



รายงานผลการดำเนินงาน  
โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย  
ประจำปีงบประมาณ 2552



สำนักงานคณะบดี  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

## สารบัญ

	หน้า
➤ บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)	ก-ข
➤ เป้าหมายของโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย	1
➤ ผลผลิตของโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย	2
➤ กรอบแนวคิดการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย	4
➤ ต้นแบบของโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย	5-7
➤ ผลการดำเนินงานที่สำคัญ	8-48
● กลุ่มเด็กและวัยรุ่น	
1. อนามัยโรงเรียนและการคัดกรองสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างเป็นองค์รวม	9-14
2. เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นไทย	15-20
● กลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	
1. การพัฒนาศักยภาพและรูปแบบการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ใหญ่	23-29
2. การพัฒนาความแข็งแรงในชีวิตของผู้ใหญ่	30-48
➤ รายรับ-รายจ่าย ประจำปีงบประมาณ 2552	49
➤ คณะผู้บริหารโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย	
1. คณะกรรมการอำนวยการโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย	50
2. หัวหน้ากิจกรรมของโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย	51

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของเด็กนักเรียนที่มีปัญหาชีวิต	14
2-1	พฤติกรรมเสี่ยงจำแนกตามโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละภูมิภาค ปีการศึกษา 2551	17
2-2	พฤติกรรมเสี่ยงจำแนกตามโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละภูมิภาค ปีการศึกษา 2551(ต่อ)	18
3	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรในโมเดลสมมติฐาน	32
4	ผลการวิเคราะห์ห้อทธิพลของโมเดลสมมติฐาน	32-33
5	ผลการวิเคราะห์ห้อองค์ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการวัดพฤติกรรมเสี่ยง	37
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรในโมเดล	38
7	ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของนักศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตฯ	41
8	วิเคราะห์ความแปรปรวนแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ย ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem, SE) ในช่วงเวลาวัดที่ต่างกัน	42
9	ผลการเปรียบเทียบพหุคูณค่าเฉลี่ย SE ในช่วงเวลาวัดที่ต่างกัน	42
10	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตฯ	43
11	วิเคราะห์ความแปรปรวนแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient: EQ) ในช่วงเวลาวัดที่ต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ	44
12	ผลการเปรียบเทียบพหุคูณค่าเฉลี่ย EQ ในช่วงเวลาวัดที่ต่างกัน	44
13	แผนรายรับ รายจ่ายใช้จริง และงบคงเหลือ ในหมวดการเงินต่างๆ ประจำปีงบประมาณ 2552	49

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า	
1	ต้นแบบด้านการให้บริการงานอนามัยโรงเรียนและการคัดกรองสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม	11
2	ต้นแบบการพัฒนาพยาบาล: ด้านการให้บริการงานอนามัยโรงเรียนและการคัดกรองสุขภาพแบบองค์รวม	12
3	ผลการตรวจคัดกรองทางสุขภาพเด็กนักเรียน	13
4	จำนวนผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพ ปี 2551-2552	19
5	เปรียบเทียบการรับบริการสายด่วนสุขภาพ จำแนกตามเพศ	19
6	เรื่อง/ประเด็นที่ผู้รับบริการต้องการคำปรึกษา	20
7	การพัฒนาต้นแบบการดูแลแม่วัยรุ่น	21
8	ร้อยละบุคลากรทางการพยาบาลที่มีพฤติกรรมกรบริโภคอาหารประเภทไขมันและโซเดียมอย่างเหมาะสม	25
9	ร้อยละบุคลากรทางการพยาบาลที่มีดัชนีมวลกายเหมาะสมเพิ่มขึ้นหลังจากให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล	26
10	ร้อยละบุคลากรทางการพยาบาลที่มีอัตราส่วนรอบเอวต่อสะโพก ระดับน้ำตาลและระดับคลอเรสเตอรอลในเลือดเป็นปกติ	26

## บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

---

ในปีงบประมาณ 2552 โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทยได้รับจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลในการดำเนินงานโครงการฯ จำนวน 20,000,000 บาท (ยี่สิบล้านบาทถ้วน) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างองค์ความรู้และพัฒนาแนวทางเพื่อพัฒนาต้นแบบในการพัฒนาศักยภาพประชากรไทยเริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิไปจนถึงวัยชรา และเผยแพร่องค์ความรู้ให้กับหน่วยงาน/สถาบันที่มีหน้าที่หลักในการพัฒนาประชากร เพื่อให้เกิดการพัฒนาประเทศให้เป็นอย่างยั่งยืนนำไปสู่การเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสมตามยุคสมัย

โครงการฯ แบ่งการดำเนินงานกิจกรรมเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่น และกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุแบบครบวงจร ซึ่งมีผลการดำเนินการ มีดังนี้

### 1. พัฒนาโครงสร้างของโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย

ประกอบด้วย การจ้างลูกจ้างโครงการฯ การประกาศ/คำสั่ง ของโครงการฯ การแต่งตั้งที่ปรึกษาและคณะกรรมการโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย การประชุมระดมความคิดจากคณะกรรมการโครงการฯ และอาจารย์ผู้เข้าร่วมในโครงการฯ การสรรหาผู้เข้าร่วมโครงการฯ เป็นต้น ทั้งนี้จากการดำเนินงานในช่วงปีแรก เป็นการวางโครงสร้างด้านการบริหารและการจัดการเบื้องต้นเพื่อรองรับการขยายตัวของโครงการฯ ในปีต่อไปอย่างมีประสิทธิภาพ

### 2. พัฒนาต้นแบบ (Model)

ลักษณะของต้นแบบ (Model) ประกอบด้วย กรอบแนวคิด รูปแบบการจัดอบรม รูปแบบการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงาน การทำเอกสารเผยแพร่ และคู่มือ เป็นต้น

ต้นแบบจากโครงการฯ ในระยะปีแรก (ปีงบประมาณ 2552) เป็นต้นแบบที่พัฒนาจากความรู้สหสาขาวิชาและการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในโรงพยาบาลรามาริบัติ และชุมชนรอบโรงพยาบาลรามาริบัติ และพัฒนาเป็นต้นแบบเบื้องต้น เพื่อนำไปใช้ในการดูแลและพัฒนาคุณภาพของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำต้นแบบมาเผยแพร่/ อบรม การดูแลสุขภาพที่ดีให้แก่ประชาชน/สถาบัน

ระยะต่อไปจะเป็นการขยายผลการพัฒนาต้นแบบโดยประยุกต์ต้นแบบให้เข้ากับสภาพ ปัญหาของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดการยอมรับจากชุมชนและสังคม

### 3. ผลผลิตโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย

ทางโครงการฯ ดำเนินงานจัดกิจกรรม/อบรม เพื่อหาต้นแบบ (Model) ซึ่งผลผลิตที่ได้อยู่ในรูปของ กรอบแนวคิด รูปแบบการจัดอบรม รูปแบบการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงาน การทำเอกสารเผยแพร่ และคู่มือ ซึ่งในปีงบประมาณ 2552 นี้ทางโครงการฯ ได้ผลิตที่เป็นต้นแบบ (Model) จำนวนทั้งสิ้น 6 ต้นแบบ เอกสารเผยแพร่/คู่มือ จำนวน 5 เล่ม มีเครือข่ายที่มีเป้าหมายเดียวกันจำนวน 12 แห่ง ประชาชนรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและวิธีการป้องกันโรคกว่า ร้อยละ 91 มีต้นแบบที่พัฒนาจากความรู้ที่เป็นองค์รวมจำนวน 18 สาขา มีหน่วยงานภายนอกขอรับต้นแบบไปพัฒนาต่อ จำนวน 5 หน่วยงานและมีการจัดอบรมให้หน่วยงานภายนอก จำนวนทั้งสิ้น 8 ครั้ง และร้อยละ 70 ของกิจกรรมย่อยที่ได้ดำเนินการตามแผนที่กำหนด นอกจากนี้หน่วยงานภายนอกขอรับต้นแบบไปใช้ จำนวน 60 หน่วยงาน ซึ่งส่วนใหญ่ คือ สถาบันโรงเรียน รองลงมา คือ โรงพยาบาล

การดำเนินงานด้านงบประมาณ ขณะนี้มีการเบิกจ่าย เป็นจำนวนทั้งสิ้น 8,575,051 บาท (แปดล้านห้าแสนเจ็ดหมื่นห้าพันห้าสิบลบาทถ้วน) ทั้งนี้ โครงการฯ มีเงินงบประมาณคงเหลือทั้งสิ้น 11,424,949 บาท (สิบเอ็ดล้านสี่แสนสองหมื่นสี่พันเก้าร้อยสี่สิบลบาทถ้วน) ซึ่งทางโครงการฯ มีแผนการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552 ที่ยังดำเนินการไม่เสร็จสิ้น ปรับแผนเพื่อดำเนินการต่อเนื่องในปีงบประมาณ 2553 โดยใช้เงินงบประมาณประจำปีงบประมาณ 2552 ที่ยังคงเหลือจนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2553



## เป้าหมายของโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย

---

เพื่อสร้างองค์ความรู้และพัฒนาแนวทางเพื่อเป็นต้นแบบในการดูแลประชากรไทย โดยเริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิไปจนถึงวัยชราอย่างครบถ้วน ทั้งด้านการดูแลสุขภาพ และการส่งเสริมพัฒนาให้เต็มตามศักยภาพของมนุษย์คนหนึ่งในทุกช่วงวัยอ้างอิงจากหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ โดยประยุกต์เทคโนโลยีที่ทันสมัยที่สุด เพื่อใช้ในการดำเนินการเพื่อนำไปสู่การเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าของสังคมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเหมาะสมตามยุคสมัย โครงการได้แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 กลุ่มหลัก คือ กลุ่มวัยเด็กและวัยรุ่น และกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุแบบครบวงจร

### กลุ่มเป้าหมาย

สถาบันหรือชุมชนที่จะนำองค์ความรู้ไปใช้พัฒนาประชากรในพื้นที่ และประชาชนทุกช่วงอายุ

### พื้นที่เป้าหมาย

สถาบันหรือชุมชนทั่วประเทศไทย  
(ในระยะแรกเป็นช่วงพัฒนาต้นแบบ กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคลากรในโรงพยาบาลรามาริบดีและชุมชนรอบโรงพยาบาลรามาริบดี)



## ผลผลิตของโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย

โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย ดำเนินการพัฒนาด้านแบบและเผยแพร่ให้กับประชาชน/หน่วยงาน/สถาบัน เพื่อนำไปใช้ในการดูแลและพัฒนาศักยภาพของประชากร ดังนี้

1) บุคคลที่มีสุขภาพปกติจะเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพ การค้นหาและป้องกันโรคก่อนที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพขึ้น

2) บุคคลที่เจ็บป่วยจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ต้นแบบโครงการฯ เป็นต้นแบบที่พัฒนาจากทีมสหสาขาวิชาและจะดำเนินการเผยแพร่อบรม และประยุกต์ให้เข้ากับปัญหาของแต่ละพื้นที่ เพื่อให้เกิดการยอมรับจากชุมชนและสังคม ที่จะนำต้นแบบไปพัฒนาศักยภาพของประชากรไทย โดยในระยะเริ่มแรกจะเป็นต้นแบบนำร่องที่พัฒนาศักยภาพอย่างเป็นองค์รวมโดยอาศัยหลักการบริการทางการแพทย์และการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมทั้งทางกาย(body) ทางจิต(mind) ทางสังคม(society)และทางจิตวิญญาณ(soul) ผ่านกลุ่มตัวอย่างและการจัดกิจกรรม รวมทั้งทำการพัฒนาด้านนำร่องอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดเป็นต้นแบบพัฒนาศักยภาพประชากรไทย อันจะนำไปสู่การขยายผลในระดับประชาชน ชุมชน สังคม และระบบสาธารณสุขต่อไปเพื่อให้ประชากรไทยสามารถพัฒนาได้เต็มตามศักยภาพ ส่งผลให้เกิดพลังขับเคลื่อนในการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน

ในปีงบประมาณ 2552 โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทยได้รับจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลในการดำเนินงานโครงการฯ จำนวน 20,000,000 บาท (ยี่สิบล้านบาทถ้วน) ซึ่งได้ดำเนินโครงการฯ ตามลักษณะผลผลิตดังกล่าวข้างต้น ด้วยการดำเนินกิจกรรมต่างๆ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

### 1. กลุ่มเด็กและวัยรุ่น หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีช่วงอายุตั้งแต่ ก่อนปฏิสนธิ จนถึง 18 ปี

- 1). การตรวจคัดกรองสารพิษหรือโลหะหนักของสตรีตั้งครรภ์ ทารกแรกเกิด
- 2). การพัฒนารูปแบบโรคพันธุกรรมเพื่อสาธารณสุข (เพื่อแม่และเด็ก)
- 3). การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องและรอบด้าน
- 4). การตรวจหา Free Fetal DNA ในกระแสเลือดมารดา
- 5). การตรวจคัดกรองการมองเห็น
- 6). การพัฒนารูปแบบคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี
- 7). การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่सानสายใยรักแห่งครอบครัว
- 8). การจัดการความปลอดภัยในเด็กก่อนวัยเรียน
- 9). Comprehensive School health
- 10). เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นไทย

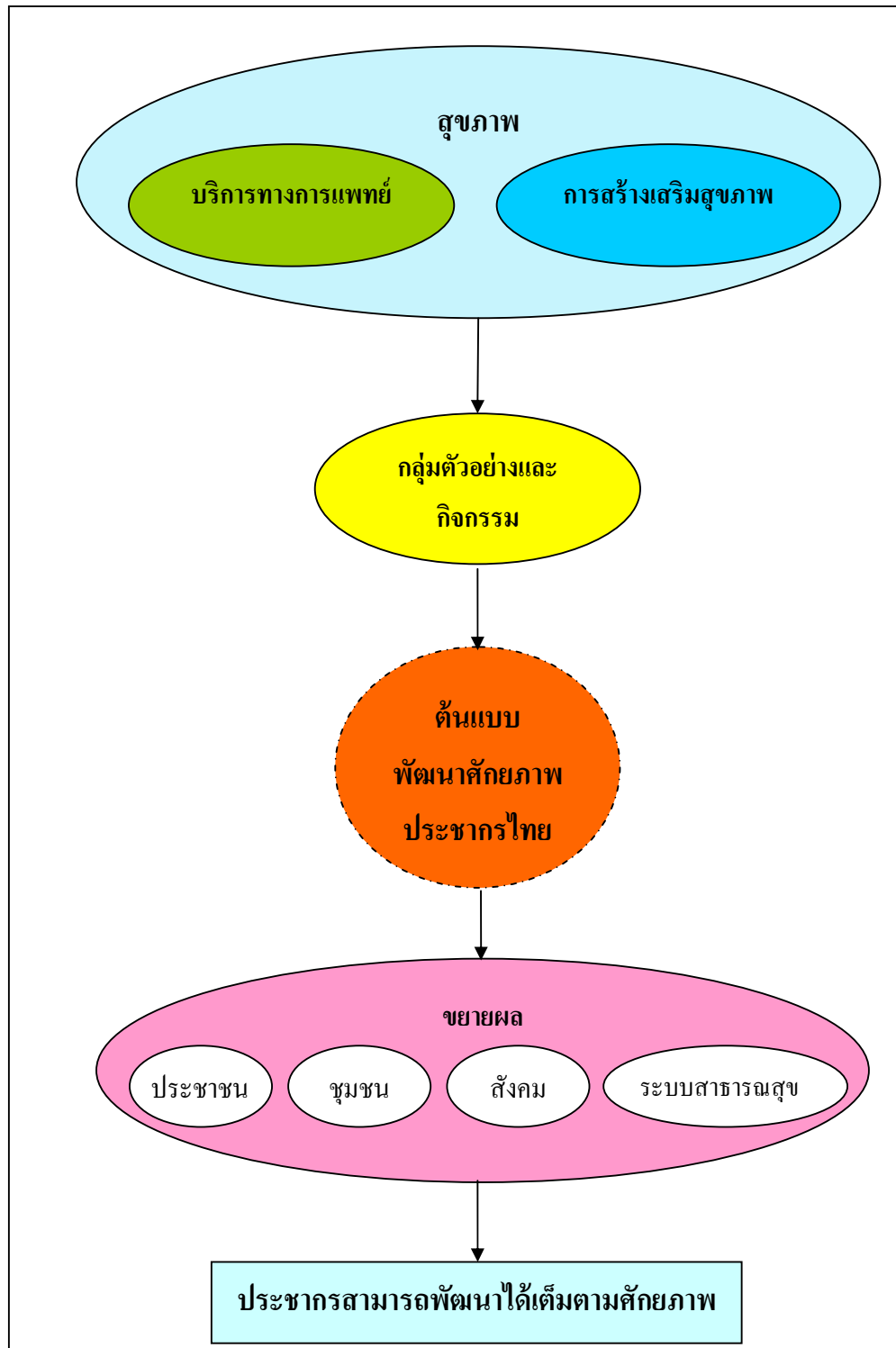
ผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย ประจำปี 2552

