



# วิทยานิพนธ์

การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของศูนย์ศึกษา  
การสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี  
นครศรีธรรมราช

**Development of Health Promotion in Community Training Program  
of Community Health Promotion Research Center,  
Boromarajonani College of Nursing,  
Nakhon Si Thammarat**

นายวัฒนา รัตนพรหม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พ.ศ. ๒๕๕๑



## ใบรับรองวิทยานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

ศึกษาศาสตร์ดุสิตบัณฑิต (หลักสูตรและการสอน)

ปริญญา

หลักสูตรและการสอน

การศึกษา

สาขา

ภาควิชา

เรื่อง การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

Development of Health Promotion in Community Training Program of Community Health Promotion Research Center, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat

นามผู้วิจัย นายวัฒนา รัตนพรหม

ได้พิจารณาเห็นชอบโดย

ประธานกรรมการ

( รองศาสตราจารย์นายแพทย์ ปิณฑธนานนท์, Ph.D. )

กรรมการ

( รองศาสตราจารย์สมถวิล ธนะโสภณ, Ed.D. )

กรรมการ

( รองศาสตราจารย์ศิริพร ขัมภลิจิต, Ph.D. )

หัวหน้าภาควิชา

( อาจารย์สุภารัตน์ สารสว่าง, Ph.D. )

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์รับรองแล้ว

( รองศาสตราจารย์กาญจนา วีระกุล, D.Agr. )

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่ 29 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2551

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

Development of Health Promotion in Community Training Program of Community Health  
Promotion Research Center, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat

โดย

นายวัฒนา รัตน์พรหม

เสนอ

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์  
เพื่อความสมบูรณ์แห่งปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต (หลักสูตรและการสอน)

พ.ศ. 2551

วัฒนา รัตนพรหม 2551: การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของศูนย์ศึกษาการ  
สร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ปริญญาศึกษาศาสตรดุษฎี  
บัณฑิต (หลักสูตรและการสอน) สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน ภาควิชาการศึกษา  
ประธานกรรมการที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์นาคยา ปิรันธนานนท์, Ph.D. 175 หน้า

การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพใน  
ชุมชน โดยมีเป้าหมายให้เกิดการเรียนรู้ และตระหนักถึงภาวะสุขภาพและการมีพฤติกรรมสุขภาพ การสร้าง  
เสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งสุขภาพด้วยตนเองทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีกระบวนการพัฒนา  
คือ 1) การศึกษา สำรวจ และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม 2) การออกแบบและจัดทำ  
รายละเอียดของโปรแกรมฝึกอบรม 3) การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฝึกอบรม 4) การนำโปรแกรม  
ฝึกอบรมไปทดลองใช้ ผลที่ได้จากกระบวนการดังกล่าวคือ โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งถูกพัฒนา  
จากประเด็นปัญหาสุขภาพที่สอดคล้องกับพื้นที่ บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ และตรงความต้องการ  
ของประชาชน โปรแกรมฝึกอบรมแบ่งเป็น 4 แกนความรู้ ได้แก่ 1) ชีวิตกับสุขภาพ 2) สุขภาพสตรี 3) รอบรู้  
โภชนาการ 4) โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น ในแต่ละแกนความรู้ มีหน่วยการเรียนรู้ รวม 16 หน่วยการเรียนรู้  
ใช้รูปแบบการฝึกอบรม ADRA ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 1) A : Anticipatory Set กิจกรรมกระตุ้นให้เกิด  
ความตระหนักในพฤติกรรมสุขภาพที่คาดหวัง 2) D : Development การพัฒนาความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพ  
รวมทั้ง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความกล้าหาญในการแสดงออกในพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่วนรวม และความ  
กระตือรือร้นที่จะร่วมกันสร้างพฤติกรรมสุขภาพ 3) R : Review การสร้างความคงทนของความรู้ และ  
พฤติกรรม โดยการทบทวนพฤติกรรมคาดหวัง 4) A : Assignment for Assessment กิจกรรมที่มอบหมาย  
หรือพันธะสัญญา เพื่อนำไปปฏิบัติ และขยายผลกับคนรอบข้าง เพื่อประเมินผลในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ  
โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้อง โดยผู้เชี่ยวชาญ  
ทางด้านการส่งเสริมสุขภาพและการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม จำนวน 6 คน ผู้วิจัยนำโปรแกรมฝึกอบรมไป  
ทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครจำนวน 60 คน โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน ทำ  
การฝึกอบรมกลุ่มละ 1 แกนความรู้ ก่อนการฝึกอบรมผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามตัวชี้วัดของโปรแกรม  
ฝึกอบรม ผลการฝึกอบรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีความพึงพอใจใน โปรแกรมฝึกอบรม จากการ  
สัมภาษณ์ซ้ำหลังฝึกอบรม 1 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ และพฤติกรรม ตามตัวชี้วัดเพิ่มขึ้น และยังคง  
ทนอยู่หลังฝึกอบรม 2 สัปดาห์ ดังนั้น โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จึงเป็น  
เครื่องมือที่ดีของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช และ  
เป็นทางเลือกที่ดีสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ในการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพใน  
ชุมชน



ลายมือชื่อนิสิต



ลายมือชื่อประธานกรรมการ

26 / พ.ศ. / 51

Wattana Rattanaprom 2008: The Development of Health Promotion in Community Training Program of Community Health Promotion Research Center, Boromarajonani College of Nursing. Doctor of Philosophy (Curriculum and Instruction), Major Field: Curriculum and Instruction, Department of Education. Thesis Advisor: Associate Professor Nataya Pilanthananond, Ph.D. 175 pages.

This research was focused on the development of health promotion in community training program of Community Health Promotion Research Center, Borommarajonni College of Nursing, Nakhon Si Thammarat. It tried to develop health knowledges and health promotion behaviors in individual, family, and community level. The development processes consisted of 1) analyzing fundamental data 2) participatory design training program 3) content validity of training program 4) implementation of training program. The result of those processes was the health promotion in community training program that was developed based on health problem, needs of local health personnels and local people. It was categorized into 4 health education axes, 1) Healthy Life 2) Women Health 3) Nutrition 4) Local Infection Diseases. Those were included 16 modules. They were conducted under ADRA training model which proposed by researcher. The ADRA model represents 4 main learning activities, i.e., A = Anticipatory set, D = development, R = Review, A = Assignment for Assessment. The content validity of training program was examined by 6 experts. The health promotion in community training program was implemented among 60 volunteers. They were divided into 4 groups for conduction a random health education axis. The health messages and healthy behaviors were conducted for pre-training interview and follow by post-training interview after a week and a couple weeks, respectively. The post-training survey showed better health messages and healthy behaviors than pre-training interview. Conclusion was health promotion training program with ADRA training model suitable for Community Health Promotion Research Center, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat. It could be a good alternative in health promotion activities for local health promotion personnels.



Student's signature



Thesis Advisor's signature

26 / 05 / 08

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราชครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสะดวกจาก รศ.ดร. นาดยา ปิลันธนานนท์ ประธานกรรมการที่ปรึกษา รศ.ดร. สมถวิล ธนะโสภณ กรรมการวิชาเอก และ รศ.ดร. ศิริพร ชัมภลิจิต กรรมการวิชาการ ได้กรุณาให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำที่มีคุณค่า และเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิจัย อีกทั้งยังกรุณาช่วยตรวจสอบแก้ไข และเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา และขอบพระคุณ รศ.ดร. กรรวิ บุญชัย ผู้แทนบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับปรุงงานวิจัยเพื่อความสมบูรณ์ของวิทยานิพนธ์นี้

ขอบพระคุณคณาจารย์ภาควิชาการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ ทุกท่านเป็นอย่างสูง ที่ได้กรุณาพัฒนากระบวนการคิด ทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ กระบวนการเรียนรู้ วิธีการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ ทำให้ผู้วิจัยเรียนรู้ได้อย่างไร้จิตจำกัด ตลอดจนความเมตตา ความปรารถนาดี และเป็นกำลังใจให้กับผู้วิจัยมาโดยตลอด และคำขอบคุณนี้ยังส่งผ่าน ไปถึงเจ้าหน้าที่ของภาควิชาทุกท่านที่คอยช่วยเหลืออำนวยความสะดวกต่างๆ

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้รับความกรุณาจากท่านผู้เชี่ยวชาญทั้ง 6 ท่าน ได้แก่ นายแพทย์สาธิต ไผ่ประเสริฐ นายแพทย์ไกรวุฒิ ก้วนหิน ดร.อมาวลี อัมพันศิริรัตน ดร.จิราพร วัฒนศิริสิน ดร.จินตวีร์พร เป้นแก้ว และ ดร.อมลวรรณ วีระธรรมโม ในการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณค่างานวิจัยชิ้นนี้ให้กับคนไทยทุกคนที่ยังคงต้องการการส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

วัฒนา รัตนพรหม

เมษายน 2551

## สารบัญ

|  | หน้า |
|--|------|
| สารบัญตาราง  | (3)  |
| สารบัญภาพ  | (9)  |
| บทที่ 1 บทนำ   | 1    |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา   | 1    |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย  | 4    |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ  | 4    |
| ขอบเขตของการวิจัย  | 4    |
| นิยามศัพท์   | 5    |
| บทที่ 2 การตรวจเอกสาร  | 6    |
| หลักสูตรและการพัฒนาหลักสูตร  | 6    |
| โปรแกรมฝึกอบรมและการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม  | 12   |
| การเรียนรู้ในผู้ใหญ่   | 17   |
| การส่งเสริมสุขภาพ  | 22   |
| แนวคิดและหลักการพื้นฐานของนโยบายเมืองไทยแข็งแรง                                | 27   |
| งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง  | 34   |
| กรอบแนวคิดการวิจัย   | 36   |
| บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย   | 38   |
| ขั้นตอนที่ 1 การศึกษา สํารวจ และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม | 38   |
| ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมและการจัดทำรายละเอียดของโปรแกรมฝึกอบรม     | 42   |
| ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมฝึกอบรม                                    | 42   |
| ขั้นตอนที่ 4 การนำโปรแกรมฝึกอบรมไปทดลองใช้                                     | 46   |

## สารบัญ (ต่อ)

|  | หน้า      |
|--|-----------|
| บทที่ 4 ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์  | 50        |
| ขั้นตอนที่ 1 ผลการศึกษา สํารวจ และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนา<br>โปรแกรมฝึกอบรม | 50        |
| ขั้นตอนที่ 2 ผลการออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมและการจัดทำรายละเอียด<br>ของโปรแกรมฝึกอบรม     | 66        |
| ขั้นตอนที่ 3 ผลการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมฝึกอบรม  | 75        |
| ขั้นตอนที่ 4 ผลการนำโปรแกรมฝึกอบรมไปทดลองใช้<br>ข้อวิจารณ์                           | 82<br>115 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ  | 123       |
| สรุปผลการวิจัย   | 123       |
| ข้อเสนอแนะ   | 129       |
| เอกสารและสิ่งอ้างอิง   | 133       |
| ภาคผนวก  | 147       |
| ภาคผนวก ก แสดงกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์   | 148       |
| ภาคผนวก ข รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ  | 150       |
| ภาคผนวก ค แบบสัมภาษณ์และแบบประเมินที่ใช้ในงานวิจัย                                   | 152       |
| ภาคผนวก ง โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน  | 167       |
| ภาคผนวก จ ตัวอย่างภาพกิจกรรมการฝึกอบรม   | 173       |
| ประวัติการศึกษา และการทำงาน  | 175       |

## สารบัญตาราง

| ตารางที่ |  | หน้า |
|----------|--|------|
| 1        | เปรียบเทียบแนวคิดพื้นฐานระหว่างการเรียนรู้การสอนของเด็กและผู้ใหญ่                                  | 21   |
| 2        | แนวทางการประเมินผลตามนโยบายเมืองไทยแข็งแรง   | 32   |
| 3        | แสดงระดับคะแนนการตรวจสอบความเหมาะสมขององค์ประกอบ<br>โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน            | 44   |
| 4        | แสดงคะแนนเฉลี่ยที่กำหนดในการตรวจสอบความเหมาะสมของ<br>องค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน | 44   |
| 5        | แสดงแผนการฝึกอบรมในกลุ่มตัวอย่าง   | 47   |
| 6        | โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยของประชาชนใน อ. พระพรหม<br>จ. นครศรีธรรมราช ในปี พ.ศ. 2548                  | 51   |
| 7        | ข้อมูลโรคที่ต้องรายงาน (ร.ง. 506) 3 ปีย้อนหลัง (อัตรา/แสนประชากร)                                  | 52   |
| 8        | แสดงผลการอภิปรายปัญหาสุขภาพโดยกลุ่มแกนนำชุมชน  | 58   |
| 9        | แสดงการจำแนกประเด็นสุขภาพที่ชัดเจนออกจากกลุ่มอาการ   | 63   |
| 10       | แสดงการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของประเด็นสุขภาพ  | 64   |
| 11       | แสดงประเด็นสุขภาพเพิ่มเติม (ตามกรอบแนวคิดเมืองไทยแข็งแรง)  | 65   |

### สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่ |   | หน้า |
|----------|---|------|
| 12       | แสดงแกนความรู้สุขภาพ (Health Axis) หน่วยการเรียนรู้ และ เนื้อหาที่เกี่ยวข้อง          | 66   |
| 13       | แสดงหน่วยการเรียนรู้ของแกนความรู้ชีวิตกับสุขภาพะ                                      | 69   |
| 14       | แสดงหน่วยการเรียนรู้ของแกนความรู้สุขภาพสตรี   | 71   |
| 15       | แสดงหน่วยการเรียนรู้ของแกนความรู้รอบรู้โภชนาการ                                       | 72   |
| 16       | แสดงหน่วยการเรียนรู้ของแกนความรู้โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น                          | 73   |
| 17       | แสดงผลการตรวจสอบความเหมาะสมของปรัชญาของโปรแกรมฝึกอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญ                  | 76   |
| 18       | แสดงผลการตรวจสอบความเหมาะสมของเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฝึกอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญ | 77   |
| 19       | แสดงผลการตรวจสอบความเหมาะสมของโครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมฝึกอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญ        | 78   |
| 20       | แสดงผลการตรวจสอบความเหมาะสมของกิจกรรมการฝึกอบรมของโปรแกรมฝึกอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญ       | 79   |
| 21       | แสดงผลการตรวจสอบความเหมาะสมของการประเมินผลการฝึกอบรมของโปรแกรมฝึกอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญ  | 80   |

## สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่ |   | หน้า |
|----------|---|------|
| 22       | แสดงผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโปรแกรมฝึกอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญ  | 81   |
| 23       | แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง  | 83   |
| 24       | แสดงผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ สุขภาวะ แขนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ                    | 85   |
| 25       | แสดงผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ ขยับกายสบายชีวิ แขนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ            | 86   |
| 26       | แสดงผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ สุดทน และเครียดได้ก็หายได้ แขนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ | 88   |
| 27       | แสดงผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ การป้องกันอุบัติเหตุจราจร แขนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ  | 89   |
| 28       | แสดงผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ ภัยเงียบใกล้ตัว แขนความรู้สุขภาพสตรี                 | 90   |
| 29       | แสดงผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ มือฉันทันป้องกันได้ แขนความรู้สุขภาพสตรี             | 91   |
| 30       | แสดงผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ บานไม่รู้โรย แขนความรู้สุขภาพสตรี                    | 92   |

### สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่ |  | หน้า |
|----------|--|------|
| 31       | ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ กินอย่างไรไม่ให้ภัยมาถึงตัว และ โภชนบัญญัติ แกนความรู้รอบรู้โภชนาการ    | 93   |
| 32       | ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ วายร้ายไข้เลือดออก แกนความรู้ แกนความรู้โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น     | 94   |
| 33       | ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ ฐู่ไว้ห่างไกลโรคฉี่หนู แกนความรู้ แกนความรู้โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น | 95   |
| 34       | แสดงวันทำการฝึกอบรม โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ  | 96   |
| 35       | แสดงผลการประเมินความพึงพอใจหลังการฝึกอบรม  | 97   |
| 36       | แสดงผลการสัมภาษณ์ของหน่วยการเรียนรู้สุขภาวะ ก่อนและหลังการฝึกอบรม  | 98   |
| 37       | ผลการสัมภาษณ์ของหน่วยการเรียนรู้ยับยั้งกายสบายชีวี ก่อนและหลังการฝึกอบรม   | 100  |
| 38       | แสดงผลการสัมภาษณ์ของหน่วยการเรียนรู้สุคนทน ก่อนและหลังการฝึกอบรม   | 102  |
| 39       | แสดงผลการสัมภาษณ์ของหน่วยการเรียนรู้เครียดได้ก็หายได้ ก่อนและหลังการฝึกอบรม  | 103  |

### สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางที่ |   | หน้า |
|----------|---|------|
| 40       | แสดงผลการสัมภาษณ์ หน่วยการเรียนรู้การป้องกันอุบัติเหตุจราจร ก่อนและหลังการฝึกอบรม       | 104  |
| 41       | แสดงผลการสัมภาษณ์ ของหน่วยการเรียนรู้ ภัยเจ็บใกล้ตัว ก่อนและหลัง การฝึกอบรม             | 105  |
| 42       | แสดงผลการสัมภาษณ์ ของหน่วยการเรียนรู้ มือฉันป้องกันได้ ก่อนและ หลังการฝึกอบรม           | 107  |
| 43       | แสดงผลการสัมภาษณ์ หน่วยการเรียนรู้ บานไม่รู้โรย ก่อนและหลัง การฝึกอบรม                  | 108  |
| 44       | แสดงผลการสัมภาษณ์ ของหน่วยการเรียนรู้ กินอย่างไรไม่ให้ภัยมาถึงตัว ก่อนและหลังการฝึกอบรม | 109  |
| 45       | แสดงผลการสัมภาษณ์ ของหน่วยการเรียนรู้ โภชนบัญญัติ ก่อนและหลัง การฝึกอบรม                | 111  |
| 46       | แสดงผลการสัมภาษณ์ ของหน่วยการเรียนรู้ วายร้ายไข้เลือดออก ก่อนและ หลังการฝึกอบรม         | 112  |
| 47       | แสดงผลการสัมภาษณ์ ของหน่วยการเรียนรู้ ฐูไว้ห่างไกลโรคฉี่หนู ก่อนและหลังการฝึกอบรม       | 113  |
| 48       | แสดงผลการฝึกอบรมหน่วยการเรียนรู้สุดท้ายทั้ง 4 แกนความรู้                                | 114  |

## สารบัญตาราง (ต่อ)

| ตารางผนวกที่ |   | หน้า |
|--------------|---|------|
| 1            | แสดงกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในอำเภอพระพรหม | 149  |
| 2            | แสดงกลุ่มตัวอย่างแกนนำชุมชน                               | 149  |

**สารบัญภาพ**

| <b>ภาพที่</b> |                                 | <b>หน้า</b> |
|---------------|---------------------------------|-------------|
| 1             | แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย          | 37          |
| 2             | แสดงโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง | 84          |

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในสังคมทุกด้านทั้งด้านวิชาการ เศรษฐกิจ การเมืองการปกครอง สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของมนุษย์ในทุกๆ ด้านรวมทั้งด้านสุขภาพ ระบบบริการด้านสุขภาพที่เป็นอยู่ เน้นความสำคัญที่การจัดบริการแบบตั้งรับเพื่อการซ่อมสุขภาพเป็นหลัก เป็นบริการแบบตั้งรับในสถานพยาบาล ให้บริการโดยบุคลากรวิชาชีพต่างๆ ที่เน้นการแก้ปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นรักษาที่โรคเป็นสำคัญ และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง ประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงงานบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกัน ทั้งๆ ที่รัฐบาลได้ใช้งบประมาณของประเทศเป็นจำนวนมาก (คณะอนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ, 2545)

ยิ่งไปกว่านั้นระบบบริการด้านสุขภาพในปัจจุบันก่อให้เกิดความอ่อนแอภาคประชาชนเป็นการให้บริการที่มีการผูกขาดความรู้และเทคโนโลยี ส่งผลให้ประชาชนต้องพึ่งบริการระบบสุขภาพมากจนเกินไป ทำให้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนลดลง คนไทยอีกจำนวนมากต้องเผชิญกับโรคและปัญหาที่ป้องกันได้ เช่น อุบัติเหตุ สารเสพติด โรคเอดส์ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งโรคดังกล่าวเป็นโรคที่เกี่ยวข้องจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง ที่แล้วมาเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพที่ปลายเหตุและไม่สามารถสร้างความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของประชาชนได้ ผู้ที่เดือดร้อนที่สุดคือประชาชนในชนบท และผู้ที่ไม่ได้มีหลักประกันด้านสุขภาพ จึงนำไปสู่ความพยายามที่จะปฏิรูประบบสุขภาพ ที่มุ่งเน้นการให้บริการในเชิงรุก มุ่งส่งเสริมสุขภาพของประชาชนเพื่อไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยโดยเฉพาะการไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ และลดค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาโดยไม่จำเป็น มากกว่าจะตั้งรับรอให้เกิดการเจ็บป่วยแล้วค่อยรักษา ทั้งนี้มีการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหานี้ โดยการกำหนดนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ และออกพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (คณะอนุกรรมการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ, 2545)

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ตั้งอยู่บนหลักการสำคัญหลายประการ โดยเฉพาะการมีสิทธิและหน้าที่ด้านสุขภาพ ความเป็นองค์กรร่วมในระบบสุขภาพ การมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ความเสมอภาค ประสิทธิภาพ คุณภาพ และการตอบสนองความต้องการของประชาชน มีการคุ้มครองผู้บริโภค โปร่งใสตรวจสอบได้ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการพึ่งตนเอง และใช้ความรู้และปัญญาพัฒนาระบบสุขภาพ (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550)

จากแนวคิดหลักดังกล่าว มีผลให้ระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพโดยรวม จำเป็นต้องมีการปฏิรูปใหม่ ทั้งด้านการจัดโครงสร้างระบบบริการ ตลอดจนภารกิจของบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่ โดยเปลี่ยนจุดเน้นไปที่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย และช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว ชุมชน ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระยะเริ่มแรก (Primary Care) มุ่งไปสู่การส่งเสริมสุขภาพแบบ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” มีการใช้พื้นที่ (Community) เป็นฐานบูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ สุ่วิถีชุมชน โดยดึงเอาพลังทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาชนในพื้นที่ทุกระดับ ให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการภายใต้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และทำงานอย่างเป็นเอกภาพ เพื่อพัฒนากระบวนการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาตลอดจนวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชนในแต่ละพื้นที่ เน้นการทำงานในชุมชน (Setting) โดยดึงศักยภาพของเยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ ผู้นำศาสนา ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ชุมชนต่างวัฒนธรรม ผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและเจ้าของสถานประกอบการ สร้างการมีส่วนร่วม (Participation Strategy) จากทุกภาคส่วน ในสังคมทั้งภาคการเมือง ราชการ วิชาการ วิชาชีพ เอกชนและประชาชน อย่างเป็นระบบ เป็นรูปธรรม จริงจังและต่อเนื่อง (กองบรรณาธิการ, 2547)

ศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ถูกตั้งขึ้นมา เพื่อเป็นกลไกในการพัฒนาองค์ความรู้ทางการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อสอดคล้องกับการปรับกระบวนการทัศน์ในระบบสุขภาพ จากการปฏิบัติงานและจากประสบการณ์ของผู้วิจัย ของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน การดำเนินงานกิจกรรมการให้บริการความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่รักษาความเจ็บป่วย ใช้ภาวะที่เจ็บป่วยของกลุ่มเป้าหมายเป็นหลักในการให้ความรู้สุขภาพในชุมชน บางครั้งการให้ความรู้ในเชิงพยาธิสภาพที่เกิดกับสุขภาพ นั้นเป็นเรื่องที่ยากเกินที่ประชาชนทั่วไปจะเข้าใจ และเน้นการนำเสนอเพื่อการป้องกันโรคเป็นหลัก รูปแบบการให้ความรู้สุขภาพแก่ชุมชน เป็นการให้ความรู้แบบกว้างๆ ในลักษณะให้ข้อมูลซ้ำๆ มากกว่าที่จะสร้าง

ความสามารถ และพัฒนาบทบาทการกระตุ้นให้เกิดการนำความรู้เหล่านั้นไปปฏิบัติ โดยคาดหวังว่าประชาชนจะเข้าใจความรู้เหล่านั้นและจะนำไปปฏิบัติได้เอง ซึ่งอาจเป็นไปได้ในบางคน ดังที่ Egger (1995) กล่าวไว้ว่า คนที่มีความรู้ดี ก็อาจไม่ทำพฤติกรรมที่ต้องการได้ ขึ้นกับว่า เขาได้รับความรู้ไปแล้ว มีการแปรความหมายในความรู้นั้นอย่างไร ซึ่งต้องขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ประสบการณ์ เจตคติ ค่านิยม ของแต่ละบุคคล

นอกจากนั้นแล้วกระบวนการให้ความรู้สุขภาพแก่ชุมชน มักใช้เทคนิควิธีการอยู่บนพื้นฐานการบรรยาย มากกว่าการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ขาดการมีส่วนร่วมหรือการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมจากประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับ สุปรียา ตันสกุล (2544) ให้ข้อวิจารณ์ว่าการให้ความรู้ในงานสุขศึกษาจำนวนมาก ไม่สามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเท่าที่ควร การให้สุขศึกษา ที่เน้นแต่ความรู้อย่างเดียว จึงไม่ได้ผล

จากการศึกษาการจัดโปรแกรมการให้ความรู้สุขภาพ สุปรียา ตันสกุล (2544) ได้ให้ข้อเสนอแนะในการให้ความรู้สุขภาพ ต้องมุ่งการจัดการศึกษา โดยเน้นที่กลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก (client-centered) ให้ผู้เรียน เป็นผู้สร้างองค์ความรู้ด้วยตนเอง เพื่อนำไปสู่การกระทำในสภาพแวดล้อมด้วยตัวเอง การจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ก็ต้องให้ความสำคัญว่าจะทำอะไร ทำอย่างไร ต้องใช้วิธีการให้เขารู้เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านปัญญา (Cognition) ซึ่งรวมความรู้สึก ความเชื่อ (affection) เข้าไว้ด้วย รวมทั้งการกระทำทางด้านสุขภาพ (practice) ที่เป็นทักษะต่างๆ ในทำนองเดียวกัน การจัดโปรแกรมสุขศึกษาด้วยวิธีการแบบกระบวนการกลุ่มส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (บังอร ภัทร โกมล, 2541)

ด้วยปัญหาดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสุขภาพระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน และเป็นการสร้างองค์ความรู้ทางการส่งเสริมสุขภาพ ของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช มีประโยชน์ดังนี้

1. บุคลากรของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช มีโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน สำหรับการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยใช้แนวคิดทางการศึกษาเพื่อการพัฒนาคนให้สามารถดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคได้ด้วยตนเองทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน
2. บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ สามารถนำโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ไปดำเนินกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

### ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพ โดยคณะกรรมการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม จำนวน 11 คน ประกอบด้วยคณะกรรมการดำเนินงาน ศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช จำนวน 4 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 7 คน ภายใต้กรอบแนวคิดเมืองไทยแข็งแรง
2. กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสตรี (อายุเฉลี่ย 47 ปี) ซึ่งเป็นประชาชนในพื้นที่ หมู่ 3 ต. นาพรุ และ หมู่ 7 ต. ท้ายสำเภา อ. พระพรหม จ. นครศรีธรรมราช เพื่อศึกษาผลของโปรแกรม

ฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมปัจจัยพื้นฐานบางประการของกลุ่มตัวอย่าง ที่อาจส่งผลต่อความรู้ ทักษะสติ และพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นหลังการฝึกอบรม

### นิยามศัพท์

โปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน หมายถึง ชุดกิจกรรมการเรียนรู้และฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาโดยคณะกรรมการที่ตั้งขึ้น ประกอบไปด้วย ปรึกษา เป้าหมายและวัตถุประสงค์ ที่เน้นพฤติกรรมสุขภาพ โครงสร้างเนื้อหาที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย กิจกรรมการฝึกอบรม ที่เน้นการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการประเมินผลการฝึกอบรม จากการศึกษาสังเกตพฤติกรรมสุขภาพที่เกิดกับผู้เข้าอบรม ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นตามสภาพปัญหา ความต้องการของชุมชน และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การให้การศึกษาด้านสุขภาพในชุมชน

คุณภาพโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน หมายถึง ความเหมาะสมและความสอดคล้อง ขององค์ประกอบของโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ได้แก่ ปรึกษา เป้าหมายและวัตถุประสงค์ โครงสร้างเนื้อหา กิจกรรมการฝึกอบรม และการประเมินผลการฝึกอบรม

## บทที่ 2

### การตรวจเอกสาร

#### หลักสูตรและการพัฒนาหลักสูตร

##### หลักสูตร

หลักสูตร (Curriculum) มีนักการศึกษาหลายท่านได้ให้คำนิยามความหมายของหลักสูตรไว้มากมาย สรุปโดยสังเขปได้ดังนี้

หลักสูตร หมายถึง กระบวนการตัดสินใจ และผลของการตัดสินใจ ซึ่งเน้นที่การเตรียมความพร้อมและการประเมินค้นหา (Assessment) เพื่อวางแผนในการออกแบบการพัฒนาที่มีอิทธิพลต่อผู้เรียน ให้เข้าใจในความรู้และทักษะที่ต้องการ (Armstrong, 2003)

Smith (2000) อ้างถึง Kelly, 1983) ได้ให้ความหมายของหลักสูตรว่า หลักสูตร หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ ที่ได้ถูกออกแบบและวางแผนโดยโรงเรียน ไม่ว่าจะใช้กับบุคคลหรือกลุ่มคน ในและนอกโรงเรียน โดยได้เน้นย้ำในเรื่อง การเรียนรู้ที่ถูกวางแผน และถูกออกแบบไว้ล่วงหน้าว่าต้องการให้เกิดผลสำเร็จอะไรและอย่างไร

หลักสูตรจะทำหน้าที่สำคัญ 4 ประการ (Smith, 2000) คือ

1. การส่งผ่านความรู้
2. เป็นกระบวนการสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้เรียน
3. สร้างผลผลิตของการเรียนรู้ที่กำหนดว่าผู้เรียน ได้เรียนรู้ความรู้ใหม่
4. สร้างคุณลักษณะที่ไม่เป็นทางการ อันได้แก่ ความเชื่อค่านิยม

##### องค์ประกอบของหลักสูตร

Taba (1962) ให้แนวคิดว่า หลักสูตร โดยทั่วไปจะมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ วัตถุประสงค์ หมายถึง สิ่งที่คาดหวังไว้ว่า เมื่อผู้เรียนผ่านหลักสูตรนี้แล้วควรมีคุณสมบัติอย่างไร

1. เนื้อหาวิชา และประสบการณ์การเรียนรู้ หมายถึง เนื้อหาสาระและประสบการณ์ที่ผู้เรียนควรได้รับ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ หรือมีคุณลักษณะต่างๆ ตรงตามที่กำหนดไว้ในวัตถุประสงค์
2. กระบวนการเรียนการสอน หมายถึง แผนการในการนำหลักสูตรไปสู่การจัดการเรียนการสอน เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรหรือให้ผู้เรียนมีความรู้และประสบการณ์
3. การประเมินผลผลิต หมายถึง โครงการที่จะประเมินเพื่อคว้าผลผลิตที่ได้เป็นไปตามที่หลักสูตรกำหนดหรือไม่

บุญชม ศรีสะอาด (2546 อ้างถึง Saylor and Alexander, 1974) กล่าวว่าองค์ประกอบของหลักสูตรควรประกอบด้วย ความมุ่งหมายของการศึกษา การจัดเนื้อหาวิชาการจัดกิจกรรมการเรียนการสอน และการประเมินผล โดยที่องค์ประกอบเหล่านี้เป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องและสอดคล้องกัน ได้แก่

1. จุดมุ่งหมายของหลักสูตร เป็นความต้องการหรือความประสงค์ของหลักสูตรที่จะให้บุคคลในสังคมมีคุณลักษณะตามที่กำหนดไว้อย่างไร
2. เนื้อหา หมายถึง ความรู้ต่าง ๆ ได้แก่ ข้อเท็จจริง มโนคติ กฎ หลักการ สมมติฐาน และทฤษฎี รวมถึงกระบวนการแสวงหาความรู้ด้วย
3. การกำหนดหลักสูตรนำไปใช้ หมายถึง การสอน ซึ่งเป็นกระบวนการที่ผู้สอนพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนให้เกิดการเรียนรู้ ผู้สอนต้องใช้เทคนิคการสอน สื่อการเรียนการสอน และสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ในอันที่จะทำให้การสอนบรรลุเป้าหมายตามกำหนดไว้
4. การประเมินผล หมายถึง การตรวจสอบดูว่าภายในระยะเวลาหนึ่ง หรือเมื่อสอนจบเนื้อหาหนึ่ง ผู้เรียนได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปอย่างไร หรือมีผลสัมฤทธิ์ในการเรียนมากน้อยเพียงใด

## การพัฒนาหลักสูตร

การพัฒนาหลักสูตรก็คือการพัฒนาแผนการเรียน เพื่อการจัดกระบวนการการศึกษา และรวมถึงการประเมินผล การสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ให้กับผู้เรียน การชี้ให้เห็นจุดประสงค์ของการศึกษาเล่าเรียน และอื่นๆอีกหลายประการอันเป็นผลให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และสร้างความเจริญงอกงามในทุกด้านให้กับผู้เรียน หรืออาจจะกล่าวได้อีกอย่างหนึ่งว่าผลิตผลโดยตรงของกระบวนการพัฒนาหลักสูตรก็คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียน (ชูศรี สุวรรณโชติ, 2544)

Tyler (1949) ได้เสนอแนวคิดพื้นฐานในการพัฒนาหลักสูตรใดๆ ก็ตาม ต้องมีหลักพื้นฐาน 4 ประการ โดยตอบคำถามต่อไปนี้

1. เป้าหมายทางการศึกษาที่ต้องการคืออะไร
2. ประสบการณ์ทางการศึกษาใดบ้างที่ควรจัดเพื่อช่วยให้บรรลุเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนด
3. จัดประสบการณ์ทางการศึกษาอย่างไรให้มีประสิทธิภาพสะสมสูงสุด
4. ทราบได้อย่างไรว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

Tyler ให้ความสำคัญกับการตั้งคำถามและการตอบคำถามทั้ง 4 ข้อดังกล่าวข้างต้น โดยให้ถามเรียงตามลำดับ เห็นได้ว่าการตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์จึงมีความสำคัญมากเป็นคำถามที่ต้องถามและตอบเป็นลำดับแรก คำถามและคำตอบที่เหลืออีก 3 ข้อ ตามลำดับ เป็นผลสืบเนื่องมาจากคำถามแรก กล่าวคือ กิจกรรมการเรียนรู้ ที่มีประสิทธิภาพ และการวัดประเมินผล จะต้องสอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์การเรียนรู้

ในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ Tyler แนะนำว่า ในตอนแรกจะเป็นการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ชั่วคราวก่อน แล้วจึงเรียบเรียงใหม่โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ ปรัชญาการศึกษาและสังคมแวดล้อม มากันกรองเป้าหมายและวัตถุประสงค์ชั่วคราวนั้น เพื่อให้ได้มาเป็นเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่แท้จริงของหลักสูตร เพื่อตอบคำถามและหาความชัดเจนว่า การจัด

หลักสูตรเพื่อตอบสนองใคร ซึ่งจะทำให้การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ ตลอดจนการกำหนดโครงสร้างและเนื้อหาวิชาได้ชัดเจน เช่น การพัฒนาหลักสูตรเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม รายวิชาบังคับก็จะมากกว่าวิชาเลือกจะมีน้อย ถ้าจัดหลักสูตรเพื่อตอบสนองผู้เรียน วิชาบังคับก็มีน้อยวิชาเลือกก็จะมีมาก

การเลือกจัดประสบการณ์การเรียนรู้ ที่คาดหวังว่าจะให้ผู้เรียนมีประสบการณ์นั้นอย่างไร มีกิจกรรมที่จัดทั้งในการเรียนการสอนส่วนเสริมหลักสูตรนั้นมีอะไร ทั้งนี้ก็เพื่อที่จะให้กระบวนการเรียนการสอนดำเนินไปเพื่อตอบสนองจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ Tyler ได้เสนอเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ไว้ดังนี้

1. ผู้เรียนควรมีโอกาสฝึกพฤติกรรมและเรียนรู้เนื้อหาตามที่ระบุไว้ในจุดประสงค์
2. กิจกรรมและประสบการณ์นั้นควรจะทำให้ผู้เรียนพอใจที่จะพึงปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ระบุไว้ในจุดประสงค์
3. กิจกรรมและประสบการณ์นั้นควรอยู่ในข่ายความพอใจที่จะพึงปฏิบัติได้
4. กิจกรรมและประสบการณ์หลาย ๆ ด้านของการเรียนรู้จะนำไปสู่จุดประสงค์ที่กำหนดไว้เพียงข้อเดียวก็ได้
5. ในทำนองเดียวกันกิจกรรมและประสบการณ์เรียนรู้เพียงหนึ่งอย่างอาจตอบสนองจุดประสงค์หลาย ๆ ข้อได้

นอกจากนั้น Tyler ยังเน้นเกี่ยวกับการพิจารณาการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ว่า ต้องคำนึงถึงความสัมพันธ์ในด้านเวลาต่อเวลา และเนื้อหาต่อเนื้อหา เรียกว่าเป็นความสัมพันธ์แบบแนวตั้ง (Vertical) กับแนวนอน (Horizontal) ซึ่งมีเกณฑ์ในการจัด ดังนี้

1. ความต่อเนื่อง (Continuity) หมายถึง ความสัมพันธ์ในแนวตั้งของส่วนองค์ประกอบหลักของตัวหลักสูตรจากระดับหนึ่งไปยังอีกระดับหนึ่งที่สูงขึ้นไป เช่น ในวิชาทักษะ ต้องเปิดโอกาสให้มีการฝึกทักษะในกิจกรรมและประสบการณ์บ่อย ๆ อย่างต่อเนื่องกัน

2. การจัดลำดับการเรียนรู้ (Sequence) หมายถึง ความสัมพันธ์แนวตั้งของส่วนองค์ประกอบหลักของตัวหลักสูตรจากสิ่งที่เกิดขึ้นก่อนไปสู่สิ่งที่เกิดขึ้นภายหลัง หรือจากสิ่งที่มีความง่ายไปสู่สิ่งที่มีความยาก ดังนั้นการจัดกิจกรรมและประสบการณ์ให้มีการเรียนลำดับก่อนหลัง เพื่อให้ได้เรียนเนื้อหาที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

3. บูรณาการ (Integration) หมายถึง ความสัมพันธ์กันในแนวนอนขององค์ประกอบหลักของตัวหลักสูตร จากหัวข้อเนื้อหาหนึ่งไปยังอีกหัวข้อเนื้อหาหนึ่ง ของรายวิชาหรือจากรายวิชาหนึ่งไปยังอีกรายวิชาอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกัน การจัดประสบการณ์จึงควรเป็นในลักษณะที่ช่วยให้ผู้เรียนได้เพิ่มพูนความคิดเห็นและได้แสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกัน เนื้อหาที่เรียนเป็นการเพิ่มความสามารถทั้งหมดของผู้เรียนที่จะได้ใช้ประสบการณ์ได้ในสถานการณ์ต่าง ๆ กัน ประสบการณ์การเรียนรู้จึงเป็นแบบแผนของปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างผู้เรียนกับสถานการณ์ที่แวดล้อม

การประเมินผล เพื่อตรวจสอบว่าการจัดการเรียนการสอนได้บรรลุตามจุดประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ สมควรจะมีการปรับแก้ในส่วนใดบ้าง โดยพิจารณาจากสิ่งต่อไปนี้

1. การกำหนดจุดประสงค์ที่จะวัดและพฤติกรรมที่คาดหวัง
2. วัดและวิเคราะห์สถานการณ์ที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมเหล่านั้น
3. ศึกษาสำรวจข้อมูลเพื่อสร้างเครื่องมือที่จะวัดพฤติกรรมเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ให้มีความเป็นปรนัย (Objectivity) มีความเที่ยง (Reliability) และความตรง (Validity)
4. การพิจารณาผลการประเมินให้เป็นประโยชน์ เพื่ออธิบายผลการเรียนรู้เป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม การอธิบายถึงส่วนดีของหลักสูตร หรือสิ่งที่จะต้องปรับแก้เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงหลักสูตรให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

Taba (1962 อ้างใน Smith, 2000) ได้อธิบายกระบวนการพัฒนาหลักสูตรที่ตอบสนองต่อผู้เรียนแบบ the grass-roots approach ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังนี้

1. การวินิจฉัยความต้องการ (Diagnosis of Needs) เป็นการสำรวจสภาพปัญหา ความจำเป็นและความต้องการของสังคมและผู้เรียน
2. การกำหนดวัตถุประสงค์ (Formulation of Objectives) เป็นการกำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนและสอดคล้องกับการวินิจฉัยความต้องการ
3. การคัดเลือกเนื้อหาสาระการเรียนรู้ (Selection of content) เป็นการคัดเลือกเนื้อหาสาระการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีความเชื่อถือได้และมีความสำคัญต่อการเรียนรู้ โดยคำนึงถึงระดับความสามารถของผู้เรียน
4. การจัดลำดับเนื้อหาสาระการเรียนรู้ (Organization of content) เป็นการนำเนื้อหาสาระที่เลือกไว้ มาจัดลำดับการเรียนรู้โดยคำนึงถึงความความยากง่าย ความต่อเนื่อง บนพื้นฐานของวุฒิภาวะ ระดับความสามารถและความสนใจของผู้เรียน
5. การคัดเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ (Selection of learning experiences) เป็นการคัดเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ให้สอดคล้องกับเนื้อหาสาระการเรียนรู้ และวัตถุประสงค์
6. การจัดลำดับประสบการณ์การเรียนรู้ (Organization of learning experiences) เป็นการจัดลำดับประสบการณ์การเรียนรู้โดยให้สอดคล้องกับเนื้อหาสาระและความต่อเนื่องของการเรียนรู้
7. การกำหนดตัวชี้วัด และวิธีการประเมินผล (Determination of what to evaluate and of the ways and means of doing it) เป็นการตัดสินใจว่าจะต้องประเมินอะไรเพื่อตรวจสอบว่าบรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่ และจะประเมินอย่างไร ด้วยเครื่องมือใด

Saylor and Alexander (1974) ได้เสนอการพัฒนาหลักสูตรในโดยใช้กระบวนการวางแผนดังนี้

1. กำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ และ ขอบเขต (Goals, Objectives, and Domains) ด้วยการพิจารณาตัวแปรภายนอกอย่างรอบคอบ ได้แก่ ทัศนนะและความต้องการของสังคม ข้อบังคับทางกฎหมาย ข้อค้นพบจากงานวิจัยต่างๆ ปรัชญาของการจัดหลักสูตรตามแนวคิดทฤษฎีต่างๆ

โดยมุ่งพัฒนาสิ่งสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ การพัฒนาส่วนบุคคล มนุษยสัมพันธ์ ทักษะการเรียนรู้ อย่างต่อเนื่อง และความชำนาญเฉพาะด้าน

2. การออกแบบหลักสูตร (Curriculum Design) เป็นการวางแผนเพื่อตัดสินใจเกี่ยวกับการเลือกและจัดเนื้อหาสาระ การเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับเนื้อหา โดยยังคงคำนึงถึงความสอดคล้องกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ความต้องการของผู้เรียนและลักษณะของสังคม ตลอดจนข้อกำหนดต่างๆ ของสังคม รวมถึงปรัชญาการศึกษา

