

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลของรูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษา
ต่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าเขตเมือง จังหวัดน่าน
Effects of Health Education Patterns
to Reach Health For All in Nan Urban Area

พิกุล เฮงสนันกุล ว.ทบ. (พยาบาลสาธารณสุข),
ว.ทม. (สาธารณสุขศาสตร์)
สุจินดา วรณวัต ว.ทบ. (สุขศึกษา)
ฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลน่าน

Pikun Hengsanankul M.S. (Pub. Hlth. Nurs.)
Sujinda Wunnawat B.Sc. (Hlth. Ed.)
Department of Social Medicine,
Nan Hospital, Nan

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีความประสงค์จะหาแนวทางการเข้าถึงชุมชน โดยใช้กิจกรรมทางสุขศึกษาเพื่อสร้างความเข้าใจแก่ชุมชนและให้เกิดความร่วมมือที่ดีของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยเพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ผลของการวิจัยพบว่า กิจกรรมสุขศึกษาผ่านสื่อโทรทัศน์ วิหุญ และหนังสือพิมพ์ เป็นสื่อที่ชุมชนได้รับสูงสุด ทั้งก่อนและหลังการ Approach ด้วยกิจกรรมสุขศึกษา ชุมชนบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า (14 ชุมชน) ได้รับข่าวสารทุกประเภทสูงกว่าชุมชนที่ไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า (12 ชุมชน) หลังการ Approach ด้วยกิจกรรมทางสุขศึกษาชุมชนทั้งสองกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับเครื่องชี้วัดการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = 0.001$) อนึ่ง ความถี่ห่างของการได้รับข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า แต่การเข้าเยี่ยมแนะนำของเจ้าหน้าที่ การสื่อโดยการติดแบบประเมิน จปฐ. 25 ข้อ การรวมตัวของคณะกรรมการชุมชน การสื่อผ่านการประชุม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การประชุมชาวบ้านของคณะกรรมการชุมชน การประชุมของ อสม. และการประชุมของ อสม. กับชาวบ้าน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = 0.05$) จากผลการศึกษาดังกล่าวอาจสรุปได้ว่ากิจกรรมทางสุขศึกษาที่เหมาะสมสำหรับชุมชนเขตเมือง จังหวัดน่าน เพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าผ่านสื่อต่างๆ ที่ชุมชนได้รับ การสร้างให้ชาวบ้านรู้จักปัญหาของครอบครัวโดยใช้แบบประเมิน จปฐ. ควบคุมกับการชี้แนะของเจ้าหน้าที่ การสื่อปัญหาและแนวทางแก้ไขผ่านการประชุมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอและเป็นรูปธรรมสามารถนำไปสู่การบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าของชุมชนได้

ABSTRACT

The purpose of this study was to find the best way to promote communities to reach Health For All criteria by using health education methods. The study was conducted in 26 communities of Muang District of Nan Province. It was found that most households in the communities received messages from television, radio and newspapers. Communities which had reached Health For All criteria had received the messages more than the other communities. All communities had significantly better knowledge in Health For All criteria after the health education framework was introduced ($p < .001$). Although no significant differences between the two groups of communities found due to different frequency of communications, this study found the differences in (1) personnel visits, (2) display of Basic Minimum Needs' form, (3) community committee's activities, (4) health volunteer team meeting and (5) health volunteers' meetings with people.

This study demonstrated that health education strategies to reach Health For All criteria should comprise the use of BMN forms, personnel visits, which usually addressed the problems and how to solve them at all level of community meetings. These made health education process tangibly sustainable and a way for Communities to reach Health For All.

บทนำ

สุขภาพดีถ้วนหน้า (Health For All) ถูกกำหนดให้เป็นเป้าหมายหลักของสังคม จากการประชุมสมัชชาอนามัยโลกสมัยที่ 30 ขององค์การอนามัยโลก เมื่อ พ.ศ.2520 ประเทศภาคีสมาชิกได้มีมติว่าสุขภาพดีถ้วนหน้า ภายในปี 2543 หรือ "Health For All by the Year 2000" และผลของการประชุมใหญ่ที่ อัลมา อตา ประเทศรัสเซีย ในปี 2521 ได้มีข้อตกลงว่า "การสาธารณสุขมูลฐาน หรือ Primary Health Care เป็นกลวิธีหลักในการบรรลุเป้าหมาย"