## 2. กลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุแบบครบวงจร หมายถึง กลุ่มบุคคลที่มีช่วงอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

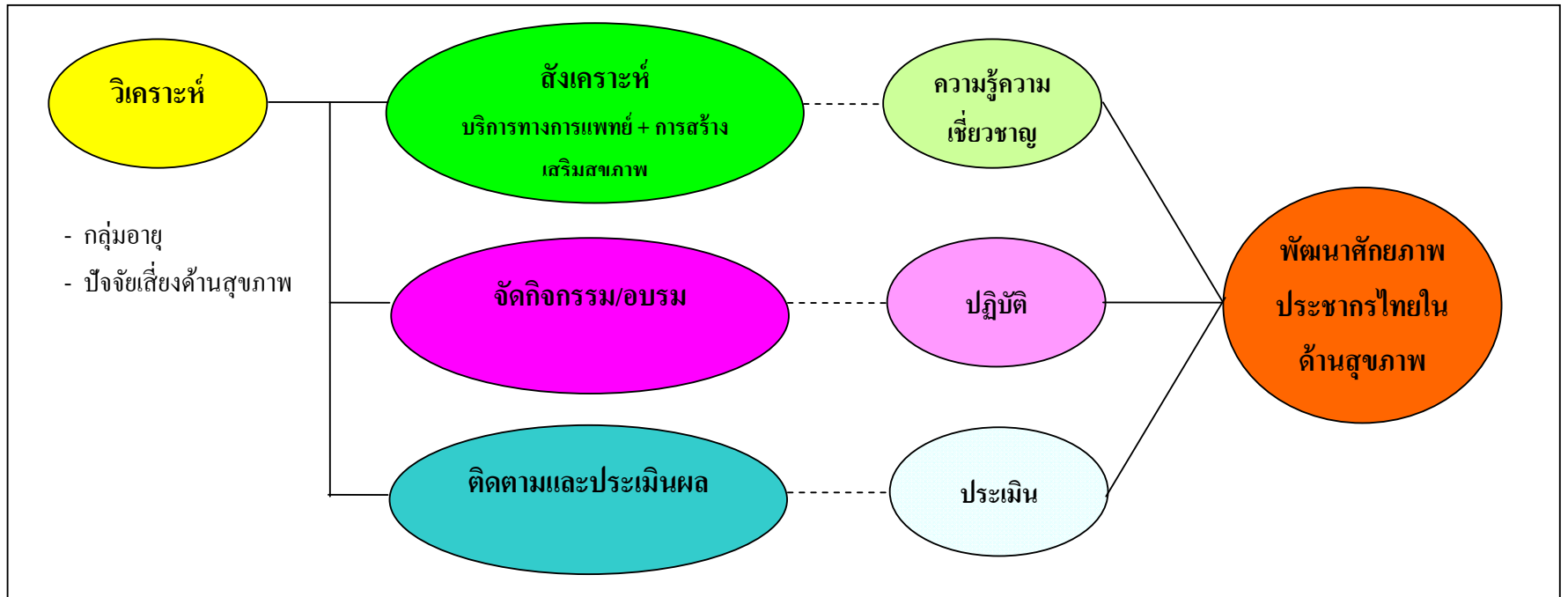
- 1) การพัฒนาความแข็งแรงในชีวิตของผู้ใหญ่
- 2) การพัฒนาศักยภาพและรูปแบบการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ใหญ่
- 3) การจัดการและการลดความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรังในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
  - 3.1) การสำรวจภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
  - 3.2) การจัดทำฐานข้อมูลความหลากหลายทางพันธุกรรมของ xenobiotic metabolism genes และ environmental exposure ในบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
- 4) การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการได้รับโลหะหนัก ตะกั่วและแคดเมียม ในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
- 5) การพัฒนารูปแบบช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
- 6) การดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง
  - 6.1) การสำรวจและติดตามต่อเนื่องสมรรถภาพสมองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป
  - 6.2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

อย่างไรก็ตาม การดำเนินโครงการฯ ตลอดปีงบประมาณ 2552 ยังไม่สามารถบรรลุเป้าหมายโครงการฯ ได้ทั้งหมด การดำเนินโครงการฯ ยังคงต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง จนกว่าประชากรไทยในทุกพื้นที่จะได้รับการพัฒนาอย่างครบวงจรในทุกช่วงวัย อันจะนำไปสู่การพัฒนาในด้านอื่นๆ ของสังคมและประเทศชาติอย่างยั่งยืนต่อไป

กรอบแนวคิดการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย



แนวคิดต้นแบบพัฒนาศักยภาพประชากรไทย



## แนวคิดต้นแบบพัฒนาศักยภาพประชากรไทย

### ขั้นวิเคราะห์

การวิเคราะห์ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ กลุ่มอายุ และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ เพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายและวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่เป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน

1.1 กลุ่มอายุ สามารถจำแนกตามช่วงอายุได้ 6 ช่วงอายุ ดังนี้

- 1) ช่วงเริ่มปฏิสนธิ-ทารกแรกเกิด 2) ช่วงเด็กปฐมวัย 3) ช่วงเด็กวัยเรียน 4) ช่วงวัยรุ่น
- 5) ช่วงวัยผู้ใหญ่ และ 6) ช่วงผู้สูงอายุ

1.2 ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ จำแนกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1.2.1 ด้านระบาดวิทยาและประชากร เช่น อายุเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด อัตราการตายของทารกและอัตราการตายของมารดา ความสูญเสียทางสุขภาพเนื่องจากโรคร้ายต่างๆ (burden of diseases) ปัญหาโรคที่ไม่ติดต่อ (non-communicable diseases) และการวางแผนครอบครัว เป็นต้น

1.2.2 ด้านเศรษฐกิจและสังคม เช่น ปัญหาช่องว่างการกระจายรายได้ ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตของประชาชน และปัญหาความรุนแรง เป็นต้น

1.2.3 พฤติกรรมด้านสุขภาพ เช่น การบริโภคของประชาชน การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และการทำงานและการประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อสุขภาพ เป็นต้น

1.2.4 ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหาด้านมลภาวะ ปัญหาสังแวดล้อมจากการทำงาน (occupational environment) และปัญหาการจัดหาน้ำสะอาด (safe water) สำหรับการอุปโภคและบริโภค เป็นต้น

### ขั้นสังเคราะห์

คือ การนำศาสตร์ทั้งด้านการบริการทางการแพทย์ (ประกอบด้วย การตรวจคัดกรอง การตรวจวินิจฉัย และการรักษา) และการส่งเสริมสุขภาพ มาประยุกต์ใช้เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมทั้งในระดับบุคคล และสภาพสังคมรอบด้าน

### ขั้นจัดกิจกรรม/เผยแพร่/อบรม

คือ การนำแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพและผลสัมฤทธิ์จากการสร้างเสริมพฤติกรรมมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาวิธีการในการเผยแพร่ข้อมูล รวมทั้งการจัดกิจกรรม การจัดอบรม หรือจัดทำเอกสาร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมและสามารถนำความรู้และประสบการณ์ในการร่วมกิจกรรมไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถาวร

### ขั้นตอนติดตามและประเมินผล

คือ การติดตามการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน เพื่อให้มีการดำเนินงานบรรลุตามแผนงานที่กำหนด โดยผ่านการประเมินผลตามเกณฑ์ที่กำหนด และมีการปรับปรุงแก้ไขในจุดที่บกพร่อง เพื่อให้ได้ต้นแบบที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับทุกสถานที่ โดยการติดตามและประเมินผลแบ่งได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. ระยะการดำเนินงาน เป็นการติดตามผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ และปรับปรุงแก้ไขในจุดที่บกพร่อง
2. ระยะแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการประเมินโครงร่างต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ว่ามีความเหมาะสมและเหมาะสมจะนำไปพัฒนาและใช้กับกลุ่มเป้าหมายใด และปรับปรุงแก้ไขในจุดที่บกพร่อง
3. ระยะการจัดกิจกรรม เป็นการติดตามและประเมินผลการจัดกิจกรรม อบรม และเผยแพร่ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้การจัดกิจกรรมมีประสิทธิภาพและเป็นประโยชน์ต่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม รวมทั้งสภาพแวดล้อมของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นต้น โดยปรับปรุงแก้ไขในจุดที่บกพร่อง
4. ระยะการนำต้นแบบไปประยุกต์ใช้ เป็นการประเมินผลหลังจากนำต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพประชากรไทยมาใช้ปฏิบัติจริง ตามขั้นตอนการดำเนินงานที่กำหนดไว้ เพื่อพิสูจน์ประสิทธิภาพของต้นแบบที่เหมาะสมแต่ละชุมชนหรือท้องถิ่น เพื่อกำหนดข้อจำกัดในการนำต้นแบบไปใช้และปรับเปลี่ยนวิธีการให้มีประโยชน์สูงสุด แก่การสร้างเสริมและพัฒนาสุขภาพประชากรไทยให้มีสุขภาพดีในทุกช่วงอายุ

### พัฒนาสุขภาพประชากรไทยในด้านการดูแลสุขภาพ

คือ การพัฒนาสุขภาพประชากรไทย ในลักษณะของต้นแบบ (Model) เช่น กรอบแนวคิด รูปแบบการจัดอบรม รูปแบบการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงาน การทำเอกสารเผยแพร่ และคู่มือ เป็นต้น

โดยมีเป้าหมายให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเกิดทักษะส่วนบุคคล มีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตนเป็นผู้มีสุขภาพที่ดี ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้างในชุมชน ทั้งครอบครัว โรงเรียน และสถานที่ทำงาน ในด้านสภาพสังคม เมื่อคนส่วนใหญ่มีสุขภาพที่ดี จะนำไปเกิดสังคมที่มีสุขภาพดีด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ระบบบริการสาธารณสุข เป็นผลจากการจัดอบรมหรือจัดทำเอกสารเผยแพร่มด้านสาธารณสุข เพื่อนำไปพัฒนาระบบการบริการด้านสาธารณสุขต่อไป



## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

### กลุ่มเด็กและวัยรุ่น

กลุ่มเด็กและวัยรุ่นมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างองค์ความรู้และพัฒนาแนวทางเพื่อพัฒนาต้นแบบในการพัฒนาศักยภาพประชากรไทยโดยเริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิไปจนถึงวัยรุ่น และเผยแพร่องค์ความรู้เหล่านั้นให้กับหน่วยงาน/สถาบันที่มีหน้าที่หลักในการพัฒนาประชากร

โดยในระยะเริ่มแรกเป้าหมายของกลุ่มเด็กและวัยรุ่นนั้นจะเป็นการสร้างต้นแบบในการพัฒนาประชากร การจัดทำเอกสารเผยแพร่ และการสร้างเครือข่ายที่มีเป้าหมายเดียวกัน โดยผ่านการจัดกิจกรรม อบรม ดังแสดงในตารางผลผลิตการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2552 ดังนี้

ผลผลิต	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ทำได้จริง
ต้นแบบในการพัฒนาประชากร	ต้นแบบ	2	2
มีการจัดทำเอกสารเผยแพร่อย่างน้อย	เล่ม	1	1
มีเครือข่ายที่มีเป้าหมายเดียวกันจำนวน	แห่ง	3	8
ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยง วิธีการป้องกันโรค	ร้อยละ	80	100
มีต้นแบบที่เป็นการพัฒนาจากความรู้ความเป็นองค์รวม	สาขา	3	9
มีหน่วยงานภายนอกขอรับต้นแบบการพัฒนาไปใช้อย่างน้อย	หน่วยงาน	3	54
มีการจัดอบรมให้หน่วยงานภายนอก	ครั้ง	1	6
ร้อยละของกิจกรรมย่อยที่ดำเนินการตามแผนที่กำหนด	ร้อยละ	70	70



**กิจกรรม**    **อนามัยโรงเรียนและการคัดกรองสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างเป็นองค์รวม**  
**Comprehensive School health**

---

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการประเมินและคัดกรองสุขภาพของเด็กวัยเรียน โดยพยาบาลอนามัยโรงเรียน
2. สร้างนวัตกรรมบริการเพื่อพัฒนาต้นแบบระบบสาธารณสุขของประเทศ และพัฒนาศักยภาพของเด็กวัยเรียนอย่างเป็นองค์รวม
3. เพื่อหาอัตราความชุกของภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กนักเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ความผิดปกติด้านการมองเห็น การได้ยิน และปัญหาการเรียน

**เป้าหมาย**

มีต้นแบบการให้บริการอนามัยโรงเรียนและระบบคัดกรองสุขภาพแบบองค์รวม

**ผลประโยชน์ที่จะได้รับ**

1. รับทราบปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียนเพื่อนำไปสู่แนวทางการช่วยเหลือและป้องกันปัญหาต่อไป
2. เด็กที่มีปัญหาสุขภาพและปัญหาการเรียนจะได้รับการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยพยาบาลอนามัยโรงเรียน มีระบบส่งต่อและติดตามที่เป็นมาตรฐาน