3. การนำหลักสูตรไปใช้ (Curriculum Implementation) เป็นการนำหลักสูตรไปใช้โดยผู้สอน โดยที่ผู้สอนต้องวางแผนการสอน เลือกวิธีการสอน สื่อวัสดุประกอบการเรียนการสอน ให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ตามที่หลักสูตรกำหนด

4. การประเมินผลหลักสูตร (Curriculum Evaluation) เป็นการตัดสินใจเลือกเทคนิคการประเมินผลที่สามารถตรวจสอบความสำเร็จของหลักสูตร โดยเน้นที่การประเมินตัวหลักสูตร คุณภาพการเรียนการสอน และพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียน ผลจากการประเมินนำไปสู่กระบวนการพิจารณาตัดสินใจว่าจะยังคงใช้หลักสูตรต่อไปหรือไม่ ควรปรับปรุงแก้ไขตรงไหน เป็นการตรวจสอบย้อนกลับไปสู่การกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และขอบเขตอีกครั้ง

### โปรแกรมฝึกอบรมและการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม

#### โปรแกรมฝึกอบรม

โปรแกรมฝึกอบรม (Training Program) เป็นชุดการศึกษาและกิจกรรมการฝึกอบรมที่ถูกออกแบบเพื่อให้บรรลุทักษะเฉพาะที่ต้องการให้เกิดกับผู้รับการฝึกอบรม อาจถูกออกแบบเฉพาะบุคคล กลุ่มเล็ก หรือกลุ่มใหญ่ รวมไปถึงชุมชน

Caffarella (1999) ได้สรุปลักษณะของเป้าหมายของโปรแกรมฝึกอบรมจากงานของ Criag (1996); Dazlon *et al.* (1996); Merriam and Caffarella (1999) และ Wilson and Hayes (2000) พบว่าโปรแกรมฝึกอบรมส่วนใหญ่ถูกสร้างขึ้นด้วยเป้าหมาย 5 ประการด้วยกัน คือ

1. เพื่อสนับสนุนการเติบโตและการพัฒนาอย่างต่อเนื่องของบุคคล
2. เพื่อช่วยให้คนสามารถแก้ปัญหาในชีวิตจริง
3. เพื่อเตรียมคนสำหรับการทำงานในปัจจุบันและอนาคต
4. เพื่อช่วยให้องค์กรบรรลุผลที่พึงประสงค์และปรับตัวเพื่อเปลี่ยนแปลง
5. เพื่อสร้างโอกาสในการตรวจสอบประเด็นชุมชน และสังคม ในการสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงที่ดีและเป็นพลเมืองของสังคม

โดยปกติโปรแกรมฝึกอบรมสามารถสนองต่อเป้าหมายหลายประการ เช่น โปรแกรมฝึกอบรมความสามารถในที่ทำงานมักถูกออกแบบเพื่อให้บุคคลได้พัฒนาภาษาและทักษะคอมพิวเตอร์ไปพร้อมๆ กับการประชุมขององค์กร และความต้องการผู้ปฏิบัติงานที่มีความสามารถในสังคม

การเปลี่ยนแปลงเป็นผลลัพธ์หลักของโปรแกรมฝึกอบรม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมี 3 ชนิด ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงของบุคคลในการได้รับความรู้ใหม่ เกิดทักษะใหม่ และการทบทวนความเชื่อและค่านิยม
2. การเปลี่ยนแปลงขององค์กร ซึ่งเป็นผลมาจาก การทบทวนนโยบาย กระบวนการทำงาน และวิธีการทำงาน
3. การเปลี่ยนแปลงของชุมชนและสังคม ซึ่งทำให้เกิดความแตกต่างของส่วนต่างๆ ในชุมชนและสังคม

## การออกแบบโปรแกรมฝึกอบรม

Caffarella (1999) ได้เสนอแนวคิดของโปรแกรมฝึกอบรมซึ่งดัดแปลงมาจากนักการศึกษาหลายๆ ท่าน ซึ่ง Caffarella ได้ให้ความสำคัญกับการความต้องการและความคิดของผู้เรียน (The Needs and Idea Of Learners) องค์กรหรือชุมชนเป็นศูนย์กลางในกระบวนการวางแผนโปรแกรมฝึกอบรม การคำนึงถึงบริบทและการระบุสิ่งที่ต้องการฝึกอบรมมีความสำคัญในกระบวนการวางแผนการฝึกอบรม ซึ่งต้องอาศัยหลักการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ (Knowles, 1998) ซึ่ง Caffarella ได้สร้างรูปแบบการออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมที่เรียกว่า การออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมแบบปฏิสัมพันธ์ (Interactive Model) ประกอบด้วย 12 ส่วน ดังนี้

1. ให้ความสำคัญกับบริบท (Discerning the Context)
2. สร้างจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Build a Solid Base of Support)
3. กำหนดแนวคิดโปรแกรมฝึกอบรม (Identifying Program Idea)
4. จัดลำดับตามความสำคัญในแนวคิดโปรแกรมฝึกอบรม (Sorting and Prioritizing Program Idea)
5. พัฒนาวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฝึกอบรม (Developing Program Objectives)
6. ออกแบบกิจกรรมการสอน (Design Instructional Plan)
7. วางแผนในการถ่ายโอนการเรียนรู้ (Devising Transfer-of-Learning)
8. สร้างแผนการวัดประเมินผล (Formulating Evaluation Plans)
9. สร้างข้อเสนอแนะและสื่อสารผลการใช้ (Making Recommendation and Communicating Results)

10. การเลือกรูปแบบ เวลาและผู้ฝึกอบรม (Selecting Format, Schedule, and Staff Needs)
11. การเตรียมงบประมาณและแผนการตลาด (Preparing Budgets and Marketing Plans)
12. ประสานสิ่งเอื้อและสถานที่ฝึกอบรม (Coordinating Facilities and On-Site Events)

Dean (1994) ได้อธิบายรูปแบบการออกแบบการสอนในการศึกษาผู้ใหญ่ ว่าขั้นแรกจะต้องมีการประเมินความต้องการ (Needs Assessment) และจากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินความต้องการนำไปออกแบบเป้าหมาย วัตถุประสงค์ การเรียนรู้ กิจกรรมเรียนรู้ การประเมินกระบวนการเรียนรู้ ความต้องการประกอบการประเมิน 4 อย่างคือ

1. การประเมินและพัฒนาทักษะตนเอง (Assessing and Developing Your Skill) ในฐานะนักการศึกษาผู้ใหญ่ ควรประเมินตนเองในประเด็น ปรัชญาการสอน ประสบการณ์ และทักษะในการเป็นนักการศึกษาผู้ใหญ่ และถือว่าการประเมินตนเองเป็นการพัฒนาตนเองในวิชาชีพ
2. การพัฒนาเนื้อหาสาระความรู้ (Developing Content Knowledge) รวมถึง ทักษะ และความเชี่ยวชาญ
3. การเรียนรู้เกี่ยวกับผู้เรียน (Learning About Your Learners)
4. การเข้าใจบริบทการเรียนรู้ (Understanding the Learning Contexts) เป็นการประเมินในเชิงสังคม การเมือง และเศรษฐกิจ ของแหล่งที่จัดกิจกรรมการเรียนรู้

### การฝึกอบรม

การฝึกอบรมเป็นกระบวนการเพิ่มพูนความรู้ (Knowledge) ความเข้าใจ (Understand) ความสามารถ (Capacity) และทักษะความชำนาญในการปฏิบัติ (Skill) รวมถึงเจตคติ (Attitude) ภายใต้งานของประการ เป็นการเตรียมความพร้อม เพื่อสนองตอบวัตถุประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง ให้เป็นไปได้ในทิศทางที่ต้องการ (Harbison and Mayers, 1964; Beach, 1975 และ Rabey, 1981)

การฝึกอบรม กระบวนการเรียนรู้ เพื่อก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ ทักษะและความชำนาญ ต่อการปฏิบัติงาน โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้คลามีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม นำความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ได้ไปใช้ประโยชน์อย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกอบรมเป็นการนำกระบวนการ พัฒนา หลักสูตรมาจัดทำหลักสูตร โดยมีองค์ประกอบคือ การหาความจำเป็นหรือความต้องการ (Needs Assessment) ของการฝึกอบรมนั้นๆ กำหนดวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม การจัดการพัฒนา หลักสูตรโดยการเลือกสาระความรู้ที่เหมาะสม จากนั้นพิจารณาเลือกเทคนิควิธีการฝึกอบรม ทำการ วัดและประเมินผล และติดตามผลของการฝึกอบรม (สงบ บุญมาก, 2542)

การฝึกอบรมโดยทั่วไปประกอบไปด้วยส่วนต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรม หมายถึงข้อความที่บ่งบอกว่าเมื่อผู้เข้ารับการฝึกอบรม ผ่านการฝึกอบรมแล้วควรมีพฤติกรรมอย่างไร พฤติกรรมดังกล่าวที่แสดงออกมาเป็นผลมาจากการ เรียนรู้โดยผ่านการฝึกอบรม วัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมควรระบุในลักษณะของวัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม คือสามารถวัดได้และสังเกตได้
2. สาระความรู้ของการฝึกอบรม หมายถึง เนื้อหา เรื่องราว หรือกิจกรรม ที่ผู้เข้ารับการ ฝึกอบรมจะต้องกระทำเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ และนำไปปฏิบัติหรือปรับใช้
3. วิธีการฝึกอบรม หมายถึงวิธีที่ใช้ในการฝึกอบรม เพื่อให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดการ เรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด
4. สื่อและอุปกรณ์ที่การฝึกอบรม หมายถึงสื่อและอุปกรณ์ การเรียนการสอนที่ใช้ในการ ฝึกอบรม เช่น วัสดุทัศน สไลด์ แผ่นภาพใส กลุ่มมือ แบบฝึกหัด เอกสารที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น
5. การประเมินผลการฝึกอบรม หมายถึงการวัดผลสัมฤทธิ์ในการฝึกอบรม ว่าเป็นไปตาม วัตถุประสงค์เพียงไร เป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้หรือไม่ ซึ่งสามารถวัดได้หลายวิธี เช่น การสังเกต สัมภาษณ์ หรือใช้แบบทดสอบ เป็นต้น

การฝึกอบรมเป็นกระบวนการหรือการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้รับการฝึกอบรมมีความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถ ทักษะความชำนาญในการปฏิบัติงานและเจตคติที่ดีที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสม (Ward and McCormack, 2000)

### การเรียนรู้ในผู้ใหญ่

การเรียนการสอนของผู้ใหญ่ (Andragogy) ตั้งอยู่บนพื้นฐานดังต่อไปนี้ (Malcolm *et al.*, 1998)

1. ความจำเป็นในการเรียนรู้ (The Need to Know) ในผู้ใหญ่จำเป็นต้องรู้ก่อนว่าจะเรียนรู้ไปทำไม สามารถนำไปใช้ประโยชน์อะไรได้ในชีวิตจริง ถ้าผู้เรียนได้เห็นความจำเป็นแล้วจะทุ่มเทและตั้งใจที่จะเรียนรู้ ดังนั้นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ (facilitator) จะต้องช่วยผู้เรียนได้เห็น “ความจำเป็นในการเรียนรู้” อย่างน้อยที่สุดผู้สนับสนุนการเรียนรู้จะต้องช่วยให้ผู้เรียนผู้ใหญ่ได้เห็นคุณค่าในการเรียนรู้การปรับปรุงประสิทธิภาพความสามารถเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเอง

2. อคติโนทัศน์ของผู้เรียน (The Learners' Self-Concept) ผู้ใหญ่มี อคติโนทัศน์รับผิดชอบในการตัดสินใจของตนเอง เมื่อเขาได้รับการพัฒนาให้เท่ากับอคติโนทัศน์จะทำให้มีการพัฒนาความสามารถขึ้นมาตนเองได้ หรือเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง

3. บทบาทของประสบการณ์ของผู้เรียน (The Roles of The Learners' Experiences) ผู้ใหญ่จะมีประสบการณ์ที่หลากหลาย ทำให้เกิดความแตกต่างระหว่างบุคคล ซึ่งล้วนแต่ส่งผลต่อการศึกษาของผู้ใหญ่ ยิ่งถ้ากลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภูมิหลังแตกต่างกันมาซึ่งต้องเน้นการสอนและการเรียนรู้รายบุคคล การจัดการศึกษาในผู้ใหญ่จึงควรเน้นที่กลวิธีประสบการณ์ (Experiential Technique) ซึ่งเป็นการใช้ประโยชน์จากประสบการณ์ของผู้ใหญ่ เช่น การอภิปราย การจำลองสถานการณ์ กิจกรรมแก้ปัญหา เป็นต้น เพื่อช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

4. ความพร้อมที่จะเรียนรู้ (Readiness to Learn) ผู้ใหญ่พร้อมที่จะเรียนรู้ในสิ่งที่จำเป็นสำหรับตนเองและสามารถทำสิ่งจำเป็นนั้นได้เพื่อที่จะเผชิญสถานการณ์ในชีวิตจริง การพัฒนาทักษะอย่างเป็นขั้นตอนในช่วงเวลาที่เหมาะสม จะช่วยให้เกิดความพร้อมที่จะการเรียนรู้

5. เจียมมุ่งที่จะเรียนรู้ (Orientation to Learning) ผู้ใหญ่จะเรียนรู้เพื่อชีวิต (life-centered) เรียนรู้เพื่อที่จะขยายขอบเขตการรับรู้ที่ช่วยแก้ปัญหาที่กำลังเผชิญ และจะเรียนรู้และเข้าใจสิ่งใหม่ ทักษะ คุณค่า และทัศนคติอย่างมีประสิทธิภาพเมื่ออยู่ในบริบทของการประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงในชีวิต

6. แรงจูงใจ (Motivation) ผู้ใหญ่ไม่เพียงแต่ได้รับอิทธิพลจากแรงจูงใจภายนอก เช่น หน้าที่การงาน การสนับสนุน การเลื่อนขั้นเงินเดือน เป็นต้น ยังมีแรงจูงใจภายในที่เข้มข้นอีกด้วย เช่น ความปรารถนาใน การทำงานให้เป็นที่พอใจ ความภาคภูมิใจในตนเอง คุณภาพชีวิต เป็นต้น

Lindeman (1926 อ้างใน Knowles, 1998) ได้สรุปลักษณะที่สำคัญของผู้ใหญ่มีดังนี้

1. ผู้ใหญ่ถูกกระตุ้นให้เรียนรู้ด้วยความต้องการมีประสบการณ์และความสนใจ ซึ่งทำให้เกิดความพึงพอใจในการเรียนรู้ ดังนั้นจึงต้องหาจุดเริ่มต้นที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ของผู้ใหญ่

2. ผู้ใหญ่ต้องการเรียนรู้แบบเพื่อชีวิต (Life-Centered) ดังนั้นการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้ใหญ่จะต้องเป็นลักษณะที่สอดคล้องกับสถานการณ์ในชีวิตจริงไม่ใช่เป็นรายวิชา

3. การเรียนรู้ของผู้ใหญ่ใช้ประสบการณ์เป็นแหล่งเรียนรู้มากที่สุด ดังนั้นกลวิธีหลักของการจัดการศึกษาในผู้ใหญ่จะเป็นการวิเคราะห์ประสบการณ์

4. ผู้ใหญ่มีความต้องการการเรียนรู้แบบชี้นำตนเองเป็นอย่างมาก ดังนั้น บทบาทของผู้สอนจะเข้าไปมีส่วนในกระบวนการค้นคว้ากับผู้เรียนมากกว่าที่จะถ่ายทอดความรู้ให้ผู้เรียนและคอยจะประเมินผลการค้นคว่านั้น

5. ความแตกต่างระหว่างบุคคลจะเพิ่มขึ้นเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ดังนั้นการศึกษาในผู้ใหญ่ต้องจัดให้เหมาะสม ทั้งในรูปแบบ เวลา สถานที่ และลำดับการเรียนรู้

Lovell (1980 อ้างใน กานดา จรดล, 2542) ลักษณะของผู้ใหญ่ วยผู้ใหญ่เป็นช่วงเวลาที่บุคคลมีความต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเอง ให้ทัดเทียมกับบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในสังคม ซึ่งปัจจัยหรืออิทธิพลที่มีต่อการเรียนรู้ของผู้ใหญ่มีดังนี้

1. การประเมินความสามารถในการเรียนรู้ของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริง (Underestimate the Ability to Learn)
2. ประสบการณ์การเรียนรู้ที่ผ่านมา (Previous Educational Experience)
3. พื้นฐานทางสังคม และเศรษฐกิจ (Socio-Economic Background)
4. การรับรู้เกี่ยวกับตนเอง (Self-Perception)
5. การใช้วิธีการเรียนการสอนที่แตกต่างกันออกไป (Difference in Teaching Technique)

อุปสรรคในการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Lovell, 1980 อ้างใน กานดา จรดล, 2542) มีดังนี้

1. ประสบการณ์เดิมของผู้ใหญ่ ผู้ใหญ่บางคนเคยมีประสบการณ์การเรียนรู้ที่เป็นปัญหา เมื่อสมัยเรียนตอนเด็ก อาจจะมีผลต่อการเรียนขณะที่เป็นผู้ใหญ่ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่อยากเรียน และอาจเกิดความละอายต่อผู้ฝึกอบรม
2. การขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ผู้ใหญ่ที่เคยประสบปัญหาการเรียนมาก่อนแล้ว มีความรู้สึกว่าการเรียนรู้ใหม่ๆ ยากเกินความสามารถของตนเอง ด้วยเหตุนี้ผู้ทำการฝึกอบรมจะต้องแน่ใจว่า กระบวนการเรียนรู้ และเนื้อหาที่จัดให้ได้รับการอธิบายอย่างชัดเจน ตลอดจนข้อสงสัย ปัญหาข้อข้องใจต่างๆ ควรได้รับการแก้ไขโดยเร็ว
3. การขาดแรงจูงใจในการเรียน ผู้ใหญ่ที่เข้ารับการฝึกอบรมส่วนใหญ่ มาพร้อมกับแรงจูงใจภายในที่แตกต่างกัน บางครั้งเมื่อต้องถูกบังคับมาเข้ารับการฝึกอบรมในเรื่องที่ตนไม่ต้องการ หรือไม่สนใจ หรือเรื่องที่ตนเองทราบมาแล้ว ก็จะทำให้ขาดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมการฝึกอบรมนั้นๆ ด้วยเหตุนี้ ผู้ให้การฝึกอบรมจึงควรเตรียมปัจจัยสนับสนุนต่างๆ ให้พร้อมที่จะ

ส่งเสริมให้ผู้ใหญ่สามารถจูงใจตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการอธิบายสาเหตุและประโยชน์ของการฝึกอบรมนั้น ให้แก่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้เข้าใจอย่างละเอียด และชัดเจน ซึ่งจะทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมองเห็นความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และทำให้เกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้เพิ่มเติม

4. ความกลัวต่อการเปลี่ยนแปลง คนทั่วไปส่วนใหญ่จะกลัวเหตุการณ์ สถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย หรือกลัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งวัตถุประสงค์หลักของการฝึกอบรม หรือการพัฒนา คือการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงดังกล่าว อาจก่อให้เกิดผลที่ไม่พึงประสงค์ ด้วยเหตุนี้ผู้ให้การอบรมจึงควรช่วยให้ผู้ใหญ่ที่เข้ารับการฝึกอบรม คลายความกลัวต่อสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลง โดยการอธิบายให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้เข้าใจว่าการฝึกอบรมจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือการพัฒนาอะไร และอย่างไร

5. ความกลัวต่อการล้มเหลว ปัญหาความกลัวต่อการล้มเหลวในการเรียน เป็นปัญหาที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมส่วนใหญ่มักจะเผชิญกับปัญหานี้ เนื่องจากเคยประสบกับปัญหาดังกล่าวจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ถึงแม้ว่าผู้ให้การฝึกอบรมเองก็ไม่สามารถจะประกันความสำเร็จให้กับผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้อย่างเต็มที่ แต่ผู้ให้การฝึกอบรมก็สามารถจัดการฝึกอบรมให้มีประสิทธิภาพได้ โดยการนำเสนอการฝึกอบรมที่น่าสนใจ และตัวผู้เข้ารับการฝึกอบรมเองก็เป็นผู้มีแรงจูงใจสูง และมีความสามารถที่จะเรียนรู้อย่างสมบูรณ์ ก็จะทำให้การฝึกอบรมนั้นๆ มีโอกาสที่จะประสบความสำเร็จได้มากขึ้น

6. ความเชื่อว่าผู้ใหญ่มิสามารถเรียนได้ เพราะผู้ใหญ่มักเชื่อว่าตนเองแก่เกินกว่าที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ และนำมาเป็นข้ออ้างเมื่อไม่ยอมเรียนต่างๆ ที่ตามความเป็นจริงแล้วผู้ใหญ่ที่ต้องการจะเรียน และกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ อยู่ตลอดเวลา ย่อมสามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ตลอดจนรู้จักนำประสบการณ์ที่ตนมีอยู่มาใช้ประโยชน์ ในการเรียนรู้ของตนเองได้เป็นอย่างดี

7. การขาดความสนใจ เมื่อผู้ใหญ่ออกส่งเข้ารับการฝึกอบรม โดยที่ไม่ตรงและไม่สอดคล้องกับความต้องการ หรือความสนใจของตนเองแล้ว จะมีผลต่อการเข้ารับการฝึกอบรมของผู้ใหญ่ กล่าวคืออาจจะเข้าร่วมกิจกรรมไม่สม่ำเสมอ ขาดความกระตือรือร้น ไม่ใส่ใจในการฝึกอบรมเท่าที่ควร

Knowles (1980 อ้างใน กานดา จรดล, 2542) ได้เสนอแนวทางที่แตกต่างบนพื้นฐาน 3 ประการ ระหว่างการเรียนการสอนของเด็ก และการเรียนการสอนของผู้ใหญ่ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบแนวคิดพื้นฐานระหว่างการเรียนการสอนของเด็กและผู้ใหญ่

| ลักษณะ                 | ทฤษฎีการศึกษาสำหรับเด็ก  | ทฤษฎีการศึกษาสำหรับผู้ใหญ่   |
|------------------------|--|--|
| บทบาทของผู้เรียน       | ผู้เรียนมีบทบาทเป็นผู้ฟัง ผู้สอนหรือครู จึงมีหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบต่อกระบวนการเรียนรู้ของผู้เรียน  | ผู้เรียนมีบทบาท เป็นผู้ที่สามารถชี้นำตนเอง ผู้สอนจึงมีหน้าที่สนับสนุนให้ ผู้เรียนสามารถชี้นำตนเองได้ ตามความต้องการของแต่ละบุคคล   |
| ประสบการณ์ของผู้เรียน  | ผู้เรียนมีประสบการณ์น้อย ต้องอาศัยความรู้จากผู้รู้หรือครู วิธีการให้ความรู้แก่ผู้เรียนคือ วิธีการต่างๆ ที่จะสามารถถ่ายทอดเนื้อหาความรู้ให้แก่ผู้เรียน  | ผู้เรียนมีประสบการณ์สะสมตลอดชีวิต ประสบการณ์เหล่านี้ จะเป็นแหล่งความรู้สำหรับตนเองและผู้อื่น ผู้เรียนจะ เข้าใจและสามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ได้มากกว่า คำสอนจากผู้สอน วิธีการเรียนรู้จึงอยู่บนพื้นฐานของการใช้ประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นสำคัญ   |
| ความพร้อมที่จะเรียนรู้ | ผู้เรียนเรียนรู้ภายใต้ เงื่อนไขที่จำเป็นต้องเรียน จากความต้องการของผู้ปกครองและสังคม ผู้เรียนจะรู้สึกกลัวต่อความล้มเหลวในการเรียนรู้ การเรียนรู้ จะไม่มีมาตรฐาน และมีความก้าวหน้าที่เท่าเทียมกัน เนื่องจากจะมีเป้าหมายการเรียนรู้เพื่อกลุ่มผู้เรียนที่มีอายุเท่าเทียมกัน และมีความต้องการการเรียนรู้และความพร้อมที่จะเรียนเหมือนกัน ในการเรียน ผู้เรียนจำเป็นต้องท่องจำ เนื่องจากไม่สามารถนำความรู้ไปใช้ได้ทันที | ผู้เรียนจะเรียนรู้เมื่อรู้สึกว่าคุณต้องการที่จะเรียน การเรียนรู้ควรสนองความต้องการของผู้เรียน ต้องการนำความรู้ไปใช้แก้ปัญหาในชีวิตจริง การเรียนรู้ควรจัดขึ้นเพื่อสนองตอบความต้องการของผู้เรียน และจัดลำดับความสามารถ และความพร้อมที่จะเรียนของผู้เรียนแต่ละคน ผู้เรียนพยายามแสวงหาความรู้ความสามารถที่จะนำไปใช้แก้ปัญหาได้ในทันทีทันใด การเรียนรู้จึงต้องเกี่ยวข้องกับชีวิตจริง และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ ประโยชน์อย่างทันทีทันใด |

สรุปได้ว่า รูปแบบการศึกษาสำหรับผู้ใหญ่ตามที่ Knowles (1980) ได้เสนอไว้จะเป็นรูปแบบที่มีลักษณะเป็นกระบวนการ ไม่ใช่รูปแบบที่เป็นเนื้อหา ด้วยเหตุนี้ผู้สอนหรือผู้จัดการอบรมจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก ผู้ให้คำปรึกษาหรือผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยเตรียมการในกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ของผู้เรียน ดังต่อไปนี้

1. สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้
2. จัดโครงสร้างหรือกลไกสำหรับการวางแผนการเรียนรู้ร่วมกัน
3. วิเคราะห์ความต้องการการเรียนรู้ของผู้เรียน
4. การกำหนดวัตถุประสงค์ และเนื้อหาที่สนองต่อความต้องการการเรียนรู้ของผู้เรียน
5. ออกแบบประสบการณ์เพื่อการเรียนรู้ของผู้เรียน
6. ดำเนินการให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้ ด้วยวิธีการ และสื่ออุปกรณ์ที่เหมาะสม
7. ประเมินผลการเรียนรู้ และวิเคราะห์ความต้องการการเรียนรู้อีกครั้ง เพื่อดูว่าความต้องการการเรียนรู้ต่างๆ ได้รับการตอบสนองหรือไม่

### การส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมความสามารถของบุคคลเพื่อควบคุมและปรับปรุงสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น การบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถระบุและเกิดแรงบันดาลใจอย่างแท้จริงในความต้องการที่พึงพอใจ เพื่อเปลี่ยนแปลงหรือปรับสภาพเข้ากับสิ่งแวดล้อม สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายในทางบวก เน้นหนักที่ทรัพยากรบุคคลและสังคม เช่นเดียวกับสมรรถนะต่างๆ ทางกายภาพ ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงมิใช่เป็นความรับผิดชอบขององค์กรในภาคสาธารณสุขเท่านั้น แต่มีความหมายไปถึงการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขดีไปสู่เรื่องของสุขภาวะ (WHO, 1986)

การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) (WHO, 1986) สรุปได้ดังนี้

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) เป็นการผลักดันนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพต่างๆ เน้นสุขภาพในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับการสร้างนโยบาย ไปถึงระดับปฏิบัติทุกภาคส่วน เพื่อชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของผลพวงของสุขภาพจากการตัดสินใจ

ในเรื่องสุขภาพ และยอมรับในเรื่องความรับผิดชอบด้านสุขภาพ อาจทำโดยมาตรการทางกฎหมาย มาตรการภาษี หรือการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างองค์กร ในปัจจุบันในประเทศไทยได้ดำเนินการในหลายรูปแบบ เช่น การออกกฎหมายเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การตั้งคณะกรรมการควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แห่งชาติ การรณรงค์ลดการบริโภคสุรา การรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ การออกกฎหมายเก็บภาษีเหล้าและบุหรี่เพิ่ม เพื่อตั้งเป็นกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) การรณรงค์ลดการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินจากอุบัติเหตุบนท้องถนน การขับเคลื่อนกระบวนการสมัชชาสุขภาพ และจัดทำร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ โดยการมีส่วนร่วมจากภาครัฐ ภาควิชาการ ภาควิชาชีพ และภาคประชาชน

2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environments) เป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการมีสุขภาพดี เป็นสังคมที่น่าอยู่ ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้มีความสำคัญกับการทำงานและการพักผ่อนซึ่งมีความสำคัญต่อสุขภาพ จำเป็นต้องดูแลให้สมดุลกัน การจัดทำใดๆ จะต้องได้รับการประเมินผลกระทบทางด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ เพื่อผลประโยชน์สาธารณะในด้านสุขภาพ ในประเทศไทยได้มีการดำเนินงาน “เมืองน่าอยู่” (Healthy City) การปรับปรุงระบบบริการสุขภาพ ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด จนถึงระดับกลุ่มจังหวัด (สาธารณสุขเขต)

3. การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน (Strengthen Community Action) โดยใช้หลักการของการสร้างพลังอำนาจแก่ชุมชน (Empowerment of Communities) เพื่อเกิดความรู้สึกร่วมกัน นำไปสู่สำนึกความเป็นเจ้าของ (Sense of Belonging) สำนึกต่อส่วนรวม (Social Conscience) และความร่วมมือ (Participation) เป็นเจ้าของเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน ในประเทศไทยได้มีการดำเนินการสาธารณสุขมูลฐาน สร้างระบบอาสาสมัครสาธารณสุข ระบบสมัชชาสุขภาพ กลุ่มกิจกรรมสุขภาพต่างๆ

4. การส่งเสริมพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skill) เป็นการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ให้การศึกษาด้านสุขภาพ สร้างเสริมทักษะชีวิต ให้ประชาชนเป็นผู้เลือกมีพฤติกรรมสุขภาพด้วยตัวเอง กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต เตรียมตัวเองเพื่อรองรับความเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้น ในประเทศไทยมีการขยายโอกาสทางการศึกษา เพื่อยกระดับการศึกษาของคนในชาติ มีการฟื้นฟูภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย และการตั้งกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกขึ้นในกระทรวงสาธารณสุข เพื่อยกระดับความสำคัญในการพัฒนาภูมิปัญญาไทย

5. ด้านการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (Reorient Health Services) เป็นการสร้างความรับผิดชอบในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ สถานบริการสุขภาพ ตลอดจนรัฐบาล ซึ่งไม่เพียงแต่ทำการรักษาแต่ให้รวมไปถึงการสร้างเสริมสุขภาพ ในประเทศไทยมีการกำหนดและประกาศนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพื่อให้คนไทยทุกคนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน

สุรเกียรติ์ อาชานุกาพ (2541) ได้กล่าวไว้ว่า การมีคุณภาพชีวิตที่ดี คือการที่คนทุกคนได้รับการพัฒนาศักยภาพในทุกด้าน ให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลป้องกัน และสร้างเสริมความมั่นคงเข้มแข็งให้ตนเอง ชุมชน และสังคม ให้อยู่ร่วมกันได้ด้วยดี และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยมีเงื่อนไขและทรัพยากรพื้นฐานที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรม และความเท่าเทียมกันทางสังคม

เพื่อให้เข้าใจความหมายแนวคิดทฤษฎีเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ จะต้องทำความเข้าใจความหมายของสิ่งที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

## สุขภาพ

สุขภาพ (Health) เป็นภาวะแห่งการคงความสมดุลอย่างต่อเนื่องของสภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณให้คงไว้ซึ่งความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ได้หมายความว่าเพียงการไม่เจ็บป่วยเท่านั้น (จินตนา สรายุทธพิทักษ์, 2539 และ Anspaugh *et al.*, 1993)

การมีสุขภาพแข็งแรง (Healthy) ในความหมายขององค์การอนามัยโลกครอบคลุมถึงความแข็งแรงของสุขภาพในมิติต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย (Physical Health) จิตใจ (Mental Health) สังคม (Social Health) และปัญญาหรือจิตวิญญาณ (Spiritual Health) ในการบรรลุสุขภาพที่สมบูรณ์นั้น บุคคลและกลุ่มบุคคลควรตระหนักถึงความต้องการและเป้าหมาย เพื่อให้สามารถปฏิบัติตนให้ตอบสนองต่อความต้องการ และเป้าหมายนั้นๆ ได้ การดูแลสุขภาพมักมุ่งเน้นไปที่ตัวบุคคลเป็นหลัก ให้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง (Self-Care Behavior) และมีพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior)

## พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) เป็นความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ เจตคติ และการกระทำหรืองดการกระทำในสิ่งที่ไม่เป็นผลดีหรือเป็นผลเสียต่อสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตัวของบุคคล (ชนวรรณ อัมสมบูรณ์, 2532ข, 2540; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2532 และ มัลลิกา มัติโก, 2534)

ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพจึงเป็นการกระทำ หรือการงดเว้นการกระทำที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมที่เกิดจากความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ นอกจากนี้ได้มีการจัดแบ่งพฤติกรรมทางสุขภาพออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ (Preventive and Promotive Health Behavior) เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลกระทำในภาวะปกติ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1.1 พฤติกรรมส่งเสริมให้สุขภาพดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายเป็นประจำ เป็นต้น

1.2 พฤติกรรมการป้องกันโรคและอุบัติเหตุต่างๆ เช่น การตรวจร่างกายประจำปี การสวมเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับรถยนต์ หรือหมวกนิรภัยเมื่อขี่รถจักรยานยนต์ เป็นต้น

2. พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย (Illness Behavior) หมายถึงการปฏิบัติที่บุคคลกระทำเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง เช่น อาจเพิกเฉยเพื่อดูอาการต่อไป หรืออาจปรึกษาบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับความผิดปกติของตน หรืออาจไปแสวงหาการรักษาพยาบาล พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วยจึงแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

2.1 ระยะของการรับรู้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น (Perceiving)

2.2 ระยะที่มีพฤติกรรมตอบสนองกับความผิดปกตินั้นๆ (Taking Action)

3. พฤติกรรมที่เป็นบทบาทของการเจ็บป่วย (Sick Role Behavior) หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลกระทำหลังจากได้ทราบผลการวินิจฉัยแล้ว เป็นพฤติกรรมที่ทำตามคำสั่ง หรือคำแนะนำของผู้ให้การรักษา เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้นๆ

พฤติกรรมทั้งสามประเภทมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน และมีจุดมุ่งหมายเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพ แต่พฤติกรรมดังกล่าวนี้จะถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคมของบุคคลนั้นด้วย

พรสุข หุ่นนิรันดร์ และคณะ (2541) ได้แบ่งพฤติกรรมสุขภาพออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ด้านความรู้และความเข้าใจในเนื้อหาวิชาการต่างๆทางด้านสุขภาพ (Health Knowledge)
2. ด้านเจตคติ หรือปฏิกิริยาในด้านความรู้สึกที่มีต่อเรื่องสุขภาพ (Health Attitude)
3. การปฏิบัติทางด้านสุขภาพ (Health Practice)

ในการปฏิบัติทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมนั้น บุคคลจะต้องมีความรู้ในเรื่องนั้นๆ เป็นอย่างดี พร้อมทั้งมีเจตคติที่ดีต่อเรื่องดังกล่าว และการปฏิบัติบางอย่างก็จะนำไปสู่การมีเจตคติที่ดี และเกิดความรู้ตามเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอย่างถาวร จึงจำเป็นต้องจัดการเรียนรู้ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติไปพร้อมๆ กัน อย่างเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่อง (สุภาภักดิ์ ผ่องน้อย, 2544)

### การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นกระบวนการที่สลับซับซ้อน ทั้งนี้เพราะบุคคลมีความแตกต่างกันเป็นพื้นฐาน ทำให้พฤติกรรมที่แสดงออกมีความแตกต่างกันไปด้วย กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนี้ ธนวรรณ อัมสมบูรณ์ (2532ก) ได้สรุปไว้ 5 ประการ คือ

1. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นกระบวนการสุขศึกษาที่ทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ

2. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จะเกิดขึ้นได้ต้องมีการเรียนรู้อย่างถูกต้อง และสมบูรณ์ จนกระทั่งเกิดผลในลักษณะที่เป็นพฤติกรรมสุขภาพ โดยทั่วไปแล้วการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยการเรียนรู้หลายประการ เช่น การมีรูปแบบที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ มีกลไกการเรียนรู้ มีเงื่อนไขการเรียนรู้ต่างๆ

3. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นสิ่งที่ไม่ยาก แต่การทำให้เกิดการเรียนรู้อย่างถูกต้องและเพียงพอ เพื่อให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่ยาก ดังนั้นกระบวนการให้ความรู้ทางสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ จึงต้องมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพสูงอย่างเพียงพอ

4. เป้าหมายสุดท้ายของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ คือการกระทำหรือการปฏิบัติที่ถาวร หรือมีการพัฒนาของระดับพฤติกรรมให้ดีขึ้น

5. การที่พฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลง หรือมีการพัฒนาไปในทิศทางที่ดี จำเป็นจะต้องมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในทิศทางเดียวกัน

### แนวคิดและหลักการพื้นฐานของนโยบายเมืองไทยแข็งแรง

นโยบายเมืองไทยแข็งแรง (Health Thailand) คือสร้างสุขภาพที่ดีให้กับประชาชน และลดปัญหาใช้จ่ายด้านสุขภาพในระยะยาว โดยใช้กระบวนการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการขับเคลื่อนให้การดำเนินงานช่วยคนไทยห่างไกลโรค ให้บรรลุผลสำเร็จ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช ได้นำนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยมีแนวคิดและหลักการพื้นฐาน ดังนี้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช, 2548)

#### ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางกาย (Physical Health)

1. คนไทยที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสุขภาพแข็งแรงในทุกหมู่บ้าน ทุกชุมชน ทุกหน่วยงาน และสถานประกอบการ

2. คนไทยได้บริโภคอาหารที่ปลอดภัย มีคุณค่าทางโภชนาการ และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จากแหล่งผลิตอาหารที่ปลอดสารพิษปนเปื้อน ตลาดสด ร้านอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหารทุกแห่งได้มาตรฐานสุขอนามัย สถานที่ผลิตอาหารทุกแห่งผ่านเกณฑ์ GMP (Good Manufacturing Practice)

3. คนไทยมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวพร้อมสุขภาพที่แข็งแรง อัตราการป่วยและตายด้วยโรคที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของคนไทยลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคเอดส์ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง ไข้เลือดออก และโรคเบาหวาน

4. คนไทยลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และยาสูบ

5. คนไทยมีอัตราการบาดเจ็บและตายด้วยอุบัติเหตุลดน้อยลง

6. คนไทยทุกคนมีหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน

#### **ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางจิตใจ (Mental health)**

1. คนไทยมีครอบครัวที่อบอุ่น เด็กและผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว

2. คนไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายตลอดจนการป่วยด้วยโรคทางจิต ประสาท ลดน้อยลง

3. คนไทยมีความฉลาดทางสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพิ่มขึ้นในระดับที่ต้องไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากล

#### **ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางสังคม (Social health) และเศรษฐกิจพอเพียง (Sufficiency Economy)**

1. คนไทยมีความปลอดภัยจากอาชญากรรมและความรุนแรงที่ก่อให้เกิดการประทุษร้ายทางเพศ และการประทุษร้ายต่อทรัพย์สิน

2. คนไทยทุกคนได้รับการศึกษาในระบบโรงเรียนไม่น้อยกว่า 12 ปี และมีโอกาสเรียนต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและเกิดทักษะทางสุขภาพ (Health Skill) และทักษะการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม (Life Skill)

3. คนไทยมีสัมมาอาชีพและรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข มีที่อยู่อาศัยที่ถูกต้อง สุขลักษณะ มีน้ำสะอาดเพื่ออุปโภคบริโภคเพียงพอ และดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

### ความแข็งแรงของสุขภาพในมิติทางปัญญา/จิตวิญญาณ (Spiritual Health)

1. คนไทยลด ละ เลิกอบายมุขและสิ่งเสพติด
2. คนไทยมีความรู้ รักสามัคคี มีความอาทรเกื้อกูลกัน
3. คนไทยมีสติและปัญญาแก้ไขปัญหาความขัดแย้งรุนแรงต่างๆ ด้วยเหตุผลและสันติวิธี
4. คนไทยยึดมั่นในหลักศาสนธรรมและวัฒนธรรมที่ดีงาม

### แนวทางการนำนโยบายเมืองไทยแข็งแรงไปปฏิบัติ

จากแนวคิดหลักของนโยบายเมืองไทยแข็งแรง นำไปสู่การปฏิบัติภายใต้ยุทธศาสตร์ “รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” มีการใช้พื้นที่ (Community) เป็นฐานบูรณาการทุกภาคส่วน สร้างกระบวนการเรียนรู้ ผู้วิถีชุมชน โดยดึงเอาพลังทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาควิชาการ และภาคประชาชนในพื้นที่ทุกระดับจากชุมชนสู่หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ และจังหวัด ให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการภายใต้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน และทำงานอย่างเป็นเอกภาพ เพื่อพัฒนากระบวนการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาตลอดจนวิถีชีวิตและวัฒนธรรมของชุมชนในแต่ละพื้นที่ เน้นการทำงานที่สถานที่ตั้ง (Setting) เน้นการทำงานกับกลุ่มวัย โดยดึงพลังศักยภาพของเยาวชน พลังสตรี ผู้สูงอายุ ผู้นำศาสนา ผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ชุมชนต่างวัฒนธรรม ผู้บริหารองค์กรปกครองท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและเจ้าของสถานประกอบการ

กลยุทธ์ การสร้างการมีส่วนร่วม (Participation Strategy) โดยระดมศักยภาพและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ในสังคมทั้งภาคการเมือง ราชการ วิชาการ วิชาชีพ เอกชนและประชาชน เข้าร่วมคิดร่วมทำอย่างเป็นระบบ เป็นรูปธรรม จริงจังและต่อเนื่อง โดยมีภาคราชการ (กระทรวง

และองค์กรหลักที่เกี่ยวข้อง) เป็นแกนส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานอย่างบูรณาการและฝ่ายการเมืองให้การสนับสนุนนโยบายและงบประมาณ เสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชนในการวิเคราะห์สภาพปัญหา กลวิธีและกระบวนการแก้ปัญหา สนับสนุนให้ชุมชนเป็นแกนหลักของการดำเนินงานอย่างจริงจัง

กลยุทธ์การสื่อสารสาธารณะ (Communication Strategy) ประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ร่วมรับรู้ ร่วมเรียนรู้ และร่วมเคลื่อนผ่านสื่อต่างๆ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ยุทธศาสตร์ “เมืองไทยแข็งแรง” เพื่อสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องในเจตนารมณ์ และแนวทางปฏิบัติอันจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและประชาชนทั่วไป สร้างช่องทางการสื่อสารสองทาง (Two-way Communication) เพื่อแบ่งปันข้อมูลข่าวสารและรับทราบความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายทุกระดับ พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารให้เชื่อมโยง และแลกเปลี่ยนกันได้ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในแนวดิ่งและแนวระนาบ จัดให้มีการรายงานต่อสาธารณะอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ สนใจ อีกทั้งเป็นแรงผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ส่งเสริมบทบาทของวิฑูรย์ชุมชน สื่อท้องถิ่นในการสะท้อนปัญหา และข้อเท็จจริง รวมถึงเป็นศูนย์ระดมความร่วมมือและพลังภูมิปัญญาท้องถิ่น

กลยุทธ์การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและการมีสำนึกสาธารณะ (Strengthening and Creation Public Mind Strategy) สร้างจิตสำนึกความเชื่อมั่นในตัวเองของคนไทยให้เกิดความเชื่อในศักยภาพของตนเอง สร้างความรับผิดชอบต่อสังคมและมีความไว้วางใจต่อกัน เพื่อร่วมกันดำเนินงาน สร้างและธรรรงค์เผยแพร่ภาพพึงประสงค์ของคนไทยแข็งแรง สังคมไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง ยกย่องชมเชย ประกาศเกียรติคุณบุคคล องค์กรที่สร้างคุณประโยชน์หรือเป็นแบบอย่างในแต่ละมิติของเมืองไทยแข็งแรง รวมถึงจูงใจและให้ผลตอบแทนในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การลดภาษี การใช้บริการสาธารณะ การตรวจสุขภาพ เป็นต้น

