



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไปกรณี
เกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ
และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว ๖๕๐๕ ลงวันที่ ๒๗
มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง
เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๘
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร จำนวน ๑ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑	นายวรกร โกชนะสมบัติ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไข
ที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศ ผู้ผ่านการประเมินบุคคล
หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง
หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๘

(นายวิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา)
ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการพิเศษ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๑	นายวรการ โกชนะสมบัติ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๑๐๒๘๐๕	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข นักวิเคราะห์นโยบายและแผน ชำนาญการพิเศษ	๑๐๒๗๗๒	เลื่อน ระดับ
ชื่อผลงานส่งประเมิน “การศึกษาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุม โรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์จังหวัดพิจิตร” ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน “การพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร” รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”						๙๐%

๗

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การศึกษาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง
ของพระสงฆ์จังหวัดพิจิตร

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

เดือนกันยายน ๒๕๖๗ – กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

๓. ความรู้ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

๑. ความรู้เกี่ยวกับพระสงฆ์

พระภิกษุสงฆ์ หมายถึง กุลบุตรที่มีอายุครบ ๒๐ ปีบริบูรณ์แล้ว หวังจะเข้ามาประพฤติ ปฏิบัติตามธรรมวินัยของพระพุทธศาสนา และเข้าไปขอบวชกับคณะสงฆ์ และปฏิญาณว่าจะ ประพฤติปฏิบัติตามศีล ๒๒๗ ข้อ ที่มีมาในพระปาติโมกข์ ในประเทศไทยเราถือเป็นประเพณีว่า ผู้ชายไทยทุกคนที่มีอายุครบ ๒๐ ปีแล้ว ควรจะเข้าไปบวชเป็นภิกษุ เพื่อศึกษาธรรมวินัยอย่างน้อยก็ ๓ เดือนในฤดูฝน ซึ่งเราเรียกว่า "พรรษา" เมื่อเข้าไปบวชแล้วอาจบวชอยู่จนแก่เฒ่าเพียงใดก็ได้ ๑๐ แล้วแต่ศรัทธาและความจำเป็น แต่ถ้าหากผู้ใดมีอายุ ยังไม่ครบ ๒๐ ปี แต่ประสงค์จะเข้าไปบวชก็อาจ บวชเป็นสามเณรได้ สามเณรไม่ต้อง ถือศีลมากอย่างพระ เพียงรับไตรสรณาคมน์ และศีล ๑๐ เท่านั้น (สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน, ๒๕๕๗ อ้างใน พิระพล หมีเอี่ยม, ๒๕๖๓)

๒. ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นภาวะผิดปกติหรือความเสื่อมของระบบการควบคุมระดับความดันโลหิตของร่างกายที่สูงขึ้นจนมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของการทำงานของผนังหลอดเลือด ทำลายอวัยวะส่วนปลายที่สำคัญทั้งสมอง หัวใจ ไต จอประสาทตา ระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าสูงนั้น ต้องมากกว่าหรือเท่ากับ ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท แบ่งเป็น โรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบสาเหตุ และโรคความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ มีสาเหตุที่สำคัญมาจากพฤติกรรมเสี่ยง อายุที่สูงขึ้น กรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่จะไม่มีอาการแต่อย่างใด และมักจะตรวจพบโดยบังเอิญ การป้องกัน ได้แก่ การลดน้ำหนัก การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม และการรักษาภาวะของจิตใจอย่าให้เครียด (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒)

๓. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรค

พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health Behavior) หมายถึง การกระทำต่างๆ ภายในจิตใจ เช่น กระบวนการคิด การรับรู้การทางานของระบบสมอง ความกลัวที่จะเป็น โรครวมทั้งการกระทำภายนอก เช่น พฤติกรรมเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย จัดการความเครียด การดื่มสุรา ฯลฯ การกระทำของมนุษย์เพื่อขจัดยับยั้งพัฒนาการของโรค ไม่ให้ตนเองเกิดความเจ็บป่วยจากโรคนั้นๆ โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรม การป้องกันโรคเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับพฤติกรรมการป้องกันความดันโลหิตสูง (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๒) ได้แก่ การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วน การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การจำกัดหรืองดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการเลิกบุหรี่

๔. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

๔.๑ ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) (Roger, ๑๙๘๓)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมียุทธศาสตร์ ๔ ปัจจัย ดังนี้ ๑)การรับรู้ความรุนแรงของโรค

๒)การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค ๓)ความคาดหวังผลของการตอบสนอง และ ๔)ความคาดหวังความสามารถของตนเอง

๔.๒ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากสังคม เป็นการพูดคุยจนเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ได้รับความช่วยเหลือ ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ความรู้สึกและด้านสิ่งของจากบุคคลและระดับกลุ่มบุคคลในครอบครัวหรือเครือข่ายในสังคม ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในสังคม รู้สึกถึงการถูกยอมรับ ได้รับความรัก ความห่วงใย และเกิดความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง จนสามารถก้าวผ่านปัญหา อุปสรรคในชีวิตและสามารถหาประโยชน์ให้แก่สังคมได้