ประเทศไทยได้เริ่มการประชุมระดับชาติในปี 2520 และในปี 2533 ได้ให้สัตยาบันในกฎบัตรเพื่อพัฒนาการทางสุขภาพ (Charter for Health Development) อันเป็นการคอกย้ำเจตนารมณ์ของประเทศที่จะทำให้ทุกคนในประเทศไทยเกิดมาและเติบโตไปจนแก่และตายอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ อีกทั้งในระหว่างที่มีชีวิตอยู่นั้น ต้องมีสุขภาพดีพอที่จะเป็น

ประโยชน์และมีส่วนร่วมสร้างเสริมเศรษฐกิจ ตลอดจนสังคมที่ทุกคนเป็นสมาชิกอยู่ได้อย่างเต็มที่ โดยให้ความหมายของคำว่า สุขภาพดีถ้วนหน้า (HFA) คือ ทุกคนที่อยู่ในประเทศจะสามารถเข้าถึงสถานบริการได้อย่างทัดเทียมกันและเข้าถึงตามสภาพของโรคที่ควรจะเป็น รวมทั้งรัฐมีระบบป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ และรักษาพยาบาลแก่ประชาชนได้อย่างทั่วถึง ประชาชนรู้และได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานของการดูแลสุขภาพได้ ฯลฯ⁽¹⁾

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยกลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน รัฐบาลได้กำหนดนโยบายการพัฒนาสาธารณสุข ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 - 2539) ให้มีการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในเขตชนบทอย่างต่อเนื่อง พัฒนาให้มีความหลากหลาย และขยายเข้าไปในเขตเมืองให้มากขึ้น ปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพของสถานบริการทุกระดับ และ

พัฒนาสถานบริการระดับจังหวัดให้สามารถเป็นจุดรับส่งต่อและปรับปรุงระบบการส่งต่อให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนให้ประชาชนมีหลักประกันในการรับบริการสาธารณสุขทั้งทางด้านป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพฟื้นฟูสภาพ และรักษาพยาบาล ปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารงานสาธารณสุข แสวงหาและพัฒนาทรัพยากรพัฒนาขบวนการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขแก่ประชาชนให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ดังนั้น จึงกำหนดนโยบายเร่งรัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐานดังต่อไปนี้ คือ การจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) กำหนดเป้าหมายให้จัดตั้ง ศสมช. ครบทุกหมู่บ้านในปี 2537 พัฒนาองค์ประกอบหลักของการพึ่งตนเองของชุมชน ซึ่งได้แก่ คณะกรรมการหรือองค์กรชุมชน กำลังคน อันได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มพัฒนาต่างๆ รวมทั้งกองทุนพัฒนาชุมชน ให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น เพิ่มองค์ประกอบสาธารณสุขมูลฐาน 4 องค์ประกอบ คือ การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุอุบัติเหตุภัยและโรคไม่ติดต่อ การป้องกันและแก้ไขมลภาวะสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษและเป็นภัย และการคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีวัตถุประสงค์ให้ ร้อยละ 50 ของหมู่บ้านและชุมชนทั่วประเทศบรรลุจุดหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปีงบประมาณ 2537 ใช้เกณฑ์ชี้วัด 3 กลุ่มเป็นเกณฑ์คือ

กลุ่มที่ 1 ชุมชนสามารถบรรลุเกณฑ์ จปฐ.ด้านสาธารณสุขได้

กลุ่มที่ 2 ชุมชนมีความสามารถในการพึ่งพาตนเอง

กลุ่มที่ 3 ประชาชนมีหลักประกันในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเท่าเทียมกัน

การดำเนินการเพื่อให้บรรลุตัวชี้วัดตามเกณฑ์ จปฐ.ในเขตเมือง จังหวัดน่าน ได้ดำเนินการตั้งแต่ปี 2527