กลยุทธ์การจัดบริการ (Service Strategy) พัฒนาปรับปรุง ปรับเปลี่ยนการจัดบริการด้านต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับบริบทสังคม และปัญหาที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วโดยบริการทุกด้านต้องเน้นที่คุณภาพและประสิทธิภาพและโปร่งใส สร้างทางเลือกในการรับบริการของประชาชน ควบคุมตรวจสอบคุณภาพบริการของรัฐและเอกชนอย่างจริงจัง และประกาศผลต่อสาธารณะ โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้รับบริการเป็นสำคัญ เพิ่มขีดความสามารถและพัฒนาคุณภาพของการให้บริการ พัฒนา

ระบบบริการสาธารณะให้สอดคล้องกับความต้องการ และเหมาะสมกับกลุ่มวัย อาชีพ พื้นที่ ตลอดจนความแตกต่าง อย่างเท่าเทียม

กลยุทธ์การใช้มาตรการทางสังคม (Social Measure Strategy) ยึดพระราชกระแส เข้าใจ เข้าถึง พัฒนาเป็นหลักในการดำเนินงาน บังคับใช้กฎหมาย เพื่อการคุ้มครองสิทธิของประชาชน และให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจในกฎหมายด้วย วิธีการและสื่อที่เข้าถึงง่ายต่อการรับรู้ (digest) ส่งเสริม ให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบของรัฐและท้องถิ่นมีความรู้ ความเข้าใจและนำกฎหมายไปใช้อย่างถูกต้อง รณรงค์ให้เกิดวัฒนธรรมที่ดีในสังคมให้เกิดแบบอย่าง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

กลยุทธ์การพัฒนาวิชาการและการเรียนรู้ (Knowledge and learning Strategy) ดำเนินการ บนระบบฐานความรู้และการเรียนรู้ร่วมกันอย่างต่อเนื่อง สร้างให้เกิดกระบวนการเรียนรู้อย่าง สร้างสรรค์ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ส่งเสริมและสนับสนุนชุมชนและท้องถิ่น ในการสร้างองค์ความรู้ โดยผสมเทคโนโลยี/องค์ความรู้สมัยใหม่กับภูมิปัญญาท้องถิ่น สร้างเครือข่ายความร่วมมือกับภาคี ภาครัฐและเอกชนเพื่อพัฒนา และถ่ายทอดนวัตกรรม องค์ความรู้ และ เทคโนโลยีที่นำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมและคุ้มค่า พัฒนาระบบให้บริการทางวิชาการ เพื่อ การเข้าถึงข้อมูลและเกิดการเรียนรู้อย่างทั่วถึงในทุกระดับ

กลยุทธ์การบริหารจัดการมุ่งผลสำเร็จ (Result Based Management Strategy) พัฒนาและยกระดับการจัดการให้ทันสมัย รวดเร็ว คล่องตัว ประหยัด มีประสิทธิภาพและก่อให้เกิด ประสิทธิภาพ สามารถทำหน้าที่ประสานเชื่อมโยงศักยภาพของทุกฝ่ายในสังคม บูรณาการการดำเนินงานเข้าด้วยกัน โดยมีภาครัฐเป็นแกนกลางให้การสนับสนุนอย่างเต็มที่และอย่างมีเอกภาพ

### **แนวทางการประเมินผลการปฏิบัติตามนโยบายเมืองไทยแข็งแรง**

การประเมินผลการดำเนินงานเมืองไทยแข็งแรงด้านสาธารณสุข ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางปัญญาหรือจิตวิญญาณ มีเป้าหมายทั้งสิ้น 17 เป้าหมาย มีการ กำหนดการวัดประเมินผลการดำเนินงาน ดังแสดงในตารางที่ 2

## ตารางที่ 2 แนวทางการประเมินผลตามนโยบายเมืองไทยแข็งแรง

| สุขภาพ 4 มิติ | 17 เป้าหมาย  | ตัวชี้วัด  |
|---------------|--|--|
| 1. ทางกาย     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ออกกำลังกายในทุกหมู่บ้าน ตำบล ชุมชน หน่วยงาน และสถานประกอบการ</li> <li>- อาหารสะอาดปลอดภัยมีคุณค่า</li> <li>- ลดอัตราการป่วยตายโรคอันคับคั่ง</li> <li>- ลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ</li> <li>- ลดอัตราการบาดเจ็บ ตายด้วยอุบัติเหตุ</li> <li>- เข้าถึงหลักประกันสุขภาพที่ได้มาตรฐาน</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละของประชาชนอายุ 6 ปีขึ้นไปออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันๆ ละ 30 นาที</li> <li>- ร้อยละของตลาดประเภทที่ 1 ผ่านเกณฑ์ตลาดสดน่าซื้อขั้นพื้นฐาน</li> <li>- ร้อยละของร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐานของท้องถิ่น</li> <li>- ร้อยละของอาหารปลอดภัยจากสารปนเปื้อน 6 ชนิดในทุกหมู่บ้าน/ตำบล</li> <li>- ร้อยละของสถานที่ผลิตอาหาร 54 ประเภทผ่านเกณฑ์ GMP</li> <li>- อัตราการป่วยไข้เลือดออก (ต่อแสนประชากร)</li> <li>- ร้อยละของประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับบริการคัดกรองความดันโลหิตและเบาหวานตามมาตรฐาน</li> <li>- ร้อยละของสตรีอายุมากกว่า 35 ปี มีความรู้เพื่อการสร้างพฤติกรรมเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง</li> <li>- ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจครรภ์ก่อนและหลังคลอดตามเกณฑ์</li> <li>- ร้อยละของร้านจำหน่ายอาหารและเครื่องดื่มที่มีระบบปรับอากาศจัดเป็น เขตปลอดบุหรี่ถูกต้องตามกฎหมาย</li> <li>- ร้านค้าไม่จำหน่ายเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และบุหรี่แก่เด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี</li> <li>- มีอัตราการบาดเจ็บและตายด้วยอุบัติเหตุจราจรทางบกลดลง (ต่อแสนประชากร)</li> <li>- ร้อยละของคนพิการที่ได้รับการด้านสวัสดิการสังคมสำหรับคนพิการในด้านต่างๆ</li> </ul> |

## ตารางที่ 2 (ต่อ)

| สุขภาพ 4 มิติ                 | 17 เป้าหมาย  | ตัวชี้วัด   |
|-------------------------------|--|---|
| 2. ทางจิตใจ                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีครอบครัวอบอุ่น</li> <li>- ลดอัตราการฆ่าตัวตายด้วยโรคจิตประสาท</li> <li>- เด็กไทยมี IQ, EQ ได้มาตรฐานสากล</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละของครอบครัวที่สามารถดูแลเด็กผู้สูงอายุหรือผู้พิการ ได้อย่างเหมาะสม</li> <li>- ร้อยละของวัยรุ่นเป็นสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE และมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง</li> <li>- ร้อยละของผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ และมีกิจกรรมทุกเดือน</li> <li>- ศูนย์เด็กเล็กได้มาตรฐานอย่างน้อย 1 แห่ง/ตำบล</li> </ul>  |
| 3. ทางสังคมและเศรษฐกิจพอเพียง | <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีความปลอดภัยต่อชีวิต</li> <li>- ได้รับการศึกษาไม่น้อยกว่า 12 ปี หรือตลอดชีวิต</li> <li>- มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีวิต</li> <li>- มีสภาพแวดล้อม และที่อยู่อาศัย เอื้อต่อสุขภาพ</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้มีอิทธิพลตามบัญชีรายชื่อของกระทรวงมหาดไทยที่สามารถจับกุมดำเนินคดีและกดดันให้เลิกพฤติกรรมได้</li> <li>- ร้อยละของโรงเรียนทุกสังกัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- ร้อยละของเด็กที่ได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน</li> <li>- ร้อยละของครัวเรือนยากจนที่มีรายได้ต่ำกว่าเกณฑ์ จปฐ. (20,000 บาทต่อปี)ลดลง</li> <li>- ร้อยละของกลุ่มเศรษฐกิจชุมชนที่ได้รับการพัฒนาเป็นวิสาหกิจชุมชน</li> </ul> |
| 4. ทางปัญญา/จิตวิญญาณ         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ลด ละ เลิกอบายมุข และสิ่งเสพติด</li> <li>- มีความสามัคคี เอื้ออาทรเกื้อกูลกัน</li> <li>- มีสติ แก้ปัญหาด้วยเหตุผลและสันติวิธี</li> <li>- ยึดมั่นในหลักศาสนธรรม และวัฒนธรรม</li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สัดส่วนผู้ติดยาเสพติดลดลง (ต่อพันประชากร)</li> </ul>   |

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กมลพร สวณสมจิตร (2543) ได้ทำการศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพกำลังพลกรมยุทธบริการทหาร และครอบครัว เพื่อหาวิธีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม โดยมุ่งหวังให้กำลังพลและครอบครัวมีสุขภาพดีขึ้น สามารถทำงานได้อย่างมีความสุข และปลอดภัย มีครอบครัวที่อบอุ่น และปราศจากปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของตน โดยการมีส่วนร่วมของกำลังพลและสมาชิกในครอบครัว พบการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มเป้าหมาย คือ กำลังพลมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพดีขึ้น ผู้บริหารมีการปรับปรุงด้านสวัสดิการ การป้องกันอุบัติเหตุ และเปลี่ยนแปลงนโยบายกฎระเบียบ ของหน่วยงานที่เอื้อต่อสุขภาพ เจ้าหน้าที่ฝ่ายการแพทย์ได้ปรับปรุงการบริการเป็นเชิงรุก เพิ่มการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแทนการตั้งรับเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

ธีระศักดิ์ มั่งคั่ง และคณะ (2543) ได้ทำการศึกษาผลของการจัดกิจกรรมสุขศึกษา ร่วมกับการให้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้ และพฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วง จังหวัดตรัง โดยการจัดกิจกรรมสุขศึกษาแบบกระบวนการกลุ่ม และสื่อประเภทวีดิทัศน์ ของจริง แผ่นพับ และโปสเตอร์ พบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในกลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และโรคอุจจาระร่วง ถูกต้องขึ้น ในด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง และผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการป้องกันโรค และพฤติกรรมในการป้องกันโรค อีกทั้งยังพบว่า ความรู้ การรับรู้ด้านต่าง ๆ และการได้รับแรงสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง (2543) ได้ทำการศึกษาาระบบสุขภาพแบบพื้นบ้านและระบบสุขภาพแบบประชาชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนในสังคมและวัฒนธรรมภาคใต้ พบว่าเมื่อให้สตรีประเมินภาวะสุขภาพตนเอง ประมาณ 2 ใน 3 ของสตรีทั้งหมดตอบว่าตนเองมีสุขภาพแข็งแรงดีแต่ไม่แข็งแรงเหมือนตอนสาว ๆ แต่สามารถในการทำงานได้โดยไม่เจ็บไม่ไข้ และสตรีกลุ่มนี้เกือบทั้งหมดมีความคิดเห็นและความต้องการให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตั้งอยู่ในชุมชนเป็นสัดส่วนและถาวรที่จะเข้าร่วมกิจกรรมได้สะดวก

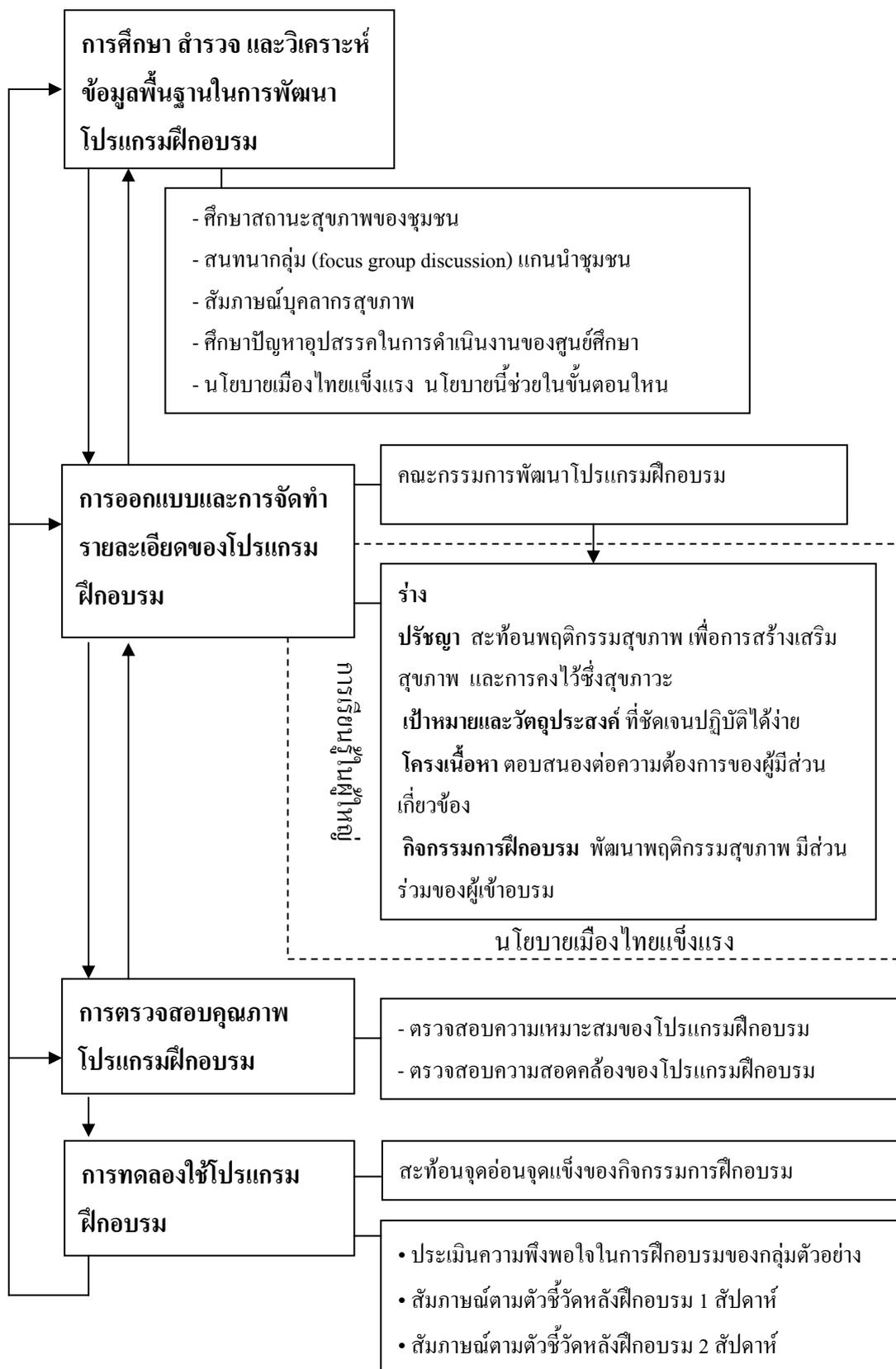
เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และคณะ (2544) ได้ทำการศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา พบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก คือ 1) ปวดข้อเข่า เอว หลัง 2) ความดันโลหิตสูง 3) โรคหัวใจ/หอบเหนื่อย พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ บางส่วนของผู้สูงอายุต้องการให้มีการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุเพื่อรับคำแนะนำด้านสุขภาพและมีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ส่วนผู้สูงอายุที่ยังคงทำงาน ได้มีความต้องการทำสวนยางพาราหรือสวนผสมของตนมากกว่าทำอาชีพเสริมอื่นๆ และต้องการให้มีเจ้าหน้าที่มาตรวจโรคและให้การรักษา งานวิจัยนี้ได้สรุปถึงทางเลือกในการจัดบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและให้การดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การถ่ายทอดภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลรักษาสุขภาพ เช่น การใช้สมุนไพร การนวดอบประคบเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ 2) ส่งเสริมการรวมกลุ่มและการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ 3) การร่วมมือกันของผู้เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยชุมชน สนับสนุนงบประมาณและการจัดโครงการ ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ ทักษะ ทักษะ ความคาดหวัง ต่อการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ และความเข้มแข็งของผู้นำชุมชน

วิยะดา ฆารวิวัฒน์ และคณะ (2544) ได้ทำวิจัยเชิงคุณภาพ การหาแนวทางพัฒนารูปแบบการบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลสิรินธร: กรณีศึกษาชุมชนริมเขื่อน พบว่า ชุมชนมีแบบแผนการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วยอยู่ 3 รูปแบบ โดยจำแนกตามรูปแบบของการเจ็บป่วย ได้แก่ การเจ็บป่วยฉุกเฉิน การเจ็บป่วยเรื้อรัง และการเจ็บป่วยทั่วไป ซึ่งแต่ละแบบมีการรับรู้และแบบแผนการรักษาที่แตกต่างกันไป นอกจากนี้ชาวบ้านยัง มีความเข้าใจผิดและการรับรู้ในด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่บางประการ โดยเฉพาะที่เป็นความเชื่อที่ได้สืบทอดกันมา เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะในการรักษาโรคทุกอย่าง การเลี้ยงดูทารกด้วยนมชั้นหวาน เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ชาวบ้าน ผู้นำหมู่บ้าน อ.ส.ม. และบุคลากรของโรงพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยชาวบ้านตระหนักและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ และเห็นว่าควรได้รับความรู้เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้อง และเน้นการพัฒนา อ.ส.ม.ให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ควรเน้นการสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชน การให้สุศึกษาที่สอดคล้องกับปัญหาของชุมชน ขณะเดียวกัน โรงพยาบาลควรเน้นการพัฒนากระบวนการเชิงรุก โดยมีทีมงานเพื่อทำงานร่วมกับชุมชน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากแนวคิดและทฤษฎีหลักสูตร โปรแกรมฝึกอบรม การส่งเสริมสุขภาพ การฝึกอบรม การเรียนรู้ในผู้ใหญ่ กระบวนการเรียนรู้ นโยบายเมืองไทยแข็งแรง ที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม ดังนี้

การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน สร้างขึ้น บนพื้นฐานจากการประเมินความต้องการ (Needs Assessment) ได้แก่สถานะสุขภาพของชุมชน บุคลากรผู้ปฏิบัติทั้งในพื้นที่และบุคลากรของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ภายใต้การปฏิบัติตามนโยบายเมืองไทยแข็งแรง ข้อมูลที่ได้จากการประเมินความต้องการ จะไปสู่กระบวนการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมโดยคณะกรรมการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม สร้างเป็นโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน แบบกลุ่มความรู้สุขภาพที่อิสระต่อกัน (Module) สามารถพัฒนาเพิ่มเติมภายหลังได้ ในแต่ละกลุ่มความรู้สุขภาพอาจมีหน่วยการเรียนรู้ย่อยตามความเหมาะสม และสะท้อนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการคงไว้ซึ่งสุขภาพะ ช่วยพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วมของผู้เข้าอบรม โปรแกรมฝึกอบรมจะผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้องโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อการปรับปรุงให้เหมาะสมและสอดคล้อง จากนั้นจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างพร้อมสะท้อนจุดอ่อนจุดแข็ง ประเมินความพึงพอใจและผลของการฝึกอบรม กรอบแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ข้อค้นพบจากงานวิจัยนี้นำไปสู่การพัฒนารูปแบบการสร้างสุขภาพของประชาชน โดยใช้กระบวนการทางการศึกษา เพื่อพัฒนาความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ให้มีความตระหนัก มีจิตสำนึก มีความรับผิดชอบต่อสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกิดการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยมีขั้นตอนในการวิจัย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษา สำรวจ และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมและการจัดทำรายละเอียดของโปรแกรมฝึกอบรม

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมฝึกอบรม

ขั้นตอนที่ 4 การนำโปรแกรมฝึกอบรมไปทดลองใช้

โดยในแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การศึกษา สำรวจ และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม**

เพื่อการได้มาของข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นต่อการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพและความต้องการของส่วนเกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช โดยมีการดำเนินการดังต่อไปนี้

### ศึกษาข้อมูลสถานะสุขภาพของชุมชน

ทำการศึกษาข้อมูลสถานะสุขภาพของชุมชน อ.พระพรหม จากรายงานประจำปีของ สาธารณสุขอำเภอพระพรหม โดยรวบรวมข้อมูลในประเด็น โรคที่เป็นสาเหตุการป่วย ปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมให้สนองต่อปัญหาสุขภาพของชุมชน

### สัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานใน อ.พระพรหม จ. นครศรีธรรมราช

ทำการสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในอำเภอพระพรหม เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในพื้นที่รับผิดชอบ โดยดำเนินการสัมภาษณ์ สาธารณสุขอำเภอ 1 คน และ นักวิชาการสาธารณสุข 6 คน รวม 7 คน โดยมีประเด็นในการสัมภาษณ์ดังภาคผนวก ข

### สนทนากลุ่มแกนนำชุมชน (Focus Group Discussion)

ทำการสัมภาษณ์กลุ่มแกนนำชุมชนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่พบในชุมชน โดยจัดประชุมกลุ่มแกนนำชุมชนเพื่อสัมภาษณ์และอภิปรายถึงปัญหาสุขภาพในชุมชน โดยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตำบลละ 2 คน โดยเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ประธาน อสม.) และรองประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (รองประธาน อสม.) จาก 4 ตำบล รวม 8 คน

### ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

ทำการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช โดยการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน โดยดำเนินการดังนี้

### 1. กิจกรรมที่ 1: ทบทวนอดีต

ให้ผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละคนค้นหาปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานการให้การศึกษาทางด้านสุขภาพแก่ชุมชน ที่ผ่านมาเป็นอย่างไร

### 2. กิจกรรมที่ 2: ร่วมกันมองตนเอง

ให้ผู้เข้าประชุมแต่ละคนนำเสนอผลการทบทวนอดีตในมุมมองของตนเองต่อที่ประชุม และร่วมกันอภิปรายในแต่ละประเด็น

### 3. กิจกรรมที่ 3: คิดเพื่ออนาคต

ให้ผู้เข้าร่วมประชุมแต่ละคนคิดหาแนวทางเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นตามกิจกรรมที่ 2 และพัฒนากระบวนการ การให้การศึกษาทางด้านสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน

### 4. กิจกรรมที่ 4: ร่วมกันสร้างอนาคต

ให้ผู้เข้าประชุมแต่ละคนนำเสนอผลการคิดหาแนวทาง เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และการพัฒนากระบวนการ การให้การศึกษาทางด้านสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน และอภิปรายร่วมกัน เพื่อเป็นทิศทางในการพัฒนาการให้ศึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชน

**การกำหนดประเด็นสุขภาพเพื่อการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพ**

ดำเนินการประชุม กลุ่มประชากรคณะกรรมการศูนย์ศึกษาฯ จำนวน 4 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงจากบุคลากรสุขภาพในอำเภอพระพรหม จำนวน 7 คน ได้แก่ หัวหน้าสาธารณสุขอำเภอพระพรหม และ นักวิชาการสาธารณสุขอำเภอพระพรหม รวมทั้งสิ้น 11 คน ซึ่งได้รับมอบหมายเป็นคณะกรรมการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ผู้วิจัยดำเนินการประชุมคณะกรรมการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อร่วมกันกำหนดประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการรวบรวม และศึกษา ข้อค้นพบ ต่อที่ประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมจะร่วมกันอภิปราย กำหนดหลักเกณฑ์การให้น้ำหนักคะแนนแต่ละประเด็นสุขภาพ โดยใช้เทคนิคการจัดลำดับความสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข (วีระ นิยมวัน, เบญจลักษณ์ แสงสิงแก้ว, และ ฐาปนพร สิงหโกวินท์, 2551) โดยใช้ 4 องค์ประกอบ ดังนี้

| องค์ประกอบ       | หมายความหมาย   |
|------------------|--|
| ขนาดของปัญหา     | กระทบต่อคนส่วนมากหรือน้อย  |
| ความรุนแรง       | ร้ายแรงต่อประชาชนเพียงใด   |
| ความยากง่าย      | มีเทคนิควิธีการที่ได้ผลมากน้อยเพียงใด สาเหตุมีความซับซ้อน ยากต่อการแก้ไขหรือไม่ การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา จากหน่วยงานอื่น |
| ปฏิภริยาของชุมชน | ความตระหนัก การยอมรับรู้ การร่วมมือของชุมชน  |

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละองค์ประกอบดังนี้

| คะแนน | ความหมายหมาย |
|-------|--------------|
| 4     | มาก          |
| 3     | ปานกลาง      |
| 2     | น้อย         |
| 1     | น้อยที่สุด   |

โดยแต่ละองค์ประกอบจะมีคะแนนเต็ม 16 คะแนน และจะตัดประเด็นสุขภาพที่มีคะแนนต่ำกว่า 10 ออกจากการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม เพราะถือว่าไม่ใช่ประเด็นเห็นพ้องของคณะกรรมการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม (วีระ นิยมวัน, เบญจลักษณ์ แสงสิงแก้ว, และ ฐาปนพร สิงหโกวินท์, 2551)

## ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมและการจัดทำรายละเอียดของโปรแกรมฝึกอบรม

ในขั้นตอนนี้จะนำผลการ กำหนดประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ จากขั้นตอนที่ 1 เพื่อ ออกแบบโปรแกรมฝึกอบรม และจัดทำรายละเอียดของโปรแกรมฝึกอบรม โดยใช้หลักการคิดเห็น ร่วมกันของกลุ่มประชากรคณะกรรมการศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นครศรีธรรมราช จำนวน 4 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะ เจาะจงจากบุคลากรสุขภาพในอำเภอพระพรหม จำนวน 7 คน ได้แก่ หัวหน้าสาธารณสุขอำเภอ พระพรหม และ นักวิชาการสาธารณสุขอำเภอพระพรหม รวมทั้งสิ้น 11 คน

โดยผู้วิจัยจะทำหน้าที่ในการยกร่าง โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อ นำเสนอและรับฟังข้อวิจารณ์และข้อเสนอแนะ โดยปฏิบัติดังนี้

### พัฒนาโครงร่างโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ผู้วิจัยนำเสนอร่างโครงร่างโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ตามข้อมูลที่ได้ จากขั้นตอนที่ 1 และตามหลักการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมและแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมกันอภิปราย ให้ข้อเสนอแนะ และนำไป แก้ไขปรับปรุง

### พัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ผู้วิจัยนำเสนอร่างโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ตามข้อมูลที่ได้จากการ อภิปราย ให้ข้อเสนอแนะ ในขั้นตอนที่ 2.1 และนำไปแก้ไขปรับปรุง เพื่อร่วมกันอภิปราย ให้ ข้อเสนอแนะ และ แก้ไขปรับปรุง ก่อนการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมฝึกอบรม

## ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ขั้นตอนนี้ทำการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อ ประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้อง ขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพ

ในชุมชน โดยผู้เชี่ยวชาญทางการส่งเสริมสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพัฒนาหลักสูตรหรือโปรแกรมฝึกอบรม จำนวน 6 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพไม่น้อยกว่า 10 ปี หรือเป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำงานด้านส่งเสริมสุขภาพไม่น้อยกว่า 5 ปีและจบการศึกษาในระดับปริญญาเอกในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน

2. เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการพัฒนาหลักสูตรหรือโปรแกรมฝึกอบรมไม่น้อยกว่า 10 ปี หรือเป็นผู้มีประสบการณ์ในการพัฒนาหลักสูตรหรือโปรแกรมฝึกอบรมไม่น้อยกว่า 5 ปี และจบการศึกษาในระดับปริญญาเอกในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน

โดยมีประเด็นที่ต้องตรวจสอบ คือ ความเหมาะสมขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรม และความสอดคล้องขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรม โดยมีวิธีดำเนินการดังนี้

#### ตรวจสอบความเหมาะสมขององค์ประกอบของโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

การตรวจสอบความเหมาะสมขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยการประเมินความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ ใน 5 ด้าน คือ ปรัชญา เป้าหมายและวัตถุประสงค์การฝึกอบรม โครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมฝึกอบรม กิจกรรมการฝึกอบรม และการประเมินผลการฝึกอบรม

##### 1. เครื่องมือที่ใช้

การตรวจสอบความเหมาะสมขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน จะใช้แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้พิจารณาว่า องค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรม แต่ละส่วนว่ามีความเหมาะสมเพียงใด โดยการให้คะแนน 5 ระดับ และคำถามปลายเปิด โดยกำหนดความหมายค่าน้ำหนักคะแนน ดังนี้

**ตารางที่ 3** แสดงระดับคะแนนการตรวจสอบความเหมาะสมขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรม ส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

| คะแนน | ความหมาย  |
|-------|---|
| 5     | องค์ประกอบของโปรแกรมฝึกอบรม มีความเหมาะสมมากที่สุด  |
| 4     | องค์ประกอบของโปรแกรมฝึกอบรม มีความเหมาะสมมาก        |
| 3     | องค์ประกอบของโปรแกรมฝึกอบรม มีความเหมาะสมปานกลาง    |
| 2     | องค์ประกอบของโปรแกรมฝึกอบรม มีความเหมาะสมน้อย       |
| 1     | องค์ประกอบของโปรแกรมฝึกอบรม มีความเหมาะสมน้อยที่สุด |

## 2. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean,  $\bar{x}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เป็นรายข้อ โดยกำหนดการแปลความหมายของค่าเฉลี่ยของความเหมาะสมดังตารางที่ 6

โดยมีข้อกำหนด คือ ถ้าในข้อใดมีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 3.5 ขึ้นไป หมายความว่าประเด็นนั้นเหมาะสมคงไว้ในโปรแกรมฝึกอบรม ถ้าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 3.5 ประเด็นนั้นต้องปรับปรุง โดยพิจารณาจากข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติม

**ตารางที่ 4** แสดงคะแนนเฉลี่ยที่กำหนดในการตรวจสอบความเหมาะสมขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

| คะแนน       | ความหมาย  |
|-------------|---|
| 4.50 – 5.00 | องค์ประกอบของโปรแกรมฝึกอบรม มีความเหมาะสมมากที่สุด  |
| 3.50 – 4.49 | องค์ประกอบของโปรแกรมฝึกอบรม มีความเหมาะสมมาก        |
| 2.50 – 3.49 | องค์ประกอบของโปรแกรมฝึกอบรม มีความเหมาะสมปานกลาง    |
| 1.50 – 2.49 | องค์ประกอบของโปรแกรมฝึกอบรม มีความเหมาะสมน้อย       |
| 1.00 – 1.49 | องค์ประกอบของโปรแกรมฝึกอบรม มีความเหมาะสมน้อยที่สุด |

## ตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบของโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรม 5 ด้าน คือ ปรัชญา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์การฝึกอบรม โครงสร้างโปรแกรมฝึกอบรมของโปรแกรมฝึกอบรม กิจกรรมการฝึกอบรม และ การประเมินผลการฝึกอบรม

### 1. เครื่องมือที่ใช้

การตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบของโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบประเมินความสอดคล้องของส่วนประกอบของโปรแกรมฝึกอบรม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาว่าส่วนประกอบของโปรแกรมฝึกอบรมแต่ละด้านว่า สอดคล้องกัน หรือไม่แน่ใจ ไม่สอดคล้องกัน พร้อมข้อเสนอแนะ (ถ้ามี) เพื่อใช้เป็นดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence: IOC) (สมบุรณ์ ชิตพงศ์ อ่างใน ยุวดี ภาษา, 2537) โดยผู้เชี่ยวชาญจะให้คะแนน 3 ระดับ คะแนน ดังนี้

|                    |             |
|--------------------|-------------|
| เห็นว่าสอดคล้อง    | ให้คะแนน 1  |
| ไม่แน่ใจ           | ให้คะแนน 0  |
| เห็นว่าไม่สอดคล้อง | ให้คะแนน -1 |

### 2. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล ความสอดคล้องขององค์ประกอบของโปรแกรมฝึกอบรม วิเคราะห์โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) คำนวณค่าตามสูตร (สมบุรณ์ ชิตพงศ์ อ่างใน ยุวดี ภาษา, 2537)

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

$\sum R$  = ผลรวมคะแนนความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ  
 $N$  = จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

นำข้อมูลที่รวบรวมจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่า IOC โดยกำหนดเกณฑ์ คือ ถ้าได้คะแนนตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ประเด็นนั้นคงไว้ในโปรแกรมฝึกอบรม ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 0.5 ต้องปรับปรุง โดยพิจารณาจากข้อเสนอแนะและสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติม

#### ขั้นตอนที่ 4 การนำโปรแกรมฝึกอบรมไปทดลองใช้

หลังจากทำการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้อง ขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน หลังจากทำการปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้ว จะนำโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยมีวิธีดำเนินการดังนี้

##### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงจำนวน 60 คน เพื่อทำการทดลองใช้โปรแกรมฝึกอบรม ผู้วิจัยกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ที่มิถุนีมีถิ่นที่อยู่ในเขตอำเภอพระพรหม
2. เป็นผู้ที่สนใจและสมัครเข้าร่วมฝึกอบรม
3. มีความสามารถในการอ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. สามารถเข้าร่วมฝึกอบรมได้ตลอดโปรแกรมฝึกอบรมในแต่ละแกนความรู้

##### การฝึกอบรมโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่สร้างขึ้น

1. การสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม (Pre-training interview) โดยการสัมภาษณ์ ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง ตามตัวชี้วัดในโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบสัมภาษณ์ แสดงในภาคผนวก ข

2. ทำการฝึกอบรมโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน โดยการจับฉลาก เพื่อทำการฝึกอบรมโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ในแต่ละแกนความรู้ ในที่ตั้งของชุมชน (on site training)

สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกันทุกสัปดาห์ ตั้งแต่หน่วยการเรียนรู้หน่วยแรกจนถึงหน่วยสุดท้าย ในแต่ละแกนความรู้ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 5 แสดงแผนการฝึกอบรมในกลุ่มตัวอย่าง

| หน่วยการเรียนรู้ (Modules)                     | จำนวน<br>ตัวอย่าง | จำนวน<br>ชั่วโมง | วันฝึกอบรม |   |   |   |   |   |
|--|-------------------|------------------|------------|---|---|---|---|---|
|  |                   |                  | 1          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <b>แกนความรู้: ชีวิตกับสุขภาพ</b>              |                   |                  |            |   |   |   |   |   |
| 1. สุขภาวะ                                     | 15                | 1                | X          | - | - | - | - | - |
| 2. ขยับกายสบายชีวิ                             | 15                | 1                | -          | X | - | - | - | - |
| 3. สุขทน                                       | 15                | 1                | -          | - | X | - | - | - |
| 4. เครียดได้ก็หายได้                           | 15                | 1                | -          | - | - | X | - | - |
| 5. อุบัติเหตุป้องกันได้                        | 15                | 1                | -          | - | - | - | X | - |
| 6. ชีวิตกับสุขภาพ                              | 15                | 1                | -          | - | - | - | - | X |
| <b>แกนความรู้: สุขภาพสตรี</b>                  |                   |                  |            |   |   |   |   |   |
| 1. ภัยเงียบใกล้ตัว                             | 15                | 2                | -          | - | X | - | - | - |
| 2. มือฉันทันป้องกันได้                         | 15                | 1                | -          | - | - | X | - | - |
| 3. บานไม่รู้โรย                                | 15                | 1                | -          | - | - | - | X | - |
| 4. สตรีสดใส                                    | 15                | 1                | -          | - | - | - | - | X |
| <b>แกนความรู้: รอบรู้โภชนาการ</b>              |                   |                  |            |   |   |   |   |   |
| 1. กินอย่างไรไม่ให้ภัยมาถึงตัว                 | 15                | 1                | -          | - | - | X | - | - |
| 2. โภชนบัญญัติ                                 | 15                | 1                | -          | - | - | - | X | - |
| 3. รอบรู้โภชนาการ                              | 15                | 1                | -          | - | - | - | - | X |
| <b>แกนความรู้: โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น</b> |                   |                  |            |   |   |   |   |   |
| 1. ร่วมใจต้านภัยไข้เลือดออก                    | 15                | 1                | -          | - | - | X | - | - |
| 2. รู้ไว้ห่างไกลโรคฉี่หนู                      | 15                | 1                | -          | - | - | - | X | - |
| 3. ร่วมใจป้องกันโรคภัย                         | 15                | 1                | -          | - | - | - | - | X |

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ดังนี้

1. ขั้นตอนที่ 1 การศึกษา สํารวจ และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม ตุลาคม – ธันวาคม 2548
2. ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมและการจัดทำรายละเอียดของโปรแกรมฝึกอบรม
  - 2.1 ผู้วิจัยนำเสนอผลการเก็บข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 ธันวาคม 2548
  - 2.2 พัฒนาโครงสร้างโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน มีนาคม 2549
  - 2.3 พัฒนากิจกรรมการฝึกอบรมและการวัดประเมินผล มีนาคม – ธันวาคม 2549
3. ขั้นตอนที่ 3 ไม่มีการเก็บข้อมูลภาคสนาม
4. ขั้นตอนที่ 4 การนำโปรแกรมฝึกอบรมไปทดลองใช้
  - 4.1 การสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม (Pre-training interview) มีนาคม 2550
  - 4.2 ทำการฝึกอบรมโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เมษายน – พฤษภาคม 2550
  - 4.3 การประเมินผลการฝึกอบรม เมษายน – พฤษภาคม 2550

## การประเมินผลการฝึกอบรม

1. ทำการประเมินความพึงพอใจหลังการฝึกอบรม โดยการให้กลุ่มตัวอย่างลงคะแนน (vote) ระดับความพึงพอใจอย่างอิสระ 3 ระดับความพึงพอใจ ได้แก่ พึงพอใจ เฉยๆ และไม่พึงพอใจ สํารวจความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

2. ทำการสัมภาษณ์ซ้ำหลังการฝึกอบรม (Post-training interview) โดยการสำรวจ  
พฤติกรรมสุขภาพ (Baseline health survey) ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์  
ตามลำดับ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ซ้ำ ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและใช้ในการสัมภาษณ์ก่อน  
การฝึกอบรม

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและข้อวิจารณ์

การวิจัยการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ได้ผลดังนี้

#### ขั้นตอนที่ 1 ผลการศึกษา สำรวจ และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม

##### ผลการศึกษาข้อมูลปัญหาสุขภาพของชุมชน

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาข้อมูลปัญหาสุขภาพของ อ. พระพรหม จ. นครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นพื้นที่กรณีศึกษาในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการศึกษาและวิจัยพัฒนาองค์ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาสุขภาพ อ. พระพรหม จากการศึกษารายงานประจำปีงบประมาณ 2548 ภายใต้คำแนะนำของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระพรหม ได้ผลดังนี้

##### 1. ข้อมูลสถานะสุขภาพของชุมชน

อำเภอพระพรหม อยู่ห่างจากอำเภอเมือง จ.นครศรีธรรมราช ไปทางทิศใต้ ประมาณ 15 กม. ประกอบด้วย 4 ตำบล 38 หมู่บ้าน มีประชากรจำนวน 43,503 คน มีหลังคาเรือนจำนวน 10,515 หลังคาเรือน ประชากรเพศชาย 21,669 คน คิดเป็นร้อยละ 49.81 ประชากรเพศหญิง 21,834 คน คิดเป็นร้อยละ 50.19 มีสถานีอนามัย 6 แห่ง ไม่มีโรงพยาบาลประจำอำเภอ มีอาสาสมัครประจำหมู่บ้านจำนวน 690 คน

ลักษณะภูมิประเทศ ส่วนใหญ่เป็นที่ราบถึงที่ราบลุ่ม เมื่อถึงฤดูฝนจะมีน้ำท่วมขัง พื้นที่เหมาะกับการทำการเกษตร ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนาข้าว และปลูกไม้ผล สวนยาง

จากการศึกษาพบว่า ในรอบปี 2548 โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยของประชาชนใน อ. พระพรหม จ. นครศรีธรรมราช ตามแบบรายงานผู้ป่วยนอกตามกลุ่มสาเหตุ จำแนกตามการเรียกชื่อกลุ่ม

โรค IC-D 10 พบว่า โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยมากที่สุดคือ โรคระบบหายใจ (J00 - J99) รองลงมา ได้แก่ โรคระบบย่อยอาหารรวมโรคในช่องปาก (K00 – K93) โรคระบบไหลเวียนเลือด (I00 – I99) อาการ อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถจำแนกโรคในกลุ่มอื่นๆได้ และ สาเหตุจากภายนอกอื่นๆ ที่ทำให้ป่วยหรือตาย โดยเฉพาะ การเกิดอุบัติเหตุจากรถ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 โรคที่เป็นสาเหตุการป่วยของประชาชนใน อ. พระพรหม จ. นครศรีธรรมราช  
ในปี พ.ศ. 2548

| สาเหตุการป่วย  | จำนวน (คน) | อัตราต่อแสนประชากร |
|--|------------|--------------------|
| โรคระบบหายใจ   | 5343       | 12281.91           |
| โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก   | 1778       | 4087.07            |
| อาการ, อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการตรวจทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการที่ไม่สามารถจำแนกโรคในกลุ่มอื่นๆได้ | 1065       | 2448.10            |
| โรคระบบกล้ามเนื้อ รวมโครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม  | 987        | 2268.80            |
| สาเหตุจากภายนอกอื่นๆที่ทำให้ป่วยหรือตาย  | 981        | 2255.01            |

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระพรหม จ. นครศรีธรรมราช (2548)

นอกจากนี้ยังพบว่าในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ พ.ศ. 2545 2546 และ 2547 มีโรคที่ต้องเฝ้าระวังและต้องรายงานตามแบบรายงาน 506 ได้แก่ โรคอุจจาระร่วง ซึ่งในบางรายเป็นในโรคอุจจาระร่วงอย่างรุนแรง และมีอาการ อาการแสดงบ่งชี้ว่าเป็นการติดเชื้ออหิวาตกโรค (Vibrio Cholera) โดยในปี 2547 พบผู้ป่วย โรคอุจจาระร่วงอย่างรุนแรง ใน 2 ตำบล ได้แก่ตำบลนาพรุ และตำบลช้างซ้าย จำนวน 3 ราย และมีผู้สัมผัสโรคจำนวน 9 คน โดยเกิดขึ้นในช่วงเดือนเมษายน ซึ่งเป็นช่วงฤดูร้อน รองลงมามีรายงานการพบ จำนวน 5 ราย คิดเป็นอัตรา 11.93 ต่อแสนประชากร ในทั้ง 4 ตำบล ตำบลละ 1 ราย

ไข้เลือดออก วัณโรค ตาแดง และคางทูม ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 7 นอกจากนี้ ยังมีรายงานการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส และผู้ติดเชื้อ HIV อีกด้วย

จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพในมุมมองทางด้านสาธารณสุข จะเป็นโรคภัยไข้เจ็บที่คุกคามต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ และบุคลากรทางด้านสาธารณสุข มีหน้าที่ในการเฝ้าระวังรักษา และฟื้นฟูสภาพหลังการรักษา

ตารางที่ 7 ข้อมูลโรคที่ต้องรายงาน (ร.จ. 506) 3 ปีย้อนหลัง (อัตรา/แสนประชากร)

| โรค            | อัตราป่วยปี 2545 | อัตราป่วยปี 2546 | อัตราป่วยปี 2547 |
|----------------|------------------|------------------|------------------|
| โรคอุจจาระร่วง | 820.5            | 243.14           | 16.71            |
| ไข้เลือดออก    | 666.7            | 71.65            | 11.94            |
| วัณโรค         | 32.4             | 26.75            | 16.75            |
| ตาแดง          | 45.6             | 14.86            | 7.16             |
| คางทูม         | 4.2              | 2.48             | 2.38             |

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระพรหม จ. นครศรีธรรมราช (2548)

#### ผลการสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานใน อ.พระพรหม จ. นครศรีธรรมราช

ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในอำเภอพระพรหม เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในพื้นที่รับผิดชอบ โดยดำเนินการสัมภาษณ์ หัวหน้าสาธารณสุขอำเภอ 1 คน และ นักวิชาการสาธารณสุข 6 คน รวม 7 คน โดยมีประเด็นในการสัมภาษณ์ คือ ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ปฏิบัติงานของท่านที่สำคัญมีอะไรบ้าง ในระยะ 6 เดือนนับจากนี้ หน่วยงานของท่านมีโครงการส่งเสริมสุขภาพเรื่องใดบ้าง และ แนวทางกิจกรรมการให้การศึกษา ด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่ต้องการควรมีรูปแบบอย่างไร โดยมีรายละเอียด ดังนี้

## 1. ปัญหาสุขภาพใน อ. พระพรหม จ. นครศรีธรรมราช

ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ในประเด็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่โดยภาพรวมพบว่า

### 1.1 โรคไข้เลือดออก

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคประจำถิ่นของ อ.พระพรหม ที่มีการระบาดทุกปี ทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย จะต้องมีการดำเนินการป้องกัน และกำจัด แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝน ประมาณเดือน มิถุนายน – กันยายน และมีรายงานการป่วย ดังแสดงในตาราง 9

### 1.2 โรคเลปโตสไปโรซิส (โรคฉี่หนู)

โรคเลปโตสไปโรซิส เป็นโรคที่แม้จะไม่ค่อยเกิดในเขต อ. พระพรหม แต่เป็นพื้นที่เฝ้าระวัง เนื่องจากเป็นสภาพทางภูมิศาสตร์เป็นที่ราบลุ่ม มีน้ำท่วมขังได้ง่าย ทางสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัย จะทำการเฝ้าระวังและให้ความรู้แก่ประชาชนอยู่เสมอ โรคเลปโตสไปโรซิส (โรคฉี่หนู) มักจะมีการระบาดในช่วงฤดูฝน ประมาณเดือน มิถุนายน – กันยายน

### 1.3 โรคอุจจาระร่วง

โรคอุจจาระร่วง พบว่ามักจะมีการระบาดทุกปี ดังแสดงในตาราง 9 โดยเฉพาะในช่วงฤดูร้อน ประมาณเดือน มีนาคม – พฤษภาคม

### 1.4 ปัญหาสิ่งแวดล้อม

ปัญหาสิ่งแวดล้อม ความเป็นอยู่ สุขลักษณะอนามัยครอบครัว ชาวบ้านมักจะไม่ให้ความสนใจต่อสภาวะแวดล้อม การกำจัดขยะไม่ถูกต้อง เช่น ไม่แยกขยะ เหย้าขยะแทนการฝังกลบ ซึ่งก่อให้เกิดมลพิษ เป็นต้น

## 1.5 ปัญหายาเสพติด

ยาเสพติด มีการแพร่ระบาดของยาเสพติดในชุมชน โดยเฉพาะยาบ้า เนื่องจากส่วนใหญ่ชาวบ้านประกอบอาชีพรับจ้าง จึงมีการใช้ยาบ้าเพื่อให้สามารถทำงานได้มากขึ้น

## 1.6 โรคเอดส์

โรคเอดส์ พบว่าส่วนใหญ่แล้วมักจะติดเชื้อ HIV มาจากที่อื่น จากการที่ไปทำงานไกลบ้านและมีการติดเชื้อ กลับมาใช้ชีวิตระยะสุดท้าย และมาเสียชีวิตที่บ้านเกิด

## 2. โครงการส่งเสริมสุขภาพในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เกี่ยวกับโครงการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินการในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการภายใต้กรอบของนโยบายเมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) สามารถสรุปผลได้ดังต่อไปนี้

### 2.1 โครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย

โครงการส่งเสริมการออกกำลังกาย มีการเข้าไปช่วยจัดตั้งชมรมออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน แต่ยังไม่ค่อยประสบความสำเร็จมากนัก เนื่องจากชาวบ้านส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างเป็นเกษตรกร เช่น ทำสวนยาง ทำนา จึงไม่ค่อยมีเวลามารวมกลุ่มกันเพื่อออกกำลังกาย

### 2.2 โครงการอาหารและสุขาภิบาลอาหาร

ด้านอาหารและสุขาภิบาลอาหาร ทางสำนักงานสาธารณสุขมีการออกตรวจเยี่ยมตลาดสด สุ่มตรวจสอบปนเปื้อนในอาหาร เป็นประจำทุกเดือน และพบสารปนเปื้อนในอาหารหลายชนิด เช่น ยาฆ่าแมลงในผัก

## 2.3 โครงการรณรงค์ควบคุมป้องกันโรคติดต่อ

โครงการรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ได้แก่ โรคไข้เลือดออก โรคอุจจาระร่วงอย่างรุนแรง โรคเลปโตสไปโรซิส

## 2.4 โครงการรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคไข้หวัดนก

โครงการรณรงค์ควบคุมและป้องกันโรคไข้หวัดนก

3. แนวทางกิจกรรม การให้การศึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่ต้องการควรมีรูปแบบอย่างไร

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ในแนวทางการศึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนผลการสัมภาษณ์โดยสรุปดังนี้

### 3.1 จัดกิจกรรมให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย

ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เป็นกลุ่มย่อย ประมาณ 10 – 15 คน ต่อกลุ่ม โดยหลักกลุ่มยิ่งเล็กยิ่งดี จะต้องพยายามให้กลุ่มเล็กที่สุด หรือแบบตัวต่อตัว และต้องเป็นการไปให้ความรู้ที่บ้าน หรือในละแวกบ้าน หรือใกล้ที่ประชุมของหมู่บ้าน

### 3.2 สอนโดยผู้นำที่ได้รับการยอมรับ

ควรให้บุคคลที่เป็นผู้นำ เป็นที่ยอมรับจากชาวบ้าน เป็นที่เคารพ ศรัทธาของชาวบ้าน ช่วยพูด ช่วยในการให้ความรู้ เป็นผู้นำในการเรียนรู้และกระจายความรู้ ซึ่งผู้นำนั้นจะต้องเสียสละ เอื้ออาทร

### 3.3 ต้องผสมผสานกับการส่งเสริมอาชีพ

นอกจากการให้ความรู้เรื่องสุขภาพแล้ว ควรผสมผสานความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ในการส่งเสริมอาชีพ สิ่งแวดล้อม เพื่อปรับปรุงความเป็นอยู่และการมีงานทำของชาวบ้าน

### 3.4 ข้อมูลความรู้จะต้องสั้นๆ ง่ายๆ กระชับ

ในการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพนั้น จะต้องเป็นข้อมูลความรู้สั้นๆ ง่ายๆ กระชับ เพื่อง่ายต่อการเข้าใจ และสามารถนำไปปฏิบัติได้

### 3.5 ติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ

หลังการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแล้วจะต้องมีการติดตามผล ประเมินผล ไปกระตุ้นให้เกิดผลในการปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ และมีความต่อเนื่องเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถาวร

### 3.6 จัดตั้งประชาคมในชุมชน

นอกจากการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแล้ว อาจขยายผลให้เกิดการกระจายความรู้ อย่างทั่วถึง ด้วยกระบวนการจัดตั้งประชาคมเพื่อให้เกิดกระบวนการระดับชุมชน ซึ่งจะมีพลังในการขับเคลื่อนที่ดี

## 4. การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สุขภาพ

จากการสัมภาษณ์และศึกษาเอกสารการดำเนินงานของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพระพรหมพบว่า การดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ถูกกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ดำเนินงานบริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาลและงานฟื้นฟูสภาพการเจ็บป่วยของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ

ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ มีการออกหน่วยบริการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคต่างๆ ตามกระแสการเกิดโรค มีความพยายามในการใช้กลไกทางสังคม ให้เกิดกิจกรรมระดับชุมชน เพื่อให้ประชาชนได้รวมตัวกันเพื่อกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมออกกำลังกาย กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มสมุนไพรมะขามบ้าน

งานป้องกันโรค โดยหลักการแล้วจะมีการเฝ้าระวังโรคที่มักจะเกิดในท้องถิ่นเป็นประจำ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเต้านม และโรคที่ระบาดตามฤดูกาล ได้แก่ ไข้เลือดออก เลปโตสไปโรซิส (โรคฉี่หนู) อูจจาระร่วง เป็นต้น

งานรักษาพยาบาลเป็นงานที่ถูกให้ความสำคัญมากกว่างานด้านอื่นๆ เนื่องจากเป็นที่ต้องการของประชาชนในพื้นที่ มีเจ้าหน้าที่พยาบาลชุมชน หรือเจ้าหน้าที่งานอนามัย เจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข ให้บริการในทุกๆ สถานีอนามัย มีการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Care Unit; PCU) ของโรงพยาบาลมหาราช โดยพยาบาลวิชาชีพมาปฏิบัติงานที่หน่วยดังกล่าว และทุกวันพฤหัสบดีจะมีแพทย์ และทันตแพทย์มาให้บริการตรวจรักษาแก่ประชาชนในพื้นที่

### สนทนากลุ่มแกนนำชุมชน (Focus Group Discussion)

ผู้วิจัยได้เชิญแกนนำชุมชนมาเพื่อสัมภาษณ์กลุ่มและอภิปรายถึงปัญหาสุขภาพในชุมชน โดยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาตำบลละ 2 คน โดยระบุเป็นประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ประธาน อสม.) และรองประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (รองประธาน อสม.) รวม 8 คน จากการอภิปรายกลุ่มได้ผลดังต่อไปนี้

#### 1. ความหมายของสุขภาพในมุมมองของชาวบ้าน

จากการตั้งประเด็นในเรื่องความหมายของสุขภาพดี กลุ่มตัวอย่างผู้ให้สัมภาษณ์ ให้ความหมายของการมีสุขภาพดีในลักษณะของการไม่เจ็บป่วย ไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ ไม่มีโรคร้ายในตัว ยิ้มแย้มแจ่มใส ร่าเริง ไม่เครียด ครอบครัวและคนรอบข้างมีความสุข มีเงินใช้จ่าย ไม่เป็นหนี้สิน

## 2. เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand)

จากการตั้งประเด็นในเรื่อง “เมืองไทยแข็งแรง” ซึ่งเป็นนโยบายของรัฐบาล กลุ่มตัวอย่างผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่ พูดถึงในแง่ เป็นนโยบายที่ต้องการให้คนมีสุขภาพดี มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อาหารปลอดภัย

## 3. ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน

จากการตั้งประเด็นในเรื่องปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชน มีอะไรบ้าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างผู้ให้สัมภาษณ์ทุกคนเขียนปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง คนละ 3 ปัญหา ปัญหาสุขภาพที่ถูกกล่าวถึงได้แก่ ความดันโลหิตสูง ปวดเมื่อย เบาหวาน โรคเครียด โรคฟัน เวียนศีรษะ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 8

ส่วนความคิดเห็นเรื่องสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพเหล่านั้น กลุ่มตัวอย่างผู้ให้สัมภาษณ์ได้ร่วมอภิปรายแสดงความคิดเห็นว่าเกิดจากการรับประทานอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ การออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอหรือไม่ได้ออกกำลังกาย ส่วนใหญ่ประชาชนเป็นเกษตรกรทำงานหนักทั้งวัน มีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจและปัญหาครอบครัว

ตารางที่ 8 แสดงผลการอภิปรายปัญหาสุขภาพโดยกลุ่มแกนนำชุมชน

| ปัญหาสุขภาพ     | ความถี่ |
|-----------------|---------|
| ความดันโลหิตสูง | 5       |
| ปวดเมื่อย       | 4       |
| เบาหวาน         | 3       |
| โรคเครียด       | 3       |
| โรคฟัน          | 1       |
| เวียนศีรษะ      | 1       |

#### 4. แนวทางในการดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น

เมื่อตั้งประเด็นเกี่ยวกับแนวทางในการแก้ปัญหาสุขภาพที่ได้ทำไปแล้ว กลุ่มตัวอย่างผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ข้อมูลว่า มีกลุ่มออกกำลังกายประจำหมู่บ้าน แต่ไม่ได้ออกกำลังกายจริงจัง และชาวบ้านส่วนใหญ่คิดว่าการทำงานก็เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว ไม่จำเป็นต้องออกกำลังกายอีก จนทำให้กลุ่มออกกำลังกายที่ตั้งขึ้นมีผู้ร่วมกิจกรรมน้อย และบางกลุ่มก็ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามที่ตั้งใจไว้

#### 5. กิจกรรมสุขภาพที่ทำไปแล้วในชุมชน

เมื่อตั้งประเด็นกิจกรรมสุขภาพที่ผ่านมากในชุมชนได้ทำอะไร ไปแล้วกลุ่มตัวอย่างผู้ให้สัมภาษณ์ให้ข้อมูลในลักษณะเดียวกัน คือ

การจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกาย แต่อยู่ได้ไม่นาน เนื่องจากขาดความต่อเนื่องในการร่วมกิจกรรม ซึ่งเกิดจากการมีภาระจากการทำงาน ภาระในครอบครัว และไม่ให้ความสำคัญกับการออกกำลังกาย เนื่องจากคิดว่าการทำงานเป็นการออกกำลังกายที่เพียงพอแล้ว

กลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อการทำกิจกรรมร่วมกันของผู้สูงอายุในชุมชน และมีการทำกิจกรรมยามว่าง

#### 6. ความรู้สุขภาพที่ชุมชนต้องการ

เมื่อตั้งประเด็นเกี่ยวกับกิจกรรมในการให้ความรู้สุขภาพที่ชุมชนต้องการควรเป็นอย่างไร กลุ่มตัวอย่างผู้ให้สัมภาษณ์ได้ให้ข้อมูลว่า ควรจัดกิจกรรมความรู้ในเวลาทำประชาคม หรือเวลาที่มีการประชุมหมู่บ้าน เพื่อให้ความรู้สุขภาพในประเด็นต่างๆ หรือจัดโครงการให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ

## ผลการศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

ผู้วิจัยได้ดำเนินการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน ด้วยกิจกรรมการประชุมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลโดยสรุปดังต่อไปนี้

### 1. ปัญหาการให้ความรู้สุขภาพในช่วงที่ผ่านมา

ในการดำเนินงานของศูนย์ศึกษาฯ ที่ผ่านมา มุ่งเน้นที่ความเจ็บป่วยสู่การมีสุขภาพดี และเกี่ยวข้องกับความกลัวการเจ็บป่วย ใช้ภาวะที่เจ็บป่วยของกลุ่มเป้าหมายเป็นตัวหลักในการให้ความรู้สุขภาพในชุมชน บางครั้งการให้ความรู้ในเชิงพยาธิสภาพที่เกิดกับสุขภาพนั้นเป็นเรื่องที่ยากเกินที่ประชาชนทั่วไปจะเข้าใจ และเป็นการนำเสนอเพื่อการป้องกันโรคเป็นหลักแต่ไม่ได้มีจุดเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพ

รูปแบบการให้ความรู้สุขภาพแก่ชุมชนขาดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน เป็นการให้ความรู้แบบวงกว้าง ในลักษณะให้ข้อมูลซ้ำๆ มากกว่าที่จะสร้างความสามารถ และพัฒนาบทบาทการกระตุ้นให้เกิดการนำความรู้เหล่านั้นไปปฏิบัติ โดยคาดหวังว่าประชาชนจะเข้าใจความรู้เหล่านั้น และจะนำไปปฏิบัติได้เอง ซึ่งอาจจะเป็นไปได้ในบางคน

กระบวนการให้ความรู้สุขภาพแก่ชุมชน ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์และเรื่องที่จะให้ความรู้ กิจกรรมการให้การศึกษาสั้นเกินไปสำหรับกระบวนการในการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ เทคนิควิธีการอยู่บนพื้นฐานการบรรยาย มากกว่าการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย ความรู้ถูกถ่ายทอดโดยตรง จากผู้ประกอบวิชาชีพที่มีสุขภาพซึ่งมักสร้างช่องว่างระหว่างผู้ให้และผู้รับ ขาดการมีส่วนร่วมหรือการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมจากภาคประชาชน

ขาดโปรแกรมฝึกอบรมที่ชัดเจน มีเพียงแผนการให้ความรู้ ที่มีแต่หัวข้อ เน้นที่เนื้อหาแต่ขาดขั้นตอน วิธีการถ่ายทอดความรู้ เนื้อหาที่ถ่ายทอดมีข้อมูลเชิงวิชาการมากเกินไปและไม่จำเป็น ซึ่งบางครั้งยากเกินกว่าที่ประชาชนจะเข้าใจได้

## 2. ข้อเสนอในการเปลี่ยนแปลง

จากการประชุมค้นหาอนาคต (Future Search Conference) การดำเนินงาน และการจัดกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพของศูนย์ศึกษาฯ ทำให้ได้ประเด็นที่ควรต้องปรับปรุง ประกอบกับข้อมูลในข้อที่ 1 และ 2 ผู้วิจัยได้รวบรวม สรุปข้อมูลทั้งหมดที่ได้มา สรุปได้ดังนี้

### 2.1 เน้นความรู้ในเชิงการสร้างเสริมสุขภาพ

ในการให้การศึกษาด้านสุขภาพแก่ชุมชน มีองค์ความรู้มากที่จะต้องให้กับประชาชน แต่ในความเป็นจริงไม่สามารถทำได้โดยให้เข้าใจทั้งหมดในเวลาอันจำกัด ดังนั้นจะต้องปรับเปลี่ยนแนวคิดในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ที่เน้นเชิงข้อมูล มาเป็นการให้การศึกษาในเชิงการสร้างเสริมสุขภาพ และมุ่งเน้นไปที่ วิถีคิดและวิถีชีวิตที่ทำให้มีสุขภาพดี การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคงสถานะเหล่านั้นไว้ ลดการให้ความรู้เชิงเนื้อหา ลดการใช้วิธีการสร้างความหวาดกลัวด้วยโรคภัย

### 2.2 สร้างโปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

สร้างโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยจัดเนื้อหาเป็นลำดับขั้นตอน ที่ง่ายต่อการเรียนรู้ แบ่งเป็นหมวดหมู่ แต่ละหมวดหมู่แบ่งออกเป็นหน่วยการเรียนรู้ โดยแต่ละหน่วยการเรียนรู้มีความสมบูรณ์ในตัวเอง และมุ่งให้กลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ และในขณะเดียวกันมีความสอดคล้องกันระหว่างหน่วยการเรียนรู้ โดยการใช้แนวคิดทางการศึกษานำแนวคิดทางสุขภาพ ใช้เทคนิคและวิธีการฝึกอบรมที่มีช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมาย

### 2.3 เวลาในการฝึกอบรมประมาณ 1 ชั่วโมง

ในการฝึกอบรมควรใช้เวลาในการจัดกิจกรรมประมาณ 1 ชั่วโมง ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวจำเป็นสำหรับกิจกรรมการเรียนรู้ และการออกแบบให้กลุ่มเป้าหมายได้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นลำดับขั้นตอน

## 2.4 เน้นการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้ง่าย

การให้การศึกษาเน้นไปที่พฤติกรรมที่กลุ่มเป้าหมายสามารถทำได้โดยไม่ยาก ซึ่งเป็นกระบวนการในการให้พลังอำนาจและเสริมแรงในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและสร้างเป็นพันธมิตรร่วมกัน รวมไปถึงเน้นการพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ความกล้าหาญในการแสดงออกในพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่วนรวม และความกระตือรือร้นที่จะร่วมกันสร้างพฤติกรรมสุขภาพ

## 2.5 พัฒนาศักยภาพและพัฒนาคนด้วยกระบวนการทางการศึกษา

มุ่งส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายให้มีศักยภาพในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง และพัฒนาคนเหล่านั้นให้กลายเป็น ผู้นำในการส่งเสริมสุขภาพ ภายในครอบครัวและ เป็นกำลังในการส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน

### การกำหนดประเด็นสุขภาพเพื่อการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการประชุม คณะกรรมการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อร่วมกันกำหนดประเด็นการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ซึ่งจากการเก็บข้อมูลผู้วิจัยพบว่า ได้ประเด็นสุขภาพทั้งที่เป็นประเด็นปัญหาสุขภาพชัดเจน และมีกลุ่มอาการที่ไม่สามารถจำแนกเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพชัดเจนได้ รวมถึงปัญหาอื่นๆ

#### 1. พิจารณาแยกประเด็นสุขภาพที่ชัดเจนออกจากกลุ่มอาการ

ผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ได้ทำการจำแนกประเด็นสุขภาพที่ชัดเจน ออกจากกลุ่มอาการที่ไม่สามารถจำแนกเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพชัดเจนได้ รวมถึงปัญหาอื่นๆ ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 9 แสดงการจำแนกประเด็นสุขภาพที่ชัดเจนออกจากกลุ่มอาการ

| ประเด็นสุขภาพที่ชัดเจน | กลุ่มอาการ ปัญหาอื่นๆ                              |
|------------------------|--|
| - โรคไข้เลือดออก       | - ปวดเมื่อย  |
| - โรคเลปโตสไปโรซิส     | - เวียนศีรษะ                                       |
| - โรคอุจจาระร่วง       | - ปัญหาสิ่งแวดล้อม                                 |
| - โรคเอดส์             | - ปัญหาเสพติด                                      |
| - ความดันโลหิตสูง      | - โรคระบบหายใจ                                     |
| - เบาหวาน              | - โรคระบบย่อยอาหาร รวมโรคในช่องปาก                 |
| - โรคเครียด            | - อาการ, อาการแสดงและสิ่งผิดปกติที่พบได้จากการ     |
| - โรคฟัน               | ตรวจทางคลินิกและทางห้องปฏิบัติการที่ไม่            |
| - วัณโรค               | สามารถจำแนกโรคในกลุ่มอื่นๆได้                      |
| - ตาแดง                | - โรคระบบกล้ามเนื้อ รวม โครงร่างและเนื้อเยื่อเสริม |
| - คางทูม               | - สาเหตุจากภายนอกอื่นๆที่ทำให้ป่วยหรือตาย          |

จากตารางที่ 9 สามารถจำแนกประเด็นสุขภาพแยกออกจากกลุ่มอาการ ได้ จำนวน 11 ประเด็นสุขภาพ

## 2. พิจารณาจัดลำดับความสำคัญของประเด็นสุขภาพ

หลังจากการพิจารณาแยกประเด็นสุขภาพที่ชัดเจนออกจากกลุ่มอาการและปัญหาอื่นๆ ผู้วิจัยและคณะกรรมการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม ได้ทำการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของประเด็นสุขภาพ โดยใช้เทคนิคการจัดลำดับความสำคัญ ของกระทรวงสาธารณสุข (วีระ นิยมวัน, เบญจลักษณ์ แสงสิงแก้ว และ ฐาปนพร สิงห์โกวินท์, 2551) ได้ผลดังนี้

ตารางที่ 10 แสดงการพิจารณาจัดลำดับความสำคัญของประเด็นสุขภาพ

| ประเด็นสุขภาพ    | การให้คะแนนตามองค์ประกอบ ( $\bar{X} \pm SD$ ) |             |             |                       | รวมคะแนน<br>( $\bar{X}$ ) | ลำดับประเด็น<br>สุขภาพ |
|------------------|---|-------------|-------------|-----------------------|---------------------------|------------------------|
|                  | ขนาดของ<br>ปัญหา                              | ความรุนแรง  | ความยากง่าย | ปฏิกิริยาของ<br>ชุมชน |                           |                        |
| โรคไข้เลือดออก   | 3.82 ± 0.40                                   | 3.91 ± 0.30 | 3.82 ± 0.40 | 3.91 ± 0.40           | 15.45                     | 1                      |
| โรคเลปโตสไปโรซีส | 3.73 ± 0.47                                   | 3.73 ± 0.47 | 3.55 ± 0.52 | 3.36 ± 0.50           | 14.36                     | 5                      |
| โรคอุจจาระร่วง   | 3.27 ± 1.10                                   | 2.09 ± 0.54 | 2.36 ± 1.12 | 1.73 ± 1.29           | 9.45                      | ไม่เข้าเกณฑ์           |
| โรคเอดส์         | 1.18 ± 0.40                                   | 3.00 ± 0.77 | 1.18 ± 0.40 | 1.45 ± 0.69           | 6.82                      | ไม่เข้าเกณฑ์           |
| ความดันโลหิตสูง  | 3.73 ± 0.47                                   | 4.00 ± 0.00 | 3.64 ± 0.50 | 4.00 ± 0.00           | 15.36                     | 2                      |
| เบาหวาน          | 4.00 ± 0.00                                   | 2.82 ± 0.87 | 3.82 ± 0.60 | 3.91 ± 0.30           | 14.55                     | 4                      |
| โรคเครียด        | 4.00 ± 0.00                                   | 3.45 ± 1.04 | 3.36 ± 1.03 | 4.00 ± 0.00           | 14.82                     | 3                      |
| โรคฟัน           | 2.27 ± 0.65                                   | 2.00 ± 1.00 | 1.09 ± 0.30 | 2.36 ± 1.12           | 7.73                      | ไม่เข้าเกณฑ์           |
| วัณโรค           | 2.00 ± 0.89                                   | 1.45 ± 0.52 | 1.27 ± 0.47 | 1.64 ± 0.50           | 6.36                      | ไม่เข้าเกณฑ์           |
| ตาแดง            | 2.18 ± 0.75                                   | 1.45 ± 0.69 | 1.18 ± 0.40 | 1.64 ± 0.50           | 6.45                      | ไม่เข้าเกณฑ์           |
| คางทูม           | 2.36 ± 0.67                                   | 1.45 ± 0.69 | 1.36 ± 0.50 | 1.73 ± 0.79           | 6.91                      | ไม่เข้าเกณฑ์           |

จากตารางที่ 10 คงเหลือประเด็นสุขภาพ ที่นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม 5 ประเด็นสุขภาพ โรคไข้เลือดออก โรคเลปโตสไปโรซีส ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคเครียด ส่วนประเด็นสุขภาพอื่นๆ ที่ไม่เข้าเกณฑ์ เก็บไว้เป็นประเด็นที่สามารถพัฒนาเพิ่มเติมได้ในภายหลัง

### 3. พิจารณากรอบแนวคิดเมืองไทยแข็งแรงเพื่อกำหนดประเด็นสุขภาพเพิ่มเติม

หลังจากได้ประเด็นสุขภาพทั้ง 5 ประเด็นดังแสดงในตาราง 10 ผู้วิจัยและคณะกรรมการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมได้ค้นหาประเด็นสุขภาพเพิ่มเติม โดยพิจารณาจากกรอบนโยบายเมืองไทยแข็งแรง โดยเฉพาะประเด็นสุขภาพที่สอดคล้องกับงานประจำของทั้งศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน และ/หรือสาธารณสุขอำเภอพระพรหมกำลังดำเนินการอยู่ ผลการพิจารณาเป็นประเด็นสุขภาพเพื่อการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 แสดงประเด็นสุขภาพเพิ่มเติม (ตามกรอบแนวคิดเมืองไทยแข็งแรง)

| ประเด็นสุขภาพ ผ่านการลำดับ<br>ความสำคัญของประเด็นสุขภาพ | ประเด็นสุขภาพเพิ่มเติม<br>(ตามกรอบแนวคิดเมืองไทยแข็งแรง)  |
|---|---|
| โรคไข้เลือดออก  | สุขภาพดีใน 4 มิติ   |
| โรคเลปโตสไปโรซีส  | การดูแลตนเองใน 4 มิติ ของคนวัยทอง   |
| ความดันโลหิตสูง   | การออกกำลังกายด้วยตนเองในชุมชน  |
| เบาหวาน   | การรับประทานอาหารสะอาด ปลอดภัยมีคุณค่า  |
| โรคเครียด   | การสร้างพฤติกรรมเรื่องการตรวจด้านมด้วยตนเอง<br>การตรวจคัดกรองมะเร็งเรื้อรังปากมดลูกระยะเริ่มแรก<br>การลดอัตราการบาดเจ็บ ตายด้วยอุบัติเหตุ |

### 4. จัดกลุ่มหมวดหมู่เนื้อหา (theme) เป็นแกนความรู้สุขภาพ (Health Axis)

จากประเด็นสุขภาพดังแสดงในตารางที่ 11 ผู้วิจัยและคณะกรรมการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม ได้นำประเด็นสุขภาพทั้งหมดมาประชุมอภิปราย จัดหมวดหมู่เนื้อหา เพื่อยกร่างเป็นโครงร่างโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยแบ่งหมวดหมู่เนื้อหา ออกเป็นแกน

ความรู้สุขภาพ (Health Axis) และอภิปราย เพื่อแบ่งหน่วยการเรียนรู้ ตามแกนความรู้สุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 แสดงแกนความรู้สุขภาพ (Health Axis) หน่วยการเรียนรู้ และ เนื้อหาที่เกี่ยวข้อง

| แกนความรู้                  | หน่วยการเรียนรู้             | เนื้อหา   |
|-----------------------------|------------------------------|---|
| ชีวิตกับสุขภาพ              | 1. สุขภาวะ                   | ความหมายของสุขภาวะใน 4 มิติ                             |
|                             | 2. ขยับกายสบายชีวิ           | การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ                               |
|                             | 3. สดทน                      | ผลของความเครียดต่อร่างกาย                               |
|                             | 4. เครียดได้ก็หายได้         | วิธีการจัดการความเครียด                                 |
|                             | 5. อุบัติเหตุป้องกันได้      | การป้องกันอุบัติเหตุจราจร                               |
|                             | 6. ชีวิตกับสุขภาพ            | ทบทวน   |
| สุขภาพสตรี                  | 1. ภัยเงียบใกล้ตัว           | การป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูก                        |
|                             | 2. มือฉันป้องกันได้          | การป้องกันตนเองจากมะเร็งเต้านม                          |
|                             | 3. บานไม่รู้โรย              | สตรีวัยทองและการดูแลตนเอง                               |
|                             | 4. สุขภาพสตรี                | ทบทวน   |
| รอบรู้โภชนาการ              | 1. กินอย่างไรไม่ให้ภัยถึงตัว | หลักโภชนาการเพื่อการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง |
|                             | 2. โภชนบัญญัติ               | โภชนบัญญัติ   |
|                             | 3. รอบรู้โภชนาการ            | ทบทวน   |
| โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น | 1. ร่วมใจต้านภัยไข้เลือดออก  | การป้องกัน ไข้เลือดออก                                  |
|                             | 2. อยู่อย่างไรใกล้หนู        | การป้องกันโรคฉี่หนู                                     |
|                             | 3. ร่วมใจต้านภัยโรค          | ทบทวน   |

## ขั้นตอนที่ 2 ผลการออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมและการจัดทำรายละเอียดของโปรแกรมฝึกอบรม

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาจากขั้นตอนที่ 1 เพื่อออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมและ จัดทำรายละเอียดของโปรแกรมฝึกอบรม โดยผู้วิจัยได้ทำการออกแบบโปรแกรมฝึกอบรม และนำเสนอ

คณะกรรมการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อร่วมกันอภิปราย ผลการ อภิปรายมี ดังนี้

### ยุทธศาสตร์ที่นำมาใช้ในโปรแกรมฝึกอบรม

#### 1. เปลี่ยนแนวคิดจากการให้ความรู้มาเป็นการศึกษา

เปลี่ยนแนวคิดจากการให้ความรู้มาเป็นการศึกษา เพื่อนำไปสู่การปรับปรุง กระบวนการกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ มุ่งใช้กระบวนการศึกษา การปรับทัศนคติ การมีส่วนร่วม ร่วม การคิดร่วมกัน

#### 2. สื่อสารอย่างกระชับ

โดยเฉพาะในการออกแบบโปรแกรมฝึกอบรม จะต้องสร้างรูปแบบ วางแผนเพื่อ จัดลำดับความสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพ ไม่คาดหวังจะให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืนและประเมิ นยาก

#### 3. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล

ใช้ เทคนิคการมีส่วนร่วมและกิจกรรมที่สร้างความภาคภูมิใจในตนเอง และ ความมั่นใจ และกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็นและการกระทำ เน้นการแสดงบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ เตรียมกลุ่มเป้าหมายในเชิงรุกให้เป็นผู้ส่งเสริมสุขภาพในครอบครัวและชุมชน

#### 4. วัตถุประสงค์ที่นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ

ใช้การตั้งวัตถุประสงค์เป็นพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดซึ่งนำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ โดยไม่ต้องรอให้เกิดการเจ็บป่วย

## 5. กิจกรรมการฝึกอบรมที่เน้นการมีส่วนร่วม

ใช้กิจกรรมฝึกอบรมที่สนุกสนาน เน้นการมีส่วนร่วม ให้พลังอำนาจในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ อย่างเป็นลำดับขั้นตอน

## 6. เนื้อหาที่จำเป็นและง่ายต่อการเข้าใจ

เน้นข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นและง่ายต่อการเข้าใจ และคำขวัญที่น่าสนใจ ง่ายต่อการจดจำ ซึ่งสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงปรารถนา

## 7. สื่อที่เป็นรูปภาพหรือเป็นรูปธรรม

เพื่อการเข้าใจ โดยไม่ต้องอธิบายมาก แสดงขั้นตอนที่เป็นเหตุเป็นผลเพื่อการตัดสินใจในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

## โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

### 1. ปรัชญาของโปรแกรมฝึกอบรม

การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ โดยไม่จำกัดทางเชื้อชาติ ศาสนา ฐานะ เศรษฐกิจ ฐานะทางสังคม การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้น นอกจากการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับ การปรับเปลี่ยนแนวคิด ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการคงไว้ซึ่งสุขภาพ

ดังนั้นจะต้องไม่ใช่แค่การให้ความรู้ แต่เป็นความรู้ที่จำเป็น ชัดเจน ปฏิบัติได้จริง โดยใช้กระบวนการทางการศึกษาเข้ามาช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจ และตระหนัก เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีคิด ซึ่งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ และจะมีการใช้กระบวนการเรียนรู้เหล่านั้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นวิถีชีวิต

## 2. เป้าหมาย และวัตถุประสงค์การฝึกอบรม

เป้าหมายของโปรแกรมฝึกอบรมนี้ต้องการให้ประชาชนในชุมชนที่ผ่านการฝึกอบรมเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ และตระหนัก ถึงภาวะสุขภาพและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งสุขภาพด้วยตนเอง ใน 4 มิติได้แก่ สุขภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

## 3. โครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมฝึกอบรม

โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพที่ได้จากการประชุม แบ่งหมวดหมู่ออกเป็นแกนความรู้สุขภาพ (Health Axis) ดังนี้

### 3.1 แกนความรู้: ชีวิตกับสุขภาพ

แกนความรู้ ชีวิตกับสุขภาพ ประกอบไปด้วย 6 หน่วยการเรียนรู้ ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 แสดงหน่วยการเรียนรู้ของแกนความรู้ชีวิตกับสุขภาพ

| หน่วยการเรียนรู้ (Modules) | เนื้อหา                    | จำนวนชั่วโมง |
|----------------------------|----------------------------|--------------|
| 1. สุขภาวะ                 | ความหมายของสุขภาพใน 4 มิติ | 1            |
| 2. ขยับกายสบายชีวี         | การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ  | 1            |
| 3. สูดทน                   | ผลของความเครียดต่อร่างกาย  | 1            |
| 4. เครียดได้ก็หายได้       | วิธีการจัดการความเครียด    | 1            |
| 5. อุบัติเหตุป้องกันได้    | การป้องกันอุบัติเหตุจราจร  | 1            |
| 6. ชีวิตกับสุขภาพ          | ทบทวน ชวนกันทำ             | 1            |

จากตารางที่ 13 แกนความรู้ ชีวิตกับสุขภาพ ประกอบไปด้วย 6 หน่วยการเรียนรู้ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 สุขภาวะ มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนแนวคิดทางสุขภาพที่ไม่ได้มีแต่เพียงด้านร่างกายเท่านั้น ยังมีทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพดีใน 4 มิติ หรือการมีสุขภาวะ รวมถึงการสร้างคำขวัญเพื่อกระตุ้นความรู้สึกลงในการสร้างสุขภาพใน 4 มิติ ด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาในการให้การศึกษา 1 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 ขยับกายสบายชีวิ มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการสร้างพฤติกรรมการออกกำลังกายส่วนบุคคลอย่างง่ายและสามารถทำได้ด้วยตนเอง หรือสามารถนำไปทำร่วมกันในรูปของกลุ่ม พัฒนาใช้กลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถเป็นแกนนำการออกกำลังกายได้ ซึ่งใช้เวลาในการให้การศึกษา 1 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 สูดทน มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการสร้างความตระหนักต่อความเครียดในชีวิตประจำวัน ผลของความเครียดที่มีต่อสุขภาพใน 4 มิติ และการประเมินความเครียดอย่างง่ายๆ ด้วยตนเอง ซึ่งใช้เวลาในการให้การศึกษา 1 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 เครียดได้ก็หายได้ มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการสร้างพฤติกรรมการจัดการความเครียดในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง โดยใช้เทคนิคการคลายกล้ามเนื้อซึ่งจะสอดคล้องกับท่าออกกำลังกายอย่างง่าย ของหน่วยการเรียนรู้ขยับกายสบายชีวิ และนวดคลายเครียด ซึ่งสอดคล้องกับภูมิปัญญาชาวบ้าน ซึ่งใช้เวลาในการให้การศึกษา 1 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 5 อุบัติเหตุป้องกันได้ มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการสร้างความตระหนักต่ออุบัติเหตุในการใช้รถจักรยานยนต์ และการสร้างพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอุบัติเหตุ ซึ่งใช้เวลาในการให้การศึกษา 1 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 6 ชีวิตกับสุขภาวะ มีกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมคิดและร่วมกันวางแผนเพื่อการขยายผลทำให้ความรู้ และสร้างพฤติกรรมที่คาดหวัง แก่ชุมชน ซึ่งใช้เวลาในการให้การศึกษา 1 ชั่วโมง

### 3.2 แกนความรู้: สุขภาพสตรี

แกนความรู้ สุขภาพสตรีประกอบไปด้วย 4 หน่วยการเรียนรู้ ดังตารางที่ 14

ตารางที่ 14 แสดงหน่วยการเรียนรู้ของแกนความรู้สุขภาพสตรี

| หน่วยการเรียนรู้ (Modules) | เนื้อหา                          | จำนวนชั่วโมง |
|----------------------------|----------------------------------|--------------|
| 1. กัยเงียบโกลัดตัว        | การป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูก | 1            |
| 2. มือฉั้นป้องกันได้       | การป้องกันตนเองจากมะเร็งเต้านม   | 1            |
| 3. บานไม่รู้โรย            | สตรีวัยทองและการดูแลตนเอง        | 1            |
| 4. สุขภาพสตรี              | ทบทวน ชวนกันทำ                   | 1            |

จากตารางที่ 14 แกนความรู้ สุขภาพสตรี ประกอบไปด้วย 4 หน่วยการเรียนรู้ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 กัยเงียบโกลัดตัว มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันตนเอง ซึ่งใช้เวลาในการให้การศึกษา 1 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 มือฉั้นป้องกันได้ มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการป้องกันตนเอง โดยสร้างพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งใช้เวลาในการให้การศึกษา 1 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 บานไม่รู้โรย มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการสร้างความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามธรรมชาติ ในช่วงวัยทองและพฤติกรรมดูแลตนเองวัยทอง ซึ่งใช้เวลาในการให้การศึกษา 1 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 4 สุขภาพสตรี เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมคิดและร่วมกันวางแผนเพื่อการขยายผลการให้ความรู้ และสร้างพฤติกรรมที่คาดหวัง แก่ชุมชน ซึ่งใช้เวลาในการให้การศึกษา 1 ชั่วโมง

### 3.3 แกนความรู้: รอบรู้โภชนาการ

แกนความรู้ รอบรู้โภชนาการประกอบไปด้วย 3 หน่วยการเรียนรู้ ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 แสดงหน่วยการเรียนรู้ของแกนความรู้รอบรู้โภชนาการ

| หน่วยการเรียนรู้ (Modules)   | เนื้อหา   | จำนวนชั่วโมง |
|------------------------------|---|--------------|
| 1. กินอย่างไรไม่ให้ภัยถึงตัว | หลักโภชนาการเพื่อการป้องกัน<br>โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง | 1            |
| 2. โภชนบัญญัติ               | โภชนบัญญัติ   | 1            |
| 3. รอบรู้โภชนาการ            | ทบทวนชวนกันทำ   | 1            |

จากตารางที่ 15 แกนความรู้ รอบรู้โภชนาการประกอบไปด้วย 3 หน่วยการเรียนรู้ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 กินอย่างไรไม่ให้ภัยถึงตัว มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรารับประทานอาหาร ตามหลักโภชนาการในการป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ซึ่งใช้เวลาในการให้การศึกษา 1 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 โภชนบัญญัติ มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการเลือกรับประทานอาหารเพื่อการมีสุขภาพดี 9 ประการ (กองโภชนาการ, 2548) ซึ่งใช้เวลาในการให้การศึกษา 1 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 รอบรู้โภชนาการ เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสใช้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมคิดและร่วมกันวางแผนเพื่อการขยายผลการให้ความรู้ และสร้างพฤติกรรมที่คาดหวัง แก่ชุมชน ซึ่งใช้เวลาในการให้การศึกษา 1 ชั่วโมง

### 3.4 แกนความรู้: โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น

แกนความรู้โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น ประกอบไปด้วย 3 หน่วยการเรียนรู้ ดังตารางที่ 16

ตารางที่ 16 แสดงหน่วยการเรียนรู้ของแกนความรู้โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น

| หน่วยการเรียนรู้ (Modules)  | เนื้อหา               | จำนวนชั่วโมง |
|-----------------------------|-----------------------|--------------|
| 1. ร่วมใจต้านภัยไข้เลือดออก | การป้องกันไข้เลือดออก | 1            |
| 2. อยู่อย่างไรไกลฉี่หนู     | การป้องกันโรคฉี่หนู   | 1            |
| 3. ร่วมใจต้านภัยโรค         | ทบทวนชวนกันทำ         | 1            |

จากตารางที่ 16 แกนความรู้ โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น ประกอบไปด้วย 3 หน่วยการเรียนรู้ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

หน่วยการเรียนรู้ที่ 1 ร่วมใจต้านภัยไข้เลือดออก มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เบื้องต้นของไข้เลือดออก โดยการศึกษากรณีตัวอย่างจากสถานการณ์สมมติ การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ซึ่งใช้เวลาในการให้การศึกษา 1 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 2 อยู่อย่างไรไกลฉี่หนู มีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับการให้ความรู้เบื้องต้นของโรคเลปโตสไปโรซิส และวิธีป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส ซึ่งใช้เวลาในการให้การศึกษา 1 ชั่วโมง

หน่วยการเรียนรู้ที่ 3 ร่วมใจต้านภัยโรค เป็นกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมคิดและร่วมกันวางแผนเพื่อการขยายผลการให้ความรู้ และสร้างพฤติกรรมที่คาดหวัง แก่ชุมชน ซึ่งใช้เวลาในการให้การศึกษา 1 ชั่วโมง

#### 4. กิจกรรมการฝึกอบรม

ในแต่ละแกนความรู้ และในแต่ละหน่วยการฝึกอบรม ใช้รูปแบบ ADRA ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ในการออกแบบกิจกรรมการฝึกอบรม ตลอดจนดำเนินการฝึกอบรม โดยที่

A: Anticipatory Set หมายถึง กิจกรรมที่มอบหมาย และทำการอบรม หรือกิจกรรมที่จัดในการฝึกอบรม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักในพฤติกรรมสุขภาพที่คาดหวัง ซึ่งกิจกรรมเหล่านั้นเทียบเคียงได้กับการนำเข้าสู่บทเรียน

D: Development หมายถึง กิจกรรมที่เน้นพัฒนาความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ความกล้าหาญในการแสดงออกในพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่วนรวม และความกระตือรือร้นที่จะร่วมกันสร้างพฤติกรรมสุขภาพ

