

(สำเนา)

ประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลให้ส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามหนังสือสำนักงาน ก.พ. ที่ นร ๑๐๐๖/ว ๑๔ ลงวันที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๔ ได้กำหนดให้
อ.ก.พ. กรม กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งที่
ไม่ใช่ตำแหน่งระดับควบ ตำแหน่งว่างทุกกรณี และตำแหน่งที่ผู้ครองตำแหน่งอยู่เดิมจะต้องพ้นจากราชการไป
กรณีเกษียณอายุ และลาออกจากราชการ ซึ่ง อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักเกณฑ์
วิธีการ และเงื่อนไขการประเมินบุคคล ตามหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๘.๑๐/ว
๑๒๓ ลงวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕ โดยมอบให้คณะกรรมการประเมินบุคคล ที่ อ.ก.พ. สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้ง เป็นผู้พิจารณาประเมินบุคคลที่จะเข้ารับการประเมินผลงานตามหลักเกณฑ์
และวิธีการที่ อ.ก.พ. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนด นั้น

คณะกรรมการประเมินบุคคล ในการประชุมครั้งที่ ๗/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๗
มีมติให้ข้าราชการผู้ผ่านการประเมินบุคคลส่งผลงานเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๕ ราย ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๑.	นายประทีน บุญเฉลียว	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล(นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง
๒.	นายทศพล แก้วสิงห์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล(นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตระการพืชผล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านคอนสาย ตำบลคอนสาย
๓.	นายกฤษฏา เจริญรื่น	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล(นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ พิบูลมังสาหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านดอนสำราญ ตำบลกุดขมิ้น
๔.	นางจริยา ชันดีสาย	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล(นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เมืองอุบลราชธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดงห้องแห่

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งที่ผ่านการประเมินฯ	ส่วนราชการ
๕.	นางสมพร ธานี	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(นักวิชาการสาธารณสุข)ชำนาญการพิเศษ	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยแดง ตำบลดอนจิก

รายละเอียดแนบท้ายประกาศนี้

ทั้งนี้ ให้ผู้ผ่านการประเมินบุคคล จัดส่งผลงานประเมินตามจำนวนและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประเมินผลงานกำหนด ภายใน ๑๘๐ วัน นับแต่วันที่ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคล หากพ้นระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลยังไม่ส่งผลงานจะต้องขอรับการประเมินบุคคลใหม่ อนึ่ง หากมีผู้ใดจะทักท้วงให้ทักท้วงได้ ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันประกาศ

ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ลงชื่อ ธีระพงษ์ แก้วภมร

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประธานคณะกรรมการประเมินบุคคล

สำเนาถูกต้อง



(นางสุพิชิตรา ชาทองยศ)

นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒๖ มีนาคม ๒๕๖๗

**บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขึ้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี**

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๑	นายประทีน บุญเฉลียว	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาข่าง โรงพยาบาลผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการ	๓๗๔๓๗	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเดชอุดม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก้ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	๓๗๔๔๙	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๒	นายทศพล แก้วสิงห์	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาข่าง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี" ข้อเสนอแนะแนวคิด เรื่อง "พัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนอาสาสมัครสาธารณสุข อสม. หมอคนที่ ๑ ในการดำเนินงานสาธารณสุขฐาน รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ" จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหนองแห่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการ	๓๗๒๑๑	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอรัตนวาปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคอนสาย ตำบลคอนสาย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	๓๗๖๐๘	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "พฤติกรรมกรรมการป้องกันและระงับโรคติดต่อของประชาชนในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี" ข้อเสนอแนะแนวคิด เรื่อง "การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดเคมีเซริ่ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด แบบมีส่วนร่วม ในเขตพื้นที่ตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี" รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"						

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

Pan

บัญชีรายละเอียดแบบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๓	นายภฤณีญา เจริญรินทร์	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลย์รักษ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหัวแยง ตำบลดอนจิก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการ	๗๗๕๕๕	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลย์รักษ์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนสำราญ ตำบลดงขาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	๗๗๕๑๕	เลื่อนระดับ ๑๐๐%
๔	นางจริญญา ชันดีสัย	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ" จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการ	๗๗๕๑๗	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงหนองแวง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	๗๗๒๑๑	เลื่อนระดับ ๑๐๐%


ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "รูปแบบการพัฒนาพัฒนาศึกษาพัฒนาสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง"
ข้อเสนอแนะแนวคิด เรื่อง "แนวทางการพัฒนาศึกษาพัฒนาสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน
โดยใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม"
รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบท้ายประกาศ"

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๗๖๒
๑๐๗

บัญชีรายละเอียดแบบทำยประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่งเลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ได้รับคัดเลือก	ตำแหน่งเลขที่	หมายเหตุ
๕	นางสมพร ธาณี	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทะเมนชัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางน้อย ตำบลก่อเอ้ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการ	ตำแหน่งเลขที่ ตำบลก่อเอ้ ๗๗๓๓๗	จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลำทะเมนชัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางน้อย ตำบลดอยจิก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (นักวิชาการสาธารณสุข) ชำนาญการพิเศษ	๗๗๘๕๕	เลื่อนระดับ นางสมพร ธาณี ๗๐% นส.รัตนา สฤงภาค ๓๐%
	ผลงานวิชาการที่ส่งประเมิน เรื่อง "การส่งเสริมการดูแลจิตใจในภาวะโควิด ๑๙ ในการจัดการความเครียด ผู้พักสังเกตอาการโควิด ๑๙ ศูนย์พักสังเกตอาการโควิด ๑๙ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี วิทยาลัยบ้านยางน้อย ตำบลก่อเอ้ อำเภอกิ่งโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี"					
	ข้อเสนอแนะแนวคิด เรื่อง "การพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว "การสร้างสุข ๕ สุข ๕ มิติ ไม่ชุมชนผู้สูงอายุ"					
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน "แบบทำยประกาศ"					
				 (นายธีระพงษ์ แก้วกมร) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		

Pond

๑๖

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ ระหว่างเดือนเมษายน ๒๕๖๔ ถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๔

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๑. ปฏิบัติงานด้านบริหาร/ วิชาการ เน้นการทำงานเชิงรุก การค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ โดยการออกตรวจสุขภาพประจำปี รายหมู่บ้าน

๒. การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยวิเคราะห์จากทั้งข้อมูลปฐมภูมิ และข้อมูลทุติยภูมิ

๓. ประสานการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย เพื่อความสำเร็จของงานตามเป้าหมาย

๔.สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง ตำบลกุดประทาย อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

๑. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรอบรู้ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

๒. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรอบรู้ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

๓. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การรอบรู้ข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

๔. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ระยะเวลาดำเนินการ ๖ เดือน คือตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือน กันยายน ๒๕๖๔ ประชากรกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี อายุ ๖๐ ปีขึ้นไปที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอิสระ สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้และเป็นผู้สมัครเข้าร่วมโครงการได้โดยตลอด จำนวน ๑๗๕ คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

วิธีการดำเนินการวิจัย ประชากรที่ทำการศึกษาคือ ผู้สูงอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑๗๕ คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ ได้จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากประชากรเพศชายและหญิงที่มีคุณสมบัติอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป มีความดันโลหิตสูงในระดับ ๑๔๐/๙๐ ขึ้นไป สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้และคัดเลือกคนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ สื่อสารเข้าใจ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมโครงการทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้รูปแบบพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของแพนเตอร์ (๑๙๘๗) อ้างถึงใน (ชุตีกรด้านยุทธศิลป์, ๒๕๖๑) ใช้เวลา ๑๘ สัปดาห์ ประกอบด้วยขั้นตอนกิจกรรมหลักดังนี้

- ตรวจสอบสภาพร่างกายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ
- กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง โภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยใช้สื่อ Power Point และการสร้างการรับรู้
- กิจกรรมสาธิตและฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง การเสนอตัวแบบและการใช้แบบบันทึกการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ
- กิจกรรมการนิเทศติดตามและการเยี่ยมบ้าน
- การตรวจร่างกายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อภิปรายกลุ่มและสรุปผลการทดลอง โดยผู้วิจัย และทีมวิทยากรดำเนินการตามแผนการจัดกิจกรรม และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ ๑) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ๒) แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ๓) แบบสอบถามความรอบรู้ข้อมูลสุขภาพ ๔) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ๕) แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

การวิเคราะห์ข้อมูลและวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) ด้วยการหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired Sample t-test ภายในกลุ่ม และ Independent t-test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ข้อมูลทั่วไป

๑. ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง

- กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุ ระหว่าง ๖๐-๖๙ ปี ร้อยละ ๗๒.๐
- เป็นเพศหญิงร้อยละ ๕๖.๖ มีสถานภาพคู่ ร้อยละ ๔๘.๐
- จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๘๘.๐
- ไม่ทำงานหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ ๗๗.๗
- มีเงินเพื่อการดำรงชีพระดับเพียงพอ ร้อยละ ๓๘.๙
- มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่า ๑๐ ปี ร้อยละ ๕๖.๖
- มีลูกเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ร้อยละ ๖๘.๖ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ ๙๓.๗
- ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ ๙๖.๐

๒. ผู้สูงอายุกลุ่มควบคุม

- ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง ๖๐-๖๙ ปี ร้อยละ ๖๙.๑

- เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๕๘.๓ มีสถานภาพคู่ ร้อยละ ๕๒.๐
- จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๕๒.๐
- ไม่ทำงานหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ ๗๐.๓
- มีเงินเพื่อการดำรงชีพเพียงพอ ร้อยละ ๓๗.๗
- มีระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่า ๑๐ ปี ร้อยละ ๖๓.๔
- มีลูกเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ร้อยละ ๕๙.๔ ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ ๙๖.๐
- ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ ๙๙.๔

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง ระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ระดับปานกลาง เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ ๔๙.๗ เป็นร้อยละ ๕๒.๐ ระดับน้อย ลดลงจาก ร้อยละ ๔๐.๐ เป็นร้อยละ ๑๓.๗ และระดับมาก เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ ๑๐.๓ เป็นร้อยละ ๓๔.๓

กลุ่มควบคุม มีการสำรวจข้อมูลอีกครั้งหลังจากมีการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง ลดลงจาก ร้อยละ ๔๕.๗ เป็นร้อยละ ๔๔.๐ ระดับน้อย เพิ่มมากขึ้นจาก ร้อยละ ๓๘.๓ เป็นร้อยละ ๓๘.๙ และระดับมาก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๖.๐ เป็นร้อยละ ๑๗.๑

ระดับความรู้ความเข้าใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.๑๑$ โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ ๐.๑๗ คะแนน (๙๕% CI=๐.๕๒-๐.๘๖) สำหรับภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๐ โดยมีผลต่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ ๑.๙๓ คะแนน (๙๕% CI=๑.๒๑-๒.๖๕)

ระดับความรู้ความเข้าใจภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๐ โดยมีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ ๒.๒๑ คะแนน (๙๕% CI=๑.๕๔-๒.๘๗)

ร้อยละความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง จำแนกรายข้อคำถาม พบว่า การการทดลอง กลุ่มทดลองมีข้อคำถามที่มีการตอบถูก มีค่าคะแนนสูงมากกว่าข้ออื่น คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีอายุมาก มีโอกาสเกิดอัมพาตได้ คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๖ ข้อที่มีค่าคะแนนสูงรองลงมาคือ อาหารที่ปรุงจากน้ำมันพืช พวกล้าง และมะพร้าว ทำให้ไขมันในเลือดสูง คิดเป็นร้อยละ ๖๔.๐ ส่วนหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีข้อคำถามที่มีการตอบถูก มีค่าคะแนนสูงมากกว่าข้ออื่น คือ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะช่วยป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ ร้อยละ ๙๑.๔ และรองลงมา คือ การกินผลไม้รสเปรี้ยวจัดเกลือ เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๘๘.๐

เมื่อเปรียบเทียบร้อยละความรู้ความเข้าใจของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง จะสังเกตได้ว่า ก่อนการทดลองจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปของโรคความดันโลหิตสูง เช่นการเกิดภาวะแทรกซ้อน การเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองจะมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับหลักและการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต อันเป็นวิธีการโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องในการควบคุมระดับความดันโลหิต

การรอบรู้ข้อมูลสุขภาพ

การรอบรู้ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองระดับการรอบรู้ข้อมูลสุขภาพระดับปานกลาง ลดลงจาก ร้อยละ ๖๔.๕ เป็นร้อยละ ๕๘.๓ ระดับน้อย ลดลงจาก ร้อยละ ๓๔.๙ เป็นร้อยละ ๐.๖ และระดับมาก เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๐.๖ เป็นร้อยละ ๔๑.๑

กลุ่มควบคุม มีการสำรวจข้อมูลอีกครั้งหลังจากมีการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่า มีระดับการรอบรู้ข้อมูลสุขภาพ ระดับปานกลางลดลงจาก ร้อยละ ๖๘.๖ เป็น ร้อยละ ๖๖.๙ ระดับน้อย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๓๐.๓ เป็นร้อยละ ๓๒.๐ และระดับมาก มีค่าเท่าเดิมคือ ร้อยละ ๑.๑

ค่าคะแนนเฉลี่ยการรอบรู้ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p=0.๖๑$ โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ ๐.๑๔ คะแนน (๙๕% CI=๐.๔๑-๐.๗๐) สำหรับภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๐ โดย มีผลต่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ ๖.๗๒ คะแนน (๙๕% CI=๖.๑๔-๗.๒๙)

คะแนนเฉลี่ยการรอบรู้ข้อมูลสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการรอบรู้ข้อมูลสุขภาพก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p=0.๐๐$ โดยพบว่า มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ ๖.๙๓ คะแนน (๙๕% CI=๖.๓๗-๗.๔๙)

คะแนนเฉลี่ยการรอบรู้ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มทดลอง จำแนกรายข้อคำถาม ก่อนการทดลอง มีข้อคำถามที่ค่าเฉลี่ยการรอบรู้ข้อมูลสุขภาพสูงกว่าข้ออื่นคือ ข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับตนเองละผู้อื่น (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ ๒.๑๑, S.D=๐.๖๓) ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยการรอบรู้ข้อมูลสุขภาพรองลงมา คือ การที่สามารถไปพบบุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้ (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ ๒.๐๕, S.D=๐.๕๖)

ส่วนหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีข้อคำถามที่ค่าเฉลี่ยการรอบรู้ข้อมูลสุขภาพสูงกว่าข้ออื่นคือ ข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หรือเลือกวิธีการปฏิบัติ เพื่อให้มีสุขภาพดีได้ (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ ๒.๔๔, S.D=๐.๖๓) ค่าคะแนนเฉลี่ยการรอบรู้ข้อมูลสุขภาพรองลงมา คือ ข้อคำถามเกี่ยวกับความสามารถค้นหาข้อมูลที่ต้องการได้จากแหล่งที่เชื่อถือได้ (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ ๒.๓๘, S.D=๐.๔๘)

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการรอบรู้ข้อมูลสุขภาพระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง จะสังเกตได้ว่า หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยที่สูงขึ้นในข้อคำถามที่เกี่ยวกับความเชื่อมั่นในตนเองที่เกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติซึ่งอันเป็นเหตุนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตได้

พฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

พฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่ม พบว่า หลังการทดลองระดับพฤติกรรมดูแลตนเองระดับปานกลางลดลงจาก ร้อยละ ๘๓.๔ เป็นร้อยละ ๗๒.๐ ระดับน้อย ลดลงจาก ร้อยละ ๑๖.๖ เป็นร้อยละ ๘.๐ และ ระดับมากเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองที่ไม่มี ผู้ที่มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในระดับมากแต่หลังการทดลองเพิ่มขึ้น จำนวน ๓๕ คน คิดเป็น ร้อยละ ๒๐.๐

กลุ่มควบคุม มีการสำรวจข้อมูลอีกครั้งหลังจากมีการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่า พฤติกรรม ที่ถูกต้องในการดูแลตนเองระดับปานกลางลดลงจาก ร้อยละ ๘๕.๗ เป็นร้อยละ ๘๒.๒ ระดับน้อย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๑๔.๓ เป็นร้อยละ ๑๗.๗๒ และ ไม่พบพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลตนเองในระดับมากทั้งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำแนก รายชื่อคำถาม พบว่า ก่อนการทดลอง ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าข้ออื่น แต่อยู่ในระดับปานกลาง ($X = 2.27, S.D = 0.44$) คือ การรับประทานอาหารประเภทไขมันสูง เช่น ข้าวมันไก่ ข้าวขาหมู หมูสามชั้น หนังไก่ ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าข้ออื่นและมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก ($x = 2.42, S.D = 0.54$) คือ การเติม เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว เพิ่มลงในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว ส่วนข้อคำถามที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมที่ถูกต้อง ในการดูแลสุขภาพตนเองรองลงมาและอยู่ในระดับปานกลาง ($F = 2.38, SD = 0.55$) คือ การรับประทาน น้ำพริกปลาร้า หรือ แจ่วบอง ปลาร้าสับ

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดังกล่าวระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลองจะสังเกตได้ว่า พฤติกรรมหลังการทดลอง คือ พฤติกรรมการเติมเกลือ น้ำปลา ซีอิ๊วเพิ่มลงในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว และ การรับประทานน้ำพริกปลาร้า หรือแจ่วบอง ปลาร้าสับนั้น เป็นการเพิ่มความเค็มในอาหารซึ่งเป็น พฤติกรรมที่ส่งผลโดยตรงต่อระดับความดันโลหิตสูง เมื่อหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นจึงส่งผลโดยตรงต่อระดับความดันโลหิตที่ลดต่ำลงของกลุ่มทดลอง

สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อน และหลังการทดลองค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยระดับสีแดงลดลง จำนวน 2 คน ผู้ป่วยระดับสีส้มลดลง จำนวน 4 คน ผู้ป่วยสีเหลือง ลดลง จำนวน 6 คน และผู้ป่วยสีเขียวเพิ่มขึ้น จำนวน 17 คน ส่วนค่าดัชนีมวล ภาย พบว่า ดัชนีมวลกายลดลงจากดัชนีมวลกายเกิน เป็นดัชนีมวลกายปกติ จำนวน 7 คน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูงเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พบว่าระดับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูงของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 และเมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง พบว่าระดับความรู้ ความเข้าใจ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และผู้วิจัย ได้จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ให้แก่กลุ่มทดลอง โดยใช้ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพของแพนเดอร์ (๑๙๘๗) อ้างถึงใน (ชูสิทธิ์ ด่าน ยุทธศิลป์, ๒๕๖๑) ประกอบการออกแบบกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรค ความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลอง ดังนี้ ๑) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการสร้างการรับรู้ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ตนเอง ด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความสำคัญ ประโยชน์ และอุปสรรค เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกอยากมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ๒) การให้ความรู้ และจัดประสบการณ์ตรง การสาธิตและฝึกทักษะการเลือกอาหาร การสาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกาย การ อภิปรายการรับประทานยาที่ถูกต้อง โดยวิทยากร และชี้แจงการใช้ แบบบันทึกการปฏิบัติตัวในการดูแล ในแต่ละวันพร้อมทั้งมอบหมายให้ผู้สูงอายุ ทำแบบบันทึกการปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง สอน การทำแบบบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ ทุกวัน ๓) การสาธิตและการฝึกปฏิบัติวิธีการทำสมาธิบำบัดโดยการ หายใจ และการผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีต่าง ๆ โดยวิทยากร และชี้แจงการใช้แบบบันทึกการปฏิบัติตัว ในการดูแลในแต่ละวันพร้อมทั้งมอบหมายให้ผู้สูงอายุทำแบบบันทึกการปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพ ตนเอง ซึ่งกิจกรรมการอบรมเสริมสร้างความรู้นี้ส่งผลโดยตรงต่อความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ความดันโลหิตสูงมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ประหยัด ซอไม้ และ อารยา ปราณประวีตร, ๒๕๕๘ ได้ศึกษาเรื่องผลของ

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาหิน อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ประไพพิศ สิงหเสน, ๒๕๖๓ ศึกษาเรื่องการวิจัยเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ ตำบลหนองจรด อำเภอมืองตรัง จังหวัดตรัง ผลการวิจัยพบว่า ความรู้ ความเข้าใจ ผู้สูงอายุมีความรู้ ๓ อ. เพิ่มขึ้นหลังร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ < 0.001 รัชนก จันทร์เพ็ญ, ๒๕๖๔ ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี การศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ หลังเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) กรรณิการ์ ตฤณวุฒิมพงษ์ และคณะ, ๒๕๖๔ ศึกษาผลของ โปรแกรมลดการบริโภคเค็มในกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตสุขภาพที่ ๗ ผลการศึกษาพบว่า หลัง การทดลองค่าเฉลี่ยความรู้ในการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = ๓.๑๓; ๙๕% CI: ๓.๐๓-๓.๒๔, p value < 0.001) ค่าเฉลี่ยโซเดียม (Na) ๓๐๕.๐๕ มิลลิกรัม (S.D. = ๑๑๕.๘๘) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference ๙๔.๙๙; ๙๕% CI ๙๐.๐๘-๙๙.๙๐, p value < 0.001) ค่าสัดส่วนความดันโลหิตเดือวันที่ ๐ และ ๒ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Stuart-Maxwell Chi-square = ๕๙๒.๗๘, p -value < 0.001) การประเมินความเค็มในอาหารร่วมกับการสร้างความตระหนัก ที่บ้าน สร้างความตระหนักในการลดเค็มลดความดันโลหิต ซึ่งป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงได้ ณัฐรุฬห์ จันทร์ฉาย และ วรณีย์ เดียววิศเรศ, ๒๕๖๓ ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง : การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ ผลการวิจัย พบว่า การส่งเสริม ให้ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความฉลาดด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นดังนี้ ๑) การเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพและ บริการที่เกี่ยวข้องกับโรคความดันโลหิตสูง ๒) ความรู้และความเข้าใจในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ๓) ทักษะ การสื่อสารด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ๔) ทักษะการตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ๕) ทักษะการจัดการตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พิมพ์ธิดา บุญวงศ์ และ เสาวนันทน์ บำเรอราช, ๒๕๕๘ ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาอาวน จังหวัดเลย ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ ๕๕.๒ มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ คนส่วนใหญ่ ร้อยละ ๙๔.๓ ตอบถูกว่าการควบคุมอาหารประเภทไขมันสูงและไม่รับประทานอาหารรสเค็ม จะป้องกันการ เกิดโรคหลอดเลือดสมองได้

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ข้อมูลสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ $p=0.00$ และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลความรู้สุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ข้อมูลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p=0.00$ ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานการวิจัย โดยผู้วิจัยได้มีกิจกรรมอบรมเสริมสร้างความรอบรู้ข้อมูลสุขภาพ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความ เชื่อวชาญทางสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง การรู้และเท่าทันสื่อสารสนเทศ ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์จาก เนื้อหาวิชาการสำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค อันก่อให้เกิดการรับรู้ ข้อมูลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พรชิตา อุปลัมภ์, ๒๕๖๒ ได้ศึกษา เรื่อง พฤติกรรม สารสนเทศของผู้สูงอายุเพื่อ

