

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาดำเนินการ ปี พ.ศ. ๒๕๖๘ (เดือนธันวาคม ๒๕๖๗ ถึง เดือนมีนาคม ๒๕๖๘)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

การทำงานต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะ และประสบการณ์ในการปฏิบัติงานสูง ทั้งด้านการบริหาร บริหารวิชาการ ระเบียบวิธีวิจัย การประสานและกำกับติดตาม การบริหารจัดการงานให้บรรลุเป้าหมาย องค์กรความรู้ที่จำเป็นในการศึกษาข้อมูล ประกอบด้วย

๑. ข้อมูลทั่วไป เช่น จำนวน ร้อยละ เกี่ยวกับการระบาดของโรคไข้เลือดออก ข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออก การเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย โดยใช้แอปพลิเคชันทันระบาด และ อสม. ออนไลน์

๒. มาตรการควบคุมโรค กรณีพบผู้ป่วยโรคติดต่อมาโดยยุงลาย เมื่อหน่วยงานในพื้นที่ได้รับแจ้งว่าในพื้นที่ตนเองพบผู้ป่วยโรคติดต่อมาโดยยุงลาย ควรดำเนินการควบคุมโรคทันทีเพื่อกำจัดแหล่งแพร่โรคและลดโอกาสการแพร่ระบาดของโรคไปยังพื้นที่อื่น โดยดำเนินการ ตามมาตรการ ๓-๓-๑ และดำเนินการต่อเนื่อง ๒๘ วัน

๓. การสอบสวนโรคติดต่อมาโดยยุงลาย สามารถแบ่งตามลักษณะของการสอบสวนเป็น ๒ รูปแบบ คือ การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะรายเป็นการสอบสวนเพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดของผู้ป่วยรายนั้น ๆ เช่น การวินิจฉัยสุดท้ายแหล่งที่ผู้ป่วยไปรับเชื้อมาโอกาสที่ผู้ป่วยจะแพร่เชื้อให้ผู้อื่น การดำเนินโรคสาเหตุการเสียชีวิตเป็นต้น และการสอบสวนเหตุการณ์การระบาดเป็นกลุ่มก้อน เป็นการสอบสวนกลุ่มก้อน เพื่อให้ทราบขอบเขตและลักษณะประชากรที่เกิดการระบาด ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการระบาด รวมถึงดำเนินการควบคุมการระบาดเบื้องต้น

๔. การเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา หมายถึง กระบวนการจัดเก็บ วิเคราะห์และแปลผลข้อมูลอย่างเป็นระบบ สม่่าเสมอต่อเนื่อง รวมถึงการนำข้อมูลที่วิเคราะห์ไปเผยแพร่และใช้ให้เกิดประโยชน์ ในด้านการวางแผน การกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมโรคได้ทันเวลา

๕ .งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินการ และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้เลือดออกนับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยตลอดมา เพราะไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อโดยมียุงลายเป็นพาหะ ที่สร้างความสูญเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากโรคนี้นี้มีแนวโน้มการระบาดในช่วงฤดูฝนของทุกปี และพบว่าประชากรที่ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มเด็กวัยเรียนที่มีอายุตั้งแต่ ๕ -๑๔ ปี แต่ปัจจุบันยังพบผู้ป่วยไข้เลือดออกในผู้ใหญ่และมีการเกิดโรคตลอดทั้งปีอีกด้วย ดังนั้นการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกให้ประสบผลสำเร็จและเกิดประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องระดมความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการกำจัดลูกน้ำยุงลายที่เป็นพาหะนำโรคและรณรงค์ให้ชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาโรคไข้เลือดออกและร่วมมือกันเฝ้าระวังป้องกันการแพร่ระบาดของโรคนี้นี้

ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการแก้ไขปัญหา จากการตั้งรับไปสู่นโยบายเชิงรุกโดยใช้ยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมให้คนในชุมชนได้ ตระหนักถึงสภาพปัญหาของโรคไข้เลือดออก เกิดความรับผิดชอบต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเอง พร้อมทั้งหาวิธีการแก้ไข ซึ่งปัญหาของโรคไข้เลือดออกเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จึงต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรคที่เปลี่ยนแปลงไป

โดยเน้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญและถือเป็นภารกิจที่ต้องช่วยกัน กระตุ้นและชักนำให้ประชาชน องค์กร ชุมชน โรงเรียน ศาสนสถาน ตลอดจนเครือข่ายสุขภาพให้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จึงเป็นกิจกรรม สำคัญที่ต้องเร่งรัดดำเนินการ

จังหวัดอุบลราชธานี มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖ (วันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๖) จำนวนทั้งสิ้น ๔,๖๘๘ ราย อัตราป่วย ๒๕๐.๘๑ ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน ๑ ราย อัตราป่วยตาย ร้อยละ ๐.๐๒ จากแนวโน้มการระบาดของโรคไข้เลือดออกที่มักมีการระบาดทุก ๑ ปี เว้น ๑ ปี หรือระบาดทุก ๑ ปี เว้น ๒ ปี โรคติดต่อไวรัสชิคา มีรายงานผู้ป่วยจำนวน ๓ ราย อัตราป่วย ๐.๑๖ ต่อ ประชากรแสนคน เป็นหญิงตั้งครรภ์ ๑ ราย และโรคไขปวดข้อยุ่งลาย มีรายงานผู้ป่วย จำนวน ๙ ราย อัตราป่วย ๑.๙๒ ต่อประชากรแสนคน จึงคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๗ อาจเกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกเป็น จำนวนมาก รวมถึงอาจมีรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อแมลงอื่นเป็นกลุ่มก้อนเพิ่มมากขึ้นกว่าในปัจจุบัน

อำเภอนาเยียมีประชากร ๒๗,๔๐๖ คนพบผู้ป่วยในปี ๒๕๖๗ จำนวน ๑ คนคิดเป็น ๓.๖๕ ต่อแสน ประชากร และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิต คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยทีมเฝ้าระวัง สอบสวน และเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) ได้ดำเนินการถอดบทเรียน ระบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุม โรคไข้เลือดออก เพื่อให้ ทราบปัจจัยความสำเร็จและปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และได้นำข้อมูลจากการ ถอดบทเรียน การดำเนินงานดังกล่าว มาพัฒนารูปแบบการ ดำเนินงาน (Working model) การเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคเลือดออก ให้เป็นต้นแบบและมีความยั่งยืนต่อไป

เพื่อให้แนวทางการดำเนินดังกล่าวนำไปใช้ปฏิบัติได้จริงในบริบทของพื้นที่อำเภอ นาเยีย จังหวัด อุบลราชธานี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนา รูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอ นาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ได้รูปแบบที่สอดคล้องกับ ยุทธศาสตร์การ ป้องกัน ควบคุม โรคไข้เลือดออก และใช้เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อนำไปสู่ความเป็นไป ได้ในการดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสบความสำเร็จในระยะยาวต่อไป

ปัญหาในการวิจัย

รูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอ นาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

นิยามศัพท์เฉพาะของการวิจัย

รูปแบบ หมายถึง กระบวนการในการกำหนดรูปแบบและการประเมินความเหมาะสมและการหาคุณภาพ ของรูปแบบเพื่อการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออก

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ เคมมิส และ แมกแทกการ์ด (Kemmis and McTaggart, ๑๙๘๘) จำนวน ๒ วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน ๔ ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) กลุ่มตัวอย่างคือ คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และประชาชน โดยการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน ๕๐ คน เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนธันวาคม ๒๕๖๗ ถึง มีนาคม ๒๕๖๘ โดยการศึกษาสถานการณ์ การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ แบบเจาะลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ paired t-test และวิเคราะห์เนื้อหาในส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ การดำเนินงาน ๒ วงรอบ จำนวน ๔ ขั้นตอนตามวงล้อ PAOR ดังนี้

รอบที่ ๑

ขั้นตอนที่ ๑ เป็นการวางแผนศึกษาสถานการณ์ข้อมูลการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอ นาเยีย จังหวัดอุบลราชธานี

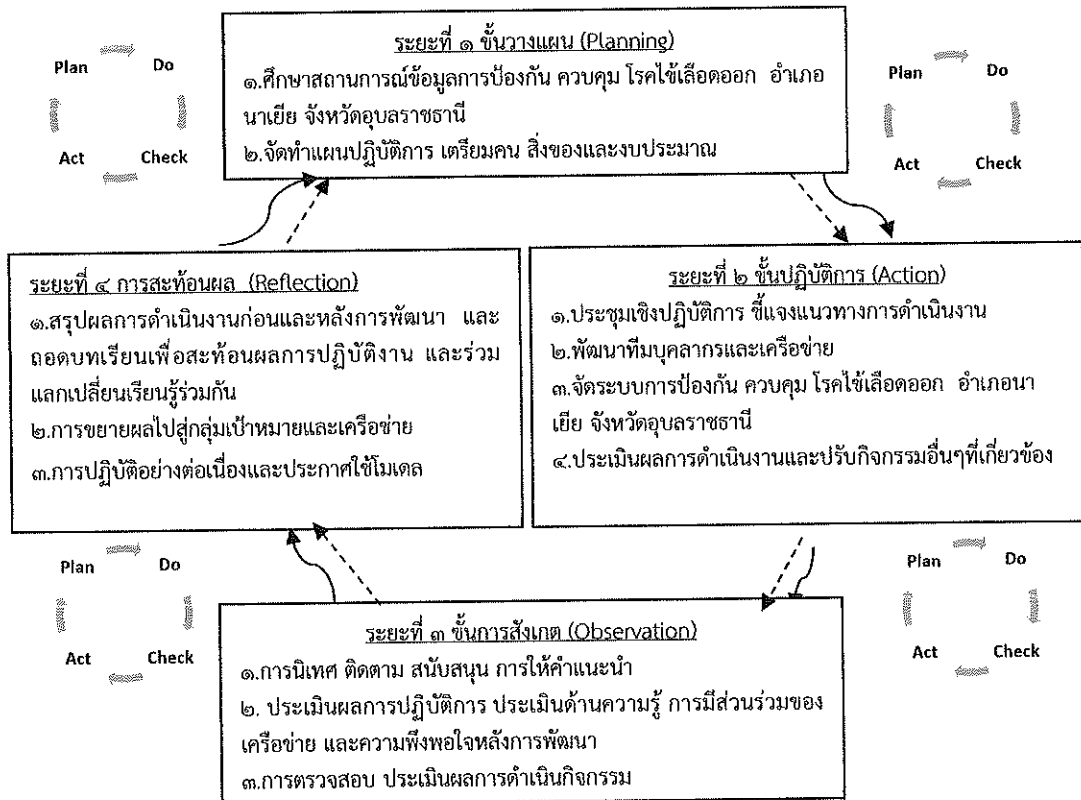
ขั้นตอนที่ ๒ เป็นการพัฒนาระบบการป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอนาเยีย โดยเริ่มจากการพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เป็นแกนนำ การออกแบบระบบบริการจากบริบทของพื้นที่โดยใช้ Evidence base โดยหน่วยงานและทีมขับเคลื่อนระบบงานในรูปแบบของเพื่อช่วยเพื่อน พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลและใช้สื่อสารสนเทศ พัฒนาคณะทำงานในพื้นที่ให้เป็นศูนย์การให้คำปรึกษา

ขั้นตอนที่ ๓ การติดตามผลการดำเนินงานกิจกรรม

ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผลลัพธ์

รอบที่ ๒ วิเคราะห์ข้อมูลและนำมาใช้ทันเวลา ทั้งๆ ที่มีการรวบรวมข้อมูลมากมาย เฉพาะอย่างยิ่งการรายงานโรคติดต่อต่างๆ แต่ส่วนใหญ่ไม่มีการแปลผล และให้ข้อเสนอสำหรับวางแผนแก้ไขปัญหา หรือกำหนดนโยบายการป้องกันควบคุมโรคของจังหวัด นอกจากนี้การกระจายผลเฝ้าระวังให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องค่อนข้างล่าช้าและไม่ชัดเจน เฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลข่าวสารที่ลงถึงระดับชุมชน การเฝ้าระวังในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชุมชนยังไม่เข้ามามีส่วนร่วมมากนัก ประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจว่าการป้องกัน ควบคุมโรค เป็นหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุข หากระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนเข้มแข็งจนชุมชนตรวจจับ การเกิดโรค/ภัยได้เร็ว หาสาเหตุและกำจัดจุดเริ่มต้นได้ประชาชน ในชุมชนจะปลอดภัยจากโรค/ภัยทางสุขภาพเพิ่มขึ้น เป็นการประชุมวางแผนและแก้ไขปัญหาล้วนๆ ได้แก่ พัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์รุ่นใหม่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกข่าย ส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขอย่างครอบคลุม ทั่วถึง มีการสื่อสารด้านสุขภาพ ให้ความรู้ และข้อมูลข่าวสารรอบด้านที่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและเพิ่มความเข้าใจที่จะนำไปสู่เป้าหมาย โดยมีกรอบแนวคิด การดำเนินงานดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิดการดำเนินงาน



๔.๓ เป้าหมายของงาน

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ เคมมิส และ แมกแทกการ์ด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อศึกษาบริบทของการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี
๒. เพื่อศึกษากระบวนการของการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี
๓. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานของการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี
๔. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี มี ๖ ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ ๑ ศึกษาสถานการณ์ข้อมูลควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี ขั้นตอนที่ ๒ พัฒนาระบบการดูแลโดยเริ่มจากการพัฒนาบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เป็นแกนนำ การออกแบบระบบบริการจากบริบทของพื้นที่โดยใช้ Evidence base โดยหน่วยงานและทีมขับเคลื่อนระบบงานในรูปแบบของเพื่อนช่วยเพื่อน พัฒนาระบบจัดเก็บข้อมูลและใช้สื่อสารสนเทศ ขั้นตอนที่ ๓ การติดตามผลการดำเนินงานกิจกรรม ขั้นตอนที่ ๔ การประเมินผลลัพธ์ ขั้นตอนที่ ๕ วางแผนและแก้ไขปัญหาส่วนขาด ขั้นตอนที่ ๖ การเสริมพลังและถอดกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อปรับเปลี่ยนให้ยั่งยืนและขยายผลการปฏิบัติงาน กระบวนการดังกล่าวทำให้กลุ่มวิจัยและภาคีเครือข่าย มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ พฤติกรรม การมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จหรือแนวปฏิบัติที่ดีของการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี คือ การมีนโยบายสนับสนุนจากระดับกระทรวง/เขตสุขภาพ/จังหวัดอย่างชัดเจน และแปลงนโยบายในระดับพื้นที่ที่สอดคล้องกัน การสร้างทีมนำที่เข้มแข็ง การสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

ผลการศึกษาทำให้ทราบสถานการณ์การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี โดยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ดังนี้

๑. นำข้อมูลจากผลการเฝ้าระวังมาวางแผนจัดกิจกรรมเพื่อควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี
๒. ทำให้ทราบความชุกและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข อำเภอนาเยี่ย จังหวัดอุบลราชธานี
๓. บุคลากรในสถานบริการสาธารณสุข ทราบข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อและสามารถทำนายทางระบาดวิทยาการเกิดโรคได้
๔. สถานบริการสุขภาพเกิดการพัฒนาระบบบริการ การดูแลรักษาอย่างเท่าเทียมตามสิทธิผู้ป่วย
๕. เป็นข้อมูลเสนอต่อผู้บริหารระดับอำเภอ/จังหวัด/ระดับเขต และผู้เกี่ยวข้องนำไปใช้กำหนดมาตรการในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้ ต้องใช้ความวิริยะอุตสาหะอย่างมากในการทบทวนวรรณกรรมและดำเนินการวิจัย มีความซับซ้อนและหลากหลายกิจกรรม

๑. ต้องใช้ความวิริยะอุตสาหะอย่างมากในการค้นคว้าตำรา แนวทางการดำเนินงาน

๒. ต้องประยุกต์ใช้ความรู้ ทักษะและประสบการณ์อย่างสูงในทางวิชาการเฉพาะด้าน ในการเข้าถึง ความเข้าใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และดูแลสุขภาพตนเองอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ต้องใช้ระเบียบวิธีวิจัย การรวบรวม วิเคราะห์และแปลผลข้อมูลให้ถูกต้องและน่าเชื่อถือแบบสอบถามผ่านสมาร์ตโฟน มีปัญหาเรื่องสายตา หนังสือตัวเล็กอ่านไม่ออกต้องได้สัมภาษณ์

๓. การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ ต้องประสานงานกับบุคลากรในพื้นที่จำนวนมาก เป็นงานที่ต้องอาศัยความร่วมมือในการเฝ้าระวังและการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม ที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก โดยภาคประชาสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งในการร่วมดำเนินการเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มประชากรที่ถูกต้อง ทั้งในการประสานและเข้าไปในสถานที่ที่เป็นจุดรวมของกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ

๘. ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ

- การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงยากและปกปิดข้อมูล ทำให้ใช้เวลานาน
- การเก็บข้อมูลผ่านสมาร์ตโฟน มีปัญหาที่สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ดี หลุดบ่อย ทำให้ต้องเริ่มทำ

ใหม่

- การเก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลบางคนมีภาระงานมาก หรืออยู่ระหว่างให้บริการผู้ป่วย ทำให้เร่งรีบในการทำแบบสอบถาม อีกทั้งเจ้าหน้าที่บางคนไม่ถนัดการใช้เทคโนโลยีในการตอบ

- ขาดงบประมาณในการจ่ายค่าตอบแทนให้กลุ่มตัวอย่าง

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๙.๑.๑ รูปแบบการป้องกันการควบคุมป้องกันโรคใช้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี หน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ เช่น โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายในชุมชน ควรประยุกต์ใช้รูปแบบดังกล่าวเพื่อป้องกันโรคใช้เลือดออก

๙.๑.๒ การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อโรคใช้เลือดออกพัฒนาบนพื้นฐานข้อมูลพื้นที่ แนวคิด ทฤษฎี และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีความใกล้เคียงกับปัญหาในพื้นที่ และสามารถแก้ไขปัญหาได้จริง จึงควรมีการขยายผลการวิจัยในพื้นที่อื่นต่อไป

๙.๒ ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

๙.๒.๑ ควรทำการวิจัยเพื่อทดสอบผลของการพัฒนารูปแบบการควบคุมป้องกันโรคใช้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ได้จริงหรือไม่

๙.๒.๒ ควรทำการวิจัยเปรียบเทียบรูปแบบการควบคุมป้องกันโรคใช้เลือดออกของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ที่พัฒนาขึ้นกับรูปแบบอื่นเพื่อดูประสิทธิภาพและประสิทธิผลของรูปแบบว่ามีความเหมาะสมหรือไม่เพียงใด

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

- อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๑๐๐.๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- ๑) นายประยงค์ สุดสุข สัดส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐
๒) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)
๓) สัดส่วนของผลงาน..... (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 


(นายประยงค์ สุดสุข)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

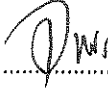
(วันที่) ๒๕ / พฤศจิกายน / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายประยงค์ สุดสุข	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางสาวอัจฉรา สุกศักดิ์ถาวร)

(ตำแหน่ง) นายอำเภอเมือง

(วันที่) ๒๕ / พฤศจิกายน / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) / ๑๓ ก.พ. ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง : การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกภายใต้การถ่ายโอนภารกิจหน่วย
บริการปฐมภูมิสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

๒.๑ ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโรคหนึ่งของประเทศไทยมานาน เพราะโรคไข้เลือดออก เมื่อประชาชนติดเชื้อมีโอกาสเสี่ยงกับการเสียชีวิตถึงร้อยละ ๐.๒-๐.๔ คน ในแต่ละปี ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากกว่า ๑๐๐,๐๐๐ รายทำให้ต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษา ซึ่งโรคไข้เลือดออกมีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัสเดงกี (Dengue virus) ซึ่งมีมากกว่า ๑ ชนิด หรือมีการระบาดของต่างชนิดเป็นระยะ ๆ ซึ่งในพื้นที่ที่มีประชากรหนาแน่น ทำให้มีการติดเชื้อซ้ำได้บ่อย ซึ่งการแพร่กระจายของโรคอาศัยยุงลาย (Aedes aegypti) เป็นพาหะสำคัญ โดยยุงตัวเมียซึ่งกัดเวลากลางวันและดูดเลือดคนเป็นอาหารจะกัดดูดเลือดผู้ป่วยซึ่งในระยะไข่สูง จะเป็นระยะที่มีไวรัสอยู่ในกระแสเลือด เชื้อไวรัสจะเข้าสู่กระเพาะยุง เข้าไปอยู่ในเซลล์ที่ผนังกระเพาะเพิ่มจำนวนมากขึ้น แล้วออกมาจากเซลล์ ผนังกระเพาะเดินทางเข้าสู่ต่อมน้ำลาย พร้อมทั้งจะเข้าสู่คนที่ถูกกัดในครั้งต่อไป ซึ่งระยะฟักตัวในยุงนี้ประมาณ ๘-๑๒ วัน เมื่อยุงไปกัดคนอื่นอีกก็จะปล่อยเชื้อไวรัสไปยังผู้ที่ถูกกัดได้ เมื่อเข้าสู่ร่างกายคนและผ่านระยะฟักตัวนานประมาณ ๕-๘ วัน ก็จะทำให้เกิดอาการของโรคได้ และมักพบการระบาดอย่างต่อเนื่อง การระบาดของโรคไข้เลือดออกเป็นในลักษณะปีเว้นปี หรือทุก ๆ ปีเว้น ๒-๓ ปี หรือปีเว้น ๒ ปี และระบาดรุนแรงในฤดูฝนระหว่าง เดือนพฤษภาคมถึงสิงหาคมของทุกปี แล้วเริ่มลดลง พบมากที่สุดในช่วงเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคมของทุกปี

การเกิดโรคไข้เลือดออกในปัจจุบันมีรูปแบบการระบาดที่ไม่แน่นอน โดยในช่วง ๑๐ ปีที่ผ่านมา มีทั้งการระบาด แบบปีเว้นปี ปีเว้นสองปี หรือปีเว้นสามปี ซึ่งในปีพ.ศ. ๒๕๖๓ มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยลดลง จากปีพ.ศ. ๒๕๖๒ ร้อยละ ๓๘ รวมทั้งสัดส่วนของสายพันธุ์ไวรัสเดงกีเริ่มมีการเปลี่ยนแปลง โดย DENV-๒ ที่เป็นชนิดเด่น เริ่มลดลง ดังนั้น จึงมีโอกาสที่ DENV-๓ และ DENV-๔ จะเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการระบาดได้ เนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่อาจไม่มีภูมิคุ้มกันต่อสายพันธุ์ดังกล่าว ในปีต่อไปจึงมีโอกาสเกิดการระบาดใหญ่ ขึ้นได้ กลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกยังคงอยู่ในกลุ่มเด็กวัยเรียน (๕ - ๑๔ ปี) ในขณะที่ กลุ่มอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปมีอัตราป่วยตายสูงกว่าเด็กวัยเรียน โดยเฉพาะในผู้ใหญ่ที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป มีอัตราป่วยตาย สูงเกินกว่า เป้าหมายที่ควรจะเป็น (เป้าหมายอัตราป่วยตายไม่เกินร้อยละ ๐.๑๐) เนื่องจากผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ มักมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ทำให้เมื่อป่วยเป็นไข้เลือดออกจะมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ตับวาย ไตวาย ที่รักษาได้ยาก นอกจากนี้ผู้ใหญ่ส่วนมาก เมื่อมีอาการป่วยมักซื้อยารับประทานเอง หรือไปพบแพทย์เมื่อ มีอาการรุนแรง ทำให้ไม่ได้รับการตรวจหาสาเหตุของโรคหรืออาการใช้ที่โรงพยาบาลแต่เนิ่น ๆ จึงได้รับการรักษาที่เหมาะสม ล่าช้าหรือบางรายไปรักษาครั้งแรกที่คลินิกเอกชน ซึ่งอาจได้รับยาผิดประเภท NSAIDs หรือ Steroid ทำให้ มีอาการรุนแรงและเลือดออกมากขึ้น จากผลข้างเคียงของการได้รับยาดังกล่าว มาตรการในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ควรมุ่งเน้นการป้องกันโรคล่วงหน้า โดยการควบคุม แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ทั้งภายในบ้าน ชุมชน สถานที่สำคัญต่าง ๆ โดยดำเนินการอย่างเข้มข้นในพื้นที่เสี่ยงสูง หรือพื้นที่ระบาด และควรมีการรณรงค์ให้ผู้ป่วยที่มีอาการไข้เกิน ๒ วัน ต้องไปพบแพทย์ เพื่อรับการตรวจ วินิจฉัยหาสาเหตุของโรคและการรักษาที่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เรื้อรัง รวมทั้งสื่อสารให้คลินิก ร้านขายยา ไม่ควรจ่ายยาประเภท NSAIDs หรือ Steroid ให้ผู้ป่วยรับประทาน

สำหรับอำเภอนาเยีย มี ๓ ตำบล ประชากรทั้งหมด ๒๗,๕๑๕ คน สถานบริการสาธารณสุข ๕ แห่ง มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน ๕๗ คนมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จำนวน ๕๐๔ คนลักษณะพื้นที่แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เกษตรกรรมซึ่งเป็นพื้นที่ที่พบอุบัติการณ์ของโรคไข้เลือดออกสูง

และพื้นที่บางส่วนเป็นป่า สำหรับปัจจัยที่ทำให้เกิดการระบาดของโรคไข้เลือดออกเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพทำนา ทำไร่ ไร่อ้อยและสวนยางพารา แหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชนส่วนใหญ่เกิดจาก เศษวัสดุเหลือใช้ กาบมะพร้าวกะลา รวมถึงภาชนะรองน้ำประเภตุ่มน้ำหรือโอ่งน้ำ ภาชนะต่างๆ บางภาชนะไม่มีฝาปิด การประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่ใช้เป็นค่าดัชนีมาตรฐานของ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมที่ไม่ซับซ้อนและสามารถปฏิบัติได้จริงในชุมชน ได้แก่ ค่า HI (House Index) และค่า CI (Container Index) (มีค่าไม่เกินร้อยละ ๕) จากการศึกษาข้อมูลการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในอำเภอนาเยี่ย โดยการสำรวจค่าดัชนีความชุก ของลูกน้ำยุงลายในชุมชน พบว่ามีค่าสูงเกินค่ามาตรฐาน ซึ่งค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย ส่งผลถึงการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในชุมชน และยังสามารถทำนายการเกิดโรคไข้เลือดออกได้ดีที่สุด และแสดงความยั่งยืนในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก ที่ผ่านมา การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในอำเภอนาเยี่ย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ จะเป็นผู้ดำเนินการ ในขณะที่ชุมชนเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในการดำเนินการค่อนข้างน้อย มีส่วนร่วมในบางขั้นตอนเท่านั้น รวมทั้งแผนงานหรือกิจกรรมที่จัดขึ้น พบว่าชุมชนไม่ได้เป็นผู้นำมาปฏิบัติเอง แสดงให้เห็นว่ายังมีปัญหาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน ขาดการให้ความสำคัญในการขับเคลื่อนโดยอาศัยภาคประชาชนเป็นหลัก ที่มุ่งให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ มีความเข้าใจ ร่วมกัน ดูแลและร่วมบริหารจัดการทำให้เกิดสุขภาวะที่ดีด้วยตนเอง รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เกิดเครือข่ายเชื่อมโยงกันในการพัฒนาด้านสุขภาพของชุมชน จากการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบสาธารณสุขของประเทศ โดยเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จะได้รับผลกระทบทางสุขภาพโดยตรง และหากถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีหรือไม่ถูกต้อง อาจส่งผลทำให้เสียชีวิตได้ นอกจากนี้เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ยังได้รับผลกระทบจากการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ทั้งเรื่องภาระในการดูแลผู้ป่วยและการขาดรายได้จากการขาดงาน ผลของการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ยังส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพของประเทศ รวมไปถึงระบบเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในแต่ละครั้ง ทำให้ประชาชนเสียชีวิตและอาจเกิดความพิการตามมาได้ จึงทำให้ภาครัฐต้องสูญเสียเงินงบประมาณเพื่อใช้ในการดำเนินงาน การรักษา การป้องกัน และการควบคุม การระบาดของโรคไข้เลือดออกอีกด้วย สำหรับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมานั้น แม้ว่ากรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จะมีนโยบายให้หน่วยงานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำมาตรการการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ไปใช้ในการวางแผนการป้องกัน ควบคุม โรคไข้เลือดออก โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์วางแผนการดำเนินการ แก้ไขปัญหาและการประเมินผลการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่ในทางปฏิบัตินั้นการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ในหน่วยงานบริการสาธารณสุขที่รับผิดชอบ งานควบคุมและป้องกันโรคในพื้นที่ประชาชนยังเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพียงบางกิจกรรม หรือมีส่วนร่วมเฉพาะช่วงของการดำเนินกิจกรรม โดยไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดการปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออก ในพื้นที่อย่างเป็นทางการ ตั้งแต่กระบวนการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนการดำเนินกิจกรรมการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งการประเมินผลการดำเนินกิจกรรมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในเขตพื้นที่ของตนเองอย่างจริงจัง จึงเป็นผลให้โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นโรคที่มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งสถานการณ์ การถ่ายโอนบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุขไปยังหน่วยงานท้องถิ่น ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๕ เห็นชอบการถ่ายโอนสถานีอนามัย และ รพ.สต. ไป อบจ. ตามที่สำนักงบประมาณเสนอ โดยมี รพ.สต. จำนวน ๓,๒๖๔ แห่ง บุคลากรรวมจำนวน ๒๓,๑๑๗ ราย ซึ่งบุคลากรดังกล่าวมีทั้งจ้างด้วยเงินงบประมาณ และเงินนอกงบประมาณ โดยผู้ที่ถูกจ้างด้วยเงินนอกงบประมาณ มีกว่าร้อยละ ๕๐ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความมั่นคงในการจ้างงาน รวมถึงการจ้างงานด้วยเงินนอกงบประมาณ ยังไม่มีหลักเกณฑ์การจ้างงานของ อบจ. ที่ชัดเจน ส่วนกรณีผู้ไม่ประสงค์ที่จะถ่ายโอน ให้ อบจ. ขออภัยเพื่อช่วยราชการเป็นระยะเวลาไม่เกิน ๒ ปี และหากประสงค์ขอโอนกลับหลัง

การถ่ายโอน สามารถยื่นความประสงค์ขอโอนกลับมายังส่วนราชการเดิมได้ โดยส่วนราชการเดิมต้องมีตำแหน่งว่างรองรับ นอกจากนี้ตัวชี้วัดความพร้อมของการถ่ายโอน รพ.สต. แบ่งเป็น ๔ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านโครงสร้างองค์กร อบจ. ต้องมีหน่วยงานระดับกองหรือสำนัก รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุข และมีมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบชัดเจน ๒) ด้านบุคลากร อบจ. ต้องมีแผนการจัดกรอบอัตรากำลังของบุคลากรด้านสาธารณสุขตามโครงสร้างอัตรากำลังของ อบจ. ๓) ด้านการเงินและการจัดสรรทรัพยากร อบจ. ต้องบันทึกข้อมูลการเงิน การคลัง งบประมาณ และมีการวิเคราะห์เสถียรภาพทางการเงิน การคลังและงบประมาณ ๔) ด้านแผนพัฒนาสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต อบจ. ต้องมีแผนหรือโครงสร้างด้านสาธารณสุขหรือด้านคุณภาพชีวิตในแผนพัฒนาท้องถิ่น ๕ ปี ที่ครอบคลุมการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล ตลอดจนงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ (นายสรรเสริญ นามพรหม, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๖๕)