๕. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผลงานวิจัยของ ๑) คณิศนัฏ์ วุฒิสักดิ์สกุล (๒๕๖๑) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า พระสงฆ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพเท่ากับ ๓.๔๘ อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๕ ได้แก่ อายุ โรคประจำตัวและวิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ส่วนจำนวนพรรษาระดับการศึกษาสูงสุด (ทางโลก) ระดับการศึกษาสูงสุด (ทางสงฆ์) สถานะทางคณะสงฆ์ ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ดังนั้นเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการระดับปฐมภูมิจึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ และควรมีการศึกษาพฤติกรรม สุขภาพของพระสงฆ์ และหาแบบอย่างในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ๒) เตชภณ ทองเต็มและจิรนนท์ แก้วมา (๒๕๖๒) ศึกษาเรื่อง กิจกรรมทางกายของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดศรีสะเกษ อายุระหว่าง ๕๐ - ๖๔ ปี จำนวน ๕๓๐ รูป พบว่าพระภิกษุสงฆ์มีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับคะแนน พบว่ามีกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับ ปานกลางมากที่สุด ร้อยละ ๗๔.๑๕ รองลงมา อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ ๒๐ และอยู่ในระดับมาก ร้อยละ ๕.๘๕ ตามลำดับ พระสงฆ์สงฆ์ปฏิบัติกิจกรรมทางกายหลากหลายรูปแบบ โดยกิจกรรมที่พระภิกษุสงฆ์ปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การเดินบิณฑบาต คิดเป็น ร้อยละ ๗๔ การเดินขึ้นลงบันไดภายในกุฏิหรือภายในวัด ร้อยละ ๖๔.๗๐ และการชักเครื่องนุ่งห่ม เช่น จีวร สบง อังสะ ด้วยตนเอง ร้อยละ ๖๔.๕๐ ตามลำดับ และพระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่เคยปฏิบัติในกิจกรรมต่อไปนี้ ได้แก่การออกกำลังกายด้วยการปั่นจักรยานแบบนั่งปั่นหรือคู่เดินไฟฟ้า ร้อยละ ๘๖.๘๐ การออกกำลังกาย ด้วยการเล่นกีฬาเบา ๆ เช่น เปตอง ร้อยละ ๘๑.๙๐ การออกกำลังกายด้วยกฤษีติดทนหรือโยคะ ร้อยละ ๗๖ และการออกกำลังกายด้วยการยกดัมเบล หรืออุปกรณ์ที่มีน้ำหนักเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรง ร้อยละ ๗๕.๘๐ จากผลการศึกษา ควรมีการส่งเสริมองค์ความรู้ที่ถูกต้องในด้านการออกกำลังกาย สำหรับพระภิกษุสงฆ์ และควรส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางกายในกลุ่มพระสงฆ์สงฆ์ โดยเฉพาะการใช้อุปกรณ์ในการออกกำลังกายที่ไม่ขัด กับหลักพระพุทธศาสนา ๓) พิระพล หมีเอี่ยม (๒๕๖๓) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอตาคลีจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพ ($\beta = 0.418, p 0.005$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจาก พฤติกรรมสุขภาพ ($\beta = 0.374, p < 0.001$) การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($\beta = 0.845, p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ($\beta = -0.456, p < 0.001$) และการศึกษาทางธรรมที่ได้รับของพระภิกษุสงฆ์ ($\beta = 0.764, p 0.001$) สามารถร่วมกันทำนาย พฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ได้ร้อยละ ๔๐.๒ ข้อเสนอแนะจากการวิจัย หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีนโยบายสุขภาพในการติดตามหรือออกเยี่ยมและกระตุ้นพระภิกษุสงฆ์เกิดการรับรู้เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคในกลุ่มพระภิกษุ สงฆ์ ตลอดจนเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีแก่พระภิกษุสงฆ์ ซึ่งจะเป็นกำลังหลักที่สำคัญในการจรรโลงพระพุทธศาสนาให้มีความมั่นคงและยั่งยืนถาวรต่อไป ตลอดจนให้ความรู้แก่อุบาสกอุบาสิกาในการถวายอาหารแก่พระภิกษุสงฆ์เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายและเป็นประโยชน์แก่พระภิกษุสงฆ์ ๔) วิภาดา ศรีมันทยามาต, วารุณี ฟองแก้ว, เบญจมาศ สุขสถิตย์*, พัชรภรณ์ อารีย์, ณัฐพงศ์ โฆษขุนพันธ์ (๒๕๖๓)

ศึกษาเรื่อง พฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในพระสงฆ์ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม พบว่า อายุ สถานที่ตั้ง ของวัด พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและการมีกิจกรรมทางกายเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิต ด้าน สุขภาพในพระสงฆ์ที่มีเมตาบอลิกซินโดรม จากตัวแปรทั้ง ๔ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติในการทำนาย คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพด้านอาหารและการมีกิจกรรมทางกายเป็นตัวแปร ที่สามารถ ปรับเปลี่ยนได้ การพยายามที่มุ่งเน้นในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยเฉพาะในด้าน อาหารและการมีกิจกรรม ทางกายจึงมีความสำคัญที่จะส่งเสริมให้พระสงฆ์ที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพที่ดีขึ้น (๕)อุมาพร นิมิตระกุล (๒๕๖๓) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจากพระคิลา นุปัญญาสู่พระนักสื่อสารในเขตสุขภาพที่ ๑ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระคิลา นุปัญญา ผลคะแนนเฉลี่ยพระสงฆ์ที่ผ่านการอบรมพระคิลา นุปัญญามีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าพระสงฆ์ ที่ไม่ได้รับการอบรมมีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p < .001$) มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านต่าง ๆ หันมาดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น เอาตนเองเป็นต้นแบบและบอกต่อให้กับคนอื่น พฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ ด้านสุขภาพของพระนักสื่อสารในเขตสุขภาพที่ ๑ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกาย มากกว่าพระคิลา นุปัญญาที่ไม่ได้ผ่านการอบรมพระนักสื่อสาร ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = .051$) พฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระคิลา นุปัญญาและพระนักสื่อสาร ผลการเปรียบเทียบ ด้านการบริโภคอาหารพระคิลา นุปัญญาและพระนักสื่อสารมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .000$) ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายพระคิลา นุปัญญาและพระนักสื่อสาร ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = .054$) ๖)เจตนิพัทธ์ พิธิยานุวัฒน์, พระครูโอภาสสรวิคุณ (ชาตรี อาสโภ), พระมหาสหาย กนตธมโม (จำปาแก้ว), พระพรหมพิริยะ ถาวโร (มาลัยรักษ์)และพรภิรมย์ ยอดบุญ(๒๕๖๔)ศึกษา เรื่อง พฤติกรรมด้านสุขภาพและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ๑. การรับรู้ปัจจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยภาพรวมอยู่ใน ระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ โดยภาพรวมและรายด้าน อยู่ในระดับดี ทุกด้าน ๒. การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ๓. แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ควร จัดกลุ่มการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ การออกกำลังกาย ฉันทาอาหารตามความเหมาะสม การเข้าถึงบริการ ทางด้านสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง การบริหารจัดการ และสังเกตพฤติกรรมของตนเองและคนรอบข้างอยู่เสมอ ๗) พิชรินทร์ คำแก่น ญัฐวรรณ พินิจสุวรรณ กันยนิรินทร์ ไชยแก้ว ภริญญ สุภาดา (๒๕๖๖) ศึกษาเรื่อง ปัจจัย ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิต สูงอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ ๗๖.๖) และปัจจัยที่สามารถทำนาย พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของ พระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ได้อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกัน โรคความดัน โลหิตสูง และการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สามารถร่วมกัน ทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงได้ร้อยละ ๓๖ และ ๘) สนธนา สีฟ้า(๒๕๖๖) ศึกษาเรื่อง การศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุในจังหวัดปัตตานี พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ของพระภิกษุโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ ๑.๕๔ ซึ่งอยู่ในระดับไม่เคยปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยว กับการบริโภค อาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของพระภิกษุ โดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ๐.๗๙ ซึ่งอยู่ในระดับไม่เคย ปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ปัญหาการบริโภคของพระภิกษุส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ การบริโภคอาหารอยู่ในระดับมาก แต่พระภิกษุ ส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากต้องฉันอาหารที่ญาติโยมนำมาถวาย

