



ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคลฯ
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๕ ลงวันที่ ๒๒ มีนาคม ๒๕๖๗ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ที่ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการ
ไปกรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/
ว ๖๕๐๕ ลงวันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๗ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์
และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคลฯ ในการประชุมครั้งที่ ๑/๒๕๖๘ เมื่อวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๗
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จำนวน ๒ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑	นายกอบโชค ชี้อตรง	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเกาะสีชัง
๒	นางดลนภา สุขสวัสดิ์	สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ)	จังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุข อำเภอหนองใหญ่

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการ
ประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศ ผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลา
ดังกล่าวแล้ว ผู้ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใด
จะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๔ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

(นายภุชงค์ สฤณแพทย์)

ประธานกรรมการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
ประเภทวิชาการ ระดับชำนาญการ และระดับชำนาญการพิเศษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมประยุกต์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ด้วยความสามารถตนเอง ร่วมกับกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงสูง (Pre-DM) โรคเบาหวาน อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๖ มิถุนายน ๒๕๖๗ – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

เป็นผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อ ๕ ปี และเป็นวิทยากรในการบรรยายเรื่องโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

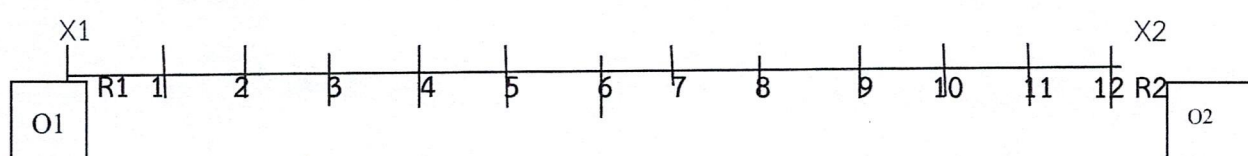
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมประยุกต์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ด้วยความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงสูง(Pre-DM) โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังผลดีพฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการป้องกันโรคเบาหวาน และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่๒

การดำเนินโปรแกรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่2 ด้วยความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วมของกลุ่มเสี่ยงสูง(Pre-DM) อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ตามโปรแกรมทดลองใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ดังนี้



O1 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลลักษณะประชากร การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ ความคาดหวังผลดี และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน และการตรวจหา ระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้วและค่าBMI ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง

R1 บรรยายความรู้/สาธิตเกี่ยวกับโรคเบาหวาน /บุคคลตัวอย่างที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำเร็จ พฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกี่ยวกับการจัดการ อาหารแบบ Low Carbohydrate Diet IF (Intermittent Fasting) การออกกำลังกายตามวิธีชนบทสัปดาห์ ละ 3-5 วัน ครั้งละประมาณ 30 นาที การดื่มน้ำสะอาดบริสุทธิ์ งดน้ำอัดลมและน้ำผลไม้ งดอาหารระหว่างมื่อ นอนหลับ วันละอย่างน้อย 7 ชั่วโมง การส่งรายการอาหาร การออกกำลังกาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง กลุ่มเพื่อนและที่ปรึกษาผ่านช่องline

X1 เจาะเลือดที่ปลายนิ้ว(DTX) หาระดับน้ำตาลในเลือดก่อนเริ่มโปรแกรมทดลอง (เดือนที่ 1วันแรกที่ เริ่มจัดโปรแกรม)

X2 เจาะเลือดที่ปลายนิ้ว(DTX) หาระดับน้ำตาลในเลือดหลังจบตามโปรแกรมทดลอง (เดือนที่ 3)

O2 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลลักษณะประชากร การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ ความคาดหวังผลดี และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน และการตรวจหา ระดับน้ำตาลที่ปลายนิ้วและค่าBMI หลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง

R2 กลุ่มเสี่ยง พบพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สรุปผลของโปรแกรม

3. ผลของโปรแกรม เปรียบเทียบผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความคาดหวังผลดี และพฤติกรรมพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวาน ผลการทดลองทางห้องปฏิบัติการ ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มาคัดกรองที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอ่างศิลา ตำบลอ่างศิลา อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ในปีงบประมาณ 2567 ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2566 - พฤษภาคม 2567 จำนวน 45 คน

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลอ่างศิลา อำเภอเมืองชลบุรี จังหวัดชลบุรี ภายหลังได้รับ โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังผลดี พฤติกรรมการดูแลตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ นอกจากนี้ยัง พบว่าผลการตรวจน้ำตาลที่ปลายนิ้ว รวมถึงค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

จากผลการวิจัยนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์และมีผลกระทบในด้านต่างๆ ดังนี้:

๑. การพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวาน:

- สามารถนำโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ

๒. การส่งเสริมสุขภาพในระดับชุมชน:

- สามารถนำไปปรับใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยเน้นการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความคาดหวังผลดี

๓. การพัฒนานโยบายสาธารณสุข:

- เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการลงทุนในโปรแกรมป้องกันโรคเบาหวานในระยะก่อนเป็นโรค
- สามารถใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดนโยบายการป้องกันโรคเบาหวานระดับชาติ

๔. การพัฒนาบุคลากรสาธารณสุข:

- ใช้เป็นแนวทางในการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุขให้สามารถจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ

๕. การลดภาระทางเศรษฐกิจและสังคม:

- ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวานในระยะยาว
- ลดภาระของระบบสาธารณสุขและเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชน

๖. การวิจัยต่อยอด:

- เป็นพื้นฐานสำหรับการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ
- สามารถนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมดิจิทัลเพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น

๗. การสร้างความตระหนักในสังคม:

- ช่วยให้เห็นความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันโรคเบาหวานตั้งแต่ระยะเริ่มต้น
- ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ

โดยสรุป งานวิจัยนี้มีผลกระทบเชิงบวกต่อการพัฒนาระบบสาธารณสุข การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพในระดับบุคคล ชุมชน และประเทศ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การออกแบบการวิจัย: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งต้องมีการควบคุมตัวแปรและปัจจัยต่างๆ อย่างรัดกุม