ในปีที่ผ่านมาจังหวัดอุบลราชธานี มีการส่งมอบการถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ จำนวน ๕๔ แห่ง จากทั้งหมด ๓๒๒ แห่ง คิดเป็น ร้อยละ ๑๖.๗๗ (HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี) ผลการดำเนินงานภายใต้การควบคุมมาตรฐานการให้บริการสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคเพื่อการยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในระดับของพื้นที่ จากการนิเทศงานผสมผสานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด ยังไม่ดีพอ ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อเป็นระบบเชิงรับ ดำเนินการโดยหน่วยงานภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เท่านั้น ส่วนหน่วยงานภายใต้กำกับขององค์การบริหารส่วนจังหวัดดำเนินการไม่ต่อเนื่อง ใช้วิธีรับและรวบรวมรายงานผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่านั้น ทำให้ทราบจำนวนผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยโรคแน่นอนจากแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วิธีนี้เชื่อถือได้มากแต่ค่อนข้างล่าช้าและไม่ครบถ้วน เพราะไม่ได้รวมข้อมูลผู้ป่วยที่รักษาเองหรือไปคลินิก จากการติดตามประเมินระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในภาพรวมจังหวัด พบประเด็นควรแก้ไข ดังนี้ ความครบถ้วน ถูกต้อง รวดเร็วของการรายงานโรค ในข่ายเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จากสถานบริการทางสาธารณสุขตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด จนถึง สำนักระบาดวิทยาในส่วนกลาง ผลการประเมินระบบเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก ปี ๒๕๖๔ ในโรงพยาบาลหลายแห่ง พบความครบถ้วนของการรายงาน ร้อยละ ๖๖.๙๐ ขาดการวิเคราะห์และนำมาใช้ทันเวลา ทั้งๆ ที่มีการรวบรวมข้อมูลมากมาย เฉพาะอย่างยิ่งการรายงานโรคติดเชื้อต่างๆ แต่ส่วนใหญ่ไม่มีการแปลผล และให้ข้อเสนอสำหรับวางแผนแก้ไขปัญหา หรือกำหนดนโยบายการป้องกันควบคุมโรคของจังหวัด นอกจากนี้การกระจายผลเฝ้าระวังให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องค่อนข้างล่าช้าและไม่ชัดเจน เฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลข่าวสารที่ลงถึงระดับชุมชน การเฝ้าระวังในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชุมชนยังไม่เข้ามามีส่วนร่วมมากนัก ประชาชนส่วนใหญ่เข้าใจว่าการป้องกัน ควบคุมโรค เป็นหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุข หากระบบเฝ้าระวังโรคในชุมชนเข้มแข็งจนชุมชนตรวจจับ การเกิดโรค/ภัยได้เร็วหาสาเหตุและกำจัดจุดเริ่มต้นได้ประชาชน ในชุมชนจะปลอดภัยจากโรค/ภัยทางสุขภาพเพิ่มขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนวคิดในการดำเนินงานพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการปฐมภูมิสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี

๒.๒ วัตถุประสงค์

๑) เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกภายใต้การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการปฐมภูมิสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

๒) เพื่อประเมินผลการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกภายใต้การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการปฐมภูมิสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัด

๓ บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

จากนโยบายการปฏิรูปและการพัฒนาประเทศในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๓ พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๙ นโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพ การเปลี่ยนแปลง ทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมที่สำคัญ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี การสื่อสาร และการเปลี่ยนผ่านทางระบอดิทยา รวมทั้งการที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาทั้งโรคติดต่อที่มีอยู่เดิม และโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้น อีกทั้งในส่วน ของโครงสร้างประชากรที่สังคมไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบความเป็นเมือง กระแสโลกาภิวัตน์ รูปแบบการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไปนำสู่แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นของปัญหาจากโรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบ อาชีพและสิ่งแวดล้อม การบาดเจ็บทางถนน เป็นต้น สถานการณ์ปัญหาเหล่านี้ ถือว่าเป็นช่วงของการเปลี่ยน ผ่านที่สำคัญ ส่งผลให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องวางแผนเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับปัญหาที่จะ เกิดขึ้นในอนาคต ระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการศาสตร์ หลากหลายสาขาและการปฏิบัติของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและไม่ ปฏิบัติงานซ้ำซ้อน ในขณะเดียวกันภารกิจการถ่ายโอน รพ.สต. ไป อบจ. เป็นก้าวสำคัญของการกระจายอำนาจ ด้านสุขภาพ และเป็นจุดร่วมให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพประชาชน ซึ่ง การกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่น คือ การปฏิรูปภาครัฐและการเปลี่ยน Mindset ของการพัฒนาอย่างแท้จริง นอกจากนี้ ควรมีการนำเทคโนโลยีมาใช้ประโยชน์ เช่น การสร้างระบบและการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่าง รพ.สต. กับ อบจ. โดยพยายามลดภาระการบันทึกข้อมูล การพัฒนาระบบการรักษาทางไกล (Telemedicine Technology) การสร้าง Data dashboard เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการตัดสินใจของผู้บริหาร การเข้าถึงและเปิดเผยข้อมูลด้วย ระบบออนไลน์ เพื่อการบริหารงานแบบโปร่งใส ฯลฯ ส่วนด้านงานวิจัย มีประเด็นที่กำลังดำเนินการอยู่ อาทิ การศึกษาแนวทางการพัฒนาต่อยอดระบบสุขภาพปฐมภูมิ การพัฒนารูปแบบและโครงสร้างการบริหาร รพ.สต. ในระดับพื้นที่ต่ำกว่าระดับจังหวัด การวางแผนโครงสร้างอัตรากำลัง รพ.สต. ให้ทันสมัยและสอดคล้องกับสภาพ ความเป็นจริงของตลาดแรงงาน ฯลฯ

๓.๒ แนวความคิด

แนวคิดการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การกระจายอำนาจ หมายถึง การคืนอำนาจและการจัดสรรทรัพยากรในการบริหารบางส่วนจาก รัฐบาลให้องค์กรอื่นที่ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของราชการส่วนกลาง ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อใช้ จัดทำบริการสาธารณะ ซึ่งมีความเป็นอิสระใน การกำหนดนโยบายและปฏิบัติตามนโยบาย ไม่อยู่ในการบังคับ บัญชา แต่อยู่ในการควบคุมของราชการส่วนกลาง กรอบแนวคิดการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น โดยหลักการต้องการให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สะท้อนปัญหาความต้องการของประชาชนมาเป็น กรอบในการกำหนดนโยบาย โดยยึดหลักการและสาระสำคัญ ๓ ด้าน คือ (ประกาศคณะกรรมการการกระจาย อำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ๒๕๕๑) ๑. ด้านความเป็นอิสระในการกำหนดนโยบายและการบริหาร จัดการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิสระในการกำหนด นโยบายการปกครอง การบริหารจัดการ การ บริหารงานบุคคล และการเงินการคลังของตนเอง โดยยังคงรักษาความเป็นรัฐเดี่ยว มีเอกภาพของประเทศ มีสถาบันพระมหากษัตริย์เป็นประมุข และส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการเมืองการปกครองท้องถิ่น ภายใต้อำนาจของระบอบประชาธิปไตย ๒. ด้านการบริหารราชการแผ่นดินและการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น รัฐต้อง กระจายอำนาจให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพึ่งตนเองและตัดสินใจในกิจการของตนเองได้มากขึ้น เพื่อให้บรรลุ วัตถุประสงค์ตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ และพระราชบัญญัติกำหนดแผนและ ขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ โดยรัฐต้องจัดระบบการบริหาร ราชการส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่นให้มีขอบเขต อำนาจหน้าที่ และความรับผิดชอบที่ ชัดเจน

เหมาะสมแก่การพัฒนาประเทศ และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานหลักในการจัดทำบริการสาธารณะ โดยปรับลดบทบาทภารกิจและลดการกำกับดูแลของราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาค และเพิ่มบทบาทให้ ส่วนท้องถิ่นเขาดำเนินการแทน เพื่อให้ราชการบริหารส่วนกลางและราชการบริหารส่วนภูมิภาครับผิดชอบในภารกิจมหภาค โดย พิจารณาในยุทธศาสตร์เชิงรุกมากกว่าเชิงรับในระดับชาติได้มากขึ้นและภารกิจที่เกินขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการได้ และให้การสนับสนุนส่งเสริมด้านเทคนิควิชาการ กำหนดมาตรฐานและตรวจสอบติดตามประเมินผล ๓. ด้านประสิทธิภาพการบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐต้องกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีอิสระมากขึ้น ลดการกำกับดูแล การดำเนินการมีคุณภาพมาตรฐาน การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นไป ตามหลักธรรมาภิบาล มีความโปร่งใส มีประสิทธิภาพ และรับผิดชอบต่อผู้ใช้บริการมากขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชน ภาคประชาสังคม และชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการต่างๆ รวมทั้งรวมตรวจสอบติดตามประเมินผล และสุดท้ายประชาชนต้องมีคุณภาพชีวิตที่ดีและทั่วถึงมากขึ้น การกระจายอำนาจสามารถแบ่งได้เป็น ๓ ประเภท คือ (Pranab Bardhan and Dilip Mookherjee, ๒๐๐๖) ๑. ประเภทแรก เป็นการกระจายอำนาจที่ครอบคลุมความรับผิดชอบทั้งด้านการเมือง และด้านเศรษฐกิจ ๒. ประเภทที่สอง เป็นการกระจายอำนาจที่ครอบคลุมความรับผิดชอบด้านการเมือง และความรับผิดชอบด้านเศรษฐกิจ บางส่วน ๓. ประเภทที่สาม เป็นการกระจายอำนาจที่จำกัดความรับผิดชอบด้านการเมือง ด้วยการให้ความสำคัญกับการบริหาร และความรับผิดชอบด้านเศรษฐกิจ สำหรับรูปแบบการกระจายอำนาจ แบ่งได้เป็น ๔ รูปแบบ คือ ๑. การมอบอำนาจต่อองค์กรใต้บังคับบัญชา (Deconcentration) เป็นการโอนถ่ายอำนาจบางส่วนให้หน่วยงานภายใน กระทรวงมีลักษณะส่วนกลางโอนถ่ายอำนาจให้กับเจ้าหน้าที่ หรือสำนักงาน ที่เป็นสาขาของกระทรวง โดยเป็นเพียงการโอนถ่ายหน้าที่ด้านบริหารจัดการเท่านั้น ทั้งนี้ยังอยู่ภายในหลักเกณฑ์ที่กำหนดโดยกระทรวงหรือสำนักงานใหญ่ การกระจายอำนาจแบบนี้ พบอย่างกว้างขวางในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งการมอบอำนาจต่อองค์กรใต้บังคับบัญชา จะได้รับการสนับสนุนทางการเงินผ่าน เงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง ไปสู่จังหวัด อำเภอหรือหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ๒. การมอบอำนาจต่อองค์กรภายใต้กำกับ (Delegation) เป็นการถ่ายโอนความรับผิดชอบในการบริหารจัดการ สำหรับหน้าที่บางอย่างให้กับองค์กรที่อยู่นอกโครงสร้างของระบบราชการปกติ ซึ่งถูกควบคุมทางอ้อมโดยรัฐบาลกลาง การมอบอำนาจต่อองค์กรภายใต้กำกับถูกใช้มานานในการบริหารกฎหมาย เป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้มีอำนาจสร้างหรือถ่ายโอนความรับผิดชอบไปยังตัวแทน โดยตัวแทนมีดุลพินิจในวงกว้างที่จะดำเนินการ อย่างไรก็ตามความรับผิดชอบที่ดีที่สุดยังคงอยู่กับผู้มีอำนาจ ๓. การถ่ายโอน (Devolution) การถ่ายโอนเป็นการสร้างความเข้มแข็งทางการคลัง หรือความถูกต้องตามกฎหมาย ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การบริหารนอกการควบคุมจากรัฐบาลส่วนกลาง ภายใต้การถ่ายโอนทำให้ท้องถิ่นมีความเป็นอิสระ และมีสถานะทางกฎหมาย แยกหรือแตกต่างจากรัฐบาลกลาง เพียงถูกกำกับดูแลเท่านั้น ๔. การแปรรูปองค์กรของรัฐ (Privatization) เป็นเรื่องที่รัฐโอนความรับผิดชอบให้กับองค์กรที่สมัครใจ หรือเป็นการ อนุญาตให้ดำเนินการโดยองค์กรเอกชน ในบางกรณี รัฐมีการโอนความรับผิดชอบให้กับองค์กรที่มีความเท่าเทียมกัน เช่น องค์กรเอกชนที่แสวงหากำไร กลุ่มวิชาชีพ องค์กรทางศาสนา พรรคการเมือง หรือสหกรณ์ ซึ่งองค์กรเหล่านี้ได้รับการโอนความรับผิดชอบ จากรัฐในเรื่องการออกใบอนุญาต ควบคุมหรือกำกับดูแล ในบางกรณีรัฐอาจจะกระจายอำนาจ โดยการโอนความรับผิดชอบในส่วนการผลิตสินค้า และการจัดหาบริการให้กับบริษัทร่วมเอกชน (Dennis A. Rondinelli, John R. Nellis and G. Shabbir Cheema, ๑๙๘๓)

แนวคิดการเฝ้าระวังโรคในชุมชน (community-based surveillance)

การเฝ้าระวังโรคในชุมชน เน้นการขยายขอบเขตการเฝ้าระวังออกจากสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้ได้ข้อมูลที่รวดเร็วครบถ้วนยิ่งขึ้น ส่งผลให้ข้อมูลทางวิชาการดีขึ้น ตรวจจับการระบาดของโรคได้ตั้งแต่วะยะเริ่มต้น อันจะนำไปสู่การสอบสวนหาสาเหตุและกำจัดต้นตอของโรคได้รวดเร็วทันเหตุการณ์ หยดยั้งการแพร่ระบาดของโรคในวงกว้าง เพื่อความปลอดภัยของประชาชนแนวคิดการพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคในชุมชนเป็นแนวคิดเพื่อชุมชน โดยความร่วมมือระหว่างชุมชน ท้องถิ่นและภาครัฐ ประกอบด้วย

ภาคีเครือข่ายสำคัญ ๓ ภาคส่วนได้แก่ ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น(อปท.) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

ชุมชน คนเป็นองค์ประกอบหลัก แต่ละชุมชนประกอบด้วยกลุ่มบุคคลหลากหลาย ต่างอาชีพ ต่างฐานะ ต่างวัย การทำงานร่วมกับชุมชน จึงต้องมีความเชื่อพื้นฐานว่าประชาชนแต่ละคนแต่ละกลุ่ม มีเอกลักษณ์และอัตลักษณ์ มีสิทธิเต็มกำหนดวิถีดำรงชีวิตของตน สามารถเรียนรู้และพัฒนาขีดความสามารถในการรับผิดชอบต่อตนเองและชุมชน มีความคิดริเริ่ม มีความเป็นผู้นำการพัฒนาขีดความสามารถของชุมชนเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาและสำคัญอย่างยิ่ง ทั้งต่อคน ต่อชุมชน ต่อรัฐ หากประชาชนทุกกลุ่มในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม คือ ร่วมคิด ร่วมลงขัน ร่วมลงแรง ร่วมประเมิน ร่วมรับประโยชน์ การดำเนินการใดโดยอ้อมประสบผลสำเร็จ การเฝ้าระวังโรคในชุมชนจะเกิดได้ ชุมชนควรเข้าใจว่าประโยชน์จากการเฝ้าระวังในระยะยาวอันใกล้คืออะไร การเฝ้าระวังช่วยปกป้องชุมชนให้ปลอดภัยและอันตรายต่อสุขภาพได้อย่างไร พวกเขามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังอย่างไรบ้าง เนื่องจากความหลากหลายของกลุ่มบุคคลที่อยู่ร่วมกันในชุมชน กล่าวคือ มีทั้งผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน ครู แม่บ้านประชาชนทั่วไป รวมทั้ง อสม. จำเป็นต้องมีระบบบริหารจัดการให้เกิดการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการเฝ้าระวัง รับรู้ข้อมูล ปัญหาโรคและอันตรายต่อสุขภาพ คิดหาวิธีใช้ประโยชน์จากทรัพยากรภายในและภายนอกชุมชน แสวงหาแหล่งทุน จากภายในและภายนอกเพื่อใช้ในการดำเนินงาน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในหมู่บ้าน สร้างระบบการสื่อสารเตือนภัยผ่านสื่อชุมชน ทั้งนี้เพื่อบรรลุเป้าหมายในระดับชุมชน คือ มีเครือข่ายเฝ้าระวังโรค/ภัยสุขภาพ โดยชุมชน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) บทบาทหนึ่งที่เกิดจากนโยบายกระจายอำนาจการปกครองประเทศให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ การบริหารจัดการ การบริการสาธารณะ อันหมายรวมถึงงานป้องกันและควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และการนำกฎหมายที่ปรับจากพระราชบัญญัติสำคัญหลายฉบับมาใช้เป็นประกาศและข้อกำหนดท้องถิ่น เพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นอปท. จึงมีบทบาทอย่างมากในการสร้างนโยบายสุขภาพภาคประชาชนระดับท้องถิ่น สนับสนุนให้มีแผนเฝ้าระวังควบคุมโรคของชุมชน มีและใช้ข้อบัญญัติในการควบคุมโรคที่เป็นปัญหาในพื้นที่ จัดสรรทรัพยากรเพื่อการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกันโรคอย่างเป็นรูปธรรม และมีส่วนร่วมวางแผนและดำเนินการเฝ้าระวังควบคุม ป้องกันโรค

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ต้องปรับบทบาทเป็นผู้ประสาน ร่วมงาน สนับสนุนชุมชน ในการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังโรคให้สอดคล้องวิถีชีวิตเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้ชุมชนรู้ปัญหาโรคและภัยสุขภาพอย่างรวดเร็ว ร่วมคิดหาแนวทางแก้ปัญหาในท้องถิ่น จึงต้องอาศัยการสร้างเครือข่ายเฝ้าระวังในชุมชนจากทุกภาคส่วนผ่านกระบวนการร่วมคิดร่วมทำในขั้นตอนต่างๆ

- เฝ้าระวังอะไร เพราะอะไร เช่น โรคติดต่อที่สำคัญเหตุการณ์ผิดปกติที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ
- จัดระบบแจ้งข่าวการเกิดโรคหรือเหตุการณ์ผิดปกติโดยเครือข่าย เช่น อสม. เป็นแกนหลักในการดำเนินการ อบต. และผู้นำชุมชนให้ความสำคัญและเป็นผู้นำในการดำเนินงาน รวมถึงกลุ่มพลังอื่นๆ ในชุมชน เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มอาชีพ
- รวบรวมและจัดทำฐานข้อมูลข่าวสารทางระบาดวิทยาให้ครบถ้วน ถูกต้อง ทันเหตุการณ์ พร้อมวิเคราะห์สถานการณ์โรค แล้วแจ้งกลับไปยังชุมชนให้รับทราบและใช้ประโยชน์อย่างต่อเนื่อง สม่าเสมอ ทุกสัปดาห์ ทุกเดือนหรือทันที กรณีเหตุฉุกเฉิน
- ตรวจสอบข้อเท็จจริงเมื่อได้รับแจ้งเหตุการณ์ผิดปกติและประสานขอความร่วมมือในการสอบสวนควบคุมโรคกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ประสานและสนับสนุนการสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายเฝ้าระวังโรคในชุมชน
- ติดตาม กำกับ ประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

จากแนวความคิดที่สำคัญดังกล่าวข้างต้นสามารถนำมาพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ใช้เลือดออกภายใต้การถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการปฐมภูมิ สู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี คือ “SMART MODEL” มีรายละเอียด ดังนี้

S (Specific) หมายถึง การกำหนดเป้าหมายร่วมกันอย่างชัดเจน ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด เช่น ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ร้อยละหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ควบคุมโรคการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒๘ วัน (น้อยกว่าร้อยละ ๕)

M (Measurable) หมายถึง การวัดและประเมินผล ซึ่งต่อเนื่องจากเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นการกำหนดโปรแกรมในการวัดและประเมินผล ซึ่งปัจจุบันระบบข้อมูลการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก มีความหลากหลาย โปรแกรม จำเป็นต้องมีการบูรณาการให้เป็นชุดข้อมูลที่มีมาตรฐานเดียวกันเพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน

A (Achievable) หมายถึง ความสำเร็จ ในที่นี้ความสำเร็จ หมายถึง ชื่นชมและให้รางวัลพื้นที่มีผลงานที่ประสบความสำเร็จตามการวัดและประเมินผล ทั้งในด้านความถูกต้อง ความครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน เพื่อเป็นขวัญและกำลังใจให้กับผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ

R (Research) หมายถึง การสนับสนุนการนำข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลที่มีอยู่มาวิเคราะห์และใช้ประโยชน์ในการประเมินแนวโน้มการเกิดโรค พร้อมวางแผนการแก้ไขปัญหาโดยใช้กระบวนการวิจัย ถือว่าเป็นการใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลจนเกิดเป็นผลงานวิจัยหรือนวัตกรรม

T (Team & Time) หมายถึง การมีคณะกรรมการกำกับ ติดตามระบบข้อมูลพร้อมทั้งกำหนดระยะเวลากำกับติดตามที่ชัดเจน เช่น การรายงานข้อมูลสถานการณ์เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในเวทีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอทุกเดือน เปรียบเทียบสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด

หากมีการบริหารจัดการระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ ด้วยกลไก “SMART MODEL” ที่ออกแบบมาเพื่อให้หน่วยบริการ สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งเข้ามาในระบบ Digital Disease Surveillance (DDS = *D๕๐๖*) จะก่อให้เกิดประโยชน์ ดังนี้

๑. ช่วยในการศึกษาและวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา สามารถใช้ระบบสารสนเทศประกอบการศึกษา และการค้นหาสาเหตุ หรือข้อผิดพลาดที่เกิดขึ้นในการดำเนินงาน ถ้าการดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนที่วางไว้ โดยอาจจะเรียกข้อมูลเพิ่มเติมจากระบบ เพื่อรายงานความผิดพลาดในการปฏิบัติงานเกิดขึ้นจากสาเหตุใด หรือการจัดรูปแบบสารสนเทศในการวิเคราะห์ปัญหาใหม่

๒. ช่วยในการกำหนดเป้าหมายกลยุทธ์และการวางแผนปฏิบัติการ โดยสามารถนำข้อมูลที่ได้จากระบบสารสนเทศมาช่วยในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานเนื่องจากสารสนเทศถูกรวบรวม และจัดการอย่างเป็นระบบ สามารถที่จะบ่งชี้แนวโน้มของการดำเนินงานว่าน่าจะเป็นไปในลักษณะใด

๓. เป็นฐานข้อมูลในการให้บริการป้องกันและควบคุมโรคในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย นำมาซึ่งการกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ตรงประเด็น ทั้งในส่วนของปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มที่มีความเสี่ยงมาก และการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ตลอดจนมีประโยชน์ต่อการบริหารจัดการฐานข้อมูล

๔. ช่วยให้ผู้ใช้สามารถวิเคราะห์ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น เพื่อหาวิธีควบคุม ปรับปรุงและแก้ไข ปัญหา สารสนเทศที่ได้จากการประมวลผลจะช่วยให้ในการวิเคราะห์ว่าการดำเนินงานในแต่ละทางเลือกจะช่วย แก้ไข หรือควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างไร ต้องทำอะไรเพื่อปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนงานหรือเป้าหมายที่กำหนด

๕. ช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องสามารถเข้าถึงสารสนเทศที่ต้องการได้อย่างรวดเร็วและทันต่อเหตุการณ์ เนื่องจากข้อมูลถูกจัดเก็บและบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็วในรูปแบบที่เหมาะสม และใช้ประโยชน์ได้

๖. ช่วยในการตรวจสอบ กำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน เมื่อนำแผนงานสู่การปฏิบัติในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ผู้ควบคุมจะต้องตรวจสอบผลการดำเนินงานเพื่อประเมินผลงานว่าสอดคล้องกับเป้าหมายหรือเป็นไปตามทิศทางที่ต้องการหรือไม่ อย่างไร

๓.๓ ข้อเสนอ

ด้านโครงสร้าง

๑. กำหนดบทบาทและการสร้างความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี) ในการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างชัดเจน

๒. บูรณาการแผนงานโครงการภาครัฐแต่ละหน่วยงานเพื่อขับเคลื่อนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก

๓. คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ จะต้องวางแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในรูปของแผนงานโครงการระดับอำเภอเพื่อใช้เป็นกรอบแนวทางการแก้ไขในทุกพื้นที่

๔. บุคลากรกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนด้านวิชาการ และการพัฒนารูปแบบและเทคนิคการทำงานด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับพื้นที่

ด้านระบบ

๑. จัดการฐานข้อมูลในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย นำมาซึ่งการกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้ตรงประเด็น ทั้งในส่วนของปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มที่มีความเสี่ยงมาก

๒. ใช้สื่อ เพิ่มช่องทางต่างๆ เพื่อการสื่อสารเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก เช่น สังคมออนไลน์ facebook/ youtube /Tik Tok /ทททกระจายข่าว

๓. การสื่อสารเพื่อขับเคลื่อนการทำงานรูปแบบ SMART MODEL และการให้ความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรค และลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกที่ป้องกันได้

ด้านเครือข่าย

๑. พัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล รวมทั้งภาคองค์กรภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วม ในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก

๒. ออกแบบกลไกในการพัฒนาการทำงานของคณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอในการกำกับ ติดตามประเมินผล และนำข้อมูลกลับมาใช้พัฒนางานต่อเนื่อง

๓.๔ ข้อจำกัดหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

๑. คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ยังขาดความเชื่อมโยงในการวางแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคในระดับพื้นที่และเชื่อมลงสู่ชุมชน

๒. งบประมาณที่ได้รับสนับสนุนในการพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่เพียงพอ

๓. ระบบฐานข้อมูลในการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ การแก้ไขปัญหา

๔. การจัดการระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก ภายใต้การถ่ายโอนภารกิจโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสู่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี ยังขาดระบบการกำกับติดตามอย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง

๓.๕ แนวทางแก้ไข

๑. คณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่ (กสพ.) ประชุมเพื่อวางแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับพื้นที่และเชื่อมลงสู่ชุมชนอย่างยั่งยืน
๒. ขอรับสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานเอกชน องค์กรประชาสังคมในการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก
๓. ใช้ระบบการรายงานโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัลฐานข้อมูลในการขับเคลื่อนงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออก

๔ ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับของพื้นที่อย่างชัดเจน
๒. ลดการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ได้
๓. ลดอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคไข้เลือดออกที่ป้องกันได้

๕ ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

๑. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคของหน่วยงาน (ระดับ ๕)
๒. ร้อยละหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ควบคุมโรคการระบาดของโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒๘ วัน (น้อยกว่าร้อยละ ๕)

๕.๒ ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

๑. มีกลไกความร่วมมือในการบันทึกข้อมูลและการนำเข้าสู่ข้อมูลในระบบ Digital Disease Surveillance (DDS = D๕๐๖) ของ รพ.สต. ทั้งสังกัดในกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี
๒. การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการและการใช้ประโยชน์ของระบบข้อมูลเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกร่วมกัน
๓. มีระบบฐานข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาในรูปแบบดิจิทัลที่มีคุณภาพ ถูกต้อง ครบถ้วน และพร้อมใช้งาน

(ลงชื่อ)

(นายประยงค์ สุดสุข)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๒๕ / พฤศจิกายน / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๑๒ เดือน (เดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ ถึง เดือนสิงหาคม ๒๕๖๖)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

สถานการณ์ขยะมูลฝอยประเทศไทย ปี ๒๕๖๕ มีขยะมูลฝอยเกิดขึ้น ๒๕.๗๐ ล้านตัน หรือ ๗๐,๔๑๑ ตัน/วัน ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นมาจากวิถีการดำเนินชีวิตประชาชน พฤติกรรมการซื้อและบริโภคการส่งสินค้า ทำให้ขยะมูลฝอยประเภทบรรจุภัณฑ์พลาสติก มีปริมาณสูง รวมทั้งขยะมูลฝอยที่มาจากนักท่องเที่ยว โดยในปี ๒๕๖๕ มีจำนวนนักท่องเที่ยวถึง ๑๑ ล้านคน ทำให้ปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นมีปริมาณเพิ่มขึ้น การจัดการขยะมูลฝอยของประเทศ มีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น ๒๕.๗๐ ล้านตัน ถูกจัดการกันเองโดยบ้านเรือน และชุมชน หรือพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลนั้นๆ

อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งเขตการปกครองออกเป็น ๙ ตำบล ๑๐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีสถานที่ทิ้งขยะในพื้นที่ ๑ แห่ง สถานการณ์ปัญหาขยะ พบว่าอำเภอเขมราฐมีปริมาณขยะทั้งหมด ๗๒.๙๘ ตันต่อวัน ๒,๑๘๙.๔ ตันต่อเดือน ๒๖,๒๗๒.๘ ตันต่อปี สถานที่ที่ทิ้งขยะ กำจัดไม่ถูกวิธีตามหลักวิชาการ มีการเผา ไม่มีการจัดการขยะที่รถขนมาเท กลายเป็นแหล่งเพาะพันธุ์แมลงที่เป็นพาหะโรคต่าง ๆ มีการทิ้งขยะในที่สาธารณะ ตามข้างถนน และอำเภอเขมราฐกำลังรณรงค์เรื่องการท่องเที่ยว การขยายตัวของเมือง การสร้างแหล่งท่องเที่ยว การสร้างที่พักอาศัยของนักท่องเที่ยวมีจำนวนมากขึ้น การจัดการปัญหาขยะของพื้นที่ได้เริ่มขับเคลื่อนการดำเนินงาน โดยนำประเด็นการจัดการขยะเข้าสู่วาระการดำเนินการระดับอำเภอ ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ จนถึงปัจจุบัน

อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญอีกแห่งหนึ่งของจังหวัดอุบลราชธานี มีประเพณีวัฒนธรรมและวิถีชีวิตแตกต่างกันออกไป และเป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่กำลังประสบ กับปัญหาขยะที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากข้อมูลการสำรวจพื้นที่ภาคสนามร่วมกับ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ทักษะ และพฤติกรรมนิสัยในการ จัดการขยะที่ถูกต้อง และยังพบว่าปริมาณขยะในชุมชนขึ้นอยู่กับปัจจัยทางภูมิศาสตร์ที่มีความแออัด ของที่อยู่อาศัย มีทัศนคติว่าการจัดการขยะว่าเป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องจัดบริการให้ด้วยเหตุนี้ ประชาชนจึงทิ้งขยะทุกชนิดปะปนกันโดยไม่มีการคัดแยก และถือว่่าเป็นภารกิจของภาครัฐ ที่จะต้อง รับผิดชอบในการดำเนินการ ในการส่งเสริมสุขภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยการขับเคลื่อน ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดสังคมแห่งความรู้ด้านสุขภาพ ตามแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข โดยการสร้างความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นความสามารถและทักษะส่วนบุคคล โดยให้ความสำคัญเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้แนวความคิดความรู้สุขภาพของกรมอนามัย ประกอบด้วย ๖ ทักษะ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูล ทักษะการเข้าใจ ทักษะการโต้ตอบซักถาม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และทักษะการบอกต่อ มาเป็นแนวทางในการ พัฒนาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชน เพื่อสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนและ ชุมชนแบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งในระดับบุคคลไปถึงระดับชุมชน นำไปสู่การ ตัดสินใจในการสร้างเสริมสุขภาพและสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมในการกำจัดขยะมูลฝอยในชุมชนของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาลและสร้างเสริมความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและการจัดการขยะมูลฝอยของชุมชนให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

๑. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 ๒. รูปแบบการวิจัย
 ๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
 ๔. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
 ๕. การเก็บรวบรวมข้อมูล
 ๖. การวิเคราะห์ข้อมูล
 ๗. จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
๑. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชาชนผู้ที่มีอายุ ๑๘-๕๙ ปี ในเขตเทศบาลตำบลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๘,๕๓๓ คน

