



วารสาร

สมาคมวิชาชีพสุขภาพ

Journal of The Health Education Professional Association

ISSN 2730-1915



ปีที่ 37 ฉบับที่ 1

Vol. 37 No. 1



มกราคม - มิถุนายน 2565

January - June 2022

วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ

Journal of The Health Education Professional Association

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

ISSN 2730-1915 (Online)

วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค อันเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้สนใจทั่วไป รวมทั้งเป็นสื่อสร้างเสริม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

เจ้าของ สมาคมวิชาชีพสุขภาพ <http://hepa.or.th>

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

โทรศัพท์ 02-3548553 อีเมล hepathai@gmail.com

กำหนดเผยแพร่ ปีละ 2 ฉบับ เดือนมกราคม-มิถุนายน และเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม รูปแบบออนไลน์

คณะที่ปรึกษา

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์
ศ.พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
รศ.ดร.นพ.พิทยา จารุพูนผล
รศ.สุพัฒน์ อธิเวชเจริญชัย
ผู้อำนวยการกองสุขภาพ

บรรณาธิการ

รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วคำเกิง

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางนลินี มกรเสน
นายสรศักดิ์ วัฒนคำสวัสดิ์
นางจารุณี ชัยชาญชีพ

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.สุรีย์ จันทร์โมลี
รศ.ดร.อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม
ศ.ดร.เอ็มอัชมา วัฒนบูรานนท์
รศ.ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล
รศ.ดร.สุปรียา ต้นสกุล
รศ.ดร.พาดิณี สีตกะลิน

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย
รศ.ดร.พรรณิ ปัญชรหัสดีกิจ
ศ.ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
รศ.ดร.มลินี สมภพเจริญ
ผศ.ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์
ผศ.ดร.ดุชนิ ศุภวรรธนะกุล
ผศ.ดร.ดวงเนตร ธรรมกุล
นางสาวสมบุรณ์ ขอสกุล
ดร.กันยารัตน์ กุญสุวรรณ
นายยุทธพงษ์ ขวัญชื่น
นายปรีชา สุสันทัด
นายชัยสิทธิ์ ลูกรักษ์
นางเพ็ญศรี เกิดนาค
นางจริยากร ดิษจินดา
นางวิลาวัลย์ ตั้งสัตยาธิษฐาน
นางพรทิพย์ เรืองมี
นางธิดารัตน์ บุญทรง
นางพรทิพย์ เอกสุวีรวงษ์
นางอวาทิพย์ แว

กรรมการบริหารสมาคม ชุดที่ 16

วาระ 28 กันยายน 2562 ถึง 27 กันยายน 2566

ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์	นายกสมาคม
รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย	อุปนายกสมาคม
รศ.ดร.เฉลิมพล ต้นสกุล	เลขาธิการ
นายปรีชา สุสันทัด	รองเลขาธิการ
รศ.ดร.สุปรียา ต้นสกุล	วิชาการ
รศ.ดร.พาณี สีตกะลิน	วิเทศสัมพันธ์
รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง	แผนงานโครงการ
นางเพ็ญศรี เกิดนาค	ปฎิคม
นายสรรงค์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์	สื่อสารองค์กร
ผู้อำนวยการกองสุขศึกษาหรือผู้แทน	ประชาสัมพันธ์
นางนลินี มกรเสน	นายทะเบียน
นางจริยากร ดิษจินดา	สวัสดิการ
นายชัยสิทธิ์ ลูกรักษ์	ส่งเสริมรายได้
นางนภาพร ม่วงสกุล	เหรียญก
นางจารุณี ชัยชาญชีพ	บรรณาธิการ
รศ.สุพัฒน์ ธีรเวชเจริญชัย	กรรมการกลาง
รศ.ดร.สุรีย์ จันทร์โมลี	กรรมการกลาง
ผศ.ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์	กรรมการกลาง
นางสาวสมบุญ ขอสกุล	กรรมการกลาง

บทบรรณาธิการ



วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษาฉบับนี้ มีบทความวิชาการ บทความวิจัย ผลงานเด่นที่น่าสนใจ และได้เปิดคอลัมน์ใหม่ชื่อว่า “เรื่องเล่าชาวสุขศึกษา” น่าสนใจและติดตาม โดยสมาชิกสามารถดาวน์โหลดต้นฉบับเพื่อใช้ประโยชน์และจัดทำลิงค์เผยแพร่ ได้ที่ <http://hepa.or.th/journal.php>

น่ายินดีที่มีการใช้ประโยชน์จากบทความในวารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษาในหลากหลายลักษณะ ได้แก่ การนำไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในชีวิตประจำวัน การทำงาน การศึกษาและอ้างอิงในงานวิจัย การใช้เป็นบทความอ่านเพื่อการเรียนรู้และอภิปรายของนิสิตนักศึกษา ฯลฯ ซึ่งตัวอย่างของการสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้ เช่น

“เนื้อหาของวารสารมีความน่าสนใจ ทำความเข้าใจได้ง่าย และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง อีกทั้งยังสามารถนำองค์ความรู้ใหม่ๆ ที่ได้มาพัฒนาต่อยอดจากความรู้เดิม.. ซึ่งเหมาะกับสถานการณ์ปัจจุบันค่ะ”

“เป็นบทความที่น่ารักมากค่ะ ได้ทั้งความรู้ ข้อคิดและรอยยิ้ม แง่คิดที่ได้จากบทความคือ ทักษะในการสื่อสารหรือภาษาที่ใช้เป็นส่วนสำคัญต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การที่เราจะให้ความรู้แก่ใครให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่เราตั้งใจไว้นั้น เราจะต้องดูว่ากลุ่มเป้าหมายของเราคือใคร ความสามารถของผู้รับเป็นอย่างไร เราจะมีวิธีในการสื่อสารให้เขาเข้าใจและรับข่าวสารอย่างถูกต้อง..”

“ได้สัมผัสถึงความสุขระหว่างการทำงานของผู้เขียน แม้ว่าจะทำงานอยู่ในพื้นที่ห่างไกลและมีความหลากหลายของประชากร ..การที่ประชาชนเจอเราเค้าจะได้มีสุขภาวะที่ดี.. เราต้องดูแลเขาให้ดีสมกับวิชาชีพและความเป็นมนุษย์ด้วยกัน”

“การที่เราได้เรียนรู้และมีความรู้เป็นนักสาธารณสุข ทำให้ตระหนักว่าวิชาที่เราเรียน สามารถช่วยและเป็นประโยชน์โดยเฉพาะต่อคนในพื้นที่ห่างไกลที่เดือดร้อนและต้องการความช่วยเหลือในเรื่องสุขภาพอีกมาก”

“บทความนี้เป็นแรงขับเคลื่อนให้เราที่กำลังเรียนสาธารณสุขได้มีกำลังใจที่จะเรียนให้จบเพื่อไปช่วยเหลือผู้คน” “เกิดความภาคภูมิใจในอาชีพนักวิชาการสาธารณสุข ..เพราะไม่ว่าจะมีปัญหาด้านการเดินทางปัญหาด้านการสื่อสาร ก็ได้เป็นอุปสรรคในการทำงาน” เป็นต้น

ขอขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิทั้งภายในกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกที่ได้ให้ความเอื้อเฟื้อในการพิจารณาบทความอย่างดียิ่ง และขอเชิญชวนผู้อ่านทุกท่านส่งบทความมาเล่าสู่กันฟังบ้าง



(รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง)

บรรณาธิการ



สาร จาก นายกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

เรียน สมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษาและท่านผู้อ่านวารสารทุกท่าน

วารสารของสมาคมวิชาชีพสุขศึกษาฉบับนี้ ออกมาในท่ามกลางความสับสนของข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด 19 หลายประการ เช่นประชาชนควรจะใส่หน้ากากอนามัยต่อไปหรือไม่ แม้ว่าตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 จะได้มีการผ่อนคลายการใส่ด้วยความสมัครใจ ให้ใส่ในเงื่อนไขต่างๆ ซึ่งก็ไม่ได้บังคับที่จะต้องใส่ในทุกสถานที่ ทุกโอกาส ข้อมูลที่สับสนในเรื่องของการฉีดวัคซีนเข็มที่ 3, 4, 5 จะยังคงให้ประชาชนฉีดต่อไปหรือไม่ กลุ่มใด ควรฉีด กลุ่มใดไม่ควรฉีด ผู้เชี่ยวชาญทางด้านวัคซีนบางท่านก็สนับสนุนให้ทำการฉีดภายใต้เงื่อนไขต่างๆ แต่อีกฝ่ายหนึ่งไม่สนับสนุนให้มีการฉีดวัคซีนเข็มต่อไป รวมทั้งบางท่านยังระบุว่าไม่จำเป็นจะต้องฉีดแม้แต่เข็มแรก

สมาคมวิชาชีพสุขศึกษาและติดตามข่าวทางวิชาการมาเรื่อยๆ ก็ยังไม่สามารถที่จะสรุปได้ว่าควรจะเป็นอย่างไร ก็ต้องยอมรับว่าโรคโควิดเป็นโรคระบาดใหม่ที่อุบัติขึ้นภายในสามปีที่ผ่านมา วัคซีนเพิ่งเริ่มใช้ได้สองปี ดังนั้นผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวยังไม่สามารถสรุปได้ คงต้องอาศัยองค์ความรู้จากการวิจัยของผู้เชี่ยวชาญต่อไป จึงฝากให้ผู้อ่านทุกท่านได้ให้ความสนใจเกี่ยวกับความก้าวหน้าทางด้านวิชาการเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ต่อไป

วารสารเล่มนี้ มีทั้งบทความเกี่ยวกับผู้สูงอายุ การเสนองานวิจัยในระดับหมู่บ้านจากจังหวัดต่างๆ ที่น่าสนใจ มีบทความจากประสบการณ์ชีวิตนำมาฝากท่านผู้อ่าน สำหรับท่านผู้ที่ชอบการท่องเที่ยวแต่ยังไม่สามารถออกไปเที่ยวได้ในขณะนี้ วารสารฯ ก็มีเรื่องท่องเที่ยวที่น่าสนใจนำมาฝากให้ท่านเป็นข้อมูล ซึ่งอาจเป็นแนวทางท่องเที่ยวครั้งต่อไปของท่านได้ นอกจากนั้นที่สำคัญในเล่มจะมีข้อมูลเกี่ยวกับการขอรับทุนสนับสนุนจากลักษณะการทำการวิจัย และการนำผลงานไปเสนอในการประชุมระดับชาติและนานาชาติด้วย จากสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา ท่านใดที่สนใจสามารถยื่นความจำนงสมัครตามข้อมูลที่ระบุไว้ท้ายเล่ม

ท้ายสุดนี้ หวังว่าจะได้รับผลงานเผยแพร่จากสมาชิกและท่านผู้อ่านในฉบับต่อไป ด้วยดี

ด้วยความปรารถนาดี

(ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์)

นายกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

สารบัญ

	หน้า
บทบรรณาธิการ	3
สารจากนายกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา	5
ทฤษฎีที่ใช้ในการออกแบบเพื่อความคงอยู่ของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง	6
ผู้สูงวัยอยู่อย่างสุขใจกับลูกหลาน	11
ช่วงวัยชีวิตและจิตที่พัฒนา	17
ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร	22
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน จังหวัดชลบุรี	37
การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พขอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก	52
การจัดบริการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) ด้วยการประยุกต์หลักการความรอบรู้ด้านสุขภาพของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์	58
ย้อนรอย “คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลฝาง”	66
เรื่องเล่าชาวสุขศึกษา	69
1 เรื่องราว 1 ประสบการณ์แห่งชีวิต	70
สรรหามาฝาก: ประเทศที่น่าใช้ชีวิต หนังสือที่น่าอ่าน สภาวะสังคมไทย	75
สะพานกล้องทองทั่วไทย สุขใจได้ทองเที่ยว	80
แวดวงสุขศึกษา	87
ข่าวประชาสัมพันธ์ : การขอรับทุนสนับสนุนจากสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา	113
กำหนดการทอดผ้าป่ามูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์	
ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา	117
คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับสำหรับการส่งเผยแพร่	118

ทฤษฎีที่ใช้ในการออกแบบเพื่อความคงอยู่ของพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง (Apply of Behavior Change Maintenance Theory)

ประภาเพ็ญ สุวรรณ*, กัญยรัตน์ กุญสุวรรณ**

*รองศาสตราจารย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บทนำ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างหนึ่งในการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข แต่กิจกรรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavior Change Intervention) โดยทั่วไปทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้เพียงชั่วคราวระยะเวลานั้น (Temporary behavior change) แต่เป้าหมายที่แท้จริงของการแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง (NCDs) คือทำอย่างไรพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จะเกิดขึ้นได้จริงและมีความคงอยู่อย่างถาวร จากการศึกษาของก๊อกและคณะ (Kok, 2015) สรุปว่ามีปัจจัยสำคัญ 3 ประการที่เกี่ยวข้องกับออกแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความคงอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) จะต้องรู้ว่าตัวกำหนดพฤติกรรม (Determinants) มีอะไรบ้าง เพื่อจะทำให้สามารถคาดการณ์ถึงผลลัพธ์ได้ (Predict) 2) กิจกรรมสุขภาพที่ออกแบบจะต้องมีความสามารถในการเปลี่ยนแปลงตัวกำหนดพฤติกรรม (Determinants) ได้ และ 3) สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง วัดประเมินผลลัพธ์ได้ และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายตามบริบททางวัฒนธรรม นอกจากนี้ นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิดและทฤษฎีทางด้านพฤติกรรมศาสตร์ ได้แก่ จิตวิทยาสุขภาพ (Health psychology) สังคมวิทยา นิเวศวิทยาและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในการอธิบายความหมาย พฤติกรรมสุขภาพ ตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ และกระบวนการเปลี่ยนแปลงตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ (Determinants change) ได้ ตลอดจนการพัฒนากลยุทธ์หรือวิธีการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวรต่อไป

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง สิ่งที่บุคคลแสดงออกหรือมีปฏิกิริยาโต้ตอบเหตุการณ์ภายในและภายนอก สิ่งที่แสดงออก (Over action) อาจจะถูกมองว่าเป็นรูปของกิริยาท่าทางหรืออาจจะเน้นทางวาจา พฤติกรรมนี้สามารถวัดได้โดยตรง พฤติกรรมเป็นสิ่งที่แสดงออกทางกายและควบคุมโดยสมอง

ส่วนความคงอยู่ของการพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง (Behavior change maintenance) หมายถึง การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องของพฤติกรรมที่ได้เปลี่ยนแปลงจากเดิมหรือเปลี่ยนแปลงอย่างแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดจากเดิม ผู้เชี่ยวชาญ/ผู้วิจัยบางท่านได้เสนอแนะ ระยะเวลาของการปฏิบัติพฤติกรรมใหม่หรือระยะเวลาของการคงอยู่ไว้บ้างจากงานวิจัยหลายชิ้นที่ผ่านมา (Prochaska & Di Cemente, 1983; Prochaska, Di Clemente, & Norcross, 1992) ทั้งนี้ ระยะเวลาขึ้นอยู่กับชนิดของพฤติกรรม บริบท และปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติตนเอง

ผลงานวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ของ Kwasnicha, Dombrowski, White และ Snichotta ในปี ค.ศ.2016 เป็นการทบทวนวรรณกรรม หลักการ/แนวคิด ที่เกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ (Behavior change maintenance) จากฐานข้อมูล Ovid MEDLINE, Embase, PsycINFO หลังจากนั้นจึงได้ทำการวิเคราะห์ สังเคราะห์ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องทั้งหมด จำนวน 80 ทฤษฎี และขอคำปรึกษาแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญที่มีชื่อเสียงระดับนานาชาติทางด้านทฤษฎีเหล่านี้ จำนวน 25 ท่าน เพื่อทำการคัดเลือกทฤษฎี โดยมีหลักเกณฑ์ว่าทฤษฎีเหล่านั้นเกี่ยวข้องกับการคงอยู่ของพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป หลังจากนั้นทฤษฎีที่ทบทวนได้ถูกจัดแบ่งเป็นหมวดหรือประเด็นเชิงทฤษฎี (Theoretical themes) ทฤษฎี ผู้เชี่ยวชาญจัดอันดับความเหมาะสมในการนำไปใช้เกี่ยวกับความคงอยู่ของการพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง จากมากที่สุดไปน้อยที่สุด ดังนี้ 1) Transtheoretical model of change (n=11) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่นำเสนอโดย Prachaska & Di Cemente (1983), Prachaska et al. (1992) 2) Health Action Process Approach (HAPA) n=10 ที่พัฒนาโดย Schwarzer (1992, 2008) 3) ทฤษฎี Social Cognitive Theory (n=10) พัฒนา โดย Bandura (1986) 4) Marlatt's relapse prevention theory (n=9) พัฒนาโดย Marlatt & George (1984), Witkiewitz & Marlatt (2004) 5) Rothman's theory of maintenance (n=8) พัฒนา โดย Rothman, Baldwin, & Hertel (2004), Rothman, Sheran & Wood (2009) 6) Self-determination theory (n=7) พัฒนาโดย Ryan & Deci (2000) และ 7) Habit theories (n=6) พัฒนาโดย Verplanken & Aarts (1999), Verplanken & Orbel (2003), Gardner (2015)

และจากการวิเคราะห์หมวดหรือ ประเด็นเชิงทฤษฎี (Theoretical themes) ของกลุ่มทฤษฎีการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ (Behavior change maintenance) ผู้เชี่ยวชาญได้จำแนกเป็นหัวข้อย่อยประเด็นเชิงพฤติกรรม 5 ประเด็น ดังนี้

1. แรงจูงใจ/สิ่งจูงใจ (Maintenance motives) บุคคลจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมหนึ่ง ถ้ามีแรงจูงใจ หรือมีสิ่งจูงใจอย่างน้อย 1 อย่างเช่น เมื่อบุคคลพึงพอใจจากผลสืบเนื่องของพฤติกรรมที่ปฏิบัติ บุคคลจะเกิดความพึงพอใจที่ได้ปฏิบัติสิ่งนั้น หากพฤติกรรมนั้นสอดคล้องกับบุคลิกลักษณะของตน ความเชื่อ และค่านิยม ตัวอย่างทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจ/สิ่งจูงใจนี้ ได้แก่ Model of behavior maintenance (โมเดลของการให้พฤติกรรมคงอยู่) (Rothman, 2000) ซึ่งได้เปลี่ยนเป็น 2x2 behavior change matrix เมตริกซ์การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม; Regulatory fit theory (ทฤษฎีการสร้างการควบคุมบังคับ/กำกับ) (Rothman et al., 2009) และ Self-determination theory (Deci & Ryan, 1985) เป็นต้น

2. การกำกับตนเอง (Self-regulation) บุคคลจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ถ้าสามารถควบคุม กำกับ พฤติกรรมใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพที่จะแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ ของบุคคลนั้น ตัวอย่างทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการกำกับตนเอง ได้แก่ Self-regulation theory (Kanfer & Ryan, 1991) ทฤษฎีการป้องกันการเกิดซ้ำ (Relapse prevention theory) (Marlatt & George, 1984) Dual process model of self-control (Hofmann et al., 2008) เป็นต้น

3. ทรัพยากร/สิ่งสนับสนุน (Resources) บุคคลมีแนวโน้มที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมของตน ถ้าได้รับสิ่งสนับสนุนด้านจิตใจ และด้านกายภาพที่พร้อมสรรพ ตัวอย่างทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการได้รับ

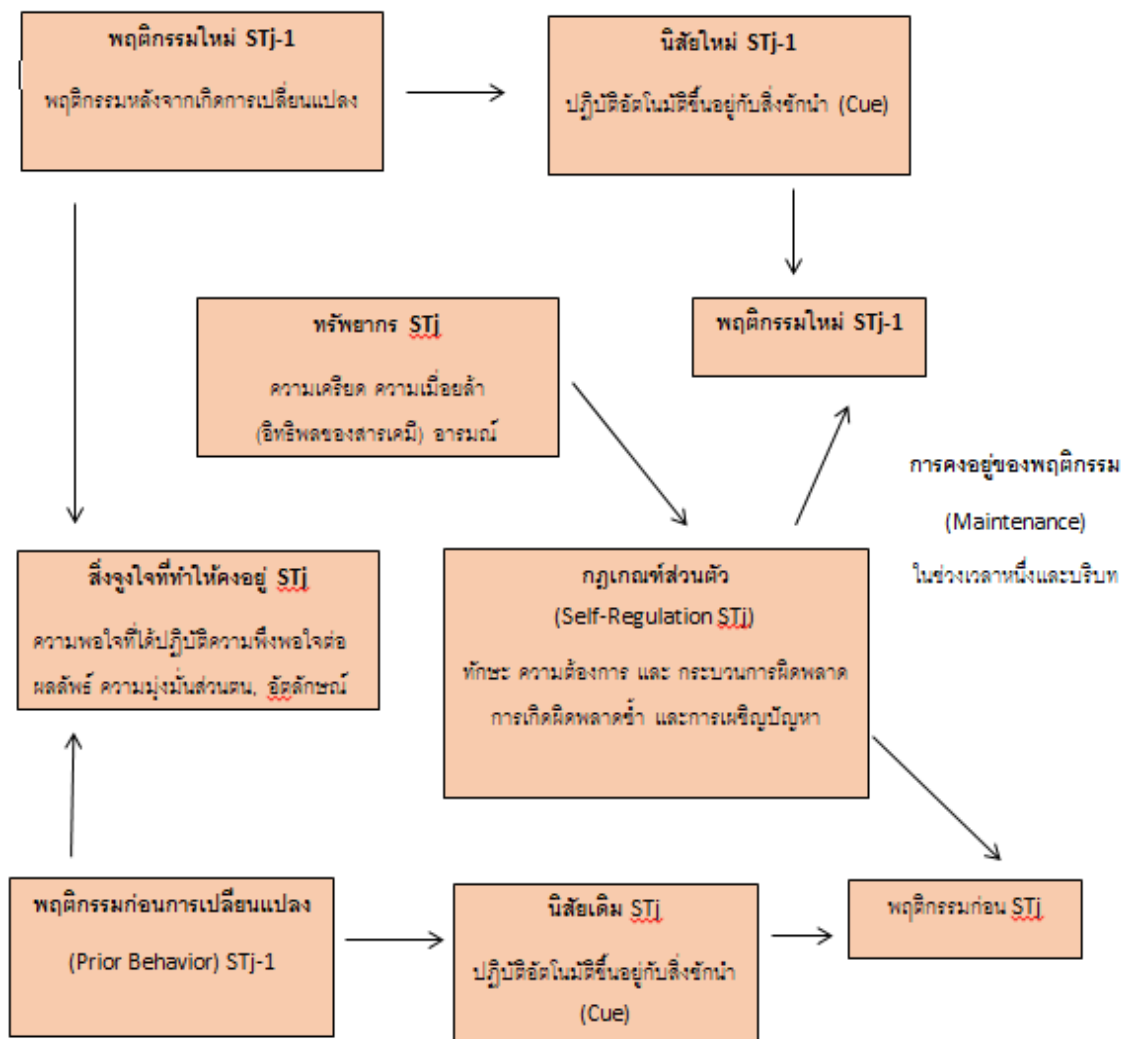
ทรัพยากร/สิ่งสนับสนุน ได้แก่ Reflective and impulsive model (Strack & Deutsh, 2004) Self-Control Theory (Baumeister, 2002; Muraven & Baumeister, 2002) Goal conflict model (Stroebe, Mensink, Aarts, Schut, & Kruglanski, 2008)

4. นิสัย (Habits) บุคคลจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมและปฏิบัติจนกลายเป็นนิสัย และสามารถจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นโดยอัตโนมัติ ตัวอย่างทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับนิสัย ได้แก่ Health-related model of behavior change (Hunt & Martin, 1988) Habit theory (Verplanken & Aarts, 1999; Verplanken & Orbel, 2003; Verplanken et al., 2008) Process-model of lifestyle behavior change (Greave, Reddy & Sheppard, 2010)

5. อิทธิพลสิ่งแวดล้อมและสังคม (Environmental and social influences) สิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรม และการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญของการคงอยู่ของพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม (social change) ตัวอย่างทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพล สิ่งแวดล้อมและสังคม ได้แก่ Social cognitive/learning theory (Bandura, 1986) Social change theory (Thomson & Kine, 1996) Normalization process theory (May & Finch, 2009)

ประเด็นเชิงพฤติกรรมทั้ง 5 ประเด็น จะสะท้อนให้เห็นแนวคิด/ทฤษฎีที่สามารถอธิบายได้ว่า บุคคลจะสามารถคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (หรือที่ได้ถูกเปลี่ยนแปลงมา) ได้อย่างไร และจะแตกต่างกันตามสภาพสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ และประเด็นทั้ง 5 ประเด็นดังกล่าวต่างก็มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ดังภาพที่ 1 พฤติกรรมที่เกิดใหม่ และพฤติกรรมเดิมจะเกิดการแข่งขันกันขึ้นโดยปัจจัย/ประเด็นต่างๆ ทั้ง 5 ประเด็นดังกล่าวมาแล้ว ซึ่งประกอบด้วย สถานการณ์ด้านจิตวิทยา (Psychological situation) ของบุคคล และสิ่งแวดล้อม เช่น การมีข้อเลือกที่บุคคลสามารถจะเลือกได้ รางวัลที่ได้รับ (Incentive) สิ่งชักนำ (Cue) ค่าใช้จ่ายที่อาจจะมี เป็นต้น ซึ่งเกิดขึ้นร่วมกัน ณ เวลาหนึ่ง

ก่อนที่พฤติกรรมจะเปลี่ยนไป พฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาก่อน (Prior behaviors) เป็นตัวกำหนด (Determinants) ทางด้านพฤติกรรมที่นักปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะต้องนำมาใช้ในการวิเคราะห์ ยกตัวอย่าง เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ อาจจะเป็นการปฏิบัติที่บุคคล เคยปฏิบัติมาก่อนและเป็นสิ่งที่ครอบงำมาเป็นเวลานานในบริบทที่แตกต่างกัน หลังจากพฤติกรรมได้เปลี่ยนไปพฤติกรรมใหม่ก็จะถูกยอมรับและใช้เป็นหลักในการปฏิบัติในบริบทที่แตกต่างกันด้วย บางสถานที่พฤติกรรมใหม่จะอยู่ได้นาน บางสถานที่อาจจะอยู่ในระยะเวลาสั้น และมีโอกาสที่พฤติกรรมก่อนหน้านี้จะกลับมาเกิดขึ้นซ้ำอีก เรียกว่าการมีพฤติกรรมกลับซ้ำ (Relapse behavior) พฤติกรรมใหม่อาจจะอยู่ได้นาน หากมีบริบทสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ดังนั้น จึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นที่จะต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ ที่จะมีผลต่อพฤติกรรม และความเป็นไปได้ที่จะเกิดพฤติกรรมนั้นต่อเนื่องต่อไป ปัจจุบันยังไม่มีหลักการหรือองค์ความรู้ที่ชัดเจนที่จะทำให้บุคคล ดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ที่ได้ถูกเปลี่ยนแปลงไป หรือการป้องกันการกลับซ้ำหรือสร้างพฤติกรรมใหม่ขึ้นมาภายหลังการกลับซ้ำไปปฏิบัติสิ่งเดิม



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์เชิงทฤษฎี (Hypothesized relationship) ระหว่างประเด็นต่างๆ ที่มีผลต่อการคงอยู่ของพฤติกรรมใหม่ ตามแนวคิดของทฤษฎีการคงอยู่ของพฤติกรรม (Behavior or change maintenance theories) (Kwasnicha, D, et al., 2016)

บทสรุป

ประโยชน์ในนำความรู้จากการวิเคราะห์ได้จากทฤษฎีต่างๆ ในการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลที่ได้เปลี่ยนแปลงไป มีดังนี้

1) ช่วยให้ปัจเจกบุคคลมีแรงจูงใจต่อการทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นคงอยู่ โดยเห็นผลลัพธ์ทางบวกของพฤติกรรมใหม่นั้น ให้ทางเลือกใหม่ที่นำความพอใจมาให้ผู้ปฏิบัติ ให้เกิดแรงบันดาลใจที่จะปรับปรุงตนเองให้สอดคล้องกับหลักการทางด้านการดำเนินวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ (Healthy lifestyle principles)

2) ส่งเสริมให้ปัจเจกบุคคลเกิดพฤติกรรมที่เน้นการควบคุมกำกับตนเอง (Self-regulation) สามารถควบคุม ติดตามพฤติกรรมตนเอง ช่วยให้บุคคลพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพ เพื่อให้สามารถแก้ปัญหาหรือผ่านอุปสรรคต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และป้องกันนิสัยดั้งเดิมกลับมาซ้ำอีก (relapse)

3) ปรับสิ่งแวดล้อมและให้มีทางเลือกด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม ซึ่งเป็นการส่งเสริมนิสัยให้เกิดขึ้น และคงอยู่

4) สนับสนุนทรัพยากร (resources) ที่จำเป็นเพื่อให้พฤติกรรมใหม่คงอยู่ จัดหาทรัพยากรด้านจิตใจ เช่น ฝึกอบรมด้านการควบคุมกำกับตนเอง (Self-regulations) การเจริญสติ และการปล่อยวาง (Mindfulness and relaxation) จัดหาทรัพยากรทางด้านกายภาพ เช่น สถานที่ อุปกรณ์ออกกำลังกาย อุปกรณ์การแพทย์ อื่นๆ

5) ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในระดับบุคคล สังคม และชุมชน จัดให้มีสิ่งสนับสนุนทางสังคม (social support) และการเปลี่ยนแปลงสังคม (social change) ให้สอดคล้องกับพฤติกรรมใหม่ที่เกิดขึ้น เพื่อให้พฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ คงอยู่

บรรณานุกรม

- Kok, G. et al. (2015). A Taxonomy of Behaviour Change Methods: An Intervention Mapping Approach. *Health Psychology Review*. doi. 10.1080/14437199.1077155.
Retrieved June 21, 2021 Available from <http://effectivebehaviourchange.com>
- Kwasnicha, D, Dombrowski, SU, White, M, & Snichotta F. (2016). Theoretical explanation for maintenance of behavioral change: A systematic review of behaviour theories. *Health Psychology Review*. 10.3, 277-296, DOI:10.1080/17437199.2016.1151372.
- Prochaska, JO & Di Clemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology & Health*, 51(3), 390-395
- Prochaska, JO, Di Clemente, CC & Norcross, JC. (1992) In search of how people change: Application to addictive behavior. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

ผู้สูงวัยอย่างสุขใจกับลูกหลาน

นันทน์ภัท ประสานทอง

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กรมสุขภาพจิต

เกริ่นนำ

ศตวรรษที่ 21 ประชากรทั่วโลกมีอายุยืนยาวมากขึ้นด้วยความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ การปรับพฤติกรรมสุขภาพ การมีความรู้ในการดูแลสุขภาพมากขึ้นภายในปี ค.ศ.2030 จำนวน 1 ใน 6 ของประชากรทั่วโลกคือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีหรือมากกว่า และประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนจาก 1 พันล้านคน ในปี ค.ศ.2020 เป็นจำนวน 1.4 พันล้านคนในปี ค.ศ.2050 และจำนวนประชากรที่มีอายุ 80 ปีและมากกว่าจะเพิ่มถึงจำนวน 426 พันล้านคน ในปี ค.ศ.2050 (WHO, 2021) ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 โดยอัตราการเติบโตเป็นอันดับ 3 ในทวีปเอเชีย รองมาจากประเทศเกาหลีใต้ ในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ โดยจะมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และปี พ.ศ.2574 ไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564)

สภาพสังคมปัจจุบันที่ทันสมัยและเปลี่ยนแปลงไป (modernization perspective) เป็นปัจจัยทำให้บทบาทของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป ผู้สูงวัยอาจก้าวตามไม่ทันความเปลี่ยนแปลงที่มีความรวดเร็ว กระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างรุ่น (intergenerational relationship) การทำความเข้าใจในความเปลี่ยนแปลงของสังคม เทคโนโลยี การสื่อสารระหว่างวัย การเชื่อมโยงบุคคลแต่ละวัยแต่ละยุค (intergeneration linkage) บางมุมมองต้องทำความเข้าใจระหว่างกันให้ถูกต้อง การมีทัศนคติ มุมมองต่อการสูงวัยในเชิงบวก มีผลต่อสังคมโดยรวม การมีมุมมองใหม่ต่อการสูงวัยจะช่วยให้ผู้สูงวัยและผู้จะก้าวเข้าสู่การสูงวัย สามารถใช้ชีวิตอย่างมีความสุขและความพึงพอใจ ไม่เพียงการอยู่ร่วมกับครอบครัวเยาวชน ลูกหลานอย่างมีความสุขเท่านั้น แต่การอยู่ร่วมกับคนในสังคมอย่างมีความสุขด้วยเช่นกัน จึงนับเป็นความท้าทายของผู้สูงวัยในศตวรรษที่ 21 เพื่อความเข้าใจในการพัฒนาผู้สูงวัยเชิงบวก มีแนวคิดทฤษฎีที่น่าสนใจ เพื่อให้ผู้อ่านเกิดความรู้ ความเข้าใจและเป็นทางเลือกในการเป็นผู้สูงวัยที่อยู่ร่วมกับลูกหลานอย่างมีความสุข

บทความนี้จะนำเสนอเกี่ยวกับแนวคิด นิยามความหมาย แนวคิดสูงวัยเชิงบวก ผู้สูงวัยที่ประสบความสำเร็จ (successful aging) แนวคิดทฤษฎีกิจกรรม (activity theory) ความสัมพันธ์ระหว่างรุ่น (intergenerational relationship) ประโยชน์และแนวทางในการอยู่ร่วมกับลูกหลานอย่างมีความสุข เพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวันต่อไป

แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงวัยเชิงบวก (Concept of Positive Aging)

แนวคิดสูงวัยเชิงบวกเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงวัยและผู้ที่จะย่างเข้าสู่การสูงวัย เป็นแนวคิดที่ปรับเปลี่ยน mindset ของผู้สูงอายุและผู้ที่จะก้าวสู่วัยนี้ ให้คงไว้ซึ่งมุมมองที่ดีในชีวิต ความองงามทางจิตใจด้านบวกตลอดชั่ววัย เช่นเดียวกับช่วงชีวิตที่ผ่านมา การมีมุมมองด้านบวกในระหว่างช่วงที่มีความเปลี่ยนแปลง ความสูญเสียช่วยให้ผู้สูงอายุได้ผ่านประสบการณ์ได้ง่ายขึ้น และมีความพึงพอใจในชีวิตได้มากขึ้น มีการให้นิยาม ความหมายของแนวคิดผู้สูงวัยเชิงบวกไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก ได้ให้นิยามว่า “กระบวนการในการพัฒนาให้คงซึ่งความสามารถ ศักยภาพที่คงอยู่ของสุขภาพและสภาวะ ในผู้สูงอายุ” (WHO, 2020)

The Australian Psychological Society: APS (2019) นิยามว่า “กระบวนการในการคงไว้ซึ่งทัศนคติด้านบวก ความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ยังคงรักษาความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย และมีชีวิตที่มีความสุขและพึงพอใจเมื่อมีอายุมากขึ้น”

Ministry of Social Development ประเทศนิวซีแลนด์ ให้นิยามว่า “ผู้สูงวัยเชิงบวกสะท้อนถึงทัศนคติและประสบการณ์ที่ผู้สูงอายุมีเกี่ยวกับตนเอง และต่อคนรุ่นหลังอย่างผ่านกระบวนการสูงวัย ซึ่งรวมทั้งสุขภาพ ความมั่นคงทางการเงิน การพึ่งพาตนเองได้ การมีความสุขและความพึงพอใจในตน การอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มั่นคงปลอดภัย (Ministry of Social Development, 2001)

แนวคิดนี้เน้นที่ทัศนคติ มุมมองของสังคมต่อการสูงวัย เป็นทัศนคติที่ดีต่อการมีชีวิตสูงวัย มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อมุมมองของคนในสังคม มีงานวิจัยจำนวนมากที่แสดงให้เห็นว่า “ทัศนคติ คือทุกสิ่งทุกอย่าง” (attitude is everything) ไม่ว่าจะอายุเท่าใด ถ้ามีทัศนคติในด้านลบ ย่อมส่งผลร้ายต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นทัศนคติสูงวัยเชิงบวกจึงมีความสำคัญต่อผู้สูงวัย ต่อสังคม ควรได้รับการส่งเสริมให้คนในสังคม ผู้สูงวัยและผู้ที่จะก้าวเข้าสู่วัยนี้ มีทัศนคติเชิงบวกต่อการสูงวัย มีความรู้สึกที่ดีต่อการสูงวัยของตน รักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่แข็งแรง สุขภาพและความพึงพอใจในชีวิต การค้นหาวิถีทาง แนวทางที่ดีในการใช้ชีวิต เป็นผู้สูงวัยที่สง่างาม มีทัศนคติที่ดีต่อเยาวชน ลูกหลานและ อยู่ร่วมกับเยาวชน ลูกหลานอย่างมีความสุข

แนวคิดผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จ (successful aging)

ผู้สูงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิต (successful ageing) และเป็นผู้ที่ยังสามารถทำคุณประโยชน์แก่สังคมได้ (productive ageing) โดยมีคุณลักษณะดังนี้ 1) มีสุขภาพที่ดี ทั้งกาย จิต ปัญญา สังคม จิตวิญญาณ คือ ดูแลตนเองได้ มีสุขภาพทางกายและจิตที่ดี และพึงพอใจในชีวิต 2) มีส่วนร่วมในสังคม คือ มีการพัฒนาความสามารถทางสังคม สามารถควบคุมตนเอง ทำสิ่งที่ปรารถนาตามศักยภาพของตน และมีอิสระในการดำเนินชีวิต 3) มีหลักประกันที่มั่นคง คือ พึ่งตนเองได้ มีการพัฒนาความสามารถทางเศรษฐกิจและทำประโยชน์ให้ผู้อื่นและสังคม

แนวคิดทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory)

Robert Havighurst (1960) อธิบายถึงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งเน้นความสัมพันธ์ในทางบวกระหว่างการปฏิบัติ กิจกรรมกับความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น สถานภาพ และบทบาททางสังคมจะลดลง แต่บุคคลยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนบุคคลในวัยกลางคน ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดี เช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจได้ นั่นคือกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติต่อเพื่อนฝูง ต่อสังคม หรือชุมชน ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้สูงอายุปฏิบัติจะทำให้รู้สึกว่า ตนเองยังมีคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อสังคม สำหรับผู้สูงวัยที่ยังมีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนสังคม มีส่วนร่วมในสังคมชุมชนอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยจำนวนมาก

ที่ชี้ว่าส่งผลให้สุขภาพดีขึ้น และการมีกิจกรรมให้ผลเชิงบวกต่อสุขภาพจิต (Croezen et al., 2015) ต่อร่างกาย จิตใจและคุณภาพชีวิต (Murayama et al., 2014) สติปัญญา (Tomioaka et al., 2016) การตาย (Glass et al., 1999)

แนวคิดที่กล่าวมานั้น เป็นแนวคิดที่นำมาใช้กับการเป็นผู้สูงวัยที่มีความสุข และนำมาวางแผน นโยบาย ในการเตรียมพร้อมในการเข้าสู่สังคมสูงวัยของประเทศไทยในหลากหลายมิติ เพื่อให้ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีศักยภาพ ภูมิใจในตนเอง พึ่งพาตนเองได้ คงไว้ซึ่งสุขภาพและสุขภาพะไว้ให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ความสัมพันธ์ระหว่างรุ่น (Intergenerational Relationship)

การวิจัยของ Stasova และ Krisikova (2014) ได้ศึกษาสัมพันธ์ภาพระหว่างลูกหลานกับปู่ย่าตายาย และความสำคัญของผู้สูงอายุในบ้าน ประเทศสาธารณรัฐเช็ก (The Czech Republic) พบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ระหว่างรุ่นในเชิงบวก และลูกหลานมองว่าผู้สูงอายุมีคุณค่าต่อครอบครัว และมีอิทธิพลมากต่อบรรยากาศภายในครอบครัว และการอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกันหรือแยกกันอยู่ ไม่มีผลต่อสัมพันธ์ภาพระหว่างลูกหลานและผู้สูงอายุ เทคโนโลยีสื่อสารสมัยใหม่สามารถให้ลูกหลานและผู้สูงอายุได้ติดต่อสื่อสารกันได้อย่างดี แม้ว่าจะแยกบ้านกันอยู่ ลูกหลานชื่นชมปู่ย่าตายาย และส่วนใหญ่รู้สึกดีใจที่มีปู่ย่าตายายและรู้สึกขอบคุณที่ได้เรียนรู้หลายสิ่งหลายอย่างจากปู่ย่าตายาย

