

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม

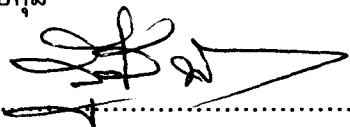
ปริญญานิพนธ์
ของ
สัญญา ตันครองศิลป์

24 ก.ค. 2544

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2544
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

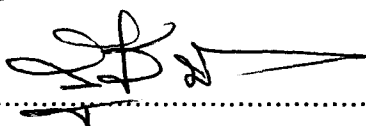
คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปริญญานิพนธ์ฉบับนี้แล้ว
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอก
สุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

คณะกรรมการควบคุม

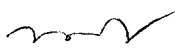

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ)

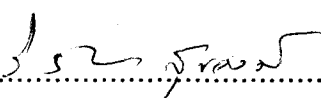

.....กรรมการ
(อาจารย์ทรงพล ต่อนี่)

คณะกรรมการสอบ

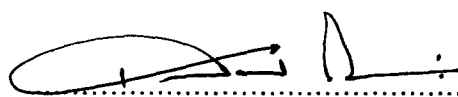

.....ประธาน
(รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารถ)


.....กรรมการ
(อาจารย์ทรงพล ต่อนี่)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌิมางกูร)


.....กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ


.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

วันที่ 14 เดือนเมษายน พ.ศ. 2544

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดีเนื่องจากผู้วิจัยได้รับความกรุณาเป็นอย่างสูง จาก รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชาमारถ และอาจารย์ทรงพล ต่อนี้ ประธานและกรรมการ ควบคุมปริญญานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ สัตวแพทย์หญิง นภาพร มัชฌมากร และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วิริยา สุขวงศ์ กรรมการสอบปริญญานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งให้กำลังใจ สนับสนุน จนผู้วิจัยสามารถดำเนินการ ทำปริญญานิพนธ์ได้ประสบความสำเร็จ ขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณท่านผู้เชี่ยวชาญทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจแบบทดสอบและแบบ สอบถาม และให้คำแนะนำต่าง ๆ ในการทำเครื่องมือ แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สมจิตร์ ศรีสุภร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลของผู้วิจัย และขอบคุณพี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย อำเภอเมืองนครปฐม อำเภอกำแพงแสน และอำเภอบางเลน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม จนทำให้สามารถเก็บรวบรวม ข้อมูลในการวิจัย ได้อย่างครบถ้วน

ขอขอบคุณเพื่อน ๆ ที่ร่วมศึกษาในหลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา ทุกท่านที่ให้คำปรึกษา แนะนำ กำลังใจ ขอขอบคุณ คุณสุพิน ดันครองศีล และเด็กชาย ชวนากร ดันครองศีล ที่ช่วยทำให้การทำปริญญานิพนธ์นี้ประสบความสำเร็จ จึงขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้

สัญญา ดันครองศีล

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
คำนำ	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	6
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า	6
ข้อตกลงเบื้องต้น	6
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	7
2 เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย	11
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการค้นคว้า	11
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า	53
งานวิจัยในต่างประเทศ	53
งานวิจัยในประเทศไทย	54
สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า	61
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	63
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	63
เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล	66
ลักษณะของเครื่องมือ	66
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ	66
เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย	67
การหาคุณภาพเครื่องมือ	68
วิธีการดำเนินการรวบรวมข้อมูล	70
วิธีการจัดกระทำ	70
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	71

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า	77
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล	77
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	77
การวิเคราะห์ข้อมูล	77
ผลการศึกษาค้นคว้า	79
5 บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	104
บทย่อ	104
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า	104
วิธีดำเนินการวิจัย	104
เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	104
การเก็บรวบรวมข้อมูล	105
การวิเคราะห์ข้อมูล	105
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	106
อภิปรายผล	108
ข้อเสนอแนะ	118
ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป	118
บรรณานุกรม	119
ภาคผนวก	127
ประวัติย่อของผู้วิจัย	152

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของประชาชนทั่วประเทศ ตั้งแต่ มกราคม – ธันวาคม 2540	4
2	อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังบางโรค ปี 2539 – 2541	4
3	เป้าประสงค์ บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของ ตนเองได้	40
4	จำนวนกลุ่มตัวอย่างของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว จำแนกตาม อำเภอในจังหวัดนครปฐม	65
5	จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง	79
6	จำนวนร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขและเจตคติ เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของกลุ่มตัวอย่าง	83
7	คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการ ดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสา สมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม	84
8	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและความแตกต่างของคะแนน เฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุข มูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามเพศ	85
9	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามอายุ	86
10	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามอายุ	86
11	ผลการทดสอบความแตกต่าง คะแนนความแตกต่างเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการ ดูแลตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม ที่มีอายุต่างกัน	87

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
12	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามสถานภาพสมรส	88
13	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามสถานภาพสมรส	88
14	ผลการทดสอบความแตกต่าง คะแนนความแตกต่างเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน	89
15	ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามลักษณะครอบครัว	90
16	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามระดับการศึกษา	91
17	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามระดับการศึกษา	91
18	ผลการทดสอบความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน ..	92
19	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเปี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามรายได้ของครอบครัว	93

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง

หน้า

20	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามรายได้ของครอบครัว	94
21	ผลการทดสอบความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน	95
22	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามอาชีพ	96
23	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางแบบเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามอาชีพ	97
24	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย	97
25	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางแบบเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม ที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย	98
26	ผลการทดสอบความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม ที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยต่างกัน	99

บัญชีตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
27	ค่าคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน	100
28	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางแบบเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน	101
29	ผลการทดสอบความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม ที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานต่างกัน	102
30	จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามระดับเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน	103
31	ค่าสถิติแสดงค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน	148
32	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน	150
33	ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน	151

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง	20
2 ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชน	32
3 ลักษณะเฉพาะของงานสาธารณสุขมูลฐาน	34
4 ระบบสาธารณสุขของประเทศ	41
5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสาธารณสุขมูลฐานกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง	42
6 ขั้นตอนระบบการส่งต่อผู้ป่วย	49
7 เป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุข	52
8 กรอบแนวคิดในการวิจัย	60

บทที่ 1

บทนำ

คำนำ

สุขภาพดี เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์และเป็นจุดมุ่งหมายทางสังคมที่ยอมรับกันทั่วโลก มนุษย์ทุกคนย่อมมีสิทธิ์ที่จะได้รับความคุ้มครองให้มีสุขภาพดี จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 30 พ.ศ. 2521 ขององค์การอนามัยโลก ประเทศภาคีสมาชิกได้มีมติให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543 (Health for all by the year 2000) เป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาทางสังคม และผลการประชุมใหญ่ที่เมืองอัลมา อตา (Alma Ata) ประเทศรัสเซีย ในปี พ.ศ. 2521 ได้มีข้อตกลงให้การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) เป็นกลวิธีหลักในการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลกเพื่อการพัฒนาสุขภาพในปี พ.ศ. 2523 จะสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 3)

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีที่สำคัญ ในการที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนเพราะเป็นวิธีการที่ทำให้ประชาชนมีความรู้และสนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนรู้จักป้องกันรักษาโรคเบื้องต้น อันเป็นการเน้นให้เห็นว่าสุขภาพของตนเองไม่ใช่เป็นเพียง "สิทธิ" เท่านั้น แต่ยังเป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบอีกด้วย (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุข. 2527 : 4) รัฐบาลได้ใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานเป็นจุดเริ่มต้นของการให้บริการสาธารณสุขผสมผสานทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการที่มีอยู่ทั้งภาครัฐและเอกชน ให้ประชาชนทั้งในเมืองและในชนบท มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและเพิ่มขีดความสามารถในการพึ่งตนเองด้านสาธารณสุขโดยการพัฒนากำลังคนในรูปของอาสาสมัครสาธารณสุข (ปรีชา ดีสวัสดิ์. 2526 : 150-153)

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการบริการสาธารณสุขที่ประชาชนเป็นผู้ดำเนินการเองตามสภาพปัญหาสาธารณสุขของชุมชน ตามขีดความสามารถของชุมชนเพื่อบรรลุเป้าหมายการพึ่งตนเองได้ทั้งส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน กิจกรรมการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ 14 กิจกรรม คือ การโภชนาการ การให้สุศึกษา การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด การควบคุมและป้องกันโรคในท้องถิ่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การจัดหายาที่จำเป็น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลสุขภาพจิต การทันตสาธารณสุขการป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรค

ไม่ติดต่อกัน และการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (สำนักคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 6-7)

ในปัจจุบันทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชนต่างก็ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชนมากขึ้น อันเป็นสำนึกที่ดีของการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน โดยจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้แต่ละหมู่บ้านมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือต้องให้มีสมาชิกอย่างน้อย 1 คน ในแต่ละครอบครัวมีความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยดี ซึ่งถือว่าเป็นความจำเป็นพื้นฐานของการพัฒนางานสาธารณสุข (พิมพ์วิทย์ ปริดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. 2530 : 263) ส่วนภาคเอกชนก็ได้ดำเนินการอย่างเด่นชัด เช่น การจัดตั้งมูลนิธิหมอชาวบ้าน และได้จัดทำหนังสือเผยแพร่ความรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองแก่ประชาชน เป็นต้น การดำเนินงานทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชนแสดงให้เห็นถึงความพยายามที่จะเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชน ซึ่งย่อมจะส่งผลต่อความสำเร็จทางด้านสาธารณสุขมูลฐานของประเทศด้วย ด้วยเหตุนี้การดูแลสุขภาพตนเองจึงน่าจะเป็นกลวิธีหนึ่งของการพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน บนหลักการของการใช้ศักยภาพของบุคคลนอกเหนือจากการใช้ศักยภาพของชุมชนเช่นที่ผ่านมา (ปริชา ดีสวัสดิ์. 2526 : 152-153) การดูแลสุขภาพตนเองนับเป็นจุดมุ่งหมายอันเป็นรูปธรรมของการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งจะต้องทำให้ประชาชนรู้จักการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นการยกเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองให้เด่นชัดจะช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบสาธารณสุข (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. 2533 : 5) การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เป็นพฤติกรรมของประชาชนตั้งแต่ระดับบุคคล ระดับครอบครัว จนถึงระดับองค์กรชุมชนที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาอาการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังการเจ็บป่วย (ระเด่น หัสดี และสรศักดิ์ วัฒนวงศ์. 2536 : 111)

รัฐบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพของตนเองของประชาชนว่าเป็นหนทางที่จะไปสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ จึงบรรจุนโยบายพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานที่มุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 4 เป็นต้นมา (จุฬาลักษณ์ ธีรรัตนพันธุ์. 2534 : 11) และนโยบายดังกล่าวได้ต่อเนื่องถึงฉบับที่ 8 ซึ่งมุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนามีเป้าหมายในเรื่องการพัฒนาศักยภาพของประชาชนโดยการพัฒนาให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นด้านสุขภาพสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว แก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนได้ (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. ม.ป.ป. : 290-291)

จากการดำเนินงานของรัฐบาลที่ผ่านมาความครอบคลุมของการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า สามารถบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ในหมู่บ้านชนบท จำนวน 64,926 หมู่บ้าน จากจำนวนทั้งสิ้น 66,823 หมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 97.16 และชุมชนในเขตเมืองสามารถบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ 1,634 ชุมชน จากจำนวนทั้งสิ้น 1,836 ชุมชน

คิดเป็นร้อยละ 89 (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2540 : 159) และผลของความพยายาม และทุ่มเทของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่แผนพัฒนาพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 มาจนกระทั่ง ปัจจุบัน นับได้ว่าประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพอใจ โดยพิจารณาได้จากปัญหาสาธารณสุข ที่สำคัญบางปัญหาในอดีตได้หมดสิ้นไปและบางปัญหาได้ลดความรุนแรงลงอย่างเห็นได้ชัด เช่น ปัญหาการขาดสารอาหารในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ปัญหาโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนและ ปัญหาโรคติดเชื้ออื่นๆ เป็นต้น นอกจากนี้อัตราการครอบคลุมการให้บริการสาธารณสุขที่จำเป็น (Basic health services) ก็ดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัดและที่สำคัญมากอีกประการหนึ่งซึ่งนับได้ว่าเป็น ผลโดยตรงของกลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐานก็คือการที่หมู่บ้านหรือชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ ทางด้านสาธารณสุข (Primary health care village self manages)

แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าหมู่บ้านหรือชุมชนจะพึ่งตนเองได้ทางด้านสาธารณสุขมูลฐาน เป็นส่วนใหญ่แล้วก็ตาม ก็ใช่ว่าการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขมูลฐานจะหยุดอยู่เพียงเท่านั้น เหตุผลก็คือสภาพเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมแปรเปลี่ยนไปตลอดเวลา จึงมีผลกระทบต่อ สุขภาพอนามัยของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อมจะสังเกตได้ว่ามีปัญหาสาธารณสุขของประเทศก็แปรเปลี่ยนไปด้วย กล่าวคือ แต่เดิมปัญหาสาธารณสุขของประเทศจะเกี่ยวเนื่องกับ โรคติดเชื้อแต่ปัจจุบันปัญหาทางด้านโรคไม่ติดเชื้อได้ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เช่น อุบัติเหตุ มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดหัวใจตีบตัน จะเห็นได้ว่าโรคดังกล่าวล้วนมีสาเหตุเกี่ยวเนื่อง กับพฤติกรรมสุขภาพทั้งสิ้น ซึ่งจากรายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ ปี 2540 โดยสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2540 : 112-113) พบว่าประชาชนเป็นจำนวนมากป่วยเป็นโรคต่างๆ ที่เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมสุขภาพ ดังปรากฏตามตาราง 1 และ 2

ตาราง 1 จำนวนและอัตราป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญของประชาชนทั่วประเทศตั้งแต่
มกราคม - ธันวาคม 2540 (อัตราต่อประชากรหนึ่งแสนคน)

โรค	จำนวน	อัตรา
อุบัติเหตุ	220,518	301.26
โรคหัวใจ	93,181	127.30
มะเร็ง	33,011	45.10
ความดันโลหิตสูง	85,495	116.75

ที่มา : สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2540 : 112-113

ตาราง 2 อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวังบางโรค ปี 2539 – 2541 (อัตราต่อประชากร
หนึ่งแสนคน)

โรค	ปี 2539	ปี 2540	ปี 2541
อุจจาระร่วงเฉียบพลัน	1,631.96	1,734.58	1883.36
อาหารเป็นพิษ	136.87	168.46	187.33
ไขเลือดออก	63.09	147.59	211.42
ไขหวัดใหญ่	75.31	83.89	84.00

ที่มา : สมามอนามัยแห่งประเทศไทย. 2543 : 201

จากรายงานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าประชาชนยังมีปัญหาด้านสุขภาพด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้หรือการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ การดูแลสุขภาพด้วยตนเองเป็นกลวิธีเสริมของการสาธารณสุขมูลฐานหรืออีกนัยหนึ่งเป็นส่วนของการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพอนามัยในระดับบุคคลและครอบครัว ซึ่งจะนำไปสู่การเชื่อมต่อการพัฒนา การสาธารณสุขในระดับชุมชน ที่มีประสิทธิภาพและเป็นช่องทางที่สำคัญ

ในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วม (Popular participation) ในการพัฒนางานสาธารณสุขของประชาชนและชุมชน ทั้งยังจะส่งผลในการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของภาครัฐให้เกิดความเหมาะสมและเอื้อต่อการสนองตอบปัญหาความจำเป็นของบุคคลและชุมชนอีกส่วนหนึ่งด้วย และโดยข้อเท็จจริงแล้วประชาชนโดยทั่วไปก็มีแบบแผนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเองมานานับแต่โบราณ เช่น การแพทย์แผนไทย การใช้สมุนไพรในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นต้น

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้สมาชิกทุกประเทศดำเนินการให้ประชาชนในประเทศของตนเองบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 จังหวัดนครปฐมได้เล็งเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชน เนื่องจากการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถบรรลุเป้าหมายการพึ่งตนเองและการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ โดยกำหนดตัวชี้วัดโครงการสุขภาพดีถ้วนหน้าดังนี้คือ ประชาชนมีความสามารถพึ่งพาตนเองได้ สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเสมอภาคเท่าเทียมกัน และสามารถบรรลุตัวชี้วัดความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.)

ทั้งนี้จังหวัดนครปฐมสามารถบรรลุเป็นจังหวัดสุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อปี พ.ศ. 2538 และเพื่อเป็นการต่อยอดให้เป็นการพัฒนาแบบยั่งยืน (Sustainable) โดยการจัดทำโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในปีงบประมาณ 2539-2540 เพื่อฝึกอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัวขึ้นครอบครัวละ 1 คน เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค วินิจฉัยโรค รวมทั้งการรักษาพยาบาลเบื้องต้นโดยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน 14 กิจกรรม และสนับสนุนให้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) โดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบทบาทในการดำเนินการจัดอบรม เป็นวิทยากร ติดตาม ประเมินผล ตลอดจนสนับสนุนด้านความรู้และเครื่องมือในการดูแลสุขภาพตนเอง กำหนดเป้าหมายร้อยละ 50 ของหมู่บ้านในปีงบประมาณ 2539 จำนวน 431 หมู่บ้าน และดำเนินการส่วนที่เหลือในปีงบประมาณ 2540 อีก 427 หมู่บ้าน รวมจำนวน 169,295 คน/ครอบครัว การอบรมมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ใช้เวลาในการอบรม 2 วัน สำหรับวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมต้องการให้อาสาสมัครประจำครอบครัวมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ได้เหมือนกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

จากการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) จังหวัดนครปฐมในปี พ.ศ. 2539-2540 ไปแล้วนั้น จนในปี พ.ศ. 2543 ที่ทุกประเทศทั่วโลกจะประกาศให้เป็นปีสุขภาพดีถ้วนหน้า การดำเนินโครงการพัฒนาสาธารณสุขด้วยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน และเสริมด้วยการอบรมอาสาสมัครประจำครอบครัวของจังหวัดนครปฐมนั้นยังขาดการประเมินว่าประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้มากน้อยเพียงใด และมีปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ที่มีหน้าที่ในการดำเนินงานตาม

แนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน มีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปรับปรุงกลวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานและเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรม การสาธารณสุขมูลฐาน

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ทำให้ทราบถึงระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐม
2. ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐม
3. ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนปรับปรุงและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวของประชาชนตามแนวทางการสาธารณสุขมูลฐานต่อไป

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นตัวแทนของครัวเรือนๆ ละ 1 คน ที่เข้ารับการอบรมตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self care) จังหวัดนครปฐมในปี พ.ศ. 2539-2540
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จะศึกษากิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 12 กิจกรรม คือ การโภชนาการ การให้สุขศึกษา การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด การควบคุมการป้องกันโรคในท้องถิ่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การจัดหายาที่จำเป็น การดูแลสุขภาพจิต

การทันตสาธารณสุข การป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นประชาชนในจังหวัดนครปฐมที่ผ่านการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self care) จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ. 2539-2540 จำนวน 169,295 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นประชาชนในจังหวัดนครปฐมที่ผ่านการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self care) จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ. 2539-2540 จำนวน 400 คน ได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของยามาเน่ (Yamane. 1967 : 886)

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน และเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน
2. ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การปฏิบัติในการตัดสินใจและดำเนินการด้วยตนเองของปัจเจกบุคคลและครอบครัวบนพื้นฐาน ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางการสาธารณสุขมูลฐาน 12 กิจกรรม ได้แก่ การโภชนาการ การให้สุขศึกษา การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด การควบคุมและป้องกันโรคในท้องถิ่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การจัดหายาที่จำเป็น การดูแลสุขภาพจิต การทันตสาธารณสุข การป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ และการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งสามารถวัดได้โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. การสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การดำเนินงานสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน 12 กิจกรรมของประชาชนโดยประชาชน เพื่อประชาชน ได้แก่ การโภชนาการ การให้สุศึกษา การสุขภาพสิ่งแวดล้อมและการจัดหาสะอาด การควบคุมและป้องกันโรคในท้องถิ่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การจัดหาที่จำเป็น การดูแลสุขภาพจิต การทันตสาธารณสุข การป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ และการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว (อสค.) หมายถึง บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่ได้รับการอบรมการดูแลสุขภาพตนเองตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self care) จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ. 2539-2540

4. เพศ หมายถึง ลักษณะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่เป็นเพศชายและเพศหญิง

5. อายุ หมายถึง จำนวนอายุเต็มปีบริบูรณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว แบ่งได้ดังนี้

5.1 อายุต่ำกว่า 21 ปี

5.2 อายุ 21-30 ปี

5.3 อายุ 31-40 ปี

5.4 อายุ 41-60 ปี

5.5 อายุมากกว่า 60 ปี

6. สถานภาพสมรส หมายถึง ลักษณะความสัมพันธ์กับคู่สมรสในปัจจุบันของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว แบ่งได้ดังนี้

6.1 โสด

6.2 คู่

6.3 หม้าย /หย่าร้าง/แยกกันอยู่

7. ลักษณะครอบครัว หมายถึง กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสายโลหิตแบ่งได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

7.1 ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกับสามี/ภรรยา หรือ สามี/ภรรยา และบุตร เท่านั้น

7.2 ครอบครัวขยาย หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกับสามี/ภรรยา หรือ สามี/ภรรยา และบุตร แล้วยังมีผู้อื่นที่เป็นญาติอาศัยอยู่ด้วย เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา หลาน เป็นต้น

8. ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาที่จบชั้นสูงสุดของอาสาสมัครประจำครอบครัว แบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 173)

8.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา

8.2 ระดับประถมศึกษา

8.3 ระดับมัธยมศึกษา

8.4 ระดับอุดมศึกษา

9. รายได้ของครอบครัว หมายถึง เงินเดือน หรือรายได้พิเศษอื่นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว รวมถึงคู่สมรสหรือผู้ให้ความช่วยเหลือ ซึ่งพิจารณาจากรายได้เฉลี่ยเป็นรายเดือน แบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 382)

9.1 ต่ำกว่า 3,000 บาท / เดือน

9.2 3,000 - 8,000 บาท / เดือน

9.3 8,001 - 13,000 บาท / เดือน

9.4 13,000 บาทขึ้นไป

10. อาชีพ หมายถึง งานหลักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว แบ่งได้ดังนี้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535 : 2)

10.1 รับจ้าง หมายถึง ผู้ที่ทำงานโดยได้รับค่าจ้างจากนายจ้างที่ไม่ใช่หน่วยงานราชการหรือรัฐวิสาหกิจ

10.2 เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ที่ทำงานเกษตร ทำไร่ ทำสวน หรือเลี้ยงสัตว์เพื่อจำหน่าย

10.3 ค้าขาย หมายถึง ผู้ประกอบการค้าทุกชนิด รวมทั้งหาบเร่ แผงลอย

10.4 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ หมายถึง ผู้ที่ทำงานในหน่วยราชการหรือรัฐวิสาหกิจโดยได้รับค่าจ้าง

10.5 ธุรกิจส่วนตัว หมายถึง ผู้ที่ประกอบธุรกิจของตนเองหรือได้ดำเนินการร่วมกับผู้อื่นในรูปของห้างหุ้นส่วน โดยหวังผลกำไร หรือส่วนแบ่ง

11. การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย หมายถึง แหล่งข้อมูลที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวได้รับมากที่สุดเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน แบ่งได้ดังนี้

11.1 จากการอบรมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

11.2 จากนิทรรศการ

11.3 จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์

11.4 จากเพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

11.5 เสียงตามสาย/หอกระจายข่าว ประจำหมู่บ้าน

12. ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน 12 กิจกรรม ได้แก่ การโภชนาการ การให้สุศึกษา การสุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด การควบคุมและป้องกันโรคในท้องถิ่น การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การจัดหายาที่จำเป็น การดูแลสุขภาพจิต การทันตสาธารณสุข การป้องกันและแก้ไข

มลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ การคุ้มครองผู้บริโภค การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ และการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ แบ่งได้ดังนี้

12.1 ระดับดี

12.2 ระดับปานกลาง

12.3 ระดับต่ำ

13. เจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ ความศรัทธา และท่าทีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีต่อกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน แบ่งได้ดังนี้

13.1 ดี

13.2 ปานกลาง

13.3 ไม่ดี

14. จังหวัดนครปฐม หมายถึง เขตการปกครองที่แบ่งโดยกระทรวงมหาดไทย ตั้งอยู่ในภาคกลางมีลักษณะเป็นพื้นที่ราบลุ่มเหมาะแก่การทำเกษตรกรรม ประกอบด้วย จำนวน 7 อำเภอ 106 ตำบล 906 หมู่บ้าน

บทที่ 2

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาและค้นคว้าเอกสารและการวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ โดยกำหนดหัวข้อไว้ดังนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 1.1.1 ความหมายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 1.1.2 ความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 1.1.3 ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง
 - 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ
 - 1.3 แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน
 - 1.4 โครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) จังหวัด

นครปฐม

2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศไทย

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการค้นคว้า

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นพฤติกรรมร่วมอย่างหนึ่งของมนุษย์ มนุษย์ทุกคนในสังคมย่อมรู้จักการดูแลสุขภาพของตนเองตามความเข้าใจของตน ซึ่งส่วนหนึ่งมาจากการสืบทอดพฤติกรรมทางสังคม ความหมายและขอบเขตของการดูแลสุขภาพตนเองจึงอาจกว้าง แคลบ ตามความเข้าใจของแต่ละคน ต่อมาเมื่อวิทยาการก้าวหน้าขึ้นจึงได้มีความพยายามให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองให้ชัดเจนขึ้น โดยมีผู้ให้ความหมายไว้หลายคน ดัง ต่อไปนี้

เลวิน (Levin. 1976 : 11) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคและการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

โอเร็ม (Orem. 1985 : 6) ได้ให้ความหมายการดูแลสุขภาพตนเองว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่ต้องเรียนรู้ภายใต้ชนบทธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของชนแต่ละกลุ่ม และการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเองนี้เป็นคุณภาพที่ซับซ้อนของบุคคลที่จะส่งเสริมให้บุคคลกระทำการดูแลตนเองอย่างมีคุณภาพ

ฟราย (Fry .1970 : 342) ได้จำแนกบทบาทของการดูแลสุขภาพตนเองไว้ 4 ประการ คือ

1. การดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่แข็งแรง เช่น การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ
2. การป้องกันโรค เช่น การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การอมฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ การฝากครรภ์
3. การวินิจฉัยโรค การให้ยาและรักษาเบื้องต้น เช่น ปวดศีรษะ ไอ เป็นหวัด
4. การไปหาแพทย์เพื่อการรักษา ขอคำแนะนำ และการปฏิบัติตาม คำแนะนำของแพทย์

นอกจากนี้ เลวิน (Levin. 1976 : 11) ยังได้เสนอแนะลักษณะสำคัญ ๆ ของการดูแลสุขภาพตนเองโดยทั่วไปดังต่อไปนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเองเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชนที่มีข้อจำกัดในด้านวิธีการ เป็นพฤติกรรมที่มีอยู่ทั่วไปโดยไม่ต้องมีการจัดองค์กร มีความรับผิดชอบ ผสมผสานกับการถ่ายทอดความรู้และการขัดเกลาทางสังคม
2. การดูแลสุขภาพตนเองเป็นปรากฏการณ์พื้นบ้านซึ่งอยู่นอกเหนือกระบวนการจัดการทางการแพทย์และสาธารณสุข แต่อยู่ภายใต้อิทธิพลของสถาบันทางสังคมตามบริบทของโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองนั้น ๆ
3. การดูแลสุขภาพตนเองเป็นความต่อเนื่องของพฤติกรรมดั้งเดิมที่เกี่ยวข้องกับชนบทประเพณีและวิถีชีวิต ที่ส่งผลต่อการวินิจฉัยโรคด้วยตนเอง และการรักษาตนเอง
4. กระบวนการประเมินผลด้วยสุขภาพอนามัยเป็นสิ่งที่ปฏิบัติกันอยู่ตามธรรมชาติ และขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลที่อาจจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดทางวิชาชีพแพทย์ก็ได้
5. การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งรวมถึงตั้งแต่การสังเกตด้วยตนเอง การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกวิธีการรักษาและการประเมินผลการรักษาด้วยตนเอง

เอ็อมพร ทองกระจาย (2533 : 49) ได้นิยามการดูแลสุขภาพตนเองไว้ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) เป็นกระบวนการที่ประชาชนสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้ด้วยตนเอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ฝั่ดุงรักษาสุขภาพ (Health maintenance) การป้องกันโรค (Disease

prevention) การบำบัดรักษาตนเอง (Self treatment) ซึ่งรวมความไปถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ (Rehabilitation) ภายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิตของบุคคล ไม่ได้เกิดเฉพาะครั้งคราว

2. การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นระบบการบริการขั้นปฐมภูมิ เป็นฐานล่างสุดหรืออีกนัยหนึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญยิ่ง ของระบบบริการสาธารณสุขซึ่งบริการสาธารณสุขนี้ให้โดยรัฐหรือวิชาชีพทุกระดับชั้น จำเป็นต้องให้สอดคล้องกับสภาพการณ์และศักยภาพการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรอย่างมีนัยสำคัญ

มัลลิกา มัติโก (2530 : 10 - 11) ได้ให้ความหมายการดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบคลุมการดูแลสุขภาพตนเองใน 2 ลักษณะ คือ

1. การดูแลสุขภาพตนเองในภาวะปกติ (Self care in health) เป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง 2 ลักษณะ คือ

1.1 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health maintenance) เช่น การออกกำลังกาย การมีสุขภาพจิตที่ดี การควบคุมอาหาร เป็นต้น

1.2 การป้องกันโรค (Disease prevention) ได้แก่ พฤติกรรมที่มุ่งไม่ให้เกิดการเจ็บป่วย เช่น การรับภูมิคุ้มกันโรค ตรวจร่างกาย ฯลฯ

2. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self care in illness) เป็นพฤติกรรมของบุคคลในการประเมินผลเกี่ยวกับ อาการผิดปกติและตัดสินใจที่จะกระทำสิ่งใด ๆ ลงไป เพื่อตอบสนองต่ออาการผิดปกติ มีตั้งแต่การรักษาด้วยตนเอง แสวงหาคำแนะนำและรักษาจากบุคคลในเครือข่ายสังคมตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข

ชนินทร์ เจริญกุล (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 11) ได้ให้คำจำกัดความ การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำกิจกรรมด้านสุขภาพ และการตัดสินใจที่เกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพของปัจเจกบุคคล ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนและเพื่อนร่วมงาน ที่ครอบคลุมถึง การทำนุบำรุงสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยตนเอง การรักษาตนเอง ซึ่งรวมถึงการใช้ยารักษาตนเองและการปฏิบัติตามติดตามหลังจากได้รับบริการทางสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นอย่างมีแบบแผนตายตัว

สมทรง รัชต์เผ่า (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 10) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพในเชิงบวกด้วยตนเอง ของปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูสภาพให้กลับสู่สภาวะที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ภายหลังการเจ็บป่วย และ/หรือเมื่อมีความพิการที่เกิดขึ้น โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน (2535 : 11) ได้รวบรวมคำนิยามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่ให้ไว้โดยนักวิชาการต่าง ๆ ดังนี้

