

614.023

๙ ๘32๗

7.3

ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ที่มีต่องานสุขศึกษา ในศูนย์บริการสาธารณสุข
กรุงเทพมหานคร

ปริญญาโท

ของ

อุบล ทุบายกรณ

11 ต.ค. 2533

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

เมษายน 2533

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

170622

คณะกรรมการที่ปรึกษาประจำตัวนิสิตและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์
ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต
วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการที่ปรึกษา

..... ประธาน
(ผศ. บุสดี ขรรณรักษ์)

..... กรรมการ
(ผศ. บุญผ่อง วรรณภิรมย์)

คณะกรรมการสอบ

..... ประธาน
(ผศ. บุสดี ขรรณรักษ์)

..... กรรมการ
(ผศ. บุญผ่อง วรรณภิรมย์)

..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผศ. ทวีสิทธิ์ สิทธิกร)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(ศ.ดร.สมพร บัวทอง)

วันที่ 4 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2533

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ บุณย์ ธรรมรักษ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญของ วรรณภิมย์ ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ ดร.ชนวรรณ อิมสมบุญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิสิทธิ์ สิทธิกร ซึ่งได้แนะนำเรื่องการสร้างเครื่องมือเป็นอย่างดี กราบขอบพระคุณ หัวหน้ากองการพยาบาล สาธารณสุข พยาบาลนิเทศ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่ให้ความสะดวก และช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่าน ซึ่งให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ขอขอบคุณ อาจารย์สุนันท์ คุณากร ณ ที่ให้ความช่วยเหลือในทุกด้าน

สุดท้ายขอขอบพระคุณทุก ๆ ท่านที่ผู้วิจัยไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ทีมงานช่วยเหลือในการทำปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงด้วยดี

อุบล คุณากรณ

สารบัญ

๗
บท

๖
หน้า

1	บทนำ	1
	ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	✓ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า 2	4
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า 4	5
	ขอบเขตในการศึกษาค้นคว้า	5
	คำนิยามศัพท์เฉพาะ	6
2	เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
	ความหมายของสุขศึกษา	9
	แนวความคิดทางด้านสุขศึกษา	11
	แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมรุ่มสุขภาพ	18
	องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรม รุ่มสุขภาพ	20
	ความจำเป็นในการจัดบริการ สุขศึกษาในสถานบริการทางการแพทย์	20
	ขอบเขตและเนื้อเรื่องสุขศึกษา	24
	เกณฑ์การ เลือกวิธีการให้สุขศึกษา	24
	การดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเขตเมือง	25
	นโยบายและแผนการดำเนินงานสุขศึกษาในแผนพัฒนาสาธารณสุข ระยะที่ 6	26
	แนวคิดและหลักการ สาธารณสุขมูลฐาน	30
	องค์ประกอบของการ สาธารณสุขมูลฐาน	33
	งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	46
	สมมติฐานทางการศึกษาค้นคว้า 3	52

3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	53
	ประชากร	53
	กลุ่มตัวอย่าง	53
	เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	55
	ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถาม	56
	เกณฑ์การให้คะแนนของเครื่องมือ	57
	การเก็บรวบรวมข้อมูล	58
	การวิเคราะห์ข้อมูล	58
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	60
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	65
	สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	65
	การวิเคราะห์ข้อมูล	65
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	66
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	95
	ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	95
	กลุ่มตัวอย่าง	95
	เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า	95
	การวิเคราะห์ข้อมูล	95
	สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	96
	อภิปรายผล	97
	ข้อเสนอแนะ	100
	ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	101

บท	หน้า
บรรณานุกรม	102
ภาคผนวก	109
ประวัติย่อของผู้วิจัย	130

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 ความหมายของ "สุขศึกษา"	10
2 แนวความคิดทางคานสุขศึกษา	11
3 การพัฒนาสาธารณสุข	27
4 การดำเนินงานสุขศึกษา	28
5 บทบาทของประชาชน	29
6 ความต้องการด้านสุขภาพอนามัยและกิจกรรมทางการสาธารณสุข	40

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาคที่ตอบแบบสอบถาม	54
2	จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามอายุ	66
3	จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามระดับการศึกษา ...	67
4	จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามประสบการณ์ การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข	68
5	จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน	69
6	จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามสมรส	70
7	จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับความรู้ งานสุขศึกษา	71
8	ประเมินระดับความรู้ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามร้อยละของคะแนน	73
9	ระดับทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับงานสุขศึกษา	74
10	ระดับการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับงานสุขศึกษา	77
11	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามอายุแตกต่างกัน	80
12	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามอายุแตกต่างกัน	81
13	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามอายุแตกต่างกัน	82
14	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	83
15	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	84
16	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน	85

17	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีประสบการณ์ด้านสาธารณสุขแตกต่างกัน ...	86
18	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีประสบการณ์ด้านสาธารณสุขแตกต่างกัน ...	87
19	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีประสบการณ์ด้านสาธารณสุขแตกต่างกัน ...	88
20	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน	89
21	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน	90
22	การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน	91
23	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ระหว่าง โศกกับสมรส	92
24	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ระหว่าง โศกกับสมรส	93
25	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ระหว่าง โศกและสมรส	94

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยในฐานะสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ที่มีเป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า จึงได้กำหนดเป็นนโยบายของประเทศขึ้น เพราะคุณภาพของประชากร เป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการพัฒนาประเทศ หากประชากร ของประเทศมีสุขภาพอนามัยดี การพัฒนาประเทศก็จะเป็นไปได้ อย่างรวดเร็ว รัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องนี้อย่างมาก จึงได้มีการนำการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) มาเป็นแนวทางในการพัฒนางานบริการด้านสุขภาพ พละานามัยของประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า ในปี 2543 การสาธารณสุขมูลฐานนี้เป็นการให้บริการสาธารณสุขของรัฐที่มุ่งเน้นความสำคัญของประชาชน โดยให้ประชาชนมีโอกาสร่วมพัฒนาสุขภาพของตนเอง และชุมชน

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นสาธารณสุขแบบบูรณาการ (Comprehensive Health Care) ดำเนินงานในรูปแบบผสมผสานมีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้นและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งชุมชนมีความต้องการร่วมมือกันเอง หรือได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล จัดให้มีขึ้นโดยใช้ชุมชนพลัง และวิทยาการที่สมควรเหมาะสมกับสภาพของประชาชนแต่ละท้องถิ่น และเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ชนบทชนบทเป็นแบบประเพณี และสภาพสังคมของท้องถิ่น ในอันที่จะแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข ซึ่งประชาชนตระหนักด้วยตนเอง การดำเนินงานมีความเชื่อมโยงกับขบวนการพัฒนาท้องถิ่น และบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านการสนับสนุนการส่งต่อผู้ป่วย และการติดตามติดตาม

การสาธารณสุขมูลฐาน เริ่มนำมาใช้ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520 - 2524) โดยให้การดำเนินงานครอบคลุมพื้นที่ 50 เปอร์เซ็นต์ของหมู่บ้านชนบท แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 - 2529) ได้ตั้งเป้าหมายที่จะเกิดดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานครบทุกหมู่บ้าน ซึ่งได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขไว้ 8 อย่าง งานสุขศึกษา เป็นงานส่วนหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐาน การสุขศึกษาเป็นการให้ประชาชนทุกคนหรือทุกคนรอบรู้ได้รู้ถึง

ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน เข้าใจถึงวิธีการป้องกัน ควบคุมโรค การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ครอบครัว และชุมชน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ฉบับที่ 6 (2530 - 2534) ซึ่งเป็นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่ใช้อยู่ปัจจุบัน ยังคงเน้นองค์ประกอบของการสาธารณสุขฐานทั้ง 8 อย่าง คือ การศึกษา การโภชนาการ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ การส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรค การสุขภาพจิต การรักษายาบาลเบื้องต้น การอนามัยแม่และเด็ก การจัดหาที่จำเป็นสำหรับชุมชน ทั้งหมดที่กล่าวมาเป็นบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานที่ชุมชนสามารถดำเนินการเองได้ ถ้าได้รับการแนะนำช่วยเหลืออย่างเหมาะสม (สุภาพย์ ขอนชัยจิตร. 2530 : 30)

สำหรับกรุงเทพมหานครได้นำการสาธารณสุขฐานมาให้บริการแก่ประชาชนใน 2 รูปแบบด้วยกันคือ รูปแบบที่ให้กับชุมชนเขตรอบนอกและชุมชนแออัด (ประสมภัก ศกุนตนาภ. 2529 : 11) ประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นบุคคลที่มีลักษณะแตกต่างกันมาก ชีวิตเต็มไปด้วยการแก่งแย่งพยายามหาผลประโยชน์เฉพาะตนหรือเฉพาะกลุ่ม ผู้ที่พหุมาจากชนบทนั้น ส่วนใหญ่มีเศรษฐกิจไม่มีการศึกษาทำ ไม่มีความชำนาญเฉพาะทาง จึงกลายเป็นแรงงานที่ไม่มีฝีมือ จำต้องประกอบอาชีพรายได้น้อยและไม่แน่นอน ผลที่ตามมาคือความเจ็บป่วย เนื่องจากความไม่รู้ ไม่สามารถจะปฏิบัติตัวให้ถูกสุขลักษณะได้ ความจนที่ไม่สามารถซื้ออาหารที่ดี หรือเข้าไปใช้บริการที่ดี ๆ ได้ จึงเกิดเป็นวงจรแห่งความชั่วร้าย ใจ จม เจ็บ (จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และอุคม คมพยัคฆ์. 2526 : 20) และผู้พหุเหล่านี้ จำเป็นต้องหาที่อยู่อาศัยในราคาถูก หรือปลูกสร้างเองโดยไม่ไถ่มาทราฐาน ในบริเวณที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการเจ็บป่วยของประชากรในชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานครของ วัน กุชิตา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเกือบทุกปัจจัยมีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยและปัจจัยทางค่านิยมเศรษฐกิจ มีผลต่อการใช้บริการด้านสาธารณสุข (วัน กุชิตา. 2529 : 4 - 9) เมื่ออพยพมาอยู่กันมาก ๆ ก็กลายเป็นชุมชนแออัด ซึ่งขณะนั้นมีถึง 432 แห่ง (ประสมภัก ศกุนตนาภ. 2529 : 12) และชุมชนแออัดเหล่านี้ ถือเป็นชุมชนกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการให้บริการสาธารณสุขฐานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ซึ่งชุมชนแออัดเหล่านี้ยังไม่ไกลจากหน่วยบริการสาธารณสุขในแต่ละแห่ง

จากการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลส่วนหนึ่งจาก 12 ชุมชนของ บุญเจิม แสงศิษฐ์ ได้ให้ข้อที่น่าสนใจเกี่ยวกับโรคที่พบในชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานครไว้ว่า โรคที่พบเป็นโรคไม่คอบรุนแรง รักษาแบบผู้ป่วยนอก (O.P.D.) โรงพยาบาลได้ บางโรคชาวชุมชนแออัด อาจจะดูแลรักษาตัวได้ ถ้าได้รับรู้ถึงสาเหตุที่ก่อ (บุญเจิม แสงศิษฐ์. 2528 : 53)

การที่จะดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้บรรลุถึงเป้าหมายนั้น อาจทำได้ 3 วิธีด้วยกันคือ
 ให้บริการ ไขกฎหมายบังคับ และให้การศึกษา หรือให้รู้ศึกษา สำหรับนโยบายของรัฐบาล ใน
 ปัจจุบันเน้นเรื่องการศึกษา และการพัฒนาชนบท โดยศึกษาจะต้องสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน
 ทั้ง 7 ด้าน (ไพโรจน์ นิงสานนท์. 2524 : 15 - 16) และความดันอันสูงสุดของนักศึกษาคือ
 A การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การศึกษาเป็นขบวนการที่เจตนาจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพราะฉะนั้น
 ความสำคัญของงานศึกษาคือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ได้ จากพฤติกรรมที่ไม่ส่งผลดีต่อภาวะ
 สุขภาพ ไปเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ สิ่งนี้คือ ความดันอันสูงสุดของนักศึกษา (ทวีทอง
 หงษ์วิวัฒน์. 2524 : 12) แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นเป็นเรื่องที่ค่อนข้างซับซ้อนเพราะว่า
 พฤติกรรมนั้น เกิดขึ้นมาจากกระบวนการเรียนรู้ ซึ่งสะสมมาตั้งแต่เด็ก โดยเฉพาะพฤติกรรมอนามัย
 เกิดจากสาเหตุหลายสาเหตุประกอบเข้าด้วยกัน (Multiple Causality) และงานศึกษาไม่ใช่
 ทำงานเฉพาะในเรื่องการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพเท่านั้น แต่ศึกษาต้องให้ความรู้ให้
 ประชาชนได้ใช้บริการที่ถูกต้องด้วย (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2524 : 26) และงานศึกษาควรเป็น
 งานที่มีลักษณะที่เป็น two way communication คือนักศึกษาจะต้องรู้ว่าชุมชนมีพฤติกรรมอะไร
 ทำให้มีพฤติกรรมอย่างนั้น ชุมชนมีความเชื่ออย่างไร ซึ่งส่งผลให้เขามีพฤติกรรมนั้น ชุมชนมีค่านิยม
 อย่างไรบนพื้นฐานความรู้อันนี้ แล้วเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงนำแนวทางโครงการทางด้านศึกษา
 เพราะการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตด้วยการพึ่งตนเองนั้น ประชาชนต้องทราบปัญหาที่สำคัญของชุมชน
 รวมทั้งปัญหาสาธารณสุข ทราบสาเหตุแห่งปัญหา และต้องทราบแนวทางในการแก้ปัญหาแห่งปัญหานั้น
 ซึ่งทั้งสองฝ่ายจะต้องให้ความร่วมมือกัน ซึ่งกิจกรรมหนึ่งที่จำเป็นคือ การให้ความรู้แก่ประชาชนของ
 เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อประชาชนจะได้มีความสามารถในการตัดสินใจ ดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา
 สาธารณสุขของชุมชน ด้วยวิธีการที่สมเหตุผลและเป็นไปได้

สำหรับบทบาท หน้าที่ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่จะต้องให้บริการทางด้านการส่งเสริม
 สุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 J สามารถที่จะนำผู้ศึกษาไปให้บริการทั้งโดยตรง และทางอ้อมคือ ช่วยส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ให้บริการ
 ประชาชนคนอื่น ๆ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งบทบาททางศึกษานี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 จำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ในงานศึกษาเป็นอย่างดี เพราะงานศึกษาสามารถที่จะช่วย
 เสริมความเป็นแบบอย่างที่ดีทางสุขภาพ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลร่วมมือ และรับผิดชอบร่วมกันในครอบครัว

และในชุมชนงานสุขศึกษา ไม่สามารถแยกจากงานด้านการรักษาและการสาธารณสุข แต่จะเป็น
 คานเหล็ก (สุริย์ จันทรโมลี. 2528 : 7) ที่จะช่วยเสริมงานแต่ละสาขาให้มีความเข้มแข็ง
 คงทน ถาวร และประสบความสำเร็จ

สำหรับการดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในเขตเมืองนั้น ยังพบว่า การ
 ดำเนินงานสุขศึกษายังขาดวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม และขาดการติดตามและประเมินผลต่อเนื่อง
 (ประมก ศกุนตนาค. 2530 : 56) รวมทั้งจากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ได้คลุกคลีกับการปฏิบัติงาน
 ของศูนย์บริการสาธารณสุข มีความคิดเห็นว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีบทบาทสำคัญอย่างมากของงาน
 สุขศึกษา ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

จากเหตุผลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยต้องการทราบว่า ตัวจักรกลสำคัญที่รับผิดชอบในการดำเนินงาน
 สุขศึกษา และการบริการสาธารณสุข มีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติอย่างไร เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ซึ่งจะ
 สามารถให้บริการ และเป็นตัวอย่างที่ดีให้กับชุมชนบริการ รวมทั้งเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต ให้มี
 สุขภาพที่ดีวนหน้า สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก ว่า "Health For All By
 the Year 2000"

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า *

1. เพื่อทราบความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. เพื่อทราบทักษะเกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. เพื่อทราบการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ฐานะทาง
 เศรษฐกิจ และสถานภาพการสมรส

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อนำผลจากการศึกษามาเป็นแนวทาง หรือให้ข้อเสนอแนะด้านการวางแผน การปฏิบัติงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อนำผลจากการศึกษา มาเป็นแนวทางในการปรับปรุง ในการจัดบริการงาน ด้านการให้สุขศึกษา ให้สอดคล้องกับความต้องการ ของชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตในการศึกษาค้นคว้า

1. ประชากร
ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และมีหน้าที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาแก่ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วยที่มารับบริการ ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 56 ศูนย์ มีประชากร 448 คน
2. กลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งประกอบด้วย เจ้าหน้าที่งานส่งเสริมสุขภาพ เจ้าหน้าที่งานการควบคุมโรค พยาบาลวิชาชีพ เจ้าหน้าที่พยาบาล ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในงานสุขศึกษาให้แก่ผู้ป่วย และญาติผู้ป่วย ที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร โดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้ตัวแทนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 196 คน ใน 28 ศูนย์
3. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา
 - 3.1 ตัวแปรอิสระคือ สภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามลักษณะได้ดังนี้
 - 3.1.1 อายุ
 - 3.1.2 ระดับการศึกษา
 - 3.1.3 ประสบการณ์ด้านการปฏิบัติงานสาธารณสุข
 - 3.1.4 ฐานะทางเศรษฐกิจ
 - 3.1.5 สถานภาพการสมรส
 - 3.2 ตัวแปรตามคือ ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติงานสุขศึกษา

คำนิยามศัพท์เฉพาะ

- 1./ ความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา หมายถึง พฤติกรรมด้านความสามารถในการคิด การทำความเข้าใจ การนำไปประยุกต์ใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมินค่าของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในเรื่องเกี่ยวกับงานสุขศึกษา
- 2./ ทักษะเกี่ยวกับงานสุขศึกษา หมายถึง ทักษะ ความรู้สึก ความเชื่อของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีต่องานสุขศึกษา (ทั้งในค่านิยมหรือค่านิยม)
- 3./ การปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา หมายถึง พฤติกรรมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกระทำหรือปฏิบัติ เกี่ยวกับงานสุขศึกษา
- 4./ งานสุขศึกษา หมายถึง งานด้านการสอน แนะนำ และจัดกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพอนามัย ให้แก่ผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกบำบัดโรค คลินิกส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย คลินิกตรวจครรภ์ ตรวจหลังคลอด วางแผนครอบครัว สุขภาพเด็กดี ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
- 5./ ศูนย์บริการสาธารณสุข หมายถึง สถานที่ให้บริการแก่ประชาชนทางด้านการต่าง ๆ ดังนี้
 - 5.1 (การส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการอนามัยแม่และเด็ก ดูแลสุขภาพหญิงมีครรภ์ ทารก เด็กก่อนวัยเรียน บริการวางแผนครอบครัว บริการเยี่ยมบ้าน กลุ่มที่อาจมีปัญหาสาธารณสุข บริการอนามัยโรงเรียน บริการส่งเสริมทันตสาธารณสุข สุขภาพจิต และการศึกษาเพศศึกษา บริการโภชนาการ บริการสุขศึกษา การส่งเสริมทางสาธารณสุข และงานสาธารณสุขมูลฐาน
 - 5.2 การป้องกันและควบคุมโรค บริการควบคุมป้องกันและเฝ้าระวังโรคติดต่อ ไข้หวัด ป้องกันโรคติดต่อ อีโชน บาดทะยัก วัณโรค โหฬัยค์ หัด หัดเยอรมัน โปลิโอ ร่วมจัดบริการควบคุมป้องกันโรคพันธุกรรมฟลูออโรค จัดให้บริการในและนอกสถานที่
 - 5.3 การรักษาพยาบาล ให้บริการตรวจรักษาโรคทั่วไป โรคที่บริการคลินิกพิเศษ เฉพาะโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุข ได้แก่ โรคผิวหนัง โรคตา หู คอ จมูก กามโรค วัณโรค สุขภาพจิต บำบัดผู้ติดยาเสพติด คลินิกผู้สูงอายุ มีบริการสาธารณสุขเคลื่อนที่แก่ชุมชนที่อยู่ห่างไกล
- 6./ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร มีหน้าที่ให้บริการและเกี่ยวข้องกับงานสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วย

6.1 พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติงานคลินิก เฉพาะโรค งานหน่วยสาธารณสุขเคลื่อนที่ งานเวชภัณฑ์และครุภัณฑ์การแพทย์ และการให้บริการรักษาพยาบาล

6.2 เจ้าหน้าที่งานควบคุมโรค หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังรักษาโรค เสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดต่อทั่วไป

6.3 เจ้าหน้าที่งานส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานอนามัยโรงเรียน งานโภชนาการ

7. อายุ หมายถึง อายุของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่กำลังปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร แบ่งเป็น

7.1 อายุต่ำกว่า 20 ปี

7.2 อายุ 20 - 30 ปี

7.3 อายุ 31 - 40 ปี

7.4 อายุ 41 ปีขึ้นไป

8. ระดับการศึกษา หมายถึง การศึกษาค้นสาธารณสุข ซึ่งแบ่งออกเป็น

8.1 ระดับประกาศนียบัตร

8.2 ระดับอนุปริญญา

8.3 ระดับปริญญาตรี

8.4 ระดับสูงกว่าปริญญาตรี

9. ประสบการณ์งานการปฏิบัติงานสาธารณสุข หมายถึง จำนวนปีของการรับราชการด้านสาธารณสุข แบ่งเป็น

9.1 ต่ำกว่า 5 ปี

9.2 5 ปี - 10 ปี

9.3 11 ปี - 15 ปี

9.4 16 ปี - 20 ปี

9.5 20 ปีขึ้นไป

10. ฐานทางเศรษฐกิจ หมายถึง รายได้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเฉลี่ยต่อเดือน

10.1 ต่ำกว่า 3,000 บาท

10.2 3,000 - 4,999 บาท

10.3 5,000 - 6,999 บาท

10.4 7,000 บาทขึ้นไป

11. สถานภาพการสมรส หมายถึง สถานภาพทางการสมรสของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แบ่งเป็น

11.1 โสด

11.2 สมรส

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความหมายของสุขศึกษา

ผู้ที่อยู่ในวงการสุขศึกษา ได้ให้ความหมายของสุขศึกษาไว้อย่างต่างกันไป

วูด (Wood. 1926 : 7) ได้ให้ความหมายของสุขศึกษาไว้ว่า สุขศึกษา หมายถึง ผลรวมของประสบการณ์ ซึ่งมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคล ชุมชน และประเทศ

องค์การอนามัยโลก (W.H.O. Technical Report No.89. 1959 : 5)

ได้ให้ความหมายของสุขศึกษาไว้ว่า สุขศึกษา เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงความรู้ความสามารถ และพฤติกรรมของบุคคล สุขศึกษาจะเน้นที่การพัฒนาการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัย ซึ่งเชื่อว่าจะก่อให้เกิดสภาวะความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

สมาคมแพทยอเมริกา (American Medical Association. 1965 : 4)

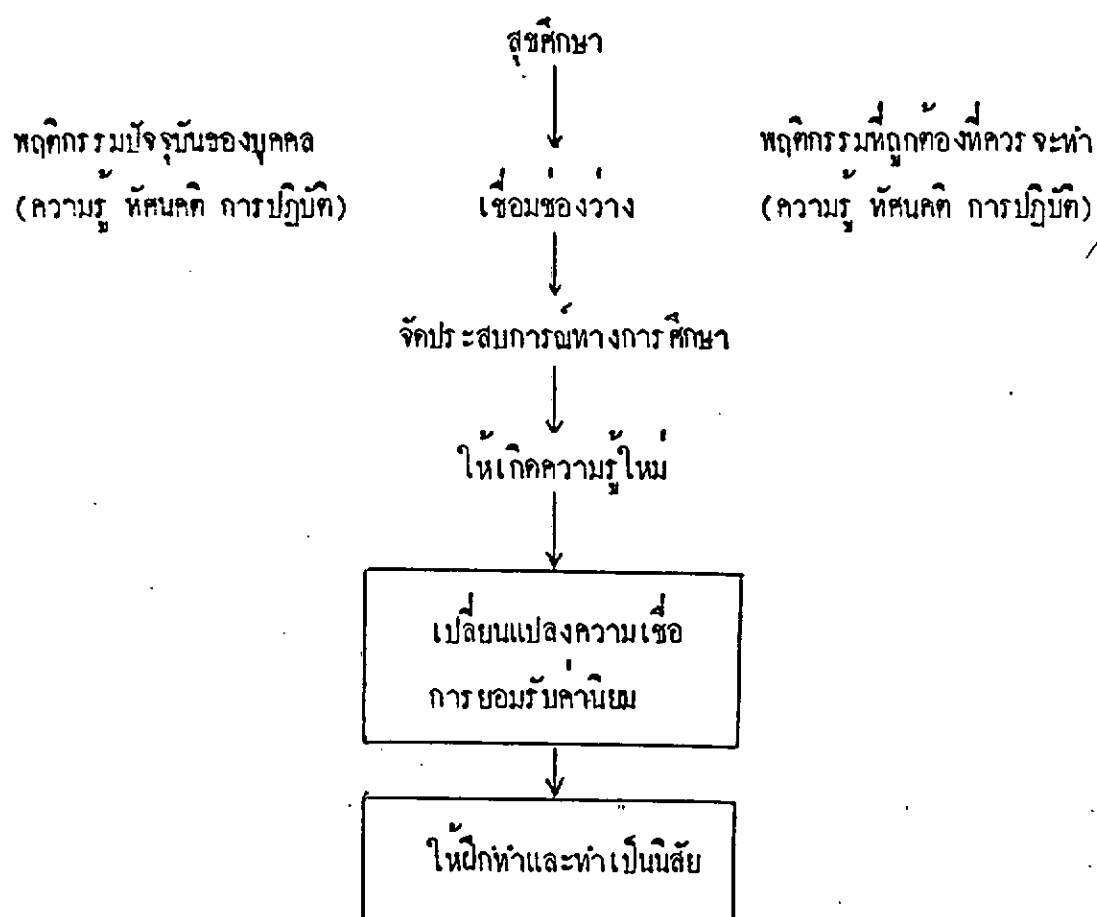
ได้ให้ความหมายของสุขศึกษาไว้ว่า สุขศึกษา หมายถึง ความต้องการที่จะเชื่อมโยงช่องว่างระหว่างการค้นพบทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ กับการนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

คณะกรรมการร่วม มัธยมศึกษาทางสุขศึกษา (The Joint Committee on Health Education. 1962 : 28) ได้ให้ความหมายของสุขศึกษาไว้ว่า สุขศึกษา หมายถึงกระบวนการจัดหา หรือใช้ประสบการณ์ เพื่อที่จะให้มีอิทธิพลต่อความเข้าใจ ทัศนคติ และการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัว และชุมชน

จากคำจำกัดความของสุขศึกษาที่กล่าวมาทั้งหมด พอสรุปได้ว่า

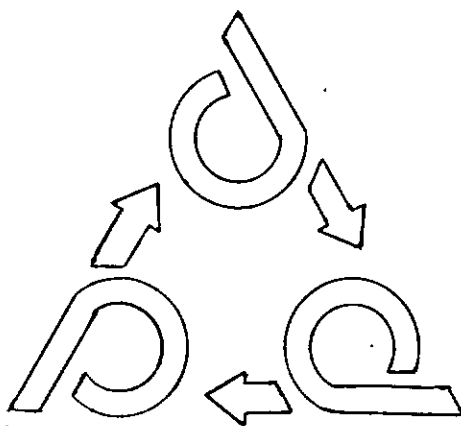
✓ สุขศึกษา คือกระบวนการ (Process) ที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ ซึ่งมีผลทำให้บุคคล ครอบครัว หรือชุมชนได้รับความรู้ เกิดทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพหรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การใช้วิธีการหรือกระบวนการทางการศึกษา เพื่อให้บุคคล ครอบครัวหรือชุมชน มีสุขภาพที่ดี เพื่อให้เข้าใจความหมายของ "สุขศึกษา" บ้างขึ้น อาจจะสรุปได้จากภาพประกอบดังต่อไปนี้

(ประภาพงษ์ สุวรรณ. 2522 : 6)



ภาพประกอบ 1 ความหมายของ "สุขศึกษา"

แนวความคิดทางค่านิยมศึกษา



ภาพประกอบ 2 แนวความคิดทางค่านิยมศึกษา

แนวความคิดหลักทางค่านิยมศึกษา ที่แสดงจากภาพประกอบข้างบนนี้ ประกอบด้วยแนวความคิดหลัก 3 อย่าง ซึ่งแทนโดยวงกลมสามวงที่เห็น ซึ่งวงกลมทั้งสามมีความสัมพันธ์กัน ถ้าขาดส่วนใดส่วนหนึ่งจะทำให้ "ค่านิยมศึกษา" ไม่สมบูรณ์ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2522 : 5 - 6)

วงที่ 1 หมายถึง สุขภาพเป็นผลรวมของภาวะแห่งความสมบูรณ์ของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

วงที่ 2 หมายถึง พฤติกรรม ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้ หัตถ์คณิ และการปฏิบัติ ความรู้ในที่นี้หมายถึงความถึง รู้ เข้าใจ นำไปใช้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินค่า