ประโยชน์ในการอยู่ร่วม ติดต่อกัน สร้างสัมพันธ์ภาพกับเยาวชน ลูกหลาน

Eric Erickson ได้อธิบาย social development ตลอดช่วงชีวิต ลำดับสุดท้ายของพัฒนาการทางอารมณ์ ซึ่งอยู่ในช่วงอายุ 60 ปี ขึ้นไป การพัฒนาความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับรุ่นที่อายุน้อยกว่า ช่วยให้ผู้สูงอายุ มีความรู้สึกมีความสุขและพึงพอใจ (sense of fulfilment) เพิ่มมากขึ้น ในความเป็นจริงการเชื่อมโยงระหว่างคนสองรุ่น มีประโยชน์ทั้งสองฝ่าย สิ่งที่ได้รับจากสัมพันธ์ภาพระหว่างกัน เช่น

1. คนทั้งสองรุ่นได้เรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ
2. การอยู่ร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทำให้ทั้งเด็กและผู้สูงอายุ ตระหนักรู้ถึงความต้องการวัตถุประสงค์ เป้าหมายในชีวิต (sense of purpose) ของตนได้ชัดเจน
3. ผู้สูงอายุยังช่วยให้เยาวชน ลูกหลานบรรเทาความกลัวในใจ ความกังวลใจ
4. ในการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ ทำให้เด็กมีความเข้าใจเข้าใจและยอมรับความสูงวัยของตนง่ายขึ้น
5. เด็ก ๆ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกชุ่มชื่นมีชีวิตชีวา และเติมพลังใจให้ผู้สูงอายุ
6. เด็ก ๆ ทำให้ลดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ
7. ลดความโดดเดี่ยว การแยกตัวของผู้ใหญ่
8. ผู้สูงอายุเป็นผู้เติมเต็ม ให้เด็กที่ไม่มีปู่ย่าตายายได้ ด้วยการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม
9. ผู้สูงอายุเป็นผู้รักษา เรื่องราวของครอบครัว วงศ์ตระกูล ให้ยังมีชีวิต
10. ช่วยกระตุ้นความจำ สติปัญญาให้ผู้สูงวัย มีสังคมที่กว้างขึ้น และคนรุ่นหลังแนะนำเทคโนโลยีให้กับผู้สูงอายุ

การศึกษาเกี่ยวกับความสุข ความเข้มแข็งของผู้สูงอายุกับความสัมพันธ์ในครอบครัวของ Layard (2007) พบว่าองค์ประกอบที่มีผลต่อความสุข 7 ประการ ได้แก่ ความสัมพันธ์ในครอบครัว สถานการณ์ทางการเงิน การงานสังคมและเพื่อนฝูง สุขภาพเสรีภาพ อิสรภาพส่วนบุคคล และค่านิยมส่วนบุคคล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ 1) ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่ร่วมกับลูกหลานมีความสัมพันธ์อันดีกับบุตรหลานในครอบครัวญาติพี่น้องในครอบครัวไม่ทะเลาะกันสมาชิกในครอบครัวใส่ใจในความเป็นอยู่ของผู้สูงวัย ซึ่งความแตกต่างกันของสถานการณ์ในครอบครัวมีผลต่อความสุขเป็นอย่างมาก สัมพันธภาพในครอบครัวยังสัมพันธ์กับระดับซึมเศร้าของผู้สูงอายุ สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุกับบุคคลในครอบครัวมีลักษณะทั้งทางบวกและทางลบ สัมพันธภาพทางบวก หมายถึง ความสัมพันธ์ที่ราบรื่น การยอมรับ และการตระหนักในคุณค่าของกันและกัน ระหว่างผู้สูงวัยกับบุคคลในครอบครัว ส่วน สัมพันธภาพทางลบ หมายถึง สัมพันธภาพที่เป็นไปอย่างลุ่ม ๆ ดอน ๆ ไม่มีความหมาย ไม่มี คุณค่าและไม่เห็นคุณค่า สัมพันธภาพที่ดีของคนต่างวัยใน ครอบครัวเดียวกันจึงเป็นสิ่งที่เยียวยาชีวิตของผู้สูงวัย (เกศินี จุฑาวิจิตร และคณะ, 2557) การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการกระทำของบุคคลในครอบครัวในลักษณะที่เกี่ยวข้องกับความรัก ความห่วงใย การมีปฏิสัมพันธ์ การเคารพและการให้ความสำคัญ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และการพักผ่อนร่วมกันในครอบครัว มีความสำคัญและมีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ การเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ขาดการให้กำลังใจ การแสดงความรัก การสนับสนุนจากครอบครัว อาจส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้

เช่นเดียวกัน ผู้สูงวัยก็เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการรักษาครอบครัว สืบสานวงศ์ตระกูลจากรุ่นสู่รุ่น เช่น เป็นผู้ถ่ายทอดความชาญฉลาด (wisdom) สู่ลูกหลาน ความสวยงามของสัมพันธภาพที่คนรุ่นก่อนส่งผ่านสู่คนรุ่นใหม่ เด็ก ๆ จะได้เรียนรู้ เติบโตประโยชน์จากความชาญฉลาด(wisdom) ของปู่ย่าตายาย เด็กได้เรียนรู้ที่จะอ่อนน้อม ยอมรับ เคารพผู้อื่น (sense of respect) เห็นอกเห็นใจผู้อื่น (compassion) เอาใจใส่ผู้ใหญ่ ฯลฯ เป็นแรงบันดาลใจ แหล่งของการเรียนรู้ แหล่งแรงบันดาลใจ เกื้อหนุนทางอารมณ์ แหล่งความรู้ ปลูกฝังทักษะพื้นฐานในการดำรงชีวิต การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ทักษะในการพบปะผู้คน มารยาทสังคม การสื่อสาร ให้คำแนะนำและ แรงบันดาลใจ ยังช่วยให้คนรุ่นหลังได้ค้นหาจุดมุ่งหมายในชีวิต จากการเห็นภาพชีวิตของปู่ย่าตายาย เป็นกระจกสะท้อนให้แก่คนรุ่นต่อมา

แนวทางการอยู่ร่วมกับลูกหลานอย่างมีความสุข

1. การมีทัศนคติด้านบวกกับเยาวชน ลูกหลาน ใส่ใจทุกด้าน ทั้งร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม การได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับคนต่างรุ่น
2. การใช้เวลาอยู่กับลูกหลาน การพูดคุยการติดต่อสื่อสาร ทั้งการพบหน้าและการสื่อสารด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ ทำกิจกรรมร่วมกันกับคนในครอบครัว สม่่าเสมอ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความสุขกับการมีกิจกรรมกับลูกหลาน พบระดับความซึมเศร้าน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่กิจกรรมกับลูกหลาน (Chunkai Li et al., 2019)
3. เป็นที่พึ่งพาทางใจ สนับสนุนให้กำลังใจ ช่วยขจัดความวิตกกังวล ความกลัวในจิตใจลูกหลาน ให้ความมั่นใจในการดำเนินชีวิต
4. การถ่ายทอดความชาญฉลาด ถ่ายทอดวัฒนธรรม ค่านิยม ประเพณีของครอบครัว ผ่านการเล่าเรื่องราว ประวัติของครอบครัว วงศ์ตระกูล ความภาคภูมิใจของครอบครัว ให้ลูกหลานรับรู้

5. ดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพสม่ำเสมอ พึ่งพาตัวเอง ช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่หลากหลาย คบหาสมาคม มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น และมีส่วนร่วมช่วยเหลือสังคม ดำรงตนให้เป็นประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม สอดคล้องกับแนวคิด ผู้สูงวัยเชิงบวก จะส่งผลให้เป็นผู้สูงวัยที่มีความสุขอย่างยั่งยืน (เสนอ อินทรสุขศรี, 2557)

6. สร้างคุณค่าให้ตนเอง ผู้สูงอายุควรฝึกฝนเรียนรู้ทักษะที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 จากงานวิจัยทักษะที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 ให้แก่ผู้สูงอายุ คือ ทักษะ 3R x 7C ประกอบด้วย ทักษะ 3 R คือ อ่านออก เขียนได้ คิดเลขเป็น ทักษะ 7C คือ 1) การคิดอย่างมีวิจารณญาณและการแก้ปัญหา 2) การสร้างสรรค์และนวัตกรรม 3) ด้านความเข้าใจต่างวัฒนธรรม ต่างกระบวนทัศน์ 4) ด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีม และภาวะผู้นำ 5) ด้านการสื่อสาร สารสนเทศ และรู้เท่าทันสื่อ 6) ทักษะด้านคอมพิวเตอร์และเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร 7) ทักษะอาชีพ และการเรียนรู้ ทักษะดังกล่าวผู้สูงอายุอาจไม่จำเป็นต้องมีครบทุกด้านเพราะบริบทของผู้สูงอายุแต่ละคนแตกต่างกัน แต่ทักษะที่ผู้สูงอายุควรมีได้แก่ 3R อ่านออก เขียนได้ คิดเลขเป็น และ 3 C คือ ความเข้าใจต่างวัฒนธรรม ด้านความร่วมมือ การทำงานเป็นทีมและทักษะด้านคอมพิวเตอร์

บทสรุป

ความสุขในการอยู่ร่วมกับลูกหลาน เยาวชน ประกอบด้วย มุมมองสูงวัยเชิงบวก การมีทัศนคติที่ดีต่อการสูงวัย การให้โอกาสทั้งตนเองและลูกหลานในการอยู่ร่วมกัน การเรียนรู้ปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลง การมีทักษะที่เหมาะสมในการใช้ชีวิตในศตวรรษที่ 21 ความรู้ในด้านต่าง ๆ นำมาปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ ทำให้การอยู่ร่วมกับคนต่างวัย เยาวชนและลูกหลานมีความสุขขึ้นได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

เอกสารอ้างอิง

- เกศินี จุฑาวิจิตร, วันเพ็ญ แววีร์คุปต์, กรวรรณ สุวรรณสาร และนิภาพรรณ เจนสันติกุล. (2557). ผู้สูงอายุและสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว: ภาพสะท้อนจากวรรณกรรมไทย. สืบค้นจาก <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/huru/articles/>
- พรทิพย์ มาลาธรรม. (2550). สูงวัยอย่างประสบความสำเร็จ. Rama Nurse J. September-December 2007: 221-231.
- ณัฐหทัย นริติศย์. (2561). ผู้สูงอายุไทยในศตวรรษที่ 21 คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย. วารสารสังคมศาสตร์ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน 2561) สืบค้นจาก <https://so04.tci-thaijo.org/index.php/>
- เสนอ อินทรสุขศรี. (2557). จะใช้ชีวิตอย่างไรเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุและความชรา. สืบค้นจาก <https://digital.library.tu.ac.th/>
- โสภณ แสงอ่อน, พรเพ็ญ สำเภา, พรทิพย์ มาลาธรรม. (2007). ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ความว่าเหวและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ. Rama Nurse J. January- April 2007:54-69.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2561). สถิติบอกอะไร ผู้สูงวัยปัจจุบันและอนาคต. สืบค้นจาก <http://www.nso.go.th/>

- Bar-Tur L. (2021). Fostering Well-Being in the Elderly: Translating Theories on Positive Aging To Practical Approaches. สืบค้นจาก <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33898472>.
- Bocioaga, A. (2020). Impact of intergenerational activities on older people. สืบค้นจาก <https://www.iriss.org.uk/resources/esss-outlines/impact-intergenerational-activities-older-people>
- Li, C.; Jiang, S.; Zhang, X. (2019). Intergenerational relationship, family social support, and depression among Chinese elderly: A Structural equation modeling analysis. สืบค้นจาก <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30716614/>.
- Croezen, S.; Avendano, M.; Burdorf, A.; & van Lenthe FJ. (2015) .Social Participation and Depression in old Age: A Fixed-Effects Analysis in 10 European Countries. สืบค้นจาก <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26025236/>.
- Glass, T. A.; Mendes de Leon, C.; Marottoli, R. A.; and Berkman, L.F. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ*. 1999 Aug 21; 319(7208): 478-483. สืบค้นจาก <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28199/>
- Havighurst, R.J. (1961). "Successful ageing". *The Gerontologist*. 1: 8– 13. สืบค้นจาก doi:10.1093/geront/1.1.8
- Layard, R. (2007). *Happiness: Lessons from a New Science*. London: Intercontinental Literary Agency.
- Maurama, Y.; Ohba, H.; Yasunaga, M.; & Nonaka, K. (2014). The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults. *Ageing and Mental Health* 19(4): 1-9 สืบค้นจาก <https://www.researchgate.net/publication/263815115>.
- Ministry of Social Development. (2001). *New Zealand Positive Strategy 2001*. สืบค้นจาก <https://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/>
- Positive Psychology Institute. (2019). *Positive Ageing*. สืบค้นจาก <https://www.positivepsychologyinstitute.com.au/positive-ageing>
- Stasova, L. and Krisikova, E. (2014). Relationships between children and their grandparents And Importance of older generations in lives of todays' families. สืบค้นจาก <https://www.researchgate.net/publication/273750138>
- Tomimoka, K.; Kurumatani, N.; & Hosoi, H. (2016). Relationship of Having Hobbies and a Purpose in Life with mortality, Activities of Daily Living, and Instrumental Activities of Daily Living among Community-Dwelling Elderly Adults. สืบค้นจาก <https://doi.org/10.2188/>
- WHO. (2012). *Ageing and health*. สืบค้นจาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

ช่วงวัยชีวิตและจิตที่พัฒนา

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง*, จำเนียร ชุมทโสภาค**

*รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**อาจารย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรามคำแหง

เกริ่นนำ

ช่องว่างระหว่างเด็กเยาวชนและผู้สูงวัยมีเพิ่มขึ้น มิใช่เฉพาะในเรื่องจำนวนตัวเลขเท่านั้น ที่เปลี่ยนแปลงไป ความแตกต่างในเรื่องแนวคิดที่ถูกหล่อหลอมมาต่างยุคสมัยต่างสถานการณ์ได้กำหนด พฤติกรรมที่แปลกไปจากเดิม สร้างอุปนิสัยในรูปแบบที่ไม่คุ้นเคย เกิดปรากฏการณ์ที่สะท้อนสภาพสังคมสูงวัยที่เกิดขึ้นและกำลังดำเนินไป ความหมายของการเป็นเด็กเยาวชนและผู้สูงวัย ผ่านการมีชีวิต ใช้ชีวิต และเรียนรู้ชีวิต จากช่วงวัยเด็กในโลกที่เปลี่ยนแปลงโดยตลอด และโลกในปัจจุบันเมื่อการเติบโตไปถึงจุดเชื่อมพร้อมกำลัง ที่ถดถอย อะไรบ้างที่องงเขยขึ้นระหว่างทาง และสิ่งใดที่พร้อมสำหรับการกลับคืนสู่ธรรมชาติ

หากทุกคนรู้คำตอบว่าเกิดมาทำไม คงจะตระหนักถึงโอกาสที่ได้เกิดและได้มีชีวิต โดยอาจคิดว่าเป็นช่วงเวลาที่ดีไปได้ด้วยคุณค่า รู้สึกถึงความสำคัญของเวลาที่มีอยู่อย่างจำกัด ไม่รู้ล่วงหน้าว่าจะมีอายุยืนนานเพียงใด บางคนอาจเชื่อว่าชีวิตมีแค่หนึ่งเดียว ไม่สนว่าเกิดมาทำไม เมื่อเกิดมาแล้วก็ต้องใช้ให้คุ้ม อยากทำอะไรก็ทำ

โลกวัยเด็ก

โลกของเด็กอาจหมดเปลืองไปกับกิจกรรมตามนิสัยของสัตว์โลกทั่วไป ส่วนใหญ่แล้วมักเสียเวลาไปกับการหากิน สนองความหิว ความอยากและความต้องการอันเป็นอุปนิสัยตามสัญชาตญาณ หากได้รับการฟุ่มเฟือก เลี้ยงดูไม่ถูกทอดทิ้งก็เป็นโอกาสสำหรับการพัฒนาดน หากมีชีวิตที่ยากลำบากในวัยเด็กก็อย่าคิดว่าอาภัพ ให้ถือเป็นโชคชะตาที่ได้ทดสอบ ฝึกความอดทน ฝึกพึ่งพาตนเอง ฝึกแก้ปัญหา ฝึกควบคุมจิตใจ และอื่นๆ รวมทั้งการมีชีวิตในถิ่นที่กันดารยากจนทำให้ต้องเค้นดึงความสามารถออกมาใช้และสร้างโอกาสช่วยเหลือผู้อื่นตามกำลัง ทักษะที่ได้ฝึกฝนก่อให้เกิดผลต่อการเพิ่มศักยภาพของตน สามารถใช้ประโยชน์ในขั้นสูงและกว้างขึ้นในกาลข้างหน้า

อุปนิสัยของเด็ก คือ สนใจสิ่งใหม่ๆ และอยากรู้อยากลอง หากเด็กมีใจรับรู้อย่างถูกต้อง อุปนิสัยนี้ก็สร้างการเรียนรู้ที่ดีได้ เมื่อตอนเป็นเด็กเราเล่นอะไร เรียนอะไร ทำอะไร จึงได้มีความคิดความเชื่อและอุปนิสัย เช่นทุกวันนี้ ส่วนหนึ่งเราเรียนรู้จากสังคมเด็กและสังคมผู้ใหญ่ อีกส่วนหนึ่งเราเรียนรู้จากตนเอง ส่วนเด็กสมัยนี้เล่นอะไร เรียนอะไร และทำอะไร เขาจะเติบโตไปอย่างไร มีความคิดความเชื่อและอุปนิสัยอย่างไรกัน

เมื่อเป็นเด็กอาจจะถูกชักนำความคิดด้วยบุคคลใกล้ชิดซึ่งผูกโยงไว้ด้วยเงื่อนไข ปัจจัย และสภาพแวดล้อมที่หล่อเลี้ยงชีวิตและร่างกาย หลายขวบปีกว่าจะเติบโตใหญ่จนมีความคิดที่กำหนดขึ้นจากจิตใจของตัวเอง และสร้างชีวิตไปตามทิศตามทางที่วาดไว้ ส่วนหนึ่งมีความพยายามต่อสู้ฟันฝ่าอุปสรรคด้วยความอดทน และต้องใช้ความพากเพียรอย่างยิ่ง กว่าจะได้รับผลหรือได้สัมผัสกับความสำเร็จ แต่ส่วนใหญ่ล้มเลิก เปลี่ยนเป้าหมายหรือยอมแพ้

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

ชีวิตมนุษย์เป็นการเดินทาง มีมิติของการเดินทางด้านนอกและเดินทางด้านใน (ปฏิญาณ ประเสริฐผล, 2563) คนหนุ่มคนสาวไม่มีเวลานั่งคิดถึงเรื่องไกลตัว ส่วนใหญ่คิดถึงเรื่องใกล้ๆ ได้แก่ คนรัก แต่งงาน มีลูก มีรถ มีบ้าน ดังนั้น จึงมีอาจจะคิดไกลไปถึงเรื่องที่ยินตนาการไม่ออก อาทิ ความตาย ความสงบ ปิติสุข การปล่อยวาง การละความยึดติด มายา การรู้เท่าทัน การยอมรับความเป็นจริงของธรรมชาติ ฯลฯ ดังนั้น การเป็นเด็กที่รับรู้และเรียนรู้ทางความคิดได้เร็ว เป็นเสมือนผู้ได้รับพรหรือกล่าวอย่างสมเหตุสมผลว่าเป็นเพราะสร้างกรรมมาดี ย่อมได้รับผลดีให้สามารถตั้งตัวได้ในแนวทางที่ถูกต้องก่อนที่เวลาจะหมดลง

ชีวิตสูงวัย

อายุเป็นเพียงตัวเลขสมมติ มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีจนกว่าจะหมดอายุขัย เลข 60 ปีขึ้นไป เรียกว่าสูงวัย อย่างเป็นทางการ อายุขัยเฉลี่ยของผู้คนทั่วไปเพิ่มขึ้นจาก 30 ปี ในช่วง ค.ศ.1700-1800 มาเป็น 80 ปีในยุคนี้นี้ สำหรับคนไทย เพศชายมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 74.39 ปี ส่วนเพศหญิง 80.6 ปี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) เนื่องจากความเป็นอยู่และโภชนาการที่ดี มีวิธีบำรุงรักษาสุขภาพด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์และอื่นๆ หาไม่แล้วอาการของความเชื่องช้า ชี้หลงชี้ลืม ตาฝ้าฟาง หูไม่ตี ผล็อยหลับหรือทำอะไรเองไม่ไหวก็เกิดขึ้นได้เร็ว

สมเด็จพระกนิษฐาธิราชเจ้า กรมสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ พระราชทานบทกลอนแก่ผู้สูงอายุไว้ดังนี้

อายุมาก อย่าคิดมาก ให้มากเรื่อง	คิดให้เปลือง เวลา ยิ่งเหลือน้อย
อายุมาก ต้องเรingers อย่าละห้อย	ต้องหมั่นคอย ปล่อยวาง บ้างก็ดี
อายุมาก ต้องคิดบวก อยู่เสมอ	คงได้เจอ ได้พบ ความสุขซี
อายุมาก ไม่ต้องหวัง ความมั่งมี	เป็นเศรษฐี ดีไม่ดี จะไป
อายุมาก ต้องเมตตา เป็นที่ตั้ง	อยู่ยืนยง ผู้คน น้อมกราบไหว้
อายุมาก ถูกเบื้อบ้าง ไม่เป็นไร	ถึงยังง ให้เบื้อได้ ไม่ก็ปี”

อุปนิสัยของผู้สูงวัย คือไม่สนใจเรียนรู้อะไรใหม่ๆ ความอยากรู้อยากลองอาจมีเป็นบางเรื่องและก็ได้เพียงแต่คิด ซึ่งตรงกันข้ามกับเด็ก แต่อาการอื่นๆ จะคล้ายหรือเหมือนเด็ก คือขี้บ่นใจ ชอบเที่ยวเล่น ไม่ชอบการบังคับ อดทนน้อย ไม่อยากทำอะไรเอง นานไปก็อาจไม่รู้เลยว่าฉีรดกางเกง กลุ่มคนสูงวัยจำเป็นต้องพึ่งพากลุ่มคนต่างวัย ทั้งคนวัยทำงานในเรื่องเศรษฐกิจ และเด็กเยาวชนในด้านสัมพันธภาพและการช่วยเหลือเกื้อกูล

คำกล่าวที่ว่า “ชีวิตที่ไร้ความหมายคือชีวิตที่ว่างเปล่า” คงทำนองเดียวกับคำถามที่ว่าคนเราเกิดมาทำไม? ความหมายดังกล่าวเป็นเรื่องที่แต่ละคนต้องค้นหาและเลือกทางเอาเอง ไม่ใช่ใครจะมาบอกได้ หากหมดเวลาไปกับการเอาชีวิตรอดและตามกระแสโลก มิได้แบ่งเวลามาใช้เรียนรู้ธรรมชาติรอบตัว เพื่อทำความเข้าใจ

รูปแบบและกฎเกณฑ์สิ่งที่เป็นมาและเป็นไป ก็อาจเข้าทำนองที่มีผู้กล่าวว่า "ข้ามิเคยรู้ว่าโลกงดงาม จวบจน วัยชรา" หรือ "ชั่วโมงแล้วชั่วโมงเล่า เราสูงอมและสูงอม ชั่วโมงแล้วชั่วโมงเล่า เราน่าเปื่อยและน่าเปื่อย" (ลุยจิ คอรรินาโร และวิลเลียม เชกสเปียร์ อ้างถึงใน ริมโปเซ, โซเกียล, 2558)

การสังเกตความเสื่อมและความปั่นป่วนวุ่นวายที่แสดงออกมากขึ้นของอวัยวะในระบบการทำงานต่างๆ ได้แก่ การมองเห็น การฟัง การเคี้ยวและการย่อยอาหาร การขับถ่าย การทรงตัว ความทรงจำ ฯลฯ ซึ่งมักส่งสัญญาณบอกด้วยอาการพรั่มว้อ อึดอัด อาการเจ็บ ปวด มึนงง โซเซ หรือหมดเรี่ยวแรง ผู้สูงวัยจึงต้องคอยรับรู้และใช้ความพยายามเพื่อคงสมรรถนะทางกายให้เสื่อมลงช้าที่สุด สร้างกำลังกล้ามเนื้อโดยการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอในกิจกรรมประจำวัน ใช้หลักการพึ่งตนเองให้มากเพื่อให้ระบบต่างๆ ทำงานได้และประสานกันเฉกเช่นดนตรีที่เล่นด้วยกันเป็นวงแบบข้ามวันข้ามคืน สุขภาพกายเป็นกุญแจสำคัญของสุขในชีวิต ผู้สูงวัย แต่กุญแจดอกแรกคือสุขภาพที่อยู่ด้านในคือ "จิต"

ผู้สูงวัยเติบโตพร้อมกับการเพิ่มขึ้นของ "อัตตา" ความยึดติดทั้งชื่อและสถาบัน มัดตัวเองอยู่เช่นนั้น ทั้งที่เป็นสิ่งสมมติ ก็เลศตวณี่แม้ว่าจะค่อยๆ ลดให้เบาบางลงได้ด้วยการแบ่งปัน การให้ บริจาคสิ่งที่มีตามกำลังที่จะให้ได้โดยไม่เป็นทุกข์ และใช้ชีวิตในธรรมชาติที่ไม่ปรุงแต่งให้มากกว่าการอยู่ในสภาพธรรมชาติที่ตัดแปลง แต่ก็มิใช่เรื่องง่ายเลยที่ผู้สูงวัยทุกคนจะสามารถถอดอดีตตาลได้ถึงระดับที่ไม่ทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายให้สิ้นไปได้ คนทุกวัยสามารถฝึกให้เกิดความรู้สึกตัวทั่วพร้อมด้วยบทกวีสั้นหรือเรียกว่า "คาถาสำหรับใช้ประจำวัน" ซึ่งช่วยในการพิจารณาให้เกิดสติตั้งแต่ตื่นนอน ล้างหน้า แปรงฟัน กินข้าว ล้างจาน และกิจกรรมต่างๆ ตลอดทั้งวัน สร้างการรับรู้ให้อยู่กับตนเอง อยู่กับปัจจุบัน "เมื่อเราสงบอยู่กับขณะปัจจุบัน เราย่อมแลเห็นได้ซึ่งความงามและความอัศจรรย์ ซึ่งประจักษ์อยู่ต่อหน้าเรา.." (นันท ฮันท์, ดิช, 2554) นั่นคือผลที่ได้รับจากการฝึกฝนตนเองจากด้านในอย่างสม่ำเสมอ

รางวัลที่ได้รับในวัยชราคือ การไม่ต้องแบกอนาคต เมื่อรู้จักวางเป็น อนาคตก็สามารถจัดการสิ่งที่ทำมาดีแล้วให้ลงตัวได้ เมื่อเหตุดีผลจึงดีตาม เช่นนี้เป็นดังหลักคำสอนขององค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้า สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่การเลือกไว้ใช้ชีวิตในช่วงสุดท้าย ได้แก่ ธรรมชาติ วัฒนธรรม และมิตรภาพ トラบใดที่ยังมีชีวิตมีกำลัง และลมหายใจยังอุ่นอยู่ トラบนั้นความสามารถที่มีอยู่ก็เป็นประโยชน์เมื่อใช้อยู่เสมอ การกระทำในสิ่งที่เป็นความชอบความรักช่วยให้จิตใจรู้สึกดี ทำได้เช่นนี้จิตใจจะโปร่งเบาและสงบเย็น

จิตที่พัฒนา

การพ้นจากเด็กและคนแก่ แม้จะได้เรียนวิชาต่างๆ มาตั้งแต่เด็กจนโต โตจนแก่ เมื่อได้พัฒนาจิตใจให้สะอาดมากขึ้นยิ่งให้ประโยชน์แก่โลกและสังคมได้มากขึ้นด้วย ความเชื่อเรื่องเกิดแล้วตาย ตายแล้วเกิดอีกเป็นเรื่องเฉพาะบุคคล โซเกียล ริมโปเซ (2558) อธิบายเหตุของความตายไว้ว่า "มนุษย์ประสบกับความตายเพราะเหตุสองประการ คือ ความตายก่อนกาละ และความตายเพราะหมดอายุขัย ความตายก่อนกาละอาจหลีกเลี่ยงได้ด้วยการยืดอายุ อย่างไรก็ตาม หากว่าความตายนั้นเนื่องจากหมดอายุขัย ท่านก็เหมือนกับตะเกียงซึ่งหมดน้ำมัน ไม่มีหนทางใดที่จะหลีกเลี่ยงความตายโดยการฉို့โง่งมันได้ ท่านต้องพร้อมที่จะไป" ความเชื่อเรื่องนี้ก็เช่นเดียวกับความเชื่ออื่น แต่ละคนอาจมีแตกต่างกันไป

เมื่อเวลานั้นมาถึง ท่านจะไปแต่โดยดีหรือจะยื้อสุดตัว สิ่งที่น่าเศร้าก็คือ เมื่อเราตระหนักและรู้ได้ด้วยการปฏิบัติของเราว่าหากชีวิตนี้ดับไปก็จะต้องกลับมาเกิดอีก ผ่านการเผชิญสภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งสุดแท้แต่ว่าจะมีผู้ให้ความกรุณาหรือสุดแต่กรรมเก่าจะชักนำไปตกอยู่ในสภาวะใด ที่ไหน กับใคร และมีอายุขัยเท่าใด โดยการกลับมาครั้งใหม่จะได้กลับมาเกิดในพื้นที่เดิมอีกหรือไม่? ทำอาชีพอะไร? ชีวิตจะรอดไปได้แค่ไหน? ไม่มีโอกาสได้รู้ล่วงหน้าเลย

สุดท้ายทุกคนต้องเผชิญหน้ากับตนเองก่อนตาย มีอาจหลบหลีกได้ คำถามที่อาจผุดขึ้นในใจด้วยความสงสัยว่าเราเป็นอะไรกันแน่ เกิดมาทำไม ไม่ว่าจะชอบหรือไม่ชอบชีวิตที่ผ่านมาก็ต้องยอมรับสิ่งที่เป็นมาและเป็นอยู่ในขณะนี้จนวันตาย ทุกสิ่งทุกอย่างผ่านมาแล้ว และอนาคตก็อาจคาดหวังอะไรได้ คงมีเพียงปัจจุบันเท่านั้นที่จะต้องตั้งสติให้คงอยู่โดยตลอด เพราะหากพวจิตย้อนกลับสู่อดีตกาลหรือเหาะลอยข้ามไปยังอนาคต สภาพการณ์ดังกล่าวยากอย่างยิ่งที่จะควบคุมทิศทางการไปสู่ภพใหม่

“จิตที่ใกล้จะแตกดับนั้น เป็นจิตที่อ่อนแอมาก ไม่มีกำลังต้านทานใดๆ ทั้งนั้น คู่เคียงกับความรู้สึกใดเกี่ยวกับเรื่องใด ความรู้สึกนั้นเกี่ยวกับเรื่องนั้นก็จะเข้าครอบงำจิต มีอำนาจเหนือจิต ทำให้จิตเมื่อใกล้ดับผูกพันอยู่กับความรู้สึกนั้นเกี่ยวกับเรื่องนั้น เมื่อจิตดับคือจากร่าง ก็จากไปพร้อมกับความรู้สึกนั้นเกี่ยวกับเรื่องนั้น นำไปก่อเกิดกายที่ควรแก่สภาพจิตทุกประการ” (สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช องค์ที่ 19, 2556)

“ทัศนคติตอนก่อนตายนั้นสำคัญยิ่ง แม้ผู้ที่เคยฝึกจิตมาบ้าง แต่บ่อยครั้งจิตก็ถูกกระทบได้เสมอ ยิ่งตอนใกล้ตายด้วยแล้ว จิตมุ่งไปในทางดีหรือชั่วก็ง่าย” (ส.ศิวรักษ์, 2560) เมื่อถึงเวลาที่ทั้งความสับสนและความอลหม่านเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน อาศัยเพียงอุปนิสัยเดิมเราจะถูกกระตุ้นให้ตัดสินใจเลือกไปในทิศทางใด? “..คุณจะถูกกำหนดให้มองต่ำลงมายังภูมิทั้งหก (นรกภูมิ เปรตภูมิ ตีรจฉานภูมิ อสุรภูมิ และเทวภูมิ) อันเป็นผลจากนิสัยวาสนาหรือความเคยชิน” (ริมโปเซ, โซเกียล, 2558)

คัมภีร์มรณศาสตร์แห่งทิเบต ซึ่งมีผู้ศึกษากันทั่วโลก พรรณาไว้ว่า “ช่วงชีวิตหลังตายจนถึงก่อนเกิดใหม่ หรือ ‘สภาวะตรงกลางระหว่างความตายกับการเกิดใหม่’ เรียกว่า บาร์โด (อันตรภพ)... สิ่งที่เกิดขึ้นหลังการตายมี ‘ช่องว่าง’ หรือสภาวะที่เต็มไปด้วยโอกาสความเป็นไปได้มากมาย ขณะเดียวกันก็เต็มไปด้วยอำนาจแฝงเร้นมหาศาล ในสภาวะนี้จิตจะเปิดเผยตัวเองว่าเป็นผู้เขียนมายาภาพขึ้น...” (ริมโปเซ, โซเกียล, 2558)

คำเตือนของผู้ที่มีประสบการณ์ใกล้กับความตายกล่าวว่า เราควรเตรียมตายและพร้อมที่จะตายได้ทุกเมื่อ เหตุเพราะเราทุกคนล้วนต่างก็กำลังเดินไปสู่ความตายและสุดท้ายทุกคนต้องตาย นี่คือความจริงที่มีอาจปฏิเสธได้ เมื่อเป็นเช่นนี้แล้ว การเรียนรู้และทำความเข้าใจขั้นตอนของการสิ้นชีวิต อาจช่วยอะไรเราได้บ้าง “ความตายแต่ละระยะเป็นป้ายบอกทางเตือนว่าอะไรกำลังเกิดขึ้น และส่งสัญญาณให้รู้ว่าควรปฏิบัติอย่างไรในแต่ละจุด...” (ริมโปเซ, โซเกียล, 2558) ขั้นตอนเหล่านี้ผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับการตายได้สังเกตและศึกษาสะสมมาเป็นเวลานาน บันทึกไว้เป็นคัมภีร์สอนคนรุ่นหลัง ศาสตร์ความรู้เหล่านี้เป็นของทุกชีวิต ชีวิตใดเปิดใจศึกษาและนำไปใช้ล้วนได้ประโยชน์แก่ตนเอง

บทสรุป

วันเวลาของชีวิตที่ได้มา มีอยู่ และหมดไป ไม่แน่นอนและไม่อาจยึดเอาไว้ได้ การเกิดโดยได้รับรู้แต่แรกว่า ปลายทางแล้วคนทั่วไปจะต้องกลับไปเหมือนเช่นที่เป็นมา เราน่าจะสามารถตั้งตัวได้ถูกต้องยิ่งขึ้น การรับรู้ได้เร็ว ย่อมมีโอกาสในการตั้งสติได้ก่อนที่จะสายเกิน ดั่งนั้น การใช้ชีวิตให้เหมาะสม เรียนรู้ธรรมชาติ สร้างสมดุลด้วย วิธีคิดที่ถูกต้อง คือ รักษาสภาพร่างกายให้พร้อมในทุกสภาวะ ไม่ปล่อยให้ทรุดโทรมเสื่อมสภาพก่อนเวลา รู้ผ่อน หนักผ่อนเบา ใช้ร่างกายแบบมีสติ ฝึกจิตใจให้เข้มแข็งและมุ่งมั่นต่อเป้าหมาย ชีวิตสอนให้รู้จัก “ความไม่แน่นอน” สอนให้รู้ว่าสิ่งใดทำให้เกิด “สุข” ก็ย่อมสามารถทำให้เกิด “ทุกข์” ได้เช่นกัน และเตือนให้มีสติกับสิ่ง ที่ทำอยู่ใน “ปัจจุบัน” เพราะความสงบของจิตใจสำคัญต่อการดำเนินชีวิตและกำหนดชีวิตของคนทุกช่วงวัย

เอกสารอ้างอิง

นัท ฮันท์, ดิซ. (2554). ปัจจุบันเป็นเวลาที่ดีที่สุด. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ: ศยาม. ส.ศิริรักษ์ แพล

จาก Present Moment Wonderful Moment: Mindfulness Verses for Daily Living.

ปฎิญาณ ประเสริฐผล. (2563). ‘มนุษย์’ เกิดมาทำไม? (เราเกิดมาเพื่อ...). นนทบุรี: บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด

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

ริมโปเช, โซเกียล. (2558). ประตูลู่สู่สภาวะใหม่. The Tibetan Book of Living and Dying. (พิมพ์ครั้งที่ 6).

แปลโดย พระไพศาล วิสาโล. กรุงเทพฯ: มูลนิธิโกลมคิมทอง.

สมเด็จพระญาณสังวร สมเด็จพระสังฆราช. (2556). ชีวิตนี้น้อยนัก. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2564, จาก

<https://www.youtube.com/watch?v=dqYJ4ULsxE>

ส.ศิริรักษ์. (2560). เตรียมตัวตายอย่างมีสติ. (พิมพ์ครั้งที่ 4) กรุงเทพฯ: ศูนย์ไทยธิเบต, เรือนแก้วการพิมพ์.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). ข้อมูลทั่วไปด้านประชากร. สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2565, จาก

<https://www.boj.go.th/index.php?page=demographic&language=th>

ข้อมูลเพิ่มเติม

โซเกียล ริมโปเช (Sogyal Rinpoche, 1947-2019) เป็นผู้นำด้านจิตวิญญาณ เครือข่ายพุทธศาสนา นานาชาติ ผู้เผยแผ่พระพุทธศาสนาจากทิเบต และผู้เขียนหนังสือ *The Tibetan Book of Living and Dying* ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ใน 80 ประเทศ แปลเป็นภาษาต่างๆ 34 ภาษา จนมีชื่อเสียงทั่วโลก ท่านเป็นลามะ Rigpa (Rigpa) หรือตันตระโยคี สายปฏิบัติวัชรยาน ซึ่งบางท่านอาจถือศีลพรหมจรรย์ แต่บางท่านอาจมีคู่ครองเป็นคู่ ปฏิบัติธรรม ต่างจากพระภิกษุที่ถือศีลปาฏิโมกข์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

ธัญชรัฎฐ์ ภัคดวงสิน*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 377 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 236 คน ร้อยละ 62.60 และเพศชาย 141 คน ร้อยละ 37.40 ปฏิบัติงานระหว่าง 1-15 ปี ร้อยละ 87.50 ส่วนใหญ่มีสุนัขหรือแมวในครัวเรือน ร้อยละ 80.40 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ อยู่ระดับมีปัญหามากที่สุด ร้อยละ 48.50 และอยู่ในระดับพอเพียง ร้อยละ 28.40 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ระดับดี ร้อยละ 74.00 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 22.50 การวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านทักษะการเข้าถึง ทักษะการไต่ถาม และทักษะการนำไปใช้ ดังนั้นจึงควรพัฒนาทักษะเหล่านี้ให้เกิดความชำนาญเพื่อให้การปฏิบัติงานเกิดประสิทธิภาพและเกิดผลดีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

Health Literacy and Behaviors of Rabies's Preventive and Control among Village Health Volunteer, Mueang Samut Sakhon District, Samut Sakhon Province

Thancharat Paktuangsin*

Abstract

This survey study aimed to study health literacy and behaviors of Rabies's preventive and control among Village Health Volunteers (VHVs) in Mueang Samut Sakhon District, Samut Sakhon Province. 377 VHVs in Mueang Samut Sakhon District, Samut Sakhon Province were samples in this study. Data collection with questionnaire was performed among this study samples and analyzed by using descriptive and inferential analysis.

