



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาหลักสูตรปริญญาบัณฑิต สาขากายภาพบำบัดที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ผลลัพธ์ปลายทางเป็นฐาน ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด หลักการ ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยขอเสนอเป็น 5 ตอน คือ

- ตอนที่ 1 การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้ผลลัพธ์ปลายทางเป็นฐาน
- ตอนที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพ
- ตอนที่ 3 การจัดการศึกษาทางการแพทย์
- ตอนที่ 4 การประเมินความต้องการจำเป็น
- ตอนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 1 การพัฒนาหลักสูตรโดยใช้ผลลัพธ์ปลายทางเป็นฐาน

การพัฒนาหลักสูตร หมายถึงการเปลี่ยนแปลงหลักสูตรที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (ปทีป เมธาคุณวุฒิ, 2545) ซึ่งการพัฒนาหลักสูตรนี้จะทำโดยผู้สอนในรายวิชานั้น ๆ หรือจะดำเนินการโดยคณะกรรมการของสถาบันก็ได้

การประเมินความต้องการจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรจำเป็นต้องศึกษา วิเคราะห์ สภาพพื้นฐานด้านต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างเพียงพอที่จะใช้สนับสนุน ในการตัดสินใจดำเนินการต่าง ๆ เพื่อให้ได้หลักสูตรที่ดี (สุนีย์ ภูพันธ์, 2546) ซึ่งสิ่งที่จะกำหนดในการพัฒนาหลักสูตรนี้ วิชัย วงษ์ใหญ่ (2543) กล่าวถึงประเด็นต่าง ๆ ที่ควรนำมาพิจารณา ได้แก่ คุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ เป้าหมายทางการศึกษาของประเทศ ซึ่งจะศึกษาได้จากพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พุทธศักราช 2542 แนวทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ความรู้ความก้าวหน้าทางด้านวิชาการและ ด้านเทคโนโลยี พฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียน หรือพัฒนาการทางด้านการเรียนรู้ของผู้เรียน และการบูรณาการด้านคุณธรรม จริยธรรมลงสู่หลักสูตร เป็นต้น

หลักสูตรที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนั้นมีหลากหลายรูปแบบ เนื่องจากแนวความคิดในการออกแบบหลักสูตรที่ใช้แตกต่างกัน ซึ่งแต่ละรูปแบบจะมีเอกลักษณ์เฉพาะของตน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการศึกษาที่ใช้ผลลัพธ์ปลายทางเป็นฐาน เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร

การศึกษาที่ใช้ผลลัพธ์ปลายทางเป็นฐาน (Outcome-Based Education : OBE) เป็นแนวคิดที่พัฒนาขึ้นโดย William Spady (Spady, 1994, 1988, and Spady and Marshall, 1991) ในราวปลายทศวรรษที่ 1970 โดยมีหลักการที่สำคัญ คือ มีการกำหนดผลลัพธ์ปลายทางที่สำคัญสำหรับผู้เรียน และการออกแบบหลักสูตรที่เป็นแบบถอยหลังกลับจากสิ่งที่ต้องการให้ผู้เรียนได้รู้ หรือที่เรียกว่าผลลัพธ์ปลายทางสำหรับผู้เรียน

แนวคิดของการนำผลลัพธ์ปลายทางการเรียนรู้มาใช้คืออะไร Spady กล่าวว่า

วัตถุประสงค์ของหลักสูตรควรจะอยู่บนฐานของการวิเคราะห์สิ่งที่จำเป็นสำหรับนักศึกษาว่าต้องรู้หรือสามารถทำอะไรได้หลังจากจบรายวิชาหรือโปรแกรมการเรียน

คำว่า “จำเป็น” ทำให้เกิดการตัดรายวิชาที่ไม่จำเป็นออก เพื่อที่จะได้มีเวลาเพียงพอสำหรับผู้เรียนที่จะเข้าใจและได้เรียนรู้อย่างจริง ๆ ซึ่งก็คือหนึ่งในหลักพื้นฐานของกระบวนการเรียนรู้ ในขณะที่เป็นสิ่งที่ยากที่จะบอกว่า สิ่งจำเป็นของรายวิชาคืออะไร ดังนั้นทางเลือกของผู้สอนก็คือ การจัดการเรียนให้ครอบคลุมมากกว่าที่ผู้เรียนจะสามารถเรียนรู้ได้จริงและสามารถใช้ได้จริง ผลก็คือผู้เรียนเรียนเพื่อสอบผ่านมากกว่า ที่จะเรียนเพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง มากกว่าการนำไปใช้หรือการประยุกต์ใช้

ในการคิดเกี่ยวกับอะไรคือสิ่งที่ผู้เรียนต้องการที่จะรู้และสามารถทำได้ เราต้องพิจารณาถึงการนำไปใช้ของผู้เรียนในชีวิตจริงและในสังคม การนำไปใช้นี้รวมถึง การทำให้ชีวิตดีขึ้น มีความเข้าใจเกี่ยวกับการเมือง หรือเพิ่มทักษะในการทำงาน สิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงการเน้นที่ความสามารถซึ่งเกิดจากการผสมผสานของความรู้ ทักษะ และคุณค่า เข้าไปเป็นหนึ่งเดียวซึ่งจะเป็นพื้นฐานให้คนสามารถนำความรู้ไปใช้ได้อย่างแท้จริง

ผลลัพธ์ปลายทางของการเรียนรู้และแนวทางการเรียนการสอนอื่น ๆ

ในการที่จะอธิบายเกี่ยวกับแนวคิดผลลัพธ์ปลายทางของการเรียนรู้นั้น เพื่อให้ผู้สนใจศึกษาเข้าใจได้ง่ายขึ้น จึงขอนำเสนอการเปรียบเทียบแนวคิดนี้กับทฤษฎีและการปฏิบัติที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

1) ผลลัพธ์ปลายทางของการเรียนรู้ และสมรรถนะ

การนำผลลัพธ์ปลายทางของการเรียนรู้มาใช้ในการศึกษา ได้เข้ามาเน้นในเรื่องการประยุกต์ความรู้กับแนวทางการสอนในส่วนของวิชาชีพและอาชีพ ซึ่งเรียกว่า การศึกษาที่อยู่บนฐานของสมรรถนะ แต่มีความแตกต่างจากแนวคิดสมรรถนะตรงที่ จุดเน้นในการบูรณาการมากกว่า แนวคิดของแนวทางสมรรถนะนั้นจุดเน้นคือ ทักษะที่เฉพาะเจาะจงของงานแต่ละอย่าง ซึ่งผู้ที่จบการศึกษาจากโปรแกรมต้องทำได้ เพื่อให้สามารถทำงานนั้น ๆ ได้อย่างประสบความสำเร็จ โดยทั่วไปจะมีการแต่งงานนั้นออกเป็นงานย่อย ๆ อย่างชัดเจน ในทางตรงข้ามแนวคิดผลลัพธ์ปลายทางของการเรียนรู้ เน้นที่สมรรถนะที่เป็นประโยชน์ซึ่งผู้ที่จบการศึกษาสามารถนำไปบูรณาการได้

แนวคิดผลลัพธ์ปลายทางของการเรียนรู้ ยังเกี่ยวข้องกับแนวคิดเรื่องสมรรถนะในส่วนของวัตถุประสงค์ของการสอน ทั้งสองแนวคิดเน้นที่ผู้เรียนควรที่จะสามารถทำอะไรเมื่อสิ้นสุดการเรียนในแต่ละรายวิชา ซึ่งเป็นเรื่องตรงกันข้ามกับหลักสูตรที่เน้นครอบคลุม โดยปราศจากการชี้เฉพาะอย่างชัดเจนว่าผู้เรียนควรทำอะไรได้ จากการศึกษาการวิจัยหลายชิ้น ส่วนใหญ่ระบุว่านักเรียนมีความยากลำบากทั้งในการถ่ายโยงความรู้ระหว่างรายวิชา และระหว่างโรงเรียนกับชีวิตจริง (Perkins, 1988) และยังไม่มีการใดสนับสนุนว่า ผู้เรียนจะสามารถบูรณาการความรู้สู่ภายนอกโรงเรียนได้ ถ้าความรู้นั้นได้รับในลักษณะที่แยกประเด็น หรือแยกทักษะ

2) ผลลัพธ์ปลายทางของการเรียนรู้ และวัตถุประสงค์ของรายวิชา

ในขณะที่ "สมรรถนะ" มักใช้ในโปรแกรมวิชาชีพหรืออาชีพ คำที่นิยมใช้มากที่สุดในการบอกถึงจุดมุ่งหมายของการศึกษาในรายวิชาที่เป็นวิชาการคือคำว่า "วัตถุประสงค์รายวิชา" คำว่า "วัตถุประสงค์รายวิชา" และ "ผลลัพธ์ปลายทางของการเรียนรู้" มักจะถูกเปรียบเทียบกัน เพราะไม่มีนิยามที่แน่นอนของวัตถุประสงค์รายวิชา ซึ่งวัตถุประสงค์โดยทั่วไปจะเขียนเกี่ยวกับทั้งสิ่งที่ผู้สอนและผู้เรียนจะทำ ส่วนผลลัพธ์ปลายทางจะเขียนเกี่ยวกับผู้เรียนควรรู้หรือสามารถทำอะไรได้เมื่อจบการเรียนในวิชานั้น ๆ วัตถุประสงค์รายวิชาส่วนใหญ่ไม่ชัดเจนสำหรับผู้เรียนว่า พวกเขาจะได้รับอะไรจากการสอนนั้น ในขณะที่ผู้สอนตั้งใจอย่างจริงจังที่จะ "ให้" ในสิ่งที่เฉพาะเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ปลายทาง โดยการบอกเพียงว่า "ให้" หรือ "สอน" เท่านั้น มันไม่ชัดเจนว่าผู้เรียนควรรู้อะไรหรือสามารถทำอะไรได้ ซึ่งเป็นผล

จาก “ประสบการณ์” นั้น เปรียบเทียบประโยค “ผู้เรียนจะได้รับการสอนเรื่อง องค์ประกอบการเขียนที่ดี” กับประโยค “ผู้เรียนสามารถเขียนได้อย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์หรือในโอกาสต่าง ๆ กัน” ในขณะที่วัตถุประสงค์รายวิชาจะบอกว่าครูหรือผู้สอนคิดอะไร เป็นศูนย์กลางของความตั้งใจของผู้สอนเกี่ยวกับรายวิชานั้น ไม่ได้มีการกำหนดว่าวัตถุประสงค์แสดงถึงการเรียนรู้ที่ผู้เรียนควรประสบความสำเร็จ

3) ผลลัพธ์ปลายทางของการเรียนรู้ และการประเมินผล

เป็นที่ตระหนักกันว่า ผลลัพธ์ปลายทางของการเรียนรู้นั้นจะประเมินผลอย่างไร ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะบอกถึงคุณค่าของการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินจะแสดงให้เห็นถึงแนวคิดของการสอนและการเรียนรู้ของผู้สอนให้อยู่ ผู้สอนต้องถามตนเองว่าการปฏิบัติ หรือทักษะของผู้เรียนประเภทใดที่จะบอกถึงความเชื่อมั่นได้ว่า ผู้เรียนเข้าใจ และสามารถประยุกต์สิ่งที่ได้เรียนรู้ไป

การที่จะบอกได้อย่างชัดเจนว่า การปฏิบัติประเภทใดที่จะให้ความเชื่อมั่นได้ว่า ผู้เรียนมีความรู้และความสามารถที่เราต้องการ คือวิธีการที่เป็นประโยชน์สำหรับผลลัพธ์ปลายทางของการเรียนรู้ เพราะประโยคที่บอกผลลัพธ์ปลายทางเป็นประโยคทั่ว ๆ ไปและบางทีก็เป็นข้อสำคัญในแนวคิดผลลัพธ์ปลายทางของการเรียนรู้ การประเมินส่วนใหญ่ที่ใช้เป็นการประเมินที่เรียกว่า การประเมินอย่างแท้จริง (authentic assessment) ซึ่งแนวคิดของการประเมินอย่างแท้จริง คือการสร้างสรรค์ การสั่งงาน และการประเมิน ที่กระตุ้นสถานการณ์ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ให้ผู้เรียนบูรณาการความรู้ ทักษะ และคุณค่า (value) ให้เกิดขึ้นในรายวิชานั้น ๆ

การประเมินตามอุดมคติคือ การจัดโอกาสให้ผู้เรียนได้ปฏิบัติในสิ่งที่บูรณาการการเรียนรู้ของพวกเขา และได้รับการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างเพียงพอและเหมาะสม การประเมินไม่ควรจะถูกมองเป็นเพียงเครื่องมือของการประเมิน (evaluation) แต่ควรจะเป็นเครื่องมือสำหรับการเรียนรู้ด้วย อย่างไรก็ตาม เพราะการเรียนรู้ถูกกระตุ้นโดยการลงมือทำ การสร้างสรรค์ และการมอบหมายงานที่มีความหมายและสำคัญเป็นองค์ประกอบสำคัญของการสอน ซึ่งจะเห็นได้ว่าการประเมินนี้เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเรียนรู้ ไม่ใช่แค่การประเมินผลและการให้ประกาศนียบัตรเท่านั้น

จริงหรือไม่ที่ผลลัพธ์ปลายทางต้องวัดได้ ?

ผลลัพธ์ปลายทางควรถูกประเมิน ทั้งผู้สอนและผู้เรียนต้องการที่จะรู้ว่าผลลัพธ์ปลายทางนั้นบรรลุหรือยัง อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ปลายทางต้องถูกประเมินในบริบทที่เป็นจริง การประเมินผลโดยทั่วไปต้องให้ผู้สอนตัดสินมากกว่าที่จะ “วัด” การวัดเป็นการประเมินแบบหนึ่งในหลาย ๆ แบบของ

กระบวนการประเมิน เพื่อว่าสิ่งที่ถูกประเมินจะสามารถบอกจำนวนได้ง่าย การทดสอบแบบหลายตัวเลือกมีความเที่ยงสูงและให้เกรดได้ง่าย แต่มักจะมีความตรงต่ำเพราะไม่สามารถประเมินได้ว่าผู้เรียนสามารถนำความรู้ที่พวกเขาสามารถจดจำได้ในขณะสอบ ไปใช้ (หรือเข้าใจอย่างแท้จริง) สิ่งสำคัญที่สุด การทดสอบเหล่านี้ส่งสัญญาณอันตรายแก่นักเรียนว่า คะแนนที่ได้ในรายวิชาไม่ได้บ่งบอกถึงการนำความรู้ไปใช้ เป็นแต่เพียงความรู้ที่ทดสอบได้เท่านั้น (testable knowledge)

Harden (Harden และคณะ, 1999) นำแนวคิดการศึกษาที่ใช้ผลลัพธ์ปลายทางเป็นฐาน ไปใช้ในการพัฒนาหลักสูตรแพทยศาสตร์ เขาให้ความคิดเห็นว่าในการพัฒนาหลักสูตรนั้น เมื่อสามารถกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจนได้แล้วต้องทำการเลือกเนื้อหา จัดเนื้อหา รวมถึงวิธีการประเมินที่สอดคล้องเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ โดยผลลัพธ์ของการเรียนรู้ควรประกอบด้วยความรู้และทักษะที่สามารถวัดผลสำเร็จได้ การนำแนวคิดนี้ไปใช้ในการจัดการศึกษาทางการแพทย์ มีข้อดีคือ

1. เป็นที่ยอมรับทางการศึกษา
2. เป็นแนวคิดที่เข้าใจได้ง่าย
3. เป็นเครื่องมือในการกระตุ้นให้นักการศึกษาได้พิจารณาถึงสิ่งที่มหาวิทยาลัยกำลังฝึกแพทย์ว่าต้องการอะไร
4. ให้กรอบแนวคิดที่ดีที่ช่วยในการจัดทำหลักสูตร
5. สามารถใช้สำหรับประเมินหลักสูตรได้
6. เป็นแนวคิดที่กระตุ้นให้เกิดการบูรณาการทางการเรียนการสอนระหว่างนักการศึกษาและการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการพัฒนาหลักสูตร

ข้อโต้แย้ง

มีผู้ที่ไม่เห็นด้วยกับการใช้แนวคิดการศึกษาที่ใช้ผลลัพธ์ปลายทางเป็นฐาน ได้แก่

Ecclestone (1999) ให้ความเห็นว่าเป็นเป้าหมายทางการศึกษามีใช่ว่าจะวัดได้ทุกข้อ ตัวอย่างเช่น การคิดวิเคราะห์ ความคิดสร้างสรรค์ คุณธรรม และการเรียนรู้หรือการฝึกปฏิบัติที่เป็นมิติทางนามธรรม นั้นไม่สามารถนำมากำหนดเป็นผลลัพธ์ปลายทางและทำการประเมินได้

Jackson (2000) ให้เหตุผลในการคัดค้านว่า

1. แนวคิดการศึกษาที่ใช้ผลลัพธ์ปลายทางเป็นฐานนี้ ไม่สามารถนำไปปรับใช้กับโครงสร้างของบางวิชาและบางสาขาวิชา
2. แนวคิดนี้ไม่ให้ความสนใจกับกระบวนการในการดำเนินงาน

3. ผลลัพธ์ปลายทางของการศึกษาที่สำคัญ เช่น คุณค่า ทักษะคติ นั้นยากที่จะนำไปใช้

Malan (2000) ให้ความเห็นว่า การสร้างความเชื่อมโยงระหว่างผลลัพธ์ปลายทาง การเรียนรู้ และวิธีการประเมินนั้นมีขั้นตอนมากเกินไป สิ้นเปลืองเวลา ทำให้อาจารย์ผู้สอนขาดความเป็นอิสระ ต้องอธิบายและชี้แจงกับผู้เรียนและผู้ร่วมงานมากเกินไป

Killen (2000) บอกว่า ครูอาจจะไม่เห็นด้วยกับผลลัพธ์ปลายทางที่ได้กำหนดไว้ หรืออาจไม่เห็นด้วยกับผลลัพธ์ปลายทางการศึกษาที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้า

ในข้อโต้แย้งเหล่านี้ Spady (2001) ให้ความเห็นว่า ผลลัพธ์ของการเรียนรู้นั้น ต้องเป็นการเรียนรู้ของผู้เรียนที่สามารถแสดงสาธิต หรือสังเกตได้อย่างชัดเจน โดยการสาธิตนั้นต้องสะท้อนให้เห็นองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ 1) สิ่งที่คุณเรียนได้รู้ 2) สิ่งที่คุณเรียนทำได้จริงหลังจากที่มีความรู้ และ 3) ความเชื่อมั่นในการสาธิตหรือแสดงสิ่งที่ได้รู้ และเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์หรือได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนด การสอนในระบบของการศึกษาที่ใช้ผลลัพธ์ปลายทางเป็นฐานนั้น ผู้สอนต้องมีการค้นหาและออกแบบวิธีการเรียนการสอนที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ ผู้สอนจะเป็นผู้กระตุ้น ให้ผู้เรียน เรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนได้พัฒนาผลลัพธ์ที่ต้องการอย่างแท้จริง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการศึกษาที่ใช้ผลลัพธ์ปลายทางเป็นฐานมาใช้ โดยการมุ่งกำหนดคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ของหลักสูตรเป็นวัตถุประสงค์ของหลักสูตร แล้วดำเนินการจัดเนื้อหาของหลักสูตรให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์

ในการกำหนดจุดมุ่งหมายของหลักสูตรนั้น สุนีย์ ภูพันธ์ (2546) ได้กล่าวไว้ว่า จุดหมายของหลักสูตรที่ดี ควรตั้งอยู่บนรากฐานของความจริงและสามารถนำไปปฏิบัติได้ อีกทั้งยังต้องสอดคล้องกับความต้องการของสังคม สามารถตอบสนองต่อความต้องการของสังคมและชาติด้วย การร่างวัตถุประสงค์ของหลักสูตร มีหลักในการปฏิบัติตามที่ Pratt (1980, อ้างถึงใน ธำรง บัวศรี, 2532) เสนอไว้คือ