จนถึงปัจจุบัน โดยฝ่ายเวชกรรมสังคมร่วมกับกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองน่าน โดยจัดอบรม อสม.ใหม่ ฟื้นฟูความรู้ อสม.ทุกวันจันทร์ สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน (ปัจจุบันมี อสม.คงสภาพ 136 คน ครบ 26 หมู่บ้าน เฉลี่ยหมู่บ้านละ 5 คน) มีกองทุนยาครบทุกหมู่บ้าน เงินทุน 75,797 บาท กองทุนเอนกประสงค์ 10 หมู่บ้าน เงินทุน 100,000 บาท กองทุนบัตรสุขภาพ 21 หมู่บ้าน (จาก 26 หมู่บ้าน) เงินทุน 232,700 บาท กองทุนโภชนาการ 26 กองทุนเงินทุน 5,980 บาท กองทุนทรายอะเบท 26 กองทุนเงิน 47,250 บาท (ธค. 2535) มีการฉีดวัคซีนสุนัข ทุก 6 เดือน ใส่ทรายอะเบทและชั่งน้ำหนักเด็ก 0 - 5 ปี ทุก 3 เดือน จัดการประชุมเพิ่มเติมความรู้ อสม.อย่างสม่ำเสมอทุกเดือน สามารถทำให้ อสม.ดูแลสุขภาพประชาชนได้เป็นอย่างดี นอกเหนือจากการรักษาพยาบาลและส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อจากกองทุนยาแล้ว จากการทดลองส่งหญิงหลังคลอดและผู้ป่วยวัณโรคให้ อสม.เยี่ยมติดตามประเมินผลพบว่าหญิงหลังคลอดและผู้ป่วยวัณโรคมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมของ อสม.ร้อยละ 76.0 และร้อยละ 90.88 ตามลำดับ^(2,3)

กิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพประชาชนของอสม.เขตเมือง จังหวัดน่าน ดำเนินการโดยเป็นรูปแบบที่ชาวบ้านช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ใช้สถานที่บ้าน อสม.เป็นที่ตั้งของกองทุนยาและกองทุนเอนกประสงค์ โดยอสม. มีบทบาทในการกลั่นกรองผู้ป่วยก่อนส่งรักษาต่อทั้งผู้ป่วยบัตรสุขภาพและบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย

เมื่อกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้จัดตั้ง ศสมช.ให้ครบทุกหมู่บ้านในปี 2537⁽¹⁾ ในพื้นที่เขตเมือง จังหวัดน่าน ได้เปิดดำเนินการจนครบทุกชุมชนในวันที่ 9 กรกฎาคม 2536

หลังการจัดตั้ง ศสมช.ทุกชุมชน ฝ่ายเวชกรรม

สังคมได้ประเมินสถานการณ์ ปัญหาข้อขัดข้องการดำเนินงาน พบว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนบางหมู่บ้านเป็นไปได้ดีบางหมู่บ้านยังขาดความร่วมมืออันดี โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มประชาชนย่านร้านค้าและกลุ่มข้าราชการ ฝ่ายเวชกรรมสังคมได้ใช้การสื่อสารสู่ชุมชนผ่าน อสม.ในการประชุมประจำเดือน พี่นฟูความรู้ทุกเดือน พบว่ายังไม่สัมฤทธิ์ผล เมื่อประเมินการรับข่าวสารพบว่า กลุ่มร้านค้า ซึ่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีเวลามาร่วมกิจกรรมกับชุมชน และกลุ่มข้าราชการ ซึ่งกลางวันออกไปทำงาน ปิดบ้านไว้หรือมีลูกจ้างเฝ้าบ้าน จะไม่ทราบกิจกรรมที่ชุมชนกำลังพัฒนา มีลักษณะเป็นกลุ่มที่ถูกแยกออกนอกกลุ่มประชาชนทั่วไป เป็นจุดบอดของงานสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องมีการสื่อสารในลักษณะเน้นกลุ่มดังกล่าวทั้งสองกลุ่มเพื่อให้ได้รับข่าวสารด้านสาธารณสุขและร่วมกิจกรรมพัฒนาต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบรรลุคุณภาพชีวิตที่ดีพร้อมๆกับประชาชนทั่วไป ด้วยวิธีการสุขศึกษาเพื่อเปลี่ยนพฤติกรรมอนามัยซึ่งต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชน และชุมชนที่เขาอาศัยอยู่⁽⁴⁾