การเรียนรู้ตลอดชีวิต ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีวิธีการแสวงหา สารสนเทศ โดยได้รับคำแนะนำจากผู้ให้บริการสารสนเทศและบุคคลใกล้ชิด ซึ่งช่องทางการแสวงหา สารสนเทศ ได้แก่ สื่อมวลชน หน่วยงานบริการสารสนเทศ และแหล่งสารสนเทศออนไลน์ การได้รับ คำแนะนำจากผู้ให้บริการสารสนเทศและบุคคลใกล้ชิด อันเป็นการเพิ่มความรู้ตอบสนองความรู้ที่ตนเอง สนใจ เกิดการรับรู้ข้อมูลสุขภาพมากขึ้น ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวัน เบญจวรรณ สอนอาจ, ๒๕๖๒ ได้ศึกษาเรื่อง แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผลการวิจัยพบว่า ๑) ระดับปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลโดยรวมอยู่ในระดับมากและระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยรวม อยู่ในระดับมาก ๒) ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจ และด้านทักษะ การสื่อสาร ส่งผลต่อพฤติกรรม สุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๑ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิกุลแก้ว ทองบุ และคณะ, ๒๕๖๒ ศึกษาผล ของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ตำบลเหล่าหลวง อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของ ตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม อิทธิพล ระหว่างบุคคล และพฤติกรรมดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .๐๑ ปวีตรา ทองมา, ๒๕๖๓ ศึกษาเรื่อง ความ รอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าความรู้ด้านสุขภาพส่งผล ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งทางตรงและทางอ้อม ไม่ว่าจะเป็นผลลัพธ์ทางคลินิก ผลลัพธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างแพทย์และผู้ป่วย และผลลัพธ์ด้านอื่นๆ เช่น ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและคุณภาพชีวิต เป็นต้น อติพร สำราญบัว และ เบญจมาศ ทำเจริญ ตระกูล, ๒๕๖๔ ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้แอปพลิเคชันอาหารลดความดัน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการใช้แอปพลิเคชันอาหารลดความดัน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการ รับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .๐๕$) คะแนนการรับรู้อุปสรรคน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .๐๕$) ประสิทธิภาพ สิ่งเสริม ๒๕๖๓ ศึกษาเรื่อง การวิจัยเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ ตำบลหนองตาด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ผลการวิจัยพบว่า ๑) ด้านการเข้าถึง ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูล ๓ อ. จากการเข้าร่วมกิจกรรม ๒) ด้านความรู้ความเข้าใจ ผู้สูงอายุมีความรู้ ๓ อ. เพิ่มขึ้นหลังร่วมกิจกรรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < ๐.๐๐๑ และ ๓) ด้านการนำไปใช้ ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และบอกต่อความรู้แก่บุคคลอื่นได้

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดัน โลหิตสูงในกลุ่มทดลอง พบว่าระดับพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง หลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๐ และเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง พบว่าระดับพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ ๐.๐๐ สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งผู้วิจัยได้ จัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้ทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพ ของแพนเดอร์ (๑๙๘๗) อ้างถึงใน (ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์, ๒๕๖๑) ประกอบการออกแบบกิจกรรม ดังนี้ ตรวจสอบสภาพร่างกายก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ๒) กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคความดัน โลหิตสูง โภชนาการ การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด โดยใช้สื่อ Power Point และการสร้าง การรับรู้ ๓) กิจกรรม

การสาธิตและฝึกปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง การเสนอตัวแบบและการใช้แบบ บันทึกการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ ๔) กิจกรรมการนิเทศติดตามและการเยี่ยมบ้าน ๕) การตรวจร่างกายหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมฯ อภิปรายกลุ่มและสรุปผลการทดลอง อันส่งผลก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องสูง มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์ธิดา บุญวงศ์ และ เสาวนันทน์ บำเรอราช, ๒๕๕๘ ได้ศึกษาเรื่อง ความรู้และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการรักษาใน คลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาอาน จังหวัดเลย ผลการวิจัย พบว่า โดยส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ได้แก่การ ไม่เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงสำเร็จ ร้อยละ ๙๕.๒ การรับประทานอาหาร ระวังอาหารรสเค็ม นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ ๘๘.๖ นุสบา สันหละ, ๒๕๖๔ ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการ จัดการตนเอง ต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัย พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรม การจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางเหริ่ง อำเภอควนเนียง จังหวัดสงขลา เป็น ระยะเวลา ๑๒ สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน พฤติกรรม การควบคุมระดับความดันโลหิต ($x = ๒.๗๗$, $SD = ๐.๑๓$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($x = ๒.๕๑$, $SD = ๐.๒๓$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = -๔.๑๕๕$, $value < ๐.๐๐๑$) วรวิมล ชมพูนาน และคณะ, ๒๕๖๓ ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับวิถีชีวิตต่อความดันโลหิต ในผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีภาวะความดันโลหิตสูงในระยะเริ่มต้น ผลการวิจัยพบว่า ความดันโลหิตตัวบนของ กลุ่มทดลองลดลงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ๙.๗๒ มิลลิเมตรปรอท (๙๕% $CI = ๗.๗๓-๑๑.๗๑$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < ๐.๐๐๑$ สำหรับความดันโลหิตตัวล่างของกลุ่มทดลองลดลงแตกต่างจากกลุ่ม เปรียบเทียบ ๘.๓๕ มิลลิเมตรปรอท (๙๕% $CI = ๔.๘๒-๑๑.๘๗$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < ๐.๐๐๑$ นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจของกลุ่มทดลองลดลงแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ๘.๕๔ ครั้ง/ นาที (๙๕% $CI = ๖.๐๓-๑๑.๐๖$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < ๐.๐๐๑$ วงศ์ชญพจน์ พรหมศิลา และ คณะ, ๒๕๖๒ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมป้องกันความดันโลหิตสูงต่อพฤติกรรมปฏิบัติและระดับความดันโลหิตในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และการจัดการความเครียดใน PBO มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีนัยสำคัญและกำหนดไว้ที่ค่า $p < ๐.๐๕$ คะแนนเฉลี่ย ความดันโลหิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ รัชชก จันทร์เพ็ญ, ๒๕๖๔ ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรม ส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในคลินิกความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัด ราชบุรี การศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พบว่า หลังจากเข้าร่วม โปรแกรมผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < ๐.๐๑$ ประหยัด ช่อไม้ และ อารยา ปรานประวิตร ๒๕๕๘ ผลของโปรแกรม สร้างเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเขาคิน อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่การบริโภค อาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นมากกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < ๐.๐๕$) วรดา ทองสุก และคณะ, ๒๕๖๓ ศึกษาเรื่องผล ของโปรแกรมเสริมพลังต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนีมวลกาย และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุม ได้หลังจากเข้า ร่วมโปรแกรมเสริมพลังมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลปกติและสูงกว่าก่อน เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < ๐.๐๐๑$) นิพพาภัทร์ สิ้นทรัพย์และคณะ, ๒๕๖๐ ศึกษาเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ เพศผุวมืดเงิบที่ควรตระหนัก พบว่า การรักษาโดยไม่ใช้ยา

เป็นการรักษา ที่เน้นการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม (life style modification) เช่น มีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เกี่ยวกับ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลอารมณ์ งดสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ซึ่งสามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย อินทิตรา ศรีพันธ์, ๒๕๖๓ ศึกษาเรื่องความ ดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร ผลการศึกษา กล่าวว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยวิธีการ การรักษาดัชนีมวลกาย ให้รับประทานผักผลไม้ให้มากลด ปริมาณไขมันในอาหาร โดยเฉพาะ ไขมันอิ่มตัว จำกัดเกลือในอาหาร ออกกำลังกาย งดหรือลดการดื่มแอลกอฮอล์ สุพัตรา สิทธิวัง และคณะ, ๒๕๖๓ ศึกษาเรื่อง ผลของโครงการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการบริหารตนเองมี ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รายค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) คณิตตา อินทบุตร, ๒๕๖๓ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมจัดการ ตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง และค่าความดันโลหิต (BP) ต่ำขึ้นกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สรุปได้ว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเพื่อการเพิ่มความรู้ ความรอบรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีประโยชน์อย่างมากในการนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน จัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต โดยโปรแกรมมีจุดเด่นคือมีการ นัดเข้าโปรแกรม สอดคล้องกับระบบนัดของทางโรงพยาบาล และมีการติดตามผู้ป่วยผานภาคีเครือข่าย (รพ.สต.) ทำให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนดและได้รับโปรแกรมครบถ้วนเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ให้มีศักยภาพในการจัดการตนเองถูกต้องเหมาะสมอย่างยั่งยืน ระดับความดันโลหิตได้ทั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่นๆ ได้

สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง

สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ค่าความดันโลหิตของผู้ป่วยระดับสีแดงลดลง จำนวน ๒ คน ผู้ป่วยระดับสีส้มลดลง จำนวน ๙ คน ผู้ป่วยสีเหลือง ลดลง จำนวน ๖ คน และผู้ป่วยสีเขียวเพิ่มขึ้น จำนวน ๑๗ คน ส่วนค่าดัชนีมวลกายพบว่า ดัชนีมวลกายลดลงจากดัชนีมวลกายเกิน เป็นดัชนีมวลกายปกติ จำนวน ๗ คน

จากสถานการณ์สถิติเปรียบเทียบระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง สะท้อนได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยมีสุขภาพดีขึ้นมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพดี ที่ปาละ และคณะ, ๒๕๖๒ ศึกษาเรื่อง ผลของการออกกำลังกายรำปราสาทต่อความดันโลหิตและดัชนีมวลกายของ ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผลการวิจัย พบว่า ๑) ความดันโลหิตซิสโตลิกและ ไดแอสโตลิกของผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายแบบพาสตอป และหลังรับโปรแกรมภาชีสรรพสามิตของศิษยาภิบาลที่ ๔ สัปดาห์ ๘ สัปดาห์ และหลังการแทรกแซงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ๒) ดัชนีมวลกายของผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการ ออกกำลังกาย pastop dancee และหลังจากได้รับโปรแกรมสรรพสามิตของ pastor dance ที่ ๔ สัปดาห์ ๘ สัปดาห์ และหลังการแทรกแซง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ๓) หลังจากได้รับ

โปรแกรมการออกกำลังกายแบบพาสลอป กลุ่มทดลองมี ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและไดแอสโตลิกในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ๔) หลังจากแทรกแซงโปรแกรมการฝึกเดินปีสลอปแล้ว กลุ่มทดลองมีคะแนนดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) ผลการบ่งชี้ว่าควรมี โปรแกรมการออกกำลังกายแบบพาสลอป เพื่อลดระดับความดันโลหิตและดัชนีมวลกายในผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง วรดา ทองสุก และคณะ, ๒๕๖๓ ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมเสริมพลังต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดัชนี มวลกาย และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผลการวิจัยพบว่า ค่าดัชนีมวลกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมเสริมพลังต่ำ กว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สุพัตรา สิทธิวังและคณะ, ผลของโครงการส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิตของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ผลการศึกษาพบว่าความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก ของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้หลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองมีค่า สูงกว่าก่อนและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษาบ่งชี้ถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งต้องติดตามและปรับพฤติกรรมสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่องซึ่งจะนำไปสู่การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในงาน

การบริการคลินิกโรคเรื้อรังเพื่อดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในคลินิก โดยเน้นกระบวนการส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการร่วมตั้งเป้าหมายและวางแผนการ ทบทวนพฤติกรรมตามแบบบันทึก และกำกับติดตามประเมินผลร่วมกัน ซึ่งจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและลดระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยได้

สามารถให้บริการส่งเสริมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงโดยเน้นการประเมินภาวะ สุขภาพและการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมสุขภาพส่งเสริมสุขภาพแบบรายบุคคลที่เน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เช่น การตั้งเป้าหมาย การวางแผนดูแลการส่งเสริมสุขภาพและการติดตามประเมินผล เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน

สามารถคืนข้อมูลสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและ ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปยังครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนรับรู้ เกิดการเรียนรู้ ซึมซับและช่วยดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลงานวิจัย พบว่า ผู้ป่วยสีเขียวเพิ่มขึ้น จำนวน ๑๗ คน และผู้ป่วยสีแดงลดลง ๒ คน ดัชนีมวลกายลดลงจากดัชนีมวลกายเกิน เป็นดัชนีมวลกายปกติ จำนวน ๗ คน ดังนั้นควรมีการศึกษากรณี เชิงลึกหรือวิจัยเชิงคุณภาพ หาปัจจัยสู่ความสำเร็จที่ทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้น

การเผยแพร่ผลงาน

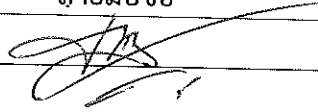
วารสารวิชาการสาธารณสุขอุบลราชธานี Ubonratchathani Public Health Journal ปีที่ ๒๑ ฉบับ
ที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - มีนาคม ๒๕๖๕

ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นายประทีน บุญเฉลียว สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

นายประทีน บุญเฉลียว (๒๕๖๔) ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรค
ความดันโลหิตสูงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาทุ่ง อำเภอเดชอุดม จังหวัด
อุบลราชธานี

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายประทีน บุญเฉลียว	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายบัณฑิต สร้อยคำ)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเดชอุดม

๒๔/ กุมภาพันธ์ / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๕ ๖ มี.ค. ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไปหมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าว
เป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน (ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง พัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอคนที่ ๑ ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพปฐมภูมิ

๒. หลักการและเหตุผล

การดำเนินงานตามนโยบาย ๓ หมอ ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย หมอคนที่ ๑ เป็น อสม. หมอ คนที่ ๒ เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำ รพ.สต. หรือ หน่วยบริการสาธารณสุข ในระดับพื้นที่ อาทิสูนย์บริการสาธารณสุข ของ เทศบาล หรือ ของ องค์การบริหารส่วนตำบล และ หมอคนที่ ๓ หมายถึงแพทย์เวชปฏิบัติชุมชน ที่ทำงานใน โรงพยาบาลชุมชนระดับอำเภอ ที่ มาให้บริการเชื่อมโยง ในพื้นที่ กับ หมอคนที่ ๑ และ หมอคนที่ ๒ โดย ประเด็นการขับเคลื่อนที่เป็นตัวชี้วัด ประกอบด้วย ๑) การมอบของขวัญปีใหม่โดย อสม. คัดกรองผู้สูงอายุ ๔ ด้าน โดย แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.๒) การดำเนินงาน คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน ๓.) การดำเนินงานขับเคลื่อนให้ อสม.ใช้แอป สมาร์ท ๔) การขับเคลื่อนให้ อสม.ส่งรายงาน อสม.๑ ทางแอป สมาร์ท อสม.ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ,๒๕๖๖) การดำเนินการตามประเด็นทั้ง ๔ ประเด็นดังกล่าว ในปัจจุบัน ยังพบว่ามีผลการดำเนินการไม่เป็นไปตามเป้าหมาย รวมทั้ง มีปัญหา เป็น ประเด็น หรือ กิจกรรม สำคัญ ที่เป็นปัญหาสำคัญของชุมชนท้องถิ่น และมีผลต่อการขับเคลื่อน งานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ ที่คัดเลือกมา อีก ๓ ปัญหา ประเด็น หรือ กิจกรรม ที่จะนำมาพิจารณาในการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อน อสม.หมอคนที่ ๑ ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ การดำเนิน อสม.จิตอาสา ในการให้บริการที่ รพ.สต. การเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในชุมชน และ การเฝ้าระวังโรคโควิด ๑๙และโรคอุบัติใหม่ รวมทั้งหมดเป็น ๗ ประเด็น ในการวิเคราะห์ หาแนวทางการยกระดับ หรือ แนวทางการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ และสังเคราะห์ ประเด็น ปัญหา กิจกรรม ต่างๆ ทั้ง ๗ ประเด็น เพื่อกำหนดเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนแต่ละประเด็นและยกระดับภาพรวมเป็นการกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อไป

การดำเนินการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อไป ประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การคัดเลือกประเด็นพิจารณา มาพิจารณา โดยใช้เกณฑ์ การพิจารณาจาก (๑)นโยบายสำคัญจากกระทรวงสาธารณสุข ในด้านนโยบายได้เลือกประเด็น นโยบาย ๓ หมอ ได้ประเด็น คัดเลือก ๔ ประเด็น คือ ๑) การมอบของขวัญปีใหม่โดย อสม.คัดกรองผู้สูงอายุ ๔ ด้าน โดย แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม. ๒) การดำเนินงาน คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว ๓ คน ๓.) การดำเนินงานขับเคลื่อนให้ อสม.ใช้แอป สมาร์ท ๔) การขับเคลื่อนให้ อสม.ส่งรายงาน อสม.๑ ทางแอปสมาร์ท อสม.ตามประกาศ กระทรวงสาธารณสุข (๒) กิจกรรมเกี่ยวกับ อสม.ที่เป็นนวัตกรรม หรือ การปฏิบัติที่ดี ที่ควรส่งเสริม ยกย่อง และขยายให้เพิ่มมากขึ้น คัดเลือกได้ประเด็น การขับเคลื่อน อสม.จิต อาสา ให้บริการที่ รพ.สต. (๓) ประเด็น กิจกรรมที่ยังเป็นปัญหาในชุมชน ประเด็น กำหนดแนวทาง คัดเลือกประเด็น การขับเคลื่อน อสม.เฝ้าระวัง ไข้เลือดออกในชุมชน และ การขับเคลื่อน อสม.เฝ้าระวังโรคโควิด๑๙และโรคอุบัติใหม่ ๒) การประเมิน

ประเมินผล ประเด็นพิจารณา โดยใช้ แนวคิด CIPP Modell (Stufflebeam's CIPP Model, ๑๙๗๑) และ ๓) การกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ใช้แนวคิด PIRAB (อ้างใน ชาญชัย พิณเมืองงาม, ๒๕๖๐) หลังจากนั้น นำขั้นตอนที่ ๒ และ ขั้นตอนที่ ๓ มาสังเคราะห์ เป็นแนวทางการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๓. บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอแนะ/ข้อจำกัดและแนวทางแก้ไข

การดำเนินการพัฒนาแนวทางการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิต่อไป ประกอบด้วย ๓ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) การคัดเลือกประเด็นพิจารณา ๒) การประเมินประเมินผล ประเด็นพิจารณา โดยใช้ แนวคิด CIPP Modell (Stufflebeam's CIPP Model, ๑๙๗๑) และ ๓) การกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ใช้แนวคิด PIRAB (อ้างใน ชาญชัย พิณเมืองงาม, ๒๕๖๐) หลังจากนั้น นำขั้นตอนที่ ๒ และ ขั้นตอน ที่ ๓ มาสังเคราะห์ เป็นแนวทางการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพปฐมภูมิ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

๑) ประเด็นการมอบของขวัญปีใหม่โดย อสม. คัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้านโดย แอปพลิเคชันสมาร์ตอสม.

- (๑) ให้มีการจับคู่ อสม. เป็น บัดดี อสม. ที่สูงอายุ หรือ คนที่ใช้ แอปสมาร์ต อสม. ไม่เป็น เป็น คู่ ๒ คน กลุ่ม ๓ คน หรือ ๔ คน ตามความเหมาะสม เพื่อให้สอน แนะนำ ช่วยทำในการลงข้อมูลในการคัดกรองผู้สูงอายุในแอปสมาร์ต อสม.
- (๒) จัดหา Smart phone ให้ อสม. ที่ยังไม่มี โดยหามาตรการในการสนับสนุน เช่น ทำโครงการซื้อโทรศัพท์ ภาพรวม ขอลดราคา การซื้อในระบบเงินผ่อน เป็นต้น
- (๓) สนับสนุน ให้ ผู้สูงอายุ ที่แข็งแรง ประเภทกลุ่มติดสังคม เป็นผู้ช่วยหนุนเสริมในการคัดกรองผู้สูงอายุ คล้ายแบบ เพื่อนช่วยเพื่อน หรือ ให้ ชมรม ผู้สูงอายุขับเคลื่อนช่วย
- (๔) ส่งเสริม ชักชวน ให้ พี่น้องประชาชน ในคุ้ม ในหมู่บ้าน ช่วยเหลือ สนับสนุน ในการคัดกรองผู้สูงอายุ
- (๕) จัดให้ อสม. ที่มีศักยภาพ มีความรู้ ประสบการณ์ ถนัด หรือ คล่องในการคัดกรองผู้สูงอายุ จากการประสานงาน การใช้เครื่องมือ แอป สมาร์ต อสม. เป็นผู้นำ ในการคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน หรือ หมู่บ้าน
- (๖) ประสาน องค์กรบริหารส่วนตำบล ให้การสนับสนุนในการคัดกรองผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ การสนับสนุนงบประมาณ หรือ บุคลากร การทำงานร่วมกัน การดูแลสูงอายุ
- (๗) มีการติดตาม การดำเนินงาน อย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระบบไอที สมาร์ต อสม. เพื่อให้รวดเร็ว แก้ไขปัญหาได้ทันเวลา
- (๘) มีการกำหนดการประชุมติดตาม สนับสนุน แก้ไขปัญหา ตลอดต่อเนื่อง และ การสื่อสาร ในระบบออนไลน์ ให้ทราบผลการดำเนินงาน เป็นประจำ
- (๙) หมอคนที่ ๑ อสม. และ หมอ คนที่ ๒ ต้องร่วมมือกัน วางแผนติดตาม เชื่อมโยงให้การทำงาน มีประสิทธิภาพ รวมทั้ง มีตั้งคณะกรรมการ ทำงานร่วมกัน ระหว่าง หมอคนที่ ๑ และ คนที่ ๒
- (๑๐) ตรวจสอบ บุคลากร กฎหมาย ระเบียบต่างๆที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้สูงอายุ ในด้านสวัสดิการ เพื่อเชื่อมโยง ให้การช่วยเหลือแบบบูรณาการ ต่อ จากการคัดกรองผู้สูงอายุ
- (๑๑) อสม. มีการจัดการพัฒนาศักยภาพ ประชุม อบรม ถอดบทเรียน และองค์ความรู้ เกี่ยวกับ การดูแลผู้สูงอายุ อยู่เป็นประจำ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ต่อ หลังจากมีการคัดกรองผู้สูงอายุ

ประเด็น การดำเนินงาน คนไทยทุกคนควรมีหมอปประจำตัว ๓ คน

- (๑) มีการประชุมชี้แจง อสม. และ กลุ่มผู้สูงอายุ หรือ กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแล ของ ๓ หมอ รวมทั้ง สื่อสาร ให้พี่น้องประชาชน เพื่อสร้างความเข้าใจ ในการดูแล
- (๒) จัดให้มีการประชุมคณะทำงานและเครือข่าย สรุปผลงานเพื่อเสนอแนวทางแก้ไข และเสนอแผนต่อ อปท. หรือเครือข่าย หรืออบ สปสช.
- (๓) จัดให้มีการอบรม นสค. (นักจัดการสุขภาพครอบครัว/อสม.) และอบรมให้ความรู้ พัฒนาศักยภาพ อสม กับ บทบาทใหม่หมอกคนที่๑
- (๔) จัดให้มีการ ทำประชาคม เสนอแผนงานโครงการ ในการสนับสนุนการดำเนินงาน ๓ หมอ ต่อ องค์การบริหารส่วนตำบล
- (๕) จัดตั้งกลุ่มไลน์ อสม เพื่อติดตามกลุ่มป่วยหรือกลุ่มป่วยใหม่พร้อมให้คำปรึกษา ในการดำเนินงานร่วมกัน ของ ระบบ ๓ หมอ
- (๖) อสม. สร้างเครือข่ายดูแลและติดตามส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพ เชื่อมกับ ระบบ ๓ หมอ
- (๗) อสม. และ กรรมการ หมู่บ้าน ร่วมสื่อสาร การดำเนินงานการดูแลสุขภาพประชาชน ของ ระบบ ๓ หมอ
- (๘) การจัดทำทะเบียน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง เพื่อการดูแล ในระบบ ๓ หมอที่มีคุณภาพ รวมทั้ง ทะเบียน หรือ แผนการลงดูแลกลุ่มเป้าหมายต่างๆ
- (๙) สื่อสาร ให้ประชาชน รู้และเข้าถึงสิทธิ ด้านสุขภาพ
- (๑๐) จัดให้มีกิจกรรมการรณรงค์การตรวจสุขภาพ และ การรณรงค์กิจกรรมด้านการสร้างสุขภาพ
- (๑๑) อสม. ใหม่ ต้องผ่านการอบรม หรือ พัฒนาศักยภาพ ตามหลักสูตร ที่ได้รับมาตรฐาน

ประเด็น การดำเนินงานขับเคลื่อน การใช้แอป สมาร์ท อสม./ส่งรายงาน อสม.๑

- (๑) อบรมการใช้แอป smart อสม. และ การส่ง อสม.๑ โดยเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องการส่งรายงาน
- (๒) ติดตามการส่งรายงานประจำเดือน อสม ๑ ทุกวันที่ ๒๐-๒๕ ของทุกเดือน และการสำรวจลูกน้ำยุงลายทุก วันศุกร์
- (๓) จนท.รพ.สต.ตรวจสอบการส่งรายงานผ่านแอป
- (๔) จัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อติดต่อประสานงาน
- (๕) แจกผลการปฏิบัติงาน อสม. รายเดือนในที่ประชุม และชื่นชมผู้ทำงานได้ตรงเป้าหมาย
- (๖) พัฒนาให้ อสม.มีเครือข่ายเน็ตพร้อมส่งและรายงาน หรือใช้เน็ตไวไฟในหมู่บ้าน
- (๗) ให้มีการพัฒนา อสม.อย่างต่อเนื่อง ในด้านระบบดิจิทัล โดยเฉพาะการใช้แอปสมาร์ท อสม.
- (๘) มีการกำหนดหลักสูตรการอบรม สำหรับผู้นำกลุ่ม เพื่อให้มีประสบการณ์ที่หลากหลาย เพื่อขับเคลื่อนงาน ผ่านระบบแอป อสม.
- (๙) ผู้มีปัญหาในการส่งข้อมูลผ่านแอป อสม. ต้องให้มีกระบวนการเรียนรู้เพิ่มเติม

ประเด็น การขับเคลื่อน อสม.จิตอาสา ให้บริการที่ รพ.สต.

