

สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา  
ถ.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131



เอกสารประกอบการสอน  
วิชา 101215 การดูแลสุขภาพในภาวะปกติ

ยวดี ลีรัตนวีระ

๗๑ ๐๐๒๖๐๑๒

เริ่มบริการ

- 1 ส.ค. 2548

17 ส.ย. 2548

189637

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2545

## คำนำ

เอกสารประกอบการสอนฉบับนี้ ผู้เขียนได้เรียบเรียงขึ้นเพื่อใช้ประกอบการสอนวิชา 101215 การดูแลสุขภาพในภาวะปกติ ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้เรียนคือนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 2 ภาคการศึกษาที่ 1/2545 ในเอกสารนี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยในระดับบุคคลคือในเด็กวัยเรียน และวัยผู้ใหญ่ ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยในระดับครอบครัว และในระดับชุมชน ซึ่งผู้เขียนมุ่งหวังให้เอกสารฉบับนี้เกิดประโยชน์กับผู้เรียน อาจารย์และผู้สนใจ

ขอขอบคุณคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีการวางแผนการกำหนดตำแหน่งทางวิชาการให้กับอาจารย์ทุกคน และให้กำลังใจผู้เขียนมาโดยตลอด ขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์นิภาวรรณ สามารถกิจ ที่กรุณาสละเวลาช่วยตรวจทานคำผิด และรูปแบบการพิมพ์ทำให้เอกสารฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น หากมีข้อบกพร่องประการใด ขออภัยไว้ ณ ที่นี้ด้วย และยินดีน้อมรับข้อเสนอแนะทุกประการ

ยุวดี ลีลักษณ์าวีระ

เมษายน 2545

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญภาพ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สังเขปวิชา	ซ
เนื้อหาที่รับผิดชอบสอน	ฎ
บทที่ 1 การเจริญเติบโต พัฒนาการ ภาวะเสี่ยง การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยในวัยเรียน	1
การเจริญเติบโตและพัฒนนาการของเด็กวัยเรียน	
การเจริญเติบโตด้านร่างกาย	5
พัฒนาการทางอารมณ์	6
พัฒนาการทางสังคม	7
พัฒนาการทางสติปัญญา	7
พัฒนาทางจริยธรรม	8
ปัญหาและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ	
ด้านจิตใจและสังคม	9
ปัญหาและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพด้านร่างกาย	10
การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย: โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	11
การบริการอนามัยในโรงเรียน	
การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง	13
การตรวจสายตา	14
การทดสอบการได้ยิน	18
การตรวจสุขภาพ	19
ทันตสุขภาพ	23
การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบ	32
การบันทึกสุขภาพ	32
การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาล	33
การจัดห้องพยาบาลประจำโรงเรียน	34

## สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
การจัดบริการอาหารกลางวัน	37
การส่งเสริมสุขภาพจิต	38
การให้บริการสังคมสงเคราะห์	39
การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อภายในโรงเรียน	39
<b>สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน</b>	<b>40</b>
น้ำดื่ม น้ำใช้ ในโรงเรียน	40
ส้วม ที่ปีสวะ อ่างล้างมือ อ่างน้ำพุสำหรับดื่มในโรงเรียน	41
บ่อเกรอะ	42
การกำจัดขยะมูลฝอย	42
การกำจัดน้ำเสีย	43
การป้องกันสัตว์และแมลงนำโรค	43
พื้นที่สร้างโรงเรียนหรือสถานที่ตั้ง	43
การระบายอากาศ และแสงสว่าง	44
ตัวอาคาร	44
การจัดแบ่งห้องและส่วนต่างๆ ของโรงเรียน	45
การป้องกันอุบัติเหตุ	47
<b>ความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียนกับบ้านและชุมชน</b>	<b>48</b>
<b>แบบฝึกหัดท้ายบท</b>	<b>50</b>
<b>บรรณานุกรม</b>	<b>51</b>
<b>ภาคผนวก</b>	<b>53</b>
<b>บทที่ 2 พัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ</b>	
<b>การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยวัยผู้ใหญ่</b>	<b>64</b>
<b>การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่</b>	
พัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์ และ สังคม	67
การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการทางด้านร่างกาย	68
* <b>ภาวะเสี่ยงของวัยผู้ใหญ่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย</b>	
การเกิดอุบัติเหตุการจราจร	70
การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด	70

## สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม	71
การขาดการออกกำลังกาย	73
เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่เกิดจากการมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง และโรคติดเชื้อบางชนิด	74
เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพ	76
เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน	85
ความเครียดและปัญหาสุขภาพจิต	87
กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงาน	90
แบบฝึกหัดท้ายบท	106
บรรณานุกรม	107
<b>บทที่ 3 ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการ ป้องกันการเจ็บป่วยในระดับครอบครัว</b>	<b>109</b>
ลักษณะของครอบครัวไทยในปัจจุบันและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงของ ครอบครัว	112
ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญของครอบครัว	115
การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของครอบครัว	118
แนวทางในการส่งเสริมและป้องกันภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของครอบครัว	120
การเยี่ยมบ้านกลยุทธ์สำคัญในการดูแลสุขภาพครอบครัว	
วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน	121
ประเภทของการให้บริการเยี่ยมบ้าน	122
หลักการจัดลำดับครอบครัวที่จะเยี่ยม	127
กระบวนการเยี่ยมบ้าน	128
กระเป๋ายี่ยมบ้าน	137
แบบฝึกหัดท้ายบท	141
บรรณานุกรม	142

## สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการ ป้องกันโรคในระดับชุมชน	144
ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญในชุมชน	147
การส่งเสริมสุขภาพชุมชน	148
การสาธารณสุขมูลฐาน(Primary Health Care)	
ความเป็นมา ความสำคัญ และความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน	148
แนวคิดและกลวิธีหลักของงานสาธารณสุขมูลฐาน	149
องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน	151
กิจกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน	152
ความสำเร็จของงานสาธารณสุขมูลฐาน	162
ระบบสุขภาพภาคประชาชน	164
กฎบัตรออกตาวา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion)	171
การเขียนแผนงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชุมชน	175
การวางแผนจัดทำโครงการ	176
การนำโครงการไปปฏิบัติ	184
การประเมินผลโครงการ	185
แบบฝึกหัดท้ายบท	188
บรรณานุกรม	189

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
ภาพที่ 1-1 แผ่นทดสอบสายตาแบบแฮมบลิน(Hamblin's test)	14
ภาพที่ 1-2 แผ่นทดสอบสายตาแบบตัว E (E - chart)	15
ภาพที่ 1-3 แผ่นทดสอบสายตาแบบตัวอักษรหรือตัวเลขหลายตัวสลับกัน (Multiple letter chart)	15
ภาพที่ 1-4 แสดงการตรวจสายตา	17
ภาพที่ 1-5 แผ่น pin - hole	18
ภาพที่ 1-6 ทำตรวจสอบคุณภาพนักเรียน	22
ภาพที่ 1-7 การแบ่งช่องปากและลำดับในการตรวจ	30
ภาพที่ 1-8 แผนผังห้องพยาบาลสำหรับโรงเรียนที่มีจำนวนนักเรียนไม่เกิน 500 คน	36
ภาพที่ 1-9 แผนผังห้องพยาบาลสำหรับโรงเรียนที่มีจำนวนนักเรียน 500 - 1,000คน	36
ภาพที่ 1-10 แผนผังห้องพยาบาลสำหรับโรงเรียนที่มีจำนวนนักเรียนมากกว่า1,500 คน	37
ภาพที่ 4-1 บทบาทของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน	156
ภาพที่ 4-2 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน	166
ภาพที่ 4-3 กิจกรรมหลักตามปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพ	173
ภาพที่ 4-4 ความสัมพันธ์ระหว่างแผนงานและโครงการ	175
ภาพที่ 4-5 แผนภูมิต้นไม้ แสดงสาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออกในโรงเรียน	177
ภาพที่ 4-6 ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และปัจจัย กับการเขียนโครงการ	178

## สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
ตารางที่ 1-1	เกณฑ์การตัดสินใจคะแนนการตรวจทัศนสุขภาพ	31
ตารางที่ 1-2	ปริมาณ และคุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้ ในโรงเรียน	41
ตารางที่ 1-3	จำนวนส้วม ที่ปัสสาวะ อ่างล้างมือ อ่างน้ำพุสำหรับดื่มในโรงเรียน	41
ตารางที่ 1-4	ลักษณะส้วม ที่ปัสสาวะ อ่างล้างมือ อ่างน้ำพุสำหรับดื่มในโรงเรียน	42
ตารางที่ 1-5	การกำจัดขยะมูลฝอยในโรงเรียน	43
ตารางที่ 1-6	ความสัมพันธ์ระหว่างความสูงของโต๊ะเรียนและเก้าอี้	45
ตารางที่ 2-1	เกณฑ์การตัดสินใจโรคน้ำหนักตัวน้อยและโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่อายุ มากกว่า 20 ปี จากค่า ดัชนีมวลกาย	72
ตารางที่ 2-2	การตรวจสุขภาพที่จำเป็นในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอายุต่างๆ	75
ตารางที่ 2-3	เปรียบเทียบสิ่งแวดล้อมการทำงานและสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัย	78
ตารางที่ 2-4	จำนวนที่สำหรับน้ำดื่ม ห้องน้ำ และ ห้องส้วมจำแนกตามจำนวนลูกจ้าง	100
ตารางที่ 2-5	จำนวนห้องรักษาพยาบาล เตียง พยาบาล และแพทย์จำแนกตามจำนวนลูกจ้าง	101
ตารางที่ 3-1	ความสอดคล้องของปัญหาสุขภาพของครอบครัวกับจุดประสงค์การเยี่ยมบ้าน	122
ตารางที่ 3-2	ระยะเวลาในการเยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย	127
ตารางที่ 4-1	ตัวอย่างผังควบคุมกำกับกิจกรรม โครงการควบคุมและป้องกัน โรคไข้เลือดออกในโรงเรียน	181



สังเขปวิชา  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาคปกติ  
ภาควิชาการพยาบาลชุมชน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อวิชา : 101215 การดูแลสุขภาพปกติ  
101215 Health Care for Wellness

จำนวนหน่วยกิต : 5 (4-2-9)

ภาค/ปีการศึกษา : 1 /2545

ผู้รับผิดชอบวิชา :

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณ	จันทร์ประเสริฐ	ประธานกรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สายใจ	พั่วพันธ์	กรรมการ
อาจารย์กมลทิพย์	दानชัย	กรรมการ
อาจารย์สิริลักษณ์	โสมานุสรณ์	กรรมการ
อาจารย์ยุวดี	ลีลักษณ์วีระ	กรรมการและเลขานุการ

ผู้สอน : ผู้สอนคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลชุมชน ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก ภาควิชาวิทยาศาสตร์พื้นฐานและการพยาบาลผู้สูงอายุ และภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

ผู้เรียน/จำนวน : นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 จำนวน 152 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

คำอธิบายรายวิชา :

แนวคิด ทฤษฎีในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของบุคคลทุกกลุ่มอายุ ครอบครัว ชุมชน ในภาวะปกติ การประเมินภาวะสุขภาพ ศึกษาปัญหาสุขภาพแบบองค์รวมที่พบในชีวิตประจำวัน โดยทั่วไป แนวทางการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย โดยใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ กระบวนการจัดการและการทำงานในทีมสุขภาพ

## จุดประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เรียนมีแนวคิดในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในภาวะปกติ และสามารถประเมินภาวะสุขภาพเพื่อหาแนวทางการพัฒนาศักยภาพของผู้รับบริการในการส่งเสริมและป้องกันการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

## จุดประสงค์เฉพาะ

เมื่อผู้เรียนได้ร่วมกิจกรรมการเรียนการสอนครบตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว เกิดการเรียนรู้หรือแสดงพฤติกรรม ดังนี้

- 1.อธิบายแนวคิด ทฤษฎีการดูแลสุขภาพบุคคล ครอบครัวและชุมชนในภาวะปกติได้
- 2.ประเมินภาวะสุขภาพบุคคล ครอบครัวและชุมชนในภาวะปกติได้
- 3.ระบุภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่พบบ่อยในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชนได้
- 4.วิเคราะห์แนวทางการพัฒนาบุคคล ครอบครัว ชุมชนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการโรค
- 5.ประยุกต์ใช้กระบวนการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ กระบวนการจัดการในการทำงานเป็นทีมได้

## กิจกรรมการเรียนการสอน

1. บรรยาย
2. อภิปรายกลุ่ม
3. กรณีศึกษา
4. วิเคราะห์ปัญหาจากสถานการณ์จริงและสถานการณ์จำลองในห้องปฏิบัติการ
5. คิดวิเคราะห์
6. สาริตและสาริตย้อนกลับ
7. ฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ

## สื่อการสอน

1. สถานการณ์จำลอง
2. วิดีทัศน์
3. คอมพิวเตอร์
4. หุ่นจำลอง

## งานที่มอบหมายและกำหนดส่งงาน

1. รายงานการประเมินบุคคล ครอบครัว ชุมชน
  2. รายงานการวิเคราะห์สุขภาพสิ่งแวดล้อมภายในมหาวิทยาลัย
  3. สร้างสื่อการสอน 1 ชิ้น พร้อมแผนการสอน
  4. รายงานการเขียนโครงการ 1 โครงการ
  5. รายงานการประเมินผู้สูงอายุ 1 ฉบับ
  6. รายงานการใช้ยาที่ออกปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียน
  7. รายงานการวิเคราะห์สุขภาพผู้ประกอบอาชีพในสถานประกอบการ
- ส่งรายงานภายใน 1 สัปดาห์หลังมอบหมาย

## การประเมินผล:

1. ตอบคำถามในแบบฝึกหัดท้ายบท
2. รายงานหัวข้อที่ได้รับมอบหมาย
3. การมีส่วนร่วมในการอภิปรายขณะเรียน
4. การสังเกตความสนใจและการร่วมกิจกรรมขณะเรียน
5. จากสถิติย้อนกลับขณะฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ
6. สอบกลางภาคและปลายภาค

## เนื้อหาโดยสังเขป:

**บทที่ 1** สุขภาพในภาวะปกติ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และ ระดับชุมชน  
(รวมทฤษฎี 2 ชั่วโมง)

**บทที่ 2** การเจริญเติบโตและพัฒนาการ(รวม ทฤษฎี 6 ชั่วโมง)

- 2.1 ทฤษฎีการเจริญเติบโตและพัฒนาการของมนุษย์
- 2.2 แนวคิดพัฒนาการครอบครัวของดูวาล (Duvall's Framework)
- 2.3 แนวคิดทฤษฎีการศึกษาชุมชน

**บทที่ 3** แนวคิดและกลวิธีการส่งเสริมและป้องกันการโรค (รวมทฤษฎี 10 ชั่วโมง ปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ 6 ชั่วโมง)

- 3.1 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการโรค
- 3.2 ความหมายและทฤษฎีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสุขภาพและป้องกันการโรค
- 3.3 กลวิธีการส่งเสริมสุขภาพ

**บทที่ 4** พัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ การประเมิน การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน (รวม ทฤษฎี 40 ชั่วโมง ปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ 22 ชั่วโมง )

4.1 การประเมินภาวะเสี่ยงระดับบุคคลและครอบครัว

4.2 พัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ

การประเมิน การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยระดับบุคคล

4.2.1 วัยทารก

4.2.2 วัยก่อนเรียน

4.2.3 วัยเรียน

4.2.4 วัยรุ่น

4.2.5 วัยผู้ใหญ่

4.2.6 วัยสูงอายุ

4.3 ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ การประเมิน การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยระดับครอบครัว

4.3.1 ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ

4.3.2 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน

4.3.3 หลักการเยี่ยมบ้าน

4.4 ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ การประเมิน การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยระดับชุมชน

4.4.1 ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ

4.4.2 กลวิธีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย

4.4.3 การสุขภาพิบาลสิ่งแวดล้อม

4.4.4 กระบวนการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในชุมชน

4.4.5 การจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาชุมชน

4.4.6 การประเมินภาวะสุขภาพในระดับชุมชน

**บทที่ 5** การประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการประเมินภาวะสุขภาพ (รวมทฤษฎี 2 ชั่วโมง ปฏิบัติในห้องปฏิบัติการ 4 ชั่วโมง)

## เนื้อหาที่รับผิดชอบ

เนื้อหาที่รับผิดชอบ:

จำนวนชั่วโมง

บทที่ 4 พัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ

ที่สำคัญ การประเมิน การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการ  
เจ็บป่วยระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน

4.2.3 วัยเรียน 4

4.2.5 วัยผู้ใหญ่ 4

4.3 ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ การประเมิน การส่งเสริม  
สุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยระดับครอบครัว

4.3.1 ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ 1

4.3.2 การส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน 1

4.3.3 หลักการเยี่ยมบ้าน 2

4.4 ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ การประเมิน การส่งเสริมสุขภาพ และการ  
ป้องกันการเจ็บป่วยระดับชุมชน

4.4.1 ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ 1

4.4.2 กลวิธีการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย 2

4.4.5 การจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาชุมชน 1

## บทที่ 1

การเจริญเติบโต พัฒนาการ ภาวะเสี่ยง การประเมินภาวะสุขภาพ  
การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยในวัยเรียน

## บทที่ 1

## การเจริญเติบโต พัฒนาการ ภาวะเสี่ยง การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยในวัยเรียน

**วัตถุประสงค์ทั่วไป :** เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียน ภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย สามารถประเมินภาวะสุขภาพ ให้คำแนะนำและจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่เด็กวัยเรียนได้

**วัตถุประสงค์เฉพาะ :** หลังจากจบบทเรียน ผู้เรียนสามารถ

1. อธิบายพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียนได้
2. บอกปัญหาสุขภาพและภาวะเสี่ยงที่อาจพบในเด็กวัยเรียนได้
3. อธิบายแนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพได้
4. สามารถประเมินภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนได้
  - 4.1 สามารถชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและแปลผลได้
  - 4.2 สามารถวัดสายตาแบบสเนลเลนได้
  - 4.3 สามารถตรวจสุขภาพโดยใช้ท่าประกอบ 10 ท่าได้
  - 4.4 สามารถประเมินภาวะสุขภาพในช่องปากได้
5. บอกวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่นักเรียนที่มีอาการผิดปกติที่พบบ่อย ๆ ได้
6. อธิบายการจัดห้องพยาบาลที่ถูกต้องหลักการได้
7. อธิบายหลักการจัดบริการอาหารกลางวันได้
8. บอกวิธีการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในโรงเรียนได้
9. อธิบายหลักการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ถูกต้องลักษณะได้
10. อธิบายความสำคัญและแนวทางการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบ้านและชุมชนได้

**จำนวนคาบเรียน :** 4 คาบเรียน

**เนื้อหา :**

1. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กวัยเรียน
2. ปัญหาและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญในเด็กวัยเรียน
3. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย: โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

4. บริการสุขภาพอนามัยในโรงเรียน
  - 4.1 ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและแปลผลได้
  - 4.2 วัดสายตาแบบสเนลเลน ได้
  - 4.3 การทดสอบการได้ยิน
  - 4.4 ตรวจสอบสุขภาพโดยใช้ท่าประกอบ 10 ท่า
  - 4.5 ประเมินภาวะสุขภาพในช่องปาก
  - 4.6 การแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบ
  - 4.7 การบันทึกสุขภาพ
  - 4.8 การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาล
  - 4.9 การจัดห้องพยาบาลประจำโรงเรียน
  - 4.10 การจัดบริการอาหารกลางวัน
  - 4.11 การส่งเสริมสุขภาพจิต
  - 4.12 การให้บริการสังคมสงเคราะห์
  - 4.13 การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในโรงเรียน
5. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน
6. ความสัมพันธ์ระหว่างบ้านและชุมชน

#### กิจกรรมการเรียนรู้การสอน :

1. นำเข้าสู่บทเรียนโดยการให้นิสิตย้อนดูตนเองเมื่อเรียนอยู่ชั้นประถมศึกษา แล้วอภิปรายร่วมกับนิสิตถึงลักษณะการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กวัยเรียน ความสำคัญและความจำเป็นในการดูแลเด็กวัยเรียน
2. บรรยายการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กวัยเรียน
3. อภิปรายร่วมกับนิสิต โดยถามนิสิตทั้งชั้นสลับกับการสุ่มถามทีละคน เกี่ยวกับปัญหาและภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียน ผู้สอนสรุปเนื้อหาและจัดกลุ่มคำตอบและบรรยายเพิ่มเติม
4. บรรยายหัวข้อแนวคิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ และการจัดบริการอนามัยในโรงเรียน
5. กำหนดกรณีศึกษาให้นิสิตฝึกคำนวณอายุขัยนักเรียน และเทียบน้ำหนักส่วนสูงกับค่ามาตรฐานของกรมอนามัย
6. ฉายวีดิทัศน์ เรื่องการตรวจสอบสุขภาพแล้วให้นักเรียนสาธิตย้อนกลับ
7. กำหนดกรณีศึกษาให้นิสิตฝึกบันทึกผลการตรวจสอบสุขภาพในบัตร ศส.3



8. แสดงภาพการเกิดอุบัติเหตุในโรงเรียนจากหน้าหนังสือพิมพ์ ให้นิสิตอภิปรายถึงสาเหตุและแนวทางแก้ไขร่วมกัน ผู้สอนสรุปความคิดรวบยอด

9. บรรยาย หัวข้อการจัดห้องพยาบาล การจัดบริการอาหารกลางวัน การส่งเสริมสุขภาพจิต การบริการสังคมสงเคราะห์และการควบคุมป้องกันโรคติดต่อในโรงเรียน

10. อภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับแนวทางการสร้างสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียนและชุมชน

11. มอบหมายให้นิสิตศึกษาด้วยตนเองในหัวข้อการตรวจสายตาและ ทันตสุขภาพ เพื่อประกอบการฝึกในห้องปฏิบัติการในชั่วโมงฝึกปฏิบัติการในสัปดาห์ต่อไป

12. มอบหมายงานให้นิสิตศึกษาด้วยตนเองในหัวข้อสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน เพื่อให้ประกอบการเรียนวิชา 101216 ปฏิบัติการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ

- สื่อการสอน :
1. เอกสารประกอบการสอน 52 หน้า
  2. รูปภาพการเกิดอุบัติเหตุในโรงเรียนจากหน้าหนังสือพิมพ์
  3. เครื่องคอมพิวเตอร์พร้อม โปรแกรมนำเสนอข้อมูล(Power Point) ประกอบสื่อการสอนเรื่องการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียน
  4. วิดีทัศน์เรื่อง การตรวจสุขภาพนักเรียน

งานที่มอบหมาย: แบ่งนิสิตออกเป็นกลุ่มๆ ละ 5 คน มอบหมายให้นิสิตค้นคว้าเรื่องการพยาบาลนักเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่พบบ่อยในเอกสาร เป็นคะแนนเก็บ 4 คะแนน ส่งรายงานหลังจบบทเรียน 1 สัปดาห์

- การประเมินผล :
1. เก็บคะแนนจากงานที่มอบหมาย 4 คะแนน
  2. สอบกลางภาค 12 คะแนน
  3. สังเกตความสนใจและการมีส่วนร่วมขณะเรียน

## การเจริญเติบโต พัฒนาการ ภาวะเสี่ยง การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยวัยเรียน

เด็กวัยเรียน จัดอยู่ในวัยเด็กตอนกลาง ก่อนที่จะเข้าสู่วัยรุ่น ซึ่งหมายถึง เด็กอายุ 5 ปีขึ้นไปจนถึงก่อนอายุ 10 ปี ในผู้หญิงและก่อนอายุ 12 ปี ในผู้ชาย (เพ็ญศรี กาญจนันท์จิติ และโยเซฟ ชื่อเพียรธรรม, 2540, หน้า 110) เป็นวัยแห่งการเจริญเติบโต อยากรู้อยากเห็น อยากทดลอง อยากเป็นคนเก่ง เช่นเดียวกับวัยก่อนวัยเรียน แต่จะมีสมาธิ ความสนใจ และความร่วมมือมากขึ้น ทำให้เรียนรู้หนังสือและสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น เด็กจะช่างสังเกต ช่างซัก ช่างถาม อยากทราบเหตุผล ทำให้สามารถเข้าใจสิ่งต่างๆ เข้าใจตนเองและยอมรับความแตกต่างของคนอื่นมากขึ้น สามารถร่วมกลุ่มทำกิจกรรมกับเพื่อนได้ดี แต่การรวมกลุ่มเด็กยังชอบที่จะรวมกลุ่มเพื่อนที่เป็นเพศเดียวกันเป็นวัยแห่งการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และสังคม จึงนับว่าเป็นวัยที่มีความสำคัญมากวัยหนึ่ง

### การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กวัยเรียน

วัยเรียนเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญามากวัยหนึ่ง ซึ่งแตกต่างจากวัยอื่นๆ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กวัยเรียนในแต่ละด้าน มีดังนี้

1. การเจริญเติบโตด้านร่างกาย ช่วงนี้จะมีการเติบโตในอัตราที่ค่อนข้างสม่ำเสมอ ในช่วงอายุ 5-7 ปี เด็กจะเพิ่มความสูง 7.5 เซนติเมตรต่อปี ช่วงอายุ 8-10 ปี อัตราความสูงเท่ากับ 5-6 7.5 เซนติเมตรต่อปี ซึ่งอัตราความสูงปกติจะไม่ต่ำกว่า 4 7.5 เซนติเมตรต่อปี ถ้าต่ำกว่าแสดงถึงความผิดปกติต้องค้นหาสาเหตุ

น้ำหนักตัว น้ำหนักตัวจะมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงของสภาวะโภชนาการและการเจ็บป่วย ส่วนความสูงจะมีการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ทีหลัง แต่ส่วนสูงจะเป็นเครื่องชี้สภาวะเจริญเติบโตและ สภาวะโภชนาการได้ดีที่สุดในเด็กวัยเรียน ซึ่งต่างจากวัยทารกและวัยก่อนเรียนที่จะใช้น้ำหนักเป็นเครื่องบ่งชี้สภาวะการเจริญเติบโต เด็กอายุ 5 ปี จะมีน้ำหนักตัวเป็น 6 เท่าของเมื่อแรกเกิด (ประมาณ 18 กิโลกรัม) เด็กอายุ 10 ปี จะมีน้ำหนักตัว 10 เท่าของเมื่อแรกเกิด (ประมาณ 30 กิโลกรัม) โดยช่วง 3-10 ปี จะเป็นช่วงที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มค่อนข้างสม่ำเสมอประมาณปีละ 2-2.5 กิโลกรัม

การขึ้นของฟัน เด็กวัยนี้ฟันน้ำนมจะเริ่มหลุด และจะเริ่มฟันแท้เกิดขึ้น ตามลำดับ  
การขึ้นดังนี้

อายุ 6 ปี ฟันหน้าและฟันกรามซี่ที่ 1

อายุ 11-12 ปี ฟันเขี้ยวและฟันกรามน้อยซี่ที่ 1

## อายุ 12-13 ปี พัฒนาการน้อยครั้งที่ 2 และพัฒนาการครั้งที่ 2

การทำงานของกล้ามเนื้อและสายตา เด็กอายุ 6 ปี สายตาและกล้ามเนื้อยังทำงานประสานกันได้ไม่คล่อง แต่สามารถวิ่งและกระโดดได้คล่อง เมื่ออายุมากขึ้นพัฒนาการจะดีขึ้นเป็นลำดับ เมื่ออายุ 9 ปี กล้ามเนื้อมัดเล็กเจริญเติบโตมากขึ้น มีความคล่องแคล่วในการใช้มือจับมากขึ้น ตาและมือทำงานประสานกันได้ดี ลายมือเขียนหนังสือได้ดีขึ้น ใช้ปลายนิ้วจับของเล็กๆ ได้ดีขึ้น

การเจริญเติบโตทางเพศและการเจริญพันธุ์ ต่อมใต้สมอง(Pituitary gland) มีการกระตุ้นการทำงานของลูกอัณฑะในเพศชายและรังไข่ในเพศหญิง ทำให้เริ่มมีการหลั่งฮอร์โมนเพศ ดังนั้น ในช่วงปลายของเด็กวัยนี้(อายุ 10-14 ปี)จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่แสดงถึงการมีพัฒนาการทางเพศระดับทุติยภูมิ(secondary sex characteristic) เช่น การมีหน้าอกในเด็กผู้หญิง หรือมีเสียงห้าว มีหนวดเคราในเด็กผู้ชาย ซึ่งในผู้หญิงจะมีพัฒนาการทางเพศระดับทุติยภูมิอย่างสมบูรณ์เมื่ออายุ 12 - 18 ปี ในผู้ชายจะมีพัฒนาการทางเพศระดับทุติยภูมิอย่างสมบูรณ์เมื่ออายุ 14 - 20 ปี (Pillitteri, 1999, p. 276-277)

## 2. พัฒนาการทางอารมณ์

วัยเด็กตอนปลายนี้จะเข้าใจอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นดีขึ้น รู้จักควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น เด็กในวัยนี้จะมีทั้งอารมณ์ ด้านพึงพอใจ และไม่พึงพอใจ อารมณ์ด้านพึงพอใจ ได้แก่

ความรู้สึกสงสาร เห็นใจ เด็กจะเริ่มเข้าใจ ความรู้สึกผู้อื่นได้ดีขึ้นเพราะเด็กมีสิ่งแวดล้อมที่กว้างขึ้น

ความรัก ความเมตตา เด็กจะแสดงความร่าเริงมีน้ำใจ รู้จักช่วยเหลือผู้อื่น ส่วนใหญ่เด็กวัยนี้จะมีอารมณ์ดี โดยเฉพาะเมื่ออยู่ในกลุ่ม ส่วนอารมณ์ด้านไม่พึงพอใจ ได้แก่

ความโกรธ เด็กจะควบคุมอารมณ์โกรธได้ดีขึ้น และรู้จักวิธีระงับความโกรธได้ด้วย

อารมณ์อื่นๆ เช่น ใจน้อย ไม่ชอบให้เพื่อนล้อเลียน อารมณ์ผัดหวังซึ่งมักแสดงออกทันทีแต่ไม่รุนแรงเท่าวัยรุ่น ส่วนอารมณ์ เกลียด อิจฉาริษยา เด็กจะรู้จักเก็บอารมณ์ได้ดีขึ้นไม่แสดงออกมาตรงๆ

สิ่งที่ต้องพัฒนาในด้านอารมณ์ของเด็กในขณะนี้คือ การเข้าใจอารมณ์ของตนเอง อารมณ์ของบุคคลอื่นๆ การรู้จักควบคุมอารมณ์ และการรู้จักแสดงอารมณ์ออกอย่างเหมาะสม โดยการให้เด็กมีโอกาสเข้ากลุ่มกับเด็กอื่นๆ ได้เล่นออกกำลังกาย เช่น ตีจับ ลิงชิงหลัก หรือทำกิจกรรมสร้างสรรค์ เช่น วาดรูป เขียนเรื่อง เข้าค่ายฤดูร้อน กิจกรรมเหล่านี้ จะช่วยให้เด็กเรียนรู้และปรับปรุงการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกทางอารมณ์ในลักษณะที่สังคมยอมรับ หากมีการละเลยเด็กไม่มีโอกาสรับรู้อารมณ์ตนเอง ไม่มีโอกาสแสดงออก ถูกเก็บกดไว้มากเกินไป เด็กจะเกิดความเครียด อาจนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางกายที่เนื่องมาจากสาเหตุทางจิตใจได้ หรือรู้สึกผัดหวังทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้

### 3. พัฒนาการทางสังคม

พัฒนาการทางสังคมในวัยนี้มีลักษณะแตกต่างจากวัยเด็กตอนต้นหลายประการ ได้แก่

1. เด็กคบหาเพื่อนร่วมวัยและผู้ใหญ่มากขึ้น
2. การยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง(egocentric) ลดลง ทำให้เด็กสามารถรวมกลุ่มเล่นกับเพื่อนๆ ได้ดียิ่งขึ้น พัฒนาการทางความคิด คีลธรรมจรรยา ทำให้เด็กร่วมเล่น เรียนทำกิจกรรมต่างๆ เป็นกลุ่มได้ดี

3. คำนิยมของการเรียนในโรงเรียนในสังคมปัจจุบัน ทำให้เด็กผูกพันกับเพื่อนที่โรงเรียน และครู ทำให้เด็กห่างเหินจากผู้ใหญ่ในบ้าน

ช่วงวัยเด็กตอนปลายเป็นช่วงที่เด็กจับกลุ่มกับเพื่อนร่วมวัย กิจกรรมส่วนใหญ่ของเด็กจะอยู่ในการเล่น การเล่นของเด็กในวัยเด็กตอนปลาย มีลักษณะดังต่อไปนี้

1. เด็กหญิงและเด็กชายนิยมเล่นแยกกัน เล่นร่วมกันบ้างเป็นครั้งคราวในชนิดของการเล่นที่รวมกลุ่มได้
2. ลักษณะการเล่นและเกมที่เด็กเลือกเล่น ซึ่งให้เห็นความแตกต่างระหว่างเพศ ความถนัด ความสนใจ สติปัญญาและบุคลิกภาพของเด็ก

3. เด็กเล่นคนเดียวอย่างน้อยลง การเล่นสมมุติ เพื่อนสมมุติ ซึ่งมีมากในวัยเด็กตอนต้นจะค่อยๆ หายไป เพราะเด็กมีโอกาสได้เล่นกับเพื่อนจริงๆ มากขึ้น ซึ่งสนุกสนานกว่าหากเด็กบางคนยังคงเล่นสมมุติและมีเพื่อนสมมุติ ลักษณะเช่นนี้ไม่เป็นไปตามวัย จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข

พัฒนาการด้านสังคมจะเป็นลักษณะเด่นของเด็กวัยนี้ เด็กออกจากบ้านไปสู่โรงเรียนและภายนอกครอบครัว มีการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นทั้งในกลุ่มวัยเดียวกันและวัยผู้ใหญ่ การที่เด็กไปโรงเรียนทำให้เด็กเรียนรู้วิธีการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น รู้จักปรับตัว ตามกฎเกณฑ์ และปฏิบัติตนให้เป็นที่ยอมรับของสังคม ความรู้สึกที่ตนเองเป็นหนึ่ง(individuality) และการมีตนเองเป็นศูนย์กลาง(egocentric of self center) ลดลง การที่เด็กมีสัมพันธภาพกับกลุ่มเพื่อนในชีวิตประจำวันจะมีประโยชน์ต่อเด็กคือ เป็นการสอนให้เด็กรู้จักปรับตัว สามารถเล่นด้วยกันได้ รู้จักยืดหยุ่น ปรับตัวให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ สอนให้เด็กรู้จักกฎระเบียบ กฎเกณฑ์ทางสังคมของกลุ่ม และ ทำให้เด็กมีประสบการณ์อย่างใกล้ชิดกับกลุ่มเพื่อนเพศเดียวกัน ทำให้เรียนรู้บทบาทต่างๆ ที่เหมาะสมตามเพศ

### 4. พัฒนาการทางสติปัญญา

วัยเด็กตอนปลายเป็นระยะเวลาที่เป็นกรวางรากฐานทางการศึกษา ด้านความรู้พื้นฐานด้านการอ่าน การเขียน การคิดเลข ทักษะต่างๆ ที่ต้องใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กซึ่งพัฒนาการเหล่านี้ต้องอาศัยเขาวงกตปัญญาจึงจะสัมฤทธิ์ผล รวมทั้งจะต้องมีการปรับตัวเข้ากับเพื่อนร่วมวัยได้ และไม่มีควม

ขัดแย้งกับวัยบิดามารดาและครู จึงกล่าวได้ว่าพัฒนาการทางสติปัญญาและสังคมมีอิทธิพลส่งเสริมซึ่งกันและกัน

เด็กในวัยนี้จะมีพัฒนาการด้านสติปัญญามากขึ้น โดยสามารถแบ่งเป็น

1. ความเข้าใจเชิงอนุรักษ์ (conservation) คือ เข้าใจว่า วัตถุแม้เปลี่ยนแปลงรูปลักษณะภายนอกแท้จริงแล้วยังคงสภาพเดิมในบางลักษณะได้
2. ความเข้าใจเชิงรูปธรรม (concrete operation) เด็กมีการพัฒนาทางความคิดทั่วไป สามารถแยกแยะความแตกต่างและรายละเอียดของสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น
3. ความเข้าใจเชิงเหตุผล เด็กจะรู้จักคิดว่าอะไรเป็นเหตุอะไรเป็นผล รู้และเข้าใจกฎระเบียบและคำสั่งดีขึ้น
4. ความอยากรู้อยากเห็น เด็กจะมีมากขึ้น เด็กจะอยากรู่ว่าสิ่งต่างๆ เกิดได้อย่างไร ในตอนปลายของเด็กวัยนี้ เด็กต้องการคำตอบที่เด็กคิดว่าใช่หรือไม่ใช่ ชอบอ่านหนังสือที่กล่าวถึงข้อเท็จจริง
5. ช่วงความสนใจ เมื่ออายุมากขึ้นช่วงความสนใจของเด็กจะนานขึ้น สนใจทำงานจนเสร็จ สนใจเก็บสะสมสิ่งของงานฝีมือต่างๆ
6. ความเข้าใจภาษา เด็กจะพูดได้คล่อง เข้าใจความหมาย แสดงความคิดเห็นได้อย่างมีเหตุผล ชอบอ่านหนังสือ สามารถใช้สำนวนภาษาในการพูดและเขียนได้ดีขึ้นสามารถแสดงความคิดเห็นและวิจารณ์ได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ

### 5. พัฒนาทางจริยธรรม

วัยเด็กตอนปลายเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมที่จะสอนให้เด็กเรียนรู้ว่าพฤติกรรมใด ถูกผิด โดยใช้เหตุผลได้ ระยะเวลาที่เหมาะสมที่จะสอนให้เด็กเรียนรู้ว่าพฤติกรรมใด ถูกผิด โดยใช้เหตุผลได้ ระยะเวลาที่เหมาะสมที่จะสอนให้เด็กเรียนรู้ว่าพฤติกรรมใด ถูกผิด โดยใช้เหตุผลได้ ระยะเวลาที่เหมาะสมที่จะสอนให้เด็กเรียนรู้ว่าพฤติกรรมใด ถูกผิด โดยใช้เหตุผลได้ ระยะเวลาที่เหมาะสมที่จะสอนให้เด็กเรียนรู้ว่าพฤติกรรมใด ถูกผิด โดยใช้เหตุผลได้

พัฒนาการด้านจริยธรรมของเด็กจะมาจากตัวอย่าง คือ พ่อแม่ ครูและผู้ใหญ่อื่นๆ ในสังคม ตลอดจนบุคคลสำคัญในประวัติศาสตร์ ดาราภาพยนตร์ ตัวละครในนวนิยาย และบุคคลที่เด็กยกย่อง เด็กจะเลียนแบบ และยอมรับทัศนคติของบุคคลนั้นและนำไปปฏิบัติ จนเกิดเป็นค่านิยม นวัตกรรมและอุปนิสัยในที่สุด ผู้ใหญ่จึงเป็นบุคคลที่สำคัญในการเป็นแบบอย่างให้เด็ก โดยการกระทำที่สม่ำเสมอทำสิ่งต่างๆ ด้วยเหตุผล ฝึกระเบียบวินัย ซึ่งการกระทำที่ผิดชอบชั่วดีแก่เด็ก

## ปัญหาและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญในเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตในทุกๆ ด้าน เป็นวัยแห่งการเรียนรู้ ชอบสำรวจ ชอบทดลองโดยอาจรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ขาดความระมัดระวังอาจทำให้เป็นอันตรายได้ ประกอบกับวัยเด็กยังเป็นวัยเฟื่องฟู ที่เวลาส่วนใหญ่ยังอยู่กับครอบครัว ซึ่งสิ่งแวดล้อมในครอบครัวรวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวเด็กล้วนมีผลต่อพัฒนาการและภาวะสุขภาพของเด็กเป็นอย่างมาก ดังนั้นจึงพบว่าวัยนี้เป็นวัยที่พบปัญหาสุขภาพได้มากและมีภาวะเสี่ยงที่ควรให้ความสำคัญและให้การดูแล ซึ่งแบ่งปัญหาและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญเป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. **ด้านจิตใจและสังคม** เด็กวัยนี้มีสังคมนอกบ้านมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลต่างๆ ไป หากเด็กวัยนี้ประสบความสำเร็จในการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมจะทำให้เด็กมีความเชื่อมั่นในตนเอง ปัญหาที่พบบ่อยในวัยนี้คือ การได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานในวัยเด็กไม่เพียงพอ ปัญหาครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพระหว่างพี่น้อง และเครือข่าย เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น เด็กจะมีพฤติกรรมการแสดงออกทั้งด้านอารมณ์และพฤติกรรมหลายรูปแบบคือ

1.1 ปัญหาพฤติกรรม เด็กจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่นรับประทานอาหารมาก หรือไม่ยอมรับประทานอะไร บางคนคิดเพื่อนมาก คิดสิ่งของมาก ขี้อิจฉา หรือมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงไป เช่นลูกลี้ลู่กลน นั่งหรือนอนมากกว่าปกติ บางคนเจ็บ ซึม เชื่องช้า บางคนมีอาการทางกายเนื่องจากภาวะเครียด เช่น ปวดท้อง ปวดศีรษะ

1.2 ปัญหาสัมพันธภาพ เด็กมีปัญหาสัมพันธภาพกับผู้ใหญ่ จะไม่มีผู้ใหญ่คอยให้คำแนะนำสั่งสอน ฝึกฝนลักษณะนิสัยหรือทักษะต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้เด็กเกิดปมด้อย เด็กจะรู้สึกถูกทอดทิ้งรู้สึกเหมือนอยู่คนเดียว

1.3 การเจริญเติบโตถอยหลังไปในระดับที่ต่ำกว่าวัย (regression) เช่นจากเด็กที่เคยช่วยตัวเองได้ทั้งเรื่องการกินและการแต่งตัว จะกลายเป็นเด็กที่อ่อน ไม่ยอมทำเอง จากที่เคยเล่นกับเพื่อนเป็นกลุ่ม จะมีปัญหาเล่นกับเพื่อนไม่ได้ ติดพ่อแม่ตลอดเวลา ไม่สนใจทำการบ้าน บางคนเป็นมากจนไม่ยอมไปโรงเรียน

2. ปัญหาและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพด้านร่างกาย เด็กวัยเรียนเป็นเด็กที่อยู่ในช่วงอายุ 6-12 ปี ซึ่งมีการพัฒนาอย่างมากทั้งกาย จิต และสังคม เด็กๆ จะสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น เช่น สามารถวิ่งได้เร็วและไกลขึ้นด้วยความคล่องแคล่วและมีความอดทนต่างๆ ได้มากขึ้น อย่างไรก็ตามเด็กในวัยเรียนนี้ยังคงต้องการการพึ่งพิงจากผู้ใหญ่สูง ดังนั้น ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญจึงได้แก่โรคต่างๆ ที่มักเป็นผลมาจากการเลี้ยงดู ได้แก่

2.1 โรคขาดโปรตีนและแคลอรี ทำให้การเจริญเติบโตช้า มีน้ำหนักตัวลดลง ซึมเศร้า ผอมแห้งและร่วงง่าย เจ็บป่วยบ่อยๆ เหนื่อยง่าย ถ้าเป็นรุนแรงจะทำให้พิการและสติปัญญาเสื่อมได้

2.2 โรคเหน็บชา เกิดจากการขาดอาหารที่มีวิตามินบีหนึ่ง ทำให้เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ซดตามปลายมือปลายเท้า ขาลีบเรียวกล้ามเนื้อไม่ทำงาน เหนื่อยง่าย

2.3 โรคแผลที่มุมปาก หรือโรคปากนกกระจอก เกิดจากการขาดวิตามินบีสอง ทำให้มุมปากแตกเป็นแผลทั้งสองข้าง ริมฝีปากแห้ง ลิ้นอักเสบ ผิวหนังมุมงอกด้านนอกอักเสบและแตก

2.4 โรคเลือดออกตามไรฟัน เกิดจากการขาดวิตามินซี เป็นผลให้ผิวหนังซีด เหงือกบวมแดง มีเลือดออกตามไรฟัน น้ำหนักลด ปวดในข้อ

2.5 โรคโลหิตจาง เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก ขาดโปรตีน ขาดวิตามินบีสิบสอง ร่างกายเสียเลือดมาก หรือเป็นโรคพยาธิลำไส้ ทำให้มีอาการซีด เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย หงุดหงิด เล็บบางเปราะ

2.6 โรคคอพอก เกิดจากการขาดเกลือไอโอดีน ทำให้ต่อมธัยรอยด์ที่คอโต เป็นผลให้มีอาการหายใจและกลืนอาหารลำบาก

2.7 โรคอ้วน เกิดจากการรับประทานอาหารมากเกินไป หรือเกิดความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ในร่างกาย ทำให้ร่างกายมีไขมันสะสมใต้ผิวหนังมาก เคลื่อนไหวไม่คล่องตัว เชื่องช้า

2.8 โรคฟันผุ เกิดจากจุลินทรีย์หลายชนิดในปากเจริญเติบโตโดยอาศัยน้ำตาลจากเศษอาหารที่ค้างอยู่ในปาก เพราะไม่รักษาสุขภาพในช่องปากที่ดีพอ ทำให้เกิดกรดกัดกร่อนฟันทำให้ฟันผุเป็นรู → ๑, ๒๓, ๒๖

เนื่องจากเด็กเหล่านี้ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่โรงเรียน ซึ่งมีเด็กนักเรียนเป็นจำนวนมาก โอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อจึงมีมาก และโรคติดต่อสำคัญที่พบอยู่เสมอ ได้แก่

2.9 โรคกลาก มีสาเหตุมาจากเชื้อรา มีลักษณะเป็นสีแดงและมีเม็ดเล็กๆ เป็นผื่นวงกลม ล้อมรอบ ตรงกลางเป็นขุยคล้ายๆ หนังกอก มีอาการคัน

2.10 โรคเกลื้อน มีสาเหตุจากเชื้อรา ทำให้ผิวหนังมีลักษณะเป็นด่างและดวง เป็นขุย บางๆ ไม่มีขอบ ไม่มีอาการคัน

2.11 โรคหัดเกิดจากเชื้อไวรัส มีไข้ต่ำๆ มีผื่นขึ้นตามตัว และมีตุ่มขาวเล็กๆ ที่กระพุ้งแก้ม

2.12 โรคไขหวัดเกิดจากเชื้อไวรัส ทำให้มีน้ำมูก มีไข้ ไอ จาม

2.13 เหา เป็นเชื้อปรสิต คุดเลื้อยจากหนังศีรษะ ทำให้มีอาการคันศีรษะ ถ้าเกามากอาจติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนได้

นอกจากนี้แล้วภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญของเด็กวัยเรียนอีกประการหนึ่งคือ อุบัติเหตุ เนื่องจากพัฒนาการตามวัย ทำให้พวกเขาสามารถมีกิจกรรมต่างๆ ได้เพิ่มมากขึ้น ดังนั้นการเลี้ยงดูและสภาพแวดล้อมจึงต้องดูแลให้มีความปลอดภัยให้มากที่สุด

## การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย: โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

เด็กวัยนี้ เป็นวัยที่อยู่ในโรงเรียนเป็นส่วนใหญ่ กิจกรรมการดูแลเด็กวัยนี้จึงมุ่งไปที่โรงเรียน ซึ่งตามนโยบายขององค์การอนามัยโลกที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การส่งเสริมสุขภาพตามสถานที่ (setting) เช่น บริเวณที่อยู่อาศัย ในที่ทำงาน ที่โรงพยาบาล และโรงเรียนก็เป็นสถานที่หนึ่งที่สำคัญมากแห่งหนึ่งที่จะเป็นแหล่งที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพให้นักเรียน บุคลากรในโรงเรียน ตลอดจนชุมชนที่อยู่รอบข้างโรงเรียน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดกลยุทธ์ที่สำคัญเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และดูแลเด็กวัยเรียนขึ้น คือกลยุทธ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง โรงเรียนที่มีการพัฒนาขีดความสามารถตลอดเวลา เพื่อให้โรงเรียนเป็นสถานที่ที่มีสุขลักษณะที่ดี เพื่อการเรียนรู้ การทำงาน และการเป็นที่อยู่อาศัยของนักเรียน ครู บุคลากรอื่นในโรงเรียน ตลอดจนชุมชนรอบข้าง เพราะถือว่าทุกคนมีส่วนเสริมหรือบั่นทอนสุขภาพต่อกัน ตลอดจนมีผลต่อการสัมฤทธิ์ทางการศึกษาของเด็กนักเรียน (บวร งามศิริอุดม, 2543, หน้า 21) การส่งเสริมให้เด็กได้อยู่ในโรงเรียนที่มีสิ่งแวดล้อมที่ดี ที่เอื้อและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะมีผลให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีติดตัวต่อไปจนเป็นนิสัย ส่งผลให้มีสุขภาพดีเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่แข็งแรง มีคุณภาพเป็นกำลังที่เข้มแข็งของประเทศต่อไป โรงเรียนจึงควรเป็นสถานที่สร้างสุขภาพที่สำคัญที่ทุกคนควรให้ความสำคัญ

จากเอกสารในการประชุมนานาชาติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพครั้งที่ 4 จัดขึ้น ณ กรุงจาการ์ตา ประเทศอินโดนีเซีย องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นสถานที่ซึ่งทุกคนในโรงเรียน ร่วมกันจัดโครงสร้าง และ ประสพการณ์ผสมผสานเชิงบวก เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และปกป้องสุขภาพของนักเรียน กิจกรรมนี้ประกอบด้วย การเรียนรู้เรื่องสุขภาพทั้งในและนอกหลักสูตร การจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อสุขภาพ การจัดให้มีการบริการที่เหมาะสม รวมทั้ง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน องค์ประกอบที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพมี 6 ประการ คือ

1. นโยบายสุขภาพของโรงเรียน เป็นทิศทางที่ประกาศใช้อย่างชัดเจนและครอบคลุมทั้งโรงเรียนซึ่งจะส่งผลต่อกิจกรรมต่างๆ ในโรงเรียน และการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ



2. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน หมายถึง อาคาร สนาม เครื่องมือ และอุปกรณ์ต่างๆ รวมทั้งพื้นที่รอบๆ โรงเรียน สุขาภิบาลและน้ำสะอาด

3. สิ่งแวดล้อมทางสังคมของโรงเรียน เกิดจากความสัมพันธ์ที่ีระหว่างทุกคนที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียน ไม่ว่าจะเป็นครู นักเรียน ผู้ปกครอง ครูอาวุโส เจ้าหน้าที่ทางการศึกษา ตลอดจนบุคคลในชุมชนซึ่งจะเป็นแบบอย่างทางด้านเจตคติและค่านิยมที่ดีสำหรับทุกคนในโรงเรียนด้วยพฤติกรรมที่แสดงออกมา

4. ความสัมพันธ์ของโรงเรียนกับชุมชนเป็นความเชื่อมโยงระหว่างโรงเรียนกับครอบครัวของนักเรียน และผู้นำชุมชน ซึ่งให้การสนับสนุน การส่งเสริมสุขภาพ โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเป็นสถานที่ที่ผู้ปกครองสามารถให้คำปรึกษาและมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

5. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลด้านสุขภาพโรงเรียน มีการจัดกิจกรรมในหลักสูตร และกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อให้นักเรียนได้รับความรู้ ทักษะคตติ ความเข้าใจ และทักษะในเรื่องสุขภาพเป็นผลให้นักเรียนมีความเป็นตัวของตัวเอง และมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและชุมชน

6. บริการสุขภาพในโรงเรียน เป็นบริการขั้นพื้นฐานตามความจำเป็นของแต่ละท้องถิ่นที่โรงเรียนจัดให้แก่ักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน โดยความร่วมมือและการสนับสนุนของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ในการประชุม Intercountry Consultation on Health Promoting Schools ณ ประเทศไทยเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2540 คณะผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก ได้เสนอองค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพิ่มเป็น 10 องค์ประกอบ โดยเน้นประเด็นการส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญออกมาให้ชัดเจนยิ่งขึ้น(กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2545) ดังนี้

1. นโยบายของโรงเรียน
2. อนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน
3. การให้บริการอนามัยโรงเรียน
4. การบริหารจัดการในโรงเรียน
5. การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางสังคม
6. สุขศึกษาในโรงเรียน
7. โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน
8. โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร
9. การออกกำลังกาย กีฬา และสันทนาการ
10. การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรของโรงเรียน

ในที่นี้จะขอกล่าวรายละเอียดเฉพาะการบริการอนามัยในโรงเรียน การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียนและชุมชน

## การบริการอนามัยในโรงเรียน (School Health Service)

การจัดบริการอนามัยในโรงเรียน มีความมุ่งหมายเพื่อการดำรงรักษาไว้และการปรับปรุงส่งเสริมสุขภาพ และสวัสดิภาพของนักเรียนให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ด้วยการทำกิจกรรมดังต่อไปนี้

### 1. การชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง (Weight and Height)

เป็นการตรวจสอบสุขภาพของนักเรียนว่า มีการเจริญเติบโตทางร่างกายเป็นไปตามปกติหรือไม่ ซึ่งสิ่งที่ควรคำนึงถึงคือ "เรื่องอาหาร" นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่นๆ เช่น พยาธิ ความผิดปกติของระบบการย่อย และการดูดซึมอาหาร เป็นต้น

#### 1.1 การชั่งน้ำหนัก มีวิธีการดังนี้

1.1.1 ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องชั่งน้ำหนัก

1.1.2 ให้นักเรียนถอดรองเท้า และเสื้อผ้าที่หนัก ๆ ออกก่อน

1.1.3 ให้นักเรียนยืนตรงกลางเครื่องชั่งเต็มทั้งสองเท้าข้างหนึ่งๆ เมื่อเข็มชี้ตัวเลขไม่

เคลื่อนไหวแล้วจึงอ่านและจดลงในแบบบันทึก

#### 1.2 การวัดส่วนสูง มีวิธีการดังนี้

1.2.1 ติดตั้งเครื่องวัดส่วนสูงให้เรียบร้อยเสียก่อน พื้นที่จะให้นักเรียนยืนควรเรียบ ถ้าเป็นพื้นดินขรุขระควรปรับระดับดินให้เรียบร้อยเสียก่อน หรือใช้ไม้กระดานรองก็ได้

1.2.2 ก่อนการวัด ให้นักเรียนถอดรองเท้าและถุงเท้าเช่นเดียวกัน นักเรียนหญิงให้ถอดโบว์ ที่คาดผมหรือที่มีวนผมบนศีรษะออกก่อน

1.2.3 วัดส่วนสูงในท่ายืนตรง เข้าตั้ง ยึดคอ ไหล่ผาย แขนทั้งสองข้างปล่อยตามสบาย เหยงหน้า ตามองตรง เท้าชิดกัน โดยให้สันเท้า ตะโพก กระดูกสะบักและท้ายทอยชิดเครื่องวัด

1.2.4 วางไม้บรรทัดลงบนศีรษะ ให้ตั้งฉากกับเครื่องวัดตรงส่วนสูงของศีรษะพอดี ไม่กดลง

1.2.5 ให้เด็กเคลื่อนตัวออกไปให้พ้นเครื่องวัด แล้วจึงอ่านตัวเลขและจดลงในแบบบันทึก

น้ำหนักและส่วนสูงที่วัดได้ไปเทียบกับค่ามาตรฐานในเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทยอายุ 1 วัน-19 ปีของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข(รายละเอียดในภาคผนวก) และควรเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง นักเรียนที่มีน้ำหนักและส่วนสูงผิดปกติ ควรตรวจหาสาเหตุเพื่อหาแนวทางแก้ไข รวมทั้งควรมีการติดตามประเมินผลด้วยการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงอย่างน้อยเดือนละครั้ง

## 2. การตรวจสายตา (Vision Screening)

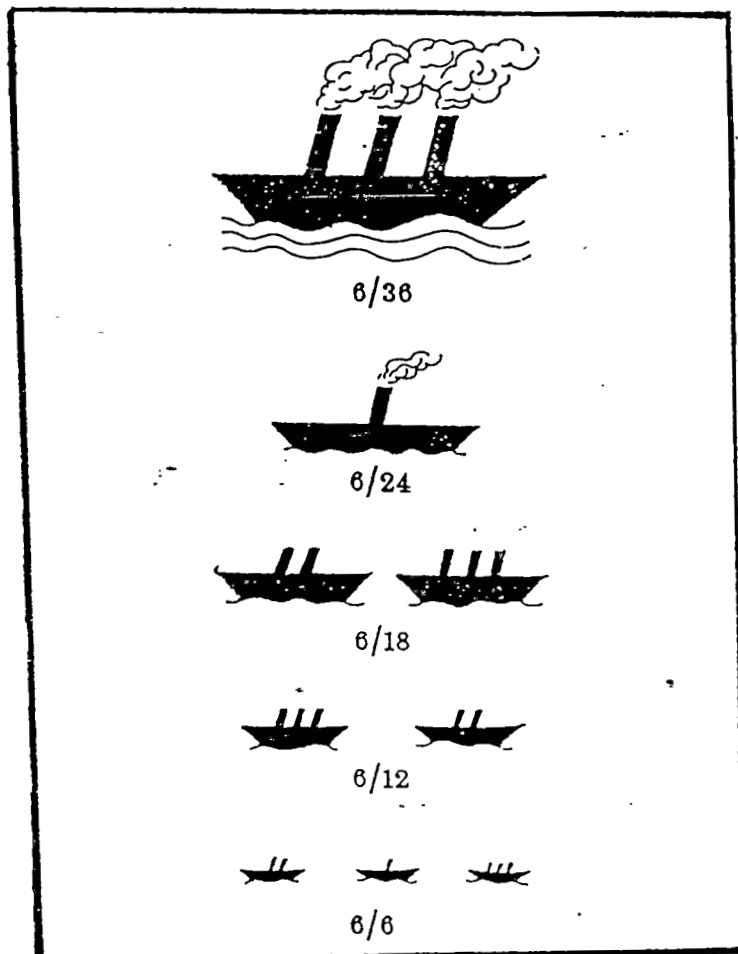
สายตาเป็นสิ่งสำคัญมากสำหรับการศึกษาล่าเรียน นักเรียนจึงควรได้รับการตรวจสายตาเป็นประจำทุกปีหรือตรวจในรายที่ครูสังเกตว่านักเรียนคนนั้นอาจมีความผิดปกติทางสายตา ทั้งนี้เพื่อค้นหาและให้การช่วยเหลือเด็กที่มีสายตาผิดปกติ ให้ได้รับการตรวจรักษาหรือแก้ไขต่อไป

ผู้ที่ทำการตรวจสายตาอาจเป็นครู พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่อื่นๆ ที่ได้รับการฝึกฝนวิธีการตรวจสายตามาแล้ว การทดสอบสายตาด้วยวิธีนี้ ใช้ทดสอบเฉพาะในกรณีสายตาสั้นเท่านั้น สายตายาวหรือสายตาผิดปกติอย่างอื่นไม่สามารถใช้วิธีนี้ทดสอบได้

การตรวจวัดสายตา มีวิธีการดังนี้

### 2.1 จัดหาแผ่นทดสอบสายตา ที่นิยม คือ

2.1.1 แผ่นทดสอบสายตาแบบแฮมบลิน(Hamblin's Test) ใช้รูปแบบเรือกลไฟชนิดมีปล่องไฟเป็นสัญลักษณ์ มีระยะ 6, 12, 18, 21, 36 เมตร วิธีทดสอบใช้นับปล่องไฟตามที่เห็น เหมาะสำหรับเด็กเล็กที่ยังอ่านหนังสือไม่ออก แต่นับเลขได้ ดังแสดงในภาพที่ 1-1



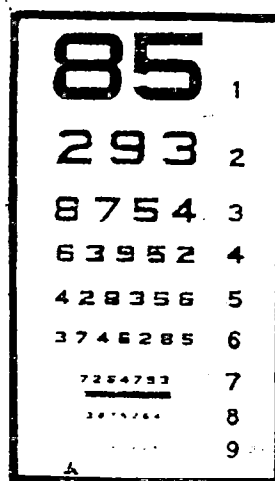
ภาพที่ 1-1 แผ่นทดสอบสายตาแบบแฮมบลิน(Hamblin's test)

## 2.1.2 แผ่นทดสอบสายตาแบบสเนลเลน (Snellen's Test) แบ่งเป็น 2 ชนิด

2.1.2.1 แบบตัว E (E-chart) แผ่นทดสอบแบบนี้เหมาะสำหรับนักเรียนชั้นประถมปีที่ 3 ลงมาและในปัจจุบันกองอนามัยโรงเรียน กรมอนามัย นิยมใช้แผ่นทดสอบสายตาแบบนี้แทนแบบอื่นๆ ดังตัวอย่างในภาพที่ 1-2

2.1.2.2 แบบตัวอักษร หรือตัวเลขหลายตัวสลับกัน (multiple letter chart) ซึ่งเป็นแผ่นทดสอบสายตาที่ใช้ทดสอบนักเรียนที่อ่านหนังสือออกแล้ว ดังตัวอย่างในภาพที่ 1-3

แผ่นทดสอบดังกล่าวจะมีแถว 7 แถว แต่ละแถวแสดงถึงระยะที่คนปกติสามารถอ่านอักษรแถวนั้นๆ ได้ ที่ระยะ 6, 9, 12, 18, 24, 36 และ 60 เมตร



ภาพที่ 1-2 แบบตัว E (E - chart)

ภาพที่ 1-3 แบบตัวอักษรหรือตัวเลขหลายตัวสลับกัน (multiple letter chart)

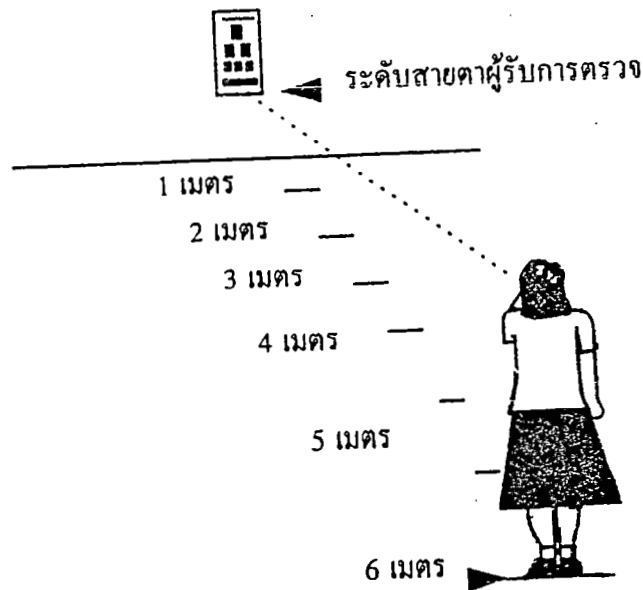
2.2 เตรียมสถานที่ โดยจัดหาห้องหรือสถานที่ซึ่งมีความยาวอย่างน้อย 6 เมตร มีพื้นที่ และแผ่นผ้าที่เรียบทึบ วัดระยะห่างจากฝาผนังเป็นระยะทาง 6 เมตร แล้วทำเครื่องหมายไว้ทุกระยะ 1 เมตร ติดแผ่นวัดสายตาที่ฝาผนังด้านตรงข้ามกับจุดที่นักเรียนจะยืนตรวจ โดยให้อักษรแถวสุดท้ายของแผ่นวัดอยู่ในระดับสายตาของนักเรียนโดยเฉลี่ย และต้องมีแสงสว่างที่พอเหมาะ ไม่สว่างจ้าจนทำให้ตานักเรียนพร่า หรือแสงสว่างน้อยเกินไปจนทำให้อ่านแผ่นทดสอบไม่ชัด ทำให้เข้าใจผิดว่านักเรียนมีสายตาไม่ปกติ ตามธรรมดาแสงสว่างควรมีประมาณ 30-50 ฟุตแรงเทียน และผ่านเข้าทางด้านหลังของเด็ก

2.3 เตรียมนักเรียน โดยการอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการตรวจ กล่าวคือ นักเรียนต้องใช้แผ่นกระดาษบังตาหรือใช้อุ้งมือปิดตาเพื่อวัดสายตาที่ละข้าง (ไม่ใช้ฝ่ามือกดลงบนตา เพราะจะทำให้ตาพร่าเมื่อเปิดตา) ถ้าใช้แผ่นทดสอบแบบเรืองกลไฟ ให้นำจำนวนปล่องไฟโดยให้นักเรียนชูนิ้วมือตามที่มองเห็น ถ้าใช้แบบตัวอักษรหรือตัวเลขหลายตัวสลับกัน ให้นักเรียนอ่านออกเสียงดังๆ และถ้าใช้ชนิดตัวอักษร E ให้นักเรียนพลิกตัวอักษร E หันให้ถูกต้องตามที่ผู้ทดสอบชี้ เมื่อนักเรียนเข้าใจแล้วจะทำให้การตรวจสะดวกและรวดเร็วขึ้น

2.4 ให้นักเรียนเข้ามาตรวจทีละคน โดยยืนเส้นเท้าขีดเส้นที่ทำเครื่องหมายไว้ในระยะ 6 เมตร ส่วนผู้ตรวจไปยืนข้างแผ่นทดสอบเพื่อชี้ตัวอักษรหรือเครื่องหมายบนแผ่นวัดสายตา และควรชี้สลับตัวกันบ้างเพื่อมิให้นักเรียนท่องจำมาบอก (กรณีแบบวัดเป็นแบบตัวอักษรหรือตัวเลขหลายตัวสลับกัน)

สำหรับผู้ที่มีแว่นตาให้ถอดแว่นสายตาวัดก่อน แล้วจึงทำการวัดโดยใส่แว่นอีกครั้งหนึ่งเพื่อเป็นการตรวจสอบว่าแว่นสายตาของนักเรียนที่สวมเหมาะสมกับสายตารปัจจุบันหรือไม่

2.5 ทำการทดสอบสายตาข้างขวาก่อน (ตามหลักสากล) โดยให้นักเรียนอ่านตั้งแต่แถวบนสุดลงมาเรื่อย ๆ ในแต่ละแถว ถ้านักเรียนอ่านได้ถูกต้องมากกว่าครึ่งหนึ่งให้ถือว่า "อ่านผ่าน" ในแถวนั้น ตัวอย่างเช่นแถวล่างสุด (ระยะ 6 เมตร) มีอักษรตัว E 7 ตัวอ่านได้ถูกต้อง 4 ตัวตัดสินว่า "อ่านผ่าน" หรือแถวระยะ 9 เมตรมีอักษรตัว E 6 ตัวอ่านได้ถูกต้อง 3 ตัวตัดสินว่า "อ่านไม่ผ่าน" เนื่องจากอ่านได้ถูกต้องไม่มากกว่าครึ่งหนึ่ง ในกรณีที่ "อ่านไม่ผ่าน" นี้ควรให้ผู้ถูกทดสอบอ่านซ้ำอีก 1-2 ครั้ง ถ้ายังอ่านผิดเช่นเดิมถือว่าไม่ผ่านการทดสอบในแถวนั้น และให้ถือว่านักเรียนมีความสามารถในการมองเห็นอยู่ที่แถวสุดท้ายที่นักเรียนสามารถอ่านได้ผ่าน แต่หากนักเรียนยืนที่เส้นระยะ 6 เมตรแล้วไม่สามารถอ่านแถวบนสุด (ระยะ 60 เมตร) ซึ่งเป็นแถวแรกที่เริ่มทำการทดสอบได้ ก็ไม่ต้องทำการทดสอบอีกต่อไปแต่ให้นักเรียนเขยิบเข้าไปยืนที่เส้นระยะ 5 เมตรแล้วเริ่มอ่านอักษรแถวบนสุดใหม่ ในกรณีที่ยังไม่สามารถอ่านได้อีกให้เขยิบเข้าไปใกล้แผ่นทดสอบสายตาทีละเมตร ที่ระยะ 4, 3, 2, และ 1 เมตรตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติจริงนักเรียนที่ต้องทำการทดสอบมีเป็นจำนวนมาก เพื่อการประหยัดเวลาที่ใช้ตรวจแต่ละคนให้น้อยลง จึงมักเริ่มต้นให้นักเรียนอ่านที่อักษรแถวล่างสุด (ระยะ 6 เมตร) ของแผ่นทดสอบก่อนและถือว่าความสามารถในการมองเห็นของนักเรียนอยู่ที่แถวแรกที่นักเรียนสามารถอ่านได้ผ่าน ดังแสดงภาพวิธีการสายตา ดังภาพที่ 1-4



ภาพที่ 1-4 แสดงการตรวจสายตา

2.6 การบันทึกผล ให้บันทึกผลความสามารถในการมองเห็น(visual acuity: V.A) ลงในบัตรสุขภาพประจำตัว โดยจดบันทึกเป็นเศษส่วน

เศษ หมายถึง ระยะที่นักเรียนยืนวัดสายตา

ส่วน หมายถึง ระยะทางที่คนปกติสามารถอ่านอักษรแถวนั้นได้

ตัวอย่าง :

นักเรียนยืนที่เส้น 6 เมตร "อ่านผ่าน"จนถึงอักษรแถวล่างสุด (6 เมตร) บันทึก 6/6

หมายความว่า:

สายตาของนักเรียนที่ยืนอยู่ห่างระยะ 6 เมตรนี้ สามารถมองเห็นได้เท่ากับสายตาคนปกติที่ยืนห่างในระยะ 6 เมตร

นักเรียนยืนที่เส้น 5 เมตร "อ่านผ่าน"ที่อักษรแถวบนสุด (60 เมตร) เพียงแถวเดียว บันทึก 5/60

หมายความว่า:

สายตาของนักเรียนที่ยืนอยู่ห่างระยะ 5 เมตรนี้ สามารถมองเห็นได้เท่ากับสายตาคนปกติที่ยืนห่างในระยะ 60 เมตร

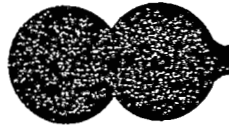
## 2.7 การแปลผล ผลการทดสอบสายตาที่ถือว่าผิดปกติคือ

2.7.1 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 ที่มีความสามารถในการมองเห็นต่ำตั้งแต่ 6/12 ลงมา

2.7.2 นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีความสามารถในการมองเห็นต่ำตั้งแต่ 6/9 ลงมา

นักเรียนที่มีสายตาผิดปกติควรได้รับการทดสอบสายตาต่อด้วยการมองผ่านรูเล็กๆ คล้ายรูเข็ม ที่เรียกว่า pin-hole (ตัวอย่างดังแสดงในภาพที่ 1-5) อีกครั้ง หากผลการทดสอบพบว่าสามารถมองเห็นได้ดีขึ้นกว่าเดิมตั้งแต่ 2 แถวขึ้นไป แสดงว่าสายตานั้นนักเรียนอาจมีปัญหาเกี่ยวกับการหักเหของแสง(refraction error) เช่น สายตาสั้น ยาวหรือเอียง ซึ่งอาจพิจารณาแก้ไขได้ด้วยแว่นสายตา แต่หากความสามารถในการมองเห็นดีขึ้นน้อยกว่า 2 แถว แสดงว่าอาจมีความผิดปกติเกี่ยวกับโรคตาซึ่งต้องได้รับการตรวจด้วยเครื่องมือที่ละเอียดต่อไป

นักเรียนที่มีความผิดปกติของสายตาเหล่านี้ควรแจ้งให้ผู้ปกครองทราบ เพื่อส่งให้จักษุแพทย์ตรวจต่อไป แต่ในระหว่างขอรับความช่วยเหลือนี้ครูควรช่วยเหลือขั้นแรกโดยจัดให้นักเรียนเลื่อนไปนั่งแถวหน้าชั่วคราวก่อน



ภาพที่ 1-5 แผ่น pin - hole

## 3. การทดสอบการได้ยิน (Hearing Test)

นักเรียนควรได้รับการทดสอบอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง นักเรียนที่มีความผิดปกติทางหู เช่น หูตึง หูหนวก ประสาทหูไม่ดี จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านต่างๆ ทั้งการพูด การนั่ง การอ่านและการเขียน เสียไปด้วย ทำให้ครูและผู้ปกครองเข้าใจผิดคิดว่าเด็กไม่สนใจเรียน ไม่ฉลาด

มีการทดสอบง่าย ๆ ที่เจ้าหน้าที่หรือครู สามารถทำได้โดยง่าย คือ

3.1 วิธีกระซิบ (Whispering Test) เป็นการทดสอบโดยให้นักเรียนพูดตามเสียงกระซิบที่ได้ยินเป็นคำๆ หรือประโยคสั้นๆ

3.2 วิธีทดสอบด้วยเสียงนาฬิกา (Watch Test) เป็นการทดสอบการได้ยินโดยใช้เสียงนาฬิกา ซึ่งวิธีนี้จะช่วยแก้ปัญหาความไม่สม่ำเสมอของเสียงที่ทดสอบแบบวิธีกระซิบได้ แต่อย่างไรก็ตามการตรวจหูด้วยวิธีทั้งสองไม่เป็นที่นิยมใช้ในปัจจุบันเนื่องจากไม่สามารถบอกความผิดปกติของหูได้แน่นอน

**3.3 วิธีทดสอบด้วยเครื่อง Audiometer** เป็นการทดสอบการได้ยินที่ได้ผลแน่นอนกว่า ซึ่งในปัจจุบันมีใช้ทั่วไปทั้งในโรงพยาบาล คลินิกและตามสถานอนามัย การทดสอบการได้ยินวิธีนี้เป็น การหาค่าความเข้มของเสียงที่น้อยที่สุดที่ผู้ถูกทดสอบสามารถได้ยินได้ ด้วยการปล่อยความดัง (loudness) ของเสียงที่ความถี่ (frequency) ต่างๆ ผลการทดสอบที่ถือว่าปกติคือสามารถเริ่มได้ยินเสียง ที่ความดังไม่เกิน 25 เดซิเบล ที่ความถี่ 500, 1000, 2000 และ 4000 เฮิรท์

#### 4. การตรวจสุขภาพ (Health Examination or Health Inspection)

มีความมุ่งหมายเพื่อค้นหาความบกพร่องทางด้านสุขภาพของนักเรียน ให้ทราบเสียตั้งแต่ แรกเริ่มเพราะจะช่วยให้การรักษาเป็นไปได้ง่าย ร่างกายนักเรียนจะได้ไม่ทรุดโทรมหรือถึงกับพิการ และเป็น การป้องกันมิให้โรคติดต่อแพร่กระจายออกไป รวมทั้งยังช่วยจิตใจหรือกระตุ้นให้นักเรียนเกิด ความสนใจที่จะรักษาสุขภาพของตนเอง

ผู้ที่ทำการตรวจสุขภาพนักเรียน ได้แก่ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครู เมื่อ ตรวจแล้วจะลงบันทึกไว้ในบัตรบันทึกสุขภาพประจำตัวของนักเรียน การตรวจสุขภาพนักเรียน โดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักเรียนควรจะได้รับบริการทุกคนปีละครั้งเป็นอย่างน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งนักเรียนเข้าใหม่ สำหรับการตรวจสุขภาพนักเรียนโดยครูนั้น สามารถตรวจ สุขภาพนักเรียนได้ทั้งในตอนเข้าก่อนเข้าเรียน สังเกตความผิดปกติขณะอยู่ในชั้นเรียน และการตรวจ สุขภาพเป็นครั้งคราวตามความเหมาะสม

ในการตรวจสุขภาพนั้น เพื่อให้เห็นส่วนต่างๆของร่างกายที่จะตรวจได้ชัดเจนและ รวดเร็วจึงมีข้อแนะนำในการปฏิบัติดังนี้

4.1 แจ้งให้นักเรียนทราบวัตถุประสงค์ของการตรวจ

4.2 ให้นักเรียนทุกคนพับแขนเสื้อขึ้น ปลดกระดุมที่หน้าอกออก 2 เม็ด ถอดรองเท้า ถู กเท้า ถ้าเป็นนักเรียนชายให้ถอดเสื้อได้ยั้งดี

4.3 ทำท่าต่าง ๆ ให้นักเรียนดู พร้อมทั้งให้นักเรียนลองทำตาม ดังนี้

ท่าที่ 1 ยืนมือออกไปข้างหน้าให้สุดแขนทั้งสองข้าง คว่ำมือ กางนิ้วทุกนิ้ว เพื่อเป็น การกระระยะให้นักเรียนอยู่ห่างจากผู้ตรวจพอเหมาะ

ท่าที่ 2 ทำท่าต่อเนื่องจากท่าที่ 1 คือ พลิกมือ หงายมือ

ขณะนักเรียนทำท่าที่ 1 และ 2 ให้สังเกตจุดตลอดบริเวณแขน มือ ฝ่ามือ ง่ามนิ้ว ในเรื่อง ความสะอาด ความผิดปกติหรือพิการ การเคลื่อนไหว เช่น

- เล็บยาว สกปรก
- ผิวมีผื่นแดง บวม จีไคล
- ตุ่มเม็ดเล็ก ๆ มีน้ำใส ๆ ตามง่ามนิ้ว



- ท่อนแขนโค้งงอผิดปกติ

- แขนยึดไม่ได้ เป็นต้น

ทำที่ 3 งอแขนพับข้อศอก ใช้นิ้วแตะเปลือกตาด้านล่างเบาๆ ดึงลงพร้อมกับเปลือกตาขึ้นลง แล้วจึงกรอกตาไปทางข้างขวาและซ้าย สังเกตความผิดปกติของเยื่อตา ลูกตา แก้วตา ม่านตา เปลือกตา คิ้ว เช่น

- ดวงตาแดง มีขี้ตา

- เป็นเม็ดหนองอักเสบที่เปลือกตา เป็นต้น

ทำที่ 4 ใช้มือทั้งสองข้างดึงคอเสื้อออกให้กว้าง หมุนตัวซ้ายและขวาเล็กน้อย สังเกตบริเวณคอทั้งด้านหน้าและด้านหลังเพื่อดูความผิดปกติของผิวหนัง ต่อมเหงื่อ และต่อมไทรอยด์ในบริเวณนี้ เช่น

- ผิวหนังเป็นวงๆ สีขาวๆ ลักษณะเรียบ

- ผิวหนังสกปรก มีขี้ไคล

- บริเวณคอด้านหน้าบวม โตผิดปกติ เป็นต้น

ทำที่ 5 สำหรับนักเรียนหญิง ใช้มือขวาเปิดผมไปตัดไว้ด้านหลังหูขวา และหันหน้าไปทางซ้าย ส่วนนักเรียนชายให้หันหน้าไปทางซ้ายเท่านั้น

ทำที่ 6 ในท่าเดียวกัน นักเรียนหญิงใช้มือซ้ายเปิดผมไปตัดไว้ด้านหลังหูซ้าย หันหน้าไปทางขวา ส่วนนักเรียนชายให้หันหน้าไปทางขวาเท่านั้น

ทำที่ 5 และ 6 สังเกตไข้เหา ความผิดปกติของช่องหู ใบหู ผิวหนังรอบๆ ตลอดจนใบหน้าที่ซีกนั้น รวมทั้งบริเวณคอและใต้คาง เช่น

- มีไข่เหาบริเวณโคนเส้นผม

- มีน้ำหรือน้ำหนองไหลออกมาจากหู

- แก้มและคางบวม

- ต่อมเหงื่อหลังหูโต เป็นต้น

ทำที่ 7 กัดฟัน และยิ้มกว้างให้เห็นเหงือกเหนือฟันบนและใต้ฟันล่างให้เต็มที่ สังเกตดูที่ริมฝีปาก เหงือก ฟัน ว่ามีสิ่งผิดปกติหรือไม่ เช่น

- มีแผลที่มุมปาก ริมฝีปากแห้ง

- ฟันมีหินปูนจับ

- เหงือกบวมเป็นหนอง เป็นต้น

ท่าที่ 8 อ้าปากกว้าง แลบลิ้นยาว พร้อมทั้งร้อง "อา" ให้ศีรษะเอนไปข้างหลังเล็กน้อย ทำนี้ดูความคิดปกติของลิ้น จมูกทั้งภายนอกภายใน ตลอดจนการหายใจ และภายในช่องปาก ได้แก่ เยื่อบุช่องปาก เหงือกและฟันในส่วนใน ตลอดจนจนเพดานและคอ (วิธีการตรวจฟันให้ตรวจตามรายละเอียดในหัวข้อทันตสุขภาพ) ความคิดปกติที่อาจตรวจพบได้แก่

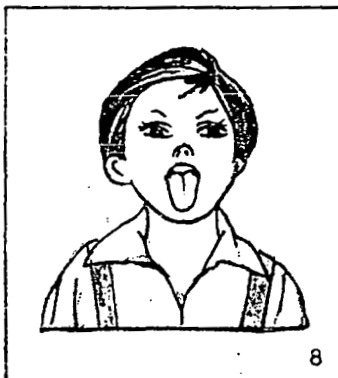
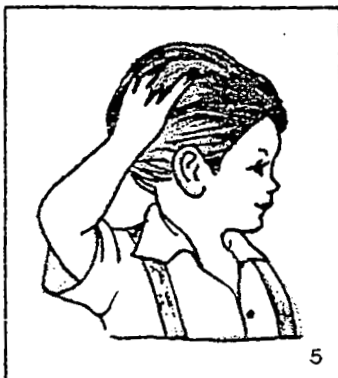
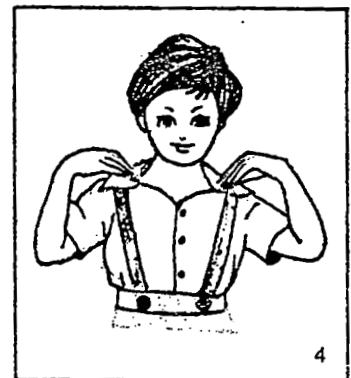
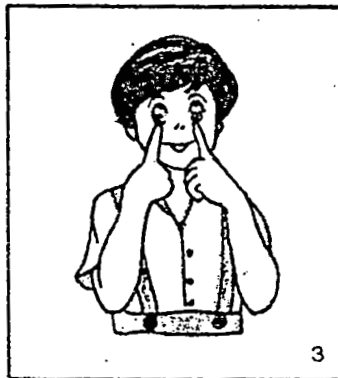
- ลิ้นแตก มีฝ้าขาว
- ฟันผุ
- น้ำมูกไหล
- หายใจไม่สะดวก
- ต่อมนทอนซิลโต
- เมื่อหุบปากกลืนน้ำลาย มีก้อนกลมๆ อยู่ตรงกลางลำคอด้านหน้า (ไทรอยด์)
- เลื่อนขึ้นลง เป็นต้น

ท่าที่ 9 สำหรับนักเรียนหญิง ให้แยกเท้าทั้งสองข้างห่างกันพอสมควร ใช้มือทั้งสองข้างจับกระโปรง ดึงขึ้นเหนือเข่าทั้งสองข้าง ส่วนนักเรียนชายเพียงแยกเท้าทั้งสองข้างให้ห่างกันเท่านั้น

ท่าที่ 10 นักเรียนหญิงชาย ซึ่งอยู่ในท่าที่ 9 แล้ว ให้กลับหลังหันสังเกตดูด้านหลังบั้น ให้เดินไปข้างหน้าประมาณ 4-5 ก้าว แล้วหันกลับเดินเข้าหาผู้ตรวจ

ทั้งสองท่านี้ เพื่อดูลักษณะที่ผิดปกติของโครงสร้างกระดูกและผิวหนังของขาทั้งสองข้าง ให้สังเกตส่วนโค้งของฝ่าเท้า นิ้วเท้า ง่ามนิ้ว เล็บเท้า ดูลักษณะหน้าแข้ง ด้านหลังดูข้อพับเข่า น่อง เลยลงมาถึงสันเท้าและบริเวณผิวหนัง โดยสังเกตลักษณะของเส้นโลหิตในบริเวณนั้นด้วย นอกจากนี้ การเดินเข้ามาและเดินกลับไปทำให้เห็นลักษณะการเดิน ทรวดทรงและความกระปรี้กระเปร่า แจ่มใส ว่าสมวัยเพียงใด มีอะไรที่ผิดปกติที่น่าสังเกตบ้าง ทำการตรวจทั้ง 10 ท่าแสดงได้ดังภาพ ที่ 1-6

4.4 ให้นักเรียนลองหัดทำงานเห็นว่าเข้าใจดีแล้ว จึงทำการตรวจสุขภาพนักเรียนทั้ง 10 ท่าทีละคน ซึ่งท่าตรวจร่างกายทั้ง 10 ท่านี้ จะช่วยให้ผู้ตรวจค้นหาความคิดปกติในระดับเบื้องต้นได้ โดยไม่จำเป็นต้องสัมผัสนักเรียน ซึ่งจะช่วยลดการนำเชื้อโรคจากนักเรียนคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้



ภาพที่ 1-6 ทำตรวจสอบสุขภาพนักเรียน  
 ที่มา: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2536.