1. วัตถุประสงค์ต้องบอกถึงความต้องการอย่างชัดเจน
2. วัตถุประสงค์ต้องบอกถึงการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ ที่จะเกิดขึ้นกับผู้เรียน
3. ต้องสั้น และรัดกุม
4. ต้องมีความถูกต้อง
5. เป็นข้อความที่มีความสมบูรณ์ในตัวเอง และ
6. ต้องได้รับการยอมรับจากผู้ที่เกี่ยวข้อง

ตอนที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพ

นิยามของการส่งเสริมสุขภาพ

การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการระดมทรัพยากรมนุษย์และทรัพยากรอื่น ๆ เพื่อเอื้อในการสร้างขีดความสามารถให้ประชาชนในการควบคุมปัจจัยที่จะก่อให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บ และพัฒนาให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งกาย ใจ และสังคม เพื่อใช้ความมีสุขภาพดีเป็นต้นทุน ในการดำเนินชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป การส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในงานด้านสาธารณสุขเพียงภาคเดียว (นิยามจาก WHO, 1986)

ได้มีผู้ให้นิยามของการส่งเสริมสุขภาพไว้อีกหลายประการ ดังเช่น

1. นิยามจาก American Journal of Health Promotion

การส่งเสริมสุขภาพเป็นวิทยาศาสตร์และศิลปะของการช่วยประชาชนในการเปลี่ยนวิถีชีวิตของเขาเพื่อให้มีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดหมายถึง ความสมดุลของร่างกาย อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และสติปัญญา การเปลี่ยนวิถีชีวิตสามารถกระตุ้นผ่าน การยกระดับความรู้สึกตัว การเปลี่ยนพฤติกรรม และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติให้มีสุขภาพดี

2. นิยามโดย O'Donnell (2001)

การส่งเสริมสุขภาพเป็นการรวมกันของ การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และการแทรกแซงในด้านเศรษฐกิจ การเมือง และองค์การที่เกี่ยวข้องที่ออกแบบให้กระตุ้นการเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่จะนำไปสู่สุขภาพ ตัวอย่างของการส่งเสริมสุขภาพในแนวคิดนี้ได้แก่ การสมบรูณ์แข็งแรงของร่างกาย การควบคุมการสูบบุหรี่ สุขภาพจิต-กาย สุขภาพจิตวิญญาณ การดูแลตนเองทางการแพทย์ สุขภาพสิ่งแวดล้อม โภชนาการ การจัดการความเครียด สุขภาพของสังคม การจัดการน้ำหนัก ความปลอดภัยในการทำงาน การดูแลมารดาที่คลอด

3. นิยามของหน่วยงานสาธารณสุขของประเทศแคนาดา

การส่งเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำหรับการพัฒนาสุขภาพของประชาชน โดยการจัดเครื่องมือให้บุคคล กลุ่ม หรือชุมชน เพื่อใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีของเขา การส่งเสริมสุขภาพมุ่งเน้น ปัจจัยทางสังคม ร่างกาย เศรษฐกิจ และการเมือง ที่ส่งผลต่อสุขภาพ และรวมถึงกิจกรรมที่ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย ความเป็นอยู่ที่ดีต่อสุขภาพและโภชนาการที่ดี

4. นิยามโดย Tannahill (1985)

การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันโรค และการปกป้องสุขภาพ โดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมการสื่อสารที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และป้องกันการเจ็บป่วย โดยอาศัยความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และพฤติกรรมของชุมชน การปกป้องสุขภาพ หมายถึง นโยบายและข้อปฏิบัติทางกฎหมายที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันความเจ็บป่วย หรือเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น ตัวอย่างเช่น การไม่สูบบุหรี่ในที่สาธารณะ ส่วนการป้องกันนั้นมุ่งเน้นที่บริการ เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การตรวจหาภาวะความดันโลหิตสูง การใช้หมวกฝรั่งที่ผสมนิโคตินในการช่วยหยุดการสูบบุหรี่ เป็นต้น

5. นิยามโดย Green and Kreuter (2005)

การส่งเสริมสุขภาพเป็นผลรวมของการศึกษาและการสนับสนุนทางสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการกระทำ และเงื่อนไขของชีวิตที่จะนำไปซึ่งสุขภาพที่ดี การส่งเสริมสุขภาพช่วยให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดภาวะเสี่ยงของการเกิดโรค

6. นิยามโดย McKenzie , Neiger, and Smeltzer (2005)

การส่งเสริมสุขภาพเป็นผลรวมของกิจกรรมที่ไม่ใช่แค่การศึกษาเท่านั้น แต่ยังรวมถึง กลยุทธ์ การเปลี่ยนพฤติกรรม การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การวัดเพื่อการปกป้องสุขภาพ การตรวจหาปัจจัยเสี่ยง การยกระดับสุขภาพ และการคงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพอันดีที่เหมาะสม

โดยสรุปเมื่อมีการกล่าวถึง การส่งเสริมสุขภาพ (health promotion) จะประกอบด้วย

1. องค์ประกอบของสุขภาพ ได้แก่ ร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา จิตวิญญาณ บางนิยามยังรวมถึงสิ่งแวดล้อมอีกด้วย

2. การสมดุล หมายถึง องค์ประกอบต่าง ๆ นั้นจะต้องอยู่ในภาวะสมดุลกัน

3. การส่งเสริมสุขภาพเป็นเรื่องของการเปลี่ยนวิถีชีวิต พฤติกรรม และอาจรวมถึงสิ่งแวดล้อม

4. เป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพ มีหลายระดับ ได้แก่

4.1 บุคคล (individual)

4.2 กลุ่มบุคคล (group)

4.3 ชุมชน (community)

5. แนวทางที่ใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่
 - 5.1 การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ
 - 5.2 การป้องกัน ซึ่งเป็นเรื่องของกิจกรรม หรือการให้บริการ
 - 5.3 การปกป้องสุขภาพเป็นเรื่องของนโยบาย กฎหมาย ข้อบังคับต่าง ๆ
 - 5.4 การตรวจหาปัจจัยเสี่ยง และการจัดการความเสี่ยงเหล่านั้น

จากการประมวลนิยามและแนวคิดต่าง ๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดนิยามที่จะใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ว่า

การส่งเสริมสุขภาพทางกายภาพบำบัด (health promotion in physical therapy) หมายถึง การดำเนินงานต่าง ๆ ที่ใช้องค์ความรู้ทางกายภาพบำบัด เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิต หรือพฤติกรรมของบุคคลในสังคม ทั้งในระดับรายบุคคล และระดับชุมชน เพื่อให้เกิดความสมดุลของการมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

โดยผ่านกระบวนการ ค้นหาปัญหา การวิเคราะห์หาสาเหตุ แนวทางการแก้ไขด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด ที่สอดคล้องกับปัญหาและแนวทางการดำเนินชีวิตของบุคคล เพื่อให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จากแผนภาพด้านล่าง แสดงให้เห็นว่า การให้การส่งเสริมสุขภาพทางกายภาพบำบัดนั้น ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม โดยมีเป้าหมายที่จะพัฒนาให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี ซึ่งเกิดจากความรับผิดชอบต่อสุขภาพตนเอง



จากการศึกษาเอกสารงานวิจัย บทความ และเอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้ทราบถึงงานส่งเสริมสุขภาพที่ดำเนินการในประเทศไทย พบว่า ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพมาเป็นเวลานาน ดังแสดงในตารางที่ 2.1 ดังนี้

ตารางที่ 2.1 วิวัฒนาการงานส่งเสริมสุขภาพของประเทศไทย

ปี พ.ศ.	นโยบายของรัฐ	หลักการ / แนวคิด	การดำเนินงาน
2522	กลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐาน	การให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานแก่ประชาชน เพื่อลดช่องว่างของปัญหาสาธารณสุข	1. การจัดตั้งกองทุนในชุมชน 2. การอบรม ผสส. อสม.
2527	ปีสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ	ประชาชนต้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ มิใช่รอรับบริการจากบุคลากรสาธารณสุขเหมือนเดิม	สุขภาพดีถ้วนหน้าในปี 2543
2528	ปีคุณภาพชีวิตแห่งชาติ	ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่	กำหนดเครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน. (จปฐ.)
2543 - 2544	การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ	เพื่อสร้างระบบสุขภาพให้มีมาตรฐานคุณภาพและค่าใช้จ่ายที่ยุติธรรม	1. จัดตั้งคณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 3. กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
2545	นโยบายสร้างสุขภาพทั่วไทย	การ "สร้าง" สุขภาพนำการ "ซ่อม" สุขภาพ	1. กิจกรรมออกกำลังกาย รวมพลังสร้างสุขภาพ 2. พัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน 3. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
2547 - 2548	ยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง	ประเทศไทยจะแข็งแรงได้นั้นต้องอยู่บนพื้นฐานที่ประชาชนไทยมีสุขภาพอนามัยดี แข็งแรง ทั้ง 4 มิติ คือ มิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา / จิตวิญญาณ	1. การรณรงค์นโยบาย 6 อ. 2. ประกาศกฎบัตรกรุงเทพ
2550	เศรษฐกิจพอเพียงสู่ระบบสุขภาพพอเพียง	การพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม ประกอบด้วยสุขภาพทางกาย ใจ สังคมและปัญญา	1. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 2. กรอบยุทธศาสตร์ การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ

งานส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทยนั้น เริ่มมีการดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2522 ในขณะนั้น รัฐบาลได้มีนโยบายให้ดำเนินการเรื่อง กลยุทธ์สาธารณสุขมูลฐานขึ้น ทั้งนี้มีที่มาจาก ที่ประชุมของ องค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2521 ณ เมือง อัลมา-อะตา สหภาพโซเวียต ได้มีคำประกาศแห่ง อัลมา-อะตา (Declaration of Alma-ata) เสนอยุทธศาสตร์ "การสาธารณสุขมูลฐาน" ออกมาให้ประเทศ สมาชิกต่าง ๆ นำไปใช้ สำหรับประเทศไทย นายแพทย์อมร นนทสุด ปลัดกระทรวงสาธารณสุขขณะ นั้น ได้นำเอางานสาธารณสุขมูลฐานมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุขเป็นครั้งแรก

"การสาธารณสุขมูลฐาน" เป็นการให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสานทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีแนวคิดที่ว่า เรื่องสุขภาพนั้นจะปล่อยให้ ประชาชนรอรับบริการจากฝ่ายบุคลากรทางสาธารณสุขอย่างเดียวเหมือนเดิมไม่ได้ ฝ่ายประชาชนต้อง เข้ามามีส่วนร่วม ในเรื่องที่เขาทำเองได้ ต้องมีการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนรับรู้ถึงสภาพ ปัญหาของตน รวมถึงสาเหตุของปัญหา เพื่อที่ประชาชนจะสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง และทั้ง ยังเป็นการลดช่องว่างของปัญหาสาธารณสุขที่รัฐไม่สามารถให้บริการได้ทั่วถึงอีกด้วย และจากแนว คิดดังกล่าว ทำให้รัฐบาลกำหนดให้ปี พ.ศ. 2527 เป็นปีการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติ มีการกำหนด เป้าหมายระยะยาวคือ "สุขภาพดีถ้วนหน้าใน พ.ศ. 2543" (Health for All by the Year 2000)

ในประเทศแถบยุโรป การสาธารณสุขมูลฐานจะเป็นเรื่องของการพัฒนาการบริการการแพทย์ และสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ส่วนกิจกรรมการดำเนินงานที่สำคัญ ที่ผ่านมากในประเทศไทย ได้แก่ การ จัดตั้งกองทุนในชุมชน การอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนี้ จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องปัญหาสาธารณสุขของชุมชนที่ตนเองอยู่ มีหน้าที่เผยแพร่ความรู้เรื่องสุขภาพและให้คำแนะนำ วิธีการดูแลสุขภาพแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนในท้องถิ่นของตนนั้นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค หรือเมื่อเจ็บป่วยแล้วสามารถดูแลรักษาโรคขั้นต้นได้อย่างถูกต้อง แต่เท่าที่ผ่านมาพบว่าบทบาทหลักของ อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐาน คือ การแจ้งข่าวสารให้ชาวบ้านและการสำรวจหมู่บ้าน เท่านั้น

ปี พ.ศ. 2528 คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบและอนุมัติให้มีการดำเนินการ โครงการปිරณรงค์คุณ ภาพชีวิต ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนในชนบท สามารถพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง และครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยใช้เครื่องชี้วัดความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) 8 หมวด 32 เครื่องชี้ วัด เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพชีวิตของคนไทย เครื่องชี้วัดดังกล่าวจะกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำในด้าน ต่าง ๆ อาทิ

1. ด้านสุขภาพ จะมุ่งเน้นเรื่องการดูแลหญิงตั้งครรภ์ เด็กแรกเกิดถึง 5 ปีและการบริโภคอาหารในครัวเรือน
2. ด้านที่อยู่อาศัย มุ่งให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม
3. ด้านการศึกษา มุ่งให้ประชาชนเข้าถึงบริการสังคมขั้นพื้นฐาน
4. ด้านคุณธรรม มุ่งเน้นให้ประชาชนมีการพัฒนาจิตใจของตนเองได้ดีขึ้น
5. ด้านสิ่งแวดล้อม มุ่งเน้นให้ประชาชนมีจิตสำนึกและร่วมกันอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งรัฐมุ่งหวังว่าจะเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าในช่วงเวลานี้ การดำเนินงานสาธารณสุขของไทยมีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่มุ่งเน้นการให้บริการรักษาพยาบาลเมื่อเวลาประชาชนเจ็บป่วย ไปสู่การให้ประชาชนเฝ้าระวัง มีการสำรวจ ประเมินปัญหาที่ตนเผชิญ แก้ไขปัญหาเบื้องต้นด้วยตนเองเพื่อมุ่งหวังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้คุณภาพชีวิตที่ดีนอกจากจะมุ่งเน้นเรื่องสุขภาพกายแล้ว ยังครอบคลุมไปถึงสุขภาพทางจิตใจอีกด้วย

ในช่วงเวลาเดียวกันกลุ่มประเทศยุโรปกำลังเผชิญปัญหาการเพิ่มขึ้นของต้นทุนด้านการรักษาพยาบาล ทำให้เป็นแรงขับเคลื่อนนโยบายการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประเทศแคนาดา ได้เริ่มบุกเบิกแนวคิด กลยุทธ์ในงานส่งเสริมสุขภาพอย่างจริงจัง จนองค์การอนามัยโลกยอมรับแนวคิดนี้ จัดให้มีการประชุมนานาชาติ ครั้งแรกที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา ในปี พ.ศ. 2529 มีผู้เข้าร่วมประชุมจาก 38 ประเทศ และได้ประกาศ “กฎบัตรออตตาวา” (The OTTAWA Charter) กฎบัตรฯ นี้ได้บัญญัติว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพที่อันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งบุคคลจะต้องสามารถตระหนักถึงความปรารถนาของตน สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้

ปี พ.ศ. 2543 ได้มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพ ซึ่งมีสาเหตุมาจาก ระบบสุขภาพแห่งชาติยังไม่สามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีพอ ถึงแม้ว่าผู้คนจะมีความสะดวกสบายทางวัตถุมากขึ้น มีการศึกษาเพิ่มขึ้น คนไทยป่วยและตายด้วยโรคติดต่อลดลง แต่กลับต้องเผชิญกับโรคร้ายใหม่ ๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคเอดส์ โรคประสาท โรคมะเร็ง โรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ และโรคที่เกิดจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง

แนวคิดเรื่องการปฏิรูปสุขภาพ ทำให้มุมมองเรื่องสุขภาพขยายขอบเขตกว้างกว่าเดิม จากการที่มองเพียงเรื่องของการเจ็บป่วยและการรักษาโรค ไปสู่สุขภาพที่เป็นองค์รวมของมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ (ปัญญา) และการสร้างสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคน ทุกครอบครัว ทุกชุมชนที่ต้องรับผิดชอบ ทั้งนี้เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการสร้างสุขภาพดีแทนที่จะรอเพื่อรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย โดยรัฐได้กำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 4 ประการ คือ

1. ยุทธศาสตร์การสร้างองค์ความรู้
2. ยุทธศาสตร์การสร้างความร่วมมือทางสังคม เพื่อประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคีต่าง ๆ
3. ยุทธศาสตร์การสื่อสารสร้างพลัง และ
4. ยุทธศาสตร์การจัดการ

โดยมีการดำเนินงานที่สำคัญ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี ดังนี้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานนี้ เพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยม และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ ประชาชนที่จะพัฒนาเป็นพื้นฐาน ในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ เนื่องจากโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานให้บริการสุขภาพที่มีค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลสูง ถ้าหากสามารถเปลี่ยนโรงพยาบาลจากการให้บริการเชิงรับไปสู่เชิงรุกได้ จะก่อให้เกิดการลดค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมาก

กองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (พ.ศ. 2544)

กองทุนนี้มีนโยบายที่จะเพิ่มสุขภาพให้กับประชาชนทุกวัย ตามนโยบายสุขภาพแห่งชาติ มุ่งลดการบริโภคสุรา ยาสูบ สารและสิ่งอื่นที่ทำลายสุขภาพ ให้การสนับสนุนเพื่อพัฒนาขีดความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนหรือองค์กรต่าง ๆ สนับสนุนการศึกษา วิจัยหรือพัฒนาทางวิชาการในการสร้างเสริมสุขภาพ และให้มีการรณรงค์สร้างความตระหนักและความเชื่อเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชาชน

ต่อมาในปี พ.ศ. 2545 รัฐบาลได้ประกาศนโยบายสร้างสุขภาพทั่วไทย และได้กำหนดให้วันที่ 27 พฤศจิกายนของทุกปี ซึ่งเป็นวันคล้ายวันสถาปนากระทรวงสาธารณสุข ให้เป็นวันสร้างสุขภาพแห่งชาติ ได้มีการจัดงานมหกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนตระหนักและเกิดความตื่นตัวในการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ
2. เพื่อให้ประชาชนทุกหมู่เหล่า ทั้งภาครัฐ และเอกชนเข้าร่วมกิจกรรมรวมพลังสร้างสุขภาพ โดยการออกกำลังกายร่วมกัน
3. เพื่อส่งเสริมการเกิดชมรมสร้างสุขภาพ และสร้างความเข้มแข็งให้ชมรมสร้างสุขภาพเพื่อหวังผลลัพธ์ว่า ประชาชนมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นประจำเพิ่มมากขึ้น

ปรากฏว่าการจัดงานในครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2545 ณ ท้องสนามหลวง มีผู้มาร่วมออกกำลังกายถึง 46,824 คน และเพิ่มมากขึ้น ในการจัดงานครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน 2546 มีจำนวนถึง 8,661,089 คน

นอกจากนี้ ในปี 2545 ซึ่งถือเป็นปีแห่งการสร้างสุขภาพทั่วไทย ได้มีการดำเนินงาน ภายใต้กลยุทธ์ "รวมพลังสร้างสุขภาพ" (Empowerment for Health) เพื่อให้ประชาชนตลอดจนองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน มีส่วนร่วมสนับสนุนให้เกิดการ "สร้าง" สุขภาพมากกว่าการ "ซ่อม" สุขภาพ ดังนั้น การพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชน (primary care unit หรือ P.C.U.) เพื่อเป็นศูนย์ประสานงานด้านสุขภาพ ในแต่ละพื้นที่สนับสนุนให้เกิด ชมรมออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ที่เป็นแกนหลักอย่างน้อยตำบลหรือเทศบาลละ 1 ชมรมทั่วประเทศ