๒. กลุ่มตัวอย่าง: ต้องคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเฉพาะ คือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ จำนวน ๔๕ คน

๓. การสร้างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม: ต้องออกแบบโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม

๔. การเก็บข้อมูล: มีการเก็บข้อมูลหลายด้าน ทั้งข้อมูลพื้นฐาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความคาดหวังผลดี พฤติกรรมการดูแลตนเอง ค่า DTX และ BMI ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

๕. การวิเคราะห์ข้อมูล: ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ข้อมูลหลายส่วน

๖. การติดตามผล: ต้องติดตามกลุ่มตัวอย่างตลอดระยะเวลาของโปรแกรม และเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรม

๗. การควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน: ต้องพยายามควบคุมปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการวิจัย

๘. การแปลผลและสรุปผล: ต้องวิเคราะห์ผลทางสถิติอย่างละเอียดและแปลความหมายอย่างถูกต้อง

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: อาจมีความยากลำบากในการหากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ คือเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ และมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในช่วง ๑๐๐-๑๒๕ mg/dl

๒. การควบคุมปัจจัยภายนอก: เนื่องจากเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว อาจมีความท้าทายในการควบคุมปัจจัยภายนอกที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย

๓. การรักษาอัตราการคงอยู่ของกลุ่มตัวอย่าง: อาจมีปัญหาในการรักษาให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง ๔๕ คนอยู่ร่วมโครงการจนจบ โดยไม่มีการถอนตัวหรือหายไประหว่างทาง

๔. ความร่วมมือของกลุ่มตัวอย่าง: อาจมีความท้าทายในการได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติตามโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเคร่งครัด

๕. การเก็บข้อมูล: อาจมีความยุ่งยากในการเก็บข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วน โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

๖. ความเที่ยงตรงของเครื่องมือวัด: อาจมีปัญหาเกี่ยวกับความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้วัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การรับรู้ความคาดหวังผลดี และพฤติกรรมการดูแลตนเอง

๗. ระยะเวลาการวิจัย: อาจมีข้อจำกัดด้านเวลาในการดำเนินโปรแกรมและติดตามผล ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจน

๘. การควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน: อาจมีความท้าทายในการควบคุมปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อค่า DTX และ BMI นอกเหนือจากโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

๙. การแปลผลและสรุปผล: อาจมีความยากลำบากในการแปลผลและสรุปผลที่ได้ เนื่องจากไม่มีกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบ

๑๐. การนำไปประยุกต์ใช้: อาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะแตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ขยายระยะเวลาการติดตามผล: การศึกษานี้ดูเหมือนจะวัดผลทันทีหลังจบโปรแกรม ควรมีการติดตามผลในระยะยาว เช่น ๓ เดือน ๖ เดือน และ ๑ ปี เพื่อดูความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

๒. เพิ่มกลุ่มควบคุม: การใช้รูปแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุมจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย โดยสามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์กับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

๓. ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จ: ควรวิเคราะห์เพิ่มเติมว่าปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความสำเร็จของโปรแกรม เช่น อายุ ระดับการศึกษา หรือรายได้ของผู้เข้าร่วม

๔. ประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม: การสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมจะช่วยให้การปรับปรุงโปรแกรมให้ดียิ่งขึ้น

๕. ขยายขนาดกลุ่มตัวอย่าง: การเพิ่มจำนวนผู้เข้าร่วมจะช่วยให้มีอำนาจทางสถิติและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

๖. ศึกษาผลกระทบทางเศรษฐศาสตร์: ควรวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของโปรแกรม เพื่อสนับสนุนการนำไปใช้ในวงกว้าง

๗. พัฒนาแนวทางการนำไปปฏิบัติ: ควรมีการจัดทำแนวทางการนำโปรแกรมไปใช้สำหรับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้สามารถขยายผลได้ง่าย

๘. ศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต: นอกจากตัวชี้วัดทางคลินิก ควรประเมินผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมด้วย

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน(ถ้ามี)

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๘๐

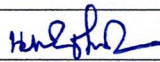
๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑).....นางนภารัตน์...ธัญธิโรสมานกุล.....สัดส่วนของผลงาน.....๑๐.....(ระบุร้อยละ)

๒)สัดส่วนของผลงาน.....(ระบุร้อยละ)

๓)สัดส่วนของผลงาน.....(ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางนภารัตน์ ธัญธิโรสมานกุล	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความ

(ลงชื่อ)

(.....(นายชลิต ไทยอุทิศ).....)

(ตำแหน่ง)สาธารณสุขอำเภอเมืองชลบุรี.....

(วันที่)/๒๑ พ.ย. ๒๕๖๗.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(.....(นายภคชนม์ สกุลแพทย์).....)

(ตำแหน่ง)นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.....

(วันที่)๒/๓ ธ.ค. ๒๕๖๗.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

๑. เรื่อง การประยุกต์ใช้หลักการบริหารจัดการคุณภาพเพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพงานสาธารณสุขอำเภอ

๒. หลักการและเหตุผล

ในปัจจุบัน การบริหารจัดการงานสาธารณสุขระดับอำเภอเผชิญกับความท้าทายหลายประการ ทั้งในด้านการให้บริการที่มีคุณภาพ การบริหารทรัพยากรอย่างจำกัด และการตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปของประชาชน การนำหลักการบริหารจัดการคุณภาพมาประยุกต์ใช้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงาน โดยมีเหตุผลสนับสนุนดังนี้

