ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้ อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไปกรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๑๒๓ ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๓/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗ มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นางสาวสดับพินท์ พสุหิรัณย์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
๒.	นายพิเชฐ ปัญญาสิทธิ์	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนายายอาม

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(ลงชื่อ)
(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี
ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นางสาวสดับพินท์ พสุหิรัณย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๗๐๔๔	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๗๘๑๑	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดจันทบุรี					๙๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน เรื่อง การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย **รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”**					

ลำดับที่	ชื่อ – ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๒	นายพิเชฐ ปัญญาสิทธิ์	จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ กลุ่มงานพัฒนาวิชาการและคุณภาพบริการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๗๙๒๗	จังหวัดจันทบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนายายอาม สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ)	๒๗๗๔๗	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานที่ส่งประเมิน เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี					๙๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-Aging) อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

แนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
ลำดับที่ ๑ นางสาวสดับพินท์ พสุหิรัณย์

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดจันทบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ มกราคม - ธันวาคม 2563

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ผู้ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ต้องเป็นผู้ใฝ่เรียนรู้ ศึกษาค้นคว้าหาข้อมูล เนื่องจากปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาเด็กซึ่งมีหลายองค์ประกอบทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งจากตัวเด็กและจากเลี้ยงดู รวมถึงสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็ก เช่น

๑.เข้าถึงแหล่งความรู้ในการพัฒนาตนเองได้ จากแหล่งวิชาการต่าง ๆ สำหรับผู้รับงานเด็กปฐมวัย เช่น หลักสูตรการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการโดยการใช้คู่มือ DSPM ,หลักสูตรผู้นำการเล่น , หลักสูตรอาหารและโภชนาการสำหรับผู้รับผิดชอบงานอาหารและโภชนาการ ,การใช้มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก , มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ,พ.ร.บ.ควบคุมการตลาดอาหารสำหรับทารก เป็นต้น รวมถึงการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งต่างเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย

๒.มีทักษะในการถ่ายทอดองค์ความรู้ การจัดโปรแกรมการให้ความรู้ ฝึกทักษะที่จำเป็นให้แก่เจ้าหน้าที่ในสายงาน และภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการสร้างความตระหนักรู้ให้แก่กลุ่มเป้าหมายเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย

๓.มองเห็นภาคีเครือข่ายที่เป็นพันธมิตรร่วมพัฒนางาน สามารถช่วยเหลือเครือข่ายที่มีปัญหาในการดำเนินงาน รวมถึงการค้นหาแหล่งสนับสนุนงบประมาณ กำลังคน เครื่องมือ จากภาคส่วนอื่นที่สามารถทำงานร่วมกันภายใต้กลุ่มเป้าหมายเดียวกันอย่างบูรณาการ

๔.รู้เท่าทันสื่อ เทคโนโลยี Application ต่าง ๆ ที่ใช้ในการปฏิบัติงานและส่งเสริมการใช้ไปยังกลุ่มเป้าหมายอย่างจริงจัง

๕.บูรณาการงานร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับจังหวัดและพื้นที่ อาทิ บูรณาการงานพัฒนาคุณภาพเด็กกับ ๔ กระทรวงหลักภายใต้บทบาทของคณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัด

๖.เขียนแผนงานโครงการเพื่อพัฒนา แก้ไขปัญหาในงานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ

๗.พัฒนาระบบงานอย่างต่อเนื่อง การศึกษาวิจัยในงานเพื่อค้นหาต้นแบบ และพัฒนารูปแบบในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

"เด็กวันนี้ คือผู้ใหญ่ในวันหน้า"นั่นหมายความว่า เด็กเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญของประเทศ เป็นผู้พัฒนาและบริหารบ้านเมืองประเทศชาติในอนาคต การพัฒนาเด็กให้เต็มศักยภาพเพื่อให้เติบโตเป็นคนดี มีคุณภาพและมีความสุข สามารถสร้างสรรค์และทำประโยชน์ต่อสังคมต้องเริ่มตั้งแต่ปฐมวัย พระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. ๒๕๖๒ มาตรา๗ กำหนดให้บิดา มารดาและผู้ปกครองมีหน้าที่จัดให้เด็กปฐมวัยซึ่งอยู่ในความดูแลได้รับการพัฒนาตามแนวปฏิบัติที่ดีเกี่ยวกับการพัฒนาเด็กปฐมวัย (พระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. ๒๕๖๒) แผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ตามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการบูรณาการความร่วมมือการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต ระหว่าง ๔ กระทรวงหลักเพื่อให้เกิดความร่วมมือการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิตแบบบูรณาการภายใต้"วิสัยทัศน์คนไทยเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ เป็นพลเมืองที่มีวินัยตื่นรู้และ

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

เรียนรู้ด้วยตนเองตลอดชีวิต มีความรู้ มีทักษะและทัศนคติที่เป็นค่านิยมที่ดี มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สมบูรณ์ มีความเจริญเติบโตทางจิตวิญญาณ มีจิตสาธารณะและทำประโยชน์ต่อส่วนรวม มีความเป็นพลเมืองไทย พลเมืองอาเซียน พลเมืองโลก"ประกอบด้วย๔H ๑) Heart (ดี มีวินัย) ๒) Head (เก่ง) ๓) Hand (ใฝ่เรียนรู้ มีทักษะ) ๔) Health (แข็งแรง) มีเป้าหมายเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๕ โดยการขับเคลื่อนผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อให้ครอบครัวเป็นรากฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เด็กเจริญเติบโตเป็นประชากรที่มีคุณภาพของประเทศชาติในอนาคต (แนวทางการดำเนินงานปี ๒๕๖๑-๒๕๖๔ คณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัดและกรุงเทพมหานคร)

การพัฒนาคนให้เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงปฐมวัย (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,๒๕๖๑) เนื่องจากช่วงปฐมวัยเป็นช่วงเวลาของการสร้างรากฐานชีวิตทุกด้าน และสมองมีกระบวนการพัฒนาอย่างรวดเร็วจะเจริญเติบโตถึงร้อยละ ๘๐ ของสมองผู้ใหญ่ การดูแลเด็กวัยนี้มีความสำคัญอย่างมาก (UNESCO, ๒๐๐๘) ฉะนั้นหากเด็กปฐมวัยได้รับการพัฒนาอย่างเหมาะสม ถือว่าเป็นโอกาสอันล้ำค่ายิ่งต่อการพัฒนาศักยภาพและการเรียนรู้ตลอดชีวิต นักเศรษฐศาสตร์รางวัลโนเบล ศ.ดร.เจมส์ เจเฮคแมน (James J.Heckman, ๒๐๑๐) กล่าวว่าการลงทุนพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นการลงทุนที่คุ้มค่าให้ผลตอบแทนแก่สังคมดีที่สุดในระยะยาว โดยคืนผลตอบแทนกลับคืนมาในอนาคตมากถึง ๗ เท่า การดำเนินงานดังกล่าวต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทุกระดับอย่างบูรณาการ โดยเฉพาะระดับครอบครัวซึ่งเป็นสถาบันทางสังคมที่เล็กที่สุดแต่มีความสำคัญมากที่สุด เป็นสถาบันแรกที่กำหนดสถานภาพความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิตของบุคคลให้สังคมประเทศชาติ ดังนั้น การสร้างความเข้มแข็ง การรับรู้และความเข้าใจให้ครอบครัว ส่งเสริมบทบาทพ่อแม่หรือผู้ปกครองในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการอย่างครอบคลุมเท่าเทียมด้วยเครื่องมือที่เหมาะสมเช่น คู่มือการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) การติดตามเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า/ล่าช้า การส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน รวมทั้งการจัดบริการด้านโภชนาการและส่งเสริมสุขภาพช่องปากอย่างมีคุณภาพแบบบูรณาการทุกภาคส่วน

สถานการณ์การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาเด็กปฐมวัย จังหวัดจันทบุรี มีแนวโน้มดีขึ้น แต่จังหวัดยังคงต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้เชื่อมโยงแบบบูรณาการ โดยยึดเด็กเป็นศูนย์กลาง ครัวเรือนเป็นฐาน ชุมชนร่วมสร้าง ใช้คู่มือ DSPM เป็นเครื่องมือให้ครอบครัวเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ภายใต้การสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี จึงทำโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของครอบครัว จังหวัดจันทบุรี เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้ในการบริหารจัดการเพื่อพัฒนาและขยายผลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้องงานกับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือเฝ้าระวังและส่งแสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และระบบรายงานกระทรวงสาธารณสุขสุข (๔๓ แฟ้ม) แฟ้ม special pp งานวิจัยที่เกี่ยวข้องและจัดทำกรอบแนวทางการวิจัย

๒. เตรียมพื้นที่และทีมวิจัยในพื้นที่ สร้างเครื่องมือ ปรับปรุงและพัฒนาตามข้อเสนอแนะ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์

๔. เสนอโครงร่างวิจัยฯ เพื่อความเห็นชอบจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน

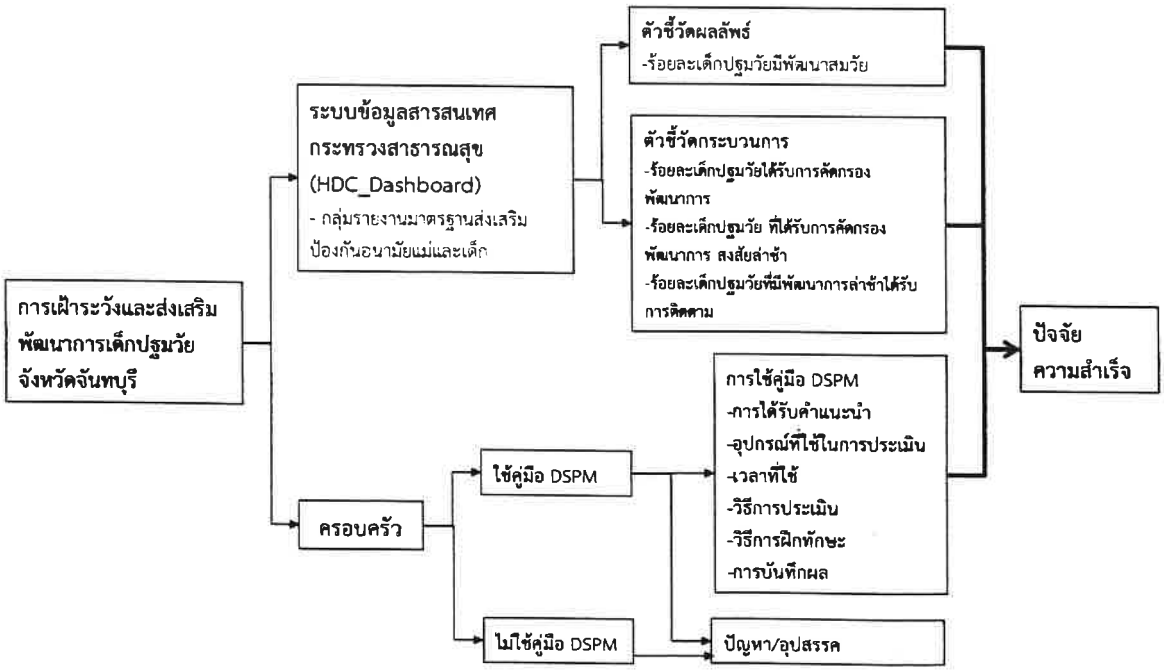
๕. คัดกรองข้อมูลพื้นฐานครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง โดยแบบคัดกรองข้อมูลพื้นฐานของครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ (DSPM)

๖. เก็บข้อมูลภาคสนาม โดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ครอบครัวที่ผ่านการคัดกรอง จำนวน ๕๐ ครอบครัว/ตำบล ตามแนวคำถามสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ครอบครัวที่มีประวัติน่าสนใจจำนวน ๑๒ คน เพื่อหาข้อมูลเชิงลึก ตามแบบการสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

๗. ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก

๘. วิเคราะห์สรุปรายงานผลการวิจัย ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข (๔๓ แฟ้ม) ใช้สถิติ ค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สรุปและจัดทำรายงานผลการวิจัย

กรอบแนวคิด



ภาพที่ ๑ กรอบแนวคิดการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดจันทบุรี

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

เป้าหมายของงาน

๑. เพื่อศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดจันทบุรี

๒. เพื่อศึกษาการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)ของครอบครัว

๓. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคในการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)ของครอบครัว

๔. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดจันทบุรี

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการศึกษา สถานการณ์การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดจันทบุรี

ตารางที่ ๑แสดงจำนวน ร้อยละผลการดำเนินงาน และค่าเป้าหมายการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วงวัยโดยคู่มือ DSPM ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามช่วยวัยโดยคู่มือ DSPMของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	ผลการดำเนินงาน		ค่าเป้าหมายตัวชี้วัด
	จำนวน	ร้อยละ	
เป้าหมาย ปี ๒๕๖๓	๑๖,๓๔๐	๑๐๐	
- ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการ	๑๕,๗๙๓	๙๖.๖๕	๙๐.๐๐
- เด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า	๓,๗๐๙	๒๓.๔๙	๒๐.๐๐
- เด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นภายใน ๑ เดือน	๓,๕๑๘	๙๔.๘๕	๙๐.๐๐
- เด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสมวัย	๑๕,๕๗๖	๙๘.๖๓	๘๕.๐๐

จากตารางที่ ๑ แสดงให้เห็นว่า ปี ๒๕๖๓ มีเป้าหมายในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยคู่มือ DSPM โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน ๑๖,๓๔๐ คน ผลการดำเนินงานเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการครอบคลุมร้อยละ ๙๖.๖๕ พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าค่าเป้าหมาย ซึ่งร้อยละ ๓.๓๕ ของเด็กปฐมวัยที่ไม่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ เนื่องจาก ๑) เป็นกลุ่มมีชื่อในกลุ่มเป้าหมายแต่เด็กไม่อยู่ในพื้นที่ ๒) พ่อแม่ไม่นำเด็กมาตามนัด

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวน ร้อยละ ของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
๑.	**ผู้เลี้ยงดูหลัก**		
	บิดา	๗	๑๕.๙๑
	มารดา	๒๘	๖๓.๖๔
	ย่า/ยาย	๗	๑๕.๙๑
	ญาติ	๒	๔.๕๔
๒.	**อายุของผู้เลี้ยงดูหลัก**		
	๒๐ – ๒๙ ปี	๑๓	๒๙.๕๕
	๓๐ – ๓๙ ปี	๑๗	๓๘.๖๔
	๔๐ – ๔๙ ปี	๘	๑๘.๑๘
	≥๕๐ ปี	๖	๑๓.๖๓
	$\bar{x}$ = ๓๖.๐ ปี,SD = ๑๐.๖๒ ปี, min = ๒๐ ปี, max = ๖๒ ปี		
๓.	**สถานภาพสมรส**		
	สมรส/อยู่ด้วยกัน	๔๑	๙๓.๒๐
	หม้าย/หย่า/แยก	๓	๖.๘๐
๔.	**ลักษณะครอบครัว**		
	ครอบครัว(พ่อ+แม่+ลูก)	๑๔	๓๑.๘๒
	ครอบครัวขยาย (พ่อแม่+ลูก+ปู่ย่า/ตายาย)	๓๐	๖๗.๘๕
๕.	**ศาสนา**		
	พุทธ	๔๔	๑๐๐.๐๐
๖.	**การศึกษาสูงสุด**		
	ไม่ได้เรียน	๒	๔.๕๐
	ประถมศึกษา	๗	๑๕.๙๐
	มัธยมศึกษาตอนต้น	๑๐	๒๒.๗๐
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	๑๔	๓๑.๘๐
	อนุปริญญา/ปวส.	๕	๑๑.๔๐
	ปริญญาตรี	๖	๑๓.๖๐
๗.	**อาชีพปัจจุบัน**		
	แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	๖	๑๓.๖๐
	พนักงานรัฐวิสาหกิจ	๒	๔.๕๐
	รับจ้าง	๑๖	๓๖.๔๐
	ค้าขาย	๙	๒๐.๕๐
	เกษตรกรรม	๑๑	๒๕.๐๐

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

ตารางที่ ๒ แสดงจำนวน ร้อยละ ของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับ	คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
๘.	**รายได้ต่อเดือน**		
	≤ ๙,๐๐๐ บาท	๒๓	๕๒.๒๗
	๙,๐๐๑ -๑๕,๐๐๐ บาท	๑๕	๓๔.๐๙
	≥ ๑๕,๐๐๑ บาท	๖	๑๓.๖๔
	$\bar{x}$= ๑๐,๑๒๘.๑๓ บาท, SD ๕,๖๓๖ บาท, min = ๑,๐๐๐ บาท, max = ๒๒,๐๐๐ บาท		
๙.	**ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว**		
	เพียงพอและมีเงินออม	๓๒	๗๒.๗๒
	เพียงพอแต่ไม่มีเงินออม	๓	๖.๘๑
	ไม่เพียงพอแต่ไม่มีหนี้สิน	๙	๒๐.๔๕
๑๐.	**การได้รับคู่มือ DSPM**		
	กลุ่มที่ได้รับคู่มือ	๔๔	๑๐๐.๐๐
๑๑.	**การใช้คู่มือ DSPM**		
	กลุ่มที่ใช้คู่มือ DSPM	๓๕	๗๙.๕๕
	กลุ่มที่ไม่ใช้คู่มือ DSPM	๙	๒๐.๔๕

จากตารางที่ ๒ แสดงให้เห็นว่า คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมารดาเป็นผู้ดูแลหลักร้อยละ ๖๓.๖๔ มีอายุเฉลี่ย ๓๖ ปีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ ๑๐.๖๒ ปี อายุน้อยสุด ๒๐ ปี อายุสูงสุด ๖๒ ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ ๙๓.๒๐ สมรสและอยู่ด้วยกัน เป็นครอบครัวขยาย ทุกครอบครัวนับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ ๖๔.๕๐ มีอาชีพอิสระคือ รับจ้าง ค้าขาย เกษตรกรรมร้อยละ ๗๕.๑๐ เป็นแม่บ้านร้อยละ ๑๓.๖๐ ครึ่งหนึ่งมีรายได้น้อยกว่าค่าแรงขั้นต่ำแต่เพียงพอและมีเงินออม การใช้คู่มือ DSPM พบว่าครอบครัวที่มีการใช้คู่มือ DSPM ร้อยละ ๗๙.๕๕ กลุ่มที่ไม่ใช้คู่มือ DSPM ร้อยละ ๒๐.๔๕

การใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยDSPMของครอบครัว

พบว่าทุกครอบครัวได้รับคู่มือ DSPM ส่วนใหญ่ได้รับคู่มือ DSPMจากโรงพยาบาลที่คลอดโดยหน่วยบริการหลังคลอด ครอบครัวมีการใช้คู่มือ DSPM ร้อยละ ๗๙.๕๕ คำแนะนำที่ได้รับส่วนใหญ่แนะนำให้กลับไปอ่านเองที่บ้าน เนื่องจากมีเนื้อหาสาระมาก มารดาเป็นคนประเมินหลักส่วนใหญ่ใช้ประเมินจนลูกอายุประมาณ ๒ ปี เมื่อเข้าศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยก็หยุดประเมินเนื่องจากคิดว่าเป็นหน้าที่ของครูพี่เลี้ยง สำหรับอุปกรณ์การประเมินที่ใช้ประยุกต์ใช้อุปกรณ์ในชีวิตประวัน ระยะเวลาการประเมินใช้เวลาไม่นาน ช่วงเวลาประเมินเลือกประเมินในช่วงเช้าหรือก่อนนอน หากทำไม่ได้ก็จะให้เวลาเด็กกลับมาทำใหม่อีกครั้ง หากยังทำไม่ได้จะปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ การบันทึกผลส่วนใหญ่บันทึกเฉพาะผลการประเมินตามวัย ไม่สรุปผลการประเมินรายด้านเนื่องจากไม่เข้าใจและไม่เห็นประโยชน์

3.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

ปัญหา อุปสรรคในการใช้คู่มือ DSPM

๑. ครอบครัวยังไม่ได้ใช้ประโยชน์อย่างเต็มที่เนื่องจากได้รับคำแนะนำไม่ครบถ้วน หรือไม่ได้รับคำแนะนำซึ่งคำแนะนำที่ได้รับคือ การให้ไปอ่านศึกษาด้วยตนเองเนื่องจากมีรายละเอียดค่อนข้างมาก

๒. เนื้อหา สาระรายละเอียดในคู่มือDSPM ค่อนข้างมาก อีกทั้งคู่มือDSPM ไม่มีคำอธิบายวิธีการใช้ การบันทึก การสรุป

ปัจจัยความสำเร็จการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จังหวัดจันทบุรี

ด้านเจ้าหน้าที่

๑. จังหวัดจันทบุรีมีนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน เป้าหมายตัวชี้วัดอย่างชัดเจน

๒. มีแผนงานในการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูพี่เลี้ยง ครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

๓. มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย ขับเคลื่อนผ่านคณะอนุกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจังหวัดจันทบุรี เครือข่ายในท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย ด้วยการติดตาม นิเทศ สนับสนุนอย่างใกล้ชิด และอย่างต่อเนื่อง

๔. สนับสนุนกระบวนการถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสำเร็จการดำเนินงานทุกระดับ

ด้านครอบครัวและชุมชน

๑. คู่มือ DSPM มีการจัดทำรูปเล่มสวยงาม น่าสนใจ มีข้อมูลขั้นตอนการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยทุกขั้นตอน สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้จริง