Results found that most of study samples were female (62.60%) and 141 samples were males (37.40%). 87.50% of samples worked as VHVs for 1-15 years. Most of them had owned dogs or cats in households (80.40%). For health literacy, most of VHVs had problematic level (48.50%) and sufficient level (28.40%). For behaviors of rabies' prevention and control, most of VHVs had good level (74.00%) and moderate level (22.50%). From data analysis found that health literacy in Access Skill, Questioning Skill, and Apply Skill were associated with behaviors of rabies' prevention and control with statistically significant. So, these skills should be improved among VHVs to be proficient, which they can work effectively, and it will be a benefit for behaviors change.

Keywords: Health literacy, Behaviors of Rabies's Preventive and Control, Village health volunteers

* *Student of Master of Public Health, Mahidol University*

ปัญหาและความสำคัญ

โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) เป็นโรคติดต่อร้ายแรงเกิดจากเชื้อไวรัสเรบีสในระบบประสาท มีสัตว์เป็นพาหะนำโรคสู่คน ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษา ผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้าส่วนใหญ่ได้รับเชื้อจากการถูกสัตว์ที่ป่วยเป็นโรคกัด ข่วน หรือเลียถูกเยื่อผิวหนัง/บาดแผล เมื่อมีการติดเชื้อผู้ป่วยจะมีอาการสมองอักเสบ กลัวน้ำ กลัวม บางรายมีอาการแขนขาอ่อนแรง ผู้ป่วยมักเสียชีวิตภายใน 1 สัปดาห์ภายหลังจากมีอาการ อย่างไรก็ตาม โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคที่ป้องกันได้โดยการฉีดวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าแบบให้ก่อนหรือภายหลังจากสัมผัสเชื้อโรค ทั้งนี้ แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าทั่วโลกประมาณ 50,000-60,000 ราย ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในประเทศแถบเอเชียและแอฟริกา

เป้าหมายของกลุ่มประเทศอาเซียนกำหนดให้พื้นที่ในภูมิภาคปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในปี พ.ศ. 2563 ตามยุทธศาสตร์ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศ (World Organization for Animal Health: OIE) ประเทศไทยซึ่งเป็นประเทศหนึ่งที่ยังมีรายงานการพบโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและในสัตว์ต่อเนื่อง แม้ว่าสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้าในประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงในช่วง ปี พ.ศ.2557-2561 (กรมควบคุมโรค, 2563) พบว่า มีผู้เสียชีวิต จำนวน 5, 5, 14, 11 และ 18 รายตามลำดับ สำหรับในปี พ.ศ.2562 นับถึงเดือนสิงหาคม พบผู้เสียชีวิต จำนวน 2 ราย ในจังหวัดสุรินทร์ และนครศรีธรรมราช โดยจังหวัดสมุทรสาครถูกประกาศเขตโรคระบาดชั่วคราวหลังจากพบอุบัติการณ์การเกิดโรคพิษสุนัขบ้าในเขตอำเภอเมืองสมุทรสาคร จำนวน 2 จุด ได้แก่ บริเวณวัดสุทธิวาตวราราม (วัดช่องลม) ตำบลท่าฉลอม และบริเวณฝั่งตรงข้ามวัดคลองครุ หมู่ 7 ตำบลท่าทราย ข้อมูลในปี พ.ศ.2562 พบว่า มีสุนัข-แมวที่มีเจ้าของ 30,419 ตัว คิดเป็นร้อยละ 91.36 ไม่มีเจ้าของ 2,875 ตัว คิดเป็นร้อยละ 8.64

การศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าแก่นำชุมชนในพื้นที่อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ (จันทกานต์ วลัยเสถียร และเบญจมาศ อุนรัตน์, 2563) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง และยังไม่สามารถปฏิบัติตามมาตรการข้างต้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์พอใช้ และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การนำแนวคิดและหลักการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งองค์การอนามัยโลกส่งเสริมให้ประเทศสมาชิกใช้เป็นยุทธศาสตร์หลักในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขและประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย เน้นการพัฒนาความสามารถและทักษะที่จำเป็นต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและมีสุขภาพดี ดังนั้นที่ระบุไว้ว่าเป็น *“ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ”* ซึ่งกรอบแนวคิดการสำรวจระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มประเทศยุโรป 8 ประเทศ ได้แก่ ออสเตรีย บัลแกเรีย เยอรมนี กรีซ ไอร์แลนด์ เนเธอร์แลนด์ โปแลนด์ และสเปน ตามโครงการ The European Health Literacy Survey (HLS-EU) ระหว่างปี พ.ศ. 2552-2555 กำหนดองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน (Sorensen et al., 2012)

ได้แก่ (1) ค้นหาหรือเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (finding health information) (2) เข้าใจ (understanding health information) (3) ประเมินและตัดสินใจ (judging health information) และ (4) นำไปใช้ (applying health information) ซึ่งประเทศไทยได้มีการนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาความรอบรู้ให้แก่ประชาชนทุกกลุ่ม โดยกำหนดให้การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอยู่ในยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี อยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนพัฒนาด้านสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำโครงการพัฒนาความรอบรู้ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กำหนดองค์ประกอบสำคัญที่ต้องพัฒนา 5 ด้าน ประกอบด้วย (1) เข้าถึง (2) เข้าใจ (3) ตัดสินใจ (4) ตัดสินใจ และ (5) นำไปใช้ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2563; กรมควบคุมโรค, 2563ข)

คณะผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ มาสร้างกรอบแนวคิดการวิจัยศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการประเมินสถานการณ์ ในพื้นที่ การจัดทำแผนงาน โครงการ และกิจกรรมพัฒนาในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-Sectional Study) มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

ประชากรที่ศึกษา

ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายชื่อในทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 1,718 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2563)

กลุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายชื่อในทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (2010) ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 314 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในครั้งนี้ อาจได้รับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์หรือได้รับข้อมูลกลับไม่ครบถ้วน เพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 20 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ จึงมีจำนวนรวม 377 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน อสม. และการเป็นเจ้าของสุนัขหรือแมว จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 24 ข้อ สร้างและพัฒนาขึ้นตามแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคกลุ่มประชาชน ประกอบด้วยทักษะ 5 ด้าน ได้แก่ (1) เข้าถึง (2) เข้าใจ (3) ใต้อถาม (4) ตัดสินใจ และ (5) นำไปใช้ (กรมควบคุมโรค, 2563; ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2563) ใช้สเกลการวัดตามระดับความสามารถ แบบ 4-point Likert scale ได้แก่ ยากมาก ยาก ง่าย ง่ายมาก มีคะแนน 1-4 และเพิ่มตัวเลือก ไม่เคยทำเลย มีคะแนนเท่ากับ 0 ตามการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในกลุ่มประเทศยุโรป (Sorensen et al., 2012) โดยแปลผลจำแนกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่พอเพียง มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับมีปัญหา มีคะแนนร้อยละ 60.0-74.9 ระดับพอเพียง มีคะแนนร้อยละ 75.0-89.9 และระดับดีเยี่ยม มีคะแนนร้อยละ 90.0-100 (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2564)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ลักษณะข้อคำถามเป็นการประเมินความถี่ในการปฏิบัติตัวตามแนวทางของกรมควบคุมโรค จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดำเนินการดังนี้

1. ส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหา (construct and content validity)

2. นำเครื่องมือที่ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยง (reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่า ด้านทักษะการเข้าถึง มีค่าเท่ากับ 0.910 ด้านทักษะการเข้าใจ มีค่าเท่ากับ 0.909 ด้านทักษะการใต้อถาม มีค่าเท่ากับ 0.910 ด้านทักษะการตัดสินใจ มีค่าเท่ากับ 0.910 และด้านทักษะการนำไปใช้ มีค่าเท่ากับ 0.911

ทั้งนี้ งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามหมายเลขรับรอง MUPH2020-165

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะ

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 377 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.60 เพศชาย ร้อยละ 37.40 โดยช่วงอายุระหว่าง 25-59 ปี มีมากที่สุด ร้อยละ 62.90 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 54.41 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 76.40 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 58.40 อสม. ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานระหว่าง 1-15 ปี ร้อยละ 87.50 ส่วนใหญ่มีสุนัขหรือแมว ในครัวเรือน ร้อยละ 80.40

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค ผลการวิเคราะห์ มีดังนี้

2.1 ด้านทักษะการเข้าถึง ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการค้นหา กลั่นกรอง และตรวจสอบข้อมูล แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ในระดับง่าย โดยประเด็นที่สามารถทำได้มากที่สุด ได้แก่ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้องและเป็นจริง) ของข้อมูลก่อนใช้หรือเผยแพร่ต่อ ร้อยละ 56.80 รองลงมาได้แก่ การตรวจสอบได้ว่าข้อมูลที่น่ามาใช้ มีความเป็นเหตุเป็นผล ร้อยละ 54.90 และการคัดเลือกหรือกลั่นกรองข้อมูลโดยพิจารณาจากวันเดือนปีที่ระบุไว้ ร้อยละ 53.10 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการเข้าถึง (n=377)

ลำดับ	ทักษะการเข้าถึง	ทำได้ ง่ายมาก	ทำได้ ง่าย	ทำได้ ยาก	ทำได้ ยากมาก	ไม่เคย ทำ
1	ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการ/แนวทาง/วิธีการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าที่ต้องการใช้ ได้จากแหล่งข้อมูลหลักเช่นห้องสมุดและแหล่งอื่นหลายแหล่งด้วยตนเอง เช่นเว็บไซต์บนอินเทอร์เน็ต เป็นต้น	11 (2.90)	114 (30.20)	92 (24.40)	78 (20.70)	82 (21.80)
2	กลั่นกรองที่ได้ โดยพิจารณาชื่อหน่วยงาน/ผู้เขียนที่ได้รับการยอมรับ	15 (4.00)	145 (38.50)	92 (24.40)	55 (14.60)	70 (18.60)
3	คัดเลือกหรือกลั่นกรองข้อมูลโดยพิจารณาจากวันเดือนปีที่ระบุไว้	38 (10.10)	200 (53.10)	79 (21.00)	10 (2.70)	50 (13.30)
4	ตรวจสอบความน่าเชื่อถือ (ความถูกต้อง และเป็นจริง) ของข้อมูล ก่อนใช้หรือเผยแพร่ต่อ	59 (15.60)	214 (56.80)	72 (19.10)	9 (2.40)	23 (6.10)
5	ตรวจสอบได้ว่าข้อมูลที่น่ามาใช้ มีความเป็นเหตุเป็นผล	76 (20.20)	207 (54.90)	63 (16.70)	10 (2.70)	21 (5.60)

2.2 ด้านทักษะการเข้าใจ ซึ่งได้แก่ การเข้าใจความสามารถในการจดจำและทำความเข้าใจข้อมูล แนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอย่างถูกต้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ ในระดับง่าย โดยประเด็นที่สามารถทำได้มากที่สุด ได้แก่ การจดจำข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมาตรการ/แนวทาง/วิธีปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าที่ได้รับจากบุคลากรของหน่วยงานหลักได้อย่างชัดเจนถูกต้อง และครบถ้วน ร้อยละ 68.20 รองลงมา ได้แก่ การทำความเข้าใจข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมาตรการ/แนวทาง/วิธีปฏิบัติตัว ร้อยละ 61.00 และการอ่านและฟังข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมาตรการ/แนวทาง/วิธีปฏิบัติตัว ร้อยละ 57.80 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการเข้าใจ (n=377)

ลำดับ	ทักษะการเข้าใจ	ทำได้	ทำได้	ทำได้	ทำได้	ไม่เคย ทำ
		ง่ายมาก	ง่าย	ยาก	ยากมาก	
1	อ่านและฟัง ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมาตรการ/ แนวทาง/วิธีปฏิบัติตัว เพื่อการป้องกันและควบคุม โรคพิษสุนัขบ้าที่ได้รับได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน	38 (10.10)	246 (45.30)	80 (21.20)	9 (2.40)	4 (1.10)
2	อ่านและฟัง ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมาตรการ/ แนวทาง/วิธีปฏิบัติตัว เพื่อการป้องกันและควบคุม โรคพิษสุนัขบ้า จนเกิดความเข้าใจ	71 (18.80)	218 (57.80)	78 (20.70)	7 (1.90)	3 (0.80)
3	จดจำข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมาตรการ/แนวทาง/ วิธีปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคพิษ สุนัขบ้าที่ได้รับจากบุคลากรของหน่วยงานหลัก ได้อย่างชัดเจนถูกต้อง และครบถ้วน	40 (10.60)	257 (68.20)	69 (18.30)	7 (1.90)	4 (1.10)
4	ทำความเข้าใจข้อมูลความรู้เกี่ยวกับมาตรการ/ แนวทาง/วิธีปฏิบัติตัว เพื่อการป้องกันและควบคุม โรคพิษสุนัขบ้าที่ได้รับจากบุคลากร ของหน่วยงานหลักได้ โดยไม่มีข้อสงสัย	59 (15.60)	230 (61.00)	73 (19.40)	11 (2.90)	4 (1.10)

2.3 ด้านทักษะการไต่ถาม ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการวางแผนการใช้คำถาม การตั้งคำถาม การใช้คำถาม และการประเมินคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมและคลายข้อสงสัยเกี่ยวกับแนวทางการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ในระดับง่าย โดยประเด็นที่สามารถทำได้มากที่สุด ได้แก่ การสามารถตั้งคำถามกับแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข/ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าจนคลายข้อสงสัย ร้อยละ 63.90 รองลงมา ได้แก่ การสามารถจัดเตรียมข้อคำถามโดยคิด/เขียนไว้ล่วงหน้าเสมอก่อนไปพบแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 62.60 และการสามารถประเมินข้อคำถามเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าได้ว่าเหมาะสมหรือควรต้องปรับปรุง ร้อยละ 59.80 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการไต่ถาม (n=377)

ลำดับ	ทักษะการไต่ถาม	ทำได้ ง่ายมาก	ทำได้ง่าย	ทำได้ยาก	ทำได้ ยากมาก	ไม่เคยทำ
1	สามารถวางแผนการซักถามไว้ล่วงหน้า ก่อนไปพบแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	12 (3.20)	216 (57.30)	66 (17.50)	57 (15.10)	26 (6.90)
2	สามารถจัดเตรียมข้อคำถามโดยคิด/เขียนไว้ล่วงหน้าเสมอก่อนไปพบแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	18 (4.80)	236 (62.60)	69 (18.30)	31 (8.20)	23 (6.10)
3	สามารถตั้งคำถาม กับแพทย์/บุคลากรสาธารณสุข/ผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้ข้อมูลตามที่ต้องการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จนคลายข้อสงสัย	39 (10.30)	241 (63.90)	70 (18.60)	9 (2.40)	18 (4.80)
4	สามารถประเมินข้อคำถาม เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ได้ว่า เหมาะสมหรือควรต้องปรับปรุง	63 (16.70)	226 (59.80)	73 (19.40)	2 (0.50)	13 (3.40)
5	สามารถปรับปรุงคำถามและวิธีการคำถามเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าให้ดีขึ้นได้	55 (14.60)	224 (59.40)	81 (21.50)	4 (1.10)	13 (3.40)

2.4 ด้านทักษะการตัดสินใจ ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการระบุปัญหาการตัดสินใจ กำหนดทางเลือก ประเมินทางเลือก และแสดงจุดยืนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอย่างถูกต้องและเหมาะสม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ในระดับง่าย โดยประเด็นที่สามารถทำได้มากที่สุด ได้แก่ การสามารถบอกจุดยืนและอธิบายเหตุผลของการตัดสินใจได้ฯ ร้อยละ 66.80 รองลงมา ได้แก่ การสามารถประเมินได้ว่าทางเลือกในวิธีปฏิบัติใดดีที่สุดสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยการวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของแต่ละทางเลือก ร้อยละ 65.00 และการสามารถตัดสินใจในเรื่องมาตรการ/แนวทาง/วิธีปฏิบัติตัว เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยคิดพิจารณาอย่างรอบด้าน ร้อยละ 63.10 ตามลำดับรายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการตัดสินใจ (n=377)

ลำดับ	ทักษะการตัดสินใจ	ทำได้	ทำได้	ทำได้	ทำได้	ไม่เคย ทำ
		ง่ายมาก	ง่าย	ยาก	ยากมาก	
1	สามารถระบุประเด็น/ปัญหาสำคัญ ที่จะต้องตัดสินใจ	71 (18.80)	213 (56.50)	80 (21.20)	6 (1.60)	7 (1.90)
2	สามารถกำหนดทางเลือกในการปฏิบัติ การป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าได้ หลายทางเลือกที่นำไปใช้ปฏิบัติได้จริง	63 (16.70)	229 (60.70)	77 (20.4)	5 (1.30)	3 (0.80)
3	สามารถประเมินได้ว่า ทางเลือกในวิธีปฏิบัติใด ดีที่สุดสำหรับการป้องกันและควบคุมโรค พิษสุนัขบ้า โดยการวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสีย ของแต่ละทางเลือก	49 (13.00)	249 (65.00)	72 (19.10)	4 (1.10)	3 (0.80)
4	สามารถตัดสินใจในเรื่องมาตรการ/แนวทาง/ วิธีปฏิบัติตัว เพื่อการป้องกันและควบคุมโรค พิษสุนัขบ้า โดยคิดพิจารณาอย่างรอบด้าน	54 (14.30)	238 (63.10)	76 (20.20)	5 (1.30)	4 (1.10)
5	สามารถบอกจุดยืนและอธิบายเหตุผลของ การตัดสินใจได้ว่ามีความเหมาะสมอย่างไร	46 (12.20)	252 (66.80)	71 (18.80)	2 (0.50)	6 (1.60)

2.5 ด้านทักษะการนำไปใช้ ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการนำข้อมูลที่เลือกมาใช้ปฏิบัติเพื่อป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าตามมาตรการฯ โดยกำหนดวิธีเตือนตนเอง และวิธีการจัดการตนเอง เพื่อให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำได้ในระดับง่าย โดยประเด็นที่สามารถทำได้มากที่สุด ได้แก่ การสามารถจัดการตนเองโดยการกำหนด/ตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ เพื่อไม่ให้ลืมนข้อมูล ร้อยละ 69.76 รองลงมา ได้แก่ การสามารถปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เสมอ ร้อยละ 67.37 และการสามารถหาวิธีเตือนตนเอง โดยอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อไม่ให้ลืมนข้อมูล/การปฏิบัติตัวที่สำคัญ โดยทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ร้อยละ 65.30 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการนำไปใช้ (n=377)

ลำดับ	ทักษะการนำไปใช้	ทำได้	ทำได้	ทำได้	ทำได้	ไม่เคย ทำ
		ง่ายมาก	ง่าย	ยาก	ยากมาก	
1	สามารถสังเกตได้ว่า ตัวเองมักจะลืมนข้อมูล/ การปฏิบัติตัวที่สำคัญ	26 (6.89)	127 (33.69)	65 (17.24)	91 (24.14)	68 (18.04)
2	สามารถหาวิธีในการเตือนตนเอง เพื่อไม่ให้ลืมน ข้อมูล/การปฏิบัติตัวที่สำคัญ โดยการเขียนโน้ต จดบันทึกในปฏิทิน ตั้งนาฬิกา หรืออื่นๆ	46 (12.20)	232 (61.55)	75 (19.89)	16 (4.24)	8 (2.12)

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามทักษะการนำไปใช้ (ต่อ)

ลำดับ	ทักษะการนำไปใช้	ทำได้	ทำได้	ทำได้	ทำได้	ไม่เคยทำ
		ง่ายมาก	ง่าย	ยาก	ยากมาก	
3	สามารถหาวิธีเตือนตนเอง โดยอาศัยความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล/ การปฏิบัติตัวที่สำคัญ โดยทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ฝากให้คนอื่นเตือน/บอกญาติ/คนใกล้ชิด ให้ช่วยเตือน เป็นต้น	62 (16.40)	246 (65.30)	58 (15.40)	3 (0.80)	8 (2.10)
4	สามารถจัดการตนเอง โดยการกำหนด/ตั้งเป้าหมายในการปฏิบัติ เพื่อไม่ให้ลืมข้อมูล	49 (13.00)	263 (69.76)	58 (15.39)	1 (0.26)	6 (1.59)
5	สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการจัดการตนเอง ให้เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เสมอ	47 (12.47)	254 (67.37)	67 (17.77)	3 (0.80)	6 (1.59)

ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทักษะการเข้าถึง ทักษะการเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม และทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับเพียงพอมากที่สุด ร้อยละ 57.60, ร้อยละ 63.40, ร้อยละ 39.80 และร้อยละ 54.60 ตามลำดับ โดยมีทักษะการนำไปใช้อยู่ในระดับมีปัญหามากที่สุด ร้อยละ 45.60

ภาพรวมระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพฯ อยู่ในระดับมีปัญหามากที่สุด ร้อยละ 48.50 รายละเอียดดังตาราง

ตาราง 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ารายด้าน และภาพรวม

ทักษะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า			
	ดีเยี่ยม	พอเพียง	มีปัญหา	ไม่พอเพียง
1. ทักษะการเข้าถึง	61 (16.20)	217 (57.60)	70 (18.60)	29 (7.70)
2. ทักษะการเข้าใจ	30 (8.00)	239 (63.40)	21 (5.60)	87 (23.10)
3. ทักษะการไต่ถาม	28 (7.40)	150 (39.80)	94 (24.90)	105 (27.90)
4. ทักษะการตัดสินใจ	42 (11.10)	206 (54.60)	56 (14.90)	73 (19.40)
5. ทักษะการนำไปใช้	12 (3.20)	127 (33.70)	172 (45.60)	66 (17.50)
6. ความรอบรู้ด้านสุขภาพรวม	1 (0.30)	107 (28.40)	183 (48.50)	86 (22.80)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าที่มีการกระทำเป็นบางครั้ง ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เรียงลำดับจากมากไปน้อย 5 ลำดับแรก ได้ดังนี้ (1) แจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อเห็นสุนัข/แมวมมีอาการน่าสงสัยว่าจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้า (ร้อยละ 40.60) (2) เข้าใกล้สุนัข/สัตว์ที่มีอาการของโรคพิษสุนัขบ้า (ร้อยละ 26.30) (3) ล้างแผลทันทีด้วยน้ำสบู่และยาใส่แผลสดแล้วไปพบแพทย์เมื่อโดนสุนัข/แมวกัดหรือข่วนหรือล้างมือทุกครั้งหลังจากถูกน้ำลาย (ร้อยละ 24.40) (4) ฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าเมื่อถูกสุนัข/แมวจรจัดข่วนเป็นแผลถลอกเล็กน้อย (ร้อยละ 21.00) และ (5) นำสุนัข/แมว ที่เลี้ยงไว้ไปรับการฉีดวัคซีน (ร้อยละ 16.40) รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า (n=377)

ลำดับ	พฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	ทำประจำ	ทำบางครั้ง	ไม่เคยทำ
1	แห่สุนัขหรือแมวให้หมอ	1 (0.30)	15 (4.00)	361 (95.80)
2	เหยียบ (หาง, ตัว, ขา) สุนัข จนทำให้สุนัข เจ็บ หรือตกใจ	0 (0.00)	40 (10.60)	337 (89.40)
3	เข้าไปแยกสุนัขหรือแมวที่กำลังกัดกัน ด้วยมือเปล่า	1 (0.30)	31 (8.20)	345 (91.50)
4	หยิบจานข้าว ขณะสุนัขหรือแมว กำลังกินอาหาร	6 (1.60)	39 (10.30)	332 (88.10)
5	ยุ่งหรือคลุกคลีกับสุนัขหรือแมวนอกบ้าน	28 (7.40)	52 (13.80)	297 (78.7)
6	นำสุนัข/แมวที่เลี้ยงไว้ไปรับการฉีดวัคซีน	262 (69.50)	62 (16.40)	53 (14.10)
7	ฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า เมื่อถูกสุนัข/แมว จรจัดข่วนเป็นแผลถลอกเล็กน้อย	256 (67.90)	79 (21.00)	42 (11.10)
8	ล้างแผลทันทีด้วยน้ำสบู่และยาใส่แผลสด แล้วไปพบแพทย์ เมื่อโดนสุนัข/แมวกัดหรือข่วน หรือล้างมือทุกครั้งหลังจากถูกน้ำลาย	238 (63.10)	92 (24.40)	47 (12.50)
9	เข้าใกล้สุนัข/สัตว์ที่มีอาการของโรคพิษสุนัขบ้า	23 (6.10)	99 (26.30)	255 (67.70)
10	แจ้งเจ้าหน้าที่ เมื่อเห็นสุนัข/แมวมมีอาการ น่าสงสัยว่าจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้า	153 (40.60)	169 (44.80)	55 (14.60)

เมื่อวิเคราะห์ตามระดับการปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับดีมากที่สุด ร้อยละ 74 รองลงมาได้แก่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.50 และระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 3.40 ตามลำดับ รายละเอียดดังตาราง

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า (n=377)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี (มีคะแนนมากกว่าร้อยละ 80)	279	74.00
ระดับปานกลาง (มีคะแนนร้อยละ 60-79)	85	22.50
ระดับควรปรับปรุง (มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	13	3.40
รวม	377	100

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-Square tests) พบว่า

4.1 เพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

4.2 อายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

4.3 การศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

4.4 สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

4.5 อาชีพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

4.6 จำนวนปีที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

4.7 การเลี้ยงสุนัข/แมวในครัวเรือนไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

4.8 ความรอบรู้ด้านสุขภาพภาพรวม ไม่พบความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า แต่พบว่า ทักษะ 3 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึง ทักษะการไต่ถาม และทักษะการนำไปใช้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก และจำนวนปีที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งเป็นไปตามผลการศึกษาของอารีย์ แร่ทอง (2562) และอุไรรัตน์ คูหะมณี และคณะ (2563) สะท้อนให้เห็นว่าการออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมศักยภาพให้กับ อสม. เป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการเรียนรู้ โดยเน้นให้ผ่านประสบการณ์จริง ใช้สื่อที่เหมาะสมตามอายุและระดับการศึกษา รวมทั้งจัดโอกาสให้ อสม. ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานได้ถ่ายทอดความสามารถและมีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนเทคนิควิธีการกับ อสม. รุ่นใหม่ ซึ่งน่าจะช่วยให้เกิดการพัฒนาแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนให้เกิดผลดีมากยิ่งขึ้น

ทักษะการเข้าถึงข้อมูลของ อสม. อาจมีการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติม เนื่องจากส่วนใหญ่ได้รับถ่ายทอดผ่านการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงยังต้องเน้นเพิ่มความสามารถในการกลั่นกรองและตรวจสอบข้อมูล ทั้งนี้ อสม. มีการใช้คำถามระหว่างการเรียนรู้น้อย เนื่องด้วยยังขาดการกระตุ้นจริงจัง หากมีการฝึกฝนอย่างเป็นรูปแบบจะทำให้เรียนรู้แนวทางปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าได้อย่างเข้าใจจริง ซึ่งเมื่อไปแนะนำชาวบ้านก็จะเกิดความชัดเจน รวมทั้งทักษะการนำไปใช้ในเรื่องการหาวิธีเตือนตนเองให้มีการปฏิบัติตัวและหาวิธีจัดการตัวเองเมื่อทำไม่ได้หรือไม่ได้ปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ซึ่งหากได้รับการฝึกฝน อสม. น่าจะมีความสามารถในการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าได้มากขึ้น

2. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี (ร้อยละ 74) โดยพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าที่มีการปฏิบัติมาก ได้แก่ การแจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อเห็นสุนัข/แมวมีอาการน่าสงสัยว่าจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งเป็นการเฝ้าระวังที่ดีและน่าจะช่วยให้การป้องกันและควบคุมมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ อสม. กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวในแนวทางที่เหมาะสม เช่น การเข้าใกล้สุนัข/สัตว์ที่มีอาการของโรคพิษสุนัขบ้า การล้างแผลทันทีเมื่อโดนสุนัข/แมวกัดหรือข่วนหรือล้างมือทุกครั้งหลังจากถูกน้ำลาย การฉีดวัคซีนเมื่อถูกสุนัข/แมวจรจัดข่วนเป็นแผลถลอก และการนำสุนัข/แมวที่เลี้ยงไว้ไปรับการฉีดวัคซีน โดย อสม. ได้รับข้อมูลและคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ผลการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนแปลงของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าสอดคล้องกับทิศทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งเป็นไปตามผลการศึกษาของจิรนนท์ แก้วกล้า และคณะ (2561), อารีย์ แร่ทอง (2562), อุไรรัตน์ คูหะมณี และคณะ (2563), เบญญา บัวชุ่ม (2563), ภรท สุฝน (2563) และชวนพิศ จักขุจันทร์ และคณะ (2564) ถึงแม้ว่าผลการวิเคราะห์ในครั้งนี้จะไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากแนวโน้มที่เกิดขึ้นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องกำหนดไว้เป็นเป้าหมายในการพัฒนาทุกครั้ง

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพหลัก และจำนวนปีที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ดังนั้น หน่วยงานปฏิบัติในพื้นที่จำเป็นต้องออกแบบกิจกรรมสร้างเสริมศักยภาพให้กับ อสม. โดยสร้างการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริงต่างเพศอย่างต่อเนื่อง เลือกใช้สื่อที่เหมาะสมตามอายุและระดับการศึกษา และส่งเสริม อสม. แกนนำที่มีประสบการณ์ให้มีโอกาสถ่ายทอดความสามารถสู่อสม. รุ่นใหม่

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ทั้งด้านทักษะการเข้าถึง ทักษะการไต่ถาม และทักษะการนำไปใช้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ดังนั้น การพัฒนาทักษะทั้ง 3 ด้านนี้ให้ อสม. มีความชำนาญเพิ่มขึ้น จะช่วยให้ อสม. สามารถนำข้อมูลที่มีความทันสมัยและถูกต้องมาใช้เผยแพร่สู่ประชาชนในพื้นที่อยู่เสมอ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องตามแนวทางและมาตรการต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้งานมีประสิทธิภาพและเกิดผลสำเร็จมากยิ่งขึ้น

3. พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ศึกษา ยังพบว่ามีบางประเด็นการปฏิบัติยังไม่สม่ำเสมอหรือปฏิบัติต่อเนื่องถูกแนวทาง ได้แก่ การแจ้งเจ้าหน้าที่เมื่อเห็นสุนัข/แมวมีอาการน่าสงสัยว่าจะเป็นโรคพิษสุนัขบ้า การล้างแผลทันทีด้วยน้ำสบู่และยาใส่แผลสดแล้วไปพบแพทย์เมื่อโดนสุนัข/แมวกัดหรือข่วน หรือล้างมือทุกครั้งหลังจากถูกน้ำลาย รวมทั้งการฉีดวัคซีนโรคพิษสุนัขบ้าเมื่อถูกสุนัข/แมวจรจัดข่วนเป็นแผลถลอกเล็กน้อย และการนำสุนัข/แมวที่เลี้ยงไว้ไปรับการฉีดวัคซีน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้มีการใช้มาตรการอย่างเข้มข้นและครอบคลุม โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้ามีความรัดกุมเพียงพอตามมาตรการและได้รับความร่วมมือจากประชาชนด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2563ก). แผนปฏิบัติการกำจัดโรคพิษสุนัขบ้า. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กรมควบคุมโรค. (2563ข). การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคของประชาชน

ปี พ.ศ.2563. สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2563). แบบรายงานระบบฐานข้อมูล อสม. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2563, จาก

<http://www.thaiphc.net/thaiphcweb/index.php?r=staticContent/show&id=1>

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : กระบวนการ ปฏิบัติการ เครื่องมือประเมิน. กรุงเทพฯ: ไอที ออล ดิจิตอล พรินท์.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, จำเนียร ชุณหโสภาค. (2564). การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข. วารสารร่วมพลัง, ฉบับเดือนพฤษภาคม-สิงหาคม, 35(2):193-220.

จิรนนท์ แก้วกล้า, วารินทร์ แซ่มฉำ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจังหวัดราชบุรี. วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ, กรกฎาคม-ธันวาคม 2561, 33(2): 17-27.

- จันทกานต์ วลัยเสถียร, เบญจมาศ อุรัตน์. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า แก่นนำชุมชนในพื้นที่อำเภอศรีนคร จังหวัดสุรินทร์. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. มกราคม-เมษายน 2563, 27(1): 86-95.
- ชวนพิศ จักขุจันทร์, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, ธราดล เก่งการพานิช. (2564). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยประยุกต์แบบจำลองข้อมูลข่าวสาร แรงจูงใจ และทักษะทางพฤติกรรม ในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. วารสารกรมควบคุมโรค ฉบับเดือน กรกฎาคม-กันยายน 2564. 47(3): 479-489.
- ซินตา เตชะวิจิตรจารุ, อัจฉรา ศรีสุภกรกุล, สุทัตตา ช่างเทศ. (2561). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก, ปีที่19 ฉบับพิเศษ มกราคม - เมษายน 2561, 320-332.
- เบญญา บัวชุม. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 16(3): 49-58.
- ภรท สุฝน. (2563). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการอยู่ร่วมกันโดยไม่รังเกียจในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารโรคเอดส์. ตุลาคม 2562-มกราคม 2563, 32(1): 1-14.
- อารีย์ แร่ทอง. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาดำบลหินตก อำเภอรัตนบุรี จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. กันยายน - ธันวาคม, 15(3): 62-70.
- อุไรรัตน์ คุณะมณี และคณะ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์. มกราคม - มีนาคม, 45(1): 137-142.
- Daniel Wayne W. (2010). Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. 9th Edition. Hoboken, N.J.: John Wiley. documents/2015/ FocusLocationPopulation/.
- Nutbeam, D. (2000). Healty literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3), 259-267.
- Sorensen, K.; Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J, et al. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12(80), 1-13.
- World Health Organization. (2009). Health literacy and health promotion. definitions, concepts and examples in the Eastern Mediterranean Region. 7th Global conference on health promotion promoting health and development. Nairobi, Kenya.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคที่บ้าน จังหวัดชลบุรี

เสาวลักษณ์ ชันทอง*

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ในลักษณะการศึกษาแบบ ณ จุดเวลา (Cross - sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคที่บ้าน จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 438 คน ดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 ถึงเดือนเมษายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบสอบถาม โดยแบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมในการป้องกันมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83, 0.86, 0.84, 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์ของปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการป้องกันและวิเคราะห์ถดถอย

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคที่บ้านในภาพรวมอยู่ในระดับมากและผลของการทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อ โดยร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ได้ร้อยละ 35.4 จากผลการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลมาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความสามารถและความชำนาญเพิ่มขึ้นในการปฏิบัติงานดูแลช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

Factors Affecting TB Prevention Behavior of Village Health Volunteers Visited TB Patients at Home in Chonburi Province

Saowalak Khantong*

Abstract

This study was a descriptive study in cross-sectional style. The purpose of this study was to study the predisposing factors, enabling factors and reinforcing factors affecting the TB prevention behavior of volunteers. Apply for a village health visitor who visits TB patients at home in Chonburi province. The sample consisted of 438 village health volunteers. The study was conducted, data were collected between December 2021 and April 2022. Tools used in the study. The questionnaire was the general information questionnaire, questionnaire on predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and preventive behaviors in relation to prevention of tuberculosis infection. The predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors and preventive behaviors questionnaire had reliability values of 0.83, 0.86, 0.84, 0.87. Data were analyzed by calculating percentage, mean, standard deviation, regression analysis was performed.

The results showed that the predisposing factors, reinforcing factors, enabling factors, and disease prevention behaviors of village health volunteers who visited TB patients at home in general were at a high level. and the results of the prediction of tuberculosis infection prevention behaviors were found. They predicted disease prevention behavior by 35.4% from the results of this study. The information can be used as a guideline for planning the implementation of the development of the village health volunteers' potential. in order to have more knowledge, skills and expertise in performing care and helping people in the areas responsible.