๑. การเพิ่มคุณภาพการบริการ หลักการบริหารจัดการคุณภาพเน้นการปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การยกระดับคุณภาพการบริการสาธารณสุขให้ตรงกับความต้องการของประชาชนมากขึ้น
๒. การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ในสถานะที่ทรัพยากรมีจำกัด การบริหารจัดการคุณภาพจะช่วยให้เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า ลดความสูญเปล่า และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน
๓. การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ การนำหลักการบริหารจัดการคุณภาพมาใช้จะช่วยสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่มุ่งเน้นคุณภาพ ส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง
๔. การตอบสนองต่อนโยบายสาธารณสุขระดับชาติ การพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพเป็นหนึ่งในนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข การนำหลักการบริหารจัดการคุณภาพมาใช้จะช่วยให้สามารถบรรลุเป้าหมายตามนโยบายได้อย่างเป็นรูปธรรม
๕. การรับมือกับความท้าทายด้านสาธารณสุข สถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น การระบาดของโรคอุบัติใหม่ การเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ต้องการการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพและยืดหยุ่น ซึ่งหลักการบริหารจัดการคุณภาพสามารถตอบสนองได้
๖. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ การปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องจะนำไปสู่การบริการที่ตรงกับความต้องการของประชาชนมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจและความเชื่อมั่นในระบบบริการสาธารณสุข
๗. การเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน แม้ว่าการสาธารณสุขจะเป็นบริการภาครัฐ แต่การพัฒนาคุณภาพจะช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการให้บริการเมื่อเทียบกับภาคเอกชนหรือหน่วยงานอื่นๆ
๘. การสร้างมาตรฐานการทำงาน การนำหลักการบริหารจัดการคุณภาพมาใช้จะช่วยในการกำหนดมาตรฐานการทำงานที่ชัดเจน ทำให้เกิดความสม่ำเสมอในการให้บริการและง่ายต่อการติดตามประเมินผล
๙. การเตรียมพร้อมสู่การรับรองคุณภาพ การพัฒนาระบบบริหารจัดการคุณภาพจะเป็นพื้นฐานสำคัญในการเตรียมความพร้อมสู่การรับรองคุณภาพมาตรฐานต่างๆ

ด้วยเหตุผลดังกล่าว การประยุกต์ใช้หลักการบริหารจัดการคุณภาพในงานสาธารณสุขอำเภอจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อยกระดับการให้บริการ เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน และสร้างความยั่งยืนในระบบสาธารณสุขระดับพื้นที่ อันจะส่งผลต่อสุขภาพที่ดีของประชาชนในระยะยาว

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข
บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ

๑. การนำวงจร PDCA มาประยุกต์ใช้:

- Plan: วางแผนการปรับปรุงคุณภาพในทุกด้านของงานสาธารณสุขอำเภอ
- Do: ดำเนินการตามแผนที่วางไว้
- Check: ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงาน
- Act: ปรับปรุงแก้ไขส่วนที่เป็นปัญหาและพัฒนาต่อยอดส่วนที่ดี

๒. การใช้เครื่องมือคุณภาพ:

- ๕ส: ปรับปรุงสภาพแวดล้อมการทำงานให้เป็นระเบียบ สะอาด และปลอดภัย
- Kaizen: ส่งเสริมการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่องในทุกระดับ
- Lean: ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็นในกระบวนการทำงาน เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ

๓. การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารคุณภาพ:

- จัดทำฐานข้อมูลตัวชี้วัดคุณภาพที่สำคัญ
- พัฒนาระบบการรายงานและติดตามผลแบบ real-time

๔. การสร้างวัฒนธรรมคุณภาพ:

- จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการบริหารคุณภาพแก่บุคลากรทุกระดับ
- สร้างระบบแรงจูงใจสำหรับการปรับปรุงคุณภาพ

๕. การบูรณาการมาตรฐานคุณภาพต่างๆ:

- นำมาตรฐาน HA, PMQA, และ ISO มาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของสาธารณสุขอำเภอ

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. การต่อต้านการเปลี่ยนแปลงจากบุคลากร: แนวทางแก้ไข:

- สื่อสารให้เห็นถึงประโยชน์ของการปรับปรุงคุณภาพ
- ให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบคุณภาพ
- จัดการฝึกอบรมและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

๒. ขาดความรู้และทักษะในการใช้เครื่องมือคุณภาพ: แนวทางแก้ไข:

- จัดอบรมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับเครื่องมือคุณภาพ
- สร้างทีมพี่เลี้ยงคุณภาพเพื่อให้คำแนะนำและสนับสนุน

๓. ภาระงานที่เพิ่มขึ้นจากการทำกิจกรรมคุณภาพ: แนวทางแก้ไข:

- บูรณาการงานคุณภาพเข้ากับงานประจำ
- ใช้เทคโนโลยีช่วยลดภาระงานด้านเอกสาร

๔. ขาดงบประมาณในการพัฒนาระบบคุณภาพ: แนวทางแก้ไข:

- จัดลำดับความสำคัญของโครงการพัฒนาคุณภาพ
- แสวงหาแหล่งทุนสนับสนุนจากภายนอก
- เน้นการปรับปรุงที่ใช้ต้นทุนต่ำแต่ได้ผลลัพธ์สูง

๕. ความไม่ต่อเนื่องของนโยบาย: แนวทางแก้ไข:

- สร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมจากผู้บริหารทุกระดับ
- จัดทำแผนระยะยาวและผลักดันให้เป็นวาระสำคัญของอำเภอ

๖. ความยากในการวัดผลลัพธ์ของการปรับปรุงคุณภาพ: แนวทางแก้ไข:

- พัฒนาตัวชี้วัดที่สะท้อนคุณภาพงานอย่างแท้จริง
- ใช้ระบบสารสนเทศในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ผล

๓. การขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน: แนวทางแก้ไข:

- จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอที่มีตัวแทนจากทุกภาคส่วน
- สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างหน่วยงาน

๔. ความเหนื่อยล้าจากการพัฒนาคุณภาพ: แนวทางแก้ไข:

- จัดกิจกรรมสร้างแรงบันดาลใจและให้กำลังใจทีมงาน
- ยกย่องและให้รางวัลแก่ทีมที่ประสบความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพ

การประยุกต์ใช้หลักการบริหารจัดการคุณภาพในงานสาธารณสุขอำเภอนั้นต้องอาศัยความมุ่งมั่น การมีส่วนร่วม และความต่อเนื่องในการดำเนินการ โดยคำนึงถึงบริบทและข้อจำกัดของพื้นที่ การแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและการปรับตัวตามสถานการณ์จะช่วยให้การพัฒนาคุณภาพประสบความสำเร็จและส่งผลดีต่อสุขภาพของประชาชนในระยะยาว