กลุ่มตัวอย่าง สุ่มเลือกหน่วยตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, ๑๙๗๐) กำหนดความแม่นยำของการประมาณที่ให้เกิดพลาดได้ ๕% (Acceptable error = ๐.๐๕) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๓๘๑ คน

๒. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) ของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ๒๕๖๕ ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๖

๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๓.๑ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารงานวิจัย ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์สร้างเครื่องมือให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย กรอบแนวคิดการวิจัย และรูปแบบวิธีดำเนินการวิจัย โดยแบ่งออก ๓ ส่วนดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน ๗ ข้อ ได้แก่ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บทบาทในชุมชน อาชีพ และผู้ให้คำปรึกษา กรณีพบปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ ๒ แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า ๕ ระดับ (Rating scale) ประกอบด้วย ๖ องค์กรประกอบ ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน ๓ ข้อ ทักษะความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน ๓ ข้อ ทักษะการโต้ตอบคำถามแลกเปลี่ยน จำนวน ๓ ข้อ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ จำนวน ๓ ข้อ ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน ๓ ข้อ และการบอกต่อ จำนวน ๓ ข้อ แต่ละคำถามมี ๕ ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคอร์ต (Likert's scale)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

ส่วนที่ ๓ พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย จำนวน ๑๐ ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) ๓ ระดับ

๔. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

๔.๑ ความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาพิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องคำถามกับวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของภาษา และความครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการวัด พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๓ ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านความรู้ด้านสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และผู้เชี่ยวชาญด้านพฤกษศาสตร์ ตรวจสอบความ ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ และนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) โดยกำหนดดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ ๐.๕ ขึ้นไป ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเห็นพ้องของผู้เชี่ยวชาญของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับได้ ค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามแต่ละข้ออยู่ระหว่าง ๐.๖๗ - ๑.๐๐ ถือว่าสามารถใช้เป็นข้อคำถามได้

๔.๒ ความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่มีคุณลักษณะตัวอย่างที่คล้ายกับการกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษ จำนวน ๓๐ คน คือ พื้นที่ตำบลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี นำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นเชิงความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยกำหนดเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ตั้งแต่ ๐.๗๐ ขึ้นไป

๕. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยผู้วิจัยกำหนดขั้นตอนดำเนินการแบ่งออกได้เป็น ดังนี้

๑. ขั้นเตรียมการ

๑.๑ ค้นคว้าข้อมูลเพื่อหาปัญหาทางวิจัย และเลือกหัวข้อปัญหาที่จะทำการวิจัย เพื่อกำหนดขอบเขตหรือขอบข่ายของงาน

๑.๒ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย

๑.๓ ติดต่อประสานงานกับพื้นที่ที่จะทำการศึกษา

๑.๔ เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑.๕ ทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อติดต่อ ประสานงานกับผู้นำชุมชนในพื้นที่ดำเนินการวิจัยขออนุญาตดำเนินงานวิจัย

๑.๖ เตรียมวัสดุอุปกรณ์ สำหรับใช้สอบถาม

๑.๗ เตรียมความพร้อมของวิทยากรและผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก แบบสอบถามการวิจัย

๑.๘ เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามการวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง

๒. ขั้นดำเนินการ

๒.๑ ทำหนังสือขออนุญาตและชี้แจงผู้บริหารหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายให้เข้าใจในการดำเนินงานโครงการวิจัย เพื่อยินดีให้ความร่วมมือในการดำเนินการสำรวจ

๒.๒ สำรวจความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในชุมชน โดยใช้เครื่องมือการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และแบบสอบถามพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน(ต่อ)

๓. ชั้นประเมินและสรุปผล

- ๓.๑ เก็บรวบรวมข้อมูลหลังสิ้นสุดการสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง
- ๓.๒ ตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสอบถามทั้งหมด
- ๓.๓ นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมเตรียมเข้าสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

๖. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมุติฐานในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ โดยได้กำหนดแนวทางในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

๖.๑ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

๖.๑.๑ ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา บทบาทในชุมชน อาชีพ และผู้ให้คำปรึกษา กรณีพบปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าความถี่ และร้อยละ

๖.๑.๒ ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ ๒๕ และ ๗๕

๖.๒ สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

๖.๒.๑ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับ พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย ด้วยสถิติ Pearson's Correlation Coefficient โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ๐.๐๕ โดยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (Wiersma and Jurs, ๒๐๐๙) ดังนี้

- ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ ๐.๐๑-๐.๒๐ ระดับต่ำมาก
- ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ ๐.๒๑-๐.๔๐ ระดับต่ำ
- ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ ๐.๔๑-๐.๖๐ ระดับปานกลาง
- ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ ๐.๖๑-๐.๘๐ ระดับสูง
- ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า ๐.๘๐ ระดับสูงมาก

๗. จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามเงื่อนไขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อย่างเคร่งครัด โดยมีการพิจารณาด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

๗.๑ หลักการเคารพในตัวบุคคล คือ การให้ความเคารพในการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่างต้องได้รับการยินยอมในการให้ข้อมูลการเข้าร่วมกิจกรรม โดยความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่าง ไม่กระทำการใดๆ ที่เป็นการขัดต่อกฎหมาย ประเพณี และวัฒนธรรม

๗.๒ มีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และทำความเข้าใจในรายละเอียด รูปแบบการดำเนินกิจกรรม ประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับและการนำผลการวิจัยให้ผู้ถูกวิจัยทราบ

๗.๓ ยึดหลักผลประโยชน์หรือการไม่ก่อให้เกิดอันตราย รมณ์ตระวังมิให้เกิดความผิดพลาดหรือความเดือดร้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ

๗.๔ มีการรักษาข้อมูลที่ได้ไว้เป็นความลับ โดยการเขียน และนำเสนอผลวิจัยเป็นภาพรวม และตามความเป็นจริง

๗.๕ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB ๒๕๖๕ - ๑๑๗

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๘๐.๑ พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ ๖๑.๔ และภาพรวม ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = ๐.๔๕๐$, $p\text{-value} < ๐.๐๐๑$) ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่สามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ตามความเหมาะสม

๕.๑ เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ ๘๐.๑ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทักษะความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ และทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ ๔๐.๗, ๕๗.๗ และ ๔๐.๒ ตามลำดับ) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน และทักษะการบอกต่อ อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ ๔๔.๙, ๓๗.๕ และ ๕๓.๘ ตามลำดับ)

๕.๑ เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยมีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดโดยการคัดแยกขยะประเภทขวดพลาสติก แก้ว กระดาษ หรือนำกลับมาใช้ใหม่ และมีการคัดแยกขยะก่อนนำไปทิ้งหรือนำไปกำจัด รองลงมาคือ มีการจัดการขยะที่ดี เพื่อที่จะไม่ทำให้เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ของแมลงและสัตว์นำโรค ส่วนพฤติกรรมที่ยังอยู่ในระดับต่ำคือ ยังคงมีพฤติกรรมที่นำถ่านไปเผาไฟ หลอดไฟ ทิ้งรวมกับขยะทั่วไป และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยโดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๖๑.๔ ระดับดี ร้อยละ ๒๙.๙ และระดับต่ำ ร้อยละ ๘.๗ ตามลำดับ

๕.๓ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมกับพฤติกรรมจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนในเขตอำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = ๐.๔๕๐$, $p\text{-value} < ๐.๐๐๑$) ส่วนความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมรายด้าน พบว่า ทักษะความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพและทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับปานกลางกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = ๐.๔๙๒$, $p\text{-value} < ๐.๐๐๑$; $r = ๐.๔๒๑$, $p\text{-value} < ๐.๐๐๑$ และ $r = ๐.๔๓๖$, $p\text{-value} < ๐.๐๐๑$ ตามลำดับ) ส่วนการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน และทักษะการบอกต่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับต่ำกับพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = ๐.๒๗๙$, $p\text{-value} < ๐.๐๐๑$; $r = ๐.๒๗๖$, $p\text{-value} < ๐.๐๐๑$ และ $r = ๐.๓๓๓$, $p\text{-value} < ๐.๐๐๑$ ตามลำดับ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ ได้ทราบความรู้ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนแหล่งท่องเที่ยวในเขตเทศบาลตำบลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

๖.๒ เป็นแนวทางในการเสนอผู้บริหารเพื่อกำหนดเป็นแนวทางพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพความรู้ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนแหล่งท่องเที่ยวในเขต อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ข้อคำถามการสัมภาษณ์ไม่มีการกระทำใดที่เสี่ยงต่อผู้ตอบแบบสอบถาม แต่การสอบถามอาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามรู้สึกกังวล เบื่อหน่าย ซึ่งผู้วิจัยจะระมัดระวังในการเก็บข้อมูลโดยใช้วาจาที่สุภาพ อ่อนโยน เข้าใจง่าย และจะหยุดทำการสอบถามหากผู้ยินยอมตนแสดงความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ซึ่งการเข้าร่วมตอบแบบสอบถามจะเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้ยินยอมตนหากผู้ยินยอมตนยินดี เข้าร่วมการวิจัย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ควรมีการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดย การบูรณาการแนวความคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

๘.๒ การวิจัยครั้งต่อไปจึงควรมีการส่งเสริมการดำเนินงานและอบรมหลักสูตรด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมให้แก่ เทศบาลตำบลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และเพื่อสร้างความเข้าใจในกระบวนการทำงานด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อมให้กับบุคลากรในพื้นที่ได้นำไปพัฒนาต่อยอดให้กับประชาชนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ต่อไปควรทำการศึกษาในกลุ่มของผู้ประกอบการในแหล่งท่องเที่ยวอย่างเต็มรูปแบบ

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถใช้ข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมความ รอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอย ในประชาชนทั่วไป

๙.๒ หน่วยงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนา รูปแบบหรือพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยเน้นทักษะในด้านเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยน ทักษะการบอกต่อ ทักษะ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการจัดการขยะมูลฝอยที่เหมาะสม

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน ปีที่ ๙ ฉบับที่ ๔ กรกฎาคม ถึง สิงหาคม ๒๕๖๗ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ๑๐๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

๑) นายถนอม ผิวหอม สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายถนอม ผิวหอม)

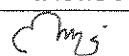
(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาราชการแทน

สาธารณสุขอำเภอนาดาล

วันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายถนอม ผิวหอม	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายวิรัตน์ เจริญจิตร)

นายอำเภอนาตาล

(วันที่) ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายธีระพงษ์ แก้วกรม)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) ๑๓ ก.พ. ๒๕๖๘

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ แลผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่อง ๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชารายอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับเว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน ระดับชำนาญการพิเศษ

๑. เรื่อง การป้องกันและชะลอภาวะไตวายเรื้อรังอย่างยั่งยืน อำเภอนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

โรคไตเรื้อรัง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วย เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย การรักษาด้วยวิธีบำบัดทดแทนไต ซึ่งได้แก่ การล้างไตทางช่องท้อง การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม และการปลูกถ่ายไต มีค่าใช้จ่ายสูง และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวม ปัจจุบันพบผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรังกระจายอยู่ในชุมชน และหมู่บ้านทั่วประเทศ ทำให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมผลักดันเรื่องการป้องกันและชะลอภาวะไตวายเรื้อรัง เพื่อขับเคลื่อนและร่วมดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคไตทุกระดับ ซึ่งจะส่งผลในการแก้ไขปัญหาโรคไตได้อย่างยั่งยืนได้ อีกทั้งเป็นการป้องกันและชะลอการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มีภาวะไตวายเรื้อรัง ให้มีจำนวนที่ลดลงอย่างยั่งยืนได้ในอนาคต

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเป็นวิธีหนึ่งที่สำคัญต่อการป้องกันความรุนแรงของโรค เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม การป้องกันการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ได้ผลดีนั้น ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีทั้งพฤติกรรมในการควบคุมภาวะโรคเบาหวานและพฤติกรรมทั่วไปในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคไตเรื้อรังที่ถูกต้องและต่อเนื่อง โรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคไตเรื้อรังแล้ว ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ทั้งที่เป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ เช่น ระดับน้ำตาล ดัชนีมวลกาย และการสูบบุหรี่ และปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้เช่นอายุ เพศ และโรคที่เกิดตามวัยหรือพฤติกรรม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๕ ได้แก่เพศ อายุ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โลหิตจาง เกาต์และโรคนี้ว (กมลวรรณสาร, ๒๕๕๙) โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยนั้นมีส่วนช่วยในการชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้น่าสนใจเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็วสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (๒๕๕๕) ได้อธิบายปัจจัยพฤติกรรมทางสุขภาพที่ส่งผลต่อการชะลอการเสื่อมของไตไม่ให้น่าสนใจเข้าสู่ระยะสุดท้ายอย่างรวดเร็ว ซึ่งได้แก่ การควบคุมอาหาร การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ (Gaede, Lund-Anderse, Parving, & Pederson, ๒๐๐๘) พฤติกรรมการจัดการตนเองที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังพบว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมความดันโลหิต การควบคุมไขมันในเลือด การควบคุมอาหาร ประเภทโปรตีนและเกลือโซเดียม การออกกำลังกายและงดการสูบบุหรี่อย่างเคร่งครัด ส่งผลทำให้อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไตจากโรคเบาหวาน และอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายได้ลดลง จากการศึกษาพบว่าถึงผู้ป่วยจะมีความรู้ความเข้าใจและวิธีการปฏิบัติตนที่ชัดเจน แต่ไม่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้ หากผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lipetz, Bussigel, Bannerman, & Riskey, ๑๙๙๐)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

การชะลอความเสื่อมของไตในโรคเบาหวาน โดยมุ่งเน้น การส่งเสริมให้มีความสามารถที่จะเลือกทำพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง โดยมีความคาดหวังต่อการเกิดผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น โดยแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นอยู่ภายใต้พื้นฐานการสร้างความมั่นใจในตนเอง และการรับรู้ความสามารถของตนเอง คือ การประสบกับภาวะเหตุการณ์ที่ ประสบความสำเร็จ การเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้อื่น การใช้คำพูดชักจูงและการกระตุ้นอารมณ์ ตลอดจน สามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่จะช่วยชะลอความเสื่อมของไตที่จะมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องพร้อมกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ได้รูปแบบการป้องกันโรคไต ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในระดับปฐมภูมิที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน (Sustainable)

๒. ขยายความร่วมมือในการจัดการด้านสุขภาพสู่ภาคส่วนอื่นนอกภาคสาธารณสุข (Non-health)

๓. สร้างหลักประกันให้ประชาชน ที่จะได้รับบริการที่เหมาะสม มีคุณภาพ มาตรฐานและพอเพียงต่อการให้บริการ

๔. เป็นต้นแบบในการเรียนรู้ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๕. มีความแตกฉานทางด้านสุขภาพ และเกิดบุคคลต้นแบบ

๖. เกิดหลักสูตรการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการชะลอไตเสื่อม

๗. ข้อมูลของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิมีความครบถ้วน ครอบคลุมทั้งพื้นที่จนสามารถจัดบริการอย่างไร้รอยต่อ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑ ชะลอภาวะไตวายของป่วยผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง stage ๓ ไม่เปลี่ยนความรุนแรงเป็น stage ๔

๒. ตัวชี้วัดที่ ๒ ระดับค่า eGFR ไม่น้อยกว่า ๓๐ ml/min

๓. ตัวชี้วัดที่ ๓ หมู่บ้านมีกระบวนการดำเนินงาน หมู่บ้าน ลดหวานมันเค็ม อย่างยั่งยืน

๔. กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความรู้ และวิธีการปฏิบัติตน และการดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อชะลอภาวะไตวายเรื้อรัง

(ลงชื่อ).....

(นายถนอม ผิวหอม)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาราชการแทน

สาธารณสุขอำเภอนาตาล

วันที่ ๒๒ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๔ เดือน (กันยายน ๒๕๖๗- ธันวาคม ๒๕๖๗)

๓. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

- มาตรการป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

พยายามหลีกเลี่ยงการลงแช่น้ำติดต่อกันนาน ๆ หรือไม่ลงไปว่ายน้ำในขณะที่มีน้ำท่วมขังตลอดจนถึงช่วงน้ำลด โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เคยมีโรคนี้ระบาดถ้าจำเป็นต้องลงไปแช่อยู่ในน้ำจะต้องไม่ให้ น้ำเข้าปาก จมูก และจะต้องไม่มีบาดแผลที่ยังไม่หายตามร่างกาย ถ้ามีแผลจะต้องใช้พลาสติกปิดแผลให้เรียบร้อยก่อนลงไปแช่ในน้ำทุกครั้ง ควรสวมรองเท้าบูทกรณีทำงานอยู่ในฟาร์มปศุสัตว์ซึ่งต้องย่ำบนพื้นที่ชื้นแฉะติดต่อกันนานๆ เมื่อพบเห็นว่ามีหนูบริเวณบ้านเรือนสวนไร่นาชุกชุมผิดปกติ จะต้องรีบกำจัดและทำลายด้วยวิธีการต่างๆ ตามที่

จะเห็นสมควร จัดบ้านเรือนให้สะอาด กำจัดขยะ แห่ล้างทิ้งเศษอาหาร เพื่อลดการแพร่พันธุ์หนู

ในทางอ้อม อาหารค้ำมีควรเก็บในตู้หรือภาชนะปกปิดให้มิดชิด ป้องกันมิให้หนูลงไปกิน

ถ้ามีอาการ ปัสสาวะรดไว้ และควรนำไปอุ่นให้ร้อน ก่อนนำไปรับประทานในมื้อต่อไป หากมีอาการป่วยครั้งเนื้อครั้งตัวในวันแรกๆ แล้วมีอาการปวดศีรษะอย่างรุนแรง ใช้สูงตาแดงจัด และปวดกล้ามเนื้อ ขาอ่อน สะโพก บั้นเอวอย่างรุนแรง หรือมีอาการคอแข็งร่วมด้วย อย่าไปซื้อยากินเอง ต้องรีบไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล หากไปซื้ออาการจะรุนแรง อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ หมั่นล้างมือทุกครั้งหลังจับต้องสัตว์หรือซากสัตว์

- การเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส

แม้ว่าจะมีรายงานพบผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสในประเทศไทยมานานกว่า ๔๐ ปีแล้วก็ตาม แต่โรคนี้ยังไม่เป็นที่รู้จักของประชาชนทั่วไป เพราะชื่อโรคเรียกทับศัพท์เป็นภาษาอังกฤษ ไม่สื่อความหมายที่จะบ่งบอกให้ทราบหรือเดาได้ว่าโรคนี้มีลักษณะอาการอย่างไร ปี ๒๕๓๙ มีการระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส หลายท้องที่ในจังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดบุรีรัมย์ ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องที่เริ่มรู้จักโรคนี้มากขึ้น ปี ๒๕๔๐ มีการระบาดอย่างกว้างขวางในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รวม ๑๒ จังหวัด ชื่อโรคนี้จึงเริ่มแพร่หลายเป็นที่รู้จักของประชาชนทั่วไปในภาคนี้ในเวลาเดียวกันเพื่อประโยชน์ในการสุศึกษาและประชาสัมพันธ์ที่จะอธิบายถึงสาเหตุ ที่มาและการควบคุมป้องกันโรคให้ประชาชนได้เข้าใจง่ายๆ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้พยายามเรียกชื่อโรคให้มีความหมายเป็นภาษาไทย แทนการเรียกทับศัพท์คือ โรคไข้ฉี่หนู พบว่ามีผู้ป่วยมากในช่วงฤดูฝน มักเกิดในกลุ่มผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ชาวนา ชาวไร่ ที่ต้องลงไปแช่อยู่ในน้ำนานๆ คนที่เลี้ยงสัตว์ที่ย่ำอยู่กับพื้นที่แฉะ ดังนั้นการเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส จึงสามารถทำได้ทั้งเชิงรับและเชิงรุก

- การเฝ้าระวังในเชิงรับสำหรับโรคเลปโตสไปโรซิส

ผู้บริหารสาธารณสุขในระดับจังหวัด จะต้องมีการประชุมผู้เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ผู้

อายุรกรรมฝ่ายเวชกรรมป้องกันโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลชุมชน หัวหน้างานแผนงาน หัวหน้างานควบคุมโรคติดต่อ เพื่อให้ตระหนักถึงโรคนี้ เช่น เมื่อพบผู้ป่วยที่มีอาการไข้สูงเฉียบพลัน ปวดศีรษะอย่างรุนแรง ปวดกล้ามเนื้อ ต้นขา หรือบั้นเอวอย่างรุนแรง คอแข็ง และตาแดงจัด และผู้ป่วยมีประวัติแช่อยู่ในน้ำนานๆ บริเวณบ้านมีหนูชุกชุมอย่างผิดปกติ หรือรับประทานอาหารค้ำมีที่ไม่มีภาชนะปกปิดให้มิดชิดและไม่ได้อุ่นให้

ร้อนพอ กรณีจะต้องรับรายงานให้จังหวัดทราบโดยเร็ว เพื่อจะได้ออกไปสอบสวนโรค และควบคุมป้องกันโรค ก่อนที่จะมีการระบาด การเฝ้าระวังในเชิงรับนี้จะต้องดำเนินการล่วงหน้า ๓ - ๔ เดือน ก่อนถึงฤดูฝน ซึ่งเป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคนี้

- การเฝ้าระวังเชิงรุกสำหรับโรคเลปโตสไปโรซิส

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่าหนูเป็นตัวพาหะแพร่โรคที่สำคัญและมีน้ำเป็นสื่อตั้งนั้นการรณรงค์ การกำจัดหนูในพื้นที่ซึ่งเคยมีโรคนี้ระบาด จะต้องดำเนินการก่อนถึงฤดูฝน การให้สุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนรู้ลักษณะอาการและความรุนแรงของโรค เมื่อมีอาการป่วยหรืออาการนำสงสัยให้รีบไปปรึกษาแพทย์ อย่ารักษาหรือซื้อยามากินเอง เพราะถ้าอาการรุนแรงมากแล้วไปพบแพทย์อาจช่วยชีวิตไม่ทัน การสุขาภิบาลและการทิ้งขยะในบริเวณที่พักอาศัยจะต้องเข้มงวดกวาดล้างเพื่อลดแหล่งอาหารของหนู ทำให้หนู ขะลอกการแพร่พันธุ์ จำนวนตัวพาหะนำโรคก็จะไม่สามารถติดต่อกันได้โดยการกิน ดังนั้นอาหารที่รับประทานค้างมือควรเก็บในตู้หรือมีภาชนะปกปิดให้มิดชิด ป้องกันไม่ให้หนูมากินหรือปัสสาวะรด และต้องอุ่นอาหารให้ร้อนพอก่อนที่จะรับประทานมือต่อไป สำหรับไร่ นา สวนผลไม้และพืชผัก หากพบว่ามีหนูชุกชุมผิดปกติ ควรประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเพื่อรับดำเนินการรณรงค์กำจัดหนูก่อนที่จะถึงฤดูฝนและทำต่อเนื่องไปตลอดจนสิ้นฤดูกาล

- การสอบสวนโรคเลปโตสไปโรซิส

การสอบสวนผู้ป่วยเฉพาะราย มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบยืนยันการเกิดโรค สาเหตุและที่มาของการติดเชื้อ เพื่อจะได้หาทางป้องกันโรค ซึ่งมีแนวทางดำเนินการดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องของรายงาน (รง.๕๐๖ / ๕๐๗)

2. ศึกษารายละเอียดของผู้ป่วย โดยไปพบแพทย์ผู้ดูแลรักษา เพื่อขอทราบอาการของผู้ป่วย การเก็บตัวอย่างเลือด และผลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ หากผู้ป่วยยังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล จะต้องซักประวัติเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กิจกรรมต่างๆ ก่อนป่วย (๒ - ๓๐ วัน) ให้ได้มากที่สุด โดยเฉพาะแหล่งที่สงสัยว่าผู้ป่วยจะได้รับเชื้อ

การค้นหาผู้สัมผัสแหล่งโรคที่สงสัย ซึ่งมีกิจกรรมคล้ายกันหรือร่วมกับผู้ป่วยว่ามีรายใดที่แสดงอาการป่วยอีกหรือไม่ เพื่อให้การรักษาพยาบาลได้ทันที่

๑. ศึกษาสภาพแวดล้อมและลักษณะทางการระบาดวิทยา ที่บ้านผู้ป่วย สถานที่สงสัยว่าจะได้รับเชื้อเพื่อหาแหล่งการติดเชื้อ แหล่งอาหารในธรรมชาติที่พิเศษอาหารจากครัวเรือน ชุมชน ซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการแพร่พันธุ์ของหนู ความชุกชุมของหนูที่เป็นพาหะนำโรคที่สำคัญ เป็นต้น

๒. การควบคุมป้องกันโรค เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำนา ทำไร่สวน เลี้ยงสัตว์ จับสัตว์น้ำ ยากที่จะหลีกเลี่ยงต่อการที่จะลงไปแช่น้ำหรือดินในที่ชื้นแฉะ ซึ่งอาจเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อ ดังนั้นการควบคุมและป้องกันโรคจึงต้องเน้นการให้สุขศึกษาแก่ประชาชน ให้ตระหนักถึงอันตรายของโรคแล้วสร้างพฤติกรรมกำหนัดการป้องกันตัวเองให้ดีที่สุด

๓. การเขียนรายงานการสอบสวนโรค เป็นกิจกรรมที่สำคัญต่อการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด ซึ่งได้จากการสอบสวนโรคตามแบบฟอร์มเฉพาะ และอาจมีรายละเอียดอย่างอื่นมาประกอบเพื่อการอธิบายถึงสาเหตุของโรค แหล่งรับเชื้อ พฤติกรรมที่ทำให้เกิดการติดเชื้อ เพื่อให้ผู้บริหารสามารถนำไปพิจารณาในการควบคุมป้องกันโรคได้

-แนวคิดกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ในอดีตที่ผ่านมาประเทศไทยได้นำแนวคิดงานสาธารณสุขมูลฐานมาใช้ดูแลสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างทั่วถึง ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเกิดจากปัจจัยกำหนดสุขภาพที่แตกต่างกันทั่วโลกซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของประชากรโลก ทำให้องค์การอนามัยโลกตระหนักถึงผลกระทบด้านสุขภาพของมวลมนุษยชาติ จึงเป็นเหตุผลสำคัญนำไปสู่การปฏิรูประบบงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศต่าง ๆ ซึ่งองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทยได้จัดระบบบริการสุขภาพแบบผสมผสาน ดังนั้นจะเห็นได้ว่างานสาธารณสุขมูลฐานเป็นก้าวแรกของจุดเริ่มต้นการพัฒนาระบบสุขภาพไทย

ยุคต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานพัฒนาระบบสุขภาพ ผ่านหน่วยบริการตั้งแต่ระดับกระทรวงจนถึงหน่วยบริการส่วนภูมิภาค ซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนผ่านกลไก คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอหรือเรียกว่า “คปสอ.” ซึ่งเป็นการดำเนินงานโดยใช้โรงพยาบาลชุมชนและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหัวขบวนในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ การดำเนินงานหลักจะเป็นไปในรูปการแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่และการร่วมบริหารจัดการงบประมาณ จุดอ่อนของรูปแบบการดำเนินการดังกล่าว พบว่า การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขนั้นไม่ได้รับความร่วมมือจากองค์กรภายนอกหน่วยงานสาธารณสุขเท่าที่ควร ทำให้การดำเนินงานที่ผ่านมาไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพของประชาชนตามสภาพและบริบทปัจจุบันได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากสภาพปัญหาสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลง เช่น ปัญหาโรคอุบัติใหม่ โรคอุบัติซ้ำ โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของคนรวมทั้งวิถีชีวิต วัฒนธรรมชุมชนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

ต่อมาจึงปรับเปลี่ยนแนวคิดทางการบริหารจัดการเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมแก้ปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ผ่านโครงสร้างระบบสุขภาพอำเภอหรือเรียกว่า รสอ. (district health system: DHS) ซึ่งเป็นไปตามแนวคิด district health system ขององค์การอนามัยโลก (WHO, ๑๙๗๘ อ้างถึงใน กานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์ และคณะ, ๒๕๖๔) เพื่อส่งเสริมการทำงานด้านสุขภาพโดยมีหน่วยงานภาครัฐ ๔ องค์กรหลักในการร่วมผลักดันขับเคลื่อนกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตประกอบไปด้วย โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/เทศบาล ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องผ่านงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ซึ่งได้กำหนดหลักการและแนวทางดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอตาม U-CARE (Archanuphap et al., ๒๐๑๔) นำไปสู่เป้าหมาย คือ ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

การดำเนินการที่ผ่านมาถึงแม้มีการกระจายผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขไปยังหน่วยงานข้างเคียงในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น แต่กระบวนการขับเคลื่อนและแก้ปัญหาสุขภาพเจ้าภาพหลักยังเป็นหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่เหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ยังพบว่าการทำงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาไม่สามารถดึงศักยภาพที่แท้จริงให้เกิดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตลอดจนองค์กรอื่น ๆ มาเสริมพลังและร่วมขับเคลื่อนการสร้างเสริมสุขภาพให้กับประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ รัฐบาลมุ่งหมายให้ประชาชนทุกคนได้รับการดูแลด้านสุขภาพและสังคมโดยใช้ฐานคิด “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” และเพื่อให้การปฏิบัติงานในพื้นที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหรือเรียกว่า พชอ. (Office of the Prime Minister, ๒๐๑๘) ให้เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการแก้ปัญหาสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต อันจะส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการบูร

ณาการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชน โดยยึดประโยชน์สูงสุด คือ ประชาชนเป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการ

บทบาทคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นการทำงานของหลายภาคส่วนที่เข้ามามีบทบาทในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นภายในอำเภอตนเอง หรือภายใต้ระบบสุขภาพอำเภอ โครงสร้างคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอประกอบด้วย “นายอำเภอ” เป็นประธานคณะกรรมการ และ “สาธารณสุขอำเภอ” เป็นกรรมการและเลขานุการ โดยคณะกรรมการฯ แต่งตั้งจากบุคคล ๓ กลุ่มดังต่อไปนี้ ๑) ผู้แทนหน่วยงานของรัฐในอำเภอ ๒) ผู้แทนภาคเอกชนในอำเภอ และ ๓) ผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอ (Office of the Prime Minister, ๒๐๑๘)

จากคุณสมบัติของคณะกรรมการฯ และอำนาจหน้าที่ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีบทบาทที่สำคัญในการดำเนินงานขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนให้ประสบผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ดังนั้น บทบาท ศักยภาพของคณะกรรมการฯ ตลอดถึงกระบวนการการคัดเลือกผู้แทนจากภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนที่มีความพร้อม เป็นผู้นำ มีวิสัยทัศน์ มีภาวะผู้นำ มีศักยภาพการจัดการและมีความรู้ความสามารถ จึงมีความจำเป็นยิ่งเพื่อให้ได้ผู้นำในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอที่เหมาะสม

แนวคิดระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นผู้นำในการจัดการสุขภาพประชาชนในอำเภอให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ที่ผ่านมายังพบปัญหากระบวนการดำเนินการและการจัดการทั้งระบบ การพัฒนาการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) จึงควรมีหลักการดำเนินงานที่สำคัญ คือ ผู้นำจะต้องมีภาวะผู้นำที่มีความมุ่งมั่นในการทำงาน มีการกระจายอำนาจ และมีการจัดการแบบมีส่วนร่วม เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ภายใต้การทำงานแบบเครือข่าย นับว่าเป็นการเปิดโอกาสและการกระตุ้นให้ประชาชน ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยตนเองอย่างแท้จริง โดยอาศัยการสร้างเครือข่ายความร่วมมือจากหน่วยงานรัฐและเอกชนตลอดจนประชาชนซึ่งเป็นเจ้าของพื้นที่ ภายใต้กระบวนการของทีมนำ ทั้งนี้ เพื่อให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอสามารถขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอ เพื่อผลลัพธ์ท้ายสุด สู่ประชาชนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้นที่มาของ พชอ. รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของ พชอ. จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

การรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรคโรคเลปโตสไปโรซิส อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ พบผู้ป่วยจำนวน ๖๒ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๗๑.๑๕ ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ.๒๕๖๕ พบผู้ป่วยจำนวน ๔๔ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๕๒.๐๑ ต่อแสนประชากร และปี พ.ศ.๒๕๖๖ พบผู้ป่วยจำนวน ๔๘ ราย คิดเป็นอัตราป่วย ๕๖.๘๔ ต่อแสนประชากร ทั้งนี้ ในปี พ.ศ.๒๕๖๖ พบผู้ป่วยเสียชีวิต จำนวน ๓ ราย (ตำบลเตย, หนองเหล่า, และคู่มือใหญ่ ตำบลละ ๑ ราย) อัตราป่วยตาย ๖.๓๘ แสดงให้เห็นว่า ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังสามสี,๒๕๖๖)

๑.คำถามการวิจัย

สถานการณ์ รูปแบบ และการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี เป็นอย่างไร

๒.วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

๒.๑สถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

๒.๒พัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

๒.๓ประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

๓.ขอบเขตการศึกษา

๑.พื้นที่ในการศึกษา ดำเนินการศึกษากับกลุ่มประชากรเป้าหมาย ในอำเภอวังสามสี จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ทำการศึกษาเริ่มตั้งแต่ กันยายน ๒๕๖๗ ถึง ธันวาคม ๒๕๖๗

๔.ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น ๔ ขั้นตอนตามแนวคิด PAOR ของเคมมิสและแมกแทกการ์ด (Kemmis & McTaggart, ๑๙๘๘) ร่วมกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ระยะเวลาที่ทำการศึกษาเริ่มตั้งแต่ กันยายน ๒๕๖๗ ถึง ธันวาคม ๒๕๖๗ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๔.๑ขั้นการวางแผน (Planning) ดำเนินการ กันยายน ๒๕๖๗

๑) ศึกษาข้อมูลบริบทชุมชน กลุ่มและองค์กรที่มีอยู่ในชุมชน ความเชื่อมโยงระหว่างบุคคล กลุ่มหรือองค์กรและการจัดการเครือข่ายในชุมชน และข้อมูลด้านสุขภาพ

๒) ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในพื้นที่

๓) จัดทำแผนปฏิบัติการร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๔) ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ก่อนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกลุ่ม อสม.