ฮิกคีย์ (Hickey) มองพฤติกรรม การดูแลตนเองในลักษณะของการตอบสนองอย่างต่อเนื่อง ต่ออาการเจ็บป่วยของปัจเจกบุคคล ตลอดจนกลยุทธ์ที่จะรับและกระทำในการบำรุงดูแลสุขภาพ

ดีน (Dean) ได้บรรยายไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ถูกหล่อหลอมโดยภาวะเงื่อนไขทางสังคมที่ซับซ้อนและเป็นกระบวนการที่ส่งผลมีอิทธิพลต่อสถานการณ์ทางสังคม ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดที่สำคัญต่อความเป็นอยู่ที่ดีทั้งทางกายภาพและจิตวิทยา ทั้งนี้ดีน (Dean) ได้ขยายความว่า การดูแลตนเองจะเกี่ยวข้องกับช่วงของกิจกรรมต่าง ๆ ที่ปัจเจกบุคคลได้กระทำที่จะส่งเสริมสุขภาพ ประเมินอาการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสุขภาพ กิจกรรมเหล่านี้กระทำโดยชาวบ้านโดยทั่ว ๆ ไป ด้วยตนเอง ซึ่งรวมถึงการตัดสินใจที่จะไม่กระทำการใด ๆ และการกำหนดโดยตนเองว่า จะกระทำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือการบำบัดการเจ็บป่วย

ฮัง (Huag) ได้นิยามว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการตัดสินใจที่จะตอบสนองต่อการรับรู้การ ซึ่งครอบคลุมถึงประสบการณ์ที่เคยเกิดการเจ็บป่วย การวินิจฉัยตนเอง และการตัดสินใจในการที่จะมีปฏิกิริยาสนองต่ออาการเหล่านั้นซึ่งมักจะถือว่าเป็นวิธีการบำบัดรักษาที่ดีที่สุด สำหรับภาวะที่ร่างกายจะสามารถจำกัดได้ หรืออาจจะทำการบำบัดรักษาด้วยตนเองในรูปแบบต่าง ๆ โดยไม่ได้รับจากคำแนะนำของแพทย์ หรืออาจจะเริ่มมาจากความพยายามในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนแล้ว จึงตัดสินใจไปหาความช่วยเหลือจากแพทย์ก็ได้

โดยสรุปแล้ว การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การตัดสินใจและดำเนินการด้วยตนเอง บนพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง ของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน จะโดยการปฏิบัติด้วยตนเองหรือผู้อื่นช่วยเหลือ โดยรวมถึงกระบวนการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรค การรักษาโรคโดยการใช้ยาและการดูแลปฏิบัติตนภายหลังการรับบริการทั้งนี้เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

ความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง

ในปัจจุบันการดูแลสุขภาพตนเองเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่ง ในความเป็นจริงของการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงขึ้นอยู่กับตัวของประชาชนเองเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นการจะพัฒนาภาวะสุขภาพของบุคคลหรือประชาชนให้ประสบผลสำเร็จ จะต้องส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเป็นสำคัญ การดูแลสุขภาพตนเองเป็นมิติหนึ่งที่เป็นรูปธรรมของการมีส่วนร่วม และการพึ่งพาตนเองทางสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับสภาพข้อเท็จจริงของการพัฒนาสาธารณสุข (ทวีทองหงษ์วิวัฒน์, 2533 : 13) ได้มีความตระหนักว่าบุคคล ครอบครัว และชุมชน เป็นหน่วยพื้นฐานที่มีบทบาทรับผิดชอบดูแลสุขภาพของตนเองได้ดีที่สุด ดังนั้นในการที่จะทำให้สาธารณสุขมูลฐานเข้าถึงและอยู่ในจิตใจของประชาชนในชาติ จึงจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับการพึ่งตนเอง

ในระดับบุคคลและครอบครัวเป็นสำคัญ ดังนั้นจะเห็นได้จากคำกล่าวตอนหนึ่งของผู้อำนวยการองค์การอนามัยโลก ที่ว่า หากสุขภาพมิได้เริ่มจากบุคคล ครอบครัว โรงเรียนและที่ทำงานแล้ว เราไม่สามารถบรรลุเป้าประสงค์การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้ (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. 2530 : 32)

การส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้นั้น จะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนนานับประการคือ

1. จะเป็นการส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของประชาชนให้เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของตนเอง เช่น การแปรงฟัน การล้างมือ การอาบน้ำ การรับประทานอาหารที่ถูกต้อง เป็นต้น
2. เพื่อเป็นการป้องกันตนเองไม่ให้เกิดโรคและความเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคหัวใจที่เกิดจากสารโคเลสเตอรอล ในอาหารประเภทไขมัน โรคคอติบ ไอกรน บาดทะยัก การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การได้รับภูมิคุ้มกันโรค การตรวจร่างกายประจำปี และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น
3. เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงการประเมินสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนด้วยตนเอง ทั้งนี้บุคคลต้องมีความรู้และมีความสามารถบอกความแตกต่างระหว่างสุขภาพและความเจ็บป่วยภายใต้บรรทัดฐานเดียวกัน โดยผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น การเรียนการสอนในโรงเรียน บทความข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย ในหนังสือพิมพ์ วารสาร วิทยุและโทรทัศน์ ประชาชนจึงจะสามารถวิเคราะห์และทราบถึงความรุนแรงของโรคได้
4. เป็นการดัดแปลงการรักษาทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริง เช่น ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต ได้แก่ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคไตระยะสุดท้าย ซึ่งทางรักษาทางการแพทย์ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยจะสามารถเลือกการปฏิบัติตนเองให้หายจากโรค แม้ว่าจะขัดต่อการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันก็ตาม
5. สามารถนำไปสู่การเคลื่อนไหวของกลุ่มที่จะช่วยกันดูแลสุขภาพ ในกระบวนการดูแลรักษา เช่น กลุ่มเลิกสุรา กลุ่มเลิกบุหรี่ กลุ่มเพื่อการลดน้ำหนัก กลุ่มดูแลสุขภาพของคนสูงอายุ เป็นต้น (มัลลิกา มติโก. 2530 : 7-8)

การดูแลสุขภาพตนเองจึงถือเป็นปรัชญาของงานสาธารณสุขดังที่องค์การอนามัยโลก (ชวัชชัย คำทอง. 2533 : 13 ; อ้างอิงมาจาก WHO. 1983) ได้ชี้ให้เห็นว่า การปรับปรุงที่สำคัญในทางร่างกาย จิตใจ และสังคมให้ดีขึ้นจะต้องขึ้นอยู่กับตัวบุคคลและเจตนารมณ์ของสังคมที่จะรักษาเพื่อตนเองโดยใช้ต้นทุนที่ชุมชนนั้น ๆ สามารถจะหาได้ เพื่อบำรุงรักษาในทุกขั้นตอนของการพัฒนาบนจิตใจของการพึ่งพาตนเอง และการตัดสินใจด้วยตนเองเป็นหลัก ความสำคัญของการพึ่งตนเองซึ่งเป็นหลักสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานกล่าวได้ว่า เป็นความจริงที่อยู่ในระยะยาว เพราะการที่จะให้การสาธารณสุขมูลฐานเป็นบริการขั้นพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขอันมีเป้าประสงค์สูงสุดที่จะสนับสนุนให้ปัจเจกชนหรือชุมชนพึ่งตนเอง

นั้นหมายความว่า ประชาชนจะต้องรู้จักปรับปรุงสุขภาพตนเองเป็นสิ่งที่มนุษย์ได้ปฏิบัติกันมานานแล้ว อีกทั้งเป็นกระบวนการของการจัดการกับปัญหาทางสุขภาพทั้งทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค วินิจฉัยโรคและรักษาโรค

ทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเอง มีนักสังคมวิทยา การแพทย์และนักมนุษยวิทยาทางการแพทย์ มีความแตกต่างกันตามทัศนะทางสังคมศาสตร์ และทางการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มนักมนุษยวิทยาและสังคมวิทยาการแพทย์ ที่พยายามปลุกเร้าและกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักว่าพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และมีมาก่อนระบบการแพทย์สมัยใหม่ ประชาชนสามารถให้การช่วยเหลือดูแลตนเองได้ทั้งในสถานะที่มีสุขภาพดี และสถานะที่มีการเจ็บป่วย ดังนั้นการดูแลตนเองจึงถือเป็นบทบาทของประชาชนส่วนหนึ่งในทัศนะนี้ การดูแลสุขภาพตนเองเริ่มจากตัวบุคคลในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและให้ความสำคัญแก่องค์ประกอบด้านสังคมที่มีความสำคัญกับวิถีชีวิตและสุขภาพ จึงมองว่าการดูแลสุขภาพตนเอง น่าจะเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดช่องว่างระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ขณะเดียวกันเป็นการขยายบทบาทความรับผิดชอบต่อสุขภาพไปสู่ประชาชน ไม่ใช่ถูกจำกัดว่าเป็นหน้าที่เฉพาะของบุคลากรวิชาชีพเพียงฝ่ายเดียว แนวคิดนี้จึงเป็นประเด็นที่นักสังคมวิทยาการแพทย์ในประเทศไทย พยายามผลักดันให้เกิดการยอมรับในระดับกว้างโดยได้เสนอแนวคิดพื้นฐานไว้ 5 ประการ คือ (มัลลิกา มัติโก. 2530 : 4-5)

1. สุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นมาพร้อม ๆ กับสังคม ฉะนั้นการดูแล การจัดการด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยจึงเป็นสิทธิและหน้าที่ของประชาชน ครอบครัว และชุมชน
2. สุขภาพและความเจ็บป่วย จัดอยู่ในขอบข่ายของวัฒนธรรม ดังนั้นแต่ละคนย่อมมีวิธีแก้ไขปัญหาที่แตกต่างกัน เนื่องจากแต่ละคนมีประสบการณ์ แนวคิด ค่านิยม และความเชื่อด้านสุขภาพ และความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน
3. ในชุมชนทุกแห่ง การแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยถูกกำหนดแล้วโดยกฎเกณฑ์ทางสังคม สังคมจะเป็นผู้ระบุและตัดสินใจว่าใครป่วย ป่วยเป็นอะไร และการรักษาอย่างไร ดังนั้นการเยียวยาจึงเป็นเรื่องของชุมชน และบุคคลนั้น ๆ มากกว่าผู้อื่น
4. บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ยังกระจายไปไม่ถึงถึงเป็นบริการที่มีราคาแพงและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างแท้จริงจึงมีความจำเป็นที่สังคมจะต้องมีการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง
5. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาศักยภาพของบุคคลเพื่อการพึ่งตนเอง ควบคุมตนเอง และรับผิดชอบต่อตนเอง ตลอดจนอยู่ในอาณัติของแพทย์ให้น้อยลง ในทัศนะทางการแพทย์และสาธารณสุขโดยหลักการมีความเห็นว่าการดูแล

สุขภาพตนเองเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลหรือระบบการบริการสุขภาพ บุคลากรผู้ประกอบวิชาชีพต้องมีหน้าที่โดยตรงที่จะส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความสามารถในการดูแลตนเองด้วยการใช้กระบวนการหรือวิชาการต่าง ๆ

แนวคิดดังกล่าวนี้ มีความสอดคล้องกับแนวคิดเชิงทฤษฎีของนักสังคมวิทยา การแพทย์และนักมานุษยวิทยาการแพทย์ที่ได้คิดค้นและนำเสนอแนวคิดและทฤษฎีขึ้นมาอธิบายถึงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง

โอเร็ม (Orem, 1995 : 212) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำบนความรับผิดชอบของตนเอง เพื่อที่จะดำรงชีวิตสุขภาพ และความผาสุก โดยสามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวันว่าควรเลือกปฏิบัติอย่างไรทั้งในภาวะปกติและยามเจ็บป่วย เมื่อการดูแลตนเองได้ถูกกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยดำรงความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของมนุษย์ และส่งเสริมพัฒนาการของมนุษย์ซึ่งเป้าหมายของกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองนั้นเป็นไปเพื่อ

1. ประคับประคองกระบวนการชีวิต และสนับสนุนการดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข
2. ผดุงไว้ซึ่งการเจริญโต พัฒนาการ และวุฒิภาวะที่เหมาะสม
3. ป้องกัน ควบคุม บำบัดรักษาโรคภัยไข้เจ็บ และการได้รับภัยอันตรายต่าง ๆ
4. ป้องกันหรือปรับตัวให้สอดคล้องกับความบกพร่องของสมรรถนะ (Disability)

ลิปสัน และสตีเกอร์ (สุนีย์ ละกำป็น. 2541 : 20 ; อ้างอิงมาจาก Lipsan and Steiger. 1996) การดูแลสุขภาพตนเองจะช่วยให้บุคคลตระหนักความเป็นจริงถึงศักยภาพของสุขภาพสูงสุดของตัวพวกเขาเอง กิจกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ประกอบด้วย การดูแลส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม โภชนาการ การออกกำลังกาย การฝึกปฏิบัติด้านป้องกันโรค การแพทย์และการบำบัดที่มุ่งเน้นต่อการหายหรือการรักษา กิจกรรมการดูแลตนเองนี้สามารถทำหน้าที่แทนหรือถูกใช้ในการเชื่อมต่อการดูแลของนักวิชาชีพสุขภาพ ซึ่งองค์ประกอบหลักของการดูแลตนเองประกอบด้วย

1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลเข้ากระทำด้วยตนเองเพื่อให้สุขภาพดีมากที่สุด แรงจูงใจคือเพื่อปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้นมากกว่าป้องกันโรค กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้มุ่งสู่การเพิ่มระดับของความผาสุก (Well - being) และการพัฒนาตามศักยภาพของสุขภาพที่แท้จริง เช่น บุคคลอาจจะออกกำลังกายของตนเองให้ถึงศักยภาพสูงสุดของเขา และเพื่อช่วยให้ตนเองรู้สึกดีที่สุด

2. การดำรงรักษาสุขภาพ (Health maintenance) หมายถึง การดำรงไว้ซึ่งภาวะดุลยภาพของสภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน กิจกรรมอาจจะเป็นแบบที่ทำเองอย่างเข้มแข็ง หรือเป็นลักษณะทำตามปกติ เช่น การได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ และการกินตามมื้อปกติ

3. การป้องกันโรค (Disease prevention) กิจกรรมการป้องกันโรคมีจุดมุ่งหมาย ที่ การลดหรือกำจัดความเสี่ยงของโรคที่เฉพาะ เช่น การได้รับวัคซีน และการลดอาหารที่มีไขมัน หรือรสเค็ม

4. การตรวจค้นหาโรค (Disease protection) เป็นกิจกรรมที่ประกอบด้วยการเพิ่มความตระหนักถึงสภาวะของร่างกายและอาการต่าง ๆ ของร่างกายและใช้เครื่องมือและเทคนิค วินิจฉัย เช่น การตรวจสายตา หรือการสังเกตความผิดปกติของร่างกายตนเอง

5. การบริหารจัดการโรค (Disease management) ประกอบด้วยการดำเนินการและการตรวจสอบคำแนะนำของแผนการรักษา และคำแนะนำข้อควรปฏิบัตินั้นมาใช้ในการดำเนิน ชีวิตประจำวันของบุคคล

สมจิต หนูเจริญกุล (2537 : 23-26 ; อ้างอิงมาจาก Orem. 1985) การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่จงใจและมีเป้าหมาย (Delibeate action และ Goal oriented) ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ

ระยะที่ 2 เป็นการกระทำและผลของการกระทำ

ลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะดังนี้

ในระยะที่ 1 จะเห็นว่าบุคคลที่สามารถจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม จะต้องเห็นด้วยว่าสิ่งที่ จะกระทำ นั้นเหมาะสมในสถานการณ์นั้น ๆ ดังนั้นก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้น ๆ ว่า เหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องการทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามที่ต้องการ ดังนั้นการดูแลตนเองจึงต้องการความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ทั้งภายในและภายนอก ความรู้ที่จะ ช่วยในการสังเกต การให้ความหมายของสิ่งที่สังเกตพบ มองเห็นความสัมพันธ์ของความหมาย ของเหตุการณ์ กับสิ่งที่ต้องการกระทำ จึงจะสามารถพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ในระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมาย การตั้งเป้าหมายมีความสำคัญยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลตนเอง เพราะเป็น ตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองตามที่ได้เลือกจะกระทำอะไรบ้าง ต้องการแหล่งประโยชน์ อะไรบ้าง ตนเองมีแหล่งประโยชน์เหล่านั้นหรือไม่ จะกระทำได้ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ หรือไม่ และจะต้องกระทำนานเท่าใดการที่ต้องกระทำการดูแลตนเองนั้นจะขัดขวางต่อกิจกรรม อื่น ๆ ในชีวิตหรือไม่จะทราบได้อย่างไรว่ากระทำได้ถูกต้อง และถ้าต้องการความช่วยเหลือมี ใครจะช่วยได้บ้าง

แม้ว่าการดูแลตนเองจะเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมายเฉพาะ แต่การดูแล ตนเองนั้นจะกลายเป็นนิสัยติดตัวได้ ถ้าให้กระทำไปสักระยะหนึ่ง บุคคลนั้นอาจจะกระทำ โดยไม่ได้รับรู้ถึงเป้าหมายของการกระทำ การที่จะปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อดำรงรักษาและ

ส่งเสริมสุขภาพ ผู้ปฏิบัติจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเป้าหมายและสร้างนิสัยในการปฏิบัติ และเมื่อสร้างนิสัยในการปฏิบัติได้บุคคลจะกระทำได้โดยไม่ต้องใช้ความพยายามหรือรู้สึกเป็นภาระอีกต่อไป

จะเห็นว่าแนวคิดในเรื่องการดูแลตนเองของโอเร็มนั้นสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีทางสังคมและพฤติกรรมศาสตร์ กล่าวคือการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามการรับรู้ และการให้ความหมายของการกระทำนั้นต่อตนเองหรือต่อบุคคลที่ต้องการพึ่งพา อย่างไรก็ตาม โอเร็ม (Orem, 1991) ได้ให้ข้อคิดไว้ว่าแม้เป้าหมายของการดูแลตนเองของบุคคลคือเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพก็ตาม แต่กิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่าง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตและสุขภาพได้ ซึ่งโอเร็มเรียกการดูแลตนเองนั้นว่า ไม่ใช่การบำบัด (Nontherapeutic) ดังนั้นการดูแลตนเองจะเป็นการดูแลตนเองเชิงบำบัด (Therapeutic self care) ต่อเมื่อก่อให้เกิดผลกับบุคคลดังต่อไปนี้

1. รักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และการทำหน้าที่เป็นไปตามปกติ
2. ส่งเสริมการเจริญเติบโต พัฒนาการ และการบรรลุคุณภาพของบุคคลตามศักยภาพ
3. ป้องกัน ควบคุม และรักษากระบวนการของโรค และการบาดเจ็บ
4. ป้องกัน หรือปรับลดความเสี่ยงโรคเรื้อรัง
5. ส่งเสริมสวัสดิภาพและความผาสุกของบุคคล

ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care agency)

ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นแนวคิดที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 31-33)

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self care operation)
2. พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเอง (Power components : enabling capabilities for self-care)
3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

แกส และคนอื่นๆ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 341 ; อ้างอิงมาจาก Gast and other. 1989) ได้วิเคราะห์แนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ว่าความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นขั้นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไปดังปรากฏตามภาพประกอบ 1 ซึ่งจะเห็นว่าความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการ

เพื่อการดูแลตนเองสำหรับรายละเอียดของความสามารถในการดูแลตนเองมี ดังปรากฏตาม ภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง
ที่มา : สมจิต หनुเจริญกุล. 2537 : 33

ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self - care operations)

เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1. การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

2. การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สมควรและจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3. การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองต่อความต้องการที่จำเป็น

จะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการนี้ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 34)

พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten Power mponents)

โอเร็ม และเทลเลอร์ (Orem and Taylor. 1986) มองพลังความสามารถทั้ง 10 ประการนี้ในลักษณะของตัวกลาง ซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช้การกระทำโดยทั่ว ๆ ไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่

1. ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเอง ในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเองรวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน - ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอ สำหรับการเริ่ม และการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์ และต่อเนื่อง
4. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง
5. มีแรงจูงใจที่จะทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายของการมีชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ
6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
7. มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม และเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำ และนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้
8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด และสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง
9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง
10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล ซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน (สมจิต หนูเจริญกุล. 2537 : 34-35)

ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (Doing) (ทางสรีระและจิตวิทยาแบ่งออกเป็น การรับรู้ความรู้สึก การรับรู้ และความจำ เป็นต้น)

และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและ
คุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย (สมจิต หนูเจริญ. 2537 : 35 - 36)

1. ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน
เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล
2. หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การ
ได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส
3. การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง
5. นิสัยประจำตัว
6. ความตั้งใจ
7. ความเข้าใจในตนเอง
8. ความห่วงใยในตนเอง
9. การยอมรับตนเอง
10. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ
11. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

ปัจจัยที่สนับสนุนและที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

ปัจจัยที่สนับสนุนให้มีการดูแลสุขภาพตนเอง (มัลลิกา มัติโก. 2530 : 7 - 22)

จากการที่มนุษย์มีลักษณะที่เอื้อต่อการพัฒนาการดูแลตนเองเป็นรากฐานดั้งเดิม
ประกอบกับการดูแลตนเองก็เป็นกลวิธีหนึ่งในการแก้ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่
เป็นปัญหาเรื้อรังในปัจจุบัน นอกจากสภาพการณ์ดังกล่าวแล้วยังพบว่าปัจจัยบางประการที่
ส่งเสริมให้มีการพัฒนาแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองดังนี้

1. การดูแลผู้ป่วยเหมือนเครื่องจักร

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ในปัจจุบันให้การดูแลผู้ป่วย
เปรียบเสมือนผู้ป่วยเป็นเครื่องจักร ซึ่งเป็นผลมาจากความเจริญทางเทคโนโลยีทางการแพทย์
ทำให้เกิดความชำนาญเฉพาะทางขึ้น และนำไปสู่การแบ่งส่วนของการดูแลและรักษา โดยมี
การแบ่งการรักษาเป็นส่วน ๆ เหมือนชิ้นส่วนของเครื่องจักรอย่างปราศจากความรัก ความ
เมตตาและความเข้าใจของแพทย์จึงไม่สามารถแสดงบทบาทตามความคาดหวังของสังคม ความ
รู้สึกดังกล่าวเป็นพลังที่จะสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเองกันมากขึ้น

2. การรักษาที่มีราคาแพง

การรักษาตามวิธีทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก
บางครั้งการเสียเงินไปกับการรักษาที่ไม่จำเป็น เสียเงินไปกับวัฒนธรรมการสั่งยาของแพทย์
รวมถึงค่าใช้จ่ายอื่นๆ ก่อนที่จะมาพบแพทย์ เช่น ค่าเดินทาง เป็นต้น

3. ความคลุมเครือของบทบาทการเจ็บป่วย

การแพทย์สมัยใหม่พยายามค้นคว้าหาวิธีการจัดการ กับความเจ็บป่วยด้วยการ ศึกษาถึงโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายในสภาวะปกติและเจ็บป่วยเพื่อให้ สามารถจำแนกความแตกต่างของโรคแต่ละชนิด รวมถึงการพยายามนิยามอาการของโรคให้ ชัดเจนมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นของโรคบางโรคซับซ้อนมากขึ้น ซึ่งวงการ แพทย์สมัยใหม่ยังก้าวไปไม่ถึงระดับที่จะวินิจฉัยได้อย่างถูกต้องยังมีอยู่มากมาย ทำให้ผู้ป่วยที่ ตกอยู่ในภาวะของความคลุมเครือและไม่แน่ใจว่าเป็นความเจ็บป่วยจริงหรือไม่ หรือเจ็บป่วยมาก น้อยเพียงใด ซึ่งลักษณะเช่นนี้ย่อมกระทบกระเทือนถึงบทบาทการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่ไปหา แพทย์และใช้วิธีการดูแลรักษาด้วยตนเอง

4. แบบแผนของโรคเปลี่ยนแปลงไป

ในระยะร้อยกว่าปีที่ผ่านมาวิทยาศาสตร์การแพทย์สามารถกำจัดและรักษาโรคได้ แทบทุกชนิด ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการแก้ปัญหาของโรคติดเชื้อ แต่ปัญหาของโรคในปัจจุบันโดย เฉพาะโรคเรื้อรังที่วงการแพทย์สมัยใหม่เพียงลำพังไม่สามารถจะแก้ไขได้ โรคเหล่านี้ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคเบาหวาน ไขข้ออักเสบ และโรคเกี่ยวกับระบบประสาท เป็นต้น ฉะนั้นในการ แก้ปัญหาโรคเรื้อรังดังกล่าวจึงควรเป็นหน้าที่ของตัวผู้ป่วยและครอบครัวที่จะให้การดูแลอย่าง เหมาะสมที่สุด

5. ประชาชนมีความรู้ทางด้านการแพทย์มากขึ้น

ในอดีตที่ผ่านมา ความรู้ทางการแพทย์จะเป็นเรื่องที่ลึกลับยากแก่การอธิบายให้ ประชาชนเข้าใจได้ แต่ในปัจจุบันการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพมีเพิ่มมากขึ้น ประชาชน สามารถหาความรู้ได้จากวารสารทางการแพทย์ ตำราการรักษาที่ง่าย ๆ และจากรายการวิทยุ โทรทัศน์ ซึ่งความรู้ที่ประชาชนได้รับ สามารถนำไปปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ ตลอดจน เปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิตโดยมีจุดประสงค์เพื่อมีสุขภาพที่ดี อันเป็นความต้องการ พื้นฐานของประชาชนทั่วไป

นอกจากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นที่สนับสนุนให้มีการดูแลตนเองแล้ว ยังพบว่ามี กลุ่มที่เห็นด้วยกับการที่สร้างการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นในสังคมได้ให้เหตุผลว่า เมื่อประชาชน รู้จักการดูแลตนเองแล้วจะช่วยลดการทำงานของแพทย์ในส่วนงานรักษาโรคที่ป้องกันได้และยัง ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ในขณะที่เดียวกันกลุ่มวิชาชีพแพทย์และ สาธารณสุขก็ควรทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำแนะนำ และให้การช่วยเหลือ

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

แม้ว่าจะมีการสนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองขึ้นในสภาพสังคมปัจจุบัน แต่ แนวคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองก็ยังไม่เป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง แม้ในประเทศ

ตะวันตกเองก็ตามโดยเฉพาะในวงการวิชาชีพแพทย์ทำให้การดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนประสบกับอุปสรรคการดูแลสุขภาพตนเองอาจไม่ประสบผลสำเร็จได้ เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1. บุคคล หมายถึง ชีตความสามารถของบุคคลในสังคมในการดูแลตนเอง ดูแลครอบครัว กลุ่มและชุมชน ซึ่งถ้าบุคคลในชุมชนขาดแนวความคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองอย่างถูกต้องย่อมเกิดขึ้นได้ยาก

2. สิ่งแวดล้อม เป็นส่วนประกอบภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับความเป็นอยู่ของประชาชนถ้าทราบใดที่สังคมส่วนใหญ่ยังละเลยต่อสภาพแวดล้อม มีการทิ้งขยะเลอะเทอะ สภาพความเป็นอยู่แออัด มีแหล่งน้ำโสโครก อากาศเสีย เป็นต้น เมื่อนั้นแม้ว่าจะมีการส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้นได้โดยไม่พยายามรักษาสุขภาพส่วนรวมแล้ว การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยจะไม่มีทางดีไปได้เลย

3. ปัจจัยด้านสรีระวิทยา ปัจจัยด้านสรีระวิทยาจะเป็นตัวกำหนดขอบเขตของกิจกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล อีกทั้งความสามารถของบุคคล ปัญหาด้านสุขภาพนอกจากจะมีวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดแล้ว ปัจจัยทางสรีระวิทยาก็มีส่วนกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง กล่าวคือ การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ การทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ การดูดซึมอาหารและการเผาผลาญอาหารของบุคคลในแต่ละวัยย่อมแตกต่างกัน เช่น ผู้ใหญ่อาจมี สุขภาพของร่างกายดีกว่าคนชรา หรือคนพิการ หรือผู้ป่วยด้วยโรคบางชนิด เช่น เบาหวาน ไขข้ออักเสบและภูมิแพ้ เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทสตรี จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นหลาย ๆ อย่าง เช่น การที่สตรีได้รับสิทธิออกเสียงเลือกตั้งของสตรี การประกอบอาชีพต่าง ๆ ได้เหมือนกับบุรุษ ทำให้สตรีมีความตระหนักว่าตนมีความเสมอภาคเท่าเทียมบุรุษ ผลจากการออกไปทำงานนอกบ้านส่งผลให้ไม่มีเวลาอบรมเลี้ยงดูลูกอย่างใกล้ชิดดังแต่ก่อน ทำให้อำนาจของพ่อแม่ที่มีลูกลดลง เกิดสภาพต่างคนต่างอยู่และหากภรรยาไม่ฐานะทางเศรษฐกิจเท่าเทียมสามี การเกรงใจก็ลดลงและนำไปสู่ปัญหาการหย่าร้าง ในที่สุดครอบครัวก็ไม่สามารถทำหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัย สมาชิกในครอบครัวจึงจำเป็นต้องพึ่งความช่วยเหลือจากสถาบันการแพทย์

5. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว ในอดีตรูปแบบครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวขยายที่ประกอบด้วยพ่อ แม่ ลูก ญาติ พี่น้องที่มีเวลาเพียงพอให้การช่วยเหลือเอาใจใส่ด้านสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัว แต่เนื่องจากความจำกัดทางเศรษฐกิจ ความต้องการเป็นอิสระและพร้อมๆ กันนั้นก็มีการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า ผ่อนแรงเพื่อทำงานบ้าน ทำให้ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วยพ่อแม่และลูก บทบาทของครอบครัวในการทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกจึงเปลี่ยนไปเป็นบทบาทของสถาบันทางการแพทย์มากขึ้น

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (The World Health Organization) ได้ให้ความหมายของคำว่า สุขภาพไว้ว่า คือ สภาพความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ และสภาพความเป็นอยู่ทางสังคม ซึ่งมีใช้เพียงแต่การไม่มีโรค หรือไม่ทุพพลภาพเท่านั้น (สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และกันยา กาญจนบรรณนท์. 2532 : 22)

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ (2532 : 97) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมหมายถึงกิจกรรมต่าง ๆ ของร่างกายที่แสดงออกมา สามารถสังเกตได้ด้วยบุคคลอื่น หรือปฏิริยาภายในที่มีต่อสถานการณ์หรือในเหตุการณ์ ซึ่งรวมถึงเจตคติ ค่านิยม ความรู้ บางครั้งไม่สามารถแสดงออกให้เห็นได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 97) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมว่าเป็นปฏิริยาหรือกิจกรรมทุกชนิดที่มนุษย์กระทำแม้จะสังเกตได้หรือไม่ก็ตาม

ส่วนคำว่าพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) นั้น กู๊ด (Good. 1973 : 55-56) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert behavior) และเกิดขึ้นภายนอก (Overt behavior) ที่คาดหวังจะให้ผู้เรียนมีหรือเกิดขึ้นในตัวผู้เรียนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพพฤติกรรมนี้จะรวมถึงการปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงภายในที่สังเกตไม่ได้แต่สามารถจะวัดได้ว่าเกิดขึ้น

