

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร
รายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 1(501361)
แนวคิดและบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในการดูแลสุขภาพกลุ่มคนในสถานประกอบการ

ผศ.ดร.ยุวรงค์ จันทรวิจิตร

วัตถุประสงค์เฉพาะ เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน นิสิตสามารถ

1. บอกความหมายและจุดมุ่งหมายของงานของอาชีวอนามัยได้
2. อธิบายทีมงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยได้
3. บอกหน่วยงานและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีวอนามัยได้
4. อธิบายปัญหาสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และสิ่งคุกคามทางสุขภาพได้
5. อธิบายการจัดบริการด้านสุขภาพต่อผู้ประกอบอาชีพได้
6. อธิบายหลักการควบคุมและป้องกันอันตรายจากการทำงานได้
7. อธิบายบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในสถานประกอบการได้
8. อธิบายการนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในงานอาชีวอนามัยได้

ความหมาย

คำว่า อาชีวอนามัย(Occupational health) มาจากการสมาสของคำว่า “อาชีพะ” กับ “อนามัย” อาชีพะ (Occupation) หมายถึง บุคคลที่ประกอบสัมมาชีพ หรือผู้ที่ประกอบอาชีพทั้งหมด อนามัย (Health) หมายถึง สุขภาพอนามัยหรือความเป็นอยู่ที่สุขสมบูรณ์ของผู้ประกอบอาชีพ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labor Organization: ILO) ได้ให้ความหมายของ อาชีวอนามัยไว้ว่าหมายถึงงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมธำรงไว้ซึ่งสุขภาพทางกายทางจิตใจและทางสังคมที่ดีงามของผู้ประกอบอาชีพทั้งหมด

อาชีวอนามัย(Occupational health) จึงหมายถึงงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพทั้งหมดเป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการดำรงไว้ซึ่งสภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ของผู้ประกอบอาชีพทุกๆอาชีพ (วิทยา อยู่สุข, 2544)

โรเจอร์ (Rogers อังโนกัลยาณี ตันตราพันธ์ และธนพรรณ จรรยาศิริ, 2553) ให้ความหมายของการพยาบาลอาชีวอนามัยว่าเป็นการพยาบาลเชี่ยวชาญเฉพาะทางที่มุ่งเน้นในการส่งเสริม ปกป้อง และคงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ ภายใต้บริบทของสภาวะแวดล้อมการทำงานที่ความปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ รวมถึงการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากสิ่งคุกคามในการทำงาน

ความสำคัญของงานอาชีวอนามัย

การดูแลสุขภาพคนวัยทำงานนับว่ามีความสำคัญเนื่องจากพบว่ากำลังแรงงานไทยมีการขยายตัวอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันในประเทศไทย คนวัยทำงานนอกจากทำงานอยู่ในภาคอุตสาหกรรมแล้ว มีแรงงานนอกระบบซึ่งทำงานโดยไม่มีกฎหมายรองรับ และส่วนใหญ่ประสบอันตรายจากการทำงาน ในแต่ละปีจะมีผู้บาดเจ็บทุพพลภาพ และเสียชีวิตจากการทำงานทั้งในภาคอุตสาหกรรม และภาคเกษตรกรรมอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สาเหตุหนึ่งเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน ยังไม่เอื้อต่อความปลอดภัย ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการส่งเสริมสุขภาพของคนทำงาน ในสถานประกอบการและภาครัฐต้องมีการกำกับ ดูแล และมีสวัสดิการสำหรับผู้ทำงานเพื่อมิให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ของประเทศก่อนวัยอันสมควร

จุดมุ่งหมายของงานอาชีวอนามัย

คณะกรรมการร่วมระหว่างประเทศ(International Labor Organization) และองค์การอนามัยโลก (WHO) – Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health ปี พ.ศ.2493 ได้กำหนดจุดมุ่งหมายของงานอาชีวอนามัย ดังนี้(ฉันทนา ผดุงทศ, 2546)

1. ส่งเสริมและธำรงไว้ซึ่งการอยู่ดีทั้ง กาย ใจ สังคมของผู้ประกอบอาชีพ
2. ป้องกันสาเหตุจากสภาพงานที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพ
3. คัดกรองผู้ประกอบอาชีพไม่ให้เกิดเสี่ยงต่อการทำงานที่มีผลเสียต่อสุขภาพ
4. ดูแลให้ผู้ประกอบอาชีพได้ทำงานในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับความสามารถทางร่างกายและจิตใจของผู้ประกอบอาชีพ
5. ปรับงานให้เข้ากับคนและคนเข้ากับงาน

ในปี 2538 คณะกรรมการดังกล่าวได้ขยายความจุดมุ่งหมาย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของนายจ้างและผู้ประกอบอาชีพ รวมทั้งปรับวัฒนธรรมในสถานที่ทำงานที่ส่งเสริมสุขภาพและความปลอดภัย

งานอาชีวอนามัยมีลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ(มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2554)

1. เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมธำรงไว้ซึ่งสุขภาพร่างกายจิตใจ รวมทั้งความเป็นอยู่ในสังคมอย่างปกติของคนทำงาน
2. เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคของคนทำงานไม่ให้มีสุขภาพอนามัยเสื่อมโทรมหรือผิดปกติจากสาเหตุอันเนื่องมาจากการทำงาน
3. เป็นงานที่เกี่ยวข้องกับการปกป้องคุ้มครองคนทำงานไม่ให้ทำงานที่มีการเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพ
4. เป็นงานที่จัดให้คนทำงานได้ทำงานในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพกายและจิตใจของเขา

ทีมงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

การจัดบริการอาชีวอนามัยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายฝ่ายเพื่อให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ทีมงานประกอบด้วย(http://cyberclass.msu.ac.th/cyberclass/cyberclass-uploads/lib/html/31550/unit5_2.htm)

1. นักอาชีวสุขศาสตร์หรือนักสุขศาสตร์อุตสาหกรรม (Occupational Hygienist หรือ Industrial Hygienist) มีบทบาท ดังนี้

1.1 ตระหนัก ดูแลค้นหา ประเมินความเสี่ยง ขนาดและความรุนแรง อันตรายของสิ่งแวดล้อม และสภาพความไม่ปลอดภัยของสถานประกอบการ

1.2 ประเมินผลการตรวจสอบสภาพสิ่งแวดล้อมว่าเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยหรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญแก่คนงานหรือชุมชน

1.3 ศึกษามาตรการในการควบคุมแก้ไขปัญหาสภาพแวดล้อมและปัญหาความไม่ปลอดภัยตระหนัก และควบคุมแก้ไขปัญหที่เกิดจากสภาพแวดล้อมการทำงาน

2. แพทย์อาชีวอนามัย(Occupational Health Physician) มีบทบาทดังนี้

2.1 ส่งเสริมและป้องกันสุขภาพอนามัยของคนงานในสถานประกอบการ เช่น ตรวจสอบสุขภาพก่อนหรือหลังจากทำงานแล้ว

2.2 ตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคอันเนื่องจากการประกอบอาชีพ และโรคอื่นๆ

2.3 ส่งผู้ป่วยไปทำการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.4 ทำการป้องกันโรคอันเนื่องมาจากการทำงานโดยวิจัยร่วมกับทีมงานอาชีวอนามัยอื่นๆ

3 .พยาบาลอาชีวอนามัย(Occupational Health Nurse)มีบทบาทดังนี้

3.1 ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงาน

3.2 ตรวจสอบสุขภาพคนงานเพื่อคัดกรอง (Screening)

3.3 เก็บวัสดุตัวอย่างจากคนงาน เช่น เจาะเลือด เก็บอุจจาระปัสสาวะ ฯลฯ ส่งห้องปฏิบัติการ

3.4 ให้การปฐมพยาบาลแก่ผู้เจ็บป่วยหรือผู้ได้รับอุบัติเหตุจากการทำงาน และอุบัติเหตุต่างๆ

3.5 บันทึกรายงานในกรณีเจ็บป่วยหรือเป็นโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและหรือประสบอุบัติเหตุ

4. เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน(ระดับวิชาชีพ) มีหน้าที่

4.1 ตรวจสอบและเสนอแนะให้นายจ้างปฏิบัติตามกฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัยอาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

4.2 วิเคราะห์งานเพื่อชี้บ่งอันตรายรวมทั้งกำหนดมาตรการป้องกันหรือขั้นตอนการทำงานอย่างปลอดภัยเสนอต่อนายจ้าง

4.3 ประเมินความเสี่ยงด้านความปลอดภัยในการทำงาน

4.4 วิเคราะห์แผนงานโครงการรวมทั้งข้อเสนอแนะของหน่วยงานต่างๆและเสนอแนะ มาตรการความปลอดภัยในการทำงานต่อนายจ้าง

4.5 ตรวจสอบประเมินการปฏิบัติงานของสถานประกอบกิจการให้เป็นไปตามแผนงานโครงการหรือ มาตรการความปลอดภัยในการทำงาน

4.6 แนะนำให้ลูกจ้างปฏิบัติตามข้อบังคับและคู่มือตามข้อ๓ (ข้อ 3 นี้ คือ ข้อที่ระบุไว้ว่า สถาน ประกอบการจะต้องจัดให้มีข้อบังคับ และคู่มือว่าด้วยความปลอดภัยไว้ในสถานประกอบการ)

4.7 แนะนำฝึกสอนอบรมลูกจ้างเพื่อให้การปฏิบัติงานปลอดภัยจากเหตุอันจะทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยในการทำงาน

4.8 ตรวจวัดและประเมินสภาพแวดล้อมในการทำงานหรือดำเนินการร่วมกับบุคคลหรือหน่วยงานที่ขึ้นทะเบียนกับกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานเป็นผู้รับรองหรือตรวจสอบเอกสาร หลักฐาน รายงานในการตรวจสอบสภาพแวดล้อมในการทำงานภายในสถานประกอบกิจการ

4.9 เสนอแนะต่อนายจ้างเพื่อให้มีการจัดการด้านความปลอดภัยในการทำงานที่เหมาะสม กับสถานประกอบกิจการและพัฒนาให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง

4.10 ตรวจสอบหาสาเหตุและวิเคราะห์การประสบอันตรายการเจ็บป่วยหรือการเกิดเหตุเดือดร้อนรำคาญอันเนื่องมาจากการทำงานและรายงานผล รวมทั้งเสนอแนะต่อนายจ้างเพื่อป้องกันการเกิดเหตุโดยไม่ซ้ำ

4.11 รวบรวมสถิติวิเคราะห์ข้อมูลจัดทำรายงานและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการประสบอันตรายการเจ็บป่วย หรือการเกิดเหตุเดือดร้อนรำคาญอันเนื่องมาจากการทำงานของลูกจ้าง

4.12 ปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยในการทำงานอื่นตามที่นายจ้างมอบหมาย

5. นักอาชีวสุขภาพ (Occupational Health Educator) มีบทบาทดังนี้

5.1 จัดกิจกรรมให้คนงานได้รับความรู้ด้านอาชีวอนามัยแก่เจ้าพนักงานและเจ้าของสถานประกอบการ

5.2 จัดให้มีการฝึกอบรมเผยแพร่ความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยแก่หน่วยงานต่างๆทั้งของรัฐ เอกชนตลอดจนโรงงานต่างๆ

5.3 จัดหาหรือผลิตอุปกรณ์ทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

6. นักพิษวิทยาอาชีวอนามัย(Occupational Health Toxicologist) มีบทบาทดังนี้

6.1 หาข้อมูลเกี่ยวกับพิษวิทยาของสารต่างๆ ในการกิจกรรมการทำงานของสถานประกอบการ

6.2 วิเคราะห์สารเป็นพิษและสิ่งแวดล้อม

6.3 นำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปใช้ประกอบในการให้คำแนะนำและดำเนินงานอาชีวอนามัยเสนอผู้เกี่ยวข้อง เช่น นักสุขศาสตร์อุตสาหกรรม แพทย์ ฯลฯ

7. วิศวกรอาชีวอนามัย(Occupational Engineer)มีบทบาทดังนี้

7.1 แก้ไขหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้ปลอดภัย โดยใช้วิชาการควบคุมทางวิศวกรรม เช่น การระบายอากาศ

7.2 ดูแลหรือตรวจตราเครื่องจักรให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัย

7.3 ดำเนินการและทำงานร่วมกับทีมอาชีวอนามัยอื่นๆในการป้องกันอุบัติเหตุและควบคุมโรคจากการทำงาน

การดำเนินงานของบุคลากรต่างๆที่เกี่ยวข้องนอกจากบทบาทหน้าที่ที่ตนเองรับผิดชอบแล้วยังต้องมีการดำเนินงานร่วมกันเป็นทีมซึ่งบทบาทของทีมงานอาชีพอนามัย ดังนี้

1. ร่วมจัดเตรียมกฎเกณฑ์หรือข้อบังคับ รวมทั้งมาตรการต่างๆเพื่อป้องกันส่งเสริมให้ผู้ประกอบอาชีพ มีสุขภาพอนามัยดีและมีความปลอดภัยในการทำงาน
2. ร่วมจัดเตรียมเอกสารวิชาการหรือจัดประกาศแจ้งในเรื่องสภาพสิ่งแวดล้อมในการทำงานเพื่อแจ้งให้ผู้ใช้งานได้ทราบ
3. ร่วมการตรวจสอบพิเศษบางอย่างแก่คนงาน เช่น การตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยิน การมองเห็นเพื่อประโยชน์ในด้านการวางแผนป้องกันโรคอันเนื่องมาจากการทำงาน
4. ร่วมศึกษาทางวิทยาการระบาดเพื่อทราบความสัมพันธ์ของสาเหตุของโรคจากการทำงานหรืออุบัติเหตุ การแพร่กระจายโรคกับสิ่งแวดล้อมเพื่อใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงหรือเพิ่มมาตรฐาน หรือชี้ต้ออันตราย เป็นการออกข้อบังคับและปรับปรุงข้อบังคับในการปฏิบัติงาน
5. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าวิจัย เพื่อพัฒนาการทางด้านความรู้หรือเป็นแนวทางป้องกันอันตรายจากการทำงานตลอดจนควบคุมป้องกันแก้ไข
6. ร่วมเป็นพยานในศาลหรือเป็นกรรมการตรวจสอบโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและอุบัติเหตุจากการทำงาน
7. ร่วมให้การศึกษาฝึกอบรมแก่คนงานได้ทราบถึงอันตรายต่างๆ ที่เกิดจากสภาพการทำงานหรือสิ่งแวดล้อมในการทำงาน เพื่อเป็นการป้องกันโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพและอุบัติเหตุจากการทำงาน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการอาชีพอนามัย

งานอาชีพอนามัยจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงแรงงาน กระทรวงอุตสาหกรรม และกระทรวงสาธารณสุขซึ่งหน่วยงานต่างๆ มีหน่วยงานที่รับผิดชอบและมีหน้าที่ดังนี้

1. กระทรวงแรงงานมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้(http://cyberclass.msu.ac.th/cyberclass/cyberclass-uploads/libs/html/31550/unit5_2htm)
 - 1.1 กองตรวจความปลอดภัยมีอำนาจหน้าที่ดังนี้
 - 1.1.1 ควบคุม ดูแลนายจ้างและลูกจ้างให้ปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงานและกฎหมายว่าด้วยแรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์เฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานรวมทั้งกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง
 - 1.1.2 กำหนดแนวทาง มาตรการและวิธีปฏิบัติด้านการตรวจความปลอดภัยอาชีพอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน
 - 1.1.3 ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
 - 1.2 สถาบันความปลอดภัยในการทำงานมีอำนาจหน้าที่ดังนี้
 - 1.2.1 ส่งเสริมและพัฒนาระบบความปลอดภัยอาชีพอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

1.2.2 ดำเนินการเกี่ยวกับการรับรองบริการความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

1.2.3 ส่งเสริมและพัฒนาเครือข่ายความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

1.2.4 ปฏิบัติงานร่วมกับหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2. กระทรวงอุตสาหกรรม(http://cyberclass.msu.ac.th/cyberclass/cyberclass-uploads/libs/html/31550/unit5_2.htm)

2.1 สำนักเทคโนโลยีความปลอดภัยมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการกำหนดนโยบายแผนงานหลักเกณฑ์และมาตรฐานความปลอดภัยอาชีวอนามัย ส่งเสริมสนับสนุนและให้บริการด้านเทคโนโลยีความปลอดภัย อาชีวอนามัย สุขอนามัยการบริหารความปลอดภัยให้บริการตรวจสอบความปลอดภัยแก่ผู้ประกอบการกิจการโรงงานหรือหน่วยงานภาครัฐที่ร้องขอตรวจสอบรายงานความปลอดภัยของผู้ประกอบการกิจการโรงงานตามกฎหมายว่าด้วยโรงงานเป็นต้น

2.2 สำนักควบคุมและตรวจโรงงานกรมโรงงานอุตสาหกรรม มีอำนาจหน้าที่ ตรวจสอบการทั่วไปเพื่อให้ผู้ประกอบการโรงงานปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยโรงงานและเงื่อนไขที่กำหนดในใบอนุญาตตลอดจนนโยบายของรัฐบาลและมติของคณะรัฐมนตรีตลอดจนตรวจสอบการดำเนินงานของโรงงานและเสนอแนะเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมรวมทั้งความเสี่ยงที่เกิดจากการประกอบกิจการโรงงาน

3. กระทรวงสาธารณสุข(http://cyberclass.msu.ac.th/cyberclass/cyberclass-uploads/libs/html/31550/unit5_2.htm)

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมมีอำนาจหน้าที่ คือศึกษาวิเคราะห์ วิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมกำหนดและพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์และรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและการควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

4. สถาบันความปลอดภัยในการทำงานมีหน้าที่ดังนี้

1. สนับสนุนวิชาการด้านความปลอดภัย และสุขอนามัยแก่นายจ้างและลูกจ้าง
2. ตรวจ วิเคราะห์หาสาเหตุความไม่ปลอดภัย และให้คำแนะนำเกี่ยวกับมาตรการป้องกัน การปรับปรุงสภาพแวดล้อมในการทำงาน
3. ให้คำปรึกษา และแนะนำทางวิชาการด้านความปลอดภัยในการทำงาน
4. ศึกษาและทดสอบสมรรถภาพและสรีรภาพการทำงานของลูกจ้างเพื่อควบคุมและป้องกันโรคจากการทำงาน
5. ตรวจ ศึกษา วิเคราะห์ และให้คำแนะนำปรับปรุงสภาพการทำงานทางวิศวกรรม ความปลอดภัยในสถานประกอบการ ทดสอบอุปกรณ์ คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล ตรวจ และ ทดสอบหม้อน้ำ ฯลฯ

6. พัฒนาความปลอดภัยและสุขภาพอนามัยในการทำงานในสถานประกอบกิจการขนาดกลาง และขนาดเล็ก
 7. เป็นศูนย์รวมข้อมูลวิชาการด้านความปลอดภัยในการทำงาน โดยการรวบรวมเผยแพร่ และให้บริการตอบปัญหาความปลอดภัยในการทำงาน
 8. สำรวจ ศึกษา ค้นคว้า วิจัย เกี่ยวกับมาตรการป้องกันอันตราย
 9. สนับสนุนการจัดกิจกรรม ความปลอดภัยในสถานประกอบกิจการ
5. **ศูนย์ความปลอดภัยในการทำงานมีหน้าที่ดังนี้**
1. ศึกษา วิเคราะห์ สำรวจ และเฝ้าระวังเกี่ยวกับความปลอดภัย และสุขภาพอนามัยในการทำงาน ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
 2. ส่งเสริมการปรับปรุง และ พัฒนาสภาพแวดล้อมความปลอดภัย ในการทำงาน และ สุขภาพของแรงงาน
 3. ควบคุม และ พัฒนาระบบป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัยร้ายแรง และโรคซึ่งเกิดขึ้นหรือเกี่ยวเนื่องกับการทำงาน
 4. ตรวจวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และตัวอย่างทางชีวภาพ
 5. ให้บริการ ทางด้านวิชาการแก่ สถานประกอบการในพื้นที่ที่รับผิดชอบ
 6. เป็นศูนย์สารสนเทศ เกี่ยวกับความปลอดภัย ในการทำงาน และสุขภาพแรงงานในพื้นที่รับผิดชอบ
 7. ส่งเสริมเผยแพร่ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงาน
6. **กองควบคุมสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย** การนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทยเป็นหน่วยงานวิชาการ อยู่ในสังกัดการนิคมอุตสาหกรรมแห่งประเทศไทย มีหน้าที่ดังนี้
1. รับผิดชอบงานควบคุมสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
 2. ดูแลระบบบริหารความปลอดภัยภายในนิคมอุตสาหกรรม
 3. ส่งเสริมให้มีการดำเนินงานอาชีวอนามัยในสถานประกอบการที่ตั้งอยู่ในนิคม
 4. จัดทำแผนฉุกเฉิน
 5. และประสานงานระหว่างโรงงานในกรณีเกิดอุบัติเหตุ
7. **สำนักงานประกันสังคมหน้าที่ของสำนักงานประกันสังคม** สรุปได้ดังนี้
1. ให้ความคุ้มครองและหลักประกันสุขภาพแก่ลูกจ้างที่ประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือเสียชีวิตเนื่องมาจากการทำงาน
 2. จัดเก็บเงินสมทบ จ่ายเงินและประโยชน์ทดแทนแก่ผู้ประกันตนตามกฎหมาย
 3. ตรวจสอบและดำเนินการให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายเงินทดแทนและประกันสังคม
 4. ดำเนินการให้ลูกจ้างที่ประสบอันตราย บาดเจ็บ หรือพิการได้กลับเข้าทำงานตามความเหมาะสม
 5. จัดหาผลประโยชน์เข้ากองทุนเงินทดแทนและประกันสังคม

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีพอนามัย

พยาบาลชุมชนควรมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานอาชีพอนามัย ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน กฎหมายความปลอดภัยในการทำงาน พระราชบัญญัติเงินทดแทน และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง พระราชบัญญัติประกันสังคม และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานฉบับที่ 1-3 พ.ศ. 2541, 2551(มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช, 2554; พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานฉบับที่ 2, 2551)

พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานฉบับที่ 1 พ.ศ.2541 ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551 และฉบับที่ 3 พ.ศ.2551 เป็นกฎหมายที่กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการใช้แรงงาน ซึ่งนายจ้างและลูกจ้างต้องปฏิบัติตาม เช่น การใช้แรงงานทั่วไป การใช้แรงงานหญิง นายจ้างจะกำหนดเงื่อนไขการจ้างหรือทำสัญญาจ้างต่ำกว่ามาตรฐานกฎหมายไม่ได้แม้ว่าลูกจ้างจะให้ความยินยอม

สาระสำคัญของกฎหมายที่พยาบาลประจำสถานประกอบการควรทราบ ได้แก่

1. การใช้แรงงานทั่วไป

1.1 กำหนดเวลาทำงานปกติในงานทุกประเภทไม่เกินวันละ 8 ชั่วโมง และต้องไม่เกินสัปดาห์ละ 48 ชั่วโมง งานที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัยที่กำหนดในกฎกระทรวง กำหนดเวลาในการทำงานไม่เกินวันละ 7 ชั่วโมง และต้องไม่เกินสัปดาห์ละ 42 ชั่วโมง

1.2 งานที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้าง ได้แก่ งานที่ต้องทำไต่ดิน งานเกี่ยวกับกัมมันตภาพรังสี งานเชื่อมโลหะ งานขนส่งวัตถุอันตราย งานผลิตสารเคมีอันตราย งานที่ต้องทำด้วยเครื่องมือและเครื่องจักร ซึ่งผู้ได้รับความสั่นสะเทือนอาจเป็นอันตราย และงานที่ต้องทำเกี่ยวกับความร้อนจัดหรือเย็นจัดอันอาจเป็นอันตราย

ทั้งนี้สภาพของงานดังกล่าวข้างต้น หากมีความเสี่ยงต่ออันตรายสูงหรือมีภาวะแวดล้อมในการทำงานเกินมาตรฐานความปลอดภัยที่กำหนดและไม่สามารถปรับปรุงแก้ไขที่แหล่งกำเนิดได้ นายจ้างต้องจัดให้มีการป้องกันที่ตัวบุคคล แต่ถ้าสามารถปรับปรุงแก้ไขทำให้ไม่มีอันตรายและไม่เกินมาตรฐานความปลอดภัยที่กำหนด ก็ไม่เข้าข่ายเป็นงานที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้าง

1.3 ลูกจ้างมีสิทธิลาป่วยได้เท่าที่ป่วยจริง แต่จะได้รับค่าจ้างตลอดระยะเวลาที่ลาไม่เกิน 30 วันทำงานต่อปี(วันที่ลูกจ้างไม่สามารถทำงานได้เนื่องจากประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงานและวันลาคลอดบุตรไม่ถือเป็นวันลาป่วย)

2. การใช้แรงงานหญิง

2.1 ห้ามลูกจ้างหญิงทำงานเหมืองแร่หรืองานก่อสร้างที่ต้องทำไต่ดิน ไต่น้ำ ในถ้ำ อุโมงค์ หรือปล่องภูเขา งานผลิตหรือขนส่งวัตถุระเบิดหรือวัตถุไวไฟเว้นแต่สภาพของงานไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพหรือร่างกายของลูกจ้างและห้ามลูกจ้างหญิงทำงานนั่งร้านสูงกว่าพื้นดิน 10 เมตรขึ้นไป

2.2 ห้ามใช้ลูกจ้างหญิงมีครรภ์ทำงานระหว่างเวลา 22.00-6.00 น. ห้ามทำงานล่วงเวลา ห้ามทำงานในวันหยุด

2.3 ห้ามใช้ลูกจ้างหญิงทำงานที่อันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัยของหญิงนั้น เช่น งานเกี่ยวกับเครื่องจักรหรือเครื่องยนต์ที่มีความสั่นสะเทือน งานขับเคลื่อนหรือติดไปกับยานพาหนะ หรืองานยกแบก หาม ลาก หรือ เข็นของหนักเกิน 15 กิโลกรัม

2.3 ลูกจ้างซึ่งเป็นหญิงตั้งครรภ์มีสิทธิลาเพื่อคลอดบุตรครรภ์หนึ่งไม่เกิน 90 วัน และมีสิทธิได้รับค่าจ้างตลอดระยะเวลาที่ลา แต่ไม่เกิน 45 วัน และห้ามเลิกจ้างลูกจ้างหญิงเนื่องจากมีครรภ์

ในกรณีที่ลูกจ้างซึ่งเป็นหญิงมีครรภ์ทำงานในตำแหน่งผู้บริหาร งานวิชาการ งานธุรการ หรืองานที่เกี่ยวกับการเงินหรือบัญชี นายจ้างอาจให้ลูกจ้างทำงานในวันล่วงเวลาได้เท่าที่ไม่มีผลกระทบต่อสุขภาพของลูกจ้าง โดยได้รับความยินยอมจากลูกจ้างเป็นคราวๆ ไป

ด้านสวัสดิการ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการที่ควรทราบคือประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่อง กำหนดสวัสดิการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสำหรับลูกจ้าง ซึ่งกำหนดให้นายจ้างจัดสวัสดิการสำหรับลูกจ้าง ดังนี้

1. น้ำดื่ม ห้องน้ำและส้วม

- สถานที่ทำงานที่มีลูกจ้างทำงานไม่เกิน 15 คน น้ำสะอาดสำหรับดื่มไม่น้อยกว่า 1 ที่ ห้องน้ำ และส้วมไม่น้อยกว่าอย่างละ 1 ที่
- สถานที่ทำงานที่มีลูกจ้างทำงานไม่เกิน 40 คน น้ำสะอาดสำหรับดื่มไม่น้อยกว่า 1 ที่ ห้องน้ำไม่น้อยกว่า 1 ที่ และส้วมไม่น้อยกว่าอย่างละ 2 ที่
- สถานที่ทำงานที่มีลูกจ้างทำงานไม่เกิน 80 คน น้ำสะอาดสำหรับดื่มไม่น้อยกว่า 2 ที่ ห้องน้ำไม่น้อยกว่า 1 ที่ และส้วมไม่น้อยกว่าอย่างละ 3 ที่
- สถานที่ทำงานที่มีลูกจ้างทำงาน 80 คนขึ้นไป น้ำสะอาดสำหรับดื่ม ห้องน้ำ และส้วมเพิ่มขึ้นอีกอย่างละ 1 ที่สำหรับจำนวนลูกจ้างทุกๆ 50 คน ถ้าเกิน 25 คน ให้ถือเป็น 50 คน
- สถานที่ทำงานที่มีลูกจ้างทั้งชายและหญิง จะต้องมียุ้งน้ำและส้วมเฉพาะสำหรับหญิง ส้วมต้องถูกจัดให้ถูกต้องตามสุขลักษณะ และจัดให้มีกระดาดหรือน้ำตามสมควร

2. บริการปฐมพยาบาลและรักษาพยาบาล

- สถานที่ทำงานที่มีลูกจ้างทำงานตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป ต้องมีปัจจัยในการปฐมพยาบาลไว้พร้อม
- สถานที่ทำงานอุตสาหกรรม นอกจากต้องจัดปัจจัยในการปฐมพยาบาลแล้ว ต้องจัดให้มีห้องพยาบาล พยาบาล และแพทย์ ดังต่อไปนี้

ถ้ามีลูกจ้างทำงานในขณะเดียวกันตั้งแต่ 200 คนขึ้นไป ต้องจัดให้มี

- 1) ห้องรักษาพยาบาลพร้อมเตียงพักคนไข้ 1 เตียง และเวชภัณฑ์อันจำเป็นเพียงพอแก่การรักษาพยาบาล
- 2) พยาบาลประจำ 1 คน
- 3) แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง อย่างน้อย 1 คน เพื่อตรวจรักษาพยาบาลเป็นครั้งคราว

ถ้ามีลูกจ้างทำงานในขณะเดียวกัน 1,000 คนขึ้นไป ต้องจัดให้มี

- 1) สถานพยาบาลพร้อมเตียงพักคนไข้ 2 เตียง และเวชภัณฑ์อันจำเป็นเพียงพอแก่การรักษาพยาบาล
- 2) พยาบาลประจำอย่างน้อย 2 คน
- 3) แพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง อย่างน้อย 1 คน ประจำตามเวลาที่กำหนดในเวลาทำงานปกติ คราวละไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง และ
- 4) ยานพาหนะพร้อมที่จะนำลูกจ้างส่งสถานพยาบาล โรงพยาบาล หรือสถานอนามัยชั้นหนึ่งที่นายจ้างได้ตกลงไว้ เพื่อให้การรักษาพยาบาลลูกจ้างที่ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยได้โดยพลัน

ในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับ 3 เนื่องจากบทบัญญัติในหมวด ๖ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 ไม่สอดคล้องกับสภาพการณ์ในปัจจุบันจึงควรแก้ไขเพิ่มเติมอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการค่าจ้างโดยเพิ่มอำนาจในการกำหนดอัตราค่าจ้างตามมาตรฐานฝีมือและอำนาจในการแต่งตั้งที่ปรึกษาคณะกรรมการค่าจ้างกำหนดให้คณะกรรมการค่าจ้างเสนออัตราค่าจ้างที่กำหนดต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อประกาศในราชกิจจานุเบกษารวมทั้งกำหนดให้สำนักงานคณะกรรมการค่าจ้างมีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำแผนพัฒนาระบบค่าจ้างและรายได้ของประเทศเสนอต่อคณะกรรมการค่าจ้างและติดตามประเมินผลแผนพัฒนาดังกล่าวทั้งนี้เพื่อให้การกำหนดอัตราค่าจ้างของคณะกรรมการค่าจ้างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรมต่อลูกจ้าง(พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน ฉบับที่ 3, 2551)

กฎหมายคุ้มครองแรงงานบัญญัติสิทธิและหน้าที่ระหว่างนายจ้างและลูกจ้างโดยกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำในการใช้แรงงานและการจ่ายค่าตอบแทนในการทำงานเพื่อให้ลูกจ้างทำงานด้วยความปลอดภัยมีสุขภาพอนามัยดีได้รับค่าตอบแทนและสวัสดิการตามสมควร

กฎหมายความปลอดภัย

กฎหมายความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเป็นการกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำให้สถานประกอบการถือปฏิบัติกฎหมายความปลอดภัยในการทำงานที่ออกตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 103 มีทั้งสิ้น 17 ฉบับครอบคลุมเรื่อง ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร ภาวะแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ ความร้อน แสง เสียง และมาตรฐานของอุปกรณ์ป้องกัน ภาวะแวดล้อมทางสารเคมี สารเคมีอันตราย ไฟฟ้า ประदान้ำ สถานที่้อบอากาศ เขตก่อสร้าง การทำงานกับปั้นจั่น การตอกเสาเข็ม การทำงานก่อสร้างด้วยลิฟท์ขนส่งวัสดุชั่วคราว การทำงานก่อสร้างว่าด้วยนั่งร้าน การทำงานในสถานที่ที่มีอันตรายจากการตกจากที่สูงวัสดุกระเด็นตกหล่นและพังทลาย การทำงานเกี่ยวกับหม้อน้ำการป้องกันและระงับอัคคีภัยในสถานประกอบการเพื่อความปลอดภัยในการทำงานสำหรับลูกจ้างและเรื่องคณะกรรมการความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน

พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535

มีวัตถุประสงค์เพื่อควบคุมดูแลการประกอบกิจการโรงงานให้เกิดความปลอดภัยต่อชีวิตทรัพย์สินชุมชนและสิ่งแวดล้อม พรบ.ครอบคลุมเรื่องที่ตั้งสภาพแวดล้อมลักษณะอาคารลักษณะภายในโรงงานการกำหนดลักษณะ

ประเภทชนิดของเครื่องจักรหรือสิ่งทีนำมาใช้การให้มีคนงานที่มีความรู้เฉพาะปฏิบัติหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งเป็นการเฉพาะ กำหนดหลักเกณฑ์กรรมวิธีการผลิตและการจัดให้มีอุปกรณ์หรือเครื่องมือเพื่อป้องกันหรือระงับหรือบรรเทาอันตรายกำหนดมาตรฐานและวิธีควบคุมการปล่อยของเสียหรือสิ่งใดๆที่มีผลต่อสิ่งแวดล้อมกำหนดการจัดให้มีเอกสารที่จำเป็นกำหนดข้อมูลที่ต้องแจ้ง รวมทั้งกำหนดการอื่นใดเพื่อคุ้มครองความปลอดภัย

พรบ. ได้ให้อำนาจหน้าที่แก่เจ้าพนักงานในการเข้าไปตรวจสอบสภาพโรงงานอาคารสถานที่หรือยานพาหนะสภาพเครื่องจักรหรือการกระทำใดที่อาจเป็นการฝ่าฝืนบทบัญญัติใน พรบ. นำตัวอย่างผลิตภัณฑ์ที่สงสัยเกี่ยวกับคุณภาพไปเพื่อตรวจสอบคุณภาพรวมทั้งเอกสารที่เกี่ยวข้องตรวจค้นกักยึดหรืออายัดผลิตภัณฑ์ภาชนะบรรจุสุญุดบัญชีเอกสารหรือสิ่งใดๆ ในกรณีที่สงสัยว่าการประกอบกิจการของโรงงานอาจก่อให้เกิดอันตรายรวมทั้งการออกหนังสือเรียกบุคคลมาให้ถ้อยคำหรือส่งเอกสารหรือวัตถุใดเพื่อประกอบการพิจารณาได้นอกจากนี้ยังให้อำนาจแก่เจ้าพนักงานในการจับกุมสั่งระงับการกระทำที่ฝ่าฝืนหรือแก้ไขหรือปรับปรุงหรือปฏิบัติให้ถูกต้องหรือเหมาะสมรวมทั้งมีอำนาจในการผูกมัดประทับตราเครื่องจักรและสั่งการหยุดประกอบกิจการทั้งหมดหรือบางส่วนเป็นการชั่วคราว พระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533, 2537, 2542, 2545

พระราชบัญญัติประกันสังคมพ.ศ. 2533 ตราขึ้นเพื่อสร้างหลักประกันให้แก่ลูกจ้าง (แต่ไม่รวมถึงลูกจ้างซึ่งทำงานเกี่ยวกับงานบ้าน อันมิได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย)มีการจัดตั้งกองทุนประกันสังคมขึ้น เพื่อให้การสงเคราะห์แก่ลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย ทูพพลภาพหรือเสียชีวิตอันเนื่องมาจากการทำงาน รวมทั้งกรณีคลอดบุตร กรณีสงเคราะห์บุตร กรณีชราภาพ และกรณีว่างงาน

การประกันสุขภาพตามระบบประกันสังคมซึ่งเป็นระบบสวัสดิการที่รัฐจัดให้มีขึ้น โดยนายจ้าง ลูกจ้าง และรัฐบาลร่วมกันจ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนประกันสังคมมีสำนักงานประกันสังคมกระทรวงแรงงานเป็นหน่วยงานปฏิบัติการดำเนินการต่างๆให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 และฉบับแก้ไขเพิ่มเติมพ.ศ. 2542 และ พ.ศ. 2545 ซึ่งขยายความคุ้มครองครอบคลุมสถานประกอบการหรือนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป รวมทั้งลูกจ้างชั่วคราวรายเดือนของส่วนราชการ

การประกันสุขภาพในระบบกองทุนเงินทดแทน

แนวคิดเกี่ยวกับเงินทดแทนกรณีลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตเนื่องมาจากการทำงานเป็นส่วนหนึ่งของการคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้างโดยเป็นการช่วยบรรเทาความเดือดร้อนและขจัดความไม่แน่นอนในการเรียกร้องค่าเสียหายที่ได้รับเมื่อประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงานพระราชบัญญัติเงินทดแทนพ.ศ. 2537 ได้กำหนดให้นายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไปมีหน้าที่จ่ายเงินสมทบเข้ากองทุนเงินทดแทนฝ่ายเดียว ซึ่งนายจ้างแต่ละประเภทกิจการจะจ่ายเงินสมทบในอัตราที่ไม่เท่ากันระหว่างร้อยละ 0.2 -1.0 ขึ้นอยู่กับความเสี่ยงภัยในแต่ละประเภทกิจการ สิทธิประโยชน์ที่ลูกจ้างจะได้รับอันเกิดจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทนการขาดรายได้ ค่าทดแทนการสูญเสียอวัยวะ ค่าทดแทนกรณีทุพพลภาพ และค่าทดแทนกรณีตายหรือสูญหายขณะทำงาน

สาระสำคัญของกฎหมายที่ควรทราบ คือ

1. เงินทดแทน

- 1.1 เมื่อลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจัดให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันทีตามความเหมาะสมแก่อันตรายหรือความเจ็บป่วยนั้น และให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาเท่าที่จ่ายจริงตามความจำเป็น แต่ไม่เกินอัตราที่กำหนดในกระทรวงคือไม่เกินสามหมื่นห้าพันบาท ในกรณีที่บาดเจ็บอย่างรุนแรงให้นายจ้างจ่ายค่ารักษาเพิ่มได้ไม่เกินห้าหมื่นบาท
- 1.2 ให้กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ประกาศกำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน
- 1.3 กรณีที่ลูกจ้างจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพในการทำงานภายหลังจากการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ให้นายจ้างจ่ายค่าฟื้นฟูสภาพของลูกจ้างตามความจำเป็น ตามหลักเกณฑ์หรือวิธีการและอัตราที่กำหนดไว้ในกระทรวง

การจัดบริการด้านสุขภาพต่อผู้ประกอบการอาชีพ

1. การส่งเสริมสุขภาพ กฎหมายได้กำหนดให้เจ้าของผู้ประกอบการจัดสวัสดิการบางอย่างให้ผู้ประกอบอาชีพ บางอย่างเจ้าของสถานประกอบการและผู้ประกอบอาชีพต้องตกลงกันเอง บางอย่างผู้ประกอบการอาชีพต้องดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม
 - 1.1 การส่งเสริมโภชนาการ
 - 1.2 การจัดที่อยู่อาศัย
 - 1.3 การจัดสถานที่ทำงาน
 - 1.4 การพักผ่อนระหว่างทำงาน
 - 1.5 การจัดสวัสดิการอื่นๆ
2. การป้องกันโรคกฎหมายได้กำหนดให้นายจ้างจัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปี และการตรวจสุขภาพในกลุ่มลูกจ้างที่ปฏิบัติงานเสี่ยงอันตราย
3. การรักษาพยาบาลกฎหมายได้กำหนดให้นายจ้างจัดให้มีการจัดสวัสดิการด้านการปฐมพยาบาลและการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย ดังนี้
 - 3.1 การปฐมพยาบาล ในสถานที่ทำงานที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไป นายจ้างต้องจัดให้มีอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาล
 - 3.2 การรักษาพยาบาล สำหรับสถานประกอบการอุตสาหกรรมจะต้องมีเวชภัณฑ์ในการรักษาพยาบาลอย่างเพียงพอ โดยสถานประกอบการที่มีลูกจ้าง 200 คนขึ้นไป ให้มีห้องรักษาพยาบาล 1 ห้อง จำนวนเตียง 1 เตียง พยาบาล 1 คน และมีแพทย์มาตรวจเป็นครั้งคราว ถ้ามีลูกจ้าง 1,000 คนขึ้นไป ต้องเพิ่มอีก 1 เตียง พยาบาลอีก 1 คน มีแพทย์มาประจำอย่างน้อยครั้งละ 2 ชั่วโมง และมีพาหนะรับส่งผู้ป่วย 1 คัน

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ในกรณีที่มีลูกจ้างเจ็บป่วยหรือพิการ ลูกจ้างเหล่านั้นต้องได้รับการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้กลับเข้าทำงานได้อีกตามความสามารถที่ยังเหลืออยู่ นอกจากนี้ยังต้องมีการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานด้วย เพื่อสิทธิประโยชน์ของลูกจ้างตามกฎหมายแรงงานที่กำหนดให้นายจ้างต้องรับผิดชอบในการจ่ายค่าทดแทนให้แก่ลูกจ้าง

การดูแลสุขภาพคนทำงานเป็นสิ่งสำคัญเพราะคนวัยนี้ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในที่ทำงาน โดยบริการสุขภาพที่จำเป็นประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน และการรักษาเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสุขภาพคนทำงาน (เกษราวัลณ์ นิลวรานุกร, 2547)

การสร้างเสริมสุขภาพ

การที่ผู้ที่อยู่ในวัยทำงานใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงาน การสร้างเสริมสุขภาพในที่ทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลควรจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การเลิกบุหรี่ การงดเหล้าและหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด การวางแผนครอบครัว การส่งเสริมสุขภาพจิต การลดพฤติกรรมรุนแรงหรือพฤติกรรมความก้าวร้าวและจิตใจ (Rogers, 1994) การจัดทำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพพยาบาลชุมชนควรคำนึงถึงหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้ (เกษราวัลณ์ นิลวรานุกร, 2547)

1) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะ พยาบาลชุมชนควรมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะหรือการให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบาย เช่น การห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะหรือที่ทำงาน การสวมหมวกนิรภัยขณะขับขี่จักรยานยนต์

2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพคนทำงาน โดยทำงานอย่างมีส่วนร่วมกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ นายจ้าง คนทำงาน ทำให้ทุกฝ่ายรับรู้ถึงความต้องการของคนทำงาน ตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพและร่วมกันวางแผนดำเนินการเพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกัน

3) การปรับเปลี่ยนบริการด้านอาชีวอนามัยในด้านต่างๆ โดยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการตั้งรับในสถานบริการเพื่อให้การรักษา เช่น การจัดโปรแกรมการสร้างเสริมความตระหนักถึงการมีสุขภาพที่ไม่แข็งแรงหรือเจ็บป่วยที่จะส่งผลกระทบต่อการทำงาน การส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการทำงานการจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เช่น การจัดให้ผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ช่วยเหลือเพื่อนที่ยังสูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่

4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของคนในองค์กร เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงาน มีการระบายอากาศที่ดี จัดให้มีการจำหน่ายอาหารที่มีประโยชน์ สร้างบรรยากาศการทำงานที่มีหลักธรรมะ เอื้ออาทรและช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

การป้องกันปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน

การป้องกันโรคและบาดเจ็บจากการทำงาน มีขั้นตอนดังนี้(เกษราวัลณ์ นิลวรานุกร, 2547)

1) การค้นหาสิ่งคุกคามสุขภาพ โดยการศึกษาขั้นตอนการผลิต วัสดุที่ใช้ในการผลิต และแผนผังของสถานประกอบกิจการ

2) การค้นหาปัจจัยคุกคามสุขภาพที่เกิดจากการทำงาน เช่น การตรวจวัดแสง เสียง ความร้อน และระดับสารเคมีในบรรยากาศการทำงาน ในขั้นตอนนี้พยาบาลต้องทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นที่มีความเชี่ยวชาญในการตรวจวัดสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น นักสุขศาสตร์อุตสาหกรรม เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย

3) การใช้มาตรการควบคุม โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินข้างต้นมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

การรักษาพยาบาลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสภาพคนทำงาน

พยาบาลชุมชนควรสามารถให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่คนทำงานได้ เช่น การปฐมพยาบาลผู้ที่ถูกสารเคมีที่มีฤทธิ์เป็นกรดหรือด่าง หากไม่หายหรือมีอาการรุนแรง สามารถส่งต่อคนทำงานเพื่อรับการรักษาอย่างเหมาะสม ให้การดูแลคนทำงานที่เจ็บป่วยให้กลับสู่ภาวะปกติโดยเร็ว ป้องกันการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่จะเกิดขึ้นซ้ำ นอกจากนี้ควรมีการเตรียมรับแผนในกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินจากการระเบิดหรือการหกรั่วไหลของสารเคมีในโรงงานอุตสาหกรรมที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้การช่วยเหลือคนทำงานอย่างทันท่วงที

ปัญหาสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องและสิ่งคุกคามทางสุขภาพ

ปัญหาสุขภาพจากการทำงานแบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่โรคจากการประกอบอาชีพ/โรคเหตุอาชีพ โรคเกี่ยวเนื่องกับงาน และการบาดเจ็บจากการทำงาน

โรคจากการประกอบอาชีพ (Occupational disease) หมายถึง โรคที่เกิดจากการทำงานสัมผัสกับสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัย การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจากการประกอบอาชีพนั้นต้องสามารถพิสูจน์ให้ชัดเจนว่าโรคที่เกิดขึ้นมีความสัมพันธ์กับการทำงานสัมผัสกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค และสามารถพิสูจน์ได้ว่าการสัมผัสปัจจัยดังกล่าวก่อให้เกิดโรคชนิดเดียวกันในเพื่อนร่วมงาน (International Labour Organization, 2009 อ้างใน ชนพรรณ จรรยาศิริ และกัลยาณี ตันตรานนท์, 2555) ประกาศกระทรวงแรงงานได้กำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงานไว้ 8 กลุ่มโรค (กระทรวงแรงงาน, 2550) ดังต่อไปนี้

1.โรคที่เกิดขึ้นจากสารเคมี

- | | |
|--|---|
| 1.1 เบริลเลียมหรือสารประกอบของเบริลเลียม | 1.20 อะครีลไนด์ไตรล์ |
| 1.2 แคดเมียมหรือสารประกอบของแคดเมียม | 1.21 ออกไซด์ของไนโตรเจน |
| 1.3 ฟอสฟอรัสหรือสารประกอบของฟอสฟอรัส | 1.22 วาเนเดียมหรือสารประกอบของวาเนเดียม |
| 1.4 โครเมียมหรือสารประกอบของโครเมียม | 1.23 พลวงหรือสารประกอบของพลวง |
| 1.5 แมงกานีสหรือสารประกอบของแมงกานีส | 1.24 เฮกเซน |
| 1.6 สารหนูหรือสารประกอบของสารหนู | 1.25 กรดแร่ที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคฟัน |
| 1.7 พรอทหรือสารประกอบของพรอท | 1.26 เมสซีกันท์ |
| 1.8 ตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว | 1.27 ทัลเลียมหรือสารประกอบของทัลเลียม |
| 1.9 ฟลูออรีนหรือสารประกอบของฟลูออรีน | 1.28 ออสเมียมหรือสารประกอบของออสเมียม |

- 1.10 คลอรีนหรือสารประกอบคลอรีน
- 1.11 แอมโมเนีย
- 1.12 คาร์บอนไดออกไซด์
- 1.13 สารอนุพันธ์ฮาโลเจนของสารไฮโดรคาร์บอน
- 1.14 เบนซีนหรือสารอนุพันธ์ของเบนซีน
- 1.15 อนุพันธ์ไนโตรและอะมิโนของเบนซีน
- 1.16 ซัลเฟอร์ไดออกไซด์หรือกรดซัลฟูริก
- 1.17 ไนโตรกลีเซอรินหรือกรดไนตริกอื่นๆ
- 1.18 แอลกอฮอล์กลัยคอลหรือคีโตน
- 1.19 คาร์บอนมอนอกไซด์ไฮโดรเจนไซยาไนด์หรือสารประกอบของไฮโดรเจนไซยาไนด์หรือไฮโดรเจนซัลไฟด์
- 1.29 เซลีเนียมหรือสารประกอบของเซลีเนียม
- 1.30 ทองแดงหรือสารประกอบของทองแดง
- 1.31 ดีบุกหรือสารประกอบของดีบุก
- 1.32 สังกะสีหรือสารประกอบของสังกะสี
- 1.33 ไอโซนพอสเฟิน
- 1.34 สารทำให้ระคายเคืองเช่นเบนโซควิโนโนนหรือสารระคายเคืองต่อกระจกตาเป็นต้น
- 1.35 สารกำจัดศัตรูพืช
- 1.36 อัลดีไฮด์ฟอร์มัลดีไฮด์และกลูตารัลดีไฮด์
- 1.37 สารกลุ่มไดออกซิน
- 1.38 สารเคมีหรือสารประกอบของสารเคมีอื่นซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน
- 2. โรคที่เกิดขึ้นจากสาเหตุทางกายภาพ**
- 2.1 โรคหูตึงจากเสียง
- 2.2 โรคจากความสั่นสะเทือน
- 2.3 โรคจากความกดดันอากาศ
- 2.4 โรคจากรังสีแตกตัว
- 2.5 โรคจากรังสีความร้อน
- 2.6 โรคจากแสงอัลตราไวโอเล็ต
- 2.7 โรคจากรังสีไม่แตกตัวอื่นๆ
- 2.8 โรคจากแสงหรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า
- 2.9 โรคจากอุณหภูมิต่ำหรือสูงผิดปกติมาก
- 2.10 โรคที่เกิดขึ้นจากสาเหตุทางกายภาพอื่นซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน
- 3. โรคที่เกิดขึ้นจากสาเหตุทางชีวภาพได้แก่โรคติดเชื้อหรือโรคปรสิตเนื่องจากการทำงาน**
- 4. โรคระบบหายใจที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน**
- 4.1 โรคกลุ่มนิวโมโคไนด์โอสิสเช่นซิลิโคสิสแอสเบสโทสิส
- 4.2 โรคปอดจากโลหะหนัก
- 4.3 โรคบิสซิโนสิส
- 4.4 โรคหืดจากการทำงาน
- 4.5 โรคปอดอักเสบภูมิไวเกิน
- 4.6 โรคซิเตโรสิส
- 4.7 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 4.8 โรคปอดจากอะลูมิเนียมหรือสารประกอบของอะลูมิเนียม
- 4.9 โรคทางเดินหายใจส่วนบนเกิดจากสารภูมิแพ้หรือสารระคายเคืองในที่ทำงาน
- 4.10 โรคระบบหายใจอื่นซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน
- 5. โรคผิวหนังที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงาน**
- 5.1 โรคผิวหนังที่เกิดจากสาเหตุทางกายภาพเคมีหรือชีวภาพอื่นซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน
- 5.2 โรคต่างขาจากการทำงาน
- 5.3 โรคผิวหนังอื่นซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุเนื่องจากการทำงาน

6. โรคระบบกล้ามเนื้อและโครงสร้างกระดูกที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานหรือสาเหตุจากลักษณะงานที่จำเพาะหรือมีปัจจัยเสี่ยงสูงในสิ่งแวดล้อมการทำงาน

7. โรคมะเร็งที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานโดยมีสาเหตุจาก

- | | |
|--|---|
| 7.1 แอสเบสตอส (ใยหิน) | 7.11 น้ำมันดินหรือผลิตภัณฑ์จากน้ำมันดินเช่นน้ำมันถ่าน |
| 7.2 เบนซินดีนและเกลือของสารเบนซินดีน | หินน้ำมันเกลือแร่ รวมทั้งผลิตภัณฑ์จากการกลั่นน้ำมันเช่น |
| 7.3 บิสโครโรเมทิลอีเทอร์ | ยางมะตอยพาราฟินเหลว |
| 7.4 โครเมียมและสารประกอบของโครเมียม | 7.12 ไอควินจากถ่านหิน |
| 7.5 ถ่านหิน | 7.13 สารประกอบของนิกเกิล |
| 7.6 เบต้า- เนพทีลลามีน | 7.14 ฝุ่นไม้ |
| 7.7 ไวนิลคลอไรด์ | 7.15 ไอควินจากเผาไม้ |
| 7.8 เบนซินหรืออนุพันธ์ของเบนซิน | 7.16 โรคมะเร็งที่เกิดจากปัจจัยอื่นซึ่งพิสูจน์ได้ว่ามีสาเหตุ |
| 7.9 อนุพันธ์ของไนโตรและอะมิโนของเบนซิน | เนื่องจากการทำงาน |
| 7.10 รังสีแตกตัว | |

8. โรคอื่นๆ ซึ่งพิสูจน์ได้ว่าเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน

โรคเกี่ยวข้องกับงาน (Work-related disease) หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นกับผู้ทำงานเช่นเดียวกัน แต่สาเหตุของการเกิดโรคเป็นผลโดยอ้อมจากการทำงาน เช่น การเกิดโรคกระเพาะอาหารในพนักงานที่มีการเปลี่ยนกะทำงานหรือทำงานล่วงเวลาบ่อยๆ หรือการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้ทำงานในงานที่มีความเครียดโรคกลุ่มนี้มีปัจจัยเสริมและปัจจัยส่วนบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้องมาก ทำให้มีความยุ่งยากในการวินิจฉัยให้ถูกต้องและเป็นธรรมแก่ทั้งฝ่ายลูกจ้างและนายจ้าง

โรคหรือความเจ็บป่วยจากการทำงาน หรือเกี่ยวข้องกับการทำงานส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัจจัยหลัก 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับบุคคล ปัจจัยเกี่ยวกับงาน และปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน (เกษราวัลณ์ นิลวรารุงกูร, 2547) ดังนี้

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

2) ปัจจัยเกี่ยวกับงานสภาพแวดล้อมการทำงาน(Working condition) ลักษณะงานที่ทำงาน และสภาวะการทำงานส่งผลต่อสุขภาพคนทำงาน

3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน(Working environment) การสัมผัสปัจจัยคุกคามในสภาพแวดล้อมการทำงาน ที่เป็นสาเหตุให้เกิดโรคและการบาดเจ็บ (Rogers, 2003; วิทยา อยู่สุข, 2544; มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2554) มีดังนี้

3.1) ปัจจัยคุกคามด้านกายภาพได้แก่

แสงสว่าง(Illumination) แสงสว่างที่ได้รับมาจากแหล่งใหญ่ 2 แหล่ง ได้แก่ แสงสว่างที่ได้จากธรรมชาติและแสงสว่างจากการประดิษฐ์ขึ้น แสงสว่างมีผลต่อสุขภาพโดยตรงเนื่องจากเกี่ยวข้องกับการ

มองเห็น ถ้าหากว่าระดับความเข้มของแสงไม่ได้มาตรฐานแล้วจะเป็นอันตรายต่อตา หากแสงสว่างน้อยเกินไป จะทำให้กล้ามเนื้อตาทำงานมาก ทำให้ตาเมื่อยล้า เพราะต้องเพ่งตามาก ปวดตา มีน้ตริษะ ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ถ้าหากแสงสว่างมากเกินไป เช่น แสงจ้า จะทำให้ตาเกิดความไม่สบาย เมื่อล้า ปวดตา เกิดการอักเสบของเยื่อตา กระจกตาต้ออักเสบ หรือถ้าแสงสว่างมีแสงอัลตราไวโอเล็ตหรืออินฟราเรดด้วยจะทำให้เกิดการมองไม่เห็นชั่วคราว

อุณหภูมิได้แก่ ความร้อน(Heat Stress) หากร่างกายได้รับความร้อนและร่างกายไม่สามารถรักษาสมดุลได้ อุณหภูมิภายในร่างกายสูงขึ้น สูญเสียน้ำและเกลือแร่ ก็จะเกิดความผิดปกติได้ เช่น เกิดอาการอ่อนเพลีย หมดสติ เป็นตะคริว ปวดตริษะ เป็นลม หมดสติ ซ็อค และเสียชีวิตได้ และมีผลต่อจิตใจ เช่น ทำให้เกิดความเครียด ขาดสมาธิในการทำงาน อาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้

ความเย็น(Cold stress) ก่อให้เกิดความเครียดจากความเย็น กรณีที่ได้รับความเย็นหรืออยู่ในที่เย็นเป็นเวลานาน ร่างกายจะสูญเสียความร้อน เส้นเลือดจะหดตัวเพื่อรักษาความร้อนเอาไว้ ก่อให้เกิดเสียสมดุลของร่างกายได้เช่นกัน ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง

ความดันบรรยากาศ(Decompression) ความดันของบรรยากาศที่ผิดปกติ หมายถึง สภาพการกดอากาศที่เปลี่ยนแปลงไปจากความกดดันของบรรยากาศปกติที่ระดับน้ำทะเล ค่าประมาณ 760 มิลลิเมตรปรอท เช่น สภาวะใต้ท้องทะเลลึกอุโมงค์ลึกหรือ บนภูเขาสูง บนท้องฟ้าที่สูงมากผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น ทำให้ปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อ เกิดอาการปวดหู หูอื้อ เวียนตริษะ เกิดฟองอากาศในเลือด และมีภาวะขาดออกซิเจน มีอาการหงุดหงิด เฉื่อยชา ปวดตริษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร

ความสั่นสะเทือน (Vibration) การสั่นสะเทือนเกิดจากเครื่องจักรกล เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ ชนิดของการสั่นสะเทือนแบ่งเป็นการสั่นสะเทือนเฉพาะจุด โดยเฉพาะที่นิ้วมือ ข้อมือ และแขนที่ต้องจับหรือถือเครื่องมือ อาจทำให้เนื้อเยื่อต้านแข็ง ปวดข้อ เกิดความผิดปกติของหลอดเลือด ทำให้มือตายหรือนิ้วซีด เรียกว่า “Raynaud’s Phenomenon” อาจทำให้มีอาการชา เสียความรู้สึก นิ้วมือบางนิ้วอาจใช้การไม่ได้ ทำให้เนื้อตายจนต้องตัดนิ้วมือนั้นทิ้ง ถ้าเป็นการสั่นสะเทือนทั่วร่างกาย จะทำให้ความต้องการใช้ออกซิเจนเพิ่มมากขึ้น การสั่นสะเทือนนี้มีผลต่อหลอดเลือด กล้ามเนื้อ ข้อต่อ และกระดูก อาจทำให้กล้ามเนื้อลีบ กระดูกสันหลังอักเสบ นอกจากนี้ยังทำให้เกิดอาการคลื่นไส้ นอนไม่หลับ น้ำหนักลด และเกิดการอักเสบของหูชั้นใน (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช, 2554)

เสียงดัง (Noise) การวัดระดับความดังของเสียงหมายถึงการวัดค่าความดันของคลื่นเสียงที่เปลี่ยนแปลงไปจากความดันบรรยากาศปกติ มีหน่วยวัดเป็นเดซิเบล(decibel=dB) เสียงที่มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองของหูคนจะใช้สเกลเอ ดังนั้นหน่วยของเสียงดังที่คนเกี่ยวข้องจึงเป็น เดซิเบล(เอ) หรือ dB(A) กฎหมายได้กำหนดค่ามาตรฐานความปลอดภัยของระดับเสียงว่าไม่ควรเกิน 90 dB(A) ในการทำงาน 8 ชั่วโมง ระดับของเสียงขึ้นอยู่กับปริมาณของเสียงภายในห้อง ขนาดของห้อง ชนิดของวัสดุที่ใช้ทำผนังกันห้อง ระยะทางจากต้นกำเนิดเสียงกับพื้นผิวที่รับการสะท้อนของเสียง ส่วนใหญ่จะมาจากเครื่องจักรกลผลกระทบต่อสมรรถภาพการได้ยิน เกิดอาการหูเสื่อม มีปัญหาการสื่อสาร เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

ผลกระทบของเสียงที่มีต่อคน ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น ความดังของเสียง ชนิดของเสียง ระยะเวลาที่ได้รับเสียง ผลกระทบของเสียงที่มีต่อคนคือการสูญเสียการได้ยินแบบชั่วคราว จะเกิดขึ้นเมื่อหูได้รับเสียงที่ดังสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และมีความดังเสียงสูงมาก อาจถึง 100 dB(A) หรือสูงกว่าปกติ จะเกิดขึ้นชั่วคราวและกลับคืนสู่ปกติภายใน 1 หรือ 2 ชั่วโมงหรือเป็นวันหลังจากหยุดสัมผัสเสียงไปแล้ว ส่วนการสูญเสียการได้ยินแบบถาวรจะเกิดขึ้นเมื่อหูได้รับเสียงที่มีความดังสูงเป็นประจำนานหลายๆ ปี อาการอาจเกิดขึ้นทีละน้อยจนเคยชิน เช่น หูอื้อ ต่อมาอาจไม่ได้ยินเลยทั้งที่แก้วหูยังเป็นปกติ

รังสีต่าง ๆ (Radiation) ส่งผลกระทบต่ออวัยวะเป้าหมาย เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็ง ความผิดปกติทางพันธุกรรม

3.2) ปัจจัยคุกคามด้านชีวภาพ ปัจจัยทางชีวภาพที่พบในคนงานโดยทั่วไป ได้แก่ จุลินทรีย์ พวกไวรัส แบคทีเรีย รา ริกเคทเซีย และอันตรายจากฝุ่นพืชต่างๆ ดังนี้

โรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย เช่น วัณโรค จะพบมากในผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาล เช่น แพทย์ พยาบาล หรือผู้ดูแลผู้ป่วย โรค布鲁เซลโลซิส(Brucellosis) ซึ่งเกิดจากการดื่มนมจากแม่วัวที่ป่วยเป็นโรคแบง(Bang Disease) โดยไม่มีการพาสเจอร์ไรส์ หรืออาจเกิดจากการทำงานที่ต้องสัมผัสกับสัตว์หรือเนื้อสัตว์ เช่น สุกร แพะ โรคอีริซิเพลลาส(Erysipelas) ซึ่งเกิดกับคนงานในโรงงานฆ่าสัตว์และคนงานที่ต้องสัมผัสปลา

โรคที่พบว่าเกี่ยวข้องกับงานภาคเกษตรได้มาก เช่น โรคปอดชาวนา(farmer lung) ซึ่งเกิดจากเชื้อราในฝุ่นละออง ซึ่งการเจ็บป่วยจะมากขึ้นกับชนิดของเชื้อโรค ปริมาณ และระยะเวลาการสัมผัสโรคนั้นๆ (พิชาภรณ์ จันทนกุล, 2554)

ปัจจัยคุกคามด้านเคมี อุตสาหกรรมมีการใช้สารเคมีมากกว่า 80,000 ชนิด รวมถึงสารเคมีอันตราย (Hazardous chemicals) ได้แก่ สารพิษ (Toxic substances) สารไวไฟ (Flammable materials) สารที่ระเบิดได้ (Explosive materials) สารกัดกร่อน (Corrosive aterials) สารกัมมันตรังสี (Radioactive materials) สารเคมีที่ใช้และเกิดในกระบวนการผลิตอยู่ในรูปแบบต่างๆ กัน ได้แก่ ตัวทำละลาย ฝุ่น พุ่ม ควันทัน ก๊าซ ละออง หรือไอระเหย สารเคมีเข้าสู่ร่างกายทางการหายใจ การรับประทาน และการสัมผัสทางผิวหนัง เป็นสาเหตุให้คนทำงานเกิดโรคและความเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลัน เช่น ผิวหนังอักเสบ เกิดแผลไหม้พุพอง และความเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น การเกิดพยาธิสภาพในระบบประสาท ทางเดินหายใจ ระบบสืบพันธุ์ หรือเกิดโรคมะเร็งตัวอย่างสารเคมีที่ใช้ในกระบวนการผลิต เช่น เบนซีน แอสเบสตอส ฝุ่นซิลิกา ไวนิลคลอไรด์ สารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่างๆ ยกตัวอย่าง เช่น

โรคปอดฝุ่นทรายหรือซิลิโคซิส(Silicosis) เป็นโรคปอดที่เกิดจากการหายใจเอาฝุ่นทรายหรือฝุ่นซิลิกา หรือผลึกซิลิคอนไดออกไซด์เข้าไปในปอด เมื่อหายใจเอาฝุ่นซิลิกาที่เป็นผลึกแหลมคมเข้าไปในปอด สะสมอยู่ในปอด เนื่องจากผลึกแหลมคม ปอดจะสร้างเยื่อพังผืดมาห่อหุ้มผลึกเหล่านั้นไว้ ทำให้เนื้อเยื่อปอดไม่สามารถทำหน้าที่แลกเปลี่ยนอากาศได้ตามปกติ อาการจะแสดงช้าหรือเร็ว ขึ้นกับปริมาณฝุ่นในบรรยากาศ ส่วนผสมของสารซิลิคอนไดออกไซด์ ระยะเวลาที่สัมผัส อาการของโรค คือ หายใจลำบาก หายใจถี่ๆ สั้นๆ มีเสียงหายใจบริเวณหลอดลม ปริมาตรปอดลดลง ออกขยายตัวได้น้อยลง เหนื่อยง่าย ระยะสุดท้ายหายใจลำบากมาก

เนื่องจากเนื้อเยื่อปอดเป็นพังผืดมาก อาจจะนำไปสู่การติดเชื้อวัณโรคได้ง่ายตรวจพบจากการเอกซเรย์โดยจะพบเงาทึบเต็ม

โรคแอสเบสโตซิส(Asbestosis) เป็นโรคปอดที่เกิดจากการหายใจเอาฝุ่นใยแอสเบสตอสเข้าไป ซึ่งจะไปสะสมที่เนื้อเยื่อปอดส่วนล่าง ลักษณะของเส้นใยของแอสเบสตอสมีลักษณะคล้ายเข็มแหลมขนาดเล็กที่ทิ่มแทงเนื้อปอดตลอดเวลา ทำให้ปอดต้องสร้างเยื่อพังผืดไว้คล้ายแคบซูล และอาจจะมีสารในเนื้อแร่เกิดปฏิกิริยากับเนื้อปอด อาการของโรคจะคล้ายโรคซิลิโคซิส แต่อาจจะตรวจพบได้เร็วกว่าถ้าสัมผัสฝุ่นใยแอสเบส ตอส ในปริมาณมาก ในระยะ 2-3 ปี ก็จะมีอาการแต่อาจจะไม่ชัดเจน โรคนี้จะเป็นเนื้องอกที่เซลล์บุผิวของเยื่อหุ้มปอด เยื่อช่องท้อง และมะเร็งปอด อาการแสดง ได้แก่ หายใจถี่ เจ็บหน้าอก ลำตัวบวม น้ำหนักลด ปาก ลิ้น และเล็บมีสีฟ้า ไอแห้งๆ สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง ตรวจพบจากการเอกซเรย์โดยจะพบเงาทึบที่ไม่เป็นระเบียบ

โรคปอดฝุ่นฝ้ายหรือโรคบีสซิโนซิส(Byssinosis) เป็นโรคปอดชนิดเรื้อรังที่เกิดจากการหายใจเอาฝุ่นฝ้ายปริมาณมากเข้าไปในปอด สันนิษฐานว่าอาจเกิดจากพิษของจุลินทรีย์บางอย่างที่ติดเข้าไปกับฝุ่นฝ้ายที่หายใจเข้าไป หรือจากการที่เส้นใยของฝุ่นฝ้ายระคายเคืองต่อเนื้อปอด หรือเส้นใยของฝุ่นฝ้ายกระตุ้นทำให้เกิดอาการแพ้ อาการของโรคจะแสดงต่อเมื่อรับสัมผัสกับฝุ่นฝ้ายมาเป็นเวลาหลายปี มีอาการคือไอเรื้อรัง แน่นหน้าอก หายใจลำบาก อาการสุดท้ายคือหลอดลมอักเสบเรื้อรัง หอบ ถูกลมโป่งพอง โรคนี้ไม่สามารถวินิจฉัยด้วยการเอกซเรย์

โรคจากพิษสารหนู(Arsenic Poisoning) ซึ่งสารหนูจะใช้กันมากในงานอุตสาหกรรม เช่น โรงงาน หลอมโลหะใช้ผสมทำโลหะอัลลอยด์ เพื่อทนทานต่อการกัดกร่อนของกรดได้ดี พิษสารหนูสามารถเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง ได้แก่ การหายใจ การกิน และการดูดซึมผ่านทางผิวหนัง ผิวหนังจะเกิดการระคายเคือง เกิดเป็นโรคผิวหนัง ระบบหายใจสารหนูจะไปสะสมที่ปอด ทำให้หลอดลมเกิดการอักเสบ อาจจะมีผลทำให้เกิดมะเร็งปอด มีอาการทางประสาทเนื่องจากสารหนูเข้าสู่ระบบการไหลเวียนของโลหิต ทำให้ปลายประสาทอักเสบ แขนขา อาจเกิดอัมพาต มีผลต่อสมองเนื่องจากสารหนูจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อสมอง มีอาการกระสับกระส่าย ความจำเสื่อม อาจเกิดโลหิตจาง อาการที่เกี่ยวกับความผิดปกติของตับและไต

โรคจากพิษของสารตะกั่ว(Lead Poisoning) ตะกั่วสามารถเข้าสู่ร่างกายโดยการกิน การดูดซึม แต่ส่วนมากโดยการหายใจ เมื่อตะกั่วเข้าสู่ร่างกายแล้ว ก็จะเข้าไปสะสมในกระดูกในระบบการไหลเวียนของโลหิต และในกล้ามเนื้อ ซึ่งจะทำให้เกิดอาการเป็นพิษได้ อาการแบบเฉียบพลัน ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ปวดท้องอย่างรุนแรง ปวดบริเวณรอบสะดือ มีรสหวานในปากหรือคล้ายกับบอมโลหะในปาก เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน บางรายมีอาการทางสมอง เช่น ชัก หมดสติได้ อาการแบบเรื้อรัง ร่างกายอ่อนแอลง ปวดศีรษะอ่อนเพลีย หมดแรง ซีด ท้องผูก ท้องเดิน ผิวของคนที่รับสารตะกั่วจะซีดลง เพราะตะกั่วจะทำลายเม็ดเลือดแดงทำให้เลือดจาง พบเส้นตะกั่วเป็นสีเงินที่บริเวณเหงือก(Lead Line) เกิดจากตะกั่วทำปฏิกิริยากับแบคทีเรียที่บริเวณเหงือก ทำให้เกิดตะกั่วซัลไฟด์ ซึ่งจะมีสีดำตามทางเดินของเส้นเลือด อาการทางเดินอาหารจะเกิดอาการปวดท้องและตะคริวบริเวณท้องเป็นระยะๆ อาการทางกล้ามเนื้อ ข้อมือห้อยเท้าห้อย มือสั่น ริมฝีปากสั่น กระตุก เป็นตะคริวบริเวณน่อง แขนขาลีบ และจะเป็นอัมพาตโดยเริ่มจากนิ้วและลามไปบริเวณอื่นๆ

โรคพิษจากสารปรอท(Mercury Poisoning) ปรอทเป็นโลหะหนักที่ใช้ในงานอุตสาหกรรม เช่น อุตสาหกรรมไฟฟ้า ใช้ทำยาฆ่าแมลง อุตสาหกรรมสี อุตสาหกรรมกระจก คนงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับปรอทได้รับพิษจากปรอท โดยการที่คนงานหายใจเอาไอของโลหะปรอทเข้าไป จากการกิน การดูดซึมผ่านผิวหนัง เมื่อปรอทเข้าสู่ร่างกายจะซึมเข้าสู่กระแสโลหิต อยู่ในเซลล์เป็นผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ถูกทำลาย สูญเสียหน้าที่ไป อาการจากโรคพิษภัยปรอทมีทั้งชนิดเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง เช่น ทำลายไต ลำไส้ใหญ่ ต่อม น้ำลาย ลูกน้ำดี เช่น อาการทางระบบทางเดินอาหาร เกิดการเน่าเปื่อยของเยื่อภายในช่องปาก เหงือกบวม อักเสบ ปวดฟัน ฟันโยกและหลุดไปในที่สุด น้ำลายออกมากผิดปกติ ลำไส้ใหญ่อักเสบ อุจจาระเป็นมูกเลือด อาการทางประสาท เกิดการสั่นของเปลือกตา ริมฝีปาก ลิ้น นิ้วมือ แขนขาเกิดการกระตุก ง่วงเหงาหาวนอน นอนไม่หลับ เศร้าซึม ความจำเสื่อมเนื่องจากปรอทไปทำลายสมองส่วนกลาง

3.3) ปัจจัยคุกคามด้านการยศาสตร์ การยศาสตร์หรือเออร์โกโนมิกส์หมายถึงศาสตร์ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสภาพแวดล้อมการทำงาน เป็นการจัดสภาพและวิธีการทำงานให้เหมาะสมกับคนงานเพื่อลดปัญหาหรือผลกระทบต่างๆ การจัดสภาพการทำงานไม่เหมาะสม ท่าทางและรูปแบบการทำงานไม่เหมาะสม การทำงานในสภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัยอาจส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ หรือไม่สุขสบายได้ เช่น การยกของโดยไม่ใช้รถยก ปัจจุบันการทำงานโดยใช้คอมพิวเตอร์เป็นระยะเวลานานเป็นสาเหตุที่สำคัญของปัญหาด้านการยศาสตร์ โดยมีปัจจัยที่สำคัญคือการจัดสภาพการทำงานที่ไม่เหมาะสม เช่น ลักษณะเก้าอี้เตี้ยหรือสูงเกินไป การที่คนทำงานอยู่ในท่าที่ต้องก้มหรือเงยเป็นระยะเวลานาน เป็นต้น(ธนพรรณ จรรยาศิริ และกัลยาณี ตันตรานนท์, 2555)

3.4) ปัจจัยคุกคามด้านจิตสังคม ได้แก่ สภาพความเครียดในการทำงาน งานที่หนักเกินไป ระดับความรับผิดชอบในบทบาทแต่ละบุคคล สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และช่วงเวลาทำงานที่นานเกินไปทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดปัญหาด้านจิตสังคมที่ส่งผลให้เกิดโรคทางกายตามมา เช่น โรคกระเพาะอาหาร โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง

การบาดเจ็บจากการทำงาน (Occupational injury)หมายถึง การบาดเจ็บแบบเฉียบพลันที่เกิดจากอุบัติเหตุในการทำงาน เช่น การเกิดบาดแผล ฟกช้ำ หรือกระดูกหัก (Salazar, Wilkinson, & Rubadue, 1996) มีสาเหตุ 2 ประการ ได้แก่ (เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร, 2547; วิทยา อยู่สุข, 2544)

1) สภาพของงานที่ไม่ปลอดภัย(Unsafe act) เช่น การวางผังโรงงานไม่ถูกต้อง โครงสร้างอาคารชำรุด เครื่องจักรและอุปกรณ์ชำรุด การจัดเก็บสารเคมีไม่เหมาะสมไม่มีการจัดอุปกรณ์ความปลอดภัยให้แก่พนักงานอย่างเพียงพอ

2) การกระทำที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe condition) เช่น ความเร่งรีบในการทำงานมากเกินไป การทำงานไม่ถูกขั้นตอน การทำงานด้วยความประมาท หยอกล้อเล่นกับเพื่อนขณะทำงาน การใช้เครื่องมือที่ไม่ถูกวิธี หรือการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายขณะทำงาน เป็นต้น

โดยสรุปแล้วโรคและการบาดเจ็บจากการทำงานเกิดได้จากสาเหตุหลายประการ พยาบาลชุมชนมีบทบาทหน้าที่ในการประเมินปัจจัยเหล่านี้เพื่อสามารถให้การบริการอาชีวอนามัยสำหรับคนทำงานได้อย่างครอบคลุม

หลักการควบคุมและป้องกันอันตรายจากการทำงาน

หากตรวจพบว่ามีปัจจัยคุกคามอยู่ในระดับที่เป็นอันตราย สถานประกอบการต้องดำเนินการควบคุมและป้องกันอันตรายโดยใช้หลักการดังนี้(วิทยา อยู่สุข, 2544)

1) การควบคุมที่ต้นตอหรือแหล่งกำเนิด (source) เป็นการควบคุมแหล่งกำเนิดของอันตรายที่จะเกิดต่อคนทำงานโดยตรง การควบคุมวิธีนี้จะมีประสิทธิผลมากที่สุด สามารถทำได้หลายวิธี เช่น การใช้สารเคมีที่เป็นพิษน้อยแทนสารที่มีพิษมากหรือมีอันตรายมาก การเลือกใช้กระบวนการผลิตที่มีอันตรายน้อยทดแทนกระบวนการผลิตที่มีอันตรายมาก การปิดคลุมกระบวนการผลิตหรือเครื่องจักรให้มิดชิดเพื่อป้องกันไม่ให้มลพิษกระจายไปสู่บริเวณที่ทำงาน การแยกกระบวนการผลิตหรือเครื่องจักรที่มีอันตรายออกไปจากบริเวณที่มีคนทำงาน เช่น การแยกเครื่องจักรที่มีเสียงดังเพื่อป้องกันคนทำงานจากการรับสัมผัสเสียง การใช้ระบบทำให้เปียกชื้นแทนซึ่งจะทำให้เกิดละอองฝุ่นน้อย จะช่วยให้ไม่เป็นอันตรายต่อผู้ปฏิบัติงาน

2) การควบคุมที่ทางผ่าน (path) เป็นวิธีการควบคุมที่ทางผ่านของอันตรายจากแหล่งกำเนิดไปสู่คนทำงาน เช่น การหาแผ่นดูดซับเสียงมาปิดกั้นเสียงที่จะเดินทางมายังตัวคนทำงาน การออกแบบระบบระบายอากาศที่มีประสิทธิภาพ เช่น การใช้ช่องเปิดประตู หน้าต่าง ช่องลม เพื่อเจือจางมลพิษต่างๆที่ออกมาจากแหล่งกำเนิด เพิ่มระยะทางระหว่างแหล่งกำเนิดของอันตรายและคนทำงานให้มากที่สุด หรือมีการติดตั้งอุปกรณ์พิเศษที่สามารถเตือนหรือบอกระดับอันตรายได้

3) การควบคุมที่ตัวบุคคล (receiver) เป็นมาตรการลำดับสุดท้ายที่จะเลือกใช้ควบคุมอันตรายในสภาพแวดล้อมการทำงานเนื่องจากการควบคุมที่ตัวบุคคลจะกระทำได้ยากหากไม่ได้รับความร่วมมือน้อย วิธีที่นิยม ได้แก่ การจัดโครงการอบรมด้านความปลอดภัยให้แก่คนทำงาน การให้คนทำงานใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เช่น ปลั๊กอุดหู ที่ครอบหู หน้ากาก ถุงมือ(รูปที่ 1) การหมุนเวียนสับเปลี่ยนหน้าที่เพื่อลดการสัมผัสปัจจัยคุกคาม การจัดสถานที่ทำงานให้แยกออกมาจากบริเวณที่มีปัจจัยอันตราย การติดอุปกรณ์เตือนอันตรายที่ตัว



ปลั๊กอุดหู



ที่ครอบหู



ถุงมือป้องกันสารเคมี



หมวกนิรภัย



หน้ากากป้องกันไอระเหยของสารเคมี



แว่นครอบตา

รูปที่ 1 ตัวอย่างอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล

บทบาทของพยาบาลในสถานประกอบการ

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ(ILO) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้จัดประชุมร่วมกันและให้ข้อเสนอแนะว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ ควรมีบทบาทดังนี้ (Slaney, 1980: 11-14 อ้างในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2554)

1. ช่วยฝ่ายบริหารของสถานประกอบการในการหามาตรการและวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของพนักงาน
2. ช่วยค้นหาและเฝ้าระวังด้านสุขภาพแก่ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงในการทำงานสูง
3. ช่วยแพทย์ในการตรวจสอบสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ
4. ให้การปฐมพยาบาลและรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ประกอบอาชีพที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยตามคำสั่งการรักษาของแพทย์
5. ส่งผู้ประกอบอาชีพที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสม และติดตามเยี่ยมดูแลเป็นระยะๆ
6. ให้สุศึกษาและคำปรึกษาแก่ผู้ประกอบอาชีพ
7. ดูแลสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ประกอบอาชีพ เฝ้าระวังทางด้านชีวภาพ และป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นจากการทำงาน
8. บันทึก รวบรวมสถิติ และและจัดทำรายงานและส่งรายงานการเจ็บป่วยและรายงานอุบัติเหตุไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

จากข้อเสนอแนะของ ILO และ WHO แล้ว จะเห็นว่างานส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพโดยบทบาทของพยาบาลในสถานประกอบการจะครอบคลุมงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล แต่จะมีบางส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม พยาบาลประจำสถานประกอบการจะมีบทบาทในการดูแลสุขภาพอนามัยและสิ่งแวดล้อมในการทำงานมากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น นโยบายของเจ้าของสถานประกอบการ จำนวนบุคลากรด้านอาชีวอนามัย นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้วพยาบาลจะต้องมีความตั้งใจและความพร้อม และระลึกอยู่เสมอว่าสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยในการทำงานของผู้ประกอบอาชีพเป็นสิ่งสำคัญและเป็นหน้าที่ของทุกคนในสถานประกอบการ

โรเจอร์ (Rogers อ้างในธนพรรณ จรรยาศิริ และกัลยาณี ตันตรานนท์, 2555) ได้อธิบายขอบเขตของการพยาบาลอาชีวอนามัย ซึ่งพยาบาลชุมชนสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการให้บริการสุขภาพในสถานประกอบการได้ ดังนี้

1) *การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค* พยาบาลมีหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้แก่คนทำงาน ดังนี้

การป้องกันระดับปฐมภูมิ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของคนทำงาน พยาบาลชุมชนสามารถจัดบริการอาชีวอนามัยในกลุ่มประชากรวัยทำงาน เช่น การส่งเสริมการรับประทานที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การป้องกันโรคโดยการกำจัด/ลดความเสี่ยงหรือปัจจัยคุกคามที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคและการบาดเจ็บ การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันสิ่งคุกคามทางสุขภาพ การจัดทำโครงการเล็กสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด เป็นต้น

การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการป้องกันในระยะแรกของการเกิดโรค เป็นการค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก ทำให้สามารถให้การรักษาได้ทันที่และจำกัดความพิการซึ่งอาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ การตรวจคัดกรองผู้ประกอบอาชีพก่อนเข้าทำงานและการเฝ้าระวังสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพเป็นระยะๆ ถือเป็น การป้องกันในระยะดังกล่าว การตรวจคัดกรองสามารถทำได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับลักษณะความเสี่ยงของแต่ละบุคคล เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต การตรวจค้นหาหามะเร็งเต้านม การตรวจคนงานตามความเสี่ยง เช่น การตรวจสมรรถภาพการได้ยินในกลุ่มผู้ประกอบอาชีพที่สัมผัสเสียงดัง การตรวจสมรรถภาพปอดในผู้ประกอบอาชีพที่สัมผัสฝุ่น เป็นต้น

การป้องกันระดับตติยภูมิ มีจุดมุ่งหมายเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกายภายหลังการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ ในระยะนี้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ประกอบอาชีพหลังการเจ็บป่วยเป็นรายบุคคล มีระบบติดตามเพื่อให้การช่วยเหลือ ให้ความรู้และคำแนะนำแก่เจ้าของสถานประกอบการในการจัดตำแหน่งงานให้มีความเหมาะสมกับข้อจำกัดทางร่างกายของแต่ละบุคคล รวมถึงมีระบบการส่งต่อคนทำงานที่มีความพิการหรือมีข้อจำกัดทางด้านร่างกายให้เข้ารับการฟื้นฟู

2) *การประเมินสุขภาพและเฝ้าระวังสิ่งคุกคามในการทำงาน* โดยการตรวจสุขภาพผู้ประกอบอาชีพก่อนเข้าทำงานเพื่อจัดลักษณะงานให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล รวมถึงใช้ในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของคนทำงาน การตรวจสุขภาพในระหว่างการทำงานเพื่อเฝ้าระวังภาวะสุขภาพที่อาจเกิดจากการมี

สภาพงานที่ไม่เหมาะสมหรือสัมผัสปัจจัยคุกคามจากการทำงาน ข้อมูลที่ได้จากการตรวจสุขภาพสามารถนำมาใช้ในการพิจารณาการปรับปรุงเครื่องจักรหรือการใช้มาตรการในการป้องกันโรคที่เกิดจากการสัมผัสปัจจัยคุกคาม นอกจากนี้พยาบาลควรประเมินสุขภาพผู้ประกอบอาชีพภายหลังการเจ็บป่วยก่อนกลับเข้าทำงานหรือก่อนออกจากงาน เพื่อติดตามโรคหรือความเจ็บป่วยจากการสัมผัสปัจจัยคุกคามที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว

3) *การเฝ้าระวังสถานที่ทำงานและตรวจประเมินปัจจัยคุกคามในการทำงาน* โดยการเดินสำรวจสถานประกอบการ กระบวนการผลิต และวัตถุดิบที่ใช้ในกระบวนการผลิต หากค้นพบปัจจัยคุกคามควรมีการตรวจวัดระดับหรือปริมาณของปัจจัยคุกคามในสภาพแวดล้อมการทำงาน เช่น การตรวจวัดระดับเสียง การตรวจวัดปริมาณฝุ่น การตรวจวัดแสง การตรวจคุณภาพน้ำ เป็นต้น ข้อมูลที่ได้จากการตรวจวัดดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ในการดำเนินการเพื่อปรับปรุงแก้ไขหากตรวจพบว่ามียกระดับปัจจัยคุกคามเกินมาตรฐานที่กำหนด

4) *การให้บริการระดับปฐมภูมิและการจัดการรายกรณี* การให้การดูแลเบื้องต้นทั้งโรคและอาการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงานและปัญหาสุขภาพอื่นๆ ให้การรักษาและส่งต่อผู้ประกอบอาชีพที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนเพื่อเข้ารับการรักษาต่อในสถานบริการสุขภาพ ให้การดูแลผู้ประกอบอาชีพที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ประกอบอาชีพที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ รวมถึงการจัดการตามปัญหาสุขภาพของคนทำงานแต่ละคนเพื่อให้สามารถกลับเข้าทำงานโดยเร็ว

5) *การให้คำปรึกษา* เพื่อช่วยเหลือคนทำงานในการแก้ปัญหา โดยการทำความเข้าใจสาเหตุของการเกิดปัญหา เสนอแนะทางเลือก และให้การสนับสนุนพยาบาลสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้ประกอบอาชีพในการป้องกันโรคจากการทำงาน การให้คำปรึกษาแก่ผู้บริหารในการดำเนินการแก้ไขปัญหาในคนทำงาน เช่น ปัญหาการใช้ยาเสพติด ปัญหาการขาดงาน เป็นต้น

6) *การบริหารจัดการ* พยาบาลมีบทบาทหน้าที่หลักในการบริหารจัดการด้านอาชีวอนามัยในสถานที่ทำงาน โดยต้องคำนึงถึงเป้าหมาย พันธกิจ และวัตถุประสงค์ของการดำเนินธุรกิจ วัฒนธรรมองค์กร ลักษณะองค์ประกอบของประชากร ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและมีความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไข ในการบริหารจัดการครอบคลุมถึงการกำหนดนโยบาย การจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากร การดำเนินงาน และการประเมินผลโครงการ

7) *การวิจัย* พยาบาลควรทำการวิจัยหรือร่วมดำเนินการวิจัยเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันอันตรายจากการทำงาน เช่น การวิจัยเพื่อศึกษาผลกระทบทางสุขภาพจากสารเคมีทางการเกษตรของเกษตรกร การศึกษาระดับการได้ยินและพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของคนงาน เป็นต้น

8) *การจัดการด้านกฎหมายและจริยธรรม* พยาบาลควรมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานและกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พระราชบัญญัติประกันสังคม พระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน สามารถให้คำแนะนำแก่สถานประกอบการเพื่อดำเนินการด้านความปลอดภัยตามข้อบังคับของกฎหมาย มีการบันทึกหลักฐานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ให้บริการอาชีวอนามัยโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม

9) การประสานการทำงานกับชุมชน การที่สถานประกอบการตั้งอยู่ในชุมชนอาจส่งผลกระทบต่อประชาชนในพื้นที่ พยาบาลควรเป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ชุมชน มีการดำเนินการร่วมกับชุมชนให้การดูแลสุขภาพผู้ประกอบอาชีพ สมาชิกในครอบครัวของผู้ประกอบอาชีพและคนในชุมชน

จะเห็นได้ว่างานด้านอาชีวอนามัยมีความหลากหลายต้องอาศัยความรู้และทักษะทางการแพทย์พยาบาล ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมกับสหสาขาวิชาชีพเพื่อสามารถให้บริการได้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพคนทำงาน

พยาบาลชุมชนสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลสุขภาพคนทำงาน (Lukes, 2010 อ้างใน กัลยาณี ตันตรานนท์ และธนพรรณ จรรยาศิริ, 2553) ดังนี้

การประเมินปัญหา

การประเมินปัญหาเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการดูแลสุขภาพคนทำงาน ทำให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นที่สามารถนำมาจัดทำโปรแกรมการให้บริการอาชีวอนามัยได้ตรงกับปัญหาของคนทำงาน พยาบาลควรรวบรวมข้อมูลดังต่อไปนี้ 1) ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา 2) ข้อมูลประวัติความเจ็บป่วยส่วนบุคคลและประวัติความเจ็บป่วยของครอบครัว การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง 3) ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชากร เช่น ข้อมูลการสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ภาวะโภชนาการเกิน และ 4) ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยคุกคามในการทำงาน เช่น การทำงานสัมผัสฝุ่น เสียงดัง การใช้สารเคมี ทำทางการทำงานที่ไม่เหมาะสม

หลังการรวบรวมข้อมูลในเบื้องต้น พยาบาลควรประเมินความต้องการหรือความสนใจของคนทำงาน รวมถึงวิสัยทัศน์ของสถานประกอบการในการดูแลสุขภาพคนทำงาน หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาเพื่อวางแผนการให้บริการสุขภาพแก่คนทำงานในขั้นตอนต่อไป

การวางแผนและการจัดทำโปรแกรม

ปัญหาที่ได้จากการประเมินในขั้นตอนแรกควรได้รับการแก้ไข โดยจัดทำโปรแกรมที่มีความเฉพาะกับปัญหานั้นๆ ในการวางแผนการดำเนินงานควรมีการระบุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน นอกจากนี้ควรมีการวางแผนเกี่ยวกับรายละเอียดของโปรแกรม รวมถึงเนื้อหาในการให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ การจัดเตรียมสถานที่ การดำเนินงาน สิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ การประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง หากมีการวางแผนที่ดีจะช่วยให้สามารถจัดโปรแกรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

การประเมินผล

การประเมินผลเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญเพื่อประเมินว่าโปรแกรมที่ได้จัดทำขึ้นเป็นไปตามเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่ได้รับระบุไว้หรือไม่ การประเมินผลควรดำเนินการทั้งในระหว่างดำเนินโครงการ และสิ้นสุดการดำเนินงาน นอกจากนี้ควรมีการประเมินปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นด้วย

สรุป การดูแลสุขภาพคนวัยทำงานเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลชุมชน มีเป้าหมายเพื่อป้องกันโรคและการบาดเจ็บจากการทำงาน โดยให้บริการครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา

และการฟื้นฟูสุขภาพ การอาชีวอนามัยเป็นการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพและอยู่ภายใต้กฎหมาย นอกจากนี้พยาบาลชุมชนควรมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยคุกคามในการทำงาน หลักการป้องกันและควบคุมความปลอดภัยในการทำงาน และการให้บริการอาชีวอนามัยตามบทบาทของพยาบาลในสถานประกอบการ

บรรณานุกรม

- กระทรวงแรงงาน. (2549). *กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารและการจัดการด้านความปลอดภัยอาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับความร้อนแสงสว่างและเสียงพ.ศ.๒๕๔๙*. Retrieved October 11, 2010, from <http://www.shawpat.or.th/laws/labour/490306labour028.pdf>
- กระทรวงแรงงาน. (2550). *ประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่องกำหนดชนิดของโรคซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน*. Retrieved October 6, 2010, from <http://www.shawpat.or.th/laws/labour/500815labour005.pdf>
- กัลยาณี ตันตรานนท์ และชนพรรณ จรรยาศิริ. (2553). *การบริการอาชีวอนามัย. เอกสารประกอบการสอนกระบวนวิชา 551312 การพยาบาลอนามัยชุมชน. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร. (2547). *การพยาบาลอาชีวอนามัย: แนวคิดและการปฏิบัติในชุมชน*. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ฉันทนา ผดุงทศ. (2546). *อาชีวเวชศาสตร์: อาชีวอนามัย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- พิชารณณ์ จันทนกุล. (2554). *การบริการอาชีวอนามัย ใน การพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิด หลักการ และการปฏิบัติการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: จุดทองจำกัด.
- ชนพรรณ จรรยาศิริ และกัลยาณี ตันตรานนท์.(2555). *การบริการอาชีวอนามัยในการพยาบาลชุมชน*. เชียงใหม่: ころงช่างрінตั้ง.
- พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานพ.ศ. 2541. Retrieved July 27, 2012 from <http://www.law.siamhrm.com/?file=law-020>
- พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน (ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551). Retrieved July 27, 2012 from [https://siamhrm.googlegroups.com/attach/f6ba2a306584025b/%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%9A.%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B9%89%E0%B8%A1%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B9%81%E0%B8%A3%E0%B8%87%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%20\(%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%202\)%20%E0%B8%9E.%E0%B8%A8.2551.pdf?part=4](https://siamhrm.googlegroups.com/attach/f6ba2a306584025b/%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%9A.%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B9%89%E0%B8%A1%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B9%81%E0%B8%A3%E0%B8%87%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%20(%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%202)%20%E0%B8%9E.%E0%B8%A8.2551.pdf?part=4)
- พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน (ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2551). Retrieved July 27, 2012 from [https://siamhrm.googlegroups.com/attach/f6ba2a306584025b/%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%9A.%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B9%89%E0%B8%A1%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B9%81%E0%B8%A3%E0%B8%87%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%20\(%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%203\)%20%E0%B8%9E.%E0%B8%A8.2551.pdf?part=5](https://siamhrm.googlegroups.com/attach/f6ba2a306584025b/%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%9A.%E0%B8%84%E0%B8%B8%E0%B9%89%E0%B8%A1%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B9%81%E0%B8%A3%E0%B8%87%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%20(%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%203)%20%E0%B8%9E.%E0%B8%A8.2551.pdf?part=5)

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2554). *เอกสารการสอนชุดวิชาการพยาบาลชุมชนและการรักษาพยาบาลเบื้องต้น หน่วยที่ 1-7*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

วิทยา อยู่สุข. (2544). *อาชีพอนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม*. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์.

สำนักงานประกันสังคม. (2552). *สิทธิประโยชน์กองทุนประกันสังคม, กองทุนเงินทดแทน*. Retrieved October 18, 2010, from <http://www.sso.go.th/wpr/home.jsp>

หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับบริการอาชีพอนามัย. Retrieved July 28, 2012, from http://cyberclass.msu.ac.th/cyberclass/cyberclassuploads/libs/html/31550/unit5_2.htm

หน้าที่ของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน (จป. ,safety). Retrieved July 28, 2012, from <http://www.thaisafetywork.com/%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%82%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%88%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%AB%E0%B8%99%E0%B9%89%E0%B8%B2%E0%B8%97%E0%B8%B5%E0%B9%88%E0%B8%84/>

International Labour Organization [ILO]. (2009, October 30). *Identification and recognition of occupational diseases: Criteria for incorporating diseases in the ILO list of occupational diseases*. Retrieved July 28, 2012, from http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/meetingdocument/wcms_116820.pdf

Rogers, B. (2003). *Occupational and environmental health nursing: Concepts and practice*. (2nd ed.). Philadelphia: Saunders.

Salazar, M. K., Wilkinson, W. E., & Rubadue, C. L. (1996). *Occupational health nursing*. In J. M. Cookfair (Ed.), *Nursing care in the community* (2nd ed., pp. 581-606). Missouri: Mosby.

วิดีโอ

การทำงานกับไนต์บู๊คและการยศาสตร์. Retrieved August 31,

2016, from <https://www.youtube.com/watch?v=8MW6ExmII7s>

สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคจากการทำงานและการดูแลสุขภาพ Retrieved September 30, 2014, from <http://www.youtube.com/watch?v=R1WNBkkMnw>

อุบัติเหตุในประเทศไทย 4 เรื่อง . Retrieved August 31, 2016, from

<https://www.youtube.com/watch?v=fpdlelpy6P4>

PPE อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล. Retrieved August 31, 2016, from

<https://www.youtube.com/watch?v=Z3kHkciy5SU>

Safety Clips Jorpor Com อุบัติเหตุในโรงงาน การทำงานกับเครื่องจักรและการขับรถ. Retrieved August 1,

2012, from <http://www.youtube.com/watch?v=AiGLPFUM-Do>

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

เอกสารประกอบการสอน

เรื่อง การบริการพยาบาลอนามัยโรงเรียน

อาจารย์ ดร.สมศักดิ์ โทจำปา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

แนวคิดรวบยอด

งานอนามัยโรงเรียนเป็นงานด้านส่งเสริมสุขภาพของด็กวัยเรียน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือพยาบาลชุมชน จะต้องดูแลสุขภาพของนักเรียน ขณะที่เด็กได้รับการศึกษาในโรงเรียนจะต้องได้รับการดูแลและด้านสุขภาพควบคู่กันไปกับการศึกษาและสุขภาพจะมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งไม่สามารถแยกออกจากกันได้ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะส่งผลให้ไม่สามารถศึกษาได้เต็มศักยภาพ เด็กนักเรียนควรได้ใช้โอกาสในวัยเรียนทั้งหมดเพื่อการศึกษาและการเรียนรู้ การดูแลสุขภาพนักเรียนจะประสบผลสำเร็จได้จะต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู ผู้ปกครอง ชุมชน องค์กรเอกชนและองค์กรในท้องถิ่น (พรณี บัญชรหัตถกิจ,2546;Denman S.Moon A.,&Stears D2002)

การดำเนินงานอนามัยโรงเรียนย่อมเกี่ยวข้องกับเด็กนักเรียนในโรงเรียนซึ่งประกอบไปด้วยเด็กหลายวัย ดังนั้น เนื้อหาในบทนี้จะกล่าวถึงสถานการณ์สุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนโดยภาพรวม ซึ่งนักเรียนส่วนใหญ่จะป็นเด็กในวัยเรียนและวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่ใช้เวลาและทำกิจกรรมส่วนใหญ่ในโรงเรียน

การบริการพยาบาลอนามัยโรงเรียนเป็นส่วนหนึ่งของการบริการอนามัยโรงเรียนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพของประชากรวัยเรียน โดยมีโรงเรียนเป็นศูนย์กลางในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพให้กับนักเรียน การจัดบริการอนามัยโรงเรียนมีลักษณะเป็นบริการสาธารณสุขผสมผสานซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยเป็นหน้าที่ของบุคคลหลายฝ่ายร่วมกันรับผิดชอบได้แก่ ครูพยาบาล พยาบาลอนามัยโรงเรียน หรือพยาบาลอนามัยชุมชน กรณีที่ไม่มีพยาบาลอนามัยโรงเรียน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปกครองนักเรียน เป็นผู้รับผิดชอบ นอกจากนี้ยังรวมบริการทันตสุขภาพไว้ด้วย ซึ่งการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนต้องอาศัยความสัมพันธ์ และการประสานงาน ระหว่างโรงเรียนบ้าน และชุมชน

วัตถุประสงค์ หลังจบบทเรียนผู้เรียนสามารถ

1. บอกความสำคัญและความจำเป็นของการบริการพยาบาลอนามัยโรงเรียนได้
2. อธิบายหลักการให้บริการอนามัยโรงเรียนได้
3. อธิบายแนวคิดการจัดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้
4. อธิบายการจัดและดำเนินงาน โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนได้
5. บอกองค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนได้
6. อธิบายการจัดการระดับบริการอนามัยโรงเรียนได้
7. อธิบายถึงการช่วยเหลือเด็กพิการได้
8. อธิบายการรักษาพยาบาลนักเรียนที่เจ็บป่วยได้
9. อธิบายขั้นตอนในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนของพยาบาลอนามัยโรงเรียนได้

1. ความสำคัญและความจำเป็นของการบริการพยาบาลอนามัยโรงเรียน

อนามัยโรงเรียน หมายถึง การจัดดำเนินการป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพอนามัยของทุกคนในโรงเรียน ได้แก่ นักเรียน ครู คนงาน ภารโรง ให้มีสุขภาพพลานามัยที่ดี ซึ่งจะต้องจัดดำเนินการไปพร้อมกันทั้ง 4 ด้าน คือ การบริการอนามัยโรงเรียน (School health service) การสุขศึกษาในโรงเรียน (School health education) การอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน และความสัมพันธ์ระหว่างบ้านและโรงเรียน (School and home relationship)(ครุณี ทายะติ,2544;วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ และ สุขุมล หนาเศรษฐองกุล,2544)

งานอนามัยโรงเรียน หมายถึง การดำเนินงานเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ทั้งทางด้านความรู้ ทักษะและการปฏิบัติเพื่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีและการปรับปรุงส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน(วิลาวัณย์ ชมนิรัตน์ และ สุขุมล หนาเศรษฐองกุล ,2544)

สรุป ความหมายของอนามัยโรงเรียน หมายถึง การดำเนินงานด้านสุขภาพให้แก่โรงเรียนและบุคลากรในโรงเรียนให้มีสุขภาพดีและมีการปฏิบัติที่คงที่ไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีการพัฒนาประชากรวัยเรียนในโรงเรียนคือนักเรียนให้เป็นบุคคลที่มีคุณภาพทั้งด้านร่างกายจิตใจสติปัญญาความสามารถมีคุณธรรมจริยธรรม และวิถีชีวิตที่เป็นสุข ตามที่สังคมคาดหวังเป็นสิ่งสำคัญยิ่งเนื่องจากสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก รวมทั้งด้านการสื่อสารเทคโนโลยีต่างๆส่งผลให้นักเรียนต้องเผชิญสภาพแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาการระบาดของสารเสพติด ปัญหาครอบครัว ความวิตกกังวลความเครียดการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม ปัญหาการเจริญเติบโตไม่สมวัย การได้รับวัคซีนไม่ครบ การได้รับอาหารไม่ถูกต้องทำให้เกิดโรคอ้วน หรือขาดอาหาร จึงต้องอาศัยการบริการด้านอนามัยโรงเรียน ซึ่งมีพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถเป็นหลักสำคัญในการดูแลช่วยเหลือ ให้นักเรียนมีทักษะสุขภาพ และทักษะ

ชีวิตที่ดีพอที่จะพัฒนาให้คุณภาพชีวิตของนักเรียนเติบโตงอกงาม และเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของสังคมการให้บริการอนามัยโรงเรียนโดยโครงสร้างที่สมบูรณ์ต้องมีพยาบาลทำหน้าที่ครูพยาบาลให้บริการในโรงเรียน และมีพยาบาลอนามัยชุมชน/พยาบาลอนามัยโรงเรียน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ประจำหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน เป็นผู้ให้บริการด้านชุมชนร่วมกับโรงเรียน การให้บริการจึงต้องผสมผสาน ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพ และการรักษาเบื้องต้นในเวลาเดียวกัน ดังนั้นบุคลากรดังกล่าว โดยเฉพาะพยาบาลอนามัยชุมชน จำเป็นต้องมีแนวทางในการดำเนินงานที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ตามสถานการณ์จริง

2. การให้บริการอนามัยโรงเรียน

2.1 วัตถุประสงค์เพื่อให้

1. โรงเรียนผู้ปกครองหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชนมีการทำงานร่วมกัน โดยผ่านกระบวนการของการมีส่วนร่วมที่ชัดเจน
2. นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียนทุกคน ได้รับการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพ อย่างทั่วถึงและถูกต้อง
3. นักเรียนได้รับการส่งเสริมด้านทักษะสุขภาพและทักษะชีวิตที่ดี
4. นักเรียนมีสุขภาพะสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

2.2.ด้านจัดบริการประกอบด้วย

2.2.1 ด้านบริการกิจกรรมการดำเนินการคือ

- 1) ประเมินภาวะสุขภาพ
- 2) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น แก่นักเรียน และบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพ ส่งต่อในกรณีที่เกิดเกินขีดความสามารถและประสานงานผู้ปกครอง
- 3) ตรวจสอบสุขภาพนักเรียน โดยแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง บันทึกผลการตรวจในบัตรสุขภาพ แจ้งผลการตรวจต่อผู้ปกครอง พร้อมคำแนะนำในรายที่มีปัญหา
- 4) จัดห้องพยาบาลให้มีเวชภัณฑ์อุปกรณ์ที่จำเป็นเพียงพอ และพร้อมใช้งานได้ทันที เช่น มีเตียงนอนสำหรับนักเรียน และบุคลากรที่จำเป็นต้องนอนพัก โดยแยกชาย - หญิง
- 5) ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ
- 6) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

2.2.2 ด้านวิชาการ

- 1) จัดทำบันทึกสุขภาพ จัดเก็บรวบรวมข้อมูลปัญหาสุขภาพ ประเมินผลการทำงาน จัดทำโครงการ และแผนปฏิบัติงานประจำปีให้สอดคล้องกับ พ.ร.บ.การศึกษาและมาตรฐานการศึกษา/นโยบายและวิสัยทัศน์ของโรงเรียน
- 2) ให้ความรู้ / เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ

- 3) พัฒนาดนเองด้านวิชาการอย่างต่อเนื่อง และร่วมพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้อง
- 4) ริเริ่มและ/หรือประสานให้เกิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพแก่นักเรียน และบุคลากรในโรงเรียน

2.2.3 ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

- 1) บันทึกรับบริการ / ประวัติการเจ็บป่วยในบัตรสุขภาพ
- 2) ติดตามข่าวสารสถานการณ์เกี่ยวกับสุขภาพอย่างเท่าทัน
- 3) ให้ความร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ

2.2.4 ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

- 1) จัดห้องพยาบาลให้เป็นระเบียบสะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวกปลอดภัย ตามเกณฑ์มาตรฐาน
- 2) ร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ภายนอกโรงเรียน และติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่ให้บริการด้าน

สาธารณสุขในการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ

2.3 วิวัฒนาการในประเทศไทย

งานอนามัยโรงเรียนเริ่มขึ้นครั้งแรกเมื่อพ.ศ. 2468 โดยพระดำริและความสนพระทัยของสมเด็จพระบรมราชชนกเจ้าฟ้ากรมหลวงสงขลานครินทร์ ทรงจัดตั้งแผนกสุขาภิบาลขึ้นในความดูแลของกระทรวงธรรมการ ดำเนินกิจการเกี่ยวกับการอนามัยของนักเรียนตั้งแต่เริ่มแรกโดยนำเอารูปแบบและวิธีการปฏิบัติของต่างประเทศมาจัดทำ คือ จัดให้มีองค์การบริหารกิจการอนามัยพิทักษ์ และวางโครงการเพื่อเป็นหลักปฏิบัติซึ่งประกอบด้วย การสอนสุขศึกษา การสุขาภิบาล การควบคุมโรคติดต่อ การควบคุมสุขภาพอนามัย และการแก้ไขความพิการที่ตรวจพบในเด็กวัยเรียน ซึ่งการปฏิบัติงานเหล่านี้มีองค์การแพทย์ต่างๆร่วมมือช่วยเหลือ ได้แก่ สภากาชาดไทย กรมสาธารณสุข และศิริราชพยาบาลโดยส่งแพทย์ และพยาบาลมาร่วมดำเนินงาน

งานอนามัยโรงเรียนในระยะเริ่มแรกมีลักษณะการทำงานในรูปของอาสาสมัคร โดยแผนกสุขาภิบาล กระทรวงธรรมการ ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบจะติดต่อขอความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆเท่าที่หน่วยงานนั้นๆ จะสามารถช่วยเหลือหาเวลาว่างมาปฏิบัติการได้ ด้วยเหตุนี้การให้บริการอนามัยโรงเรียนแก่นักเรียนในระยะแรกนั้นจึงมีขอบเขตจำกัด และมีการปฏิบัติงานเป็นครั้งคราวขึ้นอยู่กับความสะดวก และความร่วมมือของหน่วยงานอาสาสมัครเหล่านั้น

ต่อมาในปีพ.ศ.2485 มีการปรับปรุงกิจการด้านสาธารณสุข และการแพทย์ให้เหมาะสมกับความต้องการของประเทศจึงได้มีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้น กองสุขาภิบาลโรงเรียนได้โอนไปสังกัดอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข และเปลี่ยนชื่อเป็นกองอนามัยโรงเรียนสังกัดกรมอนามัย มีหน้าที่ดำเนินการควบคุม และจัดการอนามัยโรงเรียนทั่วพระราชอาณาจักร ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค แต่ส่วนใหญ่จะปฏิบัติงานครอบคลุมได้เฉพาะนักเรียนในส่วนกลางโดยมีการกำหนดกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็น 5 ประเภท คือการสุขาภิบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ การตรวจสุขภาพ การสุขศึกษา และการสถิติ

เทศบาลนครกรุงเทพฯ ได้จัดตั้งแผนกอนามัยโรงเรียนขึ้นในปีพ.ศ. 2504 มีหน้าที่ให้บริการอนามัยแก่นักเรียนเทศบาล และนักเรียนอื่นๆ ในเขตของเทศบาลกรุงเทพฯ ต่อมาเมื่อมีการปรับปรุงศูนย์บริการสาธารณสุขของเทศบาลนครกรุงเทพฯ จึงได้จัดให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนศูนย์ละ 1 คนโดยมีนักเรียนในความรับผิดชอบประมาณ 5,000 - 10,000 คน สำหรับโรงเรียนที่อยู่นอกเขตรับผิดชอบของศูนย์จะเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่แผนกอนามัยโรงเรียน ต่อมาเมื่อมีการจัดตั้งสำนักงานสาธารณสุขเขตของเทศบาลนครกรุงเทพฯ ขึ้น การให้บริการอนามัยโรงเรียนในเขตเทศบาลนครกรุงเทพฯ จึงเป็นหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขเขตและศูนย์บริการสาธารณสุขที่มีอยู่รับผิดชอบร่วมกันในการแบ่งเขตพื้นที่ควบคุม กิจกรรมสำคัญที่ให้บริการแก่นักเรียนได้แก่ การตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาล การติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหา การส่งเสริมโภชนาการ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพภายในโรงเรียน การสุศึกษา การอบรมเจ้าหน้าที่อนามัยโรงเรียนให้เข้าทำงานเพื่อให้มีประสิทธิภาพในการทำงาน สำหรับนักเรียนในเขตเทศบาลต่างๆ ในต่างจังหวัดเนื่องจากแต่ละเทศบาลมีอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุขแตกต่างกัน และจำนวนค่อนข้างจำกัด แต่มีกิจกรรมสาธารณสุขที่ต้องรับผิดชอบหลายด้าน การให้บริการอนามัยแก่นักเรียนจึงขึ้นอยู่กับความสนใจของเจ้าหน้าที่ฝ่ายสาธารณสุขของเทศบาลเหล่านั้นในเทศบาลบางแห่งได้ตั้งให้นายแพทย์อนามัยจังหวัด (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในปัจจุบัน) เป็นแพทย์เทศบาล นายแพทย์อนามัยจังหวัดดังกล่าวนี้ได้ให้ความร่วมมือจัดเจ้าหน้าที่ของตนร่วมกับเจ้าหน้าที่ของเทศบาลให้บริการแก่นักเรียนเป็นครั้งคราวเท่าที่สามารถจะทำได้กิจกรรมที่สำคัญในการให้บริการ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุศึกษาเมื่อเวลามีโรคระบาด การตรวจสุขภาพ และการรักษาพยาบาล

ปัจจุบันสุขภาพกับการศึกษาเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการประสานควบคู่กันไปให้เอื้ออำนวยประโยชน์และเกื้อกูลซึ่งกันและกันในทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อเด็กนักเรียน ดังนั้น นับตั้งแต่ปี 2540 เป็นต้นมา แนวทางการพัฒนาเด็กวัยเรียนและเยาวชนมีความชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น ทั้งงานเชิงยุทธศาสตร์และเชิงเป้าหมายโดยเฉพาะจาก 2 มิติสำคัญของนโยบายชาติ ดังนี้ ประการแรก คือ มิติแห่ง “การปฏิรูปการศึกษา” กล่าวถึง (การประกันคุณภาพการศึกษา” ในด้านกระบวนการเรียนการสอนโดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญบนพื้นฐานกระบวนการจัดการศึกษาในปรัชญาหลัก 3 ประการ คือ การศึกษาเพื่อปวงชน การศึกษาตลอดชีวิต และการศึกษาเพื่อการแก้ไข ปัญหาทั้งหมด **ประการที่สอง** คือมิติแห่ง “การปฏิรูประบบสุขภาพ” กล่าวถึง “การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ซึ่งเป็นการให้สิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนว่าบุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน โดยกระบวนการจัดการด้านสุขภาพในปรัชญาหลัก 3 ประการเช่นเดียวกันคือ สุขภาพเพื่อปวงชน สุขภาพเพื่อชีวิต และสุขภาพจิตเพื่อแก้ไข ปัญหาทั้งหมด

การพัฒนาเด็กและเยาวชนจึงอยู่ที่กระบวนการจัดการศึกษาและการสร้างสุขภาพจุดเริ่มต้น จึงจำเป็นต้องมุ่งไปที่การเพิ่มประสิทธิภาพของสถาบันการศึกษาให้เป็นแกนนำ หรือศูนย์กลางการสร้างสุขภาพพร้อมๆ กับการพัฒนา ด้านการศึกษาภายใต้ความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง นับตั้งแต่ครอบครัวของเด็ก โรงเรียน ชุมชนและองค์กรใน

