



Primary Health Care Journal (Northern Edition)



วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)



ปีที่ 35 ฉบับที่ 1

มกราคม – เมษายน 2568



NCDs ต่ำ/ลดลงกค/ก อสม.



ISSN : 3056-9621 (print)

ISSN : 3056-963X (online)



ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข



วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เมษายน 2568

ที่ปรึกษา

ดร.นพ.ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.กรกฤษ ลิ้มสมบุติ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.อดิสรณ์ วรรณะศักดิ์	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กองบรรณาธิการผู้ทรงคุณวุฒิ

รศ.ดร.วรรณภา ประยุกต์วงศ์	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
ผศ.ดร.กิตติคุณ หมู่พิกษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตนครสวรรค์
ผศ.ดร.วุฒิชัย จริยา	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.กฤตปัทธ ตันต้อมรกุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ธัชพล เมธารัฐกุล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ธิตินา ทวานิชเวช	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์
ดร.สุภากรรณ์ ตันตินันตตระกูล	มหาวิทยาลัยรามคำแหง
ว่าที่ร้อยตรี ดร.ยุทธนา แยมคาย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ดร.สุวิมล ปิยสุภะ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
นายสมเกียรติ ศรีประสิทธิ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
นางสาววัชร ศรีทอง	นักวิชาการอิสระ
ดร.ภูซงค์ อินทร์ชัย	มหาวิทยาลัยมหิดล
นายชาติชาย สุวรรณนิตย์	ข้าราชการบำนาญ
ดร.สมนึก หงส์ชัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
ดร.วิสุทธิ บุญญะโสภิต	นักวิชาการอิสระ
ดร.ธัญชนก ชุมทอง	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางสาวนงลักษณ์ วิชัยรัมย์	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
นางสาววันวิสา คำสัดย	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี
นางสาวชนมิกา ใจดี	มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์

กองบรรณาธิการบริหาร

นายอุทิศ จิตเงิน	ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางเพ็ญศรี โตเทศ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวสุภัทรา ฝอฝน	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นายมฤคธราช ไชยภาพ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวรัชต์สุดา ช่อรักษ์	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวกฤษณา กันกลิ่น	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

ฝ่ายจัดการวารสาร

นางเพ็ญศรี โตเทศ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวสุภัทรา ฝอฝน	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นายมฤคธราช ไชยภาพ	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวรัชต์สุดา ช่อรักษ์	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวกฤษณา กันกลิ่น	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวนารี ยอดทอง	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางศิริลักษณ์ ช่างเนียม	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางบุญเชิด ธรรมสอน	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3
นางสาวปภาดา เขาช้า	ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม / สนใจติดต่อได้ที่

เบอร์โทรศัพท์ : 056 222 375
: 095-709 5942 (มฤคธราช)
: 095-246 4124 (รัชต์สุดา)

LINE ID : bo_em
: namfarok

<https://thaidj.org/index.php/NRTC>

ช่องทางการติดต่อและเผยแพร่



บทบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ)

ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม - เมษายน 2568

ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

นายอุทิศ จิตเงิน



“แม้เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพของพวกเราได้” เป็นทั้งคำขวัญ คติประจำใจ และแนวทางการทำงานของพี่น้องอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม. และพี่เลี้ยงของ อสม.ทุกระดับ ไม่ว่าจะเป็นระดับตำบล (รพ.สต./อบต./เทศบาล) ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด ที่เชื่อมั่นและสามารถทำให้เป็นประชาชนสามารถดูแลและจัดการสุขภาพของตนเองได้ ด้วยหลักการการสาธารณสุขมูลฐาน

วันที่ 20 มีนาคม “วัน อสม.แห่งชาติ” เป็นวันสำคัญอย่างของ อสม. “ความเป็น อสม.” ที่ฝังลึกอยู่ในจิตใจของ อสม. ได้แสดงบทบาทด้วยการทุ่มกำลังกาย กำลังใจ เสียสละเวลาและกำลังทรัพย์ มาตลอดระยะเวลาการเป็น อสม. เป็นที่ประจักษ์ กระทรวงสาธารณสุขชื่นชม ยินดี และขอเชิดชูเกียรติ ให้สมกับ “ความเป็น อสม.” และปีนี้นั้น “วัน อสม.แห่งชาติ” คึกคักเป็นพิเศษทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค

วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ ฉบับที่นี้ยังเข้มข้นด้วยเนื้อหาวิชาการ ที่นำไปปรับ ประยุกต์ใช้ได้ อาทิเช่น 1) บทเรียนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ “ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ภาคเหนือ” 2) ความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ 3) ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลกองมูล อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ 4) พัฒนากลยุทธ์การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์ และงานวิจัยอื่นๆที่น่าสนใจ

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุกท่านที่ส่งบทความวิชาการ งานวิจัย ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ) เผยแพร่ความรู้อันประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขมูลฐาน กองบรรณาธิการหวังและภาคภูมิใจเป็นอย่างยิ่งที่ได้สร้างเวทีเผยแพร่งานวิชาการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และยกระดับการพัฒนาด้านวิชาการและปฏิบัติการ ผ่านวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือนี้ยิ่งๆ ขึ้นไป

สารบัญ

เนื้อเรื่อง

หน้า

บทเรียนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ“ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ภาคเหนือ” : อุทิศ จิตเงิน	1
ความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ : ชัยปเวสน์ สุนันสา	8
ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ ของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตำบลกองมูล อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ : นันทนา ถนอมทัพ	19
พัฒนากลยุทธ์การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์ : ชื่นฤดี รบชนะ	32
การพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน และกำจัดลูกน้ำยุงลาย ลดความเสี่ยงโรคไข้เลือดออกในชุมชน : ทวีป สมัครการไถ	42
รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง : สุวพิชญ์ ช่อมจันทร์ตรา	53
การพัฒนาแบบการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น : สกลรัตน์ พาลาฮาด, นิตยา สุภามา, เพชรภรณ์ ประสารฉ่ำ	63
ประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุทัย : สุภาพร อธิคมานนท์	73
รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โดยมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุทัยธานี : ทวีป สมัครการไถ, อำนาจ คำยาดี	86

บทเรียนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ “ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ภาคเหนือ”

อุทิศ จิตเงิน

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การพัฒนาตำบลเพื่อจัดการคุณภาพชีวิตเป็นกระบวนการที่สำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างความเข้มแข็ง/ชุมชนท้องถิ่น ให้สามารถจัดการตนเองได้ตามบริบทของพื้นที่ โดยภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการบูรณาการการทำงาน ต้องเข้ามามีส่วนร่วมและแสดงบทบาทเสริมพลังกันในทิศทางและเป้าหมายเดียวกัน ภายใต้หลักคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง”

บทเรียนการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ ภาคเหนือ ใช้วิธีการจัดการความรู้(Knowledge Management : KM) ในภาคเหนือ 4 ตำบล คือ 1) ตำบลแคมป์สน อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ 2) ตำบลตำบลโมโกร อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก 3) ตำบลออย อำเภอปง จังหวัดพะเยา และ 4) ตำบลกลางเวียง อำเภอเมือง จังหวัดน่าน ค้นพบบทเรียนสำคัญต่อการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการ คือ 1) **การมีรากฐานที่เข้มแข็ง** ซึ่งหมายถึง การมีทีมหรือคณะทำงานที่หลากหลาย บูรณาการบทบาทสู่เป้าหมายเดียวกัน, มีการสร้างบรรยากาศที่ดีและเอื้ออำนวยต่อการทำงานร่วมกัน, การมีข้อมูลที่ต้องการครบถ้วน เป็นปัจจุบัน มีการจัดการระบบข้อมูล แพลตฟอร์ม ความหมายของข้อมูลสู่การวางแผนและสื่อสาร

กลุ่มเป้าหมายและภาคีเครือข่ายสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย

2) **การจัดการแบบมีส่วนร่วม** โดยเฉพาะมีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผน, มีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแผน, การประเมินผล, เครื่องมือที่ใช้สร้างการมีส่วนร่วม เช่น แผนที่ผลลัพธ์ แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ แผนแม่บทชุมชน Appreciation Influence Control :AIC และ Future Search Conference : FSC 3) **มีภาคีเครือข่ายหลากหลายและมีเป้าหมายที่สอดคล้องกัน** มีการแบ่งขอบเขต/บทบาทหน้าที่เป็น 2 ระดับ คือพื้นที่บริหารจัดการและสนับสนุน (Area Management and Support) เป็นบทบาทหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และพื้นที่การปฏิบัติการ (Area Operation) เป็นบทบาทหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรืออาจเรียกชื่ออื่น และ 4) **ประชาชนกลุ่มเป้าหมายและภาคีเครือข่ายแสดงบทบาท** กล่าวคือเจ้าหน้าที่ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาชน “ได้แสดงบทบาทและเชื่อมประสานบทบาทของตนสู่ภาคีเครือข่ายอื่นได้อย่างเหมาะสม ลงตัว มีเป้าหมายเดียวกัน

หัวใจของความสำเร็จ (Critical Success Factor) ของการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต คือ ประชาชนและภาคีเครือข่าย แสดงบทบาทที่สอดคล้องและเสริมพลังกันและกัน (Synergy)

ตัวชี้วัดความสำเร็จ (Key Performance Indicator) ของการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็นตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicator) คือ “กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่(ตำบล)”

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอต่อผู้บริหารและนโยบายส่วนกลาง

1) กำหนดให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นนโยบายหรือเป็นวาระแห่งชาติ และระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติอย่างเป็นรูปธรรม 2) กำหนดเป็นนโยบายบูรณาการการดำเนินงานกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่เฉพาะองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพเท่านั้น เช่น มหาดไทย ศึกษา เกษตร ฯลฯ เป็นต้น

2. ข้อเสนอต่อผู้บริหารในพื้นที่(อำเภอและจังหวัด)

1) ปรับกระบวนการทัศน์บุคคลากร (Mind Set) การพัฒนาคุณภาพชีวิต 2) พัฒนาความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ทั้งด้านวิชาการและเทคนิคการทำงานที่ใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง

3. ข้อเสนอต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1) กำหนดการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็นนโยบายสาธารณะของพื้นที่ 2) เป็นองค์กรหลักในการดำเนินการทุกขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3) สนับสนุนด้านการพัฒนาศักยภาพทีมระดับตำบลในการจัดทำแผนงานโครงการ และอื่น ๆ 3) ดำเนินการออกข้อบัญญัติสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพชีวิต

บทนำ

“กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)” ถูกนำมาเป็นกลยุทธ์หลักในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน มาตั้งแต่ต้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520 - 2524) โดยเน้นเรื่อง 3ก1ข (กรรมการ กองทุน การบริหารจัดการ

และข้อมูล) โดยมีเป้าหมาย คือ ต้องการให้ประชาชนทั้งระดับปัจเจก ครอบครัว และระดับชุมชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนปี 2543 (Health for All by the Year 2000) และประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้ทางด้านสาธารณสุข ตามคำขวัญการสาธารณสุขมูลฐานของไทยว่า **“แม้เราเป็นชาวบ้าน เราก็สามารถดูแลสุขภาพของพวกเราเองได้”**

กลวิธีการสาธารณสุขมูลฐานได้พัฒนาต่อเนื่องเรื่อยมาจวบจนกระทั่งมาถึงปี 2545 แนวคิดการสาธารณสุขมูลฐานได้ขยายฐานคิดไปสู่ **“การพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน”** ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบราชการและการกระจายอำนาจ ตามบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ที่ให้สิทธิและหน้าที่ของประชาชนที่จะได้รับการดูแลและจัดการสุขภาพให้มีสุขภาพดีได้ด้วยตัวของภาคประชาชนเอง

ต่อมาในปี พ.ศ. 2561 องค์การอนามัยโลก จัดประชุม Second International Conference on Primary Health Care Towards Universal Coverage and the Sustainable Development Goals ณ กรุงอัสตานา สาธารณรัฐคาซัคสถาน ในการประชุมนี้เป็นการรับรองข้อความในพันธะสัญญาตามความปรารถนาแห่งปฏิญญาอัลมา-อะตา เมื่อปี พ.ศ. 2521 ดังกล่าวข้างต้น และเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในปี พ.ศ. 2573 ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งได้จัดทำเป็นปฏิญญาอัสตานา (Astana Declaration) เพื่อเป็นการสืบทอดเจตนารมณ์การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานในระดับโลก มุ่งสู่การมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage -UHC) และบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) ในปี 2573 และประเทศไทยโดยคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบต่อร่างปฏิญญาแห่งอัสตานา ในการประชุมระดับโลกด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ในการประชุมดังกล่าวทั้งนี้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพโดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนได้ดำเนินการพัฒนา **“หมู่บ้านจัดการ**

สุขภาพ” ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 และในปี พ.ศ. 2564 ได้ปรับเป็นการพัฒนา “ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต” เพื่อให้สอดคล้องกับหลักคิดการสาธารณสุขมูลฐานที่มองว่าการสาธารณสุขมูลฐานนอกจากจะเป็นการพัฒนาด้านสุขภาพแล้วยังต้องบูรณาการกับหน่วยงานอื่นๆในการพัฒนาชุมชนและการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างยั่งยืน ใช้พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลางในการพัฒนา เปิดพื้นที่ให้ภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน เข้ามามีส่วนร่วมและเป็นเจ้าภาพร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม ผลของการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพหรือตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่ผ่านมา มีทั้งผลลัพธ์ในเชิงปริมาณ ส่วนผลลัพธ์ในเชิงคุณภาพยังไม่มี ความชัดเจนและไม่ลึกพอที่จะนำมาวิเคราะห์ให้เห็นเป็นรูปธรรม การนำข้อมูลของพื้นที่ที่ได้รับการประเมินและคัดเลือกเป็นต้นแบบการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตมาวิเคราะห์และสังเคราะห์บทเรียนจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาต่อยอด และขยายผลสู่พื้นที่อื่นๆ

วัตถุประสงค์

เพื่อถอดบทเรียนการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตพื้นที่ต้นแบบ และนำบทเรียนดังกล่าวใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน และเป็นข้อเสนอเพื่อการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

ขอบเขตการถอดบทเรียน

บทเรียนการพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ “ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ภาคเหนือ” ใช้วิธีการจัดการความรู้ (Knowledge Management : KM) ในตำบลที่ถูกคัดเลือกให้เป็นพื้นที่ต้นแบบหรือพื้นที่ดีเด่น ภาคเหนือ ปี พ.ศ. 2564 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 4 ตำบล ได้แก่ 1) ตำบลแคมป์สน อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ 2) ตำบลตำบลโมโกร อำเภออุ้มผาง จังหวัดตาก 3) ตำบลออย อำเภอปง จังหวัดพะเยา และ 4) ตำบลกลางเวียง อำเภอเมือง จังหวัดน่าน โดยมีประเด็นการจัดการความรู้ 5 ประเด็นหลักที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตำบลจัดการ

คุณภาพชีวิต ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) การสร้างและพัฒนาทีม (Team) 2) การพัฒนาแผน/งานโครงการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพชีวิต (Plan) 3) การดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ (Action) 4) การประเมินผลลัพธ์การพัฒนา (Result) และ 5) ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

วิธีการจัดการความรู้

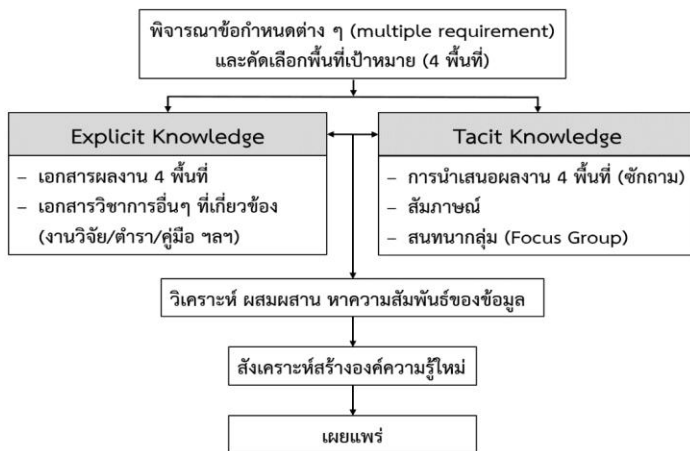
โดยพิจารณาจากข้อกำหนดต่าง ๆ (multiple requirement) แล้วนำมาดำเนินการจัดการความรู้ดังต่อไปนี้ 1) จัดการความรู้จากความรู้ที่ชัดเจน (explicit knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์จากเอกสารผลการดำเนินงานของพื้นที่เป้าหมาย รวมทั้งเอกสารวิชาการ ตำรา คู่มืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง และ 2) จัดการความรู้ที่ฝังอยู่ในคน (tacit knowledge) เป็นความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ของบุคคลในการทำ ความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ เช่น ทักษะการทำงาน ทักษะคิด วิเคราะห์ โดยการสังเคราะห์ผ่านกระบวนการนำเสนอผลการดำเนินงานในเวทีวิชาการระดับเขตและภาค (การนำเสนอ การซักถาม) การสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดการความรู้

1) เอกสารผลงานการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของพื้นที่เป้าหมาย 2) แบบการสัมภาษณ์ 3) แนวคำถามสนทนากลุ่ม (focus group) กลุ่มเป้าหมายได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ขั้นตอนการจัดการความรู้

ขั้นตอนการจัดการความรู้ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต



การวิเคราะห์ สังเคราะห์ และสรุปผลการจัดการความรู้ โดยการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ผสมผสาน หาความสัมพันธ์ของข้อมูล และสังเคราะห์สร้างองค์ความรู้ใหม่

การเผยแพร่ 1) เผยแพร่ในเวทีแลกเปลี่ยนทางวิชาการระดับเขตและภาค 2) การถ่ายทอดแลกเปลี่ยนในเวทีวิชาการต่าง ๆ และ 3) เผยแพร่ลงวารสารสารานุกรมสุขมูลฐานภาคเหนือ

ผลการจัดการความรู้

ผลการจัดการความรู้ “กาพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบภาคเหนือ” เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืนดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบหลัก 4 องค์ประกอบ ได้แก่

1.1 มีรากฐานที่เข้มแข็ง รากฐานการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย

1) มีทีมหรือคณะทำงานที่เข้มแข็ง

ลักษณะของทีมหรือคณะทำงานต้องมีความหลากหลาย ควรครอบคลุมประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต และที่ขาดไม่ได้คือ ทีมงานจะต้องประกอบด้วย 3 ภาคส่วน คือ ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาชน ซึ่งจะเป็นกลไกในการพัฒนา โดยเฉพาะแกนนำภาค

ประชาชนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการบรรลุเป้าหมายที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals ; SDGs)

2) ฐานคิดทีมทำงานตรงกัน ฐานคิดสำคัญ

ในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต คือ “กระบวนการสร้างชุมชนเข้มแข็ง มีศักยภาพ สามารถลุกขึ้นมาจัดการตนเองได้ (self-management) เจ้าหน้าที่ภาครัฐต้องลดบทบาทการครอบงำชุมชน ต้องเชื่อมั่นว่าชาวบ้านเขาทำได้ “ไม่ยึดติดตำรา”

3) มีการพัฒนาศักยภาพทีมทำงาน

สม่ำเสมอ สร้างและพัฒนาบรรยากาศการทำงานของ “ความเป็นกัลยาณมิตร” “ให้เกียรติซึ่งกันและกัน”

4) มีข้อมูลถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน

การจัดการข้อมูลที่ดีจะช่วยเพิ่มมูลค่าและประโยชน์ของแผนงาน/โครงการ และควรเป็นฐานข้อมูลที่มีส่วนได้ส่วนเข้าถึงและใช้ได้

1.2 การจัดการแบบมีส่วนร่วม

1) มีส่วนร่วมในกระบวนการทำแผน

ประชาชนจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนได้ “ประชาชนต้องเป็นผู้ทำเอง” ในกระบวนการดำเนินงานจึงต้องมีเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในทุกขั้นตอน ได้แก่

- 1) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกประเด็นปัญหา/ความต้องการ การวางแผนงาน โครงการ กิจกรรม
- 2) มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
- 3) มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์
- 4) มีส่วนร่วมในการประเมินผล

2) การใช้มาตรการทางสังคม มาตรการ

ทางสังคมหรือธรรมเนียมชุมชน เป็นเครื่องมือที่จะนำมาซึ่งการปฏิบัติของสมาชิกชุมชนให้ไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อการบรรลุเป้าหมายที่ง่ายและเร็วขึ้น

3) การสร้างกระบวนการเรียนรู้ข้อมูล

ชุมชน การสร้างการเรียนรู้มีหลายวิธี เช่น การจัดเวทีประชาคม การนำเสนอผลงาน การถอดบทเรียน ซึ่งสามารถทำได้ทั้งก่อนดำเนินการ ระหว่างดำเนินการ และหลังดำเนินการ และจะช่วยยกระดับการเรียนรู้ของชุมชนพร้อมกันไป

4) การระดมทุน มีการระดมทุนทั้งจากภายในชุมชน เช่น การขอสนับสนุนจากกองทุนหมู่บ้าน กองทุนสัจจะออมทรัพย์ การทอดผ้าป่า ฯลฯ และการระดมทุนจากภายนอกชุมชน เช่น ขอสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ สำนักงานกองสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เป็นต้น

5) การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นการสื่อสารที่ต้องมีการวางแผนและดำเนินการอย่างเป็นระบบ ให้การสื่อสารเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

6) การจัดเวทีสรุปผลการดำเนินงาน เป็นการถอดบทเรียนและวางแผนการดำเนินงานใหม่ที่ดียิ่งกว่าเดิม เพื่อการพัฒนาในอนาคต

โดยใช้เครื่องมือสร้างการมีส่วนร่วม ได้แก่

- 1) แผนที่ผลลัพธ์ 2) แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ 3) แผนแม่บทชุมชน 4) Appreciation Influence Control :AIC 5) Future Search Conference : FSC

1.3 มีภาคีเครือข่ายหลากหลายและมีเป้าหมายที่สอดคล้องกัน

1) มีเครือข่ายทั้งภายนอกและภายในชุมชนที่หลากหลาย

2) การแบ่งบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายที่ชัดเจน

2.1) พื้นที่บริหารจัดการและสนับสนุน (Area Management and Support) เป็นบทบาทหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2.2) พื้นที่การปฏิบัติการ (Area Operation) เป็นบทบาทหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) หรืออาจเรียกชื่ออื่น

1.4 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายและภาคีเครือข่ายแสดงบทบาท

กล่าวคือเจ้าหน้าที่ภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาชน “ได้แสดงบทบาท และเชื่อมประสานบทบาทของตนสู่ภาคีเครือข่ายอื่นได้อย่างเหมาะสม ลงตัว มีเป้าหมายเดียวกัน” ได้แก่

1) ประชาชนกลุ่มเป้าหมายแสดงบทบาท ที่สำคัญได้แก่

1.1) เป็นผู้นำ ตัดสินใจ หรือมีส่วนร่วมในกระบวนการทำแผนชุมชน

1.2) เป็นผู้นำในการกำหนดมาตรการทางสังคม

1.3) มีส่วนร่วมกำหนดนโยบายท้องถิ่น

1.4) สะท้อนข้อมูลชุมชนในเวทีการประชุมต่างๆ

1.5) เป็นแกนนำหลักในการทำกิจกรรมของชุมชนตามแผนงาน/โครงการ

1.6) แสวงหางบประมาณดำเนินการทั้งภายในและภายนอกชุมชน

1.7) ร่วมกับภาคีเครือข่าย สรุป ประเมินผลถอดบทเรียนการพัฒนา

2) บทบาทเจ้าหน้าที่ภาครัฐ

2.1) ปรับวิธีคิดการทำงาน “ใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง”

2.2) สนับสนุนข้อมูลที่ต้องการ ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน

2.3) เปลี่ยนบทบาทจากผู้ชี้แนะ ผู้สั่งการ เป็นผู้จัดกระบวนการเรียนรู้ สนับสนุนการเรียนรู้ของชุมชน ทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษา ผู้แนะนำ (Coaching) เป็นผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) ให้ชุมชนได้เกิดการเรียนรู้

2.4) ร่วมดำเนินการ ทำงานเชิงรุก

2.5) ทำงานแบบองค์รวมในหลายมิติ ทำงานร่วมกับองค์กรอื่นๆแบบพหุภาคี

2.6) พัฒนาหา รูปแบบ หรือนวัตกรรมการดำเนินงาน เช่น การวิจัยรูปแบบต่าง ๆ (Research and Development : R&D / Routine to Research : R2R)

2.7) ใช้การจัดการความรู้เพื่อพัฒนากระบวนการทำงานอยู่เสมอ

3) บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.1) มีกระบวนการคืนข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อการจัดทำแผนชุมชน เช่น ข้อมูล จปฐ. หรือ ข้อมูลอื่น ๆ

3.2) สนับสนุนกระบวนการเรียนรู้ชุมชนในรูปแบบต่างๆ เช่น การจัดเวทีประชาคม เปิดโอกาสให้แกนนำชุมชนเข้าร่วมประชุมสะท้อนข้อมูลในการประชุมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.3) ร่วมพัฒนานโยบายสาธารณะ และนำนโยบายสาธารณะกำหนดเป็นข้อบังคับของท้องถิ่น

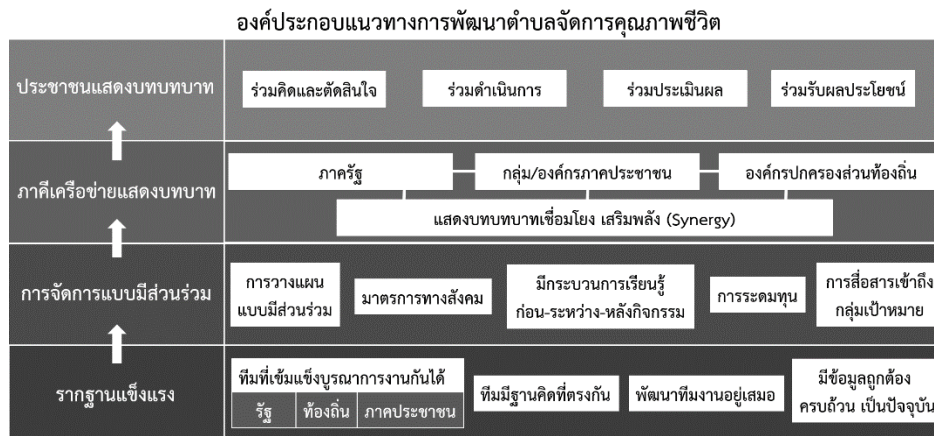
3.4) กำหนดข้อบังคับด้านงบประมาณด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต

3.5) ร่วมดำเนินงาน ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

หัวใจของความสำเร็จ (Critical Success Factor) ของการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต คือ ประชาชนและภาคีเครือข่าย แสดงบทบาทที่สอดคล้องและเสริมพลังกันและกัน (Synergy)

ตัวชี้วัดความสำเร็จ (Key Performance Indicator) ของการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็นตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicator) คือ “กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่(ตำบล)”

แผนภาพแสดงองค์ประกอบแนวทางการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต



- หัวใจความสำเร็จ (Critical Success Factor) ประชาชนและภาคีเครือข่าย แสดงบทบาท ที่สอดคล้องและเสริมพลังกัน (Synergy)
- ตัวชี้วัดความสำเร็จ (Key Performance Indicator) คือ กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันของคนในชุมชนและภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอต่อผู้บริหารและนโยบายส่วนกลาง

- 1) กำหนดเป็นนโยบายบูรณาการการดำเนินงานกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่เฉพาะองค์กรที่ทำงานด้านสุขภาพเท่านั้น เช่น มหาตไทย ศึกษา เกษตร ฯลฯ เป็นต้น
- 2) ควรมีระบบการสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและงบประมาณอย่างต่อเนื่อง
- 3) กำหนดให้การพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นนโยบายหรือเป็นวาระแห่งชาติ และระบุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอต่อผู้บริหารในพื้นที่(อำเภอและจังหวัด)

- 1) ปรับกระบวนการทัศนบุคลลากร (Mind Set) การพัฒนาคุณภาพชีวิต
- 2) พัฒนาความรู้แก่เจ้าหน้าที่ ทั้งด้านวิชาการและเทคนิคการทำงานที่ใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง
- 3) สนับสนุนบุคลลากรในการทำงาน เชิงรุก และกำหนดเป็นนโยบายให้ชัดเจน
- 4) หาแหล่งงบประมาณเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนให้มีการสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- 1) นำตัวชี้วัดตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายในการดำเนินงาน
- 2) กำหนดการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็นนโยบายสาธารณะของพื้นที่
- 3) เป็นองค์กรหลักในการดำเนินการทุกขั้นตอน การพัฒนาคุณภาพชีวิต
- 4) สนับสนุนด้านการพัฒนาศักยภาพทีมระดับตำบล ในการจัดทำแผนงานโครงการ และอื่น ๆ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2557). *วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521 - 2557) : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*.
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น. (2548). *มาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐาน*. กระทรวงมหาดไทย.
- กฤษฎา บุญชัย. (2541). แนวคิดทฤษฎีในการศึกษาชุมชนและประชาสังคม. *วารสารร่วมพวกษ์*. 17(1): 13-44
- กาญจนา แก้วเทพ. (2538). *การทำงานแนววัฒนธรรมชุมชนโดยถือนุรักษ์เป็นศูนย์กลาง*. กรุงเทพฯ : สมาคมทอเล็กแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2546). *สิทธิหน้าที่พลเมืองระบบสุขภาพภาคประชาชน*. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : เริดิเอชั่น.
- เฉลิมวุฒิ อุตโน และคณะ. (2558). ประสิทธิภาพการบริหารจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในประเทศไทย. *วารสารร่วมพวกษ์ มหาวิทยาลัยเกริก*. 33(3): 10-30.
- ชนินทร์ เจริญกุล. (2454). การพัฒนาสาธารณสุขโดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม: แนวคิดและข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สถาบันฝึกอบรมอนามัยชนบท คณะสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูชัย ศุภวงศ์. (2541). บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)กับการพัฒนาด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม. *วารสารหมออนามัย*. 20(2): 3-12.
- ประพนธ์ ปิยรัตน์. (2536). การมีส่วนร่วม และการมีหุ้นส่วนในการแก้ปัญหา : กลวิธีที่สำคัญเพื่อการพัฒนามนุษย์และชุมชนอย่างยั่งยืน. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง* 7(1): 5-13.
- สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2543). *รายงานการวิจัยความเข้มแข็งของชุมชนและประชาคมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- อุทิศ จิตเงินและคณะ. (2551). *รายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพนาร่อง ภาคเหนือ ปี 2551*. นครสวรรค์: พิมพ์ดีการพิมพ์.

ความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ Readiness for public health emergency management (PHEM) of agencies under Phrae Provincial Public Health Office

ชาวยปเวสน์ สุนันสา

Chaipawesn Sunansa

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

Phrae Provincial Public Health Office

Email: chaipawesn@hotmail.com

Received: 27 Jan., 2025

Revised: 17 Feb., 2025

Accepted: 24 Feb., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ประธานและเลขานุการกลุ่มภารกิจด้านต่าง ๆ โดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 335 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถาม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.94 ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ข้อมูล เชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ในภาพรวมมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.88, S.D. = .596) และมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก ทั้ง 4 องค์ประกอบ คือ 1) ความพร้อมในการป้องกันและลดผลกระทบ ก่อนการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ($\bar{X}$ = 4.00, S.D. = .718) 2) ความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉิน ($\bar{X}$ = 3.77, S.D. = .604) 3) ความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ($\bar{X}$ = 3.93, S.D. = .653) และ 4) ความพร้อมในการฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน ($\bar{X}$ = 3.95, S.D. = .649) โดยจากการสัมภาษณ์ พบว่ามีผู้รับผิดชอบและระบบเฝ้าระวังรายงานทางระบาดวิทยาที่สามารถตรวจจับเหตุการณ์ผิดปกติได้อย่างรวดเร็ว หน่วยงานให้ความสำคัญกับการจัดเตรียมความพร้อมในด้านบุคลากร โดยมีปัจจัยที่สนับสนุนให้เกิดความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน คือ การบริหารจัดการที่ดีของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งความพร้อมในการฟื้นฟูของทีมปฏิบัติการเยียวยาจิตใจ ทั้งนี้ ยังพบจุดที่ต้องปรับปรุงในการส่งเสริมให้บุคลากรเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และการมอบหมายหน้าที่ที่ซ้ำซ้อนของบุคลากร

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในกลุ่มที่ยังไม่เคยเข้ารับการอบรม โดยเน้นการจัดการอบรมที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงานในสถานการณ์ฉุกเฉิน นอกจากนี้ ควรปรับลดบทบาทหน้าที่ซ้ำซ้อนของบุคลากร เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น และแนะนำให้พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรให้เพียงพอและเหมาะสมต่อการรับมือกับสถานการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ : ความพร้อม, การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM)

Abstract

This research was a cross-sectional descriptive study aimed at examining the readiness for public health emergency management (PHEM) of the agencies under the Provincial Health Office of Phrae. The study sample included incident commanders, chairs, and secretaries of various task groups, selectively chosen, with a total of 292 participants. Quantitative data were collected using a questionnaire that demonstrated a Cronbach's Alpha Coefficient of 0.94. Qualitative data were obtained through in-depth semi-structured interviews. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, whereas qualitative data were analyzed through content analysis.

The study found that the Public Health Emergency Management (PHEM) of agencies under Phrae Provincial Public Health Office was generally well-prepared, with an overall readiness level of high ($\bar{X}$ = 3.88, S.D. = .596). The readiness was also rated as high across all four key components: 1) Preparedness for prevention and impact mitigation before a public health emergency ($\bar{X}$ = 4.00, S.D. = .718); 2) Readiness to respond to a public health emergency ($\bar{X}$ = 3.77, S.D. = .604); 3) Capacity for emergency response ($\bar{X}$ = 3.93, S.D. = .653); and 4) Readiness for post-emergency recovery ($\bar{X}$ = 3.95, S.D. = .649). Interviews revealed that responsible personnel and epidemiological surveillance systems were in place, enabling the rapid detection of abnormal events. The agencies emphasized preparedness in terms of human resources, with key supporting factors for emergency response readiness including effective management of the Emergency Operations Center (EOC) for medical and public health emergencies and the preparedness of psychological support teams for recovery efforts. However, areas for improvement were identified, particularly in encouraging personnel to undergo training on public health emergency management and addressing the issue of overlapping responsibilities among staff.

Recommendations: It is suggested that the potential of personnel who have never undergone training be developed through suitable and effective training programs to cultivate the knowledge and skills necessary for emergency response operations. Furthermore, it is recommended to reduce overlapping roles of personnel to enhance work efficiency. Additionally, the development of resource management systems is advised to ensure adequate and appropriate preparedness for potential emergency situations in the future.

Keywords : Preparedness, Public Health Emergencies Management (PHEM)

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงสภาพสิ่งแวดล้อมของโลกในปัจจุบันนี้ ส่งผลให้เกิดอุบัติภัยทางธรรมชาติเพิ่มมากขึ้น อาทิ พายุ น้ำท่วม ดินโคลนถล่ม แผ่นดินไหว รวมถึงโรคระบาดต่าง ๆ (คณะกรรมการบูรณาการการควบคุม

ป้องกันโรคและภัยพิบัติเขตสุขภาพที่ 1, 2563) เช่น การระบาดของโรคซาร์ส ในปี พ.ศ. 2545 การระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ H5N1 ในปี พ.ศ. 2546 และการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปี พ.ศ. 2563 (กรมควบคุมโรค, 2564) ซึ่งทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

(Public Health Emergency) ขึ้น นอกจากจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงของประเทศอีกด้วย

การเตรียมความพร้อมของระบบบริหารจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public Health Emergency Management: PHEM) จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง หากมีระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่ดีจะช่วยลดผลกระทบ ช่วยปกป้องชีวิตและสุขภาพของประชาชนได้ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้การเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Response) ด้านโรคและภัยสุขภาพเป็นภารกิจหลักเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญประเด็นหนึ่ง โดยให้มีการจัดทำระบบเตรียมความพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และจัดให้มีการเตรียมโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System : ICS) เตรียมความพร้อมทุกด้าน ทั้งด้านการสั่งการ การประสานงาน การสื่อสารในภาวะฉุกเฉิน การติดตามควบคุมผลการปฏิบัติงาน การจัดทำแผน ตลอดจนการจัดการซักซ้อม หรือการฝึกซ้อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ในทุกระดับ (กรมควบคุมโรค, 2566)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ นำระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) มาใช้เป็นเครื่องมือในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ซึ่งระบบดังกล่าวให้ความสำคัญกับลำดับหรือสายการบังคับบัญชา (Chain of Command) และเอกภาพในการบังคับบัญชา (Unity of Command) โครงสร้างของระบบบัญชาการเหตุการณ์ประกอบด้วย ผู้บัญชาการเหตุการณ์และกลุ่มภารกิจหลักจำนวน 3 กลุ่ม คือ 1) ภารกิจด้านข้อมูลและยุทธศาสตร์ (Information and Strategy Section) มีกลุ่มภารกิจย่อยจำนวน 3 กลุ่ม 2) ภารกิจด้านปฏิบัติการ (Operation Section) มีกลุ่มภารกิจย่อยจำนวน 10 กลุ่ม และ 3) ภารกิจด้านการสนับสนุน (Support Section) มีกลุ่มภารกิจย่อยจำนวน 8 กลุ่ม ซึ่งจังหวัดแพร่มีระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ทั้งหมดจำนวน 9 ทีม ประกอบด้วยทีมระดับจังหวัด จำนวน 1 ทีม เพื่อจัดการ

ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในภาพรวมระดับจังหวัด และทีมระดับอำเภอจำนวน 8 ทีม เพื่อจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในพื้นที่ของแต่ละอำเภอ โดยระดับจังหวัดมีรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่เป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ และระดับอำเภอ มีรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้บัญชาการเหตุการณ์ ซึ่งโครงสร้างประกอบด้วยกลุ่มภารกิจย่อยด้านต่างๆ โดยมีประธานและเลขานุการ จำนวน 21 กลุ่มภารกิจ จำนวนบุคลากรตามโครงสร้างของแต่ละทีมเท่ากับ 43 คน หรือภาพรวมทั้งจังหวัดเท่ากับ 387 คน เป็นโครงสร้างขนาดใหญ่ ประกอบด้วยบุคลากรจากสายวิชาชีพและสายสนับสนุนบริการ ที่มีความรู้ความเข้าใจในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่แตกต่างกัน

แม้ว่าจังหวัดแพร่จะมีประสบการณ์ในการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมาแล้ว เช่น กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยปฏิบัติงานภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) สามารถดำเนินการควบคุมโรคและจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ตามที่กระทรวงกำหนด แต่ก็ยังพบปัญหาและอุปสรรคในหลายประเด็น ตั้งแต่การป้องกันและลดผลกระทบ การเตรียมความพร้อมรองรับก่อนการระบาดของโรค การบูรณาการการทำงานร่วมกันในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และการฟื้นฟูเยียวยาหลังเกิดเหตุการณ์ ผู้วิจัยในฐานะที่อยู่กลุ่มงานหลักในการควบคุมโรคติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของจังหวัดแพร่ จึงนำหลักการแนวคิดวัฏจักรของการบริหารจัดการภัยพิบัติตามหลัก 2P2R ซึ่งเป็นแนวทางการบริหารจัดการสาธารณสุขระดับสากล ที่มุ่งเน้นการป้องกันภัยเชิงรุกและการภัยพิบัติอย่างยั่งยืน โดยครอบคลุมทุกระยะ ตั้งแต่การดำเนินการป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention & Mitigation) การเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (Preparedness) การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Response) และการฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน (Recovery) (กลุ่มยุทธศาสตร์การจัดการภาวะ

ฉุกเฉินด้านการแพทย์และการสาธารณสุข, 2566) มาปรับใช้ในการศึกษา ความพร้อมของการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของจังหวัดแพร่ ให้สามารถรับมือได้กับทุกภัยที่จะเกิดขึ้นในอนาคต อย่างเป็นระบบ รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์และ มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ด้านการป้องกันและลดผลกระทบ ก่อนการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข
2. เพื่อศึกษาความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ด้านความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉิน
3. เพื่อศึกษาความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ด้านความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน
4. เพื่อศึกษาความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ด้านความพร้อมในการฟื้นฟูภายหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

ประชากร

ประกอบด้วยผู้บัญชาการเหตุการณ์ ประธานและเลขานุการกลุ่มภารกิจด้านต่างๆ ตามรายชื่อในผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System) ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด จำนวน 1 ทีม และระดับอำเภอ จำนวน 8 ทีม โดยแต่ละทีมประกอบด้วยกลุ่มภารกิจด้านต่างๆ จำนวน 21 กลุ่มภารกิจ มีบุคลากรตามโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ จำนวน 387 คน แต่เนื่องจากในระดับอำเภอมีบุคลากรไม่เพียงพอ จึงมอบหมายหน้าที่ให้บุคลากรบางท่าน ปฏิบัติหน้าที่มากกว่า 1 กลุ่มภารกิจ จึงทำให้จำนวนประชากรที่ทำการศึกษามีจำนวนเพียง 335 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้บัญชาการเหตุการณ์ ประธานและเลขานุการกลุ่มภารกิจด้านต่างๆ ตามรายชื่อในผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ของหน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัด จำนวน 43 คน และระดับอำเภอทุกอำเภอ จำนวน 292 คน รวมทั้งหมด จำนวน 335 คน

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถาม (Questionnaires) ผู้วิจัยใช้ประชากรทั้งหมดในการศึกษา ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) ด้วยการเลือกสัมภาษณ์ประธานและเลขานุการกลุ่มภารกิจที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่และผู้ที่ปฏิบัติงานในระดับอำเภอซึ่งเดินทางมาร่วมประชุมที่จัดขึ้น ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ทั้งหมดจำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม (Questionnaires) และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ที่ผู้วิจัย

พัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แบบสอบถาม (Questionnaires) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ ระดับการศึกษา สูงสุด สายงานหรือสายวิชาชีพ ระยะเวลารับราชการ ประสบการณ์ในการทำงานด้านการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตำแหน่งในระบบบัญชาการเหตุการณ์ และประวัติการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ของหน่วยงานที่ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติงานอยู่ จำนวน 18 ข้อ สอดคล้องเชื่อมโยงกับหลักการ 2P2R โดยเลือกประเด็นที่สามารถนำมาประเมินความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานได้และแบ่งหมวดหมู่ของคำถามเป็น 4 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านความพร้อมในการป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation) จำนวน 3 ข้อ
- 2) ด้านการเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉิน (Preparedness) จำนวน 7 ข้อ
- 3) ด้านความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Response) จำนวน 5 ข้อ
- 4) ด้านความพร้อมในการฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน (Recovery) จำนวน 3 ข้อ

โดยเป็นข้อความเชิงบวก (Positive) แบบสอบถามมีลักษณะเป็นการประเมินค่า โดยใช้วิธีของลิเคิร์ต (Likert scale) แบ่งมาตราส่วน (Scale) ออกเป็น 5 ช่วง ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2. แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์โดยมีแบบ

สัมภาษณ์ที่กำหนดประเด็นไว้ล่วงหน้า แต่มีความยืดหยุ่นทั้งในการถามคำถามและการตอบ ทำให้ได้ข้อมูลและข้อเท็จจริงในทางปฏิบัติที่มีความหลากหลาย รวมทั้งได้ข้อมูลที่นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ โดยมีข้อคำถามแบบปลายเปิด (Open end question) จำนวน 8 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยจัดทำข้อคำถามที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับหลักการ 2P2R

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพ ก่อนนำไปใช้รวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ และสาธารณสุขอำเภอเมืองแพร่ พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถาม โดยนำข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญมาปรับปรุงเนื้อหาและภาษาของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งใช้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index : CVI) เป็นเกณฑ์ในการตรวจสอบ ผลการประเมินแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ย CVI โดยรวมเท่ากับ 0.89 และแบบสัมภาษณ์มีค่าเฉลี่ย CVI โดยรวมเท่ากับ 0.88

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นภาพรวมเท่ากับ 0.94

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามออนไลน์ในรูปแบบ google form เพื่อสะดวกสำหรับกลุ่มประชากรในการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยดำเนินการติดต่อประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานจัดการภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขของแต่ละหน่วยงาน เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยและคุณสมบัติที่จะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ และขอความร่วมมือกลุ่มประชากรภายในหน่วยงานของตนเองตอบแบบสอบถามผ่านทาง google form โดยความสมัครใจ ซึ่งมีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 273 คน จากประชากรทั้งหมด 355 คน คิดเป็นผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 81.49

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ประธานและเลขานุการกลุ่มภารกิจที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่และผู้ที่ปฏิบัติงานในระดับอำเภอซึ่งเดินทางมาร่วมประชุมในโอกาสต่างๆ ที่จัดขึ้น ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ในเดือนสิงหาคมและกันยายน 2567 ด้วยการเลือกแบบบังเอิญ (Accidental sampling) โดยขออนุญาตสัมภาษณ์ในช่วงเวลาว่างจากการปฏิบัติภารกิจประจำของกลุ่มเป้าหมายหรือช่วงก่อนการประชุม ช่วงหลังการประชุม รับประทานอาหารกลางวันและช่วงหลังการประชุม ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 – 45 นาที ต่อคน โดยใช้รูปแบบการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) ซึ่งมีข้อคำถามแบบปลายเปิด (Open end question) ที่กำหนดประเด็นไว้ล่วงหน้า อิงกรอบแนวคิด 2P2R จำนวน 8 ข้อ ซึ่งสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์ได้ทั้งหมดจำนวน 35 คน ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูลและรวบรวมข้อมูลทั้งหมดที่ได้ นำมาลงรหัสข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในงานวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ด้านข้อมูลทั่วไปของประชากรและความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา โดยนำข้อความที่สำคัญจากบทสัมภาษณ์กลุ่มมาจัดเป็นหมวดหมู่องค์ประกอบ ตามหลัก 2P2R เพื่อนำไปสู่การสร้างข้อสรุป ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลแบบอุปนัย การวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูล และการวิเคราะห์เปรียบเทียบ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เลข EC PPH No. 032/2567 (Ethics Committee)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.57 มีอายุอยู่ในช่วง 40 – 45 ปี และ 46 – 50 ปี เท่ากันที่ร้อยละ 19.41 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 71.43 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 33.33 โดยมีอายุราชการอยู่ในช่วง 26 – 30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 19.05 ประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะฉุกเฉิน จำนวน 1 – 5 ปี มากที่สุดร้อยละ 63.74 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นประธานกลุ่มภารกิจในระบบบัญชาการเหตุการณ์ ร้อยละ 51.28 กลุ่มภารกิจที่ปฏิบัติงานมากที่สุดคือ กลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ร้อยละ 6.23 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ร้อยละ 73.99 ซึ่งหลักสูตร

การอบรมมากที่สุดของผู้ที่ผ่านการอบรม คือ หลักสูตร ICS100 ร้อยละ 70.42

2 ความพร้อมในการป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation) ก่อนการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข พบว่า ภาพรวมความพร้อมในการป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation) ก่อนการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=4.00$, S.D.= .718) โดยมากที่สุด คือ ความสามารถตรวจจับ (Detect) และประเมินความเสี่ยง (RRA) ของทีม SAT ($\bar{X}=4.08$, S.D.= .803)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ด้านความพร้อมในการป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation) ที่จะเกิดขึ้นจากเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งเป็นการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อช่วยลดโอกาสการเกิดเหตุการณ์และลดผลกระทบของโรคและภัยสุขภาพ ที่เป็นภาวะฉุกเฉินหรือทำให้เหตุการณ์นั้นส่งผลกระทบน้อยลงพบว่าผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นสอดคล้องกันว่า หน่วยงานมีผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและมีระบบการรายงานทางระบาดวิทยา ที่สามารถตรวจจับความผิดปกติของสถานการณ์หรือการพบผู้ป่วยโรคติดต่อต่าง ๆ ในจำนวนที่มากขึ้นกว่าปกติ ในแต่ละพื้นที่อำเภอ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญที่จะนำไปดำเนินการควบคุมโรค เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดของโรคที่อาจจะรุนแรงจนเกิดเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ผมเห็นว่าหน่วยงานเรามีทีม SAT อยู่ทั้งของจังหวัดและมีอยู่ทุกอำเภอ มีหน้าที่ในการมอนิเตอร์ติดตามตัวเลขผู้ป่วยโรคติดต่อต่างๆ ถ้าหากพบมีโรคไหนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ก็จะแจ้งพื้นที่ดำเนินการควบคุมโรค ก็เป็นการป้องกัน ลดโอกาสและลดผลกระทบที่จะเกิดโรคระบาดได้เป็นอย่างดีนะครับ” (กลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์, สัมภาษณ์. 13 สิงหาคม 2567)

“ความพร้อมในการป้องกันและลดผลกระทบ คือการเตรียมความพร้อมก่อนการเกิดภาวะฉุกเฉินไข้หัดจะ

เอาเฉพาะที่เกี่ยวกับทางสาธารณสุขนะ พี่เห็นว่าเรามีระบบเฝ้าระวัง มีเจ้าหน้าที่ระดับที่คอยเฝ้าระวังดูสถานการณ์ของโรคติดต่อต่างๆ อันนี้ช่วยป้องกันล่วงหน้าได้ค่ะ ไม่ให้เกิดการระบาดใหญ่ได้” (กลุ่มภารกิจปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค, สัมภาษณ์. 9 สิงหาคม 2567)

“ทีม SAT มีความไวในการรายงานโรคอยู่นะ... ใช้... เราสามารถแจ้งพื้นที่ให้ควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ควบคุมโรคได้เร็ว... มีความไวในการตรวจจับสถานการณ์ที่ผิดปกติได้ค่ะ” (กลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์, สัมภาษณ์. 18 กันยายน 2567)

“อีกอย่างคือ สสจ.เรามีทีม SHERT อยู่ (หมายถึง Special Health Emergency Response Team หรือทีมพิเศษฉุกเฉินด้านสุขภาพ) มีหน้าที่หลักโดยตรงในการเฝ้าระวังและรับการแจ้งข่าวเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดเป็นภาวะฉุกเฉินอยู่แล้ว ...ผู้รับผิดชอบแต่ละอำเภอส่วนใหญ่เขารายงานเร็วอยู่นะ ถ้ามีเหตุการณ์ต่างๆ” (กลุ่มภารกิจสื่อสารความเสี่ยง, สัมภาษณ์. 16 สิงหาคม 2567)

3. ความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉิน (Preparedness) พบว่า ภาพรวมความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉิน (Preparedness) อยู่ระดับมาก ($\bar{X}=3.77$, S.D.= .604) โดยมากที่สุด คือ การกำหนดตัวบุคคลตามกลุ่มภารกิจในผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ได้อย่างเหมาะสม ($\bar{X}=4.10$, S.D.= .825)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ด้านความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉิน (Preparedness) ซึ่งเป็นระยะที่ต้องเตรียมความพร้อมและแนวทางปฏิบัติ ในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินที่จะเกิดขึ้นในทุกด้านก่อนการเกิดเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข พบว่าผู้ให้สัมภาษณ์ส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกันในเรื่องของความพร้อมในด้านบุคลากร ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ความเห็นส่วนตัวนะคะ เห็นว่าบุคลากรของเรามีเพียงพอนะ ที่ผ่านมาระขอเจ้าหน้าที่จากระดับอำเภอมาช่วยงานกันเป็นทีมจังหวัด ทุกอำเภอก็สนับสนุนมาตลอด”

(กลุ่มภารกิจประสานงานและเลขานุการ, สัมภาษณ์. 6 กันยายน 2567)

“เราทำหนังสือแจ้งให้ทุกอำเภอ แจ้งเจ้าหน้าที่ให้อบรมหลักสูตร ICS100 ตอนนี้มีคนเข้าอบรมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ถ้าอบรมกันมากๆ จะทำให้มีคนเข้าใจระบบจัดการภาวะฉุกเฉิน ทำให้เรามีความพร้อมมากขึ้นค่ะ” (กลุ่มภารกิจเฝ้าระวังเชิงรุก, สัมภาษณ์. 13 สิงหาคม 2567)

“ที่เห็นชัดเจนคือเรื่องการเตรียมพร้อมด้านบุคลากร ที่โรงพยาบาลจะมีการซ้อมแผนรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉินประจำปี อย่างแผนรับมืออุบัติเหตุหมู่ที่เราซ้อมกันทุกปีเลย” (กลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์, สัมภาษณ์. 18 กันยายน 2567)

4. ความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Response) พบว่า ภาพรวมของความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.93$, S.D.= .653) โดยมากที่สุด คือ ความสามารถออกดำเนินการควบคุมโรคหรือภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็วของทีมปฏิบัติการ (Operation Section) ($\bar{X}=4.01$, S.D.= .769) ซึ่งเท่ากันกับความสามารถในการประสานงานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายได้อย่างรวดเร็ว ($\bar{X}=4.01$, S.D.= .755)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ด้านความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Response) ซึ่งเป็นความพร้อมในด้านต่างๆ ที่จะถูกนำมาใช้ในขณะที่เกิดเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินขึ้น พบว่าผู้ให้สัมภาษณ์มีความเห็นตรงกันเกี่ยวกับปัจจัยที่จะสนับสนุนให้เกิดความพร้อม คือ การบริหารจัดการที่ดีของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC) โดยอาศัยระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ที่มีผู้บัญชาการเหตุการณ์ (IC) เป็นผู้มีอำนาจสูงสุดในการสั่งการ ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“ของเรามีการทำผัง ICS และคำสั่งให้เจ้าหน้าที่ทุกคนในสำนักงานมีหน้าที่รับผิดชอบ พี่ว่า นี่เป็นส่วนสำคัญที่สุดนะครับ ในคำสั่งมีรายละเอียดบทบาทหน้าที่ที่ด้วยใช้มีย ... นั่นละ ทุกคนได้รู้หน้าที่ รู้ว่าตัวเองจะต้องอยู่จุดไหนกับ

ใคร ถ้าเราเปิด EOC ก็รันงานได้เลย” (กลุ่มภารกิจวางแผน, สัมภาษณ์. 5 กันยายน 2567)

“การทำงานของศูนย์ EOC คือตัวขับเคลื่อนที่สำคัญเลยนะครับ ที่ผ่านมามีเราทำงานเป็นระบบ มีการแบ่งงานกันชัดเจน แต่ละคนทำหน้าที่ของตนเอง ผู้บัญชาการก็คอยสั่งการและคอยกำกับการทำงาน” (กลุ่มภารกิจด้านบริหารจัดการ, สัมภาษณ์. 12 กันยายน 2567)

“ถ้าไม่มองเรื่องคน เงิน ของ สิ่งที่ทำให้เรามีความพร้อมในส่วนนี้ ก็เป็นเรื่องของการจัดการ EOC ค่ะ ถ้ามองว่ามีความพร้อมมัย คิดว่าพร้อมพอสมควรนะ คือเราผ่านช่วงการระบาดของโควิดมา ทำให้เรามีประสบการณ์ รู้ว่าเราขาดตรงส่วนไหน ตอนนี้เราวางแผนปิด GAP ต่างๆไว้แล้ว” (กลุ่มภารกิจสำรองวัสดุ เวชภัณฑ์ และส่งกำลังบำรุง, สัมภาษณ์. 6 กันยายน 2567)

“อำเภอเรามีการจัดทำผังระบบบัญชาการเหตุการณ์และคำสั่ง EOC มาทุกปี การทำงานตามที่กำหนดหน้าที่ในผัง ทำให้ไม่เก้งก้างกัน อีกอย่างคือเบาแรงในส่วนของการระบาดค่ะ” (กลุ่มภารกิจปฏิบัติการสอบสวนควบคุมโรค, สัมภาษณ์. 9 สิงหาคม 2567)

5. ความพร้อมในการฟื้นฟูภายหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน (Recovery) พบว่า ภาพรวมความพร้อมในการฟื้นฟูภายหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน (Recovery) อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.95$, S.D.= .649) โดยมากที่สุด คือ ความสามารถออกปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็วของทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ (MCATT) ($\bar{X}=4.16$, S.D.= .721)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ความพร้อมในการฟื้นฟูภายหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน (Recovery) ซึ่งเป็นระยะที่ความเสียหาย และความสูญเสีย จากเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้รับการแก้ไขและบรรเทาแล้ว มีการฟื้นฟูให้พื้นที่กลับสู่ภาวะปกติ ประเด็นแรกให้ผู้ให้สัมภาษณ์กล่าวถึงและมีความคิดเห็นตรงกัน คือ การที่ต้องรีบดำเนินการเยียวยาจิตใจของผู้ประสบภัยและครอบครัว โดยทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ (MCATT) ดังตัวอย่างคำสัมภาษณ์ที่ว่า

“จังหวัดเรามีทีม MCAT ครบทุกอำเภอ... ใช้ละ มี 8 ทีม มีความพร้อมให้การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต คือ ไม่ต้องรอนกว่าเหตุการณ์จะสงบนะ ถ้าประเมินแล้วมีความปลอดภัย ทางทีมก็สามารถเข้าไปดูแลประเมินเบื้องต้นก่อนได้” (กลุ่มภารกิจช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ, สัมภาษณ์. 7 สิงหาคม 2567)

“ทีม MCAT ของอำเภอเราพร้อมค่ะ บางเหตุการณ์ไม่จำเป็นต้องฟูลทีม หนูจะไปเองกับพี่พยาบาลอีกคน แต่บางกรณีเราต้องอาศัยผู้นำชุมชนและ อสม.ในพื้นที่... ถ้าเป็นเหตุการณ์ใหญ่มีคนได้รับผลกระทบมาก ก็ต้องประเมินความสำคัญเร่งด่วนเป็นรายๆก่อนค่ะ” (กลุ่มภารกิจช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ, สัมภาษณ์. 7 สิงหาคม 2567)

“การฟื้นฟูนี้เราต้องมองเฉพาะทางด้านสาธารณสุขนะครับ ลำดับแรกที่ต้องทำ ภายหลังภาวะฉุกเฉินสงบลง นอกจากเรื่องการเจ็บป่วยแล้ว ก็เรื่องการดูแลจิตใจของผู้ประสบภัย ผู้ป่วยรวมถึงญาติด้วยนะครับ” (กลุ่มภารกิจตระหนักรู้สถานการณ์, สัมภาษณ์. 13 สิงหาคม 2567)

“การฟื้นฟูต้องให้ทีม MCAT เข้าดูแลด้านสุขภาพจิตค่ะ... ทีมเค้ามีความพร้อมสามารถเข้าทำงานได้เลยทันทีค่ะ” (กลุ่มภารกิจจัดการและดูแลรักษาผู้ป่วย, สัมภาษณ์. 21 สิงหาคม 2567)

การอภิปรายผล

1. ความพร้อมในการป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation) ก่อนการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการป้องกันและลดผลกระทบ (Prevention and Mitigation) ในระดับมาก ซึ่งเป็นความพร้อมของระบบการดำเนินงานในช่วงภาวะปกติ ก่อนการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข โดยเฉพาะด้านความสามารถในการตรวจจับ (Detect) และประเมินความเสี่ยง (Risk and Rapid Assessment: RRA) ของทีม SAT การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและระบบการรายงานทางระบาดวิทยาเป็นกลไกสำคัญ

ที่ช่วยตรวจจับความผิดปกติ เช่น การเฝ้าระวังจากการใช้ข้อมูลทางระบาดวิทยาในแต่ละพื้นที่ ที่ช่วยให้สามารถดำเนินการควบคุมโรคได้อย่างทันทั่วทั้งที่ เป็นการลดโอกาสการเกิดภาวะฉุกเฉินได้ สอดคล้องกับ ภมร ตรุณ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีโรคไข้เลือดออก จังหวัดบึงกาฬ ปี 2562 พบว่า มีการวางระบบป้องกันการเกิดโรคตั้งแต่ต้นปี และสอดคล้องกับกานต์วี วิชัยปะ (2556) พบว่า การจัดการภัยพิบัติจำเป็นต้องมีการกำหนดการทำงานไว้ล่วงหน้าแล้วว่าต้องทำงานอะไรเมื่อใด

2. ความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉิน (Preparedness) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉิน (Preparedness) อยู่ในระดับมาก โดยมีการกำหนดตัวบุคคลตามกลุ่มภารกิจในผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ได้อย่างเหมาะสม บุคลากรได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้เข้ารับการอบรมและมีการซ้อมแผนจัดการภาวะฉุกเฉิน สอดคล้องกับ ณรงค์ ลือชา และณัฐกานต์ ปะบุตร (2566) ศึกษาเรื่องการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดเชียงราย พบว่า มีการเตรียมความพร้อมในการรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วางระบบป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อบัญชาการและประสานระหว่างหน่วยงาน ด้วยหลัก 2P2R และยังสอดคล้องกับสยามราชย์ พุเจริญกุลยา และคณะ (2566) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข : กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) จังหวัดเชียงราย พบว่า มีการแบ่งทีมและกำหนดบทบาทอย่างชัดเจน ผลจากการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) เพราะส่งผลต่อความชัดเจนในการระบบบัญชาการเหตุการณ์โดยตรงเพื่อการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง และชัดเจน

3. ความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Response) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน อยู่ในระดับมาก โดยทีมปฏิบัติการ (Operation Section) มีความสามารถในการออกดำเนินการควบคุมโรคหรือภาวะฉุกเฉินทางด้านสาธารณสุขได้อย่างรวดเร็ว และสามารถประสานงานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายได้เป็นอย่างดี ซึ่งเกิดจากการบริหารจัดการที่ดีของระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) และการจัดการศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC) สอดคล้องกับสยามราชย์ฟูเจริญกุลยา และคณะ (2566) ศึกษาการพัฒนาแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข:กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) จังหวัดเชียงราย พบว่ามีการตอบโต้สถานการณ์แบบทันท่วงที ผลจากการวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการปฏิบัติงานของทีมนปฏิบัติการ ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทีมปฏิบัติการต้องมีความพร้อมในการเผชิญเหตุในด้านความรู้ และประสบการณ์

4. ความพร้อมในการฟื้นฟูภายหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน (Recovery) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าหน่วยงานมีความพร้อมในการฟื้นฟูภายหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน (Recovery) อยู่ในระดับมาก โดยหน่วยงาน มีการจัดตั้งทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ (MCATT) ครบทุกอำเภอ มีความพร้อมสามารถออกปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็ว สามารถประเมินสถานการณ์และวางแผนการเข้าช่วยเหลือเยียวยาจิตใจได้ สอดคล้องกับณรงค์ ลือชา และณัฐกานต์ ปวะบุตร (2566) ศึกษาเรื่อง การบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดเชียงราย พบว่า การดำเนินงานป้องกันและลดผลกระทบการเตรียมความพร้อม การตอบโต้ และการฟื้นฟู โดยอาศัยกลไกคณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัดเชียงราย บูรณาการการดำเนินงานในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และชุมชน อยู่ในระดับสูง (Mean=2.49, S.D.=0.63) และสอดคล้องกับ ภมร ตรุณ (2562) ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผลการ

ดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีโรคไข้เลือดออก จังหวัดบึงกาฬ ปี 2562 พบว่า การฟื้นฟูหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน มีระบบการเฝ้าระวังโรคหลังจากเกิดการระบาดที่มีประสิทธิภาพ ผลจากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ (MCATT) ในการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ได้รับผลกระทบจากภาวะฉุกเฉินให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติสุข ลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นภายหลังเผชิญภาวะฉุกเฉิน

สรุปผล

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นถึงความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โดยใช้การบริหารจัดการภัยพิบัติตามหลัก 2P2R ประกอบด้วย ด้านการป้องกันและลดผลกระทบก่อนการเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ด้านความพร้อมในการรองรับภาวะฉุกเฉิน ด้านความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และด้านความพร้อมในการฟื้นฟูภายหลังเกิดภาวะฉุกเฉิน โดยพบว่า ทั้ง 4 ด้านมีความพร้อมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

1.1 พัฒนาศักยภาพบุคลากร ให้ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEM) ในกลุ่มที่ยังไม่เคยผ่านการอบรม

1.2 ปรับปรุงระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ให้มีความชัดเจน โดยลดบทบาทหน้าที่ซ้ำซ้อน

1.3 พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรและอุปกรณ์ เพื่อสำรองวัสดุ เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ให้เพียงพอต่อการรับมือในสถานการณ์ฉุกเฉินที่สอดคล้องกับบริบทของจังหวัดแพร่

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยประเมินผลโดยประยุกต์ใช้แนวคิด CIPP Model เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการดำเนินการ

จัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (PHEM) ในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย การประเมินบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และการสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2564). *กรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กรมควบคุมโรค. (2566). *คู่มือแนวทางการเตรียมพร้อมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างหน่วยงานระดับเขตและจังหวัด*. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

กลุ่มยุทธศาสตร์การจัดการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และการสาธารณสุข. (2566). *แผนปฏิบัติการด้านการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยทาง การแพทย์และการสาธารณสุข พ.ศ. 2566 – 2570*. นนทบุรี: กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กานต์วี วิชัยปะ. (2556). *รูปแบบกระบวนการในการปฏิบัติการของศูนย์อำนวยการเฉพาะกิจ ป้องกันและบรรเทา อุทกภัยและดินโคลนถล่มขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นจังหวัดแพร่*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ณรงค์ ลือชา และณัฐกานต์ ปวะบุตร. (2566). การบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางด้านการแพทย์และ สาธารณสุข กรณีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดเชียงราย. *เชียงราย เวชสาร*, 15(3), 9-13.

ภมร ตรุณ และคณะ. (2562). การประเมินผลการดำเนินงาน ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีโรคไข้เลือดออก จังหวัดบึงกาฬ ปี 2562. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 3(2), 3-17.

สยามราชย์ พุเจริญกัลยา และคณะ. (2566). การพัฒนา รูปแบบการบริหารจัดการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านการแพทย์และสาธารณสุข : กรณีฝุ่นละออง ขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) จังหวัด เชียงราย. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 25(1), 79-96.

สัจจพร ยุวัฒนา. (2556). *การพัฒนาประสิทธิภาพการ จัดการภัยพิบัติของสำนักป้องกันและบรรเทาสาธาณภัย กรุงเทพมหานคร*. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Best, J. W. (1970). *Research in Education*. New Jersey: Prentice-Hall.

ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ
ของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพ

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตำบลกองมูล อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

The effect of the potential development program
for village health volunteers by applying the self-efficacy theory
and social support on health behavior of village health volunteers
in Kong Thu Subdistrict, Nong Phai District, Phetchabun Province

นันทนา ถนอมทัพ

Nantana Thanomthap

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองมูล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองไผ่

Kong Thu Subdistrict Health Promoting Hospital, Nong Phai District, Phetchabun Province

Email: nantana.a@hotmail.com

Received: 16 Jan., 2025

Revised: 4 Mar., 2025

Accepted: 10 Mar., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง ชนิดศึกษากลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกองมูล อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกองมูล อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 88 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนการรับรู้ความสามารถของตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามได้ค่าความตรงตามเนื้อหาระหว่าง 0.67 - 1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 0.906, 0.897 และ 0.865 ตามลำดับ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired samples t-test ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.2 อายุ 45 - 60 ปี ร้อยละ 47.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.27 ระยะเวลาในการทำงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.68 สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 42.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.5 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.8 ทั้งนี้ หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาศักยภาพสามารถเสริมสร้าง

การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, พฤติกรรมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This quasi-experimental research, single group pre-test and post-test, aimed to study the effects of a village health volunteer potential development program by applying the theory of self-efficacy and social support on health behaviors of village health volunteers in Kong Thu Sub-district, Nong Phai District, Phetchabun Province. The sample consisted of 88 village health volunteers in Kong Thu Sub-district, Nong Phai District, Phetchabun Province, who were selected by purposive sampling. The experimental group participated in the activities according to the potential development program applying the theory of self-efficacy and the theory of self-efficacy support. Data were collected using a questionnaire with content validity between 0.67 and 1.00 and Cronbach's alpha coefficient of the self-efficacy and social support questionnaires. And health behavior were equal to 0.906, 0.897 and 0.865, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics and Paired samples t-test. The research results found that the majority of the sample were female (68.2 percent). 47.7 percent were aged 45-60 years, 77.27 percent were married, 55.68 percent had worked as village health volunteers for more than 10 years, 42.1 percent had completed primary school, 62.5 percent were farmers, and 56.8 percent had no underlying diseases. After the experiment, the sample group had a higher mean score of self-efficacy perception, social support, and health behavior than before the experiment, with statistical significance at the 0.05 level. This indicates that the potential development program can effectively enhance self-efficacy perception, social support, and health behavior of village health volunteers.

Keywords: Capacity-building program, Village health volunteers, Health behaviors of village health volunteers.

บทนำ

ประเทศไทยรัฐบาลมุ่งเน้นการยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อสุขภาพและคุ้มครองผู้บริโภค ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วนโดยให้คนไทยมีโอกาสร่วมคิด ร่วมตัดสินใจร่วมทำและร่วมรับผิดชอบ โดยมีเป้าหมายการให้บริการคือ ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและ

อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สามารถลดโรคและภัยคุกคาม ตลอดจนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขได้มีกลไกการขับเคลื่อนงานในระดับพื้นที่ โดยการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในฐานะการเป็น นักจัดการสุขภาพชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงสู่การดูแลสุขภาพตนเองในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงการเป็นต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นผู้

ประสานและเป็นตัวเชื่อมระหว่างภาครัฐกับประชาชนในการดำเนินงานจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ จนสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ อสม. ได้รับการยกระดับให้เป็น อสม. หมอคนที่ 1 โดยได้รับการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ทำให้มีศักยภาพเข้มแข็ง เป็นแกนนำและแบบอย่างที่ดีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อสม. เป็นแกนนำสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน และยังมีส่วนสำคัญเป็นอย่างมากในการส่งเสริม สนับสนุน การจัดการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสมให้กับชุมชน โดยเฉพาะประชาชนกลุ่มวัยทำงาน และกลุ่มวัยสูงอายุในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ที่ถูกต้อง คือ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ และการงดสูบบุหรี่/ดื่มสุรา องค์ความรู้ที่จำเป็นตามหลัก 3อ.2ส. นี้ จะเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างความรู้ เข้าใจ และภูมิคุ้มกันในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนให้มีสุขภาพดี ห่างไกลจากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ เช่น โรคมะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ซึ่งจะช่วยลดรายจ่ายด้านสุขภาพที่ไม่จำเป็นของประเทศชาติได้อย่างยั่งยืน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) ดังนั้นรัฐบาลจึงมีนโยบายพัฒนาระดับ อสม. เพื่อเพิ่มศักยภาพการเป็นผู้นำที่ทำหน้าที่เป็นจุดสกัด การแก้ไขปัญหาสุขภาพของภาคประชาชนในพื้นที่ คู่ขนานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนลดการพึ่งพาโรงพยาบาลมาพึ่งตนเองมากขึ้น อีกทั้งลดภาระค่าใช้จ่ายการเดินทางมาโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย ลดความแออัด และค่าใช้จ่ายในการรักษาของโรงพยาบาล (สำเร็จ แหียงกระโทก, 2562) การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในด้านความรู้ด้านสุขภาพ มีความสำคัญในการพัฒนาขีดความสามารถของ อสม. ในระดับบุคคล ให้มีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลความรู้

ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการสนใจให้ตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง มีการจัดการสุขภาพตนเอง และคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้อย่างเสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2560)

การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีความเจ็บป่วย ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม และการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในส่วนที่ดีให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน ซึ่งการที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น เป็นสิ่งที่กระทำได้อย่างและมีแนวโน้มที่บุคคลอาจจะไม่สามารถกระทำได้อย่างต่อเนื่อง ปัจจัยที่สำคัญที่มีการมุ่งใจให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น คือ ปัจจัยด้านความคิด ความรู้ สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2567) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล และส่งเสริมปัจจัยแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพดีต้องปลูกฝังให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (Health Behavior) ด้วยการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อ เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เนื่องจากการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพ ได้แก่ สถานะสุขภาพ โดยรวมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มขึ้น และความถี่ในการใช้บริการสุขภาพลดลง หากประชากรส่วนใหญ่ของประเทศมีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำ ย่อมจะส่งผลต่อสถานะโดยรวม กล่าวคือ ประชาชนขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ทำให้ค่าใช้จ่ายในการ

รักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น อสม. เป็นบุคคลที่มีความสำคัญทางด้านสาธารณสุข มีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ (Change agent) สร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน และได้รับการพัฒนาอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ฝึกฝนพัฒนาตนเอง และปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในชุมชน อสม. จึงจำเป็นต้องรู้ เข้าใจ สามารถนำไปใช้ประโยชน์และสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง รวมถึงสามารถวางแผนงานเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขภายในชุมชนของตนเองได้ (เบญจวรรณ บัวชุม, 2563)

ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ อสม. ตำบลกองมูล ปี 2567 โดยใช้แบบประเมินของกองสุศึกษา พบว่า อสม. ตำบลกองมูล ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดี (คะแนน 70 – 80) ร้อยละ 89.77 และ 88.63 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองมูล, 2567)

จากข้อมูลดังกล่าวและจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎี การรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลตัดสินใจเริ่มในการปฏิบัติหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหากบุคคลมีความต้องการและมีความเชื่อในความสามารถของตนเองสูง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ บุคคลนั้นก็มีแนวโน้มที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น (Bandura, 1977) การสนับสนุนทางสังคมก็เป็นแรงเสริมที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (House, 1981) ผู้วิจัยจึง

สนใจที่จะใช้โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลกองมูล อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อให้ อสม. เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง สามารถนำไปใช้ประโยชน์และสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อสร้างโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลกองมูล อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

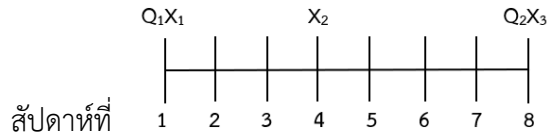
วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมศักยภาพ อสม. โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียว วัดซ้ำ (One Group Pretest - Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy Theory) ร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลกองมูล อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ ตามแผนภาพการทดลองดังนี้

แผนภาพการทดลอง



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อาศัยอยู่จริงในเขตตำบลกองมูล อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวนทั้งหมด 88 คน โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทุกหน่วยประชากร

เกณฑ์การคัดเลือก 1) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อาศัยอยู่จริงในเขตตำบลกองมูล อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ 2) สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม

เกณฑ์การคัดออก 1) กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย ขอลถอนตัว 2) กลุ่มตัวอย่างลาออกจากการเป็น อสม. เสียชีวิต หรือย้ายที่อยู่ออกจากตำบลกองมูล อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

เครื่องมือและคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้เป็นโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลกองมูล อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์

1. แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประยุกต์จากเอกสารวิชาการ การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. น้ำหนัก ส่วนสูง และรอบเอว ลักษณะคำถามเป็น

แบบคำถามปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ รวมจำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ มีข้อคำถามให้เลือก 5 อันดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง, เห็นด้วย, ไม่แน่ใจ, ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปรผลแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ, ระดับปานกลาง และ ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม การสนับสนุนทางสังคม จำนวน 8 ข้อ มีข้อคำถามให้เลือก 5 อันดับ ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ, ได้รับบางครั้ง, ไม่แน่ใจ, ไม่เคยได้รับ และ ไม่เคยได้รับอย่างยิ่ง แปรผลแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ, ระดับปานกลาง และ ระดับสูง

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 20 ข้อ มีข้อคำถามให้เลือก 4 อันดับ ได้แก่ ปฏิบัติทุกวัน/ทุกครั้ง, ปฏิบัติเป็นประจำ, ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และ ไม่เคยปฏิบัติเลย แปรผลแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ, ระดับปานกลาง และ ระดับสูง

2. โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม.

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลกองมูล อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ หมายถึง กระบวนการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self - Efficacy Theory) ร่วมกับทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างเป็นระบบชัดเจน โดยมีการกำหนดแผนการให้การศึกษาล่วงหน้า เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วยโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. จำนวน 3 ครั้ง 8 สัปดาห์

2.1 โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ครั้งที่ 1 (การส่งเสริมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงตามวัย)

ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) ทฤษฎี การรับรู้ความสามารถของตนเอง

1. ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว และประเมิน ภาวะโภชนาการด้วยค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว พร้อมบันทึกลงในแบบ นคร 2 ส ให้กลุ่มตัวอย่างรู้ถึงปัจจัย เสี่ยงของตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตั้งเป้าหมายด้วยตนเอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

2. ให้ความรู้และเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริม สุขภาพและเปลี่ยนแปลงตามวัย ชมวิดีโอเกี่ยวกับการ เปลี่ยนแปลงตามวัย และให้ อสม. ตอบว่ามี การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างไรกับตนบ้างในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และถามถึงปัญหาทางด้านสุขภาพ เมื่อมีอายุ เพิ่มขึ้น

3. กิจกรรมให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพตาม หลักการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อการมีสุขภาพดี ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการ ความเครียด และการงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา

4. สร้างให้เกิดความคาดหวังในการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.2 โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ครั้งที่ 2 (สร้างให้เกิดความรู้ การรับรู้)

ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) ทฤษฎี การรับรู้ความสามารถตนเอง

1. ทบทวนเรื่องประเด็นความรู้ที่ได้รับในสัปดาห์ ก่อนและนำเข้าสู่กิจกรรม ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว และ ประเมินภาวะโภชนาการด้วยค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบ เอว พร้อมบันทึกลงในแบบนคร 2 ส เปรียบเทียบความ เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยให้ความรู้ในประเด็นเรื่อง การบริโภค อาหาร ประกอบด้วย ความหมายของอาหาร ประโยชน์ ของอาหารที่มีผลต่อร่างกาย อาหารที่ควรงด และอาหารที่ ควรบริโภค รวมทั้งปริมาณอาหารที่เหมาะสมในแต่ละวัย

และนำเสนอตัวแบบ อสม. ที่ประสบความสำเร็จด้านการ บริโภคอาหารที่ถูกต้อง

3. อภิปรายกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยผู้วิจัย ถามถึงประสบการณ์การบริโภคอาหารของ อสม. และ อาหารที่บริโภคอยู่ประจำ รวมทั้งถ้า อสม. ปฏิบัติแล้ว เกิดผลดีต่อร่างกายอย่างไร ให้กำลังใจ คำแนะนำ ยกย่อง ชมเชยผู้ที่ประสบความสำเร็จในการบริโภคอาหาร

2.3 โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ครั้งที่ 3 (กระบวนการเสริมสร้างพลังและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม)

ครั้งที่ 3 สัปดาห์ที่ 8 (ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) ทฤษฎี การรับรู้ความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม

1. ทบทวนเรื่องประเด็นความรู้ที่ได้รับในสัปดาห์ ก่อนและนำเข้าสู่กิจกรรม ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต และประเมินภาวะโภชนาการด้วยค่า ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว พร้อมบันทึกลงในแบบนคร 2 ส เปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่ม ตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยสร้างให้เกิดการเรียนรู้ การรับรู้และ เกิดความคาดหวังของการปฏิบัติ พฤติกรรม การ ออกกำลังกาย การกำจัดความเครียด และการงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา

3. ผู้วิจัยติดตามโดยการทบทวนเรื่องการบริโภค อาหารที่ได้รับในครั้งก่อนและให้คำปรึกษาเพิ่มเติมและ นำเข้าสู่กิจกรรม ให้ความรู้ในประเด็นเรื่องการออก กำลังกาย ประกอบด้วย ความจำเป็นในการออกกำลังกาย ประโยชน์ของการออกกำลังกาย วิธีปฏิบัติที่ถูกต้องใน การออกกำลังกาย ชนิดของการออกกำลังกายที่เหมาะสม กับวัย ระยะเวลาในการออกกำลังกาย

4. ผู้วิจัยให้ความรู้ในประเด็นเรื่องการจัด ความเครียด ประกอบด้วย บทสวดมนต์ การสันทนาการ การทำสมาธิ และวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องในการกำจัด ความเครียด และการงดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา

5. นำเสนอตัวแบบ อสม. ที่ประสบความสำเร็จ โดยการออกกำลังกายและสาธิตวิธีการออกกำลังกาย และ

ให้ อสม. ทดลองฝึกปฏิบัติตาม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้น ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยเสนอที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยทุกข้อคำถามมีค่า IOC เท่ากับ 1

การตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าดังนี้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.906 แรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเท่ากับ 0.897 พฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีค่าเท่ากับ 0.865

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการทำวิจัย

2. ขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลกองมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนการทดลองและเก็บข้อมูลการวิจัย

ขั้นดำเนินการ

3. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองด้วยแบบสอบถามผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลกองมูล อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ในสัปดาห์ที่ 1

4. ขณะทำการทดลอง ดำเนินการตามโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ประกอบด้วยโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ครั้งที่ 1 (การส่งเสริมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงตามวัย)

สัปดาห์ที่ 4 โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม.

ครั้งที่ 2 (สร้างให้เกิดความรู้ การรับรู้)

สัปดาห์ที่ 8 โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม.

ครั้งที่ 3 (กระบวนการเสริมสร้างพลังและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม)

5. หลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ด้วยแบบสอบถามผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลกองมูล อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ และตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

ใช้อธิบายข้อมูลทั่วไปได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าสูงสุด-ต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ใช้เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลกองมูล อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ วิเคราะห์ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired Samples t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมโครงการวิจัย ที่ พช.0033.010/(บค.) 463 ลงวันที่ 7 กันยายน 2567 โดยผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคลที่ร่วม

ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งจะยึดหลัก 3 ประการ คือ การเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย หลักความยุติธรรม เคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ผู้วิจัยจะรักษาความลับโดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรายงานผลการวิจัย ตลอดจนการนำเสนอผลการวิจัย จะไม่มีชื่อหรือรายละเอียดที่จะเป็นการเปิดเผยกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัย จะนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การศึกษา โรคประจำตัว และดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.18 อายุเฉลี่ย 45 – 60 ปี ร้อยละ 47.73 สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.27 ระยะเวลาในการทำงานเป็น อสม. มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 55.68 รายได้เฉลี่ย 5,001 - 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.45 การศึกษาจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 42.05 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.50 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.82 และ BMI อยู่ระดับปกติ (19 – 22.99) ร้อยละ 29.55 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=88)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	28	31.82
หญิง	60	68.18
2. อายุ (ปี)		
น้อยกว่า 45	19	21.59
45 - 60 ปี	42	47.73
60 ปี ขึ้นไป	27	30.68
($\bar{X}$ = 54.34, S.D.= 11.071, Min=29, Max=80)		
3. สถานภาพสมรส		
โสด	5	5.68
สมรส	68	77.27
หม้าย / หย่า / แยก	15	17.05
4. ระยะเวลาการเป็น อสม. (ปี)		
ต่ำกว่า 5 ปี	30	34.09
5 - 10 ปี	9	10.23
มากกว่า 10 ปี	49	55.68
($\bar{X}$ = 16.32, S.D.= 12.469, Min= 1, Max= 44)		
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000	32	36.36
5,001 - 10,000	40	45.45
มากกว่า 10,000 ขึ้นไป	16	18.18

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
($\bar{X}$ = 8453.41, S.D.= 5767.048, Min= 2,000, Max= 30,000)		
6. ท่านจบการศึกษาสูงสุดระดับ		
ประถมศึกษา	37	42.05
มัธยมศึกษาตอนต้น / ปวช.	31	35.23
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวส.	16	18.18
ปริญญาตรี	4	4.55
7. อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	9	10.23
เกษตรกร (ทำไร่ ทำสวน ทำนา)	55	62.50
ค้าขาย	13	14.77
รับจ้าง	10	11.36
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	1	1.14
8. โรคประจำตัว		
ไม่มี	50	56.82
มี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	38	43.18
โรคเบาหวาน	8	9.10
โรคความดันโลหิต	28	31.80
ภาวะไขมันในเลือดสูง	27	30.70
อื่นๆ (หอบหืด, ไทรอยด์)	6	6.80
9. ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)		
ผอม (น้อยกว่า 18.99)	1	1.14
ปกติ (19 – 22.99)	26	29.55
น้ำหนักเกิน (23-24.99)	25	28.41
อ้วนระดับ 1 (25 – 29.99)	27	30.68
อ้วนระดับ 2 (มากกว่า 30)	9	10.23
($\bar{X}$ = 24.89, S.D.= 3.636, Min= 18.31, Max= 37.32)		

เปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลกองมูล อำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่า

ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 87.50 ระดับปานกลาง จำนวน 11 คน ร้อยละ 12.50 การสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 84.09 ระดับปานกลาง จำนวน 14 คน ร้อยละ 15.91 พฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 65.91 ระดับปานกลาง จำนวน 30 ร้อยละ 34.09

หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 98.86 ระดับปานกลาง จำนวน 1 คน ร้อยละ 1.14 การสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 100 พฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 96.59 ระดับปานกลาง จำนวน 3 คน ร้อยละ 3.41

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละ จำแนกตามระดับการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง (n=88)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้ความสามารถของตนเอง				
ระดับต่ำ (1-2.33)	0	0	0	0
ระดับปานกลาง (2.34-3.67)	11	12.50	1	1.14
ระดับสูง (>3.67)	77	87.50	87	98.86
การสนับสนุนทางสังคม				
ระดับต่ำ (1-2.33)	0	0	0	0
ระดับปานกลาง (2.34-3.67)	14	15.91	0	0
ระดับสูง (>3.67)	74	84.09	88	100
พฤติกรรมสุขภาพ				
ระดับต่ำ (1-2.00)	0	0	0	0
ระดับปานกลาง (2.01-3.00)	30	34.09	3	3.41
ระดับสูง (>3.00)	58	65.91	85	96.59

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนน 85.44 คะแนน และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 95.37 คะแนน ซึ่งคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สำหรับคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 34.14 คะแนน และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 36.29 คะแนน คะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในส่วนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลกองมูล พบว่าก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ย 63.97 คะแนน และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 70.64 คะแนน ซึ่งคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลกองมูล อำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test (n=88)

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	t	df	P-value
การรับรู้ความสามารถของตนเอง					
ก่อนทดลอง	85.44	8.433	-19.804	87	<0.001
หลังทดลอง	95.37	6.621			
การสนับสนุนทางสังคม					
ก่อนทดลอง	34.14	4.440	-5.010	87	<0.001
หลังทดลอง	36.29	2.65			
พฤติกรรมสุขภาพ					
ก่อนทดลอง	63.97	8.121	-8.115	87	<0.001
หลังทดลอง	70.64	5.719			

* P-value < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้ได้วิเคราะห์ผลการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเฉพาะในด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้น จาก 85.44 คะแนนก่อนการทดลองเป็น 95.37 คะแนนหลังการทดลอง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สะท้อนให้เห็นถึงผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพในการสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยง และสามารถตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ข้อมูลนี้สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ที่ระบุโดย Bandura (1977) ว่าการเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ในส่วนของการสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาแสดงว่าคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคม

จาก 34.14 คะแนนก่อนการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 36.29 คะแนนหลังการทดลอง ซึ่งนับว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การฟื้นฟูความเชื่อมั่นจากการสนับสนุนของเพื่อนและครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการสร้างเครือข่ายการสนับสนุนที่ช่วยเพิ่มความมุ่งมั่นในการรักษาสุขภาพให้ดีขึ้น สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างปรากฏว่ามีการเพิ่มขึ้นจาก 63.97 คะแนนก่อนการทดลอง เป็น 70.64 คะแนนหลังการทดลอง การปรับปรุงนี้ก็มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งแสดงถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เช่น การบริโภคอาหารที่มีคุณภาพ การออกกำลังกาย รวมถึงการลดการสูบบุหรี่และการดื่มสุรานอกจากนี้ ผลการศึกษายังสอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่ได้มีการศึกษาในลักษณะเดียวกัน เช่น การศึกษาของ กฤษณากร เจริญสุข (2564) ที่พบว่าหลังจากโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนในด้านความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และงานวิจัยของทรศณีย์

บุญมัน (2564) ที่แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญต่อการลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้จึงชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพที่จัดขึ้นมีความสำคัญและมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถ ของ อสม. ในการดูแลสุขภาพ ทั้งยังสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตในชุมชนอย่างยั่งยืน

สรุปผล

โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการเรียนรู้ ความสามารถของตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกองมูล อำเภอนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ 1) การส่งเสริมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงตามวัย โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง 2) สร้างให้เกิดความรู้ การรับรู้ โดยใช้ ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง และ 3) กระบวนการเสริมสร้างพลังและการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม เมื่อนำโปรแกรมพัฒนา ศักยภาพ อสม.ฯ ไปทดลองใช้ พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีผลในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถและสนับสนุนให้กลุ่มอาสาสมัครสามารถพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของตนได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาหรือจัดโปรแกรมพัฒนา ศักยภาพประชาชน กลุ่มเสี่ยงเพิ่มเติม โดยควรประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น

2. สามารถขยายผลการศึกษานี้ไปยังประชากรกลุ่มอื่น ๆ โดยการปรับโปรแกรมให้สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของสุขภาพในแต่ละชุมชน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อระบบสุขภาพป้องกันและส่งเสริมในระดับที่กว้างขึ้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยต่อไป

1. ควรดำเนินการเพิ่มกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบผลการทดลอง ซึ่งจะช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือและความถูกต้องของผลการศึกษา

2. ควรสร้างกลไกในการส่งเสริมและยกระดับการรับรู้ความสามารถส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้กระบวนการยกระดับหมู่บ้านหรือชุมชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนการดำเนินการด้านสุขภาพในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2560). *การเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จาก อสม. สู่อสม.* กรุงเทพฯ: โอ-วิทย์ (ประเทศไทย).
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2561). *การเสริมสร้าง และประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและ พฤติกรรมสุขภาพ.* นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). *การดูแลสุขภาพ ตามหลัก 3อ 2 ส สำหรับแกนนำสุขภาพ.* นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- กฤษฎากร เจริญสุข. (2564). *ผลของโปรแกรมพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาล เมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี.* วารสารโรงพยาบาล สิงห์บุรี. 30(1). 72-90.

- ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2567). หลักการส่งเสริมสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น 9 กรกฎาคม 2567. สืบค้นจาก <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/>
- ทรศณีย์ บุญมั่น. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- เบญจวรรณ บัวชุม. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจ้าว อำเภอเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 16(3); 49-58.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองมูล, 2567. ผลการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตตำบลกองมูล อำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ปี 2567. เพชรบูรณ์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกองมูล.
- สำเร็จ แหียงกระโทก. (2562). นโยบายรองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice - Hall.
- House, J. S. (1981). *Work Stress and Social Support*. New Jersey: Prentice Hall.

พัฒนากลยุทธ์การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์ Develop strategies for participation in health promotion among village health volunteers Phetchabun Province

ชื่นฤดี รบชนะ

Chuenrudee robchana

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์

Quality and service development group Phetchabun Provincial public health office

Email : robchanajube@gmail.com

Received: 21 Jan., 2025

Revised: 4 Mar., 2025

Accepted: 10 Mar., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อพัฒนากลยุทธ์การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์ ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 17,675 คน คัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 412 คน เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ และ มีค่าความเที่ยงมากกว่า 0.7 ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ให้ข้อมูลข่าวสาร ภาวะผู้นำ และส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และของสเปียร์แมน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 95.63, ร้อยละ 93.45, ร้อยละ 94.66 และ ร้อยละ 92.96 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเป็น อสม. ให้ข้อมูลข่าวสาร และภาวะผู้นำ การพัฒนากลยุทธ์เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ อสม.ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ควรพัฒนาระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง ทันสมัย และเป็นประโยชน์แก่ อสม. อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ด้านภาวะผู้นำ

คำสำคัญ: กลยุทธ์, การมีส่วนร่วม, การส่งเสริมสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This research is a survey research. The objectives are to study the level of participation in health promotion of village health volunteers, to study the factors related to the participation in health promotion of village health volunteers, and to develop a strategy for participation in health promotion of village health volunteers in Phetchabun Province. The population studied was 17,675 village health volunteers in Phetchabun Province, of which 412 were selected as samples. The instrument used to collect data was a questionnaire that was checked for content validity by experts and had a reliability value of more than 0.7. It consisted of 3 parts: Part 1: Personal factors; Part 2: Social factors, including information provision, leadership; and Part 3: Participation in health promotion of village health volunteers. The data were analyzed using Pearson's and Spearman's correlation coefficients, with a statistical significance level of 0.05.

The research results found that the participation in health promotion of village health volunteers in all 4 aspects, namely 1) participation in decision-making, 2) participation in operations, 3) participation in receiving benefits, and 4) participation in evaluation, were mostly at a high level (95.63 percent, 93.45 percent, 94.66 percent, and 92.96 percent, respectively). Factors related to the participation in health promotion of village health volunteers in all 4 aspects were age, duration of being a village health volunteer, providing information, and leadership. In developing strategies to enhance the participation of village health volunteers in health promotion, an efficient communication system should be developed to provide correct, up-to-date, and beneficial information to village health volunteers continuously and consistently, and the potential of village health volunteers in terms of leadership should be developed.

Keywords: Strategy, Participation, Health Promotion, Village Health Volunteers

บทนำ

การสาธารณสุขในปัจจุบันมีความเจริญก้าวหน้า สามารถป้องกันและรักษา รวมถึงกำจัดโรคบางโรคได้ ส่งผลให้คนมีชีวิตที่ยืนยาว แต่ภาวะวิกฤติบางอย่างก็เกิดควบคู่ไปกับการสำเร็จนี้ คือการดูแลสุขภาพแบบแยกส่วน การแก้ไขปัญหาที่ไม่ตรงประเด็นและปัญหาสุขภาพใหม่ คือ โรคเรื้อรัง โรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ ปัญหาสุขภาพที่เป็นผลกระทบที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศของโลก และปัญหาผู้สูงอายุที่เกิดการเปลี่ยนโครงสร้างประชากร ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมและวิถีชีวิต

ของประชาชน ล้วนส่งผลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพของประชาชนทั้งด้านบวกและลบ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้กำหนดเป้าหมายให้ประชาชนควรได้รับการพัฒนาให้มีสุขภาพที่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ตามภาวะเศรษฐกิจและสังคมของท้องถิ่นนั้นๆ ตามแนวทางของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) ที่มุ่งเน้นการสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเพิ่มความสามารถของชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลและการปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ (ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน, 2565)

สำหรับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นับเป็นหลักการสากลที่ได้รับการยอมรับว่ามีความสำคัญและจำเป็นในสังคมประชาธิปไตย กฎหมาย รัฐธรรมนูญ ซึ่งเป็นกติกาสูงสุดของประเทศ สะท้อนเจตนารมณ์ในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างชัดเจน ในระบบบริการสาธารณสุข อสม. เป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าต่อการพัฒนางานสาธารณสุขในชุมชนเป็นอย่างมาก เมื่อรวมคุณสมบัติของอสม. ซึ่งชาวบ้านให้การยอมรับนับถือ เสียสละ เต็มใจช่วยเหลือชุมชน และเป็นตัวอย่างที่ดี ในด้านการพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาชุมชน จึงถือได้ว่า อสม. คือผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและสุขภาพภาคประชาชน เป็นแบบอย่างของการเสริมสร้างสุขภาพกาย สุขภาพใจ การดำเนินชีวิตอย่างพอดีพอเพียง ตลอดจนดูแลคนในชุมชนให้มีสุขภาพกายที่ดี สุขภาพใจแข็งแรง มีการกินดีอยู่ดี โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือ การเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของคนในชุมชน อาจกล่าวได้อย่างเต็มภาคภูมิว่า อสม. ผู้ที่ทำงานเพื่อสังคมอย่างแท้จริง (กรมสุขภาพจิต, 2567)

องค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายสำคัญ คือความสามารถในการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ จึงเห็นความเร่งด่วนในการค้นหายุทธศาสตร์ โดยเน้นแนวทางที่อยู่นอกเหนือภาคส่วนบริการสุขภาพแบบดั้งเดิม ซึ่งเน้นเพียงการเข้าถึงบริการผ่านสถานพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ เน้นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง การดูแลตัวเอง จึงถูกให้นิยามด้วยความสามารถของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ป้องกันโรค รักษาสุขภาพ และจัดการกับโรคได้ด้วยตนเอง หรือโดยรับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ หลักการสำคัญของการดูแลตัวเองคือการตระหนักถึงบทบาทของบุคคลในการจัดการดูแลสุขภาพด้วยตนเองในด้านต่างๆ รวมทั้งสามารถให้การดูแลแก่ผู้ป่วยพึ่งพิง หรือผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (WHO, 2567)

การพัฒนากลยุทธ์การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ให้มีประสิทธิภาพและเกิดผลสำเร็จที่ดี

นั้น มีเป้าหมายครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพใน 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา การดำเนินงานพัฒนากลยุทธ์การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ควรมุ่งเน้นให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมที่ทำให้ อสม. เห็นปัญหาเอง และจะจัดการอย่างไร ซึ่งจะทำให้ อสม. เกิดความรู้ เข้าใจ และตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพของตนเอง กระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทของ อสม. ให้ร่วมกันค้นหาหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคตและดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งสามารถคิดค้นและสร้างนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสาธารณะ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน (พชรดนัย วัชรธนพัฒน์ธาดา, 2561)

การขับเคลื่อนงานสุขภาพภาคประชาชนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 17,675 คน เป็นแกนนำสำคัญ กระจายอยู่ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ดังนั้น เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่ม ตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจและตัดสินใจลงมือปฏิบัติการ 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุน ทางด้านทรัพยากร การเข้าร่วมในการบริหาร และการประสานขอความร่วมมือ 3) ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ทางด้านต่างๆ ประกอบด้วย ผลประโยชน์ทางด้านวัสดุ ผลประโยชน์ทางสังคมและผลประโยชน์ส่วนบุคคล และ 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) เกี่ยวกับการควบคุมและการตรวจสอบ การดำเนินกิจกรรมทั้งหมด รวมทั้งพัฒนากลยุทธ์ในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมด้านส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์
2. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์
3. เพื่อพัฒนากลยุทธ์การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 17,675 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, 2567) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1973) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 412 คน การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยสุ่มเลือกอำเภอ จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ อำเภอวังสามพัน และอำเภอหล่มสัก และคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามค่าสัดส่วนจำนวน อสม.ของแต่ละอำเภอ ได้กลุ่มตัวอย่าง อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จำนวน 165 คน อำเภอวังสามพัน จำนวน 69 คน และ อำเภอหล่มสัก จำนวน 178 คน โดยจัดทำบัญชีรายชื่อ อสม. เรียงตามอักษร ของแต่ละอำเภอและใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) โดยการกำหนดช่วงการสุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบสอบถามของ จีราพร แจ่มปัญญา (2566) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรง

ตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC รายข้อเท่ากับ 1 ทุกข้อ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคม มีค่าเท่ากับ 0.838 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.938 ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ การศึกษา ระยะเวลาการเป็น อสม. จำนวน 7 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ให้ข้อมูลข่าวสารภาวะผู้นำ จำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ, ได้รับบางครั้ง, ไม่แน่ใจ, ไม่เคยได้รับ และ ไม่เคยได้รับอย่างยิ่ง และการแปลผล จำแนกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดการแบ่งช่วงของเบสท์ (Best, 1977) คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

ส่วนที่ 3 เป็นการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำนวน 8 ข้อ 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ จำนวน 7 ข้อ 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ จำนวน 5 ข้อ และ 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มีส่วนร่วมมากที่สุด, มีส่วนร่วมมาก, ไม่แน่ใจ, มีส่วนร่วมบางครั้ง และ ไม่มีส่วนร่วมเลย และการแปลผล จำแนกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดการแบ่งช่วงของเบสท์ (Best, 1977) คือระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ที่ พช. 0033.010/(บค.) 325 วันที่รับรอง 28 พฤษภาคม 2567

โดยผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิส่วนบุคคลที่ร่วมในการศึกษารั้งนี้ซึ่งจะยึดหลัก 3 ประการ คือ การเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย หลักความยุติธรรม เคารพในศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ ผู้วิจัยจะรักษาความลับโดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าในการเก็บรวบรวมข้อมูล การรายงานผลการวิจัย ตลอดจนการนำเสนอผลการวิจัย จะไม่มีชื่อหรือรายละเอียดที่จะเป็นการเปิดเผยกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) และของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.29 อยู่ในกลุ่มอายุ 46 – 60 ปี ร้อยละ 60.44 สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.42 การศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 46.36 อาชีพเกษตรกร (ทำไร่ ทำสวน ทำนา) ร้อยละ 53.16 มีรายได้เฉลี่ยรายเดือนต่อครัวเรือน 5,001 – 15,001 บาท ร้อยละ 50.97 ระยะเวลาการเป็น อสม. 1 – 10 ปี ร้อยละ 36.89

ระดับการได้รับปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย ให้ข้อมูลข่าวสาร และภาวะผู้นำ พบว่า ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการได้รับปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การให้ข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.39 และภาวะผู้นำ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.12

ระดับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4 ด้าน พบว่า 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.63 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.45 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.66 และ 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.96

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation coefficient) และของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ได้ผลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n=412)

ปัจจัย	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ		การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ		การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์		การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	
	r /r _s	p-value	r /r _s	p-value	r /r _s	p-value	r /r _s	p-value
เพศ	-.035	.483	-.097	≤.050**	-.091	.064	-.090	0.068
อายุ	.118	.025*	.166	.001*	.158	<.001*	.173	.001*
สถานภาพสมรส	.020	.685	.040	.417	-.008	.868	.004	.933
การศึกษา	.043	.380	.033	.500	-.010	.844	-.011	.820
อาชีพ	-.008	.869	.055	.268	.044	.378	.004	.929

ปัจจัย	การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ		การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ		การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์		การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	
	r /r _s	p-value	r /r _s	p-value	r /r _s	p-value	r /r _s	p-value
รายได้	.028	.641	.057	.515	.088	.396	.056	.366
ระยะเวลาการเป็น อสม.	.125	.015*	.108	.045*	.116	.017*	.134	.005*
ให้ข้อมูลข่าวสาร	.448	<.001*	.438	<.001*	.394	<.001*	.437	<.001*
ภาวะผู้นำ	.507	<.001*	.499	<.001*	.400	<.001*	.444	<.001*

*r = Pearson's product-moment correlation coefficient

**r_s = Spearman rank correlation coefficient

ผลการศึกษพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ได้แก่ อายุ (p=0.25) ระยะเวลาการเป็น อสม. (p=0.015) ให้ข้อมูลข่าวสาร (p<0.001) ภาวะผู้นำ (p<0.001) 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ได้แก่ เพศ (p≤0.050) อายุ (p=0.001) ระยะเวลาการเป็น อสม. (p=0.045) ให้ข้อมูลข่าวสาร (p<0.001) ภาวะผู้นำ (p<0.001) 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit) ได้แก่ อายุ (p<0.001) ระยะเวลาการเป็น อสม. (p=0.017) ให้ข้อมูลข่าวสาร (p<0.001) ภาวะผู้นำ (p<0.001) 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ได้แก่ อายุ (p<0.001) ระยะเวลาการเป็น อสม. (p=0.005) ให้ข้อมูลข่าวสาร (p<0.001) ภาวะผู้นำ (p<0.001)

จากผลการศึกษาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นข้อมูลเพื่อพัฒนากลยุทธ์การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์ มีขั้นตอนการสร้างกลยุทธ์ ซึ่งมีขั้นตอนการสร้างกลยุทธ์ 3 ขั้นตอน คือ

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย ให้ข้อมูลข่าวสาร ภาวะผู้นำและระดับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็น 4 ด้าน ประกอบด้วย

1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 412 คน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคมกับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. นำผลการศึกษาที่ได้มาสร้างกลยุทธ์การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้ดังนี้

กลยุทธ์การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย

กลยุทธ์ที่ 1 การพัฒนาศักยภาพภาวะผู้นำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

- ประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพภาวะผู้นำของ อสม.

- ส่งเสริมให้ อสม. มีส่วนร่วมในระบบการบริหารจัดการสุขภาพดี

- ส่งเสริม อสม. ต้นแบบ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

กลยุทธ์ที่ 2 การพัฒนาการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

- อบรมการสื่อสารคุณภาพของ อสม.

- ส่งเสริมการสื่อสารในรูปแบบ One Stop Service

- ผลิตสื่อต้นแบบคุณภาพในชุมชน

กลยุทธ์ที่ 3 การขับเคลื่อนและส่งเสริมภาวะการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

- ส่งเสริมการขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมอย่างเป็นรูปธรรม
- การทบทวนเกร็ดความรู้ ผลสำเร็จของการมีส่วนร่วม
- ส่งเสริมการสร้างการมีเครือข่ายดีเด่น

อภิปรายผลการศึกษา

จากการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.29 อยู่ในกลุ่มอายุ 46 – 60 ปี ร้อยละ 60.44 สถานภาพสมรส ร้อยละ 69.42 การศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 46.36 อาชีพเกษตรกร (ทำไร่ ทำสวน ทำนา) ร้อยละ 53.16 มีรายได้เฉลี่ยรายเดือนต่อครัวเรือน 5,001 – 15,001 บาท ร้อยละ 50.97 ระยะเวลาการเป็น อสม. 1 – 10 ปี ร้อยละ 36.89 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. ทั่วประเทศของกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

ระดับการได้รับปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย ให้ข้อมูลข่าวสาร ภาวะผู้นำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการได้รับปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 95.39 และภาวะผู้นำ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 96.12 สอดคล้องกับสภาพสังคมปัจจุบัน ซึ่งเป็นสังคมของข้อมูลข่าวสาร และ อสม. เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ จึงมีภาวะผู้นำอยู่ในระดับสูง

ระดับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. พบว่าอยู่ในระดับสูงทั้ง 4 ด้าน สอดคล้องกับตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2550 ได้บัญญัติไว้ในหมวด 5 ส่วนที่ 10 แนวนโยบายด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน มาตรา 87 ได้กล่าวไว้ว่า “ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในระดับชาติและระดับท้องถิ่น” รวมทั้ง ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2552 กำหนดไว้ว่าการมีส่วนร่วมเป็นการที่ประชาชนมีส่วนร่วม

ในกิจกรรมใดๆ ในลักษณะของการร่วมแรงร่วมใจ มีส่วนเกี่ยวข้องกันใน 4 มิติ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมการตัดสินใจ 2) การมีส่วนร่วมในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมในการรับและแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น 4) การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล สอดคล้องกับการศึกษาของชาญชัย จิวจินดา (2562) ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่ที่ได้รับการคัดเลือกมาจากชุมชนนั้นเป็นบุคคลที่ถูกกลั่นกรองและได้รับการยอมรับจากพื้นฐานของการเป็นคนดี เห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำใจและชอบให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และการศึกษาของกรรมกรมย์ สุริยะศรี และ เชี่ยวชาญ อาศุวัฒนกุล (2558) เรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนและการบรรลุสัมฤทธิ์ผลของโครงการหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคของเทศบาลตำบลวังบาน อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการฯ มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการบรรลุถึงสัมฤทธิ์ผลของโครงการหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรค

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ได้แก่ อายุ ($p=0.025$) ระยะเวลาการเป็น อสม. ($p=0.015$) ให้ข้อมูลข่าวสาร ($p<0.001$) ภาวะผู้นำ ($p<0.001$) 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ได้แก่ เพศ ($p\leq 0.050$) อายุ ($p=0.001$) ระยะเวลาการเป็น อสม. ($p=0.045$) ให้ข้อมูลข่าวสาร ($p<0.001$) ภาวะผู้นำ ($p<0.001$) 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefit) ได้แก่ อายุ ($p< 0.001$) ระยะเวลาการเป็น อสม. ($p=0.017$) ให้ข้อมูลข่าวสาร ($p<0.001$) ภาวะผู้นำ ($p<0.001$) และ 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ได้แก่ อายุ ($p<0.001$) ระยะเวลาการเป็น อสม. ($p=0.005$) ให้ข้อมูล

ข่าวสาร ($p < 0.001$) ภาวะผู้นำ ($p < 0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า

1. ให้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. อาจเนื่องจากการสร้างความร่วมมืออย่างยั่งยืนมีปัจจัยที่สำคัญ คือการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งหมายรวมถึงการสื่อสารด้วยกระบวนการต่างๆ เช่น การพูดคุย การสนทนากลุ่ม การสอนแนะนำ เอกสารอ่านด้วยตนเอง วิดีทัศน์เผยแพร่ สื่อเผยแพร่ เพื่อให้เกิดการสร้างความรู้ ความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง จนเกิดความพร้อมในการดำเนินการหรือปฏิบัติการร่วมกันได้ เนื่องจากการสื่อสารแต่ละครั้งจะมีจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกันตามกลุ่มเป้าหมาย หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ดังนั้น การใช้รูปแบบและช่องทางการสื่อสารที่หลากหลาย เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มจึงเป็นสิ่งสำคัญที่องค์กรควรตระหนัก ซึ่งองค์กรควรวางรูปแบบการสื่อสารให้มีทั้งการสื่อสารแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการผสมผสานกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและชัดเจน สอดคล้องกับผลการศึกษาของชาญชัย จิวจินดา (2562) ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ที่ได้รับการคัดเลือกมาจากชุมชนนั้นเป็นบุคคลที่ถูกกลั่นกรองและได้รับการยอมรับจากพื้นฐานของการเป็นคนที่มีน้ำใจและชอบให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และมีความสามารถและได้แสดงบทบาทในกิจกรรมที่ทำสำเร็จในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ งานตามบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ

2. ภาวะผู้นำมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. มีบทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของชาญชัย จิวจินดา (2562) ได้ศึกษาเรื่องรูปแบบการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม พบว่า อสม. ส่วนใหญ่ที่ได้รับการคัดเลือกมาจากชุมชนนั้นเป็นบุคคลที่ถูกกลั่นกรองและได้รับการยอมรับจากพื้นฐานของการเป็น

คนที่เห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำใจและชอบให้ความช่วยเหลือผู้อื่น และการศึกษาของ ศรีงามลักษณ์ ศรีปวิศร (2565) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชน : มุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้เกี่ยวข้อง การสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชน เป็นการวางรากฐานการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการให้บริการดูแลขั้นพื้นฐานแก่ตนเอง ครอบครัวและชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ การยกระดับศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกระทรวงสาธารณสุข ที่คาดหวังว่าจะมีความเชี่ยวชาญ เป็นบุคคลต้นแบบ เป็นแบบอย่างที่ดี สามารถเป็นที่ปรึกษาด้านการส่งเสริมสุขภาพ และมีภาวะผู้นำด้านสุขภาพ ซึ่งจะสามารถลดปัญหาสุขภาพในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน

3. อายุมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาจเนื่องจากบุคคลที่มีอายุมากโดยส่วนใหญ่จะผ่านการเรียนรู้ มีประสบการณ์เคยได้รับผลกระทบ ทั้งเชิงบวกและลบ จนเกิดกระบวนการคิดจากภายในภายใต้ทัศนคติส่วนตนในการแก้ไขปัญหา และพัฒนาตนเอง เกิดการรับรู้และตระหนักรู้ จึงมีความพร้อมเพื่อการมีส่วนร่วมในทุกด้านทั้งด้านกายภาพ สติปัญญา และการรับรู้ ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการมีส่วนร่วมเพื่อร่วมในการรับผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของฐิติมา อุดมศรี (2555) เรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษาขององค์การบริหารส่วนตำบล ในคลองบางปลากด อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า ประชาชนที่มีอายุมากจะมีส่วนร่วมในการปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่าคนที่อายุน้อย ผู้ที่มีอายุมากจะมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับที่มาก ในขณะที่ผู้ที่มีอายุน้อยมีส่วนร่วมในระดับมากในสัดส่วนที่น้อยกว่า

4. ระยะเวลาการเป็น อสม. มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. ที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานนาน จะเคยผ่าน

ประสบการณ์ในการทำงานมากจึงมีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการทำงานต่าง ๆ โดยบางครั้งอาจไม่ต้องชี้แจงหรือทำความเข้าใจมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ จูติมา อุดมศรี (2555) เรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการปกครองส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบล ในคลองบางปลากด อำเภอพระสมุทรเจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าบุคคลที่มีระยะเวลาการอาศัยในพื้นที่มากกว่าจะมีส่วนร่วมในการปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่าคนที่มีระยะเวลาการอาศัยในพื้นที่น้อยกว่า

5. เพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของ อสม. อาจเนื่องจากธรรมชาติทางกายภาพ ส่งผลต่อแนวคิดและทัศนคติของมนุษย์แตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุชาติ ทวีสิทธิ์ (2550) เรื่อง ผู้หญิง ผู้ชาย และเพศวิถี พบว่า เพศหญิงมีพลังผลักดันในการสร้างพลังในตนเอง เพื่อให้สังคมได้ตระหนักถึงคุณค่าของเพศหญิงที่อยู่เหนืออคติวัฒนธรรมการเปลี่ยนแปลง และการศึกษาของพระธวัชชัย สุนติธโม (วรรณนาวัน) (2561) เรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนในเขตเทศบาลเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว พบว่า ประชาชนเพศหญิงจะมีส่วนร่วมในการปกครองส่วนท้องถิ่นมากกว่าเพศชาย อาจเนื่องมาจากเพศหญิงจะมีความพร้อมเพื่อการมีส่วนร่วมในทุกด้าน และการรับรู้ ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการมีส่วนร่วมเพื่อร่วมในการรับผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Koufman (1949) เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนในชนบท พบว่า อายุ เพศของประชาชนในชุมชนมีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชน และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรุณรัตน์ สาววิโรจน์ (2553) เรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนักศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาเขตหาดใหญ่ พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชาย

สรุปผลการวิจัย

1. ระดับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล อยู่ในระดับสูง

2. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเป็น อสม. และเพศมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติการ

3. ปัจจัยด้านสังคมที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ให้ข้อมูลข่าวสาร และภาวะผู้นำ

4. พัฒนากลยุทธ์การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นแนวทางสำคัญเพื่อการสร้างศักยภาพของ อสม. และเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับการมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพ และยังรวมถึงการสร้างระบบสุขภาพในสังคมไทยโดยรวมอีกด้วย ซึ่งข้อเสนอในการกำหนดกลยุทธ์การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์ ควรประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพภาวะผู้นำของ อสม. และการพัฒนาระบบและกลไกการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพของ อสม.

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมี การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมด้วยการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมด้านส่งเสริมสุขภาพชุมชนของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน เพื่อส่งเสริมให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งอย่างแท้จริง อันจะนำไปสู่การพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

กรรมกริรมย์ สุริยะศรี และเชียวชาญ อาศุวัฒนกุล. (2558).

การมีส่วนร่วมของประชาชนและการบรรลุสัมฤทธิ์ผล
ของโครงการหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
ลดโรคของเทศบาลตำบลวังบาน อำเภอปางศิลาทอง
จังหวัดกำแพงเพชร. วารสารสหวิทยาการวิจัยฉบับ
บัณฑิตศึกษา 4(2). 139-146

กรมสุขภาพจิต. (2567). คู่มือสุขภาพจิตชุมชน . สืบค้น

4 มีนาคม 2567 . สืบค้นจาก
<https://dmh.go.th/download/ebooks/CM111.pdf>

จิราพร แจ่มปัญญา. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม
อย่างยั่งยืนของภาคประชาชนต่อการพึ่งพา
ตนเองด้านสุขภาพ จังหวัดเพชรบูรณ์.
วารสารวิชาการสาธารณสุขจังหวัดตาก. 3(1).

ชาญชัย จิวจินดา. (2562). รูปแบบการพัฒนาอาสาสมัคร
สาธารณสุข (อสม.) ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม.
วารสารนวัตกรรมสังคม. 2(2). 34-50.

จิตติมา อุดมศรี. (2555). การมีส่วนร่วมของประชาชนใน
การปกครองส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษาองค์การบริหาร
ส่วนตำบล ในคลองบางปลากด อำเภอพระสมุทร
เจดีย์ จังหวัดสมุทรปราการ. กลุ่มมนุษยและ
สังคมศาสตร์ Veridian E-Journal 5(3). 220-238.

ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2565). หลักการส่งเสริมสุขภาพ.
[อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น 9 กันยายน 2565.

สืบค้นจาก

<https://www.nupress.grad.nu.ac.th/>

พระธวัชชัย สนธิธมโม (วรรณนาวิน). (2561). การมีส่วนร่วม
ของประชาชนในการพัฒนาชุมชนในเขต
เทศบาลเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว.
พระนครศรีอยุธยา; มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พชรดนัย วัชรธนพัฒน์ธาดา. (2562). การพัฒนารูปแบบ
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ชุมชนอย่าง

ยั่งยืน ในการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ แบบ
บูรณาการของจังหวัดพิษณุโลก

[อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น 16 ตุลาคม 2565. สืบค้นจาก
<https://so03.tci-thaijo.org/index.php/journal-peace/article/view/153509/133904>

ศรีงามลักษณ์ ศรีปวิตร. (2565). การพัฒนาศักยภาพ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งเสริม
สุขภาพชุมชน : มุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้านและผู้เกี่ยวข้อง. วารสารวิชาการเฉลิม
กาญจนา. 9(2). 95-104.

สุชาติ ทวีสิทธิ์. (2550). ผู้หญิง ผู้ชาย และเพศวิถี : เพศ
ภาวะศึกษาในงานมานุษยวิทยา. วารสาร
สังคมศาสตร์ 19(1). 312-356.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. (2567). ข้อมูล
จำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
จังหวัดเพชรบูรณ์. จังหวัดเพชรบูรณ์ : สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์.

อรุณรัตน์ สาววิโรจน์. (2553). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
นักศึกษามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์
วิทยาเขตหาดใหญ่. สงขลา.

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

WHO. (2557). WHO ส่งเสริม 'ดูแลสุขภาพด้วยตัวเอง'
หนุนบูรณาการเข้าในบริการปฐมภูมิ-ระบบ
หลักประกัน. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้น 4 กุมภาพันธ์
2568. สืบค้นจาก

<https://www.thecoverage.info/news/content/6664>

**การพัฒนาแบบแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรม
การป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ลดความเสี่ยงโรคไข้เลือดออกในชุมชน**
**The development of a model for enhancing environmental health literacy
to promote behaviors for the prevention and elimination of Aedes
mosquito larvae, aiming to reduce the risk of dengue fever**

ทวีป สมัครการไถ

Taweep Samakkanrathai

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

Uthai Thani Provincial Public Health Office

Email: taweep_1964@hotmail.com

Received: 21 Feb., 2025

Revised: 31 Mar., 2025

Accepted: 3 Apr., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลาย 2) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และ 3) ประเมินผลของรูปแบบในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ประกอบด้วย การศึกษาสถานการณ์ในกลุ่มตัวอย่าง 425 คน การพัฒนารูปแบบผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ และการทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่ตำบลห้วยรอบ 160 ครัวเรือน เป็นเวลา 3 เดือน เครื่องมือวิจัย ประกอบไปด้วยแบบสอบถาม ความรอบรู้ พฤติกรรมการป้องกันโรคที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และและค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95, 0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ และ Paired t test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.80) โดยการประเมินข้อมูลมีค่าต่ำสุด (2.65) 2) พัฒนา "CLEAR Model" ประกอบด้วย การสร้างความร่วมมือชุมชน การเรียนรู้ร่วมกัน การสำรวจสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติร่วมกัน และการทบทวนและให้รางวัล 3) หลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ความรอบรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 57.38 พฤติกรรมการป้องกันพัฒนาขึ้นร้อยละ 56.73 และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงจนไม่พบในสัปดาห์ที่ 5 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลายในชุมชน ข้อเสนอแนะควรมีการขยายการทดลองใช้รูปแบบ CLEAR Model ไปยังชุมชนอื่น ๆ เพื่อประเมินประสิทธิภาพในบริบทที่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม, การป้องกันโรคไข้เลือดออก, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

The research and development aimed to: 1) examine the situation and factors regarding environmental health literacy that influenced behaviors related to the prevention and elimination of Aedes mosquito larvae; 2) develop a model for enhancing environmental health literacy suitable for the community context; and 3) evaluate the effectiveness of the model in changing behaviors. The research was conducted in three phases, which included a situational study involving 425 participants, the development of the model through workshops, and the implementation of the model in Huai Rob sub-district, involving 160 households over a period of three months. The research tools included a questionnaire assessing health literacy and disease prevention behaviors, which had been validated by experts, with Cronbach's alpha coefficients of 0.95 and 0.92, respectively. The quantitative data were analyzed using statistical methods including percentages, standard deviations, multiple regression analysis, and Paired t-tests. For qualitative data, content analysis was employed.

The research results indicated that: 1) Overall, environmental health literacy was at a moderate level (mean score of 2.80), with the lowest evaluation score being 2.65; 2) The "CLEAR Model" was developed, which encompassed community collaboration, collaborative learning, environmental surveying, joint actions, and review and reward processes; and 3) After implementing the model, health literacy increased by 57.38%, preventive behavior improved by 56.73%, and the index of Aedes mosquito larvae reduced to zero by week 5. These findings demonstrated that the developed model was effective in promoting behaviors for the prevention and elimination of mosquito larvae in the community. Recommendations suggested expanding the trial implementation of the CLEAR Model to other communities to assess its effectiveness in different contexts.

Keywords: Environmental health literacy, Dengue prevention, Community participation

บทนำ

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อประชากรกว่า 3.9 พันล้านคนใน 129 ประเทศ โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้ติดเชื้อประมาณ 390 ล้านราย และมีแนวโน้มการระบาดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization, 2022) สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรค รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปี 2565 พบผู้ป่วย 31,258 ราย อัตราป่วย 47.1 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 29 ราย อัตราป่วยตายร้อยละ 0.09 โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 5-14 ปี (กรมควบคุมโรค, 2565) ปัจจัยสำคัญที่

ทำให้เกิดการระบาดคือสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่พันธุ์ของยุงลาย ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศที่ส่งผลให้ยุงพาหะมีการขยายพันธุ์และแพร่กระจายได้มากขึ้น

การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องอาศัยความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health Literacy) ซึ่งเป็นแนวคิดที่พัฒนามาต่อยอดจากความรู้ด้านสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมไปใช้ในการตัดสินใจ

เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ (กรมอนามัย, 2564) องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนวทางการจัดการปัญหาโรคไข้เลือดออกแบบบูรณาการ (Integrated Vector Management: IVM) ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสิ่งแวดล้อม การทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลาย และการป้องกันตนเองจากยุงพาหะ (World Health Organization, 2023) สอดคล้องกับยุทธศาสตร์การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของประเทศไทย ที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพประชาชนและชุมชนในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง

จังหวัดอุทัยธานีเป็นพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2567 พบอัตราป่วย 152.3 ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, 2567) นอกจากนี้ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (Container Index: CI) ในพื้นที่ยังคงสูงเกินมาตรฐาน โดยเฉพาะในช่วงฤดูฝนที่มีน้ำขังสะสมในภาชนะต่างๆ บริบทจังหวัดอุทัยธานีมีลักษณะเฉพาะที่มีบทบาทต่อวิธีการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชนในพื้นที่ เนื่องจากพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบทที่มีทรัพยากรจำกัดและมีการพึ่งพาสิ่งแวดล้อมธรรมชาติในชีวิตประจำวัน ตัวอย่างเช่น การเก็บน้ำในโอ่งเพื่อใช้ในฤดูแล้งและการทิ้งขยะในพื้นที่เปิดโล่งซึ่งเป็นปัจจัยเร่งให้เกิดแหล่งน้ำขังสำหรับการแพร่พันธุ์ของลูกน้ำยุงลายจากผลสำรวจพื้นที่เบื้องต้น สสำรวจเชิงพบว่า ชาวบ้านในบางหมู่บ้านมีปัญหาเกี่ยวกับการปลูกฝังพฤติกรรมใหม่ๆ ซึ่งส่วนหนึ่งเกิดจากความเชื่อดั้งเดิมที่ไม่สอดคล้องกับแนวทางวิชาการ เช่น การเข้าใจว่ายุงลายสามารถถูกควบคุมได้เพียงแต่การใช้สารเคมีเท่านั้น ซึ่งอาจไม่ยั่งยืนในระยะยาวจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบการศึกษาของ อรทัย ศรีทองธรรม และคณะ (2564) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดอุทัยธานี พบว่าความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรค แต่การศึกษา ยังไม่ได้พัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญา ขณะที่การศึกษา

ของ วิภาพร สิทธิสาตร์ และคณะ (2563) ที่พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลาย พบว่าการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมช่วยลดค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายได้ แต่ยังขาดการบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเข้าไปในกระบวนการ นอกจากนี้ การศึกษาของ สมศักดิ์ พันธุ์เพ็ง และคณะ (2565) ที่ประเมินผลโครงการรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายในพื้นที่เสี่ยง พบว่าแม้จะมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง แต่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยังไม่ยั่งยืน เนื่องจากขาดการพัฒนาทักษะและความสามารถในการจัดการปัญหาด้วยตนเองของประชาชน จึงพบช่องว่างความรู้ที่สำคัญคือ การขาดรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน และยังไม่มีการศึกษาที่บูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเข้ากับการพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลายอย่างเป็นระบบ

ด้วยความสำคัญของปัญหาและช่องว่างความรู้ดังกล่าว การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนจึงมีความจำเป็น เพื่อยกระดับความสามารถของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน การศึกษานี้จะช่วยเติมเต็มองค์ความรู้ที่ขาดหายไป โดยการพัฒนาและทดสอบรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความต้องการของชุมชน อันจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลายที่ยั่งยืน ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกในชุมชน และเป็นต้นแบบการพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ นำโดยแมลงที่สามารถขยายผลไปสู่พื้นที่อื่นๆ ได้ต่อไป ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายและแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับพื้นที่ และสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนด้านการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยด้านความรอบรู้อนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลายในชุมชน จังหวัดอุทัยธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน จังหวัดอุทัยธานี
3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลาย

วิธีดำเนินการวิจัย

บทความวิจัยนี้ รูปแบบเป็น วิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันโรค โดยการศึกษาเชิงปริมาณ ในจังหวัดอุทัยธานี กลุ่มประชากรได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในจังหวัดอุทัยธานี จำนวน 199,253 คน กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณ Krejcie&Morgan โดยกำหนด (N) กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ ไม่เกิน(%) =0.05 (X2) ระดับความเชื่อมั่น (%) (ค่าไคสแควร์) =3.841 (P) สัดส่วนของลักษณะที่สนใจ ในประชากร =0.5 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง = 383 ผู้วิจัยเก็บเพิ่มเพื่อป้องกันการสูญหายร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 425 คน ดำเนินการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนครบทั้ง 8 อำเภอในจังหวัดอุทัยธานี และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้นำชุมชน แกนนำครัวเรือน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 25 คน เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออกผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.60-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.95,0.92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

และ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis , MRA) ในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบฯ ผู้วิจัยได้นำผลการวิจัยในระยะที่ 1 มาดำเนินการจัดทำรูปแบบฯ ด้วยวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการในผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 40 คน โดยผู้เข้าร่วมต้องมีคุณสมบัติคือ เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการทำงานเรื่องไข้เลือดออกและสิ่งแวดล้อมในจังหวัดอุทัยธานี อย่างน้อย 5 ปี เครื่องมือวิจัย ประกอบไปด้วย แบบบันทึกรายงานการประชุม การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้แล้วนำข้อมูลมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน จังหวัดอุทัยธานี

ระยะที่ 3 ศึกษาผล ของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลาย ผู้วิจัยได้นำรูปแบบฯ ที่ได้พัฒนาไปทดลองในตำบล ห้วยรอบ อำเภอนองขาหยัง จังหวัดอุทัยธานี ซึ่งมีหมู่ บ้านจำนวน 3 หมู่บ้าน และครัวเรือนที่อาศัยอยู่จริง 160 ครัวเรือน ประกอบไปด้วย บ้านหนองโสน จำนวน 29 ครัวเรือน บ้านห้วยรอบหมู่ 2 จำนวน 57 ครัวเรือน และบ้านห้วยรอบหมู่ 3 จำนวน 74 ครัวเรือน ประชากรทั้งหมด 472 คน ดำเนินการทดลองเป็นเวลา 3 เดือน ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2567 ถึง 30 พฤศจิกายน 2567 เครื่องมือวิจัยประกอบไปด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออก ซึ่งเป็นเครื่องมือในระยะที่ 1 และ แบบบันทึกการสำรวจลูกน้ำยุงลายรายสัปดาห์ โปรแกรมฝึกอบรมและแบบบันทึกข้อมูลอื่นๆ โดยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมการป้องกันโรคใช้เลือดออก และ ค่าดัชนีการตรวจพบลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังการทดลองในพื้นที่เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติ จำนวน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี เลขที่ 34/2567 เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยด้านความรอบรู้อนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลายในชุมชน จังหวัดอุทัยธานี พบว่า ผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 425 คน พบว่า มีการกระจายตัวด้านเพศค่อนข้างสมดุล โดยมีสัดส่วนเพศหญิง ร้อยละ 55 และเพศชายร้อยละ 45 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อยู่ในวัยทำงาน โดยเฉพาะช่วงอายุ 31-40 ปีที่มีสัดส่วนมากที่สุดถึงร้อยละ 30 ในด้านการศึกษา ส่วนใหญ่ จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 40 และ 30 ตามลำดับ สอดคล้องกับการประกอบอาชีพที่พบว่าส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรถึงร้อยละ 35 ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทถึงร้อยละ 70 และมีความผูกพันกับถิ่นที่อยู่สูง โดยกว่าร้อยละ 35 อาศัยอยู่ในพื้นที่มานานกว่า 20 ปี จากการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เรื่องโรคไข้เลือดออกในภาพรวมทั้ง 4 ด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.80, S.D. = 0.84) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการทำความเข้าใจในข้อมูลสารสนเทศ (ค่าเฉลี่ย = 2.92, S.D. = 0.82) รองลงมาคือ ด้านความสามารถในการแสวงหาข้อมูล (ค่าเฉลี่ย = 2.85, S.D. = 0.78) และด้านการใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อส่งเสริมการยอมรับ (ค่าเฉลี่ย = 2.78, S.D. = 0.89) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการประเมินข้อมูลที่หลากหลาย (ค่าเฉลี่ย = 2.65, S.D. = 0.85) จากการศึกษา พฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่า ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ใน

ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.83, S.D. = 0.87) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านการป้องกันส่วนบุคคล มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย = 3.15, S.D. = 0.82) รองลงมา คือ ด้านการจัดการสภาพแวดล้อม (ค่าเฉลี่ย = 2.95, S.D. = 0.85) และด้านความรู้และการติดตามข้อมูล (ค่าเฉลี่ย = 2.75, S.D. = 0.88) ตามลำดับ ทั้งสามด้านนี้อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในชุมชนมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย = 2.45, S.D. = 0.92) และอยู่ในระดับน้อย

การวิเคราะห์ พบว่า ปัจจัยด้านความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรค พบว่า ปัจจัย 4 ประการ ได้แก่ การทำความเข้าใจข้อมูลสารสนเทศ การใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการยอมรับความสามารถในการแสวงหาข้อมูล และการประเมินข้อมูลหลากหลาย มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดังกล่าวได้ร้อยละ 46.9 ($R^2 = 0.469$) ปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดคือการทำความเข้าใจข้อมูล (Beta = 0.312) รองลงมาคือการใช้ข้อมูล (Beta = 0.285) ความสามารถในการแสวงหาข้อมูล (Beta = 0.246) และการประเมินข้อมูล (Beta = 0.198) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าทักษะการเข้าถึงและใช้ข้อมูลสารสนเทศมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ต่ำที่สุด (ค่าเฉลี่ย = 2.45, S.D. = 0.92) และอยู่ในระดับน้อย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า สภาพปัญหาของการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ที่สำคัญได้แก่ ความรู้และพฤติกรรมป้องกันลูกน้ำยุงลายยังไม่สม่ำเสมอ อนามัยสิ่งแวดล้อมมีบทบาทสำคัญต่อการลดการแพร่ระบาดของโรค การจัดกิจกรรมและอบรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมยังไม่เพียงพอ การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอนามัยสิ่งแวดล้อมยังมีข้อจำกัด ข้อเสนอในการพัฒนารูปแบบฯสรุปได้ดังนี้ พัฒนารูปแบบการให้ความรู้และการสื่อสารให้ทันสมัยและเข้าถึงง่าย ปรับปรุงระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมให้มีประสิทธิภาพ

สร้างแรงจูงใจและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน จัดสรรทรัพยากรและงบประมาณอย่างเพียงพอและทั่วถึง พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ

2. รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน จังหวัดอุทัยธานี พบว่า จากการนำผลที่ได้จากการวิจัยในระยะที่ 1 และการประชุมในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้ข้อสรุปรูปแบบการดำเนินงาน ดังนี้

“CLEAR Model” รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน จังหวัดอุทัยธานี ประกอบด้วย

C - Community Partnership: จัดระบบคู่หู “อสม.-แกนนำครัวเรือน” เพื่อสร้างภาคีเครือข่าย ครัวเรือนแกนนำรับผิดชอบ 3-5 หลังคาเรือน ดำเนินกิจกรรมอบรมเบื้องต้น วางแผนดูแลพื้นที่ และทำงานเป็นทีม

L - Learning Together: อสม. และแกนนำครัวเรือนเรียนรู้วิธีสำรวจและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ร่วมกัน

E - Environmental Survey: ลงพื้นที่สำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายทุก 7 วัน จัดทำแผนที่จุดเสี่ยง และวางแผนแก้ไขร่วมกัน

A - Action Together: แก้ไขและจัดการจุดเสี่ยง นิเทศติดตามการทำงาน โดย อสม. ประสานหน่วยงานต่างๆ และติดตามผลการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเรื่องโรคไข้เลือดออก ในภาพรวมก่อนและหลังใช้รูปแบบฯ

องค์ประกอบ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		ผลต่าง (+/-)	ร้อยละการพัฒนา(%)	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
1. การแสวงหาข้อมูล	2.45	0.52	3.85	0.62	+1.40	57.14	15.32	<.001
2. การทำความเข้าใจ	2.52	0.54	3.92	0.65	+1.40	55.56	15.48	<.001
3. การประเมินข้อมูล	2.38	0.48	3.75	0.58	+1.37	57.56	15.18	<.001
4. การใช้ข้อมูล	2.42	0.51	3.82	0.61	+1.40	57.85	15.35	<.001
ค่าเฉลี่ยรวม	2.44	0.51	3.84	0.62	+1.40	57.38	15.33	<.001

R - Review and Reward: ทบทวนประสิทธิภาพการดำเนินงาน ประเมินผล จัดกิจกรรมมอบรางวัลเพื่อจูงใจ และวางแผนการทำงานต่อเนื่อง

เนื้อหาการอบรมพื้นฐาน (2 วัน) วันแรก: ให้ความรู้เรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อม ยุงลาย และการทำงานเป็นทีมระหว่างอสม. กับแกนนำครัวเรือน วันที่สอง: ฝึกปฏิบัติการสำรวจบันทึกข้อมูล ทำแผนที่จุดเสี่ยง วางแผนการจัดการ และติดตามประเมินผล

ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (1) อสม.และแกนนำครัวเรือนมีความรู้และทักษะในการควบคุมโรคไข้เลือดออก (2) กิจกรรมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายดำเนินได้อย่างต่อเนื่อง (3) เกิดความร่วมมือที่เข้มแข็งระหว่าง อสม.และชุมชน (4) ลดค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย ทั้ง HI, CI, และ BI ในพื้นที่

3. ประเมินผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การป้องกันและกำจัดลูกน้ำยุงลาย พบว่า

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 160 คน ในตำบลห้วยรอบ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.25) อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 32.50) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.88) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 42.50) และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนมานานกว่า 20 ปี (ร้อยละ 51.25) สะท้อนให้เห็นว่าเป็นชุมชนเกษตรกรรมที่มีความผูกพันกับพื้นที่สูง ผลการการเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเรื่องโรคไข้เลือดออก ในภาพรวม ดังตารางที่ 1

ผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเรื่องโรคไข้เลือดออก พบว่า ค่าเฉลี่ยรวมก่อนดำเนินการอยู่ที่ 2.44 และหลังดำเนินการเพิ่มเป็น 3.84 โดยคะแนนเพิ่มขึ้น 1.40 คิดเป็นร้อยละ 57.38 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.33, p < .001$) เมื่อพิจารณาองค์ประกอบ ทุกด้านมีการพัฒนาชัดเจน โดย**ด้านการใช้ข้อมูล**มีการพัฒนาสูงสุด (57.85%) และ **ด้านการทำความเข้าใจ** แม้พัฒนาน้อยที่สุด (55.56%) แต่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดทั้งก่อน (2.52) และหลัง (3.92) ดำเนินการ ส่วน**ด้านการประเมินข้อมูล** มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดทั้งก่อน (2.38) และหลัง (3.75) ดำเนินการ ผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเรื่องโรคไข้เลือดออกรายข้อ ก่อนและหลังดำเนินการ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมเรื่องโรคไข้เลือดออกรายข้อ ก่อนและหลังดำเนินการ

องค์ประกอบ	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		ผลต่าง (+/-)	ร้อยละการ พัฒนา(%)	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
1. การป้องกันตนเอง	2.46	0.53	3.86	0.63	+1.40	56.91	15.35	<.001
2.การจัดการสิ่งแวดล้อม	2.49	0.54	3.89	0.64	+1.40	56.22	15.42	<.001
3.การแสวงหาความรู้	2.41	0.50	3.78	0.59	+1.37	56.85	15.25	<.001
4.การมีส่วนร่วมชุมชน	2.43	0.51	3.83	0.62	+1.40	57.61	15.32	<.001
ค่าเฉลี่ยรวม	2.45	0.52	3.84	0.62	+1.39	56.73	15.34	<.001

ผลการศึกษาชี้ว่าพฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่าง (160 คน) พัฒนาสูงขึ้นทุกด้าน โดยค่าเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.45 เป็น 3.84 (เพิ่มขึ้น 56.73%) ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมยังคงสูงสุดทั้งก่อนและหลัง (2.49→3.89) ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนมีร้อยละการพัฒนาโดดเด่น (57.61%) แม้ก่อนดำเนินการจะต่ำกว่าด้านอื่น ส่วนค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ที่เพิ่มขึ้นหลังการดำเนินการสะท้อนถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล แต่โดยรวมทุกด้านมีการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และผลลัพธ์บ่งชี้ถึงประสิทธิภาพการดำเนินการที่ครอบคลุมทุกมิติ

ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายในสามหมู่บ้านของตำบลห้วยรอบ ได้แก่ บ้านหนองโสน ห้วยรอบหมู่ 2 และหมู่ 3 แสดงให้เห็นพัฒนาการที่ชัดเจนในการควบคุมการระบาด โดยในช่วงก่อนเริ่มดำเนินการพบว่าทั้งสามหมู่บ้านมีดัชนีลูกน้ำยุงลาย (CI และ HI) อยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาหลังจากเริ่มดำเนินมาตรการควบคุม สถานการณ์เริ่มดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายลดลงอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการลดจำนวนภาชนะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ จนกระทั่งสัปดาห์ที่ 4 พบลูกน้ำยุงลายในระดับต่ำมาก และตั้งแต่สัปดาห์ที่ 5 เป็นต้นไปไม่พบลูกน้ำยุงลายในพื้นที่เลย ความสำเร็จนี้แสดงให้เห็นว่าการดำเนินมาตรการควบคุมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ร่วมกับการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถแก้ไขปัญหาการระบาดของลูกน้ำยุงลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 พบว่า ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.80) โดยการทำความเข้าใจข้อมูลเป็นด้านที่เด่นที่สุด (2.92) แต่การประเมินข้อมูลกลับต่ำที่สุด (2.65) สะท้อนถึง ความท้าทายในการประเมินข้อมูลที่หลากหลายซึ่งจำเป็นต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่ระบุว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีการเข้าถึง ความสามารถในการใช้ และการแปลความหมาย ข้อมูลเพื่อช่วยให้บุคคลสามารถจัดการสุขภาพของตนเอง ได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังสนับสนุนทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ของ Bandura (1977) ที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพ ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายในและภายนอก รวมถึง ความเชื่อในประสิทธิภาพตนเองและการสนับสนุนจาก ชุมชน การมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบ สำคัญที่ต้องเพิ่มขึ้น เพื่อสนับสนุนการควบคุมโรค ไข้เลือดออก การศึกษาได้ระบุว่าการขาดแรงจูงใจและ กิจกรรมภายในชุมชนเป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วม สอดคล้องกับรายงานของ World Health Organization (2022) ที่เน้นความสำคัญของการสร้างความร่วมมือ ในระดับชุมชนเพื่อให้เกิดการควบคุมโรคอย่างยั่งยืน จึงเห็นว่าควรมีการพัฒนาแบบการสื่อสารข้อมูลที่เข้าใจ ง่าย และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพเพื่อ เสริมสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพ

2. ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 รูปแบบ "CLEAR Model" ที่พัฒนาขึ้นสะท้อนให้เห็นถึงการบูรณา การแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเสริมสร้าง ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาชุมชนของ WHO (2018) ที่เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมผ่านการทำงานเป็นเครือข่าย โดยเฉพาะระบบคู่หู "อสม.แกนนำครัวเรือน" ที่ช่วยสร้าง

ความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในระดับครัวเรือน การเน้นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน (Learning Together) และการลงมือปฏิบัติจริง (Action Together) สอดคล้อง กับทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของ Kolb (1984) ที่เน้นการเรียนรู้ผ่านการปฏิบัติและสะท้อนคิด ทำให้ ผู้เข้าร่วมได้พัฒนาทั้งความรู้และทักษะที่จำเป็น การกำหนดให้มีการสำรวจสิ่งแวดล้อม (Environmental Survey) และการทบทวนผลการดำเนินงาน (Review and Reward) สะท้อนถึงการประยุกต์ใช้แนวคิดการประเมินผล แบบมีส่วนร่วมของ Rossi & Freeman (2019) ที่เน้นการ ติดตามและประเมินผลโดยชุมชนเอง ซึ่งช่วยสร้าง ความยั่งยืนในการดำเนินงาน ผลลัพธ์ที่คาดหวังสอดคล้อง กับงานวิจัยของ สมนึก นนธิจันทร์ (2564) ที่พบว่า การทำงานแบบมีส่วนร่วมระหว่าง อสม. และชุมชน ช่วยลดดัชนีลูกน้ำยุงลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสร้าง ความยั่งยืนในการควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้จึงมีความเหมาะสมกับบริบทชุมชน จังหวัดอุทัยธานี เนื่องจากใช้ทรัพยากรและศักยภาพที่มีอยู่ ในพื้นที่ ผสานกับหลักการทางวิชาการที่มีประสิทธิภาพ

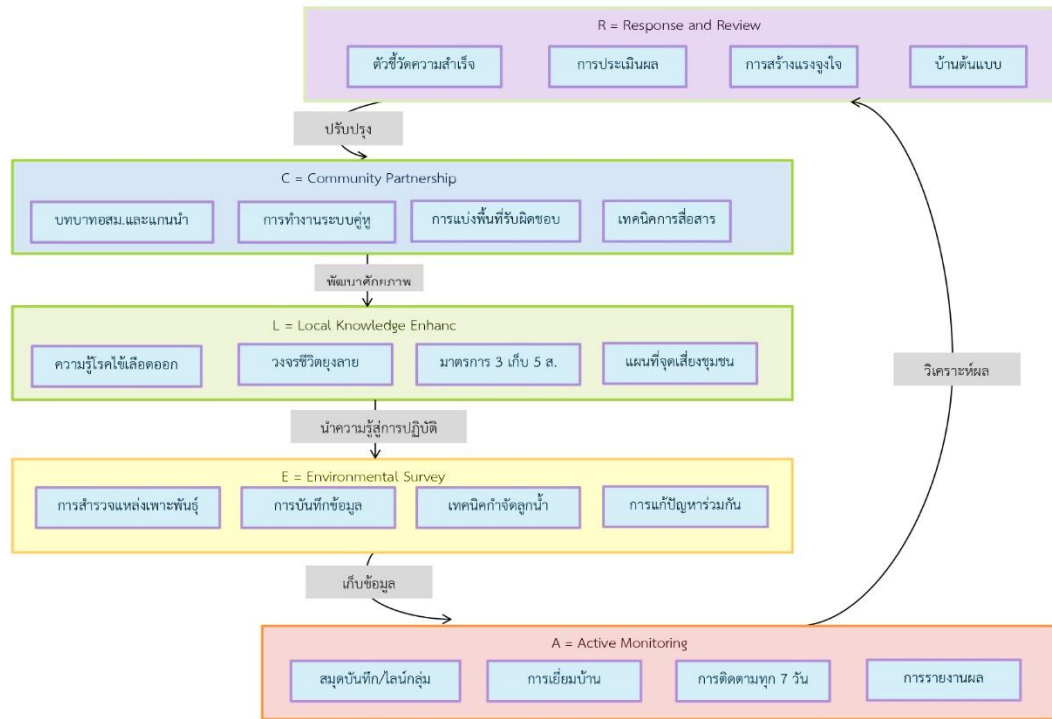
3. ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 ผลการวิจัย ชี้ให้เห็นถึงความสำเร็จของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อมและการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกัน โรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลห้วยรอบ โดยผลลัพธ์ สะท้อนถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานในหลายมิติ การพัฒนาความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของกลุ่ม ตัวอย่างในภาพรวมหลังดำเนินการเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 2.44 เป็น 3.84 (เพิ่มขึ้นร้อยละ 57.38)

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) การเพิ่มขึ้น นี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่เน้นว่าผู้ที่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นไปจะสามารถจัดการสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น ในด้านองค์ประกอบ ความรอบรู้ ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การแสวงหาข้อมูล การทำ ความเข้าใจ การประเมิน และการใช้ข้อมูล ล้วนมีการ พัฒนาอย่างโดดเด่น โดยเฉพาะด้านการใช้ข้อมูลที่มี

การพัฒนาสูงสุด (ร้อยละ 57.85) แสดงถึงความสำเร็จในการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริง แม้ด้านการประเมินข้อมูลจะมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดทั้งก่อนและหลังการดำเนินการ (2.38 → 3.75) แต่การพัฒนาที่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 57.56 ซึ่งถึงศักยภาพของการฝึกฝนและเรียนรู้ร่วมกันในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ของ Kolb (1984) ที่ระบุว่า การฝึกปฏิบัติจริงนำมาซึ่งทักษะที่ยั่งยืน สำหรับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาสูงขึ้นในทุกด้าน โดยค่าเฉลี่ยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.45 เป็น 3.84 (ร้อยละ 56.73) หลังการดำเนินงาน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงผลของความรู้และการมีส่วนร่วมที่ได้รับการส่งเสริมผ่านรูปแบบ "CLEAR Model" ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมยังคงมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดทั้งก่อนและหลัง (2.49 → 3.89) เนื่องจากความพร้อมของชุมชนในการปรับเปลี่ยนทางกายภาพ เช่น การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ส่วนการมีส่วนร่วมของชุมชน แม้จะเริ่มต้นที่ต่ำกว่าองค์ประกอบอื่น แต่กลับมีร้อยละการพัฒนาที่สูงที่สุด (ร้อยละ 57.61) ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ Bandura (1977) ที่ระบุว่า การสนับสนุนจากชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ ผลการสำรวจลูกน้ำยุงลายในพื้นที่ทดลองยังแสดงถึงความสำเร็จในการควบคุมโรคอย่างเป็นรูปธรรม โดยค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (HI และ CI) ลดลงจนไม่พบลูกน้ำยุงลายในสัปดาห์ที่ 5 เป็นต้นไป แสดงให้เห็นถึงผลของความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน สอดคล้องกับแนวทางของ WHO (2022) ที่เน้นว่าการป้องกันและควบคุมโรคต้องมุ่งเน้นที่การมีส่วนร่วมของชุมชนควบคู่กับการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

องค์ความรู้ใหม่

รูปแบบ "CLEAR Model" เป็นนวัตกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ 5 ด้านที่ทำงานประสานเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ เริ่มจากการสร้างความร่วมมือในชุมชน (Community Partnership) ที่เน้นการทำงานร่วมกันระหว่าง อสม. และแกนนำชุมชนผ่านระบบการทำงานแบบคู่และการแบ่งพื้นที่รับผิดชอบที่ชัดเจน ควบคู่กับการเสริมสร้างความรู้ในระดับท้องถิ่น (Local Knowledge Enhance) เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก วงจรชีวิตยุงลาย และมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่สำคัญ การดำเนินงานมีการสำรวจและจัดการสภาพแวดล้อม (Environmental Survey) อย่างเป็นระบบ ทั้งการสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การบันทึกข้อมูล และการแก้ไขปัญหา ร่วมกัน พร้อมทั้งมีระบบการเฝ้าระวังเชิงรุก (Active Monitoring) ผ่านการเยี่ยมบ้าน การติดตามทุก 7 วัน และการรายงานผลอย่างต่อเนื่อง สุดท้ายคือการตอบสนองและทบทวนผล (Response and Review) ที่ครอบคลุมทั้งการวัดผลความสำเร็จ การประเมินผล การสร้างแรงจูงใจ และการปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รูปแบบการดำเนินงานนี้มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการพัฒนาความรู้ในระดับท้องถิ่น ควบคู่ไปกับการเฝ้าระวังและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน โดยทุกองค์ประกอบมีการเชื่อมโยงและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการทำงานแบบครบวงจรที่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของชุมชนได้อย่างแท้จริง สรุปลำดับภาพ



รูปที่ 1 แสดงรูปแบบ "CLEAR Model"

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรกำหนดนโยบายส่งเสริมการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับชุมชน โดยสนับสนุนการใช้รูปแบบ "CLEAR Model" ในการสร้างความร่วมมือระหว่าง อสม. และแกนนำครัวเรือน พร้อมทั้งจัดสรรงบประมาณ และทรัพยากรที่เพียงพอสำหรับการอบรมและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างยั่งยืนในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศ

2. องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น ควรบูรณาการแนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อมและควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายเข้ากับแผนพัฒนาท้องถิ่น โดยสนับสนุนการจัดกิจกรรมรณรงค์ การสำรวจสิ่งแวดล้อม และการมีส่วนร่วมของชุมชน พร้อมทั้งสร้างแรงจูงใจ เช่น การมอบรางวัลให้แก่ชุมชนที่มีผลการดำเนินงานดีเด่น เพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนากิจกรรมอบรมและเสริมสร้างความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพของ อสม. และแกนนำครัวเรือน เพื่อให้สามารถดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพในพื้นที่เสี่ยง พร้อมทั้งขยายผลรูปแบบ "CLEAR Model" ไปยังชุมชนอื่นในจังหวัดที่มีลักษณะปัญหาคล้ายคลึงกัน

2. องค์รปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการจัดทำแผนพัฒนาท้องถิ่น ที่เน้นการจัดการสิ่งแวดล้อมและการควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย โดยสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรสำหรับการดำเนินกิจกรรมในชุมชน เช่น การสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย การจัดการสิ่งแวดล้อม และการรณรงค์สร้างความตระหนักรู้ในชุมชน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างยั่งยืนจากประชาชนในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกประจำปี 2565. กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2564). แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชน. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กรมอนามัย. (2565). แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน. กรุงเทพฯ: กรมอนามัย.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี. (2565). รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดอุทัยธานีประจำปี 2565. งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ.

สมศักดิ์ พันธุ์เพ็ง, วรรณ กำนัด, และสุนทรี จันทรา. (2565). การประเมินผลโครงการรณรงค์กำจัดลูกน้ำยุงลายในพื้นที่เสี่ยงจังหวัดอุทัยธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 31(4), 781-792.

สมนึก นนธิจันทร์. (2564). ความร่วมมือระหว่างภาคีเครือข่ายเพื่อควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนชนบท. วารสารสาธารณสุขชุมชน, 17(3), 56-64.

วิภาพร สิทธิศาสตร์, สมใจ นกดี, และมณฑา เก่งการพานิช. (2563). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการควบคุมลูกน้ำยุงลายในจังหวัดอุทัยธานี. วารสารควบคุมโรค, 46(2), 157-168.

อรัญย์ ศรีทองธรรม, สมชาย แสงจันทร์, และวิไลลักษณ์ หมีนแสน. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในจังหวัดอุทัยธานี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 15(2), 45-56.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191-215.

Kolb, D. A. (1984). Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine, 67(12), 2072-2078.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>

Rossi, P. H., Lipsey, M. W., & Freeman, H. E. (2019). Evaluation: A systematic approach (8th ed.). SAGE Publications.

World Health Organization (WHO). (2018). Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). (2022). Global strategy for dengue prevention and control 2022–2030. Geneva: WHO Press.

World Health Organization. (2022). Dengue and severe dengue fact sheet. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

World Health Organization. (2023). Handbook for integrated vector management in the WHO South-East Asia Region. WHO Regional Office for South-East Asia.

รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

A Depression Care Model in the Elderly with Dependency

สุวพิชญ์ ซ่อมจันทรธา

Suvapit Somjuntha

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลลับแล

Primary and Holistic care Department. Lablue Hospital

Email: suvapitso@gmail.com

Received: 21 Feb., 2025

Revised: 5 Apr., 2025

Accepted: 8 Apr., 2025

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องการการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจง การวิจัยและพัฒนา (Research and development) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุ 9 คน เครื่องมือวิจัย คือโปรแกรมการดูแลภาวะซึมเศร้า ใช้แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของวัตสัน และแบบสอบถาม มีค่าความเชื่อมั่นที่.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยWilcoxon Sign Rank Test ในเดือนมกราคม - ธันวาคม 2566 ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนาเครือข่ายและสนับสนุนแหล่งข้อมูล การพัฒนาตนเองของผู้ดูแล การเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ และการดูแลแบบเอื้ออาทร ผลการใช้รูปแบบพบว่าผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยความมั่นคงทางอารมณ์ การรับรู้พฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทร และการส่งเสริมพฤติกรรมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบระดับมาก($\mu=4.18$, $\sigma=0.17$) ซึ่งสามารถนำไปใช้ขยายผลต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแล, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

This study aimed to develop a care model for depression in dependent elderly individuals. This research and development (R&D) study was conducted in three phases, involving a sample group of nine elderly caregivers. The research tools included a depression care program based on Watson's Theory of Human Caring and a questionnaire with a reliability of 0.90. Data were analyzed using the Wilcoxon Signed-Rank Test from January to December 2023. The findings revealed that the care model for depression in dependent elderly individuals consisted of five key components: situational analysis, network development and information source support, caregiver self-development, emotional stability enhancement, and humanized care. The implementation of this model showed statistically significant improvements ($p<0.05$) in caregivers' emotional stability, perceived humanized care behaviors, and

behavioral promotion. Caregivers reported high satisfaction with the model ($\mu = 4.18$, $\sigma = 0.17$), indicating its potential for broader application.

Keywords: care model, depression, elderly with dependency conditions

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาอย่างรวดเร็ว กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นนโยบายสำคัญเร่งด่วนของประเทศ (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2566) และจากแผนปฏิบัติการแผนการบูรณาการเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (พ.ศ. 2566 ถึง 2570) กำหนดเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในกลุ่มโรคสมองเสื่อม NCEs และ การบาดเจ็บการพลัดตกหกล้มที่เข้าถึงบริการและได้รับการบำบัดรักษาจนมีสุขภาพที่ดีขึ้น พึ่งตนเองได้มากขึ้นไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 การพัฒนาเครื่องมือการคัดกรองสุขภาพเชิงรุกเพื่อเข้าถึงผู้สูงอายุทุกกลุ่ม การพัฒนาชุดตรวจสุขภาพเชิงวิถีชีวิต 9 ด้าน และนโยบายโครงการที่ 13 การดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกให้ผู้สูงอายุร่าเริงแจ่มใส กรมสุขภาพจิต มีเป้าหมายพัฒนาระบบการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตกับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรมและจิตใจได้รับการเข้าถึงระบบการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ ร้อยละ 70 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2565) สถานการณ์สุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มที่ต้องการการดูแลและเฝ้าระวังมากขึ้น องค์การอนามัยโลก พบว่า ภาวะที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุไทย คือ ภาวะซึมเศร้า (ประมาณ 7%) สมองเสื่อม (5%) และความวิตกกังวล (3.8%) ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงและการใช้บริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นในระยะยาว (World Health Organization, 2023) นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงหรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนั้นเป็นปัญหาสำคัญในประเทศไทย พบว่าผู้สูงอายุกลุ่ม

ติดบ้าน มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง มีอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้า ร้อยละ 22.6 (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2565)

จากฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ มกราคม 2566 พบว่า อำเภอลับแล จังหวัดอุดรดิตถ์ มีผู้สูงอายุทั้งหมด 13,019 คน ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 10,807 คน คิดเป็นร้อยละ 76.82 พบมีความเสี่ยง 6 คน คิดเป็นร้อยละ 0.05 ซึ่งพบว่าหลายพื้นที่ไม่มีข้อมูลรายงานความเสี่ยงในระบบรายงาน และจากข้อมูลการคัดกรองดังกล่าว ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดอุดรดิตถ์ แม้มีการคัดกรองในภาพรวมประจำปี อาจยังไม่ครอบคลุมในระดับรายละเอียด แต่พบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่เผชิญกับความเสี่ยงคล้ายคลึงกับผู้สูงอายุในภาพรวมของประเทศ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีผู้จัดการการดูแล (Care Manager, CM) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver, CG) รวมถึงครอบครัว เป็นผู้ดูแล หากมีการป้องกันและดูแลที่มุ่งเสริมสร้างสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในลักษณะเชิงป้องกันจึงเป็นสิ่งสำคัญ ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาสำคัญของครอบครัวและประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวนมากขึ้นทุกปี (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์, 2565)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทรของวัตสัน โดยมีปัจจัยการดูแล 10 ประการ (Watson, 1988) และแนวคิด 3ส.3ค ได้แก่ “ค่อยๆปรับ ค่อยๆเปลี่ยน ค่อยๆดีขึ้น” (หทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ, 2559) เพื่อพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า การคัดกรองเบื้องต้น จึงมีความจำเป็น การสร้างการรับรู้การดูแลแบบเอื้ออาทร ความมั่นคงทางอารมณ์ จะส่งผลต่อการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิง ไม่มากนักน้อย การแสดงออกถึงการเอื้ออาทรจากผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุสามารถสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีได้ ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุในเชิงบวก ดังนั้นการประเมินภาวะซึมเศร้าปีละ 1 ครั้ง อาจไม่เพียงพอเนื่องจากภาวะซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยในบทบาทของนักวิชาการสาธารณสุข การมีกลไกสนับสนุนและติดตามการขับเคลื่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ประชาชนมีสุขภาพดีและมีชีวิตที่ยืนยาว ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขึ้น โดยการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพเพิ่มขึ้นด้วยการสร้างการรับรู้การดูแลแบบเอื้ออาทร สร้างความมั่นคงทางอารมณ์ ทั้งนี้การดูแลแบบเอื้ออาทรเพิ่มขึ้นจะทำให้ทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ในขั้นตอนการทดลองวิจัยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทดลองในชุมชน 6 เดือน เน้นกระบวนการเรียนรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้วิจัย ใช้แนวคิดการดูแลแบบเอื้ออาทรของวัตสัน (Watson, 1988) แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ในอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เดือนมกราคม - ธันวาคม 2566 ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ เดือน มกราคม - มีนาคม 2566 รวมเวลา 3 เดือน

รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver, CG) อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี 2566 จำนวน 56 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Proposive Sampling) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ ที่ปฏิบัติงานในระบบ ปี 2566 อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ และยินดีให้ข้อมูลจำนวน 56 คน เกณฑ์การคัดเลือกเข้า ดังนี้ 1) ปฏิบัติงานผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 2) มีความสามารถในการสื่อสารและตอบสนองได้ดี 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุแต่ไม่ได้ทำงานในระบบ 2) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ หรือลาคลอด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามการดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของรัตนารักษ์ แบ่งทิศ, (2562) ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล คำถามเป็นแบบปลายปิด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6 ข้อ ตอนที่ 2 ปัจจัยภายในตัวบุคคล ความมั่นคงทางอารมณ์ 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบเชิงลบ แบ่งเป็น 1-7 ระดับคือไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยปานกลาง ไม่เห็นด้วยน้อย เห็นด้วย เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนนตามแนวคิดของลิเคอร์ทแปลผล 3 ระดับ คือ 1.00-2.00 สูง 2.01-5.00 ปานกลาง และ 5.00-7.00 น้อย ตอนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้ดูแลฯ 10 ประการ 32 ข้อ ตอนที่ 4 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล การได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทร

10 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 0-3 ระดับ คือไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บ่อยครั้ง เป็นประจำ การแปลผล ค่ารวมค่าเฉลี่ยคือ 3.01-4.00 สูง 2.01- 3.00 ปานกลาง และ 1.00-2.00 ต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามฯ การตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.66-1.00 และผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ .90

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังเก็บข้อมูลครบจำนวน ตรวจสอบความสมบูรณ์ เพื่อนำไปวิเคราะห์ต่อไป การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญคือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมาอย่างน้อย 5 ปี และปฏิบัติงานในระบบดูแล คือ 1) ผู้จัดการการดูแลระดับอำเภอ 1 คน 2) ผู้ช่วยเหลื่อมดูแลผู้สูงอายุ 2 คน 3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการระดับตำบล 2 คน และ 4) เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผู้รับผิดชอบงาน 1 คน 5) ที่สมัครใจให้ข้อมูล รวม 6 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ใช้สัมภาษณ์ข้อมูลความคิดเห็น และทักษะ แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) สภาพปัจจุบันของการรับรู้

การดูแลแบบเฝ้าอาหาร 10 ประการ 2) การเฝ้าระวัง และป้องกันภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ 3) รูปแบบที่ต้องการ

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการทำวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.1 การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้วิจัยนำแนวคิดจากการทบทวนเอกสารตำรา งานวิจัย ข้อค้นพบจากการศึกษาใน ระยะที่ 1 มาร่างรูปแบบโดยใช้กระบวนการ A-I-C ในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้เกี่ยวข้อง อำเภอ ลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน 11 คน ประธาน อสม.และ อสม.22 คน ผู้จัดการการดูแล 2 คน ผู้ช่วยเหลื่อมดูแลผู้สูงอายุ 9 คน ครอบครัวของผู้สูงอายุ 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน รวมจำนวน 50 คน และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คืออาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ พยาบาลด้านจิตเวช และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดูแลงานผู้สูงอายุ ด้านละ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของร่างรูปแบบฯ ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยนำร่างรูปแบบฯ ไปปรับและทดลองใช้ในกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

2.2 พัฒนาโปรแกรมการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบเฝ้าอาหาร (Watson,1988) ประกอบด้วย การ สร้างความรู้และความตระหนัก การปฏิบัติการดูแลแบบเฝ้าอาหาร การประเมินและปรับปรุง ระยะเวลา 12 สัปดาห์ และติดตามในสัปดาห์ที่ 24 ดังนี้

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
สัปดาห์ที่ 1-4	1.การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ : สร้างความไว้วางใจ (Trust) : ฝึกการสื่อสารเชิงบวก	1.เพื่อให้เข้าใจสภาพแวดล้อม ความต้องการและข้อจำกัด ทั้งในด้านร่างกาย และจิตใจของผู้สูงอายุ	ผู้ดูแลและผู้สูงอายุมีความรู้และทักษะในการคัดกรองภาวะ
สร้างความรู้และความตระหนัก	2.การเรียนรู้แนวคิด Watson's Caring Theory 10 Caritas Processes : การสร้างความเข้าใจในอารมณ์และความต้องการของผู้สูงอายุ		

ขั้นตอน	กิจกรรม	วัตถุประสงค์	เป้าหมาย
สัปดาห์ที่ 1-4	Workshop: การประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2Q plus,9Q ใช้เครื่องมือ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ-การฝึกปฏิบัติการดูแลจิตใจโดยใช้หลัก 3ส 3ค คือ ส1: สังเกตการเปลี่ยนแปลง ส2: ส่งเสริมให้ครอบครัว มีทัศนคติที่ดีและเป็นผู้ฟังที่ดี ส3: สร้างกิจกรรมที่เหมาะสม ค่อยๆปรับค่อยๆเปลี่ยนค่อยๆดีขึ้น	2.เพื่อให้ผู้ดูแล ผู้สูงอายุมีความรู้ ทักษะและสุขภาพจิต ดีขึ้น	ซึมเศร้าและการ ดูแลจิตใจเบื้องต้น
สัปดาห์ที่ 5-8	1.การดูแลรายวันตามแนวทาง Caring :การสัมผัสเชิงบำบัด (Therapeutic Touch) :การพูดคุยเพื่อสร้างกำลังใจ (Empathy Communication) 2.การฝึกปฏิบัติการสร้างกิจวัตรที่สร้างความสุข :การดูแลด้าน อาหาร สุขอนามัย และการจัดกิจกรรมที่เหมาะสม :การ ส่งเสริมกิจกรรมสร้างสรรค์สำหรับผู้สูงอายุ เช่น การวาดภาพ ฟังเพลง การยืดเหยียด อ่านหนังสือ 3.Coaching การดูแลใจผู้ดูแล :การจัดการความเครียดของ ผู้ดูแล :การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)	1.เพื่อเสริมสร้าง ทักษะในการดูแล จิตใจผู้สูงอายุ 2.เพื่อให้ผู้ดูแล ผู้สูงอายุสามารถ บริหารจัดการ ความเครียดของ ตนเองได้	ความมั่นคงทาง อารมณ์ พฤติกรรมการ ดูแลแบบเอื้อ
สัปดาห์ที่ 9-12	1.การสะท้อนผลลัพธ์ (Reflective Practice) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ แบ่งปันประสบการณ์ และแนวทางแก้ไขปัญหที่พบ 2.การประเมินผล ประเมินความเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจและ พฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 3.การรายงานข้อมูลจากแบบคัดกรอง 2Q plus,9Q เปรียบเทียบก่อนและหลัง 4.การปรับปรุงและแนะนำแนวทางเพิ่มเติม 5.วางแผนการดูแลในระยะยาว	เพื่อสนับสนุนส่งเสริม และจัดหาข้อมูลที่ เกี่ยวข้องในการดูแล จิตใจ	พฤติกรรม การ ดูแลแบบเอื้อ อาหาร

2.3 การพัฒนาเครื่องมือ ประกอบด้วยแอปพลิเคชัน โน้ต แบบบันทึกข้อมูล แบบสอบถามความพึงพอใจ ด้าน ความเป็นไปได้ ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม และ ความถูกต้องครอบคลุม แบ่งเป็น 2 ตอน 15 ข้อ เรียงจาก ความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด แบบคัดกรองประเมิน 2Q plus,9Q และแบบสรุปรายงาน การประเมินและการดูแลจิตใจ การใช้แอปพลิเคชันโน้ตแจ้ง เตือน และรายงานข้อมูลคัดกรองและดูแลจิตใจผ่านทางกรู เปิ้ลฟอรั่ม ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า

IOC ที่ 1.00 นำไปทดสอบในผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียง 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .78

2.4 ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการดูแลภาวะซึมเศร้า ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงไปทดสอบ ในกลุ่มผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่างตำบลฝาย หลวง 3 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในกระบวนการ และ ภายหลังปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ได้รูปแบบการดูแล ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อใช้ในการ ทดลอง

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทดลองในชุมชนเป็นเวลา 6 เดือน ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ(CG) อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ในปี 2566 จำนวน 56 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ(CG) ที่ปฏิบัติงานในระบบปี2566 และสมัครใจเข้าร่วม ตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 9 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ตามวงจร PDCA (Plan-Do-Check-Act) ดังนี้

Plan: ประสานงานกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพ

Do: ดำเนินการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลตามโปรแกรม 12 สัปดาห์ และติดตามในสัปดาห์ที่ 24

Check: ติดตามข้อมูลผ่านเอกสารรายงานในกลุ่ม Line ทุกวัน และการคัดกรองผ่าน Google Forms สัปดาห์ละ 1 ครั้ง พร้อมทั้งระบบแจ้งเตือนทุกวันจันทร์เวลา 09:00 - 09:30 น. สรุปผลรายเดือนและสิ้นสุดการทดลอง 31 ธันวาคม 2566

Act: เก็บข้อมูลพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทร ความมั่นคงทางอารมณ์ และผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลัง พร้อมประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Wilcoxon Sign Ranks Test และการวิเคราะห์เนื้อหา

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก หมายเลข SCPHPL 1/2566.1.31 วันที่ 9 มกราคม 2566 และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือ

ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับและข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ ปัญหาและรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

ปัจจัยการรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 56 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.30 ช่วงอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 31.40 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 48.20 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท ร้อยละ 51.80 ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ 1-5 ปี ร้อยละ 57.10 พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความมั่นคงทางอารมณ์ ระดับปานกลาง ($\mu=2.76$, $\sigma=1.00$) การรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรทั้ง 10 ประการ ระดับปานกลาง ($\mu=2.57$, $\sigma=0.36$) และการได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแล ระดับปานกลาง ($\mu=2.62$, $\sigma=0.56$)

จากการศึกษาพบว่าอำเภอลับแล มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 171 คน มีแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในการดูแลของหน่วยบริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 11 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 1 แห่ง และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 10 แห่ง ข้อมูลการประเมินภาวะซึมเศร้า(2Q) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เดือนมกราคม 2566 พื้นที่ตำบลชัยชุมพล 21 คน และฝายหลวง 10 คน รวม 31 คน พบว่า มีความเสี่ยง 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.58 ส่วนผู้ดูแลผู้สูงอายุปัญหาที่พบในการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1. ข้อจำกัดการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บางครั้งด้วยความยุ่งยากของสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้การสื่อสารบางรายไม่สามารถสื่อสารเป็น

คำพูดได้ แต่ยังรับรู้ได้ ที่ต้องใช้ภาษาทางกาย และ
ครอบครัวช่วยสื่อสาร ดังผู้ดูแลผู้สูงอายุ กล่าวว่า

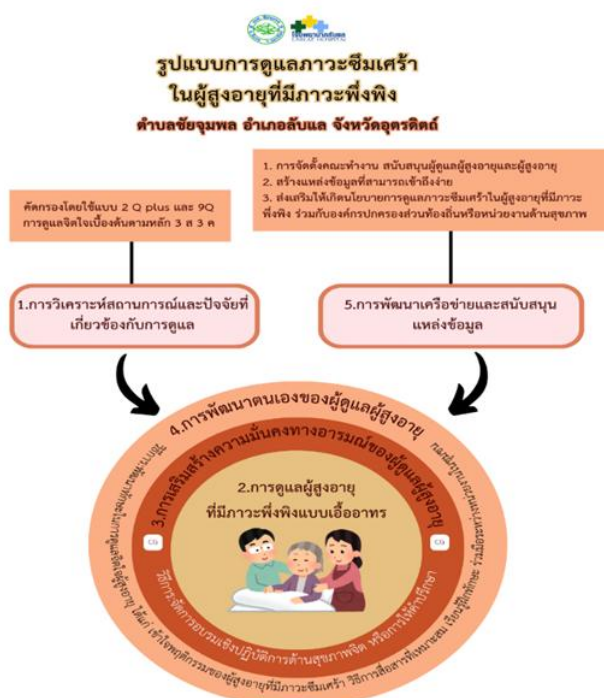
“ มีลุง... แกพูดไม่ได้ แต่รับรู้ได้ไ้ยในเวลาเราพูด แกจะ
กระพริบตา บางครั้งเพยักหน้า ”

“ ป้า...ตามองไม่เห็น แต่จะจำเสียงได้ว่า เรามาแล้ว แก
จะบอกว่ามาแล้วหรอ คิดถึง”

2. บางสถานการณ์ เกิดความไม่มั่นใจ ในการ
จัดการ วิธีการสื่อสารกับผู้สูงอายุ และครอบครัว
การประทับประครองดูแล การแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางด้าน
กายภาพ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ยังคงต้องการ
การช่วยเหลือและการมีส่วนร่วมจากในครอบครัวของ
ผู้สูงอายุ หน่วยงาน และชุมชน

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุดำเนินการคัดกรองหรือประเมิน
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปีละ 1 ครั้ง
ร่วมกับบอสม. และเจ้าหน้าที่ พบว่า ไม่มีความมั่นใจในการ
ใช้แบบคัดกรองเนื่องจากเข้าใจว่าเป็นคำถามนำ

2. รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้วิจัยได้สรุปการพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะ
ซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลชัยภูมิ อำเภอ
ลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ ตามภาพที่ 1 ประกอบด้วย
5 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์และปัจจัยที่
เกี่ยวข้องกับการดูแลภาวะซึมเศร้า 2) การดูแลผู้สูงอายุที่มี
ภาวะพึ่งพิงแบบเอื้ออาทร 3) การเสริมสร้างความมั่นคง
ทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ 4) การพัฒนาตนเองของ
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ 5) การพัฒนาเครือข่ายและสนับสนุน
แหล่งข้อมูล

พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ 9 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 21 คน
มีการรายงานข้อมูลทุกเดือน และมีผู้สูงอายุเสียชีวิต 1 คน
ผู้สูงอายุที่สื่อสารได้ 17 คน ใช้แบบประเมิน 2Qplus มีความ
เสี่ยงภาวะซึมเศร้า จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 15
สื่อสารได้น้อย 3 คน เมื่อพบว่ามีความเสี่ยงและสื่อสาร
ได้น้อย ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะนำการดูแลแบบเอื้ออาทร
10 ประการ คือ 1) สร้างระบบค่านิยมการเห็นแก่ประโยชน์
ของผู้อื่น 2) สร้างความศรัทธาและความหวัง 3) ปลุกฝัง
ความไวต่อความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น 4) สร้าง
สัมพันธ์ภาพการช่วยเหลืออย่างไว้วางใจ 5) ส่งเสริมและ
ยอมรับความรู้สึกทางบวกและทางลบ 6) ใช้วิธีการ
แก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเป็นระบบ 7) ส่งเสริมการเรียน
การสอนที่เข้าถึงจิตใจผู้อื่น 8) ประคับประคองสนับสนุน
และแก้ไขสิ่งแวดล้อมทางด้านกายภาพ จิตสังคม และจิต
วิญญาณ 9) พึงพอใจที่จะช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความ
ต้องการของบุคคลอื่น และ 10) ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น พลังที่มี
อยู่ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง โดยใช้หลัก 3ส3ค คือ ส1 สังเกตและติดตามลักษณะ
ที่เปลี่ยนไป ส2 ส่งเสริมทัศนคติของครอบครัวที่ดูแล และ
เป็นผู้พึ่งพิงที่ดี คือ “ค่อยๆปรับ ค่อยๆเปลี่ยน ค่อยๆดีขึ้น”
ส3 สร้างสรรค์กิจกรรมที่เหมาะสม

ผลจากการรอบที่ 1 ผู้วิจัยพัฒนาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์
สำหรับการแจ้งเตือนและส่งแบบประเมินออนไลน์ผ่าน Google
Forms (https://forms.gle/MUZqsk4_b8_hsyztb6)
เพื่อความสะดวกในการใช้งาน ลดการใช้กระดาษ และ

แก้ไขปัญหาคิดถึงดูแลบางคนไม่สะดวกใช้โทรศัพท์ระหว่างทำงานด้วยการใช้แบบรายงานที่บ้านแทน ได้แก่ ระบบการแจ้งเตือนฯ แจ้งเตือนทุกวันจันทร์ ช่วงเวลา 09.00-09.30 น. ซึ่งติดประกาศในไลน์และโน้ต กลุ่ม Caregivers (CG)



ภาพที่ 2 แอปพลิเคชันไลน์แจ้งเตือน



ภาพที่ 3 การส่งแบบประเมินผ่าน Google Forms

3. ผลการประเมินรูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 9 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่อายุ 61 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 55.60 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 66.70 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55.60 และมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่าง 6-10 ปี ตามลำดับ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปัจจัย ก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ Wilcoxon Sign Rank Test (N= 9 คน)

ตัวแปร	ระยะทดลอง	μ	σ	Z	p-value
ปัจจัยภายในตัวบุคคล(ความมั่นคงทางอารมณ์)	ก่อน	1.42	.25	-2.380 ^a	.007
	หลัง	2.60	.74		
ปัจจัยการรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทร	ก่อน	2.77	.17	-2.668 ^a	.008
	หลัง	3.40	.57		
ปัจจัยภายนอกการได้รับการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลแบบเอื้ออาทร	ก่อน	2.88	.16	-2.714 ^a	.007
	หลัง	3.86	.28		

a. Based on Positive Ranks b. Based on Negative Ranks

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความมั่นคงทางอารมณ์ การรับรู้พฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทร การได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (N = 9)

ความพึงพอใจ	μ	σ	ระดับ
1. ด้านความเป็นประโยชน์	4.14	.16	มาก
2. ด้านความเป็นไปได้	4.28	.18	มาก
3. ด้านความเหมาะสม	3.92	.28	มาก
4. ด้านความถูกต้องครอบคลุม	4.04	.17	มาก
ภาพรวม	4.18	.17	มาก

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าอยู่ในระดับมาก ($\mu=4.18, \sigma=0.17$)

การอภิปรายผล

จากปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ด้านการสื่อสารเนื่องจากข้อจำกัดด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ความไม่มั่นใจในการจัดการ และการประเมินภาวะซึมเศร้า รูปแบบการพัฒนาในงานวิจัยนี้เน้นการเสริมสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนาเครือข่ายสนับสนุน โดยการมีส่วนร่วมในชุมชน ซึ่งสามารถสร้างผลลัพธ์ที่ดีทั้งในด้านการดูแลผู้สูงอายุและสุขภาพจิตของผู้ดูแล การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจจากครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถรับมือกับภาระและความเครียดได้ดีขึ้น การสนับสนุนเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร โดยเฉพาะเมื่อผู้ดูแลได้รับการอบรมและข้อมูลที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอจากแหล่งต่างๆ ซึ่งส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีทักษะในการจัดการอารมณ์และสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนารักษ์ แบ่งทิศ (2562) และชนายุส คำโสม และคณะ (2562) ที่พบว่า ความมั่นคงทางอารมณ์และการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนมีความสำคัญต่อการดูแลแบบเอื้ออาทร จากการศึกษาพบว่า การพัฒนาเครือข่ายสนับสนุน และการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ โดยผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์

ศุโขธร (2565) ที่เน้นความสำคัญของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

สรุปผล

การพัฒนา รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า การเข้าร่วมทดลองรูปแบบ ทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความมั่นคงทางอารมณ์ รับรู้พฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทร และการได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลแบบเอื้ออาทรสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสรุป รูปแบบที่พัฒนาในงานวิจัยนี้มีศักยภาพสูงในการนำไปใช้ในชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้กับตนเอง และในการปฏิบัติงาน จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้ การพัฒนาทักษะในการคัดกรอง ดูแลจิตใจในผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง และการบูรณาการกับงานบริการสาธารณสุขในชุมชน โดยการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงด้านข้อมูล แหล่งทรัพยากร คำแนะนำปรึกษา และการส่งต่อด้านสุขภาพจิต

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรทำการวิจัยติดตามผลการใช้รูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว เพื่อประเมินผลกระทบ

ต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงการดูแลแบบเอื้ออาทรของผู้ดูแลในช่วงเวลาที่ต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ กิตติพงศ์ อุบลสะอาด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ นายธวัชชัย นาคสนอง หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม นางสาวรุ่ง จันทร์เส็ง หัวหน้ากลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด บุคลากรโรงพยาบาลลับแล ผศ.ดร.ประภาพร เมืองแก้ว ตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ อาจารย์ดร.พงศ์พิชญ์ บุญตา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก นายพิทยาธร แก้วหลวง ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลหาดเสี้ยว อำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย อาจารย์ดร.ดวงกมล ภูวนล และนางอรณิชา แผงจันทร์ รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลชัยภูมิพล และอาจารย์ดร.สมนึก หงส์อิม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติการราชการ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ของกระทรวงสาธารณสุข. กอง.
กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.(2565). แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล. คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. <https://dmh-elibrary.org/items/show/561>.
ขนายุส คำโสม, สุนีย์ ละกำป็น และเพลินพิศ บุญมาลิก. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*, 12(2), 193-207.

พัชรีย์ พุทธชาติ และคณะ. (2565). การพัฒนารูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนกับการให้คำปรึกษาออนไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *J Gerontol Geriatr Med*. 21(3), 49-63.

ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร. (2565). รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิชาการธรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย*, 22(3), 63-80.

รัตนภรณ์ แบ่งทิศ. (2562). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบเอื้ออาทรของพยาบาลเด็กในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต. แนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ (ฉบับปรับปรุงปี 2560). โรงพยาบาล.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์. (2565). เอกสารผลการดำเนินงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ปีงบประมาณ 2565. สำนักงาน.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2563). *หลักสูตรฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*. สำนัก.

หทัย วงศ์ปการันย์ และคณะ. (2559). คู่มือการดูแลผู้สูงอายุสูตรคลายซึมเศร้า. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส.) ร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).

<https://www.the101.world/depression-and-ageing-society/>

Watson, J. (1988). *Nursing the philosophy and science of caring*. Colorado: Colorado Associated University press.

World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล
ในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

The Development of a Support Model for Enhancing the Quality of
Nursing Services in Hospitals under the Khon Kaen Provincial
Public Health Office

สกลรัตน์ พาลาฮาด , นิตยา สุภามา, เพชรารporn ประสารณ์

Sakonrattana Palahad, Nittaya Suphama, Petcharaporn Prasanchum

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

khonkaen Provincial Health Office

Email: sakonrattana@yahoo.co.th

Received: 31 Mar., 2025

Revised: 6 Apr., 2025

Accepted: 8 Apr., 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และ ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดเตรียมอัตรากำลังสำรองสำหรับการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล 2) การกำหนดแนวปฏิบัติและเป้าหมายการดำเนินงานตามบริบทและศักยภาพของโรงพยาบาล 3) การจัดอบรมการประเมินคุณภาพการพยาบาล 4) การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลด้วยระบบพี่เลี้ยง 5) การกำหนดช่องทางและความถี่ในการติดตาม และ 6) การจัดกิจกรรมสร้างขวัญกำลังใจสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลระดับปฏิบัติการ ผลการทดลองใช้รูปแบบทำให้มีโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับสูงเพิ่มขึ้น ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมในการนำไปใช้พัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาลให้มีมาตรฐานในระดับสูงขึ้น ลดข้อร้องเรียนเรื่องความเสียหายจากการให้บริการรักษาพยาบาล และผู้รับบริการพึงพอใจ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การพัฒนาคุณภาพ, คุณภาพการพยาบาล

Abstract

This study employed an action research approach with the objective of developing and evaluating the effects of a support model for quality improvement in hospitals under the Khon Kaen Provincial Public Health Office. The study was conducted in three phases: Phase 1 involved an

assessment of the current status of support for nursing service quality improvement; Phase 2 focused on the development of a support model in collaboration with relevant stakeholders; and Phase 3 entailed an evaluation of the outcomes and a summary of the implementation process.

The findings revealed that the support model for quality improvement in hospitals in Khon Kaen Province comprised six key components: (1) allocation of reserve personnel for nursing quality development, (2) establishment of operational guidelines and goals tailored to the hospital's context and capacity, (3) training programs on nursing quality assessment, (4) implementation of a mentorship system for nursing quality development, (5) establishment of monitoring mechanisms with defined channels and frequency, and (6) morale-boosting activities for frontline nursing staff. The implementation of this model resulted in an increased number of hospitals achieving high evaluation scores. The developed support model was found to be suitable for enhancing nursing service quality in hospitals, ensuring higher service standards, reducing complaints related to medical service deficiencies, and increasing patient satisfaction.

Keywords: Model development, Quality improvement, Nursing quality

บทนำ

การบริการพยาบาลเป็นบริการหลักที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพในทุกสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข จัดเป็นบริการเชิงวิชาชีพที่มีทฤษฎี หลักการ และองค์ความรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา นอกจากจะดูแลปัญหาสุขภาพของประชาชนอย่างครอบคลุมองค์รวมทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณแล้วยังจำเป็นต้องมีการพัฒนางานบริการพยาบาลให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน (กองการพยาบาล, 2562) ผลจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อระบบบริการพยาบาลให้มีความจำเป็นต้องปรับตัวให้ทันต่อปัญหาการเปลี่ยนแปลง เพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของสังคมและประชาชน กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนามาตรฐานการพยาบาลเผยแพร่ให้แก่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการบริหารงานและกระบวนการบริการพยาบาลให้มีคุณภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน รวมทั้งได้พัฒนากลไกการติดตาม สนับสนุนการนำมาตรฐานสู่การปฏิบัติ ณ สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับทั่วประเทศ

(สำนักงานพยาบาล, 2551) และด้านการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล ได้จัดทำหนังสือการประกันคุณภาพการพยาบาลสำหรับการประเมินคุณภาพในงานการพยาบาล 1 ชุด ครอบคลุมหน่วยงานการพยาบาล 11 งาน สำหรับองค์กรพยาบาล/หน่วยงานบริการพยาบาลได้นำไปเป็นคู่มือสำหรับประเมินคุณภาพการพยาบาลภายใน 3 ด้าน คือ การบริหาร การบริการ และการประเมินผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาล (กองการพยาบาล, 2562)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้สนับสนุนให้โรงพยาบาลในสังกัดได้นำมาตรฐานการพยาบาลสำหรับเป็นแนวทางให้บริการในพื้นที่ รวมทั้งมีการดำเนินงานประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อให้สามารถนำผลของการประเมินมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องได้ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลระดับจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของโรงพยาบาลในสังกัด มีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการสื่อสาร การจัดอบรมเรื่องมาตรฐานการ

พยาบาลในโรงพยาบาล การนิเทศ กำกับ และสนับสนุนให้มีการดำเนินงานภายใต้มาตรฐานการพยาบาลที่สอดคล้องตามโครงสร้างของมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล และสอดคล้องกับสถานการณ์ของการพัฒนาระบบคุณภาพสถานพยาบาล (Hospital Accreditation) รวมถึงการสนับสนุนให้โรงพยาบาลเกิดการพัฒนาคูณภาพการบริการพยาบาลตั้งแต่ระดับตติยภูมิจนถึงหน่วยบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง ผลการดำเนินงานในรอบปี 2565-2566 จากการให้หน่วยงานประเมินตนเองในงานการพยาบาลทั้ง 11 งาน พบว่า ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 (Mature 50 - 65%) ปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐานอย่างครบถ้วน จำนวน 25 แห่ง (ร้อยละ 100) และผ่านเกณฑ์ระดับ 4 (Advance 70 - 85%) ยังไม่มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบเพิ่มมากกว่าข้อกำหนดตามมาตรฐาน) ซึ่งสามารถแปลผลการประเมินได้ว่า โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น มีการดำเนินงานตามคู่มือมาตรฐานการพยาบาลแต่ยังไม่ถึงระดับขั้นมีการพัฒนาคูณภาพบริการพยาบาลให้มีมาตรฐานในระดับสูงขึ้นไป ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพพบปัญหา คือ ความเข้าใจในแบบประเมินคุณภาพในงานการพยาบาล และมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลของผู้ประเมินคุณภาพการพยาบาลภายในโรงพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลไม่ตรงกัน ทำให้ผลการประเมินมีความแตกต่างกันถึงแม้จะเป็นหัวข้อเดียวกัน ระหว่างการประเมินโดยตรงและการประเมินไขว้ ประกอบกับในแต่ละปีมีการปรับเปลี่ยนหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาล เนื่องจากการเกษียณอายุราชการหรือโยกย้ายภายในหน่วยงาน ทำให้เกิดช่องว่างในระหว่างเปลี่ยนผ่านของผู้รับผิดชอบงาน และขาดความต่อเนื่องการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (กลุ่มงานประกันสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2565-2566)

ผลการศึกษาปัญหาข้อร้องเรียนเรื่องความเสียหายจากการให้บริการรักษาพยาบาล ในปี 2565-2566 พบว่าปี 2565 มีผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 48 ราย จากหน่วยบริการ 12 แห่ง ได้รับการจ่ายเงิน

ช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 43 ราย เป็นเงินรวมทั้งสิ้น 12,040,000 บาท (สิบสองล้านสี่หมื่นบาทถ้วน) และไม่เข้าเกณฑ์ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 5 ราย และปี 2566 พบว่ามีผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 61 ราย จากหน่วยบริการ 15 แห่ง ได้รับการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 53 ราย เป็นเงินรวมทั้งสิ้น 12,455,000 บาท และไม่เข้าเกณฑ์ในการจ่ายเงินช่วยเหลือเบื้องต้น จำนวน 8 ราย (กลุ่มงานประกันสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2565-2566) ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีจำนวนผู้ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้นเพิ่มขึ้นและก่อให้เกิดการสูญเสียชีวิตหรือความพิการของผู้ป่วย และทรัพย์สินของทางราชการ สะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพการบริการด้านการรักษาพยาบาลยังมีช่องว่างการให้บริการทางการพยาบาลและมีปัญหาการร้องเรียนเกิดขึ้น

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยและคณะจึงมีความสนใจเพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นเพื่อให้หน่วยงานได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบการพัฒนาด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินการเพื่อพัฒนาคูณภาพบริการพยาบาลในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ผู้บริหารด้านการพยาบาลสามารถนำผลการประเมินคุณภาพที่ได้รับ นำไปต่อยอดเพื่อการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลให้มีคุณภาพที่ดียิ่งขึ้นไป อันจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชนผู้มาใช้บริการในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและศึกษาผลของรูปแบบการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การศึกษารัั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น โดยเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 25 แห่ง ในเดือนตุลาคม 2567 ประกอบด้วย

1.1 การศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลจังหวัดขอนแก่น หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือที่ใช้คือแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อถามเกี่ยวกับรูปแบบการสนับสนุนที่ผ่านมามีผลลัพธ์ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขและความต้องการการสนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล

1.2 ศึกษาเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล

1.3 การทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการทบทวนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล แนวทางการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล การประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลภายในตามมาตรฐานการพยาบาล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล มีขั้นตอนคือ การประชุมวางแผนเพื่อจัดทำ ร่างรูปแบบ การนำรูปแบบไปทดลองใช้ การติดตามประเมินผล การสรุปรูปแบบและสะท้อนข้อมูล

ระยะที่ 3 ประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบ โดยพิจารณาจาก จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับสูงขึ้น จำนวนเรื่องร้องเรียนจากการรับบริการลดลง และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่หนังสือรับรอง REC67003 เมื่อวันที่ 20 กันยายน พ.ศ.2567 และกลุ่มตัวอย่างมีความ

ไม่สะดวก สบาย สามารถถอนตัวได้แม้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว และต้องการถอนตัวจากการวิจัย

ผลการศึกษา (Results)

1. สถานการณ์และสภาพปัญหาการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลที่ผ่านมา ดำเนินการโดยหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาล ที่ผ่านการอบรมความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาและการประเมินคุณภาพการพยาบาล นำไปสื่อสารภายในและดำเนินการพัฒนางานในโรงพยาบาลของตนเอง โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นและโรงพยาบาลขอนแก่นเป็นพี่เลี้ยงในการกำกับติดตาม นิเทศและการประเมินผลคุณภาพการบริการพยาบาลของโรงพยาบาลในสังกัด เป้าหมายปีละ 2 ครั้ง ปัญหาอุปสรรคที่ทำให้การพัฒนาของหน่วยงานไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย ได้แก่ ผู้รับผิดชอบเป็นหัวหน้างานใหม่ไม่มีประสบการณ์และขาดความรู้ความเข้าใจในการพัฒนางานคุณภาพการบริการพยาบาล จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานไม่เพียงพอขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น ทำให้เกิดภาระงานมาก อุปกรณ์และเครื่องมือชำรุดหรือไม่เพียงพอ ขาดระบบการบริหารจัดการที่ดี การแปลงมาตรฐานสู่การปฏิบัติขาดความชัดเจนหรือการไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่ควรมี และมีข้อจำกัดด้านระบบสารสนเทศ นอกจากนี้ยังพบว่าความต้องการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปและมีความซับซ้อนของภาวะเจ็บป่วยที่มีสาเหตุจากพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมรวมทั้งความเจริญของเทคโนโลยีทำให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศมากขึ้นนำมาซึ่งข้อร้องเรียนด้านการให้บริการเพิ่มขึ้น บุคลากรต่อต้านการเปลี่ยนแปลง (Resistance to Change) ไม่ยอมรับนวัตกรรมหรือกระบวนการใหม่ๆ การปรับปรุงคุณภาพจึงไม่สามารถเกิดขึ้นได้

การแก้ไขปัญหาเบื้องต้นดำเนินการโดยผู้รับผิดชอบงานคุณภาพการพยาบาลที่ขาดประสบการณ์ได้มีการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารหนังสือ การประกันคุณภาพการพยาบาลการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การอบรมการประเมินคุณภาพการบริการพยาบาล การศึกษาดูงานโรงพยาบาลที่ผ่าน

การประเมินแล้ว และฝึกปฏิบัติการประเมินคุณภาพบริการพยาบาล ทั้งนอกและในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง กรณีขาดแคลนบุคลากรแก้ไขโดยการวางแผนกำลังคนระยะยาว สร้างแรงจูงใจในการทำงาน พัฒนาเส้นทางอาชีพให้มีความก้าวหน้า จัดอบรมพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้ความสามารถตรงตามความต้องการของงาน ส่งเสริมให้บุคลากรศึกษาต่อในระดับที่สูงขึ้น และสร้างโอกาสให้บุคลากรได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับบุคลากรจากหน่วยงานอื่น แก่ไขอุปกรณ์และเครื่องมือชำรุดหรือไม่เพียงพอโดยการจัดทำแผนการบำรุงรักษาอุปกรณ์ จัดซื้ออุปกรณ์ใหม่ที่เป็นจำเป็น และปรับปรุงกระบวนการทำงานให้เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ เกี่ยวกับระบบการบริหารจัดการที่ชัดเจน แก้ไขโดยการพัฒนาระบบการบริหารจัดการที่เป็นมาตรฐาน กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรให้ชัดเจน และมีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

ความต้องการการสนับสนุนจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลระดับจังหวัด เพื่อพัฒนาคุณภาพระบบบริการพยาบาลในหน่วยงาน ได้แก่ ต้องการให้มีการจัดอบรมการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลทุกปี จัดทำแบบประเมินให้เข้าใจง่ายกระชับเหมาะสมแยกเป็นหมวดหมู่ชัดเจนและมีความทันสมัยในโรงพยาบาลแต่ละระดับ จัดให้มีศึกษาดูงานในโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานมีคุณภาพ จัดให้มีระบบพี่เลี้ยงเพื่อให้คำแนะนำปรึกษาในกรณีที่มีเจ้าหน้าที่รับงานหัวหน้าใหม่ และการฝึกอบรมและพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจในงานพัฒนาคุณภาพการบริการ รวมทั้งต้องการตัวอย่างกิจกรรมพัฒนาผลการดำเนินงานที่เป็น Best practice และสามารถนำมาปรับใช้ในหน่วยงานได้ การสนับสนุนให้มีการจัดทำแผนพัฒนาระดับจังหวัดที่เน้นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและสุขภาพผู้ป่วย การสนับสนุนด้านงบประมาณสำหรับการดำเนินโครงการพัฒนาคุณภาพ สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ระหว่างหน่วยงานในจังหวัด เพื่อสร้างเครือข่ายการเรียนรู้และการพัฒนาร่วมกัน และขอการสนับสนุนในการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพบริการ

นอกจากนี้ ยังพบว่า การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ไม่สามารถดำเนินการตามแผนจากที่ตั้งเป้าหมายไว้ซึ่งกำหนดให้มีการนิเทศทุก 6 เดือน แต่ปฏิบัติได้จริงเพียงปีละ 1 ครั้ง จำนวน 1/2 วัน เนื่องจากมีการกิจอื่นเร่งด่วนมากกว่าจึงจำเป็นต้องเลื่อนการติดตามนิเทศงานคุณภาพภายในโรงพยาบาลออกไป

ผลการนำมาตรฐานการพยาบาลลงสู่การปฏิบัติในหน่วยงาน พบว่า ทุกโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ระดับ 3 คือ (มีคะแนน ร้อยละ 60-75) และมีโรงพยาบาลขนาด M1-M2 ที่ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 คือ (มีคะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 76 ขึ้นไป) และได้รับการตรวจประเมินและรับการรับรองจากองค์กรภายนอกการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (Nursing quality assurance.:NQA) จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน โรงพยาบาลน้ำพอง โรงพยาบาลพล ส่วนที่เหลืออยู่ระหว่างรอรับการประเมิน แต่อย่างไรก็ตามจะพบว่าระหว่างคะแนนประเมินโดยตนเอง และคะแนนประเมินแบบไขว้จากโรงพยาบาลอื่นภายในโซนมีความแตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพบริการพยาบาลยังมีความไม่เข้าใจไม่ตรงกันทั้งหมด

2. การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล และทดลองใช้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

2.1 การวางแผน (planning) โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำร่างรูปแบบการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล และวางแผนดำเนินการตามรูปแบบ ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลระดับจังหวัด หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น จำนวน 25 แห่ง จำนวน 75 คน โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 มา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหาาร่วมกัน กำหนดความต้องการ

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่ม กำหนดเป้าหมาย แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม กำหนดรายละเอียด กิจกรรม ระยะเวลา ผู้รับผิดชอบ และแผนการนำรูปแบบ ไปทดลองปฏิบัติ รวมทั้งแนวทางการประเมินคุณภาพการ พยาบาลที่เป็นแนวทางเดียวกัน โดยผลการดำเนินการใน ขั้นตอนนี้ได้ ร่าง รูปแบบการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพ การบริการพยาบาล ประกอบด้วย 6 กระบวนการ ดังนี้

1) จัดเตรียมอัตรากำลังสำรองในระดับหัวหน้า พยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลในรูปแบบกรรมการ พัฒนาคุณภาพการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลให้มี มากกว่า 1 คน เพื่อสามารถปฏิบัติงานทดแทนกันได้อย่าง ต่อเนื่องในกรณีมีการย้ายสายงาน ย้ายโรงพยาบาล หรือ เกษียณอายุราชการ

2) กำหนดแนวปฏิบัติและเป้าหมายการ ดำเนินงานให้ชัดเจนตามบริบทและศักยภาพของ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ กลาง เล็ก ซึ่งมีข้อจำกัดด้าน งบประมาณ และความซับซ้อนของระบบงานแตกต่างกัน

3) จัดอบรมหัวหน้างาน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล เพื่อให้การประเมินคุณภาพการพยาบาลให้เป็นแนวทาง เดียวกัน โดยได้รับสนับสนุนวิทยากรจากกองการพยาบาล

4) ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตาม แผน โดยให้โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่ศักยภาพเหนือกว่า และผ่านการรับรองคุณภาพการพยาบาลระดับสูงกว่าเป็น พี่เลี้ยงให้แก่โรงพยาบาลขนาดเล็กจำแนกตาม 4 โซน และ ให้มีการประเมินตนเองทุก 6 เดือน

5) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น วางแผนออกติดตามนิเทศในพื้นที่ปีละ 1 ครั้ง จำนวน 1 วัน และในระหว่างนี้มีการติดตามโทรศัพท์หรือไลน์ทุก 1 เดือน เพื่อให้คำปรึกษาแก้ไขปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน หรือสามารถร้องขอให้ออกนิเทศในพื้นที่เป็นวาระพิเศษ เป็นรายกรณี

6) มีกิจกรรมสร้างขวัญกำลังใจ สร้างแรงจูงใจ หรือปรับเปลี่ยนทัศนคติสำหรับบุคลากรทางการพยาบาล ระดับปฏิบัติการให้มีทัศนคติที่ดีต่อการพัฒนาคุณภาพการ พยาบาลที่ดียิ่งขึ้น เช่น การมอบรางวัลพยาบาลดีเด่น

รางวัลคนดีศรีดอกป๊อปในวันพยาบาลสากล และการชื่นชม การทำความดี ในเวทีประชุมคณะกรรมการวางแผนและ ประเมินผลด้านสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และในเวที ประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล จังหวัดขอนแก่น

2.2 การปฏิบัติตามแผน (action) เป็นการนำ ร่าง รูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ เริ่มจากการจัดประชุม ชี้แจงเพื่อถ่ายทอดรูปแบบและแผนการดำเนินงานตาม รูปแบบที่พัฒนาขึ้นแก่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่..คณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลระดับโรงพยาบาล โรงพยาบาลละ 3 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 75 คนขออนุญาต และขอความร่วมมือดำเนินโครงการวิจัย หลังจากการ ประชุม ได้มีการนำรูปแบบไปทดลองใช้ในโรงพยาบาลทั้ง 25 แห่ง ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568 โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ของแต่ละโรงพยาบาล เป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ มีโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีศักยภาพมากกว่าเป็นพี่เลี้ยง มีการประเมินความก้าวหน้าของตนเองทุก 6 เดือน

2.3 การสังเกตการณ์ (observe) เพื่อติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานตามร่างรูปแบบกำหนด ดำเนินการโดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการบริการ พยาบาลระดับจังหวัด เป็นผู้รับผิดชอบติดตามทางโทรศัพท์หรือ ไลน์และนำเข้าวาระการประชุมคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพการบริการพยาบาล ทุก 1 เดือน มีการให้ คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาตามสภาพปัญหา รวมทั้งมี การทบทวนแบบประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมิน คุณภาพการพยาบาลโรงพยาบาล ของกองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2562) จากหัวหน้าพยาบาล หัวหน้า งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้างานการพยาบาล ผู้ป่วยใน ตรวจสอบข้อมูลการประเมินและให้ข้อเสนอแนะ ในกรณีที่การประเมินหรือการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่ตรงกับ โรงพยาบาลส่วนใหญ่ เพื่อให้การประเมินคุณภาพบริการ พยาบาลเป็นแนวทางเดียวกันทั้งระบบ พบว่า ระดับ คะแนนประเมินทั้งการประเมินตนเอง และการประเมิน แบบไขว้ มีค่าคะแนนใกล้เคียงกัน บุคลากรในระดับ

ปฏิบัติการรู้สึกพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้น และมีความต่อเนื่อง

2.4 การสะท้อนกลับข้อมูล (reflection) โดยการจัดประชุมเพื่อสรุปผลการทดลองใช้รูปแบบและทบทวนมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล การประเมินคุณภาพบริการพยาบาลด้วยตนเอง ระหว่างทีมผู้วิจัย หัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ด้านการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล กระบวนการของการนำมาตราฐานการพยาบาลไปใช้เพื่อให้การดูแลผู้รับบริการ ผลของการเปลี่ยนแปลง และการศึกษาปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น พบว่าจากการทำระบบพี่เลี้ยงที่มีมากขึ้นในรูปแบบโซนทำให้ผู้ประเมินสามารถสอบถามและแลกเปลี่ยนกับพี่เลี้ยงได้รวดเร็วและละเอียดส่งผลทำให้การประเมินตนเองมีความชัดเจนและถูกต้องสามารถระบุปัญหาและโอกาสพัฒนาที่สำคัญของการให้บริการพยาบาลในหน่วยงานและนำมาวางแผนปรับปรุงคุณภาพและนำ แนวทาง PDCA (Plan-Do-Check-Act) มาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning) ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยการปรับปรุงแผนการปฏิบัติงานที่เป็นปัญหาอุปสรรคทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมาย แล้วนำกลับไปใช้และมีการประเมินด้านกระบวนการซ้ำ โดยดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ โดยการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพระบบบริการได้ตรงจุดและมีระยะเวลาที่ชัดเจนส่งผลให้ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ปัญหาข้อร้องเรียนลดลง ที่ประชุมมีมติเห็นชอบร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นทั้ง 6 กระบวนการ

3. ประเมินผลลัพธ์รูปแบบการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย การประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพการพยาบาลจากหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นทั้ง 25 แห่งโดยให้ประเมินตนเองตามแบบประเมินคุณภาพการพยาบาลใน

โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (กองการพยาบาล, 2562) การพิจารณาจำนวนจำนวนเรื่องร้องเรียนจากการรับบริการ และการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการได้ผลดังนี้

3.1 ระดับมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ใน 3 งาน ได้แก่ การบริหารการพยาบาล การบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก และการบริการพยาบาลผู้ป่วยในผ่านเกณฑ์ระดับ 3 จำนวน 19 แห่ง (ร้อยละ 76.0) ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 24.0)

3.2 ข้อร้องเรียนเรื่องความเสียหายจากการให้บริการรักษาพยาบาล มีจำนวนผู้รับบริการที่ยื่นคำร้องขอรับเงินช่วยเหลือเบื้องต้น ตามมาตรา 41 พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ระหว่างปี 2565-2568 (ตค.67-31 มีค.68) มีจำนวน 48, 61, 81 และ 35 รายตามลำดับ

3.3 ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ระหว่างปี 2565-2567 พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจระดับดีถึงดีมาก คิดเป็นร้อยละ 87.53, 85.07 และ 88.98 ตามลำดับ

อภิปรายผล (Discussion)

1. ผลการพัฒนารูปแบบการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานที่ผ่านมา คือ ผู้รับผิดชอบเป็นหัวหน้างานใหม่จึงขาดความรู้ความเข้าใจในการพัฒนางานคุณภาพพยาบาล บุคลากรไม่เพียงพอ มีภาระงานที่มากเกินไป รวมทั้งมีการต่อต้านการเปลี่ยนแปลงของบุคลากร และความต้องการของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปและมีความซับซ้อนจากรูปแบบการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนไปและปัญหาข้อร้องเรียนเพิ่มขึ้น ความคล้ายคลึงกับการศึกษาของ ศิราธร มุ่งทอง, อีระ ฤทธิรอด และ รัชตวรรณ ศรีตระกูล (2561) พบปัญหาอุปสรรคของการพัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาล BBB จังหวัดขอนแก่น คือ พนักงานขาดแรงจูงใจในการนำองค์การสู่การรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล เกิดความเหนื่อยล้าในการพัฒนางานด้านคุณภาพ ขั้นตอนการปฏิบัติทำให้เกิดความยุ่งยากในการปฏิบัติงาน และขาดการ

กระตุ้นให้พนักงานทุกคนมีส่วนร่วมอย่างทั่วถึง และ การศึกษาของ จุฑาสินี สัมมานันท์ (2560) พบว่าปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านภาวะผู้นำ รองลงมาคือปัจจัยด้าน การมีส่วนร่วม ปัจจัยด้านการได้รับพลังอำนาจและ แรงจูงใจในการทำงาน และการศึกษาและการฝึกอบรม ตามลำดับ

ทีมผู้วิจัยซึ่งประกอบด้วยผู้วิจัยหลัก ผู้ช่วยวิจัย และผู้ถูกวิจัย ได้นำทุกปัญหาอุปสรรคที่พบ ที่มีทั้งความ เหมือนและแตกต่างกัน นำมาสังเคราะห์เพื่อกำหนด รูปแบบการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ได้แก่ การ จัดเตรียมอัตรากำลังสำรองในระดับหัวหน้าพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลในรูปแบบกรรมการพัฒนา คุณภาพการพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลให้มีมากกว่า 1 คน เพื่อสามารถปฏิบัติงานทดแทนกันได้อย่างต่อเนื่องใน กรณีมีการย้ายสายงาน ย้ายโรงพยาบาล หรือเกษียณอายุ ราชการ การจำแนกขนาดโรงพยาบาลออกเป็นขนาดใหญ่ กลาง เล็ก แล้วกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาให้ชัดเจน และสามารถปฏิบัติได้จริง ว่าแต่ละโรงพยาบาลต้องการ ผ่านการรับรองในระดับใด (ระดับ 3, 4) ในปีงบประมาณ ถัดไป ตามศักยภาพและงบประมาณสนับสนุนที่ได้รับการ พัฒนาบุคลากรโดยการจัดอบรม การดำเนินงานตามแผน โดยใช้ระบบพี่เลี้ยงให้มีการสนับสนุนเกื้อกูลต่อกันภายใน 4 โซน และกำหนดให้มีการประเมินตนเองถี่ขึ้นทุก 6 เดือน รวมถึงการปรับรูปแบบการนิเทศ ติดตามของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลระดับจังหวัด โดยให้มีการติดตามนิเทศในพื้นที่ปีละ 1 ครั้ง เพิ่มจากเดิม ½ วัน เป็น 1 วัน และมีการติดตามโทรศัพท์หรือไลน์ทุก 1 เดือน และสนับสนุนให้มีกิจกรรมสร้างขวัญกำลังใจให้แก่ บุคลากรในระดับปฏิบัติเพื่อลดแรงต้านของการพัฒนา คุณภาพบริการ ทำให้รูปแบบของการพัฒนาครั้งนี้มีความ คล้ายคลึงกับหลายการศึกษา ที่พบว่าความสำเร็จของการ พัฒนาคุณภาพบริการประกอบด้วยหลายปัจจัย เช่น การ พัฒนาคุณภาพบุคลากรเพื่อการบริการผู้ป่วย การอบรม การใช้เครื่องมือคุณภาพอย่างมีประสิทธิภาพ การส่งเสริม การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน รวมทั้งมีการ

ตรวจสอบคุณภาพจากภายในเพื่อภายนอก (ศิริธร มั่งทอง , ธีระ ฤทธิรอด และ รัชตวรรณ ศรีตระกูล, 2561) รวมทั้ง มีการวางแผนการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ การกำหนด บทบาทหน้าที่ชัดเจน การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และ มีการควบคุม กำกับงาน และปฏิบัติตามแนวทาง (ศจิรัตน์ โกศล, ประภาพร ชูกำเหนิด และปราโมทย์ ทองสุข, 2564)

2. ผลของรูปแบบการสนับสนุนการพัฒนา คุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ที่มีต่อ คุณภาพการบริการพยาบาล ของโรงพยาบาลในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พบว่า โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับสูงขึ้น จากระดับ 3 เป็น ระดับ 4 จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 24.0) ก่อนการดำเนินงาน มีข้อร้องเรียนเรื่องความเสียหายจากการให้บริการ รักษาพยาบาลแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี แต่อย่างไรก็ตาม ภายหลังการดำเนินงานยังไม่มี ความชัดเจนของการลดลง ของข้อร้องเรียนอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากเป็นเพียง การรวบรวมข้อมูลระหว่างไตรมาสที่ 2 เท่านั้น ส่วนความ พึงพอใจของผู้รับบริการก่อนมีการพัฒนามีแนวโน้มสูงขึ้น เดิมอยู่แล้ว (แต่หลังการดำเนินงานยังไม่ครบรอบการ ประเมิน) สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิภาพในการนำกระบวนการไปพัฒนาระบบบริการ ภายในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังไม่อาจกล่าวได้ว่าผลจาก พัฒนาที่ดีขึ้นได้ส่งผลกระทบต่อ การลดลงของข้อร้องเรียน และการเพิ่มขึ้นของความพึงพอใจผู้รับบริการ ซึ่งคาดว่า อาจต้องใช้ระยะเวลานานจึงจะทำให้เกิดผลตามต้องการ จึงขอเสนอแนะให้มีการติดตามประเมินผลระยะยาวเมื่อ มีการดำเนินงานผ่านไปแล้ว 1-2 ปี ทำให้การศึกษานี้ มีความเหมือนกับการศึกษาของ ต้องจิตร์ ลันโคตร (2566) ด้านผลของการพัฒนาทำให้ระบบบริการผู้ป่วยมีความ คล่องตัวและมีคุณภาพเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้น ซึ่งได้รายงานผลการ พัฒนาระบบบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีการจัด อัตรากำลังเพิ่ม ปรับระบบบริการแยกตามแผนกให้ชัดเจน ปรับปรุงระบบการนัดหมายเพื่ ลดปริมาณคนไข้ เพิ่มบริการคลินิกสำหรับผู้ป่วยนอกทั่วไป ทำให้สามารถลด

ระยะเวลารอคอยเพื่อรับบริการ และความพึงพอใจของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 87.6

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น มีความง่ายในการนำไปปฏิบัติ และเหมาะสมตามบริบทของโรงพยาบาลแต่ละแห่งที่มีศักยภาพในการพัฒนาที่แตกต่างกัน จึงควรนำไปใช้พัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่นให้มีมาตรฐานมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มคุณภาพการบริการพยาบาลให้มีมาตรฐานในระดับสูงขึ้น ลดข้อร้องเรียนเรื่องความเสียหายจากการให้บริการรักษาพยาบาล และผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาในครั้งนี้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับนโยบายควรมีการพัฒนาระบบการสนับสนุนและระบบพี่เลี้ยงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยกำหนดแนวทางที่ชัดเจนสำหรับการให้คำปรึกษาและช่วยเหลือหน่วยงานที่ต้องการพัฒนา เช่น การจัดทำคู่มือแนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้ได้จริง และการพัฒนากลไกการประเมินผลการดำเนินงานของพี่เลี้ยง

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางที่สามารถรวบรวมและแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านคุณภาพการพยาบาลระหว่างโรงพยาบาลในเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อนในการทำรายงาน และช่วยให้สามารถติดตามผลการดำเนินงานได้แบบเรียลไทม์

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะผู้นำในการบริหารงานคุณภาพการพยาบาล

2. ควรมีการวิจัยและพัฒนาเพื่อหารูปแบบการเสริมสร้างศักยภาพของหัวหน้าพยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มทักษะในการปฏิบัติงานด้านการพัฒนาคุณภาพการบริการให้มีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พว. พินรัฐ จอมเพชร พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น นางศิริมา นามประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น พว.สรวิทย์ วรรณกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลหนองเรือ ที่ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาและปรับปรุงการสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ขอขอบพระคุณ พว.พรทิพย์ ศรีรุ่งเรือง ข้าราชการบำนาญ อดีต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลมัญจาคีรี พว.ไพโรจน์ รมชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำในระเบียบวิธีวิจัย ขอขอบพระคุณ นายแพทย์อภิชัย ลิมานนท์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่เอื้ออำนวยในการบริหารจัดการโครงการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2565-2566). รายงานผลการปฏิบัติงานกลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ 2565-2566. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). การประเมินคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. สำนักพิมพ์สื่อตะวัน.

วีระยุทธ ชาดะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ Action Research. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี, 2(1), 29-49.

ต้องจิตร ลันโคตร. (2566). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก (Development of Nursing System Outpatient Department). โรงพยาบาลสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร.

ศจีรัตน์ โกศล, ประภาพร ชูกำเหนิด, และปราโมทย์ ทองสุข. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาวของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 14(1), 97-111.

ศิริธร มั่งทอง, อีระ ฤทธิรอด, & รัชตวรรณ ศรีตระกูล. (2561). ศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาคุณภาพการให้บริการเพื่อมุ่งสู่การรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาล BBB จังหวัดขอนแก่น. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 21(3), 129-137.

สำนักงานพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

ประสิทธิภาพของรูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุทัย

Optimizing Screening Model for Improved Effectiveness at Outpatient Department (OPD) of Uthai Hospital

สุภาพร อธิคมานนท์

Supaporn Athikamanon

โรงพยาบาลอุทัย

Uthai Hospital

Email: phunsiw@gmail.com

Received: 24 Mar., 2025

Revised: 8 Apr., 2025

Accepted: 10 Apr., 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดบริการซึ่งจะลดระยะเวลาการรับบริการ และผู้รับบริการมีความพึงพอใจเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือผู้รับบริการที่เข้ารับบริการงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุทัย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนมีนาคม 2568 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระยะเวลาการรับบริการและระดับความพึงพอใจก่อนและหลังพัฒนารูปแบบการบริการด้วยสถิติ independent t-test ผลการศึกษาพบว่าระยะเวลาการใช้บริการเฉลี่ยก่อนและหลังปรับปรุงพัฒนารูปแบบบริการโดยเวลาที่ใช้ในการรับบริการตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนกลับบ้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่าระยะเวลาการรับบริการเฉลี่ย การซักประวัติ การวัดความดันและชั่งน้ำหนัก พบแพทย์ หัตถการหลังตรวจ และการชำระเงิน มีระยะเวลาในการรับบริการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่การเจาะเลือด การพบแพทย์หลังตรวจ และการพบพยาบาลหลังตรวจ มีระยะเวลาการรับบริการเพิ่มขึ้น การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการก่อนและหลังปรับปรุงพัฒนารูปแบบบริการ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการบริการภาพรวมก่อนและหลังการพัฒนาเปลี่ยนจากระดับพอใจมากเป็นระดับพอใจมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนามากที่สุดคือการที่บุคลากรตอบคำถามเมื่อมีความสงสัย สรุปว่ารูปแบบคัดกรองผู้รับบริการที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้หลักการไคเซ็น (Kaizen) ร่วมกับแนวทาง MOPH ED triage ซึ่งเป็นหลักการสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรองผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุทัยได้และสามารถนำแนวทางการพัฒนาที่เกิดขึ้นไปใช้ในการพัฒนาองค์กรในแผนกต่อไปได้

คำสำคัญ: รูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก, ระยะเวลาการรับบริการ, ความพึงพอใจในการรับบริการ

Abstract

The research and development focused on creating a screening model for individuals utilizing outpatient department services, aiming to enhance service Effectiveness and boost recipient satisfaction before and after implementation. The sample consisted of individuals who accessed outpatient services at Uthai Hospital from November 2024 to March 2025. General data were evaluated using frequency,

percentage, mean, and standard deviation. Service duration and level of satisfaction were evaluated before and after the implementation of the service model using independent t-test statistics. The study's findings indicated a significant reduction in the mean service time from the moment patients arrived at the hospital until they returned home after the service model adjustments ($p < 0.05$). It was observed that the mean service time, including taking a medical history, measuring blood pressure and weight, consultations with the doctor, post-examination procedures, and processing the bill, was significantly reduced ($p < 0.05$). However, the mean service time for blood sampling, consultations with the doctor post-examination, and seeing a nurse after examination increased. An analysis of patient satisfaction before and after the service model adjustments revealed a significant increase in the overall mean satisfaction rating from “very satisfied” to “extremely satisfied”, with statistical significance ($p < 0.05$). The aspect with the highest, mean satisfaction score following the development was the personnel's ability to address patients' questions and concerns. In summary, the developed screening model, which incorporates the Kaizen principle along with the MOPH ED triage approach, successfully enhances the efficiency of screening services for patients at the outpatient department of Uthai Hospital, This development approach can be applied for further advancements within the department.

Keywords: Outpatient screening model, Reducing patient wait times, Satisfaction with service delivery

บทนำ

แผนกผู้ป่วยนอก หรือ Outpatient department: OPD ถือเป็นด่านหน้าของโรงพยาบาล เป็นบริการจุดแรกที่ทำหน้าที่ในการประเมินอาการผู้ป่วย คัดกรองผู้รับบริการ ส่งตรวจตามแผนกต่าง ๆ ให้มีคุณภาพและความถูกต้อง แผนกผู้ป่วยนอกจึงเป็นจุดเริ่มต้นของการบริการที่มีคุณภาพทางการแพทย์และการพยาบาลที่เหมาะสมและมีคุณภาพ (ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์, 2565) การบริหารจัดการงานผู้ป่วยนอกจะเป็นส่วนสำคัญในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดของหน่วยบริการให้เกิดประโยชน์ และมีประสิทธิผล (getting the right patient to the right resources at the place and the right) (เยาวลักษณ์ ผุยหัวโทน และคณะ, 2564) รวมถึง ช่วยในการเฝ้าระวังอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ช่วยในการสื่อสารเพื่อลดความวิตกกังวลผู้ป่วยและญาติ สร้างความพึงพอใจให้กับผู้มารับบริการ ระบบการคัดกรองที่มีความคลาดเคลื่อนมากจะส่งผลทำให้ภาระงานของหน่วยงานเพิ่มมากขึ้น มีการใช้ทรัพยากรที่มาก เกินความจำเป็น

เพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น (มยุรี มานะงาน , 2563) รวมถึงการใช้ระยะเวลาในการเข้าถึงการรักษา สำหรับผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น เกิดความล่าช้าในการรับบริการ (วิพุธ เล้าสุขศรีและคณะ, 2564)

ข้อมูลจากรายงานการประเมินตนเองระดับหน่วยงาน งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุทัย พบว่า ปัจจุบันแผนกผู้ป่วยนอก (General OPD) มีผู้มารับบริการเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี (ปี พ.ศ. 2564-2566) เฉลี่ยวันละ 240.67 คน โดยไม่รวมผู้รับบริการที่คลินิกพิเศษหรือคลินิกเฉพาะทางอื่น ๆ อีกทั้งพบว่าผลิตภาพทางการแพทย์ (productivity) หรืออัตรากำลังกับภาระงาน มีค่าเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี เท่ากับ 122.4 หมายถึง ภาระงานของบุคลากรอยู่ในระดับสูง ผู้รับบริการก็อาจมีความเสี่ยงสูง (กรมการแพทย์, 2565) ผู้รับบริการของโรงพยาบาลอุทัยประกอบด้วยประชาชนในเขตพื้นที่อำเภออุทัยและพื้นที่ใกล้เคียงอื่น ๆ ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ตลอดจนแรงงานต่างด้าวที่ประกอบอาชีพในพื้นที่ด้วยจำนวนผู้รับบริการและจำนวน

บุคลากรที่ให้บริการไม่ได้สัดส่วนกัน ส่งผลการจัดบริการงานผู้ป่วยนอกเกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาได้แก่ ความแออัดของผู้รับบริการซึ่งมีจำนวนมาก เกิดข้อจำกัดในการใช้บริการเนื่องจากขั้นตอนการบริการมีมาก ทำให้ผู้รับบริการต้องใช้เวลามาก ประกอบกับแผนกผู้ป่วยนอกมีภาระงานหลายด้านไม่ใช่แค่การให้บริการแก่ผู้รับบริการเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการประชาสัมพันธ์ การคัดกรองผู้ป่วยไปยังแผนก/หน่วยงานอื่นๆ การให้การช่วยเหลือรักษาพยาบาลเบื้องต้น การช่วยในขณะตรวจรักษา การแนะนำผู้ป่วยในการกลับไปดูแลหรือพักฟื้นสภาพตนเองที่บ้าน ตลอดจนการนัดให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกอื่นหรือรับการรักษาต่อเนื่องที่หน่วยบริการสาธารณสุขอื่นเป็นต้น

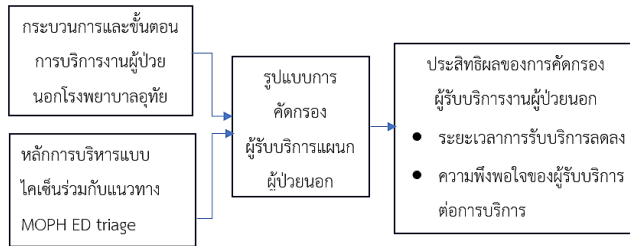
ที่ผ่านมาพบว่า การให้บริการแผนกผู้ป่วยนอกยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยระหว่างเดือนมิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2564 มีการสำรวจความพึงพอใจต่อการบริการของแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจร้อยละ 69.32 เมื่อสอบถามเชิงลึกเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องพัฒนาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเรื่องการลดระยะเวลาการรับบริการ ทั้งนี้จากข้อมูลพบว่าระยะเวลาที่ผู้รับบริการเริ่มต้นแต่การยื่นบัตรจนถึงได้รับยากลับบ้าน ใช้ระยะเวลาการรับบริการต่ำสุดนาน 1 ชั่วโมง 40 นาที สูงสุด 3 ชั่วโมง 45 นาที ส่งผลกระทบต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการ สำหรับระบบบริการก็พบปัญหาความผิดพลาดในการคัดกรอง การประสานงาน ก่อให้เกิดความรู้สึกรอคอย กระทบต่อขวัญกำลังใจของผู้ปฏิบัติงานที่รู้สึกมีภาระหนักในการให้บริการ (ทีมบริการเริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2564) จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยได้ดำเนินการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอกทั้งงานวิจัย แนวคิดหลักการที่เกี่ยวข้อง พบว่า แนวคิดการบริหารจัดการองค์กรคุณภาพแบบไคเซ็น (KAIZEN) ซึ่งเป็นแนวคิดหลักในการบริหารงานและการพัฒนาคุณภาพการบริการ (บุรุษย์ ศิริมหาสาร, 2560) โดยแนวคิดไคเซ็นเน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องใน 4 ปัจจัยหลักได้แก่ 1) ทุกกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ก็สามารถพัฒนาได้ 2) เพิ่มประสิทธิภาพในทุกกระบวนการของการทำงาน

3) ยกระดับมาตรฐานของกระบวนการทำงาน 4) ลดการใช้ทรัพยากรทั้งด้านเวลาแรงงาน และทรัพยากรที่จับต้องได้ ส่งผลให้สามารถลดค่าใช้จ่ายได้ การบริหารจัดการองค์กรคุณภาพแบบไคเซ็น (KAIZEN) เป็นการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง โดยรักษาวิธีการทำงานแบบเดิมที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้น เน้นการมีส่วนร่วมของผู้บริหารระดับสูงไปจนถึงผู้ปฏิบัติงานทุกคน ซึ่งส่งผลให้เกิดความสะดวกในการปฏิบัติงาน มีการทำงานเป็นทีม ทำให้บุคลากรมีประสิทธิภาพในการทำงานขององค์กรเพิ่มขึ้น ผู้บริหารระดับสูงไปจนถึงผู้ปฏิบัติงานทุกคน ซึ่งส่งผลให้เกิดความสะดวกในการปฏิบัติงาน มีการทำงานเป็นทีม ทำให้บุคลากรมีประสิทธิภาพในการทำงานขององค์กรเพิ่มขึ้น หน่วยงานจึงสามารถพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อลดระยะเวลาให้บริการ เป็นหลักบริหารที่สามารถสร้างความยั่งยืนให้กับองค์กรได้ เพราะเน้นที่ การปรับปรุงและพัฒนาที่กระบวนการอย่างต่อเนื่อง จากสถานการณ์และแนวคิดที่กล่าวมาผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์แนวคิดการบริหารแบบไคเซ็น โดยเน้นการพัฒนาเพื่อให้สามารถ 1) เปลี่ยนวิธีการทำงานลดขั้นตอนส่วนที่ไม่จำเป็นออก 2) เปลี่ยนแปลงปรับปรุงเรื่องเล็กหรือปัญหาที่พบเห็นในแต่ละวัน 3) รับมือกับความไม่แน่นอนที่ทำได้ก่อน รับมือกับความไม่แน่นอนที่มีข้อจำกัด ร่วมกับแนวทาง MOPH ED triage กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์, 2561) มาพัฒนาคุณภาพการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการคัดกรองผู้รับบริการ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุทัย
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุทัย

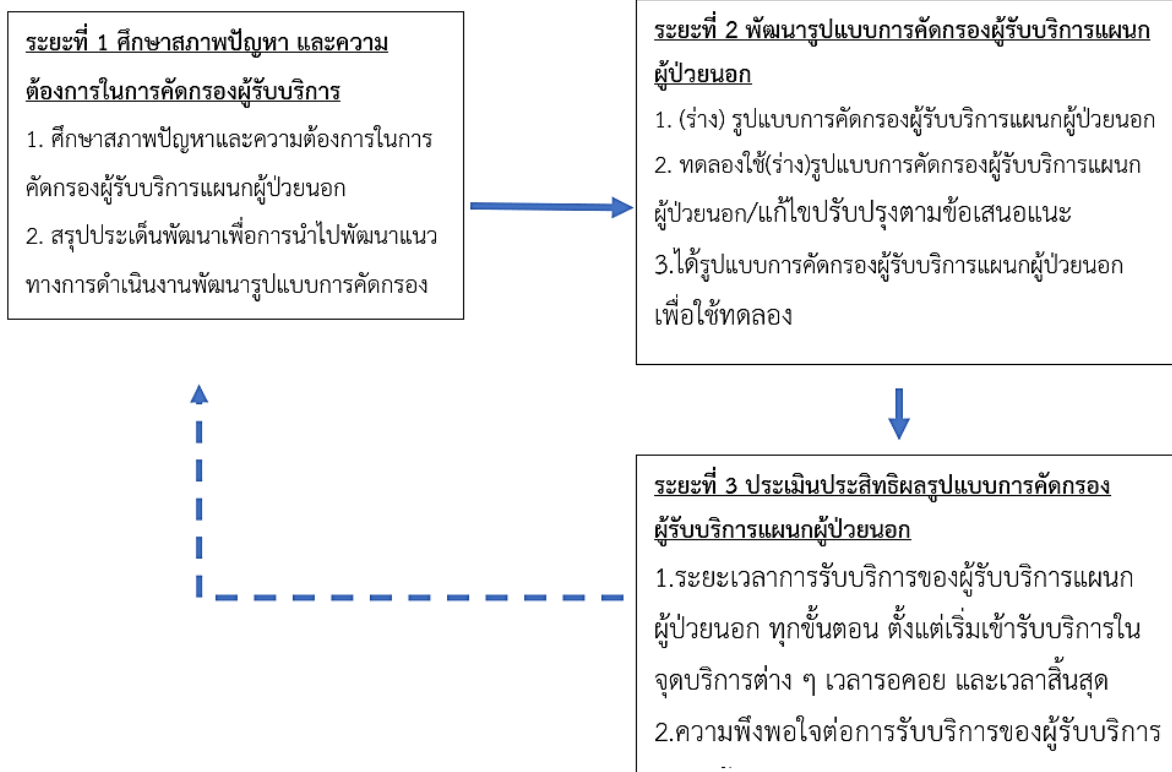
กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1.ศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการในการคัดกรองผู้รับบริการ 2.พัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโดยประยุกต์ใช้หลักการบริหารแบบไคเซ็นร่วมกับแนวทาง MOPH ED triage 3.การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

แผนภูมิแสดงขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย



ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก (เดือนพฤศจิกายน 2567)

ประชากร กลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 8 คน โดย

คัดเลือกตัวแทนที่ปฏิบัติงานในจุดบริการที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบบันทึกประเด็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group approach) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกสำหรับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุทัย มีประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม 12 ข้อ ประกอบด้วย

คำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบที่ส่งผลต่อการคัดกรอง ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุทัย ปัจจัย ความสำเร็จของการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคในการ ดำเนินงานคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

การตรวจสอบเครื่องมือ โดยให้ทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ จุด คัดกรอง จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลในจุดบริการที่ เกี่ยวเนื่อง จำนวน 2 ท่าน รวมทั้งหมด 5 ท่าน ร่วมกัน พิจารณาความถูกต้อง ครบถ้วน ความเหมาะสมและความเป็นไปได้เพื่อนำมาแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ

การรวบรวมข้อมูล ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group discussion) ตามประเด็นคำถามในการสนทนา กลุ่มซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ในวันที่ 6 พฤศจิกายน 2567 (เวลา 13.30 น.-15.30 น.) และวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Contents Analysis) เพื่อสร้างข้อสรุป ในการพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการแผนก ผู้ป่วยนอก

ระยะที่ 2. พัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการแผนก ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุทัย (ระยะเวลาตั้งแต่พฤศจิกายน 2567 ถึงเดือนธันวาคม 2567)

2.1 การพัฒนารูปแบบคัดกรองผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุทัย โดยนำข้อมูลที่ได้จาก การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการคัดกรอง ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โดยประยุกต์ใช้หลักการ บริหารแบบโคเซ็น ร่วมกับแนวทาง MOPH ED triage ร่วมกับขั้นตอนในการใช้บริการทั้งระบบของแผนกผู้ป่วย นอกทำการพัฒนาเป็นแนวทางบริการโดยแสดงเป็นแผนผัง กลุ่มเชื่อมโยงได้ (ร่าง) รูปแบบคัดกรองผู้รับบริการแผนก ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุทัย ประกอบด้วย ขั้นตอน/ กิจกรรม 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) พบเจ้าหน้าที่คัดกรอง ชัก ประวัติ ประเมินอาการ 2) ทำบัตร 3) ชั่งน้ำหนัก-วัด ส่วนสูง 4) บันทึกข้อมูลผู้ป่วย 5) พบแพทย์ตรวจ 6) ตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ เจาะเลือด, ตรวจ X-ray, ฯลฯ 7) พบ แพทย์หลังผลเลือดออก 8) พบพยาบาลหลังตรวจ 9) ชำระ ค่าบริการ 10) รับยากลับบ้าน

2.2 การพัฒนาเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ใน การศึกษาประกอบด้วย 1) แบบบันทึกระยะเวลาการใช้ บริการของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก การบันทึกเวลาจะ บันทึกเป็นนาฬิกา นับตั้งแต่เวลาเริ่มต้น ถึงเวลาสิ้นสุด และ เวลาล่าช้า 2) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการรับบริการ ของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดย ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดของตามกรอบแนวคิดของ Parasuraman Zeithamal & Berry (1985) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibles) ความน่าเชื่อถือ (reliability) การตอบสนอง ความต้องการของผู้รับบริการ (Responsiveness) การสร้างความมั่นใจ (Assurance) และ การเข้าใจ ความรู้สึก (Empathy) และจากการทบทวนวรรณกรรม นำมาสร้างเป็นข้อคำถามสำหรับผู้รับบริการ แบบสอบถาม ความพึงพอใจ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา การประกอบอาชีพ ภูมิสำเนา สวัสดิการ รักษาพยาบาล เหตุผลการเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาล อุทัย การใช้บริการในรอบปีที่ผ่านมา ส่วนที่ 2 การประเมิน ความพึงพอใจ โดยข้อคำถามที่แสดงออกถึง ความ น่าเชื่อถือไว้วางใจ พฤติกรรมของพยาบาลและผู้ให้บริการ ในด้านความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล การให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพ และการ ปฏิบัติที่แสดงออกซึ่งความเอื้ออาทรเห็นอกเห็นใจ และการ เคารพในเกียรติศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ เป็นข้อคำถาม มุ่งเน้นการบริการที่ไม่จำเพาะแก่การรับบริการชนิดใดชนิด หนึ่งเพื่อสะท้อนการบริการที่ประเมินโดยผู้ใช้บริการ ทั้งนี้ ในแต่ละข้อผู้ตอบแบบสอบถามระบุความพึงพอใจต่อการ บริการเป็นการประเมินค่า (Rating Scale) แบบลิเคิร์ตสเกล (Likert Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับระดับตั้งแต่น้อยที่สุด เท่ากับ 1 ถึงมากที่สุด คือ 5 และแปลความหมายของ คะแนน โดยการนำคะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามของแต่ละคนมารวมกันแล้วหาค่าเฉลี่ย โดยใช้หลักการแปล ความหมาย คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรที่มีค่าในระดับมาตร ปรมาณค่า 5 ระดับ (บุญใจ ศรีสถิตยีนรากร, 2547) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 หมายถึง พึงพอใจต่อการบริการ ระดับมากที่สุด 3.50-4.49 หมายถึง พึงพอใจต่อการบริการ ระดับมาก 2.50-3.49 หมายถึง พึงพอใจต่อการบริการ ระดับปานกลาง 1.50-2.49 หมายถึง พึงพอใจต่อการบริการระดับน้อย และ 1.00-1.49 หมายถึง พึงพอใจต่อการบริการระดับน้อยที่สุด

2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ
การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็น แพทย์ และอาจารย์พยาบาลจำนวน 3 ท่าน ทำการให้ คะแนนว่าข้อคำถามมีความสัมพันธ์กับการประเมินความ พึงพอใจของผู้รับบริการหรือไม่ แบ่งความคิดเห็นเป็น เห็น ด้วยและไม่เห็นด้วย ผลการตรวจสอบเห็นด้วยในทุกข้อ วิเคราะห์ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.83 นำไปทดสอบคุณภาพ เพิ่มเติมโดยการหาค่าความเชื่อมั่นและความตรงเชิง โครงสร้างในผู้ใช้บริการทั่วไปจำนวน 30 คน วิเคราะห์ได้ ค่าความเชื่อมั่นได้ .94

2.4 การทดลองใช้รูปแบบ นำ(ร่าง)รูปแบบ คัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกไปทดสอบกับ ผู้ใช้บริการที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในขั้นตอนการรับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกภายหลังปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ได้รูปแบบคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อนำไปใช้ ในการทดลอง

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการคัด กรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

วิธีดำเนินการวิจัย ใช้แบบแผนการวิจัยแบบ 2 กลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two-group pre-post test design) เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการคัดกรอง ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุทัย โดยเริ่มต้น ศึกษากลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก เกี่ยวกับระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการของผู้รับบริการ แผนกผู้ป่วยนอก และความพึงพอใจต่อการรับบริการของ ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือน มีนาคม 2568

ประชากร (Population) คือ ผู้รับบริการที่แผนก ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุทัย ระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือน มีนาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างกรณีที ประชากรมีจำนวนไม่แน่นอน โดยใช้สูตรคำนวณของ W.G. Cochran (1953) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่ มตัวอย่าง 162 ราย คือ แบ่งเป็นกลุ่มผู้รับบริการก่อนการ ใช้แนวทางคัดกรองผู้รับบริการจำนวน 70 คน และกลุ่ม ผู้รับบริการหลังการใช้แนวทางการคัดกรองผู้รับบริการ จำนวน 92 คน (เนื่องจากในช่วงระยะเวลาของการเก็บ รวบรวมข้อมูล ผู้รับบริการไม่ได้รับบริการซ้ำทำให้ไม่ สามารถเลือกตัวอย่างกลุ่มเดียวกันได้) การเลือกกลุ่ม ตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมี คุณสมบัติครบถ้วนโดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็น ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุทัย 2) อายุ 18 ปี ขึ้นไปรู้สึกตัวดี รับรู้ต่อสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ได้ดี 3) รับบริการช่วงเวลา 07.00-16.00 น. ในวันและเวลา ราชการ 4) ผู้รับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกตั้งแต่จุดคัดกรอง รับบัตรคิวจนรับยากลับบ้าน 5) สามารถสื่อสารภาษาไทย ได้ 6) สมรรถภาพและยินดีเข้าร่วมการศึกษา และเกณฑ์การ คัดออก คือ ผู้รับบริการยุติการเข้าร่วมวิจัย และผู้รับบริการ ผู้ป่วยรับการส่งต่อจากหน่วยบริการอื่น

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเตรียมผู้ช่วยวิจัยใน การทำวิจัยด้วยกระบวนการประชุมกลุ่ม (Focus group approach) ซึ่งมีผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย พยาบาล วิชาชีพเป็นผู้ช่วยวิจัย 2 คน โดยเป็นการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขั้นตอนการวิจัยเพื่อให้ผู้ช่วย วิจัยเข้าใจตรงกัน รวมทั้งให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บข้อมูลกับ ผู้ป่วยมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อให้เกิด ความเข้าใจและมีทักษะในการเก็บข้อมูล มีการชี้แจงต่อผู้ที่ เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างให้เข้าใจก่อนการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ด้วยสถิติ เชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อย ละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน เพื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ independent T-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย

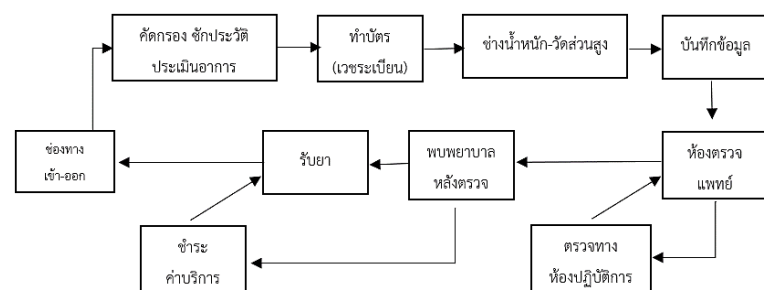
การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เลขที่โครงการ ลำดับที่ 5/68 เลขที่ วันที่ 10 ตุลาคม 2567 ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติตามแนวทางของการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมการวิจัย โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยอย่างละเอียด มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ สามารถปฏิเสธการร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและจะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการที่โรงพยาบาลอุทัย ข้อมูลรวบรวมได้จะเก็บเป็นความลับเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และนำเสนอในภาพรวมไม่สามารถสืบค้นถึงรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ร่วมวิจัยในประเด็นต่าง ๆ ได้ และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยข้อมูลและสิ่งบันทึกข้อมูลจะถูกเผาทำลายเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบข้อมูลและลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 การศึกษาสภาพและปัญหาการจัดบริการของงานผู้ป่วยนอก ด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus Group approach) เกี่ยวกับสภาพปัญหาในการรับบริการ ความต้องการในการคัดกรองผู้ป่วยบริการแผนกผู้ป่วยนอกและแนวทางการพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยบริการแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ด้านบุคลากรมีปัญหาเกี่ยวกับอัตรากำลังในการปฏิบัติงานโดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลที่ถูกจำกัดอัตรากำลังจากขนาดของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด มีรอบอัตรากำลัง 30 เตียง แต่ให้บริการ 24 ชั่วโมงทั้งผู้รับบริการในเขตพื้นที่รับผิดชอบและใกล้เคียง รวมทั้งประชากรแฝงซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานในสวนอุตสาหกรรมโรจนะและโรงงานอื่น ๆ ในพื้นที่ ทำให้การจัดบริการแต่ละวันเกิดความแออัด ประกอบกับการปฏิบัติงานยังมีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาใช้เพื่อลดขั้นตอนการให้บริการไม่มากนัก การคัดกรองผู้ป่วยยังพบความผิดพลาด ขาดการสื่อสารกับผู้รับบริการที่มีคุณภาพ จนเกิดความเข้าใจในการบริการของโรงพยาบาล รูปแบบ

การกำหนดการนัดหมายไม่ดีเท่าที่ควรส่งผลให้ก่อนและหลังวันนัดถูกขี้นผู้รับบริการจำนวนมาก ทำให้ผู้รับบริการมารอนาน แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ควรจะมีการประสานงานในแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาล เพื่อให้เกิด “ความร่วมมือ” ในการพัฒนาบริการ ควรมีการกำหนดขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Work Flow) ในการประสานงานให้ชัดเจน รวมทั้งมีการจัดประชุมเพื่อเรียนรู้และสรุปผลการพัฒนาอย่างต่อเนื่องการประชุมยังเป็นโอกาสการสร้างทีมงานที่ดี เพื่อช่วยให้เกิดการประสานการทำงานร่วมกันได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้กระบวนการจัดประชุมเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานควรมีการออกแบบระบบบริการ การวางแผนการประเมินผล ด้วยการใช้ฐานข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ ร่วมกับการพัฒนารูปแบบการสื่อสารในที่อย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2 รูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุทัย การพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 การปรับขั้นตอนการรับบริการจาก 14 ขั้นตอน เหลือ 10 ขั้นตอนประกอบด้วย 1) พบเจ้าหน้าที่คัดกรอง ชักประวัติ ประเมินอาการ 2) ทำบัตร 3) ชั่งน้ำหนัก-วัดส่วนสูง 4) บันทึกข้อมูล 5) พบแพทย์ตรวจ 6) ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เจาะเลือด, ตรวจ X-ray, ฯลฯ 7) พบแพทย์หลังผลเลือดออก 8) พบพยาบาลหลังตรวจ 9) ชำระค่าบริการ 10) รับยากลับบ้าน โดยปรับรูปแบบการใช้บริการ (Flow of service) จากเดิมมีลักษณะเป็นการไหลเวียนแบบย้อยไปย้อนกลับ เป็นการไหลเวียนแบบไป ในทางเดียวกัน (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แผนผังการใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอุทัย
หลังการพัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการ

การปรับปรุงกระบวนการในการบริการแต่ละขั้นตอนตามลักษณะปัญหาที่พบซึ่งมีปัญหาคำคัญ 3 ด้านดังนี้
 1) ขั้นตอน / กิจกรรมของการให้บริการไม่ชัดเจนและไม่มีแนวปฏิบัติ 2) ระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยในแต่ละจุด และ
 3) ไม่มีการจัดทำแนวปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ หรือคู่มือการให้บริการของแต่ละหน่วยงานย่อยเป็นจุดบริการต่าง ๆ
 ดังต่อไปนี้

จุดบริการ	ข้อค้นพบ	การพัฒนา
จุดคัดกรอง และประเมิน	1) ผู้ป่วยรอคอยจำนวน มาก	- จัดเป็นทีมพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ขึ้นปฏิบัติงาน 7.30 น. และจัดเวลาพัก กลางวันสลับกัน เพื่อให้มีการจัดบริการในจุดคัดกรองตลอดเวลา - ลดขั้นตอนหรือกิจกรรมในการให้บริการที่ไม่จำเป็นออกไปโดยการมีจุดตรวจสอบ สิทธิด้วยตนเองและจุดชี้แจงการเตรียมเอกสารก่อนการคัดกรอง - ปรับแบบฟอร์มการคัดกรองให้เป็นแบบ Check list แทนการเขียนบันทึกมากขึ้น
	2) ขั้นตอนการให้บริการ ไม่ชัดเจน	- จัดทำป้ายขั้นตอนการรับบริการและเป็นตัวเลขและสีที่ชัดเจน
	3) ขาดแนวทางการคัด กรอง	- จัดทำแนวปฏิบัติการคัดกรองผู้ป่วยนอก ให้เป็นลายลักษณ์อักษร และถือปฏิบัติใน ทิศทางเดียวกัน
จุดเวชระเบียน	1) ผู้รับบริการใช้ ระยะเวลารอคอยนาน	- รวบรวมขั้นตอนหรือกิจกรรมที่สามารถทำได้ด้วยกัน ได้แก่ พัฒนาให้เจ้าหน้าที่สามารถ ตรวจสอบสิทธิ์ และการจัดการ Visit ของผู้รับบริการควบคู่กัน - จัดทำแนวทางกำหนดเวลาขั้นต่ำในการให้บริการ ได้แก่ การทำบัตรใหม่ การ ตรวจสอบสิทธิ์ การค้นหาเวชระเบียน/จัดทำเวชระเบียน
จุดชั่งน้ำหนัก และ ตรวจประเมิน สัญญาณชีพ	1) ผู้รับบริการใช้ ระยะเวลารอคอยนาน	- เพิ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้ให้ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้รับบริการในการ ชั่งน้ำหนักและวัด สัญญาณชีพ - ให้ผู้รับบริการวัดสัญญาณชีพโดย self-screening - มีการทวนซ้ำโดยพยาบาลซักประวัติเมื่อมีความผิดปกติของสัญญาณชีพ - จัดลำดับการรับบริการด้วยการจัดกลุ่มผู้ป่วยจำแนกตามลักษณะปัญหาและความ เร่งด่วนในการรับบริการ - กำหนดจุดคิวการตรวจโดยใช้ระบบ smart queue ขนาดใหญ่เพื่อให้มองเห็น ลำดับคิวได้อย่างชัดเจน
จุดซักประวัติ	1) ผู้รับบริการใช้ ระยะเวลารอคอยนาน 2) สถานที่คับแคบ/ ไม่สะดวกในการ รอคอย	- เพิ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้ให้ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้รับบริการในการเตรียมผู้ป่วยเบื้องต้น - จัดเตรียมพื้นที่เป็น Zone จำแนกตามประเภท และความเร่งด่วนของผู้รับบริการ - จัดเตรียมบริเวณที่พักรอและที่นั่งเพิ่ม

จุดบริการ	ข้อค้นพบ	การพัฒนา
จุดห้องตรวจโรค	1) ผู้รับบริการใช้ ระยะเวลารอคอยนาน	-จัดให้มีแพทย์ประจำห้องตรวจโรค OPD และแพทย์ปรับเวลาตรวจ โดยเริ่มตั้งแต่ 08.00-15.45
จุดให้คำปรึกษาหลัง ตรวจ	1) ไม่มีแนวปฏิบัติ 2) ผู้รับบริการใช้ ระยะเวลารอคอยนาน	-จัดทำแนวปฏิบัติให้คำปรึกษาหลังการตรวจโรค และถือปฏิบัติในทิศทางเดียวกัน -ปรับให้พยาบาลจุดคัดกรองเข้ามาร่วมในการให้คำปรึกษาหลังตรวจเพิ่มขึ้น -นัดหมายผู้ป่วยแยกตามคลินิกในแต่ละวัน โดยกำหนดช่วงเวลาชัดเจน และมีการ นัดเหลือเวลา
จุดส่งต่องานขั้นสูง	1) ขาดการจัดลำดับ ความเร่งด่วนในการ ให้บริการ	-จัดทำสัณฐานลักษณะ สื่อสารกับงานขั้นสูงโดยจำแนกผู้ป่วยตามลักษณะปัญหาและ ความเร่งด่วน -จัดทำแนวปฏิบัติร่วมกันในการประสานการดูแลผู้ป่วย
จุดห้องยา	2) ผู้รับบริการใช้ ระยะเวลารอคอยนาน 1) ขาดการจัดลำดับ ความเร่งด่วนในการ ให้บริการ	-จัดทำ "ใบนำทาง" กรณีผู้ป่วยที่มีเหตุการณ์หลังพบแพทย์ ให้สามารถรับยา อุปกรณ์ วัสดุทางการแพทย์ ที่ใช้ทำหัตถการก่อนเพื่อลดระยะเวลาคอย

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินประสิทธิผลรูปแบบการคัดกรอง ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมด 162 คน แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังทดลอง จำนวน 70 คน และ 92 คน ตามลำดับ ทั้งนี้ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.20 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 65.40 ปี (SD=167.70) รายได้เฉลี่ย 14,211.80 บาทต่อเดือน (SD=9,279.24) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 49.40 จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวส. ร้อยละ 30.20 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 38.40 และ ร้อยละ 22.00 ตามลำดับ ผู้รับบริการเป็นคนในพื้นที่อำเภออุทัย ร้อยละ 84.60 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 66.00 และสิทธิประกันสังคม ร้อยละ 29.60 การใช้บริการในรอบปีที่ผ่านมาพบว่าเคยมาใช้บริการเป็นส่วนใหญ่โดยมีค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งการใช้บริการ 4.73 ครั้ง (SD=4.99) เมื่อศึกษาเหตุผลการใช้บริการพบว่า

ส่วนใหญ่ใช้บริการเพราะใกล้บ้าน และการเดินทางสะดวก ร้อยละ 71.0 และร้อยละ 63.0 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาคุณลักษณะของข้อมูลทั่วไปของผู้รับบริการก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการคัดกรองบริการทั้งสองกลุ่มมีความสอดคล้องกัน

2.1 การศึกษาระยะเวลาการรับบริการเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองรูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกด้วยแบบบันทึกระยะเวลาการรับบริการเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองรูปแบบการคัดกรอง พบว่า เวลาที่รับบริการตั้งแต่ มารับบริการจนกลับบ้านของผู้รับบริการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่าระยะเวลาการรับบริการเฉลี่ย การซักประวัติ การวัดความดัน และชั่งน้ำหนัก พบแพทย์ หัตถการหลังตรวจ และการชำระเงิน มีระยะเวลาการรับบริการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่การเจาะเลือดพบ การพบแพทย์หลังตรวจ และการพบพยาบาลหลังตรวจ มีระยะเวลาการรับบริการเพิ่มขึ้น โดย การเจาะเลือดพบว่ามีเพิ่มขึ้นของเวลาการรับบริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระยะเวลาการรับบริการจำแนกตามขั้นตอนบริการ (n=162)

ขั้นตอนการบริการ	ค่าเฉลี่ยเวลา		t	p-value	Mean Difference	95% CI	
	การรับบริการ (นาที)					Lower	Upper
	ก่อนทดลอง (SD)	หลังทดลอง (SD)					
ห้องบัตร	1.71 (0.45)	1.24 (0.42)	6.80	0.19	0.48	0.34	0.613
การซักประวัติ	3.09 (1.53)	1.95 (1.11)	5.49	<0.05*	1.14	0.73	1.55
วัดความดัน/ชั่งน้ำหนัก	2.01 (0.43)	1.57 (1.06)	3.33	<0.05*	0.45	0.18	0.715
เจาะเลือด	23.11 (10.73)	27.36 (40.25)	-0.86	<0.05*	-4.24	-14.00	5.515
พบแพทย์	10.33 (4.51)	6.34 (4.74)	5.415	<0.05*	3.99	0.73	2.53
หัตถการหลังตรวจ	4.64 (9.79)	1.28 (5.18)	2.19	<0.05*	3.360	0.802	5.919
พบแพทย์หลังตรวจ	0.74 (1.56)	1.09 (5.08)	-0.546	0.289	-0.344	-1.588	0.900
พบพยาบาลหลังตรวจ	2.84 (3.43)	4.41 (14.10)	-0.910	0.128	-1.570	-4.977	1.836
รับยาห้องจ่ายยา	23.83 (11.06)	15.89 (10.98)	4.540	0.253	7.937	4.485	11.390
ชำระเงิน	0.23 (0.42)	0.11 (0.31)	2.074	<0.05*	0.120	0.006	0.234
เวลาใช้บริการตั้งแต่เข้ารับบริการจนกลับบ้าน	150.4 (45.56)	140.29 (85.54)	0.89	<0.05*	10.10	-10.67	30.88

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2.2 การศึกษาความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้รับบริการก่อนและหลังทดลองรูปแบบการคัดกรอง ผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อการรับบริการของผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ในภาพรวมก่อน และหลังทดลองอยู่ในระดับปานกลาง มีการเปลี่ยนจากระดับมากเป็นระดับมากที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองสูงกว่าหลังทดลอง ($\bar{X} = 3.94$ และหลังทดลอง ($\bar{X} = 4.64$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่าประเด็นที่มีค่าเฉลี่ย

ของคะแนนหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองมากที่สุด คือ บุคลากรตอบคำถามเมื่อท่านมีข้อสงสัย (ก่อนทดลอง $\bar{X} = 3.23$ และหลังทดลอง $\bar{X} = 4.35$) ทั้งนี้มีข้อสังเกตว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเกี่ยวกับอาคารสถานที่ ที่นั่งรอตรวจ และการให้คำแนะนำของพยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องต้องเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลองแม้มีการเปลี่ยนแปลงระดับความพึงพอใจแต่ก็เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจรายประเด็นเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง(n=162)

ประเด็น	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	$\bar{X}$	SD	ระดับ	$\bar{X}$	SD	ระดับ		
1. สถานที่สะอาดแสงสว่างเพียงพอ	3.19	0.94	ปานกลาง	4.13	0.84	มาก	-6.74	0.19
2. ที่นั่งรอรับบริการอย่างเพียงพอ ไม่แออัด	3.21	0.96	ปานกลาง	3.84	0.91	มาก	-4.22	0.19
3. มีเครื่องหมาย/ป้าย แนะนำเห็นชัดเจน	4.16	0.75	มาก	4.47	0.52	มาก	-3.09	0.01*

ประเด็น	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	$\bar{x}$	SD	ระดับ	$\bar{x}$	SD	ระดับ		
4. ผู้ให้บริการแนะนำการดูแลระหว่างรอ	3.24	0.97	ปานกลาง	4.13	0.83	มาก	-6.27	0.02*
5. มีอุปกรณ์การแพทย์และเครื่องมือเพียงพอ	3.23	0.97	ปานกลาง	4.2	0.62	มาก	-7.76	<.001*
6. มีข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการ	3.96	0.81	มาก	4.55	0.54	มากที่สุด	-5.63	0.04*
7. บุคลากรมีความเชี่ยวชาญในการรักษา	3.93	0.67	มาก	4.18	0.78	มาก	-2.2	0.03*
8. แพทย์ตรวจรักษาตรงตามเวลาที่นัดหมาย	3.76	0.55	มาก	4.35	0.73	มาก	-5.64	<.001*
9. พยาบาลสามารถให้บริการท่านอย่างดี	3.71	0.57	มาก	4.43	0.63	มาก	-7.49	0.02*
10. พยาบาลให้คำแนะนำชัดเจนในปัญหาการเจ็บป่วย	3.49	0.65	ปานกลาง	4.47	0.58	มาก	-10.08	0.25
11. บุคลากรมีความเต็มใจ	3.93	0.71	มาก	4.29	0.81	มาก	-3.01	0.02*
12. สนใจรับฟังปัญหาของท่านอย่างตั้งใจ	3.46	0.53	ปานกลาง	4.32	0.63	มาก	-9.21	0.30
13. บุคลากรตอบคำถามเมื่อท่านมีข้อสงสัย	3.23	0.84	ปานกลาง	4.35	0.73	มาก	-9.05	0.08
14. บุคลากรข้อซักถามได้ชัดเจน	3.83	0.61	มาก	4.3	0.71	มาก	-4.49	0.01*
15. บุคลากรให้บริการด้วยท่าทีสุภาพ	3.63	0.54	มาก	4.34	0.72	มาก	-6.91	0.04*
16. บุคลากรตรวจรักษาด้วยความเอาใจใส่	3.86	0.52	มาก	4.39	0.73	มาก	-5.23	<.001*
17. ความพึงพอใจในการรับบริการโดยรวม	3.94	0.54	มาก	4.64	0.51	มากที่สุด	-8.5	<.001*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้รูปแบบการการคัดกรองผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ระยะเวลาการรับบริการของผู้ป่วยตั้งแต่เข้ารับบริการจนกลับบ้านลดลงและความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรวรรณ ศรสว่าง (2564) ที่ศึกษาผลการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลาการรับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ซึ่งพบว่าความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพในการกำหนดระยะเวลาที่สามารถปฏิบัติได้จริง การกระจายปริมาณผู้รับบริการไปในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน การนัดหมายที่เป็นระบบ ซึ่งเป็นไปตามความต้องการ มุมมองและความคาดหวังของผู้ป่วย สามารถลดระยะเวลาการรับบริการ การรับบริการของผู้ป่วยได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎา วรณจักร และคณะ (2566) การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลาการรับบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาหมื่น จังหวัดกาฬสินธุ์

พบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการให้บริการ ระยะเวลาการรับบริการเฉลี่ยในการให้บริการลดลงจากเดิม และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการเพิ่มมากขึ้น

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการที่พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้หลักการไคเซ็น (Kaizen) ร่วมกับแนวทาง MOPH ED triage ซึ่งเป็นหลักการที่ให้ความสำคัญกับกระบวนการทำงานที่เน้นการยอมรับแนวคิดของร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ ในองค์กร มีค่านิยมที่เน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่องใน 4 ประเด็นหลักได้แก่ 1) ทุกกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ก็สามารถพัฒนาได้ 2) เพิ่มประสิทธิภาพในทุกกระบวนการของการทำงาน 3) ยกระดับมาตรฐานของกระบวนการทำงาน 4) ลดการใช้ทรัพยากรทั้งด้านเวลา แรงงาน และทรัพยากรที่จับต้องได้ส่งผลให้สามารถลดค่าใช้จ่ายได้ เป็นหลักการที่ผู้วิจัยนำมาใช้พัฒนารูปแบบการคัดกรองผู้รับบริการ ในประเด็นสำคัญได้แก่การปรับขั้นตอนการบริการ การปรับรูปแบบของการให้บริการ (Flow of

service) การประสานการทำงานในทีมสุขภาพอย่างมีแบบแผนมีแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้จริง ตามหลักการ 5 W 1H Who คือ ใครเป็นผู้ทำ what ทำอะไร Where ทำที่ไหน When ทำเมื่อไร Why ทำไมต้องทำอย่างนั้น How ทำอย่างไร ที่ชัดเจน การสื่อสารการใช้บริการกับผู้รับบริการ และการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรที่เกี่ยวข้องแต่ละจุด ด้วยความความร่วมมือของ ทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้รับบริการ ส่งผลให้ระยะเวลาการใช้บริการของผู้รับบริการลดลง และผู้รับบริการมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบการคัดกรองที่พัฒนาขึ้นสามารถลดระยะเวลาการใช้บริการแต่ละขั้นตอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็พบว่า พฤติกรรมการให้บริการโดยเฉพาะระยะเวลาการพบแพทย์ และการพบพยาบาลหลังตรวจแม้มีการเปลี่ยนแปลงไปแต่ยังเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ไม่มีความสำคัญทางสถิติ ดังนั้นในการพัฒนาต่อไปควรเน้นการปรับปรุงรูปแบบการคัดกรองให้เพิ่มระยะเวลาในการพบแพทย์และการให้คำแนะนำของพยาบาลเพิ่มขึ้น ซึ่งจะเป็นโอกาสที่ทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพเพิ่มขึ้น

2. จากการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจ พบว่า ความพึงพอใจเกี่ยวกับการจัดการอาคารสถานที่ และ พฤติกรรมการให้คำแนะนำของบุคลากรผู้รับบริการมีระดับความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โรงพยาบาลควรหาแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงอาคารและสิ่งแวดล้อมที่ถูกจัดไว้เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งการปรับปรุงให้บุคลากรเกี่ยวกับจิตบริการและการทำงานเป็นทีมเพิ่มขึ้นซึ่งนอกจากจะช่วยสร้างบรรยากาศในการรับบริการแล้วยังเป็นสิ่งที่เพิ่มคุณภาพการให้บริการได้มากขึ้น

3. การปรับปรุงรูปแบบการคัดกรองครั้งนี้ เกิดจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการตัดสินใจปรับปรุงขั้นตอนการให้บริการแต่ละจุดและเปิดโอกาสให้ผู้เกี่ยวข้องได้แสดง

ความคิดเห็นอย่างเปิดกว้าง ถือเป็นกระบวนการทำงานที่เพิ่มประสิทธิผลขององค์กรได้อย่างแท้จริง หน่วยงานสามารถนำขั้นตอนหรือกระบวนการพัฒนาที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานในแผนกอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ถึงแม้ผลการวิจัยพบว่าการปรับปรุงแบบการดำเนินงานมีผลต่อระยะเวลารอคอยและความพึงพอใจของผู้รับบริการ แต่ข้อมูลยังพบว่าพฤติกรรมการให้บริการของบุคลากรยังมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาพฤติกรรมบริการของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะนำมาเป็นแนวทางให้มีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง พร้อมจัดให้เป็นมาตรฐาน เพื่อเป็นแนวทางการเพิ่มคุณภาพการบริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2561). MOPH ED. Triage. สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมการแพทย์. (2565). คู่มือการวิเคราะห์ภาระงาน. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษฎา วรรณจักร, สงครามชัยย์ ลีทองดีสกุล และพัชรา หิรัญวัฒนกุล. (2566). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการเพื่อลดระยะเวลารับบริการของแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนวมิน จัหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี*, 12(3), 82-91.
- กัลยารัตน์ หล้าธรรม, ชัจฉณค์ แพรขาว. (2560). การศึกษาคุณภาพการคัดแยกประเภทผู้ป่วยศรินครินทร์. ใน การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยบัณฑิตศึกษาระดับชาติ และนานาชาติ (1035-1046). มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. (2565). การพัฒนาระบบการวางแผนการจำหน่ายและระบบการฟื้นฟูสภาพทางไกลในการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง. *วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก*, 9(2), 50.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย จำกัด.
- บุรชัย ศิริมหาสาคร. (2560). KAIZEN การปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง. *วารสารสถาบันพัฒนาครู คณาจารย์และบุคลากรทางการศึกษา*.
- ภาสินี คงเพชร. (2557). ผลการใช้รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงด่วนของผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเกาะสมุย. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 28(4), 299-941.
- มยุรี มานะงาน. (2563) ผลของการใช้แนวทางการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความฉุกเฉิน งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจักราช อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 34(3), 52-65.
- เยาวลักษณ์ ผุยหัวโทน และคณะ. (2564). ระบบการคัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉินในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 27(2), 69-83.
- รังสฤษฎ์ รังสรรค์. (2555). การคัดกรองผู้ป่วยด้วยระบบ Emergency Severity Index (ESI). <http://ergoldbook.blogspot.com/2012/10/emergency-severity-index-esi.html>
- วิพุธ เล้าสุขศรีและคณะ. (2564). การทำนายโอกาสรอดชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่มารับการรักษาในห้องฉุกเฉินด้วยระบบการคัดแยก ผู้ป่วยของประเทศไทยและ Trauma and Injury Severity Score (TRISS). *เชียงใหม่เวชสาร*, 60(4), 563-73.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2556). เกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับบริหาร ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ.กำหนด. สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.
- สำนักวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). MOPH ED. Triage. กระทรวงสาธารณสุข.
- สุปิยา ชัยพิสุทธิสกุล และวลีรัตน์ ปุเลทะตั้ง. (2559). การพัฒนาระบบการคัดกรองผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพโรงพยาบาลนาเชือก. <http://www.nachuakhospital.com/forum/index.php?topic=10.0>
- อรรพรรณ ฤทธิ์อินทรางกูร, วรุฒิ ขาวทอง, ปาริณท์ คงสมบุญ และสมศรี เขียวอ่อน. (2561). การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรคประชารักษ์. *วารสารกรมการแพทย์*, 43(2), 146-151.
- อัจฉรวรรณ ศรสว่าง. (2564). ผลการใช้แนวปฏิบัติลดระยะเวลาให้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 6(4), 181-189.
- Christ M, Goransson F, Winter D, Bingisser R, Platz E. (2010). Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int.* 107(50), 892-898. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0892>
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49. 41-50.
- Paul A. (1998). The Deming Cycle [internet]. <http://www.balancedscorecard.org/bkgd/pdca.html>

รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุทัยธานี

Enhancing Health Literacy Through a Community Participation Model for Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes in Uthai Thani Province

ทวีป สมักรการไธ¹, อำนาจ ค้ายาดี²

Taweep Samakkarnthai¹, Amnat Kayadee²

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, ²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบ่มกล้วย

¹Uthai Thani Provincial Public Health Office, ²Nong Bom Kluai Sub-district Health Promoting Hospital

Email: taweep_1964@hotmail.com

Received: 24 Mar., 2025

Revised: 9 Apr., 2025

Accepted: 10 Apr., 2025

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจะมีผลกระทบหลายมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงภาวะเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุทัยธานี โดยบูรณาการแนวคิด ได้แก่ ความรอบรู้สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดำเนินการวิจัย 3 ระยะระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และความต้องการในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 385 คน และภาคีเครือข่าย 12 คน ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ BUDDY Model กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง แห่งละ 12 สัปดาห์ ในกลุ่มผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มละ 30 คน และระยะที่ 3 ประเมินผลและถอดบทเรียน

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยมีความรอบรู้สุขภาพระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.6) โดยด้านความรู้ ความเข้าใจ สูงสุด (ร้อยละ 69.0) แต่การจัดการตนเองต่ำสุด (ร้อยละ 60.4) สะท้อนช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ ระยะที่ 2 กระบวนการ AIC ได้รูปแบบเป็น BUDDY Model มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1. การสร้างความรู้และทักษะ 2. การเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย 3. การขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4. การสนับสนุนการตัดสินใจ 5. การเสริมสร้างพลังด้านสุขภาพ ผลการทดลองใช้รูปแบบ BUDDY Model พบว่า ความรอบรู้สุขภาพ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($Z = -2.85$ ถึง -3.31 , $p < 0.05$) โดยเฉพาะการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นร้อยละ 39.3 แม้ระดับ HbA1C จะลดลงเพียงร้อยละ 0.4 ($p > 0.05$) ซึ่งอาจเนื่องจากระยะเวลาทดลองสั้นเกินไปสำหรับการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมี ทั้งนี้ ทั้งพื้นที่ต้นแบบและพื้นที่ขยายผลแสดงผลลัพธ์ที่ใกล้เคียงกัน โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยไม่เกินร้อยละ 5 ระยะที่ 3 พบความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในระดับสูง (ร้อยละ 84.0-90.0) โดยมีจุดแข็งที่การเยี่ยมบ้านและการใช้ยางยืด แต่พบข้อจำกัดด้านทักษะการใช้ LINE ในการติดตามผู้สูงอายุและระยะเวลาทดลองมีระยะสั้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย นอกจากการพัฒนาทักษะดิจิทัลกลุ่มผู้สูงอายุและการสร้างระบบสนับสนุน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างต่อเนื่องแล้ว ควรมีการพัฒนา BUDDY Model บูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพปฐมภูมิ

วิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเมื่อเทียบกับการรักษาภาวะแทรกซ้อน ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อความสำเร็จ รวมถึงขยายขอบเขตการวิจัยไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ เพื่อความยั่งยืนของรูปแบบในระยะยาว

คำสำคัญ: รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน, ความรอบรู้สุขภาพ, การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด, BUDDY Model

Abstract

Type 2 Diabetes Mellitus is a critical public health issue both globally and nationally. Diabetes affects multiple dimensions including physical, psychological, social, and economic well-being, particularly among patients with uncontrolled blood glucose levels. This research and development study aimed to develop a community participation model to enhance Health Literacy for improving glycemic control among uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus patients in Uthai Thani Province. The Frameworks integrated three concepts. Health Literacy, Social Support, and the Health Belief Model. The research was conducted in three phases from August 2024 to February 2025. Phase 1 assessed the situation and needs of 385 patients and 12 health network stakeholders. Phase 2 developed and tested the BUDDY Model in two sub-district health promoting hospitals, each for 12 weeks, involving 30 patients and 30 Village Health Volunteers (VHVs) per site. Phase 3 evaluated outcomes and extracted lessons learned.

Findings from Phase 1 indicated Health Literacy among patients was at moderate levels (65.6%), with the highest scores in knowledge/understanding (69.0%) and the lowest in self-management (60.4%), highlighting a gap between knowledge and practice. In Phase 2 The development of the BUDDY Model, which is the result of using the Appreciation Influence Control (AIC) process, has 5 components: Building Knowledge & Skills, Understanding Patient Needs, Driving Behavioral Change, Decision Making Support, and Your Health Empowerment. The intervention significantly improved Health Literacy, attitudes, and self-care behaviors ($Z = -2.85$ to -3.31 , $p < 0.05$), notably increasing physical activity by 39.3%, though HbA1C reduction was minimal at 0.4% ($p > 0.05$), possibly due to the short intervention duration for biochemical changes. Both the pilot and expansion areas showed similar results, with mean differences not exceeding 5%. Phase 3 revealed high satisfaction and participation rates (84.0–90.0%), with strengths in home visits and resistance band use, but limitations in elderly patients' digital literacy skills with LINE application and the short intervention period.

Recommendations include enhancing digital skills among the elderly and establishing sustained VHV support systems. Additionally, the BUDDY Model should be integrated into primary healthcare systems, cost-effectiveness analyses should be conducted compared to complication treatments, personal and environmental factors influencing success should be studied, and the model should be expanded to other non-communicable diseases to ensure long-term sustainability.

Keywords: Community Participation Model, Health Literacy, Glycemic Control, BUDDY Model

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานจะมีผลกระทบหลายมิติทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงภาวะเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Uncontrolled Diabetes) ซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง อันส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและภาระทางเศรษฐกิจ (American Diabetes Association, 2021; Stratton et al., 2000) ในปี ค.ศ. 2019 พบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2045 ทั่วโลกจะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 700 ล้านคน (International Diabetes Federation [IDF], 2019) ในประเทศไทย ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 แสดงให้เห็นว่าความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 9.5 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2564) ที่น่าวิตกคือมีผู้ป่วยเบาหวานเพียงร้อยละ 43.2 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย ($HbA1c < 7\%$) (สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2563) การศึกษาในระดับจังหวัด โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทอย่างจังหวัดอุทัยธานี ซึ่งมีทรัพยากรทางสาธารณสุขที่จำกัด แสดงให้เห็นถึงความท้าทายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน จากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดอุทัยธานี พบว่าอัตราการเข้ารับการตรวจสุขภาพอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าระหว่างร้อยละ 80-86 ซึ่งสะท้อนถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดี อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาประสิทธิผลของการรักษา พบว่าอัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียังอยู่ในระดับต่ำ โดยมีค่าเฉลี่ยเพียงร้อยละ 36-49 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี, 2567) จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี (2567) พบว่าแม้อัตราการเข้ารับการตรวจสุขภาพจะอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 80-86) แต่อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดียังอยู่ในระดับต่ำ โดยมี

ค่าเฉลี่ยเพียงร้อยละ 36-49 ผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงทั่วร่างกาย โดยภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดแดงขนาดเล็ก (Karuranga, Fernandes, Huang, & Malanda, 2017)

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายการรักษามีปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องได้แก่ การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องมีความรอบรู้ สุขภาพที่เพียงพอ (Schillinger et al., 2002) ความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึงข้อมูล สื่อสารความต้องการ ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพและการบริการทางสุขภาพที่ได้รับ ทำให้บุคคลมีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลสุขภาพตนเอง จัดการสุขภาพตนเองและเงื่อนไขสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง ครอบครัวและชุมชน (อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560; Centers for Disease Control and Prevention, 2020) ความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy) เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและมีความสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของตนเอง (World Health Organization, 1998) ผู้ป่วยที่มีความรอบรู้สุขภาพที่เพียงพอจะสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่า 2.03 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีความรอบรู้สุขภาพไม่เพียงพอ และพบว่า มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตและหลอดเลือดเป็น 2.33 เท่าและ 2.71 เท่าตามลำดับ (Schillinger et al., 2002)

นอกจากแนวคิดความรอบรู้สุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอีกเป็นจำนวนมาก จากการทบทวนผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นความรู้สึกนึกคิด

ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสุขภาพของตนเอง ผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีจะมีความรอบรู้สุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดี (Toci et al., 2014) ซึ่งในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผู้ที่รับรู้ภาวะสุขภาพในระดับสูงจะมีความรอบรู้สุขภาพระดับสูงเช่นกัน (กอบกุล มาดีคาน และคณะ., 2562) ส่วนงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นปัจจัยระดับสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวในระดับสูงจะมีความรอบรู้สุขภาพในระดับสูง (กอบกุล มาดีคาน และคณะ., 2562) และยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะทำให้มีความรอบรู้สุขภาพดีขึ้นและมีการรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง (Liu et al., 2019)

ดังนั้นจากสถานการณ์และนโยบายที่สำคัญ ผู้วิจัยจึงมุ่งพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุทัยธานี เพื่อศึกษาประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นและศักยภาพความพร้อมของพื้นที่ ส่งผลให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจแนวคิดความรอบรู้สุขภาพ(Health Literacy Concept) ของกองสุขศึกษา (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) นำมาพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ มาใช้ในการวิจัยเชิงทดลองและ เพื่อเปรียบเทียบผลการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพต่อเจตคติ ความรู้และระดับน้ำตาลในเลือด ระยะก่อนทดลอง หลังทดลองและติดตามผล ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจะเป็นทางเลือกในการช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นไปตามเป้าหมายการรักษาของกรมควบคุมโรค (ค่า Fasting Blood Sugar (FBS) อยู่ระหว่าง 70-130 mg/dl และ HbA1C (Hemoglobin A1C) < 7) สามารถลดภาวะแทรกซ้อน และลดค่าใช้จ่ายที่ภาครัฐสนับสนุนเป็นจำนวนมากในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และความต้องการความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ในจังหวัดอุทัยธานี
2. เพื่อพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุทัยธานี
3. เพื่อเปรียบเทียบผลของการใช้รูปแบบการในการพัฒนาการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ เจตคติ ความรู้เกี่ยวกับการคุมระดับน้ำตาลในเลือดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง
4. เพื่อประเมินรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุทัยธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ แนวคิดความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) มาช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

แนวคิดความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy)

แนวคิดความรอบรู้สุขภาพถูกนำมาใช้เป็นกรอบในการพัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1998) ที่ระบุว่าความรอบรู้สุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและธำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยมุ่งพัฒนาคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญ 6

ประการ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) ทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) การจัดการตนเอง (Self-management) และการรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) ร่วมกับการจำแนกระดับความรอบรู้สุขภาพตามแนวคิดของ Nutbeam (2000) เป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน (Functional Literacy) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Literacy) และระดับวิจารณ์ญาณ (Critical Literacy)

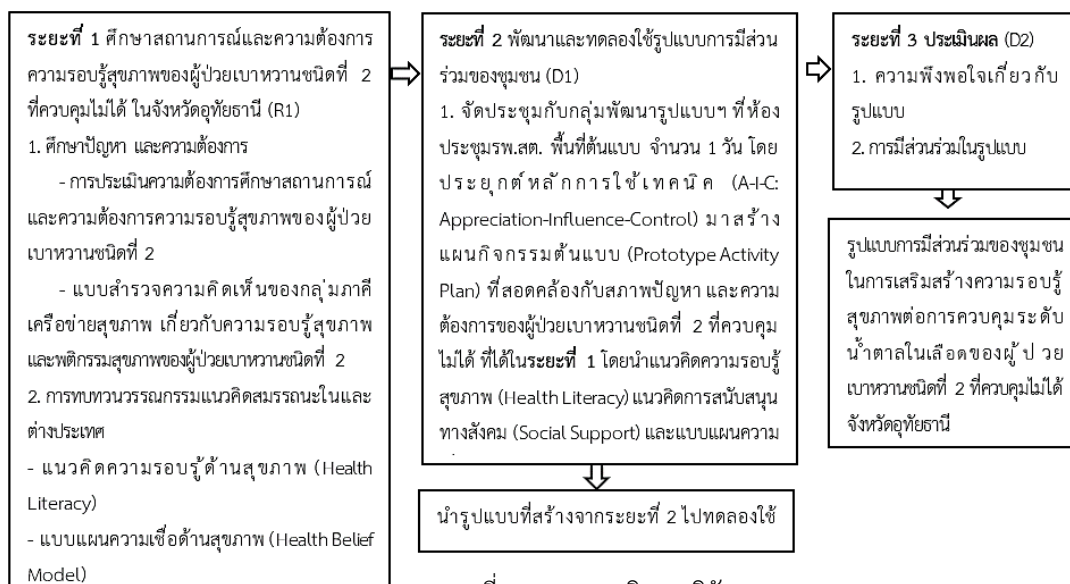
แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมได้ถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรมคู่มือ โดยกำหนดให้อสม. เป็นผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหลากหลายมิติ ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนด้านอารมณ์ผ่านการให้กำลังใจและการเสริมสร้างความมั่นใจ การสนับสนุนด้านการประเมินผ่านการติดตามและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ และการสนับสนุนด้านทรัพยากรผ่านการช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการสุขภาพและแหล่งความรู้ที่จำเป็น รวมถึงพัฒนาระบบสนับสนุนเชิงโครงสร้าง เช่น ระบบบันทึกข้อมูลประจำตัว ระบบปฏิทินการนัดหมาย และระบบการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว (House, 1981)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกระบวนการ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาการรับรู้ในมิติต่างๆ ให้กับ อสม. ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรคและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ (Perceived Benefits) การรับรู้และการจัดการกับอุปสรรคในการดูแลตนเอง (Perceived Barriers) รวมถึงการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-efficacy) ผ่านการสนับสนุนและให้กำลังใจจาก อสม. (Rosenstock, 1974)

การบูรณาการแนวคิดทั้งสามประการนี้นำไปสู่การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความครอบคลุมและเป็นองค์รวม โดยผสมผสานการพัฒนาความรู้และทักษะที่จำเป็น การจัดระบบสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง และการปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อนำไปสู่การลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในระยะยาว (International Diabetes Federation, 2019)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ในจังหวัดอุทัยธานี โดยบูรณาการแนวคิดที่สำคัญ 3 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy) แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เพื่อพัฒนากรอบแนวคิดในการวิจัย การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และความต้องการ ความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ในจังหวัดอุทัยธานี

ในระยะนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับ ปัญหาโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ผู้วิจัยศึกษารวบรวมสถิติสาธารณสุขของหน่วยงาน รวมถึงการศึกษา แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรม เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ จากเอกสาร วิชาการ และหาข้อมูลเกี่ยวกับทักษะความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 385 คน ในจังหวัดอุทัยธานี โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม ความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือด ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้แจ้ง แตรณด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความ ดันโลหิตสูง ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล และเก็บ ข้อมูลเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับสภาพ และความสำคัญของ ปัญหา กิจกรรมที่ได้ดำเนินการมาแล้ว ผลสำเร็จของ โครงการ ความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนากิจกรรมสำหรับ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เครื่องมือที่ใช้

เป็นแนวคำถามเพื่อสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เรื่องความคิดเห็นของกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 12 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง ดังนี้ พยาบาลวิชาชีพใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน 3 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ ควบคุมไม่ได้ 5 คน ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ 2 คนโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยการสร้างจากการศึกษา เพื่อปัญหา และแนวทาง การดำเนินงานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ รวมถึงความ ต้องการพัฒนาทักษะความรอบรู้สุขภาพ

ระยะที่ 2 พัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการ เสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัด อุทัยธานี

ระยะพัฒนารูปแบบนี้เป็นการร่วมทำงานระหว่าง กลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพและผู้วิจัยเพื่อวางแผนอย่างมีส่วนร่วม โดยมีการจัดประชุมกับกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ ที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่ ต้นแบบ จำนวน 1 วัน โดยประยุกต์หลักการใช้เทคนิค (A-I-C Appreciation-Influence-Control) มาสร้างแผน กิจกรรมต้นแบบ (Prototype Activity Plan) ที่สอดคล้อง กับสภาพปัญหา และความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ และดำเนินกิจกรรม ในชุมชนที่ได้ในระยะที่ 1 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดทักษะความรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy Skill) ในการคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ในแต่ละ กิจกรรม ได้นำเอาแนวคิดด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และแนวคิดสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มาใช้ในการทำกิจกรรมฯ (รายละเอียดของแผน กิจกรรมอยู่ในภาคผนวก) จำนวน 12 สัปดาห์ และระยะ ติดตาม 6 สัปดาห์ ภาคีเครือข่ายสุขภาพ และผู้วิจัยได้เสนอ

แผนกิจกรรมต้นแบบที่สร้างขึ้นกับผู้เชี่ยวชาญ (กลุ่มเดิมที่ให้คำแนะนำในการสร้างและปรับปรุงเครื่องมือวิจัยเพื่อรวบรวมข้อมูล และได้ปรับปรุงแผนกิจกรรมฯ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้นก่อนนำมาทดลองใช้

ผู้วิจัยได้นำแผนกิจกรรมที่สร้างขึ้นมาทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน โดยนำแผนกิจกรรม ไปดำเนินการกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน ที่หมู่ 1, 7 และ 10 ตำบลพื้นที่ต้นแบบ จังหวัดอุทัยธานี เป็นเวลา 12 สัปดาห์ และระยะติดตาม 6 สัปดาห์ ประเมินผลโดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ เจตคติ ความรู้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ในระยะก่อนทดลอง หลังทดลอง และระยะประเมินผล รวมทั้งประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ (HbA1c) และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ที่กลุ่มทดลองไปเป็นบัดดี้ มีการรวบรวมข้อมูลก่อน-หลัง หลังการทดลอง และระยะติดตามใช้แผนกิจกรรมฯ นำรูปแบบที่ได้ไปขยายผลในพื้นที่ หมู่ที่ 2, 5 และ 12 ตำบลพื้นที่ขยายผล จังหวัดอุทัยธานี เป็นเวลา 12 สัปดาห์

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุทัยธานี

ประเมินผลความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมของกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ และกลุ่มทดลอง เพื่อพิสูจน์ประสิทธิผลของแผนกิจกรรมฯ และได้ร่วมกันพิจารณาปรับปรุงเพิ่มเติมให้แผนกิจกรรมฯ มีความสมบูรณ์ และเหมาะสมยิ่งขึ้น และได้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุทัยธานี ที่สามารถนำไปเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุทัยธานีต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยใน **ระยะที่ 1** แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ แบบประเมินความรอบรู้สุขภาพ จำนวน 30 ข้อ ที่พัฒนาตามมาตรฐานแบบลิเคอร์ท 5 ระดับ และแบบประเมินพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จำนวน 10 ข้อ กลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพ ใช้แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกที่พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและวัตถุประสงค์การวิจัย **ระยะที่ 2** มีการพัฒนาแผนกิจกรรมต้นแบบโดยใช้เทคนิค A-I-C และผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน การใช้แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพ เจตคติ ความรู้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและการวัดระดับ HbA1C เพื่อประเมินผลการทดลองใช้รูปแบบสำหรับ **ระยะที่ 3** ใช้แบบประเมินความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม อย่างละ 10 ข้อ ที่พัฒนาตามมาตรฐานแบบลิเคอร์ท 5 ระดับ รวมถึงแนวทางการถอดบทเรียนที่พัฒนาขึ้นเพื่อการประเมินผลเชิงคุณภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2568 รวมระยะเวลา 6 เดือน โดยแบ่งเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ระยะที่ 1 ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคมถึงกันยายน 2567 ระยะที่ 2 ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม 2567 ถึงมกราคม 2568 โดยใช้การเหลื่อมเวลาระหว่างการทดลองที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 2 แห่ง และระยะที่ 3 ดำเนินการในช่วงเดือนมกราคม 2568 ถึงกุมภาพันธ์ 2568 การเก็บข้อมูลในแต่ละระยะดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือวิจัยและการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยความถี่และร้อยละ

ความรอบรู้สุขภาพ เจตคติ พฤติกรรม HbA1C ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมร่วมด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Wilcoxon Signed-Rank Test เปรียบเทียบก่อน-หลัง เกณฑ์การให้คะแนนในแบบสอบถามกำหนดให้ข้อความเชิงบวก 1 (ไม่เคยปฏิบัติ) ถึง 5 (ปฏิบัติเป็นประจำ) ส่วนข้อความเชิงลบ 5 (ไม่เคยปฏิบัติ) ถึง 1 (ปฏิบัติเป็นประจำ) การแปลผลคะแนนแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่าใช้เกณฑ์ 1.00-2.33 = ระดับต่ำ 2.34-3.67 = ระดับปานกลาง 3.68-5.00 = ระดับสูง ส่วนการแปลผลร้อยละของคะแนนเต็มใช้เกณฑ์ ร้อยละ 80.0 ขึ้นไป = ระดับสูง ร้อยละ 60.0-79.9 = ระดับปานกลาง ต่ำกว่าร้อยละ 60.0 = ระดับต่ำ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพจากสัมภาษณ์ และบทเรียนใช้วิเคราะห์เนื้อหาตาม Erlingsson และ Brysiewicz โดย

ค้นเคยข้อมูล สร้างรหัส ค้นหาประเด็น ทบทวน ตั้งชื่อประเด็น และเขียนรายงานเชื่อมคำถามวิจัยทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถอธิบายปรากฏการณ์ที่ศึกษาได้อย่างครอบคลุมและลึกซึ้ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างมีการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย แนวทางในการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อหรือรายละเอียดของผู้ให้ข้อมูล และข้อมูลถูกนำเสนอในภาพรวม โดยจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี รหัสจริยธรรม การวิจัยเลขที่ AF 04-08/02.0 วันที่รับรอง 22 สิงหาคม 2567

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และความต้องการความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมการคุมระดับน้ำตาลในเลือด (N = 385)

ตัวแปร	หมวดหมู่	N	ร้อยละ
เพศ	ชาย	165	42.86
	หญิง	220	57.14
อายุ (ปี)	30-45	50	12.99
	46-60	180	46.75
	60 ปีขึ้นไป	155	40.26
สถานภาพสมรส	โสด	60	15.58
	สมรส	225	58.44
การศึกษา	หม้าย/แยก/หย่าร้าง	100	25.98
	ไม่ได้ศึกษา	90	23.38
	ประถมศึกษา	200	51.95
	มัธยมศึกษา	75	19.48
	อุดมศึกษา	20	5.19
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	120	31.17
	รับราชการ	15	3.90
	รับจ้าง	80	20.78
	ค้าขาย	70	18.18

ตัวแปร	หมวดหมู่	N	ร้อยละ
ระยะเป็นเบาหวาน (ปี)	เกษตรกรรม	90	23.37
	อื่นๆ	10	2.60
	0-5	140	36.36
	6-10	160	41.56
	10 ปีขึ้นไป	85	22.08
ภาวะแทรกซ้อน	ไม่มี	230	59.74
	มี (ตา/ไต/เท้า)	155	40.26

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 57.10 อยู่ในช่วงอายุ 46-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.75 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 61 ปี, อายุต่ำสุด 26 ปี สูงสุด 88 ปี สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 58.44 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 51.95 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 23.37 โดยมีระยะการเป็นเบาหวานอยู่ในช่วง 6-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.56 ประวัติไม่เป็นโรคร่วม คิดเป็นร้อยละ 59.74

ตารางที่ 2 ความรอบรู้สุขภาพ (N = 385)

องค์ประกอบ	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	ร้อยละ	ระดับ
การเข้าถึงข้อมูล	25	16.50	2.50	66.00	ปานกลาง
ความรู้/ความเข้าใจ	25	17.30	2.40	69.00	ปานกลาง
ทักษะการสื่อสาร	25	15.80	3.00	63.20	ปานกลาง
การตัดสินใจ	25	16.20	3.10	64.80	ปานกลาง
การจัดการตนเอง	25	15.10	3.20	60.40	ปานกลาง
การรู้เท่าทันสื่อ	25	15.50	3.30	62.00	ปานกลาง
รวม	150	98.40	13.60	64.27	ปานกลาง

จากผลการศึกษาตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.27) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 98.4 (SD=13.60) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือ ด้านความรู้/ความเข้าใจ (ร้อยละ 69.00) รองลงมาคือด้านการเข้าถึงข้อมูล (ร้อยละ 66.00) ด้านการตัดสินใจ (ร้อยละ 64.80) ด้านทักษะการสื่อสาร (ร้อยละ 63.20) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ (ร้อยละ 62.00) และด้านที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ด้านการจัดการตนเอง (ร้อยละ 60.40) ซึ่งทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 2.4-3.3 แสดงให้เห็นว่าคะแนนมีการกระจายตัวใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลควบคุมโรคเบาหวาน (N = 385)

ตัวชี้วัด	คะแนนเต็ม	$\bar{X}$	SD	ร้อยละ	ระดับ
รวมพฤติกรรม	50	31.50	7.00	63.00	ปานกลาง
- การควบคุมอาหาร	10	6.80	2.00	68.00	ปานกลาง
- การออกกำลังกาย	5	2.80	1.20	56.00	ต่ำ
- การใช้ยา	10	8.50	1.50	85.00	สูง
- การดูแลเท้า	15	9.20	2.50	61.33	ปานกลาง
- การพบแพทย์/ตรวจสุขภาพ	10	4.20	2.00	42.00	ต่ำ

จากผลการศึกษาดังกล่าวที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.0) โดยมีคะแนนเฉลี่ย 31.5 (SD=7.0) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือ การใช้ยา (ร้อยละ 85.0) รองลงมาคือ การควบคุมอาหาร (ร้อยละ 68.0) และการดูแลเท้า (ร้อยละ 61.3) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีคะแนนต่ำคือ การออกกำลังกาย (ร้อยละ 56.0) และการพบแพทย์/ตรวจสุขภาพ (ร้อยละ 42.0) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญกับการใช้ยาเป็นหลัก แต่ยังขาดการดูแลสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและการเข้ารับการตรวจสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกภาคีเครือข่ายสุขภาพ 12 คน พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาล โดยพยาบาลระบุว่า "ผู้ป่วยที่มาพบส่วนใหญ่ HbA1C เกินร้อยละ 9 เพราะทำงานไร่ไถเหนื่อยหนัก ไม่มีเวลาดูแลตัวเอง" สอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์ของผู้ป่วยที่ว่า "รู้ว่าเป็นเบาหวาน แต่ต้องทำงานไม่มีเวลาไปหาหมอ" พบปัญหาด้านความรู้สุขภาพตามที่ อสม. กล่าวว่า "คนไข้กับญาติอ่านฉลากยาไม่ค่อยออก บางทีให้อสม. ดูให้" และการสนับสนุนทางสังคมมีจำกัด ดังที่ผู้ดูแลระบุว่า "ฉันทำกับข้าวให้แม่ทุกวัน แต่ไม่มีใครสอนว่าต้องลดหวานยังไง"

เมื่อวิเคราะห์ตามกรอบแนวคิด พบว่าปัญหาหลักเกิดจากวิถีชีวิตการทำไร่ไถและรับจ้างที่จำกัดเวลาในการดูแลสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยมีอุปสรรคจากการรับรู้และความเชื่อที่ไม่เหมาะสม ดังที่ อสม. เล่าว่า "บางคนบอกกินอะไรก็ตายเหมือนกัน เลยไม่กินยา" ทำให้เกิดความต้องการในการพัฒนาระบบสนับสนุน ทั้งด้านความรู้และทรัพยากร ดังที่พยาบาลเสนอว่า "อยากให้ อสม. มีเครื่องวัดน้ำตาลและอบรมเรื่องเบาหวานให้ครอบครัว" เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน

ระยะที่ 2 การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพ

การศึกษาในระยะที่ 2 มุ่งเน้นการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในจังหวัดอุทัยธานี โดยใช้เทคนิค A-I-C (Appreciation-Influence-Control) ในการพัฒนารูปแบบ BUDDY Model ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ออกแบบมาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน

ในขั้นตอนการวิเคราะห์ Appreciation นักวิจัยค้นพบจุดแข็งของชุมชน โดยเฉพาะความตั้งใจและประสบการณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพ จากคำบอกเล่าที่ว่า "เคยทำมาทุกคน มีไม้กระบอง มีอยู่พักหนึ่ง" สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพและความมุ่งมั่นของชุมชนในการดูแลสุขภาพ

ในขั้นตอน Influence พบว่าปัจจัยสำคัญที่จะช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานคือการใช้เทคโนโลยีและการติดตามอย่างใกล้ชิด ดังคำแนะนำที่ว่า "น่าจะใช้ไลน์หมู่บ้านส่งความรู้ ผู้สูงอายุใช้ไลน์กันหมดแล้ว" ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการสื่อสารและให้ความรู้ด้านสุขภาพ

ขั้นตอน Control นำไปสู่การพัฒนากิจกรรมที่เป็นรูปธรรม เช่น การใช้ยางยืดในการออกกำลังกายและการบันทึกติดตามอย่างเป็นระบบ ดังคำกล่าวที่ว่า "เราจะมีสมุดในเรื่องว่าเขาออกกำลังกายยังไง จะมีสมุดไปให้" ซึ่งแสดงถึงความต้องการในการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ผลจากการวิเคราะห์ A-I-C (Appreciation-Influence-Control) นำไปสู่การพัฒนารูปแบบ BUDDY Model ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การสร้างความรู้และทักษะ (Building Knowledge & Skills) 2) การเข้าใจความต้องการผู้ป่วย (Understanding Patient Needs) 3) การขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Driving Behavioral Change) 4) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Making Support) และ 5) การเสริมพลังสุขภาพ (Your Health Empowerment) โดยเชื่อมโยงกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดความรู้สุขภาพ

การนำรูปแบบ BUDDY Model ไปทดลองใช้ใน 2 พื้นที่ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพื้นที่ต้นแบบและพื้นที่ขยายผล โดยมีกลุ่มตัวอย่างรวม 120 คน (ผู้ป่วย 60 คน และ อสม. 60 คน) พบว่าทั้งสองพื้นที่มีผลลัพธ์ในระดับปานกลาง มีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นในทุกด้าน ทั้งความรอบรู้สุขภาพ เจตคติ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับ HbA1C

ตาราง 4 ผลการทดลองใช้ BUDDY Model (n=30)

ตัวชี้วัด	กลุ่ม	พื้นที่ต้นแบบ	พื้นที่ขยายผล	Z	p-value
ความรอบรู้สุขภาพ	ผู้ป่วย	32.5±4.2 / 35.8±4.0	33.0±4.5 / 36.2±4.3	-2.98/-2.87	< 0.05
	อสม.	36.7±3.8 / 39.2±3.5	37.1±3.6 / 39.5±3.4	-2.76/-2.65	< 0.05
เจตคติ	อสม.	34.5±4.0 / 36.8±3.7	35.0±3.9 / 37.2±3.6	-2.63/-2.58	< 0.05
พฤติกรรม-อาหาร	ผู้ป่วย	6.2±1.8 / 7.5±1.6	6.4±1.9 / 7.8±1.5	-3.15/-3.22	< 0.05
- ออกกำลังกาย	ผู้ป่วย	2.8±1.2 / 3.9±1.1	2.9±1.3 / 4.1±1.0	-3.24/-3.31	< 0.05
- การใช้ยา	ผู้ป่วย	8.0±1.5 / 8.8±1.2	8.1±1.4 / 8.9±1.1	-2.45/-2.52	< 0.05
HbA1C	ผู้ป่วย	8.4±1.2 / 8.0±1.1	8.5±1.3 / 8.1±1.2	-1.45/-1.38	> 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า ความรอบรู้สุขภาพ เจตคติ และพฤติกรรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) การออกกำลังกายเพิ่มร้อยละ 39.3 HbA1C ลดร้อยละ 0.4 แต่ไม่มีความหมายทางสถิติ ($p > 0.05$)

การประเมินผลเชิงคุณภาพของรูปแบบ BUDDY Model

แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการแก้ปัญหาการจัดการตนเองที่พบในระยะที่ 1 โดยองค์ประกอบ Building Knowledge & Skills สะท้อนผ่านคำพูดของ อสม. ที่ว่า “มีการอบรมและให้ความรู้ผ่าน LINE” ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการอบรมแบบดั้งเดิมกับเทคโนโลยีสมัยใหม่ ด้าน Understanding Patient Needs เห็นได้จากการที่ อสม. ระบุว่า “การเยี่ยมบ้านทำให้รู้ปัญหาจริง” ในส่วนของ Driving Behavioral Change ผู้ป่วยยืนยันประสิทธิผลของการใช้ยาที่ดีว่า “ยาที่ดี ทำเองได้” สำหรับ Decision Making Support ผู้ป่วยแสดงความตระหนักว่า “รู้ว่าต้องควบคุมไม่จู้จี้” และ Your Health Empowerment สะท้อนผ่านคำพูดของผู้ป่วยที่ว่า “มีกำลังใจมากขึ้น มี อสม. คอยเยี่ยม”

ระยะที่ 3 การประเมินผลและถอดบทเรียน

ตาราง 5 ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม

ตัวชี้วัด	กลุ่ม	$\bar{X} \pm SD$	ร้อยละ	ระดับ
ความพึงพอใจ	อสม.	4.2 ± 0.7	84.0	สูง
	ภาคี	4.4 ± 0.6	88.0	สูง
การมีส่วนร่วม	อสม.	4.3 ± 0.7	86.0	สูง
	ภาคี	4.5 ± 0.6	90.0	สูง

จากการวิเคราะห์ผลการประเมินความพึงพอใจ และการมีส่วนร่วมของรูปแบบ BUDDY Model พบว่า ทั้งกลุ่ม อสม. และภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจในระดับสูง โดยภาคีเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยสูงกว่า (4.4 ± 0.6) เมื่อเทียบกับ อสม. (4.2 ± 0.7) ในด้านการมีส่วนร่วมกับบนวโน้มเดียวกัน คือภาคีเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยสูงกว่า (4.5 ± 0.6) เมื่อเทียบกับ อสม. (4.3 ± 0.7)

สรุปผลการวิจัยโดยรวม

การวิจัยและพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุทัยธานี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยการจัดการตนเอง การออกกำลังกาย และการพบแพทย์เป็นด้านที่มีคะแนนต่ำที่สุด อุปสรรคสำคัญคือภาระงานทางการเกษตร การขาดความรู้ และระบบสนับสนุนทางสังคมที่จำกัด

จากการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค A-I-C เกิดเป็นรูปแบบ "BUDDY Model" ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การสร้างความรู้และทักษะ (Building Knowledge & Skills) การเข้าใจความต้องการผู้ป่วย (Understanding Patient Needs) การขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Driving Behavioral Change) การสนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Making Support) และการเสริมพลังสุขภาพ (Your Health Empowerment) ผลการทดลองพบว่าเกิดการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ของความรอบรู้สุขภาพ เจตคติ และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง โดยเฉพาะการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นร้อยละ 39.3 ขณะที่ระดับ HbA1c ลดลงร้อยละ 0.4 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 84.0-90.0)

องค์ความรู้ใหม่ที่ค้นพบคือการบูรณาการแนวคิด ความรอบรู้สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพผ่านระบบคู่หู โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้สนับสนุนหลัก ผสมผสาน

เทคโนโลยีที่เข้าถึงได้ง่าย กับกลไกการเยี่ยมบ้าน และการใช้อย่างยืดหยุ่นเป็นเครื่องมือออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตเกษตรกร นวัตกรรมสำคัญคือการเน้นการเสริมพลังให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งแม้ว่าผลทางคลินิกจะยังไม่ชัดเจนเนื่องจากข้อจำกัดด้านระยะเวลา แต่การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมและความรอบรู้มีแนวโน้มส่งผลดีต่อการควบคุมโรคในระยะยาว รูปแบบ "BUDDY Model" จึงเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพสำหรับชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

อภิปรายผล

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดอุทัยธานี ผลการวิจัยนำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. สถานการณ์และความต้องการความรอบรู้สุขภาพ

ผลการศึกษาระยะที่ 1 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้มีความรอบรู้สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 65.6) โดยด้านความรู้/ความเข้าใจมีคะแนนสูงสุด (ร้อยละ 69.0) และด้านการจัดการตนเองมีคะแนนต่ำสุด (ร้อยละ 60.4) สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam (2000) ที่แบ่งความรอบรู้สุขภาพเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้พื้นฐาน (Functional Literacy) การสื่อสาร (Interactive Literacy) และการประยุกต์ใช้ (Critical Literacy) โดยผู้ป่วยมักมีข้อจำกัดในระดับการประยุกต์ใช้

ด้านพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.0) โดยด้านการใช้ยามีคะแนนสูงสุด (ร้อยละ 85.0) ขณะที่การออกกำลังกาย (ร้อยละ 56.0) และการพบแพทย์ตรวจสุขภาพ (ร้อยละ 42.0) มีคะแนนต่ำ สะท้อนช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Toci et al. (2014) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมักให้ความสำคัญกับการใช้ยามากกว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การสัมภาษณ์เชิงลึกพบข้อจำกัดด้านความรู้สุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมเบาหวาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ Liu et al. (2019) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการจัดการตนเองและการเข้ารับการรักษของผู้ป่วยเบาหวาน

2. การพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบ BUDDY Model ระยะที่ 2 ใช้เทคนิค A-I-C ในการพัฒนารูปแบบ BUDDY Model ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก กระบวนการนี้เปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้น สอดคล้องกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ที่เน้นการสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูล เครื่องมือ และการประเมิน

การบูรณาการแนวคิดความรู้สุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเข้าด้วยกันเป็นจุดเด่นของ BUDDY Model สอดคล้องกับแนวคิดของ Rosenstock (1974) ที่เน้นการรับรู้ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ผลการทดลองใช้ BUDDY Model พบว่าความรู้สุขภาพของผู้ป่วยและ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Sørensen et al. (2012) ที่ระบุว่า การสนับสนุนจากชุมชนและการเข้าถึงข้อมูลที่มีคุณภาพช่วยพัฒนาความรู้สุขภาพ

ด้านพฤติกรรม การดูแลตนเอง พบการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนในการออกกำลังกาย (เพิ่มร้อยละ 39.3) และการควบคุมอาหาร (เพิ่มร้อยละ 21.0) แสดงให้เห็นว่าการมีอาสาสมัครคู่มือเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Strom & Egede (2012) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานได้ถึงร้อยละ 20-30

อย่างไรก็ตาม ระดับ HbA1C ลดลงเพียงร้อยละ 0.4 และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) สอดคล้องกับ

งานวิจัยของ Powers et al. (2017) ที่แนะนำระยะเวลา 12-24 สัปดาห์เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่ชัดเจน

3. การประเมินรูปแบบ BUDDY Model

ผลการประเมินในระยะที่ 3 พบว่าทั้งกลุ่ม อสม. และภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในระดับสูง (ร้อยละ 84.0-90.0) สะท้อนการยอมรับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การประเมินเชิงคุณภาพพบว่า ยากยัดและการเยี่ยมบ้านเป็นกลไกสำคัญของความสำเร็จ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lorig et al. (2001) ที่พบว่าการสนับสนุนจากชุมชนช่วยเพิ่มการจัดการตนเองในโรคเรื้อรัง

จุดแข็งของ BUDDY Model คือการออกแบบที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน แต่มีข้อจำกัดด้านทักษะการใช้ LINE ในผู้สูงอายุและระยะเวลาทดลองสั้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Lee et al. (2016) ที่ชี้ให้เห็นว่าการใช้เทคโนโลยีในผู้สูงอายุต้องการการฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง การเปรียบเทียบผลลัพธ์ระหว่างพื้นที่ต้นแบบและพื้นที่ขยายผลที่พบความแตกต่างไม่เกินร้อยละ 5 ชี้ให้เห็นความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปขยายผล

ในภาพรวม BUDDY Model สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านความรู้สุขภาพที่พบในระยะที่ 1 โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนต่ำสุด องค์ประกอบทั้ง 5 ด้านของรูปแบบสะท้อนการบูรณาการแนวคิดอย่างเป็นระบบ

การมีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่การพัฒนารูปแบบด้วยเทคนิค A-I-C ไปจนถึงการประเมินผลเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้รูปแบบได้รับการยอมรับสูง จุดเด่นของรูปแบบคือการใช้อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นคู่มือและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการติดตาม อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงทางคลินิกอาจต้องใช้เวลาเกินกว่า 12 สัปดาห์ของการศึกษา ซึ่งจำเป็นต้องพิจารณาในการพัฒนาและขยายผลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

การประยุกต์ใช้ BUDDY Model ในระดับชุมชน ขยายการดำเนินงานไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลอื่น ๆ โดยเน้นการเยี่ยมบ้านและการใช้อย่างยืดหยุ่น กลไกหลักในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ บุคลากรการมีส่วนร่วมของครอบครัวผู้ป่วยเพื่อเพิ่มมิติ Emotional Support และ Informational Support ตามแนวคิดของ House (1981)

การพัฒนาทักษะการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล พัฒนา คู่มือการใช้ LINE ที่เข้าใจง่ายและจัดอบรมทักษะดิจิทัล สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อลดช่องว่างทางเทคโนโลยีตามที่ Lee et al. (2016) แนะนำ สร้างระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติใน LINE เพื่อกระตุ้นพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ

การสร้างควมยั่งยืนของรูปแบบ ออกแบบระบบ รางวัลใจ เช่น ใบประกาศเกียรติคุณสำหรับผู้ป่วยและ อสม. ที่ปฏิบัติได้ดี เพื่อเพิ่มแรงจูงใจตามการเสริมแรง (Ryan & Deci, 2020) บูรณาการ BUDDY Model เข้ากับ นโยบายสาธารณสุขท้องถิ่น เช่น โครงการหมู่บ้านจัดการ สุขภาพ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนในระยะยาว

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรทำเรื่อง การประเมิน ผลลัพธ์ระยะยาวของการประยุกต์ใช้ BUDDY Model ในการส่งเสริมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชน เพื่อการประเมินผลลัพธ์ระยะยาวกับผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดอุทัยธานี ขยายระยะเวลา การทดลองเป็น 12-24 สัปดาห์ เพื่อประเมินการ เปลี่ยนแปลง HbA1C และพฤติกรรมในระยะยาวตามที่ Powers et al. (2017) แนะนำ ใช้การออกแบบการวิจัย แบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial RCT) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของ BUDDY Model เทียบ กับกลุ่มควบคุมตามมาตรฐานการวิจัยทางคลินิก (Moher et al., 2010)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพล ศักยภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรส่วนบุคคล (เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา) กับประสิทธิผลของ BUDDY Model โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอย (Regression Analysis) เพื่อระบุ กลุ่มเป้าหมายที่เหมาะสม วิเคราะห์บทบาทของครอบครัว ในการสนับสนุนพฤติกรรมผู้ป่วยตามกรอบ Social Support (House, 1981)

การพัฒนาและเปรียบเทียบเทคโนโลยี พัฒนาแอปพลิเคชันเฉพาะสำหรับ BUDDY Model เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการติดตามและเปรียบเทียบกับการใช้ LINE โดยอิงจากงานของ Free et al. (2013) ที่พบว่าแอปพลิเคชันช่วยเพิ่มการยอมรับในผู้ป่วย เปรียบเทียบประสิทธิผล ระหว่างช่องทางการสื่อสารแบบดั้งเดิม (เช่น การโทรศัพท์) กับแบบดิจิทัล (LINE) เพื่อหาทางเลือกที่เหมาะสมกับ บริบทชุมชน

การขยายขอบเขตการศึกษา ทดลองประยุกต์ใช้ BUDDY Model กับโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดัน โลหิตสูงหรือโรคหัวใจ เพื่อประเมินความยืดหยุ่นของ รูปแบบตามแนวคิดของ Lorig et al. (2001) วิเคราะห์ ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ (Cost-Effectiveness Analysis) ของ BUDDY Model เพื่อสนับสนุนการนำไปใช้ ในนโยบายสาธารณสุขตามที่ Drummond et al. (2005)

เอกสารอ้างอิง

- กอบกุล มาดีคาน, นงนุช โอบะ และ ปิ่นหทัย ศุภเมธพร. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้สุขภาพของผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาลศาสตร์, 37(2), 45-56.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ความรอบรู้สุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

- วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรรคเจริญ และ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. (2564). รายงานผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้สุขภาพ การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: บริษัท สุขุมวิท การพิมพ์ จำกัด.
- American Diabetes Association. (2021). 2. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes—2021. *Diabetes Care*, 44(Suppl 1), S15–S33. <https://doi.org/10.2337/dc21-S002>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Health literacy. Retrieved February 22, 2025, from <https://www.cdc.gov/healthliteracy/index.html>
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J., & Stoddart, G. L. (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (3rd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Free, C., Phillips, G., Watson, L., Galli, L., Felix, L., Edwards, P., Patel, V., & Haines, A. (2013). The effectiveness of mobile-health technologies to improve health care service delivery processes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 10(1), e1001363. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001363>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- International Diabetes Federation. (2019). *IDF diabetes atlas* (9th ed.). Brussels: International Diabetes Federation.
- Lee, C., Coughlin, J. F., & Lee, J. (2016). Older adults' adoption of health-related technology: A systematic review. *The Journals of Gerontology: Series B*, 71(4), 704–718. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv089>
- Liu, L., Hou, X., Xue, L., Mao, L., & Li, Y. (2019). Social support and hospital readmission in patients with type 2 diabetes: A systematic review. *Journal of Diabetes Research*, 2019, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2019/7632450>
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice*, 4(6), 256–262.
- Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gøtzsche, P. C., Devereaux, P. J., Elbourne, D., Egger, M., & Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 explanation and elaboration: Updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*, 340, c869. <https://doi.org/10.1136/bmj.c869>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H., Maryniuk, M., Siminerio, L., & Vivian, E. (2017). Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: A joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the

- Academy of Nutrition and Dietetics. Diabetes Care, 40(7), 1009–1019.
<https://doi.org/10.2337/dc16-1721>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. Health Education Monographs, 2(4), 328–335.
<https://doi.org/10.1177/109019817400200403>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being in health contexts. American Psychologist, 75(2), 231–245. <https://doi.org/10.1037/amp0000601>
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G. D., & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. JAMA, 288(4), 475–482.
<https://doi.org/10.1001/jama.288.4.475>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12, 80.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stolar, M. W. (2010). Glycemic control and complications in type 2 Diabetes Mellitus. The American Journal of Medicine, 123(3 Suppl), S3–S11.
<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2009.12.004>
- Stratton, I. M., Adler, A. I., Neil, H. A. W., Matthews, D. R., Manley, S. E., Cull, C. A., Hadden, D., Turner, R. C., & Holman, R. R. (2000). Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes: UKPDS 35 prospective observational study. BMJ, 321(7258), 405–412.
<https://doi.org/10.1136/bmj.321.7258.405>
- Strom, J. L., & Egede, L. E. (2012). The impact of social support on outcomes in adult patients with type 2 diabetes: A systematic review. Current Diabetes Reports, 12(6), 769–781.
<https://doi.org/10.1007/s11892-012-0317-0>
- Toci, E., Burazeri, G., Kamberi, H., Jerliu, N., Sørensen, K., & Brand, H. (2014). Health literacy in a population-based sample of adult men and women in Albania. European Journal of Public Health, 24(Suppl 2), 136–137.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/cku163.016>
- World Health Organization. (1998). Health promotion glossary. Geneva: WHO.

“

การสาธารณสุขมูลฐาน
เป็นรากฐานสุขภาพที่ยั่งยืน

”



(ช่องทางการเผยแพร่)

0 5622 2375 

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 3 

ศูนย์ สสม ภาคเหนือ 