๒. เป็นเครื่องมือที่ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติที่บ้าน เนื่องจากการประเมินพัฒนาการเด็กต้องอาศัยความร่วมมือจากตัวเด็ก ดังนั้นการที่พ่อแม่หรือผู้ดูแลเป็นผู้ประเมิน จะเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นปัจจุบัน

๓. ระบบช่วยเหลือ ติดตาม สนับสนุนในการส่งเสริมเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย จากเจ้าหน้าที่ตามช่วงวัย เพื่อสร้างความมั่นใจในการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัย

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. กำหนดหลักสูตรในการพัฒนาทักษะการใช้คู่มือ DHPMในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ให้แก่ครอบครัวครูพี่เลี้ยงศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยและภาคีเครือข่าย

๒. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับท้องถิ่น และครอบครัว การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ภายใต้กระบวนการกิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน

๓. สร้างกลไกการขับเคลื่อนศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยให้ผ่านมาตรฐานศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ โดยองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้การเก็บข้อมูลเชิงลึกจากครอบครัวที่มีเด็กปฐมวัยตามช่วงอายุที่กำหนดซึ่งต้องใช้เวลาค่อนข้างมากในการสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริง ผู้ปกครองทางท่านไม่สามารถอยู่ร่วมกระบวนการได้ตลอด รวมถึงผู้สัมภาษณ์ต้องมีทักษะในการสื่อสาร การจับประเด็นและมีความรู้ในงานที่สัมภาษณ์เป็นอย่างดี

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

กลุ่มตัวอย่างในกระบวนการวิจัยไม่สามารถร่วมให้ข้อมูลได้ครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนด ทำให้ต้องหากลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามข้อกำหนดเพิ่มเติมตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

๙. ข้อเสนอแนะ

๑.จังหวัดควรส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดกระบวนการสร้างการมีส่วนของครอบครัวในการใช้คู่มือ DSPM เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

๒ จังหวัดพัฒนากลไกส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับตำบลผ่านกลไกคณะอนุกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยจังหวัดและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๓ จังหวัดสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยตามนโยบายมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตต่อเนื่องถึง ๒,๕๐๐ วัน

๔. ศึกษาและพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

๕. ศึกษาการมีส่วนร่วมของพ่อ แม่ ครอบครัวในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๑. ศึกษาและพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

๒. ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

๑๐.การเผยแพร่ผลงาน

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง ปีที่ ๓๕ ฉบับที่ ๒ เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๔-พฤษภาคม ๒๕๖๔

๑๑.ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นางสาวสดับพินท์ พสุหิรัณย์	สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๙๐
๒) นางสมจิต ยาใจ	สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๕
๓) นางสาววราภรณ์ นองเนือง	สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๕

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(.น.ส.สดับพินท์ พสุหิรัณย์)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)

(วันที่) ๒๒/มกราคม /๒๕๖๗

๓.แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑.นางสาวสดับพินท์ พสุหิรัณย์	
๒.นางสมจิต ยาใจ	
๓.นางสาววราภรณ์ นองเนือง	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นางสมจิต ยาใจ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

(วันที่) ๒๒/มกราคม /๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

(วันที่) ๒๒/มกราคม /๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

๒. หลักการและเหตุผล

การสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีด้านสิ่งแวดล้อมองค์การอนามัยโลก มุ่งเน้นการป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ที่มีขอบเขตคาบเกี่ยวหลายมิติ รวมถึงมิติสุขภาพหรือสุขภาวะของประชาชน เพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน SDGs จากสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า ประเทศไทยยังคงประสบปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม หลายประการทั้งจากสิ่งคุกคามดั้งเดิม (Traditional Hazards) ที่เกี่ยวกับการจัดการน้ำสะอาด การสุขาภิบาลและ สุขอนามัย การจัดการของเสีย การจัดการด้านอาหาร และสิ่งคุกคามสมัยใหม่ (Modern Hazards) ซึ่งเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับมลพิษสิ่งแวดล้อมและวิถีชีวิตที่เกิดจากการบริโภคทรัพยากรมากเกินไป เช่น ปัญหามลพิษอากาศ การจัดการสารเคมีเป็นพิษและของเสียอันตราย การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ รวมทั้งความท้าทายใหม่ที่มี ความหลากหลายและซับซ้อนมากขึ้น เช่น โรคอุบัติใหม่ รูปแบบวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ภาวะฉุกเฉินและสาธารณภัย โดยสิ่งคุกคามเหล่านี้ล้วนเชื่อมโยงกับสุขภาพอนามัยของประชาชน และยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการจัดการอย่างต่อเนื่อง ภายใต้หลักคิด สิ่งแวดล้อมที่ดีส่งผลต่อสุขภาพประชาชนที่ดียิ่งขึ้น ((Healthy Environments for Healthier Populations) เพื่อให้ประชาชนได้รับการปกป้องคุ้มครองจากปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม และสามารถจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเอง การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้และมีพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการยกระดับการจัดการสุขาภิบาลและสุขอนามัยให้ได้มาตรฐาน

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เป็นเสมือนบ้านที่ ๒ ของเด็กปฐมวัย เด็กใช้เวลาอยู่กับครูผู้ดูแลในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยช่วงกลางวัน และอยู่กับครอบครัวในช่วงกล่างคืน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนาให้ได้มาตรฐานเพื่อให้มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการเจริญเติบโต และเรียนรู้ จากการเก็บสถิติภาวะสุขภาพในเด็กปฐมวัย พบว่าเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ และโรคระบบทางเดินอาหารในลำดับต้น ซึ่งปัจจัยหนึ่งของการเกิดโรคเกิดจากสิ่งแวดล้อม รวมถึงเด็กปฐมวัยได้รับบาดเจ็บและเสียชีวิตจากการจัดการสิ่งแวดล้อมในบริบทที่เด็กอาศัยอยู่ไม่เหมาะสม สาเหตุที่พบเกิดจากผู้ปกครอง และผู้ดูแลเด็กขาดความตระหนัก ความรู้ที่ถูกต้อง ในการป้องกันและหลีกเลี่ยงปัจจัยดังกล่าว การสร้างความรอบรู้ (Health Literacy) ให้แก่กลุ่มผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กจึงเป็นปัจจัยเชิงป้องกันที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพกล่าวว่า เป็นกระบวนการทางปัญญาและ ทักษะทางสังคม ที่ก่อเกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารที่มี เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) พัฒนาทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมอย่างสมดุลและยั่งยืนโดยไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง SDG ๓ สร้างหลักประกันการมีสุขภาวะที่ดีและมีความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับทุกคนในทุกช่วงวัย ประเทศไทยกำหนดยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (พ.ศ.๒๕๖๑ – ๒๕๘๐) ด้านที่ ๓ การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ประเด็นที่ ๕ เสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ครอบคลุมทั้งด้านกาย ใจ สติปัญญาและสังคม โดย ๑) การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ ๒) การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ ๓) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี ๕) การส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะฐีดี ในทุกพื้นฐี ประเด็นฐี ๖ การสร้างสภาพแวดล้อมฐีเอื้อต่อการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพ ทรัพยากรมนุษย์ โดย (๑) การสร้างความอยู่ดีมีสุขของครอบครัวไทย (๒) การส่งเสริม บทบาทการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครอบครัว และชุมชนในการพัฒนา ทรัพยากรมนุษย์ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาตร์ชาติประเด็นที่ ๑๓ การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี แผนย่อยที่ ๑ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามภาวะสุขภาพ ตามแนวทางการพัฒนา ๑) สร้างเสริมความรู้เพื่อเพิ่มศักยภาพในการจัดการสุขภาวะของคนทุกกลุ่มวัย ๒) พัฒนาภาคีเครือข่ายประชาชน ชุมชม ท้องถิ่น ให้มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและตายจากโรคฐีป้องกันได้ มีศักยภาพในการป้องกัน และควบคุมปัจจัยเสี่ยงฐีคุกคามสุขภาวะได้ด้วยตัวเอง ๓) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุม และกลไกการสื่อสารประชาสัมพันธ์แบบบูรณาการทุกระดับ เพื่อลดภัยคุกคาม ๔) กำหนดมาตรการ ป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงฐีคุกคามสุขภาวะ สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ ๑๓ หมุดหมายที่ ๑ ไทยเป็นจุดหมายของการ ท่องเที่ยวที่เน้นคุณภาพและความยั่งยืน หมุดหมายฐี ๔ ไทยเป็นศูนย์กลางทาง การแพทย์และสุขภาพมูลค่าสูง หมุดหมายที่ ๘ ไทยมีพื้นฐีและเมืองอัจฉริยะ ฐีน่าอยู่ ปลอดภัย เติบโตได้อย่างยั่งยืน หมุดหมายฐี่ ๑๐ ไทยมีเศรษฐกิจหมุนเวียน และสังคมคาร์บอนต่ำ หมุดหมายที่ ๑๑ ไทยสามารถลดความเสี่ยง และผลกระทบจากภัยธรรมชาติและ การเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ

มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ

คณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ เห็นชอบให้คณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพเด็กปฐมวัยจัดทำมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติขึ้น เป็นมาตรฐานกลางให้ทุกหน้วยงานใช้ร่วมกันในการประเมิน เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ ดูแลพัฒนา และจัดการศุกษาสำหรับเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึงก่อนเข้าประถมศึกษา การมีมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติฉบับเดียวเป็นมาตรฐานกลางให้ทุกหน่วยงานร่วมจัดทำร่วมใช้เป็นหลักประเมินการดำเนินงานให้เป็นแนวทางเดียวกันและประสานงาน เพื่อมุ่งเป้าหมายเดียวกัน คือ การพัฒนาคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องและตอบสนองต่อการบูรณาการงานพัฒนาเด็กปฐมวัยของ ๔ กระทรวงหลักและอีกหลายหน่วยงาน ตามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการบูรณาการความ ร่วมมือการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กปฐมวัยและผู้สูงอายุ) เมื่อวันที่ ๓๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ นำไปสู่ การพัฒนาคุณภาพของเด็กปฐมวัย สร้างรากฐานที่แข็งแรงของพลเมืองคุณภาพต่อไป

มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติประกอบด้วยมาตรฐาน ๓ ด้าน ได้แก่

• **มาตรฐานด้านที่ ๑ การบริหารจัดการ**

จำนวน ๕ ตัวบ่งชี้/ ๒๖ ข้อ

• **มาตรฐานด้านที่ ๒ กระบวนการดูแลจัดประสบการณ์ เรียนรู้ และเล่น**

จำนวน ๕ ตัวบ่งชี้/ ๒๐ ข้อ

• **มาตรฐานด้านที่ ๓ คุณภาพเด็กปฐมวัย**

- ๓ ก แรกเกิด ถึง ๒ ปี (๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน) จำนวน ๒ ตัวบ่งชี้/ ๗ ข้อ

- ๓ ข ๓ ปี ถึง ๖ ปี(ก่อนเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑) จำนวน ๗ ตัวบ่งชี้/ ๒๒ ข้อ

สาระของมาตรฐานแต่ละด้าน มีดังนี้

มาตรฐานด้านที่ ๑ การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

ตัวบ่งชี้ที่ ๑.๑ การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ

ตัวบ่งชี้ย่อย

๑.๑.๑ บริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็นระบบ

๑.๑.๒ บริหารหลักสูตรสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

๑.๑.๓ บริหารจัดการข้อมูลอย่างเป็นระบบ

ตัวบ่งชี้ที่ ๑.๒ การบริหารจัดการบุคลากรทุกประเภทตามหน่วยงานที่สังกัด

ตัวบ่งชี้ย่อย

๑.๒.๑ บริหารจัดการบุคลากรอย่างเป็นระบบ

๑.๒.๒ ผู้บริหารสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/หัวหน้าระดับปฐมวัย/ผู้ด าเนินกิจการ มีคุณวุฒิ/คุณสมบัติเหมาะสม และบริหารงานอย่างมีประสิทธิภาพ

๑.๒.๓ ครู/ผู้ดูแลเด็กที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลและพัฒนาเด็กปฐมวัย มีวุฒิการศึกษา/คุณสมบัติเหมาะสม

๑.๒.๔ บริหารบุคลากรจัดอัตราส่วนของครู/ผู้ดูแลเด็กอย่างเหมาะสมพอเพียงต่อจำนวนเด็กในแต่ละกลุ่มอายุ

เด็ก (อายุ) อัตราส่วนครู/ผู้ดูแล : เด็ก(คน) จำนวนเด็กในกลุ่มกิจกรรม

ต่ำกว่า ๑ ปี ๑ : ๓ กลุ่มละไม่เกิน ๖ คน

ต่ำกว่า ๒ ปี ๑ : ๕ กลุ่มละไม่เกิน ๑๐ คน

ต่ำกว่า ๓ ปี ๑ : ๑๐ กลุ่มละไม่เกิน ๒๐ คน

๓ ปี -ก่อนเข้า ป.๑ ๑ : ๑๕ กลุ่มละไม่เกิน ๓๐ คน

ตัวบ่งชี้ที่ ๑.๓ การบริหารจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย

ตัวบ่งชี้ย่อย

๑.๓.๑ บริหารจัดการด้านสภาพแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยอย่างเป็นระบบ

๑.๓.๒ โครงสร้างและตัวอาคารมั่นคง ตั้งอยู่ในบริเวณและสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

๑.๓.๓ จัดการความปลอดภัยของพื้นที่เล่น/สนามเด็กเล่น และสภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร

๑.๓.๔ จัดการสภาพแวดล้อมภายในอาคาร ครุภัณฑ์ อุปกรณ์ เครื่องใช้ให้ปลอดภัยเหมาะสมกับการใช้งานและเพียงพอ

๑.๓.๕ จัดให้มีของเล่นที่ปลอดภัยได้มาตรฐาน มีจำนวนเพียงพอ สะอาด เหมาะสมกับระดับ

พัฒนาการของเด็ก

๑.๓.๖ ส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยเดินทางอย่างปลอดภัย

๑.๓.๗ จัดให้มีระบบป้องกันภัยจากบุคคลทั้งภายในและภายนอกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

๑.๓.๘ จัดให้มีระบบรับเหตุฉุกเฉิน ป้องกันอัคคีภัย/ภัยพิบัติตามความเสี่ยงของพื้นที่

ตัวบ่งชี้ที่ ๑.๔ การจัดการเพื่อส่งเสริมสุขภาพและการเรียนรู้

ตัวบ่งชี้ย่อย

๑.๔.๑ มีการจัดการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็ก และดูแลการเจ็บป่วยเบื้องต้น

๑.๔.๒ มีแผนและดำเนินการตรวจสุขอนามัยประจำวัน ตรวจสุขภาพประจำปี และป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

๑.๔.๓ อาคารต้องมีพื้นที่ใช้สอยเป็นสัดส่วนตามกิจวัตรประจำวันของเด็กที่เหมาะสมตามช่วงวัย และการใช้ประโยชน์

๑.๔.๔ จัดให้มีพื้นที่/มุมประสบการณ์ และแหล่งเรียนรู้ในห้องเรียนและนอกห้องเรียน

๑.๔.๕ จัดบริเวณห้องน้ำ ห้องส้วม ที่แปรงฟัน/ล้างมือให้เพียงพอ สะอาด ปลอดภัย และเหมาะสมกับการใช้งานของเด็ก

๑.๔.๖ จัดการระบบสุขาภิบาลที่มีประสิทธิภาพ ครอบคลุมสถานที่ปรุง ประกอบอาหาร น้ำดื่มน้ำใช้ กำจัดขยะ สิ่งปฏิกูล และพาหะนำโรค

๑.๔.๗ จัดอุปกรณ์ภาชนะและเครื่องใช้ส่วนตัวให้เพียงพอกับการใช้งานของเด็กทุกคน และดูแลความสะอาดและปลอดภัยอย่างสม่ำเสมอ

ตัวบ่งชี้ที่ ๑.๕ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

ตัวบ่งชี้ย่อย

๑.๕.๑ มีการสื่อสารเพื่อสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจอันดีระหว่างพ่อแม่/ผู้ปกครองกับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเกี่ยวกับตัวเด็กและการด าเนินงานของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

๑.๕.๒ การจัดกิจกรรมที่พ่อแม่/ผู้ปกครอง/ครอบครัว และชุมชน มีส่วนร่วม

๑.๕.๓ ดำเนินงานให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นแหล่งเรียนรู้แก่ชุมชนในเรื่องการพัฒนาเด็กปฐมวัย

๑.๕.๔ มีคณะกรรมการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย

มาตรฐานด้านที่ ๒ ครู/ผู้ดูแลเด็กให้การดูแล และจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย

ตัวบ่งชี้ที่ ๒.๑ การดูแลและพัฒนาเด็กอย่างรอบด้าน

ตัวบ่งชี้ย่อย

๒.๑.๑ มีแผนการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับหลักสูตรการศึกษาปฐมวัย มีการดำเนินงานและประเมินผล

๒.๑.๒ จัดพื้นที่/มุมประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นที่เหมาะสมอย่างหลากหลาย

๒.๑.๓ จัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการทุกด้านอย่างบูรณาการตามธรรมชาติของเด็กที่เรียนรู้ด้วยประสาทสัมผัส ลงมือทำ ปฏิสัมพันธ์ และการเล่น

๒.๑.๔ เลือกใช้สื่อ/อุปกรณ์ เทคโนโลยี เครื่องเล่นและจัดสภาพแวดล้อมภายใน-ภายนอก แหล่งเรียนรู้ ที่เพียงพอ เหมาะสม ปลอดภัย

๒.๑.๕ เฝ้าระวังติดตามพัฒนาการเด็กรายบุคคลเป็นระยะ เพื่อใช้ผลในการจัดกิจกรรมพัฒนาเด็กทุกคนให้เต็มตามศักยภาพ

ตัวบ่งชี้ที่ ๒.๒ การส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกายและดูแลสุขภาพ

ตัวบ่งชี้ย่อย

๒.๒.๑ ให้เด็กอายุ ๖ เดือนขึ้นไป รับประทานอาหารที่ครบถ้วนในปริมาณที่เพียงพอ และส่งเสริมพฤติกรรมการกินที่เหมาะสม

๒.๒.๒ จัดกิจกรรมให้เด็กได้ลงมือปฏิบัติอย่างถูกต้องเหมาะสมในการดูแลสุขภาพ ความปลอดภัยในชีวิตประจ าวัน

๒.๒.๓ ตรวจสุขภาพอนามัยของเด็กประจ าวัน ความสะอาดของร่างกาย ฟันและช่องปาก เพื่อคัดกรองโรคและการบาดเจ็บ

๒.๒.๔ เฝ้าระวังติดตามการเจริญเติบโตของเด็กเป็นรายบุคคล บันทึกผลภาวะโภชนาการอย่างต่อเนื่อง

๒.๒.๕ จัดให้มีการตรวจสุขภาพร่างกาย ฟันและช่องปาก สายตา หู ตามกำหนด

ตัวบ่งชี้ที่ ๒.๓ การส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา ภาษาและการสื่อสาร

ตัวบ่งชี้ย่อย

๒.๓.๑ จัดกิจกรรมส่งเสริมให้เด็กได้สังเกต สัมผัส ลองทำ คิดตั้งคำถาม สืบเสาะหาความรู้ แก้ปัญหา จินตนาการ คิดสร้างสรรค์โดยยอมรับความคิดและผลงานที่แตกต่างของเด็ก

๒.๓.๒ จัดกิจกรรมและประสบการณ์ทางภาษาที่มีความหมายต่อเด็ก เพื่อการสื่อสารอย่างหลากหลาย ฝึกฟัง พูด ถาม ตอบ เล่าและสนทนาตามลำดับขั้นตอนพัฒนาการ

๒.๓.๓ จัดกิจกรรมปลูกฝังให้เด็กมีนิสัยรักการอ่านให้เด็กมีทักษะการดูภาพ ฟังเรื่องราว พูด เล่า อ่าน วาด/เขียน เบื้องต้น ตามล าดับพัฒนาการ โดยครู/ ผู้ดูแลเด็กเป็นตัวอย่างของการพูด และการอ่านที่ถูกต้อง

๒.๓.๔ จัดให้เด็กมีประสบการณ์เรียนรู้เกี่ยวกับตัวเด็ก บุคคล สิ่งต่างๆ สถานที่ และธรรมชาติรอบตัวด้วยวิธีการที่เหมาะสมกับวัยและพัฒนาการ

๒.๓.๕ จัดกิจกรรมและประสบการณ์ด้านคณิตศาสตร์และวิทยาศาสตร์เบื้องต้นตามวัย โดยเด็กเรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัส และลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง

ตัวบ่งชี้ที่ ๒.๔ การส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์ จิตใจ-สังคม ปลูกฝังคุณธรรมและความเป็นพลเมืองดี

ตัวบ่งชี้ย่อย

๒.๔.๑ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีและมั่นคง ระหว่างผู้ใหญ่กับเด็ก จัดกิจกรรมสร้างเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างเด็กกับเด็ก และการแก้ไขข้อขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์

๒.๔.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมให้เด็กมีความสุข แจ่มใส ร่าเริง ได้แสดงออกด้านอารมณ์ความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง โดยผ่านการเคลื่อนไหวร่างกาย ศิลปะ ดนตรี ตามความสนใจและถนัด

๒.๔.๓ จัดกิจกรรมและประสบการณ์ ปลูกฝังคุณธรรมให้เด็กใฝ่ดี มีวินัย ซื่อสัตย์ รู้จักสิทธิและหน้าที่รับผิดชอบของพลเมืองดี รักครอบครัว โรงเรียน ชุมชนและประเทศชาติ

ด้วยวิธีที่เหมาะสมกับวัย และพัฒนาการ

ตัวบ่งชี้ที่ ๒.๕ การส่งเสริมเด็กในระยะเปลี่ยนผ่านให้ปรับตัวสู่การเชื่อมต่อในขั้นถัดไป