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. การพัฒนาคุณภาพบริการ:

- ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพและมาตรฐานสูงขึ้น
- ลดข้อผิดพลาดและความเสี่ยงในการให้บริการ

๒. เพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน:

- กระบวนการทำงานมีความชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น
- ลดความซ้ำซ้อนและสูญเสียเปล่าในการปฏิบัติงาน

๓. การใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า:

- จัดสรรงบประมาณและทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ลดต้นทุนการดำเนินงานในระยะยาว

๔. การพัฒนาบุคลากร:

- เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการบริหารจัดการคุณภาพ
- สร้างวัฒนธรรมการทำงานที่มุ่งเน้นคุณภาพ

๕. การตอบสนองความต้องการของประชาชน:

- เข้าใจและตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดีขึ้น
- เพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

การประยุกต์ใช้หลักการบริหารจัดการคุณภาพในงานสาธารณสุขอำเภอนั้น มีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการให้กับประชาชน และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของหน่วยงาน การวัดผลความสำเร็จจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อประเมินผลกระทบและปรับปรุงกระบวนการทำงานอย่างต่อเนื่องตัวชี้วัดความสำเร็จที่สำคัญ ได้แก่

๑. ด้านคุณภาพการบริการ

- ความพึงพอใจของประชาชน: วัดผ่านแบบสอบถามหรือการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความพึงพอใจในการเข้ารับบริการ ความรวดเร็วในการให้บริการ ความถูกต้องของข้อมูล และทัศนคติของเจ้าหน้าที่
- การลดจำนวนข้อร้องเรียน: ติดตามจำนวนและประเภทของข้อร้องเรียนที่ได้รับ และวิเคราะห์สาเหตุเพื่อนำไปปรับปรุง
- การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ใช้บริการ: พิจารณาจำนวนผู้เข้ารับบริการในแต่ละประเภทบริการ และเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันในปีก่อนหน้า
- การลดเวลาในการรอคอย: วัดระยะเวลาที่ประชาชนต้องรอคอยในการเข้ารับบริการแต่ละประเภท

๒. ด้านประสิทธิภาพในการทำงาน

- การลดต้นทุนการดำเนินงาน: วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานต่างๆ เช่น ค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการ ค่าใช้จ่ายในการซ่อมแซม และค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อ
- การเพิ่มผลผลิต: วัดผลผลิตของบุคลากรแต่ละคน หรือของหน่วยงานโดยรวม เช่น จำนวนงานที่แล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่กำหนด
- การลดระยะเวลาในการดำเนินงาน: วัดระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน เช่น ระยะเวลาในการอนุมัติเอกสาร หรือระยะเวลาในการดำเนินโครงการ
- การเพิ่มประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากร: วิเคราะห์การใช้ทรัพยากรต่างๆ เช่น การใช้กระดาษ การใช้พลังงาน และการใช้อุปกรณ์
- การลดความผิดพลาด: ติดตามจำนวนและประเภทของความผิดพลาดที่เกิดขึ้น และวิเคราะห์สาเหตุเพื่อนำไปปรับปรุง

๓. ด้านการพัฒนาระบบ

- การพัฒนาระบบสารสนเทศ: พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการทำงานและการให้บริการ เช่น ระบบการจัดการเอกสาร ระบบการติดตามผล และระบบฐานข้อมูล
- การนำเทคโนโลยีมาใช้: นำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้ในการทำงาน เช่น การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการวิเคราะห์ข้อมูล หรือการใช้ระบบออนไลน์ในการให้บริการ
- การปรับปรุงกระบวนการทำงาน: ปรับปรุงกระบวนการทำงานต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เช่น การลดขั้นตอนการทำงานที่ซ้ำซ้อน หรือการกำหนดมาตรฐานการทำงาน

๔. ด้านทรัพยากรบุคคล

- การพัฒนาความรู้และทักษะของบุคลากร: จัดอบรมและพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน
- ความพึงพอใจของบุคลากร: วัดความพึงพอใจของบุคลากรในการทำงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน และโอกาสในการพัฒนาตนเอง
- การลดอัตราการลาออกของบุคลากร: ติดตามอัตราการลาออกของบุคลากร และวิเคราะห์สาเหตุเพื่อนำไปปรับปรุง

(ลงชื่อ)
(..... (นาย กอบโชค ชีตตรง))

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๒๑ / พ.ย. / ๒๕๖๓

ผู้ขอประเมิน

ลำดับ ที่	ชื่อ-ชื่อสกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่งที่ ได้รับการคัดเลือก	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๒	นางดลนภา สุขสวัสดิ์	จังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสัตหีบ กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ (ด้านบริการทางวิชาการ)	๒๔๑๘๐	จังหวัดชลบุรี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองใหญ่ สาธารณสุขอำเภอ (นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการพิเศษ)	๒๓๙๖๓	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน ลำดับที่ ๑	การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียนประถมปีที่ ๔-๖ ในอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี				๑๐๐%
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของนักเรียนประถมศึกษาในโรงเรียน จังหวัดชลบุรี				๓๖
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน “แนบท้ายประกาศ”					