วงที่ 3 ค่านิยมมีจุดมุ่งไปสู่ตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน ส่วนประกอบทั้ง 3 ส่วน จะมีความสัมพันธ์กัน เปรียบเสมือนกระเปาะหนึ่งสีจะทอมีส่วนกว้าง ส่วนสูง และส่วนลึก ถ้ามีเพียงส่วนประกอบส่วนเดียว ก็ไม่เรียกว่ากระเปาะหนึ่งสีจริงอยู่สิ่งต่าง ๆ จะมีส่วนประกอบเหล่านั้นไม่เท่ากัน ก็ยังถูกเรียกชื่อว่าเป็นอย่างนั้น ฉะนั้นก็ฉนั้น สุขภาพของบุคคลก็เช่นเดียวกัน ส่วนประกอบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคลไม่เหมือนกัน บุคคลหนึ่งอาจมีสุขภาพที่ดีเหมือนกับอีกบุคคลหนึ่ง แต่ส่วนประกอบทั้ง 3 อย่าง อาจไม่เท่ากันก็ได้ ในภาวะหนึ่งหรือเวลาหนึ่ง ส่วนประกอบอันหนึ่งอาจจะ

ต้องให้ความสนใจอย่างมากกว่าส่วนประกอบอื่น เพื่อจะได้คงไว้ซึ่งภาวะที่สมบูรณ์ของสุขภาพ คนที่ทำงานเป็นนักศึกษาก็ต้องมีแนวความคิดหลักนี้ และเข้าใจว่าสิ่งทั้งสามจะต้องผสมผสานกัน จะไม่นับเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างเดียวนำได้ จึงจะช่วยให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ทางด้านสุขภาพได้ คือการปฏิบัติที่ถูกต้อง การมีสุขภาพที่ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

แนวคิดและรูปแบบการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต

บุญเยี่ยม พระกลวงษ์ ได้ขยายถึงแนวคิดเรื่องพฤติกรรมเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ด้วยกัน ดังนี้ (บุญเยี่ยม พระกลวงษ์/ 2530 : 69 - 76)

แนวคิด 1 ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Intra Individual Causal Assumption)

รากฐานของแนวความคิดมาจากสมมติฐานเบื้องต้นว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรม หรือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมาจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล อันได้แก่ ความรู้ เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ ความตั้งใจไปพฤติกรรม

จากแนวความเชื่อข้างต้น นักพฤติกรรมศาสตร์ในกลุ่มนี้สนใจศึกษาและสร้างทฤษฎีเกี่ยวกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ ทฤษฎีเจตคติและการเปลี่ยนแปลงเจตคติ ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจ ทฤษฎีค่านิยม วิธีการศึกษาก็จะยึดทฤษฎีดังกล่าวเป็นหลัก โดยเน้นการให้ความรู้ การเปลี่ยนเจตคติ การสร้างแรงจูงใจ การสร้างค่านิยม เป็นต้น การวัดผลของการดำเนินงานสุขภาพ ก็จะใช้ในรูปของการเปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และค่านิยม ซึ่งเราเรียกว่า KAP Study นั่นเอง จากผลการวิเคราะห์ KAP ทางด้านการวางแผนของครอบครัวของประเทศกำลังพัฒนาหลายประเทศ พบว่า ความรู้ และเจตคติของการศึกษาและวิจัยบางส่วนก็สัมพันธ์กับพฤติกรรมบางส่วนก็ไม่พบว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กัน ทำให้นักพฤติกรรมศาสตร์ตั้งข้อสงสัยว่า KAP จะมีใช้เครื่องมือที่ จะให้วัดพฤติกรรม อนาคต

แนวคิดที่ 2 ปัจจัยภายนอกบุคคล (Extra Individual Causal Assumption)

กลุ่มนี้รากฐานแนวคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมมาจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคล นักพฤติกรรมศาสตร์กลุ่มนี้สนใจศึกษาปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม และระบบโครงสร้างทางสังคม เช่น ระบบการเมือง การเศรษฐกิจ การศึกษา ศาสนา องค์ประกอบทางประชากร และลักษณะทาง

ภูมิศาสตร์ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของคนอย่างไร พฤติกรรมที่นำมาประยุกต์ใช้จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์ จิตวิทยาสังคม และเศรษฐศาสตร์

แนวคิดที่ 3 ปัจจัยหลายปัจจัย (Multiple Causality Assumption) กลุ่มนี้มียุทธศาสตร์แนวคิดมาจากสมมติฐานที่ว่า พฤติกรรมของคนนั้นเกิดมาจากทั้งปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยภายนอกบุคคลใด มีนักพฤติกรรมศาสตร์กลุ่มหนึ่งได้รวบรวมรูปแบบของพฤติกรรมอนามัย 14 รูปแบบประกอบไปด้วยตัวแปร 109 ตัวแปร สรุปได้ว่าปัจจัยต่อไปนี้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอนามัยของคน

1. ความยากง่ายของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
2. การประเมินผลประโยชน์ของบริการสาธารณสุข
3. โลกทัศน์เกี่ยวกับอาการของโรค ความรุนแรง และการเสี่ยงต่อการติดโรค
4. องค์ประกอบทางสังคม และเครือข่ายทางสังคม
5. ความรู้
6. องค์ประกอบทางประชากร

สำหรับกลุ่มหลังนี้จะนำทฤษฎีทางจิตวิทยา จิตวิทยาสังคม สังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์ และสังคมศาสตร์สาขาอื่น ๆ เข้ามาประยุกต์ในการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาพฤติกรรม และพยายามหาวิธีแก้ปัญหาโดยผสมผสานวิชาชีพสาขาต่าง ๆ เข้ามารวมกันดำเนินการ

รูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ

นักพฤติกรรมศาสตร์ ได้สร้างรูปแบบจำลองขึ้นมาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ หรือที่เราเรียกว่า Health Behavior Models ขึ้นมา บางรูปแบบมีแนวคิดอยู่กับปัจจัยภายในตัวบุคคล บางรูปแบบก็อยู่กับปัจจัยภายนอกบุคคล หรือบางรูปแบบก็ผสมผสานความคิดทั้งปัจจัยภายในและภายนอกเข้าด้วยกัน เพื่อให้ได้แนวคิดเพิ่มเติมจะขอกล่าวถึงรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพโดยย่อดังนี้

1. รูปแบบที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในตัวบุคคล

รูปแบบพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายในตัวบุคคลที่สามารถนำมาใช้แก้ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่

1.1 รูปแบบความเชื่อกันสุขภาพ (Health Belief Model) รูปแบบนี้ได้รับอิทธิพลมาจากทฤษฎีของ เลวิน และต่อมา โรเซนสติกอ ได้นำรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพมาใช้อธิบาย

พฤติกรรมการป้องกันโรค ต่อมา Becker และ Mainan ก็ได้พัฒนารูปแบบมาใช้ทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคของบุคคล โดยหลักการใหญ่ ๆ แล้วรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพจะยึดแนวคิดเรื่อง ความเชื่อเป็นหลัก การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่น การไปตรวจสุขภาพ เป็นประจำปีละครั้ง หรือการไปรับการฉาย X-ray ปอด เป็นต้น บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อว่า

1. ตัวเขามีโอกาสที่จะเป็นโรคนั้น ๆ ได้
2. โรคดังกล่าวถ้าเป็นแล้วมีอาการรุนแรง อาจทำให้ตายหรือพิการได้
3. เชื่อในผลประโยชน์ที่ได้รับ
4. ปัจจัยด้านแรงจูงใจไปปฏิบัติพฤติกรรม
5. ปัจจัยร่วมอื่นใดแก่ ตัวแปรด้านอายุ เพศ บุคลิกภาพ และ
6. ปัจจัยกระตุ้น อันใดแก่ ขั้วสาร ซึ่งบุคคลได้รับจากสื่อมวลชนจากเพื่อนบ้าน

จากเจ้าหน้าที่ เป็นต้น

1.2 รูปแบบความตั้งใจไปพฤติกรรม นักพฤติกรรมศาสตร์ ชื่อ Fishbein และ Ajzen ได้ให้ความสนใจต่อปัจจัยภายในบุคคล โดยเบื้องต้นศึกษาถึงทัศนคติว่ามีความสามารถในการอธิบาย พฤติกรรมได้มากน้อยเพียงใด ก็พบว่าการนำทัศนคติมาใช้อธิบายพฤติกรรมมีปัญหาคือปัญหาการให้ความหมาย ของคำว่า ทัศนคติว่า หมายถึงเฉพาะความรู้สึกนึกคิดอย่างเดียวหรือได้นำองค์ประกอบหลาย ๆ ด้านของ ทัศนคติเข้ามาพิจารณาด้วย อีกปัญหาหนึ่งก็คือ วิธีการในการวัดทัศนคติ Fishbein ได้เสนอแนะว่า ความตั้งใจของบุคคลที่จะกระทำ หรือไม่กระทำพฤติกรรม เป็นตัวกำหนดที่สามารถทำนายพฤติกรรมได้ อย่างดี ในที่สุด Fishbein และ Ajzen ก็ได้พัฒนารูปแบบความตั้งใจไปพฤติกรรมขึ้นเป็น Theory of Reasoned Action ในปี 1975 โดยมีหลักการใหญ่ ๆ ดังนี้ Fishbein ชี้ให้เห็นว่า ความเชื่อ เกี่ยวกับผลของการกระทำพฤติกรรมจะมีอิทธิพลต่อทัศนคติ และบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง ซึ่งทั้งทัศนคติและ บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงจะไม่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจไปพฤติกรรม และในที่สุดจะมีผลต่อพฤติกรรม

1.3 การเชื่ออำนาจในตนในการพัฒนาสุขภาพ จุดเริ่มต้นของ Health Locus of Control มาจากทฤษฎี Expectancy - Value Theory โดยมีหลักการที่สำคัญคือ ทฤษฎีนี้เชื่อว่า บุคคลมีความคาดหวังที่จะทำพฤติกรรม และเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นมีคุณค่าต่อการส่งเสริมสุขภาพบุคคล บางคน สามารถควบคุมการกระทำของตนเองได้ โดยไม่ต้องให้ใครมาบังคับ พวกนี้จัดเป็น Internal Locus of Control บุคคลบางคนไม่สามารถควบคุมการกระทำของตนเองได้ เพราะเชื่อว่า

สิ่งแวดล้อมภายนอกเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ โชค เศรษฐกิจ โอกาส และเชื่อนิอิทธิพลของคนอื่น พวกนี้จัดเป็น External Locus of Control หากเราสามารถ ฝึกได้ว่าบุคคลแต่ละบุคคลจัดอยู่ในประเภทใด เราสามารถจะหาวิธีดำเนินการสุศึกษาเพื่อให้ บุคคลนั้นได้

1.4 รูปแบบการปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรม (Behavior Modification)

รูปแบบนี้ยึดหลัก Social Learning Theory ของ แบนดูรา ซึ่งเรียกว่า เราสามารถจะปรับปรุง แก้ไขพฤติกรรมใหม่ทั้งที่ประสงค์ได้ โดยการ ะบวนการการเรียนรู้ การเรียนรู้ใหม่นั้นจะต้องให้สอดคล้อง ไปกับชีวิตประจำวันและสภาพสิ่งแวดล้อมทางสังคม วัฒนธรรมของผู้ปฏิบัติ กลวิธีในการก่อให้เกิดการ เรียนรู้ใหม่นั้น มีอยู่หลายวิธี ได้แก่ วิธีการสร้างแรงกระตุ้น โดยการ เชื้อนความจำให้ปฏิบัติพฤติกรรม ใหม่ การก่อให้เกิดความมั่นใจสัญญาโดยตัวผู้ของการจะเปลี่ยนพฤติกรรมวางเป้าประสงค์ของการปฏิบัติเอง ลงมือปฏิบัติและความคุมตนเองให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ ตัวอย่างเช่น การควบคุมอาหารในกลุ่มผู้มี ปัญหาเรื่องการควบคุมน้ำหนัก เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีวิธีอื่น ๆ อีกหลายวิธี เช่น การวางกรอบพฤติกรรม (Shaping) การควบคุมตนเอง (Self - Monitoring) เป็นต้น

2. รูปแบบที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

รูปแบบการนำปัจจัยภายนอกเข้ามาใช้ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมของบุคคลและกลุ่มที่ใช้กัน มากที่จะขอนำเสนอในที่นี้ ได้แก่

การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมแก้ปัญหาสาธารณสุข (Social Support Strategy)

กลวิธีแรงสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากทฤษฎี ที่กล่าวมาแล้วทั้ง 2 ทฤษฎี ซึ่งเป็น ผลมาจากการศึกษาทางงานสังคมจิตวิทยา พบว่า การตัดสินใจส่วนใหญ่ของคนนั้นจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของ บุคคล ซึ่งมีความสำคัญและเป็นอำนาจเหนือกว่าตัวเราอยู่ตลอดเวลา

เป็นที่ยอมรับกันมาเป็นเวลานานแล้วว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทต่อพฤติกรรม ออนามัยของคนไปจนชั่วชีวิต ทั้งในแง่กายภาพและสุขภาพจิต ในแง่การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ "ผู้รับแรงสนับสนุน" ได้รับความช่วยเหลือ คำนวณข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือการสนับสนุนด้านจิตใจจาก "ผู้ให้การสนับสนุน" ซึ่งอาจเป็นบุคคล

หรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับได้ปฏิบัติไปในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ในพื้นหมายถึง การมีสุขภาพอนามัย

แรงสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3. รูปแบบสหปัจจัย หรือรูปแบบสุขภาพในเวชวิทยา

รูปแบบนี้วิวัฒนาการมาจากแบบปัจจัยผสมดังกล่าวนำแล้ว โดยมีสมมติฐานที่ว่า

1. การมองปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ และพฤติกรรมอนามัยแบบ Social Bases คือมีใต้นำมาเฉพาะวิทยาการด้านการแพทย์ และสาธารณสุขเท่านั้นมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของคน แต่ท่อนำวิทยาการด้านสังคมศาสตร์ จิตวิทยาสังคม และสังคมศาสตร์สาขาอื่น ๆ เข้ามาร่วมด้วย ปัญหาสาธารณสุขเป็นปัญหาที่พื้นฐานมาจากโครงสร้างทางสังคม

2. คำนึงถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม เศรษฐกิจที่มีต่อพฤติกรรมอนามัยของประชาชน

3. ใช้ชุมชนเป็นตัวตั้งในการแก้ปัญหา โดยมุ่งที่จะศึกษาถึงโครงสร้างทางสังคมและศักยภาพของชุมชนแต่ละชุมชนที่มีอยู่เดิมมาเป็นรากฐานในการแก้ปัญหา

4. กระบวนการในการแก้ปัญหาเรื่องพฤติกรรมอนามัย มิใช่มุ่งไปที่การให้การศึกษแก่ประชาชนเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาเท่านั้น แต่จะต้องเน้นการพัฒนาให้ประชาชนได้มีความรู้ ทักษะอย่างเพียงพอที่จะนำไปปรับปรุง เปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคม ที่เป็นสาเหตุของปัญหาได้

5. ใช้วิทยาการด้านสุขภาพของประชาชน (A People - Oriented Health Technology) หมายถึง วิทยาการที่ง่าย ๆ ในรูปของวัสดุอุปกรณ์ และวิธีการที่ประชาชนจะสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหของตนเองได้ "วิทยาการด้านสุขภาพของประชาชน" จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่ของรัฐ (นักสุขภาพและเจ้าหน้าที่อื่น ๆ) เปลี่ยนไปคือเจ้าหน้าที่จะต้องยึดถือถือว่าประชาชนเป็นผู้เริ่ม เจ้าหน้าที่จะต้องไม่นำเอาวิธีการพร้อมทั้งวัสดุอุปกรณ์ที่ตนคิดว่าดีไปให้ประชาชน แต่ประชาชนจะเป็นผู้ค้นคว้าวิธีการและวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมเอง โดยเจ้าหน้าที่คอยเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานจะต้องเป็นไปในแนวของการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ขอมูลข่าวสารมากกว่าเอาความคิดและวิธีการไปครอบให้กับประชาชน

การนำรูปแบบสุศึกษาแบบนิเวศวิทยาไปใช้

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ ไกล่ล่าวถึงการนำรูปแบบสุศึกษาแบบนิเวศวิทยาไปใช้ดังนี้

(บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. 2530 : 76)

1. ศึกษาถึงโครงสร้างทางสังคมของชุมชน อันได้แก่ ผู้นำทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ศึกษาตัวศักยภาพของชุมชน นำเอาศักยภาพของชุมชน นำเอาศักยภาพที่มีอยู่มาเป็นจุดเริ่มต้นของการดำเนินงาน ท่องเริ่มจากสิ่งที่ชาวบ้านมีอยู่ ท่องยอมรับความสามารถของประชาชน ประชาชนเท่านั้นที่จะแก้ปัญหาของชุมชนเขาเองได้ งานสุศึกษาไม่ควรเอารูปแบบสำเร็จรูปไปให้ประชาชน

2. การเตรียมชุมชน (Social Preparation) เป็นกระบวนการศึกษาไปหาร่วมกับประชาชน เจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้ชี้แนะให้ความรู้ สร้างทักษะให้ประชาชนได้รู้จักวิเคราะห์ปัญหาของเขาเองได้ ในขณะที่เกี่ยวกับโครงสร้าง Critical Mass ให้ประชาชนเขาไปปัญหาและเขามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา

3. วิธีการสุศึกษาท่องเน้นในการสร้างทักษะให้กับชาวบ้าน ให้รู้จักแก้ไข้ปัญหาที่เกิดจาก Social Relation ของเขาเอง เพราะฉะนั้นวิธีการทางสุศึกษาก็ท่องเป็นไปในรูปของการเพิ่มส่วนซาด ถ้าเขาซาดเนื้อหาเรื่องโรคภัยไข้เจ็บก็เพิ่มเนื้อหา ถ้าซาดทักษะในเรื่องบริหาร การจัดการ ก็เพิ่มเรื่องการบริหารจัดการ หากซาดในเรื่องทักษะในการวิเคราะห์ก็เพิ่มทักษะที่ซาด

4. เชื่อว่าทุกคนนั้นเรียนรู้ได้ ถ้ามีโอกาสดูจะให้ทุกคน และเชื่อว่าชาวบ้านสอนชาวบ้านด้วยกันเองได้

สำหรับการนำรูปแบบพฤติกรรมสุภาพรูปแบบโคไปใช้นั้นท่องศึกษาถึงลักษณะของปัญหาสภาพสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของชุมชนเป็นหลัก วิธีการที่เรียกว่า "One for All" คือวิธีการ เกี่ยวใช้ได้กับทุกปัญหาและทุกสภาวะการณ์นั้นคงเป็นไปไม่ได้

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

นักผู้ศึกษาและนักพฤติกรรมศาสตร์หลายท่านได้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพไว้หลายอย่างทั้งทอไปนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 15, 128) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำที่เกี่ยวกับสุขภาพไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม เช่น การปฏิบัติตนในการรักษาความสะอาดของร่างกาย ได้แก่ การแปรงฟัน การอาบน้ำ เป็นต้น

นอกจากนี้ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2524 : 24) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลพยายามทำขึ้น เพื่อป้องกันมิให้เกิดความเจ็บป่วย

ดังนั้นแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพแบ่งประเภทของพฤติกรรมสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 155) ออกได้ดังนี้ คือพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมเพื่อเจ็บป่วย

พฤติกรรมตามแนวความคิดของ บลูม (Bloom) (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 156 - 161) ดังต่อไปนี้

พฤติกรรม เป็นกิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำอาจจะเป็นสิ่งที่สังเกตได้หรือไม่ได้ ซึ่งบลูม แบ่งองค์ประกอบของพฤติกรรมออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ

1. ด้านพุทธิศึกษา หรือพฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) พฤติกรรมด้านนี้เป็นความสามารถทางด้านความรู้ การใช้ความคิดและพัฒนาการด้านสติปัญญา จำแนกได้ตามลำดับชั้นจากง่ายไปหายาก ดังนี้

1.1 การรู้ (Knowledge) เป็นพฤติกรรมขั้นต้นเกี่ยวกับความจำได้หรือระลึกได้

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมที่ต่อเนื่องจากความรู้ คือต้องมีความรู้ก่อนจึงจะเข้าใจได้ ซึ่งจะแสดงออกในรูปของการแปลความ ตีความ และคาดคะเน

1.3 การนำเอาไปใช้ (Application) เป็นการนำเอาวิธีการ ทฤษฎี กฎเกณฑ์ และแนวคิดต่าง ๆ ไปใช้

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) เป็นขั้นที่บุคคลมีความสามารถและมีทักษะในการจำแนกเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ออกเป็นส่วนย่อย และมองเห็นความสัมพันธ์ของส่วนประกอบเหล่านั้น และสามารถผสมผสานส่วนประกอบต่าง ๆ เป็นปัญหา หรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) เป็นความสามารถของบุคคลในการรวบรวมส่วนย่อยต่าง ๆ ขึ้นเป็นโครงสร้างใหม่ และมีคุณภาพที่สูงขึ้น

1.6 การประเมินผล (Evaluation) เป็นความสามารถในการวินิจฉัยสิ่งต่าง ๆ อย่างมีกฎเกณฑ์ และมาตรฐาน ซึ่งกฎเกณฑ์ดังกล่าวอาจเป็นสิ่งที่บุคคลสร้างขึ้น หรือมีอยู่แล้วก็ได้

2. ด้านทัศนคติ (Affective Domain) หมายถึง ความสนใจ ความรู้สึกทางดี ความชอบในการให้คุณค่า หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายในจิตใจของแต่ละบุคคล การเกิดพฤติกรรมค่านิยมขึ้นตอนดังนี้

2.1 การให้ความสนใจ หรือการยอมรับ (Attending or Recieving)

2.2 การตอบสนอง (Responding)

2.3 การให้ค่านิยม (Valuing)

2.4 การจัดกลุ่มค่า (Organization)

2.5 การแสดงลักษณะตามค่านิยมที่ยึดถือ (Characterization by a Value Complese)

3. ด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นพฤติกรรมการปฏิบัติ แสดงออกในสถานการณ์หนึ่ง ๆ พฤติกรรมนี้เป็นพฤติกรรมขั้นสุดท้าย ซึ่งเป็นพฤติกรรมการปฏิบัติที่ควรจะต้องอาศัยองค์ประกอบด้านพุทธิศึกษา และทัศนคติ เป็นส่วนประกอบ เป็นพฤติกรรมที่สามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน ซึ่งทางด้านสุขภาพถือว่า พฤติกรรมด้านการปฏิบัตินี้เป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ช่วยให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี

ผู้วิจัยคิดว่าแนวคิดค่านิยมองค์ประกอบของพฤติกรรมของบลูม เป็นแนวทางในการให้สุขศึกษา เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

ประภาเพ็ญ สุวรรณ โค้ดแบ่งแนวคิดของพฤติกรรมสุขภาพ ออกเป็นพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 155) ดังนี้

~ พฤติกรรมการป้องกันโรค

พฤติกรรมการป้องกันโรคนี้เกี่ยวข้องกับการประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง

พฤติกรรมสุขภาพด้านการป้องกันโรค หมายถึง การปฏิบัติทุกอย่างที่สังเกตได้ที่จะช่วยไม่ให้โรคภัยไข้เจ็บเกิดขึ้นกับบุคคล ซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติที่จะส่งเสริมสุขภาพด้วย เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย และการพักผ่อนให้เพียงพอ ฯลฯ

พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย

เมื่อบุคคลเจ็บป่วย หรือมีความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ หรือสังคมแล้ว บุคคลจะปฏิบัติตัวแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการ และการรักษาโรค การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ขนบธรรมเนียมประเพณี ความสนใจ ค่านิยม สถานบริการที่มีในชุมชน เป็นต้น การปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยนี้อาจจะมีได้หลายอย่างทั้งแต่การไปรับบริการการรักษาพยาบาลตามสถานที่ต่าง ๆ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การไปตรวจตามนัด เป็นต้น

องค์ประกอบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ ไก่กล่าวถึงองค์ประกอบที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพไว้ดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 171)

1. องค์ประกอบทางด้านจิตวิทยาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
2. องค์ประกอบทางด้านสังคม และวัฒนธรรม ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
3. องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
4. องค์ประกอบทางการศึกษา ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ
5. องค์ประกอบทางการเมืองที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ความจำเป็นในการจัดบริการสุขภาพในสถานบริการทางการแพทย์

สุรีย์ จันทรมโนลี ไก่กล่าวถึง การให้สุขภาพในสถานบริการทางการแพทย์ มีความสำคัญและมีความจำเป็นแก่ผู้มารับบริการ ทั้งนี้เพราะสถานบริการทางการแพทย์ (สุรีย์ จันทรมโนลี. 2528 :

1. เป็นสถานที่เหมาะสมที่จะเรียนรู้ปัญหาสุขภาพ เป็นโอกาสที่ดีที่สุดในช่วงที่ผู้รับบริการ ประสบปัญหาการเจ็บป่วย ของการเรียนรู้ ซักถามขอสงสัย ของการอภิปรายกับเจ้าหน้าที่ผู้มีความรู้ ตามหลักการเรียนรู้ ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ได้ดี เมื่อมีความพร้อม ความสนใจ ความต้องการ

2. บุคลากรที่อยู่ในสถานบริการทางการแพทย์ ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ ในเรื่องต่าง ๆ สามารถถ่ายทอดความรู้ให้กับผู้มารับบริการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เข้าใจบทบาท ของงานสุขภาพที่จะต้องรับผิดชอบ

3. มีการจัดระบบในการให้บริการอย่างดี สะดวกในการวางแผนสุขภาพ ควบคุมไปกับ บริการต่าง ๆ และสามารถจัดบริการสุขภาพในรูปแบบต่าง ๆ ในสถานบริการทางการแพทย์ มีสื่อ การเรียนการสอนมากมาย ที่จะนำมาประกอบการสอน ผู้เรียนได้รับทั้งประสบการณ์ตรง ประสบการณ์ ทางอ้อม รวมทั้งการผสมผสานความรู้ ที่จะช่วยให้บุคคลได้เรียนรู้ และพัฒนาสุขภาพของตัวเองเพิ่มขึ้น

4. ส่งเสริมให้กำลังใจแก่ผู้มารับบริการ ให้ความพยายามในการดูแลสุขภาพตัวเอง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่เหมาะสม ให้ความร่วมมือกับแพทย์ นอกจากนั้น เพื่อที่จะ สร้างให้ผู้ป่วยมีความศรัทธาในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ และบริการ ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ใน การเรียนรู้ด้านสุขภาพ

5. ช่วยให้ผู้รับบริการได้เรียนรู้ทักษะบางอย่างที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพของตัวเอง และให้ญาติสามารถดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยได้ ช่วยตัวเองได้

6. มีสถานที่เพียงพอ และมีกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยว สะดวกในการให้ความรู้

7. เป็นการให้บริการที่สมบูรณ์แบบ ที่ครอบคลุมการรักษา พยาบาล และในการศึกษา

8. ลดช่องว่างระหว่างผู้มารับบริการ และผู้ให้บริการ ให้ความเข้าใจที่ดีต่อกัน ป้องกัน ความเข้าใจผิดหรือข่าวลือ

แต่การสร้างเสริมให้ผู้ป่วยเกิดแนวคิดหลักทางด้านสุขภาพบางครั้งทำได้ยาก อาจต้องใช้เวลา ต้องมีความอดทน ตั้งใจจริง สุริยะ จันทโรโมลี (2528 : 29) ได้กล่าวถึง การสอนผู้ป่วยเพื่อนำไปสู่ การสร้างให้เกิดแนวคิดหลัก เจ้าหน้าที่ผู้ให้สุขภาพ ควรจะคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. ผู้สอนต้องมีความรู้ ในเรื่องหลักการ เรียนการสอน จิตวิทยาการศึกษา จิตวิทยาการเรียนรู้ เข้าใจกระบวนการเปลี่ยนแปลง สังคมผู้ป่วย พฤติกรรมของบุคคล

2. รู้จักเรียบเรียงขั้นตอนในการให้ความรู้ เริ่มจากสิ่งที่ผู้ป่วยทราบไปสู่สิ่งใหม่ที่ไม่ทราบ
3. รู้จักการให้กำลังใจ การยกระดับความสนใจของผู้ป่วย ท่อเรื่องที่สอน
4. ระบุดังวัตรประสงค์เชิงพฤติกรรมที่ทองการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย หลังจากให้ความรู้แล้ว
5. รู้จักใช้วิธีการสอน การติดทอสื่อสาร โดยคำนึงถึงการไม่นานประสาทสัมผัสทั้ง 5
6. รู้จักเลือกใช้ จัดทำสื่อการเรียน การสอนที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
7. จัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วม จักกระบวนการ เรียนการสอนโดยผ่านกระบวนการใช้ความคิด ใช้ปัญญาของผู้ป่วยเอง ในผู้ป่วยได้พิจารณาด้วยเหตุผล ได้ตัดสินใจที่จะปฏิบัติด้วยตัวของเขาเอง ด้วยความสมัครใจของผู้ป่วย

(สุรีย์ จันทรมโนลี โคกลาวถึง การให้สุศึกษาผู้ป่วยว่า ถึงแมกระบวนการสื่อสารจะมีประสิทธิภาพดี การให้สุศึกษาอาจไม่ประสบความสำเร็จ ถ้าเรายังขาดความเข้าใจพฤติกรรมของคน โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่จะทอมีการ เปลี่ยนแปลงเพื่อช่วยให้หายจากการ เจ็บป่วยจะทอคำนึงถึงพฤติกรรมในคานทาง ๆ ดังนี้

1. พฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพการดูแลตนเอง เพื่อให้สุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้
 2. พฤติกรรมในการป้องกันโรค เช่น การไปรับการฉกภูมิคุ้มกันโรค การ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เกิดอุบัติเหตุ รวมทั้งป้องกันไม่ให้เกิดโรคอีก เช่น ป้องกันไม่ให้เกิดโรคทองเคิน
 3. พฤติกรรมเกี่ยวกับการรักษาและการ เจ็บป่วยของตนเอง การรักษาตัวเอง เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย การรักษาตัวเองตามคำแนะนำของแพทย์ การป้องกันโรคแทรกซ้อน การป้องกันความพิการ โดยเฉพาะการ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง
 4. พฤติกรรมในช่วงพักฟื้นเพื่อจะช่วยให้หายเร็วขึ้น ป้องกันโรคแทรกซ้อนหรือความพิการ เพราะในช่วงนี้การดูแลสุขภาพจะอยู่ในความรับผิดชอบของผู้ป่วยมากกว่าแพทย์
- สำหรับเจ้าหน้าที่ให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยบริการ ควรได้รับการฝึกฝนให้มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ การติดทอสื่อสารให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การติดทอสื่อสารกับผู้ป่วย การให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยนั้น สุรีย์ จันทรมโนลี โคกลาวว่า อาจทำได้ 3 รูปแบบด้วยกันดังนี้ (สุรีย์ จันทรมโนลี.

