



# กระบวนการพัฒนาอนามัยชุมชน : แนวคิดและการปฏิบัติ



อัชฌา สุวรรณกาญจน์

คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์  
2551

## กระบวนการพัฒนาอนามัยชุมชน : แนวคิดและการปฏิบัติ

© ได้รับอนุญาตจัดพิมพ์จากเจ้าของลิขสิทธิ์ถูกต้องตามกฎหมายสงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ  
ลิขสิทธิ์ พ.ศ. 2537

เลขมาตรฐานสากลประจำหนังสือ : 974-92323-3-x

ผู้เขียน : อัชฌา สุวรรณกาญจน์

พิมพ์ครั้งที่ 1 : จำนวน 100 เล่ม มิถุนายน 2547

พิมพ์ครั้งที่ 2 : จำนวน 150 เล่ม มิถุนายน 2549

พิมพ์ครั้งที่ 3 : จำนวน 200 เล่ม มิถุนายน 2551

ออกแบบปก : อัชฌา สุวรรณกาญจน์ , ตูแวอาแซ นิเยะ

พิมพ์ที่ : นรากอปปี้แอนด์เซอร์วิส 27 ถ.สุริยะประดิษฐ์ อ.เมือง จ.นราธิวาส

จำหน่ายโดย : จูเนียร์บุ๊กแอนด์มูฟวี่ โทร 073-512035

ราคา : 150 บาท

## กิติกรรมประกาศ

ตำราเล่มนี้สำเร็จได้ ด้วยความเอื้อเฟื้อทางวิชาการจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลและด้านสาธารณสุขหลายท่าน ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณคุณคณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ สถาบันพระบรมราชชนก และผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนราธิวาส ผู้เอื้อโอกาสในการศึกษาอบรมและทำวิจัยเพื่อนำข้อความรู้มาประยุกต์ใช้ในการจัดทำตำรา

ขอขอบพระคุณ ดร. กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ ดร.อมวาลี อัมพันศิริรัตน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา ดร. พงษ์เทพ ไกรนรา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสว่าง ซึ่งเป็นผู้ชำนาญการด้านการสอนวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน และคุณธวัช แซ่ก้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ซึ่งเป็นผู้ชำนาญการด้านการปฏิบัติการสาธารณสุข ที่ได้ตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญในการปรับปรุงตำราเล่มนี้

ขอขอบคุณศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้ และฝ่ายพัฒนาบุคลากรและการสาธารณสุขมูลฐานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ที่เอื้อเฟื้อเอกสารประกอบการค้นคว้าคุณปริษา เมรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขอำเภอสุโขทัย นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 7 รุ่นที่ 8 และรุ่นที่ 9 นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่อง) ชั้นปีที่ 1 รุ่นที่ 1 และ 2 ที่ช่วยจัดทำข้อมูลในกรณีตัวอย่าง รวมทั้งทดลองนำตำราไปใช้ในการศึกษาภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงตำราให้สอดคล้องกับความต้องการ ตลอดจนนายตูแวอาแซ นิเยะ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 7 ผู้ช่วยจัดทำภาพประกอบเอกสาร

ท้ายสุด ขอกราบขอบพระคุณ คุณแม่ และคุณพ่อ ผู้เอื้อโอกาสด้านการศึกษาและสนับสนุนการปฏิบัติงานของลูกมาโดยตลอดรวมทั้งครอบครัวสุวรรณกาญจน์ที่เป็นความหวังและกำลังใจอันสำคัญยิ่ง

อัชฌา สุวรรณกาญจน์  
มิถุนายน 2553

## คำนำในการพิมพ์ ครั้งที่ 4

การปฏิรูประบบสุขภาพส่งผลกระทบต่อทำให้บริการสาธารณสุขทุกระดับการจัดการศึกษาจึงต้องปรับเปลี่ยนให้สนองตอบอย่างสอดคล้องเหมาะสม ตำราเรื่องกระบวนการพัฒนามัธยมศึกษา:แนวคิดและการปฏิบัติฉบับนี้ ผู้เขียนได้รวบรวมเนื้อหาสาระทั้งมุมมองในอดีตและกระบวนการที่ปรับเปลี่ยนไปในปัจจุบันไว้ในฉบับเดียว ก่อให้เกิดความสะดวกต่อผู้เรียนในการศึกษาได้อย่างชัดเจนและต่อเนื่องทั้งในการเรียนภาคทฤษฎีและการนำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาภาคปฏิบัติ ทั้งนี้ผู้เขียนได้ศึกษาวัตถุประสงค์ขอบเขต และเนื้อหาจากลักษณะวิชาในหลักสูตร ตลอดจน ทำการศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา บทความ ผสมผสานกับประสบการณ์การสอนวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนมา 22 ปี ร่วมกับการทำวิจัย การพบปะพูดคุยกับนักวิชาการสาธารณสุขทำให้ได้แนวทางในการเขียนตำราฉบับนี้ให้เหมาะสมกับระดับความรู้ของนักศึกษา เพื่อนำไปใช้ในการสอนรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 รายวิชาปฏิบัติ การพยาบาลอนามัยชุมชน 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ นอกจากนั้นในการจัดพิมพ์ตำราครั้งที่ 4 นี้ ผู้เขียนได้เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับนโยบายด้านสุขภาพที่ปรับเปลี่ยนไป รวมทั้งรูปแบบการเขียนโครงการที่สอดคล้องกับการใช้งานในปัจจุบัน และนำเสนอกรณีตัวอย่างกระบวนการพัฒนามัธยมศึกษา:แนวคิด กลยุทธ์ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบสุขภาพที่เข้มแข็งยั่งยืนและสร้างสังคมอันอยู่เย็นเป็นสุขต่อไป

ผู้เขียนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าตำราฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับนักศึกษาและผู้สนใจหากมีข้อเสนอแนะประการใดโปรดแจ้งให้ทราบด้วย เพื่อนำไปปรับปรุงต่อไป

อชฉา สุวรรณกาญจน์

มิถุนายน 2553

# สารบัญ

| เรื่อง   | หน้า |
|--|------|
| กิตติกรรมประกาศ  | ก    |
| คำนำ   | ข    |
| สารบัญ   | ค    |
| สารบัญตาราง  | จ    |
| สารบัญภาพ  | ฉ    |
| <br>   |      |
| ❖ บทนำ   | 1    |
| ◆ กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน และการพัฒนาอนามัยชุมชน    | 2    |
| ▪ หลักการและแนวคิดพื้นฐานของกระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน | 2    |
| ▪ หลักการและแนวคิดพื้นฐานของการพัฒนาอนามัยชุมชน        | 9    |
| ❖ บทที่ 1 การประเมินชุมชน                              | 14   |
| ▪ การเก็บรวบรวมข้อมูล                                  | 14   |
| ▪ การวิเคราะห์ข้อมูล                                   | 38   |
| ▪ การนำเสนอข้อมูล                                      | 40   |
| ▪ การแปลผล/สรุปผลข้อมูล                                | 41   |
| ❖ บทที่ 2 การวินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชน                  | 46   |
| ▪ การระบุปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพ                  | 45   |
| ▪ การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา                         | 46   |
| ❖ บทที่ 3 การวางแผนแก้ปัญหาอนามัยชุมชน                 | 56   |
| ▪ การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา                           | 57   |
| ▪ การกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ และ เป้าหมาย        | 72   |
| ▪ การกำหนดกลวิธีการดำเนินงาน                           | 76   |
| ▪ การกำหนดทรัพยากร                                     | 80   |
| ▪ การกำหนดแนวทางการประเมินผล                           | 81   |
| ▪ การเขียนแผนงาน/โครงการ                               | 81   |
| ◆ การเขียนแผนงานหลักหรือแผนแม่บท                       | 83   |
| ◆ การเขียนแผนงานย่อย                                   | 85   |
| ◆ การเขียนโครงการ                                      | 85   |

## สารบัญ(ต่อ)

| เรื่อง   | หน้า |
|--|------|
| ❖ บทที่ 4 การดำเนินงานอนามัยชุมชน  | 93   |
| ▪ ชั้นเตรียมการ  | 93   |
| ▪ ชั้นดำเนินงาน  | 94   |
| ▪ ชั้นประเมินผล  | 96   |
| ❖ บทที่ 5 การประเมินผลการดำเนินงานอนามัยชุมชน  | 100  |
| ▪ แนวคิดและหลักการประเมินผล  | 96   |
| ▪ ขั้นตอนการประเมินผลแผนงาน/โครงการ  | 101  |
| ▪ รูปแบบการประเมินผลแผนงาน/โครงการสาธารณสุข  | 109  |
| ❖ บทที่ 6 รูปแบบการสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของชุมชน<br>ในการพัฒนาสุขภาพ  | 120  |
| ▪ การประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน/ตำบล(A-I-C)  | 116  |
| ▪ เทคนิคการประชุมระดมแนวความคิดเพื่อสร้างอนาคตร่วมกัน (F.S.C.)   | 137  |
| ▪ กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข (PL)  | 150  |
| ▪ การวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ( PRA )   | 156  |
| ▪ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ( PAR )  | 162  |
| ❖ บทสรุป   | 175  |
| ❖ บรรณานุกรม   | 176  |
| ❖ ภาคผนวก  | 184  |
| ▪ ก. แหล่งข้อมูลชุมชน  | 177  |
| ▪ ข. ตัวอย่างการนำเสนอข้อมูลชุมชน  | 187  |
| ▪ ค. ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมอนามัย   | 197  |
| ▪ ง. ตัวอย่าง แผนงานหลัก แผนงานย่อย โครงการ  | 203  |
| ▪ จ. สรุปตัวชี้วัดข้อมูลความจำเป็นพื้นฐานในแผนพัฒนา<br>เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 10 เมืองไทยแข็งแรง<br>และสังคมอยู่เย็นเป็นสุข | 233  |

# สารบัญตาราง

| ตารางที่  | หน้า |
|---|------|
| 1 ตัวอย่างการสรุปปัญหาของชุมชน  | 53   |
| 2 วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของภาควิชาบริหารสาธารณสุข                 | 60   |
| 3 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยวิธีหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับหลักเกณฑ์ | 64   |
| 4 ตัวอย่างกลวิธีหลัก และกลวิธีสนับสนุน                                      | 88   |
| 5 การเลือกแนวทางแก้ไขปัญหาตามสาเหตุ   | 90   |
| 6 หลักการเขียนแผนแม่บทหรือแผนงานหลัก  | 95   |
| 7 แผนการดำเนินงาน หรือ ผังควบคุมกำกับงาน                                    | 101  |
| 8 ประเด็นสำคัญและรายละเอียดในการเขียนโครงการ                                | 103  |
| 9 ดัชนีการประเมินและระดับที่ของสิ่งที่จะประเมิน                             | 118  |
| 10 สรุปผลการกำหนดแหล่งข้อมูลในการจัดทำแผนการประเมินโครงการ                  | 120  |
| 11 ตัวอย่างการจัดประเภทกิจกรรมโดยการลงคะแนน                                 | 142  |
| 12 ตัวอย่างกำหนดการประชุมระดับหมู่บ้าน                                      | 145  |
| 13 แบบฟอร์มแผนปฏิบัติการ  | 157  |
| 14 แบบฟอร์มแผนปฏิบัติการที่กลุ่มสนใจ  | 158  |
| 15 กำหนดการประชุม F. S. C.  | 159  |
| 16 แนวทางการสนทนาเพื่อวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วมขั้นตอนที่ 1 - 3         | 169  |

# สารบัญภาพ

| ภาพที่   | หน้า |
|--|------|
| 1 ปฏิสัมพันธ์ของแนวการดำเนินการของพยาบาลในชุมชน กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง<br>ในการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน | 15   |
| 2 กิจกรรมการดำเนินการป้องกันโรคตามกระบวนการธรรมชาติของการเกิดโรค                                       | 17   |
| 3 แนวทางการจัดบริการด้านการพยาบาลในชุมชน   | 18   |
| 4 วงจรแห่งความชั่วร้าย (Vicious Cycle)   | 23   |
| 5 กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน ( Community Health Nursing Process )                                      | 24   |
| 6 ผังโครงสร้างองค์กรชุมชน  | 29   |
| 7 แผนที่นั่งโต๊ะ   | 46   |
| 8 จุดด้อยของแผนที่นั่งโต๊ะ   | 46   |
| 9 ความแตกต่างระหว่างแผนที่นั่งโต๊ะกับแผนที่เดินดิน   | 47   |
| 10 การระบุปัญหาและการแก้ปัญหา  | 56   |
| 11 ขั้นตอนการวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข   | 67   |
| 12 โยงใยสาเหตุของภาวะขาดสารอาหารตามทฤษฎี   | 70   |
| 13 โยงใยสาเหตุของภาวะขาดสารอาหารตามผลการสำรวจจริง  | 76   |
| 14 สาเหตุของปัญหาตามแนวคิดทางระบาดวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์   | 80   |
| 15 ความสัมพันธ์ของการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยของปัญหากับการกำหนดวัตถุประสงค์                           | 81   |
| 16 ความสัมพันธ์ของแผนงานหลัก แผนงานย่อย และโครงการแก้ปัญหาอนามัยชุมชน<br>และการกำหนดวัตถุประสงค์       | 93   |
| 17 ประชาชนสุขภาพดีปี2553 : รูปแบบประชาชนสุขภาพดีในชุมชนสุขภาพดี  | 106  |
| 18 ขั้นตอนการประเมินผลแผนงาน/โครงการ   | 113  |
| 19 การประเมินเชิงตรรกของความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของแผน  | 115  |
| 20 รูปแบบการประเมินผลแผนงาน/โครงการของกรีน   | 121  |
| 21 รูปแบบการประเมินโครงการ CIPP  | 122  |
| 22 การประเมินกระบวนการและขั้นตอนในแผนงานโครงการ  | 123  |
| 23 รูปแบบการจัดประชุมในกรณีที่มีผู้เข้าร่วมประชุมมาก   | 132  |
| 24 ตัวอย่างกระดาษโปสเตอร์สำหรับการประชุมลำดับที่ 10  | 141  |
| 25 การจัดลำดับความสำคัญ  | 143  |
| 26 กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างอนาคตร่วมกัน   | 150  |
| 27 แผนที่ความคิด   | 153  |
| 28 ขั้นตอน/กระบวนการ F. S. C. ที่สำคัญ   | 160  |
| 29 กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข  | 166  |



# บทนำ

ชุมชนเป็นองค์กรสังคมองค์หนึ่ง ที่ประกอบด้วยกลุ่มคนซึ่งอยู่ร่วมกันภายในขอบเขตพื้นที่ โดยมีความผูกพันซึ่งกันและกันและมีระเบียบปฏิบัติคล้ายคลึงกัน โครงสร้างและองค์ประกอบของชุมชน จึงมีความแตกต่างกันด้วย การแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชนจึงต้องดำเนิน ไปอย่างมีระบบโดยการประยุกต์หลักของกระบวนการพยาบาลมาใช้กับชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือการประเมินชุมชน ( Assessment ) การวินิจฉัยหาปัญหา ( Diagnosis ) การวางแผนงาน/โครงการ ( Planning ) การดำเนินงานตามแผน ( Implementation ) และการประเมินผล ( Evaluation ) ทั้งนี้เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน สามารถแก้ไขปัญหาลุ่สุขภาพอนามัย ได้อย่างมีระบบและมีความต่อเนื่อง ดังนั้นพยาบาลอนามัยชุมชนจำเป็นต้องศึกษาข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับสภาวะอนามัยชุมชน ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถของชุมชนในด้านอนามัยและข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับสภาวะอนามัยชุมชน ข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถของชุมชนในด้านอนามัย และข้อมูลเกี่ยวกับศักยภาพในการดำเนินงานอนามัยชุมชน ซึ่งข้อมูลต่าง ๆ ดังกล่าว สามารถเก็บรวบรวมได้จากแหล่งปฐมภูมิและแหล่งทุติยภูมิโดยจะมีวิธีการเก็บรวบรวมที่แตกต่างกัน ตามวัตถุประสงค์ของการสำรวจว่าต้องการทราบข้อมูลอะไรและมีการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนในการประเมินสภาวะอนามัยชุมชน ทำให้พยาบาลอนามัยชุมชนทราบปัญหา อันเป็นจุดเริ่มต้นของการวางแผนแก้ไขปัญหอนามัยชุมชนในขั้นตอนต่อไปการเขียนลักษณะปัญหาต้องให้ชัดเจน สื่อความหมายและเข้าใจตรงกัน เช่น ปัญหาการขาดแคลนน้ำดื่ม เพราะไม่มีภาชนะเก็บน้ำฝน ปัญหามารดาขาดความรู้ในการให้อาหารเสริม เป็นต้น

ดังนั้นการวินิจฉัยชุมชน จึงเป็นกุญแจสำคัญของการดำเนินงานในชุมชน เพราะจะทำให้สามารถแก้ปัญหอนามัยของชุมชนตามสาเหตุของการเกิดปัญหาได้ถูกต้องและเป็นขั้นตอน

## กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชนและการพัฒนานามัยชุมชน

การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการพัฒนานามัยชุมชนนั้น จำเป็นต้องเข้าใจแนวคิดของกระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชนและการพัฒนานามัยชุมชน ดังต่อไปนี้

### 1. หลักการ และแนวคิดพื้นฐานของกระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน

การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการพัฒนานามัยชุมชนนั้น ต้องมีความสอดคล้องกับกฎหมาย ข้อบังคับ มาตรฐานวิชาชีพ และโครงสร้างองค์กรของหน่วยงาน โดยยึดหลักการ และแนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาล และการจัดการบริการด้านการพยาบาลในชุมชน 4 ประการ คือ ความเชื่อพื้นฐานของการพยาบาลในชุมชน การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบกับงานการพยาบาลในชุมชน แนวคิดด้านการป้องกันโรคตามกระบวนการธรรมชาติของการเกิดโรค และการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน โดยมีสาระสำคัญของหลักการทั้ง 4 ประการ ดังต่อไปนี้ ( ส่องศรี กิตติรักษ์ตระกูล และคณะ , 2544 )

#### 1.1 ความเชื่อพื้นฐานของการพยาบาลในชุมชน

##### 1.1.1 ด้านสุขภาพ

มนุษย์ทุกคนเป็นเจ้าของสุขภาพของตนเอง มีสิทธิที่จะได้รับบริการสุขภาพที่ดี มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน และมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการธำรงรักษาสภาวะสุขภาพที่ดีไว้ เพราะสุขภาพของบุคคลเป็นพื้นฐานสำคัญของสุขภาพครอบครัว และชุมชน การส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเองได้ จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

##### 1.1.2 ด้านสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ด้านกายภาพ เคมี และชีวภาพ ตลอดจนสังคม วัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยม ฐานะในสังคม ระบบสนับสนุนและระบบบริการด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และการเมือง เหล่านี้ล้วนแต่มีผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของบุคคลครอบครัวและชุมชน โดยทางตรงและทางอ้อม ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ

##### 1.1.3 ด้านการจัดการ

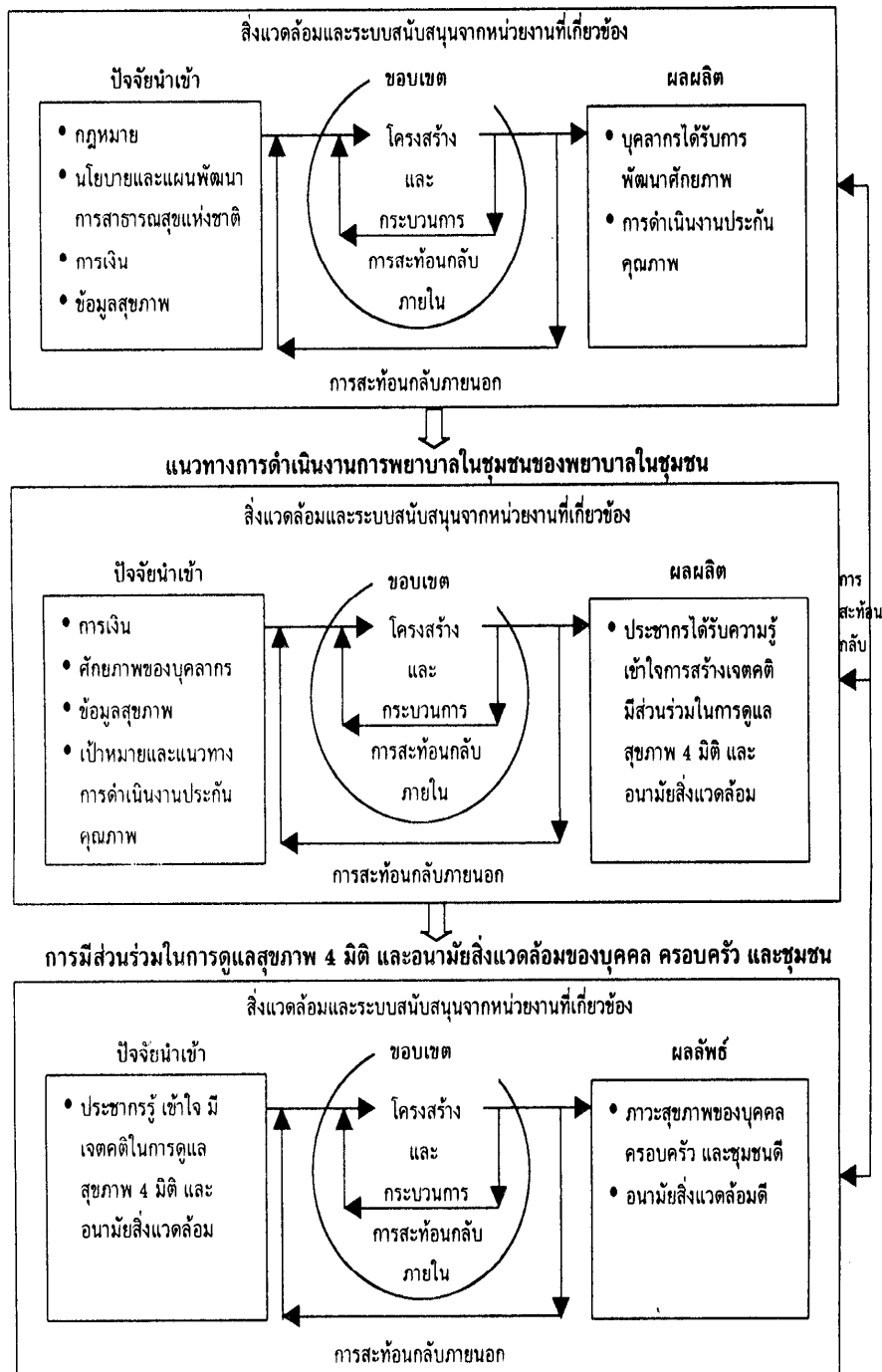
การจัดการบริการด้านการพยาบาลในชุมชน ต้องตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาสุขภาพ โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลางในการดูแลตนเอง ดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันในครอบครัวและชุมชนได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานการพยาบาลในชุมชนต้องสามารถประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการประเมิน วินิจฉัย วางแผน และปฏิบัติ การดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง และภาวะเจ็บป่วยตลอดจนการติดตาม กำกับประเมินผลการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล โดยเน้นบทบาทการเป็นผู้นำ การกระตุ้น และส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ การคิดค้น

นวัตกรรมและโปรแกรมบริการใหม่ ๆ มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน ร่วมกับทีมสุขภาพ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ทีมแกนนำ/องค์กรในชุมชน และ/หรือองค์กรอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยการประสานความร่วมมือ และประสานแหล่งประโยชน์ให้เกิดคุณภาพบริการสุขภาพอย่างสูงสุด

### 1.2 การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบกับงานการพยาบาลในชุมชน

การนำแนวคิดของทฤษฎีระบบ มาใช้การกำหนดมาตรฐานพยาบาลในชุมชนนั้น มุ่งเน้นความสัมพันธ์ของปัจจัยนำเข้า (Input) และกระบวนการ (Process) ผลลัพธ์ (Output) และการสะท้อนกลับ (Feed back) ที่มีความเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมระบบสนับสนุน โดยมีสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในทุกภาคส่วนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ทั้งในระบบเล็กไปสู่ระบบใหญ่ในชุมชน ตลอดจนสังคมในวงกว้าง โดยมีความเชื่อว่า คุณภาพการพยาบาลในชุมชนที่ประชาชนควรได้รับ นำไปสู่การมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้นั้น เป็นผลลัพธ์ของการบริหารจัดการปัจจัยนำเข้าที่มีคุณภาพ โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางปฏิบัติอย่างถูกต้อง เหมาะสม ตลอดจนมีการติดตามประเมินผล และเฝ้าระวังคุณภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยคำนึงถึงองค์ประกอบที่สำคัญของระบบในชุมชน และการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในระบบ องค์ประกอบดังกล่าวนี้ ได้แก่ ขอบเขตของระบบ สิ่งแวดล้อม ระบบสนับสนุนทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง เป้าหมายลักษณะเฉพาะ โครงสร้าง ทรัพยากรต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยนำเข้า กระบวนการจัดการภายใน อย่างมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ ผลลัพธ์และการสะท้อนกลับทั้งภายในระบบและระหว่างระบบ จากแนวคิดดังกล่าวสามารถประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานการพยาบาลในชุมชน ซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์กับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง และความสำคัญของปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน เช่น ขอบเขตของระบบสุขภาพของบุคคลจะเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับระบบสุขภาพครอบครัว และระบบสุขภาพในชุมชน รวมทั้งเกี่ยวพันเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อม และระบบสนับสนุนจากบุคคล หน่วยงาน หรือองค์การที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในชุมชน ดังแสดงในภาพที่ 1

แนวทางการดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐ/เอกชน ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน



ภาพที่ 1 ปฏิสัมพันธ์ของแนวทางการดำเนินการของพยาบาลในชุมชน กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน

ที่มา : ล่งศรี กิตติวัฑฒ์ตระกูล และคณะ , 2544

ดังนั้น พยาบาล และ/หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพในชุมชนจึงจำเป็นต้องตระหนักถึงความสำคัญของทฤษฎีระบบ ศึกษาและทำความเข้าใจเพื่อสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานตามแนวทางการดำเนินงานการพยาบาลในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

### 1.3 แนวคิดด้านการป้องกันโรคตามกระบวนการธรรมชาติของการเกิดโรค

การปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนเพื่อเป้าหมายการมีสุขภาพดี ได้ใช้แนวคิดด้านการป้องกัน ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์ด้านระบาดวิทยาเข้ามาเพื่อช่วยในการศึกษาความเป็นไปตามธรรมชาติ และลักษณะของการเกิดโรค/ความเจ็บป่วย สาเหตุ และการรักษา รวมทั้งผลที่เกิดตามมา การตาย พิการ หรือหาย เข้าสู่ระยะพักฟื้น เป็นต้น

แนวคิดด้านการป้องกันการตามกระบวนการธรรมชาติของการเกิดโรค (Prevention) แบ่งกิจกรรมการดำเนินการป้องกันโรคตามกระบวนการธรรมชาติของการเกิดโรคได้เป็น 3 ชั้น (Smith, C.M. and Maurer ,F.A., 2000 ) ประกอบด้วย การป้องกันขั้นปฐมภูมิ การป้องกันขั้นทุติยภูมิ และการป้องกัน ขั้นตติยภูมิ โดยแต่ละชั้นมีเป้าหมาย(Goal ) แตกต่างกันดังนี้

1.3.1 การป้องกันขั้นปฐมภูมิ (Primary Prevention) เป็นการป้องกันตั้งแต่ร่างกายมีภาวะสุขภาพดีหรือก่อนพยาธิสภาพ ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพ การดำรงรักษาสุขภาพ และการป้องกันไม่ให้เกิดโรค รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัยเช่น การป้องกันการติดเชื้อ การให้ภูมิคุ้มกันโรค การไม่สูบบุหรี่ หรือเสพสารเสพติดอื่นใด การดูแลสุขภาพบิดาลสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ เป็นต้น

1.3.2 การป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary Prevention) เป็นการค้นหา/คัดกรอง และให้การดูแลระยะที่มีพยาธิสภาพ ตั้งแต่เริ่มแรกจนถึงขั้นลุกลาม ต้องดำเนินการควบคู่กันไปกับการป้องกันขั้นปฐมภูมิโดยการค้นหาบุคคลหรือครอบครัว หรือกลุ่มที่เกิดการเจ็บป่วยและ/หรือเสี่ยงต่อการเกิดความเจ็บป่วย ให้ได้รับการวินิจฉัย และดูแลรักษาอย่างถูกวิธี ในระยะเริ่มแรกให้เร็วที่สุดตามความเหมาะสมกับความรุนแรง ความซับซ้อน และความยากง่ายของโรคหรือปัญหาสุขภาพ หากเกินขีดความสามารถ ต้องนำเข้าสู่ระบบส่งต่อ (Referral System)

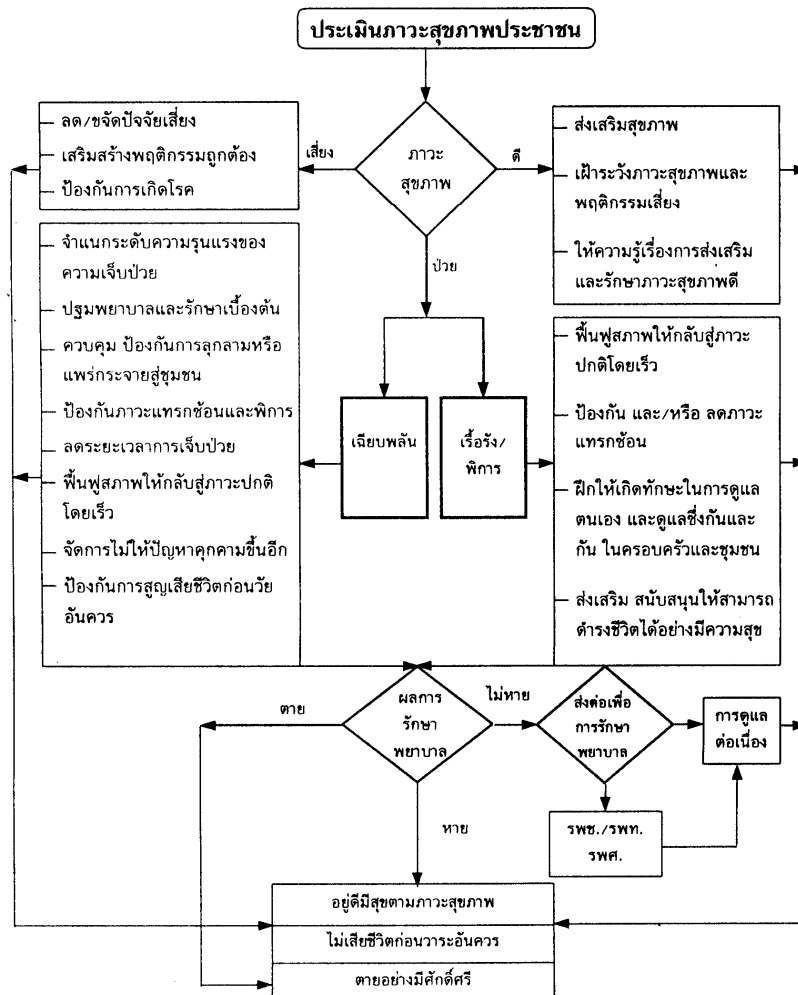
1.3.3 การป้องกันขั้นตติยภูมิ (Tertiary Prevention) เป็นการป้องกันในระยะที่ผ่านการมีพยาธิสภาพแล้ว เข้าสู่ภาวะพักฟื้นเพื่อการฟื้นฟูสภาพ มุ่งป้องกันความพิการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ส่งเสริมสุขภาพให้ฟื้นคืนสู่ภาวะปกติให้ได้มากที่สุด และใช้เวลาให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ดังแสดงในภาพที่ 2

| กระบวนการธรรมชาติของการเกิดโรค และการดำเนินการป้องกันโรค  |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| ระยะภาวะสุขภาพดี  | ระยะเจ็บป่วยเป็นโรค   |  |   |  |
|   |   | ระยะเริ่มแรก   | ระยะลุกลาม  | ระยะพักฟื้น  |
|   | ก่อนมีพยาธิสภาพ   | มีพยาธิสภาพ  |   |  |
| การส่งเสริมสุขภาพ   |   |  |   |  |
|   | การป้องกันเฉพาะเพื่อไม่ให้เกิดโรค / เจ็บป่วย  | การวินิจฉัยและรักษาอย่างรีบด่วน  | การกำจัดปัญหาสุขภาพ   | การฟื้นฟูสภาพ  |
| 1.การให้ความรู้เกี่ยวกับ <ol style="list-style-type: none"> <li>1)การดูแลสุขภาพ</li> <li>2)มาตรฐานอาหารตามวัยที่ควรได้รับ</li> <li>3)การจัดที่อยู่อาศัยที่พักผ่อนและที่ทำงานที่ไม่แออัด</li> <li>4)โรคเกี่ยวกับพันธุกรรม</li> </ol> 2.การเฝ้าติดตามพัฒนาการ และบุคลิกภาพ                     3.การให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพและเพศศึกษาแก่คู่สมรส                     4.การตรวจสุขภาพประจำปี | 1.การให้ภูมิคุ้มกันโรคเฉพาะ <ol style="list-style-type: none"> <li>2.การเฝ้าติดตามสุขภาพนิสัยส่วนบุคคล</li> <li>3.การดูแลสุขภาพภิบาลสิ่งแวดล้อม</li> <li>4.การให้คำแนะนำเกี่ยวกับ                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การป้องกันอันตรายจากการประกอบอาชีพ</li> <li>2)การป้องกันอุบัติเหตุ</li> <li>3)การใช้อาหารเสริมพิเศษ</li> <li>4)การป้องกันให้พ้นจากสารก่อมะเร็ง</li> <li>5)การหลีกเลี่ยงจากสารแพ้ต่าง ๆ</li> </ol> </li> </ol> | 1.การค้นหาผู้ป่วยระยะเริ่มแรกทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม                     2.การสำรวจคัดกรอง                     3.การเลือกตรวจเฉพาะ เพื่อ <ol style="list-style-type: none"> <li>1) รักษาและป้องกัน</li> <li>2) ควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายสู่ชุมชน</li> <li>3) ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและพิการ</li> <li>4) ลดระยะเวลาการเจ็บป่วย</li> </ol> | 1.การยับยั้งกระบวนการก่อให้เกิดโรค/ ความเจ็บป่วย และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น                     2.การจัดการมีให้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพคุกคามขึ้นอีกและป้องกัน                     3.การสูญเสียชีวิตก่อนวาระอันควร | 1.การจัดการเสริมสร้างความรู้และศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง                     2.การประชาสัมพันธ์ประโยชน์ของการฟื้นฟูสภาพ                     3.การจัดบริการอาชีวบำบัดใน / นอกสถานพยาบาล |
|   | <b>การป้องกันขั้นปฐมภูมิ</b>  | <b>การป้องกันขั้นทุติยภูมิ</b>   |   | <b>การป้องกันขั้นตติยภูมิ</b>  |

ภาพที่ 2 กิจกรรมการดำเนินการป้องกันโรคตามกระบวนการธรรมชาติของการเกิดโรค

ที่มา : Leavell , H.F., and Clark, E.G. 1965 *Quoted in* Smith, C.M. and Maurer , F.A. , 1995

การนำแนวคิดด้านการป้องกันโรค มาใช้ในการดำเนินงานตามกระบวนการพยาบาล ในชุมชนนั้น เป็นการนำมาประยุกต์ใช้ในการประเมินและจำแนกประเภทภาวะสุขภาพ เพื่อกำหนด แนวทางการจัดการบริหารดูแลสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน ในภาวะสุขภาพดี ภาวะเสี่ยง และภาวะเจ็บป่วยหรือมีปัญหา ในระยะเริ่มแรก ระยะลุกลาม และระยะพักฟื้น ต้องการการดูแล แก้ไขเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเจ็บป่วย หรือมีปัญหาคือต้องการดูแลแก้ไขเร่งด่วนให้หายขาดในระยะ เวลาอันสั้น และกลุ่มเจ็บป่วยหรือมีปัญหาลักษณะแบบ “เรื้อรัง และ/หรือพิการ” ที่ต้องการการดูแล แก้ไขอย่างต่อเนื่องในระยะยาว รวมทั้งการดูแลสุขภาพในระยะพักฟื้นให้มีการฟื้นฟูสภาพคืนสู่ภาวะ ปกติโดยเร็ว ส่วนในกรณีผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือให้สามารถ ช่วยเหลือตนเอง และ อยู่ในสังคมได้ โดยเป็นภาระแก่ครอบครัวน้อยที่สุด ตลอดจนการดูแลผู้ป่วย วาระสุดท้ายของชีวิตให้เสียชีวิตด้วยดี มีการเตรียมความพร้อมครอบครัว และชุมชนให้สามารถปรับตัว กับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 แนวทางการจัดบริการด้านการพยาบาลในชุมชน

ที่มา : สังศรี กิตติรักษ์ตระกูล และคณะ , 2544

ทั้งนี้แนวทางการจัดบริการด้านการพยาบาลในชุมชน จะเป็นการดูแลสุขภาพตามประเภทของภาวะสุขภาพ 3 กลุ่มดังกล่าว ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติการพยาบาลในชุมชนขั้นปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

#### 1.4 การประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน

กระบวนการพยาบาล เป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบ โดยอาศัยหลักการและวิธีการทางวิทยาศาสตร์ และเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบที่จะจัดการกับปัจจัยนำเข้า ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือ คุณภาพการพยาบาลที่พึงปรารถนา กระบวนการพยาบาลจึงเป็นพื้นฐานสำคัญสำหรับการกำหนดแนวทางการพัฒนานามัยชุมชน ทั้งนี้ เพราะการใช้กระบวนการพยาบาลจะช่วยให้พยาบาลและ ทีมสามารถประเมินสุขภาพ วิเคราะห์ปัญหา กำหนดบทบาทหน้าที่เป็นอิสระ และบทบาทหน้าที่ในการประสานงานกับทีมสุขภาพ รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการบริการ โดยการวางแผน กำหนดเป้าหมาย และกำหนดกิจกรรมล่วงหน้า ให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ และความคาดหวัง ตลอดจนลงมือปฏิบัติอย่างเป็นระบบระเบียบและต่อเนื่อง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ดังนี้

1.4.1 *ขั้นตอนที่ 1 การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)* เป็นขั้นตอนแรกในการตรวจวัดภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ สอบถาม สังเกต สัมผัส และค้นหาประเด็นข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และ / หรือ มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ข้อมูลเหล่านี้ได้แก่ อายุ เพศ อายุ อาชีพ พัฒนาการของชีวิตในแต่ละช่วงวัย ประวัติเกี่ยวกับโครงสร้างพันธุกรรม ประวัติการบริการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค วิถีชีวิต ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณีปฏิบัติ ภาพลักษณ์ และสภาพแวดล้อม เป็นต้น โดยข้อมูลเหล่านี้จะเป็นส่วนสำคัญสำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน เพื่อนำมาพิจารณาตัดสินใจเลือกสรร ตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการครบถ้วน แม่นยำ และเป็นปัจจุบัน ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการสุขภาพ ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันเวลา

1.4.2 *ขั้นตอนที่ 2 การวินิจฉัยปัญหา (Diagnosis)* เป็นขั้นตอนที่นำข้อมูลต่าง ๆ จากการประเมินภาวะสุขภาพของชุมชน ครอบครัว และชุมชน ที่ผ่านกระบวนการจัดการทบทวน ตรวจสอบ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประมวลผล จนสามารถวินิจฉัยได้ว่าบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร กล่าวคือ มีภาวะสุขภาพดี หรือมีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือ เจ็บป่วย / พิการ หรือมีภาวะเจ็บป่วย เพื่อนำไปสู่การวางแผน และกำหนดเป้าหมายในการดูแลสุขภาพ ให้เกิดความผาสุก สามารถดำรงรักษาความสามารถในการทำหน้าที่สูงสุดของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างมีคุณภาพ



1.4.3 *ขั้นตอนที่ 3 การวางแผน (Planning)* เป็นขั้นตอนการนำแผนการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตามสภาพปัญหาและความต้องการที่ประเมินและวินิจฉัยได้ ซึ่งกระบวนการวางแผน จะเริ่มต้นที่การจัดลำดับความสำคัญของข้อวินิจฉัยพยาบาลให้เหมาะสม และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดด้านการป้องกันโรค ตามกระบวนการธรรมชาติของการเกิดโรคทั้ง 3 ชั้น คือ การป้องกันขั้นปฐมภูมิ การป้องกันขั้นทุติยภูมิ และการป้องกันขั้นตติยภูมิ นอกจากการจัดลำดับความสำคัญแล้ว การวางแผนการยังจะต้องดำเนินการกำหนด เป้าหมาย เกณฑ์การประเมิน และกิจกรรมเพื่อการแก้ไขปัญหา พร้อมทั้งเขียนแผนการดูแลสุขภาพภาวะสุขภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชนไว้อย่างเป็นลายลักษณ์อักษรอีกด้วย

1.4.4 *ขั้นตอนที่ 4 การปฏิบัติการ (Implementation)* เป็นขั้นตอนการนำแผนการดูแลสุขภาพของ บุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี เสี่ยง และป่วยที่กำหนดไว้ไปดำเนินการปฏิบัติ โดยใช้ความรู้ เทคนิคเกี่ยวกับพยาบาล การสาธารณสุข หรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพอื่น ๆ และปฏิบัติการดูแลสุขภาพตามที่กำหนดแล้ว จะต้องบันทึกผลการดูแลในลักษณะของพฤติกรรมบุคคล ครอบครัว และชุมชนที่ปรับเปลี่ยนไปหรือ บันทึกการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ภายหลังจากได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา

1.4.5 *ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล (Evaluation)* เป็นขั้นตอนของการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการดูแลที่ให้กับบุคคล ครอบครัว และชุมชนในทุกภาวะสุขภาพ หรือการตรวจสอบคุณภาพของกิจกรรมการดูแลกับความสำเร็จในการแก้ไขปัญหภาวะสุขภาพ การประเมินผลการดูแล จะกระทำได้โดยการเปรียบเทียบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังจากการได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา (Actual outcome) กับเป้าหมาย หรือระดับคุณภาพที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมินผลการประเมินผลดังกล่าวจะต้องกระทำเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องทั้งในระยะภายหลังการดูแลทันที และเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ ตลอดจนนำผลการประเมิน ไปบทวนเพื่อปรับปรุงแผนและการปฏิบัติต่อไป ทั้งนี้ต้องมีการบันทึกไว้ลายลักษณ์อักษรเสมอ

ดังนั้นการประยุกต์ใช้กระบวนการพยาบาลในการพัฒนานามัยชุมชน จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหสาธารณสุขได้อย่างเป็นระบบ ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ นำมาซึ่งคุณภาพการพยาบาลในชุมชนอันเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของระบบ เป็นสิ่งที่คาดหวังให้เกิดแก่ผู้ใช้บริการคือ บุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างแท้จริง

## 2. หลักการ และแนวคิดพื้นฐานของการพัฒนานามัยชุมชน

การพัฒนานามัยชุมชน (community Health Development) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือของประชาชนและเจ้าหน้าที่รัฐบาล

ในการดำเนินงานพัฒนานาмайชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าต่อไป

## 2.1 ลักษณะสำคัญของการพัฒนานาмайชุมชน

ลักษณะสำคัญของการพัฒนานาмайชุมชนที่แฝงอยู่ในคำจำกัดความมีลักษณะดังนี้

2.1.1 การพัฒนานาмайชุมชนเป็นกระบวนการ (Process) การพัฒนานาмайชุมชนเป็นการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น จากสถานการณ์หนึ่งไปยังอีกสถานการณ์หนึ่งอย่างมีระบบระเบียบและมีขั้นตอนการดำเนินงานตามลำดับที่ชัดเจน โดยยึดมาตรการหรือหลักการอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นเกณฑ์ เช่น การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพัฒนาชุมชน

2.1.2 การพัฒนานาмайชุมชนเป็นวิธีการ (Method) การพัฒนานาмайชุมชนจะสำเร็จลงได้จะต้องทำตามวัตถุประสงค์ และกิจกรรมที่ผู้ดำเนินการพัฒนานาмайชุมชนได้กำหนดไว้เป็นแนวทางที่จะนำไปสู่เป้าหมายของการทำงาน เช่น การรณรงค์การให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อให้ประชาชนเข้าใจและนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

2.1.3 การพัฒนานาмайชุมชนเป็นโครงการ (Program) การพัฒนานาмайชุมชนจะประสบผลสำเร็จหรือไม่ขึ้นอยู่กับการวางแผนการทำงานที่ดี เช่น มีการกำหนดวัตถุประสงค์ มีแผนการดำเนินงาน กิจกรรม ทรัพยากร งบประมาณ ฯลฯ ไว้เพื่อเป็นแนวทางในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนานาмайชุมชน เช่น โครงการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ โครงการให้ความรู้ประชาชนเกี่ยวกับสิ่งเสพติด

2.1.4 การพัฒนานาмайชุมชนเป็นขบวนการ (Movement) การพัฒนานาмайชุมชนเป็นงานซึ่งเมื่อกระทำแล้ว ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติ มีการยอมรับ ให้การส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนานาмайชุมชน และนำความคิดในการพัฒนานั้นมาปฏิบัติ เพื่อให้ความเป็นอยู่ของชุมชนดีขึ้น เช่น ประชาชนเห็นความสำคัญของการมีสหกรณ์ยาในหมู่บ้าน และเริ่มรณรงค์หาทุนเพื่อสร้างสหกรณ์ยาขึ้นในหมู่บ้าน

## 2.2 แนวความคิดการพัฒนานาмайชุมชน

เป้าหมายการพัฒนานาмайชุมชนคือ ชุมชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี สามารถช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้ การศึกษาแนวคิดของการพัฒนานาмайชุมชนย่อมจะทำให้เข้าใจถึงแนวทางการปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี

การพัฒนานาмайชุมชน ไม่ว่าจะจะเป็นกิจกรรมใดจะต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของการสนับสนุนให้ “ประชาชนช่วยตนเอง” ไม่ว่าจะโดยทางตรงหรือทางอ้อม โดยรัฐบาลหรือองค์กรเอกชนจะเป็นเพียงผู้สนับสนุน เป็นการทำงานกับประชาชน (Work with people) แต่ไม่ใช่ทำให้ประชาชน (Work for people) การพัฒนานาмайชุมชนจึงยึดหลักของ “การรวมกลุ่ม” เป็นหัวใจ

ในการทำงาน นั่นคือ การร่วมคิด ร่วมปรึกษา ร่วมวางแผน ร่วมกันทำงานพัฒนาและร่วมกันสรุปผลการพัฒนานาอามัยชุมชนจึงมีแนวคิดที่สำคัญและหลักการในการทำงานดังนี้

2.2.1 การช่วยเหลือตนเองและการช่วยเหลือเพื่อให้สามารถช่วยตนเองได้ การพัฒนานาอามัยชุมชนที่ถูกต้องคือ การลงมือกระทำในการก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพโดยชุมชนเป็นผู้ปฏิบัติด้วยตนเอง ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ของรัฐบาลหรือองค์กรเอกชนจะเป็นเพียงผู้สนับสนุน ในกรณีที่ต้องการให้ชุมชนนั้นมีการพัฒนา รัฐบาลหรือองค์กรเอกชนจะต้องเข้ามาให้การช่วยเหลือในลักษณะของการกระตุ้นให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการพัฒนา และส่งเสริมให้ประชาชนมีการพัฒนา แต่ถ้การพัฒนาขึ้นเกินขีดความสามารถของชุมชน รัฐบาลและองค์กรเอกชนจะต้องให้การช่วยเหลือทั้งทางด้านทรัพยากร วิชาการและอื่นๆ ดังนั้น *ประชาชน* เป็นสิ่งที่พยาบาลอามัยชุมชนจะต้องยึดเป็นแนวทางในการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย

- 1) มุ่งทำงานกับประชาชน
- 2) ยึดประชาชนเป็นหลัก
- 3) ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการทำงาน
- 4) สนับสนุนให้ประชาชนช่วยเหลือตนเอง
- 5) ควรเป็นความคิดริเริ่มของประชาชน

2.2.2 การร่วมมือระหว่างรัฐบาล องค์กรเอกชนและชุมชน การพัฒนานาอามัยชุมชนจะได้ผลดีและเป็นการถาวรนั้น จะต้องเกิดขึ้นจากความร่วมมือร่วมใจในการพัฒนาระหว่างชุมชนรัฐบาลและองค์กรเอกชน โดยรัฐบาลและองค์กรเอกชนให้การสนับสนุนชุมชนมีการพัฒนาอามัยในทางที่ดีขึ้น

2.2.3 การพัฒนานาอามัยชุมชนเป็นของชุมชน การที่ชุมชนได้มีความคิดริเริ่มและมีส่วนร่วมในการพัฒนานาอามัยชุมชนย่อมก่อให้เกิดความรู้สึกรับรู้ของการเป็นเจ้าของ เกิดการยอมรับในการพัฒนาและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการพัฒนา

2.2.4 การพัฒนานาอามัยชุมชนควรพัฒนาร่วมไปกับด้านอื่น การพัฒนาจะประสบผลสำเร็จจริงได้ จะต้องมีการพัฒนาในหลายด้านไปพร้อมๆ กัน เนื่องจากชุมชนซึ่งประกอบด้วยบุคคล ครอบครัว ชุมชน ต่างมีความต้องการที่แตกต่างกัน แต่ปัญหาของการพัฒนามีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอย่างใกล้ชิด เช่น การศึกษา เศรษฐกิจ และสุขภาพ ดังนั้น การพัฒนานาอามัยชุมชนจึงควรพัฒนาควบคู่ไปกับการพัฒนาชุมชนด้านอื่น ทั้งนี้จะต้องอาศัยการทำงานประสานกันทั้งภายในองค์กรและระหว่างองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐบาลและเอกชน

2.2.5 การพัฒนานาอามัยชุมชนจะต้องใช้เทคโนโลยีที่เข้าใจได้ง่ายไม่ซับซ้อนและไม่เกินขีดความสามารถของชุมชนในการจัดหา การพัฒนานาอามัยชุมชนเพื่อให้ประชาชน

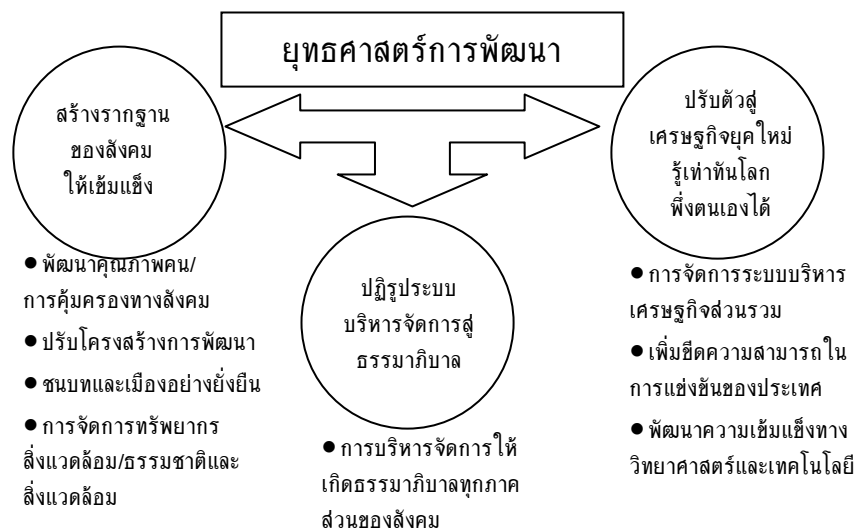
ช่วยเหลือตนเองได้นั้น เครื่องมือที่จะนำมาใช้ในชีวิตความเป็นอยู่ของชุมชน หรือเครื่องมือที่จะนำมาใช้ในการพัฒนานาอมัยชุมชน จะต้องเป็นสิ่งที่ประชาชนคุ้นเคยหรือเข้าใจได้ง่าย หาได้จากทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ราคาไม่สูงมากนัก ไม่สลับซับซ้อน ในการนำไปใช้และสามารถใช้ในการพัฒนานาอมัยชุมชนได้อย่างเหมาะสม

2.2.6 การพัฒนานาอมัยชุมชนจะต้องไม่ขัดแย้งกับประเพณี วัฒนธรรม การพัฒนานาอมัยชุมชนจะประสบผลสำเร็จและได้รับความร่วมมือในการทำงาน ก็เมื่อการดำเนินงานหรือการปฏิบัติงานนั้นไม่ขัดต่อความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของสังคมในชุมชน

2.2.7 ประชาธิปไตย การดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหานาอมัยชุมชน จะต้องมาจากมติความเห็นชอบของชุมชนหรือจากกลุ่มตัวแทนของประชาชน ทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันและจะต้องไม่เลือกให้การช่วยเหลือเฉพาะบุคคลใดหรือชุมชนใดชุมชนหนึ่ง เพื่อก่อให้เกิดความยุติธรรมและความร่วมมือในการพัฒนานาอมัยชุมชน

2.2.8 การเปลี่ยนแปลงควรเริ่มจากสิ่งที่ย่าง การพัฒนานาอมัยชุมชนเพื่อเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพในชุมชน ควรเริ่มจากสิ่งที่สามารถจะกระทำได้ง่าย เพราะจะก่อให้เกิดความร่วมมือในการทำงาน ทั้งจากผู้ร่วมงานและจากชุมชน สร้างศรัทธาให้เกิดขึ้นในการทำงาน ก่อให้เกิดขวัญและกำลังใจในการพัฒนานาอมัยชุมชนในเรื่องอื่น ๆ ต่อไป

การพัฒนานาอมัยชุมชนจึงเป็นการพัฒนาทุกอย่างไปพร้อมกันทั้งทางบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อมในชุมชนโดยใช้ยุทธศาสตร์ของการพัฒนาที่สำคัญ 3 กลุ่มคือ การสร้างรากฐานของสังคมให้เข้มแข็ง การปฏิรูประบบการบริหารจัดการสู่ธรรมาภิบาล ตลอดจนการปรับตัวสู่เศรษฐกิจยุคใหม่ รู้เท่าทันโลกและพึ่งตนเองได้เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน ดังแสดงในภาพที่ 4

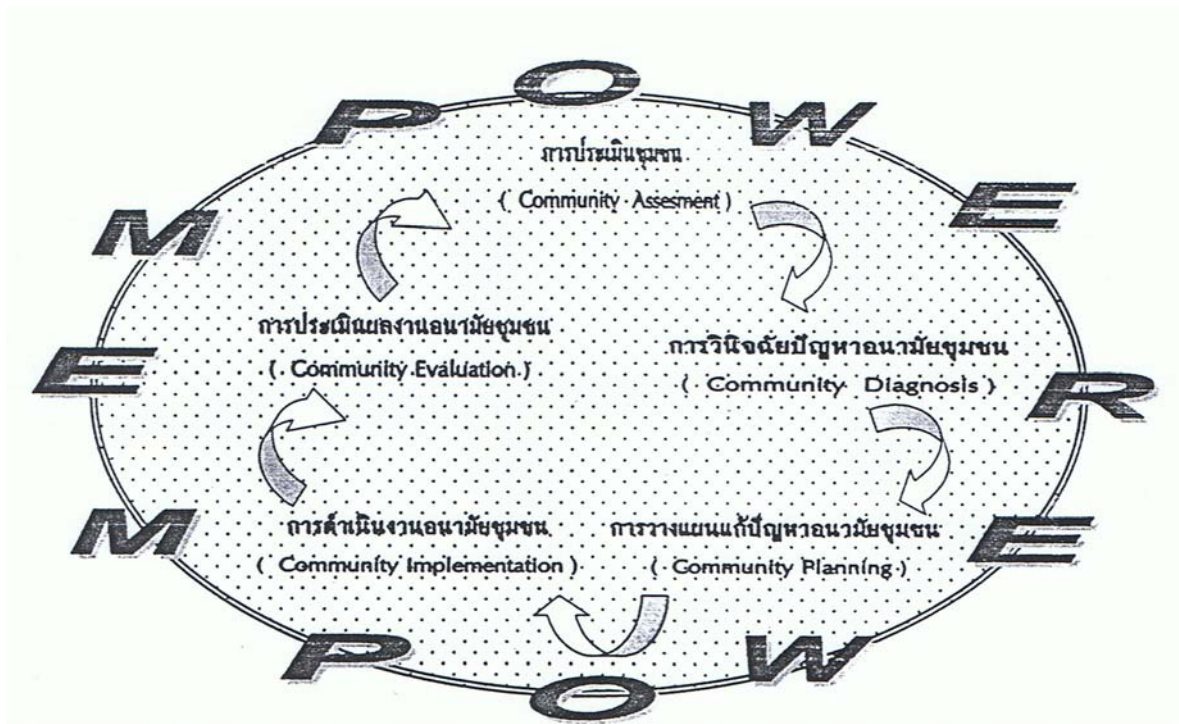


ภาพที่ 4 ยุทธศาสตร์การพัฒนา

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ , 2544

การพัฒนานามัยชุมชน เป็นงานที่เน้นหนักในการแก้ปัญหาทางสุขภาพของชุมชน แต่การที่จะแก้ปัญหาสุขภาพเพียงอย่างเดียวนั้น ย่อมจะไม่ประสบผลสำเร็จ ดังนั้น พยาบาลอนามัยชุมชนจะต้องทำงานประสานและผสมผสานงานในการแก้ปัญหาสุขภาพหรือปัญหาสาธารณสุข เข้ากับงานการแก้ปัญหาอื่นๆ ในชุมชน จึงจะถือว่าเป็นการพัฒนาชุมชนเต็มรูปแบบ มิใช่เพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง และจะต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่ที่มาจาก 4 กระทรวงหลักได้อย่างดีเต็มประสิทธิภาพ จึงจะกล่าวได้ว่า การพัฒนาชุมชนนั้นประสบผลสำเร็จ แต่การที่จะแก้ไขปัญหาของชุมชนให้สำเร็จสมบูรณ์ได้นั้น ประชาชนจะต้องรับรู้ถึงปัญหาและตระหนักถึงปัญหานั้น ร่วมลงมือแก้ไขปัญหา ซึ่งจะส่งผลให้สามารถพึ่งพาตนเองได้โดยมีเจ้าหน้าที่จากรัฐเป็นเพียงผู้สนับสนุน

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานอนามัยชุมชนนั้น นอกจากจะต้องทำความเข้าใจแนวคิดเกี่ยวกับ กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชนและการพัฒนานามัยชุมชน แล้วนั้น จะต้องมิตกษะในการเตรียมชุมชน การสร้างพลังอำนาจให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ ซึ่งอาจสรุปกระบวนการพยาบาลในการดำเนินงานอนามัยชุมชน หรือ กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน ( Community Health Nursing Process ) ได้ดังภาพที่ 5



ภาพที่ 5 กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน ( Community Health Nursing Process )

ที่มา : ดัดแปลงจาก Anderson , E.T. and McFarlane , J.M. , 1988.