ตัวบ่งชี้ย่อย

๒.๕.๑ จัดกิจกรรมกับผู้ปกครองให้เตรียมเด็กก่อนจากบ้านเข้าสู่สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย/โรงเรียน และจัดกิจกรรมช่วงปฐมนิเทศให้เด็กค่อยปรับตัวในบรรยากาศที่เป็นมิตร

๒.๕.๒ จัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับตัวก่อนเข้ารับการศึกษาในระดับที่สูงขึ้นแต่ละขั้น จนถึงการเป็นนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑

มาตรฐานด้านที่ ๓ คุณภาพของเด็กปฐมวัย

สำหรับเด็กแรกเกิด - อายุ ๒ ปี (๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน)

ตัวบ่งชี้ที่ ๓.๑ ก เด็กมีการเจริญเติบโตสมวัย

ตัวบ่งชี้ย่อย

๓.๑.๑ ก เด็กมีน้ำหนักตัวเหมาะสมกับวัยและสูงดีสมส่วน ซึ่งมีบันทึกเป็นรายบุคคล

ตัวบ่งชี้ที่ ๓.๒ ก เด็กมีพัฒนาการสมวัย

ตัวบ่งชี้ย่อย

๓.๒.๑ ก เด็กมีพัฒนาการสมวัยโดยรวม ๕ ด้าน

๓.๒.๒ ก รายด้าน : เด็กมีพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Gross Motor)

๓.๒.๓ ก รายด้าน : เด็กมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญาสมวัย (Fine Motor Adaptive)

๓.๒.๔ ก รายด้าน : เด็กมีพัฒนาการด้านการรับรู้และเข้าใจภาษา (Receptive Language)

๓.๒.๕ ก รายด้าน : เด็กมีพัฒนาการการใช้ภาษาสมวัย (Expressive Language)

๓.๒.๖ ก รายด้าน : เด็กมีพัฒนาการการช่วยเหลือตนเองและการเข้าสังคม (Personal Social)

สำหรับเด็ก อายุ ๓ ปี - อายุ ๖ ปี (ก่อนเข้าประถมศึกษาปีที่ ๑)

ตัวบ่งชี้ที่ ๓.๑ ข เด็กมีการเจริญเติบโตสมวัยและมีสุขนิสัยที่เหมาะสม

ตัวบ่งชี้ย่อย

๓.๑.๑ ข เด็กมีน้ำหนักตัวเหมาะสมกับวัยและสูงดีสมส่วน ซึ่งมีบันทึกเป็นรายบุคคล

๓.๑.๒ ข เด็กมีสุขนิสัยที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเองตามวัย

๓.๑.๓ ข เด็กมีสุขภาพช่องปากดี ไม่มีฟันผุ

ตัวบ่งชี้ที่ ๓.๒ ข เด็กมีพัฒนาการสมวัย

ตัวบ่งชี้ย่อย

๓.๒.๑ ข เด็กมีพัฒนาการสมวัยโดยรวม ๕ ด้าน

ตัวบ่งชี้ที่ ๓.๓ ข เด็กมีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว

ตัวบ่งชี้ย่อย

๓.๓.๑ ข เด็กมีพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ สามารถเคลื่อนไหวและทรงตัวได้ตามวัย

๓.๓.๒ ข เด็กมีพัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และการประสานงานระหว่างตากับมือตามวัย

ตัวบ่งชี้ที่ ๓.๔ ข เด็กมีพัฒนาการด้านอารมณ์จิตใจ
ตัวบ่งชี้ย่อย

๓.๔.๑ ข เด็กแสดงออก ร่าเริง แจ่มใส รู้สึกมั่นคงปลอดภัย แสดงความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและผู้อื่นได้สมวัย

๓.๔.๒ ข เด็กมีความสนใจและร่วมกิจกรรมต่างๆ อย่างสมวัย ซึ่งรวมการเล่น การทำงาน ศิลปะดนตรี กีฬา

๓.๔.๓ ข เด็กสามารถอดทน รอคอย ควบคุมตนเอง ยับยั้งชั่งใจ ทำตามข้อตกลง คำนึงถึงความรู้สึกของผู้อื่น มีกาลเทศะ ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ใหม่ได้สมวัย

ตัวบ่งชี้ที่ ๓.๕ ข เด็กมีพัฒนาการด้านสติปัญญา เรียนรู้และสร้างสรรค์
ตัวบ่งชี้ย่อย

๓.๕.๑ ข เด็กบอกเกี่ยวกับตัวเด็ก บุคคล สถานที่แวดล้อมธรรมชาติ และสิ่งต่างๆ รอบตัวเด็กได้สมวัย

๓.๕.๒ ข เด็กมีพื้นฐานด้านคณิตศาสตร์ สามารถสังเกต จำแนก และเปรียบเทียบ จำนวน มิติสัมพันธ์ (พื้นที่/ระยะ) เวลา ได้สมวัย

๓.๕.๓ ข เด็กสามารถคิดอย่างมีเหตุผล แก้ปัญหาได้สมวัย

๓.๕.๔ ข เด็กมีจินตนาการ และความคิดสร้างสรรค์ ที่แสดงออกได้สมวัย

๓.๕.๕ ข เด็กมีความพยายาม มุ่งมั่นตั้งใจ ทำกิจกรรมให้สำเร็จสมวัย

ตัวบ่งชี้ที่ ๓.๖ ข เด็กมีพัฒนาการด้านภาษาและการสื่อสาร
ตัวบ่งชี้ย่อย

๓.๖.๑ ข เด็กสามารถฟัง พูด จับใจความ เล่า สนทนา และสื่อสารได้สมวัย

๓.๖.๒ ข เด็กมีทักษะในการดูรูปภาพ สัญลักษณ์ การใช้หนังสือ รู้จักตัวอักษร การคิดเขียนคำ และการอ่านเบื้องต้นได้สมวัยและตามล าดับพัฒนาการ

๓.๖.๓ ข เด็กมีทักษะการวาด การขีดเขียนตามล าดับขั้นตอนพัฒนาการสมวัย นำไปสู่การขีดเขียนคำที่คุ้นเคย และสนใจ

๓.๖.๔ ข เด็กมีทักษะในการสื่อสารอย่างเหมาะสมตามวัย โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และมีความคุ้นเคยกับภาษาอื่นด้วย

ตัวบ่งชี้ที่ ๓.๗ ข เด็กมีพัฒนาการด้านสังคม คุณธรรม มีวินัย และความเป็นพลเมืองดี
ตัวบ่งชี้ย่อย

๓.๗.๑ ข เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างสมวัย และแสดงออกถึงการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล

๓.๗.๒ ข เด็กมีความเมตตา กรุณา มีวินัย ซื่อสัตย์ รับผิดชอบต่อตนเองและส่วนรวม และมีค่านิยมที่พึงประสงค์สมวัย

๓.๗.๓ ข เด็กสามารถเล่น และท างานร่วมกับผู้อื่นเป็นกลุ่ม เป็นได้ทั้งผู้น าและผู้ตาม แก้ไขข้อขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์

๓.๗.๔ ข เด็กภาคภูมิใจที่เป็นสมาชิกที่ดีในครอบครัว ชุมชน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และตระหนักถึงความเป็นพลเมืองดีของประเทศไทย และภูมิภาคอาเซียน

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นเสมือนบ้านหลังที่ ๒ ของเด็กปฐมวัยเป็นสถานที่รับดูแล พัฒนา จัดประสบการณ์การเรียนรู้ และการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัยครอบคลุมตั้งแต่ทารกแรกเกิดถึง ๖ ปี หรือก่อนเข้าเรียนประถมศึกษาปีที่ ๑ ในปี ๒๕๖๔ กำหนดให้ใช้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ เป็นแนวทางในการประเมินผลการดำเนินงานและยกระดับคุณภาพ รวมถึงใช้เป็นเครื่องมือประกันคุณภาพภายใน เพื่อรองรับการประเมินจากต้นสังกัด

ปีการศึกษา ๒๕๖๕ จังหวัดจันทบุรีมีสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการประมินมาตรฐานการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติในระบบฐานข้อมูลสารสนเทศการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ จังหวัดจันทบุรี มีเป้าหมาย ๓๕๕ แห่ง

ผลการประเมินระดับ A (ดีมาก) ๒๓๗ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๖๖.๗๖

ระดับ B (ดี) ๙๖ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๒๗.๐๔

ระดับ C (ผ่านเกณฑ์ขั้นตอน) ๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๘

ระดับ D (ต้องปรับปรุง) ๒๑ แห่ง คิดเป็นร้อยละ ๕.๙๒

(ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลสารสนเทศกรมกิจการเด็กและเยาวชน ณ วันที่ ๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๖)

กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ ผลการประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยทุกสังกัด โดยแยกมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพออกเป็น ๔ ด้าน (๔D) ได้แก่ ๑.การเจริญเติบโตและโภชนาการ (Diet) ๒.พัฒนาการเด็กและ การเล่น (Development and Play) ๓. สุขภาพช่องปาก (Dental) และ ๔.ด้านสิ่งแวดล้อมความ ปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค (Disease) นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีแนวปฏิบัติแบบก้าวกระโดดด้านสุขภาพ (๔D) อาศัยหลักการบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างเป็นองค์รวม เพื่อพัฒนาศักยภาพของเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ทั้ง ๔ ด้าน ผ่านการเรียนเป็นเล่น ในสภาวะแวดล้อมที่ส่งเสริมการเรียนรู้และมีความปลอดภัย มีหลักการพัฒนาสำคัญ ๔ องค์ประกอบ ได้แก่ การให้ความรู้(Knowledge) การบูรณาการ (Integration) การพัฒนาแบบก้าวกระโดด (Development) และการใช้ชุมชนเป็นฐาน (Social) โดยมี กระบวนการขับเคลื่อนมาตรฐานเชิงระบบของสถานศึกษาแบบองค์รวม (H O L I S T I C S) ได้แก่ ใช้บ้านเป็นฐาน (Homebase) การจัดการองค์กร (Organization) ภาวะผู้นำ (Leadership) การพัฒนาเด็กเป็นรายบุคคล (Individual) การแบ่งปัน (Sharing) การทำงานเป็นทีม (Team) วิธีการใหม่ (Innovation) การเปลี่ยนแปลง (Change agent) และความปลอดภัย (Safety) พบว่า ด้านการเจริญเติบโตและโภชนาการ (Diet) อยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง ๗,๒๔๒ แห่ง พัฒนาการเด็กและการเล่น (Development and Play) อยู่ใน เกณฑ์ต้องปรับปรุง ๖,๘๖๙ แห่ง สุขภาพช่องปาก (Dental) อยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุง ๒,๖๒๕ แห่ง และด้าน สิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค (Disease) อยู่ในเกณฑ์ ต้องปรับปรุง ๕๙๗ แห่ง จังหวัดจันทบุรีพบไม่ผ่านด้านสิ่งแวดล้อมความปลอดภัยและการป้องกันควบคุมโรค (Disease) ร้อยละ ๙.๗๖

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในต่างประเทศ การศึกษาในต่างประเทศ ผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประเทศแคนาดา ได้ทำการสำรวจในประชาชนอายุ ๑๖ ปีขึ้นไป จำนวน ๒๓,๐๐๐ คน พบว่าร้อยละ ๕๕ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าในระดับที่เพียงพอหรือต่ำกว่าระดับ ๓ จาก ๕ ระดับ

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยจะสร้างวัฒนธรรมสุขภาพและสมรรถนะในการดูแลสุขภาพ โดยประกอบด้วย ๔ มาตรการคือ ๑) สร้างกระแสและเตือนภัยข้อมูลข่าวสารเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ๒) สร้างโอกาสการเรียนรู้ทั้งใน และนอกระบบการศึกษา ๓) เสริมศักยภาพประชาชนชาวไทยให้รู้เท่าทันสื่อ และ ๔) พัฒนากลไกความร่วมมือของภาคี เครือข่ายทั้งในและนอกประเทศ และจะดำเนินการพัฒนาระบบกลไกการบริหารจัดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากการประเมินศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเป้าหมายปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๖ ในกลุ่มเด็กวัยเรียน และกลุ่มวัยทำงาน พบว่ากลุ่มเด็กวัยเรียนและกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมระดับดีมากร้อยละ ๕๐.๕๔ และ๖๕.๖๐ แต่ทั้งกลุ่มเด็กวัยเรียนและกลุ่มวัยทำงานมีระดับศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองระดับพอใช้ขึ้นไป (มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่เพียงพอได้เล็กน้อยถึงได้ถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ) ร้อยละ ๗๘.๕๐ และ ๙๐.๑๙ ตามลำดับ ทั้งนี้ในจังหวัดจันทบุรีไม่ได้รับการสุ่มเป็นเป้าหมายในการเก็บข้อมูลดังกล่าว

แนวคิดทฤษฎีความรอบรู้

องค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ว่าเป็นทักษะในการคิดและทักษะเชิงสังคมที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถเชิงปัจเจกต่อการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการเพื่อทำให้มีสุขภาพดี โดยความหมายนี้ได้ สะท้อนว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ระดับความรู้ทักษะและความมั่นใจส่วนบุคคลที่จะปฏิบัติเพื่อให้มีสุขภาพดี

แนวคิดของ Nutbeam ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีรวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติ และ แรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง และจำแนกลักษณะ health literacy ไว้ ๓ ระดับ

ระดับที่ ๑ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะ ด้านการอ่านและเขียนในชีวิตประจำวัน เช่นการอ่านใบยินยอม ฉลากยา การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ รวมทั้งปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ

ระดับที่ ๒ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นมีปฏิสัมพันธ์ (Communicative or Interactive) ได้แก่ทักษะ พื้นฐานและการมีพุทธิปัญญา รวมทั้งทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะการสื่อสารที่แตกต่างกัน รวมทั้งการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

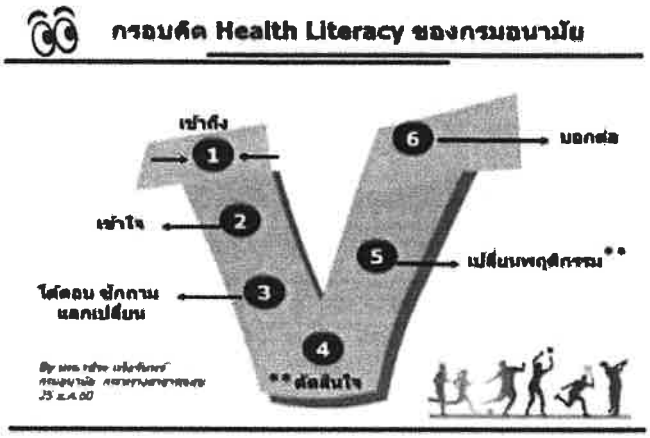
ระดับที่ ๓ ความฉลาดทางสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ และควบคุมการจัดการสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้

ในประเทศไทย องค์กรต่าง ๆ กล่าวถึงคำนิยามของ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” ดังนี้

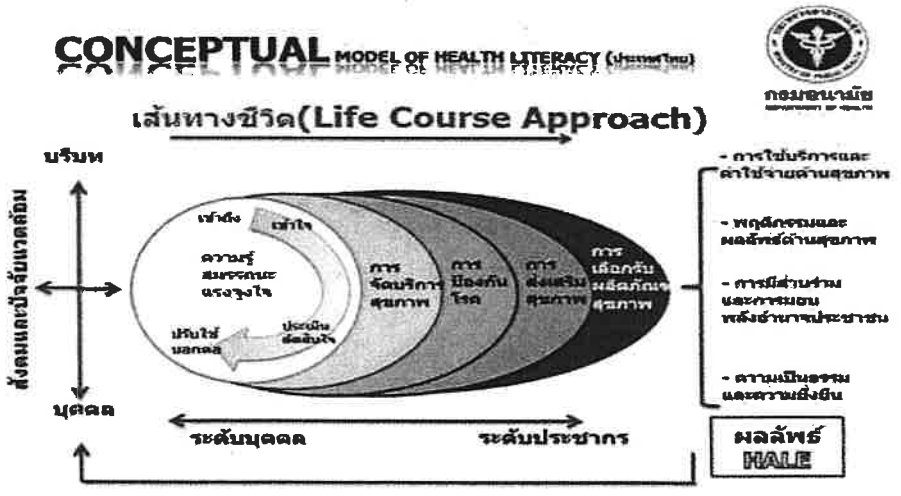
คณะกรรมาธิการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ให้ ความหมาย “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) หมายถึง กระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคม ที่ก่อเกิดแรงจูงใจและความ สามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและ ใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่สุขภาวะ

กรมอนามัย ให้นิยามว่า "การเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูล ความรู้และ การจัดบริการสุขภาพ สามารถตัดสินใจเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพและใช้บริการสุขภาพ ตลอดจนปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพได้

วชิระ เพ็งจันทร์ (๒๕๖๐) "ความรอบรู้ด้าน สุขภาพ คือ ความรอบรู้ และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคล ในการที่จะกลั่นกรอง ประเมินและตัดสินใจ ที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการ และผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม" ซึ่งได้กำหนดกรอบแนวคิด การสร้างความสำเร็จความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลเพื่อเป็นการ เรียนรู้ตามรูปแบบ V Shape Model ๖ ด้าน คือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน การ ตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ เป็นการสอนให้รู้ คิดเป็น ทำเป็น และบอกต่อได้ ที่เข้าถึงปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ



การพัฒนาความรอบรู้ของประชาชน กรมอนามัยได้กำหนดกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประเทศไทยไว้ดังภาพ



Source: Adapted from Sorenson K, Van den Broucke S, Fullam J, *et al*. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12(80):1-13.

เด็กปฐมวัย หมายถึงเด็กที่มีอายุตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนถึง ๖ ปี เป็นช่วงที่ร่างกายและสมองมีการเจริญเติบโตและเรียนรู้อย่างรวดเร็ว จึงมีความสำคัญที่เด็กวัยนี้ควรได้รับการสร้างรากฐานสำหรับสุขภาวะที่ดี (The Royal College of Pediatricains of Thailand, ๒๐๑๗) เนื่องจากพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในด้าน

สติปัญญาและการช่วยเหลือตนเองยังมีขีดจำกัด จึงไม่สามารถเข้าใจหรือมีความรู้ ทักษะในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด (Myers & Murray, ๒๐๑๙) ดังนั้นผู้ดูแลเด็กจะต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กได้อย่างมีคุณภาพและเป็นไปตามมาตรฐานเพื่อให้เด็กมีสุขภาวะที่ดี ทั้งปัญหาสุขภาพเด็กปฐมวัยที่พบอย่างต่อเนื่อง จากศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อาทิการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร และโรคมือเท้าปากมากกว่าเด็กที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (Prayoonmahisorn, Unahalekhaka, & Chitreecheur, ๒๐๑๓)

ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลหลัก และครูในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นบุคคลที่มีอิทธิพลมากสำหรับเด็กวัยก่อนเรียน เนื่องจากเป็นผู้เลือกแนวทาง หรือวิธีการต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตของเด็กเพราะในวัยนี้ยังไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะสุขภาพของเด็ก การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรม และผลลัพธ์ ทางสุขภาพของเด็กในประเทศเยอรมันนี พบว่าผู้ปกครอง ร้อยละ ๔๕.๘๐ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ และมีความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปกครองที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Batool SH, ๒๐๒๒) สอดคล้องกับเกศินี อิ่มเมน (๒๕๖๖) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมในการป้องกันฝุ่น PM ๒.๕ ให้แก่เด็กวัยก่อนเรียนของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดพะเยา จำนวน ๓๗๐ ราย ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมป้องกันฝุ่น PM ๒.๕ ให้แก่เด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครองอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$ =๓.๔๙, SD = .๖๖ และ$\bar{X}$ = ๓.๕๐, SD = .๗๕ ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการป้องกันฝุ่น PM ๒.๕ ให้เด็กวัยก่อนเรียนของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์การเจ็บป่วยในเด็กปฐมวัย พบว่าเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจเป็นโรค ๓ อันดับแรกของประเทศ

สถานการณ์การเจ็บป่วยของเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปีในจังหวัดจันทบุรี พบว่าโรคระบบทางเดินหายใจเป็นโรคอันดับ ๑ และการบาดเจ็บจากสาเหตุต่างๆ เป็นอันดับที่ ๔ ภัทร์พิชชา ครุฑางคะ (๒๕๖๖) ศึกษาการประเมินความต้องการจำเป็นด้านความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยของครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้ดูแลเด็กมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพมากที่สุด ส่วนด้านการเลี้ยงดูเด็ก พบว่าผู้ดูแลมีการดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัยมากที่สุด เมื่อประเมินความต้องการจำเป็นพบว่าด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการดูแลให้มีสุขภาพดี และด้านการดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ เป็นความต้องการจำเป็นที่สำคัญมากที่สุดเกี่ยวกับความรอบรู้ของผู้ดูแลเด็กในการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัย

กรอบแนวความคิดในการพัฒนางาน

จากบทวิเคราะห์ดังกล่าว ผู้จัดทำจึงมีแนวความคิดในการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้ปกครองและครูผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยใช้แนวคิดความรอบรู้ตามรูปแบบ V Shape Model ๖ ด้าน คือ การเข้าถึง ความเข้าใจ การโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน การ ตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อ วชิระ เพ็งจันทร์ (๒๕๖๐) ในการเฝ้าระวังสุขภาพเด็กปฐมวัย จัดการด้านสิ่งแวดล้อมและมาตรการการดูแลความปลอดภัยของเด็กปฐมวัย โดยมองความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมคือทุนหรือทรัพย์สินที่อยู่ในตัวคน (personal asset) ทั้งปัจจัยกำหนดภาวะสุขภาพในเด็กก่อนวัยเรียนที่สำคัญคือ พฤติกรรมการดูแลของผู้ปกครอง และครูผู้ดูแล หากผู้ปกครองและครูผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กมี