ท้องถิ่น ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นสถาบันพื้นฐานทางสังคมที่มีความสำคัญยิ่ง ของการพัฒนาการประสานประโยชน์ที่เอื้อต่อการพัฒนาเด็กเพื่อนำไปสู่การพัฒนาโรงเรียนให้เป็น “โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ” ของชุมชน

3. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

การดูแลส่งเสริมสุขภาพนักเรียนในช่วงเวลาที่ผ่านมา เป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างโรงเรียนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ หากโรงเรียนนำกลยุทธ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพไปปรับใช้ในการพัฒนาสุขภาพนักเรียน และผู้เกี่ยวข้องจะทำให้ทุกคนในโรงเรียนรวมทั้งสมาชิกในชุมชนได้รับความรู้ ปลูกฝังทัศนคติ และสร้างเสริมทักษะที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และยั่งยืน เพราะการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเกี่ยวกับสุขภาพ สำหรับนักเรียน ผู้ปกครอง ครู บุคลากรในโรงเรียน องค์กรท้องถิ่น และชุมชนอย่างแท้จริง องค์กรอนามัยโลกให้จำกัดความของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพว่าหมายถึงโรงเรียนที่มีขีดความสามารถแข็งแกร่งมั่นคงที่จะเป็นสถานที่ที่มีสุขภาพอนามัยที่ดีเพื่อการอาศัยศึกษา และทำงาน

3.1 แนวคิด

แนวคิดของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นแนวคิดที่กว้างขวางและครอบคลุมด้านสุขภาพอนามัยในทุกแง่มุมของชีวิตทั้งในโรงเรียนและชุมชน นั่นคือ ความร่วมมือกันผลักดันให้โรงเรียนให้ศักยภาพทั้งหมดนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน

- ดูแลเอาใจใส่สุขภาพของตนเอง และผู้อื่น
- ตัดสินใจและควบคุมสภาวะการณ์ และสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

จะเห็นได้ว่า แนวคิดดังกล่าวก่อให้เกิดโอกาสในการพัฒนานโยบาย ระเบียบ และโครงสร้างการส่งเสริมสุขภาพทุกเรื่องที่โรงเรียน และชุมชนสามารถดำเนินการร่วมกัน การทำงานเป็นทีม โดยมีผู้นำที่เข้มแข็ง ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และตกลงกันในเป้าหมายต่างๆ ภายใต้การผสมผสานแนวคิดของการพัฒนาด้านการศึกษา และด้านสุขภาพ

3.2 ประโยชน์

โรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จะได้รับประโยชน์หลายประการ ดังนี้
โรงเรียนได้รับรู้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ พร้อมคู่มือการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ เกณฑ์มาตรฐานการประเมินและเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง

นักเรียนได้เรียนรู้วิถีชีวิตในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งจะปลูกฝังให้เกิดการปฏิบัติตนที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพดีตั้งแต่เด็กควบคู่ไปกับการศึกษา เพื่อให้เด็ก เก่ง ดี มีสุข

ครู ผู้ปกครอง และสมาชิกของชุมชนจะได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยเพื่อนำไปปฏิบัติให้เกิดทักษะการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

ตัวชี้วัดของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีความสอดคล้องกับตัวชี้วัดการประเมินคุณภาพการศึกษา ทั้งด้านผลผลิต และด้านกระบวนการ ก่อให้เกิดผลดีต่อโรงเรียนในการรับการประเมินจากภายนอก

โรงเรียนมีโอกาสได้รับความร่วมมือช่วยเหลือจากชุมชน และองค์กรต่างๆเพิ่มขึ้น ประโยชน์ดังกล่าวข้างต้นเป็นความท้าทายภายใต้เงื่อนไขที่จำกัดของ ทรัพยากร คน เวลา และงบประมาณ ของฝ่ายการศึกษาสาธารณสุขและท้องถิ่น ทางเลือกที่เหมาะสม คือ “การบูรณาการความร่วมมือในเรื่องการศึกษาควบคู่ไปกับการมีสุขภาพดีโดยมีเป้าหมายสูงสุด คือ ภาพลักษณ์ของเด็กวัยเรียน และเยาวชนไทย ที่ดี เก่ง และมีความสุข อันเป็นความสำเร็จของการปฏิรูปการศึกษา และการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การบรรลุถึงปรัชญาการพัฒนา “คน” อย่างแท้จริง ประกอบกับในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 - 2554) ก็ได้มีการกำหนดยุทธศาสตร์หลัก สู่ระบบสุขภาพพอเพียง ซึ่งในยุทธศาสตร์ที่ 2 : การสร้างวัฒนธรรมสุขภาพ และวิถีชีวิตที่มีความสุขในสังคมแห่งสุขภาพจะได้มีการเร่งรัดงานสุขภาพเชิงรุก เพื่อสร้างหลักประกันความปลอดภัยอย่างพอเพียงในชีวิตประจำวัน ทั้งด้านอาหารโภชนาการ ยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งส่งเสริมบทบาท ของครอบครัว ชุมชน และภาคประชาสังคม ในการสร้างนวัตกรรมการดูแลสุขภาพสุขภาพที่ดี และสร้างสรรค์สังคมที่มีความสุขในทุกระดับ โดยหนึ่งในเป้าหมาย คือ มีกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพครอบคลุมอย่างรอบด้าน ทั้งการสร้างนโยบายสาธารณะที่ดี การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพการเสริมสร้างกิจกรรมสุขภาพ ในสถานศึกษา สถานประกอบการ ชุมชน และครอบครัว การพัฒนาความรู้ และทักษะสุขภาพ การปรับระบบบริการสุขภาพให้รองรับการสร้างเสริมสุขภาพ

3.3 ความเชื่อมโยงระหว่างโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับมาตรฐานการศึกษา และหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน

พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติพ.ศ. 2542 มุ่งเน้นให้สถานศึกษาทุกแห่ง มีระบบการประกันคุณภาพภายใน และให้ถือว่าการประกันคุณภาพภายใน เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารการศึกษา ที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณภาพ ดังนั้นสถานศึกษาจึงต้องจัดทำมาตรฐานการศึกษา ให้สอดคล้องกับมาตรฐานของหน่วยงานต้นสังกัด เพื่อรองรับการประเมินคุณภาพทั้งจากหน่วยงานต้นสังกัด และองค์กรภายนอก

เมื่อวิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ กับมาตรฐานการศึกษาและหลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐานพ.ศ. 2544 พบว่าการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีส่วนทำให้สถานศึกษาสามารถก้าวเข้าสู่ระดับคุณภาพในหลายมาตรฐาน ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มาตรฐานศึกษาและกลุ่มสาระการเรียนรู้

องค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	มาตรฐานการศึกษา	กลุ่มสาระการเรียนรู้
1.นโยบายของโรงเรียน	มาตรการที่ 13	

<p>2.การบริหารจัดการในโรงเรียน</p> <p>3.โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนกับชุมชน</p>	<p>สถานศึกษามีการจัดองค์กร โครงสร้างและการบริหารงานอย่างเป็นระบบครบวงจรให้บรรลุเป้าหมายการศึกษา</p> <p>มาตรฐานที่ 14</p> <p>สถานศึกษาส่งเสริมความสัมพันธ์และความร่วมมือกับชุมชนในการพัฒนาการศึกษา</p> <p>มาตรฐานที่ 27</p> <p>ชุมชน/ผู้ปกครองมีศักยภาพในการสนับสนุนการจัดและพัฒนาการศึกษา</p>	<p>การงานอาชีพและเทคโนโลยี สาระที่ 1 การดำรงชีวิตและครอบครัว</p>
<p>4.การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ</p>	<p>มาตรการที่ 3</p> <p>ผู้เรียนมีจิตสำนึกที่เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวมอนุรักษ์และพัฒนาสิ่งแวดล้อม</p> <p>มาตรฐานที่ 15</p> <p>สถานศึกษามีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ส่งเสริมสุขภาพอนามัยและความปลอดภัยของผู้เรียน</p> <p>มาตรฐานที่ 26</p> <p>สถานศึกษามีอาคารสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกตามเกณฑ์</p>	<p>วิทยาศาสตร์</p> <p>สาระที่ 2 ชีวิตกับสิ่งแวดล้อม</p> <p>สุขศึกษาและพลศึกษา</p> <p>สาระที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ สมรรถภาพและการป้องกันโรค</p> <p>สาระที่ 5 ความปลอดภัยในชีวิต</p>
<p>5.บริการอนามัยโรงเรียน</p>	<p>มาตรฐานที่ 10</p> <p>ผู้เรียนมีสุขนิสัย สุขภาพและสุขภาพจิตที่ดี</p> <p>มาตรฐานที่ 18</p> <p>สถานศึกษาจัดกิจกรรมและการเรียนการสอน โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ</p>	<p>วิทยาศาสตร์</p> <p>สาระที่ 1 สิ่งมีชีวิตกับกระบวนการดำรงชีวิต</p> <p>สุขศึกษาและพลศึกษา</p> <p>สาระที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ สมรรถภาพและการป้องกันโรค</p>
<p>6.สุขศึกษาในโรงเรียน</p>	<p>มาตรฐานที่ 10</p> <p>ผู้เรียนมีสุขนิสัย สุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี</p>	<p>สุขศึกษาและพลศึกษา</p> <p>สาระที่ 2 ชีวิตและครอบครัว</p> <p>สาระที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพ</p>

	มาตรฐานที่ 11 ผู้เรียนปลอดภัยจากสิ่งเสพติดให้โทษและสิ่งมอมเมา	สมรรถภาพและการป้องกันโรค สาระที่ 5 ความปลอดภัยในชีวิต
7.โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย 8.การออกกำลังกายกีฬาและนันทนาการ 9.การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม 10.การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน	มาตรฐานที่ 10 ผู้เรียนมีสุขนิสัย สุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี	สาระที่ 1 สิ่งมีชีวิตกับวิทยาศาสตร์กระบวนการดำรงชีวิต สุขศึกษาและพลศึกษา สาระที่ 2 ชีวิตและครอบครัว สาระที่ 3 การเคลื่อนไหวการออกกำลังกาย การเล่นเกม กีฬาไทย กีฬาสากล สมรรถภาพและการป้องกันโรค สาระที่ 4 การสร้างเสริมสุขภาพสมรรถภาพ และการป้องกันโรค สาระที่ 5 ความปลอดภัยในชีวิต

3.4 กระบวนการในการเข้าสู่การรับรองเมื่อเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มีดังนี้

1) การเข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

1.1 โรงเรียนที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ คือ โรงเรียนระดับประถมศึกษา และระดับมัธยมศึกษาในทุกสังกัดทั้งภาครัฐ และเอกชน

1.2 การเข้าร่วมโครงการของโรงเรียน ผู้บริหารโรงเรียน แสดงเจตจำนงเพื่อเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ โดยแจ้งไปยังต้นสังกัดในระดับต้น เช่น สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สำนักงานเทศบาล กองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดน อื่นๆ

2) การพัฒนาเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

2.1 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานกับหน่วยงานที่รับผิดชอบโรงเรียน ที่แสดงเจตจำนงเพื่อเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งประชุมชี้แจงผู้เกี่ยวข้อง

2.2 โรงเรียนประเมินตนเองเพื่อค้นหาสิ่งที่ยังไม่ได้ดำเนินการ หรือดำเนินการไม่ครบถ้วน

2.3 โรงเรียนพัฒนาให้เข้าสู่เกณฑ์มาตรฐาน ทั้งในส่วนที่สามารถดำเนินการได้เอง และส่วนที่จำเป็นต้องขอรับการสนับสนุนจากบุคคล/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่ ซึ่งสามารถขอรับคำแนะนำได้ จากทีมประเมินระดับอำเภอ

2.4 เมื่อโรงเรียนดำเนินการได้ครอบคลุมทุกองค์ประกอบ และเห็นว่าผ่านเกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียน ส่งเสริมคุณภาพแล้ว สามารถแจ้งความประสงค์ขอรับการประเมินได้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ดูแลโรงเรียน

3) การประกาศรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมคุณภาพ

เมื่อโรงเรียนได้ผ่านการประเมินเพื่อการรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจากทีมประเมินแล้ว โรงเรียนจะได้รับใบประกาศเกียรติคุณจากกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

ระดับทองแดง : ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นต่ำมาก ไม่น้อยกว่า 4 องค์ประกอบ

ไม่มีผลการประเมินต่ำกว่าขั้นพื้นฐานใน 6 องค์ประกอบที่เหลือ

ระดับเงิน: ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นต่ำมาก ไม่น้อยกว่า 6 องค์ประกอบ

ไม่มีผลการประเมินต่ำกว่าขั้นพื้นฐานใน 4 องค์ประกอบที่เหลือ

ระดับทอง: ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นต่ำมาก ไม่น้อยกว่า 8 องค์ประกอบ ไม่มีผลการประเมินต่ำกว่าขั้นพื้นฐานใน 2 องค์ประกอบที่เหลือ

การรับรองมีอายุ 2 ปีนับจากวันที่ระบุไว้ในเกียรติบัตร และการเลื่อนระดับของการประเมินสามารถทำได้ ตามความพร้อมของโรงเรียน

4. การจัดและดำเนินงานโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน

โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน คือ กิจกรรมนานาประการในโรงเรียน ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย ส่งเสริม และรักษาสุขภาพของ นักเรียน เจ้าหน้าที่ คณาจารย์ ภารโรง และบุคลากรอื่น ที่เกี่ยวข้อง โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนจึงจัดว่าเป็นโปรแกรมที่สำคัญโปรแกรมในบรรดาโปรแกรมทั้งหมดที่จัดขึ้นในโรงเรียนทุกระดับ ตั้งแต่ระดับอนุบาล ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และแม้กระทั่งระดับอุดมศึกษา(สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์, 2544)

การจัด และดำเนินงานโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน จะบรรลุจุดเป้าหมายสูงสุด คือ การมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ของบุคลากรทุกคนในโรงเรียนได้นั้น จำเป็นต้องกำหนดคนโยบาย หรือแผนงานเกี่ยวกับกิจกรรมทางด้านสุขภาพในโรงเรียน อย่างมีระบบ และมีระเบียบแบบแผน จึงจะได้ผลดีสมตามความมุ่งหมายอย่างแท้จริง

4.1 แนวทางดำเนินงานโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน

เพื่อเป็นการเอื้ออำนวย และสนับสนุนการดำเนินงานโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน ให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมาย และมีประสิทธิภาพโรงเรียน ควรจัดดำเนินการในด้านต่างๆ ดังนี้

4.1.1 ด้านการวางแผน และการประสานงาน

1) มีการกำหนดโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนไว้อย่างชัดเจน โดยระบุวัตถุประสงค์ เป้าหมาย วิธีดำเนินงาน กิจกรรม ปฏิทินปฏิบัติงาน และผู้รับผิดชอบโครงการต่างๆให้ชัดเจน

2) จัดให้มีการวางแผน และประสานงานร่วมกัน ระหว่างครูในโรงเรียน ระหว่างโรงเรียนกับผู้ปกครอง และระหว่างโรงเรียน กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

3) มีการมอบหมายหน้าที่ในการปฏิบัติงานด้านสุขภาพในโรงเรียนให้แก่ ผู้ที่รับผิดชอบไว้อย่างชัดเจน และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อดำเนินการด้านนี้โดยเฉพาะ ซึ่งประกอบด้วย บุคคลจากหลายฝ่ายได้แก่ ครูใหญ่/อาจารย์ใหญ่ ผู้ช่วยอาจารย์ใหญ่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอนามัยสาขาต่างๆ ครูในโรงเรียน ผู้ปกครองที่สนใจ และผู้แทน หรือ หัวหน้านักเรียน เป็นต้น

4) มีการพัฒนาบุคลากรผู้พัฒนางานด้านสุขภาพในโรงเรียน เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถปฏิบัติงานด้านนี้ โดยเฉพาะในรูปแบบต่างๆ เช่น การส่งเสริมให้มีความรู้และคุณภาพสูงขึ้น การอบรมสัมมนา และการเพิ่มพูนประสบการณ์ โดยวิธีการต่างๆ ตามความเหมาะสม

5) สนับสนุนให้ ครู อาจารย์ นักเรียน ได้เข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพ ที่จัดขึ้นในโรงเรียน และชุมชน

6) เปิดโอกาสให้ ผู้ปกครองนักเรียนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เกี่ยวกับสุขภาพในโรงเรียน

7) มีการวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพในโรงเรียน ร่วมกันระหว่างคณะครูในโรงเรียน

8) มีการประเมินผลโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

4.1.2 ด้านการจัดบุคลากรและการเรียนการสอน

1) จัดให้มีการสอนวิชาสุขศึกษาให้ตรงตามความมุ่งหมายของหลักสูตร

2) จัดกิจกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริม ความรู้ เจตคติ และสุขปฏิบัติ ที่เหมาะสมแก่นักเรียน

3) จัดให้มีการนิเทศ และติดตามผลการเรียนการสอน วิชาสุขศึกษาในโรงเรียนอย่างใกล้ชิด

4) ติดต่อให้ศึกษานิเทศก์ มาช่วยแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินงาน โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน

5) มอบหมายงานด้านการสอนวิชาสุขศึกษา งานด้านบริการสุขภาพในโรงเรียน และงานด้านการจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน ให้แก่บุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถในด้านนั้นๆ โดยเฉพาะการดำเนินงาน โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนให้ได้ผล และสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของนักเรียน ให้เป็นไปอย่างเหมาะสมนั้นผู้บริหารโรงเรียนเป็นบุคคลที่มีความสำคัญมากที่สุด หากผู้บริหารตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องสุขภาพและความจำเป็นของโปรแกรมนี้อย่างแท้จริงแล้ว โปรแกรมดังกล่าวย่อมจะประสบความสำเร็จดังจุดมุ่งหมายที่ได้กำหนดไว้อย่างแน่นอน

4.2 หน้าที่และความรับผิดชอบของบุคลากรในโรงเรียน

ในการจัดและดำเนินโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากบุคคลหลายฝ่ายด้วยกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้บริหาร ครูประจำชั้น หรือครูอื่นๆในโรงเรียน ซึ่งแต่ละคนย่อมจะต้องมีหน้าที่ และความรับผิดชอบ ในการดำเนินงานแตกต่างกันไป ตามความรู้ความสามารถที่ได้รับมอบหมาย

ผู้บริหาร โรงเรียน

1. กำหนดนโยบาย และมีการวางแผนโปรแกรมสุขภาพขึ้นในโรงเรียน
2. ปรับปรุง และส่งเสริมสภาพแวดล้อมของโรงเรียน ให้ถูกสุขลักษณะ และปลอดภัย
3. จัดให้มีบริการสุขภาพแก่นักเรียน และบุคลากรในโรงเรียน
4. จัดให้มีการสอนวิชาสุขศึกษา ให้ตรงตามความมุ่งหมายของหลักสูตร
5. เป็นผู้พิจารณาในการสั่งอนุญาต ให้นักเรียนหยุดพักเรียน เมื่อเกิดเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้น
6. เป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการแจ้งความ ถ้ามีโรคติดต่ออันตรายเกิดขึ้น ในโรงเรียน

ครูประจำชั้น

ครูประจำชั้นนับว่าเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับนักเรียนมากที่สุด มีโอกาสที่จะให้ความช่วยเหลือ แก่นักเรียนได้ทันที และถูกหลักอนามัย โดยปกติแล้วหน้าที่ และความรับผิดชอบของครูประจำชั้น ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของนักเรียนมี ดังนี้

1. ตรวจร่างกายในตอนเช้าเป็นประจำ
 2. สังเกต และเอาใจใส่สุขภาพนักเรียนอย่างสม่ำเสมอ
 3. สอนเนื้อหาวิชาสุขศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา
 4. ตรวจสอบสุขภาพของนักเรียน
 5. ให้ความระมัดระวังในเรื่องความปลอดภัย แก่นักเรียน
 6. ให้การปฐมพยาบาล แก่นักเรียนอย่างถูกต้อง
 7. ให้คำแนะนำหรือแนะแนวสุขภาพ และบันทึกพฤติกรรมทางด้านสุขภาพนักเรียนไว้
 8. ติดต่อกับผู้ปกครอง เช่น แจ้งให้ผู้ปกครองทราบทันทีที่พบว่านักเรียนได้รับอุบัติเหตุ หรือเจ็บไข้ได้ป่วยขึ้น
- แจ้งผลการตรวจให้ผู้ปกครองทราบ ให้คำแนะนำในการรักษาพยาบาล แก่ผู้ปกครอง รวมทั้งการแก้ไขปัญหาสุขภาพของนักเรียน และติดตามผลการรักษาพยาบาลนักเรียนที่ป่วย
9. แยกนักเรียนที่มีอาการสงสัยว่าเป็นโรคติดต่อ แล้วแจ้งให้ครูใหญ่ และผู้ปกครอง ทราบทันที
 10. มีส่วนร่วมในการจัด และดำเนิน โครงการสุขภาพในโรงเรียน

ครูในโรงเรียน

ครูในโรงเรียนทุกคนมีหน้าที่ให้การสนับสนุน และช่วยกันดำเนินงาน โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน ให้สำเร็จตามนโยบาย และความมุ่งหมายที่โรงเรียนกำหนดไว้

นักเรียน

การดำเนินงาน โปรแกรมสุขภาพในโรงเรียนสามารถให้นักเรียนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบได้ตามโครงการของกระทรวงสาธารณสุข ที่จัดให้มี ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยในโรงเรียนประถมศึกษา (อสร.) และผู้นำเยาวชนสาธารณสุขในโรงเรียนมัธยมศึกษา (ยสร.) ซึ่งมีบทบาท ดังนี้

บทบาทของผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย

1. ปฏิบัติตนให้เกิดสุขนิสัยเป็นตัวอย่างแก่เพื่อนนักเรียน และบุคคลอื่นในชุมชน ในเรื่อง การอาบน้ำ การรักษาความสะอาดของเสื้อผ้า และร่างกาย การแปรงฟัน การพักผ่อน การล้างมือ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร

2. ตรวจสอบสุขภาพนักเรียน และสังเกตความผิดปกติของร่างกาย ที่เกิดจากโรคที่พบบ่อยในเด็กนักเรียน โดยตรวจสอบสุขภาพด้วยท่า 10 ท่า ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และเปรียบเทียบกับมาตรฐาน วัดสายตา สังเกตความผิดปกติจากโรคผิวหนัง ตาแดง ตาอักเสบ หวัด หนองใน หูด ฟันผุ เหงือกอักเสบ

3. ช่วยเหลือครอบครัวให้มีบริการแก่เพื่อนนักเรียนในด้าน การจัดตู้ยา การเตรียมเครื่องใช้ในการปฐมพยาบาล ช่วยปฐมพยาบาล ช่วยจ่ายยา ดูแลห้องพยาบาล ดูแลอุปกรณ์การแปรงฟัน ให้อยู่ในสภาพใช้งานได้

4. ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขณะมาให้บริการแก่นักเรียนในโรงเรียน ในด้าน จัดเตรียมสถานที่ให้บริการควบคุมนักเรียนให้เข้ารับบริการอย่างมีระเบียบ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดสายตา และลงบันทึกบันทึกสุขภาพ ช่วยปฐมพยาบาล ช่วยจ่ายยา และจ่ายเอกสารสุขภาพ ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้ด้านอนามัย แก่เพื่อนนักเรียน

5. ให้ความรู้ด้านอนามัย แก่เพื่อนนักเรียนในโรงเรียนที่เหมาะสมกับปัญหาที่เกิดขึ้นในโรงเรียน เช่น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค หลักการใช้ยาและการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บเบื้องต้น การเลือกรับประทานอาหารที่สะอาด และมีคุณค่าการแปรงฟันที่ถูกวิธี การรักษาความสะอาดสิ่งแวดล้อมบริเวณโรงเรียน แหล่งบริการสาธารณสุข

6. ช่วยเหลือพ่อแม่ที่บ้านในด้านการรักษาความสะอาดบริเวณบ้าน ช่วยดูแลน้องในเรื่องอาหาร การให้ภูมิคุ้มกันโรคช่วยเหลือเมื่อเจ็บป่วย การทำความสะอาดร่างกาย การสังเกตความเจริญเติบโต

7. ช่วยเหลือกิจกรรมสาธารณสุขในชุมชนตามโอกาส เช่น ช่วยอสม. แจ้งข่าวการเกิดการเจ็บป่วย การตาย การเกิดโรคระบาดของคนในหมู่บ้าน แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นัดหมายคนในหมู่บ้านให้ไปรับบริการกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

อาจสรุปกิจกรรมและระยะเวลาที่ผู้นำนักเรียนควรปฏิบัติได้ดังนี้

1. สอนเพื่อนชั้นเดียวกันให้สามารถ

- ตรวจสอบสุขภาพโดยใช้ท่า 10 ท่าและสังเกตอาการผิดปกติ และรายงาน
- ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และ ตรวจสอบการเจริญเติบโต
- วัดสายตาโดยวิธีง่ายๆ เพื่อค้นหาความผิดปกติขั้นต้น

2. ร่วมกับกลุ่มเพื่อนชั้นเดียวกันจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ แก่เพื่อนชั้นอื่นๆและนักเรียนรุ่นน้องดังต่อไปนี้

- ตรวจสอบสุขภาพสัปดาห์ละครั้ง
- ดูแล และช่วยเหลือให้นักเรียนได้ แปรงฟันถูกวิธีที่โรงเรียนทุกวัน
- ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และตรวจสอบการเจริญเติบโต เทอมละครั้ง

- วัตถุประสงค์ปีละครั้ง

3. ให้ความรู้ด้านอนามัยแก่เพื่อนทั้งโรงเรียน โดยเสียงตามสาย หรือสอนเป็นกลุ่ม เดือนละครั้ง
4. จัดกิจกรรมรณรงค์รักษาสีสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนเดือนละครั้ง
5. จัดเวรสับเปลี่ยนกันช่วยเหลือครูในห้องพยาบาลตอนช่วงเวลาพัก
6. ทำรายงานเสนอครู ตามตัวอย่างแบบบันทึก

สำหรับบทบาทอื่นๆ ให้ผู้นำนักเรียนปฏิบัติได้ตามโอกาสที่เหมาะสมโดยให้ครูที่รักษาเป็นผู้ให้การสนับสนุนแต่ละกิจกรรม

บทบาทผู้นำเยาวชนสาธารณสุขในโรงเรียน (ยสร.)

ผู้นำยสร. คือกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ซึ่งเป็นผู้รู้จักงานสาธารณสุข ชอบช่วยเหลือเพื่อนฝูง และผู้อยู่ใกล้ชิด และเป็นผู้ซึ่งได้รับคัดเลือกเข้ารับการฝึกอบรมตามหลักสูตรด้านสุขภาพ ให้มีความรู้ ความสามารถ มีบทบาทเป็นผู้นำสาธารณสุขในโรงเรียน ช่วยเหลือดูแลกลุ่มเพื่อนรุ่นน้องไปโรงเรียน ตลอดจนแนะนำช่วยเหลือ พ่อแม่ น้องเพื่อนบ้าน ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพ

กิจกรรมในโรงเรียน: ประชุมกลุ่มวางแผนเพื่อจัดกิจกรรมต่างๆดังนี้

1. จัดกิจกรรมค้นหานักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพโดย ตรวจสอบสุขภาพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินผลการเจริญเติบโตอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (ต้นปีการศึกษาและปลายปีการศึกษา) วัดสายตาปีละครั้ง (ภายในเทอมแรกของปีการศึกษา) ตรวจสอบการได้ยินด้วยวิธีง่ายๆ
2. จัดกิจกรรมส่งเสริมสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนได้แก่ เรื่องการสำรวจสุขภาพนิเวศสิ่งแวดล้อม สุขภาพโภชนาการ การ-รณรงค์การทิ้งขยะ ช่วยจัดหาดูแลเรื่อง น้ำดื่ม- น้ำใช้ ความสะอาดของส้วม ร้านค้าอาหารในโรงเรียน การจัดนิทรรศการด้านการส่งเสริมความสะอาดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน (โดยร่วมกันสำรวจปัญหาและวางแผนปฏิบัติกิจกรรมตามความเหมาะสม)
3. การจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต (กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์) เช่น การเล่นเกมดนตรี การฟังเทศน์
4. เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่เป็นความรู้พิเศษ แก่กลุ่มวัยเรียน ได้แก่ เรื่องสุขภาพจิตเพศศึกษา และการวางแผนครอบครัว (ชีวิตครอบครัวศึกษา) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เยาวชนกับการป้องกันการไ้ยาในทางที่ผิด โดยใช้วิธีการอภิปราย จัดนิทรรศการ โต้เวที บรรยายพิเศษ เสียงตามสาย และการจัดกิจกรรมรณรงค์
5. จัดกิจกรรมด้านการช่วยเหลือครูอนามัยให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการปฐมพยาบาล โดยปฏิบัติงานในห้องพยาบาล
6. ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ขณะมาให้บริการที่โรงเรียน

7. เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพกาย และจิตที่เกี่ยวข้องกับชีวิตครอบครัวศึกษา เพศศึกษา และการวางแผนครอบครัว โรคติดต่อทางเพศ การป้องกันการใช้ยาในทางที่ผิด ซึ่งผู้นายสร. จะเป็นแกนกลางระหว่างครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับนักเรียนที่มีปัญหา

กิจกรรมนอกโรงเรียน ที่ผู้นำเยาวชนต้องปฏิบัติ คือ

1. ให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับ

1.1 การปรับปรุงอนามัยสิ่งแวดล้อมในบ้าน ได้แก่ การจัดหา น้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด การจัดบ้านเรือนให้ถูกหลักอนามัย การกำจัดขยะมูลฝอย การจัดหา และการใช้ส้วม

1.2 การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ได้แก่ การดูแลสุขภาพของตนเอง แนะนำแม่ให้พาน้องไปรับภูมิคุ้มกันโรค แนะนำแม่และช่วยจัดหาอาหารที่มีคุณค่ามารับประทาน สังเกตความผิดปกติทางร่างกายของสมาชิกในครอบครัว ช่วยดูแลปฐมพยาบาลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วย แนะนำสมาชิกครอบครัวเรื่องการใช้บริการสาธารณสุขในชุมชน

2. ช่วยเหลือชุมชนโดยทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในด้านต่อไปนี้

2.1 บอกข่าว การเจ็บป่วย การคลอด การตายของสมาชิกในครอบครัว หรือของเพื่อนบ้าน

2.2 แจ้งข่าว การมาให้บริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่ แก่สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน เช่น วัน เวลาใดเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมาฉีดวัคซีนในสถานที่ใด วันไหนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมาฉายหนังให้ดู เป็นต้น จะเห็นว่าบทบาทของยสร. ในการเผยแพร่ความรู้และการให้คำปรึกษามีความสำเร็จซึ่งควรจัดกิจกรรม ดังนี้

1. การเผยแพร่ความรู้

1.1 ให้ความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยเพื่อนักเรียนทั้ง โรงเรียน โดย ออกเสียงตามสาย หรือให้ความรู้หน้าเสาธง ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่น และปัญหาของโรคประจำท้องถิ่น

1.2 จัดนิทรรศการทางด้านสุขภาพอนามัย เช่น เรื่องเพศศึกษาและการวางแผนครอบครัว โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันการใช้ยาในทางที่ผิด การส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นต้น เพื่อให้ให้นักเรียนทั้งโรงเรียนได้ศึกษาหาความรู้

1.3 สาธิตกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยสอน วิชิชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดสายตา และทดสอบการได้ยินให้แก่เพื่อนๆและน้องๆทั้งเป็นกลุ่ม และรายบุคคล เพื่อเป็นประโยชน์ใช้ในการดูแลตนเอง และบุคคลอื่น

1.4 ให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่บุคคลในครอบครัวและชุมชน

2. ให้คำปรึกษา

2.1 เป็นที่ปรึกษาให้กับเพื่อนและน้องๆที่มีปัญหาโดยเฉพาะในเรื่อง เพศศึกษาและการวางแผนครอบครัว โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันการใช้ยาในทางที่ผิด และการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้นำ ยสร. ควรสร้างความไว้วางใจ ไม่เปิดเผยความลับของเพื่อน และให้คำปรึกษาในขอบเขตที่ตนสามารถช่วยได้ โดยเป็นแกนกลางระหว่าง

ครูแนะแนว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับนักเรียนที่มีปัญหา ถ้าไม่สามารถช่วยเหลือได้ ให้แนะนำแหล่งที่จะไปขอความช่วยเหลือต่อไป

2.2 ให้คำปรึกษาแก่เพื่อนๆ และน้อง ในเรื่องแหล่งบริการทางด้านสาธารณสุขต่างๆ ที่นักเรียนสามารถไปขอใช้บริการได้

2.3 ให้คำปรึกษาแก่ สมาชิกในครอบครัว และชุมชน ในเรื่องสุขภาพอนามัย และแหล่งบริการทางด้านสาธารณสุขในชุมชน

5. องค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน

การดำเนินงานอนามัยโรงเรียน ประกอบด้วยงานสำคัญๆ 4 ประการที่ต้องดำเนินพร้อมๆกัน โดยประสานกับฝ่ายการศึกษา คือ

1. การจัดบริการสุขภาพ
2. การจัดสุขภาพศึกษาในโรงเรียน
3. การสุขภาพิบาล และอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน
4. การสร้างความสัมพันธ์ และการประสานงานระหว่าง บ้าน โรงเรียน และชุมชน

งานอนามัยโรงเรียน ไม่ได้หมายถึง งานประการใดประการหนึ่งโดยเฉพาะ แต่จะต้องดำเนินงานทั้ง 4 ประการไปพร้อมๆกันทั้งนี้เพื่องานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และแก้ไขสุขภาพของเด็กวัยเรียน ดำเนินไปแบบประสานสัมพันธ์ ก่อนที่พยาบาลอนามัยโรงเรียนจะไปให้บริการอนามัยโรงเรียน แก่โรงเรียนใดในเขตรับผิดชอบควรจะไปติดต่อที่โรงเรียนทำความคุ้นเคย กับครูในโรงเรียนนั้น เพื่อสร้างมนุษยสัมพันธ์ และเก็บข้อมูลบางอย่าง มาประกอบการพิจารณาในการดำเนินงาน (สายใจ โกศลสิทธิ์, 2540)

5.1 การจัดบริการสุขภาพ

การจัดบริการสุขภาพในโรงเรียน มีความมุ่งหมายเพื่อดำรงรักษาไว้ และปรับปรุงส่งเสริมสุขภาพ และสวัสดิภาพของนักเรียนให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอาศัยกิจกรรม ดังนี้

1. ตรวจค้นหาความบกพร่องทางด้านสุขภาพของนักเรียน เมื่อพบแล้วก็หาทางช่วยเหลือแก้ไข
2. ติดตามเด็กที่มีความบกพร่องทางด้านสุขภาพ ให้ได้รับความช่วยเหลือที่ถูกต้อง โดยการติดต่อกับ ตัวเด็กผู้ปกครอง และหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
3. จัดให้มีการป้องกันอุบัติเหตุ การปฐมพยาบาลนักเรียนที่ประสบอุบัติเหตุ หรือเจ็บไข้ได้ป่วยเล็กน้อยๆ ในโรงเรียน
4. การป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ
5. การแนะนำดักเตี้น หรือการแนะแนวสุขภาพ

ทั้งนี้โรงเรียนประถมศึกษาต้องครอบคลุมบริการอนามัยโรงเรียน 9 ประการคือ

1. นักเรียนทุกคนมีบัตรบันทึกสุขภาพประจำตัว
2. จัดโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ
3. นักเรียนได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
4. ส่งเสริมสุขศึกษา ทนตสุขศึกษาและนักเรียนฟลูออไรด์
5. นักเรียนได้รับการตรวจสอบสุขภาพรวมถึงการตรวจฟัน
6. นักเรียนที่เจ็บป่วยได้รับการรักษา
7. มีการติดตามผลการรักษา
8. มีการจัดหาน้ำดื่มมาใช้
9. โภชนาการในโรงเรียน และนักเรียนแปร่งฟันหลังรับประทานอาหารกลางวัน

สำหรับโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาครอบคลุมบริการอนามัยโรงเรียน 5 ประการ ได้แก่

1. นักเรียนได้รับการตรวจสอบสุขภาพ
2. นักเรียนที่เจ็บป่วยได้รับการรักษา
3. ส่งเสริมสุขศึกษา
4. จัดโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ
5. โภชนาการในโรงเรียน

5.2 การจัดสุขศึกษาในโรงเรียน

การจัดสุขศึกษาในโรงเรียนมีจุดมุ่งหมายเพื่อ แก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในโรงเรียน ทั้งนี้เพราะเชื่อว่า นักเรียนเป็นวัยที่เหมาะสมสำหรับการรับความรู้ใหม่ๆ และการเปลี่ยนแปลง เพื่อก่อให้เกิดเจตคติที่ดี และนำไปสู่การปฏิบัติ ที่ถูกต้อง เป็นการส่งเสริมสุขภาพแก่นักเรียน ซึ่งจะเป็นตัวอย่างแก่ชุมชน ต่อไป ประกอบด้วย

1. การสอนเป็นรายบุคคล คือ ขณะที่พยาบาลตรวจสอบสุขภาพให้กับนักเรียน เมื่อพบว่าคนใดมีภาวะสุขภาพบกพร่องหรือมีความผิดปกติ พยาบาลผู้ตรวจสามารถอธิบาย แนะนำวิธีการปฏิบัติได้ตรงกับปัญหาของนักเรียนทุกโอกาส
2. การสอนเป็นกลุ่ม พยาบาลควรจัดสอนสุขศึกษาเป็นกลุ่มในห้องเรียนโดยวางแผนร่วมกับครูเพื่อจัดชั่วโมงให้เป็น การบรรยายพิเศษ ซึ่งควรมีกิจกรรมน้อยอย่างน้อยปีละ 9 เรื่องต่อโรงเรียนต่อปีและสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น ปัญหาฟันผุ ควรสอนเรื่องการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี หรือเมื่อมีการระบาดของโรค ควรสอนเรื่องวิธีการป้องกันโรคนั้นๆ

3. การจัดนิทรรศการเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้กระตุ้นให้นักเรียนสนใจใคร่รู้ การจัดนิทรรศการสามารถกระทำได้เป็นครั้ง-คราว เพื่อจุดประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง โดยจัดร่วมกันระหว่างครูพยาบาล และนักเรียน ในการจัดนิทรรศการอาจมีการแจกเอกสารประกอบด้วย และควรจัดนิทรรศการอย่างน้อยปีละครั้ง

การสอนสุขศึกษาควรเน้นถึงแนวความคิดในการพัฒนาตัวบุคคล ให้มีความรับผิดชอบ ต่อตนเองและสังคม และควรจัดให้เหมาะสมกับสภาพความต้องการของนักเรียน และชุมชน ที่โรงเรียนนั้นตั้งอยู่

หลักการและวิธีการสอนสุขศึกษา

การสอนสุขศึกษาเพื่อให้นักเรียนได้รับประสบการณ์ที่เหมาะสม มีหลักการสอน 3 รูปแบบ คือ

1. การสอนโดยตรง เป็นการสอนตามหลักสูตร หรือประมวลการสอน หรือตามโครงการการสอนกำหนดเวลา หรือชั่วโมง ในตารางการสอนซึ่งเป็นการสอนรายวิชาโดยไม่ต้องเตรียมบทเรียนให้สัมพันธ์กับรายวิชาอื่นๆ
2. การสอนแบบสหสัมพันธ์ คือการสอน ที่มีการแทรกเนื้อหาวิชาสุขศึกษาในวิชาอื่นๆ
3. การสอนตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เป็นการสอนให้เหมาะสมกับสภาพเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ เช่น โรคระบาดในชุมชน โดยสอนการป้องกัน และปรับปรุงตนเองให้เข้ากับสถานการณ์

5.3 การอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน

มาตรการควบคุมโดยตรงในการป้องกันการแพร่กระจายโรคติดต่อ การส่งเสริมสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะและการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม จะมีผลต่อสุขภาพและลดความเสี่ยงของภาวะที่จะเกิดอุบัติเหตุของนักเรียนโดยการปรับปรุงภาวการณ์สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และให้ความรู้วิชาการสาธารณสุขมูลฐานแก่ เด็กนักเรียน เจ้าหน้าที่เป้าหมายของโรงเรียนที่ดี คือส่งเสริมสุขภาพจิตและอารมณ์ ในอันที่จะให้เด็กได้รับการศึกษาได้เต็มที่ และได้ผล รวมทั้งมีการปฏิบัติตัวด้านสุขลักษณะได้ถูกต้อง (Sanitary living) เป็นตัวที่ดีแก่ชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายให้แก่นักเรียน
2. ส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจและอารมณ์ให้แก่เรียน
3. ช่วยให้นักเรียนปลอดภัยจากโรคภัยไข้เจ็บและอุบัติเหตุต่างๆ
4. ให้นักเรียนมีการปฏิบัติด้านสุขลักษณะได้ถูกต้อง เป็นตัวอย่างที่ดีต่อครอบครัวและชุมชน

องค์ประกอบ

การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ เป็นกิจกรรมสำคัญอย่างหนึ่งที่ครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรร่วมกันดำเนินการเพื่อให้เด็กนักเรียนอยู่ในโรงเรียนอย่างปลอดภัยจากโรคและอุบัติเหตุ รวมทั้งเป็นการส่งเสริม

สุขภาพกายและจิต ตลอดจนเป็นตัวอย่งที่ดีแก่นักเรียนและชุมชน การดำเนินงานเพื่อจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

2.1 การจัดหาหรือจัดสร้าง เช่น การสร้างอาคารเรียนและสิ่งก่อสร้างอื่น ๆ การจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ในห้องเรียนให้ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล แข็งแรงมั่นคงและปลอดภัย

2.2 การควบคุม ดูแลและปรับปรุง เช่น การปรับปรุงบริเวณโรงเรียนให้สะอาด ปลอดภัยเป็นระเบียบ สวยงาม การรวบรวมและกำจัดขยะมูลฝอย การควบคุมดูแลการใช้ส้วมให้สะอาดและถูกต้องการดำเนินงานทั้งสองอย่างดังกล่าว เป็นบทบาทหน้าที่ของโรงเรียนโดยตรง เช่น การจัดหาจัดสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ของโรงเรียน หน่วยงานต้นสังกัดได้ให้การสนับสนุนอยู่แล้ว ส่วนการควบคุม ดูแล ปรับปรุงสภาพแวดล้อมในโรงเรียนซึ่งไม่ต้องใช้งบประมาณ ผู้บริหาร โรงเรียนและคณะครูเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กองสุขาภิบาล กรมอนามัยได้กำหนดให้แต่ละโรงเรียนมีการจัดการควบคุม ดูแล และปรับปรุงสภาวะแวดล้อมต่างๆ ของโรงเรียนให้ถูกต้องอยู่ในสภาพที่ถูกต้องสุขลักษณะในหัวข้อต่อไปนี้

1. น้ำดื่มน้ำใช้ในโรงเรียน (ดูรายละเอียดในหัวข้อกิจกรรมที่ 8)
2. ส้วม ที่ปัสสาวะ อ่างล้างมือ น้ำสำหรับดื่มในโรงเรียน
3. การกำจัดขยะมูลฝอย
4. การกำจัดน้ำเสีย
5. การป้องกันสัตว์และแมลงนำโรค
6. พื้นี่สร้างโรงเรียนหรือสถานที่ตั้ง
7. การระบายอากาศและแสงสว่าง
8. ตัวอาคาร
9. การจัดแบ่งห้องต่างๆ
10. การป้องกันอัคคีภัย

รายละเอียดของการจัดสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะในแต่ละองค์ประกอบ มีดังนี้

จำนวนส้วม ที่ปัสสาวะ อ่างล้างมือ อ่างน้ำพุสำหรับดื่มในโรงเรียน

ประเภทโรงเรียน	ส้วม	ที่ปัสสาวะ	อ่างล้างมือ	อ่างน้ำพุ
<u>ประถมศึกษา</u>				
หญิง	1 ที่ / 30 คน	1 ที่ / 30 คน	1 ที่ / 50 คน	1 ที่ / 75 คน
ชาย	1 ที่ / 60 คน			
<u>มัธยมศึกษา</u>				
หญิง	1 ที่ / 50 คน	1 ที่ / 30 คน	1 ที่ / 50 คน	1 ที่ / 75 คน
ชาย	1 ที่ / 90 คน			1 ที่ / 50 คน

หมายเหตุ ให้มีถึงระยะที่ถูกสุขลักษณะในห้องส้วมหญิง 1 ที่ / 1 ห้อง

ลักษณะส้วม ที่ปีศาจอะ อ่างล้างมือ อ่างน้ำพุสำหรับดื่มในโรงเรียน

ส้วม	ที่ปีศาจอะ	อ่างล้างมือ	อ่างน้ำพุสำหรับดื่ม
อยู่ห่างจากโรงครัว โรงอาหารไม่น้อยกว่า 30 เมตร	มีน้ำใช้ราดเพียงพอ	ทำด้วยวัสดุทำความ สะอาดได้ง่าย แข็งแรง ทนทาน ไม่ดูดซึมน้ำ	ทำด้วยวัสดุทำความ สะอาดได้ง่าย แข็งแรง ทนทาน ไม่ดูดซึมน้ำ
- พื้นทึ่อย่างน้อย 0.9 ตรม./1 ที่ - กว้างอย่างน้อย 0.9 ม./1 ที่ - หัวส้วมและพื้นทำ ด้วยวัสดุแข็งแรง ทนทาน ทำความ สะอาดง่าย - มีช่องระบายอากาศ อย่างน้อย 10% ของ	- มีผนังกันระหว่างช่อง และความกว้างแต่ละ ช่องอย่างน้อย 60 ซม. - ทำด้วยวัสดุทำความ สะอาดง่าย แข็งแรง ทนทานไม่ดูดซึมน้ำ	- มีสบู - ความสูง 50 ซม. สำหรับนักเรียนอนุบาล และประถมศึกษา ตอนต้น, 60 ซม. สำหรับประถมศึกษา ตอนปลาย, 75 ซม. สำหรับมัธยมศึกษา ตอนต้น และ 90 ซม. สำหรับมัธยมศึกษา ตอนปลาย	- ความสูง 55 ซม. สำหรับนักเรียน อนุบาล, 60 ซม. สำหรับประถมศึกษา ตอนต้น, 75 ซม. สำหรับประถมศึกษา ตอนปลาย, 90 ซม. สำหรับมัธยมศึกษา ตอนต้น และ 100 ซม. สำหรับมัธยมศึกษา ตอนปลาย

ส้วม	ที่ปัสสาวะ	อ่างล้างมือ	อ่างน้ำพุสำหรับดื่ม
<p>พื้นที่ส้วม</p> <p>- มีแสงสว่างอย่างน้อย 50 ลักซ์</p> <p>- เฉพาะห้องส้วมหญิง</p> <p>มีถังขยะที่มีฝาปิด</p> <p>ทันทาน</p>			

การกำจัดน้ำเสีย

ควรจัดทำระบบกำจัดน้ำเสียในโรงเรียน ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. มีรางระบายน้ำเสียที่ไม่ชำรุด สะอาด ไม่อุดตัน
2. มีบ่อดักไขมันรับน้ำเสียจากโรงอาหาร โรงครัว
3. มีบ่อกรองรับน้ำเสียจากห้องส้วม ที่ปัสสาวะ อ่างล้างมือ
4. มีการบำบัดน้ำเสียด้วยระบบบ่อซึม

โรงเรียนในเขตเทศบาล ควรระบายน้ำเสียลงสู่ท่อระบายน้ำโสโครกสาธารณะ โรงเรียนในเขตชนบท ระบายน้ำเสียลงสู่บ่อรับน้ำโสโครก (หลุมซึม) หรือจัดทำระบบบ่อซึม

การป้องกันสัตว์และแมลงนำโรค

1. มีการกำจัดขยะทุกวัน ไม่ให้เหลือตกค้างสะสมเป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงนำโรค
2. มีถังขยะและที่พักขยะรวมที่ถูกสุขลักษณะ
3. โรงอาหาร โรงครัวมีการจัดเก็บและปกปิดอาหารถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล
4. มีการจัดระบบกำจัดน้ำเสียที่ดี

พื้นที่สร้างโรงเรียนหรือสถานที่ตั้ง

1. ไม่ควรห่างจากย่านชุมชนเกินกว่า 2 กม. อยู่ในย่านที่มีการคมนาคมสะดวก
2. มีเนื้อที่ไม่น้อยกว่า 3,200 ตารางเมตร (2 ไร่)
3. บริเวณพื้นที่ไม่สูงชันหรือลาดเอียง
4. ไม่ควรอยู่ใกล้ทางรถไฟหรือถนนสายใหญ่ๆ ที่มีการจราจรคับคั่ง ถ้ามีความจำเป็นต้องสร้าง ควรห่างจากถนนไม่น้อยกว่า 20 เมตร และมีรั้วป้องกัน
5. ไม่ควรตั้งอยู่ใกล้โรงงานอุตสาหกรรม ตลาดสดหรือที่มีเสียงรบกวน มีกลิ่นเหม็น ฝุ่นละออง แมลง หรือสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค และก่อเหตุรำคาญต่างๆ

6. ไม่เป็นพื้นที่ที่มีน้ำขังและและเป็นโคลนตมในฤดูฝน พื้นที่ควรเป็นดินปนทรายและมีระดับสูงพอควร น้ำท่วมไม่ถึง

7. บริเวณโรงเรียนควรมีต้นไม้ใหญ่อยู่บ้าง เพื่อช่วยบังความร้อนจากแสงแดดและบังลมในฤดูที่มีลมพัดแรง การระบายอากาศและแสงสว่าง

- ความสูงของห้องจากพื้นถึงเพดานไม่น้อยกว่า 3.5 เมตร
- พื้นที่ประตูและหน้าต่าง 1/4 หรือ 1/5 ของพื้นที่ห้อง
- ประตูหน้าต่างไม่มีสิ่งปิดบัง
- ความกว้างและความสูงของหน้าต่างไม่น้อยกว่า 1 เมตร
- ขอบล่างของหน้าต่างสูงจากพื้นห้องไม่เกิน 80 – 90 ซม.
- ความกว้างของประตูไม่ควรน้อยกว่า 1 เมตร และความสูงไม่น้อยกว่า 2 เมตร
- แสงสว่างควรผ่านเข้าทางด้านซ้ายมือ
- ทาสีภายในตัวอาคารด้วยสีอ่อน
- โคมไฟหรือหลอดไฟควรติดต่ำจากเพดาน 3 ฟุต
- การใช้หลอดไฟชนิด *Fluorescent Lamp* ต้องมีที่กำบัง ซึ่งทำด้วยพลาสติกสีขาว และหลอดไฟเป็นสีขาว

ชนิดของห้อง	ระดับความเข้มแห่งการส่องสว่าง (ลักซ์)
ห้องเรียน	300
ห้องสมุด ห้องทดลองวิทยาศาสตร์	300
ห้องพยาบาล	300
ห้องเขียน ห้องพิมพ์ดีด ห้องการฝีมือ	500
ห้องประชาสัมพันธ์ ห้องพลศึกษา	200
ห้องประชุม ห้องรับประทานอาหาร	100
ห้องน้ำ ห้องส้วม ทางเดิน บันได และห้องเก็บของ	50

ตัวอาคาร

รูปแบบของตัวอาคารเรียน ควรเป็นตัวอักษรแบบ *L, T, U, I* หรือ *E* เนื้อที่ของอาคาร ไม่ต่ำกว่า 1.5 ตารางเมตร ต่อนักเรียน 1 คน เพิ่มเนื้อที่เป็นประโยชน์ใช้สอยอื่น ๆ เช่น เฉลียง บันได อีก 30% ตัวอาคารไม่ควรหันหน้าไปทางทิศตะวันตก หรือตะวันออก

พื้น พื้นของอาคารที่เป็นคอนกรีตหรือปูด้วยกระเบื้องซีเมนต์ ปาร์เกต์ ควรสูงจากระดับดินไม่น้อยกว่า 10 ซม. พื้นที่เป็นไม้ควรยกให้สูงกว่าระดับดิน ไม่น้อยกว่า 90 ซม. พื้นที่เป็นดิน บดเรียบแน่น ควรยกให้สูงอย่างน้อย 10 ซม.

ผนัง (ฝา) ป้องกันเสียงรบกวนระหว่างห้องได้เพียงพอ คือ มีความหนาไม่ต่ำกว่า 3 ซม. ทำด้วยวัสดุเกลี้ยงเรียบ ทำความสะอาดง่าย แต่ไม่ควรขัดให้เป็นมันทาคด้วยลืออ่อน

เพดาน สูงจากพื้นอย่างน้อย 3.5 เมตร ทาด้วยลืออ่อน วัสดุเรียบ ทำความสะอาดง่าย

หลังคา ควรมีความลาดเอียงพอควร มุงด้วยกระเบื้อง ไม่ควรมุงด้วยสังกะสี หรือ โลหะอื่นเพราะจะทำให้ร้อนมาก และเวลาฝนตกทำให้มีเสียงรบกวน

ชายคาและกันสาด ทำให้อื่นออกห่างจากฝาประมาณ 1.5 – 2 เมตร โดยพิจารณาให้กันฝนสาดได้ และสามารถใช้ส่วนต่างๆ ของอาคารได้สะดวกในฤดูฝน

บันได ไม่ลาดหรือชันเกินไป และมีวัสดุกันลื่น ขั้นบันไดกว้างไม่ต่ำกว่า 25 ซม. ระยะสูงระหว่างขั้นบันไดไม่เกิน 18 ซม. ความกว้างของตัวบันไดไม่ต่ำกว่า 1.5 เมตร ถ้าวางบันไดสูงเกิน 3 เมตร หรือ 14 ขั้น ควรทำชานพัก บันไดหนีไฟ ทำด้วยเหล็กและมีราว กว้างอย่างน้อย 3 ฟุตสำหรับอาคารสูงเกิน 2 ชั้น หรือ 6 เมตร

การจัดแบ่งห้องต่าง ๆ

ห้องเรียน

- ควรสูงจากพื้นถึงเพดานไม่น้อยกว่า 3.5 เมตร
- ควรเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า มีขนาด 6X8 หรือ 7X9 เมตร จุนักเรียนไม่เกิน 30 – 40 คน
- พื้นที่ห้องเรียนในโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ควรมีขนาด 1.5 – 2 ตารางเมตรต่อนักเรียน 1 คน
- พื้นที่ห้องเรียนสำหรับนักเรียนอนุบาล ควรมีพื้นที่มากกว่าสำหรับนักเรียน โดยปกติ 50%
- เครื่องใช้ในห้องเรียน โต๊ะเรียนและเก้าอี้ ต้องมีขนาดความสูงสัมพันธ์กัน ดังนี้

ความสูงของโต๊ะเรียน (ซม.)	ความสูงของเก้าอี้ (ซม.)
50	30
55	35
65	40
75	45

การจัดโต๊ะเรียนและเก้าอี้ ทางเดินระหว่างแถวของโต๊ะเรียนไม่น้อยกว่า 45 ซม. แถวริมสุดควรจัดให้ห่างจากผนังห้องไม่น้อยกว่า 60 ซม. แถวหน้าควรห่างจากกระดานดำไม่เกิน 2 เมตร โต๊ะเรียนแถวหลังสุดห่างจากกระดานดำไม่เกิน 9 เมตร

กระดานขอลัก ทำด้วยวัสดุทนทาน เรียบ ไม่มีรอยแตกร้าว เช่น หินชนวน ปูนพลาสติกไม้ ทาด้วยสีเขียวแก่หรือสีดำและเป็นสีด้าน ไม่เป็นเงา ควรติดไว้กับฝาผนังห้องเรียน ไม่ควรติดไว้ชิดประตู หน้าต่าง ความสูงของกระดานขอลัก โรงเรียนประถมศึกษา ให้สูงจากพื้นห้องเรียนอย่างน้อย 24 นิ้ว โรงเรียนมัธยมตอนต้น สูงจากพื้นอย่างน้อย 28 นิ้ว และมัธยมตอนปลาย สูงจากพื้นอย่างน้อย 32 นิ้ว มีรางรองรับผงขอลักที่ขอบล่างของกระดานให้กว้างเพียงพอ แปรลงบกระดาน ควรทำด้วยฟองน้ำหรือสักหลาด

ห้องประชุม ควรมีพื้นที่ 1 ตรม. ต่อนักเรียน 1 คน เพิ่มพื้นที่สำหรับใช้ประโยชน์อย่างอื่นตามความจำเป็น

ห้องพักรู ควรมีพื้นที่ 4 – 5 ตรม. ต่อรู 1 คน

ห้องสมุด ควรมีพื้นที่เฉลี่ย 1 ตรม. ต่อนักเรียน 1 คน เพิ่มพื้นที่อีก 40-50% สำหรับเป็นที่อ่านหนังสือ ชั้นวางหนังสือและที่ทำงานของบรรณารักษ์

สนามและบริเวณ พื้นที่สนามควรมีอัตราเฉลี่ยไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของพื้นที่ที่ใช้เป็นบริเวณโรงเรียน พื้นที่สนามต้องจัดทำให้เรียบไม่มีหลุมบ่อ ก้อนหินหรือตอไม้ มีต้นไม้ใหญ่อยู่ริมขอบสนามเป็นที่อาศัยร่มเงาได้ มีที่นั่งพักหรือบริเวณพักผ่อน สนามหรือบริเวณด้านที่ชิดทางเข้าออก ควรทำรั้วกัน

โรงอาหารและโรงครัว ใช้ข้อกำหนดตามแบบของกองสุขาภิบาลอาหาร

การป้องกันอุบัติเหตุและอัคคีภัย

พื้นอาคารและห้องต่างๆ ไม่ลื่นเกินไป มีอุปกรณ์ดับเพลิงติดตั้งตามอาคารต่างๆ มีห้องปฐมพยาบาลและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

7. ห้องพยาบาล

เป็นสถานที่ที่มีความจำเป็นสำหรับให้บริการด้านอนามัยในโรงเรียนแม้ จะไม่มีห้องพยาบาลโดยเฉพาะ ก็อาจกั้นมุมห้อง เช่น ห้องพักรูตัดแปลงเป็นมุมพยาบาล โดยลดขนาดและจำนวนเครื่องมือเครื่องใช้ ประจำห้องลดลงตามสภาพความสำคัญ มีดังนี้

1. เป็นสถานที่สำหรับให้นักเรียนป่วยพักผ่อน
2. เป็นที่สำหรับแยกนักเรียนป่วย ออกจากนักเรียนดีชั่วคราว เพื่อป้องกันมิให้โรคที่เป็นอยู่แพร่กระจาย
3. เป็นที่สำหรับให้บริการด้านอนามัย เช่น การตรวจสุขภาพการปฐมพยาบาล ฯลฯ
4. เป็นที่สำหรับตั้งตู้เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การพยาบาล ตลอดจนเอกสารด้านอนามัย

5. เป็นสถานที่สำหรับสาริต และฝึกปฏิบัติด้านอนามัย แก่นักเรียน บุคลากรที่อยู่ประจำห้องพยาบาล คือ พยาบาล ประจำโรงเรียนมีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านอนามัยของ นักเรียนใน โรงเรียนที่ตนประจำอยู่ ลักษณะของห้องพยาบาลที่ดี

1. อยู่ชั้นล่างของอาคารเรียนเพื่อสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
2. ขนาดของห้องพิจารณาตามจำนวนนักเรียนแต่ควรมีความยาวของห้องไม่น้อยกว่า 6 เมตรเพื่อประโยชน์ในการวัดสายตา
3. ตั้งอยู่ห่างจากสิ่งรบกวน และเหตุรำคาญ
4. ต้อง สะอาด และมีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้สะดวก
5. มีอ่างล้างมือในห้องพยาบาล และมีส้วมอยู่ใกล้เพื่อความสะดวก
6. มีพยาบาล หรือครูควรอยู่ประจำ
7. โรงเรียนที่มีนักเรียนเกินกว่า 1,000 คนหรือเกิน 40 ห้องควรมีเรือนพยาบาลแยกต่างหาก
8. จำนวนเพียงที่เหมาะสมกับจำนวนนักเรียน ดังนี้

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

ยาปฐมพยาบาลที่ควรจัดไว้ประจำโรงเรียน

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| 1. บิสมัทและ โซดา | 10. ซัลฟาแก้วนาดิน |
| 2. ยาธาตุน้ำแดง (Stomachica) | 11. พาราเซตามอล |
| 3. เหล้าแอม โมเนียหอม | 12. โพลีดีน |
| 4. ยาหยอดหู | 13. ขี้ผึ้งน้ำมันระกำ |
| 5. ยาหยอดตา | 14. ขี้ผึ้งพิวราโซล |
| 6. ขี้ผึ้งป้ายตา | 15. ยารักษากลากเกลื้อน |
| 7. ยารักษาแผลไฟไหม้ร้อนลวก | 16. น้ำเกลือออร์มัล |
| 8. ยารักษาหิดเหา | 17. ต่างทับทิม |
| 9. โซดามินท์ | 18. แอลกอฮอล์ 70% |

ข้อควรระวังในการใช้ยาในงานอนามัยโรงเรียน

1. ครู หรือพยาบาลประจำโรงเรียน ควรเป็นผู้หยาบยาให้นักเรียน เมื่อหยาบต้องอ่านฉลากยาและวิธีให้เข้าใจจนแน่ใจว่าเป็นยาที่ต้องการ ก่อนจะเก็บยาเข้าที่ควรอ่านฉลากยาอีกครั้งหนึ่งด้วย

2. ยาต่างๆเมื่อใช้แล้วบางรายอาจมีการแพ้ได้โดยเฉพาะยาใช้ภายนอก เช่น ยาขี้ผึ้งแก้โรคผิวหนัง ฉะนั้นต้องสังเกตอาการภายหลังการใช้ยา หากมีอาการผิดปกติต้องหยุดให้ยาทันที แล้วปรึกษาแพทย์
3. ยาปฐมพยาบาลต้องใช้ให้ถูกต้องตามอาการเจ็บป่วย และตามวิธีที่บอกไว้ในฉลาก ในรายที่มีอาการรุนแรงควรรีบปรึกษาแพทย์ หรือส่งโรงพยาบาลโดยด่วน นักเรียนที่ป่วยบ่อยๆและมาขอรับบริการที่ห้องพยาบาลเสมอๆควรแจ้งให้ผู้ปกครองทราบ เพื่อให้นักเรียนได้รับการตรวจรักษาที่ถูกต้องหรือส่งไปปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

หน้าที่และความรับผิดชอบของครูอนามัยโรงเรียน

โรงเรียนควรจัดให้มีผู้ดูแลห้องพยาบาลโดยเฉพาะซึ่งอาจเป็นครูหรือบุคลากรที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปฐมพยาบาล ในโรงเรียนมัธยมศึกษาจะมีครูอนามัยโรงเรียนปฏิบัติงานในห้องพยาบาลโดยกรมสามัญศึกษาได้กำหนดให้ มีครูอนามัยตามขนาดโรงเรียนดังนี้

โรงเรียนขนาดเล็กควรมีครูทำหน้าที่ครูอนามัย (ครูพยาบาล) อย่างน้อย 1 คน (เจ้าหน้าที่รับผิดชอบอย่างน้อย 1 คน).

โรงเรียนขนาดกลางควรมีครูทำหน้าที่ครูอนามัย (ครูพยาบาล) อย่างน้อย 1 คน และครูผู้ช่วยอย่างน้อย 1 คน

โรงเรียนขนาดใหญ่ควรมีครูทำหน้าที่ครูอนามัย (ครูพยาบาล) อย่างน้อย 1 คน และมีเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 2 คน

โรงเรียนขนาดใหญ่พิเศษควรมีครูทำหน้าที่ครูอนามัย (ครูพยาบาล) อย่างน้อย 1 คน และมีเจ้าหน้าที่อย่างน้อย 3 คน

ครูอนามัย (ครูพยาบาล) ควรมีวุฒิปริญญาตรีทางการพยาบาล หรือถ้าไม่มีครูอนามัยโรงเรียนโดยตรงควรจัดครูที่ผ่านการอบรมทางด้านอนามัยโรงเรียน ให้รับผิดชอบหน้าที่นี้ และควรมีนักการดูแลความสะอาดสถานที่เครื่องนอน โดยเฉพาะ

กรมสามัญศึกษาได้กำหนดหน้าที่ของครูอนามัยไว้ ดังนี้

1. จัดทำแผนงานโครงการปฏิทินปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนในแต่ละปี
2. จัดทำสถิติและข้อมูลทางด้านสุขภาพอนามัย เช่น จัดทำบัตรสุขภาพ เก็บสถิติน้ำหนัก และส่วนสูงของนักเรียนในโรงเรียน
3. จัดเครื่องมือและเครื่องใช้อุปกรณ์การรักษาพยาบาลให้พร้อมและใช้การได้ทันที
4. ดูแลห้องพยาบาลให้สะอาดถูกสุขลักษณะ
5. จัดหายาเวชภัณฑ์ เพื่อการรักษาพยาบาลเบื้องต้น
6. ติดต่อแพทย์หรือเจ้าหน้าที่อนามัยให้ภูมิคุ้มกันแก่นักเรียนในโรงเรียนเป็นประจำ
7. ติดต่อประสานงานกับผู้ปกครองในกรณีที่นักเรียนเจ็บป่วย แนะนำผู้ป่วย ญาติ ประชาชน ในการปฏิบัติตนให้ปลอดภัยจากโรค ให้ภูมิคุ้มกันโรค อาจกล่าวได้ว่าหน้าที่หลักของครูอนามัย คือให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น แจ้งให้บิดามารดา หรือผู้ปกครองทราบ จัดให้นักเรียนกลับบ้าน และให้คำแนะนำบิดามารดาหรือผู้ปกครองทราบถึงแหล่งที่จะแนะนำให้นักเรียนไปรับการรักษา

5.4 การสร้างความสัมพันธ์ และการประสานงาน ระหว่างบ้าน โรงเรียน และชุมชน

5.4.1 จุดประสงค์

1. ระหว่างบ้าน กับ โรงเรียน

1.1 เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันระหว่าง ครูและผู้ปกครองนักเรียน เช่น นักเรียนบางคนที่ได้รับการดูแลจากที่บ้านโดยผู้ปกครองที่รัก และเชื่อเหตุผลของนักเรียนมากเกินไป เมื่อนักเรียนทำผิดที่โรงเรียนก็อาจพยายามกลบเกลื่อนความผิดและโยนความผิดให้ทางโรงเรียนที่ทำโทษเด็กในปกครองของตน หากทางโรงเรียนไม่ติดต่อกับทางบ้านสร้างความเข้าใจระหว่างครูกับผู้ปกครองแล้ว อาจจะคอยแต่จับผิดซึ่งกันและกันได้

1.2 เพื่อส่งเสริมความสามัคคีระหว่างครู กับผู้ปกครอง ให้ต่างฝ่ายช่วยกันวิเคราะห์หาสาเหตุที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับนักเรียน แก้ไขและจัดข้อบกพร่องนั้นให้สูญสิ้นไป เพื่อส่งเสริมหาทางให้นักเรียนเจริญงอกงามในทุกๆด้าน

1.3 เพื่อให้ครู และผู้ปกครองได้พบปะกันในบางโอกาส แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ หน้าที่รับผิดชอบ ความเข้าใจ เพื่อส่งเสริม และพัฒนาการทางการศึกษาให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

1.4 เพื่อครู และผู้ปกครองจะได้ทราบพฤติกรรมต่างๆ ของนักเรียนทั้งที่บ้าน และที่โรงเรียนจะได้ช่วยให้การปกครองนักเรียนเป็นไปโดยสะดวก

1.5 เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมภายในโรงเรียนให้ผู้ปกครองได้มีความสนใจและร่วมมือสนับสนุนให้เจริญก้าวหน้า

2. ระหว่างโรงเรียน กับชุมชน

2.1 ช่วยกันรับผิดชอบให้ความรู้ ความเข้าใจ แก่นักเรียน เมื่อทางโรงเรียนได้สอนวิชาต่างๆก็สามารถให้นักเรียนไปทำงานเป็นการบ้าน ซึ่งทางบ้านต้องเอาใจใส่ ช่วยแนะแนวให้โอกาส และคอยกระตุ้นเตือนนักเรียน เพื่อให้ทราบแนวการสอนของครู และความสามารถในการเรียนของนักเรียนด้วย

2.2 เพื่อสร้างความสัมพันธ์กันโดยฝึคนิสัย น้ำใจ ทักษะคิด และความประพฤติที่ดี เมื่อเรียนไปแล้วได้ปฏิบัติที่โรงเรียน มาถึงบ้านก็ปฏิบัติให้เป็นนิสัย

2.3 บ้าน และโรงเรียนช่วยกันฝึกและเอาใจใส่กับสุขภาพอนามัยของนักเรียน เช่น การแปรงฟันหลังรับประทานอาหาร หรือล้างมือทุกครั้งหลังจากเข้าห้องน้ำห้องส้วม

2.4 ฝึกหัดเข้าสังคมที่โรงเรียน และบ้าน โดยทางโรงเรียนจัดกิจกรรมเพื่อเปิดโอกาสให้นักเรียนรู้จักเข้ากับคนอื่น

2.5 ช่วยกันปรับปรุงโรงเรียน โดยผู้ปกครองหรือประชาชนนอกท้องถิ่น มีส่วนร่วมในการทำนุบำรุงซ่อมแซมโรงเรียนนอกจากนี้ทางโรงเรียนควรให้ผู้ปกครองได้มีโอกาสเป็นกรรมการดำเนินการศึกษาของโรงเรียนร่วมกับครู

5.4.2 วิธีการสร้างความสัมพันธ์

กิจกรรมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบ้านกับชุมชน มีหลายวิธีขึ้นอยู่กับลักษณะงาน เหตุการณ์ สถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมอื่น ดังนี้

1. ครู หรือกลุ่มครูไปเยี่ยมบ้าน หรือหน่วยงานต่างๆในชุมชนตามโอกาสอันควร
2. เชิญผู้ปกครองมาเยี่ยมโรงเรียน
3. ใช้โรงเรียนเป็นสถานที่ให้บริการชั่วคราวเกี่ยวกับงานด้านสาธารณสุข
4. จัดตั้งสมาคม หรือกรรมการเกี่ยวกับโครงการสุขภาพในโรงเรียน โดยการเชิญให้ผู้ปกครอง และบุคคลที่เหมาะสมอื่นๆในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม และดำเนินงานด้วย
5. ครูและนักเรียนร่วมกิจกรรมท้องถิ่น
6. การติดต่อให้ บ้าน หรือชุมชน ทราบนโยบายและข่าวการเคลื่อนไหวของโครงการสุขภาพในโรงเรียน รวมทั้งการสื่อสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของนักเรียน โดยใช้ จดหมาย แผ่นภาพ ฯลฯ
7. การติดต่อกับแหล่งวิชาการ อุปกรณ์การสอน และบริการสุขภาพในชุมชน เพื่อขอความร่วมมือในการจัด และดำเนินงาน โครงการสุขภาพในโรงเรียน

เพื่อให้มีความชัดเจนในบทบาทการทำกิจกรรมบริการอนามัยโรงเรียน ระหว่างพยาบาลอนามัยโรงเรียนหรือพยาบาลอนามัยชุมชน กับครูอนามัยโรงเรียน ซึ่งเป็นบทบาทในชุมชน และในโรงเรียน จึงขอเปรียบเทียบดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 บทบาทในกิจกรรมบริการอนามัยโรงเรียนของพยาบาลอนามัยโรงเรียน หรือพยาบาลอนามัยชุมชนและครูอนามัยโรงเรียน

บริการอนามัยโรงเรียนโดยพยาบาลอนามัยโรงเรียน หรือพยาบาลอนามัยชุมชน	บริการอนามัยโรงเรียนโดยครูอนามัยโรงเรียน
<p>1.การเตรียมงาน</p> <p>-นัดประชุมครูทำความเข้าใจวางแผนปฏิบัติงาน</p> <p>อนามัยโรงเรียนในการที่จะปฏิบัติงานร่วมกันทุกด้าน</p> <p>ปีการศึกษา</p> <p>-ชี้แจงให้ทางโรงเรียนทราบครูจะมีส่วนร่วม</p> <p>รับผิดชอบในการให้บริการอย่างไร</p>	<p>- จัดเวลาสำหรับให้ครูทุกคนในโรงเรียนได้มีโอกาสร่วม</p> <p>ประชุมเป็นครั้งคราวตามความจำเป็น</p> <p>- ร่วมมือรับผิดชอบในการวางแผนและให้บริการอนามัย</p> <p>โรงเรียนตามที่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข</p> <p>-สนับสนุนส่งเสริมกิจกรรมต่างๆที่ช่วยเลื่อนระดับ</p> <p>บริการอนามัยโรงเรียนให้สูงขึ้นกว่าเดิมจนให้ได้รับ</p> <p>บริการอนามัยโรงเรียนระดับ 1</p>

<p>-พิจารณาว่าโรงเรียนที่จะไปให้บริการอนามัยโรงเรียนอยู่ในระดับใดและมีแผนการเลื่อนระดับบริการอนามัยโรงเรียนให้สูงขึ้นอย่างไร</p> <p>-เตรียมจัดหาสมุดบันทึกการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนไว้ประจำโรงเรียนสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขลงบันทึกเมื่อได้เข้าไปปฏิบัติงานในโรงเรียน ซึ่งสมุดนี้จะมีหน้าบันทึกความคิดเห็นของผู้นิเทศงานรวมอยู่ในเล่มด้วย</p>	<p>- จัดเวลาสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้บริการแก่นักเรียนตามที่ได้วางแผนร่วมกัน</p>
<p>2. จัดให้นักเรียนทุกคนมีบัตรบันทึกสุขภาพประจำตัว</p> <p>- แนะนำการเตรียมจัดหาบัตรบันทึกสุขภาพนักเรียนและการบันทึกสุขภาพแก่ครู</p> <p>- รับผิดชอบในการจัดหาบัตรบันทึกสุขภาพมาเสริมให้แก่โรงเรียนที่ยังมีบัตรสุขภาพไม่ครบตามจำนวนนักเรียน</p>	<p>- เตรียมบัตรบันทึกสุขภาพนักเรียนและบันทึกประวัติเก็บเข้าแฟ้มไว้ในห้องเรียน</p> <p>- สำรวจจำนวนนักเรียนที่จะเข้าเกณฑ์ในปีการศึกษาต่อไปแล้วแจ้งแก่ครูใหญ่หัวหน้าหมวดและหัวหน้าส่วนตามลำดับเพื่อเตรียมบัตรสำหรับนักเรียนเข้าใหม่ทุกคน</p>
<p>3.การจัดสุขภาพิบาลโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ</p> <p>-สำรวจสุขภาพิบาลโรงเรียนสิ่งที่ควรให้ความสนใจเป็นพิเศษคือน้ำดื่ม น้ำใช้ ส้วม การกำจัดขยะมูลฝอย แสงสว่างในห้องเรียน โรงอาหาร ห้องพยาบาล หรือมุมพยาบาล</p> <p>-เน้นให้เห็นความจำเป็นที่นักเรียนควรมีภาชนะสำหรับใช้ดื่ม น้ำประจำตัว</p> <p>-คิดหาทางแก้ไขตามฐานะของโรงเรียนและสภาพของห้องที่</p> <p>-แนะนำวิธีการแก้ไขตามความเหมาะสม เช่น สิ่งใดครูประจำชั้นแก้ไขเองได้ สิ่งใดแก้ไขเองไม่ได้ สิ่งใดต้องรายงานผู้อำนวยการโรงเรียน</p>	<p>-ทางโรงเรียนควรพยายามดูแลจัดและรักษาโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะอยู่เสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องน้ำดื่ม น้ำใช้ ส้วม การกำจัดขยะมูลฝอย แสงสว่างในห้องเรียน โรงอาหาร ห้องพยาบาล หรือมุมพยาบาล</p> <p>-สนับสนุนให้นักเรียนมีภาชนะดื่ม น้ำประจำตัว</p> <p>-สิ่งใดครูประจำชั้นสามารถแก้ไขได้ เช่น รักษาความสะอาดห้องเรียนวางกระดานดำไม่ถูกที่ แสงเข้าไม่ถูกทางการจัดภาชนะสำหรับดื่ม น้ำประจำตัว</p> <p>-สิ่งที่ต้องขอความร่วมมือจากครูใหญ่เมื่อต้องใช้งบประมาณหรือแรงงานร่วมกัน เช่น ส้วมไม่พอบันไดหัก เป็นต้น</p>
<p>บริการอนามัยโรงเรียนโดยพยาบาลอนามัยโรงเรียน</p>	<p>บริการอนามัยโรงเรียนโดยครูอนามัยโรงเรียน</p>

<p>หรือพยาบาลอนามัยชุมชน</p>	
<p>4. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค</p> <ul style="list-style-type: none"> - นัดโรงเรียนล่วงหน้าก่อนให้ภูมิคุ้มกัน - ชี้แจงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค - ให้ภูมิคุ้มกันโรคตามกำหนดระยะเวลาอย่างสม่ำเสมอและเหมาะสมหรือตามแผนของจังหวัด - แนะนำให้ทราบถึงอาการและวิธีปฏิบัติภายหลังที่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคแล้ว - แนะนำให้บันทึกวันเดือนปีวันที่ได้รับภูมิคุ้มกันนั้นๆลงในบัตรบันทึกสุขภาพรวมทั้งเหตุการณ์แทรกซ้อนอื่นๆซึ่งอาจเกิดขึ้น เช่น อาการแพ้วัคซีน 	<ul style="list-style-type: none"> - ขออนุญาตผู้ปกครองก่อนให้ภูมิคุ้มกันโรคทั้งนี้พิจารณาตามความเหมาะสม - ครูควรดูแลควบคุมนักเรียนมารับการสร้างภูมิคุ้มกันโรคตามที่นัดหมายไว้ นอกจากนักเรียนป่วยหรือที่สงสัยว่าจะป่วยและผู้ปกครองไม่อนุญาต - แนะนำวิธีปฏิบัติตนหลังได้รับภูมิคุ้มกันโรคอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นตลอดจนประโยชน์ที่จะได้รับจากการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค - บันทึกการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคลงในบัตรบันทึกขณะที่รับบริการและกรณีมีเหตุแทรกซ้อนหรือป่วยหรือเหตุอื่นใดที่ทำให้ไม่ได้รับบริการ
<p>5. การส่งเสริมสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้สุขภาพเป็นกลุ่มตามสภาพปัญหาในขณะนั้นและตามความเหมาะสม เช่น การสุขภาพเกี่ยวกับโรคที่พบมากในฤดูกาลนั้นๆหรือตามปัญหาทางสังคม เช่น ยาเสพติด เป็นต้น - นำเอกสารโปสเตอร์เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยให้กับโรงเรียนพิจารณาตามโอกาสและความเหมาะสม 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดแนวการสอนเน้นหนักไปในด้านฝึกปฏิบัติจนเป็นนิสัยเช่นการทิ้งเศษอาหารเศษกระดาษการทำความสะอาดส้วมศึกษา - ดัดแปลงอุปกรณ์สุขภาพให้เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น - เชิญวิทยากรบรรยายเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยให้นักเรียนฟังเป็นครั้งคราวตามความเหมาะสม - จัดกิจกรรมพิเศษด้านอนามัย เช่น ประกวดความสะอาดนักเรียนหรือห้องเรียน
<p>6. การตรวจสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสุขภาพนักเรียนทุกคนในโรงเรียนทุกคนในโรงเรียนที่รับผิดชอบ - ตรวจนักเรียนเจ็บป่วยที่ครูหรือผู้ปกครองส่งมาปรึกษา - บันทึกบัตรสุขภาพทุกครั้งเมื่อตรวจสุขภาพ 	<ul style="list-style-type: none"> - อำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงวัดสายตาและบันทึกลงในบัตรสุขภาพ - ตรวจสุขภาพนักเรียนตอนเช้าก่อนเข้าเรียนและชี้แจงเรื่องต่างๆเกี่ยวกับความสะอาด ถ้านักเรียนมีอาการผิดปกติที่ผดสังเกตสงสัยว่าจะป่วยให้ส่งปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

	<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตอาการขณะเรียน เล่น และอื่นๆเกี่ยวกับความผิดปกติของร่างกายอากัปกิริยา พฤติกรรมที่แสดงความผิดปกติของจิต และอารมณ์ แล้วบันทึกในบัตรสุขภาพ
<p>7. การรักษาพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้การรักษาพยาบาลโรคเล็กน้อยๆตามที่ตรวจพบในรายที่เกินขอบเขตความรับผิดชอบส่งปรึกษาแพทย์ - ในกรณีที่ย้ายไปรักษาที่บ้านควรแนะนำวิธีปฏิบัติแก่ผู้ปกครองนักเรียนด้วยโดยจดหมายแจ้งให้ทราบหรือพบผู้ปกครองเพื่อชี้แจง - เมื่อพบโรคใดที่เป็นปัญหามากในโรงเรียนควรประชุมผู้ปกครองนักเรียนเพื่อขอความร่วมมือในการรักษาพยาบาล - บันทึกลงในบัตรสุขภาพทุกครั้งเมื่อให้การรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดให้มียาและอุปกรณ์การปฐมพยาบาล โดยขอเบิกหรือใช้งบประมาณจากต้นสังกัดทางฝ่ายการศึกษาให้การปฐมพยาบาลเล็กน้อยๆ - ให้การรักษาพยาบาลตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่งนักเรียนป่วยหรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพรักษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข - สนับสนุนให้มีการประชุมผู้ปกครองเพื่อขอความร่วมมือในการบำบัดรักษาโรค - บันทึกบัตรสุขภาพทุกครั้งที่ทำให้บริการนักเรียนเจ็บป่วย
<p>8. การติดตามผลการรักษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ติดตามผลการรักษาที่โรงเรียน - ติดตามเยี่ยมนักเรียนถึงบ้านเพื่อทราบปัญหา - บันทึกผลการติดตามลงในบัตรบันทึกสุขภาพ - 	<ul style="list-style-type: none"> - ติดตามผลการรักษาที่โรงเรียนหรือที่บ้านพร้อมทั้งบันทึกการเปลี่ยนแปลงในบัตรบันทึกสุขภาพ - ถ้าอาการไม่ดีขึ้นส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
<p>9. การจัดประปาโรงเรียน</p> <ul style="list-style-type: none"> - แนะนำให้โรงเรียนรู้จักเลือกภาชนะสำหรับกักเก็บน้ำฝนไว้ใช้อย่างถูกต้องลักษณะ เช่น ประป้าน้ำฝน 	<ul style="list-style-type: none"> - แสวงหาแหล่งน้ำเพื่อจัดทำประปาโรงเรียน - จัดให้มีประปาโรงเรียนโดยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และดำเนินการตามหลักเกณฑ์ของหน่วยงานที่จะจัดประปาโรงเรียน
<ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนให้มีการจัดประปาโรงเรียน โดยประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและแนะนำให้ทางโรงเรียนทราบหลักเกณฑ์ที่จะขอประปาโรงเรียน 	
<p>10. โภชนาการในโรงเรียน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมการจัดบริการอาหารกลางวัน - แนะนำให้มีการจัดอาหารเสริม เช่น นมถั่วเหลือง 	<ul style="list-style-type: none"> - พยายามจัดอาหารกลางวันในโรงเรียนโดยพิจารณาถึงคุณภาพปริมาณความสะอาดและประหยัดเพื่อให้ นักเรียนทุกคนได้มีอาหารกลางวันรับประทาน

<p>- แนะนำส่งเสริมการเพิ่มผลผลิต</p> <p>- แนะนำส่งเสริมการสร้างสนธิสัญญาที่ดีให้นักเรียน</p> <p>- ส่งเสริมให้โรงเรียนเป็นศูนย์กลางเผยแพร่เรื่อง โภชนาการแก่ผู้ปกครองและประชาชน</p>	<p>- ถ้าไม่สามารถจัดบริการอาหารกลางวันได้ ก็พยายามดูแลตรวจตราให้นักเรียนได้รับประทานอาหารที่นำมาจากบ้าน หรือที่แม่ค้านำมาขายให้ถูกหลักสุขาภิบาลอาหาร</p> <p>- จัดครูเวรควบคุมดูแลมารยาทในการรับประทานอาหาร และการทำความสะอาดภายหลังรับประทานอาหารแล้ว</p> <p>- สนับสนุนให้มีการจัดอาหารเสริม เช่น นมถั่วเหลือง ส่งเสริมให้นักเรียนทำสวนครัวเลี้ยงสัตว์ในโรงเรียนเท่าที่สามารถจะทำได้ โดยให้มีนักเรียนรับผิดชอบเป็นกลุ่ม</p>
--	---

6. การจัดระดับบริการอนามัยโรงเรียน

การจัดระดับบริการอนามัยโรงเรียนเป็นกลวิธีหนึ่งของการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน โดยจัดแบ่งโรงเรียน ประถมศึกษาออกเป็น 3 ระดับ และโรงเรียนมัธยมศึกษาเป็นเข้าระดับและไม่เข้าระดับตามเกณฑ์ที่กำหนดขึ้น โดยยึดถือตามกิจกรรมบริการอนามัยโรงเรียน ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญ 3 ประการคือ

1. เพื่อเป็นเป้าหมายในการปฏิบัติงานให้นักเรียนได้รับบริการอนามัยโรงเรียนครบถ้วนทั่วถึงตามหลักการอนามัยโรงเรียน
2. เพื่อกระตุ้นผู้รับผิดชอบปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียน และผู้ร่วมงานปรับปรุงโรงเรียน และบริการต่างๆจนถึงบริการอนามัยโรงเรียนระดับ 1 ในโรงเรียนประถมศึกษา และเป็นโรงเรียนเข้าระดับในโรงเรียนมัธยมศึกษา
3. นำมาใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลการจัดบริการอนามัยโรงเรียน โดยเปรียบเทียบจากการเปลี่ยนแปลงระดับบริการอนามัยโรงเรียนที่ได้วางไว้ตามหลักการ

6.1 ระดับบริการอนามัยโรงเรียนประถมศึกษา

บริการอนามัยโรงเรียนระดับประถมศึกษาต้องจัดกิจกรรมให้ครบทั้ง 9 ประการจึงจะถือว่าเป็นบริการระดับ 1 ส่วนบริหารระดับ 2 มีตั้งแต่ข้อ 1-7 และบริการระดับ 3 ตั้งแต่ข้อ 1-4 สำหรับโรงเรียนที่มีบริการไม่เข้าข่ายบริการระดับใดระดับหนึ่งใน 3 ระดับดังกล่าวให้จัดอยู่ในโรงเรียนที่ไม่เข้าระดับ

ตัวอย่างเช่น

โรงเรียนสอนดีมีบริการข้อ 3 - 9 ขาดบริการข้อ 1 คือเรื่องบันทึกบัตรสุขภาพ และข้อ 2 คือการจัดโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะดังนั้นแม้ว่าโรงเรียนสอนดีจะมีบริการมากกว่า 4 ประการ แต่โรงเรียนสอนดีก็จัดอยู่ในประเภทโรงเรียนไม่เข้าระดับ

โรงเรียนมีวินัย มีบริการข้อ 1 ถึงข้อ 6 และข้อ 8 ถึงข้อ 9 แต่บริการข้อ 7 ไม่สมบูรณ์เพราะไม่มีการติดตามผลการรักษา
โรงเรียนมีวินัยก็จัดอยู่ในระดับ 3

กิจกรรม และเกณฑ์การประเมินระดับบริการอนามัยโรงเรียน โนโรงเรียนประถมศึกษา

กิจกรรม	เกณฑ์ที่กำหนด
<p>กิจกรรมข้อที่ 1 นักเรียนทุกคนมีบัตรบันทึกสุขภาพประจำตัว</p> <p>กิจกรรมข้อที่ 2 จัดโรงเรียนให้ถูกสักษณะ</p> <p>2.1 ส้วมและที่ปัสสาวะ</p> <p>2.2 ขยะมูลฝอย</p> <p>2.3 ห้องหรือมุมพยาบาล</p> <p>2.4 แสงสว่างเสียงและการระบายอากาศในห้องเรียน</p> <p>2.5 น้ำโสโครก</p>	<p>นักเรียนทุกคนมีบัตรบันทึกสุขภาพประจำตัว</p> <ul style="list-style-type: none"> - เป็นส้วมราดน้ำ หรือส้วมซึม - ภายในห้องน้ำ มีน้ำสำหรับทำความสะอาดพร้อมภาชนะสำหรับดัก - แยกส้วมชายหญิง - มีอัตราส้วมต่อนักเรียนดังนี้ <p>ส้วมนักเรียนหญิง 1 ที่ต่อนักเรียน 30</p> <p>ส้วมนักเรียนชาย 1 ที่ต่อนักเรียน 60</p> <p>ที่ปัสสาวะชาย 1 ที่ต่อนักเรียน 30</p> <p>มีการรวบรวมขยะและกำจัดอย่างถูกวิธี เช่น มีตะกร้า หรือ ถังใส่ขยะประจำทุกห้องเรียน มีถังขยะเปียกที่โรงอาหาร หรือ โรงครัว และกำจัดขยะโดยการ เผาหรือฝัง ส่งรขยะ</p> <p>มีพยาบาลหรือครูอนามัยรับผิดชอบ มีตู้ยา เตียงนอน โต๊ะ เก้าอี้สำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานและมีโต๊ะวางเครื่องมือเครื่องใช้</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแสงสว่างเพียงพอไม่มีแสงจ้า หรือแสงกระพริบ - มีการถ่ายเทอากาศที่ดี - ไม่มีเสียงรบกวน <p>น้ำโสโครกได้รับการกำจัดอย่างถูกวิธี</p>
2.6 สุขาภิบาลอาหาร	<ul style="list-style-type: none"> - อาหารที่ปรุงแล้วได้รับการปิดอย่างปิดชิดพ้นจากสัตว์แมลงนำโรคและสิ่งสกปรกต่างๆ - มีการล้างภาชนะอุปกรณ์ถูกวิธี และเก็บรักษาให้สะอาดอยู่เสมอ - อาหารหรือเครื่องดื่มสำหรับนักเรียนต้องสะอาดและปลอดภัยจากสารปรุงแต่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

กิจกรรมข้อที่ 3 นักเรียนได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	ตามนโยบายและเป้าหมายของกรมควบคุมโรคติดต่อ
กิจกรรมข้อที่ 4 ส่งเสริมสุขศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - นักเรียนได้รับรู้ในด้านสุขภาพอนามัยด้วยวิธีการต่างๆ - การให้สุขศึกษาในกลุ่ม - ผสมผสานงานสุขศึกษาเข้ากับงานบริการอนามัยโรงเรียน - จัดนิทรรศการ - เผยแพร่ข่าวสารด้านสาธารณสุขผ่านเครื่องขยาย - จัดป้ายนิเทศ - จัดกิจกรรมพิเศษด้านสุขภาพเช่นการรณรงค์ประกวดบทความบรรยายพิเศษ
กิจกรรมข้อที่ 5 นักเรียนได้รับการตรวจสอบสุขภาพ	<p>นักเรียนระดับก่อนประถมศึกษาและประถมศึกษาได้รับการตรวจสอบสุขภาพทุกคนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปีละ 1 ครั้งโดย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบสุขภาพโดยใช้ท่าตรวจ 10 ท่า - ตรวจสอบปอดและหัวใจโดยใช้หูฟังเฉพาะนักเรียนเข้าใหม่และนักเรียนที่มีอาการนำสงสัย - วัดสายตาปีละครั้งด้วย snellen chart ถ้ามีความผิดปกติตรวจสอบด้วย pin-hole - ทดสอบการได้ยิน <p>- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การรักษานักเรียนทุกคนที่รักษาได้และส่งต่อนักเรียนที่รักษาไม่ได้</p>
กิจกรรมข้อที่ 6 นักเรียนที่เจ็บป่วยได้รับการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การรักษานักเรียนทุกคนที่รักษาได้และส่งต่อนักเรียนที่รักษาไม่ได้
กิจกรรมข้อที่ 7 มีการติดตามผลการรักษา	<ul style="list-style-type: none"> - มีการติดตามการรักษานักเรียนทุกคนโดยครูหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ครูอาจมอบหมายให้ผู้นำนักเรียนติดตามผลแทนได้แต่ให้ครูบันทึกผลการติดตามในบัตรส.ค.3 ช่องการบันทึกของครู)
กิจกรรมข้อที่ 8 มีการจัดหาน้ำดื่มน้ำใช้	<ul style="list-style-type: none"> - นักเรียนได้ดื่มน้ำสะอาด(น้ำประปาหรือน้ำฝนหรือน้ำจากบ่อที่ถูกสุขลักษณะ) - น้ำดื่มมีปริมาณเพียงพอตลอดปีหรือมีปริมาณไม่น้อยกว่า 2 ลิตร/คน/วัน - มีน้ำใช้พอเพียงตลอดปี - นักเรียนทุกคนได้รับประทานอาหารกลางวันทุกวัน

กิจกรรมข้อที่ 9 โภชนาการในโรงเรียน	- มีการ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินภาวะการเจริญเติบโตปีละ 2 ครั้ง รวมทั้งการช่วยเหลือเพื่อแก่นักเรียนที่มีปัญหาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
------------------------------------	--

กิจกรรมข้อที่ 8. การจัดหาน้ำดื่ม น้ำใช้

การจัดหาน้ำดื่ม น้ำใช้ เป็นการดำเนินการเพื่อให้เด็กนักเรียนมีน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาดอย่างเพียงพอตลอดปี ซึ่งจะช่วยป้องกันโรคที่เกิดจากน้ำเป็นสื่อ รวมทั้งช่วยให้การดูแลรักษาความสะอาดสิ่งต่าง ๆ ภายในโรงเรียนดีขึ้น นอกจากนี้โรงเรียนควรดูแลให้นักเรียนได้ดื่มน้ำอย่างถูกสุขลักษณะ เช่น การมีภาชนะดื่มน้ำประจำตัว ซึ่งเป็นการปลูกฝังสุขนิสัยที่ดีให้แก่เด็กนักเรียน เกณฑ์สำหรับน้ำดื่มคิดคำนวณในปริมาณ น้ำดื่ม 2 ลิตร/คน/วัน น้ำใช้ ควรมีอ่างล้างมือโดยใช้อัตรา 1 ที่/นักเรียน 50 คน

กิจกรรมข้อที่ 9 โภชนาการในโรงเรียน

เป็นการสนับสนุนส่งเสริมให้นักเรียนได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายเพื่อให้นักเรียนมีภาวะการเจริญเติบโตที่เหมาะสมวัย โดยมีหลักในการดำเนินงานที่สำคัญคือ นักเรียนทุกคนควรได้รับประทานอาหารกลางวันที่มีคุณค่าทางโภชนาการทุกวัน ซึ่งโรงเรียนสามารถจัดทำได้หลายรูปแบบ เช่น จัดทำในรูปของการจัดโครงการอาหารกลางวันที่ครูและนักเรียนร่วมกันดำเนินการ หรือจัดให้แม่ค้าเข้ามาขายแต่อยู่ในความดูแลของครู ซึ่งจะต้องควบคุมในด้านราคาและคุณค่าของอาหารด้วย

การเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตเป็นบทบาทหนึ่งที่พยาบาลอนามัยโรงเรียนจะต้องให้การดูแล โดยจะต้องปฏิบัติดังนี้

1. ชั่งน้ำหนักนักเรียนอายุ 5 – 14 ปีและแปลผล โดยเปรียบเทียบน้ำหนักกับเกณฑ์ในตารางมาตรฐาน ปีละ 2 ครั้ง
2. บันทึกการเจริญเติบโตลงในบัตรบันทึกสุขภาพประจำตัวของนักเรียน
3. ให้โภชนาการแก่นักเรียนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยเฉพาะนักเรียนที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ในเรื่องต่อไปนี้

- ความสำคัญของสารอาหารต่อการเจริญเติบโต
- การรับประทานอาหารในแต่ละวัน
- การให้อาหารเสริมในเด็กที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
- การชั่งน้ำหนักและแปลผลด้วยตนเอง

บทบาทในการสนับสนุนโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน

- 1) ให้คำปรึกษาเรื่องการจัดอาหารกลางวันในโรงเรียน
- 2) สนับสนุนให้โรงเรียนจัดหาทุนอาหารกลางวันให้แก่เด็กนักเรียนที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์

3) จัดหาทุนจากในท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนในโครงการสำหรับนักเรียนที่ไม่มีอาหารกลางวันรับประทาน
สรุปว่า การบริการสุขภาพในโรงเรียนเป็นการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างโรงเรียนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีผู้ปกครองนักเรียนและชุมชนให้การสนับสนุน การบริการนี้จัดให้กับนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน ในภาพรวมนักเรียนจะได้รับประโยชน์จากกิจกรรมนี้โดยตรง เพราะมีการตรวจสุขภาพและให้ภูมิคุ้มกันโรคตามกำหนด เน้นการป้องกันโรคตลอดทั้งดูแลด้านทันตสุขภาพ ส่งเสริมการออกกำลังกาย รับประทานอาหารกลางวัน และดื่มนม เพื่อการเจริญเติบโตสมวัย มีการเฝ้าระวังติดตามประเมินผล นักเรียนที่มีน้ำหนัก ส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ และนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกิน (โรคอ้วน)

6.2 ระดับบริการอนามัยโรงเรียนมัธยมศึกษา

การจัดระดับบริการอนามัยโรงเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษา มีหลักในการจัด ดังนี้

โรงเรียนเข้าระดับ คือ โรงเรียนที่มีกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

โรงเรียนไม่เข้าระดับ คือ โรงเรียนที่มีกิจกรรมไม่ครบทั้ง 5 กิจกรรม

การพิจารณากิจกรรมเพื่อจัดระดับบริการอนามัยโรงเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาให้ยึดถือเกณฑ์ขั้นต่ำของแต่ละกิจกรรมดังต่อไปนี้

ตารางที่ 4 กิจกรรมและเกณฑ์การประเมินระดับบริการอนามัยโรงเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษา

กิจกรรม	เกณฑ์ที่กำหนด
กิจกรรมข้อที่ 1 นักเรียนได้รับการตรวจสุขภาพ	นักเรียนชั้นม.1 ทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขปีละ 1 ครั้งรวมทั้งตรวจปอดและหัดด้วยการใช้หูฟัง - นักเรียนชั้นม.1-ม.6 ได้รับการตรวจวัดสายตาปีละครั้งด้วย Snellen chart - ถ้ามีความผิดปกติตรวจสอบด้วย Pin - hole
กิจกรรมข้อที่ 2 นักเรียนที่เจ็บป่วยได้รับการรักษาและมีการติดตามผลการรักษา	- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การรักษานักเรียนทุกคนที่รักษาได้และส่งต่อนักเรียนที่รักษาไม่ได้ - มีการติดตามการรักษาทุกคนโดยครูหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ครูอาจมอบหมายหน้าที่ให้ยส.ติดตามแทนก็ได้แต่ให้ลงบันทึกผลการติดตามในบัตรสศ.3 ช่องการบันทึกของครู)
กิจกรรมข้อที่ 3 ส่งเสริมสุขศึกษา	- นักเรียนได้รับความรู้ด้านสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมไม่น้อยกว่า 4 เรื่อง/ปี/โรงเรียนเช่น เรื่อง สุขภาพจิตวัยรุ่น การป้องกันการไช้ยาในทางที่ผิด

	<p>การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะโรคเอดส์</p> <p>การวางแผนครอบครัว เป็นต้น วิธีการให้สุขศึกษาอาจทำได้หลายวิธีเช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การให้สุขศึกษาในกลุ่ม - การผสมผสานงานสุขศึกษาเข้ากับงานบริการอนามัยโรงเรียน - เผยแพร่ข่าวสารด้านสาธารณสุขผ่านเครื่องขยายเสียง - จัดป้ายนิเทศ - จัดกิจกรรมพิเศษด้านสุขภาพ เช่น การรณรงค์ประกวดบทความ
กิจกรรมที่ 4 สุขากิจโภชนาการ	<ul style="list-style-type: none"> - อาหารที่ปรุงเสร็จแล้วได้รับการปกปิดมิดชิดพ้นจาก สัตว์ แมลงนำโรคและสิ่งสกปรกต่างๆ - มีการล้างภาชนะอุปกรณ์ถูกวิธี และเก็บรักษาให้สะอาดอยู่เสมอ - อาหารหรือเครื่องดื่มสำหรับนักเรียนต้องสะอาด และปลอดภัยจากการปรุงแต่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
กิจกรรมที่ 5 น้ำดื่ม น้ำใช้	<ul style="list-style-type: none"> - นักเรียนได้ไม่นำสะอาด (น้ำประปาหรือน้ำฝน หรือน้ำจากบ่อที่ถูกสุขลักษณะ) - น้ำดื่มปริมาณเพียงพอตลอดปีหรือมีปริมาณไม่น้อยกว่า 2 ลิตร/คน/วัน - มีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี
กิจกรรมที่ 6 โภชนาการในโรงเรียน	<ul style="list-style-type: none"> - นักเรียนทุกคนได้รับประทานอาหารกลางวันทุกวัน - นักเรียนชั้นม.1 - ม.3 ได้รับ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและปริมาณภาวะการเจริญเติบโตปีละ 2 ครั้ง รวมทั้งมีการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขนักเรียนที่มีปัญหาน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์

7. การช่วยเหลือเด็กพิการ

ในโรงเรียนชั้นประถมศึกษาจะพบเด็กพิการมีความบกพร่องทางด้านสุขภาพปะปนอยู่เด็กเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากครูเป็นพิเศษ ซึ่งครูจะต้องทราบเมื่อได้พบเด็ก และสามารถหาทางช่วยเหลือได้ ประเภทของความพิการทางด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 4 ประเภท

1. ความพิการทางด้านร่างกาย (Physical Handicap) เช่น งอเย็บเสียแขนขา มือเท้าลีบ ขาเป๋ ขาโก่ง หลังเอียง ตาบอด ปากแหว่ง พูดติดอ่าง พูดไม่ซัด หูหนวก และเป็นใบ้ เป็นต้น
2. ความพิการทางสมอง (Mental Handicap) เช่น เด็กปัญญาอ่อน (Mental Deficiency) IQต่ำกว่า 70 รวมทั้งพวกปัญญาเลิศ (Mental Gifted) ซึ่งมี IQ สูงกว่า 130 ซึ่งถือว่าเป็นความผิดปกติระดับสูง

3. ความพิการทางอารมณ์ (Emotion Handicap) เป็นเด็กที่มีอารมณ์รุนแรงผิดปกติไม่สามารถบังคับอารมณ์ตนเองได้หรือมีจิตใจเลื่อนลอยชอบเพื่อฝันหรือสร้างวิมานในอากาศหรือเด็กเกรต่าง ๆ อันเนื่องมาจากสุขภาพจิตไม่ดี

4. ความพิการหรือความบกพร่องทางสังคม (Social Handicap) เช่น ปรับตัวเข้ากับเพื่อนๆ ไม่ได้ชอบอยู่โดดเดี่ยว ไม่ยอมคบเพื่อนฝูง มีปมด้อย มีสุขภาพจิตไม่ดีมาจากสาเหตุต่างๆ เช่น บิดามารดาหย่ากัน แต่ตัวเองต้องมาอยู่ร่วมกับเด็กที่มีบิดามารดาร่ำรวย เป็นต้น

หลักในการช่วยเหลือเด็กพิการการศึกษา และการช่วยเหลือเด็กพิการ เรียกว่า “การศึกษาสงเคราะห์” ซึ่ง มีแผนกศึกษาสงเคราะห์ กองการศึกษาพิเศษ กรมสามัญศึกษา เป็นผู้มีหน้าที่และรับผิดชอบโดยตรงโดยมีความมุ่งหมาย เพื่อให้เด็กสามารถเลี้ยงชีพด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระแก่สังคม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ด้วยดี

โรงเรียนและหน่วยงานที่ช่วยเหลือเด็กพิการ

เนื่องจากเด็กพิการทางสุขภาพจิตของไทยมีจำนวนมาก ดังนั้น จำเป็นต้องมีหน่วยงานช่วยเหลือเพื่อพัฒนาศักยภาพของเด็กเหล่านี้ โดยมีหน่วยงานเกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ความพิการของร่างกายขอความช่วยเหลือได้จาก

- โรงเรียนสอนคนตาบอด ถ.ราชวิถีกรุงเทพฯ และ โรงเรียนสอนคนตาบอดเชียงใหม่
- มูลนิธิช่วยคนตาบอดแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์
- ศูนย์ฝึกอาชีพสำหรับคนตาบอด ปากเกร็ดนนทบุรี
- โรงเรียนสอนคนหูหนวกที่ดุสิต และทุ่งมหาเมฆ กรุงเทพฯ
- มูลนิธิอนุเคราะห์คนหูหนวกในพระบรมราชูปถัมภ์ และมูลนิธิเศรษฐเสถียร
- ศูนย์บริการเด็กพิการและ โรงเรียนศรีสังวาล ปากเกร็ดนนทบุรี
- มูลนิธิอนุเคราะห์คนพิการในพระอุปถัมภ์ ของสมเด็จพระราชชนนี

2. ความพิการทางสมองขอความช่วยเหลือได้จาก

- โรงเรียนต่างๆ ที่มีชั้นพิเศษสำหรับเด็กเรียนช้า
- แผนกการศึกษาสงเคราะห์กรมสามัญศึกษา
- หน่วยงานนิเทศก์ กรมสามัญศึกษา
- โรงพยาบาลปัญญาอ่อนในพระบรมราชินูปถัมภ์
- แผนกสุขวิทยาจิต โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา
- แผนกสุขวิทยาจิต โรงพยาบาลเด็กพญาไท

3 ความพิการทางอารมณ์ขอความช่วยเหลือได้จาก

- แผนกสุขวิทยาจิต โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา
- โรงเรียนประชาสงเคราะห์ปากเกร็ด นนทบุรี

- กองการสงเคราะห์และบุคคลวัยรุ่น กรมประชาสงเคราะห์
- 4. ความพิการทางสังคมขอความช่วยเหลือได้จาก
 - สถานสงเคราะห์ กรมประชาสงเคราะห์
 - มูลนิธินักเรียนขาดแคลนในพระบรมราชูปถัมภ์
 - โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ประจำภาคการศึกษาต่างๆ เช่น โรงเรียนศึกษาสงเคราะห์พนมทวน จ.กาญจนบุรี

7.1 การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อภายในโรงเรียน

วิธีดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อภายในโรงเรียนแต่ละแห่งอาจแตกต่างกันได้ แต่ทุกโรงเรียนควรมีหลักป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ตามหลักการของวิทยาการระบาด และมีรายละเอียดเพิ่มเติม ดังนี้

1. การตรวจหาผู้ป่วย คือการตรวจสุขภาพของนักเรียนใหม่ก่อนเข้าเรียนอาการเบื้องต้นของโรคติดต่อ ซึ่งจะใช้เป็นข้อสำหรับสังเกตนักเรียน ได้แก่ หน้าแดงหรือซีดผิดปกติ ตาแดง ตาบวมคันตาน้ำตาไหล มีน้ำมูกไหล ไอจามบ่อยๆ เสียงแหบ หรือ ไอหายใจผิดปกติ เจ็บคอ คอแห้ง คอแข็ง หลังแข็ง เจ็บปวดตามเนื้อตัว ซึม หรือ กระสับกระส่าย อ่อนเพลียมาก ปวดศีรษะ วิงเวียนศีรษะ มีไข้หนาวสั่น รู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย อุจจาระบ่อย มีผื่นขึ้น หรือมีรอยต่างตามผิวหนัง ปวดตา บริเวณคางต่อมน้ำเหลืองบวมอักเสบ
2. การแจ้งเมื่อมีโรคติดต่อเกิดขึ้นในโรงเรียนเพื่อรีบดำเนินการป้องกันและควบคุมได้ทัน่วงทีก่อนที่โรคจะแพร่กระจายออกไปตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 คือ

2.1 โรคต้องแจ้งความ เจ้าหน้าที่โรงเรียนต้องแจ้งความต่อเจ้าหน้าที่อนามัยภายใน 24 ชั่วโมง เมื่อเกิดโรคตามกฎหมายมี 14 โรค ดังนี้ อหิวาตกโรค กาฬโรค ไข้ทรพิษ ไข้เหลือง คอติบ โรคบาดทะยัก ในเด็กเกิดใหม่ โปлио ไข้สมองอักเสบ โรคพิษสุนัขบ้า ไข้รากสาดใหญ่ แอนแทรกซ์ โรคทริคิโนซิส ไข้กาฬหลังแอ่น โรคคุดทะราดระยะติดต่อ นอกจากนั้น เมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม 2528 ได้มีประกาศ กระทรวงฉบับที่ 2 เพิ่มเติมให้โรคเอดส์ เป็นโรคติดต่อต้องแจ้งความด้วย สถานที่และเจ้าหน้าที่ที่รับแจ้งความ ได้แก่

- (1) ในเขตเทศบาลนครกรุงเทพมหานครแจ้งที่แผนกโรคติดต่อ สำนักงานอนามัยกรุงเทพมหานคร หรือ สถานีตำรวจนครบาลแห่งใดแห่งหนึ่ง ที่อยู่ใกล้ที่สุด
- (2) ในเขตเทศบาลของส่วนภูมิภาค แจ้งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาลนั้นๆ
- (3) นอกเขตเทศบาลทั้งในจังหวัดพระนคร ธนบุรี และจังหวัดอื่นๆ ในส่วนภูมิภาคให้แจ้งเจ้าหน้าที่ฝ่ายอนามัยประจำท้องถิ่น เช่น ผดุงครรภ์ พยาบาล สารวัตรสุขาภิบาล พนักงานอนามัยอนามัยอำเภอ ฯลฯ หรือแพทย์ประจำตำบล ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ที่ว่าการอำเภอ สถานีตำรวจ โรงพยาบาลประจำจังหวัด โรงพยาบาลประจำอำเภอที่ใกล้ที่สุด

2.2 โรคติดต่ออย่างอื่น เช่น โรค ไอกรน ไข้รากสาดน้อย โรคโปลิโอวัณ โรคโรคเรื้อน เมื่อมีโรคเกิดขึ้นหรือสงสัยให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายโรงเรียน แจ้งต่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายอนามัยประจำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่อนามัยโรงเรียน หรือแพทย์ทราบ

2.3 โรคติดต่อที่เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นประกาศ ให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความสำหรับท้องถิ่นนั้นๆ ให้เจ้าหน้าที่ฝ่ายโรงเรียนปฏิบัติการเช่นเดียวกันกับเมื่อมีโรคติดต่ออันตรายเกิดขึ้น

7.2 การแยกนักเรียนที่ป่วยและนักเรียนที่สัมผัสโรคติดต่อ

1. การแยกนักเรียนที่ป่วย

1) เมื่อพบนักเรียนมีอาการของโรคติดต่อควรแยกนักเรียนป่วย ออกจากนักเรียนอื่นทันที และนักเรียนควรได้รับการตรวจจากแพทย์ เจ้าหน้าที่อนามัย และควรติดต่อผู้ปกครองทราบ ถ้าพิจารณาว่าอาการมาก ควรให้หยุดเรียนจนกว่าจะพ้นระยะติดต่อโรค

2) ถ้าเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ต้องส่งไปรับการรักษาโรงพยาบาลโรคติดต่อ

3) นักเรียนโรคติดต่ออื่นๆ ให้พิจารณาตามความรุนแรง ถ้ามากก็ควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

4) นักเรียนป่วยเป็นวันโรคในระยะติดต่อ และโรคเรื้อนในระยะติดต่อ ให้หยุดพักการเรียนชั่วคราวจนพ้นระยะติดต่อ หากจำเป็นต้องมาโรงเรียน เช่น มาสอบควรแยกชั้นเรียน

2. การแยกนักเรียนที่สัมผัสโรคติดต่อ คือ นักเรียนที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้เป็นโรคติดต่ออาจได้รับเชื้อจากผู้ป่วย แต่อาการไม่ปรากฏ ฉะนั้นอาจเป็นผู้แพร่เชื้อโรคได้ จึงจำเป็นต้องแยกไว้สังเกตอาการก่อน

3. การรับนักเรียนที่ป่วยเป็นโรคติดต่อกลับเข้าเรียน

1) นักเรียนที่เป็นโรคติดต่ออันตราย หรือ วันโรค โรคเรื้อน ควรมีใบรับรองแพทย์แสดงว่าหายดีแล้ว

2) นักเรียนที่ป่วยเป็นโรคติดต่ออื่นๆ ถ้าไม่สามารถให้แพทย์รับรอง ก็ให้ครูใหญ่ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อนามัยพิจารณาว่าหายดีแล้ว

3) นักเรียนที่หยุดเรียนเพราะป่วย ก่อนที่จะกลับเข้าเรียนทางฝ่ายโรงเรียน ควรได้สวนหาสาเหตุการขาดเรียน ถ้าหากเป็นโรคติดต่อ ก่อนจะอนุญาตให้นักเรียนเข้าเรียนได้ ต้องให้แพทย์ เจ้าหน้าที่อนามัย หรือครู พิจารณาว่าพ้นระยะติดต่อโรค

7.3 การปิดโรงเรียนเมื่อมีโรคระบาด

การปิดโรงเรียนในระหว่างที่มีโรคติดต่อระบาด เพื่อมิให้นักเรียนเสี่ยงต่อการสัมผัสโรค มีหลักพิจารณา ดังนี้

1. เจ้าหน้าที่ฝ่ายโรงเรียนเอาใจใส่ตรวจนักเรียน และสังเกตอาการผิดปกติของนักเรียนเพียงใด

2. โรงเรียนตั้งอยู่ในชุมชนที่หนาแน่น หรือชนบท ถ้าในชนบทการ ปิดโรงเรียนเมื่อมีโรคระบาดจะช่วยให้ นักเรียนเสี่ยงต่อการสัมผัสโรคน้อยกว่าการเปิดโรงเรียนเพราะนักเรียนไม่ต้องเดินทางมาโรงเรียนมากคลุกคลีกับเพื่อนที่โรงเรียน และโอกาสที่จะสัมผัสโรคในชุมชนน้อยกว่า ส่วนในเมืองที่มีชุมชนหนาแน่นแม้จะปิดโรงเรียนนักเรียนเหล่านั้นยังมีโอกาสสัมผัสโรคจากชุมชนได้ตลอดเวลา

3. ในกรณีที่โรคระบาดเกิดขึ้นขณะที่โรงเรียนเปิดสอนอยู่ตามปกติ นักเรียนอาจสัมผัสโรคไปแล้ว ฉะนั้นการปิดโรงเรียนในระยะนี้ไม่ค่อยมีประโยชน์ เพราะนักเรียนที่สัมผัสโรคไปแล้วมีโอกาสแพร่โรค และนักเรียนส่วนมากก็อาจสัมผัสโรคต่างๆได้ เช่น ตามโรงมหรสพ ตามสนามเด็กเล่น ดังนั้น กรณีเช่นนี้ควรเปิดสอนแต่ควรหมั่นตรวจสอบอาการของนักเรียนให้สม่ำเสมอ และทั่วถึง

8. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลอนามัยชุมชนในการให้บริการพยาบาลอนามัยโรงเรียน

พยาบาลอนามัยโรงเรียน หรือพยาบาลอนามัยชุมชน ดำเนินการบริการอนามัยโรงเรียนใน 4 มิติ ของการจัดบริการสุขภาพ ดังนี้

8.1 การสร้างเสริมสุขภาพ

1. การตรวจสอบสุขภาพนักเรียนเป็นการค้นหานักเรียนที่มีโรค หรือมีข้อบกพร่องทางด้านสุขภาพเพื่อให้ได้รับความช่วยเหลือในระยะเริ่มแรก ป้องกันไม่ให้เป็นโรครุนแรง หรือป้องกันการเกิดความพิการ และยังเป็นกำลังใจให้นักเรียนสนใจปรับปรุงสุขภาพตนเอง พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบโรงเรียนมีหน้าที่โดยตรงที่ต้องตรวจสอบสุขภาพนักเรียนทุกคนในแต่ละปีการศึกษา

2. การให้ความรู้เรื่องการตรวจบางลักษณะแก่ครู หรือนักเรียนจะทำให้ผู้รับการตรวจสนใจและนำไปปฏิบัติ เช่นการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง โดยนำมาเทียบกับน้ำหนักและส่วนสูงมาตรฐาน จะช่วยให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงหรือการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของร่างกาย และช่วยกระตุ้นให้นักเรียนสนใจที่จะทดสอบ และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ดังนั้นจึงควรชั่งน้ำหนักทุกเดือน หรืออย่างน้อยเดือนละครั้ง

3. การลงบันทึกบัตรสุขภาพนักเรียน ทุกคนต้องมีบัตรบันทึกสุขภาพประจำตัว ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะได้ทราบประวัติ และภาวะสุขภาพของนักเรียนแต่ละคนเป็น ระยะเวลา

4. การส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การออกกำลังกาย เพื่อสุขภาพในโรงเรียนเป็นที่ปรึกษา แนะนำส่งเสริมให้โรงเรียนจัดกิจกรรมออกกำลังกายเป็นประจำ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง

8.2 การป้องกันโรค

1. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เนื่องจากนักเรียนอยู่รวมกัน โอกาสที่จะแพร่กระจายโรคติดต่อจากคนหนึ่งไปยังอีกคนหนึ่งง่าย และรวดเร็ว และบางโรคมีความรุนแรงมาก ก็อาจทำลายสุขภาพของเด็กถึงพิการ หรือตายได้ พยาบาลที่รับผิดชอบจึงควรมีแผน และเป้าหมายในการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แก่นักเรียนให้ครอบคลุม ตามระดับอายุของนักเรียน

2. การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อสุขภาพอนามัย และความปลอดภัยแก่นักเรียน ตลอดจนเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ชุมชน สิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่ควรคำนึงถึง ในการจัดหา และปรับปรุง คือ พื้นที่สร้างโรงเรียนอาคารเรียน และสิ่งก่อสร้าง ห้องเรียน เครื่องใช้ในห้องเรียน การถ่ายเทอากาศ และ แสงสว่าง ห้องพยาบาล

โรงอาหาร โรงครัว สภาพน้ำดื่ม น้ำใช้ ส้วมและที่ปัสสาวะ การกำจัดขยะมูลฝอย การระบายน้ำโสโครก และการดูแลรักษาความสะอาดสถานที่ทั่วไป พยาบาลต้องทราบหลักเกณฑ์การสุภาพิบาลโรงเรียนเป็นอย่างดี เพื่อให้คำแนะนำหรือให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้บริหาร โรงเรียนได้ถูกต้อง

8.3 การรักษาพยาบาลนักเรียนที่เจ็บป่วย

เมื่อพยาบาลที่รับชอบอนามัยโรงเรียนตรวจสอบสุขภาพนักเรียน แล้วพบว่า มีนักเรียนเจ็บป่วย เช่น หวัด หิด เหา กลากเกลื้อน ฯลฯ พยาบาลจะต้องรักษานักเรียนที่เจ็บป่วยทุกโรคที่สามารถรักษาได้ แต่ถ้ารักษาไม่ได้ เช่น ฟันผุ ไล้ติ่งอักเสบ ต้องส่งต่อนักเรียนไปรับการรักษาที่ถูกต้องต่อไป

8.4 การฟื้นฟูสภาพนักเรียน

พยาบาลที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนมีหน้าที่ดูแลไม่ให้โรคที่นักเรียนเป็นอยู่เป็นอุปสรรคต่อการเรียน ได้แก่ สายตาคิดปกติ การได้ยินผิดปกติ พยาบาลควรทดสอบ สายตาและการได้ยินของนักเรียนปีละครั้ง ถ้าพบว่านักเรียนมีสายตาคิดปกติ หรือมีการได้ยินผิดปกติ ควรรีบช่วยเหลือ เช่น ให้นักเรียนได้วัดสายตาประกอบแว่น หรือได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันไม่ให้นักเรียนมีสายตาและการได้ยินผิดปกติมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ นักเรียนสามารถเรียนต่อไปได้ตามปกติ

9. ขั้นตอนในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนของพยาบาลอนามัยชุมชน

เพื่อให้การปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลที่รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน ควรร่วมมือกันระหว่าง ครู ผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยหรือผู้นำเยาวชนสาธารณสุขในโรงเรียน เพื่อดำเนินการดังนี้

1. สำรวจข้อมูล

ทุกต้นปีการศึกษา พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรร่วมกับครูและผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยหรือผู้นำเยาวชนสาธารณสุขในโรงเรียน สำรวจข้อมูลต่างๆในโรงเรียน แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจมาจัดเป็นหมวดหมู่และศึกษาข้อมูลเหล่านั้น ว่าอะไรที่เป็นปัญหา และร่วมกันคิดหาแนวทางตลอดจนวิธีการแก้ไขปัญหานั้นๆ พร้อมทั้งวางแผนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของโรงเรียน ข้อมูลที่ควรสำรวจได้แก่

- 1.1 ข้อมูลทั่วไป เช่น จำนวนนักเรียนครู
- 1.2 ข้อมูลปัญหาสุขภาพ ได้แก่ ปัญหาโรคต่างๆ
- 1.3 ข้อมูลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน เช่น ขยะมูลฝอย ห้องพยาบาล
- 1.4 ข้อมูลการจัดระดับบริการอนามัยโรงเรียน และบริการอนามัยที่มีอยู่ในโรงเรียน

2. การประสานงาน

การได้รับความร่วมมือจากฝ่ายที่เกี่ยวข้องจะเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบ้านกับโรงเรียนและโรงเรียนกับชุมชน ช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ควรดำเนินการดังนี้

การประชุมครู ทุกต้นปีการศึกษาควรประชุมครู เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน และชี้แจงบทบาทของครูในการสนับสนุนนักเรียน กิจกรรมการจัดบริการอนามัยให้เด็กนักเรียนให้ครบทุกกิจกรรม และการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การตรวจสุขภาพ

การประชุมผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรประสานงานกับโรงเรียนเพื่อประชุมผู้ปกครองอย่างน้อยปีละครั้ง เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานและเผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยร่วมเป็นคณะกรรมการ โรงเรียน และร่วมประชุมคณะกรรมการต่างๆ ในท้องถิ่นเพื่อเผยแพร่ข่าวสารสาธารณสุขและขอความร่วมมือจากทั้งภาครัฐและเอกชน

3. การประเมินผลการให้บริการอนามัยโรงเรียน

การประเมินผลการให้บริการอนามัยโรงเรียนเป็นกิจกรรมที่สำคัญ เป็นข้อมูลที่นำมาใช้ในการพัฒนาโรงเรียนได้ เนื่องจาก

3.1 ทำให้ทราบถึงคสามก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน

3.2 ทำให้ทราบถึงผลสำเร็จของงาน และปรับปรุงการดำเนินการในครั้งต่อไปให้สมบูรณ์และเหมาะสมขึ้น
บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลอนามัยชุมชนในงานอนามัยโรงเรียน

ในการให้บริการงานอนามัยโรงเรียนอาจแบ่งบทบาทของพยาบาลตาม 4 มิติของการพยาบาล ได้แก่

1) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องการตรวจสุขภาพแก่ครู นักเรียน หรือผู้ปกครองนักเรียน เพื่อให้นักเรียนและครูสามารถปฏิบัติตนได้ เช่น การเปรียบเทียบน้ำหนักกับส่วนสูงการวัดสายตาและทดสอบการได้ยิน เป็นต้น การส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง การส่งเสริมโภชนาการ - ฯลฯ

2) ด้านการป้องกันโรค ตรวจสุขภาพนักเรียนเพื่อค้นหานักเรียนที่มีความบกพร่องด้านสุขภาพเพื่อให้ การช่วยเหลือในระยะเริ่มแรก เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค ซึ่งควรมีการตรวจสุขภาพนักเรียนทุกคน อย่างน้อยปีการศึกษาละ 1 ครั้ง สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามระดับอายุของนักเรียน เช่น ฉีดวัคซีน BCG ให้เด็กนักเรียน ป.1 ที่ไม่มีประวัติได้รับ การจัดอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ โดยให้ถูกต้องตาม หลักเกณฑ์การสุขภาพิบาลโรงเรียน ย่อมส่งผลให้เด็กอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีห่างไกลจากการเกิดโรค

3) ด้านการรักษาพยาบาล - ให้การรักษาพยาบาลเมื่อตรวจสุขภาพนักเรียนพบว่านักเรียนมีปัญหาหรือมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น - ส่งต่อการรักษาเมื่อเด็กนักเรียนมีปัญหาหรือการเจ็บป่วยที่รุนแรง

4) ด้านการฟื้นฟูสภาพ ติดตามเยี่ยมเด็กที่ป่วยทั้งในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและที่บ้าน ติดตามให้การช่วยเหลือและแนะนำเด็กที่อยู่ในระยะพักฟื้นจากการเจ็บป่วย สอนการดูแลตนเองในระยะพักฟื้นแก่เด็กและผู้ปกครอง ฟื้นฟูสภาพนักเรียนที่มีความพิการจากการเจ็บป่วย

หน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในงานอนามัยโรงเรียน

1. สำรวจข้อมูล โดยร่วมกับทางโรงเรียนซึ่งจะดำเนินการในต้นปีการศึกษา เมื่อได้ ข้อมูลมาแล้วก็ทำการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน เพื่อดำเนินการแก้ไข และประเมินผล

2. ประสานงาน การประสานงานของพยาบาลจะช่วยให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ การประสานงานอาจจะดำเนินการดังนี้

2.1 การประชุมครู ในตอนต้นปีการศึกษาจะต้องจัดประชุมครูเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนและชี้แจงบทบาทของครูเพื่อช่วยสนับสนุนนักเรียนในเรื่อง

2.1.1 การจัดบริการอนามัยแก่นักเรียนให้ครบทุกกิจกรรม

2.1.2 การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ประเมินการเจริญเติบโต วัดสายตา การตรวจสุขภาพนักเรียนในตอนเช้า

2.1.3 การจัดโครงการเพื่อพัฒนาสุขภาพนักเรียน เช่น โครงการ โรงเรียนสีขาว

2.1.4 โครงการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ

2.1.5 โครงการอบรมผู้นำนักเรียนในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ฯลฯ

2.2 การประชุมผู้ปกครอง ควรมีการประชุมผู้ปกครองอย่างน้อยปีละครั้งเพื่อเผยแพร่ ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัย และขอความร่วมมือในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียน ร่วมเป็น คณะกรรมการโรงเรียนและกรรมการต่างๆ ในท้องถิ่น เพื่อเผยแพร่ข่าวสารสาธารณสุข และขอความร่วมมือในการดำเนินงานอนามัยโรงเรียนในด้านแหล่งทรัพยากรในชุมชน

บรรณานุกรม

- กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัยศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 ฝ่ายอนามัย โรงเรียน. เอกสารประกอบการอบรมสำหรับ
ครูอนามัย โรงเรียนเรื่องงานอนามัยเด็กวัยเรียน. นครราชสีมา: ศิริอักษรออฟเซตการพิมพ์. (มปท).
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัยอนามัยโรงเรียน. (2536). คู่มือการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนสำหรับเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. การป้องกันโรคติดต่อในโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. (มปท).
- กระทรวงสาธารณสุข. ผู้ปกครองจะมีส่วนช่วยนักเรียนได้อย่างไร. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่าน
ศึก. (มปท).
- กระทรวงสาธารณสุข. (2535). คู่มือส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2535). การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหาร
ผ่านศึก .
- กระทรวงสาธารณสุข. (2531). คู่มือผู้นำนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 2 : กรุงเทพมหานคร: องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก .
- กระทรวงสาธารณสุข. (2546). เอกสารการอบรมงานอนามัยโรงเรียนสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครู.
กรุงเทพมหานคร: สำนักข่าวพาณิชย์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2547). คู่มือการดำเนินงาน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์
การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือการดำเนินงาน โครงการเด็กไทยทำได้ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ.
กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2548). เกณฑ์มาตรฐานการประเมิน โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550 -2554. (2550). แผนพัฒนาสุขภาพ
แห่งชาติและแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550- 2554. กรุงเทพมหานคร: องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- ครุณี ทาติยะ. (2544). คู่มือการปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนสำหรับนักศึกษาพยาบาล. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรณี บัญชรหัตถกิจ. (2546). โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พัฒน์ สุจันงค์. (2544). อนามัยชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช.

