตามลำดับ ในกรณีที่ไม่มีกริ่งสัญญาณประธานเป็นผู้กล่าวเตือนผู้โต้วาทีทั้งก่อนหมดเวลาและเมื่อหมดเวลา

5. กรรมการตัดสิน กรรมการตัดสินต้องมีจำนวนเป็นเลขคี่ และควรเป็นผู้รู้ในหัวข้อญัตติเรื่องราวการโต้วาทีเป็นอย่างดี สามารถจับประเด็นได้เมื่อผู้โต้โต้นอกญัตติหรือตีความญัตติผิดพลาด ในการตัดสินต้องยึดถือความยุติธรรมเป็นที่ตั้ง ทำใจเป็นกลาง ไม่ถือเหตุผลส่วนตัวควรฟังเหตุผลของผู้โต้และฟังเสียงปรบมือที่ผู้ฟังปรบให้ผู้โต้วาทีแต่ละฝ่าย มีเกณฑ์การตัดสิน ฝ่ายที่ให้เหตุผลและข้อเท็จจริงดีกว่าเป็นฝ่ายชนะ ซึ่งฝ่ายเสนอจะชนะก็ต่อเมื่อสามารถเสนอและให้เหตุผลข้อเท็จจริงที่น่าเชื่อถือได้ ส่วนฝ่ายค้านจะชนะเมื่อสามารถพิสูจน์และหักล้างเหตุผลและข้อเท็จจริงของฝ่ายเสนอนั้นว่าเป็นไปไม่ได้หรือเชื่อถือไม่ได้

6. เมื่อมีการโต้วาทีเสร็จสิ้นลง การตัดสินผลการโต้วาทีอาจใช้เสียงปรบมือของผู้รับฟังทั้งหมด หรือตัดสินให้เสมอกันได้ กล่าวขอบคุณคณะผู้โต้วาทีและกล่าวขอบคุณผู้รับฟังด้วย

7. ช่วงสุดท้ายผู้ให้ความรู้ซึ่งเป็นผู้ดำเนินการโต้วาที เปิดโอกาสให้ผู้ฟังการโต้วาทีสรุปสาระสำคัญที่ได้รับจากการโต้วาทีและให้ความรู้ อธิบายเพิ่มเติมในข้อเท็จจริงและแนวทางการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาทางสุขภาพแก่ผู้รับความรู้ต่อไป

8. ผู้อภิปรายมีหน้าที่หลัก ดังต่อไปนี้

8.1 เตรียมความรู้ ศึกษาเหตุผล ตามหัวข้อเรื่องให้ละเอียดและทำความเข้าใจให้ชัดเจน

8.2 เตรียมอุปกรณ์หรือสื่อต่างๆ ที่จะใช้ประกอบการพูดให้พร้อม

8.3 คารวะผู้ฟัง เมื่อผู้ดำเนินการโต้วาที แนะนำตัวให้ผู้ฟังรู้จัก

8.4 โต้วาทีในประเด็น ปัญหา หรือเรื่องที่ผู้ดำเนินการกำหนดให้ในประเด็นปัญหา หรือเรื่องอย่างละเอียดชัดเจน ไม่นอกเรื่อง รักษามารยาทและเวลาในการพูดอย่างเคร่งครัด

ข้อดี

1. ผู้อภิปรายทั้ง 2 ฝ่ายได้ฝึกเป็นคนมีเหตุผลพยายามค้นคว้าข้อเท็จจริง สนับสนุนการนำเสนอของตนเองรวมทั้งฝึกการพูด เพื่อโน้มน้าวจิตใจของผู้รับฟังความรู้ให้คล้อยตาม

2. สร้างบรรยากาศสนุกสนานคลายเครียดชวนให้ติดตาม

3. ฝึกการยอมรับฟังเหตุผลของผู้อื่น มีน้ำใจเป็นนักกีฬารู้แพ้รู้ชนะ

ข้อเสีย

1. ถ้าผู้โต้วาทีขาดทักษะทางการพูด ขาดความกระฉับกระเฉง มีน้ำเสียงที่ราบเรียบ ขาดการเชื่อมโยงสาระเหตุผลต่างๆ จะทำให้การโต้วาทีไม่น่าสนใจ

2. อาจเกิดการทะเลาะวิวาทจากผู้ฟังที่มีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน

3. ผู้รับความรู้อาจสับสน ตัดสินใจไม่ได้ว่าจะเชื่อถือฝ่ายใด

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการให้ความรู้แบบโต้วาทีไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ สามารถใช้ในการให้ความรู้ที่ต้องการเหตุต้องการผล หรือเปรียบเทียบข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรมสุขภาพต่างๆ โดยให้ผู้รับความรู้ตัดสินใจว่าจะเชื่อถือเหตุผลของฝ่ายใด

การให้ความรู้ เรื่องผู้หญิงรักษาสุขภาพดีกว่าผู้ชาย การนำวิธีการให้ความรู้แบบโต้วาทีไปใช้ ผู้รับความรู้จะต้องมีจำนวนมากจึงจะทำให้การโต้วาทีสนุกและน่าสนใจ ผู้ดำเนินการอภิปรายต้องมีเทคนิคการพูดที่ประนีประนอม ไม่ทำให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งไม่พอใจ มีความสามารถในการจับประเด็นเนื้อหาสาระของการโต้วาทีและรับฟังข้อเสนอแนะของผู้รับความรู้ เพื่อสรุปเป็นแนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสม ส่วนผู้โต้วาทีแต่ละฝ่ายจะต้องเตรียมศึกษาความรู้เกี่ยวกับความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ทั้งของไทยและองค์การอนามัยโลก งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพผู้หญิงผู้ชาย สถิติผลการตรวจสุขภาพประจำปีของหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข สถิติอายุยืนของคนไทยและคนชาติต่างๆ ปัจจัยสิ่งแวดล้อม การเกิดโรค การเจ็บป่วย อุบัติเหตุ อุบัติภัยที่ส่งผลต่อการตายของประชากรหญิงชาย ตัวอย่างบุคคลสำคัญที่อายุยืน แผนภาพ สถิติ กราฟ วารสารหนังสือพิมพ์ ภาพต่างๆ สามารถนำมาเป็นข้อมูลในการโต้วาที เพื่อโน้มน้าวให้ผู้รับฟังเชื่อถือคำพูดของฝ่ายตนเองให้มากที่สุด เป็นต้น หลังจากจบการโต้วาทีผู้ให้ความรู้ให้กลุ่มผู้รับความรู้ตัดสินใจและบอกเหตุผลที่เชื่อถือ สรุปเป็นความเชื่อของกลุ่มต่อไป

2.5.10 วิธีการให้ความรู้แบบสำรวจ (Survey Method) วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบสำรวจ เป็นวิธีการเปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้มองเห็นสภาพปัญหาตามสถานการณ์จริงด้วยตนเองและร่วมกันวิเคราะห์ รวบรวมข้อมูล ค้นหา สาเหตุและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบสำรวจ เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านการปฏิบัติ

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายรายกลุ่ม และรายชุมชน

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบสำรวจ เป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

วิธีการ

1. ผู้ให้ความรู้ตั้งหัวข้อปัญหาที่จะทำการสำรวจโดยเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของกลุ่มผู้รับความรู้ ให้กลุ่มผู้รับความรู้หาวิธีการศึกษาสำรวจด้วยตนเอง หรืออาจแจกแผนที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ หรือเอกสารประกอบการสำรวจเบื้องต้น

2. แบ่งกลุ่มเป้าหมายหรือผู้รับความรู้ ซึ่งอยู่ในชุมชนที่เกิดปัญหานั้นๆ โดยให้แต่ละกลุ่มร่วมกันพิจารณาวางแผนการสำรวจ ค้นหาสาเหตุ วิเคราะห์ปัญหาโดยการรวบรวมข้อมูลต่างๆ เพื่อการแก้ไขปัญหา

3. แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนนำเสนอผลสำรวจ สรุปการค้นคว้าของกลุ่มและเปิดโอกาสให้ซักถาม รวมทั้งนำความรู้ที่ได้มาเปรียบเทียบกับความรู้จากกลุ่มอื่นๆ ได้แนวความคิดหลากหลาย

4. ผลการสำรวจนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยกลุ่มร่วมกันเสนอความคิดเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติแก้ปัญหาในชุมชนนั้นๆ

ข้อดี

1. เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติด้วยตนเอง

2. กลุ่มผู้รับความรู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนทำให้เกิดความกระตือรือร้น สนใจแสวงหาคำตอบต่างๆ

ข้อเสีย

1. ผู้รับความรู้ต้องมีเวลาเพราะใช้เวลามากในการสำรวจ

2. ผู้ให้ความรู้ดูแลติดตามการทำงานแต่ละกลุ่มไม่ทั่วถึง

3. วิธีการแบบสำรวจไม่เหมาะสมกับกลุ่มผู้รับความรู้ที่ไม่มีความรับผิดชอบ

4. ต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของกลุ่มผู้สำรวจ

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการให้ความรู้แบบสำรวจไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพนำไปใช้แก้ปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในชีวิตประจำวันและปัญหาในชุมชนได้เป็นอย่างดี

การให้ความรู้ เรื่องการสำรวจหาสาเหตุของโรคท้องร่วงอย่างเฉียบพลันในชุมชน ผู้ให้ความรู้จะต้องประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชนมารวมกันรับทราบปัญหาสถานการณ์โรคท้องร่วงที่เกิดขึ้นในชุมชน แบ่งกลุ่มประชาชนให้เวลาศึกษาวิเคราะห์ปัญหาสาเหตุของโรคท้องร่วง โดยศึกษาจากแหล่งต่างๆในชุมชน เช่น จากการความเป็นอยู่ของครอบครัว สุขนิสัยการบริโภค จากสิ่งแวดล้อม ขยะในชุมชน จากแหล่งน้ำดื่ม น้ำใช้ จากแหล่งขายอาหารในชุมชน เป็นต้น ให้แต่ละกลุ่มนำเสนอ

ข้อมูลการสำรวจ นำข้อมูลมาร่วมกันพิจารณาหาสาเหตุที่แท้จริงและร่วมกันวางแผนการแก้ไขปัญหา กำหนดเป็นแนวทางการป้องกันโรคท้องร่วงอย่างเฉียบพลันในชุมชน เป็นต้น ผู้ให้ความรู้จะต้องสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับความรู้ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและร่วมแรงร่วมใจกันสำรวจปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชนกันอย่างแท้จริง

3.5.11 วิธีการให้ความรู้ แบบกรณีศึกษา (Case Study Method) วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบกรณีศึกษาเป็นการศึกษาเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะเพื่อหาข้อมูลมาตัดสินวินิจฉัย ดำเนินการแก้ปัญหา หรือแนวทางข้อเสนอแนะ เป็นวิธีการให้ความรู้ที่กระตุ้นให้ผู้รับความรู้กระตือรือร้น แสวงหาข้อมูลความรู้ นำไปสู่การเลือกการเสริมสร้างความเชื่อมั่น ความเป็นผู้นำ ทักษะการค้นคว้าด้วยตนเอง และพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ คือการคิดอย่างมีเหตุผล เน้นให้ผู้รับความรู้พิจารณาประเมินหาข้อสรุปได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยศึกษาจากแหล่งแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น จากรายงาน เอกสาร จากข่าวหนังสือพิมพ์ หรือดูวิดิทัศน์ เป็นต้น

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบกรณีศึกษา เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ ด้านความรู้และทัศนคติ

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายรายบุคคลและกลุ่ม

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบกรณีศึกษา เป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

วิธีการ

1. ผู้ให้ความรู้เป็นผู้เตรียมสถานการณ์ หรือให้ผู้รับความรู้ศึกษาจากแหล่งข้อมูล เลือกเรื่องตามที่ผู้ให้ความรู้กำหนดและชี้แจงให้ตรงตามจุดมุ่งหมายของการให้ศึกษา
2. ผู้รับความรู้แบ่งกลุ่มศึกษา หรือศึกษาเป็นรายบุคคล แสดงความสามารถ ทักษะการตัดสินใจ และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
3. ถ้าทำกรณีศึกษาทั้งเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล สามารถนำมาเปรียบเทียบผลงานเพื่อพิจารณาคุณภาพของการทำงานกลุ่มและการทำงานเป็นรายบุคคลได้
4. ผู้ให้ความรู้นำผลการศึกษามาสรุปสาระสำคัญและอธิบายให้ความกระจ่าง ในกรณีศึกษาที่นำมาให้ศึกษาเรียนรู้ ตอบคำถามและขจัดข้อสงสัยต่างๆ ของผู้รับความรู้

ข้อดี

1. ได้ประจักษ์ในความสามารถของผู้รับความรู้ในการวิเคราะห์ตัดสินใจนำไปสู่การวางแผนการแก้ปัญหา การมอบหมายงานตามความรู้ความสามารถของแต่ละคน
2. ผู้รับความรู้ได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง
3. ผู้รับความรู้สามารถนำความรู้ประสบการณ์เดิมมาใช้ในการทำงานกลุ่ม

4. เสริมสร้างทัศนคติความอดทน อดกลั้นและการเคารพความคิดเห็นของกลุ่ม

ข้อเสีย

1. ผู้รับความรู้บางคนพูดมากเกินไปไม่ฟังความคิดเห็นของผู้อื่น

2. เรื่องที่ใช้ในกรณีศึกษาต้องพัฒนาให้ทันสมัยเสมอ

3. ผู้รับความรู้บางคนไม่กล้าแสดงออกหรือไม่สนใจแสดงความคิดเห็น ผู้ให้ความรู้ต้องกระตุ้นเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการให้ความรู้แบบกรณีศึกษาไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ ควรเป็นสถานการณ์ที่ผู้รับสนใจหรือเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ๆ ทันสมัยในช่วง เวลานั้น จะทำให้ผู้รับความรู้กระตือรือร้นที่จะศึกษาข้อมูลนำไปเป็นตัวอย่าง

การให้ความรู้โดยใช้กรณีศึกษา เรื่องรักพ่อ เพื่อพ่อ ขอดำเนินชีวิตด้วยหลักเศรษฐกิจพอเพียง โดยให้ผู้รับความรู้เป็นรายบุคคลอ่านหนังสือที่เขียนเพื่อให้ประชาชนดำเนินชีวิตด้วยหลักเศรษฐกิจพอเพียง มีตัวอย่างกรณีศึกษาหลายเรื่อง เช่น แพทย์ชนบทมีอุดมการณ์รักชาวบ้านเสียสละ ประหยัด ไม่เสพเหล้าบุหรี่ ไม่ยุ่งเกี่ยวอบายมุข ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด กินอยู่อย่างสมถะขยันหมั่นเพียร หรือเรื่องที่ชุมชนร่วมกันสร้างความมั่นคงด้านเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ของสังคมในชุมชนที่ดีขึ้น เป็นต้น

2.5.12 วิธีการให้ความรู้ แบบเชิญวิทยากร (Guest Speaker Method) วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบเชิญวิทยากร เป็นการเชิญผู้ที่เชี่ยวชาญมีความรู้เฉพาะในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพเรื่องนั้นๆ มาให้ความรู้ข้อเท็จจริงรายละเอียด ผู้รับความรู้สามารถสอบถามข้อสงสัยต่างๆ ได้โดยตรง

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบเชิญวิทยากร เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความรู้

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายรายกลุ่ม

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบเชิญวิทยากรเป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

วิธีการ

1. ผู้ให้ความรู้ติดต่อเชิญวิทยากรล่วงหน้า และประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจรับทราบหัวข้อเรื่อง วัน เวลา สถานที่ให้ความรู้ เพื่อให้ผู้สนใจได้เตรียมคำถาม ข้อสงสัย ต่างๆให้ผู้เชี่ยวชาญตอบ

2. การให้ความรู้แบบเชิญวิทยากร สามารถใช้ในขณะที่ให้ความรู้ในเรื่องนั้นๆ หรือหลังการให้ความรู้แล้วก็ได้ เพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมในข้อสงสัยบางประเด็น

3. การเลือกวิทยากร ควรคำนึงถึงงบประมาณ ประโยชน์ที่จะได้รับและควรเลือกบุคคลที่อยู่ในท้องถิ่น เพราะจะได้ทราบปัญหาต่างๆ ได้อย่างชัดเจน

ข้อดี

1. ผู้รับความรู้ได้มีโอกาสซักถามเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง
2. ผู้รับความรู้จะสนใจกระตือรือร้น สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ที่น่าสนใจ

ข้อเสีย

1. ต้องใช้งบประมาณค่าตอบแทนวิทยากร
2. ถ้าวิทยากรไม่มีเทคนิคในการพูดสื่อสาร ผู้ฟังจะไม่สนใจ

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการให้ความรู้แบบเชิญวิทยากรในการให้ความรู้ทางสุขภาพสามารถใช้ในได้ทั้งในชุมชน โรงเรียนและโรงพยาบาลเป็นอย่างดี เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายมีจำนวนมากผู้รับความรู้มีโอกาสถามข้อสงสัยต่างๆ ได้รับคำตอบทันที สามารถใช้ในการให้ความรู้

การให้ความรู้ เรื่องปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนเมือง วิทยากรจะต้องศึกษาปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนเมืองหลายๆ แห่ง โดยเฉพาะชุมชนเมืองที่จัดให้ความรู้เพื่อนำมาประกอบการนำเสนอข้อมูล มีการเปรียบเทียบยกตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจนและวิทยากรควรเป็นผู้ที่เชี่ยวชาญด้านปัญหาสิ่งแวดล้อม หรือนักพัฒนาสิ่งแวดล้อมจะทำให้ผู้รับความรู้เกิดความน่าเชื่อถือในการให้ความรู้ของวิทยากร และเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างแท้จริงวิทยากรต้องเปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้ได้นำเสนอปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนเมืองแลกเปลี่ยนประสบการณ์นำเสนอข้อคิดเห็นต่อส่วนรวมเพื่อให้การแก้ปัญหามีแนวทางเลือกที่หลากหลาย

ผู้ประสานงานซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขหรือพยาบาล สรุปข้อคิดเห็นต่างๆ และให้กลุ่มผู้รับความรู้ร่วมกันพิจารณาความเป็นไปได้ของแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆ เพื่อนำไปประชาสัมพันธ์จัดทำโครงการ หรือรณรงค์ให้ประชาชนร่วมมือกันแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชนเมืองต่อไป

2.5.13 วิธีการให้ความรู้แบบศูนย์การเรียน (Learning Center Method) วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบศูนย์การเรียน เป็นวิธีการให้ความรู้ที่ผู้รับความรู้แสวงหาความรู้ด้วยตนเอง ผู้ให้ความรู้จัดสถานที่โดยกำหนดศูนย์กลางเรียนในแต่ละจุดมีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่มีจุดมุ่งหมายแตกต่างกัน ผู้รับความรู้ต้องทำกิจกรรมให้ครบทุกศูนย์

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบศูนย์การเรียน เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ ด้านความรู้และการปฏิบัติ

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายรายบุคคลและรายกลุ่ม

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบศูนย์การเรียนเป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้ให้และผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ร่วมกัน

วิธีการ

1. ผู้ให้ความรู้เป็นผู้เตรียมกิจกรรม อุปกรณ์ แผนภูมิ บัตรคำ แหล่งข้อมูล อุปกรณ์คำถาม กิจกรรม ใบงานแต่ละส่วนไว้ล่วงหน้า

2. ผู้ให้ความรู้อธิบายวิธีการที่ต้องปฏิบัติให้ผู้รับความรู้เข้าใจ

3. ผู้ให้ความรู้กำหนดจำนวนกลุ่มผู้รับความรู้ มักจะจัดกลุ่มละ 5-6 คน กำหนดเวลาที่ใช้ในแต่ละกลุ่ม ให้หมุนเวียนตามลำดับจนครบทุกกลุ่ม กลุ่มใดทำกิจกรรมเสร็จก่อนกลุ่มอื่นระหว่างที่รอให้ไปศึกษาที่ศูนย์สำรอง

4. หลังจากทำกิจกรรมครบทุกศูนย์ ให้ผู้รับความรู้ร่วมกันอภิปราย หรือส่งตัวแทนแต่ละกลุ่มรายงานสิ่งที่ได้รับประโยชน์ ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะแต่ละศูนย์

5. ผู้ให้ความรู้ประเมินผลกิจกรรมได้หลายวิธี เช่น การสังเกต การตอบคำถามการสาธิตย้อนกลับ การทำข้อสอบเพื่อประเมินผลความรู้จากการศึกษาในแต่ละศูนย์ เป็นต้น

6. เฉลยคำตอบ โดยให้ผู้รับความรู้แลกกันตรวจ

ข้อดี

1. ผู้รับความรู้ได้เรียนรู้ ทดลองปฏิบัติ ฝึกการแก้ปัญหาด้วยตนเอง หรือเป็นกลุ่ม

2. ผู้รับความรู้เกิดแรงจูงใจในการทำงานแข่งขันกับเวลา

3. ฝึกการทำงานอย่างมีระบบและการทำงานเป็นทีม

ข้อเสีย

1. ผู้ให้ความรู้ต้องใช้เวลาในการเตรียมกิจกรรมแต่ละศูนย์มาก

2. ใช้ได้ดีกับกลุ่มผู้รับความรู้ที่มีความสนใจและมีความรับผิดชอบ

3. ต้องเตรียมผู้ให้ความรู้ ผู้ให้คำปรึกษาประจำแต่ละศูนย์จำนวนมาก

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำแบบศูนย์การเรียนไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพจะต้องพิจารณาถึงจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ ความเหมาะสมของเวลาในการศึกษา ความพร้อมของสถานที่ ความพร้อมของทีมบุคลากรผู้ให้ความรู้ อุปกรณ์ งบประมาณที่ต้องใช้ในการจัดศูนย์การเรียน ทำได้โดยให้ผู้รับความรู้ปฏิบัติตามใบงาน หรือคำอธิบายวิธีการศึกษาในแต่ละศูนย์

การให้ความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน สามารถจัดศูนย์การเรียนเป็นศูนย์ ดังนี้

ศูนย์ที่ 1 ศูนย์โรคเรื้องรังที่พบบ่อย ประกอบด้วย การศึกษาความรู้เรื่องโรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต โรคอัมพาต เป็นต้น

ศูนย์ที่ 2 ศูนย์การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านร่างกาย ประกอบด้วย การศึกษาวิธีการดูแลด้านร่างกาย อาหาร น้ำ อากาศ สุขอนามัย การเคลื่อนไหว การขับถ่าย และการพักผ่อน เป็นต้น

ศูนย์ที่ 3 ศูนย์การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้านจิตใจ ประกอบด้วยกิจกรรมคลายเครียด กิจกรรมนันทนาการ การออกกำลังกายแบบต่างๆ เป็นต้น

ศูนย์ที่ 4 ศูนย์ดูแลความปลอดภัยและการป้องกันภยันตราย ประกอบด้วยการฝึกทักษะการวัดสัญญาณชีพ (วัดอุณหภูมิ วัดชีพจร นับการหายใจและวัดความดันโลหิต) และการศึกษาเรื่องการใช้ยาอย่างถูกวิธี เป็นต้น และในแต่ละศูนย์จะมีกิจกรรมที่หลากหลายให้ผู้รับความรู้ได้ปฏิบัติ อาจปฏิบัติเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มก็ได้ตามคำสั่งในใบงานที่กำหนด แต่ละศูนย์จะต้องมีผู้ให้ความรู้ประจำศูนย์ที่สามารถตอบคำถามต่างๆ ได้อย่างละเอียด เป็นผู้ควบคุมเวลาในแต่ละศูนย์ ประเมินผลการเรียนรู้ของกลุ่มผู้รับความรู้ที่ศึกษาในแต่ละศูนย์ หรือประเมินผลหลังจากผู้รับความรู้ศึกษาครบทุกศูนย์ก็ได้

หลังจากศึกษาครบทุกศูนย์ผู้ให้ความรู้ให้ตัวแทนหรือผู้รับความรู้เป็นรายบุคคล สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ ประโยชน์ที่ได้รับและนำเสนอสิ่งที่จะนำไปประยุกต์ใช้จากการเรียนรู้ในแต่ละศูนย์

2.5.14 วิธีการให้ความรู้แบบวิธีการแก้ปัญหา (Problem Solving Method) วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบวิธีการแก้ปัญหา เป็นวิธีการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้หรือผู้รับความรู้เป็นผู้กำหนดหัวข้อปัญหา ผู้ให้ความรู้เปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้ได้ร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาอย่างมีระบบภายใต้การนิเทศการดูแลและการเป็นที่ปรึกษาของผู้ให้ความรู้

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบวิธีการแก้ปัญหา เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านทัศนคติและการปฏิบัติ

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายรายกลุ่มและรายชุมชน

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบแก้ปัญหา เป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้รับและผู้ให้ความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ร่วมกัน

วิธีการ

1. ผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ร่วมกันพิจารณากำหนดหัวข้อปัญหา หรือให้ผู้รับความรู้ศึกษาค้นหาปัญหาด้วยตนเอง

2. ทำเป็นรายกลุ่มจะได้ผลดี ศึกษาวินิจฉัยปัญหา สาเหตุของปัญหา วิเคราะห์ข้อมูล สรุปตัดสินใจใช้วิธีแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ มีการเขียนรายงานนำเสนอและอภิปรายร่วมกัน

3. ระหว่างดำเนินการแก้ไขปัญหา ผู้ให้ความรู้ต้องคอยช่วยเหลือ แนะนำให้แนวทางแก้ปัญหากลุ่มตามความเหมาะสม

ข้อดี

1. พัฒนาความคิดและสติปัญญาให้ผู้รับความรู้คิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาเป็น

2. ส่งเสริมให้ผู้รับความรู้ ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น

3. ส่งเสริมพัฒนาการทำงานเป็นทีม

ข้อเสีย

1. ใช้เวลาในการศึกษามาก

2. ผู้ให้ความรู้ต้องมีเทคนิคในการกระตุ้นนำกลุ่มให้อภิปรายอย่างทั่วถึง

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำเสนอวิธีการให้ความรู้แบบการแก้ปัญหาไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพจะเป็นการให้ความรู้ที่ผู้รับความรู้สามารถนำผลสรุปแนวทางการแก้ปัญหาที่ได้จากกลุ่มผู้รับความรู้ไปทดลองปฏิบัติได้ และจะช่วยแก้ปัญหาได้ตรงกับความต้องการของบุคคล และชุมชน

การแก้ไขปัญหาสุขภาพ เรื่องปัญหาโรคขาดสารอาหารในเด็กก่อนวัยเรียน โดยผู้ให้ความรู้ กำหนดให้กลุ่มร่วมกันแก้ปัญหา ประกอบด้วย ครู บิดา มารดาของเด็กที่มีปัญหาขาดสารอาหาร ผู้ใหญ่ที่ทำอาชีพต่างๆ เช่น ทำอาหารขาย ร้านค้า เป็นต้น ประมาณ 10-15 คน ผู้ให้ความรู้นำเสนอประเด็นหัวข้อปัญหากระตุ้นให้ผู้รับความรู้ร่วมกันศึกษาวินิจฉัยปัญหาโรคขาดสารอาหารในเด็กวัยก่อนเรียน สาเหตุที่เด็กวัยก่อนเรียนเป็นโรคขาดสารอาหาร เช่น เกิดจาก 1) ความขาดแคลนอาหาร 2) การขาดความรู้ทางโภชนาการ 3) ความบกพร่องของร่างกาย 4) ขาดวิตามิน และ 5) เบื่ออาหาร เป็นต้น

ผู้ให้ความรู้กระตุ้นให้กลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นและหาแนวทางการแก้ปัญหา เช่น 1) ให้อาหารครบทั้ง 5 หมู่ทุกวัน ให้อาหารประเภทไข่วันละ 1 ฟอง นม 2-4 แก้ว รับประทานเนื้อไขมัน ผัก ผลไม้ อาหารที่มีเส้นใยเพิ่มขึ้น 2) ให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้ปกครอง 3) นำเด็กไปรับการตรวจสุขภาพหาสาเหตุที่ทำให้ร่างกายบกพร่อง 4) ปรึกษาแพทย์ในรายที่ขาดวิตามิน และ 5) ฝึกนิสัยการรับประทานอาหารให้ถูกสุขลักษณะและจัดอาหารให้น่ารับประทาน เป็นต้น ผู้ให้ความรู้กระตุ้นให้ผู้รับความรู้ได้แสดงความคิดเห็นทุกคนและให้กลุ่มบันทึกสรุปผลการแก้ปัญหานำเสนอเป็นผลงานกลุ่มนำไปปฏิบัติและเผยแพร่แก่บุคคลต่อไป

2.5.15 วิธีการให้ความรู้ แบบใช้ปัญหาเป็นหลัก (Problem based learning) วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก เป็นวิธีการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้ออกแบบการเรียนรู้ที่กระตุ้นให้ผู้เรียนมีพัฒนาการความคิด ความรู้และทักษะการฝึกแก้ปัญหากับสถานการณ์ที่เป็นจริง

คุณลักษณะที่สำคัญของการเรียนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก คือผู้รับความรู้ต้องมีความรู้ประสบการณ์เดิม เพราะต้องนำปัญหามาเชื่อมโยงกับความรู้เดิม มีความรับผิดชอบสูง มีความรู้กว้างกล้าแสดงความคิดเห็นและกล้าวิจารณ์ในทางสร้างสรรค์และเป็นผู้ที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดี

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความรู้และการปฏิบัติ

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายรายกลุ่ม

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก เป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

วิธีการ

1. ให้ความรู้เปลี่ยนบทบาท ผู้ให้ความรู้เป็นผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ (Facilitator)

2. จัดการเรียนรู้เป็นกลุ่มย่อย 6-10 คน ผู้รับความรู้ต้องทำงานร่วมกันเป็นทีม ต้องมีลักษณะ 5 ประการ คือ มีความรู้ความสามารถ มีความสามารถในการติดต่อผู้อื่น ตะหนักในความสำคัญ กล้าในการตัดสินใจ และมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

3. ผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ ต้องเตรียม ทีมงาน ผู้เชี่ยวชาญ ที่ปรึกษา ทรัพยากร และต้องร่วมกันสร้างโจทย์ปัญหาจากสถานการณ์จริง สร้างคู่มือผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ สร้างคู่มือผู้รับความรู้ เตรียมทรัพยากรการเรียนรู้ หนังสือ แหล่งความรู้และเครื่องมือประเมินผล

4. ผู้รับความรู้ต้องเข้าใจวิธีการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นหลัก(PBL)และเข้าใจ ปัญหาในแนวทางเดียวกัน

5. ผู้รับความรู้แก้ปัญหาตามระดับความรู้ความสามารถ

6. กระบวนการเรียนรู้จะอยู่ภายใต้การดูแลของผู้ให้ความรู้ หรือผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ก่อนที่จะแยกไปศึกษาด้วยตนเอง

7. บทบาทของผู้รับความรู้และผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการดำเนินงานแก้ปัญหา 9 ขั้น คือ

ขั้นที่ 1 ผู้รับความรู้ทำความกระจ่างกับโจทย์ ค้นความรู้จากเอกสารตำราต่างๆ

ผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ ให้โจทย์ปัญหากระตุ้นให้ใช้ความรู้เดิม

ขั้นที่ 2 ผู้รับความรู้ระบุประเด็นปัญหาทำความเข้าใจปัญหาในโจทย์

ผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ สังเกตพฤติกรรม ถาม เช่น ทำไมคิดว่าเป็นปัญหา มีอย่างอื่นอีกไหม

ขั้นที่ 3 ผู้รับความรู้วิเคราะห์ปัญหาโดยกลุ่มแสดงความคิดอย่างเสรี

ผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ รับฟัง ลำดับเหตุการณ์

ขั้นที่ 4 ผู้รับความรู้ตั้งสมมุติฐานโดยเขียนเกี่ยวกับปัญหา คำถามที่จะใช้อภิปรายสมมุติฐาน แนวคิดรวมยอด

ผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ กระตุ้นการอภิปรายให้กลุ่มตัดสินใจ ให้กลุ่มขจัดข้อโต้แย้ง

ขั้นที่ 5 ผู้รับความรู้จัดลำดับความสำคัญของสมมุติฐาน โดยอาศัยข้อมูลจากกลุ่มจัดประเภทเรื่องที่ต้องการไปศึกษาเพิ่มเติม

ผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ กระตุ้นให้กลุ่มแสดงความรู้ที่ไม่รู้

ขั้นที่ 6 ผู้รับความรู้สร้างวัตถุประสงค์การเรียนรู้ หาข้อมูลเพิ่ม สร้างแผนการเรียน กำหนดสิ่งที่จะเรียนรู้ กำหนดงานกลุ่ม แหล่งเรียนรู้ เวลาและสร้างแบบประเมินตนเองและของกลุ่ม

ผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ กระตุ้นกลุ่มตัดสินใจ พิจารณาตามหัวข้อการเรียนรู้

ขั้นที่ 7 ผู้รับความรู้รวบรวมข้อมูลนอกกลุ่ม ค้นคว้า เลือกใช้ทรัพยากรด้วยตนเอง

ผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ ประสานงานผู้เชี่ยวชาญ สังเกตการณ์ทำงาน ให้ข้อเสนอแนะ

ขั้นที่ 8 ผู้รับความรู้สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้ โดยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นนำความรู้มาอภิปรายกับสมาชิกกลุ่ม

ผู้เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ กระตุ้นถาม เช่น ค้นมาจากไหน รู้ได้อย่างไรว่าข้อมูลน่าเชื่อถือ ให้นักศึกษาเปรียบเทียบกับความคิดเดิมกับความรู้ใหม่และสามารถให้เหตุผลได้ ถ้าข้อมูลไม่เพียงพอให้เวลาไปศึกษาใหม่

ขั้นที่ 9 ผู้รับความรู้สรุปความรู้ใหม่เกี่ยวกับปัญหา การแก้ปัญหา แนวทางวิธีการ หลักการต่างๆ ที่ได้จากโจทย์และประเมินตนเองและกลุ่มตามแบบประเมินที่สร้างขึ้น

เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ กระตุ้นความคิดขั้นสุดท้าย เช่น ได้เรียนรู้อะไรบ้าง ได้แนวคิดอะไร การนำความรู้ไปใช้แก้ปัญหาอย่างไร เป็นต้น

8. หลังจากศึกษาด้วยตนเองแล้วผู้รับความรู้ต้องนำความรู้ ทักษะ ที่ได้จากการค้นคว้ามาอภิปรายแลกเปลี่ยนความรู้ในกลุ่ม

9. ผลการศึกษาหรือความรู้ใหม่จะนำมาผสมผสานกับความรู้เดิมและทักษะเดิมของผู้รับความรู้

10. ระหว่างดำเนินกระบวนการกลุ่ม ผู้เอื้อการเรียนรู้ต้องคอยช่วยเหลือแนะนำให้แนวทางแก้ปัญหากลุ่มตามความเหมาะสม

ข้อดี

1. พัฒนาความคิดและสติปัญญาให้ผู้รับความรู้ คิดเป็น ทำเป็น แก้ปัญหาเป็น

2. ผู้เอื้อการเรียนรู้ได้พัฒนาหลักการสอนให้มีทักษะ โยนิโสมนสิการ หมายถึง การคิดใคร่ครวญ ตรึกตรองอย่างแยบคาย ติดเป็นนิสัย

3. ให้ผู้รับยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น

4. ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม

5. ส่งเสริมการคิดสร้างสรรค์

6. ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง

ข้อเสีย

1. ใช้เวลามาก

2. ผู้ให้ความรู้ต้องทำงานเป็นทีมและสร้างเครื่องมือหลายชนิด

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำเสนอวิธีการให้ความรู้แบบใช้ปัญหาเป็นหลักไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพจะเป็นการให้ความรู้ที่มีขบวนการเรียนรู้ที่ให้ผู้รับความรู้ได้เรียนรู้อย่างเสรีภาพ ใช้ความรู้ความสามารถแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง ซึ่งความรู้ที่ได้ค้นคว้าจะนำมาเชื่อมโยง ความรู้เดิมเกิดความรู้ใหม่ สามารถนำผลสรุปความรู้ใหม่ไปใช้พัฒนาสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพได้

การแก้ไขปัญหาสุขภาพ เรื่องการระบาดของโรคไข้หวัดนก เป็นการให้ความรู้โดยกลุ่มย่อยประกอบด้วย กลุ่มผู้เลี้ยงไก่ ผู้ขายไข่ ผู้ฆ่าไก่ ผู้ใหญ่บ้าน ประธานสิ่งแวดล้อมของหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ อสม. ประชาชนทั้งหมดไม่เกิน 10 คน ร่วมกันดำเนินการโดยใช้ปัญหาเป็นหลักปฏิบัติตามขั้นตอนการดำเนินการแก้ปัญหา 9 ขั้น โดยผู้ให้ความรู้หรือผู้เอื้อการเรียนรู้ต้องเป็นผู้คอยให้คำแนะนำ กระตุ้นวิธีการเรียนรู้ให้ดำเนินการตามแผนตารางเวลาที่กำหนด สามารถทำให้แล้วเสร็จภายในเวลาที่กลุ่มกำหนดร่วมกันผลสรุปความรู้ใหม่ที่ได้จากการทำงานกลุ่มจะสามารถนำไปใช้ประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาการระบาดของไข้หวัดนกต่อไป

2.5.16 วิธีการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) วิธีการสอนแบบมีส่วนร่วม (PL) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้รับความรู้มีส่วนร่วมในวิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพ โดยผู้ให้ความรู้กระตุ้นการคิดแก้ปัญหาโดยยึดผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางเรียนรู้ โดยผู้รับความรู้ต้องมีการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยกันทำงานกลุ่ม เรียนรู้ซึ่งกันและกัน มีการค้นคว้าเตรียมความรู้ด้วยตนเอง

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายรายกลุ่ม

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

วิธีการ

1. การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential learning) ผู้ให้ความรู้จัดกิจกรรมให้ผู้รับความรู้มีการเรียนรู้ 4 องค์ประกอบคือ

1.1 ประสบการณ์ (Experience) ผู้ให้ความรู้จะกระตุ้นให้ผู้รับความรู้ดึงประสบการณ์เดิมที่มีอยู่นำมาอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในกลุ่มซึ่งจะได้ประสบการณ์ที่แตกต่างกันออกไป

1.2 การสะท้อนและอภิปราย (Reflection and Discussion) ผู้รับความรู้ได้แสดงความรู้สึก ความคิด ผู้ให้ความรู้จะเป็นผู้กำหนดใบงานประเด็นการวิเคราะห์ วิจารณ์ ให้ผู้รับความรู้ได้อภิปรายได้ฟังความคิดเห็นที่หลากหลาย

1.3 ความคิดรวบยอด (Concept) จะได้จากผู้รับความรู้ที่สะสมความรู้ที่หลากหลายจากการศึกษาด้วยตนเอง จากการสะท้อนความคิดของกลุ่ม จากผู้ให้ความรู้ ทำให้ผู้รับความรู้เกิดความเข้าใจ เกิดความคิดรวบยอดนำไปสู่การพัฒนาทักษะต่างๆ ได้ง่าย

1.4 การทดลองและประยุกต์แนวคิด (Experimention/Application) ผู้รับความรู้จะได้ใช้ความคิดรวบยอดซึ่งเป็นการแสดงผลความสำเร็จของการเรียนรู้ในองค์ประกอบที่ 1-3 มาใช้ในการประเมินผลการเรียนรู้ โดยอาศัยสื่อทุกรูปแบบ เช่น พูด เขียน แสดงบทบาทสมมุติ การทดลอง การปฏิบัติหรือวางแผนการเรียนรู้ของตนเองต่อไป

2. การเรียนรู้กระบวนการกลุ่ม (Group Process) ผู้ให้ความรู้ต้องเตรียม

2.1 แบ่งกลุ่มได้หลากหลาย เช่น กลุ่ม 2 คน กลุ่ม 3 คน กลุ่ม 3-4 ระดมสมอง กลุ่มเล็ก 5-6 คน (Small group) กลุ่มใหญ่(Large group) 10-15 คน กลุ่มย่อย เป็นการแบ่งจากกลุ่ม 8-12 คน มาแบ่งเป็นกลุ่มย่อย 3-4 คน เพื่อให้ทำงานกลุ่มไม่เหมือนกันและนำกลุ่มย่อยมารวมกันเพื่อบูรณาการ

2.2 ผู้ให้ความรู้กำหนดใบงานกิจกรรม เป้าหมายที่ชัดเจน กำหนดเวลาทำกิจกรรม นำเสนอผลงาน

2.3 การกำหนดบทบาทกลุ่ม กำหนดกิจกรรมในแต่ละกลุ่ม แต่ละกลุ่มบทบาทแตกต่างกัน เมื่อรวมเป็นกลุ่มใหญ่จะได้การเรียนรู้ที่กว้าง

2.4 บอกรายละเอียดของกิจกรรมของงานที่ชัดเจน เน้นให้ผู้เรียนนำเสนอประสบการณ์ประยุกต์ความคิดรวบยอด

ข้อดี

1. ผู้รับความรู้ได้ฝึกการวิเคราะห์ การคิดอย่างมีระบบ มีเหตุผล
2. ผู้รับความรู้มีการสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่ม มีความรับผิดชอบ กล้าแสดงออก รู้จักบทบาทหน้าที่และมีความกระตือรือร้นอยู่เสมอ
3. ผู้รับความรู้ได้แสดงความสามารถ ด้านการทดลอง การปฏิบัติ ประยุกต์ความคิด นำไปสู่การเรียนรู้ที่ดี

ข้อเสีย

1. ใช้เวลาในการทำกิจกรรมมาก
2. ผู้รับความรู้ต้องกล้าแสดงความคิดเห็นจึงจะทำให้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกิดประโยชน์ตามจุดมุ่งหมายที่กำหนด

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพเหมาะสำหรับการเรียนรู้เป็นรายกลุ่ม ในผู้รับความรู้ที่มีประเด็นสิ่งที่ต้องการเรียนรู้หรือปัญหาทางสุขภาพที่คล้ายๆกัน เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ที่จะนำมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยผ่านกระบวนการกลุ่ม ทุกคนมีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอนและสามารถนำสิ่งที่ได้วิเคราะห์/สังเคราะห์ไปใช้ปฏิบัติได้จริง

การให้ความรู้แก่ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย เรื่องการอาบน้ำบนเตียง การศึกษาโดยใช้วิธีการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วม ปฏิบัติได้ ดังนี้

1. ผู้ให้ความรู้จะต้องศึกษาจำนวนผู้รับความรู้ ซึ่งมีความต้องการและมีความจำเป็นที่จะต้องนำสิ่งที่จะเรียนรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและบุคคลในความดูแล เช่น มีกลุ่มผู้รับความรู้จำนวน 20 คน

2. ผู้ให้ความรู้ต้องบอกจุดประสงค์ที่ผู้รับความรู้จะต้องมีความสามารถในเรื่องการอาบน้ำบนเตียง คือ 1) บอกความสำคัญของการอาบน้ำบนเตียงได้ 2) บอกประโยชน์ของการอาบน้ำบนเตียงได้ และ 3) อาบน้ำให้ผู้ป่วยบนเตียงได้อย่างถูกวิธี

3. จัดทำใบงานที่ 1 คือ 1)ให้ผู้รับความรู้แบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน อภิปรายในหัวข้อ “ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรที่ให้ญาติอาบน้ำ (เช็ดตัว) ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้” และ 2) ใช้เวลาในการอภิปราย 15 นาที

จัดทำใบงานที่ 2 คือ 1) ให้ผู้รับความรู้แบ่งกลุ่มละ 3 คน 2) จับฉลากเลือกการอาบน้ำกลุ่มละ 1 ชนิด 3) แสดงบทบาทสมมุติ: การดูแลผู้ป่วยโดยการอาบน้ำบนเตียง คนที่ 1 เล่นบทผู้ป่วย คนที่ 2 เล่นบทเป็นผู้เช็ดตัว คนที่ 3 เป็นผู้สังเกต และ 4) ใช้เวลา 15 นาที

4. จัดทำตารางการปฏิบัติการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และการเรียนรู้กระบวนการกลุ่ม ผู้ให้ความรู้ชี้แจงวิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและดำเนินตามแผนที่วางไว้

ตารางที่ 17 ตารางการปฏิบัติการเรียนรู้เชิงประสบการณ์และการเรียนรู้กระบวนการ

องค์ประกอบ/กลุ่ม/เวลา	กิจกรรม(การออกแบบงาน)	เนื้อหา/สื่อ
ขั้นแสดงความรู้สึก 1. ประสบการณ์ - กลุ่ม 2 คน - เวลา 5 นาที	-ถามท่านรู้สึกอย่างไรถ้าผู้ป่วยที่นอนนานๆ ต้องการอาบน้ำ	- ความสำคัญของการอาบน้ำ - ประโยชน์ของการอาบน้ำ

องค์ประกอบ/กลุ่ม/เวลา	**กิจกรรม(การออกแบบงาน)**	**เนื้อหา/สื่อ**
ขั้นจัดระบบความคิด ความเชื่อ 2. สะท้อนความคิด/อภิปราย - กลุ่มละ 5 คน - เวลา 15 นาที	- อภิปราย "ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรที่ให้ญาติอาบน้ำ (เช็ดตัว) ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้"	- ใบงานที่ 1 การอาบน้ำบนเตียงชนิดต่างๆ เช็ดตัวแบบสมบูรณ์ เช็ดตัวบางส่วน (ดู CD)
3. ความคิดรวบยอด - กลุ่ม 20 คน - เวลา 20 นาที	- แจกใบความรู้ - แสดงความคิดเห็น/บรรยาย - ข้อสรุปจากการอภิปราย - รายงานผลการศึกษาของกลุ่ม	- การสร้างสัมพันธภาพ - การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย - การสังเกต - การรักษาสิทธิให้เกียรติผู้ป่วย - ใบความรู้แผนการให้ความรู้วิธีการเช็ดตัวบนเตียง
4. การทดลองและประยุกต์แนวคิด - กลุ่ม 3 คน - เวลา 20 นาที	-บทบาทสมมุติ:การดูแลผู้ป่วยโดยการอาบน้ำบนเตียง คนที่ 1 เล่นบทผู้ป่วย คนที่ 2 เล่นบทเป็นผู้เช็ดตัว คนที่ 3 เป็นผู้สังเกต	- ใบงานที่ 2 การแสดงความห่วงใยต่อผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือโดยการอาบน้ำ

หมายเหตุ. จาก *วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพ*, โดย อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2554, เชียงใหม่: ยูนิตี้ แอนด์โปรเกรสโซลูชั่น.