1. การให้สุศึกษาแบบทางตรง วิธีการนี้เหมาะสำหรับให้ความรู้ ให้ข้อมูล ข้อเท็จจริง การให้ความรู้เฉพาะปัญหาการเจ็บป่วย สิ่งที่ยุป่วยจำเป็นต้องเรียนรู้ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม การให้ความรู้ในสิ่งที่ยุป่วยจะต้องฝึกฝนความชำนาญในการดูแลสุขภาพของตัวเอง เช่น ยูป่วยโรคเบาหวานสามารถตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตัวเอง และอ่านผลได้อย่างถูกต้อง ยูป่วยวัณโรคสามารถกำจัดเสมหะได้อย่างถูกต้อง ป้องกันการแพร่เชื้อโรค เป็นต้น การให้สุศึกษาทางตรงเป็นแบบเผชิญหน้า (Fact to Face) ยูป่วยมีโอกาสได้ซักถามปัญหาข้อสงสัย ยูสอมีโอกาสประเมินผลความเข้าใจของยูป่วยได้ทันที อาจให้ทั้งแบบรายบุคคล และกลุ่มเล็ก

2. การให้สุศึกษาแบบทางอ้อม การให้สุศึกษาแก่ยูป่วยทางอ้อม โดยเจ้าหน้าที่เป็นผู้จัดกิจกรรม การเรียนการสอน ให้ยูป่วยได้ศึกษาเองจากสื่อการเรียนการสอน เช่น การจัดท่าแบบเรียน สำเร็จรูป ภาพยนตร์ สัมภาษณ์ ภาพพลิก โปสเตอร์ การทำตัวให้เป็นตัวอย่างที่ดีทางด้านสุขภาพ การจัดนิทรรศการ หรือการให้ความรู้ทั่วไป เช่น เกี่ยวกับความก้าวหน้าในการแพทย์ หรือของการให้ยูป่วยได้ทราบเกี่ยวกับระเบียบกฎเกณฑ์ของโรงพยาบาลอาจแจกเอกสารให้อ่าน

3. การให้สุศึกษาแบบผสมผสาน วิธีการให้สุศึกษาแบบนี้ เจ้าหน้าที่ผู้ให้การรักษามีโอกาสจะให้สุศึกษาได้ตลอดเวลา โดยเฉพาะพยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับยูป่วย ให้สุศึกษาขณะทำแผล ฉีดยา ให้ยูป่วยเข้าใจถึงยาที่ตนต้องรับประทานเป็นประจำ ให้เข้าใจว่า จะต้องทานยาอะไร ทานเมื่อไร ขนาดแค่ไหน ทานช่วงไหน และมีเหตุผล ทำไมต้องทาน อาการเคียงข้างจะเป็นอย่างไร โดยให้ความรู้ที่เพียงพอ

นอกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะให้ความรู้แก่ยูป่วยแล้ว บุคคลที่มีความสำคัญมากอีกคนหนึ่งคือญาติยูป่วย ที่จะต้องให้ความรู้ทางสุขภาพอนามัยด้วย

เอลลิง และคนอื่น ๆ กล่าวว่า "ครอบครัวของยูป่วยมีความแตกร้าง มีการทะเลาะกันอยู่เสมอ มักจะมีแนวโน้ม ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา" (Elling and others. 1960 : 183 - 189)

ลูเรีย จันทร์โมลี ได้กล่าวถึง ญาติหรือครอบครัวของยูป่วยว่า มีบทบาท และอิทธิพลอย่างมากต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของยูป่วย ญาติยูป่วยมีส่วนสนับสนุนหรือคัดค้าน และมีส่วนร่วมตัดสินใจของยูป่วยในการให้การรักษารองแพทย์ พบว่า ญาติยูป่วยจำนวนมากไม่สามารถให้ความช่วยเหลือยูป่วยเมื่อยุป่วยกลับไปอยู่บ้าน ทั้งนี้เนื่องจากญาติขาดความรู้ ความเข้าใจ เพราะเจ้าหน้าที่

ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยฝ่ายเดียว มักจะลืมให้ความรู้แก่ญาติด้วย ซึ่งผู้ป่วยอาจจะถ่ายทอดความรู้ให้กับญาติไม่ถูกต้อง เพราะความหลงลืม ความไม่แน่ใจ ไม่เข้าใจ

ครอบครัว เพื่อนฝูง สังคมของผู้ป่วย มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ปัญหาสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย มากน้อยแตกต่างกันไป

ดังนั้น การวางแผนสุขภาพให้กับผู้ป่วย ควรจะมีแผนการให้สุขภาพแก่ญาติด้วย เพื่อประโยชน์ซึ่งจะเกิดกับผู้ป่วย

ขอบเขตและเนื้อเรื่องสุขภาพ

สุรเดช ชำนาญจิตต์ (2530 : 190 - 191) ได้กล่าวถึงขอบเขตของเนื้อเรื่องของสุขภาพที่จะนำไปสอนหรือแนะนำแก่ประชาชน ควรเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการอยู่ดีมีสุข ซึ่งแบ่งออกเป็นหัวข้อใหญ่ ๆ ดังนี้ คือ

1. สุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health) ได้แก่ การป้องกันโรคติดต่อ การสร้างภูมิคุ้มกันโรค การรักษาความสะอาดของอวัยวะของร่างกาย การออกกำลังกาย โภชนาการ หน้าที่ของส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และการบำรุงรักษาสุขภาพจิต การสุขาภิบาลที่พักอาศัย สุวีถีศึกษาและการแสวงหาการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม
2. สุขภาพชุมชน (Community Health) ได้แก่ สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ปัญหาสุขภาพที่จะต้องแก้ไข กิจกรรมใหม่ ๆ ทางด้านสุขภาพซึ่งจะต้องดำเนินการให้โดยสละยั้งยืน โดยเน้นสุขภาพของประชาชนเป็นหลัก

เกณฑ์การเลือกวิธีการให้สุขภาพ

วิชาการทางด้านสุขภาพ เน้นความสำคัญในการจัดกระบวนการเรียนการสอนให้กับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เพื่อให้เข้าใจถึงแนวคิดของการมีสุขภาพที่ดี และวิธีการสอนสุขภาพ ได้นำเอาทฤษฎีการเรียนรู้ นวัตกรรมการศึกษาใหม่ ๆ สื่อการเรียนการสอนที่นำมาประยุกต์ใช้ในการให้สุขภาพนั้นมีมากมาย สุรเดช ชำนาญจิตต์ ได้ให้องค์ประกอบที่ควรนำมาวิเคราะห์เพื่อเลือกวิธีการสอนที่เหมาะสม อาศัยเกณฑ์การพิจารณาดังนี้ (สุรเดช ชำนาญจิตต์. 2530 : 193 - 194)

1. ผู้ใช้จะทอมีความรู้ในวิธีการนั้น ๆ อย่างไร
2. วิธีการสอนต้องเหมาะกับกลุ่มเป้าหมาย
3. เลือกวิธีการสอนที่ผ่านประสบการณ์ดีทั้งหา
4. การเลือกวิธีการสอนควรคำนึงถึงช่วงเวลาที่มีอยู่
5. เลือกวิธีสอนที่ส่งเสริมให้ผู้เรียน รู้จักคิดเป็น ทำเป็น รู้จักใช้เหตุผล ใช้สติปัญญา
6. ใช้วิธีการสอนที่ผู้เรียน หรือผู้ปวยเป็นหลัก และใช้วิธีการสอนให้ผู้ปวยหรือผู้เรียนมีส่วนร่วม เลือกวิธีการสอนที่มุ่งให้ผู้เรียนนำไปประยุกต์ปฏิบัติตามได้
7. หลังจากใช้วิธีการสอนแต่ละชนิด ควรจะประเมินผลวิธีการนั้น ๆ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

วิธีการสอนสุศึกษา เป็นกระบวนการพลวัต ซึ่งมีความยืดหยุ่น มีพลังที่จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ วิธีการสอนสุศึกษาปัญหาสุขภาพเรื่องใดเรื่องหนึ่งไม่มีวิธีการใดที่ถือว่าเหมาะสมที่สุด วิธีการที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้สอนคนหนึ่งอาจจะไม่เหมาะสมสำหรับผู้สอนอีกคนหนึ่ง

การดำเนินงานสุศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตเขตเมือง

กรุงเทพมหานคร ประชาชนมีความแตกต่างกันมาก ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา การดำเนินงานสุศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงค่อนข้างลำบาก จำเป็นต้องมีการเลือกกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้ (ประมก ศกุนตนาค. 2530 : 56)

1. ชุมชนชานเมือง ซึ่งมีลักษณะความเป็นอยู่คล้ายคลึงกับในชนบท ปัญหาการแก้ไขปัญหาก็จะเหมือนกันกับในชนบท
 2. ชุมชนแออัด การแก้ไขปัญหสุขภาพ ใช้รูปแบบผสมผสาน ไม่มีรูปแบบเฉพาะ
- คุณภาพชีวิตของประชาชนเมืองประกอบด้วยหลายด้าน เช่น ด้านสุขภาพ ด้านการศึกษาอาชีพ ฯลฯ แต่สำหรับสุขภาพแล้วจะดำเนินการแก้ปัญหาโดยอาศัยกลวิธีทางการสาธารณสุขมูลฐาน คือให้ประชาชนรู้จักการพึ่งตนเอง ตั้งแต่การค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา และการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาคายตนเอง โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐให้การสนับสนุน

ประอมภ์ ศกุนตนาค (2530 : 56) ได้กล่าวถึงปัญหาทางด้านการดำเนินงานสุขภาพ
ของการสาธารณสุขมูลฐาน ดังนี้

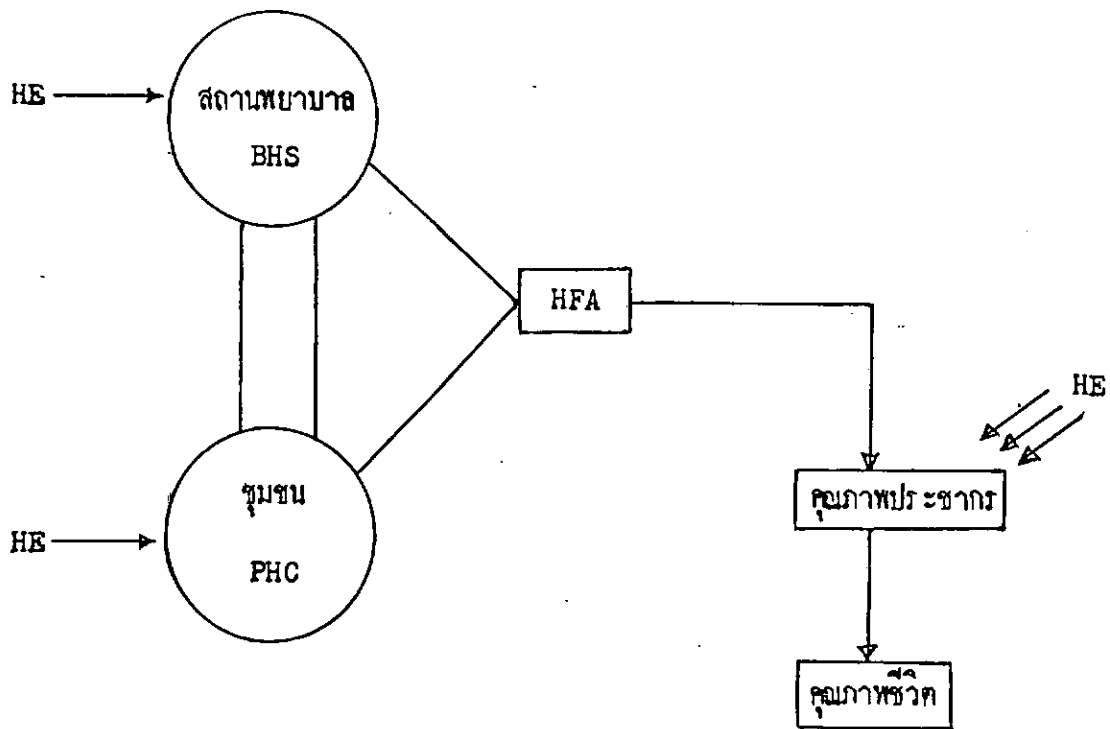
1. การขาดแผนแม่บทในการดำเนินงานสุขภาพ
2. ขาดการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ
3. ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน
4. ขาดวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม
5. ขาดการติดตามและประเมินผลต่อเนื่อง

นโยบายและแผนการดำเนินงานสุขภาพในแผนพัฒนา สาธารณสุข ระยะที่ 6

ไพโรจน์ พิงสานนท์ ได้กล่าวถึงนโยบาย และแผนการดำเนินงานสุขภาพ ในแผนพัฒนา
สาธารณสุข ระยะที่ 6 ไว้ดังนี้ (ไพโรจน์ พิงสานนท์. 2530 : 37 - 47) คณะรัฐมนตรีได้มีมติ
รับแผนปฏิวัติงานด้านสาธารณสุขทั้งหมด 4 ปี คือตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 - 2534 ซึ่งมี 3 สาขา
16 แผนงานรอง และ 71 งาน และเมื่อวันที่ 27 สิงหาคม 2529 นี้แล้วได้มีการแถลงในรัฐสภา
เรื่องการพัฒนาสุขภาพอนามัย 15 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 1 เรื่องสาธารณสุขมูลฐานจนถึงข้อสุดท้าย คือเรื่อง
การประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ จะมีข้อหนึ่งที่ให้เรารักและให้นำวิชาการใหม่ ๆ ด้านสุขภาพ
มาช่วยให้ประชาชนได้ความรู้เรื่องป้องกันโรค ดูแลตนเอง และการรักษาพยาบาลขั้นต้น นอกจากนี้
ก็ยังมีนโยบายอีกหลายข้อ ซึ่งเกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพ ยกตัวอย่างในเรื่อง Primary Health Care
ซึ่งมีงานสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นต้น

แนวคิดที่จะดำเนินงานสุขภาพ มีข้อคิดดังกล่าวดังต่อไปนี้

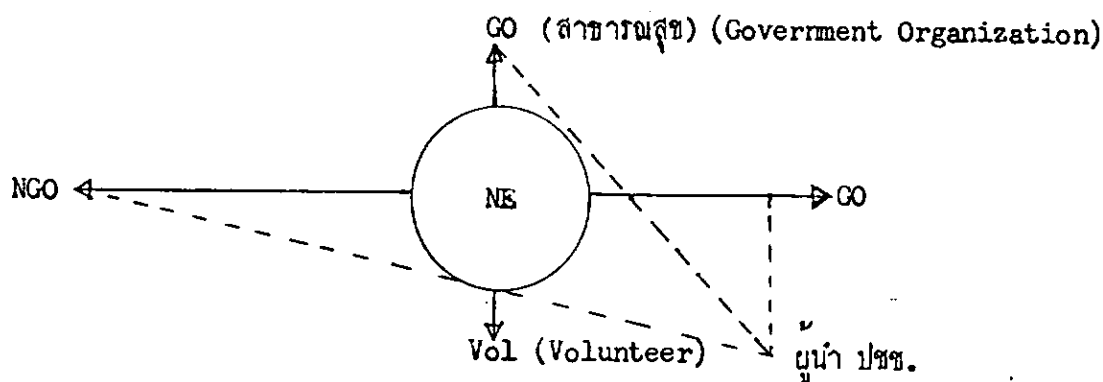
1. การดำเนินงานสุขภาพของคำนึงถึงการพัฒนาสาธารณสุขในสถานพยาบาล และชุมชน
กล่าวคือ ด้านชุมชนจะพัฒนาเรื่อง สาธารณสุขมูลฐาน และด้านสถานพยาบาลจะพัฒนาเรื่อง การรักษา
พยาบาลเบื้องต้น เพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นหนา อันจะนำไปสู่คุณภาพประชากร ซึ่งอาจมีงานของหน่วย
ราชการอื่น ๆ มาร่วมด้วย เพื่อให้ได้คุณภาพชีวิต ฉะนั้น สุขศึกษาต้องมุ่งมาที่สถานพยาบาล และชุมชน
และต้องเขามาร่วมกับส่วนราชการอื่น ๆ ด้วย เพื่อผสมผสานให้เกิดคุณภาพประชากรให้ได้ ซึ่งหมายถึง
คนที่เกิดมามีสุขภาพแข็งแรง มีความรู้ที่จะประกอบอาชีพ ถ้าเขาแสดงพลังของตนออกมาทางด้านอาชีพ
มีรายได้ อยู่ในสังคมที่ปลอดภัย ยุติธรรม เขาก็มีคุณภาพชีวิตประเทศก็จะดีขึ้น



ภาพประกอบ 3 การพัฒนาสาธารณสุข

2. การดำเนินงานสุขศึกษาต้องคำนึงถึงสุขภาพที่ป่วย สุขภาพดี สุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งรวมถึงสุขภาพในการประกอบอาชีพ และสุขภาพในโรงงานอุตสาหกรรมเข้าไปด้วย โดยพยายามปรับสุขภาพที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น สุขภาพดีไว้ และพยายามให้สุขภาพที่ป่วยเป็นสุขภาพดี ให้ได้มากที่สุด

3. การดำเนินงานสุขศึกษาต้องคำนึงถึงว่า ทำอย่างไรให้ทุกคนมีส่วนร่วมช่วยในงานสุขศึกษาที่ขึ้นให้ได้ ทั้งในส่วนของรัฐ ประชาชน และองค์กรเอกชน



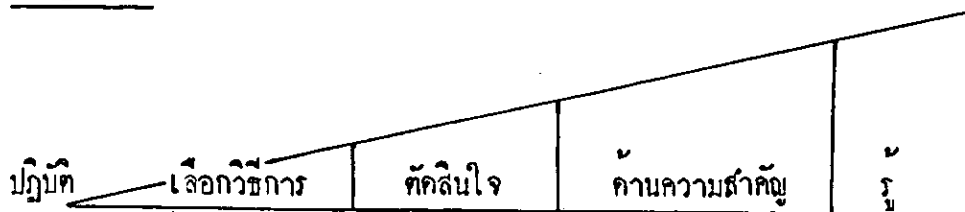
ภาพประกอบ 4 การดำเนินงานสุศึกษา

ฉะนั้นนอกจากวางแผนงานสุศึกษา ให้ความรู้แก่นักสุศึกษา เพื่อลงไปยังประชาชนให้ได้แล้ว จะต้องคำนึงว่าจะกำหนดอาสาสมัครอย่างไร จะทำอย่างไรให้เขาทยอยออกไปหาผู้นำ ทำอย่างไรให้เขาทยอยออกไปยังประชาชน เราจะคำนึงเพียงคนเดียวไม่ได้ เพราะมีการผสมผสานและมีการลงไปในพื้นที่ในระบบของการดำเนินงานในพื้นที่ให้มีการพัฒนานั้น เราใช้อาสาสมัครและผู้นำ

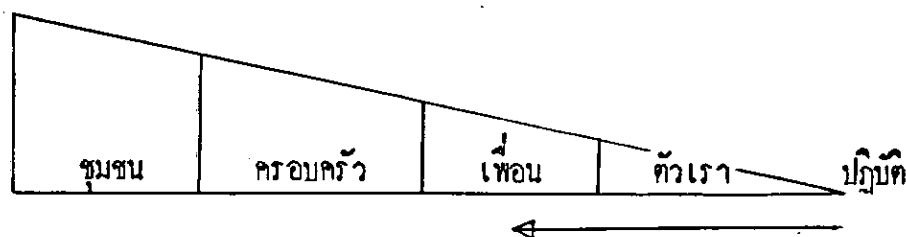
4. ด้านสุศึกษา การดำเนินงานในระยะต่อไปน่าจะเป็นสื่อของการเรียนรู้ด้วยตนเอง เป็นส่วนใหญ่ เพราะขณะนี้มีพัฒนาการขึ้น ระดับความรู้ ความจำเป็นพื้นฐานของคนดีขึ้น

5. การดำเนินงานสุศึกษา เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ต้องการให้บทบาท ฐานตนเอง และปฏิบัติ ตัวอย่างเช่น ต่อไปเราต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้บริการและสนับสนุนงานด้านอื่น ส่วนประชาชนก็ให้เปลี่ยนจากผู้รับมาเป็นผู้ปฏิบัติดูแลตนเองได้ขณะเดียวกันก็ควรสนับสนุนเจ้าหน้าที่ หรือสถาบัน สถานพยาบาล เช่น ในเรื่องบัตรสุขภาพ ซึ่งจะมาเป็นประกันสุขภาพด้วยความสมัครใจ ตามนโยบายรัฐบาลในที่สุด

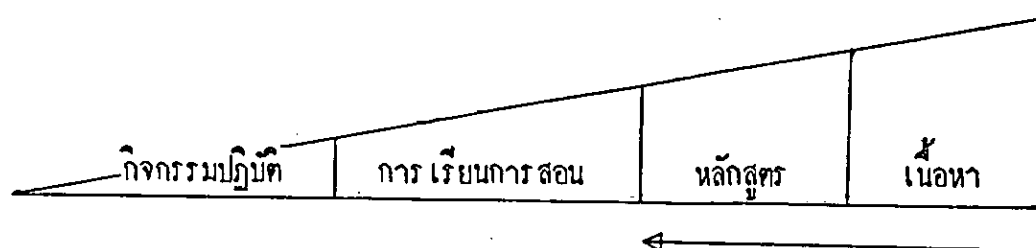
ตัวอย่างที่ 1



ตัวอย่างที่ 2



ตัวอย่างที่ 3



ภาพประกอบ 5 บทบาทของประชาชน

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระยะที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) ยังคงมุ่งพัฒนาสุขภาพของประชาชนเพื่อให้บรรลุสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าในระยะยาว โดยการแก้ไขปัญหาก็จะตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต การจัดระบบข้อมูลเพื่อให้สนับสนุนการตัดสินใจขององค์การชุมชนในกระบวนการพัฒนาชุมชน ไปสู่การพึ่งตนเองให้เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการดำเนินการต่อเนื่องมาจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติระยะที่ 5 ซึ่งยังคงเน้นองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 8 อย่าง คือ

1. การสุศึกษา เป็นการให้การศึกษาแก่ประชาชนเกี่ยวกับปัญหาค้นสุขภาพอนามัย การดูแลสุขภาพ ตลอดจนการป้องกันโรค และควบคุมมิให้เกิดปัญหานั้น ๆ
2. การป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อของท้องถิ่น
3. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่สำคัญ
4. การปรับปรุงคุณภาพของน้ำดื่ม น้ำใช้ และการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
5. การส่งเสริมโภชนาการ
6. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เกี่ยวกับปัญหา และโรคที่พบบ่อยในชุมชน

7. การอนามัยแม่ เด็ก และการวางแผนครอบครัว

8. การจัดหาที่จำเป็นสำหรับชุมชน

กระทรวงสาธารณสุข (ไกรสิทธิ์ คันตศิรินทร์ และคนอื่น ๆ . 2524 : 3 - 4)

ได้ให้ความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ว่า การสาธารณสุขมูลฐาน คือการดำเนินงานสาธารณสุขในรูปแบบผสมผสาน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งชุมชนมีความต้องการร่วมมือกันเอง หรือได้รับการสนับสนุนจากรัฐ จัดให้มีขึ้นโดยชุมชนท้องถิ่นและวิทยาการที่ไม่สูงเกินไปอย่างเหมาะสม อันสามารถหาได้จากท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ และเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ชนบทธรรมเนียม ประเพณี และสภาพสังคมของท้องถิ่น ในอันที่จะแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข ซึ่งประชาชนตระหนักด้วยตนเอง การดำเนินงานนี้มีความเชื่อมโยงกับขบวนการพัฒนาท้องถิ่น และบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านการสนับสนุนการส่งทอดูแล และการศึกษาค้นคว้า

แนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐาน

ประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลก ที่รับเอากลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานไปใช้ในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนนั้น ได้กำหนดความหมายแนวคิดและหลักการดำเนินงานที่แตกต่างกันไป ตามสถานการณ์ทางเศรษฐกิจ สังคม และระบบการเมืองของแต่ละประเทศ จนกระทั่งองค์การอนามัยโลกได้จัดให้มีการประชุมสัมมนาขึ้นที่เมืองมานิลาประเทศฟิลิปปินส์ ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2520 (ค.ศ. 1977) เพื่อกำหนดปรัชญา และแนวความคิด การสาธารณสุขมูลฐาน (Philosophy and Concepts of Primary Health Care) ขึ้น ซึ่งทุกประเทศได้ร่วมกันกำหนดและยอมรับที่จะนำไปประยุกต์ใช้ต่อไป

ปรัชญาการสาธารณสุขมูลฐาน (Philosophy and Concepts of Primary Health Care)

ปรัชญาการสาธารณสุขมูลฐานที่ร่วมกันกำหนดไว้คือ การส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านสุขภาพในชุมชน ระดับปลายสุด. (Grassroot Level) อย่างทั่วถึง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน มีลักษณะดังนี้คือ

1. จัดบริการในรูปแบบของการผสมผสานระหว่างการพัฒนาสุขภาพและการพัฒนา
ด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง (Integrated Approach of Health Care and Health Related
Service)
2. จัดบริการ ต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา
เศรษฐกิจและสังคม
3. ให้ชุมชนมีส่วนร่วม (Community Participation) เกี่ยวกับ
 - 3.1 การตัดสินใจ
 - 3.2 ทรัพยากร ใ้แก่ งบประมาณ อัตรากำลังคน และทรัพยากรอื่น ๆ
 - 3.3 การวางแผนดำเนินการแก้ไข้ปัญหา
4. มุ่งพัฒนาให้บุคคล และครอบครัวมีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง
และครอบครัว ซึ่งจะส่งผลไปให้ชุมชนมีสุขภาพดีขึ้นด้วย

แนวคิด (Concepts of Primary Health Care)

แนวคิดของสาธารณสุขมูลฐาน คือ

1. การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นบริการซึ่งเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นในชุมชนระดับล่างสุดและ
ประชาชนเข้ามามีบทบาทในการจัดบริการ ซึ่งไม่เพียงแต่เป็นการบริการด้านสุขภาพเท่านั้น แต่รวมถึง
การบริการพัฒนาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกันสุขภาพ (Health Related Services) ด้วย
2. การสาธารณสุขมูลฐานเป็นบริการแบบผสมผสาน (Integrated Service)
โดยมีหน่วยงานทั้งภาคส่วนเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย (Multi Sectoral Involvement)
3. การสาธารณสุขมูลฐานจะต้องมีระบอบการติดต่อประสานงานทั้งภายในและระหว่าง
หน่วยงาน (Inter and Intrasectoral Coordination and Cooperation)
4. การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน ควรจัดโดยใช้ปัญหาและความต้องการของชุมชน
เป็นหลัก (Community Based) และจัดดำเนินการภายในขอบเขตความสามารถของชุมชนที่จะ
จัดดำเนินการเองได้ (Community Supported)

5. การใช้ชุมชนมีส่วนร่วมในงานบริการสาธารณสุขมูลฐานนี้จะต้องมีองค์การ ของชุมชน ที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับ

5.1 การตัดสินใจ ซึ่งได้แก่ การตัดสินใจในการกำหนดปัญหาและการวางแผน
ดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น

5.2 ทรัพยากร ได้แก่ งบประมาณ กำลังคน และประสิทธิภาพของบุคคล และ
ทรัพยากรอื่นที่จะนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหานี้

6. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นบริการที่จะต้องครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มของ
ประเทศ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า ปี 2543