ฝ่ายเวชกรรมสังคมได้ประเมินการรับข่าวสารของประชาชนในเขตเมือง ปี 2534 ในเรื่องเอดส์ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่ง พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารทางโทรทัศน์ ร้อยละ 23.53 หนังสือพิมพ์ ร้อยละ 22.17 วิทยุ ร้อยละ 20.91 ฯลฯ ซึ่งเป็นเรื่องที่จะต้องปรับปรุงการสื่อสารให้ประชาชนให้ชัดเจนยิ่งขึ้น จึงเห็นควรมีให้มีการศึกษารูปแบบการให้สุขศึกษาและเลือกใช้สื่อที่เหมาะสมกับประชาชนในเขตเมือง โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การแสดงความคิดเห็นต่อสื่อที่ต้องการได้รับ พัฒนาทั้งรูปแบบและเนื้อหาที่สามารถนำไปใช้ในเรื่องอื่นต่อไปได้

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการ

ดำเนินงานสุขศึกษา ต่อการมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาชุมชน และเพื่อศึกษาผลของการใช้สื่อ รูปแบบการดำเนินงานสุขศึกษา ต่อการพัฒนาสุขภาพประชาชนของแต่ละหมู่บ้าน ให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะทำการศึกษาเฉพาะหัวหน้าครอบครัว หรือตัวแทน จำนวน 1,407 หลังคาเรือน 26 หมู่บ้าน ที่ตั้งบ้านเรือนในเขตเทศบาลเมืองน่าน

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1. การประเมินการรับข่าวสารของชุมชน ครั้งที่ 1 โดยแบบฟอร์มการสัมภาษณ์และบันทึกถึงแหล่งของข่าวสารที่ประชาชนในชุมชนได้รับทั้งผู้ส่งสาร (Sender) สื่อ (Media) และเมื่อข่าวสาร (Message) ความรู้เกี่ยวกับ จปฐ. ตามกระบวนการติดต่อสื่อสาร (Communication process)⁽⁵⁾ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุข

2. ให้ข่าวสาร เกี่ยวกับสุขภาพดีถ้วนหน้า ผ่านช่องทางสื่อที่ชุมชนนิยมรับข่าวสาร

3. ประเมินการรับข่าวสาร ครั้งที่ 2 รวมทั้งพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขของชุมชน เปรียบเทียบระหว่างชุมชนที่บรรลุและไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสัมภาษณ์ ประเมินการรับรู้ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าและการมีส่วนร่วมกิจกรรมชุมชนเขตเมือง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) และทดลองใช้เลือกเฉพาะข้อที่มีอำนาจการจำแนกสูง⁽⁶⁾

วิธีวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

เมื่อได้ ข้อมูลใน 1 และ 3 นำมาตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนและสรุป จปฐ. 2-3 หลังจากนั้น ออกแบบคู่มือ ลงรหัสตามแบบฟอร์ม จปฐ.และแบบประเมินการได้รับข่าวสารและกิจกรรมสุขศึกษา จำนวนครั้งการร่วมกิจกรรมชุมชน จากนั้นนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ทางสถิติ แยกออกเป็น

1. ค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ตามเกณฑ์ จปฐ.แต่ละหมู่บ้าน ด้วยค่า T - test