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (ม.ป.ป. : 26) ได้ให้ความหมายของคำว่าพฤติกรรมสุขภาพคือ พฤติกรรมที่คนทำขึ้นเพื่อป้องกันมิให้เกิดความเจ็บป่วย

สุชาติ โสมประยูร (2525 : 44) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมสุขภาพว่าหมายถึงความสามารถในการแสดงออกของเด็กเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ และทักษะโดยเน้นในเรื่องพฤติกรรมสุขภาพที่สามารถสังเกตได้

ดังนั้นสรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำ หรือกิจกรรมต่าง ๆ ของมนุษย์ที่เกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อการมีสุขภาพที่ดีนั่นเอง

องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532 : 156-162) ได้อธิบายองค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมของบลูม (Bloom) ว่าประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive domain) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ การจำข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถทางด้านสติปัญญา ซึ่งจำแนกได้คือ

1.1 ความรู้ (Knowledge) หมายถึง ความสามารถที่จะจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว

1.2 ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นทักษะและความสามารถที่จะจดจำและระลึกได้ถึงเรื่องราวที่ได้รับไปแล้ว

1.3 การนำไปประยุกต์ใช้ (Application) คือ ความสามารถที่จะนำความรู้ ความเข้าใจจากหลักสูตร กฎเกณฑ์ และวิธีดำเนินงานต่าง ๆ ของเรื่องนั้นไปใช้ในสถานการณ์ใหม่ที่ไม่เหมือนเดิม

1.4 การวิเคราะห์ (Analysis) คือ ความสามารถในการแยกแยะเรื่องราวที่สมบูรณ์ใด ๆ ให้กระจายออกเป็นส่วนย่อยและมองเห็นหลักการผสมผสานระหว่างส่วนที่ประกอบกันขึ้นเป็นปัญหาหรือสถานการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง

1.5 การสังเคราะห์ (Synthesis) หมายถึง ความสามารถและทักษะที่นำองค์ประกอบหรือส่วนต่าง ๆ มารวมกัน หรือให้เป็นภาพพจน์ที่สมบูรณ์ เป็นขบวนการที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาส่วนย่อยแต่ละส่วน แล้วจัดรวมเป็นหมวดหมู่เพื่อให้เกิดความกระจ่างในสิ่งเหล่านั้น

1.6 การประเมินค่า (Evaluation) หมายถึง ความสามารถที่จะพิจารณา และตัดสินใจไม่ว่าจะด้วยมาตรฐานที่ผู้อื่นกำหนดหรือกำหนดด้วยตนเอง

2. พฤติกรรมด้านเจตคติ (Affective domain) เป็นพฤติกรรม หมายถึง สภาพความพร้อมทางจิตใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพ ได้แก่ ความสนใจ ความรู้สึกที่ดี ความชอบ ความพึงพอใจ การให้คุณค่า การรับ การเปลี่ยน หรือปรับปรุงค่านิยมที่ยึดถืออยู่ พฤติกรรมด้านนี้ยากต่อการอธิบายเพราะเกิดขึ้นภายในจิตใจของบุคคล ซึ่งจะต้องใช้เครื่องมือพิเศษในการวัดพฤติกรรมเพราะความรู้สึกเหล่านี้ยากต่อการวัดพฤติกรรมที่แสดงออกมา และขั้นตอนการเกิดพฤติกรรมจิตพิสัย มีดังนี้

2.1 การรับรู้หรือการให้ความสนใจ

2.2 การตอบสนอง

2.3 การให้ค่า

2.4 การจัดกลุ่มค่า

2.5 การแสดงคุณลักษณะตามค่านิยมที่นับถือ

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor domain) เป็นพฤติกรรมที่ใช้ความสามารถในการแสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ หรืออาจเป็นพฤติกรรมที่คาดคะเนว่าอาจจะปฏิบัติในโอกาสต่อไป พฤติกรรมด้านการปฏิบัติของบุคคลเป็นเป้าหมายขั้นสูงสุดที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี แต่กระบวนการที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรมนี้ต้องอาศัยเวลาและการตัดสินใจหลายขั้นตอน

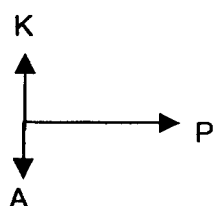
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ

พฤติกรรมด้านความรู้เจตคติและการปฏิบัติทั้งสามอย่างนี้ มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดแต่ละอย่างมักจะไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ มักจะเกิดขึ้นรวม ๆ กันและพึ่งพาอาศัยกัน การสร้างเสริมพฤติกรรมอย่างหนึ่ง จะช่วยเป็นช่องทางสร้างเสริมพฤติกรรมอย่างอื่น ๆ ด้วยเสมอ การพัฒนาพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งจึงเป็นการพัฒนาอย่างอื่น ๆ ไปโดยทางอ้อม (สุชาติ โสมประยูร. 2525 : 48) โดยสามารถแสดงรูปแบบของความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติได้ 4 ลักษณะดังนี้ (นิภา มนูญปัจจุ. 2528 : 68)

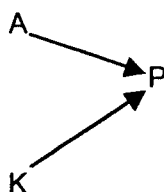
1. ความรู้มีความสัมพันธ์กับเจตคติ ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติ



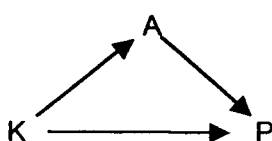
2. ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กันทำให้เกิดการปฏิบัติ



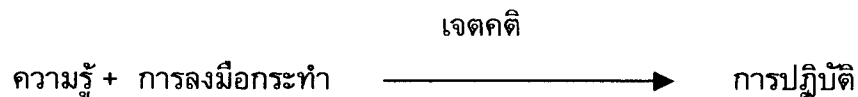
3. ความรู้และเจตคติต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้โดยความรู้และเจตคติไม่จำเป็นต้องมีความสัมพันธ์กัน



4. ความรู้มีผลต่อการปฏิบัติทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับทางอ้อมนั้นมีเจตคติเป็นตัวกลางทำให้เกิดการปฏิบัติ



ในทางสุขภาพนั้น เจตคติที่ดีจะช่วยให้เกิดการปฏิบัติที่ดีได้ ซึ่งเป็นผลให้สุขภาพดีในที่สุด และเจตคติมีบทบาทสำคัญในเรื่องของการปฏิบัติ เพราะถ้าคนเรามีเจตคติที่ดีต่อความรู้ที่ได้รับจะช่วยให้เกิดการนำความรู้ไปใช้หรือปฏิบัติ ซึ่งเปรียบได้กับปฏิกิริยาทางเคมีของส่วนประกอบดังนี้ (สุชาติ โสมประยูร. 2525 : 49)



แนวคิดเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐาน

อาสาสมัครมีใช้ของใหม่ในสังคมไทยนับตั้งแต่โบราณถึงปัจจุบัน ตามชนบทไทยก็มีอาสาสมัครกระทำผลประโยชน์ให้แก่ส่วนรวมอย่างแพร่หลาย การก่อสร้างสาธารณสถาน เช่น โบสถ์ วิหาร โรงเรียน ถนนหนทาง ล้วนได้อาศัยบริการจากอาสาสมัครของประชาชนในท้องถิ่นทั้งนั้น สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขก็เกิดมานานแล้วเช่นกัน ในชื่อ “หมอดำแย” ในภาคกลาง ภาคใต้ ภาคอีสาน และ “แม่จ้าง” ในเขตเหนือ มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือการคลอดดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2500 เป็นต้นมา ได้มีการอบรมให้ความรู้แก่หมอดำแยเพื่อให้สามารถให้บริการแก่เพื่อนบ้านและครอบครัวได้ถูกต้อง มีคุณภาพ และปลอดภัย หมอดำแยที่ได้รับการพัฒนาความรู้แล้วเรียกกันว่า “ผดุงครรภ์โบราณ” (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2528 : 3)

ในอดีตลักษณะการพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนเกิดจากเหตุผลความจำเป็นในเรื่องการขาดแคลนบุคลากร ผู้ให้บริการและเทคโนโลยีที่นำมาใช้ดำเนินงานจัดบริการสาธารณสุขประกอบกับประชาชนส่วนใหญ่ก็อยู่ในพื้นที่ห่างไกลและทุรกันดาร ไม่สามารถที่จะเดินทางมารับบริการ ณ สถานบริการนั้นได้อย่างทั่วถึงและรวดเร็วทันตามความต้องการ กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามศึกษาทดลองรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้สามารถขยายบริการ และดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนให้ครอบคลุมมากที่สุด ในระยะสั้นก็ได้มีการนำประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการในรูปของคณะกรรมการ โดยเรียกว่า “กรรมการพัฒนาสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” การปฏิบัติงานได้ผลเป็นอย่างดีในปี พ.ศ. 2506 สมบูรณ์ วัชรโรทัย ได้ร่วมกับองค์การอนามัยโลกโดยทำการศึกษาการใช้บริการสาธารณสุขของประชาชนที่สถานีอนามัยทุกระดับ พบว่า การใช้บริการสาธารณสุขของรัฐทั้งทางด้านการรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากสาเหตุดังกล่าวเพื่อจะหาวิธีการที่จะขยายบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุมเข้าถึงประชาชนให้มากขึ้น ในปี พ.ศ. 2509 จึงได้ทำการทดลองที่จังหวัดพิษณุโลก โดยฝึกอบรมประชาชนให้มีความรู้ด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคที่สถานีอนามัยแล้วคัดเลือกไปเรียนพนักงานอนามัย

และผดุงครรภ์ เพื่อให้กลับมาปฏิบัติงานในท้องถิ่นเดิมเพื่อเป็นการป้องกันการโยกย้ายของเจ้าหน้าที่อีกด้วย แต่ผลการดำเนินงานปรากฏว่าการครอบคลุมบริการสาธารณสุขก็ยังไม่เพิ่มขึ้น

ในช่วงเวลาไล่เรี่ยกัน คือในปี พ.ศ. 2507 ที่จังหวัดเชียงใหม่ อมร นนทสุต (2524 : 5) ได้ดำเนินโครงการร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ฝึกอบรมนักศึกษาแพทย์ โดยเน้นความสำคัญของการสาธารณสุขเบื้องต้น และส่งนักศึกษาแพทย์ที่เรียนจบแล้วออกไปอยู่ตามสถานีอนามัยและโรงพยาบาลต่าง ๆ ในชนบทมากขึ้น เพื่อเป็นการกระจายแพทย์ไปสู่ชนบท อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาทั้ง 2 แห่ง ในช่วงนั้นก็ยังไม่ปรากฏผลชัดเจนจึงได้มีการทบทวนโครงการใหม่เป็นการนำเอาความคิดทั้ง 2 โครงการมาปรับ แล้วจัดดำเนินการทดลองที่อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ โดยการขยายสถานีอนามัยตำบลให้เต็มทุกตำบล มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จัดระบบนิเทศงาน ขยายกิจกรรมบริการของอำเภอสารภี และเน้นการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ แต่ผลก็ยังไม่ดีเท่าที่ควรจึงมีการทบทวนนโยบายใหม่ จากเหตุผลที่มองเห็นว่าอัตราการให้บริการยังต่ำเพราะขาดความร่วมมือของชุมชน จึงได้นำเอาประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยคัดเลือกชาวบ้านมารับการฝึกอบรมเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก ทำหน้าที่ทุกอย่างรวมทั้งให้การรักษาพยาบาลเรียกว่า “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” (อสม.) กลุ่มสองทำหน้าที่กระจายความรู้ทางด้านสาธารณสุขรับข่าวสารการเจ็บป่วย โรคระบาด ฯลฯ เรียกว่า “ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข” (ผสส.) อาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่มนี้ดำเนินงานสาธารณสุขผสมผสานทั้งการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยได้รับการสนับสนุนทางด้านวิชาการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อดำเนินงานได้ประมาณ 1 ปี พบว่า อัตราการให้บริการเพิ่มขึ้นจนเห็นได้ชัด กระทรวงสาธารณสุขจึงได้อาศัยรูปแบบเดียวกันนี้ขยายผลไปดำเนินการต่อมา

ในปี พ.ศ. 2505 - 2519 ฝ่ายสุศึกษา กองมาลาเรีย และศูนย์มาลาเรียเขตได้ดำเนินงานโครงการอาสาสมัครมาลาเรีย โดยคัดเลือกประชาชน ผู้มีน้ำใจเสียสละและรับงานกำจัดมาลาเรียโดยไม่หวังผลตอบแทนในการอบรมและมอบเวชภัณฑ์ อุปกรณ์เพื่อปฏิบัติงาน ผลการศึกษาพบว่าสามารถกำจัดโรคไข้มาลาเรียได้จนไม่เป็นปัญหาของชุมชน (คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2528 : 3)

ในปี พ.ศ. 2507 - 2512 ประกอบ ตูจินดา (2521 : 11) ได้อ้างอิงผลการศึกษาของปรีชา ดิสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ ได้ทำการศึกษาทดลองโครงการสารภี จัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขโดยการคัดเลือกประชาชนจากการประชุมชาวบ้านหมู่บ้านละ 1 คน มาอบรมให้ความรู้ทางด้านการรักษาพยาบาลตามอาการ อาสาสมัครเหล่านี้จะทำหน้าที่ให้บริการรักษาพยาบาลตามอาการแก่ประชาชนให้หมู่บ้านตน และจัดให้มีผู้สื่อข่าวสาธารณสุข 1 คน มาอบรมให้ความรู้ทางโภชนาการและสุขภาพอื่น ๆ โดยผู้สื่อข่าวสาธารณสุขจะทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและแนะนำความรู้แก่ประชาชน ในเขตรับผิดชอบของตนเองอีกต่อหนึ่ง ผลจากการศึกษา

ทดลองครั้งนี้ พบว่า การให้บริการสาธารณสุขของประชาชนเพิ่มมากขึ้น และข้อสรุปที่สำคัญ จากการทดลองครั้งนี้ก็คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นหัวใจของงานสาธารณสุขในชนบท ของประเทศ กระทรวงสาธารณสุขได้อาศัยรูปแบบเช่นเดียวกันนี้ไปดำเนินการในจังหวัดอื่น ๆ เช่น ลำปาง นครราชสีมา โดยมีการดำเนินกิจกรรมหลากหลายรูปแบบรวมทั้งฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้สื่อข่าวสาธารณสุขขึ้น จากการประเมินผลการดำเนินงานปรากฏเป็นที่น่าพอใจและทำให้บริการสาธารณสุขเพื่อสุขภาพครอบคลุมประชากรมากขึ้น ซึ่งแนวคิดลักษณะนี้คือ การสาธารณสุขมูลฐานนั่นเอง

ในปี พ.ศ. 2521 WHO ได้ดำเนินการจัดประชุมใหญ่ที่เมือง อัลมา อตา (Alma Ata) ประเทศรัสเซีย เพื่อหาแนวทางและกลวิธีที่จะทำให้บังเกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2543 ผลการประชุมทำให้เกิดข้อตกลงอันยิ่งใหญ่คือ กลวิธีที่ทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าโดยไม่เลือกชั้น วรณะ นั่นก็คือ กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2528 : 2)

การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care)

การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นแนวทางการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขที่ผสมผสานบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การให้การรักษายาบาลและการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน และความร่วมมือของส่วนราชการในการบรรลุผลการดำเนินงาน ทั้งนี้มุ่งจะดำเนินการโดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นหลัก รวมทั้งการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพชีวิตประจำวัน วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และลักษณะสังคมของประชาชนในท้องถิ่น ในอันที่จะสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทันกับความต้องการ ทั้งนี้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานจะเชื่อมโยงกับกิจกรรมการพัฒนาท้องถิ่นอื่น ๆ โดยอาศัยการสนับสนุนจากระบบงานสาธารณสุขของรัฐในลักษณะการรับช่วงต่อจากท้องถิ่น และการพัฒนาระบบการสื่อสารภายในชุมชน (กุหลาบ รัตนจักรม. 2531 : 1)

แนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐาน สรุปได้ดังนี้ (เมธี จันท์จารุภรณ์ และวนัสรา เชาว์นิยม. ม.ป.ป. : 5-6 ; อ้างอิงจาก อมร นนทสุต. 2526)

แนวคิดที่ 1 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นระบบบริการที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระดับบริการสาธารณสุขของรัฐซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชน และความร่วมมือของชุมชนเอง

แนวคิดที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้วยตนเอง โดยการใช้ชุมชนร่วมมือจัดทำกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ จึงถือได้ว่าเป็นงานสาธารณสุขมูลฐาน

แนวคิดที่ 3 การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นมาได้จะต้องให้ชุมชนรับรู้ ว่า ปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือให้ชุมชนวิเคราะห์ปัญหาได้

แนวคิดที่ 4 หน้าที่และบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐ จะต้องเข้าใจว่า เราไม่ได้ทำงานแทนเขา เขาไม่ได้ทำงานให้เรา แต่เราทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดการดำรงชีวิตที่ดีของชุมชน (การสาธารณสุขมูลฐานคือการสาธารณสุขของชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน)

แนวคิดที่ 5 ความร่วมมือของชุมชน คือ หัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นในรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือในการปฏิบัติตนด้วยความสมัครใจ เพราะมีการมองเห็นและรับรู้ปัญหา ไม่ใช่เป็นเพราะเขาหวังสิ่งตอบแทน

แนวคิดที่ 6 สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่ และการดำรงชีวิต ดังนั้นงานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานการพัฒนาในด้านอื่น ๆ อาทิ การเกษตร และสหกรณ์ การศึกษา และการพัฒนาชุมชน เป็นต้น

แนวคิดที่ 7 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่าย ๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังที่ชุมชนจะเข้าใจและนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ เช่น เทคนิคที่นำมาใช้ต้องมีความเหมาะสม ประหยัด และราคาถูก ยืดหยุ่นและปรับให้เหมาะสมกับสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ มีผลต่อการแก้ไขปัญหา

แนวคิดที่ 8 งานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้องและอาศัยประโยชน์จากสถาบันหรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน

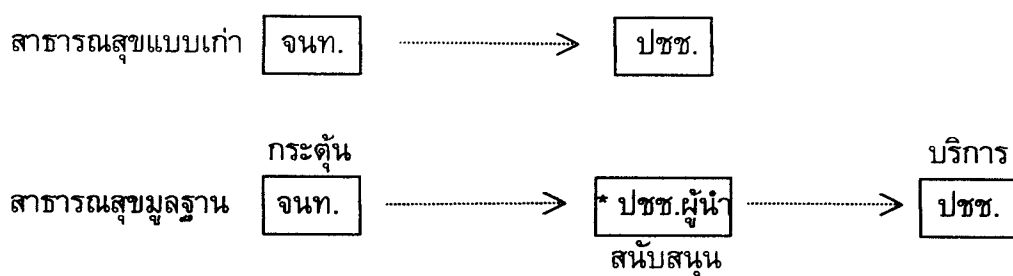
แนวคิดที่ 9 งานสาธารณสุขมูลฐานควรมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นเรื่องราวที่เหมือนกันทุกหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 10 การบริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้าน คือ การสุศึกษา การควบคุมป้องกันโรคในท้องถิ่น การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหา น้ำสะอาด การให้วัคซีนป้องกันโรคติดต่อ การส่งเสริมโภชนาการ การรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ ที่พบบ่อย การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว และการจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน

แนวคิดที่ 11 งานสาธารณสุขมูลฐานต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในด้านการให้การสนับสนุน การส่งต่อผู้ป่วย เพื่อรับการรักษายาบาลต่อการให้การ ศึกษาต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

กล่าวโดยสรุปแนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานหัวใจสำคัญก็คือ การแสวงหาความร่วมมือของชุมชนในอันที่จะให้ประชาชนตระหนัก รับรู้ และเข้าใจในปัญหาและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชนเอง โดยรัฐจะเป็นผู้ให้การสนับสนุนในส่วนที่เกินกำลังความสามารถของชุมชน

ดังนั้นการสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง การดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคนและทุกครอบครัวในทุกชุมชน โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคนด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศจะรับได้ นอกจากนี้การสาธารณสุขมูลฐานยังก่อให้เกิดการผสมผสานระหว่างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นธรรม โดยมีระบบบริการสาธารณสุขเป็นแกนกลาง ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2



หมายเหตุ * ปชช.ผู้นำ หมายถึง อสม. ครู พระ นักเรียน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ

ภาพประกอบ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับประชาชน
ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 4

หลักการของการสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ 4 ประการ คือ

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation) ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ประชาชนควรเป็นผู้ดำเนินการเองเพราะประชาชนเท่านั้นที่จะเป็นผู้รู้ปัญหาของชุมชนของตนเองได้ดีที่สุด
2. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานควรเป็นเทคนิควิธีการที่ง่ายไม่ซับซ้อนยุ่งยากเหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่น และประชาชนสามารถปฏิบัติได้
3. การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน (Reoriented basic health service) ระบบบริการของรัฐและระบบบริหารจัดการที่มีอยู่จะต้องปรับใช้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน
4. การผสมผสานกับงานกระทรวงอื่น ๆ (Inter sectoral collaboration) งานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกันได้ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเองและงานพัฒนาชนบทต่างกระทรวงจาก 6 กระทรวงหลัก

หลักการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า แนวทางสำคัญของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานนั้นคือ การพยายามให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยที่

ประชาชนจะต้องพึ่งพาตนเองและรัฐให้ความช่วยเหลือในส่วนที่เกินความสามารถของประชาชน การนำเทคโนโลยีมาใช้ในการดำเนินงานจะต้องมีความสอดคล้องและเหมาะสมกับสภาพของท้องถิ่น และการดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องนี้จะต้องมีการผสมผสานร่วมมือกันหลายฝ่ายจึงจะทำให้สำเร็จได้ด้วยดี หลักการดำเนินงานดังกล่าวเป็นที่น่าสังเกตว่าลักษณะของงานสาธารณสุขมูลฐานจะเป็นรูปแบบการพัฒนาที่ผสมผสานคือการดำเนินงานไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะงานสาธารณสุขเท่านั้น แต่จะต้องมีการพัฒนาด้านอื่น ๆ ควบคู่ไปด้วย เช่น การศึกษา การเกษตร และสหกรณ์ และการพัฒนาชุมชน ดังนั้นการพัฒนาชนบทตามแนวทางการสาธารณสุขมูลฐานจึงถือเป็นการพัฒนาแบบครบวงจร

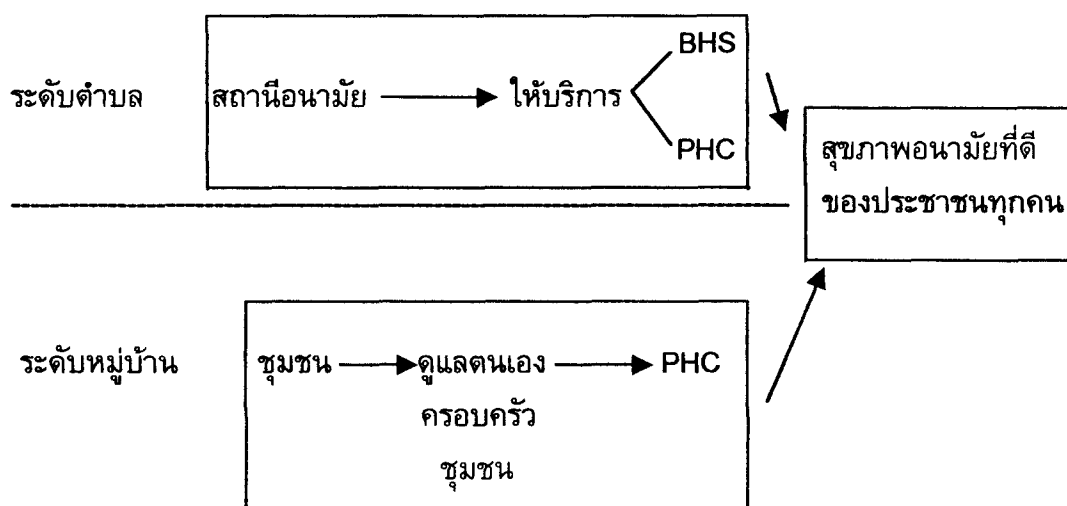
ความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีคุณภาพกล่าวคือ ทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีทั้งร่างกายและจิตใจ และทำให้ประเทศประกอบไปด้วยทรัพยากรมนุษย์ที่มีคุณภาพ มีขีดความสามารถในการผลิตสูง ส่งผลทำให้เศรษฐกิจขยายตัวและสังคมมีความมั่นคง การสาธารณสุขมูลฐานเป็นศูนย์กลางของการผสมผสานของงานหลักของกระทรวงสาธารณสุข ที่เกี่ยวกับการจัดบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน (Basic health services) ทั้งหลาย เช่น การโภชนาการ การสุศึกษา การควบคุมโรคติดต่อ การเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดต่อ การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว การสุขภาพและการจัดหาหน้าสะอาด การรักษาพยาบาลเบื้องต้นซึ่งสามารถช่วยให้ประชาชนส่วนใหญ่มีสุขภาพดีขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2527 : 1-4) สำหรับ กันยา กาญจนบุรานนท์ (2528 : 967 - 968) ได้กล่าวถึงความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐาน ดังต่อไปนี้

1. การสาธารณสุขมูลฐานเป็นจุดเริ่มต้นในการพัฒนาชุมชน เพื่อให้ชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาตนเองได้ และสามารถช่วยตนเองได้ โดยอาศัยการพัฒนาการสาธารณสุขผสมผสานไปกับการพัฒนาด้านอื่น ๆ
2. การสาธารณสุขมูลฐานเป็นศูนย์กลางของการผสมผสานการบริการสาธารณสุขต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนสามารถช่วยตนเองได้ในเรื่องเกี่ยวกับการป้องกันสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน
3. การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของประเทศให้มีสุขภาพดีซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม
4. การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาประชาชนให้เกิดความรู้ความสามารถที่จะช่วยเหลือหรือดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการสาธารณสุขอย่างง่าย ๆ ได้ด้วยตนเอง โดยอาศัยวิทยาการที่เหมาะสม และสามารถให้ประชาชนทุกคนมีส่วนร่วมได้รับบริการ

5. การสาธารณสุขมูลฐานเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุดวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้บริการสาธารณสุขมูลฐานแบบผสมผสานได้ครอบคลุมประชากรที่อยู่ในชนบทที่ห่างไกล เพื่อยกระดับสุขภาพของประชาชนและลดปัญหาสาธารณสุข

ความสำคัญของการสาธารณสุขมูลฐานนอกจากจะช่วยให้ประชาชนได้รับบริการด้านสาธารณสุขอย่างทั่วถึงแล้วยังก่อให้เกิดการพัฒนาท้องถิ่นด้านอื่น ๆ ด้วย จึงอาจสรุปได้ว่าการสาธารณสุขมูลฐานสามารถทำให้คุณภาพของประชากรของประเทศสูงขึ้นด้วยการพัฒนาการบริการด้านสาธารณสุขควบคู่กับการพัฒนาสังคมด้านอื่น ๆ ดังประกอบตามภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 ลักษณะเฉพาะของงานสาธารณสุขมูลฐาน

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 6

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานภายใต้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้ามีดังนี้ (เมธี จันทรจาร์ภรณ์ และวนิสรา เชาว์นิยม. ม.ป.ป. : 2)

1. ประชาชนทุกคนในทุกประเทศจะต้องได้รับบริการขั้นพื้นฐานทางด้านสาธารณสุข
2. ประชาชนทุกคนจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและครอบครัวของเขาเท่าที่จะทำได้ในกิจกรรมสาธารณสุขของชุมชน
3. ชุมชนทุกชุมชนในโลกจะร่วมกับรัฐรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชน
4. รัฐจะต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนในประเทศทั้งหมด

5. ประชาชนทุกคนจะมีน้ำดื่มสะอาด และได้รับบริการด้านสุขาภิบาลอย่างทั่วถึง
6. ประชาชนทุกคนมีอาหารกินอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
7. เด็กทุกคนจะได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคติดต่อของเด็กที่สำคัญ ๆ
8. ปัญหาโรคติดต่อในประเทศที่กำลังพัฒนาในปี 2543 นั้นต้องไม่มากกว่าที่พบในประเทศที่พัฒนาแล้วในปี 2543

9. จะพยายามทุกวิถีทางที่จะป้องกันโรคที่ไม่ใช่โรคติดต่อ รวมทั้งพัฒนาสุขภาพจิต โดยการใช้ชีวิตที่ดีภายใต้สิ่งแวดล้อมที่อำนวยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

10. ทุกคนจะมียาที่จำเป็นไว้ใช้

นโยบายและแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8

จากแนวโน้มของสภาวะสุขภาพของประชาชนที่มองได้หลายมุม หลายประเด็น โดยสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และวัฒนธรรม ตลอดจนระบบบริการทางสาธารณสุขแล้วจะเห็นได้ว่า ระบบแผนของโรคมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของสภาวะเศรษฐกิจ สภาพสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง สภาพการศึกษา ของประชาชนส่วนใหญ่ ยังไม่ทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีทุกด้าน

การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะในยุคโลกาภิวัตน์ ซึ่งส่งผลกระทบให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคม ทั้งในปัจเจกบุคคล ครอบครัว และสังคมโดยรวมจึงเป็นภาระกิจอันสำคัญที่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนต้องร่วมผลึกกำลังเป็นหนึ่งเดียวในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนจนบรรลุถึงคุณภาพชีวิตที่ดีได้ตามเป้าหมายที่กำหนด และเป็นสังคมไทยที่พึงปรารถนาในอนาคต

ยุทธศาสตร์ตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริการพื้นฐานด้านสาธารณสุขเชิงรุก เพื่อให้ครอบคลุมประชากรทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคมและเสมอภาค

- การยกระดับคุณภาพสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบล อำเภอ จังหวัด
- ส่งเสริมสถานพยาบาลเอกชน

ยุทธวิธี

1. เพิ่มบริการเชิงรุก

- พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค
- พัฒนาการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care)

2. พัฒนาคุณภาพบริการโดยใช้ระบบพัฒนาระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) และที่เกี่ยวข้องกับเทคนิคบริการ โรคไม่ติดต่อ โรคติดต่อ และระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Refer) เป็นต้น

- เพื่อให้สถานพยาบาลและบุคลากรแต่ละระดับมีมาตรฐานเดียวกันทุกแห่ง
- จัดหน่วยเคลื่อนที่ในแต่ละพื้นที่ เช่น ระดับตำบลมีแพทย์จากโรงพยาบาลออกปฏิบัติงานในสถานอนามัยขนาดใหญ่ และในระดับหมู่บ้านเจ้าหน้าที่ตำบลออกปฏิบัติงานในหมู่บ้าน

- พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสาธารณสุขมูลฐานเชิงรุก เพื่อปรับปรุงบทบาทให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับครอบครัว/ชุมชน เป็นการช่วยเหลือภาครัฐในด้านบริการและมีส่วนร่วมในการพัฒนาสาธารณสุข

ยุทธวิธี

1. สนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาสาธารณสุขสร้างจิตสำนึกในการมีส่วนร่วม ตลอดจนเฝ้าระวังสภาพแวดล้อม พฤติกรรมและปัญหาของชุมชน

2. พัฒนาระบบสาธารณสุขให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีศักยภาพตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมสิ่งแวดล้อม และมีการกระจายครอบคลุมหลังคาเรือนมากขึ้น ตลอดจนพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้เหมาะสม

3. ขยายการพึ่งพาตนเอง (Self care) ของประชาชนในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน

4. สนับสนุนให้มีการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาพื้นบ้าน ตลอดจนองค์กรหลักในชุมชน ได้แก่ วัด และโรงเรียน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การเน้นประชาชนให้เป็นศูนย์กลางของการพัฒนา

- เพื่อเพิ่มศักยภาพให้เตรียมพร้อมที่จะเป็นผู้มีความสามารถในฐานะผู้รับบริการและผู้ให้บริการตลอดวงจรชีวิต

- จัดตั้งชมรมกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข แม่บ้าน ฯลฯ

ยุทธวิธี

1. สิทธิการได้รับการดูแลสุขภาพตั้งแต่เกิดจนตาย ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเท่าเทียมกัน และมีมาตรฐาน

2. พัฒนาศักยภาพในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารวิชาการด้านสาธารณสุขทุกรูปแบบ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ทักษะคติ สามารถดูแลตนเองขึ้นพื้นฐานระดับหนึ่ง ตลอดจนปรับตัวได้ทันเหตุการณ์ในโลกปัจจุบันที่จะหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

3. เน้นความสำคัญของครอบครัวที่มีความสัมพันธ์อันดี อยู่ด้วยกันอย่างอบอุ่น

ยุทธวิธีที่ 4 การปฏิรูปการจัดการเพื่อให้ยุทธศาสตร์ / ยุทธวิธี ทั้ง 3 ข้อที่ผ่านมาสามารถบรรลุเป้าหมายได้

ยุทธวิธี

1. ด้านปรับเปลี่ยนความคิด

1.1 การจัดบริการหน่วยงานสาธารณสุขเป็นรูปทีม ประกอบด้วยบุคลากร
หลาย ๆ สาขาวิชาชีพ

1.2 กระจายอำนาจในการจัดการบริการและการมีส่วนร่วมของแต่ละระดับ

2. ด้านการกำหนดเป้าหมายและแผนงาน

2.1 การวิเคราะห์ปัญหาเพื่อให้ทราบพื้นที่เสี่ยง กลุ่มอายุเสี่ยง ตลอดจนปัจจัย
เสี่ยงต่าง ๆ เพื่อนำมากำหนดเป้าหมาย

2.2 ทำแผนที่กำหนดการแก้ปัญหาที่ชัดเจนทั้งพื้นที่ กลุ่มอายุ โรคที่พบบ่อย
รวมทั้งกำหนดเป้าหมายกิจกรรม กลวิธี การควบคุมกำกับ นิเทศ ประเมินผลในการกำหนด
ปัญหาอย่างเป็นรูปธรรม

3. ด้านการจัดองค์กรให้มีรูปแบบการทำงานให้เหมาะสมกับสถานที่ จำนวน
บุคลากร และปัญหาของท้องถิ่น เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามแผน

4. ด้านการอำนวยการ

4.1 จัดระบบฐานข้อมูลระดับครอบครัว ชุมชน สถานบริการ เพื่อสามารถสร้าง
เครือข่ายระบบข้อมูล ข่าวสารในงานสาธารณสุข

4.2 จัดระบบเผยแพร่ข้อมูลสาธารณสุขแก่ประชาชน ในรูปแบบที่ประชาชน
สามารถรับรู้ เข้าใจ และปฏิบัติได้

4.3 ปรับปรุงระบบการบริหารบุคคล เพื่อจูงใจในการปฏิบัติงาน

5. ด้านการควบคุม ใช้ระบบติดตาม นิเทศ ประเมินผล เป็นเครื่องมือสำคัญในการ
ติดตามแก้ปัญหาว่าการจัดทำแผนเหมาะสมกับปัญหาของพื้นที่ และการปฏิบัติตามแผนเป็นไป
ตามที่กำหนดอย่างไร เพื่อให้สามารถมีการปรับแผน ภายในปีงบประมาณได้อย่างถูกต้อง

ภาพลักษณ์สุขภาพของคนไทยในอนาคต

จากสถานการณ์และแนวโน้มปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ ทั้งที่เป็นปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล
ด้านสภาวะแวดล้อม และระบบสาธารณสุขพบว่าปัจจัยต่าง ๆ มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย
ของประชาชนอย่างชัดเจน ดังนั้นเพื่อให้การพัฒนาการสาธารณสุขของประเทศสอดคล้องกับ
สภาพปัญหาและแนวโน้มสุขภาพอนามัย ตลอดจนสภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและ
สังคมของประเทศในอนาคต ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วมาก รวมทั้งเพื่อให้บรรลุผลถึง
สภาพที่พึงปรารถนาของคนไทยและสังคมไทยในอนาคต จึงได้กำหนดภาพลักษณ์สุขภาพของ
คนไทยที่พึงประสงค์ ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตไว้เป็น
กรอบของการพัฒนาด้านสาธารณสุขดังนี้

คนไทยทุกคนไม่จำกัดเรื่อง เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา ถิ่นที่อยู่ เชื้อชาติ การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ เป็นคนที่มีความปกติสุข ทั้งมิติทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม โดย

1. เกิดและเติบโตขึ้นในครอบครัวที่มีความพร้อมและอบอุ่น
2. ได้รับการพัฒนาทั้งทางกาย ทางใจ และสติปัญญาดีพอที่จะปรับตัว และอยู่ในโลกที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สถานการณ์ตัดสินใจในการบริโภคและมีพฤติกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี มีจิตใจสบาย สงบ
3. มีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่สมเหตุสมผล สะดวก คุณภาพดี โดยมีค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและเป็นธรรม
4. อยู่ในชุมชนที่เข้มแข็ง มีการรวมพลัง และมีความรับผิดชอบร่วมกันในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการ
5. ดำรงชีวิต และประกอบอาชีพ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีและปลอดภัย
6. มีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ไม่เจ็บป่วยอย่างไม่สมเหตุสมผล และตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

วัตถุประสงค์ของการพัฒนาสาธารณสุข

เพื่อให้ประชาชนในประเทศไทยมีสุขภาพดี และสามารถเป็นผู้นำด้านสุขภาพในภูมิภาคจึงได้กำหนดให้แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544) มีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ประชาชนมีความรู้และทัศนคติที่ดี เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมอนามัยที่เหมาะสมสำหรับบุคคลและครอบครัว
2. ภาวะการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพเสี่ยงและโรคที่ป้องกันได้ลดลง
3. ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพ และได้มาตรฐานอย่างเป็นธรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการ
4. ประชาชนได้รับการคุ้มครองด้านบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัย โดยมีองค์ความรู้และพฤติกรรมในการเลือกใช้และบริโภคที่เหมาะสม
5. ประชาชนได้รับการคุ้มครองให้มีคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ดีและปลอดภัยต่อวิถีการดำรงชีวิตและการประกอบอาชีพ
6. องค์กรชุมชนสามารถดูแลและรับผิดชอบสุขภาพอนามัยของคนในชุมชนอย่างเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพ
7. ครอบครัวมีความพร้อมด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหญิงมีครรภ์และเด็กได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยอย่างมีคุณภาพ

8. ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงตามวัย และดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า
9. คนไทยเป็นผู้ที่สามารถนำภูมิปัญญาด้านสาธารณสุขไปใช้ประโยชน์ได้ทุกระดับ และเป็นผู้นำด้านสุขภาพในภูมิภาคนี้

แนวการจัดทำกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 - 2544)

1. วิสัยทัศน์ (Vision) งานสาธารณสุขมูลฐาน

1.1 คนไทยทุกคนรอบรู้มีความรู้พื้นฐานในเรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและครอบครัวสามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ระดับหนึ่ง ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ ให้บุคคลอื่นได้

1.2 คนไทยทุกคนรอบรู้มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพอนามัยของตนเองและชุมชน โดยสามารถเฝ้าสังเกต และรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงในสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

1.3 คนไทยทุกชุมชนมีการรวมตัวเพื่อปฏิบัติกิจกรรมทางสาธารณสุขด้วยความเสียสละเห็นแก่ส่วนรวมให้สอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกปัจจุบัน

1.4 คนไทยทุกคนมีหลักประกันทางสุขภาพที่เหมาะสมตามสภาวะทางสังคมตามกลุ่มอายุและอาชีพ

2. เป้าประสงค์ (Goal)

เป้าหมายของงานสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาประชาชนให้มีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองด้วยวิธีต่าง ๆ ทำการพัฒนาโดยตรงคือการสร้างและพัฒนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและพัฒนาความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถดูแลสุขภาพทั้งของตนเอง บุคคลในครอบครัวและชุมชน โดยมีสถานะทางสุขภาพการประเมินความจำเป็นขั้นพื้นฐาน และการพึ่งตนเองของชุมชนเป็นตัวชี้วัดเป้าประสงค์ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 เป้าประสงค์ บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

ระดับ	ตัวชี้วัด
บุคคล	ใช้สถานะทางสุขภาพ เช่น การลดลงของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคทางเดินอาหาร โรคที่เกิดจากพฤติกรรมโรคไม่ติดต่อ ฯลฯ เป็นต้น
ครอบครัว	ใช้ จปฐ. เป็นเครื่องมือที่ใช้ดูกระบวนการและผลกระทบที่เกิดกับสถานะสุขภาพ
ชุมชน	ใช้เครื่องชี้วัดกลุ่มที่ 2 (การพึ่งตนเองของชุมชน) ในการวัดการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า

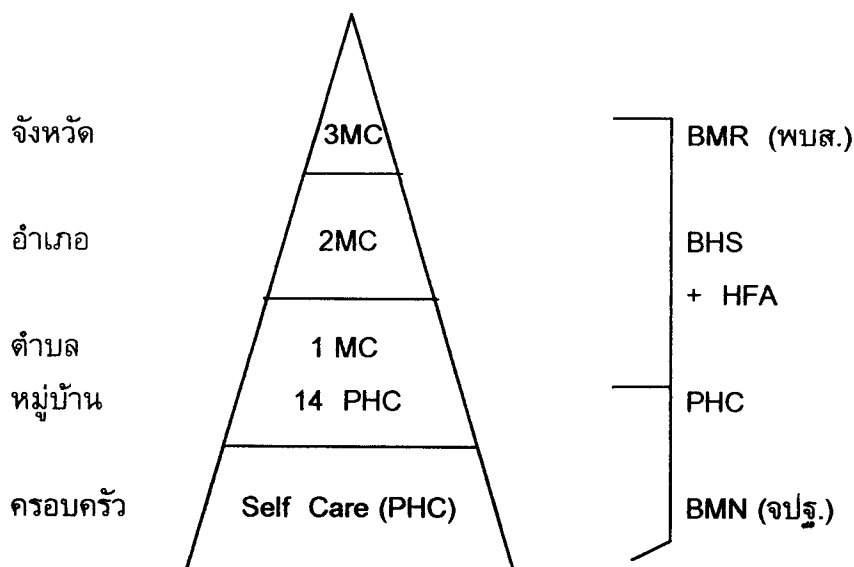
ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2540 : 49

ระบบสาธารณสุขของประเทศ

เป้าหมายของการปรับเปลี่ยนระบบการบริการสาธารณสุขก็เพื่อที่จะทำให้ประชาชนสามารถที่จะเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ รวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วมได้อย่างแท้จริง ซึ่งการปรับเปลี่ยนระบบบริการจะต้องมีการดำเนินงานในทุก ๆ ระดับ ดังปรากฏตามภาพประกอบ 4 กล่าวคือ

1. ระดับครอบครัว เป็นระดับของการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของบุคคล และครอบครัว ที่นำไปเชื่อมต่อกับระบบสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) เพื่อเสริมให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all) อย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพ
2. ระดับหมู่บ้าน มีการสาธารณสุขมูลฐาน (PHC) ซึ่งจัดบริการช่วยเหลือกันเองโดยชาวบ้าน ภายใต้คำแนะนำของเจ้าหน้าที่รัฐระดับตำบล
3. ระดับตำบล เป็นระดับที่จะต้องสนับสนุนระดับหมู่บ้าน และมีหน่วยงานของรัฐประจำอยู่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขชุมชน (สสช.) สถานีอนามัย (สอ.) เป็นระดับการให้บริการขั้นที่ 1 (Primary medical care = 1 MC)
4. ระดับอำเภอ เป็นระดับที่ต้องคอยสนับสนุนระดับตำบล หมู่บ้าน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นระดับการให้บริการขั้นที่ 2 (Secondary medical care = 2 MC)

5. ระดับจังหวัด เป็นระดับที่สนับสนุนอำเภอ ตำบล ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ถือเป็นระดับบริการขั้นที่ 3 (Tertiary medical care = 3 MC)



ภาพประกอบ 4 ระบบสาธารณสุขของประเทศ

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 15

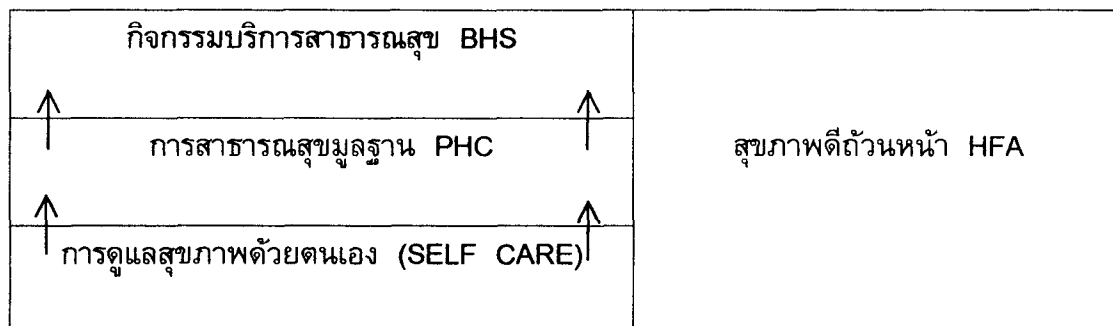
ในการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า (HFA) นั้นจะต้องให้ระบบบริการของรัฐ (Basic Health Service = BHS) เชื่อมต่อกับระบบสาธารณสุขมูลฐาน (PHC)

1. การสาธารณสุขมูลฐาน (PHC) เป็นงานในระดับหมู่บ้านสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสำคัญ ขบวนการและตัวชี้วัดที่สำคัญเรียกว่าความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) (Basic Minimum Need = BMN)

2. ระบบบริการของรัฐ (BHS) เป็นงานบริการในสถานบริการของรัฐเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้วัดคุณภาพนี้เป็นไปตามโครงการพัฒนาระบบบริการและหน่วยงานสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค (พบส.) เกณฑ์มาตรฐาน คือ Basic Minimum Requirement (BMR)

แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ในส่วนที่ประชาชนสามารถทำได้ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาลที่ง่าย ๆ โดยประชาชนจะต้องเป็นผู้ริเริ่มแก้ปัญหา วางแผน และดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐเป็นผู้การสนับสนุน เป็นการปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชนจากผู้รับบริการมาเป็นผู้ให้การสนับสนุน ทั้งนี้จะต้องมีการปรับปรุงระบบ

บริการของรัฐให้สามารถรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นอีกด้วย
ดังปรากฏตามภาพประกอบ 5



ภาพประกอบ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างการสาธารณสุขมูลฐานกับการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง
ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข. 2535 : 17

เพื่อให้การสาธารณสุขมูลฐานได้ประสบความสำเร็จ และการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า
อย่างยั่งยืนจึงได้กำหนดกิจกรรมจำเป็นของการสาธารณสุขมูลฐานดังนี้ (สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดนครปฐม. 2539 : 5 - 57)

1. การโภชนาการ

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะหญิงมีครรภ์ หญิงให้นมบุตร และเด็กแรกเกิด - 5 ปี มีภาวะโภชนาการที่ดี และลดปัญหาการขาดสารอาหาร
ตลอดจนสามารถควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน (โรคคอพอก) ในพื้นที่ที่มีปัญหารุนแรง
หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว มีดังนี้

1. ส่งรายชื่อเด็กแรกเกิด - 5 ปี ในครอบครัว โดยใช้สมุดบันทึก ภ.101/1 (สมุดบันทึกผลการชั่งน้ำหนักเด็ก) ไปที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ถ้ามี)

2. ชั่งน้ำหนักเด็กแรกเกิด - 5 ปี ทุกคนในครอบครัว ทุก 3 เดือน (ตุลาคม, มกราคม, เมษายน, กรกฎาคม) (ถ้ามี)

3. แปรผลการชั่งน้ำหนัก โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก แล้วลงผลการชั่งน้ำหนักเด็กในสมุดบันทึก ภ.101/1 (สมุดบันทึกผลการชั่งน้ำหนักเด็ก) (ถ้ามี)

4. ดำเนินการดังต่อไปนี้ ถ้าในครอบครัวมีสตรีมีครรภ์หรือทารก ส่งเสริมอาหารหญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตรที่ถูกหลักอนามัย ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ให้อาหารทารก และเด็กวัยก่อนเรียนที่ถูกหลักอนามัย (ถ้ามี)

5. ชั่งน้ำหนักเด็กขาดสารอาหารระดับ 2 - 3 ทุก 1 เดือน (ถ้ามี)
6. ส่งเสริมการรับประทานเกลือเสริมไอโอดีนในครอบครัว

2. การสุขศึกษา

วัตถุประสงค์ เพื่อถ่ายทอดความรู้และเผยแพร่ข่าวสารด้านสาธารณสุข ในเรื่อง การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ประชาชนมีการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง

หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว มีดังนี้

1. แนะนำให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัว ในเรื่องสุขภาพอนามัย
2. ทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีในด้านสาธารณสุข
3. นำเอกสาร แผ่นพับ จากศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน หรือสถานีอนามัยชี้แจงบุคคลในครอบครัว
4. ช่วยนำความรู้ด้านสาธารณสุข ออกเผยแพร่ทางเสียงตามสาย หรือหอกระจายข่าว โดยการเปิดเทปความรู้ หรืออ่านออกอากาศร่วมกับผู้ควบคุมหอกระจายข่าว

3. การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนจัดสภาพแวดล้อมในเรื่องน้ำสะอาด ชยะ ความสะอาดของบ้านเรือนที่เหมาะสม และไม่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพอนามัย

หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว มีดังนี้

1. สำรวจและรวบรวมข้อมูลสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ส่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล
2. ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับงานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การจัดหาน้ำสะอาด ชยะ ความสะอาดของบ้านเรือน แก่คนอื่นในครอบครัว
3. จัดสภาพความเป็นอยู่ของครัวเรือนให้เหมาะสมในเรื่อง จัดหาน้ำสะอาดไว้ดื่มตลอดปี มีและใช้ส้วมถูกสุขลักษณะ มีการกำจัดขยะมูลฝอย มีการกำจัดน้ำทิ้ง และควบคุมกำจัดแมลง สัตว์กัดแทะ ที่เป็นพาหะนำโรค
4. รวมกลุ่มประชาชน ช่างสุขภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน (ชม.) ปรับปรุงดูแลรักษาแหล่งน้ำสาธารณะ ตลอดจนสภาพแวดล้อมของหมู่บ้านให้อยู่ในสภาพที่สะอาดและปลอดภัย
5. ร่วมมือกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมเป็นตัวอย่างแก่ประชาชนในชุมชน เช่น บ้านตัวอย่าง ครัวตัวอย่าง

4. การควบคุมและป้องกันโรคในท้องถิ่น

โรคติดต่อในท้องถิ่น หมายถึง โรคติดต่อที่พบได้และเกิดขึ้นเป็นประจำในพื้นที่ เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคไข้มาลาเรีย โรคไข้เลือดออก โรคไข้สมองอักเสบ โรคพยาธิปากขอ โรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นต้น

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถดูแลป้องกันตนเอง และครอบครัวจากโรคติดต่อในท้องถิ่นได้

หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว มีดังนี้

1. ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประชุมตรวจสอบข้อมูลสถานการณ์โรคติดต่อในท้องถิ่น
2. แนะนำบุคคลในครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลป้องกันตนเองจากโรคติดต่อในท้องถิ่น

3. แจ้งข่าวการเกิดโรคให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบโดยเร็ว

4. นำผู้ที่สงสัยว่ามีเชื้อมาลาเรียไปเจาะเลือด และเก็บอุจจาระส่งตรวจหาไข่พยาธิ เมื่อสงสัยว่ามีพยาธิ

5. ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น

6. ส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อยังสถานบริการที่เหมาะสม

โรคติดต่อที่สำคัญของท้องถิ่น ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง โรคไข้เลือดออก โรคพยาธิปากขอ โรค วัณโรค โรคเรื้อน และโรคพิษสุนัขบ้า

5. การรักษาพยาบาลเบื้องต้น

วัตถุประสงค์ เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถในการรักษาพยาบาลอาการเบื้องต้น (การปฐมพยาบาล) และอาการหรือโรคง่าย ๆ ที่พบในชุมชน

หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว มีดังนี้

1. ให้บริการรักษาพยาบาลและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นตามอาการหรือโรค ที่กฎหมายกำหนด ดังนี้

1.1 ให้บริการรักษาพยาบาลตามวิธีการที่กำหนดไว้ในแบบเรียนด้วยตนเองของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อบำบัดอาการต่อไปนี้ คือ ไข้ตัวร้อน ไข้และมีผื่น หรือมีจุด ไอ ปวดหัว ปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดเอว ท้องผูก ปวดท้อง ท้องเดิน พยาธิลำไส้ ฝี ผื่นคัน บนผิวหนังบาง ปวดฟัน เหงือกอักเสบเจ็บตาเจ็บหู เหน็บชา และโรคโลหิตจาง

1.2 ให้การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับบาดแผลสด กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นลม ชัก จมน้ำ ูกัด สุนัขกัด หรือสัตว์อื่นกัด ไฟฟ้าดูด และการช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นพื้นฐานจากอุบัติเหตุ อุบัติภัย

2. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อยังสถานบริการที่เหมาะสม

6. การจัดหายาที่จำเป็น

การจัดหาที่จำเป็นไว้ในชุมชน หมายถึง การจัดหาสามัญประจำบ้านและสมุนไพรซึ่งเป็นยาที่มีคุณภาพ ราคาถูก และปลอดภัย ให้สมาชิกในครอบครัวไว้ในยามจำเป็น

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนมียาจำเป็นและสมุนไพรที่ปลอดภัย มีคุณภาพ ราคาถูก ใกล้เคียงได้ทันทีที่ เมื่อมีการเจ็บป่วย โดยไม่ต้องเดินทางไปหาซื้อจากแหล่งอื่น

หน้าที่ของอาสาสมัครประจำครอบครัว มีดังนี้

1. แนะนำการใช้ยาสามัญประจำบ้านและสมุนไพร
2. แนะนำให้มีการปลูกและใช้สมุนไพรในครัวเรือน
3. ส่งเสริมการจัดหาและซื้อยาสามัญประจำบ้าน ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

(คสมช.)

7. การดูแลสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนมีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน ได้อย่างมีความสุข

กลุ่มประชาชนทั่วไป

หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว มีดังนี้

1. แนะนำให้มีความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตแก่คนในครอบครัว
2. แจ้งรายชื่อผู้มีอาการทางจิต ปัญญาอ่อน และลมชักในครอบครัวให้ อสม. (ถ้ามี)

8. การทันตสาธารณสุข

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลตนเองเรื่องปากและฟัน

หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว มีดังนี้

1. ส่งเสริมการใช้ “แปรงสีฟันอันแรกของหนู” สำหรับเด็กอายุประมาณ 1 ปี 6 เดือน - 2 ปี ที่ไปฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มแรก ณ สถานบริการสาธารณสุข (ถ้ามี)
2. แจ้งรายชื่อเด็กอายุ 1 ปี 6 เดือน - 2 ปี ในครอบครัว ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ถ้ามี)
3. นำเด็กที่ไม่ได้รับบริการฉีดวัคซีน ให้ไปรับบริการได้ครบถ้วน

4. พานักเรียนประถมศึกษาไปรับบริการทันตกรรมเมื่อมีปัญหา ตามที่ได้รับแจ้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5. แนะนำคนในครอบครัวที่มีปัญหาโรคเหงือกอักเสบ ไปขูดหินน้ำลายหรือหินปูนยังโรงพยาบาลใกล้บ้าน

6. ให้ยาแก้ปวดฟัน ก่อนส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาต่อยังสถานบริการที่เหมาะสม

7. ซื้อแปรงสีฟัน ยาสีฟันที่มีคุณภาพจากกองทุนแปรงสีฟันยาสีฟัน

9. การป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนเห็นความสำคัญในพิษภัยที่เกิดจากการทำลายสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเรา เช่น อากาศ น้ำ เสียง และมีส่วนร่วมทำกิจกรรมรักษาและส่งเสริมสภาพแวดล้อมที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย

หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว มีดังนี้

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมแก่บุคคลในครอบครัว ในเรื่องดังต่อไปนี้ การใช้สารกำจัดศัตรูพืช เช่น สารฆ่าแมลง สารกำจัดวัชพืช ตลอดจนปุ๋ยวิทยาศาสตร์ได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง การกำจัดขยะโดยการฝังในหลุมแทนการเผา ลดหรือเลิกใช้วัสดุที่ทำให้สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม เช่น พลาสติก โฟม พลาสติกฟอก เป็นต้น ดูแลรักษาความสะอาดเรียบร้อยของบริเวณบ้าน ไม่ก่อเหตุรำคาญแก่เพื่อนบ้านหรือชุมชน เช่น ไม่เปิดวิทยุหรือโทรทัศน์เสียงดัง เครื่องจักร เครื่องยนต์สภาพไม่ดีที่ก่อให้เกิดเสียงดัง ต้องบำรุงรักษาแก้ไข ไม่ตัดแปลง ท่อไอเสีย รถ จักรยานยนต์ให้เสียงดังรบกวนชาวบ้าน เป็นต้น ไม่ตัดไม้ทำลายป่า ไม่ตัดไม้ริมทาง

2. ร่วมกับกรรมการหมู่บ้านสอดส่องไม่ให้มีการกระทำที่ก่อให้เกิดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อมโดย ดูแลแหล่งน้ำ การระบายน้ำเสีย ขยะ อากาศเสีย และเสียงดังในหมู่บ้าน แจ้งข่าวด่วนต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อเกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ ตรวจสอบและปรับปรุงแหล่งน้ำดื่ม น้ำใช้ของชุมชน ในกรณีที่เกิดภัยแล้ง น้ำท่วม หรือโรคระบาดในชุมชน แก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น การแก้ไขปัญห การกำจัดขยะของชุมชน

10. การคุ้มครองผู้บริโภค

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ในการเลือกซื้อเลือกใช้นสินค้าและบริการในเรื่องอาหาร ยา เครื่องสำอาง และวัตถุมีพิษได้อย่างถูกต้อง

หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว มีดังนี้

1. เผยแพร่ความรู้ให้แก่บุคคลอื่นในครอบครัว ในการเลือกซื้อเลือกใช้นสินค้าได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

2. ทำตนเป็นตัวอย่างที่ถูกต้อง เช่น เลือกซื้ออาหารที่มีเครื่องหมาย อย. และเลขทะเบียนที่ถูกต้อง มีวันเดือนปีที่ผลิตและหมดอายุ เช่น น้ำปลา น้ำส้มสายชู ผลิตภัณฑ์นม อาหารกระป๋อง ซอส เลือกซื้ออาหารที่ไม่มีสีฉูดฉาด (เพราะอาจผสมด้วยสีที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย)

3. ร่วมกับผู้นำชุมชน ในการสอดส่องดูแลร้านขายของสินค้าให้มีการจำหน่ายสินค้าที่ถูกต้อง

4. ส่งเสริมเพื่อนบ้านมีการรวมกลุ่ม เพื่อคุ้มครองประโยชน์แก่ผู้บริโภค เช่น สอดส่องดูแลขายยาที่ไม่ถูกต้อง

11. การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนการค้นหาสาเหตุ และติดตามผลการรักษาได้อย่างเหมาะสม

หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว มีดังนี้

1. ให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัว เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมในเรื่อง

1.1 อุบัติเหตุในครัวเรือน เช่น น้ำร้อนลวก มีดบาดมือ อุบัติเหตุจราจรในชุมชน และภัยธรรมชาติ เช่น น้ำท่วม ไฟป่า

1.2 ความปลอดภัยในการทำงานในอาชีพเกษตรกรรม และในโรงงาน / สถานประกอบการขนาดเล็ก

1.3 โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด

1.4 โรคเบาหวาน

1.5 โรคตาต้อกระจก

1.6 โรคมะเร็งปากมดลูก โรคมะเร็งเต้านม

1.7 ผู้สูงอายุและผู้พิการ

1.8 การติดยาและสารเสพติด

1.9 กลุ่มอาการปวดข้อ ปวดเมื่อย

1.10 โรคไม่ติดต่อประจำถิ่น เช่น โรคนี้

2. ให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในเรื่อง

2.1 อุบัติเหตุในครัวเรือน อุบัติเหตุจราจรในชุมชน

2.2 อุบัติเหตุในอาชีพเกษตรกรรม และโรงงานขนาดเล็ก

3. ค้นหาผู้ป่วยในครอบครัว ตั้งแต่อายุ 40 ปี ขึ้นไปในเรื่อง (ถ้ามี)

3.1 การตรวจปัสสาวะเพื่อหาน้ำตาลโดยใช้แถบปัสสาวะเพื่อค้นหาโรคเบาหวาน

3.2 วัดความโลหิต เพื่อค้นหาโรคความดันโลหิตสูง

3.3 ตรวจการมองเห็นโดยใช้แผ่นตรวจวัดสายตา

4. ส่งตรวจผู้มีอาการสงสัยในข้อ 3 และผู้ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุไปรับการตรวจรักษายังสถานบริการที่เหมาะสม

5. รวมกลุ่มประชาชนเพื่อจัดสภาพแวดล้อมในชุมชนให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุจราจร เช่น การติดแถบสะท้อนแสงตามโค้งถนน รอยยนต์ รถอีแต๋น เพื่อช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจราจร เป็นต้น

6. ติดตามและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยทุกราย

12. การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคเอดส์และการป้องกันอย่างถูกต้อง

หน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว มีดังนี้

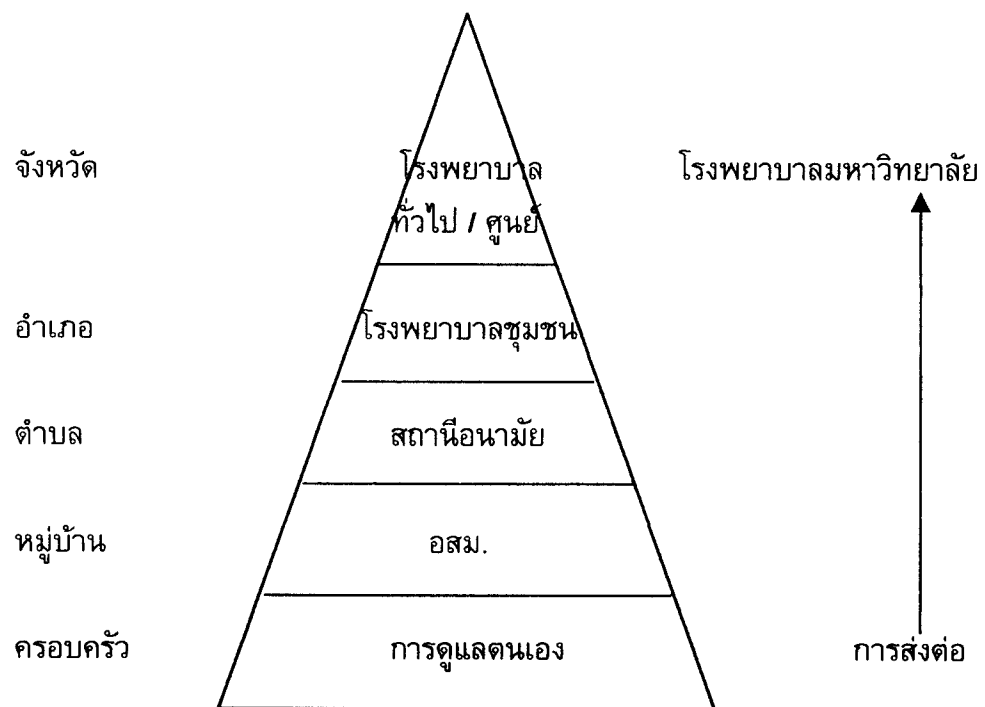
1. ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่บุคคลในครอบครัว ในเรื่อง การติดต่อ การป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ โดยวิธีรับฟังความรู้ทางหอกระจายข่าว อธิบายจากโปสเตอร์และเอกสาร