หลักการสาธารณสุขมูลฐาน (Principles of Primary Health Care)

หลักการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย

1. การสาธารณสุขมูลฐานนี้ จะต้องเป็นบริการที่จัดขึ้นตามความต้องการ ของชุมชน และ
เป็นไปตามระบบการดำเนินงานประจำวัน
2. การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการบริการแบบผสมผสานตั้งแต่ระดับชาติ ลงมาจนถึง
ระดับปลาย และต้องยึดหลักการ จัดบริการ ตามความต้องการ ของชุมชนเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง
เกี่ยวกับวิชาการ เทคโนโลยี การนิเทศงาน และระบบส่งต่อ
3. กิจกรรมการบริการสาธารณสุขมูลฐาน ต้องจัดในรูปแบบของการผสมผสาน และชุมชน
เข้ามามีบทบาท และมีส่วนร่วมในการพัฒนา ซึ่งได้แก่
 - 3.1 การพัฒนาอาชีพ เพื่อยกระดับเศรษฐกิจให้ดีขึ้น
 - 3.2 การศึกษา เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในการแก้ไขปัญหของตนเอง ครอบครัว
และชุมชน
 - 3.3 ที่อยู่อาศัย (Housing) สมาชิกของชุมชน มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงถาวร
 - 3.4 การติดต่อสื่อสาร (Communication) สามารถได้รับข่าวสารและความรู้ต่าง ๆ
ในด้านการพัฒนาอาชีพ และการดูแลสุขภาพ
 - 3.5 กิจกรรมของส่วนรวม สมาชิกทุกคนได้เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อพัฒนาชุมชน

4. ชุมชนควรมีบทบาท และมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการบริการด้านสุขภาพอนามัยของชุมชนเอง โดยชุมชนเป็นผู้กำหนดความต้องการปัญหาและจัดลำดับความสำคัญ เพื่อวางแผนดำเนินการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะต้องมีการวางแผนร่วมกันระหว่างชุมชน และเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการของรัฐ

5. การบริการ จะต้องคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนและความสามารถที่จะจัดหาได้ ภายใต้ข้อจำกัดของชุมชนนั้น ๆ

6. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน จะต้องจัดในรูปแบบของการบริการสมบูรณ์แบบ (Comprehensive Health Care) ซึ่งจะรวมการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพไว้ด้วยกัน การบริการอาจเปลี่ยนแปลงไปตามปัญหาความต้องการของชุมชน และกาลเวลา

7. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน ควรจะมุ่งให้บริการแก่ชุมชนที่อยู่ห่างไกล (Peripheral Level) และบุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการฝึกอบรมอย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดองค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Components) ไว้ดังนี้คือ

1. การให้การศึกษากับประชาชนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพอนามัยที่มีอยู่ ตลอดจนวิธีป้องกันและควบคุมปัญหาเหล่านี้

2. ส่งเสริมเรื่องอาหารและโภชนาการ

3. การจัดหาวัคซีน น้ำสะอาด และยาสูบปลอดกัญ และยาสูบปลอดกัญ

4. การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว

5. การให้ภูมิคุ้มกันและป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ

6. การป้องกันและควบคุมโรคต่าง ๆ ที่มีอยู่ในท้องถิ่น

7. การรักษาพยาบาลเบื้องต้นที่เหมาะสมกับโรค และการบาดเจ็บที่พบบ่อย

8. การจัดหาที่จำเป็นไว้ใช้ในชุมชน

สำหรับระหว่างสาธารณสุขกำหนดการทั้ง 8 อย่าง และได้เพิ่มงานซึ่งเป็นปัญหาเฉพาะของประเทศไทยอีก 4 อย่าง จึงทำให้องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐานมี 12 อย่าง คือ

1. การศึกษา เป็นการให้การศึกษาแก่ประชาชนเกี่ยวกับปัญหาค้นสุขภาพอนามัย การดูแลสุขภาพ ตลอดจนการป้องกัน และควบคุมมิให้เกิดปัญหานั้น ๆ

2. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อของท้องถิ่น
3. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่สำคัญ
4. การปรับปรุงคุณภาพของน้ำดื่ม น้ำใช้ และการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
5. การส่งเสริมโภชนาการ
6. การรักษาพยาบาลเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหา และโรคที่พบบ่อยในชุมชน
7. การอนามัยแม่ เด็ก และการวางแผนครอบครัว
8. การจัดหายาที่จำเป็นสำหรับชุมชน
9. การป้องกันสิ่งเสพติดและการส่งเสริมสุขภาพจิต
10. การฟื้นฟูสมรรถภาพ และให้การช่วยเหลือแก่ผู้พิการในชุมชน
11. การส่งเสริมสุขภาพในช่องปาก
12. การป้องกันแก๊ส และควบคุมมลภาวะสิ่งแวดล้อม

สาธารณสุขมูลฐานเป็นกุญแจนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีวนหน้า ดังนั้น ความสำเร็จของการมีสุขภาพที่ดีวนหน้า (สุภาพ อ่อนชื่นจิตร. 2530 : 5)

1. การยอมรับเป้าหมาย การมีสุขภาพที่ดีวนหน้า ปี ค.ศ. 2000 โดยการกำหนดเป็นนโยบายของประเทศให้ชัดเจน

2. การจัดสรรงบประมาณสำหรับกิจการสาธารณสุข ต้องไม่น้อยกว่า 5 % ของรายได้ประชาชาติ (Gross National Production)

3. จักรระบบให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุขที่เหมาะสม การกระจายอำนาจการตัดสินใจไปสู่ท้องถิ่นและชุมชน

4. มีความเท่าเทียมกันในการจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรในงานสาธารณสุขมูลฐาน สำหรับประชาชนกลุ่มต่าง ๆ และทุกชุมชน

5. ประชาชนทุกคนได้รับการบริการ สาธารณสุขมูลฐาน คือ

5.1 มีน้ำสะอาดบริโภคในครัวเรือน และอยู่ในระยะทางซึ่งเดินด้วยเท้าไม่เกิน

- 5.2 มีส่วนที่ถูกสุขลักษณะใช้
- 5.3 ใ้รับภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันโรคคอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก หัด โปลิโอ และวัณโรค
- 5.4 มีสถานบริการด้านสุขภาพ ซึ่งมียาที่จำเป็นไม่น้อยกว่า 20 รายการ ในระยะที่
ทางควยการเดินเท้าไม่เกิน 1 ชั่วโมง
- 5.5 ได้รับการดูแลเรื่องการจัดสรร การ คลอดและการ เลี้ยงดูทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี
จากบุคคลที่ได้รับการฝึกอบรมแล้ว

6. เด็ก ๆ มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม โดยพิจารณาจาก

- 6.1 เด็กเกิดใหม่มีน้ำหนักตัวไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม เป็นจำนวนไม่น้อยกว่า 90 %
- 6.2 เด็กมีน้ำหนักพออายุเท่ากับค่ามาตรฐาน เป็นจำนวนไม่น้อยกว่า 90 %

7. อัตราการตายของประชากรทุกกลุ่มเท่าที่จะแจจแจงได้มีไม่เกิน 50 ต่อประชากรกลางปี
1,000 คน

8. อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่า 60 ปี

9. อัตราการรู้หนังสือของผู้ใหญ่ทั้งชายและหญิงสูงกว่า 70 %

10. รายได้ประชากรชาติต่อหัวต่อปีสูงกว่า 500 เหรียญสหรัฐ (ประมาณ 10,000 บาท)

ประเทศ ะเศี ได้กำหนดลักษณะที่จะทำให้ประชาชนทุกคน ทุกครอบครัว ที่จะมุ่งพัฒนาสุขภาพ
ด้วยตนเอง และสามารถกำหนดเองได้ เพื่อเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีว่าดเอน่า ดังนี้ (ประเทศ ะเศี.

2526 : 1)

1. ทุกคนมีปัจจัยขั้นพื้นฐานการดำรงชีวิตอย่างทั่วถึงและเหมาะสม
2. มีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
3. มีสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม
4. มีความเจริญทางจิตใจ
5. มีการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ
6. เมื่อเจ็บป่วยก็ได้รับการรักษาโรคเป็นที่น่าพอใจ

ดังจำเป็นพื้นฐานของคนไทยในปัจจุบัน ที่ได้ผ่านการเห็นชอบของ กรธ. แล้วมีดังนี้คือ

(เพื่อศรี สุโรจน์. 2529 : 11)

1. ประชาชนในครอบครัวได้กินอาหารที่ถูกสุขลักษณะและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
2. ประชาชนในครอบครัวมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
3. ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีพและการประกอบอาชีพ

4. ประชาชนมีความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
 5. ประชาชนมีการผลิต หรือจัดหาอาหารอย่างมีประสิทธิภาพ
 6. ครอบครัวสามารถควบคุมช่วงเวลาของการมีบุตรได้ตามต้องการ
 7. ประชาชนมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาความเป็นอยู่และกำหนดวิถีชีวิตของชุมชนของตนเอง
 8. ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจให้ดีขึ้น
- สิ่งจำเป็นพื้นฐานสำหรับชุมชน (Community Needs) ทั้ง ๘ ประการ ที่ผู้วิจัย ได้กล่าวไว้ดังนี้

(เพ็ญศรี สุโรจน์. 2529 : 12)

1. การศึกษา ได้แก่ การศึกษาภาคบังคับซึ่งควรมีให้ทั่วถึง และเมื่อจบการศึกษาแล้วควรอ่านออกเขียนได้ ซึ่งการอ่านเขียนได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคนและสังคมต่อไป
2. การสาธารณสุข ควรมีการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานในระดับหมู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย
 - การให้ความรู้ในเรื่องปัญหาสาธารณสุข การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ
 - การมีอาหารและโภชนาการที่เหมาะสม
 - การจัดหาน้ำดื่มที่สะอาดและสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ
 - การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว
 - การให้ภูมิคุ้มกัน
 - การควบคุมโรคระบาดในท้องถิ่น
 - การให้การรักษายาบาลเบื้องต้น
 - การจัดให้มียาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน
3. การคมนาคม เพื่อให้หมู่บ้านมีการติดต่อถึงกันและกันและเพื่อเป็นการนำสินค้าที่จำเป็นแลกเปลี่ยนกันให้สะดวกมากยิ่งขึ้น

ระดับสุขภาพ

สุขภาพ อ่อนจนจิตร ไกล่ลวถึงระดับสุขภาพ ัวคังนั (สุขภาพ อ่อนจนจิตร. 2530 : 15 - 17) ระดับสุขภาพจำแนกไ้เป็น 2 ระดับใหญ่ ๆ คือ ระดับที่ความต้องการทางคานร่างกาย และจิตไ้ ำรับการคอบสนองอย่างเต็มที่ ำแนกเป็นระดับอยู่ไ้ 2 ระดับ คือ

1. ระดับที่สุขภาพสมบูรณ์ ระดับนี้ร่างกายไ้รับการสนองคอบทอความต้องการทางคานสุขภาพอนามัยอย่างสมบูรณ์ ชีวิตมีการเจริญหรือเบ่งบานอย่างเต็มที่ มีการสะสมพลังความสามารถเพื่อการพัฒนาชีวิต เช่น การพัฒนาคานนำหนักสวนสูง หรือมีการพัฒนาความสามารถคานศิลปะ กีฬา วิชาการ เป็นต้น ระดับสุขภาพที่สมบูรณ์จะสะสมพลังและความสามารถทางคานร่างกาย จิตใจ เพื่อทอทานสิ่งแวดลอม หรือโรคภัยไข้เจ็บทาง ๆ ที่จะมาทำลายสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ ไ้

2. ระดับที่ไม่เจ็บป่วย ระดับนี้แม้จะไม่เจ็บป่วยก็จริง แต่ก็เสี่ยงต่อการเกิดโรคไ้ง่าย คังตาราง

ระดับสุขภาพและกิจกรรมทางสาธารณสุข

ระดับสุขภาพ		หน้าที่	ตัวอย่างกิจกรรมทางสาธารณสุข	
ปกติ	สุขภาพสมบูรณ์ เต็มที่	การส่งเสริม สุขภาพ	โดยทั่วไปทางชีวภาพ	- การตรวจสุขภาพ - การแจกจ่ายอาหาร อย่างทั่วถึง
			ทางวัฒนธรรม	- การให้ความรู้ทาง สุขภาพอนามัย โดยทั่วไป
	สุขภาพที่ไม่เจ็บป่วย (แผนการเสี่ยงต่อ การเกิดโรคไ้ง่าย)	การป้องกัน	โดยทั่วไป	- การให้ความรู้ทาง สุขภาพอนามัย โดยทั่วไป

ระดับสุขภาพ		หน้า	ตัวอย่างกิจกรรมทางการสาธารณสุข	
			ทางชีวภาพ ทางวัฒนธรรม	- การให้ภูมิคุ้มกัน - การให้ความรู้ทางสุขภาพอนามัยเฉพาะเรื่อง
เจ็บป่วย	- ป่วยแต่ยังไม่แสดงอาการ	การรักษา	การฟื้นฟูสภาพ	- การไปพบแพทย์เพื่อตรวจโรค
	- ป่วยและมีโรคแทรก			- การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
	- ป่วยและมีโรคแทรก			กายภาพบำบัด การใช้แขนขาเทียม
	- ป่วยและไม่สามารถรักษาได้			การเฝ้าศพ การฝังศพ
	- ตาย			

ระดับสุขภาพเกิดขึ้น ซึ่งร่างกายต้องการให้มีการแก้ไขรักษาสุขภาพนั้น ระดับนี้จำแนกเป็นระดับย่อยได้ 3 ระดับ ดังนี้คือ

1. เกิดการเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งเกิดจากความไม่สมดุลระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ มีผลทำให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้น ซึ่งจะเป็นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความสามารถของร่างกายที่จะต่อสู้กับโรคภัยเหล่านี้ได้มากน้อยเพียงไร ระยะที่เกิดการเจ็บป่วยนี้ยังแบ่งออกตามอาการและการแสดงของโรคเป็น

3 กลุ่มย่อย คือ

กลุ่มแรก เป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยยังไม่แสดงอาการ แต่สามารถตรวจพบได้ในห้องทดลอง เช่น การตรวจพบน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ซึ่งแสดงถึงการ เป็นโรคเบาหวาน หรือการตรวจเลือดพบว่า เป็นโรคโลหิตจาง เป็นต้น

กลุ่มที่สอง เป็นกลุ่มที่ผู้ป่วยนั้นสามารถรักษาให้หายได้ และไม่มีโรคแทรกซ้อน เช่น เป็นไข้หวัด เป็นต้น

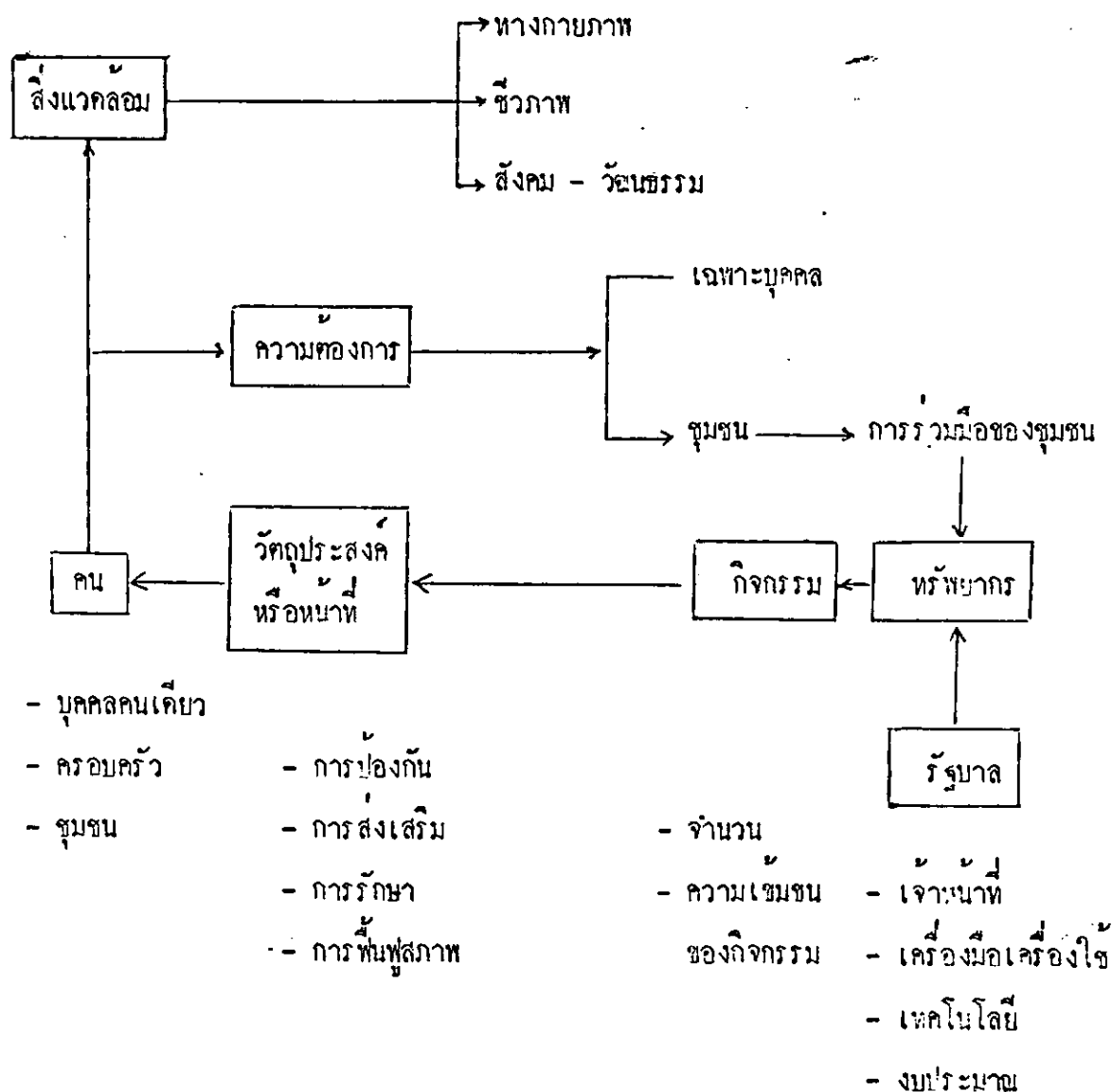
กลุ่มที่สาม การเจ็บป่วยที่อยู่ในกลุ่มนี้ มีความต้องการทางด้านการรักษาพยาบาล การพักผ่อน และการฟื้นฟูให้กลับคืนสู่สภาพปกติมากขึ้น และการป่วยมักจะมีโรคแทรกซ้อนได้ ตัวอย่างโรคที่อยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ ไขหวัดใหญ่ อัมพาต ฯลฯ เป็นต้น

2. การเจ็บป่วยไม่ได้รับการรักษาเท่าที่ควร ทำให้เป็นมากขึ้น และไม่สามารถรักษาให้หายได้

3. เมื่อการเจ็บป่วยไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยก็จะถึงแก่ความตาย ระดับนี้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความตึงเครียดทางจิตประสาทสังคม วัฒนธรรม ก็จะต้องมีการฝัง หรือเผา หรืออาจต้องมี การผ่าศพ

ความต้องการทางค่านิยมและกิจกรรมทางศาสนา (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร.

2530 : 17)



ภาพประกอบ 6 ความต้องการค่านิยมและกิจกรรมทางศาสนา

ลักษณะโครงสร้างการจัดบริการศาสนา ตามความสลับซับซ้อนของปัญหาการเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร. 2530 : 135)

1. **ตติยภูมิบาล (Tertiary Medical Care)** เป็นการให้บริการแก่ผู้มีปัญหาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน และต้องการผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และเครื่องมือที่มีความซับซ้อนในการตรวจวินิจฉัย และให้การดูแลรักษา การบริการระดับนี้ เป็นบริการในโรงพยาบาลระดับศูนย์
2. **ทุติยภูมิบาล (Secondary Medical Care)** เป็นการให้บริการแก่ผู้มีปัญหาการเจ็บป่วยไม่ซับซ้อนมากนัก แต่โรงพยาบาลชุมชนไม่สามารถจะแก้ไขได้ การบริการระดับนี้เป็นบริการในโรงพยาบาลทั่วไป

3. **ปฐมภูมิบาล (Primary Medical Card)** เป็นบริการที่ให้แก่ผู้มีปัญหาการเจ็บป่วยไม่ซับซ้อน ซึ่งจัดการบริการในโรงพยาบาลชุมชน และสถานีอนามัยประจำตำบล

4. **การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)** เป็นบริการในระดับหมู่บ้าน ซึ่งประชาชนดำเนินการเองในรูปของอาสาสมัคร และองค์การของชุมชน ได้แก่ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และคณะกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน โดยการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ของรัฐและมีระบบการส่งต่อ (Referral System) คอยให้การช่วยเหลือเมื่อปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อนเกินความสามารถที่ประชาชนจะให้การดูแลกันเอง

การจัดบริการของสถานบริการทั้ง 4 ระดับนี้ ต้องให้บริการแบบสมบูรณ์แบบ คือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพในสัดส่วนที่เหมาะสมคือ

ระดับของบริการ	การรักษาพยาบาล (ร้อยละ)	การส่งเสริมป้องกันและ ฟื้นฟูสมรรถภาพ (ร้อยละ)
ระดับที่ 3	75	25
ระดับที่ 2	75	25
ระดับที่ 1	50	50
การสาธารณสุขมูลฐาน	10	90

การจัดบริการสาธารณสุขทั้ง 4 ระดับนี้ ควรจัดให้เป็นบริการซึ่งมีองค์ประกอบ คือ

1. **การบริการจัดให้ทั่วถึงแก่ประชาชนทุกชั้นวรรณะ (Avaliability and Accessibility)** การบริการของรัฐจะต้องกระจายให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างทางสถานสังคม

2. การบริการต้องเป็นบริการที่ต่อเนื่อง (Continuity of Care) การบริการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องตามระบบการส่งต่อของสถานบริการทั้ง 4 ฉบับ
3. การบริการให้ผลดี ประชาชนเชื่อถือ (Effective) การบริการถูกต้องเหมาะสมกับปัญหา และสภาพของผู้รับบริการ ประชาชนให้ความเชื่อถือและยอมรับในบริการสาธารณสุขของรัฐ
4. เป็นบริการที่ประชาชนยอมรับ (Acceptability) และไปใช้บริการ (Actual Utility) กันพอสมควร การใช้บริการจากงานขยายยาลดลง
5. เป็นบริการที่ประชาชนสามารถจัดทำตัวเอง (Self - Supporting) โดยพึ่งพาสถานบริการเป็นบางส่วน การจัดบริการ จะต้องคำนึงถึงความเหมาะสมทางเศรษฐกิจ และสังคมของบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมุ่งพัฒนาให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ประสบผลสำเร็จจากเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า ปี 2543

บริการสาธารณสุขในเขตเมือง

ประชาชนในเขตเมือง โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร และเทศบาลต่าง ๆทั่วราชอาณาจักร ประสบปัญหาสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะเชื้อโรคต่าง ๆ เช่น วัณโรค ไข้เลือดออก ปอดอักเสบ และปอดบวม โรคกลัวน้ำ และกามโรค เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีอัตราตายเนื่องจากอุบัติเหตุสูง อัตราการติดยาเสพติดเพิ่มมากขึ้น และเด็กในแหล่งเสื่อมโทรมป่วยเป็นโรคขาดอาหารมาก เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขในเขตเมืองดังกล่าวมา จึงได้จัดมีโครงการจัดบริการสาธารณสุขในเขตเมือง โดยจัดดำเนินงานบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมประชากรในเขตเมือง บริการสาธารณสุขจัดใหม่ขึ้นในเขตเมืองมีดังนี้ (พัชรา กาญจนารัตน์. 2523 : 185)

1. การให้ภูมิคุ้มกันโรค ให้ครอบคลุมร้อยละ 80 ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย
2. บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และหน่วยบริการสาธารณสุขอื่น ๆ เพิ่มขึ้น
3. บริการอนามัยแม่และเด็ก โดยจัดบริการรับฝากครรภ์ ทำคลอด และบริการตรวจหลังคลอดมากขึ้น
4. การรายงานโรคติดต่อ ผู้ป่วยที่มารับการรักษาพยาบาล

5. การควบคุมโรคติดต่อ ทรวรักษากามโรค กำจัดสุนัขเถื่อนและเฝ้าระวังพาหะนำโรค
6. บริการวางแผนครอบครัว เพื่อลดอัตราเพิ่มประชากรเหลือร้อยละ 2.1 (ปัจจุบันในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ระยะที่ 6 ลดอัตราเพิ่มประชากรเหลือร้อยละ 1.3)
7. บริการโภชนาการ โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียน
8. บริการทันตสาธารณสุข
9. บริการอาชีวอนามัย
10. บริการป้องกันและบำบัดการติดยาเสพติด
11. บริการควบคุมอาหาร
12. บริการอนามัยสิ่งแวดล้อม

การดำเนินงานบริการสาธารณสุขในเขตเมือง มีงานหลักสำคัญ คือการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชาชน การเฝ้าระวังและการควบคุมโรคติดต่อ การควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า การปรับปรุงและขยายบริการด้านการแพทย์และอนามัย รวมทั้งการบริการสาธารณสุขในแหล่งเสื่อมโทรมขยายการปรับปรุงอนามัยครอบครัว อันได้แก่ อนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว โภชนาการอนามัยโรงเรียน การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

งานให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่ประชาชน โดยเฉพาะเด็กเริ่มจกมี คลินิกสุขภาพเด็กดี

การเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ จัดให้มีหน่วยเฝ้าระวังโรค ขยายบริการ การวินิจฉัยและชันสูตรโรค และจัดคลินิกพิเศษ กามโรค วัณโรค และโรคเรื้อน จัดคลินิกโรคผิวหนัง จัดวัคซีนซึ่งป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าและดำเนินงานกำจัดสุนัขเถื่อน

งานปรับปรุงและขยายบริการด้านการแพทย์และอนามัยเพิ่มเติม และสร้างศูนย์บริการสาธารณสุขเพิ่ม และสร้างสถานที่เลี้ยงเด็กกลางวัน

งานอนามัยโรงเรียน คู่มือโรงเรียนอนุบาล ประถม และมัธยม ในเขตรับผิดชอบ

การสุขาภิบาลและการสุขาภิบาลอาหาร ให้มีสารวัตรสุขาภิบาลปฏิบัติงานสุขาภิบาลในเขตเมือง

การบริการสาธารณสุขในเขตเมือง จะช่วยแก้ปัญหาสาธารณสุข และยังเป็นการเสริมสร้างให้ท้องถิ่นเข้าใจปัญหาและสามารถจัดบริการสาธารณสุขสนองความต้องการของประชาชน ในท้องถิ่นนั้น ๆ ได้ดีขึ้น

สำหรับกรุงเทพมหานคร ได้มีการดำเนินการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานของกรุงเทพมหานคร ซึ่งมี 2 รูปแบบด้วยกัน ดังนี้ (ประสมภัก ศกุนตนาถ. 2529 : 13)

1. รูปแบบที่ใช้สำหรับชุมชนเขตรอบนอก ซึ่งเป็นพื้นที่เกษตรกรรม ประชาชนไม่หนาแน่น บริการสาธารณสุขยังไม่ทั่วถึงสภาพทั่วไปยังคงคล้ายประชากรชนบทอยู่ ได้แก่ เขตหรือบางส่วนของเขตหนองจอก มีบุรี ลาดกระบัง พระโขนง บางกะปิ บางเขน บางขุนเทียน ภาษีเจริญ ราษฎร์บูรณะ หนองแขม และคลองตัน

รูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของกระทรวงสาธารณสุขได้ถูกนำมาใช้ในพื้นที่เหล่านี้โดยไม่เปลี่ยนแปลง เพียงแต่เพิ่มความรู้อย่างเฉพาะเรื่องที่ประชาชนสนใจเป็นพิเศษ เช่น ยาฆ่าแมลง เป็นต้น อาสาสมัครสำหรับชุมชนเหล่านี้จะมี 2 ประเภท คือผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เริ่มดำเนินการฝึกอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุขรุ่นแรก เมื่อเดือนมีนาคม 2525 ที่หนองจอก ต่อจากนั้นได้ขยายงานออกไปอีกหลายแห่ง

เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2528 ได้อบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุขทั้ง 11 เขต ทุกแขวง จำนวน 2,774 คน ครอบคลุมพื้นที่ 495 หมู่บ้าน หรือ 61.87 % ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขเหล่านี้ได้รับการเลือกให้มารับการอบรมต่อไปเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 160 คน ซึ่งอยู่ในเขต 7 เขต 143 หมู่บ้าน ได้มีการจัดตั้งกองทุนยาและเวชภัณฑ์ 17 แห่ง

2. รูปแบบที่ใช้สำหรับชุมชนแออัด ชุมชนแออัด หมายถึง ชุมชนที่ส่วนใหญ่มีอาคารหนาแน่น ไร้ระเบียบ และขาดคุณูปการประชาชนอยู่กันอย่างแออัด มีสภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม อันอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย และความปลอดภัยของผู้อยู่อาศัย และเป็นชุมชนที่มีปัญหาทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม

ชุมชนแออัดเหล่านี้ อยู่ไม่ไกลจากหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ สภาพแวดล้อมและปัญหาแตกต่างจากชนบท แต่ในบางชุมชนยังคงมีลักษณะสังคมเกษตรมาบ้าง การนำรูปแบบการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ของกระทรวงมาใช้โดยตรง เช่น เขตรอบนอก การให้บริการในชุมชนแออัดนั้น ยังไม่ปรากฏ ได้มีการดำเนินงานอย่างใดในที่สุด จึงจำต้องหารูปแบบขึ้นใหม่

การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐานในเมือง

ไพโรจน์ ศรีจันทร์ ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในเมือง ว่านักศึกษาจะต้องมีบทบาทหน้าที่ ในการเตรียมชุมชน ให้ชุมชนได้เข้ามามีส่วนรวมในงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยเฉพาะในเมือง ซึ่งมีผู้อพยพเข้ามาอยู่เป็นจำนวนมาก และพวกเขาเหล่านี้ เชื่อว่าชุมชนเหล่านี้ไม่ใช่ที่เกิดของเขา เขาเป็นเพียงคนมาเช่าอยู่ หรือสร้างเพิงอยู่เท่านั้น จึงไม่รู้จักพัฒนาไปทำไม นักศึกษาจึงต้องมีบทบาทในการเตรียมชุมชน ที่เป็นผู้ก่อหรือผู้สร้างเงื่อนไข อันเป็นสาเหตุของการสร้างปัญหาสาธารณสุขมูลฐานแออัดด้วย โดยมุ่งเน้น การเตรียมจิตสำนึก ส่วนรูปแบบของการมีส่วนร่วมในชุมชนแออัดของบุคคลเหล่านี้ อาจจะมาในรูปแรงคน สิ่งของ หรืออื่น ๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละท้องถิ่น (ไพโรจน์ ศรีจันทร์. 2528 : 19)

โรคที่พบในชุมชนแออัด

บุญเข็ม แสงศิษฐ์ ได้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนหนึ่งจาก 12 ชุมชน ของกรุงเทพมหานคร รวมผู้มารับบริการ 1,411 คน พบปัญหา หรือโรคที่พบเป็นกลุ่ม ๆ ดังนี้ (บุญเข็ม แสงศิษฐ์. 2528 : 53)

อันดับที่ 1 โรคระบบทางเดินหายใจ

อันดับที่ 2 ปวดศีรษะ

อันดับที่ 3 ระบบทางเดินอาหาร

อันดับที่ 4 จิตเวช

อันดับที่ 5 ผิวหนัง

และให้ข้อที่น่าสังเกตสำหรับโรคที่พบในชุมชนแออัด ดังนี้

1. ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นเด็ก และโรคที่พบบ่อยคือ โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน ท้องเดิน และโรคผิวหนัง

2. โรคที่พบเป็นโรคไม่ก่ออันตราย รักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลได้ บางโรคชาวชุมชนแออัดอาจจะดูแลรักษาตัวเองได้ ถ้าได้รับสุขภาพที่ดีพอ ในชาติที่เป็นโรครุนแรง ก็จะไปรับบริการที่โรงพยาบาล ไม่มารับบริการจากหน่วยแพทย์เคลื่อนที่

3. โรคประสาทเป็นโรคที่พบได้มาก ถ้ามองปัญหาจาก Tension Headache และปัญหาจิตเวชเข้าด้วยกัน ก็จะได้อาสาสมัครที่มีปัญหาโรคประสาทเป็นอันดับ 2 ทั้งนี้เนื่องจากชาวชุมชนแออัดมีปัญหาทางเศรษฐกิจ และสังคม อยู่ตลอดเวลา และอยู่ในวงจรของความไม่รู้ ความจน และความเจ็บป่วย

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในเรื่องพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนแออัดของกรุงเทพมหานคร มีผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องในหลาย ๆ เรื่อง เช่น เรื่องโภชนาการ อารมณ์แม่ และเด็ก การเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว ปัญหาสิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยของประชากรในชุมชนแออัดในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นต้น กล่าวคือ

วรบุษ จิตธรรมสภาพ (2519 : ง - ฉ) ศึกษาถึงภูมิหลังทางครอบครัวของเด็กที่ขาดอาหารในแหล่งเสื่อมโทรมหลังทลอคเปรมประชา กรุงเทพมหานคร พบว่า ครอบครัวที่มีจำนวนสมาชิกน้อยจะมีบุตรที่ขาดอาหารน้อยกว่าบุตรที่เจริญเติบโตปกติ หรือครอบครัวที่มีบุตรน้อย บุตรจะมีโอกาสขาดอาหารน้อยกว่าครอบครัวที่มีบุตรมาก และบิดามารดาที่มีบุตรขาดอาหารส่วนใหญ่จะมีการศึกษาอยู่ในระดับต่ำ คือ ชั้นประถมศึกษา 4 หรือไม่ได้รับการศึกษา มารดาที่มีการศึกษาสูงกว่าจะเลี้ยงบุตร ได้ดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำกว่า มารดาที่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในกรุงเทพมหานคร เลี้ยงบุตร ได้ดีกว่ามารดาที่ย้ายถิ่นจากชนบทและรายได้ของบิดาที่มีบุตรขาดอาหารอยู่ในระดับต่ำกว่าบิดาที่มีบุตร เจริญเติบโตปกติบิดาที่มีบุตรขาดอาหารส่วนใหญ่จะมีหนี้สิน (75 %) ซึ่งในแต่ละเดือนบุตรต้องอดอาหาร เนื่องจากบิดามารดาไม่มีเงินซื้อให้รับประทาน (51.9 %) และส่วนใหญ่เป็นการให้รับประทาน (51.9 %) และส่วนใหญ่เป็นการอดอาหารเฉพาะมื้อ (92.2 %) และพบว่าบุตรที่ไม่ได้เลี้ยงควยน้ำนมมารดามีโอกาสขาดอาหารมากกว่าบุตรที่เลี้ยงควยน้ำนมมารดา กล่าวโดยสรุปก็คือ ครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมยากจนและขาดความรู้ ความเข้าใจในวิธีการเลี้ยงบุตร เป็นปัจจัยสำคัญทำให้บุตรขาดอาหาร

อนุสรณ์ สุนทรพงศ์ (2521 : ง - ฉ) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติทาง * คำนวณสุขภาพอนามัยของประชาชน ในเขตเมืองแขวงสีพระยา และมหาพฤฒารามพบว่าเด็ก (0- 5 ปี) ได้รับวัคซีน (BCD, DPT, OPV) มากกว่า 65 % สตรีตั้งครรภ์ (ในรอบ 5 ปี) ส่วนใหญ่มากกว่า 3 ใน 4 ไปรับบริการตรวจครรภ์ก่อนคลอด และส่วนใหญ่ไปคลอดที่โรงพยาบาลเอกชน สักส่วนของ

การตรวจหลังคลอดต่ำกว่าการตรวจก่อนคลอด และพบว่าปัจจัยด้านอายุและการศึกษาไม่มีผลต่อการปฏิบัติก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด ในด้านการเจ็บป่วยในรอบ 1 ปี ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ รองลงมาโรคทางเดินอาหาร และส่วนใหญ่ไม่ไปรักษาที่คลินิกแพทย์เอกชน รองลงมาขอยาไปรักษาเองที่บ้าน ในเรื่องการคุมกำเนิดในกลุ่มสตรี 15 - 49 ปี ที่แต่งงานอยู่กินกับสามี (46.67%) คุมกำเนิดด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีทำหมัน รองลงมาคือรับประทานยาคุมกำเนิด สถานที่ที่ไปรับบริการคุมกำเนิด ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน

ในปี 2523 ชลทิพย์ ภูษะบุตร (ง - ฉ) ได้ศึกษาถึงชีวิตครอบครัวในแหล่งเสื่อมโทรม ศึกษาเฉพาะครอบครัวที่ได้รับการสงเคราะห์ในแหล่งเสื่อมโทรมคลองเตย พบว่าหัวหน้าครอบครัวและภรรยาส่วนใหญ่เป็นผู้อพยพมาจากชนบท มีการศึกษาต่ำ และไม่มีความรู้ในอาชีพเฉพาะอย่าง ส่วนใหญ่มักประสบปัญหาความยากจน ไม่มีเวลาเอาใจใส่ลูก เพราะต้องออกไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งปัญหาความยากจนเป็นต้นนำไปสู่ความขัดแย้งและการทะเลาะวิวาทในครอบครัว ครอบครัวมีลักษณะเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิกเฉลี่ย 6 คน จำนวนคนทำงานภายในครอบครัวเฉลี่ย 2 คน รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 1,362 บาทต่อเดือน ประมาณครึ่งหนึ่งของครอบครัวทั้งหมดมีหนี้สินมากมายในด้านการสัมพันธ์กับญาติพี่น้องมากกว่าครึ่งหนึ่งของครอบครัวทั้งหมดมีญาติอยู่ในแหล่งเสื่อมโทรมคลองเตย และมีการติดต่อช่วยเหลือกันโดยเฉพาะ ในเรื่องการขอยืมบุตรและการให้ที่พักอาศัยชั่วคราว ส่วนในเรื่องการอบรมเลี้ยงดูบุตร ส่วนใหญ่มุ่งอยู่ที่กำลังเรียนชั้นประถมศึกษา กรณีแม่ทำงานนอกบ้าน ผู้ช่วยเลี้ยงดูลูกส่วนใหญ่จะเป็น ย่า ยาย หรือจ้างเพื่อนบ้านและลูกพี่ลูกน้องที่โตกว่าเลี้ยง พ่อแม่ไม่มีเวลาอบรมสั่งสอนลูก แต่ส่วนใหญ่ของการให้ลูกเป็นคนมีงานทำ ต้องการให้ลูกมีการศึกษาค้นวิชาชีพ แต่ความสามารถส่งเสียลูก ให้เรียนได้แค่ชั้นประถมศึกษาเท่านั้น เนื่องจากฐานะยากจน

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และคนอื่น ๆ (2526 : 5 - 31) ได้สำรวจพฤติกรรมทางการวางแผนครอบครัว โภชนาการและการอนามัยแม่และเด็กของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในชุมชนแออัด กรุงเทพมหานคร พบว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ในชุมชนแออัด แต่งงานเมื่ออายุน้อย (20 ปี) และนิยมมีบุตรจำนวนน้อย (3 คน) มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวไม่ค่อยดีนัก แต่สตรีเหล่านี้รู้จักอุปการะและวิธีการคุมกำเนิดกันแล้วอย่างแพร่หลาย และพบว่าสตรีใน 1 ใน 4 ปี ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สตรีเหล่านี้นิยมใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดและทำหมัน และส่วนใหญ่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล รองลงมาไปรับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขในสถานโภชนาการ และอนามัยแม่

และเด็ก พบว่าสตรีเหล่านี้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวอยู่ในเกณฑ์ (ตอบถูกมากกว่า ร้อยละ 60 ของคำถามทั้งหมด) มีเจตคติในเรื่องดังกล่าวไปทางบวก สำหรับในด้านการปฏิบัติในเรื่องดังกล่าว พบว่า มารดาในชุมชนแออัดปากครรภเกือบทุกครั้งที่ตั้งครรภ์ ส่วนมากไปฝากเอง เมื่อครรภ์ 3 - 5 เดือน โดยไปฝากที่โรงพยาบาลเกือบทั้งหมด และสม่ำเสมอ ส่วนมารดาที่ไม่ฝากครรภ์เกือบครึ่งหนึ่งให้เหตุผลว่าบ้านอยู่ไกล ไม่มีเวลา ไม่มีเงิน และเห็นว่าฝากไม่ฝากมีค่าเท่ากัน และส่วนใหญ่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (65 %) แสดงว่า โภชนาการและการอนามัยแม่และเด็กของมารดาในชุมชนแออัดค่อนข้างดี

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และคนอื่น ๆ (2527 : 9 - 104) ศึกษาติดตามการประเมินผลโครงการวางแผนครอบครัว และพัฒนาชุมชนแออัดเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่กรุงเทพมหานคร รองลงมาอยู่ภาคกลาง โดยเฉลี่ยมีบุตร 2 - 3 คน ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ประชากรในชุมชนแออัดจะมีรายได้น้อยมาก (เฉลี่ย 3,728/เดือน) แร่รายได้ยังพอใช้จ่าย (เฉลี่ย 2,911 บาท/เดือน) และมีเหลือเก็บออมไว้ควยฐานะความเป็นอยู่พอค้ำพองกินเป็นส่วนใหญ่ ความต้องการในการรักษาพยาบาลพบว่าส่วนใหญ่ต้องการให้มีการตรวจโรคทั่วไป ส่วนความต้องการด้านทันตกรรม อาสาพยาบาลและคลังยาชุมชน มีความต้องการมากพอสมควร ความสะอาดภายในบ้านส่วนใหญ่มีความสะอาดพอสมควรที่เหลือสกปรก และสกปรกมากเพียง (21.2 %) ส่วนการเก็บขยะมูลฝอยส่วนใหญ่ที่ใส่ขยะมูลฝอยเพียง (33.6 %) ที่กองทิ้งไว้ข้างบ้านและทิ้งตามใจชอบ ส่วนการระบายน้ำพบว่า ส่วนใหญ่นำรังบริเวณบ้านและโถงบ้าน (62.7 %) และส่วนใหญ่ใช้สวนซึมมีเพียง (2.2 %) ที่ไม่มีสวนซึมใช้เป็นส่วนตัว น้ำที่ซึมส่วนใหญ่ใช้น้ำประปา สตรีวัยเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่รู้จักวิธีการ และอุปกรณ์ในการคุมกำเนิดพอสมควร และความรู้ที่ได้รับได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และส่วนใหญ่กำลังคุมกำเนิดอยู่ในขณะนั้นค่อนข้างสูง สถานะที่ไปรับบริการส่วนใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลในคันโภชนาการ และการอนามัยแม่และเด็กพบว่า มารดามีบุตรอายุไม่เกิน 7 ปี มีความรู้ในเรื่องดังกล่าวดีพอสมควร มีเจตคติไปในทางบวก สำหรับในด้านการปฏิบัติในเรื่องดังกล่าวพบว่า ส่วนใหญ่ฝากครรภ์ โดยไปฝากด้วยตนเองในช่วง 3 - 4 เดือนแรกเป็นส่วนใหญ่ และไปฝากที่โรงพยาบาลทั้งไปตรวจตามนัด ส่วนกลุ่มที่ไม่ไปฝากครรภ์พบว่าสาเหตุมาจากบ้านอยู่ไกล และไม่มีเงินเป็นส่วนใหญ่ และส่วนใหญ่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ในปี 2523 สมจิตต์ สุพรรณหัตถ์ และคนอื่น ๆ (2528 : 5 - 22) ได้ศึกษาความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติในการวางแผนครอบครัวของสตรีวัยเจริญพันธุ์ในชุมชน 36 แห่ง ของกรุงเทพมหานคร พบว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ในชุมชนแออัดส่วนใหญ่แต่งงานอายุระหว่าง 15 - 19 ปี มีบุตรไม่เกิน 3 คน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวปานกลาง และรู้จักวิธีคุมกำเนิดโดยทั่วไป โดยเฉพาะยาคุมกำเนิดมากที่สุด และมีทัศนคติต่อการวางแผนครอบครัวค่อนข้างดี มีบางส่วนที่มีทัศนคติไม่ดีเนื่องจากมีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอ ทำให้เกิดความเข้าใจความผิดพลาด สุขภาพ และจิตใจ ส่วนใหญ่มีการคุมกำเนิดอยู่แล้ว ส่วนมากใช้วิธีกินยาและทำหมันโดยไม่รับบริการสถานบริการของรัฐ

ในปี 2529 วัน ศุภิสทา (2529 : ง - จ) ศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการเจ็บป่วยของประชากรในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร พบว่าปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเกือบทุกปัจจัยมีผลต่อการเจ็บป่วย กล่าวคือ ครวเรือนที่มีส่วนไม่ถูกอนามัยจะมีผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินอาหารมากที่สุด ครวเรือนที่น้ำดื่มใช้ไม่สะอาดทำให้สมาชิกเจ็บป่วยได้ การศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์กับภาวะการเจ็บป่วยในโรคทางเดินอาหาร ทางเคื้อนหายใจ และโรคติดเชื้อ แต่ไม่มีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคระบบไหลเวียนโลหิต ปัจจัยด้านอายุ การศึกษา อาชีพของมารดา และฐานะทางเศรษฐกิจไม่มีผลต่อการให้แบบบุตร ส่วนปัจจัยด้านเศรษฐกิจ มีผลต่อการใช้บริการสถานสาธารณสุข กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้สูงเมื่อเจ็บป่วยจะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ผู้ที่มีรายได้ปานกลางและต่ำจะรักษาตนเองมากที่สุด และพบว่าปัจจัยด้านอายุ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครวเรือนไม่มีผลต่อการรับวัคซีนของบุตร ส่วนอาชีพมีผลอย่างมากต่อการรับวัคซีน OPV และ BCG แสดงว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีบุตร (0 - 5 ปี) ครอบคลุมถึงวัคซีน 2 ชนิดนี้มากกว่าชนิดอื่น ๆ รวมทั้งพบว่ารายได้มีผลต่อการใช้บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้ปานกลางและต่ำมีทัศนคติที่ต่อการใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขมากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง

ประไพพรพรณ ศุภจิตร์ส และคนอื่น ๆ (2531 : 37) ศึกษาประเมินภาวะโภชนาการของเด็กก่อนวัยเรียน (0 - 60 เดือน) ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร เขตห้วยขวาง บางกะปิ มีนบุรี และหนองจอก พบว่ามีการขาดสารอาหาร โปรตีน และพลังงาน ระดับที่ 1 (23.54 %) ระดับที่ 2 (1.84 %) ระดับที่ 3 (0.90 %) แต่ที่อยู่ในเขตเมือง เลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง (58.7 %) แต่แม่ที่อยู่ในเขตชานเมืองเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองสูงกว่า (60.3 %)

ประไพพรรณ ศุภจิตร์ และพรกมล ศรีมานนท์. (2531 : 67) ศึกษาการเกิดอุบัติการณ์การเกิดโรคมาดะยักในทารกแรกเกิด ในกรุงเทพมหานคร ปี 2527 - 2529 พบว่า มีทารกป่วยด้วยโรคมาดะยัก 57 ราย ตาย 11 รายจากโรค 40 ราย และพบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคนี้ ได้แก่ บิดามารดาคอยการศึกษา เศรษฐกิจไม่ดี มารดาไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันมาดะยัก และไม่ทราบวิธีการดูแลคือเด็กแรกเกิด

สมชาติ ไทรักษา และเพ็ญศรี พิชัยสินธ์ (2531 : 85) ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยของทารก ในแฟลตดินแดง กรุงเทพมหานคร ในระหว่างปี 2524 - 2527 พบว่ามารดาเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง (81.4 %) ทารกมีภาวะทุพโภชนาการ (น้ำหนัก/อายุ) โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุทารกที่ได้รับวัคซีน BCG. (95.4 %) ทารกที่ติดตามได้รับวัคซีน OPV, DPT ครบ 3 ครั้ง ภายใน 12 เดือน (88.2 %)

เทพพนม เมืองแมน และคนอื่น ๆ (2531 : 124) ได้ทำการสำรวจชุมชนแออัด 238 แห่ง ใน 19 เขต ในกรุงเทพมหานคร ภายใต้โครงการพัฒนาชุมชนเขตเมือง คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2530 พบว่า ใน 1 หลังคาเรือน มีประชากร โดยเฉลี่ย 5 คน มีผู้ไม่ใช้การวางแผนครอบครัว (63 %) ประชากรส่วนใหญ่ที่วางแผนครอบครัวจะใช้วิธีคุมกำเนิดแบบถาวร 49 % ของหลังคาเรือนมีทั้งชาย และ 67 % ทั้งชายโดยใช้บริการของรพชยะกรุงเทพมหานคร 82 % มีน้ำดื่มสะอาด 50 % มีส้วมใช้ 51 % ของหลังคาเรือนทั้งหมดมีขยะหรือน้ำเน่าไหลลงบ้าน

สมจิตต์ วิริยานนท์ และคนอื่น ๆ (2531 : ก - ค) ได้ศึกษาพฤติกรรมและการดำเนินชีวิตของแม่บ้านตามความจำเป็นพื้นฐาน 5 ประการ ของชุมชนแออัด 2 ชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า จปฐ ข้อที่ 1 ประชาชนได้รับอาหารที่ถูกสุขลักษณะและเพียงพอต่อความต้องการ ส่วนใหญ่แม่บ้านมีความรู้ ทักษะเกี่ยวกับอาหารของหญิงมีครรภ์ และโรคขาดสารอาหารในเด็กถูกต้อง พบครอบครัวส่วนน้อย (19.00 %) ที่มีเด็กมีลักษณะงัวชาขาดสารอาหาร จปฐ ข้อที่ 2 ประชาชนในครอบครัวมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม แม่บ้านส่วนมาก (91.00 %) มีทัศนคติในเรื่องนี้ถูกต้อง แต่ยังมีจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่ง (53.00 %) ที่สภาพภายในบ้านอยู่ไม่มีที่ระบายอากาศเพียงพอ บริเวณบ้านเกือบทั้งหมด (93.00 %) ใต้ถุนบ้านมีน้ำขัง ไม่มีที่ระบายน้ำและมีเศษขยะ จปฐ ข้อที่ 4 ประชาชนได้รับบริการสังคมขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่การดำรงชีวิต แม่บ้านส่วนใหญ่มีทัศนคติและมีความรู้ ในเรื่อง

การให้ภูมิคุ้มกันโรคมาดะฮักในหญิงมีครรภ์ และโรคหัดโรค คอหัด ไอกรน มาดะฮัก โปลิโอ และ หัดในเด็กโคกุกทอง จปฐ ข้อที่ 6 ครอบครัวมีการผลิตที่เพียงพอแก่การดำรงชีพ และพบว่าครอบครัว ส่วนใหญ่มีสมาชิกที่อายุ 20 - 50 ปี มีงานทำ มีเพียง 20.00 % ของครอบครัวที่มีสมาชิกในบ้าน อย่างน้อย 1 คน กำลังว่างงาน พบว่า 68.00 % ที่รายได้ไม่เพียงพอ และ 32.00 % ที่รายได้ เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จปฐ ข้อที่ 7 แม่บ้านสามารถควบคุมช่วงเวลาและจำนวนของการมีบุตร ได้ ตามต้องการ แม่บ้านส่วนใหญ่ มีความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิดลูกทอง มีแม่บ้าน 74.00 % ที่กำลังใช้ วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งอย่างเหมาะสม และพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย โดยทั่วไปกับการปฏิบัติ ของแม่บ้าน และพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการขาดสารอาหารในเด็ก การบริโภค อาหารของหญิงมีครรภ์ ท่อยูอาศัย และสภาพแวดล้อม เป็นต้น

✱ ชัยสิทธิ์ ลุกรักษ์ (2531 : ก - ข) ได้ศึกษาเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของการให้สุขศึกษา โดยผู้ป่วยโรคเรื้อนที่หายแล้ว กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้หลักการ หรือทฤษฎีการลอกเลียนแบบ (Identification) การเรียนรู้จากแม่แบบ (Modeling Learning) เพื่อนสอนเพื่อน (Peer Education) และการให้คำปรึกษา (Counseling) พบ สถานการณ์โรคผิวหนัง กรมควบคุม โรคติดต่อ ถนนประชาธิปไตย พบว่า ภายหลังจากการทดลองไปแล้ว ความรู้ของกลุ่มทดลองที่ 2 (ดำเนินการให้สุขศึกษา โดยใช้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ดีกว่ากลุ่มทดลองที่ 1 (ดำเนินการโดยผู้ป่วย โรคเรื้อนที่หายแล้ว) หักกันระหว่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 ไม่มีความแตกต่างกัน

เดวิส (Davis. 1977 : 55 - 57, 50 - 62) ได้ศึกษาความรู้ของผู้ป่วยที่มี ความสัมพันธ์ต่อรูปแบบการสอนและการให้ความร่วมมือ โดยศึกษาโรงพยาบาล 2 แห่ง ในสหรัฐอเมริกา คือโรงพยาบาลไมลูลิก และโรงพยาบาลวิสคอนซิน พบว่า การเรียนรู้ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง เกิด การเรียนรู้ได้มากกว่ากลุ่มควบคุมเพียงเล็กน้อย ในแง่ของความร่วมมือไม่สัมพันธ์กันระหว่างความรู้ของ ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค กับความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพบว่า ความร่วมมือของ ผู้ป่วยในการปฏิบัติตามคำแนะนำจะกระทำหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลสามารถหาตัวอยู่บ้าน

สมาคมโรงพยาบาลอเมริกา (American Hospital Association. 1980 : 88) ได้สำรวจกิจกรรมสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาล พบว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่จัดส่วนใหญ่จะเป็น เรื่องโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคมะเร็ง สูติกรรม และผู้ป่วยที่ทำหน้าที่ประเภทต่าง ๆ ซึ่งโปรแกรม

เหล่านี้จัดให้ใหญ่ ส่วนกลุ่มเล็ก กิจกรรมสุขศึกษาที่จัดให้ ได้แก่ โรคเบาหวาน โภชนาการ การดูแล
หลังผ่าตัด การปฐมพยาบาลก่อนเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

พาคโค (Pakdi. 1980 : 8) ได้สำรวจความรู้ ทักษะ การปฏิบัติ (KAP - Survey)
ในผู้ป่วยโรคเรื้อน 419 ราย ประชาชน 1,060 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 112 คน พบว่า
ผู้ป่วยมีความรู้ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเรื้อน 94 % ประชาชนมีความรู้ถูกต้อง 90 % และเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขมีความรู้ถูกต้อง 95 %

จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่กล่าวมาข้างต้น จะเป็นแนวทางในการตั้งสมมติฐาน



สมมติฐานทางการศึกษาค้นคว้า

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุแตกต่างกัน มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานสุขศึกษา
แตกต่างกัน
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงาน
สุขศึกษา แตกต่างกัน
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานสาธารณสุขแตกต่างกัน มีความรู้
ทักษะ และการปฏิบัติในงานสุขศึกษา แตกต่างกัน
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ แตกต่างกัน มีความรู้ ทักษะ และ
การปฏิบัติงานสุขศึกษา แตกต่างกัน
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีสถานภาพการสมรส แตกต่างกัน มีความรู้ ทักษะ และ
การปฏิบัติงานสุขศึกษา แตกต่างกัน

ในการศึกษาค้นคว้า ผู้วิจัยได้กระทำการศึกษา ดังนี้

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า เจ้าหน้าสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 448 คน ในจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมด 56 ศูนย์

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร อนาคตกลุ่มตัวอย่างได้จากสูตร การคำนวณขนาดตัวอย่างประชากร ของยามาเน (Yamane. 1970 : 582) ได้กลุ่มตัวอย่าง 196 คน โดยมีขั้นตอนในการสุ่มตัวอย่างประชากร ดังนี้

1. ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น 6 ภาค
2. ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Samplint) ในแต่ละภาค โดยสุ่มจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขในแต่ละภาค ในอัตรา 1 : 2 โดยใช้วิธีการจับสลากได้จำนวนศูนย์บริการสาธารณสุข 28 ศูนย์ฯ ซึ่งจะใช้เป็นศูนย์บริการสาธารณสุข ตัวอย่างประชากรจากจำนวนศูนย์บริการสาธารณสุขทั้งหมด 56 ศูนย์ฯ ดังตาราง 1

3. ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 ศูนย์ฯ จะประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 8 คน ดังนี้
- | | |
|------------------------------|------|
| พยาบาลวิชาชีพ | 1 คน |
| เจ้าหน้าที่งานส่งเสริมสุขภาพ | 5 คน |
| เจ้าหน้าที่งานควบคุมโรค | 2 คน |

ดังนั้น ศูนย์บริการสาธารณสุขที่ใช้เป็นศูนย์ฯ ตัวอย่างประชากร 28 ศูนย์ ได้จำนวนตัวอย่างประชากร 196 คน

ตาราง 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละภาคที่ตอบแบบสอบถาม

ภาค	ชื่อศูนย์บริการสาธารณสุข	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
1	ศบส.5 จุฬาลงกรณ์ ศบส.16 ลุมพินี ศบส.23 สีพระยา ศบส.1 สะพานมอญ ศบส.9 ประชาธิปไตย ศบส.20 ธนาคารศรีนคร	46
2	ศบส.4 ดินแดง ศบส.25 ห้วยขวาง ศบส.52 สามเสนนอก ศบส.15 ลาดพร้าว	31
3	ศบส.10 สุขุมวิท ศบส.21 รัชดาฯทอง ศบส.32 มาริษรัตนมูลลึก ศบส.34 โพธิ์ศรี ศบส.46 กันตารัตน์	28
4	ศบส.2 สยามสกลนครไทย ศบส.11 ประดิษฐ์ ศบส.17 ประชาธิปไตย ศบส.3 บางซื่อ ศบส.19 วงศ์สว่าง	38

ตาราง 1 (ต่อ)