- (๑) ส่งเสริม ให้ อสม. มาช่วยงานเป็นจิตอาสา ที่ รพ.สต. วันละ ๒-๕ คน กำหนดมาร่วมให้บริการวันทำการ เวลา ๐๘.๐๐-๑๒.๐๐ น
- (๒) มีการจัดตารางเวร การให้บริการ ที่เหมาะสม

- (๓) สนับสนุนให้ ประธาน อสม ระดับตำบล และ ประธาน อสม. ร่วมกัน เป็นผู้จัดตารางเวรในการมาให้บริการที่ รพ.สต. วันละ ๒-๕ คน เพื่อส่งเสริมการจัดการแบบกลุ่ม และการจัดการด้วยกลุ่ม อสม.
- (๔) มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการให้บริการ และ สื่อสาร รายงานผลการดำเนินงานในที่ประชุม ประจำเดือน เพื่อยกย่องเชิดชู ให้เกียรติ
- (๕) มีการติดตามงานทางกลุ่มไลน์ และ ในที่ประชุมและร่วมกันดำเนินกิจกรรมตามภาระกิจ
- (๖) ส่งเสริม สนับสนุน ให้ อสม.จิตอาสา มีความภาคภูมิใจ ในการมาดำเนินงานจิตอาสา อาจให้เป็น ใบเกียรติบัตร การมอบรางวัล ในเวทีที่เหมาะสม การเผยแพร่ สื่อสาร ให้สังคมได้รับทราบ
- (๗) ให้อสม.ได้มีการฝึกการให้บริการต่างๆและทบทวนเป็นประจำ
- (๘) การมาร่วมให้บริการเป็นการเรียนรู้และ พัฒนางาน พัฒนาศักยภาพตนเอง

ประเด็น การขับเคลื่อน อสม.เฝ้าระวังไข้เลือดออกในชุมชน

- (๑) อสม รมรงค์ให้ความรู้ ใช้หลัก ๓ เก็บ ๓ โรด โรดไข้เลือดออก โรดไข้ปวดข้อยุงลาย โรดติดเชื้อไวรัสซิกา
- (๒) จัดกิจกรรมรณรงค์ ทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและประชาชนมีความรู้และตระหนัก สภาพแวดล้อม ชุมชนสะอาด เป็นบ้านน่าอยู่
- (๓) เมื่อมีผู้ป่วยรายแรกในพื้นที่ แจ้งชาวบ้าน รับทราบข้อมูลผู้ป่วยแล้วร่วมมือป้องกันการระบาดได้ทันการ
- (๔) เมื่อมีกิจกรรม ผู้นำชุมชนแจ้งทาง ทอกระจายข่าว อสม.แจ้งกลุ่มไลน์เพื่อนัดดำเนินกิจกรรม
- (๕) จนท ผู้นำชุมชน อสม ประชุมหารือวางแผนวันรณรงค์ทั้งหมด ๑๑ หมู่บ้าน
- (๖) ขอสนับสนุนจาก อบต ในการออกพ่นหมอกควัน ทั้ง ๑๑ หมู่บ้าน
- (๗) ส่งเสริม สนับสนุน ให้ อบท.และกลุ่มเครือข่ายหมู่บ้านมีการประสานงานกันร่วมแก้ปัญหาและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- (๘) อสม.ในพื้นที่เฝ้าระวังและรายงานทำให้คณะทำงานรับทราบผลจากการปฏิบัติ ถ้าหากปัญหายังแก้ไขไม่จบ ต้องมีการประชุมปรับแผนการดำเนินงานอีกครั้ง

๒) ประเด็น การขับเคลื่อน อสม.เฝ้าระวังโรคโควิด๑๙และโรคอุบัติใหม่

- (๑) จนท.สาธารณสุข อบต./ อสม./ ผู้นำชุมชน และภาคีเครือข่าย จัดประชุม คณะกรรมการดำเนินงาน วางแผนการดำเนินงานแบบบูรณาการ
- (๒) อบรรม อสม.ให้มีความรู้เรื่องโรคโควิด ๑๙ เพื่อวางแผนรองรับ ปรับสภาพที่อยู่กักตัว ตลอดจนการส่งต่อรักษา
- (๓) อสม.รับบทบาทหน้าที่แล้ววางแผนรองรับ สร้างเครือข่ายป้องกันการแพร่เชื้อหรือการติดต่อสู่คนอื่น ๆ
- (๔) ประสานงานกับเครือข่ายและขอสิ่งสนับสนุน จาก อบต.,รพ.สต.,และเอกสารวารสารสุขภาพจากภาคีเครือข่าย
- (๕) ขอรับสนับสนุน งบจากกองทุนตำบลเพื่ออบรมให้ความรู้กลุ่ม อสม.และวางแผนการเตรียมการป้องกันและรักษา
- (๖) ประชุมสรุปผลการดำเนินงาน เพื่อหาจุดอ่อนจุดแข็งในการดำเนินงาน และปรับแผนการดำเนินในกรณีผลสำคัญที่ต่ำ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๑) ประเด็น การมอบของขวัญปีใหม่โดย อสม.คัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้าน โดย แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์
- ๒) ประเด็น การดำเนินงาน คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอปประจำตัว ๓ คน มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์
- ๓) ประเด็น การดำเนินงานขับเคลื่อน การใช้แอป สมาร์ท อสม./ส่งรายงาน อสม.มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์
- ๔) ประเด็น การขับเคลื่อน อสม.จิตอาสา ให้บริการที่ รพ.สต.มีการดำเนินงานตามแผนงาน และมีการถอดบทเรียนที่ดี
- ๕) ประเด็น การขับเคลื่อน อสม.เฝ้าระวังใช้เลือดออกในชุมชน มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์
- ๖) ประเด็น การขับเคลื่อน อสม.เฝ้าระวังโรคโควิด๑๙และโรคอุบัติใหม่ มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ๑) ประเด็น การมอบของขวัญปีใหม่โดย อสม.คัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้าน โดย แอปพลิเคชัน สมาร์ท อสม.มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์
- ๒) ประเด็น การดำเนินงาน คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอปประจำตัว ๓ คน มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์
- ๓) ประเด็น การดำเนินงานขับเคลื่อน การใช้แอป สมาร์ท อสม./ส่งรายงาน อสม.มีการดำเนินงานผ่าน
- ๔) ประเด็น การขับเคลื่อน อสม.จิตอาสา ให้บริการที่ รพ.สต.มีการดำเนินงานตามแผนงาน และมีการถอดบทเรียนที่ดี
- ๕) ประเด็น การขับเคลื่อน อสม.เฝ้าระวังใช้เลือดออกในชุมชน มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์
- ๖) ประเด็น การขับเคลื่อน อสม.เฝ้าระวังโรคโควิด-๑๙ และโรคอุบัติใหม่ มีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความที่แจ้งไว้นี้ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอประเมิน

(นายประทีป บุญเฉลียว)

๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง พุทธกรรมกรรมป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดีของประชาชนในตำบลคอนสาย อำเภอ
ตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๖ เดือน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

มะเร็ง เป็นโรคไม่ติดต่อที่ เป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศต่างๆ ทั่วโลก สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งยังไม่แน่ชัด แต่พบว่า สภาพสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งได้เช่นกัน มะเร็งจึงเป็นโรคที่มีความรุนแรงสูง ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจำนวนมาก ก่อให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ อย่างมากประเทศไทยพบว่าโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ ๑ โดยมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นจาก ๖๔.๙ ในปี พ.ศ.๒๕๖๐ เป็น ๖๘.๔, ๗๖.๓, ๗๘.๙ และ ๘๔.๓ ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑, ๒๕๖๒, ๒๕๖๓ และ พ.ศ. ๒๕๖๔ ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๔๗ : ๑) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมะเร็งตับ และท่อน้ำดี พบมากเป็นอันดับหนึ่ง และมีแนวโน้มอัตราการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี มะเร็งนับว่าเป็นโรคที่ร้ายแรงมากโรคนึง เกิดได้กับคนทุกเพศทุกวัยและกับอวัยวะทุกส่วนของร่างกาย ส่วนใหญ่ยังรักษาให้หายขาดไม่ได้ เมื่อเป็นแล้วมักจะถึงแก่ชีวิตภายในเวลาอันสั้น มะเร็งในท่อน้ำดีโรคมะเร็งอีกชนิดหนึ่งที่พบมีจำนวนเพิ่มขึ้น และสร้างความทุกข์ทรมานความเจ็บปวดแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ มีสถิติติดอันดับเป็นประเทศมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก แต่ละก็มีผู้ป่วยทั่วโลกเสียชีวิตด้วยโรคนี้นับว่า ๒๐,๐๐๐ คน โดย ๗๐% ของจำนวนนี้เป็นคนไทย และพบว่าเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอุบัติการณ์สูงสุด โดยพบผู้ป่วยชาย ๑๐๐ คนจาก ประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน พบผู้ป่วยหญิง ๕๐ คนจากประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน มากกว่าประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งพบผู้ป่วยเพียง ๒ ราย จากประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน (บรรจบ ศรีภา ๒๕๕๑ : ๑- ๒) ที่ผ่านมามีการศึกษาสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีของนักวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ จากการศึกษาของนักวิชาการไทยตั้งแต่ ค.ศ. ๑๙๕๓-๑๙๘๘ สรุปว่าพบความสัมพันธ์ระหว่างพยาธิใบไม้ตับกับมะเร็งท่อน้ำดี และในปี ค.ศ. ๑๙๙๔ สถาบันวิจัยโรคมะเร็งนานาชาติ ได้สรุปว่ามีหลักฐานเพียงพอที่จะสรุปได้ว่าพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุของมะเร็งท่อน้ำดีในคน (สุพรรณศรีอำพร ๒๕๕๑ : ๒) เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๑ ศูนย์วิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมหาวิทยาลัยขอนแก่น (บรรจบ ศรีภา ๒๕๕๑ : ๑-๒) ได้ศึกษาวิจัยเพื่อค้นหากกลไกการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีอย่างต่อเนื่อง ผลการวิจัยชี้ชัดว่า การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทำให้เกิดการอักเสบของท่อน้ำดีทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง โดยเชื้อพยาธิจะกระตุ้นการสร้างสารอนุมูลอิสระซึ่งทำลายทั้ง DNA และระบบการควบคุมการดำรงชีพปกติของเซลล์เยื่อบุท่อน้ำดี การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำบ่อยๆ จะเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีมากขึ้น ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราการตายด้วยมะเร็งสูงที่สุด เป็นอันดับหนึ่ง และจากรายงานพบว่า มะเร็งที่พบมากที่สุดคือ มะเร็งตับและท่อน้ำดี โดยมีอัตราการอุบัติการณ์ต่อประชากรแสนคน เป็น ๖๑.๔ ในเพศชาย และ ๒๕.๖ ในเพศหญิง (สุพรรณศรีอำพร ๒๕๕๐ : ๑) มะเร็งท่อน้ำดี ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุข ที่สำคัญของภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย สาเหตุสำคัญของมะเร็งชนิดนี้พบว่าเกี่ยวข้องกับการรับประทานปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดแบบดิบๆ ซึ่งจะทำให้ได้รับตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับ (Metacercaria of Opisthorchis Viverrini) และจะเจริญเติบโตอยู่ในท่อน้ำดี และก่อให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดีในที่สุด

ตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล มีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ทุกปี โดยพบผู้เสียชีวิต ด้วยโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ๓ รายในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ และปีละ ๒ ราย ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ และ ปี พ.ศ. ๒๕๖๓ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนสาย, ๒๕๖๓) ซึ่งถือว่า ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โรคมะเร็งส่วนใหญ่เกิดจากปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม (เอี่ยมพร สกกุลแก้ว ๒๕๕๑ : ๒๑) ดังนั้น หากไม่มีการดำเนินการ

แก้ปัญหาอย่างจริงจัง อาจจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขได้หาแนวทางลดอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งในประเทศไทย โดยได้มีนโยบายในการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งควบคู่กับการค้นคว้าหาวิธีรักษาใหม่ๆ เช่น การตรวจค้นหาไซพยาธิโบไมด์ การรณรงค์ไม่กินปลาดิบ การรณรงค์ตรวจ เต้านมด้วยตนเอง และการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธีตรวจเซลล์ปากมดลูก (Pap Smear) ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้กำหนดนโยบายลดอัตราการป่วย และตายด้วยโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี เป็นวาระของคนอีสาน มีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดีวิธีอัลตราซาวด์โดยมีเป้าหมาย ที่จะค้นหาผู้ป่วยให้พบเร็วที่สุด และให้การรักษาเร็วที่สุด และหากพบความผิดปกติในระยะแรกๆ สามารถรักษาให้หายขาดได้ การดำเนินการตรวจคัดกรองดังกล่าว ไม่สามารถให้บริการฟรีได้ครอบคลุมประชากรทุกคนได้ จึงมีการตรวจคัดกรองในกลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ผู้ที่มีประวัติครอบครัวป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง ผู้ที่เคยตรวจพบพยาธิโบไมด์ตับ หรือเคยรักษาโรคพยาธิโบไมด์ตับ และผู้ที่มีประวัติการรับประทานอาหารประเภทปลาดิบ หรือสุกๆ ดิบๆ ผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ในพื้นที่ตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งค้นหา กลุ่มเป้าหมายมารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี จึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่าโปรแกรมสุขศึกษา ที่ให้กับกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้ไป มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด มีความรู้ การรับรู้ การสนับสนุนจากสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับ และ มะเร็งท่อน้ำดี เปลี่ยนแปลงหรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานให้บุคลากรที่มสุขภาพสามารถนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันและส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี นำไปสู่การลดอัตราป่วยและอัตราการตายจากมะเร็งตับได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผลได้ตระหนักถึงความสำคัญในเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชนในพื้นที่การวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการอบรม มีความรู้ การรับรู้ การสนับสนุนจากสังคม และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับ และ มะเร็งท่อน้ำดี แตกต่างกันหรือไม่ มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

๑. ประชากร
๒. กลุ่มตัวอย่าง
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
๔. การสร้างเครื่องมือในการวิจัย
๕. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล
๖. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากร

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ประชาชน อายุตั้งแต่ ๑๕ ปี ขึ้นไป ที่มีประวัติครอบครัวที่เคยป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น ๓๑๔ คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนสาย, ๒๕๖๖)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปี ขึ้นไป มีประวัติครอบครัวเคยป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาศัยอยู่ในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี และสมัครใจเข้าร่วมโครงการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวนทั้งสิ้น ๗๐ คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนสาย, ๒๕๖๖) ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง แบบประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากร (อรุณ จิระวัฒน์กุล และคณะ, ๒๕๔๒ : ๒๗๖)

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2 P(1-P)}{e^2(N-1)+Z^2\alpha/2 P(1-P)}$$

เมื่อ N = ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีประวัติครอบครัวเคยป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งหมด = 314 คน

α = ระดับนัยสำคัญที่กำหนด 0.025 $Z_{\alpha/2} = 1.96$

P = สัดส่วนในการป่วยเป็นมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จากการป่วยด้วยโรคมะเร็งทุกชนิดในประชากรประเทศไทย ทั้งหมด = .332 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565)

e = คลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้นได้ = 0.05

ได้ตัวอย่าง จำนวน 163.65 หรือ 164 คน และสุ่มโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Sampling Random) สุ่มโดยใช้ตารางเลขสุ่มจาก Sampling Frame ตามสัดส่วนของแต่ละหมู่บ้าน (บัญชีรายชื่อประชาชนที่มีอายุได้ตัวอย่าง จำนวน ๑๖๓.๖๕ หรือ ๑๖๔ คน และสุ่มโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Sampling Random) สุ่มโดยใช้ตารางเลขสุ่มจาก Sampling Frame ตามสัดส่วนของแต่ละหมู่บ้าน (บัญชีรายชื่อประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปี ขึ้นไป มีประวัติครอบครัวเคยป่วยหรือเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แยกรายหมู่บ้าน) และสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมอบรมโครงการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวนทั้งสิ้น ๗๐ คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. โปรแกรมสุขศึกษา หลักสูตร ๒ วัน วันแรก ประกอบด้วย การทดสอบก่อนการอบรมความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง โรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี สถานการณ์การเกิดโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี หน้าที่ของตับ หน้าที่ของน้ำดี อาการของโรค และการรักษาพยาบาล วันที่ ๒ ประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี การป้องกันโรค และการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๒. แบบสอบถาม ซึ่งสร้างโดยการนำแบบสอบถามของ อภิชาติ แสงปราชญ์ (๒๕๕๓) มาปรับปรุงโดยยึดหลักแนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) แบ่งแบบสอบถามออกเป็น ๗ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประวัติการป่วยหรือตายของสมาชิกในครอบครัวด้วยโรคมะเร็ง มะเร็งที่ป่วยหรือตายคือโรคมะเร็งอะไร เป็นคำถามให้เติมคำในช่องว่าง จำนวน ๒ ข้อ แบบมีข้อให้เลือกตอบ จำนวน ๔ ข้อ

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นคำถามที่ให้เลือกตอบได้ ๓ ทางเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ทั้งหมด ๒๐ ข้อ

ข้อคำถามเชิงบวก ตอบ ใช่ ให้ค่าคะแนน เท่ากับ ๑

ตอบ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ให้ค่าคะแนน เท่ากับ ๐

ข้อคำถามเชิงลบ ตอบ ใช่ ไม่ทราบ ให้ค่าคะแนน เท่ากับ ๐

ตอบ ไม่ใช่ ให้ค่าคะแนน เท่ากับ ๑

ซึ่งข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๘, ๑๐, ๑๑, ๑๒, ๑๕, ๑๖, ๑๗, ๑๘, ๑๙, ๒๐

ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ ๖, ๗, ๙, ๑๓, ๑๔

ส่วนที่ ๓ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยเป็นข้อคำถามจำนวน ๑๐ ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามเชิงประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น ๕ ระดับ มีคำถามทั้งด้านบวก และด้านลบ โดยมีคำตอบให้เลือกตอบคือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วย ปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยมาก

เห็นด้วยมาก หมายถึง เมื่อข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับความเชื่อ การรับรู้ของผู้ตอบมาก

เห็นด้วย หมายถึง เมื่อข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับความเชื่อ การรับรู้ของผู้ตอบ

ปานกลาง หมายถึง เมื่อข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับความเชื่อ การรับรู้ของผู้ตอบ อยู่ระหว่างเห็นด้วย ครั้งหนึ่ง และไม่เห็นด้วยครั้งหนึ่ง

ไม่เห็นด้วย หมายถึง เมื่อข้อความในประโยคนั้น ๆ ไม่ตรงกับความเชื่อ การรับรู้ของผู้ตอบ

ไม่เห็นด้วยมาก หมายถึง เมื่อข้อความในประโยคนั้น ๆ ไม่ตรงกับความเชื่อ การรับรู้ของผู้ตอบ

อย่างมากแบบสอบถามการ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
เห็นด้วยมาก	กำหนดให้ ๕ คะแนน	๑ คะแนน
เห็นด้วย	กำหนดให้ ๔ คะแนน	๒ คะแนน
ปานกลาง	กำหนดให้ ๓ คะแนน	๓ คะแนน
ไม่เห็นด้วย	กำหนดให้ ๒ คะแนน	๔ คะแนน
ไม่เห็นด้วย	กำหนดให้ ๑ คะแนน	๕ คะแนน

ซึ่งข้อคำถามเชิงบวก ได้แก่ ข้อที่ ๑, ๒, ๓, ๔, ๕, ๖, ๗, ๘, ๑๐

ข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อที่ ๘

การแปลผล รายข้อ และการจัดกลุ่มระดับการรับรู้ แปลผลจากค่าเฉลี่ย ใช้การแบ่งคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผล และอธิบายตัวแปร จากคะแนนเต็ม ๕ คะแนน ต่ำสุด ๑ คะแนน แบ่งเป็น ๓ Scale โดยการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย (Class Interval) จากสูตรดังนี้ (สำเร็จ จันทรสุวรรณ ๒๕๔๔ : ๑๐๑)

ขนาดชั้น = $\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$

ขนาดชั้น = ๑.๓๓

การให้ความหมายกำกับค่าน้ำหนักคะแนนเฉลี่ยนี้ใช้กับคำถามเชิงประเมินค่า เนื้อหาเกี่ยวกับระดับการรับรู้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ยและแปลผลไว้ดังนี้

ช่วงคะแนน ระดับการรับรู้

๓.๖๗ - ๕.๐๐	หมายถึง	การรับรู้ดี
๒.๓๔ - ๓.๖๖	หมายถึง	การรับรู้ปานกลาง
๑.๐๐ - ๒.๓๓	หมายถึง	การรับรู้น้อย

ส่วนที่ ๔ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี โดยเป็นข้อคำถามจำนวน ๘ ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามเชิงประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น ๕ ระดับ มีคำถามด้านบวกเท่านั้น โดยมีคำตอบให้เลือกตอบคือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วย ปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยมาก การให้ความหมายเกณฑ์การให้คะแนน การแปลผล และการจัดกลุ่มระดับการรับรู้ความรุนแรง ทำเช่นเดียวกันกับส่วนที่ ๓ ซึ่งข้อคำถามทั้งหมด เป็นคำถามเชิงบวก

ส่วนที่ ๕ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน และการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี

โดยเป็นข้อคำถามจำนวน ๘ ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามเชิงประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น ๕ ระดับ มีคำถามด้านบวกเท่านั้น โดยมีคำตอบให้เลือกตอบคือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วย ปานกลาง ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยมาก การให้ความหมาย เกณฑ์การให้คะแนน การแปลผล และการจัดกลุ่มระดับการรับรู้ประโยชน์ ทำเช่นเดียวกันกับส่วนที่ ๓

ส่วนที่ ๖ การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน จาก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเป็นข้อคำถามจำนวน ๑๒ ข้อ แบ่งเป็น การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน จำนวน ๖ ข้อ การสนับสนุนจาก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน ๖ ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามเชิงประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น ๕ ระดับ มีคำถามด้านบวกเท่านั้น โดยมีคำตอบให้เลือกตอบคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด มีการให้ความหมาย ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง เมื่อข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับการได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างมากที่สุด หรือได้รับการสนับสนุนทุกครั้ง

มาก หมายถึง เมื่อข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับการได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างมาก หรือ ได้รับการสนับสนุนเกือบทุกครั้ง

ปานกลาง หมายถึง เมื่อข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับการได้รับการสนับสนุน พอสมควร หรือ ได้รับการสนับสนุนเป็นบางครั้ง

น้อย หมายถึง เมื่อข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับการได้รับการสนับสนุน น้อย หรือ ได้รับการสนับสนุนเป็นนานๆ ครั้ง

น้อยที่สุด หมายถึง เมื่อข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับการได้รับการสนับสนุนน้อยมาก หรือ แทบจะไม่ได้รับการสนับสนุนเลย

ส่วนเกณฑ์การให้คะแนน การแปลผล และการจัดกลุ่มระดับการสนับสนุน ทำเช่นเดียวกันกับส่วนที่ ๓

ส่วนที่ ๗ พฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี โดยเป็นข้อคำถามจำนวน ๑๕ ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามเชิงประเมินค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น ๕ ระดับ มีคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยมีคำตอบให้เลือกตอบคือ ปฏิบัติทุกครั้ง บ่อย นานๆครั้ง ปฏิบัติน้อย ไม่เคยปฏิบัติ มีการให้ความหมายดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง เมื่อข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบคำถามว่ามีการปฏิบัติทุกครั้ง ไม่ได้ขาด

บ่อย หมายถึง เมื่อข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบคำถามว่าการปฏิบัติเกือบทุกครั้ง มีไม่ปฏิบัติบ้างเพียงเล็กน้อย

นานๆครั้ง หมายถึง เมื่อข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบคำถามว่าการปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ เท่าๆ กัน

ปฏิบัติน้อย หมายถึง เมื่อข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบคำถามว่าการปฏิบัติน้อยมาก มีไม่ปฏิบัติมากกว่า

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง เมื่อข้อความในประโยคนั้น ๆ ตรงกับการปฏิบัติของผู้ตอบคำถามว่าไม่มีการปฏิบัติในเรื่องนั้นๆ เลย

ส่วนเกณฑ์การให้คะแนน การแปลผล และการจัดกลุ่มระดับพฤติกรรมในการป้องกัน

โรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ทำเช่นเดียวกันกับส่วนที่ ๓

การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

๑. การจัดทำโปรแกรมในการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี จัดทำโปรแกรมจาก ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็ง โรคมะเร็งตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดี มาจัดเป็นหลักสูตรการอบรม ๒ วัน วันแรก ประกอบด้วย การทดสอบก่อนการอบรม ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคมะเร็ง โรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี สถานการณ์การเกิดโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี หน้าที่ของตับ หน้าที่ของน้ำดี อาการของโรค และการรักษาพยาบาล วันที่ ๒ ประกอบด้วย สาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี การป้องกันโรค และการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี

๒. แบบสอบถาม นำเครื่องมือของ อภิชาติ แสงปราษฎ์ (๒๕๕๓) มาปรับปรุง โดยยึดหลักแนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) มาปรับปรุง โดยแบบสอบถามเกี่ยวกับโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ได้นำแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับโรคมะเร็ง โรคมะเร็งตับ และโรคมะเร็งท่อน้ำดี มาสร้างเครื่องมือให้มีองค์ประกอบตั้งแต่สาเหตุ อาการ อาการแสดง การรักษา การป้องกัน และการส่งเสริมสุขภาพให้ห่างไกลมะเร็ง ส่วนการรับรู้แนวคิดจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้คัดเลือก การรับรู้ ๓ องค์ประกอบคือ การรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม ยึดทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) ซึ่งคัดเลือกมา ๒ องค์ประกอบ คือ การสนับสนุนจากครอบครัว และเพื่อนบ้าน และการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี เน้นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ มาใช้ในการสร้างแบบสอบถาม

๓. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

๓.๑. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ในการสร้างแบบสอบถามผู้วิจัย ได้ศึกษาเนื้อหาและทฤษฎี จากเอกสาร ตำรา และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดกรอบการวิจัยนำเนื้อหาและทฤษฎีมาสร้างข้อคำถามเป็นแบบสอบถาม โดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน ๓ ท่าน ช่วยตรวจสอบความถูกต้อง และความตรงด้านเนื้อหา การใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบและใช้ในการเก็บข้อมูลจริงโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน ๓ ท่าน มีรายชื่อดังต่อไปนี้

๑). ดร.วิโรจน์ เชมรัมย์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๒). ดร.เจริญชัย คำแฝง ข้าราชการบำนาญ อดีต ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีบัว อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

๓). นายอุทัย นิปีการสุนทร ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี นำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจแก้ไขแล้ว มาจัดพิมพ์และนำไปทดลองใช้

๓.๒. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุง ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) โดยไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับประชากรที่ศึกษามากที่สุด คือกลุ่มผู้รับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะพือ ตำบลสะพือ อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๓๐ ราย แล้วนำมาวิเคราะห์ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ด้วยวิธีของครอนบาช โดยหาค่า วิธี Cronbach's Alpha Coefficient ซึ่งได้ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ ๐.๘๖

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

๑. ขั้นตอนเตรียมการวิจัย

๑.๑. จัดทำโครงการการป้องกันโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี เสนอของบกองทุน

สุขภาพตำบล เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดอบรม และจัดทำโปรแกรมการอบรม หลักสูตร ๒ วัน

๑.๒. เตรียมแบบสอบถามที่จะใช้ในการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง

๑.๓. นำแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหา แล้วนำไป

ทดสอบกับกลุ่มเป้าหมายที่ใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๓๐ ชุด ทดสอบความเที่ยง

๑.๔. นำเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบอีกครั้ง แล้วปรับปรุงแบบสอบถาม ให้มีความเหมาะสมที่สุด

๑.๕. คัดเลือกอาสาสมัคร เพื่อเป็นผู้ช่วยผู้วิจัย จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอนสาย จำนวน ๔ คน

๑.๖. ประชุมผู้ช่วยผู้วิจัย และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อชี้แจงการจัดการอบรม และใช้เครื่องมือในการวิจัย และการจัดทำบัญชีรายชื่อประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป และผู้ที่มีประวัติครอบครัวป่วยหรือตายด้วยโรคมะเร็ง ในตำบลคอนสาย เพื่อที่จะทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

๑.๗. ศึกษาที่อยู่ของกลุ่มเป้าหมาย และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการ เพื่อที่จะได้ออกเก็บ

ข้อมูลต่อไป

ขั้นตอนที่ ๑.๑. ถึง ๑.๗ ดำเนินการในช่วงเดือนธันวาคม ๒๕๖๕

๒. ขั้นตอนการวิจัย

๒.๑. ผู้วิจัย พร้อมด้วยทีมผู้ช่วยผู้วิจัย จัดการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งตับ และ มะเร็งท่อน้ำดี หลักสูตร ๒ วัน และเก็บข้อมูลก่อนการอบรม ดำเนินการในเดือนธันวาคม ๒๕๖๕

๒.๒. เก็บข้อมูลหลังการอบรมผ่านไป ๒ เดือน โดยดำเนินการในเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

๒.๓. รวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับ กลับคืนมาทุกฉบับ ดำเนินการในช่วงวันที่ ๑๕ - ๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

๒.๔. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป แปลผล และจัดทำรูปเล่มการวิจัย ดำเนินการ ในช่วงวันที่ ๑ - ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๖

๒.๕. เสนอผลการวิจัย และรูปเล่มต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อขอรับคำแนะนำ จากนั้น ดำเนินการ

แก้ไขตามคำแนะนำ จัดพิมพ์เอกสารฉบับสมบูรณ์ และฉบับส่งเผยแพร่ ดำเนินการในช่วงวันที่ ๑- ๓๐ เมษายน ๒๕๖๖

๒.๖. ส่งผลงานวิจัยเผยแพร่ในวารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

๑. การคำนวณค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับ การศึกษา และรายได้ของครอบครัว ประวัติการป่วยหรือตายด้วยโรคมะเร็ง และโรคมะเร็งที่เป็น เพื่ออธิบาย ลักษณะทางประชากร ส่วนความรู้ การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว และเพื่อนบ้าน และจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ใช้สถิติ ความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

๒. การเปรียบเทียบ ความรู้ การรับรู้ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว และเพื่อนบ้าน และจาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรค ก่อนและหลังการ อบรม เป็นการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ๒ ตัวแปร คือ ก่อนการอบรม และหลังการอบรม ใช้สถิติ Paired-Sample T-Test เป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดไม่ต่ำกว่าช่วงสเกล (Interval Scale) หรืออัตราส่วนสเกล (Ratio Scale) โดยการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติแบบสองทาง (Two-tailed) ถ้าค่า P น้อยกว่า .๐๕ แสดงว่า มี นัยสำคัญทางสถิติ

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

จากการศึกษาวิจัยมีข้อค้นพบสรุปผล แบ่งเป็น ๔ ประเด็น ดังนี้

๑. ข้อมูลทั่วไป ของประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน

โรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีอายุส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง ๔๖ - ๖๐ ปี ร้อยละ ๓๘.๖ อายุมากที่สุด ๗๖ ปี และอายุน้อยที่สุด ๑๗ ปี อายุเฉลี่ยอยู่ที่ ๔๖ ปี ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ ๕๔.๓ จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ ๖๗.๑ ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน ๕,๐๐๐ บาท ลงมา มีรายได้สูงสุด ๒๐,๐๐๐ บาท ต่ำสุด ๑,๖๐๐ บาท ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ๓,๔๒๔.๒๖ บาท/เดือน ประวัติครอบครัวที่เคยป่วย และเสียชีวิตจากโรคมะเร็ง มีจำนวน ๕๔ คน ร้อยละ ๗๗.๑ และประวัติเป็นโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ร้อยละ ๓๔.๓ และ ๒๑.๔ ตามลำดับ

๒. ความรู้ ก่อน และหลัง การอบรมของประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า มีระดับความรู้ก่อนการอบรม ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับความรู้ดี ร้อยละ ๔๗.๑ รองลงมาคือ ระดับความรู้ปานกลาง และความรู้ต่ำ ร้อยละ ๔๑.๔ และ ๑๑.๔ ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มความรู้หลังการอบรม พบว่า มีความรู้ดีขึ้น โดยส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ ๗๔.๓ รองลงมาคือ ระดับความรู้ปานกลาง และความรู้ต่ำ ร้อยละ ๒๒.๙ และ ๒.๙ ตามลำดับ

๓. การรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ก่อนและหลังการอบรม ของประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ก่อนการอบรม ส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความเสี่ยงอยู่ในระดับดี ร้อยละ ๘๕.๗ รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ ๑๔.๓ ในขณะที่ หลังการอบรม พบว่า มีการรับรู้ความเสี่ยงมากขึ้น และส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี ร้อยละ ๙๘.๖ รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๑.๔

๔. การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ก่อนและหลังการอบรม ของประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนการอบรม ส่วนใหญ่ มีการรับรู้ความรุนแรงอยู่ในระดับดี ร้อยละ ๙๔.๓ รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ ๕.๗ ในขณะที่หลังการอบรม พบว่า มีการรับรู้ความรุนแรงมากขึ้นเล็กน้อย และส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี ร้อยละ ๙๘.๖ รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๑.๔

๕. การรับรู้ประโยชน์จากการป้องกันโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ก่อนและหลังการอบรม ของประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ก่อนการอบรม ส่วนใหญ่ มีการรับรู้ประโยชน์อยู่ในระดับดี ร้อยละ ๙๑.๔ รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ ๘.๖ ในขณะที่กลุ่มการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี หลังการอบรม พบว่า มีการรับรู้ประโยชน์มากขึ้นเล็กน้อย และส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี ร้อยละ ๙๗.๑ รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๒.๙

๖. การสนับสนุนจากครอบครัว ในการป้องกันโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ก่อนและหลังการอบรม ของประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี ในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ก่อนการอบรม ส่วนใหญ่ มีการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันโรค อยู่ในระดับดี ร้อยละ ๘๔.๓ รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ ๑๕.๗ ในขณะที่กลุ่มการสนับสนุนจากครอบครัวในการป้องกันโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี หลังการอบรม พบว่า มีการสนับสนุนจากครอบครัวมากขึ้น และส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี ร้อยละ ๙๑.๔ รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๘.๖

๗. การสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการ ป้องกันโรคมาเร็งดับ และมาเร็งท่อน้ำดี ก่อนและหลังการอบรม ของประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมาเร็งดับ และมาเร็งท่อน้ำดี ในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ก่อนการอบรม ส่วนใหญ่ มีการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการป้องกันโรค อยู่ในระดับดี ร้อยละ ๘๔.๓ รองลงมาคือ ระดับ ปานกลาง ร้อยละ ๑๕.๗ ในขณะที่หลังการอบรม พบว่า มีการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากขึ้น และส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี ร้อยละ ๙๐.๐ รองลงมาอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ ๑๐.๐

๘. พฤติกรรมการป้องกันโรคมาเร็งดับ และมาเร็งท่อน้ำดี ก่อนและหลังการอบรมการอบรม ของ ประชาชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมาเร็งดับ และมาเร็งท่อน้ำดี ใน ตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ก่อนการอบรม ส่วนใหญ่ มีพฤติกรรม ใน การป้องกันโรค อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ร้อยละ ๗๐.๐ รองลงมาคือ ระดับเหมาะสมดี ร้อยละ ๓๐.๐ ในขณะที่หลังการอบรม พบว่า มีพฤติกรรม ในการป้องกันโรคมาเร็งดับ และมาเร็งท่อน้ำดี เพิ่มขึ้น และส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๖๒.๙ รองลงมาอยู่ในระดับเหมาะสมดี ร้อยละ ๓๗.๑

๙. การเปรียบเทียบความรู้ รับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง และประโยชน์ การได้รับสนับสนุนจาก ครอบครัว และจากอาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพฤติกรรมการป้องกันโรคมาเร็งดับ และมาเร็งท่อน้ำดี ก่อน และหลังการอบรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมาเร็งดับและมาเร็งท่อน้ำดี พบว่า ความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมาเร็งดับ และมาเร็งท่อน้ำดี การสนับสนุนจากครอบครัวในการ ป้องกันโรค ก่อน และ หลังการอบรม มีความแตกต่างกันในทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .๐๕ ส่วนการรับรู้ความเสี่ยงของการเป็นโรคมาเร็งดับ และมาเร็งท่อน้ำดี การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน โรคมาเร็งดับ และมาเร็งท่อน้ำดี การสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ พฤติกรรม ในการป้องกันโรคมาเร็งดับ และมาเร็งท่อน้ำดี ก่อน และ หลังการอบรมมีความแตกต่างกัน อย่าง ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผลที่ได้จากการคืนข้อมูลทางด้านสุขภาพที่เป็นปัจจุบันของประชาชนในตำบล

๑. สามารถใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงกระบวนการให้สุขศึกษาเรื่องโรคมาเร็งดับ และมาเร็งท่อน้ำดี แก่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของประชาชนที่มีประวัติครอบครัวที่ เคยป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมาเร็ง ในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล

๒. ทำให้ทราบพฤติกรรมของการป้องกันโรคมาเร็งดับ และมาเร็งท่อน้ำดี ของประชาชนที่มีประวัติ ครอบครัวที่เคยป่วยหรือเสียชีวิตจากโรคมาเร็ง ในตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ว่าเป็นอย่างไร เพื่อเป็นแนวทางในการหารูปแบบพัฒนาพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

๓. ทำให้ทราบถึงปัจจัยความรู้ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง และการรับรู้ประโยชน์ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพฤติกรรมของการป้องกันโรคมาเร็งดับ และมาเร็งท่อน้ำดี ปัจจัยใดบ้างที่สามารถปรับเปลี่ยนได้โดยการ ให้โปรแกรมสุขศึกษา และปัจจัยใดบ้างที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้โดยโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งจะได้นำแนว ทางการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคมาเร็งดับ และมาเร็งท่อน้ำดี ที่ไม่เหมาะสมต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล ,

ความรู้เรื่องโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี , การรับรู้โอกาสเสี่ยง , การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี , การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน, การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน จากอสม.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งตับ ข้อคำถามการสัมภาษณ์ไม่มีการกระทำใดที่เสี่ยงต่อผู้ตอบแบบสอบถาม แต่การสอบถามอาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามรู้สึกกังวล เบื่อหน่าย ซึ่งผู้วิจัยจะระมัดระวังในการเก็บข้อมูลโดยใช้วาจาที่สุภาพ อ่อนโยน เข้าใจง่าย และจะหยุดทำการสอบถามหากผู้ยินยอมตนแสดงความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ซึ่ง การเข้าร่วมตอบแบบสอบถามจะเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้ยินยอมตนยินดี เข้าร่วมการวิจัย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การสร้างความตระหนักในการดูแลตนเอง และ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในประชาชนตำบลคอนสาย

๑. การดูแลตนเองในภาวะปกติ (Self Care in Health) เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเอง

และสมาชิกในครอบครัวให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอเป็นพฤติกรรมที่ทำให้ในขณะที่สุขภาพแข็งแรง ๒ ลักษณะ คือ

- การส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรงปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะมีผลต่อสุขภาพ เป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

- การป้องกันโรค (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยมุ่งที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เช่น การไปรับภูมิคุ้มกันโรค โดยแบ่งระดับของการป้องกันโรคออกเป็น ๓ ระดับ คือ การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) การป้องกันความรุนแรงของโรค (Secondary Prevention) การป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Tertiary Prevention)

๒. การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) เป็นพฤติกรรมเมื่อบุคคลรู้ว่าตัวเองมีความผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตนเอง จากครอบครัวหรือเครือข่ายสังคม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบอย่างน้อย ๔ ระดับด้วยกัน เป็นตำแหน่งที่แพร่กระจายของมะเร็งบางชนิด เช่น มะเร็งของกระดูกมักจะแพร่กระจายไปที่ปอดหรือมะเร็งของปอดมักจะแพร่กระจายไปที่สมอง เป็นต้น

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคมะเร็งตับ และ มะเร็งท่อน้ำดี สามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในหลายระดับ ระดับแรกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำได้ง่ายๆ เช่น ไม่บริโภคอาหารปลาน้ำจืดดิบ หรือสุกๆดิบๆ การไม่บริโภคอาหารที่ปนเปื้อนอัลฟาทอกซิน ที่พบในอาหารที่มีเชื้อราปนเปื้อน เช่น ถั่วลิสงปน พรักปน ข้าวโพด ระดับที่สอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำได้ยากขึ้น เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และคุณค่าทางโภชนาการ การควบคุมอารมณ์ ระดับที่สามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำได้ยากมาก เช่น พฤติกรรมที่ความเคยชิน ติดเป็นนิสัย และเป็นการเสพติดแล้ว เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การเลิกดื่มสุรา เป็นต้น ฉะนั้นจึงควรเริ่มจากพฤติกรรมที่ลงมือทำได้เลย แล้วขยับไปพฤติกรรมที่ยากขึ้น ไปเรื่อยๆ จนมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในที่สุด

๒. การสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะต้องมีการรูปแบบที่หลากหลาย และต่อเนื่อง เช่น ค้นหากกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง แนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองให้ครอบคลุม อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง จัดหาสื่อให้กลุ่มเสี่ยงได้รับรู้อย่างต่อเนื่อง

๓. ผู้ให้บริการตรวจคัดกรองด้วยวิธีอัลตราซาวด์ ควรสามารถดำเนินการได้ในทุกโรงพยาบาลชุมชน

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

ตีพิมพ์บทความทางวิชาการ วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ฉบับ มกราคม-เมษายน ๒๕๖๗

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นายทศพล แก้วสิงห์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สัตว์ส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายทศพล แก้วสิงห์)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) 21 / พ.ค. / 2567

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายทศพล แก้วสิงห์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายไพรัช จันทพันธ์)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอตระการพืชผล

(วันที่) 21 / พ.ค. / 2567

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) 5 มี.ค. 2567

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป
อีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดมะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดแบบมีส่วนร่วม ในเขตพื้นที่ตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคไม่ติดต่อ หรือเรียกย่อว่า NCD (Non-communicable disease, NCD) คือ โรคที่ไม่ใช่ โรคติดต่อ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคจึงติดต่อไม่ได้ด้วยการสัมผัสคลุกคลีหรือติดต่อผ่านตัวนำโรค (Vector) หรือผ่านทางสารคัดหลั่งต่างๆ ซึ่งโรคไม่ติดต้อมีปัจจัยเสี่ยงมาจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่าง เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม และขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ซึ่งทำให้เป็นโรคไม่ติดต่อในที่สุด โดยกลุ่มโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง โรคเรื้อรัง จะค่อยๆ มีอาการและอาการรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ ทีละน้อยเมื่อไม่ได้รับการดูแลรักษา

โรคมะเร็ง ถือเป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิตของประชากรไทยตั้งแต่อดีตจวบจนถึงปัจจุบัน และยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ สถานการณ์โรคมะเร็งของไทย จากข้อมูลล่าสุดจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบว่า ปัจจุบันคนไทยมีผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่ถึงวันละ ๓๓๖ คน หรือ ๑๒๒,๗๕๗ คน ต่อปี และเสียชีวิตวันละ ๒๒๑ คน

ในอดีตอาชีพของคนไทยส่วนใหญ่ คือ เกษตรกร ซึ่งมีการดำรงชีวิตแบบเรียบง่ายกินอยู่อย่างไทย ทำให้สถิติการเกิดโรคความดันโลหิตสูงต่ำ แต่ในสภาวะปัจจุบันความเจริญทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทำให้คนไทยเกิดความเครียดส่งผลให้สถิติการเกิดโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น และยังเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีการระบาดไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประมาณไว้ว่าจำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วโลก จาก ๑๙๔ ประเทศ มีจำนวนถึง ๙๗๐ ล้านคน โดย ๓๓๐ ล้านคนอยู่ในประเทศพัฒนา และ ๖๔๐ ล้านคนอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และในปี ๒๐๒๕ คาดว่าจะมีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นเป็น ๑.๕๖ พันล้านคน สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุขคาดว่า จะมีผู้มีภาวะความดันโลหิตสูงประมาณ ๑๐ ล้านคน ซึ่ง ๗๐% ของคนกลุ่มนี้ไม่ทราบว่าตนเองมีภาวะดังกล่าว ทำให้ไม่ได้รับการรักษาหรือการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสม อันจะนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อนมากมาย อาทิ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคหลอดเลือดสมองตีบ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ซึ่งอาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ด้วย ความดันโลหิต (blood pressure) หมายถึง ความดันภายในหลอดเลือดแดง ซึ่งเกิดจากการบีบตัวของหัวใจ เพื่อปั๊มเลือดนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกาย ความดันภายในหลอดเลือดนี้จะอยู่ตลอดเวลา แม้แต่ขณะที่หัวใจกำลังคลายตัวก็ตาม เพราะจะมีการไหลเวียนของเลือดอยู่ตลอดเวลา ดังนั้นจึงเกิดความดันในหลอดเลือดตลอดเวลา โรคความดันโลหิตสูง หรือ ภาวะความดันโลหิตสูง (Hypertension หรือ High blood pressure) เป็นโรคพบได้บ่อยมากอีกโรคหนึ่งในผู้ใหญ่ พบได้สูงถึงประมาณ ๒๕-๓๐% ของประชากรโลกที่เป็นผู้ใหญ่ทั้งหมด โดยพบในผู้ชายบ่อยกว่าในผู้หญิง และพบได้สูงขึ้นในผู้สูงอายุ ในบางประเทศพบโรคนี้ได้สูงถึง ๕๐% ของผู้มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ส่วนในเด็กพบโรคนี้ได้เช่นกัน แต่พบได้น้อยกว่าในผู้ใหญ่มาก ส่วนใหญ่จะสามารถควบคุมความดันโลหิตที่สูงให้กลับมารู้อยู่ระดับปกติได้ แต่ก็มีจำนวนไม่น้อยที่มีปัญหาในการรักษา และเกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง

เป็นโรคที่มักไม่มีอาการ จากการที่เป็นโรคเรื้อรังที่รุนแรง ถ้าไม่สามารถควบคุมโรคได้ และไม่มีอาการ จึงเรียกโรคความดันโลหิตสูงว่า “เพชฌฆาตเงียบ (Silent killer)” ทั้งนี้ส่วนใหญ่ของอาการจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นอาการจากผลข้างเคียง เช่น จากโรคหัวใจ และจากโรคหลอดเลือดในสมอง หรือ เป็นอาการจากโรคที่เป็นปัจจัยเสี่ยง เช่น อาการจากโรคเบาหวาน หรือ จากโรคอ้วน หรือเป็นอาการจากโรคที่เป็นสาเหตุ เช่น โรคเนื้องอกต่อมใต้สมอง

ตำบลคอนสายซึ่งมีกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี ทำให้เป็นปัญหาสุขภาพระยะยาว ต้องปลูกฝังให้ประชาชนออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยวันละ ๓๐ นาที สัปดาห์ละ ๓ วัน ทานอาหารรสไม่จัด ลดอาหารเค็ม ลดอาหารหวาน อาหารไขมันสูง และเพิ่มการทานผักผลไม้ให้มากขึ้น เช่น มะละกอ ฝรั่ง ทานรวมกันให้ได้วันละไม่ต่ำกว่า ๔๐๐ กรัมตามมาตรฐานโลก เพราะในผักผลไม้มีกากใย ช่วยให้ระบบขับถ่ายดี และดูดซับไขมัน นอกจากนี้ยังควรหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ และงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ด้วย จึงทำให้ต้องการจะศึกษาการพัฒนาารูปแบบหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดภาระ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดแบบมีส่วนร่วม ในเขตพื้นที่ตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพัฒนาารูปแบบหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดภาระ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดแบบมีส่วนร่วม ในเขตพื้นที่ตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี ครั้งนี้เป็น การประยุกต์ใช้แนวคิด การพัฒนาชุมชนที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน คือการเปิดโอกาสให้บุคคล และผู้แทนของกลุ่มองค์กร ต่างๆ ที่อยู่ใน ชุมชน ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม และรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชน ร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชน ร่วมดำเนินกิจกรรมการพัฒนา และร่วมรับผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น กระบวนการ A - I - C จะช่วยให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วม ในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะ สมาชิกของชุมชน เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาชุมชน จึงเกิดความต่อเนื่อง และก่อให้เกิดความสำเร็จสูง

จากประสบการณ์ในการพัฒนามีข้อสรุปที่ได้จากการนำเอากระบวนการ ประชุมนี้มาใช้ ซึ่งพบว่า

(๑) กระบวนการ A-I-C ช่วยให้ประชาชนและกลุ่มองค์กรต่างๆ ทั้งในและนอกชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วม มีความกระตือรือร้น ในการเข้าร่วมพัฒนาชุมชนท้องถิ่นมากขึ้น

(๒) การวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้แทนกลุ่มต่างๆ ประชาชนโดยเฉพาะผู้รู้ กลุ่มคนจน ผู้ด้อย โอกาส ผู้หญิง และเยาวชน เข้ามามีบทบาทในการร่วมคิด กำหนดแนวทางการพัฒนา และจัดสรรทรัพยากร การมีส่วนร่วม ในกิจกรรม และเสริมสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์

(๓) ประชาชน กลุ่มองค์กรต่างๆ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของทั้งกิจกรรม โครงการ ผลของการพัฒนา และความเป็น เจ้าของชุมชนท้องถิ่น ทำให้เกิดความมีพลัง รู้ถึงศักยภาพในการพึ่งตนเอง

(๔) องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชนเรียนรู้ที่จะเข้าร่วมมือกันในการพัฒนาอย่างประสานสอดคล้อง

นับได้ว่ากระบวนการ A-I-C ช่วยให้เกิดการระดมแนวคิดที่สร้างสรรค์ มีส่วนร่วม และเสริมพลังของชุมชนท้องถิ่น ในการพัฒนาด้านสุขภาพในระดับชุมชน ที่ทำให้เกิดสุขภาพดีถ้วนหน้าและยั่งยืนต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การพัฒนาารูปแบบหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดมะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด แบบมีส่วนร่วม ในเขตพื้นที่ตำบลคอนสาย อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี

แนวทางที่ได้จากการวางแผนแบบมีส่วนร่วม คือ จัดตั้งชมรมออกกำลังกายและสร้างลานออกกำลังกายที่มั่นคงถาวร จัดตั้งกองทุนหมู่บ้านสุขภาพ และรณรงค์ให้ประชาชนทุกคนรู้เือนปลูกผักกินเอง โดยปราศจากการใช้สารเคมี มีศูนย์เรียนรู้ ชุมชน และ โครงการเสียงตามสายให้ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับรู้และวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดของคนในชุมชนเอง โดยผ่านกิจกรรมการแบ่งกลุ่มระดม ความคิดตามกระบวนการมีส่วนร่วมทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล มีสถานที่การออกกำลังกาย คริวเรือมีการปลูกผัก ปลอดภัยไว้บริโภคเอง มีแปลงผักรวมของหมู่บ้านประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ลดอาหารไขมัน และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

การพัฒนาารูปแบบหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะที่มีความจำเป็น ด้านสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ดังนั้นควรมีการรณรงค์ขับเคลื่อนขยาย การดำเนินกิจกรรมในทุกหมู่ บ้านที่รับผิดชอบให้ เป็นหมู่ บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดมะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเน้นพัฒนาและให้ความสำคัญกับกระบวนการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนใน การนำเสนอปัญหาและแนวทางแก้ไขที่เป็นไปตามบริบทของชุมชนนั้นๆ ต่อไป

(ลงชื่อ)

(นายทศพล แก้วสิงห์)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๒๑ / ๐๗ / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบล
ฤๅษมภู อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือน มิถุนายน - กันยายน ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคเบาหวานที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนมากที่สุดมี๒ชนิดได้แก่โรคเบาหวานชนิดที่๑มีสาเหตุมาจาก
ระดับสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้น้อยผิดปกติหรือต่ำอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้พบได้น้อยเพียงร้อยละ
๕ของเบาหวานทั้งหมดและโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ เป็นเบาหวานที่ไม่จำเป็นต้องพึ่งอินซูลินมักพบในผู้ใหญ่อายุ
มากกว่า๕๐ปีขึ้นไปโดยเฉพาะในคนที่น้ำหนักตัวมากคนอ้วนสูงพบได้สูงประมาณร้อยละ๘๕ของผู้ป่วย
โรคเบาหวานทั้งหมดโดยลักษณะสำคัญของโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ คือ เซลล์กล้ามเนื้อลายและเซลล์ไขมันของ
ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อฮอร์โมนอินซูลินซึ่งปกติจะนำน้ำตาลกลูโคส ไปสลายเป็นแหล่งพลังงานจึงเป็นผลให้
น้ำตาลเหล่านั้นสะสมในกระแสเลือดเป็นเวลานาน จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานมีหลายอย่างได้แก่เพศอายุระยะเวลาการเจ็บป่วยการรับรู้ภาวะสุขภาพ
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองการควบคุมอาหารการออกกำลังกายและแรง
สนับสนุนทางสังคม (ธีรศักดิ์ พาจันท์, ฤๅษกัณฑ์ สุวรรณพันธุ์, บุญสัน อนารัตน์, และนิรันดร์ ฤๅษคร,
๒๕๖๔) และยังมีนักวิจัยหลายคนได้พยายามนำปัจจัยต่างๆเหล่านี้มาพัฒนารูปแบบในการส่งเสริมป้องกันและ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยนำแนวคิดและทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์มาประยุกต์ใช้ ได้แก่การ
จัดการตนเองทฤษฎีการมีส่วนร่วมและการจัดการรายการที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทุกๆกระบวนการ
เพราะการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมใดๆนั้นต้องเกิดจากกระบวนการคิดตัดสินใจประเมินผลดีผลเสียของการ
ปฏิบัติด้วยตนเองและการสนับสนุนส่งเสริมที่ดีจากครอบครัวญาติชุมชนและเครือข่ายผู้ที่มีบทบาทเกี่ยวข้อง
ในลักษณะการสนับสนุนส่งเสริม ให้คำปรึกษาดูแลรักษาและให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่องและ
สม่ำเสมอจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีทิศทางที่ดีขึ้นด้วยตัวผู้ป่วยเองอย่างยั่งยืน (วัชรภรณ์
นาฬิกุล, ลำไพ แทนสา และสุรภา พิลาออน, ๒๕๖๓)

พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้มีส่วน
ร่วมในการศึกษามีพฤติกรรมดูแลตนเองใน ๖ รูปแบบ คือ ๑) การปรับพฤติกรรมการกินและการควบคุม
อาหารผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาทั้งหมด มีการปรับพฤติกรรมการกินและการควบคุมอาหารแตกต่างไปจากเดิม
ก่อนที่จะเป็นโรคเบาหวาน โดยเน้นการลดอาหาร ขนม เครื่องดื่มที่มีรสหวาน มัน และรสจัดเพื่อควบคุมระดับ
น้ำตาล เช่น งดผลไม้รสหวาน ขนมขบเคี้ยว ขนมหวาน ของทอด นม โยเกิร์ต และเครื่องดื่มรสหวาน พยายาม
หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มันกะทิ และน้ำซุปรสหวาน ไม่กินอาหารที่ใส่เครื่องปรุงรสจัด ลดสัดส่วนของการกินข้าว
ลงไป เน้นกินปลาและผักมากขึ้น เป็นต้น ๒) การกินยาตามที่ได้รับจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ที่มีรูปแบบการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินและการควบคุมอาหารอย่างเคร่งครัดรวมทั้งการกินยาตามที่ได้รับจากแพทย์อย่าง
สม่ำเสมอ ๓) การควบคุมอาหารและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ด้วยตนเอง โดยไม่กินยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล มี
รูปแบบการควบคุมอาหารและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ด้วยตนเอง โดยไม่กินยาตามที่แพทย์สั่ง เนื่องจากกลัว
ผลกระทบหรือผลข้างเคียงจากการกินยา ๔) การพบแพทย์อย่างต่อเนื่อง เพื่อตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือด
โดยผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาทั้งหมดมีการพบแพทย์ตามนัดหมายอย่างต่อเนื่องเพื่อตรวจสอบระดับน้ำตาลว่าอยู่
ในระดับปกติหรือระดับที่ควบคุมได้ ๕) การดูแลตนเองทั้งเรื่องทางกายและใจควบคู่กันผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา
ทั้งหมด มีการรับรู้และเข้าใจดีว่าสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ ต้องจัดการดูแลตนเอง

ทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจและบางคนมีแบบแผนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเป็นรูปแบบชัดเจน จนเป็นวิถีในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะผู้ที่เป็นผู้สูงอายุ และไม่ได้ประกอบอาชีพหรือไม่ได้ทำงานแล้ว ส่วนบางคนปฏิบัติอย่างไม่มีแบบแผนหรือรูปแบบที่ชัดเจน โดยเฉพาะพฤติกรรมการออกกำลังกาย เนื่องด้วยยังอยู่ในวัยทำงาน อาชีพและวิถีชีวิตที่ไม่เอื้อให้สามารถออกกำลังกายทุกวันหรือสม่ำเสมอ ๖) การเข้ายาสมุนไพรและวิถีทางเลือกอื่นๆ ร่วมในการดูแลสุขภาพ ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาทั้งหมด ยังได้มีการแสวงหาทางเลือกในการรักษาโรคเบาหวานและการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยการใช้สมุนไพรหลายชนิดบางคนใช้แล้วได้ผลดีกับตนเองก็จะปฏิบัติเช่นนั้นต่อไปบางคนมีการทดลองใช้อยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หลังจากพบว่าระดับน้ำตาลไม่ลดลง จึงเลิกใช้หรือเปลี่ยนวิธีการใหม่ แต่มีบางคนไม่เลือกที่จะใช้สมุนไพรร่วมในการรักษาโรคเบาหวานเลย เพราะไม่มั่นใจในสรรพคุณ คุณภาพและความสะอาดของสมุนไพร (นภินทร ศิริไทย, ชินเงิน พิริภักดิ์, ๒๕๖๕)

สถานการณ์ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของคนไทย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอยู่ที่ ๘๘.๗๒ คะแนน จากคะแนนเต็ม ๑๓๖ คะแนน หรือคิดเป็นร้อยละ ๖๕ ของคะแนนเต็ม หมายความว่าคนไทยเข้าถึง เข้าใจ ชักถาม และตัดสินใจในเรื่องการดูแลสุขภาพและใช้บริการสุขภาพ พื้นฐาน (การบริการสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริม สุขภาพและผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ) ในระดับปานกลาง โดยเขตสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยๆ มากที่สุดอยู่ที่เขตสุขภาพที่ ๑๑ ขณะที่เขตสุขภาพที่ ๑๒ มีคะแนนเฉลี่ยๆ น้อยที่สุด คนไทยที่มีอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ประมาณร้อยละ ๑๙ หรือ ๑๐ ล้านคน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอที่จะใช้ข้อมูลข่าวสารและ ความรู้สุขภาพและบริการสุขภาพพื้นฐานในการดูแลสุขภาพ ของตนเองได้ โดยเขตสุขภาพที่มีสัดส่วนคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ เพียงพอมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ ๑๐ ร้อยละ ๒๔.๐๕ รองลงมาเขตสุขภาพที่ ๘ ร้อยละ ๒๓.๗๘ และเขตสุขภาพที่ ๗ ร้อยละ ๒๓.๔๗ คนไทยอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในเรื่อง ผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพน้อยที่สุด รองลงมาการบริการ สุขภาพ นั้นหมายถึง คนไทยยังคงได้รับความยากลำบากเมื่อ ต้องสืบค้น เข้าใจ และชักถามข้อมูลเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ยา และ สุขภาพ ตลอดจนถึงตัดสินใจเลือกซื้อหรือเลือกรับผลิตภัณฑ์ยา และสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ยังเป็นจุดอ่อนของคนไทย คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความรู้สุขภาพ ซึ่งหมายถึง การสืบค้น การค้นหา และรู้แหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ รองลงมา การทบทวน-ชักถาม ทั้งนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศ เนเธอร์แลนด์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของคนไทยน้อยกว่าในทุก ทักษะๆ นอกจากนี้ จะสังเกตเห็นว่า คนดัตช์มีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพใกล้เคียงกันและค่อนข้างมีคะแนนสูง (สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย ๕.๐ เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน, ๒๕๖๕)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอมัญจาคีรี จังหวัดขอนแก่น

ขั้นตอนการดำเนินงาน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู จำนวน ๑๕๖ คน โดยวิธีสุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane ค่าความเชื่อมั่น Alpha Cronbach's coefficient เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น ๓ ตอน ดังต่อไปนี้ ตอนที่ ๑ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ตอนที่ ๒ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ๖ ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ ตอนที่ ๓ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ๖ ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การจัดการความเครียด และการดูแลสุขภาพแทรกซ้อน

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของข้อมูล (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้ (Try Out) ในผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลหนองบัวฮี อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีคุณลักษณะทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และ พฤติกรรมสุขภาพ ที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของ Cronbach (๑๙๘๔) พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบสอบถาม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ .๕๔๖ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเท่ากับ .๘๓๖ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้ (Institute for Digital Research and Education, ๒๐๒๑) รายละเอียดผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการนำข้อมูลจากแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมได้มาเปลี่ยนเป็นรหัสตัวเลข (Code) แล้วบันทึกลงในโปรแกรมเพื่อดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย แบ่งได้ดังนี้

๑) การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการประมวลผลทางหลักสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์หาค่าสถิติซึ่งประกอบด้วย การหาค่าความถี่ (Frequency) และการหาค่าร้อยละ (Percentage)

๒) การวิเคราะห์ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ๖ ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และความรู้เท่าทันสื่อ โดยใช้วิธีการประมวลผลทางหลักสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ ซึ่งประกอบไปด้วย ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

๓) การวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย ๖ ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การตรวจตามนัด การจัดการความเครียด และการดูแลภาวะแทรกซ้อน โดยใช้วิธีการประมวลผลทางหลักสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ ซึ่งประกอบไปด้วย (\bar{x}) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

๔) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้วิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson Correlations Analysis)

เป้าหมายของงาน

- ๑) ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
- ๒) ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
- ๓) ผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปรับปรุงระบบบริการผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๖๔.๗๔ อายุ ๖๑ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๕๑.๒๘ สถานภาพสมรส สมรส ร้อยละ ๗๒.๔๓ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ ๕๙.๖๑ อาชีพส่วนใหญ่เป็นรับจ้างทั่วไป ร้อยละ ๓๔.๖๑ ระยะเวลาที่ป่วย ๕ ปีขึ้นไป ร้อยละ ๖๑.๕๓ มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = ๔.๑๗$ S.D. = .๓๔๕) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวมมีการปฏิบัติเป็นประจำ ($\bar{x} = ๔.๕๔$ S.D. = ๓.๑๑) และพบว่า ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ($r = .๓๙๘$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < .๐๕)

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Pearson's correlation พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน มีค่าเท่ากับ ๐.๘๕๕ และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เท่ากับ ๐.๗๗๔

ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๑. ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิจัยพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับมาก ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ กิตินิษฐา โพธิ์ละเดา (๒๕๖๓) ที่ทำการวิจัยในพื้นที่เขตเมืองและเขตชนบทของอำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ มนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ฤนอมพันธ์ (๒๕๖๒) ที่ทำวิจัยที่โรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางเช่นกัน ผลการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับต่ำที่สุด คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำมาก เป็นเพราะผู้ป่วยเบาหวานยังได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับข้อมูลและบริการสุขภาพไม่เพียงพอ

๒. พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า โดยรวมมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยมีการปฏิบัติเป็นประจำ เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ มนตรี นรสิงห์ และ สุทธิพันธ์ ฤนอมพันธ์ (๒๕๖๒) ที่ได้ทำการวิจัยที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองส่วนอยู่ในระดับดี แต่ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เนตรนภา กาบมณี (๒๕๖๔) ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลโนนสูง อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับต่ำ ที่เป็นเช่นนี้เพราะนโยบายการดูแลผู้ป่วยเบาหวานแตกต่างกันในแต่ละจังหวัด

๓. จากผลการวิจัยพบว่าความรอบรู้ทางด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ($r=0.344, p < 0.05$) การที่ผู้ป่วยเบาหวานมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพนั้น จะส่งผลทำให้สามารถมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็นในด้านของการออกกำลังกาย การรับประทานยา การไปตรวจสุขภาพตามที่หมอนัด หรือการที่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยก็ยังสามารถมีวิถีในการรับมือกับปัญหา และดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกวิธี ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ จิราภรณ์ อริยสิทธิ์ (๒๕๖๔) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับรู้พฤติกรรมการดูแลตนเอง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ มนตรี นรสิงห์ และสุทธิพันธ์ ฤนอมพันธ์ (๒๕๖๒) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิต กรณีศึกษาโรงพยาบาลนครพิงค์ ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหรือความดันโลหิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การใช้ประโยชน์เชิงวิชาการ ควรเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง และการป้องกันโรคต่างๆในประชาชน เพราะถ้าประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีจะทำให้ดูแลตนเองและป้องกันตนเองได้ดี

การใช้ประโยชน์เชิงสังคม/นโยบาย นำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู อำเภอฟิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี คือ การให้ความสำคัญกับการวางแผนโครงการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ พร้อมกำกับติดตาม ประเมินผล รวมถึงการให้กำลังใจผู้ป่วยเบาหวานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ อันจะส่งผลต่อการบริหารงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดชุมภู อำเภอฟิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานีต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การดำเนินงานกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลกุดชุมภู ซึ่งมีจำนวนมาก และประชาชนส่วนใหญ่มีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบต่างกัน ทำให้ยากต่อการการลงพื้นที่เก็บข้อมูล

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ไม่มีปัญหาใดๆในการดำเนินงาน

๙. ข้อเสนอแนะ

๑) จังหวัดอุบลราชธานีควรสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานและกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพให้มากยิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ

๒) ควรทำการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างละเอียดในกลุ่มอื่นที่มีบริบทแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้เพื่อขยายองค์ความรู้

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ปีที่ ๓ ฉบับที่ ๒ ปี ๒๐๒๓

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

๑) นายกฤษฎา เจริญรื่น สักส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายกฤษฎา เจริญรื่น)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนสำราญ

ตำบลกุดชุมภู สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(..... (นายวาทิต สวงเงิน).....)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร.....