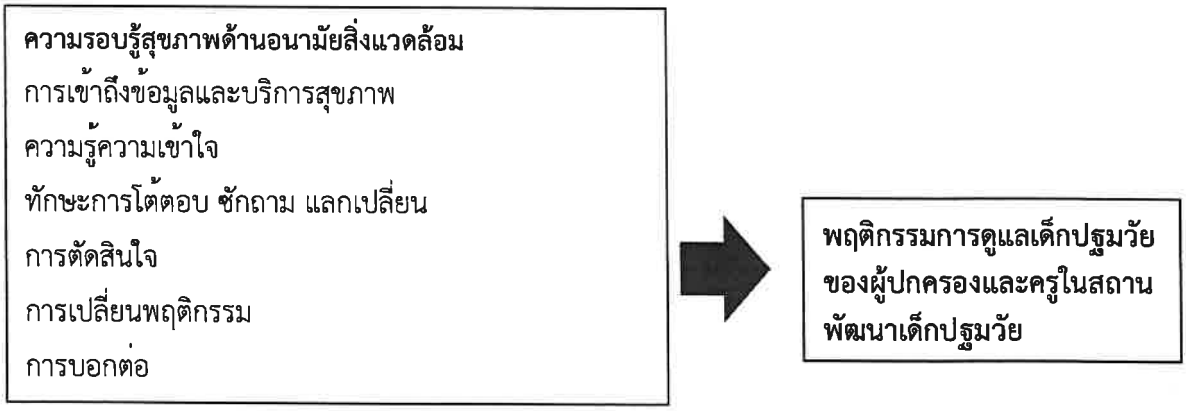
ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมย่อมสามารถจัดการสิ่แวดล้อมที่ส่งผลต่อเด็กปฐมวัยในทางบวกให้แก่เด็กวัยก่อนเรียนได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย เหมาะสมต่อการเรียนรู้ การพัฒนา “คน” สิ่งสำคัญที่สุดก็คือ “การเริ่มอย่างถูกต้อง ตั้งแต่เด็กเล็ก”(Put Children to the Right Start) โดยการให้ความสำคัญตั้งแต่แรกเกิดจนเติบใหญ่ ให้เกิดคุณลักษณะที่ดี ๔ ด้าน คือ

๑.ด้านกาย คือ การดูแลตนเอง และการมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางวัตถุโดยไม่เบียดเบียนตนและสิ่ง รอบตัว ได้แก่ ดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน อาทิ การรักษาความสะอาดของร่างกาย รักษาและจัดเก็บของใช้ ส่วนตัว การรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ เก็บของเล่นหรือของใช้เข้าที่ การรักษาความสะอาดของห้องเรียนหรือโรงเรียน เป็นต้น

๒. ด้านสังคม คือ การมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางสังคมโดยไม่เบียดเบียนผู้อื่น ได้แก่ มีวินัย อาทิ การปฏิบัติตามข้อตกลงของกลุ่มและห้องเรียน เคารพสิทธิและหน้าที่ของตนเองและผู้อื่น

๓. ด้านจิตใจ คือ การมีสมรรถภาพทางจิตดี ได้แก่ มีสติ สมาธิ และ ความเพียร ร่าเริงเบิกบาน มีความสุขในการเรียนรู้และการพัฒนาตน และการมีคุณภาพจิตดี คือมีความเมตตากรุณาและมี ความกตัญญู

๔. ด้านปัญญา คือ การมีความรู้ความเข้าใจในเหตุผล เห็นคุณค่าและประโยชน์ของการทำสิ่งดี และคิดแก้ปัญหาได้ อาทิ บอกได้ว่าอะไรดีไม่ดี มีคุณมีโทษ ควรทำไม่ควรทำ สรุปวิเคราะห์การ กระทำของตนเองได้ บอกเหตุและผลของการกระทำได้ สนใจใฝ่รู้ และสร้างสรรค์ แก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน ได้อย่างมีเหตุผล ดังกรอบแนวคิด



ข้อเสนอ

๑. จากการศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักวิชาการหลายท่านพบว่า ผู้ดูแลเด็กมีการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพมากที่สุด ส่วนด้านการเลี้ยงดูเด็ก พบว่าผู้ดูแลมีการดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัยมากที่สุด เมื่อประเมินความต้องการจำเป็นพบว่าด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพมีความต้องการได้รับการพัฒนาสูงที่สุด จึงควรสนับสนุนด้านวิชาการทั้งการจัดการอบรมพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในมาตรฐานการจัดการสิ่งแวดล้อมในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และสื่อออนไลน์ต่างๆ ที่ครูและผุ้ปกครองจะสามารถศึกษาในภายหลังได้

๒. ด้านทักษะการสื่อสารและด้านการรู้เท่าทันสื่อ จัดกระบวนการเรียนรู้ในการแก่ครูและผู้ปกครองให้สามารถสื่อสารตามความรู้ที่ได้รับอย่างเชียวชาญ โดยการฝึกประสบการณ์และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งในสถานพัฒนาเด็กและในชุมชนด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับเด็กปฐมวัย รวมถึงการพัฒนาทักษะการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งที่เชื่อถือได้เพื่อพิจารณา ไตร่ตรองข้อมูลสุขภาพที่ได้รับก่อนนำไปปฏิบัติ

๓. ด้านการดูแลเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพดี และด้านการดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย เช่น ร้านจำหน่ายอาหารในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยปลอดน้ำอัดลม ร้านค้าโดยรอบสถานพัมนาเด็กปฐมวัยและในชุมชนปลอดขนมกรุบกรอบ ลดเค็ม

๔. การพัฒนาศักยภาพผู้เลี้ยงดูหรือครูผู้ดูแลให้มีความสามารถถ่ายทอดความรู้ ผ่านการเล่น การจัดกิจกรรมสร้างสรรค์แก่เด็ก จะทำให้เด็กซึมซับพฤติกรรมทางบวก และพัฒนากลายเป็นวินัยเชิงบวกได้ สิ่งแวดล้อมทั้งในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและในชุมชนเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญใน รวมทั้งการเสริมสร้างให้ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรอบรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เช่นการทิ้งขยะให้ถูกที่ การจัดบ้านเรือนให้ถูกสุขลักษณะ ย่อมส่งผลให้เด็กปฐมวัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี ปลอดโรค และยังสามารถปลูกฝังให้กลายเป็นนิสัยติดตัวไปจนเติบโตต่อไป

๕. การพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization) และพัฒนาชุมชน/ ท้องถิ่นเป็นชุมชน รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Communities) เป็นการส่งเสริมคนในองค์กรสามารถ สื่อสาร เผยแพร่ข้อมูลที่เป็นจริง เป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลในการธำรง รักษา สุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน ย่อมส่งผลให้เด็กปฐมวัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และเจริญเติบโต มีพัฒนาการสมวัย โภชนาการดี และห่างไกลภัยสุขภาพ

๖. การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ หรือจากการเจ็บป่วยจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย ส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีสุขภาพร่างกายที่ไม่สมบูรณ์ เกิดความล่าช้าในการเรียนรู้และไม่ต่อเนื่อง พัฒนาการไม่สมวัยและร่างกายเจริญเติบโตล่าช้า การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ที่ทุกฝ่ายต้องบูรณาการให้มีความต่อเนื่อง

ข้อจำกัดที่อาจจะเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อให้มีมาตรฐานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือต้นสังกัดที่รับผิดชอบ รวมถึงภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เนื่องจากมีหลายองค์ประกอบที่สำคัญและส่งผลต่อสุขภาพเด็กปฐมวัย จึงต้องมีการบูรณาการความร่วมมือ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนา ร่วมแก้ไขปัญหา เพื่อความยั่งยืนของการพัฒนา

๒. เด็กมีช่วงเวลาทองในการเรียนรู้และปลูกฝังอุปนิสัย ครูในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยควรจัดกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมการปลูกฝังนิสัยด้านการจัดการตัวเอง รักษาสิ่งแวดล้อมและการป้องกันอันตรายจากสิ่งแวดล้อมอย่างสม่ำเสมอ

๔.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ครอบครัว และผู้ดูแลเด็กปฐมวัยสามารถนำกระบวนการดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยรอบตัวเด็กให้เหมาะสมปลอดภัยต่อสุขภาวะของเด็กปฐมวัย

๒. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีกระบวนการในการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้ปลอดภัยต่อเด็กปฐมวัย

๕.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ครอบครัว ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีความรอบรู้หรือหรือมีพฤติกรรมอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ร้อยละ ๗๑

๒.สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านการประเมินตามมาตรฐานชาติ

(ลงชื่อ).....

(นางสาวสดับพินท์ พสุหิรัณย์)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)

วันที่ ๒๒/มกราคม/๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

แนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
ลำดับที่ ๒ นายพิเชฐ ปัญญาสิทธิ์

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 กรกฎาคม 2566 – 30 กันยายน 2566

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

จากการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1.แนวคิดองค์การอนามัยโลก(WHO)ผู้สูงอายุคุณภาพ
(The three pillars of policy framework for active aging)
2.การส่งเสริมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองชะลอชราชีวายืนยาว
(Health Promotion Individual Wellness Plan)
3.แนวคิดสู่การปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุคุณภาพ
4.แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
5.แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)
6.กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research : PAOR)
7.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.แนวคิดองค์การอนามัยโลก(WHO) ผู้สูงอายุคุณภาพ (The three pillars of policy framework for active aging)

องค์การอนามัยโลก(WHO,2002)ได้เสนอกรอบนโยบายสามเสาหลักของผู้สูงอายุคุณภาพ คือการดำเนินการเกี่ยวกับมิติสุขภาพ(health)มิติการมีส่วนร่วม(participation)และมิติความมั่นคง(Security)และเสนอนโยบายที่สำคัญเพื่อจัดการกับสามมิติของผู้สูงอายุคุณภาพให้เป็นวงกว้างและครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ โดยการกำหนดเป้าหมายเป็นพิเศษสำหรับบุคคลที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุและหรือผู้สูงอายุ
(The three pillars of policy framework for active aging WHO,2002)

มิติสุขภาพ(health) การส่งเสริมให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุมีสุขภาพดีจะทำให้สามารถพึ่งตนเองได้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุรวมถึงสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคมที่ตอบสนองความต้องการของตนเองเมื่ออายุมากขึ้นเป็นการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี

- ป้องกันและลดภาระความพิการโรคเรื้อรังและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร
- ลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคที่สำคัญความเสี่ยงอันตรายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอันก่อให้เกิดความพิการทางร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกายลำบากอันเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวัน
- พัฒนาความต่อเนื่องของบริการสุขภาพแบบบูรณการและเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพก่อนวัยสูงอายุได้อย่างครบวงจร
- จัดให้มีการฝึกอบรมและให้ความรู้แก่ประชากรก่อนวัยสูงอายุโดยเน้นให้ความสำคัญของการส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีแข็งแรงปราศโรค

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

มิติการมีส่วนร่วม(participation)กำหนดนโยบายทางสังคมและโครงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชากรก่อนวัยสูงอายุในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ

- จัดหาโอกาสทางการศึกษาและการเรียนรู้โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม(active learning)
- ตระหนักและกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชากรก่อนวัยสูงอายุในกิจกรรมการพัฒนาทางเศรษฐกิจทั้งงานนอกระบบและไม่เป็นทางการและกิจกรรมอาสาสมัครตามอายุตามความต้องการความชอบและความสามารถของแต่ละคน
- ส่งเสริมให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในครอบครัวและสนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่อง

มิติความมั่นคง(Security)รวมถึงความปลอดภัยควรกำหนดนโยบายและโปรแกรมวางแผนและจัดการทางการเงินและทางกายภาพและความปลอดภัยระดับบุคคลในขณะที่อายุมากขึ้นประชากรก่อนวัยสูงอายุควรได้รับความคุ้มครองและความเอาใจใส่

- สร้างความมั่นใจในการปกป้องความปลอดภัยและศักดิ์ศรีของประชากรก่อนวัยสูงอายุโดยการเคารพดูแลสิทธิทางสังคม ทางการเงิน การออมเงินและการวางแผนเรื่องรายได้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ
- ลดความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องสิทธิด้านความปลอดภัยและความต้องการความปลอดภัยของประชากรก่อนวัยสูงอายุ

2.การส่งเสริมสุขภาพการดูแลสุขภาพตนเองชะลอชราชีวายืนยาว(Health Promotion Individual Wellness Plan)

แผนด้านการส่งเสริมสุขภาพดูแลสุขภาพตนเอง Wellness Plan เป็นแผนเฉพาะรายเพื่อพัฒนาทักษะ ทางกาย ใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพดี ขั้นตอนการประเมินจะเป็นการประเมินภาวะสุขภาพตนเองหรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ เป็นกระบวนการ และควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพชีวิตที่ดี และสุขภาวะผู้สูงอายุ (ADL)แลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกต่อ ตามแนวทาง 6 องค์ประกอบ(กรมอนามัย ,คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี Individual Wellness Plan,2564)

1.ด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ

ความสามารถในการเคลื่อนไหวออกแรงของผู้สูงอายุเป็นประจำอย่างต่อเนื่องในการส่งเสริมสุขภาพทุกส่วนของร่างกายให้แข็งแรงดีขึ้น ลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วย อุบัติเหตุ ความเครียด มีความสมดุลคล่องแคล่วอ่อนตัว และการเคลื่อนไหวได้มากที่สุด ไม่เป็นภาระของผู้อื่น สามารถช่วยของตนเองได้ ทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจ สามารถดำรงชีวิตกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข

2.ด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

2.1ไม่พร่องสารอาหาร คือ ผู้สูงอายุบริโภคอาหารครบ 5 หมู่ อย่างหลากหลายในปริมาณที่เพียงพอเหมาะสม และรู้จักเลือกบริโภคให้เหมาะกับตนเอง (ผู้สูงอายุได้รับสารอาหาร คาร์โบไฮเดรต โปรตีน ไขมันวิตามินและแร่ธาตุ ครบถ้วน)

2.2บริโภคสัดส่วนปริมาณที่เหมาะสม คือ ผู้สูงอายุได้รับอาหารครบถ้วนและบริโภคในปริมารที่เหมาะสมตามพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวันของแต่ละบุคคล โดยมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

3.ด้านการดูแลสมอง "ผู้สูงอายุสมองดี"

ความสามารถในการทำงานของสมองที่เกี่ยวกับการควบคุม องค์ประกอบ

3.1 การรับรู้ดี คือ การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล

3.2 ความจำ คือ ความจำของเดิมและเรียนรู้สิ่งใหม่

3.3 เหตุผล คือ สามารถคิดวางแผนจัดลำดับอย่างมีเหตุผล

3.4 มีสมาธิ คือ สามารถจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งได้, คำนวณได้

3.5 การใช้ภาษา คือ สามารถสื่อสารได้เข้าใจ การพูด การอ่าน การเขียน

3.6 มีมิติสัมพันธ์ คือ ความสามารถด้านการรับรู้ก่อมิติสัมพันธ์

4.ด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุไทยจะมีสุขภาพช่องปากที่ดี ต้องมีฟันอย่างน้อย 20 ซี่ หรือ 4 คู่สบฟันหลังขึ้นไป ร่วมกับการมีฟันสะอาดเหงือกแข็งแรง ส่งผลให้เคี้ยวและกลืนได้อย่างปกติและยิ้มได้อย่างมั่นใจ

4.1 มีฟันอย่างน้อย 20 ซี่หรือ 4 คู่สบฟันหลังขึ้นไป

4.2 มีฟันสะอาด เหงือกแข็งแรง

4.3 เคี้ยวและกลืนได้อย่างปกติ

5.ด้านความสุขของผู้สูงอายุ

การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัวและสังคม สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นรวมทั้งมีหลักยึดเหนี่ยวทางจิตใจองค์ประกอบ

5.1สัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว คือ การเกี่ยวข้องปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง โดยมีปฏิสัมพันธ์พูดคุย การแสดงออกซึ่งความรักและทำกิจกรรมอื่นๆร่วมกัน

5.2สัมพันธภาพที่ดีกับสังคม คือ การเกี่ยวข้องปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกชุมชนโดยมีปฏิสัมพันธ์พูดคุย การแสดงออกซึ่งความรัก และทำกิจกรรมอื่นๆร่วมกัน

5.3.สามารถช่วยเหลือตนเองได้ คือ การปฏิบัติกิจกรรม กิจวัตรประจำวัน (ADL)
สามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ คือ การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เมื่อพบสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความรู้สึกต้องการช่วยเหลือและทำให้ผู้อื่นได้รับความสุข พฤติกรรมที่แสดงออกได้แก่ การอำนวยความสะดวก การแบ่งปันสิ่งของ การให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้อื่น ร่วมมือกับผู้อื่นในการพัฒนาสังคม
หลักยึดเหนี่ยวทางจิตใจ คือ แนวคิดที่เชื่อว่าบุคคลสามารถประสบความสำเร็จ แก้ไขปัญหาชีวิตได้ หรือเปลี่ยนแปลงชีวิต เป็นการปลดล็อค คลายปมจิตใจที่ขัดขวางความสำเร็จ

6.ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย และสถานที่สาธารณะให้มีความปลอดภัย ปราศจากความเสี่ยงและอันตรายที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอยู่อย่างยืดยาว องค์ประกอบ

6.1การจัดสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัย เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ มีกี่ระบายอากาศที่ดี ไม่อับชื้น มีอุปกรณ์อำนวยความสะดวก อาทิเช่น ราวจับ ทางลาด ห้องน้ำ /ส้วม เป็นต้น

6.2การจัดสภาพแวดล้อมในที่สาธารณะ และสิ่งอำนวยความสะดวก

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

การส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์(2002)

1.มีการรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ในการดำเนินกิจกรรมหรือโครงการ โปรแกรมที่มาสร้างซึ่งมีผลต่อการมีสุขภาพดีชะลอความเสื่อมก่อนสูงวัยโดยส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพตนเอง

2.การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ สามารถผ่านอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการจะดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพให้มีสุขภาวะสุขภาพดีได้ตามบริบทของตนเองต่อการส่งเสริมสุขภาพตนเอง

3.การรับรู้ความสามารถของตน โดยสามารถนำความสามารถที่ทำได้มาพัฒนาให้เกิดสุขภาวะให้แข็งแรงสุขภาพดี ชะลอความเสื่อมก่อนสูงวัยในการส่งเสริมสุขภาพ

4.กิจกรรมและความเกี่ยวเนื่องผลที่ได้ จะต้องมีการรวมกลุ่มชมรมและมีกิจกรรมดำเนินการต่อเนื่องในการจะดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 4 ด้านมีการส่งผลของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยในพื้นที่ บริบท มีความต้องการความชอบที่เกิดขึ้นขณะนั้น มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพปัจจัยส่วนบุคคล ด้านจิตวิทยา สังคม วัฒนธรรม อิทธิพล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลครอบครัว กลุ่มเพื่อน มีส่วนร่วมต่อการส่งเสริมสุขภาพ

3.แนวคิดสู่การปฏิบัติการเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุคุณภาพ

ความสูงวัยเป็นพัฒนาการช่วงสุดท้ายของชีวิตมนุษย์ หากพัฒนาการตั้งแต่ช่วงวัยต้นๆมีความไม่สมบูรณ์ย่อมจะสั่งสมไปจนถึงวัยสุดท้ายคือผู้สูงอายุ ดังนั่นจึงเป็นคำตอบว่ามนุษย์ควรเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา การเป็น"ผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ"สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมมีความพึงพอใจและเป็นไปตามความปรารถนาของตน ประกอบด้วยการมีอายุยืนยาวที่มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี รู้สึกในคุณค่าของการเป็นผู้สูงอายุมีความสามารถทางสังคมและเศรษฐกิจ มีความพึงพอใจในชีวิตมีความอิสระในการใช้ชีวิต อยู่ในที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร(กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ,2562)

การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถเตรียมการล่วงหน้าได้อย่างแน่นอน การรู้ก่อนเตรียมการได้ก่อน นำไปสู่ความมั่นคงในชีวิตเมื่อสูงอายุ

การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุ ตามกรอบนโยบายสามเสาหลักของผู้สูงอายุคุณภาพคือการดำเนินการในการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับมิติสุขภาพ (health) มิติการมีส่วนร่วม (participation) และมิติความมั่นคง (security) ของประชากรวัยสูงอายุ การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมุ่งเน้นการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดของความพร้อม ซึ่งส่วนหนึ่งต้องอาศัยการสร้างเสริมบทบาทของประชากรก่อนวัยสูงอายุได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเฉพาะ ผลกระทบและการรับรู้ผลของพฤติกรรม รวมทั้งการเพิ่มบทบาทของครอบครัวและบุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อช่วยในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ (WHO, 2015)ซึ่งพบว่าประชากรวัยสูงอายุยังคงต้องการความช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ โดยต้องการให้มีกิจกรรมหรือนโยบายที่ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุในพื้นที่โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาวะและเศรษฐกิจ เพื่อให้ประชากรวัยสูงอายุมีสุขภาพดีพึ่งตนเองได้และมีความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเสนอชุมชนให้มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพและการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุมีผู้สาธิต ผู้นำปฏิบัติ รวมถึงมีสื่อความรู้ที่เหมาะสม เข้าใจง่ายสามารถเข้าถึงได้ และนำไปปฏิบัติได้จริงนอกจากนี้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนกิจกรรมและนโยบายอย่างต่อเนื่อง (วิไลพรและคณะ,2556) คุณภาพผู้สูงอายุ (Active Aging) ประกอบด้าน 3 ด้าน