มหาวิทยาลัยมหิดล ภาควิชาพยาบาลศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (2549). *คู่มือการดูแลและส่งเสริมสุขภาพนักเรียนสำหรับพยาบาลอนามัยโรงเรียน.*

สายใจ โกศลสิทธิ์. (2540). อนามัยโรงเรียน. ใน *เรณูวรรณ หาญวาฤทธิ, อนามัยชุมชนเล่ม 2.* กรุงเทพมหานคร : ยุทธรินทร์การพิมพ์.

สุจิตรา สุคนธ์ทรัพย์. (2544). *เอกสารประกอบการสอนโปรแกรมสุขภาพในโรงเรียน.* ภาควิชาพลศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์ และ วราภรณ์ บุญเชียง.(2554).การพัฒนากระบวนการข้อมูลงานอนามัยโรงเรียน กลกระบวนการวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.เชียงใหม่:คณะพยาบาลศาสตร์.

เอมอัชฌา วัฒนบูรานนท์. (2548). *การจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนางานสุขภาพโรงเรียน.* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Denman S.,Moon A.,&Stears.D.,(2002).*The Health Promoting School:Policy,Reseach and Practice.*New york:Routledge Falmer

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

เอกสารประกอบการสอน

เรื่อง การพยาบาลอนามัยชุมชนในงานอนามัยโรงเรียน

อาจารย์ ดร.สมศักดิ์ โทจำปา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

การพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของเด็กวัยเรียนซึ่งจะต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการศึกษานั้น เป็นหน้าที่ของพยาบาลผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียนที่ต้องดำเนินการ โดยมีเป้าหมายที่สำคัญเพื่อ สร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค แก้ไขปัญหาสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพนักเรียน ให้มีความพร้อมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งการตรวจสุขภาพนักเรียนเป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญใน การค้นหาความบกพร่องหรือความผิดปกติด้านสุขภาพของนักเรียนเป็นการช่วยคัดกรองนักเรียนที่มี ปัญหาสุขภาพตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก สามารถให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และดูแลรักษา หรือส่งต่อไปรับ การรักษาได้ทันเวลาที่ ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือความพิการที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์ หลังจบบทเรียนผู้เรียนสามารถ

1. อธิบายวัตถุประสงค์ของการตรวจสุขภาพนักเรียนได้
2. บอกขั้นตอนการตรวจสุขภาพนักเรียนได้
3. อธิบายวิธีการชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูงพร้อมทั้งประเมินผล และลงบันทึกได้อย่างถูกต้อง
4. อธิบายวิธีการทดสอบสายตาพร้อมทั้งประเมินผล และลงบันทึกได้อย่างถูกต้อง
5. อธิบายวิธีการทดสอบการได้ยินพร้อมทั้งประเมินผล และลงบันทึกได้อย่างถูกต้อง
6. อธิบายวิธีการตรวจสุขภาพช่องปากพร้อมทั้ง ประเมินผล และลงบันทึกได้อย่างถูกต้อง
7. อธิบายวิธีการตรวจร่างกายทั่วไปพร้อมทั้งประเมินผล และลงบันทึกได้อย่างถูกต้อง
8. อธิบายการตรวจร่างกายด้วยตนเองของนักเรียนชั้นป.5-6ได้อย่างถูกต้อง
9. อธิบายการใช้กระบวนการพยาบาลในการจัดบริการอนามัยโรงเรียนได้

การตรวจสอบสภาพนักเรียน

การตรวจสอบสภาพนักเรียนในโรงเรียนเป็นกิจกรรมเพื่อสำรวจความผิดปกติทางด้านสุขภาพในระยะเริ่มแรกเพื่อดำเนินการช่วยเหลือ แก้ไขหรือส่งต่อเพื่อขอคำแนะนำหรือบำบัดรักษา ป้องกันมิให้ความบกพร่องนั้นๆ ลุกลามเป็นผลร้ายแรง ป้องกันการแพร่กระจายของโรค ช่วยจูงใจนักเรียนให้เกิดความสนใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นการสร้างสุขนิสัยที่ดี (วารสาร บัญชี และ วิชาวิทย์ เดือน ราชภัฏ, 2555; ศิวพร อึ้งวัฒนา และ พรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, 2555)

วัตถุประสงค์ของการตรวจสอบสภาพนักเรียน

- 1) เพื่อค้นหานักเรียนที่มีความบกพร่องทางด้านสุขภาพตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก
- 2) เพื่อป้องกันอาการที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง ที่อาจจะทำให้เกิดความพิการได้
- 3) ป้องกันไม่ให้เกิดโรคติดต่อในโรงเรียน
- 4) เพื่อให้นักเรียนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง
- 5) ฝึกให้นักเรียนมีสุขนิสัยทางด้านสุขภาพที่ดี

ขั้นตอนการตรวจสอบสภาพนักเรียน

การตรวจสอบสภาพนักเรียนประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (ปิยะนุช จิตตบุญท์, 2553; จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดา คุรงค์ฤทธิชัย, 2554) คือ

1. การวางแผนการตรวจสอบสภาพ ผู้ทำการตรวจสอบสภาพควรมีแผนปฏิบัติงานที่แน่นอน โดยกำหนดวัน เวลา และชั้นเรียนที่จะทำการตรวจสอบสภาพ เพื่อให้ทางโรงเรียนจัดเตรียมนักเรียนและบัตรบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียน (บัตร ส.ศ. 3) ในกรณีที่ไม่มีห้องพยาบาลทางโรงเรียนจะได้เตรียมสถานที่และอุปกรณ์บางอย่างให้ด้วย

2. การจัดเตรียมอุปกรณ์ในการตรวจสอบสภาพ ผู้ทำการตรวจสอบสภาพควรจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นในการตรวจสอบสภาพไว้ให้พร้อมเช่น ไฟฉาย ไม้กดลิ้น หูฟัง ปรอทวัดอุณหภูมิ เครื่องมือตรวจหู เครื่องทดสอบการได้ยิน ตลอดจนอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ในการปฐมพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้อาจจะต้องเตรียม เครื่องชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง แผ่นทดสอบสายตา ในกรณีที่ทางโรงเรียนไม่สามารถจัดเตรียมให้ได้

3. การดำเนินการตรวจสอบสภาพ การบันทึกผลการตรวจสอบสภาพ และการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพ ผู้ทำการตรวจสอบสภาพ ดำเนินการตรวจสอบสภาพตามกิจกรรมต่าง ๆ ให้

ครบถ้วน และบันทึกผลการตรวจสอบสุขภาพ ในบัตรบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียน (บัตร ส.ศ. 3) ทุกครั้ง ภายหลังเสร็จสิ้นการตรวจสอบสุขภาพแล้วจะต้องพิจารณาว่านักเรียนมีปัญหาใดบ้างที่ต้องการความช่วยเหลือ

4. การติดตามผลการช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพ นักเรียนที่ได้รับการตรวจสอบสุขภาพและพบอาการผิดปกติ ผู้ทำการตรวจสอบสุขภาพจะต้องให้คำแนะนำ และให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม ถ้าหากเกินความสามารถ ควรส่งต่อไปปรับการรักษาจากแพทย์หรือบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะ และจะต้องมีการติดตามผลการช่วยเหลือนั้นด้วย

กิจกรรมการตรวจสอบสุขภาพนักเรียน

กิจกรรมการตรวจสอบสุขภาพนักเรียนตามบัตรบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียน ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้ 1) การชั่งน้ำหนักและการวัดส่วนสูง 2) การทดสอบสายตา 3) การทดสอบการได้ยิน 4) การตรวจสอบสุขภาพช่องปาก 5) การตรวจร่างกายทั่วไป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (ปิยะนุช จิตตมุนท์, 2553; จริยาวัตร คมพยัคค์ และ วนิดา ศุรงค์ฤทธิชัย, 2554) คือ

1. การชั่งน้ำหนัก และการวัดส่วนสูง น้ำหนักและส่วนสูงเป็นดัชนีที่บ่งบอกถึงภาวะการเจริญเติบโตที่เป็นปกติของเด็กวัยเรียน การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบว่านักเรียนมีการเจริญเติบโตตามวัยหรือไม่ และเพื่อให้การช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาการเจริญเติบโต นักเรียนควรได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงอย่างน้อยภาคเรียนละ 1 ครั้ง

วิธีการชั่งน้ำหนัก และการบันทึกผล

1) วางเครื่องชั่งน้ำหนักบนพื้นราบ ตรวจสอบให้เครื่องชั่งเที่ยงตรงโดยปรับให้เข็มชี้ตรงตำแหน่งเลขศูนย์ และต้องมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องชั่งเป็นระยะ ใช้กระดาษกาวทำรูปเครื่องหมาย T ปิดตรงกลางเครื่องชั่ง เพื่อให้นักเรียนยืนตรงตำแหน่งที่ถูกต้อง

2) ให้นักเรียนนำสิ่งของต่าง ๆ ออกจากกระเป๋า ถอดรองเท้าและถุงเท้าขึ้นยืนบนเครื่องชั่ง โดยวางเท้าทั้งสองข้างตรงตำแหน่งเครื่องหมาย T

3) อ่านผลของน้ำหนักที่ชั่งได้ โดยมองตรงๆบนสเกลที่จะอ่าน และอ่านค่าเป็นทศนิยมหนึ่งตำแหน่ง เช่น 24.5 กิโลกรัม บันทึกผลการชั่งน้ำหนักลงในบัตรบันทึกสุขภาพ ประจำตัวนักเรียน

วิธีการวัดส่วนสูง และการบันทึกผล

1) จัดให้นักเรียนยืนในท่าตรง น่องตึง สันเท้าชิดกันปลายเท้าแยกพอสมควร ให้สันเท้าแตะ โภก กระดูกสะบักและท้ายทอย อยู่ชิดเครื่องวัด

2) เลื่อนไม้วัดให้แนบศีรษะของนักเรียน โดยให้ตั้งฉากกับเครื่องวัด ถ้าใช้เครื่องวัดแบบ

เทพติดผนัง ให้ใช้อุปกรณ์ที่มีความแข็งแรง เช่น ไม้บรรทัดแทนไม้วัด เลื่อนลงมาตามแนวตั้งให้แนบกับศีรษะของนักเรียน อ่านผล และลงบันทึกเช่นเดียวกับการชั่งน้ำหนัก เช่น 130.5 เซนติเมตร

การประเมินภาวะการเจริญเติบโต

สรุปภาวะการเจริญเติบโต โดยเทียบน้ำหนักและส่วนสูงของนักเรียนกับ เกณฑ์อ้างอิง การเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนและเยาวชน ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2553) ซึ่งมี 3 เกณฑ์ คือ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ โดยแยกเพศชายและเพศหญิง การประเมินแต่ละวิธีจะมีข้อเด่นและข้อด้อยแตกต่างกัน ดังนั้นจึงควรใช้ทั้ง 3 วิธีร่วมกัน

1) น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เป็นตัวบ่งชี้ว่าน้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูงหรือไม่ สามารถแปลผลภาวะการเจริญเติบโตได้โดยไม่ต้องทราบอายุเด็ก ถ้าร่างกายขาดอาหารระยะสั้นหรือเกิดเจ็บป่วย ร่างกายจะผอม น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงจะมีค่าน้อยกว่าปกติ แต่ถ้าได้รับอาหารเกินความต้องการของร่างกาย น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงจะเป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะเริ่มอ้วนหรืออ้วน การแปลผลจะแบ่งเป็น 4 เกณฑ์คือ ผอม สมส่วน ค่อนข้างผอม หรือ ท้วม

2) ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ เป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะโภชนาการระยะยาวที่ผ่านมามากกว่าส่วนสูงเหมาะสมกับอายุหรือไม่ ถ้าร่างกายมีการขาดสารอาหารแบบเรื้อรังเป็นระยะเวลาอันนานจะมีผลกระทบต่อการเจริญเติบโตตามโครงสร้าง ทำให้เด็กเตี้ยกว่าเด็กในวัยเดียวกัน การแปลผลจะแบ่งเป็น 4 เกณฑ์ คือ เตี้ย ส่วนสูงตามเกณฑ์ สูง ค่อนข้างเตี้ย หรือ ค่อนข้างสูง

3) น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ เป็นดัชนีบ่งชี้ว่าน้ำหนักเหมาะสมกับอายุหรือไม่ กรณีร่างกายขาดอาหารหรือเจ็บป่วยจะมีผลกระทบต่อขนาดของร่างกายทำให้น้ำหนักลดลง และถ้าขาดอาหารระยะยาวเด็กจะผอม และเตี้ย ดังนั้นน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์อายุ จะบ่งชี้การขาดสารอาหาร โดยรวม การแปลผลจะแบ่งเป็น 4 เกณฑ์ คือ น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ตามเกณฑ์ เกินเกณฑ์ น้ำหนักค่อนข้างน้อย หรือ ค่อนข้างมาก

การลงบันทึก

ลงบันทึกผลการประเมินภาวะการเจริญเติบโตในบัตรบันทึกสุขภาพโดยบันทึกด้วยตัวอักษรย่อ ดังนี้ ต คือ ต่ำกว่าเกณฑ์ ป คือ ปกติ อ คือ อ้วน

การวินิจฉัยปัญหา

การวินิจฉัยปัญหาภาวะการเจริญเติบโตจะแบ่งได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

- 1) ภาวะการเจริญเติบโตปกติ (น้ำหนักตามเกณฑ์/สมส่วน)
- 2) ภาวะการเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์ (น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์/ผอม)

3) ภาวะการเจริญเติบโตเกินเกณฑ์ (น้ำหนักเกินเกณฑ์/อ้วน)

การช่วยเหลือ

นักเรียนที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์หรือมากกว่าเกณฑ์ ต้องให้การช่วยเหลือโดยให้คำแนะนำ เรื่องการปฏิบัติตัวต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รวมทั้งแจ้งให้ทางโรงเรียนทราบ เพื่อจะได้ร่วมกันแก้ไขปัญหา และแจ้งให้ผู้ปกครองทราบเพื่อขอความร่วมมือในการดูแลเด็ก

กรณีนักเรียนมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ควรมีการดูแลให้นักเรียนรับประทานอาหารที่โรงเรียนจัดให้ให้หมด และอาจให้เพิ่มเติมได้ ในกรณีรับประทานได้น้อย และต้องมีการติดตามและ ประเมินผลเป็นระยะ พยาบาลอาจจะต้องมีการติดตามเยี่ยมบ้านนักเรียน รวมทั้งขอความร่วมมือจาก ผู้ปกครองในการดูแล และปรับปรุงภาวะโภชนาการของนักเรียน

กรณีมีภาวะน้ำหนักเกินเกณฑ์หรืออ้วน ไม่ควรพยายามลดน้ำหนักเด็กหรือให้เด็ก รับประทานอาหารน้อยกว่านักเรียนคนอื่น แต่ให้หลีกเลี่ยงการเติมอาหารประเภท ข้าว แป้ง ขนมหวาน โดยอาจให้ผลไม้เพิ่ม ในนักเรียนอ้วนไม่ควรให้งดนม เนื่องจากการดื่มนม 1-2 แก้วต่อวันจะไม่ทำให้ เด็กอ้วน ดังนั้น เด็กอ้วนควรได้รับการดูแลการควบคุมน้ำหนักให้คงที่หรือไม่ให้เพิ่มขึ้น โดยต้องมีการ ปรับพฤติกรรมการบริโภคที่เป็นสาเหตุทำให้ได้รับพลังงานเกิน ในขณะเดียวกันส่งเสริมให้ได้รับนมใน ปริมาณที่เหมาะสม และกระตุ้นการออกกำลังกายกลางแจ้ง รวมทั้งให้แรงเสริมในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และมีการติดตามประเมินภาวะโภชนาการอย่างสม่ำเสมอ

2. การทดสอบสายตา การทดสอบสายตาใน โรงเรียน มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหานักเรียน ที่มีความผิดปกติของสายตา และให้คำแนะนำช่วยเหลือนักเรียนที่มีความผิดปกติของสายตาให้ได้รับ การดูแลตรวจรักษาหรือแก้ไขที่ถูกต้อง นักเรียนควรได้รับการทดสอบสายตาอย่างน้อยปีละครั้ง (ปิยะ นุช จิตตบุญท์ ,2553 ; วราภรณ์ บุญเชียง และวิลาวัณย์ เตือนราษฎร์,2555; สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรม อนามัย กระทรวงสาธารณสุข,2553).

การเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และนักเรียน

1) สถานที่ควรมีความยาวไม่น้อยกว่า 6 เมตร มีแสงสว่างเพียงพอและแสงสว่างควรเข้า ทางด้านหลังของนักเรียนขณะยื่นวัดสายตา

2) ติดแผ่นทดสอบสายตารูปอักษรอี (E Chart) ที่ฝาผนังที่เรียบทึบให้บรรทัดล่างสุด ของตัวอักษรอยู่ระดับสายตาของนักเรียนที่ต้องการวัดสายตา

3) วัดระยะทางที่พื้นจากฝาผนังที่ติดแผ่นทดสอบสายตาออกมาเป็นระยะ ระยะละ 1 เมตร ให้ตั้งฉากกับแผ่นทดสอบสายตา และเขียนเลขกำกับระยะ 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 เมตร ตรงที่

ระยะ 6 เมตร ทำเครื่องหมาย ⊥ ไว้เพื่อให้นักเรียนยืนในตำแหน่งที่ถูกต้อง

4) เตรียมตัวอักษรอี (E) ที่ทำด้วยกระดาษแข็ง ขนาดพอเหมาะสำหรับนักเรียนถือได้สะดวก เพื่อใช้แสดงผลการอ่านในขณะทดสอบสายตา

5) อธิบายวิธีการอ่านตัวอักษรอี การใช้ตัวอักษรอีบอกทิศทาง การปิดตา และให้นักเรียนลองปฏิบัติโดยปิดตาทีละข้างและทดลองอ่านตัวอักษรอี เพื่อทดสอบความเข้าใจ

วิธีทดสอบสายตาและการลงบันทึก

1) ให้นักเรียนเข้าแถวทดสอบสายตาทีละคน โดยให้ยืนตรงตำแหน่งระยะ 6 เมตร/20 ฟุต สันเท้าทั้งสองข้างชิดเส้น

2) ให้นักเรียนปิดตาทีละข้าง โดยใช้มือซ้ายปิดตาข้างซ้าย เพื่อทดสอบตาข้างขวา แล้วจึงสลับมาปิดตาข้างขวาด้วยมือขวา เพื่อทดสอบตาข้างซ้าย

3) ผู้ทดสอบยืนที่แผ่นทดสอบสายตา ใช้ไม้ชี้ไปยังตัวอักษรบนแผ่นทดสอบบรรทัดบนสุด (ระยะ 60 เมตร/200 ฟุต) ซึ่งเป็นตัวอักษรที่มีขนาดใหญ่ที่สุด ให้นักเรียนใช้ตัวอักษร E ที่ทำด้วยกระดาษแข็ง แสดงทิศทางของตัวอักษร E ให้อยู่ในลักษณะเดียวกับอักษร E ที่ผู้ทดสอบชี้ กรณีใช้นิ้วมือแทนตัวอักษร E ให้ใช้นิ้วมือแสดงทิศทางของตัวอักษร E เมื่อนักเรียนแสดงทิศทางได้ถูกต้องก็ให้อ่านบรรทัดที่อยู่ล่างลงมาตามลำดับ โดยชี้สลับไปมาจนครบทุกตัวในแต่ละบรรทัด

4) การตัดสินผลการอ่านแผ่นทดสอบสายตา มีเกณฑ์ในการตัดสินว่าทดสอบผ่านในแต่ละบรรทัด คือต้องอ่านตัวอักษรได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 50 ของจำนวนตัวอักษรในแต่ละบรรทัด เช่น บรรทัดที่มีอักษร E 7 ตัว (ระยะ 6 เมตร) ต้องอ่านได้ถูกต้องตั้งแต่ 4 ตัวขึ้นไป บรรทัดที่มีอักษร E 6 ตัว (ระยะ 9 เมตร) ต้องอ่านได้ถูกต้องตั้งแต่ 4 ตัวขึ้นไป

5) กรณีนักเรียนอ่านตัวอักษร E ในบรรทัดบนสุด (ระยะ 60 เมตร) ไม่ได้ ให้นักเรียนเลื่อนมายืนที่ระยะ 5 เมตร แล้วอ่านเฉพาะบรรทัดบนสุด ถ้ายังอ่านไม่ได้ให้เลื่อนระยะทางยืนขึ้นมาครั้งละ 1 เมตร แล้วอ่านเฉพาะบรรทัดบนสุดเท่านั้น

6) กรณีนักเรียนสวมแว่น ให้ทดสอบสายตาทั้งขณะถอดแว่นและสวมแว่น

7) กรณีมีนักเรียนต้องทดสอบสายตาจำนวนมาก ต้องการประหยัดเวลา อาจทำได้โดยให้นักเรียนเริ่มอ่านบรรทัดบนสุด (ระยะ 60 เมตร/200 ฟุต) ก่อน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการแสดงทิศทางของตัวอักษร E แล้วให้อ่านบรรทัดล่างสุด (ระยะ 6 เมตร/20ฟุต) โดยชี้ตัวอักษรสลับไปมาจนครบทุกตัวแล้วตัดสินผลการอ่านตามข้อ 4 ถ้าไม่ผ่านเกณฑ์ก็ให้เลื่อนขึ้นบรรทัดบนทีละบรรทัดตามลำดับ

8) บันทึกผลการทดสอบสายตาลงในบัตรบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียนโดยบันทึกผลการทดสอบสายตาทีละข้าง เพื่อป้องกันความสับสน โดยบันทึกผลดังนี้

เศษ = ระยะทางที่นักเรียนยืนทดสอบสายตา (6, 5, 4, 3, 2, 1 เมตร/20 ฟุต)

ส่วน = ระยะตัวอักษรบนแผ่นวัดสายตาหรือระยะทางกำกับบรรทัดที่นักเรียนอ่านได้ตามเกณฑ์โดยนับจากบรรทัดล่างสุด

(6, 9, 12, 18, 24, 36, 60 เมตร หรือ 20, 30, 40, 50, 70, 100, 200 ฟุต)

$$\text{ความสามารถในการมองเห็น} = \frac{\text{ระยะทางที่นักเรียนยืน}}{\text{ระยะตัวอักษรที่อ่านได้บนแผ่นวัดสายตา}}$$

ตัวอย่างการบันทึกผล

ถ้าให้นักเรียนยืนที่เส้นระยะ 6 เมตร/20 ฟุต ทดสอบสายตาข้างขวา พบว่าอ่านอักษรแถวล่างสุด (ระยะ 6 เมตร/20 ฟุต) ของแผ่นทดสอบสายตาได้ถูกต้องทั้งหมด หรืออ่านได้มากกว่าครึ่งหนึ่งของตัวอักษร ให้ลงบันทึกในช่องตาขวา เท่ากับ 6/6 หรือ 20/20 ถ้าทดสอบตาข้างซ้ายแล้วอ่านอักษรแถวล่างสุดไม่ผ่านเกณฑ์ (อ่านได้น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนตัวอักษร) แต่สามารถอ่านอักษรบรรทัดถัดขึ้นไป (ระยะ 9 เมตร/30 ฟุต) ได้ทั้งหมด หรืออ่านได้มากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนตัวอักษร ให้ลงบันทึกในช่องตาซ้าย = 6/9 หรือ 20/30

การแปลผลการทดสอบสายตา

นักเรียนที่มีสายตาปกติ เมื่อยืนที่ระยะ 6 เมตร/20 ฟุต จะอ่านตัวอักษรบรรทัดล่างสุด (ระยะ 6 เมตร/20 ฟุต) ได้ถูกต้องตามเกณฑ์ ถ้านักเรียนมีสายตาปกติยืนที่ระยะ 9 เมตรหรือ 30 ฟุต ก็จะอ่านตัวอักษรบรรทัดที่ระยะ 9 เมตร หรือ 30 ฟุต ได้ถูกต้องตามเกณฑ์

นักเรียนที่มีสายตาผิดปกติ เช่น 6/9 หมายความว่านักเรียนอ่านตัวอักษรบรรทัดที่ระยะ 9 เมตรได้เมื่อยืนที่ระยะ 6 เมตร แต่คนปกติอ่านแถวเดียวกันได้เมื่อยืนที่ระยะ 9 เมตร

สำหรับนักเรียนที่มีผลการทดสอบด้วยแผ่นทดสอบสายตารูปอักษรอี (E Chart) แล้ว ความสามารถในการมองเห็นตั้งแต่ 6/9, 6/12 หรือ 20/30, 20/40 ขึ้นไป ควรทดสอบต่อไปโดยใช้ แวนูเข็ม (Pin-Hole) เพื่อแยกความผิดปกติของสายตาและโรคของตาโดยแปลผลได้ดังนี้

1) ถ้ามองเห็นผ่านแวนูเข็มแล้ว ความสามารถในการมองเห็นดีขึ้นทั้งสองข้าง หรือข้างใดข้างหนึ่ง แสดงว่าสายตาผิดปกติเกิดจากการหักเหของแสง (Refractive error) คือ สั้น ยาว หรือเอียง ต้องส่งต่อเพื่อวัดสายตาประกอบแว่น

2) ถ้ามองผ่านแว่นรูเข็มแล้วความสามารถในการมองเห็นเท่าเดิมหรือเลวลงแสดงว่าตา มีความผิดปกติ เช่น โรคตาต่าง ๆ ควรส่งต่อยังจักษุแพทย์เพื่อทำการตรวจหาสาเหตุและแก้ไข ต่อไป

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยภาวะสายตาสั้นจะแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

- 1) นักเรียนที่มีสายตาสั้น ผลการทดสอบจะเป็น 6/6 (เมตร) หรือ 20/20 (ฟุต)
- 2) นักเรียนที่มีสายตาสั้นผิดปกติ ผลการทดสอบเป็น 6/9, 6/12, 6/18 เป็นต้น

การช่วยเหลือ

1) ความสามารถในการมองเห็นข้างใดข้างหนึ่งเท่ากับ 6/9 (20/30) หรือ 6/12 (20/40) ต้องเฝ้าระวังโดยการวัดสายตาปีละครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีอาการปวดศีรษะ ปวดกระบอกตา สายตามัวลง ภายหลังจากการใช้สายตา

2) ความสามารถในการมองเห็นข้างใดข้างหนึ่งน้อยกว่า 6/12 (20/40) ควรแนะนำให้พบ จักษุแพทย์

3) ความสามารถในการมองเห็นของตาทั้งสองข้าง ต่างกันเกิน 2 แถว เช่น ขวา 6/6 (20/20) ซ้าย 6/24 (20/70) หรือ ขวา 6/6 (20/20) ซ้าย 6/18 (20/50) ควรไปพบจักษุแพทย์เพื่อวัดสายตา ประกอบแว่น

4) ในระหว่างรอรับการแก้ไข นักเรียนควรได้เลื่อนมานั่งแถวหน้าชั้นเรียนชั่วคราว

3. การทดสอบการได้ยิน การทดสอบการได้ยินจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการตรวจสอบสุขภาพนักเรียน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหานักเรียนที่มีความผิดปกติทางการได้ยิน และให้คำแนะนำ และการช่วยเหลือนักเรียนที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยินให้ได้รับการดูแล ตรวจรักษา หรือแก้ไขที่ ถูกต้อง (วราภรณ์ บุญเชียง และวิลาวัณย์ เตือนราษฎร์,2555; สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,2553)

วิธีทดสอบการได้ยินและการบันทึกผล

การทดสอบการได้ยินอย่างง่าย สามารถทำได้ 2 วิธี คือ

1) ให้นักเรียนยืนหันหลังให้ผู้ตรวจ ผู้ตรวจใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ถูกันห่างจากหูของ นักเรียนประมาณ 1 นิ้ว ทำเช่นนี้ทั้งหูขวาและหูซ้าย การถูนิ้วจะเกิดเสียงดังประมาณ 20 เดซิเบล ซึ่งเป็น เสียงที่หูคนปกติได้ยิน ให้นักเรียนยกมือขึ้นถ้าได้ยินเสียง

2) ให้นักเรียนยื่นหันหลังให้ผู้ตรวจและห่างจากผู้ตรวจ 5 ฟุต ผู้ตรวจเรียกชื่อหรือพูดให้ทำตามคำสั่งด้วยเสียงปกติ ถ้านักเรียนขานตอบหรือปฏิบัติตามคำสั่งได้ แสดงว่าการได้ยินปกติ ถ้านักเรียนได้ยินปกติ ให้บันทึกว่าขวา ปกติ ซ้าย ปกติ

การวินิจฉัย

- 1) การได้ยินปกติ ผลการทดสอบการได้ยินนักเรียนได้ยินเสียง
- 2) การได้ยินผิดปกติ ผลการทดสอบการได้ยินนักเรียนไม่ได้ยินเสียง

การช่วยเหลือ

กรณีนักเรียนไม่ได้ยินเสียงของการตรวจทั้ง 2 วิธี โดยเฉพาะมีอาการผิดปกติที่เห็นได้ทางหู เช่น มีน้ำหรือหนองไหลจากหู ให้ส่งต่อไปพบแพทย์เพื่อการวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง

4. การตรวจสุขภาพช่องปาก โรคในช่องปากที่ต้องเฝ้าระวังมี 2 โรค คือ โรคเหงือกอักเสบ และโรคฟันแท้ผุ โดยนักเรียนควรได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยบุคลากรสาธารณสุข หรือครูอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง วัตถุประสงค์เพื่อติดตามการเกิดโรคในช่องปากหรือความผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อป้องกันและควบคุมโรคในช่องปากได้อย่างทันทั่วทั้งที่ และเพื่อให้การรักษาโรคในช่องปากอย่างถูกต้อง (วารสารณ์ บุญเชียง และวิลาวัณย์ เดือนราษฏร์, 2555; สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

วิธีการตรวจโรคเหงือกอักเสบ การบันทึกผล

1) ให้นักเรียนนั่งหรือยืนหันหน้าไปหาแสงสว่าง ผู้ตรวจนั่งหันหน้าเข้าหานักเรียน โดยให้หน้าของนักเรียนอยู่ระดับสายตาของผู้ตรวจ

2) แบ่งตำแหน่งเหงือกที่ตรวจเป็น 6 ส่วน โดยใช้ฟันเขี้ยวซึ่งอยู่ส่วนหน้าบนและล่างต่อจากฟันตัดเป็นหลักในการแบ่งส่วนดังนี้ คือ เหงือกบริเวณฟันหน้าบน เหงือกบริเวณฟันบนขวา เหงือกบริเวณฟันบนซ้าย เหงือกบริเวณฟันล่างขวา เหงือกบริเวณฟันล่างซ้าย และเหงือกบริเวณฟันหน้าล่าง

3) ตรวจเหงือกทีละส่วน โดยใช้นิ้วมือคันริมฝีปากทีละส่วน จนครบ 6 ส่วน สังเกตดูว่ายอดเหงือกหรือขอบเหงือกอักเสบหรือไม่ สำหรับเหงือกด้านในให้นักเรียนอ้าปากและแหว่งศีรษะขึ้น และก้มหน้าเล็กน้อย

4) ลงบันทึกผลการตรวจ โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้

เหงือกปกติ ลักษณะของเหงือกจะมีสีชมพูอ่อนหรือคล้ำ (ถ้ามีผิวสีดำ) เหงือกมีขอบแหลม ขอบเหงือกบางและเรียบ ไม่มีเลือดออก ลงบันทึกผลการตรวจโดยใช้เครื่องหมาย “0”

เหงือกอักเสบ มีลักษณะขอบเหงือกบวมและแดงเห็นชัดเจน หรือยอดเหงือกบวมและแดงเห็นชัดเจน หรือมีเลือดออก ลงบันทึกผลการตรวจโดยใช้เครื่องหมาย “1”

สภาพในช่องปากที่ต้องการการรักษาเร่งด่วน มีลักษณะใดลักษณะหนึ่งหรือหลายลักษณะร่วมกัน ดังนี้ (1) มีหินปูนปกคลุมด้านใดด้านหนึ่งเต็มด้าน และมีเหงือกอักเสบด้วย (2) รากฟันยื่นแหลมขึ้นมาทางเหงือกเป็นแผล (3) ฟันถาวรขึ้นมาเต็มที่แล้วซ้อนกับฟันน้ำนม ซึ่งยังคงอยู่ทำให้ฟันถาวรเก (4) มีอาการปวดฟันและเกิดการอักเสบอย่างรุนแรงขณะตรวจ (5) บริเวณปลายรากฟันมีหนองและเป็นแผลทะลุมาที่เหงือก (6) มีก้อนเนื้ออยู่ในรูฟันที่ผุ การลงบันทึกผลการตรวจให้ใช้เครื่องหมาย “7”

5) รวมคะแนนในช่องสรุป ดังนี้ (1) ผลการตรวจเป็นเครื่องหมาย 0 หหมดทั้ง 6 ส่วน ช่องสรุปใส่เครื่องหมาย 0 (2) ผลการตรวจ เป็นเครื่องหมาย 0 และ 1 ให้นับจำนวนเครื่องหมาย 1 ว่ามีกี่ตัว ใส่จำนวนเครื่องหมาย 1 ลงในช่องสรุป (3) ผลการตรวจส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือหลายส่วนเป็นเครื่องหมาย 7 ช่องสรุปใส่เครื่องหมาย 7

6) จัดระดับปัญหา โดยเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้

ช่องสรุป	ระดับปัญหา
0	ก
1-2	ข
3-4	ค
5-6	ง
7	จ

การวินิจฉัย

- 1) เหงือกปกติ ผลการตรวจสภาพเหงือกทั้ง 6 ส่วน เป็น 0
- 2) เหงือกอักเสบ ผลการตรวจสภาพเหงือก มีส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือ หลายส่วน เป็น 1 หรือ 7

การช่วยเหลือ

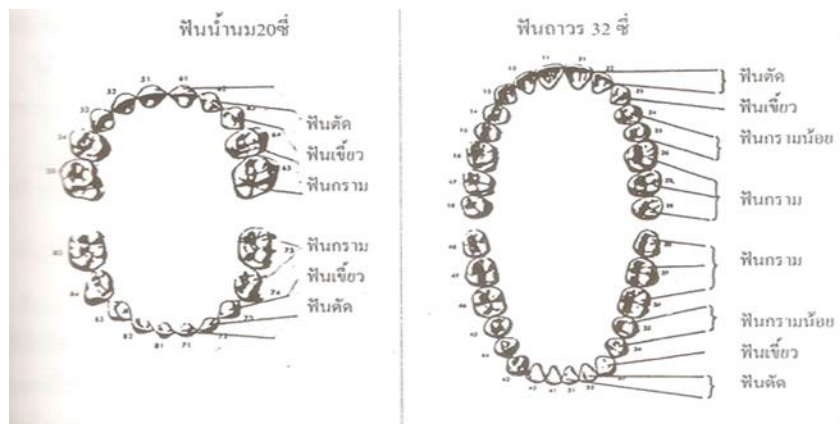
การแก้ไขปัญหาเหงือกอักเสบของนักเรียนตามระดับปัญหา ดังนี้

ระดับปัญหา	การแก้ไขปัญหา
ก	แปรงฟันอย่างถูกวิธี
ข	แปรงฟันหลังอาหารกลางวันเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยมีอาสาสมัครนักเรียนหรือผู้นำนักเรียนควบคุมดูแล
ค	แปรงฟันหลังอาหารกลางวันเป็นกลุ่ม กลุ่มละประมาณ 5 คน โดยมี

ง	อาสาสมัครนักเรียน หรือผู้นำนักเรียนควบคุมดูแล แปร่งฟันหลังอาหารกลางวัน โดยมีครูประจำชั้นดูแลใกล้ชิดและสอน แปร่งฟันเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 5 คน
จ	แจ้งผู้ปกครองและส่งต่อเพื่อรับการรักษาและแปร่งฟันหลังอาหารกลางวัน โดยครูประจำชั้นดูแลอย่างใกล้ชิด

วิธีตรวจโรคฟันผุ การบันทึกผล และการช่วยเหลือ

1) ให้นักเรียนอ้าปาก ผู้ตรวจมองดูว่าฟันซี่ไหนผุเป็นรูเห็นชัดเจน แล้วพิจารณาว่าเป็นฟันถาวรหรือฟันน้ำนม ถ้าฟันผุเหลือแต่รากจนไม่ทราบว่าเป็นฟันชนิดใด ให้พิจารณาจากตำแหน่งของฟัน และประมาณอายุที่ฟันแท้ควรขึ้น (ดังรายละเอียดตามภาพ 1) (ไพเราะ, สมบูรณ์, และ เฉลิมศรี, 2547)



ภาพ 1 ฟันน้ำนมและฟันแท้ (ไพเราะ, สมบูรณ์, และ เฉลิมศรี, 2547)

2) ลงบันทึก โดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ (1) ถ้าฟันถาวรไม่ผุเลย ให้ลงบันทึกผลการตรวจโดยใช้เครื่องหมาย “0” (2) ฟันถาวรผุเป็นรูเห็นชัดเจน ให้ลงบันทึกผลการตรวจโดยใช้เครื่องหมาย “1”

การวินิจฉัย

- 1) ฟันไม่ผุ ผลการตรวจฟัน เป็น 0
- 2) ฟันผุ ผลการตรวจฟัน เป็น 1

การช่วยเหลือ

กรณีฟันไม่ผุ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดปากและฟัน สอนการแปร่งฟัน

ที่ถูกต้องวิธี

กรณีนักเรียนมีปัญหาฟันผุ ควรแจ้งให้ผู้ปกครองทราบเพื่อพานักเรียนไปรับการรักษาจากทันตแพทย์ รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดปากและฟัน การสอนการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี

5. การตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจร่างกายทั่วไป มีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับนักเรียน แม้ว่าครูจะทำการตรวจสุขภาพนักเรียนในตอนเช้าแล้วก็ตาม ทั้งนี้เพื่อสำรวจและค้นหาความบกพร่องหรือ ความผิดปกติที่เกิดขึ้นต่ออวัยวะต่าง ๆ ของนักเรียน ให้การวินิจฉัย คำแนะนำ การช่วยเหลือ และการรักษาพยาบาลเบื้องต้นและเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคในโรงเรียน ตลอดจนในชุมชน (วารสาร นุญเชียง , 2555;วารสาร นุญเชียง และวิลาวัณย์ เตือนราษฎร์,2555)

การเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ และเตรียมนักเรียน

- 1) สถานที่ควรเป็นห้องที่มีแสงสว่างเพียงพอ มีโต๊ะและเก้าอี้สำหรับผู้ตรวจ
- 2) เตรียมวัสดุ - อุปกรณ์ ที่จำเป็น เช่น ไฟฉาย ไม้กดลิ้น ปรอทวูดอคมุมิ หนูฟัง เป็นต้น
- 3) อธิบายให้นักเรียนทราบวัตถุประสงค์ของการตรวจ วิธีการตรวจ ท่าที่ตรวจ โดยให้นักเรียนฝึกปฏิบัติท่าต่าง ๆ ในการตรวจ ซึ่งประกอบด้วย 10 ท่า เพื่อให้ผู้ตรวจตรวจได้รวดเร็วขึ้น

วิธีการตรวจร่างกายทั่วไป

- 1) ให้นักเรียนถอดรองเท้าและถุงเท้า นักเรียนชายให้ถอดเสื้อออกด้วย ส่วนนักเรียนหญิงให้ปลดกระดุมเม็ดบนออก เพื่อให้ผู้ตรวจได้มองเห็นถึงความผิดปกติของร่างกายอย่างชัดเจน
- 2) ผู้ตรวจควรนั่งหันหลังให้แสงสว่าง ส่วนนักเรียนที่จะให้ตรวจยืนหันหน้าเข้าหาผู้ตรวจห่างประมาณ 2 ฟุต ท่าท่าที่ใช้ในการตรวจร่างกาย ทั้ง 10 ท่า (ตาราง 1)
- 3) ขณะตรวจ ผู้ตรวจต้องสัมผัสไปด้วยทุกขั้นตอน ถ้าตรวจพบว่ามีปัญหาสุขภาพสุขภาพก็ให้ทำการตรวจโดยละเอียดอีกครั้ง
- 4) ขณะตรวจ ผู้ตรวจไม่ควรสัมผัสร่างกายของนักเรียน ถ้าหากต้องสัมผัส ภายหลังจากสัมผัสให้ล้างมือให้สะอาด ทั้งนี้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
- 5) ในการตรวจร่างกายของนักเรียน ผู้ตรวจต้องพิจารณาน้ำหนัก ส่วนสูง ผลการทดสอบสายตา ผลการทดสอบการได้ยิน และผลการตรวจสุขภาพเหงือกและฟัน ประกอบไปด้วยทุกครั้ง

ตาราง 1 ท่าตรวจร่างกาย 10 ท่า

ท่าที่ 1	ยื่นมือไปข้างหน้าให้สุดแขนทั้งสองข้าง คว่่ามือกางนิ้วทุกนิ้ว
ท่าที่ 2	ท่าท่าต่อเนื่องจากท่าที่ 1 คือพลิกมือหงายมือ

	สิ่งผิดปกติที่ควรสังเกต คือ เล็บยาวสกปรก ผิวหนังบวมเป็นแผล ผื่น มีขี้ไคล มีเม็ดตุ่ม เล็กๆ มีน้ำใสๆ ตามง่ามมือ ตุ่มสาทบริเวณด้านนอกของแขน
ท่าที่ 3	งอแขนพับข้อศอกไขว้และเปลือกตาด้านล่างเบาๆดึงเปลือกตาด้านล่างพร้อมกับเปลือกตาขึ้นลงแล้วจึงกลอกตาไปด้านข้างขวาและซ้าย สิ่งผิดปกติที่ควรสังเกต คือ ดวงตาแดง มีขี้ตา คันตา ขอบตาล่างแดงมาก อักเสบเป็นเม็ดหรือมีเม็ดอักเสบบนหนังที่เปลือกตา เปลือกตาบวม
ท่าที่ 4	ใช้มือทั้งสองข้างดึงคอเสื้อออกให้กว้าง หมุนตัวซ้ายและขวาเล็กน้อยเพื่อจะให้เห็นรอบๆบริเวณคอทั้งด้านหน้าและด้านหลัง สิ่งผิดปกติที่ควรสังเกต คือ เม็ดผื่นคันบริเวณผิวหนังได้คอ บริเวณทรวงอก ผิวหนังเป็นวงๆลักษณะเรียว โดยเฉพาะบริเวณคอผิวหนังเป็นวงกลมสีแดงเห็นขอบชัด ผิวหนังสกปรก มีขี้ไคล บริเวณคอด้านหน้า บวมโตผิดปกติ
ท่าที่ 5	สำหรับนักเรียนหญิงใช้มือขวาเปิดผมไปทัดไว้ที่ด้านหลังหูขวาหันหน้าไปทางซ้าย ส่วนนักเรียนชายหันหน้าไปทางซ้ายเท่านั้น
ท่าที่ 6	ในท่าเดียวกันนักเรียนหญิงใช้มือซ้ายเปิดผมไปทัดไว้ด้านหลังหูซ้ายหันหน้าไปทางขวา ส่วนนักเรียนชายให้หันหน้าไปทางขวาเท่านั้น สิ่งผิดปกติที่ควรสังเกต คือ มีไข้ เหน็บบริเวณ โคนเส้นผม มีน้ำหรือน้ำหนองไหลออกมาจากหูข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง มีขี้หูอุดคั่นข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้าง มีแผล ต่อม น้ำเหลืองหลังหูโต
ท่าที่ 7	ให้กัดฟันและยิ้มกว้าง ให้เห็นเหงือกเนื้อฟันบน และเห็นฟันล่างให้เต็มที่สิ่งผิดปกติที่ควรสังเกต
ท่าที่ 8	ให้อ้าปากกว้างแลบลิ้นยาวพร้อมทั้งร้อง“อา”ให้ศีรษะเอนไปข้างหลังเล็กน้อย กลืนน้ำลาย สิ่งผิดปกติที่ควรสังเกต คือ ลิ้นแตกแดงเจ็บ หรือเป็นฝ้าขาวๆ ฟันผุ แผลแดงอักเสบบริเวณเยื่อจมูกมีน้ำมูกไหลบริเวณจมูก ไอ ต่อมทอนซิลโต คลำพบต่อมน้ำเหลืองใต้คาง หรือคลำพบต่อมไทรอยด์
ท่าที่ 9	สำหรับนักเรียนหญิงให้แยกเท้าทั้งสองข้างห่างกัน 1 ฟุต ใช้มือทั้งสองข้างจับกระโปรงดึงขึ้นเหนือเข่าทั้งสองข้าง ส่วนนักเรียนชายเพียงแยกเท้าทั้งสองข้างให้ห่างกัน 1 ฟุตเช่นกัน

<p>ท่าที่ 10</p>	<p>นักเรียนหญิงชายอยู่ในท่าที่ 9 ให้กลับหลังหันสังเกตด้านหลัง แล้วให้เดินไปข้างหน้า ประมาณ 4 - 5 ก้าวแล้วเดินกลับหันเข้าหาผู้ตรวจ สิ่งผิดปกติที่ควรสังเกต คือแผล บริเวณเข่า หน้าแข้งและน่อง เป็นตุ่มพองบริเวณหน้าแข้ง น่อง ความผิดปกติของฝ่าเท้า ความพิการของขา ทรวดทรงรูปร่างท่าทางการเดิน</p>
------------------	---

การบันทึกผลการตรวจร่างกาย

บันทึกผลการตรวจร่างกายลงในบัตรบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียน (บัตร ส.ศ. 3) ทุกครั้ง ดังนี้

- 1) ความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า ให้บันทึกด้วยค่าตัวเลข ดังนี้ “1” สะอาดคือร่างกายและเสื้อผ้าสะอาด “2” พอใช้ คือร่างกายและเสื้อผ้าไม่ค่อยสะอาด “3” ไม่สะอาด คือร่างกายและเสื้อผ้าสกปรก
- 2) ความสมบูรณ์ของร่างกาย บันทึกโดยใช้ตัวอักษรย่อ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ลงบันทึก ต. (ต่ำกว่าเกณฑ์) น้ำหนักปกติ ลงบันทึก ป. (ปกติ) น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์ ลงบันทึก อ. (อ้วน)
- 3) การตรวจอวัยวะต่าง ๆ ให้ลงบันทึกดังนี้ ปกติ ลงบันทึก “0” ผิดปกติ ลงบันทึก โดยระบุชื่อโรค/ความผิดปกติเป็นภาษาไทย ไม่ได้ตรวจ ลงบันทึก “-”

การวินิจฉัย

การวินิจฉัยปัญหา/ระบุปัญหาจากการตรวจร่างกายทั่วไปของนักเรียนได้ดังนี้

- 1) ไม่มีปัญหาสุขภาพ ผลการตรวจร่างกายไม่พบปัญหา/ความผิดปกติ
- 2) มีปัญหาสุขภาพ ผลการตรวจร่างกายตรวจพบปัญหา/ความผิดปกติ

การช่วยเหลือ

ถ้าตรวจพบว่านักเรียนมีปัญหาสุขภาพ พยาบาลต้องให้การดูแลรักษาและให้คำแนะนำที่

เหมาะสม หรือ ส่งต่อไปรับการรักษาจากแพทย์หรือบุคลากรที่มีความชำนาญเฉพาะในกรณีเจ็บป่วยเกินขอบเขตการรักษา และ จะต้องการติดตามผลการช่วยเหลือและให้การดูแลต่อเนื่อง เมื่อนักเรียนกลับมาโรงเรียน

การตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองของนักเรียนชั้น ป.5- ป.6

นักเรียนชั้น ป.5 ขึ้นไป ต้องตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเองภาคเรียนละ 1 ครั้ง โดยอยู่ภายใต้การดูแลของพยาบาล หรือครูอนามัยโรงเรียน และต้องลงบันทึกผลการตรวจสอบสุขภาพในแบบบันทึกการตรวจสอบสุขภาพด้วยตนเอง การตรวจสอบสุขภาพตนเองประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆดังนี้ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,2553)

1. การสำรวจความสะอาดของร่างกายเสื้อผ้า

1) นักเรียนสำรวจความสะอาดของร่างกายของตนเอง ตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า ได้แก่ ผมและศีรษะ ใบหูและชอกหู ฟัน ใบหน้าและผิวหนังทั่วร่างกาย มือและเล็บมือ เท้าและเล็บเท้า เสื้อผ้า รองเท้า และ ถุงเท้า

2) ลงบันทึกผลในบัตรบันทึก ถ้าสะอาด ลงบันทึก “สะอาด” ถ้าไม่สะอาด ลงบันทึก “ไม่สะอาด”

3) กรณีไม่สะอาดให้นักเรียนปรับปรุงในส่วนที่ยังไม่สะอาด

2. การสำรวจโรคหรือความผิดปกติของร่างกาย

1) นักเรียนสำรวจความผิดปกติของร่างกาย โดยอวัยวะที่ตรวจ ได้แก่ ผมและศีรษะ ตา หู จมูก ปาก ลิ้น ฟัน เหงือก คอ ต่อมไทรอยด์ ผิวหนัง และอาการผิดปกติอื่นๆ

2) ลงบันทึกผลการตรวจ ถ้าไม่พบความผิดปกติ ให้ลงบันทึก “0” ในช่องลงบันทึก ถ้าพบความผิดปกติ ให้เขียนความผิดปกติลงในช่องบันทึก เช่น เหา ตาแดง กุ้งยิง น้ำมูกไหล ฟันผุ

3) นักเรียนที่สำรวจพบความผิดปกติให้แจ้งครูประจำชั้นทราบ

3. การสำรวจภาวะสายตาและการได้ยิน

3.1 การทดสอบสายตา

1) นักเรียนวัดสายตาตนเองโดยใช้แผ่นวัดสายตา (E-Chart) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยให้นักเรียนจับคู่กับเพื่อนผลัดกันวัดสายตา โดยนักเรียนยืนที่ระยะ 6 เมตร วัดสายตาทีละข้าง ให้อ่านตัวอักษร E แฉากล่างสุด

2) ลงบันทึกผลการทดสอบดังนี้ ถ้าอ่านตัวอักษรบรรทัดล่างสุดได้ถูกมากกว่าครึ่งของจำนวนตัวอักษรในแถว (ตั้งแต่ 4 ตัวขึ้นไป) ให้ลงบันทึกว่า “ปกติ” ถ้าอ่านได้น้อยกว่าครึ่ง (น้อยกว่า 4 ตัว/ไม่ถึง 4 ตัว) ให้บันทึกว่า “ผิดปกติ” นักเรียนที่สวมแว่นอยู่แล้วให้บันทึกว่า “ผิดปกติ”

3) นักเรียนที่สายตาผิดปกติ ให้ไปพบครูประจำชั้น หรือครูอนามัยเพื่อวัดสายตาโดยละเอียดอีกครั้ง

3.2 การทดสอบการได้ยิน

1) นักเรียนทดสอบการได้ยิน โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ถูเบาๆ หน้าใบหู ห่างจากหูประมาณ 1 นิ้ว และฟังว่าได้ยินเสียงถู่หรือไม่ ทดสอบหูทีละข้าง

2) ลงบันทึกผล ถ้าได้ยินให้บันทึกว่า “ปกติ” ถ้าข้างใดไม่ได้ยินเสียงถู่ให้สงสัยว่าการได้ยินผิดปกติ ให้บันทึกว่า “ผิดปกติ”

3) นักเรียนที่ได้ยินผิดปกติให้แจ้งครูประจำชั้น หรือครูอนามัย

4. การสำรวจภาวะการเจริญเติบโต

1) นักเรียนชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงช่วงต้นภาคการศึกษา ภาคการศึกษาละ 1 ครั้ง โดยก่อนชั่งน้ำหนักให้เอาของออกจากกระเป๋าเสื้อผ้าให้หมด และถอดรองเท้าออก

2) ประเมินผล น้ำหนัก ส่วนสูง และอายุ โดยทำจุดลงบนกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโต (ตามเพศชาย-หญิง) และลากเส้นต่อระหว่างจุดที่ทำการวัดแต่ละครั้ง

3) นักเรียนอ่านกราฟและบันทึกผลการประเมินผลลงในช่องบันทึกผล เช่น อ้วน เริ่มอ้วน ทั่วไป สมส่วน ก่อนข้างพอม พอม เป็นต้น

5. การทดสอบสมรรถภาพทางกาย

1) นักเรียนทุกคนควรทดสอบสมรรถภาพทางกายของตัวเองอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยกิจกรรมการทดสอบสมรรถภาพ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ นั่งงอตัว (ชม.) นอนยกตัว (ครั้ง/นาที) ดันพื้น (ครั้ง/นาที) และ เคนวีง 1.6 กม. (นาที)

2) เปรียบเทียบผลการทดสอบกับค่ามาตรฐานการทดสอบสมรรถภาพของนักเรียน ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถ้าเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน ลงบันทึก “ผ่าน” ถ้าไม่เป็นไปตามมาตรฐาน ลงบันทึก “ไม่ผ่าน”

3) ถ้าพบว่าสมรรถภาพทางกายบางอย่างยังไม่ผ่านเกณฑ์ ให้ปรึกษาครูพลศึกษา หรือครูอนามัย

4) นักเรียนที่ไม่ผ่านเกณฑ์ ควรปรับปรุงและเสริมสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกายในส่วนที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์ โดยการใช้กิจกรรมการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาให้มากขึ้น

6. การประเมินพฤติกรรมบริโภคอาหาร

1) นักเรียนประเมินพฤติกรรมการบริโภคของตนเอง โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของกองโภชนาการ ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร 10 รายการ ลักษณะคำตอบให้ระบุความถี่ของการบริโภค คือ บริโภคทุกวัน ประจำ ครั้งคราว นานๆครั้ง ไม่บริโภค

2) สรุปผลการประเมินพฤติกรรม โดยรวมคะแนนทั้ง 10 ข้อ และเทียบเกณฑ์โดยแบ่งพฤติกรรมเป็น 3 กลุ่ม คือ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ดี (คะแนน 40 คะแนน) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารบางอย่างที่ต้องปรับปรุง (คะแนน 25-39 คะแนน) พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่วนใหญ่ยังไม่ดี (คะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน)

การใช้กระบวนการพยาบาลในงานอนามัยโรงเรียน (วราภรณ์ บุญเชียง, 2555)

เมื่อสำรวจปัญหาสุขภาพของบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งหมดในโรงเรียนแล้ว รวมทั้งสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนสิ่งต่อมาที่พยาบาลอนามัยโรงเรียนจำเป็นต้องทำ คือนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลอนามัยโรงเรียนเพื่อให้สอดคล้องกับบทบาทพยาบาลทั้ง 4 ด้านและอยู่ภายใต้ขอบเขตของงานอนามัยโรงเรียนทั้ง 4 ด้านที่กล่าวมาแล้วข้างต้น โดยเริ่มจากการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พร้อมข้อมูลสนับสนุน การพยาบาลการ/ช่วยเหลือและการประเมินผล ในที่นี้จะแตกต่างจากที่นิสิตเรียนมาคือผู้รับบริการจะไม่ใช่มผู้ป่วยแต่เป็นกลุ่มบุคคลในโรงเรียน เช่น เด็กนักเรียน ครูประจำโรงเรียน แม่ค้าในโรงเรียน เป็นต้น

การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในงานการพยาบาลอนามัยโรงเรียน

การระบุปัญหาอนามัยโรงเรียนจะทำให้ทราบถึงปัญหาอนามัยโรงเรียน ขึ้นต่อไปคือการเขียน ปัญหาอนามัยโรงเรียน ในรูปแบบของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งสามารถเขียนได้ 2 ลักษณะคือ

- 1) เขียนข้อวินิจฉัยโดยใช้ภาวะสุขภาพของโรงเรียน (Health Problem) เช่น

ปัญหาอนามัยโรงเรียน	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
-พบเด็กวัยเรียน 7-9 ปี น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	-เด็กวัยเรียน 7-9 ปี เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

- 2) เขียนข้อวินิจฉัยโดยใช้สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพโรงเรียน (Non Health Problem or Health Related Problem)

ปัญหาอนามัยโรงเรียน	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
-มีส้วมไม่ถูกสุขลักษณะ (สิ่งแวดล้อม)	-นักเรียนเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อระบบทางเดินอาหารเนื่องจากการใช้ส้วมไม่ถูกสุขลักษณะ

การสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการระบุปัญหาอนามัยโรงเรียนพบว่าปัญหามีเพียงหนึ่ง หรือมากกว่า หนึ่งและภายหลังจาก การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้ดำเนินงานจะต้องทำให้ข้อวินิจฉัยมีความชัดเจน โดยนำเสนอข้อ วินิจฉัยการพยาบาลพร้อมข้อมูลสนับสนุนปัญหา ซึ่งข้อมูลสนับสนุนจะได้มาจากการวิเคราะห์ และ จากการศึกษาสาเหตุของปัญหา

ตัวอย่าง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เด็กวัยเรียน 7-9 ปี เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน: จากการวิเคราะห์ข้อมูล

-เด็ก วัยเรียน 7-9ปีมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 50

ข้อมูลสนับสนุนอื่นๆ

-ผู้ปกครองร้อยละ 90 มีอาชีพทำสวน

- ผู้ปกครองมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 800 บาท
- ไม่มีโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน

ข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษาสาเหตุของปัญหา

- กลุ่มผู้ปกครองร้อยละ 60 ขาดความรู้ในเรื่องโภชนาการสำหรับเด็ก
- กลุ่มผู้ปกครองร้อยละ 80 ไม่ทราบถึงวิธีปรุงอาหารอย่างถูกต้อง
- โรงเรียนขาดแคลนงบประมาณในการจัดอาหารกลางวัน

ผู้ดำเนินงานอนามัยโรงเรียนสามารถศึกษาสาเหตุของปัญหา แต่ละปัญหาทางด้านความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตน รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ในขั้นตอนของการศึกษาสาเหตุของปัญหา เพื่อให้ปัญหานี้มีข้อมูลสนับสนุนที่ตรงความเป็นจริงในโรงเรียนและเป็นแนวทางในการกำหนดกลวิธีการแก้ไขปัญหาในการวางแผนต่อไป

การเขียนกิจกรรมทางการพยาบาลในงานอนามัยโรงเรียน

รูปแบบกิจกรรมทางการพยาบาล จะมุ่งเน้นในแง่การให้คำแนะนำ ให้สุขศึกษาเพื่อให้สอดคล้องกับงานบริการอนามัยโรงเรียนทั้ง 4 ด้าน ยกเว้นกิจกรรมบางอย่างที่สามารถจัดกระทำได้ในโรงเรียนเลย เช่น การกำจัดเหา การให้วัคซีน พยาบาลอนามัยโรงเรียนก็จะสามารถประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่รับผิดชอบโรงเรียนเพื่อขอสนับสนุนยาเวชภัณฑ์ เป็นต้น

ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
เด็กวัยเรียน 7-9 ปี เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร ข้อมูลสนับสนุน -เด็ก วัยเรียน 7-9ปีมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 50 -กลุ่มผู้ปกครองร้อยละ 60 ขาดความรู้ในเรื่องโภชนาการสำหรับเด็ก	-เพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กวัยเรียน	1.จัดประชุมผู้ปกครอง อาจารย์ในโรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรับทราบปัญหาและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน 2.เสนอโครงการอบรมความรู้ผู้ปกครองในเรื่องโภชนาการในเด็ก 3.ร่วมประชุมผู้ปกครอง อาจารย์ในโรงเรียนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดโครงการอาหารรายได้จัดตั้งกองทุนอาหารกลางวัน	-จากผลการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง -แผน/โครงการอบรมผู้ปกครอง -แผน/โครงการหารายได้จัดตั้งกองทุนอาหารกลางวัน

-โรงเรียนขาดแคลนงบประมาณในการจัดอาหารกลางวัน		4.ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องตรวจและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็กกลุ่มเป้าหมายทุกเทอม	-บันทึกน้ำหนักส่วนสูงในบัตรสุขภาพ
--	--	---	-----------------------------------

บรรณานุกรม

- จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และ วณิดา ศุรงค์ฤทธิชัย.(2554). (พิมพ์ครั้งที่ 2). *การพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิดหลักการและการปฏิบัติการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: จุดทองจำกัด.
- ไพเราะ ผ่องโชค, สมบูรณ์ จัยวัฒน์, และเฉลิมศรี นันทวรรณ. (2547). *การพยาบาลอนามัยชุมชน*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทจุดทอง จำกัด.
- วารภรณ์ บุญเชียง. (2555). *อนามัยโรงเรียน*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่: พิมพ์นানা.
- วารภรณ์ บุญเชียง และวิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ ในศิวพร อึ้งวัฒนา และ พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ (บรรณาธิการ). (2555). *การพยาบาลชุมชน*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ครองช่าง.
- ปิยะนุช จิตตนนท์. (2553). *การดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน:การจัดบริการพยาบาลในโรงเรียน*. สงขลา: ลิมบราเดอร์ส เพรส.
- ศิวพร อึ้งวัฒนา และ พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ. (2555). *การพยาบาลชุมชน*. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่. โรงพิมพ์ครองช่าง.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553).(พิมพ์ครั้งที่ 1). *คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพป้องกันเด็กวัยเรียนและเยาวชน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

การดูแลสุขภาพครอบครัว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วรวรรณ ทิพย์วาริรมย์

เนื้อหา

1. แนวคิดและหลักการการดูแลสุขภาพครอบครัว
 - ความสำคัญของการดูแลสุขภาพครอบครัว
 - ความหมายของครอบครัว
 - รูปแบบของครอบครัว
 - พัฒนาการและพันธกิจของครอบครัว
 - บทบาทหน้าที่ของพยาบาลอนามัยชุมชนในการเยี่ยมบ้าน
2. กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชนในการเยี่ยมบ้าน
 - การประเมินครอบครัว (Family assessment)
 - การวินิจฉัยปัญหาของครอบครัว (Family identification)
 - การวางแผนการพยาบาลครอบครัว (Family care planning)
 - การปฏิบัติตามแผน (Implementation)
 - การประเมินผล (Evaluation)
3. กระบวนการเยี่ยมบ้าน
 - ทักษะที่จำเป็นในการเยี่ยมบ้าน
 - ประเภทของการดูแลสุขภาพที่บ้าน
 - การจัดลำดับครอบครัวเพื่อการเยี่ยมบ้าน
 - กระบวนการเยี่ยมบ้าน
 - การใช้กระเป่าเยี่ยมบ้าน
 - การบันทึกการเยี่ยมบ้าน

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้บัณฑิตมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดหลักการการดูแลสุขภาพครอบครัวได้
2. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลในการเยี่ยมบ้านได้
3. เพื่อให้บัณฑิตมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการเยี่ยมบ้านได้

ความสำคัญของการดูแลสุขภาพครอบครัว

การดูแลสุขภาพครอบครัวมีความสำคัญ เนื่องจากการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การดูแลเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสุขภาพนั้น ครอบครัวนับว่าเป็นหน่วยของผู้รับบริการที่สำคัญอันประกอบด้วยสมาชิกที่อยู่รวมกัน เป็นหน่วยย่อยของสังคมที่ประกอบขึ้นเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ของประเทศ การที่ครอบครัวมีสุขภาพดี ย่อมหมายถึงประชาชนในประเทศมีสุขภาพดีด้วย ในการดูแลครอบครัวให้มีสุขภาพดีจึงควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้

1. ครอบครัวเป็นหน่วยที่มีความผูกพันอย่างใกล้ชิด เมื่อเกิดปัญหาขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัว ก็จะมีผลกระทบต่อคนอื่นๆ ในครอบครัว ดังนั้นการประเมินปัญหาสุขภาพของครอบครัว จึงจำเป็นต้องได้ข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของครอบครัว มิใช่เพียงแต่ข้อมูลสุขภาพเฉพาะบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้น

2. การดูแลสุขภาพครอบครัวเน้นในเรื่องการให้ครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ โดยให้บริการ ให้คำแนะนำ และคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ครอบครัวตามความสามารถของแต่ละครอบครัว ทำให้ครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพครอบครัว และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสุขภาพได้ด้วยตนเอง

3. จากการที่ครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพ ทำให้สถานะสุขภาพของครอบครัวโดยรวมเป็นผลของการปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดของสมาชิกแต่ละคน

4. ในการดูแลครอบครัวจะพบว่า ผู้ให้บริการสามารถค้นพบผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ และการค้นพบนี้จะสามารถเข้าไปสู่การสืบหาสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงในครอบครัวและชุมชน เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นไม่ให้ลุกลามไปสู่สมาชิกของครอบครัวอื่นและชุมชนได้

5. ในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (Individual) ครอบครัวอาจถูกศึกษาในแง่ที่เป็นสิ่งแวดล้อมทางสังคมของบุคคลที่จะช่วยทำให้เข้าใจภาพรวมของบุคคลที่กำลังถูกศึกษาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้าน

หมายถึง การบริการช่วยเหลือประชาชนตามบ้านด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการเจ็บป่วย ให้การพยาบาล ให้คำแนะนำ ติดตามการดำเนินของโรคต่างๆ หรือไปเยี่ยมเพื่อตรวจดูสภาพท้องที่และความเป็นอยู่ของประชาชนตลอดจนขนบธรรมเนียมประเพณีวัฒนธรรม และสังคม

การเยี่ยมบ้านในงานบริการสาธารณสุขนั้น เป็นกิจกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับรวมทั้งอาสาสมัครต่างๆ เพื่อนำบริการอนามัยไปสู่ประชาชนที่บ้านตามความสามารถ และขอบเขตหน้าที่รับผิดชอบ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เยี่ยมบ้านเพื่อเก็บข้อมูลหรือข่าวสารต่างๆ แก่ครอบครัวตามที่ได้รับมอบหมาย

การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมหนึ่งของการพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งปฏิบัติต่อประชาชนส่วนใหญ่ในด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว แก้ไขและป้องกันความพิการต่างๆ ตลอดจนช่วยจัดระเบียบความเป็นอยู่ของชีวิตให้เหมาะสมกับความพิการนั้นๆ เพื่อให้ประชาชนมีพละอนามัยสมบูรณ์ ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม

วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน

1. เพื่อศึกษารวบรวมข้อมูลต่างๆ ของครอบครัวแล้วนำมาพิจารณาวินิจฉัยปัญหา และวางแผนช่วยเหลือร่วมกับครอบครัวให้เหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมนั้นๆ
2. เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชาชนโดยให้คำแนะนำและให้สุขศึกษา อันจะก่อให้เกิดความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับอนามัยส่วนบุคคล ตลอดจนช่วยจัดระเบียบความเป็นอยู่ของชีวิตให้เหมาะสมกับสภาพของแต่ละบุคคลและครอบครัว รวมถึงการดูแลเกี่ยวกับการสุขภาพสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว
3. เพื่อให้คำแนะนำในการป้องกันโรคและอุบัติเหตุต่างๆ รวมทั้งการปฏิบัติให้พ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ และการรับภูมิคุ้มกันโรคชนิดต่างๆ
4. เพื่อให้การรักษายาบาลที่จำเป็นและต่อเนื่อง โดยสอนผู้ป่วยและญาติให้สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้
5. เพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง โรคติดต่อ และผู้ป่วยที่พิการ
6. เพื่อติดตามผลการรักษายาบาล การช่วยเหลือและคำแนะนำต่างๆ
7. เพื่อให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการเลือกใช้บริการสาธารณสุขในชุมชนอย่างถูกต้อง เหมาะสมตามความจำเป็น

ความสำคัญของการเยี่ยมบ้าน

ในสภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน ประชาชนที่เจ็บป่วยอีกเป็นจำนวนมาก ไม่สามารถมารับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขได้ ซึ่งบุคคลเหล่านี้ก็มีความต้องการการช่วยเหลือเช่นกัน การที่พยาบาลอนามัยชุมชนเยี่ยมบ้านจึงเป็นวิธีการสำคัญที่จะทำให้ บริการกระจายถึงประชากรทุกเพศ ทุกวัย ทั้งคนปกติ คนป่วย และคนพิการที่ไร้ความสามารถ ให้ได้รับการดูแล ช่วยเหลือ และให้คำแนะนำต่างๆ ที่เหมาะสมตามสภาพของแต่ละครอบครัว และส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถพัฒนาและรู้จักช่วยเหลือตนเองเพื่อมีสุขภาพที่ดีต่อไป ค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพจะลดลง ลดความแออัดในโรงพยาบาล นับได้ว่าการดูแลสุขภาพที่บ้านของพยาบาลอนามัยชุมชน เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญและก่อให้เกิดผลดีอย่างมากต่อผู้ป่วยและครอบครัวตลอดจนประชาชนทั่วไป

ความหมายของครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่เล็กที่สุด แต่มีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะเป็นสถาบันที่สมาชิกมีความผูกพันใกล้ชิดมีความรักซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันแรกที่ยอมรับหล่อหลอมพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล เป็นแหล่งถ่ายทอดวัฒนธรรมจากชนรุ่นหนึ่งไปยังรุ่นต่อไป และเมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคขึ้น ครอบครัวยังเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นสถาบันสังคมที่บุคคลได้ใช้ชีวิตยาวนาน นับตั้งแต่เกิดจนตาย

โดยสรุปครอบครัวมีความหมายที่รวมคุณลักษณะต่อไปนี้ (Hanson, et al., 2005 page 6)

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

รูปแบบของครอบครัว

รูปแบบของครอบครัวมีความหลากหลาย แต่ละรูปแบบมีจุดอ่อนจุดแข็งที่แตกต่างกัน แนวโน้มของปัญหาจึงแตกต่างกัน การจำแนกรูปแบบของครอบครัวนี้ พิจารณาจากหลายประการ คือ สถานภาพสมรส การมีบุตร ลักษณะความผูกพันทางเพศ (รูกา ภูไพบูลย์, 2541)

1. รูปแบบครอบครัวแบบเดิม

1.1 ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) เป็นครอบครัวที่ประกอบไปด้วย สามี ภรรยาและบุตร อยู่ด้วยกัน และไม่ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวเดิมของตน ซึ่งอาจแบ่งให้เฉพาะเจาะจงมากขึ้น ดังนี้

- ครอบครัวที่คู่สามีภรรยา ประกอบอาชีพทั้งคู่ (Dual-earner หรือ dual-career) ครอบครัวแบบนี้มักประสบปัญหา 3 ประการที่พบบ่อยคือ 1) ปัญหาการจัดการภาระในครอบครัวและการดูแลบุตร 2) ปัญหาความเครียดจากที่ทำงานทั้งด้านสามีและภรรยา และ 3) ปัญหาความสัมพันธ์ของครอบครัวซึ่งเป็นผลมาจากปัญหาทั้ง 2 ข้อดังที่กล่าวข้างต้น

- ครอบครัวที่คู่สามีภรรยาไม่มีบุตร (Childless family) ปัญหาที่มักพบในครอบครัวประเภทนี้ คือ ปัญหาสัมพันธภาพของคู่สมรส

- ครอบครัวบุญธรรม (Adoptive family) หมายถึงครอบครัวที่คู่สมรสไม่มีภรรยาและบุตร แต่ต้องการแสดงบทบาทบิดามารดา จึงรับเด็กมาเลี้ยงเป็นบุตรบุญธรรมตามกฎหมาย เพื่อให้คู่สามีภรรยาบรรลุตามบทบาทนั้น อีกทั้งช่วยตอบสนองความต้องการของบุตรบุญธรรมที่ขาดไป ปัญหาที่มักพบบ่อยในครอบครัวนี้ คือ ปัญหาการละเลยหรือละทิ้งเด็ก เนื่องจากความไม่เข้าใจในบทบาทบิดามารดา หรือความเครียดในการสวมบทบาทบิดามารดา

- ครอบครัวคนโสดอยู่คนเดียว (Single adult living alone) เป็นคนโสดที่ไม่ได้แต่งงาน และแยกออกจากครอบครัวเดิมมาอยู่เพียงลำพัง ปัญหาครอบครัวนี้ที่พบบ่อย คือ การแยกตัวออกจากสังคม

1.2 ครอบครัวขยาย (Extended family) เป็นครอบครัวที่สมาชิกในครอบครัวแยกไปสร้างครอบครัวใหม่ ซึ่งอาจจะตั้งครัวเรือนอยู่ในครัวเรือนเดิมของตน หรือแยกครัวเรือนออกไป ตั้งอยู่ใกล้บริเวณครอบครัวเดิมของตน หรือแยกครัวเรือนออกไปอยู่ห่างไกล แต่ครอบครัวใหม่นี้ยังมีการติดต่อเพื่อได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวเดิมของตนในลักษณะเครือข่ายของเครือญาติ

2. รูปแบบครอบครัวที่แตกต่างจากเดิม (Non-traditional families)

2.1 ครอบครัวที่มีบิดาหรือมารดาเดียว (Single-parent family) ปัญหาที่พบบ่อยในครอบครัวนี้คือ 1) ความคาดหวังในบทบาทมากเกินไป เพราะบิดาหรือมารดาเดียว ต้องมีบทบาทหน้าที่ทั้งงานบ้าน การประกอบอาชีพ การเลี้ยงดูบุตร 2) ความขัดแย้งในบทบาท เมื่อบิดาหรือมารดาเดียวต้องการทำหน้าที่ทั้งในบทบาทของบิดาและมารดาอย่างเต็มที่ และ 3) ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาท ปัญหาจากข้อ 1 และ 2 ทำให้บิดาหรือมารดาเดียวต้องลดความเครียดจากบทบาทเดิม จึงเปลี่ยนบทบาทเดิมของตนเข้าสู่บทบาทใหม่ หรือสร้างบทบาทใหม่ โดยการแต่งงานใหม่

2.2 ครอบครัวแต่งงานใหม่ (Stepparent family หรือ remarried family หรือ reconstructed family) ปัญหาที่พบบ่อยในครอบครัวนี้ คือ 1) ความคลุมเครือในบทบาทของบิดามารดาใหม่กับบุตรเลี้ยง และ 2) ปัญหาสัมพันธ์ภาพระหว่างบิดามารดาใหม่กับบุตรเลี้ยง

2.3 ครอบครัวชายหญิงอยู่ด้วยกันโดยไม่ได้สมรส (Non-martial heterosexual cohabiting family)

2.4 ครอบครัวคู่รักร่วมเพศ (Gay and lesbian family) มีงานวิจัยหลายชิ้นในช่วงเวลา 30 ปีที่ผ่านมา พบว่า เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูโดยครอบครัวคู่รักร่วมเพศ มีพัฒนาการการเรียนรู้ พัฒนาการด้านจิตใจ และพัฒนาการทางเพศ เหมือนกับเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูโดยครอบครัวปกติ (Hanson, et al., 2005 page 127)

พัฒนาการและพันธกิจของครอบครัว

Duvall (1977) แบ่งพัฒนาการครอบครัวออกเป็น 8 ระยะ ซึ่งในทุกครอบครัวจะมีพัฒนาการเหล่านี้ตามลำดับขั้น แน่นนอนตายตัว บางครั้งเรียกว่า วงจรชีวิตครอบครัว (Family life cycle) การแบ่งระยะพัฒนาการนี้ยึดหลัก 3 ประการ (Olson และคณะ 1989 อ้างถึงใน อุมภาพร ตรังคสมบัติ, 2543. หน้า 23) คือ

- 1) อายุบุตรคนโต ทั้งนี้เพราะบุตรคนโตเป็นตัวเร่งให้ครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง
- 2) จำนวนเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา แต่ละช่วงชีวิต มีเหตุการณ์แตกต่างกัน บางช่วงมีเหตุการณ์เกิดขึ้นหลายอย่าง บางช่วงสงบ

3) การเปลี่ยนแปลงเป้าหมายครอบครัว ที่จะเปลี่ยนแปลงไปตามวงจรชีวิต

พัฒนาการของครอบครัว ในแต่ละระยะพัฒนาการของครอบครัว ครอบครัวจะมีภารกิจที่ต้องทำแตกต่างกันไปในแต่ละพัฒนาการ เรียกว่า พัฒนาการของครอบครัว พัฒนาการครอบครัว 8 ระยะและพัฒนากิจครอบครัว (รุจา ภูโพบูลย์, 2541. หน้า 81-101; อุมาพร ตรังสมบัติ, 2543, หน้า 24-25) มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 *ระยะเริ่มสร้างครอบครัว* (Married couples) นับตั้งแต่เริ่มแต่งงานจนภรรยาตั้งครรภ์บุตรคนแรก ครอบครัวในระยะนี้อยู่ในช่วงที่มีการปรับตัวระหว่างคู่สมรสอยู่มาก ความต้องการตามพัฒนาการของครอบครัว คือ การอุทิศตนให้กับครอบครัวใหม่ โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพของคู่สมรสที่เหมาะสม และการปรับสัมพันธ์ภาพกับญาติและเพื่อนของแต่ละฝ่าย

ระยะที่ 2 *ระยะครอบครัวมีลูกเล็ก* (Childbearing families) นับระยะจากบุตรคนแรกเกิดจนกระทั่งอายุ 2 ปีครึ่ง ซึ่งคู่สมรสจะมีบทบาทใหม่เกิดขึ้นคือ บทบาทการเป็นพ่อแม่ ต้องเลี้ยงดูบุตรที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พัฒนาการที่สำคัญในระยะนี้ คือ การต้อนรับสมาชิกใหม่เข้าสู่ครอบครัว โดยการปรับความสัมพันธ์ระหว่างสามีและภรรยา เพื่อเลี้ยงดูบุตรวัยทารก การปฏิบัติตามบทบาทของบิดามารดาที่เหมาะสม และการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกใหม่กับสมาชิกเดิมและเครือญาติ

ระยะที่ 3 *ระยะครอบครัวมีบุตรก่อนวัยเรียน* (Families with pre-school children) นับจากบุตรคนแรกอายุ 2 ปีครึ่งจนถึง 6 ปี เป็นระยะที่ครอบครัวมีภาระพอสมควร เพราะเด็กก่อนวัยเรียนเป็นเด็กที่กำลังพัฒนาทุกด้านต้องการการเรียนรู้เพื่อให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตน พัฒนาการของครอบครัวในระยะนี้คือ ส่งเสริมให้เด็กเกิดการเรียนรู้ และเกิดพัฒนาการด้านต่างๆ เป็นไปอย่างเหมาะสม สามีภรรยาตกลงร่วมกันในการเลือกโรงเรียน การรับส่งลูกที่โรงเรียน การจัดสรรเงินเพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการเล่าเรียนของบุตร จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ของบุตร และปลอดภัยจากอันตราย

ระยะที่ 4 *ระยะครอบครัวมีบุตรวัยเรียน* (Families with school children) นับจากบุตรคนแรกอายุ 6 ปีจนถึง 13 ปี เป็นระยะที่ครอบครัวมีการสื่อสารกับสังคมภายนอกเพิ่มขึ้น บางครอบครัวอาจมีสมาชิก (บุตร) ใหม่ความสัมพันธ์ในครอบครัวอาจไม่แน่นแฟ้นเหมือนในระยะที่ผ่านมา เนื่องจากเด็กเริ่มไปโรงเรียน ความสนใจของเด็กจึงอยู่ที่โรงเรียน และบิดามารดาต้องใช้เวลาส่วนหนึ่งในการดูแลบุตรคนใหม่ สมาชิกในครอบครัวจำนวนมากขึ้น พัฒนาการที่สำคัญคือ การส่งเสริมบุตรในด้านการเรียน ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเรียน ชายหญิงจึงต้องรักษาความสมดุลของครอบครัว ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส ระบบบิดามารดาและบุตร ระหว่างบุตรคนและบุตรคนรอง

ระยะที่ 5 *ระยะครอบครัวมีบุตรวัยรุ่น* (Families with teenagers) นับจากบุตรคนแรกอายุ 13 ปีจนถึง อายุ 20 ปี ระยะนี้บุตรสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น แต่เป็นระยะที่ครอบครัวต้องการการปรับตัวอย่างมาก เพราะบุตรวัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ และสังคมอย่างมาก วัยรุ่นเริ่มมีความสนใจในกลุ่มเพื่อน สนใจเพื่อนต่างเพศ มีความต้องการอิสระ หาเอกลักษณ์ให้กับตนเอง ทำให้ความ

ใกล้ชิดของบุตรกับบิดามารดาลดลง หากครอบครัวยังปฏิบัติกับบุตรเหมือนลูกยังเป็นเด็ก อาจเกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวได้ และบุตรจะไม่มีโอกาสพัฒนาตนเอง พัฒนิกที่สำคัญคือ ส่งเสริมให้บุตรมีความเป็นตัวของตัวเอง โดยปรับความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและบุตร เพื่อให้บุตรเป็นอิสระจากครอบครัวมากขึ้น คู่สมรสหันมาสนใจระบบคู่สมรสและอาชีพการงานอีกครั้ง หลังจากที่ทุ่มเทให้กับลูกมานาน ดูแลพ่อแม่ที่แก่ชรา

ระยะที่ 6 *ระยะแยกครอบครัวใหม่* (Families as launching centers) นับจากบุตรคนแรกแยกครอบครัวไปสร้างครอบครัวใหม่ ส่วนใหญ่อายุบุตรจะประมาณ 20 ปีขึ้นไป เป็นระยะที่บุตรจบการศึกษา ประกอบอาชีพของตนเอง พึ่งพาตนเองได้ ความสัมพันธ์ของพ่อแม่กับบุตรจึงเป็นความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใหญ่กับผู้ใหญ่ ในช่วงนี้จะมีสมาชิกใหม่เข้ามา ได้แก่ บุตรเขยหรือสะใภ้ บิดามารดาจึงต้องปรับตัวอีกครั้งเพื่อต้อนรับสมาชิกใหม่ประสานความสัมพันธ์กับครอบครัวของเขยหรือสะใภ้ พัฒนิกในระยะนี้ คือ การยอมรับการจากไปของบุตรและการเข้ามาของเขยหรือสะใภ้ ปรับสัมพันธ์ภาพที่ดีกับเขยหรือสะใภ้ ต้อนรับหลานเข้าสู่ครอบครัว

ระยะที่ 7 *ระยะครอบครัววัยกลางคน* (Middle-age parents) นับระยะจากบุตรคนสุดท้ายออกไปมีครอบครัวใหม่ ช่วงเวลานี้คู่สามีภรรยาต้องอยู่เพียงลำพัง รู้สึกว่าเหว่ จึงต้องมีการปรับตัวกันอีกครั้ง สามีภรรยาจึงคงความสัมพันธ์กับบุตร และเข้าร่วมกิจกรรมกับเพื่อนบ้านและชุมชน เพื่อใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ พัฒนิกในระยะนี้คือ การเตรียมเกษียณอายุ เตรียมพร้อมเข้าสู่วัยชรา และยอมรับสภาพร่างกายของตนเองที่เริ่มเสื่อมถอยลง

ระยะที่ 8 *ระยะครอบครัววัยชรา* (Aging family members) เป็นระยะสุดท้ายของครอบครัว ระยะนี้จะดำเนินต่อไปยังระยะที่มีการสูญเสียคู่สมรส และวงจครอบครัวจะสิ้นสุดลงเมื่อผู้ที่เหลืออยู่จบชีวิตลง ระยะนี้ครอบครัวต้องการการช่วยเหลือดูแลจากครอบครัวบุตรหลานมาก ต้องการการเคารพจากบุตรหลาน ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม หรือกิจกรรมทางศาสนา พัฒนิกในระยะนี้ คือ การยอมรับการเปลี่ยนแปลงในบทบาทของตน โดยการแสวงหาบทบาทใหม่ที่เหมาะสมกับตน การคงไว้ซึ่งความกระตือรือร้น การสนับสนุนให้บุตรมีบทบาทมากขึ้น การจัดการกับการสูญเสีย

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลอนามัยชุมชนในการเยี่ยมบ้าน

บทบาทของพยาบาลอนามัยชุมชนในการเยี่ยมบ้าน เน้นที่การส่งเสริมภาวะสุขภาพอนามัยของครอบครัวและการป้องกันโรคต่างๆ ที่ป้องกันได้ ซึ่งเป็นงานหลักในการดูแลเบื้องต้นที่จะป้องกันมิให้เกิดปัญหา โดยการช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลตนเอง และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ ที่กระตุ้นให้ประชาชนรู้จักการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ บทบาทและหน้าที่ของพยาบาลอนามัยชุมชนในการเยี่ยมบ้าน (Helvis, 1998 อ้างอิงใน จรรยา เสียงเสนาะ, 2549: หน้า 517-518) มีดังนี้

1. เป็นผู้ให้บริการพยาบาล โดยเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเล็กน้อย ผู้ที่อยู่ในระยะพักฟื้นหลังจากการได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่พยาบาลอนามัยชุมชนจะเป็นผู้ให้การพยาบาลด้วยตนเอง โดยการให้การพยาบาลที่จำเป็นในการเยี่ยมแต่ละครั้ง เช่น ทำแผล ฉีดยา วัดปรอท เช็ดตัวลดไข้เมื่อพบว่าไข้สูง เป็นต้น นอกจากการให้การพยาบาลด้วยตนเองแล้ว พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลบางอย่างในการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องตามหลักการมากที่สุดตามความสามารถของตนเองและครอบครัว

2. เป็นผู้สอนสุขศึกษา เป็นบทบาทการเป็นผู้ให้ข้อมูลด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ซึ่งสามารถให้ข้อมูลโดยวิธีการสอน พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องทำหน้าที่ในการสอนผู้ป่วย ครอบครัว รวมถึงชุมชนด้วย ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง การสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสำคัญมาก ถ้าผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจในเรื่องที่สอนและปฏิบัติตามอย่างถูกต้อง ก็จะเกิดผลดีต่อสุขภาพอนามัย พยาบาลอนามัยชุมชนจึงต้องติดตามผลของการสอนและคำแนะนำเพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้แล้วหาวิธีอื่นปฏิบัติต่อไป

3. เป็นที่ปรึกษา ในการเยี่ยมบ้านนอกจากจะพบปัญหาทางด้านสุขภาพแล้ว ครอบครัวมักจะมีปัญหาด้านอื่นซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพด้วย เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ซึ่งก่อให้เกิดความเดือดร้อนเป็นทุกข์แก่ครอบครัว ดังนั้น ครอบครัวจึงถือโอกาสระบายถึงความคับข้องใจต่างๆ เมื่อมีผู้ไปเยี่ยม จึงเป็นหน้าที่ที่พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องรับเป็นผู้ให้คำปรึกษาที่ดี โดยรับฟังถึงปัญหาต่างๆ ด้วยความสนใจ พร้อมทั้งชี้แนะแนวทางที่จะช่วยให้เขาตัดสินใจแก้ปัญหา

4. เป็นผู้ประสานงาน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องทำหน้าที่เป็นคนกลางระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว กับแพทย์ พยาบาลในโรงพยาบาลและหน่วยงานอื่นในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย นอกเหนือจากการให้การดูแลในด้านการรักษาพยาบาล ครอบครัวอาจจะมีปัญหาอื่น เช่น ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม พยาบาลอนามัยชุมชนจะช่วยประสานงานกับฝ่ายสังคมสงเคราะห์ เพื่อช่วยให้ครอบครัวได้รับบริการต่างๆ ตามความเหมาะสม และคอยดูแลว่าบริการต่างๆ ที่ให้แก่ครอบครัวมีการประสานงานกันเป็นอย่างดี

5. เป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้รับบริการ โดยจัดให้ประชาชนได้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยตามสิทธิที่ควรจะได้รับ เช่น ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาในสถานบริการเฉพาะโรคตามความจำเป็นของผู้ป่วย ช่วยชี้แจงความต้องการของครอบครัวในการขอความช่วยเหลือจากนักสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

6. เป็นตัวอย่าง พยาบาลอนามัยชุมชนต้องเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการสุขภาพสาขาอื่น รวมทั้งพยาบาลอื่นและนักศึกษา ทั้งด้านพฤติกรรมและการปฏิบัติงาน เช่น การสวมชุดยูนิฟอร์มที่สะอาดถูกระเบียบ การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

7. เป็นผู้ร่วมงาน โดยปฏิบัติตนและตัดสินใจร่วมกับคนอื่นๆ ในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ

8. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง พยาบาลอนามัยชุมชนควรวางตนเป็นแบบอย่างในมน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เช่น เป็นผู้นำให้เกิดการรวมกลุ่มออกกำลังกาย

9. เป็นนักวิจัย บทบาทนี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการพยาบาลในชุมชน ได้แก่ การประเมิน วางแผน ดำเนินการ และประเมินปัญหาสุขภาพของชุมชน และการแก้ไข การวิจัยจะช่วยในการวิเคราะห์ข้อเท็จจริงทุกขั้นตอนในกระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่บ้านมีประสิทธิภาพ และมีการพัฒนาให้ทันต่อความเปลี่ยนแปลงในสังคม

การเยี่ยมบ้านนั้น ยึดถือหลักที่ว่าครอบครัวเป็นหน่วยในการให้บริการ การเยี่ยมบ้านจะมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้เยี่ยมที่จะเข้าถึงบุคคลและครอบครัว รวมทั้งสามารถให้การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่แท้จริงตามความต้องการของบุคคลและครอบครัวนั้นอย่างมีขั้นตอน ดังนั้น ในการเยี่ยมบ้านพยาบาลอนามัยชุมชนควรยึดหลักของกระบวนการพยาบาล เพื่อให้การดำเนินงานไม่มีอุปสรรค และได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี

กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชนในการเยี่ยมบ้าน

การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้การทำงานของพยาบาลอนามัยชุมชนเป็นระบบและก่อให้เกิดการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีการดำเนินการเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกันตลอดเวลา อันประกอบด้วย การประเมินครอบครัว การวินิจฉัยปัญหาของครอบครัว การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผลการพยาบาล

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินครอบครัว (Family Assessment)

จากแนวคิดที่ว่า ครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นของบริการอนามัย การที่พยาบาลอนามัยชุมชนเข้าไปให้บริการพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้านนั้น จะช่วยให้ทราบปัญหาต่างๆ ในครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยของบุคคล ปัญหาสุขภาพของสมาชิกคนใดคนหนึ่งใดในครอบครัว ย่อมมีผลกระทบต่อการทำงานของบุคคลนั้นและครอบครัวด้วย ถ้าพยาบาลอนามัยชุมชนมุ่งให้การพยาบาลเฉพาะบุคคล การวางแผนการพยาบาลอาจผิดพลาดไป การวินิจฉัยการพยาบาลและการให้การพยาบาลโดยพิจารณาเฉพาะตัวผู้ป่วย แม้จะทำให้บุคคลนั้นปลอดภัยจากโรคที่กำลังคุกคามอยู่ แต่ถ้ากลับไปอยู่สภาพเดิมก็อาจกลับเป็นขึ้นอีก ดังนั้น การพิจารณาปัญหาของผู้ป่วยจึงพิจารณาสิ่งอื่นๆ ในครอบครัวด้วย

ข้อมูลจำเป็นสำหรับการประเมินครอบครัว ประกอบด้วย

1. ข้อมูลเกี่ยวกับโครงสร้างและลักษณะของครอบครัว (Family Structure and Characteristics) ได้แก่

1.1 ชื่อ อายุ เพศ และความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัวของสมาชิกทุกคนในครอบครัว

1.2 ชนิดโครงสร้างของครอบครัว เช่น ครอบครัวที่แต่งงานถูกต้องตามกฎหมาย ครอบครัวที่อยู่ด้วยกันโดยไม่จดทะเบียนสมรส ครอบครัวเดี่ยว หรือครอบครัวขยาย

1.3 บทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ตลอดจนความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวรักใคร่กันดี หรือมีข้อขัดแย้งกัน

1.4 แบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัว หรือกิจวัตรประจำวันของสมาชิกในครอบครัว เช่น

- ลักษณะของการบริโภคอาหาร จำนวนมื้อ ลักษณะอาหาร ชนิดอาหาร
- การพักผ่อนนอนหลับ เวลาเข้านอน จำนวนเวลาพักผ่อน
- การใช้เวลาร่วมกันในกิจกรรมต่างๆ

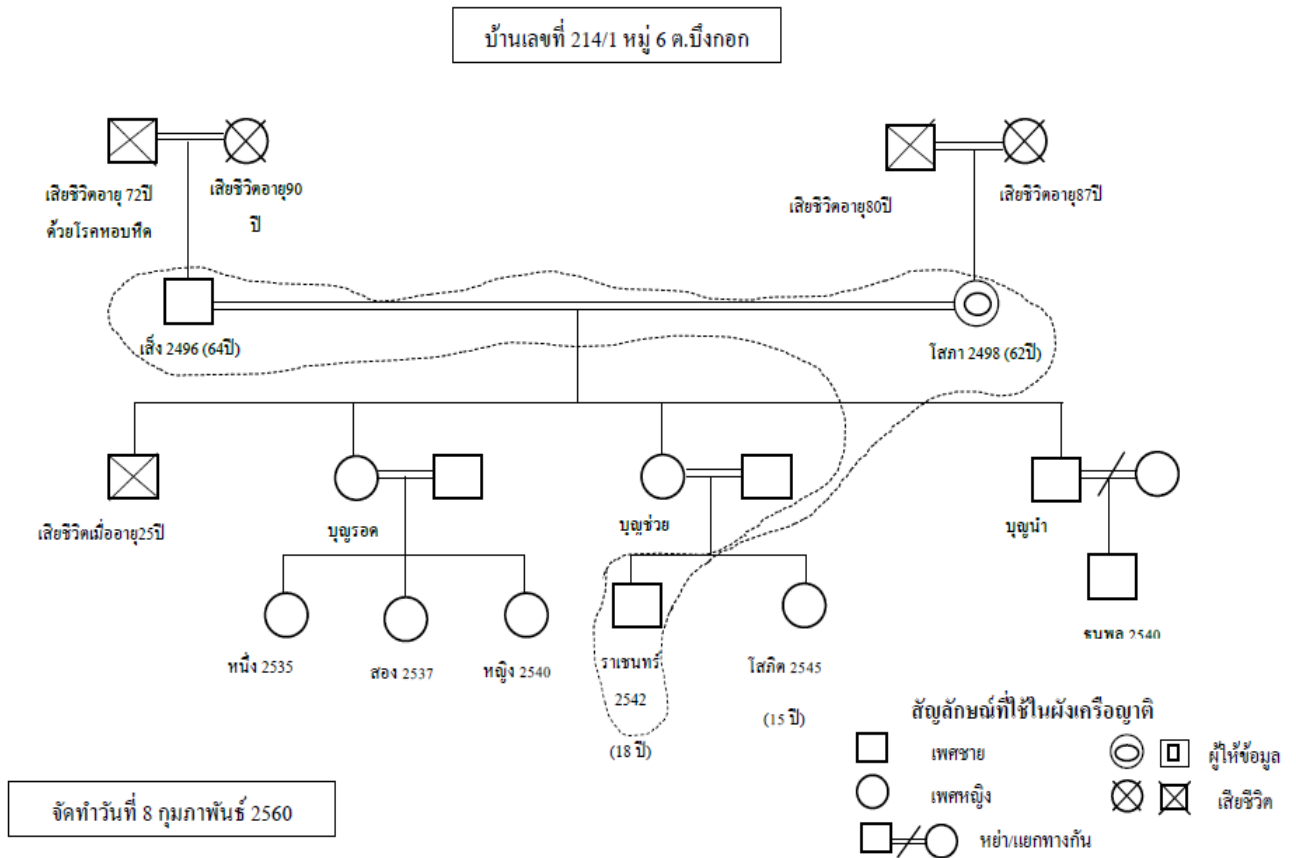
ในการประเมินโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัวนั้นอาจใช้ แผนภูมิครอบครัว และ แผนที่นิเวศน์ครอบครัว มาช่วยในการประเมินได้ดังนี้

แผนภูมิครอบครัว (Genogram หรือ Family tree) เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวย้อนหลังไป 3 ชั่วอายุคน โดยจะแสดงรายละเอียดไว้หลายด้าน เช่น เพศ อายุ วันเกิด วันตาย อาชีพ สถานะ สุขภาพ ความผูกพัน และเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ข้อดีของแผนภูมิครอบครัวคือ ทำให้เข้าใจข้อมูลในอดีตที่อาจเกี่ยวเนื่องกับปัจจุบัน

รูปที่ 1 สัญลักษณ์ที่ใช้วาดแผนภูมิครอบครัว (สายพิณ ทัศนรัตน์, 2551, หน้า 35)

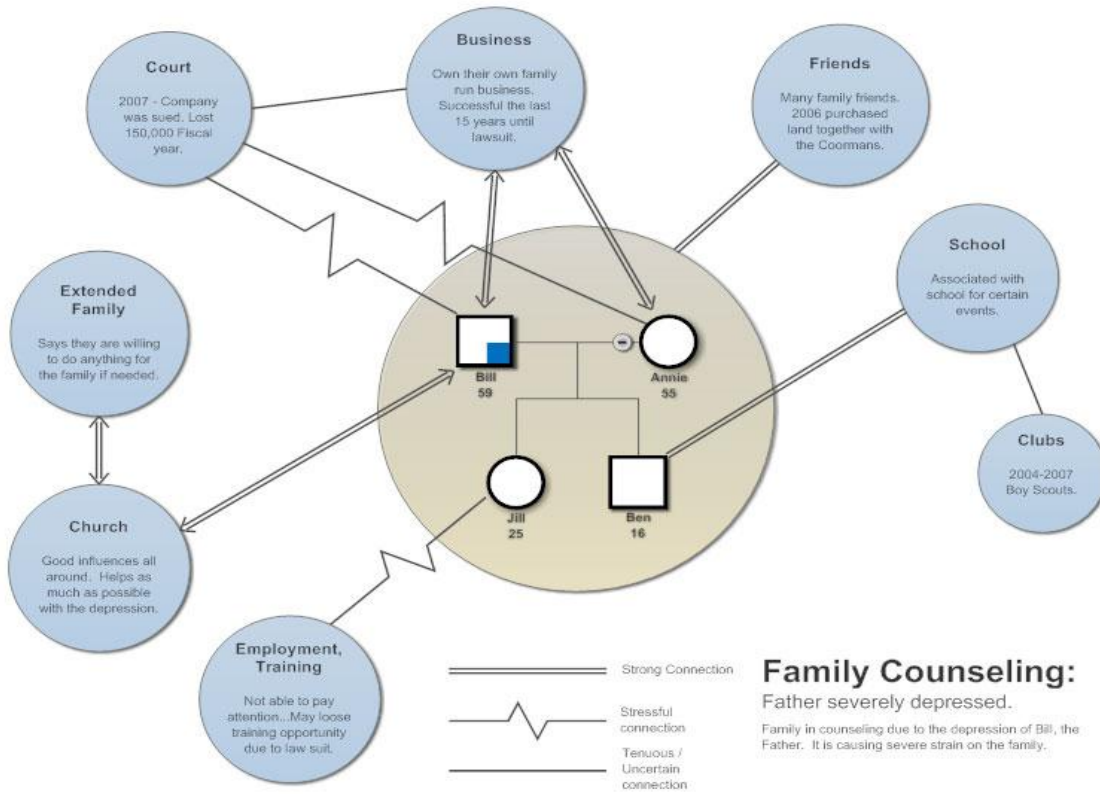
การวาดแผนภูมิครอบครัว

1. วาดข้อมูลครอบครัวอย่างน้อยสามชั่วอายุคน
2. ใส่ชื่อและอายุ (หรือปีเกิด) ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว
3. ใส่อายุและสาเหตุการตายของสมาชิกในครอบครัว (ถ้ามี)
4. ระบุโรคหรือปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญของสมาชิกในครอบครัว
5. วาดวงล้อมรอบสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน พร้อมบ่งชี้ว่าผู้ป่วยอยู่ในตำแหน่งใดของแผนภูมิ
6. ระบุวันที่การแต่งงานหรือหย่าร้างของสมาชิกในครอบครัว
7. เรียงสมาชิกที่เกิดตามลำดับก่อนหลัง จากซ้ายไปขวา
8. ถ้าทราบความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ให้ลากเส้นแสดงลงในแผนภูมิ



รูปที่ 2 ตัวอย่างการเขียนแผนภูมิครอบครัว

แผนที่นิเวศน์ครอบครัว (Ecomap) เป็นการวิเคราะห์เครือข่ายครอบครัว ครอบครัวเป็นระบบนิเวศน์หนึ่งที่รักษาสสมดุลระหว่างสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกครอบครัว บางครั้งครอบครัวต้องปรับตัวให้เป็นระบบเปิด เพื่อรับการช่วยเหลือจากสิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัว ได้แก่ ชุมชน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ซึ่งต้องพิจารณาใน 3 ประเด็น คือ 1) การรับรู้ความรู้สึกใกล้ชิดของครอบครัวกับบุคคล/กลุ่มคนต่างๆ ภายนอกครอบครัว 2) แหล่งประโยชน์ที่พึ่งพาได้ในกรณีที่ครอบครัวประสบปัญหา และ 3) แหล่งประโยชน์นั้นง่ายต่อการติดต่อและการเข้าถึงหรือไม่



รูปที่ 3 ตัวอย่างแผนที่นิเวศน์ครอบครัว

2. ข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐกิจ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี และความเชื่อ (Socio-Economic and Cultural Factors)