2.5.17 วิธีการให้ความรู้แบบจัดนิทรรศการ (Exhibition teaching Method) นิทรรศการ หมายถึง โอกาสของการเห็นความชื่นชมและการเรียนรู้บางอย่างที่เกินปกติวิสัยที่จะมีโอกาสเช่นนั้น เป็นการจัดแสดงแบบใดก็ได้ขึ้นอยู่กับจุดประสงค์ของผู้จัด การจัดนิทรรศการเป็นวิธีการอันทรงประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้ผู้คนสนใจในวัตถุและแนวความคิด เป็นวิธีที่สามารถเข้าถึงประชาชนได้ง่าย ประชาชนผู้รับความรู้สามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยผู้ให้ความรู้จัดนิทรรศการนำเสนอข้อมูลความรู้รายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพโดยใช้สื่อหลากหลายเป็นองค์ประกอบในการจัดและใช้พื้นที่บริเวณกว้าง

ประเภทของนิทรรศการ

1. นิทรรศการถาวร (Permanent Exhibition) เป็นการจัดแสดงเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริง มีหลักฐานชัดเจน ตั้งแสดงไว้นาน เช่น ประวัติศาสตร์ สถานที่สำคัญทางศาสนา การแสดงภาพเขียนในหอศิลป์แห่งชาติ โบราณวัตถุ พิพิธภัณฑ์วิทยาศาสตร์ เป็นต้น

2. นิทรรศการชั่วคราว (Temporary Exhibition) เป็นการจัดแสดงชั่วคราวมีการกำหนดเวลาในการจัดที่แน่นอนระยะสั้นๆ จัดเป็นวาระเป็นพิเศษ เพื่อให้ผู้ชมได้รับความรู้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ

3. นิทรรศการหมุนเวียน (Travelling Exhibition) เป็นการจัดแบบหมุนเวียนเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทัศนะและเผยแพร่ให้ผู้ชมได้รับรู้

การจัดนิทรรศการอาจจัดนิทรรศการในร่ม (Indoor Exhibition) เช่น ระเบียบทางเดิน ห้องโถง ห้องประชุม ห้องเรียน โรงอาหาร เป็นต้น หรือนิทรรศการกลางแจ้ง (Outdoor Exhibition) เป็นการจัดนิทรรศการที่มีผู้ร่วมจัดจากหน่วยงาน องค์การ ภาครัฐและเอกชน นักธุรกิจหลายสาขา มีจุดมุ่งหมายให้ประชาชนจำนวนมากได้มีโอกาสชมอาจจัดบริเวณที่กว้างๆ เช่น ลานวัด สนามโรงเรียน สวน ลานจอดรถ

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบการจัดนิทรรศการ เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความรู้

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายรายบุคคลและรายกลุ่ม

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบนิทรรศการเป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

วิธีการ

1. เตรียมการวางแผนในการจัดนิทรรศการอย่างรอบคอบและประชุมปรึกษากับฝ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ควรพิจารณาเกี่ยวกับ

1.1 การวางแผนเกี่ยวกับเนื้อหา ผู้จัดจะต้องคำนึงถึงสิ่งต่างๆดังนี้

1.1.1 จุดมุ่งหมายของการจัดนิทรรศการ กลุ่มเป้าหมายเป็นใคร เรื่องอะไรที่กลุ่มเป้าหมายสนใจและต้องการให้กลุ่มเป้าหมายเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

1.1.2 การเสนอเนื้อหาที่นำมาจัดนิทรรศการให้เหมาะสม สามารถกระตุ้นความสนใจ หรือถ่ายทอดความรู้ให้กับกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม

1.1.3 ตั้งหัวเรื่องหรือชื่อของนิทรรศการให้ผู้ชมเกิดความน่าสนใจ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ชมอยากเรียนรู้ แสวงหาความจริงจากการจัดนิทรรศการ เช่น จัดนิทรรศการเกี่ยวกับสมุนไพรชนิดต่างๆ อาจตั้งชื่อนิทรรศการว่า ***มหัศจรรย์สมุนไพรรักษาโรค*** เป็นต้น

1.1.4 ปรึกษาทีมงาน หรือผู้ออกแบบ (Designer) การจัดนิทรรศการเกี่ยวกับรูปแบบ การจัดกิจกรรม อุปกรณ์จัดแสดง บอร์ด โปสเตอร์และพิธีเปิดพิธีปิด เป็นต้น

1.2 การวางแผนเตรียมการอื่นๆ ดังนี้

1.2.1 ระยะเวลาการจัดนิทรรศการต้องคำนึงถึงเวลาในการเตรียมการ และเวลาที่จะจัดแสดงนิทรรศการ มีทีมงานร่วมจัดพอเพียงหรือไม่

1.2.2 ประสานงาน เลือกสถานที่ ขนาดที่สามารถบรรจุผู้เข้าชมได้พอเพียง

1.2.3 คำนึงถึงองค์ประกอบของกลุ่มผู้ชม ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา ระดับสติปัญญา เหมาะสมกับนิทรรศการนั้นหรือไม่

1.2.4 ประชาสัมพันธ์การจัดนิทรรศการทางสื่อต่างๆ เช่น หนังสือพิมพ์ แผ่นใบปลิว

2. คำนึงถึงหลักปฏิบัติในการจัดนิทรรศการ

2.1 ในการจัดนิทรรศการนำเสนอเนื้อหาภาพ โปสเตอร์ หุ่นจำลอง อุปกรณ์ต่างๆ ต้องมีคำอธิบายเนื้อหาภาพให้ชัดเจนหรือในแต่ละจุด ควรมีผู้ที่คอยให้คำแนะนำอธิบายเพิ่มเติมหรือตอบคำถามของผู้รับความรู้อย่างต่อเนื่อง

2.2 การใช้ศิลปะ ในการผลิตสื่อนิทรรศการต้องคำนึงถึงความเด่นของสีของรูปภาพ ของขนาดสัดส่วนต่างๆ ให้ผู้ชมไม่ระคายตา สวยงาม น่าสนใจ

2.3 จัดนิทรรศการให้ผู้ชมเกิดความรู้ความเข้าใจความคิดรวบยอด อาจมีกิจกรรมถามตอบ ให้รางวัลแก่ผู้ชมนิทรรศการที่สอดคล้องกับจุดประสงค์ของการจัดนิทรรศการ

2.4 ประเมินผลโดยการสังเกตผู้ชม เล่นเกม แจกแบบสอบถาม เป็นต้น

ข้อดี

1. ผู้รับความรู้ได้รับข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่หลากหลาย
2. ผู้รับความรู้สามารถศึกษาข้อมูลรายละเอียดจากนิทรรศการได้ด้วยตนเอง
3. การจัดนิทรรศการใช้ได้กับกลุ่มผู้รับจำนวนมาก
4. ข้อมูลข่าวสารที่นำในการจัดนิทรรศการอยู่ได้นาน

ข้อเสีย

1. ค่าใช้จ่ายในการจัดนิทรรศการมาก
2. ต้องมีการประชาสัมพันธ์แก่กลุ่มผู้รับความรู้จึงจะได้ประโยชน์สูงสุด

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการจัดนิทรรศการไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นการถ่ายทอดความรู้ทางสุขภาพ ทางสื่อในรูปแบบต่างๆ เช่น สื่อของจริง สื่อจำลอง โปสเตอร์ บอร์ด แผ่นพับ หรือสื่ออื่นๆ เพื่อต้องการแสดงให้ผู้รับความรู้ได้รับความรู้ ความเข้าใจและสร้างความเพลิดเพลิน ทั้งยังเป็นที่รวมของความรู้อันจะเป็นแนวการปฏิบัติเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพต่างๆ ใช้ได้ในกรณีผู้ให้ความรู้ที่ไม่มีเวลาให้ความรู้แก่ผู้รับบริการด้วยตนเอง หรือผู้รับความรู้ที่ไม่มีเวลามารับฟังการให้ความรู้ทางสุขภาพจากผู้ให้ความรู้โดยตรง จึงต้องเรียนรู้ด้วยตัวเองจากการชมนิทรรศการซึ่งนำเสนอเนื้อหารายละเอียดเกี่ยวกับสุขภาพได้ทุกเรื่อง

การให้ความรู้การจัดนิทรรศการ เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยบนท้องถนน ผู้ให้ความรู้สามารถจัดนิทรรศการได้ในหลายรูปแบบ เช่น โปสเตอร์สัญลักษณ์เครื่องหมายจราจรต่างๆ อุปกรณ์จริงที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย เช่น หมวกนิรภัย เบาะนิรภัย เข็มขัดนิรภัย จัด เกมจับคู่ตอบคำถามกฎจราจรต่างๆ หรือให้ดูภาพดูวิดิทัศน์ ดูภาพยนตร์ VCD ที่แสดงถึงผลจากการขับรถที่ผิดกฎจราจรส่งผลกระทบต่อบุคคลทำให้เสียทรัพย์สิน เกิดความพิการ เสียชีวิต ครอบครัวลำบากไม่สามารทำงานได้ และควรมีผู้ให้ความรู้อยู่ประจำนิทรรศการ เพื่อตอบคำถามข้อสงสัยต่างๆ ด้วย

2.5.18 วิธีการให้ความรู้แบบใช้โปรแกรมการเรียนสำเร็จรูป (Program Instruction Method) วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบใช้โปรแกรมการเรียนสำเร็จรูป เป็นการสอนแบบหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี มีการวางโปรแกรมไว้ล่วงหน้าและอาศัยหลักการจัดเพื่อตอบสนองความแตกต่างระหว่างบุคคล ผู้รับความรู้จะเรียนรู้ตามขีดความสามารถ ความถนัดและความสนใจ อยู่ในรูปแบบคู่มือ ตำรา แบบเรียน หรือเป็นโปรแกรมเรียนจากคอมพิวเตอร์ก็ได้ ผู้ให้ความรู้ต้องเตรียมบทเรียนสำเร็จรูปไว้ให้ผู้รับความรู้เพื่อให้ผู้รับความรู้สามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้รับความรู้จะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มืออย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วยจุดประสงค์ของบทเรียน เนื้อหาสาระ กิจกรรมและการวัดประเมินผลของโปรแกรมการเรียนสำเร็จรูป

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบใช้โปรแกรมการเรียนสำเร็จรูป เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความรู้

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายรายบุคคล

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

วิธีการ

1. ผู้ให้ความรู้อธิบายจุดประสงค์ของวิธีการศึกษาโปรแกรมแก่ผู้รับความรู้ เน้นให้ปฏิบัติแต่ละขั้นตอนอย่างเคร่งครัด

2. ผู้ให้ความรู้แจกโปรแกรมเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพที่ต้องการให้ผู้รับความรู้เกิดการเรียนรู้ บทเรียนแบบโปรแกรม เป็นบทเรียนที่เสนอเนื้อหาในรูปของกรอบหรือเฟรม โดยแบ่งเนื้อหาเป็นหน่วยย่อยๆ ให้ผู้รับความรู้ได้ศึกษาด้วยตนเองทีละน้อยจากง่ายไปยาก ปฏิบัติไปตามลำดับขั้น

3. ระหว่างดำเนินการศึกษาโปรแกรม ผู้ให้ความรู้ต้องเดินสำรวจให้ทั่วคอยแนะนำและตอบข้อสงสัย

4. ในโปรแกรมจะมีคำถามให้ฝึกตอบและมีเฉลยให้ทราบผลได้ทันที โดยผู้เรียนจะตรวจสอบคำตอบของตนเองว่าถูกต้องหรือไม่ถ้าถูกต้องจะมีการให้รางวัล หรือเสริมแรงโดยการชมเชย เป็นแรงเสริมให้ผู้รับความรู้ต้องการเรียนรู้ต่อไป แต่ถ้าตอบผิดก็จะได้ทราบคำตอบที่ถูกต้องทันที

5. ขณะศึกษาโปรแกรมสำเร็จรูปไม่ควรจำกัดเวลา เปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้ได้ใช้เวลาเรียนรู้อย่างเต็มที่ตามความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละคน

6. ภายหลังศึกษาโปรแกรมเสร็จแล้ว ผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ร่วมสรุปสาระสำคัญจากบทเรียน

สร้างบทเรียนแบบโปรแกรม

ขั้นเตรียม ซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประการคือ

1. ศึกษาเนื้อหาอย่างละเอียดโดยจะต้องคำนึงถึงความสามารถของผู้รับความรู้

2. เขียนจุดมุ่งหมายหรือจุดประสงค์ในการเขียนบทเรียนแบบโปรแกรม จะให้เกิดการเรียนรู้ในเรื่องใดบ้างโดยตั้งวัตถุประสงค์ทั่วไปและวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

ขั้นลงมือเขียนบทเรียนแบบโปรแกรม ในการเขียนนั้นอาจทำตามลำดับขั้นดังนี้

1. วิเคราะห์เนื้อหา โดยนำเนื้อหาที่จะสร้างมาแตกย่อยและเรียงลำดับจากง่ายไปหายาก

2. สร้างแบบทดสอบเพื่อนำไปใช้ในการทดสอบ ก่อนเรียน และหลังเรียน ซึ่งจะต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

3. ลงมือเขียนโดยจะต้องคำนึงถึงหลักการดังนี้

3.1 เขียนเนื้อหาในแต่ละกรอบให้มีความต่อเนื่องกัน ทำให้ผู้รับความรู้เกิดความเข้าใจในกรอบถัดไปและการเขียนเนื้อหาในแต่ละกรอบควรพาดพิงถึงกรอบเดิมด้วยเพื่อช่วยทบทวนให้เข้าใจง่ายยิ่งขึ้น เกิดการเรียนรู้ดียิ่งขึ้น

3.2 เขียนเนื้อหาหรือคำอธิบายที่ดึงดูดความสนใจ

3.3 ควรใช้ภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ถูกต้อง ตามหลักภาษาและการใช้ภาษา

ข้อดี

1. ผู้รับความรู้ศึกษาได้ด้วยตนเอง

2. ชวนติดตามเร้าใจกระตุ้นความสนใจของผู้รับความรู้

3. ตอบสนองและเสริมแรงโดยการทราบผลจากการเรียนรู้จากการศึกษาทันที

4. ผู้รับความรู้สามารถเลือกโปรแกรมการเรียนเรื่องที่สนใจศึกษาได้ด้วยตนเอง

ข้อเสีย

1. ใช้งบประมาณมาก

2. ได้ผลดีเฉพาะการเรียนรู้ด้านความจำ

3. ผู้ที่ไม่ซื่อสัตย์ต่อตนเองจะดูเฉลยคำตอบก่อนได้

4. ใช้เวลาในการเตรียมโปรแกรมการเรียนมาก

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการให้ความรู้แบบใช้โปรแกรมการเรียนสำเร็จรูปไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพเหมาะสำหรับการเรียนรู้เป็นรายบุคคล เป็นการทดสอบ

ความเข้าใจของผู้ศึกษา ผู้ให้ความรู้ไม่จำเป็นต้องอธิบายถ้าผู้รับความรู้อ่านแล้วเข้าใจกิจกรรม ปฏิบัติตามทีละขั้นตอน

ต้องการให้ความรู้โดยใช้โปรแกรมการเรียนสำเร็จรูป เรื่อง ***การคุมกำเนิดวิธีต่างๆ*** โปรแกรมสำเร็จรูปที่จัดทำขึ้นต้องผ่านการทดลองใช้และผ่านการประเมินผลโปรแกรมก่อนนำมาใช้ในโปรแกรมการเรียนสำเร็จรูป ควรมีการนำเสนอเนื้อหา ความสำคัญของการคุมกำเนิด วิธีการนำไปใช้ ประโยชน์ ข้อควรระวัง มีภาพประกอบการคุมกำเนิดประเภทต่างๆ ท้ายบทเรียน มีคำถามทดสอบความเข้าใจจากการได้ศึกษาการคุมกำเนิดวิธีต่างๆ ผู้รับความรู้จะต้องมีความตั้งใจที่จะศึกษาความรู้จริง มีสมาธิในการอ่าน ทำไปตามขั้นตอนที่กำหนด ส่วนผู้ให้ความรู้จะเป็นผู้คอยอำนวยความสะดวกและภายหลังศึกษาโปรแกรมเสร็จแล้วผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ร่วมสรุปสาระสำคัญจากบทเรียน ผู้ให้ความรู้เปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้ซักถามความรู้เพิ่มเติม

2.5.19 วิธีการให้ความรู้แบบออนไลน์ (E-learning Method) การนำวิธีการสอนแบบออนไลน์ หรือ E-learning ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ เป็นการให้ความรู้ด้วยวิธีการเรียนรู้ผ่านเครือข่ายคอมพิวเตอร์อินเทอร์เน็ต เป็นการเรียนรู้ด้วยตัวเอง ผู้รับความรู้จะได้เรียนตามความสามารถและความสนใจของตน โดยเนื้อหาของบทเรียนซึ่งประกอบด้วยข้อความคำอธิบายรายละเอียดเนื้อหา รูปภาพ เสียง วิดีโอและมัลติมีเดียอื่นๆ จะถูกส่งไปยังผู้เรียนผ่าน Web Browser โดยผู้รับความรู้สามารถติดต่อปรึกษา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกันได้เช่นเดียวกับการเรียนในชั้นเรียนปกติโดยอาศัยเครื่องมือการติดต่อ สื่อสารที่ทันสมัย (E-mail, web-board, chat) จึงเป็นการเรียนรู้สำหรับทุกคน สามารถเรียนได้ทุกเวลา และทุกสถานที่

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบออนไลน์ เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความรู้

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายรายบุคคล

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบออนไลน์เป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้

วิธีการ

1. ผู้ให้ความรู้มีความรู้ในการใช้คอมพิวเตอร์และวิธีการทำบทเรียนแบบออนไลน์เป็นอย่างดี
2. ผู้ให้ความรู้อธิบายจุดประสงค์การเรียนรู้ สาธิตวิธีการศึกษาแบบออนไลน์แก่ผู้รับความรู้
3. ผู้รับความรู้ต้องมีพื้นฐานด้านการใช้คอมพิวเตอร์ เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ตลอดเวลา
4. ผู้ให้ความรู้บอกหัวข้อที่ต้องการให้ศึกษา แนะนำ E-mail, web-board, chat ที่สามารถใช้ค้นข้อมูลเพิ่มเติม

5. ผู้ให้ความรู้ต้องเปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้มีเวลาในการศึกษาแบบออนไลน์

6. ภายหลังการศึกษาแบบออนไลน์เสร็จแล้ว ผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ร่วมสรุปสาระสำคัญจากการเรียนรู้

ข้อดี

1. ผู้รับความรู้ศึกษาได้ด้วยตนเอง
2. ได้สร้างสัมพันธ์ภาพ แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคคลอื่น
3. ผู้รับความรู้สามารถเลือกเรื่องที่ตนเองสนใจเรียนรู้ได้
4. เป็นการเรียนรู้ที่ทันสมัยอยู่เสมอ กระตุ้นความสนใจของผู้ที่ต้องการเรียนรู้
5. ผู้รับความรู้สามารถศึกษาความรู้แบบออนไลน์ได้ทุกที่และตลอดเวลา

ข้อเสีย

1. ต้องใช้ในสถานที่มีคอมพิวเตอร์และใช้เฉพาะแต่ละคน
2. ถ้าผู้รับความรู้ใช้คอมพิวเตอร์ไม่ชำนาญจะใช้เสียเวลาในการเรียนรู้มาก

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการให้ความรู้แบบออนไลน์ไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพเหมาะสำหรับการเรียนรู้เป็นรายบุคคล เป็นวิธีที่ใช้คอมพิวเตอร์เป็นเครื่องมือในการค้นหาความรู้ มีภาพประกอบ เทคนิคการนำเสนอการเรียนรู้แบบออนไลน์เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ทันสมัยจะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้รับความรู้สนใจที่จะติดตาม เสาะแสวงหาความรู้ต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด

ต้องการให้ความรู้ เรื่องสมุนไพรกับการรักษาโรค โดยการให้ความรู้แบบออนไลน์ ผู้ให้ความรู้จะได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร ชื่อสามัญ ชื่อทางวิทยาศาสตร์ ประเภท ชนิด สรรพคุณ จัดหมวดหมู่ ของกลุ่มสมุนไพรที่ใช้รักษาแต่ละโรค เพื่อให้การเรียนรู้ที่สมบูรณ์ผู้รับความรู้จะได้เห็นภาพสมุนไพรแต่ละประเภทและเพื่อให้การศึกษาที่ได้รับน่าเชื่อถือ ผู้ให้ความรู้จะต้องศึกษา web-board ฐานข้อมูลการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวกับสมุนไพรกับการใช้รักษาโรคฐานข้อมูล e-mail, web-board กรณีศึกษาผู้ป่วยที่ประสบผลสำเร็จจากการใช้สมุนไพรรักษาโรค ฐานข้อมูล web-board หนังสือสมุนไพร เป็นต้น ผู้รับความรู้จะต้องมีความตั้งใจที่จะศึกษาความรู้พร้อมที่จะเรียนรู้ มีความใส่ใจสนใจที่จะค้นคว้า สืบค้นจากฐานข้อมูลต่างๆ และสนุกไปกับสิ่งที่ได้เรียนรู้ ส่วนผู้ให้ความรู้จะเป็นผู้คอยอำนวยความสะดวกในการใช้คอมพิวเตอร์และภายหลังการศึกษาแบบออนไลน์แล้วผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้ร่วมสรุปสาระสำคัญจากบทเรียน ผู้ให้ความรู้เปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้ซักถามความรู้เพิ่มเติม

1.5.20 วิธีการให้ความรู้ทางวิทยุชุมชนและหอกระจายข่าว

วิทยุชุมชน เป็นวิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพทางสื่อมวลชน เป็นรูปแบบการบริหารจัดการวิทยุท้องถิ่นให้เป็นศูนย์กลางข้อมูล วิทยุเป็นสถานีที่มีรัศมีการออกอากาศครอบคลุมเฉพาะพื้นที่เท่านั้น กำลังส่งไม่เกิน 10 กิโลเมตร ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช

2540 มาตรา 40 คลื่นความถี่ที่ใช้ในการส่งวิทยุกระจายเสียงวิทยุโทรทัศน์และวิทยุโทรคมนาคม เป็นทรัพยากรสื่อสารของชาติเพื่อประโยชน์สาธารณะให้มีองค์กรของรัฐที่เป็นอิสระ การดำเนินการต้องคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของประชาชนในระดับชาติและระดับท้องถิ่นทั้งในด้านการศึกษา วัฒนธรรม ความมั่นคงของรัฐและ ประโยชน์สาธารณะอื่นๆ นำเสนอข่าวสารที่ตรงกับความต้องการของท้องถิ่นที่แท้จริงต้องเกิดขึ้นจากความต้องของชุมชน ไม่มีการแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา ประเพณี วัฒนธรรมของคนในชุมชน ต้องยึดถือแนวทางการเสนอรายการและข่าวสารของชุมชนเป็นหลัก ภายใต้แนวคิดความเชื่อ วัฒนธรรมท้องถิ่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น สิ่งแวดล้อมและเหตุการณ์ในท้องถิ่น เปิดโอกาสให้ประชาชนในชุมชนร่วมคิดร่วมวางแผน ร่วมจัดรายการและสามารถเข้าไปบริหารจัดการหรือเป็นผู้ปฏิบัติในสถานีได้โดยยึดหลักกระบวนการทางประชาธิปไตย

หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน มีเป้าหมายในการเผยแพร่กระจายเสียงข่าวสารเฉพาะภายในหมู่บ้านในรูปของการจัดตั้งเป็นหอส่งกระจายเสียง หรืออาจจะส่งเสียงไปตามสายโดยติดตั้งลำโพงไว้เป็นระยะๆ ให้ได้ยินอย่างทั่วถึงทั้งหมู่บ้าน แนวคิดหอกระจายข่าวเหมือนกับแนวคิดวิทยุชุมชนแต่ที่ผ่านมาการดำเนินงานของหอกระจายข่าวส่วนใหญ่ยังมีปัญหาในการเลือกข่าวสารที่จะนำออกเผยแพร่รวมทั้งขาดผู้รับผิดชอบที่มีความรู้ด้านการจัดรายการ การสื่อข่าวและการบำรุงรักษาอุปกรณ์ หอกระจายข่าว จึงทำให้หอกระจายข่าวไม่ได้ทำหน้าที่เป็นสื่อสาธารณะของชุมชนที่แท้จริง

พฤติกรรมการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพแบบวิทยุชุมชนและหอกระจายข่าว เป็นการให้ความรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้ด้านความรู้และทัศนคติ

กลุ่มเป้าหมาย เหมาะสำหรับการให้ความรู้กลุ่มเป้าหมายรายกลุ่ม

ลักษณะการเรียนรู้ วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพวิทยุชุมชนและหอกระจายข่าวเป็นลักษณะการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้และผู้รับความรู้เป็นศูนย์กลางการเรียนรู้ร่วมกัน

วิธีการ

1. ชุมชนที่ต้องการจัดวิทยุชุมชนจะต้องจัดตั้งคณะกรรมการ จำนวน 15-20 คน มีลักษณะเป็นผู้นำที่สนใจด้านการข่าวสารที่เป็นตัวแทนของกลุ่มผู้ฟังที่แท้จริง โดยมีผู้จัดการหรือเจ้าหน้าที่สถานีฯ เป็นเลขานุการ ส่วนประธานควรใช้วิธีการเลือกตั้งคณะกรรมการควรมีวาระไม่เกิน 2 ปี การจัดตั้งหอกระจายข่าวมักทำกันให้หมู่บ้านโดยผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้านและกรรมการหมู่บ้าน ไม่ต้องขออนุญาตทางราชการ

2. ขออนุญาตการจัดตั้งวิทยุชุมชนจากกรมประชาสัมพันธ์ โดยผ่านการออกอากาศครอบคลุมเฉพาะพื้นที่ไม่เกินรัศมี 10 กิโลเมตร

3. การจัดรายการผู้ให้ความรู้สามารถจัดรายการด้วยตนเอง หรือจัดรายการเป็นทีมก็ได้ โดยมีรูปแบบรายการในลักษณะต่างๆ เช่น

3.1 รายการข่าวสารต่างๆ เป็นข่าวสารที่เสนอข่าวสำคัญในข่าวท้องถิ่นด้านการเกษตร สุขภาพอนามัย ภูมิปัญญาชาวบ้าน ข่าวบริการ รวมทั้งศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่นในจังหวัดและชุมชนหมู่บ้าน ควรเสนออย่างถูกต้องและเที่ยงตรง และควรเปิดโอกาสให้ผู้ฟังโทรเข้ามาซักถาม และตอบคำถามเป็นรายการสด

3.2 รายการบทความ เป็นการนำเสนอบทความไม่นิยมใช้เพลง หรือเสียงอื่นประกอบ หากใช้ก็ต่อเมื่อบทความนั้นมีความยาวมากและอาจทำให้ผู้ฟังเบื่อ รายการประเภทบทความไม่ควรยาวเกิน 10 นาที

3.3 รายการสัมภาษณ์พูดคุยออกอากาศ เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่อยู่ในความสนใจของผู้ฟัง ผู้สัมภาษณ์ถามคำถามต่างๆ ที่ถาม ต้องอาศัยพื้นฐานความต้องการของผู้ฟังเป็นหลัก

3.4 รายการอภิปราย เป็นรายการที่ประกอบไปด้วยผู้พูดตั้งแต่ 3 คน ขึ้นไป เพื่อให้ข้อมูลในเรื่องที่ให้ความสนใจของผู้ฟังและมักจะเป็นประเด็นขัดแย้งเป็นข้อโต้เถียงของสังคม หรือเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของท้องถิ่นและข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหา ซึ่งอาจจะสะท้อนปัญหาจากชาวบ้านสู่ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

3.5 รายการสาระบันเทิง เป็นรายการที่มีจุดมุ่งหมายให้ความบันเทิงด้วยเสียงเพลงต่างๆ อาจมีเนื้อหาสาระเป็นบทความสั้นๆ หรือเรื่องน่ารู้จำพวกเกร็ดความรู้ หรือเรื่องราวเกี่ยวกับเพลงที่เสนอ เพื่อให้ผู้ฟังได้รับความบันเทิงและได้รับความรู้จากรายการด้วย

4. การนำเสนอความรู้ ผู้นำเสนอควรไปถึงสถานีก่อน 30 นาที ต้องเตรียมเรื่องที่จะนำเสนอ ใช้ภาษาพูดด้วยสำนวนของการพูดคุยไม่ใช่การอ่าน มีการเน้นคำเพื่อให้ผู้ฟังจับใจความสำคัญได้ ภาษาที่นำเสนอที่เหมาะที่สุดคือภาษาท้องถิ่นเพราะชาวบ้านคุ้นเคยและช่วยให้เกิดความเข้าใจในข่าวนั้นมากขึ้น อย่าใช้ภาษาไม่สุภาพ อย่าพูดเร็วไปหรือช้าเกินไป หลีกเลี่ยงภาษาวิชาการ ถ้ามีคำอื่นที่ง่ายกว่าออกเสียงทั้งชื่อไทยและอังกฤษอย่างถูกต้อง

5. ผู้จัดรายการต้องมีลักษณะของนักจัดรายการที่ดี คือ

5.1 มีความรับผิดชอบในการจัดรายการอย่างต่อเนื่องและรับผิดชอบต่อรายการและผู้รับฟังความรู้

5.2 มีปฏิภาณไหวพริบดี รู้จักเลือกเรื่องที่จะมาเสนอรวมทั้งปรุงแต่งให้เหมาะสมและน่าสนใจ

5.3 มีมนุษยสัมพันธ์สามารถทำงานเป็นทีมและสามารถติดต่อสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลทั่วไป รู้จักควบคุมอารมณ์ให้คงที่และเป็นนักฟังที่ดี

5.4 ต้องมีความเสียสละและทุ่มเทเวลาเพื่อการจัดและพัฒนารายการที่ตนรับผิดชอบอยู่ตลอดเวลา และมีความตื่นตัวกระตือรือร้นอยู่เสมอ

5.5 มีความมั่นใจ เชื่อมั่นในตนเอง ไม่ประหม่า มีความจริงใจ

5.6 มีความทันสมัย ทันเหตุการณ์ ติดตามข่าวของสังคมอยู่เสมอ

5.7 มีความรู้จริงในเรื่องที่พูดซึ่งต้องอาศัยการศึกษา ค้นคว้าและประสบการณ์

5.8 มองโลกในแง่ดี เพราะทำให้คิดดี ปฏิบัติดีและจะพูดดี

5.9 มีคุณธรรม ผู้พูดต้องมีสติสัมปชัญญะ ระลึกและรู้ตัวได้ว่าพูดอะไร

6. จัดทำตารางกำหนดผังรายการประกอบด้วย หัวข้อ วันที่ เดือน ปี เวลา ชื่อเรื่องเนื้อหา ผู้ร่วมรายการ ผู้ดำเนินรายการ

ข้อดี

1. ผู้รับความรู้ได้รับข่าวสารที่ทันสมัยและสำคัญเป็นประโยชน์ต่อตนเองและท้องถิ่น
2. เป็นวิธีการให้ความรู้ที่สามารถให้ความรู้แก่ผู้รับความรู้ได้จำนวนมาก

ข้อเสีย

1. การกระจายเสียงอาศัยคลื่นวิทยุบางครั้งไม่ชัดเจน
2. ในการจัดรายการสดที่เปิดโอกาสให้ผู้รับความรู้ถามคำถาม ผู้ให้ความรู้ที่ตอบคำถามถ้ามีความรู้ไม่เพียงพอรู้ไม่จริงตอบผิดๆ จะส่งผลกระทบต่อการรับรู้ของผู้รับความรู้เกิดความเข้าใจที่ผิดๆ ด้วย
3. การจัดหอกระจายข่าวมักดำเนินการไม่ต่อเนื่องขาดผู้รับผิดชอบที่มีความรู้ด้านการจัดรายการ การสื่อข่าวและการบำรุงรักษาอุปกรณ์หอกระจายข่าว

การนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพ การนำวิธีการให้ความรู้ทางวิทยุชุมชนและหอกระจายข่าวไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพเหมาะสำหรับการเรียนรู้เป็นรายกลุ่ม เป็นวิธีการให้ความรู้ที่ต้องใช้เครื่องเสียง ลำโพงขยายเสียงเป็นเครื่องมือในการกระจายข่าวความรู้ โดยมุ่งเน้นประโยชน์ของสาธารณะและส่วนรวมเป็นสำคัญ เป็นวิธีการที่ผู้รับความรู้จะมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนความรู้อย่างต่อเนื่อง

จะเห็นได้ว่าวิธีหรือกิจกรรมที่ใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพมีมากมาย ซึ่งแต่ละวิธีมีลักษณะเฉพาะส่งเสริมพฤติกรรมการเรียนรู้ มีลักษณะการเรียนรู้ วิธีการใช้ ข้อดี ข้อเสียและสามารถนำไปใช้ในการให้ความรู้ทางสุขภาพกับกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามไม่มีวิธีการให้ความรู้วิธีใดที่ดีที่สุด ผู้เลือกใช้เท่านั้นจะเป็นผู้พิจารณาและนำไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับจุดประสงค์ของการให้ความรู้เพื่อกระตุ้นให้ผู้รับความรู้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่บกพร่องให้ดีขึ้น หรือทำให้สุขภาพที่ดีอยู่แล้วคงอยู่ตลอดไป

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นสิ่งสำคัญทั้งในเรื่องของความเครียด การออกกำลังกาย การกิน การใช้แอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด เพศสัมพันธ์ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล อนามัยครอบครัว การใช้ความรุนแรง ความปลอดภัยในการใช้รถ การสูบบุหรี่และอนามัยสิ่งแวดล้อม การสอนสุขศึกษาให้ได้ผลสำเร็จนั้นจะต้องให้การสอนสุขศึกษาอย่างต่อเนื่อง แทรกแซงไปในการเรียนการสอน ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) การสอนทางตรง ได้แก่ การเรียนตามหลักสูตร 2) การสอนทางอ้อม ได้แก่ การวัดประสบการณ์การเรียนรู้นอกหลักสูตรลักษณะการสอนโดยวิธีสอนที่ยึดครูเป็นศูนย์กลางและวิธีสอนที่ยึดนักเรียนเป็นศูนย์กลาง กระบวนการสอนควรยึดหลักเกณฑ์ดังนี้

1. เลือกแบบแผนการสอนที่เห็นว่านักเรียนบรรลุจุดประสงค์ที่กำหนดไว้
2. เตรียมเนื้อหาให้เหมาะสมกับผู้เรียน ระยะเวลา โอกาสและสถานที่
3. เลือกวัสดุอุปกรณ์การสอนที่หาง่าย ใช้สะดวกและจัดเตรียมให้พร้อม
4. กำหนดขั้นตอนการสอนและวัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสม

4. อนามัยสิ่งแวดล้อมหรือสุขาภิบาลและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน (Environmental health)

องค์ประกอบที่ 3 ของงานอนามัยโรงเรียน คือสิ่งแวดล้อมล้อมภายในโรงเรียน ได้แก่ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมจะรวมทั้งด้านกายภาพ ความร้อน แสงสว่าง ความปลอดภัย ในเรื่องของจิตสังคมต้องตระหนักถึงผลของการใช้ความรุนแรงกับเด็กทั้งจากชุมชนและในโรงเรียน ซึ่งการใช้ความรุนแรงสามารถป้องกันได้และการสุขาภิบาลอาหาร (สรญา แก้วพิทูลย์, 2561)

การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ มีความมุ่งหมายดังนี้

1. เพื่อส่งเสริมสุขภาพร่างกายให้แก่นักเรียน
2. เพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ให้แก่นักเรียน
3. เพื่อช่วยให้นักเรียนปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บและอุบัติเหตุต่าง ๆ
4. เพื่อให้นักเรียนมีการปฏิบัติด้านสุขลักษณะได้ถูกต้อง เป็นตัวอย่างที่ดีต่อครอบครัวและชุมชน

4.1 พื้นที่สร้างโรงเรียนหรือสถานที่ตั้ง มีหลักพิจารณาดังนี้

4.1.1 ไม่ควรห่างจากย่านชุมชนเกินกว่า 2 กิโลเมตร อยู่ในย่านที่มีการสัญจรไปมาสะดวก

4.1.2 มีเนื้อที่ไม่น้อยกว่า 3,200 ตารางเมตร (2 ไร่) มีบริเวณสำหรับอาคารเรียน และมีเนื้อที่ที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต มีสนามใช้ตลอดปี

4.1.3 บริเวณพื้นที่ห้องไม่สูงชันหรือลาดเอียงและควรได้รับแสงสว่างจากธรรมชาติได้มากที่สุด

4.1.4 ไม่ควรอยู่ใกล้ทางรถไฟหรือถนนสายใหญ่ๆ ที่มีการสัญจรคับคั่ง เพราะจะเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายและเกิดเหตุรำคาญเนื่องจากเสียง แต่ถ้ามีความจำเป็นต้องสร้าง ควรห่างจากแนวถนนไม่น้อยกว่า20 เมตร และมีรั้วป้องกัน

4.1.5 ไม่ควรตั้งอยู่ใกล้โรงงานอุตสาหกรรม ตลาดสด หรือที่มีเสียงรบกวน มีกลิ่นเหม็น ฝุ่นละออง แมลงหรือสัตว์ที่อาจจะเป็นพาหะนำโรค หรือก่อเหตุรำคาญต่าง ๆ

4.1.6 ไม่เป็นพื้นที่ที่มีน้ำขังเฉอะแฉะและเป็นโคลนตมในฤดูฝน พื้นที่ควรเป็นดินปนทรายเพราะน้ำซึมลงไปใต้ดินได้ง่าย ควรเป็นพื้นที่มีระดับสูงพอควร น้ำท่วมไม่ถึง

4.1.7 บริเวณโรงเรียนควรมีต้นไม้ใหญ่อยู่บ้างเพื่อช่วยกำบังความร้อนและแสงแดดในฤดูร้อนช่วยกำบังลมในฤดูลมพัดจัด นอกจากนี้บริเวณสนามควรมีดอกหญ้าและดอกไม้เป็นหย่อม ๆ ตามถนนทางเข้าโรงเรียน เป็นต้น ควรมีสวนดอกไม้และไม้ยืนต้น โดยพยายามอนุรักษ์ของเดิมที่มีอยู่ตามธรรมชาติให้มากที่สุด

4.2 อาคารเรียนและที่ปฏิบัติงาน

การก่อสร้างตัวอาคารเรียนควรพิจารณาถึงแสงสว่าง การระบายอากาศ ความปลอดภัย มีขนาดเหมาะสมกับนักเรียนและสามารถต่อเติมขยายอาคารให้เหมาะสมได้ในอนาคต รูปของอาคารเรียนควรเป็นรูปตัวอักษร E, F, L, T, U เพื่อสะดวกในการขยายและการบริการงาน นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงความคงทนแข็งแรงพอที่จะรับน้ำหนักนักเรียนและอุปกรณ์จำนวนมากตลอดจนสามารถทนทานต่อภัยธรรมชาติที่อาจเกิดขึ้นได้

4.2.1 เนื้อที่ของอาคารเรียนไม่น้อยกว่า 1.5 ตารางเมตรต่อนักเรียน 1 คน

4.2.2 ตัวอาคารเรียนควรหันหน้าไปในทิศทางรับลมได้สะดวก แสงแดดหรือฝนไม่รบกวนมากนักไม่ควรหันหน้าไปทางทิศตะวันออกหรือตก เพราะได้รับแสงแดดตลอดทั้งวัน ตัวอาคารไม่ควรสูงเกิน 2 ชั้น พื้นที่อาคารคิดเฉลี่ย 1 ตารางเมตรต่อนักเรียน 1 คน

4.2.3 ห้องประชุม ควรมีพื้นที่ 1 ตารางเมตรต่อนักเรียน 1 คน

4.2.4 ห้องพักครู ควรมีพื้นที่ 4-5 ตารางเมตรต่อครู 1 คน

4.2.5 ห้องสมุด ควรมีพื้นที่เฉลี่ย 1 ตารางเมตรต่อนักเรียน 1 คน

4.2.6 พื้นควรใช้วัสดุที่ทำความสะอาดง่าย ถ้าเป็นพื้นไม้ควรไม่มีรูหรือรอยแตก พื้นกระดานชนิดที่ใช้แปรงขัดให้สะอาดเสมอดีกว่าพื้นลงน้ำมันขัดเงาซึ่งอาจลื่นและฝุ่นจับได้ง่าย

4.2.7 บันไดไม่ลาดหรือชันเกินไป ควรทำชานพักทางหนีเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือทางหนีไฟ(สำหรับอาคารสูงตั้งแต่ 2 ชั้นขึ้นไป) เพื่อใช้สำหรับเป็นทางหนีเมื่อเกิดเพลิงไหม้หรือเหตุฉุกเฉิน

4.3 ห้องเรียนหรืออุปกรณ์เครื่องใช้ (Class room and Equipment) โรงเรียนในปัจจุบันนี้ควรออกแบบสร้างห้องเรียนให้ใช้ประโยชน์ตามความมุ่งหมายของการศึกษา และในโอกาส

ต่าง ๆ กัน

3.1 ห้องเรียนควรเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า มีขนาด 6X8 หรือ 7X9 เมตร จุนักเรียนได้ไม่เกิน 30-40 คน ถ้ามีนักเรียนมากกว่านี้จะทำให้แออัดเกินไปทำให้หายใจไม่สะดวก พื้นที่ห้องเรียนในโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาควรมีขนาด 1.5-2 ตารางเมตรต่อนักเรียน 1 คน ห้องเรียนสำหรับนักเรียนอนุบาลควรมีพื้นที่มากว่าห้องเรียนธรรมดา 50 % และควรมีอ่างน้ำพอสำหรับดื่ม ห้องน้ำ อ่างล้างมืออยู่ภายในห้องเรียนนักเรียนอนุบาลด้วย

3.2 โต๊ะเรียนและเก้าอี้ นักเรียนทุกคนควรมีโต๊ะเรียนนั่งเดี่ยวไม่รวมกันและควรมีให้เพียงพอกับจำนวนนักเรียน โต๊ะเรียนและเก้าอี้ควรยกเคลื่อนที่ได้สะดวกตามความต้องการ และต้องจัดขนาดให้เหมาะสมกับร่างกายของนักเรียน เพื่อส่งเสริมความเจริญทางร่างกายและทรวดทรงที่ดีของนักเรียน

3.3 โต๊ะเรียนที่เหมาะสมกับนักเรียน คือมีความสูงขณะเด็กนั่งอยู่และท้องแขนตรงเมื่อเทียบกับระดับข้อศอกต่ำกว่าพื้นโต๊ะเล็กน้อย ความกว้างของโต๊ะเรียนพอที่จะวางข้อศอกได้สบายบนพื้นโต๊ะเมื่อเขียนหนังสือ ความยาวของโต๊ะเรียนที่จะเขียนได้สบายนั้นไม่ควรน้อยกว่า 0.7 เมตร

3.4 เก้าอี้ควรมีความสูงเท่ากับท่อนขาส่วนล่างของเด็ก

3.5 กระดานควรทำด้วยวัสดุที่ทนทานไม่มีรอยแตกร้าว การติดตั้งควรให้มีความสูง พอเหมาะ ควรตั้งห่างจากโต๊ะเรียนแถวหน้าไม่น้อยกว่า 2 เมตร และแถวหลังสุดควรห่างจากกระดานไม่เกิน 9 เมตร

4.4 การระบายอากาศ แสงสว่างและเสียง (Ventilation lighting and noise)

4.4.1 การระบายอากาศ ในห้องเรียนที่มีความร้อน ความชื้นและกลิ่นตัวจากร่างกายของนักเรียน ถ้าในห้องเรียนการระบายอากาศไม่ดีพอจะทำให้อากาศในห้องเรียนร้อนอบอ้าวมีกลิ่นเหม็น ทำให้นักเรียนรู้สึกง่วงเหงา เหนื่อยง่าย ปวดศีรษะ อ่อนเพลียและอาจจะเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจแพร่กระจายได้ง่ายขึ้น ห้องเรียนควรจัดให้มีช่องลมประตูหน้าต่างให้เพียงพอเพื่อให้เกิดการถ่ายเทอากาศตามธรรมชาติให้มากที่สุด

4.4.2 แสงสว่าง ห้องเรียนที่มีแสงสว่างไม่พอ (poor illumination) เป็นสาเหตุทำให้สายตาพิการและเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย แต่ถ้าห้องเรียนมีแสงสว่างจัดเกินไปส่งเข้าตาก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งที่จะทำให้สายตาของเด็กพิการได้ การจัดห้องเรียนควรให้แสงสว่างเข้าทางซ้ายมือของนักเรียนเพราะจะทำให้ไม่มีเงาของมือหรือปากกาดินสอบังตัวหนังสือในขณะที่เขียน แสงสว่างที่ดีที่สุดคือแสงสว่างจากดวงอาทิตย์ จึงควรจัดแสงสว่างจากธรรมชาติซึ่งจะต้องพิจารณาถึงพื้นที่ประตูหน้าต่างให้เพียงพอดังได้กล่าวมาแล้วนอกจากนี้ยังต้องความเข้มแห่งการส่องสว่างภายในอาคารเรียน (recommended minimum illumination levels)

ตารางที่ 18 ระดับความเข้มของแสง

ชนิดของห้อง	ระดับความเข้มของแสง (ฟุต - แรงเทียน)
• ห้องเรียน	30
• ห้องสมุด ห้องทดลองวิทยาศาสตร์	30
• ห้องเขียนแบบ ห้องพิมพ์ดีด ห้องการฝีมือ	50
• ห้องประชาสัมพันธ์ ห้องพลศึกษา	20
• ห้องประชุม ห้องรับประทานอาหาร	10
• ห้องน้ำ–ห้องส้วม ทางบันได ห้องเก็บของ	30

หมายเหตุ. จาก *อนามัยโรงเรียน*, โดย วราภรณ์ บุญเชียง, 2558, เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

4.4.3 เสียง ห้องเรียนที่ดีต้องออกแบบให้มีความสามารถในการป้องกันเสียงรบกวนได้ ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเรียนการสอน เด็กนักเรียนขาดสมาธิฟังครูสอนไม่ได้ยิน ครูต้องเพิ่มระดับเสียงให้ดังมากขึ้นจนอาจจะเป็นอันตรายต่อระบบเสียงของร่างกายได้ เสียงที่มีระดับความดังมากๆ จะทำให้เกิดความระคายเคืองต่ออวัยวะบางอย่างในร่างกาย อารมณ์และประสาทเสื่อม ระดับความดังของเสียงภายนอกอาคารไม่ควรเกิน 70 เดซิเบล ภายในห้องเรียนไม่ควรมีระดับความดังของเสียงรบกวนเกินกว่า 30-40 เดซิเบล

4.5 น้ำดื่ม น้ำใช้ (water supply) น้ำเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต ฉะนั้นโรงเรียนจึงจำเป็นต้องจัดให้มีน้ำสะอาดไว้ให้เด็กใช้และดื่มให้เพียงพอ (2 ลิตร/คน/วัน) ที่จัดขึ้นในโรงเรียนด้วยกัน 3 ชนิด คือ น้ำประปา น้ำฝนและน้ำจากบ่อที่ถูกสุขลักษณะ

4.6 การกำจัดน้ำโสโครกในโรงเรียน (sewage disposal) น้ำโสโครกในโรงเรียนจัดเป็นน้ำโสโครกในอาคารที่พักอาศัย จากร้านค้า ตลอดสภาพที่ทำการต่างๆ ปริมาณของน้ำโสโครกแต่ละชนิดเปลี่ยนแปลงไปตามอัตราการใช้น้ำของแต่ละประเภท ตามปกติแล้วน้ำโสโครกจากอาคารที่พักอาศัยนี้มักมีอินทรีย์สารที่สลายตัวได้ปะปนมาด้วย ดังนั้นถ้าปล่อยทิ้งไว้นานเกินไปจะมีกลิ่นเหม็นจะเป็นเหตุรำคาญขึ้นได้จึงต้องมีการกำจัดน้ำโสโครกให้ถูกวิธีและเหมาะสมด้วย

4.7 ส้วมและที่ปัสสาวะ (toilet–facilities) โรงเรียนต้องจัดให้มีส้วมและที่ปัสสาวะให้สะอาดถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล ส้วมตั้งอยู่ในที่ที่ให้นักเรียนใช้ได้อย่างสะดวกสบาย ในโรงเรียนสหศึกษาควรแยกส้วมสำหรับชายและหญิงไว้คนละแห่ง ส้วมควรอยู่นอกอาคารเรียนเพื่อป้องกันไม่ให้มีกลิ่นรบกวน ห้องส้วมต้องหมั่นดูแลรักษาความสะอาดอยู่เสมอ ภายในห้องส้วมต้องมีการระบายอากาศที่ดี มีแสงสว่างพอเพียง ส้วมที่นิยมใช้กันอยู่ทั่วไปในโรงเรียนคือ ส้วมราดน้ำ

ตารางที่ 19 จำนวนของส้วม ที่ปัสสาวะต่ำสุดตามมาตรฐาน

ประเภทโรงเรียน	ส้วม ที่ / คน	ที่ปัสสาวะ ที่ / คน
ประถมศึกษา		
หญิง	1/30	
ชาย	1/60	1/30
มัธยมศึกษา		
หญิง	1/50	
ชาย	1/90	1/30

หมายเหตุ. จาก *อนามัยโรงเรียน*, โดย วราภรณ์ บุญเชียง, 2558, เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

8. การกำจัดขยะ (refuse disposal) ขยะหรือขยะมูลฝอย (refuse or solid waste) หมายถึง สิ่งปฏิกูลที่อยู่ในรูปของของแข็งซึ่งอาจจะมีน้ำหรือความชื้นปะปนมาด้วยจำนวนหนึ่ง ขยะที่เกิดขึ้นจากอาคารที่พักอาศัยในโรงเรียนถ้าไม่มีการเก็บและกำจัดอย่างถูกต้องเหมาะสมจะทำให้เกิดปัญหาต่างๆ เช่น เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของเชื้อโรคและแมลง เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ดังนั้นโรงเรียนจึงควรมีการกำจัดขยะให้ถูกต้องโดยจัดให้มีจุดรวบรวมขยะย่อยแยกของแต่ละห้องเรียน คือทุกห้องเรียนและห้องอื่นๆ ในโรงเรียนต้องมีถังขยะไว้ประจำและในอาคารแต่ละห้องในโรงเรียนก็ควรมีถังขยะรวมสำหรับเก็บขยะจากห้องต่างๆ ในอาคารนั้นๆ ไว้ ซึ่งถังขยะรวมนี้ควรมีเพียงพอตามความเหมาะสมของจำนวนห้องเรียนในอาคารเรียน

สำหรับโรงอาหาร โรงครัว ควรจัดให้มีถังขยะแยกชนิดไว้ด้วย คือมีทั้งถังขยะเปียกและถังขยะแห้งเพื่อสะดวกในการนำไปกำจัดถูกต้องต่อไป

4.9 โรงอาหาร (cafeteria) โรงเรียนควรจัดให้มีโรงอาหารไว้เพื่อให้เด็กมีที่นั่งรับประทานอาหารกลางวันอย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย และเป็นการฝึกหัดเด็กนักเรียนให้มีสุขนิสัยที่ดีในการรับประทานอาหารอีกด้วย นอกจากนี้ยังสามารถช่วยให้ครูควบคุมดูแลเกี่ยวกับการสุขาภิบาลอาหารได้อย่างใกล้ชิดอีกด้วยดังนี้

4.9.1 จัดให้มีที่นั่งเพียงพอกับจำนวนนักเรียน เฉลี่ย 1 ตารางเมตร/นักเรียน 1 คน

4.8.2 จัดให้มีน้ำสะอาดดื่มและใช้อย่างเพียงพอ มีอ่างน้ำพุ หรือก๊อก

4.9.3 จัดให้มีอ่างล้างมือเพียงพอกับจำนวนนักเรียน

4.9.4 มีที่รองรับเศษอาหารที่ถูกสุขลักษณะ เช่น มีฝาปิดมิดชิด จัดให้เพียงพอ

4.9.5 อาหารที่พ่อค้าแม่ค้านำมาขายในโรงเรียน ต้องเป็นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการถูกหลักอนามัย ปลอดภัยจากสารพิษ เช่น อาหารใส่สีย้อมผ้า น้ำส้มสายชูปลอม และควรได้รับความควบคุมอย่างใกล้ชิด ตลอดจนความสะอาดของภาชนะใส่อาหาร ผู้ปรุง ผู้ขายและผู้เสิร์ฟอาหารด้วย

4.9.6 มีลวดตาข่ายเพื่อป้องกันแมลงวัน ถ้าไม่สามารถจัดทำได้ควรมีรั้วป้องกันสัตว์เลี้ยง เช่น แมว สุนัข เข้าไปรบกวน

4.9.7 พื้นของโรงอาหารควรทำความสะอาดทุกครั้ง หลังจากนักเรียนรับประทานอาหารกลางวันเสร็จแล้ว

4.9.8 โรงอาหารไม่ควรตั้งอยู่ในที่เดียวกับโรงครัวเพราะจะทำให้เกิดการรบกวนจากควันไฟและเกิดการปนเปื้อนของอาหารได้ง่าย นอกจากนี้ต้องจัดให้มีการดูแลรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของโรงอาหารอยู่เสมอ

4.10 ความปลอดภัย (safety) ความปลอดภัยในโรงเรียนมีความสำคัญ ไม่เพียงแต่การจัดสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในโรงเรียนให้ปลอดภัยเท่านั้นยังเน้นประสบการณ์การปฏิบัติการเรียนรู้และให้การศึกษาแก่นักเรียนในการที่นำหลักของความปลอดภัยไปเผยแพร่ใช้ในบ้านและชุมชนที่เด็กนักเรียนอยู่การพิจารณาเกี่ยวกับปัญหาความปลอดภัยในโรงเรียนมีหลายสิ่งที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับปัญหาความปลอดภัย และสิ่งที่อาจจะเกิดอุบัติเหตุ เช่น สถานที่และโครงสร้างของอาคาร อุปกรณ์เครื่องใช้รวมทั้งเทคนิคขบวนการและการปฏิบัติการที่จัดขึ้นในโรงเรียน และมีความเกี่ยวพันกับการใช้ชีวิตประจำวันของเด็กนักเรียน กฎความปลอดภัยในโรงเรียน เน้นการลดความเสี่ยงอันตรายทั้งหลายและการอบรมให้ความรู้ด้านความปลอดภัยแก่นักเรียนซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันการบาดเจ็บ หรือเสียชีวิตได้การเกิดอุบัติเหตุในโรงเรียน

4.11 ห้องพยาบาล (health room) ห้องพยาบาลเป็นห้องที่จำเป็นจะต้องจัดให้มีขึ้นในโรงเรียนแม้จะไม่มีห้องพยาบาลโดยเฉพาะก็ควรกั้นมุมห้องใดห้องหนึ่ง เช่น ห้องพักครูดัดแปลงเป็นมุมพยาบาล โดยลดขนาดและจำนวนเครื่องมือเครื่องใช้ประจำห้องลดลงตามสภาพห้องพยาบาล หรือมุมพยาบาลประจำโรงเรียนคือสถานที่ซึ่งจัดไว้เฉพาะสำหรับให้บริการด้านอนามัย

ลักษณะของห้องพยาบาลที่ดี

1. อยู่ชั้นล่างของอาคารเรียนเพื่อสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
2. ขนาดของห้องพิจารณาตามจำนวนนักเรียน ควรมีความยาวของห้องไม่น้อยกว่า 6 เมตร เพื่อประโยชน์ของการวัดสายตา
3. ตั้งอยู่ห่างจากสิ่งรบกวนและเหตุรำคาญ
4. ต้องสะอาดและมีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้สะดวก
5. มีอ่างล้างมือในห้องพยาบาลและมีส้วมอยู่ใกล้เพื่อความสะดวก