## 5. ทันตสุขภาพ

ปัญหาโรคเหงือกและฟันเป็นปัญหาที่พบมากในเด็กนักเรียนปัญหาหนึ่ง ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน บั่นทอนสุขภาพจิต และส่งผลถึงการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อการเรียน จากรายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ.2537 (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2537) พบว่า

1) ในกลุ่มเด็กอายุ 3 ปี มีโรคฟันผุในฟันน้ำนมร้อยละ 61.7 โดยมีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอด (DMFT) 3-4 ซึ่งต่อคน และฟันผุเกือบทั้งหมดเป็นฟันที่ยังไม่ได้รับการรักษา

2) ในกลุ่มเด็ก อายุ 6 ปี การผุของฟันน้ำนมจะสูงขึ้นเป็นร้อยละ 85.1 และมีค่าเฉลี่ย ฟันผุถอนอด (DMFT) 5.7 ซึ่งต่อคน ระยะนี้เด็กจะเริ่มเข้าสู่ระบบโรงเรียนและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรบริโภค เริ่มมีการขึ้นของฟันถาวร เด็กเกือบทุกคนจะมีฟันผุในช่องปาก เมื่อพิจารณาเฉพาะชุดฟันถาวรซึ่งเป็นฟันที่เริ่มขึ้นในอายุนี้ พบว่า ร้อยละ 11.1 ของเด็กมีฟันถาวรผุแล้ว

3) ในกลุ่มเด็กอายุ 12 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่เป็นตัวแทนในการเปรียบเทียบสภาวะโรคกับประเทศต่างๆ นั้น พบว่าร้อยละ 53.9 เป็นโรคฟันผุมีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนอด (DMFT) 1.6 ซึ่งต่อคน ลักษณะการผุส่วนใหญ่เป็นการผุที่ฟันกรามถาวรซี่ที่หนึ่งและเป็นฟันผุที่ไม่ได้รับการรักษา สภาวะเหงือกอักเสบกลุ่มนี้สูงถึงร้อยละ 75.3 ค่าเฉลี่ยส่วนในช่องปากที่มีเหงือกปกติมีเพียง 1.4 ส่วน เท่านั้น

4) ในกลุ่มอายุ 17-19 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มเยาวชน พบว่า ร้อยละของผู้มีฟันใช้งานได้ 28 ซึ่งมีเพียงร้อยละ 66.5 ซึ่งค่านี้นสะท้อนให้เห็นว่าในช่วงอายุที่ผ่านมา การบริการทันตกรรมที่เด็กได้รับจะเน้นการถอนฟันเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งมักจะไปรับบริการเมื่อฟันผุมากจนเกินรักษาไว้ไม่ได้

5) ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี และกลุ่มอายุ 60-74 ปี พบว่าปัญหาโรคปริทันต์มากขึ้น โดยพบปัญหา ร้อยละ 57.6 ในกลุ่มอายุ 35-44 ปี และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 74.4 ในผู้สูงอายุ 60-74 ปี และพบว่ามีส่วนสูญเสียฟันทั้งปากในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 16.3

เนื่องจากโรคฟันผุและโรคปริทันต์เป็น โรคที่พบมากที่สุดของเด็กนักเรียนประถมศึกษา และจะส่งผลเสียถึงวัยผู้ใหญ่ จึงควรทำความเข้าใจกับโรคทั้งสองดังรายละเอียด ต่อไปนี้

### 5.1 โรคฟันผุ

โรคฟันผุเป็นโรคที่มีการทำลายเนื้อเยื่อแข็งของฟันส่วนที่โผล่ขึ้นมาในช่องปากให้สลายตัวเมื่อเป็นโพรงหรือรูขึ้น การทำลายนี้จะเป็นการถาวร คือร่างกายจะไม่สามารถซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายไปให้เป็นปกติเหมือนเดิม และหากไม่ได้รับการรักษา การผุทำลายจะลุกลามถึงโพรงประสาทฟัน จะปวดฟัน โพรงประสาทฟันติดเชื้อ อาจบวม เป็นหนอง และเชื้อโรคจะแพร่กระจายไปสู่อวัยวะต่างๆ ของร่างกายได้

614

ย 442 ก

ค. 2

189637

### 5.1.1 ขบวนการเกิดโรคฟันผุ

ขบวนการเกิดโรคฟันผุนั้นค่อนข้างจะยุ่งยากและซับซ้อน แต่อย่างไรก็ตามอาจสรุปเป็นขั้นตอนได้ง่ายๆ ดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 เชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่ในปากทำการย่อยน้ำตาลในปาก ทำให้เกิด กรด

ขั้นตอนที่ 2 กรดทำปฏิกิริยากับแร่ธาตุที่อยู่ในฟัน เกิดการสูญเสียแร่ธาตุออกไป

(demineralization) ทำให้เนื้อฟันอ่อนตัวและหลุดไป เกิดเป็นหลุมหรือโพรงขึ้น เรียกว่ารูผุของฟัน

เชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรคฟันผุ คือ เชื้อจุลินทรีย์ที่อาศัยอยู่ในแผ่นคราบซึ่งสะสมบนตัวฟันหรือเรียกว่าแผ่นคราบจุลินทรีย์

น้ำตาล ได้จากน้ำตาลที่ผสมอยู่ในอาหารและอาหารประเภทแป้งที่กินเข้าไป

กรด เชื้อจุลินทรีย์จะเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นกรดได้ในเวลาเพียงประมาณ 5 นาทีเท่านั้น

แผ่นคราบจุลินทรีย์ มีลักษณะเป็นคราบบางๆ สีและเหนียว มองไม่เห็นด้วยตาเปล่า ต้องข้อมด้วยสีบางชนิด เช่นการให้นักเรียนเคี้ยวเม็ดสีข้อมคราบจุลินทรีย์(basic fushin) ถ้ามีแผ่นคราบจุลินทรีย์จึงจะสามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน แผ่นคราบจุลินทรีย์จะติดแน่นบนผิวฟัน ไม่สามารถกำจัดออกได้ด้วยการบ้วนปากด้วยน้ำ กำจัดได้โดยการแปรงฟัน แผ่นคราบเกิดขึ้นได้โดยสารโปรตีนในน้ำลาย ทำหน้าที่คล้ายกาวยึดกลุ่มจุลินทรีย์ให้ติดบนผิวฟัน และเมื่อมีน้ำตาลอยู่ร่วมด้วยจะช่วยให้การเกิดเร็วขึ้น และมีความเหนียวในการยึดเกาะพอกพูนได้มากขึ้น

เมื่อเรารับประทานของหวาน โดยเฉพาะที่เหนียวติดฟันง่าย เช่น ขนมหวาน ท็อฟฟี่ น้ำอัดลม น้ำหวาน ฯลฯ แล้วปล่อยให้ติดค้างอยู่ในปาก น้ำตาลจากอาหารเหล่านี้จะซึมเข้าไป ในแผ่นคราบจุลินทรีย์โดยเฉพาะบริเวณที่ทำความสะอาดไม่ถึง เช่น ช่องลิ้นๆ คอฟันและซอกฟัน จากนั้นเชื้อจุลินทรีย์จะเปลี่ยนน้ำตาลให้เป็นกรด ซึ่งแรงพอที่จะทำลายเคลือบฟันได้ และทุกครั้งที่เรากินอาหารพวกนี้แล้ว ไม่ทำความสะอาดฟัน ก็จะเป็นการเพิ่มกรดทำให้เกิดฟันผุขึ้นได้

ปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดโรคฟันผุเมื่อพิจารณาสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุ พบว่ามีปัจจัยที่เข้ามามีส่วนร่วมในการเกิดโรคฟันผุ 4 ประการ ฟันผุจะเกิดขึ้นได้จะต้องมีปัจจัยดังกล่าวแล้วครบ ถ้าขาดอันใดอันหนึ่งก็จะไม่เกิดโรคฟันผุ การจะเกิดโรคฟันผุ ได้มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับลักษณะของปัจจัยเหล่านี้ กล่าวคือ

1) ลักษณะโครงสร้างของฟัน ฟันที่ถูกสร้างขึ้นมาอย่างสมบูรณ์จะมีลักษณะแข็งแรงเรียบเป็นเงา และทนทาน แต่ถ้าฟันถูกสร้างขึ้นมาอย่างไม่สมบูรณ์ ปริมาณแร่ธาตุแคลเซียมที่สะสมในส่วนประกอบของฟันน้อยกว่าปกติจะทำให้ฟันนั้นมีลักษณะอ่อนนุ่ม ไม่ทนทาน เกิดฟันผุได้ง่าย

ลักษณะร่องและหลุมบนตัวฟัน (pit and fissure) โดยเฉพาะอย่างยิ่งบนด้านบดเคี้ยว ถ้ามีลักษณะลึกและแคบจะยิ่งเป็นที่เก็บกักเศษอาหาร หรือแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้เป็นอย่างดีจะทำให้เกิดการผุเร็วขึ้น

ปริมาณของฟลูออไรด์ที่มีอยู่ในชั้นเคลือบฟัน ถ้ามีฟลูออไรด์เป็นส่วนประกอบอยู่ จะทำให้มีความต้านทานต่อกรดที่จะละลายตัวฟันได้มากขึ้น ดังนั้น แปรงฟันด้วยยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์ผสมอยู่

ความสะอาดของตัวฟัน ถ้ามามักในช่องปากไม่สะอาด มีการสะสมของแผ่นคราบจุลินทรีย์จะทำให้จุลินทรีย์และเศษอาหารหมักหมมที่ตัวฟันมากขึ้น ฟันก็จะผุมากขึ้น

2) อาหาร อาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่มีลักษณะอ่อนและเหนียวติดฟันได้ง่าย จะเป็นอาหารอย่างดีของเชื้อจุลินทรีย์ ที่ใช้ในการเจริญเติบโตและเพิ่มจำนวนยิ่งถ้าเป็นอาหารที่มีรสหวานจัด จะยิ่งเพิ่มกรดที่จะไปทำลายเนื้อฟันมากขึ้น

ความบ่อยครั้งในบริโภค การกินอาหารบ่อยครั้งหรือมีอาหารอยู่ในปากเกือบตลอดเวลา เช่น การอมลูกอม หรือการกินของขบเคี้ยว ฟันจะผุมากขึ้นและรวดเร็วขึ้น

อาหารชนิดที่มีลักษณะเป็นกากมากหรือเป็นเส้นใย เช่น ผักหรือผลไม้ จะไม่มีใครติดฟัน และกลับมีส่วนช่วยในการทำ ความสะอาดฟัน เมื่ออาหารนั้นเสียดสีกับตัวฟัน

3) เชื้อจุลินทรีย์ในช่องปาก เชื้อจุลินทรีย์ที่จะทำให้เกิดโรคฟันผุ เชื้อเหล่านี้จะเพิ่มจำนวนได้ต่อเมื่อได้รับอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล ถ้าไม่มีอาหารที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโต จะทำให้เกิดฟันผุน้อยลง

4) เวลา การเกิดฟันผุนั้นจะไม่เกิดขึ้นที่ทันใด กรดที่เกิดขึ้นหลังจากกินอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล จะต้องสัมผัสกับผิวฟัน ระยะเวลาหนึ่ง และการทำลายของเนื้อฟันจะค่อยเป็นค่อยไป ดังนั้น ถ้าเราไม่ปล่อยให้กรดนั้นสัมผัสฟันได้เป็นเวลานาน ก็จะไม่เกิดโรคฟันผุขึ้น

### 5.1.2 ลักษณะอาการของโรคฟันผุ

1) โรคฟันผุระยะที่ 1 ลักษณะกรดเริ่มกัดกร่อนชั้นเคลือบฟัน ในระยะแรกมองเห็นการผุกร่อนไม่ชัดเจน อาจเป็นลักษณะสีดำๆ เทาๆ ตามร่องฟันที่เริ่มผุ ไม่มีอาการเจ็บปวดหรือเสียวฟัน

2) โรคฟันผุระยะที่ 2 ลักษณะเป็นการผุลุกลามต่อจากระยะที่ 1 การกัดกร่อนถึงชั้นเนื้อฟัน เห็นรูฟันที่ชัดเจน ลักษณะเป็นรูสีดำเทาบางที่ไม่มีสีดำหรือเทา อาจมีเศษอาหารติด การผุขั้นนี้ จะลุกลามเร็วกว่าระยะแรก เพราะชั้นเนื้อฟันแข็งน้อยกว่าชั้นเคลือบฟัน ระยะนี้จะมีอาการคือ จะรู้สึกเสียวฟันเมื่อกินของเย็นจัด หวานจัด ร้อนจัด

3) โรคฟันผุระยะที่ 3 ลักษณะเป็นการผุต่อจากระยะที่ 2 กรดทำลายเนื้อฟันจนทะลุถึงชั้นโพรงประสาทฟัน ลักษณะฟันผุจะเป็นโพรงใหญ่สีดำสกปรกมีกลิ่นบูดเน่าของเศษอาหารที่ติดอยู่ มีการอักเสบของเนื้อเยื่อภายในโพรงประสาทฟัน อาการปวดฟันอย่างรุนแรง อาจปวดตลอดเวลา หรือปวดเป็นพักๆ เคี้ยวอาหารลำบากระยะนี้ผู้ป่วยมักไปพบทันตแพทย์เพื่อรับการรักษา

4) โรคฟันผุระยะที่ 4 เชื้อโรคจะทำให้เกิดการเน่าตายของพวกเนื้อเยื่อภายในโพรงประสาทฟัน การรับความรู้สึกเจ็บปวดถูกทำลาย จึงไม่รู้สึกปวด แต่การเน่าจะลุกลามลงไปถึงกระดูก

ที่รองรับฟัน เกิดฝีหนองข้างใต้ มีการบวมปวดขึ้นมาอีก ฝีอาจจะทะลุออกมาที่เหงือกหรือข้างแก้มได้ ฟันโยก ระยะนี้เชื้อโรคจะลุกลามไปตามกระแสเลือดและน้ำเหลืองไปสู่อวัยวะอื่นได้

### 5.1.3 ผลเสียของการเกิดโรคฟันผุ เมื่อเกิดโรคฟันผุแล้วมีผลเสีย ดังนี้

5.1.3.1 เกิดความเจ็บปวดทรมาน อารมณ์เสียหงุดหงิด ทำงานไม่ได้เต็มที่

5.1.3.2 เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด เมื่อมีความเจ็บปวดที่ฟัน ผู้ป่วยมักเลี่ยงการบดเคี้ยวอาหารหรือเคี้ยวอาหารได้ไม่ละเอียด ทำให้กระเพาะอาหารต้องทำงานหนัก ย่อยอาหารไม่ได้.

5.1.3.3 มีกลิ่นปาก

5.1.3.4 เชื้อโรคกระจายสู่ส่วนอื่นๆ ของร่างกาย อาจทำให้เกิดอันตรายได้ ดังนี้  
แทรกซึมไปตามเนื้อเยื่อใกล้เคียง ทำให้บวมที่แก้ม ริมฝีปาก ใต้ตา คาง กระจายไปตามน้ำเหลือง เกิดการอักเสบตามข้อ กระจายไปตามกระแสโลหิต ทำให้อวัยวะต่างๆ อักเสบได้ ที่สำคัญ คือ เยื่อหุ้มสมอง ลิ้นหัวใจ เยื่อหุ้มปอดและไต

5.1.3.5 สูญเสียฟันและเสียบุคลิกภาพ

5.1.3.6 สูญเสียทางเศรษฐกิจ เสียทรัพย์สินและเวลา

## 5.2 โรคปริทันต์

โรคปริทันต์ หมายถึง โรคที่เกิดกับเนื้อเยื่อหรืออวัยวะรอบๆ ตัวฟัน ได้แก่ เหงือก เนื้อเยื่อปริทันต์(เยื่อยึดรากฟัน) กระดูกหุ้มรากฟัน ในระยะแรกที่เป็นโรคนี้จะไม่มีอาการใดๆ ต่อมาจะมีการทำลายอวัยวะเหล่านี้ ทำให้กระดูกหุ้มฟันละลายและเหงือกกร่น รากฟันโผล่ อาจมีอาการบวม ฟันโยกคลอนและหลุดไปที่สุด โรคนี้ชาวบ้านมักเรียกว่า โรครำมะนาด

### 5.2.1 สาเหตุของโรคปริทันต์ แบ่งได้เป็น 2 สาเหตุใหญ่ คือ

5.2.1.1 สาเหตุโดยตรง ที่ทำให้เกิดโรคปริทันต์ คือ สารพิษอันเป็นของเสียที่เกิดจากเชื้อจุลินทรีย์ที่อยู่ในแผ่นคราบจุลินทรีย์ สารพิษนี้จะถูกขับออกมาซึมไปตามขอบเหงือกทำให้เหงือกอักเสบบวมแดง และเนื้อเยื่อที่ยึดรากฟันฉีกขาด กระดูกหุ้มรากฟันละลายตัว ขบวนการทำลายนี้จะเป็นไปอย่างช้าๆ

ปัจจัยเสริมที่มีผลต่อการเกิดโรคปริทันต์คือ หินปูนหรือหินน้ำลายที่เกิดจากแผ่นคราบจุลินทรีย์ปกติน้ำลายมีแร่ธาตุ แคลเซียมและฟอสฟอรัสในปริมาณเล็กน้อยต่างกันไปในแต่ละคน แร่ธาตุเหล่านี้จะตกตะกอนรวมกับแผ่นคราบจุลินทรีย์แล้วค่อยๆ เปลี่ยนสภาพจากอ่อนนุ่มเป็นแข็ง ตามระยะเวลาของการพอกพูน ในที่สุดจับกันเป็นก้อนแข็ง เรียก หินปูนหรือหินน้ำลาย ซึ่งไม่อาจขจัดออกได้ด้วยการแปรงฟัน ความขรุขระของผิวหินปูนจะเป็นที่เกาะยึดของแผ่นคราบจุลินทรีย์ได้เป็นอย่างดี และความแข็งแรงของหินปูนจะบาดเหงือกที่อักเสบจากสารพิษของเชื้อจุลินทรีย์อยู่ตลอดเวลา จึงเป็นสาเหตุร่วมทำให้เกิดอาการอักเสบของเหงือกรุนแรงยิ่งขึ้น เยื่อยึดรากฟันและกระดูกหุ้มฟันจะถูก

ทำลายมากขึ้น ในที่สุดอาจเกิดเป็นหนองหรือที่เรียกทั่วๆ ไปว่ารามะนาด ทำให้ปากเหม็น ฟันโยกคลอน และหลุดร่วงไปในที่สุด

#### 5.2.1.2 สาเหตุทางอ้อม ได้แก่

1) การขาดสารอาหาร ร่างกายของคนเราควรจะได้รับสารอาหารครบถ้วน เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง การขาดสารอาหารที่มีผลกระทบต่อสุขภาพทั่วไปของร่างกาย ย่อมมีผลต่อเหงือกและกระดูกหุ้มรากฟันด้วย โดยเฉพาะการขาดวิตามินซี บี และดี

2) ฟันซ้อนเก ฟันเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ หรือลักษณะฟันผิดปกติทำให้ยากแก่การทำความสะอาด มีการสะสมของแผ่นคราบจุลินทรีย์และหินปูนบนตัวฟัน ซึ่งเป็นสาเหตุโดยตรงของโรคปริทันต์

3) การใส่ฟันปลอมไม่ถูกต้องลักษณะ อาจทำให้เกิดโรคเหงือกได้ เช่น ฟันปลอมชนิดถอดได้ที่ไม่พอดี มักจะมีเศษอาหารตกค้างอยู่ใต้ฟันปลอม เมื่อผู้ใส่ไม่เอาใจใส่ดูแลรักษาความสะอาดให้ดี นอกจากจะทำให้เป็นโรคปริทันต์แล้ว ฟันบริเวณนั้นๆ มักจะผุด้วย

4) การเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนของร่างกาย เมื่อร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากสภาวะบางอย่าง เช่น หญิงมีครรภ์ การเข้าสู่วัยหนุ่มสาว มักจะมีอาการเหงือกอักเสบร่วมด้วย

5) โรคที่สัมพันธ์กับระบบการทำงานของร่างกายบางโรค เช่น เบาหวาน มะเร็งเม็ดโลหิตขาว พบว่ามีอาการของโรคเหงือกร่วมด้วย

6) ลักษณะของอาหารที่รับประทาน ถ้าอาหารมีเนื้อ ละเอียดย่อยนุ่มติดฟันง่าย หรือมีส่วนผสมของน้ำตาลมาก จะมีผลต่อการสะสมแผ่นคราบจุลินทรีย์มากขึ้น

7) การเคี้ยวอาหารโดยใช้ฟันข้างเดียว จะทำให้ฟันข้างที่ไม่ได้ใช้ ไม่ได้รับการขัดสีจากอาหาร ทำให้แผ่นคราบจุลินทรีย์และหินปูนสะสมมากขึ้น

8) การหายใจทางปาก หรือมีริมฝีปากไม่สามารถปิดสนิท ทำให้เหงือกแห้ง ไม่มีน้ำลายมาอบเหงือกและการชะล้างสารพิษจากเชื้อจุลินทรีย์ไม่ดี

9) การระคายเคืองจากสารเคมี ซึ่งจะเกิดจากการแพ้สารเคมีหรือการใช้ยาผิดวิธี เช่น การใช้ยาเอสไพรินเป็นยาทาบริเวณเหงือก

10) การแปรงฟันที่ไม่ถูกต้องจะทำให้เหงือกเป็นแผลและร่นได้

#### 5.2.2 ลักษณะอาการและการลุกลามของโรคปริทันต์ เหงือกปกติจะมีลักษณะแน่น

ขอบบางแนบสนิทกับคอฟันมีสีชมพูซีดปกคลุมถึงคอฟัน และมีร่องตื้นๆ โดยรอบ ลึกประมาณ 1-2 มิลลิเมตร ลักษณะของเหงือกที่เป็นโรค เริ่มจากมีอาการอักเสบขอบของเหงือก เหงือกที่มีสีแดงจัด เหงือกเป็นมันวาว ขอบเหงือกบวมยื่นเลยคอฟัน ร่องจะลึก 3-4 มิลลิเมตร ถ้ามีการทำลายของเนื้อเยื่อปริทันต์และกระดูกหุ้มรากฟันมากขึ้น ร่องนี้อาจลึกถึง 6-8 มิลลิเมตร



โรคปริทันต์แบ่งได้เป็น 4 ระยะ

ระยะที่ 1 สารพิษของเชื้อจุลินทรีย์ ทำให้เกิดการอักเสบของเหงือกและเนื้อเยื่อยึดราก ฟันเหงือกจะมีลักษณะบวมแดง ขอบเหงือกไม่แนบสนิทกับคอฟัน อาจมีเลือดออกขณะแปรงฟันจาก บริเวณเหงือกที่บวม

ระยะที่ 2 เมื่อเหงือกอักเสบอยู่นาน ลักษณะเหงือกที่บวมอักเสบจะขยับ เพยออกทำให้เศษอาหาร และแผ่นคราบจุลินทรีย์มาสะสมมากขึ้น ทำความสะอาดให้ทั่วถึงยาก ในที่สุดจะ กลายเป็นหินปูน เกิดการระคายเคืองต่อเหงือก ทำให้เหงือกอักเสบและแยกตัวจากฟันมากขึ้น กระดูก หุ้มฟันจะละลายตัวถอยร่นไปด้วย

ลักษณะเหงือกจะมีสีแดงคล้ำๆ บวมๆ มีเลือดไหลจากเหงือกที่บวม เริ่มมีหินปูนเกาะ บางส่วนหรือรอบๆ ตัวฟัน กระดูกถูกทำลายและเหงือกร่นไปทางปลายรากฟัน มีกลิ่นปาก

ระยะที่ 3 มีหินปูนจับหนาและขยายไปตามปลายรากฟัน กระดูกหุ้มรากฟันถูกทำลาย และเหงือกร่นมากขึ้นฟันจะโยกร่วมกับมีอาการเจ็บขณะเคี้ยวอาหาร มีหนองและเลือดไหลบริเวณ เหงือกที่อักเสบ กลิ่นปากรุนแรง

ระยะที่ 4 โรคลุกลามมากขึ้นกว่าระยะที่ 3 และอาจเกิดอาการรุนแรงเป็นฝีที่เหงือก ทำให้เหงือกบวมและอาจจะทำให้ใบหน้าของคนไข้บวมด้วย จะปวดมากจนไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ฟันโยกมากก่อให้เกิดความรำคาญ และไม่สามารถรักษาฟันให้กลับคืนสภาพใช้งานได้อีก ทำให้ต้อง ถอนออกหรือปล่อยให้ฟันหลุดไปเอง

**5.2.3 ผลเสียจากโรคเหงือกอักเสบและการบำบัดรักษา** ติดเชื้อ เป็นหนอง เจ็บปวด ทรมานและเกิดกลิ่นปาก ฟันโยกคลอน เคี้ยวอาหารไม่ละเอียด สูญเสียฟันหลายซี่พร้อม ๆ กัน เชื้อ โรคแพร่กระจายสู่ส่วนอื่น ๆ ของร่างกาย การบำบัดรักษา

ระยะที่ 1 แปรงฟันเพื่อขจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์ที่อยู่รอบตัวฟันออก และรักษาความ สะอาดของเหงือกและฟันโดยการแปรงฟันที่ถูกต้องวิธี

ระยะที่ 2 โดยการขูดหินปูนขจัดทำความสะอาดฟันและรักษาความสะอาดในช่องปาก

ระยะที่ 3 โดยการขูดหินปูน ขจัดทำความสะอาดในช่องปากร่วมกับการผ่าตัดในบาง ส่วนที่เป็นรุนแรงมาก

ระยะที่ 4 ถอน

**5.2.4 การดำเนินงานทันตสุขภาพในโรงเรียน** การดูแลสุขภาพในช่องปากของ นักเรียนมิใช่หน้าที่ของทันตบุคลากรเท่านั้น ครู และ บุคลากรทางสาธารณสุขสามารถช่วยงาน ทันตสาธารณสุขได้ กล่าวคือ

**5.2.4.1 งานทันตสุขภาพศึกษา** การให้ทันตสุขภาพศึกษาในโรงเรียนสามารถทำได้โดยการ จัดการเรียนการสอนซึ่งมีอยู่แล้วในหลักสูตรของวิชาการส่งเสริมประสบการณ์ชีวิต และการเผยแพร่

ความรู้แก่นักเรียนนอกเหนือจากที่มีอยู่แล้วเป็นครั้งคราวในโอกาสต่างๆ อาจเป็นการให้สูดศึกษา หรือจัดนิทรรศการ ซึ่งประกอบด้วยบอร์ดนิทรรศการและกิจกรรมต่างๆ เช่น คอบปัญหาทันตสุขภาพ ประวาดเรียงความ เล่นเกมส์ ประวาดแปรงฟัน เป็นต้น โดยครู พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือทันตบุคลากรอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

#### 5.2.4.2 การจัดสภาพแวดล้อม

- 1) การจัดหาแหล่งน้ำดื่มน้ำใช้ อย่างเพียงพอเพื่อมิให้กิจกรรมแปรงฟันต้องหยุดชะงัก
- 2) การจัดตั้งกองทุนยาสีฟัน และแปรงสีฟันในโรงเรียน: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกองทุนดังกล่าวผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลงมา โดยจะให้ความช่วยเหลือเรื่องยาสีฟันและแปรงสีฟันในเบื้องต้น หลังจากนั้นจะจัดจำหน่ายให้ในราคาถูก
- 3) การสนับสนุนด้านวิชาการ วัสดุอุปกรณ์: สามารถขอความร่วมมือได้จากแหล่งต่างๆ ได้แก่ สถานพยาบาลในท้องถิ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและจังหวัด ศูนย์ทันตสุขภาพเขต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร หรือจากหน่วยงานเอกชนที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ทางทันตสุขภาพ
- 4) จัดสถานที่และอุปกรณ์ เพื่อส่งเสริมทันตสุขภาพในโรงเรียน: ควรจัดสถานที่สำหรับแปรงฟัน เก็บแปรงสีฟันอย่างถูกสุขลักษณะ

#### 5.2.4.3 การบริการทันตกรรม

- 1) การบำบัดเบื้องต้น ในกรณีที่มึ้นักเรียนปวดฟัน ครูควรเป็นบุคคลแรกที่ จะต้องพิจารณาให้การช่วยเหลือขั้นต้น เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดชั่วคราวก่อนที่จะส่งต่อไปรับการ รักษาซึ่งอาจทำได้โดยให้ยาแก้ปวดพาราเซตามอลหรือน้ำยาแก้ปวดฟันขององค์การเภสัชกรรม
- 2) การส่งต่อ เป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างโรงเรียนกับหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อให้นักเรียนได้รับการดูแลรักษาจากทันตบุคลากรตามความเหมาะสมต่อไปภายหลังจากการได้รับความช่วยเหลือขั้นต้นแล้ว

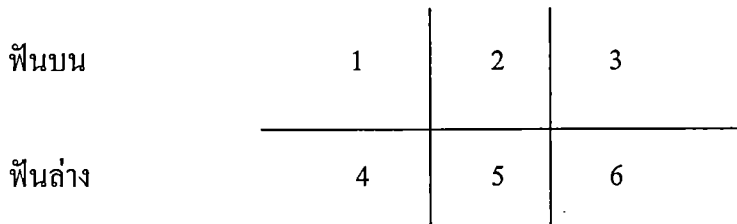
#### 5.2.4.4 งานทันตกรรมป้องกัน

- 1) โครงการแปรงฟันในโรงเรียนหลังอาหารกลางวัน การแปรงฟันในโรงเรียนเป็นการดำเนินงานในโรงเรียน เพื่อกระตุ้นและสร้างทัศนคติ แก่นักเรียนในการแปรงฟันจนเกิดเป็นทันตสุขนิสัย
- 2) การเฝ้าระวังทันตสุขภาพในโรงเรียน: เป็นการติดตาม สังเกตการเกิดโรค และภัยอันตรายต่อสุขภาพฟันของนักเรียนอย่างใกล้ชิด และต่อเนื่องทั้งขณะปกติและผิดปกติโดยการตรวจสุขภาพปากฟันของนักเรียนโดย ครู พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือทันตบุคลากรอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถตรวจพบ โรคหรือความผิดปกติตั้งแต่แรกเริ่ม สามารถป้องกันและควบคุม

ได้อย่างทันท่วงที ก่อนที่โรคจะลุกลามจนยากที่จะแก้ไขได้ สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังได้แก่ อนามัยในช่องปาก โดยดูการอักเสบของเหงือก เพราะเด็กที่มีอนามัยในช่องปากไม่ดี ทำให้ฟันสกปรกมีแผ่นคราบจุลินทรีย์เกาะที่ตัวฟัน แบคทีเรียในแผ่นคราบจุลินทรีย์จะขับสารพิษออกมาทำลายเหงือกทำให้เกิดการอักเสบของเหงือกซึ่งมีลักษณะเหงือกบวมแดง โรคที่เฝ้าระวังอีกโรคหนึ่งคือโรคฟันผุ ในการเฝ้าระวังทำได้โดยการตรวจนักเรียนทุกคน ทุกชั้น ได้รับการตรวจทันตสุขภาพโดยครู ปีละ 2 ครั้ง

**วิธีการตรวจ** ให้ครูและนักเรียนนั่งเก้าอี้ หันหน้าเข้าหากัน ให้เด็กหันหน้าหาด้านสว่าง ดูด้านนอกของฟันกรามและเหงือกบนด้านขวาของนักเรียน โดยใช้นิ้วมือแหวกมุมปากด้านขวา ขึ้นข้าง บน และดูด้านในโดยให้นักเรียนอ้าปากและแหวนศีรษะขึ้น ดูด้านนอกของฟันหน้าบน โดยดึงริมฝีปากพร้อมทั้งดูด้านในด้วย ตรวจดูจนครบ 6 ส่วน ซึ่งในการแบ่งนี้ใช้ฟันเขี้ยวเป็นหลักในการแบ่งโดยฟันเขี้ยวจัดอยู่ในส่วนของฟันหน้า

- |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| ส่วนที่ 1 ฟันบนขวา    | ส่วนที่ 2 ฟันหน้าบน   |
| ส่วนที่ 3 ฟันบนซ้าย   | ส่วนที่ 4 ฟันล่างซ้าย |
| ส่วนที่ 5 ฟันหน้าล่าง | ส่วนที่ 6 ฟันล่างขวา  |



ภาพที่ 1-7 การแบ่งช่องปากและลำดับในการตรวจ

ในการตรวจนักเรียนแต่ละคน ให้บันทึกการตรวจในบัตรสุขภาพของนักเรียนโดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังตารางที่ 1-1

ตารางที่ 1-1 เกณฑ์การตัดสินให้คะแนนการตรวจทันตสุขภาพ

ส่วนที่ได้รับ การตรวจ	คะแนน	ลักษณะที่พบ
อนามัยใน ช่องปาก	0	เหงือกปกติ: ไม่มีการอักเสบ โดยเหงือกมีขอบแหลมสีชมพูหรือสีคล้ำ (ถ้า สีผิวดำ) ไม่มีเลือดออกถึงแม้จะมีฟันผุก็ตาม
	1	เหงือกอักเสบ: ถ้ามีลักษณะดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อและไม่มีลักษณะของ คะแนน 7 <ul style="list-style-type: none"> <li>- ขอบเหงือกบวม และแดงเห็นชัดเจน</li> <li>- ยอดเหงือกบวม และแดงเห็นชัดเจน</li> <li>- มีเลือดออก</li> </ul>
	7	สภาพในช่องปากที่ต้องการการรักษาอย่างเร่งด่วน: มีลักษณะดังต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีหินปูนปกคลุมด้านใดด้านหนึ่งของฟันเต็มด้านและมีเหงือกอักเสบ ร่วมด้วย</li> <li>- รากฟันยื่นแหลมขึ้นมาทางเหงือกเป็นแผล</li> <li>- ฟันถาวรขึ้นมาเต็มซี่แล้วซ้อนกับฟันน้ำนมซึ่งยังคงอยู่ ทำให้ฟันเก</li> <li>- มีอาการปวดฟัน หรือมีการอักเสบอย่างรุนแรงขณะตรวจ</li> <li>- บริเวณปลายรากฟันมีหนองและเป็นแผลทะลุมาที่เหงือก</li> <li>- มีก้อนเนื้ออยู่ในรูฟันที่ผุ</li> </ul>
ฟันถาวร	0	ฟันถาวรไม่ผุ: ไม่มีฟันแท้ผุเลย
	1	ฟันถาวรผุ: มีฟันแท้ผุเป็นรูเห็นชัดเจนตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป

ผลการตรวจอนามัยในช่องปากอาจพบความผิดปกติได้หลายระดับ จึงให้มีการจัดระดับอนามัย  
ในช่องปากเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับ ก คือ ผลการตรวจอนามัยในช่องปากมีคะแนน 0 ทุกส่วน

ระดับ ข คือ ในช่องปากมีคะแนน 1 จำนวน 1-2 ส่วนและไม่มีคะแนน 7

ระดับ ค คือ ช่องปากมีคะแนน 1 จำนวน 3-4 ส่วนและไม่มีคะแนน 7

ระดับ ง คือ ช่องปากมีคะแนน 1 จำนวน 5-6 ส่วนและไม่มีคะแนน 7

ระดับ จ คือ ช่องปากมีคะแนน 7 ตั้งแต่ 1 ส่วน ขึ้นไป

## 6 การแก้ไขปัญหาสุภาพที่พบ

เมื่อพบนักเรียนที่มีปัญหาสุภาพ ครูควรให้การแก้ไขช่วยเหลือในเบื้องต้น แล้วส่งต่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้การรักษาต่อไปในรายที่จำเป็น และควรแจ้งให้ผู้ปกครองทราบถึงปัญหาสุภาพของนักเรียนดังกล่าวรวมทั้งต้องมีการติดตามผลการรักษาหรือส่งต่อด้วย

## 7 การบันทึกสุขภาพ

ในการตรวจสุขภาพของนักเรียนโดยแพทย์ พยาบาล ครู หรือผู้ที่เกี่ยวข้องควรจะได้มีการบันทึกลงในบัตรบันทึกสุขภาพ เพื่อจดบันทึกประวัติส่วนตัว ประวัติสุขภาพในอดีตและปัจจุบันของนักเรียน และเพื่อบันทึกประวัติบริการอนามัยที่ได้รับ เช่น การตรวจสุขภาพ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุ ตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ได้รับ บัตรบันทึกสุขภาพนี้ใช้ได้ตลอดไปจนจบการศึกษา ถึงแม้จะย้ายไปอยู่โรงเรียนอื่นๆ หรือมีการเลื่อนชั้นก็ตาม ดังนั้นบัตรบันทึกสุขภาพจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ควรดูแลและเอาใจใส่เป็นอย่างดี ครูประจำชั้นจึงควรเป็นผู้ดูแลและเก็บรักษา

บัตรบันทึกสุขภาพนักเรียนนี้ส่วนมากใช้ของกรมอนามัย อาจเป็นบัตรชนิด สศ.3 (บัตรแข็ง) ซึ่งฝ่ายการศึกษาและสาธารณสุขตกลงเห็นชอบให้ใช้สำหรับนักเรียน หรือบัตร อร.2ก.(บัตรอ่อน) ซึ่งทางกรมอนามัยได้จัดพิมพ์ขึ้นใช้แทนบัตร สศ. 3 ในกรณีที่ทางโรงเรียนไม่สามารถจัดหาบัตร สศ.3 ได้ครบ โดยติดต่อขอเบิกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบโรงเรียนนั้นๆ นักเรียนคนหนึ่งๆ จึงควรมีบัตรบันทึกสุขภาพชนิดเดียวเท่านั้น การลงบันทึกในบัตร สศ.3 มี 4 หน้า ดังนี้

หน้า 1 เป็นรายการลงบันทึกเกี่ยวกับประวัติทั่วไป ประวัติความเจ็บป่วย บันทึกการเจริญเติบโต สายตาและการได้ยิน ซึ่งบางรายการจำเป็นต้องได้จากการสอบถามจากผู้ปกครองของนักเรียน

หน้า 2 เป็นแบบบันทึกการตรวจทันตสุขภาพ การได้รับภูมิคุ้มกันโรค และบันทึกของครู บันทึกการตรวจทันตสุขภาพ เป็นการบันทึกสุขภาพของเหงือกและฟัน โดยการพิจารณาให้คะแนนตามที่กำหนดไว้

บันทึกการได้รับภูมิคุ้มกันโรค: ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรคในวัยก่อนเรียนจะได้รับจากผู้ปกครอง ส่วนในวัยเรียนจะมีการบันทึกไว้ทุกครั้งที่ให้ภูมิคุ้มกันโรค โดย ครู หรือบุคลากรทางสาธารณสุข

บันทึกของครู: ถ้าครูสังเกตพบว่า นักเรียนมีสุขภาพ อ่อนแอ พฤติกรรมผิดปกติไปจากเดิม ให้บันทึกสิ่งที่สังเกตพบนั้น รวมทั้งการแก้ไขให้ความช่วยเหลืออย่างย่อๆ ไว้เช่น

ปวดท้องมากให้ยารักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้นจึงส่งต่อสอ.อ่างศิลา

อ. จิราพร / 3 มิ.ย. 42

หน้า 3 บันทึกการตรวจสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุข เป็นการบันทึกสุขภาพของนักเรียนซึ่งได้จากการตรวจร่างกาย 10 ท่า ต้องบันทึกการวินิจฉัยโรค อาการที่แสดงหรือสิ่งผิดปกติที่ตรวจพบให้ชัดเจน โดยใช้เครื่องหมายตามที่กำหนดไว้พร้อมทั้งลงชื่อผู้ตรวจ ตำแหน่ง วันที่ ทุกครั้ง

หน้า 4 รายงานการตรวจชั้นสูตร และบันทึกของบุคลากรสาธารณสุข

รายงานการตรวจชั้นสูตร: หากนักเรียนได้รับการวินิจฉัยทางห้องทดลอง เช่น ตรวจเลือด อุจจาระ ปัสสาวะ เอ็กซเรย์ ฯลฯ บุคลากรทางสาธารณสุขต้องบันทึกไว้ให้ชัดเจน

บันทึกของบุคลากรสาธารณสุข: ให้บันทึกย่อๆ ในสิ่งที่ตรวจพบ การแก้ไข และการติดตามผล เช่น

- ฟันผุ 3 ซี่ แนะนำการแปรงฟัน การรับประทานอาหาร และส่งต่อโรงเรียนทันตภิบาล
- ติดตามผลการรักษา พบมีเกลื้อนที่หลังน้อยลง จ่ายยา Whitfield's ointment ให้ทาต่อ

จรวythipy (จนท 4) / 2 พ.ย. 42

พบเหาและไข่เหา แนะนำเรื่องการรักษาความสะอาดศีรษะ และใส่เสื้อผ้า  
ฆ่าเหาให้ พร้อมนัดใส่ยาครั้งที่ 2 วันที่ 22 พ.ค. 42

สุมาลี (นิสิต) / 15 พ.ค. 42

## 8. การป้องกันอุบัติเหตุและการปฐมพยาบาล

8.1 การป้องกันอุบัติเหตุ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้คาดคิดและควบคุมไว้ก่อน ดังนั้นนักเรียนซึ่งต้องใช้เวลาอยู่ในโรงเรียนอย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง ย่อมมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุ เช่น การพลัดตกหกล้ม ถูกของมีคม ถูกของหล่นทับเนื่องจากความทรุดโทรมของอาคารได้ โรงเรียนจึงควรมีมาตรการเพื่อความปลอดภัยของนักเรียน ดังนี้

8.1.1 จัดสถานที่ อาคารต่างๆ ให้เป็นที่ๆ ปลอดภัย ถูกหลักสุขาภิบาล

8.1.2 ตรวจสอบสภาพความสึกหรอ และแก้ไขสิ่งทรุดโทรมอยู่เสมอ

8.1.3 ติดป้ายประกาศเตือนนักเรียนให้ระวังอันตราย

8.1.4 หาอุปกรณ์ป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุไว้ เช่น เครื่องมือดับเพลิง รวมทั้งแผนป้องกันล่วงหน้า

8.1.5 คอยตรวจสอบมิให้นักเรียนนำวัตถุอันตรายเข้ามาในโรงเรียน

8.1.6 จัดสอนสวัสดิศึกษา

8.1.7 หากมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นในโรงเรียน ควรมีการสอบสวนหาสาเหตุของอุบัติเหตุ และมีระบบบันทึก สถิติการเกิดอุบัติเหตุ เพื่อกำหนดแนวทางการป้องกันต่อไป

**8.2 การปฐมพยาบาล** เป็นการให้ความช่วยเหลือขั้นต้น หรือทันทีทันใดแก่ผู้บาดเจ็บ หรือป่วยกะทันหันให้ได้รับอันตรายน้อยที่สุดก่อนที่จะส่งให้แพทย์รักษาต่อไป บุคลากรในโรงเรียนทุกคนอยู่ในฐานะที่มีส่วนร่วมในการปฐมพยาบาลทั้งสิ้น และโรงเรียนควรมีครูซึ่งมีความรู้ความสามารถด้านการปฐมพยาบาลอย่างน้อย 1 คน เพื่อทำหน้าที่ให้การปฐมพยาบาลแก่เด็ก ตลอดเวลาที่เด็กอยู่ในโรงเรียน/และในการให้การปฐมพยาบาลใดๆ แก่นักเรียน ครูควรบันทึก รายละเอียดต่างๆ ลงในบัตรสุขภาพประจำตัวนักเรียน รวมทั้งจัดทำทะเบียนบันทึกการเจ็บป่วยและอุบัติเหตุที่พบ การปฐมพยาบาล การให้การรักษา การใช้จ่าย ฯลฯ เพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลไว้สำหรับวางแผนดำเนินการป้องกันและช่วยเหลือนักเรียนอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## 9. การจัดห้องพยาบาลประจำโรงเรียน

โรงเรียนทุกโรงเรียนควรมีห้องพยาบาล หรือหากไม่มีห้องพยาบาลโดยเฉพาะก็ควรจะมีมุมห้องใดห้องหนึ่ง เช่น ห้องพักรักษาแผลเป็น "มุมพยาบาล" โดยลดขนาดและจำนวนเครื่องมือเครื่องใช้ประจำห้องลงตามสภาพ เพราะห้องพยาบาลหรือมุมพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นและมีประโยชน์มาก กล่าวคือ เป็นที่สำหรับทำกิจกรรมด้านอนามัย เช่น การฝึกปฏิบัติ การให้บริการด้านอนามัย และนักเรียนได้ใช้พักผ่อนเมื่อเจ็บป่วย เป็นที่สำหรับแยกนักเรียนป่วยออกจากนักเรียนดีชั่วคราวเพื่อป้องกันมิให้โรคที่กำลังเป็นแพร่กระจาย รวมทั้งเป็นที่สำหรับตั้งตู้เวชภัณฑ์และอุปกรณ์การปฐมพยาบาล ตลอดจนเอกสารด้านอนามัย

### 9.1 ลักษณะของห้องพยาบาลที่ดี

9.1.1 อยู่ชั้นล่างของอาคาร เพื่อสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

9.1.2 ขนาดของห้องควรพิจารณาตามจำนวนนักเรียน แต่ไม่ควรมีความยาวน้อยกว่า 6 เมตรเพื่อประโยชน์ในการวัดสายตา สำหรับโรงเรียนที่มีนักเรียนเกินกว่า 1,000 คน ควรมีเรือนพยาบาลแยกต่างหาก และควรให้ได้มาตรฐานตามตัวอย่างแผนผังห้องพยาบาล ดังภาพที่ 8,9,10

9.1.3 ตั้งอยู่ห่างจากสิ่งรบกวน และเหตุรำคาญ

9.1.4 สะอาด มีแสงสว่างพอเพียง อากาศถ่ายเทได้สะดวก

9.1.5 มีอ่างล้างมือในห้องพยาบาล และมีส้วมอยู่ใกล้เพื่อความสะดวก

9.1.6 มีพยาบาลหรือครูเวรประจำ

**9.2 เครื่องมือเครื่องใช้และเวชภัณฑ์** กรมอนามัยได้แนะนำให้โรงเรียนมีเครื่องมือเครื่องใช้และเวชภัณฑ์ประจำห้องพยาบาลของโรงเรียนไว้ดังนี้

9.2.1 ตู้ยา ควรมี 4 ชั้น สามชั้นบนเป็นกระบอก ชั้นล่างสุดเป็นตู้ไม้ทึบปิดเปิดได้ โดยสามชั้นบนแบ่งเป็น ชั้นบน เป็นที่เก็บยารับประทาน ดิคป้ายสีขาวและเขียนให้ชัดเจนว่า "ยารับประทาน" ชั้นกลาง เป็นที่วางเครื่องมือปัจจุบันพยาบาล เช่น กรรไกร แก้ว ปากคิบบิ้นคั้น และ ชั้นล่าง เป็นที่เก็บยาใช้ภายนอก ห้ามรับประทาน ดิคป้ายสีแดง ละเขียนให้ชัดเจนว่า "ยาใช้ภายนอก" และตู้ยาควรมีอุปกรณ์ประจำตู้ยา ดังนี้ 1) แก้วรับประทานยา 2) แก้วล้างตา 3) หลอดแก้วหยอดตา 4) ปากคิบบิ้นเขียว ไม่มีเขียว 5) กรรไกรตัดพลาสติก และ ก้อนส 6) กรรไกรทำแผล 7) ที่กดลิ้น 8) ปรอทวัดไข้ 9) กระเป๋าน้ำแข็ง 10) กระเป๋าน้ำร้อน 11) ซามรูปไต 12) ไฟฉายพร้อมถ่าน 13) สำลี 14) ผ้าแต่งแผล (ผ้าก้อนส) 15) ผ้าพันแผลขนาด 2 นิ้ว 16) พลาสติกปิดแผล 17) ผ้ากอซขนาดต่างๆ 18) ผ้าขนหนูเช็ดหน้า เช็ดตัว และ 19) หม้อนึ่ง(ใช้อับหรือกล่องอลูมิเนียมแทนได้) ซึ่งรายการดังกล่าวเป็นรายการชนิดสมบูรณ์ สำหรับโรงเรียนที่มีนักเรียนเป็นจำนวน 1,000 คนหรือโรงเรียนที่มีนักเรียนประจำ ควรจะถือเป็นมาตรฐาน ถ้าโรงเรียนที่มีนักเรียนน้อยควรจัดเท่าที่จำเป็น

9.2.2 เตียงพร้อมที่นอน หมอน และผ้าห่ม ควรมีโต๊ะเล็กข้างเตียงด้วย (จำนวนเตียงควรแยกหญิง ชายตามสัดส่วนและเพิ่มตามจำนวนนักเรียน หรือตามความจำเป็น)

9.2.3 ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน อย่างละ 2 เท่าของจำนวนที่นอน

9.2.4 ผ้าขนาด 40 x 25 นิ้ว สำหรับปูเตียงเท่าจำนวนเตียง

9.2.5 โต๊ะ เก้าอี้ทำงาน สำหรับผู้ปฏิบัติงานในห้องพยาบาล 1 ชุดและควรมีเก้าอี้ หรือม้ายาวตามสมควร

9.2.6 โต๊ะเล็กๆสำหรับวางเครื่องมือเครื่องใช้ในการแต่งแผลพร้อมม้านั่ง

9.2.7 อ่างล้างมือ สบู่ และผ้าเช็ดมือ

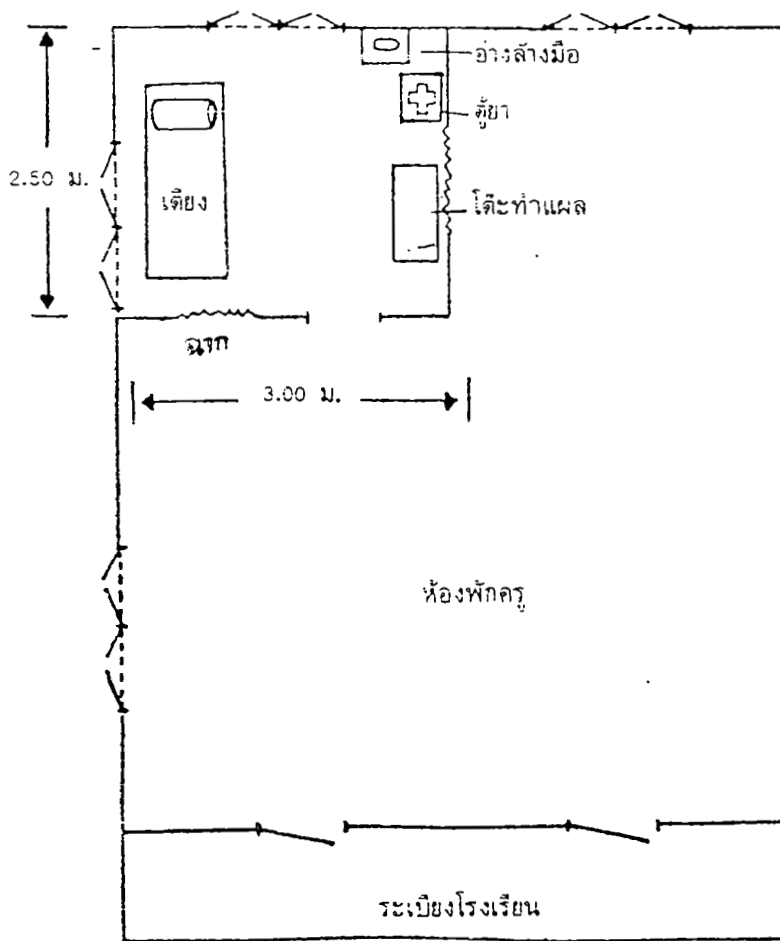
9.2.8 ถังมีฝาปิดสำหรับทิ้งสำลี หรือผ้าพันแผลที่ใช้แล้ว

9.2.9 กระโถนข้างเตียงคนไข้

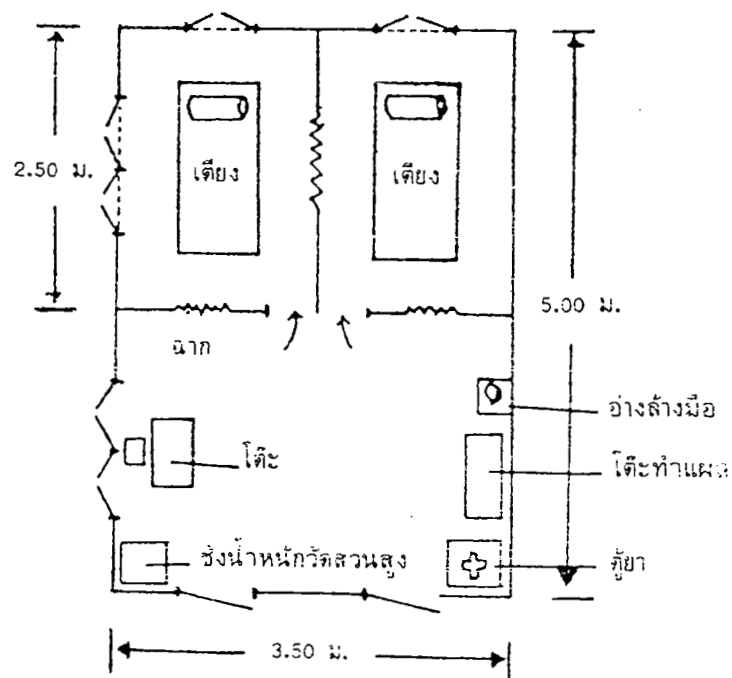
9.2.10 เครื่องชั่งน้ำหนัก ไม้หรือเทปวัดส่วนสูง และแผ่นทดสอบสายตา

9.2.11 สมุดบันทึกประจำห้องพยาบาลสำหรับใช้บันทึกรายการต่างๆของนักเรียนที่เจ็บป่วย เช่น วัน-เดือน-ปี ชื่อ-สกุล อาการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุที่ได้รับ การรักษา เป็นต้น เพื่อประโยชน์ในการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพอนามัยและวางแผนแก้ไขต่อไป

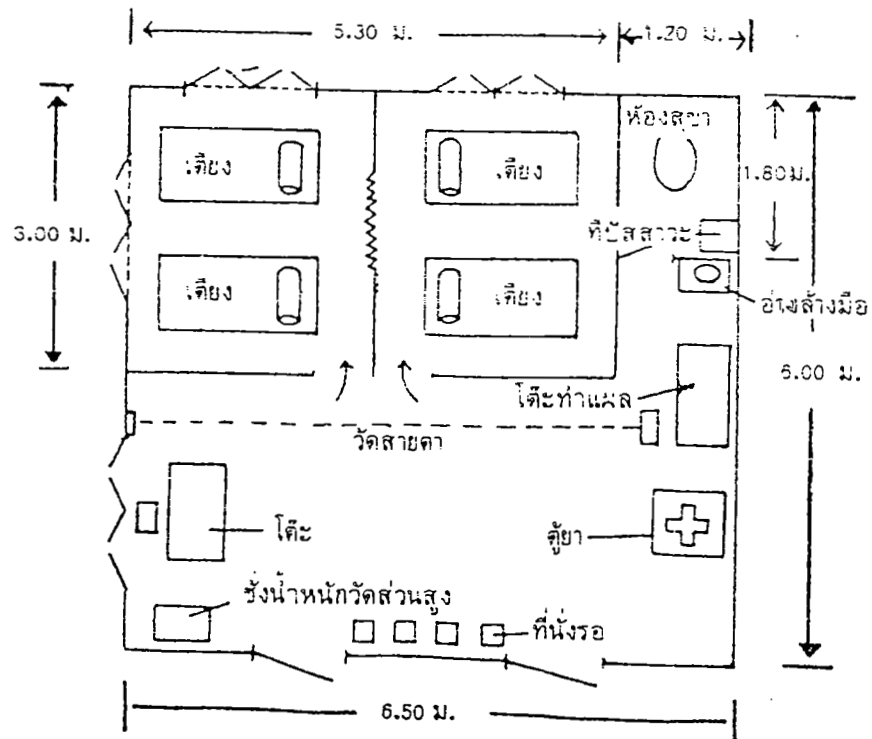




ภาพที่ 1-8 แผนผังห้องพยาบาลสำหรับโรงเรียนที่มีจำนวนนักเรียนไม่เกิน 500 คน  
(พรนภา หอมสินธุ์, 2540, หน้า 33)



ภาพที่ 1-9 แผนผังห้องพยาบาลสำหรับโรงเรียนที่มีจำนวนนักเรียน 500 - 1,000 คน  
(พรนภา หอมสินธุ์, 2540, หน้า 34)



ภาพที่ 1-10 แผนผังห้องพยาบาลสำหรับโรงเรียนที่มีจำนวนนักเรียนมากกว่า 1,500 คน  
(พจนานุกรม หอมสินธุ์, 2540, หน้า 34)

**10. การจัดบริการอาหารกลางวัน (School Lunch Program)**

ร่างกายของเด็กต้องการการเจริญเติบโต จึงจำเป็นต้องได้รับอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ เด็กวัยนี้ควรรู้และเลือกรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยเน้นอาหารประเภท นม ไข่ เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และข้าวในปริมาณที่พอเหมาะ เพราะเด็กวัยเรียนร่างกายอยู่ในระยะการเจริญเติบโต อาหาร จำนวนที่พอเหมาะใน 1 วัน ได้แก่ นมสด หรือนมถั่วเหลือง 2-3 แก้ว ไข่ที่สุกแล้ว 1 ฟอง เนื้อสัตว์ 5-6 ช้อนโต๊ะ และควรกินอาหารทะเลและเครื่องในสัตว์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ข้าวสวย 3-4 ถ้วย กินผักใบเขียวทุกมื้อ 1-1 ½ ถ้วย ผลไม้สดตามฤดูกาลที่ล้างสะอาด ทุกมื้อ มื้อละ 1 ผล และควรกิน ไขมันพืชมากกว่าไขมันสัตว์ หรือกะทิ ประมาณ 3 ช้อนชา (นิตยา คชภักดี, 2539) อาหารดังกล่าวจะ ช่วยเสริมสร้างให้สมองเจริญเติบโต สติปัญญาดี แต่ก็มีนักเรียนจำนวนไม่น้อยที่ไม่ได้รับประทาน อาหารกลางวัน รับประทานอาหารกลางวันไม่เพียงพอหรือไม่ถูกสัดส่วน การจัดบริการอาหารกลางวัน ในโรงเรียนจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญอย่างหนึ่งของโครงการสุขภาพในโรงเรียน ทั้งนี้เพื่อช่วยให้นักเรียน ได้รับประทานอาหารถูกส่วนมีคุณค่าครบถ้วน ป้องกันการเกิดโรคขาดสารอาหารและช่วยให้นักเรียน ได้รับประสบการณ์ตรงทางด้านโภชนาการ ช่วยปลูกฝังพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารที่ถูก หลักโภชนาการตั้งแต่ระดับปฐมวัยและติดเป็นนิสัย สามารถตัดสินใจในการเลือกรับประทานอาหารที่ ถูกหลัก มีคุณค่าทางโภชนาการได้ /ซึ่งหลักเกณฑ์ในการจัดอาหารกลางวัน มีดังนี้ 1) จัดอาหารให้มี

คุณค่าทางอาหารสูง ครอบคลุมความต้องการของร่างกาย 2) ต้องคำนึงถึงหลักการสุขาภิบาลอาหาร เพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางอาหาร เช่น การปกปิดอาหารที่ปรุงแล้ว การดูแลสุขภาพของผู้สัมผัสอาหาร โดยการตรวจสุขภาพทุกปี เป็นต้น 3) ควรจัดหาอาหารที่มีในท้องถิ่นและตามฤดูกาล นั้นๆ มาประกอบอาหาร และ 4) ไม่มุ่งกำไรจากนักเรียน

## 11. การส่งเสริมสุขภาพจิต

สุขภาพจิตมีผลกระทบต่อสุขภาพกาย การเรียน และการปรับตัวในสังคมของนักเรียน กล่าวคือ ถ้านักเรียนสุขภาพจิตไม่ดี อาจก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางร่างกายได้ เช่น เป็นโรคกระเพาะอาหาร ปวดศีรษะ และอาจมีผลต่อการเรียน ทำให้การเรียนตกต่ำลง นอกจากนี้ยังอาจส่งผลต่อการปรับตัวในสังคมของนักเรียน เช่น เด็กมีปมด้อย หายทางออกโดยการรังแกเพื่อน ลักขโมย หรือทำลายสิ่งของสาธารณะ ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะไม่เกิดหรือเกิดขึ้นน้อยมากในนักเรียนที่มีสุขภาพจิตดี

การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของผู้ปกครอง ครู และบุคลากรทางสาธารณสุข โดยมีหลักในการดำเนินการดังนี้

**11.1 คัดกรองนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิต** การคัดกรองนักเรียนที่มีปัญหาสุขภาพจิตทำได้โดยการสังเกตจากพฤติกรรมกรรมการแสดงออกของนักเรียนทั้งที่บ้าน หรือที่โรงเรียน เช่น มีพฤติกรรมแปลกไปจากเดิม หรือผิดจากเด็กคนอื่นๆ ในวัยเดียวกัน และพฤติกรรมนั้นขัดขวางพัฒนาการของเด็ก หรือทำให้ตนเองหรือผู้อื่นเดือดร้อน เป็นต้น

### 11.2 การให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น

**11.2.1 วินิจฉัยสาเหตุของปัญหา:** โดยการตรวจร่างกาย โดยการสอบถามพูดคุยในรายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในอดีตและปัจจุบัน เช่น อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การเจ็บป่วยในอดีต การเลี้ยงดู ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และสภาพแวดล้อมของนักเรียน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อจะได้ทราบสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง

**11.2.2 แก้ปัญหาและแนะแนวทาง:** แก้ไขและบรรเทาความบกพร่องของร่างกายหรือรักษาโรคที่คาดว่าจะ เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตเท่าที่ทำได้ เช่น จัดหาแว่น เครื่องช่วยการได้ยิน รักษาโรคที่เป็น เช่น โรคโลหิตจาง โรคพยาธิ เป็นต้น ส่วนปัญหาทางจิตใจควรให้คำแนะนำด้วยท่าทีที่อบอุ่น พร้อมทั้งรับฟังและช่วยเหลือ แต่หากปัญหาที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงหรือสลับซับซ้อนเกินความสามารถควรส่งต่อนักเรียนไปยังแหล่งความช่วยเหลือที่เหมาะสม

**11.3 จัด หรือส่งเสริมสนับสนุนให้มีกิจกรรมรูปแบบต่างๆ** เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีในนักเรียนทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น การให้สุขศึกษา เสียงตามสาย จัดนิทรรศการ การออกกำลังกาย การจัดสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนให้น่าอยู่ เป็นต้น

## 12. การให้บริการสังคมสงเคราะห์

งานสังคมสงเคราะห์ในโรงเรียน เป็นงานที่มุ่งช่วยเหลือนักเรียนที่มีปัญหาต่างๆ ที่นักเรียนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้นการให้บริการสังคมสงเคราะห์จึงครอบคลุมปัญหาทุกปัญหาของนักเรียน เช่น ปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจ สังคม โดยมีขอบเขตของงานอยู่ที่ การแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ เช่น โรงพยาบาล ประชาสงเคราะห์จังหวัด แหล่งเงินทุนฯ เจ้าของทุน เป็นต้น

## 13. การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อภายในโรงเรียน

การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อภายในโรงเรียน เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญอีกประการหนึ่งเพราะโรงเรียนเป็นศูนย์รวมของเด็กหากมีโรคติดต่อเกิดขึ้นแต่ละแห่ง อาจติดต่อกันได้ทุกโรงเรียนจึง ควรมีหลักการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ดังนี้

**13.1 การตรวจหาผู้ป่วย** ได้จากการตรวจสุขภาพของนักเรียนใหม่ก่อนเข้าเรียน ขณะศึกษาอยู่ในโรงเรียน หรือจากการสังเกตอาการเบื้องต้นของโรคติดต่อ หากพบอาการที่สงสัยรีบส่งตรวจเพื่อการวินิจฉัยที่แน่นอน ในรายที่มีอาการชัดเจนหรือสงสัยควรรีบแยกเด็กป่วยออกจากเด็กดีทันที หรือให้หยุดเรียนจนกว่าจะพ้นระยะติดต่อ หากโรคมีการระบาดมากๆ อาจต้องปิดโรงเรียนเป็นการชั่วคราว

**13.2 การสร้างภูมิคุ้มกันโรค** การสร้างภูมิคุ้มกันโรคในนักเรียน ของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข(2543, หน้า7-9) มีนโยบายและเป้าหมายดังนี้

### นักเรียนชั้นประถมปีที่ 1:

- 13.2.1 วัคซีนป้องกันโรควัณโรค (BCG) ในรายที่ไม่มีรอยแผลเป็น
- 13.2.2 วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด คางทูม หัดเยอรมัน(MMR)
- 13.2.3 ในรายที่ไม่เคยได้รับวัคซีนรวมคอตีบ บาดทะยัก ไอกรณ(DTP) ให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก(dT) 2 ครั้งห่างกัน 2 เดือนและครั้งที่3 ในชั้นประถมศึกษาปีที่ 2
- 13.2.4 ในรายที่ได้รับวัคซีน DTP 1 ครั้งให้วัคซีน dT อีก 2 ครั้งห่างกัน 2 เดือน
- 13.2.5 ในรายที่ได้รับวัคซีนDTP มาแล้วครบ 3 ครั้ง หรือได้รับมา 4 ครั้ง ให้วัคซีน dT อีก 1 ครั้ง
- 13.2.6 ในรายที่ได้รับวัคซีนDTP มาแล้วครบ 5 ครั้งไม่ต้องให้วัคซีนอีก
- 13.2.7 ในเขตพื้นที่โรคไข้สมองอักเสบ ให้วัคซีนป้องกันโรคไข้สมองอักเสบจากเชื้อ JE อี(JE) 1 ครั้งในรายที่เคยได้รับวัคซีนนี้มาแล้ว 3 ครั้ง สำหรับในรายที่ไม่เคยได้รับวัคซีนหรือได้รับไม่ครบ ให้วัคซีน JE 2 ครั้งห่างกันอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ และให้อีก 1 ครั้งอีก 1 ปี ถัดมา

### นักเรียนชั้นประถมปีที่ 6 :

ให้วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ บาดทะยัก (dT) 1 ครั้ง

ในการนัดให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่นักเรียนนี้ โรงเรียนต้องทำหนังสือขออนุญาตผู้ปกครอง ทุกครั้ง และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรต้องทำการคัดกรองนักเรียนที่ไม่ป่วย ไม่มีประวัติการแพ้และไม่มีโรคประจำตัว รวมทั้งมีการสอบประวัติการได้รับวัคซีนในอดีตของเด็กก่อนการให้วัคซีนด้วย

### สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียน (Physical Environment)

หมายถึงสถานที่ สนาม อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ทั้งภายในและภายนอกอาคาร บริเวณรอบ ๆ โรงเรียน ต้องได้รับการปรับปรุงให้อีกในการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน บุคลากรที่ทำงานในโรงเรียน และชุมชน เช่นเอื้อต่อการออกกำลังกาย สิ่งแวดล้อมหรือความเป็นอยู่ที่ถูกสุขลักษณะในโรงเรียนเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้เพราะการศึกษาเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกันระหว่างผู้เรียนกับสิ่งแวดล้อมซึ่งมีการสนองตอบต่อกันอยู่เสมอ โรงเรียนและสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะจึงมีผลต่อสุขภาพอนามัย และความปลอดภัยต่อชีวิตของเด็กในโรงเรียน ตลอดจนเป็นตัวอย่งที่ดีแก่ชุมชนอีกด้วย การจัดโรงเรียนและสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะจึงควรคำนึงถึงหลักความปลอดภัย ความเป็นระเบียบเรียบร้อย และความเหมาะสมกับสภาพสรีรวิทยาของร่างกายเด็กที่กำลังเจริญเติบโต

กรมอนามัยมีข้อกำหนดเรื่องการสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เหมาะสมไว้ดังนี้

1. น้ำดื่ม น้ำใช้ในโรงเรียน ควรมีคุณลักษณะทั้งด้านปริมาณและคุณภาพดังรายละเอียดในตารางที่ 1-2

### ตารางที่ 1-2 ปริมาณ และคุณภาพน้ำดื่ม น้ำใช้ ในโรงเรียน

เรื่อง	ปริมาณ	คุณภาพ
1.1 น้ำดื่ม	5/ลิตร/คน/วัน ควรมีอ่างน้ำพุ 1 ที่ หรือก๊อกน้ำดื่ม 1 ที่ ต่อนักเรียน 75 คน	ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 50 พ.ศ.2523 ดังนี้ ก) พบแบคทีเรียไม่เกิน 500 โคโลนีต่อน้ำดื่ม 1 มิลลิลิตร โดยวิธี แอสตันคาร์ดเพลตเคานต์ (Standard Plate Count) ที่ อุณหภูมิ 35-37 องศาเซลเซียส เวลา 24 ชั่วโมง ข) พบแบคทีเรียชนิด โคลิฟอร์ม น้อยกว่า 2.2 ต่อน้ำดื่ม 100 มิลลิลิตร โดยวิธี เอ็ม พี เอ็น (Most Probable Number) ค) ไม่พบแบคทีเรียชนิด อีโคไล ไทพ์วัน (Escherichia Ecoli Type I)
1.2 น้ำใช้	10/ลิตร/คน/วัน ควรมีอ่างล้างมือ 1 ที่ต่อนักเรียน 50 คน	ตามมาตรฐานน้ำสะอาด พิจารณาคุณสมบัติทางฟิสิกส์ -สีในข้อกำหนดของฮาเซนยูนิท (Harzen Units) ไม่เกิน 20 -กลิ่นต้องไม่มี แต่ไม่รวมถึงกลิ่นคลอรีน -ความขุ่นในข้อกำหนดของซีลิก้า สเตล ไม่เกิน 5.0 -ค่าความเป็นกรดเป็นด่าง (pH value) ระหว่าง 6.5-8.5

2. ส้วม ที่ปัสสาวะ อ่างล้างมือ อ่างน้ำพุสำหรับดื่มในโรงเรียน ควรมีจำนวนให้เพียงพอ  
กับจำนวนนักเรียน ดังรายละเอียด ในตารางที่ 1-3 และ 1-4

### ตารางที่ 1-3 จำนวนส้วม ที่ปัสสาวะ อ่างล้างมือ อ่างน้ำพุสำหรับดื่มในโรงเรียน

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

หมายเหตุ: ให้มีถังขยะที่ถูกสุขลักษณะ ในห้องส้วมหญิง 1 ที่/1 ห้อง

## ตารางที่ 1-4 ลักษณะส้วม ที่ปัสสาวะ อ่างล้างมือ อ่างน้ำพุสำหรับดื่มในโรงเรียน

ส้วม	ที่ปัสสาวะ	อ่างล้างมือ	อ่างน้ำพุ
-อยู่ห่างจากโรงครัว โรงอาหาร ไม่น้อยกว่า 30 เมตร -พื้นที่อย่างน้อย 0.9ตรม./1ที่ -กว้างอย่างน้อย 0.9ม./1ที่ -หัวส้วมและพื้นทำด้วยวัสดุ แข็งแรง ทนทาน ทำความสะอาดง่าย -เป็นส้วมราดน้ำ และมีน้ำราด เพียงพอ -มีช่องระบายอากาศอย่างน้อย10%ของพื้นที่ส้วม -มีแสงสว่างอย่างน้อย 5 ฟุตเทียน -เฉพาะห้องส้วมหญิงมีถังขยะ ที่มีฝาปิด ทนทาน แข็งแรง ไม่รั่วซึม	-มีน้ำใช้ราด เพียงพอ -มีผนังกันระหว่างช่องความกว้างแต่ละช่องอย่างน้อย 60 ซม. -ทำด้วยวัสดุทำ ความสะอาดง่าย แข็งแรง คงทน ไม่ดูดซึมน้ำ	-ทำด้วยวัสดุทำ ความสะอาดง่าย แข็งแรง ทนทาน ไม่ดูดซึมน้ำ มีสบู่ ความสูง 50 ซม. สำหรับ นร.อนุบาล และประถมศึกษา ตอนต้น 60 ซม.สำหรับ นักเรียนประถม ศึกษาตอนปลาย 75 ซม.สำหรับ นร. มัธยมศึกษาต้น 90 ซม.สำหรับ นร. มัธยมศึกษาตอน ปลาย	-ทำด้วยวัสดุทำ ความสะอาดง่าย แข็งแรง ทนทาน ไม่ดูดซึมน้ำ ความสูง55 ซม. สำหรับ นร.อนุบาล60 ซม.สำหรับ นร.ประถมศึกษา ตอนต้น 75 ซม.สำหรับ นร. ประถมศึกษาตอน ปลาย 90 ซม.สำหรับ นร. มัธยมศึกษาตอนต้น 100 ซม.สำหรับ นร. มัธยมศึกษาตอนปลาย

3. บ่อเกรอะ ความจุของบ่อเกรอะอย่างน้อย 2 ลบ.ม./นักเรียน 50 คน และให้เพิ่มขึ้น 0.5 ลบ.ม./นักเรียนที่เพิ่มขึ้น 50 คน

4. การกำจัดขยะมูลฝอย โรงเรียนควรมีการกำจัดมูลฝอยให้ถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันไม่ให้เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค แมลง หรือสัตว์นำโรค ควรมีที่รองรับอย่างถูกลักษณะและพอเพียง ดังรายละเอียดในตารางที่ 1-5

### ตารางที่ 1-5 การกำจัดขยะมูลฝอยในโรงเรียน

เรื่อง	จำนวน	ลักษณะ
- ที่รองรับขยะ (ถังขยะ)	- มีอย่างน้อย 1 ที่/1ห้อง - จุดที่พักทางเดินควรมีถังขยะ 1 ที่/ ระยะทาง 50 เมตร	- มีฝาปิดทำด้วยวัสดุแข็งแรง ทนทาน ไม้รั้วซึม เป็นวัสดุที่ ทำความสะอาดง่าย
- ที่พักขยะรวม	- ควรมีอย่างน้อย 1 ที่/ร.ร.	- อยู่ห่างจากโรงอาหาร โรงครัว 30 เมตร
- เต้าเผาขยะ	- มีเต้าเผาขยะ อัตราการเผา 1 ลบ.ม./ เต้า/วัน/นักเรียน 200คน	- ตามแบบกองสุขาภิบาล
- ที่กำจัดขยะโดย วิธีหมัก	- ตามความต้องการและความเหมาะสม ของโรงเรียน	- ตามแบบกองสุขาภิบาล

#### 5. การกำจัดน้ำเสีย

จัดทำระบบน้ำเสียในโรงเรียน โดยจัดให้มีรางระบายน้ำที่ไม่ชำรุด สะอาด ไม่อุดตัน มีบ่อคักไขมันรับน้ำเสียจากโรงอาหาร โรงครัว บ่อกรองรับน้ำเสียจากห้องส้วม ที่ปัสสาวะ อ่างล้างมือ และมีการกำจัดน้ำเสียด้วยระบบท่อซึม

โรงเรียนในเขตเทศบาล ควรระบายน้ำเสียลงสู่ท่อระบายน้ำโสโครกสาธารณะ สำหรับโรงเรียนในเขตชนบท ควรระบายน้ำเสียลงสู่บ่อรับน้ำโสโครก(หลุมซึม) หรือจัดทำระบบท่อซึม

#### 6. การป้องกันสัตว์และแมลงนำโรค

ควรมีการกำจัดขยะทุกวันไม่ให้เหลือตกค้างสะสมเป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์ และแมลงนำโรค จัดให้มีถังขยะและที่พักขยะรวมที่ถูกสุขลักษณะ ที่โรงอาหาร โรงครัวมีการจัดเก็บและปกปิดอาหารถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล โดยมีการจัดระบบกำจัดน้ำเสียที่ดี

#### 7. พื้นที่สร้างโรงเรียนหรือสถานที่ตั้ง

ไม่ควรห่างจากย่านชุมชนเกินกว่า 2 ก.ม. ควรอยู่ในย่านที่มีการคมนาคมสะดวก มีเนื้อที่ไม่น้อยกว่า 3,200 ตร.ม. (2ไร่) พื้นที่ไม่สูงชันหรือลาดเอียง ไม่ควรอยู่ใกล้ทางรถไฟหรือถนนสายใหญ่ๆที่มีการจราจรคับคั่ง หากมีความจำเป็นต้องสร้างควรห่างจากถนนไม่น้อยกว่า 20 เมตรและมีรั้วป้องกัน และไม่ควรตั้งอยู่ใกล้โรงงานอุตสาหกรรม ตลาดสดหรือที่มีเสียงรบกวน มีกลิ่นเหม็น ฝุ่นละออง แมลงหรือสัตว์ที่เป็นพาหนะนำโรคและก่อเหตุรำคาญต่างๆ นอกจากนี้พื้นที่ดังกล่าวยังไม่ควรมี



น้ำข้างเฉอะแฉะและเป็นโคลนตมในฤดูฝน ควรเป็นคินปนทรายและมีระดับสูงพอสมควร น้ำท่วมไม่ถึง และมีต้นไม้ใหญ่อยู่ข้าง เพื่อช่วยกำบังความร้อนจากแสงแดดและบังลมในฤดูที่มีลมพัดจัด

## 8. การระบายอากาศ และแสงสว่าง

### 8.1 การระบายอากาศ

ความสูงของห้องจากพื้นถึงเพดานไม่น้อยกว่า 3.50 เมตร พื้นที่ประตูและหน้าต่างคิดเป็น 1/4 หรือ 1/5 ของพื้นที่ห้อง ประตู หน้าต่างไม่มีสิ่งปิดบัง ความกว้างและความสูงของหน้าต่างไม่น้อยกว่า 1 เมตร ขอบล่างของหน้าต่างสูงจากพื้นห้องไม่เกิน 80-90 ซม. ความกว้างของประตูไม่ควรน้อยกว่า 1 เมตรและสูงไม่น้อยกว่า 2 เมตร

### 8.2 แสงสว่าง

แสงสว่างควรผ่านเข้าทางด้านซ้ายมือ สีที่ใช้ทาภายในตัวอาคารควรเป็นสีอ่อน การติดโคมไฟหรือหลอดไฟควรติดต่ำจากเพดาน 3 ฟุต การใช้หลอดไฟชนิดฟลูออเรสเซนต์ (fluorescent lamp) ต้องมีที่กำบังและทำด้วยพลาสติกสีขาวและหลอดไฟเป็นสีขาว

## 9. ตัวอาคาร

รูปของอาคาร ควรเป็นตัวอักษร L T U I และ E เนื้อที่ของอาคารไม่ต่ำกว่า 1.5 ตร.ม.ต่อนักเรียน 1 คน โดยเพิ่มเนื้อที่ที่เป็นประโยชน์ใช้สอยอื่นๆเช่น เจริญ บันไดอีก 30%และตัวอาคารไม่ควรหันหน้าไปทางทิศตะวันตกหรือทิศตะวันออกเพราะจะทำให้ร้อนทั้งในช่วงเช้าและช่วงบ่าย

### 9.1 พื้น

พื้นที่ของอาคารที่เป็นคอนกรีตหรือปูด้วยกระเบื้องซีเมนต์ ปาร์เก้ ควรสูงจากระดับพื้นดินไม่น้อยกว่า 10 ซม.พื้นที่เป็นไม้ ควรยกให้สูงกว่าระดับพื้นดินไม่น้อยกว่า 90 ซม. สำหรับพื้นที่เป็นดินบดเรียบแน่น ควรยกให้สูงอย่างน้อย 10 ซม.

### 9.2 ผนัง(ฝา)

ควรกันเสียงรบกวนระหว่างห้องได้เพียงพอคือมีความหนาไม่ต่ำกว่า 3 ซม. ใช้สีอ่อนๆ ทำด้วยวัสดุเคลือบเรียบ ทำความสะอาดง่ายแต่ไม่ควรขัดให้เป็นมัน

### 9.3 เพดาน

สูงจากพื้นอย่างน้อย 3.50 เมตร ทาด้วยสีอ่อนๆ เป็นวัสดุเรียบและทำความสะอาดง่าย

### 9.4 หลังคา

มีความลาดพอสมควร มุงด้วยกระเบื้อง ไม่ควรมุงด้วยสังกะสีหรือโลหะอื่นเพราะจะทำให้ร้อนมาก และเวลาฝนตกจะทำให้มีเสียงรบกวน

### 9.5 ชายคาและกันสาด

ควรให้ยื่นออกห่างจากฝาประมาณ 1.50 - 2.00 เมตร โดยพิจารณาให้กันฝนสาดได้และสามารถใช้ส่วนต่างๆของอาคารได้สะดวกในฤดูฝน

### 9.6 บันได

ไม่ลาดหรือชันเกินไปและมีวัสดุกันลื่น ขั้นบันไดต้องกว้างไม่ต่ำกว่า 25 ซม. ระยะสูงระหว่างขั้นบันไดไม่ต่ำกว่า 18 ซม. และความกว้างของตัวบันไดไม่ต่ำกว่า 1.50 เมตร ถ้าหากบันไดสูงเกิน 3 เมตรหรือ 14 ขั้นควรทำชานพัก สำหรับอาคารสูงเกิน 2 ชั้นหรือ 6 เมตรควรมีบันไดหนีไฟทำด้วยเหล็กที่มีราวกว้างอย่างน้อย 3 ฟุต

## 10. การจัดแบ่งห้องและส่วนต่างๆของโรงเรียน

### 10.1 ห้องเรียน

ความสูงจากพื้นถึงเพดานไม่น้อยกว่า 3.50 เมตร ควรเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า พื้นที่ห้องเรียนในโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษาควรมีขนาด 1.50-2.00 ตร.ม.ต่อนักเรียน 1 คน สำหรับนักเรียนอนุบาลควรมีพื้นที่ที่มากกว่านักเรียนธรรมดา อีกอย่างน้อย ร้อยละ 50 ความสูงของเรียนและเก้าอี้ควรมีความเหมาะสมกัน เพื่อให้ให้นักเรียนได้นั่งเรียนอย่างถูกต้องหลักศีรษะของร่างกาย ดังรายละเอียดในตารางที่ 1-6

ตารางที่ 1-6 ความสัมพันธ์ระหว่างความสูงของโต๊ะเรียนและเก้าอี้

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

การจัดโต๊ะเรียนและเก้าอี้ควรมีทางเดินระหว่างแถวของโต๊ะเรียน ไม่น้อยกว่า 45 ซม. แถวริมสุด ควรจัดให้ห่างจากผนังห้องไม่น้อยกว่า 60 ซม. แถวหน้าควรห่างจากกระดานดำไม่เกิน 2.00 เมตรและ โต๊ะเรียนแถวหลังสุดไม่ควรห่างกระดานดำเกิน 9 เมตร

กระดานชอล์ก ทำด้วยวัสดุทนทานไม่มีรอยแตกร้าว เช่น หินชนวน ไม้ ปูนพลาสติกทำด้วยสีเขียวแก่หรือสีดำและสีเป็นสีด้าน ควรติดไว้กับฝาผนังห้องเรียน ไม่ควรติดไว้ชิดประตู หน้าต่าง ความสูงของกระดานชอล์กในโรงเรียนประถมศึกษาควรสูงจากพื้นห้องเรียนอย่างน้อย 24 นิ้วโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น 28 นิ้ว และโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย 32 นิ้วโดยมีราวรองรับชอล์กที่ขอบล่างของกระดานให้กว้างเพียงพอ แปรงลบกระดานควรทำด้วยฟองน้ำหรือสั๊กหลอด

**10.2 ห้องประชุม** ควรมีพื้นที่อย่างน้อย 1 ตร.ม.ต่อนักเรียน 1 คนและเพิ่มเนื้อที่สำหรับใช้ประโยชน์อย่างอื่นตามความจำเป็น

**10.3 ห้องพักครู** ควรมีพื้นที่อย่างน้อย 4 - 5 ตร.ม. ต่อครู 1 คน

**10.4 ห้องสมุด** ควรมีพื้นที่อย่างน้อยเฉลี่ย 1 ตร.ม. ต่อนักเรียน 1 คน และเพิ่มพื้นที่อีก ร้อยละ 40-50 สำหรับเป็นที่อ่านหนังสือ ชั้นวางหนังสือและที่ทำงานของบรรณารักษ์

#### 10.5 สนามและบริเวณ

**พื้นที่สนาม** ควรมีอัตราเฉลี่ยไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของพื้นที่ที่ใช้เป็นบริเวณโรงเรียน พื้นที่สนามต้องจัดทำให้เรียบ ไม่มีหลุมบ่อ ก้อนหินหรือตอไม้ ควรมีต้นไม้ใหญ่อยู่ริมขอบสนามเป็นที่อาศัยร่มเงาได้และมีม้านั่งพักหรือบริเวณพักผ่อน สนามหรือบริเวณด้านที่ติดทางเข้าออกควรทำรั้วกัน

**10.6 โรงอาหารและโรงครัว** กองสุขภาพโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักการจัดหลักสุขภาพโภชนาการในโรงเรียนไว้ดังนี้

10.6.1 ตัวอาคารไม่อับทึบ ไม่มีหยากไย่ มีแสงสว่างเพียงพอ

10.6.2 พื้นทำด้วยวัสดุแข็ง เช่นคอนกรีต สะอาด ชำรุด ไม่มีน้ำขัง

10.6.3 โต๊ะรับประทานอาหารสะอาด แข็งแรง จัดเป็นระเบียบ

10.6.4 มีที่ล้างมือและมีน้ำใช้ตลอดเวลา

10.6.5 โต๊ะเตรียมปรุงอาหาร และโต๊ะวางจำหน่ายอาหาร ทำด้วยวัสดุถาวรแข็งแรง สะอาด และสูงอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

10.6.6 มีเขียงที่สะอาดไม่แตกร้าวหรือเป็นร่องและมีฝาปิดครอบ ยกเว้นครัวที่มีการป้องกันแมลงวันแล้ว

10.6.7 อาหารที่ปรุงสำเร็จเก็บใส่ในตู้ หรือใส่ภาชนะที่มีฝาปิดที่ป้องกันสัตว์นำโรคให้สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร และต้องอยู่ห่างจากที่ล้างมือหรืออ่างล้างภาชนะอย่างน้อย 1 เมตร

10.6.8 สารปรุงแต่งอาหารที่ใช้ถูกต้องตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข

10.6.9 เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ ต้องล้างและเก็บในภาชนะที่สะอาด ไม่ปะปน ตั้งไว้สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

10.6.10 อาหารแห้งและอาหารกระป๋อง ต้องเก็บเป็นระเบียบ สูงจากพื้นอย่างน้อย 30 เซนติเมตร

10.6.11 น้ำดื่มหรือเครื่องดื่ม ต้องเก็บในภาชนะที่สะอาด มีฝาปิด และมีทางน้ำสำหรับรินเทออกโดยเฉพาะ ตั้งสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

10.6.12 น้ำแข็ง น้ำหวานและน้ำผลไม้ ต้องเก็บในภาชนะที่สะอาด มีฝาปิด และสำหรับน้ำแข็งให้ใช้อุปกรณ์ที่มีด้ามยาวสำหรับคีบหรือตักเป็นประจำ ตั้งสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

10.6.13 น้ำแข็งที่ใช้บริโภคต้องไม่นำอาหารและเครื่องดื่ม ไปแช่ไว้

10.6.14 ที่เก็บน้ำดื่มและน้ำแข็งจะต้องอยู่ห่างจากที่ล้างมือหรืออ่างล้างภาชนะอุปกรณ์ อย่างน้อย 1 เมตร

10.6.15 ล้างภาชนะ อุปกรณ์ด้วยวิธี 3 ขั้นตอน คือขั้นตอนแรกล้างน้ำด้วยน้ำยาล้างจาน ขั้นตอนที่ 2 และ 3 ล้างด้วยน้ำสะอาด และที่ล้างจานต้องอยู่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

10.6.16 ช้อน ส้อม และตะเกียบ ต้องเก็บโดยเอาด้ามขึ้นและวางในภาชนะโปร่งสะอาด สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

10.6.17 จาน ชาม แก้วน้ำ และภาชนะอื่น ๆ ต้องเก็บในตู้ที่มีการปกปิด หรือคว่ำในภาชนะโปร่งสะอาด สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

10.6.18 ภาชนะใส่น้ำส้ม น้ำปลาและน้ำจิ้มอื่นๆ รวมทั้งช้อนที่ใช้ตักต้องสะอาดและทำด้วยแก้ว หรือกระเบื้องเคลือบขาว หรือสแตนเลส มีฝาปิด และ ตั้งสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร

10.6.19 จาน ชาม ช้อน และส้อมต้องทำด้วยสแตนเลส หรือกระเบื้องเคลือบไม่แตกแต่งสีหรือทำด้วยสังกะสีเคลือบขาว สำหรับตะเกียบต้องทำด้วยไม้ไม่แตกแต่งสีหรือใช้วัสดุอื่นที่ไม่มีสี

10.6.20 ขยะจะต้องมีการกำจัดทุกวัน

10.6.21 ถึงขยะในบริเวณสถานที่รับประทานอาหาร ต้องมีอย่างน้อย 2 ที่และต้องไม่รั่วซึมหรือใช้ถุงพลาสติกสวมไว้ด้านใน เฉพาะในห้องครัวต้องมีฝาปิด

10.6.22 มีท่อหรือมีรางระบายน้ำที่มีสภาพดี ไม่แตกรั่ว ระบายน้ำจากห้องครัวและที่ล้างภาชนะ อุปกรณ์ลงสู่ท่อสาธารณะหรือแหล่งกำจัด

10.6.23 ส้วมต้องอยู่นอกอาคาร โรงอาหาร กรณีที่อยู่ในตัวอาคารประตูต้องไม่เปิดสู่บริเวณที่ปรุงอาหาร ที่ล้างภาชนะอุปกรณ์ และที่เก็บอาหารทุกชนิด

10.6.24 ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ ควรผูกผ้ากันเปื้อนสีขาว หรือมีเครื่องแบบ ผู้ปรุงจะต้องมีที่เก็บผมโดยใช้ผ้าคลุมผม หรือหมวกคลุมผมให้เรียบร้อย

## 10.7 การป้องกันอุบัติเหตุ

พื้นอาคารและห้องต่างๆ ไม่ลื่นเกินไป มีการตรวจตราสิ่งแวดล้อมภายใน โรงเรียนอยู่เป็นประจำ เพื่อสำรวจหาสิ่งทีอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุแก่นักเรียนและหาทางป้องกันก่อนที่จะเกิดเหตุ มีอุปกรณ์ดับเพลิงติดตามอาคารต่างๆ มีห้องปฐมพยาบาลและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

## ความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียนกับบ้านและชุมชน (School Home and Community Relationship)

สุขภาพอนามัยของนักเรียนขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญ 2 ประการคือ จากตัวนักเรียนเองและจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน ชุมชนหรือสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมดังกล่าวหากมีความสอดคล้องกันจะก่อให้เกิดความร่วมมือกัน ทำให้รู้จักและทราบปัญหาที่แท้จริงของเด็กช่วยส่งเสริมให้เด็กมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องทั้งยังช่วยให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ด้านสุขภาพอนามัยอีกด้วย

ปัจจุบันจุดมุ่งหมายของการศึกษาต้องการให้เด็กได้รู้จักตนเอง ดูแลตนเอง รับผิดชอบตนเอง และสามารถนำความรู้เหล่านั้น ไปสู่บ้านและชุมชนได้ด้วย ดังนั้นนักเรียนที่อยู่ในโรงเรียนจึงเป็นสื่อกลางที่สำคัญยิ่งที่จะช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างโรงเรียนกับบ้านและชุมชน

วิธีการสร้างความสัมพันธ์ อาจเลือกใช้วิธีการหรือกิจกรรมในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบ้านและชุมชนได้หลายวิธีด้วยกัน ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับลักษณะงาน สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมอื่นๆ ไม่ว่าจะติดต่อหรือทำงานร่วมกันเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มก็ตาม ตัวอย่างกิจกรรมที่อาจใช้ในการสร้างความสัมพันธ์ มีดังนี้

1. จัดประชุมครู ผู้ปกครอง องค์กรในชุมชน เพื่อวางแผน ปรึกษาหารือขอความร่วมมือในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในนักเรียน เพื่อให้แผนงานและการดำเนินงานสุขภาพในโรงเรียนมีความสอดคล้องสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของชุมชน ตลอดจน โครงการสาธารณสุขอื่น ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน
2. ให้ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปเยี่ยมบ้านหรือหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนตามโอกาสอันควร
3. ใช้โรงเรียนเป็นสถานที่ให้บริการชั่วคราว เกี่ยวกับงานทางด้านสุขภาพ เช่น มีการฉีดวัคซีนตรวจและรักษาโรคให้แก่ประชาชน
4. เชิญผู้ปกครองมาเยี่ยมโรงเรียน เพื่อให้ทราบกิจกรรมต่าง ๆ ของโรงเรียน
5. ให้ผู้ปกครอง เอกชนหรือชุมชน มีส่วนร่วมสนับสนุนในกิจกรรมของโรงเรียนเกี่ยวกับสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดโครงการอาหารกลางวัน การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การนำนักเรียนป่วยส่งสถานพยาบาล เป็นต้น
6. ให้ครูและนักเรียนร่วมในกิจกรรมของท้องถิ่นเช่น การพัฒนาวัด พัฒนาถนน พัฒนาสาธารณสุขอื่น ๆ งานประจำปี งานวัดหรือเทศกาลต่าง ๆ เป็นต้น
7. มีการประชาสัมพันธ์ให้ทางบ้านและชุมชน ได้ทราบนโยบาย ความเคลื่อนไหวของงานสาธารณสุข การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อมในรูปแบบต่างๆ อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง

## สรุป

เด็กวัยเรียน เป็นวัยที่สามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้เป็นอย่างดี ประสบการณ์ต่างๆ ที่เด็กได้เห็น ได้เรียนรู้ ได้รับการปลูกฝังและได้กระทำ จะเป็นการสร้างค่านิยมและปลูกฝังให้เด็กประพฤติปฏิบัติจนเป็นนิสัย ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องจัดให้เด็กได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย มีความพร้อมและเอื้อต่อการที่เด็กจะเรียนรู้ เพื่อจะได้เติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพ โรงเรียนเป็นสถานที่ที่มีความสำคัญมากแห่งหนึ่ง ที่ควรได้รับการพัฒนาให้เป็นแหล่งเรียนรู้ที่สำคัญของเด็กนักเรียนและชุมชนและควรเป็นแหล่งที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพให้กับเด็กวัยเรียนให้เติบโตอย่างมีคุณภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการที่โรงเรียนจะต้องมีนโยบายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ชัดเจน มีการจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมสอดคล้องกับปัญหาความต้องการของเด็กนักเรียน มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั้งด้านกายภาพและด้านสังคมที่ปลอดภัย เป็นแบบอย่างที่ดีให้เด็กได้เรียนรู้ กระตุ้นและมีความพร้อมที่จะให้เด็กเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เกิดการเรียนรู้และมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งทั้งนี้ โรงเรียน บ้าน และชุมชน ต้องมีการประสานสัมพันธ์และร่วมมือกันเพื่อสร้างสุขภาพแก่เด็กวัยเรียน เด็กจึงจะเติบโตอย่างมีคุณภาพเป็นแบบอย่างแก่ผู้อื่นต่อไป

## แบบฝึกหัดท้ายบท

1. จงอธิบายพัฒนาการทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ของเด็กอายุ 5 – 12 ปี มาพอสังเขป
2. จงบอกปัญหาที่พบได้บ่อยในเด็กวัยเรียน มา 5 ปัญหา พร้อมวิเคราะห์สาเหตุและแนวทางการดูแล
3. ค.ช. ขจร เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 อายุ 6 ปี 10 เดือน ชั่งน้ำหนักได้ 15 กิโลกรัม สูง 105 เซนติเมตร วัดสายตาได้ 6/9 ทั้ง 2 ข้าง ตรวจสอบภาพพบว่า มีฟันน้ำนมผุ 2 ซี่ มีเหงือกอักเสบระดับ จ นิสิตจะให้การดูแล ค.ช. ขจร อย่างไร
4. จงอธิบายพัฒนาการการเจริญเติบโตของฟันในเด็กวัยเรียน สาเหตุ อาการของการเกิดโรคฟันผุ และการป้องกันมาพอสังเขป
5. จงอธิบายแนวทางการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและการส่งเสริมโภชนาการในโรงเรียน มาพอสังเขป
6. จงอธิบายแนวทางการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในโรงเรียนมาพอสังเขป
7. จงอธิบายแนวทางการประเมินสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงเรียนมาพอสังเขป
8. จงบอกประโยชน์ และอธิบายแนวทางการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างโรงเรียนและชุมชน
9. จงอธิบายแนวทางการดำเนินงานในโรงเรียนให้เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ

## บรรณานุกรม

- ควบคุมโรคติดต่อ กรม, กระทรวงสาธารณสุข. (2543). คู่มือการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค. (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- จินตนา สรายุทธพิทักษ์. (2541). การบริการสุขภาพในโรงเรียน. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทันตสาธารณสุข กอง, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. (2536). คู่มืออบรมครูประจำชั้น ในงานเฝ้าระวังและส่งเสริมทันตสุขภาพ นักเรียนประถมศึกษา. มปท.
- ทันตสาธารณสุข กอง, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. (2537). รายงานผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2537 ประเทศไทย. (อัคราเนมา)
- ทันตสาธารณสุข กอง, กรมอนามัย, กระทรวงสาธารณสุข. (2541). เอกสารเนื้อหาวิชาอนามัยชุมชน เรื่องทันตสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- นิตยา คชภักดี. (2539). “การดูแลเด็กเล็กในครอบครัว: ภาระหน้าที่ที่มีคุณค่า” ในการพัฒนาครอบครัว. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานสตรีแห่งชาติ.
- บวร งามศิริอุดม. (2542). โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ : พัฒนารูปแบบได้อย่างไร. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 22, (1), 21-22.
- พรนภา หอมสินธุ์. (2540). อนามัยโรงเรียน. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เพ็ญศรี กาญจนันฐิติ และ โยเซฟ ซื่อเพียรธรรม. (2540). การเจริญเติบโตปกติและผิดปกติ ใน วันดี วราวิทย์ ประพุทธ ศิริบุญย์ และ สุรางค์ เขียมจรรยา (บรรณาธิการ). ตำรากุมาวเคราะห์ (ฉบับเรียบเรียงใหม่ เล่ม 1). กรุงเทพฯ: โฮลิสติกพับลิชชิง จำกัด.
- วรารักษ์ ศิริสว่าง. (2542). อนามัยโรงเรียนทฤษฎีและปฏิบัติ. เชียงใหม่: นพบุรีการพิมพ์.
- วิชัย เทียนถาวร และ ทศนาภรณ์ จำปอญญา. (2542). การพัฒนาครอบครัว(ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สราวดี สุนทรวิจิตร. (2544). เอกสารประกอบการสอนวิชา 101215 การดูแลสุขภาพในภาวะปกติ. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สายันท์ ละออเอี่ยม. (2542). การจัดและบริหารงานสุขภาพในโรงเรียน. ชลบุรี: ภาควิชาพลศึกษาและสันทนาการ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุคนธ์ เขียวสกุล และ นพรัตน์ แก่นาคำ. (2542). โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ก้าวใหม่ของงานอนามัยโรงเรียน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 22, (1), 14 - 16.



สุชาติ โสภประยูร และ เอ็มอัชมา วัฒนบูรานนท์. (2542). การบริหารงานสุขศึกษาในโรงเรียน.  
กรุงเทพฯ: เอมี เทรดคิง.

อนามัย กรม, กระทรวงสาธารณสุข. (2536). คู่มือปฏิบัติงานอนามัยโรงเรียนสำหรับเจ้าหน้าที่  
สาธารณสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อนามัย กรม, กระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ.  
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

Kub, J., Steel, S.A., (2000). School Health. In C.M. Smith & F.A. Maurer (Eds.). **Community  
Health Nursing: Theory and Practice** (2<sup>nd</sup> ed). (pp. 811-836). Philadelphia: W.B. Saunders  
company.

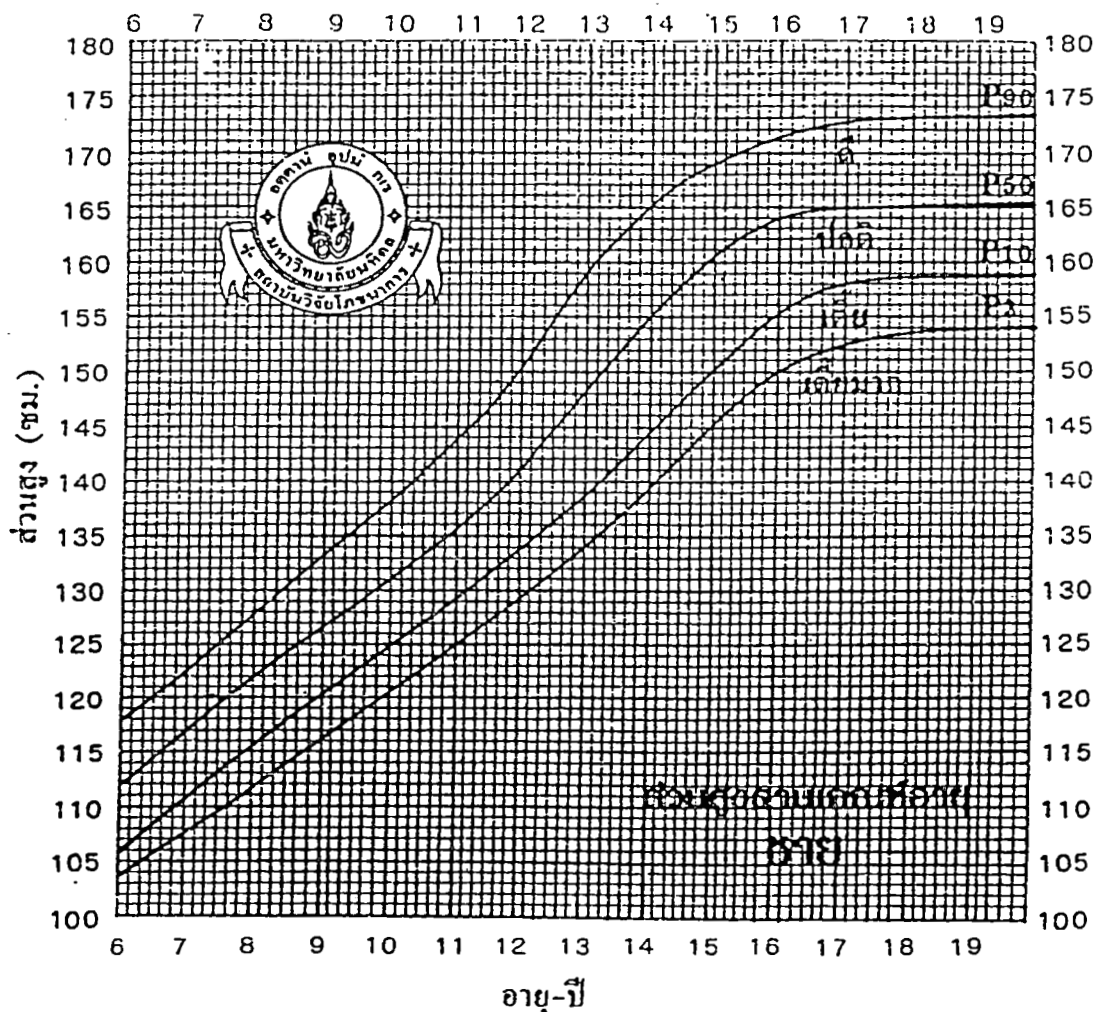
Pillitteri, I., (1999). **Child Health Nursing: Care of the Child and Family** ). USA: Lippincott.

## ภาคผนวก ก

### กราฟแปลผลภาวะการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียน

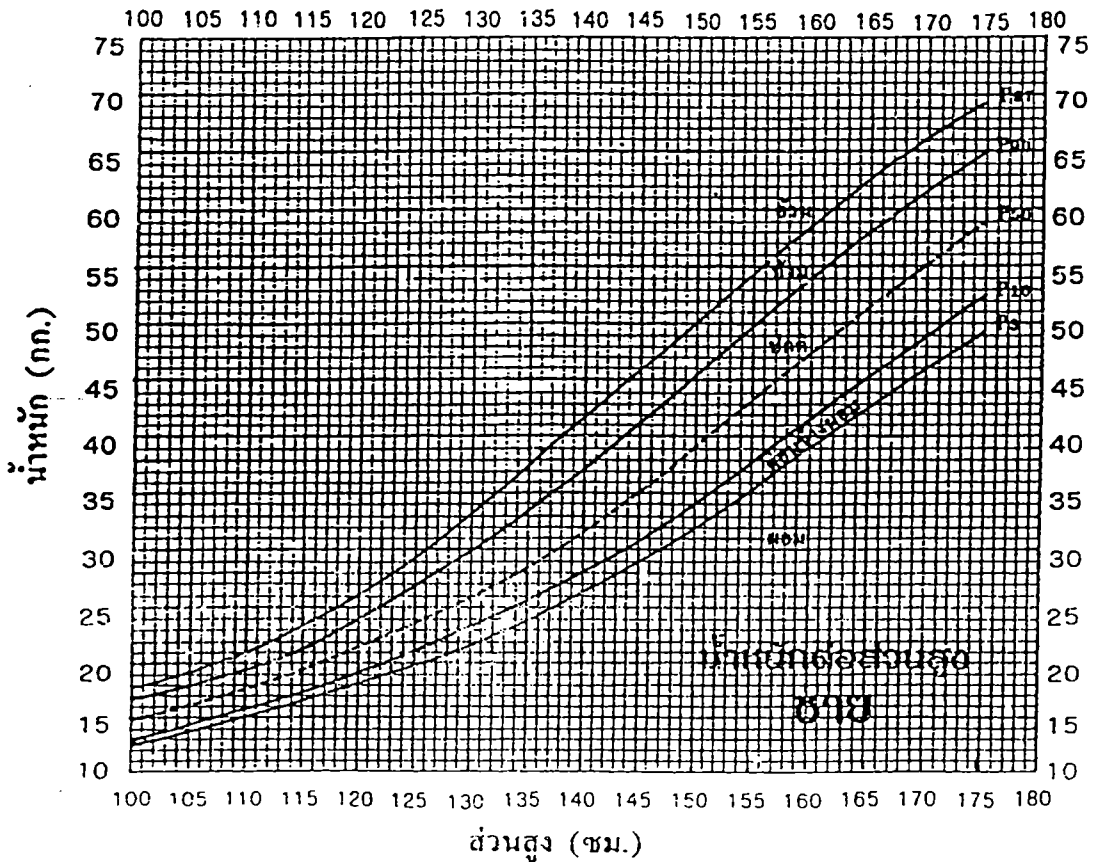
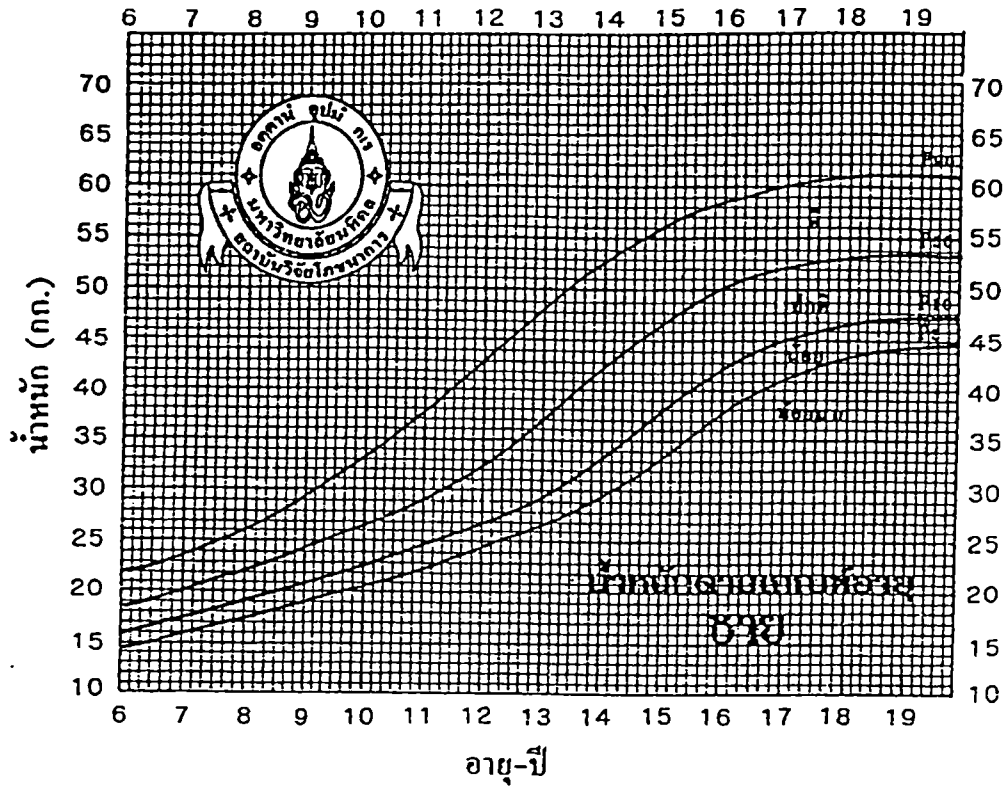
(มาตรฐาน น้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องชี้วัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทย อายุ 1 วัน – 19 ปี)

# กราฟแปลผลภาวะการเจริญเติบโต ของเด็กวัยเรียน



ข้อมูล : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2530 มาตราฐานน้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องวัดภาวะโภชนาการของประชากรไทย อายุ 1 วัน - 19 ปี  
 โดย : สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พุทธมณฑล 4 ตำบลศาลายา กิ่งอำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดนครปฐม 73170  
 INSTITUTE OF NUTRITION, Mahidol University (INMU) Salaya Phuttamonthon 4, Nakhon Pathom 73170, Thailand.

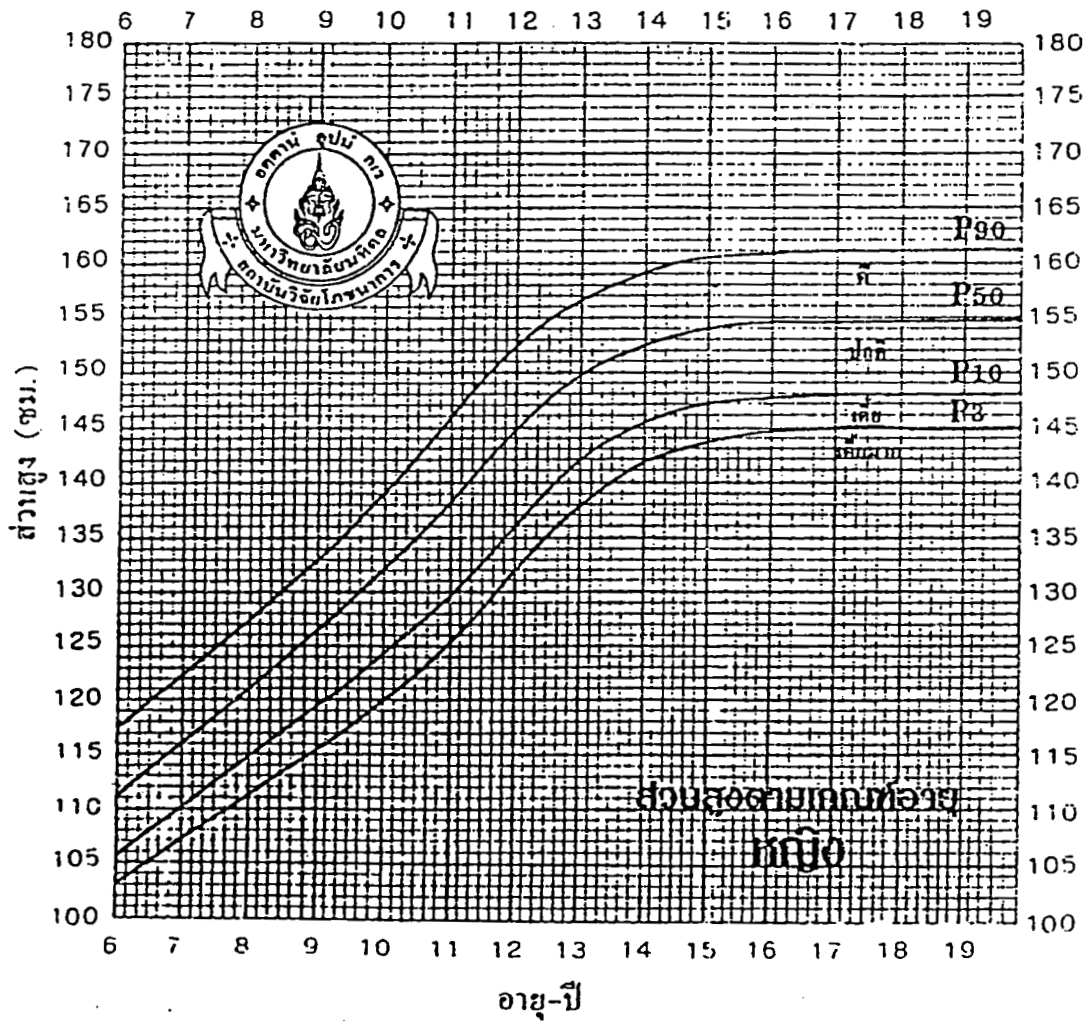




ข้อมูล : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2530 มาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องวัดภาวะโภชนาการของประชาชนไทย อายุ 1 วัน - 18 ปี

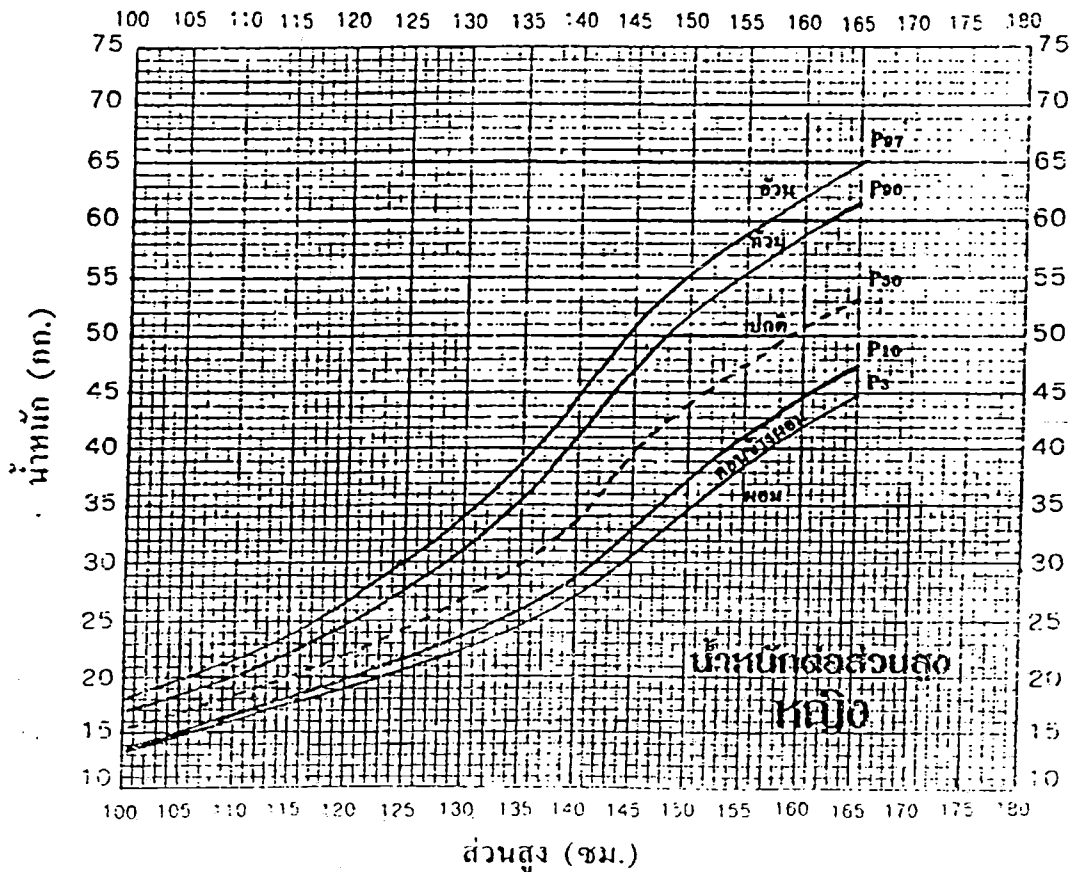
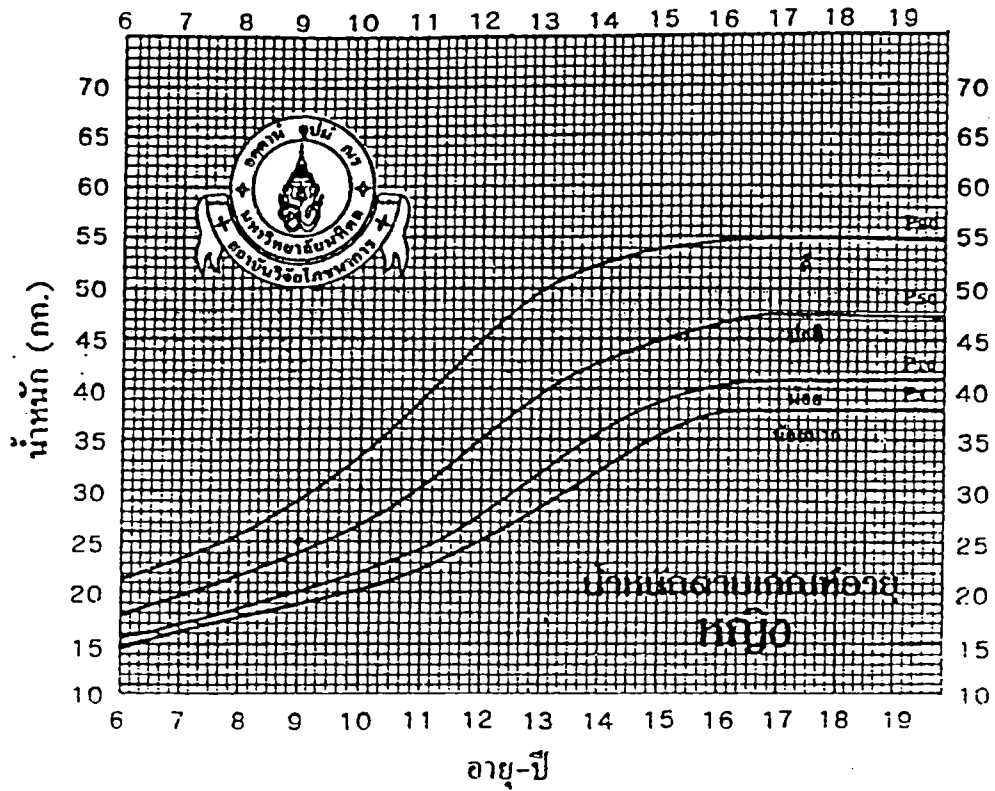
โดย : สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พุทธมณฑล 4 ตำบลศาลายา กิ่งอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170  
 INSTITUTE OF NUTRITION, Mahidol University (INMU) Salaya Phutthamornthon 4, Nakhon Pathom 73170, Thailand.

# กราฟแปลผลภาวะการเจริญเติบโต ของเด็กวัยเรียน



ข้อมูล : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2550 มาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องวัดภาวะโภชนาการของประเทศไทย อายุ : วัน : 19 ปี  
 ใด : สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พุทธมณฑล 4 ตำบลศาลายา ถึงอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170  
 INSTITUTE OF NUTRITION, Mahidol University (INMU) Salaya Phutthamonthon 4, Nakhon Pathom 73170, Thailand





ข้อมูล : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๐ มาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูง และเครื่องวัดภาวะโภชนาการของประชากรไทย อายุ 1 วัน - 19 ปี  
 โดย : สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พุทธมณฑล 4 ตำบลศาลายา ถึงอำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170  
 INSTITUTE OF NUTRITION, Mahidol University (IHMU) Salaya Phuttamonthon 4, Nakhon Pathom 73170, Thailand

ภาคผนวก ข  
บัตรบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียน  
(ส.ศ. 3)

บัตรบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียน

(ส.ศ. 3)

บัตรบันทึกสุขภาพประจำตัวนักเรียนนี้ ต้องนำไปมอบให้โรงเรียนที่นักเรียนย้ายไปอยู่ใหม่ทุกครั้ง  
ประวัติทั่วไป

วัน เดือน ปี ที่ขึ้นทะเบียน.....ชื่อโรงเรียน.....

สถานที่ตั้ง.....

ชื่อ-สกุล.....เพศ  หญิง  ชาย

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....สัญชาติ.....ศาสนา.....

ชื่อ-สกุล บิดา.....  มีชีวิตอยู่  ถึงแก่กรรม  หย่า อาชีพ.....

ชื่อ-สกุล มารดา.....  มีชีวิตอยู่  ถึงแก่กรรม  หย่า อาชีพ.....

ชื่อ-สกุล ผู้ปกครอง.....ที่อยู่.....อาชีพ.....

การย้ายโรงเรียน

วัน เดือน ปี	ชื่อโรงเรียน	สถานที่ตั้ง

ประวัติการเจ็บป่วย ให้เขียนเครื่องหมาย / ในช่องถ้าเคยเกิดโรค

โรค	โรค	โรค	แพ้พิษ แพ้ยา (อาการ)..... ..... ผื่นคัน (ชื่อ วันเดือนปี)..... ..... อุบัติเหตุร้ายแรง (ชื่อ วันเดือนปี)..... .....
หัด	หัดบ่อข ๗	โลหิตจาง	
อีสุกอีใส	หัด	คอตีบ	
คางทูม	ปอดบวม	โรคอื่น ๆ ระบุ	
คออักเสบ	วัณโรค		
โอดกรน	ไข้เลือดออก		
หทัยฟอสต์	ลมบ้าหมู		

ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว

บุคคลในครอบครัวเคยป่วยเป็น  วัณโรค  ลมบ้าหมู  อื่น ๆ ระบุ.....

บันทึกการเจริญเติบโต ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 (1 สิงหาคม) และ ครั้งที่ 2 (1 กุมภาพันธ์)

วัน เดือน ปี										
อายุ ปี/เดือน										
น้ำหนัก (ก.ก.)										
ส่วนสูง (ซ.ม.)										
ภาวะการเจริญเติบโต										

ปกติ (ป)      ต่ำกว่าเกณฑ์ (ต)      มากกว่าเกณฑ์ (อ)

บันทึกการตรวจสายตาและการได้ยิน

วัน เดือน ปี										
วัดสายตา	ขวา									
	ซ้าย									
วัดสายตาสวมแว่น	ขวา									
	ซ้าย									
วัดสายตาโดยใส่ PIN HOLE	ขวา									
	ซ้าย									
การได้ยิน	ขวา									
	ซ้าย									



บันทึกการตรวจทันตสุขภาพปีละ 2 ครั้ง มิถุนายน และธันวาคม

ชั้น	ครั้งที่	วัน เดือน ปี	โรคเหงือกอักเสบ						โรคฟันผุ	การส่งต่อ	ได้รับการแก้ไข
			← บน →			← ต่ำ →					
			ขวา	หน้า	ซ้าย	ซ้าย	หน้า	ขวา			
	1										
	2										
	1										
	2										
	1										
	2										
	1										
	2										
	1										
	2										
	1										
	2										
	1										
	2										
	1										
	2										
	1										
	2										
	1										
	2										

คำชี้แจงการบันทึก  
โรคเหงือกอักเสบ แบ่งช่องปากออกเป็น 6 ส่วน  
← บน → ← ต่ำ →  
ขวา หน้า ซ้าย ซ้าย หน้า ขวา

0 = เหงือกปกติ  
1 = เหงือกอักเสบ  
7 = สภาพในช่องปากที่ ต้องการการรักษา อย่างเร่งด่วน

สรุป ผลรวมที่ได้จากช่องโรคเหงือกอักเสบ (6 ช่อง) ถ้า ช่องใดช่องหนึ่ง หรือหลาย ช่องมีเลข 7 อยู่ ใช้สรุป = 7

ระดับ ดูจากช่องสรุป

สรุป	ระดับ
0	- ก
1-2	- ข
3-4	- ค
5-6	- ง
7	- จ

โรคฟันผุ  
0 = ฟันผุไม่มี  
1 = ฟันผุ

การส่งต่อและได้รับการแก้ไข ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ต่อเมื่อครู ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ครั้งที่	ชนิด	คอติบ + ไกกรน + บาตะอิก	โปลิโอ	หัด	คอติบ + บาตะอิก	ทักซอสต์	หัดเยอรมัน	บาตะอิก	อื่น ๆ
1									
2									
3									
4									
5									
6									

เด็กวัยก่อนเรียน บันทึก วัน เดือน ปี หรือเครื่องหมาย ✓ ในช่องบนเส้นทึบ  
เด็กวัยเรียน บันทึก วัน เดือน ปี ในช่องใต้เส้นทึบ

บันทึกของครูโรงเรียนประถมศึกษาและครูหรือผู้นำเยาวชนสาธารณสุขในโรงเรียนมัธยมศึกษา จากการพบความผิดปกติของนักเรียน เกี่ยวกับสุขภาพ อุบัติภัย พฤติกรรมที่ผิดปกติ ตลอดจนการรักษา การส่งต่อ หรือการช่วยเหลืออื่น ๆ แล้วลงชื่อกำกับทุกครั้ง

วัน เดือน ปี	รายการ	วัน เดือน ปี	รายการ



บันทึกการตรวจทันตสุขภาพปีละ 2 ครั้ง มิถุนายน และธันวาคม

ชั้น	ครั้งที่	วัน เดือน ปี	โรคเหงือกอักเสบ						สรุป	ระดับ	โรคฟันผุ	การส่งต่อ	ได้รับการแก้ไข
			← บน →			← ล่าง →							
			ขวา	หน้า	ซ้าย	ซ้าย	หน้า	ขวา					
	1												
	2												
	1												
	2												
	1												
	2												
	1												
	2												
	1												
	2												
	1												
	2												
	1												
	2												
	1												
	2												
	1												
	2												

**คำชี้แจงการบันทึก**  
 โรคเหงือกอักเสบ แบ่งช่องปากออกเป็น 6 ส่วน  
 ← บน → ← ล่าง →  
 ขวา หน้า ซ้าย ซ้าย หน้า ขวา

0 = เหงือกปกติ  
 1 = เหงือกอักเสบ  
 7 = สภาพในช่องปากที่ ต้องการการรักษา อย่างเร่งด่วน

สรุป ผลรวมที่ได้จากช่องโรค เหงือกอักเสบ (6 ช่อง) ถ้า ช่องใดช่องหนึ่ง หรือหลาย ช่องมีเลข 7 อยู่ ให้สรุป = 7

ระดับ ดูจากช่องสรุป

สรุป	ระดับ
0	= ก
1-2	= ข
3-4	= ค
5-6	= ง
7	= จ

โรคฟันผุ  
 0 = ฟันผุไม่มี  
 1 = ฟันผุ  
 การส่งต่อและได้รับการแก้ไข ให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ต่อเมื่อครู ได้ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว

การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

ครั้งที่	วัคซีน	คอติบ + โยกริน + บาคทะอักษ	โปลิโอ	หัด	คอติบ + บาคทะอักษ	ท็อกซอยด์	หัดเยอรมัน	บาคทะอักษ	อื่น ๆ
1									
2									
3									
4									
5									
6									

เด็กวัยก่อนเรียน บันทึก วัน เดือน ปี หรือเครื่องหมาย ✓ ในช่องบนเส้นทึบ  
 เด็กวัยเรียน บันทึก วัน เดือน ปี ในช่องใต้เส้นทึบ

บันทึกของครูโรงเรียนประถมศึกษาและครูหรือผู้นำเยาวชนสาธารณสุขในโรงเรียนมัธยมศึกษา จากการพบความผิดปกติของนักเรียน เกี่ยวกับสุขภาพ อุปนิสัย พฤติกรรมที่ผิดปกติ ตลอดจนการรักษา การส่งต่อ หรือการช่วยเหลืออื่น ๆ แล้วลงชื่อกำกับทุกครั้ง

วัน เดือน ปี	รายการ	วัน เดือน ปี	รายการ



บทที่ 2

พัฒนาการ ภาวะเสี่ยง การประเมินภาวะสุขภาพ  
การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยในวัยผู้ใหญ่

## บทที่ 2

## พัฒนาการ ภาวะเสี่ยง การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยวัยผู้ใหญ่

**วัตถุประสงค์ทั่วไป:** เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่ สามารถวิเคราะห์ปัญหาและภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ รวมทั้งสามารถส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยในวัยผู้ใหญ่ได้

**วัตถุประสงค์เฉพาะ :** หลังจากจบบทเรียนนี้แล้วผู้เรียนสามารถ

1. อธิบายการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่ได้
2. วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ และภาวะเสี่ยงที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่ได้
3. อธิบายแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในวัยผู้ใหญ่ได้
4. อธิบายสาระสำคัญของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงานได้

**เนื้อหา :**

1. การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่ทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคมและทางด้าน

ร่างกาย

2. ภาวะเสี่ยงของวัยผู้ใหญ่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย
  - 2.1 การเกิดอุบัติเหตุการจราจร
  - 2.2 การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด
  - 2.3 การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม
  - 2.4 เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่เกิดจากการมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง และโรคติดเชื้อ

บางชนิด

- 2.5 การขาดการออกกำลังกาย
- 2.6 เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพ
- 2.7 เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน
- 2.8 ความเครียดและปัญหาสุขภาพจิต
3. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงาน

**จำนวนคาบที่เรียน :** 4 คาบเรียน

**กิจกรรม :**

1. นำเข้าสู่บทเรียน โดยให้นิสิตได้มีการอภิปรายถึงภาวะสุขภาพของพ่อแม่หรือผู้ใหญ่ในบ้าน โดยเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพของนิสิต
2. ผู้สอนสรุปเนื้อหาที่นิสิตอภิปรายและจัดกลุ่มคำตอบ และบรรยายเนื้อหาเพิ่มเติมและสรุปความคิดรวบยอดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่
3. บรรยายภาวะเสี่ยงและสภาพปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในวัยผู้ใหญ่ทั้ง 8 ประการ โดยใช้ภาพจากหนังสือพิมพ์และสไลด์ประกอบการสอน
4. แบ่งกลุ่มนิสิตออกเป็น 8 กลุ่ม แต่ละกลุ่มรับผิดชอบ 1 ปัญหาแล้วร่วมกันคิด วิเคราะห์ ถึงวิธีการดูแลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาเหล่านั้น ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ ผู้สอนบรรยายเนื้อหาเพิ่มเติมและสรุปความคิดรวบยอดในแต่ละปัญหา
5. มอบหมายให้นิสิตศึกษาด้วยตนเองในหัวข้อ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงาน

**สื่อการสอน :**

1. เอกสารประกอบการสอน
2. ภาพหนังสือพิมพ์เกี่ยวกับการเกิดอุบัติเหตุจราจร
3. สไลด์ เกี่ยวกับการเกิดสภาพสิ่งแวดล้อมในการทำงานและอุบัติเหตุจากการทำงานในสถานประกอบการ
4. เครื่องคอมพิวเตอร์พร้อมโปรแกรมนำเสนอข้อมูล(Power Point) ประกอบสื่อการสอนเรื่องการดูแลสุขภาพวัยผู้ใหญ่

**การประเมินผล :**

1. สังเกตความสนใจในการเรียน ร่วมอภิปรายและการนำเสนอ
2. การซักถามระหว่างเรียน และการตอบคำถาม
3. การสอบข้อเขียนปลายภาคจำนวน 16 ข้อ

## พัฒนาการ ภาวะเสี่ยง การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยวัยผู้ใหญ่

วัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่ร่างกายมีการเจริญเต็มที่แล้ว เริ่มตั้งแต่ อายุ 20 ปีขึ้นไป แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 20 – 40 ปี วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง อายุ 41 – 65 ปี วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย อายุ 65 ปี ขึ้นไป (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999) เป็นวัยที่ใช้ชีวิตอย่างอิสระ เป็นวัยแห่งการทำงานมีชีวิตและครอบครัวเป็นของตนเอง เป็นวัยที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งอีกวัยหนึ่งเพราะอยู่ในช่วงวัยแรงงาน วัยแห่งการเป็นเสาหลักให้ครอบครัว วัยแห่งสร้างผลผลิตให้กับประเทศชาติ จึงควรได้รับการดูแลเพื่อคงไว้ซึ่งสภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ในที่นี้จะกล่าวถึง เฉพาะวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเท่านั้น ส่วนวัยผู้ใหญ่ตอนปลายนิสิตจะได้ศึกษา ในหัวข้อพัฒนาการ การประเมินภาวะสุขภาพ ภาวะเสี่ยง การส่งเสริมและปกป้องสุขภาพวัยสูงอายุ และในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ที่เป็นลักษณะเฉพาะของสตรี นิสิตจะได้ศึกษาในวิชาการดูแลสุขภาพสตรีวัยเจริญพันธุ์ ในโอกาสต่อไป

### การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่

วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตเต็มที่ มีวุฒิภาวะที่พร้อมที่สุดในทุกด้าน มีสมรรถภาพร่างกายเต็มที่ และก้าวเข้าสู่การเสื่อมถอยของร่างกาย ที่ละน้อยๆ จนถึงการชราภาพในที่สุด ซึ่งนอกจากจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายแล้ว ยังมีผลต่อด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมอีกด้วย ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

#### 1. พัฒนาการด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม

ในแต่ละช่วงอายุจะมีลักษณะและพัฒนาการที่แตกต่างกันไปตามทฤษฎีพัฒนาการของลีวินสัน (Levinson's Developmental Stage of Adulthood cited in Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999, pp. 384) กล่าวว่า ช่วงอายุ 18 – 20 ปี เป็นช่วงก้าวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น บุคคลจะแสวงหาความเป็นอิสระ โดยการแยกออกจากครอบครัว

ช่วงอายุ 21 – 27 ปี เป็นวัยที่ก้าวสู่ความเป็นผู้ใหญ่เต็มที่ เป็นวัยแห่งการแสวงหาประสบการณ์ในการทำงานอาชีพต่าง ๆ และการใช้ชีวิตแบบต่าง ๆ

ช่วงอายุ 28 – 32 ปี เป็นช่วงเปลี่ยนถ่ายในวัยผู้ใหญ่ (transition) เป็นวัยที่เริ่มมีการใช้ชีวิตอย่างรอบคอบพินิจพิเคราะห์



ช่วงอายุ 33 – 39 ปี เป็นช่วงชีวิตที่ลงตัว(sitting down) เริ่มมีความมั่นคงในงาน มีประสบการณ์ในงาน

ช่วงอายุ 45 – 65 ปี เป็นช่วงแห่งการเก็บเกี่ยวและทำประโยชน์ต่อสังคม(pay-off year) มีการควบคุมและดูแลตนเองเต็มที่ และเข้าสู่วัยแห่งการประเมินผลชีวิตตนเอง

ตามทฤษฎีพัฒนาการของอีริกสัน (Erikson's Stage of Psychosocial Development cited in Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999, pp. 385) กล่าวว่า ช่วงอายุ 18 –25 ปี เป็นช่วงพัฒนาการในการวางตัวที่จะมีความสัมพันธ์ที่ลึกซึ้งหรือแยกตัว ในการมีความสัมพันธ์และข้อผูกพันกับคนอื่น และในการทำงาน ช่วงอายุ 21 – 45 ปี เป็นวัยของการมีครอบครัวและสืบทอดเผ่าพันธุ์ ส่วนช่วงอายุ 45 ปีขึ้นไป เป็นวัยที่มีคุณค่า ประสบความสำเร็จในชีวิตเต็มที่

ภาระหน้าที่ตามพัฒนาการของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ควรกระทำคือ การมีความมั่นคงในแนวคิดของตนเอง ยอมรับภาพลักษณ์ของตนเอง กำหนดปรัชญาในการดำเนินชีวิต มีความอิสระและมั่นคงในการประกอบอาชีพ มีการจัดเวลาที่เหมาะสมระหว่างการทำงานกับการพักผ่อน มีการเรียนรู้ที่จะมีความรักและความรับผิดชอบ มีการเข้าสังคมกับคนที่ชอบสิ่งๆ เหมือนๆ กัน และมีความสัมพันธ์กับชุมชนที่อยู่อาศัย

ภาระหน้าที่ตามพัฒนาการของวัยผู้ใหญ่ตอนกลางที่ควรกระทำคือ ต้องมีความตระหนักและยอมรับในการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ฝึกนิสัยการมีวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่นการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสม ใช้เวลาว่างอย่างฉลาดและมีความสุข พัฒนาแนวคิดและปรัชญาชีวิต พัฒนางานอดิเรกและสิ่งๆ สนใจใหม่ ๆ ในด้านการดำเนินชีวิตครอบครัวคือการรักษาสัมพันธ์ภาพที่ดีของชีวิตคู่ และการมีครอบครัวที่อบอุ่น ดูแลพ่อแม่ที่แก่เฒ่า และควรมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนในสังคม สนุกกับการทำงาน มีความพร้อมในการเป็นผู้นำ และเตรียมพร้อมสำหรับการเลิกทำงาน ให้ความสำคัญกับความรับผิดชอบต่อในฐานะเป็นพลเมืองของประเทศ คงไว้ซึ่งความสัมพันธ์อันดีกับเพื่อนเก่าที่ดีๆ คนใกล้ชิดและคนในองค์กร

## 2. การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการทางด้านร่างกาย

2.1 การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการทางด้านร่างกายวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นวัยที่ร่างกายมีความแข็งแรง สมบูรณ์เต็มที่ โดยเฉพาะในช่วงอายุ 20 – 30 ปี ร่างกายจะสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเจริญเต็มที่ โดยเฉพาะกระดูกจะหยุดเจริญเติบโตเมื่ออายุ 21 ปี หลังจากอายุ 30 ปี ไปแล้ว การทำงานของร่างกายก็จะเริ่มลดลง เช่น การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด จะทำงานลดลงเรื่อย ๆ ประมาณร้อยละ 0.7 ต่อปี ระบบหายใจประสิทธิภาพการทำงานจะลดลง ร้อยละ 8 ทุกๆ 10 ปี ระบบย่อยอาหาร และความต้องการพลังงานก็จะลดลงเช่นกัน ระบบผิวหนังเริ่มมีความยืดหยุ่นลดลง ทำให้เริ่มมีรอย่นปรากฏขึ้น ผมเริ่มร่วงและมีการเจริญเติบโตช้า

ลง เริ่มมีผมหงอก ระบบประสาท เซลล์สมองจะมีคุณภาพและมีน้ำหนักสูงสุดเมื่ออายุ 25 ปี หลังจากนั้นจะลดลง ดังนั้นในช่วงอายุ 20 – 30 ปี จึงเป็นวัยที่สามารถจดจำและ คิดคำนวณได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนระบบปีศาจและอวัยวะสืบพันธุ์ จะทำงานมีประสิทธิภาพสูงสุดในวัยนี้เช่นกัน เพศหญิงจะมีไขกระดูกเพิ่มขึ้นเมื่ออายุ 18 – 24 ปี เพศชายจะมีการผลิตตัวเชื้ออสุจิที่สมบูรณ์ได้ถึง ร้อยละ 90 ในช่วงอายุ 20 – 29 ปี ไตจะมีขนาดโตที่สุดเมื่ออายุได้ 30 ปี และเริ่มลดขนาดลงช้า ๆ (Gallagher & Kreider, 1987 อ้างในทิพย์ภา เศรษฐเชาวลิต, 2541)

**2.2 การเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการทางด้านร่างกายวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง** เป็นวัยที่ร่างกายเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ความชรา ผิวหนังสูญเสียความตึงตัว และ แห้งเนื่องจากเพราะต่อมไขมันบนทำงานลดลง ผิวหนังบริเวณรอบดวงตาจะปรากฏเป็นถุงและเป็นรอยคล้ำ เปลือกตาหือย่น ผมเริ่มแปรบางและเปลี่ยนสีเห็นได้ชัดเจนเมื่ออายุ 50 ปี เนื่องจากสารเมลานิน (melanin) ที่สร้างจากรากผมมีจำนวนลดลง ฟันจะหักและร่วงหลุด ความตึงตัวของกล้ามเนื้อลดลง ความหนาแน่นของกระดูกลดลง แปรบางและเสื่อม ทำให้สูญเสียท่าทาง และความสูงลดลง การส่งกระแสประสาทและการทำหน้าที่ของกล้ามเนื้อซ้าลง อวัยวะที่ทำหน้าที่รับรู้และสัมผัสมีความเสื่อมเกิดขึ้นเช่นกัน เช่น ตาเริ่มฝ้าฟาง เพราะเยื่อลูกตาและท่อน้ำตาหือย ทำให้ขาดน้ำเลี้ยงลูกตา กล้ามเนื้อควบคุมการเคลื่อนไหวของลูกตาขาดความกระชับลงเป็นลำดับ แก้วตาไม่สามารถยืดหดตัวได้ดีเหมือนเดิม จึงไม่สามารถมองเห็นในระยะใกล้ได้ชัดเจนซึ่งเรียกว่าสายตายาว รูม่านตามีขนาดลดลงทำให้มองไม่ชัดในที่มืด เกิดปัญหาในการอ่านหนังสือและขับรถในเวลาากลางคืน อวัยวะเกี่ยวกับการได้ยินคือ หู จะมีความเสื่อมของเซลล์ ทำให้การได้ยินผิดปกติหรือที่เรียกว่าเกิดอาการหูตึง โดยการได้ยินเสียงแหลมจะเสียก่อน การได้ยินลดลง การรับรู้การสัมผัสเบาๆ จะซ้าลงเนื่องจากมีความเสื่อมของเซลล์ประสาท การรับรู้รสก็จะลดลงเช่นกัน เนื่องจากจำนวนต่อมรับรสลดลง การทำงานของอวัยวะในร่างกายก็มีความเสื่อมถอยลงเช่นกัน เช่น เส้นเลือดแข็งตัว สูญเสียความยืดหยุ่น มีไขมันมาเกาะทำให้ตีบตัน ซึ่งนำไปสู่โรคหลอดเลือดหัวใจ ความดันโลหิตสูง และไตทำหน้าที่กั้นกรองของเสียได้ไม่เต็มที่ ระบบย่อยอาหารเสื่อมลงทำให้เป็นโรคกระเพาะได้ง่าย อาหารที่รับประทานเข้าไปจะถูกย่อยหรือถูกดูดซึมได้น้อยลงกว่าเดิม ต่อมน้ำต่อสร้างฮอร์โมนลดลง รังไข่ในเพศหญิงและอัณฑะในผู้ชายมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ทำให้ผู้หญิงเกิดภาวะหมดประจำเดือนเมื่ออายุได้ 45 – 50 ปี ผู้ชายสร้างตัวอสุจิได้ลดลงแต่ยังคงสร้างได้ไปตลอดชีวิต (Hitchcock, Schubert & Thomas, 1999 ; Edelman & Mandel, 1994 อ้างใน ทิพย์ภา เศรษฐเชาวลิต, 2541)