ซึ่งจะแสดงรายละเอียดในบทที่ 1-5 ต่อไป

# การประเมินชุมชน

## การประเมินชุมชน ( Community Assessment )

การประเมินชุมชน เป็นขั้นตอนแรกในการประเมินภาวะสุขภาพของชุมชน ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ สอบถาม สังเกต สํารวจ และค้นหาประเด็นข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง และ / หรือ มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ข้อมูลเหล่านี้ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ พัฒนาการของชีวิตในแต่ละช่วงวัย ประวัติเกี่ยวกับโครงสร้างพันธุกรรม ประวัติการบริการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และ การป้องกันโรค วิถีชีวิต ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณีปฏิบัติ และสภาพแวดล้อม เป็นต้น โดยข้อมูลเหล่านี้จะเป็นส่วนสำคัญสำหรับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ในการนำมาพิจารณาตัดสินใจเลือกสรร ตรวจสอบข้อมูล เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ต้องการครบถ้วน แม่นยำ และเป็นปัจจุบัน ซึ่งจะนำไปสู่การวินิจฉัยปัญหาและความต้องการสุขภาพ ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และทันเวลา โดยมีขั้นตอนการประเมินชุมชน 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

### 1. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การปฏิบัติงานสาธารณสุขที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานวิชาการ จะต้องเริ่มต้นจากการมีหลักฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนในการระบุว่าเรื่องใดเป็นปัญหาของชุมชน และข้อมูลเหล่านี้มีความจำเป็นในการนำมาใช้เพื่อการวางแผน และสามารถชี้วัดความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ การรวบรวมข้อมูลของชุมชนมีหลักการและขั้นตอนที่สำคัญ ดังต่อไปนี้ ( จริยวัตร คมพยัค , 2531 ; ชนินทร์ เจริญกุล , 2539 และ กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข , 2542 )

## 1.1. วิธีการรวบรวมข้อมูลของชุมชน มี 3 วิธีที่สำคัญ ดังต่อไปนี้

**1.1.1 การสังเกต (Observation)** เป็นวิธีการหาข้อมูลโดยอาศัยประสาทสัมผัสของผู้สังเกตเป็นหลัก ผู้สังเกตจะต้องมี ความตั้งใจ (Attention) ประสาทสัมผัสดี (Sensation) และมีความสามารถในการรับรู้หรือสื่อความหมายดี โดยที่หลักของการสังเกตที่ดีจะต้องพิจารณา ดังนี้

- (1) ศึกษาถึงสิ่งที่ต้องสังเกตล่วงหน้าก่อนว่าปรากฏการณ์อะไรที่ควรสังเกต และควรสังเกตในเวลาใด
- (2) มีความสอดคล้องระหว่างประเด็นที่สังเกตกับประเด็นที่เป็นปัญหา
- (3) กำหนดวิธีบันทึกไว้ล่วงหน้าให้สอดคล้องกับปรากฏการณ์ที่สังเกต และต้องบันทึกรายละเอียดให้ตรงกับปรากฏการณ์
- (4) ระมัดระวังในการแปลความหมายของปรากฏการณ์ เพื่อให้ได้ข้อเท็จจริง ยำนำปรากฏการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องมาสังเกตร่วมด้วย พยายามหลีกเลี่ยงอคติ
- (5) ความชำนาญในการใช้เครื่องมือบันทึกผลการสังเกต

**1.1.2 การสัมภาษณ์ (Interview)** คือ การสนทนาแบบมีจุดมุ่งหมายแน่นอน ผู้สนทนาทั้งสองฝ่าย คือ ผู้สัมภาษณ์ (Interviewer) และผู้ถูกสัมภาษณ์ (Interviewee) ต่างให้และรับข่าวสาร หรือข้อมูลที่ตนต้องการ การสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลโดยทั่วไปใช้การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่กำหนดไว้ล่วงหน้า มีคำถามรายละเอียดไว้ตามจุดมุ่งหมายของการสำรวจ โดยมีหลักการและขั้นตอนที่สำคัญ คือ

- 1) การเตรียมตัวก่อนการสัมภาษณ์
  - 1.1) ทำความเข้าใจแบบสอบถามให้แจ่มแจ้ง สิ่งสำคัญก็คือ ต้องเข้าใจจุดมุ่งหมายของคำถามทุกข้อ
  - 1.2) ทำความคุ้นเคยและศึกษาให้เข้าใจสภาพความเป็นอยู่ทางสังคม และเศรษฐกิจของท้องถิ่นที่ทำการสำรวจ ถ้าผู้สัมภาษณ์ไม่คุ้นเคย ควรจะรู้จัก วัจใจผู้นำชุมชน
  - 1.3) ไม่ควรแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่แตกต่างกับชาวบ้านมากนัก หรือใช้ของฟุ่มเฟือยมากเกินไป
- 2) การดำเนินการสัมภาษณ์
  - 2.1) ขึ้นเริ่มต้นการสัมภาษณ์

- (1) แนะนำตัว
- (2) เลือกสถานที่เพื่อสัมภาษณ์
- 2.2) ชั้นลงมือสัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม มีเทคนิคในการสัมภาษณ์ ดังนี้
  - (1) คำถามในแบบสัมภาษณ์ต้องระบุให้ชัดเจน
  - (2) ตามตามลำดับคำถามที่ระบุไว้ในแบบคำถามทุกคำตอบ
  - (3) อย่าใช้คำถามนำ
  - (4) ควรสัมภาษณ์ในขณะที่ผู้ให้สัมภาษณ์ว่างจากงาน
  - (5) ควรเริ่มสัมภาษณ์ด้วยถ้อยคำง่าย ๆ ทำให้ผู้สัมภาษณ์สบายใจ แล้วจึงถามคำถาม
  - (6) อย่าไล่คำตอบลงไปเอง เพราะบางทีผู้สัมภาษณ์ได้รับคำตอบในเรื่องคล้าย ๆ กันก็ไล่คำตอบไปเองโดยไม่มีสัมภาษณ์
  - (7) การใช้แบบสัมภาษณ์ต้องทำเป็นกันเอง ต้องไม่ทำให้ผู้ตอบรู้สึกถูกรวดสอบหรือสอบสวน
  - (8) สร้างความคุ้นเคยตลอดเวลาการสัมภาษณ์
- 3) การบันทึกคำตอบ
 

การบันทึกคำสัมภาษณ์ต้องบันทึกทุกตัวอักษร โดยบันทึกทุกคำพูดของผู้ให้สัมภาษณ์เอง ไม่ควรสรุปย่อ หรือตัดแปลงคำตอบใหม่
- 4) การปิดการสัมภาษณ์
 

เมื่อผู้สัมภาษณ์ได้คำถามทุกข้อแล้ว ต้องตรวจทานคำตอบผู้ให้สัมภาษณ์ เพื่อให้แน่ใจว่าได้ข้อมูลที่ต้องการ ต้องกล่าวขอบคุณผู้ให้สัมภาษณ์ และให้เขามีความรู้สึกว่า การให้สัมภาษณ์น่าสนใจ

## 1.2 ประเภทของข้อมูลชุมชน

ข้อมูลที่สำคัญของชุมชน ซึ่งจะต้องสำรวจแบ่งออกเป็น 6 ประเภทใหญ่ ๆ คือ (ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536 ; สถาบันพระบรมราชชนก , 2541 และ Smith C.M. & Maurer F.A. , 2000 )

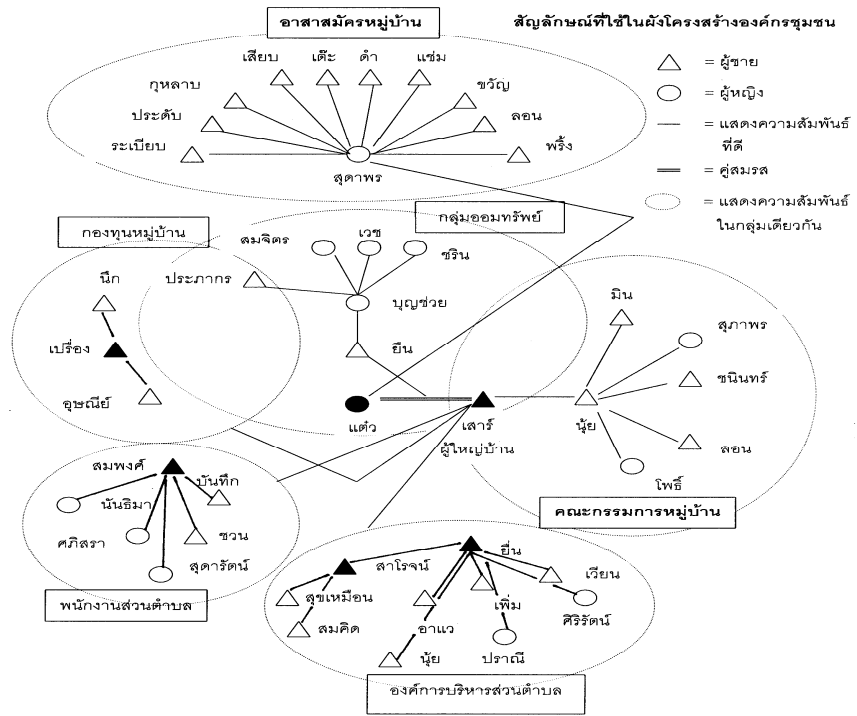


### 1.2.1 ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Enviroment)

- 1) แผนที่ชุมชน (ดูรายละเอียดในหัวข้อ \*\*\*)
- 2) สภาพทางภูมิศาสตร์ (ที่ตั้ง พื้นที่ อาณาเขตติดต่อ ลักษณะภูมิประเทศ ดินฟ้าอากาศ แหล่งน้ำ จำนวนหมู่บ้านและหลังคาเรือน แผนที่ ทรัพยากรธรรมชาติ สภาพการคมนาคม แหล่งน้ำอุปโภคบริโภค สถานศึกษา โรงงานอุตสาหกรรม พื้นที่เกษตรกรรม พื้นที่เป้าหมายเฉพาะ )

### 1.2.2 ลักษณะทางประชากรสังคม และ เศรษฐกิจ (Socio-economic Demographic)

- 1) ประวัติชุมชน
- 2) จำนวนประชากร (แยกตามสภาพ เพศ อายุ การเพิ่มของประชากร )
- 3) ศาสนา
- 4) การศึกษา
- 5) อาชีพ
- 6) รายได้
- 7) ชนบทธรรมนิยม ประเพณี ความเชื่อ วัฒนธรรม
- 8) การเมือง และ การปกครอง
- 9) โครงสร้างองค์กรชุมชน / ผู้นำชุมชน ( คณะกรรมการหมู่บ้าน คปสต. อบต. อสม. บุคคลที่ชาวบ้านนับถือ ) โดยแสดงโครงสร้างและแบบแผนความสัมพันธ์ขององค์กรชุมชน ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง ทั้งนี้ การเข้าใจโครงสร้างองค์กรชุมชนไม่ได้อยู่ที่การคัดลอกรายชื่อคณะกรรมการกลุ่มต่างๆ จากบ้านผู้นำชุมชน หรือศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน แต่อยู่ที่การเข้าใจความสัมพันธ์ของผู้คนในชุมชน รายชื่อกรรมการ หรือกลุ่มต่างๆนั้น อาจเป็นองค์กรชุมชนแต่ในนามเท่านั้น ที่สำคัญยิ่งกว่า คือ องค์กรที่มีการปฏิบัติการ (Organization in action) ( โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ , 2545 ) ดังนั้นต้องศึกษาข้อมูลโครงสร้างความสัมพันธ์ต่างๆในชุมชน จนเกิดความเข้าใจ และจัดทำเป็นผังโครงสร้างองค์กรชุมชน เพื่อประมวลความเข้าใจให้เป็นระบบ และจำได้ง่ายขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 6



ภาพที่ 6 ผังโครงสร้างองค์กรชุมชน  
ที่มา : ตัดแปลงจาก โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ , 2545

- 10) โครงสร้างทางอำนาจของชุมชน เช่น สหกรณ์ สหภาพแรงงาน สถาบันข่าวสาร ระบบการเมืองการปกครอง
- 11) แบบแผนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในชุมชน ได้แก่ ภาวะผู้นำของชุมชน กรรมการต่าง ๆ ลูกเสือชาวบ้าน
- 12) โครงสร้างพื้นฐานในชุมชน (ไฟฟ้า ประปา โทรศัพท์ การคมนาคม แหล่งน้ำอุปโภคบริโภค พาณิชยกรรมและการบริการ ศูนย์กลางการค้า การท่องเที่ยวการเงินการคลังการศึกษา สาธารณสุข ความสงบเรียบร้อย แหล่งประโยชน์ในชุมชน ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)

### 1.2.3 ข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชน (Community Health Indicators)

- 1) โรคที่พบบ่อยในชุมชน ได้แก่ การป่วยและตาย 10 อันดับแรก รวมทั้งข้อมูลภาวะการเกิดโรค ภาวะที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุข โดยแบ่งตามกลุ่มอายุ ปัญหาสุขภาพที่พบ ตลอดจนการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ที่ควรได้รับ รวมทั้งข้อมูลสุขภาพสิ่งแวดล้อม โดยรวบรวมจาก บัญชี 1-8 แฟ้มข้อมูลครอบครัว (Family Folder) และระเบียบรายงานต่างๆ ได้แก่
  - 1.1) การป่วยและตาย 10 อันดับแรก
  - 1.2) ข้อมูลสุขภาพเด็กแรกเกิด - 1 ปี/งานโภชนาการเด็ก 1 - 4 ปี
  - 1.3) ข้อมูลการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
  - 1.4) ข้อมูลงานอนามัยโรงเรียน / การดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน
  - 1.5) ข้อมูลสุขภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ (15-44 ปี)
  - 1.6) ข้อมูลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอด
  - 1.7) ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ
  - 1.8) ข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง-เบาหวาน
  - 1.9) ข้อมูลสุขภาพจิต-ยาเสพติด
  - 1.10) ข้อมูลผู้พิการ
  - 1.11) ข้อมูลสุขภาพสิ่งแวดล้อม อนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งครอบคลุมในเรื่องเหล่านี้
    - (1) สภาพและลักษณะบ้าน ความหนาแน่นของบ้านเรือน
    - (2) สภาพบริเวณบ้าน เช่น ความสะอาด การใช้บริเวณบ้าน
    - (3) น้ำดื่ม น้ำใช้ สภาพของน้ำ ความเพียงพอ การเก็บ-เตรียมน้ำ
    - (4) การกำจัดขยะมูลฝอยและน้ำเสีย
    - (5) ล้วม อัตรการมีล้วมใช้ สถานที่ตั้ง ความสะอาด
    - (6) แมลงและสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค
    - (7) สัตว์เลี้ยงในบริเวณบ้าน
    - (8) การใช้ยา ฆ่าแมลงและยาปราบศัตรูพืช เพื่อการเกษตร
    - (9) จำนวนและประเภทของโรงงานอุตสาหกรรม
    - (10) การคุ้มครองผู้บริโภค

- 2) สถิติชีพ / สถิตินาอนามัยที่สำคัญ เช่น
- 2.1) การตั้งครรภ์ และการคลอด เช่น อัตราเกิด อัตราเกิดไร้ชีพ
  - 2.2) การเจ็บป่วย อัตราป่วยด้วยโรคต่างๆ ลักษณะการเกิดโรค
  - 2.3) ความทุพพลภาพ เช่น อัตราความพิการจากสาเหตุต่าง ๆ
  - 2.4) การตาย เช่น อัตราการตายของทารก อัตราการตายจากสาเหตุต่าง ๆ
  - 2.5) การได้รับภูมิคุ้มกัน เช่น อัตราการครอบคลุมวัคซีนป้องกันโรคต่าง ๆ
  - 2.6) ปัจจัยเสี่ยงของโรคต่าง ๆ เช่น บุหรี่ เหล้า ยาเสพติด
  - 2.7) นานามัยแม่และเด็ก เช่น การตั้งครรภ์และฝากครรภ์ การคลอดบุตร
  - 2.8) การวางแผนครอบครัว เช่น อัตราเจริญพันธุ์ทั่วไป อัตราเจริญพันธุ์ตามอายุ วิธีคุมกำเนิด และปัญหาในการคุมกำเนิดต่าง ๆ
  - 2.9) โภชนาการ เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง ภาวะการขาดสารอาหาร
  - 2.10) สถิติการบาดเจ็บ – ตาย จากอุบัติเหตุ
  - 2.11) อัตราตายด้วยโรคติดต่อต่างๆ ที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา
  - 2.12) สถิติผู้ป่วยด้วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง/โรคหัวใจขาดเลือด
  - 2.13) สภาวะของโรคไม่ติดต่อ เช่นการเจาะโลหิตทดสอบเคมีคัลในเกษตรกร
  - 2.14) อื่น ๆ เช่น สุขภาพจิต ทัศนสาธารณสุข

โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- (1) *สถิติชีพ* คือ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดำรงชีพของคนหมู่มาก เพื่อทราบถึงสถานสุขภาพอนามัย และการเปลี่ยนแปลงของประชากรซึ่งอาจจะเกิดขึ้น และสามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ โดยมีองค์ประกอบคือ การเกิด การตาย การย้ายถิ่นฐานของประชากร และการหย่าร้าง

❖ สถิติชีพที่เกี่ยวกับการเกิด

ข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดจะบอกให้รู้ถึง การเปลี่ยนแปลงของประชากร จากระยะเวลาหนึ่งกับอีกระยะเวลาหนึ่ง เพื่อจะบอกถึงความแตกต่างของสถานสุขภาพอนามัย ของประชาชนและยังบอกถึงภาวะการเจริญพันธุ์ของประชากร

ได้แก่

◆ อัตราเกิดอย่างหยาบ (Crude Birth Rate )

$$= \frac{\text{จำนวนเกิดมีชีพในปีหนึ่ง}}{\text{จำนวนประชากรเฉลี่ยในปีนั้น}} \times 1,000$$

◆ อัตราการเจริญพันธุ์ทั่วไป (general fertility rate)

$$= \frac{\text{จำนวนเด็กเกิดมีชีพในปีที่กำหนด}}{\text{จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ (15 - 44 ปี) กลางปี}} \times 1,000$$

❖ สถิติเกี่ยวกับการตาย มีความสำคัญต่อสถานสุขภาพ เช่นเดียวกับการเกิดซึ่งเป็นตัวบอกให้รู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของประชากร นอกจากนี้ยังเป็นข้อมูลที่สำคัญบอกให้รู้ถึงปัญหาสาธารณสุขของประชาชน ได้แก่

◆ อัตราตายอย่างหยาบ (Crude death rate) นำไปใช้ประโยชน์ ในการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของประชากร

$$= \frac{\text{จำนวนคนตายในปีที่กำหนด}}{\text{จำนวนประชากรเฉลี่ยในปีนั้น}} \times 1,000$$

◆ อัตราตายของทารก (Infant mortality rate) สามารถใช้เป็นเครื่องชี้วัดทางสาธารณสุขได้เป็นอย่างดี เช่น วัดประสิทธิภาพและประสิทธิผล ของงานอนามัยแม่และเด็ก งานโภชนาการ งานให้ภูมิคุ้มกันโรคตลอดจนงานสุขศึกษา ในด้านการเลี้ยงดูบุตร

$$= \frac{\text{จำนวนตายของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ในปีที่กำหนด}}{\text{จำนวนเด็กเกิดมีชีพในปีเดียวกัน}} \times 1,000$$

◆ อัตราเกิดไร้ชีพ (Still- birth rate หรือ late foetal death rate)

หรือลูกตายในท้อง ข้อมูลนี้จำเป็นสำหรับการวางแผนงาน

สาธารณสุข เพราะจะบ่งชี้ถึงความบกพร่องของบริการทางด้านแม่และเด็ก นำไปใช้ชี้วัดสถานะอนามัยมารดาขณะตั้งครรภ์และคลอด และการจัดบริการของรัฐ

$$= \frac{\text{จำนวนเกิดไร้ชีพ (ลูกตายในท้อง)}}{\text{จำนวนเกิดมีชีวิตทั้งหมด}} \times 1,000$$

- ◆ อัตราการตาย (Maternal mortality rate) อัตราการตาย ใช้เป็นเครื่องชี้วัดสถานะอนามัยของชุมชนโดยเฉพาะด้านอนามัยแม่และเด็ก การให้บริการสาธารณสุขและวัดสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมได้เช่นกัน

$$= \frac{\text{จำนวนมารดาตายเนื่องจากการตั้งครรภ์ การคลอดและระยะอยู่ไฟ}}{\text{จำนวนเกิดมีชีวิตทั้งหมด}} \times 1,000$$

จำนวนเกิดมีชีวิต

(2) *สถิติอนามัย* หมายถึง ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของประชาชน รวบรวมได้จากการเจ็บไข้ได้ป่วย และสาเหตุการตายของประชาชน ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกับสถิติชีพ สถิติอนามัยนี้ระบุดูชัดเจนถึงประเภทและความรุนแรงของปัญหาสาธารณสุข อันมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนให้เกิดการเจ็บป่วย และถึงแก่ความตายในที่สุด สถิติอนามัยที่สำคัญ คือ

❖ สถิติป่วย หรือ อัตราป่วย (Morbidity rate) ใช้บอกความเสี่ยงของคนในชุมชนที่จะเกิดโรคในช่วงเวลาหนึ่งและใช้เปรียบเทียบขนาดของปัญหาสาธารณสุขระหว่างสถานที่ 2 แห่ง หรือมากกว่า รวมทั้งใช้เป็นเครื่องบ่งชี้มาตรการที่จะใช้ป้องกันและควบคุมโรค ตลอดจนประเมินผลการดำเนินงาน ได้แก่

- ◆ อัตราเกิดโรค (Incidence rate) หรืออัตราอุบัติการณ์

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยใหม่ด้วยโรคใดโรคหนึ่งในช่วงเวลาหนึ่ง}}{\text{จำนวนประชากรในท้องที่เกิดโรคนั้นในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times 100,000 \text{ คน}$$

- ◆ อัตราการชุกชุมของโรค (Prevalence rate)

$$= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วย (ทั้งใหม่และเก่า) ด้วยโรคใดโรคหนึ่งในช่วงเวลาหนึ่ง}}{\text{จำนวนประชากรในท้องที่เกิดโรคนั้นในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times 100,000 \text{ คน}$$

## ❖ สถิติการตาย หรือ อัตราตาย ( Mortality rates )

## ◆ อัตราตายอย่างหยาบ (crude death rates )

เป็นการวัดจำนวนคนตายทั้งหมดด้วยทุกสาเหตุในชุมชน เป็นอัตราที่แท้จริงของการตายที่เกิดขึ้นในชุมชน ซึ่งบ่งบอกถึงสถานะอนามัยของชุมชน และระดับการครองชีพ โดยจะมีค่าสูงในกลุ่มประชากรที่มีสถานะเศรษฐกิจและสังคมต่ำ รวมทั้งมีบริการด้านการแพทย์ไม่ดี จึงใช้เป็นตัวเปรียบเทียบระหว่างชุมชนได้

$$= \frac{\text{จำนวนตายด้วยโรคใดโรคหนึ่ง}}{\text{จำนวนประชากรกลางปีนั้น}} \times 1000,000 \text{ คน}$$

## ◆ อัตราตายเฉพาะของโรค (specific death rates)

เป็นการวัดการตายด้วยลักษณะเฉพาะอย่าง เช่น อายุ เพศ และสาเหตุ ใช้บ่งถึงสถานะอนามัย บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข สถานะ เศรษฐกิจและสังคม และอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน ใช้บอก ลักษณะเฉพาะของโรค หรือการเสี่ยงต่อการตายของโรคได้ดี และ ใช้เปรียบเทียบได้ดีกว่าอัตราตายอย่างหยาบ

$$= \frac{\text{จำนวนตายด้วยโรคใดโรคหนึ่ง}}{\text{จำนวนประชากรในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times 1000,000 \text{ คน}$$

## ◆ อัตราผู้ป่วยตาย (case fatality rates)

เป็นการวัดจำนวนผู้ป่วยที่ตายด้วยสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง ต่อจำนวนผู้ป่วยตายด้วยสาเหตุนั้น ใช้บ่งชี้ถึงความรุนแรงของโรคและคุณภาพบริการทางการแพทย์

$$= \frac{\text{จำนวนตายจากโรคใดโรคหนึ่งในช่วงเวลาหนึ่ง}}{\text{จำนวนผู้ป่วยใหม่ด้วยโรคใดโรคหนึ่งในช่วงเวลาเดียวกัน}} \times 100 \text{ คน}$$

## 3) การบรรลุเกณฑ์ จปฐ. ด้านสุขภาพ จากแบบสรูปจปฐ. ดังต่อไปนี้

## 3.1) หมวดที่ 1 สุขภาพดี

- (1) หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด และฉีดวัคซีนครบ
- (2) หญิงที่คลอดลูกได้รับการทำคลอด และดูแลหลังคลอด
- (3) เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม
- (4) เด็กแรกเกิดถึง 1 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ
- (5) เด็กแรกเกิดได้กินนมแม่ 4 เดือนแรกติดต่อกัน
- (6) เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ได้กินอาหารอย่างถูกต้องครบถ้วน
- (7) เด็กอายุ 6 – 15 ปี ได้กินอาหารอย่างถูกต้องครบถ้วน

- (8) เด็กอายุ 6 – 12 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบ
  - (9) ทุกคนในครัวเรือนมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม
  - (10) คนในครัวเรือนมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม
  - (11) คนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี
- 3.2) หมวดที่ 2 มีบ้านอาศัย
- (1) ครัวเรือนมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยและบ้านมีสภาพคงทนถาวร
  - (2) ครัวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภคเพียงพอตลอดปี
  - (3) ครัวเรือนมีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี
  - (4) ครัวเรือนมีการจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ
  - (5) ครัวเรือนไม่ถูกรบกวนจากมลพิษ
  - (6) ครัวเรือนมีการป้องกันอุบัติเหตุอย่างถูกวิธี
  - (7) ครัวเรือนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
  - (8) ครัวเรือนมีความอบอุ่น
- 3.3) หมวดที่ 3 ฝักใฝ่การศึกษา
- (1) เด็กอายุ 3 – 5 ปีเต็ม ได้รับการเลี้ยงดูเตรียมความพร้อมก่อนวัยเรียน
  - (2) เด็กอายุ 6 – 15 ปี ได้รับการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี
  - (3) เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี ได้เรียนต่อมัธยมศึกษาตอนปลาย
  - (4) เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปีและไม่ได้เรียนต่อมัธยมศึกษาตอนปลายได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพ
  - (5) คนอายุ 15 – 60 ปี อ่านออกเขียนภาษาไทยได้
  - (6) คนในครัวเรือนได้รับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง
- 3.4) หมวดที่ 4 รายได้ก้าวหน้า
- (1) คนอายุ 18 – 16 ปี มีการประกอบอาชีพและมีรายได้
  - (2) คนในครัวเรือน มีรายได้เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าคนละ 20,000 บาท ต่อปีรายได้เฉลี่ย คนละ 23,761 บาทต่อปี
  - (3) ครัวเรือนมีการเก็บออมเงิน
- 3.5) หมวดที่ 5 ปลุกฝังค่านิยมไทย
- (1) คนในครัวเรือนไม่ติดสุรา
  - (2) คนในครัวเรือนไม่สูบบุหรี่



- (3) คนในอายุ 6 ปี ขึ้นไปทุกคน ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
  - (4) คนสูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน
  - (5) คนพิการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน
- 3.6) หมวดที่ 6 ร่วมใจพัฒนา
- (1) ครัวเรือนมีคนเป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน ตำบล
  - (2) ครัวเรือนมีคนเข้าร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อประโยชน์ของชุมชนหรือท้องถิ่น
  - (3) ครัวเรือนมีคนเข้าร่วมทำกิจกรรมสาธารณะของหมู่บ้าน
  - (4) คนมีสิทธิ์ไปใช้สิทธิ์เลือกตั้ง
- โดยแสดงผลการสำรวจเปรียบเทียบกับการบรรลุเกณฑ์ จปฐ. ทั้งนี้ เกณฑ์และตัวชี้วัดในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 มีการปรับเปลี่ยนไป ดังแสดงในภาคผนวก จ.
- 4) การบรรลุเกณฑ์เมืองไทยแข็งแรง (ดูรายละเอียดในภาคผนวก จ.)
  - 5) การบรรลุเกณฑ์สังคมอยู่เย็นเป็นสุข (ดูรายละเอียดในภาคผนวก จ.)

**1.2.4 ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการและการใช้บริการด้านสุขภาพ** ( การมีหลักประกันสุขภาพ , การมีบริการของรัฐ (basic health service) และการใช้บริการ รวมทั้งการเข้าถึงบริการของรัฐ (Health Services accessibility and utilization Indicator) ได้แก่

- 1) สถานบริการด้านสุขภาพของรัฐ และเอกชนในชุมชนและเขตใกล้เคียง  
สถาบันบริการและเครื่องอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ ทั้งจำนวน ชนิด ลักษณะงาน เช่น โรงพยาบาล ศูนย์โภชนาการ บ้านพักฟื้น ศูนย์อนามัยแม่และเด็ก ศูนย์โภชนาการ ศูนย์เด็กเล็ก สถานฝึกอาชีพ คลินิกเอกชน ร้านขายยา จำนวนเจ้าหน้าที่อนามัยทุกประเภทตลอดจนองค์การและโครงการอนามัยต่าง ๆ เช่น โครงการอาชีวอนามัย โครงการอาหารกลางวันในชุมชน เป็นต้น
- 2) ข้อมูลด้านบริการสุขภาพ รวมทั้งสถิติการให้บริการ ซึ่งอาจแบ่งย่อยได้เป็น 5 กลุ่ม คือ
  - 2.1) ข้อมูลด้านบริการรักษาพยาบาล ได้แก่ จำนวนผู้มารับบริการจำแนกตามประเภทของการบริการ ความสามารถในการให้บริการรักษาพยาบาลในระดับต่างๆ ฯลฯ

- 2.2) ข้อมูลด้านบริการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ จำนวนหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการดูแลครรภ์ก่อนคลอด จำนวนเด็กกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจสุขภาพ และเผื่อระวังทางโภชนาการ ฯลฯ
  - 2.3) ข้อมูลด้านบริการป้องกันโรค ได้แก่ จำนวนเด็กกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการฉีดวัคซีนชนิดต่างๆ ครบตามกำหนด จำนวนหญิงมีครรภ์ที่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยักครบตามกำหนด ฯลฯ
  - 2.4) ข้อมูลด้านบริการฟื้นฟูสุขภาพ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการในชุมชน ฯลฯ
  - 2.5) บริการสาธารณสุขมูลฐานของประชาชน และข้อมูลเกี่ยวกับ อสม.และอาสาสมัครต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- 3) สถาบันสงเคราะห์และสวัสดิการ ได้แก่ หน่วยงานของรัฐและเอกชน ที่ให้บริการด้านสังคมสงเคราะห์ การประกันภัย การประกันชีวิต การออมทรัพย์ และอื่น ๆ
  - 4) เจตคติของประชาชนต่อสถานบริการสุขภาพ
  - 5) การมีหลักประกันสุขภาพของประชาชน

### 1.2.5 ข้อมูลด้านการพึ่งตนเองของชุมชนและคุณภาพชีวิต (Self reliance and OOL)

คือการบรรลุเกณฑ์ จปฐ. ทุกข้อ และการพึ่งตนเองของชุมชน ทั้งในด้าน 3 ก.,1 ข. และ 3 ส. รวมทั้งเมืองไทยแข็งแรงและสังคมอยู่เย็นเป็นสุข โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- 1) การบรรลุเกณฑ์ จปฐ. คือการบรรลุเกณฑ์ จปฐ. ทั้ง 6 หมวด
- 2) การพึ่งตนเอง
  - 2.1) กำลังคน (ก.1)
    - (1) มี อสม.ที่ปฏิบัติงานจริงประจำหมู่บ้าน ชยันขันแข็ง และเป็นที่ยอมรับของชาวบ้าน
    - (2) อสม. ได้รับคัดเลือกมาโดยวิธีการประชาธิปไตย
    - (3) อสม. มีการแบ่งคุ้มและละแวกรับผิดชอบชัดเจน และมีแผนที่แสดงชัดเจน ถูกต้อง
    - (4) อสม. มีการจัดกลุ่ม และมีการแบ่งภาระหน้าที่ในการพัฒนางานสาธารณสุขในหมู่บ้าน
    - (5) อสม. ได้รับการอบรม/ประชุมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
    - (6) มีกลุ่มอาสาสมัครหรือกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มแม่บ้าน, ผดบ., ชสม., มตย., กลุ่มคุ้มครองผู้บริโภค ฯลฯ เข้าร่วมกิจกรรมสาธารณสุข

## 2.2) องค์กรหรือกรรมการ (ก.2)

- (1) อสม. ได้ร่วมเป็นกรรมการหมู่บ้าน (กม.)
- (2) มีการประชุม กม. เป็นประจำโดยมีวาระเกี่ยวกับสาธารณสุข และ มีการจัดบันทึกการประชุม
- (3) กม. ได้รับการอบรมให้ความรู้ด้านสาธารณสุขจากจนท.

## 2.3) กองทุน (ก.3)

- (1) มีกองทุนยาหรือกองทุนอื่น ๆ หรือมีการระดมทุนและให้การสนับสนุนกิจกรรมสาธารณสุขในหมู่บ้าน

## 2.4) ข้อมูลข่าวสาร (1 ข.)

- (1) มีข้อมูลสถานะทางสุขภาพของประชาชน เช่น รบ.1 ต.03 หรือระบบการจัดเก็บข้อมูลของสถานบริการ
- (2) ใน คสมท. มีข้อมูลแสดงครบ 6 เรื่อง ได้แก่
  - ❖ ข้อมูลทั่วไปของหมู่บ้าน
  - ❖ แผนที่หมู่บ้าน แบ่งละแวกหรือคุ้มชัดเจน
  - ❖ ข้อมูลแสดงสถานะของเครื่องชี้วัด 3 กลุ่ม
  - ❖ สรุปรูป จปฐ. ที่ตกเกณฑ์และปัญหาของหมู่บ้าน
  - ❖ แผนแก้ไขจปฐ.ตกเกณฑ์และปัญหาของหมู่บ้าน
  - ❖ ค่าประกาศของหมู่บ้าน

## 2.5) สอนหมู่บ้านอื่น ๆ (ส.1)

- (1) มีการจัดรายงานถ่ายทอดข่าวสารความรู้ด้านสาธารณสุข โดยผ่านหอกระจายข่าว หรือ อสม. แนะนำความรู้ด้านการดูแลสุขภาพให้เพื่อนบ้านโดยวิธีการอื่น ๆ
- (2) ถ่ายทอดความรู้ให้หมู่บ้านอื่นหรือหมู่บ้านอื่นมาศึกษาดูงาน

## 2.6) สอดส่องดูแลสุขภาพตนเอง (ส.2)

- (1) ทุกหลังคาเรือนมีสรูป จปฐ.1
- (2) สมาชิกในครัวเรือนสามารถอธิบายส่วนขาด จปฐ.1 ของครอบครัวได้
- (3) สมาชิกในครัวเรือนเข้าใจขั้นตอนการดูแลสุขภาพตนเอง (ก่อนระหว่างและหลังการเจ็บป่วย โดยยกตัวอย่างอาการไข้ และ โรคอุจจาระร่วงหรืออื่น ๆ)

## 2.7) การส่งต่อผู้ป่วย (ส.3)

- (1) อสม. มีความรู้ในการส่งต่อผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม
- (2) มีระบบการส่งต่อโดย อสม. คือ มีใบส่งต่อ มีแผนการดูแลผู้ป่วยก่อนและระหว่างการนำส่งอย่างถูกต้อง

- (3) หมู่บ้านมีศักยภาพส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการ ในระยะเวลาที่เหมาะสม โดยมียานพาหนะที่สามารถจ้าง/วานได้ (ในราคาเหมาะสม) หรือมีวิทยุสื่อสาร
- 3) การเข้าถึงบริการ
- 3.1) หลักประกันการรักษาพยาบาลฟรีเท่ากับหรือมากกว่า 70% ของประชากรทั้งหมดนับรวมจาก (โดยไม่นับซ้ำกัน)
- (1) เด็กอายุ 0 – 12 ปี.....คน
  - (2) ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป.....คน
  - (3) บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า.....คน
  - (4) บัตรสวัสดิการประชาชนด้านรักษาพยาบาล (สปร.).....คน
  - (5) บัตรข้าราชการ.....คน
  - (6) บัตรสุขภาพ (ประชาชนทั่วไป).....คน
  - (7) บัตรรักษาฟรีของ อสม.....คน
  - (8) บัตรประกันสังคม.....คน
  - (9) บัตรรักษาพยาบาลฟรีอื่นๆ.....คน
- รวมจำนวนผู้มีสิทธิ.....คน ร้อยละ.....
- 3.2) สถานบริการพัฒนาเข้าเกณฑ์ พบส. สำหรับหมู่บ้าน ถือว่า ศสมช. เป็นสถานบริการระบบหมู่บ้าน จังหวัด มาตรฐานดังนี้
- (1) มีสถานที่และป้ายแสดงชัดเจน
  - (2) มีการแสดงข้อมูลครบ 6 เรื่องติดแสดงชัดเจน และข้อมูลรายละเอียดเก็บในแฟ้มหรือสมุดบันทึก
  - (3) เจ้าหน้าที่มาที่ ศสมช. เพื่อประชุมหรืออบรม อสม. และมีบันทึกการประชุม/บันทึกการปฏิบัติงาน เก็บไว้ อย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง
  - (4) มีการจัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานที่จำเป็นใน หมู่บ้าน ได้แก่
    - ❖ การเฝ้าระวังทางโภชนาการ
    - ❖ การเฝ้าระวังและควบคุมโรคในท้องถิ่น
    - ❖ การเฝ้าระวังด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม และจัดหาน้ำสะอาด
    - ❖ การอนามัยแม่และเด็ก/การวางแผนครอบครัว
    - ❖ การให้บริการวัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาล การชั่งน้ำหนักในกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ/ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน
    - ❖ การปฐมพยาบาล การรักษาและนำส่งต่ออย่างถูกต้อง
    - ❖ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านอาหารและยา
    - ❖ การส่งเสริมการใช้สมุนไพรและการแพทย์แผนไทย (แนวไทย)

- ❖ การดูแลผู้ป่วยทางสุขภาพจิต โดยมีทะเบียนผู้ป่วยโรคจิต โรคลมชักและปัญญาอ่อนไว้ที่ศสมช.และผู้ป่วยเหล่านี้ต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนอย่างถูกต้องครบถ้วน
  - ❖ อื่น ๆ
- (5) มีวัสดุอุปกรณ์ในศสมช. และชุดเครื่องมือจำเป็นใน ศสมช. ครบ 13 รายการ ได้แก่
- ❖ เครื่องวัดความดันโลหิต
  - ❖ เครื่องชั่งน้ำหนัก
  - ❖ หูฟัง
  - ❖ แผ่นตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ
  - ❖ ปรอทวดไซ้
  - ❖ เทปวัดไซ้
  - ❖ แผ่นวัดสายตา
  - ❖ สำลี
  - ❖ กรรไกร
  - ❖ พลาสเตอร์
  - ❖ ผ้าพันแผล
  - ❖ กระจ่างเครื่องมือ
  - ❖ เครื่องมือตรวจเชื้อแบคทีเรียในน้ำ
  - ❖ อื่น ๆ

### 1.2.6 ข้อมูลด้านความเชื่อ และพฤติกรรมสุขภาพ (Attitude and Health behavior)

ซึ่งได้จากการสำรวจ เช่น

- 6.1) ความรู้ด้านอนามัยทั่วไป เช่น อนามัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ และการป้องกันโรค ความเชื่อและประเพณีที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพอนามัย การปฏิบัติตนขณะเจ็บป่วย
  - 6.2) ความรู้ด้านอนามัยเฉพาะเรื่อง เช่น ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว
- ( ดูรายละเอียดที่มาของข้อมูลประเภทต่างๆ ในภาคผนวก ก. )

### 1.3 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### 1.3.1 การเตรียมชุมชน โดยมีกิจกรรมการเตรียมชุมชนดังนี้

- 1) ประเมินสภาพการณ์
- 2) ผู้ประเมินชุมชนต้องมีแผน หรือความตั้งใจที่จะดำเนินการในชุมชนเพื่อให้ชุมชนร่วมมือ
- 3) ทำหน้าที่ของเจ้าหน้าที่อื่นๆของระบบบริการสุขภาพอนามัยและเจ้าหน้าที่ปกครอง เพราะต้องอาศัยการสนับสนุนและการยอมรับจากหน่วยงานในระดับต่าง ๆ ในพื้นที่นั้น
- 4) ร่วมมือกับผู้นำและองค์กรชุมชน
- 5) มีความรักประชาชน ถือว่าประชาชนทุกคนเหมือนญาติพี่น้อง ถ้าเดือดร้อนเราก็จะช่วยให้หายเดือดร้อน
- 6) พยายามรู้จักชุมชนให้ดีพอ ร่วมปรึกษาหารือ และขอคำแนะนำ
- 7) ทำงานร่วมกับชุมชน ก่อนที่จะขอให้ชุมชนร่วมงานกับเรา
- 8) ช่วยเหลือชุมชนในสิ่งที่ชุมชนช่วยตัวเองไม่ได้
- 9) ร่วมมือกันโดยตั้งต้นจากสิ่งที่ชุมชนรู้ และปฏิบัติกันอยู่แล้ว
- 10) ใช้ประโยชน์จากสิ่งของ และความรู้ที่ชุมชนมีอยู่แล้วให้เกิดประโยชน์ให้มากที่สุด เมื่อไม่สามารถแก้ไขปัญหาล้มเหลวไปได้ จึงจะไปแสวงหาความรู้สิ่งของ หรือบุคคลจากภายนอกมาเพิ่มเติม

ทั้งนี้ การเตรียมชุมชนอย่างเต็มรูปแบบ ดูรายละเอียดในหัวข้อ รูปแบบการสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนานาomyชุมชน

#### 1.3.2 กำหนดวัตถุประสงค์การสำรวจ

วัตถุประสงค์การสำรวจจำเป็นต้องให้สอดคล้องกับความสามารถและทรัพยากรที่มีอยู่หรือสำรวจในเฉพาะเรื่องที่เป็นปัญหาสำคัญตามที่ต้องการ หรือตามที่ชุมชนเห็นว่าจำเป็นก่อน

#### 1.3.3 การเตรียมการสำรวจและเตรียมแบบสำรวจ โดยจะต้องตอบคำถามดังนี้

- 1) ทำไมจึงจะทำการสำรวจ
- 2) จะสำรวจที่ไหนบ้าง

- 3) ใครจะเป็นผู้สำรวจ
- 4) จะสำรวจเมื่อไหร่
- 5) หัวข้อสำรวจมีอะไรบ้าง

### 1.3.4. การรวบรวมข้อมูลจากระเบียนและรายงาน

ข้อมูลที่รวบรวมจากรายงานส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative) อันได้แก่ จำนวนผลการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ซึ่งจะมีระเบียบบันทึกเป็นรายวัน แล้วรวบรวมเป็นรายเดือน เพื่อส่งต่อให้หน่วยงานบังคับบัญชาในระดับถัดไป ตรวจสอบ วิเคราะห์ และประมวลในภาพรวม โดยทั่วไปหน่วยงานระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ของกระทรวงต่างๆ จะมีระบบการจัดทำทะเบียน (ระเบียน) และรายงานอยู่มากมาย ดังนั้น หน่วยงานเหล่านี้จึงมีตัวรายงานต่างๆ ซึ่งเป็นแหล่งที่มาของข้อมูลที่สามารถรวบรวม มาใช้ประกอบการกำหนดและวิเคราะห์ปัญหาของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบได้ นอกเหนือไปจากระเบียนและรายงานที่จัดทำและมีอยู่แล้ว ในระบบงานสาธารณสุข เช่น ข้อมูลประชากรจากทะเบียนราษฎร ข้อมูลการศึกษาจากสำนักงานการประถมศึกษาและสำนักงานเกษตรอำเภอ ข้อมูลเกี่ยวกับอาชีพ และรายได้ประชากรจากสำนักงานพัฒนาชุมชน ฯลฯ โดยมีข้อดีและข้อเสีย ดังนี้

- 1) ข้อดีของการรวบรวมข้อมูลจากรายงาน คือ เป็นข้อมูลที่มีอยู่แล้ว ไม่ต้องเสียเวลาไปเก็บข้อมูลใหม่ และสามารถศึกษาย้อนหลังได้ไกลเท่าที่รายงานนั้นจะย้อนหลังไป ซึ่งช่วยให้ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงหรือแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของเหตุการณ์ที่เราสนใจ
- 2) ข้อเสียของการรวบรวมข้อมูลจากรายงาน คือ ข้อมูลมักไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลต่ำ และการเปลี่ยนแปลงค่านิยมต่างๆ ซึ่งอาจไม่ได้ระบุไว้ในรายงานแต่ละปีและทำให้เกิดการแปลข้อมูลผิดได้

ดังนั้นการนำข้อมูลจากรายงานมาใช้จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงข้อจำกัดต่างๆ ดังกล่าวและระมัดระวังในการวิเคราะห์และแปลผล

### 1.3.5. การฝึกสำรวจ

เพื่อให้การใช้แบบสอบถามมีมาตรฐานเดียวกันหมด จำเป็นจะต้องมีการฝึกผู้ที่จะนำแบบสอบถามไปใช้ ทั้งนี้เพราะเหตุว่า ถ้าหากแต่ละคนที่นำแบบสอบถามไปใช้โดยวิธีการที่แตกต่างกัน คำตอบที่ได้ก็จะเชื่อถือไม่ได้ หรือหากใช้วิธีการตรวจร่างกาย ผู้สำรวจก็จะต้องใช้เทคนิคที่เหมือนกัน

วิธีการฝึกผู้สำรวจเหล่านี้จะต้องทำโดยวิธีการที่เหมาะสม เช่น การฝึกหัดปฏิบัติ การสัมภาษณ์กับบุคคลซึ่งจะถูกสัมภาษณ์จริง ๆ ให้ใกล้เคียงกับของจริงมากที่สุด เพื่อให้ผู้สำรวจเกิดความสามารถตรงตามที่ต้องการทุกคน เพราะความเชื่อถือได้ของข้อมูลจากการสำรวจ ขึ้นอยู่กับความชัดเจนของแบบสำรวจ ความเข้าใจในความหมายของคำต่างๆ ที่ใช้ ทักษะของผู้ทำการสำรวจ และกระบวนการตรวจสอบข้อมูลระหว่างและหลังการสำรวจ การสำรวจที่ช่วยให้ได้แก่ การสำมะโน (census) คือการสำรวจทุกหน่วยประชากร การสำรวจ จปฐ. การสำรวจบัญชี 1-8 ซึ่งต้องใช้เวลาลำบากค่อนข้างมาก ดังนั้น จึงจำเป็นต้องควบคุมคุณภาพของข้อมูลในขณะที่ทำการสำรวจอย่างเข้มงวด มิฉะนั้นจะทำให้สูญเสียเวลาในการสำรวจโดยไม่ได้ประโยชน์เต็มที่

### 13.6. การทำแผนที่

แผนที่เป็นเครื่องมือชิ้นสำคัญในการศึกษาและประเมินชุมชน โดยการรวบรวมรายละเอียดที่สำคัญของชุมชนไว้ในกระดาษแผ่นเดียว การทำแผนที่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด จึงควรเข้าใจแนวคิดและขั้นตอนที่สำคัญดังต่อไปนี้

#### 1) ความหมายของแผนที่

แผนที่ คือ แผนภาพจำลองหรือแผนภาพแสดงเนื้อที่โดยย่อของภูมิประเทศจริงในแนวราบที่จัดทำขึ้นด้วยเส้นสี และเครื่องหมายต่างๆ ที่จำเป็น ซึ่งแทนของจริงที่ปรากฏอยู่บนผิวโลกโดยมีความถูกต้องทั้งระยะทาง ทิศ ประกอบกับการใช้มาตราส่วนเป็นหลัก

“แผนที่ชุมชน” เป็นแผนที่พิเศษเฉพาะบริเวณที่ทำขึ้นเพื่อแสดงอาณาเขตเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่ง เลือกแสดงเฉพาะในสิ่งที่เห็นว่าสำคัญและเกี่ยวข้องตามความต้องการเท่านั้น เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจอย่างคร่าว ๆ ผู้เขียนต้องมีไหวพริบ ศิลปะ ความสะอาด และความสวยงามด้วยเสมอ (ธวัช บุรีรักษ์ และบัญชา คุเจริญไพบูลย์, มปป.)

#### 2) องค์ประกอบของแผนที่

แผนที่ที่ดีจะต้องแสดงสิ่งต่าง ๆ ที่เป็นองค์ประกอบสำคัญไว้ครบถ้วน องค์ประกอบสำคัญของแผนที่ควรประกอบด้วย ( จริยวัตร คมพยัค , 2531 และ Anderson E.T. & Mc Farlane J.M. , 2000 )

- 1.) ชื่อแผนที่ จะต้องบอกให้ชัดเจน ว่าเป็นที่แสดงอะไรของชุมชนไหน เช่น แผนที่แสดงอาณาเขตรณรงค์ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ตำบลยั้งอ อำเภอยั้งอ จังหวัดนราธิวาส ชื่อแผนที่นิยมเขียนไว้ส่วนบนของแผนที่



- 2.2) ทิศทาง เป็นสิ่งที่ต้องแสดงให้ถูกต้องตามแนวของทิศที่เป็นจริง ในภูมิประเทศ โดยทั่วไปแผนที่จะแสดง "ทิศเหนือ" เป็นหลัก
- 2.3) มาตรการส่วน คือ อัตราส่วนหรือจำนวนตัวเลขที่แสดงส่วนสัมพันธ์ของ ระยะทางบนแผนที่ กับระยะทางตามภูมิประเทศจริงตามแนวราบ การย่อส่วนในแผนที่แผนที่เดียวกัน จะต้องใช้มาตรการส่วนเดียวกัน ซึ่งนิยมใช้เศษเป็น 1 เสมอ ที่นิยมใช้กันคือ มาตรการส่วน เลขเศษส่วน เช่น 1 : 1,000 หรือ 1 / 1000 (ไม่ต้องแสดงหน่วย)
- 2.4) ระยะทาง การวัดระยะทางระหว่างส่วนต่าง ๆ ของแผนที่ ให้ทำโดยสังเขป อาจคาดคะเนด้วยวิธีนับก้าวเดิน นับระยะ เสาไฟฟ้า หรือ ดูจากเข็มไมล์รถจักรยานยนต์
- 2.5) สัญลักษณ์ต่าง ๆ คือ เครื่องหมายแทนสิ่งของต่าง ๆ ที่ปรากฏอยู่ในภูมิประเทศ อาจแสดงด้วย เส้น สี รูปร่าง ตัวอักษร เส้นเครื่องหมาย ภาพจำลองขนาดย่อ ฯลฯ ซึ่งอาจแบ่ง ประเภทของสัญลักษณ์ ได้ดังนี้

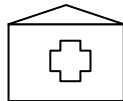
(1) สัญลักษณ์ที่เป็นจุด เป็นสัญลักษณ์ที่ใช้แทนสถานที่ และ กำหนดตำแหน่งหรือที่ตั้งของสถานที่นั้น ดังนี้



บ้านให้กำกับเลขที่บ้านไว้ด้วย



วัดหรือที่ทำการศาสนา



สถานบริการอนามัย



โรงเรียน หรือสถานศึกษา



ส้วมฝิตสูงลักษณะ



ส้วมฝิตสูงลักษณะ

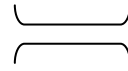


บ่อน้ำฝิตสูงลักษณะ

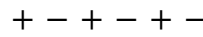


บ่อน้ำฝิตสูงลักษณะ

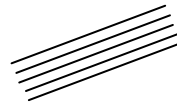
(2) สัญลักษณ์ที่เป็นเส้น (Line – Symbol) เป็นสัญลักษณ์ที่ใช้แทนสิ่งต่าง ๆ ที่มีลักษณะเป็นเส้น เช่น



สะพาน



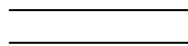
เส้นอาณาเขต



แม่น้ำลำคลอง

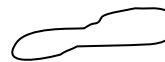


ทางรถไฟ



ถนน

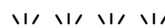
(3) สัญลักษณ์ที่เป็นพื้นที่ (Area Symbol) เป็นสัญลักษณ์ที่ใช้แทนบริเวณพื้นที่ของสิ่งที่ปรากฏจริงในภูมิประเทศ เช่น



ภูเขา



สระ บึง หนอง



นาข้าว



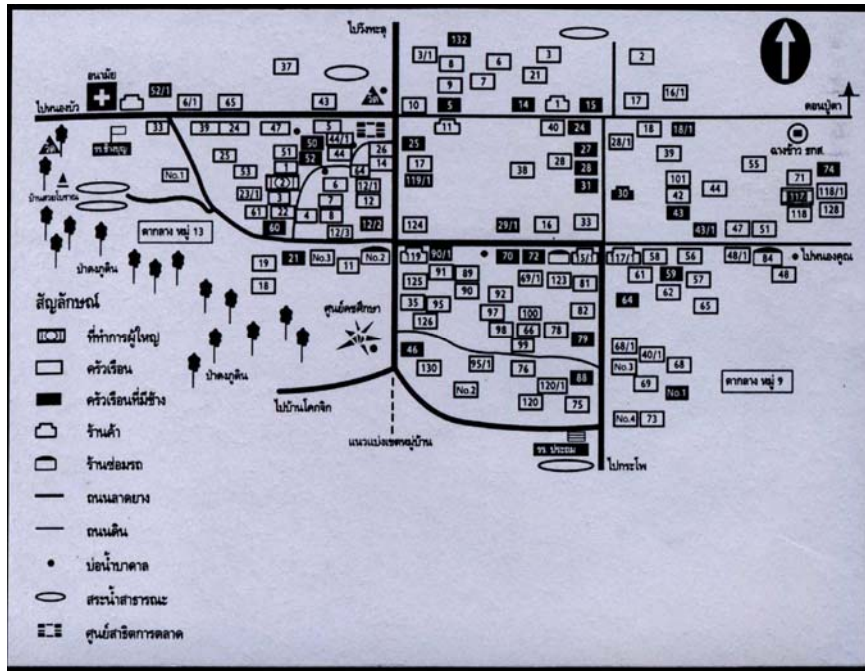
สวนครัว

- (4) วัน เดือน ปี ควรกำกับไว้ เพราะระยะเวลาผ่านไป ส่วนประกอบภายในชุมชนอาจเปลี่ยนแปลงไปแล้ว
- (5) ชื่อผู้ทำแผนที่ สำหรับผู้ใช้หรือผู้อ่านที่สงสัย และต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมสามารถติดต่อถามข้อมูลได้

### 3) ขั้นตอนการทำแผนที่

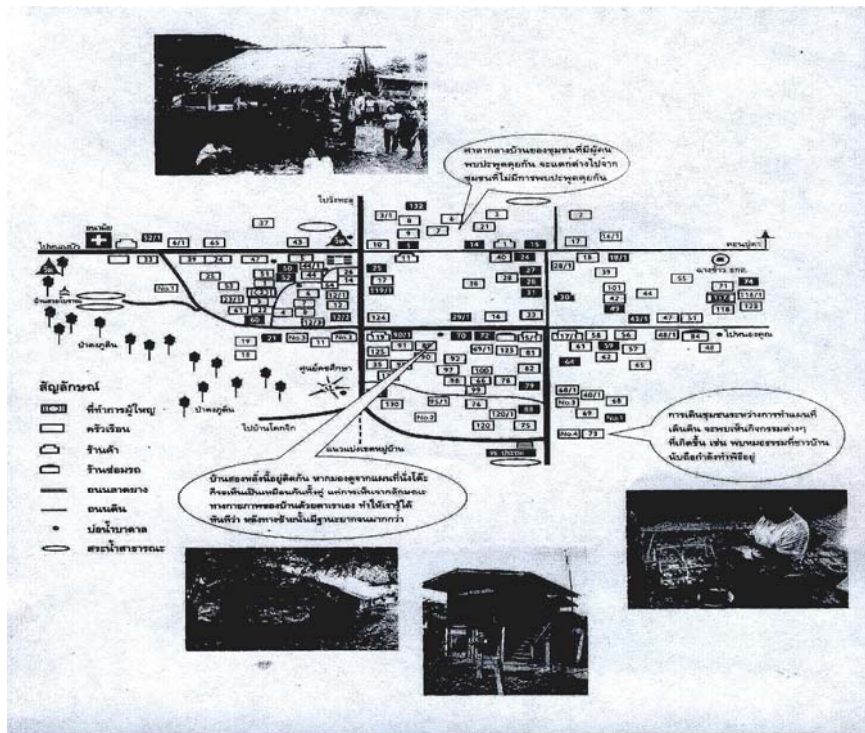
การทำแผนที่ชุมชน นอกจากแสดงพื้นที่ทางกายภาพแล้วนั้น ยังต้องแสดง หน้าที่ทางสังคมของพื้นที่เหล่านั้นด้วย ซึ่งจะทำให้เห็นภาพรวมของชุมชนครบถ้วน และมีความน่าเชื่อถือ เป็น *แผนที่เดินดิน* ที่มีความแตกต่างจาก *แผนที่นั่งโต๊ะ* ที่แสดงเพียงพื้นที่ทางกายภาพ โดยมีขั้นตอนดังนี้ ( ธวัช บุรีรักษ์ และบัญชา คุเจริญไพบุลย์ , มปป. และ โกมาตร จิงเสถียรทรัพย์ , 2545 )

- 3.1) สสำรวจภูมิประเทศอย่างคร่าว ๆ ก่อนเพื่อกำหนดจุดเริ่มต้น
  - 3.2) วัตถุประสงค์กว้างยาวของภูมิประเทศที่ต้องการ เพื่อนำไปหา มาตราส่วน และวางโครงร่างให้เหมาะสมกับวัสดุที่จะใช้ทำ
  - 3.3) กำหนดมาตราส่วนให้เหมาะสม
  - 3.4) วางโครงร่างจากจุดหลักที่กำหนดไว้ เช่น แนวถนน ตรอก ซอย แม่น้ำ ลำคลอง เป็นต้น
  - 3.5) เริ่มเขียนรายละเอียดตั้งแต่จุดเริ่มต้นติดต่อกันไป โดยใช้ เครื่องหมายแผนที่ ซึ่งในขั้นตอนนี้ควรทำพร้อมกับการสำรวจ ข้อมูลชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางสังคมของคนในชุมชน หน้าที่ทางสังคมของพื้นที่ต่าง ๆ เช่น ร้านน้ำชา ลานบ้าน หรือความทรงจำเกี่ยวกับพื้นที่ เช่น โยงโยยบ้าน ที่เป็นญาติพี่น้องกัน โยงโยยครัวเรือนที่เป็นสมาชิกกลุ่ม บ้าน ผู้สูงอายุที่ใกล้ชิด สนับสนุนกัน ปรากฏอยู่ในแผนที่ด้วย
  - 3.6) แสดงทิศเหนือ และลงไว้ที่หัวกระดาษ
  - 3.7) บอกสัญลักษณ์ของเครื่องหมายแต่ละอย่างในแผนที่ไว้ข้างล่าง
  - 3.8) ลงชื่อผู้ทำ วัน เดือน ปี ที่ทำแผนที่ไว้ข้างล่าง
- ซึ่งอาจแสดงตัวอย่าง *แผนที่นั่งโต๊ะ* *แผนที่เดินดิน* และความแตกต่างของแผนที่นั่งโต๊ะ และแผนที่เดินดิน ดังในภาพที่ 7-9 ต่อไปนี้



ภาพที่ 7 แผนที่นั่งโต๊ะ

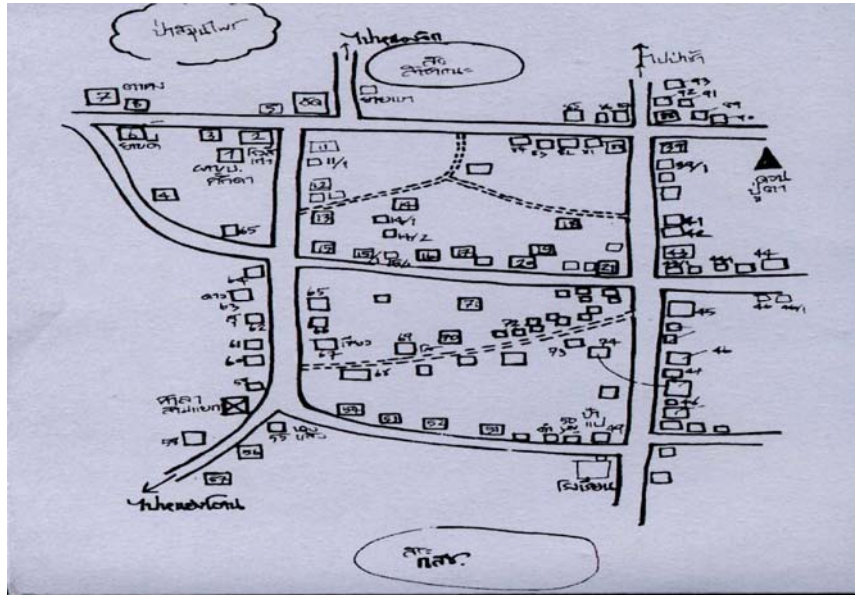
ที่มา : โกมาตร จิงเสถียรทรัพย์ , 2545



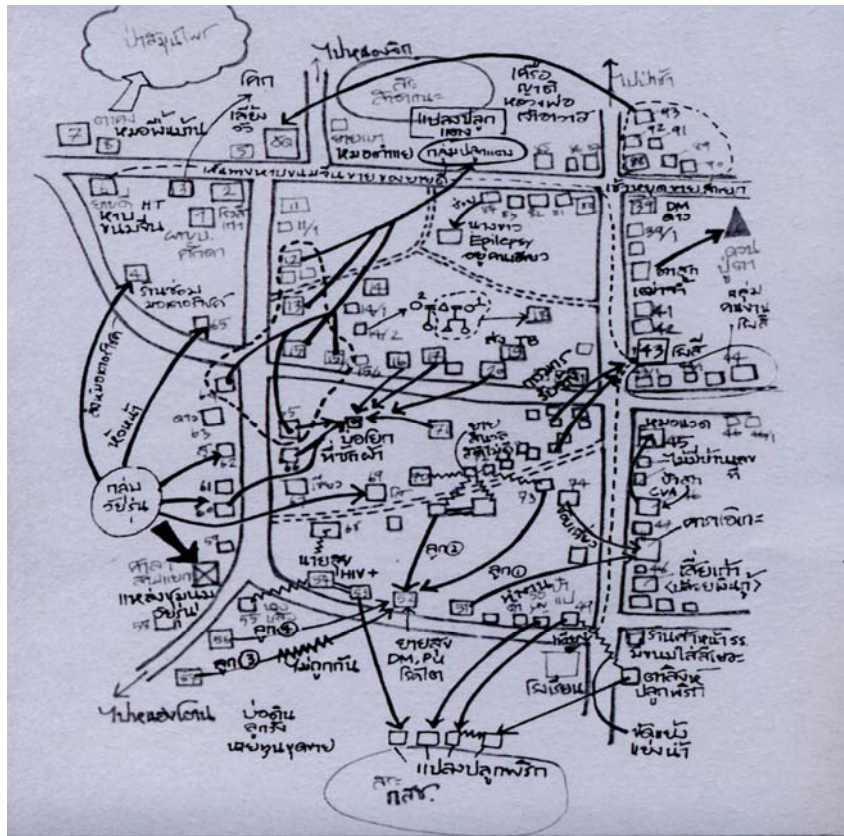
ภาพที่ 8 จุดด้อยของแผนที่นั่งโต๊ะ

ที่มา : โกมาตร จิงเสถียรทรัพย์ , 2545

แผนที่นั่งโต๊ะ



แผนที่เดินดิน



ภาพที่ 9 ความแตกต่างระหว่างแผนที่นั่งโต๊ะกับแผนที่เดินดิน

ที่มา : โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, 2545

### 13.7. การทดสอบแบบสอบถาม

เมื่อได้แบบสำรวจ เช่น แบบสอบถามแล้ว ก่อนที่จะนำไปใช้ควรนำแบบสอบถามนั้นไปทดลองก่อน ( ยกเว้นแบบสำรวจที่ผ่านการทดลองใช้ และมีความเที่ยงตรงแล้ว เช่นแบบสำรวจ จปฐ. แบบสำรวจบัญชี 1-8 ) การทดลองนี้ควรจะใช้กับตัวอย่างที่มีจำนวนน้อย แต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรของจริงที่จะทำการศึกษา เพื่อหาว่าแบบสอบถามนี้เมื่อไปใช้เก็บข้อมูลจริง ๆ จะได้อะไร มีส่วนใดที่จะต้องเพิ่มเติมหรือแก้ไข การทดสอบจะทำครั้งเดียวหรือหลายครั้งก็ขึ้นอยู่กับเวลาและค่าใช้จ่ายว่ามีเพียงพอหรือไม่ โดยมีวัตถุประสงค์ของการทดสอบแบบสอบถามดังนี้

- 1) เพื่อหาว่าแบบสอบถามนั้น สามารถวัดสิ่งที่ต้องการได้อย่างถูกต้องหรือไม่
- 2) เพื่อหาความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม
- 3) เพื่อหาว่าผู้ตอบมีความเข้าใจตรงตามความต้องการของคำถามหรือไม่
- 4) เพื่อทราบสิ่งบกพร่องของคำถาม และคำชี้แจงต่าง ๆ
- 5) เพื่อประมาณระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม
- 6) เพื่อดูลักษณะของคำตอบและข้อมูลที่จะได้มาโดยทั่วไป

ผลจากการทดสอบทำให้ทราบข้อบกพร่องต่าง ๆ ของแบบสอบถาม และนำมาปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามให้ดีขึ้น

### 13.8. การสุ่มตัวอย่าง

โดยทั่วไปแล้ว การรวบรวมข้อมูลจากประชากรเราไม่สามารถรวบรวมข้อมูลจากประชากรทั้งหมดในท้องที่ใดที่หนึ่ง เพราะเป็นการสิ้นเปลืองเวลา เงิน และกำลังคนมากเกินไป ดังนั้น จึงจำเป็นต้องใช้วิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างมาใช้ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ดี

### 13.9. การสำรวจและรวบรวมข้อมูล

เมื่อตอบคำถามข้างบนได้ครบถ้วน เราจะได้หัวข้อการสำรวจ พร้อมทั้งตัวแปรที่เกี่ยวข้องในแต่ละหัวข้อนั้น ทำให้สามารถระบุเครื่องมือที่จะนำมาใช้ในการจัดหาปริมาณ และ / หรือ คุณภาพของแต่ละตัวแปรเหล่านั้นได้ เครื่องมือที่จะนำมาใช้ในการวัดเหล่านี้ อาจเป็นแบบสอบถามหรือการตรวจทางด้านร่างกาย การวัดทางด้านมนุษยวิทยา และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ทั้งนี้แหล่งข้อมูลชุมชนเกี่ยวกับการเกิดโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ มีดังต่อไปนี้

- 1) ข้อมูลการป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาพยาบาล ในสถานบริการสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข

- สถานีอนามัย ตลอดจนศูนย์บริการอื่น ๆ ข้อมูลนี้จะหาได้จากทะเบียนผู้ป่วย ทั้งภายนอกและที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล
- 2) ข้อมูลการเกิดโรคที่แผ่รังสีทางระบาดวิทยา ได้แก่ โรคติดต่ออันตรายต่าง ๆ และโรคที่ต้องแจ้งความ ข้อมูลนี้จะรวบรวมได้จากรายงานแจ้งการเกิดโรค เมื่อมีผู้ป่วยจะต้องรายงานทันทีตามกฎหมายสำหรับโรคที่ต้องรายงาน
  - 3) ข้อมูลการป่วยที่สิ้นนิจฐาน ได้จากการรักษาตัวเองของประชาชน ด้วยการซื้อยากินเอง ยาที่จำหน่ายได้มากในท้องตลาด อาจจะไม่บอกถึงโรคที่เกิดกับประชาชนส่วนใหญ่ได้
  - 4) ข้อมูลที่เป็นสาเหตุของการตาย ปัญหาสาธารณสุขส่วนใหญ่ คือสาเหตุที่ทำให้ประชาชนถึงแก่ความตาย สาเหตุแห่งการตายนี้หาได้จากมรณบัตร และทะเบียนผู้ป่วยก่อนตาย ซึ่งหากได้กำหนดโดยผู้รู้ เช่นภายในโรงพยาบาล สาเหตุการตายก็พอจะบอกได้ถูกต้องชัดเจน

*ดูรายละเอียดแหล่งข้อมูลประเภทต่างๆในภาคผนวก ก.*

อนึ่ง ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลชุมชนส่วนใหญ่จะใช้วิธีการบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกข้อมูล หรือสำเนาเอกสารแล้วเก็บในแฟ้ม หรืออาจบันทึกข้อมูลลงในระบบคอมพิวเตอร์ แต่ไม่ว่าจะบันทึกด้วยวิธีใด จำเป็นจะต้องมีการจัดกลุ่มหรือจัดระบบข้อมูล เพื่อความเป็นระเบียบและสะดวกในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนั้น ในระหว่างรวบรวมข้อมูล จะต้องคำนึงถึงการจัดกลุ่ม/ประเภทของข้อมูลไปพร้อมกันด้วย

## 2. การวิเคราะห์ข้อมูลชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวิเคราะห์ค่าของตัวแปร เพื่อหาความสัมพันธ์หรือทิศทางของความสัมพันธ์ว่าเป็นเชิงบวกหรือลบ ระหว่างค่าตัวแปรสองตัว หรือมากกว่าตามที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์ หรือสมมติฐาน ซึ่งจะต้องทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่จัด โดยวิธีทางสถิติที่เหมาะสม ซึ่งอาจวิเคราะห์ด้วยตนเอง หรือใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีขั้นตอนดังนี้

### 2.1 การตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของข้อมูล

หลังจากการรวบรวมข้อมูลแล้ว จะต้องตรวจสอบข้อมูลต่างๆ ว่ามีลักษณะที่คลาดเคลื่อนจากสภาพความเป็นจริง หรือขัดต่อหลักวิชาการในเรื่องความเป็นไปได้หรือไม่ รวมทั้งมีความสมบูรณ์ครบถ้วนตามประเภทของข้อมูลที่ต้องการ ฉะนั้นเพื่อให้ข้อมูลมีความเชื่อถือได้ (Reliability) และมีความเที่ยงตรง (Validity) จึงจำเป็นต้องดำเนินการตรวจสอบข้อมูลอย่างเป็นทางการ ต่อเนื่อง

และตลอดช่วงเวลาของการรวบรวมข้อมูล เมื่อพบข้อผิดพลาดจะต้องดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้องทันที หากไม่อยู่ในวิสัยที่จะแก้ไขได้ต้องพิจารณาว่าข้อมูลนั้นมีความจำเป็นต้องนำมาใช้หรือไม่ หรือมีแหล่งข้อมูลอื่นที่เชื่อถือได้ทดแทนกันหรือไม่ หากไม่มีทางเลือกอื่น อาจหมายเหตุในข้อมูลที่มีนั้นๆ ว่ามีข้อสังเกตอย่างไร

## 2.2 การใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติ ให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการรวบรวมแต่ละครั้ง โดยการแจกแจงข้อมูล หรือจัดบันทึก จะด้วยการขีดนับหรือเปลี่ยนข้อความเป็นรหัส รวมจำนวนจากการขีดนับออกมาเป็นตัวเลขเต็ม และคำนวณออกมาเป็นค่าสถิติ ซึ่งค่าทางสถิติที่ใช้อยู่ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อเนื่อง หรือข้อมูลเชิงปริมาณ (Continuous or quantitative data) เช่น น้ำหนัก ส่วนสูง อายุ ความดันโลหิต คือการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปการวัดค่าตัวกลาง ได้แก่ มัธยฐาน (Median) ฐานนิยม (Mode) และตัวกลางเลขคณิต (Mean) ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ย และการวัดการกระจาย ได้แก่ พิสัย (Range) เพอร์เซ็นต์ไทล์ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) โดยที่อัตราส่วน ร้อยละ ใช้แสดงอัตราป่วย/อัตรายตายด้วยโรคต่างๆ ส่วนค่าเฉลี่ย นิยมใช้เพื่อแสดงความครอบคลุมของกลุ่มเป้าหมายในกิจกรรมหนึ่งๆ เป็นต้น

## 2.3 การเปรียบเทียบค่าทางสถิติที่วิเคราะห์ได้กับค่ามาตรฐาน

เป็นวิธีที่ใช้อยู่กับข้อมูลเชิงปริมาณ (ข้อมูลที่เป็นตัวเลข แสดงจำนวน) โดยนำค่าทางสถิติของข้อมูลที่รวบรวมได้มาเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐาน ซึ่งอาจได้จากค่ากลางที่กำหนดโดยแผนงานระดับจังหวัด หรือระดับอำเภอในเรื่องที่เกี่ยวข้อง (มักเรียกกันว่า “เป้าหมาย” หรือ “เกณฑ์”) ผลจากการเปรียบเทียบดังกล่าว จะช่วยให้ทราบประเด็นปัญหาของชุมชน ตัวอย่างเช่น

2.3.1 ประชาชนในตำบล ก ร้อยละ 45 มีหลักประกันสุขภาพเปรียบเทียบกับกลุ่มเป้าหมายตามแผนงานของจังหวัดที่กำหนดไว้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 แสดงว่า ตำบลนี้มีประเด็นปัญหาเรื่องหลักประกันสุขภาพ

2.3.2 อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในตำบล ข ในรอบปี 2540 เป็น 1500 รายต่อประชากรแสนคนเทียบกับเป้าหมายตามแผนของอำเภอที่ตั้งไว้ไม่เกิน 500 รายต่อประชากรแสนคน แสดงว่าตำบล ข มีปัญหาเรื่องอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง

2.3.3 จำนวนผู้รับบริการต่อวันโดยเฉลี่ยของ สถานีอนามัย ปีนี้เทียบกับปีที่ผ่านมา

2.3.4 รายได้ต่อหัวประชากรในตำบล ก เปรียบเทียบกับของจังหวัดหรือภาค

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีคำนวณและเปรียบเทียบค่าทางสถิติดังกล่าว อาจแสดงให้เห็นประเด็นปัญหาได้ชัดเจนมากขึ้น ด้วยการทำตารางแสดงผลการวิเคราะห์ โดยในตารางจะนำเสนอข้อมูลที่รวบรวมมา ค่าสถิติที่คำนวณได้และค่ามาตรฐาน (“เกณฑ์” หรือ “เป้าหมาย”) โดยระบุแหล่งที่มา



นอกจากนี้ค่าสถิติที่คำนวณได้นี้ หากมีการบันทึกเก็บไว้อย่างต่อเนื่องทุกปี ก็สามารถนำมาใช้วิเคราะห์หาค่าของแนวโน้ม โดยใช้ค่าสถิติของแต่ละปีที่ผ่านมา จัดทำเป็นกราฟเส้น เพื่อแสดงแนวโน้มในอนาคต เช่น แนวโน้มของโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา แนวโน้มของอัตราการเกิดอุบัติเหตุจากยานยนต์ในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา ฯลฯ ซึ่งจะช่วยให้คาดการณ์แนวโน้มของปัญหาได้ด้วย

### 3. การนำเสนอข้อมูล

การนำเสนอข้อมูล เป็นการนำเอาข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมและผ่านการวิเคราะห์มาแสดง เพื่อให้เห็นและเข้าใจข้อมูลต่าง ๆ ได้ง่าย ซึ่งการนำเสนอข้อมูลอาจทำได้ 2 รูปแบบ คือ ( กระทรวงสาธารณสุข , 2535 และ มาลี เลิศมาลีวงศ์ ,2531 )

#### 3.1 การนำเสนอโดยปราศจากแบบแผน (Informal presentation)

3.1.1 การนำเสนอเป็นบทความ (Textual presentation)

3.1.2 การนำเสนอเป็นบทความกึ่งตาราง (Semi – tabular presentation)

#### 3.2 การนำเสนอโดยมีแบบแผน (Formal presentation)

3.2.1 การนำเสนอเป็นตาราง (Tabular presentation)

1) ตารางแจกแจงความถี่ (Frequency table)

2) ตารางลักษณะเดียว (One – way table)

3) ตารางสองลักษณะ (Two – way table)

4) ตารางซับซ้อน (Multiple classification table)

3.2.2 การนำเสนอด้วยกราฟ (Graphic presentation)

1) กราฟเส้น (Line graph)

1.1) กราฟเส้นมาตราส่วนเลขคณิต (Arithmetic scale line graph)

1.2) กราฟเส้นมาตราส่วนกึ่งลอการิทึม (Semi – logarithmic scale line graph)

1.3) ฮิสโตแกรม (Histogram)

1.4) รูปหลายเหลี่ยมแห่งความถี่ (Frequency polygon)

3.2.3 การนำเสนอด้วยแผนภูมิ (Chart presentation)

1) แผนภูมิแท่ง (Bar chart)

- 1.1) แผนภูมิเชิงเดี่ยว (Simple bar chart)
- 1.2) แผนภูมิแท่งซับซ้อน (Multiple bar chart)
- 1.3) แผนภูมิเชิงประกอบ (Component bar chart)
- 1.4) แผนภูมิแรเงาซ้อนเหลื่อมกัน (Shaded and overiappint bar chart)
- 2) แผนภูมิวงหรือวงกลม (Pie chart)
- 3) แผนภูมิภาพ (Pictogram)
- 4) แผนภูมิทางภูมิศาสตร์ (Geograprical chart)
  - 4.1) แผนที่แบบจุด (Spot map)
  - 4.2) แผนที่แบบเข็มหมุด (Pin map)
  - 4.3) แผนที่แบบแรเงาหรือระบายสี (Shaded map)
- 5) แผนภูมิเพื่อจุดประสงค์พิเศษ (Special purpose chart)
  - 5.1) แผนภูมิการไหลเวียน (Flow chart)
  - 5.2) แผนภูมิองค์กร (Organization chart)

รูปแบบการนำเสนอข้อมูล ทั้ง 2 รูปแบบ ต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะของข้อมูล และผลการวิเคราะห์ที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย เช่น ข้อมูลของประชากรที่แสดงเพศและอายุ นิยมนำเสนอเป็นแผนภูมิแท่งซับซ้อน (Multiple bar chart) รูปปริมาตร ข้อมูลแนวโน้มของโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา นิยมนำเสนอเป็นกราฟเส้นมาตราส่วนเลขคณิต (Arithmetic scale line graph) ข้อมูลรายได้ อาชีพ นิยมนำเสนอแผนภูมิวงหรือวงกลม (Pie chart) เป็นต้น

ดูรายละเอียดตัวอย่างการนำเสนอข้อมูลชุมชน ในภาคผนวก ข.