2. ร่วมกิจกรรมการรณรงค์ในวันโรคเอดส์แห่งชาติ (1 ธันวาคมของทุกปี)

3. จัดซื้อถุงยางอนามัยในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) ไว้ใช้เมื่อต้องการ

ระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ทุกคนเกิดมาต้องมีการเจ็บป่วย แต่เราก็สามารถที่จะดูแลตนเองได้ แต่ถ้ามีการเจ็บป่วยที่เราไม่สามารถดูแลด้วยตนเองได้ จำเป็นต้องส่งต่อให้ผู้มีความรู้ที่มากขึ้นจากครอบครัว / ชุมชน ไปสู่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นการให้บริการวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก ตรวจปัสสาวะ ซักถามจากกองทุนยา เมื่อเจ็บป่วยอีกระดับหนึ่งในชุมชนมีสถานอนามัย (สอ.) ให้บริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยมากขึ้นอีกในระดับอำเภอมีโรงพยาบาลชุมชน มีแพทย์ประจำ สามารถให้การรักษาพยาบาล แต่ถ้าเกินขีดความสามารถในระดับจังหวัดมีโรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์ มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญแต่ละแขนงไว้คอยช่วยเหลือ หรือโรคสลับซับซ้อนก็มีโรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย ดังปรากฏตามภาพประกอบ 6



ภาพประกอบ 6 ขั้นตอนระบบการส่งต่อผู้ป่วย

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. 2539 : 57

โครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self care) จังหวัดนครปฐม

จากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 ซึ่งได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาประชาชนทั่วไปในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค โดยสามารถพึ่งตนเองได้ตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานง่าย ๆ

ยุทธวิธีการดำเนินงานดังกล่าวได้แก่

1. การสนับสนุนให้ประชาชนได้ใช้ความสัมพันธ์ความผูกพันทั้งในระดับครอบครัว และในระดับชุมชนเป็นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพแก่บุคคลในครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่องยั่งยืน

2. การส่งเสริมและพัฒนาประชาชนให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นและเหมาะสมในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

จังหวัดนครปฐมได้ประกาศเป็นจังหวัดสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี พ.ศ. 2538 และเพื่อเป็นการต่อยอดเพื่อให้การพัฒนาแบบยั่งยืนต่อไป จึงกำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self care) เป็นผลโดยตรงของกลยุทธ์การสาธารณสุขมูลฐานคือ การที่

หมู่บ้านหรือชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ทางด้านสาธารณสุข ในส่วนของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้มีบทบาทอย่างสูงในระดับหมู่บ้าน โดยแต่ละคนมีขอบเขตรับผิดชอบประมาณ 8 -15 หลังคาเรือน เพื่อสร้างเครือข่ายประสานความร่วมมือกับชุมชน ในแต่ละครอบครัว แต่จากการติดตามพบว่ามีปัญหาในการขาดความชัดเจนของแนวทางการดำเนินงานในระดับประชาชน ซึ่งในแต่ละครอบครัวการมีสมาชิกของครอบครัวที่เป็นเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานร่วมกับ อสม. และเจ้าหน้าที่

ตามธรรมชาติของวิถีชีวิตครอบครัวไทยในแต่ละครอบครัว จะมีสมาชิกครอบครัวคนหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลสุขภาพอนามัยของสมาชิกคนอื่น ๆ ของครอบครัว ซึ่งกลุ่มบุคคลที่ทำหน้าที่นี้ก็คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว นั้นเอง และการพัฒนาองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยในสิ่งที่ถูกที่ควรแก่บุคคลเหล่านี้ก็จะเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของครอบครัวตนเองได้อย่างเป็นจริงมากขึ้น ทั้งยังจะมีส่วนในการที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาทางด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นปัจจัยเสริมให้ประชาชนในทุกครอบครัวมีสุขภาพดีถ้วนหน้าได้นั่นเอง

วัตถุประสงค์ของโครงการ

เพื่อให้ทุกครอบครัวมีบุคคลอย่างน้อย 1 คนที่จะ

1. มีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง และสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม
2. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว ก็สามารถให้การดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นและนำส่งสถานบริการสาธารณสุขที่เหมาะสมได้ทันทั่วถึง
3. เป็นทรัพยากรของท้องถิ่นที่จะร่วมมือกันในการพัฒนาชุมชนทางด้านสาธารณสุขและอื่น ๆ

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว

1. เป็นแกนหลักสำคัญของครอบครัวในการดูแลสุขภาพอนามัยสมาชิกในครอบครัว
2. เป็นแบบอย่างที่ดีทางการดูแลสุขภาพอนามัยให้แก่สมาชิกในครอบครัว
3. เป็นผู้ประสานงานของครอบครัวในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขของครอบครัวและชุมชน

แนวทางการพัฒนา

1. การเตรียมชุมชนในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องเริ่มทำความเข้าใจกับ อสม. ให้เข้าใจเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวให้ดีเสียก่อน หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่จะต้องร่วมกับ อสม. ที่ดูแลรับผิดชอบประจำละแวกบ้าน / พื้นที่ ในการพิจารณาว่าในแต่ละหลังคาเรือนมีใครบ้างที่ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพคน

ในครอบครัว สำหรับเจ้าหน้าที่และ อสม. ที่คุ้นเคยกับชุมชนก็สามารถที่จะรู้ได้โดยง่ายว่าใครบ้างที่เป็นบุคคลในการดูแลสุขภาพของครอบครัว ที่เจ้าหน้าที่และ อสม. จะประสานและสร้างความร่วมมือต่อไป นอกจากนี้แล้วเจ้าหน้าที่และ อสม. จะต้องรู้ว่าสถานะทางสุขภาพอนามัยของครอบครัวที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเป็นอย่างไรบ้าง เพื่อใช้สำหรับการวางแผนและดำเนินงานพัฒนาที่เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละครอบครัวในระยะต่อไป

2. การถ่ายทอดความรู้สู่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว (อศค.) อศค. สามารถที่จะเรียนรู้หรือรับรู้ข่าวสารทางสาธารณสุขได้จากแหล่งต่าง ๆ ในหลายรูปแบบ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ดูแลรับผิดชอบประจำละแวกบ้าน จะเป็นสื่อบุคคลหลักที่ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพอนามัยให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว รวมทั้งจะคอยดูแล ติดตาม ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา เป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในทุกครอบครัวของละแวกบ้าน / พื้นที่ที่รับผิดชอบ มีความรู้และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องเหมาะสม นอกเหนือจากการถ่ายทอดความรู้โดยตรงจาก อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข แล้ว อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ควรจัดหาสื่ออื่น เช่น สิ่งพิมพ์ เพื่อใช้ในการเรียนรู้เอง และต้องให้คำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งความรู้อื่น ๆ เช่น รายการสุขภาพทางโทรทัศน์ และวิทยุ คอลัมน์สุขภาพในหนังสือพิมพ์ วารสาร และห้องสมุดต่าง ๆ เพื่อให้ได้รับความรู้จากแหล่งต่าง ๆ ที่ อศค. จะสามารถค้นคว้าได้ด้วยตนเอง เพื่อช่วยให้ อศค. มีความรู้ความเข้าใจ และเกิดประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดีมากยิ่งขึ้น

3. การสร้างเครือข่าย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวจะเป็นผู้ประสานงานของครอบครัวในการร่วมมือกับ อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาสาธารณสุขของท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. จะต้องเข้าไปประสานความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ ทัวถึง และต่อเนื่อง ซึ่งก็จะเกิดเป็นเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยของชุมชนขึ้น

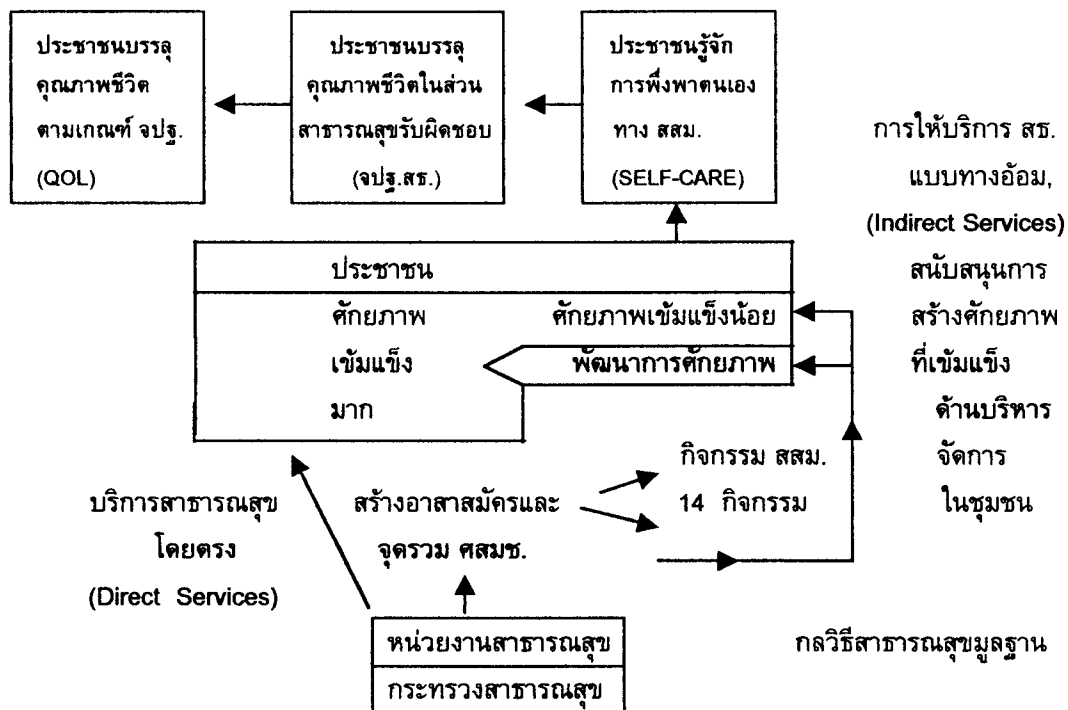
เนื้อหาความรู้การอบรมโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self care) จังหวัดนครปฐม

1. ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 14 กิจกรรม
2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของบุคคล
3. ความรู้เกี่ยวกับแหล่งความรู้ และแหล่งบริการสาธารณสุขที่จำเป็น
4. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่ครอบครัวสามารถมี

บทบาทร่วมกับชุมชน

การติดตามประเมินผล

1. ติดตามและประเมินผลส่วนขาด ตามแนวทาง จปฐ. และการดูแลสุขภาพตนเอง
2. การรายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน แบบ ง.302
3. การประเมินความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพตนเอง



ภายใต้อิทธิพลของภาวะเศรษฐกิจและสังคม, การเมือง, ศาสนา, ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และความเข้มแข็งของการปกครองท้องถิ่นทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

ภาพประกอบ 7 เป้าหมายการพัฒนาสาธารณสุข

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2536 : 24

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

แลงลี (เพียงใจ สุวีริยะไพศาล. 2542 : 36 ; อ้างอิงจาก Langlie. 1977) ได้ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคและรักษาสุขภาพของผู้ใหญ่ในเมือง จำนวน 400 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีความถี่ในการติดต่อกับเพื่อนบ้าน และมีเพื่อนบ้านมาก จะมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การตรวจสุขภาพ การตรวจฟันและอื่น ๆ ดีกว่าผู้ที่ติดต่อกับบุคคลอื่นน้อย

กัวิธ และคนอื่น ๆ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน. 2535 : 19 ; อ้างอิงจาก Gourash N. and other. 1978) ได้ศึกษาและพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนเริ่มขึ้นจากการประเมินสภาวะการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น และจัดการของตนเข้าอยู่ในโรคที่รู้จักพิจารณาตัดสินใจ ในการดูแลสุขภาพหรือแสวงหาวิธีการรักษาเพื่อให้อาการป่วยทุเลาลงโดยเร็ว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลสุขภาพ จะก่อให้เกิดความผูกพันต่อกันมากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับการณ์ที่ผู้ป่วยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของการรักษาในลักษณะใด นอกจากนี้ยังจะรวมไปถึงกระบวนการทางสังคมอีก 2 อย่างที่เกิดขึ้น คือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตประจำวันอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการถ่ายทอดปรึกษาหารืออาการของตนสู่คนรอบข้าง ทั้งนี้เพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการบำบัดรักษาอาการป่วยนั้น ๆ โดยที่ผู้ป่วยจะประเมินการเปลี่ยนแปลงในอาการเจ็บป่วยของตน ผลการรักษาอาการข้างเคียงจากการรักษา และความพอใจต่อผู้บำบัดรักษา และนำข้อมูลเหล่านั้นมาประเมินเข้าเป็นคำอธิบายการเจ็บป่วยของตนเอง

เพนเดอร์ (จุฑารัตน์ กัมพลานนท์. 2540 : 68 ; อ้างอิงจาก Pender. 1982) ได้ศึกษาและพบว่าสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ ต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคลและรายได้เป็นสิ่งส่งเสริมให้บุคคลมีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูง

ลีเวนทาล (ติรนาช โกวิทเจริญตระกูล. 2542 : 34 ; อ้างอิงจาก Leventhal. 1983) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับพฤติกรรมสุขภาพในด้านการปฏิบัติตนต่อสุขภาพทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคโดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ชาย 196 คน หญิง 200 คน พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลเพิ่มขึ้นตามอายุ ยกเว้นพฤติกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น การออกกำลังกาย โดยการเดินแอโรบิก

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 58) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ พบว่าบุคคลวัยนี้จะพยายามแก้ไขปัญหายุ่งยากเกี่ยวกับการงานและการดูแลครอบครัวภาวะต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันและความต้องการของผู้ที่อยู่ในการพึ่งพาของตนเองทำให้บุคคลวัยนี้ไม่มีเวลา

เอาใจใส่หรือให้ความสำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองอย่างเพียงพอ จำเป็นต้องพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับ ความรู้ เจตคติ และทักษะในการปฏิบัติเพื่อสุขภาพที่ดี จากการศึกษาพบว่า เจตคติที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้โดยทั่วไป ได้แก่ ความพอใจ ความศรัทธาความเป็นคุณค่าหรือค่านิยม จินตนาการหรือความนิยมชมชอบซึ่งช่วยให้คนเรายอมรับเอาความรู้หรือประสบการณ์ไว้ ทำให้คนเราเกิดการเรียนรู้ที่ดีขึ้น

งานวิจัยในประเทศไทย

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ (2530 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลรักษาสุขภาพของชาวชนบทในภาคอีสาน 2 หมู่บ้าน โดยมุ่งไปที่พฤติกรรมในการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองขณะเจ็บป่วยพบว่า รูปแบบพฤติกรรมในการรักษาเยี่ยวยามี 3 ระดับ คือ

1. ระดับครอบครัว พฤติกรรมในการรักษาเยี่ยวยา จะเป็นไปตามเหตุผลที่พ่อบ้านแม่บ้าน ได้ปรึกษาตกลงร่วมกัน
2. ในระดับเครือญาติ พฤติกรรมในการรักษาเยี่ยวยา จะเป็นไปตามการตัดสินใจของผู้อาวุโส ได้แก่ แม่ใหญ่ พ่อใหญ่ ย่า ยาย เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีการที่ผู้อาวุโสปฏิบัติกันมา เช่น การใช้ยากลางบ้าน ยาสมุนไพร การเป่า เป็นต้น
3. ในระดับชุมชน ความสัมพันธ์ในระดับชุมชน ส่งผลต่อการช่วยเหลือเกื้อกูลกันค่อนข้างสูง พฤติกรรมในการรักษาเยี่ยวยา เป็นการรักษาตนเองโดยใช้หมอพื้นบ้าน ยาสมุนไพร การเป่า เป็นต้น

นอกจากนั้นยังพบว่า รูปแบบการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองมีอยู่ด้วยกัน 5 ลักษณะ คือ

1. การไม่ถือปฏิบัติสิ่งใดเลย แต่อดทน เมินเฉย หรือปล่อยให้หายเอง
2. ปฏิบัติด้วยวิธีการต่างๆ โดยไม่ใช้ยา เช่น นอนพัก งดอาหารบางชนิด ดื่มน้ำมาก ๆ ดื่มน้ำอุ่น ๆ เช็ดตัว เป็นต้น
3. การใช้ยารักษาตนเอง ซึ่งใช้ทั้งยาแผนปัจจุบันและยาสมุนไพร
4. การปฐมพยาบาล
5. การรักษาแบบพื้นบ้านด้วยพิธีกรรม และไสยศาสตร์ เช่น การผูกค้าย การกินน้ำมันต์ ตลอดจนการรักษาโดยหมอพื้นบ้านที่มีฐานะเป็นเครือข่ายทางสังคม เช่น การเป่า น้ำมันต์ การรักษาด้วยสมุนไพร เป็นต้น

จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53 - 54) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ในผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 100 ราย พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของ

ครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัชชัย คำทอง (2533 : 128 - 145) ได้ศึกษาเรื่องพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง พบว่า ประชาชนมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอยู่ในระดับไม่สูง การเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของประชาชนตามตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา ฐานะทางเศรษฐกิจ การใช้บริการของสถานอนามัย ความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการปฏิสัมพันธ์กับชุมชนภายนอกตำบล มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันโรคคือ อายุ ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ การใช้บริการสถานอนามัย ความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยและการปฏิสัมพันธ์กับชุมชนภายนอกตำบล

วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี และคนอื่น ๆ (2533 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาวิจัยพฤติกรรมในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอดในชุมชนชนบทพบว่าแบบแผนของพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของหญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอด จะเป็นลักษณะของพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองที่ผสมผสานระหว่างแบบแผนของการแพทย์แผนใหม่และแบบแผนแห่งวิถีทางวัฒนธรรมซึ่งปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดแบบแผนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองในลักษณะดังกล่าวประกอบด้วย

1. อิทธิพลการแพทย์สมัยใหม่กระจายเข้าสู่ชนบทมากขึ้น
2. วิถีทางวัฒนธรรมที่เคยถือปฏิบัติกันมาแต่บรรพบุรุษ
3. อิทธิพลของเครือญาติ
4. การศึกษา
5. สภาพทางเศรษฐกิจ
6. ความต้องการทางด้านจิตใจ

ยงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ (2534 : 79 - 82) ได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นหัวหน้าครัวเรือนจำนวน 240 คน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน ความรับผิดชอบตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข และประสบการณ์การฝึกอบรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพตนเอง ส่วนศักยภาพทางเศรษฐกิจ เขตพื้นที่มีระดับการพัฒนาแตกต่างกัน มีผลต่อการตัดสินใจดูแลรักษาสุขภาพไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534 : 50-52) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองตามเพศ สถานภาพการสมรส และรายได้กับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในกลุ่มผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพการสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำนายสภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ

กาญจนา ประสานปราน (2535 : ก - ข) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรค มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 100 คน พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการควบคุมอาหารอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความแตกต่างกัน ทางด้านปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ชนิดของโรคเบาหวาน ระยะเวลาของการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมการดูแลตนเอง เกี่ยวกับการควบคุมอาหาร ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุษบา ดันติศักดิ์ (2535 : 92 - 95) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการพฤติกรรมการดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรค เอส แอลอี ที่มารับการตรวจที่หน่วยโรคไต คลินิกอโรคยิมมุน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 160 คน พบว่า อายุ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเองและรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนเป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ปัทมา กาญจนวงษ์ (2536 : ก - ข) ได้ศึกษาการรับรู้ปัญหาสุขภาพและการดูแลตนเองของเยาวชนที่ทำงานโรงงานอุตสาหกรรมกลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนที่ปฏิบัติงานในโรงงานอุตสาหกรรมเครื่องแก้ว อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี จำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยพื้นฐานในเรื่องอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง เมื่อนำตัวแปรต่าง ๆ มาวิเคราะห์ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาความสามารถในการทำนายการดูแลตนเอง พบว่า การรับรู้ปัญหาสุขภาพเป็นตัวแปรตัวเดียวที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เดือนทิพย์ ศิริวงศ์ไฉชาดิ (2536 : 101 - 108) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมี

บำบัด ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า พบว่า ระดับการศึกษา อายุ เพศ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาในการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

✓ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111 - 114) ได้ศึกษาสรีรชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษา จังหวัดนนทบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนชายหญิง อายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน พบว่า เพศ อายุ การศึกษา รายได้ และสถานภาพทางครอบครัวต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนอาชีพ สถานภาพสมรส แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน

แจ่มจันทร์ พลหาราช (2537 : 136) ได้ศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร พบว่า ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับพอใช้ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างเพศหญิงและชาย นักเรียนที่มีผลการเรียนสูง มีการดูแลสุขภาพตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่มีผลการเรียนปานกลาง ความแตกต่างในเรื่องรายได้ อาชีพ และระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีผลให้การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนแตกต่างกัน

เสาวลักษณ์ พิพัฒน์เวชกิจ (2539 : 77 - 84) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 358 คน พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีรายได้และอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .01 ตามลำดับ สำหรับปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาและระยะของโรคไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช

ภัทราพร ไพเราะ (2539 : 116) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 400 ราย ในจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่และการออกกำลังกาย การร่วมกิจกรรมทางสังคม และการตรวจสุขภาพประจำปี รายได้มีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน การตรวจสุขภาพประจำปี และการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ การร่วมกิจกรรมทางสังคม และการตรวจสุขภาพประจำปี

อรรช ศรีไทรล้น (2541 : 75 - 76) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรค

ความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จำนวน 113 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพและมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับไม่ดี ผู้ป่วยที่มีเพศต่างกันมีการดูแลตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัชดา จำปา และสุวดี ชูสุวรรณ (ทรงพล ผุดผาด. 2541 : 60 ; อ้างอิงจาก รัชดา จำปา และสุวดี ชูสุวรรณ. 2540) ได้ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุด้านสุขภาพอนามัยที่เข้ารับการรักษ ในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลตรัง จำนวน 73 คน ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพอนามัยในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75.1) และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พฤติกรรมการรับประทานอาหารอยู่ในระดับดี สุขนิสัยส่วนบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง กิจกรรมและกิจกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 80 ร้อยละ 71.9 และร้อยละ 69.7 ตามลำดับ

ทรงพล ผุดผาด (2541 : 99 - 104) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 200 ราย เป็นชาย 137 ราย เป็นหญิง 63 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีเพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนอายุ และรายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และเพศ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นฤมล ศรีสม (2541 : 69 - 70) ได้ศึกษาการดูแลของหญิงตั้งครรภ์ภาวะปกติและภาวะเสี่ยงสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการฝากครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จำนวน 325 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์ภาวะปกติจำนวน 156 คน หญิงตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงสูงมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี การศึกษา รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ปกติ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงสูง ปัจจัยที่สามารถทำนายการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ภาวะปกติได้คือ ระดับการศึกษา ส่วนหญิงตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงสูงคือรายได้ของครอบครัว และจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์

สมจิต โพธิ์ชนะพันธ์ (นฤมล ศรีสม. 2541 : 38 ; อ้างอิงจาก สมจิต โพธิ์ชนะพันธ์. 2538) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม การดูแลสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ สถานที่อยู่อาศัย สถานะทางสุขภาพ พฤติกรรมดูแลสุขภาพ มีความ

สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และจากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สถานะทางสุขภาพ และสถานที่อยู่อาศัย สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้

✓ กรณีการ พัฒนาผดุงวิทยา (2542 : 81 - 82) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจควบคุม ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุวชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี ตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส และลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

วิภาพร กาญจนราช (2542 : 74 - 76) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างจำนวน 242 คน ผลการศึกษาพบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังอยู่ในระดับพอใช้ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส อาชีพ และลักษณะครอบครัวไม่สามารถร่วมกันทำนายการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง

เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 66 - 68) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกนรีเวชกรรม โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ มะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวม อาชีพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมและรายได้ของครอบครัวสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้

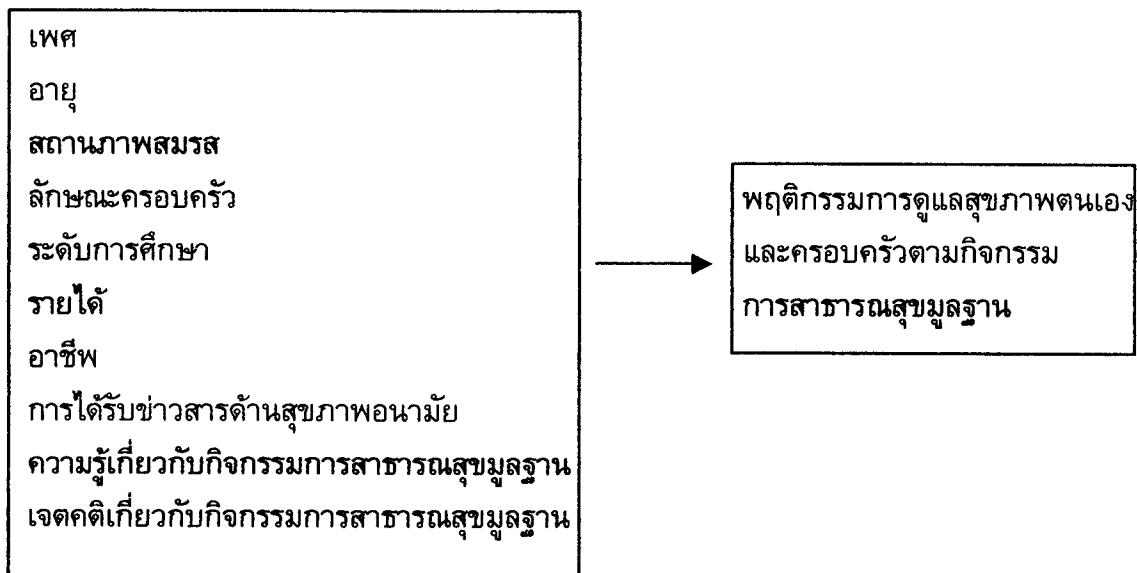
ทรงพล ต่อนี้ และคนอื่นๆ (2542 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาพฤติกรรมการเจ็บป่วยของประชาชนในเขตชนบท กรณีศึกษาในตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก พบว่า ชาวบ้านมีรูปแบบความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ แบ่งแยก ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยโดยใช้ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและระยะเวลาในการเจ็บป่วย มีความเชื่อและเชื่อมโยงการเจ็บป่วยกับเรื่องไสยศาสตร์ เมื่อบุคคล

เจ็บป่วยจะปรึกษากันในครอบครัวแล้วเลือกวิธีการรักษาดูแลผู้ป่วยและครอบครัวก่อน ถ้าไม่หาย จึงจะแสวงหาระบบการรักษาอื่น ๆ ต่อไป โดยขึ้นอยู่กับความเชื่อและความศรัทธาที่มีต่อแหล่งรักษานั้นๆ โดยส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาด้วยระบบการแพทย์แบบวิชาชีพ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการแสวงหาการรักษา พบว่า ผู้สูงอายุในครอบครัวมีบทบาทในการประเมินอาการ แนะนำสถานที่รักษา และประเมินผลในการรักษา ถ้ามีอาการรุนแรงมาก การดูแลตนเองภายในครอบครัวจะน้อยลง แต่จะไปรับการรักษาจากระบบการแพทย์วิชาชีพ ส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะมีความเชื่อเกี่ยวกับไสยศาสตร์ มีแนวโน้มจะรักษาด้วยระบบการแพทย์พื้นบ้านโดยมีผู้สูงอายุที่ชาวบ้านให้ความเคารพนับถือ

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยพื้นฐานด้าน เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน และเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ต่างมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของประชาชน ดังกรอบแนวคิดในการวิจัยดังปรากฏตามภาพประกอบ 8

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



ภาพประกอบ 8 กรอบแนวคิดในการวิจัย

10. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อ
การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่มีเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน
ต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน
แตกต่างกัน

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐม ซึ่งมีรายละเอียดของวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า ดังนี้

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นประชาชนในจังหวัดนครปฐม ที่ผ่านการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง (Self care) จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ. 2539 - 2540 จำนวน 169,295 คน (มงคล ปลื้มจิตรชม และนรินทร์ สังข์รักษา. 2541 : 4)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าเป็นประชาชนในจังหวัดนครปฐม ที่ผ่านการอบรม เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self care) จังหวัดนครปฐม ปี พ.ศ. 2539 - 2540 จำนวน 400 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) ตามลำดับ ดังนี้

1. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการคำนวณจากสูตร ยามาเน่ (Yamane. 1967 : 886) ดังสูตร

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

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนเท่าที่จะยอมรับได้ ซึ่งกำหนดเท่ากับ 0.5

และจากการคำนวณจะได้ค่าของจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 400 คน

2. ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 จังหวัดนครปฐมมีจำนวน 7 อำเภอ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเลือกอำเภอที่ใช้ศึกษาจำนวน 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองนครปฐม อำเภอกำแพงแสน และอำเภอบางเลน

2.2 จากอำเภอที่เลือกได้ผู้วิจัยใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายเลือกตำบลจากแต่ละอำเภอที่เลือกได้ตามสัดส่วนกับจำนวนตำบลที่มีอยู่ในแต่ละอำเภอ ดังนี้

2.2.1 อำเภอเมือง ได้แก่ ตำบลธรรมศาลา ถนนขาด บ่อพลับ วังตะกูหนองปากโลง ลำพญา สวนป่า นันยาง และทุ่งน้อย

2.2.2 อำเภอกำแพงแสน ได้แก่ ตำบลทุ่งกระพังโหม กระต๊อบ ทุ่งขวาง ทุ่งบัว สระพัฒนา และวังน้ำเขียว

2.2.3 อำเภอบางเลน ได้แก่ ตำบลบางปลา บางไทรป่า บางภาษี บัวปากท่า ไทรงาม และหินมูล

2.3 ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเลือกหมู่บ้านที่จะศึกษาจากตำบลที่สุ่มเลือกได้ตำบลละ 1 หมู่บ้าน

2.4 ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเลือกบ้านจากแต่ละหมู่บ้านที่สุ่มเลือกได้อย่างเป็นสัดส่วนกับจำนวนของหลังคาเรือนในแต่ละหมู่บ้าน (ดังปรากฏตามตาราง 4) โดยผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่อยู่ในบ้านที่ถูกเลือกได้

ตาราง 4 จำนวนกลุ่มตัวอย่างของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว จำแนกแต่ละอำเภอ
ในจังหวัดนครปฐม