## ภาวะเสี่ยงของวัยผู้ใหญ่ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย

วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่ใช้ชีวิตอย่างอิสระ การมีคู่ครองและชีวิตครอบครัว มุ่งเน้นที่การประกอบอาชีพเป็นสำคัญ ชีวิตต้องเผชิญกับปัญหาอุปสรรคนานาประการ หากไม่ดูแลตนเองให้เหมาะสมก็จะก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมได้ ประกอบกับเป็นวัยที่ร่างกายเริ่มเข้าสู่ช่วงของการเสื่อมถอยในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ก็ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยได้มากขึ้น ปัจจัยเสี่ยงที่พบมากในวัยผู้ใหญ่ที่ควรให้การดูแลและป้องกันที่พบมากได้แก่

1) การเกิดอุบัติเหตุการจราจร อุบัติเหตุการจราจรเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายที่สำคัญที่สุดของประชาชนไทย ในปี 2540 มีรายงานผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรถึง 13,073 ราย คิดเป็นอัตรา 21.6 ต่อประชากรแสนคน ผู้ตายส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง 15 – 34 ปี (สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, 2543, หน้า 406) ดังนั้นจึงควรมีมาตรการให้ผู้ขับขี่ทุกคนคาดเข็มขัดนิรภัยเสมอเพราะสามารถลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บปานกลางถึงบาดเจ็บรุนแรงได้ถึงร้อยละ 55 และลดอัตราตายได้ถึงร้อยละ 40 – 50 ไม่ขับขี่ยานพาหนะขณะมึนเมาหรือดื่มสุรา สำหรับผู้โดยสารไม่ควรนั่งตอนท้ายของรถบรรทุกหรือรถกระบะที่ไม่ได้ทำที่นั่งสำหรับผู้โดยสารไว้ และควรหามาตรการที่ทำให้ทุกคนปฏิบัติตามกฎจราจรทุกครั้งที่มีการใช้รถใช้ถนน

2. การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด—เป็นปัจจัยทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพอย่างมาก มีหลักฐานว่าการสูบบุหรี่เป็นสาเหตุทำให้เกิดมะเร็งได้หลายชนิด เช่น มะเร็งปอด มะเร็งช่องปากและกล่องเสียง มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งตับอ่อน มะเร็งกระเพาะปัสสาวะ โดยเฉพาะมะเร็งปอดเป็นมะเร็งที่พบมากเป็นอันดับสองในผู้ชาย รองจากมะเร็งตับ (อัตราป่วย 9.6 ต่อประชากรแสนคนในปี 2540) และพบเป็นอันดับสี่ในผู้หญิงรองจากมะเร็งปากมดลูก มะเร็งตับ และมะเร็งเต้านม และพบว่าผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งปอดสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 87 และยังมีคนไทยสูบบุหรี่ ถึง 10.4 ล้านคน ในปี 2536

การดื่มสุรา ทำให้ขาดสติ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย และยังพบว่าเป็นปัจจัยเสริมที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งตับ (สุรจิต สุนทรธรรม, กสานต์ สีดลารมณ และ อนุชิต จูฑะพุทธิ, 2543, หน้า 181)

ปัญหายาเสพติดในสถานการณ์ปัจจุบัน โดยเฉพาะยาบ้าได้กลายเป็นมหันตภัยร้ายแรงที่มีได้เป็นผลเสียเฉพาะผู้เสพเท่านั้นแต่ยังเป็นสาเหตุส่งเสริมการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติภัย ปัญหาทางสังคมและอาชญากรรม อีกด้วย ซึ่งนับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกวัน และได้แพร่ระบาดไปสู่กลุ่มเยาวชน นักเรียน นักศึกษา ซึ่งเป็นอนาคตของชาติ จึงควรมีการรณรงค์ให้ประชาชนเห็นโทษและภัยของยาเสพติด มีการรณรงค์ต่อต้านการใช้ยาเสพติด สนับสนุนให้เล่นกีฬา และใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์

3. การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยได้มากมาย ได้แก่

3.1 การรับประทานอาหารที่ไม่สุก ทำให้ติดเชื้อพยาธิ เช่น พยาธิปากขอ พยาธิใบไม้ในตับ พยาธิใบไม้ในเลือด โรคพยาธินี้หากเป็นในเด็กทำให้การเจริญเติบโตช้า เชื่องซึม ขาดอาหารและสติปัญญาเสื่อม โรคพยาธิบางชนิดทำให้อวัยวะในร่างกายที่พยาธิอาศัยอยู่เปลี่ยนแปลงอย่างถาวร เช่น พยาธิใบไม้ในปอดบริเวณที่พยาธิอาศัยอยู่แข็งตัว สูญเสียหน้าที่การทำงาน พยาธิใบไม้ตับทำให้ท่อน้ำดีแข็งตัว อุดตัน และกลายเป็นมะเร็ง

3.2 การรับประทานมากเกินไปทำให้เกิดโรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ เป็นต้น จากการสำรวจประชากรอายุ 20 ปีขึ้นไปในปี 2534 พบว่าความชุกของผู้ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าปกติ , ปกติ , น้ำหนักเกินปกติ และมีภาวะอ้วน เท่ากับ ร้อยละ 27.8, 49.6, 16.7, และ 4.0 ตามลำดับ และพบว่าสาเหตุการตายของผู้มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กก./ตร.ม. ขึ้นไป เกิดจากโรค หัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคนี้้วนในถุงน้ำดี โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และโรคมะเร็งระบบสืบพันธุ์

3.3 การรับประทานน้อยเกินไปทำให้เกิดโรคขาดสารอาหาร เช่น โรคขาดโปรตีนและพลังงาน โรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โรคขาดไอโอดีน เป็นต้น และพบว่าสาเหตุการตายของผู้มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 20 กก./ ตร.ม. เกิดจากโรคมะเร็งบางชนิด โรคระบบทางเดินหายใจและโรคระบบทางเดินอาหาร

แนวทางการรับประทานอาหารที่เหมาะสมแก่ร่างกาย มีหลักสำคัญ 10 ประการ คือ 1) บริโภคอาหารหลัก 5 หมู่ ให้ครบ 2) บริโภคอาหารที่ให้พลังงานแต่พอควรให้สมดุลกับพลังงานที่ใช้ซึ่งสามารถคำนวณได้จากค่าดัชนีมวลกาย 3) ในแต่ละวันบริโภคอาหารที่มีสัดส่วนของพลังงานอยู่เหมาะสม คือ มีสัดส่วนของโปรตีน ไขมัน และคาร์โบไฮเดรต ให้มีสัดส่วนร้อยละ 15 – 20 , 20 – 30 และ 50 - 65 ของพลังงานที่ได้รับทั้งหมด 4) บริโภคไขมันที่มีสัดส่วนของกรดไขมันอย่างเหมาะสม 5) บริโภคโคเลสเตอรอลไม่เกินวันละ 300 มิลลิกรัม โดยการใช้น้ำมันถั่วเหลืองในการปรุงอาหารวันละ 1.5 - 2 ช้อนโต๊ะ หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีกรดไขมันอิ่มตัวมาก ได้แก่ ไขมันหมู กะทิ เนย เกลว ไอศกรีม ของทอดนอกบ้าน เช่น ปาท่องโก๋ ก๋วยทอด ทอดมัน หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่เป็นแหล่งให้กรดไขมันทรานส์ (trans fatty acid) ได้แก่ เนยเทียม เนื้อสัตว์ที่เคี้ยวเอื้อง เช่น เนื้อโค กระบือ เพราะมีรายงานว่ากรดไขมันทรานส์เพิ่มระดับโคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นต่ำ (low density lipoprotein – cholesterol : LDL-C) และลดระดับโคเลสเตอรอลในไลโปโปรตีนที่มีความหนาแน่นสูง (hign density lipoprotein – cholesterol : HDL-C) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือด 6) บริโภคน้ำตาลไม่เกินร้อยละ 10 ของพลังงานทั้งหมด เพราะจะทำให้เกิดโรคอ้วน โรคฟันผุ และโรคจากการขาดวิตามินบี 1 ได้ เพราะการเผาไหม้น้ำตาลให้เกิดพลังงาน

ต้องพึงวิตามินบี 1 7) บริโภคใยอาหารอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการบริโภคผักและผลไม้เป็นประจำ ใยอาหารมีบทบาทสำคัญในการขับถ่ายอุจจาระ ช่วยควบคุมน้ำหนักตัว โดยลดความรู้สึกริ๊ง ทำให้บริโภคอาหารได้น้อยลง ในอาหารบางชนิดสามารถลดระดับกลูโคส และ LDL-C ในเลือดรวมทั้งป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ 8) บริโภคโซเดียมไม่เกินวันละ 2,400 มิลลิกรัม(เกลือแกง 6 กรัม) เพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง โดยการไม่บริโภคอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม ผักกาดดอง 9) ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์จนได้รับเอทานอลมากกว่าวันละ 30 กรัมเป็นประจำ ทำให้มีระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูงขึ้น เสี่ยงต่อการเกิดโรคตับแข็ง และโรคขาดสารอาหารต่างๆ 10) บริโภคอาหารที่ป้องกันโรคมะเร็ง ด้วยการหลีกเลี่ยงการรับประทานที่มี ไตรกลีเซอไรด์ และโคเลสเตอรอลสูง อาหารที่เก็บถนอมด้วยเกลือไนเตรท เช่น ไส้กรอก หมูยอ อาหารที่ไหม้เกรียม อาหารที่ใส่สี อาหารที่เปียกชื้นอาจมีเชื้อราปนเปื้อน เช่นเชื้อรา *Aspergillus flavus* สร้างสาร aflatoxin เจือปนในอาหาร จึงควรบริโภคผักและผลไม้ให้มากขึ้น (สุรจิต สุนทรธรรม, 2544)

การประเมินภาวะโภชนาการในวัยผู้ใหญ่ วิธีที่ง่าย สะดวก และเป็นดัชนีที่สำคัญที่ใช้ในการประเมินภาวะการสะสมพลังงานในวัยผู้ใหญ่คือ การหาค่าดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI) ซึ่งมีค่าเท่ากับ น้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารด้วยส่วนสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง มีหน่วยเป็นกิโลกรัมต่อตารางเมตร(กก./ตร.ม.)

$$\text{ดัชนีมวลกาย(BMI)} = \frac{\text{น้ำหนัก(กก.)}}{\text{ส่วนสูง/ส่วนสูง (เมตร)}}$$

เกณฑ์การตัดสินโรคอ้วนและโรคน้ำหนักตัวน้อยในผู้ใหญ่ โดยใช้ดัชนีมวลกาย แสดงได้ดังตารางที่ 2-1

ตารางที่ 2-1 เกณฑ์การตัดสินโรคน้ำหนักตัวน้อยและโรคอ้วนในวัยผู้ใหญ่อายุมากกว่า 20 ปี จากค่า ดัชนีมวลกาย

โรคพอม	ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)	โรคอ้วน	ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)
โรคพอมระดับ 3	< 16	โรคอ้วนระดับ 1a	25.0 – 29.99
โรคพอมระดับ 2	16.0 – 16.99	โรคอ้วนระดับ 1b	30.0 – 34.99
โรคพอมระดับ 1b	17.0 - 18.49	โรคอ้วนระดับ 2	35.0 – 39.99
โรคพอมระดับ 1a	18.5 – 19.99	โรคอ้วนระดับ 3	ตั้งแต่ 40 ขึ้นไป
ดัชนีมวลกายปกติ 20.0 – 24.99 กก./ตร.ม.			

ที่มา: สุรจิต สุนทรธรรม, แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานการตรวจและสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย, 2544, หน้า116

นอกจากนี้ยังมีวิธีการประเมินที่ง่ายสะดวกอีกวิธีหนึ่งคือ การหาอัตราส่วนเส้นรอบวงเอวต่อเส้นรอบวงสะโพก (waist-over-hip circumference ratio : WHR) ช่วยในการวินิจฉัยโรคอ้วนลงพุง โดยมีเกณฑ์การตัดสินคือ ในผู้ชาย ค่า WHR > 1 ผู้หญิง ค่า WHR > 0.8 ถือว่าเป็นโรคอ้วนลงพุง โดยการวัดเส้นรอบวงเอวให้วัดเส้นรอบวงเอวที่ระดับสะดือ ส่วนเส้นรอบวงสะโพกให้วัดส่วนที่นูนที่สุดของสะโพก(gluteal protusion) (สุรจิต สุนทรธรรม, 2544, หน้า 116-117)

**4. การขาดการออกกำลังกาย** ปัจจุบันคนไทยมีกิจกรรมด้านการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายลดลงมาก หลังจากเข้าสู่วัยทำงาน เป็นผลให้สมรรถภาพทางกายเสื่อมลงทุกวัน ซึ่งโดยธรรมชาติการทำงานของอวัยวะและระบบต่างๆ ของร่างกายจะเริ่มเสื่อมถอย เมื่ออายุ 40 ปี ขึ้นไป การทำงานของระบบต่าง ๆ เช่นระบบกล้ามเนื้อ ระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด และระบบโครงสร้างและข้อต่อเสื่อมลง การขาดการออกกำลังกายยังจะทำให้สมรรถภาพทางกายลดลงอย่างรวดเร็ว การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี จะช่วยให้การทำงานของระบบต่าง ๆ ทำงานได้อย่างปกติ ช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกาย และยังมีผลต่อความสุขทางใจด้วย สิ่งที่ต้องคำนึงในการออกกำลังกาย คือ 1) เลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย โดยให้มีความหนัก ความนาน และความบ่อยที่เหมาะสม โดยควรทำ 3 วันต่อสัปดาห์เป็นอย่างน้อย และทำสม่ำเสมอติดต่อกัน 8 สัปดาห์ ขึ้นไป จึงจะเป็นผลทำให้สมรรถภาพดีขึ้น 2 การออกกำลังกายในแต่ละครั้งควรทำตามขั้นตอน คือขั้นตอนแรก คือการอบอุ่นร่างกาย (warm up) โดยวิธีการบริหารยืดเหยียดกล้ามเนื้อ วิ่งเหยาะ เบาๆ เพื่อปรับสภาพความพร้อมของร่างกาย ขั้นที่สอง คือขั้นออกกำลังกาย (exercise) โดยทำกิจกรรมที่หนักขึ้นกว่าตอนแรก เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 20 นาที ขั้นสุดท้ายคือขั้นตอนการผ่อนคลาย (cool down) ให้ร่างกายปรับสภาพสู่ภาวะปกติ 3) มีการฝึกความอดทนของระบบหายใจ และระบบไหลเวียนของเลือด 4) สามารถปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอได้ 5) มีความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุร้ายแรง หรือไม่มีเลย 6) ปฏิบัติง่าย ไม่มีกฏ กติกา หรือเทคนิคยุ่งยาก 7) มีความสนุกสนาน เพลิดเพลิน ไม่เคร่งเครียด และ 8) ไม่สิ้นเปลือง

องค์ประกอบพื้นฐานของการออกกำลังกาย ประกอบด้วย ประเภท ความแรง ความถี่ และระยะเวลา (Heyward, 1997, pp.39-41)

**4.1 ประเภท (mode)** ชนิดของการออกกำลังกายมีผลต่อการพัฒนาสมรรถภาพ ดังนั้นการออกกำลังกายที่ดีคือต้องเป็นกิจกรรมที่มีการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่เคลื่อนไหวเป็นจังหวะอย่างต่อเนื่อง และมีการใช้พลังงาน

**4.2 ความแรง(intensity)** ความแรงหรือความหนักของการออกกำลังกายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระและเมตาโบลิซึมของร่างกาย ระดับความแรงที่เหมาะสมที่ผลดีต่อสมรรถภาพการทำงานของปอด หัวใจและหลอดเลือด คือ การออกกำลังกายแล้วทำให้มีอัตราการเต้นของหัวใจหรือชีพจร เท่ากับ ร้อยละ 60 - 90 ของอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ (maximum heart rate) ซึ่งอัตราการเต้นสูงสุดของหัวใจ เท่ากับ 220 - อายุของตนเอง (Edelman & Mandel, 1998, p. 22) ซึ่งอาจแบ่ง

ระดับความหนักของการออกกำลังกายได้เป็น 3 ระดับคือ 1) ระดับเบา คือ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ 60 ของชีพจรสูงสุด 2) ระดับปานกลาง อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ร้อยละ 60 – 69 ของชีพจรสูงสุด หรือสังเกตได้จากความรู้สึกเหนื่อย คือขณะออกกำลังกายยังสามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยค และ 3) ระดับหนัก อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ร้อยละ 70 - 90 ของชีพจรสูงสุด หรือ ทดสอบจากความรู้สึกเหนื่อยขณะออกกำลังกายคือจะไม่สามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยคต้องหยุดพักเพื่อหายใจก่อน

4.3 ความถี่ (frequency) หมายถึงจำนวนครั้งของการออกกำลังกายทั้งหมดต่อสัปดาห์ ซึ่งพบว่า การออกกำลังกาย 3 – 5 ครั้งต่อสัปดาห์ เพียงพอที่จะให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพหรือสมรรถภาพ อย่างไรก็ตามความถี่ของการออกกำลังกายขึ้นอยู่กับระยะเวลาและความหนักของกิจกรรม ผู้ที่ไม่ค่อยได้ออกกำลังกายและมีสมรรถภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง ออกกำลังกายแบบเบาๆ ควรออกมากกว่า 1 ครั้งต่อวัน ผู้ที่ออกกำลังกายหนักปานกลาง ควรออกกำลังกาย 5 วันต่อสัปดาห์ ส่วนผู้ที่ออกกำลังกายระดับหนัก ควรออกกำลังกาย 3 วันต่อสัปดาห์

4.4 ช่วงระยะเวลา (duration) ควรให้ร่างกายได้มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอให้ได้อย่างน้อยวันละ 30 นาที ถ้าออกกำลังกายที่มีความหนักกระชั้นในการออกกำลังกายก็จะสั้นลง แต่ถ้าออกกำลังกายที่หนักปานกลางหรือแบบเบาๆ ก็ควรใช้เวลาให้มากขึ้นเป็นลำดับ เช่น การเช็ดถูหน้าต่างเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกายแบบเบา จึงควรทำเป็นเวลาครั้งละ 45 – 60 นาที การเดิน เป็นการออกกำลังกายที่ความหนักปานกลางควรทำอย่างน้อยครั้งละ 30 นาที ส่วนการวิ่งเหยาะๆ หรือการเดินขึ้นบันไดเป็นการออกกำลังกายที่มีความหนัก ควรทำครั้งละ 15 นาที

5. เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยที่เกิดจากการมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง และโรคติดเชื้อบางชนิด เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคติดเชื้อเช่น วัณโรค บาดทะยัก นอกจากนี้ยังมีโรคที่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจน ที่สำคัญคือมะเร็ง

ดังนั้น วัยผู้ใหญ่ จึงควรได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเอง และควรได้รับวัคซีนป้องกันโรคที่สำคัญในประเทศเราคือ วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก ควรได้รับทุกคน โดยฉีดทุก 10 ปี และสำหรับหญิงวัยเจริญพันธุ์ หากไม่เคยได้รับวัคซีนป้องกันหัดเยอรมัน ต้องได้รับ 1 ครั้ง นอกจากนี้วัยผู้ใหญ่ควรได้รับการตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาความผิดปกติตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ซึ่งการตรวจสุขภาพที่สำคัญจำเป็นและมีหลักฐานทางวิชาการที่เชื่อถือได้ว่าเป็นการกระทำที่คุ้มค่าแสดงได้ ดังตารางที่ 2-2

ตารางที่ 2-2 การตรวจสอบสุขภาพที่จำเป็นในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอายุต่างๆ

กลุ่มเสี่ยง/ กลุ่มอายุ	สิ่งที่ควรตรวจ	ความถี่ในการตรวจ
18 ปี - 35 ปี มากกว่า 35 ปี	การวัดความดันโลหิต	ทุก 2 ปี ทุก 1 ปี
มากกว่า 40 ปี	ตรวจสายตา(acuity testing)	ทุก 1 ปี
หญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์	ตรวจมะเร็งปากมดลูก (Papanicolaou test)	ทุก 1 ปี ถ้า ปกติติดต่อกัน 3 ปี ทำทุก 3 ปี
บุคคลที่ฉีด เป็นพยาธิ ทุพโภชนาการ	ระดับฮีโมโกลบินหรือฮีมาโตคริต	ทุก 1-3 ปี
ชาย > 45 ปี หญิง > 50 ปี หรือบุคคลที่อ้วน สูบบุหรี่ เป็น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน บุคคลที่มีญาติสายตรงเป็น โรคเกี่ยวกับภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติ	ระดับไขมันในเลือด	ทุก 1-3 ปี
บุคคลที่อ้วน บุคคลที่มีญาติสายตรงเป็นเบาหวาน ความ ดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดสูง	ระดับกลูโคสในพลาสมาหลังอด อาหาร	ทุก 3 ปี
เคยผ่าตัดต่อมไทรอยด์ เคยได้รับไอโอดีนกัมมันตรังสี	การตรวจการทำงานของต่อม ไทรอยด์	ทุก 1-3 ปี
ผู้ขายบริการทางเพศ คู่นอนหลายคน	การตรวจการติดเชื้อซิฟิลิส	ทุก 1 ปี
ผู้ขายบริการทางเพศ คู่นอนหลายคน ผู้สัมผัสกับผู้เป็น โรค	ตรวจภูมิต่อเชื้อโรคเอดส์(anti- HIV antibody)	ทุก 1 ปี
บุคคลที่มีภูมิต้านทานต่ำ ผู้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยระยะแพร่ เชื้อเกินกว่า 25 ชม./สัปดาห์ บุคคลในสถานสงเคราะห์ หรือกักกัน	ตรวจหาการติดเชื้อวัณโรค (Tuberculin Test)	ทุก 1 ปี
มีประวัติบริโภคอาหารดิบ ไม่สวมรองเท้า อยู่ในถิ่นที่มี การระบาดของโรค	ตรวจอุจจาระเพื่อหาพยาธิ	ทุก 1 ปี
บุคคลที่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวาร หนัก มีติ่งเนื้อในลำไส้ ลำไส้ใหญ่เป็นแผลเรื้อรัง	การตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระ และ/ หรือการส่องกล้องตรวจ ลำไส้ใหญ่	ทุก 5 ปี
หญิงอายุ 20-40 ปี อายุ 40 ปีขึ้นไป	ตรวจเต้านมโดยแพทย์	ทุก 3 ปี ทุก 1 ปี

ที่มา: สุรจิต สุนทรธรรม, แนวทางเวชปฏิบัติอิงหลักฐานการตรวจและสร้างเสริมสุขภาพในประเทศไทย, 2544, หน้า 30-32



6. **เสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการประกอบอาชีพ** นับตั้งแต่ปลายแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) เป็นต้นมา โครงสร้างเศรษฐกิจของประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงจากการผลิตภาคเกษตรกรรมมาสู่การผลิตภาคอุตสาหกรรม เป็นผลให้สังคมไทยกลายเป็นสังคมอุตสาหกรรมมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงเริ่มแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530 - 2534) โครงสร้างทางเศรษฐกิจได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การขยายตัวของเศรษฐกิจเพิ่มสูงขึ้นมากในรอบทศวรรษที่ผ่านมา จนในปัจจุบันประเทศไทยได้กลายมาเป็น “ประเทศอุตสาหกรรมใหม่” (new industrializing country: NIC) แล้ว การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ธุรกิจอุตสาหกรรมพื้นตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว มีโรงงานอุตสาหกรรมตั้งขึ้นใหม่จำนวนมาก ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นโรงงานที่มีระบบเทคโนโลยีขั้นสูง มีการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการผลิตในสถานประกอบการที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ท่ามกลางความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี อุตสาหกรรมเหล่านี้ ขาดการเตรียมการไว้ล่วงหน้าเพื่อรองรับสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น ทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพมากมาย ซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม

งานอาชีวอนามัย (occupational health service) จึงเป็นงานสาธารณสุขงานหนึ่ง ที่เข้ามาดำเนินการหรือให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ผู้ประกอบอาชีพทุกอาชีพทั้งภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม พาณิชยกรรม หรืออาชีพอื่นใดก็ตาม โดยเน้นหนักที่การส่งเสริมสุขภาพอนามัย และการควบคุมป้องกันโรค รวมตลอดถึงอุบัติเหตุอันตรายต่างๆ เพื่อให้ผู้ประกอบอาชีพซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีสุขภาพอนามัยที่ดี ไม่เป็นโรคจากการประกอบอาชีพ ไม่ได้รับอุบัติเหตุอันตรายต่างๆ ที่จะก่อให้เกิดความพิการทั้งชั่วคราวและถาวร หรือการตายก่อนถึงเวลาอันสมควร สามารถทำงานได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพ ก่อให้เกิดผลดีทางเศรษฐกิจ และเป็นพลเมืองที่ดีของสังคม

ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมในการทำงาน สภาวะแวดล้อมในการทำงาน และจากผู้ประกอบอาชีพ ดังนั้นในการดูแลสุขภาพวัยผู้ใหญ่ให้ปลอดภัยจากการจากการประกอบอาชีพ จึงควรให้การดูแลที่ครอบคลุมครบทุกปัจจัย (วิลาวัณย์ จึงประเสริฐ, 2538 หน้า 1 - 3) ดังนี้

6.1 **สิ่งแวดล้อมในการทำงาน (Working Environment)** สิ่งแวดล้อมในการทำงาน หมายถึงสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบๆตัวผู้ปฏิบัติงานในขณะที่ทำงาน ซึ่งพอจะแบ่งออกได้เป็น 5 ประเภทคือ

6.1.1 **สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment)** ได้แก่ แสง สี เสียง ความร้อน ความเย็น ความสั่นสะเทือน รังสี ความกดดันบรรยากาศ รวมทั้งอุปกรณ์ เครื่องจักรต่างๆ เป็นต้น

6.1.2 **สิ่งแวดล้อมทางเคมี (Chemical Environment)** ได้แก่ สารเคมีชนิดต่างๆ ที่ใช้เป็นวัตถุดิบ ผลิต หรือของเสียจากกระบวนการผลิต ซึ่งอาจเข้าสู่ร่างกายได้ทั้งทางปาก จมูก หรือผิวหนัง ในรูปของอนุภาคต่างๆ ดังนี้

6.1.2.1 ฝุ่น (dust) ได้แก่ อนุภาคของวัตถุแข็งที่เกิดจากการบด การขี้ การขจัดสิ่ง  
ตัวอย่างของวัตถุแข็งที่ทำให้เกิดฝุ่น ได้แก่ หิน สินแร่ โลหะ ถ่านหิน ไม้และเมล็ดพืช เป็นต้น

6.1.2.2 ฟูม (fumes) ได้แก่ อนุภาคของวัตถุแข็งที่เกิดเปลี่ยนสภาพเป็นก๊าซแล้วเกิดการ  
ควบแน่น โดยทั่วไปฟูมมักจะเกิดจากการหลอมโลหะ การเปลี่ยนสภาวะเช่นนี้มักเกิดร่วมกับปฏิกิริยา  
ทางเคมีที่เรียกว่า ออกซิเดชัน (oxidation)

6.1.2.3 คว้น (smoke) ได้แก่ อนุภาคของคาร์บอน (carbon particles) เกิดขึ้นจากการเผา  
ไหม้ (สันดาป) ที่ไม่สมบูรณ์ของวัตถุที่มีคาร์บอนเป็นองค์ประกอบ เช่น ถ่าน ถ่านหิน น้ำมัน เป็นต้น

6.1.2.4 ละออง (mists) เป็นวัตถุเหลวที่ลอยอยู่ได้ในอากาศ เกิดขึ้นจากการกลั่น  
ตัวมาจากก๊าซหรือสภาวะของเหลว หรือเกิดขึ้นจากการทำให้วัตถุเหลวแตกกระจายออกโดยรวดเร็ว  
เช่น การพ่น เป็นต้น

6.1.2.5 ก๊าซ (gases) เป็นสภาวะของไหลที่ไร้รูปร่างของสารเคมีที่อาจจะเปลี่ยนแปลง  
ไปสู่สภาวะของเหลวหรือของแข็งได้โดยผลร่วมกันระหว่างการเพิ่มความดันและการลดอุณหภูมิ (ใน  
สภาพปกติเป็นก๊าซอยู่แล้ว)

6.1.2.6 ไอรระเหย (vapor) ได้แก่สภาวะการเป็นก๊าซของสาร ซึ่งโดยปกติแล้วจะอยู่ใน  
สภาวะของแข็งหรือของเหลว (ภายใต้อุณหภูมิของห้องและความดันตามปกติ) ไอรระเหยนั้นอาจจะทำให้  
เปลี่ยนกลับไปเป็นสภาวะของแข็งหรือของเหลวได้ เพียงแต่การเพิ่มความดันหรือลดอุณหภูมิลงไปแต่  
เพียงอย่างเดียวเท่านั้น เช่น ไอรระเหยของเบนซิน เป็นต้น

6.1.2.7 ตัวทำละลาย (solvents) ได้แก่ สารอินทรีย์ในสภาวะของเหลว (organics  
liquids) ซึ่งใช้เป็นตัวทำละลายสารอินทรีย์ชนิดอื่น ๆ ได้ เช่น น้ำมันสน (terpentine) เบนซิน  
(benzene) แอลกอฮอล์ (alcohol) และไตรคลอโรเอธิลีน (trichloroethylene) เป็นต้น

6.1.3 สิ่งแวดล้อมทางชีวภาพ (Biological Environment) ได้แก่ สิ่งมีชีวิต เช่น เชื้อโรค  
ต่างๆ สัตว์ต่างๆ และสิ่งไม่มีชีวิต เช่น ฝุ่นพืชต่างๆ เป็นต้น

6.1.4 สิ่งแวดล้อมทางจิตวิทยาสังคม (Psychosomatic Environment) ได้แก่ สัมพันธภาพ  
กับเพื่อนร่วมงาน ความก้าวหน้า บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในหน่วยงาน เป็นต้น

6.1.5 สิ่งแวดล้อมทางการยศาสตร์ (Ergonomics Environment)  
คำว่า **ergonomics** นี้มาจากการผสมของคำว่า

ergo = work (งาน)

nomos = law (กฎ ระเบียบ)

ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้นิยามคำว่า “การยศาสตร์” ไว้หลายประการ ซึ่งยังไม่มีข้อ  
ตกลงที่แน่นอน แต่พอจะสรุปได้ว่า หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างคนกับสภาพการทำงานที่มี  
เป้าประสงค์ในการปรับสภาพการทำงานให้เหมาะสมกับคนให้มากที่สุด (fit the job to the man) เพื่อ

ความมีสุขภาพอนามัยที่ดีของคนงานและการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เช่น ความสูงของตำแหน่งสวิตช์ที่เปิดและปิดเครื่อง ตำแหน่งของจุดบังคับด้วยเท้า ความสูงของชั้นวางของและเก็บของที่ต้องใช้ประจำการจัดที่นั่งขณะทำงาน เป็นต้น

สภาวะการทำงานหรือสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่สุขภาพอนามัยของคนทำงาน เราจะเรียกลักษณะนั้นว่าเป็น **สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัย (health hazard)** ตัวอย่างสิ่งแวดล้อมที่อาจเป็นสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยแสดงได้ดังตารางที่ 2-3

ตารางที่ 2-3 เปรียบเทียบสิ่งแวดล้อมการทำงานและสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัย

สิ่งแวดล้อมการทำงาน	สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัย
- ความร้อน	- ความร้อนเกินกว่า 45 องศาเซลเซียส
- แสงสว่าง	- แสงจ้าเกิน 1,000 ลักซ์ - แสงสว่างต่ำกว่า 50 ลักซ์
- เสียง	- เสียงดังเกิน 90 dB(A) (เดซิเบลเอ)
- สารแมงกานีสในอากาศ	- สารแมงกานีสเกินกว่า 5 mg/m <sup>3</sup> ในอากาศ
- คนปกติ	- คนวิกลจริต
- วัช ควาย ปกติ	- วัช ควายที่เป็นโรคแอนแทรกซ์
- สายพานที่มีเครื่องป้องกัน	- สายพานที่ไม่มีเครื่องป้องกัน
- ยุงธรรมดา	- ยุงกันปล่องที่มีเชื้อไข่มาลาเรีย

อันตรายจากการทำงานในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ที่อาจพบได้มีดังนี้

1) **อันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยด้านกายภาพ(Physical Health Hazards)** สามารถทำให้สุขภาพของผู้ประกอบอาชีพเสื่อมหรือเป็นโรคได้ เช่น ความร้อน คนงานที่ต้องทำงานในที่ที่มีความร้อนสูง เช่น โรงงานหลอมโลหะ เครื่องปั้นดินเผา ฯลฯ ร่างกายจะสูญเสียเกลือแร่ออกมาพร้อมกับเหงื่อ ทำให้อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หน้ามืด ถ้าต้องสัมผัสเป็นเวลานานๆ ร่างกายจะไม่สามารถปรับอุณหภูมิให้คืนสู่สภาพปกติได้ อุณหภูมิในร่างกายจะสูงขึ้น การทำงานของหัวใจและการเผาผลาญอาหารเพิ่มสูงขึ้น การทำงานของไตล้มเหลว หหมดสติ และอาจถึงแก่ความตายได้

**ความเย็น** สภาพแวดล้อมที่เย็นจัด เช่น ในโรงงานทำน้ำแข็ง ห้องเย็น โรงงานทำเบียร์ อาจทำให้เกิดโรคหิมะกัด(frostbite) ซึ่งจะทำให้บริเวณผิวหนังที่สัมผัสความเย็นมีอาการบวม ปวด เลือดไหลเวียนน้อยลง ซีด และทำให้เกิดเนื้อตายได้

**ความดัง** เสียงที่ดังมากอาจทำให้คนงานหูตึงหรือหูหนวกจากการทำงาน(occupational deafness) เพราะอวัยวะรับฟังเสียงในหูชั้นในถูกทำลาย นอกจากนี้แล้วเสียงที่ดังยังทำให้เกิด

ความหงุดหงิด ปวดศีรษะ และรบกวนต่อการติดต่อสื่อสาร ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุในการทำงานได้

แสงสว่าง: แสงสว่างที่ไม่เพียงพอ ทำให้กล้ามเนื้อตาต้องทำงานหนัก เกิดอาการเมื่อยล้า แสบตา มีน้ำตาไหล ปวดศีรษะได้ อันจะส่งผลให้การปฏิบัติงานขาดประสิทธิภาพและเป็นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ในทางตรงข้ามแสงสว่างที่สว่างจ้ามากเกินไป เช่นแสงจากการเชื่อมโลหะ จะทำอันตรายต่อเยื่อบุนัยน์ตาและเกิดต่อกระจกได้

ความสั่นสะเทือน: ทำให้เกิดโรคจากความสั่นสะเทือน (vibration sickness) พบได้ในคนงานเจาะหิน เจาะถนน ขัดพื้น เลื่อยไม้โดยใช้เครื่องจักร เป็นต้น ความสั่นสะเทือนจะทำอันตรายต่อข้อต่อ เยื่อข้อประสาท กล้ามเนื้อ เส้นเอ็นและหลอดเลือด

ความกดดันบรรยากาศ: สามารถทำให้เกิดโรคน้ำหนึบ (decompression illness) ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ที่ทำงานในสภาวะที่มีความกดอากาศเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วเช่น นักประดาน้ำ นักบิน คนงานในอุโมงค์ลึก เป็นต้น เพราะจะทำให้เกิดฟองก๊าซไนโตรเจนในกระแสโลหิต เข้าไปอยู่ตามข้อต่อ กล้ามเนื้อ ทำให้มีอาการเป็นตะคริว (cramps) และปวดอย่างรุนแรง ที่สำคัญหากฟองนั้นไปอุดตันหลอดเลือดที่เลี้ยงอวัยวะสำคัญๆ เช่น สมอง หัวใจ จะทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

รังสี: ผลของรังสีทำให้เกิดมะเร็งได้ อาชีพที่มีโอกาสสัมผัสรังสี เช่น ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับเอ็กซเรย์ในโรงพยาบาล หรือทำงานเกี่ยวกับปรมาณู ห้องอบผลไม้อัตโนมัติ เป็นต้น

อุปกรณ์ เครื่องจักรต่างๆ: เครื่องจักร อุปกรณ์ที่ชำรุดก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้ จากรายงานพบว่าอันตรายจากการทำงานส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมประเภทนี้

2) **อันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยด้านเคมี (Chemical Health Hazards)** อนุภาคของสิ่งแวดล้อมทางเคมีจะทำให้เกิดอันตรายต่ออวัยวะต่างๆ มากน้อยเพียงไรนั้น ขึ้นอยู่กับ ชนิด ปริมาณของสารเคมีนั้นๆ ระยะเวลาที่ได้รับ และความต้านทานของผู้ได้รับสารเอง ตัวอย่างอันตรายที่เกิดจากสารเคมี เช่น

ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์: ก๊าซนี้จะทำให้เม็ดเลือดแดงไม่สามารถนำออกซิเจนไปสู่เซลล์ของร่างกายได้ ทำให้อวัยวะขาดออกซิเจนจนเกิดอาการวิงเวียน ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เป็นลมและอาจถึงแก่ความตายได้

ฝุ่นแอมกานีส: เมื่อหายใจเข้าสู่ปอด แอมกานีสจะเข้าไปทำลายสมอง ในระยะแรกจะปวดน่อง ต่อมาเดินโซเซไม่มีแรงและเกร็ง มีอาการชักกระตุก น้ำลายไหลยืด อารมณ์อ่อนไหว บางครั้งหัวเราะ บางครั้งร้องไห้ พุดไม่มีเสียงในบางครั้ง บางครั้งรู้สึกสบายขี้มึนแถมตลอดเวลา (euphoria) พบได้ในโรงงานถ่านไฟฉาย สี ปูน เป็นต้น

ฝุ่นหินทราย: การหายใจเอาฝุ่นละอองเล็กๆของพ่นิกซิลิกา ซิลิคอนไดออกไซด์ เข้าสู่ปอดจะทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อเยื่อของปอด ทำให้ปอดเป็นแผล และพังพืด เมื่อทำการเอ็กซเรย์จะปรากฏให้เห็นเป็นจุดเล็กๆมีลักษณะเฉพาะที่ปอดทั้งสองข้าง เรียกว่าโรคซิลิโคสิส (Silicosis) อาการแสดงคือจะทำให้หายใจไม่สะดวก หายใจสั้น หอบเหนื่อยง่าย ทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ และยังมีวิธีการรักษาที่เฉพาะ ฝุ่นนี้พบได้มากในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับหินและแร่เกือบทุกชนิดเช่น โรงงานทำแก้ว กระจกทราย โรงโม่หิน เป็นต้น

ตะกั่ว: ภาระของตะกั่วทำให้มีอาการซีดเนื่องจากเม็ดเลือดแดงถูกทำลายก่อนกำหนด มีอาการปวดท้องอย่างรุนแรงจนตัวงอเนื่องจากถ้าใส่มีการเกร็งตัวบีบตัวอย่างแรง และต่อมากลิ้มเนื้อจะลีบลงจนเป็นอัมพาตในที่สุด พบได้ในโรงงานสี แบตเตอรี่ โรงกลั่นน้ำมัน เป็นต้น

นอกจากนี้สารเคมีบางชนิด ก็อาจทำให้เกิดโรคมะเร็งได้ เช่น เบนซีน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม อาจจะพบบางอันตรายจากสารเคมีออกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

#### กลุ่มที่ 1 อันตรายของก๊าซและไอ

สารที่ทำให้หมดสติ เช่น ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ และไฮโดรเจนไซยาไนด์ เป็นต้น

สารที่ทำให้เกิดความระคายเคือง เช่น แอมโมเนียม ฟอรัมาลดีไฮด์ ซัลเฟอร์

ไดออกไซด์ ไนโตรเจนออกไซด์ เป็นต้น

สารที่เป็นพิษต่อระบบของร่างกายเช่น เบนซีน คาร์บอนเตตระคลอไรด์ เป็นต้น

สารก่อมะเร็ง เช่น เบนซีน นิกเกิลคาร์บอนิล เป็นต้น

#### กลุ่มที่ 2 อันตรายของอนุภาค

ฝุ่นหรือพุ่มที่เป็นพิษ เช่น ตะกั่ว แมงกานีส แคดเมียม เป็นต้น

ฝุ่นที่ทำให้เกิดโรคปอดฝุ่น เช่น ฝุ่นซิลิกา เป็นต้น

ฝุ่นสารก่อมะเร็ง เช่น ฝุ่นใยหิน โครเมต ยูเรเนียม เป็นต้น

ละอองพิษ เช่น กรดโครมิก และสารปราบศัตรูพืช เป็นต้น

กลุ่มที่ 3 อันตรายของสารเคมีชนิดที่เป็นของเหลว ที่สำคัญมากคือ สารตัวทำละลายต่างๆ ซึ่งจะรวมถึงน้ำมันเชื้อเพลิง ยางสน แอลกอฮอล์ และสารสังเคราะห์บางชนิด ระดับความรุนแรงของอันตรายจากสารตัวทำละลายนั้น โดยทั่วไปจะขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ มากมาย ปกติแล้วสารเคมีที่อยู่ในรูปของเหลว เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะทำให้เกิดปัญหาต่ออวัยวะและระบบต่างๆของร่างกาย เช่น อาจเป็นอันตรายต่อดับหรือกดระบบประสาทส่วนกลาง เป็นต้น นอกจากนี้ยังเป็นอันตรายต่อผิวหนังได้คือ ทำให้เกิดการระคายเคือง โดยจะทำให้ผิวหนังบวมแดง หรืออาจจะทำให้ผิวหนังเกิดอาการแพ้อย่างรุนแรง เป็นต้น

3)อันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยด้านชีวภาพ (Biological Health Hazards) เป็นอันตรายที่อาจพบได้ในผู้ประกอบการอาชีพในโรงฟอกหนัง โรงงานเลี้ยงกวาง โรงงานป่นกระดูก ซึ่งต้องทำงานหนักทั้งวันอย่างน้อยวันละ 8 ชั่วโมง มีโอกาสติดโรคแอนแทรกซ์ (Anthrax) ที่เกิดจากเชื้อแบซิลลัส แอนทราซิส (Bacillus Anthracis) ในสัตว์พวก วัว ควาย หมู แกะ ม้า ลักษณะเฉพาะของโรคคือจะทำให้ผิวหนังเป็นแผลกลมลึก ตรงกลางมีสีดำ รอบแผลบวมมาก และต่อมาน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียงโด่งขึ้นแต่ไม่มีอาการปวด นอกจากนี้ยังมีอาการทางลำไส้ ทำให้ปวดท้อง ท้องเสีย ถ่ายเป็นเลือด อาเจียน และอาการทางระบบทางเดินหายใจเช่น เจ็บหน้าอก ไอมีเสมหะ(อาจปนเลือด) เป็นต้น

คนงานในโรงงานทอผ้าก็มีโอกาสเป็นโรคปอดฝุ่นฝ้าย (Byssinosis) ซึ่งมีสาเหตุมาจากเชื้อราในฝุ่นฝ้าย ทำให้มีอาการแสดงออกในรูปของการแพ้ฝุ่น โดยมีลักษณะที่เฉพาะของโรคคือ จะมีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจขัด อาการจะทุเลาลงในตอนเย็นและหายไปในวันต่อมา และจะมีอาการใหม่ในวันแรกของการกลับเข้าทำงานใหม่ของสัปดาห์ที่เรียกอาการของโรคที่มีอาการในวันแรกของสัปดาห์ว่า อาการไข้วันจันทร์ (Monday Fever) อาการนี้อาจเป็นอยู่นานหลายปี ถ้าหยุดทำงานอาการจะหายไปได้ แต่ถ้ายังคงทำงานในสิ่งแวดล้อมที่ต้องสัมผัสฝุ่นฝ้ายต่อไป ก็จะมีอาการมากขึ้นจนปอดสูญเสียสมรรถภาพการทำงานอย่างถาวร

คนงานเก็บขยะหรือทำความสะอาดท่อน้ำโสโครกมีโอกาสที่จะเกิดโรคตับอักเสบจากเชื้อไวรัสได้ง่าย หรือแม้แต่บุคลากรทางสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาลเองซึ่งต้องทำงานในโรงพยาบาล ต้องดูแลผู้ป่วย ก็มีโอกาสดูดเชื้อโรคด้วยเช่นกัน

4) อันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยด้านจิตสังคม(Psychosocial Health Hazards) สิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยทางจิตวิทยาสังคม หมายถึงสิ่งแวดล้อมการทำงานที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงาน (occupational stress) ตัวอย่างเช่น สภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่เหมาะสม งานที่หนักเกินไป สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ไม่ดี การต้องทำงานอยู่กับเครื่องจักรอัตโนมัติหรือเครื่องคอมพิวเตอร์ตลอดเวลา ความรับผิดชอบในงานที่สูงเกินไป ความไม่ก้าวหน้าในหน้าที่ การไม่ได้รับการยอมรับ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดความบีบคั้นทางอารมณ์ และเป็นผลให้ร่างกายเกิดปฏิกิริยาตอบสนอง ได้แก่

- หัวใจเต้นแรง หายใจเร็วขึ้น
- มีความดันเลือดเพิ่ม
- น้ำตาลในเลือดเพิ่มเพื่อสร้างพลังงาน
- ไขมันและกรดไขมันเพิ่มในเลือด
- การเผาผลาญในร่างกายมีมากขึ้น
- กรดในกระเพาะอาหารเพิ่ม
- มีการอักเสบเฉพาะที่ (บวม ปวด แดง)
- เลือดแข็งตัวเร็ว
- ความต้านทานกับสิ่งที่ทำให้แพ้ลดลง
- การสังเคราะห์โปรตีนลดลง
- ลำไส้ย่อยอาหารน้อยลง

นอกจากสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยทางจิตวิทยาสังคมจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายดังกล่าวแล้วยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตอีกด้วย เช่น ซึมเศร้า ก้าวร้าว ความรู้สึกด้อยคุณค่า เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจนำไปสู่ปัญหาการใช้สารเสพติด การขาดประสิทธิภาพในการทำงาน ความไม่รับผิดชอบในการทำงานต่อไป

สิ่งคุกคามสุขภาพประเภทนี้เป็นสิ่งคุกคามที่ประเมินได้ยากที่สุดเนื่องจากไม่ได้ปรากฏให้เห็นเด่นชัดเป็นรูปธรรม และมีความซับซ้อน

**5) อันตรายจากสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยด้านการยศาสตร์ (Ergonomics Health Hazards)** คนเราแต่ละคนมีความแตกต่างกันทั้งทางกายภาพและจิตใจ บางคนสูงกว่า แข็งแรงกว่า อดทนต่อความกดดันได้มากกว่าคนอื่น ๆ สิ่งเหล่านี้เป็นข้อเท็จจริงตามธรรมชาติที่ไม่อาจเปลี่ยนแปลงได้ ในปัจจุบันถึงแม้จะมีความก้าวหน้าในการออกแบบเครื่องจักรและอุปกรณ์ต่างๆ มากเพียงใดก็ตาม หากไม่คำนึงถึงความเหมาะสมในการนำไปใช้งานของมนุษย์ด้วยแล้ว ก็ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาทั้งทางสุขภาพกายและจิตต่อคนงานได้ เช่น การที่คนงานต้องยึดตัวเพื่อควบคุมเครื่องจักรเนื่องจากปุ่มควบคุมอยู่สูงเกินไป ความไม่เหมาะสมระหว่างระดับเป็นคอมพิวเตอร์กับแขน การทำงานที่ซ้ำซากจำเจ ก่อให้เกิดโรคบาดเจ็บของกล้ามเนื้อและข้อต่อ เช่น โรคการบาดเจ็บจากการทำงานด้วยท่าทางซ้ำๆ (RSI = Repetitive Strain Injuries) โรคปวดหลัง (LBP = Low Back Pain) และ โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ (MSD = Musculo Skeletal Disorders ) เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าสิ่งแวดล้อมการทำงานบางอย่างนั้นเมื่อมีปริมาณสูงขึ้น หรือมีปริมาณต่ำลงไปก็จะเกิดมีศักยภาพเชิงอันตรายได้เช่น ความร้อน แสงสว่าง เป็นต้น แต่สิ่งแวดล้อมการทำงานบางอย่างจะมีศักยภาพเชิงอันตรายก็ต่อเมื่อมีปริมาณสูงขึ้นไปเท่านั้น เช่น เสียง สารเมฆกานีส สารฆ่าแมลง เป็นต้น และนอกจากนี้แล้วก็ยังมีสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยบางชนิดที่เราไม่สามารถใช้ปริมาณของมันมาเป็นเครื่องกำหนดศักยภาพเชิงอันตรายของมันได้ เช่น ความวิตกกังวล เชื้อโรคในวัวควาย สายพานที่ไม่มีเครื่องป้องกัน ตำแหน่งนั่งทำงานที่ไม่เหมาะสม เป็นต้น สิ่งแวดล้อมการทำงานชนิดใดที่เราสามารถใช้ปริมาณของมันเป็นตัวบ่งบอกถึงศักยภาพเชิงอันตรายของมันได้นั้น เราก็จะสามารถทำการศึกษาวิจัยเพื่อทราบถึงค่าที่เหมาะสม (optimum values) หรือค่าความเข้มข้นสูงสุดที่เราจะยอมให้มีได้ (maximum allowable concentration) หรือค่าสูงสุดของการทนได้ (threshold limited values) ในสิ่งแวดล้อมการทำงานนั้น และกำหนดเป็นค่ามาตรฐานขึ้นไว้ เพื่อที่จะได้ดำเนินมาตรการทางกฎหมาย (legislative measure) ในการควบคุมสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยให้เป็นอันตรายต่อสุขภาพผู้ประกอบอาชีพได้

**6.2 สภาวะแวดล้อมการทำงาน (Working Condition)** สภาวะแวดล้อมการทำงานเป็นลักษณะหรือสภาพของการทำงานที่เกิดขึ้น มีความสำคัญต่อสุขภาพผู้ประกอบอาชีพอีกปัจจัยหนึ่งซึ่งสิ่งนี้ควรคำนึงถึงได้แก่

6.2.1 ลักษณะงาน ได้แก่ความยากง่ายของงาน ปริมาณงาน วิธีการทำงาน ท่าทางการทำงาน ความเร่งรีบของงาน

6.2.2 การจัดระบบงาน การมอบหมายงานและระเบียบข้อบังคับในการปฏิบัติงาน ต้องมีการปฐมนิเทศและจัดการอบรมจนสามารถทำงานได้ถูกต้อง ปลอดภัย และ ปลอดภัย

6.2.3 การกำหนดระยะเวลาการทำงาน โดยทั่วไปกฎหมายกำหนดให้ทำงานไม่เกินวันละ 8 ชั่วโมง ไม่รวมเวลาพัก บางแห่งอาจมีการทำงานเป็นผลัด และมีการทำงานกลางคืน ดังนั้นจึงควรคำนึงผลกระทบที่มีต่อร่างกาย คุณภาพของงาน และความปลอดภัยในขณะที่เดินทางด้วย

6.2.4 การควบคุมกำกับงาน ควรมีแผ่นป้ายหรือสัญลักษณ์ แนะนำหรือเตือนภัยในแต่ละจุดของการปฏิบัติงาน มีมาตรการดูแลไม่ให้มีพฤติกรรมการทำงานที่ไม่ถูกต้อง

6.2.5 สวัสดิการพื้นฐานต่างๆ ได้แก่ห้องน้ำ ห้องส้วม ควรมีจำนวนเพียงพอ และตั้งอยู่ในที่ที่เหมาะสมมีการดูแลรักษาความสะอาดเป็นอย่างดี มีการจัดน้ำดื่มที่สะอาดเพียงพอ ในสถานประกอบการที่ผู้ประกอบอาชีพต้องสัมผัสกับสารเคมี ควรมีห้องเปลี่ยนเสื้อผ้าก่อนเข้าปฏิบัติงานและก่อนกลับบ้าน มีระบบการป้องกันอัคคีภัย ควรมีห้องสำหรับให้คนทำงานได้พักผ่อนในช่วงพัก หรือมีมุมให้ได้พักผ่อนหย่อนใจ มีอุปกรณ์การเล่นกีฬาหรือเกมต่างๆ

6.3 ผู้ประกอบอาชีพ (Worker) ลักษณะเฉพาะของผู้ประกอบอาชีพแต่ละคนเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิคุ้มกัน พฤติกรรมสุขภาพ สภาพความเป็นอยู่ในสภาวะนอกงาน เช่น ครอบครัว สังคม ที่อยู่อาศัย ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพโดยตรง และอาจเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยมากขึ้นถ้าต้องไปสัมผัสกับปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมบางอย่างในการทำงาน ดังนั้นจึงควรดูแลผู้ประกอบอาชีพให้ได้ทำงานในสภาพที่เหมาะสมกับแต่ละคน โดยมีวิธีการดังนี้

6.3.1 การเลือกคนทำงาน นอกจากกำหนดความสามารถในการทำงานตามประเภทของงานที่ต้องการจ้างแล้ว ควรมีการกำหนดคุณสมบัติพื้นฐานของคนทำงาน เช่น คนที่มีประวัติโรคลมชักไม่ควรทำงานที่ต้องปีนป่ายที่สูง คนที่ตาบอดสีไม่ควรให้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับต่อสายไฟ คนที่เป็นโรคธาลัสซีเมีย ไม่ควรทำงานเกี่ยวข้องกับสารเคมีที่มีผลต่อเม็ดเลือด

6.3.2 การจัดการบริการด้านสุขภาพ เพื่อรักษาสุขภาพที่ดีและเสริมสร้างสมรรถภาพการทำงานของผู้ประกอบอาชีพ จึงควรมีการดูแลสุขภาพผู้ประกอบอาชีพ ดังนี้

6.3.2.1 ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(Health Promotion and Prevention) ได้แก่ การให้สุขศึกษาแก่ผู้ประกอบอาชีพเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเช่น การไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล เป็นต้น การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม เช่นการวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในผู้ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม



**6.3.2.2 ประเมินภาวะสุขภาพอนามัย (Health Assessment)** เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของคนงานเพื่อตัดสินว่าคนงานมีสุขภาพเป็นอย่างไร ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการจัดคนให้เหมาะสมกับงาน เพื่อค้นหาผู้ที่เจ็บป่วย ฯลฯ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวอาจได้มาจากการพูดคุยซักถาม หรือจากการตรวจสุขภาพ

ในการประเมินภาวะสุขภาพอนามัยด้วยการตรวจสุขภาพนั้น (health examination) โดยทั่วไปสามารถทำได้ดังนี้

1) การตรวจร่างกายก่อนเข้าทำงาน (pre - employment) มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อการคัดเลือกบุคคลเข้าทำงานให้เหมาะสมกับงานที่ต้องปฏิบัติและไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อีกทั้งยังเป็นข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น (base line health data) ซึ่งจะเป็ประโยชน์แก่ลูกจ้างและนายจ้างต่อไป

2) การตรวจร่างกายเป็นระยะๆ สม่ำเสมอ (period) เป็นการตรวจสุขภาพคนงานเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ เช่น ทุกปี ทั้งนี้เพื่อค้นหาความผิดปกติให้พบตั้งแต่ระยะแรก

3) การตรวจร่างกายคนงานกลุ่มพิเศษ (special) คือ การตรวจเป็นพิเศษแก่คนที่มีภูมิไวรับ (susceptibility) สูง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้เยาว์ เป็นต้น ซึ่งต้องตรวจเป็นพิเศษ เพราะคนกลุ่มนี้มีโอกาสเป็นโรคได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป

4) การตรวจร่างกายคนงานกลุ่มที่เสี่ยงอันตราย (high risk group) เป็นการตรวจสุขภาพคนงานที่ต้องทำงานในสถานที่ทำงานที่ไม่ค่อยปลอดภัยเช่น ทำงานในที่ที่มีฝุ่นละอองมากหรือเสียงดังมาก เป็นต้น ทำให้มีโอกาสสัมผัสสิ่งที่เป็นอันตรายมากกว่าบุคคลอื่น

5) การตรวจหลังจากพักฟื้น หรือหายเจ็บป่วย (recovery) ทั้งนี้ เพื่อประเมินดูว่าคนงานสามารถกลับเข้าไปทำงานได้หรือไม่ และเพื่อประโยชน์ในการได้รับเงินทดแทน

6) การตรวจก่อนออกจากงาน (pre-retirement or termination) เพื่อประเมินสุขภาพและความเจ็บป่วยของคนงานตลอดระยะเวลาที่เข้าทำงานเป็นครั้งสุดท้าย เพื่อให้คำแนะนำและป้องกันการฟ้องร้อง

ในการตรวจสุขภาพนี้ พยาบาลต้องวางแผนร่วมกับแพทย์หรือประสานงานร่วมกับบุคคลอื่นๆ หากต้องมีการตรวจพิเศษที่เฉพาะเจาะจงที่พยาบาลไม่สามารถดำเนินการได้เอง เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอ็กซเรย์ปอด เป็นต้น

**6.3.2.3 รักษาพยาบาล (Primary care)** พยาบาลอาชีวอนามัยเป็นผู้ที่มีบทบาทอย่างมากในการรักษาพยาบาลคนงาน และครอบครัว เนื่องจากสถานประกอบการส่วนใหญ่ไม่มีแพทย์ประจำตลอดเวลา และโดยมากเป็นความเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บที่ไม่ได้เกิดจากการทำงาน และไม่มีควมซับซ้อนมากนัก อย่างไรก็ตามบทบาทด้านการรักษาพยาบาลนี้ พยาบาลควรให้การรักษาดูตามขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ มีการติดตามผลการรักษา และส่งต่อในรายที่เกินอำนาจหน้าที่

การให้การรักษาพยาบาลตั้งแต่ระยะแรกอย่างถูกต้องเหมาะสมนั้น จะช่วยให้คนงานกลับคืนสู่สภาพปกติได้อย่างรวดเร็ว และเป็นการช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งต้องมีการจัดเตรียมเวชภัณฑ์ให้พร้อมและห้องพยาบาลให้เหมาะสม ดังนี้ ห้องพยาบาลที่เหมาะสมควรเป็นห้องที่มีขนาดไม่เล็กกว่า 7 x 8 ฟุต ตั้งอยู่ในบริเวณที่คนงานทุกแผนกสามารถใช้บริการได้โดยสะดวกรวดเร็ว เช่น อยู่ศูนย์กลางชั้นล่าง มองเห็นได้ง่าย ปราศจากสิ่งรบกวนต่างๆ เช่น ฝุ่น เสียงดัง ควั่น หรืออากาศถ่ายเทไม่ดี เป็นต้น ประตูควรกว้างพอที่จะเงินเตียงคนไข้เข้าออกได้สะดวก ฝาผนังควรทาสีอ่อนสบายตา มีการจัดแบ่งส่วนต่างๆอย่างเป็นระเบียบ เหมาะสมและสะดวกต่อการใช้งาน เช่น มีที่นั่งรอแพทย์ตรวจ ห้องตรวจ ห้องปฐมพยาบาล ที่เก็บเอกสารต่างๆ ห้องพักผ่อนคนไข้ เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีระบบบันทึกประวัติการรักษาพยาบาล และการเสนอรายงานพยาบาลจะต้องบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับประวัติส่วนบุคคลที่สำคัญ ประวัติสุขภาพ ปัญหาสุขภาพที่พบ และผลการตรวจสุขภาพ การรักษาพยาบาลที่ได้รับในแต่ละครั้งอย่างสมบูรณ์และถูกต้อง ตลอดจนมีวิธีเก็บที่เหมาะสมและเป็นความลับ

**6.3.3 การเฝ้าระวังและการสอบสวนโรค** มีระบบการศึกษาติดตามปัญหาโรคจากการประกอบอาชีพและการสอบสวนการเกิดโรคหรืออุบัติเหตุจากการทำงานเพื่อป้องกันแก้ไขให้ถูกต้อง

**6.3.4 การประสานงานกับชุมชนและหน่วยงานภายนอก** เพื่อให้ทราบผลกระทบสุขภาพที่อาจมีต่อชุมชน และการร่วมมือป้องกันอุบัติเหตุ หรือการช่วยเหลือเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

**7. การเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน** สาเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดการสูญเสียอย่างมากในวัยผู้ใหญ่คือการบาดเจ็บหรือการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน จากรายงานข้อมูลของกองทุนเงินทดแทน สำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม พบว่า อัตราการตาย อัตราการทุพพลภาพ และอัตราการสูญเสียอวัยวะ มีเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ สืบเนื่องได้จากจำนวนเงินชดเชยที่กองทุนเงินทดแทนต้องจ่ายเพิ่มขึ้นทุกปีนับตั้งแต่ พ.ศ. 2517 จ่าย 16.40 ล้านบาท จนถึงปี 2540 จ่ายเพิ่มเป็น 1,986.48 ล้านบาท โดยมีมีอัตราประสพอันตรายสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2531 เท่ากับ 36.23 ต่อลูกจ้าง 1,000 คน จนถึงปี พ.ศ. 2539 เป็น 45.0 ต่อลูกจ้าง 1,000 คน (วิลาวัลย์ จึงประเสริฐ, 2541 หน้า 127)

อุบัติเหตุจากการทำงาน หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่ทำงานโดยไม่ได้คาดคิด และควบคุมไว้ก่อน ส่งผลทำให้เกิดอันตรายต่อผู้คน ทำลายทรัพย์สิน หรือสร้างความเสียหายให้กับกระบวนการผลิต

ในขณะที่ความเจริญทางด้านอุตสาหกรรมกำลังก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว เครื่องจักรเข้ามามีบทบาทในการเป็นเครื่องทุ่นแรงไม่ว่าจะเป็นสถานประกอบการขนาดเล็กหรือขนาดใหญ่ สิ่งที่มาถึงคืออุบัติเหตุจากการทำงาน โดยเครื่องจักรหรือเครื่องทุ่นแรงนั้น

7.1 สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นมิใช่เป็นเรื่องของเวอร์กรรมแต่ต้องมีสาเหตุมาเสมอ ซึ่งในที่นี้จะแบ่งสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุเป็น 2 สาเหตุใหญ่ๆ คือ

### 7.1.1 สาเหตุโดยตรง ได้แก่

7.1.1.1 การปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Act) หมายถึงการกระทำหรือการปฏิบัติงานของคนมีผลทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยกับตนเองหรือผู้อื่น เช่น มีเครื่องป้องกันอันตรายหรือเครื่องกันจัดไว้ให้ แต่ไม่ใช้หรือถอดออกเสีย การทำงานเร็วเกินควร หรือใช้เครื่องจักรในอัตราเร็วเกินกำหนด ใช้เครื่องจักรกลโดยไม่มีหน้าที่ ไม่สนใจต่อคำเตือนและกฎความปลอดภัย การหยอกล้อหรือล้อเล่นกันระหว่างทำงาน การแต่งกายไม่เหมาะสมกับงาน หรือใช้สิ่งของที่เอื้ออำนวยต่อการเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เช่น ใส่กางเกงขาก๊วย ไข่มวยยาว การซ่อมเครื่องจักรขณะเครื่องกำลังทำงานอยู่ เป็นต้น

7.1.1.2 สภาวะสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Conditon) หมายถึงสภาพของสิ่งแวดล้อมในการทำงานอาจเป็นสภาพของโรงงานอุตสาหกรรม สภาพเครื่องจักร อุปกรณ์การผลิต เครื่องยนต์ ที่ไม่มีความปลอดภัยเพียงพอ เช่น อุปกรณ์การผลิตหรือเครื่องจักรอยู่ในสภาพชำรุดไม่มีฝาครอบเครื่องกันหรือ ป้องกันอันตราย การจัดเก็บสารเคมีอันตรายไม่ถูกต้อง การวางแผนผังการทำงานที่ไม่เป็นระเบียบ โครงสร้างของอาคารไม่ถูกต้อง ไม่มั่นคงแข็งแรง การจัดเก็บสิ่งของไม่เป็นระเบียบ ตลอดจนสถานที่ทำงานไม่สะอาดเรียบร้อย เช่น พื้นสกปรก ดื่น หรือขรุขระ การทำงานในสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี เช่น แสงสว่างน้อยเกินไป หรือการติดตั้งคอมไฟไม่เหมาะสม เสียงดังเกินไป การระบายอากาศไม่ดีพอ อากาศร้อน และ อับอ้าวมาก เป็นต้น

7.1.2 สาเหตุที่ช่วยสนับสนุน เป็นสาเหตุทางอ้อมที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุในการทำงาน ได้แก่

7.1.2.1 ระบบการบริหารความปลอดภัย เช่น ไม่มีการบังคับให้ปฏิบัติตามกฎหมายเกี่ยวกับความปลอดภัย ไม่มีการอบรมให้รู้จักหน้าที่ และการปฏิบัติต่อเครื่องจักรนั้นอย่างถูกต้อง ไม่มีการจัดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายให้กับผู้ปฏิบัติงาน สร้างระบบงานแบบค้ำนั่งถึงประโยชน์คือระบบเบี่ยงชั้น โดยให้คนงานทำงานนอกเวลา โอกาสที่จะเกิดการเมื่อยล้าจากการทำงานก็มีมากขึ้น ไม่มีการวางแผนงานด้านความปลอดภัยไว้เป็นส่วนหนึ่งของงาน ไม่มีการติดตามผลการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น

7.1.2.2 สภาวะจิตใจของคนงาน เช่น ขาดความระมัดระวังหรือไม่ตระหนักในเรื่องความปลอดภัย ขาดความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ตื่นเต้นง่าย ขวัญอ่อน ตกใจง่าย

7.1.2.3 สภาวะร่างกายของคนงาน เช่น สภาพร่างกายไม่เหมาะสมกับงาน เช่น อาจเหนื่อยเกินไป อ้วนเกินไป มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจ มีความพิการในอวัยวะบางส่วน เช่น หูหนวก ขาดความสมบูรณ์ทางร่างกาย เช่น เหนื่อยง่าย ล้าเร็ว เป็นต้น

จากการศึกษาของ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (I.L.O) พบว่า สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ โดยตรงนี้ เกิดจากการปฏิบัติงานที่ไม่ปลอดภัยถึง ร้อยละ 85 และเกิดจากสภาวะแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยเพียงร้อยละ 15 เท่านั้น (พรนภา หอมสินธุ์, 2541 หน้า 20)

## 7.2 ผลกระทบของการเกิดอุบัติเหตุ

เมื่อเกิดอุบัติเหตุทุกครั้ง ไม่ว่าจะอุบัติเหตุนั้นจะเป็นอุบัติเหตุที่รุนแรงหรือเล็กน้อยผลกระทบที่ตามมา ก็คือการสูญเสียต่างๆ การสูญเสียเนื่องจากการเกิดอุบัติเหตุ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ

**7.2.1 การสูญเสียที่คิดเป็นค่าใช้จ่ายโดยตรง (Direct Cost)** การสูญเสียโดยตรงนี้เป็นการสูญเสียที่มีการใช้จ่ายเงินโดยตรง เช่น นายจ้างจ่ายเงินสมทบแก่กองทุนเงินทดแทนตามกฎหมายแรงงาน เพื่อใช้จ่ายในกรณีต่างๆ เช่น ค่ารักษาพยาบาลเท่าที่จำเป็นในกรณีลูกจ้างประสบอันตราย หรือเจ็บป่วย ค่าทำศพในกรณีลูกจ้างถึงแก่ความตาย ค่าทดแทนในกรณีลูกจ้างประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ซึ่งเป็นเหตุให้สูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน หรือสูญเสียอวัยวะหรือทุพพลภาพ เป็นต้น

**7.2.2 การสูญเสียที่ไม่สามารถคิดเป็นค่าใช้จ่ายได้โดยตรง (Indirect Cost)** การสูญเสียประเภทนี้เป็นการสูญเสียที่โดยปกติมักจะคาดไม่ถึงหรือไม่ประเมินเป็นค่าใช้จ่าย หรืออาจกล่าวอีกนัยหนึ่งว่าเป็นลักษณะการสูญเสียค่าใช้จ่ายที่แฝงหรือซ่อนเร้น (hidden cost) ซึ่งการสูญเสียลักษณะนี้ก่อให้เกิดผลกระทบต่อลูกจ้าง นายจ้าง ครอบครัวและประเทศชาติ

## 8. ความเครียดและปัญหาสุขภาพจิต

วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่ต้องแบกรับหน้าที่ความรับผิดชอบ ทั้งชีวิตครอบครัว หน้าที่การงานและการอยู่ร่วมกันในสังคม ต้องเผชิญกับสภาวะแวดล้อมที่ส่งผลให้เกิดความเครียดได้ตลอดเวลา ซึ่งถ้าหากไม่สามารถปรับตัวได้ ก็ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและปัญหาทางสุขภาพกายได้ ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และอาจส่งผลให้เกิดความรุนแรงในสังคมได้ ปรากฏการณ์ที่สะท้อนถึงภาวะสุขภาพจิตของสังคมคือ การฆ่าตัวตายและการประทุษร้ายฆาตกรรมกัน ซึ่งพบว่าในปี 2541 อัตราการฆ่าตัวตายของคนไทยเท่ากับ 11.7 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2510 ถึงเกือบ 3 เท่า (สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2543) โดยเป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิงเกือบ 3 เท่า เพศชายฆ่าตัวตายสูงสุดในกลุ่มอายุ 35-39 ปี (31.4 ต่อประชากรแสนคน) ผู้หญิงฆ่าตัวตายสูงสุดในกลุ่มอายุ 25-29 ปี (17.8 ต่อประชากรแสนคน)

ความเครียดเป็นการตอบสนองทางสรีระของร่างกายต่อตัวกระตุ้น ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยขึ้นได้ การที่มีภาวะเครียดต่อเนื่องเป็นเวลานานมีผลทำให้ประสาททวากัส ถูกกระตุ้น รวมทั้งการมีกลูโคคอร์ติคอยด์ หลังนานๆ มีผลให้เกิดการหลังกรดและน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร ทำให้เกิดแผลในกระเพาะอาหารได้ และการเพิ่มจำนวนกรดไขมันในกระแสเลือด มีผลทำให้หลอดเลือดแข็ง ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจได้ การขจัดความเครียดที่สำคัญคือการ

ขจัดตัวกระตุ้นที่ก่อให้เกิดความเครียดออกจากชีวิต ไม่ทำให้เหตุการณ์ปกติกลายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด พัฒนาความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ และมีวิธีผ่อนคลายที่เหมาะสม(Selye, 1983, p.p. 12-19)

**วิธีผ่อนคลายความเครียด** วิธีผ่อนคลายความเครียดสามารถทำได้หลายวิธี แต่ละบุคคลควรเลือกใช้ให้เหมาะกับแต่ละคน เหมาะสมกับโอกาส เวลา และสถานที่ ในที่นี้จะขอเสนอวิธีผ่อนคลายความเครียดพื้นฐาน ดังนี้

1. การมองโลกในแง่ดี ในชีวิตประจำวันของแต่ละคนล้วนต้องประสบกับสิ่งต่างๆ มากมายทั้งดีและไม่ดี การรู้จักมองในสิ่งต่างๆ ในแง่ดี คือการเข้าใจว่าสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวเรานั้นล้วนเป็นประสบการณ์ให้เราเกิดการเรียนรู้ การที่บุคคลเลือกที่จะคิดถึงแต่สิ่งดีจะทำให้บุคคลมีความสุข แม้ว่าจะกำลังเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่ดีก็พยายามปรับความคิดโดยการมองหาสิ่งดีของสิ่งที่กำลังเผชิญอยู่หรือพยายามสร้างความคิดและสิ่งแวดล้อมที่ดีในใจก็จะทำให้มีความสุขได้ โดยเริ่มจากการมองตนเองในแง่ดี มีความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถควบคุมอารมณ์ของตน ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นได้ มีความเข้าใจในเรื่องที่ตนไม่สามารถควบคุมหรือจัดการแก้ไขได้ มีการเตรียมพร้อมรับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ดำเนินชีวิตโดยใช้หลักใช้ทางสายกลางตามหลักพุทธศาสนา

2. การรู้จักสัญญาณเครียดของตนเองและการแก้ไข การรู้จักสัญญาณเครียดของตนเอง ก่อนที่ความเครียดจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจ และการที่บุคคลสามารถแก้ไขหรือจัดการกับความเครียดได้อย่างรวดเร็ว จะทำให้บุคคลได้รับผลกระทบจากความเครียดน้อยที่สุด สัญญาณเครียดที่พบได้บ่อยๆ ได้แก่ การนอนไม่หลับ รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ วุ่นวายใจ ไม่มีสมาธิ ปวดศีรษะข้างเดียวหรือปวดขมับทั้ง 2 ข้าง รู้สึกเศร้าหมอง หมดหวัง ไม่มีคุณค่า อ่อนเพลีย เหนื่อยหน่าย ไม่อยากทำอะไร หัวใจเต้นแรง ปวดเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือหัวไหล่ มีเหงื่อหรือเวียนศีรษะ หากมีอาการเช่นนี้ควรหาสาเหตุ แก้ไขสาเหตุ หากไม่สามารถแก้ไขได้ ก็ควรพยายามมองหาสิ่งดี หรือวางเฉยกับสิ่งที่มากระทบ และควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้แก่การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายด้วยวิธีที่ตนสนใจเช่นการปลูกต้นไม้ ร้องเพลง ฟังเพลง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้ความเครียดลดลงได้

3. การสร้างอารมณ์ขันและการสร้างมิตร เป็นวิธีจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพสามารถทำได้ด้วยตนเอง (Wooten, 1998) อารมณ์ขัน การยิ้ม การหัวเราะ จะทำให้ร่างกายมีการกระตุ้นการหลั่งสารเอนดอร์ฟินส์ (endorphins) จากต่อมใต้สมอง สารนี้จะทำให้เกิดความเพลิดเพลิน เกิดความรู้สึกเป็นสุข ช่วยลดความเครียด ทำให้หลอดเลือดขยายตัว เพิ่มการไหลเวียนของเลือด และการหายใจเข้าออกถี่ๆ ขณะหัวเราะจะช่วยเพิ่มระดับของออกซิเจนในกระแสเลือด ช่วยเพิ่มพลังให้กับร่างกายและช่วยสร้างระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย นอกจากนี้การเป็นบุคคลที่มีอารมณ์ขัน จะทำให้นบุคคลอื่นอยากมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ซึ่งเป็นการสร้างมิตรด้วยอีกวิธีหนึ่ง

4. การรู้จักบริหารเวลา การบริหารเวลาได้ดีจะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมชีวิตได้ โดยการวางแผนการใช้เวลาอย่างรอบคอบ มีการประเมินความสามารถและความพร้อมของตนเอง จัดกิจกรรมต่างๆ ให้เหมาะสมกับเวลาที่มี โดยมีการจัดลำดับความสำคัญของสิ่งที่ต้องทำ วิเคราะห์เวลา ควรหยุดรับทำกิจกรรมหลายๆ อย่างในเวลาเดียวกัน ควรให้เวลากับตนเองที่จะตรวจสอบความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น แบ่งเวลาให้เหมาะสมระหว่างการศึกษา การทำงาน การพักผ่อน การเข้าสังคม และ การอยู่กับครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดความสมดุลในร่างกาย สามารถเพิ่มพลังในการดำรงชีวิตให้กับตนเอง ส่งผลให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินชีวิต

นอกจากนี้ยังมีวิธีจัดการความเครียดด้วยวิธีอื่นๆ อีกหลายวิธี สมาคมสุขภาพจิตของประเทศแคนาดา (Canadian Mental Health Association – Metro Toronto Branch) ได้บัญญัติวิธีการจัดการกับความเครียดไว้ 18 ประการ(สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด., 2543, หน้า 179-180) ดังนี้

- 1) ตระหนักถึงอาการแสดงของความเครียดของตนเอง
- 2) พิจารณาการดำเนินชีวิตและปรับเปลี่ยนในสิ่งที่ต้องการปรับเปลี่ยน เช่น สถานที่ทำงาน สถานการณ์ที่บ้าน หรือตารางชีวิตของตนเอง
- 3) ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น ทำสมาธิ การนวด การฝึกหายใจ เป็นต้น
- 4) ออกกำลังกายอยู่เสมอ
- 5) จัดตารางเวลา
- 6) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทไขมัน การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คาเฟอีน และการสูบบุหรี่
- 7) พักผ่อนและนอนหลับให้เพียงพอ
- 8) พูดคุยกับผู้อื่น เช่น เพื่อน หรือผู้ให้คำปรึกษาในสิ่งที่กำลังรบกวนตนเองอยู่
- 9) ช่วยเหลือบุคคลอื่น เช่น ทำงานอาสาสมัคร
- 10) เบี่ยงเบนความสนใจจากสิ่งที่กังวล เช่น ไปดูภาพยนตร์ อ่านหนังสือ เล่นเกมส์ หรือหยุดการทำงานชั่วคราว ด้วยการลาพักผ่อน
- 11) ระบายความโกรธ เช่น การออกกำลังกาย การชูดิน ทำสวน
- 12) หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับคนอื่น
- 13) หลีกเลี่ยงการทำหลายๆ สิ่งในเวลาเดียวกัน
- 14) อย่าพยายามเป็นคนที่มีสมบูรณ์แบบ
- 15) ผ่อนคลาย ทำจิตใจให้สบายต่อการดำเนิน หรือการวิพากษ์วิจารณ์ของบุคคลอื่นที่มีต่อตนเอง
- 16) ลดการแข่งขัน

17) รู้จักการสร้างมิตรภาพ

18) มีอารมณ์ขัน หัวเราะ และอยู่กับคนที่ทำให้ตนเองมีความสุข

จะเห็นว่าวัยผู้ใหญ่เป็นวัยเสี่ยงวัยหนึ่งทั้งเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจากความเสื่อมสภาพของร่างกาย ความเจ็บป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการติดเชื้อบางอย่างซึ่งอาจเกิดได้ทั้งในขณะทำงานหรือจากการใช้ชีวิตประจำวัน เสี่ยงต่อการมีภาวะเครียดทางจิตใจที่ส่งผลต่อสภาพจิตใจ ร่างกาย รวมถึงสังคมด้วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การเอาใจใส่ดูแลให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยและการป้องกันอุบัติเหตุ รวมทั้งการตรวจคัดกรองเพื่อค้นหาค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก

### กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงาน

ในสภาพแวดล้อมการทำงานมักมีสิ่งคุกคามสุขภาพอนามัยอยู่เสมอ ยากที่จะหลีกเลี่ยงได้และหากไม่มีมาตรการทางกฎหมายมาบังคับก็จะส่งผลต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นในทุกประเทศจึงได้ออกกฎหมายมาบังคับใช้ในสถานประกอบการให้มีการควบคุมสิ่งแวดล้อมในการทำงานให้มีความปลอดภัยต่อผู้ประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม รวมสวัสดิการพื้นฐานที่ผู้ประกอบอาชีพควรได้รับ ในประเทศไทยมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในการทำงานและสวัสดิการของผู้ประกอบอาชีพที่สำคัญ ดังนี้

1. กฎหมายคุ้มครองแรงงานทั่วไป ได้แก่ พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงานพ.ศ. 2541 ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่อง กำหนดสวัสดิการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยสำหรับลูกจ้าง และ ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องกำหนดงานและสถานที่ในการทำงานของเด็ก

2. กฎหมายความปลอดภัยในการทำงาน ได้แก่

ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่อง ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรทั่วไป

ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับภาวะแวดล้อม

ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับภาวะแวดล้อม

(สารเคมี)

ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องความปลอดภัยเกี่ยวกับไฟฟ้า

ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับภาวะแวดล้อม

(ประดาน้ำ)

ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องความปลอดภัยในการทำงานของลูกจ้าง

ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องความปลอดภัยในการทำงานในสถานที่อับอากาศ

ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย

ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องความปลอดภัยในการทำงานก่อสร้างว่าด้วยเขตก่อสร้าง  
 ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับบันได  
 ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับการตอกเสาเข็ม  
 ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องความปลอดภัยในการทำงานก่อสร้างว่าด้วยลิฟท์ขนส่ง  
 วัสดุชั่วคราว

ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องความปลอดภัยในการทำงานก่อสร้างว่าด้วยนั่งร้าน  
 ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องความปลอดภัยในการทำงานในสถานที่ที่มีอันตรายจาก  
 การตกจากที่สูง วัสดุกระเด็น ตกหล่น และการพังทลาย  
 ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับหม้อน้ำ  
 ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่อง การป้องกันและระงับอัคคีภัยในสถานประกอบการเพื่อ  
 ความปลอดภัยในการทำงานสำหรับลูกจ้าง

3. กฎหมายวัตถุอันตรายและสิ่งแวดลอม ได้แก่ พระราชบัญญัติวัตถุอันตรายและสิ่งแวดลอม  
 พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดลอม พ.ศ. 2535

4. กฎหมายโรงงานและการสาธารณสุข ได้แก่ พระราชบัญญัติโรงงาน พ.ศ. 2535  
 และ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535.