- 2.1 ข้อมูลเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจ อาชีพ รายได้ รายจ่ายผู้ที่เป็นหลักของครอบครัวในการหารายได้ ผู้ตัดสินใจในการใช้จ่ายเงินของครอบครัว
- 2.2 การศึกษาของสมาชิกทุกคนในครอบครัว ทั้งที่กำลังศึกษาและจบการศึกษาแล้ว
- 2.3 เชื้อชาติ ศาสนา ขนบธรรมเนียมประเพณีและความเชื่อถือต่างๆ ของครอบครัว
- 2.4 ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับชุมชน เพื่อนบ้าน การร่วมกิจกรรมในสังคม
- 2.5 บทบาทของสมาชิกในครอบครัวต่อสังคม

3. ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (Health and Medical History of the Family Members)

- 3.1 ประวัติสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- 3.2 ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัว
- 3.3 ทักษะและการยอมรับในบทบาทของเจ้าหน้าที่ของสถานบริการที่ไปติดต่อ
- 3.4 สถานบริการสุขภาพที่รับบริการ
- 3.5 ยาที่ใช้เป็นประจำ หรือยาที่ใช้รักษาตนเอง

ในการประเมินข้อมูลด้านสุขภาพอนามัยของครอบครัว สามารถประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของ กอร์ดอน 11 แบบแผน มาช่วยประเมินได้ ดังนี้

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	ความหมาย
1. แบบแผนการรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	- ประวัติสุขภาพครอบครัว พฤติกรรมสุขภาพ ภาวะสุขภาพของสมาชิก และประกันสุขภาพ
2. แบบแผนอาหารและการเผาผลาญอาหาร	- โภชนาการของครอบครัว อาหารที่ซื้อ เตรียม และเก็บรักษา
3. แบบแผนการขับถ่าย	- ครอบครัวมีการจัดการเกี่ยวกับขยะมูลฝอยอย่างถูกลักษณะ และสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน
4. แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย	- แบบแผนการประกอบกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมในครอบครัวในการพักผ่อน สันทนาการ และกฎระเบียบครอบครัว
5. แบบแผนการพักผ่อนและนอนหลับ	- แบบแผนการนอน การจัดสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการนอน พฤติกรรม การนอนของสมาชิกภายในครอบครัว
6. แบบแผนสติปัญญา และการรับรู้	- ระดับการศึกษาของสมาชิก ปัญหาการเรียน/พัฒนาการ การตัดสินใจของครอบครัว
7. แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	- การรับรู้ของครอบครัวในความสามารถที่รักษาไว้ซึ่งหน่วยของครอบครัว ความภูมิใจของครอบครัว และการรับรู้เกี่ยวกับบ้าน และเพื่อนบ้าน
8. แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ	- สมาชิกในครอบครัว ระยะพัฒนาการของครอบครัว การสื่อสาร บทบาทและรายได้
9. แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์	- เพศสัมพันธ์ การเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว เพศศึกษา
10. แบบแผนการปรับตัวและความทนทานต่อความเครียด	- แนวทางการจัดการภาวะวิกฤติและความเจ็บป่วยในอดีตถึงปัจจุบัน
11. แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ	- เชื้อชาติ ศาสนา และความเชื่อที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิก ค่านิยมของครอบครัว

(ดัดแปลงจาก รุจา ภูไพบูลย์, 2541 หน้า 189-190)

นอกจากนี้ยังมีแนวทางการประเมินครอบครัวแบบ INHOMESSS ที่ดีพิมพ์ในวารสาร American Family Physician ดังหัวข้อต่อไปนี้ (วิโรจน์ วรรณภีระ, 2555, หน้า 33, Unwin & Jerant, 1999)

I = Immobility ประเมินว่าสามารถขยับเขยื้อนไปทำกิจกรรมได้มากน้อยเพียงใด

1. กิจกรรมพื้นฐาน เช่น ลุกจากที่นอน อาบน้ำ แต่งตัว กินได้ ขับถ่ายได้
2. กิจกรรมอื่นที่ใช้แรงมากขึ้น เช่น ทำงานบ้าน ง่ายตลาด ทำอาหาร ล้างรถ

N = Nutrition ประเมินภาวะโภชนาการ อาหารโปรด วิธีเตรียมอาหาร วิธีเก็บอาหาร ปริมาณที่กิน นิสัยการกิน รวมไปถึงการสูบบุหรี่และการดื่มสุราด้วย

H = Housing ประเมินสภาพบ้านว่ามีลักษณะอย่างไร

1. ภายในบ้าน เช่น แอ๊ด โปรงสบาย สะอาด เป็นระเบียบ อบอุ่นเป็นกันเอง สบาย ดูเป็นส่วนตัว มีรูปแขวนผนังกับใครบ้าง มีโลโก้ ประกาศนียบัตร ยกย่องเรื่องใดบ้าง มีโทรทัศน์ เครื่องดนตรี หิ้งหนังสือ สัตว์เลี้ยงภายในบ้าน เป็นต้น
2. รอบบ้าน เช่น มีบริเวณหรือไม่ รอบบ้านเป็นอย่างไร รั้วรอบของชิด หรือทะลุถึงเพื่อนบ้าน
3. เพื่อนบ้าน เป็นใคร ลักษณะอย่างไร ความสัมพันธ์กับครอบครัวเป็นอย่างไร

O = Other people ประเมินว่าบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในบ้านเป็นอย่างไร ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในบ้าน ถ้ามีเหตุการณ์ฉุกเฉินภายในบ้านเกิดขึ้น ใครเป็นผู้ตัดสินใจ และแหล่งสนับสนุนที่สำคัญในชุมชน เช่น จิตอาสา

M = Medications ประเมินการใช้ยา อายุขของยา และการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพ ตลอดจนยาหรือวิธีการรักษาที่แสวงหามาด้วยตนเองหรือตามความเชื่อ เช่น ยาหม้อ ยาพระ สมุนไพร อาหารเสริม

E = Examination ประเมินสุขภาพด้วยการตรวจร่างกาย

S = Safety ประเมินความปลอดภัยภายในบ้านที่อาจมีผลต่อผู้อยู่อาศัย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็ก คนพิการ และคนชรา เช่น สถานที่เก็บของมีคม การวางเฟอร์นิเจอร์

S = Spiritual health ประเมินจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อ ค่านิยม ทศนคติ วัฒนธรรม และประเพณี ความมุ่งมั่น ความทุกข์ สิ่งยึดเหนี่ยวที่สำคัญ ความศรัทธา หรือบุคคลที่ผู้ป่วยเชื่อและนับถือ ศาสนวัตถุภายในบ้าน วารสาร นิตยสารที่อ่านประจำ

S = Service ประเมินการบริการที่ได้รับ ความพึงพอใจต่อบริการ และ ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

4. ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม (Environment Factors)

- 4.1 ที่ตั้งของบ้านเรือน เช่น ชุมชนแออัด บริเวณโรงงานอุตสาหกรรม
- 4.2 สภาพบ้าน ขนาดบ้าน ขนาดห้อง การจัดบริเวณห้องต่างๆ การระบายอากาศ เครื่องใช้ในบ้าน เฟอร์นิเจอร์ต่างๆ ที่ประกอบอาหาร ที่เก็บอาหาร ห้องน้ำ ห้องส้วม
- 4.3 น้ำดื่มและน้ำใช้ ความเพียงพอ
- 4.4 การกำจัดสิ่งปฏิกูล วิธีเก็บและทำลาย
- 4.5 พาหนะ ที่ใช้ในชุมชน เช่น รถเมล์รถบริการ เรือยนต์
- 4.6 เครื่องอำนวยความสะดวก เช่น ไปรษณีย์ โทรศัพท์

ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยปัญหาของครอบครัว (Problem Identification)

ปัญหาของครอบครัว คือ สภาวะที่มีการรบกวนต่อสภาวะสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในรูปของการขาด (Deficiency) หรือในรูปของการมากเกินไป (Over) ซึ่งเป็นอันตราย และทำให้เกิดความขัดแย้ง คับข้องใจแก่สมาชิกในครอบครัว ซึ่งต้องการความช่วยเหลือ เพื่อแก้ไข จัดปัญหา และอุปสรรคต่างๆ

การวินิจฉัยปัญหาครอบครัว เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องจากการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ของครอบครัว เพื่อนำมาวิเคราะห์ค้นหาปัญหา และกำหนดข้อวินิจฉัยปัญหาเพื่อแนวทางในการวางแผนช่วยเหลือครอบครัวต่อไป

ปัญหาสุขภาพของครอบครัว จะสามารถพิจารณาได้ 3 ลักษณะ คือ (ตีพพร อังวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, 2555ม หน้า 146)

1. ความพร่องทางสุขภาพ (Health Deficit) คือ สภาวะที่ไม่ปกติทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ความเจ็บป่วย ซึ่งอาจได้รับการวินิจฉัยหรือยังไม่ได้รับการรับการวินิจฉัย
2. ภาวะคุกคามสุขภาพ (Health Treat) คือ สภาวะที่บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดโรคและอันตรายต่างๆ
3. สภาวะวิกฤติ (Crisis Situation) คือ สภาวะที่บุคคลต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงและต้องการปรับตัว เช่น การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว การตกงาน การตั้งครอบครัวใหม่ การย้ายเข้าสู่วัยหนุ่มสาว วัยชรา ฯลฯ

ขั้นตอนการวินิจฉัยปัญหาของครอบครัว มีดังนี้

1. สืบสวนหาความบกพร่องทางสุขภาพ เช่น เมื่อพยาบาลอนามัยชุมชนเข้าดูแลสุขภาพที่บ้านพบว่าเด็กอายุ 1 ปี รูปร่างเล็กผิดปกติ ชั่งน้ำหนักได้ 5 กิโลกรัม เด็กท้องเสียบ่อย
2. กระบวนการหาเหตุผลมาประกอบหรือข้อมูลสนับสนุน เช่น จากการสังเกตและพูดคุยกับมารดา ได้ข้อมูลว่า มารดาต้องไปทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลาให้นมบุตร จึงใช้นมชั้นหวานเลี้ยงแทนโดยยายของเด็กจะเป็นผู้ชงให้ ซึ่งบางครั้งก็ใช้น้ำต้มสุก บางครั้งก็ใช้น้ำฝน

3. พิจารณาปัจจัยที่เป็นสาเหตุโดยรวมข้อมูลประกอบอื่นๆ เช่น พยาบาลอนามัยชุมชนพบว่า สาเหตุที่มารดาใช้นมชั้นหวานเลี้ยงบุตร เนื่องจากมารดาไม่มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลือกนมที่ใช้เลี้ยงบุตร ส่วนการที่ตายของเด็กชงนมด้วยน้ำฝน เป็นเพราะยายมีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเตรียมนม

4. สรุปวินิจฉัยปัญหา จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปข้อวินิจฉัยปัญหา หรือ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ได้ดังนี้

- เด็กน้ำหนักตัวต่ำกว่ามาตรฐาน เนื่องจากมารดาไม่มีความรู้ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเลือกนมที่ใช้เลี้ยงบุตร

- เด็กต้องเสียชีวิตเนื่องจากอายุของเด็กมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการเตรียมนม

5. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา จากการวินิจฉัยปัญหาของครอบครัว พยาบาลอนามัยชุมชนอาจพบปัญหาจึงต้องนำปัญหาที่ได้มาจัดลำดับความสำคัญเพื่อพิจารณาว่าปัญหานั้นมีความจำเป็นรีบด่วนต้องแก้ไขก่อนหลังเพียงใด

การพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของปัญหา มีดังนี้

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| 1. ประเภทของปัญหา | (น้ำหนักองค์ประกอบ = 1 คะแนน) |
| Health deficits | = 3 คะแนน |
| Health threats | = 2 คะแนน |
| Crisis situation | = 1 คะแนน |
| 2. ความยากง่ายในการแก้ไขปัญหา | (น้ำหนักองค์ประกอบ = 2 คะแนน) |
| ง่าย | = 3 คะแนน |
| ปานกลาง | = 2 คะแนน |
| ยาก | = 1 คะแนน |
| 3. โอกาสในการป้องกัน | (น้ำหนักองค์ประกอบ = 1 คะแนน) |
| มาก | = 3 คะแนน |
| ปานกลาง | = 2 คะแนน |
| น้อย | = 1 คะแนน |
| 4. การยอมรับปัญหาของครอบครัว | (น้ำหนักองค์ประกอบ = 1 คะแนน) |
| ครอบครัวยอมรับว่าจำเป็นต้องแก้ไขทันที | = 2 คะแนน |
| ครอบครัวยอมรับแต่ยังไม่แก้ไขทันที | = 1 คะแนน |
| ครอบครัวไม่ยอมรับและไม่สนใจ | = 0 คะแนน |

การคิดคะแนน

1. นำคะแนนแต่ละข้อมาคำนวณ ดังนี้

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

2. นำคะแนนของแต่ละข้อที่คำนวณได้มาคูณกัน
3. เปรียบเทียบคะแนนรวมของแต่ละปัญหา

ปัญหาที่มีความสำคัญแก้ไขก่อน คือปัญหาที่ได้คะแนนสูงสุด และปัญหาที่สำคัญรองลงไป ตามลำดับคะแนน ในกรณีที่คะแนนของปัญหาต่างกันเพียงเล็กน้อย การแก้ไขปัญหาก็สามารถกระทำไปพร้อมๆกันได้

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการพยาบาล (Planning)

เป็นการกำหนดแนวทางกิจกรรมการช่วยเหลือหรือกิจกรรมพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาหรือตอบสนองความต้องการของบุคคลหรือครอบครัว ซึ่งพยาบาลอนามัยชุมชนควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนด้วย เพื่อให้แผนการพยาบาลนั้นมีความเหมาะสมสามารถนำไปปฏิบัติได้ และได้รับความร่วมมือจากครอบครัว

ขั้นตอนในการวางแผนช่วยเหลือครอบครัว ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ กำหนดกิจกรรมการช่วยเหลือ และเกณฑ์การประเมินผล

- การกำหนดเป้าหมาย คือ สถานการณ์ที่พยาบาลอนามัยชุมชนต้องการที่จะให้เกิดขึ้นหลังจากได้ให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวในระยะเวลาที่กำหนด ซึ่งควรเป็นเป้าหมายที่เห็นพ้องต้องกันระหว่างครอบครัวและพยาบาลอนามัยชุมชน

- การกำหนดวัตถุประสงค์ คือ การระบุถึงความเปลี่ยนแปลงหรือพฤติกรรมที่ต้องการเพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้ โดยเขียนในลักษณะที่บอกถึงการเปลี่ยนแปลงหรือพฤติกรรมในตัวผู้รับบริการ เช่น มารดาพาบุตรไปรับภูมิคุ้มกันโรคตามกำหนด มารดาไปตรวจครรภ์ตามนัด

- การกำหนดกิจกรรมการช่วยเหลือ คือ การระบุถึงรายละเอียดต่างๆ ในการปฏิบัติงานเพื่อการช่วยเหลือ ซึ่งควรเป็นวิธีที่สามารถจะปฏิบัติได้ ตัวอย่าง เช่น

: ในกรณีที่ครอบครัวไม่ทราบถึงความสำคัญของปัญหาและไม่ยอมรับปัญหา กิจกรรมช่วยเหลือที่เหมาะสมกับปัญหาดังกล่าว คือ

1. ให้ความรู้แก่ครอบครัวเพื่อให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหามากขึ้น
2. กระตุ้นให้ครอบครัวมองเห็นผลที่จะเกิดขึ้นเนื่องมาจากปัญหานั้น
3. กระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึก ร่วมในการแก้ปัญหา

: ในกรณีที่ครอบครัวไม่ทราบถึงวิธีการแก้ไขปัญหา หรือไม่สามารถตัดสินใจได้ กิจกรรมการช่วยเหลือที่เหมาะสม คือ

1. ชี้แจงขั้นตอนการแก้ไขปัญหาและทรัพยากรที่ใช้
2. อธิบายถึงผลที่ได้จากการแก้ปัญหา
3. อธิบายผลเสียจากการละเลยไม่แก้ไขปัญหา

: ในกรณีที่ครอบครัวไม่มีความรู้ หรือไม่มั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วย กิจกรรมการช่วยเหลือที่เหมาะสม คือ

1. สอนหรือสาธิตวิธีการให้การพยาบาลผู้ป่วยด้วยวิธีที่เหมาะสมกับสถานะเศรษฐกิจของครอบครัว
2. ให้การช่วยเหลือครอบครัว ในการจัดสิ่งที่คุณค่าต่อสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติตามแผน (Implementation)

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

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Evaluation)

การประเมินผลทางการพยาบาลอนามัยชุมชน เป็นขั้นตอนที่จะวัดว่า เมื่อปฏิบัติตามกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้แล้ว ได้บรรลุตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด เป็นการวัดความเปลี่ยนแปลงหลังจากปฏิบัติตามแผน การประเมินผลจะต้องกระทำตามระยะที่กำหนดไว้ในแผน ถ้าผลไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ควรหาวิธีปรับปรุงแผนการดำเนินการใหม่

การประเมินผลแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1. การประเมินคุณภาพของงาน (Qualitative Evaluation) คือ การประเมินผลโดยพิจารณาทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลที่ได้รับ

1.1 การประเมินผลด้านโครงสร้าง เป็นการตรวจสอบดูว่ามีกิจกรรมการพยาบาลอะไรบ้าง และได้ใช้ทรัพยากรอะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด

1.2 การประเมินผลด้านกระบวนการ เป็นการตรวจสอบถึงความถูกต้องเหมาะสมของกิจกรรมต่างๆ ที่ได้ปฏิบัติไปในแต่ละขั้นตอน เช่น สาธิตวิธีอาบน้ำเด็กแก่มารดา และให้มารดาอาบน้ำเด็กให้ดูในวันรุ่งขึ้น

1.3 การประเมินผลที่ได้รับ เป็นการพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวบุคคลหรือครอบครัว เช่น มารดาสามารถอาบน้ำเด็กได้ถูกต้อง

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

ในการวางแผนช่วยเหลือครอบครัว นอกจากจะทำแผนช่วยเหลือตามกระบวนการพยาบาลแล้ว อาจวางแผนและบันทึกการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบของ SOAPIER ดังนี้

S = Subjective data	คือ ข้อมูลที่ได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วยหรือครอบครัวเอง หรือเป็นข้อมูลที่ได้จากการซักถาม หรือการสังเกต
O = Objective data	คือ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การตรวจพบของผู้เยี่ยม เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง พฤติกรรมของบุคคล สิ่งแวดล้อม
A = Analysis	คือ การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้อย่างมีเหตุผล เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงรวมทั้งสาเหตุของปัญหาด้วย
P = Plan	คือ การกำหนดแผนการช่วยเหลือเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาในเชิงพฤติกรรมที่สามารถวัดได้
I = Implementation	คือ การปฏิบัติตามแผน โดยการให้การพยาบาล ให้ความรู้ ให้คำปรึกษา แนะนำช่วยเหลือตามที่กำหนดไว้ในแผนการช่วยเหลือ
E = Evaluation	คือ การประเมินผลการช่วยเหลือเป็นขั้นตอนที่จะใช้วัดว่าเมื่อปฏิบัติตามกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้แล้ว ได้บรรลุผลตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด
R = Revision	คือ การปรับปรุงแผนการปฏิบัติการ เมื่อการประเมินผลไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

ทักษะที่จำเป็นในการเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านเป็นการนำบริการด้านสุขภาพไปสู่ประชาชนตามบ้าน จึงจำเป็นที่พยาบาลผู้เยี่ยมจะต้องมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่จะให้บริการ และยอมรับที่จะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ตามสถานการณ์ของครอบครัวที่เยี่ยม ซึ่งอาจเกิดขึ้นในขณะที่ไปเยี่ยม เช่น การเยี่ยมครอบครัวครั้งแรกอาจได้รับการปฏิเสธเยี่ยมหรือไม่ได้รับการต้อนรับจากครอบครัว หรืออาจพบว่าประชาชนไม่สนใจต่อปัญหาของตนเองและคำแนะนำที่ให้ ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้จะมีผลต่อการให้บริการและอาจไม่ได้รับความร่วมมือในการวางแผนแก้ไขปัญหาของครอบครัวได้ ดังนั้นพยาบาลผู้เยี่ยมบ้านจะต้องมีความอดทน และมีความพยายามที่จะเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูล ระบุปัญหาและความต้องการของบุคคล และครอบครัวได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนกระตุ้นให้ครอบครัวเกิดการยอมรับปัญหา และร่วมมือในการแก้ไข ปัญหา ดังนั้นพยาบาลอนามัยชุมชนจึงต้องฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการเยี่ยมบ้าน ทักษะดังกล่าว ได้แก่ (ปราณี เทียมใจ, 2534: หน้า 278-283)

1. การสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลและครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญต่อการเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องเริ่มต้นด้วยการทำให้ครอบครัวเข้าใจอย่างถูกต้องในบทบาทหน้าที่ของตน ซึ่งจะก่อให้เกิดความศรัทธาเชื่อถือ เกิดความไว้วางใจในตัวผู้เยี่ยม อันจะนำไปสู่เป้าหมายของการเยี่ยมได้ ดังนั้น การเยี่ยมบ้านจึงควรเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการเยี่ยมและครอบครัว

ในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับครอบครัวนั้น พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องเข้าใจถึงความแตกต่างของผู้รับการเยี่ยมแต่ละราย เช่น ความคาดหวังของผู้รับการเยี่ยม การเข้าใจและการยอมรับ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัยที่เคยปฏิบัติมา และใช้ความสามารถในการช่วยเหลือให้คำแนะนำแก่ผู้รับการเยี่ยมแต่ละคนหรือกลุ่มคนประเภทต่างๆ ให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงความต้องการในการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างกัน

หลักในการปฏิบัติที่เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัวที่พยาบาลอนามัยชุมชน ควรจะปฏิบัติเมื่อไปเยี่ยมบ้าน ดังนี้

1) เป็นแขกที่ดีของครอบครัว เมื่อประชาชนไปรับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข พยาบาลจะเป็นเจ้าของบ้าน แต่ในทางกลับกัน พยาบาลจะมีบทบาทเป็นแขกเมื่อไปเยี่ยมประชาชนที่บ้าน โดยที่จะต้องระลึกไว้เสมอว่าบ้านเป็นสถานที่ส่วนตัว พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องรักษามารยาทโดยไม่ถือสิทธิ์เข้าไปในบ้านก่อนได้รับการเชื้อเชิญ และไม่ปฏิบัติในสิ่งที่ผิดต่อขนบธรรมเนียมประเพณีของเจ้าของบ้านหรือกลุ่มชนในชุมชนนั้น

2) ให้เกียรติครอบครัว พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องยอมรับในความแตกต่างระหว่างบุคคล บางครั้งผู้รับการเยี่ยมอาจแสดงความคิดเห็นขัดแย้งอย่างรุนแรง ซึ่งจะต้องพิจารณาด้วยเหตุผลอย่างรอบคอบ ไม่ควรใช้อารมณ์โต้ตอบ ให้แสดงออกถึงการยอมรับความคิดเห็นของบุคคลอื่น ซึ่งจะให้เกิดการยอมรับฟังและปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น

3) การแสดงออกอย่างจริงใจ พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องแสดงให้ครอบครัวเห็นว่าเต็มใจที่จะให้การช่วยเหลือ โดยการแสดงออกตามบุคลิกที่แท้จริงของตน ไม่แสร้งทำ การแสดงออกด้วยความจริงใจนี้จะทำให้ครอบครัวพอใจที่รับรู้จักและเข้าใจพยาบาลอย่างแท้จริง

4) สนใจในสิ่งที่มีค่าสำคัญ โดยเฉพาะในสิ่งที่บุคคลในครอบครัวผู้รับการเยี่ยมถือว่ามีค่าสำคัญ และในการเยี่ยมบ้านพยาบาลอนามัยชุมชนควรให้ความสนใจกับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นตามสมควร เพราะทุกคนในครอบครัวย่อมมีความสำคัญต่อกันและกัน เช่นการเยี่ยมบ้านมารดาและทารกหลังคลอด ควรถามถึงทุกข์สุขของบิดาหรือบุตรคนอื่นๆ รวมทั้งให้บิดาได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลมารดาและทารกด้วย

ดังที่กล่าวมาแล้วว่า การสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการเยี่ยมบ้านครั้งแรกจะช่วยให้การดำเนินการช่วยเหลือบุคคลและครอบครัวบรรลุเป้าหมายได้ ดังนั้นในการเยี่ยมบ้านครั้งแรกของพยาบาลอนามัยชุมชนจึงควรมีกิจกรรมดังต่อไปนี้

- 1) แนะนำตัว ทำความรู้จักกับครอบครัว เพื่อเชื่อมสัมพันธไมตรี
 - 2) ซักถามหรือแนะนำแต่สิ่งจำเป็น การให้คำแนะนำในครั้งแรก ไม่ควรให้มากจนเกินไปเพื่อป้องกันกำบัง
 - 3) ให้การพยาบาลบางอย่างแก่ผู้ป่วยหรือญาติให้ดู นอกจากเป็นการแสดงถึงการได้ให้ความช่วยเหลือครอบครัว ยังแสดงถึงน้ำใจของผู้เยี่ยมด้วย
 - 4) สังเกตความเป็นอยู่และให้คำแนะนำเฉพาะเรื่องที่เป็นแต่พอควร เพื่อไม่ให้ครอบครัวรู้สึกว่าการพร่องและต้องแก้ไขไปเสียทุกเรื่อง
- สำหรับการเยี่ยมในครั้งต่อไป ควรยึดหลักดังนี้
- 1) สังเกตความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับเรื่องที่ได้แนะนำไปในครั้งที่แล้วว่ามีความเข้าใจมากน้อยเพียงใด รวมทั้งประเมินผลการเยี่ยมครั้งแรกด้วย
 - 2) ข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมครั้งแรก ควรนำมาวางแผนให้การพยาบาลหรือให้คำแนะนำเพิ่มเติม
 - 3) ถ้ามีความเข้าใจผิดในครั้งแรก ควรนำมาวางแผนให้การพยาบาลหรือให้คำแนะนำเพิ่มเติม
 - 4) พยายามหาเหตุผลที่ทำให้ครอบครัวไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ และหาทางแก้ไข
 - 5) สังเกตและเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และทันต่อเหตุการณ์อยู่เสมอ

2. การสัมภาษณ์และการสังเกต

การระบุปัญหาที่ถูกต้องตรงตามความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดของการวางแผนช่วยเหลือบุคคลและครอบครัวในการเยี่ยมบ้าน การที่จะได้มาซึ่งปัญหาและความต้องการของครอบครัวดังกล่าว ขึ้นอยู่กับทักษะในการสัมภาษณ์และสังเกตของพยาบาลอนามัยชุมชน ทั้งนี้เพราะการสัมภาษณ์และการสังเกตที่ดี จะทำให้การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์และการแปลผลได้ถูกต้องตามความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งจะช่วยให้การวางแผนแก้ไขปัญหานั้นได้ตรงกับความต้องการของบุคคลและครอบครัว

2.1 การสัมภาษณ์ (Interview)

การสัมภาษณ์เป็นการสนทนาโต้ตอบระหว่างบุคคลสองคนอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการ การสัมภาษณ์สามารถทำได้ 2 ลักษณะ คือ การสัมภาษณ์ในลักษณะที่พูดคุยกันธรรมดา และการสัมภาษณ์อย่างมีแบบแผนโดยใช้แบบสัมภาษณ์ในขณะที่เยี่ยมบ้านของพยาบาลอนามัยชุมชน การสัมภาษณ์ส่วนใหญ่เป็นแบบแรก การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์นี้สามารถเก็บได้จากสมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาโดยตรง หรือเก็บจากสมาชิกที่เกี่ยวข้อง เช่น การ

สัมภาษณ์มารดาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตรหรือสัมภาษณ์คนใกล้ชิดถึงอุปนิสัย อารมณ์และพฤติกรรมอนามัยบางอย่าง ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของปัญหาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นต้น

2.1.1 หลักการสัมภาษณ์ที่ดี

การสัมภาษณ์เป็นการรวบรวมข้อมูลที่จะเยี่ยม ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม ข้อมูลเศรษฐกิจและสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในบ้านและชุมชน รวมทั้งการมีส่วนร่วมในชุมชน ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะเชื่อถือได้ มีความคลาดเคลื่อนน้อย และครอบคลุมปัญหาและความต้องการย่อมขึ้นอยู่กับคุณภาพและความสามารถของผู้สัมภาษณ์หรือพยาบาลที่ไปเยี่ยม ดังนั้น พยาบาลอนามัยชุมชน จึงควรยึดหลักการสัมภาษณ์ ดังนี้

- 1) กำหนดจุดมุ่งหมายและขั้นตอนในการสัมภาษณ์ให้ชัดเจนมีการเตรียมการสัมภาษณ์ล่วงหน้า เช่น ต้องการถามอะไรบ้างครบคร้ว ต้องกำหนดให้ชัดเจน จะถามอะไรก่อนหลัง จะเริ่มการสัมภาษณ์อย่างไร เป็นต้น
- 2) ผู้สัมภาษณ์ต้องเตรียมตัวให้พร้อม มีความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล การสร้างบรรยากาศให้เอื้ออำนวยต่อการสัมภาษณ์ รวมทั้งมีเทคนิคในการเข้าหาครอบครัว
- 3) ขณะสัมภาษณ์ต้องสร้างสัมพันธภาพ คู่สนทนา และเป็นกันเองกับผู้สัมภาษณ์ สร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมให้เอื้ออำนวยให้อยากตอบคำถามหรืออยากพูดคุยด้วย เป็นการลดความตึงเครียด ความวิตกกังวล เกิดความมั่นใจที่จะให้ความร่วมมือ
- 4) ภาษาที่ใช้สัมภาษณ์ ต้องเหมาะสมกับวัยและฐานะของผู้ให้สัมภาษณ์
- 5) การจดบันทึกต้องพยายามจดอย่างระมัดระวัง ไม่ต้องจดทุกคำตอบ แต่ควรรู้จักสรุปประเด็นสำคัญและข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการประเมินปัญหา และความต้องการที่แท้จริงเพื่อการวางแผนปฏิบัติที่เหมาะสมสำหรับบุคคลและครอบครัว

2.1.2 การดำเนินการสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์จะดำเนินไปได้ด้วยดีและมีประสิทธิภาพ พยาบาลอนามัยชุมชนควรมีทักษะในเรื่องต่อไปนี้

- 1) การเลือกสถานที่ เวลา โอกาสที่เหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์ สถานที่ไม่ควรเปิดเผยเกินไป สิ่งแวดล้อมไม่มีเสียงรบกวนสมาธิทั้งผู้สัมภาษณ์และผู้ถูกสัมภาษณ์ เรื่องที่เป็นความลับไม่ควรให้บุคคลอื่นร่วมอยู่ด้วย และไม่ควรทำการสัมภาษณ์ในขณะที่ผู้ถูกสัมภาษณ์กำลังทำกิจวัตรประจำวันอยู่ เช่น กำลังรับประทานอาหาร และไม่ควรใช้เวลาสัมภาษณ์นานเกินควร เพราะจะทำให้เกิดความเบื่อหน่าย
- 2) ท่าทีของพยาบาลมีความเป็นกันเอง พร้อมที่จะพูดคุยกับผู้ให้สัมภาษณ์ไม่แสดงท่าทีรับร้อนสุภาพเรียบร้อยทั้งวาจา กิริยามารยาท
- 3) การสังเกตความพร้อมของผู้ถูกสัมภาษณ์ว่าพร้อมที่จะพูดคุย หรือมีภารกิจเร่งด่วน ถ้าเป็นผู้ป่วย ควรจัดให้นอนในท่าที่สบายก่อนการสัมภาษณ์

นอกจากนี้ ในการสัมภาษณ์ทั้งบุคคลและครอบครัว พยาบาลอนามัยชุมชนควรใช้เทคนิคในการสื่อความหมายร่วมด้วย เช่น การใช้คำถาม ควรเป็นคำถามสั้นๆ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย โดยเริ่มจากคำถามง่ายๆ ซึ่งสามารถตอบได้ทันทีก่อน แล้วค่อยเป็นคำถามที่ยากขึ้นตามลำดับ บางครั้งการสัมภาษณ์อาจต้องใช้คำถามอ้อมเพื่อให้ได้คำตอบที่แท้จริง นำเสี่ยงที่ใช้ชักถามต้องชัดเจน มีจังหวะการพูดเหมาะสม ซึ่งจะแสดงถึงความเชื่อมั่นของผู้พูดและก่อให้เกิดความศรัทธาแก่ผู้ฟัง ผู้สัมภาษณ์จะต้องเป็นนักฟังที่ดีด้วย เปิดโอกาสให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ได้ตอบให้มาก ซึ่งจะช่วยให้ได้ข้อมูลมากขึ้น และควรแสดงความสนใจต่อการแสดงออกของคู่สนทนาอย่างแท้จริง ไม่แสดงอาการโต้แย้ง ชัดจังหวะหรือสรุปเร็วเกินไป

สำหรับการแต่งกายของพยาบาลในขณะที่ปฏิบัติงาน พยาบาลควรคำนึงถึงการแต่งกายให้สุภาพเรียบร้อย โดยไม่เน้นถึงความแตกต่างระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ โดยเฉพาะในเรื่องฐานะทางเศรษฐกิจ ดังนั้น พยาบาลอนามัยชุมชนจึงไม่ควรสวมเครื่องประดับมีค่าในขณะที่ปฏิบัติงาน

2.2 การสังเกต (Observation)

การสังเกต หมายถึง การใช้ประสาทสัมผัส ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น และกาย สังเกตหรือศึกษาพฤติกรรมและปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อหาข้อสรุปหรือข้อเท็จจริงที่ต้องการทราบ การสังเกตจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่พยาบาลอนามัยชุมชน ควรใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม นอกเหนือจากการสัมภาษณ์ สิ่งที่พยาบาลอนามัยชุมชนควรสังเกตในขณะดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้แก่

- 1) สภาวะอนามัยของบุคคลในครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงพฤติกรรมอนามัยหรือสุขนิสัยของแต่ละบุคคลด้วย
- 2) สุขภาพสิ่งแวดล้อมของครอบครัวและชุมชน
- 3) ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
- 4) ปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน
- 5) ความรู้สึกส่วนตัวที่มีต่อการเจ็บป่วยหรือความวิตกกังวล

ในระหว่างการเยี่ยมบ้าน พยาบาลอนามัยชุมชนควรใช้การสังเกตร่วมกับการสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง ซึ่งจะช่วยให้การวินิจฉัยการพยาบาลได้ถูกต้อง และวางแผนแก้ไขได้อย่างเหมาะสม

3. การให้บริการที่บ้าน

ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง พยาบาลอนามัยชุมชนจะให้บริการพยาบาลแก่บุคคลและครอบครัวตามความจำเป็นและเหมาะสมกับปัญหาและความต้องการ จึงจำเป็นจะต้องมีความรู้และทักษะในการให้การพยาบาลต่างๆตามเทคนิคและวิธีการได้อย่างถูกต้อง ลักษณะการให้บริการที่บ้านจะมีความแตกต่างไปจากการให้บริการที่คลินิก เนื่องจากข้อจำกัดในการจัดเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ ใส่ในกระเป๋ายาเยี่ยม ซึ่งบรรจุได้เฉพาะของที่จำเป็นจริงๆ เท่านั้น พยาบาลผู้เยี่ยมจึงควรมีทักษะในการประยุกต์ของใช้ภายในบ้านมาใช้ในการให้การพยาบาล นอกจากนี้ พยาบาลควรจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในความรู้พื้นฐานด้านต่างๆ ดังนี้

- 1) ด้านการพยาบาลต่างๆ เช่น การฉีดยา การทำแผล
- 2) ด้านการสาธารณสุขและความจำเป็นพื้นฐาน
- 3) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอิทธิพลของเศรษฐกิจและสังคมที่มีต่อสุขภาพอนามัย
- 4) ความตระหนักในความสำคัญและศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนต่อการรับรู้และการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพอนามัย

- 5) ความรู้ในศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์และสิ่งแวดล้อม
- 6) ความรู้ความเข้าใจในระบบบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน

4. การสอนและให้คำปรึกษา

การให้การดูแลบุคคลและครอบครัวที่บ้าน ส่วนใหญ่จะเป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสุขภาพ มีเพียงส่วนน้อยที่ต้องการการรักษาพยาบาล ดังนั้นการให้การดูแล จึงมุ่งให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์ พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน

4.1 การสอน เป็นกระบวนการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่างๆ แก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในเรื่องต่างๆ ตามต้องการ ตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับบุคคลในลักษณะดังนี้

- ไม่มีความรู้ทางสุขภาพ.....มีความรู้ทางสุขภาพ
- มีความรู้ที่ผิดทางสุขภาพ.....มีความรู้ถูกต้องทางสุขภาพ
- มีความรู้เล็กน้อยทางสุขภาพ.....มีความรู้มากทางสุขภาพ
- มีความเชื่อที่ผิดทางสุขภาพ.....มีความเชื่อที่ถูกต้องทางสุขภาพ
- มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการป้องกันโรค.....มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรค
- มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ.....มีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ
- มีการปฏิบัติตัวที่ผิดทางสุขภาพมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องทางสุขภาพ

การเจ็บป่วยและปัญหาทางสุขภาพอนามัยของประชาชนส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการไม่มีความรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ยังอาจมีทัศนคติและความเชื่อที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอีกด้วย ดังนั้นวิธีการให้สุขศึกษาจึงมีความสำคัญมาก พยาบาลอนามัยชุมชนที่ไปเยี่ยมบ้าน มีโอกาสเห็นสภาพที่แท้จริงของบุคคล ครอบครัวและชุมชน จึงสามารถวางแผนการสอนได้ตรงกับปัญหาและความต้องการที่แท้จริง พยาบาลจึงควรมีทักษะในการเลือกวิธีการสอนและใช้สื่อต่างๆ ประกอบการสอน ทั้งการสอนแบบรายบุคคลและรายกลุ่มได้อย่างถูกต้องเพื่อให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง

ในการสอนบุคคลและครอบครัวในขณะเยี่ยมบ้าน จึงควรยึดหลักดังนี้

- 1) สอนหรือการให้คำแนะนำไม่มากเกินไปในการเยี่ยมครั้งหนึ่งๆ โดยปกติการเยี่ยมแต่ละครั้งควร

ให้คำแนะนำประมาณ 1-2 เรื่อง โดยสอนหรือแนะนำอย่างชัดเจนและง่าย เพื่อให้ผู้ฟังเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้

- 2) การสอนจะต้องคำนึงถึงกลุ่มเป้าหมาย เพื่อจัดการเรียนการสอนและเนื้อเรื่องให้เหมาะสมกับผู้เรียน
- 3) ควรเลือกวิธีการสอนให้เหมาะสมกับเนื้อหาที่จะสอน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้มากที่สุด เช่น การสอนเรื่องการอาบน้ำเด็กควรใช้วิธีการสาธิต เป็นต้น
- 4) พยายามหาวิธีดึงดูดความสนใจจากผู้ฟังโดยสอนเรื่องต่างๆให้ง่ายและสนุกสนาน
- 5) ระหว่างการสอน ควรสังเกตปฏิกิริยาของผู้ฟัง และใช้วิธีการถามให้ตอบ เพื่อชักจูงความเข้าใจของผู้เรียนด้วย
- 6) ไม่ใช้เวลาสอนนานเกินไป จะทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและขาดความสนใจได้
- 7) เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ซักถามหรือแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่สอนอย่างมีอิสระ

4.2 การให้คำปรึกษา เป็นกระบวนการที่ผู้ให้คำปรึกษาให้ความช่วยเหลือผู้มีปัญหาให้สามารถแปลงข้อมูลต่างๆ ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาได้อย่างถูกต้อง และสามารถปรับตัวและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง จุดมุ่งหมายของการให้คำปรึกษาคือ การทำให้สภาพปัญหานั้นลดน้อยลง หรือทำให้ผู้มีปัญหาสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆได้ ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องมีลักษณะที่ให้ความอบอุ่น มีการยอมรับและไม่ตัดสินพฤติกรรมของผู้รับคำปรึกษาด้วยตนเอง

พยาบาลอนามัยชุมชนนอกจากจะมีบทบาทเป็นผู้สอนให้คำแนะนำแก่ประชาชนแล้ว ยังมีบทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่บุคคลและครอบครัวที่มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย และปัญหาอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีทักษะในการให้คำแนะนำปรึกษา โดยเน้นให้ประชาชนสามารถวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาด้วยตนเอง และยอมรับในการร่วมมือแก้ไขปัญหาของตน

ทักษะที่จำเป็นต่อพยาบาลอนามัยชุมชนที่จะนำไปสู่การให้การบริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และมีผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วยนั้น ย่อมประกอบไปด้วยทักษะการสร้างสัมพันธภาพ การสัมภาษณ์และการสังเกต การให้บริการที่บ้าน การให้คำแนะนำและคำปรึกษา

การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care)

การดูแลสุขภาพที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้าน เป็นบริการพยาบาลที่ให้โดยยึดครอบครัวเป็นหลักในการดูแล เป็นส่วนหนึ่งของการบริการระดับปฐมภูมิที่จะส่งเสริมให้ประชากรกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี และรู้จักใช้แหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ช่วยฟื้นฟูจากความเจ็บป่วย และช่วยฟื้นฟูสุขภาพ

ได้ ดังนั้นพยาบาลอนามัยชุมชนจึงต้องทราบกลุ่มเป้าหมายที่เยี่ยมให้ชัดเจน เพื่อวางแผนการบริการสุขภาพอนามัยได้อย่างเหมาะสม

ประเภทของการเยี่ยมบ้าน

ประเภทของการเยี่ยมบ้านจัดแบ่งตามองค์ประกอบในการบริการสุขภาพได้เป็น 3 ประเภท คือ (ปราณี เทียมใจ, 2534: หน้า 283-290)

1. การเยี่ยมเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

เป็นการเยี่ยมประชาชนทั่วไปที่มีสุขภาพอนามัยดี และ/หรือเป็นกลุ่มที่กำลังอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยเน้นการดูแลทั้งร่างกายจิตใจและสังคม ตลอดจนส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้ประชาชนมีสุขภาพดี และมีความเป็นอยู่ที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือเสี่ยงต่ออันตรายต่างๆ จากการเยี่ยมประเภทนี้ได้แก่

1.1 การเยี่ยมประชาชนทั่วไปที่มีสุขภาพอนามัยดี เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้นรวมทั้งการป้องกันโรคที่อาจจะเกิดขึ้น พยาบาลอนามัยชุมชนอาจให้คำแนะนำและคำปรึกษาในเรื่องต่างๆ ดังนี้

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

1.1.2 การป้องกันโรค ได้แก่ การแนะนำให้รู้จักการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การจัดบ้านเรือนให้สะอาดถูกสุขลักษณะ การหลีกเลี่ยงผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อ และการให้ความรู้ในเรื่องการแพร่กระจายของเชื้อโรคและการติดต่อของโรคติดต่อต่างๆ

1.1.3 การสังเกตสุขภาพอนามัยของตนเอง เพื่อจะได้ทราบการเป็นโรค ตั้งแต่ระยะแรกโดยการตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจสุขภาพตามกำหนดนัด หรือการตรวจสุขภาพเมื่อเริ่มมีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นในร่างกาย

1.1.4 การส่งเสริมสัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน ให้มีความสามัคคีเสียสละ รู้จักช่วยเหลือกันและการ กำหนดการเยี่ยมบุคคลประเภทนี้ อาจเยี่ยมตามโอกาสที่เหมาะสม และอาจติดตามเยี่ยมซ้ำในรายที่มีปัญหาต้องการความช่วยเหลือที่ต่อเนื่อง

1.2 การเยี่ยมกลุ่มมารดาและทารก ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอนามัย จึงควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างถูกต้องเหมาะสม การให้บริการจะแบ่งตามกลุ่ม ดังนี้

1.2.1 กลุ่มมารดา ได้แก่ หญิงในวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเพื่อให้มีสุขภาพดี การให้คำแนะนำและการปรึกษาจะแบ่งตามกลุ่ม ดังนี้

ระยะก่อนสมรส การเยี่ยมหญิงวัยเจริญพันธุ์ในระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันหนุ่มสาวจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ รวมทั้งสอนให้หนุ่มสาวมีการพัฒนาตนเองให้เหมาะสมที่จะแต่งงานมีครอบครัวในอนาคต ลักษณะการดูแลให้บริการจะครอบคลุมเรื่องต่างๆ ดังนี้

- 1) การให้สุขศึกษาแก่เด็กวัยรุ่นในโรงเรียน เช่น ความรู้เรื่องเพศศึกษา ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์
- 2) การให้คำแนะนำก่อนการสมรส เช่น เรื่องอายุที่เหมาะสมต่อการสมรส การเลือกคู่ครอง การครองเรือน กฎหมายเกี่ยวกับการสมรส การวางแผนครอบครัว เป็นต้น
- 3) การเตรียมตัวในด้านฐานะทางเศรษฐกิจ เช่น การทำงาน การมีอาชีพเป็นหลักฐาน
- 4) การให้ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางพันธุกรรม ซึ่งหากครอบครัวของคู่สมรสมีโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม จะทำให้บุตรที่เกิดมามีปัญหาได้
- 5) การให้คำแนะนำเรื่องทั่วไป เช่น หน้าที่ของสามีและภรรยาที่ดี

ระยะมีครรภ์ หญิงมีครรภ์เป็นกลุ่มบุคคลที่ผู้ให้บริการสุขภาพต่างๆ รวมทั้งพยาบาลอนามัยชุมชนได้ให้ความเอาใจใส่ดูแล ตลอดจนจัดบริการต่างๆ ให้ ทั้งนี้ เนื่องจากความปลอดภัยในการตั้งครรภ์และการคลอด ตลอดจนการให้การดูแลมารดาและทารกที่เหมาะสมจะมีผล โดยตรงต่อการพัฒนาพลเมืองของประเทศให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพในอนาคต ปัจจุบันการให้การดูแลมารดาและทารกได้ให้สามีได้มีส่วนร่วมในการรับรู้รวมทั้งให้การช่วยเหลือดูแลภรรยาและบุตรของตนด้วย การเยี่ยมหญิงในระยะมีครรภ์นี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคแก่มารดาและทารก ให้มีสุขภาพแข็งแรงตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือแก้ไขภาวะสุขภาพผิดปกติให้เร็วที่สุด ลักษณะบริการที่จัดให้จึงครอบคลุมเรื่องดังต่อไปนี้

- 1) การตรวจสุขภาพทั่วไปของหญิงมีครรภ์ เช่น การวัดความดันโลหิต การตรวจทารกในครรภ์
- 2) การกระตุ้นให้หญิงมีครรภ์ไปฝากครรภ์และรับบริการตรวจตามนัด โดยชี้แจงให้หญิงมีครรภ์ทราบถึงคุณประโยชน์ของการฝากครรภ์ ตลอดจนเห็นความสำคัญของการตรวจครรภ์ตามนัด ซึ่งตามเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของหญิงมีครรภ์จะต้องได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4-6 ครั้ง
- 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการดูแลตนเอง ในระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น การรับประทานอาหารอย่างถูกต้องและเพียงพอ เพื่อให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 3,000 กรัม การพักผ่อน การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดของร่างกาย การดูแลเต้านม เป็นต้น
- 4) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักในหญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่เคยได้รับมาก่อน
- 5) การจัดเตรียมเครื่องใช้ในการคลอดและเครื่องใช้สำหรับทารกแรกเกิด
- 6) การแนะนำให้หญิงมีครรภ์สังเกตอาการผิดปกติระหว่างตั้งครรภ์

- 7) การเตรียมครอบครัวและผู้ให้การเลี้ยงดูเด็ก ให้มีทักษะในการเลี้ยงดูทารก
- 8) การให้สามีได้มีโอกาสรับรู้และมีส่วนช่วยในการวางแผนเกี่ยวกับการดูแลภรรยาทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด หลังคลอด ตลอดจนการเลี้ยงดูบุตร
- 9) การแนะนำสถานบริการที่หญิงมีครรภ์จะไปใช้บริการหรือไปคลอดได้ตามความเหมาะสม

กำหนดการเยี่ยมหญิงมีครรภ์

พยาบาลอนามัยชุมชนควรติดตามเยี่ยมหญิงมีครรภ์ตามอายุครรภ์ ดังนี้

อายุครรภ์ 1-28 สัปดาห์ เยี่ยมเดือนละ 1 ครั้ง

อายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์ เยี่ยม 2 สัปดาห์/ 1 ครั้ง

อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ เยี่ยมทุกสัปดาห์จนกว่าจะคลอด

ระยะคลอด หญิงมีครรภ์ควรได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือหมอดำแยที่ได้รับการอบรมแล้ว ในกรณีที่มีการคลอดที่บ้านพยาบาลอนามัยชุมชนควรพิจารณาถึงความเหมาะสมของสภาพที่อยู่อาศัย สภาพอนามัยของมารดาและทารกในครรภ์ที่อยู่ในภาวะปกติ ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนในขณะคลอด การช่วยเหลือหญิงมีครรภ์ตั้งแต่ในระยะเบ่งถึงระยะคลอดปฏิบัติเช่นเดียวกับการคลอดในคลินิก จะแตกต่างกันเพียงการจัดสถานที่ การดัดแปลงเครื่องมือเครื่องใช้ให้เหมาะสมและปราศจากเชื้อ ในกรณีที่การคมนาคมสะดวก ควรแนะนำหญิงมีครรภ์ไปคลอดที่สถานบริการสาธารณสุขที่จะปลอดภัยกว่า ถ้าจำเป็นต้องคลอดที่บ้าน ควรคำนึงถึงหลักการป้องกันการติดเชื้อให้มากที่สุด การช่วยเหลือในระยะหลังคลอดทันทีมีดังนี้

- 1) การทำความสะอาดบริเวณช่องคลอดและการใส่ผ้าซับเลือด
- 2) การทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้าและห่มผ้าให้อบอุ่น และให้นอนพัก
- 3) การสังเกตการณ์หดตัวของมดลูก และปริมาณเลือดที่ออกมา
- 4) การสังเกตอาการผิดปกติของทารก และการสอนมารดาหรือญาติให้สังเกตอาการ

ผิดปกติ

- 5) แนะนำการปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอด และสอนให้สังเกตอาการผิดปกติหลังคลอด 12 ชั่วโมง เช่น การตกเลือด การมีไข้ เป็นต้น

ระยะหลังคลอด การเยี่ยมหญิงหลังคลอด มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดกับมารดาและทารกหลังคลอด และการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพอนามัย กิจกรรมที่กระทำในการเยี่ยมหญิงหลังคลอด มีดังนี้

- 1) การตรวจสุขภาพโดยทั่วไปของมารดา เช่น การตรวจแผลฝีเย็บ การตรวจการหดตัวของมดลูก
- 2) การให้คำแนะนำและคำปรึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของมารดาให้ถูกต้องเหมาะสม

เช่นการพักผ่อน การบริหารร่างกาย การรักษาความสะอาดร่างกาย การขับถ่ายอุจจาระ การรับประทาน อาหาร การงดของแสลง

3) การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้นมบุตร การทำความสะอาดเต้านม การอุ้มทารก การจับเรือ โดยพยาบาลอนามัยชุมชนสาธิตให้ดูและให้มารดาทดลองปฏิบัติจนถูกต้อง

4) การแนะนำให้มารดาสังเกตลักษณะของน้ำคาวปลาและอาการผิดปกติที่ควรพบ แพทย์

5) การแนะนำให้มารดามารับการตรวจร่างกายหลังคลอด 6 สัปดาห์ รวมถึงการขอรับ บริการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม

6) การให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาและความต้องการของมารดา และสอนมารดา หรือญาติให้สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง

กำหนดการเยี่ยมมารดาหลังคลอด

โดยปกติแล้วการดูแลมารดาในระยะหลังคลอดจะทำความเข้าใจกับการดูแลทารก

กำหนดการเยี่ยมมารดาหลังคลอดจึงใช้ทารกเป็นหลัก ดังนี้

1) เยี่ยมมารดาทุกวันจนกว่าสายสะดือทารกจะหลุด ซึ่งใช้เวลาประมาณ 4-10 วัน หรือในกรณีที่มารดามีแผลฝีเย็บ ให้เยี่ยมจนกว่าจะตัดไหม

2) หลังจากทารกสายสะดือหลุดหรือมารดาตัดไหมแล้ว ให้เยี่ยมมารดาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าทารกอายุครบ 1 เดือน

3) เมื่อทารกอายุครบ 1 เดือนแล้ว ให้เยี่ยมมารดาเดือนละครั้งจนทารกอายุ 1 ปี

4) หลังจากนั้นให้เยี่ยมมารดาปีละ 1 ครั้ง ในกรณีที่มารดาตั้งครรถ์ใหม่ให้เยี่ยมมารดา ตามกำหนดการเยี่ยมหญิงมีครรภ์

1.2.2 กลุ่มทารก เป็นกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ และให้มีการเจริญเติบโตเป็นไปตามพัฒนาการของวัย ซึ่งอาจแบ่งออกเป็นกลุ่มตามอายุของทารกได้ดังนี้

การเยี่ยมทารก 0-6 สัปดาห์ เป็นการเยี่ยมเพื่อประเมินสภาวะอนามัยของทารกตลอดจนติดตาม การเลี้ยงดูของมารดาที่มีต่อทารก พยาบาลอนามัยชุมชนจึงควรจัดบริการ และให้คำแนะนำแก่มารดาและ ญาติในเรื่องต่างๆ ดังนี้

1) การตรวจสุขภาพทั่วไป การตรวจขังน้ำหนักรและวัดส่วนสูง

2) การให้คำแนะนำแก่มารดาเกี่ยวกับการทำความสะอาดสะดือตั้งแต่แรกเกิดจนสายสะดือหลุด

3) การให้คำแนะนำแก่มารดาเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกาย การอาบน้ำให้ทารก การพักผ่อน ตลอดจนการทำความสะอาดของใช้ เสื้อผ้าทารก และบริเวณที่พักอาศัย

4) การแนะนำเกี่ยวกับอาหารสำหรับทารกที่ดีที่สุดคือ นมมารดา ตลอดจนวิธีการให้

อาหารที่ถูกต้อง

5) การให้คำแนะนำในเรื่องการสร้างภูมิคุ้มกันโรคแก่ทารก โดยแรกเกิดจะให้วัคซีนป้องกันวัณโรค และโรคตับอักเสบบี

6) การแนะนำมารดาให้รู้จักสังเกตพัฒนาการของเด็ก ตลอดจนอาการผิดปกติต่างๆที่อาจเกิดขึ้น เช่น ลักษณะของอุจจาระ ปัสสาวะ ผิวน้ำ เป็นต้น

กำหนดการเยี่ยมทารกอายุ 0-6 สัปดาห์

จะเยี่ยมทุกวันจนกว่าสายสะดือจะหลุด หลังจากนั้นเยี่ยมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

การเยี่ยมทารก 6 สัปดาห์ถึง 1 ปี เป็นการเยี่ยมเพื่อติดตามสังเกตการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กว่าเหมาะสมตามวัยหรือไม่ สำหรับคำแนะนำที่ให้การเยี่ยมบ้านจะครอบคลุมในเรื่องดังนี้

1. การให้อาหารเสริมตามวัย ซึ่งพยาบาลอนามัยชุมชนควรแนะนำอายุที่เริ่มจะให้อาหารแต่ละประเภท และปริมาณอาหารที่ควรให้แต่ละช่วงอายุ

2. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์อายุ โดยการกระตุ้นให้มารดาเห็นความสำคัญและพาบุตรไปรับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน

2. การสร้างเสริมพัฒนาการตามวัยของเด็ก โดยการจัดของเล่นให้เหมาะสมในแต่ละวัย เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการ

3. การป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น การจัดข้าวของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบ ควรเก็บของมีคม กระจกน้ำร้อน ปลั๊กไฟให้พ้นมือเด็ก

4. การให้ความรักความอบอุ่น ตลอดจนการดูแลความสะอาดของร่างกายเด็ก

5. การดูแลรักษาความสะอาดของช่องปากและฟัน เพราะเด็กวัยนี้ ฟันจะเริ่มขึ้น จึงควรได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันปัญหาของสุขภาพฟัน

กำหนดการเยี่ยมของทารกวัยนี้ ควรมีการติดตามเยี่ยมทุกเดือนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำแก่มารดาได้ทันต่อสถานการณ์

การเยี่ยมเด็กวัยก่อนเรียน (อายุ 1-5 ปี) เด็กวัยนี้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเยี่ยมเด็กวัยนี้ก็เพื่อประเมินการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กว่าเหมาะสมกับวัยหรือไม่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การให้คำแนะนำปรึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก รวมทั้งการสังเกตความสัมพันธ์ระหว่างเด็กกับสมาชิกในครอบครัว และสิ่งแวดล้อม คำแนะนำที่ควรให้แก่บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูได้แก่

1. อาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กแต่ละวัย ให้มีคุณค่าและปริมาณเพียงพอ และควรประเมินภาวะโภชนาการของเด็กเป็นระยะๆ โดยการชั่งน้ำหนักและเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน

2. การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ การฉีดวัคซีนกระตุ้นป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ เมื่ออายุ 1 ½ ปี และ 4 ปี

3. การฝึกสุขนิสัยที่ดี เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การขับถ่าย การรักษาความสะอาดร่างกาย การบริโภคอาหาร เป็นต้น

4. การป้องกันอุบัติเหตุภายในและภายนอกบ้าน เนื่องจากเด็กวัยนี้กำลังซุกซน อุบัติเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ หกล้ม ถูกรถชน การรับประทานสารพิษ เป็นต้น

5. การจัดหาของเล่นที่เหมาะสมกับวัย ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างพัฒนาการทางร่างกาย และ สติปัญญาของเด็ก

6. การฝึกอุปนิสัยที่ดี เช่น การตรงต่อเวลา การมีเหตุผล การฝึกพูดและเข้าสังคมกับเพื่อนและ ผู้ใหญ่

กำหนดการเยี่ยมเด็กวัยก่อนเรียน

อาจเยี่ยมทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี แล้วแต่จะพิจารณาตามความเหมาะสม

การเยี่ยมเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) ปกติเด็กวัยเรียนจะได้รับการดูแลและตรวจสุขภาพโดยครูหรือ พยาบาลอนามัยโรงเรียน เมื่อพบอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย ก็จะได้รับ การรักษาพยาบาล พยาบาลอนามัย ชุมชนควรติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองได้ทราบและให้ความร่วมมือในการค้นหา สาเหตุและความเป็นมาของปัญหา คำแนะนำและความช่วยเหลือที่ควรให้ในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่

1. การให้ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการ รวมทั้งการให้การพยาบาล ตามความเหมาะสม

2. การให้ความรู้ด้านสุขภาพอนามัยแก่เด็กและผู้ปกครอง เช่น การให้โภชนาการศึกษา

3. การกระตุ้นให้ผู้ปกครองดูแลเอาใจใส่ในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง รู้จักสังเกตอาการผิดปกติของ เด็ก การให้ความรักและความอบอุ่น การแนะนำช่วยเหลือในเรื่องการเรียน

4. การป้องกันโรคและการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในวัยเรียน

การเยี่ยมเด็กในวัยเรียน ควรกระทำในรายต่อไปนี้

1. นักเรียนที่ขาดโรงเรียนเป็นเวลานานๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ หรือหยุดเรียนบ่อยๆ
2. นักเรียนที่มาโรงเรียนสายบ่อยๆ หรือเป็นประจำ
3. นักเรียนที่มีอาการผิดปกติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์
4. นักเรียนที่ขาดสารอาหาร ควรได้รับการดูแลด้านโภชนาการทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน
5. นักเรียนที่เจ็บป่วยหรือเป็นโรคติดต่อ

นอกจากนี้ พยาบาลอนามัยชุมชนยังมีบทบาทเป็นผู้ประสานงาน ระหว่างครูอนามัยโรงเรียนและ ผู้ปกครองของเด็ก โดยการกระตุ้นให้ครูหรือผู้ปกครองติดตามดูแลเด็กที่มีปัญหาอย่างใกล้ชิดทั้งที่บ้านและ โรงเรียน

กำหนดการเยี่ยมเด็กวัยเรียนจึงพิจารณาตามความเหมาะสม

1.3 การเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การเยี่ยมบุคคลในวัยนี้ก็เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมิพัฒนาการเป็นไปตามปกติ ให้การดูแลสุขภาพทั่วไป รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ดังนี้

1. การจัดสภาพบ้านเรือนให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อให้ปลอดภัยจากอุบัติเหตุ
2. การรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพียงพอ เช่น ลดอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรต และไขมันเพิ่มอาหารโปรตีน แกลีอแรและวิตามิน อาหารควรเป็นอาหารที่อ่อนโยนง่าย เป็นต้น
3. การรักษาความสะอาดของร่างกาย การพักผ่อน การขับถ่าย และการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย
4. การตรวจร่างกายหรือตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ
5. การดูแลทางด้านจิตใจ เช่นการให้ความเคารพยกย่อง การให้บุตรหลานดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุตามความเหมาะสม

นอกจากนี้พยาบาลอนามัยชุมชน อาจดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. จัดบริการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการและที่บ้าน
2. ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
3. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้เวลาว่างให้มีประโยชน์ โดยแนะนำให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ตามความสนใจและความสามารถของตน
4. ส่งต่อผู้สูงอายุไปรับบริการต่างๆ ตามความเหมาะสม เช่น การรับการสงเคราะห์จากหน่วยงานทั้งทางราชการและเอกชน

กำหนดการเยี่ยมผู้สูงอายุ โดยทั่วไปจะเยี่ยมปีละ 2 ครั้ง

2. การเยี่ยมเพื่อการรักษาพยาบาล

เป็นการเยี่ยมเพื่อให้ความช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือผู้ที่อยู่ในสภาวะการเกิดโรค กลุ่มเป้าหมายที่จะเยี่ยม ได้แก่ ผู้ที่กำลังเจ็บป่วยอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลและควรได้รับการดูแลต่อเนื่อง รายเยี่ยมอาจได้จากการส่งต่อผู้ป่วยภายหลังที่ออกจากโรงพยาบาล หรือเป็นรายที่พยาบาลพบด้วยตนเองขณะเยี่ยมบ้าน ซึ่งอาจแบ่งประเภทของการเยี่ยมออกเป็น

2.1 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคทั่วไป เป็นการเยี่ยมเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มแรกก่อนเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการต่างๆ หรือเป็นการเยี่ยมติดตามช่วยเหลือภายหลังการรักษาหายกลับมาพักฟื้นก่อนที่บ้าน เพื่อจะได้รับการดูแลต่อเนื่องอย่างถูกต้อง และคืนสู่สภาพเดิมได้เร็วขึ้น การให้ความช่วยเหลือและคำแนะนำในการเยี่ยมผู้ป่วยประเภทนี้ ได้แก่

- 1) ดูแลให้การพยาบาลที่จำเป็นตามความเหมาะสม

2) แนะนำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามการรักษาพยาบาล และต่อเนื่องมาจากโรงพยาบาล และสถานบริการอื่นๆ

3) สอนผู้ป่วยและญาติให้รู้จักการสังเกตอาการผิดปกติและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย

4) แนะนำให้ญาติรู้จักนำสิ่งของภายในบ้านมาดัดแปลงเป็นของใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งสอนญาติให้หัดทำการพยาบาลเล็กๆน้อยๆ เท่าที่จะทำได้

5) แนะนำให้ผู้ป่วยและญาติรักษาความสะอาดของร่างกาย และสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

6) แนะนำให้ผู้ป่วยมีการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพื่อเป็นการฟื้นฟูและป้องกันความพิการ

7) แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยไปรับการรักษาพยาบาลตามแพทย์นัด

2.2 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคติดต่อ เป็นการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามอาการของโรค การปฏิบัติตนของผู้ป่วย ตลอดจนการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคไปยังบุคคลอื่น ผู้ป่วยประเภทนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรค ไข้หวัดใหญ่ โดยการให้ความช่วยเหลือและแนะนำในเรื่องต่อไปนี้

1) การอธิบายให้ผู้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงสภาวะการเจ็บป่วย วิธีการติดต่อของโรค การป้องกันวิธีการรักษาพยาบาล ตลอดจนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการรักษา

2) แนะนำให้ดูแลจัดสภาพแวดล้อมของบ้านให้สะอาดและมีอากาศถ่ายเทได้สะดวก เพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรค

3) แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยและญาติรู้จักวิธีการทำลายแหล่งเชื้อโรค เช่น เผาทำลายกระดาษเช็ดหน้า น้ำลายของผู้ป่วย ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโรคทำความสะอาดเครื่องใช้ของผู้ป่วย เป็นต้น

4) แนะนำญาติและบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยให้รู้จักวิธีการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากโรค และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางโรคแก่สมาชิกในครอบครัว ด้วยการฉีดวัคซีน

5) ดูแลให้ผู้สัมผัสโรคหรือผู้ที่เริ่มป่วยให้ได้รับการรักษาโดยเร็ว เพื่อลดโอกาสที่จะแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น

6) ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาถูกต้อง ทั้งชนิด ขนาดและเวลา เพื่อให้การรักษาโรคมีประสิทธิภาพ สำหรับกำหนดการเยี่ยมบ้านเพื่อให้การรักษาพยาบาลนั้น จะเริ่มเยี่ยมเมื่อเริ่มมีอาการหรือการเจ็บป่วย ความถี่ ห่างของการเยี่ยมจะขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย

3. การเยี่ยมเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ

เป็นการเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้รับบริการกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุดและ/หรือสามารถที่จะช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มเป้าหมายที่ควรจะได้รับบริการเยี่ยมประเภทนี้ ได้แก่

1) ผู้ป่วยที่กำลังอยู่ในระยะพักฟื้น หรือหายจากการเจ็บป่วยให้มีสุขภาพเหมือนเดิมโดยเร็วที่สุด

2) ผู้ป่วยที่กำลังสูญเสียอวัยวะบางส่วนหรือมีความพิการเกิดขึ้น เช่น ถูกตัดแขน ขา เป็นต้น

3) ผู้ที่มีปัญหาความขัดข้องของระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่างๆ เช่น กล้ามเนื้อลีบ ข้อแข็ง อัมพาต

4) ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น โรคจิต โรคประสาท

- 5) ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน หัวใจ มะเร็ง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง
- 6) ผู้ที่มีปัญหาอื่นๆ เช่น การมองเห็นการได้ยิน การพูด
การให้การดูแลและช่วยเหลือควรปฏิบัติในเรื่องดังต่อไปนี้
 - 1) การรักษาความสะอาดโดยทั่วๆ ไป เช่นการรักษาความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้าและเครื่องนอมน รวมทั้งบริเวณภายในบ้าน
 - 2) แนะนำในเรื่องอาหาร โดยการจัดอาหารให้เหมาะสมตามสภาพของโรคและมีปริมาณพอเพียงกับความต้องการของร่างกาย
 - 3) การพักผ่อน ควรให้การพักผ่อนอย่างพอเพียง และจัดท่านอนให้เหมาะสมป้องกันการเกิดแผลกดทับ
 - 4) การขับถ่าย ควรได้รับคำแนะนำให้ปฏิบัติตนได้ถูกต้องเพื่อป้องกันท้องผูก และได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีอาการท้องผูก
 - 5) การให้ความอบอุ่นทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะผู้ที่มีความพิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่น การให้กำลังใจ ดูแลอย่างใกล้ชิด
 - 6) การฝึกหัดให้ผู้ป่วยได้พยายามช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด
 - 7) แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ส่วนต่างๆ ของร่างกายมีการเคลื่อนไหว ทำให้การไหลเวียนของโลหิตดีขึ้น ป้องกันความพิการของอวัยวะบางส่วน
 - 8) แนะนำแหล่งประโยชน์ที่จะไปขอรับบริการ เช่นสถานบริการสาธารณสุข สถานบริการแก่ผู้ที่มีความพิการทางหู ตา หรือทางด้านสมอง
 - 9) ให้การช่วยเหลือในการส่งต่อผู้ที่มีปัญหาไปยังสถานบริการสาธารณสุข
กำหนดการเยี่ยมผู้ป่วยประเภทนี้ ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับการเยี่ยมแต่ละราย

การเลือกรายเยี่ยม

เนื่องจากพยาบาลอนามัยชุมชนต้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนเป็นจำนวนมาก การให้การดูแลอย่างใกล้ชิด โดยการเยี่ยมบ้านทุกครอบครัวย่อมทำได้ยาก ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการเลือกรายเยี่ยมหรือครอบครัวที่เยี่ยมตามความเหมาะสม ซึ่งครอบครัวที่สมควรเลือกไว้สำหรับการดูแลที่บ้าน คือ

1. ครอบครัวที่มีสมาชิกอยู่ในข้อที่เสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ซึ่งสมควรได้รับการดูแลพิเศษที่บ้าน ดังนี้
 - 1.1 ผู้ที่อยู่ในวัยเจริญเติบโต ได้แก่ เด็กในครรภ์ ทารกแรกเกิด เด็กก่อนวัยเรียน เด็กวัยเรียน และวัยรุ่นสาว
 - 1.2 สตรีที่อยู่ในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลง เช่น หญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด

1.3 ผู้ที่อยู่ในวัยเสื่อม เช่น ผู้สูงอายุ

2. ครอบครัวที่มีสมาชิกกำลังเจ็บป่วยหรือมีอาการผิดปกติ เช่น ผู้ที่กำลังเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ อย่างเฉียบพลัน หรือป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยอุบัติเหตุ หรือผู้ที่มีความพิการทั้งด้านร่างกาย สมอง สติปัญญา

3. ครอบครัวที่ขาดความรู้ความเข้าใจ และขาดการเอาใจใส่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ตลอดจนมีความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ที่มีความเชื่อผิดๆ ผู้ป่วยที่ไม่เห็นความสำคัญของการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และไม่ไปตรวจตามนัด ผู้ป่วยที่ซื้อยามารับประทานเอง หรือผู้ที่ไม่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว

4. ครอบครัวที่มีผู้ถูกทอดทิ้ง ขาดการดูแลเอาใจใส่จากญาติพี่น้อง เช่น ผู้สูงอายุ เด็กกำพร้า

5. ครอบครัวที่มีปัญหาอื่นๆ นอกเหนือจากการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ปัญหาความยากจน ปัญหาครอบครัวแตกแยก ปัญหาว่างงาน ปัญหาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของบุคคลในครอบครัวด้วย

การจัดลำดับครอบครัวเพื่อการเยี่ยมบ้าน

ในการเยี่ยมบ้าน เมื่อพยาบาลได้คัดเลือกรายเยี่ยมหรือครอบครัวที่จะเยี่ยมไว้แล้ว จะต้องมีการวางแผนสำหรับการเยี่ยมไว้โดยนำมาจัดลำดับก่อนหลัง ในการจัดลำดับครอบครัวที่จะไปเยี่ยมนั้น มีหลักในการจัด 2 ประการ (จรรยา เสียงเสนาะ, 2549: หน้า 533) คือ

1. ความเร่งด่วน หมายถึง ความต้องการหรือความจำเป็นที่พยาบาลต้องการให้ช่วยเหลือ โดยเร็ว หากทิ้งไว้อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ เช่น ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุหรือตกเลือดต้องการการปฐมพยาบาล ผู้ป่วยเด็กที่กำลังมีไข้สูงซึ่งอาจชักได้ เป็นต้น

2. การป้องกันการแพร่กระจายของโรค ในการเยี่ยมบ้านครั้งหนึ่งๆ พยาบาลอาจต้องให้ การดูแลทั้ง ผู้ที่อยู่ในวัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และผู้ที่กำลังเจ็บป่วย จึงจำเป็นต้องระมัดระวังไม่ให้ตนเองเป็นผู้นำโรคจากบุคคลหนึ่ง ไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง หรือจากครอบครัวหนึ่งไปสู่อีกครอบครัวหนึ่งได้ ดังนั้น ในการเยี่ยมครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อจึงควรเยี่ยมเป็นอันดับสุดท้าย เพื่อป้องกันไม่ให้เชื้อโรคแพร่กระจายไปได้

ในการเยี่ยมบ้านแต่ละวัน พยาบาลควรนำหลักทั้ง 2 ประการมาพิจารณาจัดอันดับครอบครัวที่จะเยี่ยมทั้งหมด โดยยึดหลักความเร่งด่วนก่อน ถ้าไม่มีครอบครัวใดความเร่งด่วนมากกว่า ก็ใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจายของโรคมาพิจารณาจัดลำดับการเยี่ยมแทน

ในการพิจารณาจัดลำดับการเยี่ยม อาจเรียงลำดับได้ดังนี้

1. เยี่ยมครอบครัวที่มีความต้องการหรือความจำเป็นที่ต้องให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วน
2. เยี่ยมครอบครัวที่ทราบประวัติแน่นอนและต้องการความช่วยเหลือ เช่น เด็กแรกเกิดและมารดาหลังคลอด เด็กวัยทารก

3. เยี่ยมครอบครัวที่ต้องการให้การพยาบาล เช่น ไข้หวัด อุจจาระร่วงจากอาหารเป็นพิษ
4. เยี่ยมครอบครัวที่มีผู้ป่วยด้วยโรคต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ
5. เยี่ยมครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคติดต่อ เช่น วัณโรคปอด บิด ไทฟอยด์ หัด คางทูม

ตัวอย่าง พยาบาลชุมชนกำหนดการเยี่ยมไว้ 3 ราย ตามลำดับ จงเรียงลำดับการเยี่ยมทั้ง 3 ราย พร้อมระบุเหตุผล

- ก. เด็กหญิงอายุ 3 ปี มีอาการท้องเดินมา 2 วัน
- ข. หญิงวัยทอง
- ค. ชายอายุ 45 ปี ไอเรื้อรัง แพทย์วินิจฉัยว่า สงสัยเป็นวัณโรคปอด

เนื่องจากพยาบาลอนามัยชุมชนมีภารกิจที่จะต้องปฏิบัติหลายประการด้วยกันในแต่ละวัน วันการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านจึงควรจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสมกับกิจกรรมที่จะต้องกระทำในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่ เวลาที่ใช้ในการเดินทางสำหรับการเยี่ยมครอบครัว ซึ่งแต่ละครอบครัวใช้เวลาไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการ และแผนการช่วยเหลือในแต่ละรายหรือครอบครัว บางรายอาจใช้เวลามากเพราะต้องมีการสาธิตการพยาบาลบางอย่าง บางครอบครัวอาจต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ ดังนั้น จึงควรจัดแบ่งเวลาไปเยี่ยมบ้านให้เหมาะสม ซึ่งโดยเฉลี่ยพยาบาลอนามัยชุมชนควรเยี่ยมบ้านวันละ 3-4 ครอบครัว ซึ่งจะต้องใช้เวลาในการเยี่ยมประมาณ 2-3 ชั่วโมง นอกจากนี้ยังต้องรู้จักแบ่งเวลาสำหรับการทำบันทึกรายงานการให้คำแนะนำและการเตรียมการเยี่ยมในครั้งต่อไปด้วย

กระบวนการเยี่ยมบ้าน

กระบวนการเยี่ยมบ้าน คือ วิธีการในการกระทำการเยี่ยมบ้านอย่างมีขั้นตอนและเป้าหมาย เพื่อให้ได้ผลที่ต้องการ การเยี่ยมบ้านของพยาบาลอนามัยชุมชน จะมีกิจกรรมปฏิบัติการพยาบาลร่วมด้วยเสมอ โดยอาศัยกระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือที่จะช่วยนำไปสู่ปฏิบัติการพยาบาล กระบวนการเยี่ยมบ้านมี 3 ขั้นตอน ดังนี้ (ปราณี เทียมใจ, 2534: หน้า 292-301)

1. การดำเนินการก่อนการเยี่ยมบ้าน

ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องมีการเตรียมพร้อมในทุกๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา ความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการศึกษาค้นคว้าข้อมูลต่างๆ ของบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อนำมาวางแผนในการเยี่ยมให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของบุคคลและครอบครัว ดังนั้น ในขั้นตอนก่อนการดำเนินการกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน จึงควรมีการเตรียมในเรื่องต่อไปนี้ (จรรยา เสียงเสนาะ, 2549: หน้า 530-532)

1.1 การเตรียมข้อมูล ก่อนการเยี่ยมบ้าน พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องพิจารณาเลือก รายเยี่ยมตามความเหมาะสมและจำเป็น แล้วจัดลำดับการเยี่ยมโดยใช้หลักของความเร่งด่วนและแพร่กระจายของ

โรค หลังจากนั้น จึงศึกษาข้อมูลที่สำคัญสำหรับรายเยี่ยมแต่ละราย ซึ่งข้อมูลที่ควรทราบก่อนการเข้าเยี่ยม ได้แก่

1.1.1 สภาพของชุมชน พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับสภาพของชุมชน เป็นอย่างดี ทั้งนี้ เพราะข้อมูลของชุมชนจะมีความเกี่ยวข้องกับครอบครัว ข้อมูลที่ควรทราบ ได้แก่

- ประวัติความเป็นมา โครงสร้าง ลักษณะที่ตั้งบ้านเรือน
- สภาพทางเศรษฐกิจ สังคม การคมนาคม
- ขนบธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ ทศนคติ
- สภาพแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและชีวภาพ
- แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน รวมทั้งการใช้แหล่งประโยชน์หรือ

ทรัพยากรเหล่านั้นให้เกิดผลทางด้านสุขภาพอนามัย

ข้อมูลสภาพของชุมชน จะมีความสัมพันธ์กับครอบครัวในแง่ของสุขภาพอนามัย ทั้งในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยงต่อความผิดปกติ หรือภาวะผิดปกติ

1.1.2 ข้อมูลเฉพาะตัวผู้ป่วยหรือครอบครัว พยาบาลอนามัยชุมชนจะสามารถศึกษาข้อมูล ส่วนนี้ได้จาก

- แหล่งที่ส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งต่อมาจากภายในหน่วยงาน เช่น ในโรงพยาบาลที่มี หน่วยเยี่ยมบ้าน จะได้รับการส่งต่อมาจากแผนกผู้ป่วยใน เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและ ยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนืองที่บ้าน หรือส่งต่อมาจากหน่วยงานอื่น เช่น โรงพยาบาลจังหวัดส่งต่อ ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปยังหน่วยเยี่ยมบ้านที่อยู่ในพื้นที่ที่ครอบครัวผู้ป่วยตั้งอยู่ เช่น สถานีอนามัย ซึ่งในการส่งต่อนี้ จะต้องมีการบันทึกการส่งต่อที่จะบอกข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ซึ่งพยาบาล อนามัยชุมชนสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ในการวางแผนเยี่ยมต่อไป

- แฟ้มประวัติสุขภาพครอบครัว (Family Folder) เป็นข้อมูลทั่วไปของครอบครัวที่ หน่วยงานเยี่ยมบ้านจะต้องสำรวจและเก็บรวบรวมไว้ครบถ้วนทุกครอบครัวที่อยู่ในความรับผิดชอบ ถ้าเป็น ครอบครัวที่เข้าเยี่ยมเป็นครั้งแรกก็ต้องวางแผนในการเก็บข้อมูลทั่วไปของครอบครัว เพื่อนำมาจัดทำแฟ้ม ประวัติสุขภาพครอบครัว ข้อมูลที่อยู่ในแฟ้มประวัติสุขภาพครอบครัว ประกอบด้วย

ก. ข้อมูลทั่วไปของครอบครัว ได้แก่ รายละเอียดของข้อมูลของสมาชิกทุก คนในครอบครัว สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม

ข. ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะที่ตั้งของครอบครัว และสภาวะอนามัย สิ่งแวดล้อม

ค. รายงานการเยี่ยม หรือรายงานการช่วยเหลือครั้งก่อน

1.2 การเตรียมตัวเอง ก่อนเข้าเยี่ยมบ้าน พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องมีการเตรียมตัวก่อนเสมอ เพื่อให้พร้อมที่จะให้บริการในขณะเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะช่วยให้การบริการเป็นไปอย่างราบรื่น และมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ก่อนการเยี่ยมบ้าน จึงควรมีการเตรียมตัวด้านต่างๆ ดังนี้

1.2.1 การเตรียมด้านร่างกาย ได้แก่

- การแต่งกายสะอาดและเรียบร้อย โดยการสวมเครื่องแบบที่ถูกต้องตามแบบที่หน่วยงานกำหนดไว้ เครื่องแบบเป็นสัญลักษณ์แห่งวิชาชีพ จะทำให้เป็นที่เชื่อถือศรัทธาแก่ประชาชน และไม่ควรสวมเครื่องประดับมีค่าขณะปฏิบัติงาน เพราะเป็นการเสี่ยงต่อความปลอดภัยของตนเอง

- การระวังรักษาสุขภาพร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านสุขภาพของประชาชน

- การวางตัวให้เหมาะสมกับวิชาชีพ ระมัดระวังเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น น้ำเสียง ควรสุภาพ กิริยามารยาทเรียบร้อย เหมาะสมกับกาลเทศะ

1.2.2 การเตรียมทางด้านจิตใจ ได้แก่

- การลดความวิตกกังวลต่อการเยี่ยมบ้าน โดยเฉพาะเมื่อเป็นการเยี่ยมครั้งแรก หรือเป็นการเยี่ยมรายใหม่ โดยการศึกษาค้นคว้าข้อมูลของครอบครัวที่มีอยู่ หรือการสอบถามขอคำแนะนำจากผู้นิเทศหรือผู้มีประสบการณ์มากกว่า จะช่วยให้เกิดความเข้าใจและมีความเชื่อมั่นมากขึ้น

- การยอมรับความจริงว่า ในขณะเยี่ยมบ้านจะต้องพบเหตุการณ์ต่างๆ ตามสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไป เช่น อาจพบกับครอบครัวที่แสดงการปฏิเสธการเยี่ยม ไม่สนใจต่อปัญหาของตน ขาดความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ดังนั้น พยาบาลอนามัยชุมชนจึงควรเตรียมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาเหล่านี้ และใช้ความอดทนในการพยายามสร้างความสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการวางแผนแก้ปัญหาต่างๆ

1.2.3 การเตรียมความรู้

เมื่อได้ศึกษาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้รับการเยี่ยมและครอบครัว จะทำให้ทราบปัญหาและความต้องการขั้นต้นของครอบครัว และนำข้อมูลเท่าที่มีอยู่มาใช้ในการวางแผนให้การช่วยเหลือไว้ล่วงหน้า พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องศึกษาหาความรู้เพื่อใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาต่างๆ ให้ถูกต้องตามหลักวิชา และพร้อมที่จะดำเนินงานตามแผนการช่วยเหลือที่วางไว้อย่างถูกต้อง ความรู้ที่จะต้องทบทวนค้นคว้า นั้น เป็นความรู้จากสาขาวิชาต่างๆ ทางการพยาบาล โดยการศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ หรือจากผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ เช่น ผู้นิเทศ หรือแพทย์ เป็นต้น

1.3 การเตรียมของใช้สำหรับการเยี่ยม

ก่อนการเยี่ยมบ้าน พยาบาลผู้เยี่ยมจะต้องเตรียมของใช้หรืออุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อมและครบถ้วนเสมอ เพื่อไม่ให้เสียเวลาเมื่อจะทำการพยาบาลขณะเยี่ยม ของใช้ที่จำเป็นในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่

1.3.1 กระเป่าเย็บม ถือว่าเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเย็บบ้าน เพราะใช้บรรจุวัสดุอุปกรณ์ที่จะนำไปให้บริการพยาบาลแก่บุคคล และครอบครัวในชุมชน พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องตรวจสอบความเรียบร้อยของกระเป่าเย็บม เตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ให้พร้อม และจัดให้เหมาะสมกับรายที่จะไปเย็บม เช่น ในรายที่จะต้องฉีดยาหรือทำแผล ต้องเตรียมของใช้เหล่านี้ให้พร้อมและครบถ้วน หรือในการเย็บมทารกหลังคลอดต้องเตรียมเครื่องชั่งน้ำหนักเด็กไปด้วย เป็นต้น

1.3.2 สมุดบันทึก ในการเย็บบ้านแต่ละวันอาจมีหลายครอบครัว ข้อมูลต่างๆ และแผนการปฏิบัติการพยาบาลย่อมแตกต่างกันออกไป และไม่สะดวกที่จะนำบันทึกข้อมูล หรือแฟ้มประวัติของผู้ป่วยออกไปจากสำนักงาน ซึ่งเป็นการไม่เหมาะสมและอาจเกิดการสูญหายได้ พยาบาลผู้เย็บมจึงควรมีสุมุดบันทึกประจำตัว สำหรับจดบันทึกข้อมูลย่อยๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการเย็บม รวมทั้งใช้บันทึกการช่วยเหลือหรือผลการเย็บม หรือบันทึกข้อมูลเพิ่มเติมที่พบในขณะเย็บม เพื่อนำข้อมูลเหล่านั้นมากำหนดแผนการช่วยเหลือครอบครัวในครั้งต่อไป

2. การดำเนินการขณะเย็บมบ้าน

ขั้นตอนนี้จะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลผู้เย็บมได้กำหนดแผนการพยาบาลไว้แล้ว โดยเริ่มตั้งแต่พยาบาลผู้เย็บมไปถึงบ้านของผู้ป่วยหรือครอบครัวที่จะเย็บม เพื่อให้บริการพยาบาลตามแผนที่ได้วางไว้ แต่อย่างไรก็ตามการดำเนินการขณะเย็บมบ้านควรยึดขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยจัดลำดับได้ดังนี้

2.1 การสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว ความเข้าใจและประทับใจครั้งแรกที่ครอบครัวมีต่อพยาบาลผู้เย็บมจะเป็นสิ่งที่เสริมสร้างสัมพันธภาพระหว่างสองฝ่ายได้เป็นอย่างดี ดังนั้น ในการพบปะกับครอบครัวเป็นครั้งแรก พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องวางตัวในบทบาทของแขกที่มีมารยาท มีการทักทาย เคารพในสิทธิของเจ้าของบ้าน กล่าวแนะนำตนเอง และวัตถุประสงค์ในการมาเย็บม ยิ้มแย้มแจ่มใส พูดคุยเป็นกันเอง ไม่ควรใช้ถ้อยคำที่กล่าวติเตียนสิ่งบกพร่องต่างๆ ที่พบครั้งแรกหรือพูดแนะนำในการสอนตลอดเวลา นอกจากนี้จะต้องระวังท่าที ไม่แสดงการดูถูกฐานะความเป็นอยู่หรือรังเกียจความสกปรกของบ้านเรือน ตลอดจนไม่ควรแสดงความรู้สึกลงในด้านลบเกี่ยวกับ เชื้อชาติ ศาสนา หรืออาชีพของบุคคลในครอบครัว ขณะเดียวกันก็ควรสังเกตพฤติกรรมของเจ้าของบ้านและสมาชิกว่ามีความพร้อม ความพอใจ และยินดีที่จะให้เข้าเย็บมหรือไม่ หากครอบครัวมีกิจธุระอื่นจำเป็นหรือกำลังอยู่ในสถานการณ์ที่มีปัญหาไม่พร้อมที่จะให้การต้อนรับ ควรเลื่อนการเย็บมออกไปถ้าทำได้ และให้ครอบครัวเป็นผู้กำหนดเวลาที่เหมาะสมสำหรับการเย็บม สำหรับเวลาที่ใช้ในการเย็บมแต่ละครั้ง ไม่ควรยาวนานเกินไป คำแนะนำที่ให้ไม่ควรมาก โดยเฉพาะการเย็บมครั้งแรก เพราะครอบครัวจะรับได้ไม่หมด ทำให้การเย็บมไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

2.2 การศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม ข้อมูลของบุคคลและครอบครัวย่อมมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ดังนั้น ในการเย็บมทุกครั้ง พยาบาลจะต้องศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมโดยการซักถาม สังเกต หรือตรวจร่างกายตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ปัจจุบันที่จะนำมาประเมินปัญหาและความต้องการการบริการพยาบาลของครอบครัว ข้อมูลที่ควรศึกษาเพิ่มเติม ได้แก่

2.2.1 การเปลี่ยนแปลงของประชากรในครอบครัว เช่น มีการเกิด ตาย ย้ายเข้า ย้ายออก

2.2.2 บทบาทหน้าที่ของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว

2.2.3 ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว

2.2.4 ความสัมพันธ์ของครอบครัวต่อเพื่อนบ้าน และชุมชน

2.2.5 ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย เช่น ประวัติการเจ็บป่วย ความรู้ ทักษะ และ

พฤติกรรมด้านอนามัย การยอมรับและทัศนคติต่อบุคลากร และสถานบริการสาธารณสุข การใช้ทรัพยากร หรือแหล่งประโยชน์ในชุมชน

2.3 การปรับเปลี่ยนแผนที่วางไว้ จากการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม บางครั้งพบว่าปัญหาและความต้องการที่ได้ประเมินไว้ก่อนแล้วนั้น ในขณะที่เยี่ยมบางปัญหาอาจหมดไปจากการที่ครอบครัวได้แก้ไขหรือมีอาการดีขึ้น เช่น การรวบรวมข้อมูลครั้งแรก พบว่าผู้ป่วยมีไข้และต้องการการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านการรักษาและการพยาบาลที่ถูกต้อง เมื่อไปเยี่ยมในครั้งนี้อาจพบว่าปัญหาการมีไข้หมดไป แต่อาจมีปัญหเกี่ยวกับมีไข้ขึ้นตามตัว และมีอาการคัน ทำให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมาก เป็นต้น

ดังนั้น พยาบาลผู้เยี่ยมจึงจะต้องทำการปรับเปลี่ยนแผนการพยาบาลที่วางไว้ให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของบุคคลและครอบครัวใหม่ โดยใช้เกณฑ์พิจารณา ดังนี้

1) ความรีบด่วนของปัญหา เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ต้องดำเนินการทันทีหรือจัดไว้ในลำดับต้น

2) การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยเลือกกิจกรรมที่สะอาดและปลอดภัยจากเชื้อโรคก่อน เช่น การดูแลทารกก่อนดูแลมารดา การทำแผลสะอาดก่อนการทำแผลติดเชื้อ

3) ความสนใจของครอบครัว บางครั้งพยาบาลผู้เยี่ยมอาจต้องให้การพยาบาลที่ครอบครัวให้ความสนใจหรือให้ความสำคัญก่อน เพื่อให้เกิดความสบายใจและเป็นการให้ความสำคัญแก่ความรู้สึกของครอบครัว

4) ความพร้อมของครอบครัวในขณะนั้น ผู้เยี่ยมต้องรู้จักสังเกตว่าผู้รับการเยี่ยมมีความพร้อมที่จะรับบริการพยาบาลที่จะให้หรือไม่ และควรมีการปรับเปลี่ยนบริการพยาบาลตามความเหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น พยาบาลกำหนดไว้ว่าจะวัดระดับความสูงของมดลูก แต่ขณะนั้นทารกหิวนมก็ควรให้ทารกดูดนมมารดาให้เรียบร้อยก่อนแล้วจึงทำการพยาบาลตามแผนที่วางไว้ และในขณะนี้ก็ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดาและวิธีการให้นมบุตรอย่างถูกต้องแทน

2.4 การดำเนินการช่วยเหลือครอบครัว เมื่อมีการจัดลำดับกิจกรรมใหม่และปรับเปลี่ยนแผนการให้ความช่วยเหลือไว้เรียบร้อยแล้ว พยาบาลผู้เยี่ยมก็จะดำเนินการให้การช่วยเหลือบุคคลและครอบครัว โดยนำหลักการของการสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ ดังนี้

2.4.1 ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา พยาบาลผู้เยี่ยมต้องให้ครอบครัวสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้ด้วยตนเอง ลักษณะของปัญหาจะมีทั้งปัญหาที่ครอบครัวทราบ

ดีและต้องการแก้ไข (Felt needs) และปัญหาที่ครอบครัวไม่ทราบว่าเป็นปัญหา และไม่ต้องการแก้ไข (Unfelt needs) พยาบาลผู้เยี่ยมจะต้องพยายามอธิบายให้ครอบครัวทราบและยอมรับปัญหา ร่วมมือในการวางแผนแก้ไขปัญหา โดยการเสนอแนวทางเลือกหลายๆทางและให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติตามความสามารถและเหมาะสมกับสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว

2.4.2 การให้บริการพยาบาลที่เหมาะสม ซึ่งอาจเป็นการให้การพยาบาลโดยตรง เช่น การทำแผล หรือการสาธิตการพยาบาลบางอย่าง เป็นการสอนให้ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติพยาบาลได้ด้วยตนเอง โดยพยาบาลจะเลือกเทคนิคและวิธีการง่ายๆ รวมทั้งรู้จักประยุกต์ของใช้หรืออุปกรณ์ต่างๆ ภายในบ้านมาใช้ในการปฏิบัติพยาบาลให้เหมาะสม

2.4.3 การนำทรัพยากรในครอบครัวและชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ โดยพยาบาลต้องปรับบริการพยาบาลให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของบุคคลในครอบครัว และให้สามารถปฏิบัติได้จริงและถูกต้อง เช่น การจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค การให้ยา เป็นต้น นอกจากนี้ควรแนะนำบุคลากรที่อยู่ในชุมชนที่จะให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวได้ เช่น อสม. แนะนำแหล่งประโยชน์ เช่น สถานบริการสาธารณสุข ทั้งที่อยู่ในชุมชนของตนเองหรือชุมชนใกล้เคียง

2.5 การบันทึก ในขณะที่ทำการเยี่ยมบ้าน จำเป็นต้องมีการจดบันทึกเป็นข้อความสั้นๆ ลงในสมุดบันทึกที่เตรียมไว้ เพื่อป้องกันการลืมหรือสับสนในรายละเอียดอื่นๆ และสามารถนำมาใช้ในการบันทึกทำรายงานการเยี่ยมบ้านได้ถูกต้องครบถ้วนก่อนการจดบันทึกควรขออนุญาตและอธิบายให้เจ้าของบ้านเข้าใจวัตถุประสงค์ของการบันทึกด้วย สิ่งที่ควรบันทึก ได้แก่ น้ำหนักเด็ก อุณหภูมิของร่างกาย สรุปปัญหาที่พบ คำแนะนำที่ให้ ในครอบครัวที่มีบุตรสุขภาพเด็ก เมื่อชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงให้เด็กแล้ว ควรบันทึกลงในบัตรสุขภาพเด็กด้วย

2.6 การสิ้นสุดการเยี่ยม ก่อนเสร็จสิ้นการเยี่ยมแต่ละครั้ง ควรอธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งทางดีขึ้นและทางเลวลง เช่น น้ำหนักเด็กเพิ่มขึ้นหรือลดลง ก่อนลากลับควรย้ำถึงสิ่งสำคัญที่ต้องการปฏิบัติ เช่น ให้ไปฝากครรภ์ในวันรุ่งขึ้น แล้วนัดวัน เวลาที่จะมาเยี่ยมในครั้งต่อไปให้ครอบครัวทราบ

3. การดำเนินการหลังเยี่ยมบ้าน

หลังจากพยาบาลอนามัยชุมชนได้ไปให้บริการเยี่ยมบ้านเสร็จสิ้นแล้ว ขั้นตอนต่อไปมีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากันคือ การดำเนินการหลังการเยี่ยม ซึ่งมีกิจกรรมที่จะต้องปฏิบัติ ดังนี้

3.1 การดูแลทำความสะอาดอุปกรณ์ของใช้ หลังกลับจากการเยี่ยมบ้าน พยาบาลอนามัยชุมชนควรล้างมือเป็นอันดับแรก แล้วจึงทำความสะอาดอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ทำการพยาบาล ตลอดจนจัดเตรียมกระเป๋าเยี่ยมบ้านให้พร้อมที่จะใช้ได้ในวันต่อไป

3.2 การบันทึกรายงานการเยี่ยม เป็นกิจกรรมที่สำคัญที่พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องปฏิบัติทันที ภายหลังจากเยี่ยมบ้านในแต่ละวัน เพื่อจะได้บันทึกในสิ่งที่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ป้องกันการหลงลืม ในการบันทึกรายงานการเยี่ยมบ้านนี้ จะต้องคำนึงถึงสิ่งต่างๆ ดังนี้

3.2.1 บันทึกรายงานการเยี่ยมมีความถูกต้อง ครบถ้วน ตามความเป็นจริง พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องมีความซื่อสัตย์ต่อตนเองในการบันทึกแต่ในสิ่งที่ เป็นข้อมูลจริงของครอบครัว และกิจกรรมการพยาบาลที่เข้าร่วมปฏิบัติกับครอบครัวซึ่งบันทึกรายงานการเยี่ยมดังกล่าว จะทำให้ทราบความต่อเนื่องของงานที่ได้ปฏิบัติ และเป็นสื่อกลางให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถทำงานประสานกันได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นหลักฐานทางกฎหมายในกรณีที่เกิดคดีความขึ้น ดังนั้น การบันทึกรายงานในสิ่งที่ถูกต้องจึงเป็นประโยชน์ต่อทั้งผู้รับบริการและตัวพยาบาลอนามัยชุมชนเอง

3.2.2 บันทึกรายงานจะต้องสั้น กระชับรัด ได้ใจความ จะช่วยในการสื่อความหมายได้ดีและประหยัดเวลาในการศึกษาข้อมูล

3.2.3 บันทึกรายงานควรเรียงลำดับความสำคัญก่อนหลัง เพื่อให้ง่ายต่อการศึกษาข้อมูล การจัดลำดับความสำคัญของข้อมูลในการบันทึก พยาบาลอนามัยชุมชนอาจพิจารณาจากปัญหาที่มีความรุนแรง และมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน ควรจัดลำดับไว้ในตอนต้น

การใช้กระเป๋ายี่ยมบ้าน

กระเป๋ายี่ยมบ้านถือเป็นเครื่องมือประจำตัวของพยาบาลอนามัยชุมชนและต้องนำติดตัวไปในการเยี่ยมด้วยทุกครั้ง โดยต้องเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้ ที่จำเป็นสำหรับให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยที่บ้านที่บรรจุลงในกระเป๋า ดังนั้น กระเป๋ายี่ยมบ้านที่ดีจึงควรมีลักษณะ ดังนี้ (จรรยา เสียงเสนาะ, 2549: หน้า 532)

1. มีรูปร่างและขนาดกะทัดรัด พอดีที่จะบรรจุวัสดุและเครื่องมือที่จำเป็นได้เพียงพอ ภายในกระเป๋าควรแบ่งเป็นช่องสำหรับใส่เครื่องมือต่าง ๆ และข้างกระเป๋าด้านนอกมีช่องสำหรับใส่กระดาดไขว้บุรอง กระเป๋าและถุงใส่ของสกปรก

2. วัสดุที่ใช้ทำกระเป๋าควรเป็นวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน น้ำหนักเบา และทำความสะอาดได้ง่าย เช่น หนังพลาสติกชนิดดี

3. แบบที่ใช้อาจเป็นแบบกระเป๋าหิ้วหรือกระเป๋าสะพายก็ได้

4. ด้านในของกระเป๋าควรบุด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดได้ง่าย เช่น ผ้าหรือพลาสติก โดยออกแบบให้สามารถถอดออกซักหรือทำความสะอาดได้ง่าย มีช่องเล็กๆ สำหรับใส่อุปกรณ์ต่าง ๆ และช่วยยึดอุปกรณ์เหล่านั้นให้อยู่กับที่ด้วย

สำหรับอุปกรณ์ของใช้ที่จะนำติดตัวไปเยี่ยมบ้าน ควรพิจารณาเฉพาะของใช้ที่จำเป็นเท่านั้น สิ่งของที่ควรมีไว้ในกระเป๋ายี่ยมบ้าน มีดังนี้

1. ของใช้ประเภทผ้า ได้แก่

- 1.1 ผ้าเช็ดมือ 1 – 2 ผืน
- 1.2 ผ้ากันเปื้อนหรือเอี๊ยม 1 ตัว
- 1.3 ผ้าซั้่งน้ำหนักเด็ก
- 1.4 ถุงใส่อุปกรณ์ที่สะอาด
2. เวชภัณฑ์และของใช้ที่จำเป็นอื่น ๆ
 - 2.1 ขวดใส่น้ำยาที่จำเป็น เช่น แอลกอฮอล์ 70% NSS ยาใส่แผลสด แอมโมเนีย
 - 2.2 ลูกสูบยาง
 - 2.3 สายวัดตัวเด็ก
 - 2.4 เครื่องซั้่งน้ำหนักเด็ก
 - 2.5 ตลับวาสลิน
 - 2.6 ชามรูปไต 1 ใบ
 - 2.7 ปกรทสำหรับวัดอุณหภูมิทางปากและทวารหนักอย่างละ 1 อัน
 - 2.8 กรรไกร
 - 2.9 ปากคีบชนิดมีเขี้ยวและไม่มีเขี้ยวอย่างละ 1 อัน
 - 2.10 ไม้กดลิ้น
 - 2.11 ขวดน้ำสบู่อ้างสำหรับใช้ล้างมือ
 - 2.12 สำลี ผ้าก๊อศสะอาด ไม้พันสำลี ที่ผ่านการฆ่าเชื้อโรคแล้ว บรรจุอยู่ในซองเล็กๆ
 - 2.13 พลาสเตอร์
 - 2.14 กระดาษหนังสือพิมพ์ สำหรับปูพื้นก่อนวางกระเป๋าเอี๊ยม ถุงพลาสติกใส่ผ้ากัน

เปื้อนที่ใช้แล้วและถุงใส่ของสกปรก

- 2.15 ของใช้อื่น ๆ ซึ่งอาจเพิ่มเติมสำหรับนำไปทำการพยาบาลในแต่ละวัน

การจัดวางของใช้ลงในกระเป๋าเอี๊ยม ควรจัดเรียงลำดับการหยิบใช้ก่อนหลัง ของที่จะหยิบใช้ก่อน เช่น เครื่องใช้ในการล้างควรวางไว้บนสุดของกระเป๋าเอี๊ยม

ในการใช้กระเป๋าเอี๊ยมบ้าน ควรยึดหลักดังต่อไปนี้

1. ใช้เทคนิคความสะอาด การให้การพยาบาลที่บ้านไม่จำเป็นต้องให้ปราศจากเชื้อโรค อาจใช้เพียงเทคนิคของความสะอาดทั้งเครื่องมือเครื่องใช้และวิถีปฏิบัติของผู้ให้การพยาบาล

1.1 เครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ก่อนนำไปใช้ให้การพยาบาลที่บ้านต้องทำความสะอาด ขณะที่ให้การพยาบาลและภายหลังให้การพยาบาลก็ต้องทำความสะอาดอย่างเพียงพอ เพื่อป้องกันมิให้กระเป๋าเอี๊ยมบ้านเป็นแหล่งเชื้อโรค และป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคจากครอบครัวหนึ่งไปสู่อีกครอบครัวหนึ่ง

1.2 ผู้ให้การพยาบาลต้องล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังให้การพยาบาล และก่อนเก็บของเข้ากระเป๋าทันที

2. ความพร้อม การไปเยี่ยมบ้านในแต่ละวันควรจัดเตรียมของใช้ที่จำเป็นให้พร้อมและพอเพียงสำหรับการพยาบาล และควรจัดให้เป็นระเบียบเพื่อสะดวกแก่การหยิบใช้

3. การเยี่ยมบ้านทุกครั้ง พยาบาลควรนำกระเป๋ายาไปติดตัวไปด้วยเสมอ แม้จะไม่มีแผนในการให้การพยาบาลที่บ้าน เพราะในระหว่างการเยี่ยมอาจพบปัญหาที่ต้องให้ความช่วยเหลือนอกเหนือที่ได้วางแผนไว้แล้ว เช่น พบเด็กมีไข้สูง หรือต้องให้การปฐมพยาบาล เป็นต้น

เทคนิคการใช้กระเป๋ายา

เมื่อพยาบาลอนามัยชุมชนเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยหรือครอบครัวในขณะที่ทำการเก็บข้อมูล โดยสังเกตและซักถามนั้น กระเป๋ายาที่นำไปด้วยจะยังไม่วางลงบนพื้นบ้าน แต่จะวางอยู่บนตักของพยาบาล เมื่อจะเริ่มให้การพยาบาลจึงใช้กระเป๋ายา เทคนิคการใช้กระเป๋ายามีขั้นตอนดังนี้ (จรรยา เสียงเสนาะ, 2549: หน้า 535-536; ปราณี เทียมใจ, 2534: หน้า 308-309)

1. ก่อนใช้กระเป๋ายา ควรหาที่วางกระเป๋ายาให้เหมาะสม ไม่เกะกะ กีดขวางทางเดินหรือการให้การพยาบาล บริเวณที่วางกระเป๋ายาควรสะอาดและมีแสงสว่างเพียงพอ ห่างจากผู้เยี่ยมพอประมาณ กระเป๋ายาที่อยู่บนตักต้องหันด้านเปิดออกนอกลำตัว

2. ใช้มือหนึ่งอุ้มกระเป๋ายาไว้ อีกมือหนึ่งเปิดกระเป๋ายา โดยใช้มือสัมผัสด้านนอกของกระเป๋ายา หยิบกระดาษสำหรับปูรองกระเป๋ายาออกมาปูลงบนพื้น แล้ววางกระเป๋ายาไว้มุมใดมุมหนึ่ง ซึ่งสะดวกต่อการให้การพยาบาล

3. เปิดกระเป๋ายาโดยใช้มือจับที่หูกระเป๋ายา หยิบเครื่องใช้สำหรับทำความสะอาดมือ เช่น ขวดน้ำสบู่อู้ง่ายซึ่งบรรจุผ้าเช็ดมือและผ้ากันเปื้อน ถุงกระดาษสำหรับใส่ของสกปรก เป็นต้น ออกมาวางบนกระดาษปู

4. ถอดนาฬิกาข้อมือออก นำขวดน้ำสบู่ออกไปล้างมือให้สะอาด ขณะล้างพยาบาลอนามัยชุมชนควรระวังสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้าน เพื่อนำมาประเมินปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม

5. เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือที่เตรียมมา และควรเช็ดให้ถูกเทคนิคด้วย

6. ใส่ผ้ากันเปื้อน โดยระวังไม่ให้สายผ้ากันเปื้อนสัมผัสพื้นบ้าน

7. เปิดกระเป๋ายาโดยใช้มือสอดเปิดฝากระเป๋ายาด้านใน เพื่อหยิบของใช้ที่จำเป็นต้องใช้ในการพยาบาลออกมาวางเรียงบนสิ่งปูรอง โดยจัดวางให้เรียบร้อย สะดวกต่อการหยิบใช้

7. ปิดกระเป๋ายาจากนั้นให้การพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้

8. เมื่อทำการพยาบาลเสร็จแล้ว นำเครื่องใช้ไปล้างทำความสะอาด พร้อมทั้งล้างมือให้สะอาดด้วย

9. เช็ดของใช้ให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือแล้วเก็บเข้ากระบะเป่า เครื่องมือบางอย่าง เช่น พรอท ต้องใช้ สำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% ทำความสะอาดก่อนเก็บ โดยเรียงลำดับของที่จะใช้ก่อนเก็บเป็นอันดับสุดท้าย
10. เก็บผ้าเช็ดมือที่ใช้แล้วไว้ในถุงพลาสติกและเก็บไว้ในกระบะเป่าด้านนอก
11. ถอดผ้ากันเปื้อนออกโดยพับด้านที่สัมผัสกับผู้ป่วยไว้ด้านใน เก็บใส่ถุงผ้าใหญ่ตามเดิมแล้วจึง เก็บเข้ากระบะเป่า
12. ยกกระบะเป่าไว้บนตัก เก็บสิ่งปูรองโดยพับให้ด้านที่สัมผัสกับพื้นบ้านไว้ด้านใน แล้วเก็บใส่ช่อง ด้านนอกของกระบะเป่า
13. ปิดกระบะเป่าให้เรียบร้อย
14. ถุงที่ใส่ของสกปรกให้ญาติผู้ป่วยนำไปทำลาย ถ้าเป็นผู้ป่วยโรคติดต่อต้องทำลายให้ถูกวิธีโดยการฝังหรือเผา

การทำความสะอาดกระบะเป่าเย็บบ้าน

ภายหลังการเย็บบ้านแล้ว ควรทำความสะอาดกระบะเป่าเย็บบ้านทุกครั้ง ของใช้ทุกชิ้นในกระบะเป่าเย็บควรนำออกมาทำความสะอาดอีกครั้งหนึ่ง กระบะเป่าเย็บควรเช็ดทำความสะอาด ถ้าเป็นกระบะเป่าหนึ่ง ต้องระวังไม่ให้เปียกชื้นเพราะจะทำให้ราขึ้นได้ ของใช้ที่เป็นผ้า นำออกมาซักให้เรียบร้อย ผ้าบุกระบะเป่าด้านในควรซักตามเวลาที่เห็นควร ขวดน้ำยาต่าง ๆ ควรเติมให้เพียงพอและเช็ดให้สะอาด แล้วจัดเตรียมกระบะเป่าให้พร้อมสำหรับใช้ในวันต่อไป

การบันทึกรายงานการเยี่ยม

การบันทึกรายงานการเยี่ยม เป็นกิจกรรมที่สำคัญของการดำเนินงานภายหลังการเย็บบ้าน โดยที่บันทึกรายงานเป็นเครื่องมือสำคัญในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ บันทึกที่ดีจะช่วยให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพอนามัยอย่างถูกต้อง เพียงพอ และต่อเนื่อง นอกจากนี้ บันทึกรายงานยังมีประโยชน์ต่อพยาบาลอนามัยชุมชน (ปราณี เทียมใจ, 2534: หน้า 300-301) ดังนี้

1. ใช้เป็นหลักฐานแสดงถึงผลการให้ความช่วยเหลือบุคคลและครอบครัวโดยบุคลากรในทีมสุขภาพ
2. ใช้เป็นเครื่องมือในการวางแผนการให้บริการอนามัยครอบครัวในแต่ละครั้งได้ เพราะในบันทึก รายงานจะมีข้อมูลซึ่งทีมสุขภาพสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้
3. บันทึกรายงานจะบอกถึงความต่อเนื่องและความก้าวหน้าของผลการดูแลสุขภาพ และครอบครัว โดยบอกให้ทราบถึงสิ่งที่ได้ทำไปแล้วได้ผลอย่างไร ควรดำเนินการต่อไปหรือควรปรับปรุงวิธีการใหม่และยังใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินงานได้อีกด้วย
4. ใช้เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการศึกษาค้นคว้า บันทึกรายงานอาจเป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจ

ในการศึกษาวิจัย แต่ผลของการศึกษาจากบันทึกรายงานจะถูกต้องหรือไม่ ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับความถูกต้องตรงกับความเป็นจริง และการไม่ลำเอียงของข้อมูล ดังนั้น พยาบาลผู้บันทึกข้อมูลจึงพึงระลึกรถึงความจริงข้อนี้ไว้เสมอ

5. ใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย ในกรณีเกิดคดีความขึ้น

ลักษณะของบันทึกรายงานการเยี่ยม ซึ่งใช้อยู่ในหน่วยงานต่าง ๆ ส่วนใหญ่จัดทำเป็นแบบฟอร์มสำหรับให้บันทึก ซึ่งสะดวกทั้งในด้านการบันทึกและการนำไปใช้ สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้อย่างครบถ้วน บันทึกรายงานเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้าน จะแบ่งข้อมูลการบันทึกเป็น 2 ส่วน

1. บันทึกครอบครัว ใช้บันทึกข้อมูลรายละเอียดของสมาชิกทั้งหมดในครอบครัว แบบบันทึกนี้เรียกว่า ประวัติสุขภาพครอบครัว (Family folder) ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดเกี่ยวกับสมาชิกทุกคนในครอบครัว เช่น ชื่อ นามสกุล อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ฯลฯ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพที่พิกัดภัยและสิ่งแวดล้อม เช่น ลักษณะอาคาร น้ำดื่ม น้ำใช้ ส้วม การกำจัดน้ำโสโครก การกำจัดขยะมูลฝอย ฯลฯ นอกจากนี้ยังมีการบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลด้านอนามัยแม่และเด็ก ข้อมูลด้านจิตใจ และสังคม แบบบันทึกนี้จัดทำเหมือนแฟ้ม เพื่อให้ประโยชน์ในการบรรจุข้อมูลที่เป็นบันทึกส่วนบุคคลไว้ภายใน และทำให้ง่ายต่อการจัดเก็บด้วย

2. บันทึกส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกรายงานการเยี่ยมของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวที่พยาบาลให้การดูแล ซึ่งจะมีข้อมูลเกี่ยวกับประวัติทางสุขภาพ การช่วยเหลือแนะนำและการเปลี่ยนแปลงหลังการเยี่ยม บันทึกส่วนบุคคลนี้จะมีแบบฟอร์มแตกต่างกันตามประเภทของการเยี่ยมและหน่วยงานที่ให้บริการ เช่น สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร มีแบบบันทึกการเยี่ยมส่วนบุคคล ดังนี้

- บันทึกการเยี่ยมหญิงมีครรภ์
- บันทึกการเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอด
- บันทึกการเยี่ยมเด็กอายุ 6 สัปดาห์ถึง 6 ปี
- บันทึกการเยี่ยมประเภทอื่น ๆ อายุตั้งแต่ 7 ปีขึ้นไป

บันทึกการเยี่ยมเหล่านี้จะช่วยให้พยาบาลอนามัยชุมชนวางแผนการช่วยเหลือบุคคล และครอบครัวให้ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าจะมีการผลัดเปลี่ยนผู้เข้าเยี่ยม

รายงานการเยี่ยมในแต่ละหน่วยอาจมีความแตกต่างในรูปแบบการบันทึก แต่ในรายละเอียดของข้อมูลจะมีความคล้ายคลึงกัน ข้อมูลที่ควรบันทึกอาจมีรูปแบบดังนี้

รายงานการเยี่ยมบ้าน

ชื่อผู้รับการเยี่ยม.....อายุ.....

ครั้งที่เยี่ยม.....วันที่เยี่ยม.....

แผนการเยี่ยม

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ปัญหา/ ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมินผล	หมายเหตุ

ปัญหาใหม่ที่เกิดจากการเยี่ยมครั้งนี้

S:.....

O:.....

การวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป

ครั้งที่เยี่ยม.....วันที่เยี่ยม.....

แผนการเยี่ยม

- 1.....
- 2.....
- 3.....