ส่วนใหญ่เป็นอาหารประเภทไขมันสูงอุปสรรคการบริโภคของพระภิกษุส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับปานกลาง และการฉันทในแต่ละมือพระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถที่จะเลือกเมนูอาหารได้แต่เลือกฉันทอาหารประเภทไขมันในปริมาณที่น้อยลง ปัญหาการออกกำลังกายของพระภิกษุส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์การออกกำลังกายอยู่ในระดับมากแต่พระภิกษุส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากพระภิกษุข้อจำกัดในการออกกำลังกายไม่สามารถออกกำลังกายได้เหมือนบุคคลทั่วไป อุปสรรคการออกกำลังกายของพระภิกษุส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคในการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง พระภิกษุออกกำลังกายได้โดยการเดินบิณฑบาต แต่เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดภาคใต้ทำให้พระภิกษุไม่สามารถออกเดินบิณฑบาตได้และวิธีการออกกำลังกายของพระภิกษุเป็นเพียงการขยับร่างกายตามกิจวัตรประจำวันเท่านั้น เจ้าคณะอำเภอในจังหวัดปัตตานีมีแนวคิดและนโยบายที่จะทำให้พระภิกษุตระหนักถึงการสร้างเสริมสุขภาพตนเองโดยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับดูแลสุขภาพ ให้ความรู้ส่งเสริมให้พระภิกษุเห็นความสำคัญของสุขภาพ เมื่อพระภิกษุเห็นความสำคัญของสุขภาพตนเองก็จะทำให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง จากความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ขอประเมินนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

ตัวแปรต้น

ปัจจัยส่วนบุคคลของพระสงฆ์

- อายุ จำนวนพรรษา(พรรษาที่บวช) ระดับการศึกษา
- สถานะทางคณะสงฆ์(ตำแหน่ง) การมีโรคประจำตัว การ
- ได้รับความรู้ข่าวสารเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และการตรวจ

แรงจูงใจในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง
2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง
3. ความคาดหวังถึงผลของพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
4. ความคาดหวังความสามารถของตนเองในการป้องกัน

แรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

ตัวแปรตาม

พฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์

จังหวัดปัตตานี

1. ด้านโภชนาการ
2. ด้านการออกกำลังกาย
3. ด้านการจัดการความเครียด

แนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์จังหวัดปัตตานี

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

เค้าโครงเรื่องโดยย่อ

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนวัดทั้งหมด ๔๒,๘๘๙ วัด โดยเป็นวัดที่ได้รับพระราชทานวิสุงคามสีมา จำนวน ๒๕,๙๔๔ วัด ซึ่งวัดที่มีอยู่มากกว่าสี่หมื่นแห่งนี้ได้กระจายอยู่เกือบทุกหมู่บ้าน ทุกอำเภอ ทุกจังหวัด ซึ่งบางหมู่บ้านอาจจะมีมากกว่า ๑ วัด ในขณะที่ในแต่ละอำเภอและแต่ละจังหวัดก็จะมีวัดมากกว่าหนึ่งวัด เป็นส่วนใหญ่ ตัวเมืองเองก็มีวัดหลายวัดด้วยกัน และประชากรที่สำคัญที่อาศัยอยู่ในวัดคือพระสงฆ์ และจากสถิติของสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (๒๕๖๕) พบว่ามีพระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ที่วัดทั่วประเทศประมาณ ๒๙๒,๕๙๒ รูป และสามเณร ๕๙,๔๓๙ รูป โดยส่วนใหญ่ทั้งพระสงฆ์และสามเณรจะจำพรรษาที่วัดตามเขตอำเภอและจังหวัด ส่วนวัดตามหมู่บ้านจะมีพระสงฆ์ สามเณรประมาณ ๒-๕ รูป และส่วนใหญ่จะเป็นพระสงฆ์ที่มีอายุมากแล้ว ไม่ว่าพระสงฆ์จะจำวัดอยู่ในเขตใดก็ตาม แต่มีสิ่งหนึ่งที่เหมือนกันคือวัดเหล่านั้นจะตั้งอยู่รายล้อมหรือเป็นศูนย์กลางของชุมชนในแต่ละแห่ง พระสงฆ์จึงต้องมีวิถีชีวิตที่สอดคล้อง สัมพันธ์อย่างลึกซึ้งในชีวิตประจำวันของคนในชุมชนนั้น ๆ เช่นเดียวกัน (สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ๒๕๖๕)