อำเภอ	ตำบลที่สุ่มได้	หมู่บ้านที่สุ่มได้	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
เมืองนครปฐม	ธรรมศาลา	7	214	27
	ถนนขาด	3	147	18
	บ่อพลับ	7	247	31
	วังตะกู	2	185	23
	หนองปากโลง	7	104	13
	ลำพญา	4	168	21
	สวนป่า	3	111	14
	บ้านยาง	4	40	17
	ทุ่งน้อย	5	147	18
กำแพงแสน	ทุ่งกระพังโหม	1	338	42
	กระต๊อบ	2	192	24
	ทุ่งขวาง	7	80	10
	ทุ่งบัว	2	88	11
	สะพาน	1	94	12
	วังน้ำเขียว	8	196	24
บางเลน	บางปลา	10	164	20
	บางไทรป่า	6	60	8
	บางภาษี	6	123	15
	บัวปากท่า	5	157	20
	ไทรงาม	3	44	6
	หินมูล	6	211	26
รวม		21	3,210	400

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. 2542 : ไม่มีเลขหน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) ซึ่งแบ่งเนื้อหาออกเป็น 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self care) จังหวัดนครปฐม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ซึ่งมีลักษณะแบบตรวจสอบรายการ (Check list)

ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบด้านความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 12 กิจกรรม โดยมีข้อคำถามให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ จำนวน 44 ข้อ

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามด้านเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน 12 กิจกรรมเป็นข้อคำถามทางบวก และคำถามทางลบ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 50 ข้อ

ตอนที่ 4 เป็นแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self care) จังหวัดนครปฐม มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 34 ข้อ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาทฤษฎีการดูแลสุขภาพตนเอง ตำรา บทความ วารสารและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

2. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีสร้างแบบสอบถามจากหนังสือ บทความและเอกสารต่าง ๆ

3. ศึกษาทฤษฎี เอกสาร และตำรา วารสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถามสร้างแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ได้ข้อคำถามด้านความรู้ จำนวน 140 ข้อ ด้านเจตคติ จำนวน 138 ข้อ และด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว จำนวน 49 ข้อ

4. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างเรียบร้อยแล้วไปให้คณะกรรมการควบคุมปริญญาโทพิจารณา แล้วเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข

5. นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจพิจารณาความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Face validity) แล้วได้ข้อคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 109 ข้อ ด้านเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 109 ข้อ และด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 49 ข้อ แล้วนำไปหาคุณภาพเครื่องมือ

6. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน และนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือแล้วได้ข้อคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานจำนวน 44 ข้อ ด้านเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 50 ข้อ และด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 34 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว เกณฑ์ในการให้คะแนนความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานมีดังนี้

ใช่	ให้	1	คะแนน
ไม่ใช่	ให้	0	คะแนน
ไม่ทราบ	ให้	0	คะแนน

โดยใช้เกณฑ์ในการประเมินผลความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยอิงเกณฑ์ได้ระดับคะแนน ดังนี้

คะแนน	34 - 44	มีความรู้ระดับดี
คะแนน	22 - 33	มีความรู้ระดับปานกลาง
คะแนน	1 - 21	มีความรู้ระดับต่ำ

2. แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ให้คะแนนการตอบแบบสอบถามเป็นรายข้อดังนี้

	เจตคติทางบวก (คะแนน)	เจตคติทางลบ (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	1
เห็นด้วย	4	2
ไม่แน่ใจ	3	3

ไม่เห็นด้วย	2	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	5

หาค่าเฉลี่ยเพื่อทำการวิเคราะห์ แปลผล ระดับเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้เกณฑ์การประเมินผลแบบอิงเกณฑ์ (Criterion reference) ดังนี้ (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 9)

เกณฑ์	ระดับเจตคติ
3.67 - 5.00	ดี
2.34 - 3.66	ปานกลาง
1.00 - 2.33	ไม่ดี

3. แบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองภายในครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวเป็นรายการ ดังนี้

ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	ไม่เคยปฏิบัติ	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติ	ปฏิบัติเป็นประจำ	0

เกณฑ์การแปลความหมายของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง (วิเชียร เกตุสิงห์. 2538 : 10)

- 1.34 - 2.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับดี
- 0.67 - 1.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง
- 0.00 - 0.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในระดับต้องปรับปรุง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพเครื่องมือซึ่งมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. หาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1.1 นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองภายในครอบครัวที่สร้างเสร็จแล้วไปให้คณะกรรมการที่ควบคุมปริญญาโทตรวจสอบแล้วนำมาแก้ไข

1.2 นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบเพื่อพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา นำผลพิจารณาความคิดเห็นของ

ผู้เชี่ยวชาญ แต่ละข้อไปหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) เท่ากับ 0.5 ขึ้นไป แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง

2. การหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Discrimination) นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลตนเอง (Self care) จังหวัดนครปฐม ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน

3. นำแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผ่านการลองใช้ มาตรวจให้คะแนนและหาค่าอำนาจจำแนกรายข้อ โดย

3.1 แบบทดสอบความรู้ โดยวิเคราะห์หาความยากง่ายอยู่ในช่วง 0.20 - 0.80 และค่าอำนาจจำแนกโดยวิธีหาค่าสหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) แล้วเลือกข้อที่มีอำนาจจำแนกสูงไว้ก่อน คือตั้งแต่ .20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119) ได้ข้อคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 44 ข้อ โดยมีค่าความยากง่ายระหว่าง 0.30 – 0.80 ค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.20 – 0.77

3.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกโดยวิธีสหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total correlation) เลือกข้อที่มีค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ 0.20 ขึ้นไป (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117) ได้ข้อคำถามด้านเจตคติ จำนวน 50 ข้อ ที่มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.21 – 0.74 และด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว จำนวน 34 ข้อ ที่มีค่าอำนาจจำแนกระหว่าง 0.20 – 0.80

4. การหาค่าความเชื่อมั่น

4.1 นำแบบทดสอบความรู้ที่มีค่าความยากง่ายและมีค่าอำนาจจำแนกใช้ได้มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร K.R. 20 (Kuder - Richardson formula 20) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 123) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

4.2 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวทั้งฉบับโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (α - Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 118) แบบสอบถามด้านเจตคติได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92

วิธีการดำเนินการรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง
2. ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในอำเภอที่สุ่มได้โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างได้ตอบคำถาม โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 25 ธันวาคม 2543 ถึงวันที่ 15 มกราคม 2544
3. เก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม พิจารณาความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์นำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

วิธีจัดการกับข้อมูล

1. นำแบบสอบถามที่สมบูรณ์มาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Science) และในการทดสอบสมมติฐานครั้งนี้ ผู้วิจัยยอมรับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยดำเนินการตามลำดับ ดังต่อไปนี้
 - 2.1 นำข้อมูลทั่วไปมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ แล้วนำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
 - 2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครประจำครอบครัวตามตัวแปร เพศ ลักษณะครอบครัว และเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน โดยการทดสอบค่าที (t – test Independent) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1, 4 และข้อ 10
 - 2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว จำแนกตามตัวแปร อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยและความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way analysis of variance) หรือการทดสอบค่าเอฟ (F – test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2, 3, 5, 6, 7, 8, และ 9 ถ้าพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีนิวแมนคูลส์ (Newman - Keuls Method)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่

1.1 หาค่าร้อยละ โดยใช้สูตร (ประกอบ กรรณสูตร. 2525 : 73)

$$P = \frac{f}{n} \times 100$$

เมื่อ P แทน ค่าร้อยละ

f แทน ความถี่ที่ต้องการแปลงให้เป็นร้อยละ

n แทน จำนวนความถี่ทั้งหมด

1.2 หาค่าคะแนนเฉลี่ย (mean) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2534 : 40)

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

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมทั้งหมดของคะแนน

n แทน จำนวนคนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนโดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์.

2540 : 143)

$$S = \sqrt{\frac{n\sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

เมื่อ S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน

$\sum X^2$ แทน ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum X)^2$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือ

2.1 การตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาและตามโครงสร้าง โดยอาศัยดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญหรือผู้รอบรู้เฉพาะเรื่อง (Subject matter Specialists) เรียกว่าวิธีนี้ว่าเชิงพินิจ (Face validity) ซึ่งสามารถวิเคราะห์ออกมาในเชิงปริมาณ หรือตัวเลขได้ดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 117)

2.1.1 หากำดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมโดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญเนื้อหาแต่ละคนพิจารณาลงความเห็นและให้คะแนนดังนี้

- +1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรม
- 0 เมื่อไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้นหรือไม่
- 1 เมื่อแน่ใจว่าข้อคำถามนั้นเป็นตัวแทนลักษณะเฉพาะกลุ่มพฤติกรรมนั้น

2.1.2 นำค่าคะแนนที่ได้มาแทนค่าในสูตร

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

เมื่อ IC หมายถึง ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับลักษณะพฤติกรรม

$\sum R$ หมายถึง ผลรวมของคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

N หมายถึง จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 การวิเคราะห์หาความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้คอมพิวเตอร์ในโปรแกรม SPSS โดยวิธีสหสัมพันธ์แบบ พอยต์ ไบซีเรียล (Point Biserial Correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 119)

$$r_{pbis} = \frac{\bar{Y}_p - \bar{Y}_q}{S_y \sqrt{pq}}$$

เมื่อ r_{pbis} แทน ค่าอำนาจจำแนกประจำข้อดัชนีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยต์ไบซีเรียล

$\bar{Y}_p$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นถูก

$\bar{Y}_q$ แทน ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของกลุ่มที่ตอบข้อนั้นผิด

S_y แทน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนรวมทั้งหมด

p แทน ค่าความยากของข้อสอบข้อนั้น

q แทน สัดส่วนของผู้ที่ตอบข้อนั้นผิด หรือ คือ $(1 - p)$

2.3 วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบวัดความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานทั้งฉบับใช้สูตร K.R. 20 (Kuder Richardson Formula 20) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 123)

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

เมื่อ r_{tt} แทน ค่าความเชื่อมั่นของข้อสอบทั้งฉบับ

n แทน จำนวนข้อในแบบสอบถาม

p แทน ค่าความยากของข้อสอบแต่ละข้อ (สัดส่วนของคนทำถูก)

q แทน สัดส่วนของผู้ที่ทำผิดในข้อหนึ่ง คือ $1 - p$

S_t^2 แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

2.4 วิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนกของแบบสอบถามวัดเจตคติและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองภายในครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้วิธีวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างรายข้อกับคะแนนรวมทั้งฉบับ (Item to total Correlation) โดยใช้สูตร (สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. 2539 : 117)

$$r_{xy} = \frac{n\sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[\sum x^2 - (\sum x)^2][n\sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

- เมื่อ r_{xy} แทน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนน X และ Y
 $\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนรายข้อ (Item) ของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum y$ แทน ผลรวมของคะแนนรวม (Total) ของกลุ่มตัวอย่าง
 $\sum x^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน x
 $\sum y^2$ แทน ผลรวมของกำลังสองของคะแนน y
 $\sum xy$ แทน ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนน x กับ y
n แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

2.5 การวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha - Coefficient) ของครอนบัค (Cronbach) โดยใช้สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540 : 125 - 126)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$$

- เมื่อ α แทน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
n แทน จำนวนข้อแบบสอบถาม
 $\sum S_i^2$ แทน ผลรวมคะแนนความแปรปรวนแต่ละข้อ
 $\sum S_t^2$ แทน คะแนนความแปรปรวนทั้งฉบับ

3. สถิติที่ใช้ทดสอบสมมุติฐาน

3.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยแบบสอบถาม ของกลุ่มตัวอย่าง 2 อย่าง ที่เป็นอิสระจากกันโดยการทดสอบค่าที (t - test) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อที่ 1, 4 และ 10 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 180)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right)^2}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} \right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2} \right)^2}{n_2 - 1}}$$

เมื่อ t แทน ค่าที่ใช้พิจารณาการแจกแจงแบบที

$\bar{X}_1$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 1

$\bar{X}_2$ แทน คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ 2

S_1^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1

S_2^2 แทน ความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 2

n_1 แทน จำนวนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1

n_2 แทน จำนวนในกลุ่มตัวอย่างที่ 2

df แทน ชั้นแห่งความอิสระ

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่มีมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way Analysis of Variance) เพื่อทดสอบสมมุติฐานข้อ 2 , 3, 5, 6, 7, 8 และ 9 โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2534 : 249)

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

เมื่อ F แทน ค่าที่ใช้ในการพิจารณาการแจกแจงแบบเอฟ
($F - distribution$)

MS_B แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square)
ระหว่างกลุ่ม

MS_W แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสอง (Mean Square)
ภายในกลุ่ม

หากทดสอบค่า $F - test$ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ นำมาทดสอบรายคู่อีก ตามวิธีของนิวแมน – คูลส์ (Newman – keuls Method) โดย
ใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตน์. 2537 : 268)

$$q = \sqrt{\frac{MS_W}{n}}$$

เมื่อ q แทน ค่า $q - statistic$

MS_W แทน ค่าความแปรปรวนภายในกลุ่ม

n แทน จำนวนคะแนนในแต่ละกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เท่ากัน

โดยที่

$$n = \frac{k}{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} + \dots + \frac{1}{n_k}}$$

เมื่อ k แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

n_1, n_2, n_k แทน จำนวนคะแนนในกลุ่มตัวอย่างที่ 1
ถึงกลุ่มตัวอย่างที่ k ตามลำดับ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

$\bar{X}$ แทน คะแนนเฉลี่ย

S แทน ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน

t แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบที (t - distribution)

F แทน ค่าสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์การแจกแจงแบบเอฟ (F - distribution)

df แทน ชั้นแห่งความอิสระ (degree of freedom)

SS แทน ผลบวกกำลังสองของคะแนน (Sum of square)

MS แทน ค่าเฉลี่ยของผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of square)

p แทน ความน่าจะเป็น (Probability)

* แทน มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม จำนวน 400 ชุด ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามมาวิเคราะห์ และนำเสนอผลการวิเคราะห์ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ และนำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว โดยแสดงค่าจำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และนำเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการ

สาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัว อาชีพ การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน และ เจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน โดยการทดสอบค่าที (t - test) และค่าเอฟ (F - test) นำเสนอในรูปของตารางประกอบความเรียง

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังปรากฏตามตาราง 5

ตาราง 5 จำนวนและร้อยละของลักษณะส่วนตัวของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
1.1 ชาย	118	29.50
1.2 หญิง	282	70.50
รวม	400	100.00
2. อายุ		
2.1 ต่ำกว่า 21 ปี	17	4.25
2.2 21-30 ปี	67	16.75
2.3 31-40 ปี	135	33.75
2.4 41-60 ปี	170	42.50
2.5 มากกว่า 60 ปี	11	2.75
รวม	400	100.00
3. สถานภาพสมรส		
3.1 โสด	74	18.50
3.2 คู่	288	72.00
3.3 หม้าย หย่า แยกกันอยู่	38	9.50
รวม	400	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
4. ลักษณะครอบครัว		
4.1 ครอบครัวเดี่ยว	257	64.25
4.2 ครอบครัวขยาย	143	35.75
รวม	400	100.00
5. ระดับการศึกษา		
5.1 ต่ำกว่าประถมศึกษา	20	5.00
5.2 ประถมศึกษา	268	67.00
5.3 มัธยมศึกษา	85	21.25
5.4 อุดมศึกษา	27	6.75
รวม	400	100.00
6. รายได้ของครอบครัว		
6.1 ต่ำกว่า 3,000 บาท	171	42.75
6.2 3,000 – 8,000 บาท	190	47.50
6.3 8,001 – 13,000 บาท	26	6.50
6.4 13,000 ขึ้นไป	13	3.25
รวม	400	100.00

ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
7. อาชีพ		
7.1 รับจ้าง	192	48.00
7.2 เกษตรกรรม	134	33.50
7.3 ค้าขาย	44	11.00
7.4 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ	6	1.50
7.5 ธุรกิจส่วนตัว	24	6.00
รวม	400	100.00
8. การได้รับข่าวสารสุขภาพอนามัย		
8.1 จากการอบรมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	248	62.00
8.2 จากนิทรรศการ	6	1.50
8.3 จากสื่อวิทยุโทรทัศน์ เอกสาร ตำราหนังสือพิมพ์	83	20.75
8.4 จากเพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข	63	15.75
8.5 จากเสียงตามสาย หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน	0	0.00
รวม	400	100.00

จากตาราง 5 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว มีข้อมูลส่วนตัว ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

เพศ

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 29.50 เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.50

อายุ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.50 รองลงมาอยู่ระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.75 อายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 16.75 อายุต่ำกว่า 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 4.25 และอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.75

สถานภาพสมรส

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 72.00 รองลงมาคือ สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 18.50 และสถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ คิดเป็น ร้อยละ 9.50

ลักษณะครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวแบบครอบครัวเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ 64.25 และลักษณะครอบครัวแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 35.75

ระดับการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 67.00 รองลงมาสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 21.25 สำเร็จการศึกษาระดับ อุดมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 6.75 และสำเร็จการศึกษาดำรงระดับประถมศึกษา คิดเป็น ร้อยละ 5.00

รายได้เฉลี่ยของครอบครัว

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้ 3,000 – 8000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 47.50 รองลงมามีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 42.75 รายได้ 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 6.50 และรายได้มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 3.25

อาชีพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 48.00 รองลงมามีอาชีพ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 33.50 อาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 11.00 อาชีพธุรกิจส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 6.00 และอาชีพรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 1.50

การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย

กลุ่มตัวอย่างได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ส่วนใหญ่โดยการอบรมโดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 62.00 รองลงมาโดยจากสื่อ วิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร ตำรา หนังสือ พิมพ์ คิดเป็นร้อยละ 20.75 จากเพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 15.75 และ จากนิทรรศการ คิดเป็นร้อยละ 1.50

ตอนที่ 2 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้เกี่ยวกับ กิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน เจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน และการปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ดังปรากฏตามตาราง 6, 7

ตาราง 6 จำนวนร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน และเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรม	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้	ดี	104	26.00
	ปานกลาง	116	29.00
	ต่ำ	180	45.00
รวม		400	100.00
เจตคติ	ดี	242	60.50
	ปานกลาง	158	39.50
	ไม่ดี	0	00.00
รวม		400	100.00
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ	ดี	283	70.75
	ปานกลาง	117	29.25
	ต้องปรับปรุง	0	0.00
รวม		400	100.00

จากตาราง 6 แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน เจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 45.00 มีความรู้ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 29.00 และมีความรู้ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 26.00

เจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติระดับดี คิดเป็นร้อยละ 60.50 และเจตคติระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.50 โดยไม่พบผู้มีเจตคติไม่ดี

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 70.75 และระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 29.25 โดยไม่พบผู้ที่อยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ตาราง 7 ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม

ด้าน	n	$\bar{X}$	S	ระดับ
ความรู้	400	34.77	4.16	ดี
เจตคติ	400	3.74	.37	ดี
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ 400		1.46	.27	ดี

จากตาราง 7 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว จำนวน 400 คน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 34.77 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.16 คะแนนเฉลี่ยด้านเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน เท่ากับ 3.74 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .37 คะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานเท่ากับ 1.46 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ .27 นั่นคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวมี

ความรู้้อยู่ในระดับดี มีเจตคติอยู่ในระดับดี และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับดี

ตอนที่ 3 วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา ดังปรากฏตามตาราง 8

ตาราง 8 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามเพศ

เพศ	n	$\bar{X}$	S	t	p
ชาย	118	49.46	9.65	.613	.54
หญิง	252	50.09	6.24		

จากตาราง 8 แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน เท่ากับ 49.46 และหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน เท่ากับ 50.09 ซึ่งจากการทดสอบ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 ที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่มีเพศต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน

ตาราง 9 ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเป็ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและ
 ครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว
 ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามอายุ

อายุ	n	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่า 21 ปี	17	45.70	9.29
21-30 ปี	67	46.64	10.00
31-40 ปี	135	50.58	8.55
41-60 ปี	170	50.91	9.42
มากกว่า 60 ปี	11	52.45	9.16

จากตาราง 9 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานสูงสุด เท่ากับ 52.45 รองลงมา คือกลุ่มอายุ 41-60 ปี เท่ากับ 50.91 อายุ 31-40 ปี เท่ากับ 50.58 อายุ 21-30 ปี เท่ากับ 46.64 และต่ำกว่า 21 ปี เท่ากับ 45.70 ตามลำดับ นำข้อมูลนี้ไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ดังปรากฏตามตาราง 10

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัคร
 สาธารณสุขประจำครอบครัว จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	1321.48	330.37	3.87*	.004
ภายในกลุ่ม	395	33655.27	85.20		
รวม	399	34976.75			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 10 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 2 ที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไป โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman – Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนความแตกต่างเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม ที่มีอายุต่างกัน

อายุ		ต่ำกว่า 21 ปี	21-30 ปี	31-40 ปี	41-60 ปี	มากกว่า 60 ปี
	$\bar{X}$	45.70	46.64	50.58	50.91	52.45
ต่ำกว่า 21 ปี	45.70	-	.93	4.87	5.21	6.74
21-30 ปี	46.64		-	3.94	4.27*	5.81
31-40 ปี	50.58			-	.33	1.86
41-60 ปี	50.91				-	1.53
มากกว่า 60 ปี	52.45					-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 11 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีอายุ 21-30 ปี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างจากกลุ่มอายุ 41-60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีอายุ 41-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีอายุ 21-30 ปี ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 12 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามสถานภาพสมรส

อายุ	n	$\bar{X}$	S
โสด	74	46.20	9.80
คู่	288	50.76	9.04
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	38	50.56	9.31
รวม	400	49.91	9.36

จากตาราง 12 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานสูงสุด เท่ากับ 50.76 รองลงมาคือ สถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยกกันอยู่ เท่ากับ 50.56 และน้อยที่สุดคือ สถานภาพสมรสโสด เท่ากับ 46.20 นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ดังปรากฏตามตาราง 13

ตาราง 13 การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	1248.30	624.15	7.34*	.001
ภายในกลุ่ม	397	33728.45	84.95		
รวม	399	34976.75			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 13 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 ที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐมที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไป โดยใช้วิธีของนิวแมน-คูลส์ (Newman-Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 14

ตาราง 14 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน

อายุ	$\bar{X}$	โสด	หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	คู่
		42.60	50.65	50.76
โสด	46.20	-	4.45	4.56*
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	50.65		-	0.10
คู่	50.76			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 14 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีสถานภาพสมรสโสดมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างจากสถานภาพสมรสคู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีสถานภาพสมรสโสด ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 15 ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามลักษณะครอบครัว

ลักษณะครอบครัว	n	$\bar{X}$	S	t	p
เดี่ยว	257	49.72	9.05	.52	.60
ขยาย	143	50.23	9.91		

จากตาราง 15 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานเท่ากับ 49.72 และลักษณะครอบครัวขยายมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน เท่ากับ 50.23 ซึ่งผลการทดสอบ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน

ตาราง 16 จำนวน คะแนนเฉลี่ย ความพึงพอใจมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา	n	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่าประถมศึกษา	20	48.40	9.50
ประถมศึกษา	268	50.97	9.17
มัธยมศึกษา	85	48.34	9.46
อุดมศึกษา	27	45.37	9.08
รวม	400	49.91	9.36

จากตารางที่ 16 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานสูงสุด เท่ากับ 50.97 รองลงมาคือ ต่ำกว่าประถมศึกษา เท่ากับ 48.40 มัธยมศึกษา เท่ากับ 48.34 และอุดมศึกษา เท่ากับ 45.37 ตามลำดับ นำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ดังปรากฏตามตาราง 17

ตาราง 17 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	1116.69	372.23	4.353*	.005
ภายในกลุ่ม	396	33860.06	85.20		
รวม	399	34976.75			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 17 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 ที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ต่อไป โดยวิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 18

ตาราง 18 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน

ระดับการศึกษา		อุดมศึกษา	มัธยมศึกษา	ต่ำกว่า ประถมศึกษา	ประถมศึกษา
	$\bar{X}$	45.37	48.34	48.40	50.97
อุดมศึกษา	45.37	-	2.97	3.02	5.60*
มัธยมศึกษา	48.34		-	5.88	2.63
ต่ำกว่าประถมศึกษา	48.40			-	2.57
ประถมศึกษา	50.97				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 18 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างจากระดับการศึกษาประถมศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีระดับการศึกษาอุดมศึกษา ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่แตกต่างกัน

ตาราง 19 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัว	n	$\bar{X}$	S
ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน	171	51.83	9.08
3,000-8,000 บาทต่อเดือน	190	48.24	9.45
8,001-13,000 บาทต่อเดือน	26	50.96	8.73
13,000 บาทขึ้นไป	13	46.84	8.31
รวม	400	49.91	9.36

จากตาราง 18 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีรายได้ของครอบครัว ต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อเดือน มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานสูงสุด เท่ากับ 51.83 รองลงมาคือ 8,001-13,000 บาทต่อเดือน เท่ากับ 50.96 3,000-8,000 บาทต่อเดือน เท่ากับ 48.24 และ 13,000 บาทขึ้นไป เท่ากับ 46.84 ตามลำดับ นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความแปรปรวนแบบทางเดียวของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ดังปรากฏตามตาราง 20

ตาราง 20 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	1306.65	435.55	5.12*	.002
ภายในกลุ่ม	396	33670.10	85.20		
รวม	399	34976.75			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 20 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 ที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 21

ตาราง 21 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐม ที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน

รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		13,000 ขึ้นไป	3,000-8,000	8,000-13,000	ต่ำกว่า 3,000
(บาท)	$\bar{X}$	46.84	48.24	50.96	51.83
13,000 ขึ้นไป	46.84	-	1.40	4.11	4.98
3,000-8,000	48.24		-	2.71	3.58*
8,001-13,000	50.96			-	.86
ต่ำกว่า3,000	51.84				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 21 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีรายได้ของครอบครัว 3,000-8,000 บาทต่อเดือน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีรายได้ของครอบครัว ต่ำกว่า3,000 บาทต่อเดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือนมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีรายได้ของครอบครัว 3,000-8,000 บาทต่อเดือน ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่ต่างกัน

ตาราง 22 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	n	$\bar{X}$	S
รับจ้าง	192	49.64	9.50
เกษตรกร	134	50.72	9.05
ค้าขาย	44	49.09	8.89
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	6	40.33	8.66
ธุรกิจส่วนตัว	24	51.41	9.99
รวม	400	49.91	9.36

จากตาราง 22 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานสูงสุด เท่ากับ 51.41 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร เท่ากับ 50.72 รับจ้าง เท่ากับ 49.364 ค้าขาย เท่ากับ 49.09 และรับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ เท่ากับ 40.33 ตามลำดับ นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความแปรปรวนแบบทางเดียวของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ดังปรากฏตามตาราง 23

ตาราง 23 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	4	736.97	184.24	2.125	.077
ภายในกลุ่ม	395	34239.79	86.683		
รวม	399	34976.76			

จากตาราง 23 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 ที่ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่มีอาชีพต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขแตกต่างกัน

ตาราง 24 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย

การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย	n	$\bar{X}$	S
การอบรมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	248	51.16	8.89
นิทรรศการ	6	52.17	9.66
วิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์	83	47.36	9.32
เพื่อนบ้าน / อาสาสมัครสาธารณสุข	63	48.14	10.39
เสียงตามสาย/หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน	0	0.00	0.00
รวม	400	49.91	9.36

จากตาราง 24 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากนิทรรศการ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานสูงสุด เท่ากับ 52.17 รองลงมาคือ จากการอบรมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เท่ากับ 51.16 เพื่อนบ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข เท่ากับ 48.14 และวิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์ เท่ากับ 47.38 ตามลำดับ นำข้อมูลไปวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ดังปรากฏตามตาราง 25

ตาราง 25 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	3	1152.18	384.06	4.49*	.010
ภายในกลุ่ม	396	33824.54	85.63		
รวม	399	34976.72			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 25 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากแหล่งที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 ที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยต่างกันจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันจึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีของนิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 26

ตาราง 26 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐม ที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยต่างกัน

การได้รับข่าวสาร		วิทยุ/โทรทัศน์	เพื่อนบ้าน/อสม.	จากการอบรมโดย จนท.	นิทรรศการ
	$\bar{X}$	47.36	48.14	51.16	52.17
วิทยุ/โทรทัศน์	47.36	-	.76	3.79*	4.80
เพื่อนบ้าน/อสม.	48.14		-	3.02	4.03
จากการอบรมโดย จนท.	51.16			-	1.00
นิทรรศการ	52.17				-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 26 แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพ อนามัยจากวิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ได้รับการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากวิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์ ส่วนคู่อื่นๆ พบว่าไม่ต่างกัน

ตาราง 27 ค่าคะแนนเฉลี่ยและความเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐมจำแนกตามระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

ระดับความรู้	n	$\bar{X}$	S
ระดับต่ำ	180	48.40	10.24
ระดับปานกลาง	196	51.09	8.92
ระดับดี	104	52.20	7.82
รวม	400	49.91	9.36

จากตาราง 27 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานระดับดี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานสูงสุด เท่ากับ 52.20 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง เท่ากับ 51.09 และระดับต่ำ เท่ากับ 48.40 ตามลำดับ นำข้อมูลนี้ไปวิเคราะห์หาความแปรปรวนแบบทางเดียวของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ดังปรากฏตามตาราง 28

ตาราง 28 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวของคะแนนพฤติกรรมการดูแล
สุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับ
กิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p
ระหว่างกลุ่ม	2	746.84	373.42	4.33*	.014
ภายในกลุ่ม	397	34229.92	86.22		
รวม	399	34976.76			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 28 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 9 ที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน จึงนำไปทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ โดยวิธีนิวแมน-คูลส์ (Newman - Keuls Method) ดังปรากฏตามตาราง 28

ตาราง 29 ผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม ที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานต่างกัน

ระดับคะแนนความรู้	$\bar{X}$	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับดี
		45.70	50.58	52.45
ระดับต่ำ	48.40	-	2.69	2.80*
ระดับปานกลาง	51.09		-	.10
ระดับดี	51.20			-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 29 แสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานระดับต่ำ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน แตกต่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานดี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีระดับความรู้ต่ำ ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่าไม่ต่างกัน

ตาราง 30 จำนวน ค่าคะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม จำแนกตามระดับเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

ระดับเจตคติ	n	$\bar{X}$	S	t	p
ระดับปานกลาง	158	50.72	9.43	1.413	.158
ระดับดี	242	49.37	9.29		

จากตาราง 30 แสดงว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานสูงสุด เท่ากับ 50.72 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีระดับเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานระดับดี เท่ากับ 49.37 ซึ่งผลจากการทดสอบพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีระดับเจตคติต่างกันมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 ที่ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่มีเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานต่างกันจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน

บทที่ 5

บทย่อ สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

บทย่อ

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน และเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

วิธีดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นประชาชนในจังหวัดนครปฐมที่ผ่านการอบรมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Self care) จังหวัดนครปฐม ปี 2539 – 2540 จำนวน 400 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

- ตอนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว
- ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 44 ข้อ
- ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานจำนวน 50 ข้อ
- ตอนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 34 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ติดต่อขอความอนุเคราะห์จากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม เพื่อไปเก็บข้อมูล จากสถานื่อนามัยในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกำแพงแสน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางเลน ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2543 จนถึงเดือน มกราคม 2544 เมื่อได้ข้อมูลมาทั้งหมดแล้ว จึงนำมาตรวจสอบความเรียบร้อยเพื่อความสมบูรณ์ครบถ้วน แล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป เอส พี เอส เอส พีซี (SPSS/PC : Statistical Package for the Sciences Personal Computer Plus) ตามขั้นตอนดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำครอบครัวโดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ นำเสนอในรูปตารางประกอบความเรียง
2. วิเคราะห์และประเมินระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน โดยแสดงจำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปแบบตารางประกอบความเรียง
3. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ตามตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน และเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน โดยการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม โดยการทดสอบค่าที (t - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 4 และ 10 และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยการทดสอบค่าเอฟ (F - test) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 2, 3, 5, 6, 7, 8, และ 9 ถ้าพบว่าข้อใดมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำการทดสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยใช้วิธีของ นิวแมน - คูลส์ (Newman - Keuls Method)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลของการศึกษาค้นคว้าสรุปได้ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป

จากการวิจัยคราวนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว เป็นชาย ร้อยละ 29.50 และหญิง ร้อยละ 70.50 มีช่วงอายุระหว่าง 41 – 60 ปี ร้อยละ 42.50 อายุ 31 – 40 ปี ร้อยละ 33.75 อายุ 21 – 30 ปี ร้อยละ 16.75 อายุต่ำกว่า 21 ปี ร้อยละ 4.25 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 2.75 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72.00 โสด ร้อยละ 18.50 หม้าย หย่า แยกกันอยู่ ร้อยละ 9.50 มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 64.25 ลักษณะครอบครัวขยาย ร้อยละ 35.75 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 67.00 มัธยมศึกษา 21.25 อุดมศึกษา ร้อยละ 6.75 ต่ำกว่าประถมศึกษา 5.00 มีรายได้ครอบครัว 3,000 – 8,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 47.50 รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 42.75 รายได้ 8,001 – 13,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 6.50 รายได้มากกว่า 13,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 3.25 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 48.00 เกษตรกรรมร้อยละ 33.50 ค้าขายร้อยละ 11.00 ธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 6.00 รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจร้อยละ 1.50 การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย โดยการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 62.00 จากสื่อ วิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์ ร้อยละ 20.75 จากเพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 15.75 และจากนิทรรศการร้อยละ 1.50 มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ระดับดี ($\bar{X} = 34.77$) มีเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ระดับดี ($\bar{X} = 3.74$)

2. ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐมระดับดี ($\bar{X} = 1.46$)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลตามสมมติฐาน

จากผลการศึกษาค้นคว้าสามารถสรุปอภิปรายตามสมมติฐานได้ดังนี้

3.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่มีเพศต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน

3.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .50 โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีอายุ 41-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานดีกว่า อายุ 21-30 ปี

3.5 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อ
การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมการ
ดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน แตกต่างกันอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีระดับ
การศึกษาประถมศึกษาศึกษามีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตาม
กิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานดีกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีระดับ
การศึกษามัธยมศึกษา

3.7 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อ
การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน

3.8 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อ การดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยต่างกัน มี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตก ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ ครอบครัวที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีคะแนน

เฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานดีกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากวิทยุโทรทัศน์ เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์

3.9 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีความรู้ระดับดีมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีความรู้ระดับต่ำ

3.10 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ที่มีเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน และเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ผลการวิเคราะห์พบว่า

1. ลักษณะโดยทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.50 เพศชายร้อยละ 29.50 ส่วนใหญ่มีอายุ 41 – 60 ปี สถานภาพสมรสคู่ ลักษณะครอบครัวเดี่ยว จบการศึกษาระดับประถมศึกษา รายได้ของครอบครัว 3,000-8,000 บาทต่อเดือน มีอาชีพรับจ้าง ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยโดยการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานระดับดีและมีเจตคติเกี่ยวกับการสาธารณสุขมูลฐานระดับดี

2. จากการศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว พบว่า ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับดี อธิบายได้ว่า การปฏิบัติเป็นการแสดงออกขั้นสุดท้าย ที่แสดงพฤติกรรมตามความ

คาดหมาย ต้องอาศัยพฤติกรรมด้านความรู้เจตคติเป็นองค์ประกอบ ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐม มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานในระดับดี เนื่องจากในปัจจุบันข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยมีแพร่หลายในสื่อต่าง ๆ ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถรับรู้ได้ตลอดเวลาจึงทำให้ระดับความรู้อยู่ในระดับดี ส่วนด้านเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับดี ดังนั้น จึงส่งผลให้เกิดการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขระดับดี สอดคล้องกับประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526 : 29) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้ และเจตคติ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทรงพล ผุดผาด (2541 : 99 - 104) พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี นฤมล ศรีสม (2541 : 69 - 70) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงสูงมีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี สอดคล้องกับกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 81 - 82) พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุชรียาบาล มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี และสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 66 - 68) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของอรชร ศรีไทรล้วน (2541 : 75 - 76) พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอยู่ในระดับไม่ดี

3. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตาม

กิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง จังหวัดนครปฐม ตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน และเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

3.1 จำแนกตามเพศ

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 1 อภิปรายได้ว่า ในปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวสามารถรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้จากสื่อต่าง ๆ มากมาย เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ เมื่อได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ แล้วก็เกิดการเรียนรู้และนำความรู้ที่ได้รับมาปรับใช้ในชีวิตประจำวัน และเนื่องมาจากการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานจะประกอบด้วยกิจกรรมหลายด้าน เช่น ด้าน

สิ่งแวดล้อม การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันและในปัจจุบันบทบาทของหญิงและชายที่เท่าเทียมกันดังนั้นการดูแลสุขภาพตนเองและบุคคลในครอบครัวของตนเอง สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ชุมชนของตนเองจึงเป็นสิ่งที่ทั้งหญิงและชายสามารถปฏิบัติได้ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ประสานปราน (2535 : ก - ข) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับเพ็ญศรี เกิดนาถ (2537 : 111 - 114) พบว่าประชาชนในจังหวัดนนทบุรีที่มีเพศต่างกันมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคไม่ติดต่อกันไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ แจ่มจันทร์ พลหาราช (2537 : 136) พบว่าผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยทั้งเพศชายและหญิง มีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับเสาวลักษณ์ พิพัฒน์เวชกิจ (2539 : 77 - 84) ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตัวเองของผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับทรงพล ผุดผาด (2541 : 99 - 104) พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 81 - 82) พบว่าผู้สูงอายุที่มีเพศต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับอรชร ศรีไทรล้วน (2541 : 75 - 76) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีเพศต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนแตกต่างกัน

3.2 จำแนกตามอายุ

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีอายุต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 2 อภิปรายได้ว่า ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีกลุ่มอายุที่แตกต่างกัน คือ มีอายุตั้งแต่ ต่ำกว่า 21 ปี จนถึง 60 ปีขึ้นไป เมื่อพิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวสูงสุด รองลงมาคือ อายุ 41-60 ปี กลุ่มอายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ และการปฏิบัติ ด้านสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มอายุที่ต่างกัน การเจ็บป่วย ภาวะทางสุขภาพแตกต่างกัน ประสบการณ์ในชีวิตแตกต่างกัน วัยสูงอายุย่อมเคยมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหรือความผิดปกติอื่น ๆ มากกว่า ประสบการณ์การรักษามากกว่า การเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองย่อมแตกต่างจากกลุ่มอายุที่น้อยกว่า ซึ่งอาจจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้กลุ่มอายุที่ต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของโอเรม (Orem. 1985 : 255) ที่ว่า อายุเป็นปัจจัยที่บอกถึงวุฒิภาวะจิตใจ การเรียนรู้ความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ และมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคลจะค่อยเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ

ลีเวนทาล (ตีรนาช โกวิทเจริญตระกูล. 2542 : 34 ; อ้างอิงจาก Leventhal. 1983) พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ยกเว้นพฤติกรรมที่ต้องออกแรงมาก เช่น การออกกำลังกาย โดยการเดินแอโรบิก ธวัชชัย คำทอง (2533 : 128 - 145) พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันโรคของประชาชนในตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง บุษบา ดันติศักดิ์ (2535 : 92 - 95) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัดและสอดคล้องกับ ทรงพล ต่อนี้ และคนอื่น ๆ (2542 : บทคัดย่อ) พบว่าผู้สูงอายุในครอบครัวมีบทบาทในการประเมินอาการ แนะนำสถานที่รักษา และประเมินผลในการรักษาบุคคลที่เจ็บป่วยภายในครอบครัว แต่ไม่ สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ พิพัฒน์เวชกิจ (2539 : 77 - 84) พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช และ วิภาพร กาญจนราช (2542 : 74 - 76) พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่มี ความสอดคล้องกับการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรัง

3.3 จำแนกตามสถานภาพสมรส

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 3 อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งจะต้องมีภาระในการดูแลครอบครัวด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านสุขภาพ ผู้ที่สมรสนั้นส่วนใหญ่จะต้องดูแลบุตร ซึ่งโอเร็ม (Orem. 1985 : 91 - 120) ได้กล่าวว่าสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของตน โดยเฉพาะในด้านความรู้สึก ความคิด ความเชื่อ รวมทั้งการปฏิบัติตามพัฒนาการของชีวิต นอกจากนั้นเกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ (2528 : 80) ได้กล่าวว่า สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิรนาท วิทโยติกิจดิคุณ (2534 : 50 - 52) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสภาวะสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ และสามารถทำนายภาวะสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญ บุษบา ดันติศักดิ์ (2535 : 92 - 95) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต ในผู้ป่วยเอส แอลอี และสมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์ (นฤมล ศรีสม. 2541 : 38 ; อ้างอิงจาก สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์) พบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิภาพร กาญจนราช (2542 : 74 - 76) พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังไม่แตกต่างกัน และกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 81 - 82) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

3.4 จำแนกตามลักษณะครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐาน ข้อ 4 อภิปรายได้ว่า ลักษณะโครงสร้างของสังคมไทย มีลักษณะของการพึ่งพา ความสัมพันธ์ระหว่างญาติพี่น้องในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายไม่แตกต่างกัน โดยมีลักษณะของการพึ่งพา มีความรัก ความอบอุ่น ญาติพี่น้องรักใคร่กัน ผู้อาวุโสจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว ทำหน้าที่ควบคุมดูแลทุกข์สุขของบุคคลในครอบครัว สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของอำพัน วิมลวัฒนา (2541 : 92) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ แผนกสูติรีเวชกรรม วชิรพยาบาล พบว่า หญิงวัยรุ่นขณะตั้งครรภ์ที่มีลักษณะครอบครัวต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ไม่แตกต่างกัน วิภาพร กาญจนราช (2542 : 74 - 76) พบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกับการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับ กรรณิการ์ พัฒนาดวงวิทยา (2542 : 81 - 82) พบว่าผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ วชิรพยาบาลที่มีลักษณะครอบครัวต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ริชาร์ดสัน (นฤมล ศรีสม. 2541 : 77 ; อ้างอิงจาก Richardson. 1981 : 159 - 174) ศึกษาถึงความเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสัมพันธภาพของหญิงตั้งครรภ์กับบุคคลในกลุ่มสังคม พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่มาจากลักษณะครอบครัวต่างกัน จะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ครอบครัวเดี่ยวหญิงตั้งครรภ์ก็จะรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่าครอบครัวขยาย

3.5 จำแนกตามระดับการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 5 สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (Orem. 1985 : 175) ที่กล่าวว่าการศึกษาช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความรู้สามารถใช้สติปัญญาอย่างมีเหตุผล นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจในภาวะสุขภาพของตน เข้าใจแผนการรักษาต่าง ๆ ทำให้มีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวสูงสุด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่จบการศึกษา

ประถมศึกษา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่จบประถมศึกษา เมื่อได้รับการอบรมตามโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการดูแลสุขภาพด้วยตนเองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปแล้ว เกิดการเรียนรู้และนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างจริงจัง เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพก็จะดูแลตนเองภายในครอบครัวซึ่งแตกต่างจากอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าที่อาจได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ ที่มากกว่าเข้าถึงสถานบริการได้ดีกว่า ดังนั้นจึงมอบหน้าการดูแลสุขภาพให้กับบริการทางการแพทย์แบบวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53 - 54) พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง ธวัชชัย คำทอง (2533 : 128 - 145) พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของประชาชนในตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง สอดคล้องกับ วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี และคนอื่น ๆ (2533 : บทคัดย่อ) พบว่าการศึกษาเป็นตัวกำหนดหนึ่งของแบบแผนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอดในชนบท ปัทมา กาญจนวงษ์ (2536 : ก - ข) พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง ของเยาวชนที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111 - 114) ศึกษาวิถีชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชน จังหวัดนนทบุรี พบว่า การศึกษาต่างกั้มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล ศรีสม (2541 : 69 - 70) พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ประสานปราน (2535 : ก - ข) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน พบว่าระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับ เสาวลักษณ์ พิพัฒน์เวชกิจ (2539 : 77 - 84) พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ไม่สอดคล้องกับทรงพล ผุดผาด (2541 : 99 - 104) พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 81 - 82) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน

3.6 จำแนกตามรายได้ของครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีรายได้ของครอบครัวต่างกัน มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 6 อภิปรายได้ว่า รายได้เป็นตัว

กำหนดวิถีชีวิตของบุคคลเป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันสภาพเศรษฐกิจของประเทศที่ถดถอย และอยู่ในภาวะวิกฤต ย่อมทำให้บุคคลในสังคมปรับตัวเป็นอย่างมากเพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข ดังนั้นการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี และเมื่อเจ็บป่วย ก็จะมีการรักษากันเองภายในครอบครัวก่อน หากไม่หาย จึงแสวงหาระบบการรักษาอื่น ๆ ต่อไป ซึ่งก็จะต้องเสียค่าใช้จ่าย สอดคล้องกับการศึกษาของเพนเดอร์ (จุฑารัตน์ กัมพลานนท์. 2540 : 68 ; อ้างอิงจาก Pender. 1982) พบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล สอดคล้องกับ จิรภา หงษ์ตระกูล (2532 : 53 - 54) พบว่ารายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ สอดคล้องกับวัชรชัย คำทอง (2533 : 128 - 145) พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคของประชาชนในตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง สอดคล้องกับ วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี และคนอื่นๆ (2533 : บทคัดย่อ) พบว่าสภาพทางเศรษฐกิจเป็นตัวกำหนดแบบแผนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเอง ของหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดในชนบท บุษบา ดันติศักดิ์ (2535 : 92 - 95) พบว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตและเป็นตัวทำนายที่ดีที่สุดในการทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เอสแอลอี สอดคล้องกับ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111 - 114) พบว่าประชาชนที่มีรายได้ต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อแตกต่างกัน สอดคล้องกับ ภัทราพร ไพเราะ (2539 : 116) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน การตรวจสุขภาพประจำปี และการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ นฤมล ศรีสม (2541 : 69 - 70) พบว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงสูง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทรงพล ผุดผาด (2541 : 99 - 104) พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่สอดคล้องกับกรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา (2542 : 21 - 82) พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่างกัน มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับวิภาพร กาญจนราช (2542 : 74 - 76) พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ไม่สามารถร่วมทำนายการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังได้

3.7 จำแนกตามอาชีพ

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีอาชีพต่างกัน มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกันซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 7 อภิปรายได้ว่า อาชีพเป็นปัจจัยที่สนับสนุน

ให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกัน แต่เนื่องจากในปัจจุบันโลกเป็นยุคของข้อมูลข่าวสาร ทุกคนสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารได้จากสื่อต่าง ๆ แม้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ศึกษาจะอยู่ในชนบทแต่ขณะนี้ทุกหมู่บ้าน ชุมชนก็ได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ ฯลฯ ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ได้รับข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เกิดการเรียนรู้ จึงอาจเป็นเหตุให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีอาชีพต่างกัน จึงมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา ประสานปราน (2535 : ก - ข) พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง เกี่ยวกับการควบคุมอาหารไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111 - 114) พบว่าประชาชนในจังหวัดนนทบุรีที่มีอาชีพต่างกันมีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับ ทรงพล ผุดผาด (2541 : 99 - 104) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาชีพต่างกันมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับวิภาพร กาญจนราช (2542 : 74 - 76) พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีอาชีพต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน และไม่สามารถทำนายการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับโรคพิษสุราเรื้อรังได้ และสอดคล้องกับ เพียงใจ สุวิริยะไพศาล (2542 : 66 - 68) พบว่า อาชีพของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ แจ่มจันทร์ พลหาราช (2537 : 136) พบว่า นักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยที่ผู้ปกครองมีอาชีพต่างกัน มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน

3.8 จำแนกตามการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยต่างกันมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 8 อภิปรายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากแหล่งต่างกันโดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ได้รับข่าวสารจาก นิทรรศการ มีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวสูงสุดทั้งนี้เพราะการได้รับความรู้จากนิทรรศการจะเป็นการได้รับจากสถานบริการด้านสุขภาพ และนิทรรศการจะประกอบด้วยกิจกรรมรูปแบบ และสื่อประกอบกันหลาย ๆ ชนิด ก่อให้เกิดการเรียนรู้ได้ง่ายสามารถนำมาปฏิบัติได้ดังที่ เบื้อง ภูมิพ (2525 : 7) กล่าวว่านิทรรศการเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการกระตุ้นให้ผู้คนสนใจในวัตถุและแนวคิดอ่าน เป็นวิธีการที่มักสามารถเข้าถึงประชาชนได้ในเมื่อวิธีการอย่างอื่นไม่สามารถทำได้ สอดคล้องกับ พัฒน์ สุจันงค์ (2522 : 80 - 82) ที่ว่า องค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่าง ๆ และ ธนวรรณ อิมสมบุรณ์ (2532 : 13)

กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นขึ้นอยู่กับหลายองค์ประกอบ เช่น แหล่งความรู้ การเรียนรู้ รูปแบบการให้ข้อมูลต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของธวัชชัย คำทอง (2533 : 128 - 145) พบว่า การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคของประชาชน ในตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง สอดคล้องกับยงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ (2534 : 79 - 82) พบว่า การรับรู้ข่าวสารจากสื่อมวลชน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น และสอดคล้องกับ สุนทรี ใจมีธรรม (2543 : 75) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้มารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ผู้ถูกสุนัขกัดที่ได้รับและไม่ได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าแตกต่างกัน แต่ไม่สอดคล้องกับ เพ็ญศรี เกิดนาค (2537 : 111 - 114) พบว่า ประชาชนที่ได้รับแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพต่างกัน มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อกันไม่แตกต่างกัน และภัทราพร ตั้งสุขฤทัย (2542 : 113) ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนในจังหวัดนนทบุรี พบว่า ประชาชนที่ได้รับข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับสมุนไพร จากแหล่งที่ต่างกัน มีพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน

3.9 จำแนกตามความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับ สมมติฐานข้อ 9 อภิปรายได้ว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ระดับดี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวดีกว่ากลุ่มความรู้ระดับปานกลาง และระดับต่ำ อาจเป็นเพราะความรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมอนามัย เนื่องจากเมื่อมีความรู้ดีแล้วย่อมก่อให้เกิดการประพฤติปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีความรู้ดีย่อมจะช่วยส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวดีตามไปด้วยสอดคล้องกับ สุชาติ โสมประยูร (2525 : 28) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ ด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ทั้งสามอย่างนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่อย่างใดอย่างหนึ่งไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ มักจะเกิดรวม ๆ กัน และพึ่งพาอาศัยกัน การส่งเสริมพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง จึงเป็นการพัฒนาพฤติกรรมอย่างอื่นในโดยอ้อม และนิภา มนูญิจู (2528 : 20) ได้กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งย่อมก่อให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของอรัญญา ไทยแท้ (2539 : 142 - 143) พบว่า ความรู้กับการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการใช้ยาลดไข้ในบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีมีความสัมพันธ์กันเชิงนิมาน สอดคล้องกับ กรองแก้ว สุขแสง (2540 : 108) พบว่า ความรู้กับการปฏิบัติของพฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีความสัมพันธ์กันเชิงนิมาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรพร ตั้งสุฤทัย (2542 : 133) พบว่า ประชาชนในจังหวัดนนทบุรี มีพฤติกรรมด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน และสอดคล้องการศึกษาของ สุนทรี ใจมีธรรม (2543 : 75) พบว่า ผู้มารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า มีความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพรณ เปลี่ยนแก้ว (2540 : 104) พบว่าความรู้เรื่องโรคเอดส์ของนักเรียนพลตำรวจ โรงเรียนตำรวจนครบาล ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์

3.10 จำแนกตามเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อ 10 อภิปรายได้ว่า จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวมีเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับดี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานดี เป็นไปตามคำกล่าวของ นิภา มนูญปิฎ (2528 : 20) ที่ว่าการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านเจตคติและการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งย่อมก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในด้านอื่นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภาพรณ เปลี่ยนแก้ว (2540 : 104) พบว่า เจตคติของนักเรียนพลตำรวจ โรงเรียนตำรวจนครบาลไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนทรี ใจมีธรรม (2543 : 75) พบว่าผู้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า มีเจตคติไม่สัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา ไทยแท้ (2539 : 142 - 143) พบว่า เจตคติกับการปฏิบัติของมารดาเกี่ยวกับการใช้ยาลดไข้ในบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีมีความสัมพันธ์กันเชิงนิมาน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สนอง เพชรคง (2541 : 92) ศึกษาพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด พบว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขความสัมพันธ์ทางบวกในการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือด ภัทรพร

ตั้งสุทธัย (2542 : 133) พบว่า ประชาชนในจังหวัดนนทบุรี มีพฤติกรรมสุขภาพด้านเจตคติสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐาน

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานอยู่ในระดับดี ดังนั้นเพื่อให้ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับดีตลอดไป ผู้วิจัยขอเสนอแนะว่าควรดำเนินการต่อไปนี้ คือ

1. ให้มีการอบรมทดแทน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ ย้ายที่อยู่ ตาย หรือเมื่อมีการแยกครอบครัวใหม่
2. ควรมีการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานอย่างต่อเนื่อง โดยใช้สื่อต่าง ๆ ที่มีอยู่ในท้องถิ่น
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่มีความรู้ดีจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวในระดับดีด้วย ดังนั้น ถ้าจะส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานดียิ่งขึ้น จึงควรเน้นในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานแก่ประชาชน
4. ควรมีการจัดทำสื่อสุขศึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ให้เหมาะสมแก่กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น ประชาชน นักเรียน นักศึกษา เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน และนักเรียน นักศึกษาในระดับต่าง ๆ
2. ควรมีการศึกษาวิจัยวิธีการสอนและสื่อสุขศึกษา เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานที่เป็นบทเรียนสำเร็จรูป เพื่อให้ประชาชน สามารถศึกษาและนำไปปฏิบัติได้ด้วยตนเอง
3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว เขตพื้นที่เมืองกับเขตพื้นที่ชนบท

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรองแก้ว สุขแสง. พฤติกรรมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ของสตรีที่นำบุตรมารับบริการสุขภาพในแผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- กาญจนา ประสานปราน. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรม
การดูแลตนเองเกี่ยวกับการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- กันยา กาญจนบุรานนท์. "การสาธารณสุขมูลฐาน," ในเอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพ
ส่วนบุคคลและชุมชน หน่วยที่ 8 - 15. พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี : โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2537.
- กรรณิการ์ พัฒนผดุงวิทยา. ความเชื่ออำนาจควบคุมด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ของตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุศิริพยาบาล กรุงเทพมหานคร.
ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,
2542. อัดสำเนา.
- กุลฤดี จิตตยานันต์ และวันดี วงศ์รัตนรักษ์. คู่มือการเรียนรู้ด้วยตนเองสำหรับบุคลากรทาง
สุขภาพ เรื่องการดูแลสุขภาพที่บ้าน. กรุงเทพฯ : ลดาวัลย์ พรินต์ติ้ง, 2538.
- กุลลาป รัตนสังขธรรม. การสาธารณสุขมูลฐาน. ชลบุรี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ บางแสน, 2531.
- เกษม ดันติผลาชีวะ และกุลยา ดันติผลาชีวะ. การรักษาสภาพในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ :
อรุณการพิมพ์, 2528.
- คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย.
กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2527.
- _____. การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์สำนักข่าวพานิชย์,
2528.
- _____. แนวทางการนิเทศงานสาธารณสุขมูลฐานสำหรับเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด อำเภอ
ตำบล. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- _____. รายงานการดำเนินงานโครงการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์
องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2535.
- _____. การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การ
ทหารผ่านศึก, 2540.

คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (2540 - 2544). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2540.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 - 2544. ม.ท.ป.

จิรภา หงษ์ตระกูล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ.

วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532. อัดสำเนา.

จุฑารัตน์ กัมพลานนท์. ประสิทธิผลของกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.

จุฬาลักษณ์ ธีรตันพันธุ์. "กลวิธีทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง," สารสาธิตการพยาบาล. 6(2) : 23-26 ; มิถุนายน 2534.

แจ่มจันทร์ พลหาราช. การดูแลสุขภาพตนเองของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ :

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.

ชูศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534.

_____. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537.

เดือนทิพย์ ศิริวงศ์ไธชาดิ. ความสัมพันธ์ระหว่างการยอมรับภาพลักษณ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้เคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ วท.ม.

กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.

ตริณาส โกวิทเจริญตระกูล. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจที่มารับบริการ ในสำนักงานศูนย์โรคหัวใจสมเด็จพระบรมราชินีนาถโรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์

กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542. อัดสำเนา.

ทรงพล ต่อณี. การศึกษาพฤติกรรมการเจ็บป่วยของประชาชนในเขตชนบท : กรณีศึกษาในตำบลหนองแสง อำเภอปากพลี จังหวัดนครนายก. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542.

ทรงพล ผุดผาด. พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มาติดตามการรักษาที่คลินิกวันพุธ โรงพยาบาลราชบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย

ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.

- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. “แนวคิดด้านพฤติกรรมอนามัย,” ใน รายงานสัมมนาในระดับชาติเรื่องการพัฒนางานวิจัยทางสุขภาพและการศึกษาและพฤติกรรม. หน้า 26. ม.ป.ป.
- ธนวรรณ อิ่มสมบูรณ์. “การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ,” ข่าวสุขภาพ. 4 (2) : 38 - 43 ; เมษายน - กันยายน 2532.
- ธวัชชัย คำทอง. พฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพูน จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. สงขลา : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สงขลา, 2533. อัดสำเนา.
- นิภา มนูญปัจจุ. การวิจัยทางสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรบัณฑิต, 2528.
- นิรนาท วิทย์ชกิตติคุณ. ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- นฤมล ศรีสม. การดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ภาวะปกติและภาวะเสี่ยงสูง. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- นโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนัก. สรุปรายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 2540. นนทบุรี : ส่วนข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขสำนักงาน นโยบายและแผนสาธารณสุข, 2540.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. สถิติวิจัย 2. กรุงเทพฯ : ฟิสิกส์เซ็นเตอร์, 2533.
- บุษบา ดันติศักดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพชีวิตผู้ป่วยโรค เอส แอล อี. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- ปัทมา กาญจนวงษ์. การรับรู้ปัญหาสุขภาพและการดูแลตนเองของเยาวชนที่ทำงานในโรงงานอุตสาหกรรม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ประกอบ ตูจินดา. การบริหารจัดการการสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดสหประชาพาณิชย์, 2521.
- ประคอง กรรณสูตร. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญพล, 2525.
- ประภาพรณ เปี้ยนแก้ว. ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนพลตำรวจ โรงเรียนตำรวจนครบาล สังกัดกองบัญชาการศึกษารวมตำรวจ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2540. อัดสำเนา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. ทัศนคติ : การวัดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2532.

- ปรีชา ดีสวัสดิ์. "การสาธารณสุขมูลฐาน," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ
การสาธารณสุข หน่วยที่ 1 - 7. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2526.
- เป็รื่อง กุมุท. เทคนิคนิทรรศการ. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2526.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7.
กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2540.
- พัฒน์ สุขจำนงค์. สุขศึกษา. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์, 2522.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ. การดูแลตนเอง : ทัศนะทางสังคม วัฒนธรรม.
กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แสงแดด, 2530.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. "การดูแลสุขภาพตนเองกับการสาธารณสุขมูลฐาน," ใน การดูแลสุขภาพตนเอง : ทัศนะทางสังคมและวัฒนธรรม. พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และ
คนอื่น ๆ (บรรณาธิการ). นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุขมหาวิทยาลัย
มหิดล ศาลายา, 2530.
- เพ็ญศรี เกิดนาค. ลีลาชีวิตในการป้องกันโรคไม่ติดต่อของประชาชนเขตเมือง กรณีศึกษา
จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- เพ็ญใจ สุวิริยะไพศาล. ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแล
สุขภาพตนเองของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกในโรงพยาบาลราชวิถี.
วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,
2542. อัดสำเนา.
- ภัทรพร ไพเราะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
ในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
อัดสำเนา.
- ภัทรพร ตั้งสุฤทัย. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรในงานสาธารณสุขมูลฐานของ
ประชาชนในจังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542. อัดสำเนา.
- มงคล ปลื้มจิตรชม และนรินทร์ สังข์รักษา. การดำเนินงานโครงการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อ
การดูแลตนเอง (SELF - CARE) จังหวัดนครปฐม พ.ศ. 2539. นครปฐม : สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2541.
- เมธี จันท์จารุภรณ์ และวนัสรา เชาว์นิยม. สุขภาพดีถ้วนหน้าเป้าหมายที่ต้องไปให้ถึง.
ชลบุรี : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง, ม.ป.ป.

- มัลลิกา มัติโก. "แนวคิดและการพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน การดูแลสุขภาพตนเอง : ทักษะทางสังคมวัฒนธรรม. พิมพ์ด้วย ปรีดาสวัสดิ์ และคนอื่น ๆ (บรรณาธิการ). นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา, 2530.
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คู่มือการเขียนบทนิพนธ์. กรุงเทพฯ : หจก. ไอเดียสแควร์, 2534.
- ยงยุทธ พึ่งวงศ์ญาติ. ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจดูแลรักษาตนเองเมื่อเจ็บป่วยของชาวชนบทในจังหวัดขอนแก่น. ปริญญานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534. อัดสำเนา.
- ระเด่น หัสดี และสรศักดิ์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์. การสุศึกษาและประชาสัมพันธ์กับการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2536.
- ลือชัย ศรีเงินยาง และทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (บรรณาธิการ) ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- วิเชียร เกตุสิงห์. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย : เรื่องง่าย ๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้, ข่าวสารการวิจัยการศึกษา. 8(3) : 9 ; กุมภาพันธ์ - มีนาคม 2538.
- วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี และคนอื่น ๆ. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของหญิงมีครรภ์และหญิงหลังคลอดในชุมชนชนบทอีสาน. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- วิภาพร กาญจนราช. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคสุราเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศิริราช. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2542. อัดสำเนา.
- สนอง เพชรคง. พฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจขาดเลือดของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. รายงานการสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2535.
- _____. สถิติการศึกษาและสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2537.
- _____. สถิติรายได้รายจ่ายของครัวเรือน. กรุงเทพฯ : สำนักนายกรัฐมนตรี, 2537.
- สุชาติ โสมประยูร. การสอนสุศึกษา. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช, 2525.
- สุณี รักษาเกียรติศักดิ์. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS. กรุงเทพฯ : สำนักคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539.