Keywords: Preventive behaviors for infection, Follow-up visits to TB patients at home, Village Health Volunteer

* *Public Health Technical Officer Professional Level, Chonburi Provincial Health Office*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัณโรคเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญของโลก ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ยังมีปัญหา วัณโรคเกิดจากเชื้อMycobacterium tuberculosis ซึ่งอยู่ในกลุ่ม M. Tuberculosis Complex เป็นโรคติดต่อที่เกิดระหว่างคนสู่คนที่เกิดขึ้นได้ง่าย (กรมควบคุมโรค, 2554) โดยเมื่อผู้ป่วยวัณโรคระยะแพร่เชื้อ ไอ จาม ไม่ปิดปากและจาม ทำให้ละอองเสมหะขนาดเล็ก (Droplet nuclei) ฟุ้งกระจายในอากาศ เมื่อผู้อื่นสูดหายใจเอาละอองเสมหะที่มีเชื้อวัณโรคเข้าไปทำให้เชื้อวัณโรคสามารถเข้าถึงถุงลมในปอด และป่วยเป็นวัณโรค (ยุทธิชัย เกษตรเจริญและคณะ, 2552) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (2012) ประมาณการว่าประชากรบนโลกจำนวน 1 ใน 3 ได้ติดเชื้อวัณโรคแล้ว ซึ่งในจำนวนนี้มีทั้งที่แสดงอาการป่วยและยังไม่แสดงอาการป่วย และพบอัตราการติดเชื้อใหม่เกิดขึ้น 1 คนต่อวินาที ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดวัณโรคพบประมาณร้อยละ 8 ของผู้ที่ได้รับเชื้อวัณโรค จะกลายเป็นวัณโรคภายใน 2 ปี หลังจากที่ติดเชื้อ ผู้ป่วยวัณโรคที่ไม่เข้ารับการรักษาหรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแต่ยังไม่หายและไม่เสียชีวิต จะสามารถแพร่เชื้อต่อให้ผู้อื่นไปได้เรื่อยๆ (สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค, 2561)

องค์การอนามัยโลกจัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระวัณโรค วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรคคือยาหลายขนานสูง จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ.2559 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับมาเป็นซ้ำ 119,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 10,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคคือยา RR/MDR-TB 4,700 ราย (WHO, 2018) สำนักวัณโรค รายงานผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทยปี พ.ศ.2559 พบว่ามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) 70,114 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 6,794 ราย ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11 ของผู้ที่ได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวี วัณโรคคือยาหลายขนาน 955 ราย และวัณโรคคือยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 13 ราย โดยมีผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.9 (กรมควบคุมโรค, 2560) ซึ่งสถานการณ์วัณโรคของจังหวัดชลบุรีพบว่ามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรคผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี วัณโรคคือยามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 74.52 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2564)

แนวทางการควบคุมวัณโรคในประเทศไทย กำหนดให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทสำคัญในการควบคุมวัณโรคในระดับชุมชน ซึ่งระบุไว้ในแผนดังกล่าว ประกอบด้วย ด้านการเป็นพี่เลี้ยงดูแลรับประทานยา ด้านการค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ด้านการควบคุมป้องกันวัณโรคในชุมชน และด้านการเยี่ยมบ้าน (กรมควบคุมโรค, 2561) ข้อมูลการปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อสม.มีการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมวัณโรคอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 59.90 (ณัฐวุฒิ ช่วยหอม, 2561) มีศักยภาพในด้านความรู้เกี่ยวกับวัณโรคอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 71.00 (นงคราญ สมฤทธิ์, 2558) และมีส่วนร่วมต่อการรักษาวัณโรค ด้วยระบบยาระยะสั้นแบบมีพี่เลี้ยง (DOTS) ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.19 (ภัทรา ผาแก้ว, 2558) นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นั้น มีทั้งหมด 4 ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัย

ด้านแรงสนับสนุนทางสังคม (ยูธนา แยกคาย, 2561) ปัจจัยด้านความรู้เรื่องวัณโรค (ณัฐวุฒิ ช่วยหอม, 2561) ปัจจัยด้านทัศนคติที่มีต่อการควบคุมวัณโรคในชุมชน (เมธี สุทธิศิลป์, 2558) และปัจจัยส่วนบุคคล (Chung, Hazmi, & Cheah, 2017)

การศึกษาปัจจัยสาเหตุของพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อวัณโรค และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสาเหตุและพฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากศึกษาของ ภิษณี วิจันท์ก (2564) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมกำบังการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ และพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกำบังการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในระดับดีร้อยละ 72.3 เมื่อพิจารณาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายพฤติกรรม การใช้ยาปฏิชีวนะพบว่า ปัจจัยนำ ด้านทัศนคติ เกี่ยวกับการกำบังการใช้ยาปฏิชีวนะ ($\beta = 0.388, p < .001$) และความรู้เกี่ยวกับการกำบังการใช้ยาปฏิชีวนะมีผลทางบวกกับพฤติกรรมกำบังการใช้ยาปฏิชีวนะ ($\beta = 0.173, p < .05$) โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกำบังการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 21 จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องประกอบไปด้วย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม รวมทั้งมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งส่วนใหญ่มีความครอบคลุม ปัจจัยด้านองค์กรและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจึงได้นำ โมเดลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและปัญหาสุขภาพ PRECEDE-PROCEED Model ของ Green & Kreuter (2005) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อจะนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการกำบังการติดเชื้อวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน จังหวัดชลบุรีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ และพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกำบังการติดเชื้อวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านในจังหวัดชลบุรี

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) ในลักษณะการศึกษาแบบ ณ จุดเวลา (Cross - sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของจังหวัดชลบุรีทั้ง 11 อำเภอรวมจำนวนทั้งสิ้น 13,596 คน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของจังหวัดชลบุรี จำนวน 438 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณด้วยสูตร Taro Yamane (1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ตามสัดส่วนของ อสม. แต่ละอำเภอ เพื่อให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในจังหวัดชลบุรี

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามรายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนตัวอย่าง (คน)
1	เมืองชลบุรี	2,853	90
2	บ้านบึง	1,396	45
3	หนองใหญ่	305	10
4	พานทอง	881	28
5	พนัสนิคม	2,171	70
6	เกาะจันทร์	588	19
7	บ่อทอง	816	25
8	ศรีราชา	1,989	65
9	เกาะสีชัง	73	5
10	บางละมุง	1,776	55
11	สัตหีบ	748	25
	รวม	13,596	438

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บแบบสอบถามแก่เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเก็บข้อมูล เมื่อเก็บข้อมูลครบผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความครบถ้วนและสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบสอบถาม ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว ประวัติการได้รับวัคซีน BCG การตรวจการเชื้อวัณโรคโดยวิธีทูเบอร์คูลิน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การฝึกอบรมในเรื่องหลักการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ประวัติการป่วยเป็นวัณโรคของบุคคลที่บ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เคยมีผู้ป่วยเป็นวัณโรค การทำหน้าที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณ

โรคที่บ้านของอสม.ท่านมีการดำเนินการอย่างไร จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัส และทัศนคติต่อการปฏิบัติงาน มีลักษณะการวัดแบบประเมินค่า (Liker scale) 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ และ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การรับสื่อแนวทางการปฏิบัติตัว การได้รับคำแนะนำการอบรมให้ความรู้ การได้รับคำตอบแทนและคำชมเชย มีลักษณะการวัดแบบ ประเมินค่า (Liker scale) 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การรับสื่อแนวทางการปฏิบัติตัว การได้รับคำแนะนำการอบรมให้ความรู้ การได้รับคำตอบแทนและคำชมเชย มีลักษณะการวัดแบบ ประเมินค่า (Liker scale) 5 ระดับ จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของ อสม. ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล การปฏิบัติตามหลักปราศจากเชื้อ การตรวจสุขภาพ มีลักษณะสอบถามความถี่ในการปฏิบัติ 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือของแบบสอบถามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .88, .86, .89 และ .92 ตามลำดับ และได้นำมาหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Coefficient alpha of Cronbach) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83, 0.86, 0.84, 0.87 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยสถิติเชิงพรรณนา ในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของ อสม. โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบหลายขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 89.0 และเป็นเพศชายร้อยละ 11.0 ส่วนใหญ่มีอายุ 50-59 ปีมากที่สุดร้อยละ 41.3 กลุ่มตัวอย่างไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวร้อยละ 57.5 มีประวัติการได้รับวัคซีน BCG ร้อยละ 88.8 และไม่ได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสโดยวิธีทูเบอร์คูลินร้อยละ 100.0 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพียงตำแหน่งเดียว มากที่สุดร้อยละ 57.5 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในช่วง 0-5 ปีมากที่สุดร้อยละ 37.0 กลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกอบรมในเรื่องหลักการป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการให้บริการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านร้อยละ 88.8 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยไวรัสร้อยละ 100.0 บุคคลภายในบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานไม่มีใคร มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยไวรัสร้อยละ 100 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไวรัสที่บ้านจะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพียงคนเดียวในการติดตามเยี่ยมร้อยละ 60.2

ผลการศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านในจังหวัดชลบุรี

ข้อมูลปัจจัยนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีด้านปัจจัยนำในภาพรวมอยู่ในระดับมาก(100.0%) โดยกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับมาก ปัจจัยนำที่มีที่อยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่คือ มีความระมัดระวังตนเองในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคทุก (99.7%) และปัจจัยนำที่มีที่อยู่ในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่คือเมื่อมีอาการไข้จากการปฏิบัติงานท่านสงสัยว่าตนเองป่วยเป็นวัณโรค (63.0%) ดังข้อมูลในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของปัจจัยนำ

ปัจจัยนำ	ระดับความคิดเห็น					
	มาก	ปานกลาง	น้อย	\bar{X}	\bar{X} %	ระดับ
1. การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเป็น เรื่องที่ดำเนินการได้ยาก	163 (37.3)	223 (50.8)	53 (11.9)	2.25	75.0	ปานกลาง
2. มีการใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกทุกครั้ง	423 (96.6)	15 (3.4)	0 (0.0)	2.97	99.0	มาก
3. ล้างมือทุกครั้งเมื่อให้บริการเห็นว่า มีความจำเป็น	427 (97.5)	7 (1.7)	4 (0.8)	2.97	99.0	มาก
4. เมื่อมีอาการไข้จากการปฏิบัติงาน ท่านสงสัยว่าตนเองป่วยเป็นวัณโรค	96 (22.0)	201 (45.8)	141 (32.2)	1.89	63.0	ปานกลาง
5. ไม่คลุกคลีกับเด็ก ผู้สูงอายุ และ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เมื่อยังไม่ได้ทำ ความสะอาดร่างกาย	338 (77.1)	67 (15.3)	33 (7.6)	2.69	89.7	มาก
6. มีความระมัดระวังตนเอง ในการป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วย	434 (99.2)	4 (0.8)	0 (0.0)	2.99	99.7	มาก
7. มีการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ คนในครอบครัวของท่านทุกครั้ง	430 (98.3)	4 (0.8)	4 (0.8)	2.97	99.0	มาก
ปัจจัยนำรวม	438 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.00	100.0	มาก

ข้อมูลปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสริมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (93.3%) โดยกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นตั้งแต่ระดับมากและระดับน้อย ปัจจัยเสริมที่มีความคิดเห็นที่อยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเห็นความสำคัญส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของอสม. (96.7%) และมีความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยเป็นส่วนใหญ่ คือ การได้รับค่าตอบแทนที่ให้บริการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน (45.0%) ดังข้อมูลในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริม	ระดับความคิดเห็น			\bar{X}	\bar{X} %	ระดับ
	มาก	ปานกลาง	น้อย			
1. เจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อของอสม.	405 (92.4)	22 (5.1)	11 (2.5)	2.90	96.7	มาก
2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการติดตามและประเมินผล	356 (81.4)	67 (15.3)	15 (3.4)	2.78	92.7	มาก
3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจัดให้ อสม. ได้รับการฝึกอบรม	274 (62.7)	104 (23.7)	60 (13.6)	2.49	83.0	มาก
4. อสม.ได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรค	305 (69.5)	115 (26.3)	18 (4.2)	2.65	88.3	มาก
5. อสม.ได้รับตรวจสอบสุขภาพ	393 (89.8)	34 (7.6)	11 (2.5)	2.87	95.7	มาก
6. อสม.ที่ปฏิบัติงานมีการตักเตือนเมื่อมี อสม.ไม่ปฏิบัติตามแนว	371 (84.7)	52 (11.9)	15 (3.4)	2.81	93.7	มาก
7. อสม.ได้รับค่าตอบแทนที่ให้บริการเยี่ยมผู้ป่วยไวรัสที่บ้าน	33 (7.6)	86 (19.5)	319 (72.9)	1.35	45.0	น้อย
ปัจจัยเสริมรวม	353 (80.5)	81 (18.6)	4 (0.8)	2.80	93.3	มาก

ข้อมูลปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเอื้อภาพรวมอยู่ในระดับมาก (89.7%) โดยกลุ่มตัวอย่างมีระดับมากทุกข้อ โดยมีปัจจัยเอื้อที่มีความคิดเห็นที่อยู่ในระดับมากเป็นส่วนใหญ่คือ อสม.ที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไวรัสที่บ้านมีการป้องกันตนเองโดยได้รับการสนับสนุนผ้าปิดปากปิดจมูกทุกครั้งที่ออกให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย (94.0%) ดังข้อมูลในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับของปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อ	ระดับความคิดเห็น					
	มาก	ปานกลาง	น้อย	\bar{X}	\bar{X} %	ระดับ
1. บริเวณที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยได้ จัดแยกเป็นสัดส่วนระหว่างผู้ป่วยวัณ โรคกับผู้อาศัยร่วมบ้านอย่างชัดเจน	245 (55.9)	138 (31.4)	55 (12.7)	2.43	81.0	มาก
2. บริเวณที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยวัณโรค มีอากาศปลอดโปร่ง และมีการถ่ายเท ได้สะดวก	256 (58.3)	171 (39.0)	11 (2.5)	2.56	85.3	มาก
3. บริเวณที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยวัณโรค จัดทิศให้มีการไหลเวียนของอากาศ	237 (54.2)	152 (34.7)	49 (11.0)	2.43	81.0	มาก
4. อสม.ที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยได้รับการ สนับสนุนผ้าปิดปากปิดจมูกทุกครั้ง	378 (86.4)	41 (9.3)	19 (4.2)	2.82	94.0	มาก
5. อสม.ได้รับสนับสนุนงบประมาณ สำหรับการดำเนินงานทุกครั้ง	337 (77.1)	86 (19.5)	15 (3.4)	2.74	91.3	มาก
ปัจจัยเอื้อรวม	308 (70.3)	126 (28.8)	4 (0.8)	2.69	89.7	มาก

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของกลุ่มตัวอย่าง โดย ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม ร่วมกันทำนายพฤติกรรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านได้ร้อยละ 35.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยเสริม ปัจจัยนำ และปัจจัยเอื้อที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน ($\beta = .230$, $\beta = .028$, $\beta = -.002$ ตามลำดับ) ซึ่งสามารถสร้างเป็นสมการทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรค ดังตารางที่ 5

สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ คือ

$$\text{พฤติกรรมป้องกันการติดเชื่อไวรัส} = 15.737 + 0.230 (\text{ปัจจัยเสริม}) \\ + .028 (\text{ปัจจัยนำ}) - .002 (\text{ปัจจัยเอื้อ})$$

สมการทำนายในรูปแบบคะแนนมาตรฐาน คือ

$$Z \text{ พฤติกรรมป้องกันการติดเชื่อไวรัส} = + .587 (Z_{\text{ปัจจัยเสริม}}) + .038 (Z_{\text{ปัจจัยนำ}}) \\ - .005 (Z_{\text{ปัจจัยเอื้อ}})$$

ตารางที่ 5 ตัวแปรที่มีผลและร่วมกันทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื่อไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	corelation		Coefficient			test		Collinearity	
	R ²	R ² _{adj}	B	SE	Beta	t	p	Tolerance	VIF
ปัจจัยเสริม			.230	.035	.587	6.545	.000	.706	1.417
ปัจจัยนำ			.028	.058	.038	.489	.626	.938	1.066
ปัจจัยเอื้อ			-.002	.045	-.005	0.055	.957	.738	1.354
ค่าคงที่	.354	.337	15.737	1.753		8.975	.000		

สรุปและอภิปรายผล

อสม.ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยไวรัสจากการปฏิบัติงานร้อยละ 100.0 และการได้รับวัคซีน BCG ร้อยละ 88.8 แสดงว่าการรับวัคซีนมีความสำคัญในการป้องกันโรค ถึงแม้ว่าทั้งหมดไม่ได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสโดยวิธีหุเบอร์คูลินร้อยละ 100 และได้รับการฝึกอบรมในเรื่องหลักการป้องกันการติดเชื่อไวรัสจากการให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไวรัสที่บ้านเพียงร้อยละ 61.0 เท่านั้น

ปัจจัยนำต่อการป้องกันการติดเชื่อไวรัสของอสม.ที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไวรัสที่บ้าน จากการศึกษาพบว่า อสม.ที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไวรัสที่บ้านมีปัจจัยนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื่อไวรัสในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และพบว่า ปัจจัยนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื่อไวรัสที่มีความคิดเห็นที่อยู่ในระดับมากคือ มีความระมัดระวังตนเองในการป้องกันการติดเชื่อไวรัสจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไวรัสทุกคน มีการป้องกันการแพร่เชื้อไวรัสจากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจากตนเองไปสู่คนในครอบครัว มีการใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกทุกครั้ง ขณะให้บริการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยไวรัส มีการล้างมือทุกครั้งเมื่อให้บริการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยไวรัส และเห็นว่ามีความจำเป็น และไม่คลุกคลีกับเด็กผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรังเมื่อยังไม่ได้ทำความสะอาดร่างกาย หลังให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยไวรัส ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการล้างมือเป็นความรู้พื้นฐานที่ อสม.จะต้องให้

ความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะการล้างมือเป็นมาตรการสำคัญที่สามารถป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ดีที่สุด คุ่มค่าที่สุด และปฏิบัติง่ายที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติพร ประชาศรัยสรเดช และคณะ (2555) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพบว่า เรื่องที่นักศึกษาพยาบาลมีความรู้มากที่สุด คือเรื่องการล้างมือ นอกจากนี้จากการศึกษาของเกษฎากร ขวัญทะเล (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสในบุคลากรทางการแพทย์พยาบาลที่สำคัญที่สุดพบว่า หน่วยงานมีถุงมือ น้ำยาฆ่าเชื้อ เพียงพอต่อการใช้งาน และจากการศึกษาของ Yassi A et al. (2004) และแนวทางการป้องกันโรคของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม (2554) และสำนักวัณโรค (2551) เรื่อง การที่บุคลากรที่สวมหน้ากากปิดปากปิดจมูก (Surgical mask) และเห็นว่าเป็นสิ่งจำเป็นจะสามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการปฏิบัติงานได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุรกิจ เชื้อนแก้ว (2557) พบว่าระยะเวลาหรือประสบการณ์ในการปฏิบัติงานซึ่งเป็นปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคของอสม.

สอดคล้องการศึกษาของ ยุทธนา แยกคาย (2561) พบว่า ความรู้ เจตคติ การรับรู้บทบาท ซึ่งเป็นปัจจัยนำที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง และเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอสม. นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เมธี สุทธิศิลป์ (2558) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลและมีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ ทักษะติดต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน การรับรู้บทบาทหน้าที่ของอสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน ซึ่งเป็นปัจจัยนำตัวหนึ่งที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอสม.

ปัจจัยเสริมต่อการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของอสม. ที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคที่บ้าน จากการศึกษาพบว่า อสม. ที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคที่บ้านมีความคิดเห็นด้านปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโรคในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และพบว่าปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสที่มีความคิดเห็นที่อยู่ในระดับน้อยคือ อสม. ได้รับค่าตอบแทนที่ให้บริการเยี่ยมผู้ป่วยโรคที่บ้าน ถึงแม้ว่าปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสที่มีความคิดเห็นที่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ หน่วยงานเห็นความสำคัญส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสของอสม. จัดให้มีการตรวจสุขภาพให้ อสม. และมีการถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกปี และอสม. ที่ปฏิบัติงานร่วมกับอสม. คนอื่นๆ มีการตักเตือนเมื่ออสม. ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมป้องกันโรค มีการติดตามและประเมินผลจากการปฏิบัติงานของอสม. มีการถ่ายทอดและจัดให้อสม. ได้รับการฝึกอบรม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลถึงพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของอสม. ปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องและสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคลากรที่ปฏิบัติงานซึ่งมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะการจัดให้มีการตรวจสุขภาพบุคลากรมีการถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกปี เป็นการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานตามแนวทางที่สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554)

นอกจากนี้การถ่ายทอดและจัดให้ออสม.ได้รับการฝึกอบรมมีความสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมการป้องกันตนเองในที่ทำงานของ Dejoy, David M. et al. (2005) ที่กล่าวไว้ว่า การฝึกอบรมให้ความรู้สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันตนเองได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ยุทธนา แยกคาย (2561) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ที่เป็นปัจจัยเสริมที่มีคะแนนอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของออสม. และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรา ผาแก้ว (2558) พบว่า การได้รับการฝึกอบรม ที่เป็นปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของออสม.นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ เมธิ สุทธิศิลป์ (2558) พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลและความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของออสม.คือ การรับรู้นโยบายการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดน และเป็นปัจจัยเสริมที่สามารถทำนายการมีส่วนร่วมในการจัดการควบคุมป้องกันโรคติดต่อตามแนวชายแดนของออสม.ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ ญัฐวุฒิ ช่วยหอม (2561) ที่พบว่า การอบรมหรือการให้ความรู้เรื่องวัณโรค ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมวัณโรคของออสม.อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ปัจจัยเอื้อต่อการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของออสม.ที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน จากการศึกษาพบว่า ออสม.ที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน มีความคิดเห็นด้านปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และพบว่าปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคมีความคิดเห็นที่อยู่ในระดับมากคือ ออสม.ที่ให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านมีการป้องกันตนเองโดยได้รับการสนับสนุนผ้าปิดปากปิดจมูกทุกครั้งให้ออกให้บริการติดตามเยี่ยม หน่วยงานสนับสนุนงบประมาณให้แก่ออสม.ที่ให้บริการในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคทุกครั้ง บริเวณที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยวัณโรค มีอากาศปลอดโปร่ง และมีการถ่ายเทได้สะดวก บริเวณที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยได้จัดแยกเป็นสัดส่วนระหว่างผู้ป่วยวัณโรคกับผู้อยู่อาศัยร่วมบ้านอย่างชัดเจน บริเวณที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยวัณโรคจัดทาสีให้มีการไหลเวียนของอากาศเพื่อป้องกันการติดเชื้อไปสู่ญาติและผู้ให้บริการติดตามเยี่ยมที่บ้านตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องตามมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมวัณโรค (สำนักวัณโรค, 2551, ยุทธิชัย เกษตรเจริญ และคณะ, 2552) เพื่อลดการแพร่กระจายของเชื้อและเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุรกิจ เขื่อนแก้ว (2557) พบว่า การได้รับสนับสนุนงบประมาณซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมวัณโรคของออสม.และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรา ผาแก้ว (2558) พบว่า การได้รับสิ่งของวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของออสม.

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของออสม.ที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน จากการศึกษาพบว่า ออสม.ที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในภาพรวมอยู่ในระดับมาก และพบว่าพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคอยู่ในระดับมากคือ มีการล้างมือภายหลังเสร็จสิ้นการให้บริการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน มีการปฏิบัติงานตามแนวทางเกี่ยวกับการควบคุมและการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค มีการตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อเฝ้าระวังการป่วยเป็นวัณโรค มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันโดยการปิดปากปิดจมูกแบบกรองอากาศในขณะที่ให้บริการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยวัณโรค การให้ผู้ป่วยวัณโรคใช้

อุปกรณ์ปิดปากปิดจมูกเมื่อให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน มีการตรวจสอบประสิทธิภาพของอุปกรณ์ป้องกันปิดปากปิดจมูก เพื่อใช้ในการบริการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านตามลำดับ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่อสม.จะต้องฝึกฝนตนเองให้เกิดความต่อเนื่องจนเป็นนิสัยและเป็นแบบอย่างต่อประชาชนในฐานะที่อสม.คือตัวแบบที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม ปัจจัยเอื้อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของอสม.ที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้าน โดยปัจจัยนำที่มีความหมายเหมือนปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยเอื้อที่มีความหมายเหมือนปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินงานและปัจจัยเสริมที่มีความหมายเหมือนปัจจัยด้านองค์กรที่เป็นตัวเสริมแรงสนับสนุนให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ โดยปัจจัยนำ ปัจจัยเสริม และปัจจัยเอื้อมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค สอดคล้องกับศึกษาของ Dejoy, David M. et al. (2005) ได้ศึกษาถึงความสำเร็จของการป้องกันตนเองของบุคลากรทางการแพทย์ในหลายๆ ประเทศจากโรค Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) ในปี พ.ศ.2546 พบว่าปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. การส่งเสริมการปฏิบัติงานของ อสม.ด้านปัจจัยนำ ในการปฏิบัติงานในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของ อสม.เพื่อเป็นการป้องกันส่วนบุคคลที่ปฏิบัติงานและการป้องกันการแพร่เชื้อวัณโรคไปสู่คนในครอบครัว ควรเน้นและให้ความสำคัญในการมีและการใช้ผ้าปิดปากปิดจมูก (Surgical mask) ทุกครั้งขณะให้บริการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยวัณโรค แนะนำให้มีการล้างมือทุกครั้งเมื่อให้บริการติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยวัณโรคทั้งก่อนและหลัง และมีการทำความสะอาดร่างกายหลังให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคทุกครั้ง

2. การส่งเสริมการปฏิบัติงานของ อสม.ด้านปัจจัยเสริมหรือปัจจัยด้านองค์กรในการปฏิบัติงาน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของ อสม.จะต้องส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติตามแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคของ อสม.อย่างเคร่งครัด จัดให้มีการตรวจสุขภาพ อสม.มีการถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกปี และ อสม.ที่ปฏิบัติงานร่วมกันมีการตักเตือนเพื่อนอสม.ที่ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมป้องกันโรค มีการติดตามและประเมินผลจากการปฏิบัติงานของ อสม.โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีการถ่ายทอดและจัดให้อสม.ได้รับการฝึกอบรมความรู้ นอกจากนี้ให้ค่าตอบแทนอสม.ที่ให้บริการเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านถือว่าเป็นขวัญและกำลังใจสำคัญที่จะเป็นแรงจูงใจให้อสม.ที่ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3. การส่งเสริมการปฏิบัติงานของ อสม.ด้านปัจจัยเอื้อในการปฏิบัติงานในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคที่บ้านของ อสม.ในส่วนของหน่วยงานจะต้องมีการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และอำนวยความสะดวกแก่ อสม.ที่ให้บริการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคทุกครั้งอย่างเพียงพอ ในส่วนของ อสม.ที่ปฏิบัติงานจะต้องแนะนำและพร้อมดำเนินการ จัดสิ่งแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยวัณโรคให้มีอากาศปลอดโปร่งมีการไหลเวียนของอากาศและมีการถ่ายเทของอากาศได้สะดวก มีการจัดแยกเป็นสัดส่วนระหว่างผู้ป่วยวัณโรคกับผู้อยู่อาศัยร่วมบ้านอย่างชัดเจน สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคมีความสุขสบาย และเป็นการป้องกันการติดเชื้อจากผู้ป่วยไปสู่ญาติและ อสม.ที่ให้บริการติดตามเยี่ยมที่บ้าน

4. ควรมีการกระตุ้นเตือนให้ อสม.เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตน รวมถึงให้ตระหนักถึงปัจจัยก่อโรค และให้ความสำคัญในการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค โดย อสม.ควรมีการประเมินสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เนื่องจาก อสม.จะต้องเป็นแบบอย่างการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในการดูแลป้องกันตนเองให้ห่างโรคให้ประชาชนที่ตนเองรับผิดชอบตลอดเวลา

5. อสม.จะต้องได้รับการเรียนรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพราะการเรียนรู้เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องจัดทำรูปแบบการเรียนรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับ อสม. โดยให้ อสม.ได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูลสะดวกและง่าย เนื้อหาอธิบายอย่างละเอียด อสม.มีความเข้าใจที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้เป็นรูปธรรม และยังเป็นการเชื่อมโยงข้อมูลดังกล่าวสู่ประชาชนที่ อสม.ดูแลต่อไป

6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องเป็นที่ปรึกษาให้ อสม.เพราะการให้คำปรึกษามีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ อสม.มีความเชื่อมั่นในการดูแลประชาชนที่ตนเองรับผิดชอบอย่างมืออาชีพ

บรรณานุกรม

กรมควบคุมโรค. (2554). แบบประเมินตัวชี้วัดการดำเนินงานวัณโรคสำหรับโรงพยาบาล ปีงบประมาณ 2554.

กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค.

กิตติพร ประชาศรัยสรเดช. (2555). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ปฏิบัติงานในห้องคลอดของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีชลบุรี. Pharpokklao Nursing College, 23 (มีนาคม-สิงหาคม): 9-15

เกษฎาภรณ์ ขวัญทะเล. (2551). พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานในบุคลากรทางการแพทย์ งานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภัทรา ผาแก้ว. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการรักษาวัณโรคด้วยระบบยาระบบสั้น (dots) จังหวัดสระแก้ว (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏราชรินทร์.

ภิญณี วิจันท์ก. (2564). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก, 22(1), 147-155.

เมธี สุทธิศิลป์. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการจัดการป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา. วารสารพยาบาลทหารบก, 18(1), 83-93.

ยุทธนา แยกคาย. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุโขทัย. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา, 19(3), 145-155.

- ยุทธิชัย เกษตรเจริญ. (2552). แนวทางมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมวัณโรคสำหรับคลินิกวัณโรค.
สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- วิโรจน์ เจียมจรัสรังสี. (2546). ระบาดวิทยาวิทยาของวัณโรคจากการประกอบอาชีพในบุคลากร
ด้านการแพทย์. Chula Med 47, 5 (พฤษภาคม): 353-363.
- สุรกิจ เขื่อนแก้ว. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการป้องกันและควบคุมวัณโรค อำเภอดอกคาใต้ จังหวัดพะเยา (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญา
มหาบัณฑิต). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุรเดช ชวะเดช. (2560). การพัฒนารูปแบบของการรักษาวัณโรคแบบมีที่เลี้ยง (dot) อำเภอห้วยทับทัน จังหวัด
ศรีสะเกษ. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 8(3), 399-351.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2564). สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2564.
ชลบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2554).
คู่มือการประเมินความเสี่ยงจากการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาล (ฉบับปรับปรุง 2554). กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). แนวปฏิบัติการผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย
พ.ศ. 2561. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ อักษรกราฟิก แอนด์ ดีไซน์.
- Dejoy, David M. et al. (2005). Protecting health care workers from SARS and other respiratory
pathogens: Organizational and individual factors that affect adherence to infection
control guidelines. University of Colorado State.
- Green, W., & Kreuter, M. W. (2005). Health promotion Planning and environment approach.
Toronto: Mayfield.
- World Health Organization. (2018). Global tuberculosis report 2018.
- Yassi A et al. (2004). Protecting the faces of Health Care Workers. Occupational Health
And Safety Agency for Healthcare in BC.

การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พขอ.บางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

โรงพยาบาลบางระกำ และ รพ.สต.เครือข่าย

อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

สถานการณ์ปัญหา

ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเพิ่มขึ้น เนื่องจากสภาพสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมีแบบแผนการดำเนินชีวิตขาดสมดุลภาพ ขาดความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ส่งผลต่อสุข ภาพอนามัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจสถานการณ์โรคไม่ติดต่ออำเภอบางระกำ ปี พ.ศ.2560-2563 พบว่าโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นจาก 4,985 ราย เป็น 5,632 ราย (เพิ่มขึ้น 11.49%) และโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจาก 12,022 ราย เป็น 13,325 ราย (เพิ่มขึ้น 9.78%) ผู้ป่วยเบาหวานคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 43.51 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 56.5 และ ยังพบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ ในปี พ.ศ.2561-2563 (164, 200, 192 รายตามลำดับ) ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้น รวมทั้งโรคหลอดเลือดหัวใจรายใหม่ในปี พ.ศ. 2561-2563 ก็มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

การสำรวจพฤติกรรมกรกินเค็มของครัวเรือน จำนวน 395 หลังคาเรือน พบว่า ครัวเรือนกินเค็มเกินพอดี ร้อยละ 67.6 ร้านขายอาหาร 161 ร้าน พบว่า ร้านขายอาหารปรุงอาหารเค็มเกินพอดี ร้อยละ 86.3 ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปมีภาวะน้ำหนักเกิน 14,386 คน (ร้อยละ 26.55) กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 9,888 คน (ร้อยละ18.25) จากข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ภาวะน้ำหนักเกิน การกินเค็ม ความชุกเบาหวาน ความดันเพิ่มขึ้น ภาวะแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น ได้นำข้อมูลเหล่านี้เสนอในการประชุม พขอ.บางระกำ เพื่อดำเนินงานแก้ไขปัญหาในพื้นที่อำเภอบางระกำ

วัตถุประสงค์

เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย

กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มเสี่ยงน้ำหนักเกิน

วัตถุประสงค์เพื่อลดน้ำหนัก และปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

2. กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง

วัตถุประสงค์เพื่อลดระดับความดันโลหิต และปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็ม

3. กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน

วัตถุประสงค์เพื่อลดการใช้ยา และปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

โดยใช้ ภูวดลโมเดล (PUWADOL Model) ประกอบด้วย

P = Patient centric, U = Unity, W= Workout, A = Appreciate, D = Drug lessness,

O = Owner health mindset, L = Low insulin resistant

การดำเนินงาน

กิจกรรมการจัดการกลุ่มเสี่ยง “ชีวิตวิถีใหม่ ท่างไกล NCD”

จัดกิจกรรมให้ความรู้กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จำนวน รพ.ส.ละ 37 คน จำนวน 21 แห่ง รวม 777 คน โดยพยาบาลวิชาชีพและนักโภชนาการ เรื่องการรับประทานอาหารแบบ Low carb การทำ Intermittent fasting และการออกกำลังกาย มีการติดตามชั่งน้ำหนักวัดรอบเอว เดือนละ 1 ครั้ง รวม 3 เดือน โดย รพ.ส.เป็นผู้ติดตาม



ผลการดำเนินงาน

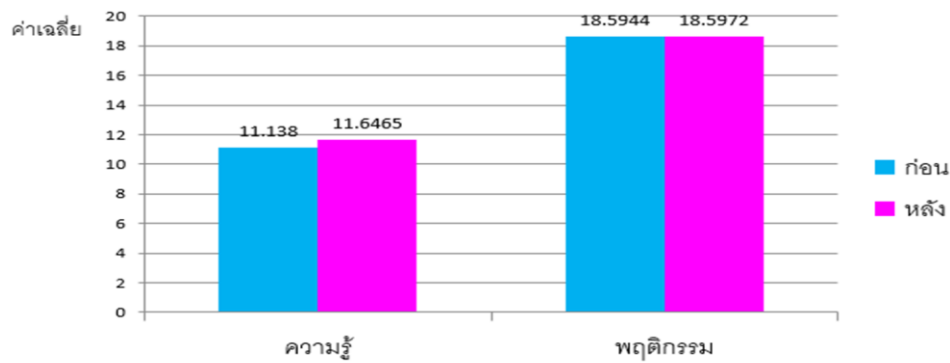
- น้ำหนักลดลง จำนวน 411 คน คิดเป็นร้อยละ 52.90 และรอบเอวลดลง 345 คน คิดเป็นร้อยละ 44.40
- น้ำหนักเท่าเดิม จำนวน 269 คน คิดเป็นร้อยละ 34.62 และรอบเอวเท่าเดิม 360 คน คิดเป็นร้อยละ 46.33
- น้ำหนักเพิ่มขึ้น จำนวน 97 คน คิดเป็นร้อยละ 12.48 และรอบเอวเพิ่มขึ้น 72 คน คิดเป็นร้อยละ 9.27

การจัดการกลุ่มผู้ป่วยเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง Stroke STEMI “ โครงการลดเค็ม ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง”

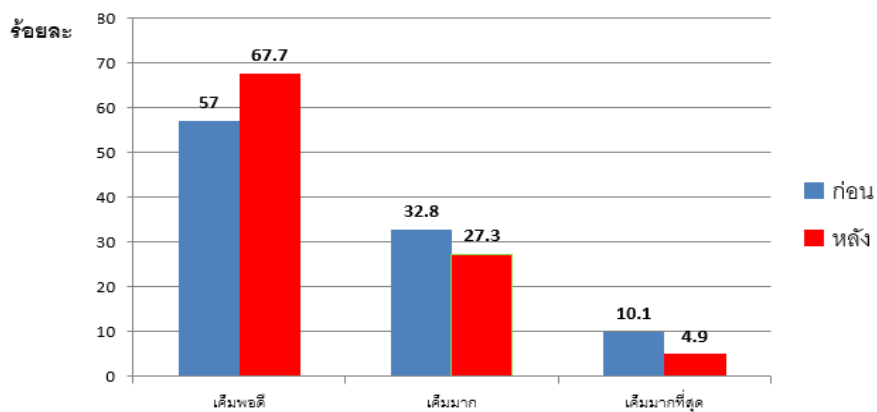
ฝีกอบรม อสม. เรื่องอาหารที่มีโซเดียมสูง การวัดความดันโลหิต การวัดความเค็มโดยใช้ salt meter เครื่องมือในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายจำนวน 141 หมู่บ้าน อสม. 1 คน มีการดูแลติดตามผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน 5 คน รวม อสม. 142 คน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 710 คน



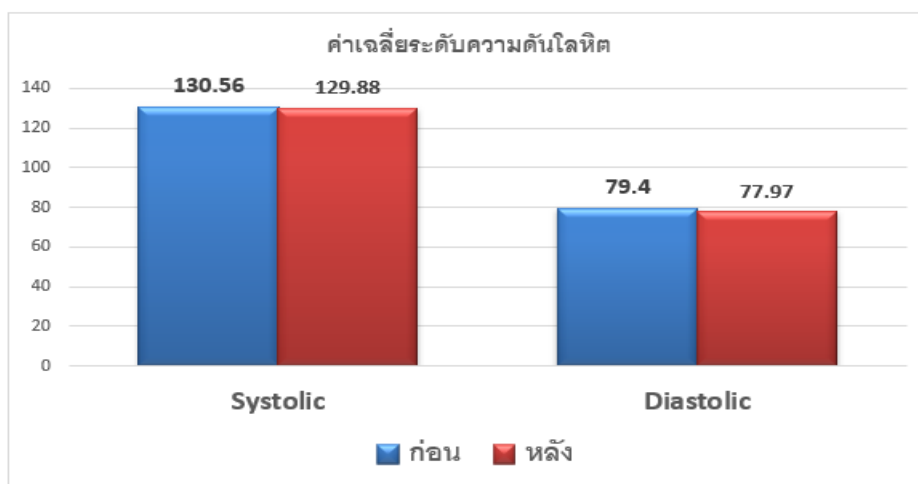
แผนภูมิที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยในการวัดความรู้และพฤติกรรมการบริโภคเค็มของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง



แผนภูมิที่ 2 แสดงร้อยละของการติดตามวัดความเค็มโดยใช้ช้อนวัดความเค็มจากอาหารที่กลุ่มตัวอย่างรับประทานก่อนและหลังการให้ความรู้ และวางแผนการปรับพฤติกรรม



แผนภูมิที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยของระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการอบรม



การจัดการโรคเบาหวาน Diabetes Remission By PUWADOL Model

กิจกรรม

- สอนให้รู้จักภาวะดื้ออินซูลิน และการจัดการภาวะดื้ออินซูลิน
- การรับประทานอาหารแบบ low carb
- การทำ intermittent fasting
- เจาะน้ำตาลปลายนิ้วด้วยตนเอง สัปดาห์ละ 2 วัน โดยเจาะมือใดก็ได้ ก่อนอาหารและหลังอาหาร 2 ชั่วโมง
- ติดตามเดือนละ 1 ครั้ง นาน 3 เดือน ดูกราฟที่บันทึก พบแพทย์หรือใช้การ Consult เพื่อปรับลดยาหรือหยุดยา





ผลการดำเนินงานในปี 2563-2564

(Clinic NCD, PCU) จำนวนผู้ป่วยเข้าร่วมทั้งหมด 106 คน

- ไม่กินยาตั้งแต่แรก จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 9.43
- หยุดยาได้ จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 54.72
- ลดยาได้ จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 35.85

การตรวจ HbA1C

- HbA1C ลดลงจากเดิม 88 คน คิดเป็นร้อยละ 83.02
- HbA1C เท่าเดิม จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 6.60
- HbA1C เพิ่มขึ้น จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 10.38
- กลุ่มที่เรียนรู้ผ่านระบบ Online จำนวน 32 คน สามารถหยุดยาได้ 23 คน คิดเป็นร้อยละ 71.88
- Diabetes Remission: คนไข้เบาหวานมี HbA1C < 6.5% หลังจากหยุดยาเบาหวาน 3 เดือน
- Remission ได้จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 64.15

การขยายผล

Remission ในผู้ป่วยเบาหวานใน รพ.สต. เครือข่าย 415 คน อยู่ระหว่างดำเนินการ ในแผนพัฒนา ปี พ.ศ. 2565

การจัดบริการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) ด้วยการประยุกต์หลักการความรู้ด้านสุขภาพของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

ศรินนา แสงอรุณ*, พจนันท์กาญจน์ บัณฑิตวงศ์**

*นายแพทย์เชี่ยวชาญ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

หลักการและเหตุผล

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระบาดที่ 3 ในช่วงเดือนเมษายน 2564 เกิดจากการแพร่ระบาดในผับเขตทองหล่อ และกระจายไปทุกภาคทั่วประเทศ การแพร่ระบาดพบกลุ่มการระบาดใหม่ในสถานที่ทำงาน สถานประกอบการกิจการต่าง ๆ แพร่เชื้อสู่ชุมชน และครัวเรือนอย่างรวดเร็ว โดยส่วนใหญ่พบเป็นเชื้อไวรัสสายพันธุ์เดลตา ซึ่งแพร่กระจายง่ายกว่าสายพันธุ์อื่น ผ่นวกกับประชาชน และสถานประกอบการละเลยการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทำให้เกิดการระบาดในวงกว้างขึ้น โดยพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ 18,027 คน ผู้ติดเชื้อสะสมเพิ่มขึ้นเป็น 615,314 คน และผู้เสียชีวิตสะสม 4,990 คน (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูล ณ 1 สิงหาคม 2564) ทำให้จำนวนผู้ป่วยที่รักษาหายกับจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลแต่ละวันไม่สมดุลกัน จำนวนเตียงที่จะรองรับผู้ป่วยไม่เพียงพอ แม้ในบางจังหวัดจะมีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม และมีการส่งผู้ป่วยโควิด-19 กลับไปรักษาที่ภูมิลำเนา (Back Home) แต่จำนวนเตียงก็ยังไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งยังพบปัญหาการรับตัวผู้ติดเชื้อโควิด-19 เข้าระบบการรักษามีความล่าช้า บุคลากรทางการแพทย์มีไม่เพียงพอ

เขตสุขภาพที่ 3 เริ่มมีการระบาดอย่างรวดเร็วในช่วงเดือนกรกฎาคม - สิงหาคม 2564 โดยพบผู้ติดเชื้อสะสมระลอก 1- 2 จำนวน 39 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ระลอก 3 จำนวน 532 คน ผู้ติดเชื้อสะสมระลอก 3 จำนวน 9,731 คน (สคร.3 ข้อมูล ณ 1 ส.ค.64) ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ จึงร่วมกับภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 3 จัดบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีอาการ หรือมีอาการเพียงเล็กน้อยที่บ้าน (Home Isolation) ภายใต้การกำกับ ติดตามของทีมนักวิชาการทางการแพทย์ โดยออกแบบบริการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลตนเองและป้องกันโรคได้ ประยุกต์ตามหลักการของขั้นตอนการออกแบบกระบวนการเสริมความรู้ด้านสุขภาพ มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ การศึกษาข้อมูลเชิงลึก การสร้างกรอบแนวคิดโดยใช้ทฤษฎีเป็นฐาน การออกแบบและวางแผน การดำเนินงานและการประเมินผล ความรู้ด้านสุขภาพหรือการพัฒนาความสามารถบางด้าน เช่น การเข้าถึงข้อมูล ..ฯลฯ) (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2564) เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงระบบบริการการรักษาและดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงหรือลดอัตราการตาย จากการที่ผู้ติดเชื้อไม่สามารถเข้าถึงบริการการรักษา ลดความแออัดของผู้ป่วยติดเชื้อในโรงพยาบาล พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการทำงานแบบบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และเขตสุขภาพที่ 3 มีรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) ที่เป็นต้นแบบและสามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่ต่างๆ ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) ด้วยหลักการความรู้ด้านสุขภาพของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์
2. เพื่อสร้างเสริมความรู้ในการดูแลตนเองและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด -19 ของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวพื้นที่บริการของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