6. มีพยาบาลหรือครูเวรประจำ

7. โรงเรียนที่มีนักเรียนเกินกว่า 1,000 คน หรือเกิน 40 ห้อง ควรมีเรือนพยาบาลแยกต่างหาก จำนวนเตียงที่เหมาะสมกับจำนวนนักเรียนดังนี้

นักเรียน 1,500 คน	ควรมีเตียง 4 เตียง
นักเรียน 500-1,000 คน	ควรมีเตียง 2 เตียง
นักเรียนไม่เกิน 500 คน	ควรมีเตียง 1 เตียง

5. ความสัมพันธ์ระหว่างบ้านกับโรงเรียนและชุมชน (Family and Community Involvement)

ความสัมพันธ์ระหว่างบ้านและโรงเรียนเป็นกระบวนการสื่อสาร 2 ทางระหว่างบ้านและโรงเรียน ในอันที่จะเสริมสร้างความเข้าใจและความร่วมมือในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ รับรู้ปัญหาและร่วมกัน แก้ไขปัญหา ซึ่งในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบ้าน ชุมชนและโรงเรียน อาจใช้กิจกรรมหรือวิธีการได้หลายอย่าง เช่น การจัดประชุมผู้ปกครองก่อนเปิดภาคเรียนแรกของทุกปี เพื่อให้ผู้ปกครองทราบนโยบายของโรงเรียนและเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่างๆ แก่โรงเรียนนอกจากนี้ยังมีการรายงานความประพฤติ ภาวะสุขภาพของนักเรียนและผลการเรียนให้ผู้ปกครองทราบ นอกจากนี้โรงเรียนสามารถสร้างความสัมพันธ์กับชุมชนได้โดยการให้ใช้อาคารสถานที่ในการจัดบริการทางสาธารณสุข การพัฒนาชุมชน การให้ใช้สนามหรือบริเวณโรงเรียนในการจัดกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน (ลัดดาวัลย์ ไวสุระสิงห์, 2560)

1. จุดมุ่งหมายของการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบ้านกับโรงเรียน

1.1 เพื่อป้องกันการเข้าใจผิดระหว่างครูและผู้ปกครองของนักเรียน

1.2 เพื่อส่งเสริมความสามัคคีระหว่างครูกับผู้ปกครอง

1.3 เพื่อให้ครูและผู้ปกครองได้พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

1.4 เพื่อให้ครูและผู้ปกครองได้ทราบพฤติกรรมต่างๆ ของบุตรหลานทั้งที่บ้านและโรงเรียน

1.5 เพื่อสร้างความเข้าใจกับผู้ปกครองในการให้ความร่วมมือเกี่ยวกับกิจกรรมของโรงเรียน

2. จุดมุ่งหมายของการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียนกับชุมชน

2.1 ร่วมกันรับผิดชอบในการให้ความรู้กับนักเรียนเมื่อทางโรงเรียนสอนวิชาต่างๆ

2.2 เพื่อสร้างทักษะทางสังคม เช่น ทัศนะคติ นิสัย ความมีน้ำใจและพฤติกรรมต่างๆ ที่เด็กได้เรียนที่โรงเรียน เช่น รู้จักช่วยเหลือและเคารพผู้ใหญ่ การพูดจาที่สุภาพ เป็นต้น

2.3 ช่วยกันปรับปรุงและบำรุงรักษาโรงเรียน

3. วิธีการสร้างความสัมพันธ์

3.1 คณะครูไปเยี่ยมบ้านหรือหน่วยงานต่างๆ ภายในชุมชน

3.2 เชิญผู้ปกครองมาเยี่ยมโรงเรียน เช่น การจัดประชุมเพื่อปรึกษาหารือเรื่องต่างๆ การจัดนิทรรศการต่างๆ

3.3 การใช้โรงเรียนเป็นสถานที่ให้บริการชั่วคราวเกี่ยวกับงานทางด้านสาธารณสุข เช่น การตรวจรักษาโรค เป็นต้น

3.4 การจัดตั้งสมาคมหรือคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับโครงการสุขภาพในโรงเรียน โดยเชิญให้ผู้ปกครองและบุคคลที่เหมาะสมอื่นๆ ในชุมชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการดำเนินงานด้วย เช่น สมาคมผู้ปกครองและครู คณะกรรมการโครงการอาหารกลางวัน

3.5 ครูและนักเรียนร่วมทำกิจกรรมของท้องถิ่น

3.6 ติดต่อให้บ้านหรือชุมชนได้ทราบนโยบายและการเคลื่อนไหวโครงการทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเด็กนักเรียนโดยใช้สื่อที่มีอยู่ของชุมชน

3.7 การติดต่อกับแหล่งวิทยาการ อุปกรณ์การสอนและบริการสุขภาพชุมชน เพื่อขอความร่วมมือช่วยเหลือในการจัดโครงการสุขภาพโรงเรียน เช่น เชิญเจ้าหน้าอนามัยมาตรวจสุขภาพของนักเรียน

6. บทบาทของพยาบาลในงานอนามัยโรงเรียน

บทบาทของพยาบาลในงานอนามัยโรงเรียน (วรเชษฐ เขียวจันทร์, 2557) ดังนี้

6.1 การสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน

6.1.1 ตรวจสุขภาพนักเรียนเพื่อค้นหานักเรียนที่มีความบกพร่องด้านสุขภาพเพื่อให้การช่วยเหลือในระยะเริ่มแรก เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค ซึ่งต้องมีการตรวจสุขภาพนักเรียนทุกคนอย่างน้อยปีการศึกษาละ 1 ครั้ง

6.1.2 ให้ความรู้เรื่องการตรวจสุขภาพแก่ครู นักเรียน หรือผู้แทนนักเรียน เพื่อให้นักเรียนและครูสามารถปฏิบัติตนได้ เช่น การเปรียบเทียบน้ำหนักกับส่วนสูง การวัดสายตาและการทดสอบได้ยิน การลงบันทึกบัตรสุขภาพ เป็นต้น

6.1.3 การส่งเสริมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

6.2 การป้องกันโรค

6.2.1 สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามระดับอายุของนักเรียน เช่น การฉีดยา BCG ในเด็กนักเรียน ป.1 หรือการฉีดวัดซีนป้องกันหัดเยอรมันในนักเรียนชั้น ป.6

6.2.3 การจัดอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะโดยให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์การสุขาภิบาลโรงเรียน

6.3 การรักษาพยาบาลนักเรียนที่เจ็บป่วยในโรงเรียน

6.3.1 ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นหากพบว่านักเรียนมีปัญหา หรือมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นต้องมีการส่งต่อการรักษาเมื่อเด็กนักเรียนมีปัญหาหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรง

6.3.2 ติดตามเยี่ยมเด็กป่วยทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

6.4 การฟื้นฟูสุขภาพนักเรียน

6.4.1 ติดตามให้การช่วยเหลือและแนะนำเด็กที่อยู่ในระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย

6.4.2 สอนการดูแลตนเองในระยะพักฟื้นแก่เด็กและผู้ปกครอง

6.4.3 ฟื้นฟูสุขภาพนักเรียนที่มีความพิการจากการเจ็บป่วย

สรุป

งานอนามัยโรงเรียนเป็นงานที่สำคัญประการหนึ่งที่ต้องเข้าไปให้บริการทางด้านสาธารณสุขให้แก่ประชากรกลุ่มวัยเรียนและเยาวชน มีเป้าหมายคือการพัฒนาความรู้และสุขภาพของเด็กวัยเรียนให้เติบโตอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลชุมชนมีส่วนในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและส่งเสริมภาวะสุขภาพของนักเรียนทั้งการจัดบริการด้านสุขภาพ วิชาการ การสร้างเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการส่งเสริม ป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กวัยเรียน ซึ่งเป็นการส่งเสริมสุขภาพทั้งบทบาทเชิงรุกและบทบาทเชิงรับด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพที่ดีและมีแบบแผนพฤติกรรมที่ดี สิ่งที่สำคัญของงานอนามัยโรงเรียนคือการจูงใจให้ครอบครัว ชุมชนและโรงเรียนมีบทบาทและมีส่วนร่วมเชิงรุกในการดูแลนักเรียนซึ่งถือว่าเป็นทรัพยากรทีมีคุณค่าของชาติในปัจจุบันและอนาคตให้มากที่สุด

คำถามท้ายบท

1. จงอธิบายความสำคัญของการให้บริการงานอนามัยโรงเรียน
2. ให้ระบุบทบาทของพยาบาลชุมชนในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน

บรรณารุกรม

ธีรพร สถิรอังกูร. (2557). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพโดยพยาบาลผู้จัดการสุขภาพชุมชน.* นนทบุรี: สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.

เพื่อนช่วยจำ. (2555). *ทบทวนการพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาเบื้องต้น.* ม.ป.ท.: ม.ป.พ.

ลัดดาวัลย์ ไวสุระสิงห์. (2560). *กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้*

ดูแลสุขภาพประชาชน. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วรเชษฐ เขียวจันทร์. (2557). *สมรรถนะพยาบาลชุมชน* . นครราชสีมา: ปิ่นโต พับลิชชิ่ง.

วราภรณ์ บุญเชียง. (2557). *อนามัยโรงเรียน = School health*. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วราภรณ์ บุญเชียง. (2558). *อนามัยโรงเรียน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สรญา แก้วพิทูลย์. (2561). *เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน.* นครราชสีมา: สมบูรณ์การพิมพ์.

สุชาติ โสมประยูร. (2558). *โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน.* กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพาณิชย์.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปี 2554* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์. (2554). *วิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: ยูนิตี้ แอนด์ โปรเกรสโซลูชั่น.

Evans, D. (2017). *Health promotion and publichealth for nursing students* (3rd ed.). Losangeles: SAGE.

Holzemer, S.P. (2014). *Community health nursing an alliance for health* (2nd ed.). U.S.A.: Jones&Bartlett Leaming.

Nies, M.A. (2019). *Community/Puclic health nursing* (7th ed.). St. Louis: Elesevier.

Standhope, M. (2014). *Public health nursing: Population-Centered health care in the community* (8th ed.). U.S.A.: Elsevier Mosby.

บทที่ 5

การพยาบาลอาชีวอนามัย

ขอบเขตของเนื้อหา

1. ความหมายและจุดมุ่งหมายของงานของอาชีวอนามัย
2. ทีมงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย
3. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอนามัยสิ่งแวดล้อม
4. การร่วมพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม
   4.1 บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชนในการร่วมพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม
   4.2 มาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม
5. การจัดบริการด้านสุขภาพต่อผู้ประกอบอาชีพ
   5.1 การจัดบริการด้านสุขภาพต่อผู้ประกอบอาชีพ
   5.2 การป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน
   5.3 ปัญหาสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสิ่งคุกคามทางสุขภาพ
6. บทบาทของพยาบาลในสถานประกอบการ
   6.1 บทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ
   6.2 ขอบเขตของการพยาบาลอาชีวอนามัย
7. กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพคนทำงาน

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถ

1. บอกความหมายและจุดมุ่งหมายของงานของอาชีวอนามัยได้
2. อธิบายทีมงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยได้
3. บอกหน่วยงานและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวอนามัยได้
4. อธิบายปัญหาสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และสิ่งคุกคามทางสุขภาพได้
5. อธิบายการจัดบริการด้านสุขภาพต่อผู้ประกอบอาชีพได้
6. อธิบายหลักการควบคุมและป้องกันอันตรายจากการทำงานได้

7. อธิบายบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในสถานประกอบการได้
8. อธิบายการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในงานอาชีวอนามัยได้

การพยาบาลอาชีวอนามัย

1. ความหมายและจุดมุ่งหมายของงานอาชีวอนามัย

อาชีวอนามัย (Occupational health) มาจากการสมาสของคำว่า “อาชีวะ” กับ“อนามัย” อาชีวะ (Occupation) หมายถึงบุคคลที่ประกอบสัมมาชีพ หรือผู้ที่ประกอบอาชีพทั้งมวล อนามัย (Health) หมายถึง สุขภาพอนามัยหรือความเป็นอยู่ที่สุขสมบูรณ์ของผู้ประกอบอาชีพ องค์การแรงงานระหว่างประเทศได้ให้ความหมายของอาชีวอนามัย หมายถึงงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมธำรงไว้ซึ่งสุขภาพทางกาย ทางจิตใจและทางสังคมที่ดีงามของผู้ประกอบอาชีพทั้งมวล (เบ็ญจา เตากล่ำ, เนตรรัชนี ตั้งภาคภูมิ และศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล, 2556)

อาชีวอนามัย (Occupational health) หมายถึง งานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพทั้งมวลเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการดำรงไว้ซึ่งสภาพร่างกายและจิตใจที่สมบรูณ์ของผู้ประกอบอาชีพทุกๆ อาชีพ (พิมพ์พรรณ ศีลปสุวรรณ, 2561)

Holzemer, S.P. (2014) ให้ความหมายของการพยาบาลอาชีวอนามัยว่า เป็นการพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่มุ่งเน้นในการส่งเสริม ปกป้อง และคงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพภายใต้บริบทของสภาวะแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ รวมถึงการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากสิ่งคุกคามในการทำงาน

1.1 ความสำคัญของงานอาชีวอนามัย

การดูแลสุขภาพคนวัยทำงานนับว่ามีความสำคัญ เนื่องจากพบว่ากำลังแรงงานไทยมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันในประเทศไทยคนวัยทำงานนอกจากทำงานอยู่ในภาคอุตสาหกรรมแล้วยังมีแรงงานนอกระบบซึ่งทำงานโดยไม่มีกฎหมายรองรับและส่วนใหญ่ประสบอันตรายจากการทำงาน ในแต่ละปีจะมีผู้บาดเจ็บทุพพลภาพและเสียชีวิตจากการทำงานทั้งในภาคอุตสาหกรรมและภาคเกษตรกรรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สาเหตุหนึ่งเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมในการทำงานยังไม่เอื้อต่อความปลอดภัย ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการส่งเสริมสุขภาพของคนทำงานในสถานประกอบการและภาครัฐต้องมีการกำกับดูแลและมีสวัสดิการสำหรับผู้ทำงาน เพื่อมิให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ของประเทศก่อนวัยอันสมควร

1.2 จุดมุ่งหมายของงานอาชีวอนามัย

คณะกรรมการร่วมระหว่างประเทศและองค์การอนามัยโลก ได้กำหนดจุดมุ่งหมายของงานอาชีวอนามัย ดังนี้ (แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, 2561)

1. ส่งเสริมและธำรงไว้ซึ่งการอยู่ดีทั้งกาย ใจ สังคมของผู้ประกอบอาชีพ
2. ป้องกันสาเหตุจากสภาพงานที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ
3. คุ้มครองผู้ประกอบอาชีพไม่ให่เสี่ยงต่อการทำงานที่มีผลเสียต่อสุขภาพ
4. ดูแลให้ผู้ประกอบอาชีพได้ทำงานในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับความสามารถทางร่างกายและจิตใจของผู้ประกอบอาชีพ
5. ปรับงานให้เข้ากับคนและคนเข้ากับงาน

ในปี 2538 คณะกรรมการดังกล่าวได้ขยายความจุดมุ่งหมาย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของนายจ้างและผู้ประกอบอาชีพ รวมทั้งปรับวัฒนธรรมในสถานที่ทำงานที่ส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย งานอาชีวอนามัยมีลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ (อนุศักดิ์ ฉิ่มไพศาล, 2556)

1. เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม ธำรงไว้ซึ่งสุขภาพร่างกาย จิตใจ รวมทั้งความเป็นอยู่ในสังคมอย่างปกติของคนทำงาน
2. เป็นงานที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคของคนทำงาน ไม่ให้มีสุขภาพอนามัยเสื่อมโทรมหรือผิดปกติจากสาเหตุอันเนื่องมาจากการทำงาน
3. เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการปกป้อง คุ้มครองคนทำงาน ไม่ให้ทำงานที่มีการเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ
4. เป็นงานที่จัดให้คนทำงานได้ทำงานในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพกายและจิตใจ

2. ทีมงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

การจัดบริการอาชีวอนามัยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายฝ่ายเพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ทีมงานประกอบด้วย (พิชญ์นันท์ รักษาวงศ์, 2561)

1. นักอาชีวสุขศาสตร์หรือนักสุขศาสตร์อุตสาหกรรม (Occupational Hygienist) มีบทบาทดังนี้

1.1 ตระหนัก ดูแลค้นหา ประเมินความเสี่ยง ขนาดและความรุนแรง อันตรายของสิ่งแวดล้อมและสภาพความไม่ปลอดภัยของสถานประกอบการ

1.2 ประเมินผลการตรวจสอบสภาพสิ่งแวดล้อมว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยและความปลอดภัย หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญแก่คนงานหรือชุมชน

1.3 ศึกษามาตรการในการควบคุมแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมและปัญหาความไม่ปลอดภัย ตระหนักและควบคุมแก้ไขปัญหาที่เกิดจากสภาพแวดล้อมการทำงาน

2. แพทย์อาชีวอนามัย (Occupational Health Physician) มีบทบาทดังนี้

2.1 ส่งเสริมและป้องกันสุขภาพอนามัยของคนงานในสถานประกอบการ เช่น ตรวจสุขภาพก่อนหรือหลังจากทำงานแล้ว

2.2 ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคอันเนื่องจากการประกอบอาชีพและโรคอื่นๆ

2.3 ส่งผู้ป่วยไปทำการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.4 ทำการป้องกันโรคอันเนื่องมาจากการทำงานโดยวิจัยร่วมกับทีมงานอาชีวอนามัย

3. พยาบาลอาชีวอนามัย (Occupational Health Nurse) มีบทบาทดังนี้

3.1 ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงาน

3.2 ตรวจสุขภาพคนงานเพื่อคัดกรอง

3.3 เก็บวัสดุตัวอย่างจากคนงาน เช่น เจาะเลือด เก็บอุจจาระปัสสาวะ ส่งห้องปฏิบัติการ

3.4 ให้การปฐมพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วยหรือผู้ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน และอุบัติเหตุต่างๆ

3.5 บันทึกรายงานในกรณีเจ็บป่วยหรือเป็นโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและหรือประสบอุบัติเหตุ

4. เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน (ระดับวิชาชีพ) มีหน้าที่

4.1 ตรวจสอบและเสนอแนะให้นายจ้างปฏิบัติตามกฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

4.2 วิเคราะห์งานเพื่อชี้บ่งอันตรายรวมทั้งกำหนดมาตรการป้องกันหรือขั้นตอนการทำงานอย่างปลอดภัยเสนอต่อนายจ้าง

4.3 ประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการทำงาน

4.4 วิเคราะห์แผนงานโครงการรวมทั้งข้อเสนอแนะของหน่วยงานต่างๆ และเสนอแนะมาตรการความปลอดภัยในการทำงานต่อนายจ้าง

4.5 ตรวจประเมินการปฏิบัติงานของสถานประกอบกิจการให้เป็นไปตามแผนงานโครงการหรือมาตรการความปลอดภัยในการทำงาน

4.6 แนะนำให้ลูกจ้างปฏิบัติตามข้อบังคับและคู่มือตามข้อ 3 (ข้อ 3 นี้ คือ ข้อที่ระบุว่าสถานประกอบการจะต้องจัดให้มีข้อบังคับและคู่มือว่าด้วยความปลอดภัยไว้ในสถานประกอบการ)

4.7 แนะนำฝึกสอนอบรมลูกจ้างเพื่อให้การปฏิบัติงานปลอดจากเหตุอันจะทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการทำงาน

4.8 ตรวจวัดและประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงานหรือดำเนินการร่วมกับบุคคลหรือหน่วยงานที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเป็นผู้รับรองหรือตรวจสอบเอกสารหลักฐานรายงานในการตรวจสอบสภาพแวดล้อมในการทำงานภายในสถานประกอบกิจการ

4.9 เสนอแนะต่อนายจ้างเพื่อให้มีการจัดการด้านความปลอดภัยในการทำงานที่เหมาะสมกับสถานประกอบกิจการและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

4.10 ตรวจสอบหาสาเหตุและวิเคราะห์การประสบอันตรายการเจ็บป่วยหรือการเกิดเหตุเดือดร้อนรำคาญอันเนื่องจากการทำงาน และรายงานผลรวมทั้งเสนอแนะต่อนายจ้างเพื่อป้องกันการเกิดเหตุโดยไม่ชักช้า

4.11 รวบรวมสถิติวิเคราะห์ข้อมูลจัดทำรายงานและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการประสบอันตรายการเจ็บป่วย หรือการเกิดเหตุเดือดร้อนรำคาญอันเนื่องจากการทำงานของลูกจ้าง

4.12 ปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยในการทำงานอื่นตามที่นายจ้างมอบหมาย

5. นักอาชีวสุขศึกษา (Occupational Health Educator) มีบทบาทดังนี้

5.1 จัดกิจกรรมให้คนงานได้รับความรู้งานอาชีวอนามัยแก่เจ้าพนักงานและเจ้าของสถานประกอบการ

5.2 จัดให้มีการฝึกอบรมเผยแพร่ความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแก่หน่วยงานต่างๆ ทั้งของรัฐ เอกชนตลอดจนโรงงานต่างๆ

5.3 จัดหาหรือผลิตอุปกรณ์ทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

6. นักพิษวิทยาอาชีวอนามัย (Occupational Health Toxicologist) มีบทบาทดังนี้

6.1 หาข้อมูลเกี่ยวกับพิษวิทยาของสารต่างๆ ในการกิจกรรมการทำงานของสถานประกอบการ

6.2 วิเคราะห์สารเป็นพิษและสิ่งแวดล้อม

6.3 นำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปใช้ประกอบในการให้คำแนะนำและดำเนินงานอาชีวอนามัยเสนอผู้เกี่ยวข้อง เช่น นักสุขศาสตร์อุตสาหกรรม แพทย์ เป็นต้น

7. วิศวกรอาชีวอนามัย (Occupational Engineer) มีบทบาทดังนี้

7.1 แก้ไขหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้ปลอดภัย โดยใช้วิชาการควบคุมทางวิศวกรรม เช่น การระบายอากาศ

7.2 ดูแลหรือตรวจตราเครื่องจักรให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัย

7.3 ดำเนินการและทำงานร่วมกับทีมอาชีวอนามัยอื่นๆ ในการป้องกันอุบัติเหตุและควบคุมโรคจากการทำงาน

การดำเนินงานของบุคลากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องนอกจากบทบาทหน้าที่ที่ตนเองรับผิดชอบแล้วยังต้องมีการดำเนินงานร่วมกันเป็นทีมซึ่งบทบาทของทีมงานอาชีวอนามัย ดังนี้

1. ร่วมจัดเตรียมกฎเกณฑ์หรือข้อบังคับ รวมทั้งมาตรการต่างๆ เพื่อป้องกันส่งเสริมให้ผู้ประกอบอาชีพมีสุขภาพอนามัยดีและมีความปลอดภัยในการทำงาน

2. ร่วมจัดเตรียมเอกสารวิชาการหรือจัดประกาศแจ้งในเรื่องสภาพสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เพื่อแจ้งให้ผู้ใช้แรงงานได้ทราบ

3. ร่วมการตรวจสอบพิเศษบางอย่างแก่คนงาน เช่น การตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยิน การมองเห็น เพื่อประโยชน์ในด้านการวางแผนป้องกันโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน

4. ร่วมศึกษาทางวิทยาการระบาดเพื่อทราบความสัมพันธ์ของสาเหตุของโรคจากการทำงาน หรืออุบัติเหตุ การแพร่กระจายโรคกับสิ่งแวดล้อมเพื่อใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงหรือเพิ่มมาตรฐาน หรือ ขีดอันตรายเป็นการออกข้อบังคับและปรับปรุงข้อบังคับในการปฏิบัติงาน

5. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าวิจัย เพื่อพัฒนาการทางด้านความรู้หรือเป็นแนวทางป้องกันอันตรายจากการทำงานตลอดจนควบคุมป้องกันแก้ไข

6. ร่วมเป็นพยานในศาลหรือเป็นกรรมการตรวจสอบโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและอุบัติเหตุจากการทำงาน

7. ร่วมให้การศึกษาฝึกอบรมแก่คนงานได้ทราบถึงอันตรายต่างๆ ที่เกิดจากสภาพการทำงานหรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เพื่อเป็นการป้องกันโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและอุบัติเหตุจากการทำงาน

3. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอนามัยสิ่งแวดล้อม

พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 เป็นกฎหมายก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมและให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการดูแลรักษาและพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม (พิชญนันท์ รักษาวงศ์, 2561) กล่าวคือ

1. อำนาจหน้าที่ในการดูแลรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม จัดตั้งหน่วยงานที่ดูแลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของธรรมชาติและระบุอำนาจหน้าที่ที่ชัดเจน ได้แก่ สำนักนโยบายและแผนสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมมลพิษ

2. ส่งเสริมบทบาทของเอกชนในการรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม ยอมรับให้บุคคลและองค์กรเอกชนเข้ามามีบทบาทเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมมากขึ้น เพื่อประโยชน์ในการร่วมกันส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม ดังต่อไปนี้

2.1 การรับข้อมูลและข่าวสารจากทางราชการเกี่ยวกับการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม

2.2 การร้องเรียนกล่าวโทษผู้กระทำผิดต่อเจ้าพนักงานในกรณีที่พบเห็นการกระทำใดๆ อันเป็นการละเมิดหรือฝ่าฝืนกฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมมลพิษหรือการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ

2.3 การให้ความร่วมมือและช่วยเหลือเจ้าพนักงานในการปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมโดยเคร่งครัด

3. ความรับผิดชอบต่อปัญหาสิ่งแวดล้อม ผู้ใดก่อปัญหาสิ่งแวดล้อมผู้นั้นต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายและค่าเสียหาย รวมทั้งระบุโทษในทางอาญาและแพ่ง ตามมาตรา 98 ที่ว่าผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามคำสั่งหรือขัดขวางการกระทำใดๆ ตามคำสั่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินครึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ หรือผู้ที่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความเสียหายจากภาวะมลพิษต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินห้าปี หรือปรับไม่เกิน 500 บาท หรือทั้งจำและปรับ

4. จัดตั้งกองทุนสิ่งแวดล้อม ให้รัฐเป็นผู้จัดสรรเงินเข้าไว้ในกองทุนสิ่งแวดล้อมเพื่อใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม

5. ความระมัดระวังผลกระทบสิ่งแวดล้อม กำหนดให้โครงการพัฒนาทุกชนิดต้องศึกษาผลกระทบสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นเสียก่อน เพื่อประกอบการตัดสินใจดำเนินโครงการและหามาตรการการแก้ไขผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นไว้ล่วงหน้าโดยต้องทำการวิเคราะห์ผลกระทบเสนอต่อคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติเพื่อพิจารณาอนุมัติโครงการ

6. การควบคุมมลพิษ กำหนดให้จัดทำแผนเพื่อลดและขจัดมลพิษมาตรฐานการควบคุมมลพิษและจัดทำรายงานเกี่ยวกับสถานการณ์มลพิษ รวมตรวจพื้นที่ให้เป็นเขตควบคุมมลพิษ พื้นที่ใดมีเหตุเร่งด่วนต้องดำเนินการเกี่ยวกับการควบคุมและดำเนินการแก้ไขปัญหามลพิษ

7. การวางแผนจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อมในระดับชาติและระดับจังหวัดเกี่ยวกับคุณภาพอากาศ น้ำและสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เช่น การควบคุมมลพิษ การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมทรัพยากรธรรมชาติ หรือสิ่งแวดล้อมศิลปกรรม เป็นต้น

พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และพระราชบัญญัติการสาธารณสุขฉบับที่ 2 พศ. 2550 เป็นกฎหมายที่คุ้มครองสุขลักษณะและการอนามัยสิ่งแวดล้อม หรือการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการกระทำทุกอย่างและกิจการประเภทต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอนามัยของประชาชนตั้งแต่ระดับชาวบ้าน ครัวเรือน ชุมชน ตลอดจนกิจการขนาดเล็ก ขนาดใหญ่ เช่น หาบเร่ แผงลอย สถานที่จำหน่ายอาหาร ตลาด รวมทั้งการเลี้ยงสัตว์หรือปล่อยสัตว์ โดยให้อำนาจแก่ส่วนราชการส่วนท้องถิ่นในการออกข้อกำหนดท้องถิ่นในการบังคับใช้ในท้องถิ่นนั้น ในการควบคุมดูแลปรับปรุง แก้ไข การอนุญาตหรือไม่อนุญาต การสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต รวมทั้งการเปรียบเทียบคดีและกำหนดให้มีเจ้าพนักงานสาธารณสุขมีอำนาจในการตรวจตรา ให้คำแนะนำ ปรับปรุงแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาแก่เจ้าพนักงานท้องถิ่นในการวินิจฉัยสั่งการ ออกคำสั่ง เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายที่กำหนด

มาตรา 3 ให้ความหมายของมูลฝอย หมายความว่า เศษกระดาษ เศษผ้า เศษอาหาร เศษสินค้า เศษวัตถุ ถุงพลาสติก ภาชนะที่ใส่อาหาร สัตว์ ซากสัตว์ หรือสิ่งอื่นใดที่เก็บกวาดจากถนน ตลาด ที่เลี้ยงสัตว์หรือที่อื่น และหมายถึงมูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยที่เป็นพิษหรือเป็นอันตราย

มาตรา 8 ให้อำนาจอธิบดีกรมอนามัยในการออกคำสั่งให้เจ้าของหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการก่อให้เกิด หรืออาจเกิดความเสียหายอย่างร้ายแรงต่อสภาวะความเป็นอยู่ที่เหมาะสมกับการดำรงชีวิตของประชาชน เพื่อแก้ไขหรือป้องกันความเสียหาย หรือให้เจ้าพนักงานสาธารณสุขท้องถิ่นปฏิบัติการใดๆ เพื่อแก้ไขหรือป้องกันความเสียหายดังกล่าว

มาตรา 25 กำหนดให้กรณีที่มีเหตุอันอาจก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ผู้อยู่อาศัยในบริเวณใกล้เคียงหรือผู้ที่ต้องประสบกับเหตุนั้นให้ถือว่าเป็นเหตุรำคาญ ซึ่งรวมถึง

- อาคารอันเป็นที่อยู่ของคนและสัตว์ โรงงานหรือสถานที่ประกอบกิจการ ไม่มีการระบายอากาศการระบายน้ำ การกำจัดสิ่งปฏิกูล หรือควบคุมสารเป็นพิษ หรือมีแต่ไม่มีการควบคุมให้ปราศจากกลิ่นเหม็นหรือละอองสารเป็นพิษอย่างพอเพียง จนเป็นเหตุให้เสื่อมหรืออาจเป็นเหตุอันตรายต่อสุขภาพ
- การกระทำใดๆ อันเป็นเหตุให้เกิดกลิ่น แสง รังสี เสียง ความร้อน สิ่งมีชีวิต ความสั่นสะเทือน ฝุ่นละออง เขม่า หรือกรณีอื่นใดจึงเป็นเหตุให้เสื่อมหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

มาตรา 26-28 กำหนดให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นมีอำนาจ ห้ามผู้หนึ่งผู้ใดมิให้เกิดเหตุรำคาญในที่หรือทางสาธารณะหรือสถานที่เอกชน โดยออกคำสั่งเป็นหนังสือให้บุคคลหรือเจ้าของหรือผู้ครอบครองสถานที่ที่เกี่ยวข้องกับการก่อให้เกิดเหตุรำคาญ ระงับ กำจัด ควบคุมและป้องกันเหตุรำคาญ หรือไม่ให้ใช้ ยินยอมให้ผู้ใดใช้สถานที่นั้นและให้เจ้าพนักงานท้องถิ่นสามารถกระทำได้โดยวิธีใดเพื่อระงับเหตุรำคาญและอาจจัดการตามความจำเป็นหรือสั่งการ กำหนดวิธีการป้องกันมิให้เหตุความรำคาญนั้นเกิดขึ้นอีก ในอนาคต

ผู้ใดฝ่าฝืนข้อกำหนดของท้องถิ่นในกรณีเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ หรือมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 10,000 บาท และผู้รับอนุญาตใดฝ่าฝืนข้อกำหนดของท้องถิ่นตามความในมาตรา 21 ในกรณีที่เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อหรือมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหนึ่งปี หรือปรับไม่เกินหนึ่งแสนบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 33 กำหนดให้ผู้ที่ดำเนินกิจการที่ราชการส่วนท้องถิ่นกำหนดให้เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ต้องได้รับใบอนุญาตจากเจ้าพนักงานท้องถิ่น โดยเจ้าพนักงานท้องถิ่นอาจกำหนดเงื่อนไขโดยเฉพาะเพิ่มเติมเพื่อป้องกันอันตรายต่อสุขภาพของสาธารณะ ผู้ใดดำเนินกิจการที่ส่วนท้องถิ่นกำหนดให้เป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพโดยไม่มีใบอนุญาต ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

จะเห็นว่าสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ก่อให้เกิดโรคหรือปัญหาสุขภาพในคนครอบครัวและชุมชน การใช้มาตรการทางกฎหมายร่วมกับการดำเนินกิจกรรมอื่นจะช่วยให้งานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมประสบผลสำเร็จได้

4. การร่วมพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม

4.1 บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชนในการร่วมพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม

การพัฒนา หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของสิ่งเดียวกัน ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพในเวลาที่แตกต่างกันโดยมีทิศทางกำหนด

การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่เป็นหรืออาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การเจริญเติบโตและการอยู่รอดของมนุษย์ ได้แก่ น้ำดื่ม น้ำใช้ ที่อยู่อาศัย สัตว์พาหนะนำโรค ขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล มลพิษทางอากาศ มลพิษทางน้ำ หรือมลพิษอื่น โดยอาศัยความร่วมมือของประชาชนเจ้าหน้าที่รัฐบาลและเอกชน ในการดำเนินงานเพื่อให้สิ่งแวดล้อมมีคุณภาพที่ดีต่อการมีสุขภาพของประชาชน (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2561)

ลักษณะสำคัญของการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ยั่งยืน การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้ยั่งยืนต้องอาศัยการดำเนินการหลายอย่างในงานเดียวกันลักษณะการพัฒนาให้ยั่งยืนมี 4 ประการ คือ (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2561)

1. การดำเนินงานเป็นกระบวนการ (process) การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในทางที่ดีขึ้น เป็นการที่มีกลุ่มบุคคลเข้าไปจัดการกับสิ่งแวดล้อมอย่างมีระบบระเบียบและมีขั้นตอนในการดำเนินการอย่างชัดเจน โดยยึดมาตรการเครื่องมือหรือหลักการอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นเกณฑ์ ส่วนใหญ่พยาบาลมักใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการพัฒนา

2. การดำเนินการมีวิธีการ (method) การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมจะต้องมีเป้าหมายการดำเนินงานและมีกิจกรรมดำเนินงานเพื่อบรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ การชักชวน ชี้แนะการสร้างหุ้นส่วนและภาคี การสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย การสร้างกฎระเบียบและข้อบังคับ รวมถึงการประเมินผลดำเนินงานเพื่อพัฒนาปรับปรุง

3. การดำเนินงานมีแผน (plan) การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมจะสำเร็จได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับการวางแผนงานที่ดี การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมอาจเป็นแผนงานระยะสั้น ระยะปานกลางและระยะยาว เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามที่ตั้งไว้

4. การดำเนินงานมีกระบวนการเปลี่ยนแปลง (movement) กิจกรรมเพื่อพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นกิจกรรมที่กระทำแล้วก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติของประชาชนในชุมชนมีการยอมรับให้การส่งเสริมสนับสนุนและนำความคิดในการพัฒนานั้นมาปฏิบัติเพื่อให้สิ่งแวดล้อมมีลักษณะที่ดีขึ้น

หลักการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จจริงจังและยั่งยืนต้องมีฐานคิดของการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน คือ (แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ, 2561)

1. ประชาชนในการดำเนินงานพัฒนาใดๆ ก็ตามประชาชนเป็นตัวจักรสำคัญที่สุด พยาบาลจะต้องทำงานร่วมกับประชาชนยึดประชาชนเป็นหลัก ประชาชนเป็นฝ่ายเริ่มคิด พยาบาลเป็นผู้ที่คิดการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมต้องให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากที่สุด มีความรู้สึกว่าสิ่งแวดล้อมเป็นของประชาชนและกิจกรรมที่ดำเนินการเพื่อพัฒนาสิ่งแวดล้อมเป็นการกระทำเพื่อท้องถิ่น ประชาชนมีหน้าที่ในการทำนุบำรุงรักษาต่อไป

2. ประชาธิปไตย การดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมต้องได้รับความเห็นชอบของชุมชนหรือตัวแทนของชุมชน เพราะทุกคนมีสิทธิ์เท่าเทียมกันที่จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีโดยไม่เบียดเบียนซึ่งกันและกัน

3. การประสานงาน การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมจะประสบผลสำเร็จเพื่อการประสานงานจากทุกภาคส่วน การดำเนินงานจำเป็นต้องอาศัยผู้เชื่อมประสาน ซึ่งอาจเป็นผู้นำที่เป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ชาวบ้าน พระภิกษุสงฆ์ที่ชาวบ้านเลื่อมใสศรัทธา เป็นต้น พยาบาลชุมชนอาจเป็นผู้เชื่อมประสานระหว่างประชาชน ผู้ประกอบการองค์กรเอกชนและภาครัฐร่วมกันแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมได้

4. การนำทรัพยากรท้องถิ่นมาใช้ กิจกรรมหรือเครื่องมือที่นำมาใช้ในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมควรเป็นของที่มีในชุมชน อาจเป็นเทคนิคและวิชาการที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ประหยัด แก้ปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ยืดหยุ่นปรับเข้ากับสภาพของชุมชนได้อย่างเหมาะสม ไม่ขัดต่อความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมสุขภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงควรเริ่มจากสิ่งที่ง่ายและทำได้ง่าย เพราะก่อให้เกิดจากความศรัทธาขวัญกำลังใจ ความร่วมมือของประชาชน

พยาบาลอนามัยชุมชนเป็นบุคคลหนึ่งในทีมพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้รับความร่วมมือ ความศรัทธา ความเชื่อถือที่ดีจากประชาชน พยาบาลอนามัยชุมชนจึงมีความสำคัญทั้งในการร่วมคิด ร่วมปฏิบัติและร่วมรับผลที่เกิดขึ้น พยาบาลอนามัยชุมชนมีบทบาทในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมหลายบทบาทอาจมีความแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ของการทำงาน

บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชนและการร่วมพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมมี 4 มิติ ดังนี้ (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2561)

1. การป้องกัน การป้องกันตั้งแต่ระยะก่อนที่สิ่งแวดล้อมจะเกิดปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยที่เกี่ยวข้องจนเสียสมดุล การป้องกันมี 3 ระดับ คือ

1.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการป้องกันก่อนที่สิ่งแวดล้อมจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ กิจกรรมมุ่งเน้นการกำจัดหรือลดสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้สิ่งแวดล้อมเสียสมดุล เช่น การป้องกันการเกิดมลพิษจากขยะมูลฝอย

พยาบาลมีบทบาท การเป็นผู้สอนและให้การปรึกษา เป็นผู้ร่วมกับภาคีสุขภาพ ในการรณรงค์ให้ประชาชนใช้วัตถุดิบที่ไม่มีสารพิษนำมาใช้ซ้ำได้ เป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ประกอบการในการปรับปรุง

แก้ไขวิธีการต่างๆ ในกระบวนการผลิตให้ลดการเกิดสารมลพิษจากขั้นตอนการผลิต เป็นผู้บริหารจัดการโครงการร่วมกับประชาชน เช่น โครงการหมู่บ้านสะอาดหรือโครงการหมู่บ้านน่ามอง เป็นการทำลายกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและสัตว์นำโรคต่างๆ เป็นต้น

1.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการป้องกันเมื่อเกิดเสียสมดุลของสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความรุนแรงของการเสียสมดุล ลดผลกระทบต่อสุขภาพ ช่วยลดระยะเวลาของความเสี่ยงต่อการได้รับสารปนเปื้อน หรือเชื้อโรคของประชาชน

พยาบาลมีบทบาท เป็นผู้ให้บริการ เช่น การเก็บตัวอย่างสิ่งแวดล้อมส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการการตรวจสุขภาพผู้ปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่คุกคาม บทบาทผู้พิทักษ์ด้วยการค้นหาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจากผลกระทบสิ่งแวดล้อม

1.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ เป็นการป้องกันในระยะที่สิ่งแวดล้อมเสียสมดุลไปแล้ว เป็นการฟื้นฟูสภาพแวดล้อมให้กลับมามีสมดุลเช่นเดิมหรือใกล้เคียงเดิมมากที่สุด

พยาบาลมีบทบาท เป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา เป็นผู้ร่วมงาน เป็นผู้วิจัย หรือผู้นำการเปลี่ยนแปลงในการฟื้นฟูสภาพแวดล้อมให้กลับมามีสมดุลเช่นเดิม

2. การปกป้องคุ้มครอง เพื่อไม่ให้สิ่งแวดล้อมถูกทำลายหรือเสียสมดุลหรือก่อให้เกิดโรคในมนุษย์ด้วยการใช้มาตรการทางกฎหมาย หรือมาตรการทางสังคม หรือมาตรการเฉพาะของชุมชนที่ไม่ขัดต่อหลักมนุษยธรรม

บทบาทของพยาบาล ในมิติบริการเพื่อปกป้องคุ้มครองสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์ให้ประชาชนในการให้ข้อมูลการเจ็บป่วยจากผลกระทบสิ่งแวดล้อม การปกป้องในสิ่งแวดล้อมมีคุณภาพที่ดีเพื่อการมีสุขภาพที่ดี มีการเฝ้าระวังการทำลายหรือทิ้งของเสียที่จะเป็นมลพิษต่อสิ่งแวดล้อมในชุมชน

3. การควบคุม เป็นการกำจัดองค์ประกอบสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายหรือก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอาจเป็นการใช้สารทดแทนสารพิษ การแยกสารพิษ การแยกมนุษย์ออกจากสารพิษ การลดระยะเวลาที่สัมผัสกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ การบริหารจัดการความเสี่ยง การเพิ่มศักยภาพของคนในชุมชนในการจัดการความเสี่ยง จัดหาอุปกรณ์ป้องกันอันตรายที่จำเป็น

พยาบาลชุมชนมีบทบาทในการเป็นสมาชิกของทีมพัฒนาสิ่งแวดล้อมในการควบคุมแหล่งกำจัดมลพิษโดยเฉพาะในโรงงานอุตสาหกรรม สถานประกอบการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เป็นผู้ให้คำปรึกษาทางเทคนิค วิชาการแก่ผู้ประกอบการ เป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ประกอบการ ประชาชน องค์กรเอกชนและภาครัฐร่วมกันแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม เป็นผู้สนับสนุนให้เกิดการเจรจาหาวิธีที่ดีที่สุดให้ทุก

ฝ่ายยอมรับและอยู่ร่วมกัน เป็นผู้วิจัยเพื่อหานวัตกรรมในการควบคุมสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

4. การกำกับและทบทวน เป็นการติดตามปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ช่วยป้องกันและปกป้องคุ้มครองสิ่งแวดล้อมไปอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยง การทบทวนกระบวนการจัดการความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพให้เหมาะสมกับพื้นที่และกาลเวลาที่เปลี่ยนแปลง

พยาบาลชุมชนคงไม่มีหน้าที่หลักในการติดตามปัญหาสิ่งแวดล้อม แต่จะมีบทบาทในการเป็นผู้ร่วมในทีมพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน หรือเป็นผู้สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมเพื่อการกำกับและทบทวน

4.2 มาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ใช้บริการ สมาคมพยาบาลอาชีวอนามัยแห่งสหรัฐอเมริกาได้กำหนด มาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (อนุศักดิ์ ฉิ่นไพศาล, 2556)

มาตรฐานที่ 1 การประเมิน สามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการได้อย่างเป็นระบบ

มาตรฐานที่ 2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้

มาตรฐานที่ 3 การกำหนดผลลัพธ์ สามารถบอกถึงผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นจากการให้การพยาบาลได้

มาตรฐานที่ 4 การวางแผน สามารถวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลให้บรรลุผลลัพธ์ที่กำหนดได้

มาตรฐานที่ 5 การปฏิบัติการ สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องตามแผนที่วางไว้ได้

มาตรฐานที่ 6 การประเมินผล สามารถประเมินผลการพยาบาลอย่างเป็นระบบและมีความต่อเนื่องโดยคำนึงถึงผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นได้

มาตรฐานที่ 7 การจัดการทรัพยากร สามารถบริหารจัดการทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการการพยาบาลได้

มาตรฐานที่ 8 การพัฒนาทางวิชาชีพ สามารถพัฒนาทางวิชาชีพเพื่อความก้าวหน้าทางวิชาชีพและดำรงไว้ซึ่งสมรรถนะทางการพยาบาลได้

มาตรฐานที่ 9 ความร่วมมือ สามารถให้ความร่วมมือกับผู้รับบริการเพื่อการส่งเสริม ป้องกันและดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีภายใต้สภาวะแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและปลอดภัยได้

มาตรฐานที่ 10 การวิจัย สามารถวิจัยจากการปฏิบัติงานและนำความรู้ที่ได้ไปปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลและพัฒนาวิชาชีพได้

มาตรฐานที่ 11 จริยธรรม สามารถใช้จริยธรรมเพื่อตัดสินใจและการปฏิบัติทางการพยาบาล

การใช้กระบวนการพยาบาลในการร่วมพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม

กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักและวิธีการทางวิทยาศาสตร์และเป็นวิธีการสากลของพยาบาลการใช้กระบวนการพยาบาล และการร่วมพัฒนาอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม มีขั้นตอนดังนี้ (ธนพรรณ จรรยาศิริ และกัลยาณี ตันตรานนท์, 2555)

1. การประเมินสภาวะสิ่งแวดล้อม (environment assessment) เป็นขั้นตอนแรกในการตรวจวัดสิ่งแวดล้อม โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ่งแวดล้อมด้วยการสังเกต การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม หรือการทดสอบทางห้องปฏิบัติการ เช่น การประเมินสภาพแวดล้อมในชุมชน ได้แก่

1.1 น้ำอุปโภคบริโภค ข้อมูลที่ต้องการคือ แหล่งน้ำอุปโภคบริโภคมาจากไหน สภาพการใช้น้ำของประชาชนเพียงพอหรือไม่ วิธีเก็บน้ำที่สะอาดทำอย่างไร การแจกจ่ายน้ำทำอย่างไร

1.2 การกำจัดน้ำเสีย สำรวจและประเมินวิธีการระบายน้ำที่ใช้แล้ว น้ำเสียจากบ้านเรือน ร้านค้า สถานที่ราชการ สถานประกอบการ การระบายน้ำฝนที่ตกลงมา ขนาดของน้ำเสียจากชุมชนทำให้น้ำดีที่มีอยู่ในชุมชนเสียตามด้วยหรือไม่

1.3 การกำจัดขยะมูลฝอย ข้อมูลที่ควรได้คือ การรวบรวมขยะก่อนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาเก็บหรือก่อนนำไปกำจัด การเก็บขยะมูลฝอย การร้องทุกข์กรณีหน่วยงานมาจัดเก็บขยะที่เกี่ยวกับบริการที่ไม่ดี วิธีการกำจัดขยะขั้นสุดท้ายส่งผลกระทบต่อชุมชนหรือไม่

1.4 การกำจัดอุจจาระ ควรมีข้อมูลส้วมที่ใช้กำจัดอุจจาระ ถูกสุขลักษณะหรือไม่

1.5 การควบคุมสัตว์และแมลงนำโรค ข้อมูลที่ควรใช้ คือบริเวณที่สัตว์และแมลงนำโรคอยู่อาศัย แหล่งเพาะพันธุ์ รายงานโรคหรือข้อร้องเรียนเหตุรำคาญที่เกิดจากสัตว์หรือแมลงเหล่านี้

1.6 การสุขาภิบาลอาหาร เป็นการสำรวจร้านอาหารและภัตตาคารในชุมชน ควรมีข้อมูลเรื่องความสะอาดของสถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้ การปรุง การชิม การเสิร์ฟอาหาร รวมถึงคนปรุงด้วยว่า ถูกสุขลักษณะหรือไม่

1.7 การสุขาภิบาลที่พักอาศัย ต้องสำรวจว่าบ้านมีความคงทนถาวรอย่างไร การระบายอากาศ ความสะอาด แสงสว่าง การแบ่งพื้นที่ใช้สอย การจัดวางอุปกรณ์ของใช้ถูกต้องตามความต้องการพื้นฐานของร่างกาย จิตใจ และเพื่อการป้องกันโรคหรือไม่

2. การวินิจฉัยปัญหาสิ่งแวดล้อม (environment diagnosis) เป็นการนำข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการประเมินสิ่งแวดล้อมและผ่านกระบวนการจัดการ ทบทวน ตรวจสอบ วิเคราะห์ สังเคราะห์และประมวลผลเพื่อวินิจฉัยว่าสิ่งแวดล้อมมีสภาวะเป็นอย่างไร จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพไม่ หลังจากที่ระบุหรือวินิจฉัยปัญหาสิ่งแวดล้อมได้แล้ว ควรวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนในกระบวนการต่อไป

3. การวางแผน เป็นขั้นตอนการกำหนดแผนการอนามัยสิ่งแวดล้อม ในการร่วมพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมกับประชาชนและภาคีต่างๆ ต้องคำนึงถึงการยอมรับของประชาชนในพื้นที่ศักยภาพของพื้นที่ วิถีชีวิตและวัฒนธรรมประเพณีของชุมชน ที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกขั้นตอนของการพัฒนาซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

3.1 การกำหนดกรอบและความต้องการในภาพรวมระดับชุมชน ซึ่งได้จากการระดมความคิดเห็นหรือการประชาคมทุกภาคีในชุมชน เพื่อร่วมกันกำหนดกรอบและความต้องการการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม

3.2 การจัดทำแผนปฏิบัติการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เริ่มจากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ กำหนดกิจกรรมและผู้รับผิดชอบหรือผู้ปฏิบัติงาน กำหนดระยะเวลา งบประมาณและเกณฑ์การประเมินผล

4. การปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อม (environmental health imlementation) เป็นขั้นตอนนำแผนการปฏิบัติการมาดำเนินการ เน้นให้ภาคีที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนซึ่งมี 4 กลวิธีที่สำคัญคือ

4.1 กลวิธีที่ 1 การชักชวนชี้แนะ (Advocacy) เป็นการเผยแพร่องค์ความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่มีประโยชน์ตลอดจนส่งเสริมให้คนกลุ่มคน หน่วยงานต่างๆ ชุมชน ตระหนักและมีจิตสำนึกรักหวงแหนการดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมในชุมชน เป็นการเตรียมชุมชนให้พร้อมด้วยการสร้างกระแสพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม

4.2 กลวิธีที่ 2 การสร้างหุ้นส่วนและภาคี (partnership and alliances) เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างทุกหน่วยงานเพื่อร่วมกันพัฒนาสิ่งแวดล้อม โดยหน่วยงานต่างๆ มีความรับผิดชอบร่วมกันทั้งในผลดีและผลเสียของการปฏิบัติงานนั้นๆ ด้วยการสร้างแผนปฏิบัติการร่วมกัน เช่น ร่วมกันประเมินศักยภาพของพื้นที่ชุมชน กำหนดวิสัยทัศน์ จุดมุ่งหมาย ตัวชี้วัดความสำเร็จแผนงาน โครงการและกิจกรรมโครงการร่วมกัน