R: Review หมายถึง กิจกรรมที่เน้นการสร้างความคงทนของความรู้และพฤติกรรม โดยการทบทวนพฤติกรรมคาดหวังที่จะให้เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ รวมถึงการประเมินผลหลังการฝึกอบรม

A: Assignment for Assessment หมายถึง กิจกรรมที่มอบให้กลุ่มเป้าหมาย หรือพันธะสัญญา เพื่อนำไปปฏิบัติ และขยายผลกับครอบครัว เพื่อประเมินผลในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

#### 5. การประเมินผลการฝึกอบรม

ในการประเมินผลการเรียนรู้ จะประเมินสิ้นสุดหลังการฝึกอบรมในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ ซึ่งปรากฏอยู่ในกระบวนการทบทวน (Review) ของแต่ละหน่วยการเรียนรู้ และประเมินตามตัวชี้วัดที่แสดงถึงพฤติกรรมสุขภาพ ในหน่วยการเรียนรู้นั้นๆ ด้วยกิจกรรมต่อไปนี้

- 5.1 การใช้เกมและการแข่งขัน
- 5.2 การทำผลงานประจำกลุ่ม
- 5.3 การติดตามผลของการมอบหมายภารกิจ

### ขั้นตอนที่ 3 ผลการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมฝึกอบรม

การวิเคราะห์ผลการตรวจสอบความเหมาะสมขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรมและความสอดคล้องขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรม โดยผู้เชี่ยวชาญทางการส่งเสริมสุขภาพ และผู้เชี่ยวชาญทางการพัฒนาหลักสูตรหรือโปรแกรมฝึกอบรม จำนวน 6 ท่าน ทำการศึกษาและลงความเห็นในแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นได้ผลดังนี้

#### การตรวจสอบความเหมาะสมขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรม

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเหมาะสมขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรมใน 5 ด้าน คือ

##### 1. การตรวจสอบความเหมาะสมของปรัชญาของโปรแกรมฝึกอบรม

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเหมาะสมของปรัชญาของโปรแกรมฝึกอบรม โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 6 ท่าน แสดงความคิดเห็นว่าปรัชญาของโปรแกรมฝึกอบรมเป็นอย่างไร ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นว่า ปรัชญาของโปรแกรมฝึกอบรมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ( $4.17 \pm 0.75$ ) สามารถสะท้อนถึงหลักคิดเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้มาก ( $4.00 \pm 0.63$ ) มีการสะท้อนถึงการมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก ( $4.33 \pm 0.52$ ) นอกจากนั้นแล้ว ปรัชญาของโปรแกรมฝึกอบรมยังสื่อสารให้คนทั่วไปที่ไม่ใช่บุคลากรในวิชาชีพส่งเสริมสุขภาพสามารถเข้าใจได้ง่าย ( $4.33 \pm 0.82$ ) ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 แสดงผลการตรวจสอบความเหมาะสมของปรัชญาของโปรแกรมฝึกอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญ

| ความคิดเห็นเกี่ยวกับปรัชญาของโปรแกรมฝึกอบรม          | ค่าเฉลี่ย   | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับความเหมาะสม |
|--|-------------|---------------------|------------------|
| 1. เหมาะสมกับโปรแกรมฝึกอบรม                          | 4.17        | 0.75                | มาก              |
| 2. สะท้อนถึงหลักคิดเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม       | 4.00        | 0.63                | มาก              |
| 3. สะท้อนการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง | 4.33        | 0.52                | มาก              |
| 4. คนทั่วไปสามารถเข้าใจได้ง่าย                       | 4.33        | 0.82                | มาก              |
| <b>ภาพรวม</b>  | <b>4.21</b> | <b>0.66</b>         | <b>มาก</b>       |

จากตารางที่ 17 พบว่า ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นในการตรวจสอบความเหมาะสมของปรัชญาของโปรแกรมฝึกอบรม อยู่ในระดับมากทุกรายการตรวจสอบ ไม่มีค่าคะแนนการตรวจสอบต่ำกว่า 3.50 อีกทั้งในภาพรวมการตรวจสอบความเหมาะสมของปรัชญา มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ( $4.21 \pm 0.66$ ) ดังนั้นในประเด็นของปรัชญาของโปรแกรมฝึกอบรม จึงไม่ต้องแก้ไขปรับปรุง

## 2. การตรวจสอบความเหมาะสมของเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฝึกอบรม

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความเหมาะสมของเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฝึกอบรม โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 6 ท่าน ได้แสดงความคิดเห็นว่าเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฝึกอบรม สามารถส่งเสริมการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ( $4.17 \pm 0.41$ ) มีความชัดเจนและเข้าใจได้ง่าย ( $4.55 \pm 0.55$ ) สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้ ( $4.17 \pm 0.41$ ) สามารถประเมินผลได้ง่าย ( $3.83 \pm 0.55$ ) นอกจากนั้นแล้ว เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฝึกอบรมยังมีความเหมาะสมกับคนทั่วไปที่ไม่ใช่บุคลากรในวิชาชีพส่งเสริมสุขภาพ ( $4.33 \pm 0.52$ ) ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 แสดงผลการตรวจสอบความเหมาะสมของเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฝึกอบรม โดยผู้เชี่ยวชาญ

| ความคิดเห็นเกี่ยวกับเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฝึกอบรม | ค่าเฉลี่ย   | ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน | ระดับความเหมาะสม |
|--|-------------|---------------------|------------------|
| 1. ส่งเสริมการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ                             | 4.17        | 0.41                | มาก              |
| 2. ชัดเจน เข้าใจง่าย   | 4.50        | 0.55                | มากที่สุด        |
| 3. สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้                                | 4.17        | 0.41                | มาก              |
| 4. ประเมินผลได้ง่าย  | 3.83        | 0.75                | มาก              |
| 5. เหมาะสมกับประชาชนทั่วไป                                   | 4.33        | 0.52                | มาก              |
| <b>ภาพรวม</b>  | <b>4.20</b> | <b>0.55</b>         | <b>มาก</b>       |

จากตารางที่ 18 พบว่าผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นในการตรวจสอบความเหมาะสมของเป้าหมายและวัตถุประสงค์ อยู่ในระดับมากและระดับมากที่สุดทุกรายการตรวจสอบ ไม่มีค่าคะแนนการตรวจสอบต่ำกว่า 3.50 อีกทั้งในภาพรวมการตรวจสอบความเหมาะสมของเป้าหมายและวัตถุประสงค์มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ( $4.20 \pm 0.55$ ) ดังนั้นในประเด็นของเป้าหมายและวัตถุประสงค์ จึงไม่ต้องแก้ไขปรับปรุง

### 3. การตรวจสอบความเหมาะสมของโครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมฝึกอบรม

ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 6 ท่าน ได้แสดงความคิดเห็น ในเนื้อหาสาระของโปรแกรมฝึกอบรม มีใจความสำคัญถูกต้องอยู่ในระดับมาก ( $4.67 \pm 0.52$ ) มีเนื้อหาเหมาะกับวัตถุประสงค์ในระดับมาก ( $4.50 \pm 0.55$ ) มีการจัดเรียงลำดับสาระความรู้ที่ดีมาก ( $4.83 \pm 0.41$ ) มีการจัดหน่วยการเรียนรู้ครอบคลุมสาระความรู้ที่ฝึกอบรมในระดับมาก ( $4.50 \pm 0.84$ ) เหมาะสมกับประชาชนทั่วไปในระดับมากที่สุด ( $5.00 \pm 0.00$ ) ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพในระดับมาก ( $4.17 \pm 0.98$ ) ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้จริงในระดับมาก ( $4.67 \pm 0.52$ ) ตอบสนองนโยบายเมืองไทยแข็งแรงในระดับมาก ( $4.67 \pm 0.52$ ) ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 แสดงผลการตรวจสอบความเหมาะสมของโครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมฝึกอบรม โดยผู้เชี่ยวชาญ

| ความคิดเห็นเกี่ยวกับโครงสร้างเนื้อหาของ<br>โปรแกรมฝึกอบรม  | ค่าเฉลี่ย   | ค่าเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน | ระดับความ<br>เหมาะสม |
|--|-------------|-------------------------|----------------------|
| 1. ใจความสำคัญถูกต้อง                                      | 4.67        | 0.52                    | มากที่สุด            |
| 2. เนื้อหาเหมาะกับวัตถุประสงค์                             | 4.50        | 0.55                    | มากที่สุด            |
| 3. การจัดเรียงลำดับสาระความรู้                             | 4.83        | 0.41                    | มากที่สุด            |
| 4. การจัดหน่วยการเรียนรู้ครอบคลุมสาระความรู้ที่<br>ฝึกอบรม | 4.50        | 0.84                    | มากที่สุด            |
| 5. เหมาะสมกับประชาชนทั่วไป                                 | 5.00        | 0.00                    | มากที่สุด            |
| 6. ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ                                  | 4.17        | 0.98                    | มาก                  |
| 7. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติได้จริง                 | 4.67        | 0.52                    | มากที่สุด            |
| 8. ตอบสนองนโยบายเมืองไทยแข็งแรง                            | 4.67        | 0.52                    | มากที่สุด            |
| <b>ภาพรวม</b>  | <b>4.63</b> | <b>0.61</b>             | <b>มากที่สุด</b>     |

จากตาราง 19 พบว่าผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นในการตรวจสอบความเหมาะสมของโครงสร้างเนื้อหา อยู่ในระดับมากและมากที่สุดทุกรายการตรวจสอบ ไม่มีค่าคะแนนการตรวจสอบต่ำกว่า 3.50 อีกทั้งในภาพรวมการตรวจสอบความเหมาะสมของโครงสร้างเนื้อหา มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $4.63 \pm 0.61$ ) ดังนั้นประเด็นของโครงสร้างเนื้อหา จึงไม่ต้องแก้ไขปรับปรุง

#### 4. การตรวจสอบกิจกรรมการฝึกอบรมของโปรแกรมฝึกอบรม

ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 6 ท่าน ได้แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับกิจกรรมฝึกอบรมที่นำมาใช้ในโปรแกรมฝึกอบรมนั้น มีความเหมาะสมกับเนื้อหาของโปรแกรมฝึกอบรมในระดับมากที่สุด ( $4.67 \pm 0.52$ ) รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้อยู่ในระดับมากที่สุด ( $5.00 \pm 0.00$ ) มีการส่งเสริมการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ผู้รับการฝึกอบรมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $4.50 \pm 0.55$ ) ส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นขั้นตอนอยู่ในระดับมากที่สุด ( $4.67 \pm$

0.52) กิจกรรมการฝึกอบรมสามารถตอบสนองต่อวัตถุประสงค์อยู่ในระดับมากที่สุด ( $4.50 \pm 0.55$ )  
 ดังแสดงในตารางที่ 20

**ตารางที่ 20** แสดงผลการตรวจสอบความเหมาะสมของกิจกรรมการฝึกอบรมของโปรแกรม  
 ฝึกอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญ

| ความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการฝึกอบรมของ<br>โปรแกรมฝึกอบรม | ค่าเฉลี่ย   | ค่าเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน | ระดับความ<br>เหมาะสม |
|--|-------------|-------------------------|----------------------|
| 1. เหมาะสมกับเนื้อหา                                       | 4.67        | 0.52                    | มากที่สุด            |
| 2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วม                                   | 5.00        | 0.00                    | มากที่สุด            |
| 3. ส่งเสริมการสร้างพลังอำนาจ                               | 4.50        | 0.55                    | มากที่สุด            |
| 4. กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นขั้นตอน               | 4.67        | 0.52                    | มากที่สุด            |
| 5. ตอบสนองต่อวัตถุประสงค์                                  | 4.50        | 0.55                    | มากที่สุด            |
| <b>ภาพรวม</b>  | <b>4.67</b> | <b>0.48</b>             | <b>มากที่สุด</b>     |

จากตาราง 20 พบว่าผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นในการตรวจสอบความเหมาะสม  
 ของกิจกรรมการฝึกอบรม อยู่ในระดับมากที่สุดทุกรายการตรวจสอบ ไม่มีค่าคะแนนการ  
 ตรวจสอบต่ำกว่า 3.50 อีกทั้งในภาพรวมการตรวจสอบความเหมาะสมของกิจกรรมการฝึกอบรมมี  
 ความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ( $4.67 \pm 0.48$ ) ดังนั้นในประเด็นของกิจกรรมการฝึกอบรม จึง  
 ไม่ต้องแก้ไขปรับปรุง

#### 5. การตรวจสอบความเหมาะสมการประเมินผลการฝึกอบรม

ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 6 ท่าน ได้แสดงความคิดเห็น เกี่ยวกับการประเมินผลการฝึกอบรมใน  
 โปรแกรมฝึกอบรมนั้น มีความเหมาะสมสอดคล้องกับเนื้อหาของโปรแกรมฝึกอบรมในระดับมาก  
 ( $4.33 \pm 0.52$ ) มีความเหมาะสมสอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ ( $4.00 \pm 0.63$ ) สามารถ  
 ประเมินผลได้ตามสภาพจริง ( $4.17 \pm 0.41$ ) และสามารถส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ( $4.00 \pm$   
 $0.89$ ) ดังแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 แสดงผลการตรวจสอบความเหมาะสมของการประเมินผลการฝึกอบรมของโปรแกรม ฝึกอบรมโดยผู้เชี่ยวชาญ

| ความคิดเห็นเกี่ยวกับการประเมินผลการฝึกอบรม<br>ของโปรแกรมฝึกอบรม | ค่าเฉลี่ย   | ค่าเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน | ระดับความ<br>เหมาะสม |
|---|-------------|-------------------------|----------------------|
| 1. สอดคล้องกับเนื้อหา   | 4.33        | 0.52                    | มาก                  |
| 2. สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ                          | 4.00        | 0.63                    | มาก                  |
| 3. ประเมินตามสภาพจริง   | 4.17        | 0.41                    | มาก                  |
| 4. ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ                                | 4.00        | 0.89                    | มาก                  |
| <b>ภาพรวม</b>   | <b>4.13</b> | <b>0.61</b>             | <b>มาก</b>           |

จากตาราง 21 พบว่าผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นในการตรวจสอบความเหมาะสมของการประเมินผลการฝึกอบรม อยู่ในระดับมากทุกรายการตรวจสอบ ไม่มีค่าคะแนนการตรวจสอบต่ำกว่า 3.50 อีกทั้งในภาพรวมการตรวจสอบความเหมาะสมของการประเมินผลการฝึกอบรมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ( $4.13 \pm 0.61$ ) ดังนั้นในประเด็นของกิจกรรมการฝึกอบรม จึงไม่ต้องแก้ไขปรับปรุง

#### การตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรม

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่าน โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 6 ท่าน มีความเห็นตรงกันว่ามีความสอดคล้องในประเด็น วัตถุประสงค์สอดคล้องกับปรัชญาของโปรแกรมฝึกอบรม โครงสร้างโปรแกรมฝึกอบรม สอดคล้องกับปรัชญา โครงสร้างโปรแกรมฝึกอบรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สาระความรู้ สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กิจกรรมการฝึกอบรมมีความสอดคล้องกับปรัชญา กิจกรรมการฝึกอบรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และวิธีการวัดประเมินผลการฝึกอบรมสอดคล้องกับกิจกรรมการฝึกอบรม ส่วนในประเด็น วิธีการฝึกอบรมมีความสอดคล้องกับเนื้อหาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญ 1 คน แสดงความคิดเห็นไม่แน่ใจ ในทำนองเดียวกันในประเด็น วิธีการวัดประเมินผลการฝึกอบรมสอดคล้องกับปรัชญาและวิธีการวัดประเมินผลการฝึกอบรม สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน แสดงความเห็นไม่แน่ใจ



#### ขั้นตอนที่ 4 ผลการนำโปรแกรมฝึกอบรมไปทดลองใช้

หลังจากทำการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้อง ขององค์ประกอบของโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่สร้างขึ้น ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ผลการทดลองใช้ดังนี้

##### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจำเพาะเจาะจงจำนวน 60 คน เป็นประชาชน ผู้สนใจสมัครเข้ารับการฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขต ม. 3 ต. นาพรุ และ ม.7 ต. ท้ายลำภา อ. พระพรหม จ. นครศรีธรรมราช

ผู้เข้ารับการอบรมในภาพรวมทั้งสิ้นจำนวน 60 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย  $46 \pm 9.88$  ปี มีน้ำหนักเฉลี่ย  $59.18 \pm 10.20$  กิโลกรัม มีส่วนสูง  $155.48 \pm 5.66$  เซนติเมตร มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย  $24.50 \pm 4.06$  กิโลกรัมต่อตารางเมตร จัดอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน น้ำหนักตัวปกติ (ดัชนีมวลกาย 18.5 - 24.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร) ดังแสดงในตารางที่ 23

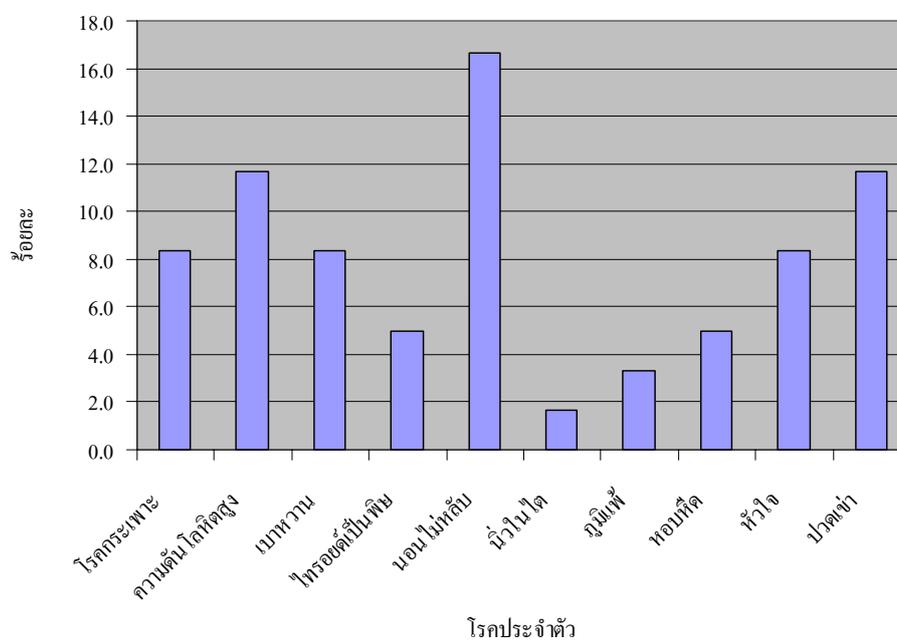
ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่สถานภาพสมรส แต่งงาน ร้อยละ 86.7 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 78.3 ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรคิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยประกอบอาชีพทำนามากที่สุด (ร้อยละ 26.7) รองลงมาประกอบอาชีพทำสวนผลไม้ (ร้อยละ 25) รายได้ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 3,001 – 5,000 บาท ต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 48.3 ดังแสดงในตารางที่ 23 ในจำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม 60 คน ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 48.3 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอาการนอนไม่หลับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 16.7 และปวดเข่ารองลงมาคิดเป็นร้อยละ 11.7 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 23 และภาพที่ 2

ตารางที่ 23 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

| ลักษณะทั่วไป                 | จำนวนกลุ่ม<br>ตัวอย่าง (n) | ค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) | ค่าเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน (S.D.) |
|------------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------------|
| อายุ                         | 60                         | 46.68                   | 9.88                           |
| น้ำหนัก                      | 60                         | 59.18                   | 10.20                          |
| ส่วนสูง                      | 60                         | 155.48                  | 5.66                           |
| ดัชนีมวลกาย                  | 60                         | 24.50                   | 4.06                           |
| ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง |                            | ความถี่                 | ร้อยละ                         |
| <b>สถานภาพทางการสมรส</b>     |                            |                         |                                |
| โสด                          |                            | 1                       | 1.7                            |
| แต่งงาน                      |                            | 52                      | 86.7                           |
| หม้าย                        |                            | 7                       | 11.7                           |
| รวม                          |                            | 60                      | 100.0                          |
| <b>ระดับการศึกษา</b>         |                            |                         |                                |
| ไม่ได้เรียนหนังสือ           |                            | 1                       | 1.7                            |
| ประถมศึกษา                   |                            | 47                      | 78.3                           |
| มัธยมศึกษาตอนต้น             |                            | 8                       | 13.3                           |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช.      |                            | 3                       | 5.0                            |
| อนุปริญญา, ปวส.              |                            | 1                       | 1.7                            |
| รวม                          |                            | 60                      | 100.0                          |
| <b>อาชีพ</b>                 |                            |                         |                                |
| แม่บ้าน                      |                            | 11                      | 18.3                           |
| ทำนา                         |                            | 16                      | 26.7                           |
| ทำไร่                        |                            | 1                       | 1.7                            |
| ทำสวนผลไม้                   |                            | 15                      | 25.0                           |
| ทำสวนยาง                     |                            | 8                       | 13.3                           |
| ค้าขาย                       |                            | 9                       | 15.0                           |
| รวม                          |                            | 60                      | 100.0                          |

ตารางที่ 23 (ต่อ)

| ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง          | ความถี่ | ร้อยละ |
|---------------------------------------|---------|--------|
| <b>รายได้</b>                         |         |        |
| ต่ำกว่า 3,000 บาท /เดือน              | 14      | 23.3   |
| อยู่ในช่วง 3,001 – 5,000 บาท / เดือน  | 29      | 48.3   |
| อยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาท / เดือน | 14      | 23.3   |
| มากกว่า 10,000 บาท / เดือน            | 3       | 5.0    |
| รวม                                   | 60      | 100.0  |
| <b>สถานะโรคประจำตัว</b>               |         |        |
| ไม่มี                                 | 31      | 51.7   |
| มี                                    | 29      | 48.3   |
| รวม                                   | 60      | 100.0  |



ภาพที่ 2 แสดงโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่าง

## การฝึกอบรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ในการดำเนินการฝึกอบรมผู้วิจัยได้แบ่งผู้เข้ารับการอบรมออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่กลับคืน ทำการฝึกอบรมโดยการสัมภาษณ์ข้อมูลตามตัวชี้วัดก่อนการฝึกอบรม และสัมภาษณ์ซ้ำหลังฝึกอบรม 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ หลังฝึกอบรม โดยมีวิธีการดำเนินการดังนี้

### 1. การสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม (Pre-training interview)

เป็นการเก็บข้อมูลโดยการสำรวจความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพ (Baseline health survey) ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามตัวชี้วัดในโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงในตารางที่ 24 - 27

ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ สุขภาวะ แขนความรู้ชีวิตกับสุขภาพะ ดังแสดงในตารางที่ 24

**ตารางที่ 24** แสดงผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ สุขภาวะ แขนความรู้ชีวิตกับสุขภาพะ

| ประเด็น  | คำตอบ  | ความถี่ | ร้อยละ |
|--|--------|---------|--------|
| อธิบายความหมายของคำว่าสุขภาพะได้                       | ใช่    | 2       | 3.3    |
|  | ไม่ใช่ | 58      | 96.7   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |
| สามารถยกตัวอย่างคำขวัญที่ใช้รณรงค์ในการสร้างสุขภาพะได้ | ใช่    | 9       | 15.0   |
|  | ไม่ใช่ | 51      | 85.0   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |

จากตารางที่ 24 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ สุขภาวะ แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สามารถให้คำอธิบายความหมายของสุขภาวะหรือสุขภาพดีใน 4 มิติ ได้ คิดเป็นร้อยละ 96.7 มีเพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้นที่สามารถอธิบายความหมายของสุขภาวะได้ ในทำนองเดียวกันเมื่อผู้วิจัยให้ยกตัวอย่างคำขวัญที่ใช้รณรงค์ในการสร้างสุขภาวะ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85 ไม่สามารถยกตัวอย่างคำขวัญที่ใช้รณรงค์ในการสร้างสุขภาวะ มีเพียงส่วนน้อย ร้อยละ 15 เท่านั้นที่สามารถยกตัวอย่างคำขวัญดังกล่าวได้ เช่น “สุขภาพดีไม่มีขาย” “สุขภาพดีไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องออกกำลังกาย” “สุขภาพดีไม่มีขาย ถ้าอยากได้ต้องร่วมสร้าง” “สุขภาพดีเริ่มต้นด้วยการออกกำลังกาย” “ออกกำลังกายวันละนิดจิตแจ่มใส” เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการได้ยินจากสื่อต่างๆ

ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ ขยับกายสบายชีวิ แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ ดังแสดงในตารางที่ 25

ตารางที่ 25 แสดงผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ ขยับกายสบายชีวิ แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ

| ประเด็น  | คำตอบ  | ความถี่ | ร้อยละ |
|--|--------|---------|--------|
| สามารถบอกประโยชน์ของการออกกำลังกายได้                                    | ใช่    | 48      | 80.0   |
|  | ไม่ใช่ | 12      | 20.0   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |
| ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (นอกเหนือจากการทำงาน) ด้วยตนเอง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง | ใช่    | 23      | 38.3   |
|  | ไม่ใช่ | 37      | 61.7   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |
| มีส่วนร่วมในกิจกรรมออกกำลังกายแบบเป็นกลุ่มของหมู่บ้าน                    | ใช่    | 16      | 26.7   |
|  | ไม่ใช่ | 44      | 73.3   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |
| มีส่วนผลักดันในการก่อตั้งกิจกรรมออกกำลังกายแบบกลุ่มในชุมชนของท่าน        | ใช่    | 8       | 13.3   |
|  | ไม่ใช่ | 52      | 86.7   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |

จากตารางที่ 25 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ ขยับกายสบายชีวิต แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 80 สามารถบอกประโยชน์ของการออกกำลังกายได้ มีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่ไม่สามารถบอกประโยชน์ของการออกกำลังกายได้อย่างชัดเจน โดยรวมกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกประโยชน์ของการออกกำลังกายได้ แต่ไม่ชัดเจน ไม่มากไปกว่า “ทำให้ร่างกายแข็งแรง” เพียงอย่างเดียว ซึ่งในประเด็นนี้จะตรงกันข้ามกับการให้ความหมายของการมีสุขภาพดี

แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะทราบและบอกประโยชน์ของการออกกำลังกายได้ แต่มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 38.3 เท่านั้นที่มีกิจกรรมออกกำลังกาย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง นอกเหนือจากการทำงานในชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.7 ยังไม่เห็นความสำคัญในการออกกำลังกายมากกว่าการทำงานเพื่อหาเงินเลี้ยงปากเลี้ยงท้อง และให้เหตุผลว่า “... การทำงานปกติ ก็เป็นการออกกำลังกายอยู่แล้ว”

ในเรื่องของการมีส่วนร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายและการมีส่วนร่วมในการผลักดันกิจกรรมการออกกำลังกายในระดับชุมชน มีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยร้อยละ 26.7 และ 13.3 ตามลำดับ ที่มีส่วนในการดังกล่าว ส่วนใหญ่ยังขาดการมีส่วนร่วมการร่วมแรงร่วมใจกันทำกิจกรรมออกกำลังกายในระดับชุมชน สะท้อนให้เห็นถึงการขาดความเข้าใจสุขภาพในมิติของสังคมและจิตวิญญาณ ที่ผ่านมามีการให้ความรู้ในแง่ของการป้องกันโรค ซึ่งเป็นเพียงมิติทางด้านร่างกายเท่านั้น

ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ สุดทน และ เครียดได้ก็หายได้ แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ ดังแสดงในตารางที่ 26

ตารางที่ 26 แสดงผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ สูดทน และ เครียดได้ก็หายได้ แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ

| ประเด็น  | คำตอบ  | ความถี่ | ร้อยละ |
|--|--------|---------|--------|
| ทราบผลเสียของความเครียดที่มีต่อร่างกาย                                   | ใช่    | 47      | 78.3   |
|  | ไม่ใช่ | 13      | 21.7   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |
| ทราบผลดีของความเครียดที่มีต่อร่างกาย                                     | ใช่    | 3       | 5.0    |
|  | ไม่ใช่ | 57      | 95.0   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |
| รู้จักที่จะประเมินความเครียดจากอาการและอาการแสดงด้วยตนเอง                | ใช่    | 36      | 60.0   |
|  | ไม่ใช่ | 24      | 40.0   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |
| ใช้วิธีการคลายเครียดในรูปแบบ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือ การนวดคลายเครียด | ใช่    | 35      | 58.3   |
|  | ไม่ใช่ | 25      | 41.7   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |

จากตารางที่ 26 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ สูดทน และ เครียดได้ก็หายได้ แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 78.3 ระบุว่าความเครียดนั้นมีผลเสียต่อร่างกาย แต่ส่วนใหญ่ร้อยละ 95 ไม่ทราบว่าจริงแล้ว ความเครียดในระดับปกติจะมีประโยชน์ในการใช้ชีวิตประจำวัน สะท้อนให้เห็นถึงการขาดความรู้ รับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวม หรือเป็นแบบลักษณะอย่างไรก็ได้ ใครจะทำอะไรก็ทำไปไม่เกี่ยวกับเรา ถูกมอบหมายให้รับผิดชอบกิจกรรมก็รู้สึกว่ารู้อะไรไม่ใช่ เป็นต้น ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 สามารถบอกวิธีการสังเกตตนเองเมื่อเกิดความเครียดขึ้น และมีวิธีการผ่อนคลาย ความเครียดในรูปแบบของตนเอง เช่น ได้พูดคุยกับเพื่อน ดูหนัง ละคร ฟังเพลง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 58.3 ที่ใช้วิธีการนวดคลายเครียดเป็นการนวดโดยผู้อื่นเช่น หมอบีบนวด

ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ การป้องกันอุบัติเหตุจากรถ แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ ดังแสดงในตารางที่ 27

ตารางที่ 27 แสดงผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ การป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์  
แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ

| ประเด็น  | คำตอบ  | ความถี่ | ร้อยละ |
|--|--------|---------|--------|
| ไม่เห็นด้วยและตำหนิผู้ที่ขับรถหลังดื่มสุราและตนเอง<br>จะไม่ทำอย่างนั้น | ใช่    | 49      | 81.7   |
|  | ไม่ใช่ | 11      | 18.3   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |
| บอกประโยชน์ของหมวกนิรภัยได้  | ใช่    | 46      | 76.7   |
|  | ไม่ใช่ | 14      | 23.3   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |
| สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งที่ขับขี่รถจักรยานยนต์                            | ใช่    | 8       | 13.3   |
|  | ไม่ใช่ | 52      | 86.7   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |
| มีส่วนในการรณรงค์การป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในชุมชน           | ใช่    | 12      | 20.0   |
|  | ไม่ใช่ | 48      | 80.0   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |

จากตารางที่ 27 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ การป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 81.7 ไม่อยากเห็นผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และตนเองก็จะไม่ทำแบบนั้น และถ้าพบเห็นคนที่ทำอย่างนั้นก็จะตักเตือนและห้ามปรามทุกครั้ง มีเพียงส่วนน้อยร้อยละ 11.3 ที่ไม่ทำอย่างนั้น ในความเป็นจริงแล้วเห็นด้วยกับคนส่วนใหญ่แต่ก็จะไม่กล้าที่จะตักเตือนหรือห้ามปรามและไม่อยากจะไปยุ่งเกี่ยวกับคนที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และมีอาการเมินเมา เพราะเกรงว่าจะโดนทำร้ายร่างกาย และคิดว่าเรื่องนี้ไม่เกี่ยวกับเรา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76.7 บอกประโยชน์ของการสวมหมวกนิรภัยได้ แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 86.7 ยังไม่เห็นความสำคัญของการสวมหมวกนิรภัย และให้เหตุผลว่า ไม่ได้ขี่รถจักรยานยนต์ออกไปนอกถนนใหญ่ ไม่เห็นตำรวจจึงไม่สวม เป็นต้น และส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ยังขาดการมีส่วนร่วมในการรณรงค์การป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในชุมชนอีกด้วย

โดยสรุปผลการสัมภาษณ์ตามตัวชี้วัดของแกนความรู้ ชีวิตกับสุขภาวะนั้น (ตารางที่ 24 - 27) กลุ่มตัวอย่างขาดความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติ เพื่อพัฒนาสุขภาวะหรือสุขภาพดีใน 4 มิติ ส่วนใหญ่จะมีความรู้ในเรื่องสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่ยังคงขาดในเรื่องของมิติอื่นๆ ได้แก่ มิติทางสังคมและจิตวิญญาณ ที่จะช่วยให้สุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจดีตามไปด้วย ยิ่งไปกว่านั้น กลุ่มตัวอย่างมักถูกกระตุ้นให้มีพฤติกรรมสุขภาพโดยไม่ทราบว่ามันมีความหมายต่อการดำรงชีวิตอย่างไร เป็นผลให้ไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถาวรได้

ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ ภัยเงียบใกล้ตัว แกนความรู้ สุขภาพสตรี ดังแสดงในตารางที่ 28

ตารางที่ 28 แสดงผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ ภัยเงียบใกล้ตัว แกนความรู้ สุขภาพสตรี

| ประเด็น   | คำตอบ  | ความถี่ | ร้อยละ |
|---|--------|---------|--------|
| บอกปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกได้                                 | ใช่    | 5       | 8.3    |
|   | ไม่ใช่ | 55      | 91.7   |
|   | รวม    | 60      | 100.0  |
| บอกอาการสำคัญของมะเร็งปากมดลูกได้                                   | ใช่    | 14      | 23.3   |
|   | ไม่ใช่ | 46      | 76.7   |
|   | รวม    | 60      | 100.0  |
| ไปรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกปีละ 1 ครั้ง                | ใช่    | 30      | 50.0   |
|   | ไม่ใช่ | 30      | 50.0   |
|   | รวม    | 60      | 100.0  |
| ชักชวนคนในบ้าน เพื่อนบ้านหรือคนที่รู้จักให้ไปตรวจ<br>มะเร็งปากมดลูก | ใช่    | 35      | 58.3   |
|   | ไม่ใช่ | 25      | 41.7   |
|   | รวม    | 60      | 100.0  |

จากตารางที่ 28 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ ภัยเงียบใกล้ตัว แกนความรู้สุขภาพสตรี จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 90 ไม่สามารถบอก

ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก และส่วนใหญ่ร้อยละ 76.7 ไม่สามารถบอกอาการสำคัญของมะเร็งปากมดลูกได้ และมีเพียงร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างที่ไปรับการตรวจมะเร็งปากมดลูก และส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 58.3 มีการชักชวนเพื่อนบ้านไปตรวจมะเร็งปากมดลูก

ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ มือฉันท้องกันได แกนความรู้สุขภาพสตรี ดังแสดงในตารางที่ 29

ตารางที่ 29 แสดงผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ มือฉันท้องกันได แกนความรู้สุขภาพสตรี

| ประเด็น  | คำตอบ  | ความถี่ | ร้อยละ |
|--|--------|---------|--------|
| บอกปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านมได้                        | ใช่    | 9       | 15.0   |
|  | ไม่ใช่ | 51      | 85.0   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |
| ตรวจเต้านมตนเองอย่างสม่ำเสมอโดยไม่ต้องมีใครเตือน         | ใช่    | 46      | 76.7   |
|  | ไม่ใช่ | 14      | 23.3   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |
| สอนให้คนในบ้าน เพื่อนบ้านหรือคนรู้จักตรวจเต้านมด้วยตนเอง | ใช่    | 35      | 58.3   |
|  | ไม่ใช่ | 25      | 41.7   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |

จากตารางที่ 29 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ มือฉันท้องกันได แกนความรู้สุขภาพสตรี จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 85 ไม่สามารถบอกปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านมได้ ในทางกลับกันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 76.7 มีการตรวจเต้านมตนเองอย่างสม่ำเสมอโดยไม่ต้องมีใครเตือน แต่มีเพียงร้อยละ 58.3 ที่สามารถสอนให้คนในบ้าน เพื่อนบ้านหรือคนรู้จักตรวจเต้านมด้วยตนเองอีกด้วย แต่เมื่อผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างที่สอนให้คนในบ้าน เพื่อนบ้านหรือคนรู้จักตรวจเต้านมด้วยตนเอง สาธิตวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ให้ดูพบว่ามีเพียง 14.29 ( $5/35 \times 100$ ) ที่สามารถสาธิตวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้อง

ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ บ้านไม่รู้โรย แกนความรู้สุขภาพสตรี ดังแสดงในตารางที่ 30

ตารางที่ 30 แสดงผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ บ้านไม่รู้โรย แกนความรู้สุขภาพสตรี

| ประเด็น   | คำตอบ  | ความถี่ | ร้อยละ |
|---|--------|---------|--------|
| รู้จักอาการของคนวัยทอง มากกว่า 2 อาการ                              | ใช่    | 26      | 43.3   |
|   | ไม่ใช่ | 34      | 56.7   |
|   | รวม    | 60      | 100.0  |
| ทราบโรคที่เกิดแทรกซ้อนในคนวัยทอง                                    | ใช่    | 12      | 20.0   |
|   | ไม่ใช่ | 48      | 80.0   |
|   | รวม    | 60      | 100.0  |
| มีส่วนช่วยให้ความรู้เรื่องวัยทองกับคนในบ้าน เพื่อนบ้าน หรือคนรู้จัก | ใช่    | 15      | 25.0   |
|   | ไม่ใช่ | 45      | 75.0   |
|   | รวม    | 60      | 100.0  |

จากตารางที่ 30 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ บ้านไม่รู้โรย แกนความรู้สุขภาพสตรี จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 56.7 ไม่สามารถบอกอาการของวัยทองได้มาก 2 อาการ และส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 ไม่ทราบโรคแทรกซ้อนในคนวัยทอง และส่วนน้อย ร้อยละ 25 เท่านั้นที่ มีส่วนช่วยให้ความรู้เรื่องวัยทองกับคนในบ้าน เพื่อนบ้าน หรือคนรู้จัก

ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ กินอย่างไรไม่ให้ภัยมาถึงตัว และโภชนบัญญัติ แกนความรู้รอบรู้โภชนาการ ดังแสดงในตารางที่ 31

ตารางที่ 31 ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ กินอย่างไรไม่ให้ภัยมาถึงตัว และ โภชนบัญญัติ แกนความรู้รอบรู้โภชนาการ

| ประเด็น   | คำตอบ  | ความถี่ | ร้อยละ |
|---|--------|---------|--------|
| บอกพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อ โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง    | ใช่    | 47      | 78.3   |
|   | ไม่ใช่ | 13      | 21.7   |
|   | รวม    | 60      | 100.0  |
| นำความรู้หลักโภชนาการเพื่อป้องกัน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไปดูแลตนเอง | ใช่    | 43      | 71.7   |
|   | ไม่ใช่ | 17      | 28.3   |
|   | รวม    | 60      | 100.0  |
| มีส่วนในการรณรงค์รับประทานอาหารเพื่อป้องกัน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง  | ใช่    | 12      | 20.0   |
|   | ไม่ใช่ | 48      | 80.0   |
|   | รวม    | 60      | 100.0  |
| ทราบวิธีในการประเมินน้ำหนักของท่านเทียบกับ น้ำหนักมาตรฐาน                 | ใช่    | 1       | 1.7    |
|   | ไม่ใช่ | 59      | 98.3   |
|   | รวม    | 60      | 100.0  |
| บอกหลักการรับประทานอาหารเพื่อการส่งเสริม สุขภาพได้ 3 ข้อ                  | ใช่    | 22      | 36.7   |
|   | ไม่ใช่ | 38      | 63.3   |
|   | รวม    | 60      | 100.0  |

จากตารางที่ 31 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ กินอย่างไรไม่ให้ภัยมาถึงตัว และ โภชนบัญญัติ แกนความรู้รอบรู้โภชนาการ จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 78.3 สามารถบอกพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ และส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.1 มีการนำความรู้หลักโภชนาการเพื่อป้องกัน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไปดูแลตนเอง แต่มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่มีส่วนในการรณรงค์รับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงได้ มีกลุ่มตัวอย่างถึง ร้อยละ 98.3 ที่ไม่ทราบวิธีในการประเมินน้ำหนักของท่านเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน หรือดัชนีมวลกาย ร้อยละ 36.7 ของกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกหลักการรับประทานอาหารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพได้ 3 ข้อ

ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ วายร้ายไข้เลือดออก แกนความรู้โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น ดังแสดงในตารางที่ 32

ตารางที่ 32 ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ วายร้ายไข้เลือดออก แกนความรู้โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น

| ประเด็น   | คำตอบ  | ความถี่ | ร้อยละ |
|---|--------|---------|--------|
| บอกอาการสำคัญของไข้เลือดออกได้                          | ใช่    | 34      | 56.7   |
|   | ไม่ใช่ | 26      | 43.3   |
|   | รวม    | 60      | 100.0  |
| กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในบ้านและรอบๆบ้านทุก 7 วัน | ใช่    | 45      | 75.0   |
|   | ไม่ใช่ | 15      | 25.0   |
|   | รวม    | 60      | 100.0  |
| มีส่วนในการป้องกันไข้เลือดออกในชุมชน                    | ใช่    | 39      | 65.0   |
|   | ไม่ใช่ | 21      | 35.0   |
|   | รวม    | 60      | 100.0  |

จากตารางที่ 32 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ วายร้ายไข้เลือดออก แกนความรู้โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 56.7 สามารถบอกอาการสำคัญของไข้เลือดออกได้ และส่วนใหญ่ร้อยละ 75 มีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในบ้านและรอบๆ บ้านทุก 7 วัน และส่วนใหญ่ร้อยละ 65 มีส่วนในการป้องกันไข้เลือดออกในชุมชน

ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ ไข้หวัดใหญ่ โรคนี้หนู แกนความรู้โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น ดังแสดงในตารางที่ 33

ตารางที่ 33 ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม หน่วยการเรียนรู้ไว้ห่างไกลโรคฉี่หนู แกนความรู้โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น

| ประเด็น  | คำตอบ  | ความถี่ | ร้อยละ |
|--|--------|---------|--------|
| บอกอาการสำคัญของโรคฉี่หนูได้   | ใช่    | 10      | 16.7   |
|  | ไม่ใช่ | 50      | 83.3   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |
| สวมรองเท้าบู๊ตยางในการป้องกันการติดเชื้อโรคฉี่หนู  | ใช่    | 36      | 60.0   |
|  | ไม่ใช่ | 24      | 40.0   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |
| แนะนำให้คนในบ้าน เพื่อนบ้านหรือคนรู้จักสวมรองเท้าบู๊ตยางในการป้องกันการติดเชื้อโรคฉี่หนู | ใช่    | 26      | 43.3   |
|  | ไม่ใช่ | 34      | 56.7   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |
| มีส่วนในการป้องกันโรคฉี่หนูในชุมชน   | ใช่    | 4       | 6.7    |
|  | ไม่ใช่ | 56      | 93.3   |
|  | รวม    | 60      | 100.0  |

จากตารางที่ 33 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ไว้ห่างไกลโรคฉี่หนู แกนความรู้โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น จากการสัมภาษณ์พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 83.3 บอกอาการสำคัญของโรคฉี่หนูได้ ร้อยละ 60.0 สวมรองเท้าบู๊ตยางในการป้องกันการติดเชื้อโรคฉี่หนู ร้อยละ 43.3 แนะนำให้คนในบ้าน เพื่อนบ้านหรือคนรู้จักสวมรองเท้าบู๊ตยางในการป้องกันการติดเชื้อโรคฉี่หนู ร้อยละ 6.7 มีส่วนในการป้องกันโรคฉี่หนูในชุมชน

2. ทำการฝึกอบรมโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน โดยการจับฉลาก เพื่อทำการฝึกอบรมโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ในแต่ละแกนความรู้ ในลักษณะฝึกอบรมในที่ตั้งของชุมชน (on site training) วันละ 1 หน่วยการเรียนรู้ ตั้งแต่หน่วยการเรียนรู้หน่วยแรกจนถึงหน่วยสุดท้ายของแต่ละแกนความรู้ และจัดให้ฝึกอบรมหน่วยการเรียนรู้สุดท้ายของแต่ละแกนความรู้พร้อมกันเป็นกลุ่มใหญ่ ดังแสดงในตาราง 34