การดำเนินงาน

มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. การพัฒนาระบบการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) ด้วยหลักการความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลเชิงลึก ขั้นตอนที่ 2 เลือกใช้หลักการความรู้ด้านสุขภาพ ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบและวางแผน ขั้นตอนที่ 4 ดำเนินงานตามแผน และขั้นตอนที่ 5 ประเมินผล

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลเชิงลึก

1.1 ศึกษาบริบทของพื้นที่เขตอำเภอเมืองนครสวรรค์ สถานการณ์การแพร่ระบาด การจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ที่จะเข้ารับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยโควิด-19 รายใหม่ (New Case) หรือ (Stepdown) จาก รพ.สวรรค์ประชารักษ์ หรือ รพ.สนามที่แพทย์วินิจฉัยให้กลับมาดูแลตัวเองที่บ้านได้จนครบ 14 วัน ที่พักอาศัยเป็นสัดส่วนสามารถแยกห้องนอนห้องน้ำจากบุคคลในครอบครัวได้ ผ่านการจัดประชุมระดมสมอง

1.2 จัดสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) กับทีมผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และนักวิทยาศาสตร์การแพทย์ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโควิด - 19 ในพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 ประยุกต์หลักการความรู้ด้านสุขภาพ

พัฒนากระบวนการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพโดยการประยุกต์แนวคิดการออกแบบแผนงาน/โครงการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้ทฤษฎีและข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นฐานของ Bartholomew และคณะ (2001) โรคโควิด -19 เป็นโรคอุบัติใหม่ของระบบทางเดินหายใจซึ่งเป็นธรรมชาติของการเกิดโรคระบาดที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ทุก 10-15 ปี การคัดกรอง การจัดการทรัพยากร จัดการข้อมูล แนวทางการดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการค้นคว้าและรวบรวมจัดทำเป็นแนวทางในการปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ซึ่งคณะผู้ศึกษาได้ทำการรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาเรียบเรียง และกำหนดเป็นทักษะที่จำเป็นของบุคลากร ได้แก่ การตรวจคัดกรองผู้ป่วยด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย การใส่ชุดป้องกันตนเอง การทำความสะอาดวัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น ทักษะที่จำเป็นของผู้ป่วย ได้แก่ การตรวจวัดอุณหภูมิด้วยตนเอง การประเมินสมรรถนะปอดเบื้องต้น การสังเกตอาการเบื้องต้นของตนเอง เป็นต้น โดยมีเป้าหมายให้บุคลากรและผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อได้

ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบและวางแผน

3.1 สร้างทีมดำเนินงานและพัฒนาศักยภาพ ประกอบด้วย

1) ทีมคัดกรองผู้ป่วยแรกรับ (Call Team) กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการประสานข้อมูลระหว่างผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์/โรงพยาบาลสนามและหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อประเมินความพร้อมของชุมชนและสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัย รายงานความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม หากรับผู้ป่วยไว้รักษาส่งต่อข้อมูลให้ทีมดูแลรักษา กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ ประชุมชี้แจงโรคโควิด-19 บทบาทหน้าที่ของทีม ขั้นตอนการบริการ การคัดกรองผู้ป่วยแรกรับ การประเมินผู้ป่วย การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การแสดงผลและรวบรวมข้อมูล สานิตขั้นตอนการบริการ และหลังจากการสานิตขั้นตอนบริการได้จัดกิจกรรมผู้ให้บริการทบทวนแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากขั้นตอนบริการจากนั้นสรุปจัดทำขั้นตอนการให้บริการเป็นลายลักษณ์อักษร

2) ทีมดูแลรักษา (Care Team) กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการประเมินติดตามอาการผู้ป่วยผ่านระบบวิดีโอทางไกลวันละ 2 ครั้ง รายงานความเสี่ยงด้านสุขภาพแก่ทีมแพทย์ แจ้งจำนวนผู้ป่วยและพิกัดที่พักอาศัยแก่ทีมรับ-ส่งผู้ป่วย กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ ประชุมชี้แจงบทบาทหน้าที่ตั้งแต่ ขั้นตอนการบริการ โรคโควิด-19 อาการแสดง การรักษาพยาบาล การฟื้นฟู การรายงานผล การส่งต่อข้อมูลผู้รับบริการ สานิตขั้นตอนการบริการ และหลังจากการสานิตขั้นตอนบริการได้จัดกิจกรรมผู้ให้บริการทบทวนแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากขั้นตอนบริการ และสรุปจัดทำขั้นตอนการให้บริการเป็นลายลักษณ์อักษร (ชี้แจงบทบาท จำลองสถานการณ์ ทบทวน)

3) ทีมรับและส่งต่อผู้ป่วย (Carry, Lab, X-ray Team) กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการรับ-ส่ง ผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์/โรงพยาบาลสนามมาที่พักอาศัย จัดส่ง ยา เวชภัณฑ์และอาหาร และรับส่งผู้ป่วยมาเอ็กซเรย์ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตอ.3 และรายงานความเสี่ยงด้านอาหารและการขนส่งแก่ฝ่ายโภชนาการและยานพาหนะ กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ ประชุมชี้แจงโรคโควิด-19 การควบคุมป้องกันโรค การคัดกรองผู้ป่วยด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย การฝึกการใส่ชุดป้องกันตนเอง การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การรับส่งผู้ป่วย สานิตขั้นตอนการบริการ และหลังจากการสานิตขั้นตอนบริการได้จัดกิจกรรมผู้ให้บริการทบทวนแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากขั้นตอนบริการ และสรุปจัดทำขั้นตอนการให้บริการเป็นลายลักษณ์อักษร

4) ทีมสื่อสารชุมชน (Community & Communication Team) กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบในการสร้างความรอบรู้ และการยอมรับจากชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโควิด-19 เรื่องการจัดการด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงการพัฒนาข้อมูลข่าวสารการดูแลป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 สำหรับผู้ป่วยและประชาชนทั่วไป กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ได้แก่ ประชุมชี้แจงโรคโควิด-19 เครือข่ายภาคีที่เกี่ยวข้อง การควบคุมป้องกันโรค การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การคัดแยกขยะ การสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้การควบคุมป้องกันโรค การจัดทำสื่อส่งเสริมความรอบรู้ สานิตขั้นตอนการบริการ และหลังจากการสานิตขั้นตอนบริการได้จัดกิจกรรมผู้ให้บริการทบทวนแลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรคความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากขั้นตอนบริการ และสรุปจัดทำขั้นตอนการให้ดำเนินงานเป็นลายลักษณ์อักษร รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 บทบาทของทีมดำเนินงานผู้ให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด 19 ที่บ้าน (Home Isolation)

ทีมดำเนินการ	บุคลากร	บทบาทหน้าที่
ทีมคัดกรองผู้ป่วย แรกเริ่ม	พยาบาลวิชาชีพ	-ซักประวัติ ประเมินอาการ/สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง -ประสาน รพ.สต./อปท.ในพื้นที่ -ลงทะเบียน Admit สอนการปฏิบัติตัว
ทีมรับและส่งต่อ ผู้ป่วย	พนักงานขับรถ นักรังสีการแพทย์	-รับผู้ป่วยเข้า Admit ที่บ้าน/ส่งมอบกล่องแรกเริ่ม -ส่งอาหารและยาเวชภัณฑ์ -รับผู้ป่วยเอ็กซเรย์ในบางกรณี
ทีมดูแลรักษา	แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ	-ประเมินอาการผู้ป่วยทุกวัน -แนะนำการปฏิบัติตัวและติดตามผลการรักษา
ทีมสื่อสารชุมชน	นักวิชาการสาธารณสุข นักประชาสัมพันธ์ นักวิชาการโสตทัศนูปกรณ์	-ประเมินชุมชนและสร้างความเข้าใจ -สร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในและนอก ระบบสาธารณสุขในพื้นที่ -ผลิตสื่อส่งเสริมความรอบรู้

3.2 ศึกษาวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโควิด-19 ครอบครัว และชุมชน

โดยการทบทวนวรรณกรรม โรคโควิด-19 การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การดูแลตนเองของผู้ป่วยโควิด-19 และการป้องกันการติดเชื้อ จากนั้นประชุมเพื่อรับทราบปัญหาและความต้องการของชุมชนกับผู้นำท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และร่วมวางแผนระบบการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ของครอบครัวและชุมชน จากนั้นนำเสนอข้อมูลกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องด้วยการประชุมแบบทางการและไม่เป็นทางการ

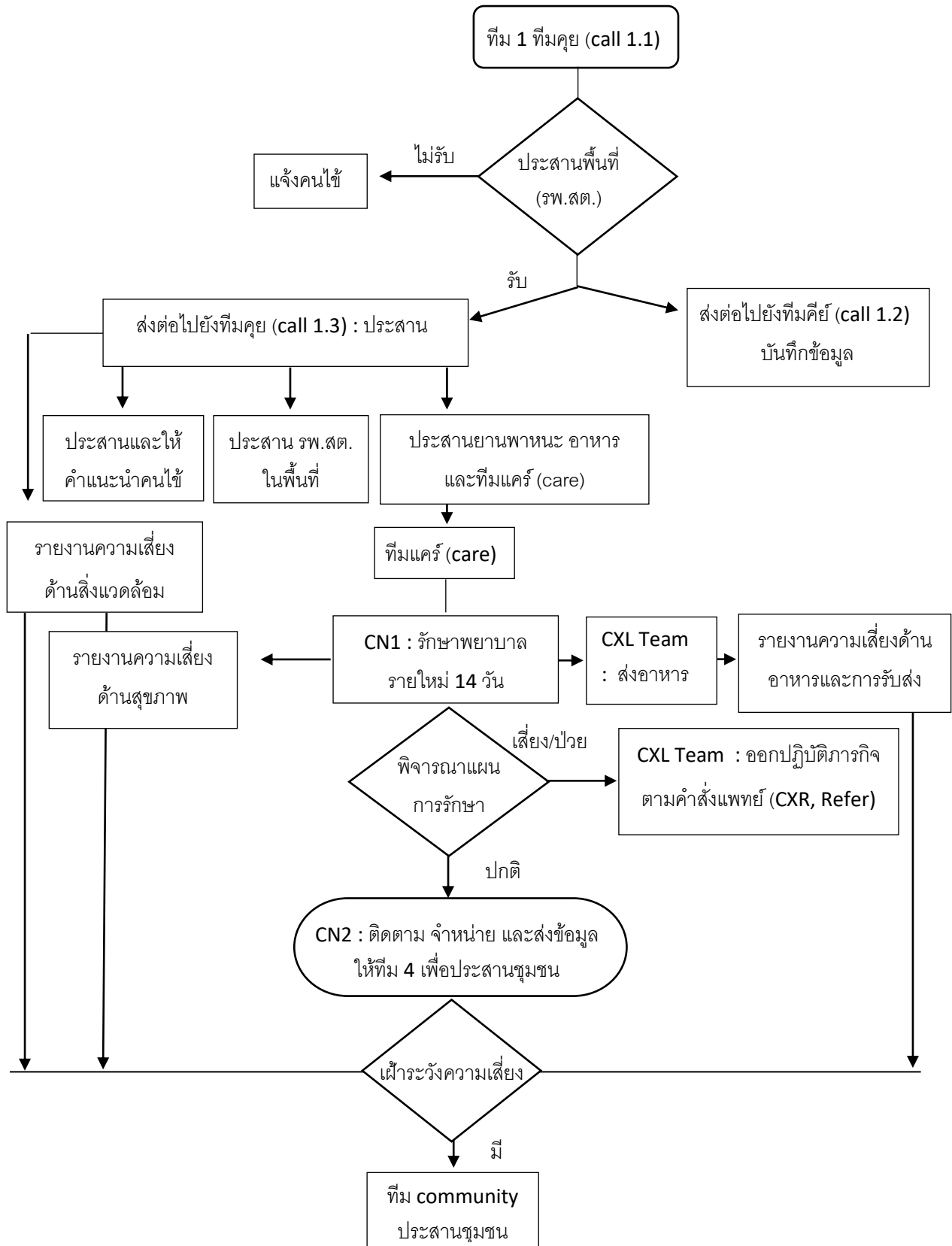
3.3 พัฒนาระบบการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation)

(เขียนอธิบายขั้นตอนบริการโดยย่อ และระบุขั้นตอนที่ปรับปรุง/เพิ่มเติมตามหลักการ)

1. รับผู้ป่วยโควิด-19 จากโรงพยาบาลสนาม (โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ที่มีอาการดีขึ้นซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าสามารถกลับมาดูแลรักษาต่อ จนครบ 14 วันที่บ้านได้/รับผู้ป่วยโควิด-19 ที่โทรศัพท์มายังหน่วยบริการ ทีมคัดกรอง ซักประวัติอาการเจ็บป่วย ที่พักอาศัยและความสามารถในการใช้แพลตฟอร์มจากโทรศัพท์และให้ข้อมูลพร้อมแจ้งผลการเข้ารับบริการ กรณีรับเข้าบริการแนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์ในกล่องแรกเริ่ม (กล่องอาสา พารอด)

2. กรณีที่เข้ารับบริการลงทะเบียนผู้ป่วย Home Isolation Dietz และแจ้งข้อมูลไปยังท้องถิ่นที่ผู้ป่วยพักอาศัย เมื่อดำเนินการรับผู้ป่วยเข้าชุมชนในระยะประมาณ 1 เดือน พบว่ามีชุมชนที่ผู้ป่วยโควิด-19 รักษาตัวที่บ้าน ต่อต้านไม่ยอมรับผู้ป่วยเนื่องจากเกรงกลัวเกิดการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 จึงจัดตั้งทีมเสริมสร้างความรอบรู้ให้แก่ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ครอบครัว ชุมชนยอมรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ลดการตีตราผู้ป่วยและครอบครัว และป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโรค โดยการให้ข้อมูลตั้งแต่โรคโควิด อาการ การดูแลรักษา การจัดเก็บและคัดแยกขยะ เพิ่มบริการจัดเก็บขยะมูลฝอยติดเชื้อจากบ้านผู้ป่วย กรณีผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับบริการได้ แนะนำหน่วยบริการที่สามารถรับบริการ

3. ผู้ป่วยเข้ารับบริการดูแล จนครบ 14 วันอาการดีขึ้นจำหน่ายผู้ป่วย กรณีอาการไม่ดีขึ้น ทีมรับและส่งต่อประเมินอาการผู้ป่วยที่บ้านหากมีอาการแยกลง ส่งต่อไปยังสถานบริการเครือข่าย



แผนภูมิที่ 1 การจัดการบริการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation)

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมกันสังเกตการณ์ระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) และเก็บรวบรวมข้อมูลการดำเนินงาน โดยเปรียบเทียบผลของการให้บริการจาก กิจกรรมบริการดูแล ฯ ประเด็นการสังเกต ประกอบด้วย กระบวนการปฏิบัติการ (The action process) ผลการปฏิบัติการ (The effects of action) ซึ่งอาจเกิดโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจ สภาพแวดล้อมและข้อจำกัดของการปฏิบัติการ (The circumstances and constraints) พร้อมบันทึกและรายงานผลต่อหัวหน้าทีมดำเนินการต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 ประเมินผล

ดำเนินงานตามระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) ผ่านการประเมินผลโครงการ/กิจกรรม ดังนี้

5.1 ดำเนินการถอดบทเรียนระบบบริการฯ ผ่านการประชุมแบบไม่เป็นทางการ การระดมสมอง การสนทนากลุ่มกับภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน

5.2 รวบรวมและวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ในทีมดำเนินงานและระหว่างทีม โดยประชุมทุกๆ สัปดาห์และรายงานผลนำเสนอเพื่อพัฒนากระบวนการต่อไป

ผลการดำเนินงาน

1. ผลของการจัดบริการการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (Home Isolation) ด้วยการประยุกต์หลักการความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ผลการดำเนินงานระหว่างวันที่ 12 สิงหาคม 2564 – 28 กุมภาพันธ์ 2565 พบว่า

1) ผู้ป่วยโควิด-19 เข้ารับบริการดูแลรักษาที่บ้าน (Home Isolation) จำนวน 429 คน ประกอบด้วย New Case ชาย 96 คน อายุเฉลี่ย 24.2 ปี หญิง 121 คน อายุเฉลี่ย 28.4 ปี Step down ชาย 99 คน อายุเฉลี่ย 32.9 ปี หญิง 113 คน อายุเฉลี่ย 35.1 ปี โดย ผู้ป่วยโควิด ที่เข้ารับบริการ Home Isolation เมื่อมีอาการไม่ ดี ทีมรักษาดูแลประเมินอาการที่บ้าน โดยพบว่าผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องได้รับการส่งต่อและส่งต่อ จำนวน 6 ราย

2) การจัดการขยะติดเชื้อ บรรจุถุงแดงสำหรับการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ 2 ขนาด ถุงแดงขนาดเล็กจำนวน 14 ถุง สำหรับขยะประจำวันและถุงแดงขนาดใหญ่ จำนวน 3 ถุง สำหรับรวบรวมเป็นรายสัปดาห์ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยทิ้งขยะลงในถุงสีแดงขนาดเล็กกีดพันด้วยแอลกอฮอล์ฆ่าเชื้อรอบปากถุง ผูกด้วยเชือกให้แน่นและรวบรวมในถุงแดงขนาดใหญ่เพื่อรอการกำจัด โดยเจ้าหน้าที่ดำเนินการจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อทุกวันอาทิตย์สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยศูนย์อนามัยที่ 3 ร่วมกับบริษัทเอกชน ซึ่งเป็นบริษัทกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ได้มาตรฐานถูกต้องตามกฎหมายและประชุมชี้แจง เกี่ยวกับข้อมูลการให้บริการ การจัดการขยะ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิดสู่ชุมชนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

3) จัดทำชุดความรู้และการรวบรวมชุดความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโควิดและสำหรับประชาชน ตั้งแต่ การประเมินอาการตนเอง การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร ยา การใช้เวชภัณฑ์ การจัดการที่พังกาศัย การจัดการขยะ และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด

2. การสร้างเสริมความรู้ในการดูแลตนเองและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด -19 ของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวพื้นที่บริการของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ป่วยและเพื่อนบ้านในชุมชน จำนวน 272 คน ปฏิบัติตนตามคำแนะนำในการป้องกันโรคโควิด - 19 ทุกครั้ง ร้อยละ 76.8 และมีการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านในชุมชนร้อยละ 15.4 ส่วนการจัดการขยะติดเชื้อ ผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับความรู้การคัดแยกขยะเปียกชุดหลุมฝังหรือกำจัดโดยการทิ้งลงในชักโครก ทำให้ปริมาณขยะติดเชื้อลดลง จากเดิมคนละ 0.8 – 1 ก.ก./วัน เป็นคนละ 0.5 ก.ก./วัน สำหรับการคัดแยกขยะผู้ป่วยโควิดมีความรู้และสามารถคัดแยกขยะได้ถูกต้อง ได้แก่ ขยะมูลฝอยติดเชื้อ หมายถึงขยะที่มีการปนเปื้อนสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย ผ่าอนามัย รวมถึงกระดาษทิชชู และภาชนะใส่กล่องอาหารชนิดรับประทานครั้งเดียว อีกทั้งชุดตรวจ ATK (Antigen Test Kit) ซึ่งถือว่าเป็นขยะที่มีความเสี่ยงสูงผู้ป่วยได้จัดเก็บและส่งมอบให้ทีมกำจัดขยะของ Home Isolation สำหรับเศษอาหารและขวดน้ำดื่มผู้ป่วยได้มีการจัดการที่เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมของ เช่น ขยะเปียกเศษอาหารบางประเภท สามารถกำจัดโดยการขุดหลุมฝังหรือกำจัดโดยการทิ้งลงในชักโครก ลดการใช้ภาชนะสำหรับบรรจุอาหาร เช่น งดใช้โฟม งดใช้ถุงพลาสติกบรรจุอาหาร เป็นต้น สำหรับขวดน้ำดื่มทำลายเชื้อให้ถูกต้องตามหลักควบคุมการติดเชื้อเพื่อลดการแพร่ระบาด สามารถนำเป็นขยะรีไซเคิลเพื่อสร้างรายได้ให้กับตัวเองต่อไป

3. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโควิด - 19 พบว่า

- 1) ผู้ป่วยโควิด -19 จำนวน 429 คน ร้อยละ 100 สามารถประเมินอาการตนเองเบื้องต้น วัดอุณหภูมิ ประเมินสมรรถภาพปอดเบื้องต้นของตนเองได้ และรายงานข้อมูลตนเองให้กับทีมดูแลรักษาตามเวลาที่กำหนดร่วมกันได้
- 2) ผู้ป่วยโควิดทุกรายที่เข้ารับบริการมีทักษะการล้างมือ 7 ขั้นตอน และการออกกำลังกายพื้นฐาน
- 3) ผู้ป่วยโควิดทุกรายสามารถจัดการขยะติดเชื้อตามคำแนะนำของทีมสื่อสารชุมชน โดยการคัดแยกขยะจัดการขยะ
- 4) จากการเฝ้าระวังการแพร่กระจายเชื้อ พบว่าไม่มีผู้ป่วยใหม่ที่เกิดจากให้บริการการดูแลรักษาแบบ Home Isolation





หน่วยบริการดูแลรักษาแบบ
Home Isolation
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ (สว.แม่และเด็ก)

ขั้นตอนการรับบริการ

1. เพิ่มเพื่อน โดยใช้ QR Code หรือ ID Line : @983xthen



2. เมื่อเข้าสู่ระบบแล้วจะปรากฏหน้าจอนี้ จากนั้นลงทะเบียนในปุ่ม HOME CARE และกดไปที่ปุ่มเพิ่มเพื่อน (ไว้พูดคุยกับแพทย์)



3. คลิกปุ่ม DIETZ COVID TRACKER เพื่อบันทึกผลสุขภาพรายวันวันละ 2 รอบ เวลา 08.00 น. และ 14.00 น.

4. ทำการตรวจเช็คสุขภาพจิต โดยสแกน QR Code



อย่าลืมทำตาม 4 ขั้นตอนนี้

หากมีอาการผิดปกติ โทรสายด่วน 056 255234 ตลอด 24 ชม.

เอกสารอ้างอิง

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ชั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจารณ์ญาณ กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

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

Barthlomew, L.k.; Parcel, G.S.; Kok, G., & Gottlieb, N.H. (2001). Intervention Mapping. Designing Theory and Evidence-Based Health Promotion Programs. Mayfield Publishing Company.

ย้อนรอย “คลินิกเล็กบุหรี โรงพยาบาลฝาง”

ประมวล ตริยกุล

กลุ่มงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลฝาง

ความเป็นมา

เรื่องราวการทำงานเล็กบุหรี มีมาเนิ่นนานในโรงพยาบาลฝาง เปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานมาโดยตลอด เช่น ฝ่ายเภสัชกรรม งานแพทย์แผนไทย งานกายภาพบำบัด ฯลฯ ยังไม่ได้มีการตั้งคลินิกเล็กบุหรีที่เป็นรูปธรรม จนกระทั่งงานสุขภาพจิตและสารเสพติดได้มาดำเนินงานส่วนที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด ทีมงานในหน่วยงานทุกคนร่วมมือในการทำงานโดยผ่านการพัฒนาบุคลากรด้านเทคนิคการเล็กบุหรี จากสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ทำให้เกิดรูปแบบแนวทางในการดำเนินงาน ทางสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่จึงขอความร่วมมือให้โรงพยาบาลฝางและอำเภอฝางได้ **“พัฒนาเครือข่ายบริการเลิกยาสูบอำเภอฝางอย่างเข้มแข็งและเป็นรูปธรรม”** และตั้งเป้าหมายที่จะพัฒนาโรงพยาบาลฝางให้เป็นสถานพยาบาลปลอดบุหรีในปี 2565

ในกระบวนการทำงาน ผู้บริหารระดับจังหวัดได้ให้ความสำคัญส่งผ่านมายังผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง ทำให้ได้รับการสนับสนุนในการดำเนินงานอย่างยิ่ง จึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะดำเนินงาน/คณะทำงาน **โรงพยาบาลฝางปลอดบุหรี** และมีการประกาศนโยบาย **“โรงพยาบาลฝางปลอดสารเสพติด บุหรี สุรา”** บุคลากรโรงพยาบาลฝางรับทราบมีการอบรมให้ความรู้โทษ พิษภัยบุหรี การบำบัดรักษา การส่งต่อ จัดทำแนวปฏิบัติในการคัดกรอง ดูแล ส่งต่อ ผู้รับบริการภายในหน่วยงานโรงพยาบาล และการดูแลส่งต่อติดตามในชุมชน และ รพ.สต.โดยความร่วมมือจาก อสม./อบต. เพื่อมุ่งหวังให้ผู้รับบริการเลิกบุหรี ลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดการเกิดนักสูบบุหรี่ใหม่ในชุมชน บ้าน วัด โรงเรียนโดยอาศัยกระบวนการทำงานจากทีมสหสาขา แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักกายภาพ แพทย์แผนไทย นักเทคนิคการแพทย์ ทีม PCT และคณะกรรมการ ENV ดูแลสถานที่สิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามมาตรฐาน โดยมีการทบทวนการทำงานตามวงล้อ PDCA และมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ภายในโรงพยาบาลมีบุคลากรเป็นบุคคลต้นแบบในการเลิกบุหรี ผู้รับบริการได้รับการคัดกรองเพิ่มมากขึ้น โดยอาศัยความร่วมมือและประชาสัมพันธ์จากคณะกรรมการระดับอำเภอ/คณะกรรมการระดับตำบล จึงเกิดโครงการความรู้ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ลด ละ เลิกบุหรี เพื่อลดปัญหาโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ในระดับตำบลทุกตำบล และมีการให้ความรู้โทษพิษภัยบุหรี การติดตามสำหรับ รพ.สต./อสม. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อเกิดเครือข่ายการดูแลระดับตำบล และมีการทบทวน กระบวนการทำงาน เพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งโรงพยาบาลฝาง ได้รับการประเมินสถานพยาบาลปลอดบุหรี 22 ธันวาคม 2565 ภายในระยะเวลาการทำงาน 1 ปี

เหตุผลที่ต้องทำโรงพยาบาลปลอดบุหรี่

- ✚ ควันบุหรี่เป็นอันตรายต่อผู้ใกล้ชิด ไม่มีระดับที่ปลอดภัยจากการได้รับควันบุหรี่มือสอง แม้จะได้รับเพียงระยะเวลาสั้น ๆ ก็เป็นอันตรายได้ วิธีที่จะป้องกันอันตรายจากควันบุหรี่มือสองได้อย่างสมบูรณ์คือ ต้องทำให้สภาพแวดล้อม ปลอดจากควันบุหรี่ 100 %
- ✚ โรงพยาบาลเป็นที่พึ่งของประชาชนด้านสุขภาพ และมีอิทธิพลในการชี้นำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับผู้มารับบริการ และชุมชนที่โรงพยาบาลตั้งอยู่
- ✚ แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทสำคัญในการเป็นแบบอย่างที่ดี ในการไม่สูบบุหรี่ โดยเฉพาะในเขตโรงพยาบาล และเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ
- ✚ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดจรรยาปฏิบัติเพื่อการควบคุมยาสูบสำหรับบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ โดยให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นแบบอย่างที่ไม่สูบบุหรี่ และเป็นผู้นำรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่

องค์ประกอบของโรงพยาบาลปลอดบุหรี่

- ✚ มีนโยบายและประกาศให้โรงพยาบาลปลอดบุหรี่เป็นลายลักษณ์อักษร
- ✚ จัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลให้ปลอดบุหรี่
- ✚ ผู้บริหารและบุคลากรไม่สูบบุหรี่ในบริเวณโรงพยาบาลและต่อหน้าสาธารณะ
- ✚ มีระบบบริการช่วยให้บุคลากรและผู้มาใช้บริการเลิกสูบบุหรี่
- ✚ มีกิจกรรมรณรงค์กับชุมชนด้านบุหรี่และสุขภาพ
- ✚ มีนโยบายเลือกรับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่เข้าเป็นบุคลากร



องค์ประกอบของโรงพยาบาลปลอดบุหรี่เริ่มจากนโยบาย จัดสภาพแวดล้อม จัดตั้งคลินิกเลิกบุหรี่และ
กิจกรรมรณรงค์ร่วมกับชุมชน ทั้งศาสนสถาน โรงเรียน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เยาวชนจิตอาสา ฯลฯ

ปัจจัยความสำเร็จในการทำงานที่สำคัญ

1. ผู้บริหารระดับสูงให้ความสำคัญและให้การสนับสนุน
2. ทีมงานมีความมุ่งมั่นมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดำเนินงาน
3. เครือข่ายระดับอำเภอ/ตำบลมีความเข้มแข็งให้ความร่วมมือ/สนับสนุนงบประมาณ
4. ผู้อำนวยการเห็นความสำคัญให้โอกาสพัฒนาเป็นงานคุณภาพระบบบริการ
5. ได้รับการสนับสนุนและให้คำแนะนำจากเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่
อย่างสม่ำเสมอ



ความภาคภูมิใจ

1. โล่รางวัลชมเชยผลงานดีเด่นด้านการบำบัดและควบคุมการบริโภคยาสูบ สถานพยาบาลปลอดบุหรี่ ปี พ.ศ.2565
2. โล่รางวัลการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายอำเภอฝาง เพื่อรองรับระบบบริการเลิกบุหรี่อย่างเข้มแข็ง ปี พ.ศ.2565
3. โล่รางวัลระดับดีมาก โรงพยาบาลที่มีมาตรฐานคลินิกบำบัดเลิกบุหรี่ สุรา จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2564
4. โล่รางวัลองค์กรที่ดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเสพยาเสพติดดีเด่นปี 2565 จากสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
5. งานเลิกบุหรี่ เป็นงานคุณภาพปี2564 “ประเด็นคุณภาพ : บุคคลต้นแบบเลิกบุหรี่”
6. ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานได้รับการพิจารณาความดีความชอบเพื่อเป็นกำลังใจในการปฏิบัติงาน

เรื่องเล่าชาวสุขศึกษา

"ใจเขา ใจเรา เรื่องสุขศึกษา"

โดย ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประสพ รัตนากร
 ออกอากาศทางสถานีวิทยุกระจายเสียงแห่งประเทศไทย
 วันอาทิตย์ที่ 8 กรกฎาคม 2544

สวัสดีครับ ท่านผู้ฟังที่รัก

ช่วงหน้าฝนนี้ มีโรคระบาดเข้ามาเป็นห่วง เริ่มฉี่หนูเป็นประเดิม ท้องร่วงเป็นประจำ ซ้ำด้วยมรสุมใหญ่ หอบป่วนยุคลายเข้ามาแพร่ระบาดจากภาคกลาง ราชบุรี นครปฐม กรุงเทพฯ จนตอนนี้ทั่วประเทศ ไม่เว้นแม้แต่สงขลา นั่นคือ **ไข้เลือดออก** หรือ **ไข้เด็งกี** ที่มีอยู่เป็นพาหะ มีกักตักกลางวัน แต่ตอนนี้อยู่หลงทาง เพราะแสงสว่างของเมืองกรุง จนไม่รู้ว่ากลางคืน บรรดาขุนนอนไม่หลับทั้งหลาย ไม่มองง่าย มากักตักกลางคืนอีกด้วย ท่านทั้งหลาย ความจริงที่ว่ามานี้เป็นปลายทางปลายเหตุแล้ว คือ ระดมกันรักษา ทั้งๆ ที่ยาวนานเอกคือ **"สุขศึกษา"** นั่นคือ **กันดีกว่าแก้** ถึงว่า ไม่น่าลืม **ท่านขุนสอนสุขกิจ** จอมสุขศึกษา เมื่อสมัย 70-80 ปีก่อน ชื่อท่านกระฉ่อนมาก ที่ตระเวนไปทั่วทุกหัวระแหงของเมืองสยาม ตอนนั้นยังเรียกประเทศสยามอยู่ ท่านเอาหนังสือไปฉาย ควบกับหนังสือโรคมะเร็ง ชิฟิลิส หนองใน ฝิ่นม่วงนี่แหละ ผู้คนทุกเพศทุกวัย ดูหนังสือศึกษากันเกลี้ยงทั้งหมู่บ้าน เลยได้ของแถมฉีดวัคซีน ปลูกผี และความรู้เรื่องสุขวิทยาอนามัยส่วนบุคคลอย่างเต็มอ้อมนี้ความหลัง ความหวัง ที่หวังว่าเราจะไม่ลืมเรื่อง สุขศึกษา

**"อโรคยา ปรมา ลาภา ปวดหัวทั้ง ปวดท้อง ถอนฟัน เป็นโรคสารพัด
 เพิ่มไข้ โรคมากหลากหลาย หันต์ มหาทุกข์ ลีนโรคทั้งหลายได้ โลกแท้สุขเกษม"**

ในวันพฤหัสบดีที่ 26 กรกฎาคม จะมีการประชุมใหญ่ รื้อฟื้นคืนชีพ "สุขศึกษา" อาวุธหลักในเรื่องสุขภาพ ประชุมที่ห้องประชุมกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี เปิดเต็มที่ ขอเชิญทุกท่าน โดยเฉพาะครูบาอาจารย์ และท่านสื่อมวลชนที่รัก ลองคิดดูง่ายๆ สัก 5 เรื่อง

1. **"ข้อกลาง"** ลืมกันหมดแล้ว เลยแจกโรคกันถ้วนหน้า วัฒนโรคจึงกลับมาใหม่ แกรมโรคปอด โรคลำไส้ นานาชนิด
2. **"ล้างมือก่อนเปิบ"** ที่ท่านสอนสุขกิจ ท่านว่า นั่นคือ ทำความสะอาดก่อนรับประทานอาหาร
3. **"ผักดิบผักสด งดเสียดีกว่า หากใช้น้ำท่าจงด้มเสียดีก่อน"** นี่คิดดูดีๆ เวลาซื้อหิวาต์ระบาด แกรมน้ำปนเปื้อนนั่นมีเชื้อโรค มีสารเคมี มีวัตถุหนัก เช่น พรอท สารหนูค้างอยู่ ส่วนน้ำไม่สะอาดจะได้ท้องร่วง บ้าง พยาธิบ้างสารพัด
4. **"กีฬา กีฬา เป็นยาวิเศษ"** ออกกำลังกายเป็นประจำ จะได้มีเลือดสมบูรณ์ดี และไม่มีโรคเบียดเบียน
5. **"สุขวิทยาจิต"** นี่ทำลึ้มๆ ยาเสพติด ระบาดทั่วประเทศ แม้แต่เด็กชั้นประถมที่เราลึ้มเรื่องสุขภาพจิตเด็ก สุขภาพจิตครอบครัว ยิ่งปีนี้ ปีสุขภาพจิตโลกด้วยแล้ว สุขศึกษาและสุขวิทยาจิต ยิ่งจำเป็น

เรื่องสุขศึกษา คือปัญหาของทุกคน ขอให้โชคดี.

1 เรื่องราว 1 ประสบการณ์แห่งชีวิต

เรื่องหนึ่ง “เมื่อฉันป่วยโควิด-19 และต้องรักษาตัวแบบ Home Isolation”

โดย สุจิตรา ก่อกิจไพศาล

ข้าราชการบำนาญ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี)

อีเมลล์ Sujitrako@hotmail.com

“**อโรคยา ปรมาลาภา**” ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ เป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนา และต้องการหลีกเลี่ยงให้ไกลจากโรค ยิ่งเป็นโรคที่ไม่เคยมีปรากฏการณ์ในโลกนี้มาก่อน เช่น โควิด 19 ใครจะคิดว่าจะมีโรคนี้ และส่งผลกระทบต่อมวลมนุษยชาติทั่วโลก เรามากล่าวถึงที่มาของโรคกัน เพื่อหลายคนอาจลืมเรื่องราวที่มาของมัน เชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม 2562 ในเมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน แล้วลุกลามไปอย่างรวดเร็วจากประเทศจีนสู่ประเทศต่าง ๆ และเข้ามาประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขของไทย ประกาศเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2563 ว่าพบนักท่องเที่ยวหญิงวัย 61 ปี สัญชาติจีน ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ติดเชื้อโควิด-19 นับว่าเป็นการพบผู้ติดเชื้อคนแรกนอกประเทศจีน จนกลายเป็นปัญหาระดับโลก ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก

ผ่านไปกว่า 2 ปีแล้ว ยังมีการระบาดไม่หยุด แม้ว่า ประชากรโลกส่วนใหญ่ได้รับการฉีดวัคซีนแล้ว แต่เนื่องจากเชื้อโรคมีการกลายพันธุ์ ส่งผลให้ต้องมีการฉีดวัคซีนเข็ม 2, 3, 4 ตามมา ซึ่งวัคซีนมีผลเพียงลดอัตราความรุนแรงได้เท่านั้น แต่ไม่มีผลในเชิงป้องกันโรค ดังนั้น เราจะเห็นว่าผู้ที่ได้รับวัคซีน 4 เข็มแล้ว ยังมีการติดโรคอีก มาตรการของกระทรวงสาธารณสุขหรือของประเทศจากผู้ติดเชื้อทุกคนที่ต้อง admit ในโรงพยาบาล เมื่อมีผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จนต้องขยายเป็นโรงพยาบาลสนาม มาเป็น Community Isolation และสุดท้าย Home Isolation สำหรับผู้ติดเชื้อที่อาการไม่รุนแรง ซึ่งสามารถใช้ผลการตรวจ ATK (Antigen Test Kit) โดยใช้ระบบการดูแลทาง online คือ ผู้ป่วยพบแพทย์ พยาบาล online

ก่อนหน้านี้ เราจะกลัวมาก กลัวติดโรค แต่ ณ ตอนนี้ เมื่อเจอหน้ากัน เราจะถามเพื่อนว่า ติดโรคแล้วหรือยัง เพราะมีการติดโรคกระจายกันในวงกว้าง ยอดผู้ติดเชื้อทะลุหลักหมื่นทุกวัน เราดูแลตัวเองดีมากใส่ Mask เมื่อออกนอกบ้าน ล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือไม้กั้นแอลกอฮอล์ 70% และใช้ล้างมือบ่อย ๆ ตลอดเวลา ฉีดและครอบคร้วปฏิบัติตนดีมาโดยตลอด ใส่ Mask เมื่อจะออกนอกบ้าน พกแอลกอฮอล์ 70% ติดตัวตลอดเวลาเพื่อล้างมือ และฉีดพ่นตามสถานที่ต่าง ๆ ที่เราไม่แน่ใจก่อนที่จะนั่งลง เช่น ร้านอาหาร หากต้องไปรับประทานอาหารนอกบ้าน แต่ส่วนใหญ่เราจะปรุงอาหารรับประทานเองที่บ้าน

ใครจะไปคิดว่าวันที่เรากลับที่สุดจะมาถึง วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565 สามีมีอาการคough ระบายคอ คล้ายไข้หวัด ขอยาอมแก้ไอ และเริ่มมีไข้ ต่อมาอีก 2 วันฉันเริ่มคough และปวดท้อง ปวดตามกล้ามเนื้อ และมีไข้ตามมาด้วยอาการถ่ายเหลวหลายครั้ง เมื่อตรวจ ATK สามีขึ้น 2 ชิดชัดเจน แต่ฉันขึ้นเพียงขีดเดียว

เนื่องจากเราเป็นกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุ 608 รุ่งขึ้นสามีกถูกส่งตัวเข้า CI ฉันท้องไปตรวจ RT-PCR (Real Time PCR) พบว่า ติดเชื้อเช่นกัน จึงต้องตามสามีกเข้า CI สามีกอาการไม่รุนแรง อาการเหมือนไข้หวัด แต่ฉันทอาการรุนแรงกว่า มีอาการถ่ายเหลวคล้ายอหิวา ถ่ายเป็นน้ำ มีไข้ 38.1 ซีพจร 120 ครั้งต่อนาที วัดออกซิเจนปลายนิ้วได้ 96 แพทย์สั่งให้จิบน้ำเกลือแห้ง และเริ่มให้รับประทานยา Favipiravir 9 เม็ดในตอนเย็นนั้นทันทีแต่อาการไข้และถ่ายเหลวยังไม่ดีขึ้น

วันรุ่งขึ้น รับประทานยาอีก 9 เม็ด อาการยังเหมือนเดิม ตอนเย็นลดยาลงเหลือ 4 เม็ด รู้สึกว่าจำนวนครั้งของการถ่ายเหลวลดลง แต่ยังคงอยู่ที่ระดับ 7 ครั้ง ต่อ 16 ชั่วโมง ตอนเช้ารับประทานยามื้อที่ 4 อุจจาระเริ่มจับเป็นก้อน ใจเริ่มดีขึ้น คิดว่ายาสามารถช่วยได้แล้ว ไข้ลดลง ซีพจรลดลง วัดออกซิเจนเพิ่มขึ้น

เมื่อคิดทบทวนว่า สามีกไปรับเชื่อนี้มาจากไหน ใครคือ คนกลุ่มติดเชื้อที่นำมา ก็คิดไม่ออก เพราะสามีกพบปะผู้คนน้อยมาก สงสัยว่าจะมาจากการใช้จ่ายธนบัตรหรือเปล่า เพราะเชื้อโรคสามารถอยู่ได้บนธนบัตร 5 วัน หากเรารับเงินทอนมาแล้วไม่ได้ฉีดพ่นด้วยแอลกอฮอล์ หรือจะมาจากบริษัทที่มาส่งของ เพราะสามีกสั่งของ Online เกือบทุกวัน หรือจะมาจากเพื่อนบ้านที่บ้านติดกับบ้านเรา แล้วติดเชื้อก่อนเรา เนื่องจากสามีกไปช้อปปิ้งรถยนต์บนถนนหน้าบ้านในหมู่บ้าน และไม่ได้ใส่ Mask คิดแล้วยังหาคำตอบไม่ได้

ต่อมาหลังจากที่เราสองคนป่วยได้ 4 วัน ลูกชายเริ่มมีอาการไข้ เนื่องจากก่อนหน้านี้ เราไปทำธุระด้วยกัน นั่งรถยนต์คันเดียวกัน แต่ไม่ได้ใส่ Mask เพราะคิดว่าคนในครอบครัว และเราต่างดูแลตัวเองดีมาตลอด คงจะปลอดภัย ไม่คิดว่า การติดเชื้อในครอบครัวจะติดง่ายดายอย่างนี้

วันรุ่งขึ้น เราจึงแจ้งความจำนงค์ขอออกจาก CI กลับไปดูแลตัวเองที่บ้าน เพราะเราติดเชื้อกันหมดทั้งบ้าน

การกลับมาดูแลตนเองและรักษาตัวเองที่บ้านเป็นเรื่องสำคัญ เพราะเป็นการรักษาแบบระบบ Home Isolation คือ ดูแลกันเอง และส่งผลการตรวจระดับออกซิเจน ซีพจร และอุณหภูมิ พร้อมทั้งรายงานอาการให้ทีมผู้ดูแลทราบทาง line app.