พัฒนาให้เกิดโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจำนวนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 60 ของโรงเรียนทั้งหมดทั่วประเทศ เพื่อเป็นศูนย์ส่งเสริมให้นักเรียนและชุมชนมีพฤติกรรมในการ "สร้าง" สุขภาพทั้งกายและจิต วรรณรงค์และควบคุมเพื่อลดโรคที่ทำให้คนไทยมีอัตราการป่วยหรือตายสูง 6 โรค ได้แก่ โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคไข้เลือดออกและโรคเอดส์

ปี พ.ศ. 2547 รัฐบาลได้มี แนวคิดเพื่อส่งเสริมให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคมและปัญญา สามารถดำรงชีพบนพื้นฐานความพอดีพอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญายุทธศาสตร์ เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) โดยจะเน้นการรณรงค์สร้างสุขภาพให้คนไทยแข็งแรงตามกรอบ 6 อ. คือ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยาและอบายมุข ทั้งนี้ได้มีการกำหนด เป้าหมายในการดำเนินงานทั้งหมด 17 เป้าหมาย ซึ่งเป็นเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ตัวอย่าง 1 ใน 17 เป้าหมาย ได้แก่ คนไทยที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสุขภาพแข็งแรงในทุกหมู่บ้าน ทุกชุมชน ทุกหน่วยงานและสถานประกอบการ

สืบเนื่องจากแนวคิดยุทธศาสตร์เมืองไทยแข็งแรง ในปีถัดมา 2548 รัฐบาลจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์สร้างคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง (Healthy Thailand) เทิดพระเกียรติ 90 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว (2548- 2560) โดยมุ่งหวังให้คนไทยอยู่เย็นเป็นสุขทั้งกาย ใจ สังคมและปัญญา สามารถดำรงชีพบนพื้นฐานความพอดีพอประมาณอย่างมีเหตุผล ภายใต้ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มีครอบครัวที่อบอุ่นมั่นคงอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ เป็นสังคมแห่งการเรียนรู้และช่วยเหลือเกื้อกูล มีสัมมาชีพทั่วถึงมีรายได้ มีสุขภาพแข็งแรง และอายุยืนยาว โดยตั้งเป้าหมายให้บรรลุ "เมืองไทยแข็งแรง" ภายในปี พ.ศ. 2560

จากการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลายาวนาน ทั้งในด้านนโยบายและการดำเนินงานของรัฐ การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน ทำให้ประเทศไทยได้รับเกียรติจากองค์การอนามัยโลก ในการเป็นเจ้าภาพร่วมจัดประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพระดับโลก และเมื่อวันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ 2548 ได้มีการประกาศกฎบัตรกรุงเทพ (Bangkok Charter) ขึ้น เพื่อเป็นการเน้นย้ำถึงการส่งเสริมสุขภาพ ว่าเป็นกระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนสามารถควบคุมสุขภาพตนเอง และควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพได้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้มีสุขภาพดียิ่งขึ้น โดยมีเป้าหมาย เป็นประชาชนทุกกลุ่ม รวมถึงรัฐบาลและนักการเมืองทุกระดับ ประชาสังคม ภาคเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นอกจากนี้ในกฎบัตรกรุงเทพ ยังกล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ เป็นบทบาทหลักของงานสาธารณสุข และมีส่วนสำคัญในการแก้ปัญหาโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งการจัดการกับภัยคุกคามสุขภาพในรูปแบบอื่น

ในปี พ.ศ. 2550 เรื่องการส่งเสริมสุขภาพได้รับความสำคัญมากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นได้จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550 – 2554) ซึ่งให้ความสำคัญต่อยอดความคิด เรื่องการพัฒนาสุขภาพที่เป็นองค์รวม ทั้งทางกาย ทางใจ สังคมและปัญญา โดยยึดหลักสองประการคือ "เศรษฐกิจพอเพียงสู่ระบบสุขภาพพอเพียง" และ "สุขภาพดีเป็นผลมาจากสังคมดี หรือสังคมแห่งสุขภาพะ" ในแผนพัฒนาฯ ฉบับนี้ ได้กล่าวถึงเป้าหมายในการพัฒนาเกี่ยวกับ งานส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็น "งานสร้างเสริมสุขภาพเชิงรุกที่สามารถสร้างปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดี" พร้อมทั้งให้มีการเสริมสร้างความรู้และทักษะการดูแลรักษาสุขภาพในกลุ่มเป้าหมายหลัก ได้แก่ เด็ก วัยรุ่น วัยทำงาน พ่อแม่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรัง

นอกจากแผนพัฒนาสุขภาพฉบับที่ 10 แล้ว รัฐบาลยังได้มีการกำหนด กรอบยุทธศาสตร์ การเตรียมความพร้อมสังคมไทยสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย ที่มีแนวโน้มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2547 ยังพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพตั้งแต่ระดับพื้นฐานจนถึงระดับ

เรื้อรังหรือทุพพลภาพ ซึ่งต้องอาศัยการรักษาพยาบาลและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในระดับรายจ่ายที่สูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ ดังนั้นประเด็นเชิงยุทธศาสตร์ในภาพรวมของประเทศ คือ การสนับสนุนให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ โดยมีการตั้งกองทุนดูแลสุขภาพระยะยาว (Long-term Care Fund) การมีส่วนร่วมของประชาชนในการวางแผนดูแลตนเอง เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐ การส่งเสริมการออกกำลังกาย รวมถึงการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะได้มีการดำเนินงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมความมีสุขภาพดีให้แก่ประชาชนมาเป็นเวลานาน แต่ก็ยังพบว่าประชาชนยังคงมีพฤติกรรมที่จัดว่าเป็นพฤติกรรมเสี่ยงอยู่จากการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงของคนไทย เมื่อปี พ.ศ. 2541 พบข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 2.2 และจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เรื่องการเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรมและการใช้เวลาว่างของประชากรไทย เปรียบเทียบใน ปี พ.ศ 2533 และ พ.ศ. 2538 ได้ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 2.3

ตารางที่ 2.2 ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงของคนไทย พ.ศ.2541

พฤติกรรมเสี่ยง	จำนวน
1. ความเสี่ยงด้านการขับขี่ยานพาหนะ	
1.1 การไม่คาดเข็มขัดนิรภัยในขณะที่ขับรถ	57.62%
1.2 การไม่สวมหมวกกันน็อคขณะขับขี่ หรือ ขี่รถจักรยานยนต์	44.06%
1.3 การขับขี่ยานพาหนะโดยใช้ความเร็วสูง	11.25%
2. ความเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา	
2.1 การสูบบุหรี่	25.54%
2.2 การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	13.25%
3. ไม่ออกกำลังกายเป็นประจำ	65.30%

- หมายเหตุ
1. พฤติกรรมเสี่ยงหมายถึง พฤติกรรมที่ประชาชนปฏิบัติเป็นประจำ หรือปฏิบัติค่อนข้างบ่อย
 2. ข้อมูลนี้สำรวจจากกลุ่มตัวอย่างทุกภาคของประเทศ จำนวน 8,085 ตัวอย่าง
 3. ข้อมูลจาก สวนดุสิตโพล สถาบันราชภัฏสวนดุสิต พ.ศ. 2541

ตารางที่ 2.3 การเข้าร่วมกิจกรรมทางวัฒนธรรมและการใช้เวลาของประชากร พ.ศ. 2533, 2538

ประเภทของการใช้เวลา	ในเขตเทศบาล		นอกเขตเทศบาล		ทั่วประเทศ	
	2533	2538	2533	2538	2533	2538
ชมโทรทัศน์	89.3	92.0	76.6	89.5	79.0	90.0
ฟังวิทยุ เทป	65.9	57.8	62.8	54.2	63.4	55.0
สังสรรค์	29.5	28.4	24.5	30.0	25.5	29.7
อ่านหนังสือพิมพ์	54.5	53.9	16.3	23.7	23.7	30.0
อ่านหนังสือ	33.2	29.2	13.0	19.1	16.9	21.2
งานอดิเรก	8.2	7.6	10.9	12.5	10.4	11.4
เล่นกีฬา หรือออกกำลังกาย	17.4	20.8	8.2	14.6	9.9	15.9
ชมมหรสพต่าง ๆ	7.2	8.0	6.2	8.3	6.4	8.2
เดินเล่นตามศูนย์การค้า	18.2	24.9	2.3	5.5	5.4	9.5
ชมวิดีโอ	13.9	13.4	1.9	3.1	4.2	5.2
เดินเล่นตามสวนสาธารณะ	4.9	24.9	1.5	5.5	2.1	9.5

หมายเหตุ 1. ร้อยละของประชากรที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไป จำแนกตามประเภทของการใช้เวลาต่อสัปดาห์ และเขตการปกครอง พ.ศ. 2533 และ 2538
2. ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ในส่วนของภาครัฐได้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมการใช้บริการของประชาชนภายใต้การสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (อติญาณ์ ศรีเกษตรริน และคณะ, 2547) โดยศึกษาจากประชาชนในภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี พังงา ตรังและยะลา จำนวน 1200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการวิจัยพบว่า

ประชาชนมีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 79.02) พฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลางทุกข้อ เพราะประชาชนยังไม่เห็นประโยชน์ของการออกกำลังกายอยู่ในรูปธรรม

อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยในระดับมาก มีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

คุณภาพบริการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ที่ได้รับคุณภาพบริการในระดับมาก มีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ไปใช้บริการในสถานบริการ ได้รับความสะดวก ตรงเวลา เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความชำนาญ รอบคอบ ตลอดทั้งการบริการอย่างญาติมิตร สุภาพ ให้ข้อมูลที่เพียงพอ และตอบสนองความต้องการ สิ่งเหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างมองว่าการได้รับบริการที่ตีรวมทั้งการคาดหวังต่อผลการบริการได้ตามคาดหวัง จึงทำให้เกิดการสนใจในการทำพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพให้กับตนเอง

การรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ที่มีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการดูแลสุขภาพในระดับมาก มีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากเมื่อบุคคลมีความเชื่อมั่น ในความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จะส่งผลทำให้เกิดการรับรู้ต่ออุปสรรค ในการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจะต่ำ และเมื่อเกิดความพร้อมจะกระทำพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพโดยมีแรงจูงใจจากการรับรู้ถึงประโยชน์พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลจึงจะกระทำพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

การศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ นั่นคือ ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ เนื่องจากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีการกระจายข้อมูลข่าวสารอย่างทั่วถึง ไม่ว่าจะกลุ่มตัวอย่างจะมีการศึกษาระดับใดนอกจากนี้ความสามารถในการรับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างมีมากขึ้น เช่น โทรทัศน์ วิทยุ เจ้าหน้าที่ของรัฐ เป็นต้น ดังนั้นการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง รายได้ ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างอยู่ในชุมชนที่สามารถหาอาหารรับประทานได้ง่าย เช่น ผัก ผลไม้ เป็นอาหารตามฤดูกาลของภาคใต้ซึ่งมีราคาไม่แพง และอาหารบางชนิดมีอยู่ในบ้าน เช่น ผัก ปลา โดยไม่ต้องซื้อ ด้านการออกกำลังกาย และกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน ไม่ต้องซื้อหาอุปกรณ์ที่มีราคาแพง โดยสามารถไปพักผ่อนในสถานที่ใกล้เคียง เช่น สวนสาธารณะ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับสิทธิและสวัสดิการจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ด้านการจัดการกับความเครียดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาทางจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง เช่น การพูดคุยกับเพื่อนบ้าน การนั่งสมาธิ การทำจิตใจให้สงบ ดังนั้น รายได้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ประเภทของการประกันสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง สิทธิของประชาชนในการรับบริการ ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เนื่องจากนโยบายของรัฐที่ต้องการให้ประชาชนทุกคนมีการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าซ่อมสุขภาพ จึงได้มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนในทุกระดับอย่างเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะเป็นผู้ได้รับสิทธิประเภทไหน ดังนั้น ประเภทของการประกันสุขภาพจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

การรับรู้สิทธิ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้มีบัตรประกันถ้วนหน้า บัตรประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ทุกกลุ่มต่างรับรู้สิทธิของตนเอง ดังนั้น การรับรู้สิทธิจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

การได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ เนื่องจาก กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย และทั่วถึงไม่ว่าจากโทรทัศน์ วิทยุ เจ้าหน้าที่ เพื่อนบ้าน การเข้าร่วมประชุม ฯลฯ บางคนได้รับข้อมูลข่าวสารจากหลายแหล่งบางคนได้จากแหล่งเดียว แต่โดยรวมทุกคนได้รับข้อมูลข่าวสารที่ไม่แตกต่างกัน บางคนได้บ่อยครั้ง บางคนได้บางครั้ง ดังนั้นการได้รับข้อมูลข่าวสารจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ความต้องการทางด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ความต้องการด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคต ความตระหนักในเรื่องสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จึงมีความต้องการด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจจะเป็นเพราะมีปัจจัยหลายประการที่ทำให้ข้อจำกัดในระหว่างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดี เช่น ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ดังนั้นจึงมีผลทำให้ความต้องการด้านสุขภาพ ได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การเข้าถึงบริการ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงบริการต่างกัน ไม่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ เนื่องจากการเข้ารับบริการของกลุ่มตัวอย่าง โดยส่วนใหญ่แล้วไม่มีความแตกต่างกันมาก เช่น ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการไม่ไกลกันมาก มีความสะดวกในการเดินทางไปรับบริการ และใช้เวลาในการเดินทางไม่มากนัก นอกจากนี้ หน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพมีการรณรงค์ให้ความรู้กับประชาชน เกี่ยวกับการสร้างเสริม

สุขภาพอย่างทั่วถึง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการสามารถนำความรู้ไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง ดังนั้นการเข้าถึงบริการจึงไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

นอกจากจะมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนแล้ว ยังได้มีผู้ทำการศึกษาถึงความต้องการด้านสารสนเทศในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนอีกด้วย อเนกพล เกื้อมา และคณะ (2547) ได้ทำการศึกษาความต้องการสารสนเทศของประชาชน ใน 4 ภาคของประเทศไทย โดยพื้นที่ที่ทำการศึกษา ได้แก่ 1) ชุมชนหนองหอยและชุมชนศรีลานนา ในเทศบาลนครเชียงใหม่ 2) ชุมชนวัดเชิงท่า เทศบาลเมืองลพบุรี 3) ชุมชนบ้านแวง ตำบลบ้านแวง อำเภอพุทไธสง บุรีรัมย์ และ 4) ตำบลสะพลี อำเภอปะทิว ชุมพร

ผลการศึกษาความต้องการด้านสารสนเทศของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชนในชุมชนกรณีศึกษาทั้ง 4 แห่งแล้วพบว่า

โดยทั่วไปแล้วประชาชนมิได้ระลึกถึงหรือมีความต้องการสารสนเทศสุขภาพ กล่าวคือ ประชาชนเห็นว่าประเด็นข้อมูลข่าวสารสุขภาพเป็นเรื่องไกลตัว ซึ่งมีได้มีความสำคัญมากนักทราบเท่าที่ยังทำงานได้ตามปกติ ครั้นเมื่อประสบกับปัญหาเจ็บป่วย การที่สามารถเข้ารับบริการรักษาพยาบาลได้โดยสะดวกหรือได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากบุคลากรสาธารณสุขนั้น จึงจะกลายเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดที่ต้องการ

สารสนเทศตามความต้องการของประชาชน

1. ความต้องการสารสนเทศที่จำกัดพฤติกรรมอยู่ในกรอบประสบการณ์การรับสารสนเทศ ซึ่งประชาชนได้รับสารสนเทศในประเด็นเหล่านี้ด้วยกันอยู่แล้ว แต่มักจะกล่าวถึงว่าต้องการอีก (เช่น พฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภค) เนื่องจาก

1.1 ต้องการยืนยันและตรวจสอบสิ่งที่รู้มาแต่เดิมอีกครั้ง

1.2 ประชาชนบางส่วนรู้สึกว่ ความรู้ที่มีอยู่เดิมนั้นไม่เพียงพอที่จะนำมาใช้ได้ เนื่องจากสารสนเทศเดิมไม่สามารถให้รายละเอียดให้เพียงพอ เช่น ประชาชนทราบว่าต้องรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ก็ไม่ทราบว่า ต้องมีสัดส่วนในการรับประทานอย่างไร กับข้อมูลที่ให้มีลักษณะที่มีความเป็นวิชาการมาก จนทำให้ประชาชนไม่เข้าใจอย่างชัดเจน

2. ความต้องการสารสนเทศเพื่อการปรับตัว และตอบสนองปัญหาที่กำลังเผชิญ เป็นความต้องการทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค พฤติกรรมการทำงานและความปลอดภัย (เช่น ความต้องการความรู้เรื่องการใช้ยาผิดประเภทอันเนื่องมาจากการทำงาน วิธีหลีกเลี่ยงความเสี่ยง

อันเนื่องมาจากการทำงาน วิธีการแก้อาการปวดเมื่อยจากการทำงาน) ความต้องการเพื่อบำบัดปัญหา ความเครียดในชีวิตประจำวัน ความต้องการสารสนเทศด้านพฤติกรรมทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ความรู้เรื่องโรคต่างๆ

3. ความต้องการด้านสารสนเทศอาจเป็นผลมาจาก แรงกระตุ้นและการรณรงค์จากความร่วมมือของ ภาครัฐและ /หรือภาคเอกชน รวมถึงผลอันอาจเกิดจากภาคธุรกิจด้านสุขภาพ

ความต้องการข้อมูลในการออกกำลังกาย เป็นตัวอย่างที่สำคัญในความต้องการกลุ่มนี้ จาก การศึกษาข้อมูลภาคสนามมีสิ่งที่น่าสนใจซึ่งชี้ให้เห็นว่า ก่อนที่จะมีการรณรงค์ และเชิญชวนให้ประชาชนออกกำลังกาย มีประชาชนจำนวนมากมีความเห็นว่า การทำงานกับการออกกำลังกายเป็นเรื่อง เดียวกัน ตามคำกล่าวที่ว่า

"...ทำงานก็หิบบโน้นหิบบนี้ ชูตดิน มันก็ได้ออกกำลังกายแล้ว..."