(วันที่) ๒๐ / ก.พ. / ๒๕๖๗.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

(.....)
(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) ๒๐ มี.ค. ๒๕๖๗.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับ ข้าราชการพิเศษ)

๑. เรื่อง แนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับเจ้าหน้าที่
สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒. หลักการและเหตุผล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในฐานะผู้นำองค์กรมีหน้าที่รับผิดชอบการบริหารงาน
ทั้งหมดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีบทบาทสำคัญในการนำยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติ การ
สนับสนุนองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน การบริหารงานทั่วไป
การพัฒนาวิชาการและพัฒนาคุณภาพตลอดจนจิตใจ ผู้ได้บังคับบัญชาจากหลากหลายวิชาชีพ ผลสำเร็จของงาน
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นอยู่กับการบริหารงานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ดังนั้นในฐานะผู้บริหารจึงต้องพัฒนาตนเองให้เป็นนักบริหารที่มีศักยภาพเพื่อขับเคลื่อนองค์กรสู่ความสำเร็จตาม
เป้าหมาย (วุฒิปันท์ ทานะมัย, ๒๕๕๗)

องค์กรภาครัฐและเอกชนมีการนำ “สมรรถนะ” หรือ “Competency” มาเป็นเครื่องมือในการ
บริหารงานทรัพยากรบุคคล (Competency-based Human Resource Management) แทนที่การบริหารงาน
แบบเดิมที่มุ่งเน้นการวิเคราะห์งานหรือ Job Analysis ซึ่งกำหนดเพียงหน้าที่ความรับผิดชอบในงานหรือ
พรรณานาหน้าทำงาน และกำหนดคุณสมบัติเบื้องต้นที่ตำแหน่งงานต้องการเท่านั้น โดยมีได้ระบุผลลัพธ์ที่ต้องการของ
ตำแหน่งงาน (อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์, ๒๕๕๘) สมรรถนะ เป็นคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความรู้
ทักษะ/ความสามารถ และคุณลักษณะอื่นๆ ที่ทำให้บุคคลสามารถสร้างผลงานได้โดดเด่นกว่าเพื่อนร่วมงานอื่นๆ
ในองค์กร การที่บุคคลจะแสดงสมรรถนะใดสมรรถนะหนึ่งได้ มักจะต้องมีองค์ประกอบของทั้งความรู้ ทักษะ/
ความสามารถ และคุณลักษณะอื่นๆ หากขาดองค์ประกอบต่างๆ ได้แก่ ความรู้ในงานหรือทักษะที่เกี่ยวข้อง
บุคคลก็ไม่อาจจะแสดงสมรรถนะของการบริการที่ดีด้วยการให้บริการที่ดีที่ผู้รับบริการต้องการได้ กล่าวอีกอย่าง
คือ สมรรถนะเป็นกลุ่มพฤติกรรมที่องค์กรต้องการจากข้าราชการ เพราะเชื่อว่าหากข้าราชการมีพฤติกรรม
ทำงานในแบบที่องค์กรกำหนดแล้ว จะส่งผลให้ข้าราชการผู้นั้นมีผลการปฏิบัติงานดี และส่งผลให้องค์กรบรรลุ
เป้าประสงค์ที่ต้องการ ตัวอย่างเช่น การกำหนดสมรรถนะการบริการที่ดี เพราะหน้าที่หลักของข้าราชการคือการ
ให้บริการแก่ประชาชน ทำให้หน่วยงานของรัฐบรรลุวัตถุประสงค์คือการทำให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน การ
นำแนวคิดเรื่องสมรรถนะมาใช้ในการบริหารงานทรัพยากรบุคคลเชื่อว่าจะทำให้การบริหารทรัพยากรบุคคลมี
ประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการคัดเลือก การพัฒนา และการบริหารผลงาน (สำนักงาน ก.พ.,
๒๕๕๒)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

การบริหารงานสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งมุ่งเน้นการจัดการเชิงรุกทั้งในด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ ดังนั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในบทบาทของผู้บริหารองค์กร ต้องใช้สมรรถนะในการประสานงานกับหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายต่างๆ เป็นประจำ ทำให้มีความมั่นใจ และมีสมรรถนะด้านการบริหาร โดยเฉพาะด้านการประสานงานสูง รองลงมาคือสมรรถนะด้านภาวะผู้นำ และด้านการทำงานชุมชนในเชิงรุก ตามบทบาทหน้าที่ของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๔) ในฐานะหัวหน้าหน่วยงานที่ต้องรับผิดชอบเกี่ยวกับงานบริหาร งานวิชาการ งานบริการและเวชปฏิบัติครอบครัว และบทบาทสำคัญในการนำยุทธศาสตร์สุขภาพสู่การปฏิบัติ การสนับสนุนองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านสุขภาพ การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน การบริหารงานทั่วไป และพัฒนาวิชาการและพัฒนาคุณภาพ

การพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงต้องใช้ทั้งหลักการบริหารและหลักวิชาการ เพื่อมอบหมายหน้าที่การจัดการระบบสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานแก่บุคลากรในหน่วยงาน ให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

แนวความคิด

ภารกิจของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) ได้วิเคราะห์และกำหนดภารกิจหน้าที่ของผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยไม่มีการแบ่งงานภายใน แต่มีภารกิจที่รับผิดชอบเกี่ยวกับงานบริหาร งานวิชาการ งานบริการและเวชปฏิบัติครอบครัว ดังนี้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๔)

๑. งานบริหาร มีการจัดการทรัพยากรในการวางแผนบริหารจัดการทั้งด้านบุคคลการเงิน การพัสดุให้มีประสิทธิภาพให้เอื้อต่อการบริการสุขภาพ โดยการสนับสนุนในการระบบงานสารบรรณ ประชาสัมพันธ์และพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศประสานงานหน่วย งานและบุคคลที่เกี่ยวข้อง จัดระบบสวัสดิการแก่บุคลากรที่ปฏิบัติงาน พัฒนาหน่วยบริการให้เป็นระบบเป็นสำนักงานอาคารสถานที่ให้น่าอยู่ น่าทำงาน จัดระบบการควบคุมและตรวจสอบภายใน การเงินการบัญชี และพัสดุให้เป็นไปตามระเบียบปฏิบัติงานให้เป็นไปตามกฎหมาย แพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง จัดทำระบบงานให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลกระทรวง อำเภอ และงานเน้นหนัก ตลอดจนประเมินคุณภาพผลสัมฤทธิ์ของงานในการให้บริการสุขภาพเพื่อวางแผนในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

๒. งานวิชาการ รับผิดชอบ สนับสนุนทางวิชาการ พัฒนาองค์กรระดับท้องถิ่นวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกับชุมชน วิจัยปัญหาสุขภาพ จัดให้มีการอบรม พัฒนาความรู้ทางวิชาการแก่บุคลากร ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำในระดับท้องถิ่น เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและพัฒนางานทางด้านสาธารณสุข เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพร่วมกันโดย การวางแผน จัดทำโครงการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขร่วมกับชุมชน

๓. งานบริการและเวชปฏิบัติครอบครัว ประกอบด้วย ๑) งานบริการสาธารณสุขผสมผสาน ได้แก่ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ด้านควบคุมโรคและป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาลงานฟื้นฟูสภาพ และงานแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ๒) งานสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย ๓) งานคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และ ๔) งานทันตสาธารณสุข

ภาวะผู้นำ (Leadership)

“ผู้นำ” เป็นบุคคลที่สำคัญต่อความเป็นอยู่ของชาติ สังคมและหน่วยงาน ภาวะผู้นำเป็นกุญแจสำคัญของความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กรรวมถึงผลการปฏิบัติงานของบุคคลในองค์กร ความพึงพอใจในการทำงาน ความผูกพันต่อองค์กร การพัฒนาบุคลากรในองค์กรและการปรับเปลี่ยนองค์กรไปสู่องค์กรในลักษณะใหม่ที่เหมาะสมกับสภาวะการณ์ในปัจจุบัน (สำนักงานพัฒนาผู้บริหารสถานศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, ๒๕๔๘) ภาวะผู้นำ (Leadership) ไว้ว่า หมายถึง บุคคลที่มีความสามารถในการบังคับบัญชาบุคคลอื่นโดยได้รับการยอมรับและยกย่องจากบุคคลอื่น เป็นผู้ทำให้บุคคลอื่นไว้วางใจและให้ความร่วมมือ ความเป็นผู้นำเป็นผู้มีหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกหรือสั่งการ บังคับบัญชา ประสานงานโดยอาศัยอำนาจหน้าที่ (Authority) เพื่อให้กิจการงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่ต้องการ ความเป็นผู้นำ หมายถึง ผู้ที่มีความสามารถในการใช้ศิลปะในการจูงใจผู้ใต้บังคับบัญชาให้ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายให้สำเร็จด้วยความเต็มใจ

แนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะ

สมรรถนะ หรือ ชีตความสามารถ (Competency) หมายถึง ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และคุณลักษณะของบุคคล (Attributes) ซึ่งบุคคลนั้นจะแสดงออกเป็นวิธีคิดและพฤติกรรมในการทำงานที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องอันจะส่งผลให้เกิดความสำเร็จตามมาตรฐานหรือสูงกว่ามาตรฐานที่องค์กรได้กำหนดเอาไว้ สามารถนำมาจัดกลุ่มภายใต้เกณฑ์ของพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตเห็นได้ง่าย ๒ กลุ่ม ดังนี้

๑. สมรรถนะที่สังเกตได้หรือเห็นได้ (Visible) ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) ซึ่งเป็นสมรรถนะที่มีโอกาสพัฒนาได้โดยง่าย

๒. สมรรถนะที่อยู่ลึกลงไปหรือซ่อนอยู่ภายในตัวบุคคล (Hidden) ได้แก่ แรงจูงใจ (Motive) คุณลักษณะส่วนบุคคล (Trait) ซึ่งเป็นสมรรถนะที่ยากต่อการวัดและพัฒนา

สมรรถนะด้านการบริหารของผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต่อหน่วยงาน

ประกอบด้วยสมรรถนะ ๕ ด้าน ดังนี้

๑) การประสานงาน (Coordinating) หมายถึง การที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความสามารถแสดงออกถึงการประสานงานในเรื่องราวต่างๆ กับบุคคลทั้งในองค์กรและนอกองค์กร ให้สามารถดำเนินการร่วมกันได้มีการปฏิบัติงานไปในแนวทางเดียวกันและไม่เกิดความขัดแย้ง

๒) การวางแผนกลยุทธ์ (Strategic Planning) หมายถึง การที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสามารถแสดงออกถึงการตัดสินใจและดำเนินการเพื่อให้ได้ผลตามที่องค์กรกำหนดไว้ ซึ่งเน้นที่กระบวนการตั้งแต่การกำหนดกลยุทธ์ การนำเอากลยุทธ์ไปใช้ และการประเมินผลกลยุทธ์ เป็นกระบวนการบริหารในการกำหนดและตัดสินใจ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อองค์กรอย่างสอดคล้องกับสถานการณ์ บรรลุภารกิจและเป้าประสงค์ตามที่องค์กรกำหนดไว้

๓) การคิดในเชิงวิเคราะห์ (Analytical Thinking) หมายถึง การที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสามารถแสดงออกถึงความสามารถในการคิดจำแนกแจกแจงองค์ประกอบต่างๆ ของข้อมูล หรือปัญหาต่างๆ ออกเป็นประเด็นย่อยๆ ในหลายๆแง่มุม รวมทั้งการหาความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบเหล่านั้น แล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงของสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างเป็นระบบ

๔) ภาวะผู้นำ (Leadership) หมายถึง การที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสามารถแสดงออกถึงการเป็นผู้นำของกลุ่มคน ปกครองด้วยหลักธรรมาภิบาล รวมถึงการกำหนดทิศทาง วิสัยทัศน์ เป้าหมาย วิธีการทำงานให้ผู้ใต้บังคับบัญชาหรือทีมงานได้อย่างราบรื่นเต็มประสิทธิภาพ และ วัตถุประสงค์ขององค์กร

๕) การทำงานชุมชนเชิงรุก (Proactive Health Care Service) หมายถึง การที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความสามารถแสดงออกถึงการทำงานที่มีการวางแผนงานเพื่อป้องกัน ปัญหา หรือลดความรุนแรงของปัญหา ที่สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้น ล่วงหน้าได้ด้วยข้อมูลที่มีอยู่ และพร้อมตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนแปลง อย่างรวดเร็ว มุ่งเน้นที่ความรู้ ทักษะคิด และ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ในที่สุด ด้วยการใช้กลยุทธ์ เทคนิค องค์ความรู้และเทคโนโลยีต่างๆอย่างเหมาะสมโดยไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

สมรรถนะด้านการจัดการระบบสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สมรรถนะด้านการให้ความรู้ การสอน และการให้คำปรึกษาเป็นสมรรถนะที่ผู้เชี่ยวชาญมีความ คิดเห็นสอดคล้องกันว่า สมรรถนะย่อยที่มีความสำคัญมากที่สุด จำนวน ๑๘ ด้าน ได้แก่ มีทักษะประเมิน ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และครอบครัวได้ถูกต้อง สามารถประเมินปัญหาที่มีผลต่อ การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวทั้งร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมได้ครอบคลุม สามารถ ให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคเบาหวานแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้ถูกต้องและครอบคลุม สามารถให้ ความรู้ในการออกกำลังกายแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกกลุ่มอายุได้ถูกต้อง สามารถให้ความรู้เกี่ยวกับการออกฤทธิ์ และอาการข้างเคียงจากการใช้ยาชนิดเม็ดลดน้ำตาลในเลือดแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้ถูกต้อง สามารถให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะเลือด เป็นกรดจากคีโตนแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้ถูกต้อง สามารถให้ความรู้เกี่ยวกับโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้ถูกต้อง สามารถให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วย โรคเบาหวานได้ถูกต้องสามารถให้ความรู้และส่งเสริมผู้ป่วยโรคเบาหวาน และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง อย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้านสามารถสอนสาธิตผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวให้ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดที่บ้าน (self-monitoring of blood glucose: SMBG) พร้อมทั้งการแปลค่าระดับ

น้ำตาลได้ถูกต้อง สามารถสอนสาธิตผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวในการเตรียมยาอินซูลินและฉีดยาอินซูลินได้ถูกต้อง สามารถสอนสาธิตผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวเกี่ยวกับหลักการเลือกอาหารและการเตรียมปริมาณอาหารที่เหมาะสมในแต่ละมื้อ มีทักษะประเมินผลการให้ความรู้การสอน และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้ถูกต้อง สามารถวางแผนและจัดโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรมและความเชื่อส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม สามารถสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอ

ผลสำเร็จของงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขึ้นอยู่กับการบริหารงานของ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสำคัญ ต้องกำหนดนโยบาย จุดมุ่งหมาย วิธีการทำงาน และลักษณะของงานแก่บุคลากรในหน่วยงานอย่างชัดเจน มีการมอบอำนาจและบทบาทหน้าที่แก่ ส่งเสริมบุคลากรให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง สามารถทำงานได้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งเป็นผลสำเร็จที่เกิดจากประสิทธิภาพการบริหารงานของหัวหน้าสถานีนโยบายที่ต้องใช้ความรู้ความสามารถ และกลยุทธ์ในการบริหารงานเพื่อโน้มน้าวให้บุคลากรสาธารณสุขในองค์กร ปฏิบัติงานให้เกิดผลสำเร็จตามนโยบาย

จึงขอเสนอแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อ สามารถบริหารจัดการองค์การได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นต่อไป ดังนี้

๑. การฝึกอบรม (Training) เป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ โดยมุ่งเน้นเกี่ยวกับงานที่ปฏิบัติอยู่ในปัจจุบัน (Present job) เป้าหมาย คือการยกระดับความรู้ ความสามารถ ทักษะ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้สามารถทำงานที่ได้รับมอบหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมไปแล้วสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ทันที

๒. การศึกษา (Education) เป็นวิธีการพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยตรง เพราะการให้การศึกษาเป็นการเพิ่มพูนความรู้ทักษะ ทศนคติ ตลอดจนเสริมสร้างความสามารถในการปรับตัวในทุกๆด้านให้กับบุคคล โดยมุ่งเน้นเกี่ยวกับงานของพนักงานในอนาคต (Future Job) เพื่อเตรียมพนักงานให้มีความพร้อมที่จะทำงานตามความต้องการของ องค์กรในอนาคต

๓. การพัฒนา (Development) เป็นกระบวนการปรับปรุงองค์กรให้มี ประสิทธิภาพ เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่ไม่ได้มุ่งตัวงาน (Not Focus On a Job) แต่มีจุดเน้น ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่ต้องการ และพร้อมที่จะปฏิบัติงานกับองค์กรในอนาคต เพื่อให้สอดคล้องกับเทคโนโลยี รวมทั้งสิ่งแวดล้อมต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑) ได้แนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเป็นแนวทางในการเสริมสร้างสมรรถนะด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๒) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีสมรรถนะด้านการจัดการสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสม สามารถบริหารจัดการระบบสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการระบบสุขภาพ มีความรู้ในการปฏิบัติงาน และมีส่วนร่วมในการพัฒนางานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำแนวทางการพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการระบบสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างสมรรถนะด้านการบริหารจัดการระบบสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

๒) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการพัฒนาสมรรถนะด้านการจัดการระบบสุขภาพ

๓) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีสมรรถนะด้านการจัดการระบบสุขภาพ สามารถพัฒนางานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถจัดทำองค์ความรู้ (KM) และหรือคู่มือการปฏิบัติงานได้

๕) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีความพึงพอใจในการปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมาย

(ลงชื่อ)

(นายกฤษฎา เจริญรัตน์)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนสำราญ

ตำบลกุดขมิฐ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. ชื่อเรื่อง รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๖ – ธันวาคม ๒๕๖๖ รวม ๑๑ เดือน

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ แนวคิดการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดหลักสูตรการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งในที่นี้หมายถึง การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่คัดเลือกเข้ามาใหม่มีการเปลี่ยนแปลงเจตคติ มีความรู้ความสามารถและปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถวางแผนการอบรมได้ตามความเหมาะสมของพื้นที่ โดยควรมีทั้งส่วนของการให้ความรู้ทางทฤษฎี และการฝึกปฏิบัติให้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) หรือโรงพยาบาลชุมชน รวมทั้งมีการประเมินผลการอบรมว่าสามารถพัฒนาให้อสม. ใหม่ทุกคนมีความรู้และสามารถทำงานตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อย่างมีคุณภาพ

๓.๒ ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย

ศึกษาค้นคว้าสืบค้นงานวิจัย ทบทวนวรรณกรรม และร่วมกับผู้รับผิดชอบงานวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาการเจ็บป่วยในชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยแรงงานและผู้สูงอายุที่พบว่า มีแนวโน้มในการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทุกปี และมีปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังได้แก่โรคไตวาย

๓.๓ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดจากการแตกดับหรือตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองทำให้ขัดขวางการนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำงานที่จนเกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ ๒ ของการเสียชีวิต และอันดับ ๓ ของความพิการจากการสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๑๐๑ ล้านคนมีความพิการเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๑๔๓ ล้านคนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ๑๒.๒ ล้านคน และเสียชีวิต ๖.๕ ล้านคน(The Global Burden of Disease, ๒๐๑๙ ประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรค หลอดเลือดสมองถึง ๑๗ ล้านคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ๖.๕ ล้านคน รอดชีวิตจากโรค หลอดเลือดสมอง ๒๖ ล้านคน และ พิการถาวร จำนวน ๕ ล้านคน (WHO, ๒๐๑๓) ปัจจุบันผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและเสียชีวิตมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ทั่วโลกพบ จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ๑๒ ล้านคน ประเทศไทยพบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕ เท่ากับ ๔๘.๑๓, ๔๗.๘๑ และ ๔๗.๑๕ ต่อแสนประชากร จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดหนึ่งที่พบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบอัตราป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ๑๓.๘ ต่อแสนประชากร อัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็น ๗๗.๘๘ ต่อแสนประชากร ๑ ใน ๓ จะเกิดความพิการถาวรและร้อยละ ๒๐ ต้องพึ่งพาสถานพยาบาล (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, ๒๕๕๐) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการรักษาสมดุลงคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๔ ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory)

แนวความคิดการรับรู้ความสามารถในตนเอง (Self - Efficacy) แบนดูรา มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีผลต่อการกระทำของบุคคล ซึ่งบุคคล 2 คน อาจมีความสามารถไม่ต่างกัน แต่อาจแสดงออกในคุณภาพที่ต่างกันได้ในคน ๆ เดียวก็เช่นกัน การรับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสถานการณ์อาจแตกต่างกัน การแสดงพฤติกรรมออกมา ก็จะแตกต่างกันด้วย ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณั้ นั้น ๆ ถ้าเรามีการรับรู้ว่ เรามีความสามารถเราก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่รับรู้ว่ ตนเองมีความสามารถก็จะมี ความอดทนอดุสสาหะ ไม่ย่อท้อ และประสบความสำเร็จในที่สุด ในส่วนของความแตกต่างนั้นแบนดูรา ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่าง การรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น (Outcome Expectation)

๓.๕ แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการศึกษารวบรวม หรือการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุป อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้ศึกษาสามารถดำเนินการได้หลายครั้ง จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ โดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วย การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

๑) ขั้นวางแผน (Planning) เริ่มด้วยการสำรวจปัญหาร่วมกันระหว่างบุคลากรภายในโรงเรียนเพื่อให้ได้ปัญหาที่สำคัญที่ต้องการให้แก้ไข ตลอดจนการแยกแยะ รายละเอียดของปัญหานั้น เกี่ยวกับลักษณะของปัญหาเกี่ยวข้องกับใคร แนวทางแก้ไขอย่างไร และจะต้องปฏิบัติอย่างไร

๒) ขั้นปฏิบัติการ (Action) เป็นการนำแนวคิดที่กำหนดเป็นกิจกรรมในขั้นวางแผนมาดำเนินการ โดยวิเคราะห์วิจารณ์ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นร่วมกันของทีมงาน เพื่อทำการแก้ไขปรับปรุงแผน ฉะนั้นแผนที่กำหนดควรจะมี ความยืดหยุ่น ปรับได้

๓) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) เป็นการศึกษาความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ด้วยความรอบคอบ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งที่คาดหวังและไม่คาดหวัง โดยต้องอาศัยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ เข้าช่วย

๔) ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายของวงจร การทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยทำการประเมินหรือตรวจสอบกระบวนการแก้ปัญหา หรือสิ่งที่เป็นข้อจำกัดอันเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติการ ผู้ศึกษาร่วมกับกลุ่มผู้เกี่ยวข้องจะ ต้องตรวจสอบปัญหาที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม และ ระบบการศึกษาของโรงเรียนที่ประกอบกันอยู่ โดยผ่านการร่วมอภิปรายปัญหาและ การประเมินโดยกลุ่ม ซึ่งจะช่วยให้ได้แนวทางของการพัฒนาและขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม เพื่อจะได้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การปรับปรุงและวางแผนการปฏิบัติต่อไป

๓.๖ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๓.๗ ความรู้ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัยและการเผยแพร่งานวิจัย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

ที่มาและความสำคัญ

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางระบบประสาทที่เกิดจากการแตกตึบหรือตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองทำให้ขัดขวางการนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้เนื้อสมองถูกทำลาย สูญเสียการทำงานที่จนเกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ และเป็นสาเหตุสำคัญอันดับ ๒ ของการเสียชีวิต และอันดับ ๓ ของความพิการจากการสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๖๒ พบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๑๐๑ ล้านคนมีความพิการเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองมากกว่า ๑๔๓ ล้านคนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ ๑๒.๒ ล้านคน และเสียชีวิต ๖.๕๕ ล้านคน (The Global Burden of Disease, ๒๐๑๙ ประชากรทั่วโลกป่วยเป็นโรค หลอดเลือดสมองถึง ๑๗ ล้านคนเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ๖.๕ ล้านคน รอดชีวิตจากโรค หลอดเลือดสมอง ๒๖ ล้านคน และ พิการถาวร จำนวน ๕ ล้านคน (WHO, ๒๐๑๓) ปัจจุบันผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองและเสียชีวิตมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ทั่วโลกพบ จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ๑๒ ล้านคน ประเทศไทยพบอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๕ เท่ากับ ๔๘.๑๓, ๔๗.๘๑ และ ๔๗.๑๕ ต่อแสนประชากร จังหวัดอุบลราชธานีเป็นจังหวัดหนึ่งที่พบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบอัตราป่วยตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ๑๓.๘ ต่อแสนประชากร อัตราอุบัติใหม่ของโรคหลอดเลือดสมองคิดเป็น ๗๗.๙๘ ต่อแสนประชากร ๑ ใน ๓ จะเกิดความพิการถาวรและร้อยละ ๒๐ ต้องพึ่งพาสถานพยาบาล (เพ็ญแข แดงสุวรรณ, ๒๕๕๐) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการรักษาสมรรถนะของคุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อเป็นโรคนี้อันแล้วแม้จะรอดชีวิต มักจะ มีความพิการเหลืออยู่ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่น ก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากความรุนแรงของโรค มักจะมีสัญญาณเตือนเกิด ขึ้นก่อน ซึ่งสมาคมโรคหัวใจและสมาคมโรคหลอดเลือด สมองแห่งประเทศไทย (American Heart Association and American Stroke Association, ๒๐๑๒) โดยจำแนกอาการเตือนไว้ ๕ อาการ ดังนี้ ๑) อาการชาและอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน หรือ ขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดกับร่างกายซีกใดซีกหนึ่งอย่าง ทันทีทันใด ๒) อาการสับสน พูดลำบาก หรือพูดไม่รู้เรื่อง อย่างทันทีทันใด ๓) อาการตามัวมองไม่ชัด ๑ หรือ ๒ ข้าง อย่างทันทีทันใด ๔) อาการเดินเซ เดินลำบาก หรือ สูญเสียความสามารถในการทรงตัว และทำงานประสาน สัมพันธ์ของแขนและขาทันทีทันใด และ ๕) อาการปวด ศีรษะอย่างรุนแรง โดยไม่ทราบสาเหตุอย่างทันทีทันใด