ในระบบ Home Isolation สิ่งผู้ป่วยจะได้รับ ได้แก่

1. ยาที่จำเป็น
2. เครื่องวัดอุณหภูมิ
3. เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว
4. ถูขี้ผึ้ง สำหรับใส่ขี้ผึ้งติดเชื้อ

5. การเชื่อมต่อระบบ line app กับบุคลากรทางแพทย์ผู้ดูแล เพื่อส่งต่อข้อมูลซึ่งกันและกัน หน้าที่ของผู้ป่วยคือ ต้องรายงานผลการวัดอุณหภูมิ ระดับออกซิเจนที่วัดจากปลายนิ้ว และซีพจร วันละ 2 ครั้ง คือ เช้าและเย็น หรือตามแต่จะตกลงกัน

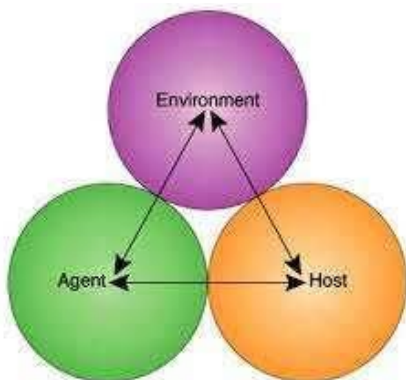
6. อาหาร 3 มื้อต่อวัน สำหรับผู้ที่กักตัวที่บ้าน 10 วัน เราในฐานะที่เคยเป็นนักวิชาการสาธารณสุข สามารถดูแลครอบครัวได้ ที่บ้านเป็นอาคารพาณิชย์ 3 ชั้น บุตรชายนอนชั้น 3 ให้ใช้ห้องน้ำชั้น 2 เราสองคนสามีภรรยา นอนชั้น 2 ใช้ห้องน้ำร่วมกันชั้นที่ 1 เราแยกกันรับประทานอาหาร ใช้ช้อนกลาง

ทุกอย่างไม่มีปัญหา แต่มีข้อสังเกตสำหรับประชาชนทั่วไป คือ ถุงแดงล้วน ๆ ไม่มีคำอธิบายว่า ขยะแบบไหนควรใส่ถุงแดง หรือถุงดำ เป็นไปได้ไหมว่า เราควรจะมีคำอธิบายติดไว้ อาจจะใช้เป็นกระดาษ A4 ปรี้นข้อแนะนำติดไว้ว่า น้ำมูก น้ำลาย เสมหะ (สิ่งคัดหลั่งทั้งหลาย) หรือเวลาไอ จาม ควรใช้กระดาษอนามัยปิดปาก เมื่อใช้แล้ว ควรฉีดพ่นด้วยแอลกอฮอล์ 70% หรือน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนใส่ลงในถุงพลาสติกผูกปากให้แน่นก่อนนำไปใส่ในถุงแดง เนื่องจากถุงแดงต้องอยู่ในบ้านเราจนครบ 10 วัน

เมื่อเราออกจากการกักตัว เราต้องนำถุงแดงไปทิ้งในถังขยะที่หน่วยบริการสาธารณสุขจัดไว้ ลองคิดตามว่า หากชาวบ้านที่ไม่เข้าใจในการจัดการขยะติดเชื้อ แล้วนำขยะติดเชื้อใส่ลงไปในถุงดำ ซึ่งเป็นขยะทั่วไป ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อย่อมตามมาแน่นอน เพราะเมื่อขยะในถุงดำถูกวางไว้ ระหว่างรอเทศบาลมาเก็บคนหาขยะไปขาย ย่อมเข้ามาหรือค้นก่อนเป็นอันดับแรก เพื่อเอาต้องการเอาขยะที่ขายได้ไปขาย

เชื้อโรคย่อมติดมือเขาไปด้วย ต่อมาเมื่อพนักงานเทศบาลมาเก็บขยะเพื่อนำไปทิ้ง ณ จุดทิ้งขยะ ย่อมสัมผัสเชื้อโรคเป็นคนที่สอง และคนที่สามหรือกลุ่มที่สาม คือ กลุ่มคนที่เก็บขยะที่กองขยะของเทศบาลย่อมสัมผัสเชื้อโรค ติดติดโรค หรือการแพร่กระจายเชื้อย่อมมีเป็นวงกว้างออกไป

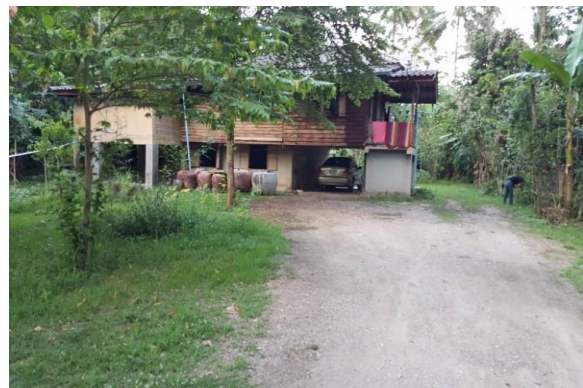
เมื่อย้อนไปดูวงจรของการเกิดโรค หรือการแพร่ระบาดของโรค ซึ่งมีอยู่ 3 ส่วนด้วยกัน คือ



Host คือ คน หรือผู้ป่วย

Agent คือ เชื้อโรค หรือเชื้อไวรัสโคโรนา 19

Environment คือ สิ่งแวดล้อมที่มาจากขยะติดเชื้อ



บริเวณบ้าน

“เรามุ่งแต่จัดการโรค ผู้ป่วย แต่เราลืมคิดถึงสิ่งแวดล้อม คือ ขยะติดเชื้อที่ออกมาจาก Home Isolation ที่ได้รับการจัดการอย่างไม่ถูกวิธี”

ปัญหาจึงตามมาอย่างไม่สิ้นสุด นี่เป็นเพียงมุมมองของคนที่มีประสบการณ์จากการรักษาโรคโควิด 19 ด้วยระบบ Home Isolation อาจจะผิดหรือถูกก็แล้วแต่วิจารณ์ของผู้อ่าน เพียงแต่ต้องการแชร์ประสบการณ์สู่กัน หวังเป็นอย่างยิ่งว่า อาจได้ประโยชน์บ้างสำหรับหลาย ๆ ท่านที่ยังปลอดภัยจากโควิด จะได้เป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังโรค หรือข้อมูลในการดูแลตนเองเมื่อเกิดการติดโรค

1 เรื่องราว 1 ประสบการณ์แห่งชีวิต

เรื่องที่สอง “เรียนรู้ให้รอบรู้ .. นำสู่สุขภาพดี”

โดย ศศิชล หงษ์ไทย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กรมอนามัย

อีเมลล์ lovehpc8@gmail.com

เมื่อเริ่มได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เราชาวศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ในฐานะหน่วยงานส่วนภูมิภาคของกรมอนามัย ได้เรียนรู้และดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 โดยอบรมและทดลองปฏิบัติกัน ระยะเวลาแรกต้องบอกว่าเหมือนกันคนที่ทางตำราอ่าน แล้วทดลองทำกันมาเรื่อย ๆ ด้วยการไม่กระจ่างนักกับคำถามที่หลายคนถามว่า “จะรู้ได้อย่างไรว่าประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือยัง?”

แต่เมื่อคิดทบทวนย้อนไปถึงช่วงที่ได้ผ่านมา จะเห็นว่าแนวคิดที่เราเรียนรู้มาในระยะแรก เราเรียนรู้จากการพัฒนาองค์กรให้เป็นองค์กรแห่งความรอบรู้ ด้วยนโยบายมาชัด ผู้บริหารเห็นชอบ เริ่มจากการประเมินตนเอง พบจุดที่เราควรเริ่มลงมือทำ เริ่มตั้งแต่ป้ายบริการในองค์กร การเขียนขั้นตอนบริการให้ประชาชนเข้าใจง่ายของแต่ละหน่วย แต่ละคลินิก การเน้นการใช้ 3 คำถาม ในการพูดคุยกับผู้รับบริการ ซึ่งรู้จักกันในชื่อ “เทคนิค Ask Me3” คือ

“คุณรู้หรือไม่ คุณมีปัญหาสุขภาพเรื่องใด?” (What)

“คุณต้องทำอะไร เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว?” (How)

“วิธีการแก้ปัญหานี้ ถ้าไม่ทำจะเกิดอะไรขึ้น?” (Why)

ปีต่อมาได้มีการให้ความสำคัญต่อการผลิตสื่อให้มีคุณภาพในการสื่อสารกับประชาชนด้วย 66 Keys message ซึ่งเป็นประเด็นสื่อสารหลักในเรื่องต่างๆ ที่ประชาชนแต่ละกลุ่มวัยควรได้รับรู้กัน ทำให้ได้ขับเคลื่อนไปทั้งเขตสุขภาพที่ 3

ขณะเดียวกันภายในองค์กรเองได้มีการพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้เห็นความสำคัญของสื่อที่ควรให้ผู้รับบริการได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการผลิต ไม่ใช่ผลิตตามที่เจ้าหน้าที่อยากทำและเห็นเองว่าจำเป็น แล้วใส่ข้อมูลเยอะเยอะเต็มไปหมด ผลสุดท้ายผู้รับบริการไม่อ่านสื่อที่เราตั้งใจทำมาอย่างดี หลายคนยังหนีบไว้กับสมุดสุขภาพเหมือนเดิม มาตรวจอีกทีครั้งต่อไปก็ยังเนียน ไม่มีรอยยับใดๆ หรือโปสเตอร์ของเราสวยสุดส่าห์ทำมาอย่างดี แต่ถูกจัดไว้ในมุมที่ผู้รับบริการหันหลังให้ซะงั้น...

นับเป็นปีที่ได้มีการปรับปรุงสื่อ รับรู้ว่าการผลิตสื่อที่ดีควรนำข้อมูลเสียงสะท้อนของผู้รับบริการ และใช้ภาพสื่อให้มากกว่าตัวหนังสือที่คนทั่วไปมักไม่ชอบอ่านหรืออ่านไม่ทัน เลือกภาพที่ช่วยสื่อสร้างแรงบันดาลใจให้มีพลัง ไม่หดหู่ ที่สำคัญไม่ลืมใส่โลโก้องค์กรและวันที่ผลิตสื่อด้วยเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือ

การขับเคลื่อนงานของศูนย์อนามัยให้เป็น “องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ” ตลอดระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ถึงปีนี้กรมอนามัยได้พัฒนาเกณฑ์การประเมินตนเอง ภายใต้ชื่อ “สาสุขอุ่นใจ” ใช้คะแนนประเมินจากผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่พบว่า ได้คะแนนในเกณฑ์ดีทุกข้อ อยู่ในช่วงคะแนนร้อยละ 85.7 ถึง 100 มีคะแนนเฉลี่ยร้อยละ 91.6 แต่ก็นั่นแหละ คะแนนดีก็ยังไม่ได้ตอบโจทย์

“จะรู้ได้อย่างไรว่าประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือยัง?”

ปีนี้เราจึงนำองค์ความรู้ที่ได้รับเพิ่มเติมจากอาจารย์ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และทีมงาน มาเพิ่มพลังขับเคลื่อนงานสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้รับบริการ เดิมทีบุคลากรจำนวนหนึ่งยังมีความเข้าใจว่าการสร้างความรอบรู้ฯ ก็คือทำให้ความรู้ ทั้งที่ความจริงไม่ใช่ เนื่องจากการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เน้นพัฒนาให้คนทุกวัยมีความสามารถ แล้วพัฒนาต่อเนื่องจนเป็นมีความชำนาญมีทักษะที่ดี ทั้งเรื่องการเข้าถึงข้อมูลที่เชื่อถือได้ เข้าใจข้อมูลที่รับมา การไต่ถามข้อมูลให้แจ่มชัด การตัดสินใจเลือกข้อมูลหรือประเด็นการปฏิบัติอย่างมีเหตุผลถึงข้อดีข้อเสีย จนนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของตน

การเรียนรู้ยังดำเนินต่อไป เพื่อขับเคลื่อนงานสู่เป้าหมายสำคัญคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนด้วยกระบวนการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอาศัยหลักการเป็นแนวทาง ยึดให้มั่น และประยุกต์สู่การปฏิบัติจริง .. การเรียนรู้ที่ดี ต้องให้ฝึกฝนผ่านประสบการณ์

คอลัมน์ "1 เรื่องราว 1 ประสบการณ์แห่งชีวิต" มีวัตถุประสงค์เพื่อเชิญชวนสมาชิกเขียนเล่าประสบการณ์การทำงานสุขศึกษาที่ประทับใจ เป็นบทเรียนหรือให้มุมมองที่ดีต่อนิสิตนักศึกษาและบุคคลทั่วไปได้

การส่งบทความเผยแพร่

○ เขียนตามสไตล์ตนเอง เป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริง และไม่เคยเผยแพร่ในรูปแบบบทความเดียวกันนี้ในสื่อเผยแพร่ที่ใดมาก่อน

○ ระบุบริบทอ้างอิงของเรื่องราว เช่น พื้นที่ หน่วยงาน ช่วงเวลา เป็นต้น

○ เนื้อหาสาระมีข้อคิด/ ข้อเตือนใจ/ คำแนะนำ สำหรับให้คนรุ่นหลัง/รุ่นใหม่และผู้ใฝ่รู้ได้นำไปเป็นแบบอย่างหรือปรับใช้กับชีวิตได้ โดยมีการใช้ภาษาเหมาะสม

○ เนื้อหา และภาพประกอบ มีความยาว 1-2 หน้า

○ ส่งที่อีเมล hpathai@gmail.com, kmkaeo@gmail.com โดยสามารถส่งได้หลายครั้ง

สรรหามาฝาก

WORLD STORIES

○ ประเทศที่น่าใช้ชีวิตหลังเกษียณ

นิตยสารแคปิตอล นิตยสารด้านการเงินและการลงทุนของฝรั่งเศส ได้เผยแพร่สถานที่ที่น่าใช้ชีวิตหลังเกษียณมากที่สุดตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุชาวฝรั่งเศส ประเทศไทยถูกเลือกอยู่ในอันดับที่ 5 โดยประเทศที่น่าใช้ชีวิตหลังเกษียณมากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่

อันดับ 1 เกาะปารอส ประเทศกรีซ

อันดับ 2 เมืองตาวีรา ประเทศโปรตุเกส

อันดับ 3 หาดโท โอ บีช ประเทศมอริเชียส

อันดับ 4 เมืองเนอร์จา ประเทศสเปน

อันดับ 5 อ่าวนาง ประเทศไทย

อันดับ 6 หาดโบกา ซิกา ประเทศโดมินิกัน

อันดับ 7 เมืองอุบุด เกาะบาหลี่ ประเทศอินโดนีเซีย

อันดับ 8 เมืองอุซุค ประเทศตุนิเซีย

อันดับ 9 เมืองกาสโกส์ ประเทศโปรตุเกส

อันดับ 10 เอสซาอูอิรา ประเทศโมร็อกโก

(ที่มา: https://www.matichon.co.th/foreign/news_3151733)

การจัดอันดับดังกล่าว พิจารณาจากตัวชี้วัด 12 ข้อ ได้แก่ ค่าครองชีพ อสังหาริมทรัพย์ การแพทย์ มรดกทางวัฒนธรรม มรดกทางธรรมชาติ อาหาร สภาพอากาศ กิจกรรมสันทนาการ ความปลอดภัย ความยากง่ายในการปรับตัว ความสะดวกในการเดินทางและโครงสร้างพื้นฐาน

ประเทศไทยมีคะแนนนำในด้านตัวชี้วัดด้านค่าครองชีพ อสังหาริมทรัพย์ และการแพทย์ ตัวชี้วัดแต่ละด้านมีค่าไม่เท่ากันและแปรผันตามระดับความสำคัญที่ผู้สูงอายุเลือก

แม้ว่าประเทศไทยจะไม่ได้อยู่ในทวีปยุโรป และไม่ใช่ว่าประเทศที่ใช้ภาษาฝรั่งเศส หรือเคยเป็นอาณานิคมของฝรั่งเศสมาก่อน แต่ประเทศไทยก็ได้รับความนิยมเลือกไว้ในลำดับที่ 5 เป็นเพียง 1 ใน 2 ประเทศเอเชียเท่านั้นที่ถูกเลือก แสดงถึงศักยภาพของประเทศ ธรรมชาติ ประเพณี วัฒนธรรม และเอกลักษณ์ที่ดีของประเทศไทย คนไทยจึงควรภาคภูมิใจและร่วมใจกันรักษาจุดแข็งนี้ไว้ให้คงอยู่ถึงรุ่นลูกหลาน

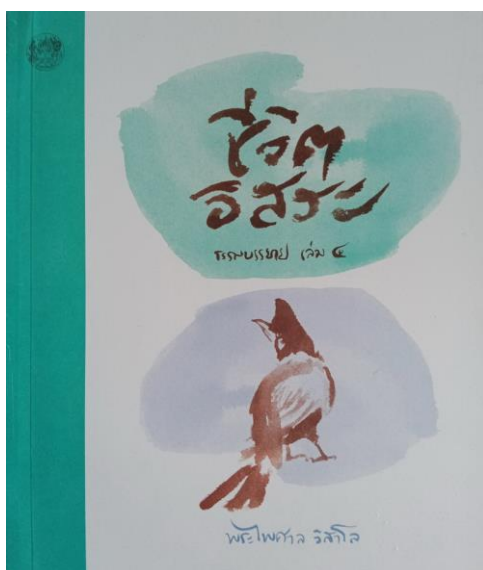
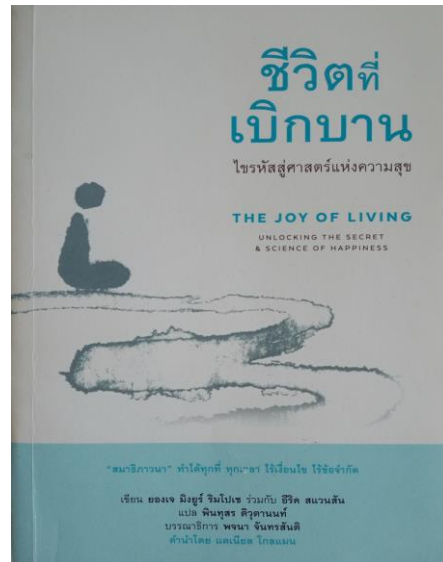
○ หนังสือที่น่าอ่าน



การอ่านหนังสือช่วยเพิ่ม
ทักษะการเรียนรู้หลายประการ
สร้างจินตนาการขึ้นในตนเอง
และวันหนึ่งข้างหน้าในอนาคต
ซึ่งอาจจะเร็วหรือช้า
จินตนาการและความคิดเหล่านี้
จะส่งอิทธิพลไปที่การกระทำ
อุปนิสัย และวิถีชีวิต

สาระธรรมที่ชีวิตนี้ต้องอ่าน หากต้องการยกระดับจิต
ด้วยทัศนคติอันเจิดจรัสต่อศาสตร์แห่งสมาธิภาวนา
เป็นคู่มือสำหรับผู้ที่ยปรารถนาจะเปลี่ยนแปลงจิตใจ
ร่างกาย และชีวิต เปิดเผยโดยธรรมาจารย์
พุทธศาสนาสายทิเบตผู้มีชื่อเสียงทั่วโลก

เขียนโดย ยองเจ มิงยูร์ ริมโปเช
ร่วมกับ อีริค สแวนสัน

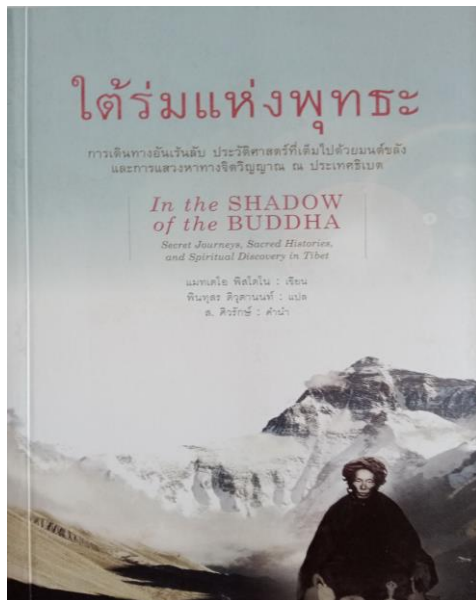
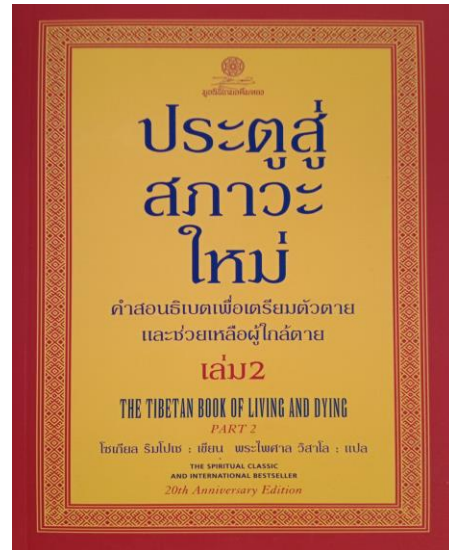


อิสระภาพของชีวิตเกิดขึ้นเมื่อเราสามารถเข้าถึง
ความสุขอันประณีตจากภายใน จนแลเห็นว่า
ความสุขจากวัตถุสิ่งเสพนั่นทั้งหายและเข้มข้น
ระคนด้วยทุกข์ ยิ่งประจักษ์ถึงสัจธรรมจากการเพ่ง
พินิจภายใน จนแลเห็นว่าความยึดติดถือมั่นในตัวตน
เป็นรากเหง้าแห่งพันธนาการและความทุกข์ทั้งปวง

เขียนโดย พระไพศาลวิสาล

หนังสือเล่มนี้ช่วยเปลี่ยนมุมมองเรื่องความตาย ผู้เขียนกล่าวว่า “คนทั่วไปนั้นมักเห็นว่าความตายเป็น “ปัญหา” หรือ “ภาวะจนตรอก” ที่ทุกคนต้องพ่ายแพ้สถานเดียว แต่ที่จริงความตายนั้นเป็น “โอกาส” แห่งความเจริญงอกงามของชีวิตด้านในทั้งของผู้กำลังจะตาย (หรือตายแล้ว) และผู้ที่ยังอยู่”

เขียนโดย โซเกียล ริมโปเซ
แปลโดย พระไพศาล วิสาโล



มุมมองผ่านสายตาของผู้ศรัทธาพุทธศาสนา คนแปลกถิ่นที่เร่ร่อนตัวอยู่ในหมู่คนทั่วไป เรื่องราวการเดินทางเข้าออกทั่วทิเบตดินแดนแห่งหิมะ นานนับสิบปี เปิดเผยรหัสยารีนผู้ยิ่งใหญ่และองค์ทะไลลามะแห่งทิเบต ด้วยความศรัทธา โดยยอมเสี่ยงชีวิตเพื่อค้นหาเสรีภาพและสันติสุข

เขียนโดย แมทเทโอ ริชาร์ด
แปลโดย พินทุสร ติวตานนท์

ชีวิตของ Satish Kumar ถือเป็นตัวอย่างอันน่าชื่นชม ผู้เขียนเสนอแนวทางอันเป็นองค์รวมต่อปัญหาของมนุษยชาติ โดยแสดงให้เห็นว่าวิถีชีวิตสัตตริกสามารถเกื้อหนุนให้เราได้เยียวยาตนเอง และมีส่วนเยียวยา มนุษยชาติและโลกได้อย่างไร ผู้ที่ปรารถนาจะฟื้นคืนคุณภาพในชีวิตจัดได้รับประโยชน์ยิ่งจากปัญญาญาณที่ไขกระจ่างอยู่ในหนังสือเล่มนี้

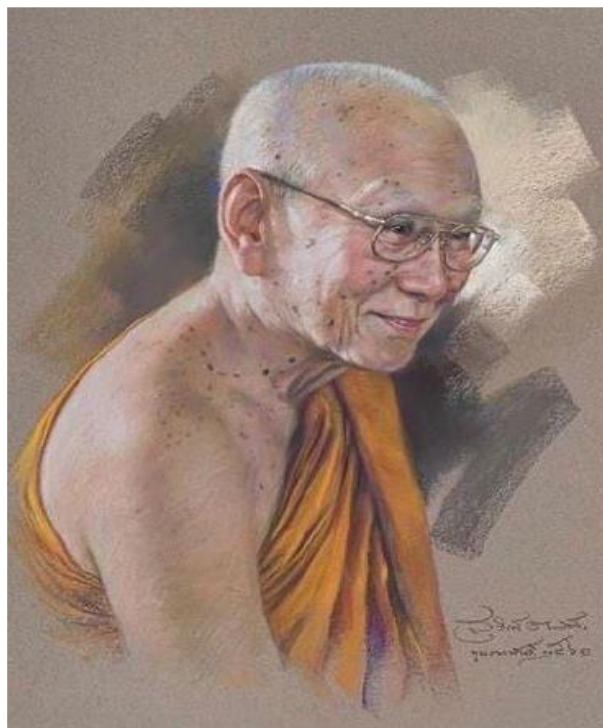
เขียนโดย Satish Kumar
แปลโดย สายพิณ กุลกนกวรรณ อัมตานี

หนังสือแนะนำนี้ ท่านสามารถเข้าถึงได้ที่ร้านหนังสือบริเวณข้างวัดราชบพิธร กทม.



○ ธรรมะพาสุข

สมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ สมเด็จพระสังฆราช สกลมหาสังฆปริณายก ได้อำนวยพรเนื่องในโอกาสขึ้นปีใหม่ พุทธศักราช 2565 ดังนี้ “**ผู้ให้ ย่อมผูกมิตรไว้ได้**” ขอให้ท่านจงเจริญเมตตาจิต แบ่งปัน เพื่อความผาสุกร่วมกัน ของประเทศไทย เทอญ



○ ทำบุญบริจาคทาน













มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทยในพระบรมราชินูปถัมภ์ เลขที่ 420 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ 02-354-8365-68, 02-354-8370-71 โทรสาร 02-354-8369 <https://www.blind.or.th> บัญชีบริจาค ธนาคารกรุงไทย สาขาสี่สม เลขที่บัญชี 022-133700-8

มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย เลขที่ 809 ซอยศุภนิมิต ถนนประชาอุทิศ แขวงสามเสนนอก เขตห้วยขวาง กรุงเทพฯ 10310 โทรศัพท์ 02-022 9200-2 โทรสาร 02-022-9203-5 บัญชีบริจาค ธนาคาร ยูโอบี สาขาทองหล่อ เลขที่บัญชี 801-1-07026-4

มูลนิธิเด็กอ่อนในสลัม เลขที่ 100/771-775 คลองเตยล๊อค 6 ถนนอาจณรงค์ แขวงคลองเตย เขตคลองเตย กรุงเทพฯ 10110 โทรศัพท์ 02-5417991, 02-5416092-5 บัญชีบริจาค ธนาคารกสิกรไทย เลขที่บัญชี 017-1-05777-9 <https://th-th.facebook.com/FoundationForSlumChildcare/>

สถานสงเคราะห์เด็กพิการและทุพพลภาพปากเกร็ด (บ้านนนทภูมิ) เลขที่ 78/5 หมู่ 1 ถนนติวานนท์ ซอยติวานนท์ 1 ตำบลบางตลาด อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี 11120 เวลาทำการ เวลา 8.30-16.30 น. (ทุกวัน) โทรศัพท์ 02-583-8396, 02-583-7999, 02-583-2532 บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาปากเกร็ด ชื่อบัญชี มูลนิธิเด็กพิการบ้านนนทภูมิ เลขที่บัญชี 123-1-52598-3

○ สภาวะสังคมไทย

กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ไตรมาสที่หนึ่ง ปี 2565 ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม 2565 https://www.nesdc.go.th/		
อัตราการว่างงาน 	1.53% 	สถานการณ์แรงงานมีแนวโน้มดีขึ้น โดยการจ้างงานเพิ่มขึ้นร้อยละ 3.0 อัตราการว่างงานอยู่ที่ร้อยละ 1.53 ต่ำสุดในช่วง COVID-19 แต่ยังมีผู้เสมือนว่างงานเป็นจำนวนมาก ขณะที่การว่างงานของผู้จบการศึกษาใหม่ และการว่างงานระยะยาวยังคงเพิ่มขึ้น
หนี้สินครัวเรือน 	3.9% 	หนี้สินครัวเรือน ไตรมาสสี่ ปี 2564 ขยายตัวร้อยละ 3.9 ชะลอลงจากร้อยละ 4.2 ในไตรมาสก่อน หรือมีสัดส่วนร้อยละ 90.1 ต่อ GDP ขณะที่คุณภาพสินเชื่อ ปรับตัวดีขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังต้องติดตามความสามารถในการชำระหนี้ครัวเรือน โดยเฉพาะสินเชื่อรถยนต์ เนื่องจากสัดส่วนสินเชื่อกล่าวถึงพิเศษต่อสินเชื่อรวมอยู่ในระดับสูง
สุขภาพและการเจ็บป่วย 	37.9% 	การเจ็บป่วยด้วยโรคเฝ้าระวังในไตรมาสหนึ่ง ลดลงร้อยละ 37.9 และภาวะความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต มีแนวโน้มดีขึ้นเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ต้องเร่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค COVID-19 ให้กับประชาชนทุกกลุ่ม รวมถึงต้องสร้างความรู้ และรณรงค์ให้ประชาชนมีการคัดแยกและทิ้งขยะติดเชื้ออย่างถูกวิธี
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ 	0.6% 	การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่ เพิ่มขึ้นร้อยละ 0.6 แต่ยังคงมีการตรวจสอบการให้บริการของร้านอาหารอย่างเข้มงวด เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของ COVID-19 หลังการผ่อนคลายมาตรการ และรณรงค์ให้เลิกสูบบุหรี่ในบ้าน รวมถึงเฝ้าระวังและกำกับดูแลการจำหน่ายบุหรี่ไฟฟ้า บนแพลตฟอร์มออนไลน์
คดีอาญา 	26.9% 	คดีอาญาโดยรวม ลดลงร้อยละ 26.9 โดยที่คดีชีวิตร่างกายและเพศ ลดลงร้อยละ 18.4 คดีประทุษร้ายต่อทรัพย์ ลดลงร้อยละ 7.5 และคดียาเสพติดลดลงร้อยละ 29.1 ซึ่งต้องให้ความสำคัญกับการนำผู้เสพเข้ารับการบำบัดรักษา และการป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำความรุนแรงต่อผู้หญิง
อุบัติเหตุจราจร 	33.9% 	อุบัติเหตุจราจรทางบก ลดลงร้อยละ 33.9 จำนวนผู้เสียชีวิตลดลงร้อยละ 26.5 การเกิดอุบัติเหตุช่วงเทศกาลสงกรานต์ 2565 ลดลงร้อยละ 18.9 ผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.4 เพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุ จึงควรมีการบูรณาการความร่วมมือ เพื่อสร้างความปลอดภัยในการเดินทาง

สะพานล่องท่องทั่วไทย สบายใจได้ท่องเที่ยว ตอน “..แ่วดอยแ่ววัดไหว้พระทำบุญ..”

สรรงค์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์



สองคนเราช่วงหนาวแรกปลายเดือนธันวาคมปีที่ผ่านมา หลังจากไปแ่วที่เขาค้อ จ.เพชรบูรณ์ พักได้ 2-3 วันเสร็จก็มุ่งหน้าขึ้นเหนือ เป้าหมายก็คือไปขึ้นดอยแ่วดอยทางเหนือ เพื่อรับอากาศหนาวแบบภาคเหนือ จุดหมายของเราคือ “ดอยม่อนเงาะ” ต.เมืองเก่า อ.แม่แตง เชียงใหม่ และตลอดในเส้นทางก็จะแวะไหว้พระทำบุญขอพรไปตลอดทาง

...เริ่มต้นเดินทางออกจากคอนโดที่พักแถวตลาดนนท์ ไปตามถนนเลียงเมืองนนท์ ข้ามสะพานเจษฎา บดินทร์ วนลงขวามือมุ่งหน้าถนนราชพฤกษ์ ตรงไปเรื่อยๆ จนเข้าเขตปทุมธานี ขึ้นสะพานแรกเลียงออกซ้าย ตามป้ายบอกว่าไปกาญจนภิเษก ซับไปเรื่อยๆ ตามถนนแล้ววนขวาเข้าถนนกาญจนภิเษก ตรงไปจนถึงแยกไป บางพระหัน เลี้ยวซ้ายไปตามถนนตรงไปเรื่อยๆจนเข้าสู่ถนนสายเอเชีย แค่นี้ก็เข้าสู่ทางหลักที่จะขึ้นเหนือแล้วครับ

...เมื่อขับรถมาถึงจังหวัดลำปาง วันแรกวัดแรกที่เราแวะก็คือที่ “วัดพระธาตุลำปางหลวง” ตั้งอยู่ใน อำเภอเกาะคา มีถนนแยกจากถนนใหญ่สายเอเชียเข้าไปประมาณ 4 กม. ผ่านโรงงานน้ำตาลเกาะคา ที่อดีตเคย โด่งดัง ผ่านหน้าอำเภอเกาะคาเป็นถนนทางลัดผ่านไปยังจังหวัดเชียงใหม่ โดยที่เราไม่ต้องเข้าตัวจังหวัดลำปางนะ ครับ พระธาตุลำปางหลวง เป็นพระธาตุประจำปีเกิดของคนที่เกิดในปีวัวหรือปีฉลูนะครับ วัดนี้เก่าแก่มากร้าง ในราวพุทธศตวรรษที่ 20 ตั้งแต่สมัยพระนางจามเทวี เป็นวัดที่สร้างด้วยไม้ที่สมบูรณ์มากแห่งหนึ่ง ส่วนองค์พระเจดีย์นั้นบรรจุพระเกศาและพระอัฐิธาตุจากพระนลาฏข้างขวา พระศอด้านหน้าและหลังของพระพุทธเจ้า รูปทรงพระเจดีย์คล้ายกับพระบรมธาตุจอมทอง และพระธาตุหริภุญชัย



มาที่นี่ท่านก็จะได้ทราบประวัติของหนานทิพย์ช้าง หรือพระยาสุลวะลือไชยสงคราม ผู้ครองนครลำปางและต้นตระกูล ณ ลำปาง เชื้อเจ็ดตน ณ เชียงใหม่ ณ ลำพูน ณ น่าน นะครับ ใหัวพระทำบุญเสร็จเราก็ขับรถมุ่งหน้าไปเชียงใหม่ต่อ.....

ขับรถมาถึงตลาดแม่ทาเขตอำเภอแม่ทา จ.ลำพูน ก็อดไม่ได้ที่จะแวะลงซื้อของกินแบบเหวี่ยงๆ อาทิ แมงมันข้าว จี้กุ้งทอด แกงโห้ะ ผักเฮี้ยด จิ้นนึ่ง ยำหน่อไม้ น้ำปู ลาบข้าว น้ำพริกอ่องและข้าวเหนียวร้อนๆ ไว้ทานเย็นนี้

ขับรถไปตามถนนสายเอเชียเรื่อยๆก็ถึงจังหวัดเชียงใหม่ คำมือพอดี เข้าที่พักบ้านเพื่อนแถวๆหน้าโรงพยาบาลนครพิงค์ค้างคืนหนึ่งฟุ้งนี้ค่อยขึ้นไปแอ่วนดอยต่อ.....