ในที่นี้จะขอกล่าวเฉพาะเนื้อหาสำคัญๆ ที่นิสิตจะได้มีโอกาสเกี่ยวข้อง ดังนี้

### 1. พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

เพื่อคุ้มครองการทำงานของลูกจ้างกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม จึงได้ออก  
 พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541 ซึ่งมีรายละเอียดทั้งหมด 16 หมวด ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะ  
 เรื่องที่สำคัญ ดังนี้

#### 1.1 การใช้แรงงานทั่วไป

##### 1.1.1 กำหนดเวลาทำงานตามปกติ

1.1.1.1 งานทุกประเภทไม่เกินวันละ 8 ชั่วโมง และไม่เกินสัปดาห์ละ 48 ชั่วโมง

1.1.1.2 งานใช้วิชาชีพหรือวิชาการ งานด้านบริการและการจัดการ งานเสมียน  
 พนักงาน งานอาชีพด้านการค้า งานอาชีพด้านบริการ งานที่เกี่ยวข้องกับการผลิต หรืองานที่เกี่ยวข้องกับ  
 งานดังกล่าว นายจ้างกับลูกจ้างอาจตกลงกำหนดเวลาทำงานปกติเกินกว่า วันละ 8 ชั่วโมง แต่ต้องไม่  
 เกินสัปดาห์ละ 48 ชั่วโมง

1.1.1.3 งานที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพ และ ความปลอดภัยของลูกจ้าง  
 ทำงานได้ไม่เกินวันละ 7 ชั่วโมง แต่ต้องไม่เกินสัปดาห์ละ 42 ชั่วโมง



### 1.1.2 กำหนดงานที่อาจเป็นอันตรายต่อสุขภาพและความปลอดภัยของลูกจ้าง ได้แก่

1.1.2.1 งานที่ต้องทำได้ดิน ใต้น้ำ ในถ้ำ ในอุโมงค์หรือในที่อับอากาศ

1.1.2.2 งานที่ต้องทำเกี่ยวกับกัมมันตภาพรังสี

1.1.2.3 งานเชื่อมโลหะ

1.1.2.4 ขนส่งวัตถุอันตราย

1.1.2.5 งานผลิตสารเคมีอันตราย

1.1.2.6 งานที่ต้องทำด้วยเครื่องมือ ซึ่งผู้ทำได้รับความสั่นสะเทือนอันอาจเป็น

อันตราย

1.1.2.7 งานที่ต้องทำเกี่ยวกับความร้อนจัดหรือเย็นจัด อันอาจเป็นอันตราย

### 1.1.3 กำหนดเวลาหยุดพักในวันทำงาน

1.1.3.1 ในวันทำงานให้ลูกจ้างหยุดพักติดต่อกันไม่น้อยกว่าวันละ 1 ชม. หลังจากทำงานนั้นมาแล้วไม่เกิน 5 ชั่วโมง และลูกจ้างที่เป็นเด็กทำงานมาแล้วไม่เกิน 4 ชั่วโมงติดต่อกัน

1.1.3.2 นายจ้างและลูกจ้าง อาจตกลงกันกำหนดเวลาพักระหว่างการทำงานเป็นอย่างอื่น ถ้าข้อตกลงนั้นเป็นประโยชน์แก่ลูกจ้างให้ข้อตกลงนั้นใช้บังคับได้

1.1.3.3 ถ้าทำงานล่วงเวลาไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ให้ลูกจ้างพักก่อนทำงานล่วงเวลาไม่น้อยกว่า 20 นาที

1.1.3.4 เวลาพักไม่ให้นับรวมเป็นเวลาทำงาน แต่ถ้าพักเกินวันละ 2 ชั่วโมงให้นับเวลาพักผ่อนส่วนที่เกิน 2 ชั่วโมง เป็นเวลาทำงานปกติ เว้นแต่เวลาพักส่วนที่เกิน 2 ชั่วโมง ของร้านอาหาร หรือเครื่องดื่มน้ำที่เปิดจำหน่ายหรือให้บริการติดต่อกันในแต่ละวันทำงาน ไม่ถือเป็นเวลาทำงาน

1.1.3.5 นายจ้างอาจจะไม่จัดเวลาพักให้ลูกจ้างได้ ในกรณีทำงานในหน้าที่ที่มีลักษณะและสภาพของงานต้องทำติดต่อกันไปโดยจะหยุดเสียมิได้ โดยได้รับความยินยอมจากลูกจ้างหรืองานฉุกเฉิน

### 1.1.4 กำหนดวันหยุดทำงาน

1.1.4.1 วันหยุดประจำปีสำหรับลูกจ้างให้มีได้ไม่น้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 วัน โดยมีระยะห่างกันไม่เกิน 6 วันนายจ้างและลูกจ้างจะตกลงกันหยุดวันใดก็ได้หรือในงานบางชนิดอาจอนุญาตให้สะสมวันหยุดได้ แต่ต้องอยู่ในระยะเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ ติดต่อกัน

1.1.4.2 วันตามประเพณี ให้มีไม่น้อยกว่าปีละ 13 วัน โดยรวมวันแรงงานแห่งชาติด้วย ถ้าหยุดตามประเพณีวันใดตรงกับวันหยุดประจำปีให้เลื่อนวันหยุดตามประเพณีนั้นไปหยุดในวันทำงานถัดไป

1.1.4.3 วันหยุดพักผ่อนประจำปี ลูกจ้างที่ทำงานติดต่อกันมาแล้วครบ 1 ปี มีสิทธิหยุดพักผ่อนประจำปีได้ไม่น้อยกว่าปีละ 6 วันทำงาน และอาจจะตกลงสะสมวันหยุดพักผ่อนประจำปีไปรวมหยุดในปีอื่นก็ได้

### 1.1.5 การกำหนดวันลา

1.1.5.1 การลาป่วย ลูกจ้างมีสิทธิลาป่วยได้เท่าที่ป่วยจริง แต่ได้รับค่าจ้างไม่เกิน 30 วันทำงานต่อปี

1.1.5.2 การลาคลอด หญิงมีครรภ์มีสิทธิลาคลอดก่อนและหลังคลอด ครรภ์หนึ่งไม่เกิน 90 วัน โดยให้นับรวมวันหยุดที่มีระหว่างวันลาด้วย และให้นายจ้างจ่ายค่าจ้างแก่ลูกจ้าง ซึ่งลาคลอดเท่ากับค่าจ้างในการทำงานตลอดระยะเวลาแต่ไม่เกิน 45 วัน

1.1.5.3 การลากิจ ลูกจ้างมีสิทธิลากิจอันจำเป็นได้ตามเงื่อนไขที่กำหนดในข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงาน

1.1.5.4 ลูกจ้างมีสิทธิลาเพื่อทำหมั้นและหยุดงานได้ตามที่แพทย์กำหนดและออกไปรับรอง โดยได้รับค่าจ้างในวันลา

1.1.5.5 การลาเพื่อฝึกอบรมหรือพัฒนาความรู้ความสามารถของลูกจ้าง ลูกจ้างมีสิทธิลาได้กรณีต่อไปนี้

(1) เพื่อประโยชน์ต่อการแรงงานและสวัสดิการสังคมหรือการเพิ่มทักษะความชำนาญเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของลูกจ้าง

(2) เพื่อการสอบวัดผลการศึกษาที่ทางราชการจัดหรืออนุญาตให้จัดขึ้น ลูกจ้างต้องแจ้งเหตุที่ลาโดยชัดแจ้ง พร้อมทั้งแสดงหลักฐานที่เกี่ยวข้อง ให้นายจ้างทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่าเจ็ดวันก่อนวันลา และนายจ้างอาจไม่อนุญาตให้ลูกจ้างลาในกรณีต่อไปนี้

(1) ในปีนั้นลูกจ้าง เคยได้รับอนุญาตให้ลาเพื่อการฝึกอบรมหรือพัฒนาความรู้ความสามารถมาแล้วไม่น้อยกว่า 30 วัน หรือ สามครั้ง หรือ

(2) นายจ้างได้แสดงให้เห็นว่าการลาของลูกจ้างอาจก่อให้เกิดความเสียหายหรือกระทบกระเทือนต่อการประกอบธุรกิจของนายจ้าง

## 1.2. การใช้แรงงานหญิง

### 1.2.1 งานที่ห้ามลูกจ้างหญิงทำ

1.2.1.1 งานทำความสะอาดเครื่องจักรหรือเครื่องยนต์ในขณะที่ทำงาน

1.2.1.2 งานที่ต้องนั่งร้านที่สูงกว่าพื้นดินตั้งแต่ 10 เมตรขึ้นไป

1.2.1.3 งานใช้เลื่อยวงเดือน

1.2.1.4 งานผลิตหรือขนส่งวัตถุระเบิดหรือวัตถุไวไฟ

1.2.1.5 งานเหมืองแร่ที่ต้องทำใต้ดิน

1.2.1.6 งานยก แบก หาม ทูน ลากหรือเข็นของหนักเกินอัตราน้ำหนักดังต่อไปนี้  
30 กก. สำหรับการทำงานในที่ราบ

25 กก. สำหรับการทำงานที่ต้องขึ้นบันไดหรือที่สูง

600 กก. สำหรับการลากหรือเข็นของที่ต้องบรรทุกล้อเลื่อนที่ใช้ราง

300 กก. สำหรับการลากหรือเข็นของที่ต้องบรรทุกล้อเลื่อนที่ไม่ใช่ราง

1.2.2 หญิงทำงานกะระหว่าง 24.00 - 06.00 น. หากเห็นว่าเป็นอันตราย อธิบดีมีอำนาจสั่งให้นายจ้างเปลี่ยนเวลาหรือลดเวลาการทำงานลง

1.2.3 หญิงมีครรภ์ หากมีใบรับรองแพทย์แสดงว่าไม่สามารถทำงานเดิมได้ ให้นายจ้างพิจารณาเปลี่ยนงานชั่วคราวทั้งก่อนและหลังคลอด

### 1.3 การใช้แรงงานเด็ก

1.3.1 ห้ามมิให้นายจ้างจ้าง เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มาเป็นลูกจ้าง

1.3.2 ในกรณีที่จ้างเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นลูกจ้างให้นายจ้างปฏิบัติ ดังนี้

1.3.2.1 ห้ามมิให้จ้างทำงานในเวลา 22.00 - 06.00 น. เว้นแต่เป็นผู้แสดงละคร ภาพยนต์ หรือแสดงอย่างอื่นที่คล้ายคลึงกัน โดยให้เด็กพักตามสมควร

1.3.2.2 ห้ามมิให้จ้างทำงานในวันหยุด

1.3.2.3 ห้ามมิให้จ้างทำงานต่อไปนี้

(1) งานหลอม เป่า หล่อหรือรีดโลหะ

(2) งานปั๊มโลหะ

(3) งานที่เกี่ยวกับความร้อน ความเย็น ความสั่นสะเทือน เสียง และแสงที่มีระดับแตกต่างจากปกติ อันอาจเป็นอันตรายตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง

(4) งานเกี่ยวกับสารเคมีที่เป็นอันตรายตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

(5) งานเกี่ยวกับจุลินทรีย์เป็นพิษซึ่งอาจเป็นเชื้อไวรัส แบคทีเรีย รา หรือเชื้ออื่น ตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวง

(6) งานเกี่ยวกับวัตถุมีพิษ วัตถุระเบิด วัตถุไวไฟ เว้นแต่ทำงานในสถานบริการน้ำมันเชื้อเพลิงตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

(7) งานขับหรือบังคับรถยกหรือปั้นจั่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

(8) งานใช้เลื่อยเดินด้วยพลังไฟฟ้าหรือเครื่องยนต์

(9) งานที่ต้องทำได้ดิน ได้น้ำ ในถ้ำ อุโมงค์ หรือปล่องในภูเขา

(10) งานเกี่ยวกับกัมมันตรังสี ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

(11) งานทำความสะอาดเครื่องจักรหรือเครื่องยนต์ ขณะที่เครื่องจักรหรือเครื่องยนต์กำลังทำงาน

(12) งานที่ต้องทำบนนั่งร้านที่สูงกว่าพื้นดินตั้งแต่สิบเมตรขึ้นไป

(13) งานอื่นกำหนดเพิ่มเติม

## 2. ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่อง ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักร มีข้อกำหนดไว้ดังนี้

2.1 เครื่องจักรที่ใช้พลังงานไฟฟ้าต้องมีสายดินเพื่อป้องกันกระแสไฟฟ้า

2.2 การเดินสายไฟฟ้าเข้าเครื่องจักรต้องฝังดิน หรือลงเดินลงจากที่สูงทั้งนี้ให้ใช้ท่อร้อยสายไฟฟ้า

2.3 เครื่องป้อนวัตถุที่ใช้มือป้อนต้องมีเครื่องป้องกันมือหรือจัดหาเครื่องป้อนวัตถุแทนมือ

2.4 เครื่องป้อนวัตถุโดยใช้เท้าเหยียบต้องมีที่פקเท้าและมีที่ครอบป้องกัน

2.5 เครื่องป้อนหรือเครื่องตัดวัตถุที่ใช้พลังงานไฟฟ้า หากปฏิบัติงานโดยใช้มือป้อนต้องมีสวิตซ์ 2 แห่ง

2.6 เครื่องจักรที่มีการถ่ายทอดพลังงาน เช่น เพลลา สายพาน ปูลดู่ ไฟสวิต ต้องมีตะแกรงเหล็กเหนียวครอบในส่วนที่หมุนและส่วนส่งถ่ายกำลัง

2.7 ใบเลื่อยวงเดือนต้องมีที่ครอบใบเลื่อยในส่วนที่สูงเกินพื้นโต๊ะ

2.8 เครื่องลับ ฝน หรือแต่งผิวโลหะ ต้องมีเครื่องปิดกั้นประกายไฟหรือเศษวัตถุ

2.9 กำหนดมาตรการการใช้เครื่องมือกล

## 3. ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่อง ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับภาวะแวดล้อม ได้กำหนดให้นายจ้างต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

3.1 ความร้อน กำหนดไม่ให้ลูกจ้างทำงานในที่ที่มีอุณหภูมิสูงกว่าที่กำหนด

3.1.1 อุณหภูมิบริเวณที่ลูกจ้างทำงานไม่สูงกว่า 45 องศาเซลเซียส

3.1.2 วัตถุอุณหภูมิของร่างกายต้องไม่สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส (ไม่รวมกรณีที่เป็นไข้) ทางแก้ไข: ถ้าที่ทำงานมีอุณหภูมิเกิน 45 องศาเซลเซียส ให้ปรับปรุงแหล่งกำหนดความร้อน ถ้าแก้ไขไม่ได้ต้องจัดอุปกรณ์ป้องกันความร้อน ถ้าอุณหภูมิร่างกายเกิน 38 องศาเซลเซียส ต้องให้คนงานหยุดพักชั่วคราว

3.2 แสงสว่าง กำหนดให้มีแสงสว่างไม่น้อยกว่าที่กำหนดไว้ โดยจำแนกดังนี้

3.2.1 งานที่ไม่ต้องการความละเอียด เช่น การขนย้าย การบรรจุ การบด ต้องมีความเข้มของแสงสว่างไม่น้อยกว่า 50 ลักซ์

3.2.2 งานที่ต้องการความละเอียดเล็กน้อย เช่น การผลิต หรือการประกอบชิ้นงาน หยาบๆ การสีข้าว การสาางฝ้าย ต้องมีความเข้มของแสงสว่างไม่น้อยกว่า 100 ลักซ์

3.2.3 งานที่ต้องการความละเอียดปานกลาง เช่น การเย็บผ้า การเย็บหนัง การประกอบ ภาชนะ ต้องมีความเข้มของแสงสว่างไม่น้อยกว่า 200 ลักซ์

3.2.4 งานที่ต้องการความละเอียดเป็นพิเศษและต้องใช้เวลาทำงานนาน เช่น การ ประกอบเครื่องจักรหรืออุปกรณ์ที่มีขนาดเล็ก การเจียรในเพชร พลอย การเย็บผ้าที่มีสีมืดทึบ ต้องมี ความเข้มของแสงสว่างไม่น้อยกว่า 1,000 ลักซ์ งานที่ความละเอียดสูงกว่าข้อ 3.2.3 แต่ละเอียดไม่ถึง ข้อ 3.2.4 เช่นการกลึงหรือแต่งโลหะ การซ่อมแซมเครื่องจักร การตรวจตราและทดสอบผลิตภัณฑ์ การ ตกแต่งหนังสือตัวและผ้าฝ้าย การทอผ้า ต้องมีความเข้มของแสงสว่างไม่น้อยกว่า 300 ลักซ์

3.2.5 ทางเดินนอกอาคาร ต้องมีความเข้มของแสงสว่างไม่น้อยกว่า 20 ลักซ์

3.2.6 ทางเดินภายในอาคาร โถง ห้องเก็บวัสดุ เพลียง บันได ต้องมีความเข้มของแสง สว่างไม่น้อยกว่า 50 ลักซ์

### 3.3 เสียง

3.3.1 ทำงานไม่เกินวันละ 7 ชั่วโมง ต้องไม่เกิน 91 เดซิเบล(เอ) (dB(A))

3.3.2 ทำงานเกินวันละ 7 ชั่วโมง แต่ไม่เกินวันละ 8 ชั่วโมง ต้องไม่เกิน 90 dB(A)

3.3.3 ทำงานเกินวันละ 8 ชั่วโมง ต้องไม่เกิน 80 dB(A)

3.3.4 ระดับเสียงสูงสุดต้องไม่เกิน 140 dB(A)

แนวทางแก้ไข: ปรับปรุงต้นกำเนิดหรือทางผ่านของเสียง สวมใส่ปลั๊กหรือครอบหูลดเสียง

### 3.4 มาตรฐานอุปกรณ์

3.4.1 หมวกแข็งหนักไม่เกิน 420 กรัมไม่ทำด้วยโลหะ ทนแรงกระแทกอย่างต่ำ 385 กิโลกรัม

3.4.2 ปลั๊กลดเสียงลดได้อย่างต่ำ 15 dB(A)

3.4.3 ครอบหูลดเสียงลดได้อย่างต่ำ 25 dB(A)

4. ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่อง ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับภาวะแวดล้อม (สารเคมี) มีข้อกำหนดไว้ดังนี้

กฎหมายกำหนดค่าความเข้มข้นของสารเคมีที่ยอมให้มีได้ในบรรยากาศการทำงานที่ฟุ้งกระจาย ออกมาจากกระบวนการผลิต โดยกำหนดตามรายชื่อสารเคมี แบ่งเป็น 4 ตาราง คือ

ตารางหมายเลข 1 เป็นค่าของสารเคมีที่ยอมให้มีได้ในบรรยากาศการทำงาน กำหนดไว้เป็น ค่าเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานที่สารเคมีฟุ้งกระจายในบรรยากาศการทำงานจะเกินกว่าค่านั้น ไม่ได้

ตารางหมายเลข 2 เป็นค่าของสารเคมีที่ยอมให้มีได้ในบรรยากาศการทำงาน กำหนดไว้ไม่ว่า เวลาใดของการทำงานปกติ จะมีสารเคมีฟุ้งกระจายในบรรยากาศการทำงานเกินกว่าค่าที่กำหนดไม่ได้

ตารางหมายเลข 3 เป็นค่าของสารเคมีที่ยอมให้มีได้ในบรรยากาศการทำงาน กำหนดทั้งค่าเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานและค่าความเข้มข้นสูงสุดในช่วงเวลาที่กำหนดและค่าที่อาจยอมให้มีได้

ตารางหมายเลข 4 เป็นค่าของสารเคมีที่ยอมให้มีได้ในบรรยากาศการทำงานในรูปฝุ่นแร่ ค่าที่กำหนดเป็นค่าเฉลี่ยตลอดระยะเวลาการทำงานที่มีปริมาณฝุ่นแร่กระจายในบรรยากาศการทำงานเกินกว่าค่าที่กำหนดไม่ได้

นายจ้างให้ลูกจ้างทำงานในสถานที่ที่มีค่าสารเคมีเกินค่ามาตรฐานตามที่ได้กำหนดไว้มิได้ ดังนั้นก่อนให้ลูกจ้างทำงาน นายจ้างจะต้องทราบว่ามีสารเคมีไม่เกินกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้ การที่นายจ้างจะทราบได้ นายจ้างจะต้องจัดให้มีการตรวจวัดค่าปริมาณสารเคมีที่ฟุ้งกระจายในบรรยากาศการทำงานแล้วเทียบกับค่ามาตรฐานที่กฎหมายกำหนด

การปรับปรุงแก้ไข: ในกรณีที่สถานประกอบการมีสารเคมีฟุ้งกระจายสู่บรรยากาศการทำงานเกินกว่าค่าที่กำหนดไว้ในกฎหมาย นายจ้างจะต้องดำเนินการการแก้ไขปรับปรุงลดความเข้มข้นของสารเคมีไม่ให้เกินกว่าค่าที่กำหนดไว้

หากการแก้ไขปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานไม่สามารถทำได้ นายจ้างจะต้องจัดให้ลูกจ้างสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ตลอดเวลาที่ลูกจ้างทำงานเกี่ยวกับสารเคมี

5. ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่อง ความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย กำหนดให้นายจ้างต้องปฏิบัติในเรื่องดังต่อไปนี้

5.1 การขนส่ง เก็บรักษา เคลื่อนย้าย และกำจัดหีบห่อ ภาชนะบรรจุ หรือวัสดุห่อหุ้มสารเคมีอันตราย ให้นายจ้างปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่อธิบดีกำหนด

5.2 ห้ามมิให้ขนส่ง เก็บรักษา เคลื่อนย้าย หรือนำสารเคมีอันตรายเข้าไปในสถานประกอบการ จนกว่านายจ้างจะจัดให้มีฉากขนาดใหญ่พอสมควรปิดไว้ที่หีบห่อ ภาชนะบรรจุ หรือวัสดุห่อหุ้มสารเคมีอันตรายทุกชิ้น ฉากนั้นจะต้องมีรายละเอียดอย่างน้อยดังต่อไปนี้

5.2.1 สัญลักษณ์ที่แสดงถึงอันตราย และคำว่า “สารเคมีอันตราย” หรือ “วัตถุมีพิษ” หรือคำอื่นที่แสดงถึงอันตรายตามชนิดสารเคมีอันตรายนั้น เป็นอักษรสีแดงหรือดำขนาดใหญ่กว่าอักษรอื่นซึ่งเห็นได้ชัดเจน

5.2.2 ชื่อทางเคมี หรือชื่อทางวิทยาศาสตร์ของสารเคมีอันตราย

5.2.3 ปริมาณและส่วนประกอบของสารเคมีอันตราย

5.2.4 อันตรายและอาการเกิดพิษจากสารเคมีอันตราย

5.2.5 คำเตือนเกี่ยวกับวิธีเก็บ วิธีใช้ วิธีเคลื่อนย้ายสารเคมีอันตราย และวิธีหีบห่อ ภาชนะบรรจุ หรือวัสดุห่อหุ้มสารเคมีอันตรายอย่างปลอดภัย ทั้งนี้ให้มีสาระสำคัญ โดยสรุปตาม หลักเกณฑ์และวิธีการที่อธิบดีกำหนด

5.2.6 วิธีปฐมพยาบาลเมื่อมีอาการหรือความเจ็บป่วยเนื่องจากสารเคมีอันตรายและ คำแนะนำให้รีบส่งผู้ป่วยไปหาแพทย์

5.3 ให้นายจ้างที่มีสารเคมีอันตรายในสถานประกอบการแจ้งรายละเอียดต่ออธิบดี ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายภายใน 7 วันนับแต่วันที่มีสารเคมีไว้ในครอบครอง

5.4 ให้นายจ้างที่มีสารเคมีอันตรายในสถานประกอบการจัดทำรายงานความปลอดภัยและ ประเมินการก่อกันตรายของสารเคมีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และแจ้งให้อธิบดี ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้ ซึ่งได้รับมอบหมายใน 15 วันนับตั้งแต่วันที่ประเมิน

5.5 นายจ้างต้องดูแลหรือแก้ไขปรับปรุงมิให้มีปริมาณหรือความเข้มข้นของสารเคมี อันตรายภายในสถานที่ที่ลูกจ้างทำงานเกินกว่าที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด

ในกรณีที่ได้มีการกำหนดปริมาณความเข้มข้นของสารเคมีอันตรายใดไว้ในกฎหมายว่า ด้วยความปลอดภัยในการทำงานเกี่ยวกับภาวะแวดล้อม(สารเคมี) ไว้แล้วให้เป็นไปตามนั้น

5.6 ให้นายจ้างจัดสถานที่ทำงานของลูกจ้างซึ่งเกี่ยวกับสารเคมีอันตรายให้มีสภาพและ คุณลักษณะ ดังนี้

5.6.1 ลูกสุขลักษณะ สะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อย

5.6.2 มีการระบายอากาศที่เหมาะสม โดยเฉพาะออกซิเจนต้องมีไม่ต่ำกว่าร้อยละ 18 โดยปริมาตรของอากาศ

5.6.3 มีระบบป้องกันและกำจัด เช่น ใช้ระบบอากาศเฉพาะที่ ระบบเป่าก ระบบปิด กลุ่ม เพื่อมิให้สารเคมีอันตรายในบรรยากาศเกินปริมาณที่กำหนด

5.7 นายจ้างต้องแจ้งและปิดประกาศไว้ในที่เปิดเผย ห้ามลูกจ้างเข้าพักในสถานที่ทำงาน เกี่ยวกับสารเคมีอันตราย สถานที่เก็บสารเคมีอันตราย หรือยานพาหนะขนส่งสารเคมีอันตราย

5.8 ให้นายจ้างจัดให้มีป้ายแจ้งข้อความว่า “สถานที่เก็บสารเคมีอันตราย ห้ามเข้าโดยไม่ได้รับอนุญาต” ปิดประกาศไว้ที่ทางเข้าสถานที่นั้นให้เห็นอย่างชัดเจนตลอดเวลา

5.9 ให้นายจ้างปิดประกาศ หรือจัดทำป้ายแจ้งข้อความ “ห้ามลูกจ้างสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่ม รับประทานอาหาร หรือเก็บอาหาร” ด้วยตัวอักษรขนาดที่เห็นได้ชัดเจนติดไว้บริเวณที่เก็บรักษา ที่ผลิต หรือที่ขนย้ายสารเคมีอันตราย และจะต้องควบคุมดูแลมิให้ลูกจ้างกระทำความผิดนั้นด้วย

5.10 ให้นายจ้างจัดให้มีที่ชำระล้างสารเคมีอันตราย ฟักบัว ที่ล้างตา ไว้ในบริเวณที่ลูกจ้าง ทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย เพื่อให้ลูกจ้างสามารถใช้ได้ทันทีเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

5.11 ให้นายจ้างจัดที่ล้างมือ ล้างหน้า สำหรับลูกจ้างทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตรายไว้ โดยเฉพาะ ไม่น้อยกว่าหนึ่งที่ต่อลูกจ้าง 15 คน และให้เพิ่มจำนวนขึ้นตามสัดส่วนของลูกจ้าง ส่วนที่เกิน 7 คนให้ถือเป็น 15 คน เพื่อใช้ก่อนรับประทานอาหาร ก่อนดื่มเครื่องดื่ม และก่อนออกจากที่ทำงานทุกครั้ง

5.12 ให้นายจ้างจัดที่อาบน้ำ สำหรับลูกจ้างทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตรายไว้โดยเฉพาะ ไม่น้อยกว่า 1 ห้องต่อลูกจ้าง 15 คน และให้เพิ่มจำนวนขึ้นตามสัดส่วนของลูกจ้าง ส่วนที่เกิน 7 คนให้ถือเป็น 15 คน ทั้งนี้จะต้องจัดของใช้ที่จำเป็นสำหรับการชำระสารเคมีอันตรายออกจากร่างกายให้เพียงพอและมีใช้ตลอดเวลา

5.13 ให้นายจ้างจัดให้มีการตรวจวัดปริมาณความเข้มข้นของสารเคมีอันตรายในบรรยากาศ บริเวณสถานที่ทำงาน และบริเวณที่เก็บเป็นประจำ ทั้งนี้ตามสภาพหรือคุณลักษณะของสารเคมีอันตรายซึ่งอย่างช้าที่สุดจะต้องไม่เกิน 6 เดือนต่อ 1 ครั้ง และให้รายงานผลการตรวจตามแบบที่อธิบดีกำหนดต่ออธิบดี ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายใน 30 วันนับแต่วันตรวจ

5.14 ให้นายจ้างจัดให้มีการอบรมลูกจ้างที่กำหนดเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย หรือเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการผลิต เพื่อให้ทราบและเข้าใจถึงกระบวนการผลิต การเก็บรักษา การขนส่ง อันตรายที่เกิดจากสารเคมี วิธีการควบคุมและป้องกัน วิธีกำจัดมลพิษ วิธีอพยพเคลื่อนย้ายลูกจ้างออกจากบริเวณที่เกิดอันตราย และวิธีผู้ที่ได้รับอันตราย

5.15 ในกรณีที่สารเคมีรั่วไหลหรือฟุ้งกระจาย หรือเกิดอัคคีภัย หรือเกิดการระเบิด อันอาจให้ลูกจ้างประสบอันตราย เจ็บป่วย หรือตายอย่างเฉียบพลัน นายจ้างต้องให้ลูกจ้างทุกคนที่ทำงานในบริเวณนั้นหรือในบริเวณใกล้เคียง หยุดทำงานทันที และออกไปให้พ้นรัศมีที่อาจได้รับอันตรายและให้นายจ้างดำเนินการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องตรวจสอบโดยไม่ชักช้า

ให้นายจ้างแจ้งการเกิดเหตุตามวรรคหนึ่งเป็นหนังสือให้อธิบดี ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายทราบภายในยี่สิบสี่ชั่วโมง และรายงานสาเหตุ สารเคมีอันตรายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนการดำเนินการแก้ไขป้องกันภายใน 15 วันนับแต่วันที่เกิดเหตุ

5.16 ให้นายจ้างจัดให้มีการตรวจสุขภาพลูกจ้างที่มีการทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตรายตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่อธิบดีกำหนด การตรวจสุขภาพทุกครั้งให้นายจ้างปฏิบัติดังต่อไปนี้

5.16.1 ให้รายงานผลการตรวจสุขภาพลูกจ้างตามแบบที่อธิบดีกำหนดต่ออธิบดี ผู้ว่าราชการจังหวัด หรือผู้ซึ่งได้รับมอบหมายในสามสิบวันนับแต่วันที่ทราบผลตรวจ

5.16.2 เก็บผลการตรวจสุขภาพของลูกจ้างไว้ ณ สถานที่ประกอบการพร้อมที่จะให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบ ได้เป็นเวลาไม่น้อยกว่า 2 ปีนับตั้งแต่วันสิ้นสุดของการจ้างของลูกจ้างแต่ละราย เว้นแต่มีการร้องทุกข์ว่านายจ้างไม่ปฏิบัติตามประกาศนี้ หรือมีการฟ้องร้องคดี แม้จะพ้นเวลาที่กำหนด ให้นายจ้างเก็บเอกสารนั้นจนกว่าจะมีคำสั่งหรือคำพิพากษาถึงที่สุดเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว



5.17 การตรวจสอบสุขภาพของลูกจ้างตามข้อ 5.16 หากพบความผิดปกติในร่างกายของลูกจ้างหรือลูกจ้างเกิดการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตราย ให้นายจ้างจัดการให้ลูกจ้างได้รับการรักษาพยาบาลทันที

5.18 ให้นายจ้างจัดอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล เช่นถุงมือ รองเท้าหุ้มแข้ง กระบังหน้า ที่กันอันตรายจากสารเคมีกระเด็น ที่กรองอากาศ เครื่องช่วยหายใจ หรืออุปกรณ์อื่นที่จำเป็นซึ่งทำจากวัสดุที่มีคุณสมบัติสามารถป้องกันสารเคมีอันตราย เพื่อให้ลูกจ้างที่ทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตรายใช้หรือสวมใส่ ทั้งนี้ตามความเหมาะสมแก่สภาพและคุณลักษณะของสารเคมีอันตรายแต่ละชนิด

ลูกจ้างที่ทำงานเกี่ยวกับสารเคมีอันตรายต้องใช้หรือสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่นายจ้างจัดไว้ให้ ถ้าลูกจ้างไม่ใช้หรือสวมใส่อุปกรณ์ดังกล่าว ให้นายจ้างสั่งหยุดการทำงานลูกจ้างทันทีจนกว่าจะได้ใช้หรือสวมใส่

5.19 ให้นายจ้างจัดอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จำเป็นแก่การปฐมพยาบาลลูกจ้างที่ได้รับอันตรายจากสารเคมี ทั้งนี้ตามที่อธิบดีกำหนด

5.20 ให้นายจ้างเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายในการดำเนินการให้เกิดความปลอดภัยตามประกาศนี้

5.21 เมื่อปรากฏว่านายจ้างฝ่าฝืน หรือไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดในประกาศนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่อาจให้คำเตือนเพื่อให้นายจ้างได้ปฏิบัติตามให้ถูกต้องภายในเวลาที่กำหนดไว้ในคำเตือนเสียก่อนก็ได้

6. ประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่องกำหนดสวัสดิการเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของลูกจ้าง

6.1 จัดน้ำ ห้องน้ำ ห้องส้วม ให้ลูกสุขลักษณะ และมีปริมาณพอเพียงสรุปได้ดังตารางที่ 2-4

ตารางที่ 2-4 จำนวนที่สำหรับน้ำดื่ม ห้องน้ำ และ ห้องส้วมจำแนกตามจำนวนลูกจ้าง

จำนวนลูกจ้าง (คน)	น้ำดื่ม (ที่)	ห้องน้ำ (ที่)	ห้องส้วม (ที่)	หมายเหตุ
ไม่เกิน 15	1	1	1	1.ถ้าลูกจ้างเกิน 80 คน ให้เพิ่มน้ำดื่ม ห้องน้ำ ห้องส้วม อย่างละ 1 ที่ สำหรับ ลูกจ้างที่เพิ่มขึ้น 50 คน เศษของ 50 ถ้า เกิน 25 ให้ถือว่าเป็น 50 2.ต้องแยกห้องน้ำ ห้องส้วม ชาย หญิง ไว้ เฉพาะตามสมควร
ไม่เกิน 40	1	1	2	
ไม่เกิน 80	2	1	3	
เกิน 80	+1	+1	+1	

**6.2 การปฐมพยาบาล** สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 10 คนขึ้นไปจะต้องมีปัจจัยในการปฐมพยาบาลดังต่อไปนี้

- 1) สายยางรัดห้ามเลือด
- 2) สำลี ผ้าชะแผล ผ้าพันแผลและผ้ายาง ปลอดเชื้อ
- 3) ถ้วยล้างตา
- 4) ถ้วยน้ำ ถ้วยดวงตา
- 5) เข็มกลัด
- 6) ปรอทวัดไข้
- 7) กรรไกร
- 8) ที่ป้ายยา
- 9) ปากคิบบลายทู
- 10) หลอดหยดตา
- 11) ยาแก้ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก
- 12) วาสลินขาว
- 13) แอมโมเนียหอม
- 14) ทิงเจอร์ฟีนการบูร
- 15) น้ำกรดบอริกล้างตา
- 16) ยาแดง ยาเหลือง ทิงเจอร์ไอโอดีน-
- 17) ยารักษาแผล
- 18) ยาแก้ปวดหัวตัวร้อน
- 19) ยารักษาแผล
- 20) โซดาไบคาร์บอเนต
- 21) ยาแก้ปวด
- 22) แอลกอฮอล์ เอธิลบริสุทรี 70%

**6.3 ห้องรักษาพยาบาล พยาบาล และแพทย์**

สถานประกอบการอุตสาหกรรม นอกจากจัดปัจจัยในการปฐมพยาบาลแล้วจะต้องจัดให้มีเวชภัณฑ์อันจำเป็นเพียงพอแก่การรักษาพยาบาล และจะต้องจัดห้องรักษาพยาบาลและแพทย์อย่างน้อยตามจำนวนดังตารางที่ 2-5

ตารางที่ 2-5 จำนวนห้องรักษาพยาบาล เติง พยาบาล และแพทย์จำแนกตามจำนวนลูกจ้าง

จำนวนลูกจ้าง (คน)	ห้องรักษาพยาบาล	เตียง	พยาบาล (คน)	แพทย์ (คน)	หมายเหตุ
200 คนขึ้นไป	มีและมีเวชภัณฑ์ที่จำเป็น	1	1	1	แพทย์มาตรวจรักษาครั้งคราว
1000 คนขึ้นไป	มีและมีเวชภัณฑ์ที่จำเป็น รวมทั้งจัดยานพาหนะนำส่งลูกจ้าง	1	2	1	แพทย์มาตรวจรักษาเป็นประจำ ครั้งละ 2 ชม.

6.4 สิทธิได้รับเงินทดแทนเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดขึ้นเกี่ยวเนื่องกับการทำงาน ซึ่งอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 6 และมาตรา 14 แห่งพระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน พ.ศ. 2537 กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม จึงประกาศชนิดของโรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงาน หรือเนื่องจากการทำงานไว้ เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2538 รวม 32 รายการ ดังนี้

1. โรคจากสารตะกั่วหรือสารประกอบของตะกั่ว
2. โรคจากแมงกานีสหรือสารประกอบของแมงกานีส
3. โรคจากสารหนูหรือสารประกอบของสารหนู
4. โรคจากเบอริลเลียมหรือสารประกอบของสารเบอริลเลียม
5. โรคจากปรอทหรือสารประกอบของปรอท
6. โรคจากโครเมียมหรือสารประกอบของโครเมียม
7. โรคจากนิเกิลหรือสารประกอบของนิเกิล
8. โรคจากสังกะสีหรือสารประกอบของสังกะสี
9. โรคจากแคดเมียมหรือสารประกอบของแคดเมียม
10. โรคจากฟอสฟอรัสหรือสารประกอบของฟอสฟอรัส
11. โรคจากคาร์บอนไดซัลไฟด์
12. โรคจากไฮโดรเจนซัลไฟด์
13. โรคจากซัลเฟอร์ไดออกไซด์หรือกรดซัลฟูริก
14. โรคจากไนโตรไดออกไซด์หรือกรดไนตริก
15. โรคจากแอมโมเนีย
16. โรคจากคลอรีนหรือสารประกอบของคลอรีน
17. โรคจากคาร์บอนมอนอกไซด์
18. โรคจากเบนซีนหรือสารประกอบของเบนซีน
19. โรคจากฮาโลเจนซึ่งเป็นอนุพันธ์ของไฮโดรเจนกลุ่มน้ำมัน
20. โรคจากสารกำจัดศัตรูพืช
21. โรคจากสารเคมีอื่นหรือสารประกอบของสารเคมีอื่น
22. โรคจากเสียง
23. โรคจากความร้อน
24. โรคจากความเย็น
25. โรคจากความสั่นสะเทือน
26. โรคจากความกดดันอากาศ
27. โรคจากรังสีไม่แตกตัว

28. โรคจากรังสีแตกตัว
  29. โรคจากแสงหรือคลื่นแม่เหล็ก-ไฟฟ้าอื่นๆ
  30. โรคจากฝุ่น
  31. โรคติดเชื้อจากการทำงาน
  32. โรคอื่นๆ ซึ่งเกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานหรือเนื่องจากการทำงาน
- สิทธิที่ได้ที่เกิดจากการเจ็บป่วยในงานหรือเนื่องจากการทำงานเป็นไปตาม

พระราชบัญญัติเงินทดแทน พ.ศ. 2537 ส่วนสิทธิจากการเจ็บป่วยที่ไม่เนื่องจากงานเป็นไปตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ. 2533 แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2537 และ (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2542 ซึ่งนิติติจะได้เรียนในวิชาต่อไป

## 7. ประกาศ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เรื่อง คณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานของลูกจ้าง

### 7.1 องค์ประกอบของลูกจ้าง

7.1.1 สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 50 คน ขึ้นไปแต่ไม่ถึง 100 ให้มี

คณะกรรมการไม่น้อยกว่า 5 คน ประกอบด้วยนายจ้างหรือผู้แทนนายจ้างเป็นประธานกรรมการ ผู้แทนระดับบังคับบัญชา 2 คน และผู้แทนลูกจ้างระดับปฏิบัติการ 2 คนเป็นกรรมการ โดยให้ประธานคณะกรรมการเลือกกรรมการ 1 คนเป็นเลขานุการ

7.1.2 สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 100 คน ขึ้นไปแต่ไม่ถึง 500 ให้มี

คณะกรรมการไม่น้อยกว่า 7 คน ประกอบด้วยนายจ้างหรือผู้แทนนายจ้างเป็นประธานกรรมการ ผู้แทนระดับบังคับบัญชา 2 คน และผู้แทนลูกจ้างระดับปฏิบัติการ 3 คนเป็นกรรมการ โดยมีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานเป็นกรรมการและเลขานุการ

7.1.3 สถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 500 คน ขึ้นไป ให้มีคณะกรรมการไม่น้อย

กว่า 11 คน ประกอบด้วยนายจ้างหรือผู้แทนนายจ้างเป็นประธานกรรมการ ผู้แทนระดับบังคับบัญชา 4 คน และผู้แทนลูกจ้างระดับปฏิบัติการ 5 คนเป็นกรรมการ โดยมีเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานเป็นกรรมการและเลขานุการ

7.1.4 สำหรับสถานประกอบการที่มีลูกจ้างไม่ถึง 50 คน จะต้องเป็นผู้แทนลูกจ้างอย่าง

น้อย 1 คน เพื่อทำหน้าที่กับนายจ้างในการดูแลความปลอดภัยในการทำงานของลูกจ้าง และเมื่อใดก็ตามที่นายจ้างมีลูกจ้างเพิ่มขึ้นครบ 50 คน จ้างต้องจัดให้มีคณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ลูกจ้างเพิ่มขึ้นครบ 50 คน

## 7.2 หน้าทีคณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

### 7.2.1 ประชุมอย่างน้อยเดือนละหนึ่งครั้ง

7.2.2 สำนักรวด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน อย่างน้อยเดือนละหนึ่งครั้ง

7.2.3 รายงานและเสนอแนะมาตรการหรือแนวทางปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยความปลอดภัยในการทำงานและหรือมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานของลูกจ้าง ผู้รับเหมาและบุคคลภายนอกที่เข้ามาปฏิบัติงานหรือเข้ามาใช้บริการในสถานประกอบกิจการต่อนายจ้าง

7.2.4 ส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานของสถานประกอบกิจการ

7.2.5 กำหนดกฎระเบียบด้านความปลอดภัย มาตรฐานความปลอดภัยในการทำงานของสถานประกอบกิจการเสนอต่อนายจ้าง

7.2.6 จัดทำนโยบาย แผนงานประจำปี โครงการ หรือกิจกรรมด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน รวมทั้งความปลอดภัยนอกงาน เพื่อป้องกันและลดการเกิดอุบัติเหตุ การประสบอันตราย หรือการเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน หรือความไม่ปลอดภัยในการทำงานเสนอต่อนายจ้าง

7.2.7 จัดทำโครงการหรือแผนการฝึกอบรมเกี่ยวกับความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน รวมถึงการอบรมเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในด้านความปลอดภัยของลูกจ้าง หัวหน้างาน ผู้บริหาร นายจ้างและบุคลากรทุกระดับเพื่อเสนอต่อนายจ้าง

### 7.2.8 ติดตามผลความคืบหน้าเรื่องที่เสนอต่อนายจ้าง

7.2.9 รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี รวมทั้งระบุปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติหน้าที่ของคณะกรรมการ เมื่อปฏิบัติหน้าที่ครบหนึ่งปีเพื่อเสนอต่อนายจ้าง

7.2.10 ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานอื่นตามที่นายจ้างมอบหมาย

7.2.11 ให้ประธานคณะกรรมการเสนอผลการประชุมที่ให้นายจ้างดำเนินการในเรื่องความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานต่อนายจ้างภายในเจ็ดวัน นับแต่วันที่ที่ประชุมมีมติ

7.2.12 เมื่อเกิดอุบัติเหตุจนเป็นเหตุให้ลูกจ้าง หรือบุคคลภายนอกสูญเสียอวัยวะ หรือทุพพลภาพหรือเสียชีวิตหรือเกิดอัมพฤกษ์หรือการเกิดระเบิดหรือสารเคมีอันตรายรั่วไหล ให้นายจ้างเรียกประชุมคณะกรรมการ โดยมีชักช้าเพื่อดำเนินการช่วยเหลือและเสนอแนะแนวทางป้องกันแก้ไขต่อ นายจ้าง

7.2.13 ในการดำเนินการของคณะกรรมการ นายจ้างต้องจัดทำสำเนานับวันทักหรือรายงานการดำเนินงานหรือรายงานการประชุม โดยให้เก็บไว้ในสถานประกอบเป็นเวลาไม่น้อยกว่าสองปี และพร้อมที่จะให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตรวจสอบได้ตลอดเวลา

### สรุป

วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีช่วงอายุยาวนานถึง 40 ปี ซึ่งอาจเป็นช่วงอายุที่นานที่สุด ซึ่งในวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากเริ่มตั้งแต่ร่างกายที่มีการเจริญเติบโตและมีสมรรถภาพเต็มที่ และค่อยๆ เสื่อมถอยลง จนถึงวัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีพัฒนาการทางอารมณ์ และสังคมเต็มที่ เป็นวัยแห่งการสร้างสรรค์ครอบครัว สร้างหลักฐานและความมั่นคงของครอบครัว ซึ่งเป็นพื้นฐานแห่งความมั่นคงของสังคมและประเทศชาติ เป็นวัยที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเนื่องจากพยาธิสภาพของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป และจากปัจจัยภายนอกที่อาจเกิดจากปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมและสภาวะแวดล้อมจากการทำงาน และจากปัจจัยนอกร่างกายที่อาจเกิดจากปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมและสภาวะแวดล้อมจากการทำงาน และจากปัจจัยนอกร่างกาย สรุปภาวะเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในวัยผู้ใหญ่ได้แก่ อุบัติเหตุจากการจราจร และจากการทำงาน การเจ็บป่วยจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมด้วยปริมาณและคุณภาพ การสูบบุหรี่ ดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด การขาดการออกกำลังกาย การมีความเครียดจากการใช้ชีวิตประจำวันและจากการทำงาน นำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อต่างๆ ทั้งความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ โรคไต และมะเร็ง นอกจากนี้ปัญหาโรคติดเชื้อบางชนิด ได้แก่ โรคเอดส์ วัณโรค ก็เป็นภาวะเสี่ยงที่สำคัญในวัยผู้ใหญ่เช่นกัน และเนื่องจากการดำเนินชีวิตประจำวันของวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่จะใช้เวลาไปกับการทำงาน ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของวัยผู้ใหญ่เป็นอย่างมากก็คือปัจจัยสิ่งแวดล้อมและสภาวะแวดล้อมการทำงาน ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ในวัยนี้ จึงควรดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งจากปัจจัยจากตัวคนที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมนอกร่างกาย และสิ่งแวดล้อมในงานที่ต้องมีบุคคลหลายฝ่ายเข้ามาเกี่ยวข้องได้แก่ นายจ้าง ลูกจ้าง บุคลากรและหน่วยงานของรัฐที่ต้องเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพมากกว่าผลผลิตหรือรายได้และต้องให้ความร่วมมือกันอย่างจริงจังในดำเนินงาน ให้เป็นไปตามมาตรฐานของกฎหมาย ซึ่งมีมากมายหลายฉบับทั้งที่เกี่ยวกับความปลอดภัยในการทำงานและเกี่ยวกับสวัสดิการและการดูแลสุขภาพอนามัยที่ลูกจ้างควรได้รับ ทั้งนี้เพื่อการมีสุขภาพที่ดีของวัยผู้ใหญ่ ที่จะนำมาซึ่งความมั่นคงของครอบครัว สังคมและประเทศชาติต่อไป

## แบบฝึกหัดท้ายบท

1. พัฒนาการด้านร่างกายของวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลางมีความแตกต่างกันอย่างไร นิสิตจะมีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยแก่ประชากรในวัยผู้ใหญ่ได้อย่างไร

2. นายสมศักดิ์ อายุ 35 ปี น้ำหนัก 65 กิโลกรัม ส่วนสูง 155 เซนติเมตร ความดันโลหิต 130/70 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที นิสิตคิดว่านายสมศักดิ์มีน้ำหนักและส่วนสูงที่เหมาะสมกันหรือไม่ ถ้าไม่เหมาะสมนายสมศักดิ์ควรมีน้ำหนักตัวไม่เกินกี่กิโลกรัม และถ้า นิสิตจะแนะนำให้ นายสมศักดิ์ออกกำลังกาย นิสิตจะแนะนำอย่างไร

3. ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพทำงานหน้าจอคอมพิวเตอร์มีปัจจัยใดบ้าง แต่ละปัจจัยมีผลต่อสุขภาพอย่างไร นิสิตจะแนะนำอย่างไรเพื่อให้ปลอดภัยจากโรคจากการประกอบอาชีพ

4. นางมะลิ อายุ 50 ปี มีประวัติมีมารดาเป็นโรคเบาหวาน น้ำหนัก 60 กิโลกรัม ส่วนสูง 150 เซนติเมตร ความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 72 ครั้งต่อนาที นางมะลิควรรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และขจัดความเครียดอย่างไรจึงจะไม่เจ็บป่วย

5. จงอธิบายสาระสำคัญของกฎหมายเกี่ยวกับการใช้แรงงานทั่วไป การใช้แรงงานหญิง การใช้แรงงานเด็ก และสวัสดิการด้านสุขภาพอนามัยโดยสังเขป

6. จงอธิบายแนวทางการทำงานในกระบวนการผลิตที่มีการใช้สารเคมี มาพอสังเขป

## บรรณานุกรม

- จันทร์เพ็ญ ชูประภาสุวรรณ. (2543). *สถานะสุขภาพคนไทย*. กรุงเทพฯ : อูษาการพิมพ์.
- ทิพย์ภา เชษฐเขาวลิต. (2541). *จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล*. สงขลา: ชาญเมืองการพิมพ์
- พรนภา หอมสินธุ์ (2541). *เอกสารประกอบการสอนวิชา 101201 การพยาบาลชุมชน1 เรื่อง อาชีวนามัย*. ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- แรงงาน กรม, กระทรวงมหาดไทย. (2521). *รวมกฎหมายแรงงาน*. (เอกสารอัดสำเนา)
- แรงงานและสวัสดิการสังคม กรม, กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. (2541). *พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541*.
- สุรจิต สุนทรธรรม (บรรณาธิการ). (2544). *การตรวจและการสร้างเสริมสุขภาพ ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน
- วิทยา. อยู่สุข. (2544). *อาชีวนามัย ความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: นำอักษรการพิมพ์
- วิลาวัณย์ จึงประเสริฐ. (2538) “โรคจากการประกอบอาชีพ.” ใน *คู่มือการวินิจฉัยและการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพ เล่ม 1*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- วิลาวัณย์ จึงประเสริฐ. (2541) “แบบสำรวจการป้องกันโรคจากการประกอบอาชีพ.” *วารสาร การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 21(2), 127
- วีรพงษ์ เกลิมจิระวัฒน์ และวิฑูรย์ สิมะโชคดี. (2534). *วิศวกรรมและการบริหารความปลอดภัยในโรงงาน*. กรุงเทพฯ: บริษัทเอเชียเพรส จำกัด.
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2540). *จิตวิทยาการพัฒนารชีวิตทุกช่วงวัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ดันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด. (บรรณาธิการ). (2543). *การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล*. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สำนักงานโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2543). *สถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2541*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
- อดุลย์ บัณจุกุล. (2544). *คู่มืออาชีพเวชศาสตร์ 2000*. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย - ญี่ปุ่น).
- Beare, P.E., & Myers, J.L. (1994). *Principles and Practice of Adult Health Nursing*. (2<sup>nd</sup>) St. Louis: Mosby Inc.



Edelman, C.L. , & Mandle, C. L. (1998). **Health Promotion throughout the Lifespan.** (4<sup>th</sup> ed.)  
St. Louis: Mosby.

Hitchcock, J.E., Schubert, P.E. & Thomas, S.A. **Community Health Nursing: Caring in action.**  
New York: Delmar .

I.L.O. (1970). **Accident Prevention a Worker.** Geneva : Education Manual.

I.L.O. (1970). **Occupational Health and Safety.** Geneva : I&II, 1972.

Radford, J M . (1990). **Recent Advances in Nursing Occupational Health Nursing.** Singapore:  
Longman.

Rogers. (1994). **Occupational Health Nursing, Concept and Practice.** W.B Saunders.

Selye, H. (1983). "The Stress Concept: Past, Present, and Future." In **Stress Research.**  
New York: John Wiley & Sons.

Wooten, P. (1998). "Humor: an Antidote for Stress" in **Holistic Journal.**  
(<http://www.mother.com/Jest Home/Anti-stress.>) August.1998.

### บทที่ 3

ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ

การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ

และป้องกันการเจ็บป่วยระดับครอบครัว

### บทที่ 3

## ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยระดับครอบครัว

**วัตถุประสงค์ทั่วไป:** เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของครอบครัว แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพครอบครัว หลักการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยแก่ครอบครัว และหลักการเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลครอบครัว

**วัตถุประสงค์ เฉพาะ :** หลังจากจบบทเรียนนี้แล้วผู้เรียนสามารถ

1. อธิบายลักษณะของครอบครัวไทยในปัจจุบันได้
2. ประเมินภาวะสุขภาพ และภาวะเสี่ยงที่สำคัญของครอบครัวได้
3. อธิบายแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพของครอบครัวได้
4. อธิบายหลักการเยี่ยมบ้านในการดูแลสุขภาพครอบครัวได้

**เนื้อหา :**

1. ลักษณะของครอบครัวไทยในปัจจุบัน
2. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว
3. ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญของครอบครัว
4. การประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของครอบครัว
5. แนวทางในการส่งเสริมและป้องกันภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของครอบครัว
6. การเยี่ยมบ้านกลยุทธ์สำคัญในการดูแลสุขภาพครอบครัว

**จำนวนคาบที่เรียน :** 4 คาบเรียน

**กิจกรรม :**

1. สุ่มถามนิสิตให้อภิปรายลักษณะครอบครัวตามประสบการณ์ของนิสิต ผู้สอนสรุปให้ครอบคลุมประเด็นตามเนื้อหา
2. นิสิตร่วมกันอภิปรายถึงปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว

3. ผู้สอน บรรยายภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญของครอบครัว และ แนวทางการประเมินภาวะเสี่ยงของครอบครัว

4. ผู้สอนบรรยายวัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน ประเภทของการให้บริการเยี่ยมบ้าน และหลักการจัดลำดับครอบครัวที่จะเยี่ยม

5. คู่มือวีดิโอ เรื่อง การเยี่ยมบ้าน

6. กำหนดสถานการณ์ให้ผู้เรียน แสดงบทบาทสมมติ เรื่องการเยี่ยมบ้าน แล้วร่วมกันสรุปเกี่ยวกับหลักการและกระบวนการในการเยี่ยมบ้าน ผู้สอนสรุปความคิดรวบยอด

#### สื่อการสอน :

1. เอกสารประกอบการสอน

2. เครื่องคอมพิวเตอร์พร้อมโปรแกรมนำเสนอข้อมูล(Power Point) ประกอบสื่อการสอนเรื่องการดูแลสุขภาพครอบครัว

3. เครื่องฉายวีดิโอ และม้วนวีดิโอ เรื่อง การเยี่ยมบ้าน

#### การประเมินผล :

1. สังเกตความสนใจในการเรียน การร่วมอภิปราย และการแสดงบทบาทสมมติ

2. การซักถามระหว่างเรียน และการตอบคำถาม

3. แบบฝึกหัดท้ายบท เป็นคะแนนเก็บ 4 คะแนน

4. การสอบข้อเขียน

## ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ

### การประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยระดับครอบครัว

ครอบครัว เป็นสถาบันขั้นพื้นฐานของสังคม ที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพของประชากร เปรียบเสมือนเบ้าหล่อหลอมทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ความคิด รวมถึงจิตวิญญาณของทุกชีวิตในครอบครัว องค์การสหประชาชาติ (United Nation) กำหนดให้ปี พ.ศ. 2537 เป็นปีครอบครัวสากลซึ่งสร้างแรงและปลุกเร้าให้ทั่วโลกเห็นความสำคัญของครอบครัว สำหรับประเทศไทยคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบนโยบายและแผนงานในการพัฒนาสถาบันครอบครัวเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2540 และกำหนดให้ทุกวันที่ 14 เมษายน เป็นวันแห่งครอบครัว นับว่าเป็นสิ่งสำคัญยิ่งสำหรับการพัฒนาสถาบันครอบครัว โดยประเทศต้องมีการพัฒนาคน ครอบครัว และชุมชนอย่างเหมาะสม ให้สังคมไทยเป็นสังคมที่มีความสุข ครอบครัวอบอุ่นและชุมชนเข้มแข็ง

#### ลักษณะของครอบครัวไทยในปัจจุบันและปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงของครอบครัว

ประเทศไทยกำลังก้าวสู่สหัสวรรษใหม่ เป็นสหัสวรรษแห่งการก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี เป็นยุค “โลกาภิวัตน์” ที่มี การปรับเปลี่ยนทางด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อม ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อสถาบันครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบเปิด(open system) ที่รับแลกเปลี่ยนสิ่งต่างๆ รอบระบบตลอดเวลาประกอบด้วยความเป็นพลวัต(dynamic) ที่เปลี่ยนแปลงอย่างไม่หยุดยั้ง ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของครอบครัว มีดังนี้

#### 1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านประชากร

จากการศึกษาจำนวนประชากรไทยหลังจากการส่งเสริมการวางแผนครอบครัว เพื่อลดจำนวนประชากรที่เพิ่มอย่างรวดเร็ว ทำให้อัตราเกิดมีชีพลดลงอย่างมาก ปี พ.ศ. 2513 อัตราเกิดมีชีพเท่ากับ 32.2 ต่อประชากรพันคน ลดลงเหลือ 14.7 ต่อประชากรพันคน ในปี 2540 (ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2543-2544, 2543) และมีผลทำให้อัตราการเพิ่มประชากรลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้โครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไป ดังนี้

1.1 ครอบครัวมีขนาดเล็กลง จาก 4.4 คนต่อหนึ่งครอบครัว ในปี พ.ศ. 2533 เหลือ 3.4 คนต่อหนึ่งครอบครัว ในปี พ.ศ. 2558 ซึ่งจะส่งผลถึงการช่วยเหลือและดูแลระหว่างสมาชิกในครอบครัวมีน้อยลง โดยเฉพาะทารก เด็ก และผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต (ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ, 2543)

1.2 สัดส่วนของประชากรวัยเด็ก(ต่ำกว่า 15 ปี) น้อยลง ผู้ใหญ่ในวัยแรงงาน และผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบสัดส่วนวัยพึ่งพิงในเด็กจะลดลง แต่วัยพึ่งพิงในผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ในปี พ.ศ. 2513 อัตราส่วนพึ่งพิงวัยเด็ก เท่ากับร้อยละ 90.3 ลดลงเหลือร้อยละ 49.1 ในปี พ.ศ. 2533 และคาดว่าจะลดลงเหลือร้อยละ 29.4 ในปี พ.ศ. 2563 ในขณะที่อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ เท่ากับร้อยละ 9.8 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.6 ในปี พ.ศ. 2533 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.6 ในปี พ.ศ. 2563 (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐและคณะ, 2542)

## 2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ

การพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ทำให้เกิดเป็นเมืองอุตสาหกรรมทำให้อาชีพของคนไทยเปลี่ยนแปลงไปจากภาคเกษตรกรรมเป็นภาคอุตสาหกรรมประกอบกับการย้ายถิ่นเข้าเมืองใหญ่ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้มีผลที่ตามมาคือ

2.1 ครอบครัวในชนบทจะอพยพเข้าไปในเมืองใหญ่หรือต่างประเทศ โดยทิ้งภรรยา หรือบุตรให้ผู้สูงอายุดูแลมากขึ้น

2.2 ครอบครัวที่มีพ่อแม่ ลูกอยู่ร่วมกันมีแนวโน้มน้อยลง ความอบอุ่น การอบรมสั่งสอนลดลง

2.3 ครอบครัวมีหนี้สิน เนื่องจากภายหลังจากเศรษฐกิจรุ่งเรือง ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจอย่างรุนแรงในปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา ทำให้เศรษฐกิจต่างๆ ชะลอตัว ขาดความคล่องทางเศรษฐกิจ ภาคอุตสาหกรรมปิดกิจการ เกิดปัญหาไม่มีการจ้างงาน คนไม่มีงานทำ ประชาชนมีรายได้น้อยลง และเริ่มมีหนี้สิน

2.4 รายจ่ายของครอบครัวถูกจำกัดลง ได้แก่ ด้านการศึกษาแก่บุตร ทำให้เกิดการด้อยทางการศึกษา ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย

2.5 การปรับสภาพจิตใจของสมาชิกในครอบครัว จากการศึกษาพบว่าครอบครัวสามารถปรับสภาพจิตใจต่อวิกฤตเศรษฐกิจได้เพียงในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (รุจา ภูโพนบูลย์, 2542.)

2.6 ผู้หญิงต้องทำงานนอกบ้านมากขึ้น เพื่อหาเงินจุนเจือในครอบครัว จึงมีเวลาในการดูแลลูกและสามีลดลง ทำให้ลูกขาดความอบอุ่น ความสัมพันธ์กับสามีลดลง

### 3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยี

ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ และการขยายวงกว้างของการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ การรับข้อมูลข่าวสาร พบว่า

3.1 สมาชิกในครอบครัวสื่อสารด้วยเทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น ทางโทรศัพท์มือถือ ทำให้ขาดการสื่อสารกันโดยตรง มีการสัมพันธ์ พுகุย เห็นหน้ากันและกันน้อยลง

3.2 การรับข้อมูลข่าวสารที่ขาดการถ่วงถ่วง โดยเฉพาะในวัยเด็กและวัยรุ่น ที่ปัจจุบันสามารถทราบข้อมูลต่างๆ ได้ทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งในบางครั้งข้อมูลเหล่านี้มีการเสริมในทางที่ไม่เหมาะสม เช่น ภาพลามก การพนัน เกมที่สร้างความชั่วในเชิงการเอาชนะคู่แข่ง ทำให้เด็กมีนิสัยก้าวร้าว รุนแรงและชอบการเอาชนะ เป็นต้น

### 4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมวัฒนธรรม

จากการเปลี่ยนแปลงในด้านเทคโนโลยีที่กล่าวมา ทำให้ครอบครัวมีโอกาสรับข้อมูลความรู้ และวัฒนธรรมจากแหล่งต่างๆ ได้มากขึ้น ประกอบกับการคมนาคมสื่อสารที่รวดเร็ว ทำให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงที่ไม่เหมาะสม มีผลให้วัฒนธรรมอันดีงามของชาติไม่ได้รับการสนใจ กลับถูกแทนที่ด้วยวัฒนธรรมต่างชาติ มีความเป็นอิสระมากขึ้น ทั้งความคิด การกระทำ โดยเฉพาะเรื่องเพศ การบริโภคอาหาร แฟชั่น เป็นต้น ประกอบกับสังคมไทยเปลี่ยนจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง ที่มองเงินและวัตถุเป็นหลัก ศีลธรรมจรรยาอ่อนลง จึงพบว่า

4.1 ครอบครัวส่วนใหญ่ ยังเป็นครอบครัวเดี่ยว(nuclear families) มากกว่าครอบครัวขยาย (extended families) โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร มีครอบครัวเดี่ยวมากถึงร้อยละ 86.7

4.2 มีการอาศัยอยู่ร่วมกันโดยความสมัครใจ เช่น หนุ่มสาวที่อยู่ด้วยกันโดยไม่ได้แต่งงาน (cohabiting families) มีแนวโน้มที่ครอบครัวใหม่จะไม่ราบรื่น และไม่พร้อมในหลายด้าน จนเกิดปัญหาตามมา ทั้งการท้องในวัยรุ่น การทำแท้ง

4.3 คนที่เพศเดียวกันอยู่ร่วมกันฉันท์สามี ภรรยา (homosexual)

4.4 ความไม่ซื่อสัตย์ ละเลยหน้าที่ ขัดแย้งภายในครอบครัว

4.5 การหย่าร้างมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้การอยู่ด้วยกัน พ่อ แม่ และลูก เปลี่ยนเป็นการอยู่แบบขาดพ่อหรือขาดแม่ (single-parent families) เพิ่มขึ้น ซึ่งภายหลังจากหย่าร้าง แต่งงานใหม่ เกิดเป็นครอบครัวที่มีลูกเลี้ยง พ่อหรือแม่เลี้ยง (step families) มีคำกล่าวว่า สมัยก่อนครอบครัว คือ คนที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตมาอยู่ด้วยกัน แต่ในอนาคต จะมีครอบครัว ความสัมพันธ์เชิงสังคม เชิงจิตวิทยา เชิงเศรษฐกิจ ครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ และครอบครัวที่มีแต่พ่อหรือแม่จะมีแนวโน้มสูงมากขึ้น (เพ็ญศรี พิชัยสนิท , 2542, หน้า 105 )

## ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญของครอบครัว

จากปัจจัยทางด้านประชากร เศรษฐกิจ เทคโนโลยี และสังคม-วัฒนธรรม ดังที่กล่าวมา จะเห็นว่าส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งสิ่งต่างๆ นำมาซึ่งภาวะเสี่ยงหรือปัญหาทางสุขภาพของครอบครัว ดังนี้

### 1. ภาวะเสี่ยงทางกาย

1.1 การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ไปสู่ครอบครัว โรคเอดส์เป็นโรคที่ติดต่ออันตรายและยังไม่มีทางรักษาได้ สามารถติดได้หลายทาง ซึ่งทางหนึ่งก็คือ การติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ป่วยเอดส์รายแรกของไทย เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2527 เป็นชายรักร่วมเพศ ต่อมาโรคเอดส์ได้แพร่ระบาดกระจายเข้าสู่ประชาชนทุกกลุ่ม รวมถึงในครอบครัว มีการถ่ายทอดเชื้อจากสามีสู่ภรรยา และจากภรรยาสู่บุตรในครรภ์ ซึ่งในปี พ.ศ. 2531 พบผู้ป่วยเด็กที่เกิดจากการติดเชื้อเป็นครั้งแรก หลังจากนั้น ผู้ป่วยเด็กก็มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2537 พบว่าร้อยละ 99.8 ของเด็กที่เป็นโรคเอดส์ติดเชื้อจากการ

1.2 โรคทางพันธุกรรม โรคทางพันธุกรรมเป็นโรคที่เกิดจากการถ่ายทอดเฉพาะจากพ่อแม่ หรือบรรพบุรุษ ไปสู่บุตรหลาน ซึ่งโรคทางพันธุกรรมที่พบได้แก่ กลุ่มอาการปัญญาอ่อนจากความผิดปกติทางโครโมโซม (Down's syndrome) ธาลัสซีเมีย (Thalassemia) เบาหวาน มะเร็งเต้านม เป็นต้น เมื่อเป็นแล้วทำให้เสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร นอกจากนี้ยังอาจมีความผิดปกติที่ทำให้ไม่สามารถประกอบกิจการอาชีพได้ เป็นภาระต้องเลี้ยงดูไปตลอดชีวิต

1.3 โรคเรื้อรัง โรคเรื้อรัง เป็นการเจ็บป่วยที่มีระยะเวลานาน รักษาไม่หายขาดมีอาการเป็นๆ หายๆ เป็นระยะ และ/หรือ มีความจำกัดในการทำงานตามหน้าที่ โรคเรื้อรังเกิดจากหลายสาเหตุ ได้แก่ อุบัติเหตุทำให้เกิดความพิการ หรือโรคอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ มะเร็ง เป็นต้น

ผลของการเจ็บป่วยที่กล่าวมาส่งผลกระทบต่อครอบครัว ดังนี้

1) ผลต่อเศรษฐกิจของครอบครัว ครอบครัวมักมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากอาจมีรายได้ลดลง เพราะผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ประกอบกับสมาชิกต้องใช้เวลาในการดูแล ทำให้มีเวลาในการประกอบอาชีพน้อยลง ก็จะยิ่งทำให้มีปัญหาทางด้านการเงินมากขึ้น นอกจากนี้แล้ว การเจ็บป่วยยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา จ่ายเป็นค่ายา ค่าแพทย์ ค่าพาหนะในการเดินทางไปกลับโรงพยาบาล รวมถึงอุปกรณ์พิเศษของผู้ป่วยก็ยิ่งเพิ่มปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวมากขึ้น

2) ผลกระทบต่อบทบาทสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ต้องมีการ



เปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เช่น มารดาเจ็บบิดาต้องทำหน้าที่แม่บ้าน และเลี้ยงดูบุตรแทนซึ่งเป็นงานที่ไม่เคยทำ บางครั้งอาจไม่ยอมรับบทบาทนั้น หรือ รู้สึกว่าเป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับตน อาจก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้

3) ผลต่อสุขภาพกายของสมาชิกคนอื่นในครอบครัว จากการดูแลผู้ป่วยทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อน เหน็ดเหนื่อย หรือในบางครั้งอาจติดโรคด้วยหากผู้ป่วยเป็นโรคติดต่อ

4) ผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเจ็บป่วยทำให้เกิดความเครียด เนื่องจากความเป็นห่วง สมาชิกต้องรับภาระเพิ่มมากขึ้น ขาดการพักผ่อนหย่อนใจ เกิดความเบื่อหน่ายจนส่งผลต่อสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้

## 2 ภาวะเสื่อมทางจิต มีสาเหตุ ดังนี้

2.1 ความเครียดในครอบครัว (stress) เป็นสภาวะทางอารมณ์ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตที่ทุกคนไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้เพราะตลอดชีวิตของคนเราต้องประสบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในภายนอกมากมาย โดยเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดบ่อย (Straus, et.al., 1980) คือสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย การเสียชีวิตของคนใกล้ชิด การหย่าร้าง การแยกทางกันเดิน การทะเลาะกับคนในครอบครัว ลูกหลานจากบ้านไปที่อื่น เศรษฐกิจทรุดหนัก ตกงาน เป็นหนี้สิน เกษียณอายุ เป็นต้น

ผลของความเครียดจะมีผลทำให้ฮอร์โมนแปรปรวน ยังมีผลต่อการสร้างภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยความเครียดจะกดภูมิคุ้มกันโรค ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้สูง ความเครียดทำให้อารมณ์แปรปรวน มีโอกาสขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวได้ง่าย

2.2 ความขัดแย้งในครอบครัว ความขัดแย้ง เป็นปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคมอีกรูปแบบหนึ่ง ซึ่งเป็นการทำลาย สัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือกลุ่ม ความขัดแย้งเกิดขึ้นเพราะความไม่ลงรอยกัน การที่ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการยากที่จะให้บุคคล 2 คนนี้มีพฤติกรรมและทัศนคติเหมือนกัน เพราะอาจมีภูมิหลังและประสบการณ์ต่างกัน จึงอาจขัดแย้งกันได้

ความขัดแย้งในครอบครัวอาจมีตั้งแต่เรื่องเล็กน้อยๆ เช่น วางของไม่เป็นระเบียบ ไม่เรียบร้อย เป็นต้น จนถึงเป็นเรื่องใหญ่ เช่น เรื่องเงินทอง อบรมบุตร อาชีพ เป็นต้น สามารถสรุปความขัดแย้งที่พบบ่อยได้ดังนี้

- 1) ความขัดแย้งในบทบาท โดยเฉพาะเรื่องการดูแลบุตร และงาน
- 2) ความขัดแย้งเนื่องจากนิสัยและความเคยชินส่วนตัว
- 3) ความขัดแย้งเนื่องจากเจตคติที่แตกต่างกัน
- 4) ความขัดแย้งที่เป็นผลมาจากความกดดันในชีวิต

โดยทั่วไปมักสนใจในเรื่องของความขัดแย้งของสามี-ภรรยา ซึ่งมักมีความขัดแย้งกัน

อย่างรุนแรง โดยอาจจะนำไปสู่ปัญหาบ้านแตก (broken home) หรือปัญหาสุขภาพจิต โดยผู้ได้รับความกระทบกระเทือนมากที่สุดคือลูก มักเกิดความสับสน ขาดการเอาใจใส่ จนมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องตามมา วิธีแก้ไขการขัดแย้ง

1) ประนีประนอม

2) ให้ฝ่ายหนึ่งฝ่ายใดยอม โดยใช้กำลังบังคับ หรือ อ้อนวอนชี้แจงให้ยอม หรือให้บุคคลอื่นที่มีอำนาจกว่าตัดสิน

2.3 ความรุนแรงในครอบครัว แนวคิดการเกิดความรุนแรงหรือการทำร้ายร่างกาย ประกอบด้วย กลไกการเกิดอารมณ์โกรธ และพฤติกรรมก้าวร้าว การเกิดอารมณ์โกรธ เป็นลักษณะความรู้สึกรู้สึกของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นเมื่อ

1) ไม่ได้ในสิ่งที่ต้องการ หรือสูญเสียความเชื่อมั่นในตนเอง

2) มีอารมณ์ผิดหวังเกิดขึ้น และเกิดความวิตกกังวล

3) เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ อันเป็นเหตุให้เกิดความต้องการ

อำนาจมากขึ้น

4) เกิดความโกรธ

เมื่อเกิดอารมณ์โกรธ จะมีระดับความโกรธเป็นขั้น จากความรู้สึกโกรธน้อย สามารถแก้ไขเองได้ และมักหายเร็ว ต่อมาเป็นความรู้สึกโกรธที่มีระดับมากขึ้น จะหาทางแก้ไขด้วยตนเองไม่ได้ และสุดท้ายเป็นความโกรธที่มากจนไม่สามารถควบคุมอารมณ์ และการแสดงออกของตนเองได้ อาจเกิดจากความเก็บกดจนเพิ่มทวี จนกลายเป็นความชิงชัง อาฆาตได้

พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นผลมาจากความโกรธ อาจเน้นที่เป้าหมาย ความตั้งใจ หรือลักษณะพฤติกรรมดังนี้

เป้าหมายของพฤติกรรม อาจต้องการทำให้ข้าวของเสียหายหรือทำให้ร่างกายบาดเจ็บ ความตั้งใจทำพฤติกรรม อาจเป็นแบบมีการวางแผน หรือไม่มีการวางแผน เกิดขึ้น

ทันทีทันใด

ลักษณะของพฤติกรรม อาจแสดงออกในรูปของการตี การทุ้ม หรือการใช้อาวุธ

2.4 สัมพันธภาพในครอบครัวลดลง สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความผูกพันรักใคร่ ความใกล้ชิดคุ้นเคย สนับสนุนระหว่างบิดามารดา และบุตร รวมตลอดถึงเครือญาติ และบุคคลอื่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวนั้น ด้วยความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว เป็นเรื่องที่สามารถก่อให้เกิดผลดี และก่อให้เกิดปัญหา และมีมูลเหตุของปัญหานานาประการ

ริชาร์ด ซี แครนเดล (Crandall, 1980, p.p 410-411) กล่าวว่า สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ (primary relationship) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1) การแสดงบทบาทของสมาชิก (member of role) ความสัมพันธ์ในครอบครัวมี

ความสัมพันธ์กันหลายบทบาท สมาชิกในครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กันหลายด้าน เป็นผู้สั่งสอน ดูแล ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2) การสื่อสารของสมาชิก (communication) เป็นการสื่อสารแบบเปิด มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้อย่างอิสระ และกว้างขวาง

3) การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิก (emotions) อารมณ์ต่างๆ ระหว่างสมาชิก ก่อให้เกิดความรัก ความเข้าใจ

4) การถ่ายทอดความรู้สึกของสมาชิก (transfer ability) เป็นการถ่ายทอดความรู้สึก ความรู้สึกผูกพัน

“สัมพันธ์ภาพที่ดีไม่ขึ้นอยู่กับปริมาณการอยู่ร่วมกัน แต่ขึ้นอยู่กับคุณภาพ ซึ่งบางครั้งสมาชิก อาจอยู่ด้วยกันตลอดแต่ไม่คุยกันเลยฉะนั้นใครจะออกไปทำอะไรก็ได้ ทำให้สัมพันธ์ภาพของครอบครัว มีน้อยลงไป เวลาอยู่ด้วยกันควรให้มีคุณภาพ” (สายสุรี จุติกุล, 2542, หน้า 99) สาเหตุของการ มีสัมพันธ์ภาพที่ลดลง ก็เนื่องจากมูลเหตุปัจจัยทั้งการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ความเครียด ความขัดแย้ง ความรุนแรงในครอบครัว

จากที่กล่าวมาจะเห็นถึงภาวะเสี่ยงของครอบครัว ซึ่งในการทราบภาวะเสี่ยงต่าง ๆ สามารถทำได้จากการประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของครอบครัว

ประเมินภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของครอบครัว

แนวทางการประเมินครอบครัวมีการศึกษามากมาย ครอบครัวสมาชิกทุกคนในครอบครัว ในเอกสารนี้ได้แนะนำแนวทางการประเมินครอบครัวตามแนวคิดของคลาก (Clark, 1999: p.p.398-408) มาใช้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ดังนี้

### 1 ด้านชีวกายภาพ(Biophysical Dimension) ประเมินได้จาก

- 1.1 อายุ ของสมาชิกในครอบครัว
- 1.2 การถ่ายทอดทางพันธุกรรม
- 1.3 ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

### 2 ด้านจิตใจ(Psychological Dimension) ประเมินได้จาก

- 2.1 ลักษณะการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัว
- 2.2 พัฒนาการของครอบครัว
- 2.3 สัมพันธภาพในครอบครัว
- 2.4 การเผชิญปัญหาของครอบครัว
- 2.5 การอบรมเลี้ยงดูสมาชิก
- 2.6 การวางเป้าหมายของครอบครัวและแนวทางที่จะทำให้บรรลุเป้าหมาย

### 3 ด้านกายภาพ (Physical Dimension) ประเมินได้จาก

- 3.1 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ ชีวภาพ และทางเคมี
- 3.2 ความปลอดภัยในบ้านและบริเวณนอกบ้าน
- 3.3 การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม
- 3.4 การสุขาภิบาลอาหาร

### 4 ด้านสังคม (Social Dimension) ประเมินได้จาก

- 4.1 โครงสร้างของครอบครัว
- 4.2 บทบาทสมาชิกในครอบครัว
- 4.3 ศาสนาและความเชื่อ
- 4.4 วัฒนธรรม ประเพณี
- 4.5 สถานภาพทางเศรษฐกิจ
- 4.6 การประกอบอาชีพของสมาชิกในครอบครัว
- 4.7 การมีปฏิสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมในชุมชนของสมาชิกในครอบครัว

### 5 ด้านพฤติกรรม (Behavioral Dimension) ประเมินได้จาก

- 5.1 แบบแผนการรับประทานอาหาร
- 5.2 แบบแผนการใช้ยาและสารเสพติด
- 5.3 การพักผ่อน การออกกำลังกาย และสันทนาการ
- 5.4 พฤติกรรมสุขภาพอื่นๆ

6 ด้านระบบบริการสุขภาพ (Health System Dimension) ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ความสะดวก ความพึงพอใจในการไปรับบริการ และหลักประกันสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

จากการประเมินทั้ง 6 ด้าน พยาบาลนำข้อมูลที่ได้มาสรุปปัญหา และความต้องการการดูแลสุขภาพครอบครัวและจัดลำดับความสำคัญในการแก้ไข โดยการวางแผนการแก้ไขต้องคำนึงถึงจุดอ่อน (weakness) ของครอบครัวเพื่อนำมาส่งเสริมให้ดีขึ้น และนำจุดแข็งของครอบครัวมาใช้เป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาภาวะสุขภาพของครอบครัวต่อไป

## แนวทางในการส่งเสริมและป้องกันภาวะเสี่ยงทางสุขภาพของครอบครัว

การส่งเสริมและป้องกันภาวะเสี่ยงทางร่างกายของครอบครัวมีแนวทางเช่นเดียวกับการเสริมสร้างสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้ทางสุขภาพ ทั้งการดูแลรักษาสุขภาพ ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ การไปตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น ส่วนการส่งเสริมและป้องกันภาวะเสี่ยงทางจิตมีความแตกต่างกัน โดยมีผู้กล่าวถึงว่า การที่ครอบครัวจะมีความสุขจะต้องประกอบด้วยขันติธรรม ความร่วมมือกัน การส่งเสริมกำลังใจ และเห็นอกเห็นใจกัน ให้อิสระกันตามสมควร

สิ่งที่สำคัญให้รับการดูแลครอบครัว เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ยั่งยืน คือการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการแก้ไขปัญหา ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัว(family participation) เป็นกระบวนการที่ช่วยให้สมาชิกสามารถวิเคราะห์สภาพของครอบครัวและชี้ชัดปัญหาของตน โดยเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การรับฟังเหตุผลและหาข้อสรุปร่วมกัน พยายามเป็นเพียงผู้กระตุ้นให้เกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยน บนพื้นฐานของความเคารพและความเสมอภาค ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของตน นำไปสู่การวางแผนและการลงมือกระทำ

การประเมินอย่างมีส่วนร่วมทำให้ได้รับข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในครอบครัว และความต้องการของเขา และยังช่วยเสริมสร้างศักยภาพของสมาชิก สร้างสำนึกในความเป็นเจ้าของ และเปิดโอกาสให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน

### 1. หลักการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในครอบครัว มีดังนี้

1.1 พยายามควรเชื่อมั่นในศักยภาพของครอบครัว ตระหนักเสมอว่า สมาชิกของครอบครัวอาจไม่มีความรู้ด้านสุขภาพอย่างที่พบบนตำรา แต่เขารู้หลายสิ่งที่เป็นต่อการดูแลสุขภาพของตน มีวิธีคิดและสามารถดูแลตนเองได้ เราควรยอมรับในศักยภาพและให้ความสำคัญกับภูมิปัญญาที่เขาได้อยู่

1.2 พยายามควรเน้นการร่วมมือร่วมใจของครอบครัว เนื่องจากปัญหาสุขภาพหรือปัญหาอื่นที่เกิดขึ้นในครอบครัวมักมีความเชื่อมโยงกัน การแก้ไขปัญหาควรให้สมาชิกทุกคน หรือผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกันหาสาเหตุ ระบุปัญหา และตัดสินใจเลือกวิธีแก้ไข

1.3 พยายามควรสนับสนุนให้ครอบครัวเป็นผู้กระทำ และมีบทบาทหลักในการดูแลสุขภาพ

## 2. การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว (Family Health Promotion)

การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว คือการที่ครอบครัวมีกิจกรรมที่ส่งเสริมวิถีชีวิตให้ดีขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรมที่พยาบาลควรทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ดังนี้

2.1 การให้ข้อมูล (Information Dissemination) เป็นกิจกรรมที่ทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนเจตคติ ความเชื่อ และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยมุ่งให้ครอบครัวตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง

2.2 การวัดและการประเมินภาวะสุขภาพ (Appraisal and Assessment) เป็นการค้นหาภาวะเสี่ยงที่อาจคุกคามภาวะสุขภาพของครอบครัว ก่อนเกิดปัญหาขึ้นจริง เช่น การตรวจวัดความดันโลหิต การคำนวณค่าดัชนีมวลกาย การตรวจสุขภาพทั่วไป

2.3 การปรับวิถีชีวิต (Life Style Modification) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดภาวะเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหารเค็ม อาหารไขมันสูง ของครอบครัว โดยครอบครัวมีความสนใจในการปรับเปลี่ยนจึงจะเกิดพฤติกรรมการปรับเปลี่ยนที่ยั่งยืน

2.4 การจัดสิ่งแวดล้อม (Environmental Restructuring) เป็นการทำให้สิ่งแวดล้อมเอื้อหรือสนับสนุนต่อการมีสุขภาพดี เช่น การสุขภาพสิ่งแวดล้อม การจัดพื้นที่ของบ้านให้มีสถานที่สำหรับพักผ่อน ทำกิจกรรมร่วมกัน หรือสถานที่สำหรับออกกำลังกาย

2.5 การสนับสนุนทางสังคมและวัฒนธรรม (Social Cultural Support) เป็นแรงสนับสนุนจากสังคมที่จะผลักดันให้ครอบครัวมีระบบการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน

### การเยี่ยมบ้านกลยุทธ์สำคัญในการดูแลสุขภาพครอบครัว

การเยี่ยมบ้าน เป็นวิธีการที่พยาบาลชุมชนใช้ในการทำงานเพื่อดูแลสุขภาพครอบครัวและชุมชน ทำให้พยาบาลเข้าใจ รับรู้ปัญหา ความต้องการของบุคคลในครอบครัวได้เป็นอย่างดี รวมทั้งได้ศึกษาสภาพแวดล้อม สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวกับชุมชนด้วย

การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวในบ้านหรือที่พักอาศัย เพื่อมุ่งส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของสมาชิกและครอบครัวโดยรวม

#### 1 วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้าน

1.1 เพื่อรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ของบุคคล ครอบครัว และชุมชน นำมาวินิจฉัยปัญหา เพื่อวางแผนช่วยเหลือให้ถูกต้องเหมาะสมตามเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

1.2 เพื่อให้คำแนะนำหรือปรึกษาในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนก่อให้เกิดทัศนคติและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามหลักสุขวิทยาอนามัย

1.3 เพื่อให้คำแนะนำหรือปรึกษาในการป้องกันโรคและอุบัติเหตุต่างๆ ก่อให้เกิดทัศนคติและการปฏิบัติตนให้พ้นจากโรคร้าย และรับภูมิคุ้มกันโรคชนิดต่าง ๆ

1.4 เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่จำเป็น และติดตามผลการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งให้การช่วยเหลือและคำแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้

1.5 เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การให้บริการสาธารณสุข องค์กรในชุมชนสามารถเลือกใช้สถานบริการ และแหล่งทรัพยากรได้ถูกต้องเหมาะสม

1.6 ส่งเสริมสัมพันธภาพในบทบาทหน้าที่ของครอบครัวให้เข้มแข็ง

1.7 ส่งเสริมสิ่งแวดล้อมของครอบครัวให้ถูกสุขลักษณะ

วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านมักจะสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของครอบครัว ดังตารางที่ 3-1

ตารางที่ 3-1 ความสอดคล้องของปัญหาสุขภาพของครอบครัวกับจุดประสงค์การเยี่ยมบ้าน

ปัญหา	จุดมุ่งหมายการเยี่ยมบ้าน
1. ปัญหาเกี่ยวกับวิถีชีวิตและแหล่งประโยชน์	1. ส่งเสริมการมีแหล่งประโยชน์ที่เอื้อให้ครอบครัวมีสุขภาพดี
2. ปัญหาสุขภาพและความเจ็บป่วยโดยตรง	2. ส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพแก่สมาชิกที่เจ็บป่วยหรือพิการ
3. ปัญหาเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ	3. ส่งเสริมครอบครัวให้มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่ปกติ
4. ปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงที่กระทบต่อครอบครัว	4. ให้ความรู้ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และส่งเสริมให้มีสภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
	5. สร้างเสริมให้ครอบครัวทำหน้าที่อย่างเข้มแข็ง

## 2 ประเภทของการให้บริการเยี่ยมบ้าน

การให้บริการเยี่ยมบ้านขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ให้บริการ พยาบาลต้องทราบกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อวางแผนการให้บริการสุขภาพอนามัยได้อย่างเหมาะสม ประเภทของการให้บริการเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็น 3 ประเภท

2.1 การให้บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย มีกิจกรรมแบ่งตามกลุ่มผู้รับบริการ ดังนี้

### 2.1.1 การเยี่ยมกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีสุขภาพอนามัยดี ควรได้รับคำแนะนำ ดังนี้

2.1.1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สุขวิทยาส่วนบุคคล การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น

2.1.1.2 การป้องกันโรค ได้แก่การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การจัดบ้านเรือนให้สะอาดถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย การให้ความรู้ในเรื่องการแพร่กระจายของเชื้อโรค

2.1.1.3 การสังเกตสุขภาพอนามัยตนเอง การตรวจสุขภาพด้วยตนเองในเบื้องต้น การตรวจสุขภาพกับบุคลากรสุขภาพเพื่อค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรก

2.1.1.4 การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพของครอบครัวและชุมชนให้มีความเข้าใจที่ดีต่อกันช่วยเหลือกัน ให้อภัยและเสียสละ

### 2.1.2 การเยี่ยมกลุ่มมารดาและทารก

2.1.2.1 ระยะก่อนสมรส (หญิงวัยเจริญพันธุ์) วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งพัฒนาการตนเอง เพื่อเตรียมพร้อมที่จะแต่งงานและมีครอบครัวในอนาคต การให้บริการด้านความรู้ควรมีความครอบคลุมในเรื่องเพศศึกษา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเลือกคู่สมรส การตรวจสุขภาพก่อนมีเพศสัมพันธ์หรือก่อนแต่งงาน โรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์

2.1.2.2 ระยะตั้งครรภ์ วัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคแก่มารดา และทารกในครรภ์ให้มีสุขภาพแข็งแรง รวมถึงป้องกันภาวะแทรกซ้อนและแก้ไขภาวะผิดปกติให้เร็วที่สุด กิจกรรมการพยาบาลมี ดังนี้

1) ตรวจสอบสุขภาพทั่วไปของหญิงมีครรภ์ เช่น การวัดความดันโลหิต ตรวจร่างกายทั่วไป การตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ เป็นต้น

2) การฝากครรภ์ ซึ่งให้เห็นความสำคัญและกระตุ้นให้ไปฝากครรภ์และตรวจตามนัด ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการดูแลก่อนคลอดอย่างน้อย 4-6 ครั้ง

3) ให้คำแนะนำเรื่องการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น การรับประทานอาหารอย่างถูกต้อง และเพียงพอ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การสังเกตอาการผิดปกติขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

4) การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคเช่นการฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก เป็นต้น

5) การจัดเตรียมเครื่องใช้ในการคลอดและทารกแรกเกิด

6) การเตรียมครอบครัวและผู้ที่จะให้การเลี้ยงดูเด็ก รวมถึงสามีเพื่อให้มีโอกาสและมีส่วนร่วมในการหญิงมีครรภ์และการเลี้ยงดูทารก

7) ให้คำแนะนำเรื่องหลักประกันสุขภาพและเรื่องแหล่งประโยชน์ที่จะไปใช้บริการหรือคลอดตามความเหมาะสม



**2.1.2.3 ระยะคลอด** วัตถุประสงค์เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด และหลังคลอด กรณีที่มารดาต้องการคลอดที่บ้าน ต้องเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ตามความเหมาะสมของสภาพที่อยู่อาศัยและสภาวะของมารดา กิจกรรมการพยาบาลมี ดังนี้

- 1) การชำระล้างบริเวณช่องคลอด และการใส่ผ้าซับเลือด
  - 2) การทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนผ้า ห่มผ้าให้ความอบอุ่น และพัก
  - 3) การสังเกตการหดตัวของมดลูก และการประมาณเลือดที่ออกมา การสังเกตอาการผิดปกติของทารก แนะนำมารดา และญาติให้รู้จักสังเกตอาการผิดปกติ
  - 4) การปฏิบัติตัวของมารดาหลังคลอด และการสังเกตอาการผิดปกติ
- ภายหลัง 12 ชั่วโมงหลังคลอด เช่น การตกเลือด หรือมีไข้ เป็นต้น

**2.1.2.4 ระยะหลังคลอด** วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของมารดา และให้บริการส่งเสริมสุขภาพอนามัย ดังนี้

- 1) ตรวจสอบสุขภาพโดยทั่วไปของมารดา เช่น แผลฝีเย็บ การหดตัวของมดลูก
- 2) การปฏิบัติตัวของมารดาให้ถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การรักษาความสะอาดของร่างกายและเครื่องนุ่งห่ม การขับถ่าย เป็นต้น
- 3) การให้นมบุตร การทำความสะอาดเต้านม การอุ้มทารก การให้เด็กเร็ว
- 4) การสังเกตลักษณะของน้ำคาวปลาและอาการผิดปกติที่ควรไปพบแพทย์ เช่น น้ำคาวปลามีกลิ่นเหม็น สีแดงตลอดไม่จางลง มีไข้ เป็นต้น
- 5) การมีเพศสัมพันธ์ งดการมีเพศสัมพันธ์ จนกว่าจะได้รับการตรวจจากแพทย์แล้ว (6-8 สัปดาห์)
- 6) การไปตรวจร่างกายภายหลังคลอด รวมถึงการขอรับบริการวางแผนครอบครัว วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสม

**2.1.2.5 ทารกแรกเกิดถึง 6 สัปดาห์** วัตถุประสงค์เพื่อประเมินสภาวะอนามัยของทารก ติดตามการเลี้ยงดูของมารดา

- 1) ตรวจสอบสุขภาพทั่วไป ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว วัดรอบศีรษะ
- 2) การทำความสะอาดร่างกาย เช่น สะดือ ตั้งแต่แรกเกิดจนสายสะดือหลุด การสระผม อาบน้ำ ตลอดจนการทำความสะอาดเสื้อผ้า ของใช้ และที่อยู่อาศัย
- 3) อาหารที่เหมาะสมกับทารกมากที่สุดคือ นมมารดา รวมถึงการพักผ่อน และการนอนหลับ
- 4) การสร้างภูมิคุ้มกันโรค
- 5) การสังเกตอาการผิดปกติ เช่น ลักษณะอุจจาระ ปัสสาวะ ผิวน้ำ การหายใจที่ผิดปกติ เป็นต้น

**2.1.2.6 ทารกอายุ 6 สัปดาห์ ถึง 1 ปี** วัตถุประสงค์เพื่อติดตามสังเกตการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กว่าเหมาะสมตามวัยหรือไม่ การให้คำแนะนำครอบคลุมเรื่องต่างๆ ดังนี้

- 1) การให้อาหารเสริมตามวัย ให้มีคุณค่าและปริมาณเพียงพอในแต่ละช่วงอายุรวมถึงประเมินภาวะโภชนาการของเด็กเป็นระยะ โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน
- 2) การดูแลรักษาความสะอาดปากฟัน เพราะเด็กวัยนี้เริ่มมีฟันขึ้น เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพฟัน
- 3) การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค
- 4) การสร้างเสริมพัฒนาการตามวัยของเด็ก โดยจัดของเล่นให้เหมาะสมกับวัย เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการทางร่างกาย และสติปัญญา
- 5) การป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและนอกบ้าน เช่น การจัดอุปกรณ์ให้เป็นระเบียบ ของมีคม ปลั๊กไฟ รั้วกันบันได เป็นต้น

### 2.1.3 การเยี่ยมกลุ่มเด็ก

**2.1.3.1 เด็กวัยก่อนเรียน (อายุ 1-5 ปี)** วัตถุประสงค์เพื่อประเมินการเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กว่าเหมาะสมกับวัยหรือไม่ กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่สำคัญได้แก่

- 1) การให้อาหารที่เหมาะสมสำหรับเด็กแต่ละวัย ให้มีคุณค่าและปริมาณที่เพียงพอ รวมทั้งประเมินภาวะโภชนาการของเด็กเป็นระยะ โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน
- 2) การฝึกสุขนิสัยที่ดี เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การขับถ่าย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น
- 3) การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค
- 4) การสร้างเสริมพัฒนาการตามวัยของเด็ก โดยจัดของเล่นให้เหมาะสมกับวัย เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการทางร่างกายและสติปัญญา
- 5) การป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้านและนอกบ้าน เนื่องจากเด็กวัยนี้เป็นวัยซุกซนเกิดอุบัติเหตุบ่อย
- 6) การฝึกอุปนิสัยที่ดี เช่น การตรงต่อเวลา การมีเหตุผล การฝึกเข้าสังคมกับเพื่อนและผู้ใหญ่

**2.1.3.2 เด็กวัยเรียน (อายุ 6-14 ปี)** วัตถุประสงค์เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านประสานงานระหว่างครูและผู้ปกครองเด็ก โดยกระตุ้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็ก การดูแลและให้คำแนะนำควรครอบคลุมเรื่องต่างๆ ดังนี้

- 1) อาหารที่เหมาะสม รวมทั้งการประเมินภาวะโภชนาการของเด็กเป็นระยะ โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน
- 2) ความช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและความต้องการ

3) ฝึกอุปนิสัยที่ดี เช่น การอาบน้ำ การแปรงฟัน การขับถ่าย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน เป็นต้น

4) ฝึกอุปนิสัยที่ดี เช่น การตรงต่อเวลา การมีเหตุผล การเคารพยกย่อง และการเข้าสังคมกับเพื่อนและผู้ใหญ่

5) การป้องกันโรคและการเสริมภูมิคุ้มกันโรคในวัยเรียน  
การเยี่ยมเด็กวัยเรียน ควรกระทำในรายการต่อไปนี้ ขาดเรียนเป็นระยะเวลานานๆ มาสายบ่อยๆ มีอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และสมอง

**2.1.4 การเยี่ยมผู้สูงอายุ** วัตถุประสงค์การเยี่ยมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวตามวัยได้อย่างเหมาะสม

**2.2 การเยี่ยมเพื่อให้การรักษาพยาบาล** เป็นการเยี่ยมเพื่อให้การช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาคความเจ็บป่วย หรือผู้ที่อยู่ในสภาวะของการเกิดโรค การให้คำแนะนำควรครอบคลุมเรื่องต่างๆ ดังนี้

2.2.1 การปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามแผนการรักษาพยาบาล

2.2.2 การสังเกตอาการผิดปกติ การเปลี่ยนแปลง และการช่วยเหลือเบื้องต้น

2.2.3 สาธิตการพยาบาลให้ผู้ป่วยและญาติได้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

2.2.4 การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค กรณีที่ป่วยด้วยโรคติดต่อ

2.2.5) การรักษาความสะอาด รับประทานอาหาร ออกกำลังกาย รวมถึงจัดสิ่งแวดล้อม

2.2.6 การไปตรวจตามนัด และการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

**2.3 การเยี่ยมเพื่อฟื้นฟูสภาพ** เป็นการเยี่ยมเพื่อให้กลับสู่สภาพเดิมโดยเร็วที่สุด หรือมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ กลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับการเยี่ยม ได้แก่ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะพักฟื้น หรือที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาล ผู้ที่สูญเสียอวัยวะหรือมีความพิการ ผู้มีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว เช่น อัมพาต ข้อติดแข็ง ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ และผู้ที่มีปัญหาอื่นๆ เช่น การมองเห็น การได้ยิน และการพูด เป็นผู้ที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ให้คำแนะนำเรื่องต่อไปนี้

2.3.1 การรักษาความสะอาดโดยทั่วไป เช่นรักษาความสะอาดร่างกาย เสื้อผ้า และเครื่องนอน รวมถึงสภาพแวดล้อมที่บ้าน

2.3.2 การรับประทานอาหาร ควรจัดให้มีความเหมาะสมกับสภาพ มีคุณค่าและเพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย

2.3.3 การพักผ่อนควรจัดทำให้มีความเหมาะสม ป้องกันการเกิดแผลกดทับ

2.3.4 การขับถ่าย ให้ขับถ่ายทุกวัน ไม่มีอาการท้องผูก

2.3.5 การทำกายภาพบำบัด เพื่อกลับคืนสภาพเดิมป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นอีก

2.3.6 การฝึกหัดช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด

2.3.7 การให้การช่วยเหลือส่งต่อผู้มีปัญหา ไปยังสถานบริการ หรือสถานสงเคราะห์

ระยะเวลาในการเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา ความต้องการ รวมถึงวัตถุประสงค์การเยี่ยม ดังตารางที่ 3-2

ตารางที่ 3-2 ระยะเวลาในการเยี่ยมกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลาการเยี่ยม	หมายเหตุ
1. หญิงตั้งครรภ์		
• อายุครรภ์ต่ำกว่า 28 สัปดาห์	เดือนละ 1 ครั้ง	ติดตามเยี่ยมเมื่อ
• อายุครรภ์ 28-36 สัปดาห์	2 สัปดาห์ ต่อครั้ง	ไม่มาตรวจตาม
• อายุครรภ์ 36 สัปดาห์ขึ้นไป	1 สัปดาห์ ต่อครั้ง	กำหนดนัด
2. มารดาหลังคลอด	เยี่ยมสัปดาห์ที่ 1,2 และ 6 (การวางแผนครอบครัว)	
3. ทารกและเด็ก	เยี่ยมทุกวันจนสะดือหลุด เยี่ยมทุกสัปดาห์จนครบ 1 เดือน เยี่ยมทุกเดือนจนครบ 1 ปี เยี่ยมทุกปี จนครบ 6 ปี เยี่ยมทันทีเมื่อ ขาดการรับวัคซีน	เยี่ยมติดตามภาวะ โภชนาการทุก 3เดือน เยี่ยมทุก เดือนเมื่อผิดปกติ
4. ประชาชนโดยทั่วไป และผู้เจ็บป่วย	เยี่ยมเมื่อมีปัญหา ปัญหาความต้องการ	ความถี่ห่างขึ้นกับ ต้องการของ ผู้ป่วยแต่ละราย

### 3. หลักในการจัดลำดับครอบครัวที่จะเยี่ยม

การวางแผนสำหรับการเยี่ยม แต่ละครั้งต้องจัดลำดับไว้ด้วยว่าจะเยี่ยมครอบครัวใดก่อน ครอบครัวใดหลังทั้งนี้เพื่อความปลอดภัยของคนไข้ การประหยัดเวลาและทรัพยากรในการเดินทางซึ่งมีหลักในการพิจารณา 2 ประการ คือ

3.1 ความเร่งด่วน หมายถึง ความต้องการหรือความจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือโดยเร็ว หากทั้งไว้อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยได้ เช่น มีผู้ป่วยได้รับอุบัติเหตุ หรือตกเลือด เด็กมีไข้สูงมาก ชัก หรือต้องการการปฐมพยาบาลก่อน พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือก่อน หรือให้การดูแลก่อนและผู้ป่วยโรคติดต่อควรเยี่ยมเป็นอันดับสุดท้าย

3.2 การป้องกันการแพร่กระจายของโรค เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้รับบริการหลาย

ระดับ ทั้งที่เจ็บป่วย และไม่เจ็บป่วย พยาบาลจำเป็นต้องระมัดระวังไม่ให้ตนเองเป็นผู้นำโรคจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง ดังนั้น การเยี่ยมครอบครัวที่มีเด็กทารกควรได้รับการเยี่ยมก่อน และผู้ป่วยโรคติดต่อควรเยี่ยมเป็นอันดับสุดท้าย

ในการเยี่ยมควรนำหลัก 2 ประการ มาพิจารณาเปรียบเทียบดูว่า ครอบครัวที่จะเยี่ยมทั้งหมดนั้น ครอบครัวใดมีความเร่งด่วนมากกว่า หากไม่มีความเร่งด่วน ก็ใช้หลักการป้องกันการแพร่กระจายของโรคมาพิจารณาการจัดลำดับรายการเยี่ยมก่อนหลังเป็นสำคัญ

#### 4. กระบวนการเยี่ยมบ้าน

กระบวนการเยี่ยมบ้าน คือ วิธีการในการกระทำการเยี่ยมบ้านอย่างมีขั้นตอน และเป้าหมาย เพื่อให้ได้ผลที่ต้องการ ซึ่งขบวนการเยี่ยมบ้านมีขั้นตอน ดังนี้ การดำเนินการก่อนเยี่ยมบ้าน การดำเนินการขณะเยี่ยมบ้าน และ การดำเนินการหลังเยี่ยมบ้าน

##### 4.1 การดำเนินการก่อนเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง พยาบาลผู้เยี่ยมต้องมีการเตรียมพร้อม โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านครั้งแรก โดยมีคำถามที่ต้องหาคำตอบให้ได้ก่อนเยี่ยม ได้แก่

- จะเตรียมการครั้งนี้อย่างไร
- เมื่อไปถึงบ้านควรทำอย่างไร
- สิ่งที่จะเกิดขึ้นขณะเยี่ยมบ้านคืออะไร
- ข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นคืออะไร
- กิจกรรมพยาบาลสำหรับการเยี่ยมครั้งนี้มีอะไรบ้าง

ในการตอบคำถามเหล่านี้ต้องอาศัยการเตรียมดังนี้

4.1.1 การเตรียมตัว ก่อนการเยี่ยมบ้านต้องมีการเตรียมตัวก่อนเสมอ เพื่อมีความพร้อมในการให้การพยาบาลซึ่งประกอบด้วย

4.1.1.1 เตรียมตนเอง ได้แก่ การแต่งกายสะอาดเรียบร้อย ทะมัดทะแมงโดยสวมเครื่องแบบที่ถูกต้องตามที่หน่วยงานที่กำหนด ไม่ควรประดับกายด้วยของมีค่า นอกจากนี้ต้องมีการเตรียมพร้อมในการวางตัวและระมัดระวังเกี่ยวกับพฤติกรรมที่แสดงออกให้เกิดความมั่นใจ เช่น น้ำเสียงจากการพูด การแสดงสีหน้า ให้เหมาะสมกับกาลเทศะและสถานที่เพื่อสร้างความศรัทธาแก่ประชาชน นำไปสู่ความร่วมมือในการปฏิบัติงานทุกอย่าง พยาบาลพึงระลึกไว้เสมอว่า “ตนเองต้องทำตนเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ผู้พบเห็น”

4.1.1.2 เตรียมความรู้ สื่อการสอน พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาของครอบครัว การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การเยี่ยมหญิงหลังคลอด 3 วัน พยาบาลต้องเตรียมความรู้ในเรื่องการดูแลหลังคลอด

4.1.1.3 การเตรียมข้อมูล ข้อมูลที่ควรทราบก่อนการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย สภาพชุมชน (แผนที่บ้านที่จะไปเยี่ยม) ได้แก่ โครงสร้าง สถานที่ ลักษณะบ้านเรือน สภาพเศรษฐกิจ ขนบธรรมเนียมประเพณี ความเชื่อ สิ่งแวดล้อม รวมถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน (สถานบริการ สุขภาพ สถานสงเคราะห์ อาสาสมัคร องค์กรในชุมชน เป็นต้น) ข้อมูลสภาพของชุมชนจะมีความสัมพันธ์กับครอบครัวในแง่ของสุขภาพอนามัย ทั้งที่จะทำให้เกิดภาวะปกติ หรือภาวะเสี่ยงต่อการผิดปกติ ข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยหรือครอบครัว ซึ่งมาจากแหล่งต่างๆ ดังนี้

1) แหล่งที่ส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งอาจส่งต่อมาภายในหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาลที่มีหน่วยงานรับผิดชอบเยี่ยมบ้าน โดยมีการวางแผนและจัดระบบการส่งต่อคือ โรงพยาบาลมีใบนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานีนามัย เจ้าหน้าที่อนามัยจะให้การดูแลต่อเนื่องตามใบส่งต่อ ขณะเยี่ยมบ้าน

2) เพิ่มประวัติสุขภาพครอบครัวจะเป็นข้อมูลทั่วไปของบุคคลและครอบครัว ที่สำรวจเอาไว้ก่อนในหน่วยงาน เช่น โรงพยาบาลชุมชน สถานีนามัย

3) ผลการประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลจะต้องประเมินผู้ป่วยครอบคลุม เกี่ยวกับ ประวัติความเจ็บป่วยด้านร่างกาย สภาพจิตสังคม ความมั่นคงทางอารมณ์ ความสามารถในการทำหน้าที่ ระบบการสนับสนุนที่ได้รับ สิ่งแวดล้อม ยารักษา เครื่องมือเครื่องใช้ และองค์ประกอบอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพเพื่อที่จะวางแผนการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ในการเยี่ยมครั้งแรกนี้พยาบาลจะทำหน้าที่คล้ายผู้สืบสวน รวบรวมเหตุการณ์จากแหล่งต่างๆ เข้าด้วยกัน วิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ระเบียบข้อตกลง เอกสารต่างๆ ที่ต้องทำในครั้งแรกนี้ ได้แก่ แผนการพยาบาลต้องพร้อม คำสั่งแพทย์ต้องรวบรวมและสรุปไว้ในแผนการรักษา ต้องประเมินข้อมูลที่รวบรวมไว้ ข้อมูลทั้งหมดนี้มีความสำคัญในการนำมาวางแผนการพยาบาล

4.1.1.4 การเตรียมของใช้ ก่อนการเยี่ยมบ้านพยาบาลต้องมีการเตรียมของใช้หรืออุปกรณ์ที่จำเป็นให้พร้อมและครบถ้วนเสมอ เพื่อไม่ให้เสียเวลา และให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งของใช้ในการเยี่ยมบ้านมีดังนี้

1) กระเป๋าเยี่ยม เป็นเครื่องมือที่จำเป็นสำหรับการเยี่ยมบ้าน เพราะใช้สำหรับใส่อุปกรณ์ที่จะนำไปให้บริการพยาบาล พยาบาลต้องรู้จักวิธีใช้และรักษาอุปกรณ์อย่างถูกต้อง เพื่อให้มีความคงทนถาวร ต้องระวังเรื่องความสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อและการนำโรค

2) สมุดบันทึก การเยี่ยมบ้านในแต่ละวันอาจมีหลายครอบครัว ข้อมูลต่างๆ และแผนการปฏิบัติการพยาบาลย่อมมีความแตกต่างกันไป พยาบาลจะต้องบอกผู้ป่วยทั้งทางวาจาและเป็นลายลักษณ์อักษรถึงสิทธิและความรับผิดชอบ ควรนัดวันเวลาให้ชัดเจน

#### 4.1.2 การดำเนินการขณะเยี่ยมบ้าน

การดำเนินการเยี่ยมบ้าน จะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลผู้เยี่ยม ได้เตรียมแผนการพยาบาลแล้ว โดยยึดขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาลเป็นหลัก ควรใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง และคำนึงอยู่เสมอว่าการไปเยี่ยมบ้าน ไม่ใช่เพียงการให้ความสนใจเฉพาะคนที่เจ็บป่วยในบ้านเท่านั้น แต่ให้ความสนใจกับสุขภาพของสมาชิกทั้งครอบครัว การตัดสินใจในการดูแลสุขภาพเป็นบทบาทสำคัญของครอบครัว และ พยายามเข้าไปเยี่ยมในฐานะเป็นแขกของครอบครัว ซึ่งมีลำดับขั้นตอนดังนี้

**4.1.2.1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับครอบครัว** การเยี่ยมบ้านนั้น เริ่มตั้งแต่การเคาะประตูบ้าน เริ่มทักทายผู้ป่วยหรือผู้ให้การดูแลด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้มและเป็นมิตร ต้องมีการแนะนำตัว บอกชื่อ นามสกุล สถานภาพ (เป็นใคร) บอกชื่อหน่วยงานที่สังกัดและจุดประสงค์ในการเยี่ยม ทั้งหมดนี้เป็นการบอกให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลทราบเรื่องและเป็นการเชื่อมความสัมพันธ์ด้วย พยาบาลต้องแต่งเครื่องแบบมีป้ายหรือเข็มติดชื่อ เพื่อให้ผู้ป่วยไม่เกิดความเคลงใจในการรับผู้แปลกหน้ามาเยือนในบ้าน นอกจากนี้การติดชื่อซึ่งระบุตำแหน่งด้วยเป็นการที่จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลจำทั้งชื่อและสถานภาพของพยาบาลได้ดี ก่อนเข้าบ้านควรขออนุญาตเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจเป็นการให้ความเคารพเจ้าของบ้านด้วย ในต่างประเทศที่ถือการดูแลที่บ้านเป็นกิจกรรมที่ทำเป็นหลัก พยาบาลจะต้องระบุสิทธิหน้าที่และความรับผิดชอบที่จะทำทั้งด้วยวาจา และเป็นลายลักษณ์อักษร จะต้องมีการทบทวนกระบวนการที่จะปฏิบัติระหว่างการเยี่ยมตลอดจนระยะเวลาที่จะใช้ในการปฏิบัติการเยี่ยมนี้ บางครั้งผู้ป่วยอาจไม่กล้าที่จะถามสิ่งที่ยังข้องใจเนื่องจากความไม่เข้าใจ พยาบาลต้องแน่ใจว่าผู้ป่วยเข้าใจในเหตุผลที่มาเยี่ยมให้การดูแล และการถามข้อมูลต่างๆ เพื่อประเมินนี้เป็นประโยชน์ที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

**4.1.2.2 การประเมินสุขภาพสมาชิกในครอบครัวและสภาพครอบครัว** โดยรวม โดยเฉพาะการเยี่ยมครั้งแรก พยาบาลควรใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านครั้งแรกเพื่อรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการทำแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยมากที่สุด ข้อมูลที่สำคัญมีความ จำเป็นมากในการนำมาหาวิธีการพยาบาลอย่างเป็นไปอย่างต่อเนื่อง มีคำถามกระทบกระเทือนต่อความรู้สึกของผู้ป่วยน้อยที่สุด คำถามที่ถามก่อนควรเป็นคำถามที่ง่ายต่อการที่ผู้ป่วยจะตอบสบายๆ จากนั้น พยาบาลจึงค่อยๆ ถามปัญหาที่ค่อนข้างจะส่วนตัว และยากต่อการตอบไปตามลำดับ ในการประเมินสุขภาพสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสิ่งที่พยาบาลควรประเมิน มีดังนี้

1) การประเมินสุขภาพร่างกาย พยาบาลควรถามความสมัครใจของผู้ป่วยว่า ต้องการที่จะรับการประเมินสุขภาพร่างกาย (ตรวจร่างกาย) ที่ใด บางครั้งผู้ให้การดูแลอยู่ในที่นั้นด้วย เพราะผู้ป่วยอาจต้องการความเป็นส่วนตัว หรือผู้ป่วยอาจต้องการให้ผู้ให้การดูแลอยู่ด้วยหรือให้ออกไป เมื่อเริ่มที่จะตรวจร่างกายผู้ป่วย พยาบาลต้องล้างมือ ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการควบคุมการติดเชื้อ

ป้องกันการแพร่เชื้อ โดยเฉพาะผู้ที่มีแนวโน้มที่จะติดเชื้อโรคได้ง่าย นอกจากนี้เป็นการแสดงถึงความ เป็นวิชาชีพ และความห่วงใยต่อสุขภาพของผู้ป่วย

ข้อมูลจากการตรวจร่างกายที่ได้รับการส่งต่อ ผลจากการสัมภาษณ์ การทบทวนยาที่ผู้ป่วยเคย ได้รับหรือกำลังได้รับ เป็นส่วนที่ช่วยให้พยาบาลจะต้องนำมาใช้ประกอบการตรวจร่างกายในระบบ ต่างๆ ต่อไป เพื่อแสดงถึงการให้เกียรติความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย พยาบาลควรขออนุญาตในการทำ การประเมินหรือตรวจแต่ละส่วนของร่างกาย พร้อมทั้งอธิบายถึงเหตุผลในการตรวจ พยาบาลจะใช้สิ่ง ที่พบจากการตรวจมาเป็นคำถามในการที่จะสัมภาษณ์หาข้อมูลที่ยังต้องการต่อไป พยาบาลควรจะ บันทึกสรุปสั้นๆ ถึงสิ่งที่พบจากการประเมินสุขภาพนี้ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยโดย ทันที บันทึกนี้ต้องครอบคลุมเพียงพอให้พยาบาลสามารถมองเห็นสภาพของผู้ป่วยเมื่อมาเยี่ยม การ ลงบันทึกอย่างไม่สมบูรณ์จะทำให้ข้อมูลที่เก็บมานี้ไม่เที่ยงตรง ซึ่งจะมีผลลบต่อการให้การ รักษาพยาบาลในครั้งต่อไป

2) การประเมินความสามารถและระดับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การ ประเมินความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินในการเยี่ยมครั้ง แรก การประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยต้องรวมทั้งการแต่งตัว อาบน้ำ รับประทานอาหาร การ ขับถ่าย การทำความสะอาดปากฟัน และสุขอนามัยส่วนบุคคลอื่นๆ พยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้าน จะต้องทราบว่าก่อนที่ผู้ป่วยจะเกิดความเจ็บป่วยอันเป็นเหตุให้ต้องมีการประเมินเพื่อให้การดูแลที่บ้าน นี้เคยมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างไร ผู้ป่วยบางคนอาจมีข้อห้ามที่ไม่สามารถปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันได้ บางโรคอาจมีคำสั่งให้นอนพักบนเตียงเท่านั้น ในกรณีนี้พยาบาลต้องจัดให้ผู้ป่วย ได้รับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจากผู้ให้การดูแลอย่างเพียงพอ หรือบางกิจวัตรอาจทำไม่ได้

เมื่อทราบกิจวัตรประจำวันก่อนการเจ็บป่วยแล้ว พยาบาลจะต้องประเมินระดับกิจวัตร ประจำวันโดยทั่วไปหลังการเจ็บป่วยในการมาเยี่ยมครั้งนี้ เช่นถามผู้ป่วยว่าเดินไกลและบ่อยเพียงใด ตอนเช้าตื่นและแต่งตัวเวลาใด เข้านอนเวลาใด นอนกลางวันหรือไม่ มีกิจวัตรอื่นๆ หรือการออก กำลังกายที่ทำเป็นประจำอะไรบ้าง ในผู้ป่วยบางคนแพทย์อาจจัดโปรแกรมการออกกำลังกายที่ต้องทำ และผู้ป่วยบางคนก็มีข้อห้ามในการออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวอวัยวะบางส่วน เช่น ผู้ป่วยกระดูก สะโพกเคลื่อนที่ ผู้ป่วยหลังได้รับการตัดต่อหลอดเลือดหัวใจต้องได้รับคำสั่งให้งดปฏิบัติกิจกรรม บางอย่างในระยะแรก เช่นไม่ให้ยกของหนักเกิน 5 กิโลกรัม หรือข้อห้ามอื่นๆ หากพยาบาลละเลยอาจ เป็นผลให้กระทบกระเทือนต่อภาวะหัวใจ การออกกำลังกายมากกว่าที่แนะนำอาจมีผลเสียพอกๆ กับการ ออกกำลังที่ไม่พอเพียง



3) การประเมินสภาพแวดล้อม พยาบาลจะต้องประเมินสิ่งแวดล้อมเพื่อจัดให้ เกิดความเหมาะสมและปลอดภัยแก่ผู้ป่วย ซึ่งมีหลายอย่างที่ต้องคำนึงถึง ในการที่จะวางแผนการดูแล ผู้ป่วย เช่น ในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องเดินลงบันได หรือใช้เครื่องช่วยในการเดิน โดยอาจสังเกตเห็นตั้งแต่ ออกมาต้อนรับพยาบาล ต้องดูว่าในการก้าวเดินหรือใช้เครื่องช่วยในการช่วยเดินมีความสามารถและ ความปลอดภัยเพียงใด ห้องน้ำมีอุปกรณ์เพียงพอสะดวกมากน้อยเพียงใด ที่เก็บยาหยิบได้เองหรือไม่ ต้องการเครื่องมือเครื่องใช้อื่นๆ ที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติเองโดยอิสระหรือไม่ พยาบาลจึงต้องสังเกต สิ่งแวดล้อมดังกล่าวในการเยี่ยมชมครั้งแรกนี้เพื่อเก็บข้อมูลมาประเมินความปลอดภัยและความเหมาะสม ของสิ่งแวดล้อมในบ้าน ในการที่จะให้การดูแลพยาบาลควรขออนุญาตผู้ป่วยดูให้ทั่วบ้านเพื่อป้องกัน จุดเสี่ยงอันตรายและให้เกิดความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมที่บ้าน หากในละแวกบ้านผู้ป่วยเป็นแหล่ง อาชญากรรมหรือไม่มีความปลอดภัยก็ควรถามถึงสัญญาที่จะขอความช่วยเหลือหากเกิดเหตุอันตราย

เมื่อพบว่าสิ่งแวดล้อมเป็นสาเหตุที่กระทบต่อการให้บริการ พยาบาลควรพยายามที่จะแก้ไข สถานการณ์นั้นๆ ตัวอย่างที่พยาบาลสามารถนำข้อมูลจากการประเมินมาแก้ไขเพื่อให้เกิดความ ปลอดภัยในบ้าน ได้แก่การแนะนำและช่วยจัดหาเครื่องใช้ที่ช่วยในการเดินที่เหมาะสม เสื้อ หรือพรม ปูพื้นที่อาจเกิดอุบัติเหตุที่ต้องนำออก แสงสว่างตามทางเดินต้องเพียงพอ อาจต้องเตือนผู้ให้การดูแลใน การปิดประตูใส่กลอนให้ปลอดภัย ในบางกรณีพยาบาลอาจไม่สามารถแก้ปัญหาตามลำพังได้ เช่น ยา ฉีดบางชนิดที่ต้องเก็บในตู้เย็นแต่บ้านผู้ป่วยไม่มีตู้เย็น บางครั้งสิ่งแวดล้อมอาจมีอันตรายต่อพยาบาล เอง เช่นผู้ป่วยไม่ยอมเก็บส้วมที่เสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อผู้มาเยือน เรื่องดังกล่าวพยาบาลต้องปรึกษา หน่วยงานที่สังกัดเพื่อช่วยแก้ปัญหา

4) การดูแลเรื่องยาที่ใช้รักษา หลังจากประเมินร่างกายและสิ่งแวดล้อมแล้ว พยาบาลจะต้องตรวจดูยาที่ผู้ป่วยใช้ ถ้าเป็นไปได้พยาบาลควรเปิดขวดยา ดูตรวจดูให้ตรงกับแผนการ รักษา ขนาดของยาที่ผู้ป่วยใช้จริงตรงกับที่เขียนไว้ที่ขวดหรือซองใส่ยาหรือไม่ เมื่อดูที่ขวดยาจะดูวันที่ รับประทาน วันหมดอายุ ในต่างประเทศอาจมีชื่อแพทย์ผู้สั่ง และเภสัชกรที่จัดยาด้วย พยาบาลควรระบุ ปัญหาการใช้ยาถ้าตรวจพบเพื่อการแก้ไข ระหว่างการดูแลเรื่องยานี้พยาบาลอาจเรียนรู้ถึงความรู้สึก ของผู้ป่วยในการใช้หรือรับประทานยาชนิดต่างๆ เพราะบางครั้งผู้ป่วยจะปฏิเสธยาที่แพทย์สั่งให้ เช่น อาจปฏิเสธการใช้ยาปฏิชีวนะร่วมกับการใช้ยาแก้ปวด ยาที่ไม่ถูกต้องในการรักษาอาการที่เกิดขึ้น พยาบาลต้องสอบถามผู้ป่วยว่าทราบถึงอาการข้างเคียงของยาชนิดนั้นๆ และข้อควรระวังในการใช้ยา การใช้ยาชนิดนั้นๆ ต้องมีการปฏิบัติอย่างไรเป็นพิเศษ เช่นรับประทานพร้อมอาหารหรือไม่ มียาอื่นๆ ที่ ใช้ นอกเหนือจากคำสั่งแพทย์อีกหรือไม่ เช่นยาแก้ปวด ยาระบาย ยาทาภายนอก วิตามินชนิดต่างๆ ยา ดังกล่าวรับประทานหรือใช้เป็นประจำหรือใช้เป็นครั้งคราว

หลังจากพูดเรื่องยาแล้วพยาบาลจะต้องทบทวนเรื่องที่ได้พูดมาทั้งหมดให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่าง ชัดเจนอีกครั้ง นอกจากนี้จะต้องสอบถามถึงยาเก่าๆ ที่ผู้ป่วยเคยใช้ บางครั้งผู้ป่วยอาจเก็บยาเก่าๆ ที่เคย

ใช้ไว้ในตู้เย็นเป็นปี โดยบอกว่า “เผื่อไว้” ทั้งๆ ที่ไม่เคยใช้เลย การตรวจดูยาทั้งหมดเป็นประโยชน์ที่จะมีการเพิ่มยา หรือแก้ปัญหาในการใช้ยาที่ไม่ได้ระบุไว้ในใบสั่งต่อ หรือถ้ามีปัญหาต่างๆ จะได้นำไปชี้แจงกับแพทย์ต่อไป

5) การประเมินด้านโภชนาการ การได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อสุขภาพ อาหารมีความสำคัญมากสำหรับผู้ที่พึ่งหายจากโรคและการบาดเจ็บการรับประทานที่ครบทั้งปริมาณและคุณภาพจะชดเชยส่วนที่ขาดให้เกิดภาวะที่สมบูรณ์ และคงปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น ทั้งยังสามารถยับยั้งการลุกลามของโรค ในทางกลับกันหากรับประทานไม่ครบถ้วนอาจมีผลเสีย ซึ่งนอกจากจะไม่แข็งแรงพอที่จะประกอบกิจวัตรประจำวันแล้ว ยังทำให้สุขภาพทรุดโทรมและโรคกำเริบได้ บางครั้งเรื่องอาหารมักจะถูกมองข้ามในการเยี่ยมบ้านครั้งแรกนี้ ทั้งๆ ที่เป็นเรื่องใหญ่ กระทบกระเทือนต่อทุกๆ ระบบ ปัญหาด้านอาหารที่พบจากการประเมินขณะเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งท้าทายให้พยาบาลหาทางแก้ไข องค์ประกอบหลายอย่างที่มีอิทธิพลต่อการบริโภคอาหารของผู้ป่วย รวมทั้งประเพณีการปฏิบัติ ความไม่พอใจที่จะรับประทานอาหารชนิดนั้น ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อทางศาสนาและระบบความช่วยเหลือทางสังคม สิ่งต่างๆ เหล่านี้ล้วนมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลของพยาบาลในเรื่องอาหารของผู้ป่วย อย่างไรก็ตามพยาบาลต้องเข้าใจถึงความสำคัญที่ต้องประเมินและหาวิถีทางในการแก้ไข ช่วยเหลือ และชดเชยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในเรื่องการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสมที่สุด นอกจากนี้พยาบาลควรประเมินสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร ความรู้ ความเชื่อเรื่องเกี่ยวกับอาหาร อิทธิพลของวัฒนธรรมประเพณี และความเชื่อต่อการรับประทานอาหาร อิทธิพลของวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี และศาสนาต่อการเลือกรับประทานอาหารของบุคคลในครอบครัว

6) เศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว เศรษฐกิจของครอบครัวอาจเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองของครอบครัว ดังนั้นจึงควรศึกษาว่าครอบครัวมีปัญหาทางเศรษฐกิจหรือไม่ เพื่อวางแผนการช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป ซึ่งบางครั้งอาจต้องประสานงานกับหน่วยงานอื่น เช่น สังกศสภเคราะห์จังหวัด หรือหน่วยงานที่ช่วยเรื่องการศึกษาอาชีพ

ในการประเมินภาวะสุขภาพของครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน ถูกต้องพยาบาลต้องมีเทคนิคการประเมินที่สำคัญ ได้แก่ การสัมภาษณ์ ซึ่งเป็นโอกาสให้พยาบาลได้รับข้อมูลจากคำบอกเล่าของผู้ป่วย ในเรื่องประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วย อาการเจ็บป่วยปัจจุบัน ความจำกัดในการปฏิบัติหน้าที่ ระบบการได้รับความสนับสนุน และข้อมูลด้านจิตวิทยาสังคม โดยคำถามที่ใช้ควรเป็นคำถามปลายเปิด มากกว่าคำถามปลายปิดที่ผู้ป่วยจะตอบเพียงว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” พยาบาลควรใช้คำถามปลายเปิดกับผู้ป่วยให้มากที่สุดเท่าที่สามารถทำได้เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการสัมภาษณ์ คำถามเช่นนี้จะเพิ่มความตื่นตัวให้ผู้ป่วยในการรับรู้เกี่ยวกับสภาพของตนเอง และการให้การดูแลและสิ่งต่างๆ ที่มีผลต่อการดูแล คำถามปลายปิดนั้นจะใช้ในการยืนยันข้อมูลที่เป็นความจริงเท่านั้น การใช้

คำถามปลายเปิดที่ไม่สมควรใช้จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าพยาบาลต้องการข้อมูลสั้นๆ เท่านั้น อย่าตีค่าความรู้สึของผู้ป่วยว่าไม่มีความสำคัญ พยาบาลจะต้องตั้งใจฟังและให้ความสนใจฟังและเก็บประเด็นให้ได้ครบถ้วนมากกว่าที่จะฟังได้แค่เพียงคำพูดเท่านั้น พยาบาลต้องซึมซับข้อมูลจากคำพูด ท่าทาง และความเปลี่ยนแปลงของน้ำเสียงและสีหน้าท่าทาง สังเกตว่าสิ่งใดที่ผู้ป่วยให้ข้อมูลขาดไป ต้องมีทักษะในการสังเกตและทำความเข้าใจการสื่อความหมายที่ไม่ใช่คำพูดหรือภาษากาย ซึ่งถือว่ามีความสำคัญไม่น้อยกว่าภาษาพูด พยาบาลจะเป็นกระจกสะท้อนให้ผู้ป่วยหรือผู้ให้การดูแลตอบคำถามถึงท่าทางที่แสดงออก เช่น ถ้ากล่าวถึงสมาชิกของครอบครัวที่มาเยี่ยมเยียนจะมีความเปลี่ยนแปลงไปในแง่ของความตึงเครียด หรือกระวนกระวาย เพราะสิ่งเหล่านี้จะเป็นผลต่อการวางแผนการรักษาให้เกิดประสิทธิภาพ

ตลอดระยะเวลาที่พยาบาลทำการสัมภาษณ์พยาบาลต้องมีความตั้งใจและสังเกตพฤติกรรมของภาษาท่าทาง พยาบาลบางคนพยายามบันทึกข้อมูลตลอดเวลาการสัมภาษณ์ เพราะต้องมีการสรุปบันทึกหลังการเยี่ยมครั้งแรกนี้ ทำให้ไม่มีการประสานสายตากับผู้ป่วยเท่าที่ควร ผู้ป่วยอาจรู้สึกว่าจะไม่ได้รับความสนใจหรือห่วงใยเท่าที่ควร ผู้ป่วยจึงจะงักที่จะตอบคำถามอย่างครบถ้วน ฉะนั้นพยาบาลต้องแสดงความสนใจและห่วงใยผู้ป่วยโดยมีการประสานสายตาคู่ตลอดเวลา พร้อมทั้งยิ้มแย้มแจ่มใส โน้มตัวหาผู้ป่วย แสดงท่าทีให้ความอบอุ่น พักหน้าเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ป่วยตอบคำถาม

พยาบาลควรสอบถามผู้ให้การดูแลเพื่อให้ทราบถึงความเข้าใจในข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย บางครั้งผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลอาจตอบแตกต่างกันในคำถามเดียวกัน พยาบาลจะต้องสามารถวิเคราะห์ โดยหากำตอบจากผู้ป่วยให้ชัดเจน ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ พยาบาลต้องใช้การตัดสินใจที่เที่ยงตรง ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย ผู้ให้การดูแล สมาชิกของครอบครัว หรือ บุคลากรด้านสุขภาพด้วยกัน พยาบาลต้องระมัดระวังในเรื่องความเชื่อมั่นและความเอนเอียงของตัวเอง

**4.1.2.3 การวินิจฉัยทางการพยาบาล** การจัดทำแผนในการดูแลรักษาที่ได้ผลดีที่สุดนั้น พยาบาลต้องเริ่มด้วยการระบุปัญหาที่จะปฏิบัติการพยาบาล การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นการวางกรอบที่พยาบาลสามารถสรุปข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรก การวางกรอบนี้เป็นการประเมินข้อมูลต่างๆ มาทำให้เกิดความหมายและทิศทางที่จะปฏิบัติต่อไป การวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมาะสมจะสามารถระบุปัญหาสุขภาพได้ถูกต้อง นำไปสู่การบริการพยาบาลที่ตรงตามความต้องการอย่างแท้จริง การวินิจฉัยทางการพยาบาลนอกจากจะเป็นขั้นตอนการระบุปัญหาแล้ว พยาบาลจะต้องวิเคราะห์หาสาเหตุ พร้อมกับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ที่จะเยี่ยมโดยคำนึงถึงความพร้อมของครอบครัวในทุกๆ องค์ประกอบ

**4.1.2.4 การวางแผนทางการพยาบาล** เมื่อได้วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลแล้ว พยาบาลจะเริ่มวางแผนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว การวางแผนจะมีตั้งแต่ง่ายถึงยากและซับซ้อน ขึ้นอยู่กับปัญหาและความสามารถของครอบครัวในการแก้ปัญหา จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกา

พบว่าร้อยละ 80 ของผู้มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปจะมีอาการเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งชนิด นอกนั้นจะมีอาการเรื้อรังหลายอย่างในคนเดียวกัน ดังนั้นการพยาบาลจะต้องมีการมองปัญหาและวางแผนแก้ปัญหาอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งกิจกรรมในขั้นตอนการนี้คือ การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ รวมทั้งการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลและวางแผนการประเมินผลการพยาบาล

การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ พยาบาลจะต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการวางแผนการดูแลสุขภาพ เริ่มด้วยการให้ข้อมูลที่สรุปรจากการประเมิน การวินิจฉัยทางการพยาบาล และควรถามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการให้เกิดหลังการพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลได้ทราบถึงความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลควรประเมินความคาดหวังของผู้ป่วย และร่วมกันตั้งเป้าหมายหรือจุดประสงค์ที่สามารถเป็นไปได้ที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยและครอบครัว การมีเป้าหมายที่ชัดเจนจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมเต็มที่ในการร่วมวางแผนและร่วมในการปฏิบัติ พยาบาลต้องทำใจเป็นกลางตลอดกระบวนการตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ในการให้การพยาบาลไม่ใช่ความคิดของตนเอง มาตัดสิน ซึ่งถือเป็นแนวคิดพื้นฐานของการพยาบาลที่บ้าน

**4.1.2.5 การปฏิบัติ** พยาบาลต้องตัดสินใจในการปฏิบัติพยาบาลให้เป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยทั่วไปแล้วการวางแผนการดูแลสุขภาพจะมีการให้ความรู้เป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติด้วย พยาบาลจะต้องปฏิบัติด้านจิตวิทยาสังคมด้วย ได้แก่การกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประเมินระบบการสนับสนุนทางสังคม ใช้เทคนิคในการลดความเครียดและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความรู้สึกของตนเอง พยาบาลต้องกระทำให้ถูกเทคนิคการปฏิบัติที่วางแผนไว้ เช่น การทำแผล การสวนปัสสาวะ การให้อาหารทางสายยาง บทบาทหลักที่พยาบาลต้องปฏิบัติอยู่เสมอในการเยี่ยมบ้าน ได้แก่

1) การปฏิบัติด้านความรู้ การวางแผนการพยาบาลจะรวมทั้ง การสอนผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องต่างๆ ผลจากการกระบวนการประเมินจะระบุปัญหาและความจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการขาดความรู้ด้านต่างๆ ของผู้ป่วย เนื่องจากพยาบาลต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลด้านต่างๆ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจกระบวนการของโรค อาการ วิธีการที่ป้องกันการลุกลามของโรค การใช้ยาอย่างถูกต้อง รู้ถึงแหล่งที่จะให้การช่วยเหลือและวิธีการขอความช่วยเหลือจากชุมชน รู้ถึงวิธีการออกกำลังกายและการแก้ไขข้อจำกัดของอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย การให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวด้านสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งสำคัญอีกข้อหนึ่งที่พยาบาลต้องปฏิบัติ นอกจากนี้ยังต้องลดความเครียดและเพิ่มความปลอดภัยในบ้าน รวมถึงส่งเสริมให้ผู้ป่วยทุเลาหรือหายให้เร็วที่สุด

2) การปฏิบัติด้านปฏิสัมพันธ์ การปฏิบัติพยาบาลที่บ้านพยาบาลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการสร้างปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความเชื่อถือ ซึ่งจะนำไปสู่ การนำความรู้ คำชี้แนะและคำปรึกษาที่ได้รับ ไปปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ เพื่อเกิดผลดีในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและเกิดการสร้างเสริมสุขภาพแก่สมาชิกในครอบครัวที่ยังไม่ป่วย

3) การปฏิบัติด้านทักษะการพยาบาล พยาบาลที่ปฏิบัติการดูแลที่บ้านมักต้องใช้ทักษะในการรักษาพยาบาลด้านต่างๆ บางครั้งอาจต้องอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่ได้วางแผนมาก่อนและมักต้องปฏิบัติการโดยลำพัง ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความพร้อมทั้งในด้านความรู้และทักษะการพยาบาลเพื่อให้พร้อมที่จะให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

**4.1.2.6 การประเมินผล** ในระหว่างการเยี่ยมพยาบาลจะต้องพิจารณาถึงสิ่งต่างๆ ที่ต้องการประเมินระหว่างการเยี่ยมในครั้งต่อไป การตัดสินใจว่าจะประเมินอะไรบ้างนั้น ขึ้นอยู่กับสิ่งที่พบทางคลินิก จุดมุ่งหมายของการพยาบาลและของผู้ป่วย และแผนการดูแลรักษา ในการประเมินผลเกี่ยวกับสิ่งผิดปกติที่พบทางคลินิก จะเป็นการประเมินความถี่ของโรค ซึ่งเป็นการประเมินสภาพทางกาย การประเมินผลจะต้องประเมินความไม่ปกติทางด้านจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมที่พบด้วย พยาบาลจะต้องประเมินผลความสำเร็จของสิ่งที่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามแผนการปฏิบัติการดูแลที่บ้านทั้งหมด พยาบาลจะต้องถามถึงความก้าวหน้าของผลงานการดูแลที่บ้าน ตัวอย่าง ความสามารถของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้เรื่องอาการและอาการแสดงของการขาดน้ำตาลในเลือดตามที่ได้อธิบายไว้ในการเยี่ยมครั้งก่อน บางครั้งอาจพบว่าผู้ป่วยยังตอบไม่ได้ครบ แต่บางครั้งผู้ป่วยรับฟังและปฏิบัติได้ดี เช่น รายงานว่าแผลที่เท้าอักเสบเมื่อไปเยี่ยมก็พบว่ามีการอักเสบจริงๆ ในกรณีนี้ควรให้คำชมเชยและสนับสนุนเมื่อพบสิ่งผิดปกติให้รับรายงาน

การประเมินหากเป็นไปได้ควรประเมินจากข้อมูลที่มากกว่าหนึ่งแหล่ง พยาบาลควรทบทวนรายงานการลงบันทึกของแพทย์หรือบุคลากรทางสุขภาพอื่นๆ ที่ร่วมในการดูแลรักษาด้วย ตัวอย่าง เช่น พยาบาลประเมินผลการประเมินของนักกายภาพบำบัด และการวางแผนการดูแลครั้งต่อไป ที่ต้องมีการพัฒนาให้ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และสอบถามถึงความพอใจในสิ่งที่นักกายภาพบำบัดได้บริการผู้ป่วย

การประเมินผลจะต้องรวมการวิเคราะห์ในครั้งต่อไป มีการจัดลำดับความสำคัญในการปฏิบัติ ซึ่งควรเริ่มตั้งแต่การเยี่ยมครั้งแรก โดยทั่วไปจะประกอบด้วย สภาพร่างกายผู้ป่วย ระบบการสนับสนุน สิ่งแวดล้อม และสถานภาพทางจิตวิทยาสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป เมื่อได้รับบริการดูแลรักษาที่บ้าน ชนิดของบริการหรือการบริการที่ให้ร่วมกับการจัดลำดับความสำคัญก่อนหลัง ซึ่งเป็นความจำเป็นที่ต้องพิจารณาร่วมกัน พยาบาลอาจพบว่า การวางแผนการดูแลไม่ประสบผลสำเร็จหรืออาจประสบผลเกินจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ ก็จะมีการปรับแผนร่วมกับผู้ป่วยเมื่อพบข้อจำกัดหรือกระตุ้นให้มีการเพิ่มจุดมุ่งหมายที่สูงขึ้น เมื่อสรุปแผนการรักษาพยาบาล

**4.1.3 การดำเนินการหลังเยี่ยมบ้าน** การปฏิบัติหรือการดำเนินการหลังเยี่ยมบ้านมีหัวข้อสำคัญดังนี้

4.1.3.1 การดูแลความสะอาดอุปกรณ์ของใช้ หลังจากการเยี่ยมบ้านถึงสำนักงาน ควรล้างมือเป็นอันดับแรก แล้วจึงทำความสะอาดของใช้ตามประเภทของสิ่งของ เช่น ผ้าเช็ดมือ ผ้าซั้่งน้ำหนัก ควรนำมาซักและผึ่งแดดให้แห้ง กระจเป้าควรนำมาเช็ดทำความสะอาดและออกผึ่งแดดประมาณ ½-1 ชั่วโมง ส่วนอุปกรณ์ต่างๆ ก็นำมาทำความสะอาด เช่น ปอทดควรแช่น้ำยาฆ่าเชื้อสำหรับเวชภัณฑ์ที่ใช้ในกระจเป้า ขวดน้ำยาต่างๆ ควรเติมให้อยู่ในปริมาณที่เพียงพอที่จะใช้ในครั้งต่อไป และจัดเก็บกระจเป้าเยี่ยมไว้ในที่สะอาดพร้อมที่จะใช้ในวันต่อไปทันที

4.1.3.2 ประเมินผล บันทึกรายงานการเยี่ยมและวางแผนการเยี่ยมครั้งต่อไปเป็นกิจกรรมที่ควรปฏิบัติในทันที ภายหลังการเยี่ยมบ้านในแต่ละวันเพื่อจะได้บันทึกในสิ่งที่ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ป้องกันการหลงลืม ในการเขียนบันทึกรายงานการเยี่ยมบ้าน สิ่งที่พยาบาลต้องคำนึงถึง ได้แก่ ความถูกต้องครบถ้วนตามความเป็นจริง สั้น กระชับ ได้ใจความชัดเจน และเรียงลำดับความสำคัญก่อนหลังให้เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการบันทึกรายงาน ก็เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐานถึงสิ่งที่พยาบาลได้ปฏิบัติและผลที่เกิดขึ้น แสดงถึงความต่อเนื่อง และ ความก้าวหน้าของงาน และยังให้เพื่อประเมินคุณภาพของการพยาบาลได้อีกด้วย

4.1.3.3 ประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและให้บริการอย่างครอบคลุมทุกปัญหา บางปัญหาอาจต้องให้ทีมสุขภาพด้านอื่นหรือบุคคลอื่นเข้ามาช่วยมาเหลือพยาบาลจึงต้องมีการประสานงานกับบุคคลอื่นภายหลังกลับจากการดูแลครอบครัวที่บ้าน

## 5 กระจเป้าเยี่ยมบ้าน

กระจเป้าเยี่ยมบ้านถือเป็นอุปกรณ์ประจำตัวพยาบาลชุมชน ที่ต้องนำติดตัวไปทุกครั้งในการเยี่ยมบ้าน เพื่อบรรจุเครื่องมือและเวชภัณฑ์ที่จำเป็นในการให้การพยาบาลที่บ้านแก่สมาชิกในครอบครัว เช่น การวัดปรอท เช็ดตัว ทำแผล เป็นต้น

5.1 ลักษณะของกระจเป้าเยี่ยม กระจเป้าเยี่ยมบ้านที่ดีควรมีความสะดวกในการใช้และง่ายต่อการบำรุงรักษา ซึ่งอาจสรุปลักษณะได้ ดังนี้

5.1.1 ขนาดกะทัดรัด พอที่จะบรรจุอุปกรณ์ได้เพียงพอ ไม่ควรใหญ่เกินไป เพราะจะทำให้ไม่สะดวกในการเดินทาง

5.1.2 วัสดุที่ควรเป็นวัสดุที่แข็งแรง ทนทาน น้ำหนักเบาและทำความสะอาดง่าย เช่น หนังหรือพลาสติกอย่างดี

5.1.3 แบบที่เป็นแบบหิ้วหรือสะพายก็ได้ตามความถนัด

5.1.4 ฝากระจเป้าควรมีฝาปิด 2 ชั้น ด้านในสามารถถอดซักได้

5.2 อุปกรณ์ในกระเป๋าเยี่ยมบ้าน อาจแตกต่างกันไปตามจุดประสงค์ของ  
การเยี่ยม รายการต่อไปนี้เป็นรายการยาและอุปกรณ์พื้นฐานที่มักใช้บ่อยๆ ในการเยี่ยมบ้าน

ยารับประทาน	Paracetamol(tab)	50	เม็ด
	Paracetamol(syrup)	2	ขวด
	Chlorpheniramine(tab)	30	เม็ด
	Multivitamin	30	เม็ด
	O.R.S	3	ซอง
ยาใช้ภายนอก	Betadine	1	ขวด
	Alcohol 70%	1	ขวด
	Normal Saline	1	ขวด
	Calamine lotion	1	ขวด
	Ammonia	1	ขวด
อุปกรณ์ทำแผล	ชุดทำแผล	1	ชุด
	สำลี	1	ห่อ
	กอลซ	1	ห่อ
	ไม้พันสำลี	1	ห่อ
	ชามรูปไตเล็ก	1	อัน
	ลูกสูบยาง	1	อัน
	พลาสติกปิดแผล	10	อัน
	พลาสติก	1	ม้วน
อุปกรณ์ประเมินสุขภาพ	ปรอทวัดอุณหภูมิทางปาก	1	อัน
	ปรอทวัดอุณหภูมิทางทวารหนัก	1	อัน
	วาสลิน	1	อับ
	ไม้กดลิ้น	1	อัน
	เครื่องวัดความดันโลหิต	1	เครื่อง
	หูฟัง	1	อัน
	อุปกรณ์อื่นๆ	ผ้าเช็ดมือ	2
ขวดน้ำสบู่	1	ขวด	
สิ่งปรองกระเป๋า เช่นกระดาษหนังสือพิมพ์			
ถุงกระดาษใส่ของสกปรก			
ถุงพลาสติกใส่ผ้าเช็ดมือที่ใช้แล้ว			

ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งอาจมีอุปกรณ์อื่นๆ ตามความจำเป็นของผู้รับบริการแต่ละราย ได้แก่ ผ้าซังน้ำหนักเด็ก เครื่องซังน้ำหนักเด็ก-ผู้ใหญ่ แผ่นตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ

5.3 วิธีการใช้กระเป่าเย็บ เมื่อพยาบาลชุมชนเข้าไปเยี่ยมผู้ป่วยหรือครอบครัว ขณะที่ทำการซักถามและสังเกตเพื่อรวบรวมข้อมูลนั้น กระเป่าเย็บที่นำไปด้วยจะไม่วางลงบนพื้น แต่จะวางไว้บนตักของพยาบาลโดยหันด้านเปิดออกนอกลำตัว เมื่อจะเริ่มให้การพยาบาลจึงจะใช้กระเป่าเย็บขั้นตอนการใช้กระเป่าเย็บ มีดังนี้

5.3.1 ก่อนจะใช้กระเป่าเย็บควรหาที่วางให้เหมาะสม เพื่อหีบของได้สะดวก ไม่เกะกะกีดขวางทาง ห่างจากผู้เยี่ยมพอประมาณ

5.3.2 ปูกระดาษหนังสือพิมพ์ก่อนวางกระเป่าบนพื้นบ้านทุกครั้ง เพื่อป้องกันการนำเชื้อจากบ้านผู้ป่วยไปยังอุปกรณ์ในกระเป่า และเป็นการจำกัดขอบเขตการวางของใช้ในการพยาบาล

5.3.3 วางกระเป่าลงบนมุมใดมุมหนึ่งของหนังสือพิมพ์ที่สะดวกต่อการให้การพยาบาลพร้อมทั้งเก็บสายกระเป่าไว้ใต้กระเป่าให้เรียบร้อย

5.3.4 เปิดประเป่าโดยมือจับที่หุกระเป่า หีบเครื่องใช้สำหรับทำความสะอาด ได้แก่ ขวดน้ำสบู่ ถูบรรจุฟ้านั่นเปีย และผ้าเช็ดมือ และถุงกระดาษสำหรับใส่ของสกปรก

5.3.5 ถอดนาฬิกาข้อมือออก บอกและขออนุญาตเจ้าของบ้านว่าจะไปล้างมือ

5.3.7 เทน้ำสบู่ใส่ถังมือ และออกไปล้างมือ โดยวิธีการทำให้ปราศจากเชื้อ

(aseptic technique) ขณะล้างมือควรสังเกตสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบ้าน เพื่อนำมาประเมินปัญหา และความต้องการด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม

5.3.8 เช็ดมือด้วยผ้าเช็ดมือที่เตรียมมา

5.3.9 เปิดกระเป่าโดยใช้มือสอดฝ่ากระเป่าด้านในและพลิกมือเปิดฝ่ากระเป่าออก หีบของใช้ที่จำเป็นต่อการพยาบาลออกมาวางเตรียมพร้อมที่จะใช้ให้เรียบร้อยและสะดวกต่อการหีบแล้วปิดฝ่ากระเป่า

5.3.10 เมื่อทำการพยาบาลเสร็จแล้ว ให้นำเครื่องใช้ไปล้างทำความสะอาดพร้อมล้างมือให้สะอาดด้วย

5.3.11 เช็ดมือด้วยผ้าผืนเดิมมุมข้างที่ยังไม่ได้ใช้

5.3.12 เช็ดอุปกรณ์เครื่องมือให้แห้ง และเก็บของเข้าที่เดิมให้เรียบร้อย

5.3.13 เก็บผ้าเช็ดมือที่ใช้แล้วในถุงพลาสติกแล้วเก็บในที่เดิม

5.3.14 พับถุงกระดาษที่ใส่ขยะเข้าหากัน ไม่ให้เปียก

5.3.16 ยกกระเป่าวางบนตัก เก็บกระดาษหนังสือพิมพ์

5.3.17 ปิดกระเป่าให้เรียบร้อย สรุปข้อความสั้นๆ ที่ได้ให้การพยาบาลไป นัดการเยี่ยมครั้งต่อไป แล้วลากลับ



## สรุป

ครอบครัวคือสถาบันระดับพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อความสุขและความเจริญก้าวหน้าของสังคมและประเทศชาติเป็นอย่างมาก อดีตที่ผ่านมาสถาบันครอบครัวของคนไทยมีลักษณะที่แตกต่างจากภาวะในปัจจุบันเนื่องจากมีปัจจัยหลายประการ ที่สำคัญ คือ การเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการขยายตัวทางเศรษฐกิจในภาคอุตสาหกรรม ทำให้วิถีชีวิตของประชาชนเปลี่ยนไปอย่างมาก ส่งผลให้สถาบันครอบครัวในปัจจุบันมีภาวะเสี่ยงทางสุขภาพหลายประการทั้งทางกาย และทางจิตสังคม การพยาบาลครอบครัวจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลควรให้ความสำคัญเพราะการป้องกันภาวะเสี่ยงและส่งเสริมให้สถาบันครอบครัวมีความเข้มแข็งเป็นการดูแลในระดับปฐมภูมิที่เป็นนโยบายสำคัญที่ควรดำเนินงานอย่างจริงจัง . กลยุทธ์หนึ่งที่สำคัญในการดูแลครอบครัวได้แก่การเยี่ยมบ้าน พยาบาลต้องมีความรู้และทักษะในการเยี่ยมบ้าน ทักษะในการสร้างมนุษยสัมพันธ์และทักษะในการพยาบาลเป็นอย่างดี จึงจะช่วยให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จตามที่มุ่งหมาย

## คำถามท้ายบท

จงตอบคำถามต่อไปนี้

1. เหตุใดจึงต้องมีการเยี่ยมบ้าน
2. ประโยชน์ของการเยี่ยมบ้านคืออะไร
3. เปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อยของการให้การพยาบาลที่บ้านกับที่โรงพยาบาล
4. ความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการเมื่อไปเยี่ยมที่บ้านกับทำงานอยู่ในโรงพยาบาลมีความเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร
5. การเยี่ยมบ้านจะช่วยให้พยาบาลจะช่วยให้พยาบาลสามารถดูแลคนทั้งครอบครัวได้หรือไม่อย่างไร
6. การส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองทำได้อย่างไร
7. ทำอย่างไรพยาบาลจึงจะมีความปลอดภัยในการเยี่ยมบ้าน
8. เมื่อได้รับมอบหมายให้ไปเยี่ยมมารดาหลังคลอด 5 วัน พร้อมทารกแรกเกิด ในระยะก่อนเยี่ยมจะต้องเตรียมอะไรบ้าง ขณะเยี่ยมจะมีขั้นตอนการให้บริการอย่างไร และหลังเยี่ยมจะต้องปฏิบัติอย่างไร

### บรรณานุกรม

- โครงการเอดส์ศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. **คู่มือการใช้ PAR ในการทำงานด้านเอดส์ชุมชน เล่ม 1 .** มปท. มปป.
- ทำเนียบโรงพยาบาลและสถิติสาธารณสุข 2543-2544. (2543).** กรุงเทพฯ: อัลฟา รีเสิร์ช.
- ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ. (2543). **ข้อเสนอเพื่อการพัฒนาบบบริการสุขภาพระดับต้นของไทย ในการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและใน(ร่าง) พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติ.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- พักตร์วิมล ประเสริฐ และคณะ. (2539). **ปัญหาและผลกระทบของเอดส์ต่อเด็กและเยาวชนในประเทศไทย.** วารสารวิชาการสาธารณสุข, 5(1), 132-140.
- เพ็ญศรี พิชัยสนิท. (2542). **นันททัศนะครอบครัวไทยในสหัสวรรษหน้า.** วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 22(4), 99-108.
- เพียงใจ สัตยุดม. (2545). **เอกสารประกอบวิชา 101418ปฏิบัติการดูแลสุขภาพที่บ้าน.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. เอกสารอัดสำเนา.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2542). **ครอบครัว: สถาบันพื้นฐานพัฒนาเด็กและเยาวชนไทย.** วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 22(4), 18-25.
- เรณู หาญสวัสดิ์. (2540). **อนามัยชุมชน 1.** สถาบันบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: บริษัทยุทธินท์การพิมพ์.
- วรรณรัตน์ ลาวัณ. (2544). **เอกสารประกอบวิชา 101215ปฏิบัติการดูแลสุขภาพในภาวะปกติ.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. เอกสารอัดสำเนา.
- วิชัย เทียนถาวร และคณะ. (2542). **การพัฒนาครอบครัว.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วิชัย เทียนถาวร. (2542). **การศึกษาสภาวะครอบครัวที่มีลักษณะครอบครัวที่พึงประสงค์ของประเทศไทย.** วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 22(4), 26-38.
- สายสุรี จิตกุลถาวร. (2542). **นันททัศนะครอบครัวไทยในสหัสวรรษหน้า.** วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 22(4), 99-108
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ และคณะ. (2542). **การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2540 – 2541.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

สุโขทัยธรรมมาธิราช. (2539). มหาวิทยาลัย สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. เอกสารประกอบการสอนชุดวิชา  
กรณีเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชน หน่วยที่1-7. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

Clark, M.J. (1999). **Nursing in the Community**. Connecticut: Appletinz Lange.

Crandall, R.C. (1980). **Gerontology: a behavior science approach**. Massachusetts: Addison-  
Wesley Publishing Company.

Smith, CM. (1993). **The home visit: Opening doors for family health**. In **Community health  
nursing: Theory and Practice**. Philadelphia: Saunder.

**บทที่ 4**

**ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ**

**การส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วยระดับชุมชน**

## บทที่ 4

### ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ

#### การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยระดับชุมชน

**วัตถุประสงค์ทั่วไป:** เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงที่สำคัญ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยในระดับชุมชน

**วัตถุประสงค์เฉพาะ :**หลังจากจบบทเรียนนี้แล้วผู้เรียนสามารถ

1. สามารถอธิบายปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบันได้
2. สามารถวิเคราะห์ภาวะเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของปัญหาชุมชนได้
3. อธิบายหลักการและแนวทางการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยได้
4. คิดวิเคราะห์ระบบสุขภาพภาคประชาชนได้
5. อธิบายแนวทางการส่งเสริมสุขภาพชุมชนตามแนวคิดของกฎบัตรอตตาวา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพชุมชนได้
6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยกับกฎบัตรอตตาวาได้
7. สามารถเขียน โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชนได้

**เนื้อหา:**

1. ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญในชุมชน
2. การส่งเสริมสุขภาพชุมชน
  - 2.1 การสาธารณสุขมูลฐาน(Primary Health Care)
  - 2.2 ระบบสุขภาพภาคประชาชน
  - 2.3 การส่งเสริมสุขภาพชุมชนตามแนวคิดของกฎบัตรอตตาวา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพชุมชน
3. การเขียน โครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน

**จำนวนคาบเรียน:** 4 คาบเรียน

**กิจกรรมการเรียนรู้การสอน:**

1. นิสิตอภิปรายปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยในภาวะปัจจุบัน ผู้สอนสรุปสาเหตุการตายและการป่วย ตามสถิติในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา
2. สุ่มถามนิสิตเกี่ยวกับการสาเหตุของของการตายและการป่วยตามสถิติ ผู้สอนสรุปถึงปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของชุมชน
3. ผู้สอนบรรยายและถ่ายทอดประสบการณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย
4. ดู วิดิทัศน์ เรื่อง “การสาธารณสุขมูลฐาน”
5. ผู้สอนบรรยายหลักการแนวคิดการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน
6. บรรยายกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพชุมชนตามแนวคิดกฎบัตรอตตาวา ขององค์การอนามัยโลก
7. นิสิตร่วมกันกำหนดสถานการณ์ปัญหาของชุมชนมา 6 ปัญหา แบ่งกลุ่มหาแนวทางแก้ปัญหาโดยใช้หลักการตามกฎบัตรอตตาวา นำเสนอและอภิปรายร่วมกัน
8. บรรยายหลักการเขียน โครงการ
9. แบ่งกลุ่มนิสิตเป็นกลุ่มๆ ละ 5-6 คน ฝึกเขียนโครงการแก้ปัญหาในมหาวิทยาลัยตามความคิดเห็นของนิสิต แล้วเขียนรายงานส่งกลุ่มละ 1 ฉบับ

**สื่อประกอบการเรียนรู้การสอน:**

1. เอกสารประกอบการสอน
2. วิดิทัศน์ เรื่อง “การสาธารณสุขมูลฐาน”
3. กระดาษ ปากกา ประกอบการนำเสนอของนิสิต
4. เครื่องคอมพิวเตอร์พร้อม โปรแกรมนำเสนอข้อมูล(Power Point) ประกอบสื่อการสอนเรื่องการดูแลสุขภาพระดับชุมชน

**วิธีการประเมินผล:**

1. สังเกตความสนใจขณะเรียน และการทำกิจกรรมที่มอบหมาย
2. รายงานการเขียนโครงการ
3. จากการสอบข้อเขียนปลายภาค

## ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญ การส่งเสริมและป้องกันการเจ็บป่วยระดับชุมชน

### ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญของชุมชน

ในสถานการณ์ปัจจุบันปัญหาสุขภาพชุมชนมีแนวโน้มเปลี่ยนไปจากอดีตเป็นอย่างมาก อาจเนื่องมาจากหลายๆปัจจัย ได้แก่ นโยบายของรัฐบาลที่ต้องการให้มีการเจริญเติบโตก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ การส่งเสริมภาคอุตสาหกรรม ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยี การใช้สารเคมีในภาคเกษตรกรรมและอุตสาหกรรม การติดต่อสื่อสารและการคมนาคมที่สะดวก รวดเร็ว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมากซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนโดยรวมหรือของชุมชน ซึ่งอาจสรุปปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญของชุมชน ได้ดังนี้

1. ปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นมลภาวะ ทั้งอากาศที่มีแนวโน้มที่จะมีมลพิษมากขึ้น น้ำดื่ม น้ำใช้ ที่มีสารเจือปนมากขึ้น สภาพแวดล้อมการทำงานที่ไม่ปลอดภัย สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่อสุขภาพของประชาชนโดยรวม

2. จากพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่มีคุณค่า และไม่ถูกหลักโภชนาการ การบริโภคบุหรี่ย สุรา หรือสารเสพติด พฤติกรรมสำส่อนทางเพศ ขาดการออกกำลังกาย การใช้ยาและสารเคมีเกินความจำเป็นและไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดสารพิษตกค้างในอาหารและน้ำ สิ่งเหล่านี้ทำให้สุขภาพของประชาชนอ่อนแอ เกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงทำให้สูญเสียทรัพยากรและขาดศักยภาพในการพัฒนาชุมชนและยังอาจก่อให้เกิดความรุนแรงในชุมชนได้ เช่น ปัญหาการใช้สารเสพติด นอกจากจะมีผลเสียต่อสุขภาพของผู้เสพแล้ว ยังอาจก่อให้เกิดความรุนแรงในชุมชนได้ในกรณีที่เสพยาเกินขนาดสติ ก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรม จนเป็นปัญหาของสังคมซึ่งเป็นข่าวกันอยู่เสมอๆ นอกจากนี้การขาดความระมัดระวัง ในการป้องกันอุบัติเหตุ อุบัติภัย อาจก่อให้เกิดสาธารณภัย ทำให้เกิดความสูญเสียมหาศาลต่อชุมชนได้

3. การจัดระบบบริการสาธารณสุข นโยบายของรัฐ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ผลอย่างมากต่อสุขภาพของประชาชนโดยรวม ซึ่งในปัจจุบันพบว่าระบบการจัดบริการสาธารณสุขของรัฐยังขาดความเสมอภาค มาตรฐาน และขาดความเป็นธรรมในการให้บริการ ประชาชนที่ด้อยโอกาส ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ รูปแบบของการให้บริการ โดยส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการให้การรักษาพยาบาลมากกว่าที่จะเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค(จิรัฐม ศรีรัตนบัลล์, 2543)



## การส่งเสริมสุขภาพชุมชน

จากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว เพื่อการมีสุขภาพดีของชุมชน จึงควรรหาแนวทางในการดำเนินการ เพื่อให้คนในชุมชนมีสุขภาพดี ซึ่งการส่งเสริมและป้องกันการเจ็บป่วยในระดับชุมชนที่จะให้ได้ผลดี นั้น ต้องประกอบด้วย การร่วมมือจากหลายฝ่าย และมีมาตรการที่หลากหลาย องค์การอนามัยโลก เล็งเห็นความสำคัญของการแก้ปัญหาสาธารณสุขที่ทุกประเทศต้องประสบจึงได้มีการประชุมเพื่อหา แนวทางในการพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง หลักการที่สำคัญที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ แต่ละประเทศนำไปประยุกต์ใช้คือการสาธารณสุขมูลฐาน(Primary Health Care) และ กฏบัตรออตตาวา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion) ซึ่งจะได้นำเสนอต่อรายละเอียดต่อไปนี้

### 1. การสาธารณสุขมูลฐาน(Primary Health Care)

#### 1.1 ความเป็นมา ความสำคัญ และความหมายของการสาธารณสุขมูลฐาน

“สุขภาพดี” เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นจุดมุ่งหมายทางสังคม ทั้งนี้โดยที่ สุขภาพดี หมายถึง การมีสภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ มิใช่เพียงแต่ปราศจากโรค หรือไม่มีความพิการเท่านั้น แต่หมายถึงการมีชีวิตอยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดี

ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 30 พ.ศ.2520 ขององค์การอนามัยโลก ประเทศ สมาชิกได้มีมติให้ “สุขภาพดีถ้วนหน้า ภายในปี 2543” หรือ “Health For All by the year 2000” เป็น เป้าหมายหลักของการพัฒนาทางสังคม และผลการประชุมใหญ่ที่เมือง อัลมา อตา ประเทศรัสเซีย ในปี พ.ศ. 2521 ได้มีข้อตกลงร่วมกันว่าจะใช้ “การสาธารณสุขมูลฐาน หรือ Primary Health Care” เป็นกลวิธี หลักในการบรรลุเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” และเรียกร้องให้ทุกชาติสนับสนุนงานสาธารณสุข มูลฐาน อย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยผสมผสาน ไปด้วยการพัฒนาทุกสาขาทั้งในระดับชุมชนและ ระดับชาติ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน

ประเทศไทยได้ลงนามในกฎบัตรขององค์การอนามัยโลก(WHO) เพื่อการพัฒนาสุขภาพ เมื่อปี พ.ศ. 2523 ที่จะสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน(Primary Health Care) เพื่อให้ประชาชนคน ไทยมีสุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543 และกระทรวงสาธารณสุขได้มีการเริ่มดำเนินการสาธารณสุข มูลฐาน ตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4(พ.ศ. 2520-2524) เป็นต้นมาแต่ยังเป็น ลักษณะกระจายเป็น โครงการ ๆ และได้เริ่มงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างจริงจังในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5(พ.ศ. 2525 - 2529) โดยได้ประกาศเป็นนโยบายในแผนพัฒนาสาธารณสุข ของประเทศอย่างชัดเจน จึงถือเป็นมิติทางสาธารณสุขแผนใหม่ที่ประเทศไทยนำมาใช้ตั้งแต่นั้นมา ซึ่ง ในการสาธารณสุขแบบเก่า ซึ่งได้ดำเนินการมานานกว่า 40 ปี โดยใช้เจ้าหน้าที่ของกระทรวง สาธารณสุข ได้ช่วยบริการรักษาพยาบาล ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของประชาชน แต่ก็ยังแก้ปัญหา

สาธารณสุขของประเทศได้ไม่หมดเพราะทรัพยากรของรัฐมีจำกัด ประกอบกับประชากรเพิ่มขึ้นทุกปี ดังนั้น รัฐจึงต้องใช้กลวิธีใหม่ คือ การสาธารณสุขมูลฐาน(PHC) เพื่อจะแก้ปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย ตามคำประกาศแห่ง อัลมาอตา นั้น นอกจากสรุปว่าการสาธารณสุขมูลฐานเป็น ยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาสาธารณสุข ให้บรรลุจุดหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าแล้วยังได้ให้ความหมายและขอบเขตของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ ดังนี้

**การสาธารณสุขมูลฐาน** หมายถึง การดูแลสุขภาพที่จำเป็นซึ่งจัดให้อย่างทั่วถึงสำหรับทุกคน และทุกครอบครัวในทุกชุมชน โดยการยอมรับและการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของทุกคน ด้วยค่าใช้จ่ายที่ไม่เกินกำลังของชุมชนและประเทศจะรับได้ นอกจากนี้การสาธารณสุขมูลฐานยังต้องก่อให้เกิดการผสมผสาน ระหว่างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่เป็นธรรมชาติ โดยมีระบบบริการสาธารณสุขเป็นแกนกลาง (ไพจิตร ปวะบุตร, 2537)

จากความหมายของการสาธารณสุขมูลฐานดังกล่าว จะเห็นได้ว่าแต่ละประเทศจะต้องกำหนด บริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับประชาชนของตนเอง โดยพิจารณาจากปัญหาของชุมชนและกำหนดแนวทางในการแก้ปัญหา นั้น ๆ เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการอย่างทั่วถึง โดยต้องพิจารณาจาก วิทยาการที่ชุมชนยอมรับ และสามารถมีส่วนร่วมได้ทั้งในทางปฏิบัติและทางเศรษฐกิจบนพื้นฐานของการพึ่งตนเองเป็นสำคัญ

## 1.2 แนวคิดและกลวิธีหลักของงานสาธารณสุขมูลฐาน

**1.2.1 แนวคิดของงานสาธารณสุขมูลฐาน** การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น จำเป็นต้องเข้าใจแนวความคิดของการสาธารณสุขมูลฐานว่า การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติมหรือเสริมจากระบบบริการของรัฐ ซึ่งจัดบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชน การสาธารณสุขมูลฐานเป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือในการจัดกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาที่ชุมชนเผชิญอยู่ การสาธารณสุขมูลฐานจะเกิดขึ้นมาได้ จะต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่า ปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหา รัฐมีหน้าที่ให้การสนับสนุน ช่วยเหลือให้ชุมชนสามารถคิดวิเคราะห์ปัญหาได้ และหัวใจของงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ “ความร่วมมือของชุมชน” การสนับสนุนอาจจะเป็นในรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือในการปฏิบัติด้วยความสมัครใจ เพราะมองเห็นและการรับรู้ปัญหา ไม่ใช่เป็นเพราะหวังสิ่งตอบแทน

## 1.2.2 กลวิธีหลักของการสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญมี 4 ประการ

**1.2.2.1 การมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation = P.P หรือ Community Involvement = CI)** ซึ่งสำคัญตั้งแต่การเตรียมเจ้าหน้าที่ เตรียมชุมชน การฝึกอบรม การติดตามดำเนินกิจกรรมต่างๆ ให้ประชาชนในหมู่บ้านได้รู้สึกเป็นเจ้าของและเข้าร่วม บริหารงาน ด้านสาธารณสุขทั้งด้านกำลังคน กำลังเงิน และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ มิได้หมายถึงชุมชนให้ความ

ร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ของรัฐในการดำเนินกิจกรรม หากแต่หมายถึงประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนของตนเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชนนั่นเอง เป็นผู้วิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาของชุมชน ทั้งนี้ โดยชุมชนมีความสามารถในการแยกแยะได้ว่าวิธีการแก้ปัญหาใดประชาชนในชุมชนสามารถแก้ไขได้เอง วิธีการใดที่อยู่นอกเหนือความสามารถของชุมชน ที่ต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้แก้ไข

**รูปแบบของการมีส่วนร่วมของประชาชน** มีได้หลายรูปแบบการดำเนินงานที่ผ่านมา ได้แก่

1) การสำรวจและการใช้ผลการสำรวจความจำเป็นพื้นฐาน(จปฐ.) มาใช้ในการวางแผนและการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน เป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนที่สมบูรณ์อันหนึ่ง เนื่องจากการสำรวจ จปฐ. จะเริ่มจากกลุ่มบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เป็นเป้าหมายในการพัฒนา จปฐ. และมีการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ เพื่อมาเป็นรากฐานในการวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

2) การจัดตั้งกองทุนหมุนเวียนในหมู่บ้าน เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขเฉพาะเรื่อง นับเป็นอีกรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของชุมชน เพราะการจัดตั้งกองทุนจะต้องมีการระดมความร่วมมือจากทุกครัวเรือนในชุมชน และจะต้องมีการจัดตั้งกลุ่มคนขึ้นมาดูแลการบริหารจัดการ เพื่อให้กองทุนนั้นสามารถแก้ไขปัญหาตามที่ต้องการ แต่ทั้งนี้ต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่ต้องการแก้ไข สภาพเศรษฐกิจของชุมชน ตลอดจนพื้นฐานการร่วมมือและการรวมตัวของประชาชนในชุมชน

3) การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) เป็นรูปแบบหนึ่งที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีการร่วมกันเพื่อมาดำเนินงานแก้ไขปัญหา โดยการจัดศูนย์กลางในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ซึ่งจะเป็นศูนย์กลางในการพัฒนาบุคลากรของชุมชนให้มีความรู้ ความเข้าใจในด้านสุขภาพอนามัยให้มากขึ้น

4) การจัดตั้งอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) เป็นการสร้างกลุ่มประชาชนในชุมชนให้มีความรู้ความสามารถในด้านสาธารณสุขเพื่อเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจและความสามารถในการดูแลตนเองให้แก่ครอบครัวและเพื่อนบ้านของตนในชุมชน

**1. 2.2. 2 การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology = AT) เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ควรเป็นเทคนิควิธีการที่ง่ายไม่ซับซ้อน ไม่ยุ่งยาก มีความเหมาะสมกับแต่ละสภาพท้องถิ่นและประชาชนสามารถปฏิบัติได้ เทคนิควิธีการที่เหมาะสมควรเริ่มตั้งแต่วิธีการค้นหาปัญหา กระบวนการในการแก้ไขปัญหา ตลอดจนกระทั่งถึงเทคนิคในการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนเอง เช่น การนำปล้องไม้ไผ่มาทำระบบประปา การใช้สมุนไพรในชุมชน การใช้ระบบการนวดไทยเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อย เป็นต้น เทคนิคเหล่านี้อาจเป็นภูมิความรู้ดั้งเดิมใน**

ชุมชนที่ชุมชนมีการถ่ายทอดกันมาเป็นเวลานานแล้ว และภูมิความรู้ใหม่ที่ชุมชนได้เรียนรู้เพิ่มเติม เช่น การใช้อาหารที่มีอยู่ในชุมชนมาดัดแปลงเป็นอาหารเสริมในการแก้ไขปัญหาโภชนาการ การจัดทำโอ่งน้ำเพื่อเก็บน้ำสะอาด และควรให้มีการเรียนรู้จากชุมชนหนึ่งไปยังอีกชุมชนหนึ่ง ในลักษณะที่ประชาชนถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชนกันเอง ซึ่ง อาจเกิดขึ้น โดยธรรมชาติหรือโดยการสนับสนุนช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ โดยวิธีการที่เรียกว่า การแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีระหว่างหมู่บ้าน หรือ Technical Cooperation Among Developing Villages(TCDV) จะทำให้กระบวนการเรียนรู้เหล่านี้ เป็นไปโดยกว้างขวาง รวดเร็ว ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับประชาชนในการแก้ไขปัญหาของชาวบ้านด้วยตนเองต่อไป

**1. 2.2. 3 การปรับระบบบริการพื้นฐานของรัฐเพื่อรองรับการสาธารณสุขมูลฐาน** (Reoriented Basic Health Service = BHS หรือ Health Infrastructure) ระบบบริการของรัฐและระบบบริหารจัดการที่มีอยู่แล้วของรัฐ จะต้องปรับให้เชื่อมต่อและรองรับงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย ทั้งนี้ โดยมีความมุ่งหมาย ดังนี้

- 1) ต้องการให้เกิดการกระจายการครอบคลุมบริการให้ทั่วถึง (coverage)
- 2) การกระจายทรัพยากรลงสู่มวลชน (resource mobilization)
- 3) การจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ (referral system)

**1.2.2.4 การผสมผสานกับงานของกระทรวงอื่น ๆ** (Intersectoral Collaboration = IC) งานสาธารณสุขมูลฐานจะสำเร็จลงได้ต้องผสมผสานทำงานไปด้วยกันทั้งภายในกระทรวงสาธารณสุข และงานพัฒนาชนบทต่างกระทรวง ได้แก่ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงอื่นๆ แนวคิดที่สำคัญของการดำเนินงานในด้านนี้คือการประสานเพื่อให้หน่วยงานอื่นทำงานในความรับผิดชอบของหน่วยงานนั้น ในลักษณะที่ส่งเสริมและสอดคล้องกับการพัฒนาสุขภาพดีถ้วนหน้า ปัจจัยที่จะช่วยให้การประสานงานระหว่างเขา เป็นไปอย่างได้ผลคือ ความสามารถในการวิเคราะห์ว่า การดำเนินงานเรื่องอะไรที่หน่วยงานใดจะมีส่วนรับผิดชอบในการส่งเสริมการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า อีกประการหนึ่ง คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ต้องมีความสามารถด้านสังคมและมนุษยสัมพันธ์ (social technic) ซึ่งจะทำให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อนร่วมงานและได้รับความเชื่อถือ จนได้เป็นผู้นำในการใช้ทรัพยากรเพื่อการแก้ไขปัญหาาร่วมกันต่อไป

### 1.3. องค์ประกอบของการสาธารณสุขมูลฐาน(Essential Element)

จากหลักการและแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานที่ผ่านมา ได้มีการกำหนดกิจกรรมที่จะให้ประชาชน และผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ บริการประชาชนกันเอง ให้สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการในเรื่องสุขภาพอนามัยอย่างแท้จริงของประชาชน ซึ่งแต่เดิมองค์การอนามัยโลกได้กำหนดองค์ประกอบไว้ย่ำแย่ 8 กิจกรรม ต่อมาในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ

และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 ได้มีการเพิ่มเป็น 10 กิจกรรม และในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ ฉบับที่ 7 ได้เพิ่มอีก 4 กิจกรรม รวมเป็น 14 กิจกรรม ดังนี้

1. N = nutrition โภชนาการ
2. E = education for health การสุศึกษา
3. W = water supply and sanitation น้ำสะอาดและการสุขาภิบาล
4. S = surveillance for local disease control การเฝ้าระวังโรคประจำถิ่น
5. I = immunization การสร้างภูมิคุ้มกันโรค
6. T = simple treatment การรักษาพยาบาลง่าย ๆ
7. E = essential drugs การจัดหาที่จำเป็นและปลอดภัยไว้ใช้ในหมู่บ้าน
8. M = maternal and child health / family planning การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว
9. M = mental health สุขภาพจิต
10. D = dental health ทันตสาธารณสุข
11. E = environmental health การอนามัยสิ่งแวดล้อม
12. C = consumer protection การคุ้มครองผู้บริโภค
13. A = accident and rehabilitation อุบัติเหตุและฟื้นฟูสภาพผู้พิการ
14. A = AIDS โรคเอดส์

(เขียนเป็นตัวย่อว่า NEWSITEMMDECAAE)

#### 1.4 กิจกรรมการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน

##### 1.4.1 การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข นับตั้งแต่ประเทศไทยได้นำเอาการ

สาธารณสุขมูลฐานมาเป็นนโยบายหลักในการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ จนสามารถแก้ปัญหาและยกระดับคุณภาพชีวิตประชากรจนเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปนั้น ส่วนหนึ่งของยุทธศาสตร์ดังกล่าวคือ การอบรมและพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้ทำหน้าที่ช่วยเหลือ ดูแลและจัดกิจกรรมทางด้านสาธารณสุข เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาสุขภาพของเพื่อนบ้าน บุคคลเหล่านี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม.

##### 1.4.1.1 วิวัฒนาการในการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข การพัฒนา

อาสาสมัครสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการอย่างจริงจังตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุขได้นำเอาการสาธารณสุขมูลฐาน มาเป็นนโยบายหลักของการพัฒนาในแผนพัฒนาสาธารณสุขภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 4 โดยในระยะแรกของแผนฯ ฉบับที่ 4 ถึงแผนฯ ฉบับที่ 6 นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในหลายประเภท เช่น ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) อาสาสมัครหมู่บ้านในงานอาหารและ

โภชนาการ ช่างสุขภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน(ชม.) อาสาสมัครมาลาเรีย(อมม.) ผดุงครรภ์โบราณ(หมอตำแย) เป็นต้น

ในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายมุ่งเน้นเพิ่มศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประเภทต่างๆ เพื่อจะได้เป็นกลไกสำคัญในการกระจายความรู้ เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ชุมชน ตลอดจนนำพาทุกคนรอบครัวในชุมชน ให้ร่วมกันพัฒนาเพื่อให้ชุมชนบรรลุการมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้า จึงได้ดำเนินการยกระดับให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประเภทเดียวคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย(change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพและจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในชุมชน

ความครอบคลุมของ อสม. ต่อจำนวนหลังคาเรือน จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละชุมชน ควรครอบคลุมจำนวนหลังคาเรือน ดังนี้

พื้นที่ชนบท : อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

พื้นที่เขตเมือง : เขตชุมชนหนาแน่น (ชุมชนตลาด) ไม่มีอาสาสมัคร

เขตชุมชนแออัด อสม. 1 คน ต่อ 20-30 หลังคาเรือน

เขตชุมชนชานเมือง อสม. 1 คน ต่อ 8-15 หลังคาเรือน

ทั้งนี้เพื่อให้สามารถดูแลประชากรได้อย่างทั่วถึง ซึ่งในปัจจุบันมีหลายหน่วยงานที่เล็งเห็นความสำเร็จในการดำเนินงานของอาสาสมัคร จึงพยายามที่จะอบรมให้มีอาสาสมัครทุกครัวเรือนเพื่อดูแลครัวเรือนของตนเองให้มีสุขภาพดี นับว่าเป็นกลวิธีที่ดีที่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของชุมชน

#### 1.4.1.2 บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข

1) เป็นผู้แจ้งข่าวสารสาธารณสุขแก่เพื่อนบ้านในเขตรับผิดชอบ ได้แก่ การนัดหมายเพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข การแจ้งข่าวการเกิดโรคที่สำคัญหรือโรคระบาดในท้องถิ่น แจ้งข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข

2) เป็นผู้รับข่าวสารสาธารณสุขและข่าวสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน of เพื่อน อสม. และเพื่อนบ้าน แล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรวดเร็วในเรื่องสำคัญๆ เช่นการเกิดโรคติดต่อในชุมชน เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้ออกไปดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคได้อย่างทันเหตุการณ์

3) เป็นผู้ให้คำแนะนำ ถ่ายทอดความรู้ และชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมพัฒนา งานสาธารณสุข ในเรื่องต่าง ๆ เช่น การใช้สถานบริการและการใช้ยา การให้ภูมิคุ้มกันโรค การ ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด การดูแลรักษา ความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น

4) ให้บริการช่วยเหลือรักษาพยาบาลเบื้องต้น เป็นการ ช่วยเหลือและ รักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ ได้แก่ ใช้ตัวร้อน ปวดท้อง ใช้มีผื่น ตุ่มและจุด ใช้มาลาเรีย ปวดหัว ใจ เป็นฝี ปวดเมื่อย ปวดหลัง ปวดเอว เจ็บตา ท้องผูก ท้องเดิน พยาธิลำไส้ โลหิตจาง เจ็บหู เหน็บชา ผื่นคันบนผิวหนัง ให้การปฐมพยาบาลเกี่ยวกับ บาดแผลสด เป็นลม กระจกหัก ข้อมเคลื่อนไหว ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ยาพิษ ชัก จมน้ำ งูกัด สุนัขกัด รวมทั้งสามารถให้การส่งต่อผู้ป่วยไปรับ บริการที่สถานบริการ ติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ และจ่ายยาเม็ด คุมกำเนิด และ ฤงยางอนามัยในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจร่างกายและเคยจ่ายให้แล้ว

5) เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุข เช่น ด้านโภชนาการ โดย การชั่งน้ำหนักเด็ก และร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหาร และขาดธาตุไอโอดีน ด้านอนามัยแม่และ เด็ก โดยการติดตามหญิงมีครรภ์ ให้มาฝากครรภ์และตรวจครรภ์ตามกำหนด และให้บริการชั่งน้ำหนัก หญิงมีครรภ์เป็นประจำ ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ตรวจสุขภาพตามกำหนด และติดตามให้มารดา นำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด ด้านการควบคุมโรคประจำถิ่น โดยจำกัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เก็บ อูจากระตรวจหาเชื้อพยาธิ ส่งเลือดตรวจหาเชื้อมาลาเรีย และเก็บเสมหะส่งตรวจหาเชื้อวัณโรค เป็นต้น

#### 1.4.1.3 การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข อสม.

นับเป็นกลุ่มบุคคลที่ เสียสละเวลา ทำหน้าที่ให้ข้อมูลความรู้สุขภาพ ให้คำแนะนำการใช้บริการ สาธารณสุขให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น รวมทั้งทำตนเป็นตัวอย่างที่ดีแก่เพื่อนบ้าน โดยไม่ เรียกร้องค่าตอบแทนใด ๆ กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักในความเสียสละดังกล่าว จึงพยายาม ดำเนินการ จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ อสม. ดังนี้

- 1) อสม. ได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลฟรีพร้อมทั้งครอบครัวโดยสิทธิดังกล่าว ครอบคลุมถึงบิดามารดา คู่สมรส และบุตรของ อสม.
- 2) อสม. สามารถใช้บัตรประจำตัวในการเข้ารับบริการสาธารณสุขจาก สถานบริการ ของรัฐ และสามารถใช้ได้ทั่วประเทศในกรณีฉุกเฉิน
- 3) ให้เงินอุดหนุนการดำเนินสาธารณสุขมูลฐาน หมู่บ้านละ 7500 บาท/ปี
- 4) การส่งเสริมให้มีเครื่องแบบ อสม. โดยแต่ละจังหวัดได้มีการกำหนดเครื่องแบบ สำหรับ อสม. และมี สัญลักษณ์ เฉพาะ หรือมีเข็มกลัดติดกระเป๋าเสื้อ

5) การประกาศเกียรติคุณและการเชิดชูเกียรติแก่ อสม. โดยมีการจัดประกวด อสม. ดีเด่นในทุก ๆ ปี มีการประกาศเกียรติคุณ และมอบรางวัลเพื่อเป็นการเชิดชูเกียรติแก่ อสม. และ มีการเผยแพร่ผลงานที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาของ อสม. ทางสื่อมวลชน แผ่นพับ หรือการจัด ประชุมสัมมนา

#### 1.4.2 การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.)

ปัญหาอุปสรรคประการหนึ่งของการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในช่วงแรกๆ ก็คือการขาดศูนย์กลางในการประสานงานระหว่าง อสม. ด้วยกัน หรือ ระหว่างเจ้าหน้าที่กับ อสม. ขาดสถานที่ในการปฏิบัติงานร่วมกัน แต่เดิมในแต่ละชุมชนจะมีสถานที่ในการจัดตั้งกองทุนยา หรือ กองทุนต่าง ๆ แต่มักแฝงอยู่ในบ้าน อสม. หรือของผู้นำชุมชน ทำให้ประชาชนขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมไม่เต็มที่ ดังนั้น ในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายให้จัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนขึ้นทุก หมู่บ้าน โดยกำหนดให้

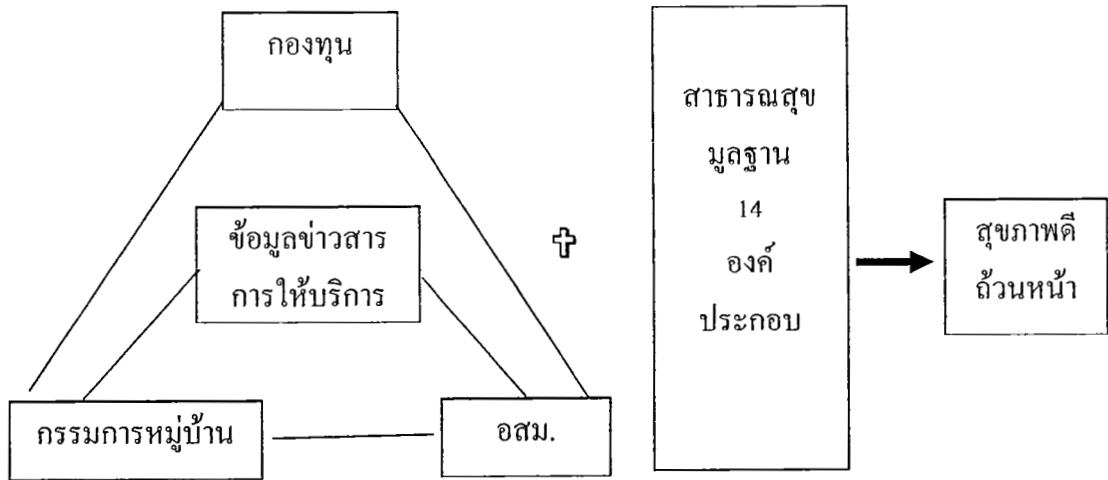
**ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.)** คือ ศูนย์รวมพลัง ศูนย์รวมการนัดหมาย ศูนย์รวมที่ทำงาน หรือศูนย์รวมข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุขใน หมู่บ้าน

วัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง ศสมช. เพื่อ

- 1) เป็นศูนย์กลางการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานที่ดำเนินการในหมู่บ้าน
- 2) เป็นที่ทำการของอาสาสมัครสาธารณสุข
- 3) เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างหมู่บ้านกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยทำหน้าที่ กลั่นกรองผู้ป่วยในระดับต้น
- 4) เป็นศูนย์กลางในการรองรับการสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ความรู้ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือจากรัฐและเอกชน
- 5) เป็นศูนย์กลางของข้อมูลในการวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน
- 6) เป็นศูนย์กลางของความรู้ และวิทยาการชาวบ้านในการดูแลตนเองของชุมชน
- 7) เป็นศูนย์กลางในการพัฒนากองทุน กรรมการ และการบริหารการจัดการ

สรุป บทบาทของ ศสมช. ได้ดังภาพที่ 4-1





ภาพที่ 4-1 บทบาทของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

นอกจากนี้สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ได้จัดสรรวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น สนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขใน สสมช. เพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของชุมชน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต หูฟัง เครื่องชั่งน้ำหนัก แผ่นตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ ปรีทวัดไข้และเทปวัดไข้ เครื่องตรวจเชื้อแบคทีเรียในน้ำดื่ม ชุดตรวจคุณภาพน้ำ แผ่นวัดสายตา ชุดปฐมพยาบาล ยาสามัญประจำบ้าน แบบบันทึกการเจริญเติบโตเด็ก นอกจากนั้นยังมีสื่อต่าง ๆ ที่ใช้ในการเผยแพร่ความรู้ เช่น คู่มือการปฏิบัติงาน เอกสารวิชาการ เทปเสียง โปสเตอร์ แผ่นพับ ฯลฯ ซึ่งสามารถรับการสนับสนุนจากกรม กองต่างๆ ที่เกี่ยวข้องได้

1.4.3 การสำรวจ จปฐ. และการนำ จปฐ. มาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

จากคำประกาศแห่ง อัลมา อตา ที่จะบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ภายในปี 2543 จึงได้มีการนิยามของคำว่า สุขภาพดีถ้วนหน้า และมีการกำหนดตัวชี้วัดต่างๆ ที่จะใช้ในประเมินภาวะการณ์สุขภาพดีของประชาชน ตัวชี้วัดที่สำคัญที่ใช้ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมาโดยตลอด ได้แก่ ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน หรือ จปฐ. ซึ่งมีนิยามของคำสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกันมีดังนี้

คุณภาพชีวิต (Quality of Life = QOL) หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นพื้นฐานในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง ในการปฏิบัติเพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของประชาชน คุณภาพชีวิตของประชาชนจะดี หมายถึง ครอบครัวนั้นหรือชุมชนนั้นได้บรรลุเกณฑ์ความจำเป็นขั้นพื้นฐาน (จปฐ.) ครบถ้วนทุกประการ

ความจำเป็นพื้นฐาน ( จปฐ. ) (Basic Minimum Needs = BMN) หมายถึง ความต้องการที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์แต่ละคนในสังคม หรือ เป็นความต้องการขั้นต่ำที่

ชาวบ้านทุกคนหรือชุมชน ควรจะมีหรือควรจะเป็น เพื่อให้มีชีวิตอย่างปกติสุขพอสมควร(พออยู่ พอกิน) ในช่วงเวลาหนึ่งๆ (สุวาลี ชูเกียรติ, 2544)

1.4.3.1 ดัชนีชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน รายละเอียดของ จปฐ. ได้มีการเปลี่ยนแปลงให้สอดคล้องกับปัญหาสาธารณสุข เป็นระยะๆ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 กำหนดดัชนีชี้วัดและเกณฑ์ไว้เป็น 6 หมวด รวม 37 ตัวชี้วัด ดังนี้

#### หมวดที่ 1 ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี

1. หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 100 ได้รับการดูแลก่อนคลอดตามเกณฑ์บริการ และฉีดวัคซีนครบตามกำหนด
2. หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 100 ได้รับการทำคลอด ดูแลหลังคลอดจากแพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์ หรือผดุงครรภ์แผนโบราณที่อบรมแล้ว
3. หญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 100 ได้กินอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอ ซึ่งมีผลทำให้เด็กแรกเกิดมีน้ำหนัก ไม่ต่ำกว่า 2,500 กรัม
4. เด็กแรกเกิด อย่างน้อยร้อยละ 90 ได้กินนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 4 เดือนติดต่อกัน
5. เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ร้อยละ 100 ได้รับวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน คางทูม ตับอักเสบนชนิดบี ครบตามตารางสร้างภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข
6. ทารกแรกเกิดถึง 5 ปี ร้อยละ 100 ได้กินอาหารอย่างเหมาะสมและเพียงพอตามวัย ซึ่งมีผลทำให้มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน (ใช้น้ำหนัก เทียบกับอายุ)
7. เด็กอายุ 6-15 ปี ร้อยละ 100 ได้กินอาหารถูกต้องครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ซึ่งมีผลทำให้มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน
8. เด็กอายุ 6-12 ปี ร้อยละ 100 ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค วัณโรค คอตีบ บาดทะยัก โปลิโอ และวัคซีนรวม(หัด หัดเยอรมัน คางทูม) และใช้สวมอักษะ ครบตามตารางสร้างภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข
9. ทุกคนในครัวเรือน ได้กินอาหารที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน
10. ทุกครัวเรือนมีความรู้ในการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม
11. คนอายุ 35 ปีขึ้นไป อย่างน้อยร้อยละ 30 ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี

#### หมวดที่ 2 ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม

12. ครัวเรือน ร้อยละ 100 มีความมั่นคงในที่อยู่อาศัยและบ้านมีสภาพคงทนถาวร
13. ครัวเรือน อย่างน้อย ร้อยละ 95 มีน้ำสะอาดสำหรับดื่มและบริโภคเพียงพอตลอดปี
14. ครัวเรือนร้อยละ 95 มีและใช้ส้วมถูกสุขลักษณะ

15. ครัวเรือน ร้อยละ 95 มีการจัดบ้านเรือน และบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ
16. ทุกครัวเรือนไม่ถูกรบกวนจากเสียง ความสั่นสะเทือน ฝุ่นละออง กลิ่นเหม็นหรือมลพิษทางอากาศ น้ำเสีย ขยะ และสารพิษ
17. ทุกครัวเรือนมีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ และมีการป้องกันอย่างถูกวิธี
18. ทุกครัวเรือนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน
19. ทุกครอบครัวมีความอบอุ่น

### หมวดที่ 3 ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการศึกษา

20. เด็กอายุ 3 – 5 ปี ร้อยละ 100 ได้รับการเลี้ยงดูเตรียมความพร้อมก่อนวัยเรียน
21. เด็กอายุ 6-15 ปี ร้อยละ 100 ได้รับการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี
22. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปี อย่างน้อยร้อยละ 50 ได้เข้าศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า
23. เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ 9 ปีและไม่ได้เข้าศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายอย่างน้อยร้อยละ 80 ได้รับการฝึกอบรมด้านอาชีพ

24. คนในครัวเรือนอายุ 15 – 60 ปี ร้อยละ 100 อ่านและเขียนภาษาไทยได้

25. ทุกครัวเรือนได้รับข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 ครั้ง

### หมวดที่ 4 ประชาชนมีการประกอบอาชีพและมีรายได้พอเพียงต่อการดำรงชีวิต

26. คนอายุ 18 – 60 ปี อย่างน้อย ร้อยละ 80 มีการประกอบอาชีพและมีรายได้
27. ครัวเรือน อย่างน้อยร้อยละ 70 มีการประกอบอาชีพ และมีรายได้เฉลี่ยไม่น้อยกว่าคนละ 20,000 บาทต่อปี
28. ครัวเรือนอย่างน้อยร้อยละ 60 มีการเก็บออมเงิน

### หมวดที่ 5 ประชาชนมีค่านิยมที่แสดงความเป็นคนไทย

29. คนในครัวเรือน ร้อยละ 100 ไม่ติดสุรา
30. คนในครัวเรือนอย่างน้อยร้อยละ 50 ไม่ติดบุหรี่
31. คนอายุ 6 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 100 ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง
32. คนสูงอายุ ร้อยละ 100 ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน
33. คนพิการ ร้อยละ 100 ได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนในครัวเรือน

### หมวดที่ 6 ประชาชนมีส่วนร่วมต่อชุมชนและสังคม

34. ครัวเรือน อย่างน้อยร้อยละ 90 เป็นสมาชิกกลุ่มที่ตั้งขึ้นในหมู่บ้าน ตำบล
35. ครัวเรือน อย่างน้อยร้อยละ 30 มีคนที่มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเพื่อประโยชน์ของชุมชนหรือท้องถิ่น
36. ทุกครัวเรือนมีคนเข้าร่วมกิจกรรมสาธารณะของหมู่บ้าน

37. คนที่มีสิทธิไปใช้สิทธิเลือกตั้งตามระบอบประชาธิปไตย ร้อยละ 100

เพื่อให้ง่ายต่อการจำเกณฑ์ จปฐ. ทั้ง 6 หมวด อาจสรุปหัวข้อของ จปฐ. ได้ดังนี้

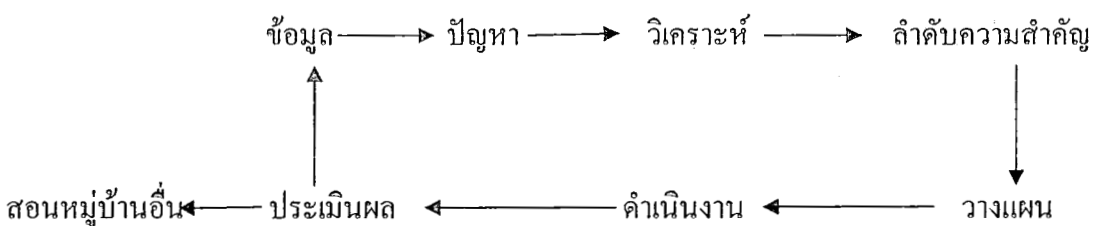
“สุขภาพดี มีบ้านอาศัย ฝึกฝนการศึกษา รายได้ก้าวหน้า ปลูกฝังค่านิยมไทย ร่วมใจพัฒนา”

1.4.3.2 การนำ จปฐ. มาใช้ จปฐ. ควรจะถูกนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์ 3 ประการ คือ

1) ใช้เป็นเป้าหมายของการพัฒนา เพื่อเป็นเป้าหมาย (goal) หรือทิศทางที่จะต้องวางแผนการพัฒนาให้ชุมชนบรรลุตามเกณฑ์ที่กำหนด และสามารถวัดการบรรลุเป้าหมายออกมาได้อย่างเป็นรูปธรรม สามารถใช้เป็นข้อตกลงร่วมกันของทุกหน่วยงานและของประชาชนได้ เพราะในเนื้อหา จปฐ. มีการกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาซึ่งได้ผ่านการอภิปราย วิเคราะห์ วิจัยอย่างชัดเจน ครบถ้วน ชุมชนสามารถนำเป้าหมายที่กำหนดไว้มาเป็นเป้าหมายในการพัฒนาชุมชนได้อย่างชัดเจน

2) ใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา การพัฒนาชุมชนนั้นจะต้องมีการจัดลำดับความสำคัญก่อน - หลัง และมีการวางแผนที่จะพัฒนา ดังนั้น การสำรวจ จปฐ. เพื่อเก็บเป็นข้อมูล จะทำให้ทราบว่าชุมชนใดเป็นปัญหามากน้อยกว่ากัน หรือสภาพปัญหาอยู่ที่ชุมชนใดมากกว่ากัน และนำข้อมูลนี้ ไปใช้ประกอบการตัดสินใจ วางแผนการพัฒนาในแต่ละชุมชนให้เหมาะสมต่อไป

3) ใช้เป็นกระบวนการพัฒนา การนำจปฐ. ไปใช้ในหมู่บ้าน ถ้าต้องการให้ชาวบ้านมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างแท้จริง จะต้องใช้ จปฐ. ไปร่วมกับกระบวนการพัฒนาหมู่บ้าน ซึ่งมีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้



ถ้าชาวบ้านและข้าราชการทำครบวงจรนี้ได้แล้วจะถือว่าเป็นการพัฒนาคน (เตรียมข้าราชการและเตรียมประชาชน) ซึ่งจะถือเป็นพื้นฐานในการพัฒนาสิ่งอื่นๆ ต่อไปอีกในอนาคต จปฐ. จึงมีความสำคัญมากในการนำมาเป็นเครื่องมือในกระบวนการพัฒนา (process) ชุมชน ขั้นตอนการนำจปฐ. ไปใช้ในการพัฒนาชุมชน มีรายละเอียด ดังนี้

## ขั้นตอนที่ 1 การสำรวจข้อมูล

แบบสำรวจข้อมูล จปฐ. แบ่งเป็น 2 แบบ คือ

1) แบบสำรวจข้อมูลครอบครัว เรียกว่า จปฐ.1 โดยการสำรวจ 1 ชุด ต่อ 1 หลังคาเรือน ข้อมูลนี้สำรวจโดย กรรมการหมู่บ้าน (หัวหน้าคุ้มหรือ อสม.) โดยการที่ กรรมการหมู่บ้าน ต้องไปถามหรือสังเกตทุกหลังคาเรือน แล้วกรอกข้อมูลลงในแบบ จปฐ. 1 แล้วนำข้อมูล จปฐ. 1 คัดลอกลงในแผ่นแข็ง จปฐ. 1 ของทุกหลังคาเรือน แล้วมอบให้หัวหน้าครัวเรือนนำไปติดไว้ที่ครัวเรือน เพื่อให้สมาชิกในครัวเรือนได้รับรู้ปัญหาของครัวเรือนร่วมกัน และร่วมมือกันหาทางแก้ไขเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในครัวเรือนให้ดีขึ้น

2) แบบสำรวจข้อมูลหมู่บ้าน เรียกว่า จปฐ.2 จัดทำโดย กรรมการหมู่บ้าน ด้วยความช่วยเหลือของคณะกรรมการสนับสนุนการปฏิบัติการพัฒนาชนบทระดับตำบล(คปต.) ในเขตการปกครองส่วนท้องถิ่น อาจเป็นกรรมการจากองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) รวบรวมข้อมูลจากแบบ จปฐ. 1 ของทุกหลังคาเรือน สรุปลงในแบบจปฐ. 2 และคิดคำนวณเป็นค่าร้อยละทุกข้อ โดยจัดทำจปฐ. 2 หมู่บ้านละ 1 เล่ม (เก็บไว้ที่ศูนย์ข้อมูลตำบล) และทำสำเนาเพิ่มขึ้นอีก 1 เล่ม (ส่งให้อำเภอและอำเภอส่งให้จังหวัด เพื่อบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ เมื่อบันทึกข้อมูลแล้วให้ส่งแบบ จปฐ. 2 กลับไปไว้ที่ว่าการอำเภอ)

## ขั้นตอนที่ 2 รู้ปัญหาชุมชน

ประชาชนจะรู้ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยการนำข้อมูลที่รวบรวมได้ใน จปฐ. 2 มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน ในแบบเทียบเกณฑ์ จปฐ. 3 ของหมู่บ้าน ซึ่งเกณฑ์ที่กำหนดในแบบ จปฐ. 3 จะถูกกำหนดมาจาก กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะมีการปรับดัชนีและเกณฑ์ทุก 5 ปี ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ถ้าข้อที่สำรวจได้ไม่ผ่านเกณฑ์ แสดงว่าข้อนั้นเป็นปัญหาของชุมชน เมื่อ คปต. ร่วมกับกรรมการหมู่บ้านดำเนินการเปรียบเทียบ ข้อมูลที่สำรวจได้กับเกณฑ์แล้ว จะคัดลอกข้อมูลจากแบบ จปฐ. 3 ลงในแผ่นแข็ง จปฐ. 3 ขนาดใหญ่ แล้วนำไปติดไว้ที่หมู่บ้าน เพื่อให้ประชาชนในชุมชนได้รับรู้ปัญหาของหมู่บ้านร่วมกัน

## ขั้นตอนที่ 3 วิเคราะห์ปัญหาเพื่อกำหนดสาเหตุของปัญหา

การวิเคราะห์ปัญหา คือ การคิดคำนึงถึงต้นตอของปัญหาว่ามีสาเหตุเกิดจากอะไรบ้าง มีความเชื่อมโยงหรือเกี่ยวพันกับปัญหาต่างๆอย่างไร เพื่อจะกำหนดแนวทางหรือวิธีการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง คปต. ร่วมกับ กรรมการหมู่บ้านจะต้องนำปัญหาที่ได้จากขั้นตอนที่ 2 ทั้งหมดมาวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและพิจารณาถึงความเกี่ยวพันของปัญหาทั้งหมดที่อาจมีความเกี่ยวข้องกัน

## ขั้นตอนที่ 4 จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

จากปัญหาต่างๆ ที่มีจำนวนมากและมีหลายแนวทางที่จะแก้ไข จึงต้องมีการจัดลำดับและวางแผนแก้ไข เพื่อที่จะเลือกว่าปัญหาใดมีความสำคัญที่สุดที่ควรแก้ไขเป็นลำดับแรก และลำดับถัดๆ

ไป ซึ่งวิธีการจัดลำดับอาจให้ กรรมการหมู่บ้าน โดยการสนับสนุนของ คปต. ใช้ความคิดรวบยอดในการเลือกปัญหาโดยพิจารณาจากความรุนแรงและขนาดของปัญหาว่าจะทำปัญหาใดก่อนหลัง

#### ขั้นตอนที่ 5 การวางแผนแก้ไขปัญหา

การวางแผนแก้ไขปัญหา กรรมการหมู่บ้าน ต้องมีการตัดสินใจร่วมกันในการเลือกปัญหา และจำนวนปัญหาที่จะนำมาแก้ไข โดยคำนึงถึงความพร้อมและศักยภาพของทรัพยากรที่มีอยู่ ทุกปัญหาที่จะนำมาแก้ไขต้องนำมาวางแผนเพื่อให้เห็นแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ประกอบไปด้วยการกำหนดวัตถุประสงค์ การกำหนดกลยุทธ์หรือวิธีการดำเนินงานที่จะแก้สาเหตุของปัญหาพร้อมระยะเวลาที่ชัดเจน แหล่งและจำนวนทรัพยากรที่ต้องใช้ ผู้รับผิดชอบ และ วิธีการประเมินผลเพื่อบอกถึงความสำเร็จของงานอย่างชัดเจน บางปัญหาที่หมู่บ้านไม่สามารถแก้ไขได้เอง ก็ให้เสนอปัญหานั้นต่อคณะทำงานระดับตำบลต่อไป

#### ขั้นตอนที่ 6 ดำเนินงานตามแผน

เมื่อแผนของหมู่บ้านหรือแนวทางแก้ไขที่หมู่บ้านสามารถทำได้เองเขียนเสร็จแล้วก็ดำเนินการได้ตามกำหนดเวลาที่กำหนดไว้ โดยเจ้าหน้าที่อาจเข้าไปช่วยเหลือและสนับสนุนตามความเหมาะสม ส่วนแผนที่ของบประมาณจากรัฐนั้นหลังจากได้งบประมาณจากรัฐมาแล้วจึงดำเนินการได้

#### ขั้นตอนที่ 7 ประเมินผล

เมื่อ คปต. กรรมการหมู่บ้าน และชาวบ้านร่วมกันดำเนินงานโครงการในหมู่บ้านระยะเวลา 1 ปี หรือ 2 ปี แล้วก็ควรจะร่วมกันประเมินผลอีกครั้ง โดยการสำรวจความจำเป็นพื้นฐานใหม่ (โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 ใหม่) ซึ่งจะทำได้ประโยชน์ คือ ทำให้ทราบว่าผลการปฏิบัติงานตามโครงการนั้นบรรลุผลสำเร็จแค่ไหน ทำไปได้เพียงใด และเหลืออีกเท่าไรจึงจะถึงเกณฑ์ จบฐ. ทำให้ทราบปัญหา อุปสรรคต่างๆ ของการดำเนินงานตามโครงการเพื่อปรับปรุงวิธีการดำเนินงานในปีต่อไป ให้เหมาะสมสอดคล้องกับสภาพปัญหาของหมู่บ้านนั้นต่อไป

#### ขั้นตอนที่ 8 สอนหมู่บ้านอื่น ๆ

เมื่อ กรรมการหมู่บ้าน และชาวบ้านร่วมกันพัฒนาหมู่บ้านจนครบวงจรแล้ว (ขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 7) หมู่บ้านนี้ควรจะเป็นครู หรือเป็นหมู่บ้านตัวอย่างให้กับหมู่บ้านอื่นๆ เพื่อจะสร้างเป็นหมู่บ้านเครือข่ายซึ่งจะเกิดการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกันในเครือข่ายและหมู่บ้านนอกเครือข่ายอีกต่อไปในอนาคต อนึ่ง การเรียนรู้จากชาวบ้าน โดยชาวบ้านนี่จะเป็นการเรียนรู้ที่เป็นธรรมชาติค่อยเป็นค่อยไป สอดคล้องกับความรู้สึคนึกคิดวัฒนธรรมของชาวบ้าน

สรุป ขั้นตอนการดำเนินงาน จบฐ. ในหมู่บ้านจะเป็นกระบวนการของชาวบ้านที่ทำงานเป็น วัฏจักรครบวงจร มีการหมุนเวียนขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 7 หมุนเวียนไป จากปีที่ 1 ปีที่ 2 และปีต่อๆ ไป โดยขั้นตอนที่ 8 เป็นการสอนหมู่บ้านอื่นๆ คล้ายกับเกลียวสว่าน ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ในหมู่บ้านทุกปีๆ ซึ่งจะส่งผลให้ชาวบ้านได้เรียนรู้กระบวนการพัฒนา อย่างเป็นวิทยาศาสตร์ ต่อเนื่อง

ปีแรกๆ อาจยังไม่ค่อยเข้าใจ แต่ไปต่อๆ ไปจะรู้มากขึ้นเรื่อยๆ เป็นการเรียนรู้จากการทำจริง (learning by doing) ซึ่งเป็นศาสตร์สูงสุดของการเรียนการสอน เจ้าหน้าที่ของรัฐทุกคนจึงควรให้ความสำคัญกับกระบวนการนี้ให้มาก เพื่อเป็นการสอนให้ชาวบ้านคิดเป็นทำเป็นและพึ่งตนเองได้ต่อไปในอนาคต

**1.5 ความสำเร็จของงานสาธารณสุขมูลฐาน** เพื่อให้การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานมีเป้าหมายที่ชัดเจนแน่นอน องค์การอนามัยโลกจึงได้กำหนดเป้าหมายขึ้นมา เพื่อเป็นเครื่องชี้วัดว่าในขณะที่งานได้ดำเนินการไปตามทิศทางที่คาดหวังไว้หรือไม่ แลไหนและอย่างไร ข้อบ่งชี้ดังกล่าวมีดังนี้ คือ

1. ประชาชนจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บที่พบบ่อยในท้องถิ่น หรือในหมู่บ้านของเขาพร้อมทั้งรู้สาเหตุของการเกิดโรคอย่างง่ายๆ และสำคัญๆ รู้จักหาวิธีหรือศึกษาวิธีในการป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ เหล่านี้ได้พอสมควร

2. ประชาชนทุกคนจะต้องมีน้ำสะอาดไว้ดื่มทุกหลังคาเรือน หรือ ถ้าไม่มีเพราะประชาชนไม่สามารถจะสร้างที่เก็บน้ำได้ด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม ก็จะต้องมีน้ำสะอาดที่จะหามาดื่มได้ภายในละแวกหรือหมู่บ้านของเขา

3. ประชาชนจะต้องมีส่วนร่วมใช้ และส่วนนั้นอาจจะอยู่ภายในบ้านของตนเอง หรืออาจจะอยู่นอกบ้านก็ได้ ข้อสำคัญอยู่ที่ว่าเขาจะต้องใช้ร่วม

4. แม่และเด็ก ควรจะต้องได้รับการดูแลสุขภาพอนามัยจากสถานอนามัย หรือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งได้รับการฝึกอบรมมาแล้วเป็นอย่างดี

5. การคลอดควรจะต้องได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคคลอื่นก็ได้ แต่ต้องได้รับการฝึกอบรมมาแล้วเป็นอย่างดี

6. เด็กที่มีอายุระหว่าง 0 - 1 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเป็นโรคติดต่อได้ง่าย จะต้องได้รับการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ ๆ เช่น ไอกรน คอตีบ บาดทะยัก บีซีจี โปลิโอ

7. การมียาที่จำเป็นไว้ใช้ในบ้านตลอดเวลา ยาในที่นี้ หมายถึง ยาที่กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้ว่าเป็นยาที่ประชาชนสามารถใช้ได้เองอย่างปลอดภัย

8. ระบบส่งต่อผู้ป่วยในระดับเหนือหมู่บ้านขึ้นมา (ระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ) สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9. อัตราส่วนของประชาชนและ อสม. จะต้องเป็นจำนวนที่เหมาะสมพอที่คาดว่าบริการสาธารณสุขสามารถให้การดูแลได้อย่างทั่วถึง และในระดับที่เหนือขึ้นมาในระดับสถานอนามัยหรือโรงพยาบาลชุมชนก็เช่นเดียวกัน

ข้อบ่งชี้ดังกล่าวข้างต้นเป็นแนวทางของการให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการดำเนินงานของงานสาธารณสุขมูลฐาน การทบทวนข้อบ่งชี้เหล่านั้นจะต้องปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งอาจจะปีหรือทุกสองปี

ทั้งนี้ เพื่อที่จะได้นำข้อมูลดังกล่าวมาปรับปรุงแนวทางของการดำเนินงานให้ดียิ่งขึ้น ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุข ได้มีโครงการเร่งรัดพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุ จุดมุ่งหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ทุกหมู่บ้านและชุมชนทั่วประเทศบรรลุ จุดมุ่งหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า ก่อนปี 2543 โดยมีเกณฑ์ในการประเมินผล 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 ชุมชนสามารถบรรลุ จปฐ. ด้านสาธารณสุขได้ทุกข้อ กลุ่มที่ 2 การพึ่งตนเองในหมู่บ้าน (self reliance indicators) ซึ่งเป็นการวัดกระบวนการทำงาน (process) ของชุมชน ตัวชี้วัดในกลุ่มนี้อาจจะแตกต่างกันไปตามกาลเวลาและสถานที่ ซึ่งตัวชี้วัดความสำเร็จในการพึ่งตนเองของหมู่บ้านที่ผ่านมา ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ 1) กำลังคน คือ หมู่บ้านนั้นจะต้องมีคนที่มีความรู้ความสามารถทางสาธารณสุขและมีพลังกายพลังใจที่เข้มแข็ง 2) กรรมการ คือ การนำเอากำลังคนมาจัดเป็นองค์กร (organization) หรือมาจัดเป็นรูปแบบกรรมการ การทำงานเป็นทีม มีกฎระเบียบ ที่มีขั้นตอนในการทำงาน 3) กองทุน หมายถึง การนำเอาทุนหรือทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมารวมกันและมีการนำมาใช้พัฒนาหมู่บ้านของตนเอง 4) ข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การมีและใช้ระบบข้อมูลข่าวสารของคนในหมู่บ้าน 5) สอนหมู่บ้านอื่นได้ 6) สอดส่องดูแลสุขภาพของตนเอง (self care) หมายถึง ประชาชนมีศักยภาพที่จะพึ่งตนเองหรือดูแลสุขภาพของตนเองได้ และ 7) ส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง ชุมชนมีขีดความสามารถที่จะส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนไปรับบริการในระดับที่สูงขึ้นได้ กลุ่มที่ 3 การเข้าถึงบริการ (health service accessibility indicators) เป็นการวัดหลักประกันการเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างเท่าเทียมกัน โดยมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนเป็นสถานบริการสาธารณสุขโดย อสม. เป็นหลัก และมีสถานบริการระดับสูงที่มีคุณภาพคอยรองรับ

ผลการดำเนินงานตามกลวิธีของงานสาธารณสุขมูลฐาน มาเป็นเวลา 20 ปี พบว่าสามารถทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้นระดับหนึ่ง ดังรายละเอียดคือ

- 1) มีการให้ความรู้ด้านสุขภาพหรือสุขศึกษาแก่ประชาชน ทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีเกิดขึ้น
- 2) การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค แก่เด็กแรกเกิดดำเนินการจนครอบคลุม ร้อยละ 100
- 3) การจัดหาผ้าสะอาดและการสุขาภิบาล ดำเนินการได้ครอบคลุมเกือบ ร้อยละ 100
- 4) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ซึ่ง อสม. สามารถให้การรักษาพยาบาลได้ ทำให้ช่วยลดความรุนแรงการเจ็บป่วยของประชาชนลง
- 5) การแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหาร ในระดับที่รุนแรง สามารถแก้ไขให้หมดไปได้
- 6) การดูแลอนามัยแม่และเด็ก สามารถให้ความรู้แก่หญิงมีครรภ์ และมีการตรวจครรภ์ก่อนคลอด อย่างน้อย 4 ครั้ง ได้เกือบร้อยละ 80
- 7) การจัดหายาที่จำเป็นตั้งแต่สมุนไพร กองทุนยา และคู้ยาประจำบ้านได้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน



8) การควบคุมโรคประจำถิ่น เช่น มาลาเรีย ท้องร่วง ไข้เลือดออก สามารถดำเนินได้ดีระดับหนึ่ง (เมธี จันทจักรุณณ์, 2545, หน้า 41-42)

จะเห็นว่าภาวะสุขภาพของประชาชนดีขึ้นเป็นอย่างมาก บางปัญหาสามารถดำเนินการครอบคลุมได้ถึงร้อยละ 100 ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถประเมินความสำเร็จของงานสาธารณสุขมูลฐานออกมาเป็นตัวเลขที่ชัดเจนได้ แต่ก็เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าการสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีที่สำคัญที่ช่วยยกระดับความเป็นอยู่และภาวะสุขภาพของประชาชนชาวไทยให้ดีขึ้นมาก แต่ด้วยในช่วงเกือบทศวรรษที่ผ่านมา ประเทศไทยต้องประสบกับปัญหาทางเศรษฐกิจตกต่ำอย่างรุนแรงมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายทางการเมืองที่สำคัญ เช่น การปฏิรูปวิธีการบริหารจัดการ การประกาศใช้รัฐธรรมนูญพุทธศักราช 2540 การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ตลอดจนการทำงานขององค์กรภาคต่างๆ ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน การปรับเปลี่ยนวิธีคิด ซึ่งวิธีทำงานของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 ได้เน้นการพึ่งตนเอง พลิกฟื้นภูมิปัญญาและพัฒนาศักยภาพคน การมีนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และการกระจายการบริหารจัดการด้านสุขภาพให้มาอยู่ในมือของประชาชน โดยผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาวะที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนทั้งหน่วยงานของรัฐและองค์กรประชาชนให้สามารถดำเนินงานและดำรงชีวิตได้ด้วยความราบรื่นและไร้ทุกข์ให้ได้มากที่สุด ดังนั้น ในสถานการณ์เช่นนี้จึงมีผลต่อการปรับวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานด้วย ทั้งในการปรับขยายแนวคิดและวิธีทำงานให้เหมาะสมกับยุคสมัยและสถานการณ์ของประเทศให้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเรียกว่าระบบสุขภาพภาคประชาชน

## 1.6 ระบบสุขภาพภาคประชาชน

1.6.1 หลักการ แนวคิดของสุขภาพภาคประชาชน ระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นคำที่มีความหมายรวบยอดของงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการของการดำเนินงานที่มีใช้กิจกรรมต่างๆ ของชุมชน เป็นเรื่องของชุมชนที่จะคิด จะตั้งเป้าหมาย บริหารจัดการ และวัดผลสำเร็จด้วยตนเอง หน่วยงานหรือองค์กรภายนอกสามารถทำได้เพียงการร่วมมือกันอย่างจริงจัง และต่อเนื่องในการส่งเสริมสนับสนุนหรือสร้างกลไกปัจจัยที่เกื้อหนุนการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน

ระบบสุขภาพภาคประชาชน มีจุดมุ่งหมาย เพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน ด้วยการส่งเสริมผลักดันให้ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพ และถือเป็นที่หน้าของตนเอง มีใช้หลักการให้กับคนอื่นหรือหน่วยงานของรัฐ และพัฒนาองค์กรอาสาสมัครและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ให้มีส่วนร่วมได้พัฒนาขีดความสามารถและทักษะในการจัดการงานบริการส่งเสริมสุขภาพ

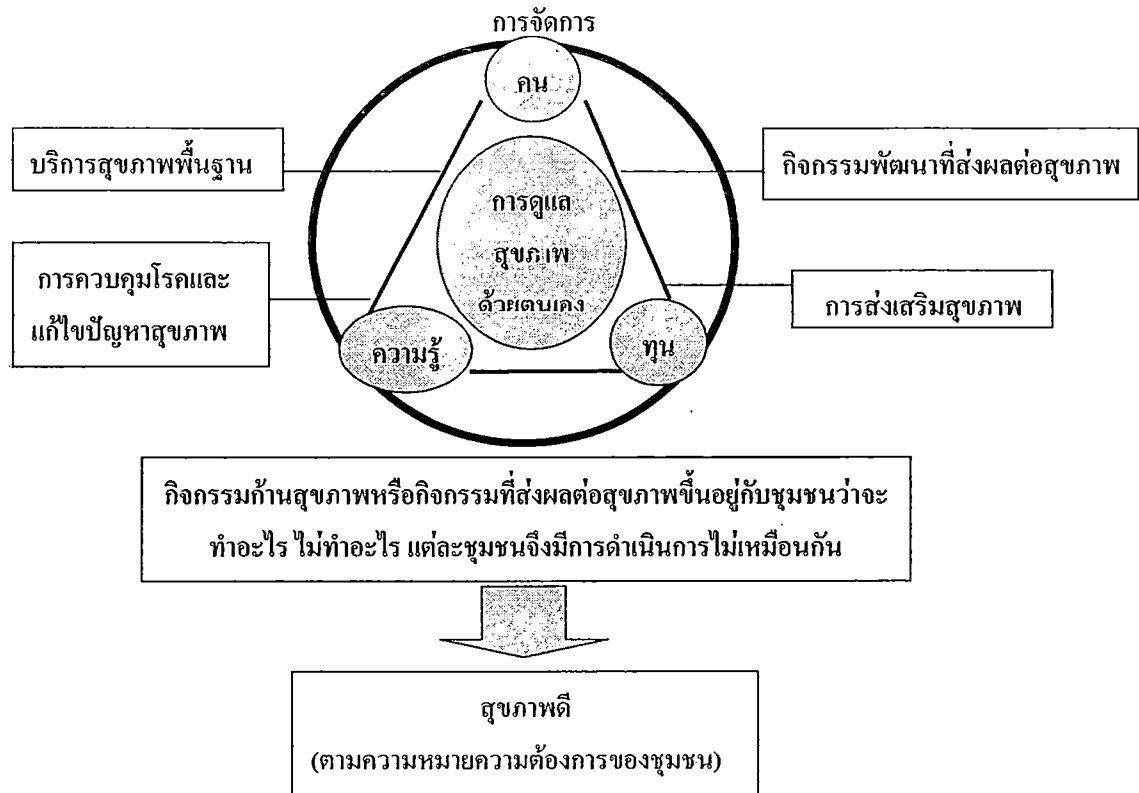
ด้านต่างๆ ให้เป็นระบบ และเกิดผลที่ประจักษ์ชัด สามารถตรวจวัดได้ในระดับชุมชน ประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ประการ คือ