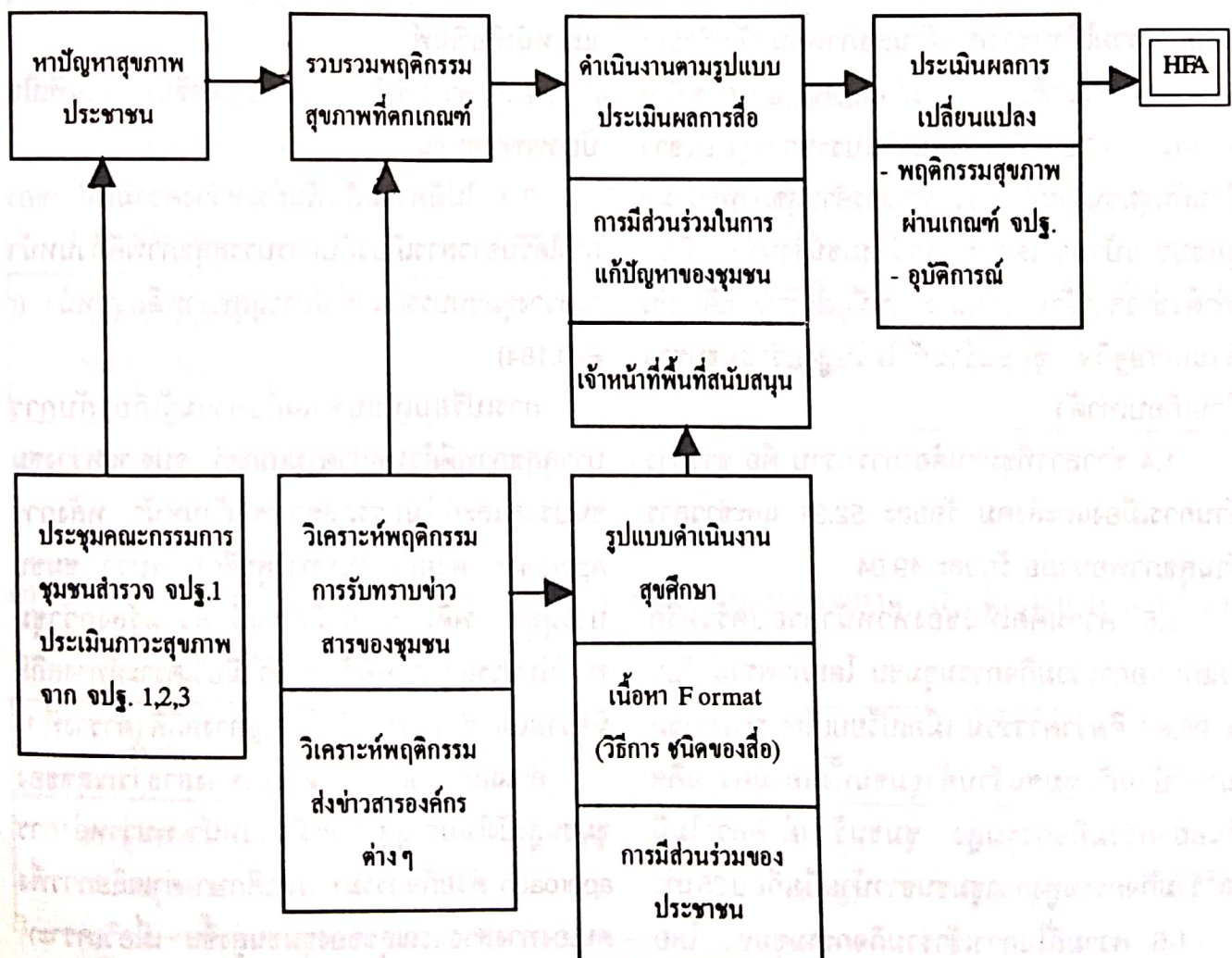
2. การร่วมในการแก้ปัญหาชุมชน กับการได้รับสื่อ เอกสาร การร่วมกิจกรรมสุขศึกษาด้วยค่า X^2

3. เปรียบเทียบการได้รับสื่อข่าวสารกับการบรรลุเกณฑ์ จปฐ. ด้วยค่า T - test

ระยะเวลาที่ทำการวิจัย 1 ปี (ตั้งแต่ มีนาคม 2536 - กุมภาพันธ์ 2537)

แผนภูมิที่ 1 แสดงถึงกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้

แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดของการวิจัย



ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1

1.1 ประเมินการได้รับข่าวสารของชุมชนเขตเมืองจังหวัดน่านก่อนการ Approach ด้วยกิจกรรมสุขศึกษาพบว่า ชุมชนส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารจากโทรทัศน์ รองลงมาคือวิทยุ และหนังสือพิมพ์ตามลำดับ

1.2 ความถี่ของการต้องการข่าวสารของชุมชนโดยภาพรวมร้อยละ 44 ต้องการข่าวสารทุกวัน รองลงมาคือทุกสัปดาห์ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างชุมชนชาวบ้านกับชุมชนร้านค้า ระดับความถี่ ความต้องการข่าวสารของชุมชนชาวบ้านจะถี่กว่าชุมชนร้านค้า ซึ่งชุมชนร้านค้าต้องการเพียงสัปดาห์ละครั้งหรือเดือนละครั้ง

1.3 ประเภทข่าวสารที่เคยได้รับของประชาชนโดยภาพรวมได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ร้อยละ 62.47 รองลงมาคือ ข่าวสารด้านสังคม และการเมือง ร้อยละ 55.72 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างชุมชนชาวบ้านกับชุมชนร้านค้าพบว่าข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยชุมชนชาวบ้านจะได้รับมากกว่าชุมชนร้านค้า เกือบเท่าตัวข่าวสารด้านสังคมและการเมืองได้รับใกล้เคียงกันด้านเศรษฐกิจ ชุมชนร้านค้าได้รับสูงกว่าชุมชนชาวบ้านเกือบเท่าตัว