ภาค	ชื่อศูนย์บริการสาธารณสุข	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
5	คบส.30 วัดเจ้าอาบ คบส.31 เอ็ม-จิตร หังสุบุตร คบส.40 ภาษีเจริญ	16
6	คบส.36 บุคคโล คบส.28 ลาดหญ้า คบส.42 ถนนทองเดิม คบส.39 ราษฎร์บูรณะ คบส.54 ทิศนเอี่ยม	37

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา
- ตอนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับงานสุขศึกษา
- ตอนที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา

ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถาม

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานสุขศึกษา เพื่อนำมาสร้างเป็นแบบสอบถาม
2. สร้างแบบสอบถาม ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษาประกอบด้วย

4. ทดสอบ ดังนี้

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับสถานภาพส่วนตัวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แยกตาม อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพการสมรส ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา เป็นแบบปรนัย ชนิดเลือกตอบ (Multiple Choice) 4 ตัวเลือก จำนวน 20 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้ทั้งทัศนคติทางบวก และทางลบ จำนวน 30 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ ทำบ่อยครั้ง ทำนาน ๆ ครั้ง ไม่เคยทำเลย โดยให้ทั้งการปฏิบัติทั้งทางบวก และทางลบ จำนวน 30 ข้อ

3. นำแบบสอบถามที่สร้างมาหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความครอบคลุมทางเนื้อหา

4. ผู้วิจัยทำการปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำเสนออาจารย์ปรึกษา ให้ตรวจพิจารณาอีกครั้งหนึ่ง

5. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

6. นำแบบสอบถามที่ Try out แล้ว มาตรวจให้คะแนนแล้วทำการวิเคราะห์ ดังนี้

6.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสุขศึกษา นำมาวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนก คัดเฉพาะข้อที่มีความยากง่าย ตั้งแต่ 0.20 - 0.80 และค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่

.20 ขึ้นไป นำข้อที่คัดได้ไปคำนวณหาสัมประสิทธิ์แห่งความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร
คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder - Richardson Formula 20)

6.2 แบบสอบถามทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุศึกษา นำมาวิเคราะห์
หาค่าสัมประสิทธิ์แห่งความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ตามวิธีของ ครอนบัค (Cronbach)
โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient)

6.3 ปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามจนได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ เพื่อใช้กับตัวอย่าง
ประชากร

เกณฑ์การให้คะแนนของเครื่องมือ

แบบสอบถามแต่ละด้านให้คะแนน ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับงานสุศึกษา ผู้วิจัยให้คะแนนเป็นรายข้อ ข้อใดตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน
ข้อใดตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน

2. ทัศนคติเกี่ยวกับงานสุศึกษา ผู้วิจัยให้คะแนนเป็นรายข้อ ดังนี้

		ทัศนคติทางบวก	ทัศนคติทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ค่าคะแนน	5 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วย	ค่าคะแนน	4 คะแนน	2 คะแนน
ไม่แน่ใจ	ค่าคะแนน	3 คะแนน	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ค่าคะแนน	2 คะแนน	4 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ค่าคะแนน	1 คะแนน	5 คะแนน

3. การปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุศึกษา ผู้วิจัยให้คะแนนเป็นรายข้อ ดังนี้

		การปฏิบัติทางบวก	การปฏิบัติทางลบ
ทำเป็นประจำ	ค่าคะแนน	3 คะแนน	0 คะแนน
ทำบ่อยครั้ง	ค่าคะแนน	2 คะแนน	1 คะแนน
ทำนาน ๆ ครั้ง	ค่าคะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน
ไม่เคยทำเลย	ค่าคะแนน	0 คะแนน	3 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล กระทำโดยผู้วิจัย ซึ่งกระทำการขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวจากมหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการสำนักอนามัย

กรุงเทพมหานคร

2. ผู้วิจัยเดินทางไปติดต่อกับหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข พญาบาลนิเทศ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อขอความร่วมมือและพบทวนเกี่ยวกับกำหนดนัดหมายวันและเวลาในการ เก็บรวบรวมข้อมูล

3. ทำการ เก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 28 ศูนย์ฯ เป็นจำนวน 196 คน ใช้ระยะเวลาในการเก็บ 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้ง 4 ตอนที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์โดยใช้คอมพิวเตอร์ โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส เอกซ์ (SPSSX - Statistical Package for the Social Science) ตามลำดับ ดังนี้

1. แบบสอบถาม ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ และหาการร้อยละ แยกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานสาธารณสุข ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพการสมรส แล้วนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

2. แบบสอบถาม ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ผู้วิจัยทราวจึงคะแนนเป็นรายข้อ ข้อใดตอบถูกให้ 1 คะแนน ข้อใดตอบผิดหรือไม่ได้ตอบให้ 0 คะแนน รวมคะแนนของแต่ละคน นำมาแจกแจงความถี่ และหาการร้อยละ แล้วรวมคะแนนที่ได้หาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยส่วนรวม และเป็นรายข้อ นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบความเรียง

ในการประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ผู้วิจัยยึดเกณฑ์การประเมินผลของกรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ (2525 : 420 - 421) ว่าคะแนนเบี่ยงเบนการประเมินผลการเรียนรู้ตามหลักสูตรประถมศึกษา พุทธศักราช 2521 หมวด 2 วิธี การประเมินผลการเรียนในข้อ 9 การประเมินผลในข้อ 7.3 และข้อ 8.2 ซึ่งกำหนดระดับผลการ เรียนไว้ดังนี้

ระดับ 4	ดีมาก	โคเคแนต้งแรอยละ 80 ขึ้นไป
ระดับ 3	ดี	โคเคแนระหว่างรอยละ 70 - 79
ระดับ 2	ค่อนข้างดี	โคเคแนระหว่างรอยละ 60 - 69
ระดับ 1	พอใช้	โคเคแนระหว่างรอยละ 40 - 59
ระดับ 0	ต้องแก้ไข	โคเคแนต่ำกว่ารอยละ 40

3. แบบสอบถามตอนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับงานสุศึกษา ผู้วิจัยนำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยส่วนรวมและรายข้อ นำเสนอข้อมูล ในรูปตารางประกอบความเรียง การประเมินทักษะเกี่ยวกับงานสุศึกษา โดยส่วนรวมหรือเป็นรายข้อ อาศัยคะแนนเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

	ทักษะทางบวก	ทักษะทางลบ
ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง	ไม่แน่ใจ	ไม่แน่ใจ
ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.45 หมายถึง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การจัดระดับของทักษะเกี่ยวกับงานสุศึกษา โดยส่วนรวม หรือเป็นรายข้อ อาศัย คะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

	ระดับของทักษะ
ค่าเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง	ดีมาก
ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง	ดี
ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง	ค่อนข้างดี
ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง	พอใช้
ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง	ต้องแก้ไข

4. แบบสอบถามตอนที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุศึกษา ผู้วิจัยนำข้อมูลมาแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยส่วนรวมและเป็นรายข้อ นำเสนอข้อมูล ในรูปตารางประกอบความเรียง โดยใช้เกณฑ์ของค่าเฉลี่ย ดังนี้

	การปฏิบัติทางบวก	การปฏิบัติทางลบ
ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.00 หมายถึง	ทำเป็นประจำ	ไม่เคยทำเลย
ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง	ทำบ่อยครั้ง	ทำนาน ๆ ครั้ง
ค่าเฉลี่ย 0.50 - 1.49 หมายถึง	ทำนาน ๆ ครั้ง	ทำบ่อยครั้ง
ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.49 หมายถึง	ไม่เคยทำเลย	ทำเป็นประจำ

การจึกระคัับของการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุ่ศึกษาของเจ้าหน้าที่สาขารณสุ่ช โดยส่วนรวม หรือเป็นรายขอ อาศัยคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

	ระคัับของการปฏิบัติ
ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.00 หมายถึง	ดีมาก
ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง	ดี
ค่าเฉลี่ย 0.50 - 1.49 หมายถึง	พอใช้
ค่าเฉลี่ย 0.00 - 0.49 หมายถึง	ไม่ดี

5. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุ่ศึกษาของเจ้าหน้าที่สาขารณสุ่ช ตามตัวแปร เพศ อายุ ระคัับการศึกษา ประสพการณ์การปฏิบัติงาน คำนสาขารณสุ่ช โดยการทดสอบค่าที (t-test) ที่ระคัับนัยสำคัญ .05 และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเคียว (F-test)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. การคำนวณขนาดตัวอย่างประชากร ใช้สูตร (Yamane. 1967 : 886)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

N แทน จำนวนประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (ในที่นี้ = .05)

2. การหาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ ใช้สูตรของ โรวินเนลลี และแฮมเบิลตัน (Rovinelli and Hambleton) (สมบูรณ ชีทงศ. 2528 : 178)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ IC แทน ดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถาม
R แทน ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ
N แทน จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

3. การวิเคราะห์หาความยากง่าย (Efficiency) (อังคณา สายยศ. 2528 : 179)

$$P = \frac{R}{N}$$

เมื่อ R แทน จำนวนที่พหุข้อนั้นถูก
N แทน จำนวนคนที่พหุข้อนั้นทั้งหมด

4. การวิเคราะห์หาความอำนาจจำแนก (Discriminating Power) เป็นรายข้อ โดยใช้สูตร t-test เทคนิค 25 เปอร์เซนต์ ของ เอ็ดเวิร์ด (Edwards. 1957 : 152)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S_H^2}{N_H} + \frac{S_L^2}{N_L}}}$$

เมื่อ $\bar{X}_H$ แทน คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มสูง
 $\bar{X}_L$ แทน คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มต่ำ
 S_H^2 แทน ความแปรปรวนของการกระจายของคะแนนในกลุ่มสูง
 S_L^2 แทน ความแปรปรวนของการกระจายของคะแนนในกลุ่มต่ำ
 N_H แทน จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนสูง
 N_L แทน จำนวนคนที่เลือกมาจากกลุ่มคะแนนต่ำ

5. วิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์แห่งความเชื่อมั่น ใช้สูตร คูเคอร์-ริชาร์ดสัน 20

(Kuder - Richardson Formula 20) (อังคณา สายยศ. 2528 : 118)

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{S_t^2} \right)$$

- เมื่อ n แทน จำนวนข้อของแบบสอบถามที่ใช้วัด
- p แทน สัดส่วนของผู้ทำได้ในข้อหนึ่ง ๆ = $\frac{\text{จำนวนคนที่ทำได้}}{\text{จำนวนคนทั้งหมด}}$
- q แทน สัดส่วนของผู้ทำผิดในข้อหนึ่ง ๆ หรือคือ $1 - p$
- S_t^2 แทน คะแนนความแปรปรวนของเครื่องมือฉบับนั้น หรือแบบสอบถามฉบับนั้น

วิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์แห่งความเชื่อมั่น ใช้สูตร สัมประสิทธิ์ของ

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right)$$

- เมื่อ α แทน สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
- k แทน จำนวนข้อของแบบสอบถาม
- S_t^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนรวมของแบบสอบถาม
- S_i^2 แทน ผลรวมของค่าความแปรปรวนของคะแนนของแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อ

6. สถิติพื้นฐาน ได้แก่

6.1 ค่าคะแนนเฉลี่ยใช้สูตร (ฐศร วังศรีชนะ. 2530 : 40)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

- เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย
- $\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
- n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

6.2 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) (ประคอง กรรณสุต.

$$S.D. = \frac{\sum fx^2}{n} - \left(\frac{\sum fx}{n} \right)^2$$

เมื่อ S.D. แทน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum fx$ แทน ผลบวกของผลคูณระหว่างคะแนนกับความถี่ของคะแนนนั้น

$\sum fx^2$ แทน ผลบวกของผลคูณระหว่างคะแนนยกกำลังสองกับความถี่ของคะแนนนั้น

n แทน กลุ่มตัวอย่าง

7. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้สูตร t-test เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 โดยใช้สูตร (ฐศรี วงศ์ทัศนะ. 2530 : 191)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1-1)s_1^2 + (n_2-1)s_2^2}{n_1+n_2-2} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

df ; $n_1 + n_2 - 2$

เมื่อ t แทน ค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

$\bar{X}_1$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มที่ 1

$\bar{X}_2$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนกลุ่มที่ 2

n_1 แทน จำนวนตัวอย่างประชากรกลุ่มที่ 1

n_2 แทน จำนวนตัวอย่างประชากรกลุ่มที่ 2

s_1^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนของกลุ่มที่ 1

s_2^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนของกลุ่มที่ 2

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ

8. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่ม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3, 4 และ 5 ใช้สูตร (ฐศรี วงศ์ทัศนะ. 2530 : 249)

$$F = \frac{MS_B}{MS_W}$$

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน F-Distribution

MS_B แทน ค่า Mean Square ระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

ถ้าพบว่า ผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method)

$$q > \sqrt{\frac{MS_W}{\tilde{n}}}$$

เมื่อ q แทน q-statistic ที่ได้จากการวาง

MS_W แทน ค่า Mean Square ภายในกลุ่ม

$\tilde{n}$ แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

$\bar{X}$	แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย
S	แทน ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
t	แทน ค่าที่ใช้พิจารณาใน t-test
F	แทน ค่าที่ใช้พิจารณาความแปรปรวน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เสนอเป็นร้อยละ

ทั้งตาราง 2 - 5

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา และประเมินระดับความรู้ของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข จำแนกตามร้อยละของคะแนนแต่ละข้อ ทั้งตาราง 7 - 8

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ทัศนคติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา และประเมินระดับทัศนคติ จำแนกเป็นรายชื่อ

ทั้งตาราง 9

ตอนที่ 4 วิเคราะห์การปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา และประเมินระดับการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข จำแนกตามร้อยละของคะแนน แต่ละข้อ ทั้งตาราง 10

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา จำแนกตามค่าแปร อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ด้านสาธารณสุข ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพการสมรส ทั้งตาราง 11 - 25

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามอายุ

อายุ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ 20 - 30 ปี	22	11.3
อายุ 31 - 40 ปี	112	57.1
อายุ 41 ปีขึ้นไป	62	31.6
รวม	196	100

จากตาราง 2 แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีอายุอยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมา อายุ 40 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 31.6 และน้อยที่สุด มีอายุอยู่ระหว่าง 20 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 11.3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับทางการศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
ระดับประกาศนียบัตร	23	11.7
ระดับอนุปริญญา	37	18.9
ระดับปริญญาตรี	136	69.4
ระดับสูงกว่าปริญญาตรี	-	-
รวม	196	100

จากตาราง 3 แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีระดับการศึกษา มากที่สุดอยู่ในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 69.4 รองลงมา ระดับอนุปริญญา คิดเป็นร้อยละ 18.9 และน้อยที่สุด ระดับประกาศนียบัตร คิดเป็นร้อยละ 11.7

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามประสบการณ์ การปฏิบัติงาน
 ด้านสาธารณสุข

ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 5 ปี	38	19.4
5 ปี - 10 ปี	49	25.0
11 ปี - 15 ปี	52	26.5
16 ปี - 20 ปี	32	16.3
20 ปีขึ้นไป	25	12.8
รวม	196	100

จากตาราง 4 แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีประสบการณ์ การปฏิบัติงานด้าน
 สาธารณสุข มากที่สุด 11 ปี - 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.5 รองลงมา 5 ปี - 10 ปี คิดเป็น
 ร้อยละ 25.0 และน้อยที่สุด 20 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.8

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 3,000 บาท	-	-
3,000 - 4,999 บาท	15	7.7
5,000 - 6,999 บาท	83	42.3
7,000 บาทขึ้นไป	98	50
รวม	196	100

จากตาราง 5 แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน มากที่สุด 7,000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา 5,000 - 6,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 42.3 และน้อยที่สุด 3,000 - 4,999 บาท คิดเป็นร้อยละ 7.7

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามสมรส

สถานภาพทางการสมรส	จำนวน	ร้อยละ
โสด	30	15.3
สมรส	166	84.7
รวม	196	100

จากตาราง 6 แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการสมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.7 และเป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 15.3

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษาและประเมินระดับความรู้ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ตาราง 7 จำนวนและร้อยละของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับความรู้ งานสุขศึกษา

ความรู้	จำนวนที่ตอบถูก	ร้อยละ
1. ข้อใดเป็นคุณค่าของสุขศึกษา	98	50
2. เมื่อหาพบ นาย ก. ปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพไม่ถูกต้อง และหาข้อให้คำแนะนำนาย ก. ไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกของ หันคิดว่า ห่านใช้วิธีการสอนสุขศึกษาวิธีใด	75	38.27
3. กลุ่มผู้ป่วยควรคำนึงถึงในการวางแผนให้สุขศึกษา คือข้อใด	82	41.8
4. ข้อใดไม่ใช่องค์ประกอบของสุขภาพ	70	35.7
5. ข้อควรคำนึงในการใช้วิธีการสอบถามต่าง ๆ ข้อใดไม่ถูกต้อง	94	48.0
6. ก่อนผู้ป่วยกลับมา ควรจะใดประเมินผลการเรียนรู้ อีกครั้ง เพราะเหตุใด	163	83.2
7. ผู้ป่วยที่มีความรู้น้อย การสอนสุขศึกษาจะตองเน้นพฤติกรรมอะไรมากที่สุด	115	58.7
8. ข้อใดไม่ใช่ความจำเป็นในการจัดบริการ สุขศึกษา ในสถานบริการทางการแพทย์	46	23.5
9. ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520 - 2524) ได้กำหนดปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ๆ ไว้เพื่อให้งานด้านสุขศึกษามีส่วนที่จะช่วยในการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ใดบรรลุปเป้าหมายตามที่วางไว้ ปัญหาสาธารณสุขที่กำหนดไว้ นั้น มีกี่กลุ่ม	33	16.8

ตาราง 7 (ต่อ)

ความรู้	จำนวนที่ตอบถูก	ร้อยละ
10. เพราะเหตุใด จึงได้มีการขยายบริการทางด้านการแพทย์ และการให้สุศึกษาเข้าสู่ชุมชนในมากที่สุด	86	43.9
11. ในการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยในกลุ่มคนชรา มีอุปสรรคที่สำคัญคือ	65	33.2
12. วิธีการให้สุศึกษาแก่ผู้ป่วยในกลุ่มชราที่ดีที่สุด คือ	118	60.2
13. ในการตรวจสอบสุขภาพของนักเรียน โดยเจ้าหน้าที่อนามัย มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ	50	25.5
14. หากตรวจเจาหนาตออนามัย หรือเจาหนาตาสารวจสุใช้ตรวจให้กับนักเรียน ในเขตที่รับผิดชอบประกอบควย	30	15.3
15. ในการจัดบริการอนามัยโรงเรียน ในโรงเรียนต่าง ๆ แบ่งการจัดบริการอนามัยโรงเรียนไว้เป็นกี่ระดับ	20	10.2
16. ข้อใดที่ไม่ใช่บทบาทหน้าที่ของพยาบาลอนามัยโรงเรียน	51	26.0
17. ชนิดของบันทึกการสอน แบ่งออกได้เป็นกี่ชนิด	106	54.1
18. วัตถุประสงค์งานบริการอนามัยในโรงเรียนข้อใดถูก	69	35.2
19. กิจกรรมข้อแรกๆที่ทุกโรงเรียนในกลุ่มบริการอนามัยโรงเรียนชุมชน ทองจักษ์ให้คืออะไร	60	30.6
20. ภาวะที่ปกติของร่างกาย และจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตในสังคมควยคือ เป็นคำจำกัดความข้อใด	140	71.4

จากตาราง 7 แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71.4 รองลงมา คิดเป็นร้อยละ 60.2 และน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 15.3

ตาราง 8 ประเมินระดับความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำแนกตามร้อยละของคะแนน

ระดับ	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก	คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	-	-
ดี	คะแนนระหว่างร้อยละ 70 - 79	3	1.5
ค่อนข้างดี	คะแนนระหว่างร้อยละ 60 - 69	12	6.1
พอใช้	คะแนนระหว่างร้อยละ 40 - 59	97	49.5
ต้องแก้ไข	คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 40	84	42.9
	รวม	196	100

จากตาราง 8 แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีระดับความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 1.5 ค่อนข้างดี ร้อยละ 6.1 พอใช้ ร้อยละ 49.5 ต้องแก้ไข ร้อยละ 42.9

ตอนที่ 3 หัสนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับงานสุขศึกษา

ตาราง 9 ระดับทัศนคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับงานสุขศึกษา

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับทัศนคติ
1. งานสุขศึกษามีบทบาทสำคัญมากต่อการให้บริการสาธารณสุข	4.70	0.45	ดีมาก
2. การสอนสุขศึกษากับผู้ป่วย ควรเลือกเนื้อหาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย	4.60	0.49	ดีมาก
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรติดตามความเคลื่อนไหวและความก้าวหน้าทางวิชาการอยู่เสมอ	4.65	0.50	ดีมาก
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ปรับปรุงแนวการสอนให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และญาติ	4.51	0.57	ดีมาก
5. ญาติผู้ป่วยมีส่วนสำคัญมากต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	4.41	0.61	ดี
6. ผู้ป่วยและญาติยังไม่ให้ความสนใจต่อการให้สุขศึกษา	2.24	0.94	พอใช้
7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทสำคัญ ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการ เรียนรู้	4.32	0.55	ดี
8. สอนให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติจริง ในชีวิตประจำวัน	4.47	0.56	ดี
9. การสอนสุขศึกษา ควรมีประสบการณ์กว้างขวางในเรื่องที่สอน	4.26	0.63	ดี
10. การสอนสุขศึกษา ควรสอนเฉพาะผู้ป่วยใหม่เท่านั้น	2.68	0.98	ค่อนข้างดี
11. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีทางสุขภาพ	4.35	0.67	ดี
12. การสอนสุขศึกษาไม่ควรใช้เวลานานเกินไป	1.49	0.56	ดี

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับทัศนคติ
13. สอนโดยมุ่งเน้นการใช้ความคิดหลักมากกว่าการจำ	4.12	0.79	ดี
14. การสอนที่ดี ไม่ควร ยกตัวอย่างที่ไม่ถูกต้อง	2.12	0.96	พอใช้
15. ผู้บริหาร ไม่จำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน สู่ศึกษา	4.0	1.06	ดี
16. การสอนสู่ศึกษา กับการประเมินผลจะต้อง สอดคล้องด้วยกัน	4.19	0.59	ดี
17. การสอนสู่ศึกษา จะต้องศึกษาเอกสารและตำรา หลายเล่มเพื่อใช้จัดเตรียมเนื้อหา	2.10	0.87	พอใช้
18. งานสู่ศึกษาไม่มีความจำเป็นที่จะเน้นการรักษา พยาบาลมาก	2.53	1.14	ค่อนข้างดี
19. ไม่ว่ากลุ่มเป้าหมายใด ก็ใช้วิธีการสอน อย่างเดียวกันได้	3.35	1.06	ดี
20. การ เตรียมวัสดุอุปกรณ์การสอนไว้ล่วงหน้า ไม่มีความจำเป็น	4.04	0.98	ดี
21. แพทย์หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข มีส่วนสำคัญมาก ในงานสู่ศึกษา	4.18	0.71	ดี
22. ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นสถานบริการสำหรับ บริการผู้มีรายได้น้อย	3.24	1.04	ค่อนข้างดี
23. ผู้มีรายได้น้อย เป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการให้สู่ศึกษา	3.49	0.99	ค่อนข้างดี

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับทัศนคติ
24. การจัดนิทรรศการ มีความจำเป็นในการให้ ผู้ศึกษา ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข	4.03	0.69	ดี
25. การเจ็บป่วยทุกโรค ต้องให้ผู้ศึกษา	4.10	0.70	ดี
26. ผู้ศึกษาเป็นส่วนประกอบที่จะทำให้อุณหภูมิของ การบริการทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ	4.36	0.54	ดี
27. การให้ผู้ศึกษามีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ ผู้ป่วย และญาติมีการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ	4.42	0.61	ดี
28. งานผู้ศึกษา อาศัยการติดต่อสื่อสารที่ดี	4.24	0.65	ดี
29. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีบทบาทสำคัญต่องานอนามัย โรงเรียน	4.27	0.63	ดี
30. การให้ผู้ศึกษาในโรงเรียนประถมศึกษา ควรให้อย่างต่อเนื่อง	4.33	0.56	ดี

จากตาราง 9 แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีทัศนคติเกี่ยวกับงานผู้ศึกษาอยู่ในระดับ
ดีมาก 4 ข้อ ดี 19 ข้อ ค่อนข้างดี 4 ข้อ พอใช้ 3 ข้อ

ตอนที่ 4 การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับงานสุศึกษา

ตาราง 10 ระดับการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับงานสุศึกษา

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
1. ชี้แจงและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่	2.45	0.64	ก
2. ใช้หลักการเรียนรู้โดยถูกต้องและเหมาะสม	2.24	0.72	ก
3. ใช้จิตวิทยาพัฒนาการโดยถูกต้องและเหมาะสม	2.13	0.74	ก
4. ศึกษาความเคลื่อนไหวและความก้าวหน้าทางวิชาการอยู่เสมอ	2.10	0.78	ก
5. ค้นหาเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อใช้ประกอบการสอน	1.83	0.84	ก
6. นำหลักการและทฤษฎีเกี่ยวกับการสอนมาประยุกต์ใช้โดยเหมาะสม	1.97	0.76	ก
7. เวียนมีหลักการสอนทุกครั้งการสอน	2.10	1.00	ก
8. จัดเนื้อหาให้สอนเหมาะสมกับการระบาดของโรค	2.45	0.67	ก
9. จัดกิจกรรม เมื่อมีการระบาดของโรคเกิดขึ้น	2.35	0.81	ก
10. ชี้แจงให้ผู้ป่วย และญาติเข้าใจวัตถุประสงค์ของการสอน	2.29	0.78	ก
11. นำประสบการณ์ในชีวิตประจำวันมาใช้ประกอบการสอน	2.35	0.67	ก
12. ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจน	2.69	0.48	ก
13. เลือกใช้วิธีการสอนแบบต่าง ๆ ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับเนื้อหาที่สอน	2.38	0.68	ก

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
14. ใช้เทคนิคการสอนที่เร้าใจใหญ่ปวยและญาติ สนใจการสอนอยู่เสมอ	2.17	0.70	ก
15. เตรียมการสอนทุกครั้งสำหรับการสอน	2.35	0.67	ก
16. ปรับปรุงแนวการสอนให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย	2.30	0.71	ก
17. สรุปเนื้อหาสำคัญ ๆ ทุกครั้งเมื่อจบการสอนสู่ศึกษา	2.49	0.66	ก
18. จัดกิจกรรมใหญ่ปวยและญาติ เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพ	1.56	0.95	ก
19. จัดกิจกรรมการสอนได้เหมาะสมกับเนื้อหา	2.02	0.81	ก
20. ใช้วิธีการสอนใหม่ นอกจากการบรรยาย	1.80	0.85	ก
21. ใช้เทคนิคการสอนที่เร้าใจใหญ่ปวยสนใจ บทเรียนอยู่เสมอ	2.08	0.74	ก
22. เตรียมวัสดุ อุปกรณ์การสอนไวล่วงหน้า	2.38	0.68	ก
23. ใช้อุปกรณ์การสอนทุกครั้งสำหรับการสอนสู่ศึกษา	2.23	0.77	ก
24. ใช้วิธีการประเมินผลแบบต่าง ๆ หลังจากจบ การสอนสู่ศึกษาแล้วทุกครั้ง	2.02	0.88	ก
25. นำผลที่ประเมินได้มาแก้ไข ปรับปรุง เพื่อใช้ ในการสอนสู่ศึกษา ในครั้งต่อไป	1.92	0.86	ก
26. ปฏิบัติตัวให้เป็นแบบอย่างที่ดี	2.48	0.60	ก
27. รายงานผลการปฏิบัติงานใหญ่ปวยยังคัมมิชชันบริหาร อยู่เสมอ	2.05	0.89	ก
28. เปิดโอกาสใหญ่ปวย และญาติมีส่วนร่วมใน กิจกรรมการสอน	1.98	0.82	ก

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับการปฏิบัติ
29. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติแสดงความคิดเห็น ได้อย่างเสรี	2.25	0.76	ก
30. ควบคุม ดูแล ส่งเสริม ให้ผู้ป่วยและญาติทำ กิจกรรม ตามวัตถุประสงค์สอน	1.74	0.86	ก

จากตาราง 10 แสดงว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษาอยู่ใน
ระดับดี จำนวน 30 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 100

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนน ของความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ
เกี่ยวกับงานสุขศึกษา จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานสาธารณสุข
รายไ้เลือกตอบ

ตาราง 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ที่มีอายุแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.0033	0.0016	0.9670
ภายในกลุ่ม	193	9.4743	0.0491	
รวม	195	9.4746		

$$p > 0.05$$

จากตาราง 11 แสดงว่า ความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุ
แตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05

ตาราง 12 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับงานสุศึกษา ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ที่มีอายุแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.2547	0.1274	0.5609
ภายในกลุ่ม	193	42.3591	0.2196	
รวม	195	42.6138		

$$p > 0.05$$

จากตาราง 12 แสดงว่า ทัศนคติเกี่ยวกับงานสุศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีอายุ
แตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับงานสุศึกษา ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05