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพระสงฆ์มีแนวโน้มมีปัญหาสุขภาพมากขึ้น จากการสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา คือ พ.ศ. ๒๕๔๙ พบว่ามีพระสงฆ์ที่มีสุขภาพดีร้อยละ ๖๐.๓ แต่ในปี พ.ศ. ๒๕๕๙ มีพระสงฆ์ที่มีสุขภาพดีลดลงเหลือร้อยละ ๕๒.๓ และในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีพระสงฆ์อาพาธที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ด้วยโรคไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม ส่วนโรคที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่คือโรคต่อกระเจก ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ท้องร่วง และเบาหวาน ส่วนข้อมูลทางสุขภาพของพระสงฆ์ในต่างจังหวัด จากการสำรวจข้อมูลพระสงฆ์ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่า มีพระสงฆ์ได้รับการรักษาด้วยโรคเบาหวานมากที่สุด รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง (ปิตินันท์ ราชภักดีและคณะ, ๒๕๖๑)จากการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๖๐ ภายใต้มติมหาเถรสมาคม ครั้งที่ ๗/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม ๒๕๖๐ มติที่ ๑๙๑/๒๕๖๐ เรื่องการดำเนินงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพได้กำหนดให้วัดเป็นศูนย์กลางด้านสุขภาพชุมชน และธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติคือข้อตกลงร่วมหรือ กติกาที่เป็นเจตจำนงและพันธะร่วมของพระสงฆ์ คณะสงฆ์ ชุมชน สังคม และหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องกับทุกภาคส่วน เพื่อเป็นกรอบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในทุกระดับและส่งเสริมพระสงฆ์ให้มีความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพให้กับบุคคลอื่นได้ เป็นผู้นำด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม(สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, ๒๕๖๕)

โรคความดันโลหิตสูงนับเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่กำลังคุกคามทั่วโลก ซึ่งองค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญในการป้องกันควบคุมอย่างเร่งด่วน องค์การอนามัยโลก รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ที่มีความดันโลหิตสูงมากถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามของจำนวนนี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาโดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก ๑ คน ใน ๓ คนมีภาวะความดันโลหิตสูง และประชากรวัยผู้ใหญ่ใน เขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ก็พบ มี ๑ คน ใน ๓ คน ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เช่นกัน และได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.๒๕๖๘ (ค.ศ. ๒๐๒๕) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วทั้งโลกจะป่วยเป็น โรคความดันโลหิตสูง ๑.๕๖ พันล้านคน โรคความดันโลหิตสูงเป็น ๑.๖ ในสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยในแต่ละปีประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคนี้ถึงเกือบ ๘ ล้านคน ส่วนประชากรในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้เสียชีวิตจากโรคความดันโลหิตสูง ประมาณ ๑.๕ ล้านคน ซึ่งโรคความดันโลหิตสูงนี้ ยังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเกือบร้อยละ ๕๐ ด้วยโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคหัวใจ สำหรับประเทศไทยมีแนวโน้ม พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๓ พบว่าประชากรอายุ ๑๘ ปีขึ้นไปเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๑๓ ล้านคน

และในจำนวนนี้มีมากถึง ๗ ล้านคน ไม่ทราบว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการดูแลรักษา ความรุนแรงของโรคจะเพิ่มมากขึ้น อาจแสดงอาการต่าง ๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ ใจสั่น ตาพร่ามัว อ่อนเพลีย วิงเวียน สับสน หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ และจากข้อมูลสถิติสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี ๒๕๖๔ มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูง เป็นจำนวน ๔,๒๕๖ คน ทั้งนี้หากได้รับการรักษาตั้งแต่เริ่มต้น และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต พร้อมติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านอย่างสม่ำเสมอ จะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น และจะลดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ พบว่า อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีผู้เสียชีวิตเฉลี่ยวันละ ๑๕๐ คน หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ ๖ คน โดยพบว่าเป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากหลอดเลือดตีตัน หรือหลอดเลือดแข็งตัว มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านอายุ เพศ แรงจูงใจ หรือการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่นำไปสู่โรคหัวใจและหลอดเลือด หรือภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕)

จังหวัดพิจิตรมีวัด ๖๑๐ วัด มีพระสงฆ์และสามเณร จำนวน ๓,๖๘๓ รูป (สำนักพระพุทธศาสนา จังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๗) จากการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑,๒๘๒ รูป พบมีภาวะสุขภาพผิดปกติ จำนวน ๓๓๕ รูป คิดเป็น ร้อยละ ๒๖.๑๓ ส่งต่อรักษา จำนวน ๒๑๐ รูป คิดเป็น ร้อยละ ๖๒.๖๔ จากพระสงฆ์ที่มีภาวะสุขภาพผิดปกติ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๗) สอดคล้องกับผลการศึกษา เรื่อง การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพตามหลักภวาม ๔ ของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร จำนวน ๓๗๙ รูปของพระราชสิทธิเวที (วิรัช วิโรจน์) เบญจมาศ สุขสถิตย์วิโรดม เสมอเชื้อและชมพูนุท สิงห์มณี (๒๕๖๑) พบว่า สุขภาวะทางกาย ร้อยละ ๔๓.๔๙ มีภาวะอ้วน ร้อยละ ๓๙.๒๑ มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ ๑๔.๓๓ ภาวะไขมันผิดปกติในเลือด ร้อยละของพระสงฆ์ที่พบความผิดปกติของคอเลสเตอรอลรวมเอชดีแอล-คอเลสเตอรอล เอแอลดีแอล-คอเลสเตอรอล และ ไตรกลีเซอไรด์ผิดปกติ คิดเป็น ร้อยละ ๓๒.๐๑, ๑๔.๓๓, ๓๐.๒๘, และ ๒๒.๕๖ ตามลำดับ จากผลการตรวจร่างกายพบว่า ร้อยละ ๔๒.๐๙ มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๑๑.๙๖ มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ ร้อยละ ๑๒.๕๘ มีโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖.๗๑ มีค่าการทำงานของไตผิดปกติ สำหรับจิตภวาม พบว่า ร้อยละ ๑๐.๖๖ มีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพทางจิต ในส่วนของสภาวะภวามและปัญญาภวาม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง พบว่า พระสงฆ์มีการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพทางกายโดยพบความชุกของปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังได้สูงกว่าที่พบในประชากรชายไทย จะเห็นได้ว่ามีพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตรมีปัญหาภาวะสุขภาพเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยเป็นรองหัวหน้ากลุ่มงานรับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร เห็นความสำคัญและสนใจที่จะศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ จังหวัดพิจิตรเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์มาใช้ในจังหวัดพิจิตรและเป็นตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดอื่นๆต่อไป