ตารางที่ 34 แสดงวันทำการฝึกอบรมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ

| หน่วยการเรียนรู้ (Modules)                     | จำนวน<br>ตัวอย่าง | จำนวน<br>ชั่วโมง | วันฝึกอบรม |       |      |       |       |      |
|--|-------------------|------------------|------------|-------|------|-------|-------|------|
|  |                   |                  | 22         | 29    | 6    | 12/13 | 20/21 | 7    |
|  |                   |                  | เม.ย.      | เม.ย. | พ.ค. | พ.ค.  | พ.ค.  | พ.ค. |
|  |                   |                  | 50         | 50    | 50   | 50    | 50    | 50   |
| <b>แกนความรู้: ชีวิตกับสุขภาพ</b>              |                   |                  |            |       |      |       |       |      |
| 1: สุขภาวะ                                     | 15                | 1                | X          | -     | -    | -     | -     | -    |
| 2. ขยับกายสบายชีวิ                             | 15                | 1                | -          | X     | -    | -     | -     | -    |
| 3. สุขทน                                       | 15                | 1                | -          | -     | X    | -     | -     | -    |
| 4. เครียดได้ก็หายได้                           | 15                | 1                | -          | -     | -    | X     | -     | -    |
| 5. อุบัติเหตุป้องกันได้                        | 15                | 1                | -          | -     | -    | -     | X     | -    |
| 6. ชีวิตกับสุขภาพ                              | 15                | 1                | -          | -     | -    | -     | -     | X    |
| <b>แกนความรู้: สุขภาพสตรี</b>                  |                   |                  |            |       |      |       |       |      |
| 1. ภัยเงียบใกล้ตัว                             | 15                | 2                | -          | -     | X    | -     | -     | -    |
| 2. มือฉันทันป้องกันได้                         | 15                | 1                | -          | -     | -    | X     | -     | -    |
| 3. บานไม่รู้โรย                                | 15                | 1                | -          | -     | -    | -     | X     | -    |
| 4. สตรีสไต                                     | 15                | 1                | -          | -     | -    | -     | -     | X    |
| <b>แกนความรู้: รอบรู้โภชนาการ</b>              |                   |                  |            |       |      |       |       |      |
| 1. กินอย่างไรไม่ให้ภัยมาถึงตัว                 | 15                | 1                | -          | -     | -    | X     | -     | -    |
| 2. โภชนบัญญัติ                                 | 15                | 1                | -          | -     | -    | -     | X     | -    |
| 3. รอบรู้โภชนาการ                              | 15                | 1                | -          | -     | -    | -     | -     | X    |
| <b>แกนความรู้: โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น</b> |                   |                  |            |       |      |       |       |      |
| 1. ร่วมใจต้านภัยไข้เลือดออก                    | 15                | 1                | -          | -     | -    | X     | -     | -    |
| 2. ฐูไว้ห่างไกลโรคฉี่หนู                       | 15                | 1                | -          | -     | -    | -     | X     | -    |
| 3. ร่วมใจป้องกันโรคภัย                         | 15                | 1                | -          | -     | -    | -     | -     | X    |

### การประเมินผลการฝึกอบรม

#### 1. ผลการประเมินความพึงพอใจหลังการฝึกอบรม

ผู้วิจัยทำการประเมินความพึงพอใจหลังการฝึกอบรม โดยการให้กลุ่มตัวอย่าง ลงคะแนน (vote) แสดงระดับความพึงพอใจ 3 ระดับ ได้แก่ ไม่พึงพอใจ เฉยๆ และพึงพอใจ เพื่อ

สำรวจความพึงพอใจของผู้เข้ารับการฝึกอบรม ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจดังแสดงในตารางที่ 35

ตารางที่ 35 แสดงผลการประเมินความพึงพอใจหลังการฝึกอบรม

| หน่วยการเรียนรู้ (Modules)                     | ความถี่ (ร้อยละ) |       |          |
|--|------------------|-------|----------|
|  | ไม่พึงพอใจ       | เฉยๆ  | พึงพอใจ  |
| <b>ชีวิตกับสุขภาพ</b>                          |                  |       |          |
| 1. สุขภาวะ                                     | 0 (0)            | 0 (0) | 15 (100) |
| 2. ขยับกายสบายชีวิ                             | 0 (0)            | 0 (0) | 15 (100) |
| 3. สุขทน                                       | 0 (0)            | 0 (0) | 15 (100) |
| 4. เครียดได้ก็หายได้                           | 0 (0)            | 0 (0) | 15 (100) |
| 5. อุบัติเหตุป้องกันได้                        | 0 (0)            | 0 (0) | 15 (100) |
| 6. ชีวิตกับสุขภาพ                              | 0 (0)            | 0 (0) | 15 (100) |
| <b>แกนความรู้: สุขภาพสตรี</b>                  |                  |       |          |
| 1. ภัยเงียบใกล้ตัว                             | 0 (0)            | 0 (0) | 15 (100) |
| 2. มือฉันทันป้องกันได้                         | 0 (0)            | 0 (0) | 15 (100) |
| 3. บานไม่รู้โรย                                | 0 (0)            | 0 (0) | 15 (100) |
| 4. สตรีสดใส                                    | 0 (0)            | 0 (0) | 15 (100) |
| <b>แกนความรู้: รอบรู้โภชนาการ</b>              |                  |       |          |
| 1. กินอย่างไรไม่ให้ภัยมาถึงตัว                 | 0 (0)            | 0 (0) | 15 (100) |
| 2. โภชนบัญญัติ                                 | 0 (0)            | 0 (0) | 15 (100) |
| 3. เมนูหัวใจ                                   | 0 (0)            | 0 (0) | 15 (100) |
| <b>แกนความรู้: โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น</b> |                  |       |          |
| 1. ร่วมใจต้านภัยไข้เลือดออก                    | 0 (0)            | 0 (0) | 15 (100) |
| 2. รู้ไว้ห่างไกลโรคฉี่หนู                      | 0 (0)            | 0 (0) | 15 (100) |
| 3. ร่วมใจป้องกันโรคภัย                         | 0 (0)            | 0 (0) | 15 (100) |

## 2. การสัมภาษณ์หลังการฝึกอบรม (Post-training interview)

ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์หลังการฝึกอบรม (Post-training interview) โดยการสัมภาษณ์ตามตัวชี้วัดในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ของแกนความรู้ทั้ง 4 แกนความรู้ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ซ้ำ

ตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและใช้ในการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม (Pre-training interview) โดยทำการสัมภาษณ์ซ้ำ 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ หลังฝึกอบรม

การให้การศึกษาด้านสุขภาพ ในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ ใช้รูปแบบฝึกอบรม ADRA ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยที่ A หมายถึง Anticipatory Set ซึ่งเป็นการสร้างกิจกรรมนันทนาการเพื่อนำเข้าสู่กิจกรรมการพัฒนาความรู้ทางด้านสุขภาพ D หมายถึง Development เป็นการพัฒนาความรู้ ทักษะคติ และทักษะทางด้านสุขภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความคุ้นเคยและกล้าแสดงออกทางด้านสุขภาพ การเสริมพลังอำนาจในการดูแลตนเอง รวมถึงทักษะการปฏิบัติเพื่อการมีสุขภาพที่ดี โดยมี R หมายถึง Review ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ตอกย้ำให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความรู้ที่ควรได้และ A หมายถึง Assignment for Assessment เป็นการมอบหมายภารกิจเพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปขยายผล และเป็นการประเมินความสามารถของตนเองในการนำความรู้ไปใช้

ผลการสัมภาษณ์หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ หน่วยการเรียนรู้ สุขภาวะ แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ เปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์ ก่อนการฝึกอบรม ดังแสดงในตารางที่ 36

ตารางที่ 36 แสดงผลการสัมภาษณ์ของหน่วยการเรียนรู้สุขภาวะ ก่อนและหลังการฝึกอบรม

| คำถาม   |        | ก่อนฝึกอบรม |        | 1 สัปดาห์หลัง |        | 2 สัปดาห์หลัง |        |
|---|--------|-------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
|   |        | ฝึกอบรม     |        | ฝึกอบรม       |        | ฝึกอบรม       |        |
|   |        | ความถี่     | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ |
| อธิบายความหมายของ สุขภาวะได้                              | ใช่    | 1           | 6.7    | 13            | 86.7   | 13            | 86.7   |
|   | ไม่ใช่ | 14          | 93.3   | 2             | 13.3   | 2             | 13.3   |
|   | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| สามารถยกตัวอย่างคำ ขวัญที่ใช้แรงกล้าในการ สร้างสุขภาวะได้ | ใช่    | 0           | 0      | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
|   | ไม่ใช่ | 15          | 100.0  | 0             | 0      | 0             | 0      |
|   | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |

จากตารางที่ 36 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ สุขภาวะ แขน ความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับผลการสัมภาษณ์ก่อน การฝึกอบรม จากการสัมภาษณ์พบว่าผลของการให้การศึกษาด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมฝึกอบรม การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน หน่วยการเรียนรู้สุขภาวะ สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง สามารถ อธิบายความหมายของสุขภาวะได้เพิ่มขึ้นจากก่อนการฝึกอบรมร้อยละ 6.7 เป็นร้อยละ 86.7 ภายหลังการฝึกอบรม 1 สัปดาห์ และ เป็นร้อยละ 86.7 ภายหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ มีกลุ่ม ตัวอย่างเพียงร้อยละ 13.3 ยังไม่สามารถอธิบายความหมายสุขภาวะได้ทั้ง 4 มิติ ได้แก่ สุขภาพทาง ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่สามารถอธิบายได้เพียงแค่สุขภาพทางร่างกาย จิตใจ เท่านั้น

กลุ่มตัวอย่างสามารถยกตัวอย่างคำขวัญที่ใช้รณรงค์ในการสร้างสุขภาวะบอกได้เพิ่มขึ้น จากก่อนการฝึกอบรมไม่มีกลุ่มตัวอย่าง ยกตัวอย่างคำขวัญได้เลย คิดเป็นร้อยละ 0 เป็นร้อยละ 100 ภายหลังการฝึกอบรม 1 สัปดาห์ และ เป็นร้อยละ 100 ภายหลังการฝึกอบรม 2 สัปดาห์ ซึ่งคำขวัญ ในการสร้างสุขภาพนั้นเป็นคำขวัญที่กลุ่มตัวอย่างช่วยกันสร้างขึ้นในขณะการฝึกอบรม และกลุ่ม ตัวอย่างแต่ละคนถูกมอบหมายภารกิจต้องไปบอกต่อแก่เพื่อนบ้านอีกไม่น้อยกว่า 5 คน และ ถูก ตั้งเป็นคำขวัญประจำกลุ่มที่เข้ารับการอบรม ทำให้ทุกคนสามารถจดจำคำขวัญการสร้างสุขภาพ ของตนเองได้อย่างแม่นยำ

ผลการสัมภาษณ์หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ หน่วยการเรียนรู้ ขยับกายสบายชีวิ แขนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ เปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์ ก่อนการฝึกอบรม ดังแสดงในตารางที่ 37

ตารางที่ 37 ผลการสัมภาษณ์ของหน่วยการเรียนรู้ขั้วกายสบายชีวี ก่อนและหลังการฝึกอบรม

| คำถาม  |        | ก่อนฝึกอบรม |        | 1 สัปดาห์หลัง |        | 2 สัปดาห์หลัง |        |
|--|--------|-------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
|  |        | ฝึกอบรม     |        | ฝึกอบรม       |        | ฝึกอบรม       |        |
|  |        | ความถี่     | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ |
| สามารถบอกประโยชน์ของการออกกำลังกายได้                                    | ใช่    | 11          | 73.3   | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
|  | ไม่ใช่ | 4           | 26.7   | 0             | 0      | 0             | 0      |
|  | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (นอกเหนือจากการทำงาน) ด้วยตนเอง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง | ใช่    | 6           | 40.0   | 11            | 73.3   | 11            | 73.3   |
|  | ไม่ใช่ | 9           | 60.0   | 4             | 26.7   | 4             | 26.7   |
|  | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| มีส่วนร่วมในกิจกรรมออกกำลังกายแบบเป็นกลุ่มของหมู่บ้าน                    | ใช่    | 3           | 20.0   | 12            | 80.0   | 12            | 80.0   |
|  | ไม่ใช่ | 12          | 80.0   | 3             | 20.0   | 3             | 20.0   |
|  | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| มีส่วนผลักดันในการก่อตั้งกิจกรรมออกกำลังกายแบบกลุ่มในชุมชน               | ใช่    | 1           | 6.7    | 9             | 60.0   | 9             | 60.0   |
|  | ไม่ใช่ | 14          | 93.3   | 6             | 40.0   | 6             | 40.0   |
|  | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |

จากตารางที่ 37 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ขั้วกายสบายชีวี แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับผลการสัมภาษณ์ ก่อนการฝึกอบรม จากการสัมภาษณ์พบว่า สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง บอกประโยชน์ของการออกกำลังกายได้เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 73.3 เป็นร้อยละ 100 และ ร้อยละ 100 หลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และ หลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ

ในทำนองเดียวกันสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายเพื่อสุขภาพที่นอกเหนือจากการทำงานด้วยตนเอง สัปดาห์ละ 3 ครั้งเพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 40 เป็นร้อยละ 73.3 และ ร้อยละ 73.3 หลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และหลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.7 ที่ไม่ได้ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ที่นอกเหนือจากการทำงานด้วยตนเอง ส่วนสาเหตุหลักที่ไม่สามารถออกกำลังกายได้เนื่องจากมีอาชีพค้าขายและไม่สามารถแบ่งเวลาสำหรับการออกกำลังกาย

กายได้ ทั้งๆ ที่เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ และตั้งใจว่าจะออกกำลังกาย แต่จากภาระหน้าที่ทำให้ไม่สามารถทำได้ แต่ได้นำความรู้ที่รับจากการฝึกอบรมไปบอกต่อกับเพื่อนบ้าน คนรู้จัก และคนในครอบครัว ให้คนในครอบครัวได้ออกกำลังกายในขณะที่ ทุกครั้งที่ไปประกอบอาชีพค้าขาย จะต้องถามผู้ซื้อเสมอว่า “วันนี้ ... ออกกำลังกายแล้วหรือยัง”

ยิ่งไปกว่านั้นกลุ่มตัวอย่างยังมีส่วนผลักดันในการก่อตั้งกิจกรรมออกกำลังกายแบบกลุ่ม ในชุมชนของตนเองเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 20 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 80 และ ร้อยละ 80 หลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีการจัดตั้งเป็นกลุ่มออกกำลังกายชายคา โดยมีสมาชิกทั้งสิ้น 25 คน ซึ่งเป็นผลมาจากการที่กลุ่มตัวอย่าง 1 คน ได้ไปชักชวนเพื่อนบ้านอีก 1 คน ซึ่งสามารถชักชวนเพื่อนบ้านเข้ามาร่วมกับกลุ่มออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจำนวน 10 คน มาร่วมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ซึ่งเป็นท่าออกกำลังกายพื้นฐานที่ทุกคนสามารถทำได้โดยไม่ยาก และกลุ่มตัวอย่างได้รับการฝึกให้ปฏิบัติและผลักดันเป็นผู้นำคนละ 1 ท่าออกกำลังกาย

แต่อย่างไรก็ดีในแง่ของการมีส่วนผลักดันในการก่อตั้งกิจกรรมออกกำลังกายแบบกลุ่ม ในระดับชุมชนกลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าไปมีส่วนร่วมได้มากขึ้นจากร้อยละ 6.7 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 60 และ ร้อยละ 60 หลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่เป็น อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน อสม. ได้มีการเสนอประเด็นเรื่องการตั้งกลุ่มออกกำลังกาย และสาริตท่าออกกำลังกายให้ที่ประชุม อสม.

ผลการสัมภาษณ์หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ หน่วยการเรียนรู้ ชุดทน แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาพ เปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์ ก่อนการฝึกอบรม ดังแสดงในตารางที่ 38

ตารางที่ 38 แสดงผลการสัมภาษณ์ของหน่วยการเรียนรู้สุคนธ์ ก่อนและหลังการฝึกอบรม

| คำถาม                     | คำตอบ  | ก่อนฝึกอบรม |        | 1 สัปดาห์หลัง |        | 2 สัปดาห์หลัง |        |
|---------------------------|--------|-------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
|                           |        | ฝึกอบรม     |        | ฝึกอบรม       |        | ฝึกอบรม       |        |
|                           |        | ความถี่     | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ |
| ทราบผลเสียของ             | ใช่    | 9           | 60.0   | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| ความเครียดที่มีต่อร่างกาย | ไม่ใช่ | 6           | 40.0   | 0             | 0      | 0             | 0      |
|                           | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| รู้จักที่จะประเมิน        | ใช่    | 10          | 66.7   | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| ความเครียดด้วยตนเอง       | ไม่ใช่ | 5           | 33.3   | 0             | 0      | 0             | 0      |
|                           | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |

จากตารางที่ 38 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้สุคนธ์ แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม จากการสัมภาษณ์พบว่า ผลของการให้การศึกษาด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมฝึกอบรม การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน หน่วยการเรียนรู้สุคนธ์ สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบและสามารถบอกผลเสียของความเครียดที่มีต่อร่างกาย ได้เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 100 และ ร้อยละ 100 หลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และ หลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ

ในทำนองเดียวกันสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง รู้จักและสามารถประเมินความเครียดด้วยตนเอง ได้เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 66.7 เป็นร้อยละ 100 และ ร้อยละ 100 หลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และหลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ

ผลการสัมภาษณ์หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ หน่วยการเรียนรู้สุคนธ์ เครียดได้ก็หายได้ แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ เปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์ ก่อนการฝึกอบรม ดังแสดงในตารางที่ 39

ตารางที่ 39 แสดงผลการสัมภาษณ์ของหน่วยการเรียนรู้เครียดได้ก็หายได้ ก่อนและหลังการฝึกอบรม

| คำถาม                  |        | ก่อนฝึกอบรม |        | 1 สัปดาห์หลัง |        | 2 สัปดาห์หลัง |        |
|------------------------|--------|-------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
|                        |        | ฝึกอบรม     |        | ฝึกอบรม       |        | ฝึกอบรม       |        |
|                        |        | ความถี่     | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ |
| ใช้วิธีการคลายเครียดใน | ใช่    | 8           | 53.3   | 13            | 86.7   | 13            | 86.7   |
| รูปแบบ การผ่อนคลาย     | ไม่ใช่ | 7           | 46.7   | 2             | 13.3   | 2             | 13.3   |
| กล้ามเนื้อ หรือ การนวด |        |             |        |               |        |               |        |
| คลายเครียด             | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |

จากตารางที่ 39 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้เครียดได้ก็หายได้ แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับผลการสัมภาษณ์ ก่อนการฝึกอบรม จากการสัมภาษณ์พบว่า ผลของการให้การศึกษาด้านสุขภาพด้วยโปรแกรม ฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน หน่วยการเรียนรู้เครียดได้ก็หายได้ สามารถทำให้กลุ่ม ตัวอย่างใช้วิธีการคลายเครียดในรูปแบบ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือ การนวดคลายเครียด ร้อยละ 53.3 เป็นร้อยละ 86.7 และ ร้อยละ 86.7 หลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และหลังการฝึกอบรม สัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 13.3 ที่ไม่ได้ ใช้วิธีการคลายเครียดในรูปแบบ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือ การนวดคลายเครียด สาเหตุหลักที่ไม่ใช้วิธีการคลายเครียดในรูปแบบ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือ การนวดคลายเครียด เนื่องมาจากได้ออกกำลังกายอยู่แล้วและไม่คิดว่าตนเองเครียด เมื่อผู้วิจัยให้สาธิตวิธีการ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือ การนวดคลายเครียด กลุ่ม ตัวอย่างสามารถทำได้ถูกต้อง

ผลการสัมภาษณ์หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ หน่วยการเรียนรู้ การป้องกัน อุบัติเหตุจราจร แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ เปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์ ก่อนการฝึกอบรม ดัง แสดงในตารางที่ 40

ตารางที่ 40 แสดงผลการสัมภาษณ์ หน่วยการเรียนรู้การป้องกันอุบัติเหตุจราจร ก่อนและหลังการฝึกอบรม

| คำถาม   |        | ก่อนฝึกอบรม |        | 1 สัปดาห์หลัง |        | 2 สัปดาห์หลัง |        |
|---|--------|-------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
|   |        | ฝึกอบรม     |        | ฝึกอบรม       |        | ฝึกอบรม       |        |
|   |        | ความถี่     | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ |
| บอกประโยชน์ของหมวกนิรภัยได้                       | ใช่    | 9           | 60.0   | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
|   | ไม่ใช่ | 6           | 40.0   | 0             | 0      | 0             | 0      |
|   | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งที่ขับขี่รถจักรยานยนต์       | ใช่    | 2           | 13.3   | 12            | 80.0   | 12            | 80.0   |
|   | ไม่ใช่ | 13          | 86.7   | 3             | 20.0   | 3             | 20.0   |
|   | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| มีส่วนในการรณรงค์การป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน | ใช่    | 4           | 26.7   | 10            | 66.7   | 10            | 66.7   |
|   | ไม่ใช่ | 11          | 73.3   | 5             | 33.3   | 5             | 33.3   |
|   | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |

จากตารางที่ 40 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ การป้องกันอุบัติเหตุจราจร แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาวะ หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม จากการสัมภาษณ์พบว่า ผลของการให้การศึกษาด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน หน่วยการเรียนรู้การป้องกันอุบัติเหตุจราจร สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง บอกประโยชน์ของหมวกนิรภัยได้เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 60 เป็นร้อยละ 100 และ ร้อยละ 100 หลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และ หลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ

ในทำนองเดียวกันสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งที่ขับขี่รถจักรยานยนต์ เพิ่มขึ้นจากเดิม ร้อยละ 13.3 เป็นร้อยละ 80 และ ร้อยละ 80 หลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และหลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 มักไม่ค่อยได้ใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะ นานๆ ครั้งถึงจะมีการนั่งซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ แต่ถ้าเห็นผู้อื่น โดยเฉพาะคนรู้จักไม่สวมหมวกนิรภัยก็จะช่วยเตือนเพราะทราบถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นหากเกิดอุบัติเหตุ ยิ่งไปกว่านั้น กลุ่มตัวอย่างยังมีส่วนในการรณรงค์การป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชน

เพิ่มขึ้น ร้อยละ 26.7 เป็นร้อยละ 66.7 และ ร้อยละ 66.7 หลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และ หลังการฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 33.3 ที่ไม่ได้มีส่วนร่วมในการณรงค์การป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชนเนื่องจากไม่ได้เป็นกรรมการหมู่บ้าน หรือ อสม. ทำให้ไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการประชุมของหมู่บ้าน

ในส่วนของการเรียนรู้หน่วยการเรียนรู้สุดท้าย ทบทวนชวนกันทำ ของแกนความรู้ชีวิตกับสุขภาพ เป็นการสรุปทบทวนทุกหน่วยการเรียนรู้ ในแกนความรู้นี้ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้กลุ่มตัวอย่างได้อภิปรายและเลือกกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับชุมชนของตนเอง โดยที่ประชุมกลุ่มได้เลือกเอากิจกรรม “ออกกำลังกายชายคา” เพื่อช่วยณรงค์การออกกำลังกายมากขึ้นของคนในหมู่บ้าน เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ทำได้ง่าย ใช้งบประมาณน้อย และมีข้อดีช่วยให้ร่างกายแข็งแรง โดยการนำท่าออกกำลังกายพื้นฐานที่ได้จากการฝึกอบรม จำนวน 16 ท่า และทุกคนช่วยกันฝึกปฏิบัติและผลัดกันเป็นผู้นำคนละ 1 – 2 ท่า และให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนชักชวนเพื่อนบ้านมาอย่างน้อยคนละ 1 คน มาร่วมกิจกรรมการออกกำลังกายในหมู่บ้าน

ผลการสัมภาษณ์หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ หน่วยการเรียนรู้ ภัยเงียบใกล้ตัว แกนความรู้สุขภาพสตรี เปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์ ก่อนการฝึกอบรม ดังแสดงในตารางที่ 37

ตารางที่ 41 แสดงผลการสัมภาษณ์ ของหน่วยการเรียนรู้ ภัยเงียบใกล้ตัว ก่อนและหลังการฝึกอบรม

| คำถาม              |        | ก่อนฝึกอบรม |        | 1 สัปดาห์หลัง |         | 2 สัปดาห์หลัง |         |
|--------------------|--------|-------------|--------|---------------|---------|---------------|---------|
|                    |        | ฝึกอบรม     |        | ฝึกอบรม       |         | ฝึกอบรม       |         |
|                    |        | ความถี่     | ร้อยละ | ความถี่       | ความถี่ | ร้อยละ        | ความถี่ |
| บอกปัจจัยเสี่ยงของ | ใช่    | 0           | 0.0    | 10            | 66.7    | 10            | 66.7    |
| มะเร็งปากมดลูกได้  | ไม่ใช่ | 15          | 100.0  | 5             | 33.3    | 5             | 33.3    |
|                    | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0   | 15            | 100.0   |
| บอกอาการสำคัญของ   | ใช่    | 2           | 13.3   | 15            | 100.0   | 15            | 100.0   |
| มะเร็งปากมดลูกได้  | ไม่ใช่ | 13          | 86.7   | 0             | 0       | 0             | 0       |
|                    | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0   | 15            | 100.0   |

ตารางที่ 41 (ต่อ)

| คำถาม                    |        | ก่อนฝึกอบรม |        | 1 สัปดาห์หลัง |         | 2 สัปดาห์หลัง |         |
|--------------------------|--------|-------------|--------|---------------|---------|---------------|---------|
|                          |        | ฝึกอบรม     |        | ฝึกอบรม       |         | ฝึกอบรม       |         |
|                          |        | ความถี่     | ร้อยละ | ความถี่       | ความถี่ | ร้อยละ        | ความถี่ |
| ตรวจหามะเร็งปากมดลูก     | ใช่    | 9           | 60.0   | 15            | 100.0   | 15            | 100.0   |
| ระยะเริ่มแรกปีละ 1 ครั้ง | ไม่ใช่ | 6           | 40.0   | 0             | 0       | 0             | 0       |
|                          | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0   | 15            | 100.0   |
| ชักชวนคนในบ้าน เพื่อน    | ใช่    | 9           | 60.0   | 15            | 100.0   | 15            | 100.0   |
| บ้านหรือคนที่รู้จักให้ไป | ไม่ใช่ | 6           | 40.0   | 0             | 0       | 0             | 0       |
| ตรวจหามะเร็งปากมดลูก     | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0   | 15            | 100.0   |

จากตารางที่ 41 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ ภัยเงียบใกล้ตัว แขนความรู้สุขภาพสตรี หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม จากการสัมภาษณ์พบว่า ผลของการให้การศึกษาด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมฝึกอบรม การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน หน่วยการเรียนรู้ ภัยเงียบใกล้ตัว สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างบอกปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกได้จากร้อยละ 0 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 66.7 และร้อยละ 66.7 หลังฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ

ในทำนองเดียวกันสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง บอกอาการสำคัญของมะเร็งปากมดลูกได้เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 13.3 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 100 และ ร้อยละ 100 หลังฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ และทำให้กลุ่มตัวอย่างไปรับการตรวจหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 60 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 100 หลังฝึกอบรม 1 สัปดาห์ และที่สำคัญยังสามารถกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่าง ชักชวน เพื่อนบ้านหรือคนที่รู้จักให้ไปตรวจหามะเร็งปากมดลูก จากร้อยละ 60 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 100 หลังฝึกอบรม 1 สัปดาห์

ผลการสัมภาษณ์หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ หน่วยการเรียนรู้ มือฉันท้องกันได้ แขนความรู้สุขภาพสตรี เปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์ ก่อนการฝึกอบรม ดังแสดงในตารางที่ 42

ตารางที่ 42 แสดงผลการสัมภาษณ์ ของหน่วยการเรียนรู้ มือนั่นป้องกันได้ ก่อนและหลังการฝึกอบรม

| คำถาม   |        | ก่อนฝึกอบรม |        | 1 สัปดาห์หลัง |        | 2 สัปดาห์หลัง |        |
|---|--------|-------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
|   |        | ฝึกอบรม     |        | ฝึกอบรม       |        | ฝึกอบรม       |        |
|   |        | ความถี่     | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ |
| บอกปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านมได้                       | ใช่    | 2           | 13.3   | 11            | 73.3   | 11            | 73.3   |
|   | ไม่ใช่ | 13          | 86.7   | 4             | 26.7   | 4             | 26.7   |
|   | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| ตรวจเต้านมตนเองอย่างสม่ำเสมอโดยไม่ต้องมีใครเตือน        | ใช่    | 11          | 73.3   | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
|   | ไม่ใช่ | 4           | 26.7   | 0             | 0      | 0             | 0      |
|   | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| สอนให้คนในบ้านเพื่อนบ้านหรือคนรู้จักตรวจเต้านมด้วยตนเอง | ใช่    | 11          | 73.3   | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
|   | ไม่ใช่ | 4           | 26.7   | 0             | 0      | 0             | 0      |
|   | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |

จากตารางที่ 42 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ มือนั่นป้องกันได้ แกนความรู้สุขภาพสตรี หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม จากการสัมภาษณ์พบว่า ผลของการให้การศึกษาด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมฝึกอบรม การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน หน่วยการเรียนรู้ มือนั่นป้องกันได้ ซึ่งเน้นเรื่องการป้องกันตนเองจากมะเร็งเต้านม โดยมุ่งพัฒนาทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างบอกปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านมได้จากร้อยละ 13.3 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 73.3 และร้อยละ 73.3 หลังฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 26.7 ไม่สามารถบอกปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านมได้ และสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีการตรวจเต้านมตนเองอย่างสม่ำเสมอโดยไม่ต้องมีใครเตือน จากร้อยละ 73.3 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 100 และร้อยละ 100 หลังฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ และยังทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสอนให้ผู้อื่นตรวจเต้านมด้วยตนเอง ได้เพิ่มขึ้น จากร้อยละ 73.3 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 100 และร้อยละ 100 หลังฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ

ผลการสัมภาษณ์หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ หน่วยการเรียนรู้ บานไม่รู้โรย แกนความรู้สุขภาพสตรี เปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์ ก่อนการฝึกอบรม ดังแสดงในตารางที่ 43

ตารางที่ 43 แสดงผลการสัมภาษณ์ หน่วยการเรียนรู้ บานไม่รู้โรย ก่อนและหลังการฝึกอบรม

| คำถาม                                       |        | ก่อนฝึกอบรม |        | 1 สัปดาห์หลัง |        | 2 สัปดาห์หลัง |        |
|---|--------|-------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
|   |        | ฝึกอบรม     |        | ฝึกอบรม       |        | ฝึกอบรม       |        |
|   |        | ความถี่     | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ |
| รู้จัก อาการของคนวัยทอง                     | ใช่    | 5           | 33.3   | 12            | 80.0   | 10            | 66.7   |
| ทอง มากกว่า 2 อาการ                         | ไม่ใช่ | 10          | 66.7   | 3             | 20.0   | 5             | 33.7   |
|   | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| ทราบโรคที่เกิดแทรกซ้อนในคนวัยทอง            | ใช่    | 4           | 26.7   | 14            | 93.3   | 12            | 80.0   |
|   | ไม่ใช่ | 11          | 73.3   | 1             | 6.7    | 3             | 20.0   |
|   | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| มีส่วนช่วยให้ความรู้เรื่องวัยทองกับคนในบ้าน | ใช่    | 4           | 26.7   | 10            | 66.7   | 10            | 66.7   |
|   | ไม่ใช่ | 11          | 73.3   | 5             | 33.3   | 5             | 33.3   |
|   | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |

จากตารางที่ 43 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ บานไม่รู้โรย แกนความรู้สุขภาพสตรี หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม จากการสัมภาษณ์พบว่า ผลของการให้การศึกษาด้านสุขภาพด้วยโปรแกรมฝึกอบรม การส่งเสริมสุขภาพในชุมชน หน่วยการเรียนรู้ บานไม่รู้โรย ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวข้องกับสตรีวัยทอง และการดูแลตนเอง โดยมุ่งพัฒนาความเข้าใจและทัศนคติที่ดีต่อภาวะการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามธรรมชาติ และพัฒนาความเข้าใจในการดูแลตนเองของสตรีวัยทอง สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง บอกอาการของคนวัยทองได้มากกว่า 2 อาการ จากร้อยละ 33 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 80 และร้อยละ 66.7 หลังฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ มีกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 และ ร้อยละ 26.7 หลังฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ไม่สามารถบอกอาการของคนวัยทองได้มากกว่า 2 อาการ แต่ทุกคนสามารถบอกได้อย่างน้อย 1 อาการ

ในทำนองเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกโรคที่เกิดแทรกซ้อนในคนวัยทองได้จาก ร้อยละ 26.7 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 93.3 และร้อยละ 80 หลังฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ และสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีส่วนช่วยให้ความรู้เรื่องวัยทองกับคนในบ้าน เพื่อนบ้าน หรือคนรู้จัก จากร้อยละ 26.7 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 66.7 และร้อยละ 66.7 หลังฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ

โปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน แกนความรู้ รอบรู้โภชนาการ ซึ่ง ประกอบไปด้วย 3 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ กินอย่างไรไม่ให้ภัยมาถึงตัว และ โภชนบัญญัติ โดย เน้นความรู้และพฤติกรรมมารับประทานอาหารและข้อปฏิบัติในการเลือกรับประทานอาหารเพื่อ การมีสุขภาพ

ผลการสัมภาษณ์หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ หน่วยการเรียนรู้ กินอย่างไรไม่ให้ ภัยมาถึงตัว แกนความรู้รอบรู้โภชนาการ เปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์ ก่อนการฝึกอบรม ดังแสดง ในตารางที่ 44

**ตารางที่ 44** แสดงผลการสัมภาษณ์ ของหน่วยการเรียนรู้ กินอย่างไรไม่ให้ภัยมาถึงตัว ก่อนและ หลังการฝึกอบรม

| คำถาม                   |        | ก่อนฝึกอบรม |        | 1 สัปดาห์หลัง |        | 2 สัปดาห์หลัง |        |
|-------------------------|--------|-------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
|                         |        | ฝึกอบรม     |        | ฝึกอบรม       |        | ฝึกอบรม       |        |
|                         |        | ความถี่     | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ |
| บอกพฤติกรรม การ         | ใช่    | 10          | 66.7   | 15            | 100.0  | 14            | 93.3   |
| รับประทานอาหารที่เสี่ยง | ไม่ใช่ | 5           | 33.3   | 0             | 0      | 1             | 6.7    |
| ต่อโรคเบาหวานและความ    |        |             |        |               |        |               |        |
| ดันโลหิตสูง             | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| นำความรู้หลักโภชนาการ   | ใช่    | 10          | 66.7   | 15            | 100.0  | 14            | 93.3   |
| เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน  | ไม่ใช่ | 5           | 33.3   | 0             | 0      | 1             | 6.7    |
| และความดันโลหิตสูงไป    |        |             |        |               |        |               |        |
| ดูแลตนเอง               | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |

ตารางที่ 44 (ต่อ)

| คำถาม                 |        | ก่อนฝึกอบรม |        | 1 สัปดาห์หลัง |        | 2 สัปดาห์หลัง |        |
|-----------------------|--------|-------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
|                       |        | ฝึกอบรม     |        | ฝึกอบรม       |        | ฝึกอบรม       |        |
|                       |        | ความถี่     | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ |
| มีส่วนร่วมในการรณรงค์ | ใช่    | 4           | 26.7   | 12            | 80.0   | 10            | 66.7   |
| รับประทานอาหารเพื่อ   | ไม่ใช่ | 11          | 73.3   | 3             | 20.0   | 5             | 33.3   |
| ป้องกันโรคเบาหวานและ  |        |             |        |               |        |               |        |
| ความดันโลหิตสูง       | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |

จากตารางที่ 44 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ กินอย่างไรไม่ให้เกิดภัยถึงตัว แกนความรู้รอบรู้โภชนาการ หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม จากการสัมภาษณ์พบว่า ผลของการให้การศึกษาด้านสุขภาพ หน่วยการเรียนรู้ กินอย่างไรไม่ให้เกิดภัยถึงตัว สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างบอกพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ได้จากร้อยละ 66.7 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 100 และร้อยละ 93.3 หลังฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ

ในทำนองเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างสามารถ บอกการนำความรู้ตามหลักโภชนาการเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไปดูแลตนเองได้ จากร้อยละ 66.7 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 100 และร้อยละ 93.3 หลังฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ และสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีส่วนในการรณรงค์รับประทานอาหารเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากร้อยละ 26.7 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 80 และร้อยละ 66.7 หลังฝึกอบรม สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ

ผลการสัมภาษณ์หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ หน่วยการเรียนรู้ โภชนบัญญัติ แกนความรู้รอบรู้โภชนาการ เปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม ดังแสดงในตารางที่ 45

ตารางที่ 45 แสดงผลการสัมภาษณ์ ของหน่วยการเรียนรู้ โภชนบัญญัติ ก่อนและหลังการฝึกอบรม

| คำถาม                  |        | ก่อนฝึกอบรม |        | 1 สัปดาห์หลัง |        | 2 สัปดาห์หลัง |        |
|------------------------|--------|-------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
|                        |        | ฝึกอบรม     |        | ฝึกอบรม       |        | ฝึกอบรม       |        |
|                        |        | ความถี่     | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ |
| ทราบวิธีในการประเมิน   | ใช่    | 0           | 0      | 10            | 66.7   | 8             | 53.3   |
| น้ำหนักเทียบกับส่วนสูง | ไม่ใช่ | 15          | 100.0  | 5             | 33.3   | 7             | 46.7   |
| และค่ามาตรฐาน          | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| บอกหลักการประทาน       | ใช่    | 5           | 33.3   | 14            | 93.3   | 12            | 80.0   |
| อาหารเพื่อการส่งเสริม  | ไม่ใช่ | 10          | 66.7   | 1             | 6.7    | 3             | 20.0   |
| สุขภาพได้ 3 ข้อ        | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |

จากตารางที่ 45 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ โภชนบัญญัติ แกนความรู้รอบรู้โภชนาการ หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับผลการสัมภาษณ์ ก่อนการฝึกอบรม จากการสัมภาษณ์พบว่า ผลของการให้การศึกษาด้านสุขภาพ หน่วยการเรียนรู้ โภชนบัญญัติ สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบวิธีในการประเมินน้ำหนักเทียบกับส่วนสูงและค่ามาตรฐาน (ดัชนีมวลกาย) จากร้อยละ 0 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 66.7 และร้อยละ 53.5 หลังฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ และสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างบอกโภชนบัญญัติได้ 3 ข้อ จากร้อยละ 33.3 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 93.3 และร้อยละ 80 หลังฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ

โปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน แกนความรู้ โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่นซึ่งประกอบไปด้วย 2 หน่วยการเรียนรู้ ได้แก่ วยร้ายไข้เลือดออก และ ู่วิว่างไกลโรคนี้หนู ในการให้การศึกษาด้านสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และพฤติกรรมการป้องกัน ไข้เลือดออก และ โรคเลปโตสไปโรซิส (โรคฉี่หนู)

ผลการสัมภาษณ์หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ หน่วยการเรียนรู้ วายร้าย  
ไข้เลือดออก แกนความรู้โรคติดต่อสำคัญในท้องถิ่น เปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์ก่อนการ  
ฝึกอบรม ดังแสดงในตารางที่ 46

ตารางที่ 46 แสดงผลการสัมภาษณ์ ของหน่วยการเรียนรู้ วายร้ายไข้เลือดออก ก่อนและหลังการ  
ฝึกอบรม

| คำถาม                |        | ก่อนฝึกอบรม |        | 1 สัปดาห์หลัง |        | 2 สัปดาห์หลัง |        |
|----------------------|--------|-------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
|                      |        | ฝึกอบรม     |        | ฝึกอบรม       |        | ฝึกอบรม       |        |
|                      |        | ความถี่     | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ |
| บอกอาการสำคัญของ     | ไข้    | 11          | 73.3   | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| ไข้เลือดออกได้       | ไม่ไข้ | 4           | 26.7   | 0             | 0      | 0             | 0      |
|                      | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ | ไข้    | 10          | 66.7   | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| ยุ่งภายในบ้านและ     | ไม่ไข้ | 5           | 33.3   | 0             | 0      | 0             | 0      |
| รอบๆ บ้านทุก 7 วัน   | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| มีส่วนในการป้องกัน   | ไข้    | 12          | 80.0   | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| ไข้เลือดออกในชุมชน   | ไม่ไข้ | 3           | 20.0   | 0             | 0      | 0             | 0      |
|                      | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |

จากตารางที่ 46 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ วายร้าย  
ไข้เลือดออก แกนความรู้โรคติดต่อสำคัญในท้องถิ่น หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์  
เปรียบเทียบกับผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม จากการสัมภาษณ์พบว่า ผลของการให้การศึกษา  
ด้านสุขภาพ หน่วยการเรียนรู้ วายร้ายไข้เลือดออก สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง บอกอาการสำคัญ  
ของไข้เลือดออกได้ จากร้อยละ 73.3 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 100 และร้อยละ 100 หลัง  
ฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ

ในทำนองเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างมีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุ่งภายในบ้านและรอบๆ  
บ้านทุก 7 วัน จากร้อยละ 66.7 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 100 และร้อยละ 100 หลังฝึกอบรม

สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ และสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการป้องกัน ไข้เลือดออกในชุมชน จากร้อยละ 66.7 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 100 และร้อยละ 100 หลัง ฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ

ผลการสัมภาษณ์หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ หน่วยการเรียนรู้ ฐูไว้ห่างไกลโรค ฉี่หนู แกนความรู้โรคติดต่อสำคัญในท้องถิ่น เปรียบเทียบกับการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม ดัง แสดงในตารางที่ 47

ตารางที่ 47 แสดงผลการสัมภาษณ์ ของหน่วยการเรียนรู้ ฐูไว้ห่างไกลโรคฉี่หนู ก่อนและหลังการ ฝึกอบรม

| คำถาม   |        | ก่อนฝึกอบรม |        | 1 สัปดาห์หลัง |        | 2 สัปดาห์หลัง |        |
|---|--------|-------------|--------|---------------|--------|---------------|--------|
|   |        | ฝึกอบรม     |        | ฝึกอบรม       |        | ฝึกอบรม       |        |
|   |        | ความถี่     | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ | ความถี่       | ร้อยละ |
| บอกอาการสำคัญของโรคฉี่ หนูได้   | ใช่    | 2           | 13.3   | 12            | 80.0   | 11            | 73.3   |
|   | ไม่ใช่ | 13          | 86.7   | 3             | 20.0   | 4             | 26.7   |
|   | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| สวมรองเท้าบูตยางในการ ป้องกันการติดเชื้อโรค ฉี่หนู  | ใช่    | 10          | 66.7   | 15            | 100.0  | 14            | 93.3   |
|   | ไม่ใช่ | 5           | 33.3   | 0             | 0      | 1             | 6.7    |
|   | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |
| แนะนำให้คนในบ้าน เพื่อนบ้านหรือคนรู้จักสวม รองเท้าบูตยางในการ ป้องกันการติดเชื้อโรคฉี่หนู | ใช่    | 4           | 26.7   | 15            | 100.0  | 14            | 93.3   |
|   | ไม่ใช่ | 11          | 73.3   | 0             | 0      | 1             | 6.7    |
|   | รวม    | 15          | 100.0  | 15            | 100.0  | 15            | 100.0  |