1. ด้านสุขภาพ (Health)คือ การส่งเสริมให้ประชาชนลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและการเสียหน้าที่ของอวัยวะต่างๆในร่างกายโดยการอาศัยในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมการหลีกเหลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการส่งเสริมให้ประชาชนมีปัจจัยที่ช่วยป้องกันการเกิดโรคเช่น การออกกำลังกายเป็นต้น เพื่อให้ประชาชนสามารถมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ประชาชนจะเป็นผู้สูงอายุที่ดีสุขภาพแข็งแรงสามารถจัดการชีวิตของตนเองได้ ลดการพึ่งพาผู้อื่นมีค่าใช้จ่ายในการรักษาและบริการสุขภาพลดลงรวมถึงสามารถเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้ตามสิทธิและความจำเป็นของตนเอง

2. ด้านการมีส่วน(Participation)คือ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การตอบแทน การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและจิตวิญญาณ ตามสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ตามความสามารถ ความต้องการและความชอบของบุคคลโดยการสร้างนโยบายและโปรแกรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนได้ด้านตลาดแรงงาน การจ้างงาน การศึกษาสุขภาพและสังคม ซึ่งจะทำให้ประชาชนสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้อย่างต่อเนื่องทั้งกิจกรรมที่ได้รับค่าจ้างหรือไม่ได้รับค่าจ้าง

3. ด้านหลักประกันความมั่นคง(Security)คือ การสร้างหลักประกันให้กับประชาชนเพื่อเป็นหลักประกันว่าเมื่อประชาชนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะได้รับการปกป้อง การเคารพและได้รับการดูแลเมื่อไม่สามารถดูแลตนเองได้หรืออยู่ในสภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยการสร้างนโยบายหรือโปรแกรมที่เน้นหลักประกันด้านสังคมการเงินและสิ่งแวดล้อม ทางกายภาพที่ปลอดภัย ตามความต้องการและสิทธิของประชาชน รวมถึงการให้การสนับสนุนครอบครัวและชุมชนให้สามารถดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลใช้

4.แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

กระบวนการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นวงจรการสะท้อนคิดและการปฏิบัติเริ่มจากการสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นสะท้อนคิดร่วมกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงและลงมือปฏิบัติตามแผนสังเกตผลจากการปฏิบัติและวางแผนซ้ำจนกว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ให้ดีขึ้น สิ่งเหล่านี้นับว่าเป็นการปฏิบัติทางสังคม เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่แต่ละขั้นตอนผู้ที่เกี่ยวข้องในสถานการณ์นั้นๆต้องเข้ามามีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกัน

ระยะที่ 1 ระยะการวางแผน (Plan)

การสังเคราะห์รูปแบบและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

1.1ร่วมกันศึกษาประเมินสถานะสุขภาพของกลุ่มวัยก่อนผู้สูงอายุ

ศึกษาและข้อมูลทั่วไปร่วมกันสังเคราะห์ในการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพจากแนวคิดองค์การอนามัยโลก(WHO,2002)และกรมอนามัย,2564 เพื่อนำเสนอข้อมูลและเข้าใจร่วมกัน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

1.2ดำเนินการจัดเวทีประชุมแบบมีส่วนร่วมวางแผน

คำนึงถึงการเข้ามามีส่วนร่วมของกลุ่มปฏิบัติการหลักร่วมกันปฏิบัติการ รับฟังและเสนอความคิดเห็นเพิ่มเติมเสนอกิจกรรมพัฒนาที่สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบ

1.3กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมงานและองค์กรและภาคีสร้างเครือข่าย

มีส่วนร่วมโดยสร้างคณะทำงานทีมดูแลกลุ่มวัยก่อนผู้สูงอายุPre – aging อย่างชัดเจนประกอบด้วย จากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)เทศบาล อบต.ผู้นำชุมชน(กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแหลมสิงห์ (มีแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ นักกายภาพ นักโภชนาการ เภสัชกร นักแพทย์แผนไทย ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุทุกรพสต.PCU สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ อสม. คณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุตัวแทนภาคประชาชน เอกชน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) จนนำไปสู่ทีมปฏิบัติการเพื่อดำเนินรูปแบบกิจกรรมรอบด้านเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพทั้ง 3 มิติองค์การอนามัยโลกและ 6 ด้าน กรมอนามัยประกอบด้วย ด้านการเคลื่อนไหว ด้านโภชนาการ ด้านสมองดี ด้านความสุข ด้านสุขภาพช่องปาก และด้านสิ่งแวดล้อม

ระยะที่ 2 การนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ไปปฏิบัติ (Action)

2.1 เวทีเสนอรูปแบบเชิงนโยบายในระดับอำเภอเพื่อนำรูปแบบไปปฏิบัติ

ศึกษาบริบท แนวคิดทฤษฎี งานวิจัย แนวทางการดำเนินงานและมาตรฐานที่เกี่ยวข้องร่วมสร้างรูปแบบกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต. ทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแหลมสิงห์ (มีแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ นักกายภาพ นักโภชนาการ เภสัชกร นักแพทย์แผนไทย ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุทุกรพสต.ศูนย์สุขภาพชุมชน(PCU) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ อสม.จนได้รูปแบบสอดคล้องกับกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุทั้ง3ด้านขององค์การอนามัยโลกและwellness plan ของกรมอนามัยในการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ

2.2จัดอบรมผู้ปฏิบัติทีมงานและองค์กรและภาคีสร้างเครือข่าย ในระดับอำเภอ เพื่อทำความเข้ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

เป็นแผนด้านการส่งเสริมสุขภาพดูแลสุขภาพตนเอง Wellness Plan เป็นแผนเฉพาะรายเพื่อพัฒนาทักษะ ทางกาย ใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพดี ขั้นตอนการประเมินจะเป็นการประเมินภาวะสุขภาพตนเองหรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ เป็นกระบวนการ และควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพชีวิตที่ดี และสุขภาวะผู้สูงอายุ (ADL)แลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกต่อ ตามแนวทาง 6 องค์ประกอบ(กรมอนามัย, คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี Individual Wellness Plan,2564)ประกอบด้วย ด้านการเคลื่อนไหว ด้านโภชนาการ ด้านสมองดี ด้านความสุข ด้านสุขภาพช่องปาก และด้านสิ่งแวดล้อม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน** (ต่อ)

2.3ดำเนินการกิจกรรมตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

มีเวทีประชุมเสนอรูปแบบในภาพรวมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ) เป็นนโยบายรูปแบบการดูแลการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ จัดอบรมผู้นำภาพรวมประกอบด้วยทีมนักวิจัยประกอบด้วยสหวิชาชีพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) ไปปฏิบัติ ทุกตำบลนำกิจกรรมภายใต้รูปแบบการดูแลการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุมีคุณภาพไปปฏิบัติเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

ระยะที่ 3 การสังเกต (Observe) ด้วยการประเมินความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ ด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม และด้านความมั่นคงในชีวิต

แนวคิดสู่การปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ คือ การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุ **ตาม**กรอบนโยบายสามเสาหลักของผู้สูงอายุคุณภาพคือการดำเนินการในการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับมิติสุขภาพ (health) มิติการมีส่วนร่วม (participation) และมิติความมั่นคง (security) ของประชากรวัยสูงอายุ การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมุ่งเน้นพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดของความพร้อม ซึ่งส่วนหนึ่งต้องอาศัยการสร้างเสริมบทบาทของประชากรก่อนวัยสูงอายุได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเฉพาะ ผลกระทบและการรับรู้ผลของพฤติกรรม รวมทั้งการเพิ่มบทบาทของครอบครัวและบุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อช่วยในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ(WHO, 2015) ซึ่งพบว่าประชากรวัยสูงอายุยังคงต้องการความช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ โดยต้องการให้มีกิจกรรมหรือนโยบายที่ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุในพื้นที่โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาวะและเศรษฐกิจ เพื่อให้ประชากรวัยสูงอายุมีสุขภาพดี พึ่งตนเองได้และมีความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเสนอชุมชนให้มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพและการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุมีผู้สาธิต ผู้นำปฏิบัติ รวมถึงมีสื่อความรู้ที่เหมาะสม เข้าใจง่าย สามารถเข้าถึงได้ และนำไปปฏิบัติได้จริงนอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนกิจกรรมและนโยบายอย่างต่อเนื่อง

คุณภาพผู้สูงอายุ (Active Aging) หมายถึงความคาดหวังประกอบด้าน 3 ด้าน

1. ด้านสุขภาพ (การประเมินสุขภาพกายของตนเอง สุขภาพจิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน และการออกกำลังกาย)

2. ด้านการมีส่วนร่วม (การมีงานทำ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน และการดูแลบุคคลในครัวเรือน)

3. ด้านความมั่นคงในชีวิต (ความเพียงพอของ รายได้ การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ลักษณะการอยู่อาศัย และสภาพการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย) มีแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ในกลุ่มก่อนวัยสูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วยทีมนักวิจัยแบบสหวิชาชีพตัวแทนชมรมผู้สูงอายุทุกตำบล นายกอบต.และเทศบาลจนท.สาธารณสุขระดับตำบล

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ระยะที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection)นำเสนอผลการประเมินความพร้อมการเป็น Pre- Aging ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแหลมสิงห์(พชอ.)

ทราบประสิทธิผลของการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.).Pre-Agingของระดับอำเภอปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานวิจัยในพื้นที่ประกอบด้วยการสนับสนุนขององค์กรต่างๆเช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแบบสหวิชาชีพในโรงพยาบาลแหลมสิงห์และรพสต.ผู้นำชุมชนกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แกนนำอสม. มีบทบาทอย่างมากในการผลักดันกิจกรรมให้เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ได้รับการสนับสนุนการทำงานงบประมาณในการดำเนินงานจากท่านนายกอบต.นายกเทศบาลทั้งในโครงการในกองทุนหลักประกันสุขภาพในพื้นที่และงบประมาณส่วนตัวเพื่อให้ชุมชนทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในกลุ่มวัยก่อนสูงอายุได้สำเร็จลุล่วงสามารถนำผลการดำเนินการสรุปตามเป้าหมายของกรอบนโยบายสามเสาหลักของผู้สูงอายุคุณภาพคือการดำเนินการในการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับมิติสุขภาพ (health) กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุได้บรรยายว่ารู้สึกว่าต้องมีความพร้อมทางด้านร่างกานและจิตใจ กินได้ นอนหลับไม่เครียด สามารถจัดการดูแลตนเองได้ ดูแลค่าดัชนีมวลกาย รอบเอวเดินทรงตัวได้มิติการมีส่วนร่วม (participation) สามารถประกอบอาชีพเพื่อหาได้รายได้ด้วยตนเอง จัดการเรื่องรายจ่ายในครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของหน่วยงานสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุและมีส่วนร่วมบทบาทในการรวมกลุ่มในชมรมเพื่อคนในชุมชนแบ่งปันทรัพยากรในการอยู่ร่วมกันมีส่วนร่วมดูแลคนในครอบครัวและชุมชนเพื่อสังคมผู้สูงอายุที่กำลังจะเกิดขึ้นสมบูรณ์และมิติความมั่นคง (security) สามารถจัดการให้เกิดความพอเพียงของรายได้ในครอบครัวและสามารถแบ่งผ่อนชำระหนี้สินที่เป็นความสำคัญของครอบครัวแบบไม่เป็นภาระสิ่งสำคัญคือการมีบ้านและที่ทำมาหากินเพื่อเป็นหลักประกันชีวิตรวมถึงการออมและสวัสดิการของรัฐที่เข้าถึงได้สภาพความเป็นอยู่สิ่งแวดล้อมสำคัญในความปลอดภัยในชีวิตของประชากรวัยสูงอายุ

5.แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(District Health Board : DHB)(สำนักงานนายกรัฐมนตรี,2561) ตามประกาศในราชกิจจานุเบกษา 2 เล่มที่ 135 ตอนพิเศษ 54 ง วันที่ 9 มีนาคม 2561 ชี้ให้เห็นว่ารัฐให้ความสำคัญของการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ ให้เป็นไปในทิศทางและยุทธศาสตร์และเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพมุ่งให้มีการบูรณาการร่วมระหว่างหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน กำหนดให้ในแต่ละอำเภอในทุกจังหวัด มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคณะหนึ่งมีหน้าที่พัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่โดยกำหนดเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความเหลื่อมล้ำ โดยการช่วยเหลือดูแลกันและกัน"ช่วยเหลือ-ไม่ทอดทิ้ง-ห่วงใยกัน"

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u> **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน** (ต่อ)

สรุปแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)อำเภอเป็นจุดยุทธศาสตร์สำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพตามแนวคิดพื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลางซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการสาธารณสุขมูลฐาน(Primary Health Care: PHC)มีองค์ประกอบหลักคือการบริการปฐมภูมิที่บูรณาการเข้ากับงานสาธารณสุขที่จำเป็นโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในกิจกรรมและนโยบายเพื่อการมีสุขภาพดี และเสริมพลังอำนาจให้แก่ประชาชนและชุมชนเพื่อการดูแลตนเองคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)เป็นรูปแบบและกลไกในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ประชาชนในระดับพื้นที่ในการจัดการสุขภาพของตนเองและการมุ่งไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในลักษณะการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งนี้เกิดจากความสามารถในการบูรณาการระหว่างการสั่งการตามระบบราชการและการรับฟังปัญหาความต้องการของประชาชนและภาคส่วนในพื้นที่การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวต้องอาศัยภาวะผู้นำและความเข้าใจของผู้นำระดับอำเภอและผู้ที่เกี่ยวข้อง

การดำเนินงานนโยบายเพื่อการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)อำเภอแหลมสิงห์

อำเภอแหลมสิงห์ มีนายชัชชัย ลิ้มภักดี นายอำเภอแหลมสิงห์ เป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) และมีนายกำธร พินิจ สาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ เป็นเลขานุการ และนายพิเชฐ ปัญญาสิทธิ์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เป็นผู้ช่วยเลขานุการ รับผิดชอบงานพชอ.ระดับอำเภอ โดยคณะกรรมการทุกภาคส่วนได้กำหนดประเด็นปัญหาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่จำนวน 2 เรื่อง คือ 1.การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 2.การช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสและผู้พิการ ประเด็น การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอแหลมสิงห์ ได้มอบหมายให้นายสำเริง ศรีสิทธิชัยกุล เป็นประธานคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (ประเด็นที่ 1 การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ) ให้ดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพก่อนถึงวัยสูงอายุแก้ปัญหาสุขภาพและได้จัดทำโครงการการส่งเสริมสุขภาพก่อนถึงวัยสูงอายุและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยสูงอายุโดยนำรูปแบบผลวิจัยลงพื้นที่ในการดำเนินงาน Laemsing Ageing model มีวัตถุประสงค์เพื่อ1.เพื่อให้มีคณะกรรมการรับผิดชอบประเด็นการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ 2เพื่อให้กลุ่ม Pre - Ageing (อายุ55 – 60 ปี) ได้มีแผนการส่งเสริมสุขภาพ 3.คัดกรองสถานะโรคลดภาวะความแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและภาวะพึ่งพิง กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วยกลุ่ม Pre - Ageing (อายุ55 – 60 ปี) ในเขตอำเภอแหลมสิงห์โดยมีกิจกรรมสำคัญคือได้ดำเนินการทำการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ(อายุ55 – 60 ปี) ผลการดำเนินงานพบว่าการใช้ L-SA Model ผู้สูงอายุมีภาวะพฤฒิพลังด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมและความมั่นคงในชีวิต สูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ > 0.001 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ L-SA Model ทำให้ผู้สูงอายุมีความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยชรา จุดเด่นของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่าผู้บริหารให้ความสำคัญกับปัญหา มีความจริงใจและจริงจังในการดำเนินการ มีความชัดเจนส่วนร่วมในเป้าหมายและแนวทางที่กำหนด เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมีความมุ่งมั่น จริงจัง จริงใจ และทำงานอย่างต่อเนื่อง ภายใต้กระบวนการการมีส่วนร่วมของประชาชน ท้องถิ่น ท้องที่ คณะกรรมการหมู่บ้าน หน่วยงานราชการ สหวิชาชีพและประชาชนทุกภาคส่วนให้ความร่วมมือ ร่วมกันคิด ร่วมกันวางแผน ร่วมกันดำเนินการ และส่งผลให้ประชาชน/ ชุมชนมีความสุขและสุขภาพดี

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ประเด็นขับเคลื่อนปี 2566	แผนกิจกรรม/ กระบวนการการพัฒนาคุณภาพชีวิต
1.การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	1.มีคณะกรรมการพชอ/พชต.ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ/วัยผู้สูงอายุ 2.ดำเนินการทำการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ Pre - Ageing (อายุ50 – 60 ปี)แบบมีส่วนร่วม 3 มีการคัดกรองภาวะสุขภาพกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ/ผู้สูงอายุ 4.กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ/ผู้สูงอายุได้รับการแก้ไขส่งต่อภาวะปัญหาสุขภาพ/ส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิต 5.กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community) : ได้รับการดูแลในชุมชนเป็นสถานที่ในการฟื้นฟูสมรรถภาพ rehabilitation

การประเมินผล

ประเด็นที่การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ

- มีคณะกรรมการพชอ/พชต.กลุ่มสหวิชาชีพผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินการส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ/ผู้สูงอายุและนำเสนอผลงานในระดับท้องที่ครบทั้ง 7 ตำบล 8 สถานบริการ
- ดำเนินการทำการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ Pre - Ageing (อายุ50 – 59 ปี)ผู้นำและผู้บริหารให้ความสำคัญสอดคล้องกับสถานการณ์ดำเนินการได้ 7 ตำบล
- ประเมินการสมรรถนะโปรแกรมแผนด้านการส่งเสริมสุขภาพดูแลสุขภาพตนเอง Wellness Plan เป็นแผนเฉพาะรายเพื่อพัฒนา ทักษะ ทางกาย ใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพดี ขั้นตอนการประเมินจะเป็นการประเมินภาวะสุขภาพตนเองหรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ เป็นกระบวนการ และควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพชีวิตที่ดี และสุขภาวะผู้สูงอายุ (ADL)แลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกต่อตามแนวทาง 6 องค์ประกอบ(ด้านการเคลื่อนไหวของกลุ่มก่อนวัยสูงอาย Pre - Ageing การส่งเสริมด้านโภชนาการสำหรับกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ Pre - Ageing ด้านการดูแลสมอง “กลุ่มก่อนวัยสูงอายุ Pre - Ageing สมองดี”ด้านสุขภาพช่องปากกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ Pre - Ageing ด้านความสุขของกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ Pre - Ageing ด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับกลุ่มก่อนวัยสูงอายุ Pre – Ageing ถึงวัยผู้สูงอายุ)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

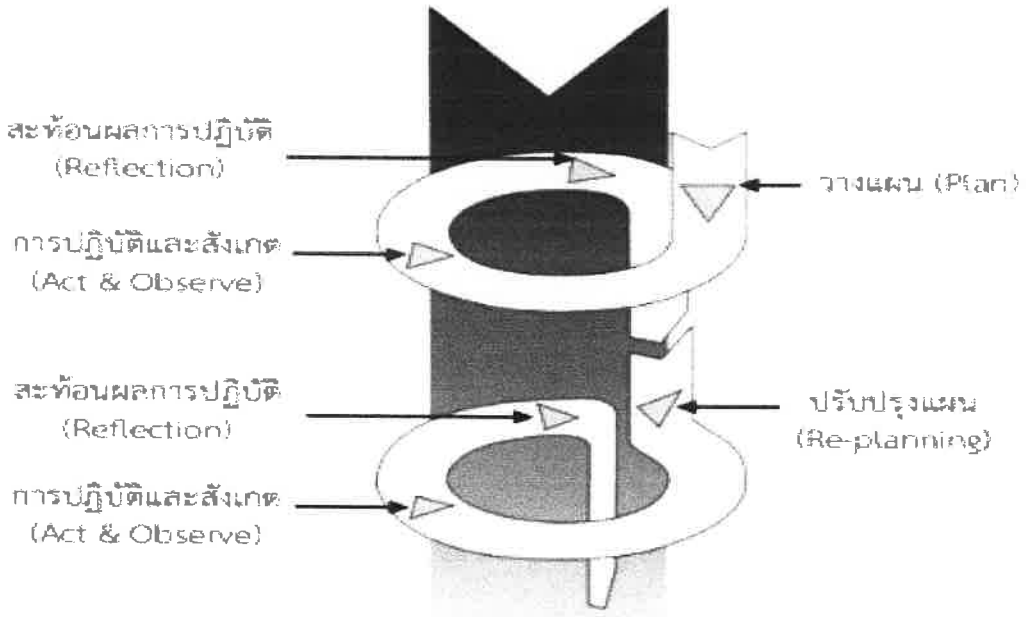
ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6.กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research : PAOR)

กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research : PAOR) (Kemmis ; & Mc Taggart 1988) ได้เสนอขั้นตอนของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นกระบวนการปฏิบัติการอย่างมีระบบ การวิจัยประเภทนี้ส่งเสริมให้เกิดการ มีส่วนร่วมระหว่างผู้ปฏิบัติ โดยผู้ปฏิบัติงานทุกคนต่างมีความสามารถ มีจิตสำนึกผลักดันให้องค์กรเกิดการเปลี่ยนแปลง โดยมีเป้าหมายสำคัญ 2 ประการคือ