ปัญหา/ ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การประเมินผล	หมายเหตุ

กรณีตัวอย่าง การให้การบริการอนามัยแก่บุคคลและครอบครัว

ความนำ

พยาบาลอนามัยชุมชนในฝ่ายส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาล ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยรายหนึ่ง ชื่อ นายสมบัติ มีทรัพย์ อายุ 30 ปี จากแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมาโรงพยาบาลด้วยอาการไอบ่อย อ่อนเพลีย เป็นมานาน 3 เดือน จากการตรวจพบว่าซีด มีไข้ประมาณ 102 F ฟังเสียงปอดพบเสียงวี๊ด (wheezing) ที่ ส่วนบนของปอดด้านซ้าย และจากการตรวจเสมหะและเอ็กซเรย์ปอด แพทย์วินิจฉัยเป็นวัณโรคปอด จึง รับประทานยาในโรงพยาบาลจนอาการดีขึ้น ไม่มีไข้ ซีดและอ่อนเพลียเล็กน้อย ไอนานๆ ครั้ง มีเสมหะ เล็กน้อย แพทย์จึงให้กลับบ้านในวันที่ 30 มิถุนายน 2535 พร้อมกับให้ยารักษาต่อและนัดให้ไปพบอีก ภายใน 2 สัปดาห์ แต่ผู้ป่วยไม่ได้มาตามนัด

พยาบาลอนามัยชุมชนจึงได้วางแผนการเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรก ดังนี้
ชื่อหัวหน้าครอบครัว นายสมบัติ มีทรัพย์
ที่อยู่ 42/22 ซอยวัดสิงห์ เอกชัย บางขุนพรหม กรุงเทพฯ
ชื่อผู้รับการเยี่ยม นายสมบัติ มีทรัพย์
ครั้งที่เยี่ยม ครั้งที่ 1 วันที่เยี่ยม 31 สิงหาคม 2554
แผนการเยี่ยม

1. ให้ความรู้แก่นายสมบัติเกี่ยวกับโรควัณโรค

ปัญหา/ ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การ ประเมินผล	กิจกรรม	การประเมินผล	หมายเหตุ
S: นายสมบัติ อายุ 30 ปี มีอาชีพรับจ้างป่วยเป็นวัณโรคปอด 3 เดือน ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างไม่ต่อเนื่อง ไม่มาตามที่แพทย์นัด O: ซีด อ่อนเพลีย ไอนาน ๆ ครั้ง มีเสมหะเล็กน้อย	วัตถุประสงค์ นายสมบัติหายจากการป่วยด้วยโรควัณโรคและครอบครัวไม่ป่วยด้วยโรควัณโรค เกณฑ์ 1. นายสมบัติได้รับการรักษาโรคที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง	P: 1. ให้ความรู้เกี่ยวกับวัณโรค โดยอธิบายถึง - สาเหตุ เกิดจากเชื้อแบคทีเรียที่เรียกว่า ไมโครแบคทีเรียทูเบอร์คิวโลซิส - อาการ ไอมีเสมหะสีเหลือง อาจพบอาการหายใจลำบาก เจ็บหน้าอก บางครั้งไอเป็นเลือด เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เหงื่อออกเวลากลางคืน เบื่ออาหาร มีไข้ต่ำ ๆ ตอนบ่าย - การรักษา โดยการใช้ยาและความร่วมมือของผู้ป่วยที่จะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง	E:	

ปัญหา/ ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การ ประเมินผล	กิจกรรม	การประเมินผล	หมายเหตุ
<p>A:</p> <p>1. เป็นวัณโรคปอด</p> <p>2. ขาดความรู้ในเรื่องการรักษาโรคและวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้อง</p>	<p>2. ครอบครัวของนายสมบัติปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>- การติดต่อ โดยทางหายใจเอาละอองเสมหะที่ถูกขับออกมาจากทางเดินหายใจของผู้ป่วยขณะไอ จาม หรือหวัเราะ</p> <p>- การควบคุมป้องกันโรค ควรแยกผู้ป่วยจนกว่าจะได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ และควรทำลายแหล่งเชื้อโรค เช่น เสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ควรเผาหรือใส่ยาฆ่าเชื้อ</p> <p>2. ให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตนของผู้รับการเยี่ยมในเรื่อง</p> <p>- การไปตรวจรักษาตามแพทย์นัดเพื่อติดตามผลการรักษา</p> <p>- รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อซ้ำหรือการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น</p> <p>- รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ จำพวกเนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ผลไม้ เพื่อใช้ในการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ</p> <p>- พักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ 8 ชม. ทำจิตใจให้แจ่มใสเบิกบานเพื่อฟื้นฟูสภาพของร่างกายให้แข็งแรง</p> <p>- งดการสูบบุหรี่เพราะจะทำให้ระคายเคืองทางเดินหายใจมากขึ้น</p> <p>- ไม่ควรไอ หรือจามรดผู้อื่น เพราะจะทำให้เชื้อแพร่กระจายสู่ผู้อื่นได้</p> <p>- เสมหะ น้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วย ควรใส่กระป๋องที่มีฝาปิด และใส่ยาฆ่าเชื้อโรคและนำไปทำลายโดยวิธีเผาหรือฝัง</p> <p>- จัดสภาพแวดล้อมของบ้านให้มีอากาศถ่ายเทสะดวกและมีแสงแดดส่องถึง</p>	<p>E:</p>	

เมื่อพยาบาลอนามัยชุมชนได้ไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ได้พบกับนายสมบัติ และ นางจันทร์ภรรยาของนายสมบัติที่หน้าบ้านพัก เมื่อได้แนะนำตัวและแจ้งความประสงค์ของการมา ให้นายสมบัติและภรรยาทราบแล้ว จึงได้รับเชิญให้เข้าไปในที่พัก พบเด็กหญิงนิสา อายุ 5 เดือน กำลังนอนหลับบนผ้าห่มเก่า ๆ และมีผ้าเช็ดตัวคลุมอยู่ นางจันทร์ภรรยาเล่าว่าเด็กแรกเกิดมีน้ำหนัก 3 กิโลกรัม ให้รับประทานนมแม่จนกระทั่งอายุได้ 3 เดือน เนื่องจากมารดาไม่มีน้ำนม ปัจจุบันให้ข้าวบดและนมชั้่นหวานเป็นอาหารหลัก ยังไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคหลังคลอด ขณะสนทนาเด็กหญิงนิสาตื่น พยาบาลจึงชั่งน้ำหนักได้ 4.5 กิโลกรัม และได้สอบถามข้อมูลของครอบครัว ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ประวัติครอบครัวและประวัติสุขภาพ

ครอบครัวนี้มีภูมิลำเนาเดิมอยู่จังหวัดอุบลราชธานี หลังจากแต่งงานได้ย้ายเข้ามาประกอบอาชีพในกรุงเทพฯ นาน 2 ปี

สมาชิกคนที่ 1 คือ หัวหน้าครอบครัวชื่อ นายสมบัติ มีทรัพย์สิน อายุ 30 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 นับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพเป็นกรรมกรก่อสร้าง มีรายได้วันละ 80 บาท แต่ปัจจุบันไม่ได้ทำงานเนื่องจากหมู่บ้านจัดสรรได้สร้างเสร็จแล้ว จึงอยู่บ้านช่วยภรรยาพับถุงกระดาษ ได้รายได้วันละ 20 บาท เมื่อ 1 เดือนก่อนเคยนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ จนอาการดีขึ้นจึงกลับบ้าน ขณะนี้ยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลหมดแล้ว ไม่มีไข้แต่ไอนาน ๆ ครั้ง ไม่มีอาการกำเริบเหมือนที่เคยเป็น ไม่ไปโรงพยาบาลตามแพทย์นัด เนื่องจากคิดว่าหายแล้ว ตื่นสุราเป็นบางครั้งเวลากลางคืน ไม่สูบบุหรี่

สมาชิกคนที่ 2 คือ นางจันทร์ภรรยา มีทรัพย์สิน ภรรยาของนายสมบัติ มีทรัพย์สิน อายุ 25 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ นอกจากรับจ้างพับถุงกระดาษ ได้รายได้วันละ 20 บาท สุขภาพแข็งแรงดี ไม่เคยเจ็บป่วยร้ายแรงใด ๆ

สมาชิกคนที่ 3 คือ เด็กหญิงนิสา มีทรัพย์สิน อายุ 5 เดือน คลอดปกติที่โรงพยาบาล น้ำหนักแรกคลอด 3 กิโลกรัม ได้รับภูมิคุ้มกันโรคจากโรงพยาบาลก่อนกลับบ้าน ส่วนภูมิคุ้มกันอื่น ๆ ไม่ได้รับ เมื่อกลับบ้าน มารดาไม่ค่อยมีน้ำนม ให้บุตรรับประทานนมมารดาประมาณ 3 เดือน หลังจากนั้นรับประทานข้าวกับนมชั้่นหวานเป็นอาหารหลัก

2. ลักษณะที่อยู่อาศัยและสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

ที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเช่าขนาด 3x 3.5 เมตร หลังคามุงด้วยสังกะสีเก่า ๆ สูงจากพื้นประมาณ 2 เมตร ผนังกันด้วยไม้อัด มีประตูด้านหน้า 1 บาน ไม่มีหน้าต่าง ภายในห้องค่อนข้างร้อน โดยเฉพาะตอนกลางวัน มุมด้านในของห้องใช้เป็นที่หลับนอน มีเสื่อ ผ้าห่ม หมอนมุ้ง พับวางอยู่ อีกมุมหนึ่งใกล้ประตูเป็นที่รับประทานอาหารเช้า มีชั้นเตี้ย ๆ สำหรับวางอาหารแห้งและอาหารที่เหลือจากการรับประทานโดยใช้จานครอบไว้ ไม่มีตู้สำหรับเก็บอาหาร มีเครื่องใช้ในการหุงหาอาหาร วางบนพื้น เตาถ่านสำหรับประกอบอาหารตั้งที่ขานไม้แคบหน้าห้องพัก ตามข้างฝามีเสื่อผ้าแขวนอยู่ตามตะปูซึ่งมีอยู่ทั่วห้อง กลาง

ห้องก่อนไปทางประตูใช้เป็นที่นอนของเด็กหญิงนิสา มีตะกร้าพลาสติกขนาดกลางใส่เสื้อผ้าและของใช้ของเด็กวางใกล้ๆ ที่นอน มีไฟฟ้า 1 ดวง สภาพโดยทั่วไปไม่สะอาด

น้ำดื่มน้ำใช้ ใช้น้ำประปาที่รองมาจากก๊อกน้ำ น้ำดื่มไม่ดื่ม
 ส้วม ใช้น้ำดื่มที่มียูคลอรีนที่บ้าน ร่วมกับบ้านเช่าอื่น
 ชยะ ทั้งรอบ ๆ ที่พัก ไม่มีที่เก็บขยะ

3. บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว

3.1 การหารายได้เป็นหน้าที่ของนายสมบัติเป็นส่วนใหญ่

3.2 การเตรียมหาอาหารและภาระงานบ้านเป็นหน้าที่ของนางจันทร์

3.3 การเลี้ยงดูบุตร เป็นหน้าที่ของนางจันทร์ และถ้าวันใดนายสมบัติอยู่บ้านก็จะช่วยเลี้ยงดูบุตรด้วย ส่วนการอบรมสั่งสอนบุตรยังไม่มีเนื่องจากบุตรยังเล็ก

3.4 การร่วมกิจกรรมกับญาติและสังคมภายนอก เป็นหน้าที่ของนายสมบัติซึ่งมักไม่ค่อยได้ทำ

3.5 การตัดสินใจต่าง ๆ มักจะปรึกษาหารือกันก่อน เรื่องต่างๆ ไปนายสมบัติจะเป็นผู้ตัดสินใจ นอกจากเรื่องการดูแลบุตรนางจันทร์จะเป็นผู้ตัดสินใจ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว

นายสมบัติและนางจันทร์รักใคร่ช่วยเหลือกันดีและรักบุตรมาก

5. ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ

รายได้

นายสมบัติ	เดือนละ	600	บาท
นางจันทร์	เดือนละ	600	บาท
รวมรายรับ		1,200	บาท

รายจ่าย

ค่าเช่าบ้าน		200	บาท
ค่าอาหารประมาณวันละ 30 บาท		900	บาท
ค่าน้ำ		30	บาท
ค่าไฟ		100	บาท
ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของนายสมบัติ		200	บาท
ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของนางจันทร์		100	บาท
ค่านมบุตร		70	บาท
รวม		1,500	บาท

รายจ่ายสูงกว่ารายรับ แต่เนื่องจากพอมีเงินเก็บบ้างเล็กน้อย จึงยังไม่เป็นหนี้สินแต่เงินเก็บก็หมดแล้ว จึงทำให้นายสมบัติไม่สบายมากที่ยังหางานทำไม่ได้

6. สรุปลักษณะของครอบครัว

จากรายละเอียดข้างต้น จึงสรุปได้ดังนี้

6.1 ชนิดของครอบครัว : ครอบครัวเดี่ยว

6.2 การใช้อำนาจในการปกครอง : แบบประชาธิปไตยค่อนข้างให้สามีเป็นใหญ่

6.3 การตั้งที่อยู่อาศัย : ตั้งที่อยู่ใหม่ของตน

6.4 พัฒนาการของครอบครัว : อยู่ในระยะครอบครัวที่มีบุตรวัยทารก

6.5 การปฏิบัติตามพัฒนาการของครอบครัวที่มีบุตรวัยทารก เมื่อวิเคราะห์แล้ว ครอบครัวนี้มีพัฒนาการ ดังนี้

1. การจัดบ้านให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของทารก : ยังไม่ดีพอเนื่องจากห้องพักค่อนข้างคับแคบและร้อนระอุ ไม่มีหน้าต่าง อากาศถ่ายเทไม่สะดวก เครื่องใช้ต่าง ๆ โดยเฉพาะเครื่องครัว วางไว้ที่พื้น อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่บุตรได้

2. การจัดเตรียมงบประมาณเพื่อการใช้จ่ายเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร : ครอบครัวนี้ยังไม่เคยปรึกษาเรื่องนี้กันมาก่อน แต่เนื่องจากรายได้ขณะนี้ไม่เพียงพอจากรายจ่าย จึงไม่มีงบประมาณเหลือที่จะเตรียมไว้ใช้จ่ายเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร

3. การจัดแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในครอบครัวให้เหมาะสม : ครอบครัวนี้ไม่ได้ปฏิบัติ เพราะคิดว่างานบ้านเป็นเรื่องของผู้หญิง

4. การปรับวิถีทางดำเนินชีวิตชั้นสามีภรรยาให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของบุตร : การดำเนินชีวิตชั้นสามีภรรยาของนายสมบัติและนางจันทร์ายังคงเดิม

5. การพัฒนาระบบการสื่อความหมายระหว่างบิดามารดาและบุตร : ดี คือนายสมบัติและนางจันทร์สนใจต่อพฤติกรรมของบุตรเป็นอย่างดี มักอุ้มและเล่นกับบุตรเสมอ

6. การปรับรูปแบบความสัมพันธ์กับเครือญาติ : คงเดิม เนื่องจากมีญาติอยู่ต่างจังหวัด และจะไปเยี่ยมนาน ๆ ครั้ง ไม่แน่นอน

7. การกำหนดวิธีร่วมกิจกรรมในชุมชนตามความเหมาะสม : คงเดิม ส่วนใหญ่จะต่างคนต่างทำมาหากินกันไป ส่งสรรค์หรือร่วมกิจกรรมกันน้อย

8. การวางแผนเกี่ยวกับการมีบุตรคนต่อไป : มีเพราะนางจันทร์กุมกำเนิดโดยกินยาคุมอยู่

9. การปรับปรัชญาในการดำเนินชีวิต : ครอบครัวนี้ไม่เคยได้ปรึกษาและกำหนดปรัชญาในการดำเนินชีวิตครอบครัวของตนเอง ได้แต่ดำเนินชีวิตไปวันหนึ่ง ๆ

7. สรุปปัญหา

พยาบาลอนามัยชุมชนได้สรุปปัญหาของครอบครัว ดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพ

1.1 นายสมบัติป่วยด้วยโรควัณโรคและมีโอกาสติดต่อไปสู่สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน

1.2 เด็กหญิงนิสา มีภาวะทุพโภชนาการ และยังไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคคอตีบ ไอกรนบาดทะยัก และโปลิโอ

2. ปัญหาเกี่ยวกับสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม

2.1 การจัดที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสม

2.2 การกำจัดขยะมูลฝอยไม่ถูกต้อง

3. ปัญหาเกี่ยวกับเศรษฐกิจ

3.1 นายสมบัติตกงาน ทำให้รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย

เมื่อได้ข้อมูลและปัญหาแล้ว พยาบาลต้องนำปัญหาของครอบครัวมาจัดลำดับมาสำคัญเพื่อทำทางช่วยเหลือ วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหามีดังนี้คือ

ปัญหา	ลักษณะของปัญหา	ความยากง่ายในการแก้ปัญหา	โอกาสในการป้องกัน	การยอมรับปัญหาของครอบครัว	คะแนนรวม
1. นายสมบัติป่วยด้วยโรควัณโรคปอด ขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	$\frac{2}{3} \times 2 = \frac{4}{3}$	$\frac{1}{3} \times 1 = \frac{1}{3}$	$\frac{2}{2} \times 1 = 1$	$\frac{4}{9}$
2. เด็กหญิงนิสา มีภาวะทุพโภชนาการ เนื่องจากรับประทานข้าวกับนมข้นหวานเป็นหลัก	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	$\frac{2}{3} \times 2 = \frac{4}{3}$	$\frac{2}{3} \times 1 = \frac{2}{3}$	$\frac{1}{2} \times 1 = \frac{1}{2}$	$\frac{4}{9}$
3. เด็กหญิงนิสา ยังไม่ได้รับภูมิคุ้มกัน	$\frac{2}{3} \times 1 = \frac{2}{3}$	$\frac{3}{3} \times 2 = 2$	$\frac{3}{3} \times 1 = 1$	$\frac{1}{2} \times 1 = \frac{1}{2}$	$\frac{2}{3}$
4. ครอบครัวมีการจัดสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม	$\frac{2}{3} \times 1 = \frac{2}{3}$	$\frac{1}{3} \times 2 = \frac{2}{3}$	$\frac{1}{3} \times 1 = \frac{1}{3}$	$\frac{1}{2} \times 1 = \frac{1}{2}$	$\frac{2}{27}$
5. นายสมบัติตกงาน	$\frac{1}{3} \times 1 = \frac{1}{3}$	$\frac{1}{3} \times 2 = \frac{2}{3}$	$\frac{1}{3} \times 1 = \frac{1}{3}$	$\frac{1}{2} \times 1 = \frac{1}{2}$	$\frac{2}{27}$

ปัญหาของครอบครัวนี้ที่สมควรแก้ไขเป็นอันดับแรก คือ เด็กหญิงนิสายังไม่ได้รับภูมิคุ้มกันโรค ตามด้วย นายสมบัติป่วยด้วยโรควัณโรคปอด และเด็กหญิงนิสา มีภาวะทุพโภชนาการ หลังจากที่ได้ทราบปัญหาและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาแล้ว พยาบาลได้วัดให้แก่นายสมบัติ ได้ 98 F จึงได้ให้คำแนะนำ ในเรื่องการรักษาโรควัณโรค การควบคุมป้องกันโรค ตลอดจนนัดให้นางจันทร์และเด็กหญิงนิสาไปตรวจร่างกายเนื่องจากได้ใกล้ชิดกับนายสมบัติที่ป่วยเป็นวัณโรคตามแผนที่ได้วางไว้ และให้คำแนะนำ เรื่องวัคซีน

ที่เด็กวัยทารกควรได้รับ พร้อมกับนัด วัน เวลา ให้ไปรับบริการที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังให้คำแนะนำเรื่องอาหารเสริม โดยเฉพาะข้าวบดไข่แดง นำนมถั่วเหลือง ซึ่งมีราคาถูกและคุณภาพดีกว่าข้าวและนมชั้นหวานที่ให้บริการอยู่ และนัดเยี่ยมในครั้งต่อไปอีก 1 สัปดาห์ต่อมา

8. การวางแผนการดูแล

พยาบาลได้วางแผนการเยี่ยมครั้งที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ติดตามอาการและการไปรับการรักษาโรคของนายสมบัติ
2. ติดตามการป้องกันโรคและการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมป้องกันโรคของครอบครัว
3. ติดตามการได้รับอาหารและการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของเด็กหญิงนิสา
4. แนะนำครอบครัวในเรื่องการปรับปรุงภาวะแวดล้อมภายในบ้าน
5. หาข้อมูลเพิ่มเติมในเรื่องการประกอบอาชีพของนายสมบัติ

หลังจากให้การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 แล้ว พยาบาลได้บันทึกสิ่งที่ให้การช่วยเหลือไปโดยเขียนเพิ่มเติมลงในแผนการเยี่ยมครั้งที่ 1 ดังนี้ และวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไปต่อจากการวางแผนครั้งแรก ดังตัวอย่าง

ปัญหา/ ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การ ประเมินผล	กิจกรรม	การประเมินผล	หมายเหตุ
		I: 1. ได้ให้ความรู้ตามแผนที่วางไว้ทุกข้อ 2. ชั่งน้ำหนักให้แก่เด็กหญิงนิสา (น้ำหนัก 4.5 กิโลกรัม) 3. วัดปรอทให้แก่นายสมบัติ (อุณหภูมิ ประมาณ 98 F) 4. ได้ให้คำแนะนำเพิ่มเติมจากที่วางไว้ในเรื่อง - วัคซีนที่เด็กอายุ 5 เดือนควรได้รับ คือ วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยัก เข็มที่ 1 และวัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี โดยนัดวัน เวลาให้พาเด็กหญิงนิสาไปรับ ภูมิคุ้มกัน - อาหารเสริมที่เด็กอายุ 5 เดือน ควรได้รับ คือ ข้าวบด ไข่แดงวันละ 2 มื้อ ส่วนอาหาร นม ควรให้เป็นน้ำนมถั่วเหลืองแทนนมชั้น หวาน	E:	

ปัญหา/ ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การ ประเมินผล	กิจกรรม	การประเมินผล	หมายเหตุ
		5. แนะนำให้นางจันทร์และผู้ใกล้ชิดคนขาย สมบัติไปตรวจสุขภาพ 6. นัดเยี่ยมครั้งต่อไปวันที่ 3 กันยายน 2554	E:	

หลังจากนั้นพยาบาลอนามัยชุมชนได้วางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไปต่อจากการวางแผนครั้งแรก ดัง
ตัวอย่าง

ครั้งที่เยี่ยม ครั้งที่ 2 วันที่เยี่ยม 3 กันยายน 2554

แผนการเยี่ยม

1. นายสมบัติขาดความรู้เรื่องการรักษาวัณโรค
2. ด.ญ. นิสามีภาวะทุพโภชนาการและได้รับวัคซีนไม่ครบ
3. ภาวะสุขภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้านไม่เหมาะสม

ปัญหา/ ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรม	การประเมินผล	หมายเหตุ
S: นายสมบัติ ไอนานๆครั้ง ขณะนี้ ไม่ไปทำงาน และ ไม่ไปตรวจ ร่างกายตาม แพทย์นัด เนื่องจากคิดว่า ตนเองหายแล้ว - นางจันทร์ สุขภาพแข็งแรงดี - เด็กหญิงนิสา อายุ 5 เดือน น้ำหนักแรกคลอด 3 กิโลกรัม ยังไม่ เคยรับวัคซีนใดๆ นอกจากวัคซีน	วัตถุประสงค์ 1. นายสมบัตินอกจากการป่วยด้วย โรควัณโรคและครอบครัวไม่ป่วย ด้วยโรควัณโรค 2. ด.ญ. นิสามีไม่เกิดภาวะทุพ โภชนาการ 3. ด.ญ. นิสาลดอัตราเสี่ยงต่อการ เกิดโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้	P: 1. ประเมินผลการเยี่ยมครั้ง ที่ 1 โดย - ติดตามอาการและการไปรับ การรักษาโรคของนายสมบัติ - ติดตามการป้องกันโรคและ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุม ป้องกันโรคของครอบครัว - ติดตามการได้รับอาหารและ การได้รับภูมิคุ้มกันโรคของ เด็กหญิงนิสา 2. ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวใน เรื่อง - การจัดทำหน้าต่างระบาย อากาศภายในบ้าน เพื่อให้ อากาศถ่ายเท - การจัดวางของใช้ต่างๆ ให้	E:	

		เป็นระเบียบ - การจัดตั้งขยะเพื่อทิ้งขยะมูล ฝอย		
ปัญหา/ ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรม	การประเมินผล	หมายเหตุ
ป้องกันวัณโรค รับประทานข้าว กับ นมข้นหวานเป็น อาหารหลัก O: นายสมบัติ อ่อนเพลีย ไม่มีไข้ (อุณหภูมิ ประมาณ 98 F) เด็กหญิงนิสา ตัว เล็ก ชั่งน้ำหนักได้ 4.5 กิโลกรัม สภาพแวดล้อม ภายในบ้านไม่มี หน้าต่าง การจัด วางของใช้ต่างๆ ไม่เป็นระเบียบ การกำจัดขยะมูล ฝอยไม่ถูก สุขลักษณะ ใช้ ส้วมร่วมกับเพื่อน บ้าน A: 1. นายสมบัติ ขาดความรู้ในการ รักษาโรค และวิธี ปฏิบัติตนที่ ถูกต้องในการ ควบคุมป้องกัน โรค 2. เด็กหญิงนิสา	วัตถุประสงค์ (ต่อ) 4. ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิด โรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ เกณฑ์ 1. นายสมบัติได้รับการรักษาโรคที่ โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 2. ครอบครัวของนายสมบัติปฏิบัติ ตนในการป้องกันและควบคุม โรคติดต่อได้อย่างถูกต้อง 3. มารดาสามารถดัดแปลงอาหารที่ มีคุณภาพแต่ราคาถูกให้บุตร รับประทานแทนนมข้นหวาน 4. บุตรมีน้ำหนัก ไม่ต่ำกว่า 5.5 กิโลกรัม ภายใน 1 เดือน 5. ครอบครัวของนายสมบัติปฏิบัติ ตนในการป้องกันและควบคุม	P:	E:	

มีภาวะทุพโภชนาการและยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค คอติบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ				
ปัญหา/ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์/เกณฑ์การประเมินผล	กิจกรรม	การประเมินผล	หมายเหตุ
3. การจัดที่อยู่อาศัยของครอบครัวไม่เหมาะสม 4. การกำจัดขยะมูลฝอยของครอบครัวไม่ถูกต้อง 5. มีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจเนื่องจากรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	โรคติดต่อได้อย่างถูกต้อง		E:	

ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 พยาบาลพบนางจันทร์กำลังป้อนข้าวบดไข่แดงให้แก่เด็กหญิงนิสาอยู่ นายสมบัติออกไปทำงานนอกบ้าน พยาบาลได้สอบถามและติดตามผลการให้คำแนะนำ พบว่า นายสมบัติและนางจันทร์ไปตรวจที่โรงพยาบาลแล้ว นายสมบัติได้มารับประทาน และกำจัดเศษขยะโดยวิธีการแยกเผา ส่วนนางจันทร์ไม่ป่วยด้วยโรคฉี่หนูและมีภูมิคุ้มกันโรคนี้ สำหรับเด็กหญิงนิสามีภูมิคุ้มกันโรค และได้รับวัคซีนป้องกันโรค คอติบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ ครั้งที่ 1 แล้ว ปัจจุบันรับประทานข้าวบดไข่วันละ 2 มื้อ นมถั่วเหลืองวันละ 2-3 ขวด พยาบาลชั่งน้ำหนักให้เด็กหญิงนิสาพบว่า มีน้ำหนัก 5 กิโลกรัม จากการสนทนาพบว่า นายสมบัติเคยทำงานก่อสร้างเกี่ยวกับช่างไม้ พยาบาลจึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทำหน้าต่างเพื่อให้อากาศถ่ายเท การจัดวางของใช้ต่างๆให้เป็นระเบียบ ตลอดจนการหาถังขยะเพื่อทิ้งขยะมูลฝอย และนัดเยี่ยมครั้งต่อไปอีก 2 สัปดาห์ต่อมา

พยาบาลได้วางแผนการเยี่ยมครั้งที่ 3 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ติดตามเรื่องการปรับปรุงภาวะแวดล้อมภายในบ้าน
2. ให้คำแนะนำในการจัดหารายได้เพิ่มให้กับครอบครัว
3. ติดตามภาวะโภชนาการของเด็กหญิงนิสา

หลังการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 พยาบาลได้บันทึกสิ่งที่ให้การช่วยเหลือและวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไป ดังตัวอย่าง

ปัญหา/ ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การ ประเมินผล	กิจกรรม	การประเมินผล	หมายเหตุ
		I: 1. ได้ให้คำแนะนำตามแผนที่วางไว้ 2. ชั่งน้ำหนักให้แก่เด็กหญิงนิสาได้ 5 กิโลกรัม 3. ประเมินผลการเยี่ยมครั้งที่ 1 4. นัดเยี่ยมต่อไปวันที่ 20 สิงหาคม 2553	E: ครอบครัวนี้มีความเข้าใจและปฏิบัติตามสิ่งที่ให้คำแนะนำได้ทุกเรื่องเป็นดี R: ไม่มี	

ครั้งที่เยี่ยม ครั้งที่ 3 วันที่เยี่ยม 10 กันยายน 2554

แผนการเยี่ยม

1. นายสมบัติขาดความรู้เรื่องการรักษาวัณโรค
2. ด.ญ. นิสามีภาวะทุพโภชนาการและได้รับวัคซีนไม่ครบ
3. ภาวะสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมภายในบ้านไม่เหมาะสม

ปัญหา/ ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การ ประเมินผล	กิจกรรม	การประเมินผล	หมายเหตุ
S: นายสมบัติ ไปรับการรักษาโรควัณโรคที่โรงพยาบาล ยังไม่ได้ทำงาน เด็กหญิงนิสา ได้รับวัคซีนป้องกันโรค	วัตถุประสงค์ 1. ครอบครัวไม่ป่วยด้วยโรควัณโรค 2. ด.ญ. นิสามีเกิดภาวะทุพโภชนาการ	P: 1. ประเมินผลการเยี่ยมครั้งที่ 1 โดย - ติดตามอาการและการไปรับการรักษาโรคของนายสมบัติ - ติดตามการป้องกันโรคและการปฏิบัติตนเพื่อควบคุม ป้องกันโรคของครอบครัว - ติดตามการได้รับอาหารและการได้รับภูมิคุ้มกันโรคของเด็กหญิงนิสา	E:	

คอติบ ไอกรน บาดทะยัก และ โปลิโอ ครั้งที่ 1 ได้รับอาหารเสริม ข้าวบดไข่แดงวัน ละ 2 มื้อ นมถั่ว	3. ต.ญ. นิสาลด อัตราเสี่ยงต่อการ เกิดโรคติดต่อที่ สามารถป้องกัน ได้	2. ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวในเรื่อง - การจัดทำหน้าต่างระบายอากาศภายใน บ้าน เพื่อให้อากาศถ่ายเท - การจัดวางของใช้ต่างๆ ให้เป็นระเบียบ - การจัดถังขยะเพื่อทิ้งขยะมูลฝอย		
---	---	--	--	--

ปัญหา/ ข้อวินิจฉัย	วัตถุประสงค์/ เกณฑ์การ ประเมินผล	กิจกรรม	การประเมินผล	หมายเหตุ
เหลืองวันละ 2-3 ขวด O: เด็กหญิงนิสามี น้ำหนัก 5 กิโลกรัม A: 1. นายสมบัติ เข้าใจในวิธีปฏิบัติ ตนที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการรักษา และควบคุมป้องกัน โรควัดโรค 2. เด็กหญิงนิสามี ภาวะทุพ โภชนาการ 3. การจัดที่อยู่ อาศัยของ ครอบครัวไม่ เหมาะสม 4. การกำจัดขยะ มูลฝอยของ ครอบครัวไม่ ถูกต้อง 5. มีปัญหาเรื่อง เศรษฐกิจ	4. การจัด สุขาภิบาล สิ่งแวดล้อมใน บ้านเหมาะสม	P: 1. ประเมินผลการเยี่ยมครั้งที่ 2 โดย - ติดตามเรื่องการจัดทำที่ระบายอากาศ ภายในบ้าน - การจัดวางของใช้ต่างๆ ให้เป็นระเบียบ - การกำจัดถังขยะ เพื่อทิ้งขยะมูลฝอย 2. ชั่งน้ำหนักให้แก่เด็กหญิงนิสามี 3. ให้คำแนะนำในการจัดหารายได้เพิ่ม ให้กับครอบครัว	E:	

เมื่อพยาบาลเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 จะบันทึกเช่นเดียวกับครั้งที่ 2 ในหัวข้อ

- การพยาบาลและให้คำแนะนำ (I)
- การประเมินผลการเยี่ยมครั้งที่ 2 (E)
- การปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (R)
- ข้อมูลที่ได้รับจากผู้รับการเยี่ยม (S)
- ข้อมูลที่ได้จากการตรวจพบ (O)
- การประเมินสภาพ (A)
- การวางแผนการเยี่ยม (P)

นอกจากการวางแผนการเยี่ยมแบบ SOAPIER แล้ว อาจเขียนในรูปของการวางแผนตามกระบวนการพยาบาล ดังตัวอย่าง

บรรณานุกรม

- ปราณี เทียมใจ. (2534). การเยี่ยมบ้าน. ใน กองงานวิทยาลัยพยาบาล. **การพยาบาลอนามัยชุมชน** (พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 273-313). นนทบุรี: กองงานวิทยาลัยพยาบาล.
- ไพเราะ ผ่องโชค. (2547). การเยี่ยมดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน, ใน ไพเราะ ผ่องโชค (บรรณาธิการ). **การพยาบาลอนามัยชุมชน** (หน้า 193-216). กรุงเทพฯ: จุดของการพิมพ์.
- รุจา ภูโพนุลย์. (2541). **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้** (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วี เจ พรินติ้ง.
- วิโรจน์ วรรณภีระ. (2555). การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home visit and Home Care). ในเอกสารประกอบการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการศูนย์เรียนรู้เวชศาสตร์ครอบครัวเขต18 โรงพยาบาลกำแพงเพชร (หน้า22, 25-35). พิษณุโลก: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สุภาวดี ลิมนาท. (2546). การดูแลที่บ้าน, ใน วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อิศธรวิเศษ (บรรณาธิการ). **การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้** (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 61-69). คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายพิน หัตถ์รัตน. (2551). คู่มือหมอบริการครอบครัวฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- อุมภาพร ตรังคสมบัติ. (2554) **จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว** (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์พิมพ์.
- Cooley, M. & Smith, C.M. (2000). The nursing process and families, in Smith, C.M. & Maurer, F.D. (Eds). *Community health nursing: theory and practice* (2nd) (pp.256-288). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Duvall, E.M. (1977). **Marriage and Family Relationship**. New York: Cornell University.
- Friedman, M.M. Bowden, V.R. & Jones, E.G. (2003). **Family nursing: research, theory, practice** (5th). New Jersey: Prentice Hall.
- Hanson, S.H., Gedaly-Duff, V., and Kaakinen, J.R. (2005). **Family Health Care Nursing: Theory Practice, and Research** (3rd Eds.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Unwin, B.K., Jerant, A.F.(1999). The home visit. The American Academy of Family Physicians;

Oct1:60(5); 1481-1488.

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร

รายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 (501464)

การเรียนรู้วิถีชุมชน

ผศ.ดร.ยุวรงค์ จันทรวิจิตร

วัตถุประสงค์เฉพาะ เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน นิสิตสามารถ

1. อธิบายแนวคิดวิถีชุมชนได้
2. อธิบายปัญหาการทำงานในชุมชนได้
3. อธิบายความสำคัญ ประโยชน์ และวิธีการทำเครื่องมือศึกษาชุมชนแต่ละชนิดได้

ความหมายของชุมชน(community)

- ชุมชนมีความหมาย 3 แนวทาง คือ ชุมชนหมายถึงกลุ่มทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กันตามบรรทัดฐานทางสังคม มีความผูกพันกัน หรือหมายถึงผู้ที่อยู่ในพื้นที่หรือบริเวณภูมิศาสตร์เดียวกัน หรือหมายถึง องค์กรทางสังคมที่มีวัตถุประสงค์ชัดเจนในระยะเวลาที่นานพอสมควร จนเกิดเป็นความผูกพันและมีระบบความสัมพันธ์ เช่น กลุ่ม อสม.(ศิริราณี อินทรหนองไผ่, 2554)

- ชุมชนต้องมีลักษณะคือเป็นการรวมกลุ่มของกลุ่มคน มีอาณาบริเวณสำหรับอาศัยหรือประกอบกิจกรรม มีการติดต่อสัมพันธ์กัน มีกิจกรรมร่วมกัน มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายร่วมกัน และรับผลกระทบร่วมกัน มีบรรทัดฐานหรือการจัดระเบียบชุมชน มีระบบการติดต่อสื่อสารและการเรียนรู้ร่วมกัน (ธีระภัทรา เอกผาชัย สวัสดิ์, 2553)

- ชุมชน หมายถึงกลุ่มคนที่อาศัยในพื้นที่เดียวกัน มีพื้นฐานความสนใจร่วมกัน มีวิถีชีวิตเกี่ยวพันกัน มีความต้องการและความสนใจร่วมกัน และมีปฏิสัมพันธ์หรือกิจกรรมร่วมกัน(Laverack อ้างใน Sines et.al, 2013)

แนวคิดวิถีชุมชน

การเรียนรู้วิถีชุมชนเป็นกระบวนการที่สำคัญในการศึกษาชุมชน พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน ควรเรียนรู้วิถีชีวิตของชุมชน เพราะชุมชนเป็นรากฐานของชีวิตทางสังคม เพื่อให้เข้าใจในความเป็นมนุษย์ และมิติทางสังคมวัฒนธรรม ซึ่งมีผลต่อความรู้สึก ความคิดเห็น และการปฏิบัติของคนในชุมชน

หัวใจของงานสุขภาพชุมชนและบริการสุขภาพปฐมภูมิอยู่ที่การเข้าใจความเป็นชุมชน เข้าใจมิติทางสังคมวัฒนธรรม เข้าใจและใส่ใจต่อความเป็นมนุษย์ เป็นการสร้างระบบบริการที่สามารถดูแลผู้รับบริการอย่างเป็นองค์รวม(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง, 2554) ในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ พยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพ พยาบาลจะต้องใช้ชุมชน

เป็นตัวตั้งในการทำงาน ปรับวิธีคิด การทำงาน และนำทุนทางสังคมหรือศักยภาพของชุมชน มาใช้ในการพัฒนาสุขภาพชุมชน โดยคำนึงถึงบริบท วัฒนธรรม ประเพณีของชุมชนด้วย

หัวใจศักยภาพของชุมชนอยู่ที่การมีการจัดการที่ดี มีกระบวนการที่สมาชิกของชุมชนมีความกระตือรือร้น และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของส่วนรวม ซึ่งชุมชนที่มีการจัดการที่ดีนั้นมีความศักยภาพอย่างยิ่งในการแก้ปัญหา และในการสร้างสรรค์ชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี

ปัญหาหรือจุดอ่อนในการศึกษาชุมชนที่ผ่านมา มี 5 ประการ ดังนี้ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2551; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง, 2556)

1. เห็นเฉพาะปัญหา ไม่เห็นศักยภาพของชุมชน

การศึกษาชุมชนที่ผ่านมาเน้นการค้นหาปัญหาของชุมชนที่เป็นหลัก ทำให้มองไม่เห็นศักยภาพของชุมชน หากปรับเปลี่ยนวิธีศึกษาใหม่โดยให้ค้นหาทุนทางสังคมหรือศักยภาพของชุมชน ได้แก่ ผู้รู้ ผู้นำ ประชาชน ชาวบ้าน ทรัพยากรธรรมชาติ องค์กรต่างๆ ในชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น หรือเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้พูดคุยว่าตนมีความภาคภูมิใจอะไรในชุมชน ก็จะทำให้คนในชุมชนการมองเห็นศักยภาพของตนเองและชุมชน จะทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และมีพลังในการทำงาน

2. เห็นแต่ตัวเลข ไม่เห็นชีวิตคน

การทำงานชุมชนที่เป็นอยู่มักเน้นแต่การสำรวจเชิงสถิติ เช่น การสำรวจข้อมูลประชากร ร้อยละของครัวเรือนรับประทานอาหารเช้าถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย และได้มาตรฐาน ร้อยละของครัวเรือนมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัย ร้อยละของครัวเรือนมีบ้านที่มีสภาพคงทนถาวร ร้อยละของครัวเรือนมีการกำจัดสัตว์ แมลงที่เป็นพาหะนำโรค ร้อยละของครัวเรือนมีการจัดเก็บและแยกสารเคมีที่เป็นอันตรายออกจากเครื่องใช้อื่นๆ (กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย, 2559) ทำให้ได้แต่ข้อมูลเชิงปริมาณแต่ขาดการได้สัมผัสถึงเรื่องราวชีวิตของผู้คนในชุมชน ซึ่งการได้เรียนรู้เรื่องราวชีวิตของคนช่วยให้เกิดความละเอียดอ่อน ทำให้ได้สัมผัสมิติของความเป็นมนุษย์ และการได้รู้สึกถึงความสุขความทุกข์ของคนในชุมชนที่ศึกษา

3. เห็นภาพเล็กแยกย่อย ข้อมูลไม่เชื่อมโยงกัน

ในการศึกษาชุมชนที่ผ่านมา การเก็บข้อมูลมักจะแยกเป็นส่วนๆ รู้จักปัญหาชุมชนในมิติเดียว เช่น ปัญหาสุขภาพโดยไม่เชื่อมโยงกับมิติสังคมอื่นๆ เลย หรือเห็นครอบครัวเป็นแต่ครอบครัว โดยมองไม่เห็นความเชื่อมโยงกับครอบครัวอื่นหรือความสัมพันธ์ของคนทั้งชุมชน

4. เน้นผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการเรียนรู้

การศึกษาชุมชนที่เน้นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณที่ต้องให้ได้ครบถ้วนในระยะเวลาสั้น ทำให้ผู้ทำงานชุมชนต้องให้ความสนใจกับข้อมูลที่วางแผนไว้ว่าจะเก็บมากกว่าที่จะสนใจการเรียนรู้เรื่องราวและวิถีชุมชน ซึ่งวัตถุประสงค์หนึ่งในการทำงานในชุมชนคือการสร้างความสัมพันธ์ และเพื่อให้บุคลากรเข้าใจคนในชุมชนให้มากขึ้น

5. ทักษะความรู้เป็นของส่วนตัว

มีคนทำงานชุมชนที่มีทักษะและรู้จักชุมชนดี เพราะสะสมประสบการณ์และทำงานกับชุมชนต่อเนื่องมาเป็นเวลานาน มีข้อมูลเกี่ยวกับชุมชนและเข้าใจมิติต่างๆ ของชุมชนเชื่อมโยงกับงานได้เป็นอย่างดี แต่ทักษะความรู้ และข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการทำงานชุมชนมักจะเป็นทักษะส่วนบุคคล ไม่มีวิธีการหรือการจัดระบบความรู้ที่จะถ่ายทอดทักษะหรือแบ่งปันข้อมูลความรู้กับผู้อื่น ทำให้การเรียนรู้ร่วมกันไม่เกิดขึ้น

ดังนั้นวิธีการหรือเครื่องมือที่จะช่วยในการค้นหาศักยภาพ ได้เรียนรู้จากชีวิตผู้คน เชื่อมโยงกันเป็นภาพใหญ่ ที่เป็นเครื่องมือที่ทำให้ทักษะความรู้ส่วนบุคคลกลายเป็นความรู้ที่สามารถแบ่งปันกันได้ ทำให้การทำงานชุมชนมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

มิจฉาทิฐิ 4 (The Four Fallacies): ความคิดที่ผิดพลาดในการทำงานกับชุมชน

มิจฉา แปลว่า ผิดพลาดหรือไม่ถูกต้อง

ทิฐิคือ ทฤษฎี

มิจฉาทิฐิ แปลว่า ความคิดหรือทฤษฎีที่ผิด

Steven Polgar นักระบาดวิทยาสังคม(social epidemiologist) ได้ทำการศึกษาทบทวนแผนงานโครงการด้านสาธารณสุขในชุมชนจากทั่วโลก และพบว่าแผนงานโครงการด้านสุขภาพในประเทศต่างๆ ทั่วโลกนั้น ประสบความล้มเหลว เพราะมีจุดอ่อนจากความคิดที่ผิดพลาดที่คล้ายคลึงกัน 4 ประการ เรียกว่า “The Four Fallacies” (fallacies = wrong ideas) ดังนี้ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง, 2554; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง, 2556)

(1) มิจฉาทิฐิที่ว่าด้วยภาชนะว่าง (The Fallacy of Empty Vessel)

เป็นการมองชุมชน “เปรียบเสมือนกับภาชนะว่างเปล่า ที่ไม่มีอะไรอยู่ข้างในเลย” โดยไม่ได้ดูถึงศักยภาพหรือทุนทางสังคมของชุมชนว่ามีอะไรบ้าง มองว่าชุมชนต้องเป็นฝ่ายขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานราชการหรือองค์กรภายนอก ซึ่งนักพัฒนาจากภายนอกจะเป็นผู้ไปกำหนดให้ทุกอย่าง

(2) มิจฉาทิฐิที่มองปัญหาสุขภาพแบบแยกส่วน (The Fallacy of Separate Capsule)

คือการมองชุมชนแบบขาดการเชื่อมโยง เน้นการแก้ปัญหาเฉพาะเรื่องแยกเป็นส่วนๆ โดยไม่มองปัจจัยแวดล้อมที่เชื่อมโยงกัน เช่น ด้านสังคม เศรษฐกิจ ยกตัวอย่างเช่น กรณีเด็กขาดสารอาหาร ก็มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความรู้ด้านโภชนาการ ตั้งกองทุนอาหารเสริม โดยไม่ได้สนใจปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับแหล่งอาหารธรรมชาติตามฤดูกาลในชุมชน ฯลฯ

(3) มิจฉาทิฐิที่มองชุมชนเสมือนว่าเป็นองค์กรเดียว (The Fallacy of Single Pyramid)

เมื่อทำงานหรือศึกษาเกี่ยวข้องกับองค์กรชุมชน มักจะนึกถึงเฉพาะองค์กรหรือผู้นำที่เป็นทางการ เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล(อบต.) ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการทำงานจึงเกี่ยวข้องเฉพาะกับองค์กรทางการเหล่านี้ ส่วนองค์กรหรือผู้นำธรรมชาติอื่นๆ นั้น มักไม่ได้ให้ความสำคัญ

สนใจ แต่ในวิถีชีวิตจริงของชาวบ้านมักมีกลุ่มที่รวมตัวกันเองตามธรรมชาติ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่ถือศีลอยู่ที่วัด ในช่วงเข้าพรรษา กลุ่มแม่บ้านที่รวมตัวกันทำผลิตภัณฑ์พื้นบ้าน กลุ่มพ่อบ้านที่รวมตัวกันไปทำงานต่างถิ่น หรือ คณะกรรมการการผ้าป่า กลุ่มศรัทธาวัด ซึ่งล้วนแต่เป็นกลุ่มที่ไม่เป็นทางการ ทำให้เห็นศักยภาพของชุมชนอย่างจำกัด

(4) มิจฉาทิฐิที่มองชุมชนทุกชุมชนเหมือนกันหมด (The Fallacy of Interchangeable Face)

มีรากฐานจากความคิดที่ว่า “หากแผนโครงการหนึ่งทำสำเร็จในที่หนึ่ง ก็สามารถขยายไปทำในที่อื่นๆ ได้ทั่วประเทศ” ซึ่งในความเป็นจริงแต่ละชุมชนต่างก็มีประวัติศาสตร์ ภูมิศาสตร์ และวัฒนธรรมของตนเอง และประชาชนมีวิถีชีวิต และบริบทที่แตกต่างกัน

สรุปมิจฉาทิฐิ 4 (The Four Fallacies)

มิจฉาทิฐิ 4	ผลที่ตามมา
1) มิจฉาทิฐิที่ว่าด้วยภาชนะว่าง (The Fallacy of Empty Vessel)	ไม่สามารถใช้ศักยภาพและทุนทางสังคมของชุมชน
2) มิจฉาทิฐิที่มองสุขภาพแบบแยกส่วน (The Fallacy of Separate Capsule)	ขาดการเชื่อมโยง ทำให้ไม่มีประสิทธิภาพในการทำงานชุมชนอย่างแท้จริง
3) มิจฉาทิฐิที่มองชุมชนเสมือนมีองค์กรเดียว (The Fallacy of Single Pyramid)	เห็นศักยภาพของชุมชนอย่างจำกัด
4) มิจฉาทิฐิที่มองชุมชนเหมือนกันหมด (The Fallacy of Interchangeable Face)	การทำงานไม่ได้ผลเพราะมีรูปแบบแบบเดียว

ที่มา: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2551 หน้า 23

เครื่องมือศึกษาชุมชน 7 ชิ้น

เครื่องมือที่ช่วยในการศึกษาและเข้าใจให้ลึกซึ้งและสามารถเชื่อมโยงแง่มุมหรือมิติต่างๆ ของชุมชนกับงานสาธารณสุขให้เป็นองค์รวมและผสมผสานได้อย่างมีทักษะ ได้แก่ เครื่องมือศึกษาชุมชน 7 ชิ้น ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือของนักมานุษยวิทยา ดังนี้(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2551; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง, 2556; Komatra Chuengsatiansup, n.d.)

1. แผนที่เดินดิน
2. ผังเครือญาติ
3. โครงสร้างองค์กรชุมชน
4. ระบบสุขภาพชุมชน
5. ปฏิทินชุมชน
6. ประวัติศาสตร์ชุมชน
7. ประวัติชีวิตบุคคลที่น่าสนใจ

1. แผนที่เดินดิน (Geo-social Mapping)

แผนที่เดินดินเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากการเดินสำรวจด้วยตา การสังเกต และการจดบันทึก ลักษณะทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมในชุมชน กิจกรรมทางสังคม และสิ่งต่างๆ ที่พบเห็นในชุมชนลงบนแผ่นกระดาษ เพื่อให้เข้าใจชุมชนทั้งทางกายภาพและทางสังคม ที่เรียกว่า “แผนที่เดินดิน” นั้น เพราะการหาข้อมูลต้องกระทำด้วยการเดินดู สัมผัส สังเกตรูปลักษณ์บ้านแต่ละหลังครบทุกหลังหมดทั้งชุมชนด้วยสายตาของตนเองเท่านั้น

การทำแผนที่เป็นการทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อมพื้นฐานของการมีชีวิตอยู่ร่วมกันของชุมชน การทำแผนที่เดินดินแตกต่างกับการทำแผนที่ทั่วไปคือเป็นการทำแผนที่ภูมิสังคม(Geo-social mapping) คือทำทั้งแผนที่ทางภูมิศาสตร์และแผนที่ทางสังคมไปพร้อมๆ กัน

ประโยชน์ของแผนที่เดินดิน

- 1) ทำให้เห็นภาพรวมของชุมชนได้อย่างครบถ้วน
- 2) ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากที่สุด เพราะได้มาจากการสังเกตด้วยตนเอง
- 3) ทำให้เห็นกลุ่มเป้าหมายที่จะทำงานต่อไปได้อย่างครอบคลุม
- 4) เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพหรือความคุ้นเคยกับคนในชุมชน

หลักการทำแผนที่เดินดิน

- 1) เดินให้เห็นบ้านทุกหลังด้วยตาของผู้สำรวจเอง เป็นการเดินสำรวจเพื่อทำความเข้าใจกับสิ่งที่พบเห็น
- 2) มองพื้นที่กายภาพเห็นพื้นที่ทางสังคม เดินผ่านเห็นผ้าอ้อมตาก ทำให้ทราบว่ามีเด็กแรกคลอด
- 3) แผนที่เดินดินทำไม่มีวันเสร็จ ชุมชนมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ต้องปรับปรุงให้ทันสมัยเสมอ
- 4) หาบ้านคนจน คนทุกข์ยาก และคนพิการให้พบ ซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญในการทำงานชุมชน
- 5) การทำแผนที่เดินดิน บันทึกที่ได้อาจไม่ใช่แผนที่สวยงามเป็นระเบียบ แต่จะเต็มไปด้วยเส้นโยงใย ครอบครัวยุคที่สัมพันธ์กัน วัฒนธรรม ประเพณี ข้อสังเกต และข้อมูลอื่นๆ

วิธีการทำแผนที่เดินดิน

- 1) อาจนำแผนที่ที่มีอยู่เดิม เช่น แผนที่ของชุมชนที่มีอยู่แล้ว หรือแผนที่จากโปรแกรม GIS มาตั้งต้นในการทำแผนที่เดินดิน และต้องตรวจสอบข้อมูลในแผนที่เดิมว่ามีข้อมูลอะไรเปลี่ยนแปลงไปจากข้อมูลเดิมหรือไม่
- 2) เดินสำรวจ สังเกตสิ่งต่างๆ ทั้งสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และแหล่งประโยชน์ เช่น บ้านคนจน บ้านคนเจ็บป่วย องค์กรบริหารส่วนตำบล ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน วัด โรงเรียน ศาลเจ้า ฯลฯ พร้อมทั้งถ่ายรูปสถานที่ต่างๆ โดยบันทึกเลขที่บ้าน ชื่อนามสกุลเจ้าของบ้าน และรายละเอียดทางกายภาพของบ้านเรือน สถานที่ต่างๆ ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น บ้านหลังใหญ่/เล็ก บ้านทรุดโทรม บ้านไม่มีคนอยู่ เป็นต้น

3) ในขณะที่ทำแผนที่ สังเกตกิจกรรมทางสังคมที่เกิดขึ้นในชุมชนหรือการรวมตัวของกลุ่มต่างๆ ว่ามีการรวมกลุ่มกันที่ใด เวลาไหน และนำมาบันทึกในแผนที่ เช่น บริเวณสี่แยกมีกลุ่มวัยรุ่นจับกลุ่มกัน ตลาดเช้ามีผู้คนมาซื้อของมาก

4) โยงความสัมพันธ์ทางสังคมในชุมชน ใช้ลูกศรพร้อมคำอธิบายเชื่อมโยงระหว่างครอบครัวหรือพื้นที่ที่มีความสัมพันธ์กัน เช่น บ้านที่เป็นเครือญาติกัน เครือข่ายผู้นำชุมชน

5) ทำสัญลักษณ์พร้อมคำอธิบาย เช่น ใช้สี ธงกากบาทหรือติดดาวกลุ่มเป้าหมายที่ต้องสนใจเป็นพิเศษ เช่น บ้านผู้นำ หรือบ้านผู้ป่วย

ข้อแนะนำในการทำแผนที่เดินดิน

1) ไม่นั่งรถในการทำแผนที่ ควรเดินดูด้วยตนเอง หากเป็นหมู่บ้านที่มีระยะห่างของบ้านเรือน อาจใช้จักรยานหรือจักรยานยนต์ แต่ต้องจอดรถแวะพักทนายคนในชุมชนบ่อยๆ

2) อาจนำแผนที่ที่เคยทำไว้แล้วมาตรวจสอบรายละเอียดข้อมูลบางอย่างที่อาจมีการเปลี่ยนแปลง

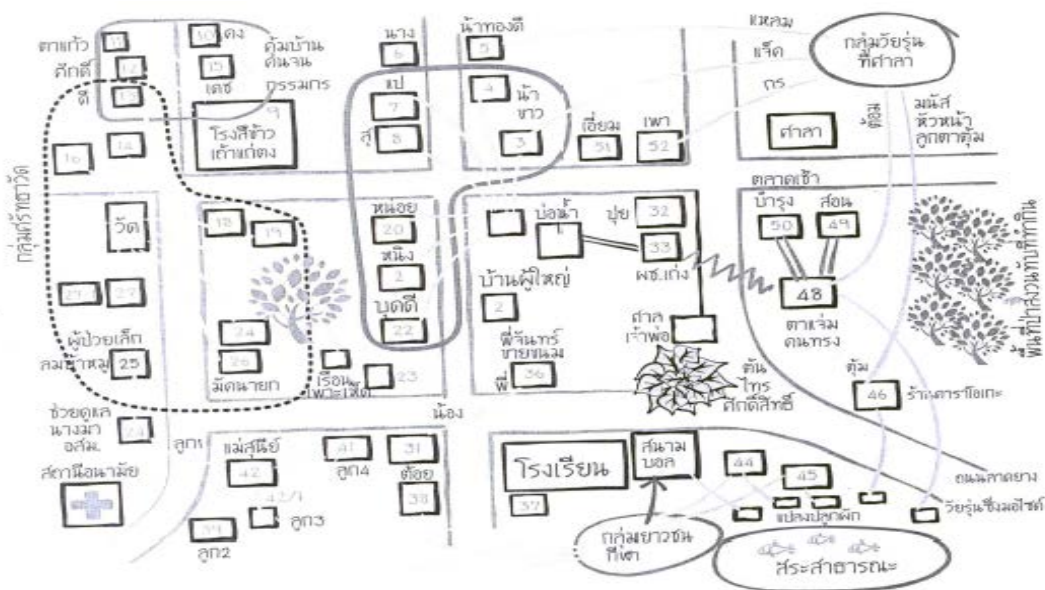
3) หากมีทีมงานหลายคน ควรสำรวจร่วมกันทั้งทีม ไม่ควรแยกเขียนแล้วต่อรวมเป็นแผ่นเดียว

4) สังเกต และพูดคุยแลกเปลี่ยนกันในพื้นที่ระหว่างการสำรวจ ถือเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สำคัญ

5) การนำคนในชุมชนมาร่วมเดินสำรวจทำแผนที่อาจมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดีคือรวดเร็ว แต่ข้อเสียคือข้อมูลอาจมีอคติ เช่น เลี่ยงเดินไปบ้านที่มีปัญหา ยาจน ติดยาเสพติด เป็นต้น

6) เขียนข้อสังเกต ความสัมพันธ์ของผู้คน หน้าที่ทางสังคมของพื้นที่ต่างๆ เช่น การโยงบ้านที่เป็นพี่น้องกัน โยงครัวเรือนที่เป็นสมาชิกกลุ่ม โยงครอบครัวที่มีกิจกรรมร่วมกัน บ้านที่สนิทสนมกัน

7) ข้อมูลบางอย่างไม่สามารถสังเกตได้ด้วยตาเพียงอย่างเดียว บางอย่างไม่สามารถสอบถามได้โดยตรง ข้อมูลที่เห็นอาจเป็นภาพลวงตา ต้องซักถามและการสังเกตเพิ่มเติม



รูปที่ 1 แสดงแผนที่เดินดิน

ที่มา: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง, 2556 หน้า 39

2. ผังเครือญาติ(Genogram)

คือแผนผังที่เขียนขึ้นเพื่อแสดงระบบความสัมพันธ์ในเชิงเครือญาติ โดยใช้สัญลักษณ์แทนตัวบุคคล และเส้นแสดงความสัมพันธ์ทางสายเลือดและความสัมพันธ์ทางการแต่งงาน การทำผังเครือญาติบอกถึงความสัมพันธ์ที่เป็นรากฐานของชีวิตครอบครัวและจะมีความเกี่ยวข้องกันไปตลอดชีวิต ซึ่งช่วยในการทำความเข้าใจระบบความสัมพันธ์ที่สำคัญในครอบครัวและชุมชน

ประโยชน์

- 1) ทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์เครือญาติสามารถถ่ายทอดและเรียนรู้ผ่านรูปแบบสัญลักษณ์ง่ายๆ ทำให้เข้าใจโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเครือญาติ
- 2) สามารถใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่างๆ เช่น โรคทางพันธุกรรม เครือข่ายทางสังคม ฯลฯ
- 3) ข้อมูลจากผังเครือญาติ เมื่อนำมาเชื่อมโยงกับแผนที่เดินดิน จะทำให้เห็นการกระจายตัวของคนในตระกูลหนึ่งๆ
- 4) สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและความคุ้นเคยระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับคนในชุมชน

รูปที่ 2 แสดงสัญลักษณ์ที่ใช้ในผังเครือญาติ

ที่มา: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง, 2555 หน้า 56;

Galindo, Boomer, & Reagan, 2008 หน้า 12

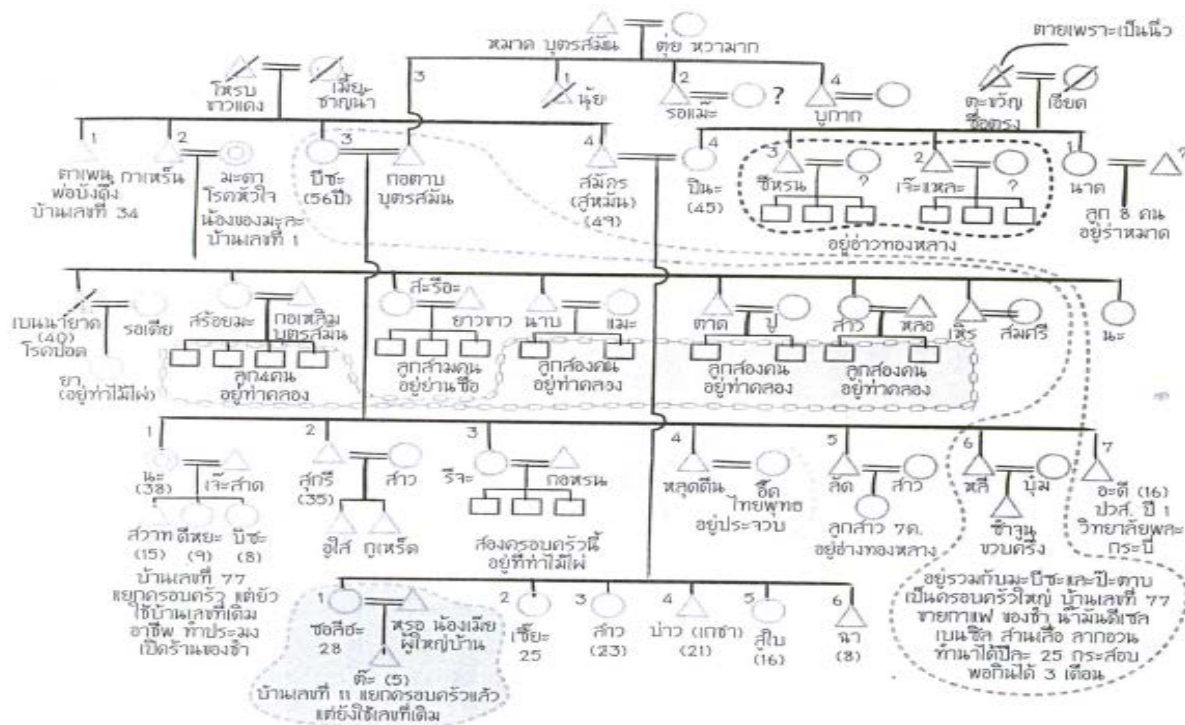
วิธีการทำผังเครือญาติ

- 1) ต้องเรียนรู้สัญลักษณ์มาตรฐาน เพื่อให้ทุกคนเกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และสามารถเพิ่มเติมข้อมูลโดยใช้สัญลักษณ์มาตรฐานเหล่านี้ได้
- 2) การเก็บข้อมูลที่ติดต้องสอบถามข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลักหรือผู้ที่รู้เรื่องราวเกี่ยวกับเครือญาติในชุมชน และในกรณีที่ฝ่ายหญิงสมรส ควรบันทึกนามสกุลเดิมของฝ่ายหญิง เพื่อช่วยให้เชื่อมโยงไปครอบครัวเดิมได้ นอกจากนี้ต้องสอบถามความสัมพันธ์จากการแต่งงานที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการด้วย
- 3) ธรรมชาติของผังเครือญาติคือความเชื่อมโยงกัน ดังนั้นหากสอบถามผังเครือญาติของครอบครัวหนึ่งก็อาจได้ข้อมูลผังเครือญาติของครอบครัวอื่นๆ ดังนั้นจึงควรสอบถามเชื่อมโยงออกไปให้มากที่สุด
- 4) ในสังคมปัจจุบันการอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวอาจมีผู้ที่มีรักร่วมเพศอาศัยอยู่ด้วยกัน หรืออาจมีลูกที่รับมาเป็นบุตร และแบ่งบทบาทเป็นพ่อกับแม่ จึงควรเขียนคำอธิบายเพิ่มเติมในผังเครือญาติ

ข้อแนะนำในการทำผังเครือญาติ(สายพิณ หัตถ์รัตน์, 2545; โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง. (2554))

- 1) ควรใช้สัญลักษณ์มาตรฐานที่เข้าใจตรงกัน
- 2) ถอดผังเครือญาติให้ได้มากที่สุด ไม่ควรจำกัดไว้ 3 ชั่วอายุ (3 generations)
- 3) อย่างมุ่งสัมพันธ์ถอดผังเครือญาติ ให้เน้นความสัมพันธ์มากกว่าข้อมูล
- 4) เรียงสมาชิกที่เกิดตามลำดับก่อน-หลัง จากซ้ายไปขวา
- 5) ระบุชื่อและอายุ(หรือปีเกิด) ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว
- 6) ระบุวันที่แต่งงานหรือหย่าร้างของสมาชิกในครอบครัว
- 7) ระบุโรคหรือปัญหาสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว
- 8) กรณีที่มีผู้เสียชีวิต ให้ใส่อายุและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เสียชีวิต
- 9) วาดวงล้อมรอบสมาชิกที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ถ้าทราบความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ให้เขียนเส้นแสดงในแผนภูมิ

10) การทำผังเครือญาติต้องมีการปรับปรุงให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว



รูปที่ 3 แสดงผังเครือญาติ

ที่มา: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง, 2554 หน้า 61

3. โครงสร้างองค์กรชุมชน (Community Organizations)

เป็นเครื่องมือที่ช่วยสร้างความเข้าใจกับระบบความสัมพันธ์ทางสังคมต่างๆ ในชุมชน ซึ่งเป็นระบบความสัมพันธ์ที่หลากหลายที่ซ้อนทับกันอยู่ในชุมชน(พรณี บัวเล็ก, 2557)ประกอบด้วยบุคคลและองค์กรต่างๆ ที่มีบทบาทในชุมชน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในชุมชน ความสัมพันธ์ในด้านต่างๆ ทั้งโครงสร้าง

ด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง เป็นกระบวนการที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง ในด้านเศรษฐกิจ สัดส่วนอาชีพในชุมชน ปัจจัยการผลิต ฐานะทางเศรษฐกิจ รายได้ ที่ดิน ภาระหนี้สิน แหล่งเงินทุน เงื่อนไขการชำระเงิน เป็นต้น โครงสร้างทางสังคมเป็นการศึกษากลุ่มต่างๆ ระบบและระดับการศึกษา องค์กรศาสนา ความเชื่อ ระบบอาวุโส บทบาทหญิงและชาย ภูมิปัญญาท้องถิ่น การสื่อสารต่างๆ เป็นต้น ส่วนการเมืองเป็นการศึกษาถึงโครงสร้างการปกครองส่วนท้องถิ่น ลักษณะทั่วไปของการเมือง กลุ่มผู้ได้รับผลประโยชน์ ผู้มีอิทธิพล ความขัดแย้ง รูปแบบการมีส่วนร่วมทางการเมือง เช่น การจัดเวทีสาธารณะ เป็นต้น ซึ่งโครงสร้างองค์กรชุมชนแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่เป็นเครือข่าย จึงทำให้ทราบถึงทุนทางสังคมหรือศักยภาพของชุมชน(พรณี บัวเล็ก, 2557)

หลักการทำโครงสร้างองค์กรชุมชน

- 1) มองโครงสร้างองค์กรชุมชน เห็นความสัมพันธ์ในแง่มุมต่างๆ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ทำให้เข้าใจบทบาท อำนาจ หน้าที่ และความสัมพันธ์เชิงอำนาจขององค์กรชุมชน
- 2) รายชื่อองค์กรในกระดาษอาจเป็นภาพลวงตา ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ไม่มีการเคลื่อนไหว
- 3) ศึกษาศักยภาพองค์กร ให้มองที่ปฏิบัติการ (Organization in action) ศึกษาถึงผู้ที่มีบทบาทและความสำคัญมากน้อยในองค์กรต่างๆ ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

วิธีการทำผังโครงสร้างองค์กรชุมชน

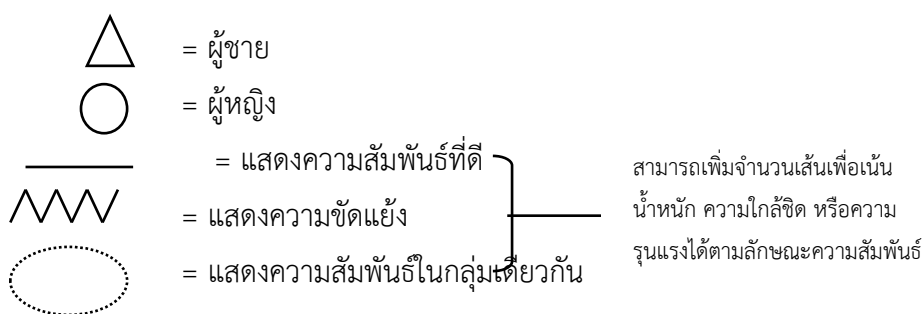
- 1) ข้อมูลสามารถรวบรวมได้จากการสอบถาม การสัมภาษณ์ หรือการสังเกต หรือการมีปฏิสัมพันธ์ในกิจกรรมทางสังคมต่างๆ
 - 1.1 ความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ
 - 1.1.1 อาชีพในชุมชน กลุ่มอาชีพต่างๆ ในชุมชน
 - 1.1.2 กลุ่มหรือกิจกรรมทางเศรษฐกิจ เช่น กลุ่มออมทรัพย์ กองทุนหมู่บ้าน กลุ่มเล่นแชร์ นายทุนเงินกู้ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในกลุ่มเหล่านี้ และความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มต่างๆ เหล่านี้
 - 1.1.3 ทรัพยากรท้องถิ่นและปัจจัยการผลิตในชุมชน เช่น ป่าไม้ ที่ดิน แหล่งน้ำ เมล็ดพันธุ์ ปุ๋ย ยาฆ่าแมลง เครื่องจักรโรงงาน ผู้มีบทบาทสำคัญในการควบคุมผลประโยชน์เหล่านี้
 - 1.2 ความสัมพันธ์ทางสังคม
 - 1.2.1 กลุ่มที่มีลักษณะร่วมหรืออัตลักษณ์ทางวัย (กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยแรงงาน กลุ่มผู้สูงอายุ) อัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์(ไทย ลาว พม่า เขมร มุสลิม) หรืออัตลักษณ์ทางศาสนา(พุทธ คริสต์ อิสลาม นับถือผี)
 - 1.2.2 ความเป็นมา วัตถุประสงค์หรือเป้าหมายร่วมกันของกลุ่มต่างๆ เหล่านี้ ผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ความสัมพันธ์ภายในกลุ่มและความสัมพันธ์กับบุคคลหรือองค์กรอื่น
 - 1.3 ความสัมพันธ์ทางการเมือง
 - 1.3.1 โครงสร้างการปกครองท้องถิ่น เช่น โครงสร้างองค์กร ผู้นำ รายชื่อกรรมการ บทบาทและความยอมรับทางสังคม

1.3.2 กลุ่มทางการเมือง เช่น กลุ่มผู้สมัครรับเลือกตั้งในระดับต่างๆ หัวหน้าและฐานเสียง ความสัมพันธ์ระหว่างนักการเมืองระดับชาติกับการเมืองท้องถิ่น

1.3.3 กลุ่มผลประโยชน์ต่างๆ และความขัดแย้งในชุมชน

2) เวทีสาธารณะในชุมชน ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในเวทีต่างๆ สถานที่และความถี่ในการจัดเวทีสาธารณะ หัวข้อและสาระในการจัดเวที

เมื่อเข้าใจโครงสร้างความสัมพันธ์ต่างๆ ในชุมชน ก็นำข้อมูลบุคคล กลุ่ม และเครือข่ายมาทำเป็นแผนผังโครงสร้างองค์กรชุมชน โดยใช้สัญลักษณ์ต่างๆ คล้ายกับการเขียนผังเครือญาติ



รูปที่ 4 แสดงสัญลักษณ์ใช้ในการทำผังโครงสร้างองค์กรชุมชน

ที่มา:โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง; 2556 หน้า 87

โดยเริ่มจากผู้นำที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนทั้งผู้นำเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และเขียนเส้นแสดงความสัมพันธ์ระหว่างผู้นำกับบุคคลที่มีความสัมพันธ์หรือมีบทบาทเกี่ยวข้องกับผู้นำ หากบุคคลนั้นเป็นสมาชิกกลุ่ม ให้เขียนสัญลักษณ์แทนสมาชิกกลุ่มที่สำคัญ และเขียนเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม และขีดเส้นประล้อมรอบสมาชิกในกลุ่ม เพื่อแสดงว่าเป็นกลุ่มเดียวกัน หากบุคคลมีความสัมพันธ์ข้ามกลุ่ม ให้เขียนเส้นเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มต่างๆ เพื่อแสดงให้เห็นเครือข่ายทางสังคมของแต่ละบุคคล

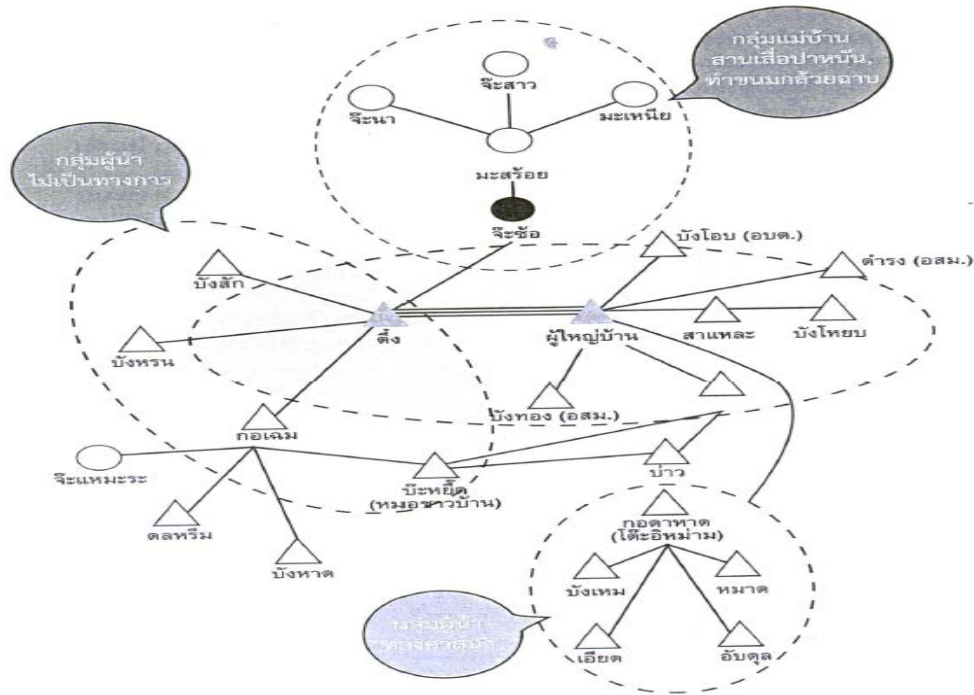
ข้อเสนอแนะในการทำโครงสร้างองค์กรชุมชน

1) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งจากองค์กรที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ โดยเฉพาะองค์กรที่ไม่เป็นทางการ เนื่องจากเกิดขึ้นโดยความสมัครใจและความต้องการการมีส่วนร่วม ซึ่งมักจะมีศักยภาพในการทำงาน โครงสร้างองค์กรที่เป็นทางการ สามารถหาได้จากเอกสาร หลักฐานการแต่งตั้ง ส่วนโครงสร้างองค์กรที่ไม่เป็นทางการ อาจใช้การสอบถามพูดคุย (กลยุทธ์ ทองบรรจบ, มปป.)

2) ข้อมูลบางอย่างต้องอาศัยการสังเกตร่วมด้วยนอกเหนือจากการสอบถามหรือการพูดคุย

3) ควรเก็บรวบรวมข้อมูลในระดับปฏิบัติการ (Organization in action) ให้ได้มากที่สุด

4) ไม่ควรเร่งรัดการเขียนแผนผังโครงสร้างองค์กรชุมชนเพราะโครงสร้างองค์กรชุมชนต้องใช้เวลา ควรเน้นการพูดคุย สังเกตและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน เพื่อเรียนรู้ระบบความสัมพันธ์ของชุมชน



รูปที่ 5 แสดงสัญลักษณ์ที่ใช้ในการทำผังโครงสร้างองค์กรชุมชน

ที่มา: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง, 2556 หน้า 91

4. ระบบสุขภาพชุมชน (Local health Systems)

ระบบสุขภาพชุมชนประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย ได้แก่ ระบบความคิด ความเชื่อ คนป่วย หมอพื้นบ้าน ยาสมุนไพร สถานบริการสุขภาพ รวมทั้งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ชุมชนศรัทธา

ระบบสุขภาพชุมชนเป็นเครื่องมือที่แสดงให้เห็นถึงระบบการแพทย์ที่หลากหลายหรือที่เรียกว่าระบบการแพทย์พหุลักษณะ และนำมาประยุกต์ใช้กับการดูแลสุขภาพได้ ซึ่งระบบสุขภาพชุมชนแบ่งเป็น 3 ระบบเกี่ยวข้องกัน คือ 1) ระบบการดูแลตนเองของภาคประชาชน (Popular sector) ได้แก่ ผู้ป่วย ครอบครัว เครือข่ายสังคม และชุมชน : 2) การแพทย์สมัยใหม่ (Professional sector) (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง, 2556; ขนิษฐา นันทบุตร, 2550) และ 3) การแพทย์พื้นบ้าน (Folk sector) ซึ่งอาจแบ่งเป็น 5 ชั้น โดยมีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ผู้ได้รับผลกระทบ การดูแลโดยครอบครัวและเครือญาติ การดูแลโดยเพื่อนบ้าน กลุ่มช่วยเหลือกัน อสม. การดูแลโดยองค์กรในชุมชน และการดูแลจากหน่วยบริการสุขภาพ(ขนิษฐา นันทบุตร, 2550) การแพทย์แต่ละระบบมีจุดแข็งและจุดอ่อนแตกต่างกัน จึงมีความเหมาะสมกับบางโรคและบางพื้นที่ ระบบสุขภาพแต่ละระบบมีการอธิบายสุขภาพ โรค และความเจ็บป่วยได้แตกต่างกัน(โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และคณะ, 2550) ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูลระบบสุขภาพ จึงต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพึ่งพาระบบสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชนในรูปแบบภูมิปัญญาท้องถิ่น การรักษาตนเองแบบพื้นบ้าน การดูแลตนเอง รวมทั้งกิจกรรมสุขภาพอื่น เช่น การออกกำลังกาย

กลุ่มกีฬา และควรเลี้ยงที่จะนำกรอบแนวคิดในการรักษาพยาบาลของตนไปตัดสิ้นความถูกผิดและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของชุมชน โดยที่ไม่เข้าใจระบบวัฒนธรรมสุขภาพในท้องถิ่น

ประโยชน์ของเครื่องมือระบบสุขภาพชุมชน

1. ทำให้เห็นภาพรวมของระบบสุขภาพชุมชน และเข้าใจถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ วิธีปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และพฤติกรรมด้านสุขภาพ
2. ทำให้เห็นถึงศักยภาพและทุนทางสังคมด้านสุขภาพ ตลอดจนปัญหาของชุมชน
3. ทำให้เห็นคุณค่าของภูมิปัญญาท้องถิ่นในชุมชน

หลักการสำคัญของระบบสุขภาพชุมชน

- 1) ขยายกรอบแนวคิด มองความเจ็บป่วยในหลายมิติ
- 2) ไม่มีระบบการแพทย์ใดสมบูรณ์ ต้องอาศัยความหลากหลายทางการแพทย์มาเสริมซึ่งกันและกัน
- 3) การศึกษาระบบสุขภาพ ควรหลีกเลี่ยงการนำกรอบแนวคิดในการรักษาพยาบาลของตนเองไปตัดสิน

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของชาวบ้าน

วิธีการทำผังระบบสุขภาพชุมชน

1) รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีต่างๆ เช่น การพูดคุย การสัมภาษณ์ และการสังเกตผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพในชุมชน (ผู้ป่วย ญาติ อสม. ผู้สูงอายุ หมอพื้นบ้าน) เช่น โรค พฤติกรรมและความเชื่อด้านสุขภาพ แหล่งและการแสวงหาบริการสุขภาพของคนในชุมชน

2) จัดทำผังความคิด หรือ mind map โดยเริ่มจากแกนกลางคือระบบสุขภาพชุมชน จากนั้นแตกออกเป็นปัจจัยหลักๆ และแตกกิ่งย่อยไปเรื่อยๆ เช่น หมอ สามารถแตกกิ่งเป็นหมออนามัย หมอพื้นบ้าน หมอโรงพยาบาล หมอคลินิก

3) การจัดทำผังความคิดระบบสุขภาพชุมชนควรลงรายละเอียดที่จะทำให้การทำงานเป็นไปได้ เพื่อนำไปใช้ในการทำงานในชุมชน

4) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ เช่น จำแนกปัจจัยต่างๆ เป็นปัจจัยเชิงบวก ปัจจัยเชิงลบ ฯลฯ โดยอาจทำร่วมกับชุมชน เพื่อให้ชุมชนได้คิด ซึ่งจะช่วยให้เห็นปัญหา และทุนทางสังคมของชุมชนที่สามารถนำมาใช้ในการพัฒนาได้

5) นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระบบสุขภาพชุมชนไปเพิ่มเติมในผังข้อมูลอื่นๆ เพื่อให้ข้อมูลเชื่อมโยงกัน

ข้อแนะนำในการทำระบบสุขภาพชุมชน

- 1) ควรสำรวจแหล่งที่พึ่งด้านสุขภาพระหว่างทำแผนที่เดินดิน ว่าตั้งอยู่ในบริเวณใด
- 2) การสัมภาษณ์ประวัติชีวิตจะทำให้ทราบรายละเอียดที่พึ่งด้านสุขภาพได้ละเอียดยิ่งขึ้น
- 3) ควรสนใจกิจกรรมด้านสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น กลุ่มกีฬา รวมทั้งแหล่งแพร่เชื้อโรค เช่น การจัดการขยะ

3) ทำให้สามารถวางแผนการทำงานกับชุมชนได้ดีขึ้น เพราะจะทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมกับเวลาของชุมชน

หลักการทำปฏิทินชุมชน(พรณี บัวเล็ก, 2557)

- 1) จำแนกกิจกรรมของชุมชนเป็นปฏิทินด้านเศรษฐกิจ และปฏิทินด้านวัฒนธรรม
- 2) การรวบรวมข้อมูลกิจกรรมเกี่ยวกับอาชีพเพื่อทำปฏิทินเศรษฐกิจนั้น ต้องครอบคลุมอาชีพทั้ง 3 แบบ ได้แก่ อาชีพของคนในชุมชน อาชีพของผู้ที่มาทำงานในชุมชน อาชีพของคนในชุมชนที่ไปทำงานที่อื่น
- 3) ปฏิทินวัฒนธรรมกิจกรรมด้านสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ประเพณีต่างๆ บางกิจกรรมมีกำหนดเวลาที่แน่นอน หรือบางกิจกรรมเป็นช่วงเวลา และบางชุมชนมีกลุ่มคนที่ต่างวัฒนธรรมกัน ควรรวบรวมให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม เพื่อจะได้สามารถทำงานชุมชนได้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

ข้อแนะนำในการทำปฏิทินชุมชน

- 1) ควรสังเกตและเขียนบันทึกไว้ว่ากิจกรรมเศรษฐกิจและกิจกรรมวัฒนธรรมเกิดขึ้นเมื่อใด
- 2) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมในงานบุญหรือประเพณี ทำให้ได้ข้อมูลโดยตรง
- 3) สอบถามจากชาวบ้าน เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ เพราะเป็นแหล่งข้อมูลได้เป็นอย่างดี

ตัวอย่างปฏิทินชุมชน

กิจกรรม/เหตุการณ์	มค	กพ	มีค	เมย	พค	มิย	กค	สค	กย	ตค	พย	ธค	หมายเหตุ	
ปฏิทินเศรษฐกิจ														
ปลูกมันอะลู					●		●							
หาหน่อไม้					●		●							
ปลูกข้าวโพด			●		●								ใช้เลี้ยงสัตว์	
รับจ้างปักผ้า	●				●								กลุ่มแม่บ้าน	
แรงงานต่างด้าวรับจ้างทำงานเกษตร					●						●		ใช้ยาฆ่าแมลง เสี่ยงต่อความเจ็บป่วย	
ซักรับจ้าง	●											●		
ตีมีด	●											●		
ปฏิทินวัฒนธรรม														
ปีใหม่	●	●											เหล้าข้าวโพด	
พิธีกรรม: การทำผี	●											●		
งานวันชนเผ่า							●	●					มหาวิทยาลัยเชียงใหม่	
คริสต์มาส												●	●	กลุ่มนับถือศาสนาคริสต์

รูปที่ 7 แสดงปฏิทินชุมชน

ที่มา: ดัดแปลงจากโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง, 2556 หน้า 136

การประยุกต์ใช้ปฏิทินชุมชนกับการทำงานเชิงรุก
ปฏิทินชุมชนบ้านสามพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ประยุกต์ใช้กับการนัดหมายกิจกรรมสุขภาพ

เดือน	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.
กิจกรรมด้านวัฒนธรรม												
1. บุญปีใหม่ รณรงค์ป้องกันลดอุบัติเหตุจรรยา	●—●											●—●
2. บุญมหาชาติ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ			●—●									●—●
3. บุญข้าวเจี๋ย รณรงค์อาหารปลอดภัย		●—●										●—●
4. บุญสงกรานต์ รณรงค์ต่อต้านยาเสพติดและ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	●—●			●—●	●—●							●—●
5. บุญเบิกบ้าน/บุญบังไฟ รณรงค์ป้องกัน ควบคุมไข้เลือดออก					●—●							●—●
6. บุญเข้าพรรษา รณรงค์ออกกำลังกาย							●—●					●—●
7. บุญข้าวสารท รณรงค์คัดกรองเบาหวานและ ความดันโลหิตสูง						●—●	●—●					●—●
8. บุญออกพรรษา รณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ในชุมชน										●—●		●—●
9. บุญกรฐิน คัดกรองมะเร็งปากมดลูกและ มะเร็งเต้านม	●—●					●—●	●—●				●—●	●—●
10. บุญลอยกระทง ออกตรวจอนามัยโรงเรียน										●—●		●—●
11. บุญผ้าป่า สำรวจทะเบียนบัตรประกันสุขภาพ										●—●		●—●
กิจกรรมด้านเศรษฐกิจ												
1. รับจ้างทั่วไป งานอาชีพอนามัย												●—●
2. ทำนา คัดกรองสารเคมีในเกษตรกร					●—●	●—●	●—●	●—●				●—●
3. หาสัตว์น้ำจืด เช่น ปู ปลา หอย รณรงค์โรคฉี่หนู					●—●	●—●	●—●	●—●				●—●
4. หาอาหารป่า รณรงค์อาหารปลอดภัย	●—●											●—●

รูปที่ 8 แสดงการประยุกต์ใช้ปฏิทินชุมชนกับการบริการสุขภาพ

ที่มา: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2551 หน้า 61

6. ฝั่งประวัติศาสตร์ชุมชน (Local History) (ธีระภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์, 2553)

ประวัติศาสตร์ชุมชนคือเรื่องราวเหตุการณ์เกี่ยวกับความเป็นมาของชุมชนในด้านต่างๆ ทั้ง สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง และสาธารณสุข ตั้งแต่อดีต การเปลี่ยนแปลงในช่วงต่างๆ จนถึงปัจจุบัน เป้าหมายประวัติศาสตร์ชุมชน คือ ทำให้เข้าใจเรื่องราวในชุมชน ทราบที่มาของปรากฏการณ์หรือปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนแต่ละช่วง ประสบการณ์ร่วมกันของชุมชน เข้าใจถึงความสัมพันธ์ของสิ่งต่างๆ ในชุมชน และทำให้ทราบว่าประเด็นใดที่ควรให้ความสำคัญ ลดอคติส่วนตัวในการตัดสินเรื่องราวต่างๆ ในชุมชน การศึกษาเรื่องราวความเป็นมาของชุมชนด้านต่างๆ ซึ่งจะทำให้มองเห็นภาพรวมของชุมชนได้ดียิ่งขึ้น ทำให้เข้าใจเหตุผล ความคิด และการกระทำของชาวบ้าน

หลักการสำคัญในการศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชน

- 1) ประวัติศาสตร์ชุมชนเป็นส่วนผสมของข้อเท็จจริง และการตีความเรื่องราวเกี่ยวกับอดีตจากมุมมองของชุมชน
- 2) การศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชนคือการเรียนรู้ผ่านเรื่องราว ประสบการณ์ ความทรงจำ และบทเรียนที่ผ่านมาของชุมชน ทำให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ต่างๆ
- 3) ชุมชนเป็นผลผลิตของประวัติศาสตร์ เพราะประวัติศาสตร์ชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติ และพฤติกรรมทางสังคมของชุมชน ทำให้เข้าใจความคิด เหตุผลการกระทำของชุมชน
- 4) การเรียนรู้ประวัติศาสตร์ชุมชนช่วยลดอคติ และเพิ่มความละเอียดอ่อนในการทำงานชุมชน

วิธีการทำประวัติศาสตร์ชุมชน

- 1) การแสวงหาความรู้พื้นฐานด้านประวัติศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับท้องถิ่นเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากจะทำให้เข้าใจประวัติศาสตร์ชุมชนได้ดีขึ้น
- 2) การศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชนต้องใช้องค์ความรู้หรือสัมภาษณ์จากผู้รู้ในท้องถิ่น การได้ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลัก(Key informant) เป็นสิ่งสำคัญ
- 3) การสอบถามหรือสัมภาษณ์เรื่องราวประวัติศาสตร์ชุมชน จะทำได้ง่ายขึ้นโดยการแบ่งคำถามเป็นหมวดหมู่ เช่น ประวัติศาสตร์เศรษฐกิจ ประวัติศาสตร์การเมือง ประวัติศาสตร์ด้านสาธารณสุข

ตัวอย่างประเด็นคำถามทางประวัติศาสตร์ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง, 2556)

ด้านสังคมวัฒนธรรม เช่น ประวัติความเป็นมาของชุมชนเป็นอย่างไร ใครเป็นผู้ก่อตั้ง การขยายตัวชุมชนเป็นลักษณะใด มีการอพยพเคลื่อนย้ายประชากรในชุมชนอย่างไร เหตุการณ์สำคัญๆ ในชุมชนที่ผ่านมาเป็นอย่างไร เช่น วัดและโรงเรียน ถนน ไฟฟ้า น้ำประปา เริ่มก่อสร้างเมื่อไร

ด้านเศรษฐกิจ เช่น อาชีพของชุมชนในอดีตเป็นอย่างไร ทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง วิวัฒนาการในการผลิตภัณฑืในชุมชนเป็นอย่างไร รูปแบบและผลที่ได้เป็นอย่างไร

ด้านการเมือง เช่น ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันมีใครบ้าง ทำอะไรกับชุมชนบ้าง ที่ผ่านมามีหน่วยงานรัฐร่วมทำงานกับชาวบ้านอย่างไร รูปแบบเป็นอย่างไร เคยมีความขัดแย้งเกิดขึ้นหรือไม่

ด้านสาธารณสุข เช่น ในอดีตและปัจจุบันสุขภาพของชาวบ้านเป็นอย่างไร โรคระไรบ้างที่พบบ่อยในอดีต เคยมีโรคระบาดไหม ใช้วิธีการแก้ไขปัญหายังไร การแพทย์สมัยใหม่เข้ามาเมื่อใด รูปแบบใด รู้สึกอย่างไรต่อระบบบริการสาธารณสุขที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะในการทำเครื่องมือประวัติศาสตร์ชุมชน

- 1) ควรศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชนจนเกิดความเข้าใจก่อนลงมือทำผังประวัติศาสตร์ชุมชน เพราะอาจทำให้ข้ามรายละเอียดที่สำคัญได้ และอย่ารีบสรุปเหตุการณ์ต่างๆ จนกว่าศึกษาจนเกิดความเข้าใจอย่างแท้จริง
- 2) นอกจากการสอบถามจากกลุ่มผู้สูงอายุ สามารถศึกษาได้จากสมุดบันทึก เอกสารต่างๆ
- 3) การศึกษาประวัติศาสตร์ของชุมชนไม่ควรมองแต่ข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น แต่ควรทำความเข้าใจความคิดของคนในชุมชนต่อเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นด้วย

การทำผังประวัติศาสตร์ชุมชน ประกอบด้วยเหตุการณ์ 2 ลักษณะ คือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นหรือความเปลี่ยนแปลงในชุมชน และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในภาพรวมและส่งผลกระทบต่อคนในชุมชน การนำเสนอสามารถนำมาเรียบเรียงเป็นบทความพรรณนาเรื่องราวได้หรือนำเสนอเป็นแผนผังที่แสดงภาพทั้งหมดของเรื่องราวประวัติศาสตร์ให้เข้าใจได้แบบง่าย ๆ ด้วยสัญลักษณ์ต่อไปนี้

สัญลักษณ์ที่ใช้ในผังประวัติศาสตร์ชุมชน มีดังนี้

- แสดงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงครั้งเดียวและไม่มีความต่อเนื่อง
- แสดงระยะเวลาที่เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นและสิ้นสุดไปแล้ว
- แสดงระยะเวลาที่เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นและยังดำเนินต่อไป
- แสดงเหตุการณ์สำคัญภายนอกที่ส่งผลต่อเหตุการณ์ในชุมชน



รูปที่ 9 แสดงประวัติศาสตร์ชุมชน

ที่มา: โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง, 2556 หน้า 156

การนำเหตุการณ์ทางประวัติศาสตร์มาเขียนเป็นแผนภาพเช่นนี้ ทำให้สามารถเทียบเคียงหลายเหตุการณ์ในแต่ละช่วงเวลาได้ และทำให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น การใช้แผนภาพยังทำให้สามารถนำเหตุการณ์ใหม่ๆ ที่สอบถามมาได้มาแทรกเพิ่มเติมลงไปได้

7. ประวัติชีวิต (Life story)

ประวัติชีวิตคือเรื่องราวของบุคคลที่ให้รายละเอียดเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา ประวัติชีวิตจะบอกแง่มุมต่างๆ ของชีวิต เป็นเรื่องเล่าที่สะท้อนคุณสมบัติ บุคลิกภาพ ลักษณะนิสัย รวมทั้งความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของบุคคลนั้นๆ ที่ทำให้เข้าใจตัวตนและชีวิตของบุคคลนั้นแล้ว ยังทำให้สามารถเข้าใจสังคมและชุมชน รวมทั้งเข้าใจยุคสมัยที่บุคคลนั้นมีชีวิตอยู่

ประวัติชีวิตเป็นเครื่องมือที่ทำให้มองเห็นรายละเอียดชีวิต เข้าใจมิติความเป็นมนุษย์ ทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับคนในชุมชน ตลอดจนสร้างความเข้าใจและมีความละเอียดอ่อนในการให้บริการสุขภาพกับชาวบ้าน(ศิริภาณี อินทรหนองไผ่, 2554)

หลักการสำคัญของประวัติชีวิต

1) เป้าหมายสำคัญของการทำประวัติชีวิตคือการเรียนรู้มิติความเป็นมนุษย์ ดังนั้นการศึกษาประวัติชีวิตจึงไม่ได้มุ่งให้ได้ข้อมูลครบถ้วนเพื่อให้ได้ตามเป้าหมาย แต่มุ่งที่จะเข้าใจเรื่องราวชีวิตของบุคคลนั้นๆ

2) ประวัติชีวิตเน้นไปที่(story) ที่เกิดขึ้น ซึ่งควรใช้คำถามปลายเปิด เช่น “ทำไม” “อย่างไร”

3) การนำเสนอประวัติชีวิตอาจเรียบเรียงเป็นเรื่องราว หรือนำเสนอเป็นเส้นทางการเวลา(Timeline) หรืออาจผสมผสานกันโดยการเขียนเรื่องราวสั้นๆ ในเส้นทางการเวลา

ในการเชิญชวนให้คนเล่าประวัติชีวิตนั้น ความคุ้นเคยและความไว้วางใจเป็นสิ่งจำเป็น การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การแสดงความเคารพและให้เกียรติเป็นสิ่งสำคัญ ในการทำประวัติชีวิต ในการทำงานในชุมชนไม่สามารถที่จะศึกษาประวัติชีวิตของทุกคนในชุมชนได้ จึงอาจเน้นของบุคคล 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) คนจน คนทุกข์คนยาก เป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการทำงาน 2)คนป่วยและคนพิการ เพราะความเจ็บป่วยและความพิการจะส่งผลกระทบต่อชีวิตและครอบครัว 3) คนเฒ่าคนแก่ เพราะเป็นผู้ที่รู้ข้อมูลเกี่ยวกับบุคคล ประวัติศาสตร์ชุมชน วัฒนธรรม และ 4) กลุ่มผู้นำทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพราะทำให้เห็นถึงศักยภาพของผู้นำในชุมชน

ตัวอย่างประเด็นคำถามประวัติชีวิต

ไม่ควรถามด้วยคำถามปลายปิด จะทำให้ได้ข้อเท็จจริงเพียงสั้นๆ ไม่ใช่เรื่องราวชีวิต ไม่มุ่งเน้นการวินิจฉัยโรค ถามเพื่อให้เข้าใจชาวบ้านมากกว่าค้นหาปัญหาหรือสาเหตุ

คำถามประวัติความเป็นมา เช่น เป็นมาอย่างไรถึงได้มาอยู่ที่นี่ เคยที่ไหนมาก่อน

คำถามเกี่ยวกับชีวิตครอบครัว เช่น ช่วยเล่าให้ฟังหน่อยว่าตอนนี้ในครอบครัวมีใครบ้าง

คำถามเกี่ยวกับอาชีพ เช่น ทุกวันนี้มีความเป็นอยู่อย่างไร รายได้พอจุนเจือครอบครัวหรือไม่

คำถามเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ตอนป่วยรู้สึกอย่างไร ทุกวันนี้ดูแลสุขภาพอย่างไรบ้าง

คำถามเกี่ยวกับความคิดความเชื่อ คิดอย่างไรมีมุมมองเราอย่างนั้น ทุกวันนี้รู้สึกอย่างไรบ้าง

ข้อเสนอแนะในการทำประวัติชีวิต

- 1) การเรียนรู้ชีวิตและความเป็นมนุษย์จะช่วยทำให้มีความละเอียดอ่อน เรียนรู้มิติการเป็นมนุษย์
- 2) การถามประวัติชีวิตเป็นการถามเรื่องราว จึงควรใช้คำถามปลายเปิด
- 3) ควรนำเรื่องราวชีวิตของคนมาเป็นประเด็นอภิปรายทางวิชาการ เพื่อเข้าใจความเป็นมนุษย์มากขึ้น โดยการเรียนรู้ของกลุ่ม และจะได้นำมาแ่นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย

สรุป

การศึกษาชุมชนโดยใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น ทำให้ได้ข้อมูลซึ่งจะเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อให้การบริการสุขภาพสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของชุมชนตามบริบท สังคมวัฒนธรรม และประเพณีของชุมชน หัวใจสำคัญของการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้น คือการเรียนรู้และสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน เข้าใจมิติทางสังคมของความเจ็บป่วย เข้าใจวิถีชีวิต และวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งเป็นรากฐานสำคัญของการสร้างระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ พยาบาลชุมชนจึงควรศึกษาและพัฒนาทักษะการใช้เครื่องมือต่างๆ และสามารถนำมาปรับประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- เกษมย์ ทองบรรจบ. (มปป.). เทคนิคการใช้เครื่องมือ 7 ชิ้นในการเรียนรู้ชุมชน สืบค้นวันที่ 15 กรกฎาคม 2560 จาก http://www.med.cmu.ac.th/dept/commed/2015/images/files/pdf/Tools_7_by_Dr_Krid.pdf
- กรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. (2559). *คู่มือการจัดเก็บข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน ปี 2560-2564*. สืบค้นวันที่ 15 กรกฎาคม 2560 จาก http://app2.cdd.go.th/rdic/Manual/bManualBook_BMN60.pdf
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ประชาธิป กะทา, ราตรี ปิ่นแก้ว, วรัญญา เพ็ชรคง, คณิศร เต็งรัง, ธวัลกร อินอุตร และคณะ. (2551). *คู่มือการจัดอบรมวิถีชุมชน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง. (2554). *วิถีชุมชน เครื่องมือ 7 ชิ้น ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก*. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: บริษัทหนังสือดีวันจำกัด.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง. (2556). *วิถีชุมชน เครื่องมือ 7 ชิ้น ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก*. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพฯ: บริษัทหนังสือดีวันจำกัด.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ขาดิชา ยมกสง, วรัญญา เพ็ชรคง, คณิศร เต็งรัง, ปารณัฐ สุขสุทธิ, มธุรส ศิริสถิตย์กุล,และราตรี ปิ่นแก้ว. (2550). *วัฒนธรรม สุขภาพ กับการเยียวยา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สามลดา.

- ชนิษฐา นันทบุตร. (2550). *ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: แนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ*. กรุงเทพฯ: อูษาการพิมพ์.
- ธีระภัทรา เอกผาชัยสวัสดิ์. (2553). *ชุมชนศึกษา*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประชาสรรณม์ แสนภักดี. *Mind Mapping เครื่องมือศึกษาชุมชนทั้ง 7* จากหนังสือ *วิถีชุมชน คู่มือการรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก* สืบค้นวันที่ 10 กรกฎาคม 2560 จาก <http://www.prachasan.com/elearning/ComWayKomart.pdf>
- พรรณี บัวเล็ก. (2557). *วิถีชุมชนเครื่องมือ 7 ขั้นที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก*. วารสารร่วมพฤษ มหาวิทยาลัยเกริก ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 มิถุนายน – กันยายน. สืบค้นวันที่ 10 กรกฎาคม 2560 จาก <http://romphruekj.krirk.ac.th/books/2557/3/8.pdf>
- ยุวรงค์ จันทรวิจิตร, อนนท์ วิสุทธิ์ธนานนท์, สุชาดา เหลืองอาภาวงศ์, เดชา ทำดี, สุธาทิพย์ อุปสมบัติ, และ ลลิตา นพคุณ. (2553). *การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน โดยชุมชน เพื่อชุมชน: กรณีศึกษาตำบลท่าวังตาล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. ระยะที่ 1: ทุนและศักยภาพตำบล*. รายงานฉบับสมบูรณ์. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริณี อินทรหนองไผ่. (2554). *กระบวนการพยาบาล: เครื่องมือนักจัดการสุขภาพองค์กรวม เพื่อวิวัฒน์และพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิ*. พิมพ์ครั้งที่ 5. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สายพิน หัตถิรัตน์. (2545). *คู่มือหมอครอบครัว: เครื่องมือในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างง่าย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- Galindo, I., Boomer, E., & Reagan D. (2008). *A family genogram handbook*. Kearney: Morris Publishing.
- Komatra Chuengsatiansup. (n.d.). *The 7 Community Tools: Simple Instruments for Effective Learning of Community Life*. สืบค้นวันที่ 10 กรกฎาคม 2560 จาก <http://pws.npru.ac.th/kanitta/data/files/7tools%281%29.pdf>
- McGoldrick, M., Gerson, R., and Petry, S. (2008). *Genogram: Assessment and Intervention*. (3rd ed.). Newyork: W.W.Norton & Company.
- Sines D., Aldridge-Bent S., Fanning A., Farrelly P., Potter K., & Wright J. (2013). *Community and Public Health Nursing*. 5th ed. Oxford: John Wiley & Sons.

กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน: การประเมินสุขภาพชุมชน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมพร ห่านรุ่งชโรทร*

เค้าโครงเนื้อเรื่อง

1. แนวคิดชุมชน
 - 1.1 ความหมายชุมชน
 - 1.2 องค์ประกอบของชุมชน
 - 1.3 ประเภทของชุมชน
2. แนวคิดสุขภาพชุมชน
 - 2.1 ความหมายสุขภาพของชุมชน
 - 2.2 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพชุมชน
 - 2.3 ลักษณะปัญหาสุขภาพชุมชน
 - 2.4 กลุ่มเป้าหมายการดูแลสุขภาพชุมชน
3. แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพชุมชน
 - 3.1 ความหมายการประเมินสุขภาพชุมชน
 - 3.2 วัตถุประสงค์การประเมินสุขภาพชุมชน
 - 3.3 ขั้นตอนการประเมินสุขภาพชุมชน
 - 3.4 ข้อมูลสำคัญและจำเป็นต่อการประเมินสุขภาพชุมชน
 - 3.5 ดัชนีชี้วัดสุขภาพชุมชน
4. การทำแผนที่ชุมชน
5. การประเมินภาวะสุขภาพชุมชน
 - 5.1 การสำรวจแบบเร่งด่วน
 - 5.2 การสำรวจความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพ
 - 5.3 การประชุมกลุ่มย่อย
 - 5.4 การรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร
 - 5.5 การตรวจวัดทางชีวสรีรภาพ
6. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลชุมชน
 - 6.1 การใช้แบบสอบถาม
 - 6.2 การใช้แบบทดสอบ
 - 6.3 การสัมภาษณ์



6.4 การสังเกตและบันทึกภาคสนาม

7. การนำเสนอข้อมูลชุมชน

7.1 การนำเสนอข้อมูลด้วยข้อความ

7.2 การนำเสนอข้อมูลด้วยข้อความกึ่งตาราง

7.3 การนำเสนอในรูปแบบตาราง

7.4 การนำเสนอด้วยกราฟเส้น

7.5 การนำเสนอด้วยกราฟแท่ง

7.6 การนำเสนอด้วยแผนภูมิฮิสโตแกรม

7.7 การนำเสนอด้วยแผนภูมิวง

7.8 การนำเสนอด้วยพีรามิดประชากร

แนวคิด

การพยาบาลชุมชนเป็นการบริการที่ครอบคลุมทั้งคนปกติ เสี่ยง และป่วย โดยให้การพยาบาลผสมผสานทั้งด้านการส่งเสริมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ และเป็นบริการที่ต่อเนื่องตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนถึงเชิงตะกอน ซึ่งต้องใช้ทั้งศาสตร์การพยาบาลและสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือมีสุขภาวะหรือความผาสุก ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถพึ่งพาหรือดูแลสุขภาพของตนเองได้

สุขภาพของชุมชนจึงประกอบด้วยสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน หากพิจารณาถึงสุขภาพระดับชุมชนนั้น มีปัจจัยหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพชุมชน อาทิเช่น การเปลี่ยนแปลงธรรมชาติของโรค การเปลี่ยนแปลงทางความคิด ค่านิยม และพฤติกรรมสุขภาพ ประชาชน การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงของระบบบริการสุขภาพ ปัญหาสุขภาพของชุมชนนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา เพราะชุมชนมีความเป็นพลวัต และเป็นได้ทั้งปัญหาที่ชุมชนกำลังเผชิญอยู่หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

ในการพยาบาลชุมชนนั้นต้องอาศัยกระบวนการพยาบาลเชิงเช่นเดียวกับการดูแลสุขภาพระดับบุคคลและครอบครัว โดยเริ่มจากการประเมินภาวะสุขภาพ วินิจฉัยปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา การวางแผนแก้ไขปัญหา การดำเนินการตามแผนที่กำหนด และการประเมินผลการดำเนินการ อย่างไรก็ตามในการประเมินภาวะสุขภาพชุมชนมีรายละเอียดที่แตกต่างจากการประเมินสุขภาพระดับอื่น เพราะสุขภาพระดับบุคคลมักเกี่ยวข้องกับความรู้และพฤติกรรมส่วนบุคคล ในขณะที่สุขภาพชุมชนมักเกี่ยวข้องกับความรู้ความผูกพันของคนในชุมชน ศักยภาพของการทำหน้าที่ของชุมชน สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตชุมชน ซึ่งผู้เรียนจะต้องทำความเข้าใจในแนวคิดและหลักการของสุขภาพ



ชุมชน วิธีการประเมินสุขภาพชุมชนและข้อดีข้อจำกัดของแต่ละวิธี ตลอดจนการนำเสนอผลการประเมินสุขภาพชุมชนให้เข้าใจได้ง่าย พร้อมกระตุ้นให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินเพื่อสร้างความตระหนักในภาวะสุขภาพของชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ และให้ความร่วมมือในขั้นตอนอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

ภายหลังการสอนในแต่ละหัวข้อผู้เรียนสามารถ

1. อธิบายแนวคิดชุมชนและสุขภาพชุมชนได้
2. อธิบายกระบวนการประเมินสุขภาพชุมชนได้
3. บอกข้อมูลที่จำเป็นต่อการประเมินสุขภาพชุมชนและดัชนีชี้วัดทางสุขภาพชุมชนได้
4. อธิบายวิธีการทำแผนที่ชุมชนได้

เนื้อหา

1. แนวคิดชุมชน

1.1 ความหมายชุมชน

ความหมายของชุมชนมีทั้งความหมายทั้งกว้างและแคบ โดยทั่วไปชุมชนหมายถึงพื้นที่หรือบริเวณทางภูมิศาสตร์ที่กลุ่มคนอาศัยอยู่ เช่น คุ้ม หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ จังหวัด เป็นสถานที่ที่กลุ่มคนใช้อยู่อาศัย มีกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม ความเชื่อ และประเพณีร่วมกัน บางครั้ง ชุมชนหมายถึงขอบเขตความรับผิดชอบทางการเมือง สังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ มีความรับผิดชอบในการจัดการทรัพยากรและออกนโยบาย/ข้อบังคับ เช่น เขตเทศบาล เขตองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

นอกจากนี้ ชุมชนยังมีความหมายกว้าง (โดยมองข้ามขอบเขตทางกายภาพ) ในความหมายนี้ ชุมชนหมายถึง กลุ่มคนที่มีความสนใจร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มีความผูกพันกันและเอื้ออาทรกัน หรือมีหน้าที่ร่วมกันอันนำไปสู่ผลประโยชน์ร่วมกัน เช่น มูลนิธิ องค์กร สมาคม กลุ่ม ชมรม สมัชชา และชุมชนบนสังคมออนไลน์ (สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, สมสมัย รัตนกริชากุล, และนิสากร กรุงไกรเพชร, 2559)

1.2 องค์ประกอบของชุมชน

ชุมชนเกิดขึ้นได้ เพราะมีองค์ประกอบ 4 อย่าง คือ (Cleman-Stone et al. (2002 อ้างถึงใน สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ และคณะ, 2559, หน้า 13)



1.2.1 คนหรือกลุ่มคน (people) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่สุดของชุมชน ที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างกันของแต่ละชุมชน ซึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะประชากร สังคม วัฒนธรรม ประเพณี เชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ศาสนา การมีปฏิสัมพันธ์ และการสื่อสารของสมาชิกในชุมชน รวมทั้งลักษณะที่อาจมีความจำเพาะบางอย่างร่วมกัน เช่น กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มวัยต่างๆ กลุ่มอาชีพ กลุ่มบุคลากรในองค์กร กลุ่มบุคลากรทางสุขภาพ เป็นต้น

1.2.2 เป้าหมายและความต้องการของชุมชน (goals and needs) สมาชิกของชุมชน ต้องมีความหวัง ความต้องการ ความสนใจร่วมที่จะทำให้ชุมชนดำเนินอยู่รอดต่อไปได้ โดยการแสดงออกจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกชุมชนแต่ละหน่วย

1.2.3 สิ่งแวดล้อมของชุมชน (environment) ชุมชนต้องมีสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ เคมี และสิ่งแวดล้อมทางสังคม เช่น ลักษณะทางภูมิศาสตร์ สภาพพื้นที่ อาคาร บ้านเรือน อากาศ แหล่งน้ำ ภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น

1.2.4 ระบบบริการชุมชน (service systems) ในชุมชนต้องมีระบบหลักและระบบย่อยหลายระบบที่มีส่วนช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนสามารถบรรลุเป้าหมายและความต้องการของชุมชน โดยมีองค์กรหรือหน่วยงานรับผิดชอบจัดระบบบริการต่างๆ ให้แก่สมาชิกในชุมชนทุกกลุ่ม เช่น ระบบการศึกษา ระบบบริการสุขภาพ ระบบเศรษฐกิจ ระบบการปกครอง ระบบสวัสดิการต่างๆ เป็นต้น

1.2.5 ขอบเขตของชุมชน (boundaries) ชุมชนควรมีพื้นที่ของชุมชนครอบคลุมอาณาเขต ซึ่งอาจเป็นอาณาเขตทางภูมิศาสตร์ เขตการปกครอง โรงเรียน โรงงาน องค์กร รวมถึงขอบเขตทางความเชื่อ ความสนใจของชุมชน และขอบเขตการบริการต่างๆ

ในการประเมินสุขภาพชุมชนนั้น พยาบาลจะต้องมีกำหนดขอบเขตของชุมชนให้ชัดเจนก่อนเสมอ โดยอาศัยนิยามและแนวคิดของชุมชนดังกล่าวข้างต้น

1.3 ประเภทของชุมชน

โดยทั่วไปชุมชนแยกออกเป็น 2 ประเภท คือ ชุมชนเมือง และชุมชนชนบท ชุมชนทั้งสองประเภทมีลักษณะแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1 พยาบาลชุมชนควรทำความเข้าใจลักษณะของชุมชนดังกล่าว เพื่อคาดการณ์แนวโน้มของภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ จุดอ่อนและจุดแข็งของชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการประเมินสุขภาพชุมชน



ตารางที่ 1 ปัจจัยที่ใช้แบ่งชุมชนเมืองและชนบท

ปัจจัย	ชุมชนชนบท	ชุมชนเมือง
1. ปัจจัยด้านลักษณะประชากร		
- ขนาดประชากร	มีจำนวนน้อย	มีจำนวนมาก
- อายุขัยเฉลี่ย	ต่ำ	สูง
- ระดับการศึกษา	ต่ำ ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา	สูงกว่าชั้นประถมศึกษา
- สถานภาพสมรส	คนโสดน้อย การหย่าร้างน้อย	คนโสดมาก การหย่าร้างสูง
- อายุขัยเฉลี่ยเมื่อเริ่มแต่งงาน	ต่ำ	สูง
- เชื้อชาติ	เชื้อชาติเดียวกัน	ปะปนหลายเชื้อชาติ
2. ปัจจัยด้านอาชีพ รายได้ และการแบ่งงาน		
- อาชีพ	อาชีพหลักเกษตรกร	อาชีพแตกต่างกันตามความรู้ของแต่ละบุคคล
- รายได้	รายได้ต่ำและมีรายได้ใกล้เคียงกัน	รายได้สูง แต่ละระดับตามความรู้ความสามารถ
- การแบ่งงาน	คนหนึ่งทำได้หลายอาชีพ	การประกอบอาชีพจะเป็นวิชาชีพเฉพาะหรือเฉพาะสาขา
3. ปัจจัยที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม		
- พื้นที่อยู่อาศัย (ที่ตั้งชุมชน)	ชุมชนตั้งบ้านเรือนอยู่กระจัดกระจาย	ชุมชนรวมอยู่กันอย่างหนาแน่น พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่อยู่อาศัย
- การแบ่งพื้นที่ทำประโยชน์ของชุมชน	พื้นที่ว่างมาก ไม่ได้รับการพัฒนา	มีการใช้ประโยชน์พื้นที่ทุกตารางนิ้ว
- การหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่	มีความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่ต่ำ	มีความหนาแน่นของประชากร
- พื้นที่สถานที่สาธารณะ	มาก	น้อย



ปัจจัย	ชุมชนชนบท	ชุมชนเมือง
- สภาพอากาศและสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ	ยังคงมีความเป็นธรรมชาติอยู่มาก	สิ่งแวดล้อมทางธรรมชาติถูกทำลาย
4. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม		
- ขนาดของครอบครัว	ครอบครัวขยาย	ครอบครัวเดี่ยว
- การเลื่อนชั้นทางสังคม	ทำได้ยาก	ทำได้ง่าย
- บทบาทของบิดา มารดาในสังคม	บิดาเป็นใหญ่ในครอบครัว มารดามีบทบาทน้อย	บิดามารดามีบทบาทเท่าเทียมกัน
- เครื่องอำนวยความสะดวก	น้อย	มาก
- การดูแลสุขภาพ	มีความสนใจน้อย	มีความสนใจมาก
- ความเชื่อ	เปลี่ยนแปลงยาก ยังเชื่อโศลกกลาง	เปลี่ยนแปลงง่าย
- การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก	เป็นกันเอง ลักษณะไม่เป็นทางการ	ติดต่อกับแบบทางการและเชิงธุรกิจ
- การควบคุมทางด้านสังคม	ใช้วิถีประเพณีและจารีต	ใช้กฎหมายและกฎระเบียบ ข้อบังคับเป็นส่วนใหญ่

ที่มา จีระศักดิ์ เจริญพันธ์ (2554, หน้า 130 – 131)

2. แนวคิดสุขภาพชุมชน

2.1 ความหมายสุขภาพของชุมชน

สุขภาพของชุมชนเป็นทั้งสถานะ (status) และกระบวนการ (process) ในสถานะทางสุขภาพนั้น สุขภาพชุมชนหมายถึง ภาวะสุขภาพ ความต้องการด้านสุขภาพ ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ และผลลัพธ์การทำงานเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ส่วนสุขภาพชุมชนเป็นกระบวนการนั้น สุขภาพชุมชนหมายถึง กระบวนการหรือสิ่งที่ทำให้เกิดความร่วมมือกันของทุกภาคส่วนอย่างน้อย 3 ด้าน คือ (1) การทำความเข้าใจปัญหาสุขภาพ ความต้องการสุขภาพ และปัจจัยที่เป็นสาเหตุและการแก้ไขปัญหาที่ตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพแก่ประชาชน (2) การค้นหาหนทางสังคมในการร่วมกันทำงานให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตประชาชน และ (3) การค้นหา



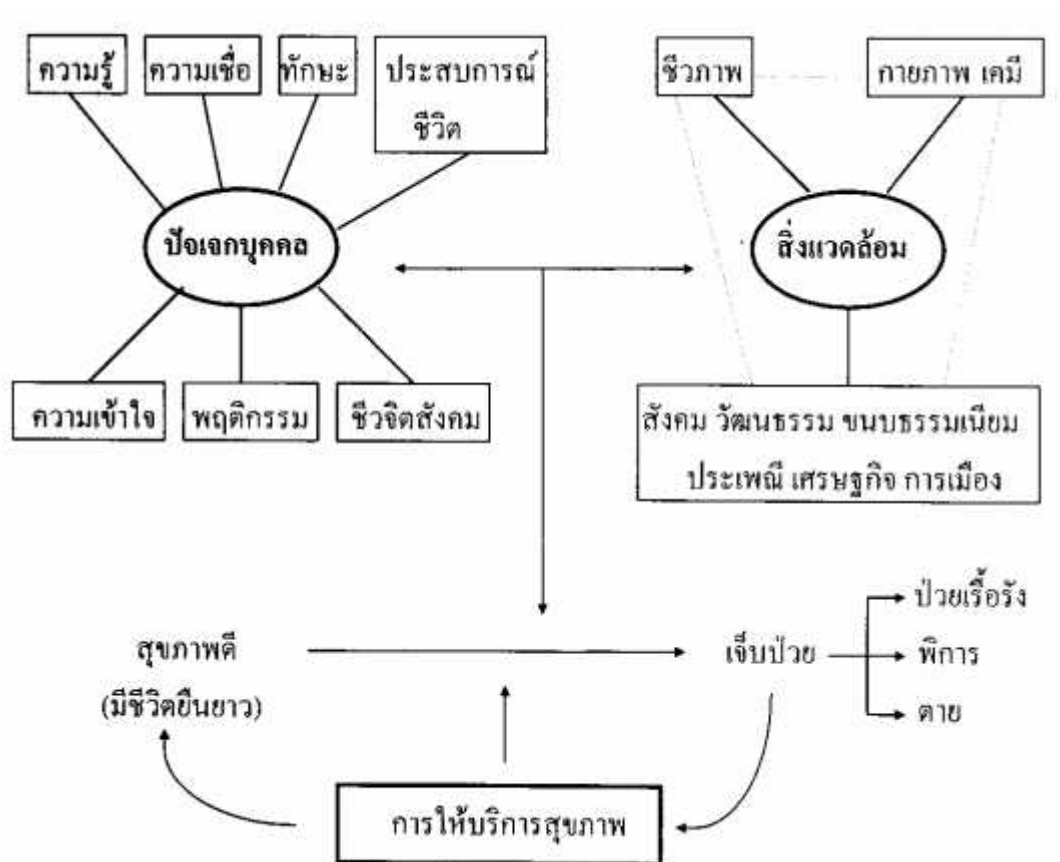
แนวทางดำเนินการเพื่อดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมกิจกรรมการดำเนินการและเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย ตลอดจนการพัฒนาการศึกษาข้อตกลงร่วมกันขององค์กรหุ้นส่วน (ขนิษฐา นันทบุตร, 2551 อ้างถึงใน สุวรรณา จันทรประเสริฐ และคณะ, 2559, หน้า 14-15)

สรุปได้ว่าสุขภาพชุมชน หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของชุมชนทั้งชุมชนโดยรวม ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้างและกระบวนการจัดการแก้ไขปัญหาที่มากกระทบต่อความสมดุลของชุมชน โดยการปฏิบัติตามหน้าที่และความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน เพื่อให้สามารถพัฒนาศักยภาพของชุมชนให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของชุมชนอยู่ตลอดเวลา (สุวรรณา จันทรประเสริฐ และคณะ, 2559, หน้า 15)

2.2 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพชุมชน

เนื่องจากชุมชนเป็นส่วนหนึ่งสังคม ระบบสุขภาพจึงเป็นระบบหนึ่งในสังคม ดังนั้น ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพชุมชนจึงต้องพิจารณาให้ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและสังคม ภาวะสุขภาพของชุมชนมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันระหว่างปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ (ภาพที่ 1) ในส่วนของปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลนั้น จะเกี่ยวข้องกับความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ประสบการณ์ชีวิต ชีวิตจิตสังคม ทักษะและพฤติกรรมส่วนบุคคล เป็นต้น ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และการเปลี่ยนแปลงนั้นอาจเกิดจากผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมและระบบบริการสุขภาพ ซึ่งมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลอยู่ตลอดเวลา ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัต ไม่หยุดนิ่ง ทำให้บุคคลมีการเรียนรู้ เกิดการรับรู้ เข้าใจ และเกิดพฤติกรรมใหม่ ปัจจัยด้านสังคมที่มีผลกระทบต่อบุคคล ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อม เป็นต้น การให้บริการสุขภาพจึงเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมให้ชุมชนดำรงภาวะสุขภาพที่ดีหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพโดยส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพภายใต้สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดี (วสุธร ตันวัฒนกุล, 2547)





ภาพที่ 1 ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยประชาชนในชุมชน

(วสุธร ต้นวัฒนกุล, 2547, หน้า 192)

2.3 ลักษณะปัญหาสุขภาพชุมชน

เนื่องด้วยลักษณะของชุมชนเมืองและชนบทที่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1) ทำให้แนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพแตกต่างกัน ดังนี้

ชุมชนเมือง (urban community) เกิดจากการรวมตัวกันจากคนภาคต่างๆ เพราะมีการย้ายถิ่นฐานตามลักษณะงาน ทำให้ขาดความผูกพัน ขาดผู้นำชุมชน ประกอบกับ การขยายตัวทางเศรษฐกิจและอุตสาหกรรม โดยขาดการวางรากฐานการพัฒนาที่ดี ที่ดินราคาแพง ทำให้มีปัญหามลพิษ ขยะ การจราจร และที่พักอาศัย ผู้คนอยู่ในสังคมแบบรีบเร่ง ทำให้คนในชุมชนเมืองมีความเครียด



เกิดปัญหาเยาเสพติด และอาชญากรรม สำหรับในชุมชนแออัด มักพบปัญหาเด็กขาดสารอาหาร อัจจาอะร่วง โรคผิวหนัง และโรคทางเดินหายใจ เป็นต้น

ชุมชนชนบท (rural community) เป็นชุมชนที่อยู่ไกล มีปัญหาการกระจายตัวและการเข้าไม่ถึงของระบบสาธารณสุขและการศึกษา ทำให้คนในชุมชนไม่รู้หนังสือ ประกอบเศรษฐกิจของชุมชนพึ่งพาลผลิตจากเกษตรกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับดินฟ้าอากาศ คนในชุมชนต้องการกำลังคนมาทำงาน จึงไม่ส่งลูกหลานเรียนหนังสือ ทำให้มีความรู้และความเชื่อด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง ไม่มีเวลาสร้างเสริมสุขภาพ เพราะทำงานหนัก ไม่มีเวลาดูแลบุตรหลาน มีปัญหาใช้สารเสพติด วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร มีปัญหาตั้งครรภในวัยรุ่น ปัญหาที่พบ ได้แก่ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โรคผิวหนัง และโรคระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

2.4 กลุ่มเป้าหมายการดูแลสุขภาพชุมชน

พยาบาลอนามัยชุมชนนอกจากรับผิดชอบดูแลสุขภาพชุมชนทั้งชุมชนแล้ว พยาบาลชุมชนยังสามารถกำหนดเป้าหมายการดูแลเฉพาะกลุ่มคนเพื่อให้ง่ายต่อการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ กลุ่มเป้าหมายการดูแลสุขภาพชุมชนจำแนกเป็น (สุวรรณา จันท์ประเสริฐ, สมสมัย รัตนกรिताกุล และนิสากร กรุงไกรเพชร, 2559)

2.4.1 กลุ่มคนจำแนกตามอายุและพัฒนาการ ได้แก่ กลุ่มเด็ก 0 – 5 ปี เด็กในวัยเรียน วัยรุ่น สตรีเจริญพันธ์ ผู้สูงอายุ เป็นต้น

2.4.2 กลุ่มคนจำแนกตามปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่นกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สารเสพติด อุบัติเหตุ กลุ่มอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ

2.4.3 กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่เจ็บป่วยและสามารถรักษาให้หายได้ เช่น ไข้หวัดใหญ่ อัจจาอะร่วง ไข้เลือดออก กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง ไต และกลุ่มผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เช่น มะเร็งระยะสุดท้าย ไตวายระยะสุดท้าย ผู้ป่วยสถานะผัก (vegetable state)

2.4.4 กลุ่มผู้พิการ ได้แก่ ผู้มีความพิการที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิด เช่น พิการความเคลื่อนไหว แขนขาพิการ พิการทางสายตา หรือผู้มีความผิดปกติทางจิต และความพิการจากการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ เช่น ผู้สูญเสียอวัยวะแขนขา พิการครึ่งซีก พิการครึ่งท่อนล่าง เป็นต้น

กลุ่มเป้าหมายดังกล่าว มีความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพแตกต่างกัน หน่วยงานที่รับผิดชอบจึงกำหนดตัวชี้วัดทางสุขภาพ (ดูหัวข้อ 3.5) สำหรับเป็นเข็มทิศให้พยาบาลชุมชนใช้วางแผนจัดกิจกรรม



หรือดำเนินโครงการ อาทิเช่น กลุ่มเด็ก 0 – 5 ปี กรมอนามัยได้กำหนดตัวชี้วัดทั้งเป้าหมายการส่งเสริมพัฒนาการ การเจริญเติบโต วัคซีนพื้นฐานที่จำเป็น และการพัฒนาพ่อแม่คุณภาพ ส่วนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีหน้าที่โดยตรงในการพัฒนาศูนย์เด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพบรรลุตามเกณฑ์ของกรมอนามัย ดังนั้น พยาบาลชุมชนจึงต้องทำความเข้าใจในตัวชี้วัดและหุ่นส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนจัดกิจกรรมหรือดำเนินโครงการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

3. แนวคิดและหลักการประเมินสุขภาพชุมชน

3.1 ความหมายการประเมินสุขภาพชุมชน

การประเมินสุขภาพชุมชน การประเมินชุมชน การวินิจฉัยชุมชน และการศึกษาชุมชน เป็นคำที่มีความหมายใกล้เคียงกันมาก บางครั้งมีการใช้แทนกัน การประเมินสุขภาพชุมชนมีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

การศึกษาชุมชน หมายถึง กระบวนการทำความเข้าใจหรือทำความเข้าใจชุมชน เพื่อให้ผู้ศึกษา เกิดการเรียนรู้และยอมรับชุมชนและนำมาใช้เป็นประโยชน์ต่อการทำงาน (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2554)

การประเมินสุขภาพชุมชน หมายถึง กระบวนการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลชุมชน เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการของชุมชน (วรรณิ จันทรสว่าง, 2546)

การประเมินสุขภาพชุมชน หมายถึง กระบวนการที่ทำให้ทราบความต้องการการพัฒนาและแหล่งทรัพยากรที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาสุขภาพชุมชน ซึ่งจะเป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนดำเนินโครงการด้านสุขภาพ และยังเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ (ศิริฉวี อินทรหนองไผ่, 2554)

สรุปได้ว่า การประเมินสุขภาพชุมชน หมายถึง กระบวนการสร้างสัมพันธภาพกับชุมชน เพื่อให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาชุมชน และเป็นกระบวนการเรียนรู้และเข้าใจสภาพปัญหาและแหล่งประโยชน์ของชุมชน อันเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนกิจกรรมหรือโครงการสุขภาพแก่ชุมชน



3.2 วัตถุประสงค์การประเมินสุขภาพชุมชน

ศิริราณี อินทรหนองไผ่ (2554) วัตถุประสงค์การประเมินสุขภาพชุมชน ดังนี้

3.2.1 เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ภาวะการเจ็บป่วย และปัจจัยต่างๆ ที่มีผลให้เกิดปัญหาสุขภาพในชุมชน

3.2.2 เพื่อจำแนกกลุ่มประชากรในชุมชน เช่น กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเจ็บป่วย ซึ่งจะเป็นข้อมูลในการจัดลำดับการทำการกิจกรรมทางสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ตามความจำเป็นเร่งด่วน

3.2.3 เพื่อทราบทรัพยากรต่างๆ ในชุมชน ความเข้มแข็ง การมีส่วนร่วม จุดอ่อน จุดแข็ง ความพร้อมของชุมชน ซึ่งจะเป็นพื้นฐานการตัดสินใจในการจัดทำโครงการสุขภาพ หรือการให้บริการสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเหมาะสมกับชุมชนนั้น

3.2.4 เพื่อวางแผนการให้การดูแลรักษา ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพของบุคคลกลุ่มต่างๆ รวมทั้งเพื่อคาดการณ์การใช้บริการและค่าใช้จ่ายในการจัดบริการ

3.2.5 เพื่อทราบข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชนและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพชุมชน เช่น ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม การสุขภาพิบาล สาธารณูปโภคต่างๆ

3.2.6 เพื่อทราบความเป็นอยู่ของประชาชน พฤติกรรมการดำเนินชีวิต ทั้งพฤติกรรมเสี่ยง และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตลอดจนความเชื่อ ค่านิยมของประชาชนที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ

3.2.7 ช่วยสร้างสัมพันธภาพและความคุ้นเคยกับประชาชนในชุมชน

3.2.8 ช่วยกระตุ้นความสนใจของประชาชน ให้อยากร่วมพัฒนาสุขภาพชุมชน ก่อให้เกิดการมีส่วนร่วม

3.2.9 ทำให้ทราบปัจจัยส่งเสริมปัญหา อุปสรรค ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นขณะทำการกิจกรรมหรือโครงการสุขภาพในชุมชน ทำให้สามารถหาแนวทางป้องกัน

สรุปได้ว่า การประเมินสุขภาพชุมชนมีประโยชน์ช่วยให้พยาบาลรู้ถึงความต้องการด้านสุขภาพของชุมชน รู้และเข้าใจปัญหาของชุมชน รู้ถึงจุดแข็งและแหล่งประโยชน์ของชุมชน ตลอดจนกระตุ้นให้ประชาชนรู้สึกร่วมอยากมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน



3.3 ขั้นตอนการประเมินสุขภาพชุมชน

ชุมชนมีความหมายทั้งกว้างและแคบ ดังนั้นก่อนประเมินสุขภาพชุมชน ผู้ประเมินควรถามตัวเองก่อนว่า อะไรคือขอบเขตพื้นที่ของชุมชน ใครคือสมาชิกของชุมชนและพวกเขามีลักษณะร่วมกันอย่างไร เพื่อกำหนดขอบเขตพื้นที่การศึกษาให้ชัดเจนและสร้างความร่วมมือกับหุ้นส่วนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stanhope & Lancaster, 2014, p. 406 - 407)

การประเมินสุขภาพชุมชนเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพยาบาล เฉพาะส่วนของการประเมินสุขภาพชุมชนนั้นมี 5 ขั้นตอน คือ

3.3.1 ขั้นเตรียมการ

ขั้นเตรียมการมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ผู้ประเมินสุขภาพชุมชน 2) เตรียมสมาชิกชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้พร้อมสำหรับการมีส่วนร่วมในการประเมินสุขภาพชุมชน 3) เตรียมทีมงาน 4) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสำรวจ 5) กำหนดตัวชี้วัดสถานภาพอนามัยชุมชน และ 6) เตรียมเครื่องมือประเมินสุขภาพชุมชน

ขั้นเตรียมการมีรายละเอียด ดังนี้

3.3.1.1 การเตรียมความรู้และทักษะของผู้ประเมินสุขภาพชุมชน โดยการศึกษาค้นคว้าลักษณะชุมชนที่มีอยู่ เพื่อให้เข้าใจสภาพของชุมชนที่จะศึกษา ตลอดจนทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร การเป็นผู้นำ การทำงานเป็นทีม การสร้างแรงจูงใจ การประสานงาน เป็นต้น

3.3.1.2 การเตรียมสมาชิกชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยการแนะนำตนเองกับผู้นำชุมชน ประชาชนทั่วไป และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อแจ้งบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบที่มีต่อชุมชน วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินงาน เพื่อให้ชุมชนสมาชิกชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเกิดความเข้าใจ กระบวนการทำงานและให้ความร่วมมือ ตลอดจนแสดงให้สมาชิกชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้เห็นถึงความตั้งใจและความจริงใจในการทำงานเพื่อชุมชน โดยช่องทางแนะนำตนเอง ได้แก่ การเสวนากับบุคคลสำคัญในชุมชน การประชุมพบปะกับประชาชน การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และสื่อบุคคล ข้อสำคัญคือ พฤติกรรมการแสดงออกของเจ้าหน้าที่จะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และสถานการณ์ของชุมชน (อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม, 2554)

ในการประเมินสุขภาพชุมชนนั้น การให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการศึกษาชุมชนตั้งแต่ต้น จะทำให้ประชาชนรู้และตระหนักในปัญหาของตนเอง และเกิดความร่วมมือ ตลอดจนการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดำเนินงานในชุมชน ดังนั้น ในการเตรียมสมาชิกชุมชน พยาบาลควรเริ่มจากการค้นหาทุนทางสังคม ทุนทางสังคมนับได้ว่าเป็นหัวใจการทำงานของนักพัฒนาชุมชนทุกสาขา รวมทั้งพยาบาลอนามัยชุมชน



ทุนทางสังคม หมายถึง ทุนประเภทต่างๆ ของชุมชนทั้งที่เป็นเงิน (money) กองทุน (fund) และไม่เป็นเงิน ได้แก่ ระบบคิดหรือวิถีคิดของคนในชุมชน/สังคม ที่ผ่านการสั่งสมสืบทอดวิธีการปฏิบัติและนำไปใช้ประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและวัฒนธรรม (ยรรยง เอกนนท์, 2550 อ้างถึงใน ศิวพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, 2555, หน้า 54)

ทุนทางสังคมมี 4 ประเภท คือ

(1) ทุนคน ได้แก่ คนดี คนเก่ง คนนำ คนพาทำ และคนปฏิบัติ (ขนิษฐา นันทบุตร, 2552, อ้างถึงใน กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม, 2556, หน้า 66)

- คนดี หมายถึง คนในชุมชนที่ทำแต่เรื่องดีๆ ให้เกิดขึ้นในชุมชน
- คนเก่ง หมายถึง คนที่มีความสามารถ ความถนัด หรือความชำนาญเฉพาะเรื่อง
- คนนำ หมายถึง ผู้ที่สามารถแนะนำ ชี้แนะ และพาทำสิ่งดีๆ ตลอดจน สามารถเป็นผู้ลุกขึ้นยืนและนำคนในชุมชนทุกคนมาทำสิ่งดีๆ

- คนพาทำ หมายถึง คนที่ชักชวนเพื่อนๆ ในชุมชน ให้ร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมลงมือปฏิบัติสิ่งดีๆ

- คนปฏิบัติ หมายถึง คนที่ลงมือทำจริงในเรื่องที่ตนเองชำนาญ และลงมือทำอย่างสม่ำเสมอ

(2) ทุนเครือข่ายทางสังคมหรือกลุ่มคน

เครือข่าย เกิดจากความร่วมมือกันของกลุ่มคน องค์กร และสถาบันทั้งในระดับชุมชน จังหวัด ภูมิภาค และประเทศ ที่มารวมตัวกันบนพื้นฐานของความสนใจหรือมีวัตถุประสงค์ร่วมกันเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ หรือทำงานร่วมกัน

กลุ่มคน เกิดจากการรวมตัวกันของบุคคลที่มีความคิด ความเชื่อคล้ายคลึงกัน ผ่านประสบการณ์ต่างๆ ร่วมกัน มีความสนใจหรือกิจกรรมต่างๆ คล้ายคลึงกัน

(3) ทุนเงินหรืองบประมาณ

ทุนเงินหรืองบประมาณมี 2 ลักษณะ คือ ทุนที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงาน และเงินสะสมจากกลุ่มต่างๆ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น กองทุนของตำบล กองทุนโรงพยาบาล เป็นต้น

(4) ทุนทรัพยากร

ทุนทรัพยากร คือ ทุนที่อยู่ในชุมชน และชุมชนได้ใช้ประโยชน์ร่วมกัน เช่น แม่น้ำ ถ้า ป่าเขา พื้นที่สาธารณะ เป็นต้น



(5) ทฤษฎีปัญญาและวัฒนธรรมประเพณี

ทฤษฎีปัญญาและวัฒนธรรมประเพณีเป็นทฤษฎีที่เกิดจากวิถีชีวิตที่สืบทอดกันมายาวนานและเป็นที่ยอมรับในสังคมนั้นๆ เป็นตัวยึดโยงให้คนในชุมชนตระหนักในรากเหง้าของตนเอง มีความรักและหวงแหน ภูมิใจที่จะรักษาชุมชนของตนเอง

ในกระบวนการค้นหาทุนทางสังคมนั้น ผู้ศึกษาจะต้องเข้าไปเรียนรู้ พูดคุย จากผู้รู้และคนในชุมชน เพื่อให้เกิดความเข้าใจศักยภาพของคนในชุมชนที่มีอยู่ หรือใช้การสัมภาษณ์ การประชุมกลุ่มย่อย เวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากนั้น จัดทำแผนที่ทุนทางสังคมในชุมชน โดยอาจใช้การทำแผนที่เดินดิน หรือการทำแผนที่คนดี เพื่อเป็นฐานข้อมูลแสดงศักยภาพของคนในชุมชนสำหรับนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาชุมชนต่อไป และการใช้ทุนทางสังคมจะต้องอาศัยเวทีช่วยเหลือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชาชน องค์กรชุมชน เครือข่าย และหน่วยงานภาครัฐ ร่วมกันจัดทำแผนและระดมทุนทางสังคมมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาชุมชน (กมลทิพย์ ชลัษฐธรรมเนียม, 2556; ขนิษฐานันท์บุต, 2551) ซึ่งการค้นหาทุนทางสังคมจะเกิดขึ้นในทุกๆ กระบวนการตั้งแต่ประเมินสุขภาพชุมชน วิจัยจัด ดำเนินโครงการ และประเมินผลโครงการ

3.3.1.3 เตรียมทีมงาน ประกอบด้วย ทีมผู้ประเมินสุขภาพชุมชนและตัวแทนประชาชน บางครั้งชุมชนอาจมีพื้นที่กว้าง การสำรวจชุมชนต้องอาศัยทีมงาน นอกจากนี้ ทีมผู้ประเมินสุขภาพชุมชนอาจไม่เคยรู้จักชุมชนมาก่อน จึงต้องมีคนในชุมชนเป็นผู้นำทาง ดังนั้น จึงควรมีการทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์และวิธีทำงานให้เข้าใจตรงกันก่อน

3.3.1.4 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากบางพื้นที่มีจำนวนประชากร/บ้านเรือนอยู่มาก ทำให้ไม่สามารถสำรวจประชากรได้ทั้งหมด เพราะข้อจำกัดด้านเวลา กำลังคน และงบประมาณจำกัด จึงต้องมีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้ตัวแทนที่ดีของประชากร/บ้านเรือนมาใช้ในการสำรวจแทน เช่น สุ่มตัวอย่างแบบง่าย สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น สุ่มตัวอย่างตามกลุ่มหรือพื้นที่ เป็นต้น โดยมีหลักเกณฑ์คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างง่าย ๆ (ลักขณา บรรพพกาญจน์, 2542 อ้างถึงใน วรรณิ จันทรสว่าง, 2546, หน้า 64) ดังตาราง 2

ตารางที่ 2 แสดงการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนประชากรทั้งหมดต่ำกว่า	จำนวนกลุ่มตัวอย่างคิดเป็นเปอร์เซ็นต์
1,000	15 – 30
10,000	10 – 15
100,000	5 - 10



3.3.1.5 กำหนดตัวชี้วัดสุขภาพชุมชน โดยพิจารณาให้รอบด้านว่าทุกตัวชี้วัดสามารถสะท้อนสถานการณ์ภาวะสุขภาพชุมชนได้ โดยใช้แนวคิดสุขภาพชุมชนมาเป็นฐานในการคิด และตั้งคาค่าการวัดด้วยว่าความเป็นชุมชนเมืองและชนบทจะทำให้เกิดลักษณะปัญหาแบบใด เพื่อกำหนดตัวชี้วัดได้อย่างครอบคลุม สำหรับตัวชี้วัดสุขภาพชุมชนจะกล่าวถึงโดยละเอียดในหัวข้อ 3.5

3.3.1.6 เตรียมเครื่องมือประเมินสุขภาพชุมชน เช่น แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกต แบบทดสอบ และอุปกรณ์ที่จำเป็นต่าง ๆ ซึ่งเครื่องมือควรมีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อน เพื่อให้มั่นใจได้ว่าเครื่องมือสามารถนำมาซึ่งข้อมูลที่ต้องการได้อย่างครบถ้วน และวัดได้ตรงกับสิ่งที่ต้องการวัด และควรนำเครื่องมือไปทดลองใช้เพื่อทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือก่อน เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือมีความสม่ำเสมอหรือความคงที่ของค่าที่วัดเมื่อวัดจากกลุ่มประชากรเดิมหรือวัดในพื้นที่เดิม

3.3.2 ชั้นรวบรวมข้อมูลชุมชน

ข้อมูล (Data) หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือรายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องการศึกษา อาจเป็นตัวเลข ข้อความ รูปภาพ เพื่อนำมาเป็นหลักฐานอ้างอิงในการวางแผนและดำเนินงาน (เผด็จ จินดา , 2553 อ้างถึงใน ศิวพร อังวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, 2555, หน้า 51) ข้อมูลชุมชนมี 2 ลักษณะ คือ ข้อมูลเชิงปริมาณซึ่งอยู่ในรูปตัวเลขสถิติ และข้อมูลเชิงคุณภาพที่แสดงคุณสมบัติคุณลักษณะ คุณภาพ หรือคุณค่าของบุคคล สิ่งของ และสถานที่

แหล่งข้อมูลชุมชนมี 2 แหล่ง คือ แหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (primary source) และแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (secondary source)

ข้อมูลปฐมภูมิ หมายถึง ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมจากเจ้าของข้อมูลโดยตรง โดยการสัมภาษณ์ สอบถาม สังเกต หรือตรวจสุขภาพ ข้อมูลปฐมภูมิมิข้อดี คือ ได้ข้อมูลที่ทันสมัย และตรงตามความต้องการ แต่มีข้อเสีย คือ ต้องใช้เวลา ค่าใช้จ่าย และกำลังคนมากน้อยตามปริมาณและวิธีการเก็บข้อมูล

ข้อมูลทุติยภูมิ หมายถึง ข้อมูลที่ได้มีผู้รวบรวมและวิเคราะห์ไว้แล้ว เช่น รายงานประจำปี ทะเบียนราษฎร เวชระเบียนผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน รายงานทางระบาดวิทยา (รง.506) ผลการสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เป็นต้น ข้อมูลทุติยภูมิมิข้อดี คือ ได้ข้อมูลอันรวดเร็ว ไม่สิ้นเปลืองเวลาและค่าใช้จ่าย แต่มีข้อเสีย คือ มักได้ข้อมูลไม่ครบตามที่ต้องการ อาจมีปัญหาข้อมูลขาดความน่าเชื่อถือเมื่อพบข้อมูลบางส่วนบันทึกไม่ถูกต้อง (ตาราง 3)

ไม่ว่าข้อมูลจะมีลักษณะใด มาจากแหล่งใด ข้อมูลที่ดีควรมีความแม่นยำ น่าเชื่อถือ ไม่มีอคติในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีระยะเวลาและขอบเขตการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน

ในชั้นรวบรวมข้อมูลชุมชนเพื่อรู้จักชุมชนในระยะเวลานั้น อาจเริ่มจากการศึกษาแผนที่และศึกษาข้อมูลชุมชนที่มีผู้รวบรวมไว้ก่อนแล้ว จากนั้นจึงเดินหรือขับรถสำรวจ (windshield



survey and walking tour) ไปรอบๆ ชุมชน ในช่วงเวลาต่างๆ กันของวัน และวันต่างๆ ของสัปดาห์ เพื่อเรียนรู้สภาพภูมิศาสตร์ ถนน คลอง บึง ที่ตั้งบ้านเรือน การตกแต่งบ้านเรือน ข้าวของเครื่องใช้ สถานที่ราชการ วัด แหล่งพักผ่อนหย่อนใจ การคมนาคมขนส่ง ศูนย์รวมทำกิจกรรมชุมชน ขณะขับรถ อาจแวะดูป้ายประกาศหรือโฆษณาเพื่อเรียนรู้พัฒนาการของชุมชน แวะทักทายพูดคุยกับคนในชุมชน เพื่อเรียนรู้จังหวะชีวิตของคนในชุมชน และจดบันทึกสิ่งที่พบเห็น ความคิดความรู้สึกที่มีต่อสิ่งที่พบเห็น เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

แนวทางการขับรถหรือเดินสำรวจเพื่อศึกษาชุมชน (ศิริธานี อินทรหนองไผ่, 2554, หน้า 149 - 150) มีดังนี้

- กำหนดข้อมูลที่ต้องการสำรวจ และวางแนวทางการนำข้อมูลจากการสำรวจว่าจะไปใช้อธิบายภาวะสุขภาพของชุมชนอย่างไร เพื่อสร้างความเข้าใจในทีมงานผู้ประเมินสุขภาพชุมชน หากพื้นที่การสำรวจกว้าง และมีสิ่งที่ต้องการสำรวจมาก อาจแบ่งเขตและกำหนดผู้รับผิดชอบในการสำรวจ แต่หากพื้นที่ไม่กว้าง ทีมงานควรเดิน/ขับรถสำรวจไปพร้อมๆ กัน

- นำแผนที่ที่มีอยู่เดิมมาศึกษาเพื่อเป็นแนวทางในการเดินทางไปสำรวจ จัดหาคนพานำสำรวจ และทบทวนวัตถุประสงค์ของการสำรวจให้ผู้นำทางเข้าใจ

- ระหว่างการสำรวจจดบันทึกข้อมูลที่ได้ หรือวาดภาพ หรือถ่ายภาพจุดสำคัญ และหากมีข้อสงสัยให้ขอคำอธิบายเพิ่มเติมจากผู้นำทาง

การเดินหรือขับรถสำรวจไปรอบๆ ชุมชนนี้เป็นวิธีที่จะทำให้รู้จักชุมชนภายในระยะเวลาอันสั้น และยังเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลมาใช้วางแผนทำแผนที่และวางแผนรวบรวมข้อมูลชุมชนให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดมากขึ้น การเก็บรวบรวมข้อมูลชุมชนเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกมากขึ้นมี 2 วิธี คือ วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น ลักษณะประชากร ข้อมูลทางระบาดวิทยา อาจรวบรวมได้จากการสำรวจสอบถามจากคนในชุมชน หรือศึกษาจากฐานข้อมูลสุขภาพที่มีอยู่แล้ว และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ ค่านิยม แบบแผนพฤติกรรม กระบวนการแก้ไขปัญหาของคนในชุมชน โครงสร้างอำนาจ ของคนในชุมชน เป็นต้น ซึ่งต้องใช้ในการสังเกต สัมภาษณ์แบบเจาะจงผู้ให้ข้อมูล และการประชุมกลุ่มย่อยแทน (ศึกษารายละเอียดในหัวข้อ 6)



ตาราง 3 เปรียบเทียบข้อดี ข้อเสีย ของข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิ

ลักษณะ	ข้อมูลปฐมภูมิ	ข้อมูลทุติยภูมิ
ข้อดี	<ul style="list-style-type: none"> - ได้ข้อมูลตรงตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการจะเก็บ - ทราบถึงปัญหาสุขภาพอนามัย และความต้องการของชุมชนได้อย่างถูกต้อง และสามารถนำไปใช้เพื่อการวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขได้อย่างถูกต้อง - สามารถควบคุมคุณภาพความถูกต้อง และความครบถ้วนของข้อมูลได้ - นำไปใช้อ้างอิงเปรียบเทียบกับผลการสำรวจอื่นได้ในกรณีที่ทำการสำรวจในเรื่องที่ใกล้เคียงกัน - เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการรับรู้ข้อมูลและปัญหาของชุมชน 	<ul style="list-style-type: none"> - ประหยัด สะดวก ไม่ต้องลงทุน และไม่ต้องเสียเวลาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเอง - กรณีที่แหล่งข้อมูลเป็นที่น่าเชื่อถือได้ การนำข้อมูลที่เกิดขึ้นโดยภาพรวมมาใช้ จะช่วยในการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ในระดับกว้างของชุมชนได้ดีมากกว่าการเข้าไปสำรวจเพียงอย่างเดียว - ถ้าเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเวลายาวนานติดต่อกัน จะทำให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของปัญหาที่ชัดเจนได้ เช่น แนวโน้มของปัญหาโรคหัวใจ มะเร็ง หรืออุบัติเหตุ
ข้อเสีย	<ul style="list-style-type: none"> - สิ้นเปลืองระยะเวลา และค่าใช้จ่ายในการเก็บรวบรวมข้อมูล - ทีมสำรวจต้องมีประสบการณ์ในการเข้าถึงชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ - อาจเกิดความผิดพลาดในการให้ข้อมูลของกลุ่มเป้าหมายในกรณีที่เกี่ยวข้องกับความจำ 	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดความครบถ้วนของข้อมูล - มีข้อจำกัดในการนำไปใช้ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ได้ดำเนินการผ่านมาแล้ว ดังนั้นจึงอาจไม่ทันต่อเหตุการณ์เท่าที่ควร - ได้เฉพาะข้อมูลที่ปรากฏอยู่ในรายงานเท่านั้น - ยากต่อการนำไปใช้อ้างอิง หรือเปรียบเทียบผลการศึกษารายอื่น เนื่องจากกระทำในช่วงเวลาต่างกัน หรืออาจมีรายละเอียดของการเก็บรวบรวม และบันทึกข้อมูลที่แตกต่างกัน

ที่มา ศิราณี อินทรหนองไผ่ (2554, หน้า 144)



ลักษณะข้อมูลที่ดี

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลควรมีความรู้เบื้องต้นถึงลักษณะข้อมูลที่ดี เพื่อนำมาใช้พิจารณาวิธีการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่ดีจะช่วยให้การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการระบุปัญหาอนามัยชุมชนเป็นไปด้วยความถูกต้อง ข้อมูลที่ดีมีลักษณะดังนี้

ก. ความสมบูรณ์ (completeness) ข้อมูลทุกข้อมูลต้องการความครบถ้วน ถูกต้อง คำถามทุกคำถามจะต้องมีคำตอบ

ข. ความถูกต้อง (accuracy) คำตอบทุกคำถามที่ได้มา จะต้องเป็นคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงและมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ค. ความเป็นเอกภาพ (uniformity) ข้อมูลจะต้องมีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและมีความสอดคล้องกลมกลืนกัน โดยที่ผู้ที่เก็บรวบรวมข้อมูลและผู้วิเคราะห์ข้อมูลต่างมีความเข้าใจข้อมูลเป็นแนวทางเดียวกัน ดังนั้น ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจึงต้องทำความเข้าใจวิธีการเก็บข้อมูล วัตถุประสงค์ของการเก็บรวบรวมข้อมูล เนื้อหารายละเอียดของเครื่องมือให้ตรงกัน เพื่อป้องกันความผิดพลาดระหว่างการเก็บข้อมูล

ง. ความเที่ยงตรง (validity) ข้อมูลที่มีความเที่ยงตรงจะต้องเป็นข้อมูลที่ตั้งอยู่บนความเป็นจริง เป็นข้อมูลที่ให้คำตอบได้ตรงตามวัตถุประสงค์ ซึ่งอาจพิจารณาได้จากข้อมูลที่ได้มานั้นได้มาจากเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญอย่างน้อย 3 คน ในการตรวจสอบความถูกต้องและครอบคลุมของเนื้อหาก่อนนำเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลไปใช้หรือไม่

จ. ความเชื่อมั่น (reliability) หมายถึง ข้อมูลที่มีความแน่นอนไม่เปลี่ยนแปลงไปตามช่วงเวลา แม้ผู้เก็บข้อมูลจะลงไปเก็บกี่ครั้งก็จะได้คำตอบเหมือนเดิม ดังนั้น ข้อมูลที่มีความเชื่อมั่นควรจะได้จากเครื่องมือที่ผ่านการทดสอบคุณภาพความเชื่อมั่นแล้ว นอกจากนี้ ความเชื่อมั่นยังเกิดจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มากพอที่จะอนุมานว่าเป็นตัวแทนที่ดี

ช. ความเป็นปรนัย (objectivity) หมายถึง ข้อมูลที่มีความชัดเจนและมีความหมายเดียวสามารถเข้าใจได้ตรงกัน ข้อมูลจะมีความเป็นปรนัยได้ ต้องประกอบด้วยคุณสมบัติ 3 ประการ คือ

- เครื่องมือที่เป็นข้อคำถามจะต้องมีความชัดเจนในความหมายของคำถาม ทุกคนอ่านแล้วเข้าใจตรงกัน

- การตรวจให้คะแนนจะต้องมีความคงที่ ไม่ว่าจะให้ใครเป็นผู้วัดหรือสอบถามก็ได้ผลเท่ากัน

- การแปลความหมายของคะแนนจะต้องมีความแจ่มชัด คือ แปลคะแนนเป็นอย่างเดียวกัน



3.3.3 ชั้นบรรณาธิกรข้อมูล

บรรณาธิกรข้อมูล หมายถึง การตรวจสอบข้อมูลดิบที่เก็บรวบรวมมาได้ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครบถ้วนถูกต้องก่อนนำไปทำการวิเคราะห์ (วรรณิ จันทรสว่าง, 2546, หน้า 66) มีประเด็นที่จะต้องตรวจสอบดังนี้

ก. ความสมบูรณ์ของข้อมูล เป็นการตรวจสอบว่าข้อคำถามทุกข้อมีคำตอบหรือไม่ หากพบว่าคำตอบใดขาดหายไป ผู้เก็บข้อมูลจะได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม

ข. ดูคำตอบเกิน เช่น คำถามให้ตอบได้เพียงข้อเดียว แต่มีผู้เลือกตอบเกินกว่า 1 ข้อหรือไม่

ค. ความถูกต้องของข้อมูล เป็นการตรวจสอบว่าคำตอบหรือข้อมูลที่ได้มา มีความสอดคล้องกันหรือไม่ ความสอดคล้องของข้อมูลมี 2 ลักษณะ คือ

- ความสอดคล้องภายใน โดยพิจารณาว่าข้อมูลแต่ละส่วนมีความสอดคล้องกันหรือไม่ เช่น ข้อมูลบันทึกอายุ 8 ปี แต่บันทึกอาชีพ รับจ้าง แสดงว่าข้อมูลอันใดอันหนึ่งขาดความถูกต้อง

- ความสอดคล้องภายนอก เป็นการอาศัยความจริงที่เป็นอยู่ในเรื่องนั้น เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกไว้ เช่น อัตราการหายใจ 86 ครั้ง/นาที ซึ่งแสดงว่าข้อมูลไม่น่าจะถูกต้อง กรณีความผิดพลาดเช่นนี้ บางครั้งไม่สามารถแก้ไขได้ ต้องเก็บข้อมูลในส่วนนี้ใหม่ หรือตอบว่าเพศชาย แต่มีข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ เป็นต้น

ภายหลังการตรวจสอบข้อมูลแล้ว ต้องนำข้อมูลมาแยกประเภท เช่น ข้อมูลลักษณะทั่วไปของชุมชน ข้อมูลด้านสุขภาพอนามัย ข้อมูลด้านพฤติกรรม ข้อมูลด้านบริการสุขภาพ เป็นต้น หากจำนวนข้อมูลไม่มากนัก ให้แจงนับข้อมูลเป็นจำนวนและร้อยละ แต่หากจำนวนข้อมูลมีจำนวนมาก ต้องใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูล ต้องมีการลงรหัสข้อมูล (coding) เพื่อกรอกลงในโปรแกรม ซึ่งควรสร้างคู่มือการลงรหัสไว้ก่อนเพื่ออธิบายรายละเอียดและความหมายของรหัส เพื่อเป็นประโยชน์ในการตรวจสอบภายหลัง (รังสิยา นารินทร์ และวราภรณ์ บุญเชียง, 2555)

3.3.4 ชั้นวิเคราะห์ข้อมูล ตีความข้อมูล และระบุปัญหา

การวิเคราะห์ข้อมูล หมายถึง การจำแนก จัดกลุ่ม หรือใช้วิธีการสถิติ เพื่อศึกษาลักษณะข้อมูล และอธิบายกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา เป็นกระบวนการที่นำข้อมูลที่รวบรวมได้ มาตรวจสอบแก้ไข และนำไปวิเคราะห์ โดยใช้สถิติที่เหมาะสม เพื่อให้ได้คำตอบตามวัตถุประสงค์ (ธีระ สิ้นเดชารัตน์, 2553 อ้างถึงใน รังสิยา นารินทร์ และวราภรณ์ บุญเชียง, 2555, หน้า 69) อาจกล่าวได้ว่า การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นกระบวนการจัดระเบียบข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ง่ายต่อการทำความเข้าใจ



การวิเคราะห์ข้อมูลจะใช้สถิติ เช่น การแจกแจงความถี่ อัตรา อัตราส่วน สัดส่วน ร้อยละ จากนั้นนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกับดัชนีชี้วัดที่ว่าตกเกณฑ์หรือผ่านเกณฑ์ เพื่อระบุปัญหา สิ่งที่ต้องระวัง คือ ไม่ให้ข้อมูลสถิติมาหลอกผู้วิเคราะห์ได้ เพราะปัญหาสุขภาพบางประเด็น แม้มีอัตราป่วยไม่สูง แต่สามารถเป็นปัญหารุนแรงเร่งด่วนได้เช่นกัน

ในการระบุสาเหตุของปัญหา จะต้องมีการนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ว่าข้อมูลใด เกี่ยวข้องกัน เนื่องจากข้อมูลมีหลายส่วน โดยโยงเส้นหรือทำลูกศรความเกี่ยวข้องกัน เรียกว่า เส้นโยง โยสาเหตุสู่ปัญหา (Web of causation) เพื่อทำความเข้าใจความเป็นเหตุเป็นผลของประเด็นปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนของการตีความข้อมูล เพื่อระบุปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชน และวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ซึ่งมีวิธีการ ดังนี้

ก. เมื่อมีข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นแล้ว จะจำแนก ข้อมูลออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- ปัญหาสุขภาพในชุมชน ได้แก่ โรค ความเจ็บป่วย ความพิการ การตาย
- ข้อมูลสนับสนุนด้านลักษณะชุมชน โดยนำข้อมูลที่น่าจะเป็นสาเหตุหรือเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาสุขภาพ (ตามทฤษฎี) ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เคมี หรือสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิต เศรษฐกิจ มารวบรวมไว้ในแต่ละกลุ่มปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพ
- ข้อมูลสนับสนุนด้านลักษณะของคนในชุมชน โดยนำข้อมูลที่น่าจะเป็นสาเหตุหรือเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรม ความคิด การรับรู้ ความเข้าใจ ลักษณะทางประชากร ศาสนา การประกอบอาชีพมารวบรวมไว้ในแต่ละกลุ่มปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพ

ข. แยกข้อมูลไว้ตามกลุ่ม เพื่ออธิบายปัญหาสุขภาพและสาเหตุของปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยใช้ข้อมูลทุกชนิดจากทุกแหล่งตามความสอดคล้องกับกลุ่ม

ค. นำข้อมูลจากกลุ่มในข้อ ข. มาเชื่อมโยงเขียนเป็นเส้นโยงโยสาเหตุสู่ปัญหา

ง. ขอความคิดเห็นจากทีมเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติม

ตัวอย่างการตีความข้อมูล: ปัญหาสุขภาพเด็ก 0-5 ปี

ปัญหาหรือความต้องการด้านสุขภาพ

- เด็ก 0-5 ปี ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนต้น
- มีเด็ก 0-5 ปี มาพบตรวจที่สถานีอนามัยด้วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนต้น คิดเป็นร้อยละ 93.5
- อัตราป่วยของเด็ก 0-5 ปี ด้วยโรคทางเดินหายใจส่วนต้น คิดเป็น 935.4 ต่อประชากรแสนคน



- เด็กขาดสารอาหารประมาณ 20 จากจำนวนเด็กที่มาซึ่งน้ำหนัก 31 คน

ข้อมูลสนับสนุนด้านประชากรหรือลักษณะคนในชุมชน

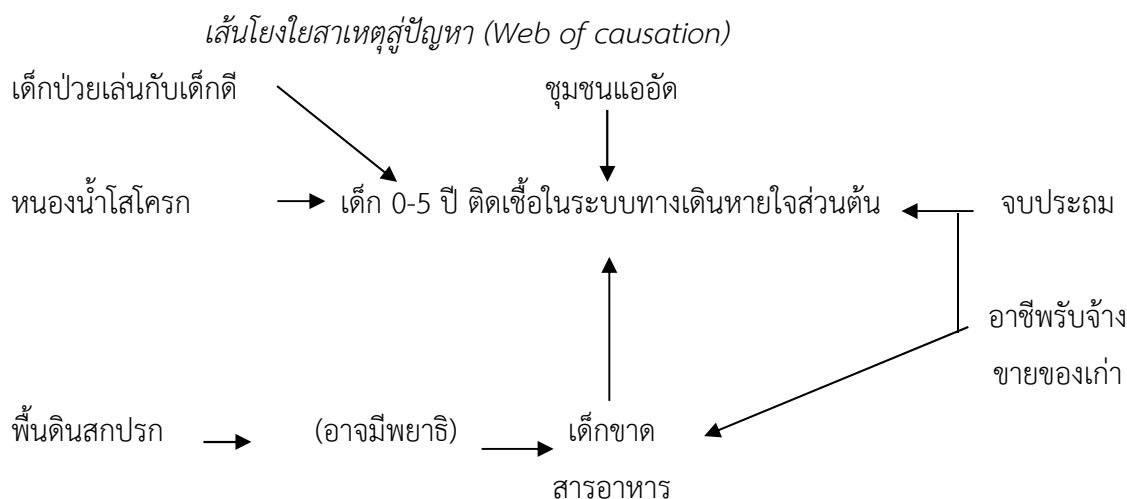
- เด็กมีวุฒิภาวะการดูแลตนเองไม่เพียงพอ
- พฤติกรรมของเล่นเด็กไม่เหมาะสม เช่น เด็กป่วยเล่นร่วมกับเด็กปกติ
- คนในชุมชนร้อยละ 36 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และร้อยละ 20 ประกอบอาชีพค้าขายของเก่า

อาชีพค้าขายของเก่า

- คนในชุมชนร้อยละ 78 จบประถมศึกษา

ข้อมูลสนับสนุนด้านชุมชน

- เป็นชุมชนแออัด อากาศถ่ายเทไม่สะดวก
- พื้นดินสกปรกมีเศษขยะ
- น้ำโสโครกไหลไปรวมกันทางทิศเหนือ กลายเป็นหนองน้ำ ซึ่งเป็นที่เล่นของเด็ก



ภาพที่ 2 การโยงใยสาเหตุสู่ปัญหา กรณีศึกษาปัญหาสุขภาพเด็ก 0 – 5 ปี

(ชนิษฐา นันทบุตร, 2546, หน้า 59)

จากนั้น นำข้อมูลมาตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล โดยระบุปัญหา/ความเสี่ยง กลุ่มประชากร และสาเหตุที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักการเขียน ดังนี้

“ การเพิ่มขึ้นของ.....(ปัญหา/ความเสี่ยง เช่น โรค ความพิการ)..... ระหว่าง..... (กลุ่มประชากรที่พบปัญหา/ความเสี่ยง)..... เนื่องจาก.....(สาเหตุ).....” (Stanhope & Lancaster, 2014)



เช่น การเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์การติดเชื้อทางเดินหายใจในกลุ่มเด็กอายุ 0 – 5 ปี เนื่องจาก เด็กขาดสารอาหาร ประกอบกับอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด สิ่งแวดล้อมไม่ถูกสุขลักษณะ และผู้เลี้ยงอาจขาดความรู้ ความเข้าใจ และเวลาในการจัดเตรียมอาหารให้เด็ก เพราะมีระดับการศึกษาต่ำ และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป

3.3.5 ชี้นำเสนอข้อมูลและจัดทำรายงานผลการศึกษา

การนำเสนอข้อมูลการวิเคราะห์ในรูปแบบตาราง กราฟ และแผนภูมิ (ศึกษารายละเอียดในหัวข้อ 9) ส่วนจัดทำรายงานผลการศึกษา เป็นการนำข้อมูลมาเขียนเรียบเรียงด้วยความเรียงซึ่งมีทั้งข้อความและตัวเลข และอธิบายข้อความด้วยภาพถ่าย ตาราง กราฟ และแผนภูมิ เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการวินิจฉัยชุมชนต่อไป

3.4 ข้อมูลสำคัญและจำเป็นต่อการประเมินสุขภาพชุมชน

ข้อมูลสำคัญและจำเป็นต่อการประเมินสุขภาพชุมชน (ศิริณี อินทรหนองไผ่, 2554, หน้า 164 – 170; สุขศิริ ประสมสุข, 2554, หน้า 180 - 182) ประกอบด้วย

3.4.1 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน ได้แก่ ที่ตั้งชุมชน อาณาเขตติดต่อ สภาพภูมิศาสตร์ ถนน ทางเดิน สภาพพื้นที่ (ภูเขา ที่ราบสูง ที่ราบลุ่ม) แม่น้ำ ลำคลอง พื้นที่ไร่/นา/สวน สวนสาธารณะ สิ่งก่อสร้าง เช่น วัด โบสถ์ บ้านเรือน โรงเรียน โรงพยาบาล ศาลเจ้า เป็นต้น ตลอดจนดินฟ้าอากาศ ข้อมูลเหล่านี้สามารถแสดงในรูปของแผนที่สังเขป สอดแทรกคำบรรยายสิ่งที่ไม่สามารถแสดงได้ หรือแสดงในรูปของแผนที่เดินดิน ทำให้เห็นภาพขอบเขตทางภูมิศาสตร์ของชุมชน การกระจายตัวของบ้านเรือน ความยากง่ายในการไปสถานบริการสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการเดินทางและการทำกิจกรรมทางสุขภาพ

3.4.2 ข้อมูลด้านประชากร ได้แก่ โครงสร้างประชากร ความหนาแน่นของประชากร แนวโน้มอายุขัยเฉลี่ย การเคลื่อนย้ายที่อยู่ การเพิ่มประชากร เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวิเคราะห์ความเสี่ยงทางสุขภาพและปัญหาสุขภาพ ข้อมูลในส่วนนี้สามารถเก็บโดยตรงจากการสำรวจ หรือศึกษาข้อมูลจากทะเบียนราษฎร์ รายงานสำมะโนประชากร หรือฐานข้อมูลสุขภาพจากพื้นที่

ข้อมูลประชากรที่สำคัญและจำเป็นต่อการประเมินสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย

- จำนวนและร้อยละของประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ มักนำเสนอในรูปปิระมิดประชากร เพื่อใช้ทำนายแนวโน้มของการเกิดโรคในอนาคต
- จำนวนประชากรเปรียบเทียบกับพื้นที่



- จำนวนครัวเรือน จำนวนครอบครัว จำแนกตามลักษณะและขนาดครอบครัว
- จำนวนประชากรที่ย้ายเข้าและย้ายออกจากชุมชน พร้อมเหตุผล

3.4.3 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคม

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคมเป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นฐานะ อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัย การอาศัยหรือเช่าผู้อื่น วิธีการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของชุมชน เช่น กิจกรรมรอบปี กิจกรรมตามประเพณี ความเชื่อ ผลผลิตของชุมชน เป็นต้น การรวบรวมข้อมูลอาจได้จากการสำรวจ และจากการใช้เครื่องมือเรียนรู้วิถีชุมชน 7 ชั้น

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจและสังคมที่สำคัญและจำเป็นต่อการประเมินสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย

- จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำแนกตามระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส
- จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่มีงานทำ จำแนกตามอาชีพ อาชีพหลัก อาชีพรอง และที่ไม่มีงานทำ
- จำนวนและร้อยละของประชากรที่อ่านออกเขียนได้ในชุมชน เป็นข้อมูลที่ใช้สะท้อนสภาพสังคมและเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง และช่วยชี้แนะแนวทางการเลือกวิธีสอนสุขศึกษาให้เหมาะสมกับลักษณะประชากร
- จำนวนและร้อยละของครอบครัวจำแนกตามรายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความพอเพียงของรายรับเปรียบเทียบกับรายจ่าย
- จำนวนและร้อยละของครอบครัวจำแนกตามการมีเครื่องอำนวยความสะดวกด้านเทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เครื่องผ่อนแรงในการประกอบอาชีพ รถจักรยานยนต์ รถยนต์ เป็นต้น
- ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวภายในชุมชน
- ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายนอกชุมชน ชุมชนใกล้เคียง
- การติดต่อสื่อสาร โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์ การขนส่งทางบกและทางน้ำที่สะดวกของชุมชน
- องค์กรชุมชน การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน การรวมกลุ่มกิจกรรมเพื่อเศรษฐกิจสังคมหรือสุขภาพ
- ความสามารถในการพึ่งตนเองของชุมชนด้านต่างๆ เช่น กลุ่มสหกรณ์ กลุ่มอาชีพ ธนาคารชุมชน
- จำนวนและร้อยละของครอบครัวจำแนกตามการนับถือศาสนา



- การปฏิบัติตามความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีของชุมชน กิจกรรมสำคัญๆ ของชุมชนตลอดปี
- สถานศึกษาทั้งภาครัฐ เอกชน ในระบบและนอกระบบ

3.4.4 ข้อมูลด้านสุขภาพ

ข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นข้อมูลหลักในการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับการตายและความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ

ข้อมูลด้านสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นต่อการประเมินสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย

- อัตราเกิดต่อประชากร 1 พันคนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เป็นข้อมูลการวัดการเจริญพันธุ์และประสิทธิภาพและประสิทธิผลของบริการวางแผนครอบครัวในชุมชน
- จำนวนและร้อยละของเด็กแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม
- อัตราทารกตาย หรืออัตราตายเด็กต่ำกว่า 1 ปี ต่อการเกิดมีชีพ 1 พันคนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา
- อัตราตายของมารดาที่เกิดจากการตั้งครรภ์ คลอด และ 6 สัปดาห์หลังคลอดต่อจำนวนการเกิดทารก 1 พันราย เป็นข้อมูลที่ชี้ให้เห็นคุณภาพและความครอบคลุมของบริการอนามัยแม่และเด็ก
- อัตราตายรวมต่อประชากร 100 คนในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามสาเหตุ
- อัตราตาย 5 อันดับแรก ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ
- อัตราป่วย 5 อันดับแรก ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จำแนกตามเพศ
- อัตราความชุกของการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไขข้ออักเสบ เป็นต้น ทำให้มองเห็นถึงขนาดปัญหาสุขภาพที่สำคัญ
- อัตราอุบัติการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรคที่เป็นมาก อุบัติเหตุ และการบาดเจ็บในกลุ่มอายุต่าง ๆ จำแนกตามเพศ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมกำลังคนและอุปกรณ์ในการให้บริการ
- จำนวนและร้อยละของภาวะโภชนาการในกลุ่มวัยต่าง ๆ
- อัตราความพิการและสาเหตุของความพิการ



3.4.5 ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพประกอบด้วยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ได้แก่

- จำนวนและร้อยละของประชากรตามกลุ่มอายุและเพศที่ออกกำลังกาย
- จำนวนและร้อยละของประชากรตามกลุ่มอายุและเพศที่สูบบุหรี่ ดื่มสุรา และใช้สารเสพติด
- จำนวนและร้อยละของประชากรตามกลุ่มอายุและเพศที่สวมหมวกนิรภัย และใช้เข็มขัดนิรภัย
- จำนวนและร้อยละของประชากรตามกลุ่มอายุและเพศที่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ
- จำนวนและร้อยละของเกษตรกรที่สวมเครื่องป้องกันขณะพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

3.4.6 ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นข้อมูลเกี่ยวกับ น้ำดื่ม น้ำใช้ การใช้ส้วม การกำจัดน้ำเสีย การกำจัดขยะและสัตว์นำโรค การกำจัดสิ่งปฏิกูลจากการเลี้ยงสัตว์ มลภาวะทางอากาศ เสียง และน้ำ ข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญและจำเป็นต่อการประเมินสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย

- แหล่งน้ำดื่ม น้ำใช้
- จำนวนและร้อยละของครัวเรือนจำแนกตามวิธีการปรับปรุงน้ำดื่ม น้ำใช้
- จำนวนและร้อยละของครัวเรือนที่มีส้วมถูกสุขลักษณะ
- จำนวนและร้อยละของครัวเรือนที่มีการกำจัดและบำบัดน้ำทิ้ง
- ปริมาณ ลักษณะ และวิธีการกำจัดขยะมูลฝอยของชุมชน
- จำนวนและร้อยละของครัวเรือนจำแนกตามสัตว์เลี้ยง เช่น หมู วัว ควาย เป็ด ไก่ และวิธีการกำจัดมูลสัตว์
- ความชุกของแมลง สัตว์นำโรค และสัตว์สร้างความรำคาญ เช่น ยุง แมลงสาป แมลงวัน หนู เป็นต้น
- มลภาวะของสิ่งแวดล้อมในชุมชน ฝุ่นในอากาศ กลิ่นเน่าเหม็น เสียงดัง รบกวน สารเป็นพิษจากการเกษตร สถานประกอบการโรงงานในชุมชนหรือใกล้เคียง



3.4.7 ข้อมูลด้านบริการสุขภาพ

ข้อมูลด้านบริการสุขภาพ เป็นข้อมูลที่สะท้อนถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งความพอเพียงและคุณภาพบริการในระบบรัฐและเอกชน รวมทั้งบริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน สมุนไพร แพทย์แผนโบราณ ร้านขายยาแผนต่างๆ

ข้อมูลด้านบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นต่อการประเมินสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย

- จำนวนและร้อยละของประชากรอายุ 15 ปี ถึง 44 ปี จำแนกตามสถานภาพสมรส และวิธีการคุมกำเนิด เพื่อใช้ประกอบการดำเนินงานวางแผนครอบครัว และการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร
- จำนวนและร้อยละของหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการตรวจครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง ก่อนคลอด
- จำนวนและร้อยละของการได้รับวัคซีนในเด็ก จำแนกตามประเภทวัคซีน
- จำนวนและร้อยละของครัวเรือนที่ใช้บริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน สมุนไพร แพทย์แผนโบราณ และซื้อยาจากร้านขายยา

3.5 ดัชนีชี้วัดสุขภาพชุมชน

การที่บุคคล ครอบครัว และชุมชนจะมีสุขภาพดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านปัจเจกบุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสุขภาพ ดังที่ได้กล่าวถึงไว้แล้ว ซึ่งการเกิดโรคในชุมชนนั้น ปัจจัยด้านบุคคลและสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดสิ่งที่ทำให้เกิดโรค (agent) โดยในระยะก่อนเกิดโรค บุคคลอาจจะอยู่อาศัยในสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น สภาพสังคมที่ก่อให้เกิดความเครียดทางร่างกายและจิตใจ ขาดความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต อยู่ในสังคมที่รีบเร่งแข่งขัน จนบุคคลเริ่มป่วย เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีระร่างกายและจิตใจโดยยังไม่แสดงอาการ ซึ่งจะทราบภาวะเสี่ยงดังกล่าวได้ อาจต้องใช้การตรวจคัดกรองโรคและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จนกระทั่งอยู่ในระยะเชื้อฟักตัวออกมาทำให้บุคคลมีอาการและอาการแสดงที่ตรวจพบได้ และอาการอาจรุนแรงเกิดความพิการและเสียชีวิตได้ (ดังภาพ 3) ซึ่งระยะต่างๆ ของภาวะสุขภาพอนามัยตามธรรมชาติการเกิดโรคนี้นี้จะมีเครื่องชี้วัดมาช่วยตรวจสอบที่จะทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริง (วสุธร ต้นวัฒนกุล, 2547) แต่การระบุภาวะสุขภาพของชุมชนว่าดี เสี่ยง หรือป่วยนั้น ขึ้นอยู่กับแนวคิดภาวะสุขภาพชุมชนที่แต่ละพื้นที่ให้ความหมาย ทำให้แต่ละประเทศกำหนดดัชนีชี้วัดทางสุขภาพแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม Stanhope and Lancaster (2014) เสนอแนะให้พยาบาลชุมชนพิจารณาดัชนีชี้วัดสุขภาพอนามัยชุมชนให้ครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ซึ่งเป็นได้ทั้งดัชนีเชิงปริมาณและคุณภาพ ดังนี้



ก. ดัชนีชี้วัดสถานะของชุมชน (community status) เป็นดัชนีที่สะท้อนถึงองค์ประกอบแต่ละด้านของชุมชน ได้แก่

- องค์ประกอบทางกายภาพ (physical component) เช่น อัตราเกิด อัตราตาย อายุคาดเฉลี่ย ปัจจัยเสี่ยง เป็นต้น

- องค์ประกอบทางอารมณ์ (emotion component) เช่น ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดัชนีสุขภาพจิต เป็นต้น

- องค์ประกอบทางสังคม (social component) เช่น อัตราการเกิดอาชญากรรม เป็นต้น สำหรับอัตราการหยุดงานของคนงานและอัตราการตายทารก จัดเป็นดัชนีที่สะท้อนทั้ง 3 องค์ประกอบ

ข. ดัชนีชี้วัดโครงสร้างชุมชน (community structure) เป็นดัชนีที่สะท้อนถึงระบบบริการและแหล่งประโยชน์ของชุมชนที่มี และสะท้อนถึงการเข้าถึงระบบบริการและแหล่งประโยชน์ของประชาชน เช่น สัดส่วนผู้ให้บริการสุขภาพต่อผู้รับบริการ จำนวนเตียงของโรงพยาบาล (ขนาดโรงพยาบาล) จำนวนผู้ป่วยนอก จำนวนผู้ป่วยใน เป็นต้น นอกจากนี้ ยังรวมถึงตัวชี้วัดทางสังคม ได้แก่ ลักษณะประชากร (demographic characteristics) เช่น อายุ เพศ เชื้อชาติ อาชีพ ระดับการศึกษา และดัชนีทางสังคมและเศรษฐกิจ

ค. ดัชนีชี้วัดกระบวนการชุมชน (community process) เป็นดัชนีที่สะท้อนถึงสมรรถนะของชุมชน (community competency) ซึ่งขึ้นอยู่กับเงื่อนไข 8 ประการคือ ความผูกพันต่อชุมชนของสมาชิก ความตระหนักและเข้าใจในตนเองและบุคคลอื่นของสมาชิก ความห่วงใยสนใจและห่วงใยต่อกันระหว่างสมาชิก ประสิทธิภาพในการสื่อสาร การมีส่วนร่วมของสมาชิก การจัดการกับความขัดแย้ง กระบวนการและความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาขององค์กรและกลุ่มคนในชุมชน ความสัมพันธ์กับชุมชนอื่น และการส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์และการตัดสินใจของสมาชิก





ภาพที่ 3 ธรรมชาติการเกิดโรคในชุมชน

(วสุธร ต้นวัฒนกุล, 2547, หน้า 195)



สำหรับ ประเทศไทยตัวชี้วัดสุขภาพชุมชนมักจะประกอบด้วยตัวชี้วัด 2 ประเภท คือ ตัวชี้วัดด้านคุณภาพชีวิต ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

3.5.1 ตัวชี้วัดด้านคุณภาพชีวิต

ดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตสำหรับประชาชนไทยถูกพัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน (พชช.) ของกรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย เรียกว่า ข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) โดยข้อมูล จปฐ. เป็นข้อมูลที่แสดงถึงลักษณะสังคมไทยที่พึงประสงค์ตามเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของเครื่องชี้วัดว่าอย่างน้อยคนไทยควรมีคุณภาพชีวิตเรื่องอะไรบ้าง และควรมีระดับความเป็นอยู่ไม่ต่ำกว่าระดับไหนในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ปกติจะกำหนด 5 ปี ตามระยะเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

ตัวชี้วัด จปฐ. ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.25560-2564) มี 5 หมวด 31 ตัวชี้วัด ได้แก่ หมวดที่ 1 สุขภาพ 7 ตัวชี้วัด, หมวดที่ 2 สภาพแวดล้อม 7 ตัวชี้วัด, หมวดที่ 3 การศึกษา 5 ตัวชี้วัด, หมวดที่ 4 การมีงานทำและรายได้ 4 ตัวชี้วัด, หมวดที่ 5 ค่านิยม 8 ตัวชี้วัด (ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชุมชน กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย, มปป.)

ข้อมูล จปฐ. จัดเก็บโดยผู้นำชุมชน หัวหน้าคุ้ม หรืออาสาสมัคร ภายใต้การสนับสนุนของคณะทำงานบริหารจัดการข้อมูลระดับตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ครัวเรือนปีละ 1 ครั้ง โดยสำรวจทั้งบ้านที่มีบ้านเลขที่และไม่มีบ้านเลขที่ตามที่ประชาชนอยู่จริง ผู้ให้ข้อมูลอาจเป็นหัวหน้าครอบครัว ภรรยา หรือสมาชิกในครอบครัวที่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน ภายหลังจากสำรวจจะสรุปผลการสำรวจประจำปีให้ครอบครัวทราบถึงตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุ เพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงปัญหาและความสำคัญของปัญหา และใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาครัวเรือนของตนเองให้บรรลุเกณฑ์ ข้อมูลการสำรวจแต่ละหลังจะถูกส่งไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของตำบล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาของชุมชนต่อไป

ดังนั้น หัวใจของ จปฐ. คือ การที่ประชาชน/ชุมชนสามารถทราบปัญหาของตนเองได้ทันที ประชาชน/ชุมชนจะทราบทันทีว่าตนมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร อาจกล่าวได้ว่า จปฐ. เป็นเครื่องมือของกระบวนการเรียนรู้ของประชาชน และยังเป็นเครื่องมือส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชน นอกจากนี้ ภาครัฐและเอกชนจะสามารถทราบถึงปัญหาที่แท้จริงของประชาชน เพื่อสามารถนำข้อมูลมาวางแผนพัฒนาด้านต่างๆ เพื่อให้ตรงกับความต้องการของประชาชน มีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งมีการทำงานร่วมกันระหว่างสาขามากขึ้น ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรด้านสาธารณสุข องค์กรด้านการศึกษา และองค์กรด้านพัฒนาชุมชน



3.5.2 ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดดัชนีชี้วัด (Key performance indicators; KPI) เพื่อตอบสนองนโยบาย Thailand 4.0 ในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ และความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ตลอดจนลดความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงระบบสุขภาพ โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ภายในปี พ.ศ. 2579 โดยสนับสนุนความเป็นเลิศใน 4 ด้าน คือ 1) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 2) ระบบบริการ 3) การพัฒนาคน และ 4) ระบบบริหารจัดการ ภายใต้กรอบ 16 แผนงาน 48 โครงการ และ 96 ตัวชี้วัด (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งหน่วยงานระดับกรม ภูมิภาค และจังหวัดที่เกี่ยวข้องต้องวางแผนดำเนินงาน ภายใต้ตัวชี้วัดดังกล่าว

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ได้กำหนดตัวชี้วัดรวม เพื่อเร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก ไว้ 11 ตัวชี้วัด (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12, 2559) ดังนี้

- ระดับพัฒนาการเด็กไทยสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85
- IQ เฉลี่ยเด็กไทย ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 100
- EQ เด็กไทยสูงกว่าคะแนนมาตรฐาน ร้อยละ 70
- อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บบนท้องถนน ไม่เกิน 16 คนต่อแสนประชากร
- อัตราตายก่อนวัยอันควรจากโรค NCD (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หลอดเลือดหัวใจ หลอดเลือดสมอง ปอดเรื้อรัง ลดลงจากปี 2559 ร้อยละ 25
- อัตราของ Healthy Aging เพิ่มขึ้น (ADL มากกว่า 12 คะแนน)
- อัตราการเจ็บป่วยจากผลิตภัณฑ์สุขภาพและสิ่งแวดล้อม ลดลงจากปี 2559 ร้อยละ 5
- ระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย เพิ่มขึ้นร้อยละ 5
- อัตราการออกกำลังกาย เพิ่มขึ้นร้อยละ 5
- อัตราการบริโภคผัก เพิ่มขึ้นร้อยละ 5
- ความชุกของการสูบบุหรี่และการบริโภคแอลกอฮอล์ ลดลงร้อยละ 5



4. การทำแผนที่ชุมชน

ประโยชน์ของการทำแผนที่ คือ ทำให้ทราบอาณาเขตความรับผิดชอบ รู้จักลักษณะภูมิประเทศ สถานที่ราชการ ข้อมูลด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม เช่น แหล่งน้ำดื่ม น้ำใช้ บ่อน้ำ พื้นที่ชุมชนเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม ระยะทางจากหมู่บ้านหนึ่งไปหมู่บ้านหนึ่ง หรือจากหมู่บ้านไปสถานบริการสุขภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำมาใช้วางแผนจัดทำกิจกรรม/โครงการ การจัดลำดับการให้บริการ การนิเทศงานและประเมินผลงาน ตลอดจนเลือกการเดินทางที่เหมาะสม (ศิวพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, 2555)

แผนที่สำหรับประเมินสุขภาพชุมชนมี 2 ลักษณะ คือ แผนที่ทางกายภาพ และแผนที่เดินดิน แสดงหน้าที่ทางสังคมของพื้นที่ทางกายภาพ (รายละเอียดกล่าวถึงไว้ในหัวข้อถัดไป) ในหัวข้อนี้จะขอกกล่าวถึงเฉพาะแผนที่ทางกายภาพ

แผนที่ (ทางกายภาพ) หมายถึง แผนภาพจำลองแสดงเนื้อที่โดยย่อของภูมิประเทศจริงในแนวราบ ทำด้วยเครื่องหมายต่างๆ ในลักษณะเส้น สี สัญลักษณ์ เพื่อใช้แทนของจริงที่อยู่บนพื้นผิวโลก ซึ่งต้องอาศัยมาตราส่วนเพื่อให้มีความถูกต้องทั้งระยะทาง ทิศทาง และความสูง (ศิวพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, 2555, หน้า 43)

แผนที่ทางกายภาพจะต้องมีองค์ประกอบครบถ้วน เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย องค์ประกอบของแผนที่มีดังนี้

4.1 ชื่อแผนที่ จะต้องบอกชัดเจนว่าเป็นแผนที่แสดงชุมชนใด ซึ่งนิยมเขียนไว้บนแผนที่ เพื่อให้ผู้อ่านมองเห็นและทราบว่าเป็นแผนที่อะไร เช่น

- แผนที่ชุมชนบ้านหนองอ้อ ตำบลบ่อทอง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
- แผนที่ชุมชนบ้านปลักแรด ตำบลปลักแรด อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

4.2 ทิศ (Direction) จะต้องแสดงสัญลักษณ์ของทิศเหนือไว้ เรียกว่า “ทิศเหนือแผนที่” (ภาพที่ 4) เพื่อให้ผู้ใช้แผนที่ทราบว่าควรจะหันทิศทางของแผนที่ไปทิศใด ในการกำหนดทิศเหนืออาจใช้เข็มทิศช่วยระบุทิศ หรืออาจสังเกตทิศทางการขึ้น/ตกของดวงอาทิตย์





ภาพที่ 4 สัญลักษณ์แสดงทิศเหนือ

(ศิริพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, 2555, หน้า 46)

4.3 มาตรฐาน (Scale) หรืออัตราส่วน หมายถึง จำนวนตัวเลขที่แสดงส่วนสัมพันธ์ของระยะทาง (ความยาว) บนแผนที่เทียบกับระยะทาง (ความยาว) บนภูมิประเทศจริงตามแนวราบ ซึ่งจะต้องแสดงมาตรฐานไว้ให้ชัดเจนโดยเขียนไว้ด้านล่างสุดของแผนที่ มาตรฐานที่นิยมใช้เป็นมาตรฐานตัวเลขเศษส่วน โดยตัวเลขเศษจะเป็น 1 เสมอ ส่วนตัวเลขส่วนนิยมใช้ผลคูณของ 10 เช่น 50, 500, 1000, 10000 เป็นต้น เช่น 1: 1000 (1 ต่อ 1000) โดยไม่ต้องแสดงหน่วย เพราะตัวเลขเศษและตัวเลขส่วนต้องมีหน่วยเดียวกัน ซึ่งหมายความว่า หากวัดระยะทางในแผนที่ได้ 1 ส่วน จะเทียบกับระยะทางจริง 1000 ส่วน (1 ส่วน อาจมีหน่วยเป็นเซนติเมตรหรือนี้ก็ได้)

$$\text{มาตรฐานแผนที่} = \frac{\text{ระยะความยาวเส้นบนแผนที่}}{\text{ระยะความยาวของพื้นที่ภูมิประเทศ}}$$

(มีหน่วยความยาวอย่างเดียวกัน)

$$\text{เช่น } \frac{1}{5000} \quad \text{หรือ } 1 : 5000 \quad \text{หรือ } 1 / 5000$$

หมายถึง ระยะทางในแผนที่ได้ 1 เซนติเมตร เทียบกับระยะทางจริง 5000 เซนติเมตร

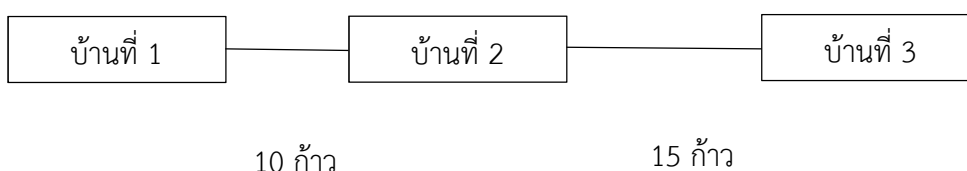


4.4 ระยะทาง (Distance)

ในการวัดระยะทางจะต้องใช้เครื่องมือวัดระยะทาง ซึ่งส่วนใหญ่ผู้จัดทำแผนที่มักขาดอุปกรณ์ดังกล่าว จึงต้องใช้การคาดคะเนระยะทางจากการเดินนับก้าวแทน แล้วใช้ความยาวแต่ละก้าวมาคำนวณเป็นความยาวของระยะทาง โดยก้าวเดินในแนวตรง 10 ก้าว ให้ช่วงก้าวเท่าๆ กัน แล้ววัดระยะเพื่อหาค่าเฉลี่ยความยาวใน 1 ก้าว ตัวเลขที่ได้จะนำมาคำนวณระยะทางดังสูตรด้านล่าง

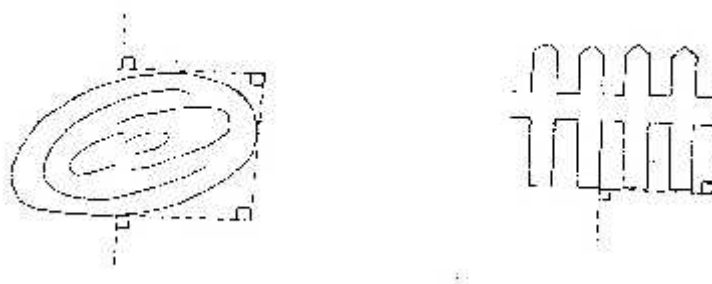
$$\text{ระยะทาง} = \text{ความยาว 1 ก้าว} \times \text{จำนวนก้าว}$$

การจดบันทึกการนับก้าวจากจุดหนึ่งไปจุดหนึ่งควรบันทึกเป็นระยะๆ (ภาพที่ 5) และระหว่างก้าวเดินควรสังเกตสถานที่สำคัญๆ และจดบันทึกไว้



ภาพที่ 5 ตัวอย่างการจดบันทึกการนับก้าวเดิน

ในกรณีที่เป็นทางโค้ง ต้องเดินนับก้าวที่ละโค้งแล้วจดบันทึกไว้เป็นระยะๆ เพราะการวัดทางโค้งอาจคลาดเคลื่อนได้มาก หากพบสิ่งกีดขวางเช่น บ่อน้ำ รั้ว กำแพง เป็นต้น ให้แก้ไขโดยเดินทำมุมฉากออกไป (ภาพ 6) เมื่อพ้นสิ่งกีดขวางแล้วจึงเริ่มทำการวัดระยะทางด้วยการเดินนับก้าวต่อไป



ภาพที่ 6 วิธีเดินทำมุมฉาก

(สมใจ วินิจฉัยกุล, 2552, หน้า 80)



4.5 เครื่องหมายแผนที่หรือสัญลักษณ์

สัญลักษณ์ทั่วไปในการทำแผนที่ประกอบด้วย สี เส้น รูปภาพ ตัวอักษร ตัวเลข เครื่องหมาย ขนาดย่อ ซึ่งมีหลักการทั่วไป ดังนี้

- สิ่งที่เกิดขึ้นจากการกระทำของมนุษย์ เช่น ทางรถไฟ ถนน บ้านเรือน นิยมแสดงด้วยสีดำ และแดง

- สิ่งที่เป็นน้ำ เช่น แม่น้ำ บึง คลอง ทะเล ใช้แสดงด้วยสีฟ้าหรือน้ำเงิน

- สิ่งที่สูงกว่าระดับปกติ เช่น ภูเขา เนิน ใช้เส้นแสดงความสูงด้วยสีน้ำตาล

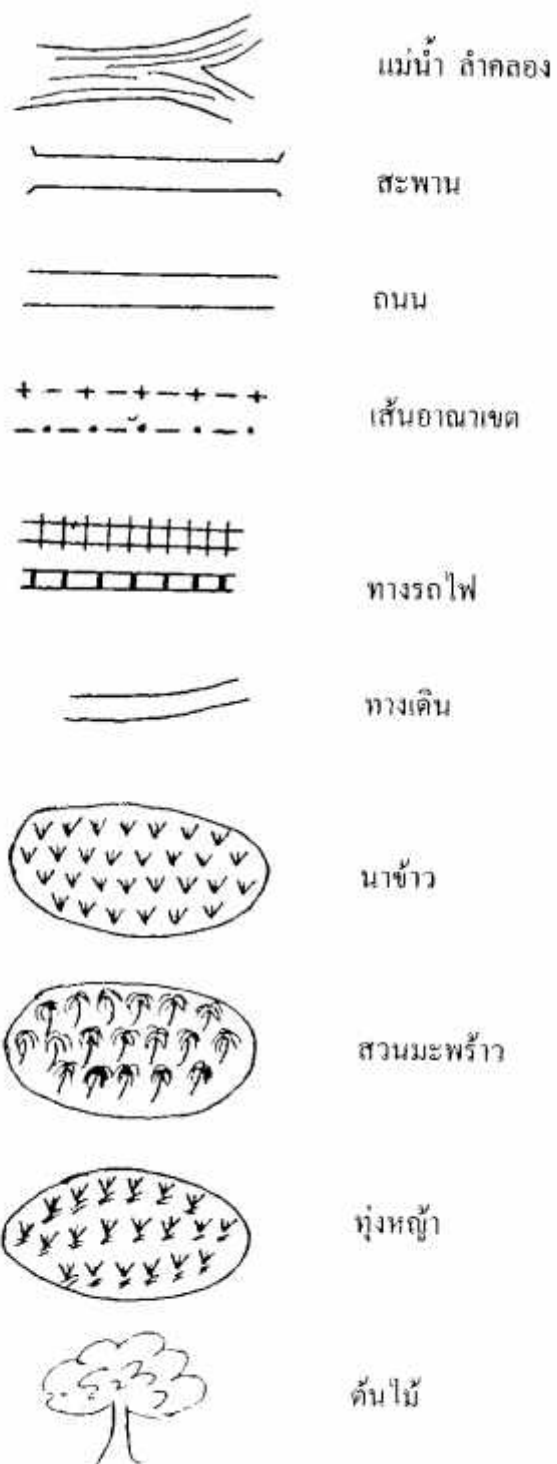
- สิ่งที่เป็นพืชพันธุ์ เช่น พุ่มหญ้า ป่าไม้ ต้นไม้ ใช้แสดงด้วยสีเขียว



ภาพที่ 7ก. สัญลักษณ์ที่ใช้ในแผนที่

(สมใจ วินิจฉัยกุล, 2552, หน้า 81)





ภาพที่ 7ข. สัญลักษณ์ที่ใช้ในแผนที่

(สมใจ วินิจฉัยกุล, 2552, หน้า 82)



4.7 อักษรเขียนลงในแผนที่

อักษรที่เขียนลงในแผนที่ ประกอบด้วย ชื่อแผนที่ ชื่อถนน ซอย แม่น้ำ ชื่อผู้ทำแผนที่ และวันที่ทำแผนที่

การเขียนชื่อถนนหรือซอยลงในแผนที่ มักเขียนอักษรตรงและวางไว้ตามแนวยาวของถนน สำหรับชื่อแม่น้ำจะใช้อักษรเอนหรือโย้หลังและวางไว้ตามแนวยาวของแม่น้ำ ส่วนข้อความอื่นๆ ในแผนที่ นิยมเขียนให้หัวของตัวอักษรหันไปทิศเหนือหรือทางหัวกระดาษ

นอกจากนี้ ผู้จัดทำแผนที่ควรเขียนชื่อไว้ที่ด้านล่างของแผนที่ หากผู้อ่านมีข้อสงสัยจะสามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดจากผู้ทำแผนที่ได้ นอกจากนี้ ควรระบุวัน เดือน ปี ที่ทำแผนที่ไว้ด้านล่างของแผนที่ด้วย



ภาพที่ 8 ตัวอย่างการทำแผนที่ชุมชน

(ตีพิมพ์ อังวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพฑูรย์กิจ, 2555, หน้า 45)



5. การประเมินภาวะสุขภาพชุมชน

Maurer and Smith (2013) ได้จำแนกวิธีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพชุมชนออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพชุมชนโดยการประเมินแบบครอบคลุมทั้งชุมชน (comprehensive needs assessment approach) เป็นพิจารณาขอบเขตของพื้นที่และวางแผนการประเมินสุขภาพชุมชนทั้งชุมชนอย่างเป็นระบบเพื่อให้ทราบถึงปัญหาสุขภาพที่กำลังเกิดขึ้นจริงหรือปัญหาสุขภาพที่เสี่ยงจะเกิดขึ้น

2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพชุมชนโดยมุ่งที่ปัญหาเป็นหลัก (problem-oriented approach) เป็นการประเมินที่มีจุดเริ่มจากประเด็นปัญหาสุขภาพที่ชุมชนกำลังเผชิญอยู่ และวางแผนศึกษาปัญหาในเชิงลึก

3) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพชุมชนโดยมุ่งประเมินกลุ่มประชากรเฉพาะเพียงกลุ่มเดียว (single population approach) เป็นการเลือกศึกษาประชากรเฉพาะกลุ่ม โดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยง ซึ่งมีลักษณะปัญหาสุขภาพคล้ายๆ กัน เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ กลุ่มคนไร้บ้าน กลุ่มผู้อพยพ เป็นต้น

4) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพชุมชนโดยวิธีคุ้นเคย (familiarization approach) เป็นการประเมินสุขภาพชุมชนจากฐานข้อมูลที่มีอยู่ ซึ่งจะทำได้ง่ายต่อการระบุประชากรกลุ่มที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษในระยะเวลาอันสั้น

เนื่องจาก การเข้าถึงข้อมูลแต่ละประเภทมีวัตถุประสงค์แตกต่างกัน จึงต้องการวิธีการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน เช่น หากต้องการศึกษาภาวะสุขภาพครอบคลุมทั้งชุมชน ควรใช้วิธีการสำรวจแบบเร่งด่วน หากต้องการศึกษาชุมชนโดยเลือกระบุปัญหาหรือกลุ่มประชากร ควรใช้การสำรวจความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพ (KAP survey) การประชุมกลุ่มย่อย การสัมภาษณ์ หรือการสังเกต ส่วนการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพชุมชนโดยวิธีคุ้นเคย ต้องใช้วิธีการรวบรวมข้อมูลเอกสาร เป็นต้น

5.1 การสำรวจแบบเร่งด่วน (Rapid survey)

การสำรวจแบบเร่งด่วน หมายถึง การสำรวจที่เก็บข้อมูลด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ความรู้ ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ในระยะเวลาอันสั้น และสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายน้อย เมื่อเทียบกับการศึกษาทุกหน่วยประชากรในชุมชน (ศิริภาณี อินทรหนองไผ่, 2554, หน้า 131) โดยก่อนสำรวจ ผู้สำรวจจะต้องระบุวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนว่าต้องการสำรวจเกี่ยวกับอะไร มีตัวชี้วัดใดบ้างที่จำเป็นจะสุ่มประชากรวิธีใดเพื่อให้ได้ตัวแทนที่ดี แล้วออกแบบสำรวจที่ตรงตามเรื่องและตัวแปรที่ต้องการ



ศึกษา เตรียมฝึกอบรมทิมเก็บข้อมูล วางแผนการสำรวจ และดำเนินการสำรวจตามแผน ข้อเสียของวิธีนี้คือ ไม่สามารถเจาะลึกลงไปในรายละเอียดของข้อมูลที่ต้องการ เพราะแบบสอบถามมักถูกจำกัดให้สั้น กระชับ มักเป็นคำถามปลายปิด หรือเลือกตอบแบบถูก/ผิด ใช่/ไม่ใช่ นอกจากนี้ หากสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม ผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามนั่นเอง โดยไม่มีโอกาสซักถามความไม่เข้าใจ ถ้าสงสัยไม่เข้าใจคำถามใดก็ต้องเดาหรือเว้นไว้ไม่ตอบ

ในกรณีที่มีการเก็บข้อมูลโดยวิธีการตรวจร่างกายหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเก็บข้อมูลด้วยวิธีนี้ควรมีการบันทึกผลทันที

5.2 การสำรวจความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพ (KAP survey)

การสำรวจความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการศึกษากลุ่มคนที่มีวัตถุประสงค์จำเพาะและแคบกว่าการสำรวจแบบเร่งด่วน เพราะต้องระบุประเด็นสุขภาพที่ต้องศึกษาให้ชัดว่าเป็นประเด็นใด และเป็นประเด็นสุขภาพประชากรกลุ่มใด เช่น ต้องการสำรวจความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ เป็นต้น แต่ก่อนดำเนินการสำรวจ ผู้สำรวจต้องทำความเข้าใจแนวคิดความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมสุขภาพให้ชัดเจนเสียก่อน โดย Bloom และคณะ (1956, อ้างถึงใน ศิราณี อินทรหนองไผ่, 2554, หน้า 130 - 131) อธิบายว่า ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม เป็นพฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย (cognitive domain) เจตพิสัย (affective domain) และทักษะพิสัย (psychomotor domain) ตามลำดับ

ด้านพุทธิพิสัย หมายถึง ความจำ เข้าใจ นำไปใช้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประเมินค่า ซึ่งผู้ศึกษาจะต้องพิจารณาวัตถุประสงค์การศึกษาวาดต้องการตรวจสอบพุทธิพิสัยด้านใด

ด้านเจตพิสัย หมายถึง การรับรู้ ทศนคติ ความเชื่อ และความรู้สึก ของบุคคลต่อสิ่งต่างๆ ดังนั้นผู้ศึกษาจะต้องศึกษาให้ได้ว่าต้องการวัดเจตคติตัวใด

พฤติกรรม หมายถึง การแสดงออกทางร่างกายของบุคคล

5.3 การสนทนากลุ่ม/การประชุมกลุ่มย่อย (Focus group discussion)

การสนทนากลุ่ม หมายถึง วิธีการเก็บข้อมูลที่เน้นการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ของผู้ร่วมสนทนาในประเด็นที่ผู้ศึกษานำเสนอเข้ากลุ่ม (ศิริพร จิรวัดมนกุล, 2552, หน้า 135) เหมาะสำหรับประเด็นที่เป็นเรื่องอ่อนไหวทางสังคม เป็นวิธีที่ทำให้ได้ข้อมูลในระยะเวลาอันสั้น ประหยัดงบประมาณและเวลา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มทำให้เกิดการตรวจสอบข้อมูลกันเอง อย่างไรก็ตาม การสนทนากลุ่มต้องมีการเตรียมการให้เหมาะสม เพราะมีผู้เกี่ยวข้องอย่างน้อย 4 กลุ่มคือ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วย ผู้เข้าร่วมประชุม ซึ่งจะต้องมีการจัดเตรียมความพร้อม



ทั้งด้านคุณสมบัติของผู้ที่เกี่ยวข้อง ประเด็นศึกษาและแนวคำถาม อุปกรณ์ เช่น ไวท์บอร์ด ปากกา กระดาษ สกอตเทป เป็นต้น ตลอดจน การจัดที่นั่งของผู้เข้าร่วมประชุม เพื่อสร้างบรรยากาศพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ขั้นตอนการสนทนากลุ่ม มีดังนี้

(1) ขั้นตอนเตรียมการ ได้แก่ เตรียมแนวคำถาม กำหนดคุณสมบัติของผู้ร่วมสนทนา เตรียมผู้ดำเนินการสนทนา ผู้สังเกต และผู้ช่วย เตรียมอุปกรณ์สนาม (เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึก ดินสอฯ) สถานที่ ประเด็นหลักที่ใช้ในการสนทนาแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 3 – 6 ประเด็น หรือคำถามหลักไม่ควรเกิน 10 คำถาม แนวคำถามต้องเรียงเรียงให้ดี จากง่ายไปยาก ประเด็นสนทนาจะต้องเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความซับซ้อนของชีวิตไม่ใช่เรื่องส่วนตัวมากเกินไป การเลือกกลุ่มสนทนาควรเลือกบุคคลที่มีลักษณะภูมิหลังคล้ายๆ กัน (homogeneous group) และจะต้องเป็นผู้มีข้อมูลหรือประสบการณ์ที่สำคัญในประเด็นที่ผู้ศึกษาต้องการ (key informant) ผู้เข้าร่วมสนทนาควรอยู่ระหว่าง 6 - 12 คน การสนทนาใช้เวลาไม่ควรเกิน ครั้งละ 2 - 3 ชั่วโมง และควรเลือกสถานที่ที่ปราศจากเสียงรบกวน นอกจากนี้ ผู้ดำเนินการสนทนากลุ่มจะต้องมีทักษะการทำกระบวนการกลุ่ม เพราะหากขาดทักษะนี้จะเป็นเพียงการสัมภาษณ์กลุ่ม ไม่ใช่การสนทนากลุ่ม (ทวิศักดิ์ นพเกษร, 2548)

(2) ขั้นตอนดำเนินการสนทนา

โดยจัดให้ผู้ร่วมสนทนานั่งเป็นวงกลม โดยผู้ดำเนินการสนทนาจะนั่งภายในวง ส่วนผู้สังเกตการณ์จะนั่งนอกวง ส่วนเครื่องบันทึกเสียงควรนำมาวางไว้กลางวง จากนั้น ผู้ดำเนินการสนทนาทักทายผู้ร่วมสนทนาเพื่อสร้างบรรยากาศ ชี้แจงวัตถุประสงค์ เวลา และแนวทางการดำเนินกิจกรรม พร้อมขออนุญาตบันทึกเสียงพร้อมอธิบายเหตุผล และนำผู้ร่วมสนทนาเข้าสู่ประเด็น ผู้ดำเนินการสนทนาจะคอยควบคุมเวลาและควบคุมไม่ให้ผู้ร่วมสนทนาออกนอกประเด็น กระตุ้นให้ผู้สนทนามีการสื่อสารโต้ตอบกัน โดยไม่ตัดสินญ/ผิด ต้องระมัดระวังการผูกขาดการสนทนาโดยสมาชิกเพียงไม่กี่คน ต้องคำนึงถึงความเท่าเทียมระหว่างสมาชิกกลุ่ม เมื่อจบในแต่ละประเด็นควรสรุปให้ชัดเจน โดยผู้ช่วยอาจช่วยเขียนประเด็นหรือคำสำคัญ (key word) ไว้บนกระดาน เพื่อไม่ให้หลงประเด็น และยังช่วยให้ผู้ร่วมสนทนาได้ตรวจสอบข้อสรุปในประเด็นที่ผ่านมา

(3) ขั้นตอนยุติการสนทนา

ผู้นำสนทนากล่าวสรุปผลการสนทนาและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมสนทนาตรวจสอบข้อมูล พร้อมกล่าวขอบคุณ และนัดหมายครั้งต่อไป (ถ้ามี)

ตัวอย่างแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (สมใจ วินิจกุล, 2552, หน้า 99)

- จากประสบการณ์ที่ท่านอยู่ในชุมชนนี้มานาน ท่านคิดว่าชุมชนของท่านยังต้องการพัฒนาด้านใดบ้าง
- จากข้อมูลปัญหาที่นักศึกษา/ทีมสุขภาพพบ ท่านมีความคิดเห็นอย่างไร



- ท่านคิดว่าปัญหาที่นักศึกษา/ทีมสุขภาพพบจากการสำรวจ เป็นปัญหาของชุมชนหรือไม่ เพราะเหตุใด

- ท่านคิดว่าปัญหาและความต้องการของชุมชน (ทั้งที่ชุมชนพบเอง และที่นักศึกษาพบ) ควรได้รับการแก้ไขอย่างไร

- ถ้าจะแก้ไขปัญหาเหล่านี้ ท่านคิดว่าควรแก้ไขปัญหาใดก่อน เพราะเหตุใด

- ควรใช้วิธีการอย่างไรในการแก้ไขปัญหาแต่ละเรื่อง หรือจะทำการแก้ไขปัญหาใดก่อน เพราะเหตุใด

- ในฐานะที่ท่านเป็นกลุ่มผู้นำชุมชน ท่านคิดว่าท่านควรมีบทบาทอย่างไรในการแก้ปัญหาเหล่านี้

- คนที่อาศัยอยู่ในชุมชนจะต้องมีบทบาทในการแก้ไขปัญหานี้หรือไม่ อย่างไร

- ท่านต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้การสนับสนุนในการแก้ไขปัญหานี้ได้อย่างไร

5.4 การรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร

การรวบรวมข้อมูลจากเอกสารมีวัตถุประสงค์เพื่อ ทบพทวนว่ามีเคยศึกษาชุมชนไว้บ้าง ถ้ามีใครเคยศึกษาจะทำให้ไม่ต้องเสียเวลาไปศึกษาใหม่ และการศึกษาที่มีอยู่แล้วยังเป็นแนวทางการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด ซึ่งผู้ประเมินสุขภาพชุมชนอาจใช้เอกสารชั้นต้น ที่เป็นข้อมูลหรือหลักฐานต้นฉบับโดยตรง ผู้วิจัยต้องนำไปตีความตามความเข้าใจของตนเอง เช่น จดหมายเหตุ บันทึก สติธิ อัตชีวประวัติ เป็นต้น หรืออาจเป็นเอกสารชั้นรอง ที่เป็นเอกสารที่ไม่ได้มาโดยตรง แต่มาจากแหล่งอื่น ที่มีผู้รวบรวมและวิเคราะห์ไว้แล้ว เช่น รายงานวิจัย (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2554) ซึ่งก่อนใช้เอกสาร ผู้ศึกษาควรตรวจสอบว่ามีประวัติความเป็นมาอย่างไร ตรงกับความต้องการของผู้ศึกษาหรือไม่ เอกสารสมบูรณ์ครบถ้วนหรือไม่ ใครเป็นเจ้าของเอกสาร ผู้รวบรวมข้อมูลมีความลำเอียงหรือไม่ (ศิริพร จีระวัฒน์กุล, 2552)

5.5 การตรวจวัดทางชีวสรีรภาพ

การตรวจวัดทางชีวสรีรภาพ ประกอบด้วย 1) การตรวจร่างกาย 2) การใช้เครื่องมือวัดทางกายภาพ เช่น พรอทวัดไข้ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เป็นต้น 3) การใช้เครื่องมือวัดทางเคมี เช่น แผ่นตรวจหาน้ำตาลในปัสสาวะ และ 4) การวัดทางจุลชีววิทยา

ข้อดีของข้อมูลที่ได้จากการตรวจวัดทางคลินิก คือ เครื่องมือมีความไวที่พอจะจับความแตกต่างสิ่งที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยได้ และมีความตรงของเครื่องมือสูง แต่ต้องอาศัยผู้ชำนาญ หากไม่ชำนาญอาจแปลผลผิดพลาดได้ และต้องคอยตรวจสอบความเสื่อมของเครื่องมือก่อนใช้ทุกครั้ง (เพชรน้อย สิ่งช่างชัย และคณะ, 2539)



6. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลชุมชน

6.1 การใช้แบบสอบถาม

แบบสอบถาม (questionnaire) หมายถึง ชุดของข้อความคำถามที่ถูกสร้างขึ้นอย่างมีระบบและกฎเกณฑ์ เพื่อใช้รวบรวมข้อมูลจากกลุ่มบุคคลโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะเจาะจง (สุวิมล ติรกานต์, 2551, หน้า 25)

แบบสอบถามเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการสำรวจเพื่อประเมินสุขภาพชุมชน คำถามจะเป็นตัวกระตุ้นเร้าให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา แบบสอบถามจึงมักใช้สอบถามความคิดเห็น หากแบบสอบถามที่ขาดคุณภาพจะทำให้ข้อมูลขาดความแม่นยำและไม่ตรงกับสิ่งที่ต้องการ ดังนั้นการสร้างข้อความคำถามจึงถือเป็นหัวใจสำคัญของการสร้างแบบสอบถาม

6.1.1 โครงสร้างแบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน (สมนึก ภัททิยธนี, 2546, หน้า 37) คือ

ส่วนที่ 1 คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม เป็นส่วนแรกของแบบสอบถาม จะเป็นคำชี้แจงระบุจุดมุ่งหมายและความสำคัญที่ให้ตอบแบบสอบถาม (หรือการนำคำตอบที่ได้ไปใช้ประโยชน์) คำอธิบาย ลักษณะของแบบสอบถามและวิธีการตอบพร้อมยกตัวอย่างประกอบ และสุดท้ายของคำชี้แจงควรกล่าวขอบคุณผู้ตอบแบบสอบถามล่วงหน้า พร้อมระบุชื่อเจ้าของแบบสอบถามทุกครั้ง

ส่วนที่ 2 สถานภาพทั่วไป ในส่วนนี้เป็นรายละเอียดส่วนตัวของผู้ตอบ เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น มักใช้แบบสำรวจรายการ (checklist) ปัญหาที่พบบ่อยในส่วนนี้คือ ตัวเลือกที่กำหนดไม่ตรงกับลักษณะของกลุ่มเป้าหมายทำให้ไม่มีตัวเลือกตอบที่ผู้ตอบต้องการ หรือตัวเลือกบางตัวไม่มีใครเลือก (สุวิมล ติรกานต์, 2551)

ส่วนที่ 3 ข้อคำถาม ที่มีการเรียงเรียงข้อคำถามเป็นอย่างดี ปัญหาที่พบบ่อยในส่วนนี้คือ ผู้ตอบไม่เข้าใจคำถาม ตัวเลือกตอบไม่สอดคล้องกับข้อคำถาม ข้อคำถามยาวเกินไปหรือใช้ข้อความทางปฏิเสธซ้อนปฏิเสธทำให้ผู้อ่านเกิดความสับสน (สุวิมล ติรกานต์, 2551)

6.1.2 ขั้นตอนการสร้างแบบสอบถาม มีดังนี้ (สมนึก ภัททิยธนี, 2546, หน้า 37 - 38)

6.1.2.1 กำหนดจุดมุ่งหมายของแบบสอบถาม ผู้สร้างจะต้องระบุจุดมุ่งหมายของแบบสอบถามให้ชัดเจนว่า จะนำแบบสอบถามไปใช้สอบถามเรื่องอะไร

6.1.2.2 กำหนดประเด็นหลัก ความคิดเห็นหรือพฤติกรรมที่จะสอบถามให้ครบถ้วนครอบคลุม ซึ่งผู้สร้างจะต้องเป็นผู้มีความรู้ในสาระหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่จะสอบถาม

6.1.2.3 กำหนดชนิดหรือรูปแบบสอบถาม โดยเลือกให้เหมาะสมกับสิ่งที่ต้องการสอบถามและลักษณะของกลุ่มผู้ตอบ



6.1.2.4 กำหนดข้อความ โดยกำหนดในเบื้องต้นว่าข้อความจะประกอบด้วย ประเด็นหลักและประเด็นย่อยอะไรบ้าง มีจำนวนข้อความมากน้อยเพียงใด

6.1.2.5 สร้างข้อความตามจุดมุ่งหมาย ชนิดหรือรูปแบบ จำนวนข้อ ตามที่กำหนดไว้

6.1.2.6 ตรวจสอบ ปรับปรุง แก้ไข โดยในรอบแรกจะตรวจทานโดยผู้สร้างเอง จากนั้นส่งแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจ และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

6.1.2.7 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ต้องการนำแบบสอบถามไปใช้จริง

6.1.2.8 วิเคราะห์คุณภาพของแบบสอบถาม

6.1.2.9 จัดพิมพ์แบบสอบถาม

6.1.3 ลักษณะแบบสอบถามที่ดี มีลักษณะต่อไปนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2555, หน้า 23 – 24; สมนึก ภัททิยธนี, 2546, หน้า 38 – 39; สุวิมล ทิรกานต์, 2551, หน้า 59)

- แบบสอบถามไม่ควรยาวเกินไป ควรใช้ข้อความสั้น กระชับตรงจุด
- ข้อความทั้งหมดต้องเป็นเรื่องเดียวกันหรือมีความเป็นเอกมิติ (unidimensionality)
- การเรียงประโยคควรใช้ข้อความกระชับ ชัดเจน จับใจความได้
- การเรียงข้อความควรเรียงจากคำถามง่ายไปยังคำถามยาก หรือเรียงจากคำถามที่ใช้ความคิดในการตอบน้อยไปยังคำถามที่ใช้ความคิดมาก

- ข้อคำถามข้อหนึ่งๆ ควรถามเพียงประเด็นเดียว
- ในแต่ละข้อคำถามต้องมีใจความเดียว
- อย่าใช้คำที่มีความหมายหลายนัย
- ไม่ควรใช้คำเน้น เช่น บ่อยๆ เสมอๆ เพราะอาจทำให้ผู้ตอบตีความต่างกัน
- ใช้คำหรือสำนวนภาษาเหมาะสมกับสถานะสภาพสังคมของกลุ่มตัวอย่าง
- เรียบเรียงประโยคในลักษณะประธานเป็นผู้กระทำการ (active voice)

หลีกเลี่ยงการเรียงเรียงประโยคในลักษณะประธานเป็นผู้ถูกกระทำ (passive voice)

- ไม่ใช้คำถามชี้แนะ หรือเสนอแนะให้ตอบ
- ไม่ใช้คำปฏิเสธซ้อนปฏิเสธ
- ไม่ควรถามเรื่องที่ทราบอยู่แล้ว
- ไม่ถามเรื่องส่วนตัวเกินขอบเขต
- ไม่ถามเรื่องที่ทำให้ผู้ตอบมีลำบากใจหรือรู้สึกความเขินอายในการตอบ
- คำตอบหรือตัวเลือกในข้อคำถามควรเหมาะสมกับคำถาม และควรมีมากพอ



แบบสอบถามกับแบบสัมภาษณ์มีความคล้ายคลึงกันมาก เพียงแต่เปลี่ยนภาษาหรือสำนวนให้เป็นภาษาเขียนหรือภาษาพูดเท่านั้น ถ้าเป็นแบบสอบถามจะเป็นภาษาเขียน แต่แบบสัมภาษณ์จะเป็นภาษาพูดหรือภาษาท้องถิ่น นอกจากนี้ยังมีส่วนที่ต่าง คือ แบบสัมภาษณ์จะมีคำชี้แจงว่ามีเนื้อหาเกี่ยวกับอะไร จำนวนกี่ข้อ และให้ตอบอย่างไร ส่วนแบบสัมภาษณ์จะมีคู่มือการสัมภาษณ์แทน เพราะผู้ให้สัมภาษณ์จะไม่เห็นแบบสัมภาษณ์ ผู้ที่สัมภาษณ์เท่านั้นที่เห็นและเป็นผู้ใช้แบบสัมภาษณ์ จึงต้องมีคู่มือการสัมภาษณ์สำหรับผู้ให้สัมภาษณ์แทน ในหัวข้อนี้จะขอกกล่าวถึงแนวทางการสร้างแบบสอบถามเป็นหลัก โดยจะกล่าวถึงแนวทางการสร้างแบบสอบถามทัศนคติ และพฤติกรรมโดยละเอียด

6.1.4 ประเภทแบบสอบถาม

โดยทั่วไปแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ประเภท คือ

6.1.4.1 แบบสอบถามปลายเปิด แบบสอบถามประเภทนี้ ผู้สร้างไม่ได้กำหนดตัวเลือกตอบไว้ แต่เว้นเนื้อหาให้ผู้ตอบได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระตามมุมมองของผู้ตอบ เหมาะสำหรับประเด็นคำตอบที่ต้องการคำตอบลักษณะกว้าง เช่น

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังอย่างไร

.....