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียนประถมปีที่ ๔-๖ ในอำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือน มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ถึง เดือน กันยายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในนักเรียนประถมปีที่ ๔-๖ ในอำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี เป็นการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในนักเรียนประถมปีที่ ๔-๖ ในอำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี ซึ่งโรคไข้เลือดออก หรือโรคไข้เด็งกี (Dengue fever) เริ่มรู้จักครั้งแรกเมื่อประมาณสองร้อยปีที่ผ่านมามีประเทศไทยถือว่าโรค ไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า ๖๐ ปี ประเทศไทยพบโรค ไข้เลือดออกตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๔๙๒ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๐๑ ได้เกิดการระบาดขึ้นครั้งแรกที่ กรุงเทพมหานคร (Hammon WM, Rudnik A, Sather GE., ๑๙๖๐) ต่อมาโรคได้กระจายไปจังหวัดใกล้เคียงกับจังหวัดกรุงเทพฯ และปัจจุบันโรคได้ แพร่กระจายไปเกือบทุกพื้นที่ ในทุกจังหวัด ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออก ๕ ปีย้อนหลัง ปี พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๖ จำนวนผู้ป่วย ๘๗,๒๑๒ , ๑๓๐,๗๐๕ , ๗๑,๒๙๒ , ๙,๙๕๖ ๔๕,๑๔๕ และ๑๕๘,๗๐๕ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑๓๑.๕๔ , ๑๙๖.๕๙ , ๑๐๗.๔๑ , ๑๕.๐๔ , ๖๘.๒๓ และ ๒๓๙.๘๖ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีผู้เสียชีวิต ๑๑๕ , ๑๔๒ , ๕๑ , ๖ , ๒๙ , และ ๑๘๔ ราย (อัตราราย ๐.๓๐, ๐.๑๑, ๐.๐๗, ๐.๐๖ และ ๐.๑๑ ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ) โดยกลุ่มอายุที่มีผู้ป่วยสูงสุดอยู่ในช่วง อายุ ๕ - ๑๔ ปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th>) จะเห็นว่าอยู่ในช่วงวัยเรียน ดังนั้นในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญประการหนึ่งในการดูแลตนเอง ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพปรากฏครั้งแรกในเอกสารประกอบการสัมมนาวิชาการด้านสาธารณสุขในปี ๑๙๗๔ และได้รับความสนใจจากนักวิชาการสาธารณสุขเป็นอย่างมาก ในปี ๑๙๙๘ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดนิยามของความรู้ด้านสุขภาพอย่างเป็นทางการ โดยอธิบายว่า ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะต่างๆ ทางความรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ(WHO, ๑๙๙๘; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๔๑) อังคินันท์ อินทรกำแหง (๒๕๖๑) กล่าวในรายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรค ความรู้ด้านสุขภาพ แบ่งเป็น ๖ องค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบที่๑ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ องค์ประกอบที่๒ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ องค์ประกอบที่๓ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ องค์ประกอบที่ ๔ การตัดสินใจด้านสุขภาพ องค์ประกอบที่ ๕ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และองค์ประกอบที่ ๖ การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ รวมไปถึง ด้านพฤติกรรม เป็นปัจจัยหนึ่งที่กำหนดสุขภาพ โดยการที่มนุษย์แต่ละคนจะมีสุขภาพะ มากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในตัวเองร่วมกับปัจจัยภายนอกหรือสิ่งแวดล้อม ปัจจัยภายในตัว

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ที่มาและความสำคัญ การระบาดของโรคไข้เลือดออก หรือโรคไข้เด็งกี (Dengue fever) เริ่มรู้จักครั้งแรกเมื่อประมาณสองร้อยปีที่ผ่านมามีประเทศไทยถือว่าโรค ไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมีการระบาด

ของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า ๖๐ ปี ประเทศไทยพบโรคไข้เลือดออกตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๔๙๒ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๐๑ ได้เกิดการระบาดขึ้นครั้งแรกที่ กรุงเทพมหานคร (Hammon WM, Rudnik A, Sather GE., ๑๙๖๐) ต่อมาโรคได้กระจายไปจังหวัดใกล้เคียงกับจังหวัดกรุงเทพฯ และปัจจุบันโรคได้แพร่กระจายไปเกือบทุกพื้นที่ ในทุกจังหวัด ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออก ๕ ปีซ้อนหลัง ปี พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๖ จำนวนผู้ป่วย ๘๗,๒๑๒ , ๑๓๐,๗๐๕ , ๗๑,๒๙๒ , ๙,๙๕๖ ๔๕,๑๔๕ และ๑๕๘,๗๐๕ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑๓๑.๕๔ , ๑๙๖.๕๙ , ๑๐๗.๔๑ , ๑๕.๐๔ , ๖๘.๒๓ และ ๒๓๙.๘๖ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีผู้เสียชีวิต ๑๑๕ , ๑๔๒ , ๕๑ , ๖ , ๒๙ , และ ๑๘๑ ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๓๐, ๐.๑๑, ๐.๐๗, ๐.๐๖ และ ๐.๑๑ ตามลำดับ) โดยกลุ่มอายุที่มีผู้ป่วยสูงสุดอยู่ในช่วง อายุ ๕ - ๑๔ ปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th>)

สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ.๒๕๖๖(๑ มกราคม ๒๕๖๖ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) พบว่าประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วย ๑๕๘,๗๐๕ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๒๓๙.๘๖ ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต ๑๘๑ ราย(อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๑๑) กลุ่มอายุที่ป่วยมากที่สุด ๕-๑๔ ปี จำนวน ๕๓,๗๐๓ ราย อัตราป่วย ๗๒๐.๔๓ ต่อแสนประชากร รองอันดับสองกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี จำนวน ๓๓,๑๗๙ ราย อัตราป่วย ๔๐๔.๓๕ ต่อแสนประชากร รองอันดับสามกลุ่มอายุ ๒๕-๓๔ ปี จำนวน ๒๑,๖๙๑ ราย อัตราป่วย ๒๓๑.๐๖ ต่อแสนประชากร (จากรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา(๕๐๖) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๗)

จังหวัดชลบุรี สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ.๒๕๖๖(๑ มกราคม ๒๕๖๖ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย ๘,๐๔๑ ราย อัตราป่วย ๕๐๕.๙๗ ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต ๑๒ ราย(อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๑๕) ในส่วนอำเภอสัตหีบ สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ.๒๕๖๖(๑ มกราคม ๒๕๖๖ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย ๗๑๔ ราย อัตราป่วย ๔๓๕.๔๑ ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต ๑ ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๑๔) เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราป่วยตายของอำเภอสัตหีบ ใกล้เคียงกับอัตราป่วยตายของจังหวัดชลบุรี (๐.๑๔ และ ๐.๑๕ตามลำดับ) จะเห็นได้ว่าการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียน นักเรียนในโรงเรียน ดังนั้นจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ในนักเรียนประณปีที่ ๔-๖ ในอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี

วัตถุประสงค์

๑.เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มนักเรียนประณปีที่ ๔ - ๖ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี

๒.เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเจตคติที่ดีต่อสุขภาพในกลุ่มนักเรียนประณปีที่ ๔ - ๖ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี

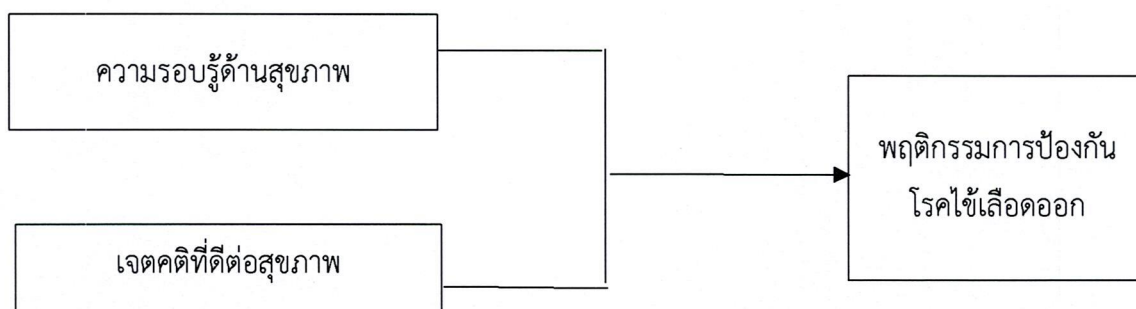
๓.เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มนักเรียนประณปีที่ ๔ - ๖ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี

สมมุติฐานของการวิจัย

๑.ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของนักเรียนระดับชั้นประณปีที่ ๔ -๖ ในอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี

๒.เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก ของนักเรียนระดับชั้นประณปีที่ ๔ -๖ ในอำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาเรื่องศึกษาความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ในนักเรียนประถมศึกษาปีที่ ๔-๖ ในอำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี มีขอบเขตของการวิจัยดังนี้

ขอบเขตด้านประชากร : ประชากรเป้าหมายนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ในโรงเรียนที่ศึกษาอยู่ในพื้นที่อำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี จำนวน 2,241 คน ขนาดตัวอย่าง 400 คน สถานที่ทำการวิจัย โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชลบุรี เขต3 ในพื้นที่อำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี

ขอบเขตด้านเนื้อหา : เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เจตคติต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก กับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก ในนักเรียนประถมศึกษาปีที่ ๔-๖ ในอำเภอสตึก จังหวัดชลบุรี โดยมีตัวแปรต้น 2 ตัวแปร ประกอบด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ ตัวแปรตามเป็นพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก

ขอบเขตด้านระยะเวลา : ปฏิทินระยะเวลาที่ทำการวิจัย เดือน มีนาคม พ.ศ.๒๕๖๗ ถึง เดือน กันยายน ๒๕๖๗

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้กำหนดรูปแบบเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ลักษณะการดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปริมาณในรูปแบบการสำรวจ (Survey Research)

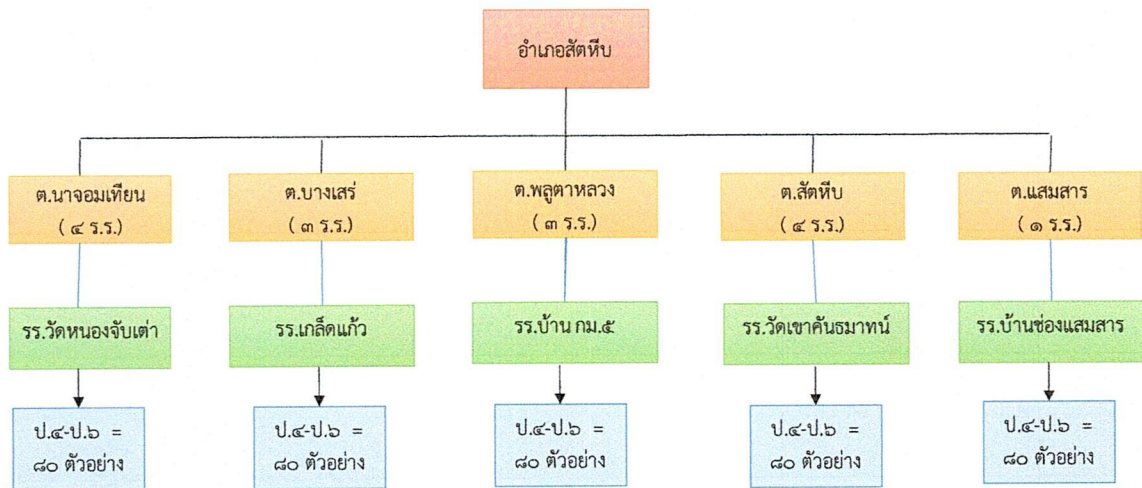
ลักษณะกลุ่มตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการวิจัย

๑. ประชากรเป้าหมาย ในอำเภอสตึกมีโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชลบุรี เขต๓ ทั้ง หมด ๑๕ โรงเรียน ใน ๕ ตำบล จำนวนนักเรียนระดับ ประถมศึกษาปีที่ ๔ – ประถมศึกษาปีที่ ๖ จำนวน ๒,๒๔๑ คน

๒. การเลือกตัวอย่าง เป็นการสุ่มตัวอย่าง แบบ ๒ ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ ๑ สุ่มตัวอย่างโรงเรียนในแต่ละตำบล ตำบลละ ๑ แห่ง รวม เป็น ๕ โรงเรียน ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก

ขั้นตอนที่ ๒ สุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔ – ๖ จากโรงเรียนตัวอย่าง ๕ แห่งโดยให้มีจำนวนตัวอย่างเป็นไปตามสัดส่วน ของจำนวนนักเรียนทั้งหมดของแต่ละโรงเรียน ด้วยการสุ่มโดยสะดวก ดังแสดงตามแผนภาพ