#### 4. การแปลผลและการสรุปผล

ขั้นตอนสุดท้ายในการประเมินชุมชนคือ การแปลผลและการสรุปผล ซึ่งแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ

##### 4.1 การแปลผล

การแปลผลข้อมูลที่วิเคราะห์ได้ อาจแปลอย่างตรงไปตรงมา หรือใช้วิธีทางสถิติ หรือมีการเปรียบเทียบข้อมูลของชุมชนที่สำรวจได้กับข้อมูลของชุมชนอื่น โดยมีหลักการที่สำคัญดังนี้

- 4.1.1 พิจารณาว่าตัวเลขต่าง ๆ หรือค่าสถิติต่าง ๆ นั้น แสดงถึงอะไรบ้าง มีความหมายอย่างไร

4.12 พยายามแปลผลการวิเคราะห์นั้นให้ชัดเจน เข้าใจง่าย

4.13 ต้องแปลผลให้อยู่ในขอบเขตของข้อมูลและความมุ่งหมาย

4.14 ต้องพิจารณาว่าผลที่ได้นั้นพาดพิงหรือเกี่ยวข้องกับสิ่งใดบ้าง

#### 4.2 การสรุปผล

การสรุปผลเป็นการชี้แจงหรืออธิบายผลของการสำรวจชุมชนว่า ลักษณะองค์ประกอบและโครงสร้างของชุมชนนั้นเป็นอย่างไร ลักษณะและพฤติกรรมอนามัยของประชาชนในชุมชนเป็นอย่างไร มีปัญหาอะไรบ้างที่เกิดขึ้นในชุมชน ตลอดจนปัจจัยต่าง ๆ ในชุมชน ที่มีผลต่อสุขภาพอนามัยของประชากรในชุมชนนั้น ดังนั้นการสรุปผลควรมีลักษณะดังนี้

4.2.1 สรุปอย่างมีเหตุผล มีหลักฐาน ไม่สรุปเร็วหรือง่ายจนเกินไป

4.2.2 สรุปจากผลที่ได้รับจากข้อมูลภายในขอบเขตของการสำรวจครั้งนั้น ๆ

4.2.3 แยกความคิดเห็นส่วนตัวออกจากการสรุปผลที่ได้

ซึ่งอาจแสดงตัวอย่างการสรุปปัญหาของชุมชนได้ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างการสรุปปัญหาของชุมชน

| ข้อมูล   | การแปลผลสรุปผล  |
|--|---|
| 1. ประชาชนในตำบล ก ร้อยละ 45 มีหลักประกันสุขภาพ  | ตำบล ก มีความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพต่ำ เพียงร้อยละ 45 เปรียบเทียบกับเป้าหมายตามแผนงานของจังหวัดที่กำหนดไว้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 ( ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 30 )                             |
| 2. อัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในตำบล ข ในรอบปี 2540 เป็น 1500 รายต่อประชากรแสนคน   | ตำบล ข มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงถึง 1500 รายต่อประชากรแสนคนเปรียบเทียบกับเป้าหมาย ตามแผนของอำเภอที่ตั้งไว้ไม่เกิน 500 รายต่อประชากรแสนคน ( สูงกว่าเป้าหมาย 1000 รายต่อประชากรแสนคน ) |
| 3. จากการสำรวจ 210 หลังคาเรือน พบว่า มีผู้จัดบ้านและบริเวณบ้านถูกสุขลักษณะมีเพียง 19 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 9.09 ส่วนผู้จัดไม่ถูกสุขลักษณะมีถึง 191 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 90.91 | ประชาชนตำบล ค จัดบ้าน และบริเวณบ้านไม่ถูกสุขลักษณะคิดเป็นร้อยละ 90.91 เปรียบเทียบกับเป้าหมายตามเกณฑ์ จปฐ. กำหนดไว้ ไม่สูงกว่าร้อยละ 40 ( ไม่ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50.91 )                        |

ที่มา : ดัดแปลงจาก กระทรวงสาธารณสุข, 2535 กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ , มปป. และ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ในปีที่ 4 รุ่นที่ 7 , 2544

การประเมินชุมชนที่กล่าวมา จะทำให้ทราบปัญหาชุมชนอย่างครอบคลุม จากข้อมูล ทั้ง 6 ประเภท ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะในปัญหา ที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลต้องใช้วิธีเชิงคุณภาพด้วย ( กองสาธารณสุขและคุ้มครอง สาธารณสุข , 2542 ) ซึ่งกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มีความต่อเนื่องอย่าง แยกไม่ออกจากขั้นการรวบรวมข้อมูล กล่าวคือ ระหว่างที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลนั้น จะต้องจัด หมวดหมู่และประมวลวิเคราะห์ไปพร้อมกัน ว่าข้อมูลที่ได้มานั้นเพียงพอต่อการอธิบายให้ชัดเจนถึง ประเด็นปัญหาที่สนใจอยู่หรือไม่ เพียงพอต่อการให้คำอธิบายถึงสาเหตุของปัญหานั้นหรือไม่ ข้อมูล ที่ได้มามีความขัดแย้งหรือสนับสนุนกันอย่างไร และบ่อยครั้งที่ต้องนำข้อมูลเชิงปริมาณเข้ามาประกอบ เพื่อให้เห็นประเด็นปัญหาชัดเจนขึ้น ตัวอย่างเช่น กรณีจังหวัดหนึ่งในภาคใต้พบว่า ประชาชนมีอาการ ป่วยด้วยโรคเคของเพิ่มขึ้นมากกว่าปกติ (caisson disease เป็นโรคที่เกิดจากการดำน้ำลึกแล้วขึ้นสู่ผิวน้ำ เร็วเกินไป) ซึ่งอาการดังกล่าวมีอันตรายร้ายแรงถึงเสียชีวิตหรือพิการตลอดชีวิต นักสาธารณสุขมีข้อมูล เชิงปริมาณแสดงจำนวนผู้ป่วยที่มีเพิ่มมากขึ้น แต่ไม่มีข้อมูลที่แสดงถึงสาเหตุ จึงทำการรวบรวมข้อมูล เชิงคุณภาพเพื่อให้ทราบชัดเจนถึงสภาพปัญหาและสาเหตุ โดยทำการสัมภาษณ์ทั้งตัวผู้ที่เคยป่วย ด้วยอาการดังกล่าว บุคคลข้างเคียง และผู้นำในชุมชนที่มีผู้ป่วยจำนวนมาก จึงได้ข้อมูลยืนยัน ตรงกันว่า ด้วยภาวะค่าครองชีพที่รัดตัวมากขึ้น ชายหนุ่มในบริเวณนั้นจึงออกไปดำน้ำ ในระยะที่ไกล และลึกกว่าก่อนเพื่อมหาเปลือกหอยทะเลที่มีราคาดี นำมาขายให้ร้านค้าของที่ระลึกหรือพ่อค้าคนกลาง โดยบางครั้งใช้อุปกรณ์เพื่อช่วยดำน้ำได้นานๆ แต่ไม่มีมาตรฐานความปลอดภัย จึงมีผลให้เกิดอันตราย และเกิดอาการของโรคเคของบ่อยครั้ง

จากกรณีตัวอย่างดังกล่าว การเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีเชิงคุณภาพช่วยให้ เข้าใจถึงสภาพปัญหาและสาเหตุของปัญหาได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งจะนำสู่การแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหา ที่เหมาะสมต่อไป

นอกจากนี้การประเมินชุมชนในปัจจุบัน ให้ความสำคัญกับวิธีเชิงคุณภาพและการมีส่วนร่วม ของชุมชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน ดังนั้นหลักและกระบวนการประเมินชุมชนจึงต้องสอดคล้อง กับกระบวนการใหม่ในการพัฒนาสุขภาพด้วย ซึ่งมีข้อควรพิจารณา ดังนี้ ( ชนินทร์ เจริญกุล , 2544 และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ , 2544 )

- ♥ ข้อมูลข่าวสารที่ใช้ในการประเมินชุมชนตามกระบวนการเดิม มักใช้ข้อมูลเพื่อการ วินิจฉัยปัญหาในลักษณะที่เป็นเชิงปริมาณที่ได้จากการศึกษาวิจัย ( Studies ) มากกว่า การใช้คำบอกเล่า ( Stories ) ของชาวบ้าน ข้อมูลที่ใช้ต้องมีตัวเลขประกอบเพื่อระบุ ขนาด ( Size ) และความรุนแรง ( Severity ) ของปัญหา โดยใช้เครื่องชี้วัดคุณภาพ เชิงลบ อันได้แก่ อัตราการตาย อัตราการป่วย และอัตราความพิการ อันเนื่อง มาจากสาเหตุหลักของโรค เป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญ

- ♥ ความผิดพลาดที่พบเสมอในการประเมินชุมชน ในลักษณะของการประเมินบริบททางวัฒนธรรม ได้แก่
  - ♥ การทึกทักว่าบางสิ่งบางอย่างหรือ ยุทธวิธีแบบเดียวที่สามารถแก้ปัญหาได้เบ็ดเสร็จ
  - ♥ การใช้บรรทัดฐานทางสังคมของคนกลุ่มหนึ่ง มาสรุปกลุ่มอื่นๆ
  - ♥ การไม่ให้ความสำคัญต่อเงื่อนไขของบริบททางสังคมของชุมชน นำไปสู่การเลือกใช้เครื่องมือประเมินชุมชนไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงตามบริบท
- ♥ การประเมินชุมชนในกระบวนการคนใหม่ จะต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อสถานะด้านสุขภาพ ( Determinant of Health ) ในเชิงระบบทางสังคม ( Social System ) และต้องคำนึงถึงประชากรทุกกลุ่มทุกวัย ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ในการสร้างเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ก่อนเกิดจนถึงตาย รวมทั้งสถานะสุขภาพตั้งแต่ระดับสมรรถนะ เสี่ยง ไม่แสดงอาการ เจ็บป่วย พิการ และตาย ตลอดจนการดูแล ( Intervention ) ในแต่ละระดับของสถานะสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้กระบวนการแก้ปัญหาครอบคลุมทั้งการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นเร่งด่วน เฉพาะหน้า และการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในระยะยาว
- ♥ การประเมินชุมชนให้ง่ายและมีคุณภาพ ต้องอาศัย เครื่องมือ 7 ชิ้น คือ แผนที่เดินดิน ผังเครือญาติ โครงสร้างองค์กรชุมชน ระบบสุขภาพชุมชน ปฏิทินชุมชน ประวัติศาสตร์ชุมชน และประวัติชีวิต ( โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ , 2545 )
- ♥ ข้อมูลข่าวสารเพื่อการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญในการประเมินชุมชนตามกระบวนการคนใหม่ ในอดีตเรามักจะมองว่า ระบบความเชื่อ ค่านิยม และภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา การเก็บข้อมูลด้านนี้จึงมุ่งประเมินประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนา เช่น การประเมินความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติ ( KAP survey ) ตามกรอบทางวิชาการมาตัดสินระดับภูมิปัญญาของชุมชน ดังนั้นจะต้องเข้าใจวิถี ความเป็นอยู่ของชุมชน ซึ่งต้องอาศัยจากคำบอกเล่า ( Stories ) ของชุมชน แม้ว่าคำบอกเล่ามักจะถูกมองว่าเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นกับจิตวิสัย ( Subjective ) แต่คำบอกเล่าจะทำให้เห็นถึงละครทางสังคม(Social Drama) ที่เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชุมชนและจะเป็นแนวทางที่สำคัญในการศึกษาชุมชนต่อไป โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจร่วมกันในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งนักสาธารณสุข เพื่อนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาเสริมพลังทางสังคมอันจะนำไปสู่การสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชน ซึ่งจะแสดงรายละเอียดในหัวข้อ รูปแบบการสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน เรื่อง การวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ( PRA ) และ กระบวนการเรียนรู้ชุมชนแบบมีส่วนร่วมเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข ( PLHD ) ต่อไป

## การวินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชน

### การวินิจฉัยหาปัญหาอนามัยชุมชน ( Community Diagnosis )

การวินิจฉัยปัญหา ( Diagnosis ) เป็นขั้นตอนที่นำข้อมูลต่าง ๆ จากการประเมินชุมชน ที่ผ่านกระบวนการจัดการทบทวนตรวจสอบ วิเคราะห์ สังเคราะห์ และประมวลผล จนสามารถวินิจฉัย ได้ว่าชุมชน มีภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร กล่าวคือ มีภาวะสุขภาพดี หรือมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา สาธารณสุข หรือมีปัญหาสาธารณสุข เพื่อที่จะคาดการณ์ และระบุปัญหา รวมถึงการจัดลำดับ ความสำคัญเร่งด่วนของปัญหา เพื่อกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาของชุมชน และแสวงหา แนวทางการดำเนินงานในรูปของแผนงาน/โครงการต่อไป ในหัวข้อนี้จะได้กล่าวถึงการระบุปัญหา ให้ชัดเจนและวิธีการจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนของปัญหา ดังนี้

#### 1. การระบุปัญหาความจำเป็นด้านสุขภาพ (Problem Identification and Health Needs)

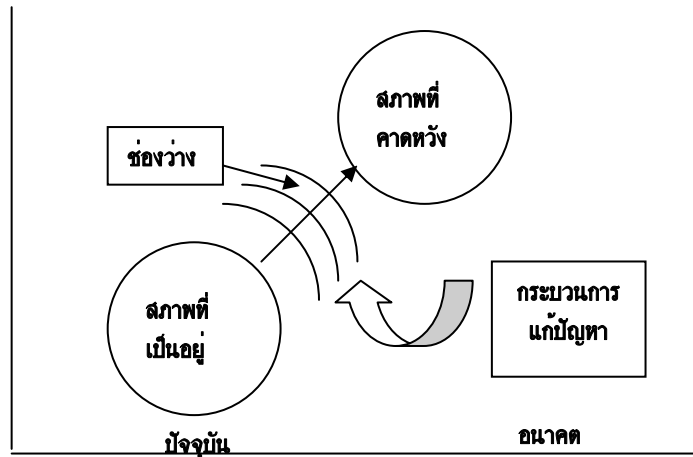
การประเมินชุมชนมุ่งให้สามารถระบุปัญหาความจำเป็นด้านสุขภาพ ตลอดจนปัจจัยที่มี ผลต่อภาวะสุขภาพ ทั้งนี้การระบุว่ามีสิ่งใด คือ ปัญหา ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1.1 ความแตกต่าง หรือ ช่องว่าง (Gap) ระหว่างสภาพที่เป็นอยู่ ( What is ) กับสภาพ ที่คาดหวังให้เป็น ( What should be )

1.2 ความต่างที่นั้น สามารถวัดได้ (มีเครื่องชี้วัด หรือ indicator)

1.3 มีความวิตกกังวล หรือ ความตระหนัก (Concern) ของผู้ที่เกี่ยวข้อง

โดยที่การระบุปัญหานั้น ขึ้นอยู่กับ **ความตระหนัก** ใน **ช่องว่าง** ระหว่าง **สภาพที่คาดหวัง** กับ **สภาพที่เป็นอยู่** การแก้ปัญหา ก็จะเป็นการลดช่องว่างดังกล่าว ดังแสดงในภาพที่ 10



ภาพที่ 10 การระบุปัญหาและการแก้ปัญหา

ที่มา : ชรินทร์ เจริญกุล , 2544

นอกจากนั้นจะต้องพิจารณาด้วยว่า *ในปัญหานี้ๆ มีแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้* เพราะในหลายปัญหาอาจมีองค์ประกอบของปัญหาครบทั้ง 3 ข้อ แต่แนวทางแก้ปัญหาไม่มีทางเป็นไปได้ เช่น ปัญหาเกี่ยวกับภัยธรรมชาติ ปัญหาจากการสู้รบชายแดน ฯลฯ ดังนั้น การจะระบุว่าสภาพใด เป็นปัญหา จึงต้องพิจารณา ไตร่ตรองให้ชัดเจนในองค์ประกอบดังกล่าว รวมถึงความเป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหาด้วย

2. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (Priority Setting)

การจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนของปัญหา คือ การตัดสินใจว่าปัญหาใดมีความสำคัญที่สุด และสำคัญลดหลั่นลงไปตามลำดับ เพราะในภาวะที่ทรัพยากรและเวลามีจำกัด ผู้ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องกำหนดให้ได้ว่า *ปัญหาใดควรแก้ไขก่อนเพราะเหตุใด* ซึ่งไม่ใช่เรื่องง่ายนัก ในที่นี้จะขอเสนอ แนวทางการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา 3 แนวทาง ซึ่งมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ เพื่อให้พิจารณาเลือกใช้ตามความเหมาะสมดังต่อไปนี้

2.1 วิธีของภาคบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เป็นวิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ที่นิยมและสามารถใช้ได้ในทุกชุมชน โดยการใช้อ็องศ์ประกอบ 3 ประการ เป็นเครื่องมือพิจารณาให้คะแนนจาก 0 – 4 แล้วรวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด นำมาเรียงลำดับจากคะแนนสูงสุดตามลำดับ ซึ่งองค์ประกอบทั้งสามที่นำมาพิจารณา คือ ( ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล , 2539 )

### 2.11 องค์ประกอบด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนนั้น

โดยพิจารณาถึง องค์ประกอบย่อยในด้านขนาดและความรุนแรง ดังต่อไปนี้

- 1) ขนาดของปัญหา (Size of problem or prevalence) หรือขนาดของกลุ่มชนที่ถูกกระทบด้วยปัญหา จากการพิจารณาปัญหาหรือโรคที่เกิดขึ้นในชุมชนว่าโรคนั้น ๆ ว่ามีจำนวนผู้ที่ประสบปัญหา หรือได้รับผลกระทบโดยตรงจากปัญหานั้นมากน้อยเท่าไร โดยการสรุปเป็นอัตราของปัญหา เช่น อัตราป่วย หรือร้อยละของการเกิดปัญหา จากนั้นนำมาพิจารณาให้คะแนนตามเกณฑ์ต่อไปนี้

| ร้อยละผู้ป่วย          | คะแนน |
|------------------------|-------|
| ไม่มีเลย               | 0     |
| มากกว่าร้อยละ 0 ถึง 25 | 1     |
| 26 ถึง 50              | 2     |
| 51 ถึง 75              | 3     |
| 75 ถึง 100             | 4     |

- 2) ความรุนแรงของปัญหา (Severity of problem) โดยพิจารณาถึงอัตราตายหรือความทุพพลภาพจากโรคหรือปัญหานั้น ซึ่งทำให้เกิดผลเสียแก่ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ มากน้อย อย่างไรบ้าง แล้วนำมาคิดเป็นร้อยละของประชากรที่ได้รับผลกระทบจากปัญหา จากนั้นนำมาพิจารณาให้คะแนนตามเกณฑ์ต่อไปนี้



| ความรุนแรงของปัญหา     | คะแนน |
|------------------------|-------|
| ไม่มีเลย               | 0     |
| มากกว่าร้อยละ 0 ถึง 25 | 1     |
| 26 ถึง 50              | 2     |
| 51 ถึง 75              | 3     |
| 76 ถึง 100             | 4     |

**2.12 องค์ประกอบด้านความยากง่ายในการจัดโปรแกรมแก้ปัญหา** ( Case of management หรือ Feasibility) โดยพิจารณาว่าการดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว จะทำได้หรือไม่ โดยคำนึงถึงประเด็นต่อไปนี้

- 1) **วิชาการ** มีความรู้ความก้าวหน้าด้านวิชาการ สามารถแก้ปัญหาได้หรือไม่ และมีเพียงพอหรือไม่ เช่น การใช้วัคซีนป้องกันโรคเอดส์ ยังไม่มีความก้าวหน้าด้านวิชาการในเรื่องนี้ ก็จะดำเนินการได้ยาก หรือ โรคบางอย่างสามารถป้องกันได้ด้วยการให้วัคซีน เช่น โปлио คอตีบ ไอกรน และบาดทะยัก ก็จะดำเนินการได้ง่าย ทั้งนี้ สามารถขอความช่วยเหลือทางวิชาการจากหน่วยงานอื่นๆ ได้เช่นกัน
- 2) **การบริหาร** มีชุมพลเพียงพอที่จะแก้ไขปัญหหรือไม่ ทั้งด้านวัสดุ อุปกรณ์ และกำลังคน รวมทั้งนโยบายของรัฐบาล
- 3) **ระยะเวลา** มีเวลาเพียงพอที่จะแก้ไขปัญหานั้น ๆ หรือไม่
- 4) **กฎหมาย** พิจารณาว่าวิธีการแก้ปัญหานั้นจะขัดกับกฎหมายหรือไม่
- 5) **ศีลธรรม** พิจารณาว่าวิธีการแก้ปัญหานั้นจะขัดกับศีลธรรมจรรยาหรือไม่

จากนั้นนำมาพิจารณาให้คะแนนตามเกณฑ์ต่อไปนี้

| การแก้ปัญหา      | คะแนน |
|------------------|-------|
| ไม่มีทางทำได้เลย | 0     |
| ยากมาก           | 1     |
| ยาก              | 2     |
| ง่าย             | 3     |
| ง่ายมาก          | 4     |

**2.13 ความวิตกกังวลต่อปัญหาของชุมชน** (Community concern) หรือความร่วมมือ โดยพิจารณาว่าประชาชนในชุมชนเห็นว่าปัญหาที่เกิดขึ้นมีความสำคัญหรือไม่ มีความวิตกกังวลหรือต้องการแก้ไขและพร้อมที่จะให้ความร่วมมือ หรือสามารถชักจูงให้ประชาชนมีส่วนร่วมได้มากน้อย อย่างไร ซึ่งในการประเมินความร่วมมือของชุมชน อาจได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ หรือใช้แบบสอบถามประชาชนในชุมชน จากนั้นนำข้อมูลมาประชุมกลุ่มผู้นำและประชาชน เพื่อขอความคิดเห็นของชุมชนต่อปัญหานั้นๆ และพิจารณาให้คะแนนตามเกณฑ์ต่อไปนี้

| ความวิตกกังวลต่อปัญหาของชุมชน | คะแนน |
|-------------------------------|-------|
| ไม่วิตกกังวลเลย               | 0     |
| ร้อยละ 0 ถึง 25               | 1     |
| 26 ถึง 50                     | 2     |
| 51 ถึง 75                     | 3     |
| 76 ถึง 100                    | 4     |

เมื่อพิจารณาให้คะแนนในแต่ละองค์ประกอบแล้ว นำมาสรุปลงในตารางจัดลำดับความสำคัญของปัญหา เพื่อรวมคะแนนจากองค์ประกอบทั้งสาม ซึ่งอาจทำได้โดยวิธีการบวกและวิธีการคูณ แต่การบวกจะมองเห็นคะแนนความแตกต่างของแต่ละปัญหาได้น้อย เนื่องจากความกว้างของคะแนนแคบ จึงนิยมวิธีการคูณมากกว่า นอกจากนี้การพิจารณาน้ำหนักคะแนนไม่ควรเป็น 0 มิฉะนั้นแล้วเมื่อนำคะแนนมาคูณกันจะได้ค่าเป็น 0 ด้วย และปัญหาที่คะแนนเท่ากันอาจแก้ไขไปพร้อมกันหรือนำมาพิจารณากันอย่างละเอียดอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งอาจแสดงโดยวิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของภาควิชาบริหารสาธารณสุข ได้ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของภาควิชาบริหารสาธารณสุข

| ปัญหา   | คะแนนขององค์ประกอบ |                    |                       |                  | คะแนนรวม |         | ลำดับ |
|---|--------------------|--------------------|-----------------------|------------------|----------|---------|-------|
|   | ขนาดของปัญหา       | ความรุนแรงของปัญหา | ความยากง่ายในการแก้ไข | ความวิตกของชุมชน | วิธีบวก  | วิธีคูณ |       |
| 1. มารดาไม่ฝากครรภ์ ร้อยละ 68.3                           | 3                  | 3                  | 2                     | 1                | 9        | 18      | 4     |
| 2. เด็กวัยเรียนเป็นโรคพยาธิปากขอ ร้อยละ 72                | 3                  | 3                  | 3                     | 2                | 11       | 54      | 2     |
| 3. หญิงวัยเจริญพันธุ์ไม่คุมกำเนิด ร้อยละ 68.3             | 3                  | 2                  | 1                     | 1                | 7        | 6       | 5     |
| 4. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ไม่ได้รับนมคุ้มกันโรค ร้อยละ 80.1 | 4                  | 4                  | 4                     | 2                | 14       | 64      | 1     |
| 5. ครอบครัวไม่มีส้วมใช้ ร้อยละ 76.4                       | 4                  | 2                  | 2                     | 2                | 10       | 32      | 3     |

ทั้งนี้ ในทางปฏิบัติการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาจะต้องทำร่วมกับชุมชน โดยมีการพิจารณาให้คะแนน ในแต่ละองค์ประกอบร่วมกับผู้นำชุมชนและผู้เกี่ยวข้องที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งจะต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การให้คะแนนอย่างชัดเจนก่อน จากนั้นนำข้อสรุปที่ได้ในตารางสรุปการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาไปใช้ในการประชุมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาร่วมกับประชาชนในชุมชนที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งนี้รวมทั้งผู้นำชุมชน ประชาชนกลุ่มที่มีปัญหาหรือได้รับผลกระทบจากปัญหา หรือสุ่มเลือกหลังคาเรือนละ 1 คน เพื่อเป็นตัวแทนในการแสดงความคิดเห็นเฉพาะองค์ประกอบที่ 3 ด้านความวิตกกังวลของชุมชน (การให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา) โดยทำความเข้าใจเกี่ยวกับเกณฑ์การให้คะแนนในองค์ประกอบดังกล่าวอย่างชัดเจนก่อนเช่นกัน และนำเสนอข้อสรุปจากการประชุมกลุ่มผู้นำ/ผู้เกี่ยวข้องที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ในองค์ประกอบอื่นๆ พร้อมกับความเป็นมาพอสังเขปก่อนดำเนินการประชุม เมื่อได้คะแนนในแต่ละองค์ประกอบครบถ้วนแล้ว จึงดำเนินการตามขั้นตอนที่กล่าวมาแล้ว เพื่อสรุปเป็นการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของชุมชน

## 2.2 การจัดลำดับความสำคัญโดยกำหนดหลักเกณฑ์และให้น้ำหนักคะแนน

โดยเริ่มต้นจากการกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือก และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาขึ้นมาก่อน ทั้งนี้ทีมงานสาธารณสุขจะต้องร่วมกันสร้างหลักเกณฑ์เบื้องต้นที่ทีมงานยอมรับและเป็นสากล จากนั้นจึงกำหนดน้ำหนักคะแนนในหลักเกณฑ์แต่ละข้อ นำไปพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของแต่ละปัญหาอีกชั้นหนึ่ง โดยมีรายละเอียดแต่ละขั้นตอน ดังนี้ (กองสาธารณสุขภูมิภาคกระทรวงสาธารณสุข , 2542 )

### 2.2.1 ขั้นตอนแรก กำหนดหลักเกณฑ์พื้นฐาน

โดยมีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- 1) **ขนาดของกลุ่มคนที่ถูกกระทบจากปัญหา** หมายถึง ขนาดของประชากรในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหานั้นๆ ยิ่งมีกลุ่มคนที่ถูกกระทบเป็นจำนวนมากเท่าใด ความสำคัญของปัญหานั้นๆ ก็ยิ่งมีมากขึ้น หลักเกณฑ์ข้อนี้ จะเป็นหลักเกณฑ์ที่สำคัญในการช่วยการตัดสินใจที่ชัดเจน
- 2) **ความร้ายแรงและความเร่งด่วนของปัญหา** หมายถึง ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่มีความเร่งด่วนที่จะต้องแก้ไข หากปล่อยไว้จากก่อให้เกิดผลเสียหายร้ายแรงยิ่งขึ้น เป็นที่น่าสังเกตว่าปัญหาบางปัญหานั้น แม้จะเป็นปัญหาจริง แต่ความเร่งด่วนอาจไม่มากนัก หากรอไว้ได้ระยะหนึ่งก็อาจไม่เกิดความเสียหายมากนัก ตัวอย่างเช่น ปัญหาการเกิดโรคหวัดระบาดขึ้นในหมู่บ้าน จะมีความเร่งด่วนต้องแก้ไขน้อยกว่าการมีโรคอุจจาระร่วงระบาดในหมู่บ้าน เป็นต้น
- 3) **ความเสียหายในอนาคต** หมายถึง ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้อย่างแน่นอนว่า จะก่อให้เกิดผลเสียต่อการพัฒนาในอนาคต เช่น ปัญหาเด็กในชุมชนส่วนใหญ่เป็นโรคขาดสารอาหาร ผลที่จะเกิดขึ้นต่อไปก็คือ การขาดกำลังคนวัยทำงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะกระทบต่อการพัฒนาชุมชนในระยะยาว
- 4) **หลักความเสมอภาค** เป็นข้อคำนึงทางสังคมข้อหนึ่งสำหรับในพื้นที่ที่มีระดับการพัฒนาสูง ถือว่าเป็นหลักเกณฑ์ที่สำคัญมาก ความหมายในข้อนี้ก็คือ ปัญหาใดที่จะนำไปสู่ความไม่เสมอภาคระหว่างชุมชนแล้ว ควรถูกจัดให้อยู่ในลำดับความสำคัญสูง เพราะหากปล่อยปัญหานั้นทิ้งไว้จากก่อให้เกิดการกระทบกระทั่งกันระหว่างชุมชนด้วยตนเอง หรืออาจก่อให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อทางราชการได้ ตัวอย่างเช่น หมู่บ้านติดกัน 2 หมู่บ้านในจังหวัดทางภาคใต้ หมู่บ้านที่เป็นชาวไทยพุทธ

มีถนนติดต่อไปอำเภออยู่ในสภาพดีทุกฤดูกาล แต่ถนนในหมู่บ้านชาวไทยมุสลิมเป็นเพียงทางเกวียนซึ่งใช้ได้เฉพาะฤดูแล้งเท่านั้น ปัญหาการขาดถนนติดต่อกับอำเภอในหมู่บ้านชาวไทยมุสลิม หากปล่อยทิ้งไว้ อาจก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจแก่ชาวไทยมุสลิมได้ อย่างไรก็ตามหลักการข้อนี้ค่อนข้างจะเป็นนามธรรม ซึ่งยากแก่การตีความให้ตรงกัน ฉะนั้น หากนำมาเป็นหลักเกณฑ์ข้อหนึ่งแล้ว เมื่อถึงเวลาให้คะแนน จะยุ่งยากมาก จึงควรระวังในการนำหลักเกณฑ์ข้อนี้มาใช้

- 5) การยอมรับในปัญหาาร่วมกันของชุมชน (ความต้องการของประชาชน) หากประชาชนในชุมชนส่วนใหญ่มีความเห็นพ้องต้องกัน และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน ก็ถือว่าเป็นปัญหาที่มีความเด่นชัด แต่ในทางตรงกันข้าม หากประชาชนในชุมชนไม่เห็นความสำคัญของปัญหา ไม่ยอมรับว่าเป็นปัญหา ก็ยากที่การแก้ไขปัญหานั้นจะสำเร็จลุล่วงไปได้

หลักเกณฑ์การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่กล่าวมา เป็นหลักเกณฑ์เบื้องต้นในทางปฏิบัติอาจมีหลักเกณฑ์ข้ออื่นๆ ที่ได้จากประสบการณ์การทำงานด้านแผนอีกหลายข้อ แล้วแต่สภาพของปัญหา ภูมิประเทศ เหตุการณ์ เวลาและประสบการณ์ ซึ่งแตกต่างกันไป ทำนองเดียวกันหลักเกณฑ์บางข้อที่กล่าวอาจใช้ไม่ได้กับบางปัญหาก็ได้ จึงจะต้องพิจารณาเลือกใช้ให้เหมาะสม

**2.2.2 ขั้นตอนที่ 2 การให้น้ำหนักหลักเกณฑ์แต่ละข้อ** โดยพิจารณาเปรียบเทียบหลักเกณฑ์ที่กำหนดขึ้นทั้งหมดว่า ข้อไหนมีความสำคัญมากน้อยลดหลั่นกันอย่างไร แล้วจึงนำไปให้คะแนนในแต่ละปัญหาอีกครั้งหนึ่ง โดยมีน้ำหนักความสำคัญของหลักเกณฑ์ดังนี้

| น้ำหนักความสำคัญของหลักเกณฑ์ | น้ำหนักคะแนน |
|------------------------------|--------------|
| สูง                          | 5            |
| สูงปานกลาง                   | 4            |
| ปานกลาง                      | 3            |
| ต่ำปานกลาง                   | 2            |
| ต่ำ                          | 1            |

**2.2.3 ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาทุกปัญหาพร้อมๆ กัน ว่ามีส่วนสัมพันธ์กับหลักเกณฑ์แต่ละตัวอย่างไร** ระดับไหน โดยการให้คะแนนตัวปัญหา จะพิจารณาว่าปัญหานั้นๆ มีความสัมพันธ์กับหลักเกณฑ์ที่ตั้งไว้สูงหรือต่ำอย่างไร แล้วพิจารณาให้คะแนน ดังนี้

| น้ำหนักความสำคัญของปัญหากับหลักเกณฑ์ | คะแนน |
|--------------------------------------|-------|
| ความล้มพันธ์สูงมาก                   | 5     |
| ความล้มพันธ์สูง                      | 4     |
| ความล้มพันธ์ปานกลาง                  | 3     |
| ความล้มพันธ์ต่ำ                      | 2     |
| ไม่มีความล้มพันธ์                    | 0     |

ทั้งนี้เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น ขอเสนอกรณีตัวอย่าง ผลงานการรวบรวมและวิเคราะห์ ข้อมูลในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง พบว่ามีปัญหาขาดแคลนน้ำดื่มที่สะอาด ปัญหาเด็กขาดอาหารและปัญหาท้องร่วงระบาด จัดลำดับความสำคัญควรดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดหลักเกณฑ์ โดยทีมงานสาธารณสุขได้ตกลงร่วมกันเลือกหลักเกณฑ์ 4 ข้อที่จะใช้ในการจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนของปัญหา คือ

- ขนาดของกลุ่มคนที่ถูกระทบ
- ความร้ายแรงและเร่งด่วน
- ความเสียหายในระยะยาว และ
- ศักยภาพของชุมชนในการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 ให้คะแนนหลักเกณฑ์แต่ละตัว โดยเปรียบเทียบกันเองมีข้อพิจารณา ดังนี้

- ความร้ายแรงและเร่งด่วน ถือว่ามีความสำคัญสูงสุด จึงกำหนดให้ 5 คะแนน
- ขนาดของกลุ่มคนที่ถูกระทบ สำหรับพื้นที่นี้ถือว่ามีความสำคัญสูง จึงให้ 4 คะแนน
- ความเสียหายในระยะยาว ถือว่ามีความสำคัญมากกว่าขนาดกลุ่มคนที่ถูกระทบ จึงกำหนดให้ 5 คะแนน
- ศักยภาพของชุมชนในการแก้ปัญหา จัดให้มีความสำคัญต่ำกว่าข้ออื่นๆ แต่ก็มีผลสำคัญในระดับสูง จึงกำหนดให้มีคะแนนเป็น 3

ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาทุกปัญหาพร้อมๆ กัน ว่ามีส่วนสัมพันธ์กับหลักเกณฑ์แต่ละตัวอย่างไร ระดับไหน เพื่อให้คะแนน ในลักษณะสัมพันธ์ เช่น ในหลักเกณฑ์ข้อ “ความร้ายแรงเร่งด่วน” เมื่อพิจารณาทั้ง 3 ปัญหา จะเห็นได้ว่า ปัญหาท้องร่วงระบาดมีความร้ายแรงเร่งด่วนสูงสุด เพราะผู้ป่วยมีโอกาสเป็นอันตรายถึงเสียชีวิตได้ในระยะเวลาสั้น จึงให้คะแนน 5 ส่วนปัญหาเด็กขาดสารอาหารและปัญหาขาดน้ำดื่มที่สะอาด มีความร้ายแรงเร่งด่วนในระดับรองลงมาใกล้เคียงกัน เพราะเป็นสภาพที่ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย แต่ไม่มีความเร่งด่วนมาก จึงให้คะแนน 4 เท่ากัน ใช้การพิจารณาลักษณะนี้ในเกณฑ์แต่ละข้อจนให้คะแนนครบ แล้วนำคะแนนที่ได้แต่ละข้อไปคูณกับน้ำหนัก เพื่อให้ได้น้ำหนักคะแนนในเกณฑ์แต่ละข้อ แล้วรวมผลน้ำหนักคะแนนจากเกณฑ์ทุกข้อ เป็นคะแนนรวมของปัญหา

จากนั้นจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยพิจารณาจากคะแนนรวมที่ได้ โดยที่ปัญหาที่มีคะแนนรวมมาก จัดให้มีระดับความสำคัญสูง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยวิธีหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับหลักเกณฑ์

| หลักเกณฑ์<br>ปัญหา         | ความร้ายแรง<br>และเร่งด่วน<br>(น้ำหนัก = 5) |                         | ขนาดของกลุ่มคน<br>ที่ถูกรกระทบ<br>(น้ำหนัก = 4) |                         | ความเสียหาย<br>ในระยะยาว<br>(น้ำหนัก = 5) |                         | ศักยภาพของ<br>ชุมชน<br>(น้ำหนัก = 3) |                         | รวม<br>คะแนน | ลำดับ<br>ความ<br>สำคัญ |
|----------------------------|---|-------------------------|---|-------------------------|---|-------------------------|--------------------------------------|-------------------------|--------------|------------------------|
|                            | คะแนน                                       | คะแนนที่<br>ถ่วงน้ำหนัก | คะแนน   | คะแนนที่<br>ถ่วงน้ำหนัก | คะแนน                                     | คะแนนที่<br>ถ่วงน้ำหนัก | คะแนน                                | คะแนนที่<br>ถ่วงน้ำหนัก |              |                        |
| ขาดแคลนน้ำ<br>ดื่มที่สะอาด | 4   | $(4 \times 5)$<br>= 20  | 5   | $(5 \times 4)$<br>= 20  | 4   | $(4 \times 5)$<br>= 20  | 2                                    | $(2 \times 3)$<br>= 6   | 69           | 3                      |
| เด็ก<br>ขาดอาหาร           | 4   | $(4 \times 5)$<br>= 20  | 4   | $(4 \times 4)$<br>= 16  | 5   | $(5 \times 5)$<br>= 25  | 4                                    | $(4 \times 3)$<br>= 12  | 73           | 1                      |
| ท้องร่วง<br>ระบาด          | 5   | $(5 \times 5)$<br>= 25  | 4   | $(4 \times 4)$<br>= 16  | 4   | $(4 \times 5)$<br>= 20  | 3                                    | $(3 \times 3)$<br>= 9   | 70           | 2                      |

ที่มา : กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข , 2542

### 2.3 วิธีของ 5D

สามารถใช้ในการระบุปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยใช้หลักการทางระบาดวิทยา เกณฑ์ในการพิจารณา ได้แก่

2.3.1 *Death* ได้แก่ จำนวนประชากรที่ตายจากปัญหา หรืออัตราการตาย (Mortality Rate) ที่เกิดขึ้นในชุมชน

2.3.2 *Disability* ได้แก่ จำนวนประชากรที่พิการจากปัญหา หรือปัญหานั้นมีแนวโน้มที่ก่อให้เกิดความพิการกับประชากรในชุมชนได้มากน้อยเพียงไร

2.3.3 *Disease* ได้แก่ จำนวนประชากรที่ป่วยด้วยโรคจากปัญหา หรืออัตราป่วย (Morality Rate) ที่เกิดขึ้นในชุมชน

2.3.4 *Discomfort* ได้แก่ ความรู้สึกไม่สุขสบายของประชาชนในชุมชน และการตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน

2.3.5 *Dissatisfaction* ได้แก่ ความรู้สึกไม่พึงพอใจของประชาชนในชุมชนต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และต้องการที่จะแก้ปัญหา

จากนั้นจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยกำหนดน้ำหนักคะแนนเป็น 3 2 1 ตามขนาดของปัญหา หรือ ความคิดเห็นด้วย มาก ปานกลาง น้อย ตามลำดับ จากนั้นพิจารณาจากคะแนนรวมที่ได้ โดยที่ปัญหาที่มีคะแนนรวมมาก จัดให้มีระดับความสำคัญสูง

## 3

## การวางแผนแก้ปัญหาอนามัยชุมชน

## การวางแผนแก้ปัญหาอนามัยชุมชน ( Community Planning )

การวางแผน( Planning ) เป็นขั้นตอนการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพของชุมชนตามสภาพปัญหาและความต้องการที่ประเมินและวินิจฉัยได้ ซึ่งกระบวนการวางแผนจะต้องผ่านขั้นตอนในกระบวนการจัดทำแผนดังต่อไปนี้มาแล้ว ( นิรัตน์ อิมามิ , 2540 ) คือ

การวินิจฉัยและการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข

การคัดกรองปัญหา

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

การกำหนดเป้าประสงค์และเป้าหมาย

การกำหนดกลวิธี หรือแนวทางในการดำเนินงาน

การกำหนดทรัพยากรสำคัญที่จำเป็นต้องใช้

การกำหนดแนวทางการประเมินผลแผน/โครงการ

การวางแผนเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของชุมชน จึงเป็นการกำหนดกิจกรรมหรือบริการเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรทางด้านสาธารณสุขให้เกิดประสิทธิภาพมากที่สุด โดยมีความมุ่งหวังจะทำให้คนในชุมชนมีการพัฒนาสุขภาพอนามัยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่ดีขึ้น



โดยที่การวางแผนสามารถแบ่งได้หลายประเภท คือ

- ♥ **ประเภทของแผนแบ่งตามเวลา** เป็นแผนที่อาศัยเวลาดำเนินงานเป็นตัวกำหนด ดังนี้
  - แผนระยะยาว ได้แก่ แผนที่มีระยะดำเนินการตั้งแต่ 5–10 ปี ขึ้นไป เป็นนโยบายหรือหลักการที่กำหนดขึ้น มีนโยบายและทิศทางการแก้ปัญหาอย่างกว้างๆ เพื่อถือเป็นแนวทางในการควบคุมการกระทำ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
  - แผนระยะปานกลาง ได้แก่ แผนซึ่งมีระยะดำเนินงานอยู่ระหว่าง 2–5 ปี เป็นแผนที่อาศัยกรอบเค้าโครง จากแผนระยะยาว เช่นแผนระดับกระทรวง
  - แผนระยะสั้น ได้แก่แผนที่มีระยะเวลาดำเนินงานอยู่ระหว่าง 2 ปีลงไป เป็นแผนที่อาศัยกรอบเค้าโครงจากแผนระยะปานกลาง รวมทั้งแผนที่กำหนดกิจกรรมเพียงครั้งเดียวเพื่อแก้ปัญหา เช่น แผนระดับท้องถิ่น
- ♥ **ประเภทของแผนแบ่งโดยอาศัยการกระทำเป็นหลัก** เป็นแผนซึ่งใช้การกระทำเป็นตัวกำหนด ได้แก่
  - แผนเพื่อการกระทำซ้ำหรือแผนถาวร
  - แผนเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ซ้ำซ้อน หรือแผนเพื่อใช้ครั้งเดียว
- ♥ **ประเภทของแผนแบ่งตามพื้นที่** เป็นแผนที่กำหนดขึ้นโดยยึดพื้นที่เป็นหลัก แบ่งเป็นชนิดต่างๆ ดังนี้
  - แผนชาติ เป็นการวางแผนในลักษณะกำหนดเป็นแนวทาง หรือนโยบาย
  - แผนภาค เป็นการวางแผนในลักษณะของการมุ่งเน้นการปฏิบัติโดยยึดนโยบายเป็นกรอบ
  - แผนพื้นที่ เป็นการวางแผนในลักษณะของแผนงานหรือโครงการ โดยเน้นการแก้ไขปัญหา
- ♥ **ประเภทของแผนแบ่งตามลายลักษณ์อักษร** เช่น
  - แผนที่มีลายลักษณ์อักษร
  - แผนที่ไม่มีลายลักษณ์อักษร เช่น แผนประจำวัน

ทั้งนี้เพื่อให้ได้มาซึ่ง แผนงาน/โครงการดูแลภาวะสุขภาพชุมชนที่เหมาะสม และสอดคล้องกับกรอบแนวคิดด้านการป้องกันโรค ตามกระบวนการธรรมชาติของการเกิดโรคทั้ง 3 ชั้น คือ การป้องกันขั้นปฐมภูมิ การป้องกันขั้นทุติยภูมิ และการป้องกันขั้นตติยภูมิ ตั้งแต่ก่อนเกิดจนถึงตาย ตลอดจนวางแผนการดูแลในแต่ละระดับของสถานะสุขภาพ ตั้งแต่ระดับสมรรถนะเสี่ยง ไม่แสดงอาการเจ็บป่วย เจ็บป่วย พิการ และตาย ซึ่งในหัวข้อการวินิจฉัยและการวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุข การคัดกรอง

ปัญหา และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหานั้น ได้นำเสนอไปในเรื่องการประเมินชุมชน และการวินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชนแล้ว ทั้งนี้การดำเนินงานใน 3 ขั้นตอนดังกล่าว จะช่วยให้การเขียนหลักการและเหตุผลในการจัดทำแผน ตลอดจนการกำหนดเป้าประสงค์และเป้าหมายด้านสาธารณสุขของแผนชัดเจนขึ้น สำหรับในหัวข้อนี้จะนำเสนอการวางแผนงาน/โครงการ เฉพาะในเรื่องต่อไปนี้ คือ

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา

การกำหนดเป้าประสงค์และเป้าหมาย

การกำหนดทรัพยากรสำคัญที่จำเป็นต้องใช้

การกำหนดกลวิธี หรือแนวทางในการดำเนินงาน

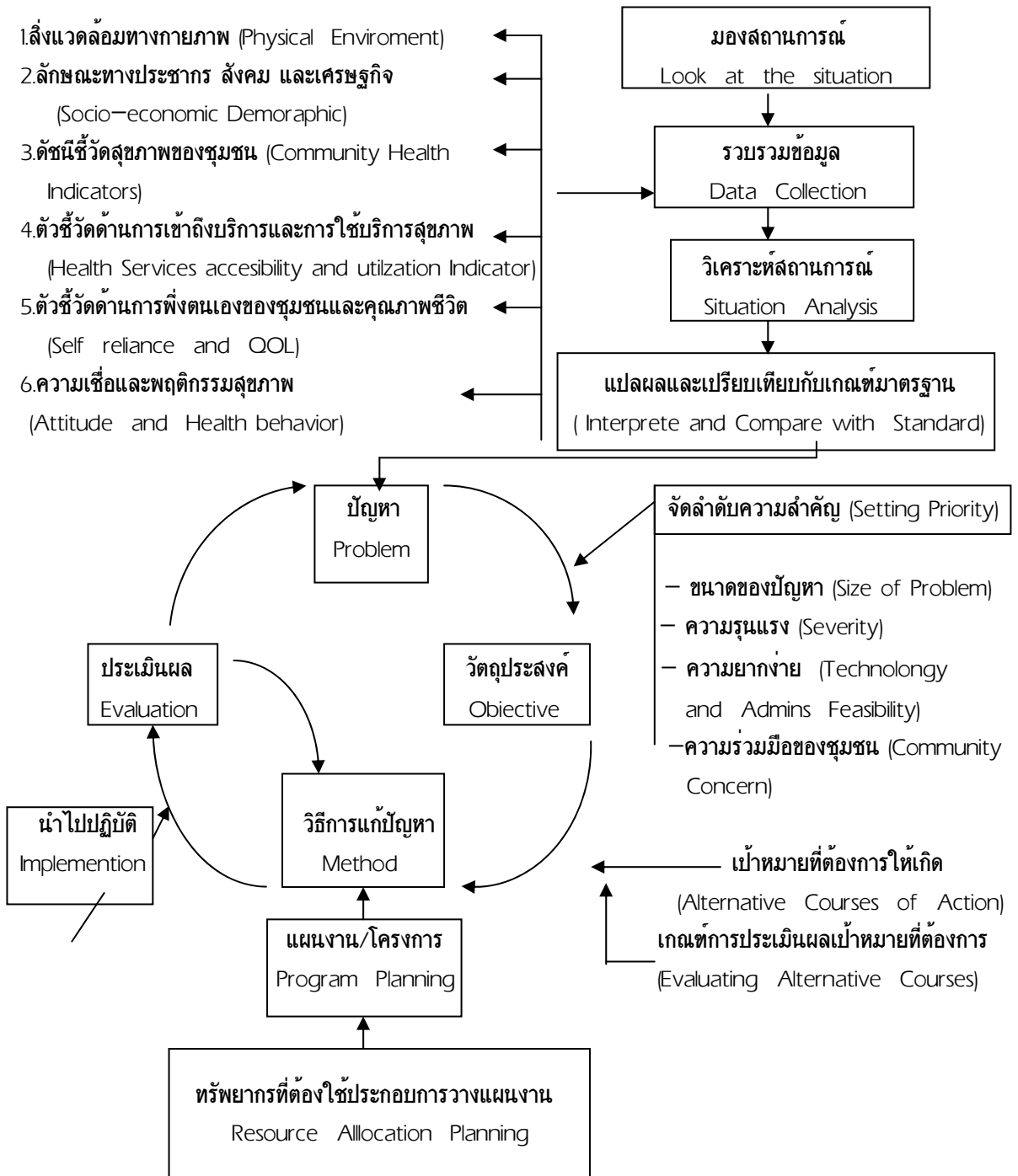
การกำหนดแนวทางการประเมินผลแผน/โครงการ

การเขียนแผนงานหลัก

การเขียนแผนงานย่อย

การเขียนโครงการ

ซึ่งอาจสรุปขั้นตอนการวางแผน/โครงการ ได้ดังภาพที่ 11



ภาพที่ 11 ขั้นตอนการวางแผนแก้ไขปัญหাসาธารณสุข (Steps of Public Health Planning)  
 ที่มา : ดัดแปลงจาก ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
 ,2539 และ นิรัตน์ อิมามิ ,2540

## 1. การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา (Problem Analysis)

ในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อวางแผนควบคุมและป้องกันโรค ตลอดจนการดำเนินงาน เพื่อควบคุมและป้องกันโรคซึ่งเป็นปัญหาสาธารณสุขของชุมชนใด ๆ ก็ตาม การวิเคราะห์ปัญหาเพื่อหา สาเหตุของการเกิดโรคและปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการเกิดโรค และการแพร่กระจายของโรคเพิ่มขึ้นในชุมชน นับเป็นหัวใจสำคัญเบื้องต้นที่จะนำไปสู่ความสำเร็จ และทำให้การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค บรรลุเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาดัง ตรงตามสาเหตุ ทำให้สามารถประหยัดทรัพยากรต่างๆ ได้ เมื่อเปรียบเทียบกับ การแก้ปัญหาที่ขาด การวิเคราะห์สาเหตุ ซึ่งทำให้ต้องดำเนินการให้ครอบคลุมสาเหตุที่อาจจะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย อันเป็นการสิ้นเปลืองทรัพยากรที่มีจำกัด นอกจากนี้ การวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยส่งเสริมของ ปัญหาสาธารณสุข ยังอาจนำมาใช้ประกอบการพิจารณาในการตั้งวัตถุประสงค์เฉพาะว่า ขนาดของ ปัญหาหรืออัตราการเกิดโรคที่เป็นปัญหานั้นจะสามารถลดลงได้มากน้อยเพียงใดอีกด้วย ซึ่งการวิเคราะห์ สาเหตุของปัญหา อาจทำได้ 2 แนวทาง คือ ( มันทนา ประทีประเสน , 2539 และ นีรัตน์ อิมามิ , 2540 )

### 1.1 การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยวิธีการทางระบาดวิทยา

การเกิดปัญหาสาธารณสุขนั้น สามารถเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ หรือหลาย ปัจจัยด้วยกันหรือจะเรียกว่า multifactorial causation นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในปัจจัยหนึ่ง ยังอาจส่งผลไปถึงอีกปัจจัยหนึ่งในองค์ประกอบเดียวกันหรือต่างองค์ประกอบให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ไปด้วย และมีผลกระทบทำให้เพิ่มโอกาสในการเกิดโรคมายิ่งขึ้นไป ดังนั้นในการวิเคราะห์สาเหตุ ของโรค ที่ปัญหาสาธารณสุข นอกจากข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ของ **มนุษย์ เชื้อโรค** และ **สิ่งแวดล้อม** แล้ว จะต้องเข้าใจถึงลักษณะของการเกิดโรคด้วยว่า ในชุมชนผู้ป่วยที่ได้จากรายงาน ของสถานบริการของรัฐนั้นอาจไม่ครอบคลุมถึงผู้ป่วยทั้งหมดของชุมชน การค้นหาผู้ป่วย และ ลักษณะชุมชนที่แตกต่างกันมักจะมีปัจจัยทั้ง 3 แตกต่างกันไปเสมอ ดังนั้นการป้องกันโรคให้ เกิด ผลสำเร็จ จึงจำเป็นต้องสืบหาสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตของปัจจัยทั้ง 3 ให้ได้ เสียก่อน เพราะการพบสาเหตุหรือปัจจัยที่ชัดเจนแน่นอนจะทำให้สามารถวางแผนมาตรการหรือดำเนิน กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาได้ตรงตามสาเหตุ และมีโอกาสประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามลักษณะของ multifactorial causation ของโรค หรือปัญหานั้น อาจจะหรือมักจะนำไปสู่ผลคือการค้นพบว่า สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคในชุมชนแห่งหนึ่งนั้น อาจมีมากกว่า 1 ปัจจัย เพราะฉะนั้นในการวิเคราะห์ปัญหาจึงมีจุดมุ่งหมายที่จะแยกแยะให้ได้ว่า ในชุมชนนั้นปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคน้อยแค่นั้น เพื่อทำให้สามารถจัดลำดับ ความสำคัญของมาตรการในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมและป้องกันการเกิดโรคได้มากที่สุด และ เปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ (outcome) ของโรคให้ได้ดีที่สุด โดยมีขั้นตอนในการวิเคราะห์ปัญหา ดังนี้

### 1.1.1 ศึกษาทบทวนธรรมชาติของการเกิดโรคที่เป็นปัญหาโดยละเอียด

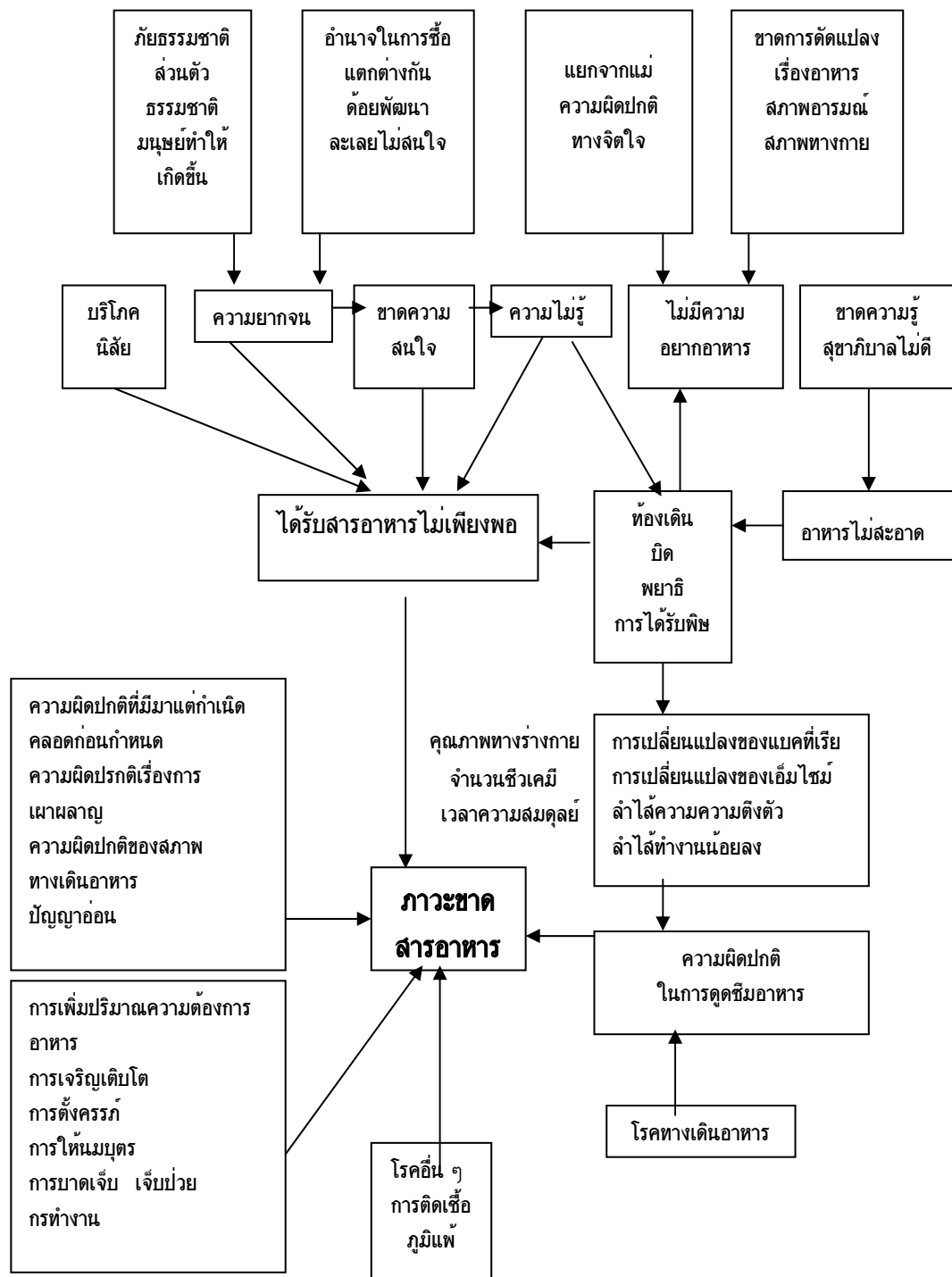
ปัจจัยต่างๆ ทั้งทางด้านของ มนุษย์ เชื้อโรค และสิ่งแวดล้อมของโรคนั้นประกอบด้วยอะไรบ้าง ระยะฟักตัวของโรค วิธีการติดต่อของโรค ลักษณะการแสดงออกของโรคในระยะเวลา pathogenetic stage แต่ละขั้นตอน ตลอดจนการดำเนินของโรคว่าจะเป็นไปได้ในทางใดและมาตรการที่ใช้ในการควบคุมป้องกันโรค ซึ่งขั้นตอนนี้ได้ทำมาตั้งแต่ในระยะแรกของการวินิจฉัยปัญหาสาธารณสุขแล้ว อย่างไรก็ตามในขั้นแรกของการวิเคราะห์ปัญหานั้น การทบทวนและทำความเข้าใจเพิ่มเติมเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหา และลักษณะของข้อมูล ตลอดจนวิธีการที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปัญหาในขั้นต่อไป ซึ่งองค์ประกอบของปัจจัยในการเกิดโรค และการดำเนินการของโรคที่แท้จริงในระยะนั้น อาจต้องมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเพื่อค้นหาผู้ป่วยที่ไม่ไปรับการรักษาจากสถานบริการของรัฐ เพราะผู้ป่วยที่มีรายงานจะไปรวมอยู่ในกลุ่มผู้ไม่เป็นโรค ทำให้เกิดความผิดพลาดในการวิเคราะห์สาเหตุได้

### 1.1.2 สร้างโยงใยแห่งเหตุของปัญหา (web of causation)

จากปัจจัยทางทฤษฎีที่ได้ทบทวนธรรมชาติของการเกิดโรค (Theoretical web of causation) ดังที่ได้กล่าวมาแล้วว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคของทั้งมนุษย์ เชื้อโรคล้างแวดล้อม อาจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน และอาจนำมาเขียนโยงใยความสัมพันธ์ภาวะขาดสารอาหารในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในชุมชน ตามธรรมชาติของการเกิดโรคได้ว่า ปัจจัยของสิ่งแวดล้อมทางด้านฐานะเศรษฐกิจที่ต่ำ นอกจากจะส่งผลให้เกิดการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอแล้ว ยังส่งผลให้เกิดการขาดการศึกษาอันนำมาซึ่งพฤติกรรมอนามัยที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดการติดต่อโดยตรงทางระบบทางเดินอาหารอยู่เสมอ จะเห็นได้ว่าการเกิดโรคมักจะเป็น multifactorial causation ซึ่งมีผลต่อการเกิดโรคและเขียนเป็นโยงใยแห่งความสัมพันธ์ของสาเหตุตามที่ควรจะเป็นทางทฤษฎี (Theoretical web of causation) ได้โดยอาศัยหลักการของทฤษฎีแห่งความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผล คือ

- 1) เหตุจะต้องเกิดก่อนผล
- 2) การเป็นเหตุและผลนั้นจะต้องมีความเป็นไปได้ตามหลักวิทยาศาสตร์
- 3) ความจำเพาะของเหตุที่ทำให้เกิดผลเสีย ถ้าปัจจัยหนึ่งทำให้เกิดผลเพียงโรคเดียว จะมีน้ำหนักในการเป็นสาเหตุมากกว่าการเกิดโรคหลายๆ โรค
- 4) ปัจจัยที่มีค่าของอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์สูงก็ยิ่งมีโอกาสจะเป็นสาเหตุได้มากขึ้น
- 5) ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงมาก ก็ยิ่งพบว่ามีโรคเกิดโรคมาก และปัจจัยเสี่ยงน้อยก็พบว่ามีโรคเกิดโรคน้อย ปัจจัยนั้นก็ยิ่งมีโอกาสจะเป็นสาเหตุของโรคได้มากขึ้น
- 6) ถ้าการศึกษาโดยวิธีต่างๆ แสดงว่าปัจจัยนั้นสัมพันธ์กับการเกิดโรคเหมือนกัน ปัจจัยนั้นก็ยิ่งมีโอกาสเป็นสาเหตุของโรคได้มากขึ้น

ซึ่งอาจแสดงโยงใยแห่งความสัมพันธ์ของสาเหตุตามทฤษฎี ได้ดังภาพที่ 12



ภาพที่ 12 โยงใยสาเหตุของภาวะขาดสารอาหารตามทฤษฎี ( Theoretical Web of Causation )  
 ที่มา : ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล , 2537

อย่างไรก็ตาม ควรระลึกไว้ด้วยว่าการศึกษาทางทฤษฎีนั้น จะครอบคลุมทุกปัจจัย ซึ่งเกิดขึ้นได้กับทุกกลุ่มบุคคล และสถานที่ โดยไม่จำเป็นต้องพบในชุมชนที่เราศึกษาเสมอไป นอกจากนี้การเขียนความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆในแต่ละโรคอาจเขียนได้หลายรูปแบบ ทั้งโดยอาศัยความรู้เรื่องความสัมพันธ์โดยตรง (direct association) และความสัมพันธ์โดยทางอ้อม (indirect association) ของโรคและสาเหตุของมัน ซึ่งจะนำเสนอรายละเอียดในเรื่องการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยวิธีการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

**1.1.3 ใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในชุมชน (Existing data) กำจัดปัจจัยบางตัว** ในโยงโยแห่งเหตุของปัญหาทางทฤษฎี ในกรณีที่มีข้อมูลที่มีอยู่นั้นเชื่อถือได้ เช่นข้อมูล ปรจฐ. ซึ่งตรวจสอบแล้วพบว่าชุมชนมีส่วนร่วมใช้ 100% ของหลังคาเรือน ทำให้สามารถตัดปัจจัยนี้ออกจากโยงโยแห่งเหตุของปัญหาอุจจาระร่วงได้ แต่ปัจจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ส้วมยังคงไว้เพื่อสืบสวนต่อไป เป็นต้น

**1.1.4 ใช้วิทยาการระบาดเชิงบรรยายเพื่อกำจัด (Exclude) ปัจจัยบางตัว** ใน web of causation โดยการจำแนกอุบัติการณ์ หรือความชุกของโรค ออกตามลักษณะของบุคคล เวลาและสถานที่ จะเป็นการระบุกลุ่มผู้มีปัญหา (กลุ่มเป้าหมาย) ซึ่งมีโอกาสประสบกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ คล้ายคลึงกัน ซึ่งประโยชน์ของขั้นตอนนี้จะเห็นได้ชัดเจนจากตัวอย่างต่อไปนี้

- 1) การจำแนกอุบัติการณ์ออกตามลักษณะบุคคล คือ อายุ เพศ เศรษฐฐานะและอื่นๆจะให้ข้อมูลซึ่งชี้แนะถึงความเป็นไปได้หรือไม่ของการประสบกับปัญหา ปัจจัยเสี่ยงบางปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคของกลุ่มเป้าหมาย ตัวอย่างเช่น การจำแนกอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางออกตามอายุ ถ้าพบมากในเด็ก 0-1 ปี จะกำจัดโรคพยาธิปากขอออกจาก web of causation และถ้าจำแนกกลุ่มอายุต่อไปเป็น 0-6 เดือน และ 6-12 เดือน จะพบว่าอุบัติการณ์สูงในกลุ่ม 0-6 เดือน มักจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเรื่องทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยหรือกลุ่ม 6-12 เดือน มักพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเสริมอาหารไข่และเนื้อสัตว์ ซ้ำกว่าที่ควรจะได้รับ หรือการจำแนกอุบัติการณ์ของโรคออกตามเพศ เช่น ในการฝึกภาคสนามของทีมนักศึกษาพบว่า โรคความดันโลหิตสูงในหมู่บ้านของตนแตกต่างจากในหมู่บ้านอื่น กล่าวคือ ในขณะที่การเกิดโรคในผู้ใหญ่เพศชายและหญิงของหมู่บ้านอื่น ไม่มีความแตกต่างกันในหมู่บ้านนี้พบว่าเกิดขึ้นมากในกลุ่มเพศหญิง และสืบสวนต่อไปพบว่า อาจมีความสัมพันธ์กับการที่สามีของหญิงเหล่านั้นไปทำงานต่างประเทศ