1.4 ข่าวสารที่ชุมชนต้องการทราบ คือ ข่าวสารด้านการเมืองและสังคม ร้อยละ 52.31 และข่าวสารด้านสุขภาพอนามัย ร้อยละ 49.04

1.5 ความคิดเห็นของหัวหน้าครอบครัวหรือตัวแทนต่อการร่วมกิจกรรมชุมชน โดยภาพรวม ร้อยละ 96.87 คิดว่าควรร่วม เมื่อเปรียบเทียบระหว่างชุมชนชาวบ้านกับชุมชนร้านค้าชุมชนทั้งสองมีความคิดเห็นอยากร่วมกิจกรรมสูง ชุมชนร้านค้าคิดว่าไม่มีเวลาร่วมกิจกรรมสูงกว่าชุมชนชาวบ้านถึงเกือบ 25 เท่า

1.6 ความถี่ในการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน โดย

ภาพรวมมีการร่วมกิจกรรมทุกครั้ง ร้อยละ 49.47 รองลงมาคือ ทุกครั้งที่มีเวลาว่าง ตัวแทนชุมชนร้านค้าไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนถึงร้อยละ 60

1.7 การได้รับฟังเกี่ยวกับสุขภาพดีถ้วนหน้าของชุมชน ร้อยละ 72.85 เคยได้รับฟังและชุมชนชาวบ้านเคยได้รับฟังมากกว่าชุมชนร้านค้า ชุมชนร้านค้า ร้อยละ 66.36 ไม่รู้จัก จปฐ.และโดยภาพรวมทราบปัญหาด้านสาธารณสุข เพียงร้อยละ 18.05

ขั้นตอนที่ 2

ดำเนินการให้ข่าวสารผ่านสื่อต่างๆที่ชุมชนระบุว่าเป็นแหล่งรับข่าวสารและประเมินเปรียบเทียบระหว่างชุมชนบรรลุและไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าพบว่า

2.1 สื่อที่ชุมชนได้รับสูงสุดคือ โทรทัศน์ วิทยุ และหนังสือพิมพ์

2.2 ความรู้เกี่ยวกับ จปฐ.สูงขึ้นทุกด้านที่เป็นปัญหาของชุมชน

2.3 ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ห่างของการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าระหว่างชุมชนบรรลุและไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ($r = -0.184$)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าตามเกณฑ์ จปฐ.ระหว่างชุมชนบรรลุและยังไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า หลังการ Approach ด้วยกิจกรรมทางสุขศึกษาพบว่า ชุมชนบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้ามีค่าเฉลี่ยความรู้สูงกว่าชุมชนยังไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1)

ค่าเฉลี่ยการเฝ้าตนเองทางสาธารณสุขของชุมชนสูงยังไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า พบว่าหลังการ approach ด้วยกิจกรรมทางสุขศึกษา ค่าเฉลี่ยการเฝ้าตนเองทางสาธารณสุขของชุมชนสูงขึ้น เมื่อวิเคราะห์

ทางสถิติ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

หลังการ approach ด้วยกิจกรรมทางสุขศึกษา พบว่า ชุมชนบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้ามีค่าเฉลี่ยการ

เข้าถึงบริการสูงกว่าชุมชนไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) และเมื่อเปรียบเทียบ กิจกรรมการสอดแทรกความรู้ในเรื่องสุขภาพดีถ้วน

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าตามเกณฑ์ วัตถุประสงค์ระหว่างชุมชนบรรลุ และยังไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า

ชุมชน	จำนวนชุมชน	\bar{X}	SD	t-test
บรรลุ HFA	14	617.444	109.748	30.687*
ยังไม่บรรลุ HFA	12	376.889	101.461	

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = 0.001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของชุมชนไม่บรรลุ HFA ก่อน - หลังการ Approach ด้วยกิจกรรมทางสุขศึกษา

การ Approach	จำนวนชุมชน	\bar{X}	SD	t-test
ก่อนการ Approach	12	13.792	9.582	8.805*
หลังการ Approach		26.057	13.689	