สาธารณสุข, กระทรวง. แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า.

กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2535.

สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, สำนักงาน. คู่มือการดูแลตนเองสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชน. นครปฐม : โรงพิมพ์อรรถการพิมพ์, 2539.

_____. รายงานสถิติจำนวนประชากร พ.ศ. 2542. นครปฐม : งานแผนงานและประเมินผล, 2542.

สุณี ละกำป็น. การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5. ปรินิพนธ์ กศ.ด. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.

สมจิต หนูเจริญกุล. (บรรณาธิการ) การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : วี. เจ. พรินต์ติ้ง, 2537.

สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ และกันยา กาญจนบุรานนท์. "การศึกษาถึงสุขภาพ," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษาหน่วยที่ 1 – 7. หน้า 22. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2532.

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. "นานาทัศนะต่อความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง," ใน วิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. 2(2) : 5 ; พฤษภาคม – สิงหาคม 2533.

สุนทรี ใจมีธรรม. พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้มารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในสถานบริการสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2543. อัดสำเนา.

เสาวลักษณ์ พิพัฒนาเวชกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา.

อรรช ศรีไทรล้วน. ความเชื่อด้านสุขภาพและการดูแลตนเองในการป้องกันกับภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง วชิรพยาบาล กรุงเทพมหานคร. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.

อนามัยแห่งประเทศไทย, สมาคม. ปฏิทินสาธารณสุข 2543. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคลสหประชาพาณิชย์, 2543.

อมร นนทสุต. แนวความคิดหลักการและวิธีดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน. กรุงเทพฯ : กันยายน 2524. อัดสำเนา.

อรัญญา ไทยแท้. พฤติกรรมสุขภาพของมารดาเกี่ยวกับการใช้ยาลดไข้ในบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ณ โรงพยาบาลเด็ก. ปรินิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2539. อัดสำเนา

- อำพัน วิมลวัฒนา. พฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยรุ่น ขณะตั้งครรภ์ที่มาใช้บริการในหน่วยฝากครรภ์ แผนกสูติรีเวชกรรม วชิรพยาบาล. ปรินท์งานพิมพ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541. อัดสำเนา.
- เอื้อมพร ทองกระจาย. "การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบายและยุทธวิธี เพื่อการพัฒนาสาธารณสุข," ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาสุขภาพตนเอง. ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ). นครปฐม : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา, 2533.
- Fry, J. Self Care : Its Place in the Total Health Care System. London : Panel on Self care, 1970.
- Good, C. V. Dictionary of Education. New York : Mc Graw Hill Book, 1973.
- Levin, L. S. "The Lay person as the Primary Care Practitioner," in Public Health Report. 91 : 206 – 217 ; n.d. New York : Prodist, 1976.
- Orem, D. E. Nursing Concepts of Practice. 3rd ed. New York : Mc Graw Hill Book Co., 1985.
- _____. Nursing Concepts of Practice. 5th ed. St. Louis : Mosby – Year Book, Inc., 1995.
- Pender, N. J. Health Promotion in Nursing Practice. East Norwalk : Appleton – century, 1987.
- Yamane, Taro. Statistics and Introductory Analysis. 2nd Ed. New York : Harper and Row, 1967.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้เชี่ยวชาญ
หนังสือขอความอนุเคราะห์

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการตรวจแบบสอบถาม

1. นายแพทย์สมจิตร ศรีสุภา
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม
2. ทันตแพทย์ มงคล ปลื้มจิตรชม
นักวิชาการสาธารณสุข 9 ด้านส่งเสริมพัฒนา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม
3. นายณรินทร์ สังข์รักษา
นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม
4. นายรวมพล สวนสีดา
นักวิชาการควบคุมโรค 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม
5. นางพัชราพร เย็นบำรุง
นักวิชาการสุขศึกษา 6 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๖๐

๑๖ กันยายน ๒๕๔๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นายสัญญา ตันกรองศิริ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง "พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม" โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารุต และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญท่าน ทนตแพทย์มงคล ปลื้มจิตรชน นักวิชาการสาธารณสุข ๕ ด้านส่งเสริมพัฒนา นายนรินทร์ สังข์รักษา นักวิชาการสาธารณสุข ๗ นายรวมพล สอนสีดา นักวิชาการควบคุมโรค ๗ และ นางพัชรพร เย็นบำรุง นักวิชาการ ๖ เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นายสัญญา ตันกรองศิริ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๖

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๓๔๔๔



บัณฑิตวิทยาลัย

131

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๑๓ พฤศจิกายน ๒๕๔๓

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นายสัญญา ตันครองศิริ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปรีชามารภ และ อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว จำนวน ๕๐ คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม ในระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๔๓

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นายสัญญา ตันครองศิริ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔

โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

ที่ ทม ๑๐๑๒/ ๔๕๐๗



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท ๒๓ กรุงเทพฯ ๑๐๑๑๐

๑๗ ธันวาคม ๒๕๔๓

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นายสัญญา ตันครองศิริ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐม” โดยมี รองศาสตราจารย์สุจินต์ ปริชามารถ และ อาจารย์ทรงพล ค่อนี่ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว จำนวน ๔๐๐ คน ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกำแพงแสน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางเลน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ตอบแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม ในระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๔๓ - มกราคม ๒๕๔๔

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์จากท่าน ได้โปรดพิจารณาให้ นายสัญญา ตันครองศิริ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. ๖๖๔-๑๐๐๐ ต่อ ๕๗๒๖, ๕๖๔๔ โทรสาร. ๒๕๘-๔๑๑๕

ภาคผนวก ข

แบบทดสอบ ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

แบบสอบถาม เจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว ตามกิจกรรม
การสาธารณสุขมูลฐาน

เฉลยแบบสอบถาม

ค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนก และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวในจังหวัดนครปฐม

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตาม
กิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบถึงการดูแลสุขภาพตนเองและ
ครอบครัวของท่านตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อนำข้อมูลมาศึกษาวิจัยประกอบ
การศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา วิชาเอกสุขศึกษาเท่านั้น การตอบแบบสอบถามครั้งนี้จึงไม่มีผล
กระทบต่อท่านแต่ประการใดทั้งสิ้น

จึงขอความกรุณาตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อและขอขอบคุณในความกรุณาของ
ท่านไว้ ณ โอกาสนี้

นายสัญญา ตันครองศิริ

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

คำชี้แจง โปรดกรอกข้อมูลส่วนตัวลงในช่องว่างที่เว้นไว้ หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในวงเล็บ

() หน้าข้อความตามความเป็นจริง

1. สถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม เพศ

() ชาย

() หญิง

2. อายุ ปี

3. สถานภาพการสมรสของผู้ตอบแบบสอบถาม

() โสด

() คู่

() หม้าย / หย่าร้าง / แยกกันอยู่

4. ลักษณะครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

() ครอบครัวเดี่ยว หมายถึง ครอบครัวที่อาศัยอยู่เฉพาะ สามี / ภรรยา หรือ สามี / ภรรยา และบุตร หรือ ปิตาและบุตร หรือ มารดาและบุตร

() ครอบครัวขยาย หมายถึง ครอบครัวที่อาศัยอยู่ระหว่างสามี / ภรรยา หรือ สามี / ภรรยา และบุตรแล้วยังมีผู้อื่นที่เป็นญาติอาศัยอยู่ด้วย เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ลุง ป้า น้า อา หลาน

5. ระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถาม

() ต่ำกว่าประถมศึกษา (ไม่ได้เรียน หรือเรียนไม่จบประถมศึกษา)

() ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษา

() อุดมศึกษา

() อื่น ๆ ระบุ

6. รายได้ของครอบครัวของผู้ตอบแบบสอบถาม

- () ต่ำกว่า 3,000 บาท ต่อ เดือน
- () 3,000 - 8,000 บาท ต่อ เดือน
- () 8,001 - 13,000 บาท ต่อ เดือน
- () 13,000 บาท ขึ้นไป

7. อาชีพของผู้ตอบแบบสอบถาม

- () รับจ้าง
- () เกษตรกรรม
- () ค้าขาย
- () รับราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ
- () ธุรกิจส่วนตัว
- () อื่น ๆ ระบุ

8. ท่านได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยจากแหล่งใดมากที่สุด (ตอบได้เพียงข้อเดียว)

- () จากอบรบโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- () จากนิทรรศการ
- () จากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ เอกสาร ตำรา หนังสือพิมพ์
- () จากเพื่อนบ้าน หรือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)
- () เสียงตามสาย หรือหอกระจายข่าวสารประจำหมู่บ้าน
- () อื่น ๆ ระบุ

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องซึ่งต้องการจะตอบว่า ใช่, ไม่ใช่ หรือไม่ทราบ

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
1. การให้ลูกดูนมแม่อย่างสม่ำเสมอทำให้แม่มีน้ำนมเลี้ยงลูกได้นาน ๆ			
2. ผักและผลไม้ให้วิตามินมากกว่าเนื้อสัตว์			
3. การดูแลร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอเมื่ออากาศเปลี่ยนแปลงป้องกันโรคหวัดได้			
4. การให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างทั่วถึงสามารถควบคุมโรคเอดส์ได้			
5. น้ำทิ้งจากการซักล้างเสื้อผ้านำมารดน้ำต้นไม้ได้			
6. ผงซักฟอกนำมาล้างจาน - ชามได้			
7. วิธีการกำจัดขยะพวกกระป๋องยาฉีดกำจัดยุงหรือแมลงที่เหมาะสมคือการเผา			
8. ยุงก้นปล่องเป็นพาหะนำเชื้อโรคไข้เลือดออก			
9. ทรายอะเบทเป็นสารเคมีที่ใช้ฆ่ายุงตัวแก่			
10. โรคไข้เลือดออกมักจะระบาดเฉพาะในฤดูฝนเท่านั้น			
11. โรคอุจจาระร่วงมักจะระบาดมากในฤดูร้อน			
12. คนที่เป็นโรคกระเพาะถ้าปวดศีรษะให้กินยาทันที			
13. น้ำผึ้งผสมกับมะนาวสามารถบรรเทาอาการไอได้			
14. ถูกสุนัขกัดต้องล้างบาดแผลด้วยน้ำสะอาดกับสบู่หลาย ๆ ครั้ง			
15. การหายจากการเจ็บป่วยเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนของตนเอง			
16. กินดอกชุมเห็ดเทศกับน้ำพริก แก้อาการท้องผูกได้			
17. หากต้องการเป็นคนสุขภาพจิตดี ท่านต้องเป็นคนมีเหตุผลมองโลกในแง่ดี			
18. โรคขาดสารอาหาร ลมชักเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กมีสุขภาพจิตไม่ดี			

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
19. การเผชิญกับปัญหาท่านต้องเริ่มต้นด้วยการพิจารณาให้ รู้ว่าปัญหานั้นคืออะไร			
20. การออกกำลังกาย ฟังเพลง เป็นวิธีผ่อนคลาย ความเครียด			
21. ฟลูออไรด์ในยาสีฟันป้องกันฟันผุได้			
22. เวลาที่ใช้ในการแปรงฟันที่เหมาะสมประมาณ 1 นาที			
23. การนำขยะกลับมาใช้อีกทำให้ปริมาณขยะลดน้อยลง			
24. การกongsุมขยะมูลฝอยก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ โดยตรงคือ เป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคและพาหะนำโรค			
25. การเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชควรเก็บไว้ในบ้านจะได้ หยิบใช้ได้สะดวก			
26. หลังจากฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแล้วสามารถ รับประทานอาหารหรือดื่มน้ำได้ทันที			
27. การปลูกต้นไม้ช่วยอนุรักษ์ธรรมชาติ			
28. กินอาหารที่ใส่สีสังเคราะห์ เป็นอันตรายต่อสุขภาพ			
29. อยากให้เนื้อสัตว์นุ่ม กรอบ ให้ใส่น้ำประสานทอง			
30. อาหารกระป๋องที่หมดอายุแล้ว แต่สภาพอาหารยังดี สามารถนำมากินได้			
31. ใบหน้าเป็นผ้าใช้ครีมลอกฝ้าทำให้หายได้			
32. เวลาซื้ออาหารต้องเลือกสินค้าที่มีฉลาก เลขทะเบียน อนุญาต วัน เดือน ปี ที่ผลิต ชื่อที่อยู่ผู้ผลิต			
33. ยาที่เราสามารถซื้อมาใช้ได้อย่างปลอดภัยคือยาชุด			
34. ขอบทางที่ทาสีขาวและสีแดงเป็นเขตห้ามรถจอด ทุกชนิดจอด นอกจากหยุดรับส่งได้ชั่วคราว			
35. ท่านสามารถขับรถแข่งในเครื่องบินได้ เล่นที่บู่ สีเหลืองได้			
36. เพื่อเป็นการป้องกันอุบัติเหตุจักรยานยนต์ควรให้คนนั่ง ซ้อนท้ายได้ไม่เกิน 3 คน			
37. การออกกำลังกายที่พอเหมาะกับร่างกาย ช่วยป้องกัน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และเบาหวานได้			

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
38. การสูบบุหรี่เป็นประจำจะทำให้เป็นมะเร็งปอดได้			
39. คนที่มีอายุ 40 ปี ขึ้นไป มีโอกาสเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและมะเร็งมากกว่าคนอายุน้อยกว่า			
40. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถดื่มสุราได้			
41. ผู้ที่เป็นโรคเอดส์จะแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้เฉพาะเมื่อมีระยะที่เกิดอาการรุนแรงแล้วเท่านั้น			
42. ท่านจะทราบได้ว่า มีการติดเชื้อเอดส์จากการสังเกตอาการ เช่น มีตุ่มพองขึ้นตามผิวหนัง มีไข้หรือไอเรื้อรัง			
43. ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ส่วนใหญ่สาเหตุเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์			
44. วิธีการป้องกันโรคเอดส์ที่ดีวิธีหนึ่งคือไม่สำส่อนทางเพศ			

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าท่านมีความรู้สึก ความคิดเห็น ความเชื่อ เกี่ยวกับข้อความนั้นอย่างไร (ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นและความเชื่อของท่าน

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ข้าวขาวมีคุณค่าทางอาหารมากกว่าข้าวแดงหรือข้าวซ้อมมือ					
2. การดื่มเครื่องดื่มบำรุงร่างกาย เช่น ลิโพ กระทั่งแดง ฯลฯ ทุกวันจะทำให้ร่างกายแข็งแรง					
3. หากเป็นแผลไม่ควรกินไข่เพราะจะทำให้เกิดแผลเป็น					
4. การตรวจสุขภาพประจำปีมีความคุ้มค่ากับค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไป					
5. ถ้าเทน้ำล้างจานหรือน้ำซักผ้าลงสู่แหล่งน้ำก็ไม่ทำให้แหล่งน้ำเน่าเสีย					
6. ส้วมราดน้ำเหมาะสำหรับคนในเขตเมืองเท่านั้น					
7. การกินผลไม้ไม่จำเป็นต้องล้างก็ได้					
8. น้ำฝนที่รองไว้สามารถดื่มได้ทันที					
9. โรคไขเลือดออกเป็นแล้วไม่ต้องรักษาก็หายได้					
10. การป้องกันและกำจัดยุงลายควรทำเฉพาะในฤดูฝนเท่านั้น					
11. การกินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ ไม่มีผลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง					
12. โรคหวัดเป็นโรคที่ไม่สามารถป้องกันได้					

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
13. สุนัขที่เคยฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษ สุนัขบ้าแล้วไม่จำเป็นต้องฉีดซ้ำทุกปี					
14. กินยาแก้อักเสบจะทำให้โรคหวัด หายเร็วขึ้น					
15. อยากให้ผลหายเร็วขึ้นต้องงดกิน เนื้อสัตว์ หรือนม หรือไข่					
16. ถ้ากระดูกหักใช้ใช้น้ำมันเลียงผาทำให้ หายได้					
17. เด็กวัยขวบปีแรกอุจจาระร่วงเพราะเด็ก ยึดตัว					
18. เมื่อเป็นทอลซิลอักเสบถ้าอาการดีขึ้นก็ หยุดกินยาได้					
19. การซื้อยาชุดกินถือเป็นการประหยัด เพราะราคาถูกและหาซื้อได้ง่าย					
20. สมุนไพรสามารถนำมาใช้แทนยา แผนปัจจุบันได้ทุกชนิด					
21. ควรกินยานอนหลับเมื่อท่านนอน ไม่หลับ					
22. การแก้ไข้ปัญหาชีวิตควรใช้วิธีการ หลายวิธีในการแก้ไข้ปัญหา					
23. การวางแผนล่วงหน้าจะทำให้การ ปฏิบัติงานประสบความสำเร็จด้วยดี					
24. การแปรงฟันไม่ถูกวิธีจะทำให้เป็น โรคฟันผุ					
25. การขูดหินปูนบ่อย ๆ ทำให้เคลือบ ฟันบาง					
26. การตรวจฟันด้วยตนเองเป็นสิ่งที่ทำ ได้ยาก					

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
27. การทิ้งถุงพลาสติกลงแม่น้ำลำคลองจะช่วยให้เกิดการย่อยสลายได้เร็วขึ้น					
28. ขณะอาบน้ำควรใช้น้ำมาก ๆ เพราะแสดงว่าเป็นคนรักษาความสะอาดของร่างกาย					
29. ท่านรู้สึกลำบากใจหากต้องแยกขยะก่อนทิ้งลงถังขยะ					
30. ถึงแม้ในฤดูแล้งบางหมู่บ้านจะไม่มีน้ำใช้ ท่านรู้สึกไม่เดือดร้อนเพราะท่านยังมีน้ำประปาใช้ได้ตามต้องการ					
31. ทุกคนควรร่วมมือกันแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน					
32. นำกรดน้ำส้มที่ใช้ในอุตสาหกรรมมาเจือจางแล้วนำมาปรุงอาหารได้					
33. การซื้อผงชูรสที่ดักแบ่งขายอาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ					
34. การดื่มซูปไก่สกัดสามารถทดแทนคุณค่าทางอาหารครบทุกหมู่					
35. ท่านคิดว่าอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากผู้ขับขี่มากกว่าสภาพของถนน					
36. รถจักรยานยนต์ไม่จำเป็นต้องมีกระจกส่องหลังก็ได้					
37. ผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ รถยนต์ที่มีโรคประจำตัวบางโรค เช่น โรคหัวใจ โรคลมชัก อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุขณะขับขี่ได้					
38. เพื่อความปลอดภัยของชีวิตผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์และผู้นั่งซ้อนท้ายควรสวมหมวกนิรภัย					

คำถาม	ระดับความคิดเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่ เห็นด้วย อย่างยิ่ง
39. อุบัติเหตุเป็นเรื่องของโชคชะตา					
40. การสวมหมวกนิรภัยทำให้ขับขี่ รถจักรยานยนต์ไม่สะดวก					
41. การห้อยโหนดโดยสารประจำทางเป็น การแสดงถึงความกล้าหาญ					
42. การใช้เข็มขัดนิรภัยทำให้เกิดความ รำคาญ					
43. การปฏิบัติตามกฎจราจรไม่ช่วยลด อุบัติเหตุลงได้					
44. ปัญหาอุบัติเหตุ อุบัติภัยเกิดจากความ เห็นแก่ตัว					
45. อาหารฟาสฟู้ดเหมาะสำหรับคนไทย เพราะสะดวกรวดเร็วและอร่อย					
46. คนที่มีสุขภาพแข็งแรงจะไม่มีโอกาส ติดเชื้อเอชไอวี					
47. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำงานและใช้ ชีวิตร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคมได้					
48. ท่านมีบทบาทสำคัญในการช่วยลด การแพร่ระบาดของโรคเอชไอวีได้					
49. ท่านรู้สึกกลัวและไม่อยากเข้าใกล้คนที่ ติดเชื้อเอชไอวี					
50. ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่มีอาการร้ายแรง สามารถทำประโยชน์ให้กับประเทศชาติ ได้					

ตอนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรม

การสาธารณสุขมูลฐาน

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องระดับการปฏิบัติที่ต้องการ

คำถาม	ระดับการปฏิบัติ		
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ท่านส่งเสริมการรับประทานเกลือเสริมไอโอดีนในครอบครัว			
2. ท่านให้ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยตามปัญหาที่เกิดขึ้นหรือฤดูกาลที่มีการระบาดของโรคโดยการพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว			
3. ท่านรวบรวมข่าวสารด้านสุขภาพหรือข่าวสารอื่น ๆ ที่มีประโยชน์ไปเผยแพร่ในครอบครัว หรือหมู่บ้าน			
4. ท่านสำรวจข้อมูลด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม เช่น การกำจัดขยะมูลฝอย ความเพียงพอของน้ำดื่ม น้ำใช้			
5. ท่านถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการกำจัดขยะ น้ำเสียแก่บุคคลในครอบครัว			
6. ท่านจัดสภาพบ้านเรือนให้สะอาดเป็นระเบียบและปลอดภัย			
7. ท่านจัดหาน้ำสะอาดไว้ดื่มให้เพียงพอตลอดทั้งปี			
8. ท่านรวมกลุ่มประชาชนเพื่อปรับปรุงดูแลรักษาแหล่งน้ำสาธารณะ สิ่งแวดล้อมในหมู่บ้านให้สะอาดและปลอดภัย			
9. ท่านร่วมมือกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมเป็นตัวอย่างแก่ประชาชน เช่น จัดบ้านตัวอย่าง ครัวตัวอย่าง			
10. ท่านชักชวนให้บุคคลในครอบครัวร่วมมือกันควบคุมโรคใช้เลือดออกโดยการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย			

คำถาม	ระดับการปฏิบัติ		
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
11. ทำนรักษาอาการอุจจาระร่วงโดยใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ โอ อาร์ เอส			
12. ทำนส่งผู้ป่วยในครอบครัวไปรับการรักษาพยาบาลที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาล			
13. ทำนดูแลปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่บุคคลในครอบครัว เช่น ชะล้างบาดแผล			
14. ทำนแนะนำบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยาสามัญประจำบ้านและใช้สมุนไพร			
15. ทำนและครอบครัวปลูกและใช้สมุนไพร			
16. ทำนจัดหาและซื้อยาสามัญประจำบ้านไว้ใช้ภายในครอบครัว			
17. ทำนแนะนำวิธีผ่อนคลายความเครียดแก่บุคคลในครอบครัว			
18. ทำนมีส่วนช่วยสร้างเสริมความอบอุ่นภายในครอบครัว เช่น เป็นคนมีเหตุผล หลีกเลี่ยงการทะเลาะกัน			
19. ทำนแนะนำการแปร่งฟันที่ถูกวิธีแก่บุคคลในครอบครัว			
20. ทำนไปตรวจสุขภาพในช่องปาก ปีละ 1 ครั้ง			
21. ทำนให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่บุคคลในครอบครัวที่ปวดฟัน หรือเหงือกอักเสบ			
22. ทำนให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับการใช้สารเคมี เช่น ยาฆ่าแมลง			
23. ทำนลดหรือเลิกใช้วัสดุที่ทำให้สิ่งแวดล้อมเสื่อมโทรม เช่น โฟม พลาสติก			
24. ทำนดูแลรักษาความสะอาดเรียบร้อยของบริเวณบ้าน			

คำถาม	ระดับการปฏิบัติ		
	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
25. ท่านชักชวนเพื่อนบ้านรวมกลุ่มเพื่อสอดส่องดูแลการทำลายสิ่งแวดล้อม เช่น การปล่อยน้ำเสีย การทิ้งขยะมูลฝอย			
26. ท่านร่วมกับผู้นำชุมชนในการสอดส่องดูแลร้านค้าสินค้าให้มีการจำหน่ายสินค้าที่ถูกต้อง			
27. ท่านชักชวนเพื่อนบ้านให้มีการรวมกลุ่มกันสอดส่องดูแลผู้ผลิตจำหน่ายสินค้าที่ไม่ถูกต้อง			
28. ท่านให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัวในการป้องกันอุบัติเหตุ เช่น น้ำร้อนลวก มีดบาด อุบัติเหตุจราจร			
29. ท่านให้ความรู้แก่บุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน			
30. ท่านให้การปฐมพยาบาลแก่บุคคลในครอบครัวเมื่อเกิดอุบัติเหตุ เช่น ทำแผล ทายา			
31. ท่านชักชวนเพื่อนบ้านจัดสภาพแวดล้อมในชุมชนให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุจราจร			
32. ท่านให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกันแก่บุคคลในครอบครัว			
33. ท่านร่วมกิจกรรมการณรงค์ในวันโรคเอดส์โลก (1 ธันวาคม ของทุกปี)			
34. ท่านเป็นตัวอย่างที่ดีในการป้องกันโรคเอดส์ เช่น รักเดียวใจเดียว ไม่สำส่อนทางเพศ			

กรุณาตรวจสอบอีกครั้งว่าท่านได้ตอบทุกข้อคำถามแล้ว
ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

เฉลยแบบทดสอบ ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

ข้อคำถามที่ตอบว่าใช่ ได้แก่ 1, 2, 3, 4, 5, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 27, 28, 32, 37, 38, 39, 43, 44

ข้อคำถามที่ตอบว่า ไม่ใช่ ได้แก่ 6, 7, 8, 9, 10, 12, 22, 25, 26, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 40, 41, 42

แบบสอบถาม เจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

ข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวก (Positive) ได้แก่ 4, 22, 23, 24, 31, 35, 37, 38, 44, 47, 48, 50

ข้อคำถามที่มีลักษณะทางลบ (Negative) ได้แก่ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 49

แบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

ข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวก (Positive) ได้แก่ ข้อ 1 - 34

ตาราง 31 ค่าสถิติแสดงค่าความยากง่าย ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบ
ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

ข้อ	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก
1	.80	.38
2	.52	.46
3	.80	.20
4	.80	.20
5	.72	.20
6	.72	.47
7	.68	.30
8	.52	.75
9	.32	.77
10	.36	.29
11	.80	.20
12	.76	.55
13	.80	.25
14	.30	.40
15	.80	.43
16	.72	.42
17	.80	.43
18	.80	.45
19	.80	.66
20	.40	.30
21	.80	.20
22	.74	.20
23	.80	.60
24	.74	.35
25	.78	.44
26	.72	.37
27	.54	.70

ตาราง 31 (ต่อ)

ข้อ	ค่าความยากง่าย	ค่าอำนาจจำแนก
28	.74	.35
29	.64	.28
30	.80	.67
31	.78	.44
32	.80	.67
33	.80	.67
34	.80	.30
35	.76	.39
36	.32	.50
37	.70	.24
38	.80	.66
39	.70	.42
40	.80	.60
41	.74	.24
42	.80	.30
43	.80	.67
44	.80	.67

ค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน
เท่ากับ .88

ตาราง 32 ค่าสถิติแสดงค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เจตคติเกี่ยวกับ
กิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	.28	26	.34
2	.67	27	.53
3	.35	28	.55
4	.37	29	.47
5	.64	30	.55
6	.44	31	.58
7	.74	32	.41
8	.42	33	.58
9	.21	34	.74
10	.49	35	.42
11	.21	36	.24
12	.34	37	.55
13	.62	38	.64
14	.52	39	.41
15	.49	40	.71
16	.42	41	.53
17	.43	42	.53
18	.57	43	.68
19	.67	44	.58
20	.55	45	.72
21	.47	46	.75
22	.60	47	.51
23	.72	48	.71
24	.72	49	.26
25	.33	50	.66

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน
เท่ากับ .95

ตาราง 33 ค่าสถิติ แสดงค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรม
การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก	ข้อ	ค่าอำนาจจำแนก
1	.21	18	.23
2	.65	19	.62
3	.52	20	.39
4	.64	21	.26
5	.50	22	.20
6	.24	23	.52
7	.32	24	.35
8	.65	25	.51
9	.73	26	.78
10	.35	27	.73
11	.31	28	.24
12	.62	29	.28
13	.32	30	.44
14	.65	31	.75
15	.80	32	.54
16	.45	33	.59
17	.47	34	.26

ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว
ตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานเท่ากับ .92

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ – ชื่อสกุล	นายสัญญา ดันครองศิลป์
วัน เดือน ปีเกิด	28 สิงหาคม 2512
สถานที่เกิด	อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	267 ถนนมาลัยแมน ตำบลหนองปากโลง อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม 73000
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	นักวิชาการสาธารณสุข 5
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	สถานีอนามัยตำบลสามควายเผือก อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2533	ประกาศนียบัตรเจ้าพนักงานสาธารณสุข (พนักงานอนามัย) จากวิทยาลัยการสาธารณสุขภาคกลาง จังหวัดชลบุรี
พ.ศ. 2537	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
พ.ศ. 2539	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
พ.ศ. 2542	สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
พ.ศ. 2544	การศึกษามหาบัณฑิต (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

**พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม**

**บทคัดย่อ
ของ
สัญญา ตันครองศิลป์**

**เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา
เมษายน 2544**

การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม ตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว อาชีพ การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน และเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว จำนวน 400 คน เป็นชาย 118 คน และหญิง 282 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอนเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบทดสอบและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที (t - test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียวหรือทดสอบค่าเอฟ (One way analysis of variance or F - test) โดยโปรแกรมสำเร็จรูปเอส พี เอส เอส (SPSS : Statistical Package for the Social Science)

ผลการศึกษาพบว่า

1. พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม อยู่ในระดับดี

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐม ตามตัวแปร ดังนี้

2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐมที่มีเพศ ลักษณะครอบครัว อาชีพ และเจตคติเกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ไม่แตกต่างกัน

2.2 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ในจังหวัดนครปฐมที่มีอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย และความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐานต่างกัน มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวตามกิจกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

**SELF AND FAMILY HEALTH CARE BEHAVIOR ON PRIMARY HEALTH CARE
ELEMENTS OF FAMILY HEALTH VOLUNTEER
IN NAKORNPATTHOM PROVINCE**

**AN ABSTRACT
BY
SANYA TUNKRONGSIL**

**Presented in partial fulfillment of the requirements for the
Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
April 2001**

The objectives of this study were to study and compare self and family health care behavior on primary health care elements of family health volunteer in Nakornpathom province. The studied variables were sex, age, marital status, family characteristics, education levels, family income, occupation, receiving health education news, knowledge with primary health care elements and attitude with primary health care elements.

The samples in this study were 400 family health volunteers 118 males and 282 females by multistage random sampling. Test and questionnaires constructed by the researcher were used to collect the data. Percentage, arithmetic mean, standard deviation, t-test, one way analysis of variance or F-test were used analyze the data by Statistical Package of the Social Science (SPSS).

The result of this study were as follows :

1. Self and family health care behavior on primary health care elements of the family health volunteer had good levels.
2. The Statistical analysis showed that.

2.1 The family health volunteer in Nakornpathom province in spite of differences in sex, family characteristics, occupation and attitude with primary health care elements had no significant difference in self and family health care behavior on primary health care elements.

2.2 The family health volunteer in Nakornpathom province in spite of differences in age, marital status, education levels, family income, receiving health education news and knowledge with primary health care elements had significant difference in self and family health care behavior on primary health care elements at .05 level.