จากตารางที่ 43 เป็นผลการสัมภาษณ์ ตามตัวชี้วัดของหน่วยการเรียนรู้ ฐูไว้ห่างไกลโรค ฉี่หนู แกนความรู้โรคติดต่อสำคัญในท้องถิ่น หลังการฝึกอบรม 1 และ 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับ ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม จากการสัมภาษณ์พบว่าผลของการให้การศึกษาด้านสุขภาพ หน่วยการเรียนรู้ ฐูไว้ห่างไกลโรคฉี่หนู สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่าง บอกอาการสำคัญของโรคฉี่หนู

ได้ จากร้อยละ 13.3 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 80 และร้อยละ 73.3 หลังฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ

ในทำนองเดียวกันสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการ สวมรองทำหน้ากากในการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อ จากร้อยละ 66.7 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 100 และร้อยละ 93.3 หลังฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ และสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนในการ ป้องกันโรคติดต่อในชุมชน จากร้อยละ 26.7 ก่อนการฝึกอบรม เป็นร้อยละ 100 และร้อยละ 93.3 หลังฝึกอบรมสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ตามลำดับ

การฝึกอบรม โปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพในหน่วยสุดท้ายของทั้ง 4 แกน ความรู้ ได้แก่ หน่วยการเรียนรู้ ชีวิตกับสุขภาวะ สุขภาพสตรี รอบรู้โภชนาการและร่วมใจต้านภัย โรค ผู้วิจัยได้ทำการฝึกอบรมตามกิจกรรมที่ออกแบบไว้ ในวันเดียวกัน โดยให้แต่ละกลุ่มแยก ประชุมวางแผนการส่งเสริมสุขภาพภายใต้ หัวข้อ การส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชน เพื่อประชาชน โดยประชาชน และมีการนำเสนอเพื่อร่วมกันอภิปราย ดังแสดงในตารางที่ 48

ตารางที่ 48 แสดงผลการฝึกอบรมหน่วยการเรียนรู้สุดท้ายทั้ง 4 แกนความรู้

| หน่วยการเรียนรู้ | แผนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ  |
|------------------|--|
| ชีวิตกับสุขภาวะ  | เผยแพร่คำขวัญการส่งเสริมสุขภาพทุกหลังคาเรือน   |
| สุขภาพสตรี       | เกาะประตูบ้านค้นหาผู้ที่ยังไม่ได้ตรวจหามะเร็งปากมดลูก พร้อมเล่าละคร “หน้าห้องหมอ”<br>สถิติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พร้อมแจกเอกสาร<br>เผยแพร่การตรวจเต้านมด้วยตนเอง |
| รอบรู้โภชนาการ   | แข่งขันเกมความรู้สุขภาพระดับหมู่บ้าน<br>เมนูหัวใจ ในงานหรือเทศกาลต่างๆ   |
| ร่วมใจต้านภัยโรค | ประกวดบ้านน่าอยู่ปลอดโรคภัย  |

ผลการฝึกอบรม โปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพ หน่วยการเรียนรู้ชีวิตกับสุขภาวะ กลุ่มตัวอย่างได้เสนอวิธีการนำเอาคำขวัญการส่งเสริมสุขภาพที่ได้สร้างขึ้น นำไปบอกต่อกับเพื่อน

บ้านในชุมชนทุกหลังคาเรือนในหมู่บ้านเป็นเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมสติ๊กเกอร์ คำขวัญการส่งเสริมสุขภาพที่ได้สร้างขึ้นไปมอบให้เพื่อติดให้เห็นชัดเจน

ผลการฝึกอบรม โปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพ หน่วยการเรียนรู้ สุขภาพสตรี กลุ่มตัวอย่างได้เสนอวิธีการ เคาะประตูบ้านค้นหาผู้ที่ยังไม่ได้ตรวจหามะเร็งปากมดลูกระยะ เริ่มแรก พร้อมทั้งเล่าละครเรื่อง “หน้าห้องหมอ” ให้กับทุกบ้านที่ไปเคาะประตูบ้าน และแยกกันไป สาธิตการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พร้อมนำแผ่นพับในการตรวจเต้านมด้วยตนเองแจกทุกหลังคา เรือนในหมู่บ้าน

ผลการฝึกอบรม โปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพ หน่วยการเรียนรู้ รอบรู้ โภชนาการ กลุ่มตัวอย่างได้เสนอวิธีการ แข่งขันเกมความรู้สุขภาพระดับหมู่บ้าน โดยใช้เกมบันไดงู และเกมต่อจิ๊กซอ ที่ใช้ในโปรแกรมฝึกอบรม ในระดับนักเรียน แม่บ้านอายุไม่เกิน 35 ปี แม่บ้าน อายุไม่เกิน 60 ปี รวมถึงการประกอบอาหารในงานหรือเทศกาลต่างๆ ด้วยเมนูชูใจ ซึ่งคำนึงถึงการ ลดปริมาณไขมันในอาหาร

ผลการฝึกอบรม โปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพ หน่วยการเรียนรู้ ร่วมใจต้านภัย โรค กลุ่มตัวอย่างได้เสนอการประกวดบ้านน่าอยู่ชุมชนปลอดโรค โดยให้ทุกหลังคาเรือนทำความสะอาดบ้านของตนเอง โดยจัดสิ่งแวดล้อมภายในและรอบๆ บ้านให้ปลอดจากแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย และแหล่งน้ำขุ่นแฉะ

### ข้อวิจารณ์

การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบ การฝึกอบรม ADRA ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากกระบวนการวิจัยและพัฒนา โดยการศึกษาจากทั้ง เอกสารที่เกี่ยวข้อง สภาวะสถานะทางสุขภาพในชุมชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และสภาพ ปัญหาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ผู้วิจัยนำมาออกแบบและพัฒนาเป็น โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริม สุขภาพในชุมชน ที่เปลี่ยนแนวคิดหลักจากการให้ความรู้มาเป็นการศึกษา กำหนด วัตถุประสงค์ที่นำไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพ มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลในการสร้างเสริม สุขภาพ ใช้กิจกรรมการฝึกอบรมที่เน้นการมีส่วนร่วม และสนุกสนาน ใช้เทคนิคการสื่อสารทาง

สุขภาพอย่างกระชับ (Key Message) โดยการให้กลุ่มตัวอย่างได้ช่วยกันสร้างและส่งต่อข้อความสุขภาพสั้นๆ (Health Short Message Sending; HSMS) ใช้สื่อที่เป็นรูปธรรม และติดตามประเมินผลการให้การศึกษาในแง่ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ โดยรูปแบบการฝึกอบรม ADRA ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้น เน้นการสร้างสุขภาพด้วยตนเองด้วยการพัฒนาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมสุขภาพ ที่ประยุกต์ขึ้นจากกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายและมโนทัศน์ทางการให้การศึกษา ที่ใช้ในการฝึกอบรมและการเรียนรู้ในผู้ใหญ่ (Andragogy)

รูปแบบการฝึกอบรม ADRA ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้น ประกอบด้วย 1) A : Anticipatory Set หมายถึง กิจกรรมที่มอบหมาย และทำก่อนการอบรม หรือ กิจกรรมที่จัดในการฝึกอบรม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักในพฤติกรรมสุขภาพที่คาดหวัง ซึ่งกิจกรรมเหล่านั้นเทียบเคียงได้กับการนำเข้าสู่บทเรียน แต่ Anticipatory Set นั้นจะเน้นในการทำกิจกรรมที่สนุกสนานมีส่วนร่วมและผสมผสานกับการสร้างความตระหนักในพฤติกรรมสุขภาพที่คาดหวัง หรือเป็นกิจกรรมที่ใช้ประเมินผลการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ การขยายผลการสร้างสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน 2) D : Development หมายถึง กิจกรรมที่เน้นพัฒนาความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งพัฒนา ความเชื่อมั่นในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ความกล้าหาญในการแสดงออกในพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่วนรวม และความกระตือรือร้นที่จะร่วมกันสร้างพฤติกรรมสุขภาพ 3) R : Review หมายถึง กิจกรรมที่เน้นการทบทวนพฤติกรรมคาดหวังที่จะให้เกิดกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ รวมถึงการประเมินผลหลังการฝึกอบรม 4) A : Assignment for Assessment หมายถึง กิจกรรมที่มอบให้กลุ่มเป้าหมาย หรือ พันธะสัญญา เพื่อนำไปปฏิบัติ และขยายผลกับคนรอบข้าง เพื่อประเมินผลในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

จากการนำโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพไปทดลองใช้ ผู้วิจัยพบข้อสังเกตและนำไปสู่ข้อวิจารณ์ในประเด็น กระบวนการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม ประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกอบรม ผลของการฝึกอบรมที่เกิดกับกลุ่มเป้าหมายภายหลังฝึกอบรม ดังต่อไปนี้

1. กระบวนการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยพัฒนาจากการศึกษา สํารวจ และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมโดยใช้การประเมินความต้องการ หรือการวิเคราะห์ความต้องการ (Need Assessment) เพื่อสร้างการมีส่วน

ร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) 3 ส่วนด้วยกัน กล่าวคือ กลุ่มประชาชนในพื้นที่ โดยใช้แกนนำชุมชนเป็นตัวแทน เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ คณะกรรมการดำเนินงานศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นช่องทางสำคัญในการสร้างกระบวนการเรียนรู้และศึกษาความต้องการของกลุ่มเป้าหมายว่า อะไรคือความจำเป็น ความปรารถนา ความต้องการและความคาดหวังของคนเหล่านั้น เพื่อลดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน และลดช่องว่างระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มเป้าหมาย

ผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรค (The Difficulty Analysis) ในการค้นหาถึงปัญหาและอุปสรรคจากภาระหน้าที่หรือภาระงานที่บุคลากรต้องประสบ รวมถึงค้นหาวิธีการที่จะลดปัญหาและอุปสรรคดังกล่าว โดยใช้การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ซึ่งนอกจากจะทำให้สามารถมองเห็นภาพรวมของความคิดหรือความรู้สึกของกลุ่มเป้าหมาย (เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ และแกนนำชุมชน) แล้ว ยังทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความรู้สึกว่าตนเองได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวิเคราะห์ความต้องการได้อีกด้วย วิธีการดังกล่าวช่วยให้ผู้วิจัยสามารถ วางน้ำหนักในการออกแบบโปรแกรมการฝึกอบรมที่จะช่วยแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่กลุ่มเป้าหมายกำลังเผชิญ

ในทำนองเดียวกัน ผู้วิจัยได้ประยุกต์เทคนิคการประชุมค้นหาอนาคต (Future Search Conference) ซึ่งเป็นวิธีการในการจัดประชุมเพื่อแก้ไขปัญหา (Problem Solving Conference) โดยใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการของกลุ่มเป้าหมาย (คณะกรรมการดำเนินงานศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช) โดยนำประสบการณ์ของแต่ละคนมาสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และร่วมกันวางแผนหรือแนวทางในการปฏิบัติให้ไปถึงวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ โดยใช้กิจกรรม 4 กิจกรรมคือ การทบทวนอดีต การร่วมกันมองตนเอง การคิดเพื่ออนาคต และการร่วมสร้างอนาคต ทั้งนี้อยู่ภายใต้แนวคิด “คิดให้ใหญ่แต่ทำให้เล็ก” “ใช้ปัญหาสร้างจุดร่วม” “จุดร่วมสร้างอนาคต (ที่ต้องการ)” (Rehm, 1999)

นอกจากนั้นแล้วผู้วิจัยยังได้ทำการศึกษาเอกสาร (document research) ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้โปรแกรม ฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ที่สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน โดยประยุกต์นโยบายชาติในการสร้างเสริมสุขภาพ “เมืองไทยแข็งแรง” ซึ่งจากการวิจัยพบว่า สิ่งที่เป็นความต้องการของชุมชน ไม่ได้เป็นไปตามนโยบาย “เมืองไทยแข็งแรง” ทั้งหมด ปัญหาที่

ประชาชนและเจ้าหน้าที่ในชุมชนกำลังเผชิญมีความคล้ายคลึงกันแต่ไม่เหมือนกัน และมีมุมมองที่ไม่เหมือนกัน ทำให้เกิดอุปสรรคในการส่งเสริมสุขภาพ

จากผลการวิจัยพบว่า ปัญหาสุขภาพที่ถูกรายงานไปยังหน่วยงานเกี่ยวข้อง กับปัญหาสุขภาพที่รู้สึกว่าจะต้องเผชิญมีความแตกต่างกัน ทั้งในมุมมองของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่และของชาวบ้าน โดยปัญหาสุขภาพที่ถูกรายงานจะเป็นไปตามตัวชี้วัดของระบบงานสาธารณสุข ได้แก่โรคที่เป็นสาเหตุการป่วย โรคที่ต้องรายงาน ซึ่งจะได้รับรายงานมาจากสำนักงานสาขาของหน่วยบริการสุขภาพที่กระจายตัวอยู่ในพื้นที่ซึ่งมีความแตกต่างจากปัญหาที่ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพ และในทำนองเดียวกันปัญหาสุขภาพของชาวบ้านก็มีความแตกต่างกัน ความต้องการของชาวบ้านไม่ใช่ตัวชี้วัดของระบบรายงานของงานสาธารณสุข ซึ่งมีความจำเพาะและใกล้ชิดมากกว่า Bradshaw (1972) จำแนกความต้องการในการดูแลทางสังคม (need for social care) ออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่ ความต้องการทั่วไป (normative need) ความรู้สึกว่าจะต้องการ (felt need) ความต้องการที่แสดงออก (expressed need) และความต้องการที่เกิดจากการเปรียบเทียบ (comparative need) ซึ่งความต้องการของระบบสาธารณสุขจะเป็นแบบความต้องการทั่วไป (normative need) ที่ต้องการมาตรฐานด้านงานสาธารณสุขมาเป็นตัวชี้วัด แต่ในขณะที่ความต้องการของชาวบ้านเป็นแบบความรู้สึกว่าจะต้องการ (felt need) ซึ่งเป็นเรื่องที่ใกล้ชิดและเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของชาวบ้าน ซึ่งในสถานการณ์จริงทำให้เกิดความไม่พอดีกันทั้งใน 2 มุมมอง นำไปสู่การแก้ปัญหาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพที่ไม่สอดคล้อง แม้ว่าบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จะมีความรู้ความสามารถในเชิงสาธารณสุขเป็นอย่างดี มีแนวทางชัดเจนในการแก้ปัญหาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ แต่ขาดกระบวนการในการถ่ายทอดสิ่งเหล่านั้นไปสู่ประชาชน ไม่สามารถสร้างความยั่งยืนให้เกิดขึ้นกับประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะกลุ่มแกนนำชุมชน ที่เป็นกลไกสำคัญในงานสาธารณสุข โดยเฉพาะการให้การศึกษาด้านสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยการออกแบบที่ดีเพื่อให้เกิดผลในเชิงพฤติกรรมสุขภาพ

นอกจากนั้น ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ ความหมายของสุขภาพหรือสุขภาพดี มีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 3.3 เท่านั้นที่สามารถอธิบายความหมายได้ครอบคลุมใน 4 มิติ การที่ประชาชนในพื้นที่มีวิถีคิดและวิถีให้ความหมายเกี่ยวกับสุขภาพยึดติดอยู่เฉพาะสุขภาพร่างกายและจิตใจ และการปราศจากโรค จึงสะท้อนไปถึงวิธีปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริมหรือรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ยึดติดอยู่แต่เฉพาะการรักษาสุขภาพทางร่างกายเท่านั้น ดังนั้นประชาชนก็ยังเข้าใจว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นการป้องกันไม่ให้ตนเองเป็นโรคและเป็นเรื่องของแพทย์ พยาบาล หรือ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะเห็นได้จาก กิจกรรมการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ จะขึ้นอยู่กับ กิจกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมักเริ่มต้นโดย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และไม่ยั่งยืน สอดคล้องกับ Smith (1983 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) ได้วิเคราะห์แนวคิดทางสุขภาพโดยใช้วิธีวิเคราะห์เชิงปรัชญา พบว่าการให้ความหมายสุขภาพในลักษณะเช่นนี้ เป็นลักษณะของ แนวคิดทางด้านคลินิก (Clinical model) และการมีแนวคิดทางสุขภาพเช่นนี้ส่งผลให้ มีพฤติกรรมที่เน้นการรักษาเสถียรภาพทางด้านสรีรภาพ มุ่งรักษาอาการและอาการแสดงของโรค ทำให้การสร้างเสริมสุขภาพและปกป้องสุขภาพเกิดขึ้นได้น้อย และจะคิดว่าเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องของผู้ประกอบวิชาชีพจะทำให้ตนเองมีความสุขที่ดีขึ้น การปรับพื้นฐานความรู้ และทัศนคติทางด้านความหมายของสุขภาพหรือสุขภาพดีใน 4 มิติ จึงมีความสำคัญดังปรากฏใน หน่วยการเรียนรู้เรื่องสุขภาพะ แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาพะ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งเน้นการพัฒนาความเข้าใจความหมายของสุขภาพะใน 4 มิติ พัฒนาการมีส่วนร่วมในการสร้างคำขวัญเป็นของตนเอง

พฤติกรรมสุขภาพบางอย่างที่กลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติ เช่น ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างได้ไปรับตรวจหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก แต่ร้อยละ 91.7 ของกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถบอกถึงปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกได้ สะท้อนให้เห็นถึงการขาดกระบวนการให้การศึกษาด้านสุขภาพที่ควรมุ่งพัฒนาคน โดยการสร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) เพื่อให้เกิดความมั่นใจและภาคภูมิใจในสิ่งที่เรียนรู้ ทั้งในแง่ขององค์ความรู้ ทักษะ และความกล้าหาญในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อความยั่งยืนในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว และชุมชน

2. ประสิทธิภาพของโปรแกรมฝึกอบรม โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้ผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้องจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการส่งเสริมสุขภาพ 3 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญทางการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม 3 ท่าน โดยภาพรวมผู้เชี่ยวชาญทั้ง 6 ท่าน มีความเห็นว่าโปรแกรมฝึกอบรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีความเหมาะสมและมีความสอดคล้องทั้งภายในและภายนอก

การใช้กิจกรรมนำ (Anticipatory Set) เป็นการใช้กระบวนการจูงใจ (motivation) และนำเข้าสู่บทเรียน (introduction) เพื่อเร้าความรู้สึกให้สนใจ (attention) ในการฝึกอบรม เพื่อเตรียมให้กลุ่มตัวอย่างสนใจในกิจกรรมฝึกอบรมและเข้าใจแนวคิดของแต่ละหน่วยการเรียนรู้ของโปรแกรมฝึกอบรม Hunter (1982 อ้างใน Wolfe, 1998) เชื่อว่าสมองสามารถรับรู้ข้อมูลผ่านทางประสาท

สัมผัส (เช่น เรติน่าของจอประสาทตา เยื่อแก้วหู และอื่นๆที่เกี่ยวข้อง) ตัวรับข้อมูลของระบบประสาทสัมผัส จะรับข้อมูลจำนวนมากมาประมวลผลไปพร้อมๆ กัน ทันทีที่ได้รับข้อมูล สมองจะทำการค้นหาข้อมูลที่รับไปเปรียบเทียบกับเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลที่รับเข้ามา กับข้อมูลที่มีอยู่ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นในจิตใต้สำนึก (unconscious) และเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเป็นการค้นหาข้อมูลทั้งที่เกี่ยวข้องและไม่เกี่ยวข้องกับหน่วยการเรียนรู้ก็ได้ ดังนั้น กิจกรรมนาที่สร้างขึ้นจึงมุ่งหวังที่จะช่วยเพิ่มความเป็นไปได้ที่สมองได้ค้นหาข้อมูลที่สนใจได้อย่างถูกต้องและตรงเป้าหมายการเรียนรู้มากขึ้น การใช้กิจกรรมนาจึงเป็นวิธีที่ดีที่จะช่วยให้ผู้เข้าอบรมเกิดความสนใจในข้อมูลที่จะทำการฝึกอบรม ช่วยให้ผู้เข้าอบรมสามารถรื้อฟื้นความรู้ที่อยู่ภายในตนเองได้ เป็นการจัดระบบความคิดที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ในหน่วยการเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะการตั้งกลุ่มเป้าหมายที่เป็นชาวบ้านให้สามารถร่วมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้ได้ นั้น จะต้องเน้นที่กระบวนการ การมีส่วนร่วมที่สนุกสนาน เช่น การเล่นเกม การแข่งขัน กิจกรรมเหล่านั้นช่วยกลุ่มเป้าหมายทะลุขีดจำกัดของตนเองได้อย่างง่ายดาย กลุ่มตัวอย่างทุกคนต่างได้รับความสนุกสนานเพลิดเพลิน ในขณะที่เดียวกัน ผู้วิจัยได้บูรณาการความรู้เชิงสุขภาพเข้าไปทำให้สามารถสร้างความสนใจและสร้างความตระหนักได้เป็นอย่างดี

ในขั้นตอนการพัฒนาผู้เข้าอบรม (Development) ซึ่งผู้วิจัยได้เน้นไปที่การพัฒนาศักยภาพของกลุ่มตัวอย่างให้สามารถแสดงพฤติกรรมสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเอง รวมถึงความสามารถในการขยายผลพฤติกรรมเหล่านั้น โดยพยายามให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างสนุกสนาน การสร้างกิจกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยกันเองและการมีปฏิสัมพันธ์กับสื่อการเรียนรู้ สร้างเสริมพลังอำนาจ (empowerment) เพื่อให้เกิดความมั่นใจและภาคภูมิใจในสิ่งที่เรียนรู้ ทั้งในแง่ขององค์ความรู้ ทักษะ และความกล้าหาญในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งการพัฒนาระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ส่งเสริมการมีส่วนร่วม การกระตุ้นให้เกิดจิตสำนึก และการปรับเปลี่ยน หรือเปลี่ยนแปลงสังคมรอบข้าง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องสุขภาพคืออำนาจ (health is empowerment) ของ Jones and Meleis (1993) ซึ่งหมายถึงความสามารถในการตัดสินใจ อำนาจในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ในที่สุดก็จะเป็นการพัฒนาคนให้คิดเป็นแก้ปัญหาเป็น ทำให้พึ่งตนเองได้ นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน Kanter (1997) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อความสามารถในการตัดสินใจ ทำให้บุคคลที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแล้วมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น มีความคิดสร้างสรรค์ มีความกระตือรือร้น สามารถใช้อำนาจกับสิ่งแวดล้อม และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ซึ่งการที่

กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ ทักษะพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมเหล่านั้น และสามารถนำความรู้เหล่านั้นไปขยายผลในครอบครัวและชุมชนได้ การได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองกับคนอื่น ๆ เช่น ในหน่วยการเรียนรู้ บานไม่รู้โรย แแกนความรู้สุขภาพสตรี กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสแลกเปลี่ยน ความรู้ ความเข้าใจ และประสบการณ์ ตรงที่เกิดขึ้นกับตนเอง ภายใต้วลี “รู้จักและเข้าใจวัยทอง” ซึ่งกลุ่มตัวอย่างหลายคนต่างก็มีประสบการณ์อาการของคนวัยทองเกิดขึ้นกับตนเอง (อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง =  $46.68 \pm 9.88$  ปี  $n = 60$ ) มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการปฏิบัติตัวเพื่อแก้ปัญหา ลดข้อขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งเป็นที่สนใจ และเป็นความรู้ใหม่ของกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ ซึ่งเป็นการบรรยาย การพูดคุย ประชาชนบ้าน มีผู้ดำเนินการ คอยกระตุ้นด้วยคำถามที่นำไปสู่การเรียนรู้ร่วมกัน Lieb (1991) กล่าวว่า การเรียนรู้ในผู้ใหญ่มีลักษณะดำเนินในตนเอง และชี้นำตนเอง (autonomous and self-directed) และรู้สึกอิสระที่จะนำตนเอง ดังนั้นการมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และมีผู้ส่งเสริมการเรียนรู้ (facilitators) จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ในของผู้เรียน

กิจกรรมทบทวน (Reviews) เป็นกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้ทบทวนความรู้ และแสดงพฤติกรรมเพื่อตอกย้ำทวนให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงออกได้อย่างถูกต้องด้วยตนเอง Lieb (1991) กล่าวว่าความคงทนของความรู้จะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อกระบวนการเรียนรู้นั้นมีความหมาย ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจ และสามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ การที่คนเราสามารถเก็บประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้เรียนรู้ไว้บ้างนับว่าเป็นสิ่งจำเป็นในการที่จะสามารถระลึกขึ้นมาได้ เมื่อถึงคราวที่จะต้องนำไปใช้ในเหตุการณ์อื่นๆ หรือการเรียนรู้อื่นใด คนแต่ละคนย่อมมีความจำในเรื่องต่างๆ ไม่เหมือนกัน ความจำเหตุการณ์ต่างๆ ที่คนเรารับรู้มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำรงชีวิต และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เพราะการจำ ทำให้คนเราเล็งในสิ่งที่คนเราไม่ชอบ หรือสิ่งที่เป็นอันตรายแก่ตนเอง การเรียนรู้และการจำไม่สามารถแยกออกจากกันได้ในการศึกษาการเรียนรู้ ความจำก็ต้องเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย และในการศึกษาความจำการเรียนรู้ก็มักเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยเสมอ ผู้วิจัยได้นำเทคนิคการแข่งขันเข้ามาเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดการใช้ความรู้ในเวลาอันรวดเร็ว เป็นการสร้างความคงทนในการเรียนรู้ (Learning Retention) หรือ ความสามารถที่จะระลึกถึงสิ่งเร้าที่เคยได้เรียนรู้มาหลังจากที่ได้ทิ้งไว้ชั่วระยะเวลาหนึ่ง

มอบหมายภารกิจ (Assignment for Assessment) กิจกรรมที่สร้างโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้นำความรู้ไปใช้ภายหลังได้รับการฝึกอบรม เพื่อเป็นการสร้างความคงทนของพฤติกรรม และเป็นการขยายผลไปยังผู้อื่น ทั้งนี้เพื่อประเมินผลทำให้การศึกษาด้านสุขภาพโดยรวม ตาม

แนวทฤษฎีการเรียนรู้การประมวลผลข้อมูล (information processing theory) เชื่อว่าโดยปกติบุคคลเมื่อรับข้อมูลความรู้ (ข้อมูล) หรือพฤติกรรมใด (ประสบการณ์) จะถูกบันทึกอยู่ในส่วนความจำระบบแรก (Sensory register) บุคคลตัดสินใจว่า มีความสนใจในข้อมูลนั้นหรือไม่ และจะทำการเลือกข้อมูลที่ต้องการก็จะเข้าสู่ความจำระยะสั้น ส่วนข้อมูลที่ไม่ต้องการก็จะสูญหายไป การเกิดความจำระยะสั้น (Short-term Memory) เป็นสิ่งสำคัญในการเรียนรู้ เพราะเป็นความจำที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ (Working Memory) จากนั้นบุคคลต้องการ การเข้ารหัสข้อมูลเหล่านั้นด้วยตนเอง เพื่อที่จะเปลี่ยนความจำระยะสั้นเหล่านั้นเป็นความจำระยะยาว (long-term memory) การเข้ารหัสดังกล่าวสามารถทำได้โดยการทำซ้ำ (Rehearsal) หลายๆ ครั้ง ก็จะทำให้บุคคลสามารถจำได้นานขึ้น หรือการขยายความคิด (Elaboration) จะช่วยให้บุคคลเกิดการเชื่อมโยง ระหว่างสิ่งที่จะเรียนรู้ใหม่หรือข้อมูลใหม่ กับความรู้เดิมของบุคคล ที่เก็บไว้ในความจำระยะยาว ซึ่งจะช่วยในการเรียนรู้ที่มีความหมาย (Meaningful learning) การที่กลุ่มตัวอย่างได้นำเอาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ที่ได้จากการฝึกอบรมไปขยายผลให้แก่บุคคลอื่น เป็นการช่วยให้เกิดการต่อจ้ำจี้ทวนในความรู้และพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ และการนำความรู้เหล่านั้นมาใช้บ่อยๆ การนำข้อมูลมาใช้บ่อยๆ (Maintenance Rehearsal) จะช่วยให้เกิดความคงทนของความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมเหล่านั้น การที่กลุ่มตัวอย่างสามารถพูดสิ่งที่เรียนรู้ออกมาได้ด้วยคำพูดของตนเอง แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของการเข้ารหัสความรู้ที่ได้เรียนรู้มานั่นเอง

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### สรุปผลการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช สามารถสรุปภาพรวมของการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

#### จุดมุ่งหมายการวิจัย

เพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อกิจกรรมการดำเนินงานของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช โดยใช้แนวคิดทางการศึกษาเพื่อพัฒนาคนให้สามารถดูแลตนเองในการป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเองทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบโปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ในกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนา (Research and Development) โดยมีขั้นตอนในการวิจัย 4 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

### ขั้นตอนที่ 1 การศึกษา สํารวจ และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม

1. ศึกษาข้อมูลสถานะสุขภาพ ของชุมชน
2. สัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานใน อ.พระพรหม จ. นครศรีธรรมราช
3. สนทนากลุ่มแกนนำชุมชน (Focus Group Discussion)
4. ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน
5. การกำหนดประเด็นสุขภาพเพื่อการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพ

### ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมและการจัดทำรายละเอียดของโปรแกรมฝึกอบรม

1. ผู้วิจัยนำเสนอผลการเก็บข้อมูลในขั้นตอนที่ 1
2. พัฒนาโครงสร้างโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
3. พัฒนากิจกรรมการฝึกอบรมและการวัดประเมินผล

### ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมฝึกอบรม

1. ตรวจสอบความเหมาะสมขององค์ประกอบ ของโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
2. ตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบ ของโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

### ขั้นตอนที่ 4 การนำโปรแกรมฝึกอบรมไปทดลองใช้

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การฝึกอบรมโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่สร้างขึ้น
  - 2.1 การสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม (Pre-training Interview)
  - 2.2 ทำการฝึกอบรมโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
3. การประเมินผลการฝึกอบรม

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษา สำรวจ และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม

1. แบบสัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานใน อ.พระพรหม จ. นครศรีธรรมราช
2. โครงร่างสนทนากลุ่มแกนนำชุมชน (Focus Group Discussion Outline)
3. โครงร่างการประชุมค้นหาอนาคต (Future Search Conference Outline)

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมและการจัดทำรายละเอียดของโปรแกรมฝึกอบรม

ไม่มีเครื่องมือในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมฝึกอบรม

1. แบบประเมินความเหมาะสมขององค์ประกอบ ของโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
2. แบบประเมินความสอดคล้องขององค์ประกอบ ของโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 การนำโปรแกรมฝึกอบรมไปทดลองใช้

1. แบบฟอร์มกรอกข้อมูลสมัครเป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย
2. แบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังการฝึกอบรม (Pre-post Training Interview Guideline)
3. โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน
  - 3.1 แกนความรู้ ชีวิตกับสุขภาพะ
    - 3.1.1 หน่วยการเรียนรู้ สุขภาวะ
    - 3.1.2 หน่วยการเรียนรู้ ขยับกายสบายชีวิ
    - 3.1.3 หน่วยการเรียนรู้ สุขทน

- 3.1.4 หน่วยการเรียนรู้ เกรียงไต้ก็หายไต้
- 3.1.5 หน่วยการเรียนรู้ อุบัติเหตุป้องกันไต้
- 3.1.6 หน่วยการเรียนรู้ ชีวิตกับสุขภาพ
- 3.2 แกนความรู้ สุขภาพสตรี
  - 3.2.1 หน่วยการเรียนรู้ ภัยเงียบใกล้ตัว
  - 3.2.2 หน่วยการเรียนรู้ มือฉันป้องกันไต้
  - 3.2.3 หน่วยการเรียนรู้ บานไม่รู้โรย
  - 3.2.4 หน่วยการเรียนรู้ สุขภาพสตรี
- 3.3 แกนความรู้ รอบรู้โภชนาการ
  - 3.3.1 หน่วยการเรียนรู้ กินอย่างไรเมื่อภัยมาถึงตัว
  - 3.3.2 หน่วยการเรียนรู้ โภชนบัญญัติ
  - 3.3.3 หน่วยการเรียนรู้ รอบรู้โภชนาการ
- 3.4 แกนความรู้ โรคติดต่อสำคัญในท้องถิ่น
  - 3.4.1 หน่วยการเรียนรู้ ร่วมใจด้านภัยไข้เลือดออก
  - 3.4.2 หน่วยการเรียนรู้ ฐัไว้ห่างไกลโรคนี้หนู
  - 3.4.3 หน่วยการเรียนรู้ ร่วมใจห่างไกลโรค
- 4. แบบสังเกตพฤติกรรมและบรรยากาศการฝึกอบรม
- 5. แบบบันทึกผลการฝึกอบรม
- 6. แบบบันทึกผลการประเมินพึงความพอใจหลังการฝึกอบรม

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษา สํารวจ และวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรม  
ตุลาคม-ธันวาคม 2548

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมและการจัดทำรายละเอียดของโปรแกรม  
ฝึกอบรม มิถุนายน 2549

1. ผู้วิจัยนำเสนอผลการเก็บข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 ธันวาคม 2548
2. พัฒนาโครงร่างโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน มีนาคม 2549
3. พัฒนากิจกรรมการฝึกอบรมและการวัดประเมินผล มีนาคม – ธันวาคม 2549

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมฝึกอบรม กุมภาพันธ์ 2550

ขั้นตอนที่ 4 การนำโปรแกรมฝึกอบรมไปทดลองใช้

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กุมภาพันธ์ 2550
2. การฝึกอบรมโดยใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่สร้างขึ้น
  - 2.1 การสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม (Pre-training Interview) มีนาคม 2550
  - 2.2 ทำการฝึกอบรมโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เมษายน-พฤษภาคม 2550
3. การประเมินผลการฝึกอบรม เมษายน – พฤษภาคม 2550

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์การตรวจสอบความเหมาะสม ขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ค่าเฉลี่ย (Mean,  $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
2. วิเคราะห์การตรวจสอบความสอดคล้อง ขององค์ประกอบโปรแกรมฝึกอบรม ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence : IOC)
3. วิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์ก่อนการฝึกอบรม (Pre-training Interview) ด้วยค่าความถี่และร้อยละ
4. วิเคราะห์ผลการสัมภาษณ์หลังการฝึกอบรม (Post-training Interview) ด้วยค่าความถี่และร้อยละ

## ผลการวิจัย

### ผลการวิจัยสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ประเด็นสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ ตรงความต้องการของบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ และตรงความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การออกกำลังกาย ความเครียด อุบัติเหตุจากรถ การป้องกันมะเร็งปากมดลูก การป้องกันมะเร็งเต้านม วิทยทอง การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ โรคไข้เลือดออก โรคเลปโตสไปโรซิส และนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพ

2. จากผลการวิจัยทำให้ได้รูปแบบการฝึกอบรม ADRA ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่ง ประกอบด้วย 1) A : Anticipatory Set หมายถึง กิจกรรมที่มอบหมาย และทำก่อนการอบรม หรือ กิจกรรมที่จัดในการฝึกอบรม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักในพฤติกรรมสุขภาพที่คาดหวัง 2) D : Development หมายถึง กิจกรรมที่เน้นพัฒนาความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งพัฒนา ความเชื่อมั่นในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ความกล้าหาญในการแสดงออกในพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่วนรวม และความกระตือรือร้นที่จะร่วมกันสร้างพฤติกรรมสุขภาพ 3) R : Review หมายถึง กิจกรรมที่เน้นการสร้างความคงทนของความรู้ และพฤติกรรม โดยการทบทวนพฤติกรรมคาดหวังที่จะให้เกิดกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ 4) A : Assignment for Assessment หมายถึง กิจกรรมที่มอบให้กลุ่มเป้าหมาย หรือพันธะสัญญา เพื่อนำไปปฏิบัติ และขยายผลกับคนรอบข้าง เพื่อประเมินผลในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

3. ผลการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผู้เชี่ยวชาญ ในประเด็นความเหมาะสม พบว่า มีความเหมาะสมในระดับมาก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปรัชญาของโปรแกรมฝึกอบรม เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมฝึกอบรม และการประเมินผลของโปรแกรมฝึกอบรม และมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด 2 องค์ประกอบ ได้แก่ โครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมฝึกอบรม และกิจกรรมการฝึกอบรม

ในทำนองเดียวกัน การตรวจสอบคุณภาพในประเด็นความสอดคล้อง มีความสอดคล้องในทุกองค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์สอดคล้องกับปรัชญาของโปรแกรมฝึกอบรม โครงสร้าง

โปรแกรมฝึกอบรมสอดคล้องกับปรัชญา โครงสร้างโปรแกรมฝึกอบรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์  
 สาระความรู้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กิจกรรมการฝึกอบรมมีความสอดคล้องกับปรัชญา  
 กิจกรรมการฝึกอบรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และวิธีการวัดประเมินผลการฝึกอบรม  
 สอดคล้องกับกิจกรรมการฝึกอบรม

4. ผลของการนำโปรแกรมฝึกอบรมไปทดลองใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการฝึกอบรม  
 โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ทั้ง 4 แขนงความรู้ ได้แก่ ชีวิตกับสุขภาพ สุขภาพสตรี รอบรู้  
 โภชนาการ และโรคติดต่อสำคัญในท้องถิ่น มีร้อยละของความความรู้ และมีพฤติกรรม ที่คาดหวัง  
 สูงขึ้นภายหลังฝึกอบรม 1 สัปดาห์ และยังคงทนอยู่หลังฝึกอบรม 2 สัปดาห์

5. ผลการวิจัยพบว่าเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่และคณะกรรมการดำเนินงานศูนย์  
 ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน มีความรู้ความเข้าใจ ในความหมายของสุขภาพอย่างชัดเจน  
 รวมทั้งแนวคิดเชิงเสนอแนะในการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ 6 ประการ ที่ผู้วิจัยสรุปประเด็น  
 สำคัญจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ได้แก่ 1) การให้ความรู้เป็น  
 กลุ่มย่อย 2) สอนโดยผู้นำที่ได้รับการยอมรับ (ของประชาชนในพื้นที่) 3) ต้องผสมผสานไปกับ  
 การส่งเสริมอาชีพ 4) ข้อมูลความรู้ต้องสั้นๆ ง่ายๆ กระชับ 5) ติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ 6) จัดตั้ง  
 ประชาคมในชุมชน

แต่อย่างไรก็ตามยังขาดกระบวนการถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน การให้ความรู้เป็นแบบ  
 แยกส่วนเป็นชิ้นๆ และเน้นการให้ความรู้มากกว่าการปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศน์และพฤติกรรม  
 สร้างสุขภาพ การออกแบบโปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนโดยใช้กรอบแนวคิด  
 ADRA ในการให้การศึกษาด้านสุขภาพ จึงเป็นทางเลือกที่ดีสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่  
 ปฏิบัติงานในพื้นที่

#### ข้อเสนอแนะ

การใช้โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพ  
 ชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช จากการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ  
 ดังต่อไปนี้

## ข้อเสนอแนะเพื่อประโยชน์ในการจัดการเรียนการสอน

1. โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ของศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เป็นการพัฒนาคำความรู้ด้านการพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา เพื่อให้ได้โปรแกรมฝึกอบรมที่มีคุณภาพ และใช้เป็นเครื่องมือสำหรับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ซึ่งเป็นการบริการวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพแก่ชุมชน เป็นองค์ความรู้ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตได้ โดยเฉพาะในรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การสอนทางด้านสุขภาพและการให้คำปรึกษา การพยาบาลอนามัยชุมชน และปฏิบัติการพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น สามารถเป็นตัวอย่างการปฏิบัติภาคสนามที่นักศึกษาพยาบาลสามารถเรียนรู้และศึกษาได้

ในทำนองเดียวกัน สามารถฝึกทักษะการใช้งานโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ให้แก่นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่ทางวิทยาลัยฯ ส่งออกไปฝึกงานภาคสนามในชุมชนต่างๆ เพื่อให้สามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนได้ ตามข้อกำหนดของรายวิชา โดยนักศึกษาสามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และ ชุมชนได้

2. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เป็นสถาบันหลักที่จัดการศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ ที่ได้รับการรับรองจากศูนย์การศึกษาต่อเนื่องสาขาพยาบาลศาสตร์ สภาการพยาบาล เพื่อให้ผู้เข้ารับการศึกษาต่อเนื่องมีสิทธิได้รับหน่วยคะแนนเพื่อการต่ออายุใบอนุญาตผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช สามารถนำโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จัดทำเป็น โครงการการศึกษาต่อเนื่องและรับรองหน่วยคะแนนการศึกษาต่อเนื่อง และจัดทำเป็นโครงการฝึกอบรมการใช้งานโปรแกรมฝึกอบรม (Training of Trainer) แก่บุคลากรทีมสุขภาพที่ปฏิบัติงานในชุมชนที่สนใจ ให้สามารถใช้โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้ด้วยตนเอง และนำไปใช้ในกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ที่รับผิดชอบอยู่

3. การนำโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนไปใช้งาน เนื่องจากโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบไปด้วยแกนความรู้ ที่เป็นอิสระจากกัน ทั้ง 4 แกนความรู้ ได้แก่ แกนความรู้ชีวิตกับสุขภาพะ แกนความรู้สุขภาพสตรี แกนความรู้รอบรู้

โภชนาการ และแกนความรู้โรคติดต่อสำคัญในท้องถิ่น สามารถนำเอาแกนความรู้ใดไปใช้ในการฝึกอบรมก่อนหลังได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทในการนำไปใช้ ว่ามีความต้องการในลักษณะใด ดังนั้นการนำโปรแกรมฝึกอบรมนี้ไปใช้ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจำเป็นต้องประเมินความต้องการของชุมชนนั้นๆ ก่อนเสมอ

โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน แต่ละแกนความรู้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นใช้ ได้ผลดีกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน โดยมีผู้ดำเนินการฝึกอบรม 1 คน และมีผู้ช่วยคอยอำนวยความสะดวกในการฝึกอบรม 1-2 คน แล้วแต่กิจกรรม หากมีการนำไปใช้ฝึกอบรมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น อาจต้องเพิ่มผู้ช่วยผู้ดำเนินการคอยอำนวยความสะดวกให้มากขึ้น เพราะจะช่วยให้งานพัฒนาความรู้และทักษะ (Development) ทำได้อย่างทั่วถึง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทักษะของผู้ดำเนินการ ผู้ช่วยผู้ดำเนินการ และลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการฝึกอบรมเองทั้งหมด และมีผู้ช่วยเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช เป็นผู้ช่วยผู้ดำเนินการ ผู้วิจัยทำการสาธิตการดำเนินกิจกรรมให้ผู้ช่วยได้ทำความเข้าใจอย่างน้อย 1 วัน ก่อนการฝึกอบรม เพื่อที่จะสามารถช่วยอำนวยความสะดวกได้อย่างราบรื่น และถ้าผู้ดำเนินการมีทักษะในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์อยู่บ้าง ก็จะช่วยให้การใช้โปรแกรมฝึกอบรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เวลาในการฝึกอบรมทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ ดังแสดงในตารางที่ 30 โดยทำการฝึกอบรมสัปดาห์ละ 1 หน่วยการเรียนรู้ ต่อกลุ่ม ทุกวันเสาร์และ/หรือวันอาทิตย์ แล้วแต่กรณี เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผู้เข้าอบรมมีเวลาว่างจริงๆ และทิ้งระยะแต่ละหน่วยการเรียนรู้เพื่อการขยายผลพฤติกรรมสุขภาพไปยังครอบครัวและชุมชน ตามที่ได้รับมอบหมาย

#### ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

1. ควรมีการติดตามประเมินผลในระยะยาวเพื่อดูผลกระทบ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่เกิดจากการใช้โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

2. ควรมีการพัฒนาแกนความรู้และหรือหน่วยการเรียนรู้ด้วยกระบวนการวิจัยเช่นนี้เพิ่มเติม เพื่อเพิ่มแกนความรู้และหรือหน่วยการเรียนรู้ให้มากขึ้น เพื่อความยืดหยุ่นในการเลือกแกนความรู้และหรือหน่วยการเรียนรู้ไปใช้ในการฝึกอบรมในบริบทต่างๆ ได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น

3. ควรนำโปรแกรมฝึกอบรมไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ เพื่อเป็นการขยายผล การใช้โปรแกรมฝึกอบรม และขยายผลการให้การศึกษาด้านสุขภาพ เพื่อการพัฒนาคนให้มีความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพ ที่สามารถดูแลตนเองได้ และวิจัยติดตามผลควบคู่กันไป

## เอกสารและสิ่งอ้างอิง

กมลพร สวณสมจิตร. 2543. การสร้างเสริมสุขภาพกำลังพล กรมยุทธบริการทหารและครอบครัว.

กรุงเทพมหานคร: สำนักงานแพทย์ทหาร สำนักงานผู้บัญชาการทหารสูงสุด

กองบรรณาธิการ. 2547. “ยุทธศาสตร์แห่งชาติ "รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง".” วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม (Online).

<http://advisor.anamai.moph.go.th/274/27401.html>, 3 เมษายน 2551.

กองสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2541. แนวปฏิบัติเพื่อสนองนโยบาย

กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กุญชรี คำชาย. 2542. จิตวิทยาการเรียนการสอน. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์การพิมพ์สถาบันราชภัฏสวนสุนันทา.

คณะกรรมการกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ. 2545. บันทึกหลักการและเหตุผล ประกอบร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. .... (Online).

[www.hsro.or.th/documents/4131-104-001\\_health\\_law.pdf](http://www.hsro.or.th/documents/4131-104-001_health_law.pdf), 3 เมษายน 2551.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2540. การปฏิรูปการศึกษาและบุคลากรทางการศึกษา.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว.

คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. 2543. สรุปผลการศึกษา: สถานการณ์ปัจจุบัน และ

แนวโน้มของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ. 2544. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ

ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549.

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

จารุณี สืบสังข์. 2534. การสร้างและทดลองใช้บทเรียนโมดูล เรื่อง “ดิน” สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จินตนา สราษุทธิพิทักษ์. 2539. การสอนสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ. 2543. ชุดสุขภาพคนไทย ปี พ.ศ. 2543: สถานะสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ฉวีวรรณ ต่อวงศ์. 2543. การศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความคงทน และความพึงพอใจโดยใช้วีดิทัศน์แบบฝึกปฏิบัติระหว่างการสอน และฝึกปฏิบัติภายหลังการสอนวิชาศิลปะศึกษา ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น.

วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีเทคนิคศึกษา, สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.

ชัยพร วิชชาวุธ. 2520. ความจำมนุษย์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฐิระ ประवालพฤกษ์. 2538. การพัฒนาบุคลิกภาพและการฝึกอบรม. กรุงเทพมหานคร: หน่วยศึกษานิเทศก์ สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ.

ดวงเดือน จังพานิช. 2542. การศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ และความคงทนในการจำคำศัพท์ภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่เรียนโดยวิธีสอนแบบสัมพันธ์ ขอบข่ายความหมาย และวิธีสอนแบบปกติ. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการสอนภาษาอังกฤษในฐานะภาษาต่างประเทศ, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2537. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง: ในยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ทวีพร มั่นชวนนท์. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพกับความพึงพอใจในงานของ  
ข้าราชการตำรวจสังกัดสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการตำรวจ.  
วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ชนวรรณ อิมสมบูรณ์. 2532ก. “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในงานสาธารณสุข”  
เอกสารการสัมมนาทางวิชาการการดำเนินงานสาธารณสุขในสถานศึกษา.  
กรุงเทพมหานคร: กรมพลศึกษา.
- \_\_\_\_\_. 2532ข. “การสอนสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ.” วารสารสุขศึกษา พลศึกษา  
สันตนาการ 15 (4 ตุลาคม-ธันวาคม): 11-15
- \_\_\_\_\_. 2540. การดำเนินงานสุขศึกษา เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในการ  
ควบคุมโรคติดต่อ. กรุงเทพมหานคร: กองควบคุมโรคติดต่อ.
- ธวัชชัย วรพงศธร. 2538. หลักการวิจัยทางสาธารณสุขศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระศักดิ์ มัคคุน, ประสงค์ ปัญจเมธิกุล, ปราโมทย์ แก่นอินทร์ และคณะ. 2543. ผลการจัด  
กิจกรรมสุขศึกษาร่วมกันกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมจากอาสาสมัครสาธารณสุข  
ประจำหมู่บ้านต่อความรู้ พฤติกรรมของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกัน  
โรคไข้เลือดออกและโรคอุจจาระร่วงจังหวัดตรัง. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นาตยา ปิถันชนานนท์. 2542. การเรียนรู้ความคิดรวบยอด. กรุงเทพมหานคร:  
เจ้าพระยาระบบการพิมพ์.
- บั้งอร ภัทรโกมล. 2541. การศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและความสามารถในการแก้ปัญหา  
ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 กลุ่มสร้างเสริมประสบการณ์ชีวิตหน่วยตัวเรา ด้วยวิธี  
สอนแบบโครงการ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาการประถมศึกษา,  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

- บุญชม ศรีสะอาด. 2546. การพัฒนาหลักสูตรและการวิจัยเกี่ยวกับหลักสูตร. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- บุญเรียง ขจรศิลป์. 2539. “พฤติกรรมสุขภาพ” ใน เอกสารการสอน ชุดวิชาสุขภาพศึกษา หน่วยที่ 1-7. พิมพ์ครั้งที่ 13. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2532. ทศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร: โอเดียนสโตร์.
- ประยูทธ แสงสุรินทร์. 2535. วิถีนักฝึกอบรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ศิริชัยการพิมพ์.
- ประสาท อิศรปริดา. 2523. จิตวิทยาการเรียนรู้กับการสอน. กรุงเทพมหานคร: กราฟฟิการ์ต์.
- พรสุข หุ่นนิรันดร์. 2534. การพัฒนาหลักสูตรสุขภาพศึกษา. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็กซ์เพรส มีเดีย.
- พรสุข หุ่นนิรันดร์ และคณะ. 2541. เอกสารประกอบการสอนวิชาการเสริมสร้างคุณภาพชีวิต. กรุงเทพมหานคร: คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พวงพยอม แก้วเขียว. 2543. การศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความคงทน การเรียนรู้ และเจตคติที่มีต่อการเรียนภาษาอังกฤษ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3 ระหว่างการสอนเพื่อการสื่อสารและการสอนแบบมุ่งประสบการณ์ภาษา. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาประถมศึกษา, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พวงเพ็ญ ชูณหปราณ. 2533. การพัฒนารูปแบบการสอนในคลินิก เพื่อพัฒนาความสามารถ ในการแก้ปัญหาของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาหลักสูตรและการสอน, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, วิภาวี คงอินทร์, พัชรียา ไชยลังกา และคณะ. 2544. รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุ ภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชน และตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ไพรัตน์ หลวงแนม. 2538. การสร้างบทเรียนโมดูล เรื่องการแกะสลักถายนูนสูง สำหรับนักศึกษาาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาการอุดมศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

มาลินี แซ่ตั้ง. 2538. การศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ความคงทน และ ความชอบในการเรียนรู้จากบทเรียนเทปโทรทัศน์ที่มีอักษรบรรยายประกอบบนกรอบ ภาพแบบเลื่อนภาพ และแบบกวาดภาพ. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรอุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีเทคนิคศึกษา, สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.

มิ่งขวัญธรรม จำขึ้นเมือง. 2541. คู่มือพัฒนาความจำเชิงปฏิบัติการ. กรุงเทพมหานคร: สากลการพิมพ์.

มัลลิกา มัติโก. 2534. คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โครงการข่างานวิจัย ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุวดี ฤาชา. 2536. การจัดการเรียนการสอนแบบใช้ปัญหาเป็นหลักสำหรับอาจารย์พยาบาล. วิทยานิพนธ์การศึกษาคุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

รัตติยา ศิลสารรุ่งเรือง. 2543. 20 ปีของเส้นทางสู่การมีสุขภาพดีถ้วนหน้าของประชาชน. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน.

ลือชัย ศรีเงินขวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2533. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วรรณพร ศิลาขาว. 2538. การศึกษาเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์และความคงทนในการเรียนรู้คำศัพท์ภาษาอังกฤษของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เรียนโดยใช้แบบฝึกหัดที่มีเกมและไม่มีเกมประกอบการสอน. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาการประถมศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- วสุธร ต้นวัฒนากุล. 2544. สุขภาพกับคุณภาพชีวิต: เส้นทางที่ต้องร่วมกันพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 3. ชลบุรี: พิมพ์ที่ เอ.บี.พริ้นท์.
- วิจิตร อาวะกุล. 2537. การฝึกอบรม. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิชัย ดิสสระ. 2535. การพัฒนาหลักสูตรและการสอน. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- วิชัย วงษ์ใหญ่. 2537. กระบวนการพัฒนาหลักสูตร และการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- วิยะดา มารวิวัฒน์, อัญชติ แสนอ้วน, นาฏนภา สมโสภา, ธนาวุฒิ พรหมดี และ รัศมีแข ยิ่งอำนาจชัย. 2544. การหาแนวทางพัฒนารูปแบบการบริการสาธารณสุขของโรงพยาบาลสิรินธร: กรณีศึกษาชุมชนริมเขื่อน. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริพร ทูลศิริ และ สมสมัย รัตนกริษากุล. 2543. “รูปแบบการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพของกรรมกรก่อสร้างในเขตจังหวัดชลบุรี”. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 8 (มกราคม-เมษายน 2543): 1-11.
- หน่วยศึกษานิเทศก์. 2543. แนวทางการพัฒนากระบวนการเรียนรู้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์คุรุสภา.
- สงบ บุญมาก. 2542. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับสุริยุปราคา สำหรับครูประถมศึกษา. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์ศึกษา, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สมควรว วิชาศรี. 2531. **ประสิทธิภาพของการสอนสุขศึกษา โดยประยุกต์วิธีสอนแบบแก้ปัญหาที่มีต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคกระเพาะอาหาร โรงพยาบาลสระบุรี.**  
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมคิด รักษาสัตย์. 2533. “การจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติ”. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2 (กุมภาพันธ์ 2533).
- สมคิด อิศระวัฒน์. 2543. **การสอนผู้ใหญ่!** กรุงเทพมหานคร: จรัสสินทวงศ์ การพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ.** กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ. พรินติ้ง.
- สมพร บุญมาเปรม. 2543. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 จังหวัดนนทบุรี.**  
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมศักดิ์ ทองก้านเหลือง. 2535. **การสร้างบทเรียนโมดูล เรื่องการเขียนข้อสอบเลือกตอบวัดพฤติกรรมด้านพุทธิพิสัย ตามแนวของบลูม.** วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวัดและประเมินผลการศึกษา, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมศรี คามาภิ. 2543. **รายงานการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโครงการคนรุ่นใหม่ใส่ใจสุขภาพ.**  
นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง. 2543. **ระบบสุขภาพแบบพื้นบ้านและระบบสุขภาพแบบประชาชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพสตรีวัยกลางคนในสังคมและวัฒนธรรมภาคใต้.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุนีย์ ละกำป็น. 2541. **การพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5.** วิทยานิพนธ์การศึกษาดุษฎีบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

สุภัค ชื่นบาน. 2543. **บทเรียนโมดูล เรื่องการผลิตแผ่นภาพโปรงใส.**

วิทยานิพนธ์ครุศาสตรอุตสาหกรรมมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีการศึกษาทางการอาชีวะ และเทคนิคศึกษา, สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหาร ลาดกระบัง.

สุภาภัก ผ่องน้อย. 2544. **ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยประยุกต์ใช้กระบวนการแนะแนวเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับเรื่องเพศ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนกุนนทีรุทธารามวิทยาคม. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.**

สุรเกียรติ อาชานุกาพ. 2541. **วิวัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซร์ จำกัด.**

ไสว เลี่ยมแก้ว. 2528. **ความจำของมนุษย์: ทฤษฎีและวิธีสอน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มิตรสยาม.**

สุพรม มูลจุล. 2540. **การผลิตหน่วยการเรียนการสอนวิชาสุขศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการเลือกบริโภคอาหารให้ปลอดภัย สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเทคโนโลยีการศึกษา, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**

สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. 2544. **(ร่าง) กรอบความคิดระบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ดีไซร์ จำกัด.**

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช. 2548. **แนวคิดและหลักการพื้นฐานของนโยบายเมืองไทยแข็งแรง. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช. (อัดสำเนา).**

องอาจ วิบุษศิริ. 2541. **รายงานการสัมมนาวิชาการ การส่งเสริมสุขภาพก้าวใหม่ของงานสาธารณสุข (Health Promotion: Innovation in Public Health) 9-10 มีนาคม ณ ห้องประชุมกำธรสุวรรณกิจ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.**

- อนงค์ มหาวินสุ. 2531. การศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาสุขศึกษาของนักศึกษา  
พยาบาลและผดุงครรภ์ กรมอนามัย โดยใช้บทเรียนโมดูลกับการสอนปกติ.  
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณ รักรธรรม. 2537. การพัฒนาและการฝึกอบรมบุคคล. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ทอออฟเซ็ท.
- อัญฐพร ศรีฟ้า. 2541. บทบาทของผู้หญิงในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน  
ศึกษาเฉพาะกรณี ชุมชนซอยพิพัฒน์ เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร.  
วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อารีย์ พันธุ์มณี. 2542. จิตวิทยาการเรียนการสอน. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเลิฟแอนด์ลิฟเพรส  
จำกัด.
- เอกรัตน์ เชื้ออินธา. 2540. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาค  
เหนือตอนบนของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอี่ยมพร ทองกระจาย. 2533. “การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบายและยุทธวิธี เพื่อการ  
พัฒนาการสาธารณสุข.” ใน ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. ลือชัย ศรีเงินขวง  
และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ). นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Adams, J.A. 1976. **Human Memory: An Instruction.** New York: The Dorsey Press.
- Anspungh, D.J., M.H. Hamrick and F.D. Rosato. 1993. **Wellness: Concepts and  
Applications.** 2nd ed. Missouri: Mosby-Year Book Inc.
- Armstrong, David G. 2003. **Curriculum Today.** Upper Saddle River, New Jersey: Merrill  
Prentice Hall.

- Atkinson, R.C. and R.M. Shiffrin. 1968. "Human Memory: A Proposed System and Its Control Processed," In the **Psychology of Learning and Motivation: Advance in Research and Theory**. New York: Academic Press.
- Bandura, A. 1977. **Social Learning Theory**. New Jersey: Prentice Hall.
- Beach, D.S. 1975. **Personal: The Management of People at Work**. 2nd ed. New York: McMillan.
- Bloom, B.S. 1956. **Taxonomy of Education Objectives. Handbook I: Cognitive Domain**. New York: David Mackay Company, Inc.
- Bourne, L.E., R.L. Dominoski, E.F. Loftus and A.F. Healy. 1986. **Cognitive Process**. 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bradshaw, A.J. 1972. "A Taxonomy of Social Needs. In McLachlan G ed." **Problem and process in medical care**. London: Oxford University Press: 69 - 82
- Caffarella, R.S. 2002. **Planning Programs for Adult Learners: A Practical Guide for Educators Trainers and Staff Developers**. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Clarke, J.H. 1990. **Patterns of Thinking, Integrating Learning Skills in Content Teaching**. Massachusetts: Simon & Schuster, Inc.
- Criag, R.L. (eds). 1996. **The ASTD Training and Development Handbook. A Guide to Human Resource Development**. 4th ed. New York: McGraw-Hill.
- Daloz, L.A. *et al.* 1996. **Common Fire: Lives of Commitment in a Complex World**. Boston: Beacon Press.

- Davis, R.H., L.T. Alexander and S.L. Yelon. 1974. **Learning System Design an Approach to the Improvement of Instruction.** New York: McGraw-Hill Book Company.
- Dean, Gary J. 1994. **Designing Instruction for Adult Learner.** Florida: Krieger Publishing Company.
- Department of Education, Employment and Workplace Relations, Australian Government. 2008. **Glossary - R to T** (Online).  
[www.dest.gov.au/sectors/training\\_skills/policy\\_issues\\_reviews/key\\_issues/nts/glo/rtot.htm#Glossary\\_-\\_T](http://www.dest.gov.au/sectors/training_skills/policy_issues_reviews/key_issues/nts/glo/rtot.htm#Glossary_-_T), March 2008.
- Fry, B. 1990. "Self-Care: Perspectives from Six Disciplines." **Holistic Nursing Practice** 4 (February 1990): 4.
- Gagne, R.M. 1985. **The Conditions of Learning and Theory of Instruction.** 4th ed. Tokyo: Holt-Saunders.
- Good, C.V. 1959. **Dictionary of Education.** New York: McGraw-Hill Book Co.
- Gregory, R.J. 1987. **Adult Intellectual Assessment.** New York: Allyn and Bacon Inc.
- Gregory, P.A. 1999. "Self-Care Activities of Low-income Women in Midlife." Dissertation Abstracts International. 38 (February 1999): 171.
- Harbison, F.A. and C.A. Mayers. 1964. **Educational Manpower and Economic Growth: Strategies of Human Resource Development.** New York: McGraw- Hill.
- Hilgard, E.R and G.H. Bower. 1960. **Theories of Learning.** New Jersey: Appleton Crofts.

- Hoover, P.D. 1999. **“Healthy and Ready to Learn, A Qualitative Analysis of Health, Education and Human Service Collaboration”**. Dissertation Abstracts International. 60 (September 1999): 605-A.
- Jones P.S. and A. Meleis. 1993. “Health is Empowerment.” **ANS. Advances in nursing science**. 15 (3) Mar:1-14.
- Kanter, R. M. 1997. **Frontiers of management**. United States of American: A Harvard
- Knowles, M. 1980. **What is Andragogy: The Modern Practice of Adult Education**. Chicago: Follet.
- Knowles, Malcolm S., Elwood F. Holton III and Richard A. Swanson (eds.). 1998. **The Adult Learner: The Definitive Classic in Adult Education and Human Resource Development**. 5 ed. Houston, Texas: Gulf Publishing Company.
- Lieb, S. 1991. “Adults as Learners”. **Principles of Adult Learning** (Online). <http://honolulu.hawaii.edu/intranet/committees/FacDevCom/guidebk/teachtip/adults-2.htm>, March 23, 2008.
- Merriam, S.B. and Caffarella R.S. 1999. **Learning in Adulthood: A Comprehensive Guide**. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- McCarthy, T.R. 2000. **“The Effects of Peer Coaching on Psychomotor Skill Retention in Cardiopulmonary Resuscitation.”** Dissertation Abstracts International. 59 (November 2000): 2102.
- Morgan, C.T., King R.A., Weisz J.R. and Schopler J. 1986. **Introduction to Psychology**. 7ed. Singapore: McGraw-Hill.

- Poskipata, M., L. Liimatainen and A. Sjogren. 2000. "Health Promotion in the Curricula and Teaching of Two Polytechnics in Finland". **Nurse Education Today** 20 (November): 629-637.
- Rabey, G.P. 1981. **Training**. (3rd ed.). Wellington: Deedly Rabone & Col, Ltd.
- Rehm, R. 1999. **People in Charge: Creating Self Managing Workplaces** (Online). [www.peopleincharge.org/piccreatingselfmanag.html](http://www.peopleincharge.org/piccreatingselfmanag.html), March 23, 2008.
- Rehm, R., N. Cebula, F. Ryan and M. Large. (2002). **Futures That Work: Using Search Conferences to Revitalize Companies, Communities, and Organizations** (Online). [www.peopleincharge.org/futuresthatwork.html](http://www.peopleincharge.org/futuresthatwork.html), March 23, 2008.
- Saylor, J.G. and Alexander, W.M. 1974. **Planning Curriculum for School**. New York: Holt, Rinlhart and Winston.
- Smillie, C.L. 1998. **Natural Helper and the Health Agenda, Connection Health Educating Work with Sustained Community Health Programming**". Dissertation Abstracts International. 59 (June 1668): 4373-A.
- Seels, B. and Z. Glasgow. 1998. **Making Instructional Design Decision**. 2nd ed. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Taba, H. 1962. **Curriculum Development: Theory and Practice**. New York: Harcourt Brace.
- Taylor, K. 2000. **Wellness: A Transdimension, Social Ecological Approve**. Dissertation Abstracts International. 38 (June 2000): 827.

- Ward, C. and B. McCormack. 2000. "Creating an Adult Learning Culture Through Practice Development." **Nurse Education Today** 20 (May 2000): 259-266.
- Wolfe Pat. 1998. "How the Brain Learns; Revisiting Effective Teaching." **Educational Leadership**. Volume 56 Number 3 November 1998
- WHO,. 1986. **Ottawa Charter for Health Promotion** (Online).  
[www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf), March 24, 2006.
- Wilson, A.L. and E.R. Hayes (eds.). 2000. **Handbook of Adult and Continuing Education**. San Francisco: Jossey-Bass.
- Zimbardo, P. 1977. **Influencing Attitude and Changing Behavior**. London: Addison Wesley Publishing Company.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
แสดงกลุ่มตัวอย่างในการสัมภาษณ์

ตารางผนวกที่ 1 แสดงกลุ่มตัวอย่างบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานใน อำเภอพระพรหม

| กลุ่มตัวอย่าง                              | จำนวน (คน) |
|--|------------|
| สาธารณสุขอำเภอ                             | 1          |
| นักวิชาการสาธารณสุข สาธารณสุขอำเภอพระพรหม  | 1          |
| นักวิชาการสาธารณสุข สถานีอนามัยบ้านพระพรหม | 1          |
| นักวิชาการสาธารณสุข สถานีอนามัยบ้านพระพรหม | 1          |
| นักวิชาการสาธารณสุข สถานีอนามัยบ้านนาสระ   | 1          |
| นักวิชาการสาธารณสุข สถานีอนามัยบ้านห้วยยูง | 1          |
| นักวิชาการสาธารณสุข สถานีอนามัยบ้านท่าช้าง | 1          |
| <b>รวม</b>                                 | <b>7</b>   |

ตารางผนวกที่ 2 แสดงกลุ่มตัวอย่างแกนนำชุมชน

| กลุ่มตัวอย่าง   | ตำบล     |          |          |          | รวม<br>(คน) |
|-----------------|----------|----------|----------|----------|-------------|
|                 | ท้ายลำภา | นาพรุ    | ช้างซ้าย | นาสระ    |             |
| ประธาน อสม.     | 1        | 1        | 1        | 1        | 4           |
| รองประธาน อสม.  | 1        | 1        | 1        | 1        | 4           |
| <b>รวม (คน)</b> | <b>2</b> | <b>2</b> | <b>2</b> | <b>2</b> | <b>8</b>    |

ภาคผนวก ข  
รายชื่อผู้เชี่ยวชาญ

**รายชื่อผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้อง  
โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน**

- |                              |   |
|------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์สาริต ไผ่ประเสริฐ | นายแพทย์ 9 ด้านเวชกรรมป้องกัน<br>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช |
| 2. นายแพทย์ไกรวุฒิ ก้วนหิน   | ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช<br>กรมการแพทย์               |
| 3. ดร.อมาวดี อัมพันศิริรัตน  | หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน<br>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา    |
| 4. ดร .จิราพร วัฒนศรีสิน     | ผู้อำนวยการ<br>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช                   |
| 5. ดร .จินตวีร์พร เป้นแก้ว   | พยาบาลวิชาชีพ 8<br>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่                   |
| 6. ดร .อมลวรรณ วีระธรรมโม    | ภาควิชาหลักสูตรและการสอน<br>คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ            |

ภาคผนวก ค

แบบสัมภาษณ์และแบบประเมินที่ใช้ในงานวิจัย

## โครงการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

อ.พระพรหม จ.นครศรีธรรมราช

1. ปัญหาสุขภาพในพื้นที่ปฏิบัติงานของท่านที่สำคัญมีอะไรบ้าง )เรียงตามลำดับความสำคัญ

1) .....

2) .....

3) .....

4) .....

5) .....

2. ในระยะ 6 เดือนนับจากนี้ หน่วยงานของท่านมีโครงการส่งเสริมสุขภาพเรื่องใดบ้าง

1) .....

2) .....

3) .....

3. ท่านคิดว่าแนวทางกิจกรรมการให้การศึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนที่ต้องการควรมีรูปแบบอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### แนวทางในการสัมภาษณ์กลุ่ม Focus group discussion

1. ท่านคิดว่า “สุขภาพดี” หมายความว่าอย่างไร
2. “เมืองไทยแข็งแรง” (Healthy Thailand) ท่านคิดว่าควรเป็นอย่างไร
3. ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในชุมชนของท่าน มีอะไรบ้าง )ให้บอก 3 อันดับแรก (และท่านคิดว่าปัญหาสุขภาพเหล่านั้นมีสาเหตุมาจากอะไร
4. ถ้าท่านจะแก้ปัญหสุขภาพเหล่านั้นท่านมีแนวทางในการดำเนินการอย่างไร
5. ที่ผ่านมามีกิจกรรมสุขภาพอะไรบ้างในชุมชนของท่าน ได้ผลเป็นอย่างไร
6. ท่านคิดว่ากิจกรรมในการให้ความรู้สุขภาพที่ท่านและชุมชนของท่านต้องการควรเป็นอย่างไร



### แกนความรู้: ชีวิตกับสุขภาพ

9. ท่านอธิบายความหมายของคำว่าสุขภาพได้  
 ใช่  ไม่ใช่  
 คำอธิบายของท่านคือ .....
10. ท่านสามารถยกตัวอย่างคำขวัญที่ใช้รณรงค์ในการในการสร้างสุขภาพได้  
 ใช่  ไม่ใช่  
 คำขวัญนั้นคือ .....
11. ท่านสามารถบอกประโยชน์ของการออกกำลังกายได้  
 ใช่  ไม่ใช่
12. ท่านออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ (นอกเหนือจากการทำงาน (ด้วยตนเอง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง)  
 ใช่  ไม่ใช่  
 ถ้าใช่ ทำอย่างไร .....
13. ท่านมีส่วนร่วมในกิจกรรมออกกำลังกายแบบเป็นกลุ่มของหมู่บ้าน  
 ใช่  ไม่ใช่
14. ท่านมีส่วนผลักดันในการก่อตั้งกิจกรรมออกกำลังกายแบบกลุ่มในชุมชนของท่าน  
 ใช่  ไม่ใช่
15. ท่านทราบผลเสียของความเครียดที่มีต่อร่างกาย  
 ใช่  ไม่ใช่
16. ท่านทราบผลดีของความเครียดที่มีต่อร่างกาย  
 ใช่  ไม่ใช่
17. ท่านรู้จักที่จะประเมินความเครียดด้วยตนเอง  
 ใช่  ไม่ใช่  
 ถ้าใช่ ท่านประเมินจากอะไร .....
18. ท่านใช้วิธีการคลายเครียดในรูปแบบ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ หรือ การนวดคลายเครียด  
 ใช่  ไม่ใช่  
 ถ้าไม่ใช่ วิธีการคลายเครียดที่ท่านทำ .....
19. รู้สึกอย่างไรกับผู้ที่ยับรุดหลังค่อมสุรา .....
20. ท่านบอกประโยชน์ของหมวกนิรภัยได้  
 ใช่  ไม่ใช่  
 ประโยชน์ของหมวกนิรภัย .....

21. ท่านสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งที่ขับขีรถจักรยานยนต์  
 ใช่  ไม่ใช่
22. ท่านมีส่วนในการรณรงค์การป้องกันอุบัติเหตุจราจรในชุมชนของท่าน  
 ใช่  ไม่ใช่  
 ถ้าใช่ ท่านทำอย่างไร .....

### แกนความรู้: สุขภาพสตรี

23. ปัจจุบันรอบเดือน (ประจำเดือน) ของท่านเป็นอย่างไร (ถ้าเป็นเพศชายให้ข้ามไปข้อ 24)  
 ยังมีอยู่ มาสม่ำเสมอ  ยังมีอยู่ มาไม่สม่ำเสมอ  
 ไม่มีรอบเดือนมากกว่า 12 เดือน (1 ปี)
24. ท่านบอกปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูกได้  
 ใช่  ไม่ใช่  
 ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งปากมดลูก .....
25. ท่านบอกอาการสำคัญของมะเร็งปากมดลูกได้  
 ใช่  ไม่ใช่  
 อาการสำคัญของมะเร็งปากมดลูก .....
26. ท่านไปรับการตรวจหาเชื้อมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มแรกปีละ 1 ครั้ง (ถ้าเป็นเพศชายให้ข้ามไปข้อ 27)  
 ใช่  ไม่ใช่
27. ท่านชักชวนคนในบ้าน เพื่อนบ้านหรือคนที่รู้จักให้ไปตรวจมะเร็งปากมดลูก  
 ใช่  ไม่ใช่
28. ท่านบอกปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านมได้  
 ใช่  ไม่ใช่  
 ถ้าใช่ ปัจจัยเสี่ยงของมะเร็งเต้านม .....
29. ท่านตรวจเต้านมตนเองอย่างสม่ำเสมอโดยไม่ต้องมีใครเตือน (ถ้าเป็นเพศชายให้ข้ามไปข้อ 30)  
 ใช่  ไม่ใช่
30. ท่านสอนให้คนในบ้าน เพื่อนบ้านหรือคนรู้จักตรวจเต้านมด้วยตนเอง  
 ใช่  ไม่ใช่
31. ท่านรู้จัก )มี (อาการของคนวัยทอง มากกว่า 2 อาการ  
 ใช่  ไม่ใช่  
 ถ้าใช่ อาการนั้นคือ .....
32. ท่านทราบโรคที่เกิดแทรกซ้อนในคนวัยทอง  
 ใช่  ไม่ใช่  
 ถ้าใช่ ได้แก่โรค .....

33. ท่านมีส่วนช่วยให้ความรู้เรื่องภัยของกับคนในบ้าน เพื่อนบ้าน หรือคนรู้จัก

ใช่

ไม่ใช่

#### แกนความรู้: รอบรู้โภชนาการ

34. ให้บอกพฤติกรรมมารับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ใช่

ไม่ใช่

ถ้าใช่ พฤติกรรมดังกล่าวได้แก่ .....

35. ท่านนำความรู้หลักโภชนาการเพื่อป้องกัน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงไปดูแลตนเอง

ใช่

ไม่ใช่

ถ้าใช่ ยกตัวอย่าง .....

36. ท่านมีส่วนในการรณรงค์รับประทานอาหารเพื่อป้องกัน โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ใช่

ไม่ใช่

ถ้าใช่ ยกตัวอย่าง .....

37. ท่านทราบวิธีในการประเมินน้ำหนักของท่านเทียบกับน้ำหนักมาตรฐาน

ใช่

ไม่ใช่

ดัชนีมวลกาย .....

38. ท่านบอกหลักการรับประทานอาหารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพได้ 3 ข้อ

ใช่

ไม่ใช่

ถ้าใช่ ได้แก่ .....

39. ท่านและคนในครอบครัวท่านรับประทานไขมันน้อย

ใช่

ไม่ใช่

40. ท่านและคนในครอบครัวท่านชอบที่จะรับประทานผักและผลไม้

ใช่

ไม่ใช่

41. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสหวาน / เค็ม เป็นประจำ

ใช่

ไม่ใช่

#### แกนความรู้: โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น

42. ท่านบอกอาการสำคัญของไข้เลือดออกได้

ใช่

ไม่ใช่

ถ้าใช่ ได้แก่ .....

43. ท่านกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายภายในบ้านและรอบๆ บ้านท่านทุก 7 วัน

ใช่

ไม่ใช่

44. ท่านมีส่วนในการป้องกันไข้เลือดออกในชุมชนของท่าน  
 ใช่  ไม่ใช่  
ถ้าใช่ ท่านทำอย่างไร .....
45. ท่านบอกอาการสำคัญของโรคฉี่หนูได้  
 ใช่  ไม่ใช่  
ถ้าใช่ ได้แก่ .....
46. สวมรองเท้าบู๊ตยางในการป้องกันการติดเชื้อโรคฉี่หนู  
 ใช่  ไม่ใช่
47. ท่านแนะนำให้คนในบ้าน เพื่อนบ้านหรือคนรู้จักสวมรองเท้าบู๊ตยางในการป้องกันการติดเชื้อโรคฉี่หนู  
 ใช่  ไม่ใช่
48. ท่านมีส่วนในการป้องกันโรคฉี่หนูในชุมชนของท่าน  
 ใช่  ไม่ใช่  
ถ้าใช่ ท่านทำอย่างไร .....

แบบประเมินความสอดคล้องของโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแล้วแสดงความคิดเห็น โดยการทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านเห็นสมควร โดยที่

- 1 หมายถึง ท่านเห็นว่าในข้อนี้มีความสอดคล้อง  
 0 หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าในข้อนี้มีความสอดคล้องหรือไม่  
 - 1 หมายถึง ท่านเห็นว่าในข้อนี้ไม่มีความสอดคล้อง

| รายการประเมิน   | ระดับความสอดคล้อง |   |    | ข้อเสนอแนะ |
|---|-------------------|---|----|------------|
|   | 1                 | 0 | -1 |            |
| 1. วัตถุประสงค์สอดคล้องกับปรัชญาของโปรแกรมฝึกอบรม                 |                   |   |    |            |
| 2. โครงสร้างโปรแกรมฝึกอบรมสอดคล้องกับปรัชญา                       |                   |   |    |            |
| 3. โครงสร้างโปรแกรมฝึกอบรมสอดคล้องกับวัตถุประสงค์                 |                   |   |    |            |
| 4. สาระความรู้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์                             |                   |   |    |            |
| 5. กิจกรรมการฝึกอบรมมีความสอดคล้องกับปรัชญา                       |                   |   |    |            |
| 6. กิจกรรมการฝึกอบรมมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์                 |                   |   |    |            |
| 7. วิธีการฝึกอบรมมีความสอดคล้องกับเนื้อหาความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ |                   |   |    |            |
| 8. วิธีการวัดประเมินผลการฝึกอบรมสอดคล้องกับปรัชญา                 |                   |   |    |            |



### แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมฝึกอบรมการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

คำชี้แจง โปรดพิจารณาโปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนแล้วแสดงความคิดเห็น โดยการทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ท่านเห็นสมควร โดยที่

- 1 หมายถึง ท่านเห็นว่าในข้อนี้มีความเหมาะสมน้อยที่สุด
- 2 หมายถึง ท่านเห็นว่าในข้อนี้มีความเหมาะสมน้อย
- 3 หมายถึง ท่านเห็นว่าในข้อนี้มีความเหมาะสมปานกลาง
- 4 หมายถึง ท่านเห็นว่าในข้อนี้มีความเหมาะสมมาก
- 5 หมายถึง ท่านเห็นว่าในข้อนี้มีความเหมาะสมมากที่สุด

| รายการประเมิน  | ระดับความเหมาะสม |   |   |   |   | ข้อเสนอแนะ |
|--|------------------|---|---|---|---|------------|
|  | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 |            |
| ปรัชญา   |                  |   |   |   |   |            |
| 1. เหมาะสมกับโปรแกรมฝึกอบรม                          |                  |   |   |   |   |            |
| 2. สะท้อนถึงหลักคิดเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม       |                  |   |   |   |   |            |
| 3. สะท้อนการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเอง |                  |   |   |   |   |            |
| 4. คนทั่วไปสามารถเข้าใจได้ง่าย                       |                  |   |   |   |   |            |

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



| รายการประเมิน  | ระดับความเหมาะสม |   |   |   |   | ข้อเสนอแนะ |
|--|------------------|---|---|---|---|------------|
|  | 1                | 2 | 3 | 4 | 5 |            |
| โครงสร้างเนื้อหา   |                  |   |   |   |   |            |
| 1. ใจความสำคัญถูกต้อง  |                  |   |   |   |   |            |
| 2. เนื้อหาเหมาะกับวัตถุประสงค์                                 |                  |   |   |   |   |            |
| 3. การจัดเรียงลำดับสาระความรู้                                 |                  |   |   |   |   |            |
| 4. การจัดหน่วยการเรียนรู้<br>ครอบคลุมสาระความรู้ที่<br>ฝึกอบรม |                  |   |   |   |   |            |
| 5. เหมาะสมกับประชาชนทั่วไป                                     |                  |   |   |   |   |            |
| 6. ครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพ                                      |                  |   |   |   |   |            |
| 7. ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่<br>ปฏิบัติได้จริง                 |                  |   |   |   |   |            |
| 8. ตอบสนองนโยบายเมืองไทย<br>แข็งแรง                            |                  |   |   |   |   |            |

ข้อเสนอแนะอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





ภาคผนวก ง

โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

# โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

ศูนย์ศึกษาการสร้างเสริมสุขภาพชุมชน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช

วัฒนา รัตนพรหม

โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน นี้ เป็นส่วนหนึ่งของ  
วิทยานิพนธ์หลักสูตร ศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาหลักสูตรและการสอน  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

พ.ศ. 2550

## โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

### ปรัชญา

การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ โดยไม่มีจำกัดทางเชื้อชาติ ศาสนา ฐานะ เศรษฐกิจ ฐานะทางสังคม การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีได้นั้น นอกจากการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนทัศนคติ เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ โดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพื่อการปกป้องสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ และการคงไว้ซึ่งสุขภาพ

โดยเน้นการให้ความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ ในการสร้างเสริมสุขภาพที่จำเป็น ชัดเจน ปฏิบัติได้จริง โดยใช้กระบวนการทางการศึกษามาช่วยทำให้เกิดการเรียนรู้ และตระหนัก ถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพในการปกป้องและสร้างเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนวิถีคิด ซึ่งเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ และจะมีการใช้กระบวนการเรียนรู้เหล่านั้นอย่างต่อเนื่องจนเป็นวิถีชีวิต

### เป้าหมาย และวัตถุประสงค์การฝึกอบรม

เป้าหมายของโปรแกรมฝึกอบรมนี้ต้องการให้ประชาชนในชุมชนที่ผ่านการฝึกอบรม เกิดการเรียนรู้ เข้าใจและตระหนักถึงภาวะสุขภาพและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นการสร้างเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งสุขภาพด้วยตนเอง ใน 4 มิติได้แก่ สุขภาวะทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

### โครงสร้างเนื้อหาของโปรแกรมฝึกอบรม

โปรแกรมฝึกอบรมส่งเสริมสุขภาพ แบ่งหมวดหมู่ออกตามแกนความรู้ โดยมุ่งเน้นให้ การศึกษาด้านสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชนเพื่อการปรับเปลี่ยนวิถีคิดทางสุขภาพ ตลอดจนการ ถ่ายทอดเนื้อหาความรู้สุขภาพที่จำเป็น ในลักษณะสั้น ๆ ง่าย แต่นำไปสู่การปฏิบัติที่เพื่อการมีสุขภาพ ดี แบ่งเป็นแกนความรู้ดังนี้

### แกนความรู้: ชีวิตกับสุขภาวะ

| หน่วยการเรียนรู้ (Modules) | เนื้อหา                    | จำนวนชั่วโมง |
|----------------------------|----------------------------|--------------|
| 1: สุขภาวะ                 | ความหมายของสุขภาวะใน 4มิติ | 1            |
| 2. ขยับการสบายชีวี         | การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ  | 1            |
| 3. สุดทน                   | ผลของความเครียดต่อร่างกาย  | 1            |
| 4. เครียดได้ก็หายได้       | วิธีการจัดการความเครียด    | 1            |
| 5. อุบัติเหตุป้องกันได้    | การป้องกันอุบัติเหตุจราจร  | 1            |
| 6. ชีวิตกับสุขภาวะ         | ทบทวน                      | 1            |

### แกนความรู้: สุขภาพสตรี

| หน่วยการเรียนรู้ (Modules) | เนื้อหา                          | จำนวนชั่วโมง |
|----------------------------|----------------------------------|--------------|
| 1. ภัยเงียบใกล้ตัว         | การป้องกันตนเองจากมะเร็งปากมดลูก | 1            |
| 2. มือฉันป้องกันได้        | การป้องกันตนเองจากมะเร็งเต้านม   | 1            |
| 3. บานไม่รู้โรย            | สตรีวัยทองและการดูแลตนเอง        | 1            |
| 4. สตรีสดใส                | ทบทวน                            | 1            |

### แกนความรู้: รอบรู้โภชนาการ

| หน่วยการเรียนรู้ (Modules)     | เนื้อหา                                    | จำนวนชั่วโมง |
|--------------------------------|--|--------------|
| 1. กินอย่างไรไม่ให้ภัยมาถึงตัว | หลักโภชนาการเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง | 1 - 2        |
| 2. โภชนบัญญัติ                 | โภชนบัญญัติ                                | 1            |
| 3. เมนูชูใจ                    | ทบทวน                                      | 1            |

### แกนความรู้: โรคติดต่อที่สำคัญในท้องถิ่น

| หน่วยการเรียนรู้ (Modules)  | เนื้อหา               | จำนวนชั่วโมง |
|-----------------------------|-----------------------|--------------|
| 1. ร่วมใจต้านภัยไข้เลือดออก | การป้องกันไข้เลือดออก | 1            |
| 2. อยู่อย่างไรไกลฉี่หนู     | การป้องกันโรคฉี่หนู   | 1            |
| 3. ร่วมใจป้องกันโรคภัย      | ทบทวน                 | 1            |

### กิจกรรมการฝึกอบรม

ในแต่ละหน่วยการฝึกอบรมของแต่ละแกนความรู้ และใช้รูปแบบการจัดกิจกรรมการอบรมแบบ ADRA โดยที่

A : Anticipatory Set หมายถึง กิจกรรมที่มอบหมาย และทำก่อนการอบรม หรือ กิจกรรมที่จัดในการฝึกอบรม เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักในประเด็นพฤติกรรมสุขภาพที่คาดหวัง

D : Development หมายถึง กิจกรรมที่เน้นพัฒนาความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งพัฒนา ความเชื่อมั่นในตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ความกล้าหาญในการแสดงออกในพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่วนรวม และความกระตือรือร้นที่จะร่วมกันสร้างพฤติกรรมสุขภาพ

R : Review หมายถึง กิจกรรมที่เน้นการทบทวนพฤติกรรมคาดหวังที่จะให้เกิดกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ รวมถึงการประเมินผลหลังการฝึกอบรม

A : Assignment for Assessment หมายถึง กิจกรรมที่มอบให้กลุ่มเป้าหมาย หรือพันธะสัญญา เพื่อนำไปปฏิบัติ และขยายผลกับคนรอบข้าง เพื่อประเมินผลในการเกิดพฤติกรรมสุขภาพ

### การประเมินผลการฝึกอบรม

ในการประเมินผลการเรียนรู้ จะประเมินสิ้นสุดการฝึกอบรมในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ และจะประเมินตามตัวชี้วัดที่แสดงถึงพฤติกรรมสุขภาพในแกนความรู้ เมื่อสิ้นสุดการอบรมในแกนความรู้ต่างๆ ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่เป็นจุดสำคัญที่ช่วยให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ

ภาคผนวก จ  
ตัวอย่างภาพกิจกรรมการฝึกอบรม



## ประวัติการศึกษา และการทำงาน

|                      |  |
|----------------------|--|
| ชื่อ-นามสกุล         | นายวัฒนา รัตนพรหม  |
| วัน เดือน ปี ที่เกิด | วันที่ 7 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2512  |
| สถานที่เกิด          | จังหวัดนครศรีธรรมราช   |
| ประวัติการศึกษา      | - ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์<br>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี<br>สวรรค์ประชารักษ์<br>- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (เภสัชวิทยา)<br>มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์<br>พยาบาลวิชาชีพ 6 (ด้านการสอน)<br>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี<br>นครศรีธรรมราช |
| ตำแหน่งปัจจุบัน      |  |
| สถานที่ทำงานปัจจุบัน |  |