วันที่สอง วันนี้ตื่นแต่เช้าซังกาแฟจากอุปกรณ์เครื่องต้มกาแฟส่วนตัวที่เตรียมมาด้วย นั่งดื่มชมต้นไม้บนระเบียงบ้านชั้นสองที่เพื่อนทำเป็นที่ต้อนรับเพื่อนๆ เวลาที่พักค้างด้วย ตีหมากแฟเสร็จก็ออกเดินทางมุ่งหน้าไปขึ้น “ดอยม่อนเงาะ” ออกจากบ้านเพื่อนตรงข้ามหน้าโรงพยาบาลนครพิงค์ เลี้ยววนกลับไปตามถนนเชียงใหม่-ฝางผ่านหน้าอำเภอแม่ริมตรงไปเรื่อยๆ จนเข้าเขตอำเภอแม่แตงตรงไปเรื่อยจนถึงหน้า “ตลาดแม่มาลัย” เลี้ยวซ้ายไปตามถนนที่จะไปอำเภอปาย จ.แม่ฮ่องสอน เราแวะซื้ออาหารการกินทั้งของสดของสำเร็จรูปที่ตลาดแม่มาลัยพร้อมสรรพก็ออกเดินทางต่อไปต่อ

ขับรถจากตลาดแม่มาลัยเข้ามาเรื่อยๆ จนถึง “วัดสบเปิง” อยู่ด้านซ้ายมือ ก็ให้เลี้ยวขวาเข้าสู่ถนนหมายเลข 5032 ตรงไปดอยม่อนเงาะได้เลย ดอยม่อนเงาะตั้งอยู่ตำบลเมืองกาย อำเภอแม่แตง อยู่ห่างจากตัวเมืองเชียงใหม่ประมาณ 60 กม. ยอดดอยจะมีความสูง 1,425 เมตรเหนือระดับน้ำทะเล เป็นสถานที่ท่องเที่ยวธรรมชาติที่ใกล้ตัวเมืองเชียงใหม่ที่สุด ตลอดเส้นทาง มีไร่ส้ม ไร่กาแฟ ไร่เสาวรส อยู่สองข้างทาง ขาขึ้นไปศูนย์พัฒนาโครงการหลวงม่อนเงาะจะอยู่ทางซ้ายมือแต่เราไปทางขวามือไปบ้านเพื่อนอีกทางหนึ่ง การขับรถไปเองขับรถขึ้นไปบนดอยนี้คนขับรถจะต้องมีความชำนาญในการขับรถขึ้นเขาลงเขาอย่างมากเพราะว่าเมื่อหมดทางหลักแล้วถนนจะแคบชันเวลาขับรถสวนกันคันหนึ่งต้องจอดหลีกเลี่ยงให้อีกคันหนึ่งไป และต้องคอยบีบแตรให้สัญญาณตลอดเวลาเข้าทางโค้งเพื่อให้รถที่ขับสยลงมาได้ยินและระมัดระวัง

บนดอยนี้วิวสวยสุดสายตาพานอราม่ามองเห็นยอดดอยหลายๆ ยอด ทิศตะวันตกเห็นดอยอินทนนท์ ทิศเหนือเห็นดอยฟ้าห่มปก ทิศตะวันออกเห็นดอยหลวงเชียงดาว ตอนเช้าจะเห็นทะเลหมอกล่องลอยสุดสายตาบ้านพักที่เราพักเป็นบ้านส่วนตัวจะเปิดรับเฉพาะเพื่อนและคนรู้จักเท่านั้นจึงเป็นส่วนตัวและเป็นธรรมชาติมากๆ บนดอยม่อนเงาะช่วงนี้กลางวัน 18 องศา กลางคืน 10-12 องศาแต่พอดีๆปาเข้าไป 8-9 องศา หนาวมากๆ ผ้าห่มสี่ผืนเอาไม่อยู่เลยต้องกอดกันแน่นในผ้าห่มเลยหละ...หนาวสะใจจริงๆ



ตื่นเช้าขึ้นมาชมพระอาทิตย์ขึ้นตรงระเบียงบ้านใกล้ๆห้องนอน สวยมาก! พอตกเย็นก็ชมพระอาทิตย์ลับเหลี่ยมเขาพร้อมกับอากาศเย็นไหลเข้ามาแทนที่ อากาศเย็นมากจนต้องเผาข้าวหลามพึ่งไฟกันเลยทีเดียว บนค่อม่อนเงาะหนาวสะใจจริงๆ “เข้าชมแสงตะวันกลางวันผิงแดด ตกยามแลงเผาข้าวหลาม” ..เราพักบนค่อม่อนเงาะสองคืนไม่ไปไหนเลยอินกับบรรยากาศบนค่อม่อนเงาะนี้มากๆ เข้าตื่นขึ้นมาชมก็แสงตะวันตีหมาแพพร้อมกันข้าวกาย (ข้าวเช่า) ตกปายกินข้าวตอน (ข้าวเทียง) กับกาแฟแม่จรรยา เธอพกมาด้วยท่ามกลางแสงแดดอ่อนๆ พอตกยามแลง (ตอนเย็น) ก็เผาข้าวหลามร้องเพลงกับมินิคาราโอเกะที่พกมาด้วย ก่อไฟผิงไฟเผาข้าวหลามเมืองข้างๆ ไปด้วยเป็นอย่างนี้ทั้งสองคืนเลย...

วันที่สี่ ไปไหว้พระที่ “วัดเจ็ดยอด” (เดิมชื่อวัดโพธารามมหาวิหารเชียงใหม่) วัดนี้จะมีพระธาตุประจำปีเกิดของคนที่เกิดปีมะเส็งหรือปีงูเล็กประดิษฐานอยู่ คนเกิดปีงูเล็กต้องมาทำบุญไหว้พระธาตุที่วัดนี้อย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต ถ้ามาทุกปีได้ยิ่งดีเป็นสิริมงคลกับชีวิตและเสริมเพิ่มพลังให้กับคนปีงูเล็ก วัดเจ็ดยอดสันนิษฐานว่าสร้างระหว่างพุทธศตวรรษที่ 8-12 ด้วยฝีมือช่างชาวอินเดียรัชสมัยพระเจ้าติโลกราช สร้างเป็นแบบพระสถูปเจดีย์มีเจ็ดยอดด้วยกัน ประดับด้วยลายปูนปั้นเป็นพระรูปพระพุทธรูปต่างๆ เวลาไปไหว้ให้มนต์ยอดพระเจดีย์ให้ครบเจ็ดยอดไม่เกินสามครั้ง แล้วจะโชคดีในสิ่งที่อธิษฐานไว้นะครับ.....

จากวัดเจ็ดยอดเราก็ไปไหว้พระต่อที่วัดพระสิงห์วรมหาวิหารหรือเรียกสั้นๆ ว่าวัดพระสิงห์ เป็นพระอารามหลวงชั้นเอก ชนิดวรมหาวิหาร สร้างเมื่อ ปี พ.ศ.1888 โดยพญาผายู กษัตริย์เชียงใหม่องค์ที่ 5 ของราชวงศ์มังราย เพื่อบรรจุพระอัฐิของพญาคำฟูพระราชาบิดาของพระองค์ เดิมวัดนี้ชื่อ “วัดลีเชียงพระ”

“ลี” ในภาษาบาลีแปลว่า “ตลาด” เพราะหน้าวัดเป็นชุมชนและมีลานเป็นตลาดให้ชาวบ้านมาค้าขายกันที่หน้าวัดหรือ “ตลาดลีเชียงพระ” นั่นเองต่อมาในปี พ.ศ.1943 พญาแสนมา ได้อัญเชิญพระพุทธรูปสิงห์หรือพระสิงห์มาประดิษฐานไว้ที่วัดนี้ จึงได้มีการเปลี่ยนชื่อเป็น “วัดพระสิงห์” จนกระทั่งปี พ.ศ.2483 ในรัชสมัยของรัชกาลที่ 8 วัดพระสิงห์แห่งนี้ได้รับพระราชทานโปรดเกล้าฯ ยกฐานะขึ้นเป็น “วัดพระสิงห์วรมหาวิหาร” เป็นพระอารามหลวงชั้นเอก...



วิหารที่ประดิษฐาน พระพุทธสิหิงค์
วัดพระสิงห์ เชียงใหม่



หอธรรม วัดพระสิงห์
เชียงใหม่

มาวัดพระสิงห์ก็ต้องไปทำบุญไหว้ “พระสิงห์” หรือ “พระพุทธสิหิงค์” ซึ่งเป็นพระพุทธรูปคู่บ้านคู่เมือง เชียงใหม่และแผ่นดินล้านนามาช้านาน พระสิงห์เป็นพระพุทธรูปหล่อด้วยสำริดหุ้มทอง ปางสมาธิ สูง 79 ซม. หน้าตักกว้าง 63 ซม.เป็นศิลปะแบบลัง พระเจ้าสีหะ พระมหากษัตริย์แห่งลังกาทวีป ทรงสร้างขึ้นเมื่อ พ.ศ.700 ต่อมาเจ้านครศรีธรรมราชได้ไปขอมายถวายพระร่วงแห่งกรุงสุโขทัย พระพุทธสิหิงค์ถูกอัญเชิญไปไว้หลายแห่ง หลายที่ตามยุคสมัยของการสู้รบการตีเมืองขึ้นจนสุดท้ายก็ถูกอัญเชิญมาประดิษฐานไว้ที่ พระที่นั่งพุทไธสวรรย์ พระราชวังบวรสถานมงคล ส่วนที่เชียงใหม่จะเป็นพระพุทธรูปจำลอง

ทุกช่วงเทศกาลสงกรานต์หรือปีใหม่เมืองชาวเชียงใหม่ก็จะมีพิธีอัญเชิญออกมาแห่รอบเมืองเชียงใหม่ให้ จาวเหนือได้สงน้ำสักการะขอพรเป็นประจำทุกๆ ปี....มาที่วัดพระสิงห์แห่งนี้ทำให้ทลรำลึกถึงว่าผมผู้เขียน เคยมาเล่าเรียนหนังสือในระดับชั้นประถมศึกษา (ป.5-ป.7) ที่โรงเรียนธรรมราชาศึกษา ณ วัดแห่งนี้ และได้ เคยอาศัยนอนชั้นล่างใต้หอธรรมสมัยเป็นเด็กนักเรียนและเป็นลูกศิษย์พระรูปหนึ่งซึ่งท่านมาบวชที่วัดนี้และจำ พรรษาอยู่ใต้หอธรรมนี้ ที่หอธรรมแห่งนี้สมัยเด็ก ๆ นั้นผมจำได้ว่าใครก็ตามถ้าไม่แนจจริงมานอนที่นี้หละก้อเจอดี แน่นนอนทุกคน (ชนหัวลูก) พอตีผมได้พระอาจารย์ที่ท่านนั่งภาวนากัมฐานสมาธิตลอดเวลาผมเป็นลูกศิษย์ดูแล ท่านเลยรอดตัวไม่ถูกรบกวน...หอธรรมหรือหอพระไตรปิฎกถูกสร้างขึ้นเพื่อเป็นที่เก็บรักษาพระไตรปิฎกหรือ คัมภีร์ทางพุทธศาสนา ตั้งแต่มีการเริ่มนำพุทธศาสนาเข้ามาในดินแดนภาคเหนือตอนบนราวพุทธศตวรรษที่ 13 ถือเป็นสถานที่ศักดิ์สิทธิ์สำหรับเก็บรักษาพระไตรปิฎก

ส่วนที่วัดพระสิงห์นี้สร้างขึ้นเมื่อ วันพุธเดือน 6 ขึ้น 15 ค่ำ พ.ศ.2354 สร้างเป็นหอสูงสองชั้น ชั้นล่าง ก่ออิฐฉาบปูนประดับด้วยลายปูนปั้นรูปสัตว์ต่างๆ ในคติธรรมสวยงามมาก ปัจจุบันได้รับการบูรณะให้ สวยงามและมีความขลัง ต้องไปชมนะครับที่วัดพระสิงห์วรมหาวิหาร....จากวัดพระสิงห์เราสองคนก็ไปหาข้าวมัน ไก่ทานกันที่ร้าน “เกียรติโอชาข้าวมันไก่” เป็นร้านเก่าแก่ขายมากกว่า 50 ปีแล้ว อร่อยมากรสชาติไม่ เปลี่ยนแปลงมาเชียงใหม่ที่ไรต้องแวะทานทุกครั้งของชอบของน่องนะ ร้านจะตั้งอยู่ข้างศาลากลางจังหวัด เชียงใหม่หลังเก่าปัจจุบันอนุรักษ์ไว้เป็นพิพิธภัณฑ์



ทานเสร็จก็ไปไหว้พระข้างๆ ร้านข้าวมันไก่ คือ พระวัดอินทขิล หรือวัดสะดือเมือง วัดนี้จะตั้งอยู่กลางใจเมืองเชียงใหม่พอดีถ้าวัดจากกำแพงเมืองเก่าของเมืองนะครับ

ที่นี่จะมีพระพุทธรูปสีขาวทั้งองค์ประดิษฐานอยู่ในวิหารลายไม้สลักสะเหลาอย่างสวยงามครับ ทำบุญไหว้เสร็จก็ไปกราบไหว้พระราชานุสาวรีย์สามกษัตริย์ผู้สร้างเมืองนครพิงค์แห่งอาณาจักรล้านนาเมืองเชียงใหม่

แอบแวะดูโรงเรียนยุพราชวิทยาลัยโรงเรียนมัธยมที่เคยเรียนตอนชั้นมัธยมหน่อยหนึ่งเพราะอยู่ใกล้ๆ กัน

บ่ายคล้อยเย็นจะค่ำแล้ว...อะอ้า! มาเหนือก็ต้องทานอาหารเหนือ อาหารเหนือก็ต้องไม่พลาดมื้อเย็นที่ร้าน “บ้านไร่ยามเย็น” มีอาหารเหนือครบที่อยากทาน อาทิ แกงผักเชียงดา น้ำพริกหนุ่ม แอ็บผิ้ง ลาบข้าว ยำผักแกงผักหวานไข่มดแดง จิ้นส้มหมก ฮังเล แคนหมู ยำจิ้นไก่ใส่ปี ฯลฯ พร้อมฟังเสียงเพลงและดนตรีกำเมืองสไตล์อ้ายจรัลของกินบ้านเฮา ทานเสร็จก็เข้าที่พัก เกือบสี่ทุ่มเลยวันนี้.....



วันที่ห้าของการเดินทางแ่วดอยแ่ววัดไหว้พระทำบุญ ทานกาแพแม่จรรยาเสร็จก็มุ่งหน้า “วัดเจดีย์หลวงวรวิหาร” วัดเจดีย์หลวงฯ เป็นพระอารามหลวงที่สร้างขึ้นในรัชสมัยพญาแสนเมืองมา พระมหากษัตริย์รัชกาลที่ 7 แห่งราชวงศ์มังราย ที่ปกครองเมืองเชียงใหม่ ช่วงปี พ.ศ. 1928-1945 สร้างขึ้นเพื่ออุทิศส่วนกุศลให้พญาเกือนา พระราชบิดาซึ่งในตำนานเล่าว่า พญาเกือนา ที่สวรรคตไปแล้ว ได้มาปรากฏตัวให้พ่อค้าชาวเชียงใหม่เห็นเป็นอสุภกายรูกขเทวดารักษาต้นไม้โคธตันหนึ่ง อยู่ริมทางเดินที่จะเข้าเวียง (เมือง) ซึ่งในขณะนั้นมีพ่อค้าหมู่หนึ่งจะไปเมืองพุกามกลับมา ได้มาพักอยู่ที่ใต้ต้นไม้โคธตันนี้ รูกขเทวดาได้แสดงตนให้พ่อค้าทั้งหลายเห็นบอกว่า “กูคือพญาเกือนา กินเมืองเชียงใหม่ที่นี่แล ก็ครบด้วยสหาย มีศิลปอาคมเป็นหมอช้าง ครั้นกูตายก็ได้มาเป็นอสุภกายรูกขเทวดา อยู่รักษาต้นไม้แล กูจะไปเกิดในสวรรค์เทวดาโลกไม่ได้ให้สุไปบอกแก่ลูกกูเจ้าแสนเมืองมา ให้สร้างเจดีย์หลังหนึ่งท่ามกลางเวียง สูงพอคนอยู่ไกลสองปีนวาแลเห็นนั่นเถิด จึงให้ทานกรวดน้ำอุทิศส่วนกุศลให้กู กูจักได้พ้นอันเป็นรูกขเทวดาที่นี่ แล้วจักได้ไปเกิดในสวรรค์”

เมื่อพระเจ้าแสนเมืองมาทราบ จึงโปรดให้สร้างพระเจดีย์สวมทับไว้ พร้อมแผ้วถางที่ แต่ยังไม่ทันแล้วเสร็จก็สวรรคตเสียก่อน ต่อมาจึงมีผู้สร้างเพิ่มเติมขึ้นหลังปี พ.ศ.2055 พระราชา (พระเมืองแก้ว) พร้อมด้วยชาวเมืองเชียงใหม่ ได้อาเงินมาทำกำแพงล้อมพระธาตุเจดีย์หลวงไว้ 3 ชั้น ได้เงิน 254 กิโลกรัม นำไปแลกเปลี่ยนทองคำได้ 30 กิโลกรัม นำทองคำมาตีแผ่เป็นแผ่นที่หุ้มองค์พระธาตุไว้ เมื่อรวมทองคำของเดิมและใหม่ที่หุ้มองค์พระธาตุเจดีย์หลวงแล้ว ได้น้ำหนักทองคำถึง 2,382.517 กิโลกรัม ในปีประมาณ พ.ศ.2088 เกิดแผ่นดินไหวครั้งใหญ่ ทำให้อยอดพระเจดีย์หลวงหักทลายลงมา และถูกทิ้งร้างมานานกว่า 400 ปี จนกระทั่งถึงปี พ.ศ. 2423 พระเจ้าอินทวิชยานนท์ เจ้าผู้ครองนครเชียงใหม่ องค์ที่ 7 ได้รื้อพระวิหารหลังเก่าและสร้างวิหารหลวงขึ้นมาใหม่ด้วยไม้ทั้งหลัง ต่อมาช่วงปี พ.ศ.2471-2481 สมัยพลตรีเจ้าแก้วนวรัฐ เจ้าผู้ครองนครเชียงใหม่ องค์สุดท้ายก็ได้บูรณะวัดเจดีย์หลวงขึ้นใหม่เป็นวัดที่สมบูรณ์แบบในเวลาต่อมา ที่วัดเจดีย์หลวงนี้ยังเป็นທີ່ประดิษฐานของเสาอินทขิล สิ่งศักดิ์สิทธิ์คู่บ้านคู่เมืองเชียงใหม่ที่มีคนไปสักการะบูชาให้อยู่ดีมีสุขค้าขายดีรำรวย มีพระธาตุประจำปีเกิดจำลอง ทั้ง 12 ปี นักขัตตริย์ให้สักการะบูชา มีแผ่นโลหะทองแดงสลักเล่าเรื่องตามประวัติศาสตร์ปกรบองค์พระเจดีย์ มีพระพุทธรูปพระเจ้าทันใจให้สักการะขอพรและอื่นๆก็เป็นอีกวัดหนึ่งเมื่อมาเชียงใหม่ที่ต้องไปไหว้พระทำบุญนะครับ ชมวัด ชมโบสถ์ ชมพระเจดีย์ฯทำบุญ



พระเสด็จมณี วัดเชียงใหม่



วัดเชียงใหม่ จ.เชียงใหม่

ถ่ายภาพเก็บเป็นที่ระลึกเสร็จก็เดินทางต่อไปที่..... “วัดเชียงใหม่” เป็นวัดแห่งแรกและเก่าแก่ที่สุดในเขตกำแพงเมืองเชียงใหม่ สร้างด้วยศิลปะล้านนาล้านนาอันทรงคุณค่า สร้างขึ้นในปี พ.ศ.1839 โดยพ่อขุนเม็งราย หลังจากที่พระองค์ได้สร้างเมืองเชียงใหม่ขึ้นมาแล้ว โดยยก “ตำหนักเชียงใหม่” ถวายให้เป็นพระอารามชื่อวัดเชียงใหม่ ให้เป็นศูนย์กลางการศึกษาและเผยแผ่พุทธศาสนา ภายในวัดจะมีเจดีย์ข้างล้อมรอบเจดีย์ เป็นเจดีย์ข้างล้อมที่สร้างเลียนแบบของพ่อขุนรามคำแหง มีพระพุทธรูปที่สำคัญ 2 องค์ คือ พระแก้วขาวหรือพระเสด็จมณี และพระปางทรมานช้างนาฬาคีรี วัดเชียงใหม่เป็นวัดที่มีความสำคัญของประวัติศาสตร์เมืองเชียงใหม่ในฐานะที่เป็นพระอารามหลวงแห่งแรกในเขตกำแพงเมือง และมีวัตถุโบราณเก็บไว้อยู่เป็นจำนวนมาก

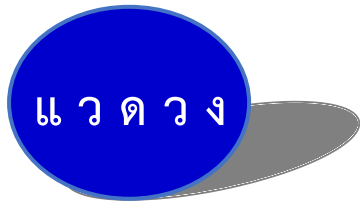


นอกจากนี้ ยังมีอนุสาวรีย์พ่อขุนเม็งรายประดิษฐานภายในบริเวณวัด มีหอครูบาเจ้าศรีวิชัย เมื่อถึงเทศกาลสลากภัตร หรือทานก๋วยสลาก จะมีการจัดให้มีทานก๋วยสลากที่วัดนี้ก่อนวัดแห่งอื่นๆ ในเมืองเชียงใหม่ นอกจากนี้ยังมีพระรูปหล่อของหลวงปู่มั่นประดิษฐานภายในวัดนี้อีกด้วย วัดเชียงมั่น อยู่ใกล้ๆ โรงเรียนยุพราชวิทยาลัยเป็นโรงเรียนประจำจังหวัดเชียงใหม่ที่ผมเคยเรียน (เป็นศิษย์เก่ายุพราช รุ่น 14-16) สมัยเด็กๆ เราจะชอบนัดคู่อริที่เรียนที่เดียวกันแล้วไม่ชอบหน้ามาดวลมวยไทยกันที่บริเวณวัดนี้ เมื่อดวลมัดดวลแข้งกันเสร็จก็จับมือกอดคอเป็นเพื่อนกันเหมือนเดิมเพราะเราคือยุพราชด้วยกัน 555 บางคนก็แอบหนีครูมาสูบบุหรี่กันที่นั่นแหละครับ เสร็จจากแอ่ววัดเชียงมั่นสองคนเราก็ตัดสินใจกลับบ้านกลับ กรุงเทพมหานครไปตามเส้นทางเดิมที่เราขึ้นมา....การขึ้นมาแอ่วดอยแอ่ววัดไหว้พระทำบุญเป็นเวลา 5 คืน 6 วัน ณ เมืองเจียงใหม่ หรือเชียงใหม่ หรือพิงค์พระนคร คราวนี้ได้สัมผัสอากาศหนาวบนดอยอย่าง สดใส และได้ไหว้พระทำบุญที่วัดสำคัญๆ ของจังหวัดอีกด้วย....

ก็ขอเอาบุญมาฝากกัลยาณมิตรทุกท่านด้วยนะครับ...พบกันใหม่ฉบับหน้านะครับ! สวัสดีครับ!



ขอขอบคุณ: ข้อมูลจากการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย



แฉวง สุขศึกษา

สวัสดิ์คะ ผ่านพ้นปีใหม่มากครึ่งปีแล้ว เรากำลังจะเปิดประเทศต้อนรับนักท่องเที่ยวต่างชาติมากขึ้น ทุกคนคงใจชื้นขึ้นขึ้นที่โรคโควิด-19 กำลังแฉวงทั้งอัตราป่วยและอัตราตาย

แต่ต้องมาวิตกกังวลกับโรคติดต่ออุบัติใหม่คือ โรคฝีดาษลิง จึงขอนำความรู้เรื่องนี้มาถ่ายทอดสั้น ๆ จากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอธิบายว่า **โรคฝีดาษลิง (Monkey Pox)** เกิดจากเชื้อไวรัสที่พบได้ในสัตว์ตระกูลลิงและสัตว์ฟันแทะ เช่น กระรอก หนูป่า เป็นต้น รวมทั้งคนก็สามารถติดโรคได้โดยสัมผัสโดยตรงกับเลือด จากสารคัดหลั่งหรือตุ่มหนองของสัตว์ที่ติดเชื้อจากการถูกสัตว์ที่มีเชื้อกัดข่วน การประกอบอาหารจากเนื้อสัตว์ป่า กินเนื้อสัตว์ที่ปรุงสุกไม่เพียงพอ หรือติดทางอ้อมจากการสัมผัสที่นอนของสัตว์ป่วย อาจเกิดขึ้นได้จากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยผ่านทางสารคัดหลั่ง ทางเดินหายใจ ผิวน้ำที่เปื้อนตุ่มหรืออุปกรณ์ที่มีการปนเปื้อนเชื้อ เมื่อคนรับเชื้อเข้าสู่ร่างกายจะมีระยะฟักตัวประมาณ 7-14 วันอาจนานถึง 21 วัน อาการเริ่มแรกจะมีไข้ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ต่อมน้ำเหลืองโต หนาวสั่นอ่อนเพลีย จากนั้นประมาณ 1-3 วัน จะมีผื่นขึ้นบริเวณแขนขา และอาจเกิดบนหน้าลำตัวได้ด้วย ผื่นจะกลายเป็นตุ่มหนอง ในระยะสุดท้ายตุ่มหนองจะเป็นสะเก็ดและหลุดออกมาอาการป่วยจะประมาณ 2-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะหายจากโรคได้เองอาการรุนแรงมักพบในกลุ่มเด็ก

วิธีป้องกันคือ หลีกเลี่ยงการสัมผัสโดยตรงกับเลือด สารคัดหลั่งหรือตุ่มหนองของสัตว์ที่ติดเชื้อหรือสัตว์ป่า หลีกเลี่ยงการกินเนื้อสัตว์ที่ปรุงสุกไม่เพียงพอ หมั่นล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เมื่อสัมผัสกับสัตว์หรือคนติดเชื้อหรือเดินทางเข้าไปในป่า ไม่นำสัตว์ป่ามาเลี้ยงหรือนำเข้าสัตว์จากต่างประเทศโดยไม่มีการคัดกรองโรค หากมีการเดินทางกลับจากประเทศที่เป็นเขตติดต่อโรคต้องทำการคัดกรองและเฝ้าระวังอาการจนครบ 21 วัน หากมีอาการเจ็บป่วยให้รีบไปพบแพทย์ทันที และทำการแยกกักเพื่อมิให้แพร่กระจายเชื้อ

ปัจจุบันยังไม่มีการรักษาโรคฝีดาษลิงที่เฉพาะเจาะจงแต่สามารถควบคุมการระบาดได้ด้วยการฉีดวัคซีนป้องกันใช้ทรัพย์สินสามารถป้องกันโรคระบาดได้ถึง 85% และยังไม่พบว่าคนไทยป่วยด้วยโรคนี้อีก... ถ้าท่านสมาชิกไม่เลี้ยง สัมผัสหรือเปิบสัตว์ป่าก็ไม่น่าจะเสี่ยงกับโรคนี้นะคะ

เข่นเคยนะคะ ฉบับนี้ก็มีเรื่องราวและกิจกรรมของสมาคมฯ เครือข่ายทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และของสมาชิกสมาคมฯ มาเล่าสู่กันฟังคะ

เริ่มจากกิจกรรมของสมาคมฯ มีการจัดประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติปีเว้นปี โดยจัดประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 19 ไปแล้วเมื่อปี พ.ศ. 2562 และกำหนดจัดในครั้งนี้นี้จึงเป็น ปีพ.ศ. 2564 แต่เนื่องด้วยสถานการณ์โควิดจึงได้เลื่อนมาเป็นปี พ.ศ.2565 สมาคมฯ ได้วางแผนการจัดประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 โดยกรรมการบริหารสมาคมฯ มีการประชุมหารือต่อเนื่องตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 เป็นต้นมา และได้กำหนดจัดประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 ขึ้นระหว่างวันที่ 19-20 พฤษภาคม 2565 ณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

○ กิจกรรมของสมาคมวิชาชีพสุขภาพ

การประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 20 “ล้ม หรือ รุก : ปรับพฤติกรรมสู่ชีวิตใหม่”

สมาคมวิชาชีพสุขภาพ ร่วมกับกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, ภาควิชาสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ และภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และมูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ รวม 7 หน่วยงาน ได้จัดประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 20 เรื่อง “ล้ม หรือ รุก : ปรับพฤติกรรมสู่ชีวิตใหม่” มีผู้เข้าประชุม on-site จำนวน 87 คนและ online จำนวน 245 คน

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรด้านสุขภาพ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ผู้บริหาร ครู อาจารย์ ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ และบุคลากรอื่นๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในประชาคมสุขภาพต่างๆ ได้ตระหนักถึงการปรับพฤติกรรมสู่ชีวิตใหม่ ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลการวิจัย นวัตกรรมและผลงานดีเด่นด้านการพัฒนาสุขภาพและการสาธารณสุขที่มุ่งเน้นพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดี

การประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 20
ล้ม หรือ รุก
ปรับพฤติกรรมสู่ชีวิตใหม่
วันที่ 19-20 พฤษภาคม 2565
ณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

ผลงานนักสุขภาพดีเด่นแห่งชาติ
ประจำปี พ.ศ. 2563 – 2564

ประจำปี 2563	ประจำปี 2564
 ศ.ดร.ชนชัยวัฒนา วัฒนประสาท นักสุขภาพดีเด่นแห่งชาติ ประเภท สาธารณสุข	 น.พ.สริศ ศรีเมธีว่อง นักสุขภาพดีเด่นแห่งชาติ ประเภท แพทย์
 ศ.พชช.ดร.พิชญ์พงษ์ พิชัยพงษ์ นักสุขภาพดีเด่นแห่งชาติ ประเภท แพทย์	 นายสุธี ธีรภาพ นักสุขภาพดีเด่นแห่งชาติ ประเภท เภสัชกรรม
 ศ.ดร.พ.พิชญ์พงษ์ วัฒนประสาท นักสุขภาพดีเด่นแห่งชาติ ประเภท สัตวแพทย์	 นางสุธี ธีรภาพ นักสุขภาพดีเด่นแห่งชาติ ประเภท อนามัย

การประชุมวิชาการสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 20 เรื่อง “ล้ม หรือ รุก : ปรับพฤติกรรมสู่ชีวิตใหม่”
วันที่ 19 – 20 พฤษภาคม 2565
ณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.สาธิต ปิตุเตชะ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้เกียรติเป็นประธานกล่าวเปิดงาน พร้อมปาฐกถาพิเศษ เรื่อง “ล้ม หรือ รุก ปรับพฤติกรรมสู่ชีวิตใหม่” ณ อาคารสาธารณสุขวิศิษฐ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตพญาไท กรุงเทพมหานคร



รมช.สาธิต กล่าวว่า กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับประชาชนในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีผลสำรวจความคิดเห็นของประชาชนทั่วประเทศ จำนวน 1,218 คน โดยสวนดุสิตโพลพบว่า พฤติกรรมของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงอย่างสิ้นเชิงอันดับ 1 คือ การไปร่วมงานสังสรรค์ งานมงคลงานอวมงคล 90.50% อันดับ 2 การท่องเที่ยว อันดับ 3 การกินอาหารนอกบ้าน ส่วนพฤติกรรมที่ไม่เปลี่ยนแปลงเลยคือ การดื่มแอลกอฮอล์/สูบบุหรี่ 55.48% และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นใหม่คือการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา/เลือกซื้อหน้ากากอนามัยหลายแบบมากขึ้น 90.12% การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่วิถีชีวิตใหม่ตามหลักสุขศึกษา รักษาระยะห่างทางกายดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในแนวทางปฏิบัติเดียวกันจะทำให้ประชาชนอยู่ร่วมกันกับโรค โควิด-19 ได้อย่างปลอดภัย นอกจากนี้ประชาชนควรมีความรู้ที่ถูกต้องโดยรับข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข่าวที่เชื่อถือได้เพื่อสร้างความเข้าใจความเชื่อทัศนคติค่านิยม มาตรการในการแพร่ระบาดและการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

จบปาฐกถาพิเศษ ท่าน รมช.กระทรวงสาธารณสุข ได้มอบโล่ให้นักศึกษาดีเด่นแห่งชาติ ประจำปี พ.ศ. 2563 ...ขอกราบขอบพระคุณท่าน รมช.สาธิต ปิตุเตชะ เป็นอย่างสูงที่ให้เกียรติมาเป็นประธาน พร้อมทั้งให้ความรู้และแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่ New Normal ... และขอแสดงความยินดีกับนักศึกษาดีเด่นทุกท่าน หวังว่าทุกท่านจะเป็นเครือข่ายที่ดีและเป็นพลังสำคัญในการพัฒนางานสุขศึกษาให้ก้าวหน้าต่อไป

○ มอบรางวัลนักศึกษาดีเด่น









○ มอบรางวัลเพชรเกียรติ มูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์



เนื้อหาการประชุมวิชาการ มีสาระสำคัญดังนี้

- การบรรยาย เรื่อง “อุปท.บทบาทเชิงรุก เพื่อปรับพฤติกรรม สู่วิถีชีวิตใหม่”
โดย อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
- การอภิปรายหัวข้อเรื่อง “รูปแบบชุมชนมีส่วนร่วม จัดการพฤติกรรม สร้างวิถีชีวิตใหม่”

น.ส.สมฤดี สุขอุดม สาธารณสุขอำเภอพนัสนิคม จ.ชลบุรี ได้กล่าวถึงรูปแบบชุมชนมีส่วนร่วมจัดการพฤติกรรมสร้างวิถีใหม่ของจังหวัดชลบุรีว่าตัวอย่างอำเภอเมือง จ.ชลบุรี มีการจัดตั้งศูนย์บัญชาการโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 การทำงานของควบคุมโรค การทำงานของทีม Home Quarantine ทีม Local Quarantine ด้านคัดกรอง มีศูนย์ควบคุมป้องกันการระบาดโรคในระดับอำเภอ ระดับ รพ.สต. การให้การรักษา โดยมีจิตอาสาจากมูลนิธิช่วยส่งต่อคนไข้ไปโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลสนามและมีจิตอาสาส่งคนไข้ไปรับการรักษา จำหน่ายคนไข้กลับบ้านสุดท้ายส่งคนเสียชีวิตสู่สุสานสุคติภูมิ สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำงานคือ (1) การเรียนรู้เข้าใจคนไทยทุกภาคส่วน ทั้งระดับอำเภอ/ตำบล ให้การช่วยเหลือส่งกำลังใจมอบสิ่งของอุปกรณ์ในการทำงานอย่างต่อเนื่อง (2) การจัดระบบการเฝ้าระวังโรคที่มีความเชื่อมโยงในระดับอำเภอและตำบลต้องสอดคล้องและเชื่อมโยงกันทำให้ลดช่องว่างของภาวะวิกฤตหน้างาน (3) ภาวะการนำร่วมของผู้นำและทีมปฏิบัติการทุกส่วนในระดับจังหวัดและอำเภอตำบล หมู่บ้านมีการบูรณาการกันอย่างจริงจัง และ (4) ทฤษฎีการปฏิบัติงานใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานได้แต่รายละเอียด เวลา พบปัญหาอุปสรรคต้องประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

ส่วนตัวอย่างอำเภอพนัสนิคม ได้แก่ (1) การควบคุมโรค โควิด-19 เชียงรุก (2) การป้องกันโรค โควิด-19 เชียงรุก (3) การรักษาและการส่งต่อ มีการจัดตั้งศูนย์บัญชาการโรคติดต่อเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 อำเภอพนัสนิคมเช่นเดียวกับอำเภอเมือง มีมาตรการป้องกันและควบคุมโรค โควิด-19 ในสถานศึกษามีการคัดกรอง

สอบสวนโรคในโรงงานการให้บริการฉีดวัคซีน การรักษา CI Community Isolation การรักษา OPSI, OP Self Isolation โดยมีมาตรการป้องกันโรคกลุ่มโรคโควิด 19 ภายใต้อิสโลแกนว่า คั้นให้มาก (Screen) กักให้ดี (Quarantine) ร่วมใจฉีดวัคซีน (Vaccine) เพื่อชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสู่ชีวิตใหม่ที่ยั่งยืนต่อไป

○ การอภิปรายหัวข้อเรื่อง “Bully พฤติกรรมรุนแรงและแผลลึกในสังคมไทย”



รศ.ดร.น.พ.พิทยา จารุพูนผล หัวหน้าภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้กล่าวถึงความหมายของ “บูลลี่” ว่าเป็นการกลั่นแกล้งที่แสดงออกด้วยคำพูดหรือพฤติกรรมที่ก้าวร้าวต่อผู้อื่นระหว่างผู้มีอำนาจมากกว่ากับผู้ที่อ่อนแอกว่ามักเกิดขึ้นซ้ำๆ ตัวอย่างเช่น บูลลี่ ในโรงเรียน มักจะถูกตบหัว ล้อชื่อพ่อแม่ ล้อปมด้อย พูดจาเสียสติทำให้เด็กไม่อยากไปโรงเรียน บูลลี่ในที่ทำงาน เช่น เรื่องรูปร่าง พฤติกรรมที่ทำงาน เชิงชู้สาวที่มีโอกาสคุกคามทางเพศ การบูลลี่บนโลกออนไลน์ มีการส่งข้อความนินทาผู้อื่นให้เสียหาย แอบเข้า Facebook คนอื่นแล้วโพสต์ข้อความให้เจ้าของ บัญชี Facebook เสียหายทำให้เขาถูกว่ากล่าว ต้าทอด้วยคำหยาบ ตอกย้ำปมด้อย ส่งข้อความ/รูปวิดีโอในรูปแบบที่ทำให้อับอาย ข่มขู่ หยอกล้อยั่วโมโหจนอีกฝ่ายเผยความลับของตัวเองที่น่าอายบนโลกออนไลน์ การถูกบูลลี่ในรูปแบบต่างๆ เหล่านี้นำไปสู่ปัญหาทางจิตใจที่ร้ายแรงได้ในอนาคต

แพทย์หญิงปยุณยวี บัวหุ้ง โรงพยาบาลนครปฐม กล่าวว่า เมื่อวันที่ 6 มิถุนายน 2560 ที่ประชุม ครม. ให้มีมติเรื่องการจัดตั้งศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์เพื่อประสานการทำงานของภาคีเครือข่ายภาครัฐ ภาคประชาสังคมและภาคเอกชนโดยยกตัวอย่าง มาตรการที่ 1 กระทรวงศึกษาธิการ โดยความร่วมมือระหว่างสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน มูลนิธิรักไทย สำนักกองทุนพัฒนาสื่อปลอดภัยและสร้างสรรค์ จัดทำหลักสูตรออนไลน์ ยุติบูลลี่รังแก ตัวอย่าง มาตรการที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข ให้สถาบันสุขภาพเด็กและวัยรุ่นราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิตมีการตั้งโครงการวิจัยพัฒนาโปรแกรมป้องกันการรังแกในโรงเรียนในกลุ่มเด็กประถมศึกษาตามนโยบายต่อต้านการ

ร้งแกกันแบบทั้งโรงเรียนและจัดทำคู่มือปฏิบัติสำหรับการดำเนินการป้องกันและยุติการรังแกกันในโรงเรียน มุ่งเน้นทำงานร่วมกันของกระทรวงสาธารณสุขกับสถานศึกษา

ตัวอย่างมาตรการที่ 3 กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม โดยกระทรวงดิจิทัลฯ และ DTAC ร่วมมือกันจัดตั้งโครงการ “Stop Bullying Love Care” ไม่รังแกกัน พัฒนาหลักสูตรการเป็นพลเมืองดิจิทัล (Digital Literacy) สำหรับผู้ปกครอง ครูเด็กและเยาวชนในหลักสูตรทางเลือกของกระทรวงศึกษาธิการ สร้าง “Stop Bullying Chat Line” ผ่านศูนย์ดิจิทัลชุมชนให้คำปรึกษาป้องกันกรณี Cyberbullying โดยประสานกับกองบังคับการปราบปรามกระทำผิดเกี่ยวกับอาชญากรรมทางเทคโนโลยี และจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยี Digital และการใช้งานอินเทอร์เน็ตอย่างปลอดภัยผ่านกิจกรรมยุวทูตในโรงเรียน

รศ.ดร.นฤมล เอื้อมพิกุล ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้นำเสนอผลงานวิจัยเรื่อง Cyberbullying among adolescent in Bangkok, Thailand โดยได้ทำวิจัยเชิงสำรวจกับกลุ่มตัวอย่างนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ ได้กลุ่มตัวอย่าง 375 คนพบว่า อุปกรณ์ที่ใช้เข้าถึงสูงสุด คือ Smart Phone ถึง 92.9% รองลงมาคือ PC วัตถุประสงค์ในการใช้อินเทอร์เน็ตคือห้อง Chat Room 79.9% รองลงมาคือ ค้นหาข้อมูล สังคมออนไลน์ที่ใช้มากที่สุดคือ Facebook 92.1% รองลงมาคือ YouTube 87.6% ความถี่ในการใช้อินเทอร์เน็ตในสัปดาห์ 84.5% ใช้ทุกวันความถี่ในการใช้อินเทอร์เน็ตใน 1 วัน คือ มากกว่า 7 ชั่วโมงถึง 28.2% ช่วงเวลาที่ใช้อินเทอร์เน็ตใน 1 วันคือ ก่อนเข้าโรงเรียน 56.8% โดยมีประสบการณ์ในการใช้ Cyber Bullying คือพบเห็น 67.8% ตกเป็นเหยื่อ 44.7% เป็นผู้กระทำผิดเอง 33.1%