การวิจัยเรื่อง การศึกษาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ของพระสงฆ์จังหวัดพิจิตร

๑. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ จังหวัดพิจิตร
๒. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ จังหวัดพิจิตร
๓. เพื่อศึกษาแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ จังหวัดพิจิตร

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed methods research design) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร จำนวน ๓๙๐ รูป และการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่มเลือกแบบเจาะจง จำนวน ๒๐ คน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ จังหวัดพิจิตร ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ t-test และ One-way ANOVA และวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ในการพยากรณ์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ จังหวัดพิจิตร และวิเคราะห์เชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการบรรยายสรุปความในประเด็นแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ จังหวัดพิจิตร

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ

ผลการศึกษาได้ผลการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ จังหวัดพิจิตรในภาพรวม รายด้านและรายประเด็น มีผลของปัจจัยที่มีอิทธิพลและพยากรณ์ระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ จังหวัดพิจิตร

ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

มีแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ จังหวัดพิจิตร จากผลการวิจัยเชิงปริมาณและจากการสนทนากลุ่มของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. ผลการวิจัย ทำให้ทราบพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ จังหวัดพิจิตร และปัจจัยที่มีอิทธิพล ตลอดจนแนวทางที่เหมาะสม ในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ จังหวัดพิจิตร

๒. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการวางแผนงาน/ดำเนินการโครงการเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ จังหวัดพิจิตร

๓. ผลของการวิจัยครั้งนี้ จะนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมในเรื่อง การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโรคไม่ติดต่ออื่นๆในของพระสงฆ์ต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ต้องมีการศึกษาค้นคว้าเอกสาร ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องค่อนข้างมาก ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับพระสงฆ์ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค แนวคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

๒. การใช้ภาษาในการสร้างเครื่องมือต้องใช้ภาษาสำหรับพระสงฆ์

๓. สถิติที่ใช้ในการวิจัยค่อนข้างสูงต้องปรึกษานักสถิติที่เชี่ยวชาญ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การเก็บรวมข้อมูลให้ครบถ้วนต้องใช้เวลาในการเก็บเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนกระจายอยู่ในทุกๆพื้นที่ในจังหวัด ต้องใช้เวลาในการเข้าถึงพื้นที่ค่อนข้างมาก อีกทั้งมีภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องที่ต้องให้ข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิจัยครั้งนี้ด้วย ต้องมีการติดต่อประสานงานทำความเข้าใจล่วงหน้าเป็นอย่างดีทำให้ใช้เวลาในการเก็บรวมข้อมูล

๙. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. ควรกำหนดการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์เป็นนโยบายเน้นหนักในระดับจังหวัด อำเภอ และ ตำบล เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้การสนับสนุนลงไปดูแล

และให้ความสำคัญกับการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ให้มากขึ้นและจริงจัง

๒. เร่งรัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจัดทำแผนงาน/โครงการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสมของพระสงฆ์ โดยกำหนดให้ทุกตำบลจัดทำโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

๑. หน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมให้พระสงฆ์ได้เข้ารับการอบรมหรือประชุมเรื่องการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงเพื่อให้รับรู้ประโยชน์ รู้ความสามารถในการที่จะปฏิบัติพฤติกรรมทั้งทางด้านการดูแลรับผิดชอบสุขภาพตนเอง การออกกำลังกาย และโภชนาการ และให้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอนามัยอย่างต่อเนื่อง สนับสนุนให้พระสงฆ์ได้ตรวจสุขภาพและให้การรักษาเมื่อเจ็บป่วยโดยอำนวยความสะดวกจัดบริการสุขภาพเฉพาะพระสงฆ์

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรควรประสานความร่วมมือสำนักพระพุทธศาสนาจังหวัดพิจิตร จัดรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนในเรื่องการดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยเฉพาะในเรื่องโภชนาการเพื่อให้พุทธศาสนิกชนถวายภัตตาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพของพระสงฆ์ เพื่อลดภาวะเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือพระสงฆ์ที่มีโรคประจำตัวควรได้รับภัตตาหารที่เหมาะสมเฉพาะโรค นอกจากนี้ ควรมีการพัฒนาแบบวิธีการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพให้กับพระสงฆ์ เช่น กิจกรรมทางกาย และการออกกำลังกายที่เหมาะสมและไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย เพื่อให้พระสงฆ์เกิดความใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น

๓. หน่วยงานสาธารณสุขควรประสานความร่วมมือองค์กรคณะสงฆ์และเครือข่ายพระสงฆ์ในการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์และสนับสนุนการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ

๔. หน่วยงานสาธารณสุขควรส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชุมชน และทางวัดในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์ที่ถูกต้องโดยการจัดการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จัดบริการเชิงรุกในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ และจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของพระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

รอกการเผยแพร่

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ร้อยละ) ๙๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นายวรกร โภชนะสมบัติ

สัดส่วนของผลงาน.....๙๐ %.....

นายไมตรี บุญประมุข

สัดส่วนของผลงาน.....๑๐ %.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายวรกร โภชนะสมบัติ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๖ / พฤษภาคม / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายวรากร โกษณะสมบัติ	
นายไมตรี บุญประมุข	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางอัจฉนา เจศรีชัย)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

วันที่  พฤษภาคม ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นางสุธาทิพย์ จุลบุตร)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

วันที่  พฤษภาคม ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป



(นายวิศิษฐ์ อภิสิทธิ์วิทยา)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑
โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีก
หนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง การพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร

๒.หลักการและเหตุผล

ผู้สูงอายุนั้นถือได้ว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่าของสังคม เป็นมรดกทางวัฒนธรรม เพราะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิต สามารถถ่ายทอดความรู้ ศิลปวัฒนธรรมประสบการณ์ทำงาน ให้แนวคิดและทัศนคติต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์แก่เยาวชนรุ่นหลังเป็นอย่างมาก ประเทศไทยกำลังเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ โดยจะมีประชากรที่มีอายุ มากกว่า ๖๐ ปี เพิ่มขึ้นประมาณ ๑๔.๔ ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด จากสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ มีผู้สูงอายุจำนวน ๑๒,๑๑๖,๑๙๙ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๘.๓ ของประชากรทั้งประเทศแบ่งเป็น ผู้สูงอายุวัยต้น ช่วงอายุ ๖๐-๖๙ ปี จำนวน ๖,๘๔๓,๓๐๐ คน คิดเป็น ร้อยละ ๕๖.๕ ของผู้สูงอายุทั้งหมด ผู้สูงอายุวัยกลาง ช่วงอายุ ๗๐-๗๙ ปี มีจำนวน ๓,๕๒๒,๗๗๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๑ และผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๑,๗๕๐,๑๒๑ คน คิดเป็น ร้อยละ ๑๔.๔ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, ๒๕๖๖)

จังหวัดพิจิตรปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ของพบว่ามีประชากรกลางปี ทั้งหมด ๕๒๓,๓๘๒ คน เป็นชาย ๒๕๔,๘๕๘ คน และเป็นหญิง ๒๖๘,๕๒๔ คน และมีประชากรสูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) จำนวน ๑๒๒,๘๕๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๔๗ ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ จากข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหาของผู้สูงอายุประกอบการจัดทำแผนยุทธศาสตร์๕ปีผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ได้แบ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุตามค่าคะแนนความสามารถ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ได้เป็น ๓ กลุ่ม ดังนี้ คือกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมจำนวน ๑๒๐,๖๕๑ คน คิดเป็นร้อยละ๙๘.๒ กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านจำนวน ๑,๗๔๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๔๑ กลุ่มผู้สูงอายุที่ติดเตียงจำนวน ๔๖๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๓๗ ซึ่งความหมายของผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงคือกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ซึ่งจังหวัดพิจิตรมีระบบการส่งเสริมสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในทุกตำบล โดยมีตำบลผ่านเกณฑ์ตำบล LTC พื้นฐาน ครบทั้ง ๘๙ ตำบล(ร้อยละ ๑๐๐) และผ่านเกณฑ์ LTC (Re accredit) ๘๗ ตำบล คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๗๕ การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงในระดับตำบล (Long Term Care: LTC) มีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล(Care Giver)ทำทุกตำบลมีระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว ปี๒๕๖๖ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนปลาย(อายุตั้งแต่๘๐ปีขึ้นไป) ซึ่งมีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนมากขึ้นจำเป็นต้องพึ่งพิงผู้อื่นตลอดเวลา ทำให้ CG ไม่สามารถดูแลได้ครอบคลุม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บางส่วนไม่มีผู้ดูแลในครอบครัว อยู่ลำพังเพียงคนเดียวหรืออยู่กับผู้สูงอายุด้วยกัน มี CG มาดูแลเป็นระยะทำให้มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาด้านสุขภาพ เช่นภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้าจากการที่ต้องอยู่ตามลำพังระยะยาว นอกจากนี้ยังพบปัญหาด้านเศรษฐกิจ มีรายได้ไม่สัมพันธ์ กับรายจ่ายรวมถึงในการดูแลเชิงระบบนั้นกลุ่มภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมดำเนินงานที่ไม่ชัดเจนโดยการดูแล การดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว ในพื้นที่นั้นจึงนับได้ว่าเป็นปัญหา ด้านสาธารณสุขที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญเพื่อที่จะให้ผู้สูงอายุเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งมิติ ทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมและมิติทางด้านจิตวิญญาณตลอดจนในเรื่องของความจำเป็นพื้นฐานและสวัสดิการทางสังคม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร,๒๕๖๗)

การส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุ มีสุขภาพดีสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเองโดยไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวหรือสังคม การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อ นำไปซึ่งการคงไว้ของสุขภาพ ผู้สูงอายุถือเป็นประชากร กลุ่มเสี่ยง ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องให้

การส่งเสริมสุขภาพตนเอง เพราะผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคหรือปัญหาทางสุขภาพได้ง่ายและที่สำคัญ ผู้สูงอายุ จำจำจำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งจากครอบครัว รวมไปถึงจากองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรการบริหารส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ แบบครอบคลุมทุกด้าน (Pender, Murdaugh, & Parsons, ๒๐๐๖ อ้างใน จันทนา สารแสง, ๒๕๖๑)

ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร พบว่ามีจุดอ่อนในการดำเนินงานในหลายๆ เรื่อง เช่น การกำหนดนโยบายรวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมายังจำกัดอยู่ในวงแคบ ผู้สูงอายุ แก่นนำผู้สูงอายุ และภาคประชาชนไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ แก่นนำและภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้องขาดความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่จะก่อให้เกิดการ ส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในระยะยาว(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร, ๒๕๖๓) ดังนั้นผู้ขอประเมิน จึงมีความสนใจและเห็นความสำคัญที่จะพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดพิจิตร อันจะเกิด ประโยชน์ต่อผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ยั่งยืนต่อไป

๓.บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดพิจิตรที่ผ่านมา พบว่า

๑.ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพต่างๆเช่น อาการปวดเข่า ด้านการได้ยิน มีภาวะผอมหรืออ้วน สุขภาพช่องปาก เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง

๒.ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพในเรื่อง การออกกำลังกายและการบริโภคอาหาร ไม่ให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง

๓.แก่นนำผู้สูงอายุ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องขาดความรู้ความเข้าใจในการพัฒนาระบบการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ

๔.ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษามีความรู้เพียงอ่านออกเขียนได้ ความจำไม่ค่อยดี

๕.สถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกายยังไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

๖.การกำหนดนโยบายและกิจกรรมต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแก่นนำและภาคประชาชนไม่ได้ เข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ

ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในเขตตำบล วังสำโรง อำเภอตะพานหิน จังหวัดพิจิตร

แนวคิด

ในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร ครั้งนี้ ผู้ขอการประเมินได้ศึกษา แนวคิดต่างๆ ดังนี้