๓. ขนาดตัวอย่าง อำเภอสตึก มีทั้งหมด ๕ ตำบล มีโรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาชลบุรี เขต ๓ ระดับชั้นประถมศึกษา ทั้งหมด ๑๕ แห่ง โดยมีจำนวนนักเรียนระดับชั้น ป.๔-ป.๖ จำนวน ๒,๒๔๑ คน คำนวณตัวอย่างจาก Taro Yamane โดยใช้ตาราง สำเร็จรูป Taro Yamane ค่าความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ ได้ ๓๔๕ คน ผู้วิจัย ใช้ตัวอย่าง ๔๐๐ คน คัดเลือกโรงเรียนแต่ละตำบล ตำบลละ ๑ โรงเรียน ทำการสุ่มโดยใช้วิธีการสุ่มแบบการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) การสุ่มตัวแทนนักเรียน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience Sampling) คือ การสุ่มตัวอย่างเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่าง ตามจำนวนที่ต้องการเป็นหลัก สามารถใช้ประชากรหน่วยใดก็ได้เข้าทำการศึกษาเพื่อให้ข้อมูล โดยสุ่มโรงเรียน ละ ๘๐ คน

วิธีดำเนินการวิจัย

๑. กลุ่มประชากร นักเรียนระดับ ประถมศึกษาปีที่ ๔ – ประถมศึกษาปีที่ ๖ จำนวน ๔๐๐ คน

๒. เครื่องมือที่ใช้วัด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีวิธีการสร้าง โดยศึกษาจากการทบทวน งานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรค พฤติกรรมป้องกัน โรคไข้เลือดออกในเด็กวัยเรียนอายุ ๖- ๑๔ ปี ด้านการจัดการตนเองด้านการจัดการสภาพแวดล้อม ของสำนัก สื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค และนำมา เป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ (แบบสอบถาม) โดยแบ่งออกเป็น ๔ ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ ๑ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ มี ๖ องค์ประกอบ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพ , ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ การตัดสินใจ ด้านสุขภาพ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง,การสนับสนุนทางสังคม ,การมีแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ และ การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ คำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี ๕ ระดับคือ มากที่สุด(ระดับ๕) ,มาก(ระดับ๔) ,ปานกลาง(ระดับ๓) ,น้อย(ระดับ๒) , น้อยที่สุด(ระดับ๑)

ส่วนที่ ๓ ความคิดเห็นหรือความรู้สึก (เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ/การรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อ สุขภาพ) คำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี ๕ ระดับ คือมากที่สุด(ระดับ๕) ,มาก(ระดับ ๔) ,ปานกลาง(ระดับ๓) , น้อย(ระดับ๒) , น้อยที่สุด(ระดับ๑)

ส่วนที่ ๔ พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในเด็กวัยเรียนอายุ ๖- ๑๔ ปี ประกอบด้วย ด้านการ จัดการตนเอง และด้านการจัดการสภาพแวดล้อม คำถามเป็นชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี ๕ ระดับ คือ ความถี่ในการปฏิบัติเป็นประจำ(ระดับ๕) ,ปฏิบัติบ่อยๆ(ระดับ๔) ,บ้างบางครั้ง(ระดับ๓) ,นานๆครั้ง (ระดับ๒) ,ไม่ได้ปฏิบัติ(ระดับ๑)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ ไม่มี

๙. ข้อเสนอแนะ

ส่งเสริมพัฒนาความรู้และทักษะให้กับนักเรียนในโรงเรียน ในเรื่องการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรค
ใช้เลือดออกในโรงเรียน และที่บ้านของนักเรียน และมีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอผลงานวิชาการโดยการบรรยาย oral presentation ประเภทเลื่อนระดับ การประชุมวิชาการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ระหว่างวันที่ ๒๙-๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๗

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ประเมิน (ถ้ามี) ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน(ถ้ามี)

- ๑) ..นางดลนภา...สุขสวัสดิ์.....สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ๑๐๐.....
๒)สัดส่วนของผลงาน.....
๓)สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(...นางดลนภา..สุขสวัสดิ์....)

(ตำแหน่ง) ..นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ.....

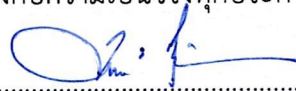
(วันที่) ๒๑ พ.ย. ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางดลนภา สุขสวัสดิ์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(..นายสิทธิชนะ..วชิระสิริกุล..)

(ตำแหน่ง)สาธารณสุขอำเภอสัตหีบ.....

(วันที่) ๒๑ พ.ย. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(.....นายภคณณ์ สุกุลแพทย์.....)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี.....

(วันที่) ๒๓, ๒๔, ๒๕ พ.ย. ๒๕๖๗ /

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชากล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ...ชำนาญการพิเศษ..)

**๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของนักเรียนประถมศึกษา
ในโรงเรียน จังหวัดชลบุรี**

๒. หลักการและเหตุผล

การระบาดของโรคไข้เลือดออก หรือโรคไข้เด็งกี (Dengue fever) เริ่มรู้จักครั้งแรกเมื่อประมาณสองร้อยปีที่ผ่านมาประเทศไทยถือว่าโรค ไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกมานานกว่า ๖๐ ปี ประเทศไทยพบโรค ไข้เลือดออกตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๔๙๒ โดยในปี พ.ศ. ๒๕๐๑ ได้เกิดการระบาดขึ้นครั้งแรกที่ กรุงเทพมหานคร (Hammon WM, Rudnik A, Sather GE., ๑๙๖๐) ต่อมาโรคได้กระจายไปจังหวัดใกล้เคียงกับจังหวัดกรุงเทพฯ และปัจจุบันโรคได้แพร่กระจายไปเกือบทุกพื้นที่ ในทุกจังหวัด ประเทศไทยมีรายงานการระบาดของโรคไข้เลือดออก ๕ ปีซ้อนหลัง ปี พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๖๖ จำนวนผู้ป่วย ๘๗,๒๑๒ , ๑๓๐,๗๐๕ , ๗๑,๒๙๒ , ๙,๙๕๖ , ๔๕,๑๔๕ และ ๑๕๘,๗๐๕ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๑๓๑.๕๔ , ๑๙๖.๕๙ , ๑๐๗.๔๑ , ๑๕.๐๔ , ๖๘.๒๓ และ ๒๓๙.๘๖ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งมีผู้เสียชีวิต ๑๑๕ , ๑๔๒ , ๕๑ , ๖ , ๒๙ , และ ๑๘๑ ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๓๐, ๐.๑๑, ๐.๐๗, ๐.๐๖ และ ๐.๑๑ ตามลำดับ) โดยกลุ่มอายุที่มีผู้ป่วยสูงสุดอยู่ในช่วงอายุ ๕ - ๑๔ ปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th>)

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกพ.ศ.๒๕๖๖ (๑ มกราคม ๒๕๖๖ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖)พบว่าประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วย ๑๕๘,๗๐๕ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๒๓๙.๘๖ ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต ๑๘๑ ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๑๑) กลุ่มอายุที่ป่วยมากที่สุด ๕-๑๔ ปี จำนวน ๕๓,๗๐๓ ราย อัตราป่วย ๗๒๐.๔๓ ต่อแสนประชากร รองอันดับสองกลุ่มอายุ ๑๕-๒๔ ปี จำนวน ๓๓,๑๗๙ ราย อัตราป่วย ๔๐๔.๓๕ ต่อแสนประชากร รองอันดับสามกลุ่มอายุ ๒๕-๓๔ ปี จำนวน ๒๑,๖๙๑ ราย อัตราป่วย ๒๓๑.๐๖ ต่อแสนประชากร (จากรายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา(๕๐๖) กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๗)

จังหวัดชลบุรี สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ.๒๕๖๖(๑ มกราคม ๒๕๖๖ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย ๘,๐๔๑ ราย อัตราป่วย ๕๐๕.๙๗ ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต ๑๒ ราย(อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๑๕) ในส่วนอำเภอสัตหีบ สถานการณ์โรคไข้เลือดออก พ.ศ.๒๕๖๖(๑ มกราคม ๒๕๖๖ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วย ๗๑๔ ราย อัตราป่วย ๔๓๕.๔๑ ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต ๑ ราย(อัตราป่วยตายร้อยละ ๐.๑๔) เมื่อเปรียบเทียบอัตราป่วยตายของอำเภอสัตหีบ ใกล้เคียงกับอัตราป่วยตายของจังหวัดชลบุรี (๐.๑๔ และ ๐.๑๕ตามลำดับ) จากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าการเฝ้าระวังควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ประกอบกับจากผลการวิเคราะห์การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติที่ดีต่อสุขภาพ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มนักเรียน ประถมปีที่ ๔ - ๖ อำเภอสัตหีบ จังหวัดชลบุรี จำนวนกลุ่มเป้าหมาย ๔๐๐ คน ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในกลุ่มนักเรียนประถมปีที่ ๔ - ๖ อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก $\bar{X}=3.55(SD=0.83)$ ดังนั้นการศึกษากำหนดรูปแบบกิจกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรค

ใช้เลือดออกของนักเรียนประถมศึกษา ในโรงเรียน เพื่อพัฒนารูปแบบใหม่ในการป้องกันโรคใช้เลือดออกในโรงเรียน จังหวัดชลบุรี

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

โรคใช้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย เนื่องจากการระบาดของโรคอย่างต่อเนื่องการป้องกันและควบคุมโรคต้องดำเนินการอย่างเข้มข้นและต่อเนื่องโดยวิธีที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งถือเป็นมาตรการที่สำคัญต่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโรค โดยจำเป็นต้องใช้ความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มนักเรียนประถมศึกษาในโรงเรียน

แนวคิดการดำเนินงานสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน หมายถึงกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนเอง (WHO, ๑๙๘๖) หรือหมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนด้านการศึกษาและด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อมุ่งให้เกิดการปฏิบัติและสภาพการดำรงชีวิตที่นำไปสู่สุขภาพดี (Green, & Kreuter, ๑๙๙๙) สำหรับการส่งเสริมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียน หรือการส่งเสริมสุขภาพที่จัดให้มีขึ้นในโรงเรียนนั้น หมายถึงกิจกรรมใดๆที่ดำเนินการเพื่อสุขภาพดีขึ้น และหรือปกป้องสุขภาพของทุกคนในโรงเรียน เป็นแนวคิดที่กว้างกว่าสุขศึกษาซึ่งประกอบด้วยการจัดบริการและกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับนโยบายสุขภาพดี สิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพของโรงเรียน หลักสูตร การเชื่อมประสานกับชุมชน และบริการสุขภาพ (IUHPE, ๒๐๑๗)

โรงเรียนเป็นสถานที่ที่เป็นเสมือนสภาพแวดล้อมที่สามารถสนับสนุนสุขภาพของผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ และการริเริ่มขององค์การอนามัยโลกเรื่องการส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านทางโรงเรียนที่ยึดตามกฎบัตรอตตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพภายใต้กรอบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ๕ ด้านได้แก่ การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของกิจกรรมชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ) รวมทั้งแนวทางที่เน้นสถานที่เป็นพื้นฐานในการสร้างสุขภาพและสุขภาพะริเริ่มแนวคิด “โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (A Health Promoting School)” (ภรณ์ วัฒนสมบูรณ์, ๒๕๖๒)

ทิศทางการดำเนินการตามขั้นตอนการ ประกอบด้วย การวางแผน (Planing) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต(Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection)

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ได้รูปแบบกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกที่เป็นต้นแบบสามารถนำไปใช้ในการป้องกันโรคใช้เลือดออก ที่นำไปสู่การป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือดออกในกลุ่มเด็กนักเรียน โรงเรียน และในชุมชน ต่อไป

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

อัตราป่วยด้วยโรคใช้เลือดออกไม่เกินค่ามัธยฐาน

(ลงชื่อ) 

(...นางดลนภา...สุขสวัสดิ์...)

(ตำแหน่ง)นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ.....

(วันที่) ๒๑ พ.ย. ๒๕๖๒

ผู้ขอประเมิน