1.ทำให้เกิดความใกล้เคียงกันมากที่สุดระหว่างปัญหาที่เกิดขึ้นกับทฤษฎีที่ใช้อธิบายและใช้แก้ไขปัญหา

2.ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถกำหนด และดึงฐานข้อมูลเบื้องลึกของปัญหาออกมา โดยใช้ความสามารถที่มีอยู่ในตัวของผู้ปฏิบัติงานเอง โดยผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการและวิจารณ์ผลการปฏิบัติเป็นวงจรแบบขดลวด 4ขั้นตอน คือ 1.) การวางแผน(Plan)2.การปฏิบัติ(Action)3.สังเกตการณ์(Observe)4.การสะท้อนผลการปฏิบัติ(Reflect)กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน(Re-Planning)เป็นวงจรดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆจนกว่าจะได้รูปแบบเป็นที่น่าพึงพอใจคงที่เหมาะสมดังแสดงในภาพประกอบโดยมีรายละเอียดดังนี้



วงจรขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ (Kemmis ; & Mc Taggart)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ความสัมพันธ์กิจกรรมการวิจัยที่หมุนเวียนเคลื่อนที่ไปเป็นวัฏจักรเป็นกลไกกระบวนการวิจัยหลักแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.การวางแผน(Plan)เริ่มต้นด้วยการสำรวจปัญหาที่ต้องการให้มีการแก้ไข นักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องร่วมกัน วางแผน ด้วยกันสำรวจสภาพการณ์ของปัญหาว่า ปัญหาที่ต้องแก้ไขคืออะไร ปัญหานั้นเกี่ยวข้องกับใครบ้าง วิธีแก้ไขต้องปฏิบัติอย่างไร แก้ไขต้องมีการแก้ไขในเรื่องใดบ้าง วิเคราะห์สภาพการปัญหา เพื่อเป็นแนวทางในการหาโครงสร้างของปัญหาอย่างมีระบบ ทบทวนแง่มุมปัญหาถกปัญหาอย่างกว้างขวางกับผู้ร่วมวิจัยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะทำให้เห็นปัญหาอย่างชัดเจน

2.การปฏิบัติ(Action)เป็นการกำหนดแนวคิดที่กำหนดแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนมาดำเนินการ เมื่อลงมือปฏิบัติต้องใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ประกอบไปด้วยโดยรับฟังจากผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งจากการปฏิบัติจะเป็นข้อมูลย้อนกลับว่า แผนที่วางไว้อย่างดีนั้นปฏิบัติได้ดีมากน้อยเพียงใด มีอุปสรรคอย่างไรบ้างในการปฏิบัติ ดังนั้นแผนงานที่กำหารนดไว้อาจจะยืดหยุ่นได้โดยวิจัยต้องใช้วิจารณญาณและการตัดสินใจที่เหมาะสมและมุ่งปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามขั้นตอนที่วางไว้

3.การส่งเกตการณ์(Observe)ขณะที่การวิจัยดำเนินกิจกรรมตามขั้นที่วางไว้ต้องมีการสังเกตการณ์ควบคู่ไปด้วย พร้อมจดบันทึกเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมดที่คาดหวังและไม่คาดหวังโดยสิ่งที่สังเกตก็คือ กระบวนการปฏิบัติการ(The action process)และผลของการปฏิบัติการ(The effects of action)การสังเกตนี้จะรวมถึงการรวบรวมผลการปฏิบัติที่เห็นด้วยตา การฟัง การได้ใช้เครื่องมือ แบบทดสอบเป็นเบื้องต้น ซึ่งขณะที่การปฏิบัติการวิจัยกำลังดำเนินการไปควบคู่กับการสังเกตผลการปฏิบัติควรใช้เทคนิคต่างๆที่เหมาะสมมาช่วยในการรวบรวมข้อมูลด้วย

4.การสะท้อนผล(Reflect)เป็นขั้นสุดท้ายของวงจรการทำวิจัยเชิงปฏิบัติการคือการประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการ ปัญหา หรืออปสรรคต่อการปฏิบัติการซึ่งผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องต้องตรวจสอบกระบวนการปัญหา หรือ อุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ซึ่งผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆโดยผ่านการถก-อภิปรายปัญหาซึ่งจะได้แนวทางของการพัฒนาขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมและเป็นพื้นฐานข้อมูลที่นำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไปโดยวงจร 4 ขั้นตอนดังกล่าว จะมีลักษณะการดำเนินการเป็นขั้นบันไดเวียน(Spiral)การทำซ้ำตามวงจรจนกว่าจะได้ผลงานวิจัย และแสดงให้เห็นแนวทาง หรือรูปแบบปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพเพื่อแก้ปัญหาในสิ่งที่ศึกษานั้น ดังนั้นการวิจัยเชิงปฏิบัติเชิงปฏิบัติการจึงเป็นการวิจัยที่จำเป็นต้องอาศัยผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการสะท้อนผลเกี่ยวกับการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการแก้ไขปรับปรุงและพัฒนาให้ดีขึ้น ส่วนเทคนิคที่ใช้ในการวิจัย ไม่ว่าจะเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล หรือการวิเคราะห์ข้อมูลก็ไม่ได้แตกต่างไป แต่วิธีการต่างออกไป คือการเข้าใจความหมายและตีความในสิ่งที่เกิดขึ้นระหว่างทำวิจัย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

7.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศุภพิชญ์ ญาณโสภณ(2564) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย หน่วยงานที่มีบทบาทในการดูแลกลุ่มวัยผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทที่ชัดเจนที่สุด โรงพยาบาลชุมชนและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีส่วนร่วมเล็กน้อยในบทบาทการให้ข้อมูลด้านสุขภาพในระดับปานกลางในช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ การประชุมผู้นำชุมชนร่วมกับชาวบ้าน การจัดอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพเปิดโอกาสให้ผู้สนใจเข้าร่วมลงทุนในกิจกรรมจะทำให้การส่งเสริมสุขภาพจะมีความชัดเจนและยั่งยืน

กริช เกียรติญาณ และคณะ(2564) แนวทางการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ พบว่า 1)ด้านสุขภาพร่างกายควรมีการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย และการละเว้นอบายมุข 2)ด้านการเงินและทรัพย์สินควรมีการเก็บเงินออม ลดค่าใช้จ่ายและจัดการภาระหนี้สินก่อนการเกษียณ 3)ด้านที่อยู่อาศัยการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุและ4)ด้านการทำงานหลังเกษียณ ลดภาระหน้าที่การงานของผู้สูงอายุและหางานทำให้เหมาะสมกับวัย

มุจลินท์ แปงศิริ (2563) การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพในประชากรก่อนวัยผู้สูงอายุ อาจารย์คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ ปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมีทั้งปัจจัยด้านกายภาพ ด้านสติปัญญาด้านสิ่งแวดล้อม ด้านอารมณ์ แรงจูงใจและบุคลิกภาพ โดยระดับการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพในประเด็น ก่อนวัยผู้สูงอายุแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ระดับบุคคลระดับครอบครัวและระดับชุมชนหากประชากรก่อนวัยสูงอายุทุกคนได้รับการเตรียมความพร้อมที่เหมาะสมในการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพย่อมทำให้เกิดความมั่นใจในการเข้าสู่วัยสูงอายุส่งผลให้เป็นผู้สูงอายุที่มีความสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดภาวะพึ่งพิง

วรางคณา ศรีภูวงษ์ และคณะ(2563) ประเมินภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมี 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) การเตรียมการ การตรวจคัดกรองและการจัดทำแผนการดูแล 2) การส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ 3)กระบวนการจัดระบบบริการ 4) นโยบายและดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง 5) การช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ๆ ผลลัพธ์ภายหลังดำเนินกระบวนการพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพดีขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด และภาคีเครือข่ายชุมชนมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด การศึกษาชี้ให้เห็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน การมีศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การประชุมหารือกันของเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ และการสนับสนุนจากภาคีที่เกี่ยวข้อง

ดวงเดือน รัตนะมงคลกุลและคณะ(2560) การดำเนินโครงการแตกต่างกันไปตามบริบทและวิถีชุมชนผ่านการเรียนรู้ในกระบวนทำงานร่วมกันกับคนในชุมชน โดยมุ่งสู่เป้าหมายของการมีสุขภาพที่ดีโดยการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ การมีหลักประกันความมั่นคงทางด้านการเงินด้วยโครงการลดรายจ่ายเพิ่มรายได้ โดยทั้งสองกิจกรรมเป็นการทำงานร่วมกันของชุมชนได้เฉลี่ยทุกข์ปันสุขด้วยกัน การดำเนินโครงการพบการขับเคลื่อนผ่านกิจกรรมทั้งสามวัย คือ วัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุและการประสานความร่วมมือขององค์กรภาคีที่เกี่ยวข้อง วิจัยนี้ได้เสนอแนะการเตรียมชุมชนสังคมสูงอายุแบบบูรณาการ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ออกมาเป็นแนวคิด"สามเสา สามวัย สามประสาน"ภายใต้บริบทวัฒนธรรมวิถีชีวิตของชุมชนและการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิต

พิเชฐ ปัญญาสิทธิ์ (2560) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพL-SA Model ส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมมากขึ้นและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีรายได้เสริมทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพพร้อมรองรับการเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดต่อไปหลังการใช้รูปแบบ L-SA Model ผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วมและด้านความมั่นคงในชีวิตสูงขึ้น

อนันต์ พันธ์งอก (2558) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตนเอง การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การเห็นคุณค่าตนเองการมองโลกทัศน์ต่อชีวิต และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพตนเอง สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 การศึกษาเสนอแนะว่าหน่วยบริการสุขภาพต่างๆและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ไปเป็นแนวทางในการช่วยส่งเสริมความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุเพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรปราการให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

เนติยา แจ่มทิมและคณะ(2556)ผู้ดูแลผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ มีระดับคะแนนความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ0.001 เสนอแนะให้นำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุไปออกแบบการสอนแก่นักศึกษาบุคลากรทางการพยาบาลและสาธารณสุขเพื่อพัฒนาทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไป

กลุ่มประชากรก่อนวัยผู้สูงอายุอายุ 50 – 59 ปีที่มีความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(Activities of Daily Living : ADL) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 12 คือ ช่วยเหลือตัวเองได้ดีคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางของ Wayne W.,D (1995)ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มประชากรตัวอย่างในระดับตำบล จากสูตรคำนวณ ได้ กลุ่มตัวอย่าง 358 ราย วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา(Quota Sampling)โดยเลือกกลุ่มประชากรโดยการสุ่มตัวอย่างแบ่งชั้น(Stratified Sampling)โดยนำไปใช้กำหนดเป็นสัดส่วนไม่เท่ากันรายตำบลตามจำนวนกลุ่มประชากร จาก7 ตำบลในอำเภอแหลมสิงห์ เป็นกลุ่มตัวอย่างแยกตามหมู่บ้านตำบลวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว อาชีพ รายได้เฉลี่ย จำนวนสมาชิกในบ้าน บ้านที่พักอาศัย ระยะเวลาที่อยู่นอกบ้าน โดยใช้สถิติใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานวิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มก่อนสูงวัยสูงอายุที่ใช้และไม่ได้ใช้การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ อำเภอแหลมสิงห์จังหวัดจันทบุรี ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม 3 เดือน เก็บข้อมูลช่วงเดือน กรกฎาคม 2566 – กันยายน 2566การวิเคราะห์ ด้วยPaired t -testผลการวิจัยพบว่าพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ83.0มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 54 -57 ปี ร้อยละ55.3ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ49.4 โรคประจำตัวที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ31.8มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับ 18.50–22.90 (สมส่วน) ร้อยละ37.2 ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอว เพศชาย 84.80 ซม. (SD.8.24) เพศหญิง 85.43 ซม. (SD.9.53) ประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ30.2 มีค่าเฉลี่ยรายได้เฉลี่ย 7,507.54 บาท หลังใช้การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

มีคะแนนด้านพฤฒิพลังทั้ง 3 ด้านสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 ผลการศึกษา สรุปได้ว่ารูปแบบการส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางจัดโปรแกรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้กับกลุ่มก่อนสูงวัย(Pre-Aging) มีความพร้อมในการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อไป

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ในปี พ.ศ.2565 มีจำนวนสัดส่วนประชากรร้อยละ 19.21 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) จะมีประชากรผู้สูงอายุถึงร้อยละ28 (กรมอนามัย,2565) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุไทยร้อยละ95 มีความเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ41 โรคเบาหวานร้อยละ18 ข้อเข่าเสื่อมร้อยละ9 เป็นผู้พิการร้อยละ6 โรคซึมเศร้าร้อยละ1 และผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ1มีเพียงร้อยละ5ที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพจากการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆไปในทางที่เสื่อมลง ทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตใจ และเศรษฐกิจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวที่เกิดจากความเสื่อมดังกล่าว นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง เรื่องการเคลื่อนไหว โภชนาการ เรื่องสมอง การมีความสุข สุขภาพช่องปาก สิ่งแวดล้อม ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด เมื่อยามเจ็บป่วย ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะรู้สึกว่าคนรอบข้างไม่ให้ความสำคัญกับตนเอง คุณค่า ในตัวเองลดลงทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะซึมเศร้าได้และอาจเกิดความเสื่อมของสมองอีกด้วยนอกจากนั้นผู้สูงอายุยังเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวสังคมและหมู่คณะรวมถึงความต้องการความมั่นคงทำให้มีชีวิตอยู่ได้อย่างสมศักดิ์ศรีและลดการพึ่งพาคนอื่น(ประภาเพ็ญและคณะ,2564) โดยองค์การอนามัยโลกได้กำหนดกลยุทธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุของประเทศต่างๆทั่วโลก เพื่อการมีสุขภาวะของประชากรผู้สูงอายุ(Global Strategy and action Plan on Ageing and Health)ซึ่งผ่านการยอมรับของประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก(มุจลินทร์,2563) หรือการเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ (Active Aging) หมายถึงการเพิ่มโอกาสในการมีสุขภาพที่ดีทั้งในมิติสุขภาพ(Health)มิติการมีส่วนร่วม(Participation)และมิติความมั่นคงหรือการมีหลักประกันชีวิต(Security)(WHO,2005)เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสุขมีความเป็นอิสระและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ จึงเป็นเรื่องที่จำเป็น เป็นการส่งเสริมศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเองทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เน้นการมีส่วนร่วมในสังคมความต้องการของผู้สูงอายุมีการป้องกันอันตรายและการดูแลที่เหมาะสมเมื่อต้องการความช่วยเหลือตามบริบทและวัฒนธรรมดั้งเดิมของผู้สูงอายุมีการผสมผสานความรู้ด้านสุขภาพแนวใหม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของ สังคมโลก (anamai,2566) จากข้อมูลของจังหวัดจันทบุรี พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 18.07 18.75 และ 19.48 ตามลำดับ ในปีพ.ศ.2565 มีจำนวนผู้สูงอายุ 104,497 คน เป็นผู้สูงอายุติดสังคมร้อยละ 97.91 ติดบ้านร้อยละ1.46 และติดเตียงที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องการการดูแลร้อยละ 1.63 (ที่มา: ข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี,2565)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

<u>ส่วนที่ 2</u>ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรีมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563–2565คิดเป็นร้อยละ 22.50, 23.35 และ 24.17 ตามลำดับ (ที่มา : ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของที่ว่าการอำเภอแหลมสิงห์,2565)ซึ่งปัจจุบันเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว จากการสำรวจภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอแหลมสิงห์ ปีพ.ศ. 2565พบผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 48.65 มีภาวะน้ำหนักเกินร้อยละ 19.60 และมีภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและขาดสารอาหารร้อยละ 2.10 (ที่มา: ฐานข้อมูลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอแหลมสิงห์,2565)ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ของผู้นำท้องที่ เทศบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ ตำบล ยังพบว่า ผู้สูงอายุช่วงอายุ 60-70 ปี ที่มีสุขภาพแข็งแรงยังคงช่วยครอบครัวประกอบอาชีพ ทำงานบ้าน หรือดูแลลูกหลาน แต่ยังขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมนอกบ้าน ดังจะเห็นได้จากการที่ชมรมผู้สูงอายุหลายแห่งในอำเภอแหลมสิงห์ยังไม่ผ่านการประเมินคุณภาพเนื่องจากมีผู้สูงอายุเข้าร่วมน้อยและไม่สม่ำเสมอ ส่วนเรื่องความมั่นคงในชีวิต พบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับลูกหลานโดยมีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแลจัดหาอาหารให้ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้การสนับสนุนเงินจากครอบครัว จึงมีรายได้ทางเดียวคือ จากเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่รัฐบาลสนับสนุนให้เท่านั้น ข้อมูลข้างต้นสะท้อนว่าที่อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี มีโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์แล้ว แต่ยังมีผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งที่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังขาดการมีส่วนร่วมทางสังคมและยังขาดความมั่นคงในชีวิตในกลุ่มก่อนวัยผู้สูงวัยมีสัดส่วนการเปลี่ยนแปลงประชากรมากว่าร้อยละ50 (ที่มา : ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของที่ว่าการอำเภอแหลมสิงห์,2565) จะเข้าสู่กลุ่มวัยผู้สูงอายุ และสภาวะที่อาจจะเกิดมีโรคประจำตัว ความเสื่อมสภาพของร่างกายส่งผลเกิดภาวะพึ่งพิงการถูกทอดทิ้งไม่มีใครดูแลเพื่อป้องกันปัญหาดังกล่าว อำเภอแหลมสิงห์จึงทำการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพอำเภอแหลมสิงห์ให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ โดยรูปแบบที่จะนำมาใช้ควรเป็นรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่เป็นอำเภอติดชายทะเล มีวิถีแบบชาวประมงร่วมกับการทำสวนผลไม้ และประชาชนมีความผูกพันทางสังคมสูง คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในอำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย(Objective)

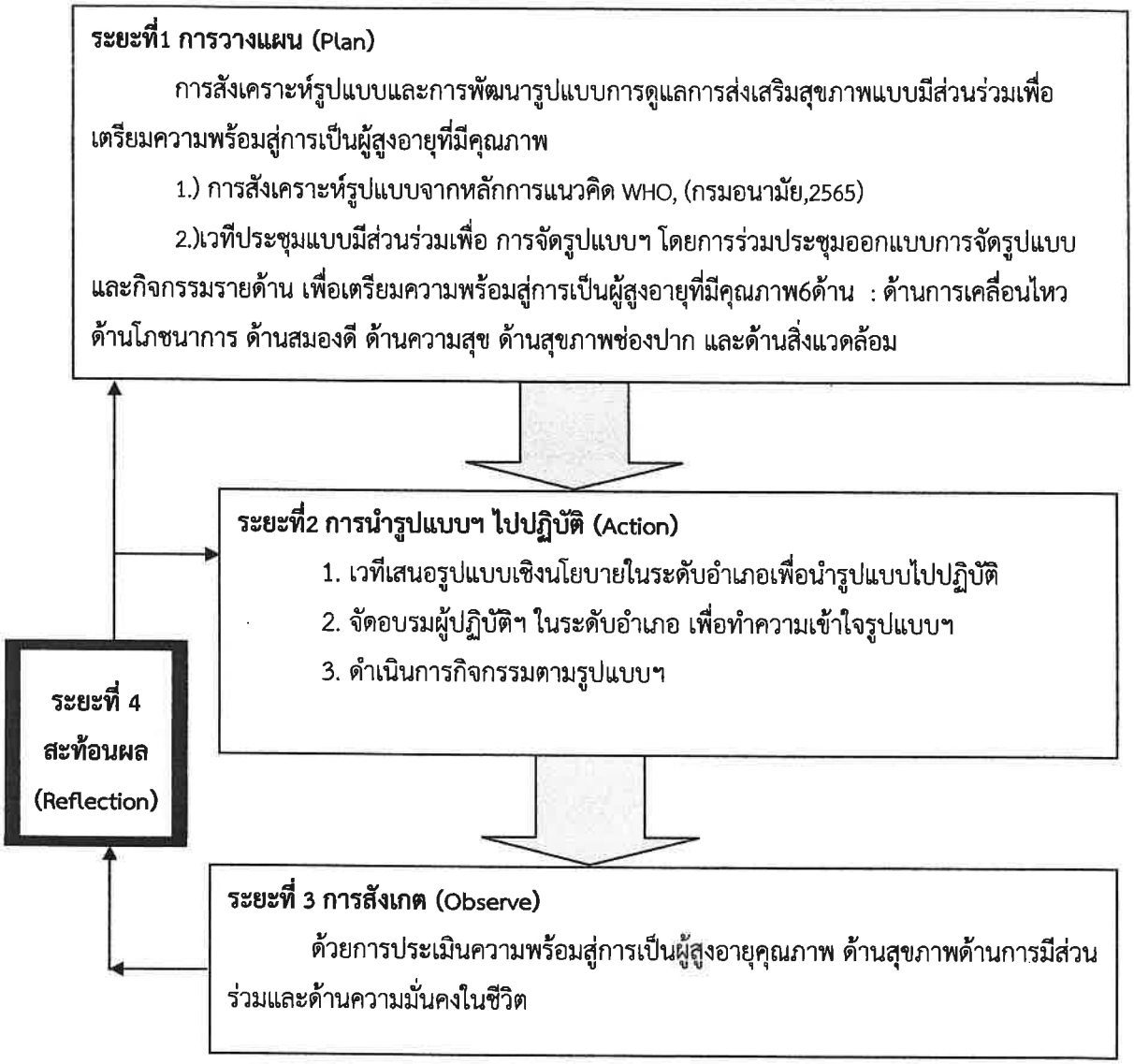
1.เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในกลุ่ม Pre–aging ในอำเภอแหลมสิงห์จังหวัดจันทบุรี