6.1.4.2 แบบสอบถามปลายปิด ได้แก่

ก. แบบสำรวจรายการ (checklist) โดยให้ผู้ตอบตอบตามข้อเท็จจริง หรือตามความรู้สึกเพียงข้อเดียว หรือเลือกมากกว่า 1 ข้อ เช่น

สถานภาพสมรสปัจจุบันของท่าน

() 1. โสด

() 2. คู่

() 3. หม้าย

() 4. หย่า/แยก



ข. แบบจัดอันดับ (rank order) โดยให้ผู้ตอบพิจารณาเรียงอันดับตามความคิดเห็น โดยเรียงจากอันดับที่ 1 ไปอันดับสุดท้าย เช่น

โปรดเรียงลำดับปัญหาสุขภาพที่ท่านคิดว่าควรได้รับการแก้ไขด่วนที่สุดไปยังด่วนน้อยที่สุด โดยใส่หมายเลข 1 – 5 ลงในช่อง ()

- () โรคอ้วน
- () โรคอุจจาระร่วง
- () อุบัติเหตุจากรถ
- () โรคไข้เลือดออก
- () โรคหัวใจและหลอดเลือด

ค. มาตรฐานค่า (rating scale) คำตอบที่ให้เลือกตอบเป็นข้อความที่เป็นระดับ (order series) แต่สามารถกำหนดเป็นตัวเลขของแต่ละข้อความ เช่น

มาตรวัดระดับความคิดเห็น 5 ระดับ

- () เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- () เห็นด้วย
- () เห็นด้วยปานกลาง
- () ไม่เห็นด้วย
- () ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

มาตรวัดความพึงพอใจ 5 ระดับ

- () พึงพอใจมากที่สุด
- () พึงพอใจมาก
- () พึงพอใจปานกลาง
- () พึงพอใจน้อย
- () ไม่พึงพอใจ

มาตรวัดระดับความถี่ของการปฏิบัติ 5 ระดับ

- () ทุกครั้ง/เป็นประจำ
- () บ่อยครั้ง
- () บางครั้ง
- () น้อยครั้ง
- () ไม่เคย

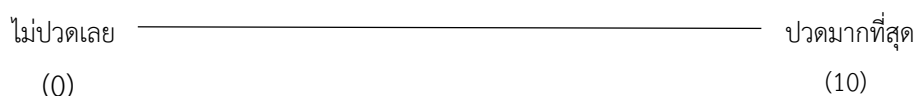


ง. มาตรวัดที่ใช้คำที่มีความหมายตรงข้ามกัน (semantic differential scale) พัฒนาโดย Osgood โดยใช้คำคุณศัพท์คู่ตรงข้ามมาเป็นส่วนของคำตอบกำกับไว้ที่หัวและท้ายของเส้นที่ไม่ต่อเนื่อง เช่น ดี-เลว ถูก-ผิด เร็ว-ช้า ใหญ่-เล็ก แข็งแรง-อ่อนแอ



ภาพที่ 9 Osgood scale

- มาตรวัดแบบ visual analog scale คล้ายกับมาตรวัดของ Osgood แต่คำคุณศัพท์จะถูกกำกับไว้ที่หัวท้ายของเส้นต่อเนื่อง เช่น



ภาพที่ 10 Visual analog scale

8.1.5 การสร้างแบบสอบถาม

8.1.5.1 การสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดทัศนคติ

แบบสอบถามวัดทัศนคติส่วนใหญ่นิยมใช้มี 3 ประเภท โดยการจำแนกประเภทคำตอบ คือ

ก. กำหนดคำตอบแบบข้อความ แบบนี้รู้จักกันทั่วไป คือ แบบลิคเคอร์ท (Likert scale) โดยคำตอบอาจกำหนดเป็นระดับความพึงพอใจ หรือระดับความเห็นด้วย ประมาณ 5 – 7 ระดับ เช่น

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง ไม่พึงพอใจ ไม่พึงพอใจมากที่สุด
- ดีมาก ดี พอใช้ ไม่ดี ไม่ดีเลย
- ชอบมากที่สุด ชอบ เฉย ๆ ไม่ชอบ ไม่ชอบมากที่สุด



ตัวอย่าง แบบวัดเจตคติต่อการดื่มสุรา

ข้อความ	ระดับความเห็น				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการดื่มสุรา 1. เป็นอันตรายต่อชีวิต 2. เป็นที่รังเกียจต่อสังคม 3. สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย					

ข. กำหนดคำตอบแบบออสกูตสเกล (Osgood scale) ลักษณะนี้จะกำหนดเป็นคำบรรยายกำกับไว้หัวท้ายบนเส้นไม่ต่อเนื่องที่มีตัวเลขกำหนดอย่างน้อย 5 – 7 คำตอบ

ค. กำหนดคำตอบแบบ visual analog scale ลักษณะนี้จะกำหนดคำบรรยายกำกับไว้หัวท้ายบนเส้นตรงที่ต่อเนื่อง

ตัวอย่าง

คำถาม: ท่านเห็นด้วยกับโครงการการสร้างเสริมการออกกำลังกายของสถานีนอนามัยหรือไม่

ตัวเลือกตอบแบบออสกูตสเกล:

ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	1	2	3	4	5	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
--------------------------	---	---	---	---	---	-----------------------

ตัวเลือกตอบแบบ visual analog scale:

ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง (1)	_____	เห็นด้วย อย่างยิ่ง (5)
---------------------------------	-------	------------------------------



6.1.5.2 การสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดพฤติกรรม

พฤติกรรมในที่นี่หมายถึง ทักษะ การปฏิบัติ เป็นสิ่งที่บุคคลแสดงออกเห็นได้ด้วยตา การสร้างแบบสอบถามเพื่อวัดพฤติกรรม สามารถทำได้ 2 แบบ คือ

ก. การถามให้เลือกตอบ เช่น

ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านตรวจเต้านมด้วยตนเองหรือไม่

(....) ตรวจ

(.....) ไม่ตรวจ

ข. การถามความต่อเนื่อง เช่น

ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรับประทานต่อไปนี่ย่อยเพียงใด

ข้อความ	ความถี่ของพฤติกรรม			
	ไม่เลย	นานๆครั้ง	เกือบทุกวัน	ทุกวัน
1. เนื้อสัตว์ติดมัน				
2. แอ่งใส่กะทิ				
3. เนื้อหมู ไก่ ปลาหมึกปิ้ง				
4. อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ				

6.2 การใช้แบบทดสอบ

แบบทดสอบ (test) หมายถึง ชุดของข้อความที่เร้าให้ผู้ตอบแสดงพฤติกรรมตอบสนองอย่างใดอย่างหนึ่ง อาจเป็นการเขียนตอบ ทำเครื่องหมาย แสดงกิริยาอาการที่ผู้วัดสามารถสังเกตเห็นพฤติกรรมนั้นได้ (สุวิมล ติรกานต์, 2551, หน้า 7)

แบบทดสอบที่นิยมใช้ในการประเมินสุขภาพชุมชน คือ การทดสอบเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับโรคที่กำลังเป็นปัญหาและความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันหรือจัดการกับปัญหาสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ แบบสอบถามวัดความรู้ส่วนใหญ่นิยมใช้มี 2 ประเภท โดยการจำแนกประเภทคำตอบ คือ

ก. แบบถูกผิด (True-False Item) ผู้สอบถามจะกำหนดข้อความที่สมบูรณ์มาให้ ส่วนผู้ตอบจะต้องตอบว่า ถูก (✓) หรือ ผิด (x) ลงหน้าข้อความนั้น เหมาะที่จะใช้วัดความจำที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง โดยข้อความจะเป็นจริงหรือไม่เป็นจริง ถูกหรือผิด ควรเป็นไปตามเหตุผลข้อเท็จจริงที่ทุกคนเห็นตรงกัน ข้อคำถามควรใช้ข้อความสั้น กระชับ ไม่ควรคัดลอกข้อความจากส่วนใดส่วนหนึ่งในตำรามาโดยตรง และการจัดเรียงข้อความควรเป็นแบบสุ่มคือเรียงอย่างไม่เป็นระบบ



ข. แบบเลือกตอบ (Multiple Choices) อาจเป็น 3 – 6 ตัวเลือกก็ได้ ส่วนมากใช้ 4 - 5 ตัวเลือก ในส่วนนี้จำแนกเป็นตัวเลือกถูก 1 ตัวเลือก ที่เหลือจะเป็นตัวเลือกกลาง

แบบสอบถามแบบเลือกตอบ แบ่งเป็น 3 ประเภทย่อย คือ

- แบบตัวเลือกตอบถูกตัวเดียว
- แบบให้เลือกตัวเลือกผิดตัวเดียว
- แบบตัวเลือกตอบถูกที่สุด แบบนี้ตัวเลือกถูกทุกข้อ แต่ให้เลือกตัวเลือกที่ถูกที่สุด

การสร้างแบบทดสอบมีขั้นตอนเช่นเดียวกับแบบสอบถาม โดยเริ่มจากการจุดมุ่งหมายของแบบทดสอบ การกำหนดชนิดคำถามและคำตอบ การร่างแบบทดสอบ การทดลองใช้ จนถึงการจัดพิมพ์ แต่มีรายละเอียดปลีกย่อย เช่น การเขียนข้อคำถาม หลักการเขียนตัวเลือกตอบ ซึ่งมีรายละเอียดที่ต้องเรียนรู้เพิ่มเติม (บุญธรรม กิจปรีดาภิรุทธิ์, 2549) ดังนี้

หลักการเขียนข้อคำถาม

- คำถามทุกข้อต้องมีความหมายอย่างสมบูรณ์ในตัวเองและถามปัญหาอย่างเฉพาะเจาะจง แต่ละข้อความต้องมีเนื้อหาใจความเดียว
- ข้อคำถามที่สร้างต้องตัดสินใจได้ว่าถูกหรือผิดจริงตามหลักวิชา
- เขียนตัวคำถามให้ชัดเจน สั้น กระชับ ไม่กำกวม ถ้ามีคำซ้ำในตัวเลือกควรเขียนในตัวคำถามเลย
- ตัวคำถามแต่ละข้ออย่าให้เกี่ยวข้องกัน เพื่อหลีกเลี่ยงการแนะนำคำตอบในข้ออื่น
- ควรหลีกเลี่ยงการใช้ประโยคปฏิเสธ หากจำเป็นให้ขีดเส้นใต้คำปฏิเสธนั้น แต่ห้ามใช้คำปฏิเสธซ้อนปฏิเสธเด็ดขาด
- ข้อความที่ถามต้องไม่เป็นข้อความปฏิเสธซ้อนปฏิเสธ
- ข้อคำถามที่ถามความคิดเห็นไม่ควรใช้แบบสอบถามแบบถูกผิด

หลักการเขียนตัวเลือกตอบ

- เนื้อหาของตัวเลือกทุกตัวควรเป็นเรื่องเดียวกัน
- ตัวเลือกแต่ละตัวต้องเป็นอิสระจากกัน
- ตัวเลือกทั้งหมดควรมีโอกาสถูกพอ ๆ กัน
- ตัวเลือกทุกตัวควรง่ายพอ ๆ กัน
- ตัวเลือกทุกตัวควรสั้น-ยาวใกล้เคียงกัน
- ตัวเลือกเป็นตัวเลขควรใส่ตำแหน่งเรียงกัน
- ไม่ควรใช้ตัวเลือกที่ว่า ทุกข้อถูกหมด ทุกข้อผิดหมด หรือ ไม่มีข้อใดถูก



ตัวอย่างการสร้างแบบสอบถามวัดความรู้

ข้อใดคือหลักการการออกกำลังกายที่ถูกต้อง

- ก. ขณะออกกำลังกาย ถ้าเหนื่อยมากให้หยุดออกกำลังกายทันที
- ข. ออกกำลังกายแค่เหงื่อซึมกายครั้งละ 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์
- ค. ผู้สูงอายุควรฝึกการทรงตัวด้วยการเดินแอโรบิกหรือปั่นจักรยาน
- ง. ดื่มน้ำระหว่างการออกกำลังกายเพื่อชดเชยน้ำที่สูญเสียไปกับเหงื่อ

6.3 การสัมภาษณ์

การสัมภาษณ์แบบเดียว อาจสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้าหรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ก็ได้ อีกประเภทหนึ่ง คือ การสัมภาษณ์แบบกลุ่มเน้น โดยคัดเลือกผู้ให้สัมภาษณ์ประมาณ 8 - 12 คน การสัมภาษณ์ที่พยาบาลอนามัยชุมชนใช้บ่อย คือ การสัมภาษณ์ผู้เป็นกุญแจสำคัญ (key informants) หมายถึง ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนทั้งที่มีบทบาทที่เป็นทางการและที่มีบทบาทไม่เป็นทางการ เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ประธานกลุ่มแม่บ้าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การเก็บข้อมูลโดยวิธีนี้ผู้สัมภาษณ์จะต้องเป็นกลาง ผู้สัมภาษณ์จะต้องเรียนรู้การใช้เครื่องมือที่จะใช้แบบสัมภาษณ์และเทคนิคการสัมภาษณ์เป็นอย่างดี การสัมภาษณ์มีข้อดี คือ สามารถใช้ศึกษาประเด็นความซับซ้อนของชีวิต และเหมาะสำหรับผู้ไม่สามารถอ่านหรือเขียนหนังสือได้ แต่ข้อเสียคือ ผู้สัมภาษณ์ต้องมีทักษะการสัมภาษณ์ ซึ่งไม่สามารถฝึกฝนกันได้ง่าย และต้องใช้เวลาานกว่าจะรวบรวมข้อมูลได้ครบ ทำให้มีค่าใช้จ่ายสูง

การสัมภาษณ์นั้นแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ

- การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิธีนี้มีการกำหนดคำถามไว้ล่วงหน้า และต้องสัมภาษณ์ตามแบบฟอร์ม ผู้ให้สัมภาษณ์จะถูกถามเหมือนกันหมด ดังนั้น แบบสอบถามสัมภาษณ์และผู้สัมภาษณ์จึงต้องมีการเตรียมมาอย่างดี
- การสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง วิธีนี้มีความยืดหยุ่นและเปิดกว้างจะถามอะไรก่อนหลังก็ได้ แต่ต้องให้ได้คำตอบตามวัตถุประสงค์

หลักการสัมภาษณ์ (จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2554; วรณี จันทร์สว่าง, 2546) มีดังนี้

- ก. ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ควรกำหนดจุดมุ่งหมายและขั้นตอนการสัมภาษณ์ให้ชัดเจน
- ข. ผู้สัมภาษณ์จะต้องเตรียมตัวและวัสดุอุปกรณ์ให้พร้อม เช่น แบบสัมภาษณ์ เครื่องบันทึกเสียง เป็นต้น จะต้องมีการศึกษาหาความรู้เรื่องที่จะสัมภาษณ์ให้เพียงพอ รวมถึงการศึกษาลักษณะของผู้ให้สัมภาษณ์ด้วย ถ้ามีผู้สัมภาษณ์หลายคน ควรมีการอบรมผู้สัมภาษณ์เพื่อให้เข้าใจวัตถุประสงค์ของคำถาม และขั้นตอนการสัมภาษณ์ตรงกัน



ค. เตรียมผู้ให้สัมภาษณ์ ต้องเลือกผู้ให้สัมภาษณ์ที่มีข้อมูลรู้เรื่องเกี่ยวกับเรื่องที่จะสัมภาษณ์อย่างแท้จริง

ง. มีการแนะนำตัวและแจ้งวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ พยายามโน้มน้าวให้ผู้ให้สัมภาษณ์รู้สึกว่าคุณเป็นบุคคลสำคัญ ข้อมูลที่ได้รับจะมีประโยชน์ต่อชุมชน

จ. ขณะสัมภาษณ์ต้องสร้างความคุ้นเคยเป็นกันเองกับผู้ให้สัมภาษณ์ วางตัวเป็นกลาง และเคารพสิทธิส่วนบุคคล ถ้าจะจดหรือบันทึกเสียงต้องขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อน

ฉ. คำถามที่ใช้สัมภาษณ์ต้องจัดเรียงไว้ตามลำดับก่อนหลัง หลีกเลี่ยงคำถามปลายปิด

ช. ขณะสัมภาษณ์ต้องสังเกตกิริยาท่าทางของผู้ตอบ ป้อนคำถามที่เหมาะสมกับจังหวะผู้ตอบ หากมีผู้ให้ข้อมูลมีท่าทีสงสัย ไม่เข้าใจคำถาม ให้ถามซ้ำแต่เปลี่ยนถ้อยคำเสียใหม่ แต่หากผู้ให้ข้อมูลมีท่าทีกำลังคิดหรือไม่แน่ใจว่าควรให้ข้อมูลหรือไม่ อาจใช้เทคนิคเงียบระหว่างที่รอคำตอบ

ซ. ใช้ภาษาที่สุภาพ เข้าใจง่าย ผู้สัมภาษณ์ควรเรียนรู้ภาษาท้องถิ่น

ฅ. ไม่ควรใช้เวลาสัมภาษณ์นานเกินไป ระยะเวลาที่เหมาะสม คือ 30 – 45 นาที

ญ. ก่อนปิดการสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์ควรทบทวนคำตอบที่ได้มา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ฎ. จดบันทึกควรจดบันทึกทันที ด้วยความระมัดระวัง แต่ไม่ควรจ้องจดมากเกินไปจนเสียบรรยากาศในการสัมภาษณ์

6.4 การสังเกตและบันทึกภาคสนาม

ในการสังเกต ผู้ศึกษาจะต้องมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนว่าจะสังเกตอะไร และต้องมีการบันทึกทุกครั้งที่สังเกต พยาบาลชุมชนจะการใช้การสังเกตเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลชุมชนทั่วไป และสังเกตเพื่อศึกษาประเด็นสุขภาพประเด็นใดประเด็นหนึ่งในเชิงลึก

6.4.1 การสังเกตเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลชุมชนทั่วไป

การสังเกตเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลชุมชนทั่วไปมักทำระหว่างการเดิน/ขับรถสำรวจรอบๆ ชุมชน Stanhope and Lancaster (2014, p. 420) ได้เสนอประเด็นที่พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องสังเกต คือ

- ก. ขอบเขตพื้นที่ชุมชน (ภูเขา แม่น้ำ ป่า ถนน ย่านธุรกิจฯ) เขตติดต่อก
- ข. ลักษณะบ้าน การกระจายตัวของบ้านเรือน
- ค. การใช้พื้นที่ว่าง เช่น ศาลาประชาคม สวนสาธารณะ



ง. ความรู้สึกถึงความเป็นชุมชนของกลุ่มคนกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน รวมถึงช่วงเวลาที่มีการรวมกลุ่มกัน เช่น กลุ่มศาสนา กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มคนบาร์ กลุ่มแม่บ้าน เป็นต้นความรู้สึกนี้จะเปิดเผยว่ายอมรับบุคคลแปลกหน้าในการเข้ากลุ่มมากน้อยเพียงใด

- จ. การคมนาคมขนส่ง
- ฉ. สถานบริการต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาล โรงแรม โรงเรียน คลินิก เป็นต้น
- ช. ร้านค้า เพื่อสังเกตดูว่ามีร้านค้าอะไรบ้าง ตั้งอยู่ที่ใด เช่น ร้านขายอาหารสด
- ซ. ลักษณะบุคคลและสัตว์ที่พบเห็นบนถนน
- ฅ. สิ่งแสดงถึงความเสื่อมถอย เช่น ถังขยะ ซากรถ โปสเตอร์เก่าที่ติดตามผนัง
- ฉ. เชื้อชาติ และศาสนา ของคนในชุมชนมีความเหมือนหรือแตกต่างกัน
- ค. สุขภาพของคนในชุมชนที่พบเห็น
- ฌ. นโยบายที่เข้าถึงชุมชน ซึ่งสังเกตได้จากโปสเตอร์หรือป้ายประกาศ
- ฐ. การสื่อสารภายในชุมชน เช่น วิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์

การเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตนี้ เราต้องสังเกตทั้งส่วนที่เป็นปัญหาและส่วนที่เป็นจุดเข้มแข็ง โดยผู้เก็บรวบรวมข้อมูลสามารถเขียนแสดงความคิดเห็นต่อสิ่งที่พบและบันทึก ดังตาราง 4

ตาราง 4 การบันทึกข้อมูลจากการสังเกต

ข้อมูล	สิ่งที่พบ		ความคิดเห็น
	ปัญหา	ความเข้มแข็ง	
- ประวัติศาสตร์ชุมชน			
- ลักษณะประชากร			
- ลักษณะครอบครัว			
- เชื้อชาติและศาสนา			
- เศรษฐกิจของชุมชน			
- การศึกษา			
- ความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรม			
- สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ			
- ที่อยู่อาศัย			
- การสุขภาพ			
- บริการสุขภาพ			



ข้อมูล	สิ่งที่พบ		ความคิดเห็น
	ปัญหา	ความเข้มแข็ง	
- การคมนาคมขนส่ง			
- การป้องกันความปลอดภัย			
- ลักษณะการปกครอง			
- การสื่อสารในชุมชน			
- การนันทนาการ/การพักผ่อน			
- ประวัติศาสตร์ชุมชน			
- ลักษณะประชากร			

6.4.2 การสังเกตเพื่อศึกษาประเด็นสุขภาพเชิงลึก

การสังเกตเพื่อศึกษาประเด็นสุขภาพเชิงลึกมีเป้าหมายสำคัญ คือ การเฝ้าดูเหตุการณ์หรือพฤติกรรมอย่างละเอียดถี่ถ้วน โดยใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2552) เพื่ออธิบายองค์ประกอบสิ่งแวดล้อม (setting) ของปรากฏการณ์ที่ถูกสังเกต กิจกรรม (activity) ที่เกิดขึ้น ผู้คนที่มีส่วนร่วมในกิจกรรมเหล่านั้น รวมถึงความหมายของสิ่งที่ถูกสังเกตในมุมมองของผู้สังเกต (ทวิศักดิ์ นพเกษร, 2548, หน้า 77) การสังเกตมีข้อดี คือ ทำให้ผู้ศึกษาเข้าใจบริบทของชุมชนได้ลึกซึ้งมากขึ้น เพราะมีเรื่องบางเรื่องที่คนในชุมชนไม่เต็มใจที่จะพูดขณะสัมภาษณ์ และเรื่องบางเรื่องคิดว่าเป็นเรื่องไม่สำคัญหรือเป็นเรื่องปกติ จึงไม่ได้ให้ข้อมูลระหว่างการสัมภาษณ์ (ทวิศักดิ์ นพเกษร, 2548) การสังเกตมีทั้งแบบการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2552)

- การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (participant observation) เป็นการสังเกตที่ผู้สังเกตจะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมกับบุคคลหรือชุมชนที่ศึกษา จนชุมชนยอมรับว่าผู้สังเกตเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนในชุมชน โดยผู้สังเกตทำตัวเป็น “คนใน”

- การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) เป็นการสังเกตที่ผู้ถูกสังเกตไม่รู้ตัว ผู้สังเกตจะมองด้วยสายตาของ “คนนอก” โดยไม่เข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม



สิ่งที่ต้องสังเกต (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2552) ประกอบด้วย

ก. สถานที่ ลักษณะทางกายภาพ และบุคคลที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรม (Setting) เป็นการสังเกตเพื่อระบุว่า “ใคร” และ “ที่ไหน” โดยสังเกตทั้งจำนวน ลักษณะโดยทั่วไป และลักษณะเฉพาะ

ข. การกระทำ (Acts) เป็นการสังเกตเพื่อระบุว่า “ทำอะไร” โดยสังเกตการกระทำระหว่างกันของบุคคล

ค. แบบแผนกิจกรรม (Pattern of activities) เป็นการสังเกตเพื่อระบุว่า กลุ่มคนที่สังเกต “ทำอะไร”

ง. ความสัมพันธ์ (Relationship) เป็นการสังเกตเพื่อเฝ้าดูว่าใครทำกับใครในบทบาทและสถานภาพอย่างไร เป็นการตอบคำถามว่า “ใครกับใคร”

จ. การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นการตอบคำถามว่า “ใครบ้าง” เพื่อขยายความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งเป็นคู่ของการกระทำออกไปสู่ภาพรวมทั้งหมด

ฉ. ความหมาย (Meaning) เป็นการรับรู้ความหมายของบุคคลที่เราสังเกตต่อเหตุการณ์ เพื่อให้เข้าใจว่าบุคคลกระทำ “อย่างไร” และ “ทำไม”

การสังเกตอาจกระทำร่วมไปกับการสนทนาและการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รอบด้าน และเมื่อสังเกตแล้วจะต้องจดบันทึกสิ่งที่สังเกตทันที ผู้สังเกตจะต้องบันทึกตามความเป็นจริง บันทึกให้ชัดเจน ครบด้าน และข้อความควรจะมีความสัมพันธ์กัน โดยมีหลักการบันทึก ดังนี้

- ก. บันทึกวัน เวลา สถานที่ ที่สังเกต
- ข. จดบันทึกคำสำคัญ ๆ เป็นคำหรือวลีคร่าว ๆ แล้วจึงนำมาขยายข้อมูลให้สมบูรณ์ภายหลัง
- ค. พรรณนาทุกสิ่งทุกอย่างที่ได้เห็น ได้ยิน
- ง. วิเคราะห์ข้อมูลไปด้วยในขณะที่เก็บข้อมูล
- จ. มีการบันทึกความรู้สึกของผู้เก็บข้อมูลไปด้วย โดยบันทึกแยกข้อมูลที่ได้จากข้อ ข.



7. การนำเสนอข้อมูลชุมชน

การนำเสนอข้อมูลชุมชนสามารถทำได้หลายวิธี เช่น บรรยาย ตาราง กราฟเส้น แผนภูมิแท่ง เป็นต้น จะเลือกนำเสนอข้อมูลวิธีใดต้องพิจารณาลักษณะข้อมูลและวัตถุประสงค์การนำเสนอ (คิวนพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ, 2555, หน้า 75 - 86) ดังนี้

7.1 การนำเสนอข้อมูลด้วยข้อความ

การนำเสนอข้อมูลด้วยข้อความ เป็นการนำเสนอโดยนำข้อมูลมาเรียบเรียงด้วยข้อความ สอดแทรกค่าสถิติ เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจ เหมาะสมหรับเนื้อหาที่มีไม่ซับซ้อน เช่น

ชุมชนตำบลหนองอ้อ อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก มีประชากรจำนวน 517 คน เป็นเพศชาย 259 คน และเพศหญิง 258 คน

7.2 การนำเสนอข้อมูลด้วยข้อความกึ่งตาราง

การนำเสนอข้อมูลด้วยข้อความกึ่งตาราง เป็นการนำเสนอโดยนำข้อมูลมาเรียบเรียงด้วยข้อความ และนำข้อมูลสถิติมาเรียงเป็นแถว เรียงลำดับเนื้อหาหรือความมากมาย เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจได้ง่าย เช่น

จากการตรวจคัดกรองสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรในชุมชนตำบลหนองอ้อ จำนวน 68 คน พบว่า ประชากรกว่าครึ่ง (56%) พบสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเลือดอยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย ดังนี้

ปกติ	3 คน (8%)
ปลอดภัย	19 คน (38%)
มีความเสี่ยง	18 คน (36%)
ไม่ปลอดภัย	10 คน (20%)

7.3 การนำเสนอในรูปแบบตาราง

การนำเสนอในรูปแบบตาราง เป็นการนำเสนอโดยการนำข้อมูลที่มีหลายรายการและซ้ำกัน มาจัดเป็นหมวดหมู่ ให้ตรงกับหัวตารางที่อยู่ในแนวดิ่ง (หัวสดมภ์) และแนวนอน (หัวขั้ว) แล้วนำค่าสถิติลงมาใส่ในตารางให้ตรงกับรายการที่แสดงไว้ที่หัวตาราง ทำให้ข้อมูลมีความชัดเจนและง่ายต่อความเข้าใจ ตารางมีหลายประเภท ได้แก่ ตารางทางเดียว ตารางสองทาง และตารางหลายทาง



- ตารางทางเดียว จะมีการจำแนกข้อมูลโดยใช้หัวตารางในแนวตั้งหรือแนวนอนเพียงด้านเดียว เช่น ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของประเภทสิทธิการรักษา เป็นต้น
- ตารางสองทาง จะมีการจำแนกข้อมูลโดยใช้หัวตารางทั้งในแนวตั้งและแนวนอน เช่น ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของประเภทสิทธิการรักษาจำแนกตามเพศ เป็นต้น
- ตารางหลายทาง จะมีการจำแนกข้อมูลของหัวตารางในแนวตั้งและ/หรือแนวนอนแยกย่อยลงไปอีก (หัวข้อย่อย) เช่น ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของประเภทสิทธิการรักษาจำแนกตามเพศและกลุ่มวัย เป็นต้น

หลักการการนำเสนอตารางคือ หากมีความจำเป็นต้องนำเสนอข้อมูลหลายรายการ ควรใช้หลายตารางมากกว่าการใส่ข้อมูลรวมอยู่ในตารางเดียว และตารางควรมีองค์ประกอบครบถ้วน

องค์ประกอบของตาราง ประกอบด้วย

- ลำดับที่ตาราง และชื่อตาราง เขียนไว้มุมซ้ายของหัวตาราง
- รายการในหัวสดมภ์ หัวขั้ว และตัวขั้ว (ดูตาราง 5)
- เนื้อหาที่เป็นค่าสถิติ
- หากเป็นการนำข้อมูลที่มีผู้รวบรวมข้อมูลไว้แล้ว ต้องเขียนที่มาของข้อมูลไว้ท้ายตาราง
- หากต้องการขยายความข้อความ ให้ใช้สัญลักษณ์ * และเขียนขยายข้อความไว้ท้ายตารางก่อนที่มาของตาราง

ตารางที่ 5 ตัวอย่างการนำเสนอข้อมูลด้วยตาราง

ตารางที่..... จำนวนและร้อยละของ.....จำแนกตาม.....

หัวขั้ว	หัวสดมภ์	
	หัวข้อย่อย	หัวข้อย่อย
ตัวขั้ว	เนื้อหา	เนื้อหา
ตัวขั้ว	เนื้อหา	เนื้อหา
ตัวขั้ว*	เนื้อหา	เนื้อหา

* หมายเหตุ:

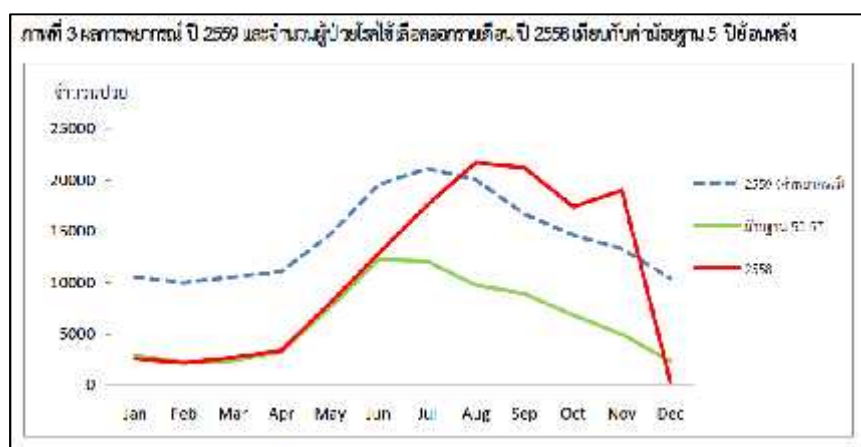
แหล่งที่มา:

(ดัดแปลงจาก สุขศิริ ประสมสุข, 2554, หน้า 189)



7.4 การนำเสนอด้วยกราฟเส้น

กราฟเส้น ประกอบด้วยแกนแนวดิ่ง (x) และแกนแนวนอน (y) ที่ทำหน้าที่คล้ายหัวขั้วของตารางเพื่อแสดงประเด็นที่ต้องการนำเสนอ และข้อมูลตัวเลขที่เป็นข้อมูลตามแกน x และ y จะแสดงค่าสถิติที่มีความสัมพันธ์กับเวลา เช่น แกนตั้งเป็นจำนวนผู้ป่วย แกนนอนเป็นเดือน ดังภาพที่ 11 เพื่อให้ผู้อ่านเห็นแนวโน้มของข้อมูล และสามารถทำนายปรากฏการณ์

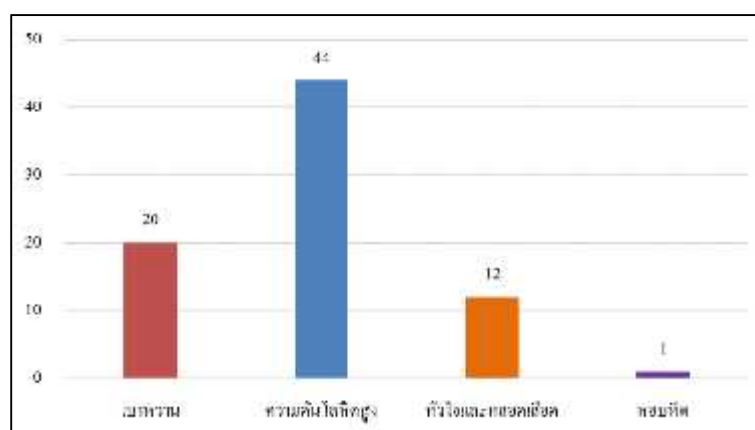


ที่มา บทสรุปผู้บริหาร การพยากรณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2559 สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมง กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 11 ตัวอย่างการนำเสนอข้อมูลด้วยกราฟเส้น

7.5 การนำเสนอด้วยกราฟแท่ง

กราฟแท่ง จะให้ประโยชน์ในการเปรียบเทียบชุดข้อมูลที่นำเสนอว่าอะไรมากหรือน้อยกว่ากัน และมากน้อยกว่ากันประมาณกี่เท่า โดยข้อมูลของกราฟแต่ละแท่งจะต้องแยกขาดจากกัน ดังภาพ 12

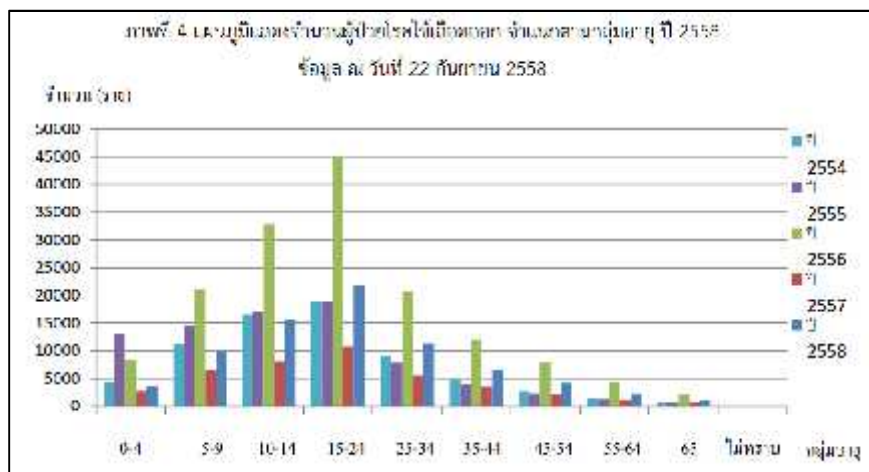


ภาพที่ 12 ตัวอย่างการนำเสนอข้อมูลด้วยกราฟแท่ง



7.6 การนำเสนอด้วยแผนภูมิฮิสโตแกรม

แผนภูมิฮิสโตแกรม เป็นการนำเสนอข้อมูลที่มีการแบ่งเป็นอันตรภาคชั้น โดยในแต่ละชั้น จะเป็นการแสดงความถี่ของข้อมูล แล้วนำข้อมูลมาเรียงต่อกันเป็นกราฟแท่ง ดังภาพ 13



ที่มา บทสรุปผู้บริหาร การพยากรณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ. 2559 สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมง กรมควบคุมโรค

ภาพที่ 13 ตัวอย่างการนำเสนอข้อมูลด้วยแผนภูมิฮิสโตแกรม

7.7 การนำเสนอด้วยแผนภูมิวง

แผนภูมิวง จะแสดงการเปรียบเทียบของข้อมูลภาพในพื้นที่วงกลมว่าข้อมูลอะไรมาก/น้อยกว่าอะไร โดยข้อมูลทั้งหมดจะต้องมีค่าสถิติรวมกันเท่ากับ 100 เปอร์เซ็นต์ ดังภาพ 14 เหมาะสำหรับการนำเสนอข้อมูลที่มีการแบ่งกลุ่มไม่เกิน 5 กลุ่ม และไม่ควรมีค่าสถิติใกล้เคียงกัน (พรฤดี นิธิรัตน์ และสายใจ จารุจิตร, 2559)

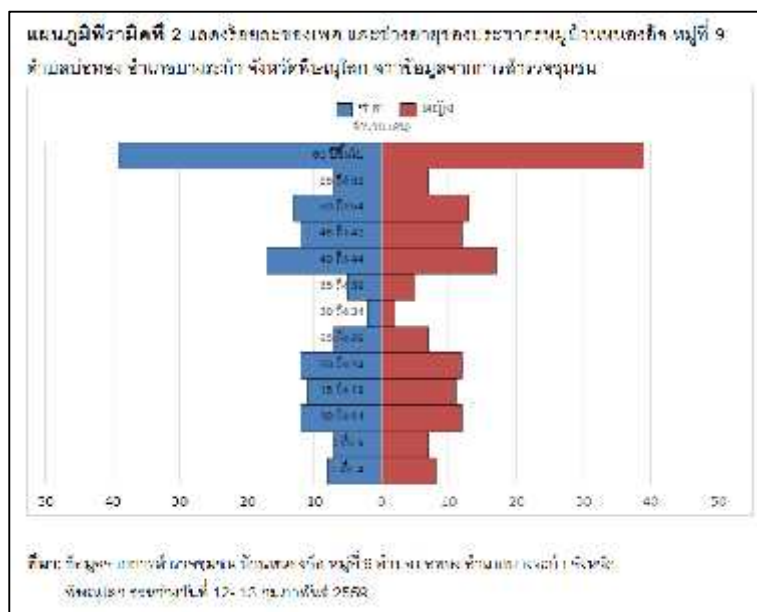


ภาพที่ 14 ตัวอย่างการนำเสนอข้อมูลด้วยแผนภูมิวง



7.8 การนำเสนอด้วยปิรามิดประชากร

ปิรามิดประชากร เป็นการนำเสนอเพื่อเปรียบเทียบจำนวนประชากรชายและหญิงจำแนกตามกลุ่มอายุ นิยมนำเสนอกลุ่มอายุ 0 – 4 ปี เป็นฐานล่าง ลำดับถัดมาจะเป็นกลุ่มอายุที่แบ่งช่วงทุก 5 ปี ได้แก่ 5 – 9 ปี, 10 – 14 ปี, 15 – 19 ปี, ฯลฯ เรียงลำดับจากล่างขึ้นบน ดังภาพ 15



สรุป

การประเมินสุขภาพชุมชนเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลในงานอนามัยชุมชน เป็นขั้นตอนที่จะทำให้พยาบาลชุมชนเข้าใจบริบทและภาวะสุขภาพของคนในชุมชน การประเมินสุขภาพชุมชนรวมความถึงขั้นเรียนรู้วิถีชีวิตชุมชน การศึกษาสภาพภูมิศาสตร์ทางกายภาพของชุมชน ขั้นตอนแบบสำรวจ สอบถาม สัมภาษณ์ การประชุมกลุ่มย่อย และการศึกษาเอกสาร เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ จัดเตรียมข้อมูล วิเคราะห์ และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบข้อความสอดแทรกตัวเลข สถิติ กราฟ และแผนภูมิ เพื่อพร้อมสำหรับนำไปใช้วินิจฉัยชุมชนต่อไป เนื่องจากชุมชนมีความหมายกว้าง และประกอบด้วยระบบย่อยๆ ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน การให้นิยามชุมชนก่อนการประเมินสุขภาพชุมชนเพื่อกำหนดขอบเขตที่จะศึกษาเป็นเรื่องจำเป็น และต้องทำความเข้าใจให้ตรงกัน ภายในทีมผู้ศึกษาถึงแนวทางการประเมินสุขภาพชุมชน หากเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการประเมิน จะช่วยให้คนในชุมชนได้เกิดความตระหนักและเล็งเห็นความสำคัญของภาวะสุขภาพ



ชุมชน อีกทั้งทำให้เกิดความเข้าใจและความไว้วางใจระหว่างเจ้าหน้าที่และชุมชนอันเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนได้อีกทางหนึ่ง แม้การประเมินสุขภาพชุมชนจะมีหลากหลายวิธี สิ่งสำคัญที่ควรพึงระลึกไว้เสมอ คือ ยังไม่มีวิธีประเมินสุขภาพชุมชนวิธีใดวิธีหนึ่งที่ดีที่สุด เพราะชุมชนมีความซับซ้อนและเป็นพลวัต อย่ามองเห็นแต่ปัญหา หรือมุ่งเน้นประเมินเฉพาะเรื่องสุขภาพ ต้องเข้าใจฐานคิดและแบบแผนความสัมพันธ์ของระบบย่อยต่างๆ ในชุมชนด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. (2556). การใช้ทุนทางสังคมเพื่อการดูแลสุขภาพชุมชน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(1), 66 – 72.
- กลุ่มพัฒนากลยุทธ์ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค. (2559). *แนวทางการถ่ายทอดเป้าหมายและตัวชี้วัดสู่หน่วยงานและบุคลากร กรมควบคุมโรค ประจำปีงบประมาณ 2559*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง. (2545). *วิถีชุมชน คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้ชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ขนิษฐา นันทบุตร. (2551). *ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน: แนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ*. ขอนแก่น: วิชาการพิมพ์.
- ขนิษฐา นันทบุตร. (2546). *กระบวนการพยาบาลชุมชน*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์. (2554). *การจัดการสาธารณสุขในชุมชน (พิมพ์ครั้งที่ 10)*. มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสารคาม.
- ทวีศักดิ์ นพเกษร. (2548). *วิธีการวิจัยคุณภาพ เล่ม 1*. นครราชสีมา: โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2549). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย*. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- พรฤดี นิธิรัตน์ และสายใจ จารุจิตร. (2559). *กระบวนการพยาบาลกับการดูแลสุขภาพชุมชน*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.



- เพชรน้อย ลิงห์ช่างชัย, ศิริพร ชัมภลิต และทัศนีย์ กระแส. (2539). *วิจัยทางการแพทย์พยาบาล: หลักการและกระบวนการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รังสิยา นารินทร์ และวราภรณ์ บุญเชียง. (2555). การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล. ใน ศิวพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ (บรรณาธิการ). *การพยาบาลชุมชน* (หน้า 69 – 87). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณิ จันท์สว่าง. (2546). *สุขภาพชุมชน แนวคิดและกระบวนการดำเนินงาน*. สงขลา: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วสุธร ตันวัฒนกุล. (2547). *สุขภาพอนามัยชุมชน และกระบวนการพัฒนา*. ชลบุรี: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริภาณี อินทรหนองไผ่. (2554). *กระบวนการพยาบาล: เครื่องมือนักจัดการสุขภาพองค์รวม เพื่อวิวัฒน์และพัฒนาสุขภาพปฐมภูมิ* (พิมพ์ครั้งที่ 5). มหาสารคาม: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสารคาม.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2552). *การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา.
- ศิวพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ. (2555). การทำแผนที่ชุมชน. ใน ศิวพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบุลย์กิจ (บรรณาธิการ). *การพยาบาลชุมชน* (หน้า 43 – 50). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศูนย์ข้อมูลเพื่อการพัฒนาชุมชน กรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย. (มปป.). *แบบสอบถามข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน ปี 2560 – 2564*. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2560, จาก <http://app2.cdd.go.th/rdic/Manual/bBMN60.pdf>
- สมใจ วินิจกุล. (2552). *อนามัยชุมชน กระบวนการวินิจฉัยและการแก้ไข* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยเกื้อการุณย์.
- สมนึก ภัททิยธนี. (2546). *การวัดผลการศึกษา* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กทม: ประสานการพิมพ์.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560 (ฉบับร่าง, ปรับปรุงแก้ไข เดือน พ.ค. 2560)*. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน 2560, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/node/91
- สุขศิริ ประสมสุข. (2554). กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน. ใน จริยาวัตร คมพัยค์ม์ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิ์ชัย (บรรณาธิการ). *การพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิด หลักการ และการปฏิบัติการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 178 - 203). กรุงเทพฯ: จุฑทอง.
- สุวรรณา จันท์ประเสริฐ, สมสมัย รัตนกรिताกุล และนิสากร กรุงไกรเพชร. (2559). *ชุดการเรียนรู้ที่ 7 การสร้างเสริมความเข้มแข็งชุมชน*. นนทบุรี: มาตา การพิมพ์.
- สุวิมล ตีรกานต์. (2551). *การสร้างเครื่องมือวัดตัวแปรในการวิจัยทางสังคมศาสตร์: แนวทางสู่การปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.



อดิศักดิ์ สัตย์ธรรม. (2554). หน่วยที่ 10 การเข้าถึงชุมชนและการเตรียมชุมชน. ใน คณะกรรมการกลุ่มผลิตชุดวิชาการทำงานชุมชนด้านสาธารณสุข. เอกสารการสอนชุดวิชาการทำงานชุมชนด้านสาธารณสุข หน่วยที่ 9 – 15 (พิมพ์ครั้งที่ 11, หน้า 67 – 101). กรุงเทพฯ: สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

อุทัยวรรณ สุกิมานิล. (2548). การบริการปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

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

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2014). *Public health nursing: population-centered health care in the community* (8th). Missouri: Elsevier Mosby.

Website

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก: <http://www.rh2.go.th/www/index.php>

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 นครสวรรค์: https://mis_kp.kpo.go.th/@misRegion3/index.php

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก: <http://www.plkhealth.go.th/>



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เอกสารประกอบการสอน

เรื่อง การวินิจฉัยชุมชน และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

(Community Health Diagnosis & Priority Setting of Health Problems)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุภาพร แนวนบุตร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

แนวคิด /ความคิดรวบยอด

การวินิจฉัยชุมชน และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (Community health diagnosis & Priority setting of Health problems) เป็นขั้นตอนต่อเนื่องมาจาก การเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลที่ได้ โดยผ่านการตรวจสอบ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประมวลผลตามหลักวิชาการ มาสรุปและวินิจฉัยถึงลักษณะ และสภาพปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน เพื่อที่จะประเมินแนวโน้มปัญหาและระบุปัญหา แล้วนำมา จัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความเร่งด่วน และทรัพยากรในชุมชน กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา แสวงหาแนวทางแก้ไขร่วมกับชุมชน โดยดำเนินการในรูปแบบของแผนงานหรือโครงการ ในหัวข้อนี้จะเน้นถึง วิธีการระบุปัญหา และวิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ในเนื้อหาส่วนนี้จะกล่าวถึงรายละเอียดขั้นตอนและกระบวนการของการวินิจฉัยชุมชน และการ จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ขอบเขตเนื้อหา

1. การวินิจฉัยชุมชน
 - 1.1 นิยามปัญหาสุขภาพชุมชน
 - 1.2 การระบุปัญหาและการวินิจฉัยชุมชน
2. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

วัตถุประสงค์ เมื่อจบบทเรียนแล้ว นิสิตสามารถ

1. ระบุปัญหาและวินิจฉัยชุมชนได้
2. เขียนข้อวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชนได้
3. อธิบายและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพได้

1. การวินิจฉัยชุมชน

ในขั้นตอนการวินิจฉัยชุมชนนั้น หลังจากประเมินสภาพชุมชนแล้วขั้นตอนต่อมา คือการวินิจฉัยชุมชน โดยการระบุสภาพปัญหาและความจำเป็นทางด้านสุขภาพรวมทั้งปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพชุมชน การระบุปัญหาสุขภาพชุมชนหรืออาจเรียกว่า “ขั้นตอนการหาปัญหาสุขภาพชุมชน” (สมใจ วินิจกุล,2550) โดยนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ มาเปรียบเทียบกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือค่ามาตรฐานที่สังคมยอมรับ

1.1 นิยามปัญหาสุขภาพชุมชน

ปัญหา หมายถึง ข้อสงสัย ข้อขัดข้อง หรือสิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ (ตามความหมายของ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2558) และได้มีผู้ให้นิยามปัญหาไว้ ละเอียด แจ่มจันทรและสุรี ชันธรักขวงศ์ (2549) กล่าวว่า

ปัญหา หมายถึง (สิ่งที่ควรเป็น – สิ่งที่เป็นอยู่) X ความกังวลห่วงใย

สิ่งที่ควรเป็น หมายถึง สิ่งที่เราคาดหวัง

สิ่งที่เป็นอยู่ หมายถึง สิ่งที่ค้นพบหรือสิ่งที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริงในปัจจุบัน

ความกังวลห่วงใย หมายถึง ความตระหนักหรือรับรู้ต่อปัญหา

ดังนั้น **ปัญหาสุขภาพชุมชน** จึงรวมความถึงภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปจากปกติในชุมชน และ/หรือ ความวิตกกังวลของชุมชนทางด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถมองได้หลายลักษณะทั้งนามธรรม และรูปธรรม

นิยาม ปัญหาสุขภาพชุมชน = (สุขภาพที่ควรเป็น) – (สุขภาพที่เป็นอยู่) X ความกังวล

สุขภาพที่ควรเป็น คือ สุขภาพหรือสิ่งที่ชุมชนคาดหวัง หรือสุขภาพซึ่งชุมชนได้ระบุไว้ตามค่ามาตรฐานของประเทศหรือชุมชน หรือขององค์การอนามัยโลก

สุขภาพที่เป็นอยู่ คือ ภาวะสุขภาพที่ค้นพบได้ตามสภาพความเป็นจริง หรือสถานสุขภาพของชุมชนในปัจจุบัน

ความกังวลห่วงใย คือ ความวิตกกังวล การตระหนัก และ/หรือการรับรู้ต่อสถานะสุขภาพของชุมชนหรือของประชาชนในชุมชน

เมื่อทราบนิยามแล้ว ก็ควรที่จะทราบลักษณะของปัญหาสุขภาพชุมชน ในที่นี้แบ่งลักษณะของปัญหาสุขภาพชุมชนเป็น 3 ประเด็น คือ

1 เป็นปัญหาสุขภาพชุมชนของชุมชนเอง ปัญหาในลักษณะนี้ประกอบด้วย

1.1 เป็นปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพของประชาชนเป็นส่วนใหญ่ในชุมชน

1.2 เป็นเรื่องที่คนส่วนมากในชุมชนคิดว่าเป็นเรื่องจำเป็นและเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องรีบแก้ไข

ลักษณะปัญหาที่เป็นของประชาชนนี้ ประชาชนจะเข้ามามีบทบาทอย่างเต็มที่ในการให้ความร่วมมือ ในการวางแผนและแก้ไข้ปัญหา

2 เป็นปัญหาสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ปัญหาในลักษณะนี้ประกอบด้วย

2.1 เป็นปัญหาที่รัฐหรือหน่วยงาน กำหนดเป็นนโยบาย

2.2 เป็นปัญหาที่กระทบต่อคนกลุ่มน้อยในชุมชน แต่เป็นปัญหาที่มีความรุนแรง

ลักษณะปัญหาที่เป็นของเจ้าหน้าที่ การวางแผนและการแก้ไข้ปัญหาจะเป็นความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่โดยตรงในการแก้ไข้ปัญหาและเสนอให้ทราบตามลำดับขั้นตอน หรือกระตุ้นให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหานั้น และให้ความร่วมมือในการแก้ไข้ปัญหา

3 เป็นปัญหาสุขภาพของชุมชนและเจ้าหน้าที่ ปัญหาในลักษณะนี้ประกอบด้วย

3.1 เป็นเรื่องที่ประชาชนส่วนใหญ่ยอมรับว่าเป็นปัญหาสุขภาพชุมชน

3.2 เป็นปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชนเป็นบางส่วน

3.3 เป็นปัญหาที่มีความผูกพันกับปัญหาอื่น หรือผูกพันกับสิ่งอื่น และก่อให้เกิดผลกระทบและความเสียหายต่อผลประโยชน์โดยรวมของชุมชน

ลักษณะปัญหาที่เป็นของชุมชนและเจ้าหน้าที่ การวางแผนแก้ไข้ปัญหาจะเป็นความรับผิดชอบร่วมกันทั้งสองฝ่าย และในส่วนที่สามารถจะกระทำได้ก็ให้ทำไปก่อน ส่วนไหนที่ไม่สามารถทำได้เจ้าหน้าที่ก็จะเป็นผู้รับผิดชอบเสนอแนวทางแก้ไข้เป็นลำดับขั้นตอนต่อไป

ปัญหาสุขภาพชุมชน จึงประกอบด้วยส่วนที่เป็นปัญหาสุขภาพของชุมชนและส่วนที่สัมพันธ์กับสุขภาพของชุมชนทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคม แต่การที่จะแก้ไข้ปัญหาสุขภาพชุมชนได้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีนั้น จะต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่ายทั้งภาครัฐบาล เอกชนและประชาชน เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดขึ้นเพียงปัญหาหนึ่งแต่จะเกิดขึ้นพร้อมกัน และแต่ละปัญหาจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันและเมื่อทราบนิยามของปัญหา ลักษณะของปัญหาแล้วก็จะนำเข้าสู่ขั้นตอนการระบุปัญหาสุขภาพ

1.2 การระบุปัญหาสุขภาพชุมชน

การระบุปัญหาสุขภาพชุมชน หมายถึง การตัดสินใจเลือกวิธีการ หรือสิ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจว่าสิ่งใดเป็นปัญหาสุขภาพชุมชน

วัตถุประสงค์ ของการระบุปัญหาสุขภาพชุมชน คือ เพื่อระบุปัญหาสุขภาพชุมชนโดยใช้วิธีการระบุปัญหาที่เหมาะสม

วิธีการระบุปัญหาสุขภาพชุมชน การระบุปัญหาสุขภาพชุมชนมีหลายวิธี แต่ละวิธีมีวัตถุประสงค์

การใช้ที่แตกต่างกัน การที่จะเลือกใช้วิธีใดการระบุปัญหาจึงขึ้นอยู่กับหลักการ และลักษณะของวิธีการระบุปัญหา สถานการณ์และประสบการณ์ของผู้ดำเนินงาน วิธีการระบุปัญหาสุขภาพชุมชนมี

1. การระบุปัญหาสุขภาพชุมชนโดยใช้หลักการของ 5 D ประกอบด้วย ตาย (Death) พิการ (Disability) โรค (Disease) ความไม่สุขสบาย (Discomfort) ความไม่พึงพอใจ (Dissatisfaction)

การระบุปัญหาสุขภาพชุมชนโดยใช้หลักการของ 5 D เป็นการนำหลักการทางระบาดวิทยา มาประยุกต์ใช้ ในการพิจารณาปัญหาสุขภาพชุมชน ร่วมกับความคิดกังวลของชุมชน โดยปัญหาจะเกี่ยวข้องกับการตาย การเกิดโรค ความพิการ และความพึงพอใจของชุมชน

หลักการพิจารณาระบุปัญหา หากพบว่ามีเพียง Dใด D หนึ่งก็นับได้ว่า เป็นปัญหา และหากปัญหาใดมี D หลายตัว ประกอบกัน จะเพิ่มขนาดและความสำคัญของปัญหา โดยจะมีผลกระทบต่อสุขภาพของชุมชนมากขึ้น

2. การระบุปัญหาสุขภาพชุมชนโดยเปรียบเทียบเกณฑ์หรือค่ามาตรฐานสากลซึ่งเป็นค่าตัวเลขที่แสดงถึงเป้าหมายว่าต้องการให้ชุมชนมีสุขภาพอยู่ในระดับใด เกณฑ์หรือค่ามาตรฐานนี้อาจจะได้อาจมาจาก ค่ามาตรฐานขององค์กรสุขภาพระหว่างประเทศ เช่น องค์กรอนามัยโลก หรือค่ามาตรฐานซึ่งเปรียบเทียบกับประเทศ หรือชุมชนข้างเคียงที่มีการพัฒนาสาธารณสุข หรือค่ามาตรฐานที่ประเทศกำหนดไว้แล้ว เช่น จปฐ.(ซึ่งตามเขตรับผิดชอบของรพ.สต.ที่นิสิตต้องฝึกงานในเขตอ.บางระกำ ช่วงตั้งแต่ ปีพ.ศ.2554-2557 ยังใช้เกณฑ์จปฐ.เป็นพื้นฐานในการสำรวจข้อมูลชุมชน)

หลักการพิจารณาระบุปัญหาโดยเปรียบเทียบเกณฑ์หรือค่ามาตรฐานควรนำเสนอข้อมูลในรูปของปริมาณ หรือขนาดของปัญหา เช่น อัตรา สัดส่วน ร้อยละ เพื่อช่วยให้เกิดความเด่นชัดของข้อมูลสามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ต่าง ๆ ได้สะดวก และระบุปัญหาออกมาได้ชัดเจน

3. การระบุปัญหาสุขภาพชุมชนโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Nominal Group Process) (ละเอียดยแก้จันท์และสุรี ชันธรักษ์วงศ์,2549; จริยาวัตร คมพยัคฆ์และวนิดา ดรงค์ฤทธิชัยม, 2554) เป็นการให้ชุมชนหรือผู้นำชุมชน หรือประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้วยตนเอง ว่า อะไรหรือสิ่งใดเป็นปัญหาสุขภาพชุมชน

กระบวนการกลุ่มเป็นการแสดงให้เห็นถึงการรับรู้ของชุมชนต่อปัญหา (Community Perception) ดังนั้นการระบุปัญหาโดยวิธีนี้ผู้ดำเนินงานจะต้องนำเสนอข้อมูลที่ผ่านการวิเคราะห์แล้ว ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพให้ชุมชนรับทราบพร้อมทั้งเปิดอภิปรายถึงผลดี ผลเสียที่มีต่อสุขภาพ หลังจากนั้นจึงให้ประชาชนลงความเห็นว่ข้อใดสมควรเป็นปัญหาสุขภาพชุมชน ซึ่งมีขั้นตอน ดังนี้

3.1) กำหนดกลุ่มสมาชิกที่เป็นตัวแทนชุมชน เช่น คณะกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มประชาชน

3.2) นำเสนอข้อมูลแก่กลุ่มสมาชิก

- 3.3) เปิดอภิปรายถึงขนาด ความรุนแรงและผลกระทบของปัญหาต่อชุมชน
- 3.4) สมาชิกเสนอความคิดเห็นว่าข้อมูลใดเป็นปัญหา
- 3.5) กลุ่มสมาชิกเสนอเสียงสนับสนุนรับรองปัญหา

การระบุปัญหานี้ถ้าพบว่ามีเสียงสนับสนุนเพียง 1 เสียงก็นับได้ว่าเป็นปัญหา และหากมีเสียงสนับสนุนมากกว่า 1 เสียงแสดงว่าปัญหามีขนาดและความสำคัญ รวมทั้งผลกระทบต่อชุมชน

การระบุปัญหาสุขภาพชุมชนโดยใช้กระบวนการกลุ่มมักพบว่า ชุมชนหรือประชาชนมักนำความรู้สึกส่วนตัว คือความวิตกกังวลของตนเองต่อปัญหานั้นเข้ามาร่วมในการพิจารณาตัดสินใจในการเลือกหรือระบุปัญหา ปัญหาที่ได้จึงออกมาในลักษณะเป็นปัญหาที่ชุมชนต้องการจะให้มีการแก้ไข

การเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

การระบุปัญหาสุขภาพชุมชนจะทำให้ทราบถึงปัญหาสุขภาพชุมชน ขึ้นต่อมาคือการเขียนปัญหาสุขภาพชุมชน ในรูปแบบของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งสามารถเขียนได้ 2 ลักษณะคือ

- 1) เขียนข้อวินิจฉัยโดยใช้ภาวะสุขภาพของโรงเรียน (Health Problem) เช่น

ปัญหาอนามัยโรงเรียน	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
-พบเด็กวัยเรียน 7-9 ปี น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	-เด็กวัยเรียน 7-9 ปี เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

- 2) เขียนข้อวินิจฉัยโดยใช้สิ่งที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพโรงเรียน (Non Health Problem or Health Related Problem)

ปัญหาอนามัยโรงเรียน	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
-มีส้วมไม่ถูกสุขลักษณะ (สิ่งแฉดล้อม)	-นักเรียนเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อระบบทางเดินอาหารเนื่องจากการใช้ส้วมไม่ถูกสุขลักษณะ

การสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการระบุปัญหาสุขภาพชุมชนและภายหลังจากการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล หากพบว่าปัญหามีเพียงหนึ่ง หรือมากกว่าหนึ่งปัญหา ผู้ดำเนินงานจะต้องทำให้ข้อวินิจฉัยมีความชัดเจน โดยนำเสนอข้อวินิจฉัยการพยาบาลพร้อมข้อมูลสนับสนุนปัญหา ซึ่งข้อมูลสนับสนุนจะได้มาจากการวิเคราะห์ และจากการศึกษาสาเหตุของปัญหาโดยอาศัยข้อมูลที่มาจากการรวบรวมข้อมูลไว้แล้วเมื่อคราวที่สำรวจชุมชนนั้นมาประกอบ และสนับสนุน

ตัวอย่าง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เด็กวัยเรียน 7-9 ปี เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร

ข้อมูลสนับสนุน:

-เด็ก วัยเรียน 7-9ปีมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 50

ข้อมูลสนับสนุนอื่นๆ (จากการสำรวจที่ได้ทำไว้นามาสนับสนุน)

-ผู้ปกครองร้อยละ 90 มีอาชีพทำสวน

-ผู้ปกครองมีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 800 บาท

-ไม่มีโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียน

ข้อมูลสนับสนุนจากการศึกษาสาเหตุของปัญหา(จากการสำรวจ)

-กลุ่มผู้ปกครองร้อยละ 60 ขาดความรู้ในเรื่องโภชนาการสำหรับเด็ก

-กลุ่มผู้ปกครองร้อยละ 80 ไม่ทราบถึงวิธีปรุงอาหารอย่างถูกต้อง

-โรงเรียนขาดแคลนงบประมาณในการจัดอาหารกลางวัน

ผู้ดำเนินงานอนามัยโรงเรียนสามารถศึกษาสาเหตุของปัญหา แต่ละปัญหาทางด้านความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตน (KAP) รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ในขั้นตอนของการศึกษาสาเหตุของปัญหา เพื่อให้ปัญหานี้มีข้อมูลสนับสนุนที่ตรงความเป็นจริงในโรงเรียนและเป็นแนวทางในการกำหนดกลวิธีการแก้ไขปัญหาในการวางแผนต่อไป

การเขียนกิจกรรมทางการพยาบาล

รูปแบบกิจกรรมทางการพยาบาล จะมุ่งเน้นในแง่การให้คำแนะนำ ให้สุขศึกษา ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น เพื่อให้สอดคล้องกับงานบริการทั้ง 4 ด้านของการพยาบาล ยกเว้นกิจกรรมบางอย่างที่ไม่สามารถจัดกระทำได้ในทันที ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้วัคซีน ก็ควรประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ที่รับผิดชอบเพื่อขอสนับสนุนยาเวชภัณฑ์ เป็นต้น

ตัวอย่างการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล/ข้อมูลสนับสนุน	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
เด็กวัยเรียน 7-9 ปี เสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร ข้อมูลสนับสนุน -เด็ก วัยเรียน 7-9ปีมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 50 -กลุ่มผู้ปกครองร้อยละ 60 ขาดความรู้ในเรื่องโภชนาการสำหรับเด็กเรียนขาดแคลนงบประมาณในการจัดอาหารกลางวัน	-เพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กวัยเรียน	1.จัดประชุมผู้ปกครอง อาจารย์ในโรงเรียน กรรมการชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรับทราบปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน 2.เสนอโครงการอบรมความรู้ผู้ปกครองในเรื่องโภชนาการในเด็ก 3.ร่วมประชุมผู้ปกครอง อาจารย์ในโรงเรียน กรรมการชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อจัดโครงการอาหารกลางวัน 4.ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องตรวจและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการในเด็กกลุ่มเป้าหมายทุกเทอม	-จากผลการประชุมผู้ที่เกี่ยวข้อง -แผน/โครงการอบรมผู้ปกครอง -แผน/โครงการหารายได้จัดตั้งกองทุนอาหารกลางวัน -บันทึกน้ำหนักส่วนสูงในบัตรสุขภาพ

จากนั้นผู้ดำเนินงานอนามัยชุมชนควรศึกษาสาเหตุของปัญหา แต่ละปัญหาโดยอาจใช้กรอบแนวคิดหรือทฤษฎี เช่น แนวคิดทางด้าน ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติ (KAP) รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องมาประกอบขั้นตอนของการศึกษาสาเหตุของปัญหา เพื่อให้ปัญหานี้มีข้อมูลสนับสนุนที่ตรงความเป็นจริงในชุมชน และเป็นแนวทางในการกำหนดกลวิธีการแก้ไขปัญหาในการวางแผนต่อไป

2. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของชุมชนแล้วจะพบว่าในแต่ละชุมชนมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยหลายปัญหาและเนื่องจากปัญหาแต่ละอย่างอาจมีผลกระทบกระเทือนหรือทำความเดือดร้อนแก่ประชาชนจำนวนมากน้อยและรุนแรงต่างกันปัญหาบางประการอาจกระทบกระเทือนประชากรบางกลุ่ม รวมทั้งความจำกัดทางด้านเวลาทรัพยากรและเทคโนโลยีที่มีอยู่จึงเกิดความจำเป็นที่จะต้องเลือกแก้ไขปัญหบางปัญหาก่อนและชลอการแก้ปัญหาอื่นไว้ภายหลัง การตัดสินใจเลือกแก้ปัญหาต่างๆ โดยมีได้มีการไตร่ตรองและพิจารณาอย่างรอบคอบนั้น ปัญหา อาจทำให้มีปัญหาลุกลามตามมาภายหลังได้ ดังนั้นการนำเอาปัญหาต่างๆ มาจัดลำดับความสำคัญ โดยมีได้มีการไตร่ตรองโดยคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้ที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนของผู้ให้บริการและผู้รับบริการด้วยหลักเกณฑ์ที่ยุติธรรมและยอมรับ จะทำให้ลดความผิดพลาดในการตัดสินใจความอคติ และได้รับความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้องมากขึ้น

วิธีลำดับความสำคัญของปัญหานั้น คณะกรรมการอาจพัฒนาวิธีการซึ่งเป็นที่ยอมรับของกลุ่มขึ้นมาใหม่หรือยึดวิธีการที่ได้มีผู้พัฒนาขึ้นมาก่อน และทดลองใช้แล้วก็ได้ดังตัวอย่าง เช่นนี้(จริยาวัตร คมพยัคฆ์และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัยม, 2554)

2.1. Criteria Weighting Method เป็นวิธีการจัดลำดับความสำคัญด้วยการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาไว้ล่วงหน้า โดยมีขั้นตอนดังนี้

1)เตรียมหลักเกณฑ์ด้วยการกำหนดว่าจะพิจารณาปัญหาต่างๆในด้านใดบ้าง เช่น ในด้านความเป็นไปได้ทางเทคโนโลยีผลกระทบต่อสภาวะอนามัยของชุมชนความร่วมมือของชุมชนความเป็นไปได้ทางการเงิน ฯลฯ ควรจะใช้หลักเกณฑ์ใดควรเป็นที่เห็นชอบของคณะกรรมการ

2) พิจารณาคำสำคัญของแต่ละหลักเกณฑ์เพื่อกำหนดน้ำหนักและช่วงคะแนนของแต่ละเกณฑ์ โดยการนำเอาเกณฑ์ต่างๆที่กำหนดในข้อ 1 มาอภิปรายและให้คณะกรรมการ

ทุกคนออกความเห็นว่าจะแต่ละเกณฑ์ควรมีน้ำหนักและช่วงคะแนนเท่าใดแล้วจึงนำเอาค่าน้ำหนักและค่าคะแนนที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย

3) ประเมินปัญหาต่างๆตามเกณฑ์และคะแนนที่กำหนดไว้

4) รวมคะแนนโดยนำเอาคะแนนที่ได้มาคูณกับค่าของน้ำหนักของแต่ละเกณฑ์ แล้วจึงรวมคะแนนที่แต่ละปัญหาได้รับ

5)เปรียบเทียบคะแนนที่แต่ละปัญหาได้รับปัญหาใดได้คะแนนสูงสุดเป็นปัญหาสำคัญอันดับแรกและปัญหาที่ได้คะแนนรองลงมาเป็นปัญหาที่ได้อันดับรองลงมาตามลำดับคะแนน

2.2. เกณฑ์คณะกรรมการสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล ใช้เกณฑ์ในการจัดลำดับดังนี้

- ก. ขนาดของปัญหา (Size of the problem)
 - ข. ความร้ายแรงของปัญหา (Severity of the problem)
 - ค. ความยากง่ายในการแก้ปัญหา (Ease of Management)
 - ง. ปฏิกริยาของชุมชนต่อปัญหา (Community concern)
- ทุกเกณฑ์มีน้ำหนัก 1 ช่วงคะแนนระหว่าง 0 - 4

การรวมคะแนนทำได้ 2 วิธีดังที่จริยาวัตร คมพยัคฆ์และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัยม (2554)ได้กล่าวไว้ คือ

1)วิธีบวก โดยนำคะแนนแต่ละข้อมาบวกกันและ 2)วิธีคูณ นำคะแนนแต่ละข้อมาคูณ ดังสูตรความสำคัญของปัญหา $ก \times ข \times ค \times ง$

ก. ขนาดของปัญหา (Size of the problem) พิจารณาจากจำนวนประชากรที่มีปัญหาหรือป่วยด้วยโรคแต่ละโรคภายในระยะเวลา 1 ปีหรือระยะเวลาที่กำหนดโดยเทียบเป็นคะแนน ดังนี้

จำนวนไม่มีเลย	=	0 คะแนน
จำนวนผู้มีปัญหา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 25%	=	1 คะแนน
26%- 50%	=	2 คะแนน

51%- 75 %	=	3 คะแนน
76%- 100%	=	4 คะแนน

ข. ความร้ายแรงของปัญหา (Severity of the Problem) อาจพิจารณาถึงอันตรายของโรคหรือปัญหาต่อชีวิตหรือสวัสดิภาพของประชาชนเช่นทำให้เกิดความตายพิการป่วยเรื้อรังหรือป่วยเล็กน้อยโดยเปรียบเทียบคะแนนดังนี้

ตาย	=	4 คะแนน
พิการ	=	3 คะแนน
ป่วยเรื้อรัง	=	2 คะแนน
ป่วยเล็กน้อย	=	1 คะแนน

ในบางกรณีอาจพิจารณาถึงผลกระทบของปัญหาที่มีต่อครอบครัวและชุมชนโดยเปรียบเทียบเป็นคะแนน ดังนี้

กระทบกระเทือนต่อประชากร

ไม่มีเลย	=	0	คะแนน
น้อยกว่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25%	=	1	คะแนน
ระหว่าง 26%- 50%	=	2	คะแนน
ระหว่าง 51- 75%	=	3	คะแนน
ระหว่าง 76-10%	=	4	คะแนน

ค. ความยากง่ายในการแก้ปัญหา (Ease of Management) โดยพิจารณาถึงปัจจัยในการแก้ปัญหา 5 ประการคือความรู้ทางวิชาการความพร้อมทางด้านบริหารความเป็นไปได้ในแง่ของเวลา ความถูกต้องทางกฎหมายและความเหมาะสมทางศีลธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี เพื่อสรุปว่าการแก้ไขปัญหานั้นจะมีความยากง่ายเพียงใดแล้วเปรียบเทียบเป็นคะแนนดังนี้

ไม่มีทางทำได้เลย	=	0	คะแนน
ยากมาก	=	1	คะแนน
ยาก	=	2	คะแนน
ง่าย	=	3	คะแนน
ง่ายมาก	=	4	คะแนน

ง. ปฏิภานของชุมชนที่มีต่อปัญหา (Community concern) โดยพิจารณาถึงจำนวนประชาชนที่มีความวิตกกังวลเนื่องจากการเกิดปัญหานั้นรวมทั้งเห็นความจำเป็นที่จะต้องแก้ไข ปัญหาและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือโดยเปรียบเทียบเป็นคะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	=	0	คะแนน
มีประชาชนที่มีความวิตกกังวลและสนใจปัญหานั้นน้อยกว่าหรือเท่ากับ 25%	=	1	คะแนน

ระหว่าง 26- 50%	=	2	คะแนน
51- 75%	=	3	คะแนน
76- 100%	=	4	คะแนน

2.3. The Hanlon Methodจอห์นเจแฮลลอน (John J. Hanlon)ได้ใช้การจัดลำดับความสำคัญโดยพิจารณาถึงองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ด้าน คือ (Hanlon and Pickett,1979).

- 1) องค์ประกอบ A ขนาดของปัญหา (Size of the problem) คะแนน 0- 10
- 2) องค์ประกอบ B ความรุนแรงของปัญหา (Serious of the problem) คะแนน 0- 20
- 3) องค์ประกอบ C การคาดคะเนถึงประสิทธิผลของแนวทางแก้ปัญหา (Effectiveness of the solution) คะแนน 0- 10

- 4) องค์ประกอบ D ปัจจัยในแง่
 - P = Property
 - E = Economic feasibility
 - A = Acceptability
 - R= Resources
 - L = Legality

ปัจจัยแต่ละด้านมีคะแนน 0 หรือ 1

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

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

องค์ประกอบ A ขนาดของปัญหา (Size of the problem) พิจารณาจากจำนวนประชากรที่เผชิญปัญหาหรือเกิดโรคโดยเปรียบเทียบเป็นคะแนนดังนี้ (คะแนน 0-10)

มีประชากรโดยตรง	75% ขึ้นไป	=	10คะแนน
	51- 75%	=	8 คะแนน
	25- 50%	=	6 คะแนน
	10- 24%	=	4 คะแนน
	น้อยกว่า 10%	=	2 คะแนน

ในกรณีที่อาณาเขตของชุมชนมีขนาดใหญ่มีประชากรมากอาจคิดคะแนน ดังนี้

มีประชากรเผชิญปัญหาโดยตรง ตั้งแต่ 50,000/ประชากร 1 แสนคน = 10 คะแนน

5,000 - 49,999/ประชากร 1 แสนคน	=	8 คะแนน
500- 4,999/ประชากร 1แสนคน	=	6 คะแนน
50- 499/ประชากร 1 แสนคน	=	4 คะแนน

	5- 49/ประชากร1 แสนคน	= 2 คะแนน
หรือเปรียบเทียบจากจำนวนประชากรที่เผชิญปัญหาโดยเปรียบเทียบเป็นคะแนนดังนี้		
มีประชากรเผชิญปัญหาตั้งแต่	1,000,000 คนขึ้นไป	= 10 คะแนน
	100,000- 999 999 คน	= 8 คะแนน
	10,000- 99,999 คน	= 6 คะแนน
	1,000- 9,999 คน	= 4 คะแนน
	100- 999 คน	= 2 คะแนน

องค์ประกอบ B ความร้ายแรงของปัญหา (Seriousness of the problem) พิจารณาถึงลักษณะของปัญหาในด้านที่เกี่ยวข้องกับ

ก. ความเร่งด่วน (Urgency) ในการต้องรีบแก้ไขปัญหาในทัศนะของประชาชนและในทัศนะของนักสาธารณสุข (1- 10 คะแนน)

ข. ความรุนแรงของปัญหา (Serverty) โดยพิจารณาว่าปัญหานั้นมีผลให้เกิดความตาย (Mortality) ความเจ็บป่วย (Morbidity) ทั้งด้านความมากน้อยและระยะเวลา (Degree and duration หรือทำให้เกิดความพิการ (Disability) ในด้านความมากน้อยและระยะเวลา (Degee และ duration) (0- 10 คะแนน)

ค. ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ(Economic loss)โดยพิจารณาว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นทำให้บุคคลและชุมชนต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจมากน้อยเพียงใด (0- 10 คะแนน) Spiegel ได้เสนอวิธีคิดเปรียบเทียบการสูญเสียทางเศรษฐกิจในสหรัฐอเมริกาเป็นคะแนนดังนี้ (Spiegel, 1978 : 212)

ความสูญเสีย ของบุคคล/เดือน	ความสูญเสีย ของชุมชน/เดือน	คะแนน
\$ 1,000	\$ 100,000	10
\$ 500- 1,000	\$ 50,000-100,000	8
\$ 300- 500	\$ 25,000- 50,000	6
\$ 150- 300	\$ 10,000- 25,000	4
\$ 50- 150	\$ 5,000- 10,000	2
\$ 10- 50	\$ 100- 5,000	1

ง. ความเกี่ยวข้องต่อประชากร (Involvement of peop1e) พิจารณาถึง

- ผลโดยแรงของปัญหาที่เกิดแก่ประชาชนโดยดูจากจำนวนประชากรที่เกิดปัญหาหรือมีผลกระทบเนื่องจากมีปัญหานั้นเกิดขึ้นและความมากน้อยของความเดือดร้อนที่ได้รับ

- ผลโดยทางอ้อมที่เกิดเนื่องจากปัญหาโดยดูจากจำนวนประชากรที่รับผลกระทบทางด้านสังคม เศรษฐกิจ จิตวิทยา ฯลฯ รวมทั้งความมากน้อยของความเดือดร้อนนั้น (0 - 10 คะแนน)

คะแนนขององค์ประกอบ B ได้จากผลรวมของคะแนนที่ได้จากการพิจารณาลักษณะของปัญหาทั้ง 4 ด้านถ้าผลรวมคะแนนเกิน 20 ให้คิดเพียง 20 คะแนน แต่ถ้าผลรวมไม่ถึง 20 คะแนนให้คิดเท่าที่รวมได้

องค์ประกอบ C ประสิทธิภาพของโครงการหรือวิธีการแก้ปัญหา (Effectiveness) โดยพิจารณาถึงเทคโนโลยีที่มีอยู่ในปัจจุบันสามารถแก้ไขปัญหาได้มากน้อยเพียงใดอาจดูได้จากการใช้เทคโนโลยีนี้ในโครงการอื่นๆที่กำลังดำเนินอยู่ (C₁) หรือโครงการที่ได้ดำเนินเสร็จสิ้นไปแล้ว (C₂)

องค์ประกอบ D เป็นองค์ประกอบที่ใช้เป็นเครื่องตัดสินว่าการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาโดยวิธีการที่จะเลือกใช้นั้นจะสามารถดำเนินได้ในช่วงระยะเวลานั้น หรือไม่โดยพิจารณาลักษณะของโครงการแต่ละด้าน ดังนี้

P = Property ความเหมาะสมของโครงการต่อสถานการณ์ขณะนั้น (คะแนน 0 หรือ 1)

E = Economic feasibility ความเป็นไปได้ในเชิงงบประมาณ (คะแนน 0 หรือ 1)

A = Acceptability การยอมรับของประชาชน (คะแนน 0 หรือ 1)

R = Resources ความเพียงพอของทรัพยากรที่มีอยู่ (คะแนน 0 หรือ 1)

L = Legality ความถูกต้องทางกฎหมาย (คะแนน 0 หรือ 1)

คะแนนขององค์ประกอบ D ได้จากผลคูณของคะแนนที่ได้แต่ละลักษณะ ดังนั้นถ้าคะแนนของลักษณะใดเป็น 0 จะทำให้คะแนนขององค์ประกอบ D เป็น 0 อันมีผลให้คะแนน O.P.R ของปัญหา = 0 หมายถึง การชะลอการดำเนินการด้วยวิธีนั้นไว้ก่อนหรือหาวิธีการดำเนินการด้านอื่นต่อไป

หลังจากคำนวณค่าของแต่ละองค์ประกอบของแต่ละปัญหาแล้วจึงนำมาคำนวณตามสูตรที่กำหนดไว้ แล้วจึงเปรียบเทียบคะแนนที่แต่ละปัญหาได้รับปัญหาที่ได้คะแนนสูงสุดจัดว่ามีความสำคัญลำดับแรก ส่วนปัญหาที่มีคะแนนรองลงมาก็อยู่ในลำดับถัดต่อไป

2.4. Silmplex Method เป็นการรวมความคิดเห็นของคณะกรรมการชุมชนในการตอบปัญหา และหาแนวทางแก้ปัญหาโดยให้ตอบแบบสอบถาม แล้วหาค่าคะแนนเฉลี่ยของแต่ละปัญหาเพื่อนำมาเปรียบเทียบ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยมีขั้นตอนดังนี้

1) สร้างแบบสอบถามโดยรวบรวมคำถามที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเป็นหมวดๆแล้วให้คณะกรรมการพิจารณาว่าคำถามใดสมควรเลือกใช้โดยมีผู้ยอมรับไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของคณะกรรมการ คำถามใดที่มีผู้ยอมรับน้อยกว่านั้นควรมีการอภิปรายเพื่อความกระจ่างและแก้ไขให้เหมาะสมหรือตัดออก

2) ให้คณะกรรมการทุกคนทำความเข้าใจกับลักษณะของปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาทุกๆปัญหาในลักษณะของสาระสำคัญของปัญหาวิธีการดำเนินการขอเขตค่าใช้จ่ายผลที่จะได้รับและผลกระทบที่จะเกิดจากการดำเนินการนั้น

3) ให้คณะกรรมการลงความเห็นด้วยการตอบแบบสอบถามที่สร้างขึ้นที่ละปัญหา

4) รวมคะแนนที่แต่ละปัญหาได้รับจากคณะกรรมการแต่ละคนแล้วหาค่าเฉลี่ย

5) เปรียบเทียบคะแนนที่แต่ละปัญหาได้รับโดยการเปรียบเทียบด้วยคะแนนโดยตรง หรือจะนำมาจัดหมวด เช่น คะแนน 80 - 100 = แก้ไขทันที 70 - 79 = ชะลอไว้ดำเนินการในระยะอันใกล้ 60 - 69 รอไว้ต่อไป ต่ำกว่า 60 = ไม่ต้องสนใจ

5. Nominal Group process เป็นการจัดลำดับความสำคัญโดยการให้คณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยผู้มีพื้นฐาน และแนวความคิดต่างๆ กันรวมกันออกความคิดเห็นหลังจากมีการประชุมกลุ่ม ซึ่งนับว่าเป็นวิธีที่ไม่ต้องใช้การคำนวณยุ่งยาก รวมทั้งมีการอภิปรายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นมากกว่าแบบอื่นโดยมีขั้นตอนดังนี้

1) จัดตั้งคณะกรรมการพิจารณาตัดสินโดยคำนึงว่าปัญหาต่างๆ ที่จะพิจารณานั้นมีผู้ใดบ้างที่เป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญมีประสบการณ์ และมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหานั้น เช่น ผู้ให้บริการ หรือผู้เชี่ยวชาญในกรณีที่มีกรรมการเป็นจำนวนมาก อาจแบ่งออกเป็นกลุ่มย่อยโดยให้แต่ละกลุ่มมีสมาชิกประมาณ 6- 10 คน ขนาดที่เหมาะสมคือ 8 คน ในการแบ่งกลุ่มนั้นอาจจัดให้มีการกระจายของสมาชิกที่มีพื้นฐานแต่ละด้านกระจายไปทั่วๆ ทุกกลุ่มหรือจะจัดแบ่งกลุ่มด้วยการจับฉลากก็ได้

2) ประชุมคณะกรรมการทั้งหมดเพื่อชี้แจงถึงมูลเหตุที่จูงใจให้เกิดความสนใจในปัญหาสุขภาพของชุมชนบทบาทและความสามารถของกรรมการในการช่วยค้นหาปัญหาความสำคัญและประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น เนื่องจากความร่วมมืออย่างจริงจังของกรรมการรวมทั้งขั้นตอน ซึ่งกรรมการจะต้องปฏิบัติจนเข้าใจซึ่งได้แก่ การแบ่งกลุ่มย่อยการให้กรรมการแต่ละคนระบุปัญหาซึ่งตนเล็งเห็น 10 ปัญหาตามลำดับความสำคัญตามทัศนะของตน เพื่อนำปัญหาที่ได้ทั้งหมดมาอภิปรายและลงมติอีกครั้งเพื่อยังได้นำปัญหาที่กลุ่มเห็นความสำคัญไปวางแผนแก้ไขต่อไป

3) แบ่งประชุมกลุ่มย่อยโดยมีการแจก Task statement form เพื่อให้กรรมการกรอกปัญหาสุขภาพในชุมชน 10 ปัญหาตามลำดับความสำคัญโดยมิให้ปรึกษาหารือกัน

4) ให้กรรมการแต่ละคนในกลุ่มอ่านปัญหาของตนที่ละปัญหาทีละคนจนครบโดยจดไว้บน Flip chart หน้าที่ประชุมโดยไม่มีการซักถามกรรมการอาจเพิ่มเติมปัญหาขึ้นมาใหม่อีกก็ได้

5) เปิดให้มีการซักถามอภิปรายแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อความกระจ่างชัดเจนหรือรวมปัญหาคล้ายคลึงกันให้เป็นหมวดหมู่

6) ลงคะแนนโดยการแจกบัตรลงคะแนนให้กรรมการคนละ 10 บัตรให้สมาชิกแต่ละคนเลือกปัญหาที่ตนเห็นว่าสำคัญคนละ 10 ปัญหาจากปัญหาที่สรุปได้ใน (5) โดยให้เขียนเลขที่ปัญหาและคะแนนลงในบัตรแต่ละใบปัญหาที่สำคัญที่สุดจะได้คะแนน 10 ปัญหาที่มีความสำคัญรองลงไปจะได้คะแนน 9, 8, 7, 6,...ถึง 1 ตามลำดับ

7) รวมคะแนนที่ปัญหาแต่ละปัญหาได้รับ

8) จัดลำดับปัญหาที่ได้คะแนนมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง และปัญหาที่มีคะแนนรองเป็นอันดับถัดไปตามลำดับ

9) เสนอผลของการจัดอันดับและคะแนนที่แต่ละปัญหาได้รับและเปิดอภิปรายเพื่อให้กรรมการได้พิจารณาอีกครั้ง

10) ให้กรรมการลงคะแนนใหม่อีกครั้งด้วยวิธีการเดิม

11) รวมคะแนนครั้งสุดท้าย และจัดอันดับตามคะแนนที่ได้ในครั้งหลัง

12) ร่วมประชุมกลุ่มใหญ่เพื่อเสนอผล

สรุป การวินิจฉัยชุมชน และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา(Community health diagnosis & Priority setting of Health problems) เป็นขั้นตอนต่อเนื่องมาจาก การเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วมาสรุป และวินิจฉัย ถึงลักษณะ และสภาพปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในชุมชน เพื่อที่จะประเมินแนวโน้มปัญหา และระบุปัญหา แล้วจึงนำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความเร่งด่วน และทรัพยากรในชุมชน เพื่อที่จะกำหนด เป้าหมายในการแก้ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขร่วมกับชุมชน โดยดำเนินการในรูปแบบของแผนงานหรือ โครงการ ในขั้นต่อไป

บรรณานุกรม

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ.(2545).*วิธีชุมชน: คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก*. นนทบุรี:ดีไซร์จำกัด.

จริยาวัตร คมพัยค์ม์ และวนิดา ดุรงค์ฤทธิ. (2554).*การพยาบาลอนามัยชุมชน*. (พิมพ์ครั้งที่2).

กรุงเทพมหานคร : บริษัทจุดทองจำกัด.

จีราภรณ์ ธรรมบุตร และคณะ.(2555).*การพยาบาลอนามัยชุมชน*.กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ละเอียด แจ่มจันทร์และสุรี ชันธรัถยวงศ์ (บ.ก.).(2549). *สารทบทวน : การพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลขั้นต้น*.กรุงเทพฯ : จุดทอง.

ศิริภาณี อินทรหนองไผ่.(2554).*กระบวนการพยาบาล:เครื่องมือจัดการสุขภาพองค์กรรวมเพื่อพัฒนาสุขภาพระดับปฐมภูมิ*.(พิมพ์ครั้งที่3).มหาสารคาม:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สมใจ วินิจกุล. (2552). *อนามัยชุมชน : กระบวนการวินิจฉัยและการแก้ปัญหา (ฉบับปรับปรุง)* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร : หจก. ฟีนิกซ์พิลลิ่งซิ่ง.

สุขศิริ ประสมสุข. (2558). *การพยาบาลอนามัยชุมชน: คู่มือทบทวนสอบใบประกอบวิชาชีพพยาบาล*.กรุงเทพมหานคร: นีโอดีจิทอล.

Hanlon J. J. and Pickett G.E.(1979). *Public Health Administration and practice*. 7th ed. St. Louis:The C.V. Mosby company.

KomhauserA. and sheatsley P.B. (1959). *QuestionnaireConstruction and InterviewProcedure, in Research Methods in social Relations*.Claire Selltizet.al. (eds.). NY: Holt,Rincheart and Winston.

Simon,Herbert A., Donald W. Smithburg, and Victor A. Thompson.(1966). *Public Administration*.New York:Alfred A.Kmopf.

Spiegel A.D. Hayman,H.H. (1978).*Basic Health Planning Maryland : Aspen System orporation*.

Stanhope, M. & Lancaster, J.(Eds.). (2014). *Community & public health nursing*. (8th ed.).

(Revised print). St.Louis: Mosby.

ตารางที่ 1 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา(แบบฝึกหัดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา)

ปัญหา	ขนาดของปัญหา	ความรุนแรงของปัญหา	ความง่ายต่อการแก้ไขปัญหา	ความวิตกกังวลต่อปัญหาของชุมชน	คะแนนรวม		ลำดับ
					วิธีบวก	วิธีคูณ	
1. การกำจัดขยะโดยวิธีเผา จำนวน 133 คริวเรือน ส่วนใหญ่คิดเป็น 87.83%			4	1			
2. ไม่ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีจำนวน 75 ราย คิดเป็น 65.22%			2	4			
3. มีสัตว์นำโรค คือ ยุง จำนวน 136 คริวเรือน คิดเป็น 50.94%			1	4			
4. ประชากรสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่ตรวจเต้านม จำนวน 98 ราย คิดเป็น 45.58%			1	4			
5. เด็ก 0-5 ปี มีภาวะขาดสารอาหารคิดเป็น 19.5%			3	1			
6. ชายวัยแรงงานใช้สารเสพติด(สูบบุหรี่)คิดเป็น 35.0%			3	1			

สรุปผล

อันดับที่ 1 คือ ปัญหามีจำนวน ราย คิดเป็น%

อันดับที่ 2 คือ ปัญหามีจำนวน ราย คิดเป็น%

อันดับที่ 3 คือ ปัญหามีจำนวน ราย คิดเป็น%

สรุปผลการทำเวทีประชาคม วันที่ 16 ธันวาคม 25xx เวลา 08.30 น.-11.30 น.

- จำนวนชาวบ้านที่มาร่วมทั้งหมด 25 คน โดยมีผู้นำชุมชน คือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวัดพริก ผู้ใหญ่บ้าน และอสม.หมู่ 4 บ้านสาวงาม รวมทั้งหมด 12 คน และชาวบ้าน 13 คน

เฉลย

ตารางที่ 2 ผลคะแนนการประชาคม

ปัญหา หัวข้อ	ขนาดของปัญหา					รวม	ความรุนแรงของปัญหา					รวม	ความง่ายต่อการแก้ไขปัญหา					รวม	ความวิตกกังวลต่อปัญหาของชุมชน					รวม
	0	1	2	3	4		0	1	2	3	4		0	1	2	3	4		0	1	2	3	4	
1. การกำจัดขยะโดยวิธีเผา จำนวน 133 คริวเรือน ส่วนใหญ่คิดเป็น 87.83%	0	0	0	0	19	19	0	11	4	3	1	19	0	0	0	1	18	19	1	8	2	6	2	19
2. ไม่ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีจำนวน 75 ราย คิดเป็น 65.22%	0	0	4	1	14	19	0	0	0	0	19	19	0	1	17	0	1	19	0	0	1	0	18	19
3. มีสัตว์นำโรค คือ ยุง จำนวน 136 คริวเรือน คิดเป็น 50.94%	19	0	0	0	0	19	0	19	0	0	0	19	0	17	2	0	0	19	0	0	0	2	17	19
4. ประชากรสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่ตรวจเต้านม จำนวน 98 ราย คิดเป็น 45.58%	0	0	16	3	0	19	0	0	0	14	5	19	0	12	7	0	0	19	0	0	0	0	19	19
5. เด็ก 0-5 ปี มีภาวะขาดสารอาหาร คิดเป็น 19.5%	0	18	1	0	0	19	0	19	0	0	0	19	0	0	0	14	5	19	0	19	0	0	0	19
6. ชายวัยแรงงานใช้สารเสพติด(สูบบุหรี่) คิดเป็น 35.0%	0	0	19	0	0	19	0	0	19	0	0	19	0	0	0	18	1	19	0	15	4	0	0	19

* หมายเหตุ จำนวนชาวบ้านทั้งหมด 19 คน แต่เนื่องจากพบปัญหาว่าชาวบ้านบางคนอาจลืมมือ บางคนยกมือช้า และมีชาวบ้านมาเพิ่มที่หลังตอนที่ลงคะแนนเสียงในช่วงปัญหาที่ 3 และ 4 ทำให้จำนวนผลคะแนนมีมากกว่าปัญหาที่ 1 และ 2 และปัญหาการสื่อสารภายในทีมมีข้อผิดพลาดแต่หลังจากทำความเข้าใจก็ยกได้ถูกต้อง

เฉลย

ตารางที่ 3 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ปัญหา	ขนาดของปัญหา	ความรุนแรงของปัญหา	ความง่ายต่อการแก้ไขปัญหา	ความวิตกกังวลต่อปัญหาของชุมชน	คะแนนรวม		ลำดับ
					วิธีบวก	วิธีคูณ	
1. การกำจัดขยะโดยวิธีเผา จำนวน 133 ครั้วเรือน ส่วนใหญ่คิดเป็น 87.83%	4	1	4	1	10	16	3
2. ไม่ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีจำนวน 75 ราย คิดเป็น 65.22%	3	4	2	4	13	96	1
3. มีสัตว์นำโรค คือ ยุง จำนวน 136 ครั้วเรือน คิดเป็น 50.94%	3	1	1	4	9	12	3
4. ประชากรสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่ตรวจเต้านม จำนวน 98 ราย คิดเป็น 45.58%	2	3	1	4	10	24	2
5. เด็ก 0-5 ปี มีภาวะขาดสารอาหาร	1	2	3	1	7	6	5
6. ชายวัยแรงงานใช้สารเสพติด(สูบบุหรี่)	2	2	3	1	8	12	4

สรุปผล

อันดับที่ 1 คือ ปัญหา ไม่ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีจำนวน 75 ราย คิดเป็น 65.22%

อันดับที่ 2 คือ ปัญหา ประชากรสตรีอายุ 20 ปีขึ้นไป ไม่ตรวจเต้านม จำนวน 98 ราย คิดเป็น 45.58%

อันดับที่ 3 คือ ปัญหา การกำจัดขยะโดยวิธีเผา จำนวน 133 ครั้วเรือน ส่วนใหญ่คิดเป็น 87.83% และ ปัญหา มีสัตว์นำโรค คือ ยุง จำนวน 136 ครั้วเรือน คิดเป็น

50.94%



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล: สตรีในหมู่บ้านอินทรีเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมเนื่องจากไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 77.7 และไม่ตรวจมะเร็งเต้านม ร้อยละ 53.8

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เอกสารประกอบการสอน

เรื่อง

กระบวนการวินิจฉัยชุมชน :

หัวข้อ การวางแผนงานสุขภาพชุมชน (Community Health Planning)

อาจารย์ศรีสุภา ใจโสภา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

แนวคิด/ความคิดรวบยอด

ปัญหาสุขภาพชุมชนมีความซับซ้อนซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ หลายด้าน บางครั้งจึงเรียกว่า “ปัญหาาร่วม” เนื่องจากมีความเกี่ยวเนื่องทับซ้อนกับปัญหาอื่น ๆ ภายในชุมชน เมื่อพยาบาลได้รวบรวมข้อมูลสนับสนุนปัญหาแล้ว ขั้นตอนต่อไปคือ การวางแผนแก้ปัญหาอนามัยชุมชน โดยจัดทำแผนงานโครงการ เพื่อการแก้ไขปัญหานั้น ๆ ซึ่งการจัดทำแผนงาน โครงการจะเป็นการวางแผนทางในการแก้ไขปัญหาล่วงหน้า โดยต้องพิจารณารายละเอียดในการดำเนินการแก้ไขปัญหาให้รอบด้านในแนวทางที่คาดว่าจะเป็นไปได้มากที่สุดและประสบผลสำเร็จในการแก้ไขปัญหามากที่สุด

การวางแผนเป็นกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดความต้องการ วิธีการปฏิบัติและผลของการกระทำในอนาคต โดยใช้หลักวิชาการ เหตุผลของข้อมูลและปัญหาประกอบการพิจารณาทำให้ทราบได้ว่า ใครจะทำอะไร ที่ไหน เมื่อใดและอย่างไร เพื่อให้การแก้ไขปัญหานั้นไปในแนวทางที่กำหนด บุคลากรสาธารณสุขจะมีส่วนร่วมปรึกษากับตัวแทนหรือผู้นำชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหานั้น โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุดและให้ประชาชนได้มีบทบาทในการแก้ไขปัญหานั้นของตนเอง ดังการศึกษาของกรรณิการ์ พงษ์สนธิ และคณะ (2541) ที่พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหานั้น คือ ความตระหนักใน ความสำคัญของปัญหาและแรงจูงใจจากผลประโยชน์ที่ชุมชนได้รับ ดังนั้น การวางแผนในการแก้ไขปัญหานั้น ประกอบด้วย แผนงานหลัก (Master Plan) หรือ แผนแม่บท จะช่วยให้ทีมที่ดูแลแก้ไขปัญหานั้นมองเห็น ปัญหาสุขภาพชุมชนแต่ละปัญหา และจะนำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญของการทำงาน ทำให้การจัดกิจกรรม

โครงการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนดำเนินไปอย่างเป็นระบบ ตามแผนงาน โครงการ หรือแผนปฏิบัติการ ได้
อย่างสอดคล้องกับนโยบาย เป้าหมาย และเป็นแนวทางในการประเมินผลสำเร็จ

ขอบเขตเนื้อหา

1. การวางแผนแก้ไขปัญหาอนามัยชุมชน (Planning)

- 1.1 ความหมายของการวางแผนและแผน
- 1.2 ความสำคัญของการวางแผนและแผน
- 1.3 ประโยชน์ของการวางแผนและแผน
- 1.4 ประเภทของแผน
- 1.5 ประโยชน์ของการวางแผนแก้ไขปัญหาอนามัยชุมชน

2. การจัดทำแผนงาน/โครงการ

วัตถุประสงค์ เมื่อจบบทเรียนแล้ว นิสิตสามารถ

1. อธิบายกระบวนการของการวางแผนแก้ไขปัญหาอนามัยชุมชนได้
2. อธิบายหลักการจัดทำแผนแม่บทเพื่อแก้ไขปัญหาอนามัยชุมชนได้
3. อธิบายองค์ประกอบของแผนงานย่อย/โครงการได้
4. เขียนแผนงาน/โครงการย่อยเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนได้

1. ความหมายของ “การวางแผน” และ “แผน”

การวางแผน เป็นกระบวนการขั้นหนึ่งในการบริหารงานให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์และนโยบายที่กำหนดไว้ แผนเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการใช้ความรู้ในทางวิชาการและวิจารณ์ญาณ วิจัยเหตุการณ์ในอนาคต และยังกำหนดวิธีการ โดยถูกต้องและมีเหตุผลเพื่อให้การดำเนินการตามแผนเป็นไปโดยเรียบร้อย สมบูรณ์ และมีประสิทธิภาพมากที่สุด บางท่านกล่าวว่า การวางแผนที่ดีเท่ากับงานเสร็จไปแล้วครึ่งหนึ่ง เพราะจะทำให้แต่ละคนทำ

หน้าที่ได้อย่างถูกต้องตามบทบาทความรับผิดชอบ วิธีการ และทรัพยากรที่กำหนด การวางแผนเป็นกระบวนการในการวิเคราะห์สภาพการณ์ เพื่อกำหนดทิศทาง

ปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของชุมชน โดยมีการกำหนดทางเลือก มีเป้าหมายในการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณ ระบุกลวิธีและกิจกรรมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน รวมทั้งวิธีการประเมินผลที่เหมาะสม ดังนั้นการได้มาซึ่งแผนต้องมีการพิจารณาอย่างรอบคอบ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. เลือกปัญหาเพื่อการวางแผน
2. วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหา
3. กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา
4. กำหนดกลวิธีทางการพยาบาลชุมชนในการแก้ปัญหา
5. การประเมินผล

การวางแผนที่ดีจะทำให้ผลการดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ และสิ่งสำคัญที่พยาบาลชุมชนควรคำนึงถึงในการวางแผน คือ การมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนและมีการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด การวางแผนในการแก้ปัญหาที่ประกอบด้วย แผนงานหลัก (Master Plan) หรือแผนแม่บท จะช่วยให้ทีมที่ดูแลแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน มองเห็นปัญหาสุขภาพชุมชนแต่ละปัญหา และจะนำไปสู่การจัดลำดับความสำคัญของการทำงาน ทำให้การจัดกิจกรรมโครงการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชนดำเนินไปอย่างเป็นระบบ ตามแผนงาน โครงการ หรือแผนปฏิบัติการ ได้อย่างสอดคล้องกับนโยบาย เป้าหมาย และเป็นแนวทางในการประเมินผลสำเร็จ

2. ความสำคัญของ “การวางแผน” และ “แผน”

การวางแผน เป็นกระบวนการขั้นหนึ่งในการบริหารงานให้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์และนโยบายที่กำหนดไว้ แผนเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับการใช้ความรู้ในทางวิทยาการและวิจารณ์ญาณ วินิจฉัยเหตุการณ์ในอนาคต และยังกำหนดวิธีการโดยถูกต้องและมีเหตุผลเพื่อให้การดำเนินการตามแผนเป็นไปโดยเรียบร้อย สมบูรณ์ และมี

ประสิทธิภาพมากที่สุด บางท่านกล่าวว่า การวางแผนที่ดีเท่ากับงานเสร็จไปแล้วครึ่งหนึ่ง เพราะจะทำให้แต่ละคนทำหน้าที่ได้อย่างถูกต้องตามบทบาทความรับผิดชอบ วิธีการ และทรัพยากรที่กำหนด

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 ให้ความหมาย การวางแผน คือ การกำหนดสิ่งที่จะยึดถือเป็นแนวทางในการดำเนินงาน ในการดูแลสุขภาพชุมชน การวางแผนงานเปรียบเหมือนการเขียนเส้นทางในการแก้ปัญหา ทั้งนี้เพราะแผนงานมีลักษณะสำคัญดังนี้

1. การวางแผนเป็นแนวทางปฏิบัติที่สำคัญที่ทำให้ผู้ปฏิบัติสามารถเรียนรู้วิธีการทำงานได้ล่วงหน้า

ก่อนการปฏิบัติจริง

2. การวางแผนเป็นตัวกำหนดทิศทางและกรอบสำหรับการตัดสินใจให้แก่ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติใน

การปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี

3. การวางแผนเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้บริหารและทีมผู้ปฏิบัติงานเห็นจุดหมายและแนวทางใน

การทำงาน

4. การวางแผนจะช่วยให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติมองเห็นปัญหา อุปสรรค เพื่อหาแนวทางการ

ป้องกันความเสี่ยงและป้องกันปัญหาในระยะยาวได้อย่างรอบคอบ

5. การวางแผนเป็นกระบวนการที่สามารถเป็นหลักประกันให้แก่ผู้ปฏิบัติได้เห็นถึงความเป็นไป

ได้ในการปฏิบัติให้บรรลุผลสัมฤทธิ์ตามจุดมุ่งหมาย และยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการเตรียมการเปลี่ยนแปลงในอนาคตให้บังเกิดผลตามสิ่งที่ต้องการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ลักษณะของแผนงานอนามัยชุมชนที่ดี

1. ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง คือ มาจากขั้นตอนการประเมินสถานะอนามัยที่ถูกต้อง ทำให้ได้ข้อมูล และปัญหาที่แท้จริง

2. มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และเป็นไปได้ตามสถานการณ์ของความเป็นจริง จูงใจให้มองเห็นแนวทางการแก้ไขปัญหา

3. มีกลยุทธ์หรือกิจกรรมการแก้ไขปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้

4. กำหนดการใช้ทรัพยากรและงบประมาณได้อย่างเหมาะสมกับชุมชนและเกิดประโยชน์สูงสุด

5. กำหนดระยะเวลาการทำงานที่แน่นอน ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการทำงาน

6. กำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากรในทีมงานอย่างเหมาะสม

7. สามารถประเมินความสำเร็จของงานได้

8. มีลักษณะยืดหยุ่น และง่ายต่อการปรับปรุงแก้ไข

9. เป็นแผนที่สอดคล้องกับนโยบาย

ข้อควรพิจารณาในการวางแผนงานหรือโครงการ

1. เปิดโอกาสให้ผู้ที่เกี่ยวข้องในการวางแผน ตลอดจนประชากรกลุ่มเป้าหมายได้มีส่วนร่วม หรือได้มีส่วนรับรู้แผนงาน ขั้นตอนการดำเนินงานตั้งแต่ต้น

2. มีการวินิจฉัย วิเคราะห์และเลือกปัญหาเพื่อวางแผนแก้ไขให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของชุมชน และทรัพยากรที่จำเป็น

3. พิจารณา เวลา ทรัพยากร และขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามแผน

4. กำหนดเป้าประสงค์ หรือวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน สามารถวัดและใช้เป็นเกณฑ์ในการประเมินประสิทธิผลของแผนงานได้

5. พิจารณาโครงการหรือกิจกรรมที่ดำเนินอยู่และมีส่วนสัมพันธ์กับปัญหาที่เลือกไว้

6. กำหนดกลวิธีในการแก้ปัญหาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในแผน

7. วิเคราะห์ข้อจำกัดของกลวิธีในการแก้ปัญหา

8. วางแผนปฏิบัติงาน โดยละเอียด

9. ทบทวนแผนงานหรือโครงการก่อนการปฏิบัติงานตามแผน

10. กำหนดแนวทางในการควบคุมกำกับงานและการประเมินผลงาน โดยระบุเกณฑ์ที่ใช้ เครื่องมือ วิธีการ ตลอดจนช่วงเวลาที่จะประเมินผล

3. ประโยชน์ของการวางแผน

1) เป็นการพิจารณาทางเลือกที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุด ช่วยทำให้สามารถดำเนินโครงการได้

อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด สามารถใช้ทรัพยากรให้น้อยที่สุดโดยใช้กำลังคน เงิน วัสดุ ทรัพยากร และเวลาที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์มากที่สุด

2) การวางแผนช่วยในการควบคุมและประเมินผลงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงาน และลดความผิดพลาดที่จะเกิดขึ้นในการทำงานหรือ

ลดความเสี่ยงในการดำเนินงาน

4) ช่วยให้เกิดความร่วมมือและร่วมกันรับผิดชอบงานตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

5) การวางแผนที่ถูกต้องสมบูรณ์จะช่วยให้การบริหารงานมีระบบเป็นไปด้วยความเรียบร้อย

4. รายละเอียดของแผน (Plan)

การวางแผนเพื่อพัฒนาสุขภาพอนามัยของชุมชน เป็นการกำหนดกิจกรรมหรือบริการเกี่ยวกับการใช้ ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด โดยมีความมุ่งหวังว่าจะทำให้คนในชุมชนมีการพัฒนา สุขภาพอนามัยที่ดีขึ้น การจัดทำแผนงานสาธารณสุข นิยมจัดเป็น 2 อย่าง คือ แผนงานหลัก และ แผนงานย่อย

แผน (Plan) บางครั้งเรียก แผนงาน แผนงานหลัก (Master Plan) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการวางแผนอย่างเป็น ระบบ ซึ่งในแผนหนึ่ง ๆ อาจมีแผนงานย่อย (Sub Plan) โครงการ (Project) และโครงการย่อย (Sub Project) หลาย โครงการ อย่างไรก็ตาม โดยความเข้าใจทั่วไป แผนเป็นเอกสารแสดงสิ่งที่จะดำเนินการในอนาคต ประกอบด้วย 1)

วัตถุประสงค์ คือ การระบุถึงผลที่ต้องการให้บรรลุ 2) นโยบาย คือ แนวทางการดำเนินงาน 3) เป้าหมาย คือ สิ่งที่จะทำเท่าใด ให้เกิดคุณภาพอย่างไร 4) วงเงิน คือ การระบุงบประมาณที่ใช้ 5) มาตรการ คือ สิ่งที่จะบอกถึงวิธีการที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่า แผน คือ เอกสารที่ระบุว่า จะให้ใครทำอะไร ที่ไหน อย่างไร เมื่อไร มีขั้นตอนดำเนินงานอย่างไร ะไรบ้าง มีการประสานงานอย่างไร และใช้ทรัพยากรอะไรบ้าง เท่าไร เพื่อนำไปสู่การบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ต้องการ

แผนงาน (Program) คือ กลุ่มโครงการที่เกี่ยวข้องและประสานกันตั้งแต่ 2 โครงการขึ้นไป มีการดำเนินงานที่สอดคล้องสัมพันธ์กัน ในทางที่จะบรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ต้องการ ส่วนโครงการ (Project) คือ กิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์กัน ซึ่งได้กำหนดขึ้นเป็นการเฉพาะที่แตกต่างจากงานประจำ โดยมีการจัดกิจกรรมรวมกันเป็นลำดับขั้นตอนก่อน-หลัง มีจุดเริ่มต้นและสิ้นสุดชัดเจนแน่นอน เพื่อมุ่งให้บรรลุวัตถุประสงค์ภายในกำหนดเวลาและทรัพยากรที่กำหนดไว้

กล่าวโดยสรุป แผนประกอบด้วยแผนงานย่อย ๆ ตั้งแต่ 2 แผนงานขึ้นไป และแต่ละแผนงานย่อยอาจจะมีเพียง 1 โครงการ หรือหลายโครงการ นอกจากนั้นในโครงการต่างๆ อาจจะมีโครงการย่อยๆ ลงไปอีก หรือมีกิจกรรมอื่น ๆ ภายใต้อำนาจโครงการนั้น ๆ ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาที่มีความซับซ้อนมากน้อยเพียงใด ยิ่งมีความซับซ้อน จะยิ่งมีโครงการย่อย ๆ ภายใต้อำนาจแผนงานเพื่อแก้ปัญหาเหล่านั้น ๆ แต่ในบางสถานการณ์ที่สถานการณ์ปัญหาเกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด พยาบาลชุมชนอาจต้องจัดทำโครงการขึ้นอย่างเร่งด่วน ทั้งที่มิได้มีไว้ในแผนงานมาก่อน ซึ่งเรียกว่า “โครงการเฉพาะกิจ” อย่างไรก็ตาม สิ่งที่มีเหมือนกันระหว่างโครงการภายใต้อำนาจแผนงาน และโครงการเฉพาะกิจ คือ **จะต้องยึดนโยบาย ยึดผู้รับบริการเป็นหลัก** การจัดกิจกรรมต้องอาศัยการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลเป็นฐาน ซึ่งผ่านการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติงานตามลำดับความสำคัญ หรือความเร่งด่วนของปัญหา

5. ประเภทของแผน

การแบ่งประเภทของแผน อาจแบ่งได้หลายประเภท และมีชื่อเรียกแตกต่างกันไป เช่น การวางแผนงานบริหาร การวางแผนงาน การวางแผนปฏิบัติงาน การวางแผนดำเนินงาน การวางแผนกลยุทธ์หรือกลวิธี แต่ในที่นี้

ใคร่ขอกล่าวถึงรายละเอียดประเภทของแผนที่แบ่งตามระยะเวลา แบ่งตามสถานที่ แบ่งตามสายงาน และแบ่งตามหลักเศรษฐศาสตร์ ดังนี้

1) แบ่งตามระยะเวลา แบ่งได้ดังนี้

1.1) แผนระยะสั้น หมายถึง แผนที่มึระยะเวลาการปฏิบัติการประมาณไม่เกิน 2 ปี อาจ

เป็น 1 สัปดาห์ หรือ 4 สัปดาห์ หรือ 6 สัปดาห์ก็ได้ อาจทำในรูปแผนงานโครงการที่มีกิจกรรมไม่ซับซ้อนมากนัก โดยทั่วไปทุกหน่วยงานมักนิยมใช้แผนประจำปี ที่ยึดระยะเวลาตามปีงบประมาณ โดยวงรอบของแผน คือ ตั้งแต่เดือนตุลาคมถึงเดือนกันยายนของปีถัดไป สำหรับรัฐวิสาหกิจจะมีแผนประจำปีที่วงรอบตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนธันวาคมในปีเดียวกัน

1.2) แผนระยะกลาง หมายถึง แผนที่มึช่วงระยะเวลาระหว่าง 3 – 5 ปี ส่วนใหญ่มักจะ

เป็นแผนที่มึกิจกรรมต่อเนื่องกับแผนระยะสั้น ตัวอย่างของแผนระยะกลาง เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นแผนระยะ 5 ปี หรือแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9 เป็นแผนระยะกลางมีระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 - 2549

1.3) แผนระยะยาว หมายถึง แผนที่มึกำหนดระยะเวลาเกิน 5 ปี โดยมากมักเป็นระยะ 5

ปี หรืออาจมีระยะยาวนานกว่านี้ อาจเป็น 10 หรือ 15 ปีก็ได้ แผนระยะยาวจะต้องสัมพันธ์กับแผนระยะสั้นและแผนระยะกลางด้วย หน่วยงานที่ใช้แผนระยะยาว เช่น หน่วยงานราชการทหาร

2) แบ่งตามสถานที่ แบ่งได้ดังนี้

2.1) แผนระดับชาติ ได้แก่ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งปัจจุบันเป็นแผนฯ

10 พ.ศ. 2550 - 2554

2.2) แผนระดับภาค ได้แก่ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติภาคเหนือ ภาคใต้

ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2.3) แผนระดับจังหวัด ได้แก่ แผนของแต่ละจังหวัด

2.4) แผนระดับอำเภอ เป็นแผนพัฒนาระดับอำเภออยู่ในความรับผิดชอบของกรรมการ

พัฒนาอำเภอ (กพอ.) โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน

2.5) แผนระดับตำบล เป็นแผนพัฒนาระดับตำบลอยู่ในความรับผิดชอบของกรรมการ

สภาตำบล (กตส..) มีกำนันเป็นประธาน คณะกรรมการ ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน และ กรรมการพัฒนาหมู่บ้าน

(กพบ.) มีเจ้าหน้าที่ของรัฐระดับตำบลเป็นกรรมการที่ปรึกษา มีพัฒนาการระดับตำบลเป็นผู้รับผิดชอบช่วยเหลือในการจัดทำแผน

3) แบ่งตามสายงาน แบ่งได้ดังนี้

3.1) แผนระดับชาติ

3.2) แผนระดับกระทรวง หมายถึง แผนตามกระทรวงต่าง ๆ ของรัฐบาล

3.3) แผนระดับกรมหรือสำนักงานหรือองค์การ หมายถึง แผนย่อยของแผนระดับกระทรวง

ในหน่วยราชการทั่ว ๆ ไป ได้แก่ แผนระดับกรม แต่บางหน่วยงานมีสำนักงานซึ่งสังกัดอยู่กับสำนักนายกรัฐมนตรี

หรือสังกัดอยู่กับสำนักงานปลัดกระทรวงจะเป็นแผนระดับสำนักงานหรือถ้าเป็นรัฐวิสาหกิจก็จะมีแผนระดับองค์การ

3.4) แผนระดับกองหรือแผนระดับฝ่าย ในหน่วยราชการหน่วยงานที่รองลงมาจากกรม คือ กอง

จากกองจึงเป็นฝ่ายหรือแผนก แต่ในหน่วยงานรัฐวิสาหกิจ หน่วยงานที่รองลงมาได้แก่ ฝ่าย กอง แผน ตามลำดับ

4) แบ่งตามหลักเศรษฐศาสตร์

4.1) แผนมหภาค (Macro Plan) เป็นแผนระดับสูง หรือแผนใหญ่ บางครั้งเรียกว่า Master

Plan (แผนงานหลัก) ตามปกติจะหมายถึง แผนระดับชาติ

4.2) แผนรายสาขา (Sectoral Plan) ได้แก่ แผนสาขาเกษตร แผนพาณิชย์ แผนคมนาคม

แผนสาธารณสุข ฯลฯ

5) แบ่งตามเหตุการณ์ แผนนี้เกิดขึ้นตามความจำเป็นของสภาวะแวดล้อมและสถานการณ์ที่

เกิดขึ้นแบบฉุกเฉิน หรือเร่งด่วน เช่น แผนป้องกันน้ำท่วม แผนป้องกันอัคคีภัย แผนป้องกันอุบัติเหตุ เป็นต้น

สำหรับแผนสุขภาพชุมชน เป็นการนำแผนกลยุทธ์มาจัดทำรายละเอียดเพื่อให้สามารถดำเนินการต่อไปได้ และถูกกำหนดขึ้นเพื่อต้องการแก้ปัญหาเฉพาะในแต่ละชุมชน จึงเป็นแผนในลักษณะ แผนปฏิบัติการ

(Operational Plan) ที่มีลักษณะแผนในระดับล่าง (Tactic Plan) มักเป็นแผนหรือโครงการที่มีระยะเวลาไม่นานมาก เป็นแผนระยะสั้นประมาณ 1-2 ปี มีการกำหนดวัตถุประสงค์ชัดเจน เจาะจงเฉพาะเรื่อง มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติ และระยะเวลาการดำเนินการที่ชัดเจน โดยยึดนโยบาย หรือวัตถุประสงค์ของแผนสำนักงานสาธารณสุข จังหวัด หรือ แผนชาติมาเป็นกรอบกำหนดเป้าหมาย ซึ่งมักจะจัดทำในลักษณะโครงการ (Project)

6. การวางแผนดำเนินงานของพยาบาลชุมชน

การวางแผนดำเนินงานในชุมชน เป็นการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน ซึ่งปัญหานี้เป็นปัญหาร่วม มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับปัญหาอื่น ๆ ดังนั้นในการแก้ไขปัญหา ที่มสุขภาพจะต้องรับผิดชอบร่วมกัน โดยจัดทำเป็น “แผนแม่บท” หรือ “แผนงานหลัก” ที่บรรจุปัญหาทั้งหมดไว้ให้บุคลากรในหน่วยงานทั้งหมดเป็นผู้รับผิดชอบ และจัดทำ “แผนโครงการ” ในหน่วยแยกย่อยมาในแต่ละอย่าง เพื่อให้สามารถดำเนินการแก้ไขหรือนำไปปฏิบัติได้ แผนโครงการจึงมีชื่ออีกอย่างว่า “แผนปฏิบัติการ” ซึ่งแผนที่จัดทำนั้นควรจะเป็นไปตามนโยบาย ตรงเป้าหมาย เหมาะสมกับทรัพยากร ระยะเวลา และสามารถประเมินผลได้ ดังนั้นในการวางแผนทางด้านสุขภาพ ผู้วางแผนจะต้องนำข้อมูลที่บ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพของชุมชน และองค์ประกอบอื่น ๆ มาใช้ร่วมในการพิจารณาและตัดสินใจเพื่อให้การบริการได้แนวทางที่ชัดเจน

การจัดทำแผนเพื่อดำเนินงานในชุมชน แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 การวางแผนแม่บท การวางแผนแม่บทจะต้องประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. เลือกปัญหาเพื่อการวางแผน โดยนำปัญหาที่ได้เลือกและจัดลำดับปัญหาไว้แล้วมา

วางแผนเพื่อแก้ไขปัญหา อาจจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับเรื่อง โรคหรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ก็ได้ เช่น เสี่ยงต่อการเป็นโรคระบบทางเดินอาหาร เสี่ยงต่อการเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน เป็นต้น

2. วิเคราะห์ปัญหา (Problem Analysis) การแก้ปัญหามustต้องทำการวิเคราะห์ปัญหาและ

สาเหตุของปัญหาอย่างละเอียด โดยการวิเคราะห์โยงโยสาเหตุของปัญหา นอกจากนี้ยังต้องวิเคราะห์กลุ่มประชากรที่เกิดปัญหาโดยอาศัยหลักวิทยาการระบาดทั้งในแง่ของ บุคคล เวลา และสถานที่ เช่น ถ้าปัญหาเสี่ยงต่อการเป็นโรค

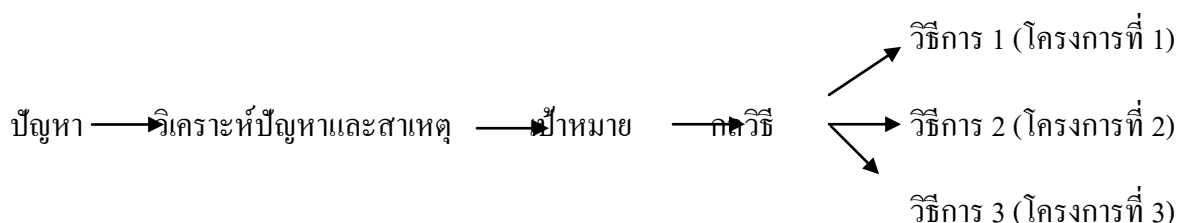
ระบบทางเดินอาหารเป็นปัญหาอันดับแรก ในการวิเคราะห์ปัญหาจำเป็นจะต้องวิเคราะห์ให้ละเอียด โรคนี้จะเกิดกับใครบ้าง กลุ่มอายุเท่าใด เพศใดเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะการกระจายของโรคเป็นอย่างไร หรือว่าเป็นเฉพาะกลุ่มกลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคนี้อีกบ้าง การวิเคราะห์นี้จะรวมไปถึงสภาพสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดการเจ็บป่วย ได้แก่ น้ำ การกำจัดสิ่งปฏิกูล รายละเอียดที่จะนำมาวิเคราะห์ในส่วนนี้อาจได้จากการรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเจาะลึกในปัญหาที่ได้จากการจัดลำดับความสำคัญในอันดับต้น ๆ ที่เลือกไว้