ตาราง 13 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ที่มีอายุแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.2547	0.1274	0.5609
ภายในกลุ่ม	193	42.3891	0.2196	
รวม	195	42.6438		

$$p > 0.05$$

จากตาราง 13 แสดงว่า การปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มี
อายุแตกต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05

ตาราง 14 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	32.2155	16.1077	0.0847
ภายในกลุ่ม	193	1243.3101	6.4420	
รวม	195	1275.5256		

$$P > 0.05$$

จากตาราง 14 แสดงว่า ความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีระดับ
การศึกษาแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05

ตาราง 15 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับงานสุศึกษา ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ที่ระดับการศึกษาแตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.0302	0.0151	0.7347
ภายในกลุ่ม	193	9.4473	0.0489	
รวม	195	9.4775		

$$p > 0.05$$

จากตาราง 15 แสดงว่า ทัศนคติเกี่ยวกับงานสุศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ระดับ
การศึกษาแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับงานสุศึกษา ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05

ตาราง 16 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ที่ระดับการศึกษา แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	1.0339	0.5169	0.0936
ภายในกลุ่ม	193	41.6099	0.2156	
รวม	195	42.6438		

$$p > 0.05$$

จากตาราง 16 แสดงว่า การปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05

ตาราง 17 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ที่มีประสบการณ์ด้านสาธารณสุข แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	62.5019	15.6225	0.0468
ภายในกลุ่ม	193	1213.0236	6.3509	
รวม	195	1275.5255		

* $p < 0.05$

จากตาราง 17 แสดงว่า ความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มี
ประสบการณ์ด้านสาธารณสุข แตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05
เมื่อนำไปทดสอบ Newman-Keuls Procedure Ranges ที่ระดับ 0.05 พบว่า กลุ่มที่
มีประสบการณ์ 11 - 15 ปี มีความแตกต่างจากกลุ่มอื่น ๆ

ตาราง 18 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ที่มีประสบการณ์ด้านสาธารณสุข แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.2094	0.0524	0.3682
ภายในกลุ่ม	191	9.2681	0.0485	
รวม	195	9.4775		

$$p > 0.05$$

จากตาราง 18 แสดงว่า ทัศนคติเกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มี
ประสบการณ์ด้านสาธารณสุขแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05

ตาราง 19 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีประสบการณ์ด้านสาธารณสุข แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	4	0.8453	0.2113	0.4275
ภายในกลุ่ม	191	41.7985	0.2188	
รวม	195	42.6438		

$$p > 0.05$$

จากตาราง 19 แสดงว่า การปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีประสบการณ์ด้านสาธารณสุข แตกต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05

ตาราง 20 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	5.2664	2.332	0.6708
ภายในกลุ่ม	193	1270.2592	6.5312	
รวม	195	1275.5255		

$$p > 0.05$$

จากตาราง 20 . แสดงว่า ความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มี
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05

ตาราง 21 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนทัศนคติเกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.0087	0.0043	0.9152
ภายในกลุ่ม	193	9.4689	0.0491	
รวม	195	9.4776		

$$p > 0.05$$

จากตาราง 21 แสดงว่า ทัศนคติเกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มี
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนแตกต่างกัน มีทัศนคติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05

ตาราง 22 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน แตกต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	0.9187	0.4593	0.1223
ภายในกลุ่ม	193	41.7251	0.2162	
รวม	195	42.6438		

$$p > 0.05$$

จากตาราง 22 แสดงว่า การปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มี
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน แตกต่างกัน มีการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษาไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ เกี่ยวกับงานสุขศึกษา จำแนกตามสถานภาพการสมรส

ตาราง 23 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ระหว่างโสดกับสมรส

สถานภาพการ สมรส	n	$\bar{X}$	S.D.	t
โสด	30	3.76	0.19	0.082
สมรส	166	3.82	0.22	

$$p > 0.05$$

จากตาราง 23 แสดงว่า ความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โสด และสมรส มีความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05

ตาราง 24 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ระหว่างโลศและสมรส

สถานภาพทางการสมรส	n	$\bar{X}$	S.D.	t
โลศ	30	3.76	0.19	0.107
สมรส	166	3.82	0.22	

$$p > 0.05$$

จากตาราง 24 แสดงว่า ทัศนคติเกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่โลศ และสมรส มีทัศนคติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05

ตาราง 25 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการปฏิบัติงานสุขศึกษา ระหว่างโศกและสมรส

สถานภาพทางการสมรส	n	$\bar{X}$	S.D.	t
โศก	30	2.28	0.39	0.106
สมรส	166	2.15	0.48	

$$p > 0.05$$

จากตาราง 25 แสดงว่า การปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่โศกและสมรส มีการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับ 0.05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

ในการวิจัยเรื่อง ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีทองานสุขศึกษา ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร โดยได้ตั้งจุดประสงค์ในการวิจัย ดังนี้

1. เพื่อทราบความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
2. เพื่อทราบทักษะเกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
3. เพื่อทราบการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ทามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพการสมรส

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 196 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา ทักษะเกี่ยวกับงานสุขศึกษา การปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ และเสนอเป็นตาราง

2. วิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา แสดงเป็นคำร้อยละของคำตอบแต่ละข้อและประเมินระดับความรู้ โดยจำแนกตามร้อยละของคะแนน
3. วิเคราะห์ ทักษะเกี่ยวกับงานสุขศึกษา แสดงเป็นค่าเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคำตอบแต่ละข้อ และประเมินระดับทักษะ เป็นรายชื่อ
4. วิเคราะห์การปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา แสดงเป็นค่าเฉลี่ยความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคำตอบแต่ละข้อ และประเมินระดับการปฏิบัติเป็นรายชื่อ
5. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ของคะแนน ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา จำแนกตามตัวแปร อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์งานสาธารณสุข ฐานะทางเศรษฐกิจ และสถานภาพการสมรส

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

จากการศึกษาค้นคว้าพบว่า ลักษณะทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นสตรีมีอายุ ระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 57.1 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 69.4 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานสาธารณสุข 11 - 15 ปี ร้อยละ 26.5 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 50 และสมรสแล้ว ร้อยละ 84.7

สำหรับ ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปรากฏผลดังนี้

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษาอยู่ในระดับพอใช้
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีทักษะเกี่ยวกับงานสุขศึกษา อยู่ในระดับดี
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา อยู่ในระดับดี
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีอายุแตกต่างกัน มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานสุขศึกษาไม่แตกต่างกัน
5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีวุฒิทางการศึกษาแตกต่างกัน มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน

6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีประสบการณ์งานสาธารณสุข แตกต่างกัน มีความรู้ทอ
งานสุขศึกษา แตกต่างกัน และพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขกลุ่มที่มีประสบการณ์งานสาธารณสุข
11 - 15 ปี มีความรู้ทองานสุขศึกษาแตกต่างจากกลุ่มอื่น

7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีประสบการณ์งานสาธารณสุข แตกต่างกัน มีทัศนคติและ
การปฏิบัติงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน

8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ แตกต่างกัน มีความรู้ ทัศนคติ และ
การปฏิบัติงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

จากการศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีทองานสุขศึกษา
ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ได้ผลดังนี้

1. ความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีทองานสุขศึกษา

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความรู้ทองานสุขศึกษา อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งสอดคล้องกับ
การศึกษาของ จินตาคี พุมศิริ และคนอื่น ๆ (2521 : 4) ที่กล่าวว่า การให้สุขศึกษาของศูนย์บริการ
สาธารณสุขนั้น เป็นการให้กับคนกลุ่มใหญ่ในลักษณะการสื่อสารแบบเผชิญหน้า (Face to Face
Communication) ซึ่งมีอุปสรรคนานาประการ ซึ่งมีปัจจัยหนึ่งคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งได้รับ
มอบหมายเวียนกันทอการสอนสุขศึกษา ไม่ค่อยมีความพร้อม แต่ส่วนใหญ่การให้สุขศึกษาของเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข จะให้เนื่องจากความชำนาญในงานที่กระทำอยู่เป็นประจำ และวิธีการศึกษาเดิม ซึ่ง
ส่วนมากจบการศึกษาทางด้านการพยาบาล และสาธารณสุข ทำให้สามารถนำความรู้ และความชำนาญ
มาให้สุขศึกษาแก่ประชาชนที่มาใช้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุข อีกทั้งบุคลากรของประชาชน
ที่มาใช้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นโรคที่ไม่ค่อยรุนแรง ตามที่ บุญเฟิม แสงศิษฐ์ (2528 : 53)
ได้วิเคราะห์ข้อมูลส่วนหนึ่งจาก 12 ชุมชน ของกรุงเทพมหานคร พบว่า โรคที่เป็นไม่บ่อยรุนแรง รักษา
แบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลได้ (O.P.D.) บางโรคชาวชุมชนแออัด อาจจะดูแลรักษาตัวเองได้ ถ้าได้รับ
สุขศึกษาที่พอ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุแตกต่างกัน วุฒิทางการศึกษาแตกต่างกัน ฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน และสถานภาพการสมรสแตกต่างกัน มีความรู้งานสุขศึกษาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน การที่ผลวิจัยเป็นเช่นนี้อาจจะเป็นเพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีพื้นฐานความรู้เรื่องทางานสุขภาพ อนามัย และความชำนาญในงานที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ทำให้สามารถนำความรู้ที่มีอยู่มาช่วยศึกษา แลกเปลี่ยนบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข จากการวิจัยของ วัน กุชิตา พบว่า รายได้มีผลต่อการใช้บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้ปานกลาง และต่ำ มีทัศนคติที่คัดค้านการใช้บริการสาธารณสุขมากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง (วัน กุชิตา. ม.ป.ป. : ง - จ) ซึ่งในกลุ่มบุคคลเหล่านี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถที่จะนำความรู้ ประสบการณ์ทางงานสุขภาพอนามัยที่มีอยู่แล้วมาช่วยศึกษาได้

สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีประสบการณ์งานสาธารณสุขแตกต่างกัน มีความรู้งานสุขศึกษาแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มที่มีประสบการณ์งานสาธารณสุข 11 - 15 ปี มีความรู้ของงานสุขศึกษา แตกต่างออกไปจากกลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ พิมพ์พรณ ศิลปสุวรรณ และวสันต์ ศิลปสุวรรณ (2527 : 61) ที่ว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในระยะเวลา 11 - 25 ปี จะมีความพึงพอใจในองค์ประกอบที่ทำให้พึงพอใจสูงกว่ากลุ่มผู้ที่ปฏิบัติงานในระยะ 1 - 10 ปี ซึ่งเมื่อเจ้าหน้าที่มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน ความกระตือรือร้นและความสนใจในงานที่ทำจะดีไปด้วย และพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในกลุ่มนี้ไปปฏิบัติงานทางานสาธารณสุขมาเป็นเวลานานกว่ากลุ่มอื่น ๆ ซึ่งมีโอกาสได้รับการศึกษาอบรม สัมมนา ทางสุขศึกษามากกว่ากลุ่มอื่น ๆ และเป็นกลุ่มที่มีมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ แล้ว

2. ทัศนคติ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีต่องานสุขศึกษา

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีทัศนคติต่องานสุขศึกษา อยู่ในระดับดี ทั้งนี้เพราะการที่ประชาชนจะมีสุขภาพที่ดี จะต้องให้ประชาชนได้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง หรือมีพฤติกรรม สุขภาพดี ซึ่งเป็นหลักการของสุขศึกษา ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะต้องรับผิดชอบในฐานะเป็นบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ที่จะให้ประชาชนมารับบริการ ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เพื่อไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อให้ทุกคนจะได้มีสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งการสอนสุขศึกษาเป็นวิธีการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้ซึ่งเป็นไปตาม Allport (ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526 : 89) ที่กล่าวว่า

ทัศนคติสามารถเรียนรู้ได้จากสิ่งแวดล้อม การรู้ข่าวสารต่าง ๆ จากบุคคล การพูดจากันภายในครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยสร้างทัศนคติมาอย่างช้ามาได้

จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุแตกต่างกัน วุฒิทางการศึกษาแตกต่างกัน ฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน และสถานภาพการสมรสแตกต่างกัน มีทัศนคติ งานสุขศึกษาไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน การหาค่าวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนตระหนักดีว่า ปัญหาการเจ็บป่วยมากมายที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้มารับบริการขาดความรู้ มีการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง เสี่ยงต่อการเกิดโรค การละเลยต่อการให้สุขศึกษา ในการรักษาผู้ป่วย อาจจะทำให้เกิดความร้ายแรงพอ ๆ กับการละเลยต่อการให้การรักษาด้านการแพทย์ ซึ่งสิ่งที่สำคัญ และจำเป็นอย่างมากในการให้บริการทางสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ก็คือการให้สุขศึกษา โดยเฉพาะในงานสาธารณสุขแล้วจะเน้นหนักงานส่งเสริมป้องกันทางสุขภาพ แ่งานส่งเสริมป้องกันโรค จะโดยหลักเมื่อประชาชน มีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพ อนามัย

3. ด้านการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีต่องานสุขศึกษา

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการปฏิบัติต่องานสุขศึกษาอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เป็นเพราะนโยบายทางด้านสาธารณสุข ได้เน้นงานสุขศึกษาเป็นงานหนึ่งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องปฏิบัติ เพื่อให้ประชาชนที่มารับบริการ มีสุขภาพอนามัยที่ดี การให้สุขศึกษา ร่วมกับการบริการทางการแพทย์ สามารถจะสอดคล้องกันไปได้ทุกโอกาส และทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน (สุรีย์ จันทน์ โมลี. 2521 : 54) งานสุขศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในการแก้ไขปัญหของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

จากการศึกษาค้นคว้า พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีอายุ แตกต่างกัน วุฒิทางการศึกษาแตกต่างกัน ฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกัน และสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีการปฏิบัติงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน การหาค่าวิจัยเป็นเช่นนี้ อาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะต้องสอนสุขศึกษาแก่ประชาชนผู้มารับบริการ ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข ในส่วนของงานที่แต่ละคนรับผิดชอบ ซึ่งแต่ละคนจะเกิดความรู้ ความชำนาญในงานของตัวเองเป็นอย่างดี สามารถที่จะให้สุขศึกษากับผู้มารับบริการได้ รวมทั้งพื้นฐานความรู้เดิมที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จบการศึกษามาทางพยาบาล และสาธารณสุข ยิ่งเป็นองค์ประกอบที่นำมาให้สุขศึกษาแก่ประชาชนที่มารับบริการ ได้โดยที่ส่วนใหญ่จะเป็นประชาชนที่มีรายได้ต่ำ ฐานะยากจน การศึกษาไม่สูง และบริษัสถานการแพทย์จะมีคุณภาพที่ดี จะต้องประกอบด้วยบริการทาง

การแพทย์ และบริการสุขภาพจะควบคู่กันไปและมีความเพียงพอกับความต้องการ ของประชาชน ผู้ป่วยซึ่งไม่ได้รับความรู้เพียงพอ และเหมาะสม ถือว่าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างเพียงพอและเหมาะสม ปัจจุบันงานด้านการแพทย์แต่ละสาขาวิชาชีพ ได้มีผู้รับผิดชอบให้ศึกษาแก่ผู้มารับบริการ (สุริย์ จันทร โมลี. 2521 : 59) งานสุขภาพ จึงเป็นบริการอย่างหนึ่งที่สาธารณสุขต้องให้บริการ แก่ผู้มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข และก่อให้เกิดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งมาตรการในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขมีอยู่ 3 รูปแบบใหญ่ ๆ คือการให้บริการ (Health Service) การให้ สุขศึกษา (Health Education) การใช้กฎหมาย (Health Legislation)

การสุขภาพ จึงเป็นมาตรการหนึ่ง หรือวิธีการหนึ่งที่น่าสนใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของบุคคล ซึ่งจะส่งผลในการป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเท่ากับเป็นการแก้ไขปัญหามาไม่ให้เกิดขึ้น หรือแก้ไขปัญหานั้นให้เบาบางลง ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคลที่นำไปสู่การ เกิดปัญหา สุขภาพนั้น ๆ

การดำเนินงานสาธารณสุข นั้นจุดหมายที่สำคัญคือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ดีขึ้น โดยเน้นแนวความคิดให้ประชาชนแก้ไขปัญหของตนเอง และใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นหลักในการ ดำเนินงาน ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยมีมากมาย เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ การเจ็บป่วย ด้วยสารเคมี การบาดเจ็บหตุพลภาพ ยาเสพติด เมื่อวิเคราะห์สาเหตุการตาย และการเจ็บป่วยแล้ว จะเห็นได้ว่า สาเหตุที่แท้จริง ซึ่งมีผลนำไปสู่การเจ็บป่วย และการตายของบุคคลนั้น เป็นเรื่องของ ปัญหาส่วนใหญ่ สามารถป้องกันไม่ให้เกิดได้ ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากพฤติกรรมของบุคคล เป็นหลัก เช่น การขาดความรู้ ความเข้าใจที่แท้จริง การมีทัศนคติที่ไม่ส่งเสริมต่อการป้องกันโรค และ การส่งเสริมสุขภาพ

ดังนั้น การสุขภาพจึงเป็นกระบวนการ เรียนรู้ที่สำคัญ ที่ทำให้ประชาชนได้ปฏิบัติตนเองได้ ถูกต้อง ดังกล่าว

ข้อเสนอแนะ

ตามแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5 (2525 - 2529) ใ้มองที่จะเพิ่มประสิทธิภาพของ งานสาธารณสุข และเน้นที่จะพัฒนาคุณภาพของบุคลากร โดยเฉพาะกลุ่มที่ปฏิบัติงานให้บริการสาธารณสุข

แก่ประชาชน โดยตรงทุกระดับ ให้สามารถปฏิบัติงานอย่างเต็มความสามารถ มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงสุด ทั้งนี้ขอเสนอแนะของการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

1. ด้านความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรจะมีการจัดอบรมสัมมนา เกี่ยวกับสุขศึกษาในสถานบริการทางการแพทย์ โดยเน้นทางศูนย์บริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้พัฒนาตัวเอง ซึ่งจะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อประชาชนส่วนรวมต่อไป ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้ ทักษะ และการปฏิบัติงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็อยู่แล้ว ถ้ามีการเสริมทางด้านความรู้เกี่ยวกับสุขศึกษา เขาไปอีกจะทำให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรจะไต่ถาม และประเมินการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยทำการประเมินจากประชาชนผู้มารับบริการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อจะไต่ถามถึงปัญหาและความต้องการ ของประชาชนที่มีต่องานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3. ควรจะให้บริการส่งเสริมและเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เข้าร่วมในการสัมมนา อบรม จัดกิจกรรมในงานสุขศึกษาทั้งของศูนย์บริการสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อทราบถึงความก้าวหน้าทางวิชาการ และเทคโนโลยี ที่ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยหารูปแบบการให้ความรู้ เกี่ยวกับสุขศึกษา แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. ควรวิจัยหารูปแบบ ของการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อให้งานสุขศึกษาของศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร ดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ควรจะมีการวิจัย ความคิดเห็นของผู้มารับบริการ ที่มีต่องานสุขศึกษาในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

မကုသရန်

၄

บรรณานุกรม

- จริยาวัตร, คมพัยค์ม. การดำเนินงานอนามัยในชุมชน. กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองการพิมพ์, 2526.
- จันทวดี พุมศิริ และคนอื่น ๆ . รายงานการศึกษา เทคนิคการผลิตสื่อเพื่อการพัฒนา. กรุงเทพฯ : คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528.
- ชลาลัย พงษ์บุตร. ชีวิตครอบครัวในแหล่งเสื่อมโทรม : ศึกษาเฉพาะครอบครัวที่ได้รับ
การสงเคราะห์ในแหล่งเสื่อมโทรมคลองเตย. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523. อักสำเนา.
- ชัยสิทธิ์ ลูกรักษ์. เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการให้สุศึกษา โดยผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่หายแล้วกับ
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
อักสำเนา.
- ชูศรี/ วงศ์คันะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- ดวงสมร พันธุเสน. ความรู้, ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุของนักเรียนชั้นปีที่ 6
โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม.
กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530. อักสำเนา.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. "แนวความคิดทางและสถานการณ์ของการวิจัยทางสุศึกษา และพฤติกรรมอนามัย,"
ใน รายงานการประชุมปฏิบัติการ เรื่องระเบียบวิธีวิจัยทางสุศึกษาและพฤติกรรมอนามัย.
หน้า 7. กรุงเทพฯ : กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2527.
- _____. "แนวความคิดทางคานพฤติกรรมอนามัย," ใน รายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องการพัฒนา
งานวิจัยทางสุศึกษา และพฤติกรรมอนามัย. หน้า 21 - 29. กรุงเทพฯ : คณะเภสัชศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.
- เทพพนม เมืองแมน และคนอื่น ๆ . รายงานการวิจัยเรื่อง การสำรวจชุมชนแออัด 238 ใน
19 เขต ในกรุงเทพมหานคร ภายใต้โครงการพัฒนาชุมชนเขตเมือง คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ . มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

บุญเจิม แสงศิษฐ์. "โรคที่พบในชุมชนแออัด," สุขศึกษา. 8(30) : 53 - 59 ; เมษายน - มิถุนายน 2528.

บุญเยี่ยม ทระกุลวงศ์. "การพัฒนาศูนย์ชีวิต," สุขศึกษา. 9(33) : 38 - 43 ; มกราคม - มีนาคม 2529.

ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : บริษัทศูนย์หนังสือ คร.สง่า จำกัด, 2528.

ประไพพรรณ ศุภจัตุรัส และพรกมล ศรีมานนท์. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาการเกิดอุบัติเหตุการเกิดโรคหาคะตักในทารกแรกเกิดในกรุงเทพมหานคร ปี 2527 - 2529. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

ประไพพรรณ ศุภจัตุรัส และคนอื่น ๆ . รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาประเมินภาวะโภชนาการของเด็กวัยก่อนเรียน (0 - 60 เดือน) ในชุมชนเขตกรุงเทพมหานคร เขตห้วยขวาง บางกะปิ มีนบุรี และหนองจอก. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

ประภาเพ็ญ สุวัตรณ. ทัศนคติ : การวัด : การเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2520.

_____. การสอนสุขศึกษาทฤษฎี และการประยุกต์. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.

_____. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พระพรหม, 2526.

ประลมภ ศกุนตนาถ. "การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตกรุงเทพมหานคร," สุขศึกษา. 9(33) : 11 - 17 ; มกราคม - มีนาคม 2529.

พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และวสันต์ ศิลปสุวรรณ. ความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในส่วนภูมิภาคของประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สถาบันเพื่อศึกษาวิจัยสถานบริการทางสุขภาพอนามัยของรัฐ สังกัดกองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข, 2527.

- พิมพ์พร ยศเท่า. ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพนิเวศของนักเรียนชั้นที่ 6
โรงเรียนเทศบาล เขต 8. วิทยานิพนธ์ ศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
 2530. อักสาเนา
- ไพโรจน์ ศรีจันทร์. "การมีส่วนร่วมของชุมชนในงานสาธารณสุขมูลฐานเขตเมือง," สุศึกษา.
 8(30) : 19 - 23 ; เมษายน - มิถุนายน, 2528.
- _____. "บทบาทนักศึกษากับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน," สุศึกษา. 9(33) :
 44 - 50 ; มกราคม - มีนาคม, 2529.
- รุ่งพันธ์ เสงวีศรี. พฤติกรรมตามบทบาททางเครือญาติในครอบครัวในเขตชานเมือง กรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ ศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อักสาเนา.
- วรุณ จิตธรรมสถาพร. ภูมิหลังทางครอบครัวของเด็กที่ขาดอาหารในแหล่งเสื่อมโทรมหลังตลาด
เปรมประชา กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2529. อักสาเนา.
- วิชาการ, กรม. หลักสูตรประถมศึกษาพุทธศักราช 2521. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
คุรุสภาลาดพร้าว, 2525.
- วัน คูชิตา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยของประชากรในชุมชนแออัด ในเขตกรุงเทพมหานคร.
วิทยานิพนธ์ ศ.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529. อักสาเนา.
- สมจิตต์ วิริยานนท์ และคนอื่น ๆ . รายงานการวิจัยเรื่อง พฤติกรรม และการดำเนินชีวิตของ
แม่บ้าน ในชุมชนแออัด 2 ชุมชน เขตกรุงเทพมหานคร ตามความจำเป็นพื้นฐานของคนไทย
5 ประการ. กรุงเทพฯ : หน่วยเวชศาสตร์ทั่วไป คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สมจิตต์ สุพรรณรัตน์ และคนอื่น ๆ . รายงานการวิจัยเรื่อง การสำรวจพฤติกรรมทางการวางแผน
ครอบครัว การโภชนาการ และการอนามัยแม่และเด็ก ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ในชุมชนแออัด
กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,
 2526.

- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และคนอื่น ๆ . รายงานการวิจัยเรื่อง การติดตามประเมินผลโครงการวางแผนครอบครัว และพัฒนาชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุศึกษา คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- _____ . รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษารูปแบบบริการ เพื่อชักจูงประชาชนในชุมชนแออัด เขตกรุงเทพมหานคร มารับบริการวางแผนครอบครัว. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- _____ . รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติ ในการวางแผนครอบครัว ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ในชุมชนแออัด 36 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2528.
- สมชาติ ไตรักษา และเพ็ญศรี พิชัยสิน. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษารูปแบบการดำเนินงาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยของทารก ในแฟลตคินเคง กรุงเทพมหานคร ปี 2524 - 2527. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
- สมบุญ ชิตพงศ์. "การประเมินคุณภาพเครื่องมือวิจัย," ใน เอกสารประกอบการสอนวิชาวิจัย 521 วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2528.
- สมฤทัย อินทรทิพย์. "แนวทางการปรับปรุงคุณภาพชีวิต และการแก้ไขปัญหাসภาพอนามัยของประชาชน ในชุมชนเขตเมืองชั้นนอก," สุศึกษา. 10(37) : 36 - 49 ; มกราคม - มีนาคม 2530.
- สุภาณี อ่อนนิจ. การสาธารณสุขมูลฐานสำหรับพยาบาล. สงขลา : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2530.
- สุรเดช สารณจิตต์. สุศึกษาในชนบท. กรุงเทพมหานคร. : ชวนพิมพ์, 2530. .
- สุรีย์ จันทรโมลี. สุศึกษาในสถานบริการทางการแพทย์. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- _____ . สุศึกษาในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : ภาควิชาสุศึกษา คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521.
- อนามัย, สำนัก. คู่มือประชาชนในการติดต่อกองการของสำนักอนามัย. กรุงเทพฯ : สำนักอนามัย, 2530.

- อนุสรณ์ สุนทรพงศ์. ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการปฏิบัติทางค่านิยมของประชาชน
แขวงสรีระยา และหาพฤกษาราม. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2521. อักษรสาเนา.
- อังคณา สายยศ. หลักการวิจัยทางการศึกษา. กรุงเทพฯ : วัฒนาพานิช, 2528.
- อุทุมพร จามรมา. แบบสอบถาม : การสร้างและการใช้ เล่ม 1. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2530.
- _____. การสุ่มตัวอย่างทางการศึกษา เล่ม 2. กรุงเทพฯ : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2530.
- อรพรรณ รุ่งศรีวงศ์. "การนำ จปฐ ไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต," สุขศึกษา. 9(33) :
44 - 50 ; มกราคม - มีนาคม 2529.
- Background Document. Based on Summary Reports Received from Country
W.H.O., 1959.
- Best, John W. Research in Education. 2nd. ed. Englewood Cliffs,
New Jersey : Prentice Hall Inc, 1970.
- Cronbach, Lee Joseph. Essentials of Psychological Testing. 3rd. ed.
New York : Harper and Row, 1970.
- Davis A. "Study of Patients Knowledge in Relating to Teaching format and
Compliance," Supervision Nurse. 8(3) : 55 - 57; 60 - 62; March,
1977.
- Edward, Alen L. Statistical Method of the Behavioral Science. New York ;
Rinehart, 1954.
- Edward, Allen Louis. Techniques of Attitude Scale Construction. New York :
Appleton Century - Crofts, 1957.
- Gulko, C. S. and Butherus. "Toward Better Patient Teaching Part I,"
Journal of Practical Nursing. 26(17) ; July, 1978.
- Newman, I.M., and S.I. Fuenning. "Health Education : Potentials for
Patient Care," Nebraska Medical Journal. 62(7) : 226 - 230 ;
July, 1978.
- Jenny, "Patient Teaching as a Curriculum Thread," Canadian Nurse.
(Ottawa) 72(2) : 28 - 29 ; February, 1978.
- Besch, L.A. "Informed Consent : A Patients Right," Nursing Outlook.
27(1) : 32 - 35 ; January, 1979.

Pakdi, Anan C. "Evaluation Leprosy Control Services Uthaithani Province Thailand," Mineograph. W.H.O. Project, 1980.

The Joint Committee on Health Education Terminology. "Health Education Terminology," Journal of Health, Physical Education & Recreation. 33 : 27 - 28 ; November, 1962.

Wood, Thomas D. The Fourth Yearbook of the Department of Superintendents or the National Education Association. 1962.

Yamane, Taro. Statistics : An Introductory Analysis. 2nd. ed. New York : Harper Row, 1967.