**ผลผลิต(Output)**

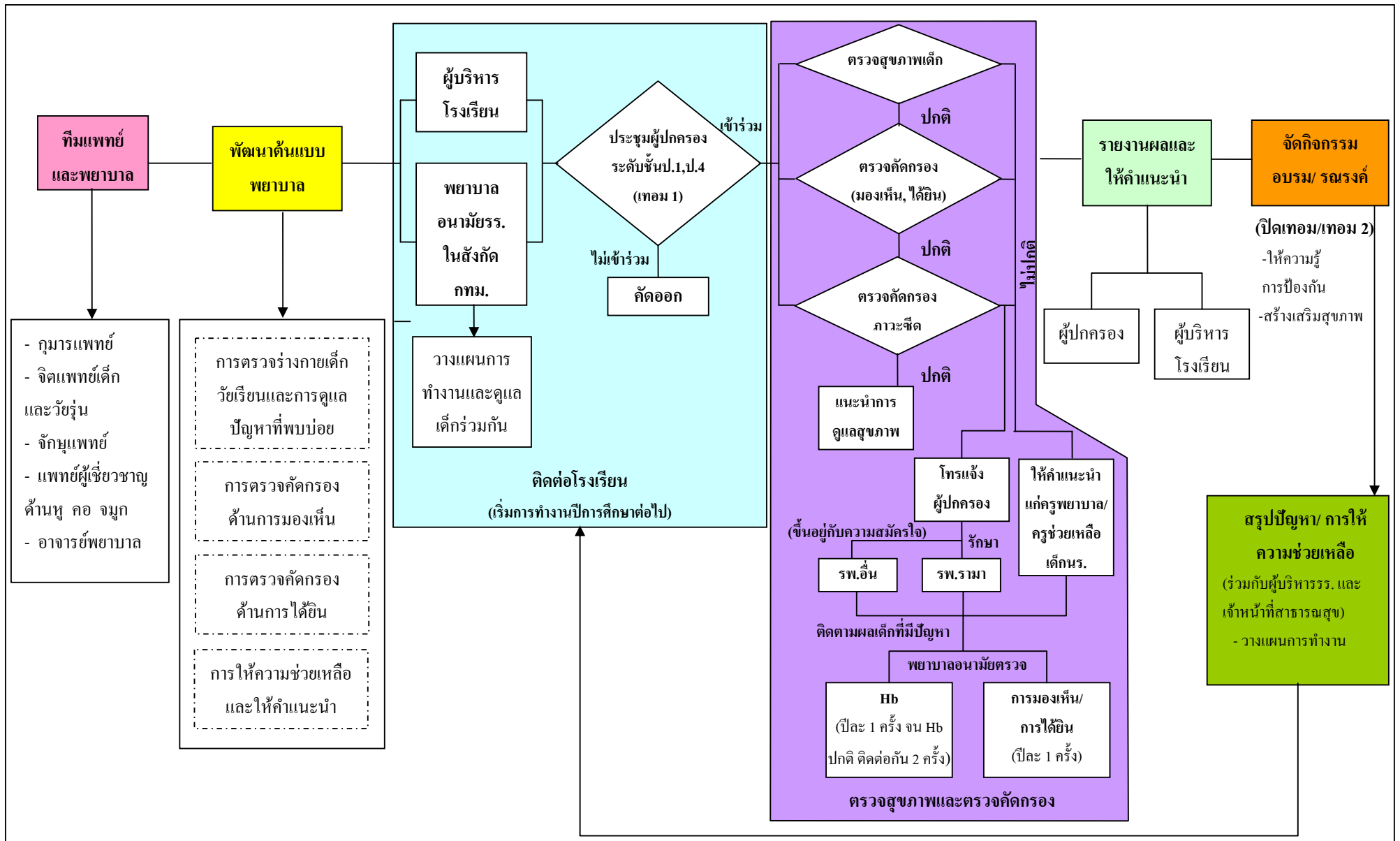
<b>เชิงปริมาณ :</b>		
ต้นแบบในการพัฒนาประชากร	1	ต้นแบบ
มีการจัดทำเอกสารเผยแพร่	-	เล่ม
มีเครือข่ายที่มีเป้าหมายเดียวกัน	-	แห่ง
<b>เชิงคุณภาพ :</b>		
ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยง วิธีการป้องกันโรค	100	ร้อยละ
มีต้นแบบที่เป็นการพัฒนาจากความรู้เป็นองค์รวม คือ สาขา 1. การป้องกันและการสร้างเสริมสุขภาพ 2. โภชนาวิทยา	2	สาขา

มีหน่วยงานภายนอกขอรับต้นแบบการพัฒนาไปใช้ คือ 1. โรงเรียนอนุบาลสามเสน 2. โรงเรียนสวนมิสกวัน	2	หน่วยงาน
มีการจัดอบรมให้หน่วยงานภายนอก	1	ครั้ง
เชิงเวลา :		
ร้อยละของ โครงการย่อยที่ดำเนินการตามแผนที่กำหนด	100	ร้อยละ

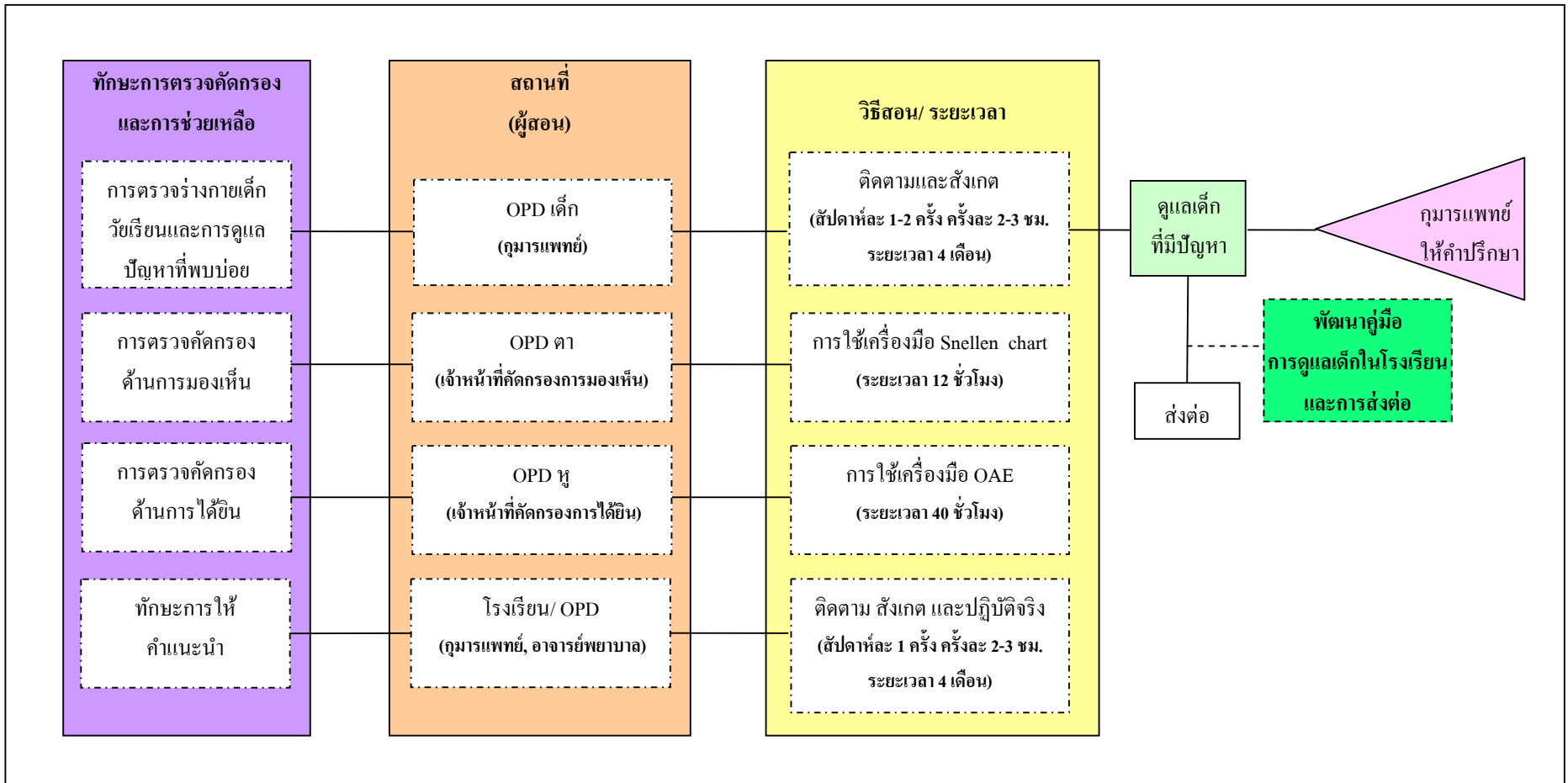
### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. ต้นแบบด้านการให้บริการงานอนามัยในโรงเรียนและการคัดกรองสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างเป็นองค์รวม ดังแผนภูมิที่ 1

2. มีการพัฒนาพยาบาลอนามัยโรงเรียน 1 คน เพื่อดูแลเด็กในโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมโดยพยาบาลได้รับการฝึกฝนทักษะในด้านการตรวจร่างกายเด็กขั้นพื้นฐาน การตรวจวัดสายตา และตรวจการได้ยิน และพัฒนาเป็นต้นแบบการพัฒนาพยาบาล: ด้านการให้บริการงานอนามัยโรงเรียนและการคัดกรองสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม  
ดังแผนภูมิที่ 2



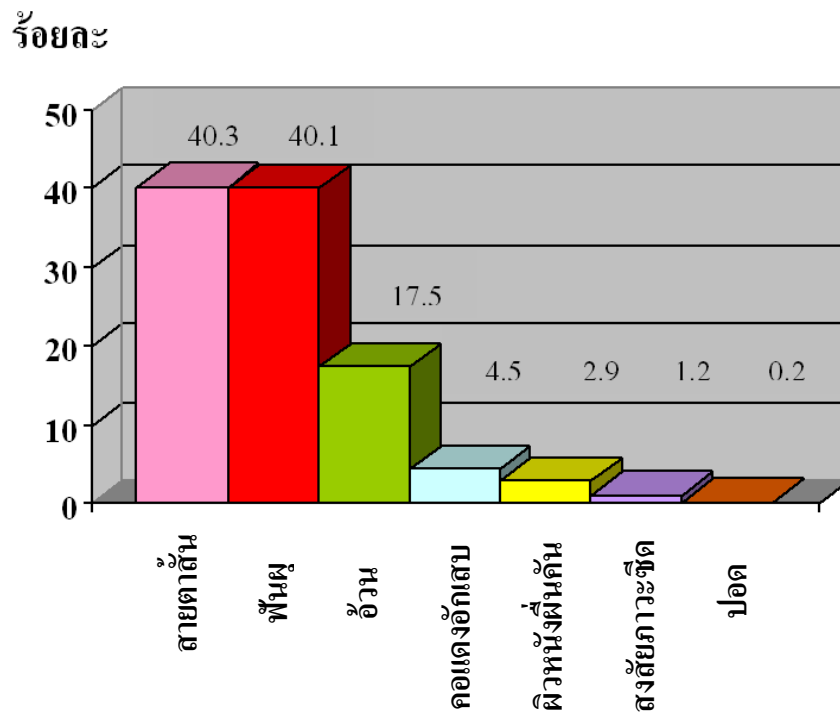
แผนภูมิที่ 1 ต้นแบบด้านการให้บริการงานอนามัยโรงเรียนและการคัดกรองสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม



แผนภูมิที่ 2 ต้นแบบการพัฒนาพยาบาล: ด้านการให้บริการงานอนามัยโรงเรียนและการคัดกรองสุขภาพแบบองค์รวม

3. ผลการตรวจคัดกรองทางสุขภาพโดยพยาบาลอนามัยโรงเรียนในนักเรียนชั้นประถมศึกษา ประจำปี 2552 จำนวน 491 คน เป็นนักเรียนโรงเรียนอนุบาลสามเสนจำนวน 319 คน คิดเป็นร้อยละ 65 และมีนักเรียนโรงเรียนสวนมิสกวันจำนวน 172 คน คิดเป็นร้อยละ 35 แบ่งเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 246 คน (50.1%) และนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 245 คน (49.9%)

4. ผลการตรวจสุขภาพเด็กนักเรียนจำนวน 491 คน พบว่าเด็กส่วนใหญ่มีปัญหาสายตาสั้น (subnormal vision: VA 20/30 or less at least one eye) 198 คน คิดเป็นร้อยละ 40.3 รองลงมาคือ ปัญหาฟันผุ 197 คน คิดเป็นร้อยละ 40.1 และพบภาวะอ้วน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 17.5 ตามลำดับ ส่วนปัญหาด้านคอ พบคอแดงอักเสบ 22 คน (4.5%) ด้านผิวหนัง พบภาวะผื่นคัน 14 คน (2.9%) ด้านภาวะซีด พบว่าสงสัยมีภาวะซีด 6 คน (1.2%) และด้านปอด พบ 1 คน (0.2%) ส่วนของปัญหาเรื่องหู ต่อมาน้ำเหลือง หูใจ และท้องพบว่าเด็กทุกคนไม่มีความผิดปกติ ดังแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 ผลการตรวจคัดกรองทางสุขภาพเด็กนักเรียน

การติดตาม สรุปผลการตรวจคัดกรองทางสุขภาพเด็กรายบุคคลและแจ้งให้กับผู้ปกครองทุกท่านทราบ พร้อมทั้งแนบเอกสารคำแนะนำในการดูแลรักษาสุขภาพตามปัญหาที่พบ

5. การตรวจคัดกรองภาวะซีด มีเด็กจำนวน 226 คน ที่พ่อแม่เข้าร่วมกิจกรรมการเจาะเลือด เพื่อคัดกรองภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของเด็กนักเรียนที่มีปัญหาซีด

โรงเรียน	โรงเรียนอนุบาลสามเสน (n=167)		โรงเรียนสวนมิสกวัน (n=59)		รวม (ร้อยละ) N=226
	ป. 1(n=68)	ป. 4(n=109)	ป. 1(n=19)	ป.4(n=40)	
ผลการตรวจ					
โลหิตจาง(Hb <11.5)	11	4	7	7	12.8
โลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก (ferritin<12 )	0	2	0	1	1.3
ภาวะพร่องธาตุเหล็ก (ferritin<30 )	11	19	3	8	18.1
MCV< 80	43	52	13	21	57
ผลการตรวจ Hb typing(n=131)					
AE	12	12	5	6	26.7
EE	0	1	1	1	2.3
AA2	28	37	6	13	64.1
CS	3	3	0	1	4.6
Other	2	0	1		2.3

การติดตาม เด็กจำนวนทั้ง 29 คน ที่มีปัญหาซีด อยู่ในช่วงการติดตามมารับการรักษาโดยให้พ่อแม่เลือกสถานบริการทางการแพทย์ตามสิทธิที่มี หรือจะมารับการรักษาที่โรงพยาบาลรามธิบดีก็ได้

## กิจกรรม เครื่องมือการสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นไทย

---

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลนักเรียนในระดับมัธยมศึกษาอย่างเป็นระบบ
2. เพื่อพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลช่วยเหลือ การส่งต่อ และการให้คำปรึกษากับพ่อแม่ ผู้ปกครอง และบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับวัยรุ่นอย่างเป็นองค์รวม
3. เพื่อหาพฤติกรรมเสี่ยงในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาใน 4 โรงเรียนนำร่อง
4. การพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือแม่วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์อย่างเป็นองค์รวม

### เป้าหมาย

1. มีต้นแบบระบบคัดกรองสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาในโรงเรียน
2. มีต้นแบบคลินิกวัยรุ่นในโรงพยาบาลเพื่อดูแลคนไข้วัยรุ่นอย่างครบวงจร ได้แก่ คลินิกวัยรุ่น การให้บริการสายด่วนสุขภาพเพื่อให้คำปรึกษาโดยพยาบาล และนักจิตวิทยา รวมถึงการให้บริการส่งต่อในกรณีที่ต้องการพบแพทย์สหสาขาวิชาชีพ
3. การขยายผลระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร
4. แม่วัยรุ่นที่มาฝากท้องที่โรงพยาบาลได้รับการดูแลตั้งแต่ก่อนคลอด – หลังคลอด และการเลี้ยงดูบุตร

### ผลประโยชน์ที่จะได้รับ

1. การดูแลสุขภาพวัยรุ่นที่อยู่ในระบบการศึกษาอย่างเป็นองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพัฒนาระบบการติดตามผล และส่งต่อในกรณีที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยา
2. การพัฒนาต้นแบบการดูแลสุขภาพวัยรุ่นในโรงพยาบาล
3. การดูแลแม่วัยรุ่นโดยสหสาขาวิชาชีพ การดูแลตั้งแต่ก่อนคลอด – หลังคลอด และการเลี้ยงดูบุตร

**ผลผลิต(Output)**

<b>เชิงปริมาณ :</b>		
ต้นแบบในการพัฒนาประชากร	1	ต้นแบบ
มีการจัดทำเอกสารเผยแพร่	1	เล่ม
มีเครือข่ายที่มีเป้าหมายเดียวกัน	6	แห่ง
<b>เชิงคุณภาพ :</b>		
ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยง วิธีการป้องกันโรค	100	ร้อยละ
มีต้นแบบที่เป็นการพัฒนาจากความรู้อย่างเป็นองค์รวม คือ สาขา 1. สร้างเสริมสุขภาพ 2. พัฒนาการวัยรุ่น 3. พฤติกรรมเสี่ยง	3	สาขา
มีหน่วยงานภายนอกขอรับต้นแบบการพัฒนาไปใช้ คือ โรงเรียนทั่วประเทศที่เข้าร่วมกิจกรรม	50	หน่วยงาน
มีการจัดอบรมให้หน่วยงานภายนอก	1	ครั้ง
<b>เชิงเวลา :</b>		
ร้อยละของโครงการย่อยที่ดำเนินการตามแผนที่กำหนด	100	ร้อยละ

**ผลการดำเนินงานที่สำคัญ**

1. การขยายผลระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียน โดยใช้โปรแกรมคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในการคัดกรองให้กับโรงเรียนในกรุงเทพมหานคร
2. ผลการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงของนักเรียนในโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 6 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนนวมินทราชินูทิศบดินทรเดชา โรงเรียนวัดโนนทัยพายัพ โรงเรียนหาดใหญ่รัฐประชาสรรค์ โรงเรียนสิรินธร โรงเรียนประโคนชัยพิทยาคม และโรงเรียนดำรงราษฎร์สงเคราะห์ (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2-1 แสดงพฤติกรรมเสี่ยงจำแนกตามโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละภูมิภาค ปีการศึกษา 2551

พฤติกรรมเสี่ยง	รร.นวมินทร์ราชินู ทิต บดินทรเดชา กรุงเทพมหานคร (n = 3,208 คน)		รร.วัดโนนทัย พายัพ เชียงใหม่ (n = 2,762 คน)		รร.หาดใหญ่ รัฐประชาสรรค์ สงขลา (n = 2,517 คน)		รร.สิรินธร สุรินทร์ (n = 2,505 คน)		รร.ประโคนชัย พิทยาคม บุรีรัมย์ (n = 2,737 คน)		รร.ดำรงราษฎร์ สงเคราะห์ เชียงราย (n = 2,472 คน)	
1. อยู่กับพ่อหรือแม่คนเดียว		12.80		20.22		15.30		13.17		11.11		17.09
2. เศรษฐฐานะต่ำ		12.84		29.49		28.05		23.55		44.14		46.55
3. พ่อแม่ใช้สารเสพติด		28.61		31.16		39.01		30.46		31.82		31.90
4. ความสัมพันธ์ในครอบครัว		2.40		2.90		4.53		2.67		5.19		2.68
5. สถานะสมรสพ่อแม่		14.05		20.07		14.86		12.85		12.46		16.38
6. คบเพื่อนมีปัญหา		15.54		11.52		12.48		5.67		14.98		20.91
7. ไม่มีที่ปรึกษาเวลาทุกข์ใจ		13.14		12.25		8.46		7.11		11.44		7.56
8. กิจกรรมทางศาสนา		70.03		69.13		72.07		72.34		66.75		70.78
9. ความนับถือตนเอง												
- ครอบครัว	ต่ำ	0.54		0.51		0.32		0.40		0.55		0.62
	ปานกลาง	35.61		28.83		25.86		27.38		34.47		32.30
	สูง	64.53		71.35		73.94		72.50		66.19		67.08
- โรงเรียน	ต่ำ	1.35		0.65		0.52		0.36		0.88		0.70
	ปานกลาง	66.89		57.88		51.41		59.00		68.86		65.64
	สูง	32.33		42.70		48.31		41.84		31.40		33.66

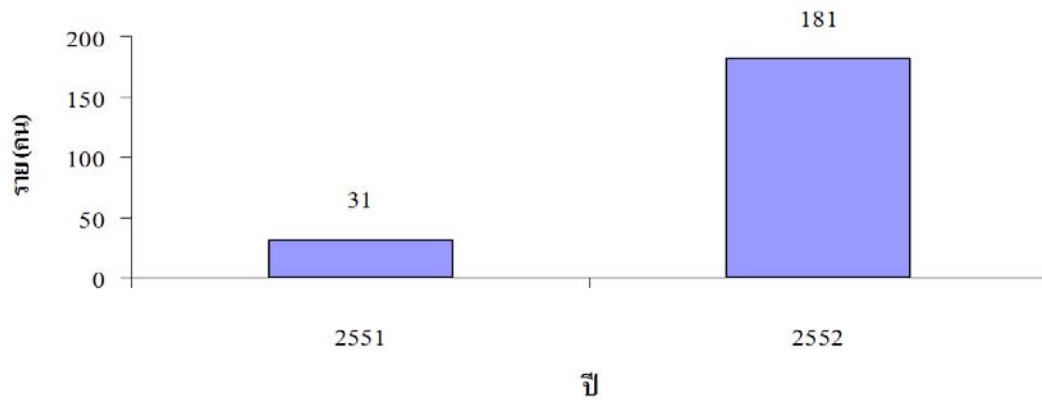
ผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย: กลุ่มเด็กและวัยรุ่น

ตารางที่ 2-2 แสดงพฤติกรรมเสี่ยงจำแนกตามโรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมในแต่ละภูมิภาค ปีการศึกษา 2551 (ต่อ)

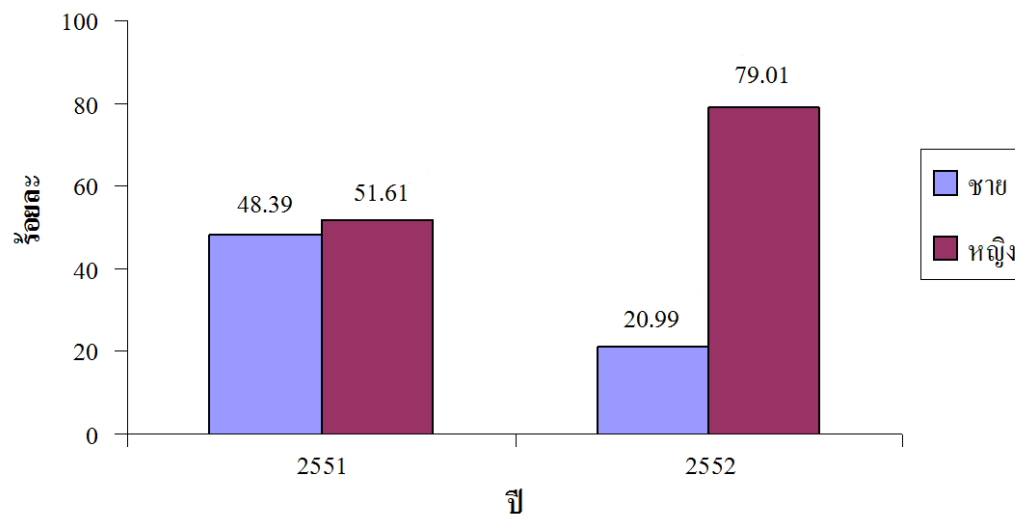
พฤติกรรมเสี่ยง	รร.นวมินทรราชินูทิศ บดินทรเดชา กรุงเทพมหานคร (n = 3,208 คน)	รร.วัดโนนทัย พายัพ เชียงใหม่ (n = 2,762 คน)	รร.หาดใหญ่ รัฐประชาสรรค์ สงขลา (n = 2,517 คน)	รร.สิรินธร สุรินทร์ (n = 2,505 คน)	รร.ประโคนชัย พิทยาคม บุรีรัมย์ (n = 2,737 คน)	รร.ตำบองราษฎร์ สงเคราะห์ เชียงราย (n = 2,472 คน)
10. อุบัติเหตุ	63.99	66.14	57.81	68.90	52.89	56.32
11. ความปลอดภัย	34.43	23.40	34.13	17.17	32.75	28.47
12. ภาวะซึมเศร้า	25.64	21.33	19.83	18.80	22.70	30.38
13. สูบบุหรี่	5.84	5.11	6.60	2.44	7.53	6.06
14. ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	31.05	25.75	21.30	18.44	24.23	30.55
15. สารเสพติดอื่นๆ	0.54	0.51	0.99	0.20	0.95	0.83
16. เพศสัมพันธ์	1.93	2.79	3.97	2.08	4.42	5.42
17. น้ำหนักตัว	29.12	26.01	29.28	25.27	23.97	18.67
18. เกรดเฉลี่ย	47.67	51.27	50.54	32.22	63.87	45.26
19. ปัญหาการเรียน	38.41	47.90	38.22	51.86	53.74	58.78

3. การให้บริการสายด่วนสุขภาพเพื่อให้คำปรึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 – สิงหาคม 2552 (แผนภูมิที่ 4-6)

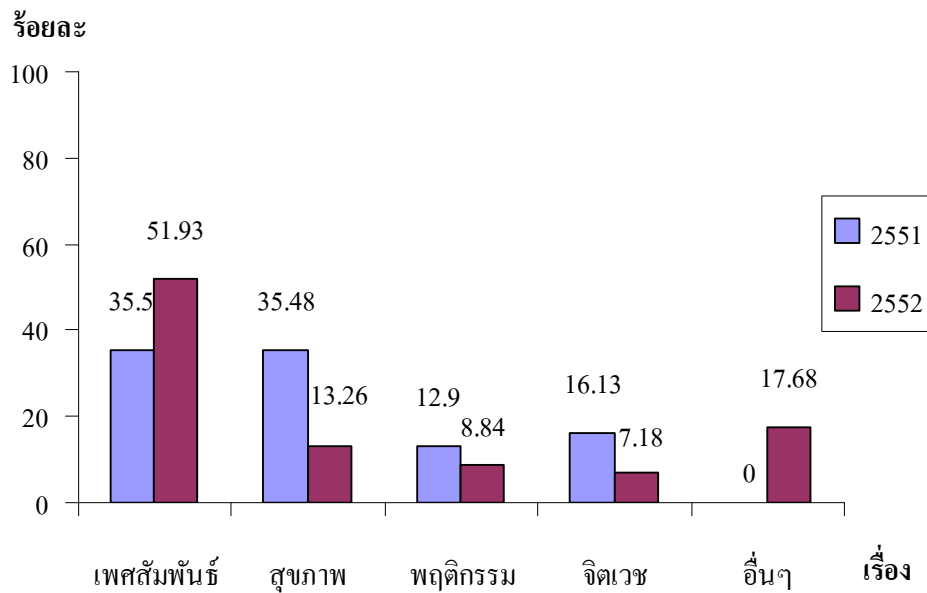
แผนภูมิที่ 4 จำนวนผู้รับบริการสายด่วนสุขภาพ ปี 2551-2552



แผนภูมิที่ 5 เปรียบเทียบการรับบริการสายด่วนสุขภาพ จำแนกตามเพศ



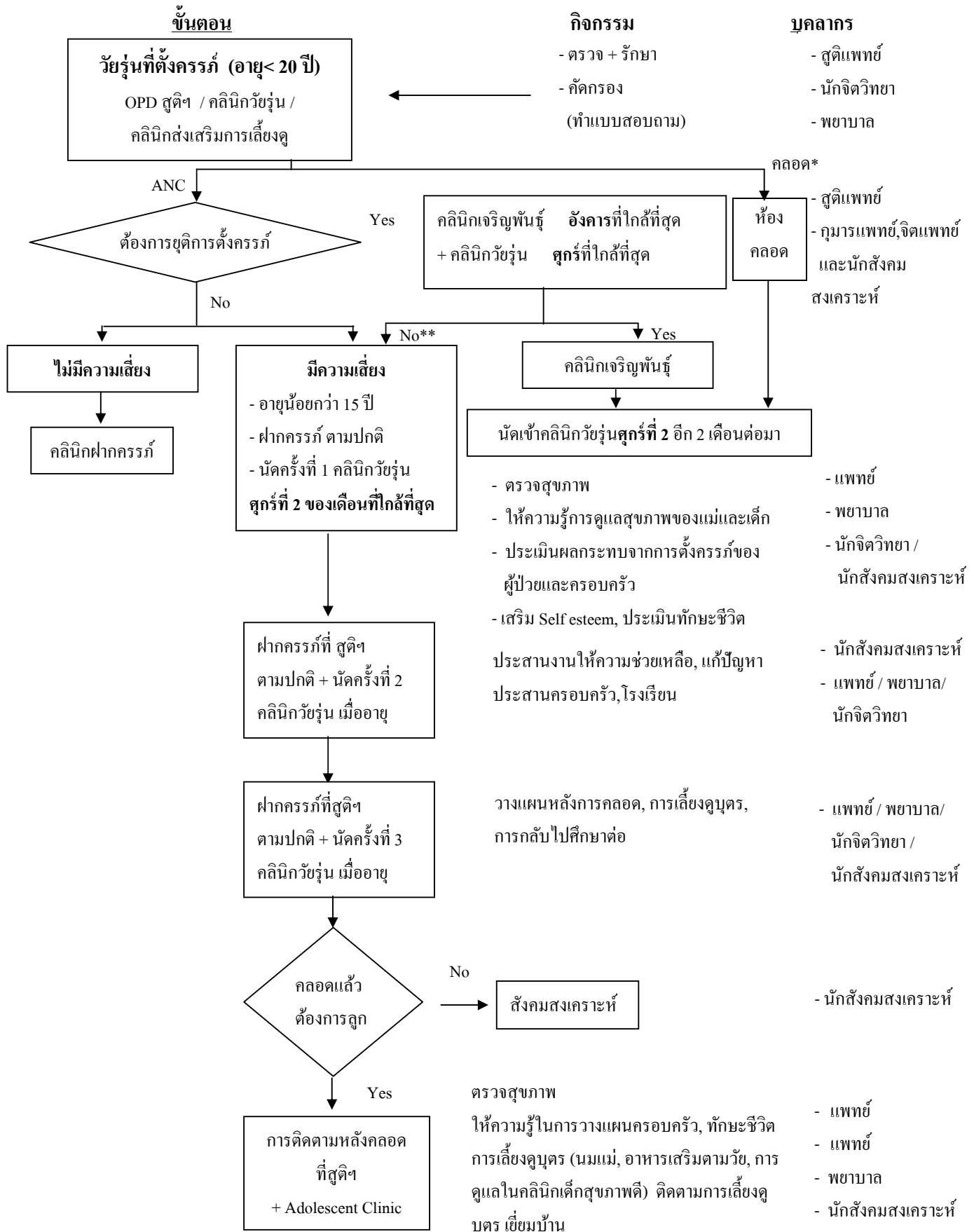
## แผนภูมิที่ 6 เรื่อง/ประเด็นที่ผู้รับบริการต้องการคำปรึกษา



ในเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2551 มีผู้รับบริการทั้งหมด 31 คน เป็นชายจำนวน 15 คน (48.39%) และเป็นหญิงจำนวน 16 คน (51.61%) และปีพ.ศ. 2552 (ถึงเดือน สิงหาคม 2552) มีผู้รับบริการทั้งหมด 181 คน เป็นชายจำนวน 38 คน (20.99%) และเป็นหญิงจำนวน 143 คน (79.01%) หัวข้อเรื่องที่ปรึกษามากที่สุดในปี พ.ศ. 2551 และ 2552 คือ เรื่องเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 35.5 และ 51.93 ตามลำดับ

4. การดูแลนักเรียนมัธยมศึกษาในคลินิกวัยรุ่นในโรงเรียน โดยแพทย์ พยาบาล และ นักจิตวิทยาในโรงเรียนจำนวน 4 โรงเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรม ในปีการศึกษา 2551 มีนักเรียนเข้ารับบริการจำนวน 277 คน เป็นการให้คำแนะนำแบบรายบุคคล จำนวน 7 คน ปัญหาที่มาพบคือ ปัญหาพฤติกรรม และจิตเวช และแบบกลุ่มเรื่องเพศศึกษา จำนวน 270 คน

5. การพัฒนาต้นแบบการดูแลแม่วัยรุ่น เป็นการปฏิบัติงานร่วมกันกับภาควิชาสูติศาสตร์ ศาสตร์ คนไข้จะเป็นแม่วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี เดือนมกราคม – สิงหาคม 2552 มีแม่วัยรุ่น เข้ารับบริการ 38 คน ดังแผนภูมิที่ 7



\* ในกรณีที่มาคลอดโดยไม่ได้ ฝากครรภ์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วย } กรูณาโทร.แจ้ง นักสังคมฯ และนักจิตวิทยา  
 \*\* ในกรณีที่ยุติการตั้งครรภ์ไม่ได้ เนื่องจาก อายุครรภ์ และสุขภาพ } หรือนัดเข้าคลินิกวัยรุ่นศุกร์ที่ 2 ที่ใกล้ที่สุดของเดือน



## ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

### กลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุแบบครบวงจร

กลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุแบบครบวงจรมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างองค์ความรู้และพัฒนาแนวทางเพื่อพัฒนาต้นแบบในการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย โดยเริ่มตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ไปจนถึงวัยผู้สูงอายุและเผยแพร่องค์ความรู้เหล่านั้นให้กับหน่วยงาน/สถาบันที่มีหน้าที่หลักในการพัฒนาประชากร

โดยในระยะเริ่มแรกเป้าหมายของกลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุแบบครบวงจรมุ่งจะเป็นการสร้างต้นแบบในการพัฒนาประชากร การจัดทำเอกสารเผยแพร่ และการสร้างเครือข่ายที่มีเป้าหมายเดียวกัน โดยผ่านการจัดกิจกรรม อบรม ดังแสดงในตารางผลผลิตการดำเนินงานในปีงบประมาณ 2552 ดังนี้

ผลผลิต	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ทำได้จริง
ต้นแบบในการพัฒนาประชากร	ต้นแบบ	3	4
มีการจัดทำเอกสารเผยแพร่น้อย	เล่ม	4	4
มีเครือข่ายที่มีเป้าหมายเดียวกันจำนวน	แห่ง	2	4
ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงวิธีการป้องกันโรค	ร้อยละ	80	86
มีต้นแบบที่เป็นการพัฒนาจากความรู้ที่เป็นองค์รวม	สาขา	3	9
มีหน่วยงานภายนอกขอรับต้นแบบการพัฒนาไปใช้อย่างน้อย	หน่วยงาน	2	6
มีการจัดอบรมให้หน่วยงานภายนอก	ครั้ง	1	2
ร้อยละของกิจกรรมย่อยที่ดำเนินการตามแผนที่กำหนด	ร้อยละ	70	70

## กิจกรรม กิจกรรมพัฒนาศักยภาพและรูปแบบการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ

---

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสำรวจปัจจัยเสี่ยงและปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ รพ.รามธิบดี
2. เพื่อพัฒนาเอกสารเผยแพร่เกี่ยวกับการอ่านฉลากโภชนาการและการบริโภคอาหารจานเดียว

### เป้าหมาย

1. บุคลากรได้รับการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงด้านโภชนาการ 350 คน
2. เอกสารเผยแพร่ 3 ชุด

### ผลประโยชน์ที่จะได้รับ

1. บุคลากรมีความตระหนักในการดูแลสุขภาพ
2. มีระบบการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและติดตามภาวะโภชนาการของบุคลากร

### ผลผลิต(Output)

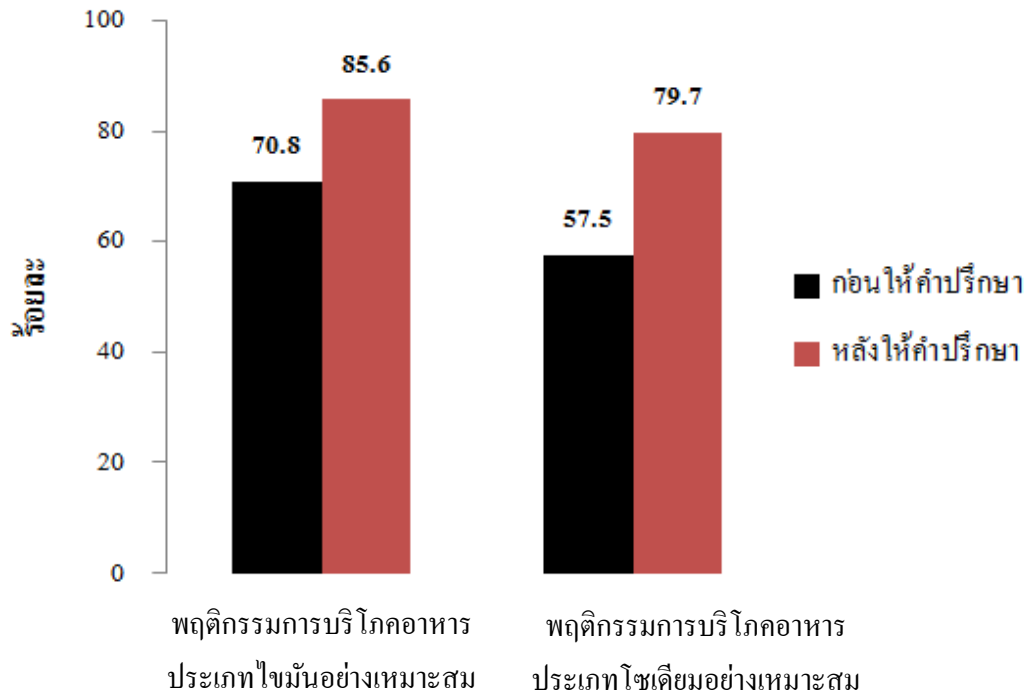
เชิงปริมาณ :		
ต้นแบบในการพัฒนาประชากร -ต้นแบบวิธีการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงทางภาวะโภชนาการ	1	ต้นแบบ
มีการจัดทำเอกสารเผยแพร่ -คู่มือการบริโภคอาหารจานเดียว -คู่มือการอ่านฉลากโภชนาการของขนมคบเคี้ยวและเครื่องดื่ม -คู่มือการอ่านฉลากโภชนาการของเครื่องปรุงและอาหารแปรรูป	3	เล่ม
มีเครือข่ายที่มีเป้าหมายเดียวกัน	4	แห่ง



เชิงคุณภาพ :		
ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยง วิธีการป้องกันโรค -ประเมินจากแบบสอบถามก่อนและหลังการให้ความรู้	70	ร้อยละ
มีต้นแบบที่เป็นการพัฒนาจากความรู้อย่างเป็นองค์รวม -โภชนศาสตร์ -วิทยาศาสตร์คอมพิวเตอร์ -นิเทศศาสตร์ -จิตวิทยาการแนะแนว -ศึกษาศาสตร์ -การพยาบาลผู้สูงอายุ -พิษวิทยา	7	สาขา
มีหน่วยงานภายนอกขอรับต้นแบบการพัฒนาไปใช้ -ศูนย์บริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร -มหาวิทยาลัยอื่นๆ -มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ -จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย -มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา	4	หน่วยงาน
มีการจัดอบรมให้หน่วยงานภายนอก	-	ครั้ง
เชิงเวลา :		
ร้อยละของโครงการย่อยที่ดำเนินการตามแผนที่กำหนด	100	ร้อยละ

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

1. ข้อมูลพื้นฐานด้านโภชนาการของบุคลากรภาควิชาพยาบาลศาสตร์และการติดตามผล หลักการให้คำปรึกษาในระยะ 6 เดือน พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทไขมันอย่างเหมาะสมมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.8 เป็นร้อยละ 85.6 ของผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด ( $p < .001$ ) เช่นเดียวกัน ผู้ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทโซเดียมเหมาะสมมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.5 เป็นร้อยละ 79.7 ( $p < .001$ ) แสดงในแผนภูมิ 8

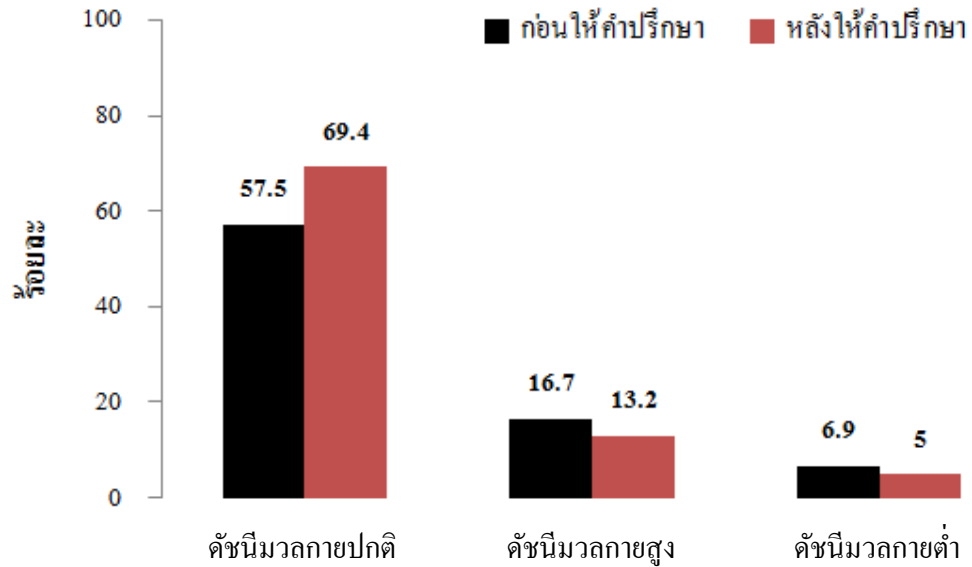


**แผนภูมิที่ 8** ร้อยละบุคลากรทางการแพทย์ที่มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารประเภทไขมันและโซเดียมอย่างเหมาะสม

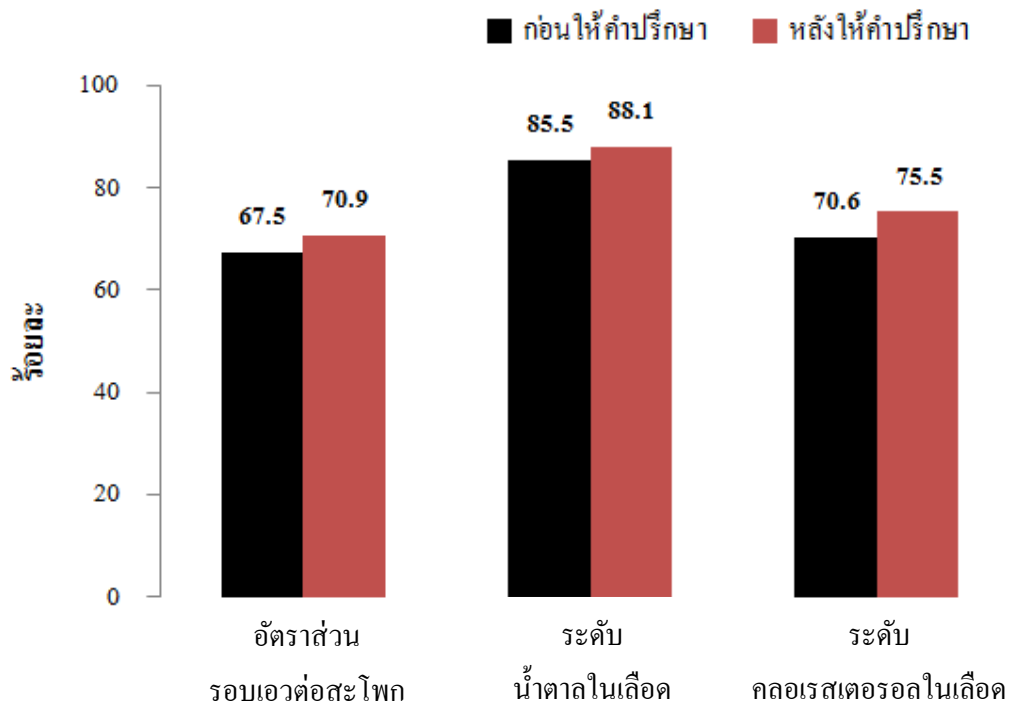
สำหรับผลการประเมินภาวะโภชนาการพบว่าหลังจากให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลประกอบกับการใช้โมเดลอาหารและการให้ข้อมูลย้อนกลับแล้วติดตามผล พบว่า ผู้ที่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.5 เป็นร้อยละ 69.4 ในขณะที่ผู้มีภาวะโภชนาการอ้วนลดลงจากร้อยละ 18.9 เป็นร้อยละ 12.4 ผู้มีน้ำหนักเกินลดลงจากร้อยละ 16.7 เป็นร้อยละ 13.2 และผู้ที่มีภาวะโภชนาการผอมลดลงจากร้อยละ 6.9 เป็นร้อยละ 5.0 ( $p < .001$ ) แสดงในแผนภูมิ 9

นอกจากนี้ ผู้ที่มีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติยังมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 81.4 เป็นร้อยละ 83.5 ( $p < .01$ ) สอดคล้องกับผู้ที่มีเส้นรอบเอวต่อสะโพกอยู่ในเกณฑ์ปกติที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 67.5 เป็นร้อยละ 70.9 และจำนวนผู้มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 85.8 เป็นร้อยละ 88.1 ( $p < .01$ ) รวมทั้งผู้มีระดับคอเลสเตอรอลในเลือดปกติที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70.6 เป็นร้อยละ 75.5 ของผู้เข้าร่วมโครงการทั้งหมด ( $p < .01$ ) แสดงในแผนภูมิ 10

จากผลที่ได้แสดงให้เห็นว่าการให้คำปรึกษาโดยใช้โมเดลอาหารเป็นสื่อในการให้ความรู้ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ร่างกายมีรูปร่างและสุขภาพที่ดี



แผนภูมิที่ 9 ร้อยละบุคลากรทางการแพทย์ที่มีดัชนีมวลกายเหมาะสมเพิ่มขึ้นหลังจากให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล



แผนภูมิที่ 10 ร้อยละบุคลากรทางการแพทย์ที่มีอัตราส่วนรอบเอวต่อสะโพก ระดับน้ำตาลและระดับคลอเรสเตอรอลในเลือดเป็นปกติ

2. เอกสารเผยแพร่ 3 ชุด
- 2.1 คู่มือการบริโภคอาหารจานเดียว



โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

คู่มือการบริโภค

# อาหารจานเดียว



**อาหารจานเดียว...กินอย่างไรให้สุขภาพดี**

อาหารจานเดียวควรประกอบด้วยสารอาหารที่ให้คุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนในหนึ่งจานโดยมีส่วนของคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50 ไขมันร้อยละ 30 และโปรตีนร้อยละ 20 สำหรับพลังงานที่ได้รับจากอาหารแต่ละประเภทมีความแตกต่างกัน โดยไขมันให้พลังงานมากที่สุดเมื่อเทียบกับคาร์โบไฮเดรตหรือโปรตีน ในปริมาณที่เท่ากัน ดังนี้

- คาร์โบไฮเดรต 1 กรัม ให้พลังงาน 4 แคลอรี
- ไขมัน 1 กรัม ให้พลังงาน 9 แคลอรี
- โปรตีน 1 กรัม ให้พลังงาน 4 แคลอรี



2.2 คู่มือการอ่านฉลากโภชนาการของขนมขบเคี้ยวและเครื่องดื่ม

**ฉลากโภชนาการ คือ**  
การแสดงข้อมูลสารอาหารของอาหารนั้นๆ บนฉลากในรูปของชนิดและปริมาณของสารอาหาร โดยอยู่ภายในกรอบที่สี่มุมแบบเดียวกันคือ **"กรอบข้อมูลโภชนาการ"**

**ฉลากโภชนาการ** โดยตรงต่อสุขภาพและมีความเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการทั้งในด้านภาวะโภชนาการเกินและขาด ดังนั้นการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

**ของ ขนมหขบเคี้ยว และ เครื่องดื่ม**

**คู่มือการอ่านฉลากโภชนาการ**

โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย  
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

2.3 คู่มือการอ่านฉลากโภชนาการของเครื่องปรุงและอาหารแปรรูป

**ฉลากโภชนาการ** คือ การแสดงข้อมูลสารอาหารของอาหารนั้นๆ บนฉลากในรูปของชั่งน้ำหนักและปริมาณของสารอาหาร โดยอยู่ภายในกรอบที่มีรูปแบบเดียวกันคือ **"กรอบข้อมูลโภชนาการ"**

อาหารมีผลโดยตรงต่อสุขภาพและมีความเกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการทั้งในด้านภาวะโภชนาการเกินและขาด ดังนั้นการเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญ

โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คู่มือการอ่านฉลากโภชนาการ ของ **เครื่องปรุงรส** และ **อาหารแปรรูป**

## กิจกรรม การพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ใหญ่

---

ประกอบด้วย 3 กิจกรรมย่อย ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1:** ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาล โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

**กิจกรรมที่ 2:** ความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง

**กิจกรรมที่ 3:** ผลของการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นตามแนวคิดของซาเทียร์ เพื่อการพัฒนาต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับการรู้คิดเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

โดยแต่ละกิจกรรมย่อยมีรายละเอียดผลดำเนินงานกิจกรรม ดังนี้

## **กิจกรรมที่ 1: ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลโรงเรียนพยาบาล รามธิบดี**

### **วัตถุประสงค์**

เพื่อตรวจสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง ความแข็งแกร่งในชีวิต ความเครียด บรรยากาศในครอบครัว ความเพียงพอของเงินที่ได้รับ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA)

### **เป้าหมาย**

1. ได้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับระดับความเครียดกับระดับความแข็งแกร่งในชีวิตในนักศึกษาพยาบาล
2. ได้โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่นใหญ่ตอนต้นกับความเครียด และตัวแปรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ได้ข้อมูลเบื้องต้นที่จะขยายผลนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาต้นแบบการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่นใหญ่ตอนต้น

### **ประโยชน์ที่จะได้รับ**

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระดับความเครียด ระดับความแข็งแกร่งในชีวิต และโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง ความแข็งแกร่งในชีวิต ความเครียด บรรยากาศในครอบครัว ความเพียงพอของเงินที่ได้รับ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) ซึ่งสามารถที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เพื่อ ลด/ป้องกัน ความเครียด (Stress) สำหรับศึกษาพยาบาลโรงเรียนพยาบาลรามธิบดี และเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่จะขยายผลนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาต้นแบบการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่นใหญ่ตอนต้นกลุ่มอื่นต่อไป

### **ผลการดำเนินงานที่สำคัญ**

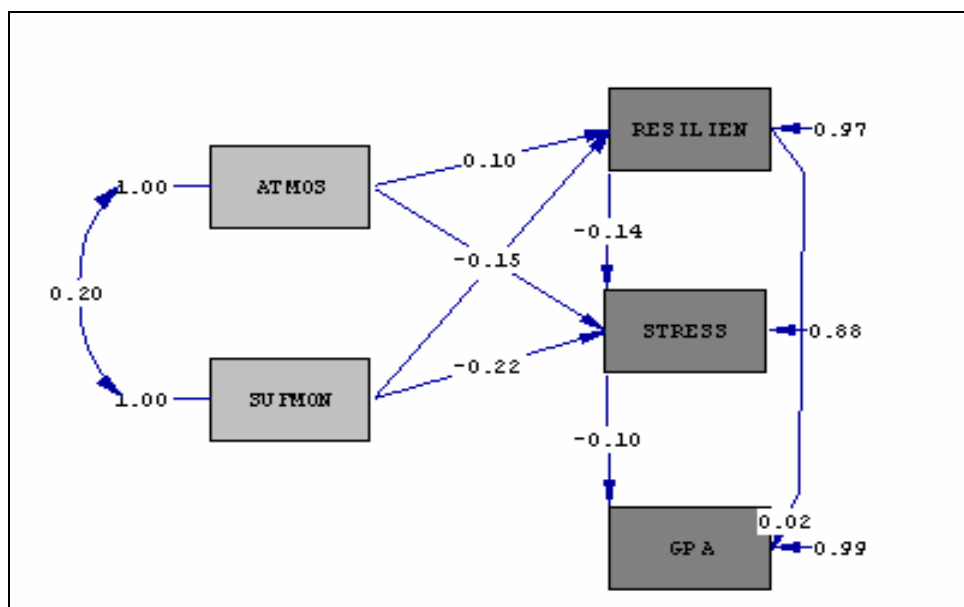
ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ความเครียด บรรยากาศในครอบครัว ความเพียงพอของเงินที่ได้รับ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) แสดงดังตารางที่ 3 กับ 4 และภาพที่ 1



ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรในโมเดลสมมติฐาน

(\*\* p < .01)

ตัวแปร	RESILIE	STRESS	GPA	ATMOS	SUFMON
RESILIE	1.000				
STRESS	-0.192**	1.000			
GPA	0.042	-0.106**	1.000		
ATMOS	0.124**	-0.213**	0.021	1.000	
SUFMON	0.144**	-0.268**	0.086	0.196**	1.000
S.D.	9.842	17.511	0.383	0.467	0.698



ภาพที่ 1 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง ความแข็งแกร่งในชีวิตและความเครียด

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของโมเดลสมมติฐาน

ตัวแปรผล/ ตัวแปรเหตุ	GPA			STRESS			RESILIE		
	TE	IE	DE	TE	IE	DE	TE	IE	DE
TMOS	.019*	.019*	-	-.167**	-.014*	-.153**	.100*	-	.100*
SUFMON	.027*	.027*	-	-.235**	-.017*	-.218**	.124**	-	.124**
RESILIE	.037	.015*	.022	-.142**	-	-.142**	-	-	-
STRESS	-.102*	-	-.102*	-	-	-	-	-	-

ค่าสถิติ	$\chi^2 = 2.00$	df = 2	p = .368	GFI = .999	AGFI = .989	RMSEA = .000
สมการโครงสร้าง	<b>RESILIE</b>	<b>STRESS</b>	<b>GPA</b>			
R <sup>2</sup>	.030	.118	.012			
<b>เมทริกซ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสังเกตได้</b>						
	<b>RESILIE</b>	<b>STRESS</b>	<b>GPA</b>	<b>ATMOS</b>	<b>SUFMON</b>	
<b>RESILIE</b>	1.000					
<b>STRESS</b>	-0.192	1.000				
<b>GPA</b>	0.042	-0.106	1.000			
<b>ATMOS</b>	0.124	-0.213	0.024	1.000		
<b>SUFMON</b>	0.144	-0.268	0.030	0.196	1.000	

หมายเหตุ: \* p < .05; \*\* p < .01; TE = ผลรวมอิทธิพล (total effect) ในรูปคะแนนมาตรฐาน; IE = อิทธิพลทางอ้อม (indirect effect) ในรูปคะแนนมาตรฐาน; DE = อิทธิพลทางตรง (direct effect) ในรูปคะแนนมาตรฐาน

#### การแปลความหมายผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากภาพที่ 1 และตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่าผลการตรวจสอบความตรงของโมเดล สมมติฐานพบว่า ค่าไค-สแควร์มีค่าเท่ากับ 2.00 ที่องศาอิสระ 2 ระดับนัยสำคัญ .368 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) มีค่าเท่ากับ .999 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ .989 และค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (RMSEA) มีค่าเท่ากับ .000 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี แต่อย่างไรก็ดีผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ตัวแปรบรรยากาศในครอบครัว (ATMOS) ความเพียงพอของเงินที่ได้รับ (SUFMON) และความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIE) อธิบายความแปรปรวนในตัวแปรความเครียด (STRESS) ได้ร้อยละ 11.8 และยังพบว่าตัวแปรบรรยากาศในครอบครัว (ATMOS) ความเพียงพอของเงินที่ได้รับ (SUFMON) ความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIE) และความเครียด (STRESS) อธิบายความแปรปรวนในตัวแปรผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) ได้ร้อยละ 1.2 แสดงว่าตัวแปรอิสระที่ใช้พยากรณ์ตัวแปรความเครียด (STRESS) และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) ในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่สมบูรณ์ ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อไปโดยที่จะต้องมีการเพิ่มตัวแปรที่เป็นตัวทำนายมากขึ้น

เมื่อพิจารณาผลรวมอิทธิพล (total effects = TE) ของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัว ในตาราง 4 ประกอบ พบว่า ผลรวมอิทธิพล (TE) ของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัวแบ่งออกเป็น อิทธิพลทางตรง (direct effect = DE) กับอิทธิพลทางอ้อม (indirect effect = IE) ทั้งนี้ผลรวมอิทธิพล (TE) ของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัวส่วนใหญ่เป็นอิทธิพลทางตรง โดยอิทธิพลจากตัวแปรบรรยากาศใน

ครอบครัว (ATMOS) ไปยังตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIENCE) มีค่าอิทธิพลทางตรงเท่ากับ .100 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อิทธิพลจากตัวแปรความเพียงพอของเงินที่ได้รับ (SUFMON) ไปยังตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIENCE) มีค่าอิทธิพลทางตรงเท่ากับ .124 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังพบอิทธิพลทางตรงจากตัวแปรบรรยากาศในครอบครัว (ATMOS) กับตัวแปรความเพียงพอของเงินที่ได้รับ (SUFMON) ไปยังตัวแปรความเครียด (STRESS) โดยมีค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ -.153 และ -.218 ตามลำดับ ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งสองค่า นอกจากนี้ยังพบอิทธิพลทางอ้อมส่งผ่านตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIENCE) ของตัวแปรบรรยากาศในครอบครัว (ATMOS) และตัวแปรความเพียงพอของเงินที่ได้รับ (SUFMON) ไปยังตัวแปรความเครียด (STRESS) โดยมีค่าอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ -.014 และ -.017 ตามลำดับ ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งสองค่า

อิทธิพลจากตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIENCE) ไปยังตัวแปรความเครียด (STRESS) เป็นอิทธิพลทางตรงขนาด -.142 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เป็นที่น่าสังเกตว่า ตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIENCE) ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) แต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อตัวแปรผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) โดยส่งอิทธิพลผ่านตัวแปรความเครียด (STRESS) ขนาด .015 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรความเครียด (STRESS) มีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) ขนาด -.102 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวแปรบรรยากาศในครอบครัว (ATMOS) กับตัวแปรความเพียงพอของเงินที่ได้รับ (SUFMON) ส่งอิทธิพลทางอ้อมผ่านตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIENCE) กับตัวแปรความเครียด (STRESS) ไปยังตัวแปรผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) โดยมีค่าอิทธิพลทางอ้อมเท่ากับ .019 และ .027 ตามลำดับ ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งสองค่า

ดังนั้นจากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) มีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียด (Stress) แต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) โดยส่งอิทธิพลผ่านความเครียด ส่วนความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน หรืออาจกล่าวได้ว่า “การมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะมีความเครียดน้อย ส่งผลให้มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนดีขึ้น”

#### ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรอิสระที่ใช้พยากรณ์ตัวแปรความเครียด (STRESS) และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) ในการศึกษาครั้งนี้ ยังไม่สมบูรณ์ ดังนั้นควรมีการศึกษาต่อไปโดยที่จะต้องมีการเพิ่มตัวแปรที่เป็นตัวทำนายมากขึ้น

2. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) มีอิทธิพลทางตรงต่อความเครียด (Stress) แต่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (GPA) โดยส่งอิทธิพลผ่านความเครียด ส่วนความเครียดมีอิทธิพลทางตรงต่อตัวแปรผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ดังนั้นควรส่งเสริมให้มีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต อันจะช่วยให้ นักศึกษามีความเครียดน้อยมีสุขและส่งผลให้นักศึกษามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดี

## **กิจกรรมที่ 2: ความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง**

### **วัตถุประสงค์**

เพื่อตรวจสอบความตรงของ โมเดลการวัดพฤติกรรมเสี่ยงและ โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง ความแข็งแกร่งในชีวิต พฤติกรรมเสี่ยง ความเพียงพอของรายได้ (MONEY) เพศ (GENDER) และบรรยากาศในครอบครัว (ATMOS)

### **เป้าหมายของกิจกรรม**

1. ได้โมเดลการวัดพฤติกรรมเสี่ยง
2. ได้โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยงและตัวแปรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
3. ได้ข้อมูลเบื้องต้นที่จะขยายผลนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาต้นแบบการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในบริบทของสังคมไทย

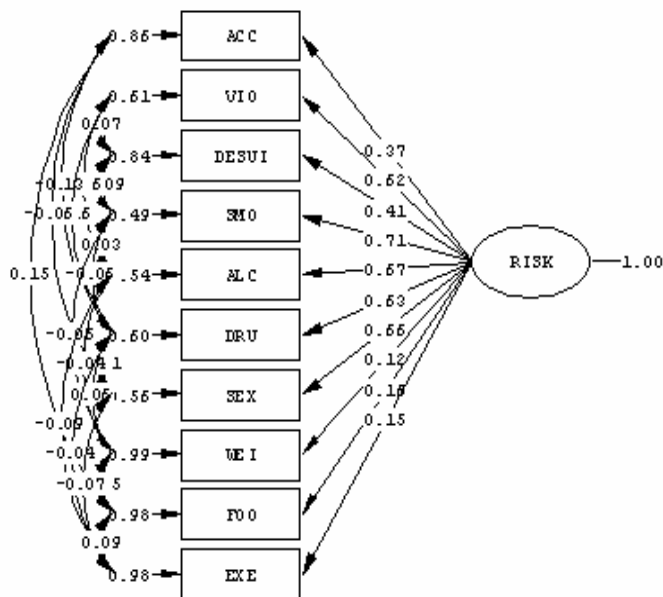
### **ประโยชน์ที่จะได้รับ**

ได้โมเดลการวัดพฤติกรรมเสี่ยงและ โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง ความแข็งแกร่งในชีวิต พฤติกรรมเสี่ยง ความเพียงพอของรายได้ (MONEY) เพศ (GENDER) และบรรยากาศในครอบครัว (ATMOS) ซึ่งสามารถที่จะนำไป ประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เพื่อลด/ป้องกันพฤติกรรมเสี่ยง และเป็นข้อมูลเบื้องต้นที่จะขยายผลนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาต้นแบบการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเพื่อลด/ป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในบริบทของสังคมไทยต่อไป

### **ผลการดำเนินงานที่สำคัญ**

#### **1. ผลการตรวจสอบความตรงของโมเดลการวัดพฤติกรรมเสี่ยง**

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความตรงของ โมเดลการวัดพฤติกรรมเสี่ยง แสดงดังตารางที่ 5 และภาพที่ 2



Chi-Square=12.05, df=17, P-value=0.79699, RMSEA=0.000

ภาพที่ 2 โมเดลการวัดพฤติกรรมเสี่ยง

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ห้อยู่ประกอบเชิงยืนยัน โมเดลการวัดพฤติกรรมเสี่ยง

ตัวแปร	น้ำหนักองค์ประกอบ			R <sup>2</sup>	สปส. คะแนน องค์ประกอบ
	b (B)	S.E. (b)	T		
ACC	1.211** (0.371)	0.071	16.965	0.137	0.039
VIO	2.133** (0.622)	0.071	30.111	0.387	0.027
DESVI	0.398** (0.406)	0.021	18.950	0.165	0.114
SMO	2.056** (0.714)	0.061	33.778	0.510	0.105
ALC	1.667** (0.675)	0.054	30.767	0.455	0.086
DRU	2.096** (0.632)	0.083	25.137	0.399	0.067
SEX	2.034** (0.662)	0.063	32.209	0.438	0.075
WEI	0.215** (0.118)	0.044	4.940	0.014	0.020
FOO	0.519** (0.157)	0.071	7.358	0.025	0.001
EXE	0.033** (0.146)	0.005	6.335	0.021	0.318

$\chi^2 = 12.052$ ;  $df = 17$ ;  $P = .797$ ;  $GFI = .999$ ;  $AGFI = .997$ ;  $RMR = .034$ ;  $RMSEA = .000$

หมายเหตุ: \*\* p < .01

### การแปลความหมายผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ภาพ 2 แสดงผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันพบว่า โมเดลการวัดพฤติกรรมเสี่ยง (RISK) มีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก พิจารณาได้จากค่าไค-สแควร์ที่แตกต่างจากศูนย์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\chi^2 = 12.052$ ;  $df = 17$ ;  $P = .797$ ) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) มีค่าเท่ากับ .999 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ .997 ค่าดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนเหลือ (RMR) มีค่าเท่ากับ .034 และค่ารากกำลังสองเฉลี่ยของค่าความแตกต่างโดยประมาณ (RMSEA) มีค่าเท่ากับ .000 เมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานของ ตัวแปรพบว่า ค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานทั้งหมดมีค่าเป็นบวก มีค่าตั้งแต่ .118 ถึง .714 โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปรทุกตัวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญมากที่สุดคือ ตัวแปรพฤติกรรมด้านการสูบบุหรี่ (SMO) มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ .714 และมีการแปรผันร่วมกับตัวแปรพฤติกรรมเสี่ยง (RISK) ในระดับสูง (ร้อยละ 51) รองลงมาคือ พฤติกรรมด้านการดื่มแอลกอฮอล์ (ALC) พฤติกรรมด้านการมีเพศสัมพันธ์ (SEX) พฤติกรรมด้านการใช้ยาเสพติด (DRU) พฤติกรรมด้านการใช้ความรุนแรง (VIO) พฤติกรรมด้านการฆ่าตัวตาย (DESUI) พฤติกรรมด้านอุบัติเหตุ (ACC) พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (FOO) พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (EXE) และพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก (WEI) ซึ่งมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานเท่ากับ .675 .662 .632 .622 .406 .371 .157 .146 และ .118 ตามลำดับ และมีการแปรผันร่วมกับตัวแปรพฤติกรรมเสี่ยง (RISK) ในระดับต่ำถึงค่อนข้างสูง (ร้อยละ 1.4 ถึง 45.5)

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างของตัวแปรพฤติกรรมเสี่ยง (RISK) สรุปได้ว่า ตัวแปรพฤติกรรมเสี่ยง (RISK) สามารถวัดได้ด้วยตัวบ่งชี้ในโมเดลได้จริง นั่นคือ ตัวแปรพฤติกรรมเสี่ยง (RISK) มีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity)

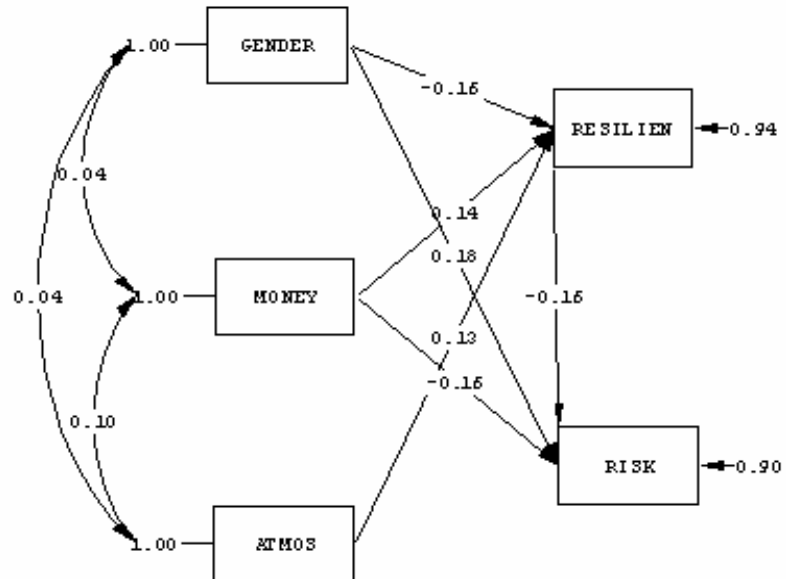
### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง ความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรในโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง

ตัวแปร	RESILIEN	RISK	GENDER	MONEY	ATMOS
RESILIEN	1.000				
RISK	-0.213**	1.000			
GENDER	-0.152**	0.194**	1.000		
MONEY	0.146**	-0.177**	0.042*	1.000	

ATMOS	0.134**	-0.081**	0.042*	0.096**	1.000
S.D.	12.549	14.371	0.488	0.673	0.670

หมายเหตุ: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$



Chi-Square=8.09, df=7, P-value=0.32483, RMSEA=0.008

### ภาพที่ 3 โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่าง ความแข็งแกร่งในชีวิตและพฤติกรรมเสี่ยง

ผลการตรวจสอบความตรงของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยง พบว่าค่าไค-สแควร์ มีค่าเท่ากับ 8.089 ที่องศาอิสระ 7 ระดับนัยสำคัญ .325 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (GFI) มีค่าเท่ากับ .999 ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) มีค่าเท่ากับ .989 และค่าประมาณความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (RMSEA) มีค่าเท่ากับ .008 แสดงว่าโมเดลมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี ตัวแปรเพศ (GENDER) ตัวแปรความเพียงพอของรายได้ (MONEY) ตัวแปรบรรยากาศในครอบครัว (ATMOS) และตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIENCE) ร่วมกันอธิบายความแปรปรวนในตัวแปรตามพฤติกรรมเสี่ยง (RISK) ได้ร้อยละ 9.7

เมื่อพิจารณาผลรวมอิทธิพล (total effects = TE) ของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัว ในตาราง 4 ประกอบ พบว่า ผลรวมอิทธิพล (TE) ของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัวแบ่งออกเป็น อิทธิพลทางตรง (direct effect = DE) กับอิทธิพลทางอ้อม (indirect effect = IE) ทั้งนี้ผลรวมอิทธิพล (TE) ของตัวแปรสังเกตได้แต่ละตัวส่วนใหญ่เป็นอิทธิพลทางตรง เมื่อพิจารณาอิทธิพลของตัวแปรเพศ (GENDER) ไปยังตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIENCE) และตัวแปรพฤติกรรมเสี่ยง (RISK- TAKING BEHAVIOR) พบว่า เพศชายมีความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIENCE) น้อยกว่า



เพศหญิง และมีพฤติกรรมเสี่ยง (RISK- TAKING BEHAVIOR) มากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าอิทธิพลทางตรงเท่ากับ  $-.163$  และ  $.176$  ตามลำดับ

อิทธิพลของตัวแปรความเพียงพอของรายได้ (MONEY) ไปยังตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIENCE) เป็นอิทธิพลทางตรงขนาดเท่ากับ  $.141$  ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนอิทธิพลของตัวแปรความเพียงพอของรายได้ (MONEY) ไปยังตัวแปรพฤติกรรมเสี่ยง (RISK-TAKING BEHAVIOR) เป็นอิทธิพลทางตรงขนาดเท่ากับ  $-.161$  และยังมีอิทธิพลทางอ้อมผ่านตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIENCE) ขนาดเท่ากับ  $-.023$  ซึ่งทั้งอิทธิพลทางตรงและอิทธิพลทางอ้อมมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายความว่า นักเรียนที่มีความเพียงพอของรายได้จะมีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก และมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อย

อิทธิพลของตัวแปรบรรยากาศในครอบครัว (ATMOS) ไปยังตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIENCE) และ เป็นอิทธิพลทางตรงขนาดเท่ากับ  $.127$  ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนอิทธิพล ของตัวแปรบรรยากาศในครอบครัว (ATMOS) ไปยังตัวแปรพฤติกรรมเสี่ยง (RISK) เป็นอิทธิพลทางอ้อมโดยส่งอิทธิพลผ่านตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIENCE) ขนาดเท่ากับ  $-.021$  ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายความว่า นักเรียนที่มีบรรยากาศในครอบครัวดีจะมีความแข็งแกร่งในชีวิตมาก แต่การจะลดพฤติกรรมเสี่ยงต้องเพิ่มความแข็งแกร่งใช้ชีวิตให้นักเรียนก่อน

อิทธิพลของตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIENCE) ไปยังตัวแปรพฤติกรรมเสี่ยง (RISK- TAKING BEHAVIOR) เป็นอิทธิพลทางตรงขนาด  $-.163$  ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้นจึงอาจจะกล่าวได้ว่า ผู้ชายมีความแข็งแกร่งในชีวิตน้อยกว่าเพศหญิง และมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง เยาวชนที่มีความเพียงพอของรายได้ และมีบรรยากาศในครอบครัวดีจะมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยลง

#### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อิทธิพลของตัวแปรความแข็งแกร่งในชีวิต (RESILIENCE) ไปยังตัวแปรพฤติกรรมเสี่ยง (RISK-TAKING BEHAVIOR) เป็นอิทธิพลทางตรงนั่นคือการมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยลง ดังนั้นควรมีการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างแข็งแกร่งในชีวิตอันจะช่วยลด/ป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงในบริบทสังคมไทย

**กิจกรรมที่ 3: ผลของการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นตามแนวคิดของซาเทียร์เพื่อการพัฒนา**  
**ตนต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับการรู้คิดเกี่ยวกับความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองและความฉลาดทาง**  
**อารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นตามแนวคิดของซาเทียร์ต่อความรู้สึก  
 มีคุณค่าในตนเองและความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการ  
 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

### เป้าหมายของกิจกรรม

ได้โปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นตามแนวคิดของซาเทียร์เพื่อการพัฒนาตน

### ประโยชน์ที่จะได้รับ

1. ได้ทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความฉลาดทางอารมณ์  
 ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
2. ได้โปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นตามแนวคิดของซาเทียร์เพื่อการพัฒนา  
 ตนสำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

### ผลการดำเนินงานที่สำคัญ

ผลของวิเคราะห์ข้อมูลความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จากการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นตามแนวคิดของ  
 ซาเทียร์ แสดงในตารางที่ 7-9 และภาพ 4

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของนักศึกษาพยาบาล  
 ศาสตรมหาบัณฑิตฯ (n=12)

การประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	
	Mean	Standard Deviation
ก่อนการอบรม	32.42	2.353
หลังการอบรม	35.17	2.588
หลังการอบรม 1 เดือน	33.92	2.575
หลังการอบรม 3 เดือน	33.42	3.554

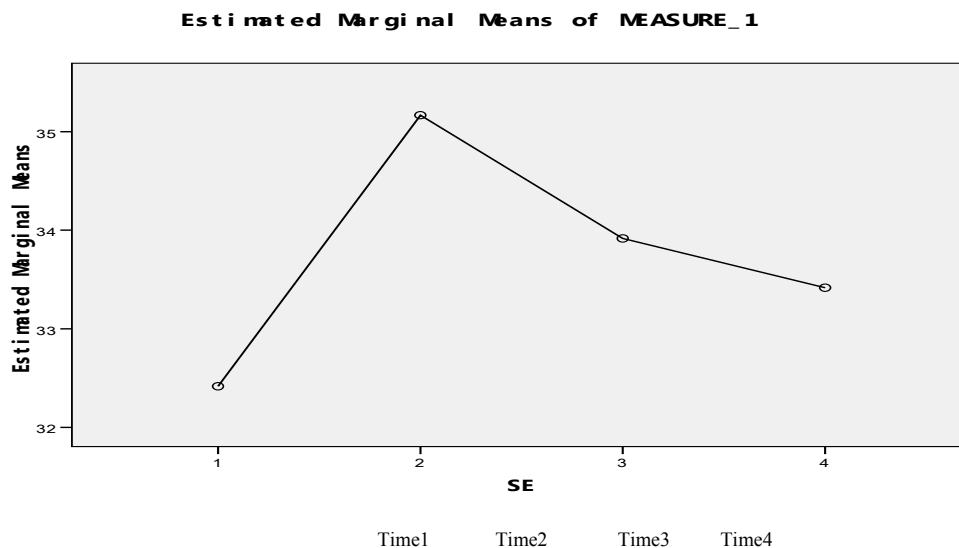
ตารางที่ 8 ตารางวิเคราะห์ความแปรปรวนแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self Esteem, SE) ในช่วงเวลาวัดที่ต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (n=12)

Source of Variation	SS	df	MS	F
Within Group				
Time	47.06	3	15.69	3.505*
Error	147.68	33	4.48	

\*p<.05

ตารางที่ 9 แสดงผลการเปรียบเทียบพหุคูณค่าเฉลี่ย SE ในช่วงเวลาวัดที่ต่างกัน

ช่วงเวลา (1)	ช่วงเวลา (2)	D (1-2)	S.E.	p
Time 1	Time 2	-2.750*	.897	<.05
	Time 3	-1.500	1.004	>.05
	Time 4	-1.000	1.022	>.05
Time 2	Time 3	1.250	.579	>.05
	Time 4	1.750	.880	>.05
Time 3	Time 4	.500	.712	>.05



ภาพที่ 4 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (SE) ในช่วงเวลาวัดที่ต่างกัน

จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหลังการทดลองทันที (35.17) มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง (32.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่เมื่อติดตามวัด พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หลังการทดลองในเดือนที่ 1 (time3) ( $x = 33.92$ ) และเดือนที่ 3 (time4) ( $x=33.42$ ) ไม่มีความแตกต่างกับก่อนทดลอง

2. ผลของวิเคราะห์ข้อมูล ความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจากการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นตามแนวคิดของซาเทียร์ แสดงในตารางที่ 10-12 และภาพที่ 5

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตฯ (n=12)

การประเมินความฉลาดทางอารมณ์	ความฉลาดทางอารมณ์	
	Mean	Standard Deviation
ก่อนการอบรม	169.00	12.053
หลังการอบรม	178.00	12.534
หลังการอบรม 1 เดือน	173.75	13.363
หลังการอบรม 3 เดือน	172.75	9.827

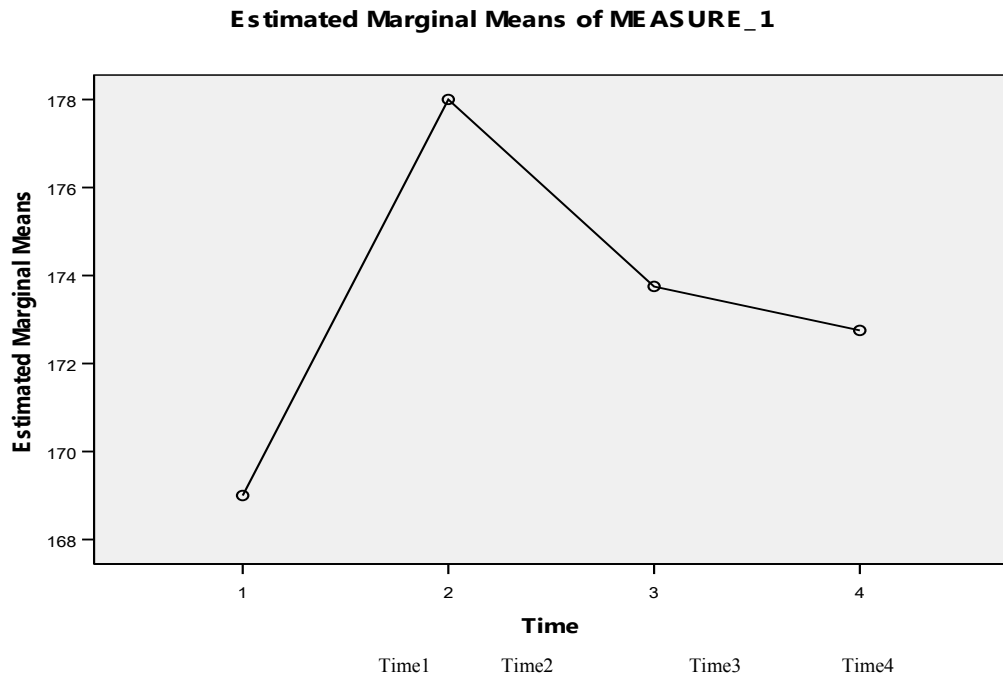
ตารางที่ 11 ตารางวิเคราะห์ความแปรปรวนแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่าง ค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ (Emotional Quotient, EQ) ในช่วงเวลาวัดที่ต่างกัน โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

Source of Variation	SS	df	MS	F
Within Group				
Time	492.75	3	164.25	2.672*
Error	2028.75	33	61.477	

\*p<.05

ตารางที่ 12 แสดงผลการเปรียบเทียบพหุคูณค่าเฉลี่ย EQ ในช่วงเวลาวัดที่ต่างกัน

ช่วงเวลา (1)	ช่วงเวลา (2)	D (1-2)	S.E.	p
Time 1	Time 2	-9.000(*)	3.664	<.05
	Time 3	-4.750	3.414	>.05
	Time 4	-3.750	2.861	>.05
Time 2	Time 3	4.250	.126	>.05
	Time 4	5.250	.196	>.05
Time 3	Time 4	1.000	2.669	>.05



ภาพที่ 5 กราฟแสดงค่าเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในช่วงเวลาวัดที่ต่างกัน

จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์หลังการทดลองทันที (178.00) มีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง (169.00) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่เมื่อติดตามวัดพบว่าคะแนนเฉลี่ยความฉลาดทางอารมณ์หลังการทดลองในเดือนที่ 1 ( $x = 173.75$ ) และ เดือนที่ 3 ( $x = 172.75$ ) ไม่มีความแตกต่างกับก่อนทดลอง

จะเห็นได้ว่าการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นตามแนวคิดของซาเทียร์ มีผลให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความฉลาดทางอารมณ์ของนักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเสร็จสิ้นการฝึกอบรมทันที แต่เมื่อเวลาผ่านไปคะแนนเฉลี่ยของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความฉลาดทางอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ลดลง (แต่ยังคงสูงกว่าก่อนทดลอง) ดังนั้นในการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นตามแนวคิดของซาเทียร์นี้ ควรจัดมีการกระตุ้นเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ที่เข้ารับการอบรมได้มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง

3. เอกสารเผยแพร่

คู่มือการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต

โครงการมหาวิทยาลัยภาคประชาสังคม  
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล

**คู่มือ**  
**การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต**  
**(Enhancing Resilience)**

I Have

I Can

คู่มือเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต

I Am

*"Success is 1% talent, 99% sweat."*  
*— Thomas Edison*

ความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) เป็นศักยภาพของบุคคลในการรับมือกับสิ่งไม่คาดคิด ท้าทายสถานการณ์ในชีวิตประจำวัน (Adversity of life) ที่ก่อให้เกิดความเครียด และความรู้สึกท้อแท้ ให้มองถึงความสำเร็จที่วางใจได้ การกลืนแค้นที่ได้นั้น ดีไว้ตั้ง แต่ทำใจไว้ดีกว่านี้

**การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับตนเอง**  
กับนักเรียนมัธยม - ชีวทัศน์และปรากฏ - ธีรชาติ  
*Program for Living through Learning from*

### ผลผลิต (Output)

เชิงปริมาณ :		
<p>ต้นแบบในการพัฒนาประชากร</p> <p>-ต้นแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความแข็งแรงในชีวิตกับความเครียดและตัวแปรอื่นๆ</p> <p>-ต้นแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความแข็งแรงในชีวิตกับพฤติกรรมเสี่ยงและตัวแปรอื่นๆ</p> <p>-รูปแบบโปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นตามแนวความคิดของ ซาเทียร์เพื่อการพัฒนาคน</p>	3	ต้นแบบ
<p>มีการจัดทำเอกสารเผยแพร่</p> <p>- คู่มือการสร้างเสริมความแข็งแรงในชีวิต</p>	1	เล่ม
มีเครือข่ายที่มีเป้าหมายเดียวกัน	2	แห่ง
เชิงคุณภาพ :		
<p>ประชาชนในกลุ่มเป้าหมายรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยง วิธีการป้องกันโรค</p> <p>-ประเมินจากแบบทดสอบก่อนและหลังการอบรม</p>	70	ร้อยละ
<p>มีต้นแบบที่เป็นการพัฒนาจากความรู้อย่างเป็นองค์รวม</p> <p>-การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต</p> <p>-การส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>- จิตวิทยา</p>	3	สาขา
<p>มีหน่วยงานภายนอกขอรับต้นแบบการพัฒนาไปใช้</p> <p>- นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มหัศจรรย์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล นำไปใช้ในจังหวัดกาญจนบุรี</p> <p>- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม</p>	2	หน่วยงาน
มีการจัดอบรมให้หน่วยงานภายนอก	-	ครั้ง
เชิงเวลา :		
ร้อยละของโครงการย่อยที่ดำเนินการตามแผนที่กำหนด	100	ร้อยละ



### ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นตามแนวคิดของซาเทียร์ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความฉลาดทางอารมณ์สูงขึ้นหลังเสร็จสิ้นการฝึกอบรมทันที แต่เมื่อเวลาผ่านไปแม้ว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความฉลาดทางอารมณ์มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ลดลง แต่ยังคงสูงกว่าก่อนได้รับการฝึกอบรม ดังนั้นในการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นตามแนวคิดของซาเทียร์นี้ ควรจัดมีการกระตุ้นเป็นระยะๆ เพื่อให้ผู้ที่เข้ารับการอบรมได้มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง



### รายรับ-รายจ่าย ประจำปีงบประมาณ 2552

ในปีงบประมาณ 2552 โครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทยได้รับจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลในการดำเนินงานโครงการฯ จำนวน 20,000,000 บาท (ยี่สิบล้านบาทถ้วน) ซึ่งได้ดำเนินการจัดกิจกรรมต่างๆรวมทั้งสิ้น 16 กิจกรรมโดยมีการใช้จ่ายงบประมาณไปแล้วทั้งสิ้น 8,575,051 บาท คงเหลือ 11,424,949 บาท ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 แสดงแผนรายรับ รายจ่ายใช้จริง และงบคงเหลือ ในหมวดการเงินต่างๆ ประจำปีงบประมาณ 2552

งบประมาณปี 2552	แผนรายรับ	รายจ่ายใช้จริง	งบคงเหลือ
ค่าจ้างชั่วคราว	280,800	257,745	23,055
ค่าตอบแทน ใช้สอย วัสดุ	15,604,800	4,755,974	10,848,826
ค่าสาธารณูปโภค	478,000	8,839	469,161
ค่าครุภัณฑ์	3,636,400	3,552,493	83,907
<b>รวมทั้งสิ้น</b>	<b>20,000,000</b>	<b>8,575,051</b>	<b>11,424,949</b>

อย่างไรก็ตาม การดำเนินโครงการฯ ตลอดปีงบประมาณ 2552 ยังคงมีกิจกรรมที่ยังไม่แล้วเสร็จตามเป้าหมาย โครงการจึงจัดทำแผนการใช้จ่ายเงินงบประมาณต่อเนื่อง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2552 จนถึงเดือน มีนาคม 2553 เพื่อให้กิจกรรมต่างๆสามารถดำเนินการต่อไปให้แล้วเสร็จตามเป้าหมายได้ทั้งหมด และสามารถใช้งบประมาณที่คงเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างครบวงจรในทุกช่วงวัย อันจะนำไปสู่การพัฒนาต้นแบบในการดูแลและพัฒนาศักยภาพของประชากรของโครงการฯ ในปีต่อไป

## คณะผู้บริหารโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตามคำสั่งคณะฯที่ 339/2552 ลงวันที่ 17 มิถุนายน 2552 ได้แต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการโครงการฯ เพื่อให้การดำเนินงานตรงตามผลผลิตที่ได้กำหนดไว้ และการดำเนินกิจกรรมต่างๆเป็นไปได้อย่างราบรื่น โดยมีรายชื่อคณะกรรมการอำนวยการ และหัวหน้ากิจกรรมต่างๆ ดังต่อไปนี้

### คณะกรรมการอำนวยการโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย

ศาสตราจารย์รัชตะ	รัชตะนาวิน	ที่ปรึกษา
1. ศาสตราจารย์วินิต	พั่วประดิษฐ์	ประธานกรรมการ
2. รองศาสตราจารย์นิชรา	เรืองคารกานนท์	รองประธานกรรมการ
3. อาจารย์อรพิชญา	ไกรฤทธิ	รองประธานกรรมการ
4. ศาสตราจารย์สุวรรณา	เรืองกาญจนเศรษฐ์	กรรมการ
5. ศาสตราจารย์รุจา	ภูไพบูลย์	กรรมการ
6. รองศาสตราจารย์อุมาพร	สุทัศวรวุฒิ	กรรมการ
7. รองศาสตราจารย์พัญญา	พันธ์บุรณะ	กรรมการ
8. รองศาสตราจารย์ประคอง	อินทรสมบัติ	กรรมการ
9. อาจารย์สิรินทร	ฉันทศิริกาญจน	กรรมการ
10. นายแพทย์ฉันท	ครุฑกุล	กรรมการ
11. ดร.จินตนา	ศิริวราศัย	กรรมการ
12. นางเรวดี	รุ่งจตุรงค์	กรรมการ
13. นางวิลาวัณย์	ประสารอริคม	กรรมการ
14. แพทย์หญิงสุชาติพิศ	एमเปรมศิลป์	กรรมการและเลขานุการ
15. นางสาววิวิ	วงศ์ถาวรย์	ผู้ช่วยเลขานุการ
16. นายคุณฤ	มณีสวรรณรัตน์	ผู้ช่วยเลขานุการ

## หัวหน้ากิจกรรมของโครงการพัฒนาศักยภาพประชากรไทย

### กลุ่มเด็กและวัยรุ่น

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| 1. การตรวจคัดกรองสารพิษหรือโลหะหนักของสตรีตั้งครรภ์ทารกแรกเกิด | ศ.พญ.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์  |
| 2. การพัฒนารูปแบบโรคพันธุกรรมเพื่อสาธารณสุข (เพื่อแม่และเด็ก)  | รศ.พญ.ดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล    |
| 3. การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอย่างต่อเนื่องและรอบด้าน            | รศ.นพ.ประชา นันทน์นฤมิตร       |
| 4. การตรวจหา Free Fetal DNA ในกระแสเลือดมารดา                  | รศ.นพ.พัญญ พันธ์บุรณะ          |
| 5. การตรวจคัดกรองการมองเห็น                                    | รศ.พญ.อาภิทรสา เล็กสกุล        |
| 6. การพัฒนารูปแบบคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี                        | รศ.พญ.นิชรา เรืองคารกานนท์     |
| 7. การจัดการความปลอดภัยในเด็กก่อนวัยเรียน                      | รศ.นพ.อดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ |
| 8. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สานสายใยรักแห่งครอบครัว                | ผศ.ดร.จริยา วิทยะศุกร          |
| 9. Comprehensive School health                                 | ศ.พญ.สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์  |
| 10. เครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่นไทย                        | อ.พญ.สุชาติพิศ ศิริจันทร์เพ็ญ  |

### กลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุแบบครบวงจร

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| 1) การพัฒนาความแข็งแรงในชีวิตของผู้ใหญ่   | ผศ.ดร.พัชรินทร์ นินทจันทร์ |
| 2) การพัฒนาศักยภาพและรูปแบบการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการของผู้ใหญ่  | ผศ.ดร.นพวรรณ เป็ยชื่อ      |
| 3) การจัดการและการลดความเสี่ยงการเกิดโรคเรื้อรังในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ  |                            |
| 3.1) การสำรวจภาวะสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังในบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี  | รศ.ดร.อรสา พันธุ์ภักดี     |
| 3.2) การจัดทำฐานข้อมูลความหลากหลายทางพันธุกรรมของ xenobiotic metabolism genes และ environmental exposure ในบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี | ดร.จินตนา ศิริวราศัย       |
| 4) การประเมินภาวะเสี่ยงต่อการได้รับโลหะหนัก ตะกั่วและ   | ดร.จินตนา ศิริวราศัย       |

แคคเมียม ในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

- 5) การพัฒนารูปแบบช่วยเหลือและสร้างเสริมสุขภาพญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ รศ.ดร.ยุพาพิน ศิริ โพธิ์งาม
- 6) การดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรและต่อเนื่อง
- 6.1) การสำรวจและติดตามต่อเนื่องสมรรถภาพสมองและ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป อาจารย์สิรินทร ฉันทศิริกาญจน
- 6.2) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุใน โรงพยาบาลและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน รศ.ประคอง อินทรสมบัติ

## จบรายงาน