ผลการวิจัยได้ให้ข้อเสนอไว้ 3 ด้านคือ (1) ด้านบริหารคืองานอนามัยโรงเรียนงานสุขศึกษา งานสาธารณสุขควรร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการกำหนดแนวทางในการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมรังแกทางไซเบอร์ (2) ด้านบริการ งานอนามัยโรงเรียน งานสุขศึกษา งานสาธารณสุขควรร่วมมือกับสถานศึกษาเพื่อจัดกิจกรรมเฝ้าระวังและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงทั้งกลุ่มที่เป็นผู้รังแกและผู้ถูกรังแก จัดโปรแกรมป้องกันเช่นการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ทักษะการแก้ปัญหาเสริมสร้างการมีคุณค่าให้ตัวเอง จัดบริการช่วยเหลือและให้คำปรึกษา (3) ด้านวิชาการ งานอนามัยโรงเรียน งานสุขศึกษา งานสาธารณสุขให้ความรู้นักเรียนเกี่ยวกับการใช้อินเทอร์เน็ตที่ปลอดภัยกฎหมาย พ.ร.บ.คอมพิวเตอร์ให้ความรู้ผู้ปกครองในการดูแลการใช้ อินเทอร์เน็ต พัฒนาเครื่องมือประเมินหรือคัดกรองพฤติกรรมทางไซเบอร์

○ การอภิปรายหัวข้อเรื่อง “มิตินหลากหลายระดับ ปรับพฤติกรรมเรียนรู้ สู้ภัยโควิด”

ผู้อภิปราย ประกอบด้วย นายณรงค์ศักดิ์ โอสถธนากร ผู้ว่าราชการจังหวัดปทุมธานี (อดีตผู้ว่าราชการจังหวัดลำปาง) นายวีระชัย ก้อนมณี ที่ปรึกษากลุ่มภารกิจสนับสนุนการจัดหลักประกันสุขภาพ นพ.รุ่งเรือง กิจผาติ หัวหน้าที่ปรึกษาระดับกระทรวง และโฆษกกระทรวงสาธารณสุข และ ศ.ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ผู้ดำเนินการอภิปรายและผู้อภิปราย

ประเด็นการอภิปราย ได้แก่ การจัดการระบบการเฝ้าระวัง การคัดกรอง การดูแลผู้ติดเชื้อ สภาพปัญหาปัจจุบัน การบริการวัคซีน แนวทางปรับพฤติกรรมเชิงรุกทุกระดับ เพื่อสู้ภัยโรค COVID ระดับมหภาค



○ นำเสนอผลงานวิชาการ

การผลงานวิชาการด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพ มีจำนวน 25 เรื่อง การนำเสนอแบ่งเป็น 4 ห้องย่อย ผู้ได้รับรางวัลการเสนอผลงาน เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2565 มีดังนี้

รางวัลดีเด่น

1. การประยุกต์แบบจำลองการกำกับตนเองเพื่อการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 จังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้นำเสนอ นางสาวนงนุช เอียวชุด นักศึกษาปริญญาโท มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์ จังหวัดฉะเชิงเทรา

2. ผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของวัยรุ่นหญิง จังหวัดยะลา ผู้นำเสนอ นายธีรศักดิ์ ศรีพิทักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลยะลา

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อโควิด-19 ของประชาชนไทยมุสลิมอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ผู้นำเสนอ นางสาวฮิดาชาติ วาเงาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลยะลา

4. การพัฒนารูปแบบการจัดการน้ำเสียและสิ่งปฏิกูลในชุมชนกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ผู้นำเสนอ นางรุ่งรศมี ศรีวงศ์พันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบและแรงงานข้ามชาติ กรมอนามัย

รางวัลดีมาก

1. ประสิทธิภาพของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเลิกบุหรี่ของผู้ป่วยโรครีหรือรัง คลินิกเลิกบุหรี่ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี ผู้นำเสนอ นางอรุณี ตระการรังสี นักวิชาการสาธารณสุขโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี

2. ผลของโปรแกรมสร้างความรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมและป้องกันโรคไข้มาลาเรียของ อสม.หมอบประจำบ้าน อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ผู้นำเสนอ นายมนัสพงษ์ มาลา สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 9 กรมควบคุมโรค จังหวัดนครราชสีมา

3. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดัง โดยประยุกต์รูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อความปลอดภัยของพนักงานในโรงงานแห่งหนึ่ง ผู้นำเสนอ นายเอกรัฐ นุชิต นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

4. ผลสัมฤทธิ์ในโปรแกรม “1 ปีที่จะทิงน้องยา” คลินิกปรับเปลี่ยนสุขภาพ โรงพยาบาลเลย ผู้นำเสนอ นางพิรวัลย์ พิมพาเรือ และนายศิริศักดิ์ บริวัน กลุ่มงานสุขภาพและประชาสัมพันธ์ โรงพยาบาลเลย

ขอแสดงความยินดีกับทุกท่านด้วยค่ะ



○ การประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2564

ในระหว่างที่มีการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 วันที่ 19 พฤษภาคม 2565 สมาคมฯ ได้จัดให้มีการประชุมใหญ่สามัญประจำปี 2564 มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 16 คนและผู้เข้าร่วมประชุมที่มอบฉันทะ 21 คนประเด็นที่น่าสนใจคือ (1) รายงานผลการดำเนินงานของสมาคมระหว่างปี พ.ศ. 2561 (2) รายงานสถานการณ์การเงินของสมาคมณวันที่ 31 ธันวาคม 2561 (3) นายกสมาคมฯ กล่าวนโยบายการดำเนินงานของ

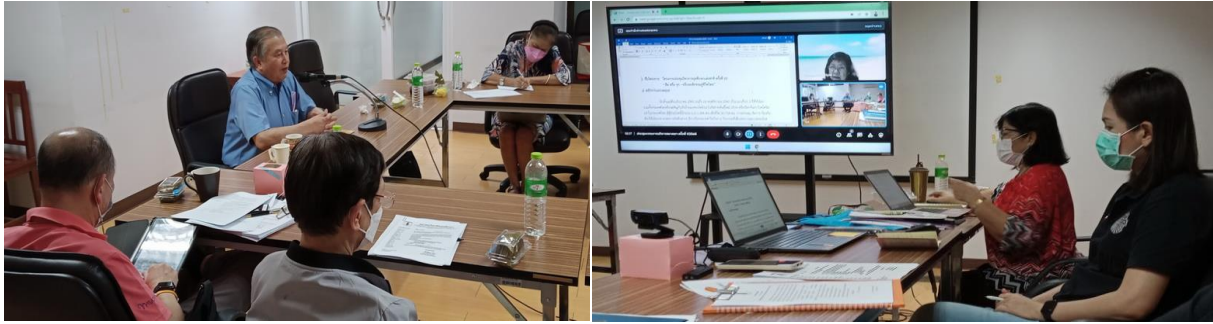
สมาคมฯ ในปี พ.ศ. 2562 (4) การแก้ไขข้อบังคับของสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา (5) กรรมการบริหารสมาคมวิชาชีพชุด ที่ 15 บริหารงานมาตั้งแต่ 28 กันยายน 2558 และจะครบวาระการดำรงตำแหน่งในวันที่ 27 กันยายน 2562 สมาคมฯ จึงกำหนดให้มีการเลือกตั้งนายกฯ และอุปนายกฯ แทนคนเก่าที่จะหมดวาระ โดยได้มอบหมายให้ รศ.ดร.สุปรียา ตันสกุล เป็นประธานอนุกรรมการเลือกตั้ง ดำเนินการจัดการเลือกตั้งนายกและอุปนายก ตามข้อบังคับสมาคมต่อไปซึ่งรายละเอียดทั้งหมดสามารถติดตามอ่านได้จากเว็บสมาคมฯ



◦ การประชุมของคณะกรรมการบริหารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

12 กุมภาพันธ์ 2565 มีการประชุมกรรมการบริหารสมาคมฯ ครั้งที่ 1/2565 ณ ห้องประชุมภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล





◦ กิจกรรม “มุทิตาจิตคณาจารย์ เนื่องในวันขึ้นปีใหม่ไทย”

คณะกรรมการบริหารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา และกรรมการมูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ แสดงมุทิตาจิตต่อท่านนายกสมาคมฯ เนื่องในโอกาสวันขึ้นปีใหม่ไทย วันที่ 23 เมษายน 2565 ภายหลังจากประชุมคณะกรรมการบริหารทุกท่านต่างชื่นมื่นและเบิกบานใจ.... เมื่อได้รับพรอ้อมเอมกันถ้วนหน้า กราบขอบพระคุณท่าน รศ.ดร.นพ.พิทยา จารุพูนผลที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ทั้งสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในครั้งนี้ด้วยค่ะ





5 มิถุนายน 2565 มีการประชุมกรรมการบริหารสมาคมฯ ครั้งที่ 4/2565 ณ ห้องประชุมภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วาระการประชุมมีเรื่องพิจารณา ดังนี้ (1) สรุปและประเมินการจัดประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20 ซึ่ง รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย ประธานจัดการประชุมได้สรุปว่ามีผู้ตอบแบบสอบถาม 127 คน ส่วนใหญ่ให้คะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับดีและดีมาก ทั้งความรู้จากการบรรยาย อภิปรายของวิทยากร การจัดการอำนวยความสะดวกทั้งด้านอาหารการต้อนรับในระดับดีและดีมาก (2) สรุปผลสรุปการประชุมใหญ่อำเภอประจำปี สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา 2565 (3) การปรับระบบทะเบียนสมาชิกฯ (4) การเพิ่มสมาชิกกิตติมศักดิ์ (5) การเพิ่มค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ฯ (6) โครงการกำหนดตัวชี้วัดการเรียนรู้ในชุดสิทธิประโยชน์ (7) การพัฒนาเว็บไซต์สมาคมฯ และ (8) การจัดทำคู่มือการจัดการประชุมวิชาการ





◦ เรื่องแสดงความยินดี

ในช่วงเดือนมกราคม 2565 - มิถุนายน 2565 มีข่าวที่น่ายินดีคือ ผศ.ดร.จันทร์วิภา ดิลกสัมพันธ์ ได้รับการประกาศเกียรติคุณรางวัลเกียรติยศฌาณสังวร ประจำปีพุทธศักราช 2565 สาขา ผู้ทำคุณประโยชน์ต่อสังคมดีเด่น ...ขอแสดงความยินดีด้วยค่ะ..กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อมกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม มอบคำรับรอง สำนักงานสีเขียว (ระดับดีมาก) คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา ... ขอแสดงความยินดีกับ รศ.ดร.ยุวดี รอดจากภัย และบุคลากรของมหาวิทยาลัยทุกท่าน ท่านใดมีโอกาสผ่านแวะไปประจักษ์กันนะคะ... และขอแสดงความชื่นชมกับคุณสรรงค์ภรณ์ ดวงคำสวัสดิ์ ที่ได้รับความไว้วางใจเข้าร่วมเป็นคณะอนุกรรมการ ด้านการป้องกันประเทศ...ความสามารถล้วนแก้วจริงๆ ค่ะ

◦ เรื่องแสดงความเสียใจ

ข่าวเศร้าเนื่องจากการจากไปของ ผศ.พิมพ์ลีนี นาวานุรักษ์ สมาชิกสมาคมฯที่มีส่วนร่วมกับกิจกรรมสมาคมด้วยดีเสมอมา ...ขอแสดงความเสียใจกับครอบครัวนาวานุรักษ์ ขอดวงวิญญาณไปสู่ภพภูมิที่ดีค่ะ

จบข่าวกิจกรรมของสมาคมฯ ก็จะเป็นข่าวกิจกรรมของเครือข่ายส่วนกลาง เริ่มจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

◦ กิจกรรมของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

6 มกราคม 2565 กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดประชุมปฏิบัติการพัฒนากลไกและสร้างความร่วมมือเครือข่ายการขับเคลื่อนพัฒนายุวอาสาสมัครสาธารณสุข ณ ห้องประชุม 4 ชั้น 9 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำแผนการขับเคลื่อนการพัฒนา ยุว อสม. แบบบูรณาการร่วมกันระหว่างเครือข่าย มีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย เครือข่ายองค์กรด้านเด็กและเยาวชน ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมจำนวน 20 หน่วยงาน

24 มกราคม 2565 กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนส่งเสริมให้เครือข่ายมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมส่งเสริมด้านสุขภาพ ณ ห้องประชุม 3 ชั้น 9 อาคารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยมีเครือข่ายสื่อสารสุขภาพเข้าร่วมประชุม มีวัตถุประสงค์เพื่อวางแผนการสื่อสารสุขภาพแบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานและเครือข่ายการสื่อสาร มีเป้าหมายร่วมกันในการส่งเสริมให้ประชาชน ทั้งกลุ่มเด็กเยาวชนและประชาชนกลุ่มต่างๆ เข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพและสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างถูกต้องเท่าทันสถานการณ์

26 - 27 กุมภาพันธ์ 2565 กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดประชุมปฏิบัติการพัฒนากลไกและสร้างความร่วมมือเครือข่ายการขับเคลื่อนพัฒนายุวอาสาสมัครสาธารณสุข ครั้งที่ 2 ณ ห้องประชุม กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนายุวอาสาสมัครสาธารณสุข (ยุว อสม.) ให้ครอบคลุมในทุกพื้นที่ทั่วประเทศทั้ง 76 จังหวัด โดยมีเป้าหมายจังหวัดละ 100 คน รวม 7,600 คน ประกาศเจตนารมณ์ร่วมกันเป็นเครือข่ายจิตอาสาด้านสุขภาพดูแลสุขภาพคนในครอบครัว เพื่อน และชุมชนที่อาศัยอยู่ตลอดจนร่วมผลิตผลิตกำลังในการจัดการสุขภาพที่เป็นปัญหาสำคัญระดับท้องถิ่นจนถึงระดับประเทศ

25 มีนาคม 2565 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยกองสุขศึกษาจัดประชุมคณะอนุกรรมการด้านพัฒนาขับเคลื่อนทางสังคม สื่อสารความเสี่ยงและประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง ภายใต้แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564) ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์คอนเวนชั่น หลักสี่ กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมข้อมูลผลการทบทวนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์วิเคราะห์ช่องว่างการดำเนินงานในระยะที่ผ่านมา เสนอต่อคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนแผนการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ 5 ปี และร่วมกันพัฒนาการบริหารจัดการด้านสื่อสารต่อสาธารณะในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ ทั้งนี้เพื่อให้มีกรอบและทิศทางในการจัดทำแผนด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของประเทศไทยในระยะต่อไป

30-31 มีนาคม และ 2 เมษายน 2565 กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดประชุมปฏิบัติการพัฒนานักสื่อสารสุขภาพในสถานการณ์ โควิด-19 ณ ห้องประชุม 4 ชั้น 9 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้กับยุวอาสาสมัครสาธารณสุข (ยุว อสม.) ทั่วประเทศ จำนวน 3 รุ่น รวม 1,500 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพให้มีทักษะในการเป็นผู้นำเยาวชนต้นแบบที่ทำหน้าที่เป็นนักสื่อสารสุขภาพสามารถนำความรู้ที่ถูกต้องและเป็นนักขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก เยาวชนและประชาชนที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

25 พฤษภาคม 2565 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จัดประชุมเครือข่ายประชาสัมพันธ์ของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ครั้งที่ 1/2565 โดยออนไลน์ผ่าน Webex Meetings มีนายสาโรจน์ ยอดประดิษฐ์ เลขาธิการกรม เป็นประธานการประชุม โดยมีบุคลากรกรม สบส. และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภารกิจของกรม สบส. ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคการศึกษา กลุ่มผู้ประกอบการ องค์กรวิชาชีพ องค์กรภาคประชาชน และสื่อมวลชน เพื่อรับฟังความคิดเห็นและแนวทางการประชาสัมพันธ์กับเครือข่ายในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อประชาชน สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา มอบหมายนายสรรงค์ภูณ ดวงคำสวัสดิ์ เป็นผู้แทนเข้าร่วมการประชุม



28 พฤษภาคม เป็นวันสุขบัญญัติแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2565 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้กำหนดให้มีการรณรงค์สุขบัญญัติแห่งชาติข้อ 10 คือ มีสำนึกต่อส่วนรวมร่วมสร้างสรรค์สังคมภายใต้คำขวัญ “ยูว อสม. สร้างจิตสำนึก รู้คิด รู้ใช้ชีวิตด้วยสุขบัญญัติไร้โควิด” โดยมี ยูว อสม. เข้ามามีบทบาทเป็นนักสื่อสารสุขภาพและส่งเสริมการพัฒนาพฤติกรรม โดยเน้นพฤติกรรมล้างมือให้สะอาดทุกครั้ง ก่อนกินอาหารหลังการขับถ่ายและหลังสัมผัสพื้นผิววัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ร่วมกันทุกครั้ง กินอาหารแยกสำรับ สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อออกนอกบ้าน ฉีดวัคซีนตามกำหนด และกำจัดขยะติดเชื้อให้ถูกวิธี ดังนั้นในวันที่ 23 พฤษภาคม 2565 กองสุกศึกษาได้จัดกิจกรรม kick off การรณรงค์เนื่องในวันสุขบัญญัติแห่งชาติปี พ.ศ.2565 ณ โรงแรมทีเคพาเลซแอนด์ ถนนแจ้งวัฒนะ กรุงเทพมหานคร เพื่อแสดงเจตนารมณ์ร่วมกันในการส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการรับรู้ตื่นตัวในการมีจิตสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม โดยมีเป้าหมายคือ ยูว อสม. 1 คน บอกต่อเพื่อนเด็กและเยาวชน 10 คน ตลอดเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2565 ดังนั้น หลังจากการรณรงค์สุขบัญญัติแห่งชาติ จะมีเด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้น 100,000 คน ที่จะเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพตนเองและมีการปฏิบัติตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติให้กับกลุ่มเพื่อนเด็กและเยาวชนต่อไปในอนาคต

◦ สำนักงานอัยการสูงสุด จัดโครงการอบรมนักบริหารงานยุติธรรมระดับสูง “หลักสูตรการอบรมอธิบดีอัยการ” รุ่นที่ 13 เน้นเรื่อง การสร้างเสริมสุขภาวะสำหรับผู้บริหาร โดยได้เชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง เป็นวิทยากรพิเศษ เมื่อวันที่ 14 มิถุนายน 2565 ณ โรงแรม ดี เอ็มเมอร์ลด์ รัชดาภิเษก กรุงเทพมหานคร



◦ สำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน) จัดโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งองค์กร หัวข้อเรื่อง “เทคนิคการสร้างความสุขในที่ทำงาน” และ “การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร” วันที่ 23 และ 25 มีนาคม 2565 เน้นการสร้างประสบการณ์ผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระบบออนไลน์ รวม 2 รุ่น จำนวน 97 คน ที่มหาวิทยาลัย ประกอบด้วย รศ.ดร.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง อ.สรรงค์กัญณ์ ดวงคำสวัสดิ์ และ อ.จริยากร ดิษจินดา

กิจกรรมของเครือข่ายในภาคเหนือ

◦ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

31 พ.ค. 65 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก ร่วมกับโรงเรียนวัดหินลาด ตำบลหินลาด อำเภอวัดโบสถ์ จังหวัดพิษณุโลก จัดกิจกรรมเดินรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก



มิ.ย. 65 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคล้อ อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไต stage 3-4 เพื่อฟื้นฟูไตของผู้ป่วยให้มีสุขภาพดีขึ้น



○ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่ โดยกลุ่มงานสุขศึกษา จัดทำโครงการพัฒนาองค์ความรู้การสร้างเสริมสุขภาวะอำเภอฝาง ด้วยกระบวนการวิจัย มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทั้งส่วนของโรงพยาบาลฝาง และหน่วยบริการปฐมภูมิ ครั้งที่ 4 ระหว่างวันที่ 20-21 มิถุนายน 25765

ท่านรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝางการแพทย์ น.พ.ศราวุธ กันสีบ และรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหารฯ คุณรณกร จันทร์ชา ได้ให้นโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนางานวิจัยจากปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และการใช้หลักการความรู้ด้านสุขภาพในการพัฒนากรอบการวิจัยสร้างองค์ความรู้

ผลการดำเนินโครงการได้โครงการวิจัยส่งขอการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการรับรองการทำวิจัยในมนุษย์ จำนวน 8 เรื่อง พร้อมนี้ได้จัดเตรียมร่างบทความวิจัยสำหรับเผยแพร่ ทำตารางนำเสนอข้อมูลและแผนการเผยแพร่ผลการวิจัยในวารสารฯ รวมทั้งการนำเสนอในเวทีวิชาการและเผยแพร่รูปแบบต่าง ๆ





กิจกรรมของเครือข่ายในภาคใต้

◦ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา

12 มกราคม 2565 นางอวาทิพย์ แว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลยะลา ได้รับเชิญสัมภาษณ์พิเศษ ผ่านสถานีวิทยุ สวท.ยะลา FM 92 MHz ในรายการ เกาะติดสถานการณ์โควิด-19 กับประเด็น “โอมิครอน กำลังมา” ติดตามรายการย้อนหลังได้ที่ <https://www.facebook.com/346430058852072/posts/1938019773026418/?d=n>



26 มกราคม 2565 กลุ่มงานสุขศึกษา รพ.ยะลา ได้จัดกิจกรรมรณรงค์ สัปดาห์ราชประชาสมาสัย ให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อนและการดูแลรักษาที่ถูกต้องแก่ประชาชนผู้รับบริการ ณ ห้องตรวจผิวหนัง รพ.ยะลา



10 กุมภาพันธ์ 2565 กลุ่มงานสุขศึกษา รพ.ยะลา โดยคุณอวาทิพย์ แว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ได้รับเชิญจากเรือนจำกลางยะลา เป็นวิทยากรอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) เรื่อง การสื่อสารและกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ อสรจ. มีความรู้ สามารถสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ถ่ายทอดและช่วยเหลือผู้ต้องขังให้ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง



12 กุมภาพันธ์ 2565 กลุ่มงานสุขศึกษา รพ.ยะลา ร่วมกับโรงเรียนผู้ใหญ่วิทยาลัยเทคนิคบริหารธุรกิจยะลา จัดกิจกรรมโครงการ ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์และรณรงค์วันวาเลนไทน์ ปี 2565 ในนักเรียน นักศึกษา จำนวน 50 คน เพื่อให้ความรู้เรื่องความฉลาดทางอารมณ์และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสม ฝึกทักษะแก้ปัญหาในวัยรุ่น



31 พฤษภาคม 2565 กลุ่มงานสุขศึกษาโรงพยาบาลยะลา ได้ดำเนินกิจกรรมรณรงค์และสื่อสารสุขภาพ “วันงดสูบบุหรี่โลก” ในสถานศึกษา ภายใต้คำขวัญ “บุหรี่ทำลายสิ่งแวดล้อม” แก่นักเรียน นักศึกษา วิทยาลัยอาชีวศึกษาผดุงประชายะลา และวิทยาลัยอาชีวศึกษายะลา เพื่อสร้างความตระหนักถึงพิษภัยบุหรี่และอันตรายของบุหรี่ทุกประเภท



◦ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

จังหวัดสุราษฎร์ฯ เร่งฉีดวัคซีนเข็ม 3 กลุ่มเปราะบางและผู้ป่วยติดเชื้อฯ ต้อนรับลูกหลานกลับบ้านช่วงสงกรานต์

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา – 2019 ในปัจจุบัน พบว่าการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าว มียอดผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการฉีดวัคซีนให้แก่กลุ่มเป้าหมายถือได้ว่าเป็นอีกกลยุทธ์ที่สำคัญในการลดอัตราการป่วยและอัตราการ

การสำรวจข้อมูลของกรมควบคุมโรค พบว่าผู้ได้รับวัคซีน เข็มที่ 3 ลดอัตราการตายจากการติดเชื้อโควิด - 19 ถึง 41 เท่า ของผู้ที่ไม่ได้รับวัคซีน เข็มที่ 3 ทั้งนี้กลุ่มประชากร 608 ผู้ป่วยกลุ่ม 7 โรคเรื้อรัง กลุ่มเปราะบาง และ ผู้ป่วยติดเชื้อฯ เป็นผู้ที่ความเสี่ยงมากที่สุดในการรับเชื้อจากคนในครอบครัว อีกทั้งในไม่กี่วันใกล้จะถึงช่วงเทศกาลสงกรานต์ ที่เป็นช่วงเวลาสำหรับผู้ไปทำงานไกลบ้าน ต่างมีความต้องการกลับภูมิลำเนาเพื่อเยี่ยมเยียนครอบครัวที่รัก

ท่านผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี และบุคลากรทางการแพทย์ ได้หาแนวทางในการให้บริการฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 ให้แก่กลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ให้ครอบคลุมทั่วทั้งจังหวัด ก่อนเทศกาลสงกรานต์ เพื่อเป็นการเสริมภูมิให้คนตาคุณยายปลอดภัยจากสถานการณ์โควิด-19 ที่อาจจะมาพร้อม ๆ กับลูกหลานที่เดินทางกลับบ้าน และจะได้อยู่กับลูกๆ หลานๆ ได้โดยไม่ต้องกังวล ถึงแม้จะเป็นเพียงแค่เสี้ยวเวลาที่แห่งความสุขก็ตาม



สุดท้ายนี้ สมาคมฯ มีแผนจัดงานเลี้ยงเกษียณอายุราชการ ปี พ.ศ.2565 ให้กับสมาชิกที่เกษียณฯ ทุกท่าน สมาชิกท่านใดที่จะเกษียณอายุหรือทราบว่าท่านใดจะเกษียณอายุในปีใดบ้าง กรุณาแจ้งให้สมาคมฯ ทราบด้วยที่ โทรศัพท์ 085-1587321 ... แล้วพบกันใหม่ฉบับหน้า สวัสดีค่ะ

“นิลุล”

ข่าวประชาสัมพันธ์

○ การสนับสนุนการวิจัยและการประชุมวิชาการ ของสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

วัตถุประสงค์หนึ่งของ มูลนิธิ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ คือการให้การสนับสนุน การศึกษาแก่สังคม จึงได้จัดให้มีโครงการเพชรเกียรติ มูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ให้ทุนการศึกษาแก่ นิสิต นักศึกษาที่เรียนดี มีพฤติกรรมสุภาพดี ที่ศึกษาในระดับปริญญาตรี ปีที่ 2-4 ในคณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันการศึกษาต่างๆ โดยปี พ.ศ.2565 เป็นปีแรกที่ได้จัดสรรทุนทั้งหมด 5 ทุน ๆ ละ 10,000 บาท (หนึ่งหมื่นบาท) มีรายนามตามประกาศนี้



ประกาศ มูลนิธิ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ เรื่อง รายนามนักศึกษาที่ได้รับทุนการศึกษา “ทุนเพชรเกียรติ มูลนิธิ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์”

ตามที่มูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ได้จัดโครงการมอบทุนการศึกษา “ทุนเพชรเกียรติ มูลนิธิ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์” สำหรับนิสิต/นักศึกษา ระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ ๑ - ปีที่ ๔ ที่กำลังศึกษาในคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยต่างๆ จำนวน ๕ ทุนๆ ละ ๑๐,๐๐๐.- บาท (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) มูลนิธิ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ จึงขอประกาศรายชื่อผู้รับทุนการศึกษา “ทุนเพชรเกียรติ มูลนิธิ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์” ประจำปี ๒๕๖๕ ดังรายนามต่อไปนี้

๑.	นางสาวฉัตรธิดา พัฒนา	ระดับชั้นปีที่ ๒ คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์
๒.	นางสาวอาทิตย์วรรณ ใจกว้าง	ระดับชั้นปีที่ ๓ คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหิดล
๓.	นางสาวหทัยา สิงห์ภักดิ์	ระดับชั้นปีที่ ๔ คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
๔.	นางสาวธีรดา พึ่งเกษม	ระดับชั้นปีที่ ๒ คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยบูรพา
๕.	นางสาวสุชานันท์ สังข์พันธุ์	ระดับชั้นปีที่ ๓ คณะสาธารณสุขศาสตร์	มหาวิทยาลัยบูรพา

ทั้งนี้ นักศึกษาผู้ได้รับทุนจะได้รับเงินทุนการศึกษา และโล่เชิดชูเกียรติจากที่ปรึกษามูลนิธิ ศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ในการประชุมวิชาการสุขศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ ๒๐ วันที่ ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๕ ณ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ต่อไป

จึงประกาศมาเพื่อทราบและโปรดแจ้งนักศึกษาในสังกัดให้ทราบด้วย

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

(รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์พิทยา จารุพูนผล)
ประธานมูลนิธิ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์

○ ขอเชิญร่วมทอดผ้าป่ามูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์

ขอเชิญร่วมเป็นเจ้าของภาพทอดผ้าป่า มูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์
 “ทุนการศึกษา นิสิต นักศึกษา สาขาสาธารณสุขและวิชาชีพสุขศึกษา”
 วันเสาร์ที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2565 เวลา 09.00 – 12.00 น.
 ณ ห้องประชุม รศ.ดร.ยุพา อุดมศักดิ์ ชั้น 6 อาคารสมจิตต์ สุพรรณทัศน์
 คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

เจตจำนงการทอดผ้าป่า

มูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ได้จัดตั้งเป็นมูลนิธิ ทะเบียนเลขที่ กท 3134 เมื่อวันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2564 การดำเนินงานของมูลนิธิฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนทุนการศึกษาแก่นิสิต นักศึกษา สาขาสาธารณสุขและวิชาชีพสุขศึกษาที่มีผลการเรียนดี ความประพฤติและจริยธรรมดี เป็นที่ประจักษ์และยอมรับของสังคม ในการดำเนินงานเพื่อจัดหารายได้เข้ามูลนิธิฯ เพื่อดำเนินการตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว คณะกรรมการมูลนิธิฯ จึงได้จัดให้มีพิธีทอดผ้าป่า มูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ “ทุนการศึกษา นิสิต นักศึกษา สาขาสาธารณสุขและวิชาชีพสุขศึกษา”

ในโอกาสนี้มูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านหรือหน่วยงานของท่าน รวมทั้งเครือข่ายกัลยาณมิตร ที่มีจิตศรัทธาร่วมเป็นเจ้าของภาพทอดผ้าป่า “ทุนการศึกษา นิสิต นักศึกษา สาขาสาธารณสุขและวิชาชีพสุขศึกษา” ดังรายละเอียด ดังนี้

- | | |
|------------------------|-------------------|
| (1) กองทุนพุทธเมตตา | กองละ 9,999.- บาท |
| (2) กองทุนพุทธรักษา | กองละ 2,999.- บาท |
| (3) กองทุนพุทธเกื้อกูล | กองละ 999.- บาท |
| (4) กองทุนพุทธบารมี | กองละ _____ บาท |

คณะกรรมการมูลนิธิฯ ขอขอบคุณในจิตกุศลของท่านและขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลก จงปกป้องคุ้มครองท่านและครอบครัวให้ปราศจากภัยอันตรายทั้งปวง ประสบแต่ความสุข ความเจริญ ด้วยจตุรพิธพรชัย ประกอบด้วยอายุ วรรณะ สุขะ พละ ตลอดกาลและนานเทอญ

กำหนดการพิธีทอดผ้าป่า มูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์**“ทุนการศึกษา นิสิต นักศึกษา สาขาสาธารณสุขและวิชาชีพสุขศึกษา”****วันเสาร์ที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2565 เวลา 09.00 – 12.00 น.****ณ ห้องประชุม รศ.ดร.ยุพา อุดมศักดิ์ ชั้น 6 อาคารสมจิตต์ สุพรรณทัศน์****คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400**

- เวลา 09.00 - 12.00 น.
- ตั้งองค์ผ้าป่า
 - พระสงฆ์เจริญพระพุทธมนต์
 - ถวายภัตตาหารเพล
 - พระสงฆ์สัมนิยกรา
 - ถวายกองผ้าป่าและปวารณาบุญและกุศล
 - ถวายเครื่องไทยธรรม กรวดน้ำ พระสงฆ์ให้พร

สามารถร่วมทำบุญเจ้าภาพกองผ้าป่าสามัคคี โดยโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝากออมทรัพย์ ธนาकारไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน เลขที่บัญชี 254- 221618-5 ชื่อบัญชี มูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ หรือ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ธนาकारไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน เลขบัญชี 254 221160-6

และโปรดส่งเอกสารการโอนเงินไปที่ รศ.ดร.พานี สีตกะลิน กรรมการและเลขานุการมูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ หมายเลขโทรศัพท์ 081-869 1475 อีเมล: panee_ps33@yahoo.com หรือนายคณาทรัพย์ ฐวัฒน์ หมายเลขโทรศัพท์ 064-632 0487 ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ช่องทางผ่านไลน์ ผ้าป่ามูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์ หรือช่องทางดั่งที่ท่านเคยติดต่อ



แบบตอบรับร่วมเป็นเจ้าภาพทอดผ้าป่า มูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์
 “ทุนการศึกษา นิสิต นักศึกษา สาขาสารสนเทศและวิชาชีพสุขศึกษา”
 วันเสาร์ที่ 27 สิงหาคม พ.ศ. 2565

นามผู้ร่วมเป็นเจ้าภาพ ชื่อ - นามสกุล.....
 สถานที่ติดต่อ.....

e-mail :.....โทรศัพท์โทรสาร.....

รับเป็นเจ้ากองผ้าป่า ประเภท

- กองทุนพุทธเมตตา กองละ 9,999.- บาท จำนวน กอง
 กองทุนพุทธรักษา กองละ 2,999.- บาท จำนวน กอง
 กองทุนพุทธเกื้อกูล กองละ 999.- บาท จำนวน กอง
 กองทุนพุทธบารมี ตามกำลังศรัทธา จำนวน กอง

จำนวน.....กอง รวมเป็นเงิน.....บาท (.....)

วิธีการบริจาคเงินร่วมเป็นเจ้าภาพ

- เงินสด
 โอนเข้าบัญชี ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด
 สาขาโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน เลขบัญชี 254 221160-6
 โอนเข้าบัญชี ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาโรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน เลขบัญชี 254- 221618-5
 ชื่อบัญชี มูลนิธิ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์

***** ขอให้แนบใบโอนเงินเข้าบัญชีมาพร้อมนี้ด้วย จักขอบคุณยิ่ง

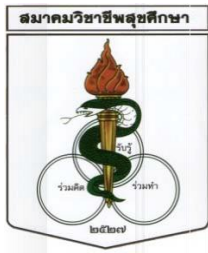
.....
 สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม และแจ้งความจำนงร่วมเป็นเจ้าภาพ ได้ที่ ฝ่ายประสานงานพิธีทอดผ้าป่า

รศ.ดร.พานี สีตะกนลิน กรรมการและเลขานุการมูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์

หมายเลขโทรศัพท์ 081 869 1475 อีเมล: panee_ps33@yahoo.com

หรือ ฝ่ายประสานงาน หมายเลขโทรศัพท์ 064 632 9487 , 089 7717062

หรือผ่านช่องทางไลน์ ผ้าป่ามูลนิธิสมจิตต์ สุพรรณทัศน์



สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

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

เลขประจำตัวสมาชิก

(สมาคมกำหนดให้ภายหลัง)

ใบสมัครเข้าเป็นสมาชิกสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

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

วิธีชำระค่าสมัครสมาชิก

โอนเงินเข้าบัญชี “สมาคมวิชาชีพสุขศึกษา” ธนาคารไทยพาณิชย์ ประเภทออมทรัพย์

สาขา โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน กรุงเทพฯ

เลขที่บัญชี 254 – 211090 - 7

คำแนะนำการเตรียมต้นฉบับสำหรับการส่งเผยแพร่
วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ

Journal of The Health Education Professional Association

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

อีเมล hpathai@gmail.com, kmkao@gmail.com

วารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ เผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้สนใจทั่วไป ทั้งนี้ บทความทุกเรื่องจะได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะสาขาก่อนการเผยแพร่ กองบรรณาธิการฯ มีความยินดีที่จะรับบทความวิชาการ งานวิจัย และสาระความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค จากสมาชิกสมาคมฯ ผู้ปฏิบัติงาน และบุคคลทั่วไป เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ โดยมีแนวทางการจัดเตรียมต้นฉบับ ดังนี้

ลักษณะของบทความที่ส่งเผยแพร่

1. เป็นบทความวิชาการด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคในรูปแบบ บทความทางวิชาการ สาระความรู้/เรื่องเล่าจากประสบการณ์/สรุปบทเรียน หรือ ผลงานวิจัยที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานและการนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินชีวิต
2. เป็นบทความที่ไม่เคยตีพิมพ์มาก่อนทั้งในประเทศและต่างประเทศ
3. เป็นบทความที่ไม่ได้อยู่ในระหว่างการพิจารณาของสื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ
4. เป็นบทความที่ไม่ละเมิดลิขสิทธิ์ของผู้อื่น
5. ระบุชื่อเจ้าของบทความและรายละเอียดการติดต่อ

รูปแบบการจัดเตรียมต้นฉบับ

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

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

1. ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย จัดกลางหน้ากระดาษ ใช้ตัวหนา)
2. ระบุชื่อผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัย และสถานที่ทำงาน
3. บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่เกิน 250 คำ) โดยระบุคำสำคัญที่บรรทัดสุดท้าย
4. เนื้อหา ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปรายผล

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา เอกสารอ้างอิง

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

ผู้สนใจสามารถส่งต้นฉบับในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์ ที่อีเมล kmkaeo@gmail.com; hepathai@gmail.com

ส่ง บรรณาธิการวารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ อาคาร 3 ชั้น 7 คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 420/1 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

สมาคมวิชาชีพสุขภาพ จัดบริการเพื่อสังคม

เผยแพร่ชั้นหนังสือ “รอบรู้ ทันสมัย น่าอ่าน”

ดาวน์โหลดได้ฟรี ที่ <http://hepa.or.th/journal.php>

การประชาสัมพันธ์ธุรกิจวารสารและอัตราค่าบริการ

วารสารฯ ได้จัดหน้าประชาสัมพันธ์ธุรกิจ สำหรับสมาชิกและบุคคลทั่วไป เพื่อการเผยแพร่ข้อความและภาพโฆษณา ซึ่งกองบรรณาธิการพิจารณาแล้วว่าไม่มีอันตรายต่อสุขภาพและการปฏิบัติตัวของประชาชน

อัตราค่าบริการ มีดังนี้

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

ผู้ประสงค์จะใช้พื้นที่ของวารสารฯ นี้ ในการประชาสัมพันธ์ธุรกิจ หรือโฆษณาสินค้าและบริการ สามารถส่งข้อความเผยแพร่และภาพโฆษณาในรูปแบบของ pdf, ppt, JPEG, PNG, .doc มาที่ กองบรรณาธิการวารสารสมาคมวิชาชีพสุขภาพ อีเมลล์ hepathai@gmail.com, kmkaeo@gmail.com โทรศัพท์ 081-6840109

วิธีชำระค่าบริการ

1. โอนเงินเข้าบัญชี “สมาคมวิชาชีพสุขภาพ” ธนาคารไทยพาณิชย์ ประเภทออมทรัพย์ สาขา โรงพยาบาลเวชศาสตร์เขตร้อน กรุงเทพฯ เลขที่บัญชี 254 - 211090 - 7
2. ส่งหลักฐานการโอน/ชำระเงิน มาที่อีเมลล์ hepathai@gmail.com, kmkaeo@gmail.com หรือ LINE และตรวจสอบการเผยแพร่ได้ที่ <http://hepa.or.th/journal.php>



* ประชาสัมพันธ์ธุรกิจและโฆษณา *

คุณวิลาวัลย์ ตั้งสัตยาธิษฐาน

นักสุขศึกษาดีเด่น ปี พ.ศ.2564

บริจาค จำนวน 5,000 บาท

เพื่อกิจกรรมของสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

“ขอให้ท่านสงฆ์นี้ จงส่งผลดีต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ
แก่ท่านและครอบครัวให้มีความสุขกายสุขใจตลอดไป”

คุณชัยสิทธิ์ ลูกรักษ์

กรรมการบริหารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา ชุดที่ 18

บริจาค จำนวน 1,000 บาท

เพื่อกิจกรรมของสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา

“ขอให้ท่านสงฆ์นี้ จงส่งผลดีต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ
แก่ท่านและครอบครัวให้มีความสุขกายสุขใจตลอดไป”

* ประชาสัมพันธ์ธุรกิจและโฆษณา *