๑.แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุคือ ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมีการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการในด้านต่าง ๆ รวมทั้งบทบาท หน้าที่ทางสังคม ผู้สูงอายุนั้นถือได้ว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่าของสังคม เป็นมรดกทางวัฒนธรรม เพราะเป็นผู้ที่มี ประสบการณ์ชีวิต สามารถถ่ายทอดความรู้ ศิลปวัฒนธรรมประสบการณ์ทำงาน ให้แนวคิดและทัศนคติต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์แก่เยาวชนรุ่นหลังเป็นอย่างมาก "ผู้สูงอายุ" ตามองค์การอนามัยโลกและ พระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๔๖ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย (ชมพูนุท พรหมภักดี, ๒๕๕๖) และได้มีการใช้ความหมายของผู้สูงอายุนี้ในการกำหนดช่วงที่ผู้สูงอายุที่มีโอกาสเริ่มได้รับสิทธิ ต่าง ๆ จากทางราชการด้วย เช่น การอายุเกษียณของข้าราชการหรืออายุที่เริ่มได้รับเบี้ยยังชีพ เป็นต้น แต่อย่างไร ก็ตามการกำหนดอายุที่ ๖๐ ปีนี้ ไม่ได้เป็นเกณฑ์หรือข้อตกลงที่เป็นสากล จะมีความแตกต่างกันไปในแต่ละ ประเทศและประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่กำหนดความหมายของผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป โดยพัชรี เขียวสะอาด (๒๕๕๐ อ้างใน สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ,๒๕๖๕)

ศึกษาลักษณะของผู้สูงอายุและพบว่าสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกได้เป็น ๓ กลุ่ม คือ ๑) ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ ๖๐-๖๙ ปี มีสุขภาพกายและจิตสังคมค่อนข้างดี ๒) ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ ๗๐-๗๙ ปี เริ่มพบความเสื่อมถอยทางร่างกายและจิตสังคม และ ๓) ผู้สูงอายุตอนกลางอายุ ๘๐ ปีขึ้นไป พบว่าภาวะเสื่อมถอยปรากฏชัดเจน ส่วนคำว่า "สังคมผู้สูงอายุ" องค์การสหประชาชาติแบ่งเป็น ๓ ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่ สังคมผู้สูงอายุ (Ageing society หรือ Aging society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และระดับ Super-aged society โดยให้นิยามของระดับต่างๆ ซึ่งทั้งประเทศไทย และ รวมทั้งประเทศต่างๆ ทั่วโลก ใช้ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุ ได้แก่ ๑) การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ คือ การมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปรวมทั้งเพศชายและเพศหญิงมากกว่า ๑๐% ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ ๖๕ ปีเกิน ๗% ของประชากรทั้งประเทศ ๒) สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ คือ เมื่อประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็น ๒๐% หรือ ประชากรอายุ ๖๕ ปีเพิ่มเป็น ๑๔% ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ และ ๓) Super-aged society คือ สังคมที่มีประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไปมากกว่า ๒๐% ของ ประชากรทั้งประเทศอย่างไรก็ตามทุกประเทศทั่วโลกมีการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในช่วงเวลาแตกต่างกันตามความเจริญ มั่งคั่ง ซึ่งมีผลต่อสุขภาพและการมีอายุยืนของประชาชน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ,๒๕๖๕)

๒.แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นภารกิจหลักในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชากรตามกลุ่มอายุของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขในกิจกรรมของการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุนั้น นับเป็นกระบวนการเพิ่มสมรรถนะให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพในการดูแลตนเองให้มีสุขภาพและความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมเพิ่มมากขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่พึงประสงค์ สามารถดูแลตนเองได้ ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตลอดจนส่งเสริมผู้สูงอายุได้มีโอกาสแสดงศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน(สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕ สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๗ จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/soongwai/statics/about/soongwai/topic๐๐๑.php>) ซึ่งการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายต่างๆที่เกี่ยวข้อง ที่ได้เข้ามาเกี่ยวข้องในการควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพและเป็นผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีขึ้น สิ่งที่สำคัญคือการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ตามแนวคิดของ เพนเดอร์(Pender, ๒๐๐๖) ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ๖ ด้าน ได้แก่ ด้านการรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility)ด้านกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกาย (Physical Activity) ด้านโภชนาการ (Nutrition) ด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relations) ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual Growth) และด้านการจัดการกับความเครียด (Stress Management) กิจกรรมทั้ง ๖ ด้าน จะช่วยลดการเกิดโรคไม่ติดต่อรวมถึงช่วยลดภาระโรคได้ การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อบ่มุ่ให้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องได้อย่างต่อเนื่องนั้นขึ้นอยู่กับ ปัจจัยที่สำคัญ ๓ ปัจจัยหลัก คือ ๑) ปัจจัยด้านลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ๒) ปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคในการปรับพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ และ ๓) ปัจจัยด้านพฤติกรรมผลลัพธ์(Behavioral Outcome) (Pender, ๒๐๐๖ สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๕กรกฎาคม ๒๕๖๗ จาก <https://www.gotoknow.org/posts/๑๑๕๔๒๒>)

๓. แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย หมายถึง การที่ประชาชนหรือกลุ่มบุคคลหรือภาคีเครือข่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ที่ได้เข้ามาเกี่ยวข้อง ร่วมกันทางจิตใจและอารมณ์เป็นกระบวนการดำเนินงานร่วมพลังประชาชนกับองค์กรของรัฐ หรือ องค์กรเอกชน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาของเขา โดยเขาจะมีความคิดริเริ่ม

ความเป็นตัวของเขา มีการวางแผนการตัดสินใจในการเข้าควบคุมทรัพยากรและระเบียบให้กลุ่ม เพื่อที่จะดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ให้บรรลุเพื่อประโยชน์ของชุมชน และสร้างความรู้สึกรับผิดชอบและความเป็นเจ้าของขึ้น ซึ่งการเข้ามีส่วนร่วมมีหลายลักษณะ เช่น การมีส่วนร่วมในการประชุม ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผนร่วมบริจาคเงิน ร่วมเป็นสมาชิก เป็นผู้ร่วมแก้ไขปัญหา การได้รับผลประโยชน์ต่าง ๆ ได้รับการบริการ หรือต้องการมีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในชุมชน โดยมีลักษณะแนวทางของการมีส่วนร่วม คือ ๑) การมีส่วนร่วมคิดวางแผน หมายถึง การมีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาหารือในการวางโครงการวิธีการติดตามผลการตรวจสอบและการดูแลรักษาเพื่อให้กิจกรรมโครงการสำเร็จผลตามวัตถุประสงค์ ๒) การมีส่วนร่วมตัดสินใจ หมายถึง เมื่อมีการประชุมปรึกษาหารือเรียบร้อยแล้ว ต่อมาจะต้องร่วมกันตัดสินใจเลือกกิจกรรมหรือแนวทางที่เห็นว่าดีที่สุดหรือเหมาะสมที่สุด ๓) การมีส่วนร่วมปฏิบัติตามโครงการ หมายถึง การเข้าร่วมในการดำเนินงานตามโครงการต่างๆ เช่น ร่วมออกแรงร่วมบริจาคทรัพย์ เป็นต้น ๔) การมีส่วนร่วมติดตามและประเมินผล หมายถึง เมื่อโครงการเสร็จสิ้นแล้ว ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตรวจตราดูแลรักษาและประเมินผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ (สมกร จันจำรัส, ๒๕๕๖) ดังนั้นความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตั้งแต่ร่วมคิดวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการและร่วมติดตามและประเมินผล จึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความต่อเนื่องและยั่งยืนได้ตลอดไป (จิรวิทย์ มั่นคงวัฒน์, ๒๕๕๗)

ข้อเสนอในการพัฒนา/ปรับปรุงงาน

ผู้ขอประเมินจึงขอเสนอแนวทางแก้ไขและการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดพิจิตร ดังนี้

๑. ประกาศการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเป็นนโยบายเน้นหนักของจังหวัดพิจิตร ผลักดันประเด็นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นวาระการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ของจังหวัดพิจิตรภายใต้การบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนนโยบายพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในทุกระดับ

๒. แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานผู้สูงอายุระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานราชการ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุข และพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ทุกระดับเป็นหน่วยงานหลัก และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น พัฒนาการจังหวัด อำเภอ ตำบล ประธานชมรมผู้สูงอายุทุกระดับและผู้แทนผู้สูงอายุ องค์การเอกชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้แทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

๓. บูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านเพื่อให้เกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

๔. สนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน อาทิจ ชุมรมผู้สูงอายุ ชมรมอสม.และประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้ระบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) โดยเน้นให้มีการบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) รวมทั้งส่งเสริมให้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตั้งแต่การตัดสินใจ วางแผนงาน/โครงการและประเมินผล

๕. พัฒนาศักยภาพบุคคลที่เกี่ยวข้องถึงระดับครอบครัวเป็นการสร้างความเข้มแข็งจากภายใน ที่ต้องมีการ พัฒนาทั้งในส่วนของภาคประชาชน ภาคเอกชน ที่มีส่วนได้เสียและภาครัฐ ตลอดจนประชุมอบรมให้ความรู้ความเข้าใจแก่ภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยจัดประชุม/อบรม ภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร ติดตามผลการดำเนินงานและสร้างความรู้ความเข้าใจการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

๖. บูรณาการกิจกรรม งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการจัดแผนงาน/โครงการ ดำเนินงานและสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์เกี่ยวกับผู้สูงอายุทั้งทางด้านสังคม สุขภาพร่วมกันระหว่างหน่วยงาน สาธารณสุข องค์กรปกครองท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ชมรมผู้สูงอายุ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคีเครือข่ายอื่นๆ

๗. จัดทีมสุขภาพร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ให้บริการผู้สูงอายุเชิงรุกด้านสุขภาพและสังคม

๘. ส่งเสริมและพัฒนาการคิดค้นนวัตกรรมและเทคโนโลยีเพื่อจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๙. พัฒนาการสื่อสารและประชาสัมพันธ์กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรมรวมทั้งสิ่งดีดีในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จัดทำกลุ่มไลน์สังคมผู้สูงอายุ ประชาสัมพันธ์สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ กิจกรรมและผลงานการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

๑๐. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมเข้าร่วมกลุ่ม/ชมรมผู้สูงอายุในทุกระดับและเข้าเรียนในโรงเรียนผู้สูงอายุมากขึ้น

๑๑. สนับสนุนให้เกิดเวทีการขับเคลื่อนของภาคีเครือข่ายด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดการจัดทำข้อตกลง กฎ กติกาและธรรมนูญสุขภาพผู้สูงอายุในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน/ชุมชน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

มีการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดพิจิตรอย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มีการกำหนดและประกาศการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ หน่วยงานและภาคีเครือข่าย เป็นนโยบายสำคัญของจังหวัดพิจิตร มีข้อตกลง กฎ กติกา ได้แก่ สัญญาประชาคมสุขภาพ ธรรมนูญสุขภาพ หรือปฏิญญาสุขภาพ รวมถึงวางแผนการพัฒนาและมีการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในทุกระดับ (จังหวัด อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน/ชุมชน) อย่างต่อเนื่อง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ร้อยละ ๘๐ ของผู้สูงอายุในจังหวัดพิจิตรได้รับการส่งเสริมและดูแลสุขภาพภายใต้ระบบการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (LTC)

๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของอำเภอและตำบลในจังหวัดพิจิตรมีการพัฒนาการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ หน่วยงานและภาคีเครือข่าย

๓. ร้อยละ ๑๐๐ ของอำเภอและตำบลในจังหวัดพิจิตร ชมรมผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุใน มากกว่าร้อยละ ๘๐

๔. ผู้สูงอายุในจังหวัดพิจิตรมีความรู้ในการดูแลตนเองได้ตามศักยภาพและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม มากกว่าร้อยละ ๖๐

๕. ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมในจังหวัดพิจิตรเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้านและตำบล มากกว่าร้อยละ ๖๐

(ลงชื่อ)..... 

(นายวรารกร โภชนะสมบัติ)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๖ / พฤษภาคม / ๒๕๖๘

ผู้ขอประเมิน