๔.๒ ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๖๗

เชิญประชุมกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ร่วมกันวางแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ปัญหาของชุมชน โดยผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นและสนับสนุนการสร้างกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดมความคิดการวางแผนปฏิบัติการแก้ปัญหาในชุมชน ดังนี้

ขั้นตอนที่ ๑ การจัดตั้งกลไกการจัดกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยคัดเลือกคณะทำงานเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการ ประชุมคณะทำงานกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ

ขั้นตอนที่ ๒ จัดกลุ่มเครือข่าย อสม. โดยวิเคราะห์ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียแต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่ายเพื่อดำเนินการจัดกลุ่มเครือข่าย

ขั้นตอนที่ ๓ การออกแบบกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน ใช้การประชุมเชิงปฏิบัติการสนทนากลุ่ม สังเกตการณ์ การจัดเวทีระดมสมองระดับตำบล ดังนี้

๑) การกำหนดประเด็น เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

๒) พัฒนาประเด็นเชิงนโยบายเพื่อนำเสนอต่อที่ประชุม พัฒนาข้อเสนอ

เชิงนโยบาย

๓) นำข้อมูลการศึกษาด้านการแก้ปัญหาที่ผู้วิจัยและคณะทำงานได้ดำเนินการศึกษา

นำเสนอแก่เครือข่ายร่วมทบทุนเพิ่มเติม สร้างความเข้าใจ

๔) หาข้อคิดเห็นและข้อตกลงร่วมกันในการดำเนินงาน ร่างแผนการดำเนินการ และกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ

๕) ขับเคลื่อนข้อเสนอเชิงนโยบายสู่การปฏิบัติ ต้องประสานงานกับหน่วยงานในตำบล เพื่อจะบรรลุผลตามนโยบายที่ได้ตั้งเป้าหมายเอาไว้

๔.๓ ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ดำเนินการ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

๑) ติดตามและประเมินผล และสังเกตการณ์การมีส่วนร่วม

๒) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๓) วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ และสรุปผลการดำเนินงานการมีส่วนร่วมของชุมชน

๔.๔ ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการ ธันวาคม ๒๕๖๗

ขั้นตอนที่ ๔ การสรุปทบทวนเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

๑) สรุปทบทวนการดำเนินงาน

๒) ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ หลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกลุ่ม อสม.

๓) จัดเวทีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากหน่วยงานอื่น และถอดบทเรียนดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ก่อนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และกลุ่ม อสม.

๕. กระบวนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนการดำเนินงาน ๒ ระยะ ดังนี้

๕.๑ ขั้นตอนการเตรียมการวิจัย มีขั้นตอนการดำเนินการในระยที่ ๑ ดังนี้

-ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัย หลังจากได้รับการอนุมัติโครงร่างวิจัยแล้ว โดยทำ หนังสือ ประธาน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อแจ้งให้พื้นที่ได้ทราบ พร้อมขออนุญาตใช้เป็นพื้นที่วิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

-เตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

-อบรมผู้ช่วยวิจัยซึ่งการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่จะต้องอาศัยทีมช่วยการดำเนินการวิจัย ตั้งแต่การจัดเตรียมสถานที่ การเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ การดูแลผู้เข้าร่วมวิจัย การบันทึกข้อมูล การบันทึกภาพและบันทึกเสียง ตลอดทั้งการช่วยอำนวยความสะดวกการดำเนินงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอม่วงสามสิบ จำนวน ๓ คน

-เตรียมพื้นที่และผู้ร่วมวิจัย โดยจัดทำหนังสือประสานงานไปยังผู้ที่เกี่ยวข้อง ในพื้นที่เป้าหมาย รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายในการทำวิจัยในครั้งนี้เพื่อชี้แจงขั้นตอนและกระบวนการ ต่าง ๆ ของการวิจัย พร้อมนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการจัดกิจกรรม โดยทำเป็นหนังสือเชิญ เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการถึงผู้ร่วมวิจัยทุกคน ตามที่กำหนดไว้

๕.๒ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เป็นขั้นตอนการดำเนินการในระยะเวลาที่ ๒ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการวิจัย ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (๑๙๙๐) ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน (P-A-O-R) ร่วมกับ กระบวนการดำเนินงานตามกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๕.๓ ขั้นตอนมือปฏิบัติ (Action) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด ๑ กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ ๕ ปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ตามมติที่ประชุม เป็นกิจกรรมที่ประชาชนอำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานีต้องปฏิบัติตามแผนการดำเนินงานหรือโครงการ ที่กำหนดขึ้น

๕.๔ ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) ประกอบด้วย ๓ กิจกรรม

กิจกรรมที่ ๖ นิเทศติดตามผลการดำเนินงานและความก้าวหน้าแบบมีส่วนร่วม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยจะลงพื้นที่สังเกตการณ์และติดตามเยี่ยมการดำเนินงานตามแผน เมื่อผู้รับผิดชอบกิจกรรมหรือโครงการ มี ปัญหาอุปสรรคใด ๆ ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ก็ต้องคอยให้ คำปรึกษาและช่วยเหลือเพื่อให้กิจกรรมต่าง ๆ นั้น ดำเนินไปได้ด้วยดี

กิจกรรมที่ ๗ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสนทนากลุ่ม และข้อมูลภาคสนามจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นต้องผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อ นำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

กิจกรรมที่ ๘ ประเมินผลการดำเนินงานและสรุปผลงานพร้อมทั้ง วิเคราะห์ข้อมูล เป็นกิจกรรมประเมินผล การดำเนินงานก่อนดำเนินกิจกรรม ระหว่างดำเนินกิจกรรม และหลังดำเนินกิจกรรมในด้านต่างๆ เช่น รูปแบบ กิจกรรมที่เกิดขึ้น ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน และ ความพึงพอใจ เป็นต้น

๕.๕ ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด ๑ กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ ๙ กระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อถอดบทเรียน และคืนข้อมูลแก่ ชุมชน เป็นการการจัดเวที แลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือถอดบทเรียน โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้กลุ่ม สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ได้ดำเนินงานรวมทั้งพูดถึงปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข เพื่อ การพัฒนา ต่อไปด้วยจากนั้นทำการสรุป เพื่อทบทวนกิจกรรมหรือขั้นตอนการดำเนินงานทั้งหมดที่เกิดขึ้น ตั้งแต่เริ่มต้นจน สิ้นสุดกระบวนการ ผลการดำเนินงาน ทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ หรือได้ดำเนินการตาม แผนและไม่ได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่าง ความร่วมมือที่ได้รับ และความ ภาควุมใจ หลังจากนั้นให้ทุกคนร่วมกันวิเคราะห์ปัจจัยแห่ง ความสำเร็จและหากจะพัฒนาต่อก็นำประเด็นที่เป็น ปัญหาอุปสรรคไว้

๖. การวิเคราะห์ข้อมูล

๖.๑ การวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สำหรับกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พชอ.)

๖.๒ การวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไก คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สำหรับกลุ่ม อสม.

๗. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

๗.๑ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุดเพื่อบรรยายลักษณะทางประชากร ของกลุ่มตัวอย่าง และสถิติเชิงอนุมาน ใช้ Paired Sample t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระจากกัน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕ แบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ได้แก่

๑) กลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลัง ด้านการมีส่วนร่วม และความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๒) กลุ่ม อสม. เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลัง ด้านความรู้ พฤติกรรม และ ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๗.๒ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยข้อมูลที่ได้ในแต่ละวันหลังจากตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลแล้ว จะนำมาแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา จากนั้นทำการตีความหมายของข้อมูลที่ได้ ตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล (Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล เพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นปัญหาที่ศึกษา

๘. จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้อย่างยิ่ง และเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลเชิงลบกับกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการ จนถึงสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย

ทั้งนี้ จริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่โครงการวิจัยSSJ.๒๕๖๗ -๑๕๐ รับรองวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗

๙. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

๙.๑ ด้านประชาชน สามารถนำกระบวนการและผลการวิจัยไปปรับใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน และสามารถส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๙.๒ ด้านชุมชน สามารถนำผลการวิจัยคืนสู่ชุมชนในเขตรับผิดชอบ และเสนอไปยังหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อรับทราบข้อมูลและร่วมกันวางยุทธศาสตร์ และเกิดการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีความเหมาะสม ในการแก้ไขปัญหาของชุมชน เกิดเป็นอำเภอต้นแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

๙.๓ ด้านวิชาการ ได้ต้นแบบในการใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส และกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ไปใช้ในกระบวนการการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางให้กับพื้นที่ อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ที่ศึกษาต่อไปได้

๕.ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

- ได้ข้อมูลในการป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ภายใต้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยพื้นที่ ที่มีบริบทใกล้เคียงสามารถนำไปประโยชน์ได้

- ลดอัตราการป่วย การตาย ด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสในพื้นที่ลง

๖.การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

- ด้านประชาชน สามารถนำกระบวนการและผลการวิจัยไปปรับใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน และสามารถส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

- ด้านชุมชน สามารถนำผลการวิจัยคืนสู่ชุมชนในเขตรับผิดชอบ และเสนอไปยังหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องเพื่อรับทราบข้อมูลและร่วมกันวางยุทธศาสตร์ และเกิดการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีความเหมาะสม ในการแก้ไขปัญหาของชุมชน เกิดเป็นต้นแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

- ด้านวิชาการ ได้ต้นแบบในการใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส และกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ไปใช้ในกระบวนการการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ โดยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางให้กับพื้นที่ อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ที่ศึกษาต่อไปได้

๗.ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

- การดำเนินการจะต้องมีการนัดหมายพูดคุย ประชุมชี้แจงกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งมีความยุ่งยากซับซ้อน เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรมีอาชีพทำนาเป็นหลัก โดยห้วงที่มีกิจกรรมอยู่ในห้วงระยะเวลาในฤดูการเก็บเกี่ยวข้าว ทำให้มีความยุ่งยากในการนัดหมาย การให้ข้อมูล

๘.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

- ระยะเวลาในการดำเนินการอยู่ในห้วงฤดูการเก็บเกี่ยวของผู้ร่วมกิจกรรม ทำให้เกิดปัญหาในการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย โดยมีผู้เข้าร่วมกิจกรรมน้อย

๙.ข้อเสนอแนะ

- ควรกำหนดระยะเวลาในการทำกิจกรรมการวิจัยไม่ให้อยู่ในห้วงที่เกษตรกร ทำกิจกรรมตามวิถีชีวิตประจำวัน เช่น ฤดูการทำนา ปักดำ เกี่ยวข้าว หรือทำสวนพริก หรือปลูกผักในช่วงหลังฤดูเก็บเกี่ยว

- ควรมีการกำหนดเป้าหมายในการวิจัยที่หลากหลายกลุ่ม เช่น กลุ่มราษฎรที่ทำนา ทำสวนเป็นประจำ ซึ่งกลุ่มเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงในการป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ๑๐๐.๐%

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นายเสถียร ปวงสุข สัดส่วนผลงาน ๑๐๐.๐% (ระบุร้อยละ)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)


(นายเสถียร ปวงสุข)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๘ / พฤศจิกายน / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายเสถียร ปวงสุข	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายอุทัย อรมิสัจจากุล)

(ตำแหน่ง) นายอำเภอเหล่าเสือโก้ก

(วันที่) ๑๘ / พฤศจิกายน / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่) ๑๘.๑๑.๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ กรณีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลถ่ายโอนไปสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ๑๐๐%

๒. หลักการและเหตุผล

ด้วยภารกิจการดำเนินงานภายใต้หน่วยงานได้สังกัดได้ถ่ายโอนไปสังกัดหน่วยงานอื่น ๑๐๐% การดำเนินงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จึงต้องมีการปรับบริบทและบทบาทการทำงานให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อให้ตอบสนองกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและประเด็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจึงจะต้องพัฒนารูปแบบการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนไป

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

- เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลภายในอำเภอ ถ่ายโอนไปยังสังกัดใหม่ ทำให้การบังคับบัญชาไม่ได้เหมือนเดิม แต่พื้นที่เป้าหมายการทำงานยังเหมือนเดิม จึงต้องมีการปรับบริบทการทำงานให้มีรูปแบบที่ชัดเจนในการทำงาน ดังนี้

๑. ให้ความสำคัญกับ one health โดยการเชื่อมประสานกับโรงพยาบาลชุมชน,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ให้มีการประชุม พบปะ สื่อสาร ทั้งประชุมประจำเดือน การจัดทำแผนงานร่วมกัน การประสานแผนงาน หรือการจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือในการปฏิบัติงานร่วมกัน (MOU.)

๒. ประสานงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนในแนวราบและใช้สร้างความสัมพันธ์ในการประสานงาน และนำประสบการณ์ที่เคยปฏิบัติงานร่วมกันมาใช้ และมีการทำแผนลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลัง ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และมีการสร้างกิจกรรมร่วมกันเพื่อให้เกิดความร่วมมือในทุกระดับเช่นกิจกรรม วันปีใหม่ สกรานต์ หรือทัศนศึกษาออกสถานที่ร่วมกัน

๓. สร้างความเข้มแข็ง ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และนักบริหารชุมชน (cg.) ซึ่งถือเป็นอัตรากำลังที่ยังมีอยู่ในพื้นที่ โดยจัดทำแผนการประชุมประจำเดือน การอบรมพื้นที่ เยี่ยมเสริมพลัง สร้างช่องทางสื่อสาร นัดหมาย ให้ความรู้ผ่านกลุ่มไลน์ โดยสร้างกลุ่มไลน์ที่เฉพาะเจาะจงแยกรายพื้นที่ตำบล หรือกลุ่มประธานหมู่บ้าน ประธานตำบล กลุ่มนักบริหารชุมชน(CG.)

๔. ประสานภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น หัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำหมู่บ้าน กำนันผู้ใหญ่บ้าน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บ้าน วัด โรงเรียน หัวหน้าส่วน โดยมีช่องทางสื่อสารผ่านกลุ่มไลน์ มีแผนการลงพื้นที่เยี่ยมเสริมพลัง การประชุมประจำเดือน ผ่านเวทีประชุมประจำเดือนกำนันผู้ใหญ่บ้าน ประชุมหัวหน้าส่วน หรือลงร่วมกิจกรรมต่างๆในพื้นที่อย่างสม่ำเสมอ

๕. ใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ในการขับเคลื่อนงานตามนโยบาย หรือประเด็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ โดย ผ่านคณะกรรมการ ทั้งนายอำเภอที่เป็นประธาน คณะกรรมการจากภาคส่วนต่างๆเช่นหัวหน้าส่วนราชการ ภาคเอกชน ภาคประชาชน หรือการตั้งอนุกรรมการ เพื่อมีการประชุมขับเคลื่อนงาน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- สามารถขับเคลื่อนงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ประเด็นปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้
- ประชาชนในพื้นที่มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

- ตัวชี้วัดการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การดำเนินงานทุกตัวชี้วัด
- ประชาชนในพื้นที่ที่มีอัตราป่วยและตาย ด้วยโรคที่เป็นปัญหาลดลง

(ลงชื่อ)



(นายเสถียร ปวงสุข)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) ๑๘ / พฤศจิกายน / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. ชื่อเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหัก ในชุมชนด้วยทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือนพฤษภาคม - พฤศจิกายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑.๑ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงแบบเสื่อมถอยของอวัยวะทุกระบบในร่างกาย ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และจิตสังคม ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ดังนั้นผู้สูงอายุจึงต้องได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกและส่งเสริมสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เป็นการสนับสนุนและเอาใจใส่ ดูแลในความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ รวมถึงเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับผู้ดูแลและเป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ โดยให้คงไว้ซึ่งการได้รับการยกย่องและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ (Bower, ๑๙๘๗)

๓.๑.๒ การดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

ในปัจจุบันมีแนวคิดสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงระบบบริการ การดูแล อย่างต่อเนื่อง การบริการแบบผสมผสาน การดูแลแบบองค์รวม การประสานการดูแล และการเสริมพลังชุมชน (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร และคณะ, ๒๕๕๒) หรือเรียกว่าการดูแลผู้สูงอายุโดยการสร้างเสริมครอบครัวให้เข้มแข็ง และการสนับสนุนจากท้องถิ่นและชุมชน การสนับสนุนศักยภาพผู้สูงอายุและการดูแลต่อเนื่องทั้งในแง่ระบบและ ผู้ดูแล การมีนโยบายชุมชนเข้มแข็ง และการจัดบริการเฉพาะในกลุ่มด้อยโอกาสโดยชุมชน (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน์, มปป.) ซึ่งสอดคล้องกับระยะหลังที่ได้มีแนวคิดกระจายงานด้านต่างๆ ให้อยู่ภายใต้การบริหารจัดการ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนให้มากที่สุด อาทิ การพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน โดยพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพและสวัสดิการ สังคมแก่ผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ ที่เน้นดำเนินงาน ๔ เรื่อง คือ สร้างรูปแบบการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตผู้สูงอายุ จัดระบบบริการแก้ไขปัญหาโรคตา ฟันพุ่มสมรรถภาพผู้สูงอายุที่ป่วย และให้บริการผู้สูงอายุเคลื่อนที่โดยชุมชนเป็น เจ้าภาพแก้ไขปัญหามบูรณาการพร้อมกัน (ไพจิตร วราจิต, ๒๕๕๔)

๓.๑.๓ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion)

จากการประกาศกฎบัตร ออตตาวาที่ประเทศแคนาดา ปี ๑๙๘๖ ได้บัญญัติว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” หรือ “HEALTH PROMOTION” (จิระนันท์ พันธุ์ทอง, ๒๕๖๐) หมายถึง “ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่ม สมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ และสังคม” บุคคล และกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือ ปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ลดปัจจัย เสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็ง การขาดการออกกำลังกาย การขาดจิตสำนึกในเรื่องของความปลอดภัย ทำให้เกิด อุบัติเหตุ หลีกเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเป็นพิษที่เป็นสาเหตุที่ทำลายสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญ หรือเน้นให้การเพิ่มในด้านปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายมากขึ้น รับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑.๓ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) (ต่อ)

ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรอาศัยหลักการเดียวกับแนวปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ ๕ ประการ ดังนี้

- ๑) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อผู้สูงอายุ
- ๒) สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ
- ๓) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชุมชน
- ๔) พัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- ๕) ปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข

๓.๑.๔ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)

แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ในสังคมแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกได้เป็น ๒ ระดับคือ อย่างเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ การดำเนินชีวิตในแต่ละวันของบุคคลจะต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคล ทุกระดับ ทุกสาขาอาชีพที่มีในสังคม เพราะจะต้องอาศัยความร่วมมือของบุคคลทุกระดับในการพัฒนาหรือปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ดี บุคคลจะต้องมีการสนับสนุนสังคมและสังคมก็จะต้องมีการสนับสนุนบุคคลเช่นกันทั้งสองอย่างจะต้องดำเนินการควบคู่กันไป จะขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งไปไม่ได้ ดังนั้นการพัฒนาเพื่อที่จะปลูกฝังพฤติกรรมจะต้องเริ่มที่ตัวบุคคลก่อนทำให้บุคคลเห็นความสำคัญและตระหนักถึงโรคร้ายไข้เจ็บว่าโรคร้ายไข้เจ็บสามารถที่จะควบคุมและป้องกันได้ ถ้าเรามีการปฏิบัติตัวที่ดี และหากบุคคลมีสุขภาพที่ดีและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี สังคมนั้นก็จะได้รับการพัฒนาที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

๓.๑.๕ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

โรคหลอดเลือดสมองเป็นภาวะที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมอง เนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบตันหรือแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อสมองเสียหายและอาจนำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิต โรคนี้แบ่งออกเป็น ๓ ประเภทหลัก ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) ซึ่งเกิดจากลิ่มเลือดอุดตัน, โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ที่เกิดจากการที่หลอดเลือดสมองแตก และ ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) ซึ่งเป็นอาการชั่วคราวที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ และภาวะไขมันในเลือดสูง การป้องกันสามารถทำได้ โดยควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ เช่น การควบคุมความดันโลหิต การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ (World Health Organization, ๒๐๒๓)

๓.๑.๖ โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular Disease: CVD)

โรคหลอดเลือดหัวใจเป็นกลุ่มโรคที่เกี่ยวข้องกับการอุดตันหรือผิดปกติของหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตทั่วโลก โดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน หรือภาวะอ้วน ชนิดของโรคหลอดเลือดหัวใจที่พบได้บ่อย ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ (Coronary Artery Disease), ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Myocardial Infarction) และ ภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive Heart Failure) การป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจสามารถทำได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การลดการบริโภคไขมันทรานส์ หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ ควบคุมอาหาร และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Smith, Brown, & Johnson, ๒๐๒๐)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑.๗ กระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture)

กระดูกสะโพกหักเป็นภาวะที่มักพบในผู้สูงอายุ เนื่องจากกระดูกพรุนและอุบัติเหตุจากการล้ม เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการเคลื่อนไหวในผู้ป่วย โดยเฉพาะในเพศหญิงที่มีความเสี่ยงสูงกว่าเพศชาย อาการที่พบได้บ่อยคือปวดรุนแรงบริเวณสะโพก ไม่สามารถเดินหรือยืนได้ และขาข้างหนึ่งอาจดูสั้นหรือหมุนผิดรูป การป้องกันกระดูกสะโพกหักสามารถทำได้โดยการบริโภคอาหารที่มีแคลเซียมและวิตามินดี การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการป้องกันการล้มในผู้สูงอายุ (Jones & Lee, ๒๐๑๘)

๓.๑.๘ ทีมหมอบริการครอบครัว (Family Care Team)

เป็นกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำงานร่วมกันเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชนแบบองค์รวม โดยมีเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยติดเตียง และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ทีมหมอบริการครอบครัวประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ทำงานประสานกับเครือข่ายสุขภาพในชุมชน

๓.๑.๙ ความรู้ด้านการดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนรายงานการวิจัย และการเผยแพร่งานวิจัย

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๒.๑ ความชำนาญเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

๓.๒.๒ ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหัก

๓.๒.๓ ความเชี่ยวชาญในการเป็นวิทยากรให้ความรู้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย

๓.๒.๔ ความชำนาญในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

๓.๒.๕ ความชำนาญในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิง

คุณภาพ

๓.๒.๖ ความชำนาญในการวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๒.๗ ความชำนาญในการเขียนรายงานการวิจัย

๓.๒.๘ ความชำนาญในการนำเสนอผลงานวิชาการและการเผยแพร่งานวิจัย

๓.๓ ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๓.๑ ประสบการณ์ในการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

๓.๓.๒ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหักในชุมชน

๓.๓.๓ ประสบการณ์ในการเป็นวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหักในชุมชน

๓.๓.๔ ประสบการณ์ด้านการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

๓.๓.๕ ประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิง

คุณภาพ

๓.๓.๖ ประสบการณ์ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๓.๗ ประสบการณ์ในการเขียนรายงานการวิจัย

๓.๓.๘ ประสบการณ์ในการนำเสนอผลงานวิชาการและการเผยแพร่งานวิจัย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญอย่างยิ่งยวดของการทำให้เกิดระบบบริการปฐมภูมิที่มีการพัฒนาต่อยอดและเกิดความยั่งยืน ภายใต้การดำเนินงานในรูปแบบระบบสุขภาพอำเภอคือ การมี “ทีมหมอครอบครัว การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหักในชุมชนด้วยทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง ๓ กลุ่ม ๑) การพัฒนารูปแบบ, กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบ เป็นทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่าย ๓๐ คน ๒) ผู้เชี่ยวชาญประเมินรูปแบบ ๗ คน ๓) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ ๕๐ คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) คือ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired Samples t-Test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนด้วยทีมหมอครอบครัว และภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองอุบลราชธานี PAKNAM Model ๓ หมอเฝ้าระวัง ๓ โรค ๖ องค์ประกอบ ๑) P: Policy :นโยบายนำ ๒) A: Area Base : :ชุมชนทำตามปัญหาพื้นที่ ๓) K: Knowledge : จัดการความรู้สม.สื่อสารสู่ชุมชน ๔) N: Network :ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง ๕) A: Alert ; สร้างความตระหนักรู้เท่าทัน ๔) M: Monitor ๓Moh ;เฝ้าระวัง ด้วยทีม ๓หมอ รูปแบบมีความเหมาะสมและเป็นไปได้ นำการนำไปใช้ หลังการพัฒนารูปแบบกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ พฤติกรรมและการมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เกิดนวัตกรรมการถ่ายทอดความรู้โดยการทำคลิปหนังสือสารความรู้ Stroke โดยทีม ๓ หมอ ปากน้ำ และโปสเตอร์ ๓ หมอ ๓โรค

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๒.๑ หลักการและเหตุผล

การที่จะร่วมขับเคลื่อนบริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพไปสู่ประชาชนทุกกลุ่มวัยทุกครอบครัว และทุกชุมชน ด้วยความร่วมมือร่วมใจของทุกภาคส่วนและนับว่าเป็นการปฏิรูปการดูแลสุขภาพในรูปแบบใหม่ที่เป็นการต่อยอดเพิ่มเติมจากฐานการทำงานเดิมของระบบสุขภาพไทย โดยมีสุขภาพของคนในครอบครัวเป็นเป้าหมายและจุดศูนย์กลางในการทำงานร่วมกันแบบทีมระหว่างบุคลากรสุขภาพ วิชาชีพต่างๆ ที่ปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่างๆ แบบบูรณาการ และรวมไปถึงการประสานการทำงานกับทุกภาคส่วนภายนอกภาคสาธารณสุข ด้วยแนวคิดบริการทุกคน ทุกอย่าง ทุกที่ ทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี ด้วยทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และสหวิชาชีพ ดูแลสุขภาพประชาชนด้วยกระบวนการเวชศาสตร์ครอบครัว (สภณ เมฆธนและคณะ, ๒๕๕๙; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, ๒๕๕๙) มีจุดมุ่งหมายในการจัดหน่วยบริการผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-centered care) มีการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการจัดบริการ "โรงพยาบาลเป็นฐาน" เปลี่ยนเป็นการใช้ "พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง" ในรูปแบบ บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่และใช้หลักการ "หมอครอบครัว" (Primary care cluster: PCC) บริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดให้มีประสิทธิภาพเพื่อรองรับสถานการณ์สุขภาพทั้งในปัจจุบันและอนาคต โดยมุ่งพัฒนาให้เกิดทีมสหสาขาวิชาชีพให้การดูแลประชาชนในระดับปฐมภูมิ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำ (รพ.สต.ปากน้ำ) อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี เป็น รพสตขนาดกลาง รับผิดชอบ ๘ หมู่บ้าน จำนวน ๑,๙๐๐ หลังคาเรือน ประชากรในเขตรับผิดชอบ จำนวน ๗,๓๓๑ คน เป็นผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) จำนวน ๑,๓๑๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๙๓ จากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ รพ.สต.ปากน้ำ ปี ๒๕๖๖ พบว่า ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ ๒๑.๔๘ นอกจากนั้น มีผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงจำนวน ๓๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๑.๔๙

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๒.๑ หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ปัญหาหลักที่พบคือ ภาวะการเจ็บป่วยและพิการด้วยโรคเรื้อรัง ขาดการติดตามเยี่ยม ประเมินผล และขาดการประสานงานกับหน่วยงานอื่นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเนื่องจากภาระงานเจ้าหน้าที่มาก ขึ้น พบว่า ผู้สูงอายุในเขต รพ.สต.ปากน้ำ ยังเข้าถึงระบบบริการสุขภาพไม่ครอบคลุมขาดผู้ดูแลและอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีปัญหาสุขภาพที่สำคัญ คือ การช่วยเหลือตนเอง ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ไม่ถูกต้อง การติดตามเยี่ยม ผู้สูงอายุของทีมงานครอบครัว ยังไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง ไม่มีการดูแลอย่างเป็นระบบองค์รวม ขาด การจัดการดูแลสุขภาพที่มีรูปแบบที่ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน ชุมชนด้วยทีมงานครอบครัวและภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำ อำเภอเมือง อุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๒ รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบปฏิบัติ (Action Research) ตามแนวคิด P-A-O-R Spiral Cycle ของ เคมมิส และแมคแท็กการ์ท (Kemmis et al., ๑๙๘๘) ที่ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติตามแผน (Action) การสังเกตผล (Observation) การสะท้อนผล (Reflection)

๔.๒.๓ ขั้นตอนการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหักในชุมชนด้วยทีมงานครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ๔ ขั้นตอน (PAOR) ประกอบด้วย ๑) การวางแผน (Planning) ๒) การปฏิบัติ (Action) ๓) การสังเกต (Observation) และ ๔) การสะท้อนผล (Reflection) มีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ ๑ ขั้นวางแผน (Planning)

๑.๑) ศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

-ดำเนินการประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ๔ ด้าน โดยทีม ๓ หมอ และผู้ดูแลผู้สูงอายุ

-นำผลการประเมินฯ เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ

การประชุมกลุ่ม (Focus Group Discussion) วิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหักในชุมชนด้วยทีมงานครอบครัว อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

ระยะที่ ๒ ขั้นปฏิบัติการ (Action)

ดำเนินการตามแผนการพัฒนารูปแบบและ ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่ได้ จากขั้นที่ ๑ และติดตามผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

ระยะที่ ๓ ขั้นการสังเกตผล (Observation) การติดตามและเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ ๔ ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อถอดบทเรียน และสรุปผล

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๒.๔ ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑) กลุ่มเป้าหมายที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบ เป็นทีมหมอครอบครัวและภาคีเครือข่าย จำนวน ๓๐ คน

๒) ผู้เชี่ยวชาญประเมินรูปแบบ จำนวน ๗ คน

๓) กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ รวม ๕๐ คน โดยการสุ่มอย่างง่าย

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ ๑) ภาคีเครือข่ายในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำ ๒) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) ได้แก่ ๑) เสียชีวิต ๒) ถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัย

๔.๒.๕ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑) แบบบันทึกการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหักในชุมชนด้วยทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๒) แบบสอบถาม ๕ ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชน

ส่วนที่ ๒ แบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหักในชุมชนด้วยทีมหมอครอบครัว จำนวน ๒๐ ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะข้อคำถามเป็น ๒ ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ การแปลความหมายคะแนน ระดับความรู้ แบ่งคะแนนอิงเกณฑ์ ๓ ระดับดังนี้ (สุ่มทบทวนกลางการ และ วรพจน์ พรหมสัตยพรต, ๒๕๕๓)

ความรู้ระดับสูง	หมายถึงให้	คะแนนร้อยละ ๘๐.๐ ขึ้นไป
ความรู้ระดับปานกลาง	หมายถึงให้	คะแนนร้อยละ ๖๐.๐ - ๗๙.๙
ความรู้ระดับต่ำ	หมายถึงให้	คะแนนร้อยละ ๖๐.๐ ลงมา

ส่วนที่ ๓ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน ๒๐ ข้อ แบ่งเป็น ๓ ระดับ

ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย ๓.๖๘ - ๕.๐๐ หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย ๒.๓๔ - ๓.๖๗ หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย ๑.๐๐ - ๒.๓๓ หมายถึง การมีส่วนร่วมระดับน้อย

ส่วนที่ ๔ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบแบ่ง ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย ๓.๖๘ - ๕.๐๐ หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย ๒.๓๔ - ๓.๖๗ หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย ๑.๐๐ - ๒.๓๓ หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย

ส่วนที่ ๕ ข้อเสนอแนะทั่วไป เป็นคำถามปลายเปิด

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. สรุปลักษณะสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๒.๕ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)

๓) แบบประเมินความเหมาะสม และเป็นไปได้ของรูปแบบ เป็นแบบประเมินค่า ๕ ระดับ

ระดับคะแนน ๕ หมายถึง รูปแบบมีความเหมาะสม และเป็นไปได้ มากที่สุด

ระดับคะแนน ๔ หมายถึง รูปแบบมีความเหมาะสม และเป็นไปได้ มาก

ระดับคะแนน ๓ หมายถึง รูปแบบมีความเหมาะสม และเป็นไปได้ ปานกลาง

ระดับคะแนน ๒ หมายถึง รูปแบบมีความเหมาะสม และเป็นไปได้ น้อย

ระดับคะแนน ๑ หมายถึง รูปแบบมีความเหมาะสม และเป็นไปได้ น้อยที่สุด

การกำหนดช่วงคะแนนและแปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๔.๕๑ - ๕.๐๐ หมายถึง รูปแบบมีความเหมาะสม และเป็นไปได้ มากที่สุด

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๓.๕๑ - ๔.๕๐ หมายถึง รูปแบบมีความเหมาะสม และเป็นไปได้ มาก

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๒.๕๑ - ๓.๕๐ หมายถึง รูปแบบมีความเหมาะสม และเป็นไปได้ ปานกลาง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๑.๕๑ - ๒.๕๐ หมายถึง รูปแบบมีความเหมาะสม และเป็นไปได้ น้อย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๑.๐๐ - ๑.๕๐ หมายถึง รูปแบบมีความเหมาะสม และเป็นไปได้ น้อยที่สุด

๔.๒.๖ การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

๑) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม ด้านความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๓ ท่านตรวจสอบ มีค่า IOC ระหว่าง ๐.๖๐-๑.๐๐

๒) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขไปปรับปรุง ทดลองใช้ (Try Out) กับพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผาแก้ว ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่น (Reliability) มีค่าเท่ากับ ๐.๘๘

๔.๒.๗ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

๑) ข้อมูลเชิงปริมาณ

รวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ ๐.๐๕ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

๑.๑) สถิติเชิงพรรณนาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวนความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๑.๒) สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistic) ใช้สถิติ Paired Samples t - test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕

๒) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

๔.๓ เป้าหมายของงาน

ในการวิจัยครั้งนี้มีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหักในชุมชนด้วยทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

ผลการวิจัยพบว่า

๕.๑.๑ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหักในชุมชนด้วยทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองอุบลราชธานี คือ PAKNAM Model ๓ หมอเฝ้าระวัง ๓ โรค มี ๖ องค์ประกอบ ได้แก่

- ๑) P: Policy :นโยบายนำ
- ๒) A:Area Base :ชุมชนทำตามปัญหาพื้นที่
- ๓) K:Knowledge :จัดการความรู้ผสมสื่อสารสู่ชุมชน
- ๔) N: Network :ภาคีเครือข่ายเข้มแข็ง
- ๕) A: Alert ;สร้างความตระหนักรู้เท่าทัน
- ๔) M: Monitor ๓Moh ;เฝ้าระวัง ด้วยทีม๓หมอ

๕.๑.๒ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหักในชุมชนด้วยทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากน้ำ อำเภอเมืองอุบลราชธานี PAKNAM Model ๓ หมอเฝ้าระวัง ๓ โรค มีความเหมาะสม และเป็นไปได้ ในการนำไปใช้ อยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X} = ๔.๕๖$, S.D.=๐.๒๓)

๕.๑.๓ ผลการนำรูปแบบไปปฏิบัติ

- ๑) ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนากลยุทธ์ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($๙๕\%CL = ๔.๖๑-๖.๓๔$, $t = ๙๘.๐๔$, $P < ๐.๐๐๑$)
- ๒) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ สูงกว่าก่อนการพัฒนากลยุทธ์ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($๙๕\%CL = ๐.๔๓-๐.๕๖$, $t = ๑๕.๓๗$, $P < ๐.๐๐๑$)
- ๓) ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = ๔.๖๕$, S.D.=๐.๓๒)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพของ PAKNAM Model สะท้อนถึงความเหมาะสมและประสิทธิภาพของการนำแนวคิดทีมหมอครอบครัวมาใช้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคเรื้อรังในชุมชน โดยสร้างทั้งผลลัพธ์ในด้านการพัฒนาความรู้ ความร่วมมือ และการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนอย่างยั่งยืน รายละเอียดดังนี้

๕.๒.๑ เกิดความยั่งยืนของการดำเนินงานในชุมชน ชุมชนสามารถนำรูปแบบไปปรับใช้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ทั้งในด้านทรัพยากร การประสานงานเครือข่าย และการบริหารจัดการ

๕.๒.๒ เกิดการตระหนักรู้และความตื่นตัวในชุมชนเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหัก

๕.๒.๓ ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ความเข้มแข็งของเครือข่ายระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

๕.๒.๔ ภาคีเครือข่ายร่วมกันจัดกิจกรรม เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้และการรณรงค์สร้างความตระหนักในชุมชน

๕.๒.๕ เกิดนวัตกรรมการถ่ายทอดความรู้ การพัฒนาสื่อสาระนวัตกรรม เช่น คลิปหนังสือ "๓ หมอปากน้ำดูแล ๓ โรค" และโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ ๓ หมอ ๓ โรค ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยสื่อสารความรู้ไปยังประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ (ต่อ)

๕.๒.๕ การจัดการอบรมและเวิร์กช็อปสำหรับ อสม. และผู้นำชุมชน โดยเน้นการเรียนรู้แบบปฏิบัติ

๕.๒.๖ ผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การประเมินผลสะท้อนว่าผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นจากการได้รับการดูแลแบบองค์รวม

๕.๒.๗ ความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชนและประชาชนในพื้นที่ให้การยอมรับรูปแบบ PAKNAM Model ว่าเป็นเครื่องมือที่ช่วยสร้างการเปลี่ยนแปลงในชุมชน และมีความตั้งใจที่จะสานต่อโครงการ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๖.๑.๑ ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

๑) รูปแบบ PAKNAM Model สามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะปัญหาคล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหัก

๒) สนับสนุนการทำงานของทีมหมอครอบครัวในชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพอย่างมีระบบ และส่งเสริมบทบาทของ อสม. ในการเป็นแกนนำการสื่อสารด้านสุขภาพ

๖.๑.๒ การพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ

๑) เป็นแนวทางในการสนับสนุนการดำเนินงานภายใต้ระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary Health Care) ที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

๒) ใช้เป็นต้นแบบสำหรับการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ โดยเฉพาะในบริบทของประเทศไทยที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

๖.๑.๓ การพัฒนานวัตกรรมการถ่ายทอดความรู้

๑) สื่อการสอน เช่น คลิปหนังสือและโปสเตอร์ สามารถนำไปใช้ในการอบรม อสม. และประชาชนในชุมชนเพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและจัดการโรคเรื้อรัง

๒) นวัตกรรมเหล่านี้สามารถต่อยอดเป็นเครื่องมือการเรียนการสอนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถาบันการศึกษาที่เกี่ยวข้อง

๖.๒ ผลกระทบ

๖.๒.๑ ผลกระทบเชิงสุขภาพ

๑) ลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุในพื้นที่ที่นำรูปแบบไปใช้

๒) ลดจำนวนการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๖.๒.๒ ผลกระทบเชิงเศรษฐกิจ

๑) ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งในระดับครัวเรือนและระดับระบบสาธารณสุข

๒) เพิ่มความคุ้มค่าของการลงทุนในระบบสุขภาพปฐมภูมิ

๖.๒.๓ ผลกระทบเชิงสังคม

๑) เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข

๒) สร้างความตระหนักรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรังในประชาชน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ (ต่อ)

๖.๒ ผลกระทบ (ต่อ)

๖.๒.๔ ผลกระทบเชิงนโยบาย

รูปแบบนี้สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบสุขภาพสำหรับพื้นที่อื่น ๆ และใช้สนับสนุนนโยบายด้านสุขภาพของประเทศไทย เช่น นโยบาย ๓ หมอ (หมอประจำบ้าน หมอครอบครัว หมอชุมชน)

๖.๒.๕ ผลกระทบต่อความยั่งยืน

เกิดระบบสุขภาพชุมชนที่ยั่งยืน เน้นการพึ่งพาตนเองของชุมชน และการสร้างเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑. การประสานงานระหว่างทีมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การทำงานร่วมกันระหว่างทีมหมอครอบครัว (แพทย์ พยาบาล อสม.) และหน่วยงานต่าง ๆ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายภาคีในชุมชน อาจเกิดความล่าช้าหรือความเข้าใจที่ไม่ตรงกัน แนวทางแก้ไขใช้การประชุมแบบบูรณาการ จัดระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน

๗.๒ ข้อจำกัดด้านทรัพยากร ขาดทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินงาน เช่น ยานพาหนะสำหรับลงพื้นที่ หรือสื่อประชาสัมพันธ์ แนวทางแก้ไขขอการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างคุ้มค่า

๗.๓ ความซับซ้อนของโรคและการจัดการผู้ป่วยหลายโรค การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหัก ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านและการวางแผนการดูแลที่ซับซ้อน แนวทางแก้ไขโดยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในทีม เช่น การอบรมเพิ่มเติม และจัดทำคู่มือการดูแลที่ครอบคลุม

๗.๔ การมีส่วนร่วมของชุมชน การกระตุ้นให้ประชาชนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมและปฏิบัติตามแนะนำ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อาจเป็นเรื่องท้าทาย แนวทางแก้ไขใช้วิธีการสื่อสารที่หลากหลาย เช่น การจัดกิจกรรมเชิงสร้างสรรค์ การให้รางวัลหรือการยกตัวอย่างความสำเร็จในชุมชน

๗.๕ การติดตามและประเมินผล การเก็บข้อมูลในชุมชนเพื่อวัดผลกระทบและประเมินผลสำเร็จของโครงการต้องใช้เวลาและทรัพยากร แนวทางแก้ไขใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันสำหรับการเก็บข้อมูลและติดตามผล รวมถึงการประสานงานกับ อสม. ในการช่วยรวบรวมข้อมูล

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ข้อจำกัดด้านทรัพยากร

๘.๑.๑ บุคลากรไม่เพียงพอ: ทีมหมอครอบครัวบางพื้นที่ขาดบุคลากร เช่น แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้การดำเนินงานไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

๘.๑.๒ งบประมาณจำกัด: ขาดเงินทุนสำหรับกิจกรรม เช่น การผลิตสื่อ การจัดอบรม และการลงพื้นที่ที่เครื่องมือและอุปกรณ์ไม่เพียงพอ อาทิ การขาดอุปกรณ์สำหรับการตรวจติดตามสุขภาพในชุมชน

๘.๒ การขาดความร่วมมือและความเข้าใจในชุมชน การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่เพียงพอ: บางชุมชนมีประชาชนที่ไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ เช่น ไม่เข้าร่วมกิจกรรมที่ทีมหมอครอบครัวจัดขึ้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ (ต่อ)

๘.๓ ปัญหาด้านการประสานงาน

๘.๓.๑ การทำงานร่วมกันของหน่วยงาน: การประสานงานระหว่างหน่วยงานในระดับท้องถิ่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล และเครือข่ายชุมชน อาจขาดประสิทธิภาพ

๘.๓.๒ บทบาทที่ไม่ชัดเจน บางครั้งเกิดความซ้ำซ้อนของหน้าที่หรือความไม่ชัดเจนในการรับผิดชอบของแต่ละภาคส่วน

๘.๔ ปัญหาเชิงเทคนิคในการดูแลผู้สูงอายุ

๘.๔.๑ ความซับซ้อนของการดูแลโรคหลายโรค: ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจ และกระดูกสะโพกหัก ต้องการการดูแลแบบองค์รวมที่อาจขาดแคลนในชุมชน

๘.๔.๒ การดูแลต่อเนื่อง การติดตามผลผู้ป่วยหลังจากการรักษาในโรงพยาบาลอาจไม่ต่อเนื่องเนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาหรือทรัพยากร

๘.๕ การเก็บข้อมูลและประเมินผล

๘.๕.๑ ข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่ทันสมัย: การเก็บข้อมูลผู้ป่วยและผลการดำเนินงานอาจขาดประสิทธิภาพ ทำให้ยากต่อการวางแผนและประเมินผลสำเร็จ

๘.๕.๒ การติดตามผู้ป่วยระยะยาว: ความยากลำบากในการติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ชนบทหรือพื้นที่ที่เข้าถึงยาก

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ เสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน: จัดประชุมหรือเวทีแลกเปลี่ยนเพื่อสร้างความเข้าใจและบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน

๙.๒ พัฒนาศักยภาพบุคลากร: จัดอบรมให้บุคลากรมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

๙.๓ สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน: ใช้ อสม. และผู้นำชุมชนในการช่วยกระตุ้นความสนใจและการมีส่วนร่วมของประชาชน

๙.๔ จัดสรรทรัพยากรเพิ่มเติม: ขอสนับสนุนงบประมาณหรืออุปกรณ์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด

๙.๕ ใช้เทคโนโลยีสนับสนุน: ใช้ระบบออนไลน์หรือแอปพลิเคชันสำหรับการเก็บข้อมูลและติดตามผล

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอในการประชุมวิชาการสมาคมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย” การพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพปฐมภูมิ “DEVELOPMENT OF INNOVATIVE HEALTH SERVICE AND PRIMARY CARE SYSTEM “ ระหว่างวันที่ ๗-๙ สิงหาคม ๒๕๖๗ ณ มหาวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ)


๑๑.๑ นายพนตล ศุภโกศล สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๑๒.ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นายนพดล ศุภโกศล สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นายนพดล ศุภโกศล)

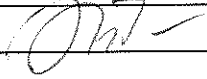
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ)

วันที่ ๑๙ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายนพดล ศุภโกศล	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)..... 

(นายสุทัศน์ สีहन)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

วันที่ ๑๙ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)..... 

(นายสุทัศน์ สีहन)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

วันที่ ๑๙ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวกัน ก็ให้มีผู้รับรองหนึ่งระดับได้

เห็นชอบที่ มส.เสนอ



(นายธีระพงษ์ แก้วอมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑ ๓ ก.พ. ๒๕๖๘

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง แนวทางการบริหารจัดการเก็บรายได้ในสิทธิประกันสังคมและสิทธิ UC สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปทุม อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

๒.๑ หลักการและเหตุผล

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทสำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในระดับชุมชน โดยเฉพาะในสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) และประกันสังคม ซึ่งเป็นแหล่งรายได้สำคัญสำหรับการดำเนินงานของ รพ.สต. อย่างไรก็ตาม การบริหารจัดการเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้จากสองสิทธินี้ยังคงมีความท้าทาย อาทิ ๑) ปัญหาการบริหารจัดเก็บข้อมูล: การรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการในสองสิทธิอาจขาดความครบถ้วนหรือล่าช้าความซับซ้อนของระบบการเบิกจ่าย: กระบวนการเบิกจ่ายที่แตกต่างกันระหว่างสิทธิประกันสังคมและสิทธิ UC ทำให้เกิดความล่าช้าและการเบิกจ่ายที่ไม่เต็มจำนวน ๒) ข้อจำกัดด้านบุคลากรและความรู้: บุคลากรที่เกี่ยวข้องอาจมีความรู้หรือทักษะด้านการบริหารจัดการเก็บรายได้ไม่เพียงพอ จากปัญหาดังกล่าว การพัฒนาหรือปรับปรุงแนวทางการบริหารจัดการเก็บรายได้ของ รพ.สต.ปทุม จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการจาดการด้านรายได้ สร้างความมั่นคงทางการคลัง และสนับสนุนการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ ของ รพ.สต. อย่างยั่งยืน

๒.๒ วัตถุประสงค์

๒.๒.๑ เพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการเก็บรายได้ในสิทธิประกันสังคมและสิทธิ UC ให้มีประสิทธิภาพและทันสมัย

๒.๒.๒ เพื่อเพิ่มรายได้จากการให้บริการในสองสิทธิอย่างเต็มที่

๒.๒.๓ เพื่อพัฒนาบุคลากรของ รพ.สต. ให้มีทักษะและความรู้ในการบริหารจัดการรายได้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

ระบบการบริหารจัดเก็บรายได้ในสิทธิประกันสังคมและสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UC) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นองค์ประกอบสำคัญที่สนับสนุนความมั่นคงทางการเงินการคลังและความยั่งยืนของบริการสุขภาพในระดับชุมชน อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่

๑) ความล่าช้าในการเบิกจ่าย: ระบบการเบิกจ่ายในสิทธิ UC และประกันสังคมมีขั้นตอนที่ซับซ้อน ส่งผลให้เกิดความล่าช้าในการจัดเก็บรายได้ (Kaewboonchoo et al., ๒๐๒๐)

๒) ข้อจำกัดด้านบุคลากร: บุคลากรใน รพ.สต. มีจำนวนจำกัดและอาจไม่มีความเชี่ยวชาญในการบริหารจัดการด้านการเงินและระบบเบิกจ่าย

๓) ความซับซ้อนและการเปลี่ยนแปลงของกฎระเบียบ: การจัดเก็บรายได้ในสิทธิทั้งสองต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบที่มีการปรับเปลี่ยนบ่อยครั้ง ซึ่งอาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดหรือความคลาดเคลื่อน

๔) การเข้าถึงข้อมูล: ระบบข้อมูลของผู้รับบริการในพื้นที่บางครั้งไม่ครอบคลุมหรือไม่สามารถใช้งานร่วมกันระหว่างหน่วยงานได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๒ แนวความคิด

เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว แนวความคิดสำคัญในการพัฒนาระบบบริหารจัดการเก็บรายได้คือการสร้างระบบที่ **"มีประสิทธิภาพ โปร่งใส อย่างมีส่วนร่วม"** โดยอาศัยหลักการดังนี้:

๓.๒.๑ Digital Transformation: ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อเชื่อมโยงข้อมูลผู้รับบริการและระบบเบิกจ่าย เช่น การพัฒนาฐานข้อมูลออนไลน์ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และสำนักงานประกันสังคม

๓.๒.๒ Capacity Building: เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการจัดการรายได้ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิสุขภาพ

๓.๒.๓ Community Engagement: ประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานท้องถิ่นและชุมชน เพื่อให้การบริหารจัดเก็บรายได้มีความครอบคลุมและตอบสนองความต้องการในพื้นที่

๓.๒.๔ Policy Integration: ผนวกแนวทางการบริหารจัดการเก็บรายได้เข้ากับนโยบายระดับจังหวัดหรือระดับเขตสุขภาพ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนในเชิงโครงสร้าง

๓.๓ ข้อเสนอ

๓.๓.๑ พัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูล

๑) จัดทำ ฐานข้อมูลออนไลน์ เชื่อมโยงระหว่าง รพ.สต.ปทุม กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สปสช. และสำนักงานประกันสังคม เพื่อให้การเบิกจ่ายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

๒) ใช้ โปรแกรมสำเร็จรูป หรือ เครื่องมือในการจัดการข้อมูลให้สมบูรณ์ ที่ช่วยลดความซับซ้อนของขั้นตอนการเบิกจ่าย

๓.๓.๒ เสริมสร้างศักยภาพบุคลากร:

๑) จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เกี่ยวกับกระบวนการจัดเก็บรายได้ในสิทธิ UC และประกันสังคม

๒) ส่งเสริมการเรียนรู้ผ่าน คู่มือ และ การประชุมเชิงปฏิบัติการ กับเครือข่าย รพ.สต. อื่น ๆ

๓.๓.๓ สร้างความร่วมมือกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง:

๑) ประสานงานกับทีมคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง อุบลราชธานี เครือข่ายบริการโรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ และงานประกันสังคม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี เพื่อจัดหาทรัพยากรสนับสนุน เช่น แนวทางระเบียบ ข้อมูลงบประมาณ หรือการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีและเครื่องมือการติดตาม และบุคลากรเพิ่มเติม

๒) สร้างเครือข่ายกับ รพ.สต. ในพื้นที่อื่นเพื่อแลกเปลี่ยนแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ยิ่งขึ้น

๓.๓.๔ ติดตามและประเมินผล:

๑) จัดตั้งทีมติดตามผลการดำเนินงาน เพื่อประเมินความสำเร็จของแนวทางที่พัฒนาขึ้น

๒) ใช้ระบบการรายงานผลการเบิกจ่าย เป็นรายเดือนหรือรายไตรมาส

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)
๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัด	แนวทางแก้ไข
๑. บุคลากรไม่เพียงพอ: บุคลากรที่มีอยู่ต้องรับผิดชอบงานหลากหลาย ทำให้ไม่มีเวลาทุ่มเทให้กับการบริหารจัดเก็บรายได้	เสริมบุคลากรชั่วคราว หรือขอการสนับสนุนจากหน่วยงานท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)
๒. การใช้เทคโนโลยีใหม่: บางพื้นที่ขาดความพร้อมด้านเทคโนโลยี หรือมีข้อจำกัดในการเข้าถึงอินเทอร์เน็ต	จัดอบรมการใช้ระบบดิจิทัล พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณสำหรับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน
๓. กฎระเบียบที่เปลี่ยนแปลงบ่อย: การปรับเปลี่ยนกฎระเบียบเกี่ยวกับการเบิกจ่ายอาจทำให้เกิดความสับสน	จัดอบรมต่อเนื่อง และสร้างช่องทางติดต่อกับ สปสช. และสำนักงานประกันสังคม เพื่อขอคำปรึกษาในกรณีที่เกิดปัญหา
๔. การยอมรับของบุคลากรและชุมชน: บางครั้งบุคลากรหรือประชาชนอาจไม่เห็นความสำคัญของระบบใหม่	ใช้การประชาสัมพันธ์ เช่น จัดทำโครงการนำร่อง เพื่อแสดงผลลัพธ์ที่ดีของระบบใหม่ให้เป็นที่ยอมรับ

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- ๔.๑ ระบบบริหารจัดการรายได้ในสิทธิประกันสังคมและสิทธิ UC มีประสิทธิภาพมากขึ้น
๔.๒ รายได้จากสิทธิทั้งสองเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
๔.๓ บุคลากรมีความรู้และทักษะในการบริหารจัดการจัดเก็บรายได้ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมืออาชีพ
๔.๔ การบริหารงานของ รพ.สต. มีความมั่นคงทางการเงิน ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการที่ดีขึ้น

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๕.๑ เชิงปริมาณ

- ๕.๑.๑ อัตราการเบิกจ่ายสำเร็จในสิทธิประกันสังคมและ UC สูงขึ้นอย่างน้อย ๒๐% ภายใน ๑ ปี
๕.๑.๒ จำนวนบุคลากรที่ผ่านการอบรมเพิ่มขึ้น ๑๐๐%

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ บุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบการบริหารจัดการใหม่ในระดับดีมากขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๒.๒ ผู้รับบริการในชุมชนมีความพึงพอใจต่อคุณภาพบริการเพิ่มขึ้นมากกว่า ร้อยละ ๘๕

(ลงชื่อ)

(นายพนพล สุภโกศล)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการ
(วันที่) ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗
ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. ชื่อเรื่อง รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒

ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือนมิถุนายน ๒๕๖๖ ถึง เดือนมิถุนายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑.๑ แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” (Elderly) ได้มีการบัญญัติขึ้นครั้งแรกในประเทศไทยโดย พล.ต.ต.อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร ในการประชุมระหว่างแพทย์อาวุโสและผู้สูงอายุจากวงการต่างๆ เมื่อวันที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๐๕ (สุรกุล เจนอบรม ๒๕๔๑ : ๕) และคำว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุจากอายุจริงที่ปรากฏคือ นับอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไปเป็นเกณฑ์และเป็นวัยผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ ผู้สูงอายุตามคำจำกัดความของมติสมัชชาโลกองค์การสหประชาชาติ ซึ่งมีสมาชิกจากประเทศต่างๆ โดยประชุมที่นครเวียนนา ประเทศออสเตรียเมื่อ พ.ศ. ๒๕๒๕ ให้ความหมายคำว่า ผู้สูงอายุว่าหมายถึงบุคคลที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป และใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก ดังนั้นใครก็ตามเมื่อมีอายุถึง ๖๐ ปี ก็ถือว่าเข้าสู่ความเป็นผู้สูงอายุ

๓.๑.๒ โรคเบาหวาน (Diabetes) คือโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการทำงานของฮอร์โมนที่ชื่อว่า อินซูลิน (Insulin) ซึ่งโดยปกติแล้วร่างกายของคนเราจำเป็นต้องมีอินซูลิน เพื่อนำน้ำตาลในกระแสเลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะสมองและกล้ามเนื้อ ในขณะที่อินซูลินมีความผิดปกติ ไม่ว่าจะเป็นการลดลงของปริมาณอินซูลินในร่างกาย หรือการที่อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายตอบสนองต่ออินซูลินลดลง (หรือที่เรียกว่า ภาวะดื้ออินซูลิน) จะทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลที่อยู่ในกระแสเลือดไปใช้ได้เต็มที่ ประสิทธิภาพ ทำให้มีปริมาณน้ำตาลคงเหลือในกระแสเลือดมากกว่าปกติ เป็นโรคเรื้อรังที่คุกคามสุขภาพของคนทั่วโลก โดยจากรายงานของสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ มีผู้ที่มีอายุ ๒๐-๗๙ ปี เป็นเบาหวานมากถึง ๕๓๗ ล้านคน และเสียชีวิตกว่า ๖.๗ ล้านคน หรือในทุก ๆ ๕ วินาที จะมีผู้เสียชีวิต ๑ คน ขณะเดียวกันก็มีการคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๗๓ จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น ๖๔๓ ล้านคน และอาจเพิ่มเป็น ๗๘๓ ล้านคน ภายในปี พ.ศ. ๒๕๘๘ (IDF Diabetes Atlas, ๒๐๒๒) สอดคล้องกับสถิติโรคเบาหวานในประเทศไทย ที่พบว่า เมื่อปี ๒๕๖๕ พบว่า มีคนไทยที่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ป่วยเบาหวาน ๕ ล้านคน หรือ ๑ ใน ๑๐ และมีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ คนต่อปี ซึ่งในจำนวนนี้มีถึง ๔๐% ที่ไม่รู้ว่าเป็นผู้ป่วย ทำให้อัตราการเสียชีวิตจากโรคเบาหวานในเมืองไทยมีมากถึงวันละ ๒๐๐ คน(สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, ๒๕๖๓) การจัดการโรคเบาหวานและการดูแลตัวเองอาจช่วยป้องกัน และลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานได้

๓.๑.๓ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health Literacy องค์การอนามัยโลก (๑๙๙๘) นิยามว่า ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้และทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนด แรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการ เข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิด สุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อ ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง (Nutbeam, D,๒๐๐๐)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑.๓ แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) (ต่อ)

จากการประกาศกฎบัตร ออตตาวาที่ประเทศแคนาดา ปี ๑๙๘๖ ได้บัญญัติว่า “การส่งเสริมสุขภาพ” หรือ “HEALTH PROMOTION” (จิระนันท์ พันธุ์ทอง, ๒๕๖๐) หมายถึง “ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่ม สมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ และสังคม” บุคคล และกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอก และตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือ ปรับตนให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ลดปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดมะเร็ง การขาดการออกกำลังกาย การขาดจิตสำนึกในเรื่องของความปลอดภัย ทำให้เกิด อุบัติเหตุ หลีกเลียงจากสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษที่เป็นสาเหตุที่ทำลายสุขภาพ ขณะเดียวกันก็ให้ความสำคัญ หรือเน้นให้การเพิ่มในด้านปัจจัยส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายมากขึ้น รับประทานอาหารที่มี ประโยชน์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี

๓.๑.๔ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓ อ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพซึ่งเกิดขึ้นทั้งภายใน (Covert Behavior) และภายนอก (Overt Behavior) พฤติกรรมสุขภาพจะรวมถึง การปฏิบัติที่สังเกตได้และการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตไม่ได้ แต่สามารถวัดได้ว่าเกิดขึ้น พฤติกรรมภายในเป็นปฏิกิริยาภายในตัวบุคคลมีทั้งเป็นรูปธรรมและนามธรรม ที่เป็นรูปธรรมซึ่งสามารถใช้เครื่องมือบางอย่างเข้าวัดหรือสัมผัสได้ เช่น การเต้นของหัวใจ การบีบตัวของลำไส้ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปฏิกิริยาที่มีอยู่ตามสภาพของร่างกาย ส่วนที่เป็นนามธรรม ได้แก่ ความคิด ความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม เป็นต้น พฤติกรรมภายในนี้ไม่สามารถสัมผัสหรือวัดได้ด้วยเครื่องมือต่างๆ เพราะไม่มีตัวตน จะทราบได้เมื่อแสดงพฤติกรรมออกมา พฤติกรรมภายนอกเป็นปฏิกิริยาต่างๆ ของบุคคลที่แสดงออกมาทั้งทางวาจาและการกระทำ ซึ่งปรากฏให้บุคคลอื่นเห็นหรือสังเกตได้ เช่น ท่าทางหรือคำพูดที่แสดงออกไม่ว่าจะเป็นน้ำเสียง สีหน้า (มงคล การุณ, ๒๕๕๕)

พฤติกรรมสุขภาพ ๓ อ. ๒ ส. มีดังนี้

๑) อาหาร สถานการณ์พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมที่สำคัญ ๔ ด้าน ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคเบาหวาน คือ ๑) การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ๒) การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ๓) การบริโภคยาสูบ ๔) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่ง ๔ พฤติกรรมนี้ก่อปัญหาสุขภาพมหาดศาล (ทักษพล ธรรมรังสี, ๒๕๕๗)

๒) ออกกำลังกาย นิยามการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ (ทักษพล ธรรมรังสี, ๒๕๕๗) กิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายในอิริยาบถต่าง ๆ จากการทำงานของกล้ามเนื้อ ซึ่งก่อให้เกิดการใช้และเผาผลาญพลังงาน โดยสามารถแบ่งประเภทของกิจกรรมทางกาย เป็นดังนี้

๓) อารมณ์ จากการศึกษาจากแคนาดาในผู้ใหญ่ชายหญิง ๑๗๐๐ กว่าคน ติดตามตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๓๘ เป็นเวลาอย่างน้อย ๑๐ ปี พบว่า คนที่อารมณ์ ยิ้มรับเครียดได้ มีโอกาสเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หัวใจขาดเลือด หรือกล้ามเนื้อหัวใจตายลดลง ร้อยละ ๒๒

๔) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ หรือยาเส้น

๕) พฤติกรรมการดื่มสุรา และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ลด ละ เลิกการดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

โดยสรุป พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก ๓อ.๒ส. ประกอบด้วย อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ และการผ่อนคลายความเครียด พฤติกรรม ละ ละ เลิกสูบบุหรี่ และเลิกการดื่มสุรา เป็นหลักปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑ ความรู้ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

๓.๑.๕ แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ในปัจจุบันนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นที่รู้จักและได้รับการกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวาง และยิ่งไปกว่านั้นยังได้ถูกนำไปใช้เป็นเครื่องมือสำหรับการพัฒนาในชุมชน สถานศึกษา สถาบัน หรือองค์กรต่าง ๆ ทั้งในภาครัฐและเอกชนของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น เป็นลำดับ การวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็นการศึกษารวบรวม หรือการแสวงหาข้อเท็จจริงโดยใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุป อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ทั้งในด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในขอบข่ายที่รับผิดชอบ โดยผู้ศึกษาสามารถดำเนินการได้หลายๆ ครั้ง จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือแก้ไขปัญหาที่ประสบอยู่ได้สำเร็จ โดยกำหนดขั้นตอนของการวิจัยประกอบด้วยการวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนกลับ (Reflection)

๓.๑.๙ ความรู้ด้านการดำเนินการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัยและการเผยแพร่งานวิจัย

๓.๒ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๒.๑ ความชำนาญเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

๓.๒.๒ ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวาน

๓.๒.๓ ความเชี่ยวชาญในการเป็นวิทยากรให้ความรู้แก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย

๓.๒.๔ ความชำนาญในการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

๓.๒.๕ ความชำนาญในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิง

คุณภาพ

๓.๒.๖ ความชำนาญในการวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๒.๗ ความชำนาญในการเขียนรายงานการวิจัย

๓.๒.๘ ความชำนาญในการนำเสนอผลงานวิชาการและการเผยแพร่งานวิจัย

๓.๓ ประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๓.๑ ประสบการณ์ในการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน

๓.๓.๒ ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานในชุมชน

๓.๓.๓ ประสบการณ์ในการเป็นวิทยากรให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ

๓.๓.๔ ประสบการณ์ด้านการดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

๓.๓.๕ ประสบการณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิง

คุณภาพ

๓.๓.๖ ประสบการณ์ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล

๓.๓.๗ ประสบการณ์ในการเขียนรายงานการวิจัย

๓.๓.๘ ประสบการณ์ในการนำเสนอผลงานวิชาการและการเผยแพร่งานวิจัย

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)
๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ สรุปสาระสำคัญ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ แบ่งการศึกษาเป็น ๒ ระยะคือ ระยะเตรียมการ มีจำนวนตัวอย่าง ๑๒๖ คน และระยะดำเนินการวิจัย มีจำนวนตัวอย่าง ๕๐ คน โดยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี ๓ ชุด คือ แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยหาความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ค่า IOC ๐.๖๗ - ๑.๐๐ และค่าความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ๐.๘๒-๐.๘๖ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพ และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเลือด ก่อนและหลังการพัฒนาด้วยสถิติ Paired sample t-test และสถิติ Wilcoxon sign ranks test กำหนดระดับความเชื่อมั่นทางสถิติที่ p น้อยกว่า ๐.๐๕ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประกอบด้วยขั้นตอนของรูปแบบ ๖ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) มั่นใจตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง ๒) เข้าใจเข้าถึงโรคเบาหวาน ๓) สื่อสารและตัดสินใจทางสุขภาพ ๔) ตั้งเป้าหมาย/กำหนดทิศทางปรับเปลี่ยนตนเอง ๕) ปฏิบัติต่อเนื่องสู่ผลลัพธ์สุขภาพดี ๖) บอกต่อเส้นทางสุขภาพดี เมื่อผ่านกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและประเมินประสิทธิผล พบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนายังมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงหลังการพัฒนายังมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < ๐.๐๐๑$)

สรุป: รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ควรเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานและขยายผลต่อไปยังกลุ่มอื่น

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน

๔.๒.๑ หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันพบว่าแนวโน้มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมีจำนวนมากขึ้น อำเภอเมืองอุบลราชธานี มีผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาในสถานพยาบาลเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาชริราลงกรณ ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ ทั้งสิ้นจำนวน ๙,๔๘๖ ราย เป็นผู้สูงอายุ จำนวน ๑,๘๙๒ ราย คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๙๔ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ มีจำนวน ๑,๒๘๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๐๘ (HDC, ๒๕๖๖) ซึ่งเป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อาจทำให้มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย และภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และระบบประสาท เป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำมาสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่ง WHO ได้กล่าวว่า หากประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้นการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานจึงมีความสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีและก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกัน (สมจิตต์ สีนุชชัย และคณะ, ๒๕๖๔)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๒.๑ หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) หรือ ความแตกฉานด้านสุขภาพ (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๕๙; นภาพร วาณิชยกุลและสุชาดา ภัทรมงคลฤทธิ์, ๒๕๕๖) เป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ได้อยู่เสมอ (World Health Organization [WHO], ๑๙๙๘) เป็นความรู้ และความสามารถด้านสุขภาพของบุคคลในการกลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เลือกใช้บริการและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างเหมาะสม (กระทรวงสาธารณสุข, ๒๕๖๐) ความรู้ด้านสุขภาพส่งผลให้บุคคลมีความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถในการเข้าถึงทำความเข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อนำไป ใช้ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพเพื่อดำรงและพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้ดีขึ้น โดยองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพ มี ๓ ระดับ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ขั้นปฏิสัมพันธ์ และขั้นวิจารณ์ญาณ (สมจิตต์ สินธุ และคณะ, ๒๕๖๔) ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองในโรคเบาหวาน ซึ่งสำคัญในการดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือ การจัดการตนเอง (Diabetic self-management education) เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต มีหลักฐานเชิงประจักษ์ แสดงว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนการจัดการตนเองจะสามารถควบคุมค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมได้ผู้ป่วยโรคเบาหวานจึงต้องมีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอที่จะแสวงหาความรู้ ทำความเข้าใจ ประยุกต์ใช้ความรู้ และทักษะในการ ตัดสินใจแก้ปัญหา การจัดการตนเองให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจะสูงขึ้นในผู้ป่วยที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ

เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวานคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ จะทำให้มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดใหญ่ ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคของหลอดเลือดแดงส่วนปลาย และภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และระบบประสาท ซึ่งผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๗๕ หากประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพสูงจะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ดังนั้น การมีความรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงจึงมีความสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่ดีและก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีด้วยเช่นกัน จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ พบว่าการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพด้วยการอบรมจัดการเรียนรู้ การฝึกทักษะความรู้ความเข้าใจ การฝึกฝนทักษะการคิด การพูด การฟัง การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร เพื่อการใช้สื่อสารทางด้านสุขภาพกับครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งที่สามารถทักษะทางด้านสังคม การตัดสินใจแก้ปัญหา และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ได้ ร่วมกับการ ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจ ทำให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (Runtpongsai P, La Kampan S, Piyapinyo P, ๒๐๑๖) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนา รูปแบบการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๒.๒ วัตถุประสงค์ของการวิจัย

๑) เพื่อศึกษาบริบทการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๒) เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๓) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๔.๒.๓ ขอบเขตการวิจัย

พื้นที่ ศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จำนวน ๒๐ แห่ง

เนื้อหา พัฒนารูปแบบ และประเมินรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากร ผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาในสถานพยาบาลเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาล ๕๐ พรรฆามหาวิทยาลัยราชภัฏ งบประมาณ ๒๕๖๖ และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ในช่วงระยะเวลาระหว่าง เดือน เมษายน ๒๕๖๖-มิถุนายน ๒๕๖๖ จำนวน ๑,๒๘๘ ราย

ระยะเวลา ทำการศึกษาตั้งแต่ เดือน เมษายน ๒๕๖๖ ถึง เดือนเมษายน ๒๕๖๗ รวม ๑ ปี

๔.๒.๔ วิธีดำเนินการวิจัย

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) ๒ วงรอบ ดังนี้

ระยะที่ ๑ เตรียมการวิจัย (Pre-research phase)

ศึกษาบริบทการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

ระยะที่ ๒ ระยะดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

การสร้างและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๒.๔ วิธีดำเนินการวิจัย (ต่อ)

วงรอบที่ ๑ : ร่างรูปแบบ

ขั้นที่ ๑ การวางแผน (Planning)

๑.๑ การจัดประสบการณ์ให้ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันวางแผนจัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านความรู้ และประสบการณ์ของผู้ร่วมวิจัยให้มีการถ่ายทอดออกมาด้วยวิธีการสนทนากลุ่มมีผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยการ สอดคล้องการใช้เทคนิคการทบทวนก่อนการปฏิบัติงาน (Before Action Research)

๑.๒ ร่างรูปแบบและแผนปฏิบัติการตามรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

ขั้นที่ ๒ การปฏิบัติการ (Action)

นำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบไปปฏิบัติ ดำเนินการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับ ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโสม อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๒.๑ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access sel) ๒.๒ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (Cognitiver shall) ๒.๓ การโต้ตอบ ชักถาม แลกเปลี่ยน (Interogation skill) ๒.๔ ทักษะการตัดสินใจ (Decision shall)

๒.๕ การเปลี่ยนพฤติกรรม (Change the behavior shall) ๒.๖ การบอกต่อ (Telling shall)

ขั้นที่ ๓ สังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

ติดตาม สนับสนุน สังเกต การดำเนินงาน

ขั้นที่ ๔ สะท้อนผลปฏิบัติ (Reflection)

๔.๑ วัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ๔.๒ ประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

วงรอบที่ ๒ : ประเมินรูปแบบและผลของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี

ขั้นที่ ๑ การวางแผน (Planning)

๑.๑ ปรับปรุงชุดกิจกรรมตามการสะท้อนผลหลังการปฏิบัติงาน (AAR) และทบทวนก่อนปฏิบัติงาน (BAR)

๑.๒ ปรับปรุงกิจกรรมสื่อและอุปกรณ์ในการทำกิจกรรม

ขั้นที่ ๒ การปฏิบัติการ (Action)

ดำเนินการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ขั้นที่ ๓ สังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

ติดตาม สนับสนุน สังเกต การดำเนินงาน ประเมินผล การทดสอบประสิทธิภาพรูปแบบ

ทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน

๔๕ คน ดังนี้

๓.๑ ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโสม อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๓.๒ ประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือด

๓.๓ ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีต่อรูปแบบ

ขั้นที่ ๔ สะท้อนผลปฏิบัติ (Reflection)

๔.๑ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ / ถอดบทเรียน

๔.๒ วิเคราะห์ปัจจัยความสำเร็จ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๒.๕ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาบริบทผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๔ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ หรือให้เติมคำตอบลงในช่องว่างที่ระบุ จำนวน ๕ ข้อ ประกอบด้วยคำถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ วุฒิการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน

ส่วนที่ ๒ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำนวน ๖ ด้าน ประกอบด้วย

๒.๑ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ (Cognitive skill) เกี่ยวกับโรคเบาหวานเป็นแบบเลือกคำตอบที่ถูกต้องจำนวน ๒๐ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน (คะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน) แต่ละข้อคำถาม มี ๔ ตัวเลือก ตอบถูกได้ ๑ คะแนน ตอบผิดได้ ๐ คะแนน (ค่าความเชื่อมั่น KR-๒๐=๐.๗๘)

๒.๒ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill)

๒.๓ การโต้ตอบ ซักถาม แลกเปลี่ยน (Interrogation skill)

๒.๔ ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill)

๒.๕ การเปลี่ยนพฤติกรรม (Change the behavior skill)

๒.๖ การบอกต่อ (Telling skill)

แบบสอบถามส่วนที่ ๒.๒ - ๒.๖ มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า ๕ ระดับ คือปฏิบัติทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นานๆครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำถามที่มีลักษณะเชิงบวก

คำถามที่มีลักษณะเชิงลบ

ปฏิบัติทุกครั้ง	๕ คะแนน	ปฏิบัติทุกครั้ง	๑ คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	๔ คะแนน	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	๒ คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	๓ คะแนน	ปฏิบัติบางครั้ง	๓ คะแนน
ปฏิบัตินานๆครั้ง	๒ คะแนน	ปฏิบัตินานๆครั้ง	๔ คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	๑ คะแนน	ไม่ได้ปฏิบัติ	๕ คะแนน

แล้วนำคะแนนรวมทุกข้อ มาแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็น ๓ ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งตามอันตรภาคชั้นที่กำหนดจากค่าพิสัยที่คำนวณได้ (Best & Khan, ๑๙๘๙) ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนชั้นที่ต้องการแบ่ง}} = \frac{๕-๑}{๓} = ๑.๓๓$$

ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย ๓.๖๗-๕.๐๐
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย ๒.๓๔-๓.๖๖
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย ๐-๒.๓๓

ส่วนที่ ๓ ความต้องการเรียนรู้ด้านสุขภาพ เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อสอบถาม ความต้องการเรียนรู้ด้านสุขภาพ และวิธีการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ส่วนที่ ๔ ข้อเสนอแนะอื่นๆ เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อสอบถามความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะอื่นๆ

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน (ต่อ)

๔.๒ ขั้นตอนการดำเนินงาน (ต่อ)

๔.๒.๕ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๒. เครื่องมือที่ใช้ในการสร้างและพัฒนารูปแบบและผลของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองอุบลราชธานี ใช้แบบสัมภาษณ์ปลายเปิด และแบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

๓. เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบ ได้แก่

๓.๑ ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกระโสม อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๓.๒ ประเมินผลระดับน้ำตาลในเลือด

๓.๓ ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีต่อรูปแบบ

ระดับคะแนน ๕ หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

ระดับคะแนน ๔ หมายถึง พึงพอใจมาก

ระดับคะแนน ๓ หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

ระดับคะแนน ๒ หมายถึง พึงพอใจน้อย

ระดับคะแนน ๑ หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

การกำหนดช่วงคะแนนและแปลความหมายค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๔.๕๑ – ๕.๐๐ หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด (ดีมาก)

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๓.๕๑ – ๔.๕๐ หมายถึง พึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๒.๕๑ – ๓.๕๐ หมายถึง พึงพอใจปานกลาง

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๑.๕๑ – ๒.๕๐ หมายถึง พึงพอใจน้อย

ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ ๑.๐๐ – ๑.๕๐ หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด

๔.๒.๖ การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

๑) ข้อมูลเชิงปริมาณ

รวบรวมข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ ๐.๐๕ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

๑.๑) สถิติเชิงพรรณนาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ จำนวนความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๑.๒) สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistic) ใช้สถิติ Paired Samples t – test เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกภายในกลุ่ม โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๕

๒) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๕.๑.๑ รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ประกอบด้วยขั้นตอนของรูปแบบ ๖ ขั้นตอน ได้แก่ ๑) มั่นใจตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลง ๒) เข้าใจเข้าใจถึงโรคเบาหวาน ๓) สื่อสารและตัดสินใจทางสุขภาพ ๔) ตั้งเป้าหมาย/กำหนดทิศทางปรับเปลี่ยนตนเอง ๕) ปฏิบัติต่อเนื่องสู่ผลลัพธ์สุขภาพดี ๖) บอกต่อเส้นทางสุขภาพดี

๕.๑.๒ เมื่อผ่านกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและประเมินประสิทธิผล พบว่า ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงหลังการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

สรุป : รูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ช่วยให้ผู้สูงอายุควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ควรเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเบาหวานและขยายผลต่อไปยังกลุ่มอื่น

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพสะท้อนถึงความสามารถของรูปแบบในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ รูปแบบยังมีศักยภาพในการนำไปขยายผลในกลุ่มเป้าหมายอื่นที่ประสบปัญหาคล้ายคลึงกันในชุมชน

๕.๒.๑ การเปลี่ยนแปลงด้านความคิดและทัศนคติ

- ๑) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการจัดการตนเอง
- ๒) ผู้เข้าร่วมโครงการมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกายสม่ำเสมอ และการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด
- ๓) ผู้สูงอายุสามารถจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองได้ดีขึ้น โดยใช้ความรู้ที่ได้รับจากกระบวนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๕.๒.๒ ความเข้าใจและทักษะการดูแลสุขภาพ

- ๑) ผู้สูงอายุเข้าใจธรรมชาติของโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ มากขึ้น รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระดับน้ำตาลในเลือด
- ๒) มีทักษะในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์และสามารถตัดสินใจเลือกวิถีดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับตนเอง

๕.๒.๓ ความตระหนักและแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลง

ผู้สูงอายุแสดงความตั้งใจและความมุ่งมั่นที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง โดยได้รับแรงจูงใจจากการเห็นผลลัพธ์ที่ดีขึ้นของสุขภาพ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือดที่ลดลง

๕.๒.๔ ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วม

- ๑) ผู้เข้าร่วมโครงการและครอบครัวแสดงความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เนื่องจากมองว่าเป็นแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ง่ายและได้ผลจริง
- ๒) ชุมชนและครอบครัวมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น การช่วยเตรียมอาหารที่เหมาะสมและสนับสนุนการออกกำลังกาย

๕.๒.๕ การแบ่งปันความรู้และแนวปฏิบัติ ผู้เข้าร่วมโครงการบางส่วนเริ่มถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ด้านการดูแลสุขภาพไปยังผู้ป่วยรายอื่นในชุมชน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ การนำไปใช้ประโยชน์

๖.๑.๑ การใช้ในระบบบริการสุขภาพระดับชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถนำรูปแบบไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมกลุ่ม เช่น การให้ความรู้ การเสริมสร้างทักษะสุขภาพ และการติดตามผลในระยะยาว

๖.๑.๒ การขยายผลในชุมชน ใช้รูปแบบนี้ในการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ครอบครัว และผู้ป่วยรายอื่น ๆ เป็นต้นแบบในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน เช่น การสร้างชมรมผู้ป่วยเบาหวาน

๖.๑.๓ การประยุกต์ใช้ในงานวิจัยและการศึกษา รูปแบบนี้สามารถใช้เป็นกรณีศึกษาในการอบรมบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล นักโภชนาการ และนักส่งเสริมสุขภาพ ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนางานวิจัยเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ

๖.๒ ผลกระทบ

๖.๒.๑ ผลกระทบต่อผู้ป่วย

๑) ผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้สามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

๒) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นจากการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ

๖.๒.๒ ผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน

๑) ครอบครัวมีส่วนร่วมมากขึ้นในการดูแลและสนับสนุนสุขภาพของผู้ป่วย สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีในครัวเรือน

๒) ชุมชนมีการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งเพื่อช่วยเหลือและแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล

๖.๒.๓ ผลกระทบต่อระบบสุขภาพ

๑) ลดภาระการดูแลรักษาในสถานพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยสามารถจัดการโรคได้ด้วยตนเองที่บ้าน

๒) ช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในระยะยาวจากการลดจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

๖.๒.๔ ผลกระทบเชิงนโยบาย

รูปแบบนี้สามารถนำไปพัฒนานโยบายระดับท้องถิ่นหรือจังหวัดในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง เป็นต้นแบบของนวัตกรรมที่สนับสนุนเป้าหมายด้านสุขภาพของประเทศ เช่น การลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมไม่ได้

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ความยุ่งยากในการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

๑) ข้อจำกัดด้านข้อมูล: การระบุและคัดกรองผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำเป็นต้องพึ่งพาข้อมูลที่ถูกต้องจากระบบบริการสุขภาพ ซึ่งบางพื้นที่มีการจัดเก็บข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่อัปเดต

๒) การสร้างความเข้าใจ: ผู้ป่วยบางรายหรือครอบครัวไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในโครงการ ทำให้เกิดการปฏิเสธหรือไม่สนใจเข้าร่วม

๗.๒ ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและบุคลากร

๑) จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ: เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมักมีภาระงานจำนวนมาก ทำให้มีเวลาจำกัดในการดำเนินโครงการอย่างครบถ้วน

๒) ทักษะของบุคลากร: บุคลากรบางรายขาดความเชี่ยวชาญในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ หรือทักษะในการจัดกระบวนการกลุ่ม

๗.๓ การสร้างความต่อเนื่องในกระบวนการ

๑) ความไม่สม่ำเสมอในการเข้าร่วม: ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องเนื่องจากปัญหาสุขภาพ การเดินทาง หรือภาระครอบครัว

๒) ความยากลำบากในการติดตามผล: หลังจากสิ้นสุดโครงการ การติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยในระยะยาวเป็นเรื่องท้าทาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกล

๗.๔ ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม

๑) ความเชื่อและวิถีชีวิต: ผู้สูงอายุบางรายยังคงยึดถือความเชื่อดั้งเดิมเกี่ยวกับการรักษาโรค เช่น การใช้ยาสมุนไพรหรือการรักษาพื้นบ้าน ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับแนวทางสุขภาพที่โครงการนำเสนอ

๒) ความเข้าใจที่หลากหลาย: ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันในกลุ่มเป้าหมายทำให้เกิดความยากลำบากในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง

๗.๕ ปัญหาด้านงบประมาณ

การดำเนินกิจกรรมบางส่วนต้องใช้ทรัพยากร เช่น วัสดุอุปกรณ์ในการอบรม หรือค่าเดินทางของผู้ป่วย ซึ่งอาจมีงบประมาณจำกัดในการจัดการ

แนวทางแก้ไข

๑. การจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ: ใช้ระบบฐานข้อมูลสุขภาพชุมชนที่ทันสมัยและเชื่อมโยงกับหน่วยงานท้องถิ่น

๒. การเสริมทักษะบุคลากร: อบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้เฉพาะด้านเกี่ยวกับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ

๓. การสร้างเครือข่ายสนับสนุน: ดึงครอบครัว อสม. และชุมชนเข้ามา มีบทบาทในการสนับสนุนและติดตามผล

๔. การปรับกิจกรรมให้ยืดหยุ่น: จัดกิจกรรมที่สามารถปรับตามความต้องการและความสะดวกของกลุ่มเป้าหมาย

๕. การระดมทรัพยากรเพิ่มเติม: หางบประมาณสนับสนุนจากองค์กรภายนอกหรือภาคีเครือข่ายสุขภาพการระบุและจัดการกับความยุ่งยากเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพของการดำเนินโครงการและขยายผลในระยะยาว

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ ข้อจำกัดด้านข้อมูล

ข้อมูลผู้ป่วยไม่ครบถ้วนหรือไม่อัปเดต ทำให้การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายล่าช้า

๘.๒ ทรัพยากรบุคลากร

เจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก ขาดเวลาและทักษะเฉพาะด้านในการดำเนินโครงการ

๘.๓ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย

๑) ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง เนื่องจากสุขภาพหรือภาระส่วนตัว
ปัจจัยทางวัฒนธรรมและความเชื่อ

๒) ผู้ป่วยบางรายยังยึดถือวิธีการรักษาแบบดั้งเดิมที่ไม่สอดคล้องกับแนวทางโครงการ

๘.๔ งบประมาณ ทรัพยากรและงบประมาณจำกัด ไม่เพียงพอต่อการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ข้อเสนอแนะสำหรับการดำเนินโครงการในอนาคต

๑) การจัดการข้อมูล พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยที่ทันสมัยและเข้าถึงได้ง่าย เพื่อสนับสนุนการคัดกรองและติดตามผลที่มีประสิทธิภาพ

๒) การอบรมบุคลากร จัดการอบรมเจ้าหน้าที่ด้านการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินโครงการ

๓) การมีส่วนร่วมจากชุมชน ส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและ อสม. ในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ

๔) การปรับกิจกรรมให้เหมาะสม ออกแบบกิจกรรมที่ยืดหยุ่นต่อเวลาและความสะดวกของกลุ่มเป้าหมาย เพื่อลดปัญหาการขาดความต่อเนื่องในการเข้าร่วม

๕) การจัดหาทรัพยากร
หาทุนสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐหรือเอกชน และสร้างความร่วมมือกับองค์กรในพื้นที่เพื่อสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์

๙.๒ ข้อเสนอแนะสำหรับการขยายผล

๑) การขยายไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่น นำรูปแบบไปปรับใช้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง หรือโรคไตเรื้อรัง

๒) การสร้างเครือข่ายสุขภาพ จัดตั้งชมรมหรือเครือข่ายผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และสนับสนุนซึ่งกันและกัน

๓) การวิจัยต่อยอด ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของรูปแบบอย่างละเอียด และประเมินผลในระยะยาวเพื่อพัฒนาแนวทางที่ยั่งยืน

๔) การผลักดันเชิงนโยบาย เสนอให้หน่วยงานสาธารณสุขระดับจังหวัดหรือเขตนำรูปแบบไปบรรจุในแผนงานเชิงนโยบาย เพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพในระดับชุมชน

๙.๓ ข้อเสนอแนะเชิงระบบ

๑) การสนับสนุนจากภาครัฐ ขอกการสนับสนุนงบประมาณระยะยาวจากกระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการโครงการในพื้นที่อื่น ๆ

๒) การส่งเสริมการเรียนรู้ต่อเนื่อง ใช้สื่อดิจิทัลหรือแอปพลิเคชันในการเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มช่องทางการเรียนรู้และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน(ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง) (ต่อ)

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

นำเสนอในการประชุมวิชาการสมาคมสาธารณสุขแห่งประเทศไทย"การพัฒนานวัตกรรมบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพปฐมภูมิ "DEVELOPMENT OF INNOVATIVE HEALTH SERVICE AND PRIMARY CARE SYSTEM " ระหว่างวันที่ ๗-๙ สิงหาคม ๒๕๖๗ ณ มหาวิทยาลัยนครพนม จังหวัดนครพนม

๑๑. สักส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุรายละเอียด) นายวิทิน สร้อยเพชร สักส่วนของผลงาน ร้อยละ ๘๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------|-----------|
| ๑๑.๑ นายวิทิน สร้อยเพชร | สักส่วนของผลงาน | ร้อยละ ๘๐ |
| ๑๑.๒ นายอุทัย นิปีการสุนทร | สักส่วนของผลงาน | ร้อยละ ๑๐ |
| ๑๑.๓ นางสาวกัญญารัตน์ กัญยะกาญจน์ | สักส่วนของผลงาน | ร้อยละ ๑๐ |

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายวิทิน สร้อยเพชร)




(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการ

วันที่ ๑๙ เดือนพฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าสักส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
๑. นายวิทิน สร้อยเพชร	
๒. นายอุทัย นิปีการสุนทร	
๓. นางสาวกัญญารัตน์ กัญยะกาญจน์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นายสุทัศน์ สีทน)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

วันที่ ๑๙ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....

(นายสุทัศน์ สีทน)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

วันที่ ๑๙ เดือน พฤศจิกายน พ.ศ.๒๕๖๖

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป เห็นชอบตามเสนอ

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกระดับ
เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

๑๓ ก.พ. ๒๕๖๘

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง แนวทางการส่งเสริมการบริโภคอาหารพร่องแป้ง (Low Carb Diet) เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

๒.๑ หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคอ้วน กลายเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในทุกช่วงวัย สาเหตุสำคัญหนึ่งคือพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการบริโภคอาหารที่มีปริมาณแป้งและน้ำตาลสูงเกินความต้องการของร่างกาย (Hall & Guo, ๒๐๑๗)

อาหารพร่องแป้ง (Low Carb Diet) เป็นแนวทางโภชนาการที่เน้นลดปริมาณคาร์โบไฮเดรตและเพิ่มการบริโภคโปรตีนและไขมันดี ซึ่งได้รับการพิสูจน์จากการศึกษาหลายแห่งว่าสามารถช่วยลดน้ำหนัก ลดระดับน้ำตาลในเลือด และปรับสมดุลของไขมันในเลือด ส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อโรค NCDs ได้อย่างมีนัยสำคัญ (De Bruin, ๒๐๑๘)

๒.๒ วัตถุประสงค์

๒.๒.๑ เพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการบริโภคอาหารพร่องแป้ง (Low Carb Diet) สำหรับประชาชนในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก

๒.๒.๒ เพื่อเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับอาหารพร่องแป้งและประโยชน์ต่อสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย

๒.๒.๓ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชนในพื้นที่

๒.๒.๔ เพื่อสร้างต้นแบบการดูแลสุขภาพในระดับชุมชนที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นได้

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๑ บทวิเคราะห์

การส่งเสริมการบริโภคอาหารพร่องแป้ง (Low Carb Diet) เป็นแนวทางที่ได้รับความนิยมมากขึ้นในการลดความเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) โดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ จากการศึกษาหลายฉบับพบว่าอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตต่ำสามารถช่วยควบคุม น้ำหนัก ลดระดับน้ำตาลในเลือด และปรับสมดุลไขมันในร่างกายได้ (Hall & Guo, ๒๐๑๗) อย่างไรก็ตาม การนำเสนอและส่งเสริมการบริโภคอาหารพร่องแป้งในระดับชุมชนจำเป็นต้องพิจารณาถึงปัจจัยหลายด้าน เช่น ความรู้และความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับอาหารชนิดนี้ รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่อาจจะเป็นเรื่องยากในบางกลุ่ม

๓.๒ แนวความคิด

การส่งเสริมการบริโภคอาหารพร่องแป้งควรดำเนินการผ่านการให้ข้อมูลและการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยไม่เพียงแต่ให้ความรู้ในเชิงทฤษฎี แต่ต้องมีการฝึกปฏิบัติในการเลือกและปรุงอาหารในชีวิตประจำวัน เช่น การสอนวิธีการปรุงอาหารที่ลดการใช้แป้งหรือการทดแทนแป้งด้วยอาหารที่มีไฟเบอร์สูง ซึ่งผลการศึกษาในหลายๆ แห่งชี้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของอาหารพร่องแป้งจะช่วยให้ประชาชนปรับตัวได้ง่ายขึ้น (De Bruin, ๒๐๑๘)

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

๓.๓ ข้อเสนอ

๓.๑.๑ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การทำงานร่วมกับหน่วยงานท้องถิ่นในการจัดอบรมหรือการจัดงานที่เน้นการเลือกและปรุงอาหารพร้อมแบ่งเพื่อสร้างการรับรู้แก่ประชาชนในพื้นที่

๓.๑.๒ การสนับสนุนการผลิตและจัดจำหน่ายอาหารพร้อมแบ่ง โดยการส่งเสริมให้มีร้านค้าหรือผู้ผลิตที่นำเสนอเมนูอาหารพร้อมแบ่งในพื้นที่

๓.๑.๓ การใช้สื่อท้องถิ่น เช่น วิทยุหรือสื่อออนไลน์ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารพร้อมแบ่งและประโยชน์ที่ได้รับ

๓.๔ ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๓.๔.๑ ข้อจำกัดด้านความเข้าใจของประชาชน: บางกลุ่มอาจยังไม่เข้าใจถึงประโยชน์ของอาหารพร้อมแบ่ง และอาจเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นเรื่องยาก

แนวทางแก้ไข: ใช้การอบรมและกิจกรรมที่มีส่วนร่วมอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มความเข้าใจผ่านตัวอย่างการปรุงอาหารจริง หรือการนำเสนอข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ

๓.๔.๒ ข้อจำกัดด้านต้นทุนในการเปลี่ยนแปลงอาหาร: อาหารพร้อมแบ่งบางชนิดอาจมีราคาสูงกว่าการบริโภคอาหารทั่วไป

แนวทางแก้ไข: พิจารณาสับสนุนโครงการหรือการจัดทำอาหารพร้อมแบ่งในราคาย่อมเยา หรือการสนับสนุนจากภาครัฐในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเลือกซื้ออาหารพร้อมแบ่งในราคาประหยัด

๓.๔.๓ ข้อจำกัดทางวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร: บางชุมชนอาจมีวัฒนธรรมการกินแบ่งที่ฝังรากลึก

แนวทางแก้ไข: การสร้างการรับรู้ที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับท้องถิ่น และสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเห็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอาหาร

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

การส่งเสริมการบริโภคอาหารพร้อมแบ่ง (Low Carb Diet) ในชุมชนผ่านการศึกษาและกิจกรรมต่างๆ มีผลที่คาดว่าจะได้รับดังนี้:

๔.๑ ลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs)

การส่งเสริมการบริโภคอาหารพร้อมแบ่งจะช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคอ้วน โดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงจากปัจจัยด้านอาหารที่ไม่เหมาะสม (Hall & Guo, ๒๐๑๗)

๔.๒ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของประชาชน

ประชาชนจะเริ่มเข้าใจถึงประโยชน์ของการลดการบริโภคแป้งและน้ำตาลในชีวิตประจำวัน และสามารถนำไปปรับใช้ได้ในชีวิตประจำวัน โดยการเลือกบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตต่ำ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะยาว (De Bruin, ๒๐๑๘)

**แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ (ต่อ)

๔.๓ การเพิ่มความตระหนักรู้เกี่ยวกับการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพ

การจัดกิจกรรมและให้ความรู้ในเรื่องอาหารพร้อมแป้งจะช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลือกอาหารที่ดีต่อสุขภาพและประโยชน์ของการบริโภคอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตต่ำ ซึ่งอาจส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคในชุมชนและการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพในอนาคต

๔.๔ การลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของชุมชน

การลดความเสี่ยงของโรค NCDs จะช่วยลดการเกิดโรคในระยะยาวและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย รวมทั้งลดภาระทางเศรษฐกิจของระบบสาธารณสุข

๔.๕ การสร้างต้นแบบที่สามารถขยายผลไปยังชุมชนอื่น

ผลที่ได้รับจากการส่งเสริมการบริโภคอาหารพร้อมแป้งในชุมชนตำบลหนองแก อาจเป็นต้นแบบที่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ โดยการใช้แนวทางเดียวกันในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับชุมชน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

การประเมินความสำเร็จของโครงการส่งเสริมการบริโภคอาหารพร้อมแป้ง (Low Carb Diet) โดยใช้ตัวชี้วัดทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

๕.๑ เชิงปริมาณ

๕.๑.๑ จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวนร้อยละของผู้เข้าร่วมกิจกรรมจากจำนวนประชากรเป้าหมายในพื้นที่ มากกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๑.๒ การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การสำรวจการบริโภคอาหารก่อนและหลังโครงการ เช่น ร้อยละของผู้ที่ลดการบริโภคแป้งหรือน้ำตาลในอาหารประจำวันมากกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๑.๓ การลดระดับน้ำตาลในเลือดและการลดน้ำหนัก จำนวนร้อยละของผู้ที่ลดระดับน้ำตาลในเลือดหรือน้ำหนักตัว ลดน้ำหนักได้มากกว่าร้อยละ ๕

๕.๑.๔ จำนวนการเผยแพร่ข้อมูล จำนวนร้อยละของการเผยแพร่ข้อมูลในสื่อท้องถิ่นหรือออนไลน์ เช่น จำนวนการออกอากาศหรือจำนวนผู้เข้าชมโพสต์ มากกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๒ เชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ จำนวนร้อยละของผู้ที่แสดงความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรม เช่น ร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่พึงพอใจกับการอบรม มากกว่าร้อยละ ๘๕

๕.๒.๒ การปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชน จำนวนร้อยละของผู้ที่มีทัศนคติที่ดีขึ้นต่ออาหารพร้อมแป้งหลังจากการอบรม เช่น ร้อยละของผู้ที่เห็นประโยชน์จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกิน มีทัศนคติที่ดีขึ้น มากกว่าร้อยละ ๘๐

๕.๒.๓ การยอมรับและการปฏิบัติตามแนวทางอาหารพร้อมแป้งในชีวิตประจำวัน จำนวนร้อยละของผู้ที่นำคำแนะนำไปใช้จริง เช่น ร้อยละของผู้ที่เริ่มปรับเปลี่ยนอาหารในชีวิตประจำวันหลังจากโครงการ มากกว่าร้อยละ ๘๐

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ (ต่อ)

๕.๒ เจริญคุณภาพ (ต่อ)

๕.๒.๔ ความสามารถในการขยายผลไปยังชุมชนอื่น คำนวณร้อยละของชุมชนที่มีการรับรู้ และการยอมรับในแนวทางโครงการ เช่น ร้อยละของชุมชนอื่นที่สนใจจะนำแนวทางนี้ไปใช้ มากกว่าร้อยละ ๑๐

(ลงชื่อ)

(นายวิทิน สร้อยเพชร)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับ ชำนาญการ

วันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโหนด อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๗ – เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

ปฏิบัติงานในฐานะผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งต้องกำกับ แนะนำ ตรวจสอบการปฏิบัติงานของผู้ร่วมปฏิบัติงานในการพัฒนาการสาธารณสุขแบบผสมผสาน (Integrated Health Care) ๔ ด้าน ได้แก่ การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ และปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย โดยมีลักษณะงานที่ปฏิบัติในด้านต่าง ด้านการให้ความรู้ การป้องกันโรค ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย สร้างทัศนคติที่ดีต่อสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน ใช้แนวความคิดทฤษฎีให้ความสำคัญกับตัวแปร ๓ ตัว คือ ความรู้ (Knowledge) ทัศนคติ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสารอันมีผลกระทบต่อพฤติกรรมจากการรับสารนั้นๆ การเปลี่ยนแปลงทั้งสามประเภทย่อมเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือ เมื่อผู้รับสารได้รับสารจะทำให้เกิดความรู้ เมื่อเกิดความรู้ขึ้นก็จะไปมีผลทำให้เกิดทัศนคติ และขั้นสุดท้าย คือ การ ก่อให้เกิดการกระทำ ซึ่งมีลักษณะสัมพันธ์กันเป็นลูกโซ่ เป็นที่ยอมรับกันว่า การสื่อสารเป็น เครื่องมือ อันสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้ สร้างทัศนคติที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไป ในทางที่เหมาะสม

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

จากผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๒๑.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ เป็นร้อยละ ๒๕.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๓ เมื่อคิดอัตราการเปลี่ยนแปลงอ้างอิงจากปี พ.ศ. ๒๕๕๑-๒๕๕๒ กับปีพ.ศ. ๒๕๖๒-๒๕๖๓ พบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๘.๖๙ และจากฐานข้อมูล Health Data Center ในปีพ.ศ. ๒๕๕๘ - ๒๕๖๔ พบอัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มสูงขึ้น โดย พบอัตราป่วย ต่อประชากร ๑ แสนคน เท่ากับ ๕,๒๒๔, ๕,๓๕๔, ๕,๗๒๗.๕, ๕,๙๘๐.๕, ๖,๓๕๙.๑, ๖,๖๗๐.๓ และ ๖,๙๙๕.๙ ตามลำดับ (กองโรคไม่ติดต่อ, ๒๕๖๔) และจากฐานข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข พบอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ พบอัตราป่วย ต่อประชากร ๑ แสนคน เท่ากับ ๑,๓๕๖.๘๒, ๑,๐๘๐.๗๗,๑,๐๗๐.๕๑,๑,๐๓๒.๙๑และ๑,๑๓๒.๙๑ตามลำดับจะเห็นว่าพ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๓ มีอัตราการลดลงอย่างต่อเนื่องและกลับมาเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ (กระทรวงสาธารณสุข,๒๕๖๔)ซึ่งงานวิจัยของ Smith และ Doe (๒๐๒๑) ได้อ้างถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงโดยเกิดจากหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้ (modifiable risk factors) เช่นการบริโภคเกลือ (sodium intake) มากเกินไปเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดการเพิ่มขึ้นของความดันโลหิต การไม่ออกกำลังกาย (physical inactivity) ซึ่งเกี่ยวข้องกับภาวะโรคอ้วน (obesity) ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น การดื่มแอลกอฮอล์ (alcohol consumption) ในปริมาณมากมีความสัมพันธ์กับภาวะความดันโลหิตสูงและการสูบบุหรี่ (smoking) ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อายุ (age) ความดันโลหิตมักจะมีเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มคนสูงอายุ เพศ (gender) เพศชายมีแนวโน้มที่จะมีความดันโลหิตสูงกว่าผู้หญิง โดยเฉพาะในวัยกลางคนและพันธุกรรม (genetics) ประวัติครอบครัวที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นถ้าไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นหนึ่งในจังหวัดใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูง

มีแนวโน้มที่รุนแรงเช่นกัน จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีในปี ๒๐๒๒ พบว่ามี อัตราผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า ๒๐% ของประชากรวัยผู้ใหญ่ในจังหวัด โดยปัจจัยเสี่ยงหลัก คือการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง และวิถีชีวิตที่ไม่ออกกำลังกาย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี, ๒๕๖๕)จากสถานะสุขภาพของผู้ที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ของตำบลโนนโพน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโพนน้อย ตำบลโนนโพน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี รับผิดชอบ จำนวน ๑๒ หมู่บ้าน ๑,๖๕๕ หลังคาเรือน มีประชากรทั้งหมด จำนวน ๗,๑๕๑ คน เป็นเพศชาย จำนวน ๓,๔๘๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๔๘.๖๘ หญิง จำนวน ๓,๖๗๐ คน คิดเป็นร้อยละ ๕๑.๓๒ สาเหตุการป่วย ๕ อันดับแรกแยกตามกลุ่มโรคปี ๒๕๖๖ พบว่า สาเหตุของการป่วย อันดับหนึ่ง คือ โรคระบบไหลเวียนเลือด ๑,๕๔๓ คน รองลงมาคือโรคระบบต่อมไร้ท่อ ๑,๒๔๘ คน และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ๘๑๘ คน จากการสำรวจสถานะสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนโพน (๒๕๖๖) พบว่าประชาชนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๖๓๓ คน คิดเป็น ๘,๖๕๖.๗๕ ต่อประชากร ๑ แสนคน และเมื่อพิจารณาข้อมูลจากการคัดกรองสุขภาพประชาชนอายุตั้งแต่ ๓๕ ปี ขึ้นไป ปี พ.ศ.๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ พบอัตราผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อประชากร ๑ แสนคน เท่ากับ ๑,๕๘๔.๙๓,๑,๑๘๓.๕๒, ๑,๐๐๖.๓๑, ๙๑๗.๐๒ และ ๘๙๗.๔๓ จะเห็นว่าข้อมูลผู้ป่วยรายใหม่สอดคล้องกับ ข้อมูลภาพรวมระดับจังหวัด และภาพรวมของประเทศไทย นั่นคือ มีอัตราการลดลง ในปีพ.ศ. ๒๕๖๐-๒๕๖๓ และกลับมาเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ดังนั้นถ้าประชากรกลุ่มเสี่ยง ไม่ดูแลตนเอง หรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและมีการเข้าถึงระบบสุขภาพได้น้อย ก็มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ในอนาคต (ข้อมูลสถานะสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ,๒๕๖๖)

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การเพิ่มการออกกำลังกาย และการลดความเครียด มีบทบาทสำคัญในการควบคุมความดันโลหิต โดยการวิจัยพบว่าพฤติกรรมการใช้ชีวิตเป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมได้และมีอิทธิพลอย่างมากต่อระดับความดันโลหิต (Appel l et al., ๒๐๑๑) ตัวอย่างเช่น งานวิจัยของ Appel และคณะ ซึ่งศึกษาเรื่องการลดการบริโภคเกลือในอาหาร และการเพิ่มการบริโภคผลไม้ และผัก ได้แสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนเหล่านี้สามารถลดความดันโลหิตในผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และได้มีงานวิจัยในหลายประเทศที่นักวิจัยได้สังเกตเห็นความสำคัญของการหาแนวทางหรือนวัตกรรมใหม่ๆมาช่วยดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดกลายเป็นกลุ่มป่วยเช่น งานวิจัยของSmith, L., & Johnson, M. (๒๐๒๐)ได้เสริมสร้างสมรรถนะและสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตนของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทฤษฎีการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Enhancement Theory) และ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ในผู้ที่มีความเสี่ยงโดย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการควบคุมโภชนาการและการออกกำลังกายในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง พบว่าโปรแกรมสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตและเพิ่มความมุ่งมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญ หรืองานวิจัยของ Davis, R., & Brown, P. (๒๐๑๙) ที่ให้ความรู้และการเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตสูง โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการแทรกแซงตามทฤษฎีนี้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย และการติดตามความดันโลหิตได้ดียิ่งขึ้น ส่วนในประเทศไทยก็มีผู้ศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง สุภาภรณ์ ศิริจันทร์และธวัชชัย จินดาศิริวงศ์. (๒๕๖๔)ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. โรคความดันโลหิตสูงหลังใช้โปรแกรมพบว่ามีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกในการควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และกาญจนา แก้วมณี, & อนุพงศ์ ศรีพิทักษ์ (๒๕๖๓)ได้ศึกษาการใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วย

ความดันโลหิตสูงในเขตชนบท โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มการดูแลตนเองในผู้ป่วยที่อาศัยในเขตชนบท พบว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามการดูแลสุขภาพด้วยตนเองที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในเรื่องการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร และการลดความเครียดได้

นโยบายหลักของแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ ในปีงบประมาณ๒๕๖๖ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเน้นการส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องต้องอาศัยตัวบุคคลเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเป็นสำคัญการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับกรอบแนวความคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการขับเคลื่อนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจะเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน(กองสุศึกษา,๒๕๕๖) ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานในการควบคุมและป้องกันโรคในกลุ่มประชาชนโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพและลดจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ในแต่ละปีได้ผู้วิจัยจึงได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค(Motivation Prevention Theory) (Roger, ๑๙๘๖) มาใช้ในการออกแบบโปรแกรมในการสร้างองค์ความรู้และพัฒนาสมรรถนะในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยง โดยกิจกรรมจะเน้นเกี่ยวกับการเน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสารที่เป็นความรู้หรือประสบการณ์ทางสุขภาพ และการให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคาม และขบวนการของบุคคลเพื่อใช้ขบคิดแก้ปัญหาในสิ่งกำลังคุกคามอยู่นั้น เน้นการแสดงอำนาจในการควบคุมตนเอง มีความเชื่อในตัวเอง เน้นแรงขับเคลื่อนภายในตัวบุคคลเห็นว่าความน่ากลัวที่เกิดขึ้นกับสุขภาพนั้นรุนแรงบุคคลรู้สึกถึงอันตรายนั้น การตอบสนองที่เหมาะสมนั้นเป็นวิธีที่เหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงความน่ากลัวนั้นให้ดีขึ้นได้ บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าเรามีความสามารถพอที่จะตอบสนองให้เหมาะสมได้เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายที่มาคุกคามนั้น เพื่อให้เกิดแนวทางในการดูแลผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงที่สอดคล้องและแก้ปัญหาของประชาชนในพื้นที่ตำบลโนนโพนได้ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงขึ้น

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

๑. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโพนน้อย ตำบลโนนโพน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

๒. เพื่อศึกษาคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบของงานวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยทำการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองวัดผล ๒ ครั้ง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ดำเนินการทดลองตามแบบแผนของงานวิจัยกึ่งทดลองแบบ Two group pretest-posttest design ได้ดำเนินการโดยกำหนดพื้นที่ศึกษาเป็น ๒ ตำบลที่มีพื้นที่ภูมิศาสตร์และมีการดำเนินงานในการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ใกล้เคียงกัน โดยเลือกกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโนน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) กลุ่มตัวอย่างจำนวน ๙๐ คนและกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพี้ยแก้ว ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ(Comparison Group) กลุ่มเป้าหมายจำนวน ๙๐ คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

๑. ประชากร (populations) คือประชาชนที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ที่มีผลคัดกรองสุขภาพพบว่ามีความดันโลหิตมากกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอทและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงในเขตตำบลโนนโนน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน ๑,๒๙๕ คน

๒. กลุ่มตัวอย่าง (samples)

๑) กลุ่มทดลอง ได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลการคัดกรองความดันโลหิตมากกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโนน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน ๙๐

๒) กลุ่มเปรียบเทียบได้แก่ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลการคัดกรองพบระดับความดันโลหิตมากกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอทในเขตตำบลเพี้ยแก้ว ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน ๙๐ คน

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

๑. ตัวแปรต้น (independent variables) ได้แก่ โปรแกรมผลของการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย ตำบลโนนโนน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ตัวแปรตาม (dependent variables) ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง

พื้นที่ดำเนินการวิจัย ได้แก่ ตำบลโนนโนน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ระยะในการวิจัย ระหว่างเดือน พฤศจิกายน ๒๕๖๗ – เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

วิธีการเก็บข้อมูล/สิ่งส่งตรวจ

๑. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

กลุ่มทดลอง (ตำบลโนนโพน)

๑) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ใน ๑ สัปดาห์

๒) หลังการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองเสร็จแล้ว ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลใน ๑ สัปดาห์ และวางแผนดำเนินการตามกิจกรรมที่กำหนด

๓) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ ๑๐ (Post-test) โดยผู้วิจัยใช้แบบสอบถามชุดเดิม เก็บรวบรวมแบบสอบถาม ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปผลข้อมูล

กลุ่มเปรียบเทียบ (ตำบลค่าน้ำแซบ)

๑) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง (Pre-test) ใน ๑ สัปดาห์

๒) หลังการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบเสร็จแล้ว ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลใน ๑ สัปดาห์

๓) เก็บข้อมูลหลังทดลองในสัปดาห์ที่ ๑๐ โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมที่ใช้เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง

๒. การเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. การเข้าพบหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

๒. การลงพื้นที่เบื้องต้นเพื่อทำการศึกษาค้นคว้าข้อมูลเบื้องต้นของพื้นที่ เช่น ข้อมูลทางกายภาพ ข้อมูลทางสาธารณสุข ข้อมูลด้านสังคม ข้อมูลทางเศรษฐกิจ เพื่อให้เห็นภาพรวมของพื้นที่อันเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลและวางแผนวิจัยต่อไป

๓. การเตรียมเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ประกอบด้วยแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อเป็นแนวทางในการสนทนา

๔. การลงสนามเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กันตามที่วางแผนไว้ ผู้วิจัยใช้การเข้าสู่ภาคสนามโดยผ่านแกนนำในพื้นที่ในการเก็บข้อมูลและเข้าไปสร้างความคุ้นเคยกับผู้ให้ข้อมูล

๕. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแนวทางการประเมินผลของโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโพนน้อย ตำบลโนนโพน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จากการการระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก นำข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่ม การระดมความคิดเห็น การสนทนากลุ่ม จากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบจนครบถ้วนสมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิและการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น ประกอบด้วย ๒ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

๑) โปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ออกแบบขึ้นโดยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) และกระบวนการสร้างเสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน ๙ กิจกรรมในระยะเวลา ๑๐ สัปดาห์ ได้แก่ (๑) การสร้างการรับรู้และการปรับทัศนคติของกลุ่มทดลอง (๒) การสร้างความรู้และแนวการมีส่วนร่วมของเครือข่าย (๓) การจัดทำยุทธศาสตร์ระดับชุมชน ตำบลในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง มีนโยบายการขับเคลื่อนและการดำเนินงานเป็น

แนวทางเดียวกัน (๔) การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการเฝ้าระวังการตัดสินใจในการดูแลตนเอง (๕) การคัดกรองโรคก่อนเจ็บป่วยและการเข้าถึงกระบวนการรักษาโรค (๖) การใช้สื่อและการสร้างกระแสสังคมรณรงค์การปรุงอาหารลดหวาน มัน เค็ม (๗) การแจ้งเตือน โดยใช้กลไกการติดตามพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงถึงระดับครัวเรือนกระตุ้นเตือนให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องโดยการเยี่ยม การสร้างบัดดี้ ในครัวเรือน (๘) การสร้างสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการสร้างสุขภาพ และ (๙) กิจกรรมถอดบทเรียน เชิดชูคนต้นแบบและมอบรางวัลคนต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีรายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ดังนี้

(๑) สัปดาห์ที่ ๑ กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการในการสร้างสมรรถนะและทักษะของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยการเล่าประสบการณ์เรื่องความดันโลหิตสูงโดยให้ผู้ร่วมโครงการได้เล่าถึงความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุของการเกิดโรค ความเสี่ยงที่เคยปฏิบัติในการเสี่ยงต่อการติดโรค ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับคนใกล้ตัว ความทุกข์ยากที่ส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตของครอบครัวและชุมชนเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นอย่างไรบ้าง และวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ต้องทำอย่างไรบ้าง หลังจบกิจกรรม ผู้วิจัยและกลุ่มได้กล่าวแสดงความชื่นชมและให้กำลังใจแก่ตัวแทนผู้ร่วมวงในการนำเสนอและขอมติกลุ่มเพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อไม่ให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

(๒) สัปดาห์ที่ ๒ กิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เครือข่ายแกนนำสุขภาพในชุมชนโดยจัดกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการดังนี้ (๑) กิจกรรมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์และอภิปรายถึงสถานการณ์ปัญหา การหาสาเหตุ เสนอแนวทางในการดำเนินในชุมชน มาตรการการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้แผนผังต้นไม้ปัญหาในการระดมความคิด (๒) การให้ความรู้และสร้างการรับรู้ในระดับบุคคล ชุมชนระยะเวลา ๑ วันเพื่อให้บุคคลมีความรู้ มีการรับรู้ และเทคนิคการปรับทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้การบรรยาย สื่อวีดิทัศน์เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงเช่น ภาวะเส้นเลือดในสมองแตก อัมพาตครึ่งซีก จนถึงเสียชีวิต การจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อสะท้อนคิดถึงต้นเหตุ การดำเนินของโรค ความเสี่ยงของการปฏิบัติตัว การปรับเจตคติ และออกแบบกิจกรรมหรือแนวทางการในการป้องกันโรคระดับครอบครัวและชุมชนและกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามหลัก ๓๐.๒ ส.

หลังจบกิจกรรม แกนนำเครือข่ายด้านสุขภาพได้ร่วมกันกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

(๓) สัปดาห์ที่ ๓ กิจกรรมประชุมขับเคลื่อนระดับชุมชน การจัดตั้งชมรมสร้างสุขภาพ ผ่านกิจกรรมการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวังการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยสมาชิกในชุมชนกำหนดเป้าหมาย ของชุมชน ตำบล หมู่บ้าน และอำเภอ จนถึงประกาศเป็นยุทธศาสตร์ระดับชุมชนตำบล (สู่ระดับอำเภอ ODOP) (Structure & Policy) เพื่อให้เกิดแรงขับเคลื่อนในการปฏิบัติกิจกรรมและมีแนวทางที่ชัดเจนของชุมชนในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน

หลังจบกิจกรรม แกนนำสุขภาพร่วมกับกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันจัดทำแผนในการควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคลและจัดทำปฏิทินกำหนดกิจกรรมตามแผนการดำเนินงาน

(๔) สัปดาห์ที่ ๔ กิจกรรมการจัดหาและขอรับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานเพื่อควบคุมและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการออกแบบช่องทางการบริการด้านสาธารณสุขทั้งเชิงรุกและเชิงรับของหน่วยบริการสาธารณสุขให้เอื้อต่อการตัดสินใจต่อการเข้ารับการรักษาของประชาชนกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย (social support)

(๕) สัปดาห์ที่ ๕ กิจกรรมทำแผนการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มตัวอย่างและประชาชนที่มีอายุ ๑๕ ปีขึ้นไปที่อาศัยในเขตตำบลโนนโพน ระยะเวลาไม่น้อยกว่า ๑ ปีโดยออกแบบให้กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงกระบวนการและปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข แนวทางการสนับสนุนการเข้าถึง

การรักษาของแพทย์ ได้แก่ ยารักษา การตรวจความเค็มของอาหาร การคัดกรองระดับไขมันในเลือด การตรวจการทำงานของไต การค้นหาโรคร่วมเช่น เบาหวาน รวมถึงการใช้สื่อออนไลน์ให้ความรู้ที่ถูกต้องและการแจ้งเตือนถึงการปฏิบัติตัวที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง (Service System)

(๖) สัปดาห์ที่ ๖ การสื่อสารประชาสัมพันธ์และสร้างกระแสในชุมชนโดยการสร้างนิสัยและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องให้แก่ประชาชน ได้แก่ กิจกรรมการเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อและการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารเพื่อการตัดสินใจในการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง กิจกรรมการฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะในการสังเกตอาการ คัดกรอง การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง การรณรงค์การปรุงอาหารรสจืด การมีกลุ่มไลน์สื่อสารและติดตามการปฏิบัติตัว กิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมกับพัฒนาชุมชนและหน่วยงานอื่นๆในชุมชน ในการสนับสนุนให้ผู้ประกอบการร้านค้างดการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันพระและบูรณาการร่วมกับงานคุ้มครองผู้บริโภค ในการออกตรวจร้านอาหาร โดยขอความร่วมมือร้านอาหารตามสั่ง ร้านส้มตำ ปรุงอาหาร ไม่เค็มจัด โดยใช้เครื่องวัดปริมาณเกลือในอาหาร ในการตรวจสอบโดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมช่วยกันออกแบบเมนูอาหารสาธิตอาหารรสจืด ลดหวาน ลดมัน และการประกอบอาหารปรุงรสจืดชนิดอื่นๆที่พบในชีวิตประจำวัน(social support)

หลังจบกิจกรรม กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แกนนำของชุมชนร่วมกับผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ได้ทำข้อตกลงของการปรุงอาหารรสจืดภายในครอบครัวรวมทั้งการสร้างข้อตกลงในชุมชนให้กินจืด ยืดชีวิต ผู้ประกอบการร้านค้างดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันพระและมีการกำหนดมาตรการในการตักเตือนร้านค้าหรือร้านอาหารที่ไม่ดำเนินตามมาตรการที่ชุมชนกำหนด

(๗) สัปดาห์ที่ ๗ กิจกรรมการให้ความรู้ กระตุ้นเตือน การเยี่ยมบ้าน โดยทีมเครือข่ายแกนนำในชุมชนร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (Service System) โดยจัดกิจกรรมประชุมกลุ่มย่อย ค้นหาปัญหาและรวมกลุ่มใหญ่เพื่อสะท้อนปัญหาและหาแนวทางร่วมระหว่างกลุ่มเสี่ยงที่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงในระดับครอบครัว การออกเยี่ยมบ้านของแกนนำสุขภาพ และจัดพิธีผูกเสี่ยวอัยกแพงในการร่วมดูแลสุขภาพร่วมกันระหว่างผู้มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง การออกเยี่ยมบ้านของกลุ่มเสี่ยงที่เป็นเสียก้นและกระตุ้นเตือนให้เพื่อนได้ปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง

(๘) สัปดาห์ที่ ๘ และสัปดาห์ ๙ สนับสนุนกิจกรรม อ. ออกกำลังกายของชุมชนโดยทุกคนจะมีจัดกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายแบบแอโรบิก โดยใช้สถานที่อาคารเอนกประสงค์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโหนดน้อย การรณรงค์การการจัดกิจกรรม อ.อาหาร โดย กำหนดผู้ใหญ่บ้าน ขอความร่วมมือทุกหลังคาเรือนในการจัดอาหารในงานบุญประเพณี ให้เป็นอาหารลดหวาน มัน เค็ม เน้นผัก ผลไม้ ในกลุ่มบุคลากรในองค์กรที่มีความเสี่ยง สนับสนุนให้การจัดอาหารว่างและเครื่องดื่ม ในการประชุมของทุกหน่วยงานในตำบลนาโหนดน้อย ให้เป็นอาหารเพื่อสุขภาพ งดขนมหวานจัด เน้นผลไม้ และน้ำดื่มให้เป็นน้ำเปล่าหรือน้ำสมุนไพรหวานน้อย หรือหวานธรรมชาติ สนับสนุนงานศพปลอดเหล้า เป็นงานบุญประเพณีปลอดเหล้า โดยมติที่ประชุม ได้กำหนดให้ทีมงานบุญปลอดเหล้า ได้แก่ บุญบั้งไฟ ประเพณีลอยกระทง ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามข้อกำหนด การให้คำปรึกษารายกลุ่ม โดยหมอคนที่ ๒ และหมอคนที่ ๓ ในกรณีในกลุ่มเสี่ยงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Self-Behavior)

(๙) สัปดาห์ที่ ๑๐ กิจกรรมถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เชิดชูคนต้นแบบ มอบรางวัลครอบครัว หมู่บ้าน ตำบลต้นแบบร้านชาลดนัว (Sustainable) โดยมีการสรุปและประเมินผลการดำเนินงานที่ผ่านมาและเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ ๒ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามในการประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายในการควบคุมและป้องกันโรค ได้แก่ การรับรู้ความรู้แรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติ

เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิตและการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แบบสัมภาษณ์ของ นิภา อินทนิล (๒๕๖๖) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบแบบสัมภาษณ์ (Questionnaire) แบ่งเป็น ๔ ตอน ดังต่อไปนี้

(๑) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะข้อมูลทางประชากร เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูล ลักษณะประชากร ของประชากรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน ๖ ข้อ

(๒) แบบสอบถามการรับรู้ในการประเมินอันตรายโดยแบ่งเป็น ๒ ข้อย่อยได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูงจำนวน ๖ ข้อ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงจำนวน ๖ ข้อ เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัดมี ๓ ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านยังบอกไม่ได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

Positive Statement		Negative Statement	
--------------------	--	--------------------	--

เห็นด้วย	เท่ากับ ๓	เท่ากับ ๑
----------	-----------	-----------

ไม่แน่ใจ	เท่ากับ ๒	เท่ากับ ๒
----------	-----------	-----------

ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ ๑	เท่ากับ ๓
-------------	-----------	-----------

การแปลผลระดับคะแนน พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยที่ได้ โดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)หาร จำนวนชั้น (Best อ้างใน สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, ๒๕๕๓) โดยสรุปผล เป็น ๓ ระดับและกำหนดค่าคะแนน คือ

- ระดับมาก (๒.๓๓-๓.๐๐ คะแนน)
- ระดับปานกลาง (๑.๖๗-๒.๓๒ คะแนน)
- ระดับน้อย (๑.๐๐-๑.๖๖ คะแนน)

(๓) แบบสอบถามการเผชิญปัญหา จำนวน ๑๒ ข้อย่อย ได้แก่ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จำนวน ๖ ข้อ และความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบประเมินค่าแบบ Likert scale มี ๓ ตัวเลือก

เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นตรงกับข้อความนั้นมากที่สุด
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านยังบอกไม่ได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความคิดเห็นไม่ตรงกับข้อความนั้น

Positive Statement		Negative Statement	
--------------------	--	--------------------	--