- 2) การจำแนกโรคออกตามสถานที่ ถึงแม้ว่าชุมชนที่ศึกษา จะมีอาณาเขตแคบๆ เพียง 1 หมู่บ้าน แต่การจำแนกโรคออกตามสถานที่ก็ยังมีประโยชน์ ในการชี้แนะถึงความเป็นไปได้หรือไม่ของบางปัจจัยต่อการเกิดโรค ดังตัวอย่างเช่น การจำแนกผู้ป่วยโรคพยาธิปากขอออกตามละแวกบ้าน โดยการทำวิธีปักเข็มหมุด (spot map) ได้ช่วยให้ค้นพบว่าผู้ป่วยมีการใช้ส้วมและพฤติกรรมอนามัยไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่ไม่เป็นโรค แต่สาเหตุที่ทำให้เขาเหล่านั้นเป็นโรค ก็คือ การมีบ้านพักอาศัยอยู่ในบริเวณซึ่งเป็นที่ลุ่มมีน้ำขังเฉอะแฉะในฤดูฝน
- 3) การจำแนกอุบัติการณ์ของโรคออกตามเวลาของการเกิดโรค ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมย้อนหลังในรอบ 1 ปี เมื่อนำมาจำแนกโรคออกตามฤดูกาล หรือเดือนต่างๆ อาจมีประโยชน์ในการวิเคราะห์ตัวอย่างเช่น โรคอุจจาระร่วงในเด็ก 0-5 ปี ที่เกิดในฤดูหนาว น่าจะเกิดจากเชื้อไวรัส ในฤดูฝนน่าจะเกิดจาก E.coli ซึ่งชี้บ่งถึงอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี

บางครั้งการใช้วิทยาการระบาดเชิงบรรยายเพียงขั้นตอนเดียวเท่านั้น ก็สามารถบอกสาเหตุของปัญหาได้ ตัวอย่างเช่น การวิเคราะห์ปัญหาการเกิดอุจจาระร่วงระบาดในหมู่บ้านในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาพบว่า การกระจายของโรคเกิดขึ้นรอบๆ น้ำบ่อหนึ่ง เมื่อนำน้ำไปตรวจพบว่ามีเชื้อโรคที่ทำให้เกิดอุจจาระร่วงปนเปื้อนอยู่สูงมาก ดังนั้นเพียงการวิเคราะห์การกระจายตามสถานที่โดยใช้วิธีปักเข็มหมุดลงบนแผนที่ ก็สามารถหาแหล่งของการปนเปื้อนของโรคและมาสู่คนได้แล้ว

การวิเคราะห์ปัญหาโดยใช้วิทยาการระบาดเชิงบรรยายนี้ จะทำให้ได้ลักษณะเฉพาะของบุคคลที่เป็นโรค ซึ่งทำให้สามารถตัดปัจจัยบางตัวที่ไม่เกี่ยวข้องกับบุคคลกลุ่มนี้ออกไปได้นอกจากนี้ยังช่วยในการเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์โดยใช้วิทยาการระบาดเชิงวิเคราะห์ และยังเป็นการค้นหากลุ่มเป้าหมายของการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคอีกด้วย

**1.1.5 พิสูจน์หาปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา** หลังจากใช้วิทยาการระบาดเชิงบรรยายกำหนดกลุ่มผู้มีปัญหาที่แท้จริง (กลุ่มเป้าหมาย) และตัดปัจจัยที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายออกจากโยงใยแห่งเหตุของโรคแล้ว ปัจจัยที่เหลืออยู่บางปัจจัย อาจจะต้องมีการยืนยันหรือการพิสูจน์ว่าเป็นปัจจัยเหตุได้โดยวิธีการง่ายๆ เช่น การสังเกตพฤติกรรมของชุมชน การพูดคุยซักถามแบบเจาะลึก ดังนี้

- 1) การสอบสวนเพิ่มเติมเฉพาะในผู้ป่วยราย ที่มีการกระจายเบี่ยงเบนไปจากกลุ่มใหญ่อาจเป็นประโยชน์ ตัวอย่างเช่น ในหมู่บ้านที่มีการระบาดของโรคอุจจาระร่วงเนื่องจากบ่อน้ำถูกปนเปื้อน มีผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงรายหนึ่ง อาศัยอยู่ห่างไกลจากบ่อน้ำนั้นมาก



เมื่อพูดคุยซักถามผู้ป่วยรายนี้พบว่า ผู้ป่วยมาตักน้ำบ่อนี้ไปใช้ดื่มเป็นประจำเพราะติดนิสัยรสชาติของน้ำ ข้อมูลนี้จึงยืนยันว่าบ่อน้ำนั้นน่าจะมีการปนเปื้อนจริง

- 2) ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมที่ทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรคในชุมชน ถ้าเป็นพฤติกรรมของผู้มีเชื้ออยู่ในตัว แม้เพียงรายเดียวก็มีผลทำให้เชื้อแพร่กระจายได้ การศึกษาเปรียบเทียบโอกาสในการเกิดโรคของผู้มีพฤติกรรมดังกล่าว กับผู้ไม่มีพฤติกรรมนี้ จะไม่ให้ความหมายอะไร เพราะโอกาสในการรับเชื้อของทั้งสองคนจะไม่แตกต่างกัน ตัวอย่างเช่น การถ่ายท่งของผู้ที่มีเชื้อพยาธิปากขอ ถ้ามีอยู่ไม่ว่าจะเป็น 1 รายหรือ 100 ราย ก็ไม่ทำให้ออกสาในการรับเชื้อของผู้ถ่ายท่งหรือไม่ถ่ายท่งแตกต่างกัน ความแตกต่างของโอกาสในการรับเชื้อ ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมป้องกันเชื้อโรคเข้าสู่ตนเอง คือการสวมรองเท้าหรือไม่เป็นสำคัญ แต่ถ้าผู้มีเชื้อพยาธิปากขอถ่ายท่งแม้เพียงรายเดียว ก็เป็นการยืนยันว่ามีเชื้อพยาธิแพร่อยู่ในดิน

### 1.1.6 การใช้วิทยาการระบาดเชิงวิเคราะห์ เพื่อสร้างโยงใยสาเหตุของปัญหา

**ที่แท้จริง** (Actual web of causation) การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มของคนที่เป็นโรคกับกลุ่มคนที่ไม่เป็นโรคถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรค หรือกลุ่มของคนที่มีปัจจัยเปรียบเทียบกับกลุ่มคนที่ไม่ มีปัจจัย ว่ามีอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ต่อการเกิดโรค (Relative risk) ต่างกันหรือไม่ เป็นวิธีการที่สำคัญของวิทยาการระบาดเชิงวิเคราะห์ และเนื่องจากระยะเวลาอันจำกัดของการฝึกภาคสนาม การศึกษาเปรียบเทียบจึงมักจะเป็น retrospective หรือ cross-sectional study ซึ่งบางครั้งก็ทำให้ตัดสินใจได้ยากว่าโรคและปัจจัยที่ศึกษานั้นตัวใดเกิดขึ้นก่อน (คือเป็นสาเหตุ) และตัวใดเกิดขึ้นตามหลัง (คือเป็นผล) นอกจากนี้ขนาดของชุมชนมักจะไม่ใหญ่พอที่จะเลือกกลุ่มเปรียบเทียบที่สมบูรณ์แบบได้ แต่เนื่องจากความจำกัดของเวลาและขนาดของชุมชนดังกล่าวแล้ว การวิเคราะห์ขั้นตอนนี้จึงมีได้กำหนดว่าจะต้องให้ได้มาตรฐานสูงเท่ากับการทำงานวิจัย

สำหรับปัจจัยที่จะศึกษาเปรียบเทียบ ก็คือปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโอกาสในการรับเชื้อที่ยังปรากฏอยู่ในโยงใยแห่งเหตุของโรค หลังจากการตัดบางปัจจัยออกไปในขั้นตอนของการใช้วิทยาการระบาดเชิงบรรยาย และการยืนยันความคงอยู่ของบางปัจจัยด้วยวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพแล้ว อาจจะต้องมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมสำหรับบางปัจจัย โดยเฉพาะทางด้านพฤติกรรมอนามัยซึ่งอาจจะต้องมีการสร้างเครื่องมือร่วมด้วย ( ดูตัวอย่างการสร้างแบบสอบถามด้านพฤติกรรมอนามัย ในภาคผนวก ค. ) หรือบางปัจจัยอาจใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว เช่น ข้อมูลจปฐ เป็นต้น ซึ่งการใช้วิทยาการระบาดเชิงวิเคราะห์ อาจทำได้ดังต่อไปนี้

- 1) ในกรณีที่การศึกษาเป็นแบบ Case-control study คือ ตั้งต้นจากการคัดเลือกกลุ่มคนที่เป็นโรคและไม่เป็นโรค อัตราสัมพัทธ์อาจคำนวณได้ดังนี้

|             |         |            |
|-------------|---------|------------|
|             | เป็นโรค | ไม่เป็นโรค |
| มีปัจจัย    | a       | b          |
| ไม่มีปัจจัย | c       | d          |
| รวม         | a+c     | b+d        |

$$\text{อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์} = \frac{a \times d}{b \times c}$$

ตัวอย่างเช่น จากการตรวจดูจากระโดยการสุ่มครอบครัว พบผู้มีพยาธิใบไม้ตับ 24 รายจากผู้ส่งดูจากระตรวจ 102 ราย ได้สอบถามพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบโดยการสุ่มตัวอย่าง ในผู้มีพยาธิ 12 ราย และผู้ไม่มีพยาธิ 24 รายได้ผลดังนี้

|                                  |                          |                                |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
|                                  | เป็นโรค<br>(ตรวจพบพยาธิ) | ไม่เป็นโรค<br>(ตรวจไม่พบพยาธิ) |
| มีปัจจัยเสี่ยง (บริโภคปลาดิบ)    | 10                       | 8                              |
| ไม่มีปัจจัยเสี่ยง (บริโภคปลาดิบ) | 2                        | 16                             |
| รวม                              | 12                       | 24                             |

$$\text{Odd ratio} = \frac{10 \times 16}{2 \times 8} = 10 .0$$

เนื่องจากอัตราความชุกเท่ากับ 24/102 ซึ่งมากกว่า 20% ดังนั้นค่าอัตราสัมพัทธ์ Odd ratio จะใกล้เคียงกันและใช้แทน Relative risk หรือความเสี่ยงสัมพัทธ์ได้

- 2) ในกรณีที่การศึกษาเป็นแบบ Cohort study คือ ตั้งต้นจากการคัดเลือกกลุ่มคนที่มีปัจจัยเสี่ยงและไม่มีปัจจัยอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ อาจคำนวณได้ดังนี้

|             |         |            |     |
|-------------|---------|------------|-----|
|             | เป็นโรค | ไม่เป็นโรค | รวม |
| มีปัจจัย    | a       | b          | a+b |
| ไม่มีปัจจัย | c       | d          | c+d |

$$\text{อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์} = \frac{a}{a+b} / \frac{c}{c+d}$$

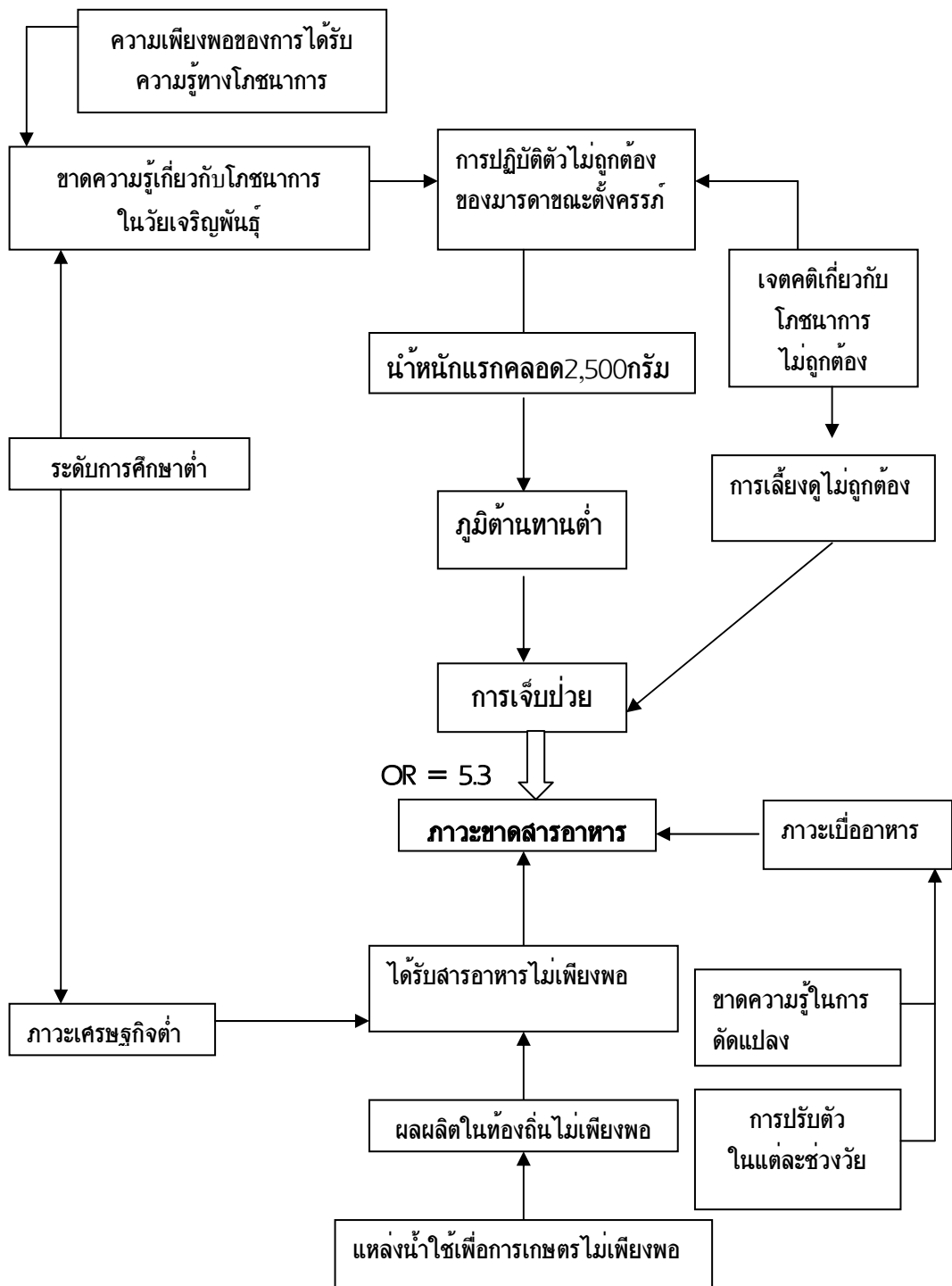
$$\text{หรือ} = \frac{\text{อุบัติการณ์ในกลุ่มที่มีปัจจัย}}{\text{อุบัติการณ์ในกลุ่มที่ไม่มีปัจจัย}}$$

ตัวอย่างเช่น ในวัยเด็กก่อนเรียนทั้งหมดของหมู่บ้าน 105 คน แบ่งออกตามฐานะทางเศรษฐกิจได้ กลุ่มฐานะดี 60 คน ฐานะยากจน 45 คน ในกลุ่มฐานะดีตรวจพบ ภาวะทุพโภชนาการ 15 คน กลุ่มฐานะยากจนพบภาวะทุพโภชนาการ 25 คน นำมาคำนวณหาความเสี่ยงสัมพัทธ์ได้ดังนี้

|                               | ทุพโภชนาการ | ปกติ | รวม |
|-------------------------------|-------------|------|-----|
| มีปัจจัยเสี่ยง<br>(ฐานะยากจน) | 25          | 20   | 45  |
| ไม่มีปัจจัยเสี่ยง<br>(ฐานะดี) | 15          | 45   | 60  |

$$\text{อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์} = \frac{25}{45} / \frac{15}{60} = 2.22$$

การแปลผลค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ได้ต้องทำด้วยความรอบคอบด้วยเหตุผลทางวิชาการ เช่น การพบว่า อัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเป็นโรคพยาธิปากขอในผู้ไม่ใช้ส้วมเป็น 0.3 เท่าของผู้ใช้ส้วม มิได้หมายความว่า การใช้ส้วมหรือไม่ใช้ส้วมไม่มีผลต่อการเกิดโรค แต่อาจหมายความว่าผู้ที่ไม่ใช้ส้วมเป็นโรคน้อยกว่าผู้ใช้ส้วมถึง 3 เท่า เพราะแหล่งของการติดเชื้ออาจจะอยู่ที่บริเวณพื้นในส้วมก็ได้ บางครั้งการคำนวณได้ค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ที่ใกล้เคียง 1 อาจมิได้หมายความว่าปัจจัยตัวนั้นไม่ใช่สาเหตุของการเกิดโรค แต่อาจหมายถึงทั้งกลุ่มผู้เป็นโรคและกลุ่มปกติมีปัจจัยเสี่ยงนั้นอยู่เท่าๆ กัน และจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขทั้งชุมชน เช่น กลุ่มทุพโภชนาการและกลุ่มปกติ เมื่อคำนวณอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ของการเกิดโรค เนื่องจากการขาดความรู้ได้ค่าประมาณ 1 อาจแปลว่ามีความรู้ต่ำทั้ง 2 กลุ่มก็ได้ ต้องกลับไปดูคะแนนความรู้ของทั้ง 2 กลุ่ม ว่าเป็นอย่างไร ถ้าคะแนนต่ำทั้ง 2 กลุ่ม ก็เป็นปัจจัยที่ควรได้รับการแก้ไขเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคของทั้งชุมชน ไม่สามารถตัดออกจากโยงใยสาเหตุของปัญหาได้ และนำมาสร้างเป็น การสร้างโยงใยสาเหตุของปัญหาที่แท้จริงของชุมชน (Actual web of causation) ดังแสดงในภาพที่ 13 ดังนี้



ภาพที่ 13 โยงใยสาเหตุของภาวะขาดสารอาหารตามผลการสำรวจจริง (Actual Web of Causation) ที่มา : ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล , 2537

ทั้งนี้ ขนาดของอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ (Relative risk) ของแต่ละปัจจัยที่ได้จากการวิเคราะห์ในขั้นตอนนี้ จะชี้บอกถึงความสำคัญมากหรือน้อยของแต่ละปัจจัย ปัจจัยที่มีขนาดของอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์สูงกว่า 1 เล็กน้อยจะมีน้ำหนักน้อยในการทำให้เกิดโรคและปัจจัยที่มีขนาดอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ยิ่งมากขึ้นเท่าใด ก็จะมีควมสำคัญมากขึ้นเท่านั้นในการทำให้เกิดโรคการเชื่อมโยงโยยสาเหตุของโรคที่แท้จริงของชุมชน ควรใช้ขนาดลูกศรใหญ่หรือเล็กตามขนาดของอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ เพื่อเน้นความสำคัญของแต่ละปัจจัยตามสถานการณ์ที่เป็นจริง สำหรับปัจจัยที่ไม่ได้ทำการพิสูจน์ด้วยวิธีการเชิงวิเคราะห์ แต่ด้วยข้อมูลคุณภาพอาจจะใช้ลูกศรทึบเส้นปกติ ในขณะที่บางปัจจัยที่ไม่สามารถพิสูจน์ได้ แต่จำเป็นต้องคงไว้เพื่อความสมบูรณ์ของโยยโยยสาเหตุของโรค อาจจะใช้เส้นประก็ได้เป็นต้น และขนาดของ Relative Risk ที่คำนวณได้จากการวิเคราะห์ปัญหาจะสามารถนำมาใช้ในการวางแผนเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชนได้ดังนี้

- 2.1) ขนาดของ Relative Risk ของปัจจัยต่างๆ จะเป็นเครื่องช่วยเลือกกลยุทธ์ (Strategy) ในการแก้ปัญหาในระดับบุคคล เนื่องจากปัจจัยที่มีขนาดอัตราเสี่ยงสัมพัทธ์ สูงกว่าปัจจัยอื่นก็จะมีโอกาสเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคได้มากกว่าปัจจัยอื่น และการเลือกใช้กลยุทธ์ที่จะกำจัดหรือแก้ไขการมีปัจจัยดังกล่าวในชุมชนจะทำให้การแก้ปัญหาเป็นไปได้โดยตรงตามสาเหตุ และสามารถลดโอกาสการเกิดโรคในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงนั้นได้มากกว่า
- 2.2) ขนาดของ Population Attributable Risk จะเป็นเครื่องช่วยกำหนดขนาดของปัญหาที่สามารถจะแก้ไขได้ในระดับชุมชน เช่นการไม่ใช้ส้วม Population Attributable Risk ต่อการเป็นโรคพยาธิปากขอ 50% หมายความว่า ในกรณี (สมมติ) ที่อัตราความชุกของโรคพยาธิปากขอในชุมชนเท่ากับ 40/100 ประชากร ถ้าเราสามารถทำให้ประชากรที่ไม่มีส้วม สร้างส้วมขึ้นมาใช้ได้หมดทั้ง 100% แล้ว จะสามารถลดอัตราความชุกของโรคนี้อลงได้ 50% นั่นคือเท่ากับ 20/100 ประชากร
- 2.3) ถ้านักศึกษากำหนดขอบเขตของความสามารถในการปฏิบัติงาน ตามความจำกัดของเวลาและทรัพยากรได้ ก็จะสามารถกำหนดเป้าประสงค์ในการลดขนาดของปัญหาโดยแต่ละกลยุทธ์ได้ เช่น ในการดำเนินงานเพื่อให้ประชาชนสามารถสร้างส้วมนั้นพบว่า คริวเรือนที่ยังไม่มีส้วมใช้อยู่ 20 หลัง แต่ในระยะเวลาเพียง 3 อาทิตย์ และทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน นักศึกษาสามารถช่วยให้ชาวบ้านสร้างส้วมขึ้นได้เพียง 5 หลัง หรือ 25%

ของจำนวนล้มที่ต้องการ เพราะฉะนั้นแทนที่จะลดปัญหาลงได้ 50% ตามขนาดของ Population Attributable Risk ก็จะได้เพียง 25% ของ 50% (ขนาดของ Population Attributable Risk) นั่นคือจะลดขนาดของปัญหาได้  $= 40 \times 50 / 100 \times 25 / 100 = 5/100$  ประชากร เพราะฉะนั้นในระยะเวลาของการฝึกภาคสนามจะลดขนาดของปัญหาที่เหลือ 35/100 ได้โดยการสร้างล้ม จากตัวอย่างนี้นักศึกษาจะสามารถคำนวณเป้าประสงค์ได้ทั้งระยะสั้นและยาวของแต่ละกลวิธีได้

2.4) เมื่อคำนวณขนาดของปัญหาที่สามารถทำให้ลดลงได้ โดยการลดปัจจัยเสี่ยงตามกลวิธีของแต่ละปัจจัยแล้ว ผลรวมของขนาดของปัญหาที่สามารถทำให้ลดลงได้จากหลายกลวิธีในระยะยาว จะช่วยในการกำหนดเป้าประสงค์ขั้นสุดท้ายหรือ Goal ของ master plan ได้

### 1.1.7 การคำนวณหาความเสี่ยงของชุมชน (Population Attributable Risk)

การนำผลการวิเคราะห์ปัญหาไปใช้ในการแก้ปัญหา นั้น สิ่งที่สำคัญที่สุดที่ต้องคำนึงถึงในการเลือกสาเหตุที่จะแก้ไขเพื่อให้เกิดผลสูงสุดนั้น นอกจากความเสี่ยงสัมพัทธ์ของปัจจัยต่างๆ แล้ว ยังต้องคำนึงถึงสัดส่วนของประชากรที่มีปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วย ขณะที่ Relative risk เป็นความเสี่ยงสัมพัทธ์ของระดับบุคคลและ Attributable risk เป็นความเสี่ยงในคนที่มีการมีปัจจัยเพิ่มจากคนปกตินั้น Population attributable risk ก็คือความเสี่ยงของชุมชนเนื่องจากการมีปัจจัยเสี่ยงอยู่ในชุมชนนั่นเอง และอาจคำนวณได้จาก

$$\text{Population Attributable Risk (\%)} = \frac{P(RR - 1)}{1 + P(RR - 1)}$$

P = Proportion of the population exposed to the risk factor

RR = Relative risk or Odd ratio

RR ที่นำมาคำนวณต้องมีค่า  $\geq 1$  เสมอ

## 1.2 การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยใช้แนวคิดทางระบาดวิทยา ควบคู่ไปกับแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์

ในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหานั้น นอกจากจะใช้แนวทางการวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาแล้ว การเขียนโยงใยแห่งความสัมพันธ์ของสาเหตุของปัญหาทางทฤษฎี และโยงใยตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงของปัญหาแล้ว ควรจะพิจารณาสเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงซึ่งสาเหตุด้านพฤติกรรมสุขภาพถือว่าเป็น **สาเหตุตรงหรือสาเหตุหลัก** ของปัญหาสาธารณสุข (Direct or Primary Causes) จากนั้นจึงจะทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย

3 กลุ่มปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวความคิดของ Lawrence W. Green คือ (Lawrence W. Green อ้างถึงใน นิรัตน์ อิมามิ 2540 )

### 1.2.1 ปัจจัยนำ (Predisposing Factors)

โดยหลักการแล้ว ปัจจัยนำ หมายถึง ปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล (Internal Factors หรือ Individual Cognitive Factors ) ซึ่งเป็นปัจจัยของบุคคลที่จำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีเหตุผลอันจะนำไปสู่การกระทำพฤติกรรมที่ยั่งยืนและถาวรต่อไป ได้แก่

- 1) ความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะความรู้ที่จำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรมที่เรียกว่า Essential Knowledge และเป็นความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ภายใต้ระบบวิถีชีวิตที่เป็นอยู่
- 2) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock และคณะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura เป็นต้น
- 3) ความเชื่อ ค่านิยม เจตคติ
- 4) ทักษะที่จำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรม เป็นปัจจัยนำที่สำคัญอย่างหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ
- 5) ปัจจัยด้านประชากร

### 1.2.2 ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors)

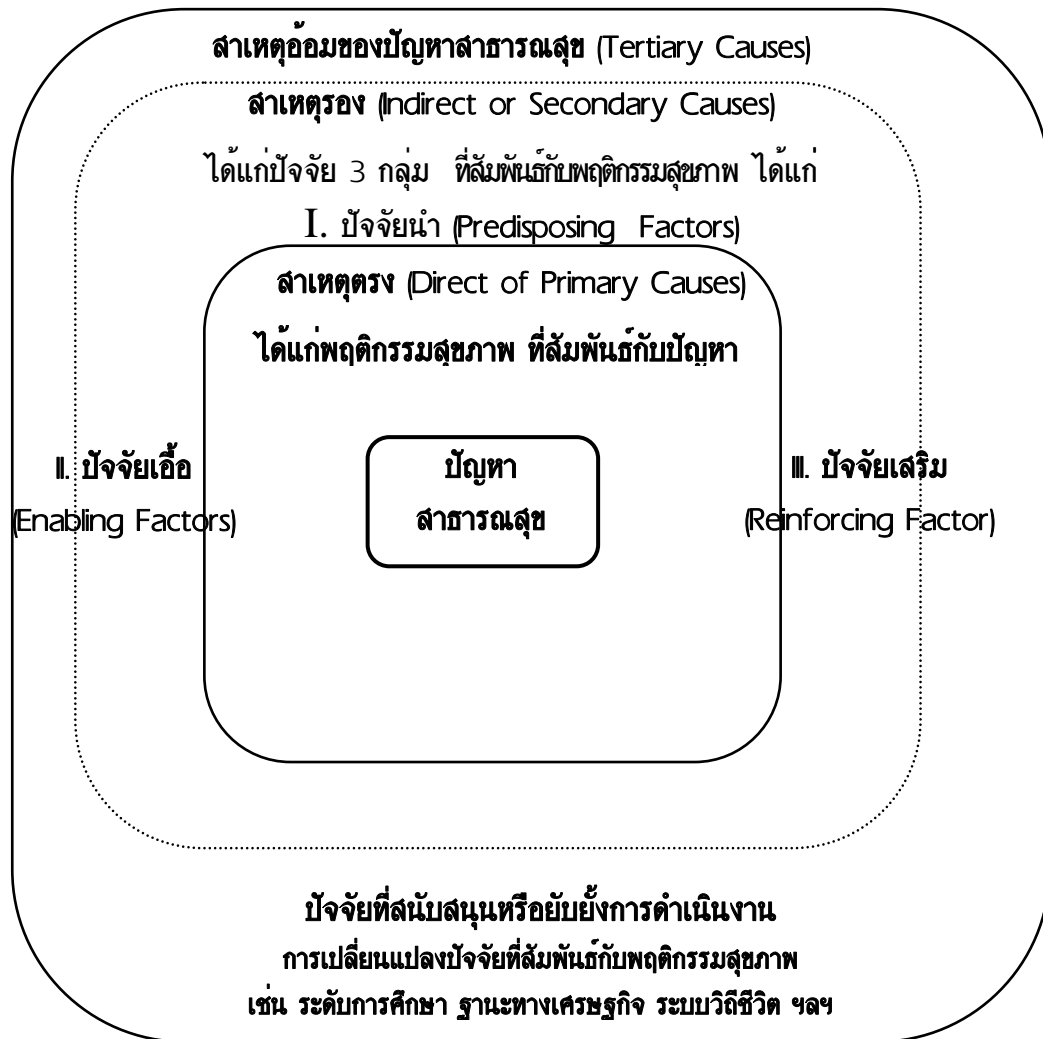
เป็นปัจจัยภายนอกที่เอื้อต่อการกระทำพฤติกรรม (External Factor) เป็นสิ่งที่จะต้องเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นก่อนที่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือก่อนที่พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์จะเกิดขึ้น ซึ่งปัจจัยเอื้อที่สำคัญได้แก่ บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข สิ่งของหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่จะใช้ประกอบการทำพฤติกรรม เช่น ทรายอะเบทเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อพฤติกรรมการป้องกันลูกน้ำยุงลาย อาหารเสริมเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อพฤติกรรมการบริโภค บุหรี่เป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดโรคถุงลมโป่งพอง

### 1.2.3 ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors)

เป็นปัจจัยภายนอกทางสังคม ที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้พฤติกรรมสุขภาพที่พร้อมเกิดขึ้น ให้เกิดได้เร็วขึ้น หรือเกิดช้าลง ปัจจัยเสริมเป็นได้ทั้งบุคคล เช่น ผู้นำชุมชน อสม. หรือกลุ่มบุคคล เช่น ชมรม สมาคม หรือกฎระเบียบของกลุ่ม ของชุมชน ของสังคม วิถีชีวิต วัฒนธรรม รวมทั้งระเบียบปฏิบัติ กฎหมายของบ้านเมือง เป็นต้น

ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพ ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนั้น ผู้วางแผนโครงการจะต้องแก้ไขปัจจัยโดยตรงที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง นั่นคือการวางแผนแก้ไขที่สาเหตุรองของปัญหา ซึ่งกลุ่มปัจจัยดังกล่าวนี้ถือว่าเป็น **สาเหตุรอง** ของปัญหาด้านสุขภาพ (Indirect or Secondary Causes) ในการดำเนินงานแก้ไขเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น จะดำเนินการแก้ไขโดยตรงที่ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่เราเรียกว่าสาเหตุรอง อย่างไรก็ตามการดำเนินการแก้ไขปัญหา

จะกระทำได้ง่ายหรือยากขึ้นอยู่กับปัจจัยแวดล้อมทั้งที่เป็นปัจจัยแวดล้อมทางกายภาพและปัจจัยแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรม ชนบทธรรมนิยมประเพณี แบบแผนการดำรงชีวิต ฯลฯ **ปัจจัยแวดล้อม** นี้ถือว่าเป็น **สาเหตุอ้อม** ของปัญหาสาธารณสุข (Tertiary Causes) การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยใช้แนวคิดทางระบาดวิทยาควบคู่ไปกับแนวคิดทางพฤติกรรมศาสตร์ จะช่วยให้มองเห็นภาพของสาเหตุของปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ดังภาพที่ 14

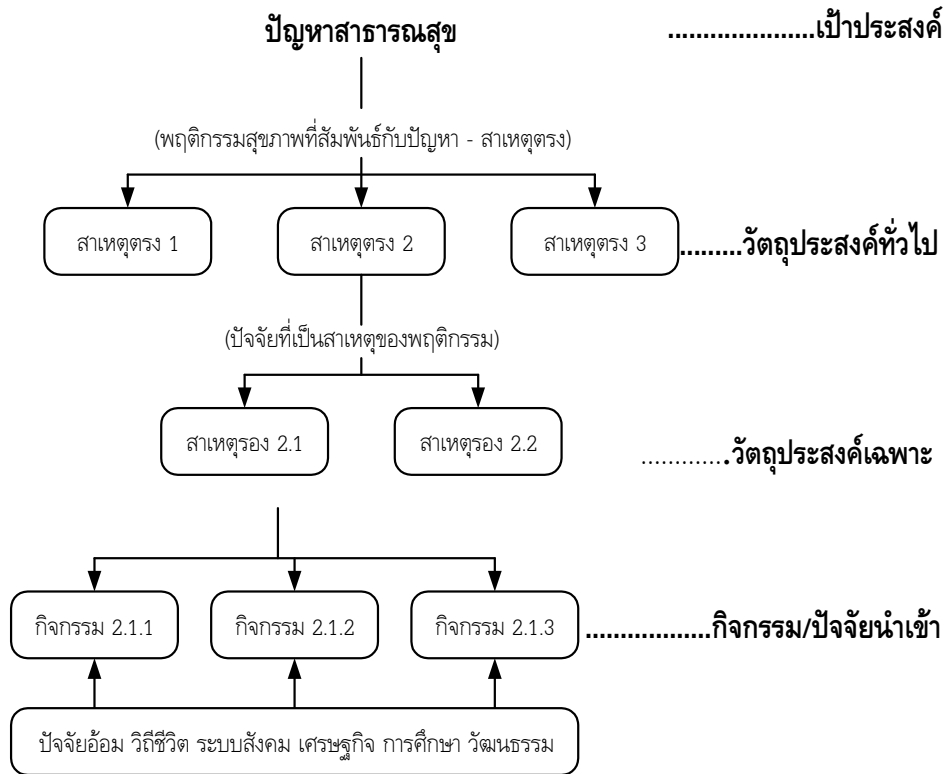


ภาพที่ 14 สาเหตุของปัญหาตามแนวคิดทางระบาดวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์  
ที่มา : นิรัตน์ อิมามิ , 2540

จากสภาพการณ์ของปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันนี้จะพบว่า สาเหตุตรงของปัญหาสาธารณสุขเกือบทั้งหมดเป็นเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นสาเหตุรองของปัญหา จึงเกี่ยวข้องกับปัจจัยทั้งสามกลุ่มดังได้กล่าวมาแล้ว



ดังนั้น การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสาธารณสุขและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง นับเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในกระบวนการจัดทำแผนงานโครงการ เพราะผลจากการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยที่ชัดเจน จะช่วยสามารถกำหนดวัตถุประสงค์ทั่วไป หรือ วัตถุประสงค์หลักของโครงการ วัตถุประสงค์เฉพาะ นอกจากนี้ยังใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดกลวิธี และกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น ดังแสดงในภาพที่ 15



ภาพที่ 15 ความสัมพันธ์ของการวิเคราะห์สาเหตุและปัจจัยของปัญหากับการกำหนดวัตถุประสงค์ที่มา : นิรัตน์ อิมามิ , 2539

นอกจากนี้ในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาสาธารณสุขมีข้อคิดบางประการที่สำคัญดังนี้

- ♥ การวางแผนร่วมกับชุมชนขั้นตอนที่จำเป็นที่สุดคือ การทำความเข้าใจในเรื่องธรรมชาติของการเกิดโรคในทัศนะของชุมชน และความสัมพันธ์ของปัจจัยเหตุของโรคในทัศนะของชุมชน และทำอย่างไรจึงนำทัศนะของชุมชนมาใช้ประโยชน์ ในการโน้มน้าวให้เกิดการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคให้ได้ การพยายามโน้มน้าวให้เข้าใจธรรมชาติการเกิดโรคทางวิชาการ หรือพยายามทำให้ทัศนะของชุมชนกับทัศนะของทางวิชาการ

- เข้ามาประสานกัน *เป็นสิ่งที่ดี* แต่อาจจะได้ผลหรือไม่ก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นกับความสามารรถในการเข้าใจและอิทธิพลของความเชื่อตลอดจนสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน
- ♥ ขั้นตอนในการใช้วิทยาการระบาดเชิงบรรยายและการใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จะช่วยให้เห็นภาพความสัมพันธ์ของปัจจัยเหตุ (ปัจจัยเสี่ยง) ต่อการเกิดโรคได้ชัดเจนขึ้น แต่บางกรณีอาจจะใช้กับชุมชนได้ไม่มากนักถ้าใน 2 ขั้นตอนแรกของการประสานทักษะของชุมชนและทักษะทางวิชาการไม่ได้ผล
  - ♥ การวางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่ระดับตำบลและอำเภอ มักเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้ว การเน้นความสำคัญของขั้นตอน การใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในชุมชน การใช้วิทยาการระบาดเชิงบรรยาย และการใช้ข้อมูลคุณภาพจะให้ประโยชน์ต่อการวางแผนป้องกันการเกิดโรคในชุมชนในระดับของ คปต. และ กพล. ได้เป็นอย่างดี
  - ♥ การวางแผนร่วมกับเจ้าหน้าที่ระดับอำเภอและจังหวัด อาจจะมีมีความสำคัญต่อการวางแผน การเลือกมาตรการและการจัดสรรทรัพยากรในการแก้ปัญหาที่ชุมชนไม่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง จำเป็นต้องให้รัฐช่วยหรือรัฐทำให้
  - ♥ การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา นอกจาก 2 วิธี ข้างต้นแล้ว อาจใช้ วิธีแตกกิ่ง (Tree Diagram) วิธีโยงใยสาเหตุ (Causal Loop or Oval Diagram) หรือ แผนที่ความคิด (Mind Mapping) ก็ได้เช่นกัน ซึ่งทุกวิธีต้องอาศัยวิธีการทางระบาดวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์เสมอ
  - ♥ การวิเคราะห์หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหา **ไม่ควรมองข้ามปัจจัยที่สำคัญ 3 ประการ คือ**
    - **ข้อจำกัดทางการบริหาร (Constraints)**

หมายถึง ความขาดแคลนทรัพยากรทางการบริหารงานของหน่วยงานต่างๆ เช่น ขาดงบประมาณ ขาดเจ้าหน้าที่ ขาดเครื่องมือเครื่องใช้ ฯลฯ ซึ่งไม่ใช่ปัญหาที่แท้จริงสำหรับการดำเนินงานสาธารณสุข อย่างไรก็ตามจะต้องพยายามแยกข้อจำกัดต่างๆ ที่พบออกจากสภาพการณ์ที่เป็นปัญหา โดยจัดกลุ่มของข้อจำกัดไว้เป็นกลุ่มๆ ตามลักษณะทรัพยากรแต่ละประเภท เพื่อจะได้นำไปพิจารณาในการวางแผนปฏิบัติการในแง่ของการจัดสรรทรัพยากร (Resources Allocation) ต่อไป
    - **ความต้องการของประชาชน (Needs)**

การวิเคราะห์หาความต้องการของประชาชน อาจไม่ได้โดยตรงจากข้อมูลตัวเลขต่างๆ ที่รวบรวมไว้ แต่อาจนำปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลไปกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขที่มีอยู่ในชุมชน และชุมชนเกิดความต้องการที่จะแก้ปัญหานั้นๆ (เกิด concern) และเกิดการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาตั้งแต่ต้น เช่น การแจ้งตัวเลขจำนวนเด็กในชุมชนที่ป่วยและเสียชีวิต

จากโรคท้องร่วง ในที่ประชุมชาวบ้าน เพื่อให้ชุมชนได้ทราบขนาดของปัญหาและความสูญเสียที่เกิดขึ้น ซึ่งจะนำไปสู่การแสวงหาความร่วมมือจากชุมชนเพื่อแก้ปัญหาต่อไป ทั้งนี้ ในการวิเคราะห์หาความต้องการของประชาชน โดยทั่วไป จำเป็นต้องร่วมกิจกรรมต่างๆ กับชุมชนอย่างสม่ำเสมอ และต้องให้การสังเกตให้มาก โดยเฉพาะสภาพความเป็นอยู่ การดำเนินชีวิต และพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน รวมถึงการซักถาม พูดคุยกับประชาชนทุกๆกลุ่ม ทั้งระดับผู้นำและชาวบ้านทั่วไป สิ่งเหล่านี้อาจเรียกได้ว่าเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพซึ่งสามารถนำมาใช้วิเคราะห์หาความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้ ทั้งนี้ หลักเกณฑ์ประการหนึ่งในการพิจารณาว่า เป็นความต้องการที่แท้จริงหรือไม่ ก็คือ หากความต้องการนั้นได้รับการตอบสนองแล้ว จะมีผลให้ประชาชนในชุมชนมีสุขภาพดีขึ้นหรือไม่

#### ■ ศักยภาพ (Potentials)

หมายถึง ทรัพยากร สถานการณ์ หรือสภาพใดๆ ที่อาจนำมาใช้ให้เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ เช่น การสนับสนุนจาก อบต. การมีแหล่งน้ำขนาดใหญ่ที่ช่วยให้ประชาชนมีรายได้ดีจากการเกษตร ความสามัคคีและการรวมกลุ่มของประชาชนในพื้นที่ การมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็งและเข้าใจปัญหาสุขภาพของประชาชน ระดับการศึกษาของประชาชน ฯลฯ ศักยภาพเหล่านี้บางเรื่องจะประเมินได้ก็ด้วยความสามารถในการรวบรวมข้อมูล (ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ) และความคุ้นเคยกับชุมชนของนักสาธารณสุขในพื้นที่นั้นๆ เป็นหลัก การดำเนินงานแก้ปัญหาสาธารณสุขบางเรื่อง หากสามารถนำศักยภาพที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ได้อย่างเหมาะสม จะมีส่วนช่วยให้การดำเนินการแก้ปัญหาเหล่านั้นมีโอกาสบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้มากขึ้น

## 2. การกำหนดเป้าประสงค์ ( Goal )/วัตถุประสงค์ ( Objective )และเป้าหมาย (Target )

ในการกำหนดเป้าประสงค์ของแผน จะเป็นการลดหรือขจัดปัญหาสาธารณสุขให้หมดไป ซึ่งจะต้องระบุปริมาณการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ภายในระยะเวลาที่กำหนด เป้าประสงค์ของแผนในระยะยาวส่วนมากจะกำหนดช่วงระยะเวลาไว้ภายใน 2-4 ปี และเป้าประสงค์ระยะสั้นในระยะเวลา 1 ปี ซึ่งในที่นี้จะนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ และการกำหนดเป้าหมาย เนื่องจากการกำหนดเป้าประสงค์ ( Goal )และวัตถุประสงค์ ( Objective )นั้นมีหลักการที่เหมือนกัน แตกต่างกันเพียงระดับความเฉพาะเจาะจงเท่านั้น

### 2.1 การกำหนดวัตถุประสงค์

เมื่อนักสาธารณสุขสามารถระบุปัญหาเร่งด่วนที่จะดำเนินการแก้ไข และวิเคราะห์

สาเหตุที่ชัดเจนได้แล้ว ขั้นตอนต่อไปก็คือการกำหนดวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหาหนึ่งๆ เพราะปัญหาหนึ่งๆ มักจะประกอบด้วยสาเหตุมากมาย ซึ่งมีความเป็นไปได้น้อยที่จะดำเนินการแก้ไขทุกสาเหตุของปัญหาหนึ่งๆ พร้อมๆกัน จึงจำเป็นต้องกำหนดวัตถุประสงค์ตั้งแต่ต้นให้ชัดเจนว่า กระบวนการแก้ไขปัญหาที่จะดำเนินการนั้น มีขอบเขตเพียงใด มีความสอดคล้องกับสาเหตุที่วิเคราะห์ไว้หรือไม่

ทั้งนี้วัตถุประสงค์อาจแบ่งกว้างๆ ได้เป็น 2 ระดับ คือ **วัตถุประสงค์ทั่วไป** ซึ่งมีลักษณะเป็นแนวกว้างๆ ระบุถึงสภาพการหมดไปหรือบรรเทาเบาบางลงของปัญหา และ **วัตถุประสงค์เฉพาะ** ซึ่งจะมีลักษณะแคบลง และเจาะจงในแต่ละสาเหตุของปัญหาโดยระบุในลักษณะของ ปริมาณ คุณภาพ และระยะเวลาที่วัตถุประสงค์เฉพาะนั้นๆ จะเกิดขึ้น ซึ่งเมื่อสามารถดำเนินการให้วัตถุประสงค์เฉพาะบรรลุแล้ว จะมีผลให้วัตถุประสงค์ทั่วไปบรรลุได้ด้วย (แม้จะไม่บรรลุทั้ง 100%) ซึ่งแนวทางการกำหนดวัตถุประสงค์ที่สำคัญ มีดังต่อไปนี้

### 2.11 ลักษณะของวัตถุประสงค์ที่ดี

วัตถุประสงค์เป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคนต้องยึดถือเป็นจุดมุ่งหมาย เพื่อให้การดำเนินงานมีทิศทางไปสู่จุดหมายเดียวกัน ดังนั้น วัตถุประสงค์จึงควรมีความชัดเจนเพียงพอที่จะนำสู่การกำหนดกลวิธีดำเนินการและผล (output) ที่ต้องการ เพื่อสนองตอบวัตถุประสงค์ และมีผลแก้ไขปัญหาที่ได้ระบุไว้ วัตถุประสงค์ที่ดี ควรมีลักษณะ 5 ประการ คือ

- 1) **มีความเป็นไปได้** ( S=Sensible ) โดยพิจารณาความสอดคล้องกับสภาพสังคม เศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยี และปัจจัยสำคัญอื่น ๆ
- 2) **สามารถวัดปริมาณได้** ( M=Measurable ) ข้อนี้สำคัญมากและปฏิบัติไม่ยากนัก เพราะจะต้องหาวิธีที่จะวัดให้ได้โดยเฉพาะในกรณีที่กำหนดวัตถุประสงค์เป็นนามธรรม อาจต้องใช้วิธีแปลงนามธรรมให้เป็นรูปธรรมหลายๆ อย่าง
- 3) **กำหนดสิ่งที่ต้องการ/กลุ่มเป้าหมายไว้ชัดเจน** ( A = Attainable ) มีความกระชับ ชัดเจน เฉพาะเจาะจง และเข้าใจง่าย
- 4) **มีเหตุผลสัมพันธ์กับปัญหา** ( R = Reasonable ) โดยมุ่งบอกถึงสภาพการหมดปัญหา หรือการขจัดสาเหตุสำคัญของปัญหาที่จะแก้ไข ซึ่งเป็นเหตุผลในการปฏิบัติงาน
- 5) **มีกำหนดเวลาที่แน่นอน** ( T=Time ) ว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์นั้นๆ ภายในเวลาเมื่อใด

### 2.1.2 เทคนิคการกำหนดวัตถุประสงค์

ผลจากการระบุปัญหาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแล้วนั้น สามารถนำมากำหนดวัตถุประสงค์ได้ โดย “กำหนดให้สภาพการณ์ที่ปัญหานั้นหมดไปหรือบรรเทาเบาบางลงเป็นวัตถุประสงค์ทั่วไป” และ “สภาพการณ์ที่สาเหตุแต่ละข้อได้รับการแก้ไข เป็นวัตถุประสงค์เฉพาะ” ดังตัวอย่างต่อไปนี้

| ปัญหา – สาเหตุ   | วัตถุประสงค์   |
|--|--|
| <p><b>1.ปัญหา</b><br/>เด็กวัย 0–14 ปี ป่วยด้วยไข้เลือดออกสูงถึง 200ราย/แสนประชากร</p> <p><b>สาเหตุ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1)มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายจำนวนมาก</li> <li>2)ไม่มีการป้องกันเด็กถูกยุงลายกัดในช่วงกลางวัน</li> </ol>   | <p>1.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป<br/>ลดอัตราการป่วยด้วยไข้เลือดออกในเด็ก 0–14 ปี ให้เหลือน้อยกว่า 50 ราย/แสนประชากรในเวลา 1 ปี</p> <p>1.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ทุกชุมชนมีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ร้อยละ 80 ตลอดฤดูฝน</li> <li>2) ผู้ปกครอง ครู และผู้นำชุมชน ร้อยละ 90 มีความรู้ และความสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีง่ายๆ ในการป้องกันไม่ให้เด็กถูกยุงกัดในช่วงกลางวัน</li> </ol> |
| <p><b>2. ปัญหา</b><br/>เด็กวัย 5–6 ปี มีฟันผุสูงถึงร้อยละ 90</p> <p><b>สาเหตุ</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ปกครองไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากเด็ก</li> <li>2) เด็กมีการบริโภคอาหารประเภทน้ำตาลบ่อยครั้งและไม่ได้รับการทำความสะอาดช่องปาก</li> </ol> | <p>2.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป<br/>เพิ่มสัดส่วนของเด็ก วัย 5–6 ปี ที่ ปราศจากโรคฟันผุ ให้มีไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ภายใน 5 ปี</p> <p>2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ปกครอง ร้อยละ 90 มีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลรักษาสุขภาพช่องปากเด็ก</li> <li>2)ผู้ปกครองร้อยละ 90มีทักษะ ในการทำความสะอาดช่องปากเด็ก และควบคุมการบริโภคอาหารประเภทน้ำตาลของเด็ก</li> </ol>            |

จะเห็นได้ว่า การกำหนดวัตถุประสงค์ที่มีลักษณะสำคัญทั้ง 5 ประการ ตามที่กล่าวมานั้น จะแสดงให้เห็นเครื่องชี้วัดในตัววัตถุประสงค์แต่ละข้อด้วย *ข้อความที่ขีดเส้นใต้* ซึ่งจะมีส่วนช่วยนำไปสู่การกำหนดกลวิธีดำเนินการ และการวัดเพื่อประเมินผลในขั้นต่อไป

## 2.2 การกำหนดเป้าหมาย

เป้าหมาย เป็นคำที่มีความหมายคล้ายคลึงกับวัตถุประสงค์เฉพาะ แต่มีลักษณะที่เฉพาะเจาะจงมากกว่า คือ เป้าหมายจะระบุชัดเจนถึง *จำนวนผลการปฏิบัติงานในกิจกรรมที่จะดำเนินการ* ตลอดโครงการ ตามกลวิธีที่กำหนด เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหาต่างๆ ตัวเป้าหมายที่กำหนดนี้ควรมีลักษณะเป็นรูปธรรมที่สามารถวัดได้ เพื่อประโยชน์ในการติดตาม และประเมินผลได้ชัดเจน ดังนั้น การพิจารณาตามความหมายดังกล่าว การจะกำหนดเป้าหมายได้จะต้องผ่านขั้นตอนการเลือกกลวิธีที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นๆ ให้ได้ก่อน โดยมี*ข้อพิจารณาในการกำหนดเป้าหมาย* ที่สำคัญดังต่อไปนี้ ( กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข , 2542 )

### 2.2.1 พิจารณาจากหลักฐานข้อมูลทางวิชาการ

การกำหนดเป้าหมายกิจกรรมทางสาธารณสุขจำนวนมาก ต้องใช้หลักฐานข้อมูลทางวิชาการ ซึ่งได้มาจากการศึกษาวิจัย หรือทดลองทางวิทยาศาสตร์ เพื่อกำหนด*ปริมาณกิจกรรมที่มากเพียงพอ* ที่จะแก้ปัญหานั้นๆ ได้ ตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เช่น การให้วัคซีนป้องกันโรคต่างๆ จะมีการกำหนดร้อยละของความครอบคลุมแตกต่างกันอันเนื่องจากระดับความรุนแรง ประสิทธิภาพ และผลต่อเนื้อหลังจากการให้วัคซีนป้องกันโรคแต่ละชนิดที่แตกต่างกัน

### 2.2.2 พิจารณาข้อจำกัดด้านทรัพยากร

ทรัพยากรในที่นี้ หมายความรวมถึง วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ กำลังคน และเวลา ภายใต้สถานการณ์ของทรัพยากรจำนวนหนึ่งในระยะเวลาที่กำหนด จะเป็นเงื่อนไขในการประมาณจำนวนเป้าหมาย ผลการปฏิบัติงานในตัวของมันเอง ซึ่งข้อพิจารณาในเรื่องทรัพยากรนี้ จะเป็นประเด็นหนึ่งที่น่าไปใช้พิจารณาในการเลือกกลวิธีดำเนินการด้วย ดังนั้น การกำหนดเป้าหมายและการเลือกกลวิธีดำเนินการจึงมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรเป็นตัวเชื่อม ตัวอย่างเช่น การป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงตามหลักวิชาการ ต้องตั้งเป้าหมายการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทุกแหล่ง (100%) ถ้าเลือกกลวิธีใช้ ทรายอะเบท จะมีค่าใช้จ่ายสูงมาก อาจทำไม่ได้ตามเป้าหมาย แต่ถ้าเลือกกลวิธีปล่อยปลาหางนกยูงในแหล่งน้ำใช้ และรณรงค์การมีฝาปิด ภาชนะบรรจุน้ำดื่ม จะใช้ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า จึงมีโอกาสทำกิจกรรมได้ตามเป้าหมาย ( แต่ต้องบริหารจัดการ และทำการประชาสัมพันธ์กับชุมชนมากขึ้น)

### 2.2.3 ลักษณะเฉพาะของชุมชนและพื้นที่

ในชุมชนที่มีลักษณะพิเศษเฉพาะบางอย่าง อาจมีผลให้การกำหนดเป้าหมายทำได้ยากขึ้น เช่น ชุมชนเขตเมืองที่มีการใช้บริการสุขภาพจากสถานบริการหลายประเภท การกำหนดเป้าหมายบางเรื่อง เช่น ความครอบคลุมการให้วัคซีน อาจต้องแบ่งเป็นเป้าหมายกิจกรรม

ให้วัคซีนส่วนหนึ่ง และอีกส่วนหนึ่งเป็นการสำรวจความครอบคลุมของเด็กที่ได้รับวัคซีนทั้งหมด (เพราะผู้ปกครองจำนวนไม่น้อย จะพาเด็กไปรับวัคซีนจากเอกชนหรือสถานบริการอื่นๆ ด้วย) เป็นต้น นอกจากนี้ในพื้นที่บางลักษณะ เช่น เขตพื้นที่สูง ที่ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวไทยภูเขา จะมีชุมชนอยู่กระจัดกระจาย และมีการคมนาคมยากลำบาก การตั้งเป้าหมายต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการเดินทาง และการดำเนินกิจกรรมในฤดูกาลต่างๆ ซึ่งมีสภาวะอากาศและสภาพการคมนาคมที่แตกต่างกัน เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป การกำหนดเป้าหมาย จะต้องมีความชัดเจน เป็นไปได้ มีเหตุผล สามารถวัดได้ และพิจารณาปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในแต่ละพื้นที่ประกอบด้วย

## 2.3 การกำหนดกลวิธีการดำเนินงาน

เพื่อการบรรลุเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ที่กำหนด การกำหนดกลวิธีในแผนงานหลักจะกำหนดกลวิธีกว้างๆ ทางสาธารณสุข ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางในการกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหามาตามสาเหตุที่วิเคราะห์ได้ในแผนเฉพาะ และการกำหนดกิจกรรมการปฏิบัติงานโดยละเอียดในแผนปฏิบัติงานหรือโครงการดำเนินงาน โดยมีหลักการที่สำคัญดังต่อไปนี้

### 2.3.1 ความหมายของกลวิธีดำเนินการ

กลวิธีดำเนินการ หมายถึง มาตรการและกิจกรรมต่างๆ ที่เมื่อมีการนำไปดำเนินการแล้วจะสามารถชักพาให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ที่เป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน เพื่อนำไปสู่สภาพการณ์ที่คาดหวังให้เกิดขึ้น ตามที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์ นั่นคือ สภาพแห่งการหมดปัญหาหรือปัญหานั้นทุเลาเบาบางลง

### 2.3.2 ประเภทของกลวิธีดำเนินการ

ในด้านสาธารณสุข อาจแบ่งกลวิธีดำเนินการกว้างๆ ได้ 2 ประเภท คือ กลวิธีหลัก และกลวิธีสนับสนุน

- 1) *กลวิธีหลัก* หมายถึง ข้อเสนอแนะและแนวปฏิบัติต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อการแก้ไขสาเหตุของปัญหา หรือมีผลโดยตรงต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหา บางครั้งอาจเรียกว่ามาตรการทางวิชาการ
- 2) *กลวิธีสนับสนุน* หมายถึง กิจกรรมดำเนินการต่างๆ ที่จะส่งผลให้กลวิธีหลักที่กำหนดไว้ มีโอกาสนำไปปฏิบัติได้จริง โดยกลวิธีสนับสนุนจะมีผลช่วยลดอุปสรรค หรือข้อจำกัดในการนำกลวิธีหลักไปดำเนินการ

ซึ่งอาจแสดงตัวอย่าง *กลวิธีหลัก* และ *กลวิธีสนับสนุน* ได้ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตัวอย่างกลวิธีหลัก และกลวิธีสนับสนุน

| ปัญหา  | กลวิธีหลัก  | กลวิธีสนับสนุน   |
|--|---|--|
| เด็กเล็กมีอัตราป่วยตายด้วยโรคอุจจาระร่วงสูงมาก | <p><i>ทางเลือกที่ 1</i> การใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ (ORS) โดยเด็กเล็กที่ป่วยด้วยอุจจาระร่วง หากได้รับการทดแทนน้ำด้วย ORS อย่างเหมาะสมตามหลักวิชาการ จะช่วยลดอัตราเสี่ยงที่จะเสียชีวิตลงอย่างมาก</p> <p><i>ทางเลือกที่ 2</i> การให้สารละลายเกลือแร่ทางเส้นเลือด ซึ่งสามารถใช้ช่วยแก้ไขภาวะขาดน้ำและเกลือแร่ในเด็กเล็กได้ดี แต่ต้องใช้เครื่องมือเวชภัณฑ์ และผู้ชำนาญการให้การดูแลใกล้ชิด</p> | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนให้มีความรู้ และทักษะในการตรวจวินิจฉัย และแนะนำการใช้ ORS ที่ถูกต้อง ในเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่มีความรุนแรงระดับต่างๆ</li> <li>2. การจัดทำเอกสาร โปสเตอร์ เพื่อให้คำแนะนำแก่ประชาชน เรื่องการใช้ ORS ในเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง</li> <li>3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับอาสาสมัครจิตกิจกรรมให้ความรู้แก่กลุ่มแม่บ้าน โดยใช้เอกสารโปสเตอร์ประกอบ</li> <li>4. ดำเนินการด้วยวิธีที่เหมาะสม ให้สมาชิกในชุมชนสามารถหาซื้อ ORS ได้ง่าย และมีราคาถูก</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. การอบรมเจ้าหน้าที่ระดับสถานีอนามัย ให้สามารถให้สารละลายเกลือแร่ทางเส้นเลือดแก่เด็กเล็กได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ</li> <li>2. การจัดหาสารละลายเกลือแร่และวัสดุ อุปกรณ์ ให้เพียงพอในสถานีอนามัย</li> <li>3. การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วย จากชุมชนไปยังสถานบริการ</li> </ol> |

ที่มา : กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข , 2542



### 2.3.3 การค้นหากลวิธีดำเนินการ

การค้นหากลวิธีดำเนินการ เพื่อสนองตอบวัตถุประสงค์ในการแก้ปัญหา มีแนวทางพิจารณาดังนี้

1) *ศึกษา ทบทวน วิชาการ เทคโนโลยีและผลการประเมินกลวิธีที่เคยใช้*  
จากวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในขั้นตอนก่อนนั้น นักสาธารณสุขและทีมงานต้องร่วมกันพิจารณาว่า กลวิธีและกิจกรรมใดบ้างที่จะสนองตอบวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้ ทั้งนี้ โดยมีพื้นฐานด้านวิชาการที่เข้มแข็ง อันได้มาจากการ *ศึกษา ติดตาม ความก้าวหน้าด้านวิชาการ และ เทคโนโลยีทางสาธารณสุข* อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการประเมินผลการดำเนินงานตามกลวิธีต่างๆ ที่เคยทำมาแล้วว่ามีข้อดี ข้อเสีย และข้อควรปรับปรุงอย่างไร ถ้านำกลับมาใช้ใหม่

อย่างไรก็ตาม ในบางปัญหา บางสาเหตุที่ทีมงานมองไม่เห็นทางออก ก็ควรพยายามเสาะหาแหล่งข้อมูลทางวิชาการอื่นๆ ที่อาจให้แนวทางใหม่ๆ ได้ เช่น แหล่งข้อมูลจากนักวิชาการในมหาวิทยาลัย หรือสถาบันวิชาการอื่นๆ ฯลฯ

2) *พิจารณาสาเหตุหลักของปัญหาและระดมสมองจากผู้เกี่ยวข้อง*

จากผลการวิเคราะห์ปัญหา และระบุสาเหตุที่สำคัญของปัญหาได้แล้ว ต้องพิจารณาว่า ในแต่ละสาเหตุนั้นมีคนกลุ่มใดบ้างที่เกี่ยวข้องโดยตรง หรือได้รับประโยชน์ หรือได้รับผลกระทบ หากมีการแก้ไขปัญหาเพื่อระดมสมองจากผู้เกี่ยวข้องหรือตัวแทน ในการเสนอทางเลือกต่างๆ ในการดำเนินการแก้ปัญหา ทั้งนี้ ต้องเสนอผลการวิเคราะห์ปัญหา ให้ที่ประชุมได้ทำความเข้าใจก่อน และอาจใช้วิธีการประชุมในสภาตำบล หรือ อบต. หรือการประชุม กม.ในชุมชน (ถ้าหากเป็นปัญหาเฉพาะชุมชนนั้น) ซึ่งควรใช้แนวทางการประชุมแบบระดมสมอง (Brain Storming) เพื่อให้เกิดการใช้ความคิดสร้างสรรค์อย่างเต็มที่ ในการเสนอแนวทางดำเนินการเพื่อแก้ไขสาเหตุต่างๆ ของปัญหานั้นๆ โดยยังไม่ต้องคำนึงถึงข้อจำกัดหรืออุปสรรคต่างๆ

อย่างไรก็ตาม หากไม่สามารถใช้วิธีการประชุมได้ ก็อาจใช้วิธีการสัมภาษณ์ตัวแทนกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เพื่อนำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาใช้ประกอบการพิจารณาของทีมงานสาธารณสุขต่อไปได้

ซึ่งในการพิจารณาค้นหาวิธีดำเนินการนั้น ทีมงานสาธารณสุขควรมีข้อเสนอกลวิธีหลักอย่างน้อย 2 กลวิธีขึ้นไป เพื่อให้เกิดการใช้ความคิด

สร้างสรรค์ ค้นหาแนวทางแก้ปัญหาใหม่ๆ ( แม้ว่าบางแนวทางดูเหมือนไม่มีทางเป็นไปได้ แต่ก็อาจให้แนวคิดใหม่ๆ ได้ ) จากนั้นจึงนำไปพิจารณาความเหมาะสมในขั้นถัดไป

### 2.3.4 การเลือกกลวิธีดำเนินการที่เหมาะสม

ผลจากการเสนอกลวิธีดำเนินการไว้หลายๆ ทางเลือก เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ นั้น ทีมงานสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อพิจารณาคัดเลือกกลวิธีดำเนินการ ที่มีโอกาสเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงได้มากที่สุด ซึ่งการเลือกกลวิธีเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของแผน ( ในกรณีที่มีปัญหาสาธารณสุขที่คัดกรองได้ มีสาเหตุและแต่ละสาเหตุมีกลวิธีในการแก้ปัญหามากกว่าหนึ่งกลวิธี และไม่สามารถดำเนินงานตามกลวิธีที่วิเคราะห์ได้หมดทุกกลวิธี) อาจจะใช้วิธีการจัดลำดับความสำคัญเพื่อคัดเลือกกลวิธีที่เหมาะสมตามสถานการณ์นั้นๆ ได้ ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 5 การเลือกแนวทางแก้ไขปัญหตามสาเหตุ

| แนวทางแก้ไข<br>(กลวิธี) | ผลต่อสาเหตุที่ 1 |   |   |   |   |    | ความเป็นไปได้ |   |   |   |   |    | T |
|-------------------------|------------------|---|---|---|---|----|---------------|---|---|---|---|----|---|
|                         | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 | T1 | 1             | 2 | 3 | 4 | 5 | T2 |   |
| 1. แนวทาง A             |                  |   |   |   | × | 5  |               | × |   |   |   | 2  | 7 |
| 2. แนวทาง B             |                  |   |   | × |   | 4  |               |   | × |   |   | 3  | 7 |
| 3. แนวทาง C             |                  |   |   |   | × | 5  |               |   |   | × |   | 4  | 9 |
| 4. แนวทาง D             |                  | × |   |   |   | 2  |               |   |   |   | × | 5  | 7 |

ที่มา : นริตน์ อิมามิ , 2539

จากตัวอย่างในตารางจะพบว่า สาเหตุที่ 1 มีแนวทางแก้ไข 4 แนวทาง แต่ละแนวทางจะใช้เกณฑ์ในการพิจารณาใน 2 มิติหลัก คือ ผลของการดำเนินงานตามกลวิธีที่มีต่อการแก้ไขสาเหตุและความเป็นไปได้ในการนำกลวิธีหรือแนวทางนั้นๆ ไปปฏิบัติการพิจารณาจะใช้มาตราประเมินค่าทำการเปรียบเทียบในระหว่างแนวทางทั้ง 4 โดยกำหนดคะแนนจากต่ำสุดคือ 1 ซึ่งหมายถึงการดำเนินงานตามกลวิธีนั้นๆ จะมีผลต่อการแก้ไขสาเหตุ และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติน้อย และกำหนดให้คะแนนสูงสุดมีค่าเท่ากับ 5 ทำการรวมคะแนนของแต่ละกลวิธีในช่องผลต่อสาเหตุ และความเป็นไปได้ในแนวทางใดที่ได้คะแนนสูงสุด และลำดับรองลงมา จะเป็นแนวทางที่ควรนำมาใช้ในการวางแผนแก้ไขสาเหตุ ซึ่งจากตัวอย่างนี้แนวทาง C เป็นแนวทางที่ได้คะแนนสูงสุดคือ 9 จึงควรพิจารณานำแนวทาง C มาใช้ในการวางแผน อย่างไรก็ตามระหว่างแนวทาง A B และ D ซึ่งมีคะแนนเท่ากันควรพิจารณาแนวทาง D ก่อน A และ B เพราะเป็นแนวทางที่มีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานสูงสุด

นอกจากนี้ในการพิจารณาเลือกกลวิธีดำเนินการ ควรคำนึงถึง

- 1) มีความ *เชื่อถือ* ได้ทางหลักวิชาการและเทคโนโลยีที่เชื่อว่าจะสามารถแก้ปัญหาที่สนใจอยู่ได้จริง
- 2) มีการ *เสี่ยงต่ออุปสรรค* ข้อจำกัดต่างๆ ในระดับที่ไม่สูงเกินไป
- 3) มีการ *ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด*
- 4) *ไม่สร้างผลกระทบด้านลบที่รุนแรง* ทั้งระยะสั้นและระยะยาว
- 5) *ไม่ขัดต่อ กฎหมาย วัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อ* ในท้องถิ่น
- 6) *มีวิธีการใดๆ ที่ต้องใช้ผสมผสาน ไปด้วยกัน* หรือไม่ (หากมี ควรจัดเป็นกลุ่มๆ เพื่อวิเคราะห์ผลดี/ผลเสีย ของกลุ่มกิจกรรมต่างๆ ประกอบการตัดสินใจ)