4.4 กลวิธีที่ 3 การพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย (sternthening network capacity) เป็นการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายที่ร่วมกันพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่มีความสามารถในการป้องกัน แก้ไขปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม การป้องกันตนเองจากการได้รับมลพิษสิ่งแวดล้อม โดยการจัดอบรมฝึกปฏิบัติให้เกิดความชำนาญในการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมที่กำหนด

4.5 กลยุทธ์ที่ 4 การสร้างกฎระเบียบและข้อบังคับระดับชุมชน (community regulate) การกำหนดกฎระเบียบ กติกา ข้อบังคับ ระดับชุมชนและการพัฒนากฎระเบียบ กติกา ข้อบังคับนั้นให้เหมาะสมและสอดคล้องกับกฎระเบียบข้อบังคับของทางราชการและความต้องการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน เช่น การป้องกันโรคไข้เลือดออกด้วยการกำจัดลูกน้ำยุงลายของตำบลหนึ่งใน

จังหวัดหนึ่ง พยาบาลและประชาชนในหมู่บ้านร่วมกันทำประชาคมสุขภาพเพื่อสร้างกฎเกณฑ์การจัดสิ่งแวดล้อมบริเวณรอบหมู่บ้าน เพื่อควบคุมยุงลายที่เป็นพาหะนำโรค และกำหนดกิจกรรมให้ทุกครัวเรือนและผิดชอบกำจัดลูกน้ำยุงลายในบ้าน/บริเวณบ้านตนเอง หากกรรมการตรวจพบว่าครัวเรือนใดมีลูกน้ำยุงลาย แสดงว่าผู้อาศัยไม่ได้ปฏิบัติตามกิจกรรมการควบคุมยุงลายที่กำหนดไว้ มีบทลงโทษโดยการงดสวัสดิการทางสังคมบางประการ เช่น ไม่ได้รับของขวัญในวาระต่างๆ ไม่ได้รับสิทธิในการเข้าร่วมโครงการทัศนศึกษา เป็นต้น

5. การประเมินผลการอนามัยสิ่งแวดล้อม (environmental Health evaluation) เป็นขั้นตอนการประเมินคุณภาพ ประสิทธิภาพ ความเพียงพอ ความเหมาะสม และผลกระทบของการปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อม ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลในขั้นตอนนี้จะถูกนำไปใช้เพื่อการพัฒนาการปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อมต่อไป

5. การจัดบริการด้านสุขภาพต่อผู้ประกอบอาชีพ

5.1 การจัดบริการด้านสุขภาพต่อผู้ประกอบอาชีพ (ลักษณา เหล่าเกียรติ, 2560) ประกอบด้วย

1. การส่งเสริมสุขภาพ กฎหมายได้กำหนดให้เจ้าของผู้ประกอบการจัดสวัสดิการบางอย่างให้ผู้ประกอบอาชีพ บางอย่างเจ้าของสถานประกอบการและผู้ประกอบอาชีพต้องตกลงกันเอง บางอย่างผู้ประกอบอาชีพต้องดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม ได้แก่

1.1.1 การส่งเสริมโภชนาการ

1.1.2 การจัดที่อยู่อาศัย

1.1.3 การจัดสถานที่ทำงาน

1.1.4 การพักผ่อนระหว่างทำงาน

1.1.5 การจัดสวัสดิการอื่นๆ

2. การป้องกันโรค กฎหมายได้กำหนดให้นายจ้างจัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี และการตรวจสุขภาพในกลุ่มลูกจ้างที่ปฏิบัติงานเสี่ยงอันตราย

3. การรักษาพยาบาลกฎหมายได้กำหนดให้นายจ้างจัดให้มีการจัดสวัสดิการด้านการปฐมพยาบาลและการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ดังนี้

3.3.1 การปฐมพยาบาลในสถานที่ทำงานที่มีลูกจ้างตั้งแต่10 คนขึ้นไป นายจ้างต้องจัดให้มีอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาล

3.3.2 การรักษาพยาบาล สำหรับสถานประกอบการอุตสาหกรรมจะต้องมีเวชภัณฑ์ในการรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ โดยสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 200 คนขึ้นไป ให้มีห้อง

รักษาพยาบาล 1 ห้อง จำนวนเตียง 1 เตียง พยาบาล 1 คน และมีแพทย์มาตรวจเป็นครั้งคราว ถ้ามีลูกจ้าง 1,000 คน ขึ้นไป ต้องเพิ่มอีก 1 เตียง พยาบาลอีก 1 คน มีแพทย์มาประจำอย่างน้อยครั้งละ 2 ชั่วโมง และมีพาหนะรับส่งผู้ป่วย 1 คัน

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ในกรณีที่มีลูกจ้างเจ็บป่วยหรือพิการ ลูกจ้างเหล่านั้นต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้กลับเข้าทำงานได้อีกตามความสามารถที่ยังเหลืออยู่ นอกจากนี้ยังต้องมีการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานด้วย เพื่อสิทธิประโยชน์ของลูกจ้างตามกฎหมายแรงงานที่กำหนดให้นายจ้างต้องรับผิดชอบในการจ่ายค้าทดแทนให้แลูกจ้าง

การดูแลสุขภาพคนทำงานเป็นสิ่งสำคัญเพราะคนวัยนี้ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในที่ทำงาน โดยบริการสุขภาพที่จำเป็นประกอบด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน และการรักษาเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพคนทำงาน (ลักษณา เหล่าเกียรติ, 2560) กล่าวคือ

1. การสร้างเสริมสุขภาพ การที่ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลควรจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การเลิกบุหรี่ การงดเหล้าและหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด การวางแผนครอบครัว การส่งเสริมสุขภาพจิต การลดพฤติกรรมรุนแรงหรือพฤติกรรมการคุกคามด้านร่างกายและจิตใจ (WHO, 2015) การจัดทำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพพยาบาลชุมชนควรคำนึงถึงหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

1.1 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ พยาบาลชุมชนควรมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะหรือการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย เช่น การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะหรือที่ทำงาน

1.2 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงาน โดยทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายจ้าง คนทำงาน ทำให้ทุกฝ่ายรับรู้ถึงความต้องการของคนทำงานตระหนักถึความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพและร่วมกันวางแผนดำเนินการเพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ร่วมกัน

1.3 การปรับเปลี่ยนบริการด้านอาชีวอนามัยในด้านต่างๆ โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการตั้งรับในสถานบริการเพื่อให้การรักษา เช่น การจัดโปรแกรมการสร้างเสริมความตระหนักถึงการมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรงหรือเจ็บป่วยที่จะส่งผลกระทบต่อการทำงาน การส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการทำงาน การจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เช่น การจัดให้ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ช่วยเหลือเพื่อนที่ยังสูบบุหรี่ให้เลิกสูบ

1.4 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของคนในองค์กร เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงาน มีการระบายอากาศที่ดี จัดให้มีการจำหน่ายอาหารที่มีประโยชน์ สร้างบรรยากาศการทำงานที่มีหลักธรรมะ เอื้ออาทรและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

5.2 การป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน

การป้องกันโรคและบาดเจ็บจากการทำงาน มีขั้นตอนดังนี้ (อนามัย เทศกะทึก, 2555)

1. การค้นหาสิ่งคุกคามสุขภาพ โดยการศึกษาขั้นตอนการผลิต วัสดุที่ใช้ในการผลิต และแผนผังของสถานประกอบกิจการ

2. การค้นหาปัจจัยคุกคามสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน เช่น การตรวจวัดแสง เสียง ความร้อนและระดับสารเคมีในบรรยากาศการทำงาน ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นที่มีความเชี่ยวชาญในการตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น นักสุขศาสตร์อุตสาหกรรม เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย

3. การใช้มาตรการควบคุม โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินข้างต้นมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด การรักษาพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพคนทำงาน

พยาบาลชุมชนควรสามารถให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่คนทำงานได้ เช่น การปฐมพยาบาลผู้ที่ถูกสารเคมีที่มีฤทธิ์เป็นกรดหกรด หากไม่หายหรือมีอาการรุนแรงสามารถส่งต่อคนทำงานเพื่อรับการรักษาอย่างเหมาะสม ให้การดูแลคนทำงานที่เจ็บป่วยให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว ป้องกันการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่จะเกิดขึ้นซ้ำ นอกจากนี้ควรมีการเตรียมรับแผนในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินจากการระเบิดหรือการหกรั่วไหลของสารเคมีในโรงงานอุตสาหกรรมที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้การช่วยเหลือคนทำงานอย่างทันท่วงที

5.3 ปัญหาสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสิ่งคุกคามทางสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพจากการทำงานแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ โรคจากการประกอบอาชีพ โรคเกี่ยวเนื่องกับงานและการบาดเจ็บจากการทำงาน

โรคจากการประกอบอาชีพ (Occupational disease) หมายถึง โรคที่เกิดจากการทำงาน สัมผัสกับสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัย การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจากการประกอบอาชีพนั้นต้องสามารถพิสูจน์ให้ชัดเจนว่าโรคที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการทำงาน สัมผัสกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคและสามารถพิสูจน์ได้ว่าการสัมผัสปัจจัยดังกล่าวก่อให้เกิดโรคชนิดเดียวกันในเพื่อนร่วมงาน (Kan, H., 2011) ประกาศกระทรวงแรงงานได้กำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงานไว้ 8 กลุ่มโรค (ลักษณา เหล่าเกียรติ, 2560) ดังต่อไปนี้

1. โรคที่เกิดขึ้นจากสารเคมี

1.1 เบริลเลียมหรือสารประกอบของเบริลเลียม

1.2 แคดเมียมหรือสารประกอบของแคดเมียม

1.3 ฟอสฟอรัสหรือสารประกอบของฟอสฟอรัส

1.4 โครเมียมหรือสารประกอบของโครเมียม

1.5 แมงกานีสหรือสารประกอบของแมงกานีส

1.6 สารหนูหรือสารประกอบของสารหนู

1.7 ปรอทหรือสารประกอบของปรอท

1.8 ตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว

1.9 ฟลูออรีนหรือสารประกอบของฟลูออรีน

1.10 คลอรีนหรือสารประกอบคลอรีน

1.11 แอมโมเนีย

1.12 คาร์บอนไดซัลไฟด์

1.13 สารอนุพันธ์ฮาโลเจนของสารไฮโดรคาร์บอน

1.14 เบนซีนหรือสารอนุพันธ์ของเบนซีน

1.15 อนุพันธ์ไนโตรและอะมิโนของเบนซีน

1.16 ซัลเฟอร์ไดออกไซด์หรือกรดซัลฟูริค

1.17 ไนโตรกลีเซอรีนหรือกรดไนตริคอื่นๆ

1.18 แอลกอฮอล์กลัยคอลหรือคีโตน

1.19 คาร์บอนมอนนอกไซด์ไฮโดรเจนไซยาไนด์หรือสารประกอบของไฮโดรเจนไซยาไนด์

1.20 อะครัยโลไนไตรล์

1.21 ออกไซด์ของไนโตรเจน

1.22 วาเนเดียมหรือสารประกอบของวาเนเดียม

1.23 พลวงหรือสารประกอบของพลวง

1.24 เฮกเซน

1.25 กรดแร่ที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรค

1.26 เภสัชภัณฑ์

1.27 ทัลเลียมหรือสารประกอบของทัลเลียม

1.28 ออสเมียมหรือสารประกอบของออสเมียม

1.29 เซลีเนียมหรือสารประกอบของเซลีเนียม

1.30 ทองแดงหรือสารประกอบของทองแดง

1.31 ดีบุกหรือสารประกอบของดีบุก

1.32 สังกะสีหรือสารประกอบของสังกะสี

1.33 โอโซนฟอสยีน

1.34 สารทำให้ระคายเคือง เช่น เบนโซควินโนนหรือสารระคายเคืองต่อกระจกตา

1.35 สารกำจัดศัตรูพืช

1.36 อัลดีไฮด์ฟอร์มาลดีไฮด์และกลูตารัลดีไฮด์

1.37 สารกลุ่มไดอ๊อกซิน

1.38 สารเคมีหรือสารประกอบของสารเคมีอื่นซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน

2. โรคที่เกิดขึ้นจากสาเหตุทางกายภาพ

2.1 โรคหูตึงจากเสียง

2.2 โรคจากความสั่นสะเทือน

2.3 โรคจากความกดดันอากาศ

2.4 โรคจากรังสีแตกตัว

2.5 โรคจากรังสีความร้อน

2.6 โรคจากแสงอัลตราไวโอเลต

2.7 โรคจากรังสีไม่แตกตัวอื่นๆ

2.8 โรคจากแสงหรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

2.9 โรคจากอุณหภูมิต่ำหรือสูงผิดปกติมาก

2.10 โรคที่เกิดขึ้นจากสาเหตุทางกายภาพอื่นซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน

3. โรคที่เกิดขึ้นจากสาเหตุทางชีวภาพ ได้แก่ โรคติดเชื้อหรือโรคปรสิตเนื่องจากการทำงาน

4. โรคระบบหายใจที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน

4.1 โรคกลุ่มนิวโมโคนิโอสิส เช่น ซิลิโคสิส แอสเบสโทสิส

4.2 โรคปอดจากโลหะหนัก

4.3 โรคบิสสิโนสิส

4.4 โรคหืดจากการทำงาน

4.5 โรคปอดอักเสบภูมิไวเกิน

4.6 โรคซิเดโรสิส

4.7 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

4.8 โรคปอดจากอะลูมิเนียมหรือสารประกอบของอะลูมิเนียม

4.9 โรคทางเดินหายใจส่วนบนเกิดจากสารภูมิแพ้หรือสารระคายเคืองในที่ทำงาน

4.10 โรคระบบหายใจอื่นซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน

5. โรคผิวหนังที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน

5.1 โรคผิวหนังที่เกิดจากสาเหตุทางกายภาพเคมีหรือชีวภาพอื่นซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน

5.2 โรคด่างขาวจากการทำงาน

5.3 โรคผิวหนังอื่นซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน

6. โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูก ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานหรือสาเหตุจากลักษณะงานที่จำเพาะหรือมีปัจจัยเสี่ยงสูงในสิ่งแวดล้อมการทำงาน

7. โรคมะเร็งที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานโดยมีสาเหตุจาก

7.1 แอสเบสตอส (ใยหิน)

7.2 เบนซิดีนและเกลือของสารเบนซิดีน

7.3 บิสโครโรเมทธิลอีเทอร์

7.4 โครเมียมและสารประกอบของโครเมียม

7.5 ถ่านหิน

7.6 เบต้า-เนพธีลามีน

7.7 ไวนิลคลอไรด์

7.8 เบนซีนหรืออนุพันธ์ของเบนซีน

7.9 อนุพันธ์ของไนโตรและอะมิโนของเบนซีน

7.10 รังสีแตกตัว

7.11 น้ำมันดินหรือผลิตภัณฑ์จากน้ำมันดิน เช่น น้ำมันถ่านหิน น้ำมันเกลือแร่ รวมทั้งผลิตภัณฑ์จากการกลั่นน้ำมัน เช่น ยางมะตอย พาราฟินเหลว

7.12 ไอควันจากถ่านหิน

7.13 สารประกอบของนิกเกิล

7.14 ฝุ่นไหม้

7.15 ไอควันจากเผาไหม้

7.16 โรคมะเร็งที่เกิดจากปัจจัยอื่นซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน

8.โรคอื่นๆ ซึ่งพิสูจน์ได้ว่าเกิดขึ้นตามลักษณะ หรือสภาพของงาน หรือเนื่องจากการทำงาน

โรคเกี่ยวเนื่องกับงาน (Work-related disease) หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นกับผู้ทำงานเช่นเดียวกัน แต่สาเหตุของการเกิดโรคเป็นผลโดยอ้อมจากการทำงาน เช่น การเกิดโรคกระเพาะ

อาหารในพนักงานที่มีการเปลี่ยนกะทำงานหรือทำงานล้วงเวลาบ่อยๆ หรือการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่ทำงานในงานที่มีความเครียด โรคกลุ่มนี้มีปัจจัยเสริมและปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องมาก ทำให้มีความยุ่งยากในการวินิจฉัยให้ถูกต้องและเป็นธรรมแก่ทั้งฝ่ายลูกจ้างและนายจ้าง (ลักษณา เหล่าเกียรติ, 2560)

โรคหรือความเจ็บป่วยจากการทำงาน หรือเกี่ยวข้องกับการทำงานส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลัก 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับงาน และปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (ลักษณา เหล่าเกียรติ, 2560) ดังนี้

1. ปัจจัยเกี่ยวกับบุคคล (Workers) ลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ ความไวต่อการเกิดโรค

2. ปัจจัยเกี่ยวกับงานสภาพแวดล้อมการทำงาน (Working condition) ลักษณะงานที่ทำงานและสภาวะการทำงานส่งผลต่อสุขภาพคนทำงาน

3. ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (Working environment) การสัมผัสปัจจัยคุกคามในสภาพแวดล้อมการทำงาน ที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคและการบาดเจ็บ มีดังนี้

3.1 ปัจจัยคุกคามด้านกายภาพได้แก่

3.1.1 แสงสว่าง (Illumination) แสงสว่างที่ได้รับมาจากแหล่งใหญ่ 2 แหล่ง ได้แก่ แสงสว่างที่ได้จากธรรมชาติและแสงสว่างจากการประดิษฐ์ขึ้น แสงสว่างมีผลต่อสุขภาพโดยตรง เนื่องจากเกี่ยวข้องกับการมองเห็น ถ้าหากว่าระดับความเข้มของแสงไม่ได้มาตรฐานแล้วจะเป็นอันตรายต่อตา หากแสงสว่างน้อยเกินไปจะทำให้กล้ามเนื้อตาทำงานมาก ทำให้ตาเมื่อยล้าเพราะต้องเพ่งตามาก ปวดตา มึนศีรษะ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ถ้าหากแสงสว่างมากเกินไป เช่น แสงจ้า จะทำให้ตาเกิดความ ไม่สบายเมื่อยล้า ปวดตา เกิดการอักเสบของเยื่อบุตา กระจกตาดำอักเสบ หรือถ้าแสงสว่างมีแสงอัลตราไวโอเลตหรืออินฟราเรตด้วยจะทำให้เกิดการมองไม่เห็นชั่วคราว

3.1.2 อุณหภูมิ ได้แก่ ความร้อน (Heat Stress) หากร่างกายได้รับความร้อนและร่างกายไม่สามารถรักษาสมดุลได้อุณหภูมิภายในร่างกายสูงขึ้น สูญเสียน้ำและเกลือแร่ก็จะเกิดความผิดปกติได้ เช่น เกิดอาการอ่อนเพลีย หมดสติ เป็นตะคริว ปวดศีรษะ เป็นลม หมดสติ ช็อคและเสียชีวิตได้ และมีผลต่อจิตใจ เช่น ทำให้เกิดความเครียด ขาดสมาธิในการทำงาน อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้

ความเย็น (Cold stress) ก่อให้เกิดความเครียดจากความเย็น กรณีที่ได้รับความเย็นหรืออยู่ในที่เย็นเป็นเวลานานร่างกายจะสูญเสียความร้อน เส้นเลือดจะหดตัวเพื่อรักษาความร้อนเอาไว้ ก่อให้เสียสมดุลของร่างกายได้เช่นกัน ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง

3.1.3 ความดันบรรยากาศ (Decompression) ความดันของบรรยากาศที่ผิดปกติ หมายถึงสภาพการกดอากาศที่เปลี่ยนแปลงไปจากความกดดันของบรรยากาศปกติที่ระดับน้ำทะเล ค่าประมาณ 760 มิลลิเมตรปรอท เช่น สภาวะใต้ท้องทะเลลึก อุโมงค์ลึก หรือบนภูเขาสูง บนท้องฟ้าที่สูงมากมีผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อ เกิดอาการปวดหู หูอื้อ เวียนศีรษะ เกิดฟองอากาศในเลือดและมีภาวะขาดออกซิเจน มีอาการหงุดหงิด เฉื่อยชา ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร

3.1.4 ความสั่นสะเทือน (Vibration) การสั่นสะเทือนเกิดจากเครื่องจักรกล เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ชนิดของการสั่นสะเทือนแบ่งเป็นการสั่นสะเทือนเฉพาะจุด โดยเฉพาะที่นิ้วมือ ข้อมือ และแขนที่ต้องจับหรือถือเครื่องมือ อาจทำให้เนื้อเยื่อด้านแข็ง ปวดข้อ เกิดความผิดปกติของหลอดเลือด ทำให้มือตายหรือนิ้วซีดเรียกว่า “Raynaud’s Phenomenon” อาจทำให้มีอาการชาเสียความรู้สึกบางนิ้วอาจใช้การไม่ได้ทำให้เนื้อตายจนต้องตัดนิ้วมือนั้นทิ้ง ถ้าเป็นการสั่นสะเทือนทั่วร่างกายจะทำให้ความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น การสั่นสะเทือนนี้มีผลต่อหลอดเลือด กล้ามเนื้อ ข้อต่อและกระดูก อาจทำให้กล้ามเนื้อลีบ กระดูกสันหลังอักเสบ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลดและเกิดการอักเสบของหูชั้นใน

3.1.5 เสียงดัง (Noise) การวัดระดับความดังของเสียง หมายถึงการวัดค่าความดันของคลื่นเสียงที่เปลี่ยนแปลงไปจากความดันบรรยากาศปกติ มีหน่วยวัดเป็นเดซิเบล เสียงที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองของหูคนจะใช้สเกลเอ ดังนั้นหน่วยของเสียงดังที่คนเกี่ยวข้องจึงเป็นเดซิเบล (เอ) หรือ dB(A) กฎหมายได้กำหนดค่ามาตรฐานความปลอดภัยของระดับเสียงว่าไม่ควรเกิน 90 dB(A) ในการทำงาน 8 ชั่วโมงระดับของเสียงขึ้นอยู่กับปริมาณของเสียงภายในห้อง ขนาดของห้อง ชนิดของวัสดุที่ใช้ทำผนังกั้นห้องระยะทางจากต้นกำเนิดเสียงกับพื้นผิวที่รับการสะท้อนของเสียง ส่วนใหญ่จะมาจากเครื่องจักรกล มีผลกระทบต่อสมรรถภาพการได้ยิน เกิดอาการหูเสื่อม มีปัญหาการสื่อสาร เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้นและก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

ผลกระทบของเสียงที่มีต่อคนขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความดังของเสียง ชนิดของเสียง ระยะเวลาที่ได้รับเสียง ผลกระทบของเสียงที่มีต่อคน คือการสูญเสียการได้ยินแบบชั่วคราว จะเกิดขึ้นเมื่อหูได้รับเสียงที่ดังสม่ำเสมอต่อเนื่องและมีความดังเสียงสูงมากอาจถึง 100 dB(A) หรือสูงกว่าปกติจะเกิดขึ้นชั่วคราวและกลับคืนสู่ปกติภายใน 1 หรือ 2 ชั่วโมง หรือเป็นวันหลังจากหยุดสัมผัสเสียงไปแล้ว ส่วนการสูญเสียการได้ยินแบบถาวรจะเกิดขึ้นเมื่อหูได้รับเสียงที่มีความดังสูงเป็นประจำนานหลายๆ เป็น อาการอาจจะเกิดขึ้นทีละน้อยจนเคยชิน เช่น หูอื้อ ต่อมาอาจไม่ได้ยินเลยทั้งที่แก้วหูยังเป็นปกติ

3.1.6 รังสีต่างๆ (Radiation) ส่งผลกระทบต่ออวัยวะเป้าหมาย เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ความผิดปกติทางพันธุกรรม

3.2 ปัจจัยคุกคามด้านชีวภาพ ปัจจัยทางทางชีวภาพที่พบในคนงานโดยทั่วไป ได้แก่ จุลินทรีย์ ไวรัส แบคทีเรีย รา ริกเคทเซีย และอันตรายจากฝุ่นพืชต่างๆ ดังนี้โรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เช่น วัณโรค จะพบมากในผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาลหรือผู้ดูแลผู้ป่วย โรคบรูเซลโลซีส(Brucellosis) ซึ่งเกิดจากการดื่มนมจากแม่วัวที่ป่วยเป็นโรคแบง (Bang Disease) โดยไม่มีการพลาสเจอร์ไรซ์ หรืออาจเกิดจากการทำงานที่ต้องสัมผัสกับสัตว์หรือเนื้อสัตว์ เช่น สุกร แพะ โรคอีริซิเพลลาส (Erysipelas) ซึ่งเกิดกับคนงานในโรงงานฆ่าสัตว์และคนงานที่ต้องสัมผัสปลา โรคที่พบว่าเกี่ยวข้องกับงานภาคเกษตรได้มาก เช่น โรคปอดชาวนา (farmer lung) ซึ่งเกิดจากเชื้อราในฝุ่นละออง ซึ่งการเจ็บป่วยจะมากน่อยเพียงใดขึ้นกับชนิดของเชื้อโรค ปริมาณและระยะเวลาการสัมผัสโรคนั้นๆ (พิชาภรณ์ จันทนกุล, 2554)

3.3 ปัจจัยภัยคุกคามด้านเคมี อุตสาหกรรมมีการใช้สารเคมีมากกว่า 80,000 ชนิด รวมถึงสารเคมีอันตราย ได้แก่ สารพิษ สารไวไฟ สารที่ระเบิดได้ สารกัดกร่อน สารกัมมันตรังสี สารเคมีที่ใช้และเกิดในกระบวนการผลิตอยู่ในรูปแบบต่างๆ กัน ได้แก่ ตัวทำละลาย ฝุ่น โฟม ควัน ก๊าซ ละออง หรือไอระเหย สารเคมีเข้าสู่ร่างกายทางการหายใจ การรับประทานและการสัมผัสทางผิวหนังเป็นสาเหตุให้คนทำงานเกิดโรคและความเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลัน เช่น ผิวหนังอักเสบ เกิดแผลไหม้พุพอง และความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น การเกิดพยาธิสภาพในระบบประสาท ทางเดินหายใจ ระบบสืบพันธุ์ หรือเกิดโรคมะเร็ง ตัวอย่างสารเคมีที่ใช้ในกระบวนการผลิต เช่น เบนซีน แอสเบสตอส ฝุ่นซิลิก้า ไวนิลคลอไรด์ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่างๆ ยกตัวอย่างเช่น โรคปอดฝุ่นทรายหรือซิลิโคซีส เป็นโรคปอดที่เกิดจากการหายใจเอาฝุ่นทรายหรือฝุ่นซิลิกาหรือผลึกซิลิคอนไดออกไซด์เข้าไปในปอด เมื่อหายใจเอาฝุ่นซิลิกาที่เป็น ผลึกแหลมคมเข้าไปในปอดสะสมอยู่ในปอด เนื่องจากผลึกแหลมคมปอดจะสร้างเยื่อพังผืดมาห่อหุ้มผลึกเหล่านั้นไว้ทำให้เนื้อเยื่อปอดไม่สามารถทำหน้าที่แลกเปลี่ยนอากาศได้ตามปกติ อาการจะแสดงช้าหรือเร็ว ขึ้นกับปริมาณฝุ่นในบรรยากาศ ส่วนผสมของสารซิลิคอนไดออกไซด์ ระยะเวลาที่สัมผัส อาการของโรค คือ หายใจลำบาก หายใจลึกๆ สั้นๆ มีเสียงหายใจบริเวณหลอดลม ปริมาตรปอดลดลง อกขยายตัวได้น้อยลง เหนื่อยง่าย ระยะสุดท้ายหายใจลำบากมาก เนื่องจากเนื้อเยื่อปอดเป็นพังผืดมาก อาจจะนำไปสู่การติดเชื้อวัณโรคได้ง่าย ตรวจพบจากการเอ็กซเรย์ปอดโดยจะพบเงาทึบเต็มปอด

โรคแอสเบสโตซิส (Asbestosis) เป็นโรคปอดที่เกิดจากการหายใจเอาฝุ่นใยแอสเบสตอสเข้าไป ซึ่งจะไปสะสมที่เนื้อเยื่อปอดส่วนล่าง ลักษณะของเส้นใยของแอสเบสตอสมีลักษณะคล้ายเข็มแหลมขนาดเล็กที่ทิ่มแทงเนื้อปอดตลอดเวลาทำให้ปอดต้องสร้างเยื่อพังผืดไว้คล้ายแคบซูล และอาจจะมีสารในเนื้อแร่เกิดปฏิกิริยากับเนื้อปอด อาการของโรคจะคล้ายโรคซิลิโคซีสแต่อาจจะตรวจพบได้เร็วกว่าถ้าสัมผัสฝุ่นใยแอสเบสตอสในปริมาณมาก ในระยะ 2-3 ปี ก็จะมีอาการแต่อาจจะไม่ชัดเจน

โรคนี้จะเป็นเนื้องอกที่เซลบุผิวของเยื่อหุ้มปอด เยื่อบุช่องท้องและมะเร็งปอด อาการแสดง ได้แก่ หายใจถี่ เจ็บหน้าอก ลำตัวบวม น้ำหนักลด ปากลิ้นและเล็บมีสีฟ้า ไอแห้งๆ สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง ตรวจพบจากการเอ็กซเรย์โดยจะพบเงาทึบที่ไม่เป็นระเบียบ

โรคปอดฝุ่นฝ้าย หรือโรคบีสซิโนซิส (Byssinosis) เป็นโรคปอดชนิดเรื้อรังที่เกิดจากการหายใจเอาฝุ่นฝ้ายปริมาณมากเข้าไปในปอด สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากพิษของจุลินทรีย์บางอย่างที่ติดเข้าไปกับฝุ่นฝ้ายที่หายใจเข้าไป หรือจากการที่เส้นใยของฝุ่นฝ้ายระคายเคืองต่อเนื้อปอด หรือเส้นใยของฝุ่นฝ้ายกระตุ้นทำให้เกิดอาการแพ้ อาการของโรคจะแสดงต่อเมื่อรับสัมผัสกับฝุ่นฝ้ายมาเป็นเวลาหลายปี มีอาการคือไอเรื้อรัง แน่นหน้าอก หายใจลำบาก อาการสุดท้ายคือหลอดลมอักเสบเรื้อรัง หอบ ถุงลมโป่งพอง โรคนี้ไม่สามารถวินิจฉัยด้วยการเอ็กซเรย์

โรคจากพิษสารหนู (Arsenic Poisoning) ซึ่งสารหนูจะใช้กันมากในงานอุตสาหกรรม เช่น โรงงานหลอมโลหะใช้ผสมทำโลหะอัลลอยด์ เพื่อทนทานต่อการกัดกร่อนของกรดได้ดี พิษสารหนูสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง ได้แก่ การหายใจ การกินและการดูดซึมผ่านทางผิวหนัง ผิวหนังจะเกิดการระคายเคืองเกิดเป็นโรคผิวหนัง ระบบหายใจสารหนูจะไปสะสมที่ปอดทำให้หลอดลมเกิดการอักเสบ อาจจะมีผลทำให้เกิดมะเร็งปอด มีอาการทางประสาทเนื่องจากสารหนูเข้าสู่ระบบการไหลเวียนของโลหิต ทำให้ปลายประสาทอักเสบ แขนขาชาอาจเกิดอัมพาตมีผลต่อสมองเนื่องจากสารหนูจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อสมอง มีอาการกระสับกระส่าย ความจำเสื่อม อาจเกิดโลหิตจาง อาการที่เกี่ยวกับความผิดปกติของตับและไต

โรคจากพิษของสารตะกั่ว (Lead Poisoning) ตะกั่วสามารถเข้าสู่ร่างกายโดยการกิน การดูดซึม แต่ส่วนมากโดยการหายใจ เมื่อตะกั่วเข้าสู่ร่างกายแล้วก็จะเข้าไปสะสมในกระดูกในระบบการไหลเวียนของโลหิตและในกล้ามเนื้อ ซึ่งจะทำให้เกิดอาการเป็นพิษได้ อาการแบบเฉียบพลัน ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ปวดท้องอย่างรุนแรง ปวดบริเวณรอบสะดือ มีรสหวานในปากหรือคล้ายกับอมโลหะในปาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน บางรายมีอาการทางสมอง เช่น ชัก หมดสติ อาการแบบเรื้อรัง ร่างกายอ่อนแอลง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย หมดแรง ซีด ท้องผูก ท้องเดิน ผิวของคนที่รับสารตะกั่วจะซีดลงเพราะตะกั่วจะทำลายเม็ดเลือดแดงทำให้เลือดจาง พบเส้นตะกั่วเป็นสีเงินที่บริเวณเหงือกเกิดจากตะกั่วทำปฏิกิริยากับแบคทีเรียที่บริเวณเหงือกทำให้เกิดตะกั่วซัลไฟด์ ซึ่งจะมีสีดำตามทางเดินของเส้นเลือด อาการทางเดินอาหารจะเกิดอาการปวดท้องและตะคริวบริเวณท้องเป็นระยะๆ อาการทางกล้ามเนื้อ ข้อมือห้อยเท้าห้อย มือสั่น ริมฝีปากสั่น กระตุก เป็นตะคริวบริเวณน่อง แขนขาลีบและจะเป็นอัมพาตโดยเริ่มจากนิ้วและลามไปบริเวณอื่นๆ

โรคพิษจากสารปรอท (Mercury Poisoning) ปรอทเป็นโลหะเหลวที่ใช้ในงานอุตสาหกรรม เช่นอุตสาหกรรมไฟฟ้า ใช้ทำยาฆ่าแมลง อุตสาหกรรมสี อุตสาหกรรมกระจก คนงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับปรอทได้รับพิษจากปรอท โดยการที่คนงานหายใจเอาไอของโลหะปรอทเข้าไปจากการกิน

การดูดซึมผ่านผิวหนัง เมื่อปรอทเข้าสู่ร่างกายจะซึมเข้าสู่กระแสโลหิต อยู่ในเซลเป็นผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ถูกทำลายสูญเสียหน้าที่ไป อาการจากโรคพิษภัยปรอทมีทั้งชนิดเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง เช่น ทำลายไต ลำไส้ใหญ่ ต่อมน้ำลาย ถุงน้ำดี เช่น อาการทางระบบทางเดินอาหาร เกิดการเน้าเปื่อยของเยื่อบุภายในช่องปาก เหงือกบวมอักเสบ ปวดฟัน ฟันโยกและหลุดไปในที่สุด น้ำลายออกมากผิดปกติ ลำไส้ใหญ่อักเสบ อุจจาระเป็นมูกเลือด อาการทางประสาท เกิดการสั่นของเปลือกตา ริมฝีปาก ลิ้น นิ้วมือ แขนขาเกิดการกระตุก ง่วงเหงาหาวนอนแต่นอนไม่หลับ เศร้าซึม ความจำเสื่อมเนื่องจากปรอทไปทำลายสมองส่วนกลาง

3.4 ปัจจัยคุกคามด้านการยศาสตร์ การยศาสตร์หรือเออร์โกโนมิกส์ หมายถึง ศาสตร์ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นการจัดสภาพและวิธีการทำงานให้เหมาะสมกับคนงานเพื่อลดปัญหาหรือผลกระทบต่างๆ การจัดสภาพการทำงานไม่เหมาะสม ท่าทางและรูปแบบการทำงานไม่เหมาะสม การทำงานในสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยอาจส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ หรือไม่สุขสบายได้ เช่น การยกของโดยไม่ใช้รถยก ปัจจุบันการทำงานโดยใช้คอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลานานเป็นสาเหตุที่สำคัญของปัญหาด้านการยศาสตร์ โดยมีปัจจัยที่สำคัญคือการจัดสภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น ลักษณะเก้าอี้เตี้ยหรือสูงเกินไป การที่คนทำงานอยู่ในท่าที่ต้องก้มหรือเงยเป็นระยะเวลานาน เป็นต้น (ธนพรรณ จรรยาศิริ และกัลยาณี ตันตรานนท์, 2555)

3.5 ปัจจัยคุกคามด้านจิตสังคม ได้แก่ สภาพความเครียดในการทำงาน งานที่หนักเกินไป ระดับความรับผิดชอบในบทบาทแต่ละบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและช่วงเวลาทำงานที่นานเกินไปทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาด้านจิตสังคมที่ส่งผลให้เกิดโรคทางกายตามมา เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง

6. บทบาทของพยาบาลในสถานประกอบการ

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดประชุมร่วมกันและให้ข้อแนะนำดังนี้ (พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ, 2561)

6.1 บทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ มีดังนี้

6.1.1 ช่วยฝ่ายบริหารของสถานประกอบการในการหามาตรการและวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของพนักงาน

6.1.2 ช่วยค้นหาและเฝ้าระวังด้านสุขภาพแก่ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงในการทำงานสูง

6.1.3 ช่วยแพทย์ในการตรวจสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ

6.1.4 ให้การปฐมพยาบาลและรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ประกอบอาชีพที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยตามคำสั่งการรักษาของแพทย์

6.1.5 ส่งผู้ประกอบอาชีพที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสม และติดตามเยี่ยมดูแลเป็นระยะๆ

6.1.6 ให้สุขศึกษาและคำปรึกษาแก่ผู้ประกอบอาชีพ

6.1.7 ดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ประกอบอาชีพ เฝ้าระวังทางด้านชีวภาพ และ ป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน

6.1.8 บันทึก รวบรวมสถิติและจัดทำรายงาน และส่งรายงานการเจ็บป่วย รายงานอุบัติเหตุไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากข้อเสนอแนะของ ILO และ WHO จะเห็นว่างานส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพโดยบทบาทของพยาบาลในสถานประกอบการ จะครอบคลุมงานด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล แต่จะมีบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับกับการดูแลสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามพยาบาลประจำสถานประกอบการจะมีบทบาทในการดูแลสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น นโยบายของเจ้าของสถานประกอบการ จำนวนบุคลากรด้านอาชีวอนามัย นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้วพยาบาลจะต้องมีความตั้งใจและมีความพร้อมและระลึกอยู่เสมอว่าสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพเป็นสิ่งสำคัญและเป็นหน้าที่ของทุกคนในสถานประกอบการ

6.2 ขอบเขตของการพยาบาลอาชีวอนามัย ซึ่งพยาบาลชุมชนสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการสุขภาพในสถานประกอบการได้ ดังนี้ (ชยนุช ไชยรัตนะ, 2558)

6.2.1 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค พยาบาลมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่คนทำงาน กล่าวคือ การป้องกันระดับปฐมภูมิ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของคนทำงานพยาบาลชุมชนสามารถจัดบริการอาชีวอนามัยในกลุ่มประชากรวัยทำงาน เช่นการส่งเสริมการรับประทานที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การป้องกันโรคโดยการกำจัด/ลดความเสี่ยงหรือปัจจัยคุกคามที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคและการบาดเจ็บ การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันสิ่งคุกคามทางสุขภาพ การจัดทำโครงการเลิกสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด เป็นต้น

6.2.2 การปเองกันระดับทุติยภูมิ เป็นการป้องกันในระยะแรกของการเกิดโรค เป็นการค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก ทำให้สามารถให้การรักษาได้ทันท่วงทีและจำกัดความพิการซึ่งอาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที การตรวจคัดกรองผู้ประกอบอาชีพก่อนเข้าทำงานและการเฝ้าระวังสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพเป็นระยะๆ ถือเป็นการป้องกันในระยะดังกล่าว การตรวจคัด

กรองสามารถทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับลักษณะความเสี่ยงของแต่ละบุคคล เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจค้นหามะเร็งเต้านม การตรวจคนงานตามความเสี่ยง เช่น การตรวจสมรรถภาพการได้ยินในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่สัมผัสเสียงดัง การตรวจสมรรถภาพปอดในผู้ประกอบอาชีพที่สัมผัสฝุ่น เป็นต้น

6.2.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ มีจุดมุ่งหมายเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายภายหลังการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ในระยะนี้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ประกอบอาชีพหลังการเจ็บป่วยเป็นรายบุคคล มีระบบติดตามเพื่อให้การช่วยเหลือ ให้ความรู้และคำแนะนำแก่เจ้าของสถานประกอบกิจการในการจัดตำแหน่งงานให้มีความเหมาะสมกับข้อจำกัดทางร่างกายของแต่ละบุคคล รวมถึงมีระบบการส่งต่อคนทำงานที่มีความพิการหรือมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายให้เข้ารับการฟื้นฟู

6.2.4 การประเมินสุขภาพและเฝ้าระวังสิ่งคุกคามในการทำงาน โดยการตรวจสุขภาพผู้ประกอบอาชีพก่อนเข้าทำงานเพื่อจัดลักษณะงานให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล รวมถึงใช้ในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของคนทำงาน การตรวจสุขภาพในระหว่างการทำงานเพื่อเฝ้าระวังภาวะสุขภาพที่อาจเกิดจากการมีสภาพงานที่ไม่เหมาะสม หรือสัมผัสปัจจัยคุกคามจากการทำงาน ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสุขภาพสามารถนำมาใช้ในการพิจารณาการปรับปรุงเครื่องจักรหรือการใช้มาตรการในการ ป้องกันโรคที่เกิดจากการสัมผัสปัจจัยคุกคาม นอกจากนี้พยาบาลควรประเมินสุขภาพผู้ประกอบอาชีพภายหลังการเจ็บป่วยก่อนกลับเข้าทำงานหรือก่อนออกจากงาน เพื่อติดตามโรคหรือความเจ็บป่วยจากการสัมผัสปัจจัยคุกคามที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว

6.2.5 การเฝ้าระวังสถานที่ทำงานและตรวจประเมินปัจจัยคุกคามในการทำงาน โดยการเดินสำรวจสถานประกอบการ กระบวนการผลิตและวัตถุดิบที่ใช้ในกระบวนการผลิต หากค้นพบปัจจัยคุกคามควรมีการตรวจวัดระดับหรือปริมาณของปัจจัยคุกคามในสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น การตรวจวัดระดับเสียง การตรวจวัดปริมาณฝุ่น การตรวจวัดแสง การตรวจคุณภาพน้ำ เป็นต้น ข้อมูลที่ได้จากการตรวจวัดดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินเพื่อปรับปรุงแก้ไข หากตรวจพบว่ามีระดับปัจจัยคุกคามเกินมาตรฐานที่กำหนด

6.2.6 การให้บริการระดับปฐมภูมิและการจัดการรายกรณี การให้การดูแลเบื้องต้นทั้งโรคและการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงานและปัญหาสุขภาพอื่นๆ ให้การรักษาและส่งต่อผู้ประกอบอาชีพที่มี ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนเพื่อเข้ารับการรักษาต่อในสถานบริการสุขภาพ ให้การดูแลผู้ประกอบอาชีพที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ รวมถึงการจัดการตามปัญหาสุขภาพของคนทำงานแต่ละคนเพื่อให้สามารถกลับเข้าทำงานโดยเร็ว

6.2.7 การให้คำปรึกษา เพื่อช่วยเหลือคนทำงานในการแก้ปัญหา โดยการทำความเข้าใจสาเหตุของการเกิดปัญหา เสนอแนะทางเลือกและให้การสนับสนุน พยาบาลสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบอาชีพในการป้องกันโรคจากการทำงาน การให้คำปรึกษาแก่ผู้บริหารในการดำเนินการแก้ไขปัญหาในคนทำงาน เช่น ปัญหาการใช้ยาเสพติด ปัญหาการขาดงาน เป็นต้น

6.2.8 การบริหารจัดการ พยาบาลมีบทบาทหน้าที่หลักในการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัยในสถานที่ทำงาน โดยต้องคำนึงถึงเป้าหมาย พันธกิจและวัตถุประสงค์ของการดำเนินธุรกิจ วัฒนธรรมองค์กร ลักษณะองค์ประกอบของประชากร ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและมีความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไขในการบริหารจัดการครอบคลุมถึงการกำหนดนโยบาย การจัดสรรงบประมาณและทรัพยากร การดำเนินงานและการประเมินผลโครงการ

6.2.9 การวิจัย พยาบาลควรทำการวิจัยหรือร่วมดำเนินการวิจัยเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันอันตรายจากการทำงาน เช่น การวิจัยเพื่อศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจากสารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกร การศึกษาระดับการได้ยินและพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของคนงาน เป็นต้น

6.2.10 การจัดการด้านกฎหมายและจริยธรรม พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานและกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติประกันสังคม พระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน สามารถให้คำแนะนำแก่สถานประกอบการเพื่อดำเนินการด้านความปลอดภัยตามข้อบังคับของกฎหมาย มีการบันทึกหลักฐานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ให้บริการอาชีวอนามัยโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม

6.2.11 การประสานการทำงานกับชุมชน การที่สถานประกอบการตั้งอยู่ในชุมชนอาจส่งผลต่อประชาชนในพื้นที่ พยาบาลควรเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ชุมชน มีการดำเนินการร่วมกับชุมชนให้การดูแลสุขภาพผู้ประกอบอาชีพ สมาชิกในครอบครัวของผู้ประกอบอาชีพและคนในชุมชน

จะเห็นได้ว่างานด้านอาชีวอนามัยมีความหลากหลายต้องอาศัยความรู้และทักษะทางการพยาบาลต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อสามารถให้บริการได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

7. กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพคนทำงาน

พยาบาลชุมชนสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพคนทำงาน (พรพิมล กองทิพย์, 2556) ดังนี้

การประเมินปัญหา

การประเมินปัญหาเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการดูแลสุขภาพคนทำงาน ทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นที่สามารถนำมาจัดทำโปรแกรมการให้บริการอาชีวอนามัยได้ตรงกับปัญหาของคนทำงาน พยาบาลควรรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
2. ข้อมูลประวัติความเจ็บป่วยส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วยของครอบครัว การเจ็บป่วย ด้วยโรคเรื้อรัง
3. ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชากร เช่น ข้อมูลการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการเกิน
4. ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยคุกคามในการทำงาน เช่น การทำงานสัมผัสฝุ่น เสียงดัง การใช้สารเคมีท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมหลังการรวบรวมข้อมูลในเบื้องต้น พยาบาลควรประเมินความต้องการหรือความสนใจของคนทำงานรวมถึงวิสัยทัศน์ของสถานประกอบการในการดูแลสุขภาพคนทำงาน หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาเพื่อวางแผนการให้บริการสุขภาพแก่คนทำงานในขั้นตอนต่อไป

การวางแผนและการจัดทำโปรแกรม

ปัญหาที่ได้จากการประเมินในขั้นตอนแรกควรได้รับการแก้ไข โดยจัดทำโปรแกรมที่มีความเฉพาะกับปัญหานั้นๆ ในการวางแผนการดำเนินงานควรมีการระบุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานนอกจากนี้ควรมีการวางแผนเกี่ยวกับรายละเอียดของโปรแกรม รวมถึงเนื้อหาในการให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ การจัดเตรียมสถานที่ การดำเนินงาน สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ การประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง หากมีการวางแผนที่ดีจะช่วยให้สามารถจัดโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

การประเมินผล

การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญเพื่อประเมินว่าโปรแกรมที่ได้จัดทำขึ้นเป็นไปตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้ระบุไว้หรือไม้ การประเมินผลควรดำเนินการทั้งในระหว่างดำเนินโครงการ และสิ้นสุดการดำเนินงาน นอกจากนี้ควรมีการประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นด้วย

สรุป

การดูแลสุขภาพคนวัยทำงานเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลชุมชน มีเป้าหมายเพื่อป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน โดยให้บริการครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ การอาชีวอนามัยเป็นการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพและอยู่ภายใต้กฎหมายนอกจากนี้พยาบาลชุมชนควรมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยคุกคามในการทำงาน หลักการป้องกันและควบคุมความปลอดภัยในการทำงาน และการให้บริการอาชีวอนามัยตามบทบาทของพยาบาลในสถานประกอบการ

คำถามท้ายบท

1. จงอธิบายหลักของกระบวนการพยาบาลในการดำเนินงานอาชีวอนามัย
2. ให้ระบุบทบาทของพยาบาลชุมชนในการร่วมพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. จงอธิบายหลักการควบคุมและป้องกันอันตรายจากการทำงาน
4. ให้ระบุบทบาทของพยาบาลในสถานประกอบการ

บรรณานุกรม

เบ็ญจา เตากล่ำ, เนตรรัชนี ตั้งภาคภูมิ และศรีสุดา วงศ์วิเศษกุล. (2556). การจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และชีวอนามัยอย่างยั่งยืนในโรงงานอุตสาหกรรมกรณีศึกษาโรงงานในจังหวัดสมุทรสาคร . *วารสารของ วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา = The journalof Boromarajonani College of Nursing, Nakhornratchasima,* 19(1), น. 56.

ชยนุช ไชยรัตนะ. (2558). หลักการยศาสตร์และงานนวัฒกรรมเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยในการทำงานของพยาบาล. บทความวิชาการ.*วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(3), น. 79.

ธนพรรณ จรรยาศิริ และกัลยาณี ตันตรานนท์. (2555). *การบริการอาชีวอนามัยในการพยาบาลชุมชน.* เชียงใหม่: ครองช่างปริ๊นติ๊ง.

พรพิมล กองทิพย์. (2556.). *การประเมินการสัมผัสและความเสี่ยงต่อสุขภาพ = Ecposure and health risk assessment.* กรุงเทพฯ: ภาควิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิชญ์นันท์ รักษาวงศ์. (2561). *ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยในงานอุตสาหกรรม.* มหาสารคาม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2561). *การพยาบาลอาชีวอนามัย : แนวคิดและการปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พิมพ์ลักษณ์.

ลักษณา เหล่าเกียรติ. (2560). *การบาดเจ็บ ความผิดปกติและโรคจากการทำงาน : การป้องกัน.* ปทุมธานี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ .

อนามัย (ธีรวิโรจน์) เทศกะทึก. (2555). *การประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ.* กรุงเทพฯ: บริษัท วีพริ้น.

อนุศักดิ์ ฉิ่นไพศาล. (2556). *อาชีวอนามัยและความปลอดภัย.* กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.

แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ. (2561). *สภาพแวดล้อมในการทำงานและความเสี่ยงทางสุขภาพ : หลักการและการประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลอาชีวอนามัย = Work environment and health risk : principles and application for occupational health nursing.* กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.

แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ. (2561). สิ่งคุกคามสุขภาพจากสภาพแวดล้อมในการทำงานและการสำรวจสถานประกอบการ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 27(3), 106-114.114

Holzemer, S.P. (2014). *Community health nursing an alliance for health* (2nd ed.). U.S.A.:Jones&Bartlett Leaming.

Kan, H. (2011). Climate change and human health in China. *Environmental Health Perspectives*, 119(2): A60-A61.