เห็นด้วย	เท่ากับ ๓	เท่ากับ ๑
----------	-----------	-----------

ไม่แน่ใจ	เท่ากับ ๒	เท่ากับ ๒
----------	-----------	-----------

ไม่เห็นด้วย	เท่ากับ ๑	เท่ากับ ๓
-------------	-----------	-----------

คะแนน พิจารณาจากคะแนนเฉลี่ยที่ได้ โดยคิดค่าคะแนนจาก(คะแนนสูงสุด – คะแนนต่ำสุด)หาร จำนวนชั้น (Best อ้างใน สุมัทนา/กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต, ๒๕๕๓) โดยสรุปผล เป็น ๓ ระดับและกำหนดค่าคะแนน คือ

- ระดับมาก (๒.๓๓-๓.๐๐ คะแนน)
- ระดับปานกลาง (๑.๖๗-๒.๓๒ คะแนน)
- ระดับน้อย (๑.๐๐-๑.๖๖ คะแนน)

(๔) แบบสอบถามการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงแบ่งออกเป็น ๔ ด้าน ด้านการควบคุมอาหาร จำนวน ๕ ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน ๔ ข้อ ด้านการพักผ่อนและการผ่อนคลายความเครียด จำนวน ๓ ข้อและด้านการรับประทานยาและมาตรวจตามนัด จำนวน ๑๔ ข้อ ลักษณะเป็นคำถามให้กลุ่ม ตัวอย่าง เลือกลง การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ๒ คะแนน การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องบางส่วน ๑ คะแนน การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้อง ๐ คะแนน แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัดมี ๕ ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ดังนี้

จัดระดับการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็น ๓ ระดับ ดังนี้ คะแนนร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป อยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๖๐-๗๙ อยู่ในระดับปานกลาง และต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ อยู่ในระดับต่ำ ได้ช่วงคะแนนในแต่ละระดับดังนี้

คะแนน ๒๒-๒๘ คะแนน	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง
คะแนน ๑๗-๒๑ คะแนน	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนต่ำกว่า ๑๗ คะแนน	มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ ๓ เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม

๑) คู่มือการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูง คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในคลินิก NCD คุณภาพ (๒๕๖๗) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

๒) สื่อบรรยาย แบบวีดีทัศน์ ภาพนิ่ง เอกสาร โปสเตอร์ และคู่มือการป้องกันและควบคุมโรค NCD

๓) อุปกรณ์และชุดตรวจคัดกรองและอุปกรณ์ในการป้องกันการเกิดโรค NCD

๔) กระดาษเพื่อใช้ในการประชุมกลุ่ม และการอภิปรายกลุ่ม

๕) ชุดคลุม อุปกรณ์ สำหรับสาธิต และฝึกปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรค NCD เช่น เครื่องตรวจความดันโลหิต เครื่องตรวจความเค็มในอาหาร สายวัดรอบเอว เครื่องเสียง เพลงออกกำลังกายเมนูอาหารสาธิต

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

หลังได้รับโปรแกรมการสร้างการรับรู้และการสร้างเสริมแรงจูงใจในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาโนนน้อย ตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน พฤติกรรมด้านการควบคุมระดับความดันโลหิต และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยนี้ ทั้งต่อผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลและประโยชน์โดยรวมทั้งประโยชน์ต่อประชากรที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยหลังสิ้นสุดการวิจัย(ถ้ามี) ได้แนวทางในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของตำบลโนนโพน อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งจะส่งผลให้อัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนลดลง เกิดการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ ได้

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ค้นหากลุ่มเป้าหมายได้จากรายงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนโพน กลุ่มเป้าหมายมีหลากหลายอาจทำให้การเก็บข้อมูลล่าช้า ตอบไม่ตรงคำถาม ต้องใช้เจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ในการอธิบายข้อความ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจมากขึ้น การจัดทำเครื่องมือแบบสอบถามต้องมี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญและทดลองใช้เครื่องมือในพื้นที่ใกล้เคียงก่อนการลงมือทำการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับข้อความเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล, แบบสอบถามการรับรู้ในการประเมินอันตราย ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนโรคความดันโลหิตสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง, แบบสอบถามการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง, แบบสอบถามการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำถามการสัมภาษณ์ไม่มีการกระทำใดที่เสี่ยงต่อผู้ตอบแบบสอบถาม แต่การสอบถามอาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามรู้สึกกังวล เบื่อหน่าย ซึ่งผู้วิจัยจะระมัดระวังในการเก็บข้อมูลโดยใช้วาจาที่สุภาพ อ่อนโยน เข้าใจง่าย และจะหยุดทำการสอบถามหากผู้ยินยอมตนแสดงความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ ซึ่งการเข้าร่วมตอบแบบสอบถามจะเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้ยินยอมตนหากผู้ยินยอมตนยินดี เข้าร่วมการวิจัย

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

การสร้างความตระหนักในการดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลสุขภาพประชาชนตำบลโนนโพน การดูแลตนเองในภาวะปกติ (Self Care in Health) เป็นพฤติกรรมดูแลตนเอง และสมาชิกในครอบครัว ให้มีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอเป็นพฤติกรรมที่ทำในขณะที่สุขภาพแข็งแรง ๒ ลักษณะ คือ

๑) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) คือ พฤติกรรมที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง ปราศจากความเจ็บป่วย สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และพยายามหลีกเลี่ยงจากอันตรายต่างๆ ที่จะมีผลต่อสุขภาพเป็นพฤติกรรมของประชาชนที่กระทำอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง

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

การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย (Self Care in Illness) เป็นพฤติกรรมเมื่อบุคคลรับรู้ตัวเขาเองมีความผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งอาจจะตัดสินใจด้วยตนเอง จากครอบครัวหรือเครือข่ายสังคม

๙. ข้อเสนอแนะ

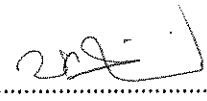
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ในหลายระดับ ระดับแรก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำได้ง่ายๆ เช่น ลดการทานอาหารที่เค็มจัด รับประทานผักและผลไม้ พักผ่อนให้เพียงพอ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำได้ยากขึ้น เช่น การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ การบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และคุณค่าทางโภชนาการ การควบคุมอารมณ์ ระดับที่สาม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ทำได้ยากมาก เช่น พฤติกรรมที่ความเคยชิน ติดเป็นนิสัย และเป็นนิสัยแล้ว เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การเลิกดื่มสุรา เป็นต้น ฉะนั้นจึงควรเริ่มจากพฤติกรรมที่ลงมือทำได้เลย แล้วขยับไปพฤติกรรมที่ยากขึ้น ไปเรื่อยๆ จนมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในที่สุด

การสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะต้องมีการรูปแบบที่หลากหลาย และต่อเนื่อง เช่น ค้นหากลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง แนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองให้ครอบคลุม อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง จัดหาสื่อให้กลุ่มเสี่ยงได้รับรู้อย่างต่อเนื่อง

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี) อยู่ระหว่างดำเนินการ

๑๑. สัตว์ส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน (ระบุร้อยละ) ร้อยละ ๘๐
๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)
๑) นายพิจิตร แก้วสิงห์ สัตว์ส่วนของผลงาน ร้อยละ ๘๐
๒) นางสุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์ สัตว์ส่วนของผลงาน ร้อยละ ๒๐

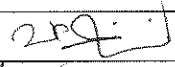

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 


(นายพิจิตร แก้วสิงห์)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
(นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการ
(วันที่) ๑๘ / พฤศจิกายน / ๒๕๖๗
ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ


รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นายพิจิตร แก้วสิงห์	
นางสุคนธ์ทิพย์ อรุณกมลพัฒน์	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นายอุทัย เลียงศิริธรร)

(ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ
(วันที่) ๒๕ / พฤศจิกายน / ๒๕๖๗
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
(วันที่) / ๑๓ ก.พ. ๒๕๖๘
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้คำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม ตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

จากสภาพเศรษฐกิจ และสังคมในปัจจุบัน ผู้คนต้องดิ้นรนเพื่อการดำรงชีพ และเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ดำเนินชีวิตแบบรีบเร่งมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่างๆ ประกอบกับการผลิตด้านการเกษตรมีการสนับสนุนให้เกษตรกรมุ่งผลิตเพื่อจำหน่ายเป็นจำนวนมาก จึงมีการใช้สารเคมีในภาคการเกษตรก่อให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจ็บป่วยมากขึ้น โดยสถิติของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าประชาชนไทยเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้นเรื่อยๆ เรียกกันว่ากลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือกลุ่มโรค NCDs (Non-Communicable diseases) ซึ่งองค์การอนามัยโลก(WHO) ถือว่าเป็นปัญหาใหญ่ที่กำลังทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ กลุ่มโรคเรื้อรังเหล่านี้ได้แก่ โรคเบาหวาน(Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) โรคถุงลมโป่งพอง(Emphysema) โรคมะเร็ง(Cancer) โรคความดันโลหิตสูง(Hypertension) และโรคอ้วนลงพุง(Obesity) รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเรื้อรังเช่น ไตเสื่อม อัมพฤกษ์อัมพาตจากหลอดเลือดสมอง ซึ่งโรคเหล่านี้เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงร่วมที่ไม่ถูกต้องเช่น การขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้อง การรับประทานอาหารที่มีไขมันมากเกินไป หรืออาหารที่มีรสเค็มจัด รสหวานจัด รวมทั้งบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ มีภาวะความเครียด และการสูบบุหรี่และดื่มสุรา เหล่านี้เป็นต้น จากผลการสำรวจของ กรมอนามัยในปี ๒๕๖๐ พบว่าคนไทยเพียง ๕ ล้านคนเท่านั้นที่มีการออกกำลังกายเพียงพอที่จะช่วยป้องกันโรคได้ สำหรับการรับประทานอาหารนั้น จากการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย อายุมากกว่า ๑๕ ปี พบว่า ประชากรไทยส่วนมากบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง และโรคเรื้อรังเหล่านี้ยังก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตตามมาส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนทั้งในด้านเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศอย่างมหาศาล จึงทำให้ประเทศต้องมียุทธศาสตร์ในการป้องกันควบคุมโรคเหล่านี้ โดยการลดพฤติกรรมเสี่ยงในประชากรไทย

ตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก้อ มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจากผลการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป พบว่าปี พ.ศ.๒๕๖๕ มีจำนวนกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๔.๗๘ ปี ๒๕๖๖ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๑.๗๔ และปี ๒๕๖๗ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๕.๒๔ และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลแสนสุข และเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของหมู่บ้านต้นแบบปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด แบบมีส่วนร่วมในเขตพื้นที่ตำบลแสนสุข

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

รูปแบบการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม การบริหารจัดการมีหลากหลายรูปแบบปัจจัยแห่งความสำเร็จคือต้องมีทรัพยากรในการบริหาร (Resources) ได้แก่ วัสดุ และเครื่องมือเพื่อประกอบการดำเนินงานรวมถึง ความสามารถในการจัดการ ทรัพยากรในการบริหารสามารถแบ่งแยกได้เป็น ๔ ประเภท หรือเรียก ย่อๆ ว่า ๔ M คือ ๑) บุคลากร (Man) มีการกำหนดนโยบายการบริหารงานให้เจ้าหน้าที่แต่ละคนต้องผ่านกระบวนการฝึกฝน ทักษะความสามารถก่อนเข้างาน โดยการแบ่งงานกันทำเฉพาะด้าน มีการส่งเสริมพัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ให้เกิด ความเชี่ยวชาญอยู่ตลอดเวลา สร้างคนให้มีประสิทธิภาพมีความพร้อม ต่อการทำงานและการเรียนรู้ งานใหม่ๆ เพื่อให้บรรลุตาม

วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ๒) งบประมาณ (Money) มีการกำหนดแนวทางการบริหารการใช้จ่ายเงินหรือต้นทุนการทำงานอย่างประหยัดและ คุ่มค่า ให้ได้ผลลัพธ์มากกว่าต้นทุนที่กำหนดไว้ ซึ่งการบริหารการเงินองค์ประกอบที่สำคัญของการ ที่มีในกระบวนการต่างๆ เป็นไปอย่างประหยัดคุ่มค่า ทำให้องค์กรมีเงินไปพัฒนาด้านอื่นๆ หรือ การ จัดสวัสดิการอื่นเพิ่มเติมให้เจ้าหน้าที่ได้ต่อไป ๓) วัสดุอุปกรณ์(Material) โดยการกำหนดแนวทางการนำความรู้ความสามารถไปใช้กับการดูแลผู้ป่วย ให้มีคุณภาพ และผลลัพธ์ที่ได้ในระยะเวลาที่กำหนด ดังนั้นจึงกำหนดให้เจ้าหน้าที่และเครือข่ายทุกคน ต้องมีความรู้ ความสามารถในการใช้งานเครื่องมือต่างๆ ได้เป็นอย่างดี โดยมีการฝึกฝนและทำความเข้าใจรวมถึง เทคนิคต่างๆ ที่จะเป็นการดูแลรักษาและป้องกันอันตรายหรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นระหว่าง ปฏิบัติงานได้ ๔) การจัดการ (Management) มีการกำหนดกลยุทธ์การบริหารงานที่คำนึงถึงปัจจัยแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร โดยทำการวิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็ง โอกาสและอุปสรรคที่มีผลกระทบต่อการบริหารงานอยู่ ตลอดเวลา เพื่อหากกลยุทธ์ในการหลีกเลี่ยงและปรับเปลี่ยนแนวทางการบริหารให้สอดคล้องกับ สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นกลยุทธ์การบริหารที่มีความครอบคลุมการจัดการ ๔M โดยใช้หลักการควบคุมเป็นส่วนสำคัญของการบริหารจึงจะทำให้เกิดประสิทธิภาพ ในการบริหารจัดการ ดังนั้นการพัฒนางานในชุมชนต้องอาศัยความปัจจัยหลายๆด้าน ทฤษฎีและแนวความคิดต่างๆ อีกด้วย

รูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม มีองค์ประกอบ ๑) กำหนดเป้าหมายและความต้องการของชุมชนสร้างพลังในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการสร้างการรับรู้ของประชาชนและการเตรียมสำรวจความพร้อมของชุมชน โดยการชี้แจงสร้างความเข้าใจกับผู้นำชาวบ้าน และประชาชนทั้งหมู่บ้าน ผ่านเวทีประชาคม เพื่อรับรู้ข้อมูลปัญหาสุขภาพของประชาชนในชุมชน ร่วมกันหาสาเหตุของปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหา ๒) แคนนำ มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนปฏิบัติการของหมู่บ้าน โดยสร้างการรับรู้และความเข้าใจในปัญหาสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้าน ตลอดจนการพัฒนาแกนนำให้มีความรู้เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พัฒนาทักษะในการคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๓) เครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมสนับสนุนให้เป็นหมู่บ้านรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คณะกรรมการสุขภาพระดับอำเภอ และภาคีเครือข่ายอื่นๆ ๔) กระบวนการสื่อสารเชื่อมต่อกับชุมชนและเครือข่าย ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมตามแผน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชนและเครือข่าย และมีการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงกิจกรรมหลังการประเมินกระบวนการเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทหรือสถานการณ์ ๕) การออกแบบสิ่งแวดล้อมให้เอื้อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งพัฒนานวัตกรรมเพื่อให้ชุมชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม การจัดตั้งกลุ่มที่ทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน ได้แก่ กลุ่มวัยชราโดยจัดกิจกรรมในวันอาทิตย์มีกิจกรรมสันทนาการ, ร้องเพลง, รำวง, กายบริหารในท่านั่ง เป็นต้น การส่งเสริมการปลูกผักปลอดสารพิษรับประทานเอง การให้สุขศึกษาผ่านเสียงตามสายของหมู่บ้าน ๖) คริวเรือนมีการสร้างความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เผยแพร่ความรู้ในการปฏิบัติตัวตามหลัก ๓๐๒๕ ทั้งในระดับครัวเรือนและในชุมชน ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้านและกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ของหมู่บ้าน รวมทั้งการเข้ารับการคัดกรองโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงประจำปีซึ่งการคัดกรองเป็นกิจกรรมที่ดำเนินการโดย อสม. ร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๗) ผลลัพธ์คือ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก ๓๐๒๕ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของประชาชนดี

แนวความคิด

การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพ “หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ที่มุ่งเน้นให้ประชาชน ในหมู่บ้าน หรือชุมชนมีส่วนร่วมในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตั้งแต่ร่วมให้/รับรู้ปัญหา พฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดในชุมชน ร่วมคิด ร่วมแสดงความคิดเห็น วิเคราะห์ สรุปความคิดเห็น และร่วม การตัดสินใจวางแผน/กำหนดแนวทางการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชน และร่วม ดำเนินการจัดกิจกรรมสุขศึกษา หรือพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพในโครงการของชุมชนตาม ชีตความสามารถของตนเองของกลุ่มและชุมชน รวมทั้งร่วมตรวจสอบหรือร่วมติดตามประเมินผล การจัดกิจกรรม และนำผลไปใช้เพื่อ

ปรับปรุงแก้ไข เปลี่ยนแปลงการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่นำไปสู่การพัฒนาอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง โดยใช้ทุนทางสังคม วัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น เป็นฐานในการพัฒนาสุขภาพของชุมชนสู่ความเข้มแข็งและยั่งยืน ซึ่งเป็นการเปิดพื้นที่การเรียนรู้เรื่องสุขภาพ ให้กับสมาชิกในชุมชน ตลอดจนการสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพชุมชน และเชื่อมโยงแหล่งเรียนรู้ ในชุมชนจะเป็นการช่วยให้ชุมชนเรียนรู้อยู่ร่วมกับสิ่งแวดล้อมได้อย่างเกื้อกูล และสมดุลทั้งทางด้านกายภาพ ชีวภาพ และสังคม อันจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม และเกิดความยั่งยืน “หมู่บ้านปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ” จึงเป็นรูปแบบหนึ่งของการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพที่ ดำเนินการโดยชุมชน และพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ซึ่งเป็นพลังสำคัญในการเสริมพลังให้ประชาชนและชุมชนเข้มแข็ง และพึ่งตนเองด้านสุขภาพซึ่งจะผลักดันให้ การดำเนินงาน “หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ” ประสบความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม นั้นหมายถึง สามารถลดอัตราการเจ็บป่วย และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศได้อย่างมหาศาล

ข้อเสนอ

๑. ควรมีการจัดกิจกรรมร่วมกันภายในชุมชน เช่น การจัดการแข่งขันกีฬาภายในชุมชน หรือการจัดงานสังสรรค์เนื่องในวันสำคัญ เพื่อให้เกิดความสนุกสนาน ความสามัคคีและความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของคนในชุมชน

๒. ควรจัดให้สถานที่พักผ่อนในชุมชน เช่น สถานที่ออกกำลังกาย หรือใช้เป็นสถานที่พบปะพูดคุยกันของคนในชุมชน

๓. ควรใช้แนวคิดและแนวทางการพัฒนาหมู่บ้าน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ เสนอให้ปฏิบัติตาม นโยบายและกลยุทธ์หลักการพัฒนาก่อสร้างเสริมสุขภาพ ระดับชุมชน โดยเฉพาะประเด็นการมีส่วนร่วมของชาวบ้าน และภาคีเครือข่าย เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน และนำไปสู่หมู่บ้านต้นแบบต่อไป

๔. ควรมีการจัดทำแผนระยะยาว “การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม” หรือ “การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน” ที่มีความยืดหยุ่นของกลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ด้วยการให้ แต่ละพื้นที่เป็นผู้กำหนด แผนของตนเองตามสภาพความพร้อมหรือเงื่อนไขของชุมชน โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาและ เป็นผู้ติดตาม ควบคุมกำกับ และสนับสนุนแผนดำเนินการดังกล่าวเพื่อให้ชุมชนสุขภาพดี

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

๑. ผู้เข้าร่วมงานวิจัยไม่สมัครใจ หรือเปลี่ยนใจที่จะไม่เข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมงานวิจัยสามารถถอนตัวจากการตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ได้

๒. การวิจัยเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล, ความรู้เรื่องโรค, การรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน, การสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อนบ้าน จาก อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, พฤติกรรมการป้องกันโรค ข้อคำถามการสัมภาษณ์ ไม่มีการกระทำใดที่เสี่ยงต่อผู้ตอบแบบสอบถาม แต่การสอบถามอาจทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามรู้สึกกังวล ซึ่งผู้วิจัยจะระมัดระวังในการเก็บข้อมูลโดยใช้วาจาที่สุภาพ อ่อนโยน เข้าใจง่าย และจะหยุดทำการสอบถามหากผู้ยินยอมตนแสดงความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจ

๓. การศึกษาข้อมูลอาจต้องมีภาคีเครือข่าย เจ้าหน้าที่ ผู้บริหารองค์กร ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ป่วย ญาติ ต้องใช้เวลานานในการเก็บข้อมูล

แนวทางแก้ไข

๑. จัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การสาธิต การแสดงบทบาทสมมติ การวิเคราะห์สถานการณ์จำลอง การฝึกทักษะการเรียนรู้ เป็นต้น

๒. ส่งเสริมการเรียนรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการป้องกันโรคต่างๆ ในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ เช่น ชมรมสร้างสุขภาพ เวทีเสวนา กิจกรรมรณรงค์ ของกลุ่มต่างๆ ในชุมชน เป็นต้น

๓. จัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้ฝึกปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ ด้วยตนเอง

๔. ส่งเสริมการเรียนรู้จากประสบการณ์ของบุคคลต้นแบบ หรือบุคคลที่เป็นแบบอย่างเรื่องการป้องกันโรคในชุมชน เช่น เรื่องเล่าจากประสบการณ์ การจัดเวทีประชาคม เป็นต้น

๕. จัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เช่น จัดให้มีป้าย มีสื่อ ธารรงค์ ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรค มีน้ำสบูสำหรับล้างมือ มีหน้าากอนามัยในโรงพยาบาล รวมถึงมีบริเวณ ที่สาธารณะในชุมชน เป็นต้น

๖. มีศูนย์การเรียนรู้ชุมชน ฐานเรียนรู้สุขภาพชุมชนที่ประชาชนเข้าถึงได้ง่าย

๗. จัดให้มีสถานที่ หรือแหล่งให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และสายด่วนปรึกษาปัญหา ได้หลายช่องทาง

๘. กำหนดมาตรการทางสังคมหรือข้อตกลงเพื่อถือปฏิบัติร่วมกัน

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

เชิงปริมาณ

๑. ประชาชนในเขตพื้นที่มีพฤติกรรมออกกำลังกายอย่างน้อยร้อยละ ๒๐

๒. ประชาชนในเขตพื้นที่มีการกินผักปลอดสารพิษอย่างน้อยร้อยละ ๒๐

๓. ประชาชนในเขตพื้นที่มีการทำกิจกรรมที่เพิ่มความฉลาดทางสุขภาพและสามารถดูแลตนเองและบุคคลในครอบครัวร้อยละ ๒๐

เชิงคุณภาพ

การพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม ตำบลแสนสุข อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

เก็บข้อมูลปัญหาสุขภาพของชุมชน ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เก็บข้อมูลความรู้และพฤติกรรมสุขภาพด้านสุขภาพตาม ๓๐, ๒๘. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดของประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป นำข้อมูลมาวิเคราะห์ และคืนข้อมูลให้กับชุมชนในเวทีประชาคมหมู่บ้าน พัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคแบบมีส่วนร่วม โดยแกนนำที่เป็นตัวแทนครัวเรือน การดำเนินงานตามกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดผลตามวัตถุประสงค์ การเตรียมความพร้อมและการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการประสานด้านทรัพยากร การกำกับ และติดตามร่วมกับการสนับสนุนทางวิชาการและแรงจูงใจ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ ดำเนินการจัดกิจกรรมโครงการต่างๆ ได้แก่ โครงการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชนในการปรับพฤติกรรมด้วยหลัก๓๐.๒๘. จัดตั้งชมรมออกกำลังกาย ธารรงค์ให้ประชาชนทุกครัวเรือนมีการปลูกผักกินเอง โดยใช้ปุ๋ยชีวภาพปราศจากการใช้สารเคมี จัดโครงการเสียงตามสายให้ความรู้ด้านสุขภาพ

แนวทางที่ได้จากการวางแผนแบบมีส่วนร่วม คือ จัดตั้งชมรมออกกำลังกาย จัดตั้งกองทุนปุ๋ยหมักชีวภาพ และธารรงค์ให้ประชาชนทุกครัวเรือนปลูกผักกินเอง โดยปราศจากการใช้สารเคมี มีศูนย์เรียนรู้ ชุมชน และ โครงการเสียงตามสายให้ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับรู้และวิเคราะห์ปัญหาเกี่ยวกับความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดของคน ในชุมชนเอง โดยผ่านกิจกรรมการแบ่งกลุ่มระดม ความคิดตามกระบวนการมีส่วนร่วมทำให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล มีสถานที่การออกกำลังกาย ครัวเรือนมีการปลูกผัก ปลอดสารพิษไว้บริโภคเอง มีแปลงผักรวมของหมู่บ้านประชาชนที่เข้าร่วมโครงการ มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ลดอาหารไขมัน และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างยั่งยืน

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

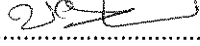
เชิงปริมาณ

๑. อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรังลดลงร้อยละ ๕ ต่อปี
๒. กลุ่มเสี่ยงด้วยโรคเรื้อรังลดลงร้อยละ ๑๐ ต่อปี

เชิงคุณภาพ

๑. การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม ทำให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาทักษะที่มีความจำเป็น ด้านสุขภาพ รวมทั้งพัฒนาปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ในเขตพื้นที่ตำบลแสนสุข

๒. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบบมีส่วนร่วม เกิดการขับเคลื่อน การดำเนินกิจกรรมทุกหมู่บ้านที่รับผิดชอบให้เป็นหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเน้นพัฒนาและให้ความสำคัญกับกระบวนการเข้ามามีส่วนร่วมของชุมชนใน การนำเสนอปัญหาและแนวทางแก้ไขที่เป็นไปตามบริบทของชุมชนนั้นๆ ต่อไป

(ลงชื่อ) 

(นายพิจิตร แก้วสิงห์)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

(นักวิชาการสาธารณสุข) ระดับชำนาญการ

(วันที่) ๑๘ / พฤศจิกายน / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อปัญหาการใช้ยาต้านไวรัสเออาร์วีในสถานการณืระบาดของโรคโควิด - ๑๙ โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง พฤษภาคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

- ๑) แนวทางการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเออาร์วี
- ๒) การติดตามและส่งเสริมการใช้ยาต้านไวรัสเออาร์วี
- ๓) การค้นหาและจัดการปัญหาจากการใช้ยาต้านไวรัสเออาร์วี
- ๔) ระบบเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเออาร์วี

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีถือว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางทั้งในด้านสภาวะสุขภาพของร่างกายที่มีความอ่อนแอและสามารถเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป รวมทั้งปัญหาเชิงสังคมที่ยังไม่ได้รับการยอมรับหรือเปิดกว้างกับบุคคลทั่วไปเท่าใดนัก ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานและการประกอบอาชีพ ทำให้มีทางเลือกลดน้อยลง ส่งผลต่อสภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและสถานะทางสังคม ระดับการศึกษา สภาพจิตใจและการดูแลตนเองรวมไปถึงครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย และอีกทั้งยังมีปัจจัยต่าง ๆ มาเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม การบริหารจัดการระบบการรักษาโดยการใช้ยาที่มีข้อจำกัด จากอดีตจนถึงปัจจุบันแนวทางการรักษาและสูตรยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยถูกปรับเปลี่ยนไปตามการศึกษาที่มีข้อพิสูจน์ว่าสามารถรักษาผู้ป่วยได้ดีขึ้น ลดผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ดีกว่าเดิม ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้เป็นปกติเหมือนคนทั่วไป และสอดคล้องกับระบบบริหารจัดการด้านยาและโครงการต่าง ๆ ของรัฐที่สนับสนุนในแต่ละรอบปีงบประมาณ แต่ผลการรักษาที่ดีก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ที่สำคัญคือวินัยในการรับประทานยาของผู้ป่วยซึ่งจะต้องได้รับการติดตามและส่งเสริมการใช้ยาต้านไวรัสเออาร์วีอย่างถูกต้องและเหมาะสม และได้รับการติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดปัญหาจากการใช้ยาและสามารถจัดการปัญหาได้ทันก่อนที่จะลุกลามหรือทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงจากเดิม

จะเห็นได้ว่าในสถานการณืปกติทั่วไป การดูแลรักษาและบริหารผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางเหล่านี้ถือว่าค่อนข้างมีความยุ่งยากลำบากและซับซ้อนเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว และจากสถานการณืระบาดของโรคโควิด - ๑๙ ที่เกิดขึ้นในช่วงปลายปี ๒๕๖๒ จนถึงปัจจุบันนั้น พบว่าส่งผลร้ายแรงเป็นวงกว้างไปทุกระบบ รวมถึงผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็เช่นเดียวกัน ในช่วงแรกของการระบาดนั้นค่อนข้างเป็นที่วิตกกังวลเรื่องการขาดยาต้านไวรัสเออาร์วีเป็นอย่างมาก ระบบการขนส่งและคมนาคมพบปัญหาทุกระบบ และนโยบายต่าง ๆ เพื่อหยุดและชะลอการแพร่เชื้อโรคโควิด - ๑๙ ทำให้การบริหารดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้ไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ พบปัญหาผู้ป่วยขาดยาจำนวนหนึ่ง ไม่สามารถมารับยาตามนัดได้ ขาดการติดตามการรับประทานยาและการเฝ้าระวังสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาของผู้ป่วย และผู้ป่วยหลายขาดการเจาะตรวจเลือดประจำปีเพื่อตรวจผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามค่าต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อการดูแลรักษาหรือส่งผลให้ผู้ป่วยต้องยาในภายหลังได้ พบอาจเกิดโอกาสเสี่ยงกับการติดเชื้อฉวยโอกาสและเชื้อโรคโควิด - ๑๙ ได้ง่ายขึ้น แล้วจะทำให้มีอาการแย่ลงจากเดิมหรือมีความรุนแรงจากโรคมมากกว่าคนปกติทั่วไป

โรงพยาบาลนาตาล มีนโยบายจัดการแก้ไขปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยที่ต้องได้รับประทานยาประจำและยาโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และรวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยเอดส์โดยให้เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเครือข่าย รพ.สต.ดูแลรับยาและส่งยาให้กับผู้ป่วยตามรอบนัด พบว่าได้ผลดีในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่พบปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์เรื่องสิทธิผู้ป่วย จึงได้มีการปรับแนวทางการส่งยาให้กับผู้ป่วยเพื่อความเหมาะสม โดยให้แกนนำซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันเป็นผู้ดูแลจัดการรับยาและส่งยาให้กับผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็นการส่งยาภายในพื้นที่ด้วยตนเองถึงมือผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลโดยตรง และ

การจัดส่งยาทางไปรษณีย์ให้กับผู้ป่วยที่ประสงค์จะรับยาทางไปรษณีย์ แต่ก็ยังพบข้อจำกัดในกรณีที่ผู้ป่วยไปทำงานที่ต่างจังหวัดและมีที่อยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง และพบกรณีส่งยาทางไปรษณีย์หรือขนส่งเอกชนแล้วยาเดินทางไปถึงผู้รับหรือยาถึงผู้รับล่าช้าทำให้ต้องขาดยาจำนวนหลายวัน ถือว่าเป็นปัญหาเฉพาะรายซึ่งเป็นข้อจำกัด ไม่สามารถควบคุมได้ ส่วนการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยและการเฝ้าระวังสังเกตอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกสซ์กรได้ปรับแนวทางการติดตามโดยใช้ช่องทางการสื่อสารทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามประวัติการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การเฝ้าระวังสังเกตอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ มักจะติดตามอย่างเข้มงวดในผู้ป่วยรายใหม่และในรายที่มีประวัติไม่ค่อยให้