## 2.4 การกำหนดทรัพยากร

การกำหนดทรัพยากรสำคัญที่จำเป็นต้องใช้ โดยเฉพาะทรัพยากรที่จำเป็นต้องขอรับการสนับสนุน และจำเป็นจะต้องจัดหาก่อนหรือระหว่างการดำเนินงานตามโครงการ ทั้งทรัพยากรบุคคล งบประมาณ และทรัพยากรอื่นๆ ในการพิจารณาทรัพยากรนั้นควรพิจารณาทรัพยากรในท้องถิ่นเป็นอันดับแรก ซึ่งโดยทั่วไปจัดแบ่งทรัพยากร 3 ประเภท คือ *งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์* และ *กำลังคน* และโดยส่วนใหญ่มักจะให้หัวข้อในโครงการว่า “*งบประมาณ*” แทนหัวข้อเรื่องทรัพยากรที่ต้องใช้ ซึ่งมีรายละเอียดของทรัพยากรแต่ละประเภท ดังต่อไปนี้

2.4.1 *งบประมาณ* อาจแจกแจงเป็นงบประมาณที่ใช้จ่ายด้านกำลังคน เช่น ค่าเบี้ยเลี้ยง ที่พัก ยานพาหนะ และงบประมาณค่าวัสดุอุปกรณ์ เป็นต้น

2.4.2 *วัสดุอุปกรณ์* อาจเป็นส่วนที่มีอยู่แล้ว เช่น เครื่องมือทางการแพทย์ หรือเวชภัณฑ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งนี้เป็นวัสดุอุปกรณ์ส่วนที่นอกเหนือจากการใช้งบประมาณในโครงการจัดซื้อและต้องระบุชนิด และจำนวนของวัสดุอุปกรณ์ทั้งหมดที่จะใช้ให้ชัดเจนด้วย

2.4.3 *กำลังคน* การดำเนินงานตามแผนส่วนใหญ่จะใช้บุคลากรสาธารณสุข เว้นแต่กรณีที่ต้องใช้กำลังคนเพิ่มขึ้น เช่น จากอาสาสมัครต่างๆ ลูกจ้างรายวัน หรืออื่นๆ กรณีเช่นนี้ต้องระบุชัดเจนถึงประเภทงานที่จำเป็นต้องใช้กำลังคนเหล่านี้ ซึ่งอาจจะต้องมีค่าใช้จ่ายที่ต้องระบุในส่วนงบประมาณด้วย เช่น ค่าจ้าง หรือค่าจัดเลี้ยงอาหาร เป็นต้น

ทั้งนี้การกำหนดทรัพยากรสำคัญที่จำเป็นต้องใช้หรือ งบประมาณ ต้องการประเมินความต้องการใช้ทรัพยากรในโครงการอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงเหตุผล ความจำเป็นแท้จริงเป็นหลัก และพิจารณาให้สอดคล้องไปตามหัวข้อวิธีดำเนินการ ซึ่งแจกแจงกิจกรรมต่างๆ ไว้ชัดเจนแล้ว รวมทั้งคำนึงถึงหลักการบริหารงบประมาณ ที่สำคัญ 4 ประการ หรือ 4 E's คือ

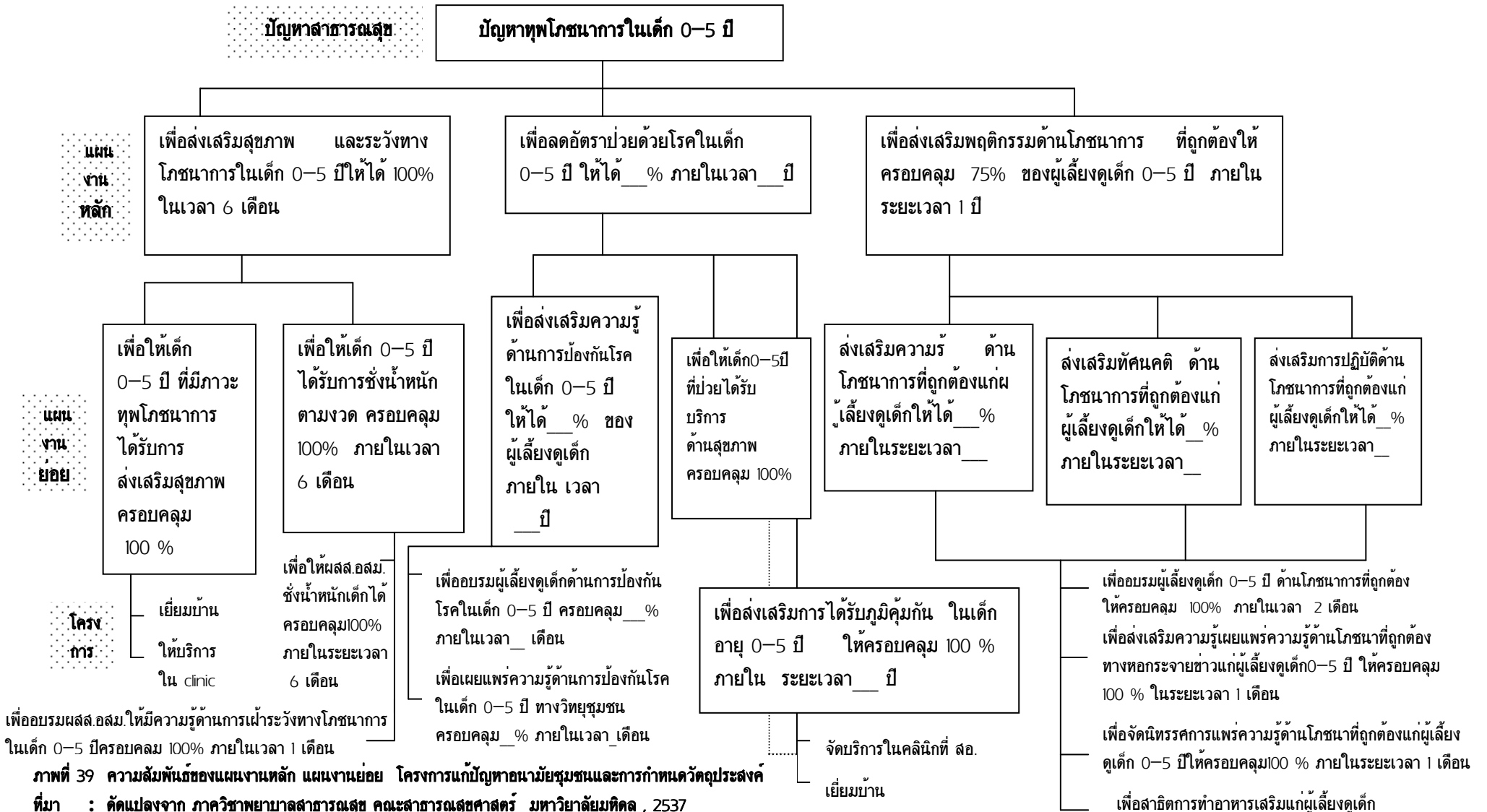
- ความประหยัด ( Economy )  
วางแผนใช้ทรัพยากรทุกชนิดด้วยความประหยัด ตามสมควร
- ความมีประสิทธิภาพ ( Efficiency )  
ใช้ทรัพยากรตามแผนงาน/โครงการ ที่มีคุณค่า เป็นที่ยอมรับและเกิดประโยชน์สูงสุด แก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
- ความมีประสิทธิภาพ ( Effectiveness )  
ใช้ทรัพยากรตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด
- ความยุติธรรม ( Equity )  
การจัดสรรทรัพยากรทุกชนิดเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อให้การดำเนินงาน เป็นไปอย่างต่อเนื่อง คล่องตัว และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

## 2.5 การกำหนดแนวทางการประเมินผลแผนงาน/โครงการ

ในการกำหนดแนวทางการประเมินผลแผนงาน/โครงการนั้น ควรระบุดัชนีหลักและเป็นดัชนีตรงที่จะใช้ในการประเมินความสำเร็จของแผนในแต่ละระดับ รวมทั้งแหล่งข้อมูล เครื่องมือ และวิธีการในการรวบรวมข้อมูลตามดัชนีที่กำหนด รวมทั้งควรระบุเวลา ผู้รับผิดชอบที่จะทำการประเมินไว้ด้วย ซึ่งจะกล่าวรายละเอียดในเรื่องการประเมินผลแผนงาน/โครงการแก้ปัญหาอนามัยชุมชน

## 2.6 การเขียนแผนงาน/โครงการ

การวางแผนโครงการ เมื่อสามารถกำหนดวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินงาน ตลอดจนงบประมาณของกลวิธีการแก้ปัญหาที่ต้องการได้แล้ว ขั้นตอนสุดท้ายของการจัดทำแผนก็คือ การนำข้อมูล และข้อสรุปต่าง ๆ ที่ได้มานั้น เขียนลงไว้เป็นรูปแบบของแผนงาน/โครงการ ซึ่งมีความสำคัญมาก เนื่องจากการวางแผนที่ดีนั้นจะต้องมีการเขียนและจัดทำแผนงาน/โครงการ ให้เรียบร้อย ถูกต้องตามรูปแบบของแผนระดับต่าง ๆ เพื่อจะได้นำไปอ้างอิงและทำให้บุคลากรระดับต่าง ๆ ที่จะดำเนินงานตามแผน สามารถเข้าใจขั้นตอนและกระบวนการทั้งหมดที่เกี่ยวข้องให้ตรงกัน นอกจากนี้ยังเป็นแนวทางที่จะนำไปใช้ติดตามงานและประเมินผลอีกด้วย ดังนั้นการวางแผนงาน/โครงการ จึงมีความสัมพันธ์กันอย่างแยกไม่ออก โดยที่โครงการจะเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานเสมอ และโครงการจะเป็นแนวทางในการนำแผนไปปฏิบัติให้บรรลุวัตถุประสงค์ ในการวางแผนงาน/โครงการแก้ปัญหาอนามัยชุมชนจึงนิยมแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ แผนงานหลัก แผนงานย่อย และโครงการ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันในแต่ละระดับของวัตถุประสงค์ ดังแสดงในภาพที่ 16



เพื่ออบรมผลส.อสม. ให้มีความรู้ด้านการเฝ้าระวังทางโภชนาการ ในเด็ก 0-5 ปี ครอบคลุม 100% ภายในเวลา 1 เดือน

ภาพที่ 39 ความสัมพันธ์ของแผนงานหลัก แผนงานย่อย โครงการแก้ปัญหาอนามัยชุมชนและการกำหนดวัตถุประสงค์ ที่มา : ดัดแปลงจาก ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล , 2537

ทั้งนี้ การวางแผนงาน/โครงการ ทั้ง 3 ประเภท มีหลักการสำคัญที่เหมือนกัน ดังแสดงในเรื่องกระบวนการวางแผน/โครงการ ทั้ง 5 ขั้นตอนแรก ส่วนการเขียนแผนงาน/โครงการแก้ปัญหาอนามัยชุมชนแต่ละประเภท จะมีความแตกต่างกันในรายละเอียด และความเฉพาะเจาะจงดังต่อไปนี้

### 2.6.1 การเขียนแผนงานหลักหรือแผนแม่บท

จะต้องประกอบด้วยขั้นตอน ตามลำดับดังนี้

- 1) *ปัญหาสาธารณสุข* โดยนำปัญหาที่ได้เลือกและจัดลำดับปัญหาไว้แล้ว มาวางแผนเพื่อแก้ไข
- 2) *วิเคราะห์ปัญหา (problem analysis)* การแก้ปัญหาสาธารณสุข จะต้องทำการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหาอย่างละเอียด รวมทั้งกลุ่มประชากรที่เกิดปัญหาโดยอาศัยหลักวิทยาการระบาดเชิงพรรณนา ว่าโรคหรือปัญหาสาธารณสุขในด้านบุคคล เวลา และสถานที่ (person place and time) ดังได้กล่าวรายละเอียดใน กระบวนการวางแผนงาน/โครงการไปแล้ว
- 3) *เป้าประสงค์ (goal) และ เป้าหมาย (target)* จากการวิเคราะห์อย่างละเอียดแล้ว จะทราบถึงความสามารถในการแก้ไขปัญหาว่า ได้มากน้อยเพียงใด แล้วนำมาตั้งเป้าประสงค์หรือเป้าหมาย และระยะเวลาที่จะบรรลุถึงเป้าหมายและเป้าประสงค์
- 4) *กลวิธีการดำเนินงาน* การกำหนดวิธีการแก้ปัญหาก็เป็นวิธีการหนึ่งจากหลายวิธีที่จะทำให้การแก้ปัญหานั้นบรรลุวัตถุประสงค์ที่ได้วางไว้ แต่วิธีการแก้ปัญหาก็ต้องอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ เป็นการแก้ปัญหาคงตามทฤษฎีร่วมกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนนั้น ๆ อุปสรรคที่เกิดขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับน้ำหนัก ก็สามารถเลือกวิธีที่จะเป็นไปได้มากที่สุด ซึ่งอาจจะมี 2-3 วิธีก็ได้ และนำเอาวิธีต่าง ๆ นั้นมาวางแผนงานย่อย (sub plan) หรือโครงการ ดังแสดงไว้ในภาพที่ 39 ที่ผ่านมา และได้กล่าวรายละเอียดในกระบวนการวางแผนงาน/โครงการไปแล้ว
- 5) *การประเมินผล* จะต้องมีประเมินเป็นระยะ คือ การประเมินผลระยะสั้นและระยะยาว การประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ หรือ*การประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินงาน* (formative evaluation) ขณะที่ได้ดำเนินงานไปแล้วระยะหนึ่ง ผู้รับผิดชอบในการดำเนินงานจะต้องประเมินหรือติดตาม การทำงานว่าได้ดำเนินงานเป็นไปตามรูปแบบ หรือโครงการที่วางไว้หรือไม่

มากน้อยเพียงใด มีประสิทธิผลประสิทธิภาพหรือไม่ มีปัญหาขัดข้องอะไรบางอย่างที่ต้องแก้ไข หรือแม้แต่จะต้องปรับปรุงแผนเสียใหม่ ก็ต้องกระทำ เพราะถ้าปล่อยทิ้งไว้จะเกิดผลเสียภายหลัง การประเมินความก้าวหน้าของการดำเนินงานนี้ อาจจะทำได้จากการศึกษาหรือกันระหว่างหัวหน้างานที่รับผิดชอบกิจกรรมต่างๆ ส่วน *การประเมินผลรวมหลังเสร็จสิ้นโครงการ* (summative evaluation) เป็นการประเมินผลหรือตรวจสอบดูว่าโครงการสุศึกษาที่ได้ทำไปนั้น ได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่มากน้อยเพียงใด คำนึงถึงการลงทุนหรือไม่ และนับตั้งแต่ดำเนินงานมาจนเสร็จสิ้นโครงการ มีปัญหาอุปสรรค หรือข้อขัดข้องในการดำเนินงานอะไรบ้าง นอกจากนี้ยังต้องดูว่ามีผลพลอยได้อะไรบ้างที่เราไม่ได้คาดคิดมาก่อน ซึ่งผลพลอยได้นี้ จะต้องพิจารณาทั้งในด้านบวกและด้านลบ (ดูรายละเอียดในเรื่องการประเมินผลแผนงาน/โครงการ)

ซึ่งอาจสรุปหลักการเขียนแผนงานหลัก ได้ดังตารางที่ 6 และดูตัวอย่างการเขียนแผนงานหลักในภาคผนวก ง.

ตารางที่ 6 หลักการเขียนแผนแม่บทหรือแผนงานหลัก

| ปัญหา<br>สาธารณสุข                | วิเคราะห์ปัญหาและ<br>สาเหตุของปัญหา  | เป้าประสงค์<br>/เป้าหมาย     | กลวิธี<br>ดำเนินงาน  | การประเมินผล  |
|-----------------------------------|--|------------------------------|--|---|
| ระบุปัญหา<br>และ ขนาดของ<br>ปัญหา | บรรยายและวิเคราะห์<br>ในลักษณะปัญหาและ<br>สภาพของปัญหา เช่น<br>- คน<br>- สถานที่<br>- เวลา<br>- ปัจจัยนำ<br>- ปัจจัยเอื้อ<br>- ปัจจัยเสริม | - ระบุขนาด<br>- ระบุระยะเวลา | - วิธีการที่ 1<br>- วิธีการที่ 2<br>- วิธีการที่ 3<br>- วิธีการที่ 4 | - ระยะสั้น<br>- ระยะยาว<br>- หลักเกณฑ์<br>ประเมินผล<br>- วิธีการ<br>ประเมินผล |

ที่มา : ดัดแปลงจาก ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล , 2537 และ อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ , 2540

### 2.6.2 การเขียนแผนงานย่อย

แผนงานย่อย เป็นแผนงานที่วางไว้สำหรับปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ โดยแสดงรายละเอียดของกิจกรรม การทำแผนงานย่อยอาจทำในรูปโครงการ โดยนำกลวิธีทางสาธารณสุข แต่ละกลวิธีมาเขียนเป็นแผนงานย่อย แต่ต้องมีความสอดคล้องกับแผนงานหลักเสมอ โดยที่การเขียนแผนงานย่อยมีรายละเอียดดังนี้ (ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล , 2537 )

- 1) *ปัญหาสาธารณสุข* (เหมือนแผนงานหลัก)
  - 2) *วัตถุประสงค์/เป้าหมาย* เหมือนแผนงานหลัก แต่แสดงความเฉพาะเจาะจงในแต่ละวัตถุประสงค์ เพื่อนำสู่เป้าประสงค์ในแผนงานหลัก
  - 3) *กลวิธีบรรลุเป้าหมาย* (เหมือนแผนงานหลัก)
  - 4) *กิจกรรม* การเขียนกิจกรรมในแผนงานย่อย ควรเขียนรายละเอียดอย่างคร่าวๆ ส่วนใหญ่แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้
    - 4.1) ขั้นตอนเตรียมการ
    - 4.2) ขั้นตอนดำเนินการ
    - 4.3) ขั้นตอนประเมินผล
 โดยกิจกรรมนั้นต้องสอดคล้องกับกลวิธีบรรลุเป้าหมาย ดังได้กล่าวรายละเอียดในกระบวนการวางแผนงาน/โครงการไปแล้ว
  - 5) *แหล่งทรัพยากร* แบ่งเป็น 3 หัวข้อ คือ งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และกำลังคน ดังได้กล่าวรายละเอียด ในกระบวนการวางแผนงาน/โครงการไปแล้ว
  - 6) *อุปสรรค* เป็นปัญหาที่คาดว่าจะทำให้โครงการ ไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ เช่น อยู่ในช่วงฤดูฝนทำให้การเดินทางไม่สะดวก เจ้าหน้าที่พูดภาษาท้องถิ่นไม่ได้ ทำให้ยากต่อการประชาสัมพันธ์ เป็นต้น
  - 7) *การประเมินผล* (เหมือนแผนงานหลัก)
- ดูตัวอย่างการเขียนแผนงานย่อยในภาคผนวก ง.*

### 2.6.3 การเขียนโครงการ

โครงการ เป็นการสรุปผลที่ได้จากการพิจารณาไตร่ตรองตามขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการวางแผนงาน/โครงการ มาจัดทำเป็นเอกสารโครงการที่มีเนื้อหากระชับ ถูกต้องและชัดเจน เพื่อนำไปสู่การดำเนินงานแก้ไขปัญหาได้อย่างมีทิศทาง โดยมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญเพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหารงาน ทั้งในด้านการจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรที่มีอยู่จำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด



ตลอดจนการควบคุมติดตาม และการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยมีแนวคิดและหลักการที่สำคัญในการจัดทำโครงการดังนี้

### 1) ประเภทของโครงการ

การจัดจำแนกประเภทของโครงการ โดยทั่วไปมักจะแบ่งเป็น 3 แบบ ดังนี้

- 1.1) แบ่งตามชื่อและจุดมุ่งหมายของโครงการ เช่น
  - โครงการ พัฒนาบุคลากร
  - โครงการผลิตสื่อการสอน
- 1.2) แบ่งตามลักษณะการปฏิบัติ เช่น
  - โครงการประจำ หมายถึง โครงการที่ต้องทำอยู่ตลอดเวลา ไม่มีการเสร็จสิ้น ต้องทำซ้ำๆอยู่เรื่อยๆ
  - โครงการเฉพาะกิจ หมายถึง โครงการที่จัดทำขึ้นเป็นครั้งคราว ตามความจำเป็นและทำเพียงครั้งเดียวเสร็จ
- 1.3) แบ่งตามระยะเวลาของโครงการ เช่น
  - โครงการระยะสั้น หมายถึง โครงการขนาดเล็ก ใช้ปัจจัย คน วัสดุ และระยะเวลาไม่มากนัก
  - โครงการระยะยาว เป็นโครงการขนาดใหญ่ ใช้ปัจจัย ในการดำเนินการมาก ต้องทำต่อเนื่องเป็นเวลานาน เช่น โครงการที่ดำเนินการ 5 ปีขึ้นไป

### 2) ลักษณะของโครงการที่ดี

โครงการ เป็นแผนงานที่จัดทำขึ้นเพื่อการปฏิบัติภารกิจขององค์กรให้บรรลุถึงเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ หากโครงการที่จัดทำขึ้นเป็นโครงการที่ดีย่อมหมายถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานและผลตอบแทนที่องค์กรหรือหน่วยงานได้รับอย่างคุ้มค่า อันจะนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าของหน่วยงานในที่สุด ดังนั้นโครงการที่ดีควรมีลักษณะดังต่อไปนี้

- 2.1) สามารถแก้ปัญหาขององค์กรหรือหน่วยงานได้
- 2.2) มีรายละเอียด วัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ชัดเจน สามารถดำเนินงานได้ มีความเป็นไปได้สูง
- 2.3) รายละเอียดของโครงการต้องเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน กล่าวคือ วัตถุประสงค์ต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เป็นต้น
- 2.4) สามารถตอบสนองความต้องการของสังคมของกลุ่มชนส่วนใหญ่ และนโยบายของประเทศ
- 2.5) รายละเอียดของโครงการย่อมต้องสามารถเข้าใจได้ง่าย และสามารถดำเนินงานตามโครงการได้

- 2.6) โครงการต้องได้รับการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร อย่างเหมาะสม และมีการพิจารณานำเอาทรัพยากรที่มีอยู่ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ สูงสุดในเวลาอันจำกัด
- 2.7) โครงการจะต้องมีระยะเวลาในการดำเนินงานอย่างแน่ชัด
- 2.8) มีการกำหนดขั้นตอนและบทบาทหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน เพื่อมิให้เกิดความสับสนในการดำเนินงาน
- 2.9) มีการใช้ข้อมูลเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจทุกขั้นตอน
- 2.10) มีระบบการควบคุมกำกับ ติดตามและประเมินผลเพื่อการปรับปรุง และควบคุมคุณภาพ
- 2.11) มีความยืดหยุ่น ตามสภาพและสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้

### 3) องค์ประกอบของโครงการ

โครงการที่ดีควรมีการจัดทำขึ้นอย่างมีระบบ และสมเหตุสมผล โดยมีองค์ประกอบพื้นฐานที่สามารถอ่านเข้าใจได้ และใช้ประโยชน์ในการติดตามประเมินผลได้ องค์ประกอบพื้นฐานที่ควรมีในทุกๆโครงการ อาจมีความแตกต่างกันบ้าง แต่โดยทั่วไปแล้วมีหัวข้อครอบคลุมดังต่อไปนี้ ( ดัดแปลงจาก ภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล , 2537 อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ , 2540 และกองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข , 2542 )

#### 3.1) ชื่อโครงการ

ชื่อโครงการควรจะต้องมีความชัดเจน เหมาะสม และเฉพาะเจาะจง เป็นที่เข้าใจง่ายแก่ผู้นำโครงการไปใช้ หรือผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการ ชื่อโครงการจะบอกให้ทราบว่าทำอะไร สิ่งไหนเพื่อทำอะไร โดยปกติชื่อโครงการจะแสดงหรือบอกชัดเจนในลักษณะดังนี้ คือ แสดงลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติ และแสดงลักษณะเฉพาะของโครงการ เช่น “โครงการแก้ไขและป้องกันภาวะขาดสารอาหารบ้านไทยเดิม” เป็นต้น

#### 3.2) หลักการและเหตุผล

เป็นการบรรยายสรุปสภาพการณ์ของปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจถึงสภาพของปัญหาและเหตุผลในการกำหนดเป้าประสงค์ วัตถุประสงค์ และกลวิธี ดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นที่กำหนดไว้ในแผน องค์ประกอบด้าน หลักการ และเหตุผล เป็นส่วนที่จะบ่งชี้ถึงรากฐานความเป็นมาว่าโครงการนั้นมีแนวความคิดพื้นฐานที่มาจากโครงการอย่างไร ซึ่งสาระสำคัญที่ต้องระบุให้ชัดเจน ได้แก่

- (1) โครงการมีความสำคัญ/ผลกระทบต่อสุขภาพ ของประชาชนในพื้นที่อย่างไร

- (2) มีความจำเป็นเร่งด่วนประการใด จึงต้องดำเนินโครงการนี้ โดยที่สามารถแสดงข้อมูลที่บ่งชี้ชัดเจนถึง สภาพปัญหาสถานการณ์เฉพาะเรื่อง ( อันเป็นที่มาของโครงการ ) โดยระบุให้เห็นว่าปัญหานั้นมีความสำคัญเร่งด่วนอย่างไร ในการระบุความสำคัญเร่งด่วนนี้ อาจระบุได้ทั้งในทางบวกหรือทางลบก็ได้ กล่าวคือ ในแง่ทางบวก อาจระบุถึงผลดีหรือประโยชน์ที่จะได้รับ ส่วนในแง่ทางลบก็คือผลเสีย หรือความเสียหายที่จะเกิดขึ้น หากไม่มีการดำเนินโครงการนั้น ๆ โดยที่การระบุความสำคัญเร่งด่วนให้ชัดเจนนั้น จำเป็นต้องดำเนินการในขั้นตอนตั้งแต่การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนการกำหนดกลวิธีแก้ไขปัญหาได้อย่างชัดเจนเสียก่อน จึงสามารถนำผลวิเคราะห์ในขั้นต่าง ๆ เหล่านี้ มาใช้ในการเขียนหลักการและเหตุผลได้
- (3) เป็นโครงการที่สนองต่อแผนงานหลักของจังหวัดหรือประเทศ หรือสนองต่อนโยบายของรัฐบาล ( โดยระบุชื่อแผนงาน หรือนโยบายของรัฐบาลข้อนั้นๆไว้ด้วย )
- (4) โครงการนี้มีความสัมพันธ์หรือผูกพันกับโครงการอื่นๆ ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตอย่างไร ( ในกรณีที่มีโครงการที่ต้องดำเนินการต่อเนื่องหรือหนุนเสริมกัน )

### 3.3) วัตถุประสงค์

การกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ เป็นส่วนที่มีความสำคัญที่สุดส่วนหนึ่งของแต่ละโครงการ นอกจากจะเป็นเครื่องชี้เป้าประสงค์ (goals) ของโครงการแล้วยังช่วยในการติดตามและประเมินผลโครงการนั้น ๆ ด้วย ทั้งนี้การกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ อาจกระทำได้ 2 ลักษณะ บางโครงการกำหนดเป็นวัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เฉพาะ แยกจากกัน หรือบางโครงการไม่แยกวัตถุประสงค์ออกมาต่างหาก ซึ่งสามารถทำได้ทั้ง 2 อย่าง โดยที่วัตถุประสงค์จะต้องมีความสอดคล้องกับเป้าประสงค์ของแผน เช่น *เป้าประสงค์* ลดอัตราการป่วย การตาย ฯลฯ ส่วน *วัตถุประสงค์* ของแผน จะเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นสาเหตุของปัญหา ซึ่งจะสัมพันธ์กับมาตรการหรือกลวิธีที่จะนำมาใช้ในการลดปัญหาตามเป้าประสงค์ของแผน การเขียนเป้าประสงค์และวัตถุประสงค์ ควรเขียนในลักษณะปริมาณที่วัดได้ และระบุกลุ่มเป้าหมายหลัก และระยะเวลาที่ต้องการให้การเปลี่ยนแปลงตามเป้าประสงค์ หรือวัตถุประสงค์

### 3.4) เป้าหมาย

เป้าหมายโครงการ หมายถึง การกำหนดกิจกรรมที่จะทำในโครงการ ในรูปปริมาณและคุณภาพ โดยกำหนดให้เฉพาะเจาะจงและชัดเจน ซึ่งหมายความว่าทุกอย่างจะทำจริงปฏิบัติให้เกิดขึ้นจริง ถ้าหากว่าทำไม่ได้ตามนั้น ก็แสดงว่าไม่บรรลุเป้าหมาย หรือถ้าทำได้ก็แสดงว่าบรรลุเป้าหมาย การกำหนดเป้าหมายจำแนกได้หลายอย่าง เช่น เป้าหมายด้าน *กิจกรรม* คือจะทำอะไร เป้าหมาย *ประชากร* คือจะทำกับใคร เป้าหมายด้าน *พื้นที่* คือจะทำที่ใด เมื่อดำเนินการตามโครงการนี้แล้ว *จะเกิดอะไรขึ้นบ้าง* หรือ *จะได้อะไรเพิ่มขึ้น* เป็นการบ่งบอกทิศทาง การดำเนินโครงการ และใช้ในชั้น การติดตามประเมินผลโครงการ

การระบุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่แน่ชัดนี้ จะมีส่วนช่วยเพิ่มน้ำหนัก ความสำคัญของโครงการมากขึ้น ซึ่งได้แสดงรายละเอียดไว้ในขั้นตอนที่ 2 ของเรื่องกระบวนการวางแผนงาน/โครงการ แล้ว

### 3.5) วิธีดำเนินการ

วิธีดำเนินการเป็นหัวใจสำคัญของโครงการ เพราะแสดงรายละเอียด เกี่ยวกับกิจกรรม พร้อมทั้งขั้นตอนในการดำเนินงานอย่างครบกระบวนการ โดยกิจกรรมดังกล่าวได้มาจากการกำหนดกลวิธีการดำเนินงาน ในขั้นตอน ที่ 2 ของกระบวนการวางแผนงาน/โครงการที่ได้กล่าวไปแล้ว รายการ กิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ ให้ระบุวิธีการทำงาน ขั้นตอนในการปฏิบัติงาน แนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ แนวทางการประสานงาน รวมทั้ง ผู้รับผิดชอบ ระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม และทรัพยากรที่ต้องใช้ไว้ด้วย ซึ่งนิยมแบ่งขั้นตอนการดำเนินงานออกเป็น *ขั้นเตรียมการ* *ขั้นดำเนินการ* และ *ขั้นประเมินผล*

ในการระบุวิธีดำเนินงานนี้ ควรระบุกิจกรรมต่างๆ ที่จะดำเนินการ ตามขั้นตอนก่อนหลัง และจะต้องชี้แจงในรายละเอียดว่า จะทำอะไร อย่างไร ปริมาณเท่าใด (ถ้าระบุได้) หากมีองค์กรอื่นๆ ร่วมดำเนินการด้วย จะต้องระบุด้วยว่า กิจกรรมแต่ละข้อนั้นดำเนินการโดยองค์กรใดบ้าง อย่างชัดเจน และเขียนเป็นแผนภูมิแกนต์ ( gantt chart ) เพื่อความ สะดวกในการควบคุมกำกับงาน ซึ่งผู้จัดทำโครงการอาจจะต้องแนบผัง ควบคุมกำกับงานไว้ท้ายโครงการหรือแทรกใน *วิธีดำเนินการ* ดังแสดงใน ตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แผนการดำเนินงาน หรือ ผังควบคุมกำกับงาน

| ลำดับ | กิจกรรม | ระยะเวลาดำเนินการ<br>(เดือน) |  |  |  |  |  | ผู้รับผิดชอบ | ทรัพยากร | หมายเหตุ |
|-------|---------|------------------------------|--|--|--|--|--|--------------|----------|----------|
|       |         |                              |  |  |  |  |  |              |          |          |
|       |         |                              |  |  |  |  |  |              |          |          |

ที่มา :ดัดแปลงจากภาควิชาพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล , 2537  
และ อมาวสี อัมพันศิริรัตน์ , 2540

### 3.6) ระยะเวลาดำเนินการ

ระยะเวลาดำเนินการ คือ การกำหนดวัน หรือช่วงเวลาที่ปฏิบัติ ตามโครงการทั้งนี้อาจจะจัดทำเป็นตารางแสดงแผนปฏิบัติงานในช่วงเวลา ต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติมองเห็นชัดเจนเช่นเดียวกับวิธีดำเนินการ หรือ ระบุช่วงเวลา เป็นวันและงานที่จะทำได้ตามลำดับของงานต่อเนื่องกันก็ได้ ซึ่งควรระบุให้แน่นอนเฉพาะเจาะจง โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้และ ข้อจำกัดต่าง ๆ ด้วย

### 3.7) สถานที่ดำเนินงาน

ระบุสถานที่และอาณาเขตที่ใช้ในการดำเนินโครงการ หากว่าโครงการ ที่จัดขึ้นนั้นมีขอบเขตการปฏิบัติงานกว้างขวาง ก็ให้ระบุศูนย์ปฏิบัติการ ว่าเป็นที่ใดมีเครือข่ายอยู่ ณ ที่ใดบ้าง

### 3.8) งบประมาณ

เป็นการระบุจำนวนเงินที่ใช้ในการดำเนินโครงการ ตามกิจกรรม หรืองานที่ได้กระทำไปในการแก้ไขปัญหา ซึ่งจำนวนเงินนี้จะรวมถึง ทรัพยากรที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญห การแบ่งหมวดการใช้เงิน ให้ใช้ ตามงบประมาณแผ่นดิน ซึ่งแบ่งหมวดเป็น เงินเดือน ค่าจ้างประจำ

ค่าจ้างชั่วคราว ค่าตอบแทน ค่าใช้สอย วัสดุ ครุภัณฑ์ ค่าที่ดินและค่าก่อสร้าง เงินอุดหนุน และรายจ่ายอื่น ครอบคลุมตามที่วางแผนไว้ ในการกำหนดทรัพยากรสำคัญที่จำเป็นต้องใช้ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ *งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และ กำลังคน*

### 3.9) การประเมินผลโครงการ

คือ การระบุวิธีการ และกระบวนการที่ใช้ในการประเมินผล การดำเนินงานตามโครงการ ในอันที่จะตรวจสอบว่าได้ปฏิบัติงานไปตามโครงการและได้ผลตามเป้าหมายหรือไม่มากนักน้อยเพียงใด ทั้งนี้ต้องระบุ รูปแบบของการประเมิน ระยะเวลาในการประเมินไว้อย่างชัดเจน จะต้อง สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งจะระบุเรื่องชี้วัดไว้ระดับหนึ่งแล้ว สำหรับผู้ที่ประเมินโครงการนั้นอาจจะให้ผู้ดำเนินการ ประเมินเอง หรือบุคคลภายนอกหรือจัดเป็นรูปคณะกรรมการร่วมทำการ ประเมินก็ได้ (ดูรายละเอียดในหัวข้อการประเมินผลแผนงาน/โครงการ)

### 3.10) ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ หมายถึง ผลหรือประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการที่ โครงการบรรลุวัตถุประสงค์ (สำเร็จ) หรือผลที่เกิดขึ้นอื่น ๆ ซึ่งสามารถ แสดงได้ทั้งผลประโยชน์โดยตรง หรือผลกระทบจากโครงการ บ่อยครั้งที่ ผู้จัดทำโครงการ *มักเขียนซ้ำซ้อนกับใน ส่วนวัตถุประสงค์และเป้าหมาย* แต่โดยแท้จริงแล้วในหัวข้อประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับนี้ จะมุ่งไปถึง *ผลที่จะเกิดขึ้น* หากดำเนินการได้ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่โครงการ กำหนดไว้แล้ว ซึ่งอาจได้แก่ผลกระทบด้านสุขภาพของประชาชน เช่น โครงการรณรงค์การฝากครรภ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคน ได้รับการตรวจและดูแลครรภ์ครบ 4 ครั้งอย่างมีคุณภาพ จะมีผลที่คาดว่าจะได้รับ (ผลกระทบ) คือ เด็กแรกเกิดมีสุขภาพสมบูรณ์และมีน้ำหนักตัวได้มาตรฐาน

### 3.11) ผู้รับผิดชอบโครงการ

การระบุผู้รับผิดชอบโครงการนิยมระบุเป็นชื่อหน่วยงาน กลุ่มบุคคล หรือชื่อบุคคลกรณีเป็นโครงการเฉพาะบุคคล ซึ่งในกรณีที่ไม่ได้ระบุเป็น หน่วยงาน ควรแสดงคุณสมบัติของบุคคลประกอบด้วย

นอกจากนี้จะเป็นในส่วนการอนุมัติโครงการ ซึ่งโดยทั่วไปประกอบด้วย *ผู้เห็นชอบโครงการ ผู้อนุมัติโครงการ และ วันที่อนุมัติโครงการ*

จะเห็นได้ว่า การเขียนโครงการที่ดีได้นั้น จะต้องผ่านกระบวนการวางแผนงาน / โครงการ ทุกขั้นตอนมาอย่างชัดเจนก่อน ซึ่งอาจสรุปประเด็นสำคัญและรายละเอียดการเขียนโครงการ ได้ดังตารางต่อไปนี้

## ตารางที่ 8 ประเด็นสำคัญและรายละเอียดในการเขียนโครงการ

| หัวข้อ                   | เนื้อหา  |
|--------------------------|--|
| 1. ชื่อแผน/โครงการ       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชัดเจน</li> <li>- ตรงลักษณะงาน</li> <li>- ถ้าเป็นรหัสต้องเข้าใจตรงกัน</li> </ul>  |
| 2. หลักการและเหตุผล      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความเป็นมา</li> <li>- ความสำคัญของปัญหา</li> <li>- สภาพและสาเหตุของปัญหา</li> <li>- ผลกระทบที่จะเกิดขึ้น (การคาดการณ์ที่จะเกิดขึ้น)</li> <li>- เหตุผลและความจำเป็น</li> </ul>   |
| 3. วัตถุประสงค์/เป้าหมาย | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผลงานที่ต้องการให้เกิดขึ้นจากการดำเนินงานชัดเจนให้ชัดเจนว่าเพื่ออะไร (เพิ่มขึ้น/ลดลง)</li> <li>- การแสดงเชิงความต้องการที่จะระบุ ปริมาณ คุณภาพ ลักษณะ เฉพาะ กำกับด้วยเวลา</li> <li>- ใช้หลัก SMART <ul style="list-style-type: none"> <li>1.S=Sensible = เป็นไปได้</li> <li>2.M=Measurable = วัดได้</li> <li>3.A=Attainable = ระบุสิ่งที่ต้องการได้ ,มองเห็นได้</li> <li>4.R=Reasonable = มีเหตุผล</li> <li>5.T=Time = มีขอบเขตของเวลา</li> </ul> </li> </ul> |
| 4. วิธีดำเนินงาน         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- บรรจुरายละเอียดของกิจกรรม/งานทุกขั้นตอน</li> <li>- การเรียงลำดับกิจกรรม (ควรระบุเวลาและทรัพยากรที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมด้วย)</li> </ul>   |
| 5. ระยะเวลา              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ระยะเวลาทั้งหมดเงื่อนไขเวลาอื่น ๆ บางแผนต้องการให้มีการรายงานความก้าวหน้าบางเรื่อง บางแบบต้องการให้ระบุกิจกรรมใดใช้เวลาเท่าไร</li> </ul>  |
| 6. งบประมาณ              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- รายละเอียดเกี่ยวข้องกับงบประมาณ</li> <li>- จำนวน <ul style="list-style-type: none"><li>- แหล่งที่มา</li></ul></li> <li>- ประเภท <ul style="list-style-type: none"><li>- วิธีการควบคุม</li></ul></li> </ul>  |
| 7. ผู้รับผิดชอบ          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- หน่วยงาน</li> <li>- ตัวบุคคล (ควรมีรายละเอียดจำนวนและคุณสมบัติที่ต้องการด้วย)</li> </ul>  |
| 8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- จุดมุ่งหมายสูงสุด</li> <li>- ผลที่เกิดขึ้น(ผลที่คาดการณ์ในทางบวก)</li> </ul>  |
| 9. อื่น ๆ                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของหน่วยงาน</li> </ul>   |

ที่มา : สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช , 2540

# การดำเนินงานอนามัยชุมชน

## 4

### การดำเนินงานอนามัยชุมชน ( Community Implementation )

การปฏิบัติการ ( Implementation ) เป็นขั้นตอนการนำแผนการดูแลสุขภาพของชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี เสี่ยง และป่วยที่กำหนดไว้ไปดำเนินการปฏิบัติ โดยใช้ความรู้ เทคนิคเกี่ยวกับการพยาบาล การสาธารณสุข หรือกิจกรรมการดูแลสุขภาพอื่นๆ ครอบคลุมทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และ ตติยภูมิ รวมทั้งปฏิบัติการดูแลสุขภาพตามที่กำหนด แล้วจะต้องบันทึกผลการดูแลในบริบทของชุมชนที่ปรับเปลี่ยนไปหรือ บันทึกการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพ ภายหลังจากได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา

การดำเนินงานตามแผนงานอนามัยชุมชนเมื่อแผนงาน/โครงการที่จัดทำ ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการได้แล้วควรมีการบริหารโครงการ หรือ การดำเนินงานตามแผน 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

#### 1. ขั้นตอนเตรียมการ

เป็นการเตรียมความพร้อมของทีมงาน และผู้เกี่ยวข้อง ก่อนเริ่มลงมือปฏิบัติงานร่วมกัน ประกอบด้วย

##### 1.1 ทบทวนและคาดการณ์แนวโน้มของอุปสรรค

พิจารณาจากผลงานเทียบกับเป้าหมายในการดำเนินงานที่ผ่านมา มีความเหมาะสมของการตั้งเป้าหมายหรือไม่ การดำเนินการตามแผนฯ มีอุปสรรคด้านบริหาร วิชาการ และการประสานงานในระดับต่างๆอย่างไร โดยที่แผนงาน/โครงการที่จัดทำในแต่ละปี ในช่วง 5 ปีของแผน



พัฒนาการสาธารณสุขจะไม่แตกต่างกันมากนัก ดังนั้น การทบทวนการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา จึงสามารถช่วยให้ทราบถึงข้อบกพร่องและกำหนดแนวทางพัฒนาปรับปรุงได้ล่วงหน้า

**1.2 ทบทวนแผนงาน/โครงการ** ผู้รับผิดชอบแต่ละโครงการ นำแผนงานหลัก/ย่อย/โครงการที่ตนรับผิดชอบ ซึ่งควรเป็นแผนรายละเอียดที่นำไปปฏิบัติได้ทันที และมีกลไกภายในแผนที่สามารถประเมินผลได้เป็นระยะ หรือทำการปรับแผนได้ในกรณีที่จำเป็น *มาชี้แจงในที่ประชุม* เพื่อให้ผู้ร่วมงานทุกคนได้ทราบและซักถามให้เกิดความเข้าใจ และเกิดการประสานกิจกรรมในโครงการอื่นๆ ที่มีกลุ่มเป้าหมายเดียวกันหรือกิจกรรมคล้ายกัน ซึ่งจะช่วยประหยัดทรัพยากรและลดการซ้ำซ้อน

### 1.3 กำหนดแนวทางปฏิบัติเพื่อบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ร่วมกัน

แนวทางปฏิบัติในที่นี้ได้แก่การร่วมกันระบุว่า จะทำอะไร อย่างไร เมื่อไร ทำไร และโดยใคร ตามที่ได้ทบทวนแผนงาน/โครงการ ในประเด็นต่อไปนี้

- 1.3.1 กำหนดลักษณะกิจกรรม หรืองานที่จะต้องทำ (ทำอะไรบ้าง)
- 1.3.2 ระบุแนวทางปฏิบัติ สำหรับทุกกิจกรรมว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร (ทำอย่างไร)
- 1.3.3 ระบุรายการทรัพยากรที่จะใช้ ทั้งปริมาณและแหล่งที่มา โดยจำแนกไว้เฉพาะในแต่ละกิจกรรม (ใช้ทรัพยากรปริมาณเท่าไร จากที่ใด)
- 1.3.4 กำหนดตัว ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ เป็นรายกิจกรรม (ใครทำอะไรบ้าง)
- 1.3.5 กำหนด ระยะเวลา ปฏิบัติงานแล้วเสร็จในแต่ละกิจกรรม (ทำเมื่อใด)
- 1.3.6 ระบุการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงหรือนำระบบ ข้อมูลข่าวสาร มาใช้
- 1.3.7 กำหนดรูปแบบการสร้าง ความร่วมมือ และ การมีส่วนร่วม ของชุมชน เพื่อสนับสนุนให้กิจกรรมเกิดผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน (ดูรายละเอียดในเรื่อง รูปแบบการสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ )
- 1.3.8 กำหนดวิธี ประสาน กับกิจกรรมในแผนงาน / โครงการ แต่ละกิจกรรมอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกรณีที่มีกลุ่มเป้าหมายเดียวกันหรือลักษณะของกิจกรรมเหมือนกัน รวมทั้งการประสานงานทั้งภายในหน่วยงานและระหว่างหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมต่างๆ เป็นไปอย่างราบรื่น
- 1.3.9 ระบุวิธี ตรวจสอบ อุปสรรค ข้อขัดข้องต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ทันทีทั้งที่ตามแผนงานย่อย/โครงการ เช่น การกำหนดช่องทางการสื่อสาร หรือระบบการประสานงานระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารโครงการ
- 1.3.10 กำหนดวิธีการประเมินผลและการควบคุมกำกับงาน ว่าเมื่อไรแต่ละกิจกรรมได้ดำเนินการสำเร็จจุลวงแล้ว
- 1.3.11 กำหนดรูปแบบแนวทางการประสานงาน ซึ่งจะเป็นการช่วยในการวินิจฉัยสั่งการและการนิเทศงานเป็นไปอย่างสะดวก
- 1.3.12 จากข้อ 1.3.1-1.3.11 นำมาจัดทำเป็น แผนการดำเนินงานรายปี รายเดือน และรายวัน หรือ ในรูปแบบผังควบคุมกำกับงานแบบแผนภูมิแกนต์ในแต่ละกลวิธีดำเนินงาน

#### 1.4 การตรวจสอบความพร้อมของทรัพยากรและงบประมาณ

โดยตรวจสอบความสมบูรณ์และความพร้อมของเครื่องมือที่จะนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน เมื่อพบว่าสิ่งใดขาดหายหรือชำรุดควรจัดหาเพิ่มเติมหรือทำการซ่อมแซมไว้ให้พร้อมก่อนลงมือทำงาน

#### 1.5 การประชาสัมพันธ์

โดยแจ้งให้ประชาชนในชุมชนทราบถึง วัน เวลา และวัตถุประสงค์การทำงาน อาจทำในรูปแบบปลิว โปสเตอร์ หรือการกระจายเสียงเพื่อก่อให้เกิดการรับรู้และตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการทำงาน

### 2. ขั้นตอนงาน

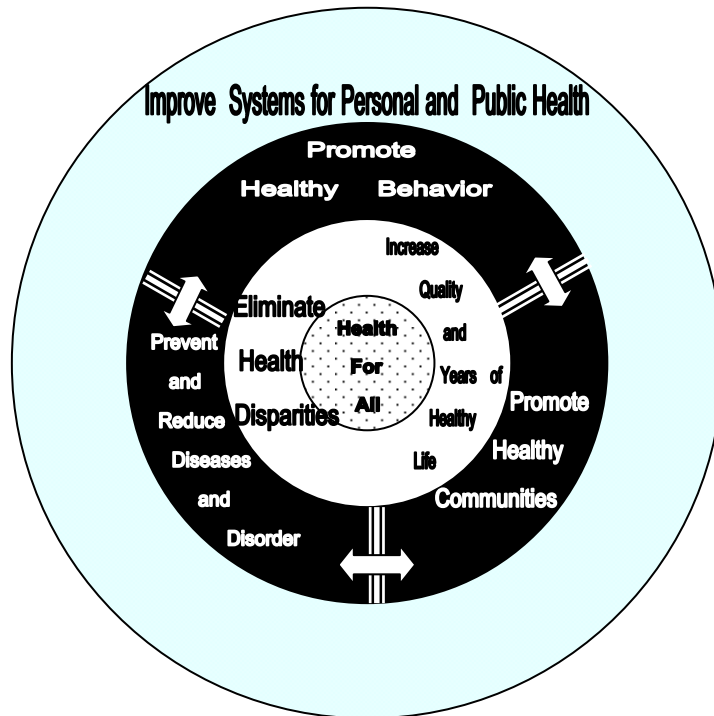
เป็นการดำเนินงานตามแผนหรือโครงการที่กำหนดไว้ โดยอาศัยการทำงานเป็นทีม ซึ่งจะต้องมีการบริหารจัดการเข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ การอำนวยความสะดวก การประสานงาน และการติดต่อสื่อสาร อย่างไรก็ตามการปฏิบัติงานนั้นควรมีผู้ที่ทำหน้าที่ติดตามการดำเนินงานเรียกว่า ผู้นิเทศ อาจเป็นหัวหน้าหน่วยงานนั้น หรือ บุคคลที่ได้รับการแต่งตั้ง หรือมอบหมาย ให้ปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพที่ต้องอาศัยกลุ่มบุคคลร่วมทำงานเป็นทีม ดังนั้นผู้ดำเนินงานควรมีหลักการทำงาน คือ

- 2.1 การสร้าง *สัมพันธภาพ* ในการทำงาน
- 2.2 การสร้าง *ศรัทธา* ให้เกิดขึ้นในทีมงาน ผู้ร่วมงาน และประชาชน
- 2.3 การทำงานอย่างมีความสุข *รักในงาน* และชอบการทำงานกับผู้ร่วมงานและประชาชน
- 2.4 มีการกระตุ้นให้ผู้ร่วมทีมและประชาชนในชุมชน *มีส่วนร่วม* ในการทำงาน
- 2.5 มีความ *ยืดหยุ่นและสอดคล้อง* ในการทำงานต่าง ๆ ตามความเหมาะสมของสถานการณ์
- 2.6 ยึด *นโยบาย* และ *ข้อมูล* การพัฒนาสุขภาพอนามัย
- 2.7 มีความ *ครอบคลุม* และ *เป็นธรรม*
- 2.8 มีความ *ผสมผสาน* และ *บูรณาการ*

ทั้งนี้ การดำเนินงานแก้ปัญหาอนามัยชุมชน ควรมีการพัฒนาสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จากการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 ( Health For All by the Year 2000 ) และยึดเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาสุขภาพในศตวรรษที่ 21 ( 21st Century ) ซึ่งมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ 2 ประการ เพื่อนำไปสู่การมีสุขภาพดีของประชาชนภายในปี 2553 ( Healthy People 2010 ) คือ ( US Department of Health and Human Services , 1988 , Introduction 1 *Quoted in Anderson, E.T. and Mc Farlane J.M., 2000* )

- ♥ ลดปัญหาสุขภาพ ( Eliminate Health Disparities )
- ♥ เพิ่มคุณภาพและความยืนยาวของชีวิต ( Increase Quality and Years of Healthy Life )

โดยมีกรอบแนวคิดที่สำคัญ ดังแสดงในภาพที่ 17



ภาพที่ 17 ประชาชนสุขภาพดีปี2553 : รูปแบบประชาชนสุขภาพดีในชุมชนสุขภาพดี (Healthy People 2010 : Healthy People in Healthy Communities Model)

ที่มา : ดัดแปลงจาก US. Department of Health and Human Services ,1988. *Quoted in Anderson,E.T. and Mc Farlane J.M., 2000 )*

### 3. ชั้นประเมินผล

การประเมินผลระหว่างดำเนินการ หรือ การควบคุมกำกับงาน เป็นหน้าที่ที่สำคัญและสัมพันธ์ต่อเนื่องกัน ซึ่งจะแสดงรายละเอียดในเรื่องการประเมินผลแผนงาน/โครงการต่อไป

# การประเมินผล **5**

## การดำเนินงานอนามัยชุมชน

### การประเมินผลการดำเนินงานอนามัยชุมชน ( Community Evaluation )

การประเมินผล ( Evaluation ) เป็นขั้นตอนของการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมที่ดำเนินการแก่ชุมชนในทุกภาวะสุขภาพ หรือการตรวจสอบคุณภาพของกิจกรรมการดูแลกับความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพ การประเมินผลการดูแล จะกระทำได้โดยการเปรียบเทียบข้อมูลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังจากการได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา (Actual outcome) กับเป้าหมายหรือระดับคุณภาพที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมินผล ซึ่งจะต้องกระทำเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องทั้งในระยะดำเนินงาน และเมื่อเสร็จสิ้นโครงการ ตลอดจนนำผลการประเมินไปทบทวนเพื่อปรับปรุงแผนและการปฏิบัติต่อไปทั้งนี้ต้องมีการบันทึกไว้ลายลักษณ์อักษรเสมอ ซึ่งมีหลักการ และขั้นตอนที่สำคัญดังต่อไปนี้( นิรัตน์ อิมามิ ,2540 ; อุกุมพร จามรมาน ,2538 และ Anderson , E.T. and Mc Farlane J.M. , 1988 )

#### 1. แนวคิดและหลักการประเมินผล

การปฏิบัติงานทุกชนิดของหน่วยงานต่างๆ จะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของงานที่จะกระทำในระยะเวลาหนึ่งๆ ไว้ ซึ่งเป็นการคาดหวังผลงานที่จะได้รับเมื่อปฏิบัติงานนั้นเสร็จสิ้นตามระยะเวลาที่กำหนด และถือเอาเป้าหมายนี้เป็นหลักในการปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งเมื่อ

ปฏิบัติไปแล้วอาจบรรลุผลมากน้อยต่างกันไปแล้วแต่ความชัดเจนและความเป็นไปได้ของเป้าหมาย วิธิดำเนินการและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพต้องมีการตรวจสอบ วิเคราะห์ ข้อมูลข่าวสารเพื่อหาลักษณะทิศทาง และความมากน้อยของความผันแปรของการปฏิบัติงานจริงกับที่คาดหวัง รวมทั้งศึกษาถึงสาเหตุของความผันแปรนั้นด้วย เพื่อหาวิธีการควบคุมและปรับปรุงวิธีการดำเนินงานตามความคาดหวังและการปฏิบัติจริงให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน หลักการดังกล่าวนี้คือการประเมินผลนั่นเอง ซึ่งมีหลักการที่สำคัญดังต่อไปนี้

### 1.1 ความหมายของการประเมินผล

*การประเมินผล* หมายถึง กระบวนการตรวจสอบการดำเนินงานเพื่อดูผลสำเร็จของงานว่ามีความก้าวหน้าเพียงใด มีปัญหาในการปฏิบัติอย่างไร บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ และผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อมเป็นอย่างไร เพื่อให้ประกอบการตัดสินใจปรับปรุงการดำเนินงานต่อไปในอนาคต หรืออีกนัยหนึ่งคือกระบวนการในการสร้างหรือระบุสารสนเทศเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารระดับต่างๆ ทั้งด้านการจัดการโครงการ การวางแผน การกำหนดนโยบาย โดยการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่คิดว่าจะทำ (Planning) กับสิ่งที่เกิดขึ้น (Actual) หรือผลการปฏิบัติงานจริงกับผลที่คาดว่าจะได้รับ ทั้งผลที่คาดหวังและมีได้คาดหวัง รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นด้วย

### 1.2 จุดมุ่งหมายของการประเมินผล

การประเมินผลจึงเป็นการกระทำเพื่อความมุ่งหมายที่สำคัญ 3 ประการคือ

**1.2.1 เพื่อการตัดสินใจด้านการวางแผนและการกำหนดนโยบาย** ได้แก่ การกำหนดขอบเขตความต้องการและทิศทางดำเนินงานตามสภาพการณ์ ปัญหาอุปสรรคและทรัพยากรที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน การกำหนดขอบเขตการวางแผน/โครงการและวิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ และเพื่อช่วยตัดสินใจในการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ รวมทั้งการรายงานผลการปฏิบัติงานเมื่อสิ้นสุดแผนงาน/โครงการ ในการนำไปพิจารณาเปรียบเทียบ และจัดทำแผนงาน/โครงการให้ใกล้เคียงกับสภาพการณ์ต่อไป

**1.2.2 เพื่อการบริหารและการจัดกิจกรรม** มีความมุ่งหมายเพื่อประเมินความเหมาะสมในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงผลงานในระหว่างปฏิบัติงาน หรือในระยะใกล้สิ้นสุดแผนงานตามความเหมาะสมกับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ความต้องการของประชาชนหรือทรัพยากรเปลี่ยนแปลง เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อกำหนดทิศทางการปรับปรุงวิธีการที่ใช้ และเพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของแผนงาน/โครงการ

**1.2.3 เพื่อการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวกับหลักปฏิบัติในการปฏิบัติงาน** ซึ่งเป็นการประเมินผลการปฏิบัติงานเฉพาะเรื่องหรือโครงการพิเศษ หรือมีวัตถุประสงค์เฉพาะเรื่องตามที่ผู้บริหารเห็นสมควร หรือมีผู้เสนอขอให้ประเมินผล

### 1.3 องค์ประกอบที่ใช้ในการประเมินผล

การประเมินผลแผนงาน/โครงการต่างๆ สามารถกระทำได้โดยใช้ข้อมูลหรือตัวชี้วัดที่เป็นมาตรฐาน หรือเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปมาเปรียบเทียบกับสิ่งที่ประเมิน โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้

**1.3.1 ความสอดคล้องสัมพันธ์ (relevant) หรือเป็นเรื่องเดียวกัน** ในแง่ของความเกี่ยวพันหรือความสัมพันธ์ที่มีเหตุมีผลในการกำหนดให้มีแผนงาน/โครงการ กิจกรรมหรือบริการ เช่น การประเมินผลการใช้ผงเกลือแร่ (ORS) ในการรักษาโรคอุจจาระร่วง ตามโครงการฝึกอบรมการใช้ผงเกลือแร่ในการรักษาโรคอุจจาระร่วงสำหรับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย

**1.3.2 ความก้าวหน้า (Progress)** เป็นลักษณะการเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่ปฏิบัติได้จริงกับแผนการปฏิบัติที่กำหนดขึ้นไว้ล่วงหน้า โดยมีเครื่องชี้วัดเป็นตัวสะท้อนให้เห็นถึงข้อบกพร่องหรือการไม่บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์

**1.3.3 ประสิทธิภาพ (efficiency)** เป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการปฏิบัติงานตามแผนหรือกิจกรรมกับการใช้ความพยายามที่จะให้เกิดผลสำเร็จขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นอัตราส่วนระหว่างปัจจัยนำเข้าต่อผลงานที่ได้จากการดำเนินการ มีจุดมุ่งหมายจะปรับปรุงการปฏิบัติงานและทบทวนความก้าวหน้าของงานโดยให้เสียค่าใช้จ่ายหรือทรัพยากรน้อยที่สุด โดยพิจารณาถึงผลที่ได้รับ ความเหมาะสมของแผนการปฏิบัติ กิจกรรมกำลังคนที่ใช้ ความพอเพียงของทรัพยากร

**1.3.4 ประสิทธิภาพ (effectiveness)** เป็นการวัดสัดส่วนของปัจจัยนำเข้าเปรียบเทียบกับ ผลลัพธ์ที่ได้ โดยผลลัพธ์นั้นจะต้องเป็นผลรวมด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งการวิเคราะห์หาผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ อาจวัดจำนวนได้หรือวัดจำนวนไม่ได้ เช่น การวิเคราะห์ด้านคุณภาพ ผลที่ได้จากการบรรลุผลสำเร็จโดยอาศัยความรู้สึก ทักษะ ความพึงพอใจในบริการของชุมชนมาตีค่าเป็นปริมาณที่วัดได้ การประเมินประสิทธิผลนี้ก็เพื่อลดปัญหา หรือปรับปรุงภาวะไม่พึงประสงค์ และเพื่อปรับปรุงแผนงาน/โครงการ การกำหนดหน้าที่และโครงสร้างของบริการสาธารณสุข

**1.3.5 ผลกระทบ (impact)** เป็นการวัดหาผลที่ได้รับจากแผนงาน/โครงการ และบริการต่อการพัฒนาสาธารณสุขตามสภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อดูว่าควรมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางดำเนินการของแผนงานสาธารณสุขหรือไม่ อันจะนำไปสู่การพัฒนาสาธารณสุข เศรษฐกิจและสังคมโดยรวม

**1.3.6 ความต่อเนื่อง** การประเมินผลเป็นกระบวนการต่อเนื่อง และต้องสรุปผลไว้เป็นระยะๆ เช่น การประเมินความก้าวหน้าและประสิทธิภาพอาจทำได้ทุกปี แต่การประเมินผลอาจต้องใช้เวลาและจะต้องใช้เวลายาวนานหากวัดถึงผลกระทบ

**1.3.7 เครื่องชี้วัด (indicator)** คือ ตัวแปรที่กำหนดขึ้นเพื่อชี้วัดความเปลี่ยนแปลงต่างๆ หรือบ่งบอกสถานภาพ หรือสะท้อนการดำเนินงานที่มีความสัมพันธ์กับเกณฑ์มาตรฐาน สามารถใช้วัดความสำเร็จของแผนงาน/โครงการได้ เครื่องชี้วัดมิได้เป็นเป้าหมายของการพัฒนา แต่เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบความสำเร็จว่าผลเป็นอย่างไร เช่น การประเมินผลการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามโครงการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครื่องชี้วัดได้แก่จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรม จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีคะแนนทดสอบหลังการอบรมผ่านเกณฑ์การที่กำหนด ฯลฯ หรือ การประเมินโครงการยกระดับสุขภาพอนามัยของเด็กอาจต้องใช้เครื่องชี้วัดหลายตัว เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพอนามัย เช่น ภาวะโภชนาการ ซึ่งวัดในรูปของน้ำหนักเปรียบเทียบกับส่วนสูง ความสามารถในการเรียนรู้ วัดจากความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ รวมทั้ง อัตราตาย อัตราความพิการของเด็ก เป็นต้น ซึ่งอาจบ่งประเภท และคุณลักษณะของเครื่องชี้วัดได้ดังต่อไปนี้

1) **ประเภทของเครื่องชี้วัด**

- 1.1) แสดงปัจจัยนำเข้า (Input Indicator) ใช้วัดเมื่อจะดำเนินการพัฒนา
  - 1.2) แสดงการกระทำที่เกิดขึ้น (Process or Performance Indicator) ใช้วัดจำนวนกิจกรรมที่ดำเนินการตามแผนงานที่กำหนดไว้
  - 1.3) แสดงผลที่ได้รับ (Output Indicator) ใช้วัดผลงานเมื่อโครงการและกิจกรรมต่างๆ ได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว โดยเทียบกับวัตถุประสงค์ เป้าหมายและการครอบคลุม
  - 1.4) แสดงผลสำเร็จ (Outcome Indicator) ใช้วัดผลสำเร็จเมื่อโครงการและกิจกรรมต่างๆ สิ้นสุด ทั้งนี้โดยเทียบกับจุดมุ่งหมายระยะยาวของโครงการ หรือผลกระทบด้านต่างๆ ของโครงการ ที่นอกเหนือไปจากที่ได้ตั้งเป้าหมายไว้
  - 1.5) ประสิทธิภาพ (Effectiveness) ใช้วัดผลผลิตตามวัตถุประสงค์ และ เป้าหมายที่ต้องการ
  - 1.6) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ใช้วัดค่าใช้จ่ายที่ลงทุนเปรียบเทียบกับผลผลิตที่เกิดขึ้น
  - 1.7) ผลกระทบ (Impact) ใช้วัดนโยบาย แผนงานและโครงการที่จัดทำขึ้นว่าได้แก้ปัญหาสาธารณสุข หรือปัญหาสุขภาพของประชาชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้หรือไม่ เพียงใด
- 2) **คุณลักษณะของเครื่องชี้วัด** เครื่องชี้วัดที่ดีควรมีลักษณะดังต่อไปนี้คือ
- 2.1) มีคุณค่าและถูกต้อง (valuable & valid) หมายถึง มีความถูกต้อง สามารถวัดสิ่งที่ต้องการวัดได้จริงและมองเห็นได้

- 2.2) มีจุดมุ่งหมายและเชื่อถือได้ (objectively & reliability) หมายถึง แม้จะนำมาวัดโดยใคร เวลาใด ขณะใดก็ตาม ผลที่ได้รับจะต้องเหมือนกัน หากมีจุดมุ่งหมายในการวัดเหมือนกัน
- 2.3) มีความไว (sensitive) หมายถึง เครื่องชี้วัดจะต้องไวต่อการเปลี่ยนแปลงตามสภาวะ หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น
- 2.4) มีความจำเพาะเจาะจง (specificity) หมายถึง เครื่องชี้วัดนั้นจะต้องสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของปรากฏการณ์นั้นๆ เป็นการเฉพาะตัวอย่างเช่น การใช้อัตราตายของทารกเป็นเครื่องชี้วัดระดับสุขภาพของกลุ่มประชากรวัยเด็ก ซึ่งนับเป็นเครื่องชี้วัดโดยตรง จึงถือเป็นเครื่องชี้วัดที่มีคุณค่าและมีจุดมุ่งหมาย แต่อัตราตายของทารกนี้ไม่ได้มีความจำเพาะเจาะจงเพียงพอ เพราะสามารถนำไปประเมินในด้านอื่นๆได้ เช่น การดูแลหญิงมีครรภ์ ภาวะเสี่ยงการตายระหว่างคลอด
- 2.5) การหามาใช้และคิดคำนวณได้ง่าย (availability and calculation) หมายถึง สามารถเก็บหรือนำมาใช้ได้จากข้อมูลที่มีอยู่ จัดหาเพิ่มเติมได้ง่าย และง่ายต่อการคำนวณ
- 2.6) สาธารณและไม่ถูกครอบงำ (universal & influence) หมายถึง ต้องเป็นสาธารณและไม่ถูกครอบงำด้วยเวลาและสถานที่

**1.3.7 เกณฑ์ (Criteria)** หมายถึงเกณฑ์ด้านสังคม เทคนิค หรือด้านการบริหาร/บริการ ตามที่ได้กำหนดไว้เป็นเป้าหมายสำหรับการดำเนินงาน เป็นสิ่งที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้ในการตัดสินคุณภาพสิ่งหนึ่งสิ่งใด มีลักษณะเป็นที่ยอมรับว่ามีมาตรฐาน หรือเหมาะสมตามสภาพของสิ่งเหล่านั้น เพื่อช่วยการตัดสินใจ โดยเปรียบเทียบระหว่างผลการปฏิบัติจริงกับเกณฑ์การประเมินผลที่กำหนดไว้ล่วงหน้า ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพตัวอย่างเช่น เกณฑ์ด้านสังคมสำหรับวัดคุณภาพชีวิต (quality of life) ได้แก่ การที่ประชาชนมีน้ำสะอาดบริโภคโดยทั่วไป น้ำที่บริโภคต้องได้มาตรฐานทางเทคนิคและมีความบริสุทธิ์พอ สำหรับเกณฑ์ด้านสังคมก็คือ ความแน่ใจของการมีน้ำสะอาดไว้ใช้ตลอดเวลา ด้วยการจัดการของชุมชนเอง ในด้านการดูแลรักษาและซ่อมแซมเมื่อสึกหรอ

เครื่องชี้วัดและเกณฑ์เป็นตัวช่วยให้กระบวนการประเมินผลและ กระบวนการวางแผน และจัดทำแผนงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ( สำหรับเครื่องชี้วัดและเกณฑ์ ที่ใช้ในการประเมินผล การพัฒนาด้านสาธารณสุขช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545– 2549) ได้สรุปไว้ในบทที่ 1 แล้ว)

#### 1.4 ประเภทของการประเมินผล

การประเมินผลมีวิธีการจำแนกออก 2 วิธีคือ *การจำแนกโดยใช้เวลาเป็นหลัก* และ *การจำแนกโดยใช้วิธีการและรูปแบบของการประเมินผลเป็นหลัก*



#### 1.4.1 การจำแนกโดยใช้เวลาเป็นหลัก แบ่งเป็น 3 ประเภทคือ

- 1) *การประเมินผลก่อนการปฏิบัติงาน* ( pre-evaluation ) เป็นการศึกษาถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้น ทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อนำไปใช้กำหนดขั้นตอนการดำเนินงาน และหามาตรการป้องกันการเกิดปัญหานั้นๆ ที่อาจเกิดขึ้นมาได้ อีก ซึ่งจะช่วยลดการสูญเสียทั้งเวลาและทรัพยากรได้เป็นอย่างมาก และเป็นการประเมินผลเพื่อคาดหวังผลงานว่าเมื่อได้ดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการนั้นๆแล้ว จะเกิดผลประโยชน์และความสำเร็จเพียงใด
- 2) *การประเมินผลขณะปฏิบัติงาน* ( ongoing evaluation ) เป็นประเมินผลเมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคเกิดขึ้น ในระหว่างดำเนินการตามแผน/โครงการ หรือเมื่อต้องการทราบผลความก้าวหน้าของงาน เป็นการประเมินผลโดยเปรียบเทียบผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริงที่คาดหวังไว้ เมื่อได้เริ่มดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการไปแล้วเป็นระยะๆ ว่าได้ผลและมีปัญหาอุปสรรคอย่างไร มีแนวโน้มที่จะบรรลุผลสำเร็จ ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่
- 3) *การประเมินผลหลังจากปฏิบัติงานเสร็จสิ้นแล้ว* ( post - evaluation ) เป็นการประเมินผล เมื่อดำเนินการตามแผนงานหรือโครงการแล้วเสร็จลงว่าบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่วางไว้เพียงใด มีปัญหา อุปสรรคอย่างไรสมควรจะดำเนินการต่อไปอย่างไร

#### 1.4.2 การจำแนกโดยวิธีการและรูปแบบของการประเมินผลเป็นหลัก แบ่งเป็น

##### 2 ประเภทคือ

- 1) *การประเมินผลเป้าประสงค์* (goal attainment model) คือการประเมินผลโดยมุ่งพิจารณาเฉพาะผลการปฏิบัติงาน ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ เช่น โครงการสร้างส้วมครบ 100% ปี 2545 การประเมินผลคือ จำนวนส้วมที่สร้างเสร็จภายในปี 2545 ว่าได้ครบตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้มากน้อยเพียงใด โดยเปรียบเทียบผลงานที่สร้างเป็นร้อยละ ทั้งนี้ในการประเมินผลจะต้องกำหนดหลักเกณฑ์ที่ชัดเจนและมีความก้าวหน้าของงานภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ โดยการกำหนดระดับคะแนนของปริมาณและคุณภาพงาน
- 2) *การประเมินผลระบบ* (system model) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติงานในลักษณะเป็นระบบ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า (input) เช่น งบประมาณ บุคลากร เป็นต้น กระบวนการผลิตหรือกระบวนการให้บริการ (process)

ผลผลิตหรือบริการ (output) และผลกระทบของการปฏิบัติงาน (impact) หรือผลข้างเคียง (side effect) ซึ่งต้องประเมินผลส่วนประกอบให้ครบทั้งระบบ

## 1.5 ประโยชน์จากการประเมินผล

1.5.1 เพื่อจัดข้อผิดพลาดทั้งหลาย โดยเฉพาะในเรื่องของเวลา ค่าใช้จ่ายและทำให้การวางแผนและการปฏิบัติมีโอกาสสอดคล้องกันได้ง่าย

1.5.2 ในระหว่างปฏิบัติงาน เมื่อเกิดข้อผิดพลาด ไม่สอดคล้องกันระหว่างแผนกับการปฏิบัติ ยังสามารถปรับปรุงแผนหรือปรับปรุงการปฏิบัติให้สอดคล้องกันได้ โดยไม่ต้องเสียเวลาไปเริ่มต้นใหม่

1.5.3 เมื่อประเมินผลหลังจากทำโครงการ ยังได้ทราบความสำเร็จและผลกระทบจากโครงการอื่นๆ อีกทั้งทราบข้อบกพร่องของโครงการ เพื่อที่จะได้นำไปปรับปรุงแก้ไขโครงการในลักษณะเดียวกันเพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นได้

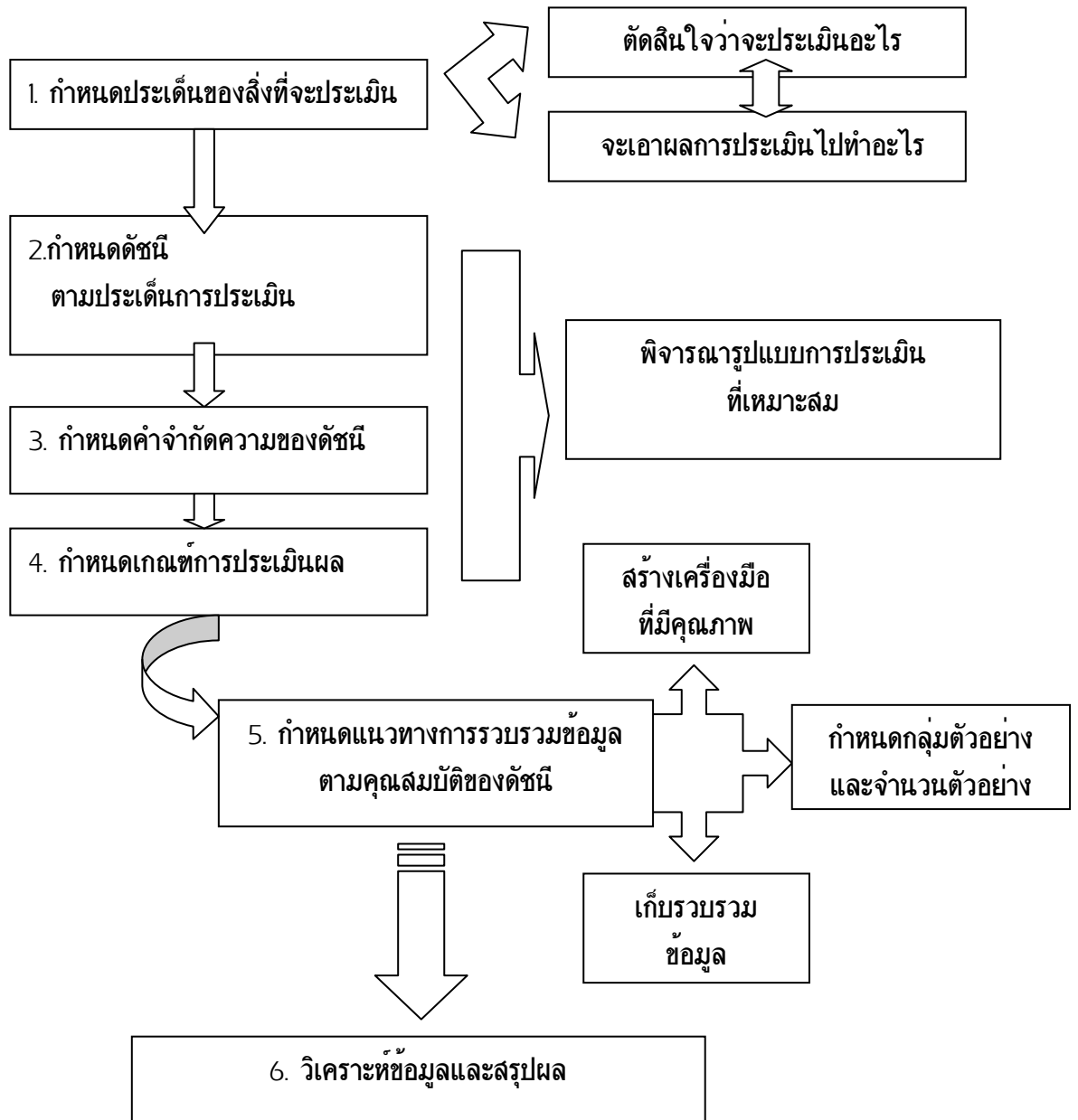
1.5.4 เพื่อเป็นประโยชน์แก่การวางแผนในโครงการต่อเนื่อง

1.5.5 การประเมินผล ช่วยลดความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นในโครงการที่มีการลงทุนมาก หรือในโครงการที่ต้องกู้เงินมาลงทุน โครงการที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งโครงการเหล่านี้จะมีการวางแผนและการปฏิบัติเพียงครั้งเดียว

1.5.6 สามารถจัดสรรทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์มากที่สุด และตรงกับเป้าหมายที่ได้วางไว้

## 2. ขั้นตอนการประเมินแผนงานโครงการ

การประเมินแผนงานโครงการ เป็นขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการจัดทำหรือพัฒนาแผนงาน/โครงการ ซึ่งมีประเด็นที่จะต้องพิจารณาหลายประการ ได้แก่ การกำหนดสิ่งที่จะประเมิน การกำหนดประเด็นการประเมิน การกำหนดดัชนีการประเมิน การให้คำจำกัดความของดัชนี การสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลตามดัชนี การกำหนดแนวทางการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลการสรุปและนำเสนอผลการประเมิน ทั้งนี้ ความเชื่อถือได้ของผลการประเมิน มีความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณสมบัติของดัชนี (Indicator) คุณภาพของเครื่องมือการประเมิน การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการแปลผลที่ได้จากการวัดตามลำดับ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญในทุกขั้นตอนของการประเมินผลแผนงาน/โครงการ ซึ่งสรุปเป็นขั้นตอนหลักได้ดังนี้



ภาพที่ 18 ขั้นตอนการประเมินผลแผนงาน/โครงการ  
ที่มา : ดัดแปลงจาก นริตน์ อิมามิ , 2539

2.1 กำหนดสิ่งที่ประเมิน ตามปกติแล้วสิ่งที่จะทำการประเมินส่วนใหญ่ จะปรากฏอยู่ในเอกสารแผนงานโครงการ เช่น วัตถุประสงค์ของโครงการ เป้าหมายของโครงการ กลยุทธ์ กลวิธี กิจกรรมการดำเนินงาน ทรัพยากร เงื่อนไขการดำเนินงาน ฯลฯ อย่างไรก็ตามบางแผนงานโครงการ อาจจะได้เขียนไว้อย่างชัดเจน ผู้ประเมินจะต้องวิเคราะห์จากเอกสารเท่าที่มีอยู่หรือสอบถามเพิ่มเติม

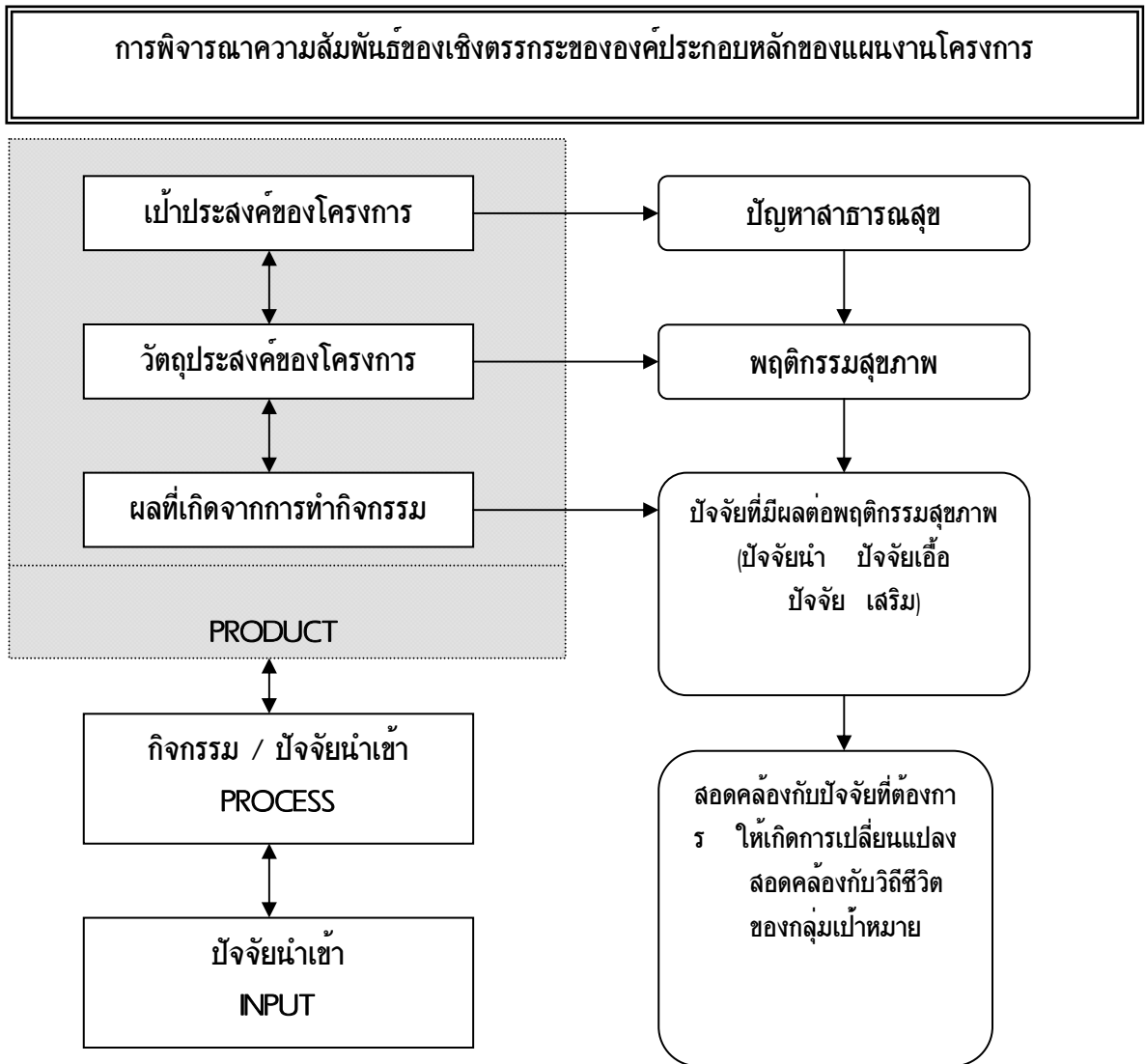
จากผู้รับผิดชอบโครงการโดยตรง ซึ่งสิ่งที่จะประเมินโครงการจะครอบคลุม 3 ส่วนด้วยกัน คือ ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการดำเนินงาน (Process) และผลดำเนินงานตามโครงการ (Product) ซึ่งจะมีดัชนี 3 กลุ่ม ที่สอดคล้องกับสิ่งที่จะประเมินได้แก่



โดยที่การประเมินแผนงาน/โครงการสาธารณสุขนั้น จะต้องพิจารณาสิ่งที่จะต้องทำการประเมินหลายเรื่องด้วยกัน ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงวัตถุประสงค์หลัก และนโยบายในการดำเนินงานโครงการนั้น ๆ ด้วย ซึ่งสิ่งที่ควรพิจารณาทำการประเมิน จะเริ่มตั้งแต่ก่อนจัดทำโครงการจนถึงผลกระทบที่เกิดจากการดำเนินงานโครงการดังนี้

**2.11 การประเมินบริบทของโครงการ (Context Evaluation)** หมายถึงการประเมินสิ่งแวดล้อม หรือปัจจัยที่จำเป็นต่อการดำเนินงานโครงการ ที่จำเป็นต้องจัดเตรียม แสวงหา พัฒนาให้มีขึ้นก่อนการดำเนินงานโครงการ เพื่อให้มั่นใจได้ทั้งบริบทของหน่วยงาน ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ องค์กร ชุมชนที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบายที่ชัดเจนของหน่วยงานที่เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปในหน่วยงาน ความรู้ความสามารถ ความเข้าใจในแผนงานโครงการของเจ้าหน้าที่โครงการและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ โดยที่การประเมินบริบทนี้เป็นการประเมินเงื่อนไขทั้งที่เอื้อและไม่เอื้อต่อการดำเนินงานโครงการ

**2.12 การประเมินตัวแผนงานโครงการ (Project Assessment)** เน้นที่การประเมินความสัมพันธ์ขององค์ประกอบของแผนงานโครงการระหว่าง ผลผลิตของโครงการ (Product) ซึ่งอาจพิจารณาได้ทั้งในแง่ของ เป้าประสงค์ของโครงการ (Goal) วัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เฉพาะ หรือพิจารณาได้ทั้งในแง่ของเป้าประสงค์ของโครงการ กลยุทธ์ กลวิธี หรือกิจกรรมการดำเนินงาน (Process) และ ทรัพยากรหรือปัจจัยนำเข้า (Input) การประเมินความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทั้ง 3 ของแผนงานโครงการดังกล่าว เป็นกระบวนการประเมินโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีประสบการณ์และข้อมูลเท่าที่มีอยู่เป็นหลัก จึงเรียกการประเมินนี้ว่า การประเมินเชิงตรรกของความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของแผน (Logical Relation) ดังภาพที่ 19



ภาพที่ 19 การประเมินเชิงตรรกะของความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบของแผน (Logical Relation) ที่มา : นิรัตน์ อิมามิ , 2539

2.1.3 การประเมินทรัพยากรหรือปัจจัยนำเข้าอื่น ๆ (Input Evaluation) เป็นการประเมินความเหมาะสมและความพร้อมของทรัพยากรที่จำเป็นในการดำเนินงานตามแผน รวมทั้งการประเมินศักยภาพของหน่วยงาน และกลยุทธ์หรือกิจกรรมการดำเนินงานที่เหมาะสมกับพื้นที่กลุ่มเป้าหมาย เมื่อพิจารณาประเมินปัจจัยนำเข้า ส่วนใหญ่จะนึกถึงความพร้อมในด้าน 3M ซึ่งได้แก่ Man Money และ Material ที่จะต้องจัดเตรียมทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพ เช่น จำนวนบุคลากร และศักยภาพความสามารถในการดำเนินงานตามโครงการของบุคลากรเหล่านั้น อย่างไรก็ตามนอกจากการพิจารณาการประเมิน 3 M แล้วอาจจะต้องพิจารณาทำการเพิ่มอีก 3 M ซึ่งได้แก่ Method Marketing และ Management

**2.14 การประเมินกิจกรรมการดำเนินงาน** ( Process Evaluation ) เน้นการประเมินการดำเนินงานตามกิจกรรมในแผน โดยเฉพาะที่กำหนดไว้ในผังควบคุมกำกับกิจกรรม การประเมินเพื่อปรับปรุงกิจกรรม การบริหารกิจกรรม เพื่อให้บรรลุผลหรือวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และเป็นไปตามเวลาที่กำหนด รวมทั้งการประเมินการบริหารจัดการแผนงานโครงการตลอดจนการถ่ายทอดแผนงานโครงการสู่การปฏิบัติ

**2.15 การประเมินความก้าวหน้าของโครงการ** (Progress Evaluation) เน้นการประเมินผลการดำเนินงานในแง่ของกิจกรรมที่ได้ทำไปในช่วงเวลาที่กำหนด ผลการดำเนินงานที่ครอบคลุมเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้อาจรวมถึงการประเมินการใช้ทรัพยากรในแต่ละช่วงเวลาด้วย

**2.16 การประเมินผลที่เกิดจากการดำเนินงานโครงการ** ( Output or Product Evaluation ) ในการประเมินผลโครงการสาธารณสุข นิยมแบ่งผลที่เกิดจากการดำเนินงานโครงการเป็น 4 ระดับ ได้แก่

- 1) การประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ เจตคติ ค่านิยม การรับรู้ ทักษะที่จำเป็นในการกระทำพฤติกรรม ฯลฯ ซึ่งเป็นการประเมินผลที่เกิดจากการทำกิจกรรมโดยตรง ( Direct Output ) การประเมินผลโครงการในระดับนี้ถือเป็น การประเมินปัจจัยนำ ( Predisposing Factors ) ที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากปัจจัยนำแล้วในบางโครงการ หรือบางกรณี อาจจำเป็นต้องทำการประเมินการบริหารจัดการปัจจัยเอื้อ ( Enabling Factors ) และการใช้ปัจจัยเสริม ( Reinforcing Factors ) ในการส่งเสริมกระตุ้น ให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้วย
- 2) การประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย การประเมินในระดับนี้อาจจะจัดอยู่ในประเภทการประเมินผลกระทบ ที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ ( Health Behavior Impact ) ในแง่ของการประเมินผลแผนงานโครงการนั้น ถือว่า การประเมินการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นการประเมินประสิทธิผลของแผนงานโครงการ
- 3) การประเมินการเปลี่ยนแปลงของสถานะด้านสุขภาพ ของกลุ่มเป้าหมายแต่ละคน ( Individual Health Impact ) เช่น ระดับน้ำตาลในปัสสาวะ ระดับความดันโลหิต นำหนักตัว ฯลฯ
- 4) การประเมินการเปลี่ยนแปลงของปัญหาสาธารณสุข ( Public Health Impact ) เช่น อัตราป่วย อัตราตาย การป่วยซ้ำ ที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

ทั้งนี้การประเมินผลการดำเนินงานของโครงการในระดับต่าง ๆ สามารถทำการประเมินได้ 2 ลักษณะคือ

- 4.1) การประเมินประสิทธิผลของโครงการ ( Evaluation of Program Effectiveness ) หมายถึง การประเมินสัดส่วนระหว่างผลที่เกิดขึ้นจริงในช่วงระยะเวลาที่กำหนด กับวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ในแผน
- 4.2) การประเมินประสิทธิภาพ (Efficiency)เป็นการเปรียบเทียบระหว่างผลที่เกิดจากการดำเนินงาน กับปัจจัยนำเข้าทั้งหมดที่ใช้ไป แต่เนื่องจากในหลายกรณีมีความยุ่งยากในการเปลี่ยนค่าของผล และปัจจัยนำเข้าเป็นค่าของเงินการประเมินประสิทธิภาพของโครงการด้านสาธารณสุข จึงนิยมการประเมินโดยการเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างโครงการด้วยกัน เรียกว่า การประเมิน cost Effectiveness

## 2.2 การกำหนดดัชนีการประเมิน ( Indicator )

การกำหนดดัชนีการประเมินแผนงานโครงการ นับว่าเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง และผู้ที่พิจารณา กำหนดดัชนีการประเมินได้ดีจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ในเรื่องที่จะทำการประเมินอย่างลึกซึ้ง รวมทั้งเข้าใจรายละเอียดความเป็นมาของแผนงานโครงการนั้นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องวัตถุประสงค์ กลวิธี หรือกิจกรรมการดำเนินงาน

ในแง่ของการประเมินผลงานสาธารณสุข **ดัชนี** หมายถึงสิ่งที่นำมาใช้วัดในการหรือสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่ต้องการวัดหรือประเมิน ดัชนีการประเมินเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการประเมินสิ่งที่ไม่สามารถวัด หรือรวบรวมข้อมูลโดยตรงได้ (Direct Measurement) หรือเป็นสิ่งที่ไม่สามารถใช้ประสาทสัมผัสโดยตรงได้ เช่น การวัดอุณหภูมิของร่างกาย จะใช้การขยายตัวของปรอทในเทอร์โมมิเตอร์เป็นดัชนีสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิของร่างกาย ซึ่งเป็นการวัดทางอ้อม (Indirect Measurement) เป็นต้น เมื่อกำหนดสิ่งที่ประเมินได้แล้วจึงสามารถกำหนดดัชนีการประเมินได้ ดังนั้นในการกำหนดดัชนีการประเมินโครงการใด ๆ ก็ตามมีประเด็นที่ควรจะต้องพิจารณาดังนี้

**2.2.1 ระดับของดัชนี** ซึ่งได้แก่ Input Indicators Process Indicators Product Indicators และ Impact Indicators โดยที่ระดับของดัชนีที่ใช้ในการประเมินความสำเร็จหรือประสิทธิผลของแผนงานโครงการจะเป็นดัชนีตั้งแต่ระดับ Product ขึ้นไป

**2.2.2 ความตรง** ไม่ว่าจะกำหนดดัชนีในระดับใดก็ตามจะต้องพิจารณากำหนดดัชนีตรงเป็นอันดับแรก ( Direct Indicators ) ซึ่งหมายถึงดัชนีที่ตรงกับระดับของเรื่องหรือสิ่งที่ต้องการประเมิน ดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 9 ดัชนีการประเมินและระดับของสิ่งที่จะประเมิน

| ระดับของสิ่งที่จะประเมิน                 |                        | ดัชนีการประเมิน    |
|--|------------------------|--------------------|
| เป้าประสงค์ (Goal)                       | Public Health Impact   |                    |
| วัตถุประสงค์ (Objectives)                | Health Behavior Impact | Indirect Indicator |
| ผลการดำเนินงาน (Output)<br>กิจกรรมตามแผน | Direct Outcome         | Direct Indicator   |
| กิจกรรมการดำเนินงาน (Process)            | Process                | Indirect Indicator |
| ปัจจัยนำเข้า (Input)                     | Input                  |                    |
| บริบทของโครงการ (Context)                | Context                |                    |

ที่มา : นิรัตน์ อิมามิ , 2539

อย่างไรก็ตามถ้าไม่สามารถหาดัชนีตรงได้ เนื่องจากปัญหาของการวัดการรวบรวมข้อมูล งบประมาณ เวลา หรือขาดเครื่องมือ เทคโนโลยีที่จะใช้ในการวัด ก็ให้พิจารณาดัชนีอ้อม (Indirect Indicator) ที่สูงกว่าและอยู่ติดกับระดับที่จะวัดแทน แต่ถ้าไม่สามารถหาดัชนีอ้อมที่สูงกว่าได้ก็ให้พิจารณาดัชนีอ้อมที่ต่ำกว่าเป็นอันดับต่อไป

**2.2.3 ความไวของดัชนี** ในการการประเมินโครงการด้านสาธารณสุขโดยทั่วไปสามารถพิจารณาได้จากว่า ดัชนีนั้น ๆ มีความสามารถในการสะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่จะวัดได้ดีเพียงใด ในกรณีที่มีดัชนีให้เลือกหลายตัว จะต้องเลือกดัชนีที่มีความไวที่อยู่ในกลุ่มสูงไว้

**2.2.4 ความจำเป็นในการใช้ดัชนีเชิงปริมาณและคุณภาพ** การประเมินโครงการด้านสาธารณสุขในอดีตที่ผ่านมาส่วนใหญ่ใช้ดัชนีเชิงปริมาณเป็นหลัก ที่จริงแล้วการจะใช้ดัชนีปริมาณหรือคุณภาพขึ้นอยู่กับให้นำผลการประเมินไปใช้ เช่นเดียวกัน โดยมีหลักเกณฑ์กว้าง ๆ ดังนี้

- 1) ถ้าการประเมินโครงการเน้นการประเมินประสิทธิผลของโครงการแล้ว ดัชนีที่ใช้ส่วนใหญ่จะเป็นดัชนีเชิงปริมาณ
- 2) ถ้าการประเมินเน้นที่การนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับแผน จัดทำแผนใหม่ หรือการประเมินเพื่อค้นหาสาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้โครงการประสบความสำเร็จ หรือล้มเหลว จะต้องใช้ดัชนีเชิงคุณภาพควบคู่ไปกับดัชนีเชิงปริมาณ ซึ่งอาจสรุปได้ดังนี้



| คำถามที่ต้องการตอบ                                    | ลักษณะของดัชนี |
|---|----------------|
| สถานการณ์<br>(What is / What was)                     | ปริมาณ         |
| ทำไม เพราะเหตุใด<br>จะทำอย่างไรต่อไป<br>(Why and How) | คุณภาพ         |

2.25 **ความสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย** ที่จะต้องทำกาประเมิน (Relavancecy) หมายถึง ดัชนีนั้น ๆ สามารถนำไปใช้วัดปริมาณภายใต้เงื่อนไขของระบบสังคม วัฒนธรรม หรือวิถีชีวิตของกลุ่มเป้าหมายหรือไม่

2.26 **มีเทคโนโลยี** ที่นำมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลตามดัชนีหรือไม่ และเทคโนโลยีนั้น จะต้องไม่ยุ่งยากซับซ้อน ราคาไม่แพง และมีบุคลากรที่จะใช้เทคโนโลยีนั้น ๆ

2.27 **ข้อมูลตามดัชนีนั้น ๆ สามารถรวบรวมได้** จากข้อมูลในระบบรายงานที่มีอยู่หรือไม่และถ้ามี มีความถูกต้อง ทันสมัย และครบถ้วนเพียงใด ถ้าจำเป็นต้องมีการรวบรวมเพิ่มเติม มีความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด

2.28 **ความสามารถในการนำผลไปใช้** ผลจากการรวบรวมข้อมูลตามดัชนีดังกล่าว สามารถนำไปใช้ในการบริหารจัดการแผนงาน / โครงการในระดับต่าง ๆ หรือไม่ เพียงใด

2.3 **การกำหนดค่าจำกัดความของดัชนี** ที่จะนำไปใช้ให้ชัดเจน เพื่อให้ผู้ประเมินผู้อ่าน และผู้นำผลไปใช้ เข้าใจตรงกันในการคำนวณข้อมูลตามดัชนี โดยทั่วไปแล้วดัชนีเชิงปริมาณจะกำหนดในรูปของจำนวน ร้อยละ อัตรา หรือสัดส่วน แต่ไม่นิยมกำหนดเป็นจำนวนน้อยมาก จึงต้องบอกวิธีการคำนวณไว้ด้วยเช่น ร้อยละ ของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจสุขภาพในช่องปาก

$$= \frac{\text{จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจโดยเจ้าหน้าที่}}{\text{หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในช่วง.....}} * 100$$

2.4 **การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล** ในการกำหนดเกณฑ์การประเมินตามดัชนีที่ได้คัดเลือกไว้ในขั้นที่ 2 นั้น สามารถกำหนดจากเกณฑ์มาตรฐานที่หน่วยงานหรือสถาบันหรือสมาคมวิชาชีพได้กำหนดเอาไว้ อย่างไรก็ตามเกณฑ์การประเมินโครงการจะต้องสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเป้าหมายของโครงการนั้น ๆ ดัชนีและเกณฑ์การประเมินควรจะกำหนดในรูปของ จำนวน อัตรา สัดส่วนร้อยละ ฯลฯ พร้อมทั้งปริมาณเปลี่ยนแปลงที่ต้องการให้เกิดขึ้นภายหลังการดำเนินงานโครงการ

2.5 **การกำหนดวิธีการรวบรวมข้อมูลตามดัชนี** ซึ่งประกอบด้วยการสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ที่ครอบคลุมดัชนี

การประเมิน ความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) เฉพาะในบางกรณี ความสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย (Relavancy ) และความเที่ยง (Relianbility)

การกำหนดแหล่งข้อมูล ควรพิจารณาแหล่งข้อมูลในระบบข่าวสารเป็นอันดับแรก ถ้าไม่สามารถใช้ข้อมูลในระบบได้ จึงทำการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการรวบรวมข้อมูลและวิธีการรวบรวมข้อมูลพร้อมผู้รับผิดชอบ เมื่อได้ทำการพิจารณาทั้ง 4 ประเด็นแล้ว อาจจะสรุปผลการพิจารณาลงในตารางเพื่อให้ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำแผนการประเมินโครงการโดยละเอียดต่อไป ดังนี้

ตารางที่ 10 สรุปผลการกำหนดแหล่งข้อมูลในการจัดทำแผนการประเมินโครงการ

| สิ่งที่ประเมิน | ดัชนีการประเมิน | คำจำกัดความ | เกณฑ์การประเมิน | แหล่งข้อมูล | เครื่องมือ/วิธีการรวบรวมข้อมูล | ผู้ใช้ข้อมูล |
|----------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|--------------------------------|--------------|
|                |                 |             |                 |             |                                |              |

ที่มา : นีรัตน์ อิมามิ , 2539

**2.6 การวิเคราะห์สรุปผลการประเมิน** ต้องวิเคราะห์ผลได้ตรงกับวัตถุประสงค์ที่วางไว้ การวิเคราะห์ ข้อมูลสามารถกระทำได้ในหลายรูปแบบ เช่น ความถี่ของข้อมูล อัตราส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย การกระจาย ค่าไคสแควร์ เป็นต้น หรือการหาความสัมพันธ์ของข้อมูลที่สรุปได้และวิเคราะห์เปรียบเทียบตามแนวทางที่วางแผนไว้ เช่น เปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานกับเกณฑ์/ตัวชี้วัด การเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานกับข้อมูลในอดีตก่อนดำเนินโครงการ เป็นต้น จากนั้นสรุปผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อแสดงให้เห็นถึงปัญหา ข้อเสนอแนะ และวิธีแก้ไขให้กระจ่างชัดโดยมีข้อมูลครบถ้วนใน 2 ประเด็น คือ สรุปผลการประเมินตามขั้นตอน ต่างๆ และส่วนของ *ความคิดเห็นวิพากวิจารณ์* ที่ได้รับจากการประเมิน

### 3. รูปแบบการประเมินผลแผนงาน/โครงการสาธารณสุข

ประเด็นที่จะต้องพิจารณาในการประเมินโครงการหลายเรื่องด้วยกัน แต่จะประเมินในเรื่องใดนั้น ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์หลักของการนำผลการประเมินไปใช้ โดยมีหลักเกณฑ์กว้าง ๆ ดังนี้

◆ ถ้าการประเมินโครงการมีจุดมุ่งหมายหลักที่จะนำผลการประเมินไปใช้ในการควบคุม กำกับกิจกรรมการดำเนินงาน การปรับปรุงแผนงานโครงการ หรือ การนำผลไปใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแผนงานใหม่ ผู้ประเมินควรจะใช้รูปแบบการประเมินเชิงวิเคราะห์ นั่นก็คือจะต้องพิจารณาทำการประเมิน

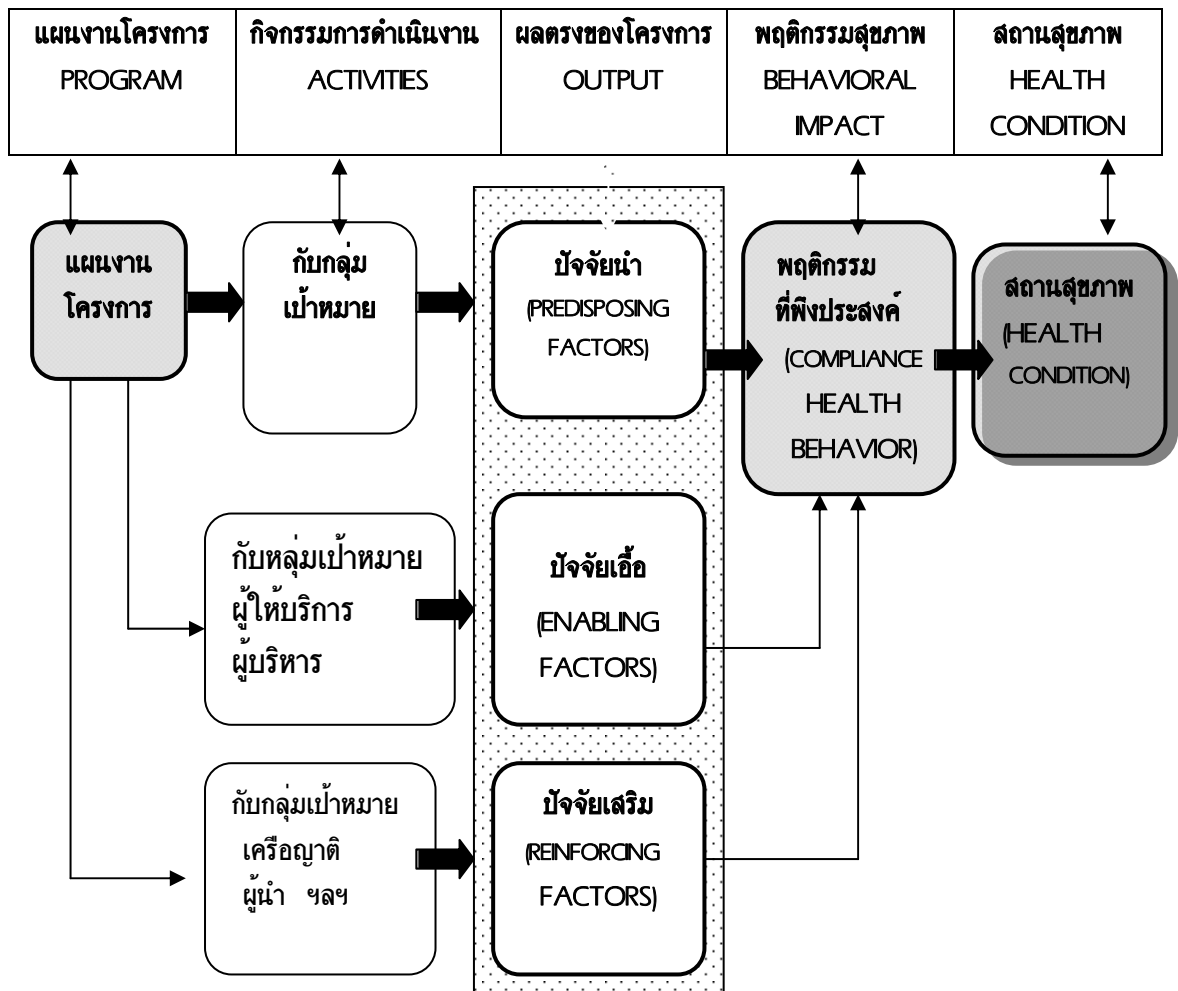
ทั้งบริบทของโครงการ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลที่เกิดจากการดำเนินงาน ตามโครงการ โดยใช้ C I I P Model

◆ ถ้าการประเมินเน้นที่การประเมินประสิทธิผล ประสิทธิภาพ ของแผนงานโครงการ รวมทั้งความต้องการในการทดสอบประสิทธิผลของกลยุทธ์ของแผนงานโครงการใหม่ ๆ โครงการทดลอง โครงการนำร่อง ฯลฯ แต่เพียงอย่างเดียว สิ่งจะประเมินจะเน้นเฉพาะการประเมิน Product

โดยใช้รูปแบบการประเมินที่เหมาะสมในการประเมินผลแผนงาน/โครงการสาธารณสุข 3 รูปแบบ ต่อไปนี้

3.1 รูปแบบการประเมินผลแผนงาน/โครงการของกรีน

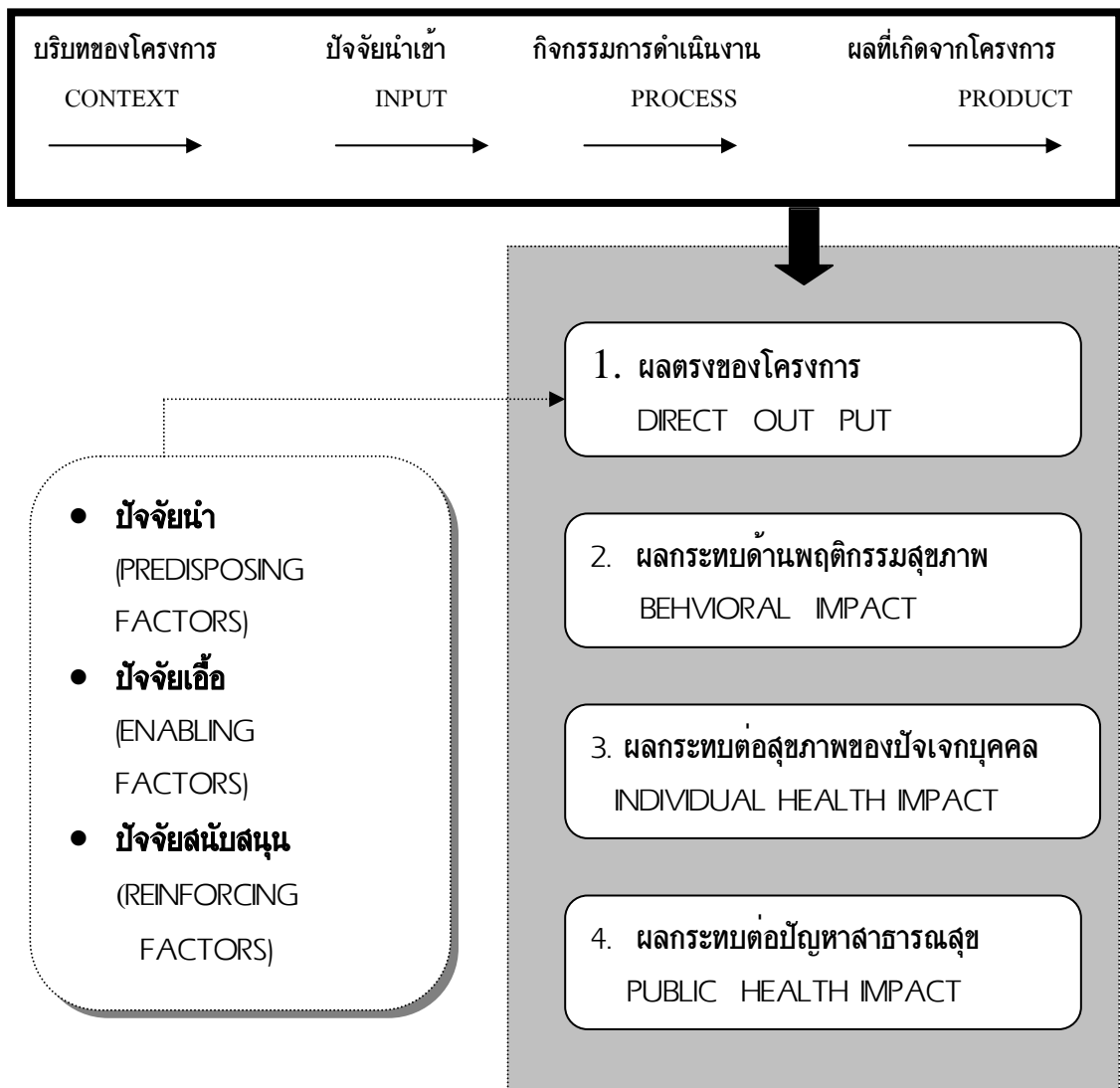
สิ่งที่ควรประเมินแผนงานโครงการมี 4 เรื่องด้วยกัน คือ ตัวแผนงานโครงการ กิจกรรมการดำเนินงาน ผลตรงที่เกิดจากการดำเนินงานโครงการ การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ และ การเปลี่ยนแปลงสถานด้านสุขภาพ ( Green ,1986 อ้างถึงใน นีรัตน์ อิมามิ , 2539 ) ดังภาพที่ 20



ภาพที่ 20 รูปแบบการประเมินผลแผนงาน/โครงการของกรีน ที่มา : Green ,1986 อ้างถึงใน นีรัตน์ อิมามิ , 2539

### 3.2 รูปแบบการประเมินโครงการ CIPP Model

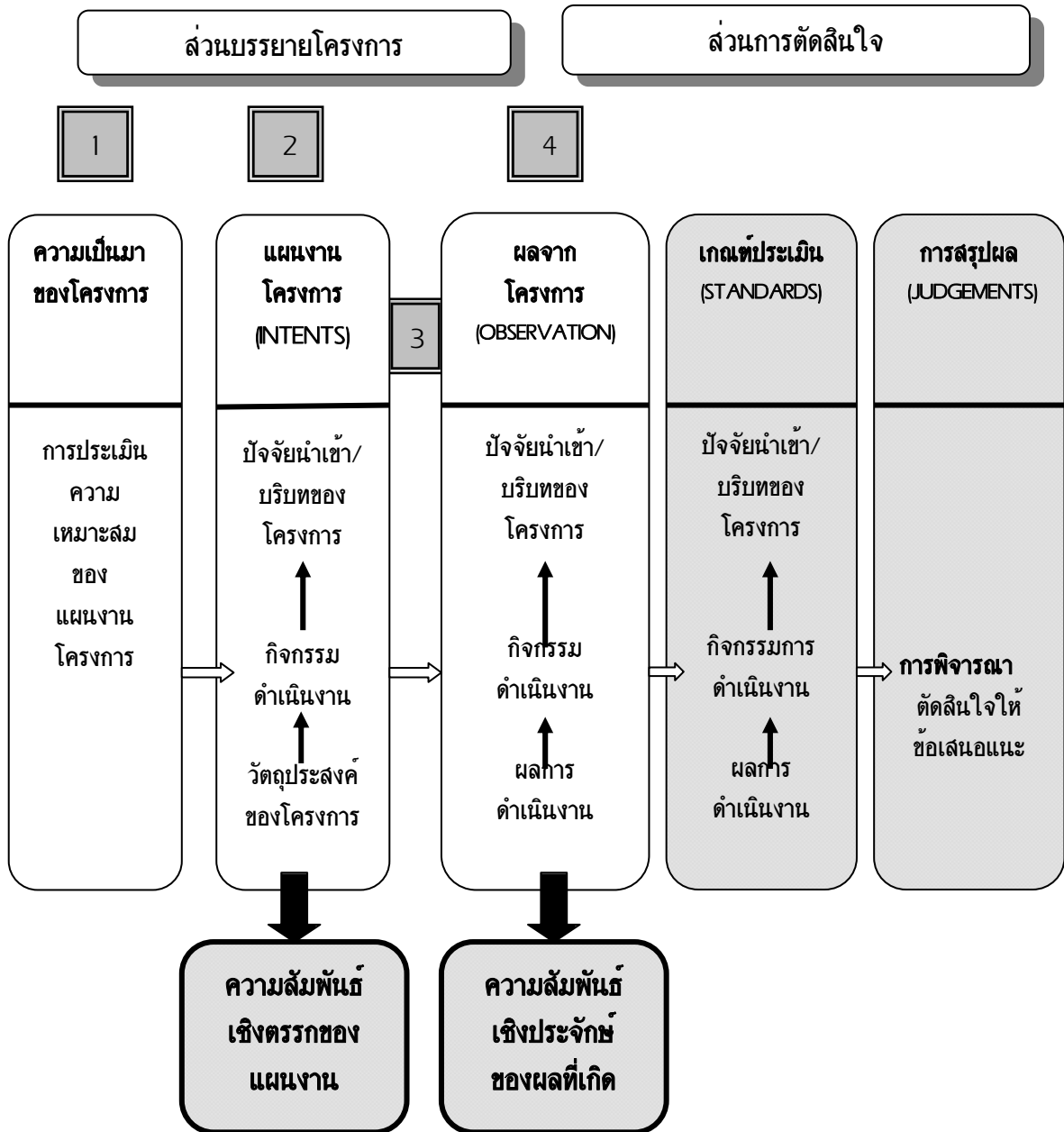
รูปแบบการประเมินโครงการที่เรียกว่า CIPP Model (C=Context I=Input P=Process และ P=Product or Outcome Evaluation) ของStufflebeamซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินแบบการวิเคราะห์โครงการ โดยพิจารณาสิ่งที่จะทำการประเมินตั้งแต่การประเมินบริบท จนถึง การประเมินผลของโครงการ ในส่วนของการประเมินผลของโครงการนั้น อาจแบ่งการประเมินเป็น 4 ระดับ ดังภาพที่ 21



ภาพที่ 21 รูปแบบการประเมินโครงการ CIPP  
ที่มา : นีรัตน์ อิมามี่ , 2539

### 3.3 รูปแบบการประเมินโครงการของสเดค

เป็นรูปแบบการประเมินโครงการที่ใกล้เคียงกัน ในแนวคิดหลักของการประเมิน แต่มีรายละเอียดต่างกันบ้างกล่าวคือ Stake ได้แนะนำให้ผู้ประเมินโครงการวางแผนการประเมินโดยการกำหนดแนวทางการประเมินครอบคลุมกระบวนการและขั้นตอนในการประเมินแผนงานโครงการ 4 ขั้นตอนตามภาพที่ 22



ภาพที่ 22 การประเมินกระบวนการและขั้นตอนในแผนงานโครงการ  
ที่มา : นีรัตน์ อิมามี่ , 2539

ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละขั้นตอนดังต่อไปนี้ คือ

**3.3.1 ขั้นการวิเคราะห์ความเหมาะสมของโครงการ** (Appropriateness) เป็นการประเมินความเป็นมาของโครงการ หลักการเหตุผล ความจำเป็น และการตอบสนองต่อปัญหาความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย

**3.3.2 ขั้นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงตรรกของแผนงานโครงการ** (Logical Relation) ดังได้กล่าวมาแล้ว

**3.3.3 ขั้นการประเมินกระบวนการ** เพื่อการควบคุมกำกับ และปรับแผนการดำเนินงาน

**3.3.4 ขั้นการวิเคราะห์ความสอดคล้องและความสัมพันธ์เชิงประจักษ์** (Actual Relation) เป็นการบรรยายสภาพการดำเนินงานโครงการ ตามความเป็นจริง หลังจากได้ดำเนินงานโครงการไปแล้วในลักษณะของความสัมพันธ์ในสิ่งที่เกิดขึ้นระหว่าง ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานโครงการ กิจกรรมการดำเนินที่ได้ปฏิบัติ ทรัพยากรหรือปัจจัยนำเข้าที่ได้ใช้ไปในการดำเนินโครงการ และการดำเนินงานที่เกี่ยวกับการพัฒนา การจัดเตรียมปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นล่วงหน้าก่อนการดำเนินงานโครงการ (บริบทของโครงการ)

อย่างไรก็ตามจากกระบวนการประเมินทั้ง 4 ขั้นตอนดังกล่าว ยังไม่สามารถที่จะสรุปผลการประเมินและพิจารณาตัดสินใจให้ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารโครงการได้ จนกว่าผู้วางแผนการประเมินจะได้กำหนดดัชนีและเกณฑ์ในการประเมินผลของเรื่องหรือประเด็นต่าง ๆ ที่ต้องการประเมิน เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบกับข้อมูลที่รวบรวมได้ก่อน ดังนั้นดัชนีและเกณฑ์การประเมินผลแผนงานโครงการในกรณีนี้จึงประกอบด้วยดัชนีเกณฑ์ 3 กลุ่มด้วยกันคือ ดัชนีผลของโครงการ (Output Indicators) กระบวนการดำเนินงาน (Process Indicators) และดัชนีปัจจัยนำเข้าและบริบทของโครงการ (Input and Context Indicators)

นอกเหนือจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงตรรก (Logical Relation) และ ความสอดคล้องและความสัมพันธ์เชิงประจักษ์ (Actual Relation) แล้ว กรอบการประเมินของ Stake ยังสามารถใช้ในพิจารณาความสอดคล้อง (Agreement) ของสิ่งที่ทำการประเมินระหว่างก่อนและหลังการดำเนินงานได้ด้วย เช่นความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการ กับผลที่ได้จากการดำเนินงานโครงการ นั่นก็คือการประเมินประสิทธิผลของแผนงานโครงการนั่นเอง

โดยสรุปแล้วในการประเมินแผนงานโครงการมีสิ่งที่ควรพิจารณาทำการประเมิน 4 เรื่องหลัก แบ่งเป็น 8 เรื่องย่อยดังนี้

- I. (1) CONTEXT บริบทของโครงการ
- II. (2) INPUT ปัจจัยนำเข้า แผนงานโครงการ
- III. *PROCESS*
  - (3) PROGRESS การดำเนินกิจกรรมตามแผน
  - (4) COVERAGE การครอบคลุมเป้าหมาย
- IV. *PRODUCT*
  - (5) DIRECT OUTPUT ผลตรง (PER Factors)
  - (6) Health BEH. IMPACT การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
  - (7) INDIVIDUAL H. IMPACT ผลต่อบุคคล
  - (8) PUBLIC H. IMPACT ผลต่อปัญหาสาธารณสุข

# ภาคผนวก

- ก. แหล่งข้อมูลชุมชน
- ข. ตัวอย่างการนำเสนอข้อมูลชุมชน
- ค. ตัวอย่างแบบสอบถามพฤติกรรมอนามัย
- ง. ตัวอย่าง แผนงานหลัก แผนงานย่อย โครงการ



ภาคผนวก ก. แหล่งข้อมูลชุมชนและเครื่องชี้วัดสถานภาพอนามัย

| สถานภาพที่ต้องการวัด                              | เครื่องมือชี้วัด  | แหล่งข้อมูล  | แบบฟอร์มที่ใช้เก็บข้อมูล   | ประเภทของข้อมูลในแบบฟอร์ม   |
|---|---|--|--|---|
| 1. ลักษณะโครงสร้างของประชากรในชุมชน<br>1.1 ปริมาณ | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความหนาแน่นของประชากร (จำนวนคนต่อพื้นที่)</li> <li>- ขนาดของครอบครัว (จำนวนคนต่อครอบครัว)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานีอนามัย</li> <li>- โรงพยาบาลชุมชน</li> <li>- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</li> <li>- สำนักงานเกษตรอำเภอ</li> <li>- สถานีอนามัย</li> <li>- โรงพยาบาลชุมชน</li> <li>- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</li> <li>- สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอและเกษตรอำเภอ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- บัตรอนามัยประจำครอบครัว (รบ.1ต.03)</li> <li>- สรุปรายงานสถิติจำนวนราษฎรของอำเภอประจำเดือน</li> <li>- ทะเบียนข้อมูลประจำครอบครัว</li> <li>- บัตรอนามัยประจำครอบครัว (รบ.1ต.03)</li> <li>- สรุปรายงานสถิติจำนวนราษฎรของอำเภอประจำเดือน</li> <li>- รายงานสถิติจำนวนบ้านและครอบครัวของอำเภอประจำเดือน</li> <li>- รายงานการสำรวจข้อมูลประจำตำบล</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ยอดรวมจำนวนสมาชิกในครอบครัวของทุกครอบครัวในหมู่บ้านหรือตำบล</li> <li>- ยอดรวมจำนวนประชากรรายเดือนแยกตามเพศ</li> <li>- จำนวนพื้นที่ทั้งหมดของตำบล</li> <li>- จำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งหมดแยกตามหมู่บ้าน</li> <li>- ยอดรวมจำนวนประชากรรายเดือนแยกตามเพศ</li> <li>- จำนวนครอบครัวทั้งหมดของอำเภอ</li> <li>- จำนวนครัวเรือนในตำบลจำแนกตามหมู่บ้าน</li> </ul> |

ภาคผนวก ก. แหล่งข้อมูลชุมชน ฯ (ต่อ)

| สถานภาพที่ต้องการวัด                               | เครื่องมือชี้วัด  | แหล่งข้อมูล  | แบบฟอร์มที่ใช้เก็บข้อมูล  | ประเภทของข้อมูลในแบบฟอร์ม   |
|--|---|--|---|---|
| 1.2 โครงสร้าง (structure)                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราส่วน (ร้อยละ) ของประชากรจำแนกตามเพศ</li> <li>- อัตราส่วน (ร้อยละ) ประชากรอายุ 0-5 ปี</li> <li>- อัตราส่วน (ร้อยละ) ของประชากรอายุ 0-14 ปี</li> <li>- อัตราการรับภาระของประชากรวัยแรงงาน</li> <li>- อัตราส่วน (%) ของหญิงวัยเจริญพันธุ์</li> <li>- อัตราเกิดอย่างหยาบ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานีอนามัย</li> <li>- โรงพยาบาลชุมชน</li> <li>- สำนักงานสาธารณสุขทุกระดับ</li> <li>- สถานีอนามัย</li> <li>- โรงพยาบาลชุมชน</li> <li>- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</li> <li>- สถานีอนามัย</li> <li>- โรงพยาบาลชุมชน</li> <li>- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- บัตรอนามัยประจำครอบครัว (รป.1ต.03)</li> <li>- แบบสำรวจข้อมูลอายุและเพศอำเภอ</li> <li>- บัตรอนามัยประจำครอบครัว</li> <li>- จำนวนสมาชิกครอบครัวอายุ 0-5 ปี, 0-14 ปี 60 ปีขึ้นไปและอายุ 15-60 ปี</li> <li>- แบบสำรวจข้อมูลสาธารณสุขระดับอำเภอ</li> <li>- บัตรอนามัยประจำครอบครัว</li> <li>- สำเนาทะเบียนบ้าน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนสมาชิกในครอบครัวของหมู่บ้านจำแนกไว้ตามกลุ่มอายุและเพศ</li> <li>- จำแนกประชากรทั้งอำเภอเป็นรายปีแยกตามตำบลและเพศ</li> <li>- จำนวนสมาชิกในครอบครัวในแต่ละหมู่บ้าน</li> <li>- จำนวนประชากรทั้งหมดของอำเภอเป็นรายคน</li> <li>- จำนวนประชากรที่กลุ่มอายุต่างกัน</li> <li>- จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ (15-44 ปี) ทั้งหมดของครอบครัวระดับหมู่บ้าน</li> <li>- จำนวนประชากรทั้งตำบล</li> <li>- จำนวนเด็กเกิด-ตายทั้งหมดแยกเพศ</li> </ul> |
| 1.3 การเปลี่ยนแปลงของประชากร (population dynamics) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราเกิดอย่างหยาบ</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานีอนามัย</li> <li>- โรงพยาบาลชุมชน</li> <li>- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- บัตรอนามัยประจำครอบครัว</li> <li>- สำเนาทะเบียนบ้าน</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนประชากรทั้งหมดแยกเพศ</li> </ul>   |

| สถานการณ์ที่ต้องการวัด                                   | เครื่องมือชี้วัด   | แหล่งข้อมูล  | แบบฟอร์มที่ใช้เก็บข้อมูล  | ประเภทของข้อมูลในแบบฟอร์ม   |
|--|--|--|---|---|
| 1.3 การเปลี่ยนแปลงของประชากร (population dynamics) (ต่อ) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราตายอย่างหยาย</li> <li>- อัตราส่วน (%) ของคู่สมรสที่ใช้บริการคุมกำเนิด</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</li> <li>- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- รายงานการเกิดและการเกิดไร้ชีพประจำเดือน</li> <li>- รายงานการตายประจำเดือน (แบบ 120 รง.571/2)</li> <li>- แบบฟอร์มบัญชี 1-8</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนเด็กเกิดทั้งหมดของอำเภอ (รายเดือน) แยกเพศและตำบล</li> <li>- จำนวนคนตายทั้งหมดของอำเภอ (รายเดือน) แยกเพศและตำบล</li> <li>- จำนวนประชากรทั้งหมดของอำเภอ (รายเดือน) แยกเพศและตำบล</li> <li>- จำนวนคู่สมรสที่อยู่กันด้วยกันโดยภรรยาอายุ 15 ถึง 44 ปี และใช้บริการคุมกำเนิด</li> <li>- จำนวนคู่สมรสที่อยู่กันด้วยกันโดยภรรยาอายุ 15 ถึง 44 ปี</li> </ul> |
| 2. ลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจของชุมชน                       |  |  |   |   |
| 2.1 ลักษณะทางเศรษฐกิจของชุมชน                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราส่วน (%) ของการประกอบอาชีพต่างๆ</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอ</li> </ul>                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- รายงานการสำรวจข้อมูลประจำตำบล</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- แหล่งที่มาของรายได้ของแต่ละครอบครัว</li> <li>- จำนวนและร้อยละของครอบครัวในตำบลที่มีรายได้จากอาชีพต่างๆ</li> </ul>  |

| สถานภาพที่ต้องการวัด | เครื่องมือชี้วัด  | แหล่งข้อมูล   | แบบฟอร์มที่ใช้เก็บข้อมูล  | ประเภทของข้อมูลในแบบฟอร์ม   |
|----------------------|---|---|---|---|
| 2.2 ลักษณะทางสังคม   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราส่วน (%) ของการนับถือศาสนา</li> <li>- กลุ่มภายในชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานีอนามัย</li> <li>- ที่ทำการกำนัน</li> <li>- สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอ</li> <li>- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</li> <li>- สถานีอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- บัตรอนามัยประจำครอบครัว</li> <li>- สำเนาทะเบียนบ้าน</li> <li>- รายงานการสำรวจข้อมูลประจำตำบล</li> <li>- แบบรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินการตามแผนพัฒนาตำบล</li> <li>- สรุปจำนวน อสม.</li> <li>- สรุปจำนวน อสม. พร้อมรายชื่อ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อปี จำแนกตามอาชีพ</li> <li>- จำนวนประชากรจำแนกตามอาชีพ</li> <li>- จำนวนผู้นับถือศาสนาต่างๆ ภายในตำบล</li> <li>- จำนวนผู้นับถือศาสนาต่างๆ ภายในอำเภอ</li> <li>- จำแนกกลุ่มทั้งหมดในอำเภอ จำแนกเป็น                         <ol style="list-style-type: none"> <li>1. กลุ่มผู้นำเยาวชน</li> <li>2. กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิตผล</li> <li>3. กลุ่มอาชีพ</li> <li>4. กลุ่มแม่บ้าน</li> </ol> </li> <li>- จำนวน อสม. ของอำเภอจำแนกรายปี</li> <li>- จำนวน อสม. ของตำบล โดยจำแนกตามหมู่บ้านต่อปี</li> </ul> |

## กระบวนการพัฒนานาโมยชุมชน : แนวคิดและการปฏิบัติ

ภาคผนวก ก. แหล่งข้อมูลชุมชน ๙ (ต่อ)

| สถานการณ์ที่ต้องการวัด                          | เครื่องมือชี้วัด  | แหล่งข้อมูล  | แบบฟอร์มที่ใช้เก็บข้อมูล  | ประเภทของข้อมูลในแบบฟอร์ม  |
|---|---|--|---|--|
| 2.3 การศึกษา                                    | - อัตราส่วน (%) ของผู้อ่านออกเขียนได้                                       | - สถานีอนามัย  | - บัญชี 1-8<br>- บัตรอนามัยประจำครอบครัว                                  | - จำนวนประชากรอายุ 14 ปีขึ้นไป ที่อ่านออกเขียนได้<br>- จำนวนประชากรอายุ 14 ปีขึ้นไป ในตำบล       |
| 3. คุณภาพชีวิตของประชาชน                        | - อัตราส่วน (%) ของครอบครัวที่มีการจัดบ้านเรือนและบริเวณบ้านให้ถูกสุขลักษณะ | - สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอ  | - แบบฟอร์มบัญชีของหมู่บ้าน  | - จำนวนบ้านที่จัดให้เป็นระเบียบ ถูกสุขลักษณะ<br>- จำนวนบ้านทั้งหมดในหมู่บ้าน<br>- จำนวนเตาเผาขยะ |
| 3.1 การจัดบ้านเรือนและบริเวณบ้านให้ถูกสุขลักษณะ | - อัตราส่วน (%) ของครอบครัวที่มีสิ่งแวดล้อมสุขภาพ                           | - สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอ<br>- สถานีอนามัย<br>- โรงพยาบาลชุมชน<br>- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ<br>- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | - แบบฟอร์มบัญชี 1-8 ของหมู่บ้าน<br>- แบบรายงานผลงานสุขภาพ (แบบ 05 รง.514) | - จำนวนบ้านที่มีสิ่งแวดล้อมสุขภาพ<br>- จำนวนบ้านทั้งหมดในหมู่บ้าน                                |
| 3.2 การมีส่วนร่วมหลักสุขภาพ                     | - อัตราส่วน (%) ของครอบครัวที่มีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอ                         | - สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอ  | - แบบฟอร์ม บัญชี 1-8 ของหมู่บ้าน  | - จำนวนครอบครัวที่มีน้ำดื่มสะอาดเพียงพอ  |
| 3.3 การมีน้ำสะอาดดื่มเพียงพอ                    |   |  |   |  |

| สถานภาพที่ต้องการวัด   | เครื่องมือชี้วัด   | แหล่งข้อมูล   | แบบฟอร์มที่ใช้เก็บข้อมูล   | ประเภทของข้อมูลในแบบฟอร์ม  |
|--|--|---|--|--|
| การมีน้ำสะอาด<br>ดื่มเพียงพอ (ต่อ)   | - อัตราส่วน (%) ครอบครัว<br>ที่มีน้ำสะอาดดื่ม<br>เพียงพอ                                 | - สถานีอนามัย<br>- โรงพยาบาลชุมชน<br>- สำนักงานสาธารณสุข<br>อำเภอ<br>- สำนักงานสาธารณสุข<br>จังหวัด<br>- ศูนย์อนามัย<br>สิ่งแวดล้อม | - แบบรายงานผลงานสุขภาพ<br>(แบบ 05 รง. 514)   | - จำนวนประปาสถานที่ที่มีและจำนวน<br>ผู้รับบริการ<br>- จำนวนบ่อที่ใช้ได้<br>ก. บ่อที่ติดสุข<br>ข. บ่อไม่ติดสุข<br>ค. จำนวนผู้รับบริการ<br>- จำนวนที่เก็บน้ำฝนและปริมาณที่เก็บ<br>ได้<br>- จำนวนตุ่มน้ำฝน<br>- จำนวนที่กรองน้ำ<br>- จำนวนแม่ที่คลอดลูกในรอบปี<br>ที่ผ่านมาและขณะตั้งครรภ์<br>ได้รับการตรวจครรภ์อย่างน้อย 4 ครั้ง |
| 3.4 การอนามัยแม่และเด็ก<br>3.4.1 การได้รับการ<br>การตรวจครรภ์<br>อย่างน้อย 4 ครั้ง | - อัตราส่วน (%) ของหญิง<br>มีครรภ์ที่ได้รับการ<br>การตรวจครรภ์<br>อย่างน้อย 4 ครั้ง      | - สำนักงานพัฒนาชุมชน<br>อำเภอ<br>- สถานีอนามัย  | - แบบฟอร์มบัญชี 1-8<br>- บัตรอนามัยมารดา (รบ.๓๓.05)  | - จำนวนแม่ที่คลอด<br>- รายชื่อและจำนวนหญิงคลอดที่ได้รับ<br>วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักครบชุด  |
| 3.4.2 หญิงตั้งครรภ์<br>ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน<br>บาดทะยักครบตามเกณฑ์            | - อัตราส่วน (%) ของ<br>หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ<br>การฉีดวัคซีนป้องกัน<br>บาดทะยักตามเกณฑ์ | - สำนักงานพัฒนาชุมชน<br>อำเภอ<br>- สถานีอนามัย<br>โรงพยาบาลชุมชน  | - แบบฟอร์มบัญชี 1-8<br>- บัตรอนามัยมารดา (รบ.๓๓.05)<br>- บัญชีรายชื่อผู้รับวัคซีนสร้างเสริม<br>ภูมิคุ้มกันโรคพื้นฐาน | - จำนวนแม่ที่คลอด<br>- รายชื่อและจำนวนหญิงคลอดที่ได้รับ<br>วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยักครบชุด  |

## กระบวนการพัฒนานามัยชุมชน : แนวคิดและการปฏิบัติ

ภาคผนวก ก. แหล่งข้อมูลชุมชน ๙ (ต่อ)

| สถานภาพที่ต้องการวัด  | เครื่องมือชี้วัด  | แหล่งข้อมูล  | แบบฟอร์มที่ใช้เก็บข้อมูล  | ประเภทของข้อมูลในแบบฟอร์ม  |
|---|---|--|---|--|
| 3.4.3 การคลอด<br>โดยบุคลากรสาธารณสุข<br>ที่ได้รับการอบรมแล้ว      | - อัตราส่วน (%) ของแม่<br>ที่คลอดโดยบุคลากร<br>ที่ได้รับการอบรมแล้ว                   | - สำนักงานพัฒนาชุมชน<br>อำเภอ<br>- สถานีอนามัย<br>- โรงพยาบาลชุมชน | - แบบฟอร์ม 1-8<br>- บันทึกกิจกรรมประจำวัน (รบ.1ก.02)<br>งานอนามัยแม่และเด็ก                                 | - จำนวนแม่ที่คลอดลูกในรอบปี<br>ที่ผ่านมาซึ่งทำคลอดโดยแพทย์<br>พยาบาล ผดุงครรภ์ หรือหมอต้าแย<br>ที่ผ่านการอบรมแล้ว<br>- จำนวนแม่ที่คลอดลูกในปีที่ผ่านมา |
| 3.4.4 การได้รับ<br>การดูแลหลังคลอด<br>โดยเจ้าหน้าที่<br>สาธารณสุข | - อัตราส่วน (%) ของแม่<br>ที่ได้รับการดูแล<br>หลังคลอดโดย<br>เจ้าหน้าที่<br>สาธารณสุข | - สำนักงานพัฒนาชุมชน<br>อำเภอ<br>- สถานีอนามัย<br>- โรงพยาบาลชุมชน | - แบบฟอร์ม 1-8<br>- บันทึกกิจกรรมประจำวัน รวมผลงาน<br>แต่ละเดือน (รบ.1ก.02)<br>- กิจกรรมงานอนามัยแม่และเด็ก | - จำนวนมารดาที่ได้รับการตรวจด้วย<br>สเปคคูลัมภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด<br>- จำนวนคลอดทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ<br>ทั้งปี                                     |
| 3.4.5 น้ำหนักตัว<br>ของเด็กแรกคลอด                                | - อัตราส่วน (%) ของเด็ก<br>แรกคลอดที่มีน้ำหนัก<br>ไม่น้อยกว่า<br>3,000 กรัม           | - สำนักงานพัฒนาชุมชน<br>อำเภอ<br>- สถานีอนามัย<br>- โรงพยาบาลชุมชน | - แบบฟอร์มบัญชี 1-8<br>- บันทึกกิจกรรมประจำวันงานอนามัย<br>แม่และเด็ก                                       | - จำนวนการทดลองทั้งหมดใน 1 ปี<br>- จำนวนทารกแรกคลอดที่มีน้ำหนัก<br>ต่ำกว่า 3,000 กรัม  |

## กระบวนการพัฒนานามัยชุมชน : แนวคิดและการปฏิบัติ

ภาคผนวก ก. แหล่งข้อมูลชุมชน ๙ (ต่อ)

| สถานภาพที่ต้องการวัด  | เครื่องมือชี้วัด   | แหล่งข้อมูล  | แบบฟอร์มที่ใช้เก็บข้อมูล                 | ประเภทของข้อมูลในแบบฟอร์ม  |
|---|--|--|--|--|
| 3.4.6 การใช้บริการ<br>คุมกำเนิด   | - อัตราส่วน (%) ของ<br>คู่สมรสซึ่งใช้บริการ<br>คุมกำเนิด   | - สำนักงานพัฒนาชุมชน<br>อำเภอ<br>- สถานีอนามัย<br>- โรงพยาบาลชุมชน | - บัญชี 1-8                              | - จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่ได้รับ<br>วัคซีนต่างๆ ตามเกณฑ์อายุ และ<br>จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ทั้งหมด |
| 3.4.7 การได้รับ<br>ภูมิคุ้มกันโรคของเด็ก<br>อายุต่ำกว่า 1 ปี และ<br>เด็กวัยประถมศึกษา | - อัตราส่วน (%) ของ<br>เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี<br>ที่ได้รับวัคซีน<br>ป้องกันโรคต่างๆ<br>ตามอายุ<br>- อัตราส่วน (%) ของ<br>เด็กวัยประถมศึกษา<br>ที่ได้รับวัคซีน<br>ป้องกันโรคตามลำดับ<br>ชั้นเรียน | - สำนักงานพัฒนาชุมชน<br>อำเภอ<br>- สถานีอนามัย<br>- โรงพยาบาลชุมชน | - บัญชี 1-8                              | - จำนวนนักเรียนที่ได้รับวัคซีน<br>ป้องกันโรคชนิดต่างๆ และจำนวน<br>กลุ่มเป้าหมาย                            |
| 3.4.8 ความสัมพันธ์<br>ของบุคคลในครอบครัว  | - อัตราส่วน (%) ของ<br>ครอบครัวที่มีเพียง<br>พ่อหรือแม่คนเดียว<br>หรือไม่มีพ่อแม่  | - สถานีอนามัย<br>- สาธารณสุขอำเภอ<br>- โรงพยาบาลชุมชน              | - บัตรอนามัยประจำครอบครัว<br>(รพ.1 ต.03) | - จำนวนครอบครัวที่มีเพียงพ่อ<br>หรือแม่คนเดียว หรือไม่มีพ่อแม่เลย<br>- จำนวนครอบครัวทั้งหมดในชุมชน         |



## กระบวนการพัฒนานามัยชุมชน : แนวคิดและการปฏิบัติ

ภาคผนวก ก. แหล่งข้อมูลชุมชน ๙ (ต่อ)

| สถานภาพที่ต้องการวัด                   | เครื่องมือชี้วัด   | แหล่งข้อมูล   | แบบฟอร์มที่ใช้เก็บข้อมูล  | ประเภทของข้อมูลในแบบฟอร์ม  |
|--|--|---|---|--|
| 4. สภาพสุขภาพอนามัย                    |  |   |   |  |
| 4.1 ภาวะโภชนาการ<br>ของเด็กอายุ 0-4 ปี | - อัตราส่วน (%) ของเด็ก<br>อายุต่ำกว่า 5 ปี<br>ที่ขาดสารอาหาร<br>ระดับต่างๆ  | - สำนักงานพัฒนาชุมชน<br>อำเภอ<br>- สถานีอนามัย<br>- สาธารณสุขอำเภอ                              | - บัญชี 1-8<br>- แบบบันทึกกิจกรรมประจำวัน<br>(รบ.ก.02)  |  |
| 4.2 สภาวะการเจ็บป่วย                   | - อัตราอุบัติการณ์รวม<br>ของการเจ็บป่วย<br>ในชุมชน<br><br>- อัตราอุบัติการณ์<br>ของโรคที่ป่วยมาก<br>ในกลุ่มอายุต่างๆ<br><br>- อัตราความชุกของโรค<br>สำคัญๆ | - สถานีอนามัย<br>- สาธารณสุขอำเภอ<br><br>- สถานีอนามัย<br>- สาธารณสุขอำเภอ<br><br>- สถานีอนามัย | - แบบบันทึกกิจกรรมประจำวัน<br>(รบ.ก.02)<br>- บัตรอนามัยประจำครอบครัว<br><br>- ทะเบียนผู้รับบริการภายนอก (รบ.ก.01)<br>- บัตรอนามัยประจำครอบครัว<br><br>- บัตรบันทึกผู้ป่วยวัณโรค (รบ.ต.04)<br>- บัตรทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อน (รบ.ต.11)<br>- แบบบันทึกกิจกรรมประจำวัน<br>- บัตรอนามัยประจำครอบครัว | - จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดในระยะเวลาหนึ่ง<br>- จำนวนประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค<br>ในช่วงเวลานั้น<br><br>- จำนวนผู้ป่วยใหม่ด้วยโรคต่างๆ<br>- จำนวนประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค<br><br>- จำนวนผู้ป่วยทั้งเก่าและใหม่<br>- จำนวนประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค<br>- จำนวนผู้ที่มีความพิการในแต่ละ<br>ครอบครัว |

## กระบวนการพัฒนานามัยชุมชน : แนวคิดและการปฏิบัติ

ภาคผนวก ก. แหล่งข้อมูลชุมชน ๙ (ต่อ)

| สถานภาพที่ต้องการวัด | เครื่องมือชี้วัด  | แหล่งข้อมูล  | แบบฟอร์มที่ใช้เก็บข้อมูล   | ประเภทของข้อมูลในแบบฟอร์ม   |
|----------------------|---|--|--|---|
| 4.3 การตาย           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราตายของมารดา</li> <li>- อัตราการตาย</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานีอนามัย</li> <li>- สาธารณสุขอำเภอ</li> <li>- สถานีอนามัย</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- แบบบันทึกกิจกรรมประจำวัน (รบ.1ต.02) งานอนามัยและเด็ก (0120)</li> <li>- แบบ รบ.1 ก.02</li> <li>- แบบบันทึกกิจกรรมประจำวัน (รบ.1 ต.02)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- จำนวนมารดาตายจากการตั้งครรภ์ การคลอดและการอยู่ไฟหลังคลอด 6 สัปดาห์</li> <li>- จำนวนการเกิดมีชีพ</li> <li>- จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่ตายทั้งหมด</li> <li>- จำนวนผู้ตายด้วยสาเหตุต่างๆ</li> <li>- จำนวนประชากรในชุมชน</li> </ul> |

## ภาคผนวก ข. ตัวอย่างการนำเสนอข้อมูลชุมชน

จากรายละเอียดในบทที่ 2 เรื่องการประเมินชุมชน หัวข้อการนำเสนอข้อมูลชุมชน ซึ่งแบ่งประเภทของข้อมูลที่ต้องเก็บรวบรวมออกเป็น 6 ประเภทนั้น ในที่นี้ขอนำเสนอข้อมูลชุมชน *บางส่วน* โดยการนำเสนอให้ชัดเจน สบายงาม และเข้าใจง่าย ดังต่อไปนี้

### 1. ประเภทที่ 2 *ลักษณะทางประชากรสังคม และ เศรษฐกิจ* (Socio-economic Demographic)

#### 1.1 จำนวนประชากร

ประชากร ม.1 บ้านไทยเดิม ต. ไทยแท้ อ. ตระกูลไทย จ.นราธิวาส จำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ ดังแสดงในตารางที่ 1ก

ตารางที่ 1ก จำนวนและร้อยละโครงสร้างของประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุ เพศ ม.1 บ้านไทยเดิม ต. ไทยแท้ อ. ตระกูลไทย จ.นราธิวาส

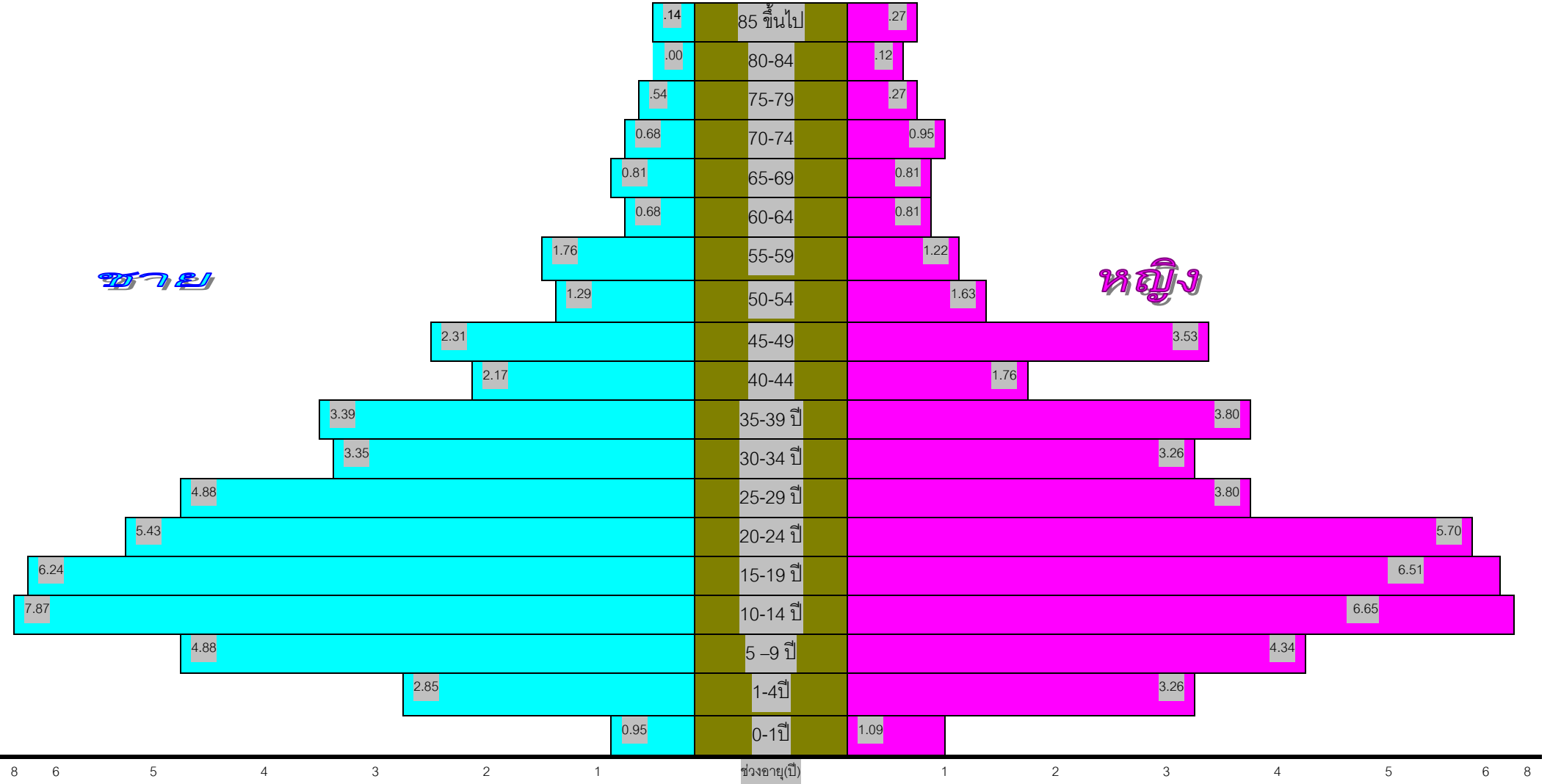
| อายุ (ปี) | เพศชาย | ร้อยละ | เพศหญิง | ร้อยละ | รวม | ร้อยละ |
|-----------|--------|--------|---------|--------|-----|--------|
| 0-1 ปี    | 7      | 0.95   | 8       | 1.09   | 15  | 2.04   |
| 1-4 ปี    | 21     | 2.85   | 24      | 3.26   | 45  | 6.11   |
| 5-9 ปี    | 36     | 4.88   | 32      | 4.34   | 68  | 9.23   |
| 10-14 ปี  | 58     | 7.87   | 49      | 6.65   | 107 | 14.52  |
| 15-19 ปี  | 46     | 6.24   | 48      | 6.51   | 94  | 12.75  |
| 20-24 ปี  | 40     | 5.43   | 42      | 5.70   | 82  | 11.13  |
| 25-29 ปี  | 36     | 4.88   | 28      | 3.80   | 64  | 8.68   |
| 30-34 ปี  | 26     | 3.53   | 24      | 3.26   | 50  | 6.78   |
| 35-39 ปี  | 25     | 3.39   | 28      | 3.80   | 53  | 7.19   |
| 40-44 ปี  | 16     | 2.17   | 13      | 1.76   | 29  | 3.93   |
| 45-49 ปี  | 17     | 2.31   | 26      | 3.53   | 43  | 5.83   |
| 50-54 ปี  | 8      | 1.09   | 12      | 1.63   | 20  | 2.71   |
| 55-59 ปี  | 13     | 1.76   | 9       | 1.22   | 22  | 2.99   |
| 60-64 ปี  | 5      | 0.68   | 6       | 0.81   | 11  | 1.49   |
| 65-69 ปี  | 6      | 0.81   | 6       | 0.81   | 12  | 1.63   |
| 70-74 ปี  | 5      | 0.68   | 7       | 0.95   | 12  | 1.63   |
| 75-79 ปี  | 4      | 0.54   | 2       | 0.27   | 6   | 0.81   |
| 80-84 ปี  | 0      | 0.00   | 1       | 0.14   | 1   | 0.14   |
| 85 ขึ้นไป | 1      | 0.14   | 2       | 0.27   | 3   | 0.41   |
| รวม       | 370    | 50.20  | 367     | 49.80  | 737 | 100    |

ที่มา : จากการสำรวจ จปฐปีพศ.2544

ประชากรจำนวนทั้งสิ้น 737 คน เพศชายจะมีอัตราส่วนมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย คือ เพศชายจำนวน 370 คน คิดเป็นร้อยละ 50.20 เพศหญิงจำนวน 367 คน คิดเป็นร้อยละ 49.80 และเมื่อพิจารณาโครงสร้างประชากรกลุ่มเด็ก 0-4 ปี ,5-14 ปี ,กลุ่มวัยแรงงาน (15-60ปี)และกลุ่มผู้สูงอายุ (60ปีขึ้นไป) มีสัดส่วนร้อยละ 8.13 , 23.72 , 61.97 และ 6.07 ของจำนวนประชากรทั้งหมดตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าสัดส่วนประชากรพึ่งพิง (Dependence Ratio) เด็กอายุ 0-14 ปี และกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 38.01 และเมื่อพิจารณาด้านความหนาแน่นของประชากรเท่ากับ 1.96 คนต่อตารางกิโลเมตร โดยเฉลี่ยแล้วในแต่ละครอบครัวจะมีสมาชิกประมาณ 6 คนต่อครอบครัว และมีกราฟปิรามิดโครงสร้างประชากรขยายกว้างตรงกลาง แสดงถึงการมีประชากรวัยแรงงานเป็นส่วนใหญ่ ดังแสดงในภาพที่ 1 ก

กระบวนการพัฒนาอนามัยชุมชน : แนวคิดและการปฏิบัติ

ภาพที่ 1 ก ร้อยละโครงสร้างของประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ม.1 บ้านไทยเดิม ต. ไทยแท้ อ. ตระกูลไทย จ.นราธิวาส

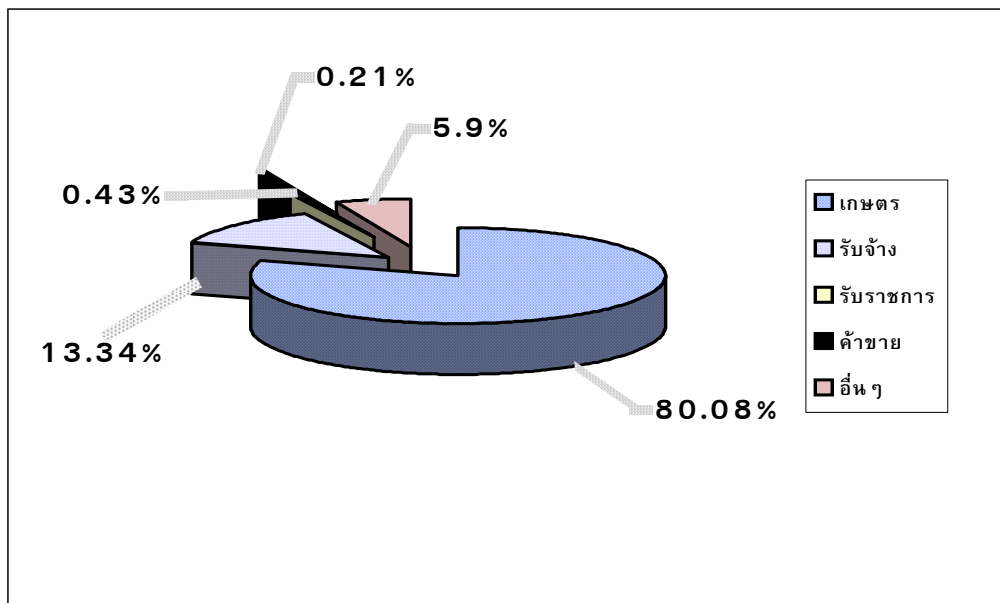


ที่มา : จากการสำรวจ จปฐ. ปี พ.ศ..2544

## 1.2 อาชีพ

การประกอบอาชีพของประชากรวัยแรงงาน (15–60 ปี) จำนวน 457 คน ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมจำนวน 366 คน คิดเป็น ร้อยละ 80.08 เนื่องจากสภาพภูมิประเทศเหมาะแก่การทำเกษตร รองลงมาคือรับจ้าง จำนวน 61 คน คิดเป็น 13.30 รับราชการ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.43 ค้าขาย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.21 และอื่นๆ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 5.90 ดังแสดงในภาพที่ 2 ก

ภาพที่ 2 ก ร้อยละการประกอบอาชีพของประชากรวัยแรงงานของประชากร ม.1 บ้านไทยเดิม ต.ไทยแท้ อ. ตระกูลไทย จ.นราธิวาส

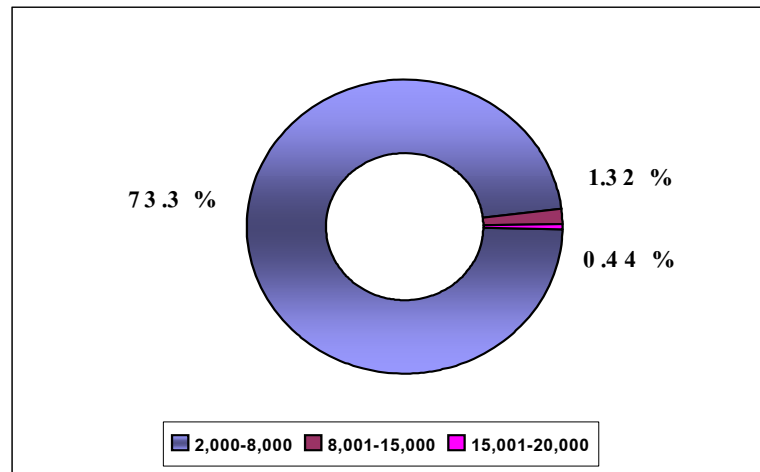


ที่มา : จากการสำรวจ จปฐ. ปี พศ.2544

### 1.3 รายได้

ประชาชนในหมู่บ้านไอกุบล่วนใหญ่มีรายได้จากการประกอบอาชีพเกษตรกรรม โดยมีรายได้เฉลี่ยของคนในครัวเรือน 2,000–8,000 บาทต่อเดือน หรือ 24,000–96,000 บาทต่อปี ซึ่งถือว่า มีรายได้สูง เมื่อเทียบกับ รายได้ขั้นต่ำตามเกณฑ์ จปฐ. ที่กำหนดให้บุคคลในครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 20,000 บาทต่อปี ดังแสดงในภาพที่ 3 ก

ภาพที่ 3 ก ร้อยละรายได้เฉลี่ยของประชากรวัยแรงงาน ม.1 บ้านไทยเดิม ต. ไทยแท้ อ. ตระกูลไทย จ.นราธิวาส



ที่มา : จากการสำรวจ จปฐ. ปี พศ.2544

ทั้งนี้การมีรายได้สูง จะส่งผลให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเอง และเข้าถึงบริการสุขภาพ ได้มากขึ้น

2. ประเภทที่ 3 **ข้อมูลด้านสุขภาพของชุมชน** (Community Health Indicators)

2.1 การบรรลุเกณฑ์ จปฐ. ด้านสุขภาพ

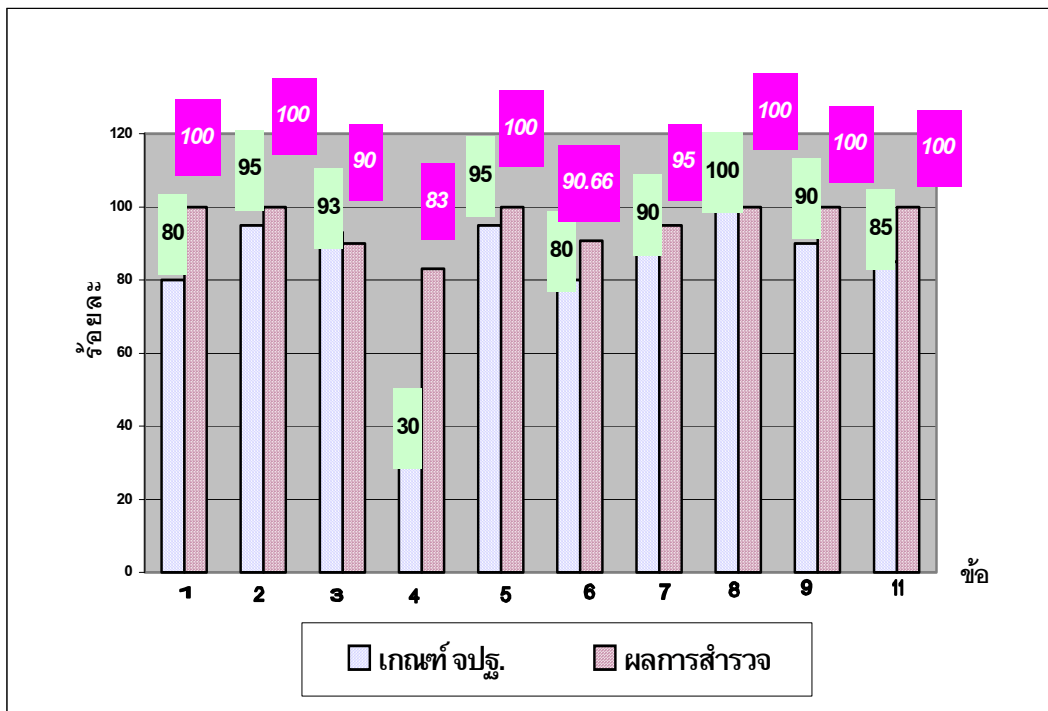
จากการสำรวจ จปฐ. ปีพศ.2544 พบว่า ผลการบรรลุเกณฑ์ จปฐ. แยกตามหมวด จปฐ. ดังนี้

2.1.1 หมวดที่ 1 : อาหารดี (10ข้อ)

ไม่บรรลุเกณฑ์ จปฐ. 1 ข้อ ในข้อที่ 3 เรื่อง หญิงตั้งครรภ์ได้รับประทานอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอ เพื่อให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม พบว่า

หญิงตั้งครรภ์ จำนวน 10 คน ได้รับประทานอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 90 จากเกณฑ์ร้อยละ 93 แสดงว่าไม่ผ่านเกณฑ์ 1 คน ดังแสดงในภาพที่ 4 ก

ภาพที่ 4 ก เปรียบเทียบเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานด้านสาธารณสุขหมวดที่ 1 : อาหารดี(10ข้อ) กับผลการสำรวจของ ม.1 บ้านไทยเดิม ต.ไทยแท้ อ.ตระกุลไทย จ.นราธิวาส



ที่มา : จากการสำรวจ จปฐ. ปีพศ.2544

ทั้งนี้ การที่หญิงตั้งครรภ์ ไม่ได้รับประทานอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอ ส่งผลให้เด็ก 0 – 5 ปี มีน้ำหนักแรกเกิดต่ำกว่า 2,500 กรัม อันจะนำไปสู่ภาวะขาดสารอาหารและปัญหาสุขภาพได้ง่ายขึ้น

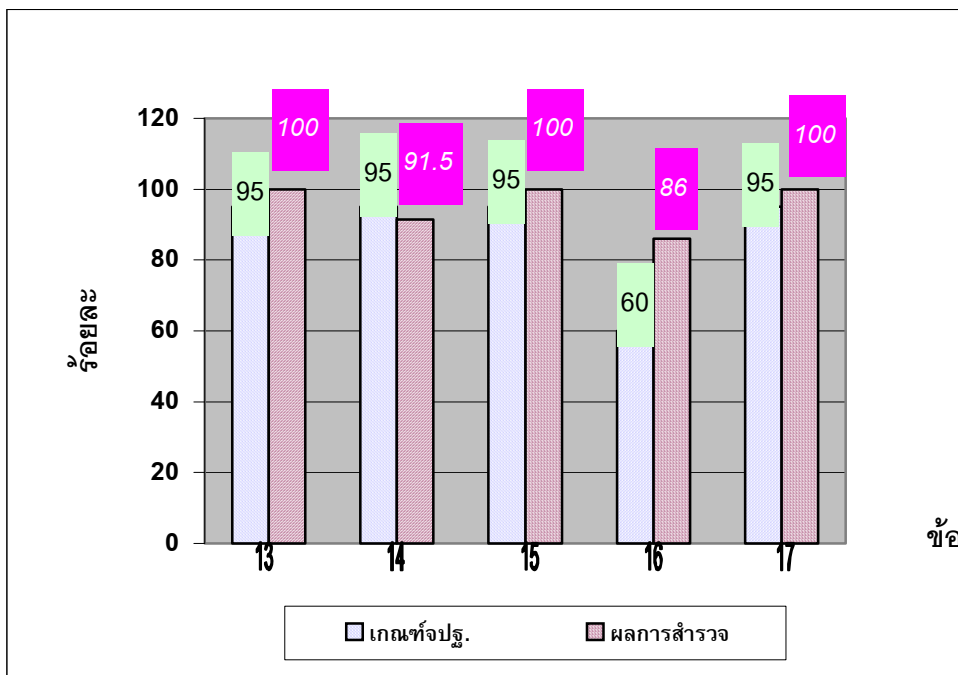


2.12 หมวดที่ 2 : มีบ้านอาศัย ( 5 ข้อ )

ไม่บรรลุเกณฑ์ จปฐ. 1 ข้อ ในข้อที่ 14 เรื่อง ครัวเรือนมีการใช้ส้วมถูกหลักสุขาภิบาล  
 อันได้แก่การมีส้วมซึมรดน้ำที่ถูกหลักสุขาภิบาล และใช้ส้วมอย่างถูกวิธี ซึ่งมีเกณฑ์การบรรลุเกณฑ์  
 จปฐ. ร้อยละ 95

พบว่าจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 118 หลังคาเรือน  
 ผ่านเกณฑ์ 108 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 91.5  
 ไม่ผ่านเกณฑ์ 4 หลังคาเรือน และต้องแก้ไข 10 หลังคาเรือน  
 ดังแสดงในภาพที่ 5 ก

ภาพที่ 5 ก. เปรียบเทียบเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานด้านสาธารณสุขหมวดที่ 2 : มีบ้านอาศัย  
 ( 5 ข้อ ) กับผลการสำรวจของ ม.1 บ้านไทยเดิม ต. ไทยแท้ อ. ตระกูลไทย จ.นราธิวาส



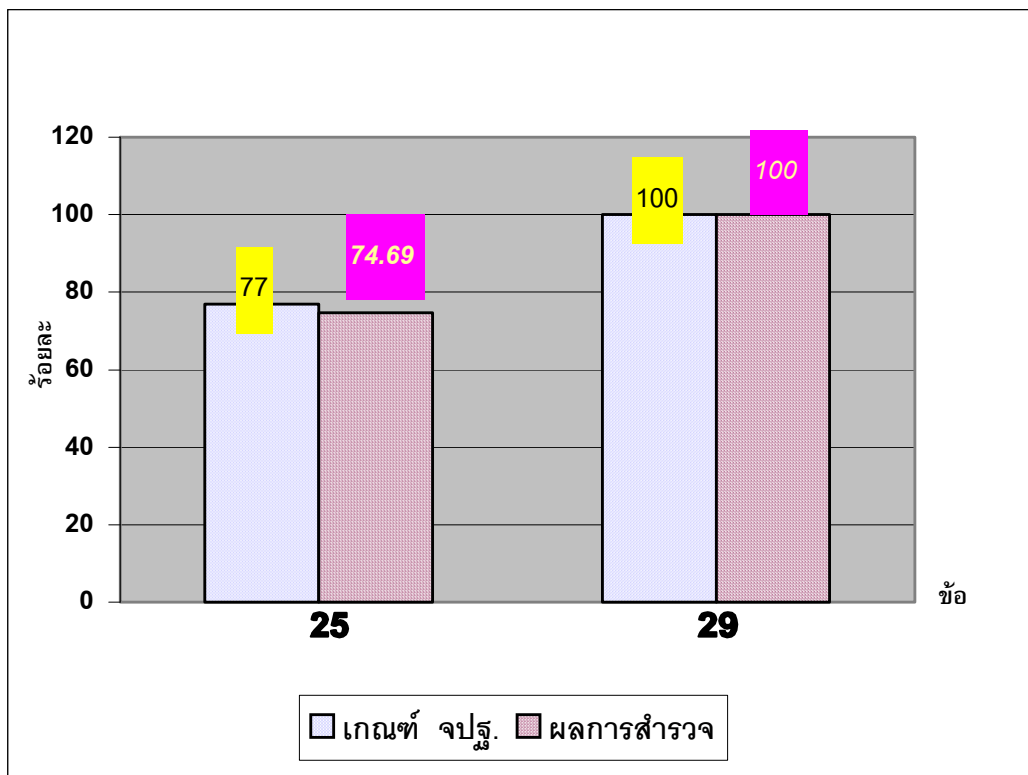
ที่มา : จากการสำรวจ จปฐ. ปีพ.ศ.2544

ทั้งนี้ การบรรลุเกณฑ์ จปฐ. ในข้อนี้ ดำเนินการได้ยาก เนื่องจากประชาชนบางส่วน  
 ไม่นิยมการใช้ส้วมและผลกระทบจากความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ส้วม

2.13 หมวดที่ 3 : ศึกษาถ้วนทั่ว( 2 ข้อ )

บรรลुเกณฑ์ จปรู. ในข้อที่ 23และ24 ทั้ง 2 ข้อ ดังแสดงในภาพที่ 6 ก

ภาพที่ 6 ก เปรียบเทียบเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานด้านสาธารณสุขหมวดที่ 3: ศึกษาถ้วนทั่ว (2ข้อ)กับผลการสำรวจของ ม.1 บ้านไทยเดิม ต. ไทยแท้ อ. ตระกูลไทย จ.นราธิวาส



ที่มา : จากการสำรวจ จปรู. ปีพศ.2544

ผลการสำรวจดังกล่าวประชาชนมีโอกาสทางการศึกษาอย่างทั่วถึง อันจะนำไปสู่การสร้าง  
พลังอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ง่ายขึ้น

2.14 หมวดที่ 6 : อยากร่วมพัฒนา (ข้อ), หมวดที่ 7: พาสู่คุณธรรม (3ข้อ) และหมวดที่ 8 : บำรุงสิ่งแวดล้อม

ไม่บรรลุเกณฑ์ จปฐ. 1 ข้อในข้อที่ 30 เรื่อง ครัวเรือนเป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน ซึ่งมีเกณฑ์การบรรลุเกณฑ์จปฐ. ร้อยละ 90 ( 106 หลังคาเรือน )

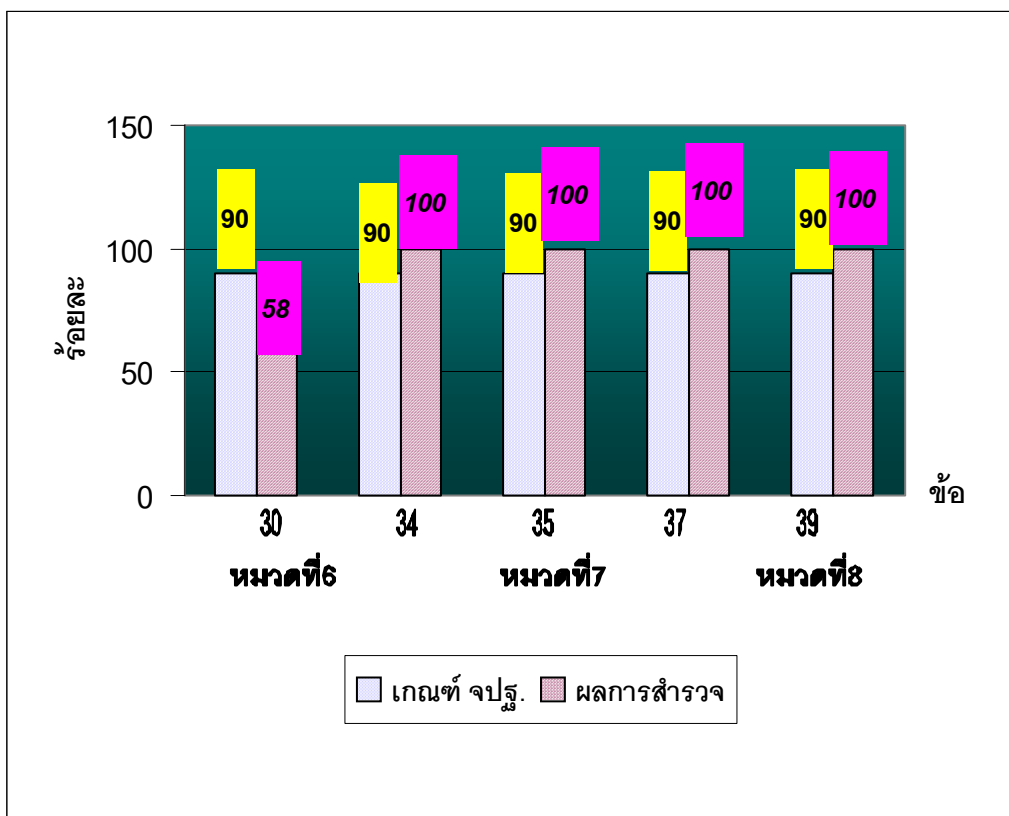
พบว่าจำนวนครัวเรือนทั้งหมด 118 หลังคาเรือน

ผ่านเกณฑ์ 68 หลังคาเรือน คิดเป็นร้อยละ 58

ไม่ผ่านเกณฑ์ 48 หลังคาเรือน และต้องแก้ไข 60 หลังคาเรือน

ดังแสดงในภาพที่ 7 ก

ภาพที่ 7 ก เปรียบเทียบเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐานด้านสาธารณสุขหมวดที่ 6: อยากร่วมพัฒนา (ข้อ), หมวดที่ 7: พาสู่คุณธรรม (3ข้อ)และหมวดที่ 8 : บำรุงสิ่งแวดล้อม (ข้อ)กับผลการสำรวจของ ม.1 บ้านไทยเดิม ต. ไทยแท้ อ. ตระกูลไทย จ.นราธิวาส



ที่มา : จากการสำรวจ จปฐ. ปีพศ.2544

ทั้งนี้ การที่ครัวเรือนไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่ม/กองทุน อาจส่งผลให้ การสร้างพลังอำนาจและการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลสุขภาพครอบครัว และชุมชนเป็นไปได้ยากขึ้น

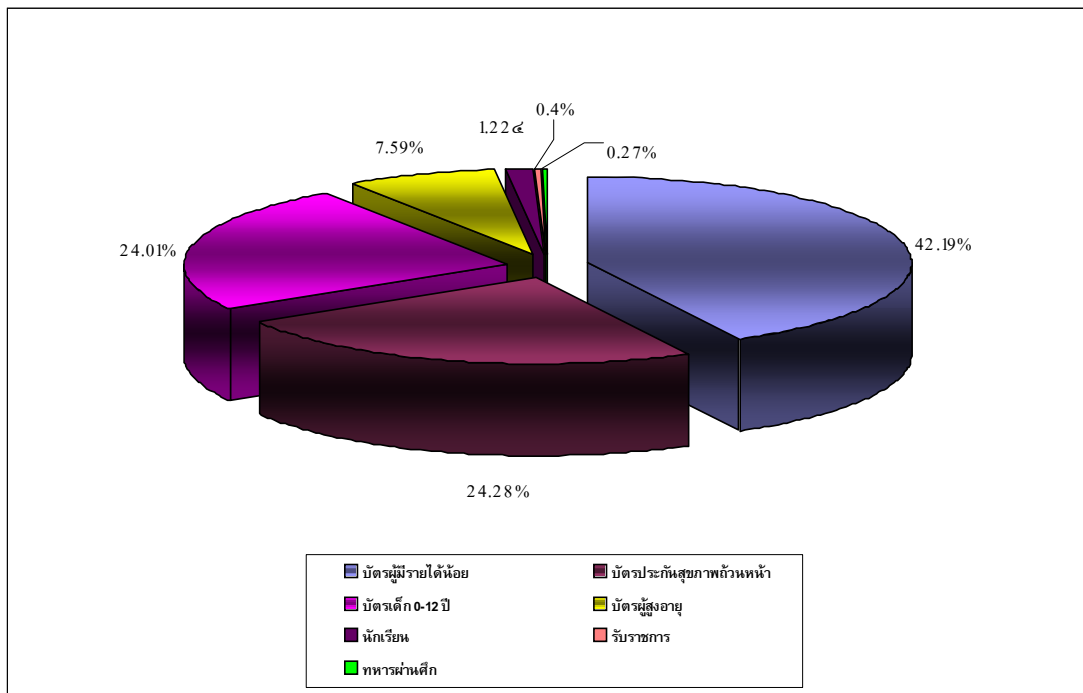
3. ประเภทที่ 4 **ข้อมูลด้านการเข้าถึงบริการและการใช้บริการด้านสุขภาพ** ( การมีหลักประกันสุขภาพ , การมีบริการของรัฐ (basic health service) และการใช้บริการ รวมทั้งการเข้าถึงบริการของรัฐ (Health Services accesibility and utilization Indicator)

3.1 ความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ

ความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพของประชากรแยกตามสิทธิประโยชน์ พบว่าประชากรมีสิทธิประโยชน์ ปานกลาง มากที่สุด 734 คน คิดเป็นร้อยละ 99.6 และแยกตามสิทธิเป็นบัตร สปร, บัตรประกันสุขภาพ, บัตรเด็กอายุ 0-12 ปี , บัตรผู้สูงอายุและพิการและบัตรอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 42.19, 24.28, 24.01 , 7.59 และ 1.49 ตามลำดับ

ส่วนการมีหลักประกันในลักษณะสิทธิผลประโยชน์สูงซึ่งเป็น ข้าราชการ รวมแล้วเพียงร้อยละ 0.4 เท่านั้น ดังแสดงในภาพที่ 8 ก

ภาพที่ 8 ก ร้อยละความครอบคลุมด้านหลักประกันสุขภาพของประชากรวัยแรงงาน  
ม.1 บ้านไทยเดิม ต. ไทยแท้ อ. ตระกူไทย จ.นราธิวาส



ที่มา : จากการสำรวจ จปฐ. ปีพศ.2544

ทั้งนี้ การที่ประชาชนมีหลักประกันสุขภาพทุกคน จะส่งผลให้มีการเข้าถึงบริการสุขภาพ และได้รับบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม ครอบคลุม ต่อเนื่อง และเสมอภาค

ภาคผนวก ค. แบบสอบถามพฤติกรรมอนามัย  
แบบสำรวจความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ  
เรื่องภาวะการขาดสารอาหารในเด็กอายุ 0 – 5 ปี

คำชี้แจง : ใช้สัมภาษณ์มารดาที่บุตรคนที่มีบุตรสุดท้องอายุไม่เกิน 5 ปี หรือผู้เลี้ยงที่สามารถให้ข้อมูล  
: ให้เติมคำในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย / ใน ( ) ที่ต้องการ

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....อายุ.....ปี การศึกษา.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่..... ทินฮาว อำเภอ หล่มเก่า จังหวัด เพชรบูรณ์  
ชื่อผู้ สัมภาษณ์.....  
วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์.....

**ข้อมูลเกี่ยวกับเด็ก**

1. ชื่อ ( ดช. ด.ญ).....นามสกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน
2. วัน เดือน ปีเกิด.....
3. น้ำหนักแรกคลอด.....กรัม ส่วนสูง.....ซม.
4. น้ำหนักปัจจุบัน.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....ซม.
5. จำนวนพี่น้องทั้งหมด.....คน

**ข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัว**

6. บิดา อายุ.....ปี การศึกษา ( ) ป.1 – ป.4  
( ) ป.5 – ป.7  
( ) ม.1 – ม.6  
( ) ปวช. – ปวส.  
( ) ปริญญาตรี  
( ) สูงกว่าปริญญาตรี
7. มารดา อายุ.....ปี การศึกษา ( ) ป.1 – ป.4  
( ) ป.5 – ป.7  
( ) ม.1 – ม.3  
( ) ม.4 – ม.6  
( ) ปวช. – ปวส.  
( ) ปริญญาตรี  
( ) สูงกว่าปริญญาตรี

8. อาชีพหลักของครอบครัว ( ) ทำนา  
 ( ) ทำไร่  
 ( ) รับจ้าง  
 ( ) ค้าขาย  
 ( ) เลี้ยงสัตว์  
 ( ) รับราชการ  
 ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

10. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน  
 ( ) ต่ำกว่า 2,000 บาท ( ) 6,000 – 8,000 บาท  
 ( ) 2,001 – 4,000 บาท ( ) 8,000 – 1,000 บาท  
 ( ) 4,001 – 6,000 บาท ( ) มากกว่า 10,000 บาท

**ข้อมูลเกี่ยวกับผู้เลี้ยงดูและการเลี้ยงดูเด็ก**

11. ผู้เลี้ยงดูเด็กเกี่ยวข้องกับ  
 ( ) บิดา ( ) มารดา ( ) ญาติ ( ) อื่น ๆ (ระบุ).....
12. การศึกษาของผู้เลี้ยงดู  
 ( ) ต่ำกว่า ( ) ป.4 – ป.7  
 ( ) ม.1 – ม.3 ( ) อื่น ๆ (ระบุ)
13. ท่านเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็ก  
 ( ) เคย ( ) ไม่เคย
14. ถ้าเคย ท่านเคยได้รับความรู้จากใคร  
 ( ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ( ) ญาติ  
 ( ) เพื่อนบ้าน ( ) อื่น ๆ (ระบุ)

**หมวดความรู้ เกี่ยวกับโภชนาการในมารดาและบุตร 0 – 5 ปี**

คำชี้แจง ให้ใส่เครื่องหมาย / ลงในช่อง ( ) ที่ต้องการ

1. นมที่เหมาะสมที่สุดสำหรับเลี้ยงทารกคือนมอะไร  
 ( ) นมแม่ ( ) นมผง ( ) นมข้นหวาน ( ) อื่น ๆ (ระบุ).....
2. ท่านคิดว่านมแม่มีประโยชน์อย่างไร (ตอบได้หลายข้อ ถ้าตอบตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไปจึงได้คะแนน)  
 ( ) ทำให้เด็กแข็งแรงมีภูมิคุ้มกันโรค ( ) ประหยัด , สะอาด  
 ( ) ได้รับสารอาหารครบถ้วน ( ) ช่วยลดการเกิดอุจจาระร่วง
3. ควรให้อาหารเสริมเมื่อเด็กอายุเท่าไร  
 ( ) แรกเกิด ( ) 2 เดือน ( ) 3 เดือน ( ) อื่น ๆ (ระบุ).....

4. อาหารเสริมสำหรับลูกและเด็กอายุ 4 เดือน ควรเป็น
 

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> กล้วยน้ำว้าสุกงอม | <input type="checkbox"/> ไข่แดง - น้ำแกงจืด |
| <input type="checkbox"/> ตับบด             | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... |
5. อาหารเสริมสำหรับเด็กอายุ 5 เดือน ควรเป็น
 

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> กล้วยน้ำว้าสุกงอม | <input type="checkbox"/> ตับบด              |
| <input type="checkbox"/> เนื้อปลาสุกบด     | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... |
6. ท่านทราบหรือไม่ว่าโรคขาดสารอาหารเป็นอย่างไร
 

|                               |                                  |
|-------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ทราบ | <input type="checkbox"/> ไม่ทราบ |
|-------------------------------|----------------------------------|

ถ้าทราบ ถ้ามองว่าเด็กที่เป็นโรคขาดสารอาหาร คือ

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> กินมากเกินไป       | <input type="checkbox"/> กินน้อยไป          |
| <input type="checkbox"/> กินอาหารไม่ถูกต้อง | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... |
7. โรคขาดสารอาหารมีผลต่อสุขภาพอย่างไร (ตอบได้หลายข้อถ้าตอบตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไปจึงให้คะแนน)
 

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> รูปร่างเล็กกว่าปกติ | <input type="checkbox"/> สติปัญญาทึบ        |
| <input type="checkbox"/> ความต้านทานโรคต่ำ   | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... |
8. อาหารที่มีประโยชน์ในท้องถิ่นที่สามารถใช้แทนเนื้อสัตว์ได้แก่ (ตอบได้หลายข้อ)
 

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ไข่                   | <input type="checkbox"/> ถั่วต่าง ๆ เช่น ถั่วแดง , ถั่วเหลือง , ถั่วเขียว |
| <input type="checkbox"/> นึ่งข้าวเหนียวผสมถั่ว | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....                               |
9. อาหารประเภทถั่วต่าง ๆ สามารถทำประกอบอาหารอะไรได้บ้าง (ตอบได้หลายข้อ)
 

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> นมถั่วเหลือง          | <input type="checkbox"/> ขนมหวาน เช่น ต้มถั่วเขียว , ต้มถั่วแดง , ต้มถั่วหวาน |
| <input type="checkbox"/> นึ่งข้าวเหนียวผสมถั่ว | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ).....                                   |
10. ขณะตั้งครรภ์ควรรับประทานอาหารประเภทใด
 

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ข้างเหนียวอย่างเดียว | <input type="checkbox"/> เนื้อสัตว์ต่าง ๆ เช่น หมู , ไก่ , ปลา |
| <input type="checkbox"/> ขนมหวาน              | <input type="checkbox"/> อื่น (ระบุ).....                      |
11. ขณะให้นมบุตรและหลังคลอด ท่านควรรับประทานอาหารประเภทใด (ตอบได้หลายข้อ)
 

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> เนื้อสัตว์ต่าง ๆ | <input type="checkbox"/> ผัก - ผลไม้  |
| <input type="checkbox"/> ข้าวเหนียว       | <input type="checkbox"/> ไข่ - นม <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ)..... |

แบบสัมภาษณ์เจตนาคติเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในมารดาและบุตร : 0 – 5 ปี

คำชี้แจง 1. แบบสัมภาษณ์ มารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็ก อายุระหว่าง 0 – 5 ปี

2. ให้ผู้สัมภาษณ์ ภา เครื่องหมาย / ในช่อง ( ) ที่ตรงกับความคิดเห็นของมารดา  
ที่ถูกต้องมากที่สุด

| ข้อความ   | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย |
|---|----------|----------|-------------|
| 1. มารดาขณะตั้งครรภ์ไม่ควรรับประทานเนื้อสัตว์มาก  |          |          |             |
| 2. เพราะจะทำให้เด็กคลอดยาก  |          |          |             |
| 3. มารดาหลังคลอดในรายแรกควรรับประทานข้างกับเกลือ  |          |          |             |
| 4. มารดาหลังคลอดไม่ควรรับประทานไข่หรือ เนื้อสัตว์   |          |          |             |
| 5. เมื่อลูกเจ็บป่วยเรื้อรังหรือป่วยบ่อย ทำให้เป็นโรค<br>ขาดสารอาหารได้                      |          |          |             |
| 6. การให้อาหารเสริมแก่บุตรจะทำให้เด็กได้รับสาร<br>อาหารเพียงพอ                              |          |          |             |
| 7. ในระยะ 3 เดือนแรก ควรให้เด็กกินนมแม่แต่เพียง<br>อย่างเดียว                               |          |          |             |
| 8. เด็กที่กินนมแม่ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง   |          |          |             |
| 9. ควรให้เด็กรับประทานปลา เมื่อเด็กพูดคำว่าปลาได้   |          |          |             |
| 9. การให้เด็กหย่านมก่อนอายุ 6 เดือน จะช่วย<br>ให้เด็กรับประทานอาหารอื่นได้                  |          |          |             |
| 10. การให้เด็กรับประทานอาหารประเภทเนื้อ ปลา ไข่<br>จะทำให้เด็กเป็นตาลขโมย                   |          |          |             |
| 11. อาหารที่มีประโยชน์ และปริมาณเพียงพอจะช่วย<br>ป้องกันโรคขาดสารอาหารในเด็ก                |          |          |             |
| 12. การรับประทานอาหารที่มีราคาแพงจะทำให้ร่างกาย<br>แข็งแรงเป็นพิเศษ                         |          |          |             |
| 13. การรับประทานข้างบด มีคุณประโยชน์คุณค่า<br>ทางอาหารเท่ากับรับประทาน ซีรีแลค หรือ เนสตัม  |          |          |             |
| 14. อาการผอมซีด พุงโร ก้นปอด เกิดจากการรับประทาน<br>อาหารไม่เพียงพอ                         |          |          |             |
| 15. การนำบุตรไปชั่งน้ำหนักตามนัดทุกครั้งจะช่วยให้<br>ทราบความผิดปกติของบุตรตั้งแต่ระยะเริ่ม |          |          |             |



| ข้อความ  | เห็นด้วย | ไม่แน่ใจ | ไม่เห็นด้วย |
|--|----------|----------|-------------|
| 16. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเด็กแรกเกิดควรมีน้ำหนักตัวมากกว่า 2.5 กิโลกรัม               |          |          |             |
| 17. ท่านเห็นด้วยหรือไม่ว่าเมื่อบุตรมีอาการเจ็บป่วยต้องงดอาหารประเภท ไข่ หรือเนื้อสัตว์ |          |          |             |
| 18. เมื่อลูกมีการเจ็บป่วยได้รับการรักษาไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดโรคอื่นแทรกซ้อนได้         |          |          |             |
| 19. การนำเด็กไปฉีดวัคซีนจะทำให้เด็กป่วยบ่อย และเบื่ออาหาร                              |          |          |             |

**แบบสัมภาษณ์** การปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะโภชนาการในมารดาและบุตร 0 – 5 ปี

- คำชี้แจง**
- แบบสัมภาษณ์นี้ใช้สัมภาษณ์มารดาที่มีบุตร ระหว่างแรกเกิดถึง 5 ปี (ซึ่งเป็นข้อมูลที่สัมภาษณ์เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรคนสุดท้าย)
  - ให้ผู้สัมภาษณ์ใส่เครื่องหมาย / ในช่อง ( ) ที่ตรงกับความคิดเห็นของมารดาที่ถูกลักษณะ หรือผู้เลี้ยงดูมากที่สุด

- บุตรของท่านหรือเด็กที่ท่านเลี้ยงดู ได้หย่านมแม่เมื่ออายุเท่าไร
  - ( ) ก่อน 6 เดือน                      ( ) 6 เดือน – 11 เดือน
  - ( ) 1 ปี – 1 ปี 6 เดือน              ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
  - ถ้าหย่านมก่อน 12 เดือน ให้ถามสาเหตุของการหย่านม
    - ( ) มารดาทำงานนอกบ้าน              ( ) มารดาไปทำงานต่างจังหวัด
    - ( ) หลัง 6 เดือน ขึ้นไปนมแม่ไม่มีประโยชน์      ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
- บุตรของท่านหรือเด็กที่ท่านเลี้ยงดู ได้รับอาหารเสริมครั้งแรกเมื่ออายุ
  - ( ) 3 เดือน      ( ) 4 เดือน      ( ) 5 เดือน      ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
  - เมื่อตอบว่าเริ่มใช้ 3 เดือน ให้ถามต่อไปว่า เริ่มให้อะไร
    - ( ) กลัวย่น้ำว่าสุกหอมบด              ( ) ข้าวย่ำ
    - ( ) ซีรีแลค                                  ( ) อื่น ๆ ระบุ.....
- ท่านให้บุตรของท่านหรือเด็กที่ท่านเลี้ยงดูเริ่มรับประทานไข่แดง เมื่ออายุ
  - ( ) 3 เดือน                                  ( ) 4 เดือน
  - ( ) 5 เดือน                                  ( ) 6 เดือน
- ท่านให้บุตรของท่านหรือเด็กที่ท่านเลี้ยงดูเริ่มรับประทานปลา เมื่ออายุ
  - ( ) 3 เดือน                                  ( ) 4 เดือน
  - ( ) 5 เดือน                                  ( ) 6 เดือน

5. ท่านให้บุตรของท่านหรือเด็กที่ท่านเลี้ยงดูรับประทานอาหารเหล่านี้หรือไม่  
 ให้       ไม่ให้      ถ้าตอบว่าให้ถามต่อไปนี้  
 ท້อยพี , ขนมหวาน       น้ำอัดลม  
 อาหารสำเร็จรูป (มาม่า , ยำยำ , โคคา ฯลฯ)       ขนมขบเคี้ยวสำเร็จรูป  
 ถ้าตอบว่าให้ ข้อใดข้อหนึ่ง ถามต่อไปนี้ว่าความบ่อยครั้งในการให้  
 ทุกวัน       2 - 3 วัน/ครั้ง       อาทิตย์ละครั้ง       อื่น ๆ ระบุ.....
6. บุตรของท่านเด็กที่ท่านเลี้ยงดูป่วยบ่อยหรือไม่  
 ไม่ป่วยเลย       นาน ๆ จึงป่วยสักครั้ง       ป่วย บ่อย ๆ ระบุโรค.....  
 .. ถ้าตอบว่า บ่อย ขณะที่เด็กป่วยท่านงดอาหารประเภทใดบ้าง  
 ไม่งดเลย       งดอาหารประเภท ระบุ.....
7. ท่านเคยใช้อาหารประเภทถั่วมาปรุงอาหารให้เด็กของท่านหรือไม่  
 เคย       ไม่เคย  
 ถ้าเคย ท่านปฏิบัติอย่างไร (ตอบได้หลายข้อ)  
 ทำขนมหวาน เช่น ต้มถั่วกับน้ำตาล, ต้มถั่วแดง, ถั่วกวน  
 ทำนมถั่วเหลือง       ทำถั่วและ (ถั่วเหลืองต้มใส่เกลือ)  
 นึ่งกับข้าวเหนียว       อื่น ๆ ระบุ.....
8. ขณะตั้งครรภ์ท่านปฏิบัติตัวดังนี้หรือไม่  
 รับประทานไข่ นม, หรือเนื้อสัตว์ เพิ่มขึ้นกว่าปกติ  
 ไม่รับประทานไข่, นม เนื้อสัตว์  
 รับประทานไข่ , นม เนื้อสัตว์ ข้าว นาน ๆ ครั้ง  
 อื่น ๆ ระบุ .....
9. ระยะเวลาหลังคลอดและระหว่างให้นมบุตร ท่านปฏิบัติดังนี้หรือไม่  
 รับประทานปกติ แต่เพิ่มประเภทเนื้อสัตว์, ไข่, นม  
 งดอาหารบางประเภท ระบุ.....
10. บุตรของท่านรับประทานอาหารได้น้อยลงเมื่อ (ตอบได้หลายข้อ)  
 เริ่มคลาน       เริ่มมีฟันขึ้น  
 ตั้งไข่       เมื่อเด็กวิ่งเล่นได้  
 เมื่อป่วย       อื่น ๆ ระบุ.....

ภาคผนวก ง. แผนงานหลัก แผนงานย่อย โครงการ

แผนงานหลัก เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะขาดสารอาหารกลุ่มเด็กแรกเกิด - 5 ปี

สถานที่ หมู่ 1 บ้านไทยเดิม ต. ไทยแท้ จ. นราธิวาส

เป้าประสงค์ เพื่อลดอัตราการขาดสารอาหาร ในเด็กแรกเกิด - 5 ปี จากระดับ จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 ระดับ 2 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 ให้นำผลไป ภายในเวลา 1 ปี

| ปัญหาสาธารณสุข  | วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ  | เป้าประสงค์  | กลวิธีการดำเนินการ   | การประเมินผล   |
|---|--|--|--|--|
| เด็ก 0-5 ปี ในหมู่ที่ 1 บ้านไทยเดิม มีภาวะขาดสารอาหาร ระดับ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 ระดับ 2 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ</li> <li>- ห่างไกลจากสถานที่ให้บริการสาธารณสุข</li> <li>- ผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ ยังไม่ถูกต้องครบถ้วน จากผลการสำรวจพบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็ก 47 คน มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 12.77 เจตคติ อยู่ใน ระดับดี ร้อยละ 59.57 และการปฏิบัติ อยู่ในระดับ ดี ร้อยละ 46.81</li> <li>- ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพน้อย</li> <li>- น้ำหนักทารกแรกคลอดต่ำกว่า 3,000 กรัม ร้อยละ 48.9</li> </ul> | <p>◆ <b>ระยะสั้น</b></p> <p><b>ภายในระยะเวลา 1 เดือน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ถูกต้องแก่ผู้เลี้ยงดูเด็ก ครอบคลุม ร้อยละ 100 และ มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการได้รับสารอาหารในเด็ก 0-5 ปี ดังนี้</li> <li>K เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.77 เป็น ร้อยละ 80</li> <li>A เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 59.57 เป็น ร้อยละ 80</li> <li>P เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.81 เป็น ร้อยละ 80</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- จัดอบรมผู้เลี้ยงดูเด็กให้มีความรู้ด้านโภชนาการในเด็ก 0-5 ปี โดยใช้วิธีสนทนากลุ่มย่อย</li> <li>- จัดนิทรรศการเรื่อง โภชนาการและการดูแลเด็ก 0-5 ปี</li> <li>- เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการดูแลเด็ก 0-5 ปี ทางวิทยุชุมชน และ หอกระจายข่าวสัปดาห์ละ 1 ครั้ง</li> </ul> | <p><b>ระยะสั้น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- จากจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ</li> <li>- จากการซักถามและจากการทำแบบสอบถามความรู้ความเข้าใจและตระหนัก ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการประชาชน มีความรู้ความเข้าใจคิดเป็นร้อยละ 80</li> <li>- บันทึกการเผยแพร่ความรู้ทางวิทยุชุมชนและหอกระจายข่าว และจำนวนครั้ง</li> </ul> |

แผนงานหลัก (ต่อ)

| ปัญหาสาธารณสุข   | วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ | เป้าประสงค์   | กลวิธีการดำเนินการ  | การประเมินผล   |
|--|-------------------------|---|---|--|
| <p>เด็ก 0-5 ปี ในหมู่บ้านไทยเดิม มีภาวะขาดสารอาหาร ระดับ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 ระดับ 2 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3</p> |                         | <p>- เพื่อส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังทางโภชนาการในเด็ก 0- 5ปีให้ได้ 100% ในเวลา 1 เดือน</p> <p>- เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขภาวะขาดสารอาหาร ในเด็ก 0-5 ปี ครอบคลุมร้อยละ 80 ของกลุ่มผู้นำและผู้เลี้ยงดูเด็ก</p> | <p>- สัทธิกรทำอาหาร โดยใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน</p> <p>- ประกวดสุขภาพเด็กดีและมารดาตัวอย่าง</p> <p>- เยี่ยมบ้าน ช้หน้าหนัก/ ให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการดูแลเด็ก 0-5ปีในกลุ่มขาดสารอาหารและไม่ขาดสารอาหาร</p> <p>- ให้บริการส่งเสริมสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ใน คลินิก</p> <p>- แก้ไขและพัฒนาสุขภาพเด็ก 0-5 ปี แบบมีส่วนร่วม</p> | <p>- รายงานการสอนและสังเกตพฤติกรรมการผลิตอาหารเสริมของผู้เลี้ยงดูเด็กกลุ่มขาดสารอาหาร ทุก 2 วัน</p> <p>- จำนวนเด็กสุขภาพดีและมารดาตัวอย่าง</p> <p>- รายงาน/บันทึกการเยี่ยมบ้าน</p> <p>- รายงานผลการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการแก้ไขและป้องกันภาวะขาดสารอาหาร</p> <p>- ผลการแก้ไขปัญหา</p> |

แผนงานหลัก (ต่อ)

| ปัญหาสาธารณสุข   | วิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุ | เป้าประสงค์  | กลวิธีการดำเนินการ  | การประเมินผล  |
|--|-------------------------|--|---|---|
| <p>เด็ก 0-5 ปี ในหมู่บ้านไทยเดิม มีภาวะขาดสารอาหาร ระดับ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 ระดับ 2 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3</p> |                         | <p>◆ <b>ระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ลดอัตราการขาดสารอาหารระดับที่ 1 ในกลุ่ม แรกเกิด ถึง 5 ปี ไม่เกินร้อยละ 9</li> <li>-ลดอัตราการขาดสารอาหารระดับที่ 2 ในกลุ่มแรกเกิด ถึง 5 ปี ไม่เกินร้อยละ 0.5</li> </ul> <p><b>ภายในระยะเวลา 6 ปี</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ลดอัตราการขาดสารอาหารระดับที่ 1 และ ระดับที่ 2 ในกลุ่ม แรกเกิด ถึง 5 ปี ให้หมดไป <b>ภายในระยะเวลา 1 ปี</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทำวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วม เพื่อแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหาร ในกลุ่ม 0-5 ปี</li> <li>- จัดนิทรรศการเรื่อง โภชนาการ และการดูแลเด็ก 0-5 ปี ปีละ 2 ครั้ง</li> <li>- เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการ และการดูแลเด็ก 0-5 ปี ทางวิทยุชุมชน และ หอกระจายข่าว สัปดาห์ละ 1 ครั้ง</li> <li>- เยี่ยมบ้าน ให้ความรู้เกี่ยวกับ โภชนาการและการดูแลเด็ก 0-5ปี และเฝ้าระวังภาวะขาดสารอาหาร</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- แผนการวิจัย / รายงานการวิจัยและผลการวิจัย</li> <li>- รายงานผลการจัดนิทรรศการ และผลการประเมินความรู้</li> <li>- บันทึกการเผยแพร่ความรู้ทางวิทยุชุมชน/หอกระจายข่าว/จำนวน ครั้ง และผลการประเมินความรู้</li> <li>- รายงาน/บันทึกการเยี่ยมบ้าน และรายงานภาวะโภชนาการของเด็ก 0-5ปี</li> </ul> <p><b>ระยะยาว</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-จากบัญชี 1-8</li> <li>-จากการสำรวจ จปฐ.</li> </ul> |

แผนงานย่อยแก้ไขปัญหาภาวะขาดสารอาหารกลุ่มเด็กแรกเกิด – 5 ปี หมู่ 1 บ้านไทยเดิม ต. ไทยแท้ จ. นราธิวาส

| ปัญหาสาธารณสุข  | วัตถุประสงค์/เป้าหมาย   | วิธีบรรลุมเป้าหมาย  | กิจกรรม   | ทรัพยากร   | อุปสรรค  | การประเมินผล  |
|---|---|---|---|--|--|---|
| เด็ก 0-5 ปี ในหมู่ที่ 1 บ้านไทยเดิม มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.9 ระดับ 2 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 | ประชาชนในหมู่บ้าน มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึง ความสำคัญ เกี่ยวกับ ภาวะขาดสารอาหาร ในเด็กอายุ 0-5 ปี เพิ่มขึ้น ดังนี้<br>K เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.77 เป็น ร้อยละ 80<br>A เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 59.57 เป็น ร้อยละ 80<br>P เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.81 เป็น ร้อยละ 80<br><i>ภายในระยะเวลา 1 เดือน</i> | -จัดอบรมผู้เลี้ยงดูเด็ก ให้มีความรู้ ด้าน โภชนาการในเด็ก 0-5 ปี โดยใช้วิธี สันทนาการกลุ่มย่อย | <b>ขั้นเตรียม</b><br>-ติดต่อประสานงาน กับองค์กร ชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อ วัตถุประสงค์ของการจัดอบรม กำหนดวันเวลาสถานที่<br>-เตรียมอุปกรณ์ ในการจัด อบรม<br>-ประชาสัมพันธ์ให้ชุมชน ทราบ<br><b>ขั้นดำเนินการ</b><br>- ดำเนินจัดอบรม ให้ความรู้เรื่อง ภาวะโภชนาการในเด็ก 0-5ปี โดยวิธีการสันทนาการกลุ่มย่อย<br>- เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย | -อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน<br>-ผู้นำชุมชน<br>-เจ้าหน้าที่สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย<br>-นักศึกษาพยาบาล ศาสตร์ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 7 จำนวน 2คน<br>-ประชาชนใน หมู่บ้าน<br>-ยานพาหนะ<br>-อุปกรณ์ในการ ทำกลุ่มย่อย | -ประชาชน ส่วนใหญ่ใช้ ภาษามลายู ทำให้ การสื่อ ความหมาย ไม่ชัดเจน<br>-ประชาชน มีอาชีพ ทำสวนยาง ต้องจัด กิจกรรมในช่วง บ่าย/ กลางคืน | - REKAP<br>-จากจำนวน ผู้เข้าร่วมโครงการ<br>-จากการซักถาม และการทำ แบบสอบถาม ภายหลังเสร็จสิ้น โครงการ ประชาชน มีความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นร้อยละ 80 |

แผนงานย่อย (ต่อ)

| ปัญหาสาธารณสุข  | วัตถุประสงค์/เป้าหมาย | วิธีบรรลุเป้าหมาย                                 | กิจกรรม  | ทรัพยากร  | อุปสรรค  | การประเมินผล  |
|---|-----------------------|---|--|---|--|---|
| เด็ก 0-5 ปี ในหมู่ที่ 1 บ้านไทยเดิม มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.9 ระดับ 2 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 |                       | - จัดนิทรรศการเรื่องโภชนาการและการดูแลเด็ก 0-5 ปี | <p><u>ขั้นประเมินผล</u></p> <p>- ทดสอบความรู้ความเข้าใจ REKAP</p> <p><u>ขั้นเตรียม</u></p> <p>- ติดต่อประสานงาน กับองค์กรชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การจัดนิทรรศการ และกำหนดวันเวลาสถานที่</p> <p>- เตรียมอุปกรณ์ ในการจัดบอร์ดนิทรรศการ</p> <p>- ประชาสัมพันธ์ชุมชนทราบ</p> <p><u>ขั้นดำเนินการ</u></p> <p>- จัดนิทรรศการตามกำหนดการ</p> <p><u>ขั้นประเมินผล</u></p> <p>- REKAP</p> | <p>- แบบสอบถาม</p> <p>- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</p> <p>- ผู้นำชุมชน</p> <p>- เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย</p> <p>- นักศึกษาพยาบาล ศาสตร์ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 7 จำนวน 2 คน</p> <p>- อสม./ผู้นำ 2 คน</p> <p>- วัสดุ อุปกรณ์</p> <p>- ยานพาหนะ</p> <p>- แบบสอบถาม</p> | <p>- ประชาชนส่วนใหญ่ใช้ภาษามลายู ทำให้ การสื่อความหมายไม่ชัดเจน</p> <p>- ประชาชนมีอาชีพทำสวนยาง ต้องจัดกิจกรรมในช่วงบ่าย/กลางคืน</p> | <p>- REKAP</p> <p>- จากจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ</p> <p>- จากการซักถามและการทำแบบสอบถามภายหลังเสร็จสิ้นโครงการ ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 80</p> |

## แผนงานย่อย(ต่อ)

| ปัญหาสาธารณสุข  | วัตถุประสงค์/เป้าหมาย | วิธีบรรลุเป้าหมาย  | กิจกรรม  | ทรัพยากร  | อุปสรรค   | การประเมินผล   |
|---|-----------------------|--|--|---|---|--|
| เด็ก 0-5 ปี ในหมู่ที่ 1 บ้านไทยเดิม มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.9 ระดับ 2 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 |                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สานิตการทำอาหาร โดยใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน</li> </ul> | <p><b>ขั้นเตรียม</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดต่องานประสานงาน กับองค์กรชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การ สานิตการทำอาหารโดยใช้ ภูมิปัญญาชาวบ้าน และ กำหนดวันเวลาสถานที่</li> <li>- เตรียมอุปกรณ์ในการสาธิต</li> <li>- ประชาสัมพันธ์ชุมชนทราบ</li> </ul> <p><b>ขั้นดำเนินการ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สานิตการทำอาหาร โดย ให้ประชาชนมีส่วนร่วม</li> </ul> <p><b>ขั้นประเมินผล</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ชักถามวิธีการทำอาหาร เสริม</li> <li>- ติดตามสังเกตพฤติกรรม จากการเยี่ยมบ้าน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</li> <li>- ผู้นำชุมชน</li> <li>- เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย</li> <li>- นักศึกษาพยาบาล ศาสตร์ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 7 จำนวน 2 คน</li> <li>- อสม./ผู้นำ 2 คน</li> <li>- ประชาชนใน หมู่บ้าน</li> <li>- ยานพาหนะ</li> <li>- อุปกรณ์ในการ สาธิต</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาษา</li> <li>- อาชีพของ ประชาชน</li> <li>- การเลือก ประเภทอาหาร ให้เหมาะสม กับความเชื่อ ของชาวไทย มุสลิม</li> </ul> | <p><b>ระยะสั้น</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- REKAP</li> <li>- จากจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ</li> <li>- จากจำนวน ผู้เข้าร่วมโครงการ</li> <li>- จากการซักถาม และการทำ แบบสอบถาม</li> </ul> <p><b>ภายหลังเสร็จสิ้น</b></p> <p>โครงการประชาชน มีความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นร้อยละ 80</p> |



แผนงานย่อย (ต่อ)

| ปัญหาสาธารณสุข  | วัตถุประสงค์/เป้าหมาย | วิธีบรรลุเป้าหมาย  | กิจกรรม   | ทรัพยากร  | อุปสรรค   | การประเมินผล  |
|---|-----------------------|--|---|---|---|---|
| เด็ก 0-5 ปี ในหมู่ที่ 1 บ้านไทยเดิม มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.9 ระดับ 2 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 |                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการดูแลเด็ก 0-5 ปี ทางวิทยุชุมชนและหอกระจายข่าวสัปดาห์ละ 1 ครั้ง</li> </ul> | <p><u>ขั้นเตรียม</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ติดต่อประสานงาน กับองค์กรชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การเผยแพร่ความรู้ทางวิทยุชุมชน และกำหนดวันเวลาสถานที่</li> <li>- เตรียมแผนการเผยแพร่ความรู้ / สคริปต์</li> <li>- ประชาสัมพันธ์ชุมชนทราบ</li> </ul> <p><u>ขั้นดำเนินการ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เผยแพร่ความรู้ โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วม</li> </ul> <p><u>ขั้นประเมินผล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บันทึกผลการเผยแพร่ความรู้ (จำนวนครั้งและจำนวนคนฟัง)</li> <li>- REKAP</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</li> <li>- ผู้นำชุมชน</li> <li>- เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย</li> <li>- นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 7 จำนวน 2 คน</li> <li>- อสม./ผู้นำ 2 คน</li> <li>- ประชาชนในหมู่บ้าน</li> <li>- ยานพาหนะ</li> <li>- อุปกรณ์การกระจายเสียง</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาษา</li> <li>- อาชีพของประชาชน</li> </ul> | <p><u>ระยะสั้น</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- REKAP</li> <li>- จากจำนวนผู้ฟัง</li> <li>- จากการซักถามและการทำแบบสอบถามภายหลังเสร็จสิ้นโครงการ ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 80</li> </ul> |

แผนงานย่อย(ต่อ)

| ปัญหาสาธารณสุข  | วัตถุประสงค์/เป้าหมาย   | วิธีบรรลุเป้าหมาย                    | กิจกรรม   | ทรัพยากร   | อุปสรรค                     | การประเมินผล  |
|---|---|--------------------------------------|---|--|-----------------------------|---|
| เด็ก 0-5 ปี ในหมู่ที่ 1 บ้านไทยเดิม มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.9 ระดับ 2 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 | - เพื่อส่งเสริมสุขภาพและนำระวางทางโภชนาการในเด็ก 0- 5ปีให้ได้ 100% ในเวลา 1 เดือน | - ประกวดสุขภาพเด็กดีและมารดาตัวอย่าง | <u>ขั้นเตรียม</u><br>-ติดต่อประสานงานกับองค์กรชุมชนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การจัดโครงการและกำหนด วัน เวลา และสถานที่<br>-ประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนทราบ<br><u>ขั้นดำเนินการ</u><br>-ประชาชนพร้อมกัน ณ จุดนัดหมาย ดำเนินการประกวดสุขภาพเด็กดีและมารดาตัวอย่างตามเกณฑ์<br><u>ขั้นประเมินผล</u><br>- บันทึกผลการประกวด<br>- ทำแบบสอบถามภายหลังเสร็จสิ้นโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก 0-5 ปี | -อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<br>-ผู้นำชุมชน<br>-เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย<br>-นักศึกษาพยาบาล<br>ศาสตร์ชั้นปีที่ 4<br>รุ่นที่ 7จำนวน 2คน<br>- อสม./ผู้นำ 2คน<br>-ประชาชนในหมู่บ้าน<br>-ยานพาหนะ<br>- รางวัล | - ภาษา<br>- อาชีพของประชาชน | <u>ระยะสั้น</u><br>- REKAP<br>- จากจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ<br><br>- จากการซักถามและการทำงานแบบสอบถามภายหลังเสร็จสิ้นโครงการประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นร้อยละ 80 |

## แผนงานย่อย(ต่อ)

| ปัญหาสาธารณสุข  | วัตถุประสงค์/เป้าหมาย | วิธีบรรลุเป้าหมาย   | กิจกรรม   | ทรัพยากร  | อุปสรรค   | การประเมินผล   |
|---|-----------------------|---|---|---|---|--|
| เด็ก 0-5 ปี ในหมู่ที่ 1 บ้านไทยเดิม มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.9 ระดับ 2 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 |                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- เยี่ยมบ้านให้ความรู้เกี่ยวกับโภชนาการและการดูแลเด็ก 0-5 ปี และเผ่าะวังทางโภชนาการ</li> </ul> | <p><u>ขั้นเตรียม</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เตรียมข้อมูล</li> <li>- เตรียมผู้รับผิดชอบ</li> <li>- เตรียมอุปกรณ์ในการเยี่ยม</li> <li>- นัดเยี่ยม</li> </ul> <p><u>ขั้นดำเนินการ</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เยี่ยมบ้านเด็ก 0-5 ปี ร่วมกับ อสม./ผู้นำ</li> </ul> <p><u>ขั้นประเมินผล</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สรุปผลและบันทึกการเยี่ยม</li> <li>- REKAP</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</li> <li>- ผู้นำชุมชน</li> <li>- เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย</li> <li>- นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 7 จำนวน 13 คน</li> <li>- อสม./ผู้นำ 2 คน</li> <li>- ประชาชนในหมู่บ้าน</li> <li>- ยานพาหนะ</li> <li>- อุปกรณ์ในการเยี่ยมบ้าน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาษา</li> <li>- อาชีพของประชาชน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- REKAP</li> <li>- จำนวนบ้านที่ได้รับ การเยี่ยม</li> <li>- จากการซักถาม และ การทำแบบสอบถาม ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการ</li> <li>- ระยะเวลา</li> <li>- จากบัญชี 1-8</li> <li>- จากการสำรวจ จปฐ.</li> </ul> |

แผนงานย่อย(ต่อ)

| ปัญหาสาธารณสุข  | วัตถุประสงค์/เป้าหมาย  | วิธีบรรลุเป้าหมาย                              | กิจกรรม  | ทรัพยากร  | อุปสรรค                   | การประเมินผล   |
|---|--|--|--|---|---------------------------|--|
| เด็ก 0-5 ปี ในหมู่ที่ 1 บ้านไทยเดิม มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.9 ระดับ 2 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 | - เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการป้องกันและ แก้ไข ภาวะขาดสารอาหาร ในเด็ก 0-5 ปี ครอบคลุม ร้อยละ 80 ของกลุ่ม ผู้นำและผู้เลี้ยงดูเด็ก | - แก้ไขและพัฒนาสุขภาพเด็ก 0-5 ปี แบบมีส่วนร่วม | <u>ขั้นเตรียม</u><br>-เตรียมชุมชนแบบมีส่วนร่วม<br>-ประชาสัมพันธ์ชุมชนทราบ<br><u>ขั้นดำเนินการ</u><br>-แก้ไขและพัฒนาสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ตามกลวิธี/กิจกรรม โดย ให้ชุมชนมีส่วนร่วม และ เป็นแกนนำในการ ดำเนินงาน<br><u>ขั้นประเมินผล</u><br>-ประเมินผลการดำเนินงาน ร่วมกับชุมชนทุกขั้นตอน<br>- REKAP | -อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน<br>-ผู้นำชุมชน<br>-เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย<br>- พัฒนาการ<br>-นักศึกษาพยาบาล<br>ศาสตร์ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 7 จำนวน 13 คน<br>- อสม./ผู้นำ 10คน<br>- ประชาชนในหมู่บ้าน<br>-ยานพาหนะ<br>-วัสดุ อุปกรณ์ | -ภาษา<br>-อาชีพของประชาชน | - REKAP<br>-จากจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ<br>-จากการซักถามและ การทำแบบสอบถาม ภายหลังเสร็จสิ้น โครงการประชาชน มีความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นร้อยละ 80 |

แผนงานย่อย(ต่อ)

| ปัญหาสาธารณสุข  | วัตถุประสงค์/เป้าหมาย  | วิธีบรรลุเป้าหมาย   | กิจกรรม   | ทรัพยากร   | อุปสรรค                              | การประเมินผล   |
|---|--|---|---|--|--------------------------------------|--|
| เด็ก 0-5 ปี ในหมู่บ้านไทยเดิม มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.9 ระดับ 2 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 | <p>♦ <b>ระยะยาว</b></p> <p>-ลดอัตราการขาดสารอาหาร ระดับที่ 1 ในกลุ่ม แรกเกิด ถึง 5 ปี ไม่เกินร้อยละ 9</p> <p>-ลดอัตราการขาดสารอาหาร ระดับที่ 2 ในกลุ่มแรกเกิด ถึง 5 ปี ไม่เกินร้อยละ 0.5</p> <p><b>ภายในระยะเวลา 6 ปี</b></p> <p>-ลดอัตราการขาดสารอาหาร ระดับที่ 1 และ ระดับที่ 2 ในกลุ่มเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี ให้หมดไป <b>ภายในระยะเวลา 1 ปี</b></p> | -ทำวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วม เพื่อแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหาร ในกลุ่ม 0-5 ปี | <p><b>ขั้นเตรียม</b></p> <p>-เตรียมชุมชน</p> <p>- เตรียมผู้ปฏิบัติงาน</p> <p>-ประชาสัมพันธ์ชุมชนทราบ <b>ขั้นตอนการ</b></p> <p>-แก้ไขและพัฒนาสุขภาพเด็ก 0-5 ปี ตามกลวิธี/กิจกรรม ที่กล่าวมาข้างต้น โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม และ เป็นแกนนำ ในการดำเนินงาน ตามกระบวนการวิจัย และพัฒนาแบบมีส่วนร่วม ( PAR )</p> <p><b>ขั้นประเมินผล</b></p> <p>-ประเมินผลการดำเนินงาน ร่วมกับชุมชนทุกขั้นตอน</p> | <p>-อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน</p> <p>-ผู้นำชุมชน</p> <p>-เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย</p> <p>- พัฒนาการ</p> <p>-นักศึกษาพยาบาล ศาสตร์ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 7 จำนวน 13 คน</p> <p>- อสม./ผู้นำ 10คน</p> <p>- ประชาชนในหมู่บ้าน</p> <p>- ยานพาหนะ</p> <p>-วัสดุ อุปกรณ์</p> | <p>-ภาษา</p> <p>-อาชีพของประชาชน</p> | <p>- REKAP</p> <p>-จากจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ</p> <p>-จากการซักถามและการทำงานแบบสอบถาม ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการประชาชน มีความรู้ความเข้าใจ เพิ่มขึ้นร้อยละ 80</p> <p>-ไม่มีภาวะขาดสารอาหารในเด็ก 0-5 ปี</p> <p><b>ระยะยาว</b></p> <p>-จากบัญชี 1-8</p> <p>-จากการสำรวจ จปฐ.</p> |



**แบบเสนอโครงการประจำปีงบประมาณ 2551**

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครราชสีมาครินทร์**

งบประมาณ-เมกาโปรเจค  รายได้  งบอื่น ๆ

1. **ชื่อโครงการ :** โครงการอบรมผู้เลี้ยงดูเด็กด้านการส่งเสริมและป้องกันภาวะขาดสารอาหารในกลุ่มเด็กแรกเกิด- 5 ปี หมู่ที่ 1 บ้านไทยเดิม ต.ไทยแท้ อ.เมือง จ.นครราชสีมา
2. **ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ :** ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน จิตเวช และสูติศาสตร์
3. **คณะ/วิทยาลัย/สำนัก/สถาบัน :** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครราชสีมาครินทร์
4. **แหล่งงบประมาณ :** จำนวน 4,800 บาท (สี่พันแปดร้อยบาทถ้วน)
5. **สถานภาพของโครงการ :** **ประเภทของโครงการ :**
  - โครงการใหม่  ดำเนินการปกติ /บูรณาการในรายวิชา
  - โครงการเดิม/ต่อเนื่อง  โครงการพัฒนา
6. **สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของมหาวิทยาลัยด้าน :**
  - ผลิตภัณฑ์ / ผู้สำเร็จการศึกษา
  - ผลงานวิชาการ งานวิจัยและงานสร้างสรรค์
  - บริการวิชาการและวิชาชีพ
  - ทำนุบำรุงศิลปและวัฒนธรรม
  - การบริหารและการจัดการ

7. **มาตรการที่ตอบสนอง :** แผนกลยุทธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ ปีงบประมาณ 2550-2554

**มาตรการที่ 3.1.1 ในแผนกลยุทธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครราชสีมาครินทร์ ปีงบประมาณ 2550-2554 :** เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพและวิชาชีพที่เชื่อมโยงกับการผลิตบัณฑิต การวิจัย และการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน บุคลากรทางการพยาบาล และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อพัฒนาสู่สากล

**มาตรการที่ 3.1.2 ในแผนกลยุทธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครราชสีมาครินทร์ ปีงบประมาณ 2550-2554 :** ส่งเสริม ประยุกต์ และพัฒนาวิชาการและวิชาชีพชั้นสูงโดยบูรณาการประสบการณ์จากการบริการวิชาการมาใช้ในการเรียนการสอนและการวิจัย

**ตัวบ่งชี้ที่ตอบสนองของสกอ.**

สกอ. 2.3 ระดับ 3 มีโครงการหรือกิจกรรมที่สนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรและการเรียนการสอนซึ่งบุคคล องค์กร และชุมชนภายนอกมีส่วนร่วม

สกอ. 5.1 ระดับ 6 มีการจัดทำแผนการเชื่อมโยงและบูรณาการบริการทางวิชาการแก่สังคมเข้ากับการเรียนการสอน หรือการวิจัย หรือการทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม

สกอ. 5.1 ระดับ 7 มีการประเมินสัมฤทธิ์ผลและนำผลการประเมินไปพิจารณาปรับปรุงความเชื่อมโยงและบูรณาการระหว่างบริการทางวิชาการแก่สังคมกับภารกิจอื่นๆ ของสถาบัน

สกอ. 5.2 ร้อยละของอาจารย์ประจำที่มีส่วนร่วมในการให้บริการทางวิชาการแก่สังคมเป็นที่ปรึกษา เป็นกรรมการวิทยานิพนธ์ภายนอกสถาบัน เป็นกรรมการวิชาการ กรรมการวิชาชีพในระดับชาติหรือระดับนานาชาติ ต่ออาจารย์ประจำ

สกอ. 5.3 ร้อยละของกิจกรรมหรือโครงการบริการวิชาการและวิชาชีพที่ตอบสนองความต้องการพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของสังคม ชุมชน ประเทศชาติ และนานาชาติต่ออาจารย์ประจำ

สกอ. 5.4 ร้อยละของระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการ

#### **ตัวบ่งชี้ที่ตอบสนองของ สมศ.**

สมศ.ป. 3.1 ร้อยละของกิจกรรมหรือโครงการบริการวิชาการและวิชาชีพที่ตอบสนองความต้องการพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของสังคม ชุมชน ประเทศชาติและนานาชาติต่ออาจารย์ประจำ

สมศ. ป. 3.3 มีการนำความรู้และประสบการณ์จากการบริการวิชาการและวิชาชีพมาใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอนและการวิจัย

สมศ. ป. 3.4 ค่าใช้จ่าย และมูลค่าของมหาวิทยาลัยในการบริการวิชาการและวิชาชีพเพื่อสังคมต่ออาจารย์ประจำ

#### **ตัวบ่งชี้ที่ตอบสนองของ กพร.**

ก.พ.ร.3.2.14 มีระบบและกลไกในการบริการวิชาการแก่สังคมตามเป้าหมายสถาบัน

ก.พ.ร.3.2.15 ค่าใช้จ่ายในการบริการวิชาการ/วิชาชีพ เพื่อสังคมต่ออาจารย์ประจำ

ก.พ.ร.3.2.16 ร้อยละของระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับดี

ก.พ.ร.3.2.17 ร้อยละของจำนวนโครงการบริการวิชาการแล้วเสร็จตามระยะเวลาที่กำหนด

ก.พ.ร.3.2.18 ร้อยละของจำนวนโครงการบริการวิชาการ/วิชาชีพ/ทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดโครงการ/กิจกรรมต่อโครงการบริการวิชาการ/วิชาชีพทั้งหมด

กพร. 4.3.1 ร้อยละของโครงการหรือกิจกรรมบริการวิชาการและวิชาชีพที่ตอบสนองความต้องการพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของสังคม ชุมชน ประเทศชาติและนานาชาติต่ออาจารย์ประจำและนักวิจัยประจำ

กพร. 4.3.2 จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยที่อาจารย์ประจำให้บริการวิชาการและวิชาชีพที่ตอบสนองความต้องการพัฒนาและเสริมสร้างความเข้มแข็งของสังคม ชุมชน ประเทศชาติและนานาชาติต่ออาจารย์ประจำและนักวิจัยประจำ

#### **ตัวบ่งชี้ที่ตอบสนองของสภาการพยาบาล**

สภา ท. 5.4 มีกิจกรรมบริการวิชาการแก่สังคมที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพทั้งภายในและภายนอกสถาบัน

สภา ท. 5.5 มีการประเมินแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมบริการวิชาการแก่สังคม

## 8 . หลักการและเหตุผล :

ช่วงชีวิตปฐมวัย ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี เป็นช่วงวัยที่สำคัญที่สุดของการเจริญเติบโตและพัฒนาการทุก ๆ ด้านของบุคคล ถือได้ว่าเป็นช่วงเวลาวิกฤติ ที่เป็นจุดเริ่มต้นของการวางรากฐานคุณภาพชีวิต จิตใจ ของบุคคลเมื่อเป็นผู้ใหญ่ การอบรมเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในช่วงวัยนี้ อย่างถูกต้องเหมาะสม ย่อมนำไปสู่คุณภาพของผู้ใหญ่ที่จะเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าของประเทศชาติในอนาคต

จากการสำรวจภาวะสุขภาพ พัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2542 โดยสำนักงานส่งเสริมสุขภาพ พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการโดยรวมปกติทุกด้านเพียงร้อยละ 71.69 มีแนวโน้มล่าช้า ร้อยละ 28.1 โดยพัฒนาการที่เข้าข่ายมีแนวโน้มล่าช้า คือ ด้านภาษา การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และการปรับตัว การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ การอยู่ในสังคม และการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งพัฒนาการดังกล่าวถือว่า เป็นพื้นฐานของการพัฒนาด้านสติปัญญา เพราะมีความสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ของเด็ก จึงนับเป็นการสูญเสียโอกาสในการพัฒนาสมองในช่วงระยะที่สมองเจริญเติบโตสูงสุด หรือเรียกว่า “หน้าต่างแห่งโอกาส” (นิตยา คชภักดี, 2543) นอกจากนี้ จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพัฒนาการองค์รวมของเด็กปฐมวัยสูงสุด คือ การศึกษาของพ่อ แม่ รายได้ของครอบครัว และจำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2546)

จากการเฝ้าระวังและติดตามทางโภชนาการในกลุ่มอายุแรกเกิด - 5 ปี โดยการสำรวจจปฐ. ของ หมู่ที่ 1 บ้านไทยเดิม ต.ไทยแท้ จ.นราธิวาส พบว่ายังมีอัตราการขาดสารอาหารของเด็กแรกเกิด- 5 ปี ร้อยละ 15 ซึ่งเกินเป้าหมายตามแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 ที่กำหนดให้ ภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด - 5 ปี ไม่เกินร้อยละ 1 นอกจากนี้ ภาวะโภชนาการของเด็กแรกเกิด- 5 ปี นั้นส่งผลกระทบต่อระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติ ดังนั้นปัญหาขาดสารอาหารของเด็กแรกเกิด- 5 ปี จึงเป็นปัญหาสำคัญอย่างยิ่ง

เพื่อให้การเฝ้าระวังและการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ผลยั่งยืน นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 4 รุ่นที่ 14 ร่วมกับองค์กรชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหมู่บ้านไทยเดิม จัดทำโครงการส่งเสริมและป้องกันภาวะขาดสารอาหารกลุ่มเด็กแรกเกิด - 5 ปีขึ้น โดยใช้การอบรมในรูปแบบสนทนากลุ่มย่อย และพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเพื่อมุ่งให้ชุมชนร่วมกิจกรรม ได้รับความรู้ ตลอดจนการวางแผนส่งเสริมและป้องกันภาวะขาดสารอาหารของเด็กแรกเกิด - 5 ปี ในชุมชนต่อไป

## 9 .วัตถุประสงค์และตัวชี้วัดความสำเร็จของโครงการ

### ภายหลังเสร็จสิ้นโครงการ

9.1 ผู้เลี้ยงดูเด็กและ อสม.ในหมู่บ้าน มีความรู้ การปฏิบัติ และตระหนักถึง



ความสำคัญ ในการส่งเสริมโภชนาการและป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด - 5 ปีเพิ่มขึ้น ดังนี้

ความรู้(K) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.77 เป็นร้อยละ 80

เจตคติ(A) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 59.57 เป็นร้อยละ 80

การปฏิบัติ(P) เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.81 เป็นร้อยละ 80

9.2 ผู้เลี้ยงดูเด็ก และ อสม. ในหมู่บ้านมีส่วนร่วมในการวางแผนรับผิดชอบการส่งเสริมโภชนาการและป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด -5 ปี

9.3 เพื่อให้ศึกษามีส่วนร่วมในการบูรณาการการบริการวิชาการในการจัดการเรียนการสอนรายวิชา 04-014-223 การพยาบาลครอบครัวและชุมชน 2 ด้านการแก้ไขปัญหาขาดสารอาหารในชุมชนไทยเดิม

9.4 ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

## 10. กลุ่มเป้าหมาย

|   |             |
|---|-------------|
| - ผู้เลี้ยงดูเด็กและ อสม. ในหมู่บ้าน  | จำนวน 26 คน |
| - ผู้เลี้ยงดูเด็กกลุ่มอายุ 0 - 5 ปี ที่มีสุขภาพดี และมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมโภชนาการและการป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กอายุ 0-5 ปี ในระดับ ดี | จำนวน 4 คน  |
| - อสม.  | จำนวน 10 คน |
| รวม   | จำนวน 40 คน |

11. วิธีการดำเนินงาน

| ขั้นตอนการดำเนินงาน   | ส.ค.52 |    |    |    |
|---|--------|----|----|----|
|   | 1      | 2  | 3  | 4  |
| <p><b>1.ขั้นเตรียมการ</b></p> <p>1.1 ประชุมปรึกษาคณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การจัดอบรม</p> <p>1.2 เขียนโครงการเสนอขออนุมัติ</p> <p>1.3 ติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัคร สาธารณสุขหมู่บ้านและหน่วยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์</p> <p>1.4 จัดเตรียมอุปกรณ์ในการอบรม ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-แบบสอบถาม ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในเรื่องการส่งเสริมโภชนาการและป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด -5 ปี</li> <li>-วัสดุการประชุมย่อย เช่น กระดาษ ปากกา</li> <li>-แผ่น ซีวีดี เรื่อง การส่งเสริมโภชนาการและป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด -5 ปี</li> <li>-แผ่นซีวีดี เรื่อง การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม</li> </ul> <p>1.5 เตรียมวิทยากรกลุ่ม/ผู้อำนวยความสะดวก</p> <p>1.6 ประชาสัมพันธ์การจัดอบรมให้ประชาชนนับทราบโดย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผ่านทางผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน</li> <li>- แจกกลุ่มเป้าหมาย</li> </ul> | ←→     | ←→ | ←→ | ←→ |
| <p><b>2. ขั้นดำเนินการ จัดอบรมในรูปแบบสนทนากลุ่มย่อย และการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม เป็นเวลา 2 วัน โดย</b></p> <p>2.1 ทดสอบ ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ ในเรื่องการส่งเสริมโภชนาการ และป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กอายุ 0-5 ปี</p> <p>2.2 ให้ความรู้เกี่ยวกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การส่งเสริมโภชนาและป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด -5 ปี</li> <li>- การส่งเสริมสุขภาพเด็กแรกเกิด -5 ปี</li> <li>- การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม</li> </ul> <p>2.3 แบ่งกลุ่มสนทนากลุ่มย่อยลักษณะกลุ่มผสม แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน ในแต่ละกลุ่มประกอบด้วยแบ่งสนทนากลุ่มย่อยลักษณะกลุ่มผสม แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน ในแต่ละกลุ่มประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้เลี้ยงดูเด็กขาดสารอาหารระดับ จำนวน 4 คน</li> <li>- ผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่มีสุขภาพดี และมีความรู้และความตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมโภชนาการและป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด -5 ปี ในระดับ ดี จำนวน 2 คน</li> <li>- อสม. จำนวน 5 คน</li> </ul>   |        |    | ←→ | ←→ |

| ขั้นตอนการดำเนินงาน  | ส.ค.52 |   |   |   |
|--|--------|---|---|---|
|  | 1      | 2 | 3 | 4 |
| <p><b>2. ขั้นตอนการ(ต่อ)</b></p> <p>2.4 สนทนากลุ่มย่อย ในประเด็นต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- แลกเปลี่ยนประสบการณ์การส่งเสริมโภชนาการ และป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด -5 ปี</li> <li>- วิเคราะห์ภาวะขาดสารอาหาร ในเด็กแรกเกิด -5 ปี ในชุมชน</li> <li>- วางแผนแก้ไขปัญหขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด -5 ปี ในชุมชน</li> <li>- วางแผนส่งเสริมโภชนาการและป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด -5 ปี</li> </ul> <p>2.5 สรุปผลการสนทนากลุ่มย่อย ทั้ง 2 กลุ่ม และแลกเปลี่ยนเรียนรู้</p>   |        |   | ↔ |   |
| <p><b>3. ชั้นประเมินผล</b></p> <p>3.1 ประเมินผลการอบรม</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ทดสอบ ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ ในเรื่องการส่งเสริมโภชนาการ และป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด -5 ปี</li> <li>- วัดระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนจากผลการประชุมชน ในเรื่องการวางแผนแก้ไขปัญหขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด -5 ปี ในชุมชน และการวางแผนส่งเสริมโภชนาการและป้องกันการขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด -5 ปี</li> </ul> <p>3.2 ประเมินความพึงพอใจโครงการ</p> <p>3.3 สรุปรายงานผลโครงการเป็นรูปเล่ม</p> <p>3.4 นำเสนอและเผยแพร่ผลการดำเนินโครงการ</p> |        |   | ↔ | ↔ |

## 12. งบประมาณ

12. ค่าใช้จ่ายในโครงการรวมทั้งสิ้น 4,800 บาท โดยมีรายละเอียดดังนี้

12.1 ค่าใช้จ่าย : (in-cash) เป็นจำนวนเงิน 4,800 บาท โดยใช้งบประมาณจาก งบเมกาโปรเจกคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ดังนี้

| รายการ | หมวดรายจ่าย                              |       | จำนวนเงิน (บาท) |        |       | หมายเหตุ |
|--------|--|-------|-----------------|--------|-------|----------|
|        | ลำดับ                                    | จำนวน | งบประมาณ        | รายได้ | อื่นๆ |          |
| 1.     | ค่าวัสดุอุปกรณ์                          | บาท   | 500             |        |       |          |
| 2.     | ค่าจ้างเหมาบริการ                        | บาท   | 1,800           |        |       |          |
| 3.     | ค่าตอบแทนวิทยากร                         | บาท   | 1,200           |        |       |          |
| 4.     | ค่าอาหารว่าง<br>(1 มื้อๆละ 25บ. x 40 คน) | บาท   | 1,000           |        |       |          |
| 5.     | ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง                      | บาท   | 300             |        |       |          |
|        | รวม                                      | บาท   | <b>4,800</b>    |        |       |          |

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น สี่พันแปดร้อยบาทถ้วน

หมายเหตุ ถัวเฉลี่ยจ่ายทุกรายการ

### 12.2 ค่าวัสดุอุปกรณ์และกำลังคนเป็นมูลค่า (in-kind) เป็นจำนวนเงิน 8,600 บาท

| งบรายจ่าย/รายการ            | จำนวน<br>หน่วย | จำนวนเงิน                         |        |                                    | หมายเหตุ |
|-----------------------------|----------------|-----------------------------------|--------|------------------------------------|----------|
|                             |                | งบประมาณ                          | รายได้ | อื่นๆ                              |          |
| ค่าสถานที่                  | บาท            |                                   | -      | 1,000x2<br>ครั้ง=2,000             |          |
| กำลังคน(นักศึกษา<br>พยาบาล) | บาท            |                                   | -      | 16 คนx50<br>บาท x 6<br>ครั้ง=4,800 |          |
| กำลังคนอาจารย์              | บาท            |                                   | -      | 2 คน180<br>บาทx5 ครั้ง<br>=1,800   |          |
| รวม                         | บาท            | <b>8,600(แปดพันหกร้อยบาทถ้วน)</b> |        |                                    |          |

### 13. ระยะเวลาดำเนินการ

ระหว่าง วันที่ 16-17 สิงหาคม 2552 เวลา 13.00 - 16.00 น.

**14. สถานที่ดำเนินการ**

ณ ศาลาเอนกประสงค์ วัดไทยเดิม ชุมชนไทยเดิม ต.ไทยแท้ อ.เมือง จ.นราธิวาส

**15. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ:****15.1 ประโยชน์ต่อนักศึกษา**

- นักศึกษาได้แนวคิดในการแก้ไขปัญหาขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด - 5 ปี การส่งเสริมโภชนาการและป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด - 5 ปี และกระบวนการสร้างชุมชนให้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ที่เหมาะสมกับบริบทจากการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน

- นักศึกษาได้พัฒนาความรู้ ความเข้าใจและสามารถแก้ไขปัญหาขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด - 5 ปี ได้เหมาะสมกับบริบทจากการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน

**15.2 ประโยชน์ต่อคณะ / มหาวิทยาลัย :**

- คณะพยาบาลศาสตร์ สามารถพัฒนาการจัดการเรียนการสอน โดยการนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับมาบูรณาการในการบริการวิชาการและวิชาชีพ

**15.3 ประโยชน์ต่อหน่วยงานภายนอกมหาวิทยาลัย :**

- ชุมชนได้รับบริการวิชาการและวิชาชีพ ในเรื่องการส่งเสริมโภชนาการและป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด - 5 ปี

- ชุมชนได้เรียนรู้กระบวนการมีส่วนร่วมในเรื่องการแก้ไขปัญหาขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด - 5 ปี

- ประชาชนพึงตนเองได้ในเรื่องการส่งเสริมโภชนาการและป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด - 5 ปี

**16. การประเมินโครงการ**

16.1 จำนวนผู้เข้าอบรมครบถ้วนตามจำนวนเป้าหมาย ครอบคลุมถึงกลุ่มผู้เลี้ยงดูเด็ก และ อสม.

16.2 จากแบบสอบถามเรื่องการส่งเสริมโภชนาการและป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กอายุ 0-5 ปี ผู้เลี้ยงดูเด็ก และ อสม. มีความรู้ความเข้าใจในระดับดี ร้อยละ 80

16.3 จากผลการประชุมผู้เลี้ยงดูเด็ก และ อสม.มีส่วนร่วมในการวางแผนของชุมชนในเรื่อง

- การวางแผนแก้ไขปัญหาขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด - 5 ปี ในชุมชน
- การวางแผนส่งเสริมโภชนาการและป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด - 5 ปี

16.4 ประเมินความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ

17. การประกันความเสี่ยงของโครงการ

- ควบคุมกำกับงานให้เป็นไปตามแผนและติดตามงานเป็นระยะๆ

18. ผู้รับผิดชอบโครงการ

- นายก่อเกียรติ ช่วยจันทร์
- นางกังสดาล สุวรรณ

19. ผู้เสนอโครงการ

ลงชื่อ.....

( นายก่อเกียรติ สุวรรณกาญจน์ )

พยาบาลวิชาชีพ 8 วช.

วันที่.....สิงหาคม พ.ศ.2552

|   |  |
|---|--|
| ความเห็น.....<br>.....<br>ลงชื่อ.....<br>( นางศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ )<br>หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนฯ<br>วันที่.....สิงหาคม พ.ศ.2552 | ความเห็น.....<br>.....<br>ลงชื่อ.....<br>( นางมนัสวี อดุลย์รัตน์ )<br>ทำการแทน รองคณบดีฝ่ายวิชาการ<br>วันที่.....สิงหาคม พ.ศ.2552            |
| ความเห็น.....<br>.....<br>ลงชื่อ.....<br>( นางสาวนิภารัตน์ จันทร์แสงรัตน์ )<br>รองคณบดีฝ่ายแผนและพัฒนาคุณภาพ<br>วันที่.....สิงหาคม พ.ศ.2552 | ความเห็น.....<br>.....<br>ลงชื่อ.....<br>( นางทิพย์วรรณ นิลทยา )<br>คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์<br>ผู้อนุมัติโครงการ<br>วันที่.....สิงหาคม พ.ศ.2552 |

20. ผู้ตรวจสอบการใช้งานงบประมาณในโครงการ

ความเห็น.....

.....

ลงชื่อ.....

( นางสาววันทนี ทองสุวรรณ )

ฝ่ายการเงิน

## กำหนดการอบรมเรื่องการส่งเสริมและป้องกันภาวะขาดสารอาหารในกลุ่มเด็กแรกเกิด - 5 ปี

ระหว่าง วันที่ 16 - 17 สิงหาคม 2552 เวลา 13.00 - 16.00 น.

ณ ศาลาเอนกประสงค์ หมู่ที่ 1 บ้านไทยเดิม ต.ไทยแท้ อําเภอมือง จังหวัดนราธิวาส

16 สิงหาคม 2552

13.00-13.30 น. : ทดสอบ ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ ในเรื่องการส่งเสริมโภชนาการ และป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด - 5 ปี

13.30-16.00 น. : ให้ความรู้เกี่ยวกับ

- การส่งเสริมโภชนาการและป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด - 5 ปี  
นางกังสดาล สุวรรณ หัวหน้าสถานีอนามัยตำบลไทยเดิม
- การส่งเสริมสุขภาพเด็กแรกเกิด - 5 ปี  
นายศตวรรษ ทองแท้ สาธารณสุขอําเภอมือง
- การพัฒนาแบบมีส่วนร่วม  
นายก้องกิติ ชัยจันทร์ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์

17 สิงหาคม 2552

13.00-15.00 น. : สนทนากลุ่มย่อยลักษณะกลุ่มผสม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ละคร 10 คน  
ในประเด็นต่อไปนี้

- แลกเปลี่ยนประสบการณ์การส่งเสริมโภชนาการและป้องกันภาวะขาดสารอาหาร  
ในเด็กแรกเกิด - 5 ปี
- วิเคราะห์ปัญหาภาวะขาดสารอาหาร ในเด็กแรกเกิด - 5 ปี ในชุมชน
- วางแผนแก้ไขปัญหามหาขาดสารอาหารในเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี ในชุมชน
- วางแผนส่งเสริมโภชนาการและป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กแรกเกิด  
- 5 ปี

15.00-15.30 น. : สรุปผลการสนทนากลุ่มย่อย ทั้ง 2 กลุ่ม และแบ่งความรับผิดชอบ

15.30-16.00 น. : ทดสอบ ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ ในเรื่องการส่งเสริมโภชนาการ และป้องกัน  
ภาวะขาดสารอาหารในเด็กอายุแรกเกิด - 5 ปี

ผังควบคุมกำกับงานโครงการอบรมการส่งเสริมและป้องกันภาวะขาดสารอาหาร  
ในกลุ่มเด็กแรกเกิด - 5 ปี  
หมู่ที่ 1 บ้านไทยเดิม ต. ไทยแท้ อ.เมือง จ. นราธิวาส

| ลำดับ | กิจกรรม  | ระยะเวลาดำเนินการ |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |          | ผู้รับผิดชอบ                                 | ทรัพยากร /<br>หมาย<br>เหตุ |
|-------|--|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----------|--|----------------------------|
|       |  | วันที่            |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |          |  |                            |
|       |  | 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |          |  |                            |
| 1.    | ประชุมปรึกษาคณะกรรมการหมู่บ้าน ผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การจัดอบรม         | =====             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    | กองกิตติ | ร่างโครงการ/<br>ข้อมูลชุมชน/<br>ผู้นำชุมชน   |                            |
| 2.    | เขียนโครงการเสนอต่อ  | =====             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    | กองกิตติ |  |                            |
| 3.    | สาธารณสุขอำเภอเมือง<br>ติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน                                       | =====             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    | กังสดาล  | หนังสือเชิญ/<br>โครงการ/อสม.                 |                            |
| 4.    | อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์                              |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    | วารังค์  | สื่อ/อุปกรณ์                                 |                            |
| 5.    | เตรียมอุปกรณ์ในการจัดอบรม  |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    | ภาคภูมิ  | หนังสือ./สสอ./<br>นศ.พยาบาล                  |                            |
| 6.    | เตรียมวิทยากรกลุ่ม/ผู้อำนวยการ<br>ความสะอาด  |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    | น้ำมนต์  | แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์                        |                            |
| 7.    | ประชาสัมพันธ์การจัดอบรม<br>ให้ประชาชนรับทราบ   | =====             |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    | ภาคภูมิ  | สื่อ/อุปกรณ์/<br>หนังสือ./สสอ./<br>นศ.พยาบาล |                            |
| 8.    | จัดอบรมในรูปแบบการสนทนา<br>กลุ่มย่อย และการพัฒนา<br>แบบมีส่วนร่วม  |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    | กองกิตติ | แบบสอบถาม                                    |                            |
| 9.    | ทดสอบ ความรู้/ความเข้าใจ<br>ในเรื่องการส่งเสริมโภชนาการ<br>และป้องกันภาวะขาดสารอาหาร<br>ในเด็กแรกเกิด - 5 ปี |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    | กังสดาล  | แบบวัดระดับการ<br>มีส่วนร่วม                 |                            |
|       | วัดระดับ/สังเกตพฤติกรรม<br>การมีส่วนร่วมของชุมชน   |                   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |          |  |                            |



**สรุปตัวชี้วัดข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.)**  
**ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (ปี 2550-2554)**

จากการศึกษา ปรับปรุงเครื่องชี้วัดและแบบสำรวจข้อมูล จปฐ. สำหรับใช้ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (ปี 2550-2554) สรุปได้ว่า ตัวชี้วัดข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) มี 6 หมวด 42 ตัวชี้วัด

- หมวดที่ 1 สุขภาพดี มี 13 ตัวชี้วัด
  - หมวดที่ 2 มีบ้านอาศัย มี 8 ตัวชี้วัด
  - หมวดที่ 3 ฝึกฝนการศึกษา มี 7 ตัวชี้วัด
  - หมวดที่ 4 รายได้ก้าวหน้า มี 3 ตัวชี้วัด
  - หมวดที่ 5 ปลุกฝังค่านิยมไทย มี 6 ตัวชี้วัด
  - หมวดที่ 6 ร่วมใจพัฒนา มี 5 ตัวชี้วัด
- โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

| ลำดับ  | ตัวชี้วัดข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2550-2554                                    | หน่วย     | เป้าหมาย |        |
|--|---|-----------|----------|--------|
|  |   |           | (เดิม)   | (ใหม่) |
| หมวดที่ 1 สุขภาพดี (ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี) มี 13 ตัวชี้วัด |   |           |          |        |
| 1  | หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด และฉีดวัคซีนครบตามเกณฑ์บริการ                        | คน        | 100      | 100    |
| 2  | แม่ที่คลอดลูกได้รับการทำคลอด และดูแลหลังคลอด  | คน        | 100      | 100    |
| 3  | เด็กแรกเกิดมีน้ำหนักไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม   | คน        | 100      | 100    |
| 4  | เด็กแรกเกิดถึง 1 ปีเต็ม ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบตามตารางสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค | คน        | 100      | 100    |
| 5  | เด็กแรกเกิดได้กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4 เดือนแรกติดต่อกัน                           | คน        | 90       | 95     |
| 6  | เด็กแรกเกิดถึง 5 ปี เจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน  | คน        | 100      | 100    |
| 7  | เด็กอายุ 6-15 ปี เจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน   | คน        | 100      | 100    |
| 8  | เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบตามตารางสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค        | คน        | 100      | 100    |
| 9  | ทุกคนในครัวเรือนกินอาหารถูกสุขลักษณะปลอดภัยและได้มาตรฐาน                                | ครัวเรือน | 90       | 95     |
| 10   | คนในครัวเรือนมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม                                       | ครัวเรือน | 100      | 100    |
| 11   | คนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี   | คน        | 30       | 50     |

| ลำดับ  | ตัวชี้วัดข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2550-2554   | หน่วย     | เป้าหมาย |        |
|--|--|-----------|----------|--------|
|  |  |           | (เดิม)   | (ใหม่) |
| 12   | คนอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที  | คน        | -        | 60     |
| 13   | คนที่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีหลักประกันสุขภาพ (ได้รับบัตรทอง)  | คน        | -        | 97.5   |
| หมวดที่ 2 มีบ้านอาศัย (ประชาชนที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม) มี 8 ตัวชี้วัด                 |  |           |          |        |
| 14   | ครัวเรือนมีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยและบ้านมีสภาพคงทนถาวร   | ครัวเรือน | 100      | 100    |
| 15   | ครัวเรือนมีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภคเพียงพอตลอดปี  | ครัวเรือน | 95       | 95     |
| 16   | ครัวเรือนมีน้ำใช้เพียงพอตลอดปี   | ครัวเรือน | 95       | 95     |
| 17   | ครัวเรือนมีการจัดบ้านเรือนเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด และถูกสุขลักษณะ   | ครัวเรือน | 95       | 95     |
| 18   | ครัวเรือนไม่ถูกรบกวนจากมลพิษ   | ครัวเรือน | 100      | 100    |
| 19   | ครัวเรือนมีการป้องกันอุบัติเหตุอย่างถูกวิธี  | ครัวเรือน | 100      | 100    |
| 20   | ครัวเรือนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน  | ครัวเรือน | 100      | 100    |
| 21   | ครอบครัวมีความอบอุ่น   | ครัวเรือน | 100      | 100    |
| 22   | เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีเต็ม ได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้จากการทำกิจกรรมร่วมกับผู้ใหญ่ในบ้าน                               | คน        | -        | 80     |
| 23   | เด็กอายุ 3-5 ปีเต็ม ได้รับบริการเลี้ยงดูเตรียมความพร้อมก่อนวันเรียน  | คน        | 100      | 80     |
| 24   | เด็กอายุ 6-15 ปี ได้รับการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี  | คน        | 100      | 100    |
| 25   | เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี ได้เรียนต่อมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า   | คน        | 50       | 95     |
| 26   | เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี แต่ไม่ได้เรียนต่อมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่าและยังไม่มียานทำ ได้รับการฝึกอบรมอาชีพ | คน        | 80       | 80     |
| 27   | คนอายุ 15-60 ปีเต็ม อ่าน เขียนภาษาไทย และคิดเลขอย่างง่ายได้ทุกคน   | คน        | 100      | 100    |
| 28   | คนในครัวเรือนรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง  | คน        | 100      | 100    |
| หมวดที่ 4 รายได้ก้าวหน้า (ประชาชนมีการประกอบอาชีพและมีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต) มี 3 ตัวชี้วัด |  |           |          |        |
| 29   | คนอายุ 15-16 ปีเต็ม มีการประกอบอาชีพและมีรายได้  | คน        | 80       | 95     |
| 30   | คนในครัวเรือนมีรายได้เฉลี่ยไม่ต่ำกว่าคนละ 23,000 บาทต่อปี  | ครัวเรือน | 70       | 70     |
| 31   | ครัวเรือนมีการเก็บออม  | ครัวเรือน | 60       | 80     |

| ลำดับ  | ตัวชี้วัดข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ปี 2550-2554  | หน่วย     | เป้าหมาย |        |
|--|---|-----------|----------|--------|
|  |   |           | (เดิม)   | (ใหม่) |
| หมวดที่ 5 ปลุกฝังค่านิยมไทย (ประชาชนมีการปลุกฝังค่านิยมไทยให้กับตนเองเพื่อให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น) มี 6 ตัวชี้วัด      |   |           |          |        |
| 32   | คนในครัวเรือนไม่ติดสุรา   | คน        | 100      | 100    |
| 33   | คนในครัวเรือนไม่สูบบุหรี่   | คน        | 50       | 90     |
| 34*  | คนในครัวเรือน ได้ปฏิบัติตามตามขนบธรรมเนียมและมารยาทไทย  | ครัวเรือน | -        | 95     |
| 35   | คนอายุ 6 ปีขึ้นไปทุกคนได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง                                  | ครัวเรือน | 100      | 100    |
| 36   | คนสูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน  | คน        | 100      | 100    |
| 37   | คนพิการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน  | คน        | 100      | 100    |
| หมวดที่ 6 ร่วมใจพัฒนา (ประชาชนมีจิตสำนึกและร่วมกันรักษาสีทึ่ของตนเอง เพื่อประโยชน์ของชุมชนหรือท้องถิ่น) มี 5 ตัวชี้วัด |   |           |          |        |
| 38   | คนในครัวเรือน เป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน ตำบล   | ครัวเรือน | 90       | 95     |
| 39   | คนในครัวเรือน มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อประโยชน์ของชุมชนหรือท้องถิ่น                                    | ครัวเรือน | 30       | 95     |
| 40*  | คนในครัวเรือน มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติเพื่อประโยชน์ของชุมชนหรือท้องถิ่น | ครัวเรือน | -        | 90     |
| 41   | คนในครัวเรือน มีส่วนร่วมทำกิจกรรมสาธารณะของหมู่บ้าน   | ครัวเรือน | 100      | 100    |
| 42   | คนอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีสิทธิ์เลือกตั้งไปใช้สิทธิ์เลือกตั้งในชุมชนของตน                                      | คน        | 100      | 90     |

หมายเหตุ\* หมายถึง ตัวชี้วัดที่เพิ่มขึ้นใหม่ ได้แก่ ตัวชี้วัดที่ (12) , (13) , (22) , (34) และ (40)

## เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand)

### 1. แนวคิดและหลักการเรื่องเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand)

รัฐบาลได้มีการดำเนินการทุกวิถีทางในการที่จะทำให้ประชาชนทุกคน มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง การมีสุขภาพแข็งแรงในความหมายขององค์การอนามัยโลก ครอบคลุมถึงความแข็งแรงของสุขภาพในมิติต่างๆ ด้านร่างกาย (Physical Health) จิตใจ (Mental Health) สังคม (Social Health) และปัญญา/ จิตวิญญาณ (Spiritual Health) เพื่อให้คนไทยมีความแข็งแรงทางสุขภาพ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ย่อมสามารถสร้างให้ประเทศไทยมีความแข็งแรง

ในการดำเนินการของรัฐบาลได้มีการผลักดันนโยบาย และการดำเนินงานต่างๆ ในด้านการสร้างนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพ (Healthy Public Policy) โดยมีการดำเนินงานร่วมกันทั้งภาครัฐ และเอกชน ผลักดันนโยบายสาธารณสุขเพื่อสุขภาพต่างๆ เช่นการรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ กฎหมายควบคุมการบริโภคยาสูบ การรณรงค์ลดการสูญเสียชีวิต และทรัพย์สินจากอุบัติเหตุบนท้องถนน เป็นต้น ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมได้มีการดำเนินงาน เมืองน่าอยู่ (Healthy City) โดยยึดหลักการเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของประชาชนในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสร้างสภาพแวดล้อม ที่น่าอยู่

การส่งเสริมพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Personal Skill Development) โดยจัดให้มีการปฏิรูปการศึกษา การฟื้นฟูปัญญาการแพทย์แผนไทย และด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Health Service System Reorientation) โดยรัฐบาลได้ประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้คนไทยทุกคน มีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐาน ยึดหลักการสร้างสุขภาพ นำการซ่อมสุขภาพ โดยรัฐบาลได้ประกาศนโยบายในปี 2545 เป็นปีเริ่มต้นแห่งการรวมพลังสร้างสุขภาพ ตามกรอบการรณรงค์ 5 อ. ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ ออนามัยสิ่งแวดล้อม และ อโรคยา

ในปี 2548 ประเทศไทยได้รับเกียรติจากองค์การอนามัยโลกให้เป็นเจ้าภาพในการประชุมนานาชาติ การส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 ระหว่างวันที่ 7-11 สิงหาคม 2548 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เตรียมดำเนินนโยบายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) ซึ่งขยายการรณรงค์สร้างสุขภาพตามกรอบ 5 อ. และเพิ่มอีก 1 อ. คือ อบรมฯ การดำเนินการเพื่อให้ประสบผลสำเร็จ 6 อ. ได้ คนไทยทุกคน องค์การทั้งภาครัฐและเอกชน ต้องร่วมมือกันจึงจะประสบผลสำเร็จ

### การประเมินในแต่ละระดับ

#### 1. ระดับหมู่บ้าน

หมู่บ้านที่จะได้รับการประเมินเป็น หมู่บ้านแข็งแรง จะต้องผ่านเกณฑ์การเป็นหมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมู่บ้านสร้างสุขภาพ และหมู่บ้านแข็งแรง ดังนี้

**หมู่บ้านจัดการสุขภาพ** ตัวชี้วัดประกอบด้วย

1. มีองค์กร : มีองค์กร/เจ้าภาพที่รับผิดชอบหรือทีมที่รับผิดชอบดูแลจัดการด้านการพัฒนาสุขภาพที่ชัดเจน
2. มีทุน : มีเงินทุนหมุนเวียนสำหรับใช้ดำเนินงานด้านสุขภาพ
3. มีแผน : มีแผนพัฒนาสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน
4. มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ คือ การสร้างสุขภาพ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การเฝ้าระวัง การป้องกัน การควบคุมโรค ที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน รวมทั้งมีแหล่งหรือสถานบริการที่ดำเนินการอย่างชัดเจน
5. มีกิจกรรมถ่ายทอดความรู้ในชุมชน

**หมู่บ้านสร้างสุขภาพ** ตัวชี้วัดประกอบด้วย

1. มี อสม.ที่เข้มแข็ง และดำเนินการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนอย่างต่อเนื่องตลอดจนเป็นแกนกลางในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ
2. มีชมรมสร้างสุขภาพที่เข้มแข็งและมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง
3. มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน (ศสมช.) ที่บริการประชาชนอย่างสม่ำเสมอ
4. มีสถานีอนามัยหรือศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) ที่ได้มาตรฐานและให้บริการ ตลอดจนดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
5. ประชาชนมีบัตรประกันสุขภาพครบถ้วน 100%
6. ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพและแก้ไขปัญหาที่สำคัญในด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณภาพ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ สุขภาพจิต มะเร็ง ความดันโลหิต เบาหวาน และโรคหัวใจ
7. ประชาชนได้รับข่าวสารด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์อย่างต่อเนื่อง
8. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง และมีระดับสถานะสุขภาพดีขึ้น

**หมู่บ้านแข็งแรง** ตัวชี้วัดประกอบด้วย

- 1) หมู่บ้านปกติ
  - ทุกหมู่บ้านจะต้องผ่านเกณฑ์ >90% ของตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน และจะต้องผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ
- 2) หมู่บ้านตัวอย่างเมืองไทยแข็งแรง (อำเภอละ 1 หมู่บ้าน)
  - ทุกหมู่บ้านจะต้องผ่านเกณฑ์ >90% ของตัวชี้วัดระดับหมู่บ้าน และจะต้องผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ และหมู่บ้านสร้างสุขภาพ

## 2. ระดับตำบล

ตำบลที่จะได้รับการประเมินเป็น **ตำบลแข็งแรง** จะต้องผ่านเกณฑ์

- มีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์เป็น หมู่บ้านแข็งแรง อย่างน้อยร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด
- ตำบลต้องผ่านเกณฑ์ >90% ของตัวชี้วัดระดับตำบล

## 3. ระดับอำเภอ

อำเภอจะได้รับการประเมินเป็น **อำเภอแข็งแรง** จะต้องผ่านเกณฑ์

- มีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์เป็น หมู่บ้านแข็งแรง อย่างน้อยร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งตำบล
- มีตำบลที่ผ่านเกณฑ์เป็น ตำบลแข็งแรง อย่างน้อยร้อยละ 50 ของจำนวนตำบลทั้งอำเภอ
- อำเภอต้องผ่านเกณฑ์ >90% ของตัวชี้วัดระดับอำเภอ

## 4. ระดับจังหวัด

จังหวัดจะได้รับการประเมินเป็น **จังหวัดแข็งแรง** จะต้องผ่านเกณฑ์

- มีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์เป็น หมู่บ้านแข็งแรง อย่างน้อยร้อยละ 75 ของจำนวนหมู่บ้านทั้งตำบล
- มีตำบลที่ผ่านเกณฑ์เป็น ตำบลแข็งแรง อย่างน้อยร้อยละ 50 ของจำนวนตำบลทั้งอำเภอ
- มีอำเภอต้องผ่านเกณฑ์ เป็นอำเภอแข็งแรงอย่างร้อยละ 50 ของจำนวนอำเภอทั้งจังหวัด

การดำเนินการที่จะนำไปสู่เป้าหมายเมืองไทยแข็งแรง ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับด้านสาธารณสุขมีทั้งหมด 17 ตัวชี้วัด กำหนดประเด็นเป้าหมาย 6 หมวด (6 อ.) กำหนดการดำเนินงานออกเป็นระดับหมู่บ้าน/ตำบล 12 ตัวชี้วัด ในระดับอำเภอ / จังหวัด 5 ตัวชี้วัด

### กลยุทธ์ในการดำเนินงาน HEALTHY THAILAND

1. การสร้างการมีส่วนร่วม
2. การสื่อสารสาธารณะ
3. การเสริมสร้างความเข้มแข็ง
4. การจัดบริการ
5. การใช้มาตรการทางสังคม
6. การพัฒนาวิชาการและการเรียนรู้
7. การบริหารจัดการมุ่งผลสำเร็จ

## 2. เป้าหมาย ตัวชี้วัด เมืองไทยแข็งแรง (HEALTHY THAILAND) ด้านสาธารณสุข

| เป้าหมาย          | ตัวชี้วัดหมู่บ้าน/ตำบล<br>ความสำเร็จ >90%  | ตัวชี้วัด อำเภอ/จังหวัด<br>ความสำเร็จ >90%   | ทางสู่เมืองไทยแข็งแรง<br>(HEALTHY THAILAND)   |
|-------------------|--|--|---|
| ออกกำลังกาย       | 1.ร้อยละ60 ของประชาชนอายุ 6 ปีออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ30นาที  |  | <p>หมู่บ้านแข็งแรง<br/>75% ของหมู่บ้าน</p> <p>ตำบลแข็งแรง<br/>50% ของตำบล</p> <p>อำเภอแข็งแรง<br/>50% ของอำเภอ</p> <p>จังหวัดแข็งแรง</p> <p><b>HEALTHY THAILAND</b></p> |
| อาหาร             | 2.ร้อยละ 95ของอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิดในทุกหมู่บ้าน/ตำบล<br>3.ร้อยละ100ของร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐานท้องถิ่น  | 1.ร้อยละ100ของตลาดสดประเภทที่1ผ่านเกณฑ์ตลาดสดนำซื้อขั้นพื้นฐาน<br>2.ร้อยละ100 ของสถานที่ผลิตอาหาร54ประเภทผ่านเกณฑ์ GMF |   |
| อารมณื            | 4.มากกว่าร้อยละ50ของวัยรุ่นเป็นสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE และมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง<br>5.มากกว่า ร้อยละ50ของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุและมีกิจกรรมทุกเดือน   | 3.ร้อยละ 80 ของคนพิการที่ได้รับการบริการด้านสวัสดิการสังคมสำหรับคนพิการ ในด้านต่างๆ                                    |   |
| อโรคยา            | 6.อัตราป่วยใช้เลือดออกไม่เกิน 50ต่อแสนประชากร<br>7.ร้อยละ80ของสตรีอายุมากกว่า 35 ปีมีความรู้เพื่อการสร้างพฤติกรรมเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง<br>8.ร้อยละ90ของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจครรภ์ก่อนและหลังคลอดตามเกณฑ์ (ระดับตำบล)<br>9.ร้อยละ60ของประชากรอายุ40ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความดันโลหิตและเบาหวานตามมาตรฐาน | 4.อัตราการบาดเจ็บและตายด้วยอุบัติเหตุจากรถทางบกลดลงไม่เกิน 20ต่อแสนประชากร(ระดับจังหวัด)                               |   |
| อนามัยสิ่งแวดล้อม | 10.ร้อยละ100ของศูนย์เด็กเล็กได้มาตรฐานอย่างน้อย1แห่ง/ตำบล(ระดับตำบล)<br>11.ร้อยละ100ของโรงเรียนทุกสังกัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (ระดับตำบล)   |  |   |
| อบายมุข           | 12.ร้อยละ100ของร้านค้าไม่จำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี  | 5.ร้อยละ80ของร้านจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่มีระบบปรับอากาศจัดเป็นเขตปลอดบุหรี่ถูกต้องตามกฎหมาย                      |   |

## ดัชนีชี้วัดความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย

แผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 - 2554) มีเป้าประสงค์มุ่งสู่ "สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน" (Green and happiness Society) ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) จึงจำเป็นต้องพัฒนา "ดัชนีชี้วัดความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน" ขึ้นจากความเห็นพ้องต้องกันของทุกภาคส่วน เพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนการพัฒนาประเทศต่อไป

### ความหมายของ ความอยู่เย็นเป็นสุข

การพัฒนาดัชนีชี้วัดนี้พัฒนามาจากแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การปฏิบัติตาม "ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง" 2) การพัฒนาแบบบูรณาการเป็นองค์รวมที่ยึด "คนเป็นศูนย์กลางการพัฒนา" และ 3) "วิสัยทัศน์ประเทศไทย" โดยมีหลักในการพัฒนาว่า แนวคิด "ความสุข" หรือ "ความอยู่เย็นเป็นสุข" เป็นค่านิยมร่วมของการดำรงชีวิตและการพัฒนาสังคมไทยตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง

จากแนวคิดพื้นฐานและหลักการดังกล่าวทำให้สามารถกำหนดความหมายของ "ความอยู่เย็นเป็นสุข" ได้ว่า หมายถึง *การดำเนินวิถีชีวิตของคนทั้งจิต กาย ปัญญา ที่เชื่อมโยงสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมอย่างสัมพันธ์กันได้อย่างดี ถูกต้องและดีงาม มีคุณภาพ นำไปสู่การอยู่ร่วมกันอย่างสันติระหว่างคนกับคน และระหว่างคนกับธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ภายใต้ระบบบริหารจัดการที่เป็นธรรม*

### องค์ประกอบ ของความอยู่เย็นเป็นสุข

แบ่งเป็น 2 ระดับคือ

**1. ความอยู่เย็นเป็นสุขของคนและครอบครัว** คือการมีสุขภาพที่ดี มีสมดุลระหว่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสติปัญญา มีคุณธรรม ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีความรัก ความอบอุ่น ร่วมกันสร้างครอบครัวเข้มแข็งเป็นพลังขับเคลื่อนชุมชนและสังคมไปสู่ความอยู่เย็นเป็นสุข ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นผลลัพธ์เชื่อมโยงมาจากการพัฒนาปัจจัยเอื้อสุขในด้านต่าง ๆ

### 2. ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดความสุข ได้แก่

*การรักษาคุณภาพการอยู่ร่วมกันระหว่างคนและธรรมชาติ* โดยปัจจัยเบื้องต้นที่จะสร้างความสุขให้เกิดขึ้นในสังคม คือการมีฐานทรัพยากรอุดมสมบูรณ์ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อคนส่วนใหญ่อย่างเป็นธรรม



2.1 การรักษาคูณภาพการอยู่ร่วมกันระหว่างคนและธรรมชาติ โดยปัจจัยเบื้องต้นที่จะสร้างความสุขให้เกิดขึ้นในสังคม คือการมีฐานทรัพยากรอุดมสมบูรณ์ที่ประชาชนสามารถเข้าถึงและนำมาใช้ประโยชน์เพื่อคนส่วนใหญ่อย่างเป็นธรรม

2.2 การบริหารจัดการประเทศที่มีธรรมาภิบาล และประชาธิปไตย เปิดกว้างให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ สร้างโอกาสเข้าถึงบริการของภาครัฐอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ รวมทั้งการกำหนดกฎ กติกาที่สร้างความเป็นธรรมในการจัดสรรและกระจายผลประโยชน์

2.3 ระบบเศรษฐกิจที่สมดุลและเป็นธรรม การพัฒนาบนพื้นฐานศักยภาพและข้อได้เปรียบทางเศรษฐกิจของประเทศอย่างแท้จริง ทำอย่างรอบคอบ ระมัดระวัง ส่งผลให้ระบบเศรษฐกิจมีโครงสร้างที่สมดุลและมีทางเลือกการประกอบอาชีพที่หลากหลาย ทุกภาคส่วนได้รับผลตอบแทนที่เป็นธรรม มุ่งการพัฒนาไปสู่สังคมเศรษฐกิจฐานความรู้

2.4 สังคมสงบสุข มีชุมชนและวัฒนธรรมที่เข้มแข็ง การมีกฎกติกาของสังคมที่ดี เป็นประชาธิปไตย และการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เป็นธรรม เป็นพลังเสริมความเข้มแข็งของชุมชนให้มีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

การพัฒนาด้านชีวิตความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย ยังอยู่ในระหว่างการพัฒนากรอบแนวคิด ซึ่งในระยะต่อไป จะดำเนินการจัดทำดัชนีความอยู่เย็นเป็นสุขเบื้องต้นขึ้น เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนและปรับทิศทางการพัฒนาไปสู่ความอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกันในสังคมไทย รวมทั้งเพื่อให้มีดัชนีชีวิตที่ครอบคลุม ครบถ้วน สามารถชี้วัดความอยู่เย็นเป็นสุขได้อย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรมต่อไป

## เกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญ



### อัชฌา ( เอกนันท ) สุวรรณกาญจน์

- การศึกษา** : วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต ( สาธารณสุขศาสตร์ )  
สาขาวิชาเอก การศึกษาพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2538
- ประสบการณ์** :  
: อบรม เรื่องการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก  
ณ มหาวิทยาลัยนิวคาสเซิล ประเทศออสเตรเลีย ปี 2539  
: วิทยากร เรื่อง การจัดการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลักแก่วิทยาลัยในเครือข่าย  
การศึกษาพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้  
: คณะกรรมการและเลขานุการ การจัดการเรียนการสอนแบบ ใช้ปัญหาเป็นหลักของเครือข่าย  
การศึกษาพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้  
: สอนและนิเทศการฝึกปฏิบัติงานวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน 20 ปี  
: ทำวิจัยเชิงปฏิบัติการ และ นิเทศการฝึกปฏิบัติงานวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน  
โดยใช้รูปแบบการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม 11 ปี  
: หัวหน้าโครงการวิจัย ทุนสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี 2552 2 ชื่อเรื่อง  
: นำเสนอผลงานวิจัยระดับนานาชาติ ICOHN 2007, UNESCO 2007  
: วิทยากรด้านการพยาบาลสาธารณสุข และการวิจัยให้แก่ บุคลากรสาธารณสุข - การศึกษา  
และผู้บริหารสาธารณสุข ระดับต้น 11 ปี
- ผลงาน** : รางวัล *ผลงานวิจัยดีเด่นระดับประเทศ* ในการประชุม วิชาการกระทรวงสาธารณสุข  
ปี 2539 ในเรื่อง *การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้านพุทธิปัญญา เรื่อง  
การให้บริการอนามัยโรงเรียน ระหว่างการจัดการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก  
และปกติของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นราธิวาส*  
: ผลงานวิจัยด้านการ จัดการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลัก 4 ชื่อเรื่อง  
: ผลงานวิจัยด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน 11 ชื่อเรื่อง  
: ผลงานวิจัยด้านการพัฒนาชุมชนแบบมีส่วนร่วม 3 ชื่อเรื่อง  
: ตำรา เรื่อง กระบวนการพัฒนาอนามัยชุมชน : แนวคิดและการปฏิบัติ
- ตำแหน่งปัจจุบัน** : ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ระดับ 8 หัวหน้างานส่งเสริมวิจัยและตำรา มจร.  
: หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน  
: กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการวิจัยและผลงานสร้างสรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์



ไม่ยึดติดในอหังการ  
ไม่ยึดติดในทิฐิ



สามารถเรียนรู้ได้  
ทุกสถานการณ์



ทุกวัน



จากทุกคน

ศ.นพ. ประเวศ วะสี