องค์การโรคหลอดเลือดสมองโลก (World Stroke Organization: WSO) กำหนดให้วันที่ ๒๙ ตุลาคมของทุกปี เป็นวันโรคหลอดเลือดสมองโลกหรือวันอัมพาตโลก(World Stroke Day) ประเด็นการรณรงค์ในปี ๒๕๖๕ คือ “Minutes can save lives: Learn the signs, Say it’s a stroke Save #Precioustime” มุ่งเน้นเสริมสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองให้กับประชาชนและให้เข้าถึงการรักษาพยาบาลฉุกเฉินอย่างทันที่สำหรับประเทศไทย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขได้รณรงค์โรคหลอดเลือดสมองโลกหรือวันอัมพาตโลก ปี พ.ศ. ๒๕๖๕(กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๕)โดยเน้นให้ประชาชนต้องรีบไปโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุดทันทีหรืออย่างช้าคือ T (Time) ภายใน ๔ ชั่วโมงครึ่งหากพบอาการ F(Face) ใบหน้าชาหรืออ่อนแรง หน้าเบี้ยว มุมปากตกข้างหนึ่ง ตามัวเห็นภาพซ้อน A (Arm) แขนหรือขาอ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง ยกแขนหรือขาไม่ขึ้นหรือยกได้น้อยลง กำมือได้ลดลง ซาตามแขนขาหรือรู้สึกน้อยลง เดินเซ S (Speech) พูดลำบาก พูดไม่ชัด มึนงงสับสน และมีปัญหาในการพูดแม้ไม่แน่ใจว่าเกิดจากโรคหลอดเลือดสมองหรือไม่ก็ควรพบแพทย์ให้เร็วที่สุดเพื่อจะได้รับการวินิจฉัย รักษาและฟื้นฟูให้กลับมาเป็นปกติมากที่สุด ซึ่งตลอดระยะ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ที่มาและความสำคัญ (ต่อ)

เวลาที่ผ่านมาระบาดของโรคหัดเลือดสมองยังคงมีความรุนแรง การเกิดโรคและการป่วยไม่ได้ลดลง ซึ่งผู้ป่วยที่รอดชีวิตนั้น จะยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ไม่มากก็น้อยซึ่งความพิการดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการใช้ต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ อีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่าการนำโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ มีผลทำให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ที่ดีขึ้น ส่วนสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ตามผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการป้องกันโรคหัดเลือดสมองต่อ ความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, ๑๙๙๗) หมายถึง ความ เชื่อ และความมั่นใจของบุคคลในความสามารถของ ตนเองที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมบางอย่างได้สำเร็จ ซึ่งเกิด จากการได้รับข้อมูล ๔ ด้าน คือ ประสบการณ์ที่ประสบ ความสำเร็จ (Mastery experience) การได้เห็น ประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) การใช้ คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) และการกระตุ้น ทางอารมณ์ (Emotional arousal) พบว่าความ เชื่อใน สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล โดย อาศัยการเรียนรู้ เพราะการเรียนรู้กับการปฏิบัติจะนำไปสู่การประเมิน ตัดสินความสามารถของตน การ จะทำให้บุคคลสามารถ ปฏิบัติงานได้ต้องพัฒนาให้มีความรู้ ความสามารถ และ ความมั่นใจในการ ทำงานจึงจะสามารถปฏิบัติงานได้เป็น อย่างดี โดยการส่งเสริม กระตุ้น ให้เกิดความมั่นใจในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Bandura, ๑๙๙๗) จะเห็น ได้ว่าการนำการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมา ประยุกต์ใช้ร่วมกับสมรรถนะแห่งตน ส่งผลให้ออสม. มีความรู้ และมีการ รับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดีขึ้น ดังนั้นจากปัญหาโรคหัดเลือดสมองที่เพิ่มมากขึ้นถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ และควรได้รับการแก้ไขใน เชิงการป้องกัน และหากได้มีการให้ความรู้ และส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนแก่ อสม. โดยนำการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมมาใช้เพื่อป้องกันโรคหัดเลือดสมอง อาจจะมีผลให้ออสม. มีความรู้ และรับรู้สมรรถนะ แห่งตน เพิ่มขึ้นได้ในอนาคต

โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลดงแสนสุข (รพ.สต.ดงแสนสุข) มีผู้ป่วยด้วยโรคความดัน โลหิตสูง จำนวน ๙๓๕ คน ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน จำนวน ๔๙๕ คน โรคไขมันในเลือดสูง จำนวน ๑๔. คน มีจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคหัดเลือดสมอง จำนวน ๓ คน และมีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัดเลือด สมอง จำนวน ๗๖ คน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงนี้ จะได้รับการดูแลจากชุมชนโดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีหน้าที่หลักในการทำงาน คือ เน้นการ ให้บริการประชาชน การประชาสัมพันธ์ข้อมูล การให้ความรู้ และร่วมงานกับทีมสุขภาพ ซึ่ง อสม. มีความใกล้ชิดกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดสามารถให้บริการเชิงรุกเพื่อป้องกันโรคหัดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยง ได้เป็นอย่างดี หากกลุ่มเสี่ยงโรคหัดเลือดสมองในชุมชนดังกล่าวไม่ได้รับการดูแลจาก อสม. อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย พิการและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น กลุ่มเสี่ยงโรคหัดเลือดสมองส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ อาศัยอยู่กับบุตรหลาน บางส่วนอาศัยอยู่คนเดียว โดยเฉพาะช่วงเวลากลางวันซึ่งบุตรหลานไปทำงาน นอกบ้านทำให้ขาดผู้ดูแล อสม. จึงเป็นกำลังหลักสำคัญในการเข้าถึงและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงนี้

จากการศึกษานำร่อง (Pilot Study) พบว่า อสม. มีทักษะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ โรคหัดเลือดสมองไม่ครอบคลุม มีความกังวลและไม่มั่นใจในตนเองขณะเยี่ยมบ้าน การแสดงบทบาท ของ อสม. ไม่ชัดเจน และ อสม. ไม่ได้รับการอบรมเรื่องโรคหัดเลือดสมองครบทุกคน จากข้อมูล ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อความต้องการในการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคหัดเลือดสมอง อสม. มี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ที่มาและความสำคัญ (ต่อ)

ความต้องการ ด้านความรู้ที่จะนำไปแนะนำกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง อสม. ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความพร้อมในการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองเพื่อลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในอนาคต ซึ่งกลวิธีการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ที่สำคัญควรสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและตอบสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสร้างสุขภาพเชิงรุก ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนาแบบแผนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพ ด้วยความคาดหวังว่ากระบวนการนี้จะส่งเสริมให้ อสม. สามารถคิดด้วยตนเองและพัฒนาการแก้ไขปัญหาจากตนเอง เกิดความสามารถในการสะท้อนคิด ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและสามารถพัฒนาวิธีการแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน ทั้งนี้ทำให้มีแนวทางในการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองร่วมกันที่ชัดเจน เพื่อให้การบริการเชิงรุกในมิติของการดูแลสุขภาพเกิดประสิทธิภาพ มีความครอบคลุมต่อเนื่อง และมีพลังอำนาจในการพัฒนาตนเอง อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพทั้งด้านความรู้ ความสามารถและทักษะการปฏิบัติ ที่ถูกต้องจะช่วยให้การปฏิบัติงานเชิงรุกมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำถามการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑. เพื่อศึกษาบริบทการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี
๒. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี
๓. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี

ขอบเขตการวิจัย

พื้นที่ ศึกษาในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

เนื้อหา ศึกษาและพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ขอบเขตการวิจัย (ต่อ)

ประชากร เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงาสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑๑๗ คน

ระยะเวลา ทำการศึกษาตั้งแต่ เดือน มิถุนายน ๒๕๖๖ ถึง เดือนมีนาคม ๒๕๖๗

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ได้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงาสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีประสิทธิภาพ

๒. เป็นแนวทางในการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงาสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงาสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาวิเคราะห์สร้างเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัย ดำเนินการวิจัยตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ภายใต้แนวคิด Kemmis & McTaggart (๑๙๘๘) ซึ่งมีทั้งหมด ๔ ขั้นตอน คือ ขั้นที่ ๑ การวางแผน (Planning) ขั้นที่ ๒ การปฏิบัติการ (Action) ขั้นที่ ๓ สังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และขั้นที่ ๔ สะท้อนผลปฏิบัติ (Reflection)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) มี ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงาสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑๑๗ คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำแนกตามลักษณะการเก็บรวบรวมข้อมูล และวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

๑. กลุ่มตัวอย่างที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข อำเภอมืออบลราชธา ได้แก่ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยในชุมชน/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน จำนวน ๒๐ คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

๒. กลุ่มตัวอย่างในการนำรูปแบบไปใช้ และประเมินผลรูปแบบฯ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน ๑๑๗ คน ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข โดยศึกษาจากประชากรทั้งหมด มีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมและคัดออก จากการวิจัยดังนี้

๒.๑ เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

๒.๑.๑ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข

๒.๑.๒ มีความยินดีและสามารถ เข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด

๒.๒ เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria)

๒.๒.๑ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการวิจัย

๒.๒.๒ ย้ายออกจากพื้นที่ทำการวิจัย

๒.๒.๓ ขอถอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

๑.๑ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

๑.๒ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

๒. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม ๕ ส่วน ประกอบด้วย

๒.๑ คุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

๒.๒ แบบทดสอบความรู้เรื่อง โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นแบบเลือกตอบ ๒ ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูกให้ ๑ คะแนน ตอบผิดให้ ๐ คะแนน

การแปลความหมายระดับความรู้ แบ่งเป็น ๓ ระดับ ดังนี้ (วรพจน์ พรหมสัถยพรต, ๒๕๔๔)

คะแนนร้อยละ ๘๐-๑๐๐ หมายถึง มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูง

คะแนนร้อยละ ๖๐-๗๙ หมายถึง มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนร้อยละ ๐-๕๙ หมายถึง มีคะแนนความรู้ในระดับต่ำ

๒.๓ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า ๕ ตัวเลือกประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การแปลความหมายใช้เกณฑ์ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, ๒๕๕๕)

การกำหนดช่วงคะแนนและแปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๔.๕๑ - ๕.๐๐ หมายถึง การรับรู้มากที่สุด

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๓.๕๑ - ๔.๕๐ หมายถึง การรับรู้มาก

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๒.๕๑ - ๓.๕๐ หมายถึง การรับรู้ปานกลาง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๑.๕๑ - ๒.๕๐ หมายถึง การรับรู้น้อย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๑.๐๐ - ๑.๕๐ หมายถึง การรับรู้น้อยที่สุด

๒.๔ แบบสอบถามทักษะการประเมินและคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า ๔ ตัวเลือก ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

การประเมินระดับทักษะการประเมินและคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) พิจารณาจากค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนทักษะการป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ Daniel (๑๙๙๕) แบ่งเป็น ๔ ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย ๑.๐๐ - ๑.๗๔ หมายถึง ทักษะการประเมินและคัดกรองโรคน้อย

คะแนนเฉลี่ย ๑.๗๕ - ๒.๔๙ หมายถึง ทักษะการประเมินและคัดกรองโรคปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย ๒.๕๐ - ๓.๒๔ หมายถึง ทักษะการประเมินและคัดกรองมาก

คะแนนเฉลี่ย ๓.๒๕ - ๔.๐๐ หมายถึง ทักษะการประเมินและคัดกรองมากที่สุด

๒.๕ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี ลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า ๕ ตัวเลือกประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การแปลความหมายใช้เกณฑ์ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, ๒๕๕๕)

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๔.๕๑ - ๕.๐๐ หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบมากที่สุด

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๓.๕๑ - ๔.๕๐ หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบมาก

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๒.๕๑ - ๓.๕๐ หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบปานกลาง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๑.๕๑ - ๒.๕๐ หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบน้อย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๑.๐๐ - ๑.๕๐ หมายถึง พึงพอใจต่อรูปแบบน้อยที่สุด

ขั้นตอนการสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ทำการหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม เป็นรายข้อกับวัตถุประสงค์ในการวัด Index of Item Objective Consistency หรือ IOC โดยกำหนดระดับการให้ คะแนนตั้งแต่ ๑ ถึง - ๑ ซึ่งพิจารณาให้คะแนนจากเกณฑ์ต่อไปนี้

+๑ หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

๐ หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์

-๑ หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามวัดได้ไม่ตรงตาม

IOC = ผลรวมของคะแนนกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกข้อคำถาม โดย ข้อคำถาม ที่มีค่า IOC ตั้งแต่ ๐.๕-๑.๐๐ คัดเลือกไว้ได้และข้อคำถาม ที่มีค่า IOC ต่ำกว่า ๐.๕ พิจารณาปรับปรุงหรือตัดทิ้ง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๒. ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น(Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยางลุ่ม อำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน ๓๐ คน นำผลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

๒.๑ แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นแบบเลือกตอบ ๒ ตัวเลือก มีค่าคะแนน ๐ กับ ๑ ทำการทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีการของ Kuder-Richardson ๒๐ : KR-๒๐

๒.๒ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการประเมินและคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และความพึงพอใจต่อรูปแบบ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่าทำการหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการ Cronbach Alpha's coefficient มีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ ๐.๘๖

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัยเป็น ๓ ระยะ และดำเนินการตามกรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis และ McTaggart (๑๙๙๑) ดำเนินการวิจัยเป็น ๔ ขั้นตอน ดังนี้คือ ๑) ขั้นที่ ๑ ขั้นวางแผน (Planning) ๒) ขั้นที่ ๒ ขั้นปฏิบัติการ (Action) ๓) ขั้นที่ ๓ ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และ ๔) ขั้นที่ ๔ ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย มีขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ ๑ ระยะเตรียมการ ศึกษาบริบทการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

ระยะที่ ๒ ระยะดำเนินการวิจัย การสร้างและพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุข อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ภายใต้แนวคิด Kemmis & McTaggart (๑๙๘๘) ๔ ขั้นตอน

ขั้นที่ ๑ การวางแผน (Planning)

๑.๑ สร้างและพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงแสนสุข

๑.๒ ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ

ขั้นที่ ๒ การปฏิบัติการ (Action) นำแผนปฏิบัติการไปปฏิบัติ

๒.๑ พัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง Stroke โดยการให้ความรู้เสริมสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ๑) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ๒) การรับรู้ความรุนแรง ๓) การรับรู้ประโยชน์

๒.๒ การพัฒนาสื่อสุขภาพในการประเมินและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (ต่อ)

๒.๓ สาธิต ฝึกปฏิบัติการนำสื่อสุขศึกษา ไปใช้ในการประเมินและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง

๒.๔ พัฒนาระบบ/ช่องทางการสื่อสารรายงานข้อมูลการประเมินและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือดสมอง

ขั้นที่ ๓ สังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) ติดตาม สนับสนุน สังเกตการดำเนินงาน รายงานและบันทึกผลทุกขั้นตอน

ขั้นที่ ๔ สะท้อนผลปฏิบัติ (Reflection)

๔.๑ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

๔.๒ ถอดบทเรียน วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ

ระยะที่ ๓ ระยะประเมินผล การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

๑. ประเมินและเปรียบเทียบรูปแบบเดิมกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

๒. ประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง

๓. ประเมินการรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

๔. ประเมินทักษะในการประเมินและคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง

๕. ประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

๑. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับความรู้ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง และความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ความสามารถในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ทักษะการประเมินและคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และความพึงพอใจต่อรูปแบบก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้ Paired Samples t-test

๓. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

จริยธรรมการวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้อาศัยการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ในพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจำเป็นต้องเคารพสิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยและขออนุญาตก่อนการดำเนินการดังนี้

๑. ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี เพื่อขออนุญาตในการทำวิจัย และการเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย จะมีการขอคำยินยอมก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

จริยธรรมการวิจัย (ต่อ)

๒. เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือการดำเนินการวิจัย จากผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.ในพื้นที่ และผู้วิจัยต้องพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งสิทธิใน การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย

๓. ผู้วิจัยเคารพสิทธิ และปกปิดความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย

๔. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ และการนำเสนอข้อมูลการวิจัยจะเป็นการนำ เสนอในภาพรวม โดยไม่เปิดเผย ชื่อ สกุลจริง

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๕.๑.๑ รูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข ประกอบด้วย ๘ กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ ๑ การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

กิจกรรมที่ ๒ การพัฒนาสื่อสุขภาพในการประเมินและคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ ๓ การประเมินการประเมินและคัดกรองโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ ๔ การวางระบบการป้องกันและดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

กิจกรรมที่ ๕ การปกหมุดพิกัดจุดเสี่ยง

กิจกรรมที่ ๖ อสม. บัดดี เยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงและครอบครัวแบบเคาะประตูบ้าน

กิจกรรมที่ ๗ การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน

กิจกรรมที่ ๘ การคืนข้อมูล สู่ชุมชนและถอดบทเรียน

๕.๑.๒ ผลการรูปแบบการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข พบว่า หลังการพัฒนา รูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง โดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประเมินและคัดกรองโรคหลอดเลือดสมองได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงของหน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบริบทใกล้เคียงกันสามารถนำ แนวทางการให้ความรู้นี้ไปประยุกต์ใช้ให้ความรู้ในกลุ่มเป้าหมายที่เหมือนกันได้

๖.๒ การอบรมและฝึกทักษะการให้ความรู้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข และ หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีบริบทใกล้เคียงกันสามารถนำไปประยุกต์และปรับใช้ในบริบทของพื้นที่ตนเองได้

๖.๓ สามารถนำแนวทาง บัดดี้ อสม.เยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมาย โดยการทำความสัมพันธ์กับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง ให้ อสม.ในคุ้ม จับคู่เยี่ยมบ้านและลงรายงาน พบว่า ทำให้อสม.มีความมั่นใจในประเมิน คัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการเยี่ยมบ้านมากขึ้น เนื่องจากมีคู่มือปรึกษาเมื่อเจอคำถามของผู้ป่วย ทำให้ อสม.เยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ซึ่งแนวทาง บัดดี้ อสม.เยี่ยมบ้าน สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการเยี่ยมบ้านในกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนได้ ซึ่งทำให้ลดภาระหนักสำหรับหน่วยบริการที่บุคลากรไม่เพียงพอ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

เขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงแสนสุข มีความหลากหลายทางบริบท และพื้นฐานความรู้และทักษะของ อสม.แตกต่างกัน ต้องใช้เทคนิคและทักษะในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ที่หลากหลาย และใช้สื่อที่มีความน่าสนใจ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ยังระบาดอย่างต่อเนื่อง ประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังมีความกลัวต่อการรวมกลุ่มจัดกิจกรรม และบางครั้งมีกลุ่มเป้าหมายติดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทำให้การจัดกิจกรรมตามโครงการวิจัยแผนไม่เป็นไปตามที่กำหนด การจัดกิจกรรม ต้องระมัดระวังเป็นพิเศษ ต้องจัดแบบ New normal

๙. ข้อเสนอแนะ ควรศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

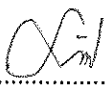
๑๐.๑ อยู่ระหว่างเผยแพร่ในวารสารวิจัยสาธารณสุขชุมชน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑. นางจริยา ขันดีสาย สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

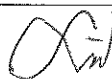
(นางจริยา ขันดีสาย)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ


วันที่ ๒๓ .เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางจริยา ขันดีสาย	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ


(ลงชื่อ).....

(นายอุทัย นิปีการสุนทร)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

วันที่ ๒๓ .เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายธีระพงษ์ แก้วกัมร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วันที่.....เดือน = ๖ มี.ค. ๒๕๖๗พ.ศ.....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

๒. หลักการและเหตุผล

โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) เป็นโรคที่เป็นสาเหตุการตาย สูงเป็นอันดับ ๑ ของคนไทย จากรายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พบว่าคนไทยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) จำนวน ๙๒,๘๘๕ ราย ในปี ๒๕๕๔ และ ๙๖,๕๗๐ ราย หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ ๑๑ คน ในปี ๒๕๕๖ ถือเป็นภัยคุกคามสุขภาพของคนไทย จึงต้องมีการดำเนินงานเชิงรุก โดยเน้นการเฝ้าระวัง ป้องกันและประเมินประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิด โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต) (กรมควบคุมโรค, ๒๕๖๐)

โรคหลอดเลือดสมอง คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยง เนื่องจากหลอดเลือดตีบ อุดตัน หรือแตก จนทำให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลายหรือตายของเนื้อสมอง สาเหตุที่ทำให้เนื้อสมองตาย เนื่องจากสมองทำงานโดยอาศัยพลังงานจากน้ำตาลกลูโคสและออกซิเจนที่อยู่ในกระแสเลือด โดยสูบฉีดมาจากหัวใจผ่านทางหลอดเลือดสมอง เมื่อเกิดความผิดปกติของสมอง เช่น หลอดเลือดตีบหรืออุดตัน จะส่งผลให้สมองขาดออกซิเจน จึงเกิดภาวะสมองขาดเลือดและเนื้อสมองตายตามมาในที่สุด กรณีที่เกิดการแตกของหลอดเลือดสมอง เลือดที่ออกจะกดเบียดเนื้อสมองบริเวณโดยรอบ ส่งผลให้เกิดอาการทางระบบประสาทขึ้นได้ ทั้งนี้สมองแต่ละส่วนมีหน้าที่แตกต่างกัน เมื่อสมองส่วนหนึ่งเกิดการขาดเลือดหรือถูกกดเบียด ร่างกายซึ่งถูกควบคุมด้วยสมองก็จะเกิดความผิดปกติตามมา เช่น อาการแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก การมองเห็นผิดปกติ มีปัญหาในการใช้คำพูดติดต๋อ สื่อสาร สับสน เป็นต้น มีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, ๒๕๖๖)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

โรคหลอดเลือดสมองมีอัตราการป่วยเพิ่มขึ้นทุกปีสาเหตุจากการขาดความสนใจขาดความรู้ และปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง ผู้ป่วยร้อยละ ๙๐ ที่รอดชีวิตจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ และผู้ป่วยร้อยละ ๕๐ พิจารณาไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องมีผู้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การเดิน หรือการดำเนินชีวิตทั้งหมด ผู้ป่วยอาจมีความบกพร่องในด้านการรู้คิด ความเข้าใจภาษา การสื่อสาร ละการมองเห็นหรือการได้ยิน ทำให้ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ด้วยความยากลำบาก จากสภาพร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจึงจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูทั้ง ๔ ด้านคือ ด้านร่างกายในเรื่องกระบวนการทบทวนหน้าที่ ด้านจิตใจเรื่องอัตมโนทัศน์ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ด้านสังคมในเรื่องบทบาท สัมพันธภาพ และด้านจิตวิญญาณในเรื่อง ความเชื่อศาสนา

ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลหรือต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ดูแล การปรับตัวของผู้ดูแลที่บ้านนั้นมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยให้มีภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีปัญหาด้านสุขภาพจิตร้อยละ ๗๑.๔๓ ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล กลัว นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลานาน ทำให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ก่อให้เกิดความเครียดทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลได้

อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน หากได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การพัฒนาความรู้ และทักษะในการประเมินปัญหาด้านจิตสังคม เช่น ทักษะการสัมภาษณ์ การสื่อสาร การสังเกต อันนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ได้แก่ แกนนำชุมชน หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง และเครือข่าย อสม. ซึ่งเป็นทีมสุขภาพโดยการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation-influence-Control: AIC) เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมจะช่วยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน เกิดการยอมรับ เกิดความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชนก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดความภูมิใจในผลงานที่ตนเองมีส่วนร่วม ทำให้กระบวนการพัฒนาชุมชนเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน หาก อสม. ได้รับการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้เพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และส่งเสริมการเตรียมความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลพร้อมทั้งมีแนวทางการดูแลที่ถูกต้อง เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย รวมถึงจัดการกับปัญหา และความเครียดที่เกิดกับผู้ป่วยได้ หากมีภาคีเครือข่ายทีมสร้างสุขภาพได้เข้ามามีบทบาท มีส่วนร่วมในการวางแผน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และแก้ปัญหาในชุมชนร่วมกัน ก็จะมีส่วนร่วมให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลสุขภาพของประชาชน ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดความภูมิใจในผลงานที่ตนเองมีส่วนร่วม ทำให้กระบวนการพัฒนาชุมชนเกิดความต่อเนื่อง และความสำเร็จสูงสุดได้ จึงขอแนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

แนวความคิด/ข้อเสนอ

แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

๑. ระยะเวลาเตรียม ศึกษาข้อมูล และวิเคราะห์สภาพปัญหาในปัจจุบัน

๑.๑ รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ตัวแทนชุมชน ตัวแทนของหน่วยงานราชการ

ท้องถิ่น

๑.๒ ประสานงานตัวแทนชุมชน ตัวแทนหน่วยงานราชการในท้องถิ่น ตัวแทนประชาชน

เพื่อเชิญชวนเข้าร่วมพัฒนา

๑.๓ สร้างสัมพันธภาพกับผู้ร่วมพัฒนาแนวทาง เพื่อสร้างความคุ้นเคย และสร้างความ

ร่วมมือในการดำเนินการ โดยเข้าพบปะพูดคุยและปรึกษาหารืออย่างไม่เป็นทางการ

๒. ระยะดำเนินการ

๒.๑ ศึกษาข้อมูล และวิเคราะห์สภาพปัญหาในปัจจุบัน

๒.๒ ศึกษาการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง

๒.๓ ศึกษาข้อมูลความรู้ และการประเมินปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของ อสม.