2.เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในกลุ่ม Pre–aging ในอำเภอแหลมสิงห์จังหวัดจันทบุรี

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

กรอบแนวคิดในการวิจัย



3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

คำนิยามเชิงปฏิบัติการที่จะใช้ในการวิจัย

การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพหมายถึง ประเมินจากแบบสอบถามทางด้านตามกรอบนโยบายสามเสาหลักของผู้สูงอายุคุณภาพ (Active Aging) ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดของความพร้อม ซึ่งส่วนหนึ่งต้องอาศัยการสร้างเสริมบทบาทของประชากรก่อนวัยสูงอายุได้แก่คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเฉพาะ ผลกระทบและการรับรู้ผลของพฤติกรรม รวมทั้งการเพิ่มบทบาทของครอบครัวและบุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อช่วยในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพประกอบด้วยความคาดหวังประกอบด้าน 3 ด้าน

1.) ด้านสุขภาพ (การประเมินสุขภาพกายของตนเอง สุขภาพจิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน และการออกกำลังกาย)

2.) ด้านการมีส่วนร่วม (การมีงานทำ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน และการดูแลบุคคลในครัวเรือน)

3.) ด้านความมั่นคงในชีวิต (ความเพียงพอของรายได้ การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ลักษณะการอยู่อาศัยและสภาพการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย)

การส่งเสริมสุขภาพสุขภาพดี หมายถึง การประเมินสมรรถนะแผนด้านการส่งเสริมสุขภาพดูแลสุขภาพตนเอง Wellness Plan เป็นแผนเฉพาะรายเพื่อพัฒนา ทักษะ ทางกาย ใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพดี ขั้นตอนการประเมินจะเป็นการประเมินภาวะสุขภาพตนเองหรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ เป็นกระบวนการ และควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพชีวิตที่ดี และสุขภาวะผู้สูงอายุ (ADL)แลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกต่อ ตามแนวทาง 6 องค์ประกอบ(ด้านการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุการส่งเสริมด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุด้านการดูแลสมอง “ผู้สูงอายุสมองดี”ด้านสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุด้านความสุขของผู้สูงอายุด้านสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ)

กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุหมายถึง กลุ่มประชากรที่มีอายุเริ่มตั้งแต่ 50 – 59 ปีที่สามารถทำกิจวัตรประจำวันพึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้

วิธีการรวบรวมข้อมูลวิจัย

ระยะที่ 1พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในกลุ่ม Pre-aging

1.) ทำการประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อเข้าใจในการวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.) ขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการเชิงปริมาณ (Quantitative method) โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะดังนี้

ขั้นตอนที่ 1ออกแบบรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในกลุ่ม Pre-aging

1.) ทำการประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อการสังเคราะห์รูปแบบและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 **ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน** (ต่อ)

2.)ร่วมกันศึกษาประเมินสถานะสุขภาพของกลุ่มวัยก่อนผู้สูงอายุ

ศึกษาและข้อมูลทั่วไปร่วมกันสังเคราะห์ในการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพจากแนวคิดองค์การอนามัยโลก(WHO,2002)และกรมอนามัย,2564 เพื่อนำเสนอข้อมูลและเข้าใจร่วมกัน

3.)ประชุมร่วมกับสหวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานกลุ่มวัยผู้สูงอายุ คณะกรรมการพชต.องค์กรส่วนท้องถิ่นในระดับอำเภอแหลมสิงห์ เพื่ออภิปรายเสนอแนะ ปรับปรุงแนวทางการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 การนำแนวทางการปฏิบัติรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในกลุ่ม Pre-aging ไปใช้

1.) เวทีเสนอรูปแบบเชิงนโยบายในระดับอำเภอเพื่อนำรูปแบบไปปฏิบัติ

ศึกษาบริบท แนวคิดทฤษฎี งานวิจัย แนวทางการดำเนินงานและมาตรฐานที่เกี่ยวข้องร่วมสร้างรูปแบบกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) ทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแหลมสิงห์ (มีแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ นักกายภาพ นักโภชนาการ เภสัชกร นักแพทย์แผนไทย ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุทุกรพสต.ศูนย์สุขภาพชุมชน(PCU) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์ อสม.จนได้รูปแบบสอดคล้องกับกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุทั้ง3ด้านขององค์การอนามัยโลกและwellness plan ของกรมอนามัยในการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ

2.) จัดอบรมผู้ปฏิบัติทีมงานและองค์กรและภาคีสร้างเครือข่าย ในระดับอำเภอ เพื่อทำความเข้ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

เป็นแผนด้านการส่งเสริมสุขภาพดูแลสุขภาพตนเอง Wellness Plan เป็นแผนเฉพาะรายเพื่อพัฒนาทักษะ ทางกาย ใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพดี ขั้นตอนการประเมินจะเป็นการประเมินภาวะสุขภาพตนเองหรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่ เป็นกระบวนการ และควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพชีวิตที่ดี และสุขภาวะผู้สูงอายุ (ADL)แลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกต่อ ตามแนวทาง 6 องค์ประกอบ(กรมอนามัย,คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี Individual Wellness Plan,2564)ประกอบด้วย ด้านการเคลื่อนไหว ด้านโภชนาการ ด้านสมองดี ด้านความสุข ด้านสุขภาพช่องปาก และด้านสิ่งแวดล้อม

3.) ดำเนินการกิจกรรมตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

มีเวทีประชุมเสนอรูปแบบในภาพรวมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ) เป็นนโยบายรูปแบบการดูแลการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ จัดอบรมผู้นำภาพรวมประกอบด้วยทีมนักวิจัยประกอบด้วยสหวิชาชีพ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ)คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) ไปปฏิบัติทุกตำบลนำกิจกรรมภายใต้รูปแบบการดูแลการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุมีคุณภาพไปปฏิบัติเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

ระยะที่ 2ประเมินผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในกลุ่ม Pre-aging

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการดูแลการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุมีคุณภาพ

1.) เครื่องมือเป็นแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ในกลุ่ม Pre- Aging ที่เข้าร่วมกิจกรรม

2.) ประสานงานกับสหวิชาชีพหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีแพทย์ พยาบาลเฉพาะทางผู้สูงอายุ นักกายภาพ นักโภชนาการ เภสัชกร นักแพทย์แผนไทย ทันตแพทย์ ทันตาภิบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุทุกรพสต.ศูนย์สุขภาพชุมชน(PCU) องค์กรส่วนท้องถิ่น ที่ว่าการอำเภอแหลมสิงห์ อสม.นำมาถอดบทเรียนตลอดจนแนวทางในการปฏิบัติในรูปแบบการดูแลการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุมีคุณภาพ

ขั้นตอนที่ 4การสะท้อนผลการศึกษารูปแบบการดูแลการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุมีคุณภาพ

1.) ผู้วิจัยนำผลการศึกษาในระยะที่ 1 (ขั้นตอนที่ 1 - 3) ไปดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 4 ปรับปรุงรูปแบบการดูแลการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม

2.) นำเสนอผลการประเมินความพร้อมการเป็น Pre-Aging แก่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) แหลมสิงห์นโยบายขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพระดับอำเภอ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามได้แก่ เป็นประเด็นมี 3 ด้านคือ 1) ด้านสุขภาพ (health) 2) ด้านการมีส่วนร่วม (participation) 3) ด้านความมั่นคง (security)

คุณภาพผู้สูงอายุ (Active Aging) หมายถึงความคาดหวังการรับรู้สภาวะประกอบด้าน 3 ด้าน

1. ด้านสุขภาพ (การประเมินสุขภาพกายของตนเอง สุขภาพจิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน และการออกกำลังกาย)

2. ด้านการมีส่วนร่วม (การมีงานทำ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน และการดูแลบุคคลในครัวเรือน)

3.ด้านความมั่นคงในชีวิต (ความเพียงพอของรายได้ การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ลักษณะการอยู่อาศัยและสภาพการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย)

ระยะที่ 2 ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในกลุ่ม Pre-aging

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือผู้วิจัยนำเครื่องมือที่จัดทำขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity for scale ,S-CVI)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรกลุ่มก่อนวัยสูงอายุในเขตอำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความหมายของภาษาที่ใช้และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha coefficient) ของ ครอนบาค (Cronbach , 1970) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.87

ประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในกลุ่ม Pre-agingประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัวน้ำหนักส่วนสูง รอบเอว อาชีพรายได้ต่อเดือน จำนวนสมาชิกที่อาศัยในบ้านเดียวกันความสัมพันธ์ บ้านพักที่อยู่อาศัย และระยะเวลาที่อยู่นอกบ้านใน 1 วัน

ส่วนที่ 2 ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน แบ่งความคิดเห็นเป็น5 ระดับ(มากที่สุด5 มาก 4ปานกลาง 3 น้อย 2 น้อยที่สุด1)

1) การประเมินสภาวะสุขภาพกายของ 2) การประเมินสภาวะสุขภาพจิต3)ประเมินสภาวะการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง4)ประเมินสภาวะการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหวของตนเอง 5)ประเมินสภาวะการประเมินความสามารถในการมองเห็นของตนเอง 6)ประเมินสภาวะการประเมินความสามารถในการได้ยินของตนเอง7)ประเมินสภาวะการประเมินความสามารถในการออกกำลังกาย มีจำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 3 ด้านการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 4 ด้าน แบ่งความคิดเห็นเป็น5ระดับ(มากที่สุด5 มาก 4 ปานกลาง 3 น้อย 2 น้อยที่สุด1)

1) ประเมินสภาวะการประเมินการมีงานทำ 2) ประเมินสภาวะการประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ3) ประเมินสภาวะการประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน 4) ประเมินสภาวะการประเมินการดูแลบุคคลในครัวเรือนมีจำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 4 ด้านความมั่นคงในชีวิต ประกอบด้วย 3ด้าน แบ่งความคิดเห็นเป็น5ระดับ(มากที่สุด5 มาก 4 ปานกลาง 3 น้อย 2 น้อยที่สุด1)

1.) ประเมินสภาวะการประเมินความเพียงพอของรายได้ 2) ประเมินสภาวะการประเมินการเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย 3) ประเมินสภาวะการประเมินลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพการอยู่อาศัยที่ปลอดภัยมีจำนวน 9 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

1.วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว อาชีพ รายได้เฉลี่ย จำนวนสมาชิกในบ้าน บ้านที่พักอาศัย ระยะเวลาที่อยู่นอกบ้าน โดยใช้สถิติใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.การวิเคราะห์เปรียบเทียบกลุ่มก่อนสูงวัยสูงอายุที่ใช้และไม่ได้ใช้การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ อำเภอแหลมสิงห์จังหวัดจันทบุรี ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม 3 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ Paired t –test

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 เชิงปริมาณ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปกลุ่ม Pre-agingอำเภอแหลมสิงห์จังหวัดจันทบุรี

ผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มก่อนผู้สูงอายุอำเภอแหลมสิงห์จังหวัดจันทบุรีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 297 คน (ร้อยละ83.0) เป็นเพศชายจำนวน 61 คน(ร้อยละ17.0)มีช่วงอายุอยู่ที่อายุ 54–57ปี จำนวน 157 คน(ร้อยละ 43.9) มีค่าเฉลี่ยของอายุ 55.90 ปี (S.D.=2.68) ส่วนใหญ่กลุ่มก่อนผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัวจำนวน177 คน (ร้อยละ49.4)โรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 114 คน(ร้อยละ31.8)ค่าดัชนีมวลกายBMIอยู่ในระดับ18.50–22.90(สมส่วน)จำนวน13คน(ร้อยละ37.2)วัดเส้นรอบเอวเพศชายอยู่ในระดับAbdominal fat >102ซม.จำนวน 46 คน(ร้อยละ12.8)ค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่ของเส้นรอบเอว 84.80ซม.(S.D.=8.24)วัดเส้นรอบเอวเพศหญิงอยู่ในระดับAbdominal fat >90 ซม.จำนวน 114 คน(ร้อยละ31.9)ค่าเฉลี่ยส่วนใหญ่ของเส้นรอบเอว85.43 ซม.(S.D.=9.53)ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายจำนวน 108 คน(ร้อยละ30.2)มีค่าเฉลี่ยรายได้อยู่ที่7,507.54 บาท (S.D.2,600.68)มีจำนวนสมาชิกอาศัยร่วมในบ้านจำนวน 3 - 4 คนจำนวน 133 คน (ร้อยละ37.2)มีจำนวน51คน (ร้อยละ14.2)ที่อยู่เพียงลำพังคนเดียวโดยลักษณะความสัมพันธ์ของคนที่อาศัยร่วมบ้านส่วนใหญ่เป็นญาติพี่น้องสายตรง/เครือญาติจำนวน 274 คน(ร้อยละ89.3)บ้านที่พักอยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านตนเองจำนวน 197 คน (ร้อยละ 55.0) มีเพียงจำนวน 20คน (ร้อยละ5.6) ที่ต้องเช่าบ้านอยู่อาศัยระยะเวลาที่ทำกิจกรรมอยู่นอกบ้านใน1วันเฉลี่ยอยู่ที่ 4.90 ชั่วโมง(S.D.=1.67)

ผลการประเมินภาวะพฤฒิพลังการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในกลุ่ม Pre-aging

พบว่า ผลของก่อนทำกิจกรรมกลุ่มก่อนผู้สูงอายุที่ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีภาวะพฤฒิพลังผู้สูงอายุด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$ = 2.96 , SD =0.13 พิจารณารายด้านพบว่าภาวะพฤฒิพลังผู้สูงอายุด้านสุขภาพมากที่สุดด้านการเคลื่อนไหวคือท่านสามารถขับขี่ จักรยาน รถจักรยานยนต์ หรือรถยนต์ไปไหนมาไหนด้วยตนเองได้ $\bar{X}$ = 3.47 , SD = 0.87 และด้านการได้ยินคือท่านสามารถได้ยินเสียงเพลง เสียงประกาศโดยไม่มีอาการหูอื้อ$\bar{X}$ = 2.87, SD =0.81 ผลของหลังทำกิจกรรมกลุ่มก่อนผู้สูงอายุที่ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีภาวะพฤฒิพลังผู้สูงอายุด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X}$ = 4.11 , SD =0.12 พิจารณารายด้านพบว่าภาวะพฤฒิพลังกลุ่มก่อนผู้สูงอายุด้านสุขภาพมากที่สุดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันคือท่านมีกำลังกายเพียงพอที่จะทำสิ่งต่างๆในแต่ละวัน (ทั้งในเรื่องงานและการดำเนินชีวิต)$\bar{X}$ = 4.36 , SD =0.53และการเคลื่อนไหวท่านสามารถเดินและทรงตัวได้ในระยะทาง 3 – 5 เมตร ด้วยตนเองได้ $\bar{X}$ = 4.36 , SD =0.51

ผลของก่อนทำกิจกรรมกลุ่มก่อนผู้สูงอายุที่ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีภาวะพฤฒิพลังผู้สูงอายุด้านด้านการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง$\bar{X}$ = 2.82 , SD =0.30 พิจารณารายด้านพบว่าภาวะพฤฒิพลังกลุ่มก่อนผู้สูงอายุด้านการมีส่วนร่วมมากที่สุดคือการดูแลบุคคลในครัวเรือนท่านมีหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัว (เช่น บุตร หลาน พี่น้องหรือ ญาติ)$\bar{X}$ = 3.23 , SD =0.50 ผลของหลังทำกิจกรรมกลุ่มก่อนผู้สูงอายุที่ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีภาวะพฤฒิพลังผู้สูงอายุด้านการมีส่วนร่วมในภาพรวมอยู่ในระดับมาก $\bar{X}$ = 4.13, SD =0.33

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

พิจารณารายด้านพบว่าภาวะพฤฒิพลังกลุ่มก่อนผู้สูงอายุด้านการมีส่วนร่วมมากที่สุดคือการเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชนท่านมีส่วนร่วม สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน $\bar{X}$ = 4.35, SD = 0.55

พบว่า ผลของก่อนทำกิจกรรมกลุ่มก่อนผู้สูงอายุที่ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีภาวะพฤฒิพลังผู้สูงอายุด้านความมั่นคงในชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$ = 2.65, SD =0.23 พิจารณารายด้านพบว่าลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพการอยู่อาศัยที่ปลอดภัยบ้านที่อยู่อาศัยของท่าน มีความมั่นคง แข็งแรงและปลอดภัย $\bar{X}$ = 3.25, SD = 0.56 ผลของหลังทำกิจกรรมกลุ่มก่อนผู้สูงอายุที่ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีภาวะพฤฒิพลังผู้สูงอายุด้านความมั่นคงในชีวิตในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}$ = 3.16, SD =0.37 พิจารณารายด้านพบว่าภาวะพฤฒิพลังกลุ่มก่อนผู้สูงอายุด้านความมั่นคงในชีวิตมากที่สุดคือลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพการอยู่อาศัยที่ปลอดภัยบ้านที่อยู่อาศัยของท่าน มีความมั่นคง แข็งแรงและปลอดภัย $\bar{X}$ = 4.28, SD =0.51

ผลหลังกลุ่มก่อนผู้สูงอายุร่วมกิจกรรมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ มีภาวะพฤฒิพลังด้านความมั่นคงในชีวิตดีกว่าก่อนร่วมกิจกรรมรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ > 0.001

5.1 เชิงคุณภาพ

ได้งานศึกษาวิจัย การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ อำเภอแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี จำนวน 1 เรื่อง ผลงานวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ Pre-Aging กับสังคมประชากรที่เข้าสังคมผู้สูงอายุ

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. หน่วยบริการด้านสาธารณสุขและบริการด้านสุขภาพ มีรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มก่อนสูงอายุ Pre-Aging ที่ชัดเจน สามารถปฏิบัติงานได้จริง

2. มีคู่มือแนวทางแบบคัดกรองการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มก่อนสูงอายุ Pre-Aging สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานกับพื้นที่ประชากรหน่วยบริการด้านสาธารณสุขและบริการด้านสุขภาพ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

1.ทบทวนและค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร ทฤษฎี แนวคิดขององค์การอนามัยโลก(WHO)กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หนังสือ การวิจัย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการวิจัยนโยบายสุขภาพและปัญหาระหว่างที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินงานที่เกิดขึ้น เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและทักษะกระบวนการ การบริหารจัดการ องค์ความรู้ในการที่จะเรียบเรียงทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ

2.การสร้างเครื่องมือในการทำวิจัยและทดสอบคุณภาพของเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านในการพัฒนาร่วมกัน(IOC) กับทฤษฎีและการวัดที่ตรงประเด็นเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างสามารถวัดประเมินได้ส่งผลต่อผลการศึกษาวิจัยที่ออกมาเกิดประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.ผลของการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการต้องมารวบรวมเรียบเรียงเป็นรายงานการวิจัยและนำผลที่ได้มาเสนอเป็นรูปแบบให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์และเสนอแนะปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความทันสมัย

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

1.กระบวนการดำเนินการจัดเก็บข้อมูลเกิดความขัดข้องในการปฏิบัติงานในสถานที่ทำกิจกรรมเก็บข้อมูลมีการใช้พื้นที่ซ้ำซ้อนกันมีงานศพหรืองานในตำบลเกิดสภาพไม่พร้อมทางชมรมในพื้นที่ต้องจัดมีสถานที่สำรองไว้เพื่อดำเนินกิจกรรมเป็นสถานที่รพสต.ของพื้นที่นั้นๆ แทนโดยมีรถรับส่งจากรพสต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้านหรืออสม.ในพื้นที่

2.การจัดกิจกรรมรูปแบบในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มก่อนสูงวัย สามารถเกิดภาวะอ่อนเพลีย ในการร่วมทำกิจกรรมจึงส่งผลกับการวัดผลได้

9. ข้อเสนอแนะ

1.หน่วยงานองค์กรส่วนท้องถิ่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการอนุมัติเห็นชอบจัดกิจกรรมสนับสนุนโครงการการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มก่อนสูงวัย Pre-Aging ควรพิจารณาจัดเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานพัฒนาและส่งเสริมคุณภาพกับประชากรในพื้นที่ ในการแก้ไขปัญหาด้านความเสื่อมสภาพของร่างกายช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

2.หน่วยงานด้านการดูสุขภาพ รพสต.โรงพยาบาลชุมชนควรนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมเพื่อเตรียมความสู่การเป็นสูงอายุที่มีคุณภาพมาดำเนินการจัดเป็นโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพคัดกรองประเมินพฤติพลังการส่งเสริมสุขภาพทั้ง6 ด้านในกลุ่มPre-Aging แบบเชิงรุกเคลื่อนที่ให้ครอบคลุมกับประชากรที่รับผิดชอบในพื้นที่เพื่อชะลอชราชีวิตกายเป็นสุขก่อนสูงอายุ

10. การเผยแพร่ผลงาน

ลงเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ Open Access วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี www.pnc.ac.th.

รหัสเผยแพร่ 04/44/2566 เมื่อวันที่ 29 กันยายน 2566

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

1)นายพิเชฐ ปัญญาสิทธิ์ สัดส่วนของผลงาน 90%

2)นางพรทิพย์ ปัญญาสิทธิ์ สัดส่วนของผลงาน 10%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายพิเชฐ ปัญญาสิทธิ์)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ(ด้านบริการทางวิชาการ)

(วันที่) 18 ม.ค. 2567

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายพิเชฐ ปัญญาสิทธิ์	
นางพรทิพย์ ปัญญาสิทธิ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) .....

(นายกำธร พินิจ)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอแหลมสิงห์

(วันที่) 18 ม.ค. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) .....