**คน** เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญในการพัฒนาใดๆ ก็ตามจะต้องมีคนอยู่ในชุมชน รวมตัวกัน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ อาจเริ่มจากคนกลุ่มหนึ่งอาจจะมากหรือน้อยก็ตามซึ่งมีความแตกต่างหลากหลาย ต่างกลุ่ม ต่างอาชีพ ต่างฐานะ ต่างความคิด ต่างเพศ ต่างวัย แต่มีจิตใจเดียวกัน คือเพื่อส่วนรวม และมีเป้าหมายร่วมกัน แล้วมีการขยายแนวร่วมออกไปเรื่อยๆ

**องค์ความรู้** ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ วิธีการ เทคโนโลยี ภูมิปัญญาและประสบการณ์ จะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การถ่ายทอดและการกระจายความรู้ ข้อมูลข่าวสารในชุมชน

**ทุน** เพื่อการพัฒนาสุขภาพ การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยทุนที่เป็นตัวเงิน และทุนที่ไม่ใช่ตัวเงินหรือทุนทางสังคมและทรัพยากรธรรมชาติ เพื่อนำมาจัดบริการให้กับคนในชุมชนอย่างคุ้มค่า คุ้มเวลาที่ทำงานและประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งแต่ละชุมชนสามารถแสวงหาแหล่งทุนได้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน และนำมาบริหารจัดการให้เกิดผลกำไร แล้วนำดอกผลนั้นมาใช้ในการพัฒนาต่อไป

นอกจากองค์ประกอบหลัก 3 ประการแล้ว หัวใจสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชน คือ การจัดการ เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการในที่นี้ คือ การปฏิบัติการประสานให้เกิดความสมดุลย์ เพื่อการเคลื่อนไหวของปัจจัย คน องค์ความรู้หรือวิธีการทำงาน และทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ ให้เกิดการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการของคนในชุมชน ป้องกันและแก้ปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ทั้งนี้ กิจกรรมการพัฒนาสุขภาพที่ดำเนินโดยชุมชนนั้นขึ้นกับการตัดสินใจของชุมชนว่าจะดำเนินการในเรื่องใด อย่างไรซึ่งสามารถแสดงเป็นแผนภาพเชิงแนวคิดองค์ประกอบระบบสุขภาพภาคประชาชน ดังภาพที่ 4-2



ภาพที่ 4-2 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน  
(เมธี จันทจักรกรณ, 2545, หน้า 15)

สุขภาพภาคประชาชนเป็นการเพิ่มโอกาสให้บุคคลสามารถจะตรวจวัดสุขภาพด้านใดๆ ก็ได้ ในชุมชนเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันสิ่งที่จะเป็นพิษเป็นภัยต่อสุขภาพ สุขภาพภาคประชาชนไม่ใช่เรื่องของการเจ็บป่วย แต่เป็นการบำรุงความสุขในชีวิต ในภาพของพื้นที่ นโยบายสร้างเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้โรงพยาบาลและสถานอนามัยต้องพิจารณาให้ความสำคัญกับการส่งเสริมป้องกันและสร้างเสริมสุขภาพให้เข้มข้นมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นกว่าเดิมที่เน้นการรักษาพยาบาลผู้เจ็บป่วยด้วยการใช้ยาที่ไม่จำกัด เมื่อเป็นเช่นนี้แนวทางสู่การบรรลุผลสำเร็จ จึงจำเป็นต้องอาศัยการสร้างกระแส และการสร้างแรงผลักดันทั้งทางสังคมและการเมือง ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในจิตใจและทัศนคติของประชาชน ตลอดจนองค์กรผู้นำท้องถิ่นให้ยอมรับว่า การดูแลสุขภาพโดยตนเองขึ้นพื้นฐานนั้นเป็นหน้าที่สำคัญของบุคคล ครอบครัวและชุมชน แต่ก็อาจจะพึ่งพาระบบการบริการของรัฐบ้างเมื่อคราวจำเป็น และการไม่เจ็บป่วยหรือการช่วยตนเองได้ให้พ้นจากการเจ็บป่วย นับว่าเป็นเรื่องสำคัญต่อค่าใช้จ่าย ต่อโอกาสในการประกอบอาชีพสร้างรายได้ และต่อความสุขของคนในครอบครัวที่ไม่มีใครป่วย ไม่มีใครพิการหรือใครสูญเสียชีวิต แม้ว่ารัฐจะมีโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ก็ตาม แต่ค่าใช้จ่ายจริงย่อมมากกว่านั้นแน่นอน ซึ่งรัฐจะเป็นผู้รับใช้

ส่วนที่เกิน อันเป็นการช่วยเหลือประชาชน แต่หากพิจารณาให้ลึกก็จะเห็นว่าเงินที่รัฐจะนำมาจ่าย ก็ เป็นเงินจากภาษีราษฎรอยู่ดี ดังนั้น การป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ของใครคนหนึ่ง ในสังคม ที่ไปรับการ รักษาตามสิบบาท ก็คือ ผู้สร้างภาระให้เพื่อนผู้อื่นในสังคมเป็นผู้ร่วมรับผิดชอบส่วนที่เกินโดยไม่เป็น ธรรมดา ด้วยเหตุนี้จึงน่าจะถือว่า ภาระการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขสามารถมอบ กลับไปสู่ประชาชนได้ และให้เขาสามารถบริหารจัดการในขั้นพื้นฐานอย่างมีประสิทธิภาพและ มาตรฐานด้วยตนเองต่อไป

### 1.6.2 เป้าหมายของระบบสุขภาพภาคประชาชน

ระบบสุขภาพของประเทศมีจุดมุ่งหมายเพื่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนมุ่งสู่ เป้าหมายให้ประชาชนมีสุขภาพดี ในฐานะที่ระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นส่วนหนึ่งของระบบ สุขภาพของประเทศที่มีความเชื่อมต่อกับระบบสุขภาพภาครัฐ จึงมีเป้าหมายเดียวกัน คือ การมีสุขภาพ ที่ดีของประชาชน ทั้งนี้ภายใต้การมีส่วนร่วมของประชาชนและสังคม ในการคิดริเริ่ม และตัดสินใจ ในการจัดการระบบสุขภาพตามความคิด ความต้องการของชุมชนและสังคม ภายใต้แนวทางการ พึ่งตนเอง คือการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของประชาชน ซึ่งเป็นหน้าที่ของ ประชาชนนั่นเอง หัวใจสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชน คือ การที่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น เป็นผู้ขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพตามความต้องการของประชาชนในชุมชนท้องถิ่นนั้นๆ องค์กรภายนอกเป็นเพียงผู้สนับสนุน กระตุ้น และสร้างปัจจัยแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงาน ของชุมชนท้องถิ่น จึงเป็นการพัฒนาให้ชุมชนท้องถิ่นมีความเข้มแข็งและนำไปสู่การพึ่งตนเองด้าน สุขภาพอีกระบบหนึ่ง ที่เชื่อมต่อและผสมกับระบบสุขภาพภาครัฐทำให้ระบบสุขภาพของชาติมี ประสิทธิภาพ สามารถครอบคลุม เข้าถึง และเป็นธรรมตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่าง แท้จริง

### 1.6.3 หลักสำคัญของการขับเคลื่อนระบบสุขภาพภาคประชาชน

ด้วยแนวคิดพื้นฐานว่าระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นการจัดการสุขภาพของ ประชาชนโดยประชาชน ดังนั้นในการดำเนินงานระบบสุขภาพภาคประชาชน จึงมีหลักสำคัญ 4 ประการ คือ 1) การปรับความคิดและบทบาท 2) ความร่วมมือระหว่างพหุภาคี 3) ความร่วมมือ จากประชาชนและชุมชน และ 4) การสร้างความปรารถนาและสร้างสะพานสู่ความปรารถนาร่วมกัน ของชุมชน

#### 1.6.3.1 การปรับแนวคิดและบทบาท ระบบสุขภาพภาคประชาชน จะเกิดขึ้น

และมีความเข้มแข็งเพียงพอที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพของประชาชน จะต้องปรับแนวคิดและ บทบาทในการดำเนินงาน ให้ภาคประชาชนได้กระทำด้วยตัวเองอย่างแท้จริง โดยเฉพาะกระบวนการ วางแผน การคิด การตัดสินใจ รวมทั้งการกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินและตรวจสอบ ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่และกลุ่มแกนนำต้องสร้างเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และตั้งประเด็นคำถาม หรือ

ข้อสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นในชุมชน กระตุ้นให้ชุมชนร่วมกันคิด ร่วมกันทำ พูดยุกันบ่อยๆ เพื่อจะได้ปรับแนวคิดและบทบาทตนเอง

ในส่วนของผู้บริหารที่ภาครัฐต้องปรับแนวคิดและบทบาทจากผู้ปฏิบัติ ผู้สังการหรือคิดตัดสินใจ ทำแทนประชาชน ควบคุม ตรวจสอบและประเมินผล เพื่อสนองงานหรือความต้องการของหน่วยงาน มาเป็นผู้สนับสนุนและสร้างกลไกปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นหุ้นส่วนการทำงานซึ่งกันและกัน เป็นพี่เลี้ยงเคียงข้างประชาชน ด้วยความจริงใจ มีความหนักแน่น ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ประชาชน เป็นผู้ลดความขัดแย้งในการทำงาน สร้างความร่วมมือทุกระดับ สร้างความพร้อมและความสามารถในการทำงานให้แก่ทีมงาน สร้างพลังปัญญาอย่างรู้เท่าทันให้แก่ประชาชน เป็นผู้ขายแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นผู้กระตุ้นให้มีการใช้ทุนทางสังคมของท้องถิ่น ทำงานเป็นเครือข่ายและเจ้าหน้าที่ต้องรู้บทบาทตนเอง รู้ว่าอะไรคือปัญหาของชุมชน ถ่ายทอดให้ชุมชน จุดสำคัญประชาชนต้องวินิจฉัยปัญหาได้ด้วยตนเอง เจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้แนะนำ การวางแผนอย่างง่าย การจัดอันดับความสำคัญของปัญหา การเตรียมวิธีแก้ปัญหาที่ง่าย โดยกระบวนการทั้งหมดประชาชนจะต้องเป็นผู้คิด ตัดสินใจทำด้วยตนเอง ตามวิธีการของประชาชน

**1.6.3.2 ความร่วมมือระหว่างพหุภาคี** การทำงานระบบสุขภาพภาคประชาชนจะต้องมีรูปแบบการทำงานเป็นประชาคม มีภาคีอื่นเข้าร่วมด้วยทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนไม่ได้มีปัญหาเดียว แม้แต่ปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัย ก็เกิดจากปัจจัยหลายสาเหตุที่เกี่ยวข้องกัน ดังนั้นในการแก้ปัญหาจำเป็นต้องทำพร้อมกันหลายด้าน ในการทำงานหน่วยราชการ ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงต้องใช้ประชาชนและชุมชนเป็นตัวตั้ง ยึดแนวอุดมการณ์เพื่อส่วนรวม มีเครื่องมือซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดในการวินิจฉัยปัญหาร่วมกัน แก้ปัญหาแบบบูรณาการ และพุ่งเป้าของการพัฒนาไปที่ประชาชน ดังนั้นในการเตรียมการดำเนินงานทุกครั้ง ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องมาพูดคุยปรึกษาหารือกันถึงวิธีการทำงาน โดยร่วมกันคิดแล้วแยกกันทำจะทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ทุกหน่วยได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน

**1.6.3.3 ความร่วมมือจากประชาชนและชุมชน** ระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นการดำเนินกิจกรรมภายใต้การตัดสินใจและความต้องการของประชาชนและชุมชนตามศักยภาพของท้องถิ่น ประชาชนและชุมชนมีอำนาจเต็มที่ สามารถคิดเอง ทำเองได้ มีอิสระ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหาชุมชนร่วมกัน กำหนดแนวทางที่เป็นไปได้ด้วยวิธีที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน มีกองทุนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน มีการบริหารจัดการ โดยคณะกรรมการระดับพื้นที่ที่ได้มาจากเลือกตั้งและท้องถิ่นยอมรับ มีสถานบริการสร้างสุขภาพที่ประชาชนคุ้นเคย และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในชุมชน ช่วยกันปลุกกระดมให้ประชาชนหันมามีส่วนร่วมในการดำเนิน

กิจกรรมของชุมชน รับผิดชอบดูแลสุขภาพตนเองไม่ให้เจ็บป่วย เพื่อจะได้มีโอกาสในการทำงานที่มากกว่าวันเวลาป่วยเจ็บ

**1.6.3.4 การสร้างความปรารถนาและสร้างสะพานสู่ความปรารถนาร่วมกันของชุมชน** ประชาชนในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ภาครัฐและองค์กรเอกชน ต้องสร้างจุดยืนร่วมกัน มองเห็นเป้าหมายในทิศทางเดียวกันร่วมกันสร้างความปรารถนาและสร้างสะพานสู่ความปรารถนาร่วมกันของชุมชน ว่าต้องการเป็นชุมชนที่มีหน้าตาเป็นอย่างไร จะไปให้ถึงจุดหมายได้อย่างไร จะไปให้ถึงจุดหมายเมื่อใด แล้วแปลงความปรารถนาหรือความต้องการของชุมชน เป็นแผนปฏิบัติหรือเป็นรูปธรรมที่ต่อเนื่อง เป็นจริง สัมผัสได้ วัดได้และประเมินผลได้ ในการสร้างความปรารถนาร่วมกันของชุมชน จะต้องวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ข้อมูลร่วมกันอย่างมีเหตุมีผล สมเหตุสมผล และเป็นเหตุเป็นผล คิดร่วมกันแล้วแบ่งแยกกันไปตามความถนัด ตามศักยภาพ ตามบทบาทหน้าที่ แล้วกลับมาพูดคุย ซักถาม ทบทวนกระบวนการ และวิธีการที่จะสู่ความปรารถนาร่วมกันช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ภายใต้หลักการและกติกาเดียวกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

#### 1.6.4 กลยุทธ์การขับเคลื่อนระบบสุขภาพภาคประชาชน

ส่วนกลยุทธ์ที่จะขับเคลื่อนสู่ระบบสุขภาพภาคประชาชน จะให้ความสำคัญกับนัยยะของคำว่า “ของ” ประชาชน “โดย” ประชาชน และ “เพื่อ” ประชาชน จากบทเรียนและประสบการณ์ที่ผ่านมา ถ้าจะให้มีการมุ่งสู่การพึ่งตนเองอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องคำนึงถึง “การได้ลงมือทำโดยประชาชน และการสร้างปัจจัยเอื้อจากองค์กรภายนอกชุมชน” ซึ่งกลยุทธ์ในที่นี้เสนอเพื่อเป็นทิศทางสำหรับทุกองค์กรทุกระดับที่เข้ามาดำเนินการกับระบบสุขภาพภาคประชาชน ที่มุ่งเน้นระดมสรรพกำลังและมุ่งเน้นระดมทรัพยากร ดังนั้นจึงเป็นภาพกว้างเพื่อเปิดโอกาสให้มีการวางกลวิธีและกิจกรรมได้หลากหลายภายใต้กลยุทธ์หลัก ดังต่อไปนี้

**1.6.4.1 สร้างการมีส่วนร่วม** การมีส่วนร่วมเป็นหัวใจหลักของขบวนการในภาคประชาชน ที่ต้องเสริมสร้างให้เกิดขึ้นและเป็นไปอย่างแท้จริง ทั้งในส่วนของประชาชน และองค์กรภายนอกชุมชน กลยุทธ์นี้เป็นการมุ่งเน้นการสร้างโอกาสให้ประชาชน องค์กรภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน องค์กรภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานแบบหุ้นส่วน(partner participation) โดยการสร้างแกนนำการเปลี่ยนแปลง(change agents) ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน การสร้างเครือข่ายการทำงานแบบพหุภาคี จัดกระบวนการที่เหมาะสมให้ทุกภาคส่วนเห็นความเชื่อมโยงของปัญหา เข้ามาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ และปรับแนวทางให้เหมาะสมในบริบทต่างๆ

**1.6.4.2 สร้างกระบวนการเรียนรู้** กลยุทธ์นี้มุ่งเน้นในการจัดการความรู้ที่เกิดขึ้น ทั้งในการแสวงหาองค์ความรู้ การจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา การสร้างความสมดุลระหว่างการเรียนรู้

และการปฏิบัติ การเปิดโอกาสให้มีความเสมอภาคในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการส่งเสริม ปัจจัยเอื้อต่อการพัฒนาความรู้และภูมิปัญญา ตลอดจนการพัฒนาการเรียนรู้อะไรก็ตามที่มีมิติเชิงสังคม และสอดคล้องในวิถีวัฒนธรรม เพื่อให้เกิดจิตสำนึกร่วมในการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ตลอดจน การพัฒนาการเรียนรู้อะไรก็ตาม เพื่อพัฒนาไปสู่วัฒนธรรมสุขภาพของชุมชน โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เข้าร่วมในขบวนการประชาคมทั้งในระดับสังคมนวมและระดับท้องถิ่น

**1.6.4.3 การเคลื่อนไหวทางสังคม** การเคลื่อนไหวทางสังคม มีความสำคัญ ต่อการเกิดความรู้สึกร่วมและกระแสสังคม ซึ่งในภาวะปัจจุบันถือว่า กระแสสังคมมีพลังต่อความ เปลี่ยนแปลงสูงมาก และระบบสุขภาพจะแสดงถึงความเป็นภาคประชาชนได้ชัดเจนก็ควรมีภาวะหรือ กระแสเป็นของสังคม กลยุทธ์นี้มีทิศทางมุ่งไปในเรื่อง การรวมพลังสร้างสรรค์จากทุกภาคส่วนอย่าง จริงจังถึงขั้นเกิดกระแสในสังคม หรืออาจนำไปสู่นโยบายสาธารณะในระดับต่างๆ อันจะนำไปสู่การ สร้างจิตสำนึก ค่านิยม และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมขบวนการเคลื่อนไหวของ ภาคประชาชน เพื่อประเมิน ตรวจสอบคุณภาพและพิทักษ์สิทธิทางสุขภาพของมวลชน

**1.6.4.4 การสื่อสารเพื่อประชาชน** สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป การสื่อสาร เผยแพร่ การโฆษณาประชาสัมพันธ์ มีบทบาทต่อการรับรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมทาง สุขภาพโดยเฉพาะในมิติเชิงสังคม ดังนั้นกลยุทธ์นี้มุ่งเน้นการนำระบบสุขภาพภาคประชาชน ทั้งในแง่ แนวคิด กระบวนการ ผลงาน และกรณีศึกษาต่างๆ สู่อการเผยแพร่ สื่อสารที่หลากหลาย ภายใต้ การศึกษาเป้าหมายการโฆษณาประชาสัมพันธ์ที่ชัดเจน เหมาะสม รวมทั้งการสร้างเครือข่ายผู้จัด ราชการ ผู้ผลิตสื่อทางสื่อมวลชน และเครือข่ายทีมข่าวสุขภาพของหน่วยงานและองค์กรต่างๆ โดยการ สื่อสารเหล่านี้ต้องเป็นการสื่อสารเพื่อปลุกกระดมประชาชนให้หันมามีส่วนร่วมประพฤติดปฏิบัติตนใน การดูแลสุขภาพตนเองก่อนไปหาหมอ ในลักษณะที่ให้คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ในการทำ ความดีว่า “ไม่ป่วย เป็นการช่วยชาติ” นอกจากนี้ต้องสร้างให้ประชาชนเกิดการรับรู้และยอมรับหรือ รู้สึกว่าตนเองมีส่วนได้ส่วนเสียกับการเจ็บป่วยและค่าใช้จ่ายที่รัฐจะนำมาจ่ายชดเชยในบริการ 30 บาท รักษาทุกโรค ล้วนแล้วแต่เป็นเงินภาษีของราษฎรทั้งสิ้น การเจ็บป่วยแต่ละครั้ง เป็นการเบียดบังส่วนที่ จะมาสร้างความสุขหรือพัฒนาสุขภาพให้แก่คนไทย และเป็นการสูญเสียโอกาสการสร้างรายได้ให้กับ ตนเองและครอบครัว

จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพโดยประชาชน ด้วยการ สนับสนุนจากรัฐ ที่ได้ดำเนินการมาเป็นเวลานานถึง 20 ปี สามารถทำให้ประชาชนมีศักยภาพในการ ดูแลตนเองได้ระดับหนึ่ง ด้วยการมีกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มแกนนำในชุมชนที่เข้มแข็ง เกิดการเรียนรู้กระบวนการแก้ปัญหาสาธารณสุขในชุมชน จนนำไปสู่สุขภาพภาคประชาชน ที่ชุมชน จะต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นของตนเองอย่างแท้จริง

## 2. กฎบัตรออตตาวา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion)

หลังจากการองค์การอนามัยโลก ให้ประเทศสมาชิกได้มีเป้าหมายในการพัฒนาร่วมกัน คือ “สุขภาพดีถ้วนหน้า ภายในปี 2543” โดยใช้การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีหลักในการบรรลุเป้าหมาย ต่อจากนั้นมา องค์การอนามัยโลกก็ได้หันมาผลักดันแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง ได้มีการประชุมนานาชาติ ว่าด้วยเรื่องนี้ขึ้นเป็นครั้งแรกที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ : การเคลื่อนไหวสู่การสาธารณสุขใหม่ ระหว่าง 17 – 21 พฤศจิกายน 2529 ที่ประชุมได้ประกาศ “กฎบัตรออตตาวา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (Ottawa Charter for Health Promotion)” ซึ่งมีสาระ ดังนี้

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และพัฒนาสุขภาพของตนเอง

ปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี ได้แก่ สันติภาพ ที่อยู่อาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน ความเป็นธรรม และความเท่าเทียมกันทางสังคม การที่จะปรับปรุงสถานะสุขภาพ จำเป็นต้องมีรากฐานอันมั่นคงของปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้

กลยุทธ์แห่งการส่งเสริมสุขภาพ มี 5 ประการ คือ

### 2.1 การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Construct a Healthy Public Policy)

ได้แก่ การมีนโยบายที่ชัดเจนในทุกระดับของผู้กำหนดนโยบาย ทั้งในระดับประเทศ ท้องถิ่น และชุมชนต่างๆ นโยบายส่งเสริมสุขภาพควรนำไปสู่มาตรการต่างๆ เช่น กฎหมาย การคลัง ภาษี การปรับปรุงองค์กร เป็นต้น มาตรการเหล่านี้ จะต้องประสานกันเพื่อนำไปสู่สุขภาพ รายได้ และความเสมอภาคของสังคม ก่อให้เกิดสินค้าและบริการต่างๆ ที่ปลอดภัย และมีผลดีต่อสุขภาพรวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่สะอาด และน่ารื่นรมย์กว่าเดิมด้วย

### 2.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment)

ความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม ประกอบเป็นระบบสังคมและระบบนิเวศที่ส่งผลต่อสุขภาพ ดังนั้น ชุมชนทุกระดับ (ตั้งแต่ชุมชนท้องถิ่น ประเทศ ภูมิภาค โลก) จะต้องร่วมกันดูแลสิ่งแวดล้อมและธรรมชาติ โดยต้องถือว่าการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติทั่วโลกเป็นภารกิจร่วมกันของประชาคมโลก

นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำรงชีวิต การทำงาน และการพักผ่อนก็มีผลกระทบต่อสุขภาพเช่นกัน ดังนั้นสถานที่ทำงานและที่พักผ่อนก็ควรจะเป็นแหล่งที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพของคนในสังคม การส่งเสริมสุขภาพเป็นการเสริมสร้างเงื่อนไขการดำรงชีวิต และการทำงานที่มีความปลอดภัย ไร้ใจ ฟังพอใจ และสนุกสนาน การประเมินผลอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลกระทบด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่อง



ของเทคโนโลยี การทำงาน การผลิตพลังงานและการเติบโตของเขตเมืองนั้น เป็นมาตรการที่จำเป็น การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ควรทำในทุกระดับ เช่น การอนุรักษ์ทรัพยากรของโลก ของประเทศ ของชุมชน และการสร้างบรรยากาศที่ปราศจากมลภาวะในที่ต่างๆ ตั้งแต่ในบ้าน ที่ทำงาน สถานที่ราชการ สาธารณสถานทุกแห่ง เป็นต้น

**2.3 การสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง(Strengthen Community Action)** ได้แก่การกระจายอำนาจ การสร้างประชาคมในชุมชนต่างๆ เมื่อชุมชนเข้มแข็งก็มีผลเกิดเชื่อมโยงไปสู่การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยด้วย และนำไปสู่การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพจะประสบความสำเร็จต้องดำเนินการโดยอาศัยการปฏิบัติการของชุมชนที่เป็นรูปธรรม และมีประสิทธิผล ทั้งในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตัดสินใจ การวางแผน และการดำเนินการ เพื่อบรรลุสภาวะสุขภาพที่ดีกว่าเดิม หัวใจของกระบวนการดังกล่าว คือ การสร้างอำนาจของชุมชน ความรู้สึกเป็นเจ้าของ การควบคุมความเพียรพยายาม และการคำนึงถึงอนาคตของพวกเขา การพัฒนาชุมชนจะต้องระดมทรัพยากร(ทั้งมนุษย์และวัตถุ)ภายในชุมชนเพื่อยกระดับการช่วยเหลือตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งพัฒนาระบบที่มีลักษณะยืดหยุ่น ในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งแก่การมีส่วนร่วมของชุมชนและการควบคุมกำกับในเรื่องของสุขภาพ ทั้งนี้โดยชุมชนจะต้องเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร โอกาสของการเรียนรู้ และแหล่งทุนสนับสนุนอย่างเต็มที่และต่อเนื่อง

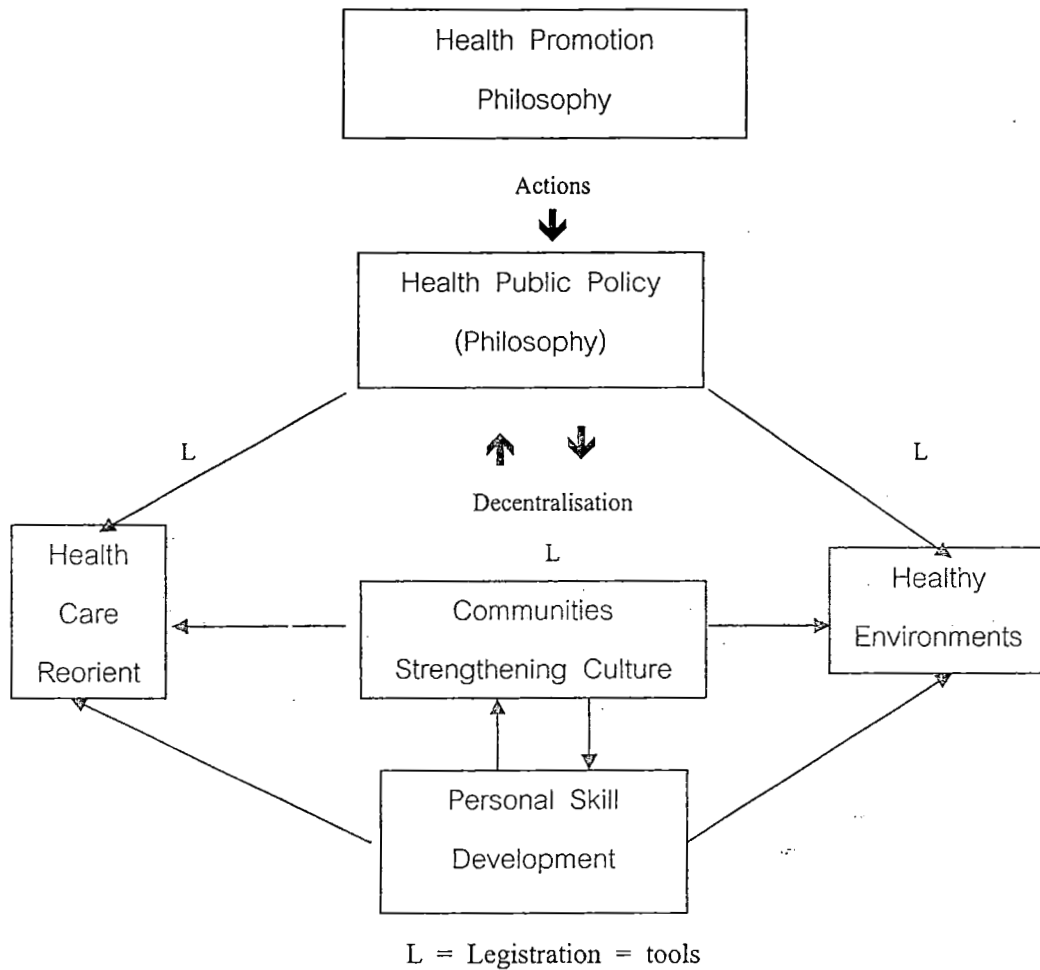
**2.4 พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop Personal Skills)** การส่งเสริมสุขภาพโดยการสนับสนุนในเรื่องของการพัฒนาบุคคลและสังคม ด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร การศึกษาเพื่อสุขภาพ และการเสริมทักษะชีวิตนั้น เป็นการเพิ่มทางเลือกแก่ประชาชนให้สามารถควบคุมสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของพวกเขาได้มากขึ้น และเพิ่มโอกาสต่อการพัฒนาสุขภาพ การส่งเสริมให้ประชาชนสามารถเรียนรู้ตลอดชีวิตเตรียมพร้อมในการดำเนินชีวิตในวัยต่างๆ และสามารถควบคุมโรคเรื้อรังและการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับตนเองนั้น นับว่าเป็นสิ่งจำเป็น หน่วยงานต่างๆ เช่น การศึกษา สาธารณสุข ธุรกิจ องค์กรอาสาสมัคร เป็นต้น จะต้องเป็นผู้ริเริ่มจัดให้เกิดกระบวนการดังกล่าวขึ้นในโรงเรียน ในบ้าน ในที่ทำงาน ในชุมชนต่าง ๆ รวมทั้งภายในหน่วยงานของตนเอง

**2.5 ปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข(Reorient Health Services)** ภาระหน้าที่ของระบบบริการสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างบุคคล ชุมชน บุคลากรสาธารณสุข สถาบันบริการสาธารณสุขและรัฐบาล ซึ่งจะต้องทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งไปสู่สุขภาพของประชาชน

นอกเหนือจากงานรักษาพยาบาลแล้ว ภาคสาธารณสุขจะต้องหันมาทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพให้มากขึ้น โดยจะต้องมีพันธะในการสนับสนุนให้บุคคลและชุมชนมีสุขภาพที่ดีขึ้น ในลักษณะที่ไวต่อปัญหาและสอดคล้องกับวัฒนธรรมชุมชน นอกจากนี้ยังจะต้องเปิดกว้างในการ

ร่วมมือกับภาคอื่นๆ เช่น สังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม การปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการวิจัยทางสาธารณสุข และหลักสูตรการฝึกอบรมของบุคลากร สาธารณสุขสาขาต่างๆ ทั้งนี้ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนเจตคติ การปรับทิศทาง และการจัดระบบ บริการสาธารณสุขที่เน้นการมองปัญหาของปัจเจกบุคคลในฐานะคนทั้งคน (องค์รวม)

กลวิธี 5 ประการ ถือว่าเป็นปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเขียนสรุปได้ ดังภาพที่ 4-3



ภาพที่ 4-3 กิจกรรมหลักตามปรัชญาการส่งเสริมสุขภาพ (อนุวัฒน์ สุขขุดิกุล และ งามจิตต์ จันทราชาติ, 2541, หน้า 9)

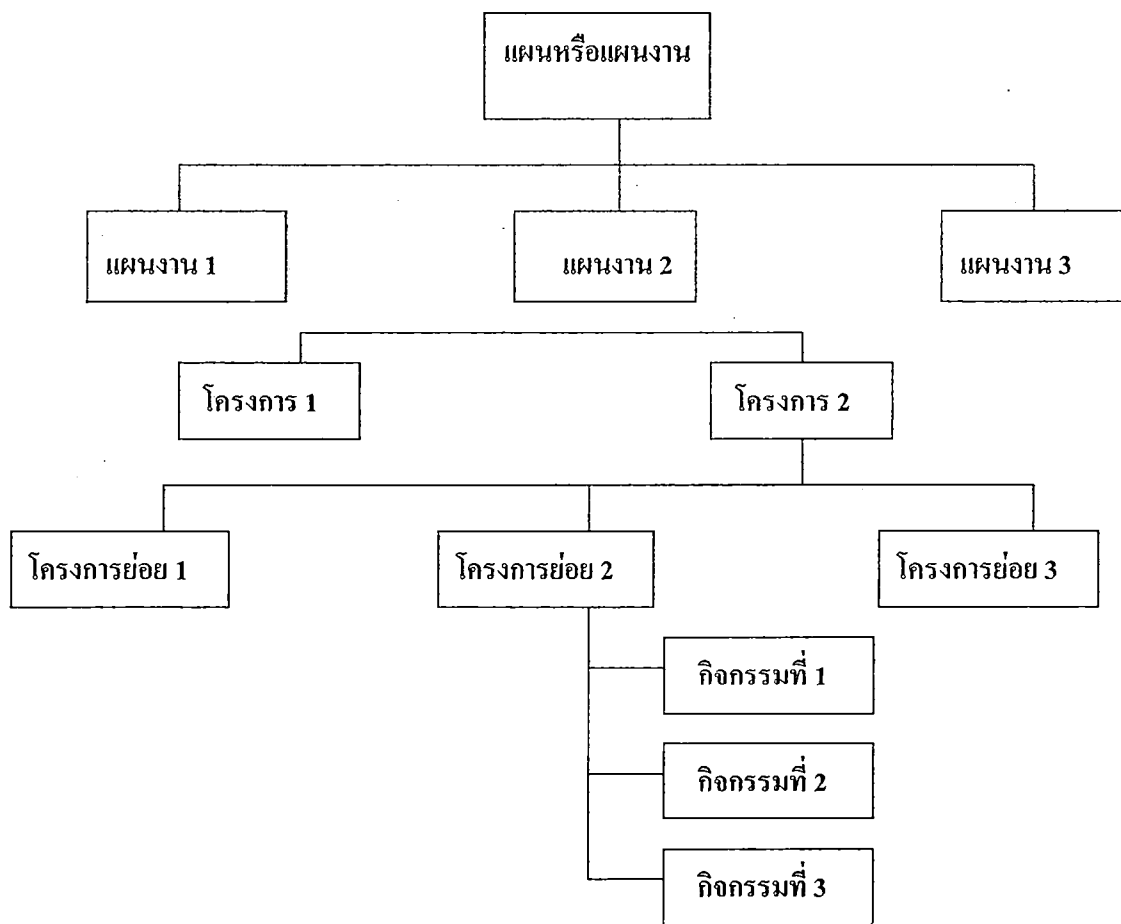
จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า กลวิธีหลักในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ควรดำเนินการหลายๆ วิธี เริ่มตั้งแต่การกำหนดนโยบาย มาตรการ ให้เป็นที่ยอมรับของชุมชน ซึ่งนโยบายนี้ควรมีผลต่อการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีหรือเอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในขณะที่เดียวกันควรมีผลต่อระบบบริการสุขภาพให้เป็นแหล่งในการกระจายความรู้ และวิธีการที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีทักษะในการดูแลสุขภาพตนเอง และกระตุ้นหรือสร้างชุมชนให้เกิดความ

เข้มแข็ง ซึ่งการที่ชุมชนเข้มแข็งจะเป็นกลวิธีสำคัญที่ช่วยในการควบคุมกำกับระบบบริการสุขภาพ  
ดูแลสิ่งแวดล้อม และพัฒนาทักษะของแต่ละบุคคลในชุมชน รวมทั้งการกำหนดนโยบายต่างๆ ด้วย  
ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานสาธารณสุขมาเป็นเวลานานกว่า 100 ปี แต่การเริ่มให้  
ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมกับภาครัฐเพื่อจัดบริการพื้นฐานให้กับประชาชนในชุมชน โดยประชาชน  
ได้มีการดำเนินงานอย่างจริงจังเมื่อประมาณ 20 ปีที่แล้วมา เพราะได้ประจักษ์แล้วว่าความร่วมมือของ  
ประชาชนเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการมีสุขภาพดีของชุมชน เพราะสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนที่ต้อง  
รับผิดชอบ สุขภาพเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิตประจำวัน สุขภาพจะดีได้ต้องด้วยการปฏิบัติที่  
สร้างเสริมสุขภาพ หากประชาชนรับรู้และพยายามดำเนินชีวิตให้อยู่บนพื้นฐานของความปลอดภัย ไม่  
เสี่ยงด้วยการกระทำที่อาจทำให้อันตรายหรือบุคคลอื่นเจ็บป่วย มีวิถีชีวิตที่สร้างความแข็งแรงให้กับร่างกาย  
ความเข้มแข็งให้กับจิตใจ ก็นับเป็นความสำเร็จที่ยิ่งใหญ่ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ซึ่ง  
ผลสำเร็จนี้จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยปัจจัยและกลวิธีที่หลากหลายดังที่ได้กล่าวมาแล้วได้แก่กลวิธีของการ  
สาธารณสุขมูลฐาน และ กลยุทธ์การส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกดาดา ที่องค์การอนามัยโลกได้  
เสนอแนะไว้ รวมทั้ง แนวคิดใหม่เรื่องสุขภาพภาคประชาชน ที่นักวิชาการได้พยายามทบทวนและสรุป  
ประเมินผลความสำเร็จในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ที่ได้ดำเนินการมาเป็นเวลากว่า 20 ปี และ  
พยายามหาแนวทางพัฒนาใหม่ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการพึ่งตนเองแบบยั่งยืนต่อไป

### การเขียนแผนงานโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขชุมชน

การวางแผนงานโครงการ เป็นสิ่งจำเป็นในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชน เนื่องจากเป็นแผนที่จัดกระทำให้เกิดผลต่อคนหมู่มาก ต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจจากบุคลากรหลายฝ่าย ในการร่วมกันคิด ร่วมกันทำ เพื่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุด การวางแผนงานที่ดีจะช่วยให้ทุกคนมีทิศทางในการดำเนินงานที่ชัดเจน ลดความซ้ำซ้อน ทั้งในด้านการปฏิบัติงานของบุคลากรและการจัดสรรงบประมาณ จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่บุคลากรด้านสุขภาพ ควรมีความรู้ ความสามารถในเรื่อง การเขียนแผนงานโครงการ เพื่อนำไปใช้ในการแก้ปัญหของชุมชนต่อไป

แผน แผนงาน แผนงานโครงการ โครงการ มีความหมายตรงกับคำในภาษาอังกฤษ 3 คำ คือ plan program และ project ซึ่งหมายถึง กระบวนการตัดสินใจไว้ล่วงหน้าว่าจะทำอะไร อย่างไร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ในเชิงปฏิบัติ คำว่า แผน(plan) หรือ แผนงาน (program) จะมีความหมายกว้างและอยู่ในระดับสูงกว่าคำว่า โครงการ ดังภาพที่ 4-4



ภาพที่ 4-4 ความสัมพันธ์ระหว่างแผนงานและโครงการ

**ส่วนประกอบของโครงการ** โครงการใดๆ ที่กำหนดขึ้นจะต้องประกอบไปด้วยส่วนประกอบ 3 ส่วน คือ

1. การวางแผนจัดทำโครงการ
2. การนำโครงการไปปฏิบัติหรือการบริหารโครงการ
3. การตรวจสอบประเมินโครงการ

ในส่วนประกอบแต่ละส่วนของโครงการ อาจมีรายละเอียดที่แตกต่างกันไปตามธรรมชาติของโครงการที่กำหนดขึ้น หากเป็นโครงการใหญ่หรือสลับซับซ้อนอาจมีรายละเอียดมาก ส่วนโครงการเล็กๆ อาจมีรายละเอียดน้อยลง

### 1. การวางแผนจัดทำโครงการ

ในส่วนของการจัดทำโครงการ ขั้นตอนที่สำคัญ คือ การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาและการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับสาเหตุ ซึ่งผลจากการวิเคราะห์จะนำไปกำหนดเป็นวัตถุประสงค์และกลวิธีในการแก้ปัญหา ช่วยให้การแก้ปัญหานั้นประสบผลสำเร็จ เพราะได้แก้ปัญหาที่ต้นเหตุ

การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา อาจใช้การวิเคราะห์ทางระบาดวิทยาที่ประกอบด้วยปัจจัยด้านบุคคล(host) สิ่งที่ทำให้เกิดโรคหรือเชื้อโรค(agent) และสิ่งแวดล้อม (environment) ที่เอื้อต่อการเกิดโรค หากวิเคราะห์แล้วพบสาเหตุที่สามารถแก้ไขได้ จะได้นำไปกำหนดเป็นจุดประสงค์ของแผนงานโครงการ และหากพบว่าสาเหตุหลักของปัญหานั้นเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ การแก้ไขปัญหาก็ควรแก้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนี้ ควรวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งตามทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ของ กรีน ลอเรนซ์ (Lawrence W. Green อ้างในนิรัตน์ อิมามี, 2540, หน้า 23-25) สรุปว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพจะประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยนำ(predisposing factors) ปัจจัยเอื้อ(enabling factors) และปัจจัยเสริม(reinforcing factors)

**ปัจจัยนำ** หมายถึง ปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่จำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้การรับรู้ ความเชื่อ ค่านิยม ทักษะที่จำเป็นต่อการกระทำพฤติกรรม

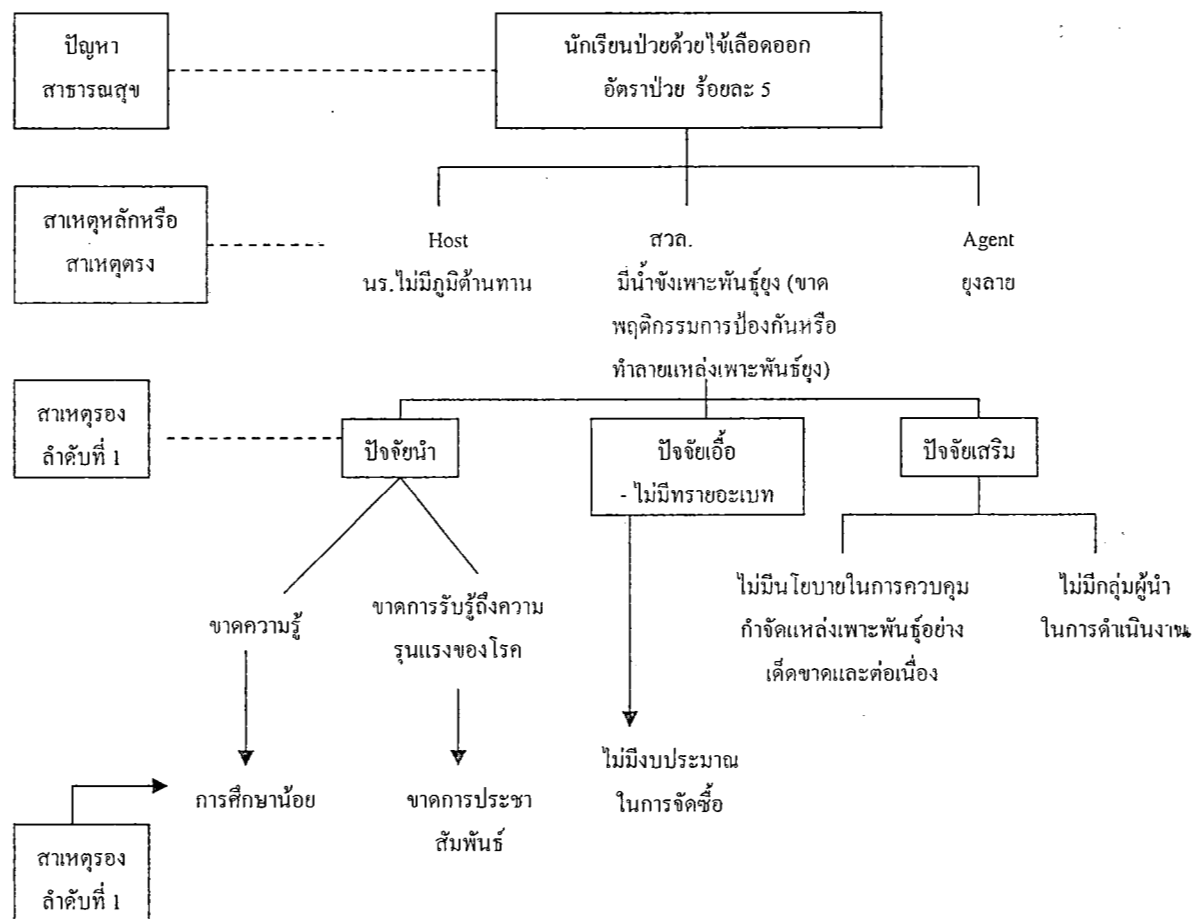
**ปัจจัยเอื้อ** เป็นปัจจัยภายนอกที่เอื้อต่อการกระทำพฤติกรรม เป็นปัจจัยที่จำเป็นต้องมีหรือเกิดขึ้นก่อนทำพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หรือไม่พึงประสงค์จะเกิดขึ้น ได้แก่ สิ่งของหรือสิ่งอำนวยความสะดวกที่ต้องใช้ประกอบการแสวงหาพฤติกรรม สนามหรืออุปกรณ์ประกอบการออกกำลังกาย อาหาร นุหรี บริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุข

**ปัจจัยเสริม** เป็นปัจจัยภายนอกทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้พฤติกรรมสุขภาพที่พร้อมจะเกิดขึ้น เกิดขึ้นได้รวดเร็วขึ้น ยั่งยืนขึ้น ปัจจัยเสริมเป็นได้ทั้งบุคคล เช่น พ่อแม่ ญาติ กลุ่ม

ต่างๆ ในชุมชน ชุมชน หรือเป็นกฎระเบียบของกลุ่ม ชุมชน สังคม วัฒนธรรม รวมทั้งระเบียบปฏิบัติ กฎหมายบ้านเมือง

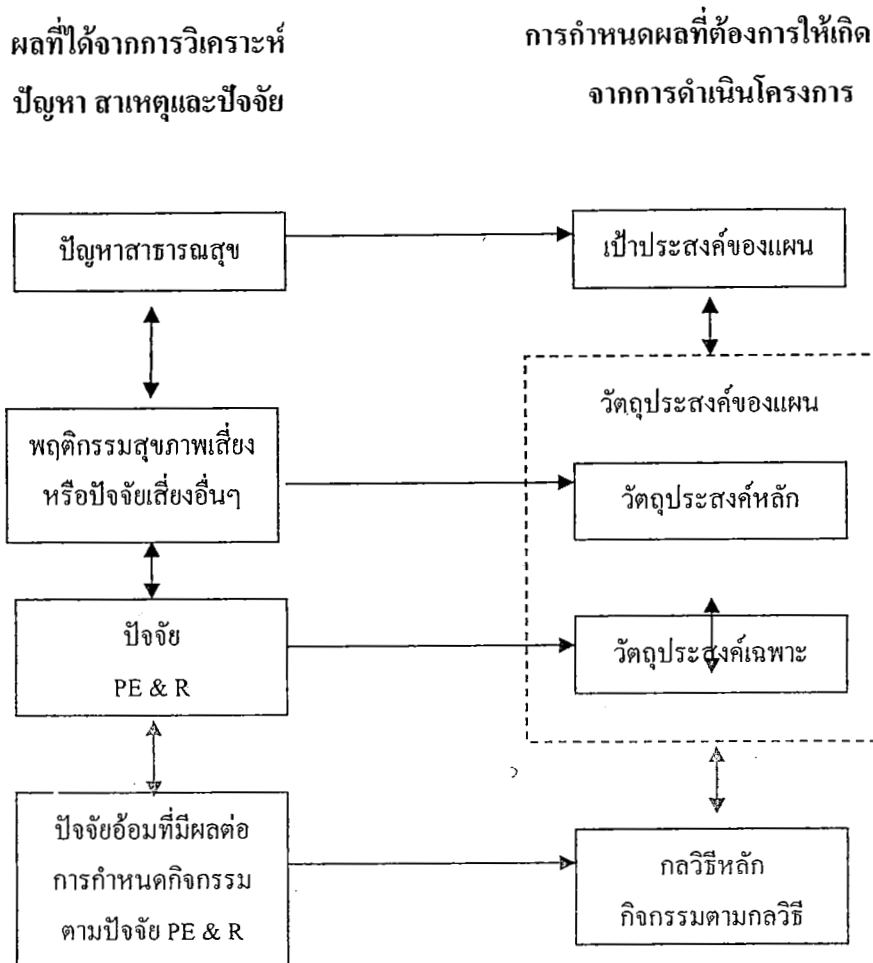
นอกจากนี้ ผู้วางแผนดำเนินโครงการ ควรได้ศึกษาถึงขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม วิถีชีวิต ของชุมชน ซึ่งจะช่วยให้การกำหนดกิจกรรม การดำเนินงาน ได้รับการยอมรับจากชุมชน และความเป็นไปได้มากขึ้น ส่งผลเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนต่อไป

รูปแบบการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหานี้อาจทำการวิเคราะห์ในรูปของแผนภูมิต้นไม้ (problem tree) โดยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยเป็นลำดับกันลงมาจากปัจจัย ที่เป็นสาเหตุตรงหรือสาเหตุหลัก ร่องลงมาเป็นสาเหตุรองที่ส่งผลให้เกิดสาเหตุหลัก เช่น การวิเคราะห์ที่สาเหตุของปัญหา การระบาดของไข้เลือดออก ดังแสดงในภาพที่ 4-5



ภาพที่ 4-5 แผนภูมิต้นไม้ แสดงสาเหตุของการเกิดโรคไข้เลือดออกในโรงเรียน

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา จะนำไปเขียนเป็นวัตถุประสงค์ และเป็นหนทางในการแก้ปัญหาต่อไป ดังแสดงในภาพที่ 4-6



ภาพที่ 4-6 ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ และปัจจัย กับการเขียนโครงการ (นิรันดร์ อิมามี่, 2540, หน้า 29)

เมื่อวิเคราะห์สาเหตุได้ชัดเจนแล้ว ขั้นตอนต่อไป คือ การเขียนแผนงานโครงการ ในการเขียนแผนงานโครงการ สามารถเขียนได้หลายแบบ เช่น การเขียนให้ลักษณะเป็นความเรียง ตามหัวข้อที่กำหนด เรียกว่า การเขียนแบบดั้งเดิม หรือประเพณีนิยม (conventional method) หรือการเขียนในรูปแบบตารางเหตุผลสัมพันธ์ (logical framework method) ในที่นี้ จะศึกษาเฉพาะการเขียนแผนงานโครงการแบบ ซึ่งมีหัวข้อและรูปแบบในการเขียน ดังนี้

1.1 **ชื่อโครงการ** เป็นข้อความที่ไม่ยาวจนเกินไป ที่แสดงให้เห็นถึงจุดประสงค์ หรือ ลักษณะของกิจกรรมที่ปฏิบัติ เช่น โครงการรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด โครงการอบรมความรู้เรื่อง สุขภาพจิตแก่ประชาชน เป็นต้น ถ้าเป็นโครงการที่ทำร่วมกับประชาชน หรือกลุ่มผู้รับบริการโดยตรง การตั้งชื่อโครงการโดยแสดงชื่อกลุ่มเป้าหมายด้วยก็จะทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้สึกมีส่วนร่วมในการ เป็นเจ้าของโครงการ เกิดความร่วมมือร่วมใจในการทำกิจกรรมมากขึ้น เช่น โครงการแสนสุขพร้อมใจ สวมใส่หมวกนิรภัย

1.2 **ระยะเวลาดำเนินการ** บอกระยะเวลาที่ดำเนินการ ตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ

1.3 **ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ** หรือหน่วยงาน เป็นการระบุตัวบุคคลหรือหน่วยงานที่ รับผิดชอบ เพื่อประโยชน์ในการประสานงาน ติดตามประเมินผล

1.4 **หลักการและเหตุผล** ควรบรรยายถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับ ใหญ่ลงมาถึงระดับชุมชน ในด้านขนาดของปัญหา สาเหตุของปัญหา ผลเสียต่อสุขภาพ สังคมและ เศรษฐกิจของประชาชน ครอบครัวและชุมชน ข้อดีหรือประโยชน์ที่จะได้รับจากการทำโครงการ สภาพปัญหาอาจเขียนบรรยายตั้งแต่สถานการณ์ของประเทศ จังหวัด อำเภอ ตำบล จนถึงชุมชนที่ทำ ศึกษา ถ้าหากปัญหานั้นเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในทุกระดับ การเขียนหลักการและเหตุผล ควรเขียนให้ กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่าย อ่านแล้วเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้มีโอกาสที่จะได้รับความ ร่วมมือจากผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานมีมากขึ้น

1.5 **วัตถุประสงค์** เป็นส่วนที่แสดงให้เห็นผลที่ต้องการให้เกิดขึ้นจากการทำโครงการ และยังใช้เป็นตัวกำหนดกิจกรรมต่างๆ ที่จะทำให้บรรลุผลอีกด้วย การเขียนวัตถุประสงค์ที่ดี จะต้อง คำนึงถึงหลัก 5 ประการ ที่เรียกว่า SMART

S = Sensible หมายถึง ความเป็นไปได้ในการดำเนินงาน

M = Measurable หมายถึง ต้องสามารถวัดและประเมินผลได้

A = Attainable หมายถึง การระบุสิ่งที่ต้องการดำเนินงานอย่างชัดเจน และเฉพาะเจาะจงมากที่สุด

R = Reasonable หมายถึง ความเป็นเหตุเป็นผลในการปฏิบัติงาน

T = Time หมายถึง มีการระบุขอบเขตของเวลาที่แน่นอนในการปฏิบัติงาน

วัตถุประสงค์ของแผนงานโครงการ อาจแบ่งได้เป็น 2 ระดับ คือ วัตถุประสงค์หลัก หรือวัตถุประสงค์ทั่วไป และวัตถุประสงค์เฉพาะของแผนงานโครงการ

**วัตถุประสงค์ทั่วไป** บอกถึงความต้องการให้เกิดขึ้นหลังจากดำเนินโครงการไปแล้ว ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง เป็นการบอกจุดประสงค์กว้างๆ จากวัตถุประสงค์หลัก จะทำให้ผู้อ่านเข้าใจว่า เป้าประสงค์ของโครงการคืออะไร



วัตถุประสงค์เฉพาะ เป็นข้อความที่มีความเฉพาะเจาะจง ที่ระบุปริมาณและคุณภาพของการเปลี่ยนแปลงในกลุ่มเป้าหมายอย่างชัดเจน ในระยะเวลาที่กำหนด อาจใช้คำว่า เป้าหมายแทนวัตถุประสงค์เฉพาะ

วัตถุประสงค์ทั่วไปกับวัตถุประสงค์เฉพาะต้องมีความสัมพันธ์กัน คือ วัตถุประสงค์ทั่วไปจะอยู่ในระดับสูงกว่าวัตถุประสงค์เฉพาะ หากวัตถุประสงค์เฉพาะบรรลุผลก็จะส่งผลให้วัตถุประสงค์หลักบรรลุด้วย

#### ตัวอย่าง

ปัญหา เกิดไข้เลือดออกที่โรงเรียนหนองน้ำใส มีนักเรียนป่วยร้อยละ 5

วัตถุประสงค์หลัก

1. โรงเรียนปลอดจากยุงลาย และแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายตลอดปี
2. นักเรียนสามารถปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการป่วยเป็น ไข้เลือดออกได้

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. มีการฉีดพ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย 2 ครั้ง/ปี
2. นักเรียนร่วมมือกันทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงทุกสัปดาห์ ละ 1 ครั้ง
3. นักเรียนร้อยละ 80 มีความรู้เรื่องวิธีป้องกัน อาการและการปฏิบัติตนเมื่อเป็น

ไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี

1.6. วิธีการดำเนินงาน เป็นการระบุถึงกิจกรรมที่จะปฏิบัติ วิธีการดำเนินงานที่ละเอียดชัดเจน เป็นขั้นตอนตามลำดับก่อนหลัง โดยอาจกำหนดเป็นกิจกรรมระยะก่อนดำเนินงาน ขณะดำเนินงาน และหลังดำเนินงาน กิจกรรมที่เขียนต้องเป็นกิจกรรมที่จะนำไปปฏิบัติจริงและสอดคล้องกับการบรรลุวัตถุประสงค์ ซึ่งในการจัดกิจกรรมการดำเนินงาน เพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ควรคำนึงถึง ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม ของชุมชน กิจกรรมที่จะนำไปปฏิบัติต้องเป็นที่ยอมรับของชุมชน ไม่ขัดต่อขนบธรรมเนียม ประเพณีของชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับชุมชน ทั้งในด้านราคาและความง่าย สะดวกในนำมาใช้ มีการนำทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ ถ้าเป็นเทคโนโลยีที่คิดขึ้นโดยชุมชน ก็จะทำให้เป็นที่ยอมรับและมีการใช้ได้อย่างยั่งยืน และต้องคำนึงถึง ทรัพยากรที่มีอยู่ ทั้งในด้านงบประมาณ กำลังคน วัสดุสิ่งของต่างๆ

ในการเขียนวิธีการดำเนินงาน หากวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาแล้ว พบว่ามีหลายกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติ วัตถุประสงค์จึงจะบรรลุ ควรเขียนระบุกิจกรรมหลักที่จะปฏิบัติ ต่อจากนั้นเขียนบอกวิธีการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรมหลักให้ชัดเจน และเพื่อให้ง่ายต่อการนำโครงการไปปฏิบัติ การติดตามกำกับและการประเมินโครงการ ควรมีผังควบคุมกิจกรรม ที่บอกระยะเวลาที่จะใช้ในการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม กำหนดผู้รับผิดชอบชัดเจน และเพื่อให้เห็นกิจกรรมการดำเนินงานในแต่ละระยะของโครงการชัดเจนขึ้น อาจเขียนโดยใช้แผนภูมิแกนต์ (Gantt's Chart) ดังตัวอย่าง

ตารางที่ 4-1 (ต่อ)

กิจกรรม	พ.ค.	มี.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ก.ย.	ต.ค.	พ.ย.	ธ.ค.	ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	ผู้รับผิดชอบ
4. การรณรงค์													ผู้อำนวยการ คرونามย์โรงเรียน กลุ่มแกนนำ คرونามย์และเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข
-กำหนดนโยบายและวิธีการ													
-จัดเตรียมวัสดุ													
-รณรงค์ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และตรวจนับภาชนะที่มีลูกน้ำยุงลาย -เฝ้าระวังการเจ็บป่วย													

ในการระบุผู้รับผิดชอบ ควรระบุชื่อคนให้ชัดเจน แต่ถ้เป็นโครงการใหม่ทั้งฝ่าย ให้ระบุฝ่ายที่รับผิดชอบให้ชัดเจน

1.7 งบประมาณหรือทรัพยากรที่ต้องใช้ เป็นการระบุจำนวนบุคลากร จำนวนวัสดุ ครุภัณฑ์ ที่ต้องใช้ในการจัดโครงการ ถ้าเป็นเงินควรแจกแจงจำแนกตามหมวดค่าใช้จ่าย ได้แก่ หมวด ค่าตอบแทน ใช้สอย วัสดุ สาธารณูปโภค ครุภัณฑ์ ที่ดิน สิ่งก่อสร้าง ในการจัดทำงบประมาณควรคำนึงถึงหลักความประหยัด (economy) ความมีประสิทธิภาพ (efficiency) ความมีประสิทธิภาพ (effectiveness) และความยุติธรรม (equity) และควรมีการระบุแหล่งที่มาของทรัพยากรให้ชัดเจน เช่น จากงบประมาณแผ่นดิน จากการบริจาค เป็นต้น

### ตัวอย่าง

ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการกำจัดไข่เลือดออก

#### 1. คน

เจ้าหน้าที่พ่นหมอกควันจากสถานีอนามัย จำนวน 2 คน

ผู้นำนักเรียน 10 คน

นักเรียน ชั้น ป.1-ป.6 ทุกคน

#### 2. วัสดุ อุปกรณ์

เครื่องพ่นหมอกควันจากสถานีอนามัย จำนวน 2 เครื่อง

#### 3. งบประมาณ

##### 3.1 ค่าตอบแทน ใช้สอย จากเงินบำรุงของโรงเรียน

ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่พ่นหมอกควัน 2 คนๆ ละ 300 บาท เป็นเงิน 600 บาท

ค่าวิทยากรให้ความรู้เรื่อง ไข่เลือดออก แก่ครูประจำชั้น เป็นเงิน 300 บาท

##### 3.2 ค่าวัสดุ จากเงินบำรุงของโรงเรียน

- ค่าเกลือ จำนวน 5 ก.ก. เป็นเงิน 20 บาท

- ค่าทรายอะเบท จำนวน 2 ก.ก. เป็นเงิน 400 บาท

- วัสดุสำนักงาน เป็นเงิน 500 บาท

- ค่าของขวัญกานัลผู้นำนักเรียนที่ปฏิบัติหน้าที่ เป็นเงิน 500 บาท

รวมทั้งสิ้น 2,320 บาท

1.8 การประเมินผล ในการประเมินผลโครงการ มีการประเมินได้หลายประเภท ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการประเมินของผู้จัดทำโครงการ แต่อย่างน้อยควรมีการประเมินประสิทธิผลของโครงการ โดยต้องระบุดัชนีและวิธีการประเมินผลสำเร็จของวัตถุประสงค์ของโครงการ โดยอาจจะระบุระยะเวลาเป็นระยะๆ หรือประเมินรวบยอดเพียงครั้งเดียว เมื่อเสร็จสิ้นโครงการ

## ตัวอย่าง

การประเมินประสิทธิผลของโครงการ

1. จากรายงานผลการตรวจนับยุงลาย และแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายของผู้นำนักเรียน ต้องพบว่าไม่มียุงลาย และไม่พบแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในโรงเรียน
2. จากรายงานผลการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายของนักเรียน โดยนักเรียนร้อยละ 90 มีผลงานการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน
3. แบบทดสอบความรู้เรื่องไข้เลือดออก หลังการอบรม นักเรียนทุกคนสามารถตอบแบบทดสอบได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 90
4. แบบสอบถามการปฏิบัติตนของนักเรียน ในการป้องกันยุงกัดทั้งที่บ้านและโรงเรียน โดยนักเรียนทุกคนนอนในมุ้ง

ประเภทของการประเมินผลโครงการจะกล่าวละเอียดในหัวข้อประเภทการประเมินผลโครงการในภายหลัง

**1.9 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** ช่วยให้เห็นคุณค่าของโครงการมากขึ้น การเขียนถึงประโยชน์หรือผลกระทบที่จะพึงได้รับหากโครงการบรรลุวัตถุประสงค์ ควรระบุให้ชัดเจนว่า ผลที่จะเกิดขึ้นกับหน่วยงาน องค์กร กลุ่มเป้าหมาย ชุมชน มีในแง่ใด มากน้อยเพียงใด ทั้งในแง่ผลโดยตรงของโครงการและผลกระทบ

## ตัวอย่าง

นักเรียนไม่ป่วยเป็นไข้เลือดออก สามารถเรียนรู้ได้อย่างเต็มที่ ครอบครัวไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย และโรงเรียนไม่เป็นแหล่งแพร่โรคไข้เลือดออกไปยังชุมชน ทำให้ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ประชาชนมีสุขภาพดี

**1.10 ผู้เสนอโครงการ** ให้ระบุชื่อผู้เสนอโครงการ ซึ่งอาจเป็นบุคคลที่ดำเนินโครงการ แต่เป็นหัวหน้าหน่วยงานที่ดำเนินโครงการ

**1.11 ผู้อนุมัติโครงการ** หมายถึง ให้ผู้บังคับบัญชาาระดับสูง ผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจอนุมัติงบประมาณ หรือตัดสินใจว่าจะให้โครงการนี้ดำเนินการได้หรือไม่

## 2. การนำโครงการไปปฏิบัติ

การดำเนินตามโครงการที่เขียนไว้ ต้องได้รับความร่วมมือร่วมใจของทีมงาน มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการแบ่งงานกันรับผิดชอบตามขั้นตอนที่วางไว้ โดยผู้รับผิดชอบโครงการหรือผู้บริหารต้องมอบหมายให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถของแต่ละคน (put the right man in the right job) มีการนิเทศและติดตามผลงานงานเป็นระยะ ทรัพยากรที่มีอยู่ต้องจ่ายอย่างระมัดระวัง ให้เกิดประโยชน์คุ้มค่าที่สุด และพยายามกระตุ้นให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของและมีส่วน

ร่วมมากที่สุด ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ ควรเริ่มตั้งแต่การวางแผนจัดทำโครงการ จนถึงการประเมินโครงการ

### 3. การประเมินผลโครงการ

การประเมินโครงการ หมายถึงกระบวนการในการเก็บรวบรวม การวิเคราะห์ข้อมูลของการดำเนินโครงการ ทำให้ทราบถึงจุดดี จุดด้อย และผลสำเร็จของโครงการ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปใช้ในการควบคุม กำกับกิจกรรมการดำเนินงาน และประกอบการตัดสินใจว่าจะปรับปรุง แก้ไขโครงการ หรือจะให้ดำเนินงานต่อไป หรือยุติการดำเนินโครงการนั้น

**ประเภทของการประเมินผล** การประเมินผลมีหลายรูปแบบ ดังนี้

**3.1 การประเมินประสิทธิผลโครงการ(Evaluation of Program Effectiveness)** เป็นการประเมินว่าภายหลังจากดำเนินโครงการแล้วสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ดังนั้น ในการกำหนดวิธีการประเมินผลที่จะใช้จึงควรเขียนให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยระบุวิธีการ และแหล่งที่มาให้ชัดเจนด้วย

**ตัวอย่าง**

- จำนวนสุนัขที่มารับการฉีดวัคซีนจากสมุดลงทะเบียน
- ระดับความรู้จากการทดสอบด้วยแบบวัดความรู้เรื่องโรคเอดส์ หลังการอบรมนักเรียนมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ในระดับดี โดยได้คะแนนอย่างน้อยร้อยละ 80

**3.2 การประเมินประสิทธิภาพโครงการ(Evaluation of Program Efficiency)** เป็นการเปรียบเทียบระหว่างผลที่เกิดจากการดำเนินงานกับปัจจัยนำเข้าทั้งหมดที่ใช้ไป เมื่อพูดถึงปัจจัยนำเข้าส่วนใหญ่จะนึกถึงความพร้อมใน 3 ด้าน (3 M) ซึ่งได้แก่ กำลังคน (man) เงินที่มี (money) และ วัสดุอุปกรณ์ (material) ที่จะต้องจัดเตรียมทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพ แต่เนื่องจากในหลายกรณีมีความยุ่งยากในการเปลี่ยนค่าของผลและปัจจัยนำเข้าเป็นค่าของเงิน การประเมินผลประสิทธิภาพของโครงการด้านสาธารณสุขจึงนิยมการประเมินโดยการเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างโครงการด้วยกันเรียกว่า การประเมิน cost effectiveness

**3.3. การประเมินกิจกรรมการดำเนินงาน(Process Evaluation)** เป็นการประเมินที่คำนึงถึงผลสำเร็จ และปัญหาอุปสรรคของกระบวนการดำเนินกิจกรรมทุกขั้นตอน ตามที่ได้กำหนดไว้ เพื่อนำข้อมูลมาแก้ไขการดำเนินการ โดยพิจารณาตั้งแต่วัตถุประสงค์ เป้าหมาย ทรัพยากร ขั้นตอน และผลสรุป

**3.4. การประเมินความก้าวหน้าของโครงการ (Progress Evaluation)** เป็นการประเมินผลการดำเนินงานในแง่ของกิจกรรมที่ได้ทำไปและการใช้ทรัพยากรในช่วงเวลาที่กำหนดว่ามี ความครอบคลุมเป้าหมายที่ตั้งไว้มากน้อยเพียงใด

3.5. การประเมินผลกระทบ (Impact Evaluation) เป็นเรื่องค่อนข้างยากเนื่องจากเป็นการวิเคราะห์ถึงผลดี ผลเสียที่เกิดขึ้นหลังจากดำเนินโครงการซึ่งอาจจะไม่ใช่ผลโดยตรงของโครงการแต่เป็นผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น ซึ่งผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นอาจเป็นผลที่เกิดจากปัจจัยร่วมอีกหลายอย่าง จึงเป็นการยากที่จะประเมินกระทบที่เกิดจากโครงการออกมาได้อย่างชัดเจน เช่น โครงการจัดหาน้ำสะอาดซึ่งจะมีผลดีต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนหลายประการ แต่ถ้าหากเป็นการดำเนินงานด้านนี้แต่เพียงอย่างเดียว โดยปราศจากการดำเนินการเกี่ยวกับการจัดน้ำเสียและสิ่งปฏิกูลก็ไม่อาจจะกล่าวได้อย่างเต็มที่ว่าได้รับคุณประโยชน์สูงสุด หรือการลดลงของอัตราการป่วยตายของทารกจากโรคติดเชื้อ แต่ในขณะเดียวกันมีการเพิ่มขึ้นของปัญหาด้านโภชนาการที่ไม่ถูกสุขลักษณะซึ่งย่อมส่งผลถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อได้ ดังนั้น ในการดำเนินการจึงควรต้องพิจารณากำหนดแผนงานด้านโภชนาการควบคู่กันด้วย

ในการประเมินผล ควรดำเนินไปในทุกระยะของการดำเนินโครงการ โดยการประเมินผลก่อนดำเนินงาน เพื่อประเมินว่าโครงการที่จะจัดทำขึ้น จะมีโอกาสสำเร็จผลมากน้อยเพียงใด การประเมินผลขณะดำเนินงาน เป็นการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจริงกับที่คาดหวังไว้ เมื่อได้เริ่มงานตามแผนหรือโครงการแล้วเป็นระยะๆ มีปัญหา อุปสรรค อะไรบ้าง และมีแนวโน้มที่จะบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้หรือไม่ และ การประเมินหลังการดำเนินงาน เป็นการประเมินครั้งสุดท้ายว่าโครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่ กิจกรรมหรืองบประมาณเพียงพอเหมาะสมเพียงใด สมควรที่จะดำเนินการแก้ไข ปรับปรุง หรือดำเนินการในครั้งต่อไปอย่างไร

## สรุป

ในภาวะการณปัจจุบันลักษณะปัญหาสาธารณสุขและแนวโน้มการเกิดโรคของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงไปมาจากปัญหาโรคติดต่อเป็นปัญหาอุบัติเหตุและโรคไม่ติดต่อ ซึ่งสาเหตุของปัญหาส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่ไม่เหมาะสม ประกอบกับปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมที่มีความเสี่ยงที่จะทำให้ประชาชนเจ็บป่วยมากขึ้น ดังนั้นในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยในระดับชุมชน ซึ่งเป็นการจัดบริการที่ให้บริการกับคนกลุ่มใหญ่ สิ่งสำคัญในการดำเนินการคือการศึกษาและหากกลยุทธ์ที่จะทำให้การดำเนินงานในชุมชนประสบความสำเร็จ กลยุทธ์สำคัญที่ดำเนินการมาเป็นเวลานานในประเทศไทยได้แก่ การสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมีหลักการที่สำคัญคือการมีส่วนร่วมของชุมชน จนสามารถยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชนให้ดีขึ้นได้ระดับหนึ่ง ซึ่งการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง จนพัฒนามาสู่นโยบายสุขภาพภาคประชาชนที่มีแนวคิดและกลวิธีที่น่าสนใจ เหมาะแก่การนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับชุมชน กลวิธีอื่นๆ ที่ควรนำมาประกอบการทำงานในชุมชนได้แก่ กลวิธีส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรอตตาวา ที่ประกอบด้วยการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนบริการสาธารณสุข จะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยในระดับชุมชนนั้นควรดำเนินการโดยใช้มาตรการหลายๆ วิธี แทนการดำเนินการเพียงวิธีใดวิธีหนึ่ง โดยเฉพาะการให้ความสำคัญกับชุมชนคือชุมชนต้องมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ จะเป็นปัจจัยหลักที่จะนำไปสู่กลวิธีอื่นๆ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพประชาชนอย่างยั่งยืนต่อไป

บทบาทสำคัญในการดำเนินงานของพยาบาลในชุมชนอีกประการหนึ่งคือ การเขียนแผนงานโครงการ เพื่อให้ปัญหาที่พบในชุมชนหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพถูกนำมาดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม มีลายลักษณ์อักษรที่ชัดเจนที่สามารถสื่อให้ทุกคนได้เข้าใจตรงกันถึงแผนการดำเนินงานรวมทั้งการขออนุมัติงบประมาณจากผู้บังคับบัญชาหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งยังช่วยให้มีแนวทางในการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่ชัดเจนอีกด้วย

### คำถามท้ายบท

1. จงอธิบายแนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพในชุมชนว่าจะมีลักษณะเป็นอย่างไร และมีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงใดบ้าง
2. เปรียบเทียบการดำเนินงานในชุมชนโดยใช้กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน กับ กฎบัตรรอดตาย
3. วิเคราะห์วิจารณ์ระบบสุขภาพภาคประชาชน ตามความคิดเห็นของนิสิต
4. ถ้านิสิตได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบชุมชนที่มีปัญหาเกี่ยวกับยาเสพติด นิสิตจะมีกลวิธีในการป้องกันปัญหานี้อย่างไร
5. เขียนโครงการเพื่อแก้ปัญหาที่นิสิตพบในมหาวิทยาลัยมา 1 ปัญหา



### บรรณานุกรม

- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). **ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ธีระ งามสูตร. (2531). **การสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
- นิรัตน์ อิมามี่. (2540). **เทคนิคการวางแผนงานโครงการสุขภาพและสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ:  
 โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- พรนภา หอมสินธุ์. (2542). **การพยาบาลชุมชน**. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาล  
 ชุมชน 2. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ไพจิตร ปะบุตตร. (2537). **แนวความคิดสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2536-2543**. กรุงเทพฯ: กระทรวง  
 สาธารณสุข.
- เมธี จันท์จากรุณ. (บรรณาธิการ). (2545). **สิทธิหน้าที่พลเมือง : ระบบสุขภาพภาคประชาชน**.  
 กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (ผู้แปล). (2535). **วิพากษ์การสาธารณสุขมูลฐาน มุมมองของนักมนุษยวิทยา  
 การแพทย์**. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2541). **วัฒนาการการส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติ**. กรุงเทพฯ:  
 โรงพิมพ์ดีไซร จำกัด.
- สุวารี ชูเกียรติ. (2544). **นวัตกรรมสาธารณสุขไทย 1**. กรุงเทพฯ: บริษัทประชุมการช่าง จำกัด
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. (2535). **แนวทางนิเทศงาน  
 สาธารณสุขมูลฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล**. กรุงเทพฯ: โรง  
 พิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. (2530). **รวมบทความพัฒนางาน  
 สาธารณสุขมูลฐาน เล่ม . .** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. (2540). **การดำเนินงานสาธารณสุข  
 มูลฐานในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. (2527). **สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี  
 2543**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักข่าวพานิชย์.
- สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. (2539). **คู่มือการปฏิบัติงาน  
 สาธารณสุขมูลฐานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์  
 องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

189637

อมร นนทสุด. แนวความคิด หลักการและวิธีการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน. (2531). กรุงเทพฯ:

โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล และงามจิตต์ จันทร์สาธิต. (บรรณาธิการ). (2541). นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ดีไซร จำกัด.

Smith.C.M. (1995). **Community health nursing: Theory and practice**. Philadelphia: W.B.

Saunders.

World Health Organisation. (1986). **The Ottawa Charter for Health Promotion**. Copenhagen:

World Health Organisation.