חנניא

ภาควิชาสุศึกษา วิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

วันที่ 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2532

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถาม

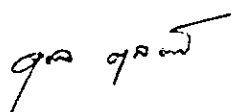
เรียน หัวหน้าพยาบาล พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่าน

ข้าพเจ้า นางอุบล ทุลยากรณ์ นิสิตปริญญาโท วิทยาลัย สาขาสุศึกษา ภาควิชาสุศึกษา วิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ มีความสนใจและประสงค์ทำการวิจัยเรื่อง "ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีผลงานสุศึกษา ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร" โดยมีความมุ่งหวังที่จะศึกษา ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ งานสุศึกษาของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางาน คำนสุศึกษา ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ ต่อการพัฒนางานคำนสุศึกษา ในสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนต่อไป

ท่านเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับเกียรติ ให้เป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการแสดงข้อคิดเห็น และให้ข้อมูลตามความเป็นจริงในเรื่องดังกล่าว จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน ในการตอบ แบบสอบถามของการวิจัยนี้ คำตอบในแบบสอบถามทั้งหมด ผู้วิจัยจะไม่เปิดเผย และจะไม่เกิดผลเสียหาย ใด ๆ แก่ท่าน หรือหน่วยงานของท่าน ฉะนั้นได้โปรดให้ความไว้วางใจแก่ผู้วิจัย กรุณาตอบแบบสอบถามนี้ ตามความจริง

ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คงได้รับความอนุเคราะห์ด้วยดี และขอขอบพระคุณ เป็นอย่างยิ่ง ในความร่วมมืออันดีของท่าน

ขอแสดงความนับถือ



(นางอุบล ทุลยากรณ์)

แบบสอบถาม

ความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีต่อ
งานสุขศึกษา ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามชุดนี้ทั้งหมด 4 ตอน คือ
 - ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 6 ข้อ
 - ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษา จำนวน 20 ข้อ
 - ตอนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับงานสุขศึกษา จำนวน 30 ข้อ
 - ตอนที่ 4 การปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา จำนวน 30 ข้อ
2. แบบสอบถามนี้ใช้สำหรับหาข้อมูล เพื่อการวิจัยเท่านั้น

ตอนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คำชี้แจง ให้เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าข้อความตามความเป็นจริง

1. เพศ

1. ☐ ชาย

2. ☐ หญิง

2. อายุ

1. ☐ อายุต่ำกว่า 20 ปี

2. ☐ อายุ 20 - 30 ปี

3. ☐ อายุ 31 - 40 ปี

4. ☐ อายุ 41 ปีขึ้นไป

3. ระดับทางการศึกษา

1. ☐ ระดับประถมศึกษา

2. ☐ ระดับอนุปริญา

3. ☐ ระดับปริญญาตรี

4. ☐ ระดับสูงกว่าปริญญาตรี (ไปกระบุ)

4. ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข

1. ☐ ทำกว่า 5 ปี

2. ☐ 5 ปี - 10 ปี

3. ☐ 11 ปี - 15 ปี

4. ☐ 16 ปี - 20 ปี

5. ☐ 20 ปีขึ้นไป

5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน

1. ☐ น้อยกว่า 3,000 บาท
2. ☐ 3,000 - 4,999 บาท
3. ☐ 5,000 - 6,999 บาท
4. ☐ 7,000 บาทขึ้นไป

6. สถานภาพทางการสมรส

1. ☐ โสด
2. ☐ สมรส

ตอนที่ 2

แบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับงานสุขศึกษา

คำชี้แจง ให้เขียนเครื่องหมาย ✓ ที่ ก. ข. ค. หรือ ง. ของแต่ละข้อที่เห็นว่าถูกต้องมากที่สุด
เพียงข้อเดียว

1. ข้อใดเป็นคุณค่าของสุขศึกษา
 - ก. คุณค่าต่อตนเองและครอบครัว
 - ข. คุณค่าต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม
 - ค. คุณค่าต่อตนเอง ครอบครัว และประเทศชาติ
 - ง. คุณค่าต่อตนเอง ท้องถิ่น และประเทศชาติ
2. เมื่อท่านพบ นาย ก. ปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพไม่ถูกต้อง และท่านได้ให้คำแนะนำ นาย ก. ไปเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ท่านคิดว่าท่านใช้วิธีการสอนสุขศึกษาวิธีใด
 - ก. วิธีสอนโดยตรง
 - ข. การสอนโดยสหสัมพันธ์
 - ค. การสอนแบบบูรณาการ
 - ง. การสอนโดยบังเอิญ หรือสอนตามเหตุการณ์
3. กลุ่มผู้ป่วยที่ควรคำนึงถึงในการวางแผนให้สุขศึกษาคือข้อใด
 - ก. กลุ่มผู้ป่วยที่ขาดความรู้ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย
 - ข. กลุ่มผู้ป่วยซึ่งมีรายได้น้อย
 - ค. กลุ่มผู้ป่วยที่มีความรู้ ด้านสุขภาพอนามัยอย่างเพียงพอ
 - ง. ถูกทุกข้อ
4. ข้อใดไม่ใช่ องค์ประกอบของสุขภาพ
 - ก. กรรมพันธุ์
 - ข. สิ่งแวดล้อม
 - ค. พฤติกรรม
 - ง. สังคม

5. ข้อควรคำนึงในการใช้วิธีการสอนแบบต่าง ๆ ข้อใดไม่ถูกต้อง
 - ก. ไม่มีการสอนวิธีคิดที่ดีที่สุด
 - ข. วิธีการสอนต้องให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายเหมาะสมกับจุดมุ่งหมาย
 - ค. ทราบข้อดี ข้อเสีย ลักษณะการใช้วิธีการต่าง ๆ
 - ง. พยายามใช้วิธีการสอนที่ไม่ยึดผู้ช่วยเป็นศูนย์กลาง
6. ก่อนผู้ช่วยกลับมาบ้านควร จะใดประเมินผลการ เรียนรู้อีกครั้งเพราะเหตุใด
 - ก. ให้ผู้ช่วยสบายใจ
 - ข. ลดความวิตกกังวล
 - ค. ให้ญาติ และผู้ช่วยเข้าใจโรคที่เป็น
 - ง. ให้ผู้ช่วยทราบถึงสิ่งใดควรปฏิบัติ สิ่งใดควรงดเว้น
7. ผู้ป่วยที่มีความรู้น้อย การสอนสุขศึกษา จะต้องเน้นพฤติกรรมอะไรมากที่สุด
 - ก. พฤติกรรมทางค่านิยม
 - ข. พฤติกรรมทางค่านิยมทัศนคติ
 - ค. พฤติกรรมทางค่านิยมการปฏิบัติ
 - ง. พฤติกรรมทางค่านิยมความเข้าใจ
8. ข้อใด ไม่ใช่ ความจำเป็นในการ จัดบริการ สุขศึกษา ในสถานบริการทางการแพทย์
 - ก. บุคลากรที่อยู่ในสถานบริการทางการแพทย์ ประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ
 - ข. เป็นการให้บริการที่สมบูรณ์แบบ ที่ครอบคลุมการรักษาพยาบาล และให้การศึกษา
 - ค. ผู้มารับบริการ ต้องการความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกช่องทางสุขภาพอนามัย
 - ง. มีการจัดระบบในการให้บริการ อย่างดี สะดวกในการวางแผนสุขศึกษา

9. ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ฉบับที่ 4 (2520 - 2524) ได้กำหนดปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ๆ ไว้ เพื่อให้งานด้านสุขภาพมีส่วนที่จะช่วยในการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ โดยบรรลุเป้าหมายตามที่วางไว้ ปัญหาสาธารณสุขที่กำหนดไว้นั้น มีกี่กลุ่ม
- 4 กลุ่ม
 - 5 กลุ่ม
 - 6 กลุ่ม
 - 7 กลุ่ม
10. เพราะเหตุใด จึงได้มีการขยายบริการทางด้านการแพทย์ และการให้ศึกษาเข้าสู่ชุมชน ใหม่มากที่สุด
- เพราะบุคลากรทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุขมีจำนวนมาก
 - เพราะถ้ามัวแต่รับให้บริการ ศูนย์บริการสาธารณสุข ย่อมเป็นการไม่เพียงพอในการจะแก้ปัญหาการเจ็บป่วย
 - เพราะในชุมชนมีผู้ที่มารับบริการมาก และให้ความสนใจมากกว่าการให้บริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุข
 - เพราะในชุมชน มีโรคระบาด ที่สามารถป้องกันได้ ถ้าให้ศึกษาเสียแต่เนิ่น ๆ
11. ในการให้ศึกษาแก่ผู้ป่วยในกลุ่มคนชรา มีอุปสรรคที่สำคัญ คือ
- ความเสื่อมของประสาทสัมผัสทั้ง 5
 - การไม่ให้ความร่วมมือของผู้ป่วยชรา
 - กลุ่มผู้ป่วยชรา มักจะเชื่อมั่นในตนเองสูง ไม่ยอมเชื่อคนอื่นง่าย ๆ
 - กลุ่มผู้ป่วยชรา ไม่ค่อยยอมมารับบริการที่สถานบริการของรัฐ
12. วิธีการให้ศึกษาแก่ผู้ป่วยในกลุ่มชราที่ดีที่สุด ได้แก่
- ให้ศึกษาแบบโปรแกรม บทเรียนสำเร็จรูป
 - ให้ศึกษาแบบรายบุคคล
 - ให้ศึกษาแบบเป็นทีม
 - ให้ศึกษาโดยใช้โทรทัศน์ ระบบวงจรปิด

13. ในการตรวจสอบสุขภาพของนักเรียน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญคือ
- เพื่อป้องกันความผิดปกติทางกายภาพ ออานามัย
 - เพื่อเป็นการคัดเลือกนักเรียนที่มีความผิดปกติทางกายภาพออานามัย
 - เพื่อช่วยแพทย์ในการตรวจและรักษา
 - เพื่อส่งเสริมสุขภาพนักเรียนให้มีสุขภาพออานามัยที่ดี
14. หากตรวจพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ใช้ตรวจให้กับนักเรียนในเขตที่รับผิดชอบ ประกอบด้วยเท่า
- 7 ท่า
 - 8 ท่า
 - 9 ท่า
 - 10 ท่า
15. ในการจัดบริการออานามัยโรงเรียน ในโรงเรียนต่าง ๆ แบ่งการจัดบริการออานามัยโรงเรียนไว้เป็นกี่ระดับ
- 1 ระดับ
 - 2 ระดับ
 - 3 ระดับ
 - 4 ระดับ
16. ข้อใดที่ไม่ใช่ บทบาทหน้าที่ของพยาบาลออานามัยโรงเรียน
- การวางแผนและการดำเนินงานออานามัยโรงเรียน
 - ตรวจรักษาสุขภาพนักเรียน และบุคลากรในโรงเรียน
 - รับผิดชอบห้องพยาบาลของโรงเรียนร่วมกับครู
 - รับผิดชอบในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในโรงเรียน
17. ชนิดของบันทึกการสอน แบ่งออกได้เป็นกี่ชนิด
- 2 ชนิด
 - 3 ชนิด
 - 4 ชนิด
 - 5 ชนิด

18. วัตถุประสงค์งานบริการอนามัยโรงเรียน ข้อใดถูก
- ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครูให้ความรู้ด้านสุขภาพ
 - ช่วยนักเรียนในโรงเรียนมีเมคึมตลอดปี
 - ช่วยขยายความรู้ทางสุขภาพของชุมชน
 - ช่วยให้โรงเรียนเห็นคุณค่าด้านสุขภาพของนักเรียน
19. กิจกรรมข้อแรกๆที่ทุกโรงเรียนในกลุ่มบริการอนามัยโรงเรียนต้องจัดใหม่คืออะไร
- ให้นักเรียนได้รับการตรวจสุขภาพ
 - ให้นักเรียนทุกคนต้องมีบัตรประจำตัว
 - ให้หมั่นคุ่มกันโรคแก่นักเรียน
 - ให้การสุขาภิบาลโรงเรียน และส่วนถูกสุขลักษณะ
20. ภาพปะทิกะของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีพในสังคมด้วยก็ เป็นคำจำกัดความข้อใด
- สุขภาพ
 - สุขวิทยา
 - สุขศึกษา
 - สุขาภิบาล

ตอนที่ 3

แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับงานสุศึกษา

คำชี้แจง ให้เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความของแต่ละข้อ ซึ่งตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดเพียงความคิดเห็นเดียว

ลำดับที่	ทัศนคติเกี่ยวกับสุศึกษา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	งานสุศึกษามีบทบาทสำคัญมาก ต่อการให้บริการ สาธารณสุ					
2	การสอนสุศึกษากับผู้ช่วยควร เลือกเนื้อหาให้เหมาะสมกับ ผู้ช่วย					
3	เจ้าหน้าที่สาธารณสุของทุกตาม ความเคลื่อนไหวและความ ก้าวหน้าทางวิชาการ อยู่เสมอ					
4	เจ้าหน้าที่สาธารณสุปรับปรุง แนวการสอนให้เหมาะสมกับ ผู้ช่วยและญาติ					
5	ญาติผู้ช่วยมีส่วนสำคัญมากต่อ การเจ็บป่วยของผู้ช่วย					
6	ผู้ช่วยและญาติยังไม่ให้ความ สนใจต่อการให้สุศึกษา					
7	เจ้าหน้าที่สาธารณสุมีบทบาท สำคัญ ในการ กระตุ้นให้ผู้ช่วย เกิดการ เรียนรู้					

ลำดับที่	ทัศนคติเกี่ยวกับสุขศึกษา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
8	สอนให้ช่วยนำใบปฏิบัติจริง ในชีวิตประจำวัน					
9	การสอนสุขศึกษาต้องมี ประสบการณ์กว้างขวาง ในเรื่องที่สอน					
10	การสอนสุขศึกษาควรสอน เฉพาะผู้ป่วยใหม่เท่านั้น					
11	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำ ตนเป็นตัวอย่างที่ดีทางสุขภาพ					
12	การสอนสุขศึกษาไม่ควรใช้ เวลานานเกินไป					
13	สอนโดยมุ่งเน้นการใช้ ความคิดเป็นหลักมากกว่าการจำ					
14	การสอนที่ดีไม่ควรยกตัวอย่าง ที่ไม่ถูกต้อง					
15	ผู้บริหารไม่จำเป็นต้องมี ส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขศึกษา					
16	การสอนสุขศึกษากับการประเมินผล จะสอดคล้องคล่องตัวกัน					
17	การสอนสุขศึกษา จะต้องศึกษา เอกสาร และตำราหลายเล่ม เพื่อใช้จัดเตรียมเนื้อหา					

ลำดับที่	ทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพศึกษา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
18	งานสุขภาพศึกษา ไม่มีความจำเป็น ของแผนการรักษายาามาก	.....	.....	.....	.....	.....
19	ไม่ว่ากลุ่มเป้าหมายใดก็ใช้ วิธีการสอนอย่างเดียวกันได้	.....	.....	.....	.....	.....
20	การ เชิญชวนวัดสุขภาพก่อนการสอน ไวล่วงหน้า ไม่มีความจำเป็น	.....	.....	.....	.....	.....
21	แพทย์หัวหน้าศูนย์บริการ สาธารณสุข มีส่วนสำคัญมาก ในงานสุขภาพศึกษา	.....	.....	.....	.....	.....
22	ศูนย์บริการสาธารณสุขเป็น สถานบริการ สำหรับบริการ ผู้มีรายได้น้อย	.....	.....	.....	.....	.....
23	ผู้มีรายได้น้อย เป็นกลุ่ม เป้าหมายที่สำคัญอย่างยิ่ง ในการให้สุขภาพศึกษา	.....	.....	.....	.....	.....
24	การจัดบริหารสถานการ มีความ จำเป็นในการให้สุขภาพศึกษา ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข	.....	.....	.....	.....	.....
25	การ เจ็บป่วยทุกโรคของให้ สุขภาพศึกษา	.....	.....	.....	.....	.....

ลำดับที่	ทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
26	สุขภาพเป็นส่วนประกอบที่ จะทำให้คุณภาพของการบริการ ทางการแพทย์มีประสิทธิภาพ					
27	การให้สุขภาพมีความจำเป็น อย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยและ ญาติมีการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม สุขภาพ					
28	งานสุขภาพอาศัยการติดต่อ สื่อสารที่ดี					
29	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาท สำคัญต่องานอนามัยโรงเรียน					
30	การให้สุขภาพในโรงเรียน ประถมศึกษา ควรให้ อย่างต่อเนื่อง					

ตอนที่ 4

แบบสอบถามการปฏิบัติ เกี่ยวกับงานสุขศึกษา

คำชี้แจง ให้เขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหลังข้อความของแต่ละข้อความที่ท่านได้ปฏิบัติจริง

ลำดับที่	การปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษา	ทำเป็นประจำ	ทำบ่อยครั้ง	ทำนาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยทำเลย
1	ชี้แจงและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่				
2	ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม				
3	ใช้จิตวิทยาพัฒนาการได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม				
4	ติดตามความเคลื่อนไหวและความก้าวหน้าทางวิชาการอยู่เสมอ				
5	ค้นหาเอกสารงานวิจัยต่าง ๆ เพื่อใช้ประกอบการสอน				
6	นำหลักการและทฤษฎีเกี่ยวกับการสอนมาประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม				
7	เขียนบันทึกการสอนทุกครั้ง				
8	จัดเนื้อหาที่ใช้สอนเหมาะสมกับการระบอบของโรค				
9	จัดนิเทศการ เมื่อมีการระบอบของโรคเกิดขึ้น				

ลำดับที่	การปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุศึกษา	ทำเป็น ประจำ	ทำบ่อย ครั้ง	ทำนาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ทำเลย
10	ชี้แจงให้ผู้ช่วย และญาติเข้าใจ วัตถุประสงค์ของการสอน				
11	นำประสบการณ์ในชีวิตประจำวัน มาใช้ประกอบการสอน				
12	ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและชัดเจน ..				
13	เลือกใช้วิธีการสอนแบบต่าง ๆ ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับเนื้อหา ที่สอน				
14	ใช้เทคนิคการสอนที่เข้าใจให้ผู้ช่วย และญาติสนใจการสอนอยู่เสมอ				
15	เตรียมการสอนทุกครั้งที่ทำการสอน				
16	ปรับปรุงแนวการสอนให้เหมาะสม กับกลุ่มเป้าหมาย				
17	สรุปเนื้อหาสำคัญ ๆ ทุกครั้งเมื่อ จบการสอนสุศึกษา				
18	จัดกิจกรรมให้ผู้ช่วยและญาติเกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุภาพ ..				
19	จัดกิจกรรมการสอนได้เหมาะสม กับเนื้อหา				
20	ใช้วิธีการสอนใหม่ นอกจากการบรรยาย				
21	ใช้เทคนิคการสอนที่เข้าใจ ให้ผู้ช่วยสนใจที่เรียนอยู่เสมอ				

ลำดับที่	การปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุศึกษา	ทำเป็น ประจำ	ทำบ่อย ครั้ง	ทำนาน ๆ ครั้ง	ไม่เคย ทำเลย
22	เตรียมวัสดุ อุปกรณ์การสอน ไวล่วงหน้า				
23	ใช้อุปกรณ์การสอนทุกครั้ง ทำการสอนสุศึกษา				
24	ใช้วิธีการประเมินผลแบบต่าง ๆ หลังจากจบการ สอนสุศึกษาแล้วทุกครั้ง				
25	นำผลที่ประเมินได้มาแก้ไข ปรับปรุง เพื่อใช้ในการ สอนสุศึกษา ในครั้งต่อไป				
26	ปฏิบัติตัวให้เป็นแบบอย่างที่ดี				
27	รายงานผลการปฏิบัติงานให้ ผู้บังคับบัญชาทราบอยู่เสมอ				
28	ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยและญาติได้มี ส่วนร่วมในกิจกรรมการสอน				
29	ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ช่วย และญาติ แสดงความคิดเห็น				
30	ควบคุม ดูแล ส่งเสริม ให้ผู้ช่วย และญาติทำกิจกรรมตาม วัตถุประสงค์สอน				

รายชื่อศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง

ภาค	สถานตั้ง	ชื่อศูนย์บริการสาธารณสุข	ชื่อศูนย์บริการสาธารณสุขที่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง
1 (12 คบส.)	เขตปทุมวัน	คบส. 5 จุฬาลงกรณ์	คบส. 5 จุฬาลงกรณ์
		คบส. 16 ดุสิต	คบส. 16 ดุสิต
	เขตยานนาวา	คบส. 7 บุญบุราราชรัศมี	คบส. 23 สหระยา
		คบส. 12 จันทน์ทอง เนตรวิเศษ	คบส. 1 สะพานมอญ
		คบส. 14 แก้วสุมัญญะ	คบส. 9 ประชาธิปไตย
		คบส. 18 มงคล วอน ว่างตาล	คบส. 20 ธนาคารสินนคร
		คบส. 55 เทวาลัยพัน	
		คบส. 23 สหระยา	
	เขตบางรัก	คบส. 1 สะพานมอญ	
	เขตพระนคร	คบส. 9 ประชาธิปไตย	
	เขตสัมพันธวงศ์	คบส. 13 ไมตรีวิเศษ	
	เขตป้อมปราบฯ	คบส. 20 ธนาคารสินนคร	
	เขตห้วยขวาง	คบส. 4 ดินแดง	คบส. 4 ดินแดง
2 (3 คบส.)		คบส. 25 ห้วยขวาง	คบส. 25 ห้วยขวาง

ภาค	สถานะ	ข้อมูลบริการสาธารณสุข	ข้อมูลบริการสาธารณสุขที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง
3 (10 คบส.)	เขตบางกะปิ	คปส. 52 สามเสนนอก	คปส. 52 สามเสนนอก
		คปส. 15 ลาดพร้าว	คปส. 15 ลาดพร้าว
		คปส. 36 หัวหมาก	
		คปส. 50 บางกะปิ	
		คปส. 56 ถนนเจริญ	
	เขตบึงกุ่ม	คปส. 43 บึงกุ่ม	
		คปส. 8 มุขมณฑลวัง	คปส. 10 ดุสิต
		คปส. 10 ดุสิต	คปส. 21 วัดราชคฤห์
	เขตคลองเตย	คปส. 22 วัดปากบ่อ	คปส. 32 มารีย์ กทม
		คปส. 32 มารีย์ กทม	คปส. 34 โพธิ์
		คปส. 34 โพธิ์	คปส. 46 กทม
		คปส. 37 ประสงค์-สุทธาสคร-ทุ่ง	
		คปส. 41 คลองเตย	
	เขตลาดพร้าว	คปส. 57 มุขมณฑล ลาดพร้าว	
		คปส. 46 กทม	

ภาค	สถานที่ตั้ง	ข้อมูลบริการสาธารณสุข	ข้อมูลบริการสาธารณสุขที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง
4 (10 คบส.)	เขตกรุงเทพฯ	คบส. 2 สมาคมสตรีไทย คบส. 11 ประดิพัทธ์ คบส. 51 วัดไผ่ตัน คบส. 53 หุ่นสองห้อง คบส. 17 ประชาสัมพันธ์ คบส. 24 บางเขน คบส. 3 บางซื่อ	คบส. 2 สมาคมสตรีไทย คบส. 11 ประดิพัทธ์ คบส. 17 ประชาสัมพันธ์ คบส. 3 บางซื่อ คบส. 19 วงศ์สว่าง
5 (7 คบส.)	เขตดุสิต	คบส. 6 สโมสรวัฒนธรรมหญิง คบส. 19 วงศ์สว่าง คบส. 38 จิตทองคำ นำแพทย์ คบส. 30 วัดเจ้าอาวาส คบส. 31 เอ็ม - จิตร ทั้งสมุทร คบส. 33 บางกอกใหญ่ คบส. 40 ภาษีเจริญ คบส. 47 คลองขวาง คบส. 48 นาคินทร์ ะ อุทิศ	คบส. 30 วัดเจ้าอาวาส คบส. 31 เอ็ม - จิตร ทั้งสมุทร คบส. 40 ภาษีเจริญ
	เขตบางกอกน้อย		
	เขตบางกอกใหญ่		
	เขตภาษีเจริญ		
	เขตหนองแขม		

ภาค	สถานที่ตั้ง	ชื่อศูนย์บริการสาธารณสุข	ชื่อศูนย์บริการสาธารณสุขที่จัดเป็นกลุ่มตัวอย่าง
6 (9 คบส.)	เขตคลองตัน	คบส. 49 วัดชัยฤทธิญาณาราม	คบส. 36 บุคคโล
	เขตชนบท	คบส. 29 เจ้าคุณพระประยูรวงศ์	คบส. 28 ลาดหญ้า
	เขตคลองสาน	คบส. 27 จันทรมิพิสัย	คบส. 42 ถนนทองสีมา
	เขตบางขุนเทียน	คบส. 36 บุคคโล	คบส. 39 ราษฎร์บูรณะ
	เขตราษฎร์บูรณะ	คบส. 18 ลาดหญ้า	คบส. 54 ทัศนเทียม
		คบส. 29 ขางมูเนตร	
		คบส. 43 ถนนทองสีมา	
		คบส. 39 ราษฎร์บูรณะ	
		คบส. 54 ทัศนเทียม	
		คบส. 58 ลอม-ทมนเสน พักคุม	

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ - ชื่อสกุล	นางอุบล ทูลยากรณ์	
ที่อยู่ปัจจุบัน	161/56 หมู่ 5 ซ.สมชาย ต.บางกรวย อ.บางกรวย จ.นนทบุรี	
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2521	ประกาศนียบัตรพยาบาลมณฑลนครราชสีมาและอนามัย วิทยาลัยพยาบาลวชิรพยาบาล
	พ.ศ. 2524	ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัยมหิดล
	พ.ศ. 2532	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร
ประวัติการทำงาน	พ.ศ. 2521	พยาบาล โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์
	พ.ศ. 2524 - ปัจจุบัน	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์

ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ที่มีต่องานสุขศึกษา ในศูนย์บริการสาธารณสุข
กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ
ของ
อูบล ทูลยากรณ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2533

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อทราบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานสุขศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และเปรียบเทียบความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานสุขศึกษา ตามตัวแปรด้านอายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ สถานภาพ การสมรส กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร จำนวน 196 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบ Simple Random Sampling เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือแบบสอบถาม แบบมาตราส่วนประเมินค่า สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือการอยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที และการทดสอบความแปรปรวน

ผลการศึกษาพบว่า

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความรู้เกี่ยวกับงานสุขศึกษาอยู่ในระดับพอใช้
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีทักษะเกี่ยวกับงานสุขศึกษาอยู่ในระดับดี
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการปฏิบัติเกี่ยวกับงานสุขศึกษาอยู่ในระดับดี
4. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีอายุแตกต่างกัน มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานสุขศึกษาไม่แตกต่างกัน

5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีวุฒิทางการศึกษาแตกต่างกัน มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน

6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีประสบการณ์ด้านสาธารณสุขแตกต่างกัน มีความรู้ท่องานสุขศึกษาแตกต่างกัน และพบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มที่มีประสบการณ์ด้านสาธารณสุข 11 - 15 ปี มีความรู้ท่องานสุขศึกษา แตกต่างออกไปจากกลุ่มอื่น

7. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีประสบการณ์ด้านสาธารณสุข แตกต่างกัน มีทักษะและการปฏิบัติงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน

8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจแตกต่างกันมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน

9. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่มีสถานภาพการสมรส แตกต่างกัน มีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติงานสุขศึกษา ไม่แตกต่างกัน

KNOWLEDGES ATTITUDES AND PRACTICES OF HEALTH PERSONNELS REGARDING
HEALTH EDUCATION ACTIVITIES OF HEALTH CENTERS UNDER
BANGKOK METROPELITAN AUTHRORITY

AN ABSTRACT

BY

UBOL TULYAKORN

Presented in partial fulfillment of the requirements for the Master
of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University

April 1990

The purposes of this study were to determine the knowledge, Attitude and practices on health Education Activities of health personnels at health center under Bangkok Metropolitan Authority; and compared them with the following variables : Age, Education, Experience, Economic status and Marital status. The Subjects of this study were 196 health personnels under Bangkok Metropolitan Authority; using simple random sampling technique. The instrument used for collecting the data were a set of rating scales questionnaires. The statistics employed were percentage, Arithematic mean, Standard deviation, t-test and ANOVA.

The results of this study can be summarized as follows:

1. The knowledge of the health personnels regarding health education activities was at the middle level.
2. The attitude of the health personnels regarding health education activities was at the high level.
3. The practices of the health personnels regarding health education activities was at the high level.
4. There was no significant different among the knowledge, attitude and practices on health personnels at different ages.
5. There was no significant different among the knowledge, attitude and practices on health education activities of the health education activities of the health personnels of different degrees.
- 6.. The knowledge on health education activities of the health personnels of different experiences on health-care was Significantly different. It was also found that the knowlege fowarde health education activities of the health personnels who got 11 - 15 years of health-care experience, was significantly different from the other groups.

7. The attitude and practices on health care of the health personnels of different health-care experiences, were not significantly different

8. The knowledge attitude and practices on health education activities of the health personnels of different economic status, were not significantly different

9. The knowledge, attitude and practices on health education activities of the health personnels of different marital Status, were not significantly different.