(นายอภิรักษ์ พิศุทธ์อาภรณ์)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

(วันที่) 18 ม.ค. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

---

1. **เรื่อง** การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-Aging) อำเภอนายายอาม จังหวัดจันทบุรี

2. **หลักการและเหตุผล**

ประเทศไทยปัจจุบันกำลังจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศ ต้องเตรียมพร้อมกับโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปโดยเฉพาะปัญหาด้านสุขภาพและโรคเรื้อรังต่างๆ ส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมโทรมตามธรรมชาติและสภาพจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามอายุและสภาพของร่างกาย ระบบการจัดบริการสุขภาพก็เปลี่ยน การเตรียมกำลังคนด้านสุขภาพที่ต้องการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเฉพาะทางมากขึ้น

อำเภอนายายอามมีประชากรที่จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี 2565 - 2567 คิดเป็นร้อยละ 15.85, 16.32 และ 17.35 ตามลำดับ โดยปกติสถานะสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอำเภอนายายอามพบผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว มีภาวะน้ำหนักตัวเกิน สภาวะเสื่อมโทรมของร่างกายและสภาวะด้านจิตใจ ยังพบว่าผู้สูงอายุยังคงช่วยครอบครัวประกอบอาชีพ ทำงานบ้าน หรือดูแลลูกหลาน และยังขาดการมีส่วนร่วมในกิจกรรมนอกบ้าน ชมรมผู้สูงอายุหลายตำบลในอำเภอนายายอามยังไม่ผ่านการประเมินชมรมคุณภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมน้อย ไม่สม่ำเสมอขาดการส่งเสริมสุขภาพศักยภาพในการดูแลตนเอง ความมั่นคงในชีวิตพบว่าผู้สูงอายุ อาศัยอยู่กับลูกหลาน มีสมาชิกครอบครัวเป็นผู้ดูแลจัดการอาหารให้ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว มีรายได้ทางเดียวคือ เงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่รัฐบาลสนับสนุนเท่านั้น

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้จัดทำเป็นผู้รับผิดชอบงานกลุ่มวัยผู้สูงอายุและดำเนินการขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุระดับอำเภอ มุ่งหวังให้การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุอำเภอนายายอามให้เป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพโดยนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่จะนำมาใช้เป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสุขสภาวะทั้ง 3 มิติและประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพดีชะลอชรา ชีวายืนยาวที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรก่อนวัยผู้สูงอายุและบริบทของพื้นที่ โดยใช้ในการแก้ไขปัญหาด้านความเสื่อมสภาพของร่างกายช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุสืบต่อไป

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1บทวิเคราะห์

อำเภอนายายอามแบ่งเขตการปกครองเป็น 6ตำบล 67หมู่บ้าน ประชากรทั้งหมดจำนวน 34,156คน มีกลุ่มประชากรPre – aging จำนวน 5,605คนร้อยละ 16.41กลุ่มสูงอายุร้อยละ 21.22 เป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากร กลุ่มวัยPre – agingและสูงอายุ อำเภอนายายอามปี 2567 จำแนก แยกรายตำบล

ตำบล	50-54		55-59		Pre - Aging		รวม	กลุ่มAgingขึ้นไป		รวม	รวมทุกกลุ่มวัย		รวม
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง		ชาย	หญิง		ชาย	หญิง	
นายายอาม	388	456	369	456	757	912	1,669	907	1,137	2,044	5,016	5,430	10,446
วังโตนด	153	179	133	170	286	349	635	340	501	841	1,730	2,023	3,753
กระแจะ	193	206	180	197	373	403	776	505	590	1,095	2,339	2,402	4,741
สนามไชย	187	208	167	206	354	414	768	455	540	995	2,244	2,309	4,553
ช้างข้าม	223	212	164	211	387	423	810	458	607	1,065	2,342	2,549	4,891
วังใหม่	227	273	216	231	443	504	947	512	696	1,208	2,762	3,010	5,772
รวมทั้งหมด	**1,371**	**1,534**	**1,229**	**1,471**	**2,600**	**3,005**	**5,605**	**3,177**	**4,071**	**7,248**	**16,433**	**17,723**	**34,156**

ที่มา : ข้อมูลทะเบียนราษฎร์ ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2566

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่ากลุ่มประชากรอำเภอนายายอาม มีอัตราเพิ่มเป็นสังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์สูงถึงร้อยละ21พบว่าประชากรอำเภอนายายอาม มีภาวะที่ต้องดำเนินการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุPre – aging(อายุ50-59ปี)เพื่อเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมีสุขภาพที่ดีพึ่งพาตนเองได้และพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเป็นการป้องกันและลดภาวะพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับตนเองอันส่งผลความลำบากอันเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันและพัฒนาระบบบริการการดูแลสุขภาพแบบต่อเนื่องของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ของกลุ่มวัย

3.2 แนวความคิด

องค์การอนามัยโลก(WHO,2002)ได้เสนอกรอบนโยบายสามเสาหลักของผู้สูงอายุคุณภาพ คือการดำเนินการเกี่ยวกับมิติสุขภาพ(health)มิติการมีส่วนร่วม(participation)และมิติความมั่นคง(Security)และเสนอนโยบายที่สำคัญเพื่อจัดการกับสามมิติของผู้สูงอายุคุณภาพให้เป็นวงกว้างและครอบคลุมทุกกลุ่มอายุ โดยการกำหนดเป้าหมายเป็นพิเศษสำหรับบุคคลที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุและหรือผู้สูงอายุ(The three pillars of policy framework for active aging WHO,2002)มิติสุขภาพ(health) การส่งเสริมให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุมีสุขภาพดีจะทำให้สามารถพึ่งตนเองได้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุรวมถึงสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและสังคมที่ตอบสนองความต้องการของตนเองเมื่ออายุมากขึ้นเป็นการดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดีป้องกันและลดภาระความพิการโรคเรื้อรังและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับโรคที่สำคัญความเสี่ยงอันตรายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอันก่อให้เกิดความพิการทางร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกายลำบากอันเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจวัตรประจำวันพัฒนาความต่อเนื่องของบริการสุขภาพแบบบูรณการและเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพก่อนวัยสูงอายุได้อย่างครบวงจรจัดให้มีการฝึกอบรมและให้ความรู้แก่ประชากรก่อนวัยสูงอายุโดยเน้นให้ความสำคัญของการส่งเสริมให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีแข็งแรงปราศโรคมิติการมีส่วนร่วม(participation)กำหนดนโยบายทางสังคมและโครงการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชากร

3.2 แนวความคิด (ต่อ)

ก่อนวัยสูงอายุในกิจกรรมทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณจัดหาโอกาสทางการศึกษาและการเรียนรู้โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม(active learning)ตระหนักและกระตุ้นการมีส่วนร่วมของประชากรก่อนวัยสูงอายุในกิจกรรมการพัฒนาทางเศรษฐกิจทั้งงานนอกระบบและไม่เป็นทางการและกิจกรรมอาสาสมัครตามอายุตามความต้องการความชอบและความสามารถของแต่ละคนส่งเสริมให้ประชากรก่อนวัยสูงอายุมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในครอบครัวและสนับสนุนให้เกิดความต่อเนื่องมิติความมั่นคง(Security)รวมถึงความปลอดภัยควรกำหนดนโยบายและโปรแกรมวางแผนและจัดการทางการเงินและทางกายภาพและความปลอดภัยระดับบุคคลในขณะที่อายุมากขึ้นประชากรก่อนวัยสูงอายุควรได้รับความคุ้มครองและความเอาใจใส่สร้างความมั่นใจในการปกป้องความปลอดภัยและศักดิ์ศรีของประชากรก่อนวัยสูงอายุโดยการเคารพ ดูแลสิทธิทางสังคม ทางการเงิน การออมเงินและการวางแผนเรื่องรายได้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุลดความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องสิทธิด้านความปลอดภัยและความต้องการความปลอดภัยของประชากรก่อนวัยสูงอายุ

แนวคิดสู่การปฏิบัติ การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ คือ การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพของประชากรก่อนวัยสูงอายุ ตามกรอบนโยบายสามเสาหลักของผู้สูงอายุคุณภาพคือการดำเนินการในการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับมิติสุขภาพ (health) มิติการมีส่วนร่วม (participation) และมิติความมั่นคง (security) ของประชากรวัยสูงอายุ การเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพมุ่งเน้นพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ร่วมกับการประยุกต์แนวคิดของความพร้อม ซึ่งส่วนหนึ่งต้องอาศัยการสร้างเสริมบทบาทของประชากรก่อนวัยสูงอายุได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเฉพาะ ผลกระทบและการรับรู้ผลของพฤติกรรม รวมทั้งการเพิ่มบทบาทของครอบครัวและบุคลากรด้านสาธารณสุข เพื่อช่วยในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ(WHO, 2015) ซึ่งพบว่าประชากรวัยสูงอายุยังคงต้องการความช่วยเหลือในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ โดยต้องการให้มีกิจกรรมหรือนโยบายที่ส่งเสริมการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุในพื้นที่โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาวะและเศรษฐกิจ เพื่อให้ประชากรวัยสูงอายุมีสุขภาพดี พึ่งตนเองได้และมีความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยเสนอชุมชนให้มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพและการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุมีผู้สาธิต ผู้นำปฏิบัติ รวมถึงมีสื่อความรู้ที่เหมาะสม เข้าใจง่าย สามารถเข้าถึงได้ และนำไปปฏิบัติได้จริงนอกจากนี้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนกิจกรรมและนโยบายอย่างต่อเนื่อง

3.2 แนวความคิด/ข้อเสนอ

เป็นแผนด้านการส่งเสริมสุขภาพดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มก่อนสูงวัยPre – Aging Wellness Plan เป็นกระบวนการ และควรปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพชีวิตที่ดี และสุขภาวะกลุ่ม Pre – Aging และผู้สูงอายุ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ บอกต่อ ตามแนวทาง 6 องค์ประกอบ(กรมอนามัย,คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี Individual Wellness Plan,2564)

1.การส่งเสริมสุขภาพการเคลื่อนไหวของกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – aging

ความพร้อมในการเคลื่อนไหวและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – agingเพื่อประเมินความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อต้นขาและสะโพก ซึ่งจำเป็นสำหรับการเคลื่อนไหวใช้ชีวิตประจำวันของกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – agingหลายอย่าง เช่นการเดิน เดินขึ้นบันได และลุกออกจากเก้าอี้ รวมถึงลดความเสี่ยงจากการหกล้มก่อนถึงวัยชรา

2.การส่งเสริมสุขภาพของโภชนาการสำหรับกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – aging

ในกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – agingจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะทางร่างกาย แต่คงไม่เท่ากันทุกคนทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ เสื่อมถอย กลุ่มก่อนสูงวัยPre – agingมีความต้องการพลังงานและสารอาหารเหมือนบุคคลวัยอื่นๆเพียงแต่ต้องการในปริมาณที่ลดน้อยลง เพื่อให้กลุ่มก่อนสูงวัย Pre – agingมีสุขภาพแข็งแรง อายุยืน ไม่เป็นโรคเรื้อรัง หรือโภชนาการเกิน

3.การส่งเสริมสุขภาพด้านสมองดีกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – aging

กระตุ้นการใช้ความคิดอย่างสม่ำเสมอ เช่น เล่นไพ่ เล่นหมากรุกหมากล้อม เกมส์บิงโก เกมส์จับคู่สิ่งของรูปภาพ กิจกรรมเพลงประกอบท่าทางฝึกสมอง ตาราง 9 ช่อง ฝึกสมองออกกำลังกาย กิจกรรมบำบัดตามบริบทพื้นที่ เป็นต้นรวมถึงเกมต่างๆ ไม่ควรยากจนเกินไปทำให้เครียด ควรฝึกอย่างผ่อนคลาย ซึ่งต้องใช้ความคิดเซลล์สมองจะเจริญเติบโตมากขึ้นความสามารถในการจำก็จะดีขึ้นด้วยเกมเชื่อมสมอง 2 ซีกปรับให้เข้ากับช่วงเวลาของวัยและสถานที่

4.การส่งเสริมสุขภาพการดูแลสุขภาพช่องปากกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – aging

ช่องปากและฟัน คือประตูสู่สุขภาพ ช่องปากเป็นด่านแรกของระบบทางเดินอาหาร หน้าที่สำคัญ คือ การเคี้ยว กัด และกลืนอาหารจึงส่งผลต่อภาวะโภชนาการ รวมไปถึงการได้รับสารอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย นอกจากนี้แล้ว อวัยวะในช่องปากซึ่งได้แก่ ฟัน เหงือก เพดาน ลิ้น กระพุ้งแก้มและริมฝีปาก ยังช่วยทำหน้าที่ในการพูด และทำให้ใบหน้าดูสวยงามเป็นอวัยวะที่ต้องดูแลเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิตในแต่ละวัน

5.การส่งเสริมสุขภาพด้านความสุขของกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – aging

เพื่อแบบคัดกรองดัชนีวัดสุขภาพจิต (TMHI - 15)สำรวจความรู้สึกของตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อาการ ความคิดเห็น การนอนหลับที่ไม่วิตกกังกล การจัดการความเครียด ความสัมพันธภาพของตนเอง ครอบครัว ชุมชน ภาวะเศรษฐกิจที่ต้องรับภาระ

6.การส่งเสริมสุขภาพสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – aging

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – agingมีจุดประสงค์เพื่อให้กลุ่มก่อนสูงวัย Pre – agingสามารถดำเนินชีวิตในบั้นปลายเข้าสู่วัยชราอย่างมีความสุขและปลอดภัยจากสภาพอันตรายที่อาจเกิดจากอุบัติเหตุต่างๆ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการบาดเจ็บทุพพลภาพและเสียชีวิตในตนเองเมื่อถึงวัยผู้สูงอายุ อุบัติเหตุที่พบบ่อยได้แก่การหกล้มตกเตียงตกบันไดน้ำร้อนลวกซึ่งอุบัติเหตุเหล่านี้เกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยวางสิ่งของกีดขวางทางเดิน ดังนั้นการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านเรือนควรคำนึงพยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงทางกายภาพด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ

3.2.1 แนวความคิดการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – agingเพื่อช่วยในการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุคุณภาพ ประกอบด้วยความคาดหวังประกอบด้าน 3 ด้าน

1.) ด้านสุขภาพ (การประเมินสุขภาพกายของตนเอง สุขภาพจิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยิน และการออกกำลังกาย)

2.) ด้านการมีส่วนร่วม (การมีงานทำ การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชน และการดูแลบุคคลในครัวเรือน)

3.) ด้านความมั่นคงในชีวิต (ความเพียงพอของรายได้ การเป็นเจ้าของที่อยู่อาศัย ลักษณะการอยู่อาศัยและสภาพการอยู่อาศัยที่ปลอดภัย)

3.2.2 ข้อเสนอในการพัฒนางาน

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – agingเพื่อเตรียมพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ประกอบด้วย 6 มิติ 27 กิจกรรมมิติสุขภาพที่ได้ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – aging ใช้มิติ6 ด้านของกรมอนามัยเป็นหลักและใช้ 3 ด้านของ WHO เป็นตัวเสริมรายละเอียดดังนี้

หลักการและแนวคิด	* มิติการส่งเสริมสุขภาพ	กิจกรรม
กรมอนามัย	1.ด้านการเคลื่อนไหวของก่อนสูงวัย Pre – aging	1.1จัดการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพและการยืดเหยียดกล้ามเนื้ออย่างง่ายเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม 1.2การทดสอบการลุก-นั่ง 30 นาที (Chair Stand test) การทดสอบลุก-เดิน-นั่ง ไปกลับ (Timed Up and Go test)
WHO	H ด้านสุขภาพ	H 1.1 การตรวจความพร้อมทางร่างกาย Check Vital Sign
	Pด้านการมีส่วนร่วม	P1.1 กิจกรรมสร้างความคิดทางบวกต่อการมีสุขภาพดีและสร้างแรงบันดาลใจ
กรมอนามัย	2.ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการของกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – aging	2.1กิจกรรมให้ความรู้เรื่องอาหารที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
WHO	H ด้านสุขภาพ	H2.1กิจกรรมให้ความรู้การใช้ยาอย่างถูกต้อง H2.2กิจกรรมให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงของระบบร่างกาย
	Pด้านการมีส่วนร่วม	P2.1กิจกรรมแลกเปลี่ยนการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านด้านแพทย์ทางเลือกและแพทย์แผนไทยมาประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวัน
กรมอนามัย	3.ด้านการส่งเสริมด้านสมองดีของกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – aging	3.1แบบคัดกรองผู้ที่มีภาวะสมองในกลุ่มเสี่ยง การนอนหลับ
WHO	H ด้านสุขภาพ	H3.1การฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหว SKT H3.2การฝึกการสั่งการโดยจินตภาพบำบัด
	Pด้านการมีส่วนร่วม	P3.1กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านดีและความภาคภูมิใจในอดีตของผู้สูงอายุ

หลักการและแนวคิด	* มิติการส่งเสริมสุขภาพ	กิจกรรม
กรมอนามัย	4.ด้านการส่งเสริมด้านมีความสุขของผู้สูงอายุ	4.1แบบคัดกรองดัชนีวัดสุขภาพจิต(TMHI-15)/ซึมเศร้า 4.2ประเมินคัดกรองADL
WHO	H ด้านสุขภาพ	H4.1การใช้เสียงการสวดมนต์บำบัด H4.2กิจกรรมฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียดตามความเหมาะสมกับกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – aging (การกำหนดลมหายใจ การฝึกสมาธิแบบเคลื่อนไหว SKT และจินตภาพบำบัด
	Pด้านการมีส่วนร่วม	P4.1จัดกิจกรรมชมรมกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – agingและกลุ่มผู้สูงอายุออกเยี่ยมบ้าน'เพื่อนช่วย เพื่อนไม่ทิ้งกัน'
	S ด้านความมั่นคง	S4.1การฝึกอาชีพเสริมตามความถนัด/การสร้างรายได้ประจำ
กรมอนามัย	5.ด้านการส่งเสริมด้านสุขภาพช่องของกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – aging	5.1ประเมินการเคี้ยว กัด การกลืนอาหารและสุขภาพช่องปาก ฟัน เหงือก ลิ้น กระพุ้งแก้ม
WHO	H ด้านสุขภาพ	H5.1ประเมินพฤติกรรมบุหรี่ สุรา
	Pด้านการมีส่วนร่วม	P5.1กิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านความดีและความภาคภูมิใจในอดีตของกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – agingและกลุ่มผู้สูงอายุ P5.2ส่งเสริมให้ทำหน้าที่ในชมรมกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – aging และกลุ่มผู้สูงอายุ
กรมอนามัย	6.ด้านการส่งเสริมด้านสิ่งแวดล้อมของกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – agingก่อนถึงผู้สูงอายุ	6.1ประเมินความเสี่ยงด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยสำหรับกลุ่มก่อนสูงวัย Pre – agingก่อนถึงกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชน
WHO	H ด้านสุขภาพ	H6.1กิจกรรมแนะนำให้ความรู้เรื่องสิทธิสวัสดิการผู้สูงอายุที่พึงได้รับ H6.2การให้ความรู้และสร้างทีมงานในเทศบาลและชุมชนในการประยุกต์การจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านที่พักอาศัยก่อนสูงวัย Pre – agingก่อนถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ปลอดภัย

หลักการและแนวคิด	* มิติการส่งเสริมสุขภาพ	กิจกรรม
	Pด้านการมีส่วนร่วม	P6.1กิจกรรมให้รางวัลแก่ก่อนสูงวัย Pre – agingและกลุ่มผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่เป็นต้นแบบสามารถดูแลตนเองได้ดีและเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนตำบลได้สม่ำเสมอ P6.2นำประเด็นและกิจกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพพชอ.อำเภอแหลมสิงห์
	S ด้านความมั่นคง	S6.1การสนับสนุนงบประมาณกองทุนภาคีเครือข่ายในตำบลกับกลุ่มประชากรก่อนสูงวัย Pre – agingและผู้สูงอายุ

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1.กลุ่มประชากรก่อนสูงวัย Pre – aging อายุ (50 –59ปี)ในอำเภอมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพรับการพัฒนาศักยภาพเตรียมความพร้อมก่อนสูงวัย

2.ผลการศึกษานำมาเป็นข้อมูลในการจัดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มประชากรก่อนสูงวัย Pre – aging ขับเคลื่อนในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต(พชอ.)ในประเด็นสุขภาพเตรียมความพร้อมก่อนสูงวัยในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ

3.อำเภอ ตำบล ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันดำเนินงานบทบาทหน้าที่ในการดูแลสุขภาพกลุ่มประชากรก่อนสูงวัยPre – agingและผู้สูงอายุให้เป็นสังคมที่สามารถพึ่งพาตนเองได้

5. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1.ชมรมผู้สูงอายุในอำเภอมีความเข้มแข็ง มีกิจกรรมดำเนินงานรูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพกลุ่มประชากรก่อนสูงวัย Pre – aging อายุ (50 –59ปี) เตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพร้อยละ 80

2.กลุ่มประชาชนที่เข้าสู่ภาวะสูงวัยตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีค่าADLมากกว่า 12 คะแนนสามารถดูแลและพึ่งพิงตนเองได้ร้อยละ80

3.ผู้สูงอายุในอำเภอไม่ถูกทอดทิ้งไม่ได้รับการดูแลไม่เกินร้อยละ5

(ลงชื่อ).....

(นายพิเชฐ ปัญญาสิทธิ์)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ(ด้านบริการทางวิชาการ)

(วันที่) 18 ม.ค. 2567

ผู้ขอประเมิน