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = 0.05$)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของชุมชนบรรลุ HFA/ไม่บรรลุ HFA หลังการ Approach ด้วยกิจกรรมสุขศึกษา

ชุมชน	จำนวนชุมชน	\bar{X}	SD	t-test
บรรลุ HFA	14	59.864	42.858	16.493*
ไม่บรรลุ HFA	12	26.057	13.689	

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = 0.05$)

หน้าในการประชุมต่างๆของชุมชน พบว่ามีความแตกต่างกันของชุมชนทั้ง 2 กลุ่ม (ตารางที่ 4)
 ความถี่ของการเข้าเยี่ยมชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนบรรลุและไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า

หน้า พบว่าชุมชนที่ไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าเยี่ยมบ่อยกว่าชุมชนบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบกิจกรรมการสอดแทรกความรู้ในเรื่องสุขภาพดีถ้วนหน้าในการประชุมต่างๆ ของชุมชน

กิจกรรมสอดแทรกความรู้ในการประชุม	ชุมชน	จำนวน	\bar{X}	SD	t-test
จำนวนครั้งการประชุมเฉพาะกรรมการในชุมชน	บรรลุ HFA	14	7.14	5.112	3.093*
	ยังไม่บรรลุ HFA	12	2.25	2.094	
จำนวนครั้งการประชุมชาวบ้านในเรื่องทั่วไป	บรรลุ HFA	14	13.14	10.689	1.956
	ยังไม่บรรลุ HFA	12	6.92	9.249	
จำนวนครั้งการประชุมชาวบ้านเฉพาะเรื่องการพัฒนาชุมชน	บรรลุ HFA	14	4.0	2.660	2.145*
	ยังไม่บรรลุ HFA	12	2.923	0.750	
จำนวนครั้งการประชุมเฉพาะ อสม.	บรรลุ HFA	14	10.295	4.827	4.679*
	ยังไม่บรรลุ HFA	12	3.0	3.275	
จำนวนครั้งการประชุมเฉพาะแม่บ้าน	บรรลุ HFA	14	3.429	1.742	0.970
	ยังไม่บรรลุ HFA	12	1.333	1.155	
จำนวนครั้งการประชุมอสม.ร่วมกับประชาชน	บรรลุ HFA	14	7.367	6.523	2.375*
	ยังไม่บรรลุ HFA	12	2.583	2.151	
จำนวนครั้งรวมการประชุมของชาวบ้าน	บรรลุ HFA	14	39.93	17.64	2.540
	ยังไม่บรรลุ HFA	12	16.33	10.299	

* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = 0.05$)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ของการเข้าเยี่ยมชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า

ความถี่ของการเข้าเยี่ยมชุมชน	บรรลุ HFA	ไม่บรรลุ HFA	รวม
บ่อย	614	456	1,070
นานๆ ครั้ง	166	61	227
รวม	780	517	1,297

$\chi^2 = 19.36$ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = 0.05$)

การประเมินชุมชนโดยใช้แบบประเมิน จปฐ. 25 ข้อ ในแต่ละบ้านของชุมชนบรรลุและไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า ชุมชนบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าจะตอบว่า

ได้รับการประเมินครบและมากกว่าชุมชนยังไม่บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 6)

ตาราง ที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการประเมินโดยแบบประเมิน จปฐ.กับการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า

การได้รับการประเมิน	บรรลุ HFA	ไม่บรรลุ HFA	รวม
ได้รับการประเมิน	780	382	1,162
ยังไม่ได้รับการประเมิน	0	135	135
รวม	780	517	1,297

$\chi^2 = 218.319$ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\alpha = 0.05$)

** การได้รับการประเมินโดยใช้ แบบ จปฐ. 25 ข้อ ประเมินทีละหลังคาเรือนว่าเข้าเกณฑ์และตกเกณฑ์ข้อใด และแจ้งให้เจ้าบ้านทราบพร้อมติดแบบฟอร์ม จปฐ.ไว้ที่บ้าน

วิจารณ์

จากการศึกษาการจัดกิจกรรมทางสุขศึกษา เพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าของชุมชนเขตเมือง จังหวัดน่าน อาจอธิบายได้ว่า