๒.๔ จัดกิจกรรมตามกระบวนการ AIC โดยนำผลการประชุมมาวิเคราะห์เพื่อให้ได้แผนงาน/โครงการ เพื่อนำไปใช้ในการทำกิจกรรมโดย อสม. นำแผนงาน/โครงการที่ได้จากกระบวนการ AIC ไปดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนต่อไป

๒.๕ การดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ

๓. ระยะประเมินผล ทำการประเมินผลทั้งระหว่างการดำเนินการ และหลังการดำเนินการ

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เป็นแนวทางที่นำมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม อาจมีข้อจำกัด ดังนี้

๑. การมีส่วนร่วมของชุมชน สำหรับพื้นที่ที่ชุมชนมีส่วนร่วมน้อย แนวทางแก้ไขโดยการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชน หัวหน้าส่วนราชการ และตัวแทน อสม.

๒. ความรู้ความเข้าใจของ อสม. เนื่องจากความแตกต่างของ อสม. เช่น พื้นฐานความรู้ และประสบการณ์ที่แตกต่างกัน อาจทำให้การรับรู้และการมีส่วนร่วมแตกต่างกัน แนวทางแก้ไขโดยการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน และประเมินการมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการพัฒนา

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๔.๑ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

๔.๒ มีแนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน โดยการใช้เทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม สามารถนำไปใช้ได้จริง

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ

๕.๒ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลที่บ้าน มากกว่าร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ)

(นางจริยา ชันดีสาย)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการ

(วันที่) ๒๓/กุมภาพันธ์/๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

๒๕๖๕	ระดับอำเภอ	-โครงการวิจัยร่วม เรื่อง การศึกษาปัจจัยด้านสภาพสิ่งแวดล้อมภายในชุมชน เพื่อลดความเสี่ยงการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ตำบลก่อเอ้ -โครงการวิจัยร่วม เรื่อง พฤติกรรมความปลอดภัยในการป้องกัน การเกิดเพลิงไหม้ของผู้สูงอายุ บ้านยางน้อย
๒๕๖๖	ระดับประเทศ	-นำเสนอผลงานการดำเนินงาน HLO Of the Year ๒๐๒๓ เรื่อง“NCD ห่วงใยใส่ใจสูงวัยอย่าลืมนั่น” -รางวัลสายสนับสนุนบริการต้นแบบ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
	ระดับจังหวัด	-รางวัล GREEN&CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital ระดับดีเยี่ยม -ผ่านประเมินสถานประกอบการต้นแบบด้านทันตสุขภาพ -รางวัลพยาบาลพี่เลี้ยงดีเด่น ของคณะพยาบาลศาสตร์ มรภ.อุบลราชธานี
	ระดับอำเภอ	-ขับเคลื่อนนโยบายนักท่องเที่ยวปลอดภัย Safety Tourist จุดพุทธสถาน ครองราชย์ ๖๐ ปี -จัดตั้งสถานีสุขภาพชุมชน (Health Station) ที่ ศสมช.หมู่ที่๖ บ้านเอ้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การส่งเสริมการดูแลจิตใจในภาวะโควิด ๑๙ ในการจัดการความเครียด ผู้พักสังเกตอาการโควิด ๑๙ ศูนย์พักสังเกตอาการโควิด ๑๙ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี วิทยาเขตบ้านยางน้อย

ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนเมษายน พ.ศ.2563 ถึง 1 เมษายน 2564

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน ทักษะการโน้มน้าว

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยใช้แนวคิดตามหลัก การจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลจิตใจในภาวะโควิด19 ของศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกับทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment : MCATT) อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี มาประยุกต์ใช้ในการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลจิตใจในภาวะโควิด 19 ในการจัดการความเครียด ผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 ศูนย์พักสังเกตอาการโควิด19 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี วิทยาเขตบ้านยางน้อย ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ขั้นตอน คือ

- 1) สร้างสัมพันธภาพ
- 2) ทบทวนความรู้ ความเข้าใจและมาตรการป้องกันโรค
- 3) การจัดการอารมณ์และความเครียดด้วยตนเอง
- 4) การสร้างเสริมพลังทางจิตใจด้วยตนเองรูปแบบปรับ 4 เดิม 3 และ 5 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลจิตใจในภาวะโควิด 19 ในการจัดการความเครียดผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 ศูนย์พักสังเกตอาการโควิด 19 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี วิทยาเขตบ้านยางน้อย ตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี (Local Quarantine) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ได้แก่ ผู้ที่เข้าพักสังเกตอาการโควิด 19 ที่ Local Quarantine มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี วิทยาเขตบ้านยางตำบลก่อเอ้ อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15-30 โดยศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน โดยมีวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งจะได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลจิตใจในภาวะโควิด 19 โดยกิจกรรมประกอบด้วย การปรับมุมมองทัศนคติในการเผชิญสภาวะโควิด-19, การจัดการอารมณ์และ

ความเครียดด้วยตนเอง, ผีกสติและสมาธิ, การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง, และเสริมสร้างพลังใจด้วยตนเอง ปรับ 4 เดิม 3 โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดตามหลัก การจัดกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตใจในภาวะโควิด 19 ของศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี ร่วมกับกิจกรรม MCATT อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียด (ST5) และกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตใจในภาวะโควิด 19 ในการจัดการความเครียดผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 ศูนย์พักสังเกตอาการโควิด 19 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน เป็นเพศชายร้อยละ 72.00 เพศหญิง ร้อยละ 28.00 ช่วงอายุ 26-35 ปี ร้อยละ 56.00 รองลงมาคือ อายุ 36-45 ปี ร้อยละ 28.00 สถานภาพแยกกันอยู่ ร้อยละ 44.00 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 36.00 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 96.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 76.00 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 24.00 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 72.00 รองลงมาค้าขาย ร้อยละ 20.00 ผลการศึกษาระดับความเครียดของผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 ผลการประเมินความเครียดของผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 โดยใช้แบบประเมินความเครียด(ST5) พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดของผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 มีระดับความเครียดของผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 อยู่ในระดับความเครียดมาก ร้อยละ 48.0 รองลงมา ระดับความเครียดปานกลาง ร้อยละ 32 ระดับความเครียดน้อย ร้อยละ 16 และระดับความเครียดมากที่สุด ร้อยละ 4.0 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเครียดของผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตใจในภาวะโควิด 19 มีผลต่อระดับความเครียดและทัศนคติในการเผชิญสถานการณ์โควิด 19 ของผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 ศูนย์พักสังเกตอาการโควิด 19 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี วิทยาเขตบ้านยางน้อย ตำบลก่อเอ้ อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี (Local Quarantine) มีผลต่อระดับความเครียด เมื่อผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการจัดการอารมณ์และความเครียดด้วยตนเอง, ผีกสติและสมาธิ, การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง, และเสริมสร้างพลังใจด้วยตนเอง ปรับ 4 เดิม 3 ที่ได้กำหนดไว้ทั้ง 5 กิจกรรมจัดโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาทีรวมทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ ผู้ที่เข้าพักสังเกตอาการโควิด 19 ที่ ศูนย์พักสังเกตอาการโควิด 19 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี วิทยาเขตบ้านยางตำบลก่อเอ้ อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี (Local Quarantine)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

1) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 72.0 เพศหญิง ร้อยละ 28.0 ส่วนใหญ่อายุ 26-35 ปี ร้อยละ 56 รองลงมาคือ อายุ 36-45 ปี ร้อยละ 28 ส่วนใหญ่สถานภาพแยกกันอยู่ตามอาชีพ ร้อยละ 44 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 36 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 96 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 76 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 24 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 72 รองลงมาค้าขาย ร้อยละ 20

2) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความเครียดของผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตใจในภาวะโควิด 19 มีผลต่อระดับความเครียดและทัศนคติในการเผชิญสถานการณ์โควิด 19 ของผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 ศูนย์พัก

สังเกตอาการโควิด 19 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี วิทยาเขตบ้านยางน้อย ตำบลก่อเอ้ อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี (Local Quarantine) มีผลต่อระดับความเครียด เมื่อผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในกิจกรรม การจัดการอารมณ์และความเครียดด้วยตนเอง, ฝึกสติและสมาธิ, การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง, และ เสริมสร้างพลังใจด้วยตนเอง ปรับ 4 เต็ม 3 ที่ได้กำหนดไว้ทั้ง 5 กิจกรรมจัดโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ละ 90 นาทีรวมทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ ผู้ที่เข้าพักสังเกตอาการโควิด 19 ที่ ศูนย์พักสังเกตอาการโควิด 19 มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี วิทยาเขตบ้านยางตำบลก่อเอ้ อำเภอเมืองใน จังหวัดอุบลราชธานี (Local Quarantine) มีค่าระดับคะแนนแบบประเมินความเครียด (ST-5) ภายหลังการจัดกิจกรรม มีค่าลดลงกว่าก่อน การจัดกิจกรรมกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตใจในภาวะโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 ที่มีภาวะเครียด ได้เข้าร่วมกิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตใจใน ภาวะโควิด 19 ประกอบด้วยกิจกรรม การปรับมุมมองทัศนคติในการเผชิญสถานการณ์โควิด-19, การจัดการ อารมณ์และความเครียดด้วยตนเอง, ฝึกสติและสมาธิ, การผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง, และเสริมสร้าง พลังใจด้วยตนเอง ปรับ 4 เต็ม 3 แล้วมีภาวะเครียดลดลงซึ่งเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม การจัดการ ความเครียด ส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพภายในผู้เข้าพักสังเกตอาการโควิด 19 ในระดับชุมชน ใน Local Quarantine และ State Quarantine

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ เป็นผู้พักสังเกตอาการโควิด 19 ที่มาจากหลายพื้นที่ ทั้งในและ ต่างประเทศ

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ การถูกกักตัวในบริเวณจำกัด ทำให้ทำกิจกรรมต่างๆได้ลำบาก

๙. ข้อเสนอแนะ

๑) ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตใจในภาวะโควิด ๑๙ เหมาะสมที่ จะใช้พัฒนาความสุข ลดภาวะเครียดและลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้เข้าพักสังเกตอาการโควิด ๑๙ ในระดับชุมชน และควรได้รับการขยายผลสู่การปฏิบัติในชุมชนในวงกว้างเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพกายต่อไป

๒) ควรศึกษาตัวแปรหรือปัจจัยด้านอื่นเพิ่มเติมที่อาจส่งผลหรือมีความสัมพันธ์ต่อการเกิด ความเครียดเพื่อทำความเข้าใจถึงเหตุและผลที่ทำให้บุคลากรเกิดความเครียดจนกระทบกับการปฏิบัติงาน และ ควรศึกษาหาแนวทางหรือพฤติกรรมในการลดความเครียด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) ...

๑๑ ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นางสมพร ธานี. สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ ๗๐.....
๒) นางสาวรัตนา สาธูภาค สัดส่วนของผลงาน.....ร้อยละ ๓๐.....
๓)สัดส่วนของผลงาน.....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางสมพร ธานี.....)


(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๒๗/กุมภาพันธ์/๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสมพร ธานี	
นางสาวรัตนา สาธูภาค	โทท

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายชววิทย์ ธานี)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเชิงइन

(วันที่) ๒๗/กุมภาพันธ์/๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายภัทรพล สารการ)

(ตำแหน่ง) นายอำเภอเชิงइन

(วันที่) ๒๗/กุมภาพันธ์/๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

(นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับ ข้าราชการพิเศษ

-
๑. เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว “ การสร้างสุข ๕ สุข ๕ มิติ ในชุมชนผู้สูงอายุ”
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยแดง ตำบลดอนจิก
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๒ หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุ”(Aged Society) กล่าวคือมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปประมาณ ๑๐ ล้านคน และจากการคาดการณ์ของสหประชาชาติใน ปีพ.ศ.๒๕๖๘ ประเทศไทยจะมีประชากรสูงอายุสูงถึง ร้อยละ ๒๑-๒๔ กลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์”(complete aged society) โดยกระทรวงสาธารณสุข พบว่าร้อยละ ๗๙ หรือ ๕ ล้านคนเป็นกลุ่มติดสังคม หรือกลุ่มที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ อีก ๑.๓ ล้านคนหรือร้อยละ ๒๑ คือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือเรียกว่า ติดบ้าน ติดเตียง และต้องการการดูแล ทั้งด้านสุขภาพและสังคม จากการสำรวจของกรมอนามัย (๒๕๕๖) พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ ๙๕ เจ็บป่วยด้วยโรคใด โรคหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังซึ่งจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและพึ่งพิง และมีผู้ป่วยนอนติดเตียงร้อยละ ๑ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงแต่ต้องดูแลตนเองหรือไม่มีคนดูแลถึงร้อยละ ๑๓ ในกลุ่ม เดียวกัน รัฐบาลจึงให้ความสำคัญในการดำเนินการเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ มีเป้าหมายสำคัญที่จะป้องกันไม่ให้ ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และหากผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแล อย่างเหมาะสม โดยรัฐบาลได้สนับสนุนงบประมาณให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจัดให้มีบริการดูแล ระยะยาวด้านสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุที่ภาวะพึ่งพิง โดยใช้ท้องถิ่นและชุมชนเป็นฐานในการจัดการดูแล ส่งเสริม สุขภาพ ดูแล และป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค และ ความเสื่อมตามวัย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

หน่วยบริการปฐมภูมิ ทุกพื้นที่เป็นบริการด้านหน้า ที่ผู้รับบริการทุกกลุ่มวัยเข้าถึงได้ง่าย ผู้สูงอายุใน ชุมชนมีจำนวนมากขึ้นส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง และมีความเสื่อมตามวัยตามทฤษฎีความสูงอายุ คือ ทฤษฎีทาง ชีวภาพ (Biological Theories)ที่มีการเสื่อมถอย ในการทำหน้าที่ของอนุมูล และ ทฤษฎีทางจิตสังคม (Psychosocial Theories) การถดถอยจากการดำเนินชีวิตและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมตั้งนั้นการคงไว้ซึ่งกิจกรรม ทางสังคม แบบแผนและบุคลิกภาพ เดิม จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสุขโดยคงไว้ซึ่งกิจกรรมที่สอดคล้องกับ สภาพ ร่างกาย โดยเน้นให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ จึงเสนอแนวความคิดพัฒนาระบบการพัฒนาระบบ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสา หาร จังหวัดอุบลราชธานี”ขึ้น

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุ ติดสังคมและ ติดบ้าน เขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านห้วยแดง ตำบลดอนจิก อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑,๐๑๒ ราย

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีวิธีดำเนินงานโดย ปฏิบัติการ ตามวงล้อการพัฒนา (Plan-Action -Observ-Reflection)โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย(Stakeholder)ร่วมดำเนินการ ทุกขั้นตอน มี ๓ ระยะคือ

๑.ระยะก่อนการพัฒนา/วิเคราะห์สถานการณ์

๑.๑ ศึกษาข้อมูลสถานสุขภาพผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จากฐานข้อมูลสุขภาพ (Health Data center) ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๕ และ ลงเยี่ยมบ้าน ประเมินสุขภาพด้วยแบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ(Basic Geriatric

Screening : BGS) สัมภาษณ์ตัวแทนผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ผู้นำชุมชน อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Care Manager)รวบรวมข้อมูลและประเด็นปัญหาที่ต้องพัฒนา

๑.๒ คัดเลือกตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder)ประสานงานเพื่อร่วมสนทนากลุ่ม สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

๑.๓ สนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย คินข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ และออกแบบบริการ โดยกำหนดวิธีการดำเนินการ แหล่งงบประมาณ แผนควบคุมกำกับและประเมินผลรูปแบบในการดำเนินงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยแดง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี

๑.๔ สรุปผลการประชุม กำหนดกลยุทธ์รูปแบบการพัฒนาที่สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ ดังนี้ ๑ กลุ่มติดสังคม เน้นการส่งเสริมสุขภาพสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุข ๕ มิติ ในชมรมผู้สูงอายุ ๒.กลุ่มติดบ้าน เน้นการสร้างความรู้ในการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในโรคเรื้อรัง การป้องกันหกล้ม และสมองเสื่อม

๒. ระยะเวลาพัฒนารูปแบบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยแดง ตำบลดอนจิก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้ กระบวนการ PAOR ดังนี้

๒.๑ กลุ่มติดสังคม สืบหาข้อมูลผู้สูงอายุ / ชมรมผู้สูงอายุ / จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดทำโรงเรียนผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยแดง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กำหนดเนื้อหาหลักสูตร ผู้รับผิดชอบในการสอน ตามกรอบ สุข ๕ มิติ คือ

สุขสบาย : ประเมินภาวะสุขภาพ (ตา/ข้อเข่า / ภาวะหกล้ม/สุขภาพช่องปาก/ สมอง) ออกกำลังกาย ที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพ

สุขสนุก : เน้นสนทนา การ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต สร้างความภาคภูมิใจในตัวเอง

สุขสง่า : การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แบ่งปัน ประสบการณ์ และอาชีพที่สร้างรายได้

สุขสว่าง : สนทนา การ เกมส์ ฝึกสมอง ป้องกันหกล้มและสมองเสื่อม

สุขสงบ : สมาธิ ธรรมะ กิจกรรมทางศาสนา

คัดกรองภาวะเสื่อม ส่งต่อ ผู้มีความเสี่ยง สมองเสื่อมคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาล เชื้องใน วัน พฤหัสบดี

๒.๒ กลุ่มติดบ้าน สืบหาข้อมูลผู้สูงอายุ ADL ๔ – ๑๑ คะแนน ที่ลงทะเบียนในระบบของ สปสช. มอบหมายการดูแล กับ CG ที่ผ่านการอบรม จัดทำ Care plan / นวัตกรรม พื้นฟู และมอบหมายดูแล ตาม Care plan จัดตารางนิเทศติดตาม และ เยี่ยมบ้านร่วมกับ ทีม สหวิชาชีพ อปท. และ ชมรมผู้สูงอายุ

ระยะกำกับกระบวนการพัฒนา แต่ละวงรอบมีการสะท้อนผลเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงกระบวนการพัฒนาโดยจัดให้มีการประชุมคณะกรรมการและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงกระบวนการให้เหมาะสม และนำไปปฏิบัติในแต่ละรอบจนเกิดเป็นผลลัพธ์ที่ดีและวัดผลลัพธ์ในระยะประเมินผลการใช้รูปแบบที่ได้จากการพัฒนาต่อไป

๓. ระยะเวลาประเมินผลการนำรูปแบบการพัฒนาไปใช้ โดยประเมินจาก

๓.๑ ประเมินจากความต่อเนื่อง และผู้เข้าร่วมกิจกรรมของโรงเรียนผู้สูงอายุ ความพึงพอใจของ คณะทำงาน และ ผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ติดสังคม ในการดูแลสุขภาพ ด้านอาหาร ออกกำลังกาย สุขภาพช่องปาก การป้องกันหกล้ม และสมองเสื่อม

๓.๒ ผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง สมองเสื่อม ข้อเข่าเสื่อม ได้รับการส่งต่อ เข้าคลินิกผู้สูงอายุ และจัด กิจกรรม เยี่ยมบ้าน ป้องกันและฟื้นฟู ร้อยละของผู้สูงอายุ คะแนนประเมิน mini cog และ ข้อเข่าเสื่อมเพิ่มขึ้น

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. เป็นชุมชนเขตเมืองและตลาดครอบครัวประกอบอาชีพค้าขาย ต้องเผื่อร้านค้า บางคนมีภาระเลี้ยงหลาน จึงมาร่วมกิจกรรมไม่ได้

๒. ญาติบางคนไม่ให้ความร่วมมือ คิดว่าผู้สูงอายุปกติดี มีเสื้อมตามวัยไม่ต้องเข้าร่วมกิจกรรม ดูแลตัวเองได้ หรือไม่มั่นใจในการดูแลของ CG

แนวทางแก้ไข ให้เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลที่ประโยชน์/สิ่งที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมกิจกรรม ช่วงออกปฏิบัติงานในชุมชน/เยี่ยมบ้าน รวมทั้งให้ผู้นำชุมชน อสม. หน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ให้ข้อมูลชักชวนเข้าร่วมกิจกรรม และมีสิ่งจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม ถ้าผู้สูงอายุมาร่วมกิจกรรมต่อเนื่อง

๔ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม และ ติดบ้าน มีชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง มีการดำเนินงานต่อเนื่อง

๒. บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (Caregiver) และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

๓. มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ มีระบบและเครือข่ายการส่งต่อ คลินิกผู้สูงอายุ

๔. ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจ ในคุณค่าของตนเอง

๕. ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ ทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต

๖. ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุสูงอายุร้อยละ ๓๐

๒. ผู้สูงอายุติดสังคม มีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการดูแลสุขภาพ ด้าน อาหาร ออกกำลังกาย สุขภาพช่องปาก การป้องกันหกล้ม และสมองเสื่อม เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐

๓. ผู้สูงอายุ กลุ่ม ติดบ้าน มี ADL เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๓๐

๔. ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจร้อยละ ๘๕

(ลงชื่อ)

(นางสมพร ธาณี)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ฯ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๒๗/กุมภาพันธ์/๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน