

การศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัว  
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

โดย

นายประสิทธิ์ พิริยะไพบูลย์  
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  
ปี พ.ศ.๒๕๕๙

**หัวข้อศึกษา :** การศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

**ชื่อผู้ศึกษา :** นายประสิทธิ์ พิริยะไพบูลย์

**หน่วยงาน :** กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยศึกษาในประเด็นสำคัญ ดังนี้ ๑. ศึกษาสถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัว ๒. การได้รับบริการด้านสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และระบบบริการสุขภาพของชุมชน ๓. ศึกษาภาพรวมของการดูแลสุขภาพของครอบครัวเชื่อมโยงการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน เป็นการศึกษาแบบเชิงสำรวจ (Survey study) ประชากรที่ศึกษาคือ ครอบครัวในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีจำนวนทั้งสิ้น ๖,๒๓๓,๘๔๐ ครอบครัว ผู้ศึกษาได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร  $n = N / [1 + N(e^2)]$  ของ Taro Yamane โดยขนาดของประชากร (N) เท่ากับ ๖,๒๓๓,๘๔๐ ครอบครัว ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) เท่ากับ ๕% หรือ ๐.๐๕ ได้จำนวนครัวเรือนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของทั้งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขั้นต่ำเท่ากับ ๔๐๐ ครัวเรือน เพื่อให้ข้อมูลที่เก็บได้สะท้อนถึงความหลากหลายและมีจำนวนมากพอที่จะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดตัวอย่างจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น ๔ เขตๆ ละ ๑ จังหวัด รวม ๔ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ มุกดาหาร หนองบัวลำภู และบุรีรัมย์ ซึ่งในแต่ละจังหวัดจะคัดเลือก ๒ อำเภอ และแต่ละอำเภอจะคัดเลือก ๑ ตำบล โดยที่ ๑ ตำบล จะคัดเลือก ๒ หมู่บ้าน หลังจากนั้นจะทำการสุ่มเลือกตัวแทนครอบครัว จากหมู่บ้านๆ ละ ๓๐ คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น ๔๘๐ คน

ผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้

๑. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๖๗.๑๐ มีอายุระหว่าง ๔๖ - ๖๐ ปี ร้อยละ ๓๒.๕๐ มีสถานภาพแต่งงานแล้วอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ ๖๙.๐ ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ ๔๖.๔๐ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๖๕.๑๐ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ ๖๕.๒๐ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนจำนวน ๕,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๒๙.๙๐ มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว ๔ - ๖ คน ร้อยละ ๖๑.๙๐

๒. สถานะด้านสุขภาพในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมาสมาชิกในครอบครัว

๒.๑ มีปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด ปวดกล้ามเนื้อ ปวดท้อง หรือโรคกระเพาะ ร้อยละ ๖๖.๖๗ รองลงมาป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ ๔๕.๒๑ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๑๘.๙๖ โรคไต/นิ่ว ร้อยละ ๕.๒๑ และโรคเบาหวาน ร้อยละ ๕.๐๐ และปัญหาด้านสุขภาพจิตและความพิการในจำนวนที่เท่ากัน ร้อยละ ๗.๐๕

๒.๒ วิธีการดูแลสุขภาพของในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ส่วนใหญ่เข้ารับบริการที่สถานพยาบาล เช่น รพ.สต./คลินิก/โรงพยาบาล ร้อยละ ๗๗.๕๐ รองลงมาคือดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การซื้อยากินเอง เช็ดตัวลดไข้ ปฐมพยาบาล ฯลฯ ร้อยละ ๔๘.๙๖ และขอคำปรึกษา/ขอรับคำแนะนำจาก อสม. ร้อยละ ๔๗.๗๑

๒.๓ เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยรุนแรง พบว่าส่วนใหญ่จะเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลเป็นหลัก ร้อยละ ๘๓.๓๓ รองลงมาคือขอคำปรึกษา/คำแนะนำจาก อสม. และดูแลสุขภาพตนเอง เช่น ซื้อยากินเอง เช็ดตัวลดไข้ ปฐมพยาบาลฯ คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๔๒ และร้อยละ ๒๐.๖๓ ตามลำดับ

๒.๔ การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวในภาวะปกติ ด้านการรับประทานอาหาร คือการรับประทานอาหารรสชาติดีๆ ร้อยละ ๗๖.๒๕ รับประทานอาหารผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน ร้อยละ ๖๔.๕๘ รับประทานอาหาร

อาหารประเภทต้ม นึ่ง แกง ร้อยละ ๘๘.๔๕ ด้านการออกกำลังกาย มีการออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อย สัปดาห์ละ ๓ ครั้ง ร้อยละ ๘๓.๑๓ ด้านอารมณ์ มีวิธีการพักผ่อนจิตใจ เช่น นั่งสมาธิ สวดมนต์ ทำบุญ ร้อยละ ๙๐.๖๓ นอกจากนี้คนในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และติดสูบบุหรี่หรือสารเสพติด ร้อยละ ๖๑.๒๕ และ ๕๗.๗๑ ตามลำดับ

๓. การได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. และระบบบริการสุขภาพของชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ได้รับ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจาก อสม. ร้อยละ ๙๖.๖๗ ได้รับคำแนะนำและการถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจาก อสม. ร้อยละ ๙๖.๒๕ รองลงมาได้รับการตรวจคัดกรองด้านสุขภาพ เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจเบาหวาน ฯลฯ ได้รับการเยี่ยมบ้านจาก อสม. ร้อยละ ๙๓.๓๓ และ ๘๗.๕๐ ตามลำดับ

การได้รับบริการด้านสุขภาพจากระบบบริการสุขภาพของชุมชน พบว่าส่วนใหญ่มีการเฝ้าระวังปัญหา สาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การตรวจสารปนเปื้อนในอาหาร ฯลฯ ร้อยละ ๙๗.๗๑ รองลงมามีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน เช่น การออกกำลังกาย จัดกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพ ฯลฯ ร้อยละ ๘๗.๙๒ และในหมู่บ้าน/ชุมชนมี ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสมช.) หรือจุดให้บริการด้านสุขภาพ โดย อสม. ที่สมาชิกในครอบครัวสามารถเข้ารับบริการได้สะดวก ร้อยละ ๘๕.๘๓

๔. การร่วมประชุมประชาคม วางแผนจัดทำโครงการ/กิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ ๘๗.๐๘ ของครอบครัวมีส่วนร่วมประชุมประชาคม/วางแผนฯ ของชุมชน

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดกิจกรรมร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ ร่วมจัดกิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้สุขภาพดี เช่น การรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย รณรงค์ทำความสะอาดชุมชน ฯลฯ ร้อยละ ๙๕.๘๓ รองลงมาการเฝ้าระวังคัดกรองด้านสุขภาพ เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ ร้อยละ ๙๕.๔๒ ร่วมถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารความรู้สุขภาพให้กับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ ๙๔.๗๙ และร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนโดยการออกกำลังกาย ฯลฯ ร้อยละ ๘๖.๒๕

#### ข้อเสนอแนะ

๑. การดูแลสุขภาพของครอบครัว ควรมีนโยบายในการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนให้มีความรู้ ความเข้าใจ และประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างรับผิดชอบด้วยความรู้สึกที่ “สุขภาพเป็นของตนเอง” ในทุกครอบครัว อย่างน้อยครอบครัวละ ๑ คน ทำหน้าที่เป็นแกนนำทางด้านสุขภาพ มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัว โดยมีภาครัฐทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน ตลอดจนทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้

๒. การได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. และระบบบริการสุขภาพของชุมชน จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้รับคำแนะนำและการถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจาก อสม. และควรจัดหาสิ่งสนับสนุนหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับ อสม. ในการปฏิบัติงานในหมู่บ้าน/ชุมชนมี ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสมช.)

๓. พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการปฏิบัติงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว หรือ ทีมสหวิชาชีพอื่นๆ ในการปฏิบัติงานในชุมชน

๔. พัฒนาเทคโนโลยีและช่องทางการสื่อสารทางด้านสุขภาพในชุมชนที่มีประสิทธิภาพเพื่อถ่ายทอดความรู้ให้กับแกนนำสุขภาพครอบครัว อสม. และเจ้าหน้าที่ในทุกระดับ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
สารบัญ	ค
สารบัญตาราง	ง
บทที่ ๑ บทนำ	๑
๑. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	๑
๒. วัตถุประสงค์ของการศึกษา	๒
๓. ขอบเขตการศึกษา	๒
- ขอบเขตเนื้อหา	
- ขอบเขตด้านประชากร	
- ขอบเขตด้านระยะเวลา	
๔. นิยามศัพท์	๒
๕. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	๓
บทที่ ๒ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	๔
๑. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self care)	๔
๒. แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเอง	๕
๓. แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน	๘
๔. แนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน	๑๑
๕. สถานการณ์สุขภาพของครอบครัวไทย	๑๒
๖. สุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว	๑๔
๗. ผลงานศึกษาที่เกี่ยวข้อง	๑๕
บทที่ ๓ วิธีการศึกษา	๑๖
๑. รูปแบบการศึกษา	๑๖
๒. ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง	๑๖
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	๑๗
๔. วิธีการวัดตัวแปร	๑๘
๕. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	๒๑
๖. การวิเคราะห์ข้อมูล	๒๑
บทที่ ๔ ผลการศึกษา	๒๒
ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	๒๒
ส่วนที่ ๒ สถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัว	๒๔
ส่วนที่ ๓ การได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. และระบบบริการสุขภาพของชุมชน	๒๘
ส่วนที่ ๔ ภาพรวมของการดูแลสุขภาพของครอบครัวเชื่อมโยงการจัดกิจกรรม	๒๙

<b>บทที่ ๕ สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ</b>	<b>๓๐</b>
๑. สรุปผลการศึกษา	๓๐
๒. อภิปรายผล	๓๒
๓. ข้อเสนอแนะ	๓๔
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>๓๕</b>
<b>ภาคผนวก</b>	<b>๓๘</b>
๑. เครื่องมือประเมินแบบสอบถามการศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัว ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	๓๙
๒. แจ้งเวียนผลงานวิจัยและเผยแพร่บนเว็บไซต์ <a href="http://phc.moph.go.th">phc.moph.go.th</a>	๔๐

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของข้อมูลที่เก็บได้ตามเป้าหมาย จำแนกรายจังหวัด	๒๐
ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	๒๑
ตารางที่ ๓ ร้อยละของสถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัว จำแนกตามปัญหาสุขภาพ และ วิธีการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว	๒๒
ตารางที่ ๔ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านอาหาร	๒๓
ตารางที่ ๕ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการออกกำลังกาย และด้านจิตใจ	๒๔
ตารางที่ ๖ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. และระบบบริการสุขภาพของชุมชน	๒๕
ตารางที่ ๗ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพชุมชน	๒๖
ตารางที่ ๘ ร้อยละความพึงพอใจต่อการให้บริการของอสม.	๒๖

## บทที่ ๑ บทนำ

### ๑. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และสิ่งแวดล้อม วิวัฒนาการของการพัฒนาสาธารณสุขตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติและแผนพัฒนาสาธารณสุขที่ผ่านมาระบบบริการสุขภาพของไทยนั้นได้มีการพัฒนาตามลำดับ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าประเทศไทยได้มีการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขมาอย่างต่อเนื่องทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพได้มากขึ้น ส่งผลให้ในปัจจุบันพบว่าคนไทยมีค่าเฉลี่ยอายุยืนขึ้น ซึ่งเห็นได้อย่างชัดเจนในทศวรรษที่ผ่านมาและสังคมไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ การเจ็บป่วยและเสียชีวิตเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นหลักเปลี่ยนแปลงมาเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพของมนุษย์ ได้แก่ โรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด ฯลฯ จากผลการสำรวจสุขภาพของคนไทย พบว่า มักไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคเรื้อรัง หรือกลุ่มที่รู้ว่าเป็นโรคเรื้อรังนั้นส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมอาการของโรคและดูแลรักษาตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งภาวะดังกล่าวนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพในที่สุด ทำให้มีภาวะพึ่งพิงในการดำรงชีวิต และมีผู้สูงอายุจำนวนเพิ่มขึ้นที่ต้องการได้รับการดูแลสุขภาพจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคมต่อไป

ด้วยสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงดังกล่าวข้างต้น กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีบทบาทภารกิจในการพัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านระบบสุขภาพภาคประชาชน พัฒนามาตรฐาน รูปแบบ กลไก การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเพื่อพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนและพิทักษ์สิทธิของประชาชนด้านสุขภาพ เสริมสร้างศักยภาพ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชนได้ตามมาตรฐาน เสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการจัดการสุขภาพชุมชนและพิทักษ์สิทธิของประชาชนด้านสุขภาพ และศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนา ถ่ายทอดและประเมินเทคโนโลยีระบบสุขภาพภาคประชาชน ได้กำหนดวิสัยทัศน์ คือ “ภายในทศวรรษต่อไป ทุกชุมชนจัดการระบบสุขภาพและพิทักษ์สิทธิได้ตามมาตรฐาน เพื่อการพึ่งตนเองของประชาชนด้านสุขภาพ” และได้กำหนดยุทธศาสตร์รองรับการดำเนินงานประกอบด้วย ๔ ยุทธศาสตร์ คือ ยุทธศาสตร์ที่ ๑ พัฒนาและขับเคลื่อนนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านระบบสุขภาพภาคประชาชน ยุทธศาสตร์ที่ ๒ พัฒนา อสม. ในการจัดการระบบสุขภาพชุมชนและพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพของประชาชน ยุทธศาสตร์ที่ ๓ เสริมสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายในการจัดการระบบสุขภาพและพิทักษ์สิทธิด้านสุขภาพของชุมชน ยุทธศาสตร์ที่ ๔ พัฒนารูปแบบจัดการความรู้ นวัตกรรม และประเมินเทคโนโลยีระบบสุขภาพภาคประชาชน กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนรับผิดชอบเป้าหมายการให้บริการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ คือ ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและชุมชนมีการจัดการระบบสุขภาพที่เข้มแข็ง มีการบูรณาการงานสุขภาพภาคประชาชนให้เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และปรับบทบาทภารกิจให้สอดคล้องกับการปรับโครงสร้างและบทบาทภารกิจของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในส่วนของการดำเนินงานที่ผ่านมา กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี และได้มีการถ่ายทอดนโยบายและแผนสู่การปฏิบัติให้แก่ผู้รับผิดชอบทั้งในส่วนกลางและสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต มีการประชุมเชิงปฏิบัติการปรับแผนครึ่งปี เพื่อประเมินสถานการณ์การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนที่ผ่านมาว่าเกิดผลผลิต ผลลัพธ์ใดบ้างกับชุมชนและประชาชน การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการจัดการสุขภาพชุมชน และการส่งเสริมให้ครอบครัวดูแลสุขภาพตนเองได้ เป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนางานสุขภาพภาค

ประชาชน ในฐานะที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานในกลุ่มพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพภาคประชาชน รับผิดชอบในการจัดทำแผนค่าของงบประมาณและแผนปฏิบัติการประจำปีของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน จำเป็นต้องทราบข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานเพื่อใช้ประกอบการวางแผน จึงได้สนใจที่จะศึกษาเรื่องการศึกษาดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อนำผลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลประกอบในการกำหนดยุทธศาสตร์และวางแผนในการพัฒนางานสุขภาพภาคประชาชน ตามบทบาทภารกิจของหน่วยงานต่อไป

## ๒. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

### ๒.๑ วัตถุประสงค์ทั่วไป

- เพื่อศึกษาดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

### ๒.๒ วัตถุประสงค์เฉพาะ

- เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- เพื่อศึกษาการได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. และระบบบริการสุขภาพของชุมชน
- เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน

## ๓. ขอบเขตการศึกษา

### ๓.๑ ขอบเขตด้านเนื้อหา

เป็นการศึกษาแบบเชิงสำรวจ (Survey study) โดยศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยศึกษาในประเด็นสำคัญ ดังนี้

- ศึกษาสถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัว
- ศึกษาการได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. และระบบบริการสุขภาพของชุมชน
- ศึกษาภาพรวมของการดูแลสุขภาพของครอบครัวเชื่อมโยงการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน

### ๓.๒ ขอบเขตด้านประชากร

ประชากรที่ศึกษา คือ ครอบครัวในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยมีจำนวนทั้งสิ้น ๖,๒๓๓,๘๔๐ ครัวเรือน (ข้อมูลอ้างอิงจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ <http://stat.bora.dopa.go.th> สืบค้นข้อมูลวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๕๖) ผู้ศึกษาได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร  $n = N / [๑ + N(e^2)]$  ของ Taro Yamane โดยขนาดของประชากร (N) เท่ากับ ๖,๒๓๓,๘๔๐ ครัวเรือน ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) เท่ากับ ๕% หรือ ๐.๐๕ ได้จำนวนครัวเรือนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของทั้งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ขั้นต่ำเท่ากับ ๔๐๐ ครัวเรือน

### ๓.๓ ขอบเขตด้านพื้นที่

เพื่อให้ข้อมูลที่เก็บได้สะท้อนถึงความหลากหลายและมีจำนวนมากพอที่จะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรในพื้นที่โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Radom Sampling) ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดขนาดตัวอย่างจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น ๔ เขตๆ ละ ๑ จังหวัด รวม ๔ จังหวัด ดังนี้ เขต ๗ จังหวัดกาฬสินธุ์ เขต ๘ จังหวัดหนองบัวลำภู เขต ๙ จังหวัดบุรีรัมย์ และเขต ๑๐ จังหวัดมุกดาหาร ซึ่งในแต่ละจังหวัดจะคัดเลือก ๒ อำเภอ และแต่ละอำเภอจะคัดเลือก ๑ ตำบล โดยที่ ๑ ตำบล จะคัดเลือก ๒ หมู่บ้าน หลังจากนั้นจะทำการสุ่มเลือกตัวแทนครอบครัว จากหมู่บ้านๆ ละ ๓๐ คน รวมประชากรกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น ๔๘๐ คน



#### ๔. นิยามศัพท์

๑. อสม. หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
๒. ครอบครัว หมายถึง บุคคลทุกคนที่อาศัยอยู่ร่วมกัน ครั้นเรือนเดียวกัน และใช้ชีวิตส่วนใหญ่ร่วมกัน
๓. ปัญหาสุขภาพของครอบครัว หมายถึง ปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกอย่างน้อย ๑ คน ในครอบครัวประกอบด้วย
  - ๓.๑ การเจ็บป่วยเล็กน้อย ได้แก่ ไข้หวัด/ไข้หวัดใหญ่ ปวดข้อ/เข้า/หลัง/ไหล่ และปวดท้อง/โรคกระเพาะ
  - ๓.๒ โรคติดต่อ ได้แก่ อูจจาระร่วง ไข้เลือดออก วัณโรค และโรคเอดส์
  - ๓.๓ โรคไม่ติดต่อ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต/นิ่ว ไขมันในเลือดสูง และ โรคมะเร็ง
  - ๓.๔ ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ วิตก กังวล/เครียด ติดยา/สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง
๔. วิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมหรือวิธีการปฏิบัติของครอบครัวเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย โดยวิธีการดูแลสุขภาพแบ่งตามการเจ็บป่วยต่อไปนี้
  - ๔.๑ การเจ็บป่วยเล็กน้อย ได้แก่ ดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ปรีกษา/ขอรับคำแนะนำจาก อสม. ใช้บริการสุขภาพที่สถานพยาบาล เช่น รพ.สต./คลินิก/โรงพยาบาล
  - ๔.๒ การเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ปรีกษา/ขอรับคำแนะนำจาก อสม. ใช้บริการสุขภาพที่สถานพยาบาล เช่น รพ.สต./คลินิก/โรงพยาบาล
๕. การส่งเสริมสุขภาพกายและจิตของครอบครัว ได้แก่ การรับประทานอาหารและเครื่องดื่ม เช่น พฤติกรรมการกินและดื่ม คุณค่าของอาหาร การออกกำลังกาย และการส่งเสริมสุขภาพทางจิต
๖. การได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. ได้แก่ การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ การได้รับคำแนะนำและการถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ จาก อสม. การได้รับการบริการสุขภาพเบื้องต้นจาก อสม. การได้รับการตรวจคัดกรองด้านสุขภาพ เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจเบาหวาน ฯลฯ จาก อสม. และการได้รับการเยี่ยมบ้านจาก อสม.
๗. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพชุมชน ได้แก่ ร่วมประชุมประชาคม/วางแผน จัดทำโครงการ/กิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน ร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน

#### ๕. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ๕.๑ ใช้ข้อมูลประกอบการกำหนดยุทธศาสตร์และวางแผนการดำเนินงานของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพ อสม.
- ๕.๒ ใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การพัฒนาครอบครัวในประเด็นต่อไปนี้
  - สถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัว
  - วิธีการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว
  - การได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. และระบบบริการสุขภาพของชุมชน
  - ภาพรวมของการดูแลสุขภาพของครอบครัวเชื่อมโยงการจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน

๖.๓ ความรู้ที่ได้จากการวิจัยสามารถนำมาใช้วางแผนในการพัฒนางานที่ได้รับมอบหมาย และให้เกิดประโยชน์ต่อพัฒนางานของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นและสามารถนำผลไปใช้ในการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายให้กับผู้บริหาร

## บทที่ ๒

### แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การทบทวนวรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี เอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา ตามประเด็นดังต่อไปนี้

ส่วนที่ ๑ สถานการณ์สุขภาพของครอบครัวไทยและการดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว

๑.๑ สถานการณ์สุขภาพของครอบครัวไทย

๑.๒ การดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว

ส่วนที่ ๒ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง (Self care)

๒.๑ ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self care)

๒.๒ แนวคิดและทัศนคติการดูแลตนเอง

ส่วนที่ ๓ แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน

๓.๑ แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน

๓.๒ แนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน

ส่วนที่ ๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### ส่วนที่ ๑ สถานการณ์สุขภาพของครอบครัวไทยและการดูแลสุขภาพตนเอง

๑.๑ สถานการณ์สุขภาพของครอบครัวไทย

ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุดสถาบันหนึ่งและยังเป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุดด้วย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด มีความรักซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันเบื้องต้นที่ให้การอบรมหล่อหลอมพฤติกรรมและบุคลิกภาพของบุคคล ตลอดจนเป็นแหล่งอนุรักษ์และถ่ายทอดวัฒนธรรมจากชนรุ่นหนึ่งไปยังรุ่นต่อไป (รุจา ภูไพบูลย์, ๒๕๔๑) เนื่องจากในปัจจุบัน สภาพแวดล้อมทางสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของกระแสโลกาภิวัตน์และความก้าวหน้าของเทคโนโลยีสมัยใหม่ (สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว, ๒๕๕๒) ทำให้ครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ สัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวเริ่มเสื่อมถอยปัญหาที่เกิดขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลและกิจวัตรสุขภาพครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

๑) เปลี่ยนแปลงทางด้านโครงสร้างของประชากร ส่งผลให้ครอบครัวไม่สามารถดำรงบทบาทและหน้าที่ของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ปรากฏการณ์ที่เห็นได้ชัดเจน คือ ครอบครัวในชนบทส่วนใหญ่มีแต่ผู้สูงอายุ และมีแนวโน้มที่จะเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ จำนวนประชากรผู้สูงอายุมี ๗.๐๒ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๐.๗ ของประชากรทั้งหมด(สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๐) และคาดการณ์จะเพิ่มเป็น ๗.๖ ล้านคน หรือร้อยละ ๑๑.๔ ในปีพ.ศ. ๒๕๕๓ ซึ่งจะเพิ่มขึ้นอีกเท่าตัวในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, ๒๕๕๐;วิทยาลัยประชากรศาสตร์,๒๕๕๐)จากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุของไทยจากอดีตจนถึงปัจจุบันดังนั้นคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ประเทศไทยจะเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยคิดเป็นร้อยละ ๑๐ ของประชากรมีอายุมากกว่า ๖๐ ปี นอกจากนี้ขนาดของครอบครัวไทยยังมีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวและมีขนาดเล็กลง มากขึ้น ทั้งนี้เพราะผลของการพัฒนาเศรษฐกิจ ทำให้พ่อและแม่ต้องออกนอกบ้านเพื่อหารายได้เพิ่มมากขึ้น โดยข้อมูลจำนวนสมาชิกในครอบครัวโดยเฉลี่ย ๕.๖ คน ในปี พ.ศ.๒๕๐๓

เป็น ๔.๔ คนต่อครอบครัวในปี พ.ศ.๒๕๔๑ และคาดว่าจะเพิ่มเป็น ๓.๔ คนต่อครอบครัวในปี พ.ศ.๒๕๕๘ และผลของการพัฒนาเศรษฐกิจยังทำให้อัตราส่วนของการอย่าร้างมีสูงขึ้น โดยในปี พ.ศ.๒๕๓๐ คิดเป็นร้อยละ ๘.๓ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๒.๙ ในปี พ.ศ.๒๕๓๙ และร้อยละ ๒๖ ในปี พ.ศ.๒๕๔๘ (สำนักงานส่งเสริมสถาบันครอบครัว, ๒๕๔๘)

๒) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเสื่อมถอย ผลของการเปลี่ยนแปลงตามกระแสโลกาภิวัตน์ โดยการเน้นการพัฒนาทางเศรษฐกิจทำให้ความสัมพันธ์ของครอบครัวเสื่อมถอยลง โดยในปี พ.ศ. ๒๕๓๙ ดัชนีสัมพันธภาพความอบอุ่นในครอบครัวที่แสดงถึงการอยู่ร่วมกันของสมาชิกในครอบครัวด้วยความรัก ความอบอุ่นสามารถดำรงและสืบทอดความเป็นครอบครัวไว้ได้ ซึ่งเคยอยู่ในเกณฑ์ดี คือ ร้อยละ ๘๐.๘๕ กลับมีแนวโน้มลดลงเป็นร้อยละ ๗๐.๗๗ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๕ (สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว, ๒๕๔๘)

๓) บุคคลในครอบครัวขาดคุณธรรม จริยธรรม และไม่มีคุณภาพ สืบเนื่องจากทั้งปัจจัยภายนอก และภายใน ถ้าครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่หลักได้อย่างสมบูรณ์ จะมีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวเติบโตขึ้นมาโดยขาดคุณธรรม จริยธรรม ไม่มีคุณภาพ และไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ นอกจากนี้จากสถานการณ์ ปัจจุบันที่เป็นระบบทุนนิยมจะทำให้บุคคลมีการแก่งแย่งแข่งขัน ฉวยโอกาส เอาเปรียบ ใครดีใครได้ และเห็นแก่ตัว กระแสบริโภคนิยม ที่ส่งเสริมค่านิยมของความฟุ้งเฟ้อฟุ่มเฟือย จึงทำให้ปัจจุบันสังคมไทย มีปัญหาต่างๆมากมายที่รอการแก้ไข

ดังนั้นผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของครอบครัวทำให้สังคมไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงวัย ซึ่งทำให้มีปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงวัยตามมา เช่น การเกิดโรคเรื้อรังซึ่งประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคเครียด และโรคซึมเศร้า เป็นต้น นอกจากนี้ในปัจจุบันสังคมไทยยังมีปัญหา เรื่องการอพยพย้ายถิ่นจากชนบทสู่เมืองเพื่อเข้ามาหางานทำ ทำให้วิถีชีวิตและการดำรงชีพเปลี่ยนแปลงไป ผลที่ตามมาทำให้มีปัญหาด้านต่างๆ เช่น ปัญหาชุมชนแออัด ปัญหายาเสพติด ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาด้าน การศึกษาและสาธารณสุข โดยเฉพาะในเด็กวัยต่างๆ ปัญหาผู้สูงวัยถูกทอดทิ้งในชนบท ปัญหาการอย่าร้าง เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าวทำให้ครอบครัวไทยอยู่ในสถานะอ่อนแอ

#### ๑.๒ สุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองระดับครอบครัว

สุขภาพหมายถึงสภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมสมดุล ทั้งทางกาย จิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ (ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และอนุพงศ์ สุจริยากุล, ๒๕๔๓; สุขชาติ โสมประยูร, ๒๕๔๓) ดังนั้นสุขภาพ จึงมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆ มากมาย โดยเฉพาะสิ่งแวดล้อมทั้งทางกายภาพ ชีวภาพ และสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม (ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ และอนุพงศ์ สุจริยากุล, ๒๕๔๓) ซึ่งศาสตราจารย์นายแพทย์ประเวศ วะสี ได้ให้ความหมายของสุขภาพที่สมบูรณ์ ดังนี้

- สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึงร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีปัจจัยที่จำเป็นเพียงพอต่อการดำรงชีวิต ไม่มีอุปสรรคอันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

- สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึงจิตใจที่มีความสุข รื่นเริง มีความเมตตา มีสติ สมาธิ ปัญญา ตลอดจนลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย

- สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจการทางสังคม

- สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง เป็นสุขภาวะที่เกิดจากการทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีค่าสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตากรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย เป็นต้น

การดูแลสุขภาพของตนเองตามความหมายขององค์การอนามัยโลกหมายถึงการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้ร่วมงาน และชุมชน โดยมีความหมายรวมถึงการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค ตลอดจนการปฏิบัติตนหลังรับบริการ

การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการซึ่งบุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การค้นหาหรือรักษาโรคในระยะเริ่มแรกโดยการใช้แหล่งบริการสุขภาพ และยังรวมถึงแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนที่ทำงาน เครือข่ายต่าง ๆ ในสังคม และเน้นว่าผลจากการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมรวมทั้งชุมชน เป็นพื้นฐานในการริเริ่มการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล นอกจากนี้ ปัจจัยด้านค่าใช้จ่าย ปัญหาทางเศรษฐกิจ ตลอดจนนโยบายของสถานบริการสาธารณสุขหรือหน่วยงาน ก็ยังเป็นเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองอีกด้วย

การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำในแนวทางของตนเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนเองการดูแลตนเองต้องมีแบบแผน เป้าหมาย ขั้นตอน ตลอดจนความต่อเนื่อง และเมื่อใดกระทำอย่างถูกต้องครบถ้วน จะทำให้มีประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพของตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรม ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมนั้นต้องริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ มีความรู้ ความชำนาญ และความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง มีแรงจูงใจที่จะกระทำและความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดี รับรู้พฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ ให้กระทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องหรือการลืมน้อยที่สุดจนบรรลุผลสำเร็จตามต้องการมีกำลังใจและความตั้งใจสูง ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติจนสิ้นสุด

จากความหมายของการดูแลสุขภาพของตนเองที่กล่าวไว้โดยนักวิจัยต่างๆ ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการดูแลสุขภาพตนเองต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีปัจจัยด้านต่างๆที่ทำให้ไม่สามารถกระทำอย่างต่อเนื่องได้ เช่น เรื่องของหลักความรับผิดชอบต่อตนเอง แรงจูงใจ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นต้น ซึ่งสิ่งต่างๆเหล่านี้คือกระบวนการในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพของตนเอง ไม่เกิดการเจ็บป่วย ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพให้กับครอบครัว เครือข่ายทางสังคม และชุมชน ซึ่งเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

## ส่วนที่ ๒ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง (Self care)

### ๒.๑ ทฤษฎีการดูแลตัวเอง (Self – care Theory)

(Orem, ๒๐๐๑ : ๔๗-๔๙) เป็นแนวคิดที่อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่พึ่งพาคำกล่าวคือ บุคคลที่มีวุฒิภาวะมีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพาซึ่งสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

แนวคิดของโอเร็ม การดูแลตนเองเป็นรูปแบบหนึ่งของการกระทำอย่างจงใจและมี เป้าหมาย ซึ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นกระบวนการประกอบด้วย ๒ ระยะสัมพันธ์กัน คือ

ระยะที่ ๑ เป็นระยะของการประเมินและตัดสินใจ ในระยะนี้บุคคลจะต้องหาความรู้ และข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และสะท้อนความคิด ความเข้าใจในสถานการณ์ และพิจารณาว่า สถานการณ์นั้นจะสามารถเปลี่ยนแปลงได้หรือไม่ อย่างไร มีทางเลือกอะไรบ้าง ผลที่ได้รับแต่ละทางเลือกเป็น อย่างไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ ๒ ระยะของการกระทำและประเมินผลของการกระทำ ซึ่งในระยะนี้จะมีการแสวงหา เป้าหมายของการกระทำ ซึ่งเป้าหมายมีความสำคัญเพราะจะช่วยกำหนดทางเลือกกิจกรรมที่ต้องกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรม

วัตถุประสงค์หรือเหตุผลของการกระทำดูแลตนเองนั้น โอเร็ม เรียกว่า การดูแลตนเอง ที่จำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นความตั้งใจหรือเป็นผลที่เกิดขึ้นที่หลังการกระทำ การดูแลตนเอง ที่จำเป็นมี ๓ อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบน ทางด้านสุขภาพ

## ๒.๒ แนวคิดและทศนะการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง ประกอบด้วยคำว่า “ดูแล” กับ “ตนเอง” ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๒๕ ให้ความหมายดูแล คือ เอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครอง ตน คือ ตัว (ตัวคน) เมื่อรวมคำว่า ดูแลตนเอง จึงหมายถึง เอาใจใส่ในตัวเองนั้นเอง หรือปกป้อง ปกครองตนเอง การดูแลตนเองถูกอธิบาย ในลักษณะของมโนทัศน์ กรอบแนวคิด รูปแบบ ทฤษฎีกระบวนการ การเคลื่อนไหว หรือปรากฏการณ์ (Gantz, ๑๙๙๐ อ้างใน อรสา พันธุ์ภักดี ๒๕๔๒) ความหมายการดูแลตนเองจะต่างกันในแต่ละสาขาวิชาชีพ มีผู้ให้นิยามการดูแลสุขภาพของตนเอง มีดังนี้

เลวิน (Levine Cited in Hill & Smith, ๑๙๘๕ : ๘) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการ ที่ บุคคลหนึ่งๆ ทำหน้าที่โดยตัวเองและเพื่อตัวเอง ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพตลอดจนการสืบ ค้นหาโรคและการรักษาขั้นต้นด้วยตนเอง

สไตเกอร์และลิปสัน (Steiger & Lipson, ๑๙๘๕ : ๑๒) ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็น กิจกรรมที่ริเริ่มกระทำโดย บุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้บรรลุ หรือคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพให้ดีที่สุด

นูริส (พิมพัลย์ ปรีดาสวัสดิ์, ๒๕๓๐: ๙; อ้างอิงจาก Noris) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการที่ประชาชนและครอบครัว มีโอกาสที่จะช่วยเหลือตนเองและรับผิดชอบตนเอง ด้านสุขภาพ อนามัย โดยพัฒนาศักยภาพความสามารถ เพื่อการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (๒๕๓๖ : ๒๒-๒๓) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึงการปฏิบัติในกิจกรรม ที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน การดูแลตนเอง เป็นการกระทำ ที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย (Deliberate Action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปถึงขีดสูงสุด

เพนเดอร์ (Pender, ๑๙๘๗ : ๑๕๐) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติที่บุคคลริเริ่มและกระทำ ในวิถีทางของตนเองเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน

## ส่วนที่ ๓ แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน

### ๓.๑ แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน (๒๕๒๙) ได้ให้ความหมายว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน” เป็นกลวิธีทางสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งมีอยู่ในระดับตำบลและหมู่บ้าน การสาธารณสุขเป็นวิธีการให้บริการสาธารณสุขที่ผสมผสานทั้ง ทางด้านการรักษาพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพที่ดำเนินงาน โดยประชาชนเองซึ่งประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการวางแผน ดำเนินงานและประเมินผลโดย ได้รับการสนับสนุน จากภาครัฐในด้านวิชาการ ข้อมูล ข่าวสาร การให้การศึกษา ฝึกอบรม และ ระบบการส่งต่อผู้ป่วย โดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก” โดยการที่เจ้าหน้าที่ของรัฐ เปลี่ยนบทบาทใหม่จากเดิมเป็นผู้บริการประชาชน (ผู้ให้) เปลี่ยนเป็น ผู้กระตุ้นให้คำแนะนำ และผู้สนับสนุน ให้กับประชาชน แล้วให้ประชาชนเป็นผู้เริ่มบริการประชาชนด้วยตนเองและประชาชนที่จะเป็นผู้ให้บริการ ประชาชนด้วยกันเอง กิจกรรมที่จะให้ประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมเพื่อช่วยเหลือบริการประชาชนกันเอง เรียกว่า กิจกรรมจำเป็นของสาธารณสุขมูลฐานมี ๑๔ กิจกรรม ได้แก่ ๑. โภชนาการ ๒. สุขศึกษา ๓. จัดหาน้ำสะอาดและสุขาภิบาล ๔. ฝ้าระวังโรคประจำถิ่น ๕. สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ๖. รักษาพยาบาลเบื้องต้น ๗. จัดหายาที่จำเป็น ๘. อนามัยแม่และเด็ก ๙. สุขภาพจิต ๑๐. สุขภาพฟัน ๑๑. อนามัยและสิ่งแวดล้อม ๑๒. คุ้มครองผู้บริโภค ๑๓. อุบัติเหตุและฟื้นฟูสภาพผู้พิการ ๑๔. โรคเอดส์ การที่จะกระทำกิจกรรมเหล่านี้ ได้สำเร็จนั้น จะต้องใช้กลวิธีของสาธารณสุขมูลฐานหรือจะเรียกว่าหลักการของสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญ ๔ ประการ คือ

๑) การมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสำคัญตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่เตรียมชุมชนการฝึกอบรมการติดตาม ดำเนินกิจกรรมต่างๆให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้ามาช่วยเหลื่องานด้านสาธารณสุข ทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ มิได้ หมายถึงชุมชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐ ในการพัฒนา หากแต่หมายถึงประชาชนใน ชุมชนนั้นเองเป็นผู้วิเคราะห์ปัญหา ตลอดจนแนวทางการแก้ไข ปัญหาของชุมชน ทั้งนี้ โดยชุมชนมีความสามารถในการแยกแยะได้ว่าวิธี การแก้ไขปัญหาใดประชาชนในชุมชน สามารถแก้ไขได้ วิธีการใดที่อยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชนก็จะต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้แก้ไขปัญหา

๒) การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมเทคนิคและวิธีการใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐานควรเป็นเทคนิควิธีการ ที่ง่าย ไม่ซับซ้อนยุ่งยาก เหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้ เทคนิควิธีการ ซึ่งหมายรวมถึงแต่วิธีการค้นหาปัญหา ขบวนการในการแก้ไขปัญหา จนกระทั่งเทคนิคในการแก้ไขปัญหา โดยชุมชนเอง เช่น การใช้สมุนไพรในชุมชน การนวดไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยในชุมชน เป็นต้น เทคนิค เหล่านี้ อาจเป็นภูมิความรู้เดิมในชุมชนที่ชุมชนมีการถ่ายทอดในการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขของตนเอง มาเป็นเวลาช้านานแล้ว เช่น การใช้ยาหรือแพทย์แผนไทยในการรักษาพยาบาลโรคง่าย ๆ บางอย่าง หรือเป็น ภูมิความรู้ใหม่ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติมว่าเหมาะสมกับชุมชนในการแก้ไขปัญหากการเรียนรู้ไปยังอีกชุมชน หนึ่งในลักษณะที่ประชาชนถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนกันเองอาจจะเกิดขึ้นโดยธรรมชาติหรือโดยการสนับสนุน ช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ภาครัฐโดยวิธีการที่เรียกว่าการแลกเปลี่ยนเทคโนโลยี ระหว่างหมู่บ้าน จะทำให้ ขบวนการเรียนรู้เหล่านี้เป็นไปโดยกว้างขวางรวดเร็วซึ่งจะเป็นประโยชน์กับประชาชนในการแก้ไขปัญหา ของเขาเองประชาชนสามารถปฏิบัติได้

๓) มีการปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐ เพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการของรัฐ และระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐจะต้องปรับให้เชื่อมต่อและรองรับงาน สาธารณสุขมูลฐานด้วย ทั้งนี้โดยมีความมุ่งหมาย ดังนี้

- ต้องการให้เกิดการกระจายการครอบคลุมบริการให้ทั่วถึง
- การกระจายทรัพยากรลงสู่มวลชน
- การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

๔) การผสมผสานกับงานกระทรวงอื่น ๆ งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จผลได้ต้อง ผสมผสานทำงานไปด้วยกันได้ทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุขเองและกระทรวงอื่น ๆ

### ๓.๒ แนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน

ระบบสุขภาพภาคประชาชน คือการทำให้พึ่งตนเองของประชาชนซึ่งการพึ่งตนเองเป็นตัวเร่งให้ประชาชนเข้มแข็งลดการพึ่งรัฐ และจะทำให้เกิดสุขภาพดีแบบพอเพียงซึ่งสุขภาพที่ดีจะ เกิดขึ้นได้เป็นหน้าที่ของประชาชนทุกคนที่จะต้องดูแลสุขภาพตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ในการดูแลสุขภาพในชุมชนในสังคม ดังนั้น ระบบสุขภาพภาคประชาชนจึงเป็นระบบที่เติมเต็มระบบสุขภาพของชาติ ระบบเติมและเกิดเป็นระบบสุขภาพที่สมบูรณ์ขึ้น เพราะเป็นกลไกการ เชื่อมต่อระหว่างกลไกภาครัฐ กับภาคประชาชนที่จะให้บรรลุผลการมีสุขภาพดี และลดค่าใช้จ่ายใน ระบบของสุขภาพลดลง

ระบบสุขภาพภาคประชาชน หมายถึงกระบวนการที่สมาชิกของสังคมหรือชุมชนนั้นมี ความรู้ความเข้าใจ ร่วมมือกัน ดูแล และบริหารจัดการให้เกิดสุขภาพที่ดีขึ้นพื้นฐานด้วยตนเอง ด้วยการสนับสนุนองค์ความรู้เทคโนโลยีและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, ๒๕๔๖, หน้า๒๒) โดยองค์ประกอบของการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนเพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน ประกอบด้วยองค์ประกอบ ๓ ประการ คือ

“คน” เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญในการพัฒนาใดๆก็ตามจะต้องมีคนที่อยู่ในชุมชนรวมตัวกัน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำอาจเริ่มจากคนกลุ่มหนึ่งอาจจะมากหรือน้อยก็ตามซึ่งมีความแตกต่าง หลายกลุ่มต่างอาชีพ ต่างฐานะ ต่างความคิด ต่างเพศ ต่างวัย แต่มีจิตใจเดียวกันเพื่อส่วนรวมและมีเป้าหมายร่วมกัน มีการขยายแนวร่วมออกไปเรื่อย ๆ

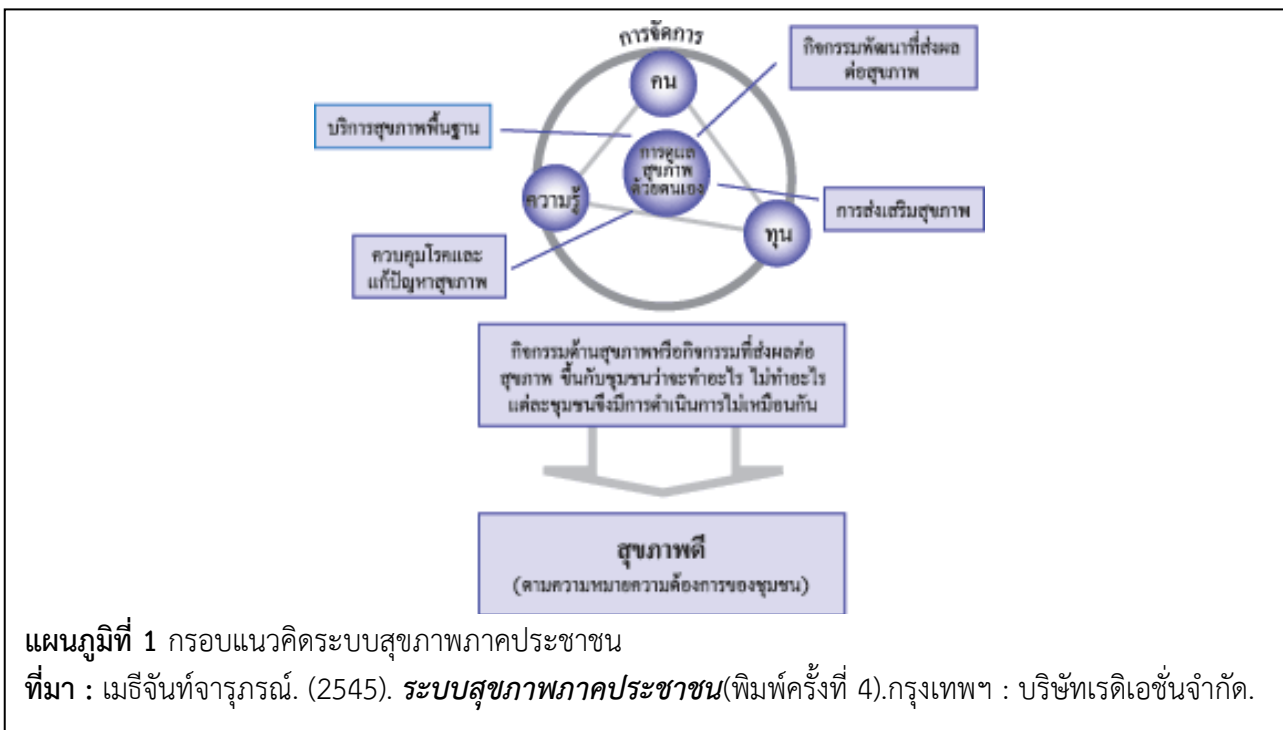
“องค์ความรู้” ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆของชุมชนจำเป็นต้องมีองค์ความรู้วิธีการ เทคโนโลยี ภูมิปัญญาและประสบการณ์จะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้การถ่ายทอดและการกระจายความรู้ข้อมูลข่าวสารในชุมชน

“ทุน” เพื่อการพัฒนาสุขภาพการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยทุนที่เป็นตัว เงิน และทุนที่ไม่ใช่ตัวเงินหรือทุนทางสังคมและทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งทุนที่เป็นตัวเงินจะมีความหมายในลักษณะการเงิน การคลังด้านสุขภาพและการพัฒนาด้านต่าง ๆ เพื่อจัดการบริการ ให้กับคนในชุมชนอย่างคุ้มค่า คุ้มค่าเวลาที่ทำงานและประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งแต่ละชุมชน สามารถแสวงหาแหล่งทุนได้ทั้งภายนอกและภายในชุมชนนำมาบริหารจัดการให้เกิดผลกำไรแล้วนำดอกผลมาใช้ในการพัฒนาต่อไป

นอกจากองค์ประกอบหลัก ๓ ประการแล้วหัวใจสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชน คือ การจัดการเพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการในที่นี้ คือ การปฏิบัติการประสานให้ความสมดุลเพื่อการเคลื่อนไหวของปัจจัยคนองค์ความรู้หรือ วิธีการทำงาน และทุน เพื่อการพัฒนาสุขภาพ ให้เกิดการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการของคนใน



ชุมชนป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน แสดงเป็นแผนภาพเชิงแนวคิดองค์ประกอบระบบสุขภาพภาคประชาชนดังแผนภูมิที่ ๑



#### ส่วนที่ ๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาสถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัวที่ได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. และระบบบริการสุขภาพของชุมชนตลอดจนศึกษาภาพรวมของการดูแลสุขภาพของครอบครัวเชื่อมโยงการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชนซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาและช่วยให้การทำวิจัยครั้งนี้มีข้อมูลสนับสนุน เพื่อใช้ในการอ้างอิง และสามารถรวบรวมในรายละเอียดได้ดังนี้

ทีมวิจัยของสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน (๒๕๔๕) ได้ทำวิจัยในการศึกษาปัญหาสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ใน พ.ศ.๒๕๔๕ การวิจัยดังกล่าวเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) กลุ่มประชากรที่ศึกษาคือครอบครัวไทยในเขตชนบท โดยกลุ่มตัวอย่างคัดจากภาคทั้ง ๔ ภาคๆ ละ ๓ จังหวัด รวม ๑๒ จังหวัด แต่ละจังหวัดคัดเลือก ๑ อำเภอ ๒ ตำบล ๔ หมู่บ้านๆ ละ ๓๕ ครอบครัว รวมทั้งสิ้น ๑,๖๘๐ ครอบครัว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๗๔.๑ มีอายุเฉลี่ย ๔๔.๙ ปี ส่วนใหญ่แต่งงานและอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ ๗๑.๙ สถานภาพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ร้อยละ ๖๑.๙ การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๗๑.๘ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ ๖๑.๓ มีรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาทต่อเดือน ร้อยละ ๓๗.๓ ความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ ๖๗.๘ ลักษณะของครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ ๗๔.๖ จำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง ๔-๕ คน ร้อยละ ๔๖.๐ สมาชิกในครอบครัวเป็น อสม. ร้อยละ ๑๑.๒ ผลของการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

๑. ปัญหาสุขภาพของครอบครัว ประกอบด้วย การเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด/ไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ ๖๗.๔ ปวดคอ/เข้า/หลัง/ไหล่ ร้อยละ ๖๔.๕ ปวดท้อง/โรคกระเพาะ ร้อยละ ๓๙.๙ โรคติดต่อ ได้แก่ อูจจาระร่วง ร้อยละ ๒๖.๐ ไข้เลือดออก ร้อยละ ๒.๙ วัณโรค ร้อยละ ๑.๐ และโรคเอดส์ ร้อยละ ๐.๔ โรคไม่ติดต่อ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๑๘.๐ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๗.๙ โรคหัวใจ ร้อยละ ๖.๕ โรคไต/นิ่ว ร้อยละ ๕.๖ ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ ๒.๙ และโรคเมะเร็ง ร้อยละ ๑.๑ อุบัติเหตุทั่วไป ร้อยละ ๑๓.๙ ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ วิตกกังวล/เครียด ร้อยละ ๓๐.๓ ตีดยา/สารเสพติด ร้อยละ ๒.๗ ตีดยาเรื้อรัง ร้อยละ ๑.๖ ปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อครอบครัวในการดำรงชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ ค่าใช้จ่ายและด้านจิตใจ ร้อยละ ๕๘.๑

๒. วิธีการดูแลสุขภาพของครอบครัวเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จากการวิจัยพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่ ทราบวิธีการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเล็กน้อย ได้แก่ ไข้หวัด/คัดจมูก ร้อยละ ๙๖.๖ ปวดข้อ/เข้า/หลัง/ไหล่ ร้อยละ ๙๓.๓ ปวดท้อง/โรคกระเพาะ ร้อยละ ๙๑.๙ และเป็นไข้ ตัวร้อน ร้อยละ ๙๗.๘ โรคติดต่อ ได้แก่ ท้องร่วง/ท้องเดิน/ท้องเสีย ทราบวิธีป้องกัน ร้อยละ ๘๙.๑ ทราบวิธีรักษา ร้อยละ ๘๙.๕ ไข้เลือดออก ทราบวิธีป้องกัน ร้อยละ ๙๓.๙ ทราบวิธีดูแลผู้ป่วย ร้อยละ ๘๓.๘ ทราบวิธีการป้องกันโรคเอดส์ ร้อยละ ๘๖.๘ ทราบวิธีการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ ๖๘.๗ ทราบวิธีการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย โรคไม่ติดต่อ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๖๔.๙ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๖.๙ อุบัติเหตุจราจร ร้อยละ ๙๒.๓ สุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล เครียด กลุ้มใจ ร้อยละ ๙๑.๔ วิธีการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่ครอบครัวส่วนใหญ่ ไม่ทราบคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ ๕๕.๑ ครอบครัวมียาสามัญประจำบ้านไว้ใช้ในยามเจ็บป่วย ร้อยละ ๙๒.๕ มีการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรค ร้อยละ ๕๔.๖ ครอบครัวได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านทางโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ ๖๖.๘ รองลงมาคือได้รับจาก อสม. ร้อยละ ๕๙.๘ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ ๕๕.๖ ครอบครัวมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาล ร้อยละ ๙๙.๖ เป็นบัตรทอง (๓๐ บาท) ร้อยละ ๘๘.๙ สถานบริการสาธารณสุขที่ครอบครัวส่วนใหญ่ใช้บริการได้แก่ สถานีอนามัย ร้อยละ ๗๔.๖ โรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ ๗๑.๖ โรงพยาบาล/คลินิกเอกชน ร้อยละ ๒๙.๘ และส่วนใหญ่พึงพอใจในบริการที่ได้รับ ร้อยละ ๙๓.๑

๓. วิธีการดูแลสุขภาพของครอบครัวในภาวะปกติ ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ งานวิจัยพบว่า ครอบครัวส่วนใหญ่กินอาหารครบ ๓ มื้อ ร้อยละ ๗๑.๐ กินผักสด/ผักพื้นบ้าน ร้อยละ ๘๘.๔ มีการนอนพักผ่อนที่เพียงพอ ร้อยละ ๘๑.๑ มีการดูแลสุขภาพจิตด้วยการดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ร้องเพลง ร้อยละ ๕๕.๔ ทำกิจกรรมผ่อนคลาย เช่น เดินเล่น นั่งเล่น เลี้ยงนก เลี้ยงปลา ไปเที่ยว ร้อยละ ๕๐.๑ ในด้านการป้องกันโรค พบว่าครอบครัวนำบุตรหลานไปรับวัคซีนตามนัด ร้อยละ ๙๓.๒ การดูแลสุขภาพของครอบครัวที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพคือ การกินอาหารไม่ตรงเวลา ร้อยละ ๕๗.๑ กินอาหารที่มีไขมันสูง ร้อยละ ๗๓.๗ กินอาหารจืด ร้อยละ ๖๒.๖ กินอาหารปรุงเสร็จ (อาหารถุง) ร้อยละ ๗๐.๑ การใช้ผงชูรสในการปรุงอาหาร ร้อยละ ๙๐.๒ ไม่กินข้าวกล้อง/ข้าวซ้อมมือ ร้อยละ ๗๒.๗ การดื่มสุรา ร้อยละ ๕๗.๕ ไม่ออกกำลังกายหรือนานๆครั้ง ร้อยละ ๘๐.๒ ตีบบุหรี่ ร้อยละ ๕๓.๑ ไม่สวมหมวกกันน็อกขณะขับขี่จักรยานยนต์ ร้อยละ ๖๘.๓ ไม่คาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับรถยนต์ ร้อยละ ๕๔.๓ ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ๕๘.๗

อมาวสี อัมพันธ์ศิริรัตน์ (๒๕๓๙) ความสามารถในการดูแลตนเองกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตชนบท อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๒๑๓ คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง และแบบประเมินภาวะสุขภาพ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ๑. ความสามารถในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ ๐.๕๙๓๙ ( $p < ๐.๐๐๑$ )

๒. เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ตามปัจจัยพื้นฐาน ๒.๑ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ๐.๐๑ ได้แก่ ระดับการศึกษา และลักษณะการพักอาศัย และที่ระดับ ๐.๐๕ ได้แก่ บทบาทหน้าที่ของ ผู้สูงอายุในครอบครัว ๒.๒ ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ รายได้ สถานภาพสมรส การเป็นเจ้าของบ้าน และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ๓. เปรียบเทียบ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามปัจจัยพื้นฐาน ๓.๑ ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพแตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ๐.๐๑ ได้แก่ ระดับการศึกษา การเป็นเจ้าของบ้าน และบทบาทหน้าที่ ของผู้สูงอายุในครอบครัว และที่ระดับ ๐.๐๕ ได้แก่ รายได้ สถานภาพสมรส ๓.๒ ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพ ไม่แตกต่างกันตามปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ ลักษณะการพักอาศัย และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยได้ มีข้อเสนอแนะให้พยาบาลควรมีบทบาทในการให้ความรู้ กระตุ้นให้ดูแลผู้สูงอายุให้ความสำคัญในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการพัฒนาและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งคำแนะนำวิธีการ ป้องกัน และรักษาสุขภาพอนามัยของตนเอง คู่สมรส และบุตรหลาน ควรให้การสนับสนุน ช่วยเหลือ ให้ ความรัก ความอบอุ่นแก่ผู้สูงอายุ เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวตาม ศักยภาพของตน เพื่อส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเอง และเห็นคุณค่าของการดำรงชีวิตอย่าง มีคุณค่าต่อไป

จากการศึกษาของ ฤทัยชนก กุลสืบ และวรัญญา เชื้อทอง (๒๕๕๐)ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนในตำบลห้วยกระเจาอำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๒๕๐ คน ดำเนินการศึกษาเชิงพรรณนา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามไปให้กลุ่มตัวอย่างที่อ่านหนังสือได้ตอบกลับมา นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อหาค่า ร้อยละค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติ t-test และ F-test การวิจัยครั้งนี้กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ ๐.๐๕ ผลของการศึกษาได้มีข้อเสนอแนะดังนี้

๑. จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว ดังนั้น ในการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนที่นอกเหนือจากตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวและกลุ่มอื่นๆ ควรให้กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวนั้นๆถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ การปฏิบัติตน การดูแลตนที่ถูกต้องและเหมาะสมแทนบุคลากรทางการแพทย์ เพราะการถ่ายทอดจากประสบการณ์จริงและการปฏิบัติตนที่เป็นแบบอย่างให้แก่ประชาชนเข้าใจ จะทำให้ประชาชนได้รับความรู้ที่เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ และตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองและมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนติดเป็นนิสัย

๒. ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นในการวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนควรสนับสนุนให้ประชาชนได้รับรู้ถึงประโยชน์การดูแลสุขภาพตนเองมากที่สุดด้วยวิธีการต่างๆ ตามความเหมาะสมความถนัดและเกิดความถูกต้องมากที่สุด เพื่อให้เกิดความตระหนักและสามารถตัดสินใจปฏิบัติตนได้ถูกต้องด้วยตนเอง จนเป็นนิสัยติดตัวตลอดไป ซึ่งจะทำให้เกิดผลของพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเกิดประโยชน์แก่ตนเอง

๓. ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้บริการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก โดยการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการร่วมกัน สามารถที่จะดำเนินงานที่ประสานสอดคล้องกันได้ในทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดประโยชน์เกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับที่สูงขึ้นและควรให้บริการความรู้โดยการแนะนำเรื่องการดูแลสุขภาพไปด้วย เพื่อที่จะทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในระดับที่สูงขึ้น

## บทที่ ๓ วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย วิธีการดูแลสุขภาพสมาชิกในครอบครัว การส่งเสริมสุขภาพกายและจิตของครอบครัว การได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพชุมชนของครอบครัว ในการวิจัยจะทำการเก็บข้อมูลในพื้นที่ ๔ จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยการใช้แบบสอบถามตัวแทนของครอบครัว

### ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และวิธีการสุ่มตัวอย่าง

#### ประชากร

ประชากรในการทำวิจัยครั้งนี้ได้แก่ ครอบครัวในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีจำนวนทั้งสิ้น ๖,๒๓๓,๘๔๐ ครัวเรือน (ข้อมูลดังกล่าวอ้างอิงจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ <http://stat.bora.dopa.go.th> สืบค้นข้อมูลวันที่ ๖ ตุลาคม ๒๕๕๖)

#### การสุ่มตัวอย่าง

##### การคำนวณขนาดตัวอย่างและขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรทาโร ยามาเน (Taro Yamane, ๑๙๗๓ : ๑๒๕)

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

เมื่อ n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N แทน ขนาดของประชากร

e แทน ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง เท่ากับ ๕% หรือ ๐.๐๕

$$\begin{aligned} \text{แทนค่าในสูตร} \quad n &= \frac{๖,๒๓๓,๘๔๐}{๑+๖,๒๓๓,๘๔๐(๐.๐๕)^2} \\ n &= ๓๙๙.๙๗ \text{ ประมาณ } ๔๐๐ \end{aligned}$$

ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ศึกษาได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตร  $n = N / [๑+N(e^2)]$  ของ Taro Yamane โดยขนาดของประชากร (N) เท่ากับ ๖,๒๓๓,๘๔๐ ครัวเรือน ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) เท่ากับ ๕% หรือ ๐.๐๕ ได้จำนวนครัวเรือนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างของทั้งภาคตะวันออกเฉียงเหนือขั้นต่ำเท่ากับ ๔๐๐ ครัวเรือน เพื่อให้ข้อมูลที่เก็บได้สะท้อนถึงความหลากหลายและมีจำนวนมากพอที่จะเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดตัวอย่างจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตามเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข แบ่งออกเป็น ๔ เขตๆ ละ ๑ จังหวัด รวม ๔ จังหวัด เพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูลจึงได้กำหนดให้มีการเก็บข้อมูลจังหวัดละ ๑๒๐ ครอบครัว ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ จึงมีทั้งสิ้น รวม ๔๘๐ ครัวเรือน

## วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ในการสุ่มตัวอย่างผู้ศึกษาได้มีการคัดเลือกให้มีการกระจายครอบคลุมในทุกเขตตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุขในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศ โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) ดังนี้

**ขั้นตอนที่ ๑** สุ่มจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เขตตรวจราชการละ ๑ จังหวัด รวม ๔ จังหวัด ดังนี้

เขต ๗ ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์

เขต ๘ ได้แก่ จังหวัดหนองบัวลำภู

เขต ๙ ได้แก่ จังหวัดบุรีรัมย์

เขต ๑๐ ได้แก่ จังหวัดมุกดาหาร

**ขั้นตอนที่ ๒** สุ่มอำเภอ จากจังหวัดที่ถูกสุ่มในขั้นตอนที่ ๑ โดยการสุ่มตัวอย่างจังหวัดละ ๒ อำเภอ ได้อำเภอพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน ๘ อำเภอ

**ขั้นตอนที่ ๓** สุ่มตำบล จากอำเภอที่ถูกสุ่มในขั้นตอนที่ ๒ โดยการสุ่มตัวอย่างอำเภอละ ๑ ตำบล (ตำบลจัดการสุขภาพ) ได้ตำบลที่เป็นพื้นที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนรวม ๘ ตำบล

**ขั้นตอนที่ ๔** สุ่มหมู่บ้าน จากตำบลที่ถูกสุ่มในขั้นตอนที่ ๓ โดยการสุ่มตัวอย่างตำบลละ ๒ หมู่บ้าน ดังนั้น จะได้พื้นที่ในการเก็บข้อมูลรวมทั้งสิ้น ๑๖ หมู่บ้าน

**ขั้นตอนที่ ๕** สุ่มครอบครัว จากตำบลที่ถูกสุ่มในขั้นตอนที่ ๔ โดยการสุ่มตัวอย่างหมู่บ้านละ ๓๐ ครอบครัว ดังนั้นจะได้ตัวแทนครอบครัวในการเก็บข้อมูล จำนวนทั้งสิ้น ๔๘๐ ครอบครัว ดังรายละเอียดในตารางที่ ๑

**ตารางที่ ๑** จำนวนและร้อยละของข้อมูลที่เก็บได้ตามเป้าหมาย จำแนกรายจังหวัด

จังหวัด	เป้าหมาย	จำนวนที่เก็บได้	ร้อยละ
๑. กาฬสินธุ์	๑๒๐	๑๒๐	๑๐๐
๒. มุกดาหาร	๑๒๐	๑๒๐	๑๐๐
๓. หนองบัวลำภู	๑๒๐	๑๒๐	๑๐๐
๔. บุรีรัมย์	๑๒๐	๑๒๐	๑๐๐
<b>รวม</b>	<b>๔๘๐</b>	<b>๔๘๐</b>	<b>๑๐๐</b>

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยได้ตรวจสอบเอกสารแนวคิดและทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ความหมายของการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง แนวคิดและบทบาทการดูแลสุขภาพ ครอบครัว และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างมีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบหรือเติมข้อความที่เป็นจริง ประกอบด้วย ๔ ส่วนดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เป็นคำถามเกี่ยวกับ คุณลักษณะทางด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว รวม ๘ ข้อ

ส่วนที่ ๒ สถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัว โดยแบ่งเป็นคำถามดังต่อไปนี้

- การเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมา ได้แก่ การเจ็บป่วยเล็กน้อย โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ ปัญหาสุขภาพจิตและความพิการ และโรคอื่นๆ รวม ๒๐ อาการ/โรค

- วิธีการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว เป็นคำถามเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ เมื่อเกิดการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ การเจ็บป่วยเล็กน้อย การเจ็บป่วยรุนแรง คำถามที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ตลอดจนคำถามที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการติดยาหรือสารเสพติด รวม ๑๕ ข้อ

ส่วนที่ ๓ การได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม.และระบบบริการสุขภาพของชุมชน เป็นคำถามที่เกี่ยวกับการได้รับบริการสุขภาพจาก อสม. ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การถ่ายทอดความรู้ การบริการสุขภาพเบื้องต้น การเยี่ยมบ้านจาก อสม. และการได้รับบริการสุขภาพจากระบบบริการสุขภาพของชุมชน ได้แก่ มีคสมช.หรือจุดให้บริการด้านสุขภาพโดย อสม. มีการเฝ้าระวังปัญหาสาธารณสุข และมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของชุมชน รวม ๘ ข้อ

ส่วนที่ ๔ ภาพรวมของการดูแลสุขภาพของครอบครัวเชื่อมโยงการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน เป็นคำถามที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน ได้แก่ การร่วมประชุมประชาคม/วางแผนจัดทำโครงการ/กิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน และการร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน เช่น การร่วมจัดกิจกรรมเฝ้าระวังคัดกรองด้านสุขภาพ การร่วมจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี การร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนและการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารความรู้สุขภาพให้กับสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ตลอดจนการประเมินความพึงพอใจต่อการให้บริการของ อสม. และข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานของ อสม.ในชุมชน รวม ๗ ข้อ

เมื่อทีมวิจัยสร้างแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๕ ท่าน เพื่อตรวจสอบเนื้อหา (Content validity) และได้มีการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำผู้เชี่ยวชาญ

### การวัดตัวแปร

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีการวัดตัวแปร ดังต่อไปนี้

**๑.ข้อมูลทั่วไป** ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพในครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว

**วิธีการวัดตัวแปร** เพศ แบ่งออกเป็น ๒ ระดับคือ จำนวนชาย และหญิง

**วิธีการวัดตัวแปร** อายุ แบ่งออกเป็น ๔ ระดับคือ น้อยกว่า ๓๐ ปี, ๓๑-๔๕ ปี, ๔๖-๖๐ ปี, ๖๑ ปีขึ้นไป

**วิธีการวัดตัวแปร** สถานภาพสมรส แบ่งออกเป็น ๓ ระดับคือโสด, คู่, หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

**วิธีการวัดตัวแปร** สถานภาพในครอบครัว แบ่งออกเป็น ๕ ระดับคือหัวหน้าครอบครัว, สามี/ภรรยาของหัวหน้าครอบครัว, สมาชิกในครอบครัว, อื่นๆ

**วิธีการวัดตัวแปร** ระดับการศึกษา แบ่งออกเป็น ๖ ระดับคือไม่ได้เรียน, ประถมศึกษา, มัธยมศึกษาตอนต้น, มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช., อนุปริญญา/ปวส., ปริญญาตรีหรือสูงกว่า

**วิธีการวัดตัวแปร** อาชีพแบ่งออกเป็น ๖ ระดับคือไม่ได้ประกอบอาชีพ, เกษตรกรรม, รับจ้างทั่วไป, ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว, รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ, อื่นๆเช่น การเมืองท้องถิ่น, กำลังศึกษา, พระภิกษุ

**วิธีการวัดตัวแปร** รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนแบ่งออกเป็น ๕ ระดับคือรายได้เฉลี่ยไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท, ๓,๐๐๑ - ๕,๐๐๐ บาท, ๕,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐ บาท, ๑๐,๐๐๑ - ๑๕,๐๐๐ บาท, มากกว่า ๑๕,๐๐๐ บาท

**วิธีการวัดตัวแปร** จำนวนสมาชิกในครอบครัวแบ่งออกเป็น ๔ ระดับคือจำนวนสมาชิก ๑-๓ คน, ๔-๖ คน, ๗-๙ คน, มากกว่า ๙ คน

## ๒. ปัญหาสุขภาพของครอบครัว

- ๒.๑ อาการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว ในรอบ ๑ ปี
- ๒.๒ การเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดท้อง/โรคกระเพาะ
- ๒.๓ โรคติดต่อ เช่น อูจจาระร่วง ไข้เลือดออก วัณโรค ฯลฯ
- ๒.๔ โรคไม่ติดต่อ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต/นิ่ว ไขมันในเลือดสูง โรคมะเร็ง
- ๒.๕ ปัญหาสุขภาพจิต เช่น วิตก กังวล/เครียด ติดยา/สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง
- ๒.๖ พิการ และอื่นๆ เช่นโรคเกี่ยวกับ ข้อ และกระดูก

**วิธีการวัดตัวแปร** แบ่งออกเป็น ๒ ระดับ คือ

๑. มีปัญหาสุขภาพ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย ๑ คน มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคหรืออาการดังกล่าว
๒. ไม่มีปัญหาสุขภาพ หมายถึง ไม่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย

## ๓. วิธีการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

- ๓.๑ วิธีการดูแลสุขภาพเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยได้แก่
  - ดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น ซักยากินเอง เช็ดตัวลดไข้ ปฐมพยาบาล ฯลฯ
  - ปรึกษา/ขอรับคำแนะนำจากอสม.
  - ใช้บริการสุขภาพที่สถานพยาบาล เช่น รพ.สต./คลินิก/โรงพยาบาล
  - อื่นๆ
- ๓.๒ วิธีการดูแลสุขภาพเมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยรุนแรง
  - ดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น ซักยากินเอง เช็ดตัวลดไข้ ปฐมพยาบาล ฯลฯ
  - ปรึกษา/ขอรับคำแนะนำจากอสม.
  - ใช้บริการสุขภาพที่สถานพยาบาล เช่น รพ.สต./คลินิก/โรงพยาบาล
  - อื่นๆ

**วิธีการวัดตัวแปร** แบ่งออกเป็น ๒ ระดับคือ

๑. ทราบวิธีการดูแล หมายถึง ครอบครัวสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดโรคหรืออาการดังกล่าว
๒. ไม่ทราบวิธีการดูแล หมายถึง ครอบครัวไม่สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดโรคหรืออาการดังกล่าว

## ๔. การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว

- ๔.๑ การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการรับประทานอาหาร ได้แก่
  - การรับประทานอาหารรสชาติใดเป็นประจำ เช่น รสจืด รสชาติกลางๆ รสจัด
  - การรับประทานอาหารผักและผลไม้ เช่น ทุกวัน, ๒-๓ วันครั้ง, นานๆครั้ง
  - การรับประทานอาหารประเภทใดเช่น ต้มหนึ่งแกง ผัดทอด สุกๆดิบๆ อย่าง

**วิธีการวัดตัวแปร แบ่งออกเป็น ๒ ระดับคือ**

๑. ทราบการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวทราบประโยชน์ของการกินอาหารในรสชาติต่าง ประโยชน์ของผักผลไม้ และประเภทของอาหาร
  ๒. ไม่ทราบการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ หมายถึง สมาชิกในครอบครัวไม่ทราบประโยชน์ของการกินอาหารในรสชาติต่าง ประโยชน์ของผักผลไม้ และประเภทของอาหาร
- ๔.๒ การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง

**วิธีการวัดตัวแปร แบ่งออกเป็น ๒ ระดับคือ**

๑. ออก หมายถึง การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง
  ๒. ไม่ออก หมายถึง ไม่การออกกำลังกายหรือออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง
- ๔.๓ การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านวิธีการพักผ่อนจิตใจเช่นนั่งสมาธิสวดมนต์ทำบุญ

**วิธีการวัดตัวแปร แบ่งออกเป็น ๒ ระดับคือ**

๑. ทำหมายถึง นั่งสมาธิสวดมนต์ทำบุญ
  ๒. ไม่ทำหมายถึง ไม่นั่งสมาธิสวดมนต์ทำบุญ
- ๔.๔ การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ด้านการดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ บุหรี่หรือสารเสพติด

**วิธีการวัดตัวแปร แบ่งออกเป็น ๒ ระดับคือ**

๑. ดื่ม/สูบหมายถึง การดื่มสุราและสูบบุหรี่
๒. ไม่ดื่ม/ไม่สูบหมายถึง ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่

**๕. การได้รับบริการด้านสุขภาพจากอสม. และระบบบริการสุขภาพของชุมชน**

**๕.๑ การได้รับบริการสุขภาพจากอสม. ได้แก่**

- ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากอสม.
- ได้รับคำแนะนำและการถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจากอสม.
- ได้รับการบริการสุขภาพเบื้องต้นจากอสม.เช่นปฐมพยาบาลการส่งต่อ
- ได้รับการตรวจคัดกรองด้านสุขภาพเช่นวัดความดันโลหิตตรวจเบาหวาน ฯลฯ จากอสม.
- ได้รับการเยี่ยมบ้านจากอสม.

**วิธีการวัดตัวแปร แบ่งออกเป็น ๒ ระดับคือ**

๑. ได้รับ หมายถึง การได้รับบริการด้านต่างๆ จาก อสม.
๒. ไม่ได้รับ หมายถึง การไม่ได้รับบริการด้านต่างๆ จาก อสม.

๕.๒ การได้รับบริการสุขภาพจากระบบบริการสุขภาพของชุมชน ได้แก่ หมู่บ้าน/ชุมชนมีศสมช. หรือจุดให้บริการด้านสุขภาพโดยอสม. ที่สามารถไปใช้บริการได้สะดวก

- มีการเฝ้าระวังปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชนเช่นกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายการตรวจสารปนเปื้อนในอาหาร ฯลฯ

- มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนเช่นออกกำลังกายจัดกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพ ฯลฯ

**วิธีการวัดตัวแปร แบ่งออกเป็น ๒ ระดับคือ**

๑. ได้รับหมายถึง การได้รับบริการด้านต่างๆ จากระบบบริการสุขภาพของชุมชน
๒. ไม่ได้รับ หมายถึง การไม่ได้รับบริการด้านต่างๆ จากระบบบริการสุขภาพของชุมชน



## ๖. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน

๖.๑ ร่วมประชุมประชาคม/วางแผนจัดทำโครงการ/กิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน

๖.๒ ร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน ได้แก่

- ร่วมจัดกิจกรรมเฝ้าระวังคัดกรองด้านสุขภาพ เช่น วัดความดัน โลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ

- ร่วมจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น รณรงค์ กำจัดลูกน้ำยุงลาย รณรงค์ทำ

ความสะอาดชุมชน ฯลฯ

- ร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน เช่น ออกกำลังกาย ฯลฯ

- ถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารความรู้สุขภาพให้กับสมาชิกในครอบครัว

**วิธีการวัดตัวแปร** แบ่งออกเป็น ๒ ระดับคือ

๑. มี หมายถึง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน

๒. ไม่มี หมายถึง การไม่มีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอนในการดำเนินงานดังต่อไปนี้

๑. วางแผนและจัดทำแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๒. ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อชี้แจงรายละเอียดแผนการเก็บข้อมูลพื้นที่เป้าหมายเพื่อขอความร่วมมือจังหวัดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๓. ชี้แจงรายละเอียดของแบบสอบถาม วิธีการเก็บข้อมูลแก่ผู้ประสานงานจังหวัด

๔. ลงพื้นที่เก็บข้อมูล และติดตามสนับสนุนการเก็บข้อมูลของแต่ละจังหวัด

๕. ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถามทุกชุด ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ มีขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

๑. นำแบบสอบถามมาลงรหัสข้อมูลตามคู่มือลงรหัส

๒. บันทึกข้อมูลลงเครื่องคอมพิวเตอร์

๓. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window (Statistical Package for the Social Science for window) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## บทที่ ๔ ผลการศึกษา

ผลการศึกษสามารถจำแนกข้อมูลออกเป็น ๔ ส่วน ดังนี้  
 ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง  
 ส่วนที่ ๒ สถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัว  
 ส่วนที่ ๓ การได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. และระบบบริการสุขภาพของชุมชน  
 ส่วนที่ ๔ ภาพรวมของการดูแลสุขภาพของครอบครัวเชื่อมโยงการจัดกิจกรรม

### ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๖๗.๑๐ มีอายุระหว่าง ๔๖ - ๖๐ ปี ร้อยละ ๓๒.๕๐ มีสถานภาพสมรสแบบ คู่/สมรส ร้อยละ ๖๙.๐๐ ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ ๔๖.๔๐ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๖๕.๑๐ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ ๖๕.๒๐ มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนจำนวน ๕,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๒๙.๙๐ และส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว ๔ - ๖ คน ร้อยละ ๖๑.๙๐ ดังรายละเอียดในตารางที่ ๒

ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	๑๕๗	๓๒.๙๐
หญิง	๓๒๐	๖๗.๑๐
<b>อายุ</b>		
น้อยกว่า ๓๐ ปี	๗๕	๑๕.๖๐
๓๑ - ๔๕ ปี	๑๓๒	๒๗.๕๐
๔๖ - ๖๐ ปี	๑๕๖	๓๒.๕๐
๖๑ ปีขึ้นไป	๑๑๗	๒๒.๔๐
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	๖๐	๑๒.๕๐
คู่	๓๓๑	๖๙.๐๐
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	๘๙	๑๘.๕๐
<b>สถานภาพในครอบครัว</b>		
หัวหน้าครอบครัว	๒๒๐	๔๖.๔๐
สามี/ภรรยาของหัวหน้าครอบครัว	๑๒๕	๒๖.๔๐
สมาชิกในครอบครัว	๑๒๗	๒๖.๘๐
อื่นๆ	๒	๐.๔๐

**ตารางที่ ๒ จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (ต่อ)**

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้เรียน	๑๐	๒.๑๐
ประถมศึกษา	๓๑๑	๖๕.๑๐
มัธยมศึกษาตอนต้น	๖๖	๑๓.๘๐
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	๗๘	๑๖.๓๐
อนุปริญญา/ปวส.	๖	๑.๓๐
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	๗	๑.๕๐
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	๓๖	๗.๗๐
เกษตรกรรวม	๓๐๕	๖๕.๒๐
รับจ้างทั่วไป	๖๔	๑๓.๗๐
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	๓๙	๘.๓๐
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	๗	๑.๕๐
อาชีพอื่นๆ เช่น การเมืองท้องถิ่น กำลังศึกษา และพระภิกษุ เป็นต้น	๑๗	๓.๖๐
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน</b>		
ไม่เกิน ๓,๐๐๐ บาท	๑๒๕	๒๖.๕๐
๓,๐๐๑ - ๕,๐๐๐ บาท	๑๒๔	๒๖.๓๐
๕,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐ บาท	๑๔๑	๒๙.๙๐
๑๐,๐๐๑ - ๑๕,๐๐๐ บาท	๓๔	๗.๒๐
มากกว่า ๑๕,๐๐๐ บาท	๔๗	๑๐.๐๐
<b>จำนวนสมาชิกในครอบครัว</b>		
๑ - ๓	๑๓๖	๒๘.๓๐
๔ - ๖	๒๙๗	๖๑.๙๐
๗ - ๙	๓๖	๗.๕๐
มากกว่า ๙	๑๑	๒.๓๐

**ส่วนที่ ๒ สถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัว**

จากการศึกษา พบว่าในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมาสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด ปวดกล้ามเนื้อ ปวดท้อง หรือโรคกระเพาะ ร้อยละ ๖๖.๖๗ รองลงมาป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ร้อยละ ๔๕.๒๑ เช่น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๑๘.๙๖ โรคไต/นิ่ว ร้อยละ ๕.๒๑ และโรคเบาหวาน ร้อยละ ๕.๐๐ และปัญหาด้านสุขภาพจิตและความพิการในจำนวนที่เท่ากัน ร้อยละ ๗.๐๕

วิธีดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย ส่วนใหญ่เข้ารับบริการที่สถานพยาบาล เช่น รพ.สต./คลินิก/โรงพยาบาล ร้อยละ ๗๗.๕๐ รองลงมา คือดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น การซื้อยากินเอง เช็ดตัว ลดไข้ ปฐมพยาบาล ฯลฯ ร้อยละ ๔๘.๙๖ และขอคำปรึกษา/ขอรับคำแนะนำจากอสม. ร้อยละ ๔๗.๗๑

เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยรุนแรง พบว่าส่วนใหญ่จะเลือกใช้บริการจากสถานพยาบาลเป็นหลัก ร้อยละ ๘๓.๓๓ รองลงมาคือขอคำปรึกษา/คำแนะนำจาก อสม. และดูแลสุขภาพตนเอง เช่น ซื้อมากินเอง เช็ดตัวลดไข้ ปฐมพยาบาลฯ คิดเป็นร้อยละ ๓๕.๔๒ และร้อยละ ๒๐.๖๓ ตามลำดับ รายละเอียดได้ดังตารางที่ ๓ ตารางที่ ๓ ร้อยละของสถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัวจำแนกตามปัญหาสุขภาพ และ วิธีการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

ปัญหาสุขภาพของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
<b>๑. ในรอบ ๑ ปีสมาชิกในครอบครัวมีอาการเจ็บป่วยด้วยอาการ/โรค (N=๔๘๐)</b>		
- เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดท้อง/โรคกระเพาะ	๓๑๒	๖๕.๐๐
- โรคติดต่อ เช่น อูจจาระร่วง ไข้เลือดออก วัณโรค ฯลฯ	๑๐	๒.๐๘
- โรคไม่ติดต่อ	๒๑๗	๔๕.๒๑
● ความดันโลหิตสูง	๙๑	๑๘.๙๖
● โรคเบาหวาน	๒๔	๕.๐๐
● โรคหัวใจ	๒๓	๔.๗๙
● โรคไต/นิ่ว	๒๕	๕.๒๑
● ไขมันในเลือดสูง	๗	๑.๔๖
● โรคมะเร็ง	๗	๑.๔๖
- ปัญหาสุขภาพจิต เช่น วิตกกังวล/เครียด ตีดยา/สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง	๓๓	๖.๘๘
- พิการ	๓๓	๖.๘๘
- อื่นๆ เช่น โรคเกี่ยวกับ ข้อ และกระดูก	๑๓	๒.๗๘
<b>๒. วิธีการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว (N=๔๘๐)</b>		
๒.๑ สมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย		
- ดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น ซื้อมากินเอง เช็ดตัวลดไข้ ปฐมพยาบาล ฯลฯ	๒๓๕	๔๘.๙๖
- ปรึกษา/ขอรับคำแนะนำจาก อสม.	๒๒๙	๔๗.๗๑
- ใช้บริการสุขภาพที่สถานพยาบาล เช่น รพ.สต./คลินิก/โรงพยาบาล	๓๗๒	๗๗.๕๐
- อื่นๆ	๗	๑.๔๖
๒.๒ สมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยรุนแรง		
- ดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น ซื้อมากินเอง เช็ดตัวลดไข้ ปฐมพยาบาล ฯลฯ	๙๙	๒๐.๖๓
- ปรึกษา/ขอรับคำแนะนำจาก อสม.	๑๗๐	๓๕.๔๒
- ใช้บริการสุขภาพที่สถานพยาบาล เช่น รพ.สต./คลินิก/โรงพยาบาล	๔๐๐	๘๓.๓๓
- อื่นๆ	๑๐	๒.๐๘

๓.การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และด้านจิตใจ

๓.๑) การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว ด้านการรับประทานอาหาร

- รสชาติของอาหารที่รับประทานเป็นประจำ พบว่า ส่วนใหญ่รับประทานอาหารรสชาติกลาง ๆ คิดเป็นร้อยละ ๗๖.๒๕ รองลงมา รสจืด ๑๓.๕๔ และ รสจัด ร้อยละ ๘.๗๕
- การรับประทานผักและผลไม้ พบว่า ส่วนใหญ่รับประทานทุกวัน คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๕๘ รองลงมา ๒-๓ วัน/ครั้ง ร้อยละ ๓๐.๖๓ และนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ ๒.๗๑
- ประเภทของอาหารที่รับประทานเป็นประจำ พบว่า ส่วนใหญ่รับประทานอาหารประเภท ต้ม นึ่ง แกง คิดเป็นร้อยละ ๘๘.๕๔ รองลงมา ผัด ทอด ร้อยละ ๗.๒๙ และ สุก ๆ ดิบ ๆ ร้อยละ ๑.๖๗ รายละเอียดได้ดังตารางที่ ๔

**ตารางที่ ๔** ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านอาหาร

การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
ครอบครัวมีการรับประทานอาหารรสชาติใดเป็นประจำ		
- รสจัด	๔๒	๘.๗๕
- รสชาติกลางๆ	๓๖๖	๗๖.๒๕
- รสจืด	๖๕	๑๓.๕๔
ครอบครัวมีการรับประทานผักและผลไม้		
- ทุกวัน	๓๑๐	๖๔.๕๘
- ๒-๓ วันครั้ง	๑๔๗	๓๐.๖๓
- นานๆ ครั้ง	๑๓	๒.๗๑
ครอบครัวมีการรับประทานอาหารประเภทใด		
- ต้ม นึ่ง แกง	๔๒๕	๘๘.๕๔
- ผัด ทอด	๓๕	๗.๒๙
- สุกๆดิบๆ	๘	๑.๖๗
- ย่าง	๗	๑.๔๖

๓.๒) การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการออกกำลังกาย และด้านจิตใจ

ด้านการออกกำลังกายสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง คิดเป็นร้อยละ ๘๓.๑๓

ด้านจิตใจส่วนใหญ่สมาชิกครอบครัวมีวิธีการพักผ่อนจิตใจ เช่น นั่งสมาธิ สวดมนต์ ทำบุญ คิดเป็นร้อยละ ๙๐.๖๓ นอกจากนั้นสมาชิกครอบครัวในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และติดสูบบุหรี่หรือสารเสพติด ร้อยละ ๖๑.๒๕ และ ๕๗.๗๑ ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ ๕

ตารางที่ ๕ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการออกกำลังกายและด้านจิตใจ

การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
๑) ครอบครัวมีการออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง		
- ใช่	๓๙๙	๘๓.๑๓
- ไม่ใช่	๔๑	๘.๕๔
๒) ครอบครัวมีวิธีการพักผ่อนจิตใจ เช่น นั่งสมาธิ สวดมนต์ ทำบุญ		
- ใช่	๔๓๕	๙๐.๖๓
- ไม่ใช่	๔๑	๘.๕๔
๓) มีคนในครอบครัวดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
- มี	๑๘๒	๓๗.๙๒
- ไม่มี	๒๙๔	๖๑.๒๕
๒.๓.๗ มีคนในครอบครัวติดบุหรี่ หรือสารเสพติด		
- มี	๑๙๗	๔๑.๐๔
- ไม่มี	๒๗๗	๕๗.๗๑

ส่วนที่ ๓ การได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. และระบบบริการสุขภาพของชุมชน

๓.๑ การได้รับบริการสุขภาพจากอสม. สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ ๙๖.๖๗ ของครอบครัวได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจาก อสม.

การได้รับคำแนะนำและการถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า ร้อยละ ๙๖.๒๕ ได้รับคำแนะนำและการถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจาก อสม.

การได้รับการบริการสุขภาพเบื้องต้น เช่น ปฐมพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ของครอบครัวคือ ร้อยละ ๘๕.๘๓ ได้รับการบริการสุขภาพเบื้องต้นจากอสม.

การได้รับการตรวจคัดกรองด้านสุขภาพ เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจเบาหวาน ฯลฯ พบว่า ส่วนใหญ่ของครอบครัวคือร้อยละ ๙๓.๓๓ ได้รับการตรวจคัดกรองด้านสุขภาพจาก อสม.

การได้รับการเยี่ยมบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ของครอบครัวคือร้อยละ ๘๗.๕๐ ได้รับการเยี่ยมบ้านจาก อสม.

๓.๒ การได้รับบริการสุขภาพจากระบบบริการสุขภาพของชุมชน สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

หมู่บ้าน/ชุมชนมีศสมช.หรือจุดให้บริการด้านสุขภาพโดยอสม.ที่สามารถไปใช้บริการได้สะดวก พบว่า ส่วนใหญ่คือร้อยละ ๘๕.๘๓ ของหมู่บ้าน/ชุมชนมี ศสมช. หรือจุดให้บริการด้านสุขภาพโดย อสม.

การเฝ้าระวังปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน เช่น กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การตรวจสอบปนเปื้อนในอาหาร ฯลฯ พบว่า ส่วนใหญ่คือร้อยละ ๙๗.๗๑ ของหมู่บ้าน/ชุมชนมีการเฝ้าระวังปัญหาสาธารณสุข

การจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน เช่น ออกกำลังกาย รมรงค์ด้านสุขภาพ ฯลฯ พบว่า ส่วนใหญ่คือร้อยละ ๘๗.๙๒ ของหมู่บ้าน/ชุมชน มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน รายละเอียดดังตารางที่ ๖

ตารางที่ ๖ ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. และระบบบริการสุขภาพของชุมชน (N=๔๘๐)

การได้รับบริการด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
<b>๑. ได้รับบริการสุขภาพจาก อสม.</b>		
๑.๑ ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจาก อสม.	๔๖๔	๙๖.๖๗
๑.๒ ได้รับคำแนะนำและการถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจาก อสม.	๔๖๒	๙๖.๒๕
๑.๓ ได้รับการบริการสุขภาพเบื้องต้นจาก อสม.เช่น ปฐมพยาบาล การส่งต่อ	๔๑๒	๘๕.๘๓
๑.๔ ได้รับการตรวจคัดกรองด้านสุขภาพ เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจเบาหวาน ฯลฯ จาก อสม.	๔๔๘	๙๓.๓๓
๑.๕ ได้รับการเยี่ยมบ้านจาก อสม.	๔๒๐	๘๗.๕๐
<b>๒. ได้รับบริการสุขภาพจากระบบบริการสุขภาพของชุมชน</b>		
๒.๑ หมู่บ้าน/ชุมชนของท่านมี ศสมช. หรือจุดให้บริการด้านสุขภาพโดย อสม. ที่ท่านสามารถไปใช้บริการได้สะดวก	๔๒๑	๘๕.๘๓
๒.๒ มีการเฝ้าระวังปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน เช่น กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การตรวจสอบปนเปื้อนในอาหาร ฯลฯ	๔๖๙	๙๗.๗๑
๒.๓ มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน เช่น ออกกำลังกาย จัดกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพ ฯลฯ	๔๒๒	๘๗.๙๒

ส่วนที่ ๔ ภาพรวมของการดูแลสุขภาพของครอบครัวเชื่อมโยงการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน

๑. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพชุมชน

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

การร่วมประชุมประชาคม วางแผนจัดทำโครงการ/กิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่คือ ร้อยละ ๘๗.๐๘ ของครอบครัวมีส่วนร่วมประชุมประชาคม/วางแผนฯของชุมชน

การเข้าร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน ประกอบด้วย

- การเข้าร่วมจัดกิจกรรมเฝ้าระวังคัดกรองด้านสุขภาพ เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๔๒

- การร่วมจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้สุขภาพดี เช่น รณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย รณรงค์ทำความสะอาดชุมชน ฯลฯ คิดเป็นร้อยละ ๙๕.๘๓

- การร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน เช่น ออกกำลังกาย ฯลฯ คิดเป็นร้อยละ ๘๖.๒๕

- การถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารความรู้สุขภาพให้กับสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ ๙๔.๗๙

รายละเอียดได้ดังตารางที่ ๗

**ตารางที่ ๗** ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพชุมชน (N=๔๕๐)

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพชุมชน	จำนวน	ร้อยละ
๑. ร่วมประชุมประชาคม/วางแผนจัดทำโครงการ/กิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน	๔๑๘	๘๗.๐๘
๒. ร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน		
- ร่วมจัดกิจกรรมเฝ้าระวังคัดกรองด้านสุขภาพ เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ	๔๕๘	๙๕.๔๒
- ร่วมจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น รณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย รณรงค์ทำความสะอาดชุมชน ฯลฯ	๔๖๐	๙๕.๘๓
- ร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน เช่น ออกกำลังกาย ฯลฯ	๔๑๔	๘๖.๒๕
- ถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารความรู้สุขภาพให้กับสมาชิกในครอบครัว	๔๕๕	๙๔.๗๙

**๒. ความพึงพอใจต่อการให้บริการของอสม.**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจต่อการให้บริการของ อสม. ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ๕๘.๖๐

รองลงมาคือ ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ ๔๑.๐๐ และระดับน้อย ร้อยละ ๐.๔๐

รายละเอียดได้ดังตารางที่ ๘

**ตารางที่ ๘** ร้อยละความพึงพอใจต่อการให้บริการของอสม. (N=๔๖๖)

ความพึงพอใจต่อการให้บริการของอสม.	จำนวน	ร้อยละ
- มาก	๒๗๓	๕๘.๖๐
- ปานกลาง	๑๙๑	๔๑.๐๐
- น้อย	๒	๐.๔๐

**๓. ข้อเสนอแนะ**

- ควรเพิ่มอุปกรณ์ของ อสม. ให้เพียงพอกับ เช่น เครื่องมือวัดความดัน เครื่องพ่นยากันยุง
- ให้ อสม. เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานให้มากขึ้น
- ให้ อสม. เยี่ยมบ้านประชาชนในชุมชนให้บ่อยมากยิ่งขึ้น ต้องมีทีมงานช่วยกันทำงาน
- ควรมีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารความรู้แก่ชาวบ้านเพื่อให้ทันเหตุการณ์ของการเกิดโรค



## บทที่ ๕

### สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

๑. ศึกษาสถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัว
๒. ศึกษาการได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม.และระบบบริการสุขภาพของชุมชน
๓. ศึกษาภาพรวมของการดูแลสุขภาพของครอบครัวเชื่อมโยงการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ

ของชุมชน

โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือก คือจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน ๔ จังหวัด ซึ่งในแต่ละจังหวัดจะคัดเลือก ๒ อำเภอ และแต่ละอำเภอจะคัดเลือก ๑ ตำบล โดยที่ ๑ ตำบลจะคัดเลือก ๒ หมู่บ้าน หลังจากนั้น จะทำการสุ่มเลือกตัวแทนครอบครัวจากหมู่บ้านๆ ละ ๓๐ คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น ๔๘๐ คน

#### อภิปรายผล

ผลการศึกษสามารถจำแนกข้อมูลออกเป็น ๔ ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ ๒ สถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัว ส่วนที่ ๓ การได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. และระบบบริการสุขภาพของชุมชน และ ส่วนที่ ๔ ภาพรวมของการดูแลสุขภาพของครอบครัวเชื่อมโยงการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน โดยมีข้อมูลดังต่อไปนี้

##### ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง ๔๖ - ๖๐ ปี มีสถานภาพสมรสแบบ คู่/สมรส ส่วนใหญ่เป็นหัวหน้าครอบครัว จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนจำนวน ๕,๐๐๑ - ๑๐,๐๐๐ บาท และส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในครอบครัว ๔ - ๖ คน

##### ส่วนที่ ๒ สถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัว

จากการศึกษาข้อมูลสถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัว พบว่าในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมาสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีอาการเจ็บป่วย โดยมีอาการป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด ปวดกล้ามเนื้อ ปวดท้องหรือโรคกระเพาะ รองลงมาป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาโรคไต/นิ่ว และโรคเบาหวาน รวมถึงปัญหาด้านสุขภาพจิตและความพิการในจำนวนที่เท่ากัน และโรคอื่นๆ เช่น โรคเกี่ยวกับข้อและกระดูก ซึ่งส่วนใหญ่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวโดยการเข้ารับบริการที่สถานพยาบาล เช่น รพ. สต./คลินิก/โรงพยาบาล รองลงมาใช้วิธีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น ซึ้อยากินเอง เช็ดตัวลดไข้ ปฐมพยาบาล ฯลฯ มีการขอคำปรึกษา/ขอรับคำแนะนำจาก อสม. และอื่นๆ ทั้งนี้เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ก็จะใช้บริการจากสถานพยาบาลเป็นหลัก นอกจากนี้คนในครอบครัวยังมีการส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการรับประทานอาหาร คือการให้ทานอาหารรสชาติกลางๆ มีการรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน ส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าประเภทต้ม นึ่ง แกง และมีการออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง รวมถึงมีวิธีการพักผ่อนจิตใจ

เช่น นั้งสมาธิ สวดมนต์ ทำบุญ คนในครอบครัวส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ หรือสารเสพติด

### ส่วนที่ ๓ การได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. และระบบบริการสุขภาพของชุมชน

จากการศึกษาการได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. และระบบบริการสุขภาพของชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้รับคำแนะนำและการถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจาก อสม. ในจำนวนที่เท่ากัน ได้รับบริการสุขภาพเบื้องต้น ได้รับการตรวจคัดกรองด้านสุขภาพ เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจเบาหวาน ฯลฯ และได้รับการเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้จากการศึกษาในด้านการได้รับบริการสุขภาพจากระบบบริการสุขภาพของชุมชน พบว่าในหมู่บ้าน/ชุมชนมี ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสมช.) หรือจุดให้บริการด้านสุขภาพ โดย อสม. ที่สามารถเข้ารับบริการได้สะดวก มีการเฝ้าระวังปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การตรวจสารปนเปื้อนในอาหาร ฯลฯ และมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน เช่น การออกกำลังกาย จัดกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพ ฯลฯ

### ส่วนที่ ๔ ภาพรวมของการดูแลสุขภาพของครอบครัวเชื่อมโยงการจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน

#### ๑. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพชุมชน

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน โดยการร่วมจัดกิจกรรมการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี เช่น การรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย รณรงค์ทำความสะอาดชุมชน ฯลฯ รองลงมาการเฝ้าระวังคัดกรองด้านสุขภาพ เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ ร่วมถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารความรู้สุขภาพให้กับสมาชิกในครอบครัว และร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชนโดยการออกกำลังกาย ฯลฯ อีกทั้งได้ร่วมประชุม ประชาคม/วางแผนจัดทำโครงการ/กิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน

#### ๒. ความพึงพอใจต่อการให้บริการของอสม.

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความพึงพอใจในระดับมากต่อการให้บริการของอสม.

#### ข้อเสนอแนะ

๑. การดูแลสุขภาพของครอบครัว ควรมีนโยบายในการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งเป็นการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนให้มีความรู้ ความเข้าใจ และประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองอย่างรับผิดชอบด้วยความรู้สึกที่ “สุขภาพเป็นของตนเอง” ในทุกครอบครัว อย่างน้อยครอบครัวละ ๑ คน ทำหน้าที่เป็นแกนนำทางด้านสุขภาพ มีความรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและสมาชิกในครอบครัว โดยมีภาครัฐทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการจัดระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน ตลอดจนทำให้ประชาชนพึ่งตนเองได้

๒. การได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม.และระบบบริการสุขภาพของชุมชน จากการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้รับคำแนะนำและการถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจาก อสม. และควรจัดหาสิ่งสนับสนุนหรืออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับ อสม.ในการปฏิบัติงานในหมู่บ้าน/ชุมชนมี ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสมช.)

๓. พัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมการพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการปฏิบัติงานร่วมกับทีมหมอครอบครัว หรือ ทีมสหวิชาชีพอื่นๆ ในการปฏิบัติงานในชุมชน

๔. พัฒนาเทคโนโลยีและช่องทางการสื่อสารทางด้านสุขภาพในชุมชนที่มีประสิทธิภาพเพื่อถ่ายทอดความรู้ให้กับแกนนำสุขภาพครอบครัว อสม. และเจ้าหน้าที่ในทุกระดับ

## บรรณานุกรม

- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. (๒๕๕๐). *มาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ๒๕๔๖. แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน แผน ๙. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, น.ส.ปารณัฐ สุขสุทธิ. (๒๕๕๐) *ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข: บทบาทและบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย*.
- ไชยา ไชยชนะ. (๒๕๔๙). *การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโครงการเมืองแข็งแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (๒๕๓๙). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขมูลฐานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ณ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี.
- ธวัชชัย วีระกิติกุล. (๒๕๕๒). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ จังหวัดพัทลุง*. มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- นริศรา ธนาภิวัดนุกร. (๒๕๔๒). *การประเมินการปฏิบัติงานของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดอ่างทอง*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปัดพงษ์ เกษสมบุรณ์ และอนุพงศ์ สุจริยากุล. ๒๕๔๓. *นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ.
- พีระพล ศิริไพบูลย์. (๒๕๕๓). *แนวทางการพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข ต่องานสาธารณสุขมูลฐานกรณีศึกษา เขตพญาไท*. วารสารวิทยบริการ. ปีที่ ๒๑ ฉบับที่ ๒.
- เมธี จันทร์จารุภรณ์. (๒๕๔๕). *ระบบสุขภาพภาคประชาชน* (พิมพ์ครั้งที่ ๔). กรุงเทพฯ : บริษัท เรดิเอชั่น จำกัด.
- ยามีละ ดอแม, โชติกา ภูถึถ้วน, อรษา ชัยชูพร. (๒๕๕๖). *การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อสร้างเสริมสุขภาพด้านภูมิปัญญาไทยในอำเภอเมืองปทุมธานี*.
- รุจา ภูไพบูลย์. (๒๕๔๑). *การพยาบาลครอบครัว : แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฤทัยชนก กุลสีบ และวรัญญา เชื้อทอง (๒๕๕๐). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลห้วยกระเจา อำเภอห้วยกระเจา จังหวัดกาญจนบุรี*. คณะวิทยาศาสตร์และ
- ล้อมวงปฏิรูปสุขภาพ: ที่ยืนของภาคประชาชนในการร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพ*. (๒๕๔๕). วารสาร หมออนามัย, ๑๑(๔).
- วิทยาลัยประชากรศาสตร์. (๒๕๕๐). *ประชากรผู้สูงอายุปี พ.ศ. ๒๕๕๕ คนชราจะล้นเมือง*. ต้นเมื่อ ๕ เมษายน ๒๕๕๑. จาก [http://www.cps.chula.ac.th/pop\\_base/ageing\\_๐๓๔.htm](http://www.cps.chula.ac.th/pop_base/ageing_๐๓๔.htm).
- สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว. (๒๕๕๒) , *บทวิเคราะห์ครอบครัวไทย ปัจจุบัน*.

- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขขั้นมูลฐาน. (๒๕๔๕). *การดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวไทย*. โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์ (ร.ส.พ.).
- สำนักงานส่งเสริมสถาบันครอบครัว สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวกระทรวง การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (๒๕๔๘)
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร: จำนวนครัวเรือน จำแนกตามภาค และจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๕๖.** สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (๒๕๕๐). *รายงานการสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. ๒๕๔๘-๒๕๔๙*. [ม.ป.ท.]: กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร.
- สุขชัย อรรถธรรม. (๒๕๒๕). *ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชน จังหวัด ชัยภูมิ ที่ทำงานสาธารณสุขมูลฐาน*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุชาติ โสมประยูร. ๒๕๔๓. *สุขภาพเพื่อชีวิต*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุวิทย์ วิบูลผลประเสริฐ, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ศรีเพ็ญ ต้นติเวสส และ ยศ ตีระวัฒน์นานนท์. (๒๕๔๖). *การ วิจัยนโยบายสาธารณสุข ใน แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ*, สำนักงานคณะกรรมการสภาวิจัย แห่งชาติ.
- สมประสงค์ ปิวโรสง, (๒๕๕๔). *การพัฒนา การบริหารนโยบายสุขภาพของชุมชน : กรณีศึกษา หมู่บ้านจัดการสุขภาพอำเภอเมืองชลบุรี*. วิทยาลัยบัณฑิตศึกษาด้านการจัดการ มหาวิทยาลัยศรี ปทุม.
- พงศ์ และวิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (๒๕๔๑). *การวิจัยนโยบายสาธารณสุข ใน แผนกลยุทธ์การวิจัย สุขภาพ*. สำนักงานคณะกรรมการสภาวิจัยแห่งชาติ.
- สิรภัทร พงศ์ปิยะไพบูลย์. (๒๕๔๙). *การปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนาหมู่บ้านจัดการ สุขภาพ จังหวัดนนทบุรี*. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี.
- อำพล จินดาวัฒนา. (๒๕๕๑). *การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ*. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและ อนามัยสิ่งแวดล้อม, ๒๖(๔) (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก <http://advisor.anamai.moph.go.th/๒๖๔/๒๖๔๐๑.html> [ ๒๐๐๙, September ๒๖].
- อุไรวรรณ บุญสาตีพิทักษ์. (๒๕๔๒). *การประเมินการปฏิบัติงานของ อสม. ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน จังหวัดลพบุรี*. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อวยพร เพ็ชรบริสุทธิ์. (๒๕๕๒). *การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ใน* Abel-Smith, Brian. (๑๙๙๗). *An introduction to health policy, planning and financing*. Singapore: Longman Singapore Publishers.
- Orem, D. E. (๑๙๘๕). *Nursing Concept of Practice (๓th ed.)*. New York: mc Graw-Hill.

# ภาคผนวก

**เครื่องมือประเมิน**  
**แบบสอบถามการศึกษาการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของครอบครัวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**  
**สำหรับตัวแทนครอบครัว**

**คำชี้แจง**

๑. แบบสอบถามนี้ใช้สอบถามประชาชนที่เป็นตัวแทนของครอบครัวที่ได้รับการสุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมาย

๒. โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  หน้าข้อความหรือเติมข้อความเกี่ยวกับตัวแทนตามความเป็นจริง

**ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์**

๑. เพศ  ๑. ชาย  ๒. หญิง
๒. อายุ.....ปี (เกิน ๖ เดือนปัดขึ้น)
๓. สถานภาพสมรส  
 ๑. โสด  ๒. คู่  
 ๓. หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
๔. สถานภาพในครอบครัว  
 ๑. หัวหน้าครอบครัว  ๒. สมาชิก/ภรรยาของหัวหน้าครอบครัว  
 ๓. สมาชิกในครอบครัว  ๔. อื่น ๆ ระบุ.....
๕. ระดับการศึกษาสูงสุด  
 ๑. ไม่ได้เรียน  ๒. ประถมศึกษา  
 ๓. มัธยมศึกษาตอนต้น  ๔. มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.  
 ๕. อนุปริญญา/ปวส.  ๖. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า
๖. อาชีพ  
 ๑. ไม่ได้ประกอบอาชีพ  ๒. เกษตรกรรม  
 ๓. รับจ้างทั่วไป  ๔. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว  
 ๕. รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ  ๖. อื่น ๆ ระบุ.....
๗. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
๘. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน(ตามที่อยู่จริง)

**ส่วนที่ ๒ สถานะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของครอบครัว**

๑. ในรอบ ๑ ปีที่ผ่านมา สมาชิกในครอบครัวของท่านมีการเจ็บป่วยหรือไม่

- ๑.๑ ไม่มี
- ๑.๒ มี ระบุโรค/อาการ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)
- ๑.๒.๑ เจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ไข้หวัด ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดท้อง/โรคกระเพาะ
- ๑.๒.๒ โรคติดต่อ เช่น อุจจาระร่วง ไข้เลือดออก วัณโรค ฯลฯ

๑.๒.๓ โรคไม่ติดต่อ (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

- ความดันโลหิตสูง  โรคเบาหวาน  
 โรคหัวใจ  โรคไต/นิ่ว  
 ไขมันในเลือดสูง  โรคมะเร็ง

๑.๒.๔ ปัญหาสุขภาพจิต เช่น วิตกกังวล/เครียด ติดยา/สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง

๑.๒.๕ พิกการ

๑.๒.๖ อื่น ๆ ระบุ.....

## ๒. วิธีการดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

๒.๑ สมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

๑. ดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น ซึ้อยากินเอง เช็ดตัวลดไข้ ปฐมพยาบาล ฯลฯ  
 ๒. ปรีกษา/ขอรับคำแนะนำจาก อสม.  
 ๓. ใช้บริการสุขภาพที่สถานพยาบาล เช่น รพ.สต./คลินิก/โรงพยาบาล  
 ๔. อื่นๆ ระบุ.....

๒.๒ สมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยรุนแรง (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ)

๑. ดูแลสุขภาพด้วยตนเอง เช่น ซึ้อยากินเอง เช็ดตัวลดไข้ ปฐมพยาบาล ฯลฯ  
 ๒. ปรีกษา/ขอรับคำแนะนำจาก อสม.  
 ๓. ใช้บริการสุขภาพที่สถานพยาบาล เช่น รพ.สต./คลินิก/โรงพยาบาล  
 ๔. อื่นๆ ระบุ.....

๒.๓ การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการรับประทานอาหาร

๒.๓.๑ ครอบครัวของท่านรับประทานอาหารรสชาติใดเป็นประจำ

๑. รสจืด  ๒. รสชาติกลางๆ  ๓. รสจืด

๒.๓.๒ ครอบครัวของท่านรับประทานอาหารผักและผลไม้

๑. ทุกวัน  ๒. ๒-๓ วันครั้ง  ๓. นานๆ ครั้ง

๒.๓.๓ ครอบครัวของท่านรับประทานอาหารประเภทใด

๑. ต้ม นึ่ง แกง  ๒. ผัด ทอด  ๓. สุกๆดิบๆ  ๔. อย่าง

๒.๔ การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการออกกำลังกาย

ครอบครัวของท่านออกกำลังกายสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง

๑. ใช่  ๒. ไม่ใช่

๒.๕ การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านอารมณ์

ครอบครัวของท่านมีวิธีการพักผ่อนจิตใจ เช่น นั่งสมาธิ สวดมนต์ ทำบุญ

๑. ใช่  ๒. ไม่ใช่

๒.๖ มีคนในครอบครัวดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

๑. มี  ๒. ไม่มี

๒.๗ มีคนในครอบครัวติดบุหรี่ หรือสารเสพติด

๑. มี  ๒. ไม่มี

ส่วนที่ ๓ การได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. และระบบบริการสุขภาพของชุมชน

๑. ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวได้รับบริการด้านสุขภาพจาก อสม. หรือระบบบริการสุขภาพของชุมชนในเรื่องต่อไปนี้หรือไม่

บริการด้านสุขภาพ	ใช่	ไม่ใช่
๑.๑ ได้รับบริการสุขภาพจาก อสม.		
๑. ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจาก อสม.		
๒. ได้รับคำแนะนำและการถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจาก อสม.		
๓. ได้รับการบริการสุขภาพเบื้องต้นจาก อสม. เช่น ปฐมพยาบาล การส่งต่อ		
๔. ได้รับการตรวจคัดกรองด้านสุขภาพ เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจเบาหวาน ฯลฯ จาก อสม.		
๕. ได้รับการเยี่ยมบ้านจาก อสม.		
๑.๒ ได้รับบริการสุขภาพจากระบบบริการสุขภาพของชุมชน		
๑. หมู่บ้าน/ชุมชนของท่านมี ศสมช. หรือจุดให้บริการด้านสุขภาพโดย อสม. ที่ท่านสามารถไปใช้บริการได้สะดวก		
๒. มีการเฝ้าระวังปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน เช่น กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การตรวจสอบปนเปื้อนในอาหาร ฯลฯ		
๓. มีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน เช่น ออกกำลังกาย จัดกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพ ฯลฯ		

ส่วนที่ ๔ ภาพรวมของการดูแลสุขภาพของครอบครัวเชื่อมโยงการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน

๑. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพของชุมชน

กิจกรรม	มี ส่วนร่วม	ไม่มี ส่วนร่วม
๑. ร่วมประชุมประชาคม/วางแผนจัดทำโครงการ/กิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน		
๒. ร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุขของชุมชน		
๒.๑ ร่วมจัดกิจกรรมเฝ้าระวังคัดกรองด้านสุขภาพ เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ		
๒.๒ ร่วมจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้สุขภาพดี เช่น รณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลาย รณรงค์ทำความสะอาดชุมชน ฯลฯ		
๒.๓ ร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของชุมชน เช่น ออกกำลังกาย ฯลฯ		
๒.๔ ถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารความรู้สุขภาพให้กับสมาชิกในครอบครัว		

๒. ท่านพึงพอใจต่อการให้บริการของ อสม. มาก น้อยเพียงใด

๑. มาก

๒. ปานกลาง

๓. น้อย

๓. ข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในชุมชน

.....

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้