World Health Organization. (2015). *The determinants of health*. Retrived from http://www.who.int/hia/ evidence/doh/en

บทที่ 6

กระบวนการพยาบาลชุมชน

ขอบเขตของเนื้อหา

1. กระบวนการพยาบาลชุมชน

1.1 ความสำคัญกระบวนการพยาบาลชุมชน

1.2 แนวคิดหลักของกระบวนการพยาบาลชุมชน

1.3 การเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกับกระบวนการพยาบาลชุมชน

2. การประเมินสุขภาพชุมชน

2.1 วัตถุประสงค์หลักในการประเมินสุขภาพชุมชน

2.2 หลักการในการประเมินสุขภาพชุมชน

2.3 แนวคิดในการประเมินสุขภาพชุมชน

2.4 วิธีการประเมินสุขภาพชุมชน

3. การรวบรวมข้อมูลชุมชนและข้อมูลสุขภาพของประชาชนในชุมชน

3.1 ชนิดของข้อมูล

3.2 แหล่งข้อมูล

3.3 วิธีการศึกษาข้อมูล

3.4 ข้อมูลเพื่อการประเมินปัญหาทางสุขภาพชุมชน

4. เครื่องมือในการประเมินชุมชน (เครื่องมือ 7 ชิ้น)

5. การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลสุขภาพชุมชน

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพชุมชน

5.2 การนำเสนอข้อมูลสุขภาพชุมชน

6. การวินิจฉัยสุขภาพชุมชน

6.1 การตีความข้อมูลปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน

6.2 การระบุปัญหาสุขภาพชุมชน

7. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน

7.1 หลักการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน

7.2 วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

8. การวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน

8.1 ลักษณะของแผนงานที่ดี

8.2 ประโยชน์ของการวางแผน

8.3 การจัดทำแผนเพื่อดำเนินงานในชุมชน

9. การเขียนโครงการและการประเมินผลการปฏิบัติงานในชุมชน

9.1 ความสำคัญของโครงการ

9.2 ขั้นตอนการเขียนโครงการ

10. การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพชุมชนตามแผน/โครงการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน

10.1 ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพชุมชนตามแผนงาน/โครงการ

10.2 การบันทึกการปฏิบัติงาน

11. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพชุมชน

11.1 ความสำคัญของการประเมินผล

11.2 ประเภทของการประเมินผลโครงการ

11.3 ปัญหาอุปสรรคในการประเมินผลโครงการ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้อ่านมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถ

1. อธิบายความสำคัญและแนวคิดหลักของกระบวนการพยาบาลชุมชนได้
2. อธิบายขั้นตอนและกระบวนการในการประเมินสุขภาพชุมชนได้
3. อธิบายขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพชุมชน ด้วยเครื่องมือเก็บข้อมูลชนิดต่างๆ ได้
4. อธิบายขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชนได้
5. สามารถเขียนโครงการ ดำเนินงาน และประเมินผลโครงการได้

กระบวนการพยาบาลชุมชน

กระบวนการพยาบาลในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือหลักสำคัญที่พยาบาลชุมชนใช้ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาพในชุมชน ทำให้การแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนเป็นการแก้ปัญหาด้วยกระบวนการทางวิทยาศาสตร์ที่มีระบบระเบียบ มีขั้นตอนและมีความเป็นพลวัตร พยาบาลชุมชนสามารถปฏิบัติได้อย่างอิสระบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจกรอบมโนทัศน์ของชุมชน ศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องอันจะนำไปสู่การแก้ปัญหา ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

1. กระบวนการพยาบาลชุมชน

1.1 ความสำคัญกระบวนการพยาบาลชุมชน

การพยาบาลชุมชนถือเป็นการพยาบาลเฉพาะสาขาที่กำหนดการบริการสุขภาพให้ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนทุกคนในชุมชน ในลักษณะที่เป็นบริการสุขภาพรายบุคคล รายกลุ่มและรายครอบครัว ในทุกสภาวะสุขภาพทั้งสุขภาพดี มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ มีการเจ็บป่วยหรือต้องการการฟื้นฟูสุขภาพและบริการสุขภาพรายชุมชน ที่เน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนเพื่อส่งผลต่อภาวะสุขภาพคนในชุมชนโดยรวม โดยเฉพาะการจัดการสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมที่สังคมและคนเป็นผู้กระทำให้เกิดขึ้น กระบวนการนี้ต้องอาศัยการนำองค์ความรู้ต่างๆ มาใช้ในการกำหนดแนวทางการให้บริการสุขภาพของพยาบาลชุมชน โดยเป้าหมายสูงสุดของการบริการสุขภาพในชุมชนนี้มุ่งให้ประชาชนทุกคนได้รับการดูแลในทุกสภาวะสุขภาพแบบองค์รวมอย่างผสมผสานและต่อเนื่องสอดรับกับวิถีการดำเนินชีวิต มีการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นขั้นพื้นฐานได้อย่างเท่าเทียมและส่งผลให้การดำเนินชีวิตเป็นไปอย่างสมดุลและมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Parse, 2016) ทั้งนี้โดยอาศัยการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชาชีพและเป็นเครือข่ายกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนในชุมชนทั้งหมด

1.2 แนวคิดหลักของกระบวนการพยาบาลชุมชน

แนวคิดหลักของกระบวนการพยาบาลชุมชน คือการจัดการกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของคน โดยอาศัยการเสริมสร้างความเข้มแข็ง ความสามารถให้กับคนในชุมชนและสมรรถนะตามขอบเขตการประกอบวิชาชีพของพยาบาลซึ่งเป็นกระบวนการต่อเนื่องไม่สิ้นสุด เป็นการทำงานและพัฒนาเป็นไปตามกระบวนทัศน์เรื่องสุขภาพและการดูแลสุขภาพแนวใหม่ที่ "สุขภาพ" มีความหมายเกินกว่าเรื่องของความแข็งแรงทางร่างกาย โรคและความเจ็บป่วย เป็นเรื่องของปฏิสัมพันธ์ของคนกับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทำให้

คนมีชีวิตดำเนินอยู่ได้ซึ่งสุขภาพที่ดีเป็นภาพรวม คุณภาพชีวิตที่ดีแสดงออกถึงการดำเนินวิถีชีวิตตามบริบท สังคม วัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นหากสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนสุขภาพคนย่อมเปลี่ยนแปลงตาม การดูแลสุขภาพจึงต้องเปลี่ยนตามเพราะต้องสอดรับกับปัญหาและความต้องการตามวิถีชีวิตของคนด้วย (ลัดดาวัลย์ ไวสุระสิงห์, 2561)

การดำเนินการตามกระบวนการพยาบาลชุมชนตามแนวคิดหลักดังกล่าวต้องอาศัยองค์ความรู้ภายใต้กระบวนทัศน์ 2 แนวคิด คือ การแพทย์ชีวะภาพ เชิงสังคมวัฒนธรรมและวิถีชีวิต โดยการแพทย์ชีวะภาพชี้ให้เห็นเรื่องราวที่เกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วย สาเหตุของโรคและวิธีการรักษา การระบาดของโรค การเฝ้าระวังโรค ส่วนกระบวนทัศน์เชิงสังคมวัฒนธรรมและวิถีชีวิตนั้นอธิบายสภาพการดำเนินชีวิตของคนที่ทำให้คนมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นและสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจเป็นเงื่อนไขของการเกิดโรค ความเจ็บป่วยและวิธีการดูแลรักษาตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ การใช้กระบวนทัศน์ทั้ง 2 แนวนี้อาจกล่าวได้ว่าเป็นการใช้ทั้งวิทยาศาสตร์และศิลปะศาสตร์ในการเรียนรู้สุขภาพชุมชนและประเมินปัญหาและความต้องการของชุมชนได้ (ศิราณี อินทรหนองไผ่, 2554) ส่วนการออกแบบบริการสุขภาพ การวางแผนและให้บริการสุขภาพนั้นต้องอาศัยองค์ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องลักษณะบริการสุขภาพ การจัดการบริการสุขภาพและการประเมินผลการให้บริการสุขภาพต่างๆ ตลอดจนการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นกับคนในชุมชน การบริการสุขภาพชุมชนที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการทำงานร่วมกับชุมชนเป็นสำคัญ เพราะวัตถุประสงค์ หลักการ คือการสร้างรากฐานในการทำงานร่วมกับชุมชน จึงมีความจำเป็นยิ่งสำหรับพยาบาล (ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล, 2559)

สำหรับวิธีการที่ใช้ในกระบวนการพยาบาลชุมชนนั้นประกอบไปด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษา วิเคราะห์ และการประเมินชุมชน 2) วินิจฉัย จัดลำดับปัญหา 3) วางแผน/แผนงาน/โครงการ พร้อมออกแบบให้บริการสุขภาพชุมชน 4) ดำเนินการให้บริการสุขภาพชุมชน และ 5) การประเมินผลการบริการสุขภาพชุมชน ส่วนการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพชุมชนนั้นอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในขั้นตอนการประเมินชุมชนและการประเมินผลการบริการสุขภาพชุมชนได้

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพยาบาลชุมชนนั้นขึ้นอยู่กับแต่ละขั้นตอน เช่น เครื่องมือในการศึกษาและประเมินชุมชน แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพชุมชน แนวทางการสังเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน ลักษณะบริการสุขภาพและตัวอย่างนวัตกรรมในการให้บริการสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างๆ ในรูปของโครงการสุขภาพชุมชนและกิจกรรมการบริการสุขภาพ แนวทางการประเมินผลการบริการสุขภาพชุมชนและแนวทางการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพชุมชน เป็นต้น ซึ่งพยาบาลชุมชนสามารถเลือกใช้เครื่องมือที่มีอยู่ หรือสร้างเครื่องมือขึ้นใหม่เพื่อใช้ในการทำงานได้

ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพยาบาลชุมชนอีกประการหนึ่ง คือกระบวนการเรียนรู้ของคนในชุมชนในเรื่องสุขภาพและการจัดการสุขภาพ ภายใต้เงื่อนไขของการดำเนินชีวิต การพึ่งพาอาศัย

ซึ่งกันและกันของผู้คนในชุมชนทำให้คนในชุมชนสามารถประเมินปัจจัยคุกคามสุขภาพ ปัจจัยที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและปัจจัยเกื้อหนุนศักยภาพในการดูแลและจัดการสุขภาพได้ ซึ่งกระบวนการศึกษาชุมชนให้ประสบความสำเร็จ พยาบาลชุมชนต้องมีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับข้อมูลชุมชน แนวทางในการประเมินชุมชน สามารถวิเคราะห์และสังเคราะห์ต่อได้ว่าการทำงานกับชุมชนควรนำเครื่องมือใดมาใช้ในระยะใดบ้าง (ขนิษฐา นันทบุตร, 2555)

1.3 การเปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกับกระบวนการพยาบาลชุมชน

การแก้ปัญหาสุขภาพผู้ป่วยและการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน พยาบาลชุมชนใช้เครื่องมือที่สำคัญ คือกระบวนการพยาบาลเพื่อให้การแก้ปัญหาเป็นระบบ แต่รายละเอียดในการพิจารณาย่อยๆ ในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลมีความแตกต่างกัน เนื่องจากปัญหาของผู้ป่วยมักเป็นปัญหาที่เกิดจากโรค ซึ่งสามารถรวบรวมข้อมูลหาความชัดเจนของปัญหาได้จากการสังเกต ซักถาม ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับปัญหาสุขภาพชุมชนจำเป็นต้องพิจารณาถึงปัจจัยทางสังคม ปัจจัยทางประชากรมาเกี่ยวข้อง เพราะปัญหามีความทับซ้อนกับปัญหาอื่น ดังนั้นกระบวนการพยาบาลที่นำมาประยุกต์ใช้อาจมีความแตกต่างกัน รายละเอียดดังในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 เปรียบเทียบกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยกับกระบวนการพยาบาลในงานชุมชน

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วย	กระบวนการพยาบาลในงานชุมชน
1. การประเมินภาวะสุขภาพบุคคล 1.1 การรวบรวมข้อมูล 1.1.1 การซักประวัติ - อาการนำ - ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน - ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต 1.1.2 การตรวจร่างกาย - ตรวจร่างกายเป็นระบบ - ตรวจร่างกายทั้งตัว	**1. การประเมินภาวะสุขภาพชุมชน** 1.1 การรวบรวมข้อมูล 1.1.1 การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชน - โครงสร้างของประชากร เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ อาชีพ - สภาพสิ่งแวดล้อม ลักษณะ ภูมิประเทศ ดินฟ้าอากาศ แม่น้ำ การคมนาคม - เศรษฐกิจและสังคมของชุมชน 1.1.2 การรวบรวมข้อมูลผู้รับบริการที่ต้องการศึกษาภาวะสุขภาพ - ปัจจัยหรืออิทธิพลต่างๆ ในชุมชนที่มีผลต่อสุขภาพ - ข้อมูลกลุ่มประชากรตัวอย่างโดยการสำรวจการทำสำมะโนประชากร เพื่อวัดสภาพการเป็นโรค การเจริญเติบโต ภูมิคุ้มกันโรคและอื่นๆ

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วย	กระบวนการพยาบาลในงานชุมชน
1.1.3 การตรวจทางห้องชันสูตร - ตรวจเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ - ถ่ายภาพรังสี - ตรวจเซลล์ - ตรวจด้วยเครื่องไฟฟ้า	1.1.3 ใช้วิธีการทางสถิติ - คำนวณอัตราต่างๆ ทางสถิติเพื่อดูภาวะสุขภาพของชุมชน เช่น อัตราตาย อัตราป่วย อัตราความพิการ เป็นต้น - เปรียบเทียบข้อมูลทางชีวสถิติกับสถิติมาตรฐาน - ศึกษาเฉพาะเกี่ยวกับระบาดวิทยาของโรค หรือปัญหาใดปัญหาหนึ่งของชุมชนนั้น
1.2 การแปลความหมายข้อมูล จัดข้อมูลของผู้ป่วยที่รวบรวมได้ด้วยการวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อตีความหมายของข้อมูลทั้งหมด	1.2 การวิเคราะห์ แปลความหมายข้อมูลเช่นเดียวกัน แต่เป็นข้อมูลที่ได้จากชุมชน เสนอให้เห็นชัดเจนเป็นหมวดหมู่ตามความเหมาะสม เช่น ร้อยละ ตาราง กราฟ แผนภูมิ
2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดข้อความที่บอกถึงภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	**2. การวินิจฉัยปัญหาชุมชน** - ระบุปัญหาที่พบจากการแปลความหมายของข้อมูล - ลงความเห็นและเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาที่จะวางแผนแก้ไขก่อนและหลังตามข้อจำกัดของทรัพยากร
3. การวางแผนการพยาบาล 3.1 แสดงข้อมูลที่เป็นปัญหา 3.2 จัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยคำนึงถึงความปลอดภัย ความเพียงพอกับใช้จ่ายและความจำเป็น 3.3 กำหนดวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหา 3.4 กำหนดวิธีการพยาบาลเพื่อบรรลุเป้าหมาย 3.5 กำหนดวิธีการประเมินผล	**3. การวางแผนพัฒนาภาวะสุขภาพชุมชน** 3.1 แสดงข้อมูลภาวะสุขภาพของชุมชน 3.2 กำหนดเป้าหมายระยะสั้นและยาว 3.3 กำหนดวัตถุประสงค์ระยะสั้นและยาว 3.4 กำหนดกลวิธีเพื่อแก้ไขปัญหา 3.5 กำหนดกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ 3.6 กำหนดบุคลากรผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม 3.7 กำหนดทรัพยากร 3.8 อุปสรรคหรือปัญหาที่คาดว่าประสบ 3.9 กำหนดวิธีการประเมินผล
4. การปฏิบัติการพยาบาล 4.1 ทีมพยาบาล 4.2 การนิเทศ	**4. ดำเนินงานตามแผนที่วางไว้** 4.1 แผนงานประจำวัน 4.2 บริการสุขภาพแบบผสมผสาน 4.3 การนิเทศและติดตามผล
5. การประเมินผลการพยาบาล ปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้รับการแก้ไข	**5. การประเมินผลการดำเนินงาน** 5.1 การประเมินผลระยะสั้น

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วย	กระบวนการพยาบาลในงานชุมชน
	5.2 การประเมินผลระยะปานกลางและการประเมินผลระยะยาวในด้าน - ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล - ความเพียงพอ และความเหมาะสม - ผลกระทบ

หมายเหตุ. จาก *กระบวนการพยาบาล: เครื่องมือนักจัดการสุขภาพองค์รวมเพื่อวิวัฒน์และพัฒนาสุขภาพระดับปฐมภูมิ*, โดย ศิราณี อินทรหนองไผ่, 2554, มหาสารคาม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

2. การประเมินสุขภาพชุมชน

การประมิสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล กิจกรรมหลักประกอบด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลของชุมชนโดยใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลที่เหมาะสม แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาการพยาบาลต่อไป สำหรับการประเมินสุขภาพชุมชนจะเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้ได้ผลที่บ่งชี้ว่าสมาชิกในชุมชนนั้นมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับใด ปัญหาสาธารณสุขในชุมชนนั้นมีอะไรบ้าง รวมถึงรู้ปัจจัยกำหนดสุภาพชุมชนสิ่งเหล่านี้เป็นข้อมูลเบื้องต้นที่จำเป็นในการวางแผนเพื่อแก้ปัญหาและยกระดับสุขภาพชุมชนให้ดีขึ้นต่อไป

2.1 วัตถุประสงค์หลักในการประเมินสุขภาพชุมชน (พรฤดี นิธิรัตน์, 2559) ดังนี้

2.1.1 เพื่อประเมินข้อมูลทั่วไปของชุมชน เช่น ขอบเขตพื้นที่ จำนวนหลังคาเรือน จำนวนประชากรและลักษณะภูมิประเทศ เป็นต้น

2.1.2 เพื่อประเมินข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชน เช่น ข้อมูลสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม จำนวนสถานบริการสุขภาพ ประชากรกลุ่มเสี่ยง โรคที่พบบ่อยในชุมชน ข้อมูลดัชนีชี้วัดทางสุขภาพของชุมชน

2.1.3 เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ สถานการณ์การเจ็บป่วย และปัจจัยกำหนดสุขภาพของชุมชน

2.1.4 เพื่อวิเคราะห์ทุนของชุมชน ต้นทุนด้านสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ ทุนมนุษย์และทุนทางสังคม

2.1.5 เพื่อประเมินวิถีชีวิตที่เป็นอยู่ในชุมชน เช่น ขนบธรรมเนียม ประเพณี คำนิยม กติกาชุมชน ความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น

2.1.6 เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับชุมชนและกระตุ้นความสนใจของชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมพัฒนาชุมชนของตนเอง

2.2 หลักการในการประเมินสุขภาพชุมชน

การประเมินสุขภาพชุมชนหรือที่เคยเรียกกันว่า "การวินิจฉัยชุมชน" เป็นกระบวนการเก็บและตีความข้อมูลชุมชนอย่างเป็นระบบ เพื่อให้พยาบาลชุมชนหรือบุคลากรด้านสุขภาพของคนในชุมชนที่เป็นพื้นที่บริการ ทั้งนี้ตามบริบท สังคม วัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิตของคนในแต่ละท้องถิ่น สามารถอธิบายสถานะสุขภาพของคนในชุมชน ระบุปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุการเจ็บป่วยที่เป็นพฤติกรรม พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมทั้งกายภาพ ชีวะเคมีและสังคมวัฒนธรรม เพื่อนำสู่การจัดกิจกรรมการทำงานสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนและบริการหรือโครงการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ (McMurray, A., & Clendon, J., 2013)

การประเมินสุขภาพชุมชนยังทำให้เกิดความเข้าใจถึงชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่ ที่มาของปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ ลักษณะการจัดการกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่น เช่น การดูแลสุขภาพตนเอง การใช้บริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ การร่วมกันสร้างกิจกรรมการป้องกันการเกิดโรคและความเจ็บป่วย และการส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น อีกทั้งยังเป็นการเตรียมความพร้อมให้คนในชุมชน พยาบาลชุมชนหรือบุคลากรด้านสุขภาพที่ทำงานร่วมกับชุมชน ได้มองเห็นทิศทางในการดำเนินการจัดการกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพร่วมกับประชาชนในชุมชนด้วย (ทิตยาวดี อินทรางกูร, 2564)

2.3 แนวคิดในการประเมินสุขภาพชุมชน

พยาบาลชุมชนให้บริการสุขภาพชุมชนส่วนใหญ่ทำการประเมินสุขภาพชุมชนภายใต้วิธีคิดตามบริบทของการเรียนรู้ฝึกฝนของตน โดยทั่วไปจะพบว่ามีการใช้หลายแนวคิดประกอบกัน ทั้งนี้เพื่อสร้างความครอบคลุมให้กับกระบวนการประเมินสุขภาพชุมชนให้มากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องเปิดเผยข้อมูลด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชุมชนซึ่งมีหลายด้าน ดังตารางที่ 21

ตารางที่ 21 แนวคิดการใช้ข้อมูลในการประเมินชุมชน

แนวคิด	ตัวอย่างข้อมูล
ประชากรศาสตร์	- องค์ประกอบทางประชากรของชุมชน - ประชากรกลุ่มต่างๆ ตามอายุและเพศ - อัตราเกิด อัตราตาย - การย้ายถิ่นและอื่นๆ
ระบาดวิทยาและสถิติการเจ็บป่วย	- ปัญหาสุขภาพแบบแผนการเจ็บป่วยและโรค อัตราป่วย อัตราตาย พร้อมปัจจัยสาเหตุ

แนวคิด	ตัวอย่างข้อมูล
	- กลุ่มต่างๆ ที่เป็นผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลด้านสุขภาพด้านต่างๆ - กลุ่มคนที่มีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพเป็นพิเศษ ได้แก่ เด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง
พฤติกรรมศาสตร์และวัฒนธรรมที่กำหนดพฤติกรรม	- พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ การดูแลตนเองและคำอธิบาย หรือตีความพฤติกรรมดังกล่าวของคนในชุมชน - วิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชนที่เป็นเหตุหนึ่งของการเจ็บป่วยและโรค หรือเป็นปัจจัยเสริมสุขภาพ - วิถีการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดการสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมและการกระทำต่างๆ ในการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพทั้งของตนเองและกลุ่ม รวมทั้งคนสำคัญในการจัดการด้านสุขภาพ - ค่านิยมของคนในชุมชน ความคิดของคนในชุมชนเกี่ยวกับสุขภาพ การจัดการด้านสุขภาพ การเชื่อถือคนอื่น ตลอดจนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ - วัฒนธรรมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต สุขภาพ การดูแลสุขภาพและการรักษา - การเข้าถึงและใช้บริการสุขภาพจากแหล่งให้บริการสุขภาพพร้อมทั้งผลการใช้บริการสุขภาพต่างๆ
ทุนทางสังคมและศักยภาพชุมชน	- ค่านิยมของคนในชุมชน ความไว้ใจกันต่อสังคมตนและคนในสังคม - คนสำคัญที่มีความรู้ความสามารถในการทำงาน การแก้ปัญหาหรือการดำเนินการภารกิจของชุมชน - การดูแลเกื้อกูลกันของคนในชุมชน การอาสาช่วยเหลือกัน - คนสำคัญที่มีส่วนร่วมหรือชี้นำการแก้ปัญหาต่างๆ ของชุมชน

แนวคิด	ตัวอย่างข้อมูล
สิ่งแวดล้อมเป็นพิษ นโยบายสาธารณะที่คุกคามสุขภาพคนในชุมชน	- ผลกระทบของสิ่งแวดล้อมต่อสุขภาพคนในพื้นที่ - การประเมินสิ่งแวดล้อมที่คุกคาม หรือมีผลกระทบต่อสุขภาพในด้าน 1) พิษจากสารเคมี 2) ผลจากนโยบาย 3) ผลจากระบบนิเวศวิทยาและอื่นๆ - สิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยคุกคามสุขภาพและระบบการจัดการที่ชุมชนมีหรือสามารถปฏิบัติการในพื้นที่

Note. From *Principles of Community Engagement*, by United States Department of Health and Human Services, 2011, NIH Pub.No., 11-7782.

การประเมินสุขภาพชุมชนเป็นไปได้ดีเมื่อมีความรู้ความเข้าใจในองค์ความรู้เกี่ยวกับสังคมวัฒนธรรมและวิถีชีวิต การประกอบอาชีพของประชาชนในชุมชน และทางระบาดวิทยาที่ทำให้สามารถสังเกตปัจจัยเสี่ยงทั้งที่เป็นพฤติกรรม พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมที่ปรากฏในชุมชน ในขณะเดียวกันสามารถมองเห็นศักยภาพและแหล่งทรัพยากรของชุมชน ที่สามารถนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพประชาชนในชุมชนได้ เช่น พยาบาลในโรงงานอุตสาหกรรมต้องมีความรู้เกี่ยวกับสารพิษ หรือของเสียที่เกิดจากกระบวนการของโรงงานที่มีผลต่อสุขภาพของคน ความรู้เหล่านี้จะกระตุ้นให้พยาบาลคำนึงถึงผลเสียที่เกิดจากปัจจัยดังกล่าวต่อสุขภาพของคนในโรงงาน ในกระบวนการประเมินสุขภาพชุมชนพยาบาลชุมชนสามารถหาความรู้เพิ่มเติมในส่วนที่อธิบายเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวได้มากและลึกซึ้งขึ้น ได้จากการศึกษาทฤษฎีการเกิดโรค หรือความเจ็บป่วยสืบเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นด้วย

2.4 วิธีการประเมินสุขภาพชุมชน

ทักษะสำคัญของการประเมินสุขภาพชุมชนอยู่ที่การพยายามจัดหมวดหมู่ของข้อมูลชุมชนเพื่อให้สามารถอธิบายสถานะสุขภาพของคนในชุมชนให้ได้ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด และการเชื่อมโยงเหตุปัจจัยของสถานะสุขภาพดังกล่าวให้เป็นขั้นนำก่อนการระบุปัญหาสุขภาพของชุมชนและสังเคราะห์ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพของแต่ละกลุ่มประชากรได้อย่างครอบคลุม โดยการการประเมินสุขภาพชุมชน

ขั้นตอนการประเมินสุขภาพชุมชนมี 5 ขั้นตอน (Anderson, E.T., 2019) ดังนี้

ขั้นที่ 1 กำหนดขอบเขต หรือนิยาม “ชุมชน” ให้ชัดเจน (Define the community)

การศึกษาชุมชนในเรื่องสุขภาพมักมีการกำหนดขอบเขต หรือคำนิยามสอดคล้องกับขอบเขตการบริการสุขภาพของหน่วย หรือสถานบริการสุขภาพในระดับชุมชน หรือพื้นที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ

ขั้นที่ 2 อธิบายลักษณะทางประชากรของคนในชุมชน (Describe the people)

ข้อมูลที่จำเป็นที่ต้องรวบรวมเพื่อใช้อธิบายลักษณะทางประชากรของคนที่อยู่ในชุมชน ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ เชื้อชาติ ศาสนา เป็นต้น ซึ่งข้อมูลต่างๆ เหล่านี้จะมีประโยชน์ในการนำมาพิจารณาในการมองปัญหาสุขภาพ การนำไปประกอบการวางแผน และดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนได้ ดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ทำให้ทราบว่ามีคนกลุ่มวัยใดบ้าง มากน้อยอย่างไร ในชุมชนมีวัยเด็กมากหรือวัยสูงอายุมาก ซึ่งกลุ่มอายุจะมีความสัมพันธ์กับลักษณะของโรค หรือแบบแผนการเจ็บป่วย ถ้าเป็นกลุ่มวัยเด็กอาจเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ถ้าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุมักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือความพิการจากความสูงอายุ

2. ข้อมูลทางด้านเพศ ทำให้คาดการณ์ถึงแนวโน้มของปัญหาสุขภาพที่จะเกิดขึ้นจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่เกี่ยวกับความแตกต่างทางเพศ ได้แก่ ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านพันธุกรรม และด้านสังคม เช่น เพศชายมักชอบสูบบุหรี่ดื่มเหล้าอาจเป็นโรคมะเร็งปอด มะเร็งตับ หรือเพศหญิงอาจป่วยด้ายโรคทางสูตินรีเวช การคุกคามทางเพศ หรือการทารุณกรรมในครัวเรือน เป็นต้น

3. ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพ อาจชี้ให้เห็นถึงฐานะทางเศรษฐกิจ โรค หรือภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการเจ็บป่วย ความพิการ การตายก่อนกำหนด ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพได้ เช่น อาชีพทำสวนผักสวนผลไม้ อาจมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเนื่องจากการสัมผัสสารเคมีหรือยาฆ่าแมลงที่ใช้ในการทำสวน อาชีพรับจ้างรายวันที่ต้องเดินทางไปกลับทุกวันอาจได้รับอันตรายจากการเดินทาง หรือการทำงานที่ไม่มีการป้องกันตนเองที่ดี เป็นต้น

4. ข้อมูลด้านศาสนา ส่วนนี้อาจชี้นำถึงศักยภาพของชุมชนในแง่ผู้นำความคิดที่เป็นฐานในการอยู่ร่วมกันในสังคม ชุมชน เช่น การใช้หลักธรรมะมาชี้นำการดำเนินการของกลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มสัจจะสะสมทรัพย์ที่ทำให้เกิดความเข้มแข็งในหลายชุมชน หรือแม้แต่การนำข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนาที่มีในชุมชนมาใช้ร่วมกับกิจกรรมการให้บริการสุขภาพ เช่น ข้อมูลงานบุญที่มีการดื่มสุราของคนในชุมชนกับโครงการงดสุราในงานศพ งานบวช (พระไม่รับนิมนต์หากมีเหล้า) เป็นต้น

5. ข้อมูลด้านเชื้อชาติมีความเกี่ยวพันกับลักษณะโรคและการเจ็บป่วยด้วยเนื่องจากแต่ละเชื้อชาติมักมีสังคม วัฒนธรรม วิถีในการดำเนินชีวิตที่เฉพาะและพฤติกรรมบางอย่างมีผลเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ เช่น พฤติกรรมการดื่มน้ำชาขณะที่ยังร้อนและการรับประทานอาหารตลอดจนการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย

ส่วนสำคัญของขั้นตอนนี้คือสามารถเข้าถึงคนสำคัญในชุมชนได้ จากการสังเคราะห์ข้อมูลจะทำให้สามารถบอกได้ว่ามีใครบ้างที่เป็นเป้าหมายการดูแลและมีใครบ้างที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ช่วยเหลือ ซึ่งการที่สามารถระบุกลุ่มคนเหล่านี้ได้จะทำให้การทำงานในกระบวนการอื่นๆ เป็นไปได้มากขึ้น

ขั้นที่ 3 ระบุโครงสร้างของชุมชน (Identify structures that organize the community)

โครงสร้างของชุมชนคือองค์กรต่างๆ ในชุมชนที่มีบทบาทหน้าที่ในชุมชนแตกต่างกันออกไป เป็นส่วนของข้อมูลชุมชนที่สามารถอธิบายร่องรอยของปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพและอธิบายแหล่งทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน และสามารถนำมาใช้ในการวางแผนดำเนินการพัฒนาสุขภาพชุมชน องค์กรที่เป็นโครงสร้างเหล่านี้มีอำนาจในการควบคุมการดำเนินการกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน

องค์กรที่เป็นโครงสร้างของชุมชน มักประกอบด้วยหลายด้าน เช่น ด้านการปกครอง การสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ การศึกษา ความปลอดภัยและอื่นๆ บริการหรือการดำเนินการของโครงสร้างเหล่านี้ถือว่าเป็นบริการสำหรับคนทุกคนในชุมชน โดยเก็บข้อมูลจากคนที่เกี่ยวข้องในแต่ละองค์กร ความคิดเห็นและความเข้าใจของคนในชุมชนต่อการดำเนินการของแต่ละองค์กรที่ผ่านมา

การหาข้อมูลเพื่อชี้ชัดถึงโครงสร้างทางอำนาจที่เป็นทางการ ถือเป็นเรื่องที่ซับซ้อนและยากมาก ข้อมูลอาจได้จากการพูดคุยกับคนที่เกี่ยวข้องกับองค์กรต่างๆ ที่เป็นกรรมการชุดต่างๆ ของชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ คนที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน อาจเป็นคนที่ไม่ได้อยู่ในองค์กรที่เป็นทางการ แต่อยู่เบื้องหลังการตัดสินใจต่างๆ คนกลุ่มนี้อาจเป็นคนที่สนับสนุนหรือขัดขวางการดำเนินการใดๆ ในชุมชนได้ การค้นหากลุ่มคนที่มีอิทธิพลเหล่านี้ต้องอาศัยทักษะในการสังเกตที่มีความชำนาญจากการทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด

โครงสร้างของครอบครัวเป็นอีกโครงสร้างหนึ่งที่มีความสำคัญในการจัดการกับปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ลักษณะของครอบครัวชี้ความต้องการด้านสุขภาพที่ต่างกันได้ ข้อมูลส่วนนี้อาจหาได้จากการพูดคุยกับคนในชุมชน

ขั้นที่ 4 การระบุปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (Identify health risk factors)

ปัจจัยเสี่ยงมีที่มาจากพฤติกรรม พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมทั้งที่เป็นกายภาพ สารเคมี มลพิษและอื่นๆ ที่เป็นเหตุของการเกิดโรค ซึ่งปัจจัยเหล่านี้อยู่ร่วมในวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของชุมชนอาจระบุได้จากข้อมูลเกี่ยวกับสถิติชีพ ที่แสดงสาเหตุการตาย โรคและการเจ็บป่วย ที่ได้จากสถิติการรับบริการการรักษาของคนในชุมชนและรายงานการเกิดโรคติดต่อในชุมชน ข้อมูลส่วนที่สำคัญอีกส่วนหนึ่งที่สามารถใช้อธิบายร่วมกับข้อมูลที่กล่าวมาคือ ความเข้าใจ ความเห็นของคนในชุมชนว่าปัญหาสุขภาพของคนชุมชนเกิดจากสาเหตุปัจจัยเสี่ยงใดบ้าง

การอธิบายถึงรายระเอียดที่มาและความเกี่ยวพันกันของสาเหตุของปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ต่อปัญหาสุขภาพนั้นๆ ของคนในชุมชน สามารถทำให้ชัดเจนได้จากการศึกษาเจาะลึกถึงปัจจัยสาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งเป็นการศึกษาทางระบาดวิทยา เช่น จากสถิติสาเหตุการตาย ภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่พบมากในชุมชน ปัจจัยเสี่ยงที่มีการศึกษาวิจัยมาบอกว่าสาเหตุที่มีผลต่อ

การควบคุมภาวะแทรกซ้อนในผู้ที่เป็นเบาหวาน ได้แก่ อาหาร การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การออกกำลังกายน้อย การมีภาวะความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งในชุมชนที่ศึกษาอาจพบปัจจัยเหล่านี้ในผู้ที่เป็นเบาหวานได้ การทำโยงใยปัญหาอาศัยข้อความรู้ 2 ส่วนคือ ข้อความรู้เชิงทฤษฎีที่ว่าด้วยโรคและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคนั้นๆ และข้อความรู้ที่เป็นเหตุการณ์จริงในชุมชนว่าด้วยการดำเนินชีวิตของคนที่เป็นโรค หรืออาจเป็นโรคที่แสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยสาเหตุของโรคอยู่ด้วย

ขั้นที่ 5 การระบุแหล่งทรัพยากรในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน (Identify resources for dealing with risk factors)

ทุนทางสังคมและแหล่งทรัพยากรในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพในชุมชน ได้แก่ องค์กรที่เกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพ สวัสดิการทางสังคม ศาสนาและองค์กรอาสาสมัครต่างๆ หรือแม้กระทั่งกลุ่มคนที่มีอำนาจหรืออิทธิพลเหนือการดำเนินการใดๆ ในชุมชน ข้อมูลเหล่านั้นแสดงให้เห็นแบบแผนการดำเนินกิจการใดๆ ของชุมชนหรือการใช้อำนาจของคนในชุมชน การสื่อสารต่างๆ ซึ่งเป็นส่วนที่สำคัญต่อการเลือกใช้แหล่งทรัพยากรให้เหมาะสมกับการดำเนินกิจกรรมของการพยาบาลชุมชนในขั้นการวางแผนชุมชนต่อไป ตัวอย่างแหล่งทรัพยากรต่างๆ ในชุมชน ได้แก่

1. สถานบริการด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด
2. องค์การบริหารส่วนตำบล กรรมการหมู่บ้าน
3. วัด กรรมการวัด หมอพื้นบ้าน
4. โรงเรียนในชุมชนและกรรมการบริหารโรงเรียน
5. กรรมการกลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มบริหารกองทุนหมู่บ้าน เป็นต้น

3. การรวบรวมข้อมูลชุมชนและข้อมูลสุขภาพของประชาชนในชุมชน

ขั้นตอนนี้จะต้องบอกถึงลักษณะและชนิดข้อมูลสุขภาพชุมชนที่ต้องการเพื่อประกอบการประเมินภาวะสุขภาพชุมชน แหล่งข้อมูลและวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลด้านสุขภาพ เช่น ข้อมูลมือสองจากเอกสารหรือสถิติ ข้อมูลใหม่จากการเก็บใหม่ เป็นต้น ส่วนมีประสิทธิภาพการออกแบบที่ดีจะสามารถชี้นำกระบวนการเก็บรวบรวมได้ดี ตอนท้ายของขั้นตอนนี้จะได้ข้อมูลที่เกี่ยวกับสุขภาพในทุกแง่มุมที่ต้องการ (กีรดา ไกรนุวัตร และรักชนก คชไกร, 2559) ตารางที่ 22

ตารางที่ 22 ข้อมูลที่ต้องการจากการศึกษาชุมชนพร้อมแหล่งและวิธีการเข้าถึงข้อมูล

ข้อมูลที่ต้องการ	แหล่งข้อมูล	วิธีการเข้าถึงข้อมูล
- องค์ประกอบทางประชากรของชุมชน ประชากรกลุ่มต่างๆ ตามอายุและเพศ อัตราเกิด อัตราตาย การย้ายถิ่น	- สำมะโนประชากร - จปฐ.	- ศึกษาข้อมูลมือสอง
- ปัญหาสุขภาพ แบบแผนการเจ็บป่วยและโรค อัตราป่วย อัตราตาย พร้อมปัจจัยเหตุ กลุ่มคนที่มีความต้องการการดูแลด้าน สุขภาพเป็นพิเศษ ได้แก่ เด็ก หญิงตั้งครรภ์ ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง เป็นต้น	- สถิติการใช้บริการสุขภาพที่หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ - ข้อมูลการจัดสวัสดิการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - อสม. ผู้นำชุมชน กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์และอื่นๆ	- ศึกษาข้อมูลมือสอง - การสังเกต - การสัมภาษณ์เจาะลึก - การสำรวจ - การระดมสมอง - การสนทนากลุ่ม
- พฤติกรรมสุขภาพต่างๆ การดูแลสุขภาพและการรักษา และคำอธิบายหรือตีความพฤติกรรมของคนในชุมชน - วิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชนที่เป็นเหตุหนึ่งของการเจ็บป่วยและโรค หรือเป็นปัจจัยเสริมสุขภาพ - วิถีการจัดการปัญหาด้านสุขภาพของชุมชน - ค่านิยมของคนในชุมชน การเชื่อถือคนอื่น	- กลุ่มคนที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าของปัญหาสุขภาพ ผู้ป่วย ผู้เกี่ยวข้องในการดูแล	- การสังเกต - การสัมภาษณ์ - การสำรวจ - การระดมสมอง - การสนทนากลุ่ม
- คนสำคัญที่มีความรู้ความสามารถที่ชี้นำการทำงาน การแก้ปัญหา การอาสาช่วยเหลือกัน กลุ่มคนที่ก่อตั้งเพื่อช่วยเหลือกัน	- ผู้นำด้านต่างๆ ของชุมชน	- การสังเกต - การสัมภาษณ์ - การสำรวจ - การระดมสมอง - การสนทนากลุ่ม
- สิ่งแวดล้อมที่กระทบภาวะสุขภาพของประชาชนในชุมชน	- ผู้นำชุมชน - ผู้มีปัญหาสุขภาพ ผู้ป่วย - พื้นที่ทางกายภาพของชุมชน อปท. สถานบริการสาธารณสุข	- สังเกต - สำรวจเพื่อประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ

หมายเหตุ. จาก *การพยาบาลชุมชน,* โดย กีรดา ไกรนุวัตร และรักชนก คชไกร, 2559, กรุงเทพฯ: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ข้อมูลสำคัญของชุมชนจัดหมวดหมู่ได้หลายแนวทางตามฐานคิดที่ต่างกันไป เช่น แนวทางการประเมินสุขภาพชุมชนที่จัดหมวดหมู่ข้อมูลเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ 2) ลักษณะทางประชากร 3) สังคมและวัฒนธรรม 4) สถานะสุขภาพ และ 5) บริการทางสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เป็นต้น อย่างไรก็ดีการได้มาซึ่งข้อมูลเหล่านี้ต้องอาศัยวิธีการในการรวบรวมข้อมูลตามลักษณะและชนิดของข้อมูลที่แตกต่างกัน (ขนิษฐา นันทบุตร, 2555) ดังนี้

3.1 ชนิดของข้อมูล

โดยทั่วไปข้อมูลมี 2 ชนิด คือข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ตัวเลข จำนวน หรือที่คุ้นเคยกัน คือสถิติเป็นพื้นฐาน จำนวนนับเหตุการณ์ต่างๆ เช่น จำนวนการตายจากมะเร็ง การเจ็บป่วย อัตรา เช่น อัตราทารกตาย จำนวนเงินที่ใช้จ่ายในครัวเรือนในแต่ละสัปดาห์ หรือเดือนในกรณีต้องการรู้เรื่องการจัดการการเงินภายในครัวเรือน เป็นต้น

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลจากการรับรู้ การสังเกตของบุคคลและมักจะนำเสนอในภาพการอธิบาย ตีความ ตัวอย่างเช่น ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม การใช้คำถามปลายเปิดหรือคำอธิบายโครงการหรือบริการที่ใช้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นต้น ข้อมูลลักษณะนี้มักเปลี่ยนแปลงไปตามมุมมองของแต่ละคนซึ่งมีประสบการณ์ชีวิตเป็นตัวร่วมกำหนด การวิเคราะห์จึงเป็นการเปรียบเทียบเชื่อมโยงกับบริบทของสถานการณ์หรือเหตุการณ์ชีวิตที่เกิดขึ้นในชุมชน

แหล่งข้อมูลเป็นบุคคล กลุ่มบุคคล ที่ร่วมให้ความคิดเห็น คำอธิบายต่อเรื่องหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวกับชีวิตและสุขภาพ หรืออาจเป็นเอกสารที่เก็บเรื่องราวต่างๆ เป็นข้อมูลที่บอกเรื่องราวโดยคำพูดคำอธิบาย เช่น ความคิดเห็นของประชาชนในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลสุขภาพ วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง การดำเนินกิจกรรมสุขภาพชุมชนที่ผ่านมา เป็นต้น

3.2 แหล่งข้อมูล

แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่ ข้อมูลมือสองและข้อมูลสด ข้อมูลทั้ง 2 ชนิดคือ ข้อมูลปริมาณและข้อมูลคุณภาพ สามารถเก็บได้จากแหล่งข้อทั้ง 2 แบบ โดย

1. ข้อมูลปฐมภูมิ (Primary data) หรือข้อมูลสด คือ ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมเองโดยวิธีสัมภาษณ์ การสอบถาม การตรวจหรือสังเกตจากชุมชนโดยตรง ข้อมูลที่ได้จะมีความทันสมัยและมีตัวแปรตามที่กำหนดอันจะทำให้ตรงกับความต้องการมากขึ้น แต่มีปัญหาที่การได้มาซึ่งข้อมูลต้องเสียเวลาและทรัพยากรมาก นอกจากนั้นการไปสอบถามถึงข้อมูลในอดีตผู้ตอบอาจจดจำข้อมูลย้อนหลังไม่ได้ เช่น ข้อมูลจากการสำรวจ การทำสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ผู้รู้ การสังเกตหรือการสังเกตแบบมีส่วนร่วม

2. ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) หรือข้อมูลมือสอง เป็นข้อมูลที่มีอยู่แล้วเก็บไว้โดยทีมอื่น มักเป็นข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์แล้ว เช่น ข้อมูลในรายงานประจำปี ข้อมูลมือสองบางชุดไม่ได้วิเคราะห์ทีมต้องวิเคราะห์เองตามวัตถุประสงค์ของการใช้ข้อมูล เช่น จำนวนการตายตามทะเบียนตายนำมาคำนวณเป็นอัตราตาย ข้อมูลรายงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือศูนย์บริการสุขภาพชุมชน โรงพยาบาล รายงานประจำปีของหน่วยงาน ข้อมูลจากการดำเนินการโครงการสุขภาพชุมชนที่ผ่านมา เป็นต้น ข้อดีของข้อมูลทุติยภูมิ คือจะรวบรวมได้ง่ายกว่า ประหยัดเวลาและทรัพยากร แต่ข้อจำกัดที่สำคัญคืออาจได้ข้อมูลที่ไม่ตรงวัตถุประสงค์ เนื่องจากรวบรวมมาจากแหล่งอื่นซึ่งอาจมีตัวแปรที่ทำให้ข้อมูลที่ได้ไม่ตรงความต้องการของเรา

3.3 วิธีการศึกษาข้อมูล

ประกอบด้วยอย่างน้อย 2 กลุ่ม คือวิธีการศึกษาข้อมูลมือสองและวิธีการเก็บข้อมูลสด ซึ่งไม่ว่าจะทำการประเมินชุมชนในรูปแบบใดก็มักพบว่าวิธีการเหล่านี้ถูกนำมาใช้เป็นหลักๆ ดังนี้

1. วิธีการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ

ทีมประเมินชุมชนอาจเริ่มต้นที่การรวบรวมข้อมูลมือสองที่มีอยู่มาแยกแยะหมวดหมู่ตามความต้องการ เป็นการเริ่มทำความรู้จักชุมชนในแง่มุมของสุขภาพเพื่อนำไปสู่การขยายความในการศึกษาข้อมูลสดจากชุมชนต่อไป วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลมือสองอาจทำได้ดังนี้

1.1 ใช้ฐานความรู้ทางระบาดวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค การกระจายโรค สาเหตุของโรคและการควบคุมป้องกันโรค ประกอบการวิเคราะห์เพื่อศึกษาข้อมูลที่มีอยู่ว่าเพียงพอหรือไม่ในการอธิบายภาวะสุขภาพของคนในชุมชน เป้าหมายคือ 1) การระบุปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชน โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ และ 2) การปรากฏของสาเหตุของการเกิดโรคนั้นๆ ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่คุมคามสุขภาพ ด้านคุณลักษณะทางประชากรของชุมชน ตลอดจนพฤติกรรมสุขภาพการกิน การอยู่ การดำเนินชีวิต ความคิด ความเชื่อ สังคม วัฒนธรรม ค่านิยมและการบริการสุขภาพต่างๆ ที่มีอยู่ การเข้าถึงและการใช้บริการตลอดจนการดูแลหรือการบริการที่ต้องการแต่ไม่มี โดยสามารถเปรียบเทียบสถิติต่างๆ ของชุมชนและในระดับตำบล อำเภอ จังหวัด จนกระทั่งระดับชาติและในภูมิภาค และศึกษาว่าข้อมูลส่วนใดยังไม่สามารถอธิบายภาพที่เปรียบเทียบได้ชัดเจนซึ่งจะเป็นที่มาของการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมต่อไป ทั้งนี้ทีมประเมินชุมชนต้องระบุข้อมูลที่ขาดและแหล่งที่เชื่อว่าน่าจะเก็บรวบรวมได้

1.2 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลที่มีอยู่กับการตอบคำถามตามแนวทางที่ใช้ในการศึกษาชุมชนและภาวะสุขภาพของคนในชุมชนแล้ว หากพบว่ามีส่วนใดที่ไม่สามารถให้ความเข้าใจที่กระจ่างชัดแก่ทีมประเมินฯได้ ให้เก็บข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อที่จะสามารถวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของคนในชุมชนพร้อมทั้งนำเสนอที่มาของแต่ละปัญหาสุขภาพได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น

2. วิธีการการเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ

วิธีการที่มักใช้ในการประเมินชุมชนเพื่อการศึกษาข้อมูลสุขภาพชุมชนด้านต่างๆ อาจได้แก่ การสัมภาษณ์บุคคลสำคัญ การสำรวจสภาพทางกายภาพของชุมชน การสอบถามพูดคุยกับคนในชุมชนอย่างไม่เป็นทางการ การสนทนากลุ่มคนต่างๆ การสังเกตพฤติกรรมของคนกลุ่มต่างๆ ในชุมชนและวิธีการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม แบบสำรวจต่างๆ เช่น จปฐ. แบบสำรวจการดูแลสุขภาพตนเอง แบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งอาจใช้การสัมภาษณ์ โดยเป็นไปตามแนวทางการรวบรวมข้อมูลที่ผู้ประเมินกำหนดไว้และการศึกษาจากเอสารต่างๆ เป็นต้น อย่างไรก็ดีวิธีการเก็บข้อมูลเหล่านี้สามารถเทียบเคียงได้กับวิธีการเก็บข้อมูลของการวิจัยรูปแบบต่างๆ มักเป็นวิธีการที่เฉพาะตามลักษณะของข้อมูลที่ต้องการ

3.4 ข้อมูลเพื่อการประเมินปัญหาทางสุขภาพชุมชน (Anderson, E.T., 2019) ประกอบด้วย

1. ข้อมูลประชากร (Demographic data*)* การรวบรวมข้อมูลทางด้านประชากรศาสตร์ช่วยทำให้ทราบถึงลักษณะของประชากรและสถานภาพต่างๆ ของประชากรในชุมชนที่ทำการสำรวจ

1.1 จำนวนประชากร เพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา อาชีพ สถานภาพการสมรส

1.2 ความหนาแน่นและการกระจายของประชากรในชุมชนนั้นตามเพศและอายุ

1.3 สภาพการเคลื่อนย้ายของประชากรโดยการย้ายเข้าย้ายออก อาจจะเป็นการย้ายชั่วคราวหรือย้ายแบบถาวรเพื่อประกอบอาชีพ

1.4 อัตราการเพิ่มของประชากรในรอบปีที่ผ่านมา จำนวนประชากรในหมู่บ้านพร้อมทั้งแยกตามเพศ อายุ การเพิ่มของประชากร ได้แก่ อัตราเพิ่มของประชากรในหมู่บ้านในรอบปีที่ผ่านมา

1.5 ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมและความเชื่อในโชคลางต่างๆ ของกลุ่มชนในชุมชนนั้น

2. ข้อมูลเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic data) จากการสำรวจจะทำให้ทราบว่าประชากรในชุมชนนั้นมีอาชีพอะไรบ้าง มีสถานภาพในการประกอบอาชีพเป็นอย่างไร เช่น ข้าราชการ เกษตรกร พ่อค้า เป็นต้น

2.1 อาชีพปัจจุบัน อาชีพหลักประกอบอาชีพอะไรและอาชีพรองอาชีพอะไร เช่น อาชีพหลักทำนา อาชีพรองรับจ้าง

2.2 สถานะการงาน เช่น ความสามารถในการทำงานในแต่ละอาชีพ

2.3 ลักษณะรายได้-รายจ่ายรายบุคคลและครอบครัว โดยเฉลี่ยรายได้รายจ่ายเป็นรายบุคคลและโดยเฉลี่ยทั้งครอบครัวแล้วจะมีรายรับรายจ่ายพอเพียง มีเงินเหลือเก็บปีละเท่าใด

หรือจ่ายเกินรายได้ การจะได้มาซึ่งข้อมูลนี้โดยปกติเป็นเรื่องค่อนข้างยาก ต้องถามอย่างครอบคลุม และผู้ตอบต้องยินดีให้ข้อมูลที่เป็นจริง