การออกกำลังกายจึงไม่ใช่สิ่งที่จำเป็นต่อตนเองแต่อย่างใด แต่ต่อมาหลังจากมีการรณรงค์ของ ภาครัฐในเรื่องดังกล่าว ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่งตื่นตัวและให้ความร่วมมือกับภาครัฐ เข้าร่วมออก กกำลังกายเพิ่มจากการทำงานปกติ ซึ่งอย่างไรก็ตามในช่วงแรก ๆ ยังเป็นไปตามการเชิญชวนและร้องขอ จากผู้เกี่ยวข้อง มีการประกวดและรางวัลเข้ามาเป็นกลยุทธ์ให้ประชาชนร่วมออกกำลังกายและท้ายที่ สุดประชาชนส่วนหนึ่งเห็นผลประโยชน์จากความแข็งแรงและความสุขใจที่กลับคืนมาสู่ร่างกายหลัง จากได้ร่วมออกกำลังกาย จึงเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพใหม่ขึ้นมา คนในกลุ่มนี้จึงเรียกร้องและอยากรู้ วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเองมากขึ้น และรวมไปถึงความต้องการด้านสถานที่และ อุปกรณ์ประกอบการออกกำลังกาย ซึ่งไปสอดคล้องกับกระแสสื่อโฆษณาธุรกิจอุปกรณ์การออกกำลังกาย และสถานที่ออกกำลังกาย

เมื่อนำผลการศึกษาทั้งหมดมาพิจารณาประกอบกับแนวคิดต่อพฤติกรรมสุขภาพแล้ว พบว่า ปรัชญาการณต่อประเด็นสุขภาพของประชาชนยังคงเป็นเรื่องไกลตัวและประชาชนเองก็มีได้ให้ความ สำคัญนักในภาวะที่ร่างกายยังเป็นปกติ หากแต่เมื่อใดที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ความต้องการเบื้องต้น ต่อปัญหาที่เกิดขึ้น คือ ความต้องการแพทย์เพื่อรักษาพยาบาล หรือพูดคุยให้คำปรึกษา ซึ่งไม่สอดคล้องกับเป้าหมายที่ต้องการไปสู่นโยบาย "สร้างนำซ่อม" ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค จำเป็นต้องอาศัยการรับรู้ต่อโอกาส เสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตในระดับพอสมควร และสำคัญที่สุดคือ การ ปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น จะช่วยลดโอกาสเสี่ยง และรวมถึงการไม่มีอุปสรรคสำหรับการ

ปฏิบัติ ทำให้ประเมินได้ว่า การเกิดพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนให้เป็นไปในทิศทางที่ควรจะเป็นตามความคาดหวังนั้นมีความเป็นไปได้ยากอย่างยิ่ง ด้วยเหตุผลหลายประการดังนี้

1. การไม่รับรู้ถึงภาวะคุกคาม (perceive threat) เนื่องจากการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคร่วมกับการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรครมีไม่มากนัก ทั้งนี้อาจเกิดจากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ให้ความสำคัญต่อการทำมาหากิน และยังคงเห็นเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องไกลตัว
2. ประชาชนมีอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เนื่องจากยังไม่มั่นใจว่า ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น (ซึ่งถือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันสุขภาพ) สำหรับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้น จะมีค่าที่ต้องแลกไปก่อนน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งค่าใช้จ่ายดังกล่าวนี้หมายความว่ารวมไปถึง เวลา ความไม่สะดวก ความพึงพอใจในบริการที่จะได้รับ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะของการวิจัยนี้ในเรื่องการสื่อสารสุขภาพ คือ

กำหนดยุทธศาสตร์การสื่อสารเรื่องสุขภาพ ให้อยู่ในแนวทางของการพูดจาสื่อสารกับ "บุคคลต่อบุคคล" เนื่องจากการสื่อสารอย่างมีอารมณ์และความรู้สึก มีความน่าสนใจ สนุกสนาน ง่ายต่อการติดตาม ง่ายต่อการจดจำ และเปิดพื้นที่ของกระบวนการสื่อสารให้อยู่ในแนวทางของผู้เชี่ยวชาญกับชาวบ้าน

จากผลการศึกษาพบว่า "สื่อบุคคล" เป็นช่องทางการสื่อสารที่ประชาชนมีความต้องการมากที่สุด ด้วยเหตุผลที่เป็นการสื่อสารสองทางที่สามารถตอบโต้กันได้ มี "การพูดจา" ซึ่งหมายถึงการสื่อสารกันในระดับและลักษณะที่

1. ไม่เป็นทางการ ไม่เป็นวิชาการ
2. ต้องมีความประทับใจที่ดีในการได้รับสารนั้น เช่น สนุกสนาน มีอารมณ์ขัน มีเรื่องราว
3. เข้าถึงได้ง่าย และจำเป็นต้องเข้าใจได้ง่าย
4. จดจำได้ง่าย เพราะ "การพูดจา" มักจะไม่ยืดยาว "สั้น ๆ" มีนัยยะของความคุ้นเคย มีพื้นฐานของการมีข้อมูลที่จดจำได้ของอีกฝ่ายมาก่อนบ้างแล้ว
5. อิงประกอบอยู่กับเรื่องอื่นๆ ของวิถีชีวิต ไม่ใช่การนำเสนอโดยตั้งใจ และไม่ใช่การเชื่อมโยงโดยไม่มีส่วนประกอบที่เกี่ยวข้องกับ "ชีวิตของคน" ในด้านอื่นๆ เลย
6. การใช้สื่อบุคคลโดยตรงนั้น เนื่องจากการสื่อสารโดยผ่านสื่อบุคคลที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัย "ศรัทธา" ที่มีอยู่ในผู้ส่งสารด้วย ดังนั้นในการอาศัยช่องทางนี้จำเป็นต้องใช้สื่อบุคคลที่สมาชิกชุมชนให้ความศรัทธาด้วย

จากการดำเนินงานเรื่องการส่งเสริมสุขภาพของคนไทยมาเป็นเวลานาน ผลการศึกษาวิจัยยังคงแสดงให้เห็นว่า ประชาชนไทยยังมิได้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีพอ และในปีที่ผ่านมาได้มีการสำรวจภาวะสุขภาพคนไทยปี 2550 (ชินุทัย กาญจนะจิตรา และคณะ, 2550) มีการกำหนดตัวชี้วัดสุขภาพ 14 หมวด ได้แก่ (1) ภาวะสมองเสื่อม (2) สุขภาพแรงงาน (3) ทุกข์ทางใจ (4) ความสุข (5) ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (6) อันตรายจากควันทูหรืมือสอง (7) ของเสียอันตราย (8) ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (9) การคุ้มครองผู้บริโภค (10) รายได้เงินออมหนี้สิน (11) เศรษฐกิจพอเพียง (12) เด็กไทยยุครอยัลด์วัตดวง (13) เด็กไทยยุคไซเบอร์ และ (14) ความไม่เท่าเทียมทางการศึกษา โดยมีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

มากกว่า 3 ใน 5 ของคนไทย มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด ตั้งแต่ 1 อย่างขึ้นไป ส่งผลให้โรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวอันดับหนึ่งของคนไทย

การควบคุมโรค ควรเน้นการป้องกันและรักษาปัจจัยเสี่ยงหลายด้านไปพร้อม ๆ กัน

โรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวอันดับ 1 ของคนไทย ในปี 2548 คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า ร้อยละ 28 ของคนไทยป่วยด้วยโรคดังกล่าว และโรคในกลุ่มหัวใจหลอดเลือด ไม่ว่าจะเป็น โรคหัวใจขาดเลือด และโรคสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดตีบหรือหลอดเลือดแตกนี้ ได้คร่าชีวิตคนไทยรวมปีละกว่า 65,000 คน กลุ่มโรคนี้เกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายด้านร่วมกัน ตั้งแต่ ความดันเลือดสูง โคเลสเตอรอลในเลือดสูง การสูบบุหรี่ การมีเส้นรอบเอวหรือน้ำหนักเกินกว่ามาตรฐาน กิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และเบาหวาน

ข้อมูลการสำรวจสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พ.ศ. 2547 พบว่าผู้ชายไทยเกือบครึ่งหนึ่งสูบบุหรี่เป็นประจำ และผู้ชายมีความดันเลือดสูงกว่าผู้หญิง การเป็นเบาหวานเป็นภาวะเสี่ยงที่พบในผู้ชายกรุงเทพฯ โดยเป็นเบาหวานมากกว่าผู้ชายในภาคอื่นถึง 2 เท่า ส่วนในภาคอื่น เบาหวานพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย สำหรับปัจจัยเสี่ยงในผู้หญิงที่พบมากกว่าผู้ชาย คือ ภาวะโคเลสเตอรอลในเลือดสูง โดยคนกรุงเทพฯ มีโคเลสเตอรอลในเลือดสูงมากกว่าคนอีสานประมาณ 3 เท่า การทำกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอจนน้ำหนักเกินมาตรฐานและเส้นรอบวงเอวเกินมาตรฐาน ยังพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

ด้านปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ที่มีมากขึ้น ทำให้การศึกษาอันดับโรคและภาวะโรคของคนไทย ปี 2547 พบว่า โรคหลอดเลือดสมองขึ้นมาเป็นอันดับที่ 1 ในผู้หญิง จากอันดับ 2 ในปี 2542 ดังนั้น การลดปัจจัยเสี่ยงรวมเหล่านี้ให้น้อยลง จะทำให้ลดการป่วยหรือการตายจากกลุ่มโรคดังกล่าวได้ มาตรการใน

การจัดการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การจัดการด้านนโยบายที่เกี่ยวข้องกับอาหารและการบริโภคของประชาชน การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ การพัฒนาคุณภาพการบริการทางสุขภาพ เป็นต้น ส่วนในระดับปัจเจกบุคคลก็คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร เช่น กินผัก ผลไม้ (ไม่หวาน) มากขึ้น ไม่สูบบุหรี่ และออกกำลังกายมากขึ้นและการฝึกจิตใจ ให้ผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น สิ่งเหล่านี้แม้ว่าไม่ใช่เรื่องง่ายแต่ก็เป็นสิ่งที่สามารถดำเนินการได้หากได้รับความสนใจอย่างจริงจัง

สุขภาพแรงงาน

ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพ ทำงานในภาคเกษตรกรรม อีกหนึ่งในห้าเป็นผู้ใช้แรงงาน

ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประชากรไทย ณ ครึ่งปี 2548 มีจำนวน 64.8 ล้านคน เป็นผู้ที่มียุอายุ 15 ปีขึ้นไป 36.4 ล้านคน ในจำนวนนี้ร้อยละ 43 ทำงานในภาคเกษตร ส่วนอีกร้อยละ 57 ทำงานนอกภาคเกษตร กำลังแรงงานเหล่านี้มีบทบาทสำคัญต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ เพราะการเจ็บป่วยและสุขภาพที่ไม่สมบูรณ์ย่อมหมายถึง การทำงานที่ไม่มีคุณภาพและประสิทธิภาพ ซึ่งอาจนำไปสู่ การลดลงของผลิตภาพการผลิตของประเทศ การสูญเสียอาชีพการงาน และการลดลงของรายได้ของครอบครัว

ปัจจุบันโรคจากการประกอบอาชีพ ยังมีสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่สำคัญของคนไทย รายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข จัดโรคจากการประกอบอาชีพไว้ในลำดับที่ 22 ของสาเหตุการเจ็บป่วย และลำดับที่ 15 ของสาเหตุการตายของประชากรไทย แนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพลดลงจาก 7.85 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2541 เหลือ 4.48 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2547 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงานประกันสังคมที่พบว่า ลูกจ้างที่ประสบอันตราย หรือเจ็บป่วยซึ่งส่วนใหญ่เป็นลูกจ้างในภาคอุตสาหกรรมลดลงจาก ร้อยละ 4.4 ในปี 2538 เหลือร้อยละ 2.8 ในปี 2548

อย่างไรก็ดี การศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ในโครงการประเมินความเสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพของเกษตรกรจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ปี 2547 ในพื้นที่ 5 จังหวัด พบเกษตรกรที่ได้รับพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชถึงขั้นมีระดับเอนไซม์ผิดปกติถึงร้อยละ 42.2 นอกจากนี้สารกำจัดศัตรูพืชยังเป็นแหล่งสารพิษที่สำคัญของแรงงานภาคอุตสาหกรรมด้วยเช่นกัน และตราบไคที่ประเทศไทยยังผลิตและนำเข้าสารกำจัดศัตรูพืชในปริมาณที่เพิ่มขึ้น เกษตรกรและแรงงานภาคอุตสาหกรรม

กรรมของไทยก็ย่อมกลายเป็นแหล่งสะสมพิษที่สำคัญ ซึ่งจะเป็นการบั่นทอนพลังเศรษฐกิจและสังคมในอนาคต

ภาวะสมองเสื่อมมหันตภัยใกล้ตัว

ในอีก 20 ปีข้างหน้า คนไทยมากกว่า 450,000 คน มีแนวโน้มเกิดภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจะจำอะไรไม่ได้แล้ว ยังไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันตามปกติได้เอง ส่งผลกระทบทั้งกาย ใจ สังคมและเศรษฐกิจกับทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม

สมองเสื่อมเป็นภาวะที่พบได้ในคนทุกวัย แต่พบบ่อยขึ้นในคนสูงอายุ รายงานของกลุ่มทำงานด้านสมองเสื่อมในเขตพื้นที่เอเชียแปซิฟิกสรุปได้ว่า ในปี 2548 มีผู้ป่วยสมองเสื่อมในภูมิภาคนี้มากถึง 13.7 ล้านคน และจะเพิ่มเป็น 64.6 ล้านคน ในอีก 50 ปีข้างหน้า สำหรับประเทศไทยความชุกของภาวะสมองเสื่อมอยู่ที่ 229,000 คน และในอีก 20 ปีข้างหน้า คาดว่าจะเพิ่มเป็น 450,000 คน และเพิ่มสูงมากกว่า 1 ล้านคน ในปี 2593 หรืออีกเพียง 50 ปีข้างหน้าเท่านั้น

ภาวะสมองเสื่อมจัดเป็นมหันตภัยเงียบเพราะนอกจากจะสูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการทำงานและการตัดสินใจแล้ว ยังมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยทั้งทางกาย ใจ สังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 1 คน ต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน นำมาสู่ปัญหาค่าใช้จ่ายที่สูงมาก หากญาติในครอบครัวเป็นผู้ดูแลจะมีค่าดูแล ประมาณ 4,000-6,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ดูแล เช่น การต้องลาออกจากงาน ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลผู้ป่วยเอง เป็นต้น และอาจต้องเพิ่มเป็น 8,000 - 16,000 บาทต่อเดือน หากผู้ป่วยมีอาการหนักที่ต้องจ้างผู้ดูแลเพิ่ม ทั้งนี้ไม่นับรวมค่ายาและค่ารักษาพยาบาลของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล

ถึงเวลาแล้วที่จะร่วมกันเรียนรู้ ดูแล ป้องกัน และให้ความสำคัญกับภาวะสมองเสื่อม เหมือนดังคำขวัญของสมาคมอัลไซเมอร์นานาชาติ ในปีนี้ที่กล่าวว่า “No time to lose” “ช้าอีกไม่ได้แล้ว”

หอมกลืนลำดวน

เตรียมพร้อมสู่สังคมผู้สูงอายุ

สังคมไทยกำลังเปลี่ยนไปสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงนี้เกิดขึ้นภายในช่วงเวลาอันสั้น เมื่อเกือบ 20 ปีที่แล้ว (พ.ศ. 2533) ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุอยู่ประมาณ 4 ล้านคน หรือราวร้อยละ 7 ของพลเมืองทั้งประเทศ หลังจากนั้นอีก 10 ปี ใน พ.ศ. 2543 จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็นเกือบ 6 ล้านคน ปัจจุบัน (พ.ศ. 2550) มีผู้สูงอายุเกือบ 7 ล้านคน คาดว่าอีก 13 ปีข้างหน้า คือในปี

พ.ศ. 2563 ผู้สูงอายุจะเพิ่มจำนวนเป็น 11 ล้านคน หรือเท่ากับร้อยละ 17 ของคนไทยทั่วประเทศ ซึ่งตอนนั้นจะมีประมาณ 65 ล้านคน ประมาณว่า 1 ใน 6 ของประชาชนไทยในตอนนั้นจะเป็นผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงนี้เป็นผลโดยตรงของปัจจัยทางประชากรที่สำคัญ 2 ประการ คือ ประการแรก คนไทยนิยมมีลูกน้อยลง ซึ่งเป็นผลของการวางแผนครอบครัวที่ได้ผลดี ทำให้เด็กที่เกิดมาในแต่ละปีมีจำนวนลดลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งถึงทุกวันนี้ ประการที่สอง การพัฒนาด้านสาธารณสุขและสาธารณสุขในช่วงเวลาหลายสิบปีที่ผ่านมาทำให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้น ดังจะเห็นว่า คนไทยทุกวันนี้มีอายุคาดเฉลี่ย 72 ปีแล้ว (68 ปี สำหรับเพศชาย และ 75 ปีสำหรับเพศหญิง) ปัจจัยสองประการนี้เกิดขึ้นพร้อมกับความเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมในช่วงเวลาหลายทศวรรษที่ผ่านมา

สังคมไทยวันนี้ได้เดินทางมาถึงจุดที่กำลังมีการเปลี่ยนผ่านอย่างสำคัญ คือการเคลื่อนเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เราอาจจะเรียกจุดเปลี่ยนนี้ว่าเป็น “การปฏิวัติโครงสร้างประชากร”

จากการคาดประมาณประชากรในระยะยาวแสดงให้เห็นว่า ในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้สูงอายุมากกว่าเด็กถึง 2 เท่า คือจะมีผู้สูงอายุถึง 16.6 ล้านคน ขณะที่เด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) จะมีเพียง 8.5 ล้านคน เท่านั้น

สถานการณ์และแนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุ

สุขภาพผู้สูงอายุ : โรคเปลี่ยน ความต้องการเปลี่ยน

ในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุนั้น อัตราการเจ็บป่วยและอัตราตายจะสูง นั้นหมายความว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพจะสูงตามไปด้วย

ในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุนั้น รูปแบบของการเจ็บป่วยมักมีลักษณะเฉพาะต่างไปจากสังคมที่ประชากรมีอายุเยาว์ (young-population society) การเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการเจ็บป่วยเช่นนี้ ในทางทฤษฎีเรียกว่าเป็น “การเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยา” (epidemiological transition) กล่าวคือ ในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุนั้น โรคติดต่อและโรคอันเกิดจากโภชนาการบกพร่องมีสัดส่วนที่ลดลง ขณะที่โรคเรื้อรัง และโรคที่มีสาเหตุจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะ รวมทั้งโรคสมองเสื่อม มีสัดส่วนสูงขึ้น ตัวอย่างของโรคและอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น มะเร็ง โลหิตจาง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวาย เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ วัณโรค และข้อเสื่อม โรคหรืออาการเหล่านี้รักษาให้หายได้ยาก หรือไม่หายขาด ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

1. สังคมผู้สูงอายุมีความจำเป็นที่จะมีบริการทางการแพทย์และพยาบาลที่เหมาะสม ประเทศไทยเรามี "คลินิกผู้สูงอายุ" และเมื่อต้นปี 2548 รัฐมีนโยบาย "หนึ่งโรงพยาบาลชุมชน หนึ่งคลินิกผู้สูงอายุ"
2. บุคลากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง "ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ" เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีความเจ็บป่วยพร้อมกันหลายอย่าง เวลาไปพบแพทย์ถ้าเป็นโรงพยาบาลใหญ่ๆ อาจต้องพบแพทย์ที่เดียวหลายคน หรือการได้ยามากินทีละหลายๆ ถ้ามีแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านโรคผู้สูงอายุ จะช่วยให้บริการแบบผสมผสานมากขึ้น

มาตรการสำคัญเพื่อตอบสนองต่อประเด็นท้าทายในการเตรียมพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ควรครอบคลุมถึงเรื่องต่อไปนี้

1. การสนับสนุนให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง หัวใจสำคัญในเรื่องนี้อยู่ที่ระบบการสร้างเสริมสุขภาพที่จะทำให้คนมีสุขนิสัยที่ดี เริ่มตั้งแต่ในวัยเด็กไปจนถึงตลอดชีวิต สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม และสามารถจัดการดูแลสุขภาพของสมาชิก โดยเฉพาะสมาชิกวัยสูงอายุ อย่างน้อยในขั้นปฐมภูมิ สร้างเสริมระบบรักษาสุขภาพที่ไม่เป็นภาระด้านงบประมาณแก่รัฐมากเกินไป และควรมีหลายระบบเพื่อให้ประชาชนสามารถเลือกได้ แต่ทุกระบบจะต้องได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับได้
2. การเพิ่มผลิตภาพของแรงงานทุกกลุ่มทุกวัย
3. สร้างระบบและกลไกที่เอื้อต่อการสร้างความมั่นคงระยะยาว
4. สร้างเสริมความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชน
5. สร้างเสริมความเข้มแข็งทางสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม
6. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในการพัฒนา

จากข้อมูลประกอบข้างต้น ทำให้เห็นได้ว่า ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อความมีสุขภาพดีของประชาชน ต้องมีการเตรียมพร้อมเพื่อรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เตรียมตัวรับมือกับโรคหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ ซึ่งไม่ใช่โรคติดต่อเหมือนในอดีตอีกต่อไป แต่เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมของมนุษย์ หรือแม้แต่การเตรียมพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดีดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ ตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยสูงอายุ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ควรจะเป็นทางออกที่ดีสำหรับสังคมสุขภาพในอนาคต

ตอนที่ 3 การจัดการศึกษาทางการแพทย์

แนวคิด SPICES model

การพัฒนาหลักสูตรตามแนวคิด SPICES model นี้ได้รับการนำเสนอโดย Professor R.M. Harden ในปี 1984 ซึ่งได้มีผู้นำไปใช้กันอย่างแพร่หลายในการพัฒนาหลักสูตรทางการแพทย์ SPICES ย่อมาจาก student-centered, problem-based, integrated, community-based, electives และ systematic ดังมีรายละเอียดดังนี้

- | | |
|------------------|--|
| Student-centered | ในการจัดหลักสูตรให้มีลักษณะที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ผู้เรียนจะต้องมีความรับผิดชอบมากขึ้นในเรื่องการเรียนของเขา การศึกษาจัดโดยเน้นที่ตัวผู้เรียน และสิ่งที่เขาจะเรียน เรียนอย่างไร โดยอยู่ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ ผู้เรียนจะต้องตั้งวัตถุประสงค์ในการเรียน ตัดสินใจเลือกวิธีการเรียนที่เหมาะสมกับตน และจะเป็นการเรียนที่ต้องค้นคว้าหาความรู้ด้วยตนเอง ไม่ใช่ให้ผู้สอนจัดหามาให้ |
| Problem-based | เนื่องด้วยการเรียนทางการแพทย์ นักศึกษาจะต้องเรียนรู้ทั้ง ทฤษฎีและภาคปฏิบัติอย่างมาก โดยทางสถาบันคาดหวังว่า เมื่อจบการศึกษาไปแล้วจะสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้ ไปใช้ได้ อย่างดี ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้มีการเตรียมนักศึกษาในลักษณะนี้ก่อนออกไปทำงานจริง (Harden, et al., 2001) ดังนั้น การจัดการเรียน การสอนโดยใช้ปัญหาเป็นฐาน เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการแก้ปัญหา จึงมีความจำเป็น |
| Integrated | คือ การจัดการเรียนการสอนที่บูรณาการเนื้อหาวิชาที่สัมพันธ์ เข้าด้วยกัน ซึ่งเปลี่ยนแปลงจากเดิมที่เรียนแบบแยกส่วน ทำให้ เกิดความซ้ำซ้อนในเนื้อหา สิ้นเปลืองเวลา และนักศึกษาไม่เห็น ถึงการเชื่อมโยงเมื่อนำไปใช้ |

Community-based	<p>การศึกษาวิชาทางการแพทย์โดยอาศัยเฉพาะการเรียนรู้ในโรงพยาบาลเท่านั้น ทำให้เกิดปัญหา “การศึกษานนทคอยงาข้าง” ไม่สามารถนำไปใช้ได้จริงเมื่อออกไปทำงาน การศึกษาที่ใช้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้จะช่วยให้นักศึกษาสามารถให้การรักษาแก่ผู้ป่วยทั่ว ๆ ไปได้ นอกจากนี้นักศึกษายังได้เรียนรู้วิถีชุมชน วัฒนธรรม และทัศนคติ</p>
Electives	<p>แผนการเรียนทางการแพทย์ส่วนใหญ่ตายตัว เป็นมาตรฐานเดียวกัน นักศึกษาต้องเรียนรู้อย่างมากมาย ซึ่งนับวันองค์ความรู้ยิ่งเพิ่มมากขึ้นทำให้เกิดการท้นของเนื้อหาวิชา ดังนั้นการจัดให้มีวิชาเลือก จะให้โอกาสนักศึกษาเลือกเรียนได้ตามความสนใจ</p>
Systematic	<p>โดยปกติการจัดการฝึกงานทางการแพทย์ กระทำโดยการให้นักศึกษาติดตามอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญคนหนึ่งไปตลอดเป็นระยะเวลาหนึ่ง จึงเปลี่ยนไปอยู่กับอาจารย์ท่านอื่น ทำให้นักศึกษาได้ฝึกปฏิบัติกับผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของอาจารย์ท่านนั้น ถ้าอาจารย์มีผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลน้อย หรือประเภทของผู้ป่วยน้อย นักศึกษาผู้นั้นก็จะได้เรียนรู้น้อยไปด้วย ดังนั้น จึงควรจัดการฝึกงานอย่างเป็นระบบ ตามประเภทของผู้ป่วยที่นักศึกษาจำเป็นต้องเรียนรู้</p>

การพัฒนาหลักสูตรกายภาพบำบัดที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ จะได้นำแนวคิด SPICES model มาเป็นองค์ประกอบในการสร้างหลักสูตร ได้แก่ การที่ต้องมีการจัดระบบการเรียนรู้ให้แก่นักศึกษาไม่ว่าจะเป็นประเภทของผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยที่นักศึกษาควรได้รับการเรียนรู้ และการที่ให้นักศึกษาได้มีโอกาสเรียนรู้ในชุมชนที่หลากหลาย ไม่ใช่เพียงแคในโรงพยาบาลเท่านั้น

แนวคิด PRISMS

เป็นแนวคิดสำหรับการจัดการศึกษาทางการแพทย์แนวใหม่ (Bligh, 2001) ที่ถูกนำเสนอขึ้นในปี 2001 คำว่า PRISMS มาจาก Product – focused, Relevant, Interprofessional, Shorter (Smaller) , Multisite และ Symbiotic โดยมีรายละเอียดดังนี้

Product – focused	โปรแกรมทางการแพทย์จะมีลักษณะเน้นที่ผลผลิต หมายถึง หลักสูตรจะเน้นที่การฝึกปฏิบัติทางคลินิกเพิ่มขึ้น และจะมีลักษณะเป็นการศึกษาที่ใช้การฝึกงานเป็นฐาน (practice-based) ให้มากที่สุด นักศึกษาจะได้เรียนพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์โดยการประยุกต์ในบริบทของปัญหาจริงทางคลินิก
Relevant	การเรียนจะมีความสัมพันธ์กันระหว่างนักศึกษาและชุมชนมากขึ้น โดยโปรแกรมการเรียนจะถูกวางแผนจากผลลัพธ์ปลายทางที่สามารถเชื่อมโยง ความรู้ทางคลินิก ทักษะและพฤติกรรม ไปสู่กลุ่มประชากร และการให้บริการทางการแพทย์ที่เฉพาะเจาะจง
Interprofessional	หลักสูตรทางการแพทย์ในอนาคตควรมีลักษณะร่วมระหว่างนักวิชาชีพ โปรแกรมการเรียนควรสนับสนุน กระตุ้น และสะท้อนถึงการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่มนักวิชาชีพที่หลากหลาย และให้เห็นคุณค่าของการทำงานร่วมกัน ไม่ว่าจะในส่วนของการให้การดูแลรักษาผู้ป่วย งานวิชาการ รวมถึงงานวิจัย
Shorter (smaller)	การจัดการเรียนการสอน ควรมีลักษณะใช้เวลาในการเรียนสั้นลง และกลุ่มผู้เรียนเล็กลง โดยการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ เข้าช่วย ร่วมกับการศึกษาด้วยตนเองอย่างอิสระ
Multisite	การศึกษาทางการแพทย์สมัยใหม่ ควรใช้สถานที่หลายแห่งเป็นฐานในการเรียนรู้ การศึกษาอยู่แต่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่อยู่ในเมือง ทำให้นักศึกษาไม่มีโอกาสได้พบกับ การดูแลรักษาผู้ป่วยในระยะปฐมภูมิ
Symbiotic	การศึกษาทางการแพทย์จะคล้ายการอยู่ร่วมกัน ฟังพาทอาศัยกัน หลักสูตรในอนาคตจะดูเหมือนสิ่งมีชีวิตขนาดใหญ่ที่ประกอบ ด้วยส่วนย่อยหลาย ๆ ส่วนร่วมกัน

การพัฒนาหลักสูตรกายภาพบำบัดที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ได้นำแนวคิด PRISMS model มาเป็นส่วนหนึ่งในการออกแบบหลักสูตร ได้แก่ การจัดการศึกษาทางกายภาพบำบัดในด้านการส่งเสริมสุขภาพจะไม่ได้อยู่เฉพาะในส่วนของ สถาบันการศึกษา โรงพยาบาลในกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลใหญ่ ๆ ในต่างจังหวัด แต่ต้องลงไปถึงการจัดการศึกษาในชุมชน สถานประกอบการ หน่วยงานหรือที่ทำงาน และอาจรวมไปถึงการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นต้น

แนวคิดหลักสูตรแฝง

หลักสูตรแฝง คือ ประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้เรียนในสถานศึกษา โดยสิ่งที่เรารู้มันเป็นสิ่งที่เพิ่มขึ้น หรือแตกต่างจากหลักสูตรทางการ และ เป็นสิ่งที่สถานศึกษานั้นอาจตั้งใจให้เกิดขึ้น โดยประกาศไว้เป็นนโยบายกว้าง ๆ หรือไม่ตั้งใจให้เกิดขึ้นก็ได้ การเรียนรู้ของผู้เรียนนี้เป็นการถ่ายทอดทางสังคม และการถ่ายทอดทางวิชาชีพให้แก่ผู้เรียน (วรรณิ ชัยเฉลิมพงษ์, 2547)

โดยมีสิ่งที่ส่งผลต่อการเรียนรู้จากหลักสูตรแฝงหลายประการ ซึ่งได้มีการจัดเป็นปัจจัยหลัก ๆ ได้ 3 ปัจจัย (วรรณิ ชัยเฉลิมพงษ์, 2547) ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เรียน ได้แก่ ฐานะทางสังคมของผู้เรียน ความสามารถของบุคคลทัศนคติที่มีต่อการเรียน เป็นต้น
2. ปัจจัยเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในห้องเรียน ได้แก่ ค่านิยมของผู้สอน วิธีการสอน เนื้อหาที่เรียน ความสัมพันธ์กับผู้สอนในชั้นเรียน วิธีการประเมินผลการเรียน และระเบียบวินัยในชั้นเรียน เป็นต้น
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมนอกห้องเรียน ได้แก่ ความสัมพันธ์นอกชั้นเรียน กิจกรรมต่าง ๆ ในสถาบัน และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เป็นต้น

วิชาชีพกายภาพบำบัด โดยทั่วไปจะประกอบด้วย การจัดการเรียนการสอนในสวนทฤษฎี การฝึกปฏิบัติในห้องปฏิบัติการกับเพื่อนร่วมชั้นเรียน และการฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยในสถานพยาบาล โดยมีนักกายภาพบำบัดประจำสถานพยาบาลเป็นผู้ควบคุมดูแล ในการฝึกปฏิบัตินั้นนอกจากนักศึกษาจะได้เรียนรู้เกี่ยวกับเทคนิคการรักษาและดูแลผู้ป่วยแล้ว นักศึกษายังได้มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนร่วมชั้นเรียนด้วยกัน กับผู้ป่วย อาจารย์ และบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ได้มีการกำหนดไว้ในหลักสูตร ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีผลกระทบต่อทัศนคติ และพฤติกรรมของนักศึกษา (Shepard and Jensen, 1997)

ในการจัดการเรียนการสอน ควรมีการพิจารณาถึงสิ่งเหล่านี้ อาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกงานทางคลินิกควรระมัดระวังในเรื่องบุคลิกภาพ แนวคิดและทัศนคติต่าง ๆ ของตนที่จะส่งผลต่อนักศึกษาขณะฝึกงาน นักศึกษาส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำมาก่อนว่า บทบาทหน้าที่ของตนเองคืออะไร และควรปฏิบัติตนอย่างไรต่อผู้ป่วย และผู้ร่วมงาน แต่เมื่อมาพบกับสถานการณ์จริง สิ่งที่นักศึกษาได้เรียนรู้คือ พฤติกรรม บุคลิกภาพ แนวคิด และทัศนคติ ของอาจารย์ผู้ควบคุมการฝึกงานที่แสดงออกขณะทำงาน (Shepard and Jensen, 1997)

กระบวนการสืบเสาะหาความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์

Bogduk (1997) ได้กล่าวถึง แนวทางการแก้ปัญหาของผู้ป่วยปัญหาหนึ่ง หากพิจารณาในแนวคิดของนักวิทยาศาสตร์ มักมีลำดับขั้นได้แก่ การทำความเข้าใจกับพื้นฐานของปัญหา จับประเด็นที่สนใจตั้งเป็นคำถามหรือสมมติฐาน และทำการศึกษาวิจัยเพื่อแก้ปัญหา แต่หากพิจารณาในแนวคิดของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งมักมีลำดับขั้นได้แก่ การกำหนดความชัดเจนของประเด็น / ปัญหาของผู้ป่วย วิเคราะห์และทำความเข้าใจพื้นฐานของปัญหา ประยุกต์ใช้ความรู้ทางการแพทย์เพื่อการแปลผล เพื่อการวินิจฉัย และให้การรักษาผู้ป่วยต่อไปจนกระทั่งปัญหาดังกล่าวค่อย ๆ ทุเลาหรือหาย ซึ่งวิธีการสืบเสาะหาแนวทางเพื่อแก้ปัญหาทางด้านสุขภาพนั้น นอกจากจะต้องใช้ทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นกระบวนการพื้นฐานทางวิทยาศาสตร์แล้ว บุคลากรทางการแพทย์ยังต้องใช้ทักษะการหาเหตุผลทางคลินิกอีกด้วย

McPherson (1997) ได้อธิบายความแตกต่างระหว่างกระบวนการแก้ปัญหากับกระบวนการตั้งสมมติฐานแบบนिरินัย ที่เรียกว่าการหาเหตุผลทางคลินิกว่า ผู้ที่จะมีความรู้ในกระบวนการหาเหตุผลทางคลินิก นอกจากจะมีกระบวนการแก้ปัญหอย่างเป็นระบบที่ดีแล้ว ยังต้องมีความรู้ต่อปัญหานั้น ต้องเข้าใจในปัญหาอย่างถ่องแท้ และยังต้องมีความสามารถนำความรู้เหล่านั้นไปใช้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ใหม่ได้ ซึ่งบุคคลที่จะมีทักษะการหาเหตุผลทางคลินิكدังกล่าว จะต้องเป็นผู้ที่มีทักษะการแก้ปัญหา มีข้อความรู้ในศาสตร์นั้น ๆ เป็นอย่างดี และจะต้องเป็นผู้ที่สามารถนำข้อความรู้ที่มีอยู่มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ใหม่ได้อย่างสมเหตุสมผลและเหมาะสมกับเวลา สถานการณ์นั้น ๆ ด้วย

Barrows (1985) กล่าวว่า นักเรียนแพทย์และนักเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ควรมีทักษะขั้นต่ำดังต่อไปนี้

1. การมีความรู้และทักษะอย่างเพียงพอ คือ ความรู้ที่ผู้เรียนจะต้องรู้ และความรู้ที่ผู้เรียนจะต้องรู้ว่า จะหาความรู้ดังกล่าวได้อย่างไร

2. ความสามารถในการนำความรู้ไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพและทันเหตุการณ์ หมายความว่า นักเรียนแพทย์และนักเรียนสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพต้องสามารถนำความรู้ที่มีอยู่มาใช้ในการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ถูกต้อง และทันเหตุการณ์ การที่จะทำเช่นนั้นได้จะต้องมีทักษะการแก้ปัญหา กระบวนการหาเหตุผลทางคลินิก

3. ความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเอง ผู้ที่จะเป็นแพทย์หรือนักวิชาชีพทางการแพทย์จะต้องมีความสามารถในการเพิ่มพูนความรู้ตลอดเวลา เนื่องจากโรคมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และวิชาความรู้ที่ได้เรียนมานั้น อาจไม่ทันสมัย ไม่สามารถแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้ การมีลักษณะเป็นผู้ใฝ่รู้ สามารถศึกษาด่วนตนเองเพื่อทำความเข้าใจต่อความรู้นั้น และสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้ จึงเป็นสิ่งสำคัญ

ตอนที่ 4 การประเมินความต้องการจำเป็น

การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น (Needs Assessment Research)

การประเมินความต้องการจำเป็น (needs assessment research) มีความหมาย แบ่งออกได้ เป็น 2 กลุ่ม (สุวิมล ว่องวาณิช, 2548) คือ

กลุ่มที่ 1 นิยามความต้องการจำเป็นตามมิติของความแตกต่างระหว่างสภาพที่เป็นอยู่กับ สภาพที่ควรจะเป็น หรือเรียกว่า นิยามตามโมเดลความแตกต่าง (Discrepancy Model) ซึ่งในการ ประเมินความต้องการจำเป็นในการศึกษาคั้งนี้ ได้ใช้นิยามนี้ในการศึกษาวิจัย ดังนั้นในรายละเอียดที่ จะกล่าวต่อไปเกี่ยวกับ การประเมินความต้องการจำเป็น จะยึดหลักการของโมเดลความแตกต่างเท่า นั้น

กลุ่มที่ 2 นิยามเชิงวินิจฉัย (diagnostic needs) เป็นการกำหนดความต้องการจำเป็นสำหรับ อะไรก็ตามที่ทำให้เกิดความพอใจ หรือเรียกว่า นิยามตามโมเดลการแก้ไขปัญหา (Solution Model)

การนิยามความต้องการจำเป็นตามโมเดลความแตกต่าง (Discrepancy Model) หมายถึง ความแตกต่างระหว่างสิ่งที่มุ่งหวัง (what should be) กับสิ่งที่เป็นอยู่จริง (what is) โดยในนิยามนี้ยัง แยกออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรก กำหนดความต้องการจำเป็นในลักษณะของความแตกต่างของผลที่ เกิดขึ้น โดยไม่ได้กำหนดว่าต้องมีความแตกต่างกันเท่าใด ส่วนกลุ่มที่สอง ในการกำหนดความต้องการ จำเป็นนั้น ต้องคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อสนองความต้องการจำเป็นนั้น หรือคำนึงถึงความเสีย หายที่จะได้รับเมื่อไม่สนองความต้องการจำเป็นนั้น การนิยามตามกลุ่มที่สองนี้ เรียกว่า "performance needs"

ประเภทของความต้องการจำเป็น

ได้มีผู้จัดประเภทของความต้องการจำเป็นไว้หลายรูปแบบ เช่น การจัดประเภทตามช่วงเวลา ในการดำเนินงานขององค์กร การจัดประเภทตามวิธีการที่ใช้ในการประเมิน หรือการจัดประเภทตาม แนวคิดของการแก้ปัญหา การจัดประเภทตามแหล่งที่มาของข้อมูล การจัดประเภทตามลักษณะของข้อมูล และการจัดประเภทตามองค์กรผู้รับหรือผู้ให้บริการ เป็นต้น แต่ในที่นี้จะขอกกล่าวถึงเฉพาะการจัด ประเภทความต้องการจำเป็นตามผลลัพธ์ของการดำเนินงาน การจัดประเภทตามกลุ่มเป้าหมายที่ ต้องการกำหนดความต้องการจำเป็น เท่านั้น

การจัดประเภทความต้องการจำเป็นตามผลลัพธ์ของการดำเนินงาน เป็นแนวคิดของ Kaufman (1987 อ้างถึงใน สุวิมล ว่องวาณิช, 2548) ซึ่งได้แบ่งประเภทออกเป็น 3 ระดับ คือ

1. ระดับกลาง (middle) เป็นการประเมินความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับปัจจัยป้อน กระบวนการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น การประเมินความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับคุณลักษณะของผู้เข้ารับการศึกษาในระดับปริญญาตรีกายภาพบำบัด
2. ระดับรวบยอด (comprehensive) เป็นการประเมินความต้องการจำเป็นเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการ เป็นความต้องการจำเป็นระดับองค์กร ซึ่งให้บริการกับลูกค้าขององค์กร เช่น การประเมินความต้องการจำเป็นในการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ แก่ผู้ป่วยที่มารับการรักษาทางกายภาพบำบัด
3. ระดับกลยุทธ์ (strategic) เป็นการประเมินความต้องการจำเป็นระดับองค์กรรวม โดยรวมความต้องการจำเป็นทั้งสองระดับแรกไว้ด้วยกัน

การจัดประเภทตามกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการกำหนดความต้องการจำเป็น สุวิมล ว่องวานิช (2544 ก อ้างถึงใน สุวิมล ว่องวานิช, 2548) ได้จำแนกไว้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ความต้องการจำเป็นระดับบุคคล (personal needs) โดยคนแต่ละคนมีความต้องการจำเป็นไม่เหมือนกัน เช่น ความต้องการจำเป็นของนักกายภาพบำบัดแต่ละคน ที่ควรได้รับการพัฒนาเพื่อให้เป็นผู้ที่สามารถส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ความต้องการจำเป็นของกลุ่ม (group needs) เป็นความต้องการจำเป็นที่กำหนดจากบุคคลที่รวมตัวกันเป็นกลุ่ม เช่น ความต้องการจำเป็นของนักกายภาพบำบัด ความต้องการจำเป็นของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง ความต้องการจำเป็นประเภทนี้จะไม่สนใจในการนำเสนอข้อมูลเป็นรายบุคคล แต่ใช้ประโยชน์ในการวางแผนและพัฒนาในกลุ่มบุคคลทั้งหมด
3. ความต้องการจำเป็นขององค์กร (organizational needs) เป็นความต้องการของกลุ่มบุคคลหรือองค์กร เช่น ความต้องการจำเป็นของโรงพยาบาลอำเภอ ในการที่จะพัฒนาเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ผลการประเมินความต้องการจำเป็นที่ได้รับจะสะท้อนภาพรวมขององค์กร การวิเคราะห์แนวทางการแก้ไขปัญหามักเป็นการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาองค์กรมากกว่าการเสนอแนวทางการแก้ไขความต้องการจำเป็นของบุคลากรเป็นรายบุคคล

หลักการของการวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น

ในกระบวนการวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น สุวิมล ว่องวานิช (2548) กล่าวว่าผู้วิจัยต้องออกแบบการวิจัยให้มีการเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพที่เป็นจริงกับสภาพที่ควรจะเป็น หรือออกแบบการวิจัยโดยมีนัยของความแตกต่างแฝงอยู่ด้วยการระบุสภาวะที่ไม่พึงประสงค์ แต่ไม่ได้เก็บข้อมูลในเชิงเปรียบเทียบ เนื่องจากสภาพที่พึงประสงค์กำหนดได้โดยไม่จำเป็นต้องเก็บข้อมูล เช่น ความหิว

การเจ็บป่วย อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างไม่ใช่จะบ่งบอกความต้องการจำเป็นเสมอไป ขึ้นอยู่กับการกำหนดระดับความสำคัญของเป้าหมายที่พึงประสงค์ หากกำหนดไว้สูงมาก ความแตกต่างนั้นก็อาจไม่ใช่ความต้องการจำเป็น เพราะฉะนั้นในการวิจัยประเมินความต้องการ ต้องมีการกำหนดเป้าหมายให้อยู่ในระดับต่ำที่สุดที่จะขาดแคลนไม่ได้ มิฉะนั้นจะเกิดผลเสียหาย

ขั้นตอนการวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น

กระบวนการประเมินความต้องการจำเป็นแบบสมบูรณ์ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1. การระบุความต้องการจำเป็น (need identification)
2. การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นเพื่อวิเคราะห์สาเหตุ (needs analysis)
3. การกำหนดทางเลือกในการแก้ปัญหาความต้องการจำเป็น (needs solution)

กระบวนการวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น มีขั้นตอนสำคัญ ๆ เช่นเดียวกับขั้นตอนการวิจัยทั่วไป คือ

1. การกำหนดจุดมุ่งหมายและคำถามที่ใช้ในการวิจัย
2. การกำหนดกรอบการวิจัย
3. การกำหนดกลุ่มผู้เกี่ยวข้อง
4. การกำหนดเทคนิคหรือวิธีการประเมินความต้องการจำเป็น
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การกำหนดวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล
7. การจัดทำรายงาน
8. การใช้ผลการประเมิน

วิธีการวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น

วิธีการที่ใช้ในการวิจัยประเมินความต้องการจำเป็นมีหลากหลายวิธี ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการวิจัยแต่ละประเภท เช่น การวิจัยเพื่อต้องการระบุความต้องการจะเป็น (Needs Identification) สามารถใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว การสำรวจ กระบวนการกลุ่ม สำหรับการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น เทคนิควิธีที่ใช้ ได้แก่ การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean different method) การจัดเรียงอันดับ (rank order) หรือการใช้ดัชนี PNI (priority needs index) ในการประเมินความต้องการจำเป็นเพื่อวิเคราะห์เชิงสาเหตุนั้น วิธีการเก็บข้อมูลที่นิยมใช้กัน คือ การวิเคราะห์แผนภูมิ

ก้างปลา (fish boning) และถ้าต้องการวิจัยประเมินความต้องการจำเป็นเพื่อกำหนดทางเลือก สามารถใช้วิธี การวิเคราะห์ผลกระทบไขว้ (cross impact analysis) นอกจากนี้ในการกำหนดความต้องการจำเป็นเชิงอนาคต วิธีการที่นิยมใช้กันคือ เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) การสร้างภาพอนาคต (scenario development) การวิเคราะห์ห่วงล้ออนาคต (future wheel analysis)

ในที่นี่จะขอเสนอรายละเอียดเฉพาะเทคนิควิธีที่ได้นำมาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ การสำรวจ และการจัดลำดับความสำคัญ

การสำรวจ

การสำรวจเป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการประเมินความต้องการจำเป็น ไม่ว่าจะเพื่อระบุความต้องการจำเป็น เพื่อวิเคราะห์สาเหตุ หรือเพื่อหาทางเลือกที่จะใช้ในการแก้ปัญหา วิธีการวิจัยโดยการสำรวจนี้ ไม่เหมาะถ้าจะนำไปใช้ กับการประเมินความต้องการจำเป็นระดับบุคคล (สุวิมล ว่องวานิช, 2548) เนื่องจาก จุดมุ่งหมายของการวิจัยโดยการสำรวจต้องการสรุปอ้างอิงผลการวิจัยไปยังประชาชนมากกว่าการใช้เพื่อระบุความต้องการจำเป็นรายบุคคล การระบุความต้องการจำเป็นของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลขนาดเล็กจะไม่คุ้มค่า เมื่อพิจารณาค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการทำการสำรวจ

ตัวอย่างคำถามวิจัย

1. นักกายภาพบำบัดจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาในเรื่องใด จึงจะสามารถให้การส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไปได้
2. อะไรเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้นักกายภาพบำบัดไม่สามารถให้การส่งเสริมแก่ประชาชนได้ตามที่คาดหวัง
3. วิธีการที่จะพัฒนาให้นักกายภาพบำบัดเป็นผู้ให้การส่งเสริมสุขภาพได้มีอะไรบ้าง และอะไรเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด

ข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้วิธีการสำรวจ

ความถูกต้องของข้อมูลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผลการวิจัยสำรวจน่าเชื่อถือ วิธีการวิจัยถึงแม้จะได้รับการออกแบบไว้อย่างดี แต่ข้อมูลที่รับก็อาจคลาดเคลื่อนได้ ถ้าผู้ให้ข้อมูลไม่จริงใจในการให้ข้อมูล ข้อตกลงของการวิจัยสำรวจ ได้แก่ ผู้ตอบเข้าใจคำถามตรงกับที่ผู้วิจัยต้องการถาม ผู้ตอบมีความรู้พอที่จะตอบและให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง และคำตอบที่ให้ต้องไม่เปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาเดียวกันที่ทำการเก็บข้อมูล

การกำหนดขนาดของตัวอย่างที่จะใช้ในการประเมินความต้องการจำเป็น

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอยู่กับองค์ประกอบสำคัญ 2 ประการ (Soriano, 1995 อ้างถึงใน สุวิมล ว่องวานิช, 2548) คือ

1. ความถูกต้องในการวัดสิ่งที่ต้องการวัด

การกำหนดระดับความถูกต้องในการวัดลักษณะที่สนใจศึกษา กำหนดเป็นค่าร้อยละเรียกว่า ความคลาดเคลื่อนจากการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง (sampling error) ความคลาดเคลื่อนนี้จะช่วยประมาณค่าความถูกต้องของค่าพารามิเตอร์ เช่น หากพบว่านักกายภาพบำบัดให้การส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยในระหว่างให้การรักษา มีประมาณ 50% โดยมีความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มประมาณ 5% แสดงว่าอัตราส่วนของนักกายภาพบำบัดที่ให้การส่งเสริมสุขภาพในประชากรน่าจะมีค่าอยู่ระหว่าง 50% บวกหรือลบ 5% อยู่ระหว่าง 45%-55% โดยทั่วไประดับความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มที่ยอมรับกันมีค่าประมาณ 3%-5%

2. ระดับความแตกต่างในลักษณะที่ต้องการวัดของกลุ่มประชากร

ค่าสถิติอีกตัวหนึ่งที่ใช้ในการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คือ ระดับความเชื่อมั่นในการประมาณค่าความถูกต้อง เรียกว่า confidence level โดยปกติจะกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% หรือ 99% ตารางที่ 2.4 แสดงขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มในระดับที่ต่างกันที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ขนาดของกลุ่มตัวอย่างนี้อยู่บนข้อตกลงเบื้องต้นว่าประชากรมีความแตกต่างตามสิ่งที่สนใจศึกษาแบบ 50/50 หมายความว่า มีประชากรประมาณครึ่งหนึ่งที่มีลักษณะเป็นไปตามข้อตกลงที่กำหนด อีกครึ่งหนึ่งไม่ใช่ นั่นคือประชากรนี้มีความแตกต่างของลักษณะที่ศึกษา เรียกว่า มีลักษณะเป็นวิวิธพันธ์ (heterogeneity) หากประชากรมีลักษณะแบบเดียวกัน เรียกว่า มีความเป็นเอกพันธ์ (homogeneity) ถ้าประชากรมีความเป็นเอกพันธ์มากเท่าไร จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จะยิ่งเล็กลง

ตารางที่ 2.4 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการของ de Vaus (1990 อ้างถึงใน สุวิมล ว่องวานิช,2548)

ร้อยละของความคลาดเคลื่อนจากการสุ่ม	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	ร้อยละของความคลาดเคลื่อนจากการสุ่ม	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
1.0	10,000	5.5	330
1.5	4,500	6.0	277
2.0	2,500	6.5	237
2.5	1,600	7.0	204
3.0	1,100	7.5	178
3.5	816	8.0	156
4.0	625	8.5	138
4.5	494	9.0	123
5.0	400	9.5	110
		10.0	100

จากตารางที่ 2.4 หากใช้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 100 คน ผลการประเมินความต้องการจำเป็นที่ได้จะคลาดเคลื่อนไปจากความจริงประมาณร้อยละ 10 สมมติว่าจากการสำรวจความต้องการจำเป็นพบว่านักกายภาพบำบัดประมาณ 40% ระบุว่าไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการให้การส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วย แสดงว่า เราสามารถเชื่อมั่นได้ 95% ว่า ในประชากรจะมีนักกายภาพบำบัดประมาณ 50%-60% ที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ถ้าหากใช้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 400คน ระดับความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่าจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 5

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับความเป็นเอกพันธ์ของประชากร ตามตารางที่ 2.5 หากเคยมีการวิจัยพบว่า นักกายภาพบำบัดที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีประมาณ 70% แสดงว่าประชากรมีลักษณะเป็นเอกพันธ์ คือ ส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างก็จะเล็กลง ในทางปฏิบัติจริงอาจไม่มีข้อมูลที่จะคาดคะเนได้ว่า ประชากรเป้าหมายมีลักษณะเช่นใด ความเป็นเอกพันธ์เพียงใด ดังนั้นหากอิงตัวเลขในตารางที่ 2.4 ก็จะเป็นการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ซึ่งเป็นขนาดที่ปลอดภัย ไม่เสี่ยงต่อการกำหนดขนาดตัวอย่างที่น้อยเกินไป

ตารางที่ 2.5 ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มและความเป็นเอกพันธ์ของประชากร ตามหลักการของ de Vaus (1990 อ้างถึงใน สุวิมล ว่องวานิช, 2548)

ร้อยละของความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มที่ยอมให้เกิด	ร้อยละของประชากรที่มีลักษณะตามที่กำหนด					
	5/95	10/90	20/80	30/70	40/60	50/50
1%	1,900	3,600	6,400	8,400	9,600	10,000
2%	479	900	1,600	2,100	2,400	2,500
3%	211	400	711	933	1,066	1,100
4%	119	225	400	525	600	625
5%	76	144	256	336	370	400
6%	-	100	178	233	267	277
7%	-	73	131	171	192	204
8%	-	-	100	131	150	156
9%	-	-	79	104	117	123
10%	-	-	-	84	96	100

ตารางที่ 2.5 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อทราบระดับความเป็นเอกพันธ์ของประชากร โดยมีระดับของความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มที่ยอมให้เกิดเป็นตัวกำหนดด้วย หากไม่รู้ว่าคุณลักษณะประชากรมีความเป็นเอกพันธ์มากน้อยเพียงใด ก็สามารถกำหนดให้ลักษณะของประชากรมีความแตกต่างกันมากที่สุด คือ ระดับ 50/50 ดังนั้นที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และยอมให้มีความคลาดเคลื่อนจากการสุ่ม 3% ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างประมาณ 1,100 คน แต่หากยอมให้คลาดเคลื่อนได้ 10% ก็จะใช้กลุ่มตัวอย่างเพียง 100 คน แต่ถ้าหากเรามีข้อมูลว่า ในประเด็นที่สนใจศึกษา คนส่วนใหญ่จะมีลักษณะเหมือนกันประมาณ 80% (ร้อยละของประชากรที่มีลักษณะตามที่กำหนด 20/80) และถ้าหากยอมให้มีความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มที่ยอมให้เกิดได้เท่ากับ 1% ก็จะใช้กลุ่มตัวอย่าง 6,400 คน

ในทางปฏิบัติจะพบว่านักวิจัยมักไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ตามที่คาดหวัง ดังนั้นนักวิจัยส่วนใหญ่จะกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดสูงกว่าที่คำนวณได้เพื่อชดเชยกลุ่มที่ไม่ตอบ

การใช้แบบสอบถามในการสำรวจ

Wolf (1988 อ้างถึงใน สุวิมล ว่องวานิช, 2548) ได้กล่าวถึง การใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการประเมินความต้องการจำเป็น ว่ามีข้อตกลงที่สำคัญ ได้แก่ ผู้ตอบต้องมีความสามารถในการอ่าน เข้าใจความหมายของข้อความหรือคำถาม ผู้ตอบต้องมีข้อมูลหรือความรู้พอที่จะตอบคำถามได้ และผู้ตอบต้องมีความเต็มใจ ตั้งใจที่จะตอบ

ประเภทของคำถามที่จะใช้แบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ คำถามปลายปิด (close-ended question) โดยมีข้อความหรือคำตอบให้ผู้ตอบเลือก ผู้ตอบมีอิสระในการแสดงความคิดเห็นได้น้อย อีกประเภทคือ คำถามปลายเปิด (open-ended question) เป็นคำถามที่ให้อิสระแก่ผู้ตอบในการแสดงความคิดเห็น

ในการศึกษาวิจัยนี้ ได้ใช้แบบสอบถามประเภทคำถามปลายปิด โดยมีรูปแบบของการตอบคำถาม 2 รูปแบบคือ

รูปแบบการตอบข้อมูลชุดเดียวหรือการตอบสนองเดียว (Single-Response Format) เป็นแบบสอบถามที่มีข้อความให้ตอบในรูปมาตราประมาณค่า ผู้ตอบตอบคำถามเพียงชุดเดียว ดังตัวอย่าง

จรรยาบรรณความสำคัญของปัจจัยต่อไปนี้ ที่ทำให้ท่านไม่สามารถดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพได้ตามที่คาดหวัง

ข้อความ	ระดับความสำคัญ				
	5	4	3	2	1

หมายเหตุ 5= มากที่สุด 4=มาก 3=ปานกลาง 2=น้อย 1=น้อยที่สุด

รูปแบบการตอบข้อมูลสองชุดหรือการตอบสนองคู่ (Dual-Response Format) เป็นแบบสอบถามที่มีข้อความให้ตอบในรูปมาตราประมาณค่าโดยให้ผู้ตอบตอบคำถามสองชุด ที่ให้ระบุสภาพที่เป็นอยู่จริง และสภาพที่ควรจะเป็น ดังตัวอย่าง

จรรยาบรรณการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพที่ได้ปฏิบัติจริงในขณะนี้ และระดับที่ท่านคาดหวังตาม
ข้อรายการต่อไปนี้

ข้อความ	สภาพที่เป็นจริง					สภาพที่ควรจะเป็น				
	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

หมายเหตุ 5= มากที่สุด 4=มาก 3=ปานกลาง 2=น้อย 1=น้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่เป็นการแสดงความคิดเห็นที่ใช้มาตราประมาณค่ามีวิธีการวิเคราะห์ 2 แนว คือถ้าผู้วิจัย
เชื่อว่าระดับความคิดเห็นจากมากไปหาน้อยจัดอยู่ในมาตราการวัดแบบจัดอันดับ (ordinal scale) โดย
ช่วงห่างของตัวเลขในมาตราประมาณค่ามีค่าไม่เท่ากัน จะใช้สถิติที่เป็นความถี่ ร้อยละ หรือค่ามัธยฐาน
ในการวิเคราะห์ แต่ผู้วิจัยบางคนสร้างข้อตกลงว่าข้อมูลที่ได้จากมาตราประมาณค่าถือว่าจัดอยู่ในช่วง
หรืออันตรภาค (interval scale) จะใช้การหาค่าเฉลี่ยในการบอกถึงระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัว
อย่างและแสดงการกระจายของการตอบโดยใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การจัดลำดับความสำคัญ

การจัดลำดับความสำคัญ (priority setting) เป็นการศึกษาวเคราะห์ความต้องการจำเป็นแต่
ละประเด็น จากนั้นนำมาจัดเรียงลำดับตั้งแต่ความสำคัญมากไปหาน้อย ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของ
การระบุความต้องการจำเป็น ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบว่าจะอะไรเป็นความต้องการจำเป็นที่มีความสำคัญ
มากที่สุด มีความเร่งด่วนที่ต้องได้รับการพัฒนา ก่อนภายใต้เงื่อนไขทรัพยากร (เช่น คน เงิน และเวลา)
ที่มีอยู่อย่างจำกัด

เทคนิคการจัดลำดับสำหรับข้อมูลแบบการตอบสนองเดียว

เทคนิคในกลุ่มนี้มีด้วยกัน 3 วิธี คือ

1. วิธีการจัดเรียงลำดับตามค่ามัธยฐานสำหรับมาตราแบบกลุ่ม (category scales)
2. วิธีการสร้างมาตราประมาณช่วงขนาด (magnitude estimation scaling)
3. วิธีการกำหนดน้ำหนักคะแนนรายคู่ (paired-weighting procedure)

ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้หลักการของวิธีการที่ 1 เนื่องจากมีความเหมาะสมกับวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จึงจะขอเสนอในรายละเอียดเฉพาะเทคนิคนี้เท่านั้น ส่วนเทคนิคอื่น ๆ ผู้ที่สนใจสามารถศึกษาได้จากหนังสือการวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น (สุวิมล ว่องวานิช, 2548 : 265-274)

วิธีการจัดเรียงลำดับตามค่ามัธยฐานสำหรับมาตรแบบกลุ่ม (Category Scales)

วิธีการนี้คือให้ผู้ตอบแบบสอบถามระบุน้ำหนักความสำคัญของความต้องการจำเป็นตามการรับรู้เป็นรายประเด็นตามมาตรประมาณค่า โดยผู้ตอบจะให้น้ำหนักความสำคัญกับแต่ละประเด็นเท่ากันได้ หากเห็นว่าประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้มีความสำคัญเท่าเทียมกัน แล้วหาค่ามัธยฐาน หรือค่าเฉลี่ยนำมาจัดลำดับความสำคัญเรียงจากมากไปหาน้อย ตามค่าสถิติที่ได้ในแต่ละประเด็น การจัดเรียงลำดับความสำคัญโดยใช้ค่ามัธยฐานนั้น มีความเป็นไปได้สูงที่ความต้องการจำเป็นทุกประเด็นมีค่าเท่ากัน ซึ่งทำให้ต้องมีการอภิปรายหรือหาข้อมูลเพิ่มเติมว่าความต้องการจำเป็นใดสำคัญที่สุด ดังนั้นนักวิจัยทั่วไปมักสร้างข้อตกลงว่า ข้อมูลที่สร้างในรูปมาตรประมาณค่าจัดอยู่ในมาตราอันตรภาค (interval scale) แล้วใช้สถิติแทนค่ากลางด้วยค่าเฉลี่ย จากนั้นจึงนำมาเรียงจัดอันดับความสำคัญ ดังแสดงในตัวอย่างตารางที่ 2.6

ตารางที่ 2.6 การจัดลำดับความสำคัญตามค่าเฉลี่ยของความต้องการจำเป็น

ข้อความ	ระดับความสำคัญของความต้องการจำเป็น					Mean	Median	ลำดับความสำคัญ
	5	4	3	2	1			
1. ไม่มีความรู้	3	4	8	3	2	3.15	3	1
2. ไม่มีประสบการณ์			12	7	1	2.55	3	2
3. ไม่มีเวลา		2	9	6	3	2.50	3	3

หมายเหตุ จำนวนผู้ตอบ 20 คน

เทคนิคการจัดลำดับสำหรับข้อมูลแบบการตอบสนองคู่

เทคนิคนี้ในกลุ่มนี้จัดแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ และในแต่ละกลุ่มยังมีอีกหลากหลายวิธี ได้แก่

1. กลุ่มวิธีที่ใช้หลักประเมินความแตกต่าง วิธีการในกลุ่มนี้ได้แก่ วิธี mean difference method (MDF), วิธี priority needs index (PNI), วิธี priority needs index (PNI) แบบปรับปรุง และ การวิเคราะห์เมทริกซ์ (matrix analysis) เป็นต้น
2. กลุ่มวิธีใช้หลักการของการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีหลายส่วนประกอบ (multi-component data analysis) ได้แก่ Del-Na, Del-Nb, และ Del-Nc เป็นต้น
3. กลุ่มวิธีกำหนดน้ำหนักความต้องการจำเป็น (weighted needs index) ได้แก่ WN1a, WN1b และ WN1c เป็นต้น

โดยในแต่ละกลุ่มวิธีมีหลักการและวิธีการในการคำนวณ เพื่อจัดอันดับความสำคัญที่แตกต่างกันไป การนำไปใช้นอกจากจะขึ้นอยู่กับความเหมาะสมกับงานวิจัยแต่ละประเภทแล้ว ยังต้องพิจารณาในเรื่องทรัพยากรที่มีด้วย ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้การจัดลำดับโดย priority needs index (PNI) แบบปรับปรุง จึงขอเสนอรายละเอียดเฉพาะวิธีการนี้ ส่วนวิธีการอื่น ๆ ผู้สนใจสามารถศึกษาเบื้องต้นได้จากหนังสือการวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น (สุวิมล ว่องวานิช, 2548 : 275-303)

Priority Needs Index แบบปรับปรุง (PNI_{modified})

เป็นวิธีการที่มีรากฐานมาจากการประเมินความต้องการจำเป็นที่ใช้โมเดลความแตกต่าง ซึ่งมีการรวบรวมข้อมูลแบบการตอบสนองคู่จากมาตรวัดที่แสดงระดับความสำคัญ ($I=$ Importance) ของข้อความนั้น เปรียบเสมือนค่าที่บอกระดับของ "What should be" และมาตรวัดที่แสดงระดับที่ข้อรายการนั้นได้รับการตอบสนองหรือระดับสัมฤทธิ์ผล ($D=$ Degree of success) ที่เป็นอยู่ในขณะนั้น เปรียบเสมือนค่าที่บอกระดับของ "What is" แล้วนำมาคำนวณโดยหาค่าผลต่างของ ($I-D$) แล้วหารด้วยค่า D เพื่อควบคุมขนาดของความต้องการจำเป็นให้อยู่ในพิสัยที่ไม่มีช่วงกว้างมากเกินไป และให้ความหมายเชิงเปรียบเทียบ เมื่อใช้ระดับของสภาพที่เป็นอยู่เป็นฐานในการคำนวณอัตราการพัฒนาเข้าสู่สภาพที่คาดหวังของกลุ่ม

$$PNI_{\text{modified}} = (I-D) / D$$

ตารางที่ 2.7 การกำหนดความต้องการจำเป็นโดยวิธี $PNI_{modified}$

ข้อความ	ค่าเฉลี่ยของ สภาพที่ควรจะเป็น (I)	ค่าเฉลี่ยของ สภาพที่เป็นจริง (D)	(I-D)	(I-D)/D	ลำดับ
1. การให้ความรู้เรื่องการบาดเจ็บแบบเฉียบพลันจากการออกกำลังกาย	4.50	3.50	1.00	0.29	1
2. การให้ความรู้เรื่องโภชนาการกับการออกกำลังกาย	2.50	2.00	0.50	0.25	2
3. การให้ความรู้เรื่องยาทาถูกับการออกกำลังกาย	4.00	3.60	0.40	0.11	3

จากตัวอย่างในตารางที่ 2.7 จะพบว่าค่า $PNI_{modified}$ ของข้อ 1, 2, และ 3 เท่ากับ 0.29, 0.25, 0.11 ตามลำดับ เมื่อแปลความหมายของค่า $PNI_{modified}$ ของความต้องการจำเป็นในการให้ความรู้เรื่องการบาดเจ็บแบบเฉียบพลันจากการออกกำลังกาย จะได้ว่าอัตราการเปลี่ยนแปลงในเชิงพัฒนาการจากสภาพที่เป็นอยู่ไปยังสภาพที่ควรจะเป็นมีค่าคิดเป็นร้อยละ 29 ในขณะที่อัตราการเปลี่ยนแปลงด้านการให้ความรู้เรื่องยาทาถูกับการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 11 แสดงให้เห็นว่าผู้รับบริการกายภาพบำบัดมีความต้องการจำเป็นได้รับความรู้ในเรื่องการบาดเจ็บแบบเฉียบพลันจากการออกกำลังกาย มากกว่าเรื่องยาทาถูกับการออกกำลังกาย

ตอนที่ 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่นำเสนอในการศึกษาค้างนี้ เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำผลการศึกษาไปใช้ประกอบการพัฒนาหลักสูตรปริญญาตรีกายภาพบำบัดที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ โดยใช้ผลลัพธ์ปลายทางเป็นฐาน ได้แก่

วรพร สุนทรวัฒน์ศิริ (2543) ทำการวิจัยเรื่องการพัฒนาหลักสูตรการเขียนภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารธุรกิจ ตามหลักการจัดการศึกษาแบบเน้นผลการเรียน สำหรับนักศึกษาสาขาบริหารธุรกิจ วิชาเอกภาษาอังกฤษธุรกิจ สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อ พัฒนาหลักสูตรการเขียนภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารธุรกิจ ตามหลักการจัดการศึกษาแบบเน้นผลการเรียน ซึ่งเป็นหลักสูตรรายวิชา สำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี สาขาบริหารธุรกิจ วิชาเอกภาษาอังกฤษธุรกิจ สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยคือ

(1) การพัฒนาหลักสูตร แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาข้อมูลพื้นฐานเพื่อกำหนดรายการผลการเรียนสุดท้ายระดับรายวิชา

ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำรายละเอียดหลักสูตร

(2) การประเมินและตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตร ดำเนินการ 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตรโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและตรวจสอบคุณภาพของหลักสูตรโดยการวิจัยกึ่งทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาระดับปริญญาตรี ปีที่ 3 ภาคปกติ สาขาบริหารธุรกิจ วิชาเอกภาษาอังกฤษธุรกิจ จำนวน 36 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำโดยการนำค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการเขียนภาษาอังกฤษ ความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษ ความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล และค่าเฉลี่ยของคะแนนวัดลักษณะการเรียนรู้ด้วยตนเอง จากการทดสอบกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการสอนและหลังการสอนมาเปรียบเทียบ โดยการทดสอบค่าที่ (t-test)

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการเขียนภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารธุรกิจ คะแนนความสามารถในการสื่อสารโดยใช้ภาษาอังกฤษ คะแนนความสามารถในการคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล และคะแนนคุณลักษณะในการเรียนรู้ด้วยตนเอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 แต่มีคะแนนลักษณะการทำงานร่วมกับผู้อื่น และคะแนนลักษณะความรับผิดชอบหน้าที่ หลังการทดลองและก่อนการทดลอง ไม่แตกต่างกัน

Webster (1994 อ้างถึงใน Lorenzen, 1999) ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนาอาจารย์เพื่อการปฏิรูปหลักสูตรที่ใช้ผลลัพธ์ปลายทางเป็นฐานในวิทยาลัยชุมชน เป็นการทําวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึก มีวัตถุประสงค์เพื่อตอบคำถามวิจัยต่อไปนี้ 1) ระบบสนับสนุนของสถาบันที่จำเป็นต่อการที่จะพัฒนาอาจารย์เพื่อเข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงหลักสูตรคืออะไร 2) สิ่งที่จะขัดขวางไม่ให้อาจารย์เข้าสู่กระบวนการเปลี่ยนแปลงหลักสูตรคืออะไร 3) อาจารย์ต้องการทักษะอะไรที่จะช่วยทำให้เกิดหลักสูตรที่ใช้ผลลัพธ์ปลายทางเป็นฐาน เป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ และ 4) ส่วนไหนของกระบวนการออกแบบหลักสูตรแบบใหม่ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากแก่อาจารย์

ผลจากการศึกษาพบว่า

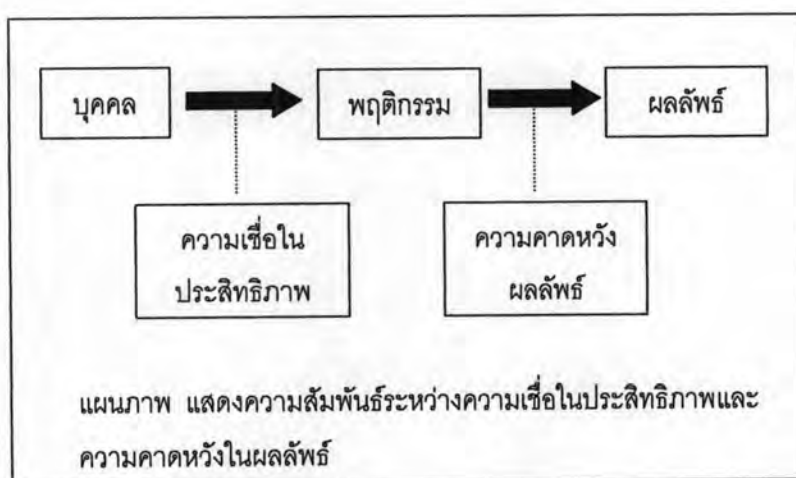
1. การมีส่วนร่วมอย่างกระตือรือร้นของผู้บริหารระดับกลางเป็นสิ่งจำเป็นในการพัฒนาหลักสูตรที่ใช้ผลลัพธ์ปลายทางเป็นฐาน ในวิทยาลัยชุมชน
2. ทีมผู้ออกแบบหลักสูตรในระดับโปรแกรม ต้องมีการติดต่อสื่อสารทั้งกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในและภายนอก
3. กระบวนการออกแบบหลักสูตรในส่วนที่ยากคือ การออกแบบหลักสูตรให้เกิดความร่วมมือระหว่างอาจารย์ที่สอนต่างวิชากัน
4. การออกแบบหลักสูตรความร่วมมือเป็นกระบวนการที่ใช้เวลานาน แต่เทคนิคการสนทนาหรือพูดคุยอย่างเปิดเผยจะเป็นประโยชน์อย่างมาก
5. ทักษะที่จำเป็นสำหรับอาจารย์คือ การคิดเชิงระบบและการคิดเชิงกลยุทธ์ และเครื่องมือทางสถิติที่สนับสนุนจะช่วยพัฒนาการคิดทั้งเชิงระบบและเชิงกลยุทธ์ได้เป็นอย่างดี

Webster ได้ให้ข้อเสนอแนะแก่วิทยาลัย ในการที่จะปฏิรูปไปสู่หลักสูตรที่ใช้ผลลัพธ์ปลายทางเป็นฐาน ดังนี้ 1) ก่อนที่จะเริ่มปฏิรูปเข้าสู่หลักสูตรที่ใช้ผลลัพธ์ปลายทางเป็นฐาน ต้องได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารระดับสูงของสถาบัน และได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารระดับกลาง 2) จัดกิจกรรมพัฒนาอาจารย์ให้เป็นผู้คิดเชิงระบบและเชิงกลยุทธ์ และ 3) ใช้เครื่องมือสถิติที่สนับสนุนในการเสริมความเข้าใจในเรื่องของระบบ

Rea, et al (2004) ได้ทำการวิจัยเรื่องบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของกายภาพบำบัดในมลรัฐแคลิฟอร์เนีย มลรัฐนิวยอร์ก และมลรัฐเทนเนสซี โดยงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ

1) สืบสอบความคิดเห็นต่อกิจกรรม 4 ด้านตามนโยบายสุขภาพปี ค.ศ. 2010 (Healthy People 2010) คือ การประเมินความบกพร่องทางจิต โภชนาการและภาวะน้ำหนักเกิน กิจกรรมการออกกำลังกายและการสูบบุหรี่

2) หาความสัมพันธ์ของประสิทธิภาพแห่งตน (self-efficacy) กับความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ได้ในมลรัฐแคลิฟอร์เนีย มลรัฐนิวยอร์ก และมลรัฐเทนเนสซี ตามผังความสัมพันธ์ของแบนดูรา ดังแสดงข้างล่าง



การวิจัยเก็บข้อมูลโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายชั้น (stratified and random sampling) จากนักกายภาพบำบัดจาก 3 มลรัฐซึ่งถูกเลือกมา เนื่องจากมีสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันในแนวปฏิบัติทางกายภาพบำบัด กฎหมายและการประกันสุขภาพ กรอบของประชากรในการสุ่มตัวอย่างได้จากรายชื่อนักกายภาพบำบัดซึ่งขึ้นทะเบียนไว้

การวิจัยเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง โดยเริ่มพัฒนาเครื่องมือในการวิจัยจากการใช้แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด โดยการสัมภาษณ์นักกายภาพบำบัดจำนวน 20 คนที่สุ่มมาจาก 3 มลรัฐซึ่งประเด็นคำถามเกี่ยวข้องกับความเชื่อในความสามารถของตน (self-efficacy) ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพของนักกายภาพบำบัดจากการวิเคราะห์พบตัวแปรที่ใช้ในการพัฒนาเครื่องมือและทำการวัด แบ่งเป็นตัวแปรอิสระ 8 ตัวแปรได้แก่ ความเชื่อในความสามารถของตน (self-efficacy) และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการส่งเสริมสุขภาพสำหรับกิจกรรม 4 ด้านตามนโยบายสุขภาพปี ค.ศ. 2010 ดังได้กล่าวแล้ว และตัวแปร

ตามคือแนวทางการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ ของนักกายภาพบำบัดสำหรับกิจกรรม 4 ด้าน ทั้งนี้ ความเชื่อในความสามารถของตนวัดจากระดับความเชื่อมั่นของ นักกายภาพบำบัดในการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยใช้มาตราการวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 6 ระดับ ส่วนความคาดหวังในผลลัพธ์วัดจากความคาดหวังของผู้ป่วยที่มีต่อการช่วยเหลือของนักกายภาพบำบัด

ผลการวิจัยพบว่านักกายภาพบำบัดส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 54 รองลงมาคือ ปริญญาโทร้อยละ 42 และมีเพียงร้อยละ 3 ที่จบการศึกษาระดับปริญญาเอก การให้บริการส่วนใหญ่จะเป็นด้านที่เกี่ยวกับกระดูกร้อยละ 48 ด้านการรักษาทั่วไปร้อยละ 21 และด้านระบบประสาทร้อยละ 17 โดยเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการดูแลคนไข้อยู่ที่ 2 ชั่วโมง

โดยรวมแล้ว นักกายภาพบำบัดได้รับการศึกษาด้านสุขภาพหรือการส่งเสริมสุขภาพจาก โรงเรียนคิดเป็นร้อยละ 53 ขณะที่ประมาณร้อยละ 29 เข้ารับการศึกษาลักษณะของการศึกษาต่อเนื่องหลังจากจบการศึกษาแล้ว และมีเพียงร้อยละ 20 ที่ได้รับปริญญาในด้านนี้เป็นส่วนเพิ่มจากปริญญา กายภาพบำบัด ซึ่งโดยมากจะเป็นปริญญาเสริมในด้านที่เกี่ยวกับศาสตร์ของการออกกำลังกาย

จากการวิเคราะห์โดยเทคนิค ANCOVA เพื่อทดสอบความแตกต่างความคิดเห็น (การรับรู้) ที่มีต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับกิจกรรม 4 ด้าน สำหรับมลรัฐทั้งสามพบที่มีความแตกต่าง ในกิจกรรมที่เกี่ยวกับการประเมินความบกพร่องทางจิตของผู้ป่วยทั้ง 3 มลรัฐ แต่ไม่พบความแตกต่าง ในด้านกิจกรรมการออกกำลังกาย โภชนาการและภาวะน้ำหนักเกิน และกิจกรรมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กับความเชื่อในความสามารถแห่งตนสำหรับกิจกรรม 4 ประการพบความสัมพันธ์ที่เป็นบวกในระดับต่ำ ($r = .246-.332$) และเช่นเดียวกับความคาดหวังต่อผลลัพธ์ ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ที่เป็นบวกต่อกิจกรรมการประเมินความบกพร่องทางจิตและการสูบบุหรี่ ($r = .119$ และ $r = .155$) และจากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ ถดถอยโดยควบคุมตัวแปรประชากรศาสตร์ สำหรับมลรัฐที่มีความแตกต่างกันทั้งสามพบว่า ประสิทธิภาพแห่งตนและความคาดหวังในผลลัพธ์มีความสัมพันธ์กับกิจกรรมทั้ง 4 ด้าน และยังพบว่าประสิทธิภาพแห่งตนเพียงตัวแปรเดียวก็สามารถทำนายการรับรู้ในกิจกรรมทั้ง 4 ด้านได้

นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มว่า มลรัฐเทนเนสซีมีคะแนนของประสิทธิภาพแห่งตนสูงที่สุดและมลรัฐแคลิฟอร์เนียมีคะแนนต่ำสุดในกิจกรรมการประเมินความบกพร่องทางจิต การโภชนาการและภาวะน้ำหนักเกินและกิจกรรมการออกกำลังกาย ส่วนกิจกรรมการงดสูบบุหรี่พบว่านิวยอร์กมีคะแนนสูงสุดและแคลิฟอร์เนียมีคะแนนต่ำสุด ส่วนคะแนนด้านความคาดหวังในผลลัพธ์พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน สำหรับทุกกิจกรรมและทุกมลรัฐโดยสรุปแล้วพบว่านักกายภาพบำบัดเชื่อว่าพวกเขาได้ช่วยเหลือผู้ป่วย ในกิจกรรมทั้ง 4 ด้านตามนโยบายสุขภาพ 2010 แต่มีระดับที่แตกต่างกันไปเล็กน้อยใน 3 มลรัฐ และ

พบว่ากิจกรรมที่นักกายภาพบำบัดเชื่อว่าพวกเขามีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยมากที่สุดคือกิจกรรมการออกกำลังกาย ร่องลงมาคือกิจกรรมการประเมินความบกพร่องทางจิตโดยช่วยในการบรรเทาความโศกเศร้าและความกดดัน แต่พบว่ากิจกรรมที่ตนเองมีส่วนช่วยเหลือได้น้อยคือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการและภาวะน้ำหนักเกิน และการงดสูบบุหรี่

จากนิยามของการส่งเสริมสุขภาพที่กล่าวว่า เป็นกระบวนการของการเพิ่มสมรรถนะให้คนสามารถควบคุมปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดสุขภาพ และเป็นผลให้บุคคลมีสุขภาพดี สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสม รวมไปถึงการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546) จึงได้มีผู้ที่สนใจศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจำนวนมาก จากการศึกษางานวิจัยในประเทศไทยพบว่า ในช่วงปี พ.ศ.2540-2543 ที่มีการรณรงค์เกี่ยวกับ " สุขภาพดีถ้วนหน้า 2543 " นั้น ได้มีผู้ศึกษาวิจัยในเรื่องที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยทำการศึกษาทั้งในกลุ่มประชากร เพศหญิงและชาย หลากหลายอาชีพ เพื่อดูว่าอะไรเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ดังแสดงใน ตารางการวิเคราะห์ผลการวิจัย ตารางที่ 2.8

ตารางที่ 2.8 ผลการศึกษางานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

หัวข้อ	หมายเลขของงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1. รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ	/	/	/	/	/	/	/	/
2. ประชากร								
2.1 กลุ่มตัวอย่าง	ตำรวจ	คนงาน	คนงาน	พัฒนากร	ครู	คนงาน	ทหาร	คนพิการ
2.2 จำนวน	619	400	420	393	396	400	580	507
2.3 เพศ	ช.	ช + ญ	ญ.	ช + ญ	ช + ญ	ญ(ทั้ง)	ช	ช + ญ
3. เครื่องมือ								
3.1 แบบสอบถาม	/	/	/	/	/	/	/	/
* ข้อมูลทั่วไป	/	/	/	/	/	/	/	/
* ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพ		/	/		/			
* ค่านิยมสุขภาพ	/	/	/	/	/		/	/
* ทศนคติต่อสุขภาพ	/	/	/	/	/		/	/
* การรับรู้ความสามารถตน	/			/		/	/	/
* การรับรู้อำนาจตน	/						/	
* การรับรู้สถานะสุขภาพแห่งตน	/	/	/	/	/		/	/
* การรับรู้อุปสรรคฯ	/			/		/	/	/
* การรับรู้ประโยชน์	/			/		/	/	/
* พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	/	/	/	/	/	/	/	
* ปัจจัยที่เอื้อต่อการส่งเสริมฯ		/	/		/			
* ปัจจัยที่เสริมต่อการส่งเสริมฯ		/	/		/			
3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล								
* สถิติพรรณนา	/	/	/	/	/	/	/	/
* chi-square	/	/	/	/	/		/	/
* Pearson's correlation	/	/	/	/	/	/	/	/
4. ผลการศึกษา								
4.1 การมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (จำนวน % ของกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ)								
* การรับประทานอาหาร	77.5	13.75	50.2	69.4		ดี	62.4	79.7
* การออกกำลังกาย	82.1	14.5	36.5	58.2		ไม่ดี	78.9	65.5
* การบริหารความเครียด	92.9	13	44	87.8		ดี	80	16.3
* การงดสูบบุหรี่	59.2	80.75	86	32.9		ดี	38.7	47.8

ตารางที่ 2.8 (ต่อ)

หัวข้อ	หมายเลขของงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ							
	1	2	3	4	5	6	7	8
* การงดดื่มสุรา	77.5	53.25	73.1	60.2		ดี	38.7	47.8
* การตรวจร่างกายประจำปี	96.4	39.5	26.9	50.3		ดี	92	60
4.2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อไปนี้กับการส่งเสริมสุขภาพ (/ = มีความสัมพันธ์ X = ไม่มีความสัมพันธ์)								
* เพศ				x	/			
* สถานภาพสมรส	x			x	x		/	
* รายได้	/			x	x	x	/	
* ดัชนีน้ำหนักร่างกาย	/			x			x	
* แบบแผนการใช้บริการสุขภาพ	/			/			/	
* ความถูกต้องของพฤติกรรมฯ	/			/				
* ระดับการศึกษา	/					x	x	
* ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมฯ		/	/	x	/	/		/
* ทศนคติเกี่ยวกับการส่งเสริมฯ		x	/	x	/	/		/
* การรับรู้ประโยชน์	/			x		/		/
* การรับรู้อุปสรรค				x		/		x
* การรับรู้สถานะสุขภาพของตน		/	/	/		/		/
* การรับรู้ความสามารถตน				/		/	/	/
4.3 สิ่งชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ปัจจัยต่อไปนี้สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ)								
* การได้รับข้อมูลจากสื่อ	/		/	/			/	/
* การได้รับการสนับสนุน		/	/	/				
4.3 ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด								
* ค่านิยมเกี่ยวกับการส่งเสริมฯ		/	/		/			/
* การรับรู้ความสามารถตน				/			/	
* การรับรู้อุปสรรค	/							

หมายเหตุ

งานวิจัย หมายเลข 1 จุรีรัตน์ เพชรทอง (2540)

หมายเลข 3 วมลดา ทองใบ (2540)

หมายเลข 5 ประสงค์ วีรพงศ์นภาดัย (2541)

หมายเลข 7 ณัฐกฤต ฉายแสง (2543)

หมายเลข 2 ไพโรจน์ พรหมทันใจ (2540)

หมายเลข 4 จินตนา พรหมลาย (2541)

หมายเลข 6 คาริณี สุภาพ (2542)

หมายเลข 8 มาลิน สุขเกษม (2543)

ตารางที่ 2.8 แสดงให้เห็นถึงการวิเคราะห์ผลการศึกษาวิจัย 8 เรื่องเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทำการวิจัยโดยการสำรวจพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารครบห้าหมู่ การออกกำลังกาย การบริหารความเครียด การงดสูบบุหรี่ การงดดื่มสุรา และการตรวจร่างกายประจำปี เป็นต้น ในกลุ่มตัวอย่างหลายอาชีพ เช่น ทหาร ตำรวจ นักพัฒนากร คณงาน รวมถึงคนพิการ โดยสรุปพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่สำคัญที่มีอิทธิพลกับการส่งเสริมสุขภาพ คือ แบบแผนการใช้บริการสุขภาพ การมีค่านิยมที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สถานะสุขภาพของตน การรับรู้ความสามารถตนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากสื่อ และบุคคลใกล้ชิด

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับคุณลักษณะนักกายภาพบำบัดที่พึงประสงค์

ประวิตร เจนวรรณะกุล และคณะ (2546) ได้ทำการศึกษาค้นคุณลักษณะของนักกายภาพบำบัดที่พึงประสงค์ จากมุมมองของนักกายภาพบำบัดที่ทำงานในโรงพยาบาล และผู้สอนในสถาบันการศึกษา โดยทำการสำรวจคุณลักษณะของนักกายภาพบำบัดด้วยแบบสอบถาม จากกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 นักกายภาพบำบัดที่ทำงานในโรงพยาบาลประจำจังหวัด จำนวน 71 คน

กลุ่มที่ 2 นักกายภาพบำบัดที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐบาลและเอกชนในกรุงเทพมหานคร จำนวน 92 คน

กลุ่มที่ 3 นักกายภาพบำบัดที่ทำงานเป็นอาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษา ที่มีการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรกายภาพบำบัด จำนวน 26 คน

ผลการศึกษาแยกพิจารณาออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. คุณลักษณะทั่วไปที่ถูกเลือกสูงสุด 8 อันดับแรก จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย

โดยในภาพรวมคุณลักษณะทั่วไปที่ถูกเลือกสูงสุด 8 อันดับแรก คือ การมีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ การมีความรับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย การเป็นผู้สนใจแสวงหาความรู้อยู่เสมอ การเป็นผู้มีบุคลิกภาพเป็นที่ยอมรับ เชื่อถือ และไว้วางใจของผู้รับบริการและผู้อื่น มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นทั้งในและนอกหน่วยงาน มีร่างกายและจิตใจปกติ สามารถแก้ไขปัญหาในการทำงานตามกระบวนการแก้ปัญหอย่างเป็นระบบ และ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และมีวิสัยทัศน์กว้างไกล

2. คุณลักษณะทางวิชาชีพที่พึงประสงค์ สูงสุด 5 อันดับแรก จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย

คุณลักษณะทางวิชาชีพที่พึงประสงค์ 5 อันดับแรก คือ สามารถตรวจประเมิน วางแผนและให้การรักษา สามารถประเมินผลการรักษาอย่างเป็นระบบ และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงการให้

บริการ สามารถนำความรู้ทางทฤษฎีมาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง มีความพึงพอใจในวิชาชีพของตนเอง และประยุกต์ความรู้ทางกายภาพบำบัดได้อย่างเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งรายละเอียดของการจำแนกคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามกลุ่มเป้าหมาย แสดงในตารางที่ 2.9

ตารางที่ 2.9 คุณลักษณะของนักกายภาพบำบัดที่พึงประสงค์ :

มุมมองจากนักกายภาพบำบัดที่ทำงานในโรงพยาบาล และผู้สอนในสถาบันการศึกษา

หัวข้อ	โดยรวม	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3
คุณลักษณะทั่วไป				
- มีจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพ	1	1	1	1
- มีความรับผิดชอบในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย	2	2	2	4
- สนใจแสวงหาความรู้อยู่เสมอ	3	4	4	2
- มีบุคลิกภาพเป็นที่ยอมรับ เชื่อถือ และไว้วางใจของผู้รับบริการ และผู้อื่น	4	3	6	3
- มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นทั้งในและนอกหน่วยงาน	5	5	3	7
- มีร่างกายและจิตใจปกติ	6	6	5	4
- แก้ไขปัญหาในการทำงานตามกระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ	7	-	7	-
- มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และมีวิสัยทัศน์กว้างไกล	8	7	-	6
- รู้จักวิเคราะห์วิจารณ์อย่างเหมาะสม และมีเหตุผล		7	-	-
- แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า หรือเร่งด่วนได้ถูกต้องและมีเหตุผล			7	-
- มีความกระตือรือร้น และขยันหมั่นเพียรในการทำงาน				7
- มีระเบียบวินัย และตรงต่อเวลา				7
คุณลักษณะทางวิชาชีพ				
- สามารถตรวจประเมิน วางแผน และให้การรักษา	1	1	1	1
- สามารถประเมินผลการรักษาอย่างเป็นระบบ และนำผลการประเมินไปใช้ปรับปรุงการให้บริการ	2	3	2	2
- สามารถนำความรู้ทางทฤษฎีมาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง	3	2	3	3
- มีความพึงพอใจในวิชาชีพตนเอง	4	-	4	5
- ประยุกต์ความรู้ทางกายภาพบำบัดได้อย่างเหมาะสมกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม	5	5	5	-
- สามารถแลกเปลี่ยนความรู้ทางการแพทย์กับบุคลากรทางสาธารณสุข อื่นๆ		4	-	4
- มีความเข้าใจในสภาพจิตใจของผู้ป่วยและญาติ			5	

กลุ่มที่ 1 = PT ใน โรงพยาบาลประจำจังหวัด จำนวน 71 คน

กลุ่มที่ 2 = PT ใน โรงพยาบาลรัฐและเอกชน ในกรุงเทพ จำนวน 92 คน

กลุ่มที่ 3 = PT ที่เป็นอาจารย์ในสถาบัน จำนวน 26 คน

การวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

บทความเรื่อง in Sickness and in Wellness (Ries, 2007) ระบุว่า กายภาพบำบัดกำลังเริ่มต้นก้าวเข้าสู่การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพ มีแนวทางที่หลากหลายที่นักกายภาพบำบัดจะสามารถเสนอต่อสาธารณะ และไม่ได้มีแนวทางที่เป็นมาตรฐานสำหรับการดำเนินการเพื่อการป้องกันและส่งเสริมให้เกิดความมีสุขภาพดี ทำให้เป็นที่น่าสนใจว่าได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับงานส่งเสริมสุขภาพไว้มากน้อยเพียงไร โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับนักกายภาพบำบัด

จากการศึกษาของ Chase และคณะ (1993 อ้างถึงใน Martin and Fell, 1999) ถึงการรับรู้ของนักกายภาพบำบัดต่อการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย (นิยามของการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย คือประสบการณ์การเรียนรู้ที่ได้วางแผนไว้ โดยการใช้วิธีการหลากหลาย เช่น การสอน การให้คำปรึกษา และเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีอิทธิพลต่อความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพของผู้ป่วย) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า นักกายภาพบำบัดรู้สึกถึงสิ่งกีดขวางต่อการให้การศึกษาแก่ผู้ป่วย ตั้งแต่ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยหรือความพิการ ทัศนคติของผู้ป่วยหรือความคาดหวังของผู้ป่วยต่อผลลัพธ์ของการรักษาทางกายภาพบำบัด ทัศนคติของผู้ป่วยต่อการรักษา และสภาพความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย ปัจจัยอื่นที่อาจเป็นสิ่งกีดขวางการส่งเสริมสุขภาพในสถานกายภาพบำบัดคือ การไม่มีเวลา ขาดความสนใจ ขาดความรู้ และขาดการฝึกฝน เพราะว่าแนวโน้มของระบบการดูแลสุขภาพของสหรัฐอเมริกา นักกายภาพบำบัดจำนวนมากรู้ถึงการที่ไม่สามารถใช้เวลาในการรักษาได้เท่าที่ต้องการ การที่จะคาดหวังให้นักกายภาพบำบัดเหล่านี้สามารถให้กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นไปได้ การขาดความสนใจในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ขัดขวางการทำกิจกรรมป้องกันและส่งเสริมการมีสุขภาพดี เป็นการยากที่จะเปลี่ยนจุดเน้นจากการรักษาในระดับตติยภูมิไปสู่การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพดี นักกายภาพบำบัดบางคนได้รับการฝึกฝนน้อยหรือไม่ได้รับการฝึกฝนเลยในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน นักกายภาพบำบัดเหล่านี้ไม่ได้ให้ความสนใจแหล่งข้อมูลที่มีให้กับเขาและชุมชน เป็นผลให้ไม่เกิดความร่วมมือในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในคลินิกของเขา

การศึกษาของ Gahimer และ Domholdt (1996) ที่ทำการศึกษาในเรื่องการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยของนักกายภาพบำบัด จำนวน 37 คน พบว่า นักกายภาพบำบัดให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ผู้ป่วยในเรื่องที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการออกกำลังกายที่บ้าน โดยไม่ให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย รวมทั้งการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับความเครียดซึ่งพบว่าเป็นความต้องการ

ของผู้ป่วย ทั้งนี้อาจเนื่องจากนักกายภาพบำบัดไม่ได้มีการเตรียมตัวในเรื่องของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งนับเป็นข้อจำกัดของการที่นักกายภาพบำบัดจะปรับตัวให้เข้ากับระบบการดูแลสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป

การศึกษาของ Grant (1998) เรื่อง ความคิดเห็นของแพทย์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์ในประเทศแคนาดา จำนวน 200 คน พบว่า มากกว่า 50% ของกลุ่มตัวอย่าง คิดว่า ตนเองไม่สามารถให้การส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

McAvoy (1999) ได้ทำการศึกษาในเรื่องเดียวกันกับแพทย์ชาวอังกฤษ จำนวน 230 คน ผลการศึกษา ก็เป็นเช่นเดียวกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างนี้ถูกถามความรู้สึก หลังได้รับการฝึกฝนในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอพบว่า ประมาณ 60% ของกลุ่มตัวอย่าง รู้สึกถึงประสิทธิภาพในการให้การส่งเสริมสุขภาพดีขึ้น

Futter (2003) ได้ทำการศึกษาโดยการพัฒนาโมดูลเพื่อเตรียมนักศึกษากายภาพบำบัด สำหรับทำงานในชุมชน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เมื่อเสร็จสิ้นการฝึกงาน นักศึกษา 92% ให้ความเห็นว่า การฝึกงานในชุมชนเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ที่ดี นักศึกษาได้เรียนรู้ว่าการปฏิบัติงานจริงนั้นมีข้อแตกต่างมากมายจากที่ศึกษาในห้องเรียน และจะนำความรู้มาประยุกต์ใช้จริงได้อย่างไร นักศึกษา 88% ให้ความเห็นว่า การฝึกงานชุมชน เป็นการขยายกรอบความรู้เกี่ยวกับงานกายภาพบำบัดของเขาให้กว้างขึ้น

การศึกษาของ Rea (2003) เรื่องบทบาทของงานส่งเสริมสุขภาพในงานกายภาพบำบัด และรูปแบบการปฏิบัติงานของนักกายภาพบำบัด การรับรู้ความสามารถของตนเอง และผลลัพธ์ที่คาดหวังของนักกายภาพบำบัดจากรัฐ แคลิฟอร์เนีย นิวยอร์ค และเทนเนสซี รวมจำนวน 3,500 คน พบว่า นักกายภาพบำบัดให้การส่งเสริมสุขภาพในระหว่างการรักษาน้อยกว่าที่คาดหวัง

การศึกษาของ Brotons และคณะ (2004) ซึ่งได้ทำการศึกษาในแพทย์ จำนวน 2,082 คน จาก 11 ประเทศในทวีปยุโรป ยังพบว่า แม้แพทย์จะมีความเชื่อว่า เขาควรจะให้การส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วย แต่ในทางปฏิบัติแล้ว แพทย์ได้ทำน้อยกว่าที่คิดไว้ โดย 56.02% ของกลุ่มตัวอย่าง ระบุว่า การส่งเสริม

สุขภาพเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก สิ่งที่เป็นอุปสรรคสำคัญมี 2 ประการคือ 1) การที่มีภาระงานในการรักษาผู้ป่วยมากเกินไปจนไม่มีเวลา และ 2) การส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ไม่สามารถเรียกเก็บเงินได้

Goodgod (2005) ซึ่งทำการศึกษาในนักกายภาพบำบัดด้านเด็กที่เป็นสมาชิกของสมาคมกายภาพบำบัดสหรัฐอเมริกา จำนวน 257 คน พบว่า ในปัจจุบันนักกายภาพบำบัดด้านเด็กยังคงให้การรักษาผู้ป่วยในรูปแบบเดิม มากกว่าที่จะให้การส่งเสริมสุขภาพ