3.เป้าหมายในการแก้ปัญหา (Goal) จากการวิเคราะห์ปัญหาอย่างละเอียดแล้ว จะทราบถึงความสามารถในการแก้ปัญหามากน้อยเพียงใด แล้วนำไปตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา ซึ่งในขั้นนี้ควรระบุระยะเวลาด้วยว่าจะทำในเวลาเท่าไร เช่น ลดจำนวนอัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง 600 ต่อแสนประชากร ให้เหลือ 300 ต่อแสนประชากรในระยะเวลา 1 ปี

จุดประสงค์ (objective) เป็นส่วนย่อยของเป้าหมาย อาจตั้งในรูปของ health objective หรือ program objective ก็ได้

4.กลวิธีการพยาบาลชุมชนในการแก้ปัญหา เป็นการกำหนดวิธีการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธีเพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งเอาไว้ ซึ่งวิธีการต่าง ๆ นี้จะต้องอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ คือ การแก้ปัญหาตามทฤษฎีร่วมกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนนั้น ๆ ทุกวิธีการย่อมมีอุปสรรคมากหรือน้อยแตกต่างกัน ซึ่งผู้รับผิดชอบจะต้องพิจารณาตัดสินใจเลือกปฏิบัติ หรือใช้กลวิธีหลาย ๆ อย่างร่วมกัน ซึ่งจะต้องมีการวางแผนประสานงานกันเป็นอย่างดี ซึ่งรายละเอียดการวางแผนแม่บท ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 แสดงรายละเอียดขั้นตอนการวางแผนแม่บท



ในการแก้ปัญหาสุขภาพแต่ละปัญหา อาจมีแนวทางในการกำหนดโครงการย่อย หรือกิจกรรมได้หลายอย่าง เช่น ปัญหา “เสี่ยงต่อการเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน” ผู้รับผิดชอบต้องคิดต่อว่าการแก้ไขปัญหานั้นทำได้อย่างไรบ้าง เช่น

- การให้ภูมิคุ้มกันโรค เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันโรคที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งโครงการที่จัดทำอาจจะจัดทำ 2 โครงการ โดยโครงการที่ 1 เป็นการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และ โครงการที่ 2 เป็นการจัดทำคลินิกสุขภาพเด็กดี เป็นต้น
 - การให้ประชาชนเกิดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่สามารถป้องกันได้
- พยาบาลชุมชนควรพิจารณาว่า ผู้รับผิดชอบจะจัดทำโครงการอะไรบ้าง เช่น โครงการที่ 1 เป็นการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคที่สามารถป้องกันได้ และ โครงการที่ 2 เป็นการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- จะเห็นได้ว่า ปัญหาเพียงปัญหาเดียวแต่พยาบาลชุมชนและทีมสามารถจัดทำโครงการขึ้นมาเพื่อแก้ไขปัญหาทั้งหมด 4 โครงการที่กล่าวมาแล้วข้างต้น หรือมากกว่าหรือน้อยกว่านี้ก็ได้ แล้วแต่กลุ่มผู้รับผิดชอบร่วมกับการพิจารณาของประชาชนในชุมชนจะเห็นว่าขนาดใดจะครอบคลุมปัญหานั้น ๆ

5. ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์หรือชุมพลังที่จะใช้ในการแก้ปัญหา (resources) หมายถึง วัสดุ อุปกรณ์ ยานพาหนะ บุคลากร เงิน (รวมเงินงบประมาณด้วย)

6. อุปสรรค (barriers) ในการดำเนินการทุกอย่างต้องมีอุปสรรค แผนแม่บทควรมองหรือคาดว่าการแก้ปัญหาสาธารณสุขนั้น ๆ อาจจะพบอุปสรรคอะไรบ้าง

7. ผู้รับผิดชอบ (responsible persons) หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มคนที่รับผิดชอบในการแก้ปัญหาตามกลวิธีทางสาธารณสุข

8. การประเมินผล (evaluation) ในส่วนนี้จะเป็นเพียงวิธีการประเมินผลคือเกณฑ์ที่ตั้งเอาไว้

เพื่อเป็นแนวทางในการประเมินผลว่าแต่ละระยะจะประเมินผลแบบใดบ้าง เช่น ตามตัวอย่างในกลวิธีระยะสั้น เราอาจจะประเมินผลได้จากความรู้ของเขา โดยแบบสัมภาษณ์ หรือสังเกตการพาบุตรไปรับวัคซีน สำหรับระยะยาว อาจจะประเมินได้จากระเบียบของสถานีนามัย ดังนั้นการประเมินจะต้องมีการประเมินเป็นระยะ เพื่อประเมินผลของความก้าวหน้าของการดำเนินงานว่าเป็นไปตามรูปแบบหรือโครงการที่วางไว้มากน้อยเพียงใด มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลเพียงไร มีอุปสรรคอะไรบ้างจะต้องปรับปรุงแก้ไขแผนหรือไม่ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะได้จากรายงาน สังเกต สัมภาษณ์ และการประชุมปรึกษาหารือเพื่อวางแผนต่อไป

ระดับที่ 2 การวางแผนย่อยหรือโครงการ (Sub Plan) ภายหลังจากวางแผนงานหลักแล้ว จะบอกได้ว่าจะใช้

กลวิธีทางการพยาบาลชุมชนในการแก้ปัญหาอย่างไรบ้าง หลังจากนั้นจึงนำมาเขียนเป็นโครงการเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งโครงการ คือ แผนการดำเนินการในการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนในระยะสั้น ที่พยาบาลชุมชนต้องจัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน และการของบประมาณสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนอกเหนือไปจากแผนงานประจำ

การวางแผนหรือพัฒนาโครงการสุขภาพชุมชน อาจเป็นโครงการหรือแผนงานเพื่อการแก้ปัญหาในชุมชน เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลสุขภาพในชุมชน หรือเป็นกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนก็ได้ ทั้งนี้ควรนำข้อมูลสารสนเทศที่ได้จากการประเมินและวินิจฉัยชุมชนมาประกอบการพัฒนาแผน รวมทั้งควรให้ประชาชน หน่วยงาน และองค์กรที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ต่างๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนด้วย ทั้งนี้เพราะประชาชนในชุมชนถือเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามแผนต่อไป เป็นผู้ได้รับผลลัพธ์และผลกระทบจากกิจกรรมโครงการโดยตรง

ในกระบวนการวางแผนงานประกอบด้วย 7 ขั้นตอน คือ

- 1) การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)
- 2) การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)
- 3) การค้นหาปัญหา (Problem Identification)
- 4) การกำหนดนโยบาย วัตถุประสงค์ เป้าหมาย (Goals & Objectives)

- 5) การกำหนดวิธีการ (Process/Mean)
- 6) การควบคุมกำกับกร (Monitoring)
- 7) การกำหนดวิธีประเมินผล (Evaluation)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้ เมื่อนำมาพัฒนาเป็น โครงการสุขภาพของชุมชน สามารถนำมาจัดทำได้หลายลักษณะ การเขียนโครงการเป็นการกำหนดและแสดงรายละเอียดขององค์ประกอบที่มีความเชื่อมโยงต่อเนื่องกันอย่างเป็นเหตุเป็นผล เพื่อให้โครงการที่กำหนดขึ้นเป็น โครงการที่ดีและสามารถดำเนินการได้สัมฤทธิ์ผลตามที่กำหนดไว้ โดยทั่วไปรูปแบบการเขียนโครงการที่นิยมใช้เพื่อเสนอขออนุมัติดำเนินการมี 2 รูปแบบ คือ การเขียนโครงการแบบประเพณีนิยม (Conventional method) และการเขียนโครงการแบบตารางสัมพันธ์เชิงเหตุผล (Logical framework method)

การเขียนโครงการแบบประเพณีนิยม เป็นรูปแบบการเขียนโครงการที่ใช้กันตั้งแต่เริ่มแรกจนถึงปัจจุบัน โดยเขียนบรรยายแจกแจงตามหัวข้อที่กำหนดไว้ในลักษณะต่อเนื่องกันไป ซึ่งหัวข้อที่แสดงรายละเอียดของโครงการ หน่วยงานที่มีอำนาจในการอนุมัติโครงการจะเป็นผู้กำหนด รายละเอียดของการเขียนโครงการ อาจมีองค์ประกอบที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของหน่วยงาน หรือโครงการ ซึ่งโดยทั่วไปมักครอบคลุมหัวข้อ ดังนี้

1. ชื่อโครงการ เป็นการบอกให้ทราบว่าทำอะไรเป็นสำคัญประการแรก เพราะชื่อโครงการจะช่วยเชื่อมโยงไปถึงวัตถุประสงค์หลักของโครงการหรือเป็นการระบุนานหรือกิจกรรมที่จะทำนั่นเอง บางครั้งชื่อโครงการอาจบ่งบอกถึงลักษณะงานหรือกิจกรรมที่จะปฏิบัติ ดังนั้นชื่อโครงการจึงต้องมีความกะทัดรัดชัดเจน และชี้เฉพาะเจาะจง เพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจแนวคิดหลักและทราบจุดประสงค์ของโครงการในภาพกว้าง ๆ เช่น โครงการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่นักเรียนในตำบลขามเรียง
2. ประเภทของโครงการ อาจระบุว่าเป็นโครงการใหม่ หรือโครงการพัฒนาต่อเนื่อง
3. ส่วนราชการเจ้าของโครงการ ระบุชื่อ ที่อยู่ ของส่วนราชการเจ้าของโครงการที่สามารถติดต่อได้
4. ผู้รับผิดชอบโครงการ ระบุชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง
5. หลักการและเหตุผล เป็นสิ่งที่แสดงถึงปัญหาและความจำเป็นที่จะต้องมีโครงการ

ลักษณะการเขียนควรระบุถึงสภาพปัญหา เหตุผลและข้อมูลสนับสนุนให้ปรากฏชัดเจน ซึ่งอาจอ้างอิงถึงสภาพปัญหาที่เปรียบเทียบกับเกณฑ์ เช่น อัตราป่วย อัตราตาย ร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ นอกจากนั้นอาจต้องแสดงให้เห็นว่าโครงการที่เขียนขึ้นสอดคล้องกับแผนหรือนโยบายของหน่วยงานเพื่อให้ผู้บริหารหรือผู้มีหน้าที่อนุมัติโครงการเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน ซึ่งการเขียนต้องลำดับจากภาพกว้างเข้าสู่จุดสำคัญที่จะตอบคำถามให้ได้ว่า 1) ทำไมจึงทำโครงการนี้ มีปัญหาหรือข้อมูลสนับสนุนอย่างไร 2) ทำแล้วจะได้ประโยชน์อะไร มีแนวคิดใดมาสนับสนุน 3) วิธีการที่จะใช้ในโครงการสามารถแก้ปัญหาได้อย่างไร ทั้งนี้สิ่งสำคัญของการเขียนความสำคัญของโครงการ ควรมีการอ้างอิงที่เป็นหลักฐานทางวิชาการที่ถูกต้องและเชื่อถือได้มาอ้างอิงอธิบาย ให้เหตุผลอย่างกระจ่างชัดว่าทำไมหรือมีเหตุผลอะไรจึงกำหนดโครงการนี้ขึ้น โดยเฉพาะสถิติ และข้อมูลต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ หลักการเขียนคล้ายเรียงความทั่ว ๆ ไปคือ ส่วนคำนำ ส่วนเนื้อเรื่อง และส่วนสรุป ทั้งนี้หากคำนำและเนื้อเรื่องไม่มากก็อาจจรรวมเข้าเป็นส่วนเดียวกันและมีส่วนสรุปในย่อหน้าสุดท้ายก็ได้

6. วัตถุประสงค์ เป็นเครื่องชี้แนวทางในการดำเนินงานของโครงการ โดยวัตถุประสงค์จะเป็นข้อความที่แสดงถึงความต้องการที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้ปรากฏผลขึ้น เป็นข้อความที่ชัดเจนไม่คลุมเครือและสามารถประเมินผลและวัดผลได้ โครงการหนึ่ง ๆ อาจมีวัตถุประสงค์มากกว่า 1 ข้อก็ได้ และวัตถุประสงค์อาจจำแนกได้เป็น 2 ลักษณะ คือ วัตถุประสงค์ทั่วไปและวัตถุประสงค์เฉพาะ วัตถุประสงค์ทั่วไปมักเป็นข้อความกว้าง ๆ ส่วนวัตถุประสงค์เฉพาะจะเป็นข้อความที่มีความเฉพาะเจาะจง โดยระบุปริมาณและคุณภาพของการดำเนินงานที่ต้องการให้เกิดขึ้น วัตถุประสงค์เฉพาะจะต้องมีความสอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ทั่วไป อาจพบว่า ในบางตำราได้เรียกวัตถุประสงค์เฉพาะว่า “เป้าหมาย” ซึ่งเป็นการแสดงถึงความต้องการหรือทิศทางในการปฏิบัติงานที่ระบุทั้งในเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และลักษณะเฉพาะของผลงาน โดยมีระยะเวลาที่ชัดเจนเป็นตัวกำกับในการปฏิบัติงานนั้น

การเขียนวัตถุประสงค์ควรจะต้องคำนึงถึงลักษณะ 5 ประการ คือ จะต้องกำหนดด้วย “ความฉลาด” (SMART principle) ดังนี้

S	=	Specific/Sensible	วัตถุประสงค์ที่ดีต้องมีความเป็นไปได้ในการดำเนินโครงการ
M	=	Measurable	วัตถุประสงค์ที่ดีจะต้องสามารถวัดและประเมินผลได้
A	=	Attainable	วัตถุประสงค์ที่ดีต้องระบุสิ่งที่ต้องการดำเนินงานอย่างชัดเจน
R	=	Reasonable	วัตถุประสงค์ที่ดีต้องมีความเป็นเหตุเป็นผลในการปฏิบัติงาน
T	=	Time Available	วัตถุประสงค์ที่ดีจะต้องมีขอบเขตของเวลาที่แน่นอนในการปฏิบัติงาน

การเขียนวัตถุประสงค์ของโครงการ มีลักษณะเป็นวัตถุประสงค์เชิงปฏิบัติการที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย ฉะนั้นการเขียนวัตถุประสงค์จึงควรใช้คำที่แสดงถึงความตั้งใจ หรือจุดมุ่งหมายของการดำเนินงานโครงการ เช่น คำว่า พรรณนา อธิบาย กล่าวถึง เลือกรสร ระบุ สร้างเสริม ประเมินผล ลำดับ แยกแยะ แจกแจง กำหนดรูปแบบ และแก้ปัญหา เป็นต้น

ตัวอย่างการเขียนวัตถุประสงค์โครงการ

- เพื่อให้นักเรียนบอกรหัสป้องกัน โรคไข้เลือดออกได้อย่างถูกต้อง
- เพื่อให้ประชาชนเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายให้หมดไปจากชุมชนภายใน 1 เดือน
- เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดเมนูอาหารที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยเบาหวานได้

ตัวอย่างการเขียนวัตถุประสงค์ที่มีการกำหนดเป้าหมายร่วมด้วย

- เพื่อให้ประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไป เข้าร่วมกิจกรรมการเดินแอโรบิกอย่างน้อยร้อยละ 70
- เพื่อให้วัยรุ่นมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 50 เป็นร้อยละ 70

จากตัวอย่างอาจกล่าวได้ว่า วัตถุประสงค์เป็นทิศทางในการดำเนินงานของโครงการ

ส่วนเป้าหมายมีความคล้ายคลึงกับวัตถุประสงค์ และอาจเขียนรวมกันได้ แต่จะเป็นตัวชี้ทิศทางที่จะบรรลุ วัตถุประสงค์ และเป้าหมาย (Goal) เป็นความเฉพาะเจาะจง และมีระยะเวลาสั้น หรือกำหนดเวลาแน่นอน และเป็นแนวทางการประเมินผล โดยส่วนใหญ่จะกำหนดเป้าหมายเป็นปริมาณมากกว่าคุณภาพ เพื่อให้สามารถประเมินผลได้ชัดเจน

7. วิธีดำเนินการ เป็นการกำหนดกิจกรรมในวิธีการต่าง ๆ หรือ เป็นงานหรือภารกิจที่

จะต้องปฏิบัติให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีดำเนินงานมักจำแนกเป็นกิจกรรมย่อยหลายกิจกรรม โดยจะแสดงให้เห็นเป็นขั้นตอนต่าง ๆ อย่างชัดเจน ตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการว่ามีกิจกรรมใดที่จะต้องทำ ทำเมื่อใด ผู้ใดเป็นผู้รับผิดชอบ และจะทำอย่างไร โดยปกติวิธีดำเนินการจะมีปฏิทินปฏิบัติงาน ซึ่งมีลักษณะเป็นแผนภูมิแท่ง (Bar Chart) หรือแผนภูมิของแกนต์ (Gantt's Chart) ควบคู่กันไป รวมทั้งแสดงให้เห็นถึงระยะเวลาที่ต้องใช้ในการดำเนินงานของกิจกรรมนั้น ๆ

8. ระยะเวลาในการดำเนินงานโครงการ เป็นการระบุเวลาตั้งแต่เริ่มต้นโครงการ

จนกระทั่งถึงเวลาเสร็จสิ้นโครงการว่า ใช้เวลาทั้งหมดเท่าใด โดยมักแสดงให้เห็นว่าเวลาที่ใช้เริ่มตั้งแต่วันที่ เดือน ปีอะไร และจะเสร็จสิ้นในวัน เดือน ปีอะไร ถ้าโครงการเป็นโครงการระยะยาวและมีหลายขั้นตอนก็จะต้องแสดงช่วงเวลาในแต่ละขั้นตอนนั้นด้วย ทั้งนี้เพื่อให้ประกอบการพิจารณาเพื่ออนุมัติโครงการ ระยะเวลาที่มักจะต้องจากวิธีการดำเนินงาน

9. งบประมาณและทรัพยากรที่ต้องใช้ เป็นการระบุถึงจำนวนงาน บุคคล วัสดุภัณฑ์

และปัจจัยอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการดำเนินโครงการ การกำหนดงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินงาน ผู้วางแผนโครงการควรต้องคำนึงถึงหลักสำคัญ 4 ประการในการจัดทำโครงการ โดยจะต้องจัดเตรียมไว้อย่างเพียงพอและต้องใช้อย่างประหยัด หลักการในการจัดทำดังกล่าว ได้แก่

ความประหยัด (Economy) การเสนองบประมาณเป็นไปด้วยความประหยัด หมายถึง การใช้ทุนหรือทรัพยากรทุกชนิดตามสมควร แต่ผลของการดำเนินโครงการ

ความมีประสิทธิภาพ (Effectiveness) โครงการทุกโครงการจะต้องดำเนินงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้

ความยุติธรรม (Equity) การจัดสรรทรัพยากรทุกชนิด หรือการใช้จ่ายทรัพยากร จะต้องเป็นไป ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ทั้งนี้เพื่อให้ทุกฝ่ายปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่อง คล่องตัวและมีประสิทธิภาพสูงสุด

การระบุดอกเงินงบประมาณ และจำนวนทรัพยากรอื่น ๆ ที่ต้องใช้ควรระบุที่มาด้วย เช่น จากงบประมาณแผ่นดิน จากงบประมาณรายได้ จากการบริจาคของหน่วยงานหรือองค์กรเอกชน อื่น ๆ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังจะต้องแจออกเป็นรายละเอียดในการใช้อย่างชัดเจนอีกด้วย ซึ่งจะช่วยให้การพิจารณาสนับสนุนและอนุมัติโครงการเป็นไปด้วยดี

10. ผู้รับผิดชอบโครงการ เป็นการระบุเพื่อให้ทราบว่า หน่วยงานใดหรือบุคคลใดหรือกลุ่มใดเป็นผู้รับผิดชอบในการเสนอ และดำเนินโครงการ เพื่อให้ผู้พิจารณาสามารถตรวจสอบได้อย่างแน่ชัดว่าโครงการที่จัดทำขึ้นเป็นงานในหน้าที่ความรับผิดชอบและเป็นภารกิจของหน่วยงานหรือของบุคคลผู้นั้นจริงหรือไม่ และผู้รับผิดชอบโครงการมีประสบการณ์และคุณสมบัติที่เหมาะสมและน่าเชื่อถือมากน้อยเพียงใด ในกรณีและผู้รับผิดชอบเป็นบุคคล ควรแสดงให้เห็นว่าใครเป็นที่ปรึกษาโครงการ หัวหน้าโครงการ และผู้เข้าร่วมโครงการ

11. การประเมินผลโครงการ ส่วนนี้เป็นการแสดงถึงการติดตาม การควบคุม การกำกับ และการประเมินผลโครงการ โดยจะแสดงให้เห็นว่าโครงการที่ได้รับการอนุมัติสนับสนุนแล้ว จะมีวิธีการในการควบคุมอย่างไร เพื่อให้โครงการบรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่ได้กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประเมินโครงการจะต้องระบุบุคคลหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินการ และจะต้องระบุวิธีหรือเครื่องมือที่ใช้ประเมินไว้ด้วย การประเมินจะบอกระยะเวลาในการประเมินด้วย เช่น ประเมินก่อนดำเนินการ ขณะดำเนินการ หรือหลังดำเนินการ หรือระบุเวลาชัดเจนว่าจะประเมินทุกระยะ 3 เดือน เป็นต้น

12. ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ส่วนนี้จะแสดงถึงผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับจากความสำเร็จของโครงการ และเมื่อโครงการสิ้นสุดลง ซึ่งจะหมายถึงผลกระทบในทางที่ดีที่คาดว่าจะเกิดขึ้นโดยตรงและโดยอ้อม นอกจากนี้จะระบุไว้ชัดเจนว่า ใครจะได้รับผลประโยชน์ และผลกระทบนั้น ในลักษณะอย่างไรทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ เป็นการระบุว่าหากการดำเนินการบรรลุตามวัตถุประสงค์ของโครงการแล้วจะเกิดผลอะไรต่อไป โดยที่การบรรลุวัตถุประสงค์ถือเป็นผลผลิต (Output) ของโครงการ ส่วนประโยชน์ที่ได้ถือเป็นผลลัพธ์ (Outcome) จากการบรรลุเป้าหมาย (Project goals) ของโครงการรวมทั้งผลกระทบ (Impact) ในแง่มุมอื่นๆ ด้วย

การเขียนโครงการแบบประเพณีนิยมมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดีคือง่ายต่อการเขียนและง่ายต่อการเข้าใจของผู้เกี่ยวข้อง ส่วนข้อเสีย คือ โครงการค่อนข้างยาวและยากต่อการตรวจสอบความเป็นเหตุเป็นผลกัน ทำให้พิจารณาโครงการได้ยากและเสียเวลาในการพิจารณาโครงการ การพิจารณาตัดทอนงบประมาณทำได้ยากเนื่องจากงบประมาณแจกแจงตามหมวดรายจ่าย และเนื้อหาในแต่ละส่วนของโครงการไม่ค่อยจะสอดคล้องกันเท่าที่ควร

การเขียนโครงการแบบตารางสัมพันธ์เชิงเหตุผล (Logical Framework) จาก

ข้อจำกัดในการพิจารณาโครงการแบบประเพณีนิยม จึงเกิดแนวคิดในการเขียนโครงการแบบตารางสัมพันธ์เชิงเหตุผล เพื่อให้มีความง่ายในการพิจารณาโครงการ โดยการเขียนโครงการแบบตารางสัมพันธ์เชิงเหตุผล เป็นการเขียนโครงการที่นำเอาองค์ประกอบของโครงการที่กำหนดทั้งหมดบรรจุในตารางโดยอาศัยหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการแสดงความสัมพันธ์กันในเชิงที่เป็นเหตุและเป็นผลซึ่งกันและกัน และประสานกันทั้งองค์ประกอบในแนวตั้งและแนวนอน Logframe มีประโยชน์ดังนี้

- ด้านสื่อความหมาย (Communication) ได้อธิบายถึงความมุ่งหมายและวิธีการที่จะทำให้สำเร็จตามที่มุ่งหมายไว้ได้อย่างย่อและได้ใจความ
- เป็นการวางโครงการ (Project Design) อย่างมีหลักเกณฑ์สมเหตุสมผล
- ประเมินผลได้ (Evaluation) ในรูปแบบ Logframe นั้นสามารถที่จะประเมินผลงานที่กระทำไว้ ว่าสมดังที่ตั้งเจตน์จำนงไว้หรือไม่ งานก้าวหน้าเพียงใด
- ทบทวนการวางโครงการ (Redesign) สามารถที่จะทบทวนโครงการที่วางไว้และปรับปรุงพัฒนาได้เมื่อได้ดำเนินการและประสบปัญหา
- แยกแยะ Program ที่ตั้งไว้ออกเป็นโครงการต่างๆได้และสามารถประสานโครงการนั้นๆได้ (project Interface)
- ให้มีการบันทึกความมุ่งหมายไว้ (Provides Record of Intent) เพื่อปูแนวทางในการทำโครงการตามวิธี Logical Frame work นี้ไม่ยากเลย จึงขอเสนอตัวอย่าง Logical Frame Work ที่ได้ทำแล้วมาประกอบแต่

โปรดระลึกว่าในการเขียนโครงการนั้น มากคนที่มากความคิด มากคนที่มากแนว มากคนที่มากภาษา ดังนั้น ตัวอย่างนี้อาจมีผู้ไม่เห็นด้วยในการใช้ภาษาข้อนี้ขอให้ผ่านไปอย่าคำนึง คำนึงแต่เพียงว่าแต่ละช่องนั้นเป็นเหตุเป็นผลกันและกันแค่นั้นพอ

องค์ประกอบหลักของโครงการที่บรรจุในตารางสัมพันธ์เชิงเหตุผลประกอบด้วยองค์ประกอบในแนวตั้ง ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของแผนงาน (goal) วัตถุประสงค์ของโครงการ (purpose) ผลงานของโครงการ (outputs) กิจกรรมและทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินโครงการ (inputs) และองค์ประกอบในแนวนอน ซึ่งประกอบด้วยคำสรุปสาระสำคัญของโครงการ (narrative summary) ตัวบ่งชี้ (objectively verifiable indicators) แหล่งข้อมูลหรือวิธีการตรวจสอบ (means of verification) เงื่อนไขหรือข้อกำหนดเบื้องต้น (important assumptions) โดยจัดทำเป็นตารางสัมพันธ์เชิงเหตุผลแบบเมตริกซ์ ซึ่งสาระสำคัญในแต่ละช่องมีรายละเอียดดังตาราง

ตาราง 1 สาระสำคัญขององค์ประกอบในตารางสัมพันธ์เชิงเหตุผลแบบเมตริกซ์

สาระสำคัญของโครงการ	ดัชนีชี้วัดความสำเร็จ	แหล่งข้อมูลหรือวิธีการตรวจสอบ	ข้อกำหนดหรือเงื่อนไขเบื้องต้น
วัตถุประสงค์ของแผนงาน (Program Goal)	สิ่งที่แสดงให้เห็นถึงการบรรลุ วัตถุประสงค์ของแผนงาน	แหล่งข้อมูลหรือวิธีการ ตรวจสอบความสำเร็จของ วัตถุประสงค์ของแผนงาน	ผลที่เกิดขึ้นในระยะยาวจาก การดำเนินงานตามแผนงาน (outcome)
วัตถุประสงค์ของโครงการ (Project Purpose)	สภาพการณ์หรือลักษณะที่แสดง ถึงความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ของโครงการ	แหล่งข้อมูลหรือวิธีการ ตรวจสอบความสำเร็จของ วัตถุประสงค์ของโครงการ	ข้อกำหนดหรือเงื่อนไขสำคัญ ที่จะช่วยให้วัตถุประสงค์ ของแผนงานบรรลุผล
ผลงานของโครงการ	สภาพการณ์หรือลักษณะที่แสดง ให้เห็นถึงผลงานเพื่อความสำเร็จ	แหล่งข้อมูลหรือวิธีการ ตรวจสอบผลงาน	ข้อกำหนดหรือเงื่อนไขสำคัญ ที่จะช่วยให้วัตถุประสงค์ของ

- | | | | |
|-----|--|---------|------------------------------------|
| 7. | ใช้ทรัพยากรอะไร เท่าใด และได้จากไหน | หมายถึง | งบประมาณและทรัพยากรอื่น ๆ |
| 8. | ใครทำ | หมายถึง | ผู้รับผิดชอบโครงการ |
| 9. | ต้องทำกับใคร | หมายถึง | หน่วยงานหรือบุคคลที่ให้การสนับสนุน |
| 10. | ทำได้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายหรือไม่ | หมายถึง | การประเมินผล |
| 11. | เกิดอะไรขึ้นเมื่อสิ้นสุดโครงการ | หมายถึง | ผลที่คาดว่าจะได้รับ |
| 12. | มีปัญหาอุปสรรคหรือไม่ | หมายถึง | ข้อเสนอแนะ |

โครงการทุกโครงการ หากผู้เขียนโครงการสามารถตอบคำถามทุกคำถามดังกล่าวได้ทั้งหมด อาจถือได้ว่าเป็นการเขียนโครงการที่มีความสมบูรณ์ในรูปแบบ และหากการตอบคำถามเป็นไปด้วยความมีเหตุผลและมีหลักการ ย่อมถือได้ว่าโครงการที่เขียนขึ้นนั้นเป็นโครงการที่ดี นอกจากจะได้รับการพิจารณาอนุมัติโดยง่ายแล้ว ผลของการดำเนินงานมักจะมีประสิทธิภาพด้วย

สรุป

การวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนเป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพในชุมชน การวางแผนที่ดีจะทำให้การดำเนินการเป็นไปโดยเรียบร้อยสมบูรณ์ และมีประสิทธิภาพมากที่สุด แผนแก้ปัญหาสุขภาพชุมชนมักเป็นแผนปฏิบัติการ (Operative Plan) ที่มีการกำหนดวัตถุประสงค์ชัดเจนเฉพาะเรื่อง โดยยึดข้อมูลปัญหาในชุมชนในการจัดทำแผนย่อยแก้ปัญหา (Sub Plan) ซึ่งอาจมีโครงการย่อย ๆ หลายโครงการ (Sub Project) อย่างไรก็ตาม การกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานยังยึดเกณฑ์เป้าหมายตามแผนจังหวัด หรือเกณฑ์ตามแผนชาติ มาเป็นกรอบในการกำหนดเป้าหมาย เพื่อให้สามารถบอกได้ว่าโครงการแก้ปัญหาในชุมชนบรรลุเป้าหมายตามนโยบายด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใด

บรรณานุกรม

- จริยาวัตร คมพักษณ์ และวนิดา คุรงค์ฤทธิชัย. (2554). *การพยาบาลอนามัยชุมชน : แนวคิด หลักการและการปฏิบัติการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : โครงการตำราสถาบันอุดมศึกษาเอกชน สาขาพยาบาลศาสตร์.
- พรฤดี นิธิรัตน์และสายใจ จารุจิตร. (2559). *กระบวนการพยาบาลกับการดูแลสุขภาพชุมชน*.
นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- ไพเราะ ผ่องโชคและคณะ.(2547). *การพยาบาลอนามัยชุมชน*. กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาชิปดี.
- วรรณิ์ จันทร์สว่าง. (2546). *สุขภาพชุมชน : แนวคิดและกระบวนการดำเนินงาน*. สงขลา : บริษัทลิ้มบราเดอร์ส
การพิมพ์จำกัด.
- ศิริณี อินทรหนองไผ่. (2554). *กระบวนการพยาบาล : เครื่องมือผู้จัดการสุขภาพองค์กรรวม
เพื่อวิวัฒน์และพัฒนาสุขภาพระดับปฐมภูมิ*.(พิมพ์ครั้งที่ 5). มหาสารคาม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศิวาพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ (บรรณาธิการ). (2555). *การพยาบาลชุมชน*. เชียงใหม่ :
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมใจ วินิจกุล. (2550). *อนามัยชุมชน : กระบวนการวินิจฉัยและการแก้ปัญหา. (ฉบับปรับปรุง)*. (พิมพ์ครั้งที่3).
กรุงเทพมหานคร : หจก. ฟันนี้พับลิชชิ่ง.
- สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2550). *ปฏิบัติการพยาบาลชุมชนขั้นสูง*. ชลบุรี : ศรีศิลป์การพิมพ์.
- อัชฌา สุวรรณกาญจน์.(2551). *กระบวนการพัฒนาอนามัยชุมชน:แนวคิดและการปฏิบัติ*. (พิมพ์ครั้งที่3) .มปท.
- Correia, C.(2011). **Comprehensive Community Health Nursing**. St.Louis : JayPee Brothers Medical
Publishers.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1996). **Community Health Nursing Process and Practice for Promoting
Health**. USA : Mosby Year Book.

ตัวอย่างการเขียนโครงการ

1. ชื่อโครงการ : “ความดันดี ชีวิตมีสุข”

2. หน่วยงานที่รับผิดชอบ :

1. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังอิทก อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก
3. องค์การบริหารส่วนตำบลวังอิทก อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

3. คณะผู้ดำเนินการ : นิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก

4. หลักการและเหตุผล

“โรคความดันโลหิตสูง” เป็นโรคสำคัญที่คุกคามต่อสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะวัยสูงอายุ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด และหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติได้ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ตาพร่ามัว อัมพาตและโรคหัวใจ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน กล่าวคือ จะมีโอกาสเกิดเส้นเลือดฝอยในสมองแตก ที่สำคัญ คือ เกิดโรคเรื้อรังซ้ำซ้อน ได้แก่ อัมพาต และเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวคือ ถ้าผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัวหรือเป็นผู้หารายได้หลักจะทำให้กระทบต่อรายได้และเศรษฐกิจ ความเป็นอยู่ของครอบครัว และผู้ป่วยจะเกิดภาวะเครียดเนื่องจากสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองและครอบครัว อีกทั้งยังเป็นภาระของครอบครัวและชุมชนอีกด้วย

ปัจจุบันคนทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.5 พันล้านคน และเสียชีวิตจากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงถึง 7 ล้านคนในแต่ละปี ในประเทศไทยพบว่า ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขด้วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบจากข้อมูล 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2543-พ.ศ.2553) พบว่า อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน จะมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง จาก 259 คน เป็น 1,349 คน ซึ่งถือว่ามียอัตรการเพิ่มที่สูงขึ้นกว่า 5 เท่า (5.21 เท่า)(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2553) ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรสดังกล่าวเกิดจากความเจริญก้าวหน้าด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็ว ทำให้มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงค่านิยมเช่น การกินอาหารจานด่วน/อาหารสำเร็จรูป อาหารรสหวาน มัน เค็ม และการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ขาดการออกกำลังกาย การจัดการความเครียดไม่ดี เป็นต้น ดังนั้นการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการสำรวจข้อมูลชุมชนบ้านวังใหญ่ หมู่ที่ 7 ตำบลวังอิทก อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก โดย นิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยนเรศวร ระหว่างวันที่ 11-19 กันยายน 2557 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีจำนวนที่เป็นโรคประจำตัวทั้งหมด 116 คน และในจำนวนนี้มีผู้ที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 37 คน คิดเป็นร้อยละ 34 ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดในผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่นๆ และจากการจัดลำดับความสำคัญ

ของปัญหาโดยการทำประชาคมในชุมชน วันที่ 24 กันยายน 2557 ปัญหาที่ประชาชนเลือกคือ “โรคความดันโลหิตสูง” จึงได้จัดทำโครงการ “ความดันดี ชีวิตมีสุข” นี้ขึ้นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการเจ็บป่วย

5. วัตถุประสงค์

- 5.1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง
- 5.2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง
- 5.3. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ความเข้าใจในการเลือกรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง
- 5.4. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการ มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียดได้ถูกต้อง
- 5.5. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถออกกำลังกายได้ถูกวิธีและส่งเสริมให้มีออกกำลังกายในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องโดยมี อสม.เป็นแกนนำในการออกกำลังกาย

6. วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 6.1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการที่มีโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง ร้อยละ 60 หลังจากเข้าร่วมโครงการ
- 6.2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงถูกต้องร้อยละ 60 หลังจากเข้าร่วมโครงการ
- 6.3. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคถูกต้องร้อยละ 60 หลังจากเข้าร่วมโครงการ
- 6.4. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อเกิดความเครียดได้ถูกต้องร้อยละ 60 หลังเข้าร่วมโครงการ
- 6.5. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายร้อยละ 60 ของผู้เข้าร่วมโครงการ

7. วิธีดำเนินการ

7.1 **ขั้นเตรียมชุมชน** ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในชุมชนทราบถึงรายละเอียดโครงการ “ความดันดี ชีวิตมีสุข” และแจกแผ่นพับ

7.2 **ขั้นวางแผนเตรียมงาน**

7.2.1 ติดต่อประสานงานกับผู้นำหมู่บ้าน, อสม.เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังอิทก เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินโครงการ

7.2.2 เตรียมอุปกรณ์ในการจัดทำโครงการ เช่น ป้ายโครงการ , เอกสารแผ่นพับ กระดานให้ความรู้ และของรางวัล เป็นต้น

7.2.3 เตรียมสถานที่จัดโครงการ โดยติดต่อขอใช้สถานที่ ณ ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 7 บ้านวังใหญ่ ต.วังอิทก อ.บางระกำ จ.พิษณุโลก

7.2.4 ประชาสัมพันธ์โครงการโดยประกาศตามหอกระจายข่าว แจกแผ่นพับ และมอบหมายให้อสม. ช่วยประชาสัมพันธ์โครงการ

ลำดับที่	กิจกรรม	ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
1	<p>ขั้นเตรียมงาน</p> <p>1.1 ประชุมปรึกษาเลือกหัวข้อโครงการ</p> <p>1.2 นำเสนอโครงการกับอาจารย์ผู้รับผิดชอบ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังอิทก และองค์การบริหารส่วนตำบล</p> <p>1.3 ขออนุมัติโครงการ</p> <p>1.4 ประสานงานกับชุมชนในการประชาสัมพันธ์โครงการ</p> <p>1.5 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังอิทก และ อสม.</p> <p>1.6 ติดต่อยืมอุปกรณ์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เช่น ลำโพง ไมโครโฟน โปรเจคเตอร์ เครื่องเสียง กล้องบันทึกวิดีโอ</p> <p>1.7 เตรียมผู้บรรยายและผู้นำเดินแอโรบิก และผู้ให้ความรู้ เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>1.8 เตรียมแบบสอบถามสำหรับประเมินความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโครงการ</p> <p>1.9 เตรียมอุปกรณ์ในการจัดทำโครงการ เช่น กระดานให้ความรู้ แผ่นพับ และหัวข้อโครงการ</p> <p>1.10 เตรียมสถานที่จัดโครงการ</p> <p>1.11 ประชาสัมพันธ์โครงการโดยประกาศตามหอกระจายข่าว แจกแผ่นพับ และมอบหมายให้อสม. ช่วยประชาสัมพันธ์โครงการ</p>	<p>24 – 30 กันยายน 25xx</p>	<p>นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 และ อสม.</p>

ลำดับที่	กิจกรรม	ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
2	<p>ขั้นดำเนินการ</p> <p>2.1 การคัดกรองตรวจร่างกายเบื้องต้น ได้แก่ วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง วัดรอบเอวและคำนวณค่าดัชนีมวลกาย</p> <p>2.2 ประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย และให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น</p> <p>2.3 กล่าวเปิดงาน เพื่อบอกวัตถุประสงค์ของการจัดงาน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้ความรู้ และการรับรู้ที่ถูกต้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความรู้เกี่ยวกับอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการประกวดการทำส้มตำเพื่อสุขภาพ - ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง โดยการบรรยายให้ความรู้ และแสดงบทบาทสมมติ และตอบคำถามชิงรางวัล - ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอารมณ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับการหัวเราะเพื่อผ่อนคลาย และมีการแข่งขันหัวเราะ - ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีการเดินแอโรบิก โดยมีวิทยากรที่ได้เชิญมาเป็นผู้นำในการเดิน และมีการบันทึกวีดีโอเพื่อใช้ในการต่อยอดโครงการต่อไป <p>2.4 ตรวจวัดความดันโลหิตหลังจากออกกำลังกาย หลังพัก 15-30 นาที</p>	1 ตุลาคม 25xx	<p>- นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 และอสม.</p> <p>- น.ส.รุจิรา อินยะ - น.ส.อังคณา ศรีโพธิ์</p> <p>- น.ส.ชัชริย์ เวียงทอง - น.ส.พวงเกษร วิหก</p> <p>- น.ส.อริสา หอมจันทร์ - น.ส. รุจิรา บุตรชา</p> <p>- อ.อาพัทธ์ เตียวตระกูล นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 และอสม.</p>
3	<p>3.1 จัดกิจกรรมการออกกำลังกายโดยการเดินแอโรบิก นำโดยนิสิตพยาบาลและ อสม.</p> <p>3.2 ติดตามการออกกำลังกาย เวลา 17.00 น.</p>	2-3 ตุลาคม 25xx	<p>นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 และอสม.</p>
4	<p>ขั้นประเมินผล</p> <p>3.1 ประเมินผลโครงการจัดกิจกรรม</p> <p>3.2 ประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกาย</p>	1-3 ตุลาคม 25xx	<p>นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 และอสม.</p>

ลำดับที่	กิจกรรม	ระยะเวลาที่ใช้ในการปฏิบัติ	ผู้รับผิดชอบ
	3.3 สรุปผลการจัดและถ่ายภาพหมู่และมอบของที่ระลึกให้เจ้าหน้าที่รพ.สต.วังอิทก ผู้นำหมู่บ้าน และ อสม. ในวันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ. 2555		

7.3 ขั้นตอนการจัดโครงการ

ณ ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน ที่ทำการผู้ใหญ่บ้านวังใหญ่ หมู่ที่ 7 ตำบลวังอิทก อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก ในวันที่ 1-3 ตุลาคม 2558 ตั้งแต่เวลา 11.00 – 16.00 น.

7.4 ชั้นประเมินผล

1. ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยประเมินจากแบบสอบถามก่อนและหลังให้ความรู้
2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการใช้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง โดยประเมินจากแบบสอบถามก่อนและหลังให้ความรู้
3. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง โดยประเมินจากแบบสอบถามก่อนและหลังให้ความรู้
4. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียด โดยประเมินจากแบบสอบถามก่อนและหลังทำกิจกรรมและให้ความรู้
5. ประเมินความสนใจในการเข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายโดยสังเกตจากการทำกิจกรรม

กิจกรรม	กันยายน							ตุลาคม				หมายเหตุ/ผู้รับผิดชอบ
	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	
1.สรุปผลการทำประชาคม	↔											นิติตั้ง 8 คน
11.จัดเตรียมสถานที่							↔					นิติตั้ง 8 คน
12.ประชาสัมพันธ์โครงการผ่านเสียงตามสายของหมู่บ้าน ครั้งที่ 3							↔					รุจิรา อินยะ
กิจกรรม	กันยายน							ตุลาคม				หมายเหตุ/ผู้รับผิดชอบ
	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	
13.ซื้อวัตถุดิบในการประกอบอาหารสำหรับทำโครงการ							↔					นิติตั้ง 8 คน
14.จัดเตรียมสถานที่ก่อนดำเนินโครงการ								↔				นิติตั้ง 8 คน
15.ดำเนินโครงการ ความดันดี ชีวิตมีสุข โดยจัดเป็นกิจกรรม 4 อย่างดังนี้ -เรื่องยา(กิจกรรมให้ความรู้เรื่องยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง) -อาหารสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง (ประกวดการทำส้มตำเพื่อสุขภาพ) -การจัดการกับอารมณ์ (ให้ความรู้เรื่องการจัดการกับอารมณ์และแข่งขันการหัวเราะ) -ออกกำลังกายโดยมีวิทยากรรับเชิญเป็น								↔				นิติตั้ง 8 คน

กิจกรรม	กันยายน							ตุลาคม				หมายเหตุ/ผู้รับผิดชอบ
	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	
1.สรุปผลการทำประชาคม	↔											นิติตั้ง 8 คน
ผู้ดำเนินการ -ประเมินผล โครงการ												
16.กิจกรรมออกกำลังกายโดยนิติตั้งและผู้นำในชุมชน และประเมินผล									↔			นิติตั้ง 8 คน
17.สรุปโครงการและประเมินผล โครงการ										↔		นิติตั้ง 8 คน

8. ระยะเวลาในการดำเนินงาน

ตั้งแต่วันที่ 24 กันยายน พ.ศ.2558 ถึง 3 ตุลาคม พ.ศ.2558

9. สถานที่ดำเนินงาน

ณ ที่ทำการผู้ใหญ่บ้านวังใหญ่ หมู่ที่ 7 ตำบลวังอิทก อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก

10. ประชากรที่เข้าร่วมโครงการ

ประชากรที่เข้าร่วมโครงการ “ความดันดี ชีวิตมีสุข” ในหมู่บ้านวังใหญ่ หมู่ที่ 7 ต.วังอิทก ทั้งหมด จำนวน 113 คน ดังนี้

- 10.1 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 67 คน
- ประชากรที่มีโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 37 คน
 - ประชากรที่มีภาวะโภชนาการเกิน จำนวน 30 คน

10.2 ผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวน 46 คน

- กลุ่มอสม. หมู่ที่ 7 จำนวน 14 คน
- วิทยากร จำนวน 1 คน
- เจ้าหน้าที่ รพ.สต.วังอิทก จำนวน 2 คน
- อาจารย์พยาบาล จำนวน 1 คน
- นิสิตพยาบาล จำนวน 8 คน
- ผู้เข้าร่วมโครงการอื่นๆ จำนวน 20 คน

รวมผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด จำนวน 113 คน

11. งบประมาณ

11.1 รายรับ

11.1.1 ใช้งบประมาณของกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลวังอิทก ประจำปีงบประมาณ 2558 จำนวน 2,211 บาท

11.2 ค่าใช้จ่ายในโครงการ

รายการ	จำนวนเงิน(บาท)
11.2.1 หมวดวัสดุใช้สอย	
- ถ่ายเอกสาร	100
- วัสดุอุปกรณ์ในการทำอาหาร	500
- ค่าของรางวัล	500
- ดอกไม้ประดับตกแต่ง	100

รายการ	จำนวนเงิน(บาท)
- ค่าน้ำดื่ม (35 บาท × 2 ขวด×2 วัน)	140
- ค่าน้ำแข็ง	20
รวมหมวดวัสดุใช้สอยทั้งหมด	1,360 บาท

11.2.2 หมวดวัสดุอุปกรณ์และเครื่องใช้สำนักงาน

- กระดาษแข็ง (แผ่นละ 15 บาท x 2 แผ่น)	30
- กระดาษ A4 (รีมละ 100 บาท 1 รีม)	100
- กระดาษสี (แผ่นละ 7 บาท x 3 แผ่น)	21
- ฟิวเจอร์บอร์ด (แผ่นละ 50 บาท x 2 แผ่น)	100
รวมหมวดวัสดุสำนักงานทั้งหมด	251 บาท

11.2.3 หมวดค่าตอบแทน

- วิทยากร	600
รวมหมวดค่าตอบแทนทั้งหมด	600
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	2,211 บาท

(สองพันสองร้อยสิบเอ็ดบาทถ้วน)

11.2.4 ได้รับการสนับสนุนของรางวัลจากโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลวังอิทก

- ชุดเวชภัณฑ์สำหรับผู้ประสบอุทกภัย จำนวน 101 ชุด

หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถถัวเฉลี่ยกันได้

12. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 12.1 ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง
- 12.2 ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เกี่ยวกับการใช้รักษาความดันโลหิตสูงอย่างถูกต้อง
- 12.3 ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรคได้ถูกต้อง
- 12.4 ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เกี่ยวกับการผ่อนคลายความเครียดอย่างถูกต้อง
- 12.5 ผู้เข้าร่วมโครงการได้เข้าร่วมกิจกรรมในการออกกำลังกาย

12.การอนุมัติโครงการ

ผู้เสนอโครงการ

(ลงชื่อ).....ผู้เสนอโครงการ

(นางสาวอังคณา ศรีโพธิ์)

นิสิตพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 4 มหาวิทยาลัยนเรศวร

ผู้เห็นชอบโครงการ

(ลงชื่อ).....ผู้เห็นชอบโครงการ

(นางภิญญา ชัยเชย)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังอิทก

ผู้อนุมัติโครงการ

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติโครงการ

(นายพศุฒิพงษ์ อรุณประเสริฐกุล)

ตำแหน่ง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลวังอิทก

ประธานกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น ตำบลวังอิทก

กำหนดการการดำเนินงานกิจกรรม

โครงการ “ความดันดี ชีวิตมีสุข”

วัน/เดือน/ปี	เวลา	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
25 กันยายน 58	10.00 – 14.00 น. 14.00 – 15.00 น.	- วางแผนกิจกรรมโครงการ ประกอบไปด้วย กิจกรรม 3 อ. 1 ย. คือ กิจกรรม 1.กิจกรรมวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัด ส่วนสูง และรอบเอว หลังจากผู้เข้าร่วมโครงการ ลงทะเบียนเสร็จ 2.การให้ความรู้เรื่องการใช้ยา (Role play เรื่อง การใช้ยา) 3. กิจกรรมการจัดการอารมณ์ (หัวเราะ) 4.กิจกรรมประกวดทำอาหารเพื่อสุขภาพ (ส้มตำ) 5. กิจกรรมออกกำลังกาย - ติดต่อวิทยากรสำหรับนำออกกำลังกาย - ติดต่อขอข้อมูอุปกรณ์ใสดทัศนูปกรณ์ เช่น ลำโพง ไมโครโฟน โปรเจคเตอร์ กล้องถ่ายวิดีโอ - นำเสนอโครงการต่ออาจารย์ประจำกลุ่ม เพื่อ ปรับปรุงแก้ไขโครงการ	- นิสิตพยาบาล ทั้ง 8 คน
26 กันยายน 58	08.00 – 12.00 น. 13.00 – 16.00 น. 16.00 – 17.00 น.	- นำเสนอโครงการกับ อบต. , เจ้าหน้าที่ รพ.สต. วังอิทก ,ผู้นำชุมชน, วิทยากร - จัดทำใบปลิวเชิญชวนให้ชาวบ้านเข้าร่วม กิจกรรมของโครงการ “ความดันดี ชีวิตมีสุข” - จัดทำสื่อประกอบในการทำกิจกรรม , ทำป้าย ชื่อโครงการ - ประชาสัมพันธ์โครงการโดยผ่านเสียงตามสาย ครั้งที่ 1 - แจกใบปลิวเชิญชวนให้ชาวบ้าน บ้านวังใหญ่ หมู่ 7 เพื่อมารับทราบ และเข้าร่วมโครงการ	นิสิตพยาบาล 8 คน นางสาวรุจิรา อินยะ และ ผู้ใหญ่บ้าน
27 กันยายน 58	08.00 – 12.00 น.	- ติดต่อขอข้อมูวัสดุ อุปกรณ์ จากชุมชน ดังนี้ จาน ชาม ช้อน แก้วน้ำ ถังน้ำ อุปกรณ์ในการ ประกอบอาหาร โต้ะ แก้วอิ้ว พัดลม เต็นท์ ครก สาก ที่วัดวังอิทก	นิสิตพยาบาล 8 คน

วัน/เดือน/ปี	เวลา	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
	13.00 – 16.00 น. 16.30 – 17.00น.	- ติดต่อขอข้อมีผ้าตักแต่งสถานที่จากโรงเรียนวัด วังอิทก - จัดทำสื่อประกอบในการจัดทำโครงการเพิ่มเติม (รูปแบบของยาลดความดัน ,เนื้อหาเกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูง,อาการข้างเคียงของยา) - ประชาสัมพันธ์โครงการโดยผ่านเสียงตามสาย ครั้งที่ 2	นางสาวรุจิรา อินยะ
28 กันยายน 58	08.00 – 12.00 น.	- จัดซื้อของรางวัล - ยื่นหนังสือเชิญวิทยากร	นิสิตพยาบาล 8 คน
30 กันยายน 58	10.00 – 16.00 น. 16.30 – 17.00 น.	- จัดเตรียมสถานที่ เช่น ขอความร่วมมือจาก ชาวบ้านชนและกางเต็นท์ , จัดโต๊ะสำหรับ วิทยากรในการเดินแอโรบิกและตกแต่งสถานที่ - จัดทำบอร์ด , ติดป้ายโครงการ - จัดเตรียมอุปกรณ์ในการทำอาหาร เช่น ครก สาก มะละกอ เครื่องปรุงร่ง จาน ช้อน ส้อม - ประชาสัมพันธ์โครงการโดยผ่านเสียงตามสาย ครั้งที่ 3	นิสิตพยาบาล 8 คน นางสาวรุจิรา อินยะ
1 ตุลาคม 58	11.00 – 11.30 น. 11.30 – 11.40 น. 11.40 – 12.10 น. 12.10 – 13.30 น. 13.30 – 14.00 น. 14.00 – 14.30 น.	- ลงทะเบียน และวัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว - พิธีกรชี้แจงวัตถุประสงค์และกำหนดการ โครงการ “ความดันดี ชีวิตมีสุข” - ประกวดการทำส้อมตำเพื่อสุขภาพ - พักรับประทานอาหารกลางวันร่วมกัน - ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง (Role play และให้ความรู้โดยใช้ power point) - ให้ความรู้และทำกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการ อารมณ์(หัวเราะคลายเครียด) และมีการแข่งขัน หัวเราะ - วิทยากรบรรยายให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกาย ภายในผู้ป่วยที่มีโรคความดันโลหิตสูง และนำ ออกกำลังกายเดินแอโรบิก	นิสิตพยาบาล 8 คน

วัน/เดือน/ปี	เวลา	กิจกรรม	ผู้รับผิดชอบ
2 ตุลาคม 58	16.00 – 16.20 น. 16.20 – 16.50 น. 16.50 – 17.05 น. 17.05 – 17.20 น.	- ตรวจวัดความดันโลหิตสูงและตรวจวัดชีพจร ก่อนการออกกำลังกาย - เริ่มกิจกรรมออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก นำโดยนิสิตร่วมกับ อสม. - พักดื่มน้ำ - ตรวจวัดความดันโลหิตและชีพจรหลังจากออก กำลังกาย	นิสิตพยาบาล 8 คน
3 ตุลาคม 58	16.00 – 16.20 น. 16.20 – 16.50 น. 16.50 – 17.05 น. 17.05 – 17.20 น. 17.20 – 17.35 น.	- ตรวจวัดความดันโลหิตสูงและตรวจวัดชีพจร ก่อนการออกกำลังกาย - เริ่มกิจกรรมออกกำลังกายด้วยการเดินแอโรบิก นำโดยนิสิตร่วมกับ อสม. - พักดื่มน้ำ - ตรวจวัดความดันโลหิตและชีพจรหลังจากออก กำลังกาย - กล่าวสรุปผลโครงการ และกล่าวขอบคุณ เจ้าหน้าที่ รพ.สต ผู้ใหญ่บ้าน และผู้ที่ให้ความ อนุเคราะห์ในการทำโครงการ พร้อมทั้งมอบของ ที่ระลึกให้	นิสิตพยาบาล 8 คน - รักตนา แสน หลวงอินทร์ เป็น ผู้กล่าวสรุปปิด โครงการ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เอกสารประกอบการสอน

เรื่อง

กระบวนการวินิจฉัยชุมชน :

หัวข้อ การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพชุมชน

อาจารย์ศรีสุภา ใจโสภา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

แนวคิด/ความคิดรวบยอด

การประเมินผลการปฏิบัติงานอนามัยชุมชน มีจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการทราบว่าแผนงานโครงการที่จัดทำขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาสามารถแก้ปัญหาได้จริงหรือไม่ มากน้อยเพียงใด มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง และจะใช้แผนงาน โครงการนี้ดำเนินต่อไปได้หรือไม่ หรือต้องมีการปรับปรุงในส่วนใด นอกจากนี้ในการประเมินผลโครงการพัฒนาควรให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการประเมินผลร่วมกับเจ้าหน้าที่ด้วย เพื่อจะได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง สามารถนำไปปฏิบัติได้ และเป็นประโยชน์ที่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ได้สรุปบทเรียนของการดำเนินโครงการนั้นๆ ด้วยตนเอง ซึ่งวิธีการประเมินจะใช้รูปแบบใดขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการประเมินผลแต่ละครั้ง

วัตถุประสงค์ เมื่อจบบทเรียนนี้แล้ว นิสิตสามารถ

1. บอกความหมายของการประเมินผลการพยาบาลสุขภาพชุมชนได้
2. บอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการประเมินผลการพยาบาลสุขภาพชุมชนได้
3. บอกประเภทการประเมินผลการพยาบาลสุขภาพชุมชนโดยวิธีต่างๆ ได้
4. บอกขั้นตอนการประเมินผลการพยาบาลสุขภาพชุมชนได้

เนื้อหา

1. ความหมายของการประเมินผล
2. วัตถุประสงค์ของการประเมินผล
3. ประโยชน์ของการประเมินผล
4. ประเภทของการประเมินผล
5. การประเมินผล โครงการพัฒนาสุขภาพชุมชน
6. ขั้นตอนการประเมินผล โครงการพัฒนาสุขภาพชุมชน

การประเมินผลการทำงานของพยาบาลชุมชนมีความสำคัญมากในการพัฒนาสุขภาพชุมชน เพราะเป็นเครื่องมือหรือกลไกที่จะวัดสิ่งที่ปฏิบัติว่าสำเร็จมากน้อยเพียงใด นอกจากนั้นยังช่วยให้พยาบาลชุมชนมีแนวทางในการปรับปรุงการทำงานเป็นระยะ สามารถเปลี่ยนรูปแบบ และวิธีการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และสุดท้ายจะทำให้ได้ผลงานที่เป็นลายลักษณ์อักษร และนำไปสู่การวางแผนจัดทำแผนงานการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนต่อไป

เมื่อพูดถึงการประเมินผล คนส่วนใหญ่มักมองว่าเป็นขั้นตอนสุดท้ายในการดำเนินงาน แต่ในทางปฏิบัติแล้วการประเมินผลโครงการ เป็นขั้นตอนที่ควรเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการวางแผนโครงการ และเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญไม่น้อยไปกว่าขั้นตอนอื่นๆ เพราะการประเมินผลโครงการจะบอกให้ทราบว่าโครงการที่กำหนดขึ้นและนำไปปฏิบัตินั้นมีความเหมาะสมหรือไม่ มีความก้าวหน้ามากน้อยเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้างในการปฏิบัติงาน และผลการดำเนินงานประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด

1. ความหมายของการประเมินผล

การประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนและโครงการ หมายถึง การประเมินผลการทำงานและการเปลี่ยนแปลงของการทำงาน ผลจากการประเมินจะนำไปสู่การปรับปรุงแผนงาน และโครงการ ซึ่งจะนำไปสู่การบริการพยาบาลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป Stufflebeam (1971) นักประเมินผลโครงการที่นักสุขภาพคุ้นเคยและรู้จักกันเป็นอย่างดีในฐานะที่เป็นผู้เสนอรูปแบบการประเมินโครงการที่เรียกว่า CIPP Model มองการประเมินผลว่าเป็นกระบวนการเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์และป้อนข้อมูลนั้นๆ ให้ผู้บริหารเพื่อการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการดำเนินงานโครงการ กระบวนการดังกล่าวเป็นกระบวนการวิเคราะห์ รวบรวม และใช้ข้อมูลต่างๆ เพื่อการตัดสินใจเลือกแนวทางการดำเนินงานที่มีอยู่

กล่าวได้ว่า การประเมินผลเป็นวิธีการที่ใช้ปฏิบัติกันทั่วไปในกิจการทุกประเภท เพื่อจะค้นหาความจริง หรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของการดำเนินงานว่า กิจการนั้นได้ดำเนินไปตามเป้าหมายหรือแผนงานหรือไม่ ในการดำเนินงานไปตามขั้นตอนต่างๆ ตามแผนงานนั้น ซึ่งผู้ดำเนินงานอาจรู้สึกว่าการดำเนินงานลุล่วงไปตามวัตถุประสงค์ของขั้นตอนต่างๆ ตามแผนงาน แต่ในสถานการณ์ที่แท้จริงของกิจการนี้อาจแตกต่างจากความรู้สึกก็ได้ ดังนั้นเพื่อให้ทราบแน่ชัดว่าสถานการณ์ที่เป็นจริงของกิจการนั้นเป็นอย่างไร การดำเนินงานนั้นได้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลการดำเนินงานนี้และในแผนงานเองอาจจะแบ่งเป็นหลายขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนอาจมีเป้าหมายย่อยๆ ที่เป็นส่วนประกอบหรือสนับสนุนเป้าหมายหลัก ถ้าการดำเนินงานไม่สามารถบรรลุเป้าหมายย่อยตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแผนงานแล้ว จะทำให้การบรรลุเป้าหมายหลักไม่ลุล่วงไปด้วยดี ด้วยเหตุนี้การ

ประเมินผลการดำเนินงานจึงอาจทำในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินงานก็ได้ เพื่อที่จะได้หาแนวทางแก้ไขวิธีการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนเสียก่อน

นอกจากนี้การประเมินผลยังใช้เป็นเครื่องมือเปรียบเทียบว่าวิธีการที่ใช้ในการดำเนินงานขั้นตอนต่างๆ นี้มีวิธีการใดจะเป็นวิธีการที่เหมาะสม และบรรลุเป้าหมายหลักโดยรวดเร็วและประหยัดที่สุดด้วย สำหรับการประเมินผลในกระบวนการดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชน หรือในกระบวนการพัฒนาสุขภาพ มีความมุ่งหมายที่จะทำการปรับปรุงแผนงาน และชี้้นำการจัดสรรทรัพยากรคนและงบประมาณในการปฏิบัติหรือในระยะต่อไป การประเมินผลไม่ควรจะได้รับการพิจารณำไปปฏิบัติเพื่อการย้อนกลับไปหาถึงความบกพร่องต่างๆ ถ้าสิ่งประเมินจะไม่ส่งผลถึงการปรับปรุงงานในปัจจุบันหรือในอนาคต

การประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนแก้ไขปัญหอนามัยชุมชน (Evaluation) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนงานและโครงการ การประเมินผลเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์อย่างเป็นระบบเพื่อปรับปรุงกิจกรรมการทำงานและสนับสนุนการวางแผนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ ซึ่งจะต้องอาศัยกระบวนการของการตัดสินใจในการคัดเลือกสิ่งต่าง ๆ อันประกอบด้วยเครื่องชี้ภาวะ เกณฑ์ และเครื่องมือมาร่วมประกอบการประเมิน

การประเมินผลแผนงานและโครงการมักจะใช้การประเมินเพื่อปรับปรุง หรือการประเมินความก้าวหน้า (Formative Evaluation) และการประเมินเพื่อสรุปผลหรือการประเมินสรุป (Summative Evaluation) ตลอดจนการประเมินการดำเนินโครงการระยะสั้นและระยะยาวตามแผนการประเมินที่ได้วางไว้

การประเมินเพื่อปรับปรุง (Formative Evaluation) มักจะใช้ประเมินระหว่างการทำแผน และการดำเนินงาน ผลที่ได้จากการประเมินแบบนี้จะช่วยตั้งวัตถุประสงค์ของโครงการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่

แท้จริง นอกจากนี้การประเมินเพื่อปรับปรุงอาจใช้ในช่วงดำเนินโครงการซึ่งจะเป็นการช่วยตรวจสอบว่าโครงการได้ดำเนินไปตามแผนของโครงการอย่างไรและยังใช้การตรวจสอบความก้าวหน้าโครงการอีกด้วย โดยทั่วไปการประเมินเพื่อปรับปรุงใช้ประเมินในขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ประเมินในขณะที่ทำการทบทวนแผนของโครงการ
2. ประเมินในขณะที่ทำการสร้างแผนของโครงการ
3. ประเมินในขณะที่ทำการพัฒนาแบบสอบถามสำหรับรวบรวมข้อมูลตามเรื่องที่ต้องการ
4. ประเมินในขณะที่ทำการคัดเลือกวิธีการวัดผลที่เหมาะสม
5. ประเมินในขณะที่การแนะนำแนวทางปรับปรุงการแก้ปัญหาและการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของโครงการ

การประเมินเพื่อสรุปผล (Summative Evaluation) มักจะใช้ประเมินหลังสิ้นสุดโครงการ สำหรับโครงการระยะยาวจะใช้การสรุปย่อยเป็นระยะการประเมินเพื่อสรุปผลจะรวบรวมจากการประเมินเพื่อปรับปรุงและเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน โครงการเป็นการรายงานสถานภาพของโครงการว่าประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวเพียงไร มีปัญหาหรืออุปสรรคในที่ต้องการแก้ไขปรับปรุง

2. วัตถุประสงค์ของการประเมินผล

การประเมินผลเปรียบเสมือนเครื่องมือที่ใช้วัดความสำเร็จของการพัฒนาอนามัยชุมชน มีวัตถุประสงค์ดังนี้คือ

- 1) เพื่อประเมินความถูกต้องเหมาะสมของแผนงานและโครงการ
- 2) เพื่อประเมินการดำเนินงานตามแผนงานและโครงการ
- 3) เพื่อประเมินความสำเร็จของการทำงาน

3. ประโยชน์ของการประเมินผล

- 1) การประเมินก่อนการดำเนิน โครงการจะช่วยทบทวนความเป็นไปได้ของการนำโครงการไปปฏิบัติ และยังเป็นการสร้างความมั่นใจให้กับผู้รับผิดชอบโครงการว่า การปฏิบัติตามแผนจะนำไปสู่ความสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด การประเมินความเป็นไปได้ของโครงการนี้ เป็นการประเมินความสัมพันธ์เชิงตรรกะ (Logical Relation) ระหว่างปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลของโครงการ
- 2) ผลการประเมินกระบวนการ จะช่วยให้ผู้รับผิดชอบโครงการมีข้อมูลในการควบคุมกำกับและปรับกิจกรรมการดำเนินงานโครงการ เพื่อให้การปฏิบัติกิจกรรมดำเนินงานไปได้ตามกำหนด ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลและประสิทธิภาพของโครงการ
- 3) การประเมินกระบวนการ ยังช่วยให้ผู้รับผิดชอบโครงการสามารถตรวจสอบผลงานของผู้ปฏิบัติ (Performance) ความก้าวหน้าของโครงการ (Progress) รวมทั้งการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายหลักของโครงการ (Coverage)
- 4) ผลที่ได้จากการประเมินประสิทธิผลและประสิทธิภาพของโครงการ โดยเฉพาะประสิทธิภาพของโครงการในแง่ของ Cost Effectiveness จะช่วยในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนปัจจัยนำเข้า กิจกรรมการดำเนินงาน หรือการเลิกสัมโครงการ
- 5) ข้อมูลที่ได้จากการประเมินผลโครงการตั้งแต่ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลของโครงการ จะเป็นประโยชน์อย่างมากในการวางแผนติดตามการทำงานและการนิเทศงาน
- 6) ประการสุดท้าย การประเมินผลโครงการเป็นระยะๆ (Formative Evaluation) และการประเมินเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ (Summative Evaluation) จะทำให้มีข้อมูลในการรายงานความก้าวหน้าของ

โครงการ และการรายงานผลโครงการ ในกรณีที่โครงการนั้น ๆ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณ ผลการประเมินจะช่วยให้แหล่งงบประมาณตัดสินใจสนับสนุนด้านงบประมาณได้ง่ายขึ้น

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าการประเมินแผนงานโครงการมีความสำคัญต่อทั้งผู้บริหารและ ผู้ปฏิบัติงานในทุกขั้นตอนของการดำเนินงานโครงการ ตั้งแต่การประเมินความเป็นไปได้ของการดำเนินงานจนถึงการรายงานผล

เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผน

เมื่อผู้ดำเนินงานสามารถระบุปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนตามลำดับความสำคัญปัญหาแล้ว ต่อไปผู้ดำเนินงานจะต้องกำหนดการประเมินผลซึ่งมีเกณฑ์การประเมินผล ดังนี้

1. การประเมินความถูกต้องเหมาะสมของแผน (Verify Relevance) เป็นการประเมินผลเพื่อ ค้นหาตัวประกอบหรือแนวทางที่เหมาะสมที่จะอำนวยความสะดวกให้แผนงานและโครงการดำเนินไปตาม

วัตถุประสงค์ที่ต้องการ การประเมินความถูกต้องเหมาะสมของแผนพิจารณาจาก

1.1) ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ของแผนงานและโครงการกับนโยบาย

1.2) ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของแผนงานและโครงการ

1.3) ความเหมาะสมของกลวิธีและกิจกรรมกับวัตถุประสงค์จะต้องเป็นกลวิธีและกิจกรรมที่

มุ่งแก้ไขปัญหาและตอบสนองสิ่งที่จำเป็นของประชาชนในชุมชน โดยไม่ขัดต่อประเพณี ความเชื่อและ

วัฒนธรรม

1.4) ความเหมาะสมของทรัพยากรและงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน กับกลวิธีและ

กิจกรรมในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนสภาพเศรษฐกิจของชุมชนโดยประชาชนสามารถดำเนินการต่อไปได้

1.5) ความเหมาะสมสอดคล้องของความสามารถของบุคลากรที่รับผิดชอบดำเนินงานกับ

กลวิธีและกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา

1.6) ความเหมาะสมของเครื่องมือ วิธีการ และเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามงานและประเมินความสำเร็จของงาน

1.7) ความเหมาะสมของระยะเวลากับกลวิธีและกิจกรรมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา การประเมินความถูกต้องเหมาะสมของแผนงานและโครงการ คือ การพิจารณาว่าแผนงานและโครงการนั้นควรจะดำเนินการหรือหยุดดำเนินการ หรือหาแนวทางที่เหมาะสมใหม่ โดยดูว่าปัญหาอนามัยชุมชนมีความสำคัญน้อยลงหรือไม่มีความสำคัญ หรือแผนงาน/โครงการนั้นดำเนินไปแล้วจะให้ผลคุ้มค่ามากน้อยเพียงไร ในที่นี้จะกล่าวถึงขั้นตอนการตรวจสอบโครงการที่เขียน เป็นขั้นตอนของการประเมินและ ตรวจสอบความถูกต้องของโครงการที่เขียน ก่อนที่ดำเนินการต่อไป ขั้นตอนนี้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหา เป็นการตรวจสอบความครบถ้วนของ หัวข้อที่ควรจะมีในโครงการ
2. การตรวจสอบความชัดเจนในรายละเอียดของแต่ละหัวข้อว่ามีความชัดเจนเพียงพอที่จะนำไปปฏิบัติหรือไม่
3. การตรวจสอบความสอดคล้องและความต่อเนื่องจากหัวข้อหนึ่งไปอีกหัวข้อหนึ่ง เพราะว่าถ้าขาดความสอดคล้องและต่อเนื่อง อาจทำให้การดำเนินการไปเป็นไปในทิศทางที่ คาดหวัง

ตาราง 1 การตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องและความชัดเจนของเนื้อหา

หัวข้อที่ควรมี ในโครงการ	หัวข้อที่ปรากฏในโครงการ (มี/ไม่มี)	รายละเอียดในการปฏิบัติ (เพียงพอ/ไม่เพียงพอ/)	หมายเหตุ
1. ชื่อ โครงการ			
2. หลักการและเหตุผล			
3. วัตถุประสงค์			

4. กลุ่มเป้าหมาย			
5. เป้าหมาย			
6. วิธีการดำเนินงานหรือแผนงานย่อย หรือ กิจกรรมย่อย			
7. บุคคลหรือหน่วยงาน ที่รับผิดชอบ			
8. งบประมาณ			
9. สถานที่ดำเนินการ			
10. การติดตามและการประเมินผล โครงการ			
11. ผลที่คาดว่าจะได้รับ			

ตาราง 2 การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างหัวข้อ

ความสอดคล้องระหว่างส่วนประกอบของ โครงการ	สอดคล้อง	ไม่สอดคล้อง	ขาดรายละเอียด	หมายเหตุ
1. ชื่อโครงการ กับหลักการและเหตุผล				
2. หลักการและเหตุผล กับวัตถุประสงค์				
3. วัตถุประสงค์ กับเป้าหมาย				
4. วัตถุประสงค์ กับกิจกรรมในการดำเนินงาน				
5. กิจกรรมในการดำเนินงาน กับการติดตาม และประเมินผล				
6. กิจกรรม กับงบประมาณที่ใช้				
7. กิจกรรม กับผลที่คาดว่าจะได้รับ				

4. ประเภทของการประเมินผล

การประเมินผลอาจจำแนกได้หลายรูปแบบ โดยทั่วไปจำแนกออกเป็น 2 วิธี คือ

วิธีที่ 1 การจำแนกประเภท โดยใช้เวลาเป็นหลัก แบ่งเป็น

1) **การประเมินผลก่อนการปฏิบัติงาน (Pre-Evaluation)** เป็นการประเมินผลเพื่อคาดหวัง

ผลงานว่า เมื่อได้ดำเนินการแล้วจะเกิดผลประโยชน์และความสำเร็จเพียงใด เกณฑ์การประเมินผลเป็นการประเมิน ความถูกต้องเหมาะสมของแผน (Verify Relevance) เพื่อค้นหาองค์ประกอบหรือแนวทางที่เหมาะสมที่จะอำนวยความสะดวกให้แผนงานและโครงการดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ พิจารณาจาก

1. ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ของแผนงานและโครงการกับนโยบาย
2. ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ของแผนงานและโครงการ
3. ความเหมาะสมของกลวิธีและกิจกรรมกับวัตถุประสงค์จะต้องเป็นกลวิธีและกิจกรรมที่มุ่ง

แก้ไขปัญหาและตอบสนองสิ่งที่จำเป็นของประชาชนในชุมชน โดยไม่ขัดต่อประเพณี ความเชื่อและวัฒนธรรม

4. ความเหมาะสมของทรัพยากรและงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานกับกลวิธีและกิจกรรม

ในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนสภาพเศรษฐกิจของชุมชนโดยประชาชนสามารถดำเนินการต่อไปได้

5. ความเหมาะสมสอดคล้องของความสามารถของบุคลากรที่รับผิดชอบดำเนินงานกับกลวิธี

และกิจกรรมในการแก้ไขปัญหา

6. ความเหมาะสมของเครื่องมือ วิธีการ และเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามงานและประเมิน

ความสำเร็จของงาน

7. ความเหมาะสมของระยะเวลากับกลวิธีและกิจกรรมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา

การประเมินผลก่อนดำเนิน โครงการ ได้แก่

1.1 การประเมินความต้องการ (Need Assessment) เป็นการประเมินกิจกรรมก่อนการดำเนินโครงการ โดยการรวบรวมข้อมูลสารสนเทศ ขนาดความต้องการของประชาชน เพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจดำเนินโครงการหรือกิจกรรม

1.2 การศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility Study or Ex-ante Evaluation) เป็นการประเมินความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของกิจกรรมหรือโครงการที่จะดำเนินการในอนาคต โดยทำการศึกษาความเป็นไปได้ในด้านทรัพยากรที่ต้องใช้ การยอมรับทางสังคมและการเมือง ผลกระทบที่มีต่อสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ฯลฯ การประเมินนี้มักใช้กับโครงการขนาดใหญ่ซึ่งจำเป็นต้องมีความพร้อมในเรื่องทรัพยากรด้านต่างๆ เพราะความผิดพลาดเพียงเล็กน้อยอาจมีความเสียหายทางด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจอื่นๆ ประเมินความถูกต้องเหมาะสมของแผนงานและโครงการ คือ การพิจารณาว่าแผนงานและโครงการนั้นควรจะดำเนินการหรือหยุดดำเนินการ หรือหาแนวทางที่เหมาะสมใหม่ โดยดูว่าปัญหาสุขภาพชุมชนมีความสำคัญน้อยลงหรือไม่มี ความสำคัญ หรือแผนงาน โครงการนั้นดำเนินไปแล้วจะให้ผลคุ้มค่ามากน้อยเพียงใด

2) การประเมินผลขณะปฏิบัติงาน (Ongoing หรือ Operational Evaluation) เป็นการประเมินผล โดยเปรียบเทียบผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริงกับที่คาดหวังไว้เมื่อได้เริ่มดำเนินการไปแล้วเป็นระยะๆ ว่ามีผลหรืออุปสรรคปัญหาอะไร มีแนวโน้มที่จะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่ กล่าวอีกอย่างหนึ่ง คือ เป็นการประเมินความก้าวหน้า (Review Progress) เพื่อนำข้อบกพร่องมาปรับปรุงวิธีการทำงาน ซึ่งการประเมินความก้าวหน้าพิจารณาจาก

1. การตรวจสอบการปฏิบัติงานกับตารางเวลาที่กำหนด
2. การตรวจสอบความสอดคล้องของกิจกรรมกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด

3. การตรวจสอบความสามารถและความถนัดในการทำงานของบุคลากรกับกิจกรรมที่ปฏิบัติ
4. การตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือ ทรัพยากรและวิธีการที่ใช้กับกิจกรรมที่ปฏิบัติ
5. การตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้งบประมาณกับกิจกรรมที่ปฏิบัติและทรัพยากรที่กำหนด

2.1 การประเมินผลระหว่างกิจกรรม (Formative Evaluation) เป็นการประเมินผลลัพท์ตาม

วัตถุประสงค์เมื่อได้ดำเนินกิจกรรมไปแล้วระยะหนึ่ง เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวินิจฉัย ปรับปรุงการดำเนินงานที่เหลือ เพื่อให้ได้ผลผลิตเป็นไปตามต้องการ

2.2 การประเมินผลความก้าวหน้า (Progress Evaluation) เป็นการประเมินผลลัพท์เปรียบ

เทียบเป็นสัดส่วนกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ เพื่อเป็นข้อมูลในการบริหารจัดการให้ผลลัพท์ของโครงการเป็นไปตามเป้าหมายในเวลาที่กำหนดในแต่ละช่วงเวลา รวมทั้งอาจประเมินการใช้ทรัพยากรในแต่ละช่วงเวลาด้วย

2.3 การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินความสามารถใน

การตอบสนองความคาดหวังของผู้เกี่ยวข้องของวิธีการทำกิจกรรม หรือกระบวนการดำเนินงานในโครงการ อาจทำการประเมินผลจากผู้รับผลของโครงการโดยตรง หรือจากผู้นำนโครงการ หรือจากทั้งผู้รับผลและผู้ดำเนินโครงการทั้ง 2 ส่วนก็ได้ เพื่อประโยชน์ในการปรับปรุงวิธีการดำเนินการต่อไป

3) การประเมินผลหลังจากปฏิบัติงานเสร็จสิ้นแล้ว (Post-Evaluation) เป็นการประเมินผล

เมื่อดำเนินการตามโครงการแล้วเสร็จ สิ่งที่ต้องประเมินประกอบด้วย

3.1 การประเมินผลสรุป (Summary Evaluation) เป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์สุดท้ายของกิจกรรม

หรือโครงการ เพื่อดูว่าผลลัพท์มีลักษณะตามวัตถุประสงค์หรือไม่

3.2 การประเมินผลที่เกิดขึ้นจากโครงการ (Output Evaluation) เป็นการประเมินการบรรลุ

วัตถุประสงค์ของโครงการ เช่น วัตถุประสงค์ของโครงการต้องการให้ประชาชนในชุมชนร้อยละ 80 มีการออก

กำลังกายเป็นประจำ หลังดำเนิน โครงการแล้วพบว่าประชาชนออกกำลังกายร้อยละ 60 เป็นต้น การประเมินผลที่เกิดขึ้นจากโครงการจึงมีความหมายเช่นเดียวกับการประเมินผลสรุปโครงการ

3.3 การประเมินประสิทธิผลของโครงการ (Evaluation of Program Effectiveness) เป็นการ

ตรวจสอบความสำเร็จของงานจากวัตถุประสงค์ที่ทำได้ กับวัตถุประสงค์ที่กำหนด หรือกิจกรรมที่ทำได้กับกิจกรรมที่กำหนด หรืองบประมาณที่ใช้ไปกับงบประมาณที่กำหนด

ก. การประเมินประสิทธิผลของวัตถุประสงค์

$$\frac{\text{วัตถุประสงค์ที่ทำได้}}{\text{วัตถุประสงค์ที่กำหนด}} \times 100$$

ตัวอย่าง ในการกำหนดวัตถุประสงค์การให้ภูมิคุ้มกันคอตีบ ไอกรน บาดทะยักแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เป็นร้อยละ 90 เมื่อดำเนินการครบ 1 ปี ได้ทำการสำรวจพบว่าเด็กกลุ่มนี้ได้รับภูมิคุ้มกันร้อยละ 70

$$\text{ประสิทธิผลของวัตถุประสงค์} = 70/90 \times 100 = 77.77 \%$$

(การปฏิบัติงานครั้งนี้ปฏิบัติได้ต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด)

ข. การประเมินประสิทธิผลของกิจกรรม

$$\frac{\text{จำนวนกิจกรรมที่ทำได้}}{\text{จำนวนกิจกรรมที่กำหนด}} \times 100$$

ตัวอย่าง ในการกำหนดวัตถุประสงค์การให้ภูมิคุ้มกันคอตีบ ไอกรน บาดทะยักแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เป็นร้อยละ 90 ถ้าหมู่บ้านนั้นมีเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี อยู่ 50 คน เมื่อดำเนินการครบ 1 ปี พบว่าเด็กได้รับภูมิคุ้มกัน 30 คน

$$\text{กิจกรรมที่จะต้องทำใน 1 ปี} = 90 \times 50 / 100 = 45 \text{ คน}$$

$$\text{ประสิทธิผลของกิจกรรม} = 30/45 \times 100 = 66.67 \%$$

(การปฏิบัติงานครั้งนี้ไม่ครอบคลุมกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ)

ก. การประเมินประสิทธิผลของงบประมาณ

$$\frac{\text{งบประมาณที่ใช้ไป}}{\text{งบประมาณที่กำหนด}} \times 100$$

ตัวอย่าง ในการให้ภูมิคุ้มกันคอตีบ ไอกรน บาดทะยักแก่เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี กำหนดค่าใช้จ่ายไว้ 5,000 บาท
 ภายหลังเสร็จสิ้นการทำงาน พบว่าใช้จ่ายไปทั้งสิ้น 8,000 บาท 1 ปี พบว่าเด็กได้รับภูมิคุ้มกัน 30 คน

$$\text{ประสิทธิผลของงบประมาณ} = 8,000/5,000 \times 100 = 160 \%$$

(การปฏิบัติงานครั้งนี้ใช้งบประมาณเกินกว่าที่กำหนดไว้)

3.4 การประเมินประสิทธิภาพของโครงการ (Efficiency) เป็นการประเมินผลเชิงเศรษฐศาสตร์

ซึ่งจำเป็นต้องระบุต้นทุนในการดำเนินการและผลลัพธ์ของโครงการที่ชัดเจน เพื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิภาพของแต่ละโครงการ การประเมินประสิทธิภาพมีรายละเอียดในการประเมินที่มีความซับซ้อน เนื่องจากลักษณะกิจกรรมการดำเนินการ โดยเฉพาะในโครงการดูแลสุขภาพชุมชนมีมิติที่หลากหลาย เช่น บริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ หรือ เพื่อการรักษา หรือ เพื่อการป้องกันโรค หรือ เพื่อการฟื้นฟูสภาพ หรือเป็นการบูรณาการทุกมิติดังกล่าว ผลลัพธ์ของระบบบริการสาธารณสุขก็มีความแตกต่างกัน ทำให้เปรียบเทียบกันได้ยาก ผลของการส่งเสริมสุขภาพอาจจะวัดผลได้ยากกว่าผลของการรักษา ทำนองเดียวกันผลการรักษาแบบเดียวกันอาจให้ผลไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และบริบทต่างๆ ดังนั้นการประเมินประสิทธิภาพโครงการดูแลสุขภาพจะต้องศึกษาบริบท หรือศึกษาเงื่อนไขของการประเมินผลนั้นๆ ด้วย นอกจากนี้การประเมินต้นทุน (Cost) ในการดูแลสุขภาพยังมีองค์ประกอบต่างๆ อีกมากมายที่แตกต่างกันในบริบทของการบริการนั้นๆ

ต้นทุน (Cost) หมายถึง ทรัพยากรในการผลิต หรือการบริการ ได้แก่ เงิน เวลา บุคลากร วัสดุ ที่ดิน ทรัพย์สิน (อาคาร สถานที่ ยานพาหนะ ฯลฯ) รวมทั้งทรัพยากรที่วัดเป็นต้นทุนได้ยาก (Intangible Cost) เช่น การเสียโอกาส การสูญเสียความรู้สึก ความไม่สบายกายไม่สบายใจ ความเจ็บปวด ฯลฯ ทั้งที่เป็นต้นทุนของผู้ให้บริการ (Provider Cost) ผู้ใช้บริการ (Client Cost) และต้นทุนทางสังคมโดยรวม (Social Cost) รวมทั้งที่เป็นต้นทุนทางตรง (Direct Cost) และต้นทุนทางอ้อม (Indirect Cost) นอกจากนี้ มูลค่าของต้นทุนยังขึ้นกับระยะเวลาการประเมิน ซึ่งอาจต้องเทียบค่าของต้นทุนเป็นมูลค่าปัจจุบัน (Present value) ด้วย

การตรวจสอบความคุ้มค่าในการทำงานกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด พิจารณาจาก

ก. การใช้เวลา พิจารณาจากการปฏิบัติกิจกรรมกับระยะเวลาที่กำหนดมีความเพียงพอกับงานที่ปฏิบัติหรือควรปรับปรุง

ข. การบริหารงาน พิจารณาจาก

- การนำแผนไปใช้ ได้ปฏิบัติในพื้นที่ที่กำหนดหรือไม่
- กลวิธีและกิจกรรมเหมาะสมกับการแก้ปัญหาหรือไม่และประชาชนสามารถดำเนิน

ต่อไปได้มากน้อยเพียงไร

- ความชำนาญของบุคลากรในการดำเนินงานและการให้ความร่วมมือในการประสานการทำงาน
- สิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ เช่น สถานที่ ภูมิประเทศ ลักษณะอากาศเอื้อต่อการทำงาน

มากน้อยเพียงไร

ค. การประเมินการลงทุน เป็นการตรวจสอบค่าใช้จ่ายต่อหน่วยที่ใช้ไปในการดำเนินงาน

คือการหาอัตราส่วนระหว่างกิจกรรมที่ทำได้กับทรัพยากรที่ใช้ไป

$$\text{ค่าใช้จ่ายต่อหน่วย} = \frac{\text{ค่าใช้จ่ายทั้งหมดของกิจกรรม}}{\text{จำนวนกิจกรรมที่ทำได้}}$$

ตัวอย่าง ชุมชน ก. เสียค่าใช้จ่ายในการใช้ภูมิคุ้มกันคอตีบ ไอกรน บาดทะยักทั้งหมด 500 บาท มีเด็กมารับบริการ 20 คน

$$\text{ค่าใช้จ่ายต่อหน่วย} = 500/20 = 25 \text{ บาท/คน}$$

การประเมินประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพมีหลายวิธี แต่ละวิธีจะมีวิธีการ จุดแข็งและจุดอ่อนในการนำไปใช้แตกต่างกัน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ต้นทุนต่ำสุด (Cost-Minimization Analysis : CMA) เป็นการวิเคราะห์ว่าในโครงการแบบเดียวกันที่ให้ผลลัพธ์เหมือนกันทุกประการ โครงการใดใช้ทรัพยากรหรือต้นทุนต่ำสุดโครงการนั้นมีประสิทธิภาพ (Efficiency) มากที่สุด เช่น

- 1.1 โครงการ 1 “รณรงค์ให้ประชาชนมาออกกำลังกายแบบแอโรบิก” เป้าหมายดำเนินการ 300 คน ใช้ต้นทุนเป็นเงิน 3000 บาท
- 1.2 โครงการ 2 “รณรงค์ให้ประชาชนมาออกกำลังกายแบบแอโรบิก” เป้าหมายดำเนินการ 300 คนเช่นกัน ใช้ต้นทุนเป็นเงิน 5000 บาท

จากตัวอย่าง ถ้าเปรียบเทียบผลลัพธ์แล้ว การดำเนินโครงการที่ 1 มีต้นทุนต่ำสุด จึงถือเป็นโครงการที่มีประสิทธิภาพมากกว่า

การประเมินประสิทธิภาพด้วยการวิเคราะห์ต้นทุนต่ำสุดเป็นวิธีการที่ดูเหมือนไม่ยุ่งยาก แต่ในความเป็นจริงการให้บริการทางสุขภาพแบบเดียวกันก็มักจะมีผลลัพธ์ที่ไม่เหมือนกันเสียทีเดียว ขึ้นอยู่กับลักษณะหรือธรรมชาติของผู้ใช้บริการด้วย

2. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-Effectiveness Analysis : CEA) เป็นการวิเคราะห์ว่าในกิจกรรมหรือโครงการ ที่อาจมีวิธีการที่ต่างๆ กัน แต่ให้ผลลัพธ์แบบเดียวกัน โครงการใดใช้ต้นทุนน้อยที่สุด โครงการนั้นมีประสิทธิภาพมากที่สุด เช่น

วิธีที่ 1 การดูแลผู้ป่วยไตวายด้วยวิธีการฟอกเลือด (Hemodialysis) เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดต้องใช้ต้นทุนปีละ 278,000 บาท (ตัวเงินโดยประมาณ)

วิธีที่ 2 การดูแลผู้ป่วยไตวายด้วยวิธีการใช้น้ำยาล้างไตทางหน้าท้อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis : CAPD) ฟอกเลือด เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดต้องใช้ต้นทุนปีละ 350,000 บาท (ตัวเงินโดยประมาณ)

ผลลัพธ์ของบริการ คือ การมีชีวิตรอด วิธีที่หนึ่งใช้ต้นทุนต่อหน่วยน้อยกว่าจึงถือว่ามีประสิทธิภาพมากกว่า อย่างไรก็ตามการประเมินผลเช่นนี้ก็จะมีความอ่อนแอเรื่องผลที่เกิดขึ้นในด้านอื่นๆ ของการบริการ อาจมีความแตกต่างกัน เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การเสียโอกาสในการทำงานที่ต่างกัน จากวิธีการรักษาทั้ง 2 มีความต่างกัน

3. การวิเคราะห์ต้นทุน-ประโยชน์ (Cost-Benefit Analysis : CBA) เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบโครงการด้วยการนำต้นทุนและผลของโครงการมาเปรียบเทียบกัน นิยมใช้การเทียบเป็นค่าของตัวเงิน เช่น

วิธีที่ 1 ผลิตสมุนไพรแก้ปวดเมื่อย ใช้ทุน 5,000 บาท เมื่อจำหน่ายแล้วได้เงิน 7,000 บาท

วิธีที่ 2 ผลิตอาหารสุขภาพ ใช้ทุน 10,000 บาท เมื่อจำหน่ายแล้วได้เงิน 13,000 บาท

เมื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานต่อต้นทุนแล้ว วิธีที่ 1 มีประสิทธิภาพมากกว่า ซึ่งการประเมินประสิทธิภาพวิธีนี้ไม่จำเป็นต้องมีวิธีการดำเนินโครงการและผลลัพธ์แบบเดียวกันก็ได้ แต่ต้องคิดต้นทุนและผลลัพธ์เป็นมูลค่าตัวเงิน ทั้งนี้หากผลของโครงการเกิดขึ้นช้าต้องใช้เวลาเป็นปี จะต้องนำผลนั้นมาคิดเป็นมูลค่าปัจจุบัน (Present value) ก่อน อย่างไรก็ตามการประเมินผลการดูแลสุขภาพนั้นบ่อยครั้งที่ประเมินเป็น

มูลค่าตัวเงินทั้งหมดได้ยาก เช่น ผลลัพธ์ของการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน โรค ผลการรักษาโรค หากจะประเมินเป็นตัวเงินก็ยากที่จะกำหนดเป็นตัวเงินที่สมบูรณ์ครบถ้วน

4. การวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ (Cost-Utility Analysis : CUA) เป็นการวิเคราะห์ผลของโครงการดูแลสุขภาพในแง่ของประโยชน์ด้านอื่นๆ ที่เกิดขึ้นจากโครงการ เช่น ความพึงพอใจในการบริการ (Satisfaction) การเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิต (Quality of life) จำนวนปีที่มีสุขภาพสมบูรณ์ (Quality-adjusted life year : QALY) การประเมินจำนวนปีที่สูญเสียศักยภาพ (Potential year of life lost : PYLL) หรืออาจประเมินเป็นมูลค่าเงินที่ครอบครัวหรือสังคมจะได้จากการที่ผู้ป่วยรอดชีวิตจากการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากผลการบริการ ซึ่งถือเป็นการประเมินโดยพิจารณาที่ทรัพยากรมนุษย์ (Human capital approach) หรือใช้ประเมินผลจากความเต็มใจที่ผู้ใช้บริการจะจ่าย (Willing to pay) หรือรัฐยินดีจะจ่ายเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการ การประเมินประสิทธิภาพโดยการวิเคราะห์ต้นทุน-อรรถประโยชน์ จะมีในรายละเอียดของการประเมินอรรถประโยชน์ที่แตกต่างกันหลายวิธี เช่น

วิธีที่ 1 ให้บริการผู้ป่วยโรคหนึ่งด้วยวิธี “ก” ในผู้ป่วยรายหนึ่ง เมื่อพยากรณ์อาการน่าจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 10 ปี แต่เมื่อประเมินคุณภาพชีวิตระหว่างเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนมีเพียงร้อยละ 55 เมื่อเทียบกับคนปกติที่มีคุณภาพชีวิตร้อยละ 100 ดังนั้นเมื่อคิดผลการรักษาเช่นนี้จะทำให้เกิด QALY เท่ากับ $10 \times 55 / 100$ ซึ่งเท่ากับ 5.5 ปี เท่านั้น

วิธีที่ 2 ให้บริการผู้ป่วยโรคหนึ่งด้วยวิธี “ข” ในผู้ป่วยรายหนึ่ง เมื่อพยากรณ์อาการน่าจะทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 8 ปี แต่เมื่อประเมินคุณภาพชีวิตระหว่างเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของตนมีเพียงร้อยละ 80 เมื่อเทียบกับคนปกติที่มีคุณภาพชีวิตร้อยละ 100 ดังนั้นเมื่อคิดผลการรักษาเช่นนี้จะทำให้เกิด QALY เท่ากับ $8 \times 80 / 100$ ซึ่งเท่ากับ 6.4 ปี

เมื่อประเมินผลลัพธ์ที่เป็นอรรถประโยชน์แบบ QALY ของทั้ง 2 วิธีแล้ว ต้องพิจารณาถึงต้นทุนของทั้ง 2 วิธีด้วย เพื่อตัดสินว่าต้นทุน-อรรถประโยชน์ในวิธีใดที่มีประสิทธิภาพมากกว่ากัน

4.5 การประเมินผลลัพธ์ (Outcome Evaluation) หรือการประเมินผลกระทบ (Efficacy or Impact) เป็นการพิจารณาถึงการเปลี่ยนแปลง หรือประโยชน์ที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากการดำเนินโครงการ การเปลี่ยนแปลงนี้อาจเกิดขึ้นกับบุคคลผู้ใช้บริการในโครงการ องค์กร สังคม สิ่งแวดล้อม หรือประเทศชาติ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายและกระบวนการทำงาน เช่น การพิจารณาผลกระทบที่เกิดกับสุขภาพและภาวะเศรษฐกิจสังคมของประชาชนในชุมชน ตัวอย่างเช่น การสนับสนุนให้ประชาชนมีน้ำใช้เป็นของตัวเองย่อมสามารถควบคุมโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ เป็นการลดอัตราการตายในเด็ก แต่ในขณะเดียวกันมีจำนวนเด็กเพิ่มขึ้น ซึ่งถ้าไม่มีการปรับปรุงระบบการเกษตรกรรมอาจจะเป็นผลให้เด็กเหล่านั้นพบกับภาวะของการขาดสารอาหารได้

วิธีที่ 2 การจำแนกประเภทโดยใช้วิธีการและรูปแบบของการประเมินผลเป็นหลัก แบ่งเป็น 2 ประเภทได้แก่

- 1) การประเมินผลเป้าประสงค์ คือ การประเมินผลมุ่งพิจารณาเฉพาะผลการปฏิบัติงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ
- 2) การประเมินผลระบบ เป็นการประเมินผลการทำงานในลักษณะเป็นระบบ ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ ที่นิยมใช้กันแพร่หลาย คือ รูปแบบการประเมิน CIPP ของ Stufflebeam ซึ่งประกอบด้วย การประเมินบริบทของโครงการ (Context) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input) การประเมินกระบวนการ (Process) และการประเมินผลผลิตที่ได้จากการดำเนินงานตามโครงการ (Products)

5. การประเมินผลโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชน

การประเมินผลโครงการต่างๆ ที่พยาบาลชุมชนจัดทำขึ้น มีจุดมุ่งหมายเพื่อต้องการทราบว่า โครงการที่จัดขึ้นนั้นสามารถแก้ปัญหาได้จริงหรือไม่ ซึ่ง Stanhope & Lancaster (1995) กล่าวไว้มี องค์ประกอบที่ต้องพิจารณา 5 ประการ คือ

1) ความเหมาะสม สอดคล้อง ถูกต้องตามปัญหาที่ต้องการแก้ไข (Relevance) เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบว่า การดำเนินโครงการนั้นเป็นความต้องการของประชาชน เพื่อแก้ปัญหาของชุมชนจริงหรือไม่ โครงการได้แก้ปัญหาไปแล้วมากน้อยเพียงใด ครอบคลุมประชาชนเท่าใด จำเป็นหรือมีความสำคัญเพียงใด

2) ความก้าวหน้า (Progress) เป็นการประเมินผลในลักษณะเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่ได้ปฏิบัติจริงกับ แผนการปฏิบัติที่กำหนดขึ้นไว้ล่วงหน้า รวมทั้งสาเหตุและเหตุผลที่สามารถทำให้โครงการได้รับผลสำเร็จหรือไม่ได้รับผลสำเร็จ การประเมินผลความก้าวหน้าก็เพื่อช่วยในการควบคุมและการนิเทศ การประเมินความก้าวหน้าสามารถประเมินได้ในแต่ละวัน สัปดาห์ หรือแต่ละเดือน เช่น การประเมินจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเป็นไปตามแผนที่กำหนดหรือไม่ในแต่ละวัน หรือ แต่ละสัปดาห์ บางครั้งเรียกการประเมินนี้ว่า Formative Evaluation คือ การประเมินเพื่อการปรับปรุงเป็นระยะ

3) ประสิทธิภาพ (Efficiency) เป็นการประเมินผลที่เปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการปฏิบัติกิจกรรมกับความพยายามที่จะทำให้ความสำเร็จเกิดขึ้น จำแนกออกเป็นการประเมินประสิทธิภาพทางเทคนิคและการประเมินประสิทธิภาพทางค่าใช้จ่าย การวัดประสิทธิภาพมีความมุ่งหมายที่จะปรับปรุงการปฏิบัติงาน และ ทบทวนความก้าวหน้าของงาน โดยพิจารณาถึงผลที่ได้รับกับความเหมาะสมของแผนปฏิบัติการ กิจกรรม วิธีปฏิบัติ กำลังคน ทรัพยากร เช่น พิจารณาว่าวิธีการปฏิบัติใช้แก้ปัญหาได้หรือไม่ งบประมาณที่ใช้คุ้มค่าหรือมีการประหยัดมากน้อยเพียงใด สถานที่จัดบริการมีการจัดถูกต้องเหมาะสมหรือไม่

4) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) คือ การพิจารณากิจกรรมหรือบริการที่ได้กระทำเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ในโครงการ การวัดประสิทธิผลมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงโครงการ กำหนดหน้าที่และโครงสร้างการบริหาร

5) ผลกระทบ (Impact) เป็นการพิจารณาผลดีและผลเสียของโครงการว่าโครงการนั้นมีผลกระทบต่อสิ่งใดบ้างทั้งในระยะสั้น และระยะยาว ซึ่งอาจไม่ใช่แค่กระทบต่อตัวบุคคล แต่อาจกระทบต่อระบบสิ่งแวดล้อม ต่อสถานะสังคมเศรษฐกิจ การประเมินผลกระทบกระทำได้ยากและต้องใช้ระยะเวลาานพอควรที่จะเห็นภาพความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการจัดทำโครงการแก้ปัญหาชุมชน

6. ขั้นตอนการประเมินผลโครงการพัฒนาสุขภาพชุมชน

การประเมินผลโดยทั่วไปมักจะใช้การประเมินผลเพื่อปรับปรุง หรือที่เรียกว่าการประเมินความก้าวหน้า และการประเมินผลเพื่อสรุป ซึ่งจะต้องทำการประเมินเป็นระยะๆ คือ ระยะก่อนดำเนินการ ประเมินความถูกต้องเหมาะสมของแผนงาน โครงการ ในระยะดำเนินการประเมินการดำเนินงานตามแผน และระยะหลังดำเนินการประเมินเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินโครงการแล้ว ดังนั้นการประเมินผลจึงเริ่มตั้งแต่การวางแผนจนกระทั่งสิ้นสุดการดำเนินงานการแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน เป็นการประเมินผลต่อเนื่อง ซึ่งมีขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

1. **การกำหนดโครงการที่จะประเมินผล** ผู้ประเมินต้องกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนว่าจะประเมินผลกิจกรรมหรือโครงการอะไร โดยต้องศึกษาวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กระบวนการดำเนินงาน และผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ในโครงการอย่างละเอียด

2. กำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินผล เช่น เพื่อการประเมินวัตถุประสงค์ของโครงการ กล่าวคือ
1) ประเมินความเหมาะสมของกระบวนการ 2) ประเมินความก้าวหน้าของโครงการ 3) ประเมินผลกระทบของโครงการ 4) ประเมินประสิทธิภาพความคุ้มค่าของโครงการ ฯลฯ
3. กำหนดดัชนีหรือตัวแปรที่จะใช้เพื่อการวัด ผู้ประเมินต้องกำหนดดัชนีผลลัพธ์ (Outcome Indicators) และเป้าหมายที่จะใช้เป็นเกณฑ์การประเมิน
4. การกำหนดช่วงเวลาของการประเมินผล ผู้ประเมินควรพิจารณาเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่เหมาะสมกับดัชนีที่กำหนดไว้ กล่าวคือ ต้องเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพดีเช่นเดียวกับเครื่องมือการประเมินสุขภาพ
5. การกำหนดแผนการประเมินและดำเนินการประเมินผล คือ การกำหนดเวลาที่เหมาะสมกับกิจกรรมของการประเมินโครงการ ต้องวิเคราะห์ว่าในแต่ละช่วงเวลาของการดำเนินโครงการมีผลอะไรเกิดขึ้นบ้าง ควรประเมินอะไรในแต่ละช่วงเวลา หากกำหนดช่วงเวลาที่ไม่เหมาะสม ผลการประเมินก็อาจไม่เป็นประโยชน์ตามที่ต้องการ
6. การกำหนดแผนการประเมินและดำเนินการประเมินผล เป็นขั้นตอนหนึ่งในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ทุกกิจกรรมผู้ดำเนินการต้องมีการวางแผนการประเมินผล ทำให้สามารถกำหนดวิธีการประสานงาน การควบคุม ติดตาม การประเมินผลได้ เมื่อวางแผนแล้วก็นำแผนนั้นไปดำเนินการ
7. วิเคราะห์ข้อมูล จากข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ ผู้ประเมินต้องนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีต่างๆ เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการประเมินที่ได้กำหนดไว้ แสดงผลการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบกับดัชนีเป้าหมายที่กำหนดไว้
อย่างไรก็ตามผู้ประเมินจะต้องคำนึงถึงผู้ที่ให้นำผลการประเมินไปใช้ด้วยว่ามีความเข้าใจขั้นตอนการประเมินผลมากน้อยเพียงใด ดังนั้นการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ การนำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน อัตรา อัตราร้อย อย่างถูกต้องเหมาะสม ก็มีคุณค่ามากสำหรับการประเมินผลบางลักษณะ

8. การสรุปและอภิปรายผล เป็นขั้นตอนที่นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาสรุป อธิบายความหมาย ให้เหตุผล ข้อคิดเห็น ซึ่งผู้ประเมินต้องใช้ในการแสดงความคิดเห็นที่เป็นกลางจากข้อมูลที่ได้ ในขั้นตอนนี้ผู้ประเมินจะต้องระมัดระวังการใช้ข้อมูล การให้ทัศนะต่อผลการประเมินอย่างเหมาะสม

9. การตัดสินใจให้คุณค่าหรือข้อเสนอแนะต่อโครงการ เป็นการให้ข้อเสนอแนะจากผลสรุปการประเมินว่าโครงการที่เป็นเป้าหมายของการประเมินผลนั้นมีคุณค่า มีประโยชน์มากน้อยเพียงใด หากจะดำเนินการต่อควรมีแนวทางในการพัฒนาหรือปรับปรุงโครงการอย่างไร ซึ่งผู้ประเมินอาจจัดทำเป็นข้อสรุปสำหรับผู้บริการที่จะพิจารณาการนำผลการประเมินไปใช้ในมุมมองต่างๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการประเมินผลกระทบของการปฏิบัติงานที่มีต่อหน่วยงานหรือชุมชน

1. สิ่งที่ประเมิน ได้แก่

- ความรู้ความเข้าใจของประชาชนที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสาธารณสุขของชุมชนและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นเกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนในการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่พบ
- บริการที่ประชาชนได้รับ รวมทั้งสิ่งก่อสร้างที่เกิดขึ้นใหม่ในชุมชน เช่น ถังเก็บน้ำ ส้วม จำนวนเด็กที่ได้รับภูมิคุ้มกันโรค เป็นต้น
- สภาพาสภาวะแวดล้อมและสภาวะสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น ความสะอาดของบริเวณบ้าน การกำจัดขยะมูลฝอย อัตราการเกิดโรคลดลง เป็นต้น
- องค์กรชุมชนที่ได้รับการพัฒนาหรือได้รับการอบรม เช่น คณะกรรมการหมู่บ้าน อสม. กลุ่มแม่บ้าน เป็นต้น

2. วิธีการประเมิน วิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินผลกระทบด้านความรู้ ความเข้าใจ และบริการที่ชุมชนได้รับ คือ การสัมภาษณ์และการพูดคุยกับประชาชนกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสามารถทำการประเมินผลกระทบที่มีต่อสภาวะแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนนั้นจะเป็นการประเมินผลในระยะยาว

3. เครื่องมือ เช่น แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบสังเกตพฤติกรรมการป้องกันโรค เป็นต้น

4. เกณฑ์การประเมินผล โดยปกติแล้วจะใช้วัตถุประสงค์ของแผนงาน โครงการเป็นเกณฑ์ หรือดัชนีในการประเมินและจะต้องมีการวัดตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้งก่อนและหลังการปฏิบัติงานด้วย

หากสรุปลักษณะการประเมินผลการดำเนินโครงการทางด้านสุขภาพในแต่ละขั้นที่กล่าวมา แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ซึ่งแต่ละลักษณะมีรายละเอียด ดังนี้

ลักษณะที่ 1 การประเมินผลก่อนการปฏิบัติงาน (Pre Evaluation) เป็นการประเมินผล

เตรียมการในการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพตามแผน หรือโครงการที่ได้กำหนดไว้ ซึ่งเป็นการประเมินความเป็นไปได้ที่จะทำการประเมินผลแผนงาน โครงการทางสุขภาพ ประเมินความพร้อมของบุคคล ประเมินความเพียงพอของงบประมาณ และความพร้อมของกลุ่มเป้าหมาย ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดำเนินการและหาแนวทางแก้ไขได้ก่อนที่จะมีการดำเนินการ หากไม่สามารถจัดหาทรัพยากรได้เพียงพอ ก็อาจล้มเลิกโครงการก่อนที่จะเกิดผลเสียหายเกิดขึ้น

ลักษณะที่ 2 การประเมินผลขณะปฏิบัติงาน (Formative Evaluation) เป็นการประเมินผล

เพื่อยืนยันว่าโครงการมีความก้าวหน้าหรือไม่ มีปัญหาอุปสรรค มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลอย่างไร ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิธีการ หรือกิจกรรมให้เหมาะสมกับปัญหาจริงๆ

ลักษณะที่ 3 การประเมินผลหลังการปฏิบัติงาน (Summative Evaluation) เป็นการ

ประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นโครงการแล้วทันที หรือหลังจากเพิ่งเสร็จสิ้นโครงการ 1 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อหาคำตอบว่าโครงการมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล มีผลกระทบต่อประชาชนอย่างไรบ้าง หลังจากที่ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นไปแล้ว

การประเมินผลทางโครงการดูแลสุขภาพชุมชนมักพิจารณาจาก ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการ (Equity) ประสิทธิภาพของโครงการ (Efficiency) และการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (Satisfaction)

1. การประเมินประสิทธิผล เป็นการประเมินระดับของความสามารถในการดำเนินการให้ประสบความสำเร็จในการบรรลุถึงผลลัพธ์ที่ต้องการ มี 2 มิติ คือ 1) ประสิทธิภาพด้านคลินิก และ 2) ประสิทธิภาพด้านประชากร
2. การประเมินประสิทธิภาพ เป็นการประเมินผลการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดหรือเกิดผลลัพธ์ที่ต้องการมากที่สุด หรือการใช้ทรัพยากรที่น้อยที่สุดแต่เกิดผลลัพธ์หรือมีประสิทธิผลสูงสุด ส่วนใหญ่จะใช้แนวคิดการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ใช้ในการวางแผนด้านการใช้ทรัพยากร
3. การประเมินความเป็นธรรม เป็นการประเมินสถานะที่มีความเที่ยงธรรมหรือยุติธรรมที่ตั้งอยู่บนฐานของความถูกต้องและเหตุผล ความเป็นธรรมในระบบบริการสาธารณสุข หมายถึง การได้รับการตอบสนองตามความต้องการแบบเดียวกับในระดับที่เท่ากัน เช่น สามารถเข้าถึงบริการด้วยระยะเวลาไม่นานเกินไป ประชาชนทุกคนสามารถเข้ารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนด้วยการเดินทางไม่เกิน 30 นาที เป็นต้น การประเมินผลความเป็นธรรมในระบบบริการสาธารณสุขจะต้องใช้ตัวชี้วัดที่เหมาะสมและครอบคลุม

4. การประเมินผลความพึงพอใจ เป็นการประเมินระดับความพอใจ ความพอใจของผู้ใช้บริการ เมื่อไปใช้บริการตามความคาดหวังที่กำหนดไว้ ซึ่งบ่งชี้ถึงคุณภาพหรือประสิทธิผลของระบบบริการ สาธารณสุข การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต้องครอบคลุมทั้งความต้องการด้านกายภาพ สังคม จิตใจ เศรษฐกิจ ตลอดจนความคาดหวังของผู้ใช้บริการในด้านปริมาณและคุณภาพของบริการ

การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพชุมชน สามารถทำได้ทั้งก่อนการดำเนินการ ขณะดำเนินการ และภายหลังการแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน ซึ่งถือเป็นขั้นตอนสำคัญที่จะบ่งบอกได้ว่าการทำกิจกรรมแก้ปัญหาในชุมชน บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด ในขณะเดียวกัน การประเมินระหว่างดำเนินกิจกรรมแก้ปัญหาทำให้พยาบาลชุมชนสามารถปรับวิธีดำเนินงานได้อย่างสอดคล้องกับสภาพการณ์จริงของปัญหา ก่อนที่จะทำให้เกิดความเสียหายขึ้น ซึ่งกระบวนการประเมินสามารถทำได้โดยทีมสุขภาพและจากกลุ่มเป้าหมาย หรือผู้รับบริการในชุมชน รวมทั้งผู้ได้รับผลกระทบจากการดำเนินโครงการ ทั้งนี้เพื่อให้มีมุมมองที่หลากหลาย และนำไปสู่การปรับปรุงแบบการทำงานเพื่อสร้างเสริมสุขภาพองค์กรร่วมของชุมชนในแผนงานในอนาคตต่อไป

บรรณานุกรม

จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และวนิดา คุณรงค์ฤทธิชัย. (2554). *การพยาบาลอนามัยชุมชน : แนวคิด หลักการและ*

การปฏิบัติการพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร : โครงการตำราสถาบันอุดมศึกษา

เอกชน สาขาพยาบาลศาสตร์.

พรฤดี นิธิรัตน์และสายใจ จารุจิตร. (2559). *กระบวนการพยาบาลกับการดูแลสุขภาพชุมชน.*

นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.

ไพเราะ ผ่องโชคและคณะ.(2547). *การพยาบาลอนามัยชุมชน*. กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามธิบดี.

วรรณิ จันทร์สว่าง. (2546). *สุขภาพชุมชน : แนวคิดและกระบวนการดำเนินงาน*. สงขลา : บริษัทลิมบรา

เดอส์การพิมพ์จำกัด.

ศิริณี อินทรหนองไผ่. (2554). *กระบวนการพยาบาล : เครื่องมือนักจัดการสุขภาพองค์รวมเพื่อวิวัฒน์*

และพัฒนาสุขภาพระดับปฐมภูมิ. (พิมพ์ครั้งที่ 5). มหาสารคาม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ศิวาพร อึ้งวัฒนา และพรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์กิจ (บรรณาธิการ). (2555). *การพยาบาลชุมชน*. เชียงใหม่ :

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมใจ วินิจกุล. (2550). *อนามัยชุมชน : กระบวนการวินิจฉัยและการแก้ปัญหา*. (ฉบับปรับปรุง). (พิมพ์ครั้งที่ 3).

กรุงเทพมหานคร : หจก.ฟันนี้พิบัติชิ่ง.

สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ. (2550). *ปฏิบัติการพยาบาลชุมชนขั้นสูง*. ชลบุรี : ศรีศิลป์การพิมพ์.

Correia, C.(2011). **Comprehensive Community Health Nursing**. St.Louis : JayPee Brothers Medical

Publishers.

Clark, J.M. (1999). **Nursing in the Community : Dimension of Community Health Nursing**.

(3rd ed.). USA : Appleton & Lange.

Stanhope, M. & Lancaster, J. (1996). **Community Health Nursing Process and Practice for**

Promoting Health. USA : Mosby Year Book.