2.4 ระดับการศึกษาของประชากรในชุมชน มีการศึกษาระดับใดถึงระดับใด อาจช่วยให้ทราบข้อมูลด้านการศึกษาเพิ่มเติม เช่น ความต้องการและโอกาสที่ได้รับการศึกษาหรือมีความเห็นอื่นๆ ในเรื่องการศึกษา เช่น ไม่จำเป็นต้องเรียนมากเพราะจะให้ช่วยทำไร่ ทำนา จำนวนโรงเรียน ประเภทของโรงเรียนในชุมชน เช่น หน่วยเคลื่อนที่โครงการศึกษาผู้ใหญ่

2.5 การติดต่อซื้อขายผลผลิตทางการเกษตรหรือผลผลิตด้านอื่นๆ จากชุมชน เช่น ข้าวและพืชไร่ต่างๆ มีพ่อค้าในชุมชนรับซื้อเอง หรือมีนายทุนจากนอกชุมชนมารับซื้อ หรือต้องนำผลผลิตไปจำหน่ายหรือขายให้พ่อค้า หรือจำหน่ายด้วยตนเองนอกชุมชนที่อาศัยอยู่

2.6 การติดต่อภายนอกหมู่บ้านหรือชุมชน เช่น การคมนาคม การขนส่งผลผลิตหรือข่าวสารที่ได้รับจากภายนอกชุมชน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ หรือข่าวสารของทางราชการ

2.7 ผู้นำท้องถิ่น ได้แก่ กลุ่มผู้นำท้องถิ่น คณะกรรมการต่างๆ ในชุมชน ซึ่งเป็นผู้มีภาวะความเป็นผู้นำในความสัมพันธ์ของประชากรในชุมชนและร่วมมือกันในการพัฒนาชุมชนในทุกด้าน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พระภิกษุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น

3. ข้อมูลสิ่งแวดล้อม (Environmental data) จากการสำรวจข้อมูลทางด้านสิ่งแวดล้อมจะทราบถึงสภาพต่างๆ ของสิ่งแวดล้อมในชุมชนนั้นซึ่งจะเน้นออกเป็นลักษณะดังนี้ คือ สภาพและลักษณะของบ้านที่อยู่อาศัย แหล่งน้ำดื่มน้ำใช้ใช้ การกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล แมลงและสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค สัตว์เลี้ยงในบ้าน เป็นต้น

4. ข้อมูลทางสถิติอื่นๆ ที่จำเป็นตามแหล่งข้อมูล การรวบรวมและจำแนกข้อมูล ข้อมูลที่ทำการสำรวจได้จะต้องมีการนำมารวบรวมอย่างเป็นระบบและจำแนกออกเป็นหมวดหมู่

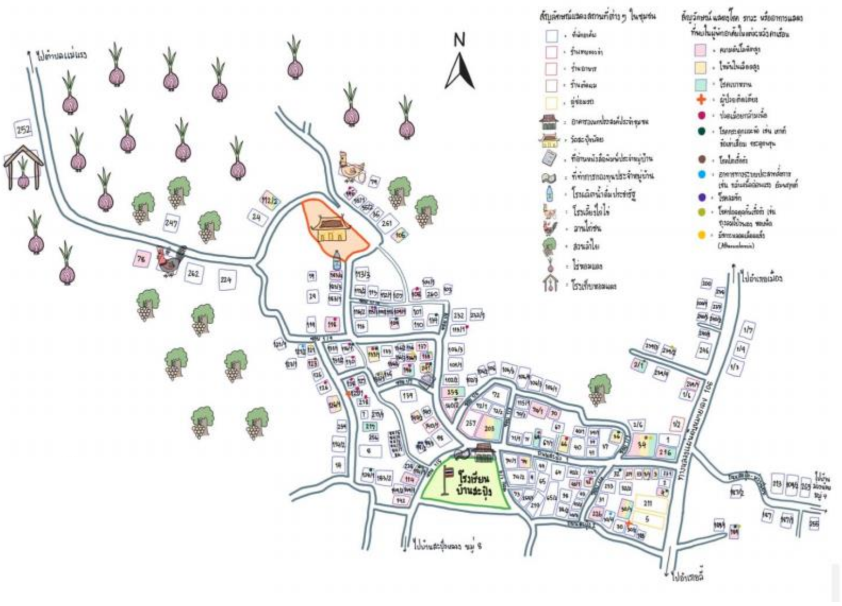
4. เครื่องมือในการประเมินชุมชน (เครื่องมือ 7 ชิ้น)

สุขภาพชุมชนเป็นสุขภาพองค์รวม การเก็บข้อมูลสุขภาพชุมชนจึงต้องใช้เครื่องมือที่หลากหลาย “เครื่องมือ 7 ชิ้น” เป็นเครื่องมือเก็บข้อมูลสุขภาพชุมชนที่ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ เมื่อปี 2543 และได้ใช้กันอย่างแพร่หลาย เครื่องมือชนิดนี้ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ในการศึกษาชุมชนเชิงลึก มีทั้งหมด 7ชิ้น (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2559) ประกอบด้วย

1. แผนที่เดินดิน (Geo-Social Mapping)

แผนที่เดินดินเป็นเครื่องมือที่ทำขึ้นอย่างง่ายๆ มีลักษณะที่ไม่ยุ่งยากขับซ้อน อาศัยเพียงแค่การเดินสำรวจด้วยตนเองและการจดบันทึกลักษณะทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมของชุมขนและสิ่งต่างๆ ที่พบเห็นเขียนบนแผ่นกระดาษที่เตรียมไว้ ที่เรียกว่า “แผนที่เดินดิน” นั้นเพราะการหาข้อมูล

ต้องกระทำโดยการเดินดู สัมผัส สังเกตรูปลักษณะบ้านแต่ละหลังครบทุกหลังหมดทั้งชุมชนด้วยสายตาของตนเองเท่านั้น ต่างจาก “แผนที่นั่งโต๊ะ” ซึ่งพยาบาลชุมชนไม่จำเป็นต้องไปเดินสำรวจด้วยตัวเอง เพียงแต่ขอแผนที่ดังกล่าวจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือค้นจากรายงานการศึกษาชุมชนที่มีผู้ทำการศึกษาไว้แล้ว ข้อดีของแผนที่นั่งโต๊ะก็คือสะดวกและประหยัดเวลา แต่ข้อเสียที่ตามมาก็คือสิ่งต่างๆ ที่ปรากฏอยู่บนแผนที่นั่งโต๊ะจะไม่เหมือนภาพจริงอาจหลอกให้เราเข้าใจผิดและคิดไปว่าเราพอจะรู้จักชุมชนแล้วทั้งที่ความจริงการมีแผนที่ไม่ได้หมายความว่าเรารู้จักชุมชน การทำแผนที่เดินดินมีความสำคัญและเป็นสิ่งแรกที่ต้องทำ เพราะเป็นวิธีที่จะทำให้เราเห็นภาพรวมของชุมชนได้ดี รวดเร็ว และได้ปริมาณข้อมูลมากในระยะเวลาสั้นที่สุด แผนที่ดินดินจะทำให้การศึกษาชุมชนมีความละเอียด และครอบคลุมทั้งพื้นที่ แผนที่เดินดินสำรวจให้ทั่วถึงโดยเฉพาะอย่างยิ่งบ้านคนจน คนยากที่อาศัยชายขอบของหมู่บ้าน ผู้พิการหรือคนที่แยกตัวโดดเดี่ยวอยู่ตามลำพังในหมู่บ้าน เป็นต้น

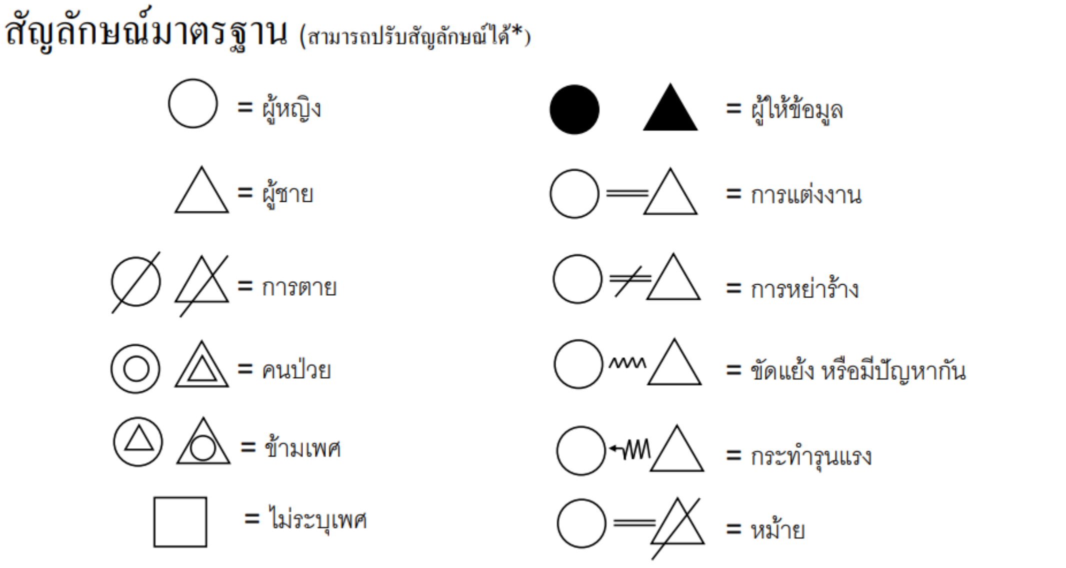


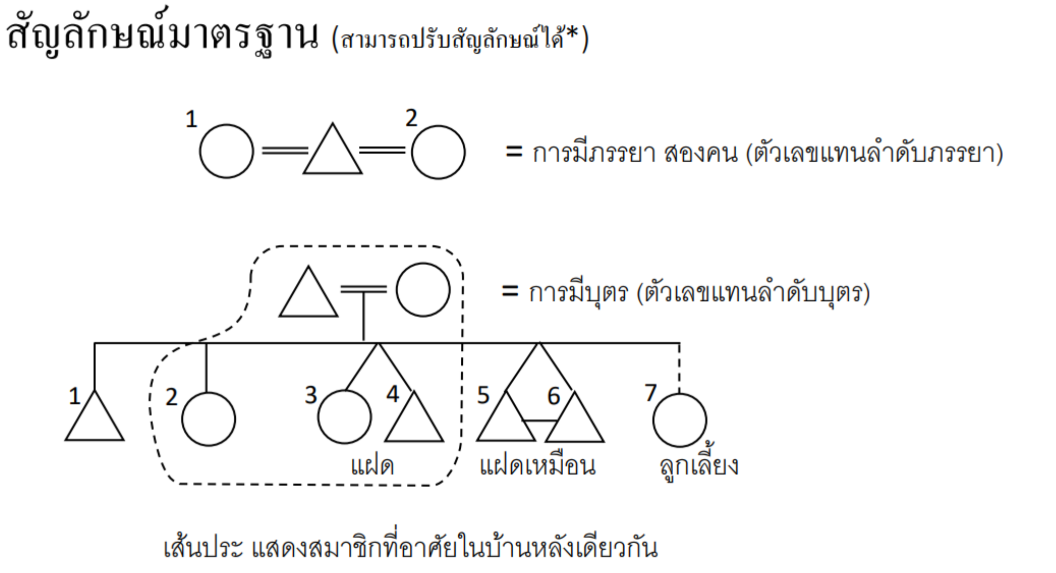
ภาพที่ 9 แผนที่เดินดินของหมู่บ้าน. จาก *วิถีชุมชนเครื่องมือ 7 ชิ้นที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผลและสนุก*, โดย โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2559, นนทบุรี: สุขศาลา.

2. ผังเครือญาติ (Genogram)

ผังเครือญาติ คือการถอดความสัมพันธ์ในเชิงเครือญาติ หรือเชิงสายเลือดในชุมชน ผังเครือญาติมีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจชุมชนและสังคม ไม่ว่าจะเป็นสังคมเมืองหรือสังคมชนบท เพราะเครือญาติเป็นความสัมพันธ์ที่เป็นรากฐานที่สำคัญสุดของครอบครัวและจะมีความเกี่ยวข้องกันไปตลอดชีวิต โดยเฉพาะเมื่อเกี่ยวข้องปัญหาสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว การทำผังเครือญาติจึงมีส่วนสำคัญในการทำความเข้าใจระบบความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน

สิ่งที่ต้องเรียนรู้คือสัญลักษณ์มาตรฐานที่ใช้เป็นอย่างไร เนื่องจากเวลาเราทำผังเครือญาติแล้วนำไปใส่ในระบบข้อมูล ทุกคนในระบบงานควรต้องอ่านสัญลักษณ์เหล่านี้ได้เหมือนกัน เข้าใจตรงกัน และสมารถพิมพ์เติมข้อมูลโดยใช้สัญลักษณ์มาตรฐานเหล่านี้ได้ จึงจำเป็นต้องรู้ว่าสัญลักษณ์ที่ใช้นั้นมีอะไรบ้าง





ภาพที่ 10 สัญลักษณ์ในการเขียนผังเครือญาติ. จาก *วิถีชุมชนเครื่องมือ 7 ชิ้นที่ทำให้งานชุมชนง่ายได้ผลและสนุก*, โดย โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2559, นนทบุรี: สุขศาลา.

3. โครงสร้างองค์กรชุมชน (Community Organization)

การศึกษาโครงสร้างด้านต่างๆ ในชุมชน เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ทางสังคมในแง่มุมต่างๆ นอกเหนือจากความสัมพันธ์ทางเครือญาติ เป็นการศึกษาโครงสร้างด้านเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองของชุมชน จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาโครสร้างชุมชนด้านต่างๆ คือ สถาบัน องค์กรและบุคคลทั้งแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพราะจะช่วยทำให้เราทราบบทบาท อำนาจ หน้าที่และความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหน่วยต่างๆ ในชุมชน และยังทำให้เราสามารถสังเกตบทบาทของสถาบัน องค์กรและบุคคลต่างๆ ซึ่งทำหน้าที่ขับเคลื่อนชุมชนได้อย่างมีพลวัต และที่สำคัญการทำความเข้าใจโครงสร้างเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองจะทำให้ผู้เก็บข้อมูลจัดความสัมพันธ์ของตนเองกับชุมชนได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดอุปสรรคต่อการเข้าถึงชุมชนและสามารถนำข้อมูลเหล่านี้มาประกอบแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ชาวบ้านในชุมชนประกอบอาชีพอะไร แหล่งเงินกู้มีกี่แหล่ง และในด้านโครงสร้างวัฒนธรรม มีวัฒนธรรมความเชื่ออย่างไร ประเพณีที่สำคัญๆ ของหมู่บ้านมีอะไรบ้าง เป็นต้น เราควรจะต้องรู้ให้ได้ว่าภายในแต่ละองค์กรมีใครเป็นผู้นำที่สำคัญ ใครมีบทบาทสำคัญในกิจกรรมส่วนรวมของชุมชน ใครที่ลูกบ้านให้การยอมรับ เพราะอะไร ซึ่งการได้มาซึ่งข้อมูลระดับลึกนี้นอกจากจะได้จากการสัมภาษณ์โดยตรงแล้ว ยังต้องอาศัยการฟังการพูดคุยของชาวบ้าน รวมทั้งการสังเกตกิจกรรมส่วนรวมที่บุคคลหรือผู้นำเหล่านี้ได้แสดงบทบาท

4. ระบบสุขภาพชุมชน (Local Health System)

เรามักจะเข้าใจหรือรับรู้กันเพียงแค่ว่าชาวบ้านพึ่งระบบสุขภาพและเลือกรักษากับระบบการแพทย์แผนปัจจุบันเพียงอย่างเดียว ระบบสุขภาพอื่นๆ ที่มีอยู่จริงในชุมชนจึงไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร ซึ่งในสภาพความเป็นจริงแล้วระบบการแพทย์แผนปัจจุบันไม่สมารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ทั้งหมด คนในชุมชนยังต้องไปพึ่งแหล่งอื่นๆ อย่างหลากหลายโดยเฉพาะภูมิปัญญาท้องถิ่นและรูปแบบการดูแลรักษาตนเองแบบพื้นบ้าน เพื่อที่จะรักษาตัวเองหรือรักษาญาติพี่น้องของตน นอกจากนั้นในชุมชนยังมีกิจกรรมสุขภาพต่างๆ เช่น การออกกำลังกาย กลุ่มคนเฒ่าคนแก่ หรือกลุ่มกีฬา เป็นต้น เมื่อไรไม่เห็นระบบสุขภาพของชุมชนทั้งระบบ ทำให้การวางแผนด้านสาธารณสุขที่ผ่านๆ มามักมุ่งเน้นการรักษาโดยพึ่งวิธีการสมัยใหม่เสียเป็นส่วนใหญ่

5. ปฏิทินชุมชน (Community Calendar)

ปฏิทินชุมชน คือการเรียนรู้วิถีชีวิตของชาวบ้านว่าในแต่ละปีแต่ละเดือน หรือในแต่ละวันชุมชนมีกิจจรรมอะไรบ้าง อะไรที่เกิดขึ้นและเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของขาวบ้านอย่างไร ทั้งการประกอบอาชีพต่างๆ ซึ่งในแต่ละชุมชนจะมีวิถีชีวิตที่แตกต่างกันออกไป หากชุมชนที่ประกอบอาชีพทำนาวิถีชีวิตหลักก็จะผูกพันอยู่กับการทำนาซึ่งเริ่มตั้งแต่ต้นฤดูฝนจนสิ้นสุดฤดูเก็บเกี่ยว พอหมดช่วง

การทำนาชาวบ้านก็จะมีกิจกรรมต่างๆ ทำต่อ ซึ่งพยาบาลชุมชนจะต้องศึกษาให้ทราบว่าทำอะไรบ้างในช่วงนั้น เช่น บางส่วนของคนในหมู่บ้านอาจจะเดินทางไปรับจ้างที่ต่างจังหวัด เช่น ไปรับจ้างทำสวนยางที่ปักษ์ใต้ พอถึงช่วงสงกรานต์ก็จะกลับมารวมญาติกันอีกครั้ง งานบุญงานประเพณีต่างๆ ที่เกิดขึ้น เกิดขึ้นในวันเวลาใดบ้าง ต้องเก็บรายละเอียดข้อมูลเหล่านี้มาให้หมด เพื่อจะนำมาช่วยวางแผนในการทำงานสาธารณสุขต่อไป

6. ประวัติศาสตร์ชุมชน (Local History)

เมื่อได้ศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชนอย่างลึกซึ้ง พยาบาลชุมชนได้เห็นภาพรวมของชุมชนชัดเจน เข้าใจเรื่องมิติเวลาของชุมชน โดยเฉพาะความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชุมชนเหล่านั้น ได้ส่งผลกระทบต่อคนและสิ่งแวดล้อมจากอดีตจนถึงปัจจุบันอย่างไร ความรู้ความเข้าใจเชิงประวัติศาสตร์เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้พยาบาลชุมชนเข้าใจถึงความเป็นมาของชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เข้าใจโลกของชาวบ้านมากยิ่งขึ้น เช่น เคยมีการเกิดโรคระบาดชนิดหนึ่งขึ้นในชุมชนแห่งหนึ่ง เมื่อสืบสวนจนถึงที่สุดก็พบว่าโรคที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากสารเคมีบางอย่างที่ถูกฝังอยู่ใต้ดิน ซึ่งเดิมเป็นที่ตั้งของโรงงานเคมี การมีข้อมูลเชิงประวัติศาสตร์ทำให้พยาบาลชุมชนเข้าใจเหตุปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ โดยสุขภาพของชาวบ้านในอดีตเป็นอย่างไร มีโรคภัยไข้เจ็บอะไรบ้างที่มักพบบ่อยในอดีตและชาวบ้านใช้วิธีการใดในการแก้ปัญหา การแพทย์สมัยใหม่เริ่มเข้ามาในชุมชนเมื่อใดในรูปแบบใด ชาวบ้านรู้สึกอย่างไรต่อการแพทย์สมัยใหม่ และระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีความเป็นมาอย่างไร

7. ประวัติชีวิต

การศึกษาประวัติชีวิต คือเครื่องมือที่ทำให้เห็นรายละเอียดชีวิตของผู้คน สร้างความเข้าใจในเรื่องราวชีวิตของชาวบ้านและเกิดมุมมองที่มีมิติความเป็นมนุษย์มากขึ้น เมื่อไปศึกษาชีวิตผู้คนอย่างละเอียดลึกซึ้งแล้วพยาบาลชุมชนจะได้เรียนรู้และเข้าอกเข้าใจชาวบ้านมากขึ้น การศึกษาประวัติชีวิตมีความสำคัญตรงที่ทำให้เห็นความเป็นมนุษย์ของคนอื่นมากยิ่งขึ้น ได้เห็นว่าเขาก็เป็นคนเหมือนเราความสุขก็ดีใจ มีความทุกข์ก็ร้องไห้ มีชีวิตที่ต้องดิ้นรนต่อสู้ มีความล้มเหลวและมีความใฝ่ฝัน “ประวัติชีวิตของบุคคลจึงเป็นยาถอนพิษที่ดีของการมองคนไข้แบบเห็นแต่ไข้ไม่เห็นคน” การทำประวัติชีวิตของบุคคลที่พยาบาลชุมชนต้องดูแลจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะทำให้พยาบาลชุมชนมีความละเอียดอ่อน ใส่ใจกับความรู้สึกนึกคิดและความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย เพิ่มมิติความเป็นมนุษย์มองเห็นรายละเอียดชีวิตชาวบ้าน เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลชุมชนกับชาวบ้านเข้าใจและมีความละเอียดอ่อนในการให้บริการในชุมชน

5. การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลสุขภาพชุมชน

การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลสุขภาพชุมชนเมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ข้อมูลต้องถูกนำมาทบทวนความครบถ้วนและความถูกต้อง จากนั้นข้อมูลต้องได้รับการวิเคราะห์และเสนอในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้อ่านข้อมูลเกิดความเข้าใจถึงสถานการณ์ต่างๆ และสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดำเนินงานต่อไป (รังสิยา นารินทร์ และวราภรณ์ บุญเชียง, 2555ข)

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพชุมชน

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จแล้ว ข้อมูลที่ได้คือข้อมูลดิบซึ่งยังไม่อาจอธิบายลักษณะของชุมชนศึกษาทั้งด้านสิ่งแวดล้อมและประชากรในชุมชน จึงต้องนำข้อมูลดิบมาวิเคราะห์เพื่อให้ข้อมูลดิบกลายเป็นข่าวสาร ซึ่งต้องมีกระบวนการจัดกระทำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาโดยใช้วิธีทางสถิติเข้ามาศึกษาลักษณะของข้อมูล ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล (รังสิยา นารินทร์ และวราภรณ์ บุญเชียง, 2555ก) ดังนี้

1. การบรรณาธิการข้อมูลดิบ คือการพิจารณาความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูลที่ได้มา เช่น เก็บข้อมูลจำนวนบุตร 30 คน ซึ่งเป็นจริงได้น้อยมากจึงต้องตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลอีกครั้งหรือกรณีข้อมูลหายไปควรตรวจสอบว่าเก็บข้อมูลมาผิดพลาดหรือไม่ ถ้าขาดหายไปจำนวนมากก็ต้องเก็บเพิ่มเติมเพื่อให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชื่อถือได้ การบรรณาธิการข้อมูลจึงเป็นขั้นตอนแรกและมีความสำคัญ หากได้ข้อมูลมาไม่ถูกต้องแล้วผลการวิเคราะห์ข้อมูลก็จะผิดไปด้วย

2. แยกประเภทของข้อมูลที่เก็บมา เนื่องจากข้อมูลชุมชนที่เก็บมานั้นมีวัตถุประสงค์ที่ต้องการจะเก็บรวบรวมที่แตกต่างกัน ต้องนำมาวิเคราะห์เพื่อหาคำตอบในประเด็นเฉพาะที่สนใจก่อนการวิเคราะห์จึงควรแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่

3. การแจกแจงข้อมูล อาจทำการแจงนับโดยการใช้ตารางแจกแจงความถี่

4. การวิเคราะห์ข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อมูลที่เก็บรวบรวมมา ดังนี้

4.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อายุ จำนวนประชากรเพศชาย จำนวนการเจ็บป่วย จำนวนผู้ไม่ออกกำลังกาย เป็นต้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทางระบาดวิทยา เช่น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย อัตราอุบัติการณ์ของโรค อัตราตาย เป็นต้น

4.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น ลักษณะสิ่งแวดล้อมในชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชน สมรรถนะชุมชน การมีส่วนร่วมของชุชน เป็นต้น วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและตีความข้อมูลด้วยผู้วิเคราะห์ข้อมูลเอง หรือร่วมกันตีความกับสมาชิกในชุมชน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสามารถนำไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายมาตรฐาน หรือเปรียบเทียบกับเกณฑ์เป้าหมายของชุมชนเพื่อนำไปสู่การระบุปัญหาของชุมชนต่อไป

5.2 การนำเสนอข้อมูลสุขภาพชุมชน

เป็นการแปลงข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วเป็นข่าวสารและสื่อสารต่อสาธารณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การสื่อสารให้สมาชิกในชุมชนได้รับรู้และเข้ามามีส่วนร่วมในการพิจารณาข้อมูลของชุมชนตนเอง ดังนั้นจึงต้องนำเสนอในรูปแบบที่จะสื่อสารให้ผู้อ่านข้อมูลเข้าใจได้ง่ายและแปลความหมายของข้อมูลได้อย่างถูกต้อง การนำเสนอข้อมูลต่อชุมชนต้องคำนึงถึงคุณลักษณะของกลุ่มเป้าหมายว่า คือใคร ระดับการศึกษาเป็นอย่างไร เป็นต้น เพื่อให้เลือกวิธีการนำเสนอข้อมูลได้อย่างเหมาะสม

วิธีการนำเสนอข้อมูลอาจจะเป็นรูปตาราง บทความ แผนภูมิต่างๆ การนำเสนอข้อมูลที่นิยมใช้มี 4 วิธี (ฉลอง สีแก้วสิ, 2555) ดังนี้

1. การนำเสนอในรูปบทความ เป็นการนำเสนอที่ธรรมดาและง่ายที่สุดเหมาะสำหรับการนำเสนอข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น ประวัติชุมชน ลักษณะทางภูมิศาสตร์ของชุมชน เป็นต้น ในกรณีของข้อมูลเชิงปริมาณ การนำเสนอมีลักษณะเป็นบทความสั้นๆ ปนไปกับตัวเลข ซึ่งเหมาะสำหรับข้อมูลที่มีตัวเลขน้อยๆ ไม่ซับซ้อน

2. การนำเสนอในรูปบทความกึ่งตาราง เป็นการนำเสนอด้วยบทความกับตัวเลขโดยจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่ ทำให้อ่านได้ง่ายขึ้น ควรใช้นำเสนอข้อมูลที่มีไม่มากและไม่จำเป็นต้องทำตาราง

3. การนำเสนอในรูปตาราง เป็นการนำเสนอโดยจัดรูปในการนำเสนอข้อมูลในลักษณะแถวและสดมภ์เพื่อจัดข้อมูลให้เป็นระเบียบหรือการจัดข้อมูลให้อยู่ในรูปที่อ่านความหมายได้ทั้งแถวและสดมภ์ซึ่งจะสัมพันธ์กัน การนำเสนอข้อมูลในตารางไม่มีลักษณะตายตัว ขึ้นอยู่กับผู้นำเสนอว่าต้องการนำเสนอข้อมูลมีความสัมพันธ์กี่ลักษณะ ยิ่งนำเสนอความสัมพันธ์หลายลักษณะ ตารางก็จะมีความซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ

4. การนำเสนอแบบแผนภูมิ เป็นรูปแบบการนำเสนอที่เน้นการใช้รูปภาพแทนข้อมูลที่เป็นตัวเลข จึงทำให้อ่านและแปลความหมายได้ง่ายกว่าการนำเสนอในรูปแบบอื่น เช่น ปิรามิดประชากร แผนภูมิแท่ง แผนภูมิฮีสโตแกรม แผนภูมิกง กราฟเส้น เป็นต้น

ดังนั้นชุมชนที่มีการประเมินสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่องจะเป็นผลดีต่อสุขภาพของประชาชนที่อาศัยในชุมชนนั้นๆ เมื่อค้นพบปัญหาสุขภาพหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ก็สามารถช่วยกันแก้ไขปัญหาให้ลดลงหรือให้หายไปจากชุมชนได้ทันที เพื่อให้ชุมชนคงไว้ถึงการมีสุขภาพดีของประชาชนในชุมชน สำหรับเครื่องมือที่ใช้ประเมินสุขภาพชุมชน เช่น แบบฟอร์มรายงานวินิจฉัยชุมชน ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของชุมชน แผนที่ชุมชน สุขภาวะของประชาชนในชุมชน พฤติกรรมสุขภาพ การบริการสุขภาพและการดูแลสุขภาพ สรุปปัญหาสุขภาพชุมชน (ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และปัญหาอื่นๆ) เป็นต้น

6. การวินิจฉัยสุขภาพชุมชน

การวินิจฉัยชุมชนเป็นจุดเริ่มต้นที่จะนำไปสู่กระบวนการในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขโดยรวมของชุมชน กล่าวคือจะทำให้ทราบสถานการณ์หรือระดับของปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชน และการวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาในชุมชน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็นและสนองความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง นอกจากนี้การวินิจฉัยชุมชนก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนและประชาชนในชุมชนในการที่จะร่วมกันกำหนดทิศทางการพัฒนาสุขภาพอนามัยและด้านอื่นๆ ให้เป็นไปทางทิศทางที่ถูกต้องและเหมาะสม หรืออาจกล่าวได้ว่าการวินิจฉัยชุมชนเปรียบเสมือนกับการรักษาผู้ป่วยที่จะต้องมีการวินิจฉัยโรคให้ได้ก่อนที่จะมีการรักษา ซึ่งต้องผ่านกระบวนการซักประวัติ ตรวจร่างกาย แต่กรณีการเจ็บป่วยของประชาชนในชุมชนต้องมีการการวินิจฉัยชุมชนเช่นเดียวกัน โดยผ่านกระบวนการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่มากพอและประเมินปัญหาในชุมชนในรูปของอัตรา (Rate) เป็นตัวชี้วัดเพื่ออธิบายสภาวะทางสุขภาพของชุมชนตลอดจนค้นหาสาเหตุของปัญหา เช่น สถานะสุขภาพ สภาพสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมอนามัย เป็นต้น (เดชา ทำดี และวิลาวัณย์ เตือนราษฎร์, 2555)

การวินิจฉัยชุมชน (ศิวพร อึ้งวัฒนา และรังสิยา นารินทร์, 2558) หมายถึง การประเมินสภาวะทางสุขภาพของชุมชน (Community Health Status) และการบริการสาธารณสุข (Health Service) ต่างๆ ในชุมชน ตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของชุมชน โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ผลที่บ่งชี้ว่าประชากรในชุมชนนั้นมีสถานะสุขภาพอนามัยอยู่ในระดับใด ปัญหาสาธารณสุขในชุมชนมีอะไรบ้าง ซึ่งต้องอาศัยความรู้ด้านระบาดวิทยาและด้านอื่นๆ โดยบรรยายลักษณะของโรคหรือปัญหาสุขภาพอนามัยตามลักษณะต่างๆ ได้แก่ การกระจายตามบุคคล เวลา สถานที่ แสดงออกในรูปของดัชนีอนามัย (Health Indicators) เช่น อัตราอุบัติการณ์ (Incidence Rate) อัตราความชุก (Prevalence Rate) และสถิติชีพ (Vital Statistics) ต่างๆ เช่น อัตราเกิด อัตราตาย เป็นต้น

กระบวนการวินิจฉัยสุขภาพชุมชนมีลักษณะคล้ายกับกระบวนการพัฒนาสุขภาพชุมชน โดยจะมีกระบวนการดังนี้

การรวบรวมข้อมูล → การวิเคราะห์ข้อมูล → การระบุปัญหา
↓
การวิเคราะห์ปัญหา ← ปัญหาสำคัญเร่งด่วน ← จัดลำดับความสำคัญของปัญหา
↓
กลวิธีในการแก้ไขปัญหา → การจัดทำแผนในการดำเนินการ

การประเมินผล ← การดำเนินการตามแผนโครงการ ← การจัดทำโครงการในการแก้ไขปัญหา

ภาพที่ 11 กระบวนการพัฒนาสุขภาพชุมชน. จาก *การพยาบาลชุมชน,* โดย ศิวพร อึ้งวัฒนา และรังสิยา นารินทร์, 2558, กรุงเทพฯ: บริษัทครองช่างพริ้นท์ติ้ง.

6.1 การตีความข้อมูลปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน

การตีความข้อมูลเป็นขั้นตอนของการระบุปัญหาด้านสุขภาพของคนในชุมชน เป็นการวิเคราะห์หาปัญหาด้านสุขภาพ ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพและการจัดการการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนภายใต้บริบททางสังคม วัฒนธรรมท้องถิ่นนั้นๆ แล้วสังเคราะห์เชื่อมโยงให้เห็นที่มา หรือสาเหตุของปัญหาด้านสุขภาพและภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ รวมทั้งทุนทางสังคม ศักยภาพของชุมชนและแหล่งประโยชน์ รวมทั้งการบริการสุขภาพที่เข้าถึงได้ ทั้งนี้ต้องสามารถระบุประชากรเป้าหมายของการทำงานได้ด้วยทั้งกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลและกลุ่มที่ให้การดูแล

แนวทางในการสังเคราะห์ตีความข้อมูล (ขนิษฐา นันทบุตร, 2555) มีดังนี้

1. เมื่อมีข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบและวิเคราะห์ในเบื้องต้นแล้ว กำหนดกลุ่มข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1.1 ปัญหาสุขภาพในชุมชน ได้แก่ โรค การเจ็บป่วย ความพิการ การตาย

1.2 ลักษณะชุมชนที่เป็นสาเหตุหรือเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาสุขภาพ เป็นเรื่องของลักษณะสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี หรือสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิต เศรษฐกิจ เป็นต้น

1.3 ลักษณะของคนในชุมชนที่เป็นสาเหตุหรือเกี่ยวข้องกับสาเหตุ หรือที่มาของปัญหาสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มคนที่ได้รับผลกระทบที่เป็นปัญหาหรือที่เกี่ยวข้อง กลุ่มคนพิเศษ พฤติกรรม ความคิด การรับรู้ ความเข้าใจ ลักษณะทางประชากร ศาสนา การประกอบอาชีพ เป็นต้น

2. แยกข้อมูลไว้ตามกลุ่มเพื่ออธิบายปัญหาสุขภาพและสาเหตุของปัญหาสุขภาพของชุมชนโดยใช้ข้อมูลทุกชนิดจากทุกแหล่งตามความสอดคล้องกับกลุ่ม

3. ระดมสมองเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและตีความตามข้อมูลกลุ่มประชากรต่างๆ โดยระบุปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน

3.1 แยกกลุ่มผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ เพื่ออธิบายภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชนเป็นรายประเด็นปัญหาและความต้องการ ทั้งนี้ตามกรอบการกำหนดกลุ่ม

ประชากร เช่น กลุ่มตามอายุ กลุ่มตามปัญหาสุขภาพและภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ กลุ่มที่มีความต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เป็นต้น

3.2 ใช้ข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์แล้วมาสนับสนุนที่มาของปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพนั้นๆ โดยใช้ความรู้ 2 ส่วนคือ หลักวิชาทางการแพทย์ชีวะภาพและสังคมวัฒนธรรม ในการเชื่อมโยงสภาวะสุขภาพกับส่วนที่อธิบายวิถีการดำเนินชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ ความคิดเห็น หรือการรับรู้ของคนในชุมชนที่เกี่ยวกับสุขภาพ โรค ความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา

3.3 ให้สมาชิกทีมประเมินชุมชนอภิปรายตามความคิดเห็นของตนต่อภาพการนำเสนอดังกล่าว

4. นำเสนอข้อมูล ผลการวิเคราะห์ข้อมูล การสังเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง

4.1 เพื่อขอข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะในการวิเคราะห์และสังเคราะห์ภาพปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชนให้ชัดเจนมากขึ้น

4.2 เพื่อตอบปัญหา ข้อถกเถียงของทีมประเมินชุมชนต่อประเด็นปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพและที่มาจากประสบการณ์ในชุมชนอื่นๆ และจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

5. วิเคราะห์เชิงลึกเพื่อชี้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน เชื่อมโยงกับที่มาของปัญหาสุขภาพนั้นๆ เพื่อชี้นำการสร้างเครื่องมือในการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่เป็นตัวแปรสำคัญของปัญหาสุขภาพนั้นๆ อย่างเฉพาะเจาะจง นำไปสู่การออกแบบบริการสุขภาพและโครงการพัฒนาสุขภาพคนในชุมชนต่อไป ทั้งนี้โดยใช้กระบวนการทำ Web of causation ตามหลักการทางระบาดวิทยา

6.2 การระบุปัญหาสุขภาพชุมชน

การระบุปัญหาสุขภาพชุมชน (Identify Problem) การระบุปัญหาชุมชนเป็นขั้นตอนในการหาปัญหาอนามัยของชุมชน โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์มาเปรียบเทียบกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือตามมาตรฐานที่สังคมยอมรับ ในการระบุปัญหาสุขภาพชุมชนนั้นไม่ว่าจะเป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บหรือปัญหาที่เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพหรือสภาวะเสี่ยงก็ตาม จะมีแนวคิดแนวทางในการพิจารณาจากสิ่งที่ปรากฏขึ้นในปัจจุบัน หรือสภาพที่เป็นอยู่เปรียบเทียบกับภาพที่พึงประสงค์หรือสิ่งที่ควรจะเป็นในสังคม ฉะนั้นในแต่ละสังคมจะต้องมีภาพที่พึงประสงค์หรือสิ่งที่ควรจะเป็นกำหนดไว้เป็นเป้าหมายที่สำคัญสำหรับไว้เปรียบเทียบกับสิ่งที่ปรากฏในปัจจุบันหรือสภาพที่เป็นอยู่เพื่อดูว่าอะไรคือปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขต่อไป

ปัญหาสุขภาพชุมชน

ปัญหาสุขภาพชุมชนสามารถมองได้หลายลักษณะทั้งในรูปธรรมและนามธรรม เป็นภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปจากปกติในชุมชนและหรือความวิตกกังวลของชุมชนด้านสุขภาพ

ลักษณะปัญหาอนามัยชุมชนมีสิ่งที่ควรพิจารณา 3 ประการ (ศิวพร อึ้งวัฒนา และรังสิยา นารินทร์, 2558) ดังนี้

1. เป็นปัญหาอนามัยของชุมชนเอง ได้แก่

1.1 เป็นปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพของประชาชนเป็นส่วนใหญ่ในชุมชน

1.2 เรื่องที่คนส่วนมากในชุมชนถือว่าเป็นเรื่องจำเป็นและเป็นเรื่องเร่งด่วนที่จะต้องรีบแก้

ลักษณะปัญหาแบบนี้ประชาชนจะเข้ามามีบทบทอย่างเต็มที่ในการให้ความร่วมมือวางแผนและแก้ไขปัญหา

2. เป็นปัญหาสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่ ได้เก่

2.1 เป็นปัญหาที่รัฐหรือเบื้องบนกำหนดเป็นนโยบาย

2.2 เป็นปัญหากระทบต่อคนกลุ่มน้อยในชุมชน แต่เป็นปัญหาที่มีความรุนแรง

ลักษณะปัญหาเช่นนี้จะเป็นความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่โดยตรงในการแก้ไขปัญหาหรือกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาและให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา

3. เป็นปัญหาอนามัยของชุมชนและเจ้าหน้าที่ร่วมกัน ได้แก่

3.1 เป็นเรื่องที่ประชาชนส่วนใหญ่ยอมรับว่าเป็นปัญหาสุขภาพของชุมชน

3.2 เป็นปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชนเป็นบางส่วน

3.3 เป็นปัญหาที่มีความผูกพันกับปัญหาอื่นก่อให้เกิดผลกระทบและความเสียหายต่อผลประโยชน์โดยส่วนรวมของชุมชน

ลักษณะปัญหาเช่นนี้เห็นปัญหาร่วมกันของทั้งเจ้าหน้าที่และประชาชน โดยส่วนที่ประชาชนกระทำได้ก็ลงมือทำไปก่อน การวางแผนแก้ไขปัญหาจะเป็นความรับผิดชอบส่วนที่ยังไม่สามารถทำได้เจ้าหน้าที่จะรับผิดชอบและเสนอแนวทางการแก้ไขขึ้นต่อไป

จากลักษณะของ ***"ปัญหาสุขภาพชุมชน"*** ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่ามีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 เรื่อง คือ

1. สิ่งที่ควรเป็นที่กำหนดด้วยเกณฑ์มาตรฐาน เกณฑ์บรรทัดฐานทางสังคม หรือชุมชนเป็นผู้ระบุเอง

2. สิ่งที่เป็นอยู่ตามสภาพการณ์ที่เป็นอยู่จริงของชุมชน

3. ความวิตกกังวล คือความตระหนักของชุมชนต่อความแตกต่างของสิ่งที่ควรเป็นกับสิ่งที่เป็นอยู่จริงของชุมชน ความวิตกกังวลของชุมชนนับเป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญและบ่งชี้ถึงโอกาสของการแก้ไขปัญหาได้สำเร็จด้วย กล่าวคือถ้าสิ่งที่ควรเป็นกับสิ่งที่เป็นอยู่จริงของชุมชนมีความแตกต่างกันระดับเล็กน้อยแต่ชุมชนเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญ มีความกังวลสูงต่อปัญหาดังกล่าว ชุมชนก็จะดำเนินการแก้ไขปัญหาแม้จะเป็นเรื่องเล็กๆ ก็ตาม ในทางตรงกันข้ามปัญหาใหญ่แต่ชุมชนไม่วิตกกังวลเลยก็อาจจะไม่ได้รับการแก้ไขเลยก็ได้ องค์ประกอบทั้ง 3 ความสัมพันธ์กันดังนี้

ปัญหาสุขภาพชุมชน = (สิ่งที่ควรเป็น - สิ่งที่เป็นอยู่) X ความวิตกกังวล

ปัญหาสุขภาพชุมชนจึงประกอบด้วยส่วนที่เป็นปัญหาสุขภาพของชุมชนและส่วนที่เป็นปัญหาเกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชนด้านเศรษฐกิจ สังคม การที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนได้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีนั้นจะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งจากภาครัฐ เอกชนและประชาชน

7. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (Priority Setting) เนื่องจากปัญหาสุขภาพชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยมักมีหลายปัญหา ซึ่งไม่สามารถจะให้ได้รับการแก้ไขในเวลาเดียวกันหรือพร้อมๆ กันได้ ทั้งนี้เนื่องจากทรัพยากรในการแก้ปัญหามีจำกัดและระยะเวลาในการปฏิบัติไม่เอื้ออำนวย จึงจำเป็นที่จะต้องมีการเลือกว่าปัญหาใดควรได้รับการแก้ไขก่อน-หลัง การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป็นกระบวนการภายหลังจากที่ได้มีการกลั่นกรองเลือกปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยมาระดับหนึ่ง จากนั้นจึงนำมาเข้ากระบวนการจัดลำดับความสำคัญก่อน-หลังของปัญหา เพื่อวางแผนกำหนดระยะเวลาและจัดสรรทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาให้สามารถใช้เวลาและทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อไป ซึ่งการจัดลำดับความสำคัญของปัญหานั้นจะต้องมีการอภิปรายปัญหาในแง่มุมต่างๆ ให้รอบด้านด้วยเหตุผล โดยพยาบาลชุมชนผู้จัดลำดับความสำคัญของปัญหาจะต้องมีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขด้วย

7.1 หลักการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน

บทบาทการให้บริการทางสุขภาพของพยาบาลชุมชนเน้นการส่งเสริมและการป้องกันสุขภาพ สอดคล้องกับหลักที่สำคัญของการจัดลำดับความสำคัญปัญหาสุขภาพ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพชุมชนไว้ 2 ข้อ ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพชุมชนควรเป็นปัญหาที่สามารถให้การช่วยเหลือในลักษณะของการป้องกันมากกว่าการรักษา และ 2) เป็นปัญหาที่กระทบต่อประชากรกลุ่มใหญ่โดยเฉพาะประชากรกลุ่มผู้เยาว์ หรือกลุ่มแรงงาน กลุ่มผู้สูงอายุ (WHO, 2015)

วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาต้องการการตัดสินใจและความสามารถในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ปัญหา สาเหตุ ทรัพยากรและอื่นๆ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหามีหลักเกณฑ์การจัดการแตกต่างกันออกไปในแต่ละวิธี การจะเลือกวิธีการใดมาใช้จะต้องสอดคล้องกับสภาพการณ์ของชุมชนและลักษณะของปัญหา การจะตัดสินใจเลือกวิธีการจัดลำคับความสำคัญของปัญหาจึงควรพิจารณาร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพ ผู้นำชุมชน ประชาชนหรือตัวแทนของชุมชน เนื่องจากกลุ่มบุคคลดังกล่าวต่างเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน

ซึ่งวิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหามีการดำเนินการได้หลายวิธี แต่ละวิธีอาจเหมาะสมกับแต่ละกลุ่ม แต่ละสถานการณ์ แต่ละพื้นที่ แต่ไม่ว่าจะเป็นวิธีใดก็ต้องพิจารณาอย่างรอบคอบและประเมินความเป็นไปได้และเป็นความต้องการที่แท้จริงของชุมชนในการแก้ปัญหา (ศิราณี อินทรหนองไผ่, 2554)

7.2 วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ในที่นี้ขอกล่าวถึง 6 วิธี ดังนี้

7.2.1 การระบุโดยหลัก 5 D's คือการระบุปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชนโดยใช้หลักการทางวิทยาการระบาด โดยพิจารณาว่าสิ่งที่เกิดขึ้นในชุมชนหากทำให้เกิดลักษณะใดลักษณะหนึ่งตาม 5 D's ต่อไปนี้ จะถือว่าเป็นปัญหาของชุมชน (ศิราณี อินทรหนองไผ่, 2554)

- Dissatisfaction (ความไม่พึงพอใจ) สิ่งที่ทำให้คนในชุมชนเกิดความไม่พึงพอใจ เช่น รู้สึกรำคาญที่เสียงรถมอเตอร์ไซค์แต่งท่อไอเสียของวัยรุ่นในชุมชน รู้สึกไม่พอใจการจัดระบบสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน เป็นต้น

- Discomfort (ความไม่สุขสบาย) สิ่งที่ทำให้คนในชุมชนเกิดความไม่สุขสบาย เช่น ไม่สุขสบายเพราะต้องสูดควันจากการเผาขยะของคนในชุมชน เป็นต้น

- Disease (ความเจ็บป่วย) สิ่งที่ทำให้คนในชุมชนเกิดการเจ็บป่วย เช่น มียุงลายทำให้ประชาชนป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก การรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ทำให้คนในชุมชนเป็นพยาธิ เป็นต้น

- Disability (ความพิการ) สิ่งที่ทำให้คนในชุมชนเกิดความพิการ เช่น การไม่สวมหมวกกันน็อก ทำให้มีผู้พิการจากอุบัติเหตุบนท้องถนน เป็นต้น

- Death (ความตาย) สิ่งที่ทำให้คนในชุมชนถึงแก่ชีวิต เช่น การไม่ไปฝากครรภ์ทำให้มีทารกตายจากบาดทะยักในทารกแรกเกิด เป็นต้น

หลัก 5 D's นี้ยังสามาถนำมาเป็นหลักคิดในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชนได้ด้วย โดยปัญหาจะมีความสำคัญไล่เรียงจากน้อยไปหามากเป็นลำดับดังนี้ คือ Dissatisfaction, Discomfort, Disease, Disability และ Death

เนื่องจาก Discomfort และ Dissatisfaction นั้นเป็นความรู้สึกของคนในชุมชน ดังนั้นคะแนนจากส่วนนี้จึงควรมาจากชุมชน การให้คะแนนในแต่ละเกณฑ์นั้นพยาบาลชุมชนจะเป็นผู้กำหนดขึ้น เช่น คะแนน 3=มาก 2=ปานกลาง และ 1=น้อย แล้วเอาคะแนนทั้งหมดมารวมกันเรื่องใดมีคะแนนมากถือว่ามีลำดับความสำคัญของปัญหาสูง

7.2.2 การเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน คือ การระบุปัญหาชุมชนโดยการนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมจากชุมชนและวิเคราะห์แล้วมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์เป้าหมาย เช่น เกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เกณฑ์ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เกณฑ์ Millennium

Development Goals ขององค์การอนามัยโลก เป็นต้น เกณฑ์เป้าหมายสามารถกำหนดโดยชุมชนเองก็ได้ หากข้อมูลของชุมชนไม่ได้ตามเกณฑ์ก็ถือว่าเป็นปัญหาของชุมชน (พรฤดี นิธิรัช, 2559)

7.2.3 การระบุโดยชุมชนเอง คือการระบุปัญหาของชุมชนด้วยการพิจารณาร่วมกันของชุมชนเองโดยไม่อ้างอิงกับเกณฑ์ใดๆ ใช้เพียงความตระหนักของชุมชนเป็นหลัก วิธีการระบุปัญหาทำในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดเวทีประชาคมหมู่บ้าน การจัดสนทนากลุ่ม เป็นต้น อย่างไรก็ตามการระบุปัญหาสุขภาพชุมชนไม่ว่าจะใช้วิธีการใดต้องระมัดระวังในเรื่องดังต่อไปนี้ (พรฤดี นิธิรัช, 2559)

1. ปัญหาที่ระบุ ต้องเป็นปัญหาที่แท้จริงไม่ใช่ปัญหาผิวเผินหรือเป็นปัญหาตามกระแสสังคมเท่านั้น

2. ทัศนะของแต่ละคนมองปัญหาไม่เหมือนกันแม้จะเป็นเหตุการณ์เดียวกัน ดังนั้นปัญหาควรต้องถูกระบุหรือยืนยันโดยตัวผู้ประสบปัญหาเอง นั่นหมายถึงชุมชนเป็นผู้ระบุปัญหามิใช่เจ้าหน้าที่

3. ปัญหาที่พบหนึ่งปัญหาอาจจะเกี่ยวข้องกับปัญหาอื่นๆ ของชุมชน ดังนั้นการวิเคราะห์ปัญหาต้องพิจารณาให้ครบด้านเพื่อใช้การวางแผนแก้ไขปัญหา มีความครอบคลุมการระบุปัญหาสุขภาพชุมชน นอกจากการให้ความสำคัญกับตัวปัญหาแล้ว ข้อมูลอื่นๆ เช่น ลักษณะของชุมชน สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น จะช่วยประกอบในการอธิบายลักษณะของปัญหาสุขภาพที่ถูกระบุว่าเกิดในคนกลุ่มใด มีสภาพแวดล้อม พฤติกรรมอนามัยและคุณภาพชีวิตระดับใด ซึ่งนอกจากจะช่วยอธิบายลักษณะของปัญหาอย่างละเอียดแล้วยังนำไปสู่การวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาอย่างถูกต้องต่อไป

7.2.4 วิธีการของแฮนลอน วิธีการนี้เหมาะสำหรับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาระดับนโยบาย แต่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในชุมชนใหญ่ๆ ที่มีประชากรมากๆ ได้ วิธีนี้ทีมงานเดียวกันต้องทำงานต่อเนื่องกัน มีองค์ประกอบ 4 ตัว (ศิราณี อินทรหนองไผ่, 2554) ดังนี้

องค์ประกอบ A : ขนาดปัญหา (Size of the problem) หมายถึง คนที่มีปัญหาหรือคนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหานั้น คำนวณจากจำนวนคนที่มีปัญหา อัตรา หรือร้อยละของคนที่มีปัญหาหรือคนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหา เช่น อัตราอุบัติการณ์ หรืออัตราความชุกของโรค ขนาดปัญหาจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 โดยแบ่งคะแนนตามช่วงร้อยละ ช่วงอัตรา หรือช่วงจำนวนผู้มีปัญหา ปัญหาใดมีผลกระทบกับประชาชนสูงคะแนนจะมาก

ร้อยละของอุบัติการณ์หรือความชุกของโรค	**คะแนน**
81-100	10
60-80	8
41-60	6
21-40	4
1-20	2
ต่ำกว่า 1	0

องค์ประกอบ B : ความรุนแรงของปัญหา (Seriousness of the problem) หมายถึง ปัจจัย 4 อย่าง คือ ความเร่งด่วน ความร้ายแรง การสูญเสียทางเศรษฐกิจและความเกี่ยวข้องของคนกับปัญหา ปัญหาที่มีความรุนแรงสูงคะแนนจะมาก ความรุนแรงจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 โดยพิจารณาจากปัจจัยทั้ง 4 ให้แต่ละปัจจัยมีคะแนนเต็มเท่ากับ 5 คะแนน ได้แก่

- ความเร่งด่วน (Urgency) หมายถึง ความเร่งด่วนของปัญหาที่ต้องการแก้ไขในทันทีหรือในระยะเวลาอันใกล้ พิจารณาจากจำนวนหรืออัตราของคนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหา และความรู้สึกหรือความวิตกกังวลของคนในชุมชนต่อปัญหานั้นๆ
- ความร้ายแรง (Severity) หมายถึง ความร้ายแรงของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการตาย หรือความพิการที่เกิดขึ้นกับคนในชุมชน พิจารณาจากอัตราตาย อัตราป่วย ความพิการ การสูญเสียทางเศรษฐกิจ มีความสัมพันธ์กับความร้ายแรงของปัญหาอันเป็นผลกระทบถึงการลงทุนและการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ซึ่งพิจารณาจากการสูญเสียทางเศรษฐกิจของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งความเกี่ยวข้องของคนในชุมชนกับปัญหา หมายถึงปัจจัยอื่นๆ ที่จะเข้ามาเกี่ยวข้องกับปัญหาและทำให้ปัญหามีขนาดและความรุนแรงมากขึ้น เช่น การเกิดโรคหัดในกลุ่มคนที่ไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรค

องค์ประกอบ C : ประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน (Effectiveness of the intervention) หมายถึง ความเป็นไปได้ของวิธีการที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหา ปัญหาใดมีวิธีการแก้ไขที่เหมาะสมค่าคะแนนจะสูง ค่าของคะแนนเป็น 0-10 พิจารณาจาก

- โครงการที่มีลักษณะปัญหาและกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันที่กำลังดำเนินการในชุมชนอื่นๆ
- โครงการที่มีลักษณะปัญหาและกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันที่ทำเสร็จและได้ผลดี

องค์ประกอบ D : ข้อจำกัด (Limitation) หมายถึง ปัจจัยกำหนดความสำเร็จของโครงการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ในระยะเวลาที่จำกัด โดยแต่ละปัจจัยมีคะแนนเป็น 0 หรือ 1 ซึ่งพิจารณาจาก

- ความเหมาะสมของโครงการกับปัญหา (Propriety: P) คือการพิจารณากิจกรรมในโครงการว่ามีความเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาหรือไม่ เพียงไร

- เศรษฐกิจ (Economics: E) คือการพิจารณาแหล่งทุนและค่าใช้จ่ายในโครงการ

- การยอมรับ (Acceptability: A) คือการพิจารณาการยอมรับของชุมชนต่อโครงการ ถ้าชุมชนไม่เห็นด้วยกับโครงการที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาคะแนนจะเป็น 0

- ทรัพยากร (Resources: R) คือการพิจารณาการช่วยเหลือที่จะได้รับจากบุคลากร ทั้งจากฝ่ายรัฐและเอกชน รวมทั้งความเป็นไปได้ของเครื่องมือทั้งภายในและภายนอกชุมชน

- ความเป็นไปได้ทางกฎหมาย (Legality: L) คือการพิจารณาการสนับสนุนของกฎหมายหรือนโยบายว่าจะมีการสนับสนุนโครงการมากน้อยเพียงไร

การคำนวณองค์ประกอบ D ให้นำคะแนนแต่ละปัจจัยมาคูณกัน ดังนั้นหากคะแนนปัจจัยหนึ่งปัจจัยใดเป็น 0 จะทำให้องค์ประกอบ D มีค่าเป็น 0 โดยสูตรในการคำนวณคือ

$$\textbf{Basic Priority Rating (B.P.R.)} = \frac{(A + B)C}{3}$$

$$\textbf{Overall Priority Rating (O.P.R.)} = \frac{(A + B)C}{3}$$

7.2.5 วิธีการกระบวนการกลุ่ม (Nominal Group Process) เป็นการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการจัดลำดับความสำคัญปัญหา เพื่อให้คนในชุมชนตัดสินใจเลือกแก้ปัญหาด้วยตนเองตามลำดับความสำคัญปัญหาก่อนหลัง กระบวนการนี้ใช้ได้ดีมากในการให้ชุมชนตัดสินใจเอง (ศิราณี อินทรหนองไผ่, 2554)

วิธีของกระบวนการกลุ่ม วิธีนี้เป็นการนำกระบวนการกลุ่มมาใช้ในการจัดลำดับความสำคัญปัญหา เพื่อให้ประชาชนเป็นคนตัดสินใจเลือกแก้ไขปัญหาด้วยตนเองตามลำดับความสำคัญปัญหาก่อนหลัง สมาชิกในกลุ่มควรมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่พบในชุมชนเป็นอย่างดี จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลชุมชนและทีมผู้ดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชนในการเปิดอภิปรายให้ประชาชนในชุมชนได้รับทราบถึงประเด็นปัญหาต่างๆ

7.2.6 วิธีการของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิธีนี้เป็นวิธีที่นิยมใช้เนื่องจากมีองค์ประกอบที่ตัดสินใจและคำนวณออกมาเป็นคะแนนที่ตัดสินง่าย ไม่มีความสลับซับซ้อน โดยมีองค์ประกอบ 3 อย่าง แต่ละองค์ประกอบให้คะแนนจาก 0-4 หรือ 1-5 รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด

แล้วนำมาเรียงลำดับจากคะแนนที่ได้สูงสุดลงมา องค์ประกอบที่พิจารณา (ศิราณี อินทรหนองไผ่, 2554) ได้แก่ องค์ประกอบด้านสุขภาพของคนในชุมชน พิจารณาจาก

1. ขนาดของปัญหา (Size of problem or prevalence) ดูว่าปัญหาหรือโรคที่เกิดในชุมชนมีผู้ป่วยเท่าไร ถ้าเป็นโรคติดต่อสามารถติดต่อหรือแพร่กระจายง่ายหรือไม่ แนวโน้มของการเกิดโรคเป็นอย่างไร โดยพิจารณาจากจำนวน อัตรา สัดส่วน หรืออัตราส่วน ตัวชี้วัดที่จะบอกขนาดของปัญหา คือ อัตราป่วย (Incidence หรือ Prevalence rate) อัตราป่วยเฉพาะกลุ่ม (Specific rate)

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามขนาดของปัญหา

ขนาดของปัญหา	**คะแนน**	
ไม่มีเลย	0	1
มากกว่าร้อยละ 0 ถึง 25	1	2
ร้อยละ 26 ถึง 50	2	3
ร้อยละ 51 ถึง 75	3	4
ร้อยละ 76 ถึง 100	4	5

หมายเหตุ. จาก *กระบวนการพยาบาล: เครื่องมือนักจัดการสุขภาพองค์รวมเพื่อวิวัฒน์และพัฒนาสุขภาพระดับปฐมภูมิ*, โดย ศิราณี อินทรหนองไผ่, 2554, มหาสารคาม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

2. ความรุนแรงของปัญหา (Severity of problem) ดูว่าปัญหานั้นเกิดขึ้นจะมีอัตราตาย หรือความทุพพลภาพมากน้อยเพียงไร ทำให้เกิดผลเสียแก่ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติอย่างไร

การจัดลำดับความสำคัญตามความรุนแรงของปัญหา

ความรุนแรงของปัญหา	**คะแนน**	
ไม่มีความรุนแรงเลย	0	1
มีบ้างเล็กน้อยไม่รบกวนต่อสุขภาพ (มากกว่าร้อยละ 0 ถึง 25)	1	2
มีอันตรายหรือเหลือร่องรอยความพิการ (ร้อยละ 26 ถึง 50)	2	3
มีอัตราตายสูง (ร้อยละ 51 ถึง 75)	3	4
ตายทุกราย (ร้อยละ 76 ถึง 100)	4	5

หมายเหตุ. จาก *กระบวนการพยาบาล: เครื่องมือนักจัดการสุขภาพองค์รวมเพื่อวิวัฒน์และพัฒนาสุขภาพระดับปฐมภูมิ*, โดย ศิราณี อินทรหนองไผ่, 2554, มหาสารคาม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

3. องค์ประกอบด้านความยากง่ายในการแก้ปัญหา (Ease of management of susceptibility to management) โดยพิจารณาจาก

3.1 ด้านวิชาการ มีความรู้ด้านวิชาการในการนำมาใช้แก้ปัญหาได้หรือไม่ เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรค ยารักษาโรคโดยตรง เป็นต้น ด้านวิชาการนี้แม้ว่าในชุมชนนั้นจะมีไม่เพียงพอก็พิจารณาหน่วยงานอื่นๆ ที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้

3.2 ด้านบริหาร ดูบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และวิธีดำเนินการรวมทั้งนโยบายของผู้บริหารว่ามีส่วนสนับสนุนหรือไม่

3.3 ด้านระยะเวลา มีเวลาเพียงพอที่จะแก้ไขปัญหานั้นๆ หรือไม่

3.4 ด้านกฎหมาย ดูวิธีการแก้ปัญหาที่จะจัดทำนี้ว่าขัดกับกฎหมายหรือไม่

3.5 ด้านศีลธรรม ดูว่าการแก้ปัญหาขัดกับศีลธรรมจรรยา ขนบธรรมเนียม ประเพณีหรือไม่ เช่น ปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์จะแก้ไขโดยการทำแท้งได้หรือไม่ เป็นต้น

การจัดลำดับความสำคัญตามความยากง่ายในการแก้ปัญหา

ความยากง่ายในการแก้ปัญหา	**คะแนน**	
ไม่มีทางแก้ไขได้เลย	0	1
ยากมาก	1	2
ยาก	2	3
ง่าย	3	4
ง่ายมาก	4	5

หมายเหตุ. จาก *กระบวนการพยาบาล: เครื่องมือนักจัดการสุขภาพองค์รวมเพื่อวิวัฒน์และพัฒนาสุขภาพระดับปฐมภูมิ*, โดย ศิราณี อินทรหนองไผ่, 2554, มหาสารคาม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

4. องค์ประกอบด้านความสนใจ เป็นความร่วมมือหรือความวิตกกังวลต่อปัญหาของชุมชน (Community concern) คนในชุมชนเห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญหรือไม่ มีความวิตกกังวล สนใจหรือต้องการการแก้ไขหรือไม่ การประเมินความร่วมมือของชุมชนอาจได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ การพูดคุย หรือใช้แบบสอบถาม

การจัดลำดับความสำคัญตามความสนใจความร่วมมือต่อปัญหาของชุมชน

ความร่วมมือหรือความสนใจหรือความวิตกกังวลต่อปัญหาของชุมชน	**คะแนน**	
ไม่สนใจให้ความร่วมมือหรือวิตกกังวลเลย	0	1
มีมากกว่าร้อยละ 0 ถึง 25	1	2
ร้อยละ 26 ถึง 50	2	3
ร้อยละ 51 ถึง 75	3	4
ร้อยละ 76 ถึง 100	4	5

หมายเหตุ. จาก *กระบวนการพยาบาล: เครื่องมือนักจัดการสุขภาพองค์รวมเพื่อวิวัฒน์และพัฒนาสุขภาพระดับปฐมภูมิ*, โดย ศิราณี อินทรหนองไผ่, 2554, มหาสารคาม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

การรวมคะแนน ทำได้ 2 วิธี คือ

1. วิธีบวก นำคะแนนแต่ละหัวข้อมาบวกกัน ผลที่ได้อาจเห็นความแตกต่างของแต่ละปัญหาได้น้อย เนื่องจากความกว้างของคะแนนแคบ

2. วิธีคูณ นำคะแนนแต่ละหัวข้อมาคูณกัน วิธีนี้จะทำให้เห็นความกว้างของปัญหาได้ชัดเจน แต่คะแนนที่ให้ในแต่ละหัวข้อนั้น คะแนนต่ำสุดควรเป็น 1 เพราะถ้าให้คะแนน 0 แล้วเมื่อนำคะแนนมาคูณกันจะได้คะแนนรวมเท่ากับ 0

ตารางที่ 23 ตัวอย่างการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในชุมชน

ปัญหา	**ขนาดปัญหา**	**ความรุนแรง**	**ความยากง่าย**	**ความตระหนัก**	**คะแนนรวม**		**ลำดับที่**	
					บวก	**คูณ**	**บวก**	**คูณ**
1. การกำจัดขยะไม่ถูกสุขลักษณะ	4	4	4	3	15	192	1	1
2. ประชาชนมีภาวะความดันโลหิตสูง	3	4	2	1	10	24	2	2

หมายเหตุ. จาก *กระบวนการพยาบาล: เครื่องมือนักจัดการสุขภาพองค์รวมเพื่อวิวัฒน์และพัฒนาสุขภาพระดับปฐมภูมิ*, โดย ศิราณี อินทรหนองไผ่, 2554, มหาสารคาม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ตามวิธีการของการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยวิธีของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล สมารถกระทำได้ทั้งปัญหาที่เป็นของชุมชน เช่น ปัญหาสิ่งแวดล้อม ปัญหาขยะ ปัญหาน้ำเสีย นอกจากนั้นยังใช้จัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เป็นของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งในชุมชนได้ เช่น ปัญหาสุขภาพต่างๆ ของกลุ่มที่เจ็บป่วย หรือกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เป็นต้น หากพบว่าการรวมคะแนนโดยวิธีบวกและวิธีคูณให้ผลลัพธ์ของตัวเลขต่างกัน อาจทำให้อันดับการจัดเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาต่างกัน ในกรณีที่พบว่ามีคะแนนเท่ากัน พยาบาลชุมชนหรือทีมจะต้องนำปัญหาที่มีคะแนนเท่ากันนั้นมาพิจารณาการให้น้ำหนักคะแนนใหม่ โดยเพิ่มรายละเอียดของเกณฑ์การพิจารณา อาจจะเพิ่มในเรื่องของความยากง่ายหรืออื่นๆ ส่วนกรณีที่คะแนนรวมเป็น 0 ในกรณีวิธีคูณไม่ได้หมายความว่าไม่เป็นปัญหา แต่หมายความว่าปัญหานั้นไม่ใช่ปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในขณะนั้น สามารถนำปัญหามาพิจารณาใหม่ได้

วิธีการจัดลำดับความสำคัญปัญหามีหลายแบบ จะตัดสินใจเลือกใช้วิธีใดในการจัดลำดับความสำคัญปัญหาควรพิจารณาปัจจัยต่างๆ ดังนี้ คือ 1) ประสบการณ์เดิมหรือความถนัดของผู้ดำเนินงาน 2) ลักษณะปัญหาสุขภาพชุมชนที่ได้มา 3) ความเหมาะสมของวิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหากับสถานการณ์ในชุมชน ซึ่งเมื่อตัดสินใจเลือกวิธีใดในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาควรใช้แบบนั้นต่อไปสักช่วงระยะเวลาหนึ่งเพื่อประโยชน์ในการประเมินผลเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของปัญหา พยาบาลชุมชนสามารถประยุกต์เกณฑ์พิจารณาการจัดลำดับความสำคัญขึ้นใหม่ได้โดยให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในชุมชน เช่น จะพิจารณาเฉพาะเกณฑ์ของขนาดปัญหา การสนับสนุนด้านโยบาย ความร่วมมือของชุมชนในการแก้ไขปัญหา เป็นต้น สำหรับการกำหนดน้ำหนักคะแนนในแต่ละเกณฑ์จะขึ้นอยู่กับพยาบาลชุมชนและทีมว่าควรจะให้ความสำคัญแก่ทุกเกณฑ์เท่ากันหมดหรือมีมากน้อยแตกต่างกันตามความสำคัญของแต่ละเกณฑ์ การรวมผลลัพธ์คะแนนของแต่ละปัญหาสามารถกระทำได้ทั้งวิธีบวกและวิธีคูณ ส่วนการวางแผนแก้ไขปัญหาจะวางแผนตามลำดับความสำคัญของปัญหาที่มีคะแนนสูงสุดจะเป็นปัญหาแรกที่จะต้องนำไปแก้ไข การดำเนินงานแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนพยาบาลชุมชนและทีมสามารถสอบถามแนวทางการแก้ไขปัญหาได้ในระหว่างการประชุมปรึกษา หรือสอบถามความคิดเห็นกับประชาชนในขณะจัดลำคับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีส่วนร่วมมากที่สุด

8. การวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน

การวางแผนเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดทิศทางในการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ การวางแผนงานเป็นกระบวนการทบทวนหรือเป็นการคาดคะเนสถานการณ์ กำหนดทิศทางและเป้าหมายของชุมชนอย่างมีเหตุผลมีหลักเกณฑ์ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและวางแผนดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

เมื่อได้สรุปสาเหตุหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนนั้นแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยชุมชน โดยการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อการแก้ไขปัญหานั้น ซึ่งการจัดทำแผนงานโครงการเป็นการวางแนวทางในการแก้ไขปัญหาล่วงหน้าโดยการพิจารณารายละเอียดอย่างรอบด้านสอดคล้องกันทุกหัวข้อที่คาดว่าจะเป็นไปได้มากที่สุดและประสบความสำเร็จมากที่สุด บรรลุตามวัตถุประสงค์และนโยบายที่กำหนด

8.1 ลักษณะของแผนงานที่ดี (ศิวพร อึ้งวัฒนา, 2560) ประกอบด้วย

8.1.1 ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง ซึ่งมาจากขั้นตอนการประเมินสภาวะสุขภาพชุมชนที่ถูกต้อง

8.1.2 วัตถุประสงค์ชัดเจน นำไปปฏิบัติ วัดและประเมินผลได้

8.1.3 มีกลยุทธ์ วิธีการและรายละเอียดเกี่ยวกับปัญหาที่ต้องการแก้ไขครบถ้วน

8.1.. มีข้อมูลเกี่ยวกับผู้รับผิดชอบ ระยะเวลา งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในแต่ละกิจกรรมชัดเจน มีการควบคุมกำกับงานและการประเมินผลเป็นระยะที่มีประสิทธิภาพ

8.1.5 สามารถคาดคะเนหรือระบุอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นต่อการปฏิบัติตามแผนนั้นๆ ชนิดของแผนงานขึ้นอยู่กับวิธีการแบ่ง เช่น แบ่งตามระยะเวลาที่ดำเนินการ เช่น แผนระยะสั้น (1–2 ปี) แผนระยะกลาง (3–5 ปี) และแผนระยะยาว (10 ปีขึ้นไป)

8.1.6 แบ่งตามลักษณะงานที่ทำ เช่น แผนงานหลักหรือแผนแม่บท (Master plan) และแผนงานย่อย (Sub-plan)

8.1.7 แบ่งตามสภาพการบริหารและการปกครองประเทศ เช่น แผนระดับประเทศ แผนระดับจังหวัด จะเห็นว่าการแก้ไขปัญหาใดๆ จำเป็นต้องมีการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงและมีการเตรียมการเพื่อให้การแก้ไขปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการจัดทำแผนงานโครงการ

8.2 ประโยชน์ของการวางแผน

ผลของการวางแผน คือการได้แผนงานที่ดีที่จะนำไปแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน การวางแผนมีประโยชน์หลายประการดังนี้

8.2.1 เป็นการพิจารณาทางเลือกที่ดีและเหมาะสมที่สุด ช่วยทำให้สามารถดำเนินโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดโดยใช้ทรัพยากรน้อยที่สุด

8.2.2 การวางแผนช่วยในการควบคุมและประเมินผลงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

8.2.3 ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานและลดความผิดพลาดที่เกิดขึ้นจากการทำงาน

8.2.4 ช่วยให้เกิดความร่วมมือและร่วมกันรับผิดชอบตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

แผนหลัก (Master plan) ในหนึ่งแผนหลักอาจมีแผนงานย่อย (Sub-plan) โครงการ (Project) และโครงการย่อย (Sub-project) หลายโครงการ โดยทั่วไปแผนหลักเป็นเอกสารแสดงสิ่งที่ดำเนินการในอนาคต (หทัยรัตน์ ลิ้มอรุณวงศ์, 2558) 5. การวางแผนที่ถูกต้องสมบูรณ์จะช่วยให้การบริหารงานมีระบบเป็นไปตามความเรียบร้อย

อาจกล่าวได้ว่าแผนหลักคือเอกสารที่ระบุว่าจะให้ใคร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร เมื่อไร มีขั้นตอนดำเนินงานอย่างไร ประสานงานอย่างไร และใช้ทรัพยากรอะไรบ้าง เท่าไร เพื่อนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ต้องการ

แผนงาน (Program) คือ กลุ่มโครงการที่เกี่ยวข้องและประสานกันตั้งแต่ 2 โครงการขึ้นไป มีการดำเนินงานที่สอดคล้องสัมพันธ์กันในการบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ (หทัยรัตน์ ลิ้มอรุณวงศ์, 2558)

โครงการ (Project) คือ กิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์กัน กำหนดขึ้นเป็นการเฉพาะที่แตกต่างจากงานประจำ โดยมีการจัดกิจกรรมตามลำดับขั้นตอนก่อน-หลัง มีจุดเริ่มต้นและสิ้นสุดชัดเจนแน่นอนเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ต้องการในเวลาและทรัพยากรที่กำหนดไว้ ความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องกันระหว่างแผน แผนงาน โครงการ กิจกรรม ลำดับชั้นของแผน (หทัยรัตน์ ลิ้มอรุณวงศ์, 2558)

วัตถุประสงค์ของการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน

1. เพื่อกำหนดทิศทางการทำงาน ได้แก่ การกำหนดวัตถุประสงค์ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน

2. เพื่อกำหนดกลวิธีและกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน

3. เพื่อกำหนดการใช้ทรัพยากรได้เหมาะสม เพื่อกำหนดการใช้ทรัพยากร ได้แก่ บุคคล เวลา และงบประมาณในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน

4. เพื่อกำหนดการควบคุมและการประเมินผลในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน

การวางแผนการดำเนินงานในชุมชนเป็นการวางแผนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชนซึ่งเป็นปัญหาร่วมกัน มีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกับปัญหาอื่นๆ การแก้ปัญหาต้องรับผิดชอบ

ร่วมกันโดยจัดทำเป็น “แผนแม่บท” หรือ “แผนงานหลัก” และจัดทำโครงการเพื่อสามารถดำเนินการแก้ไขหรือนำไปปฏิบัติได้ ซึ่งแผนโครงการอาจเรียกอีกชื่อโดยทั่วไปว่า “แผนปฏิบัติการ” ดังนั้นการวางแผนด้านสุขภาพ พยาบาลชุมชนต้องนำข้อมูลที่บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพชุมชนและองค์ประกอบอื่นๆ มาใช้ร่วมในการพิจารณาและตัดสินใจเพื่อให้การบริการได้แนวทางที่ชัดเจน (ศิราณี อินทรหนองไผ่, 2554)

8.3 การจัดทำแผนเพื่อดำเนินงานในชุมชน

การจัดทำแผนเพื่อดำเนินงานในชุมชน แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ การวางแผนแม่บทหรือแผนหลัก และการวางแผนงานย่อยหรือโครงการ (หทัยรัตน์ ลิ้มอรุณวงศ์, 2558) ดังนี้

ระดับที่ 1 การวางแผนแม่บท (Master Plan) การวางแผนแม่บท ประกอบด้วย

1. เลือกปัญหาเพื่อการวางแผน โดยนำปัญหาที่ได้และจัดลำดับปัญหาไว้แล้วมาวางแผนเพื่อการแก้ไข อาจเป็นปัญหาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม การเจ็บป่วย โรค หรือปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น เสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออก เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน เสี่ยงต่อการเกิดอัคคีภัยในหมู่บ้าน เสี่ยงต่อการเป็นโรคที่ป้องกันด้วยวัคซีน เป็นต้น

2. วิเคราะห์ปัญหา การแก้ปัญหาจะต้องทำการวิเคราะห์และหาสาเหตุของปัญหาอย่างละเอียด โดยการวิเคราะห์โยงใยสาเหตุของปัญหา ยังต้องวิเคราะห์กลุ่มประชาชนที่เกิดปัญหาโดยอาศัยหลักทางระบาดวิทยาในแง่ของบุคคล เวลา สถานที่ เช่น ถ้าปัญหาเสี่ยงต่อการเป็นโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาอันดับแรกในการวิเคราะห์ปัญหาจำเป็นจะต้องวิเคราะห์ให้ละเอียด โรคนี้จะเกิดกับใครบ้าง กลุ่มอายุเท่าใด เพศใดเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะการกระจายของโรคเป็นอย่างไร การวิเคราะห์นี้จะรวมไปถึงสภาพสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดการเจ็บป่วย ได้แก่ การกำจัดลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น

3. กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหา จากการวิเคราะห์ปัญหาทำให้ทราบถึงความสามารถในการแก้ปัญหามากน้อยเพียงใด แล้วนำไปตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา ควรระบุเวลาด้วยว่าจะทำให้สำเร็จภายในระยะเวลาเท่าไร เช่น ลดอัตราป่วยด้วยอุจจาระร่วง 600 ต่อแสนประชากร ให้เหลือ 300 ต่อแสนประชากร ในระยะเวลา 1 ปี

4. กลวิธีการพยาบาลชุมชนในการแก้ปัญหา เป็นการแก้ปัญหาหลากหลายวิธีเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชนนั้นๆ ซึ่งวิธีการต่างๆ ต้องอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ คือการแก้ปัญหาตามทฤษฎีร่วมกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนนั้น ทุกวิธีการย่อมมีอุปสรรคมากหรือน้อยแตกต่างกัน ซึ่งผู้รับผิดชอบจะต้องพิจารณาตัดสินใจเลือกปฏิบัติหรือใช้กลวิธีหลายอย่างร่วมกัน ซึ่งจะต้องมีการวางแผนและประสานงานกันเป็นอย่างดี

5. การประเมินผล ต้องมีการประเมินผลเป็นระยะๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการดำเนินการว่าเป็นไปตามโครงการที่วางไว้มากน้อยเพียงใด มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลอย่างไร มีอุปสรรคอะไรบ้าง จะต้องปรับปรุงแผนอย่างไร ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ได้จากรายงาน สังเกต สัมภาษณ์ และการประชุมปรึกษาหารือกันเพื่อวางแผนต่อไป

ระดับที่ 2 การวางแผนงานย่อยหรือโครงการ (Sub-Plan)

ภายหลังการวางแผนหลักแล้วจะทราบถึงกลวิธีทางการพยาบาลชุมชนในการแก้ปัญหาอย่างไรบ้าง จากนั้นนำมาเขียนเป็นโครงการเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและของบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนอกเหนือไปจากแผนงานประจำ

หลักการสำคัญของการให้บริการสุขภาพในชุมชน คือกระบวนการเรียนรู้ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชน กระบวนการจัดการกับปัญหาความต้องการด้านสุขภาพเหล่านั้นอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานและเป็นองค์รวม ตามธรรมชาติของปัญหาสุขภาพและสังคมวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การวางแผนการให้บริการสุขภาพจึงเป็นเครื่องมือชิ้นหนึ่งของกระบวนการเรียนรู้นี้ เมื่อการประเมินชุมชนชี้ให้เห็นปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพได้ชัดเจนแล้ว พยาบาลชุมชนต้องคิดวิเคราะห์ถึงแนวทางในการแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพแต่ละประเด็น โดยอาศัยองค์ความรู้และสมรรถนะในทุกๆ ด้านมาผสมผสานกัน (Anderson, E.T., 2019) ซึ่งประสบการณ์การทำงานร่วมกับชุมชนมักเป็นตัวกำหนดแนวทางและลักษณะการจัดการ ส่วนใหญ่การจัดการทำได้หลายลักษณะ กล่าวคือ การจัดการกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพ โดยอาศัยกิจกรรมการบริการสุขภาพเป็นรายๆ ได้แก่ กิจกรรมการบริการสุขภาพรายบุคคล กลุ่มที่มีสุขภาพดีเน้นการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความเจ็บป่วยเน้นการป้องกัน กลุ่มที่ป่วยแล้วเน้นที่การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ บริการสุขภาพชุมชนเน้นในเรื่องการเฝ้าระวัง การควบคุมและการป้องกันโรค ความรุนแรงและสารพิษเน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยคุกคามสุขภาพคนในชุมชนและการเฝ้าระวังคนในชุมชนให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงปัจจัยคุกคามดังกล่าว เป็นกิจกรรมสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ กิจกรรมที่สามารถตอบสนองความต้องการส่วนนี้ ได้แก่ การจัดกระบวนการกลุ่มด้านสุขภาพ การกระจายข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การให้คำแนะนำ การประเมินภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพในกลุ่มคนสำคัญที่เป็นเป้าหมายของการลดหรือแก้ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในชุมชน ซึ่งสามารถดำเนินการในรูปของโครงการได้ เป็นต้น

การกำหนดแนวทางการจัดการกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน กิจกรรมบริการมักกระทำเป็นภาพรวมเพื่อให้เห็นภาพเป้าหมายการทำงานทั้งหมดอย่างชัดเจน ต้องเป็นการ

ทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรให้บริการสุขภาพและองค์กรชุมชน โดยองค์กรให้บริการสุขภาพชุมชนเป็นเจ้าภาพในการออกแบบบริการสุขภาพ ส่วนองค์กรชุมชนมีศักยภาพเพียงพอในการเรียนรู้ปัญหาความต้องการของชุมชนและวางแผนในการจัดการกับปัญหาของชุมชนเองได้หรือที่เรียกว่าแผน (สุขภาพ) ตำบล โดยเมื่อการแก้ปัญหาเกินขีดความสามารถของชุมชน องค์กรชุมชนจักต้องหารือขอความช่วยเหลือจากองค์กรอื่นๆ เช่น องค์กรให้บริการสุขภาพจากภาครัฐ ภาคเอกชน เป็นต้น (ขนิษฐา นันทบุตร, 2555)

9. การเขียนโครงการและการประเมินผลการปฏิบัติงานในชุมชน

โครงการ คือการวางแผนอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วยกิจกรรมย่อยหลายกิจกรรมที่ต้องอาศัยทรัพยากรในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายตามที่วางไว้ การเขียนโครงการมีความจำเป็นในการวางแผน ซึ่งจะทำให้องค์กรหรือหน่วยงานบรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย แผนงานที่ปราศจากโครงการย่อมเป็นแผนงานที่ไม่สมบูรณ์ ไม่สามารถนำไปปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมได้ (หทัยรัตน์ ลิ้มอรุณวงศ์, 2558)

ดังนั้นการเขียนโครงการขึ้นมารองรับแผนงานย่อมเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะจะทำให้ง่ายในการปฏิบัติและง่ายต่อการติดตามประเมินผล ถ้าโครงการบรรลุผลสำเร็จนั่นหมายความว่าแผนงานและนโยบายนั้นบรรลุผลสำเร็จด้วย โครงการจึงเปรียบเสมือนพาหนะที่นำแผนปฏิบัติการไปสู่การดำเนินงานให้เกิดผลเพื่อไปสู่จุดมุ่งหมายปลายทางที่ต้องการ อีกทั้งยังเป็นจุดเชื่อมโยงจากแผนงานไปสู่แผนเงินและแผนคนอีกด้วย ดังนั้นโครงการจึงมีความสัมพันธ์กับแผนงาน

9.1 ความสำคัญของโครงการ

โครงการเป็นส่วนหนึ่งของแผน กล่าวคือโครงการเป็นเครื่องมือในการถ่ายทอดแผนงานไปสู่กิจกรรมการปฏิบัติที่ชัดเจน โครงการมีความสำคัญดังนี้ (หทัยรัตน์ ลิ้มอรุณวงศ์, 2558)

1. ช่วยในการปฏิบัติงานตามแผนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
2. ช่วยให้แผนงานมีความชัดเจนโดยบุคคลที่เกี่ยวข้องมีความเข้าใจและรับรู้ถึงปัญหาร่วมกัน
3. ช่วยให้แผนงานมีทรัพยากรใช้อย่างเพียงพอเหมาะสมกับการทำงาน เพราะมีรายละเอียดการใช้ทรัพยากรที่ชัดเจน
4. ช่วยลดความขัดแย้งและขจัดความซ้ำซ้อนในหน้าที่ความรับผิดชอบของหน่วยงาน เพราะแต่ละหน่วยงานมีโครงการที่ได้รับผิดชอบเป็นการเฉพาะ เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของบุคคลในหน่วยงาน
5. สร้างทัศนคติที่ดีต่อบุคลากรในหน่วยงาน เป็นการเสริมสร้างความสามัคคีและความรับผิดชอบร่วมกันตามความรู้ความสามารถและศักยภาพของแต่ละบุคคลอย่างเต็มที่

6. สร้างความมั่นคงให้กับแผนงานและสร้างความมั่นใจในการดำเนินงานให้กับผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ

7. สามารถควบคุมการทำงานได้สะดวกไม่ซ้ำซ้อน เพราะงานได้แยกออกเป็นส่วนๆ ตามลักษณะเฉพาะของงาน

การเขียนโครงการถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการพยาบาลชุมชน เนื่องจากเป็นการเขียนแผนปฏิบัติการที่จัดทำขึ้นให้เป็นรูปธรรม กำหนดวิธีการดำเนินงานโดยละเอียดและชัดเจน ผู้ร่วมงานสามารถนำไปปฏิบัติได้ ทั้งนี้กิจกรรมต่างๆ ที่นำไปปฏิบัติต้องสามารถตอบสนองต่อวัตถุประสงค์และสร้างผลลัพธ์สุขภาพของบริการสุขภาพที่ออกแบบไว้ในภาพรวม นอกจากนั้นโครงการที่เขียนออกมาดีจะต้องมีความชัดเจนของปัญหาสุขภาพ มีวัตถุประสงค์แสดงว่าจะแก้ไขปัญหาสุขภาพนั้น มีวิธีดำเนินงานที่มีเหตุมีผลและมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ แสดงให้เห็นว่าสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ กำหนดการใช้งบประมาณ ทรัพยากรอย่างชัดเจนเหมาะสมและมีวิธีการประเมินผลที่สามารถวัดความสำเร็จของงานได้ชัดเจน

9.2 ขั้นตอนการเขียนโครงการ

ขั้นตอนการเขียนโครงการมี 3 ขั้นตอน (Stanhope, M. & Lancaster, J., 2014) ดังนี้

1. ก่อนเขียนโครงการ ก่อนที่ผู้เขียนจะเริ่มเขียนโครงการจะต้องหาข้อมูลมาใช้ในการเขียนรายละเอียดของโครงการ ซึ่งสามารถใช้ทั้งข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิ ซึ่งข้อมูลที่นำมาใช้ควรเป็นข้อมูลที่มีความทันสมัย ถูกต้องและเกี่ยวข้องโดยตรงกับแนวทางในการเขียนโครงการ โดยทั่วไปข้อมูลที่ใช้ประกอบการเขียนโครงการประกอบด้วยสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ความต้องการของชุมชนเป้าหมาย ขนบธรรมเนียม ประเพณีของชุมชน เป้าหมาย เทคนิค วิธีการที่ทันสมัยที่สามารถนำมาใช้ในการดำเนินงาน

2. การเขียนโครงการ การเขียนโครงการผู้เขียนจะต้องทราบว่าโครงการประกอบด้วยหัวข้อใดบ้าง แต่ละหัวข้อมีหลักการเขียนอย่างไร และผู้นำไปปฏิบัติสามารถเข้าใจได้ง่าย หัวข้อในโครงการโดยทั่วไปประกอบด้วย

2.1 ชื่อโครงการ ควรมีความชัดเจน เหมาะสมและเฉพาะเจาะจง เป็นที่เข้าใจแก่ผู้นำโครงการไปใช้ หรือผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ ชื่อโครงการที่ดีควรมีลักษณะสั้น กะทัดรัด สื่อความหมายชัดเจนว่าจะกระทำสิ่งใด ทำขึ้นเพื่ออะไร โดยปกติชื่อโครงการจะแสดงหรือบอกความชัดเจนในลักษณะดังนี้คือ

2.1.1 แสดงลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติ เช่น โครงการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเบาหวาน โครงการร่วมใจป้องกันภัยเบาหวาน เป็นต้น

2.1.2 แสดงลักษณะเฉพาะของโครงการ เช่น โครงการอบรมเจ้าหน้าที่บริการบุคคลระดับจังหวัด โครงการประเมินผลการดำเนินงานของโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ในชุมชนแออัด

2.2 หลักการและเหตุผล เป็นการกล่าวถึงที่มาของปัญหา ความจำเป็นและความสำคัญของโครงการในช่วงเวลาที่จัดทำโครงการ ผู้เขียนควรแสดงให้ทราบถึงความสำคัญของโครงการโดยอธิบายสาระที่สำคัญ 3 ส่วน ดังนี้

2.2.1 ข้อความที่แสดงสภาพของปัญหาสุขภาพนั้นๆ ในปัจจุบันหรือแนวโน้มของปัญหาสุขภาพนั้นในอนาคต ผลกระทบของปัญหาที่มีต่อประชาชน หรือผู้ป่วยและต่อสังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วยและประเทศ อาจอ้างอิงสถิติที่เกี่ยวข้อง เช่น สถิติชีพ อัตราป่วยและอัตราตายของประเทศหรือของจังหวัด

2.2.2 ข้อความที่แสดงข้อมูลสนับสนุน ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้มาจากการศึกษาสภาพของปัญหาในพื้นที่ จากการศึกษาข้อมูลชุมชนเบื้องต้นและจากการศึกษาข้อมูลเชิงลึก เพื่อแสดงให้เห็นถึงบริบทของปัญหาสุขภาพในพื้นที่

2.2.3 ข้อความแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่จะนำมาใช้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างไร มีข้อดีอย่างไร ตามหลักการและทฤษฎีต่างๆ มาสนับสนุนอย่างสมเหตุสมผล

การเขียนหลักการและเหตุผล มีหลักในการเขียนดังนี้

1. เขียนให้ตรงประเด็น ไม่วกวนและชี้ให้เห็นว่าโครงการที่จะจัดทำขึ้นนั้นมีความสำคัญอย่างไร

2. แสดงข้อมูลที่มีน้ำหนักน่าเชื่อถือ มีการอ้างอิงแหล่งที่มาของข้อมูลเพื่อให้เห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น

3. แสดงความสัมพันธ์ของโครงการกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น

4. เขียนให้เข้าใจง่ายและมีความต่อเนื่องสัมพันธ์กัน

5. ในส่วนสุดท้ายควรเขียนสรุปเพื่อให้เชื่อมโยงกับวัตถุประสงค์ของโครงการ และชี้ให้เห็นว่าการดำเนินโครงการนี้จะเกิดผลดีต่อการแก้ไขปัญหาอย่างไร ทั้งในปัจจุบันและอนาคต

2.3. วัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการ เป็นการกล่าวถึงจุดมุ่งหมายในการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่คาดว่าจะได้รับ โดยจะต้องมีความสอดคล้องกับความสำคัญของปัญหาและเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการดำเนินงานของโครงการ วัตถุประสงค์ที่ดีควรมีข้อความที่ชัดเจนไม่คลุมครือและสามารถวัดผล ประเมินผลได้ โครงการหนึ่งๆ อาจมีวัตถุประสงค์ได้มากกว่า 1 ข้อ

วัตถุประสงค์สามารถจำแนกออกเป็น 2 ลักษณะ คือ วัตถุประสงค์ทั่วไปและวัตถุประสงค์เฉพาะ วัตถุประสงค์ทั่วไป เป็นข้อความกว้างๆ เช่น เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับ

โรคแผลในกระเพาะอาหาร แต่วัตถุประสงค์เฉพาะจะเป็นข้อความเฉพาะเจาะจงโดยระบุปริมาณและคุณภาพของ “ผล” การดำเนินงานที่ต้องการให้เกิดขึ้น

วัตถุประสงค์เฉพาะ หมายถึง วัตถุประสงค์ที่มีการกำหนดเป้าหมายร่วมด้วยและต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ทั่วไป

การเขียนวัตถุประสงค์ควรจะต้องคำนึงถึงลักษณะ 5 ประการ คือ “SMART” ดังนี้

S = Sensible มีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานโครงการ

M = Measurable สามารถวัดและประเมินผลได้

A = Attainable ระบุสิ่งที่ต้องการดำเนินงานอย่างชัดเจนและเฉพาะเจาะจงมากที่สุด

R = Reasonable มีความเป็นเหตุเป็นผลในการปฏิบัติงาน

T = Time มีขอบเขตของเวลาที่แน่นอนในการปฏิบัติงาน

2.4 กลุ่มเป้าหมาย ในโครงการควรระบุกลุ่มคนที่จะได้รับผลโดยตรงจากโครงการ

2.5 วิธีดำเนินการ เป็นการบอกงานหรือกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีการดำเนินการมักจำแนกเป็นกิจกรรมย่อยหลายกิจกรรม ดังนั้นสิ่งที่ควรระบุในวิธีดำเนินการ ได้แก่

2.5.1 กิจกรรมย่อยที่สอดคล้องกันและนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ

2.5.2 ระยะเวลาหรือระบุวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม

2.5.3 กำหนดชื่อผู้รับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม

2.5.4 วิธีที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

2.6 ระยะเวลาในการดำเนินโครงการ เป็นการระบุระยะเวลาตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงเวลาเสร็จสิ้นโครงการว่าใช้เวลาทั้งหมดเท่าใด โดยมักแสดงให้เห็นว่าจะเริ่มดำเนินโครงการตั้งแต่วันเดือนปีไหนและจะเสร็จสิ้นในวันเดือนปีอะไร ถ้าโครงการเป็นโครงการระยะยาวและมีหลายขั้นตอนจะต้องแสดงช่วงเวลาในแต่ละขั้นตอนนั้นด้วย เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาเพื่ออนุมัติโครงการ

2.7 งบประมาณและทรัพยากรที่ต้องใช้ เป็นการระบุถึงจำนวนเงิน วัสดุ ครุภัณฑ์และปัจจัยอื่นๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินโครงการ การกำหนดงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินงาน ผู้วางแผนโครงการจะต้องจัดเตรียมไว้อย่างเพียงพอและต้องใช้อย่างประหยัด อย่างไรก็ตามผู้วางแผนโครงการควรต้องคำนึงถึงหลักสำคัญ 4 ประการ คือ

2.7.1 ความประหยัด (Economy) หมายถึง การใช้ทุนหรือทรัพยากรทุกชนิดตามสมควร แต่ผลของการดำเนินโครงการเป็นไปด้วยดีและมีคุณภาพ

2.7.2 ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) หมายถึง โครงการทุกโครงการจะต้องมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับและทุกคนมีความพึงพอใจในผลงานที่เกิดขึ้น

2.7.3 ความมีประสิทธิผล (Effectiveness) หมายถึง โครงการจะต้องดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้

3.7.4 ความยุติธรรม (Equity) หมายถึง การจัดสรรทรัพยากรทุกชนิด หรือการใช้จ่ายทรัพยากรจะต้องเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เพื่อให้ทุกฝ่ายปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องคล่องตัวและมีประสิทธิภาพสูงสุด

2.8 บุคคลหรือผู้รับผิดชอบโครงการ เป็นการระบุเพื่อให้ทราบว่าหน่วยงานใด หรือบุคคลใดหรือกลุ่มใดเป็นผู้รับผิดชอบในการเสนอและดำเนินงานโครงการเพื่อให้ผู้พิจารณาสามารถตรวจสอบได้อย่างแน่ชัดว่าโครงการที่จัดทำขึ้นเป็นงานในหน้าที่ความรับผิดชอบและเป็นภารกิจของหน่วยงานหรือของบุคคลผู้นั้นจริงหรือไม่ และผู้รับผิดชอบโครงการมีประสบการณ์และคุณสมบัติที่เหมาะสมน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด

2.9 สถานที่ดำเนินการ เป็นการระบุสถานที่การดำเนินงานของโครงการ

2.10 การประเมินผลโครงการ ส่วนนี้เป็นการแสดงถึงการติดตาม ควบคุม กำกับและประเมินผลโครงการ โดยจะแสดงให้ทราบว่าโครงการจะมีวิธีการในการควบคุมการปฏิบัติงานอย่างไร เพื่อให้โครงการบรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดจนระบุกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการประเมิน การประเมินโครงการจะต้องระบุบุคคลหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการ ระบุวิธีหรือเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล พร้อมทั้งระบุระยะเวลาในการประเมินด้วย เช่น ประเมินก่อนดำเนินการ ขณะดำเนินการและหลังดำเนินการ หรือระบุเวลาชัดเจนว่าจะประเมินทุกๆ 3 เดือน

2.11 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ส่วนนี้จะแสดงถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหลังจากการดำเนินโครงการสิ้นสุดลง ซึ่งจะหมายถึงผลกระทบในทางที่ดีที่จะเกิดขึ้นโดยตรงและโดยอ้อม การเขียนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับควรเขียนเป็นข้อๆ โดยเรียงจากประโยชน์ที่สำคัญมากและเป็นประโยชน์โดยตรงก่อน นอกจากนี้ควรจะระบุไว้ชัดเจนว่าใครเป็นผู้ได้ประโยชน์และรับผลกระทบนั้นๆ ในลักษณะใด มักมีผู้เข้าใจผิดเสมอว่าผลของโครงการที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายเป็นประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ เช่น มักเขียนว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกมากขึ้น ประชาชนมีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายมากขึ้น ความรู้หรือการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากโครงการ แต่การที่ไม่มีผู้ป่วยหรือไม่มีคนตายจากไข้เลือดออก ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ซึ่งเกิดจากการควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

3. การตรวจสอบโครงการที่เขียนขึ้น เป็นขั้นของการตรวจสอบความถูกต้องของโครงการที่เขียนขึ้นก่อนการดำเนินการ โดยตรวจสอบในด้านต่างๆ ดังนี้

3.1 ความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความครบถ้วนของหัวข้อที่ควรมีในโครงการ

3.2 ความชัดเจนของรายละเอียดในแต่ละหัวข้อว่ามีความชัดเจนเพียงพอที่จะสามารถนำไปปฏิบัติหรือไม่

3.3 ความสอดคล้อง ความต่อเนื่องของแต่ละหัวข้อในโครงการ เช่น ความสอดคล้องระหว่างความเป็นมาของปัญหา วัตถุประสงค์ วิธีการ/กิจกรรมการดำเนินงานและการประเมินผล

การเขียนโครงการต้องมีเนื้อหาสาระที่ละเอียดชัดเจน เฉพาะเจาะจง หากผู้เขียนโครงการสามารถตอบคำถามได้ทุกคำถามถือว่าเป็นโครงการที่สมบูรณ์แบบ หากตอบคำถามเป็นไปด้วยความมีเหตุมีผลมีหลักการย่อมได้รับการพิจารณางบประมาณได้โดยง่ายและผลการดำเนินการมักมีประสิทธิภาพ

การวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนเป็นขั้นตอนที่สำคัญของกระบวนการพยาบาลชุมชน เป็นการกำหนดทิศทางการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้โดยกำหนดวัตถุประสงค์ กิจกรรม ทรัพยากร ผู้รับผิดชอบ วิธีการดำเนินงานและวิธีการประเมินผลไว้อย่างชัดเจน เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรม ช่วยให้การปฏิบัติงานตามแผนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและที่สำคัญในการวางแผนที่ดีควรคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การมีส่วนร่วมของประชาชนในการร่วมคิดร่วมแสดงความคิดเห็นในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน เพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชนและเป็นแผนงานที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด

10. การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพชุมชนตามแผน/โครงการในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน

พยาบาลชุมชนจะนำแผนนั้นมากำหนดกิจกรรมและเวลาให้เหมาะสมกับสภาวการณ์ และสิ่งที่พยาบาลชุมชนจะต้องตระหนักถึงอยู่เสมอ คือนำการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการปฏิบัติงานแก้ไขปัญหา ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับชุมชน การส่งเสริมให้ประชาชนเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น ตลอดจนการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน เนื่องจากเป็นกลยุทธ์ที่สนองต่อปัญหาและความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของบุคคลและชุมชนเพื่อส่งเสริมสนับสนุนการแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ของประชาชนและชุมชน เสริมสร้างทักษะความเข้มเข็งของชุมชนให้สามารถดูแลตนองและพึ่งตนเองด้านสุขภาพ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมสนับสนุนการจัดกิจกรรมสร้าง

เสริมสุขภาพแบบยั่งยืนเพื่อเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงในสิ่งที่เห็นว่าเป็นเรื่องที่มีคุณประโยชน์และเป็นความจำเป็นของชุมชน ซึ่งต้องทำอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยเริ่มจากสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน

กลวิธีการพยาบาลชุมชนเป็นวิธีการหลักๆ หรือแนวทางหลักในการปฏิบัติการพยาบาลชุมชน ซึ่งมีพื้นฐานแนวคิดสำคัญรองรับ เช่น การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) การให้ความรู้ทางสุขภาพ (Health Education) การอนามัยโรงเรียน (School Health) เป็นต้น ซึ่งมีความเฉพาะในการจัดการดูแลหรือบริการต่อกลุ่มเป้าหมาย (ศิริมา ลีละวงศ์, 2557) จากกลวิธีทางสาธารณสุขที่ส่วนใหญ่เป็นกลวิธีกว้างๆ เช่น ยกระดับการบริการสุขภาพสู่ความเป็นเลิศ ปฏิรูปการบริการโดยผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการระบบสุขภาพ หรือเพิ่มประสิทธิภาพของการเฝ้าระวังป้องกันโรค หรือภัยคุกคามสำหรับกลุ่มเป้าหมายภายในชุมชนที่พยาบาลชุมชนจะเข้าไปดำเนินโครงการแก้ปัญหาสุขภาพ อาจหมายถึงกลุ่มที่มีสภาวะสุขภาพปกติที่จำแนกตามอายุ ได้แก่ วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยสูงอายุ หรืออาจเป็นกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรคบางอย่าง หรืออาจเป็นกลุ่มที่ยังไม่เจ็บป่วยแต่มีความเสี่ยงต่างๆ เนื่องจากมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ดังนั้นการดำเนินโครงการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนจำเป็นต้องอาศัยกลวิธีทางการพยาบาลชุมชนเพื่อปฏิบัติการพยาบาล เนื่องจากปัญหามีความซับซ้อนและเป็นปัญหาร่วมของประชาชนในชุมชน กลวิธีที่ใช้ต้องมีความเหมาะสมกับกลุ่ม ลักษณะทางธรรมชาติและสภาพแวดล้อม สังคม วัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย (ลัดดาวัลย์ ไวสุระสิงห์, 2561)

10.1 ขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพชุมชนตามแผนงาน/โครงการ

การปฏิบัติงานตามแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน เป็นการนำแผนงานและโครงการที่ได้กำหนดไว้มาดำเนินการกับผู้รับบริการ ได้แก่ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ทั้งนี้การดำเนินงานนอกจากนำหลักการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ในการปฏิบัติงานแล้วยังจะต้องอาศัยทักษะในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพตลอดจนความสามารถในการทำงานเป็นทีมด้วย (เพื่อนช่วยจำ, 2555) ดังนี้

1. การเตรียมงาน

การเตรียมงานก่อนที่ดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน เป็นวิธีการสำคัญที่ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพชุมชนบรรลุตามแผนงาน/โครงการตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งต้องเตรียมผู้ปฏิบัติงานทางสุขภาพและการเตรียมกลุ่มเป้าหมายหรือประชาชน

2. การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ

การปฏิบัติงานตามแผนโครงการที่กำหนดไว้ เพื่อตอบสนองความต้องการการแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชน การทำงานต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องโดยการจัด

เรียงลำดับขั้นตอนการทำงานก่อน-หลังเพื่อป้องกันความผิดพลาดในการทำงาน สิ่งจำเป็นในการทำให้เกิดความเข้าใจในกิจกรรมต่างๆ อำนวยความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้ควบคุมคือการจัดทำกำหนดการปฏิบัติงาน ทำได้โดยตารางปฏิบัติงาน แผนภูมิแกนท์ รูปแบบแผนภูมิแท่ง (ศุภาณ์นาฏ สุวรรณกิจ, 2557) ซึ่งการทำงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพในชุมชนมีหลักการสำคัญเป็นแนวทางดังนี้

1. กระตุ้นให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน หรือกลุ่มต่างๆ ในชุมชน มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องเมื่อสิ้นสุดโครงการ

2. กระตุ้นให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน หรือกลุ่มต่างๆ ได้รู้ปัญหาของชุมชนตนเอง มีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกขั้นตอนตั้งแต่ร่วมคิด ตัดสินใจ วางแผน ปฏิบัติงานและประเมินผล และได้รับรู้ถึงความก้าวหน้าในการทำกิจกรรมตามแผนงานโครงการทุกขั้นตอน

3. เปิดโอกาสให้ชุมชนได้ทำเองให้มากที่สุดในสิ่งที่ทำได้ เพื่อเสริมสร้างความภาคภูมิใจ รู้สึกถึงความเป็นเจ้าของชุมชนและอยากช่วยชุมชนต่อไป พยาบาลชุมชนเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำและเป็นผู้กระตุ้นในการทำงานเป็นระยะๆ

4. การร่วมประชุมปรึกษาหารือกันและปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้เหมาะสมตามสถานการณ์ในทุกขั้นตอนเป็นสิ่งที่จำเป็น

5. กลวิธีในการทำงานสามารถปรับปรุง ดัดแปลง ประยุกต์พัฒนาได้หลากหลาย เพื่อให้เหมาะสมกับชุมชนนั้นๆ

6. เป้าหมายในการทำงานที่ต้องนึกถึง คือชาวบ้านในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งด้านส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน

7. พยาบาลชุมชนควรเป็นแบบอย่างที่ดี โดยปฏิบัติงานในชุมชนอย่างจริงจัง จริงใจ ให้ความสำคัญในวิถีชีวิต บริบท วัฒนธรรม ประเพณีของชุมชน โดยเฉพาะกับผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นและไม่เป็นทางการหรือผู้อาวุโส พยาบาลชุมชนควรรับรู้และมีความตระหนักเสมอว่าในชุมชนยังมีหลายสิ่งหลายอย่างที่เป็นแหล่งเรียนรู้สามารถเรียนรู้จากชาวบ้าน ซึ่งการแสดงออกหรือพฤติกรรมของชาวบ้านล้วนมีเหตุและผลทั้งสิ้น พยาบาลชุมชนควรคิดวิเคราะห์ให้เกิดข้อสรุปในการกระทำของตนเองทุกครั้งเพื่อลดโอกาสความผิดพลาดในการทำงานในชุมชนให้น้อยที่สุด

3. การติดตามและประเมินผล

เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์และมีประสิทธิภาพจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการติดตามและนิเทศงาน ซึ่งมีประโยชน์ดังนี้

1. เป็นการติดตามดูกิจกรรมของโครงการว่าดำเนินการไปตามแผนการที่กำหนดไว้และในระยะเวลาที่กำหนดไว้หรือไม่ ถ้าไม่เป็นไปตามแผนจะทำให้ทราบว่าเป็นเพราะเหตุใด ควรแก้ไขอย่างไร หรือจะต้องมีการปรับแผนงานใหม่หรือไม่

2. ทำให้ทราบปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดจากการทำกิจกรรม เช่น แผนการดำเนินโครงการไม่ชัดเจนในทางปฏิบัติ ผู้ที่มีหน้าที่นิเทศติดตามสามารถทำความเข้าใจและชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้เกิดวามกระจ่างต่อผู้ดำเนินการเพื่อทำกิจกรรมของโครงการให้ดำเนินไปได้ด้วยดี

3. เป็นการกระตุ้นและให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ทำให้เกิดความรู้สึกสนใจต่องานอย่างต่อเนื่อง มีความตื่นตัวอยู่เสมอด้วยการติดตามงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ผู้ที่ทำหน้าที่ติดตามการดำเนินงานเรียกว่าผู้นิทศ ซึ่งอาจจะเป็นหัวหน้าหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายการนิเทศงานไม่ใช่การจับผิดแต่การนิเทศงานจะเป็นการสอน แนะนำ เพื่อป้องกันแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ตลอดจนการกระตุ้น จูงใจ ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานได้พัฒนาศักยภาพ ดังนั้นผู้นิทศงานจะต้องมีทักษะด้านการสอน การติดต่อสื่อสาร และมีภาวะผู้นำมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี

10.2 การบันทึกการปฏิบัติงาน

ภายหลังจากการปฏิบัติกิจกรรมในชุมชน การบันทึกการปฏิบัติงานถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญอย่างยิ่ง เพราะการบันทึกรายงานเป็นเครื่องมือบอกถึงมาตรฐานของงานที่ทำลงไปว่าอยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดไว้หรือไม่ การบันทึกรายงานเป็นส่วนประกอบสำคัญในการพิจารณาวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ เพื่อขจัดความซ้ำซ้อนของงาน ช่วยทำให้เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติงานในชุมชนว่ามีปัญหาอุปสรรคในส่วนใดบ้าง เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงแก้ไข

เมื่อปัญหาสุขภาพปรับเปลี่ยน วิธีแก้ปัญหาจึงเน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น เนื่องจากประชาชนเป็นเจ้าของสุขภาพ การพัฒนาสุขภาพหรือสุขภาวะโดยคำนึงถึงการพัฒนาอย่างบูรณการเป็นองค์รวมและมีความสมดุลพอดี เป้าหมายการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพชุมชนจึงต้องเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสและปรัชญาการพัฒนา การแก้ปัญหาสุขภาพด้วยกระบวนการพยาบาลสุขภาพชุมชน ควรมุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา เน้นการสร้างสุขภาวะให้เกิดขึ้นกับประชาชน ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนอย่างพอเพียงเพื่อนำไปสู่เป้าหมายการสร้างให้สุขภาพดี บริการดี สังคมดี ชีวิตมีความสุขอย่างพอเพียง โดยเชื่อมโยงการสร้างสังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง กลวิธีในการจัดกิจกรรมภายใต้แผนงาน/โครงการอาจปรับใช้ตามความเหมาะสมกับนโยบาย ปรัชญา สภาพปัญหาและลักษณะชุมชน เช่น การดูแลสุขภาพที่บ้าน การออกไปให้ความรู้ในชุมชนร่วมกับเยี่ยมบ้าน การรณรงค์ การอนามัยโรงเรียน การออกหน่วยหรือจัดคลินิกเคลื่อนที่ การจัดโครงการต่างๆ ในชุมชน โดยจัดในรูปแบบโครงการแก้ปัญหาอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนตั้งแต่การตรียม

งาน การดำเนินการตามโครงการ การติดตามประเมินผลและการบันทึกรายละเอียดที่ได้ดำเนินการในทุกขั้นตอน การปฏิบัติควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อให้ชุมชนเรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาและพึ่งตนเองได้ในที่สุด

11. การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพชุมชน

การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาลสุขภาพชุมชน ที่ทำเพื่อการตรวจสอบความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลตามแผนการประเมิน ซึ่งการประเมินผลเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญในการปฏิบัติงานทุกประเภท เพราะการประเมินผลแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมหรือโครงการสามารถเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่

11.1 ความสำคัญของการประเมินผล

พยาบาลชุมชนต้องประเมินผลโครงการ เพื่อดำเนินโครงการดูแลสุขภาพชุมชนทุกครั้ง เพราะการประเมินผลโครงการมีความสำคัญ (เชาว์ อินใย, 2556) ดังนี้

1. ช่วยทำให้การกำหนดวัตถุประสงค์และมาตรฐานของการดำเนินงานมีความชัดเจนขึ้น กล่าวคือ ก่อนที่โครงการจะได้รับการสนับสนุนให้นำไปใช้ย่อมจะได้รับการตรวจสอบอย่างละเอียดจากผู้บริหารและผู้ประเมินว่าส่วนใดที่ไม่ชัดเจน เช่น วัตถุประสงค์หรือมาตรฐานในการดำเนินงานหากขาดความแน่นอนชัดเจนจะต้องได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้องชัดเจนเสียก่อน กล่าวได้ว่าการประเมินโครงการมีส่วนช่วยทำให้โครงการมีความชัดเจนและสามารถที่จะนำไปปฏิบัติให้ได้ผลมากกว่าโครงการที่ไม่ได้รับการประเมิน
2. ช่วยให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างคุ้มค่าหรือเกิดประโยชน์เต็มที่
3. ช่วยให้แผนงานบรรลุวัตถุประสงค์
4. มีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาอันเกิดจากผลกระทบของโครงการและทำให้โครงการมีข้อที่ทำให้เกิดความเสียหายลดน้อยลง
5. มีส่วนช่วยอย่างสำคัญในการควบคุมคุณภาพของงาน
6. การประเมินผลโครงการช่วยในการตัดสินใจในการบริหารโครงการ
7. การประเมินโครงการมีส่วนในการสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้รับผิดชอบโครงการ

การประเมินผลโครงการต้องทำหลายระยะของการดำเนินโครงการ เพื่อตรวจสอบความพร้อมก่อนการดำเนินโครงการ ติดตามดูการดำเนินโครงการว่าเป็นไปตามแผนที่วางไว้หรือไม่ และสุดท้ายการประเมินโครงการสามารถแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนได้ตามที่คาดหวังหรือไม่

11.2 ประเภทของการประเมินผลโครงการ จำแนกตามช่วงเวลาการประเมินผลได้ 3 ช่วง (ศิราณี อินทรหนองไผ่, 2554) ดังนี้

1. การประเมินผลโครงการก่อนดำเนินการ (Pre-Evaluation) เป็นการศึกษาประเมินความเป็นไปได้ ก่อนที่จะเริ่มโครงการใดๆ โดยอาจทำการศึกษาถึงประสิทธิภาพของปัจจัยนำเข้า ความเหมาะสมของกระบวนการที่คาดว่าจะนำมาใช้ในการบริหารจัดการโครงการ ปัญหาอุปสรรค ความเสี่ยงของโครงการตลอดจนผลลัพธ์หรือประสิทธิผลที่คาดว่าจะได้รับ ในขณะเดียวกันก็อาจจะศึกษาผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในด้านต่างๆ เป็นการประเมินผลเพื่อคาดหวังผลงานว่าเมื่อได้ดำเนินการแล้วจะเกิดผลประโยชน์และความสำเร็จเพียงใด โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลเป็นการประเมินความถูกต้องเหมาะสมของแผน โดยประเมินตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการเป็นการพิจารณาว่าแผนงานหรือโครงการนั้นจะดำเนินการหรือหยุดดำเนินการ หรือหาแนวทางอื่นที่เหมาะสมแทน

2. การประเมินผลในระหว่างดำเนินการ (Formative evaluation) เป็นการประเมินผลในระหว่างดำเนินการวางแผนและในระหว่างที่งาน/กิจกรรม/โครงการกำลังดำเนินการอยู่ เพื่อนำผลที่ได้มาปรับปรุงงานให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการ ดังนั้นการประเมินเพื่อดูความสอดคล้อง (Relevance evaluation) การประเมินก่อนเริ่มดำเนินงาน (Pre-evaluation) การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) และการประเมินในระหว่างการดำเนินงาน (Operational evaluation) (Mertens, D. & Wilson, A., 2012)

3. การประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการหรือประเมินผลผลิต (Summative evaluation) เป็นการประเมินผลรวมสรุปเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ เราใช้ผลสรุปที่ได้ไปจัดทำรายงานว่าโครงการบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายหรือไม่ อย่างไร ตลอดจนรายงานถึงสถานภาพของโครงการว่าประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างที่ต้องปรับปรุงแก้ไขและนำมาใช้ในการพิจารณาว่าควรดำเนินโครงการต่อไปหรือยกเลิก ความรู้ที่ได้จากการประเมินในระยะนี้จึงเป็นบทเรียนสำหรับทำโครงการในครั้งต่อไปด้วย ดังนั้นการประเมินประสิทธิผล (Effectiveness evaluation) และการประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency evaluation) จึงจัดอยู่ในการประเมินผลประเภทนี้ (Mertens, D. & Wilson, A., 2012)

วัตถุประสงค์ของการประเมินผล คือต้องการทราบว่างาน/กิจกรรม/โครงการที่ทำตามแผนงานสามารถก่อให้เกิดสิ่งที่เราต้องการ ซึ่งก็คือบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่เราตั้งไว้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชนหรือไม่ ดังนั้นในการวางแผนประเมินผลงานในแต่ละครั้ง ผู้ประเมินจะต้องเข้าใจรายละเอียดของโครงการอย่างชัดเจน แล้วจึงกำหนดรายละเอียดของการประเมินผลในแต่ละขั้นตอน โดยเริ่มจากการกำหนดประเด็นที่ต้องการประเมิน กำหนดตัวชี้วัด กำหนดวิธีการ

ประเมินและเครื่องมือเพื่อใช้รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการประเมิน (รังสิยา นารินทร์ และวิลาวัลย์ เตือนราษฎร์, 2555) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ศึกษาแผนงานของกิจกรรม/โครงการอย่างละเอียด โดยใช้แนวทางในการวิเคราะห์แผนงานของการประเมินความสอดคล้องของโครงการ ส่วนประกอบของแผนงานที่ควรได้รับความสนใจเป็นพิเศษ คือวัตถุประสงค์และเป้าหมาย วิธีการดำเนินงานและการประเมินผลที่ต้องสอดคล้องซึ่งกันและกัน และสามารถตอบคำถามได้ว่ากิจกรรมต่างๆ ในวิธีการดำเนินงานสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้จริงหรือไม่ มีวิธีการบริหารจัดการอย่างไร ต้องใช้ทรัพยากรอะไรบ้าง

2. กำหนดประเด็นที่ต้องการประเมิน เป็นการกำหนดสิ่งที่ต้องการประเมินว่าต้องการประเมินอะไรบ้าง ในด้านใดและอย่างไร ซึ่งสามารถกำหนดตามลักษณะกิจกรรม วัตถุประสงค์และเป้าหมาย ทั้งนี้ผู้ประเมินจะต้องทราบว่าจะทำการประเมินในช่วงใดของการดำเนินโครงการ เช่น ก่อนดำเนินโครงการ ระหว่างดำเนินโครงการ เมื่อสิ้นสุดโครงการ หรือตลอดการจัดทำโครงการ เพราะการประเมินแต่ละประเด็นจะมีช่วงการเก็บข้อมูลที่ต่างกัน

3. กำหนดตัวชี้วัด หรือดัชนีชี้วัดการเปลี่ยนแปลง หรือดัชนีชี้วัดผลสำเร็จของงาน หมายถึงสิ่งต่างๆ หรือลักษณะต่างๆ ที่บ่งบอกถึงปรากฏการณ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นตามประเด็นที่ต้องการประเมิน เช่น อัตราป่วย อัตราตาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับน้ำตาล ระดับไขมัน เป็นต้น และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น ความรู้ พฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงขนาดของตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นได้ทั้งค่าในเชิงปริมาณ เช่น ปริมาณ จำนวน ความถี่ ร้อยละ อัตราส่วนและสัดส่วน และค่าในเชิงคุณลักษณะที่บรรยายเป็นข้อความ เช่น ความเหมาะสม ความพึงพอใจ ค่าเหล่านี้ส่วนใหญ่มาจากความคิดเห็นของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ในบางกรณีสามารถเปลี่ยนค่าเชิงคุณลักษณะเป็นเชิงคุณภาพได้โดยกลุ่มพิจารณาแล้วคิดเป็นร้อยละ เช่น ประชาชนพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมของโครงการ ร้อยละ 90 ดัชนีชี้วัดเหล่านี้จึงเปรียบเสมือนเครื่องมือที่ใช้วัดประสิทธิภาพของโครงการทั้งทางตรงและทางอ้อม ในการวางแผนการประเมินผลโครงการพยาบาลชุมชนต้องระบุดัชนีชี้วัดการเปลี่ยนแปลงและเกณฑ์การวัดไว้อย่างชัดเจน

4. กำหนดวิธีการประเมินและเครื่องมือที่ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลที่เป็น “ผล” ของงานในแต่ละระยะ เนื่องจากใน 1 โครงการ มีหลายวัตถุประสงค์และหลายกิจกรรม ดังนั้นใน 1 โครงการจึงอาจต้องใช้การประเมินผลหลายประเภทและแต่ละประเภทมีวิธีการประเมินเพื่อรวบรวมข้อมูลหลายวิธี เช่น วัตถุประสงค์ของโครงการต้องการให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ร้อยละ 50 ภายในระยะเวลา 3 เดือน กิจกรรมที่ทำมีทั้งการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม การเยี่ยมบ้าน

ผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม การประเมินผลที่ใช้มีทั้งการประเมินความก้าวหน้าของโครงการและการประเมินผลลัพธ์ที่เป็นความรู้ ระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลและภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นวิธีการประเมินเพื่อหาข้อมูลสามารถเป็นได้ทั้งการนับจำนวน การสังเกตและจดบันทึกความสนใจปฏิกิริยาความรู้สึกของผู้ป่วยต่อกิจกรรมต่างๆ โดยมีเครื่องมือในการเก็บข้อมูล คือแบบบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะทำกิจกรรมกลุ่มและการเยี่ยมบ้าน แบบบันทึกระดับน้ำตาลในเลือด แบบบันทึกภาวะแทรกซ้อน แบบทดสอบเพื่อวัดความรู้ก่อน-หลังการดำเนินงานและแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นต้น ทั้งนี้การเลือกใช้เครื่องมือขึ้นอยู่กับตัวชี้วัดที่ต้องการวัด กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เนื่องจากเครื่องมือแต่ละชนิดจะใช้เวลาที่แตกต่างกัน ผู้ประเมินต้องพิจารณาระยะเวลาของโครงการมาประกอบการตัดสินใจเลือกเครื่องมือ

5. กำหนดแผนของกิจกรรมและระยะเวลาการประเมินให้ชัดเจน กำหนดระบบการรายงานผลเพื่อให้ทุกฝ่ายได้ทราบความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผนและกิจกรรมที่ต้องทำในขั้นตอนของการประเมินผลงานทั้งหมด โดยจัดทำเป็น Gant chart ที่บอกรายละเอียดของกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นตลอดโครงการ

6. กำหนดผู้รับผิดชอบในการประเมินเพื่อให้แน่ใจว่าทุกคนรู้หน้าที่ของตนเองและสามารถบอกได้ว่าตนได้ทำอะไรไปแล้ว และกำลังจะต้องทำอะไร

7. ดำเนินการประเมินผลกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ โดยวิธีการกำกับงานแล้วนำผลที่ได้วิเคราะห์และสรุปผลการประเมิน เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงกิจกรรมเพื่อให้สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการ

8. ประเมินผลโครงการในขั้นสุดท้ายหลังสิ้นสุดโครงการ โดยการประเมินประสิทธิผลหรือรวมกับการประเมินประสิทธิภาพ ซึ่งแล้วแต่ความจำเป็นของแต่ละโครงการ

11.3 ปัญหาอุปสรรคในการประเมินผลโครงการ

การประเมินโครงการประกอบด้วยกระบวนการในการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ให้เกิดประโยชน์ตามที่ต้องการ อย่างไรก็ดีหากจะพิจารณาในส่วนประกอบของการประเมินโครงการจะประกอบไปด้วยข้อมูลนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลงาน (Output) อาจกล่าวได้ว่าแต่ละส่วนประกอบมีส่วนที่ทำให้เกิดปัญหาได้และปัญหาที่เกิดขึ้นอาจมีผลทำให้โครงการที่ดำเนินอยู่หยุดชะงัก ล้มเหลว หรือมีผลทำให้โครงการที่สำเร็จแล้วนั้นได้ผลโดยไม่เป็นที่ยอมรับได้ (อรทัย ศักดิ์สูง, 2561)

1. ปัญหาอันเกิดจากข้อมูลนำเข้า ข้อมูลนำเข้าที่มีส่วนทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการประเมินอาจจะแจกแจงได้ดังนี้

1.1 การขาดแคลนงบประมาณที่จะต้องใช้เพื่อการประเมินโครงการ

1.2 ความไม่เพียงพอและความไม่เหมาะสมของผู้ที่จะทำหน้าที่ในการประเมินโครงการ

1.3 การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการประเมินโครงการ

1.4 การขาดหลักการในการบริหารและการประเมินโครงการ

2. ปัญหาอันเกิดจากกระบวนการ กระบวนการประเมินโครงการเป็นปัจจัยที่สำคัญ เพราะเปรียบเสมือนกับเครื่องมือหรือเครื่องจักรที่จะต้องทำหน้าที่กลั่นกรองข้อมูลนำเข้า ซึ่งเป็นวัตถุดิบให้เป็นผลผลิตที่มีคุณประโยชน์ต่อสังคมและบุคคลทั่วไป กระบวนการมีส่วนทำให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการประเมินโครงการได้หลายลักษณะดังนี้

2.1 ความไม่ชัดเจนและเหมาะสมในวัตถุประสงค์ของการประเมินโครงการ

2.2 การใช้รูปแบบการประเมินที่ไม่เหมาะสมกับลักษณะของโครงการ

2.3 ประเมินเฉพาะจุดใดจุดหนึ่งของโครงการเท่านั้น หรือประเมินผลสำเร็จของโครงการเพียงอย่างเดียว จึงทำให้การสรุปผลการประเมินขาดความชัดเจนหรือขาดความถูกต้องเท่าที่ควร

2.4 ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโครงการและการประเมินโครงการ หรือระหว่างผู้รับการประเมินกับผู้ดำเนินงานโครงการ

3. ปัญหา ปัญหาอันเกิดจากผลงานการดำเนินงานจนบรรลุถึงความสำเร็จและปัญหาอันเกิดจากผลงานการดำเนินงานจนบรรลุถึงความสำเร็จแล้ว แต่ผลของการกระทำนั้นมิได้ถูกนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ ย่อมถือได้ว่าเป็นการลงทุนที่ไม่คุ้มค่าหรือเป็นการกระทำที่เกิดการสูญเสียเปล่าอย่างสิ้นเชิง การประเมินโครงการมีลักษณะเช่นเดียวกันหากไม่ได้รับการนำไปใช้ย่อมไม่เกิดประโยชน์ที่ปัญหาอันเกิดจากผลงานอาจจำแนกได้ดังนี้

3.1 ผลงานการประเมินโครงการขาดความน่าเชื่อถือต่อการที่จะต้องนำไปใช้ หรือเพื่อการตัดสินใจ

3.2 ผลการประเมินได้รับการบิดเบือนจากความเป็นจริง เมื่อนำไปใช้จึงไม่เกิดผลดีต่อการบริหารโครงการและก่อให้เกิดปัญหาต่อองค์กรโดยส่วนรวม

3.3 ผลของการประเมินมักถูกละเลยจากผู้บริหารที่จะต้องนำไปใช้เพื่อการปรับปรุงงานของตนให้ดีขึ้น คิดเพียงว่าการประเมินเป็นผลงานอย่างหนึ่งที่หน่วยงานของตนน่าจะทำไว้เพื่อเป็นผลงานของหน่วยงานมากกว่าจะคิดว่าการประเมินเป็นการกระทำเพื่อการปรับปรุงและพัฒนาหน่วยงานโดยส่วนรวมให้ดีขึ้น

3.4 ผลของการประเมินไม่สอดคล้องหรือเบี่ยงเบนไปจากวัตถุประสงค์หรือมาตรฐานที่กำหนดไว้มากเกินไป ทำให้เกิดการประเมินนั้นสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานเป็นจำนวนมาก และการที่จะปรับผลการประเมินให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในภายหลังเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก

4. ปัญหาอันเกิดจากผู้ประเมินเลือกใช้รูปแบบและวิธีการประเมินไม่เหมาะสมกับสิ่งที่ต้องการประเมิน ในประเด็นการใช้รูปแบบและวิธีการประเมิน ผู้ประเมินอาจจะยึดรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง หรือจะผสมรูปแบบหลายๆ แบบออกมาเป็นรูปแบบของตนเอง รูปแบบนั้นจะต้องเหมาะสมและตรงกับประเด็นหรือวัตถุประสงค์ของการประเมินอย่างมีเหตุมีผล

การเขียนโครงการและการประเมินผลโครงการเป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่งของกระบวนการพยาบาลชุมชน โดยเป็นหลักประกันว่าปัญหาสุขภาพของชุมชนจะได้รับการแก้ไข โดยกำหนดวัตถุประสงค์ไว้อย่างชัดเจนและสอดคล้องตามสภาพของปัญหา กำหนดวิธีการดำเนินงานที่ละเอียด ผู้ร่วมงานสามารถนำไปปฏิบัติได้โดยไม่มีความสับสนและมีวิธีการประเมินผลที่เหมาะสม และสามารถช่วยให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ตลอดจนให้รายละเอียดต่างๆ ที่จะสามารถนำไปอภิปรายผลการดำเนินงานเพื่อตัดสินใจว่าควรดำเนินงานต่อ โดยปรับปรุงกิจกรรมและของบประมาณเพิ่มหรือยุติโครงการ พยาบาลชุมชนนำกลวิธีต่างๆ ของการเขียนโครงการและการประเมินผลไปใช้ตั้งแต่เริ่มวางแผนงานจนเสร็จสิ้นโครงการจะช่วยให้โครงการมีประสิทธิภาพ การประเมินผลมีหลายชนิดและแต่ละชนิดมีวัตถุประสงค์ของการนำไปใช้และกลวิธีเป็นของตนเอง การประเมินผลที่ดีในแต่ละโครงการควรมีวิธีการประเมินผลหลายชนิดเพื่อให้สามารถประเมินงาน/กิจกรรม/โครงการได้รอบด้าน ทั้งนี้เพื่อนำผลที่ได้จากการประเมินมาปรับปรุงงานให้ดีขึ้นซึ่งก็หมายถึงการปรับปรุงสุขภาพของชุมชนนั่นเอง

คำถามท้ายบท

1. ให้อธิบายความสำคัญและแนวคิดหลักของกระบวนการพยาบาลชุมชน
2. ให้อธิบายขั้นตอนและกระบวนการในการประเมินสุขภาพชุมชน
3. ให้อธิบายขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพชุมชน ด้วยเครื่องมือเก็บข้อมูลชนิดต่างๆ
4. ให้อธิบายวิธีการการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน
5. ให้อธิบายหลักการเขียนโครงการ ดำเนินงาน และประเมินผลโครงการ

บรรณานุกรม

กีรดา ไกรนุวัตร และรักชนก คชไกร. (2559). *การพยาบาลชุมชน.* กรุงเทพฯ: โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2559). *วิถีชุมชนเครื่องมือ 7 ชิ้นที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สุขศาลา.

ขนิษฐา นันทบุตร. (2555). *การออกแบบบริการในชุมชน.* ขอนแก่น: ศูนย์วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชขน.

ฉลอง สีแก้วสิ. (2555). *Statistic: การน าเสนอข้อมูลด้วยแผนภูมิ.* สืบค้นจาก https://sites.google.com/site/mystatistics011chapter2/graphical Data presentation.

เชาว์ อินใย. (2556). *การวัดและประเมินผลการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 1).* มหาสารคาม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.

ทิตยาวดี อินทรางกูร. (2564). *การพยาบาลสุขภาพชุมชน : การแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนด้วยกระบวนการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 1). บุรีรัมย์: เรวัฒน์การพิมพ์.

พรฤดี นิธิรัตน์. (2559). *กระบวนการพยาบาลกับการดูแลสุขภาพชุมชน.* กรุงเทพฯ: ธนาเพลส

เพื่อนช่วยจำ. (2555). *ทบทวนการพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาเบื้องต้น. ม.ป.ท.: ม.ป.ป*

รังสิยา นารินทร์ และวราภรณ์ บุญเชียง. (2555ก). การเก็บรวบรวมข้อมูล. ใน ศิวพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ (บรรณาธิการ), การพยาบาลอนามัยชุมชน (หน้า 51-78). เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นท์ติ้งจำกัด.

รังสิยา นารินทร์ และวราภรณ์ บุญเชียง. (2555ข). การวิเคราะห์ข้อมูลและการน าเสนอข้อมูล. ใน ศิวพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ (บรรณาธิการ), การพยาบาลชุมชน (หน้า 69-86). เชียงใหม่: ครองช่างพริ้นท์ติ้งจำกัด .

ลัฆวี ปิยะบัณฑิตกุล. (2559). ชุดการเรียนรู้ที่ 5 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ. ม.ป.ท.: มาตาการพิมพ์.

ลัดดาวัลย์ ไวสุระสิงห์. (2561). กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้ดูแลสุขภาพประชาชน. กรุงเทพ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ศิราณี อินทรหนองไผ่. (2554). กระบวนการพยาบาล: เครื่องมือนักจัดการสุขภาพองค์รวมเพื่อวิวัฒน์และพัฒนาสุขภาพระดับปฐมภูมิ. มหาสารคาม: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ศิวพร อึ้งวัฒนา และ รังสิยา นารินทร์. (2558). การพยาบาลชุมชน. กรุงเทพฯ: บริษัทครองช่าง พริ้นท์ติ้งจำกัด.

ศิวพร อึ้งวัฒนา. (2560). การพยาบาลชุมชน: กระบวนการพยาบาล. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์. ศุภาณ์นาฏ สุวรรณกิจ, 2557

หทัยรัตน์ ลิ้มอรุณวงศ์. (2558). *หลักการและเทคนิคการเขียนโครงการ.* สืบค้นจาก https//www.pc.ac.th/web2011/new/16-11-2011-oKgiJJ5Wed113412.pd.

อรทัย ศักดิ์สูง. (2561). *การประเมินโครงการ.* สืบค้นจาก
http://www.moe.go.th/wijai/project.htm.

Anderson. (2019). *Community as partner theory and practice in nursing (*8th ed.). WY/106/A545C/2019/ISBN 978-1-4963-8713-4.

McMurray, A., & Clendon, J. (2013). *Community Health and Wellness : Primary Health Care in Practice* (4th ed.). Australia: Elsevier

Parse, R. R. (2016). The language of nursing knowledge: Saying what we mean. In I. M. King and J. Fawcett (Eds.), *The language of nursing theory and metatheory.* Indianapolis: IN: Center Nursing Press,73-77.

Stanhope, M. & Lancaster, J.(Eds.). (2014). *Community & public health nursing* (8th ed.). (Revised print). St.Louis: Mosby .

United States Department of Health and Human Services. (2011). *Principles of Community Engagement* (2d Ed.). NIH Pub.No., 11-7782.

World Health Organization. (2015). *The determinants of health*. Retrived from http://www.who.int/hia/ evidence/doh/en

ดัชนี

ก

กฎบัตรออตตาวา, 21

กระเป๋าเยี่ยม, 118

กระบวนการเยี่ยมบ้าน, 116

กระบวนการเรียนรู้ต่อเนื่อง, 73

กระบวนการทางสังคม, 34

กระบวนการปฏิรูประบบสุขภาพ, 74

กระบวนการพยาบาล, 212

กระบวนการพยาบาลในชุมชน, 88

กระบวนการพยาบาลชุมชน, 235, 271

กระบวนทัศน์เชิงสังคม, 236

กราฟเส้น, 258

กลวิธีการพยาบาลชุมชน, 272

กลุ่มเสี่ยง, 261

กองทุนสิ่งแวดล้อม, 206

การเขียนโครงการ, 266

การเป็นหุ้นส่วน, 65

การเยี่ยมเพื่อการรักษาพยาบาล, 112

การเยี่ยมเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ, 113

การเยี่ยมบ้าน, 86, 272

การเสริมสร้างความเข้มแข็ง, 236

การเสริมสร้างพลังของชุมชน, 22

การเสริมสร้างสุขภาพ, 27

การแจกแจงข้อมูล, 257

การแพทย์ฉุกเฉิน, 33

การแพทย์ชีวะภาพ, 236

การให้ความรู้ทางสุขภาพ, 144, 272

การให้บริการที่บ้าน, 103

การกระจายของประชากร, 250

การกระจายอำนาจ, 64

การควบคุมโรคไม่ติดต่อ, 27

การควบคุมมลพิษ, 206

การจัดการทางสุขภาพ, 12

การจัดตั้งองค์กร, 63

การจัดบริการสุขภาพในโรงเรียน, 131

การจัดบริการอาชีวอนามัย, 202

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา, 95, 264

การดูแลสุขภาพ, 248

การดูแลสุขภาพแนวใหม่, 236

การดูแลสุขภาพครอบครัว, 81

การดูแลสุขภาพตนเอง, 241

การดูแลสุขภาพที่บ้าน, 105, 272

การตรวจสุขภาพ, 196

การตรวจสุขภาพนักเรียน, 132

การตีความข้อมูล, 260

การทดลองและประยุกต์แนวคิด, 178

การทำงานแบบเป็นหุ้นส่วน, 64, 77

การทำงานร่วมกันในชุมชน, 24
การทำสนทนากลุ่ม, 249
การบรรณาธิการข้อมูล, 257
การบริการสาธารณสุข, 259
การบริการสุขภาพ, 130
การปกป้องคุ้มครอง, 211
การปฏิบัติการอนามัยสิ่งแวดล้อม, 214
การประเมินกระบวนการ, 277
การประเมินครอบครัว, 88
การประเมินชุมชน, 237
การประเมินประสิทธิผล, 277
การประเมินประสิทธิภาพ, 277
การประเมินผลการดำเนินงาน, 239
การประเมินผลการปฏิบัติงาน, 266
การประเมินผลทางการพยาบาล, 97
การประเมินสภาวะสิ่งแวดล้อม, 212
การประเมินสุขภาพชุมชน, 13
การป้องกันและควบคุมโรค, 27
การป้องกันการแพร่กระจายของโรค, 115
การป้องกันระดับตติยภูมิ, 210
การป้องกันระดับทุติยภูมิ, 210
การป้องกันระดับปฐมภูมิ, 210
การพยาบาลชุมชน, 4, 36
การพยาบาลอาชีวอนามัย, 201, 226
การพัฒนาเศรษฐกิจพอเพียง, 53
การพัฒนาชุมชน, 28, 63, 77
การพัฒนาชุมชนแบบยั่งยืน, 58
การพัฒนาศักยภาพของเครือข่าย, 214
การพัฒนาสุขภาพ, 74
การพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม, 208
การพัฒนาอย่างยั่งยืน, 57
การพึ่งตนเอง, 30, 36, 59
การฟื้นฟูสภาพ, 28
การฟื้นฟูสภาพนักเรียน, 196
การฟื้นฟูสุขภาพ, 235
การมีส่วนร่วม, 47, 68
การมีส่วนร่วมของโรงเรียน บ้านและชุมชน, 130
การมีส่วนร่วมของชุมชน, 21, 52, 53, 61
การมีส่วนร่วมของประชากร, 8
การมีส่วนร่วมของประชาชน, 59
การยึดพื้นที่เป็นฐาน, 53
การรวมตัวกันของกลุ่มคน, 3
การระดมความคิด, 33
การระดมทุน, 31
การรักษาพยาบาลนักเรียน, 196
การรับรู้โอกาสเสี่ยง, 42
การรับรู้การคุกคาม, 43
การรับรู้ความสามารถในตน, 41
การรับรู้ภาวะสุขภาพ, 41

การรับรู้อุปสรรค, 42
การวัดสายตา, 137
การวางแผนจัดการคุณภาพสิ่งแวดล้อม, 206
การวินิจฉัยชุมชน, 259
การวินิจฉัยปัญหาครอบครัว, 94
การวินิจฉัยปัญหาชุมชน, 238
การวินิจฉัยปัญหาสิ่งแวดล้อม, 213
การศึกษาชุมชน, 16
การส่งเสริมสุขภาพ, 21
การสร้างเสริมโภชนาการในโรงเรียน, 132
การสร้างเสริมพลังอำนาจ, 66
การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค, 132
การสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียน, 196
การสร้างความสัมพันธ์, 195
การสร้างพลังอำนาจ, 69
การสร้างพลังอำอาจ, 63
การสร้างภาคีเครือข่าย, 74
การสร้างสุขภาวะ, 275
การสร้างหุ้นส่วนและภาคี, 214
การสอนและให้คำปรึกษา, 104
การสอนสุขศึกษา, 140
การสังเกตแบบมีส่วนร่วม, 248
การสัมภาษณ์เจาะลึก, 247
การสัมภาษณ์และการสังเกต, 101
การสาธารณสุขมูลฐาน, 272
การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม, 206
การอนามัยโรงเรียน, 272
การอนามัยสิ่งแวดล้อม, 206

ข

ขนาดของปัญหา, 269
ขนาดปัญหา, 266
ขยะมูลฝอย, 251
ข้อมูลเชิงคุณภาพ, 248
ข้อมูลเชิงปริมาณ, 248
ข้อมูลทุติยภูมิ, 249
ข้อมูลปฐมภูมิ, 248
ข้อมูลมือสอง, 247
ข้อมูลสิ่งแวดล้อม, 251
ข้อมูลสุขภาพชุมชน, 237
ขั้นตอนการประเมินสุขภาพชุมชน, 243

ค

คนเป็นศูนย์กลาง, 59
ครอบครัว, 82
ครอบครัวเดี่ยว, 83
ครอบครัวขยาย, 83
ครอบครัวมีส่วนร่วม, 120
ครูอนามัยโรงเรียน, 111
ความเจ็บป่วย, 265
ความเจ็บป่วยจากการทำงาน, 221
ความเชื่อมโยงสัมพันธ์กันเป็นเครือข่าย, 74

ความเป็นชุมชน, 72
ความเร่งด่วน, 115, 267
ความเอื้ออาทรต่อกัน, 4
ความไม่พึงพอใจ, 265
ความไม่สุขสบาย, 265
ความคิดรวบยอด, 178
ความจำเป็นพื้นฐาน, 17, 265
ความพอประมาณ, 56
ความพึงพอใจในชีวิต, 36
ความมั่นคงของชีวิต, 36
ความยั่งยืน, 69
ความรอบรู้สุขภาพ, 32
ความรุนแรงของปัญหา, 267, 269
ความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน, 5
ความรู้สึกผูกพันใกล้ชิด, 3
ความหลากหลายเชิงเนื้อหา, 72
ความหลากหลายเชิงรูปแบบ, 71
คุณภาพชีวิต, 29
คุณภาพชีวิตของชุมชน, 16
คุ้มครองผู้บริโภค, 28
เครื่องมือ 7 ชิ้น, 252
โครงการ, 263
โครงสร้างของชุมชน, 10, 46, 244, 245
โครงสร้างองค์กรชุมชน, 254

ง

งานอนามัยโรงเรียน, 130, 188

ช

ชนิดของข้อมูล, 248
ชักชวนชี้แนะ, 214
ชีวิตและเศรษฐกิจพอเพียง, 55
ชุมชน, 3
ชุมชนเข้มแข็ง, 70
ชุมชนเมือง, 8
ชุมชนชนบท, 9
ชุมชนน่าอยู่, 25
ชุมชนพึ่งตนเอง, 58

ต

ต้องการด้านสุขภาพ, 266

ท

ทฤษฎีการเกิดโรค, 243
ทีมสุขภาพ, 41
ทุนทางสังคม, 242, 246
ทุนหมุนเวียน, 31

น

นโยบายสาธารณะ, 21, 216

นักพิษวิทยาอาชีวอนามัย, 204
นักสุขศาสตร์อุตสาหกรรม, 202
นักอาชีวสุขศาสตร์, 202
นักอาชีวสุขศึกษา, 204
แนวคิดการมีส่วนร่วม, 60

บ

บทบาทของพยาบาลในสถานประกอบการ, 225
บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชน, 210
บทบาทพยาบาลชุมชน, 45
บริการด้านสุขภาพ, 35
บริการทางสุขภาพ, 248
บริการสาธารณะ, 35
บริการสุขภาพ, 81
บัตรบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียน, 131
บันทึกรายงานการเยี่ยม, 126
บุคคล เวลา สถานที่, 259
บุคคล ครอบครัว และกลุ่มคน, 4
บุคคล ครอบครัว และชุมชน, 33
บุคคล ครอบครัว ชุมชน, 273
บุคคล ครอบครัวและชุมชน, 46, 99
บูรณาการองค์ความรู้, 4
แบบแผนการดำเนินชีวิต, 89

ป

ปฏิทินชุมชน, 255
ประเภทของการประเมิน, 276
ประเมินพฤติกรรม, 46
ประชากรศาสตร์, 241, 250
ประชาคม, 70
ประวัติชีวิต, 256
ประวัติศาสตร์ชุมชน, 256
ประสิทธิผลของการปฏิบัติงาน, 267
ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง, 16
ป้องกันโรคจากการทำงาน, 203
ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ, 245
ปัจจัยคุกคามด้านชีวภาพ, 223
ปัจจัยคุกคามสุขภาพ, 217, 265
ปัจจัยด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตของคน, 23
ปัจจัยทางชีวภาพ, 22
ปัจจัยทางบริการสาธารณสุข, 22
ปัจจัยภัยคุกคามด้านเคมี, 223
ปัญหาของครอบครัว, 93
ปีรามิดประชากร, 272

ผ

ผังเครือญาติ, 253
ผู้ใช้แรงงาน, 205
ผู้ให้การพยาบาล, 86
ผู้ให้คำปรึกษา, 46
ผู้บาดเจ็บทุพพลภาพ, 201
ผู้ประกอบอาชีพ, 201

ผู้ประสานงาน, 87
ผู้ป่วยติดเตียง, 28
ผู้พิทักษ์ผลประโยชน์, 47
ผู้พิทักษ์สิทธิ์, 87
ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง, 272
ผู้สอนสุขศึกษา, 87
แผนแม่บท, 262
แผนการจัดการสุขภาพในชุมชน, 48
แผนงาน, 263
แผนงานย่อย, 262
แผนงานหลัก, 262
แผนที่เดินดิน, 252
แผนที่นั่งโต๊ะ, 252
แผนที่นิเวศน์ครอบครัว, 90
แผนปฏิบัติการ, 264
แผนภูมิแกนท์, 273
แผนภูมิแท่ง, 258
แผนภูมิกง, 258
แผนภูมิครอบครัว, 89
แผนภูมิฮีสโตแกรม, 258
แผนหลัก, 263

พ

พยาบาลชุมชน, 66, 265
พยาบาลอนามัยชุมชน, 88
พยาบาลอาชีวอนามัย, 203
พฤติกรรมเสี่ยง, 47
พฤติกรรมแสวงหาบริการทางสุขภาพ, 12
พฤติกรรมการเจ็บป่วย, 41
พฤติกรรมการเรียนรู้, 150
พฤติกรรมการแสวงหาการรักษา, 44
พฤติกรรมการดูแลตนเอง, 40
พฤติกรรมบุคลิกภาพ, 13
พฤติกรรมสุขภาพ, 12
พัฒนกิจของครอบครัว, 84
พัฒนาการครอบครัว, 84
พัฒนาสุขภาพ อนามัยนักเรียน, 131
แพทย์อาชีวอนามัย, 202

ฟ

แฟ้มประวัติสุขภาพครอบครัว, 117

ภ

ภาวะเสี่ยงของบุคคล, 12
ภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ, 260
ภาวะทุพลภาพ, 36
ภาวะพึ่งพิง, 32
ภาวะสุขภาพ, 12

ภาวะสุขภาพชุมชน, 13, 16, 33
ภูมิปัญญาท้องถิ่น, 58

ม

มาตรฐานการพยาบาลอาชีวอนามัยและ
สิ่งแวดล้อม, 212
มูลฝอย, 207
เมืองไทยแข็งแรง, 36
เมืองน่าอยู่, 21
เมืองน่าอยู่อัจฉริยะ, 26

ร

ระบบการแพทย์แผนโบราณ, 44
ระบบการแพทย์พื้นบ้าน, 44
ระบบบริการทางสุขภาพ, 4
ระบบส่งต่อ, 27
ระบบสุขภาพชุมชน, 255
ระบบสุขภาพยั่งยืน, 32
ระบาดวิทยา, 13, 241, 249
ระยะพัฒนาการ, 84
รู้เท่าทันเหตุการณ์, 30
รูปแบบของครอบครัว, 83
โรคเกี่ยวเนื่องกับงาน, 221
โรคจากการประกอบอาชีพ, 217
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 14

ล

ลักษณะการเกิดโรค, 13
ลักษณะการเรียนรู้, 150
ลักษณะทางประชากร, 14, 244, 248
ลักษณะประชากร, 6
ลักษณะสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ, 14

ว

วงจรชีวิตครอบครัว, 84
วัฒนธรรมและวิถีชีวิต, 243
วัฒนธรรมการอยู่ร่วมกัน, 54
วัฒนธรรมของชุมชน, 11
วิเคราะห์เชิงลึก, 262
วิถีชีวิตของคนในชุมชน, 14
วิทยาการระบาด, 205
วิธีการกระบวนการกลุ่ม, 268
วิธีการของแฮนลอน, 266
วิธีการของคณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 269
วิธีการตรวจสุขภาพ 10 ท่า, 133
วิธีการนำเสนอข้อมูล, 258

ศ

ศักยภาพของชุมชน, 70
ศูนย์สุขภาพชุมชน, 14
เศรษฐกิจพอเพียง, 55

ส

ส่งเสริมการมีส่วนร่วม, 63
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค, 106
สถานบริการด้านสุขภาพ, 246
สถานะสุขภาพของครอบครัว, 82
สถิติชีพ, 16, 260
สถิติด้านสุขภาพอนามัย, 16
สภาพแวดล้อมการทำงาน, 221
สภาวะสุขภาพแบบองค์รวม, 236
สมาคมผู้ปกครองและครู, 195
สร้างจิตสำนึกร่วมกัน, 75
สร้างทักษะทางสังคม, 195
สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ, 216
สะท้อนความคิด, 178
สังคมแห่งการเรียนรู้, 16
สังคมประชาธรรม, 70
สังคมสมานุภาพด้านสุขภาพ, 75
สำนึกสาธารณะ, 72
สำมะโนประชากร, 247
สิ่งแวดล้อมและกายภาพ, 25
สิ่งแวดล้อมในโรงเรียน, 188
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ, 248
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของชุมชน, 14
สุขภาพของชุมชน, 25
สุขภาพคนวัยทำงาน, 230
สุขภาพดีถ้วนหน้า, 21, 36
สุขภาพอนามัย, 28
สุขภาพอนามัยของครอบครัว, 86
สุขศึกษาในโรงเรียน, 140
สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม, 46
เสริมสร้างศักยภาพ, 46

ห

หมอประจำบ้าน, 33
หมอพื้นบ้าน, 251
หลัก 5 D's, 265
หลักเศรษฐกิจพอเพียง, 27
ห้องพยาบาล, 194
แหล่งทรัพยากร, 246
แหล่งที่พึ่งทางด้านสุขภาพ, 45

อ

องค์การบริหารส่วนตำบล, 5
องค์ประกอบของชุมชน, 10
องค์ประกอบชุมชน, 48
องค์ประกอบด้านความสนใจ, 271
อนามัยสิ่งแวดล้อม, 39, 188
อัตราความชุก, 16
อัตราอุบัติการณ์, 16, 259

อาชีวอนามัย, 200
อาสาสมัครสาธารณสุข, 5

A

Analysis, 98
Attainable, 269

C

Community Calendar, 255
Community concern, 271
Community Health, 33
Community Health Status, 259
Community Organization, 254
Community-based, 53

D

Define the community, 243
Describe the people, 243
Disability, 265
Discomfort, 265
Disease (, 265
Dissatisfaction, 265

E

Ecomap, 90
Economy, 270
Effectiveness, 270
Efficiency, 270
Environmental data, 251
Equity, 270
Evaluation, 98
Examination, 93

F

Family Folder, 117
Family life cycle, 84
Family tree, 89
Formative evaluation, 277

G

Genogram, 253
Geo-Social Mapping, 252

H

Health Education, 272
Health for All, 21
Health Indicators, 259
Health Promotion, 21
Health Service, 259
Home Health Care, 272
Home Visit, 272
Housing, 92

I

Identify health risk factors, 245
Identify Problem, 262
Immobility, 92
Implementation, 98
INHOMESSS, 92
Interactive Learning through action, 71

L

Limitation, 268
Local History, 256

M

Master plan, 262
Measurable, 269
Medications, 93

N

Nominal Group Process, 268
Nutrition, 92

O

Objective data, 98
Occupational disease, 217
Occupational health, 200
Occupational Health Educator, 204
Occupational Health Nurse, 203
Occupational Health Physician, 202
Occupational Health Toxicologist, 204
Occupational Hygienist, 202
Orther people, 93
Ottawa Charter, 21

P

Plan, 98
Pre-Evaluation, 276
Primary health care, 52
Primary Health Care, 21
Priority Setting, 264
Public-interest groups, 72

R

Reasonable, 269
Revision, 98

S

School Health, 272
Sensible, 269
Seriousness of the problem, 267
Service, 93

Severity, 267

SMART, 269

Spiritual health, 93

Subjective data, 98

Sub-plan, 262

Summative evaluation, 277

Size of the problem, 266

T

Time, 269

U

Urgency, 267

W

Web of causation, 262

Work-related disease, 221

การพยาบาลสุขภาพชุมชน :

กระบวนการพยาบาลชุมชน อนามัยครอบครัว

อนามัยโรงเรียน อาชีวอนามัย

978-616-586-333-9