1. การจัดกิจกรรมสุขศึกษาแก่ชุมชนเขตเมือง จังหวัดน่าน คือการให้ข่าวสารผ่านสื่อที่ชุมชนเขตเมือง จังหวัดน่าน ได้รับและมีความนิยม ได้แก่ โทรทัศน์วิทยุ หนังสือพิมพ์ ในระยะแรก รวมทั้งผ่านหอกระจายข่าว เสียงตามสายต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธงชัย เล็กกัมพร⁽⁷⁾

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพดีถ้วนหน้า ผ่านสื่อต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วในข้อ 1 เป็นการสร้างความเข้าใจ และสร้างความตระหนักในปัญหาซึ่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประเมินและคาดว่าจะปัญหาของชุมชนและร่วมมือในการแก้ไข

3. การสื่อข่าวสาร ผ่านองค์การต่างๆ ในชุมชน

เป็นวิธีการที่ดีเพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน ซึ่งในสถานการณ์ปัจจุบัน คนในชุมชนจะมุ่งเน้นการหารายได้ ไม่ค่อยมีเวลาศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง การพบปะชาวบ้านจึงหาโอกาสได้ยาก ในการประชุมของชุมชนจึงเป็นโอกาสที่ควรสอดแทรกเรื่องราวที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องการให้ชาวบ้านต้องการรู้เพื่อเข้าใจในเรื่องเดียวกันและตรงกัน สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของสุนนา นาคพงศ์⁽⁷⁾

4. สื่อบุคคลและสื่อเอกสารแบบประเมิน จปฐ. 25 ข้อ ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เป็นตัวหลักต้นสำคัญที่ทำให้ชาวบ้านเข้าใจปัญหาและร่วมแก้ไข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศาสตราจารย์ นายแพทย์ ประพนธ์ ปิยะรัตน์⁽⁷⁾

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในชุมชนเขตเมือง ซึ่งมีลักษณะเป็นชานเมือง ประชาชนยังมีการรวมตัวกันได้ เนื่องจากสภาพเมืองยังเป็นลักษณะเมืองพุทธ มีวัดทุกชุมชน ชาวบ้านแบ่งกันตามศรัทธาวัด มีการพึ่งพากันเหมือนพี่น้อง ชุมชนที่ประเมินไม่ใช่ร้านค้า เนื่องจากระยะเวลาการศึกษาเพียง 1 ปี ผลของการศึกษาน่าจะใช้ได้เฉพาะชุมชนที่มีลักษณะคล้ายกัน

2. ในการประเมินชุมชนร้านค้า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของเขตเมือง จะมีการประเมินต่อไป ซึ่งในการ Ap-

proach น่าจะเน้นในเรื่องการให้ข่าวสารผ่านสื่อโทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ และวิทยุเป็นสำคัญ และใช้สื่อบุคคล น้อยกว่าชุมชนชานเมือง และการสื่อสารผ่านองค์กรของชุมชนร้านค้า คงใช้องค์กร สมาคมพ่อค้า สโมสร โรตารี สโมสรไลออนส์ เป็นต้น

3. การบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า จะบรรลุเกณฑ์ไม่ได้เลยถ้าขาดการสื่อสารที่ดี มีความต่อเนื่อง มีความตั้งใจจริงของชุมชน และการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข.

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร: กองสุขศึกษา, 2535:40-43.
2. พิกุล เฮงสนั่นกุล, ลาวัลย์ บุญเรือง. การดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมือง ทางด้านการเยี่ยม หลังคลอดและทารกแรกคลอดที่บ้าน. เอกสารรายงานการวิจัย, 2531.
3. พิกุล เฮงสนั่นกุล. ประสิทธิภาพการเยี่ยมผู้ป่วยวัณโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตเมือง จังหวัดน่าน. เอกสารรายงานการวิจัย, 2532.
4. กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. การสุขศึกษาและประชาสัมพันธ์กับการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2536:3
5. ดวงพร คำมูนวัฒน์, วาสนา จันทรสว่าง. สื่อสารการประชาสัมพันธ์. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด อิมโทม์เทรอด, 2535.
6. วิเชียร เกตุสิงห์. หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เรือนอักษร, 2524.
7. กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. ผลการศึกษาวิจัยทางสุขศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพในประเทศไทย ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 5. กรุงเทพมหานคร: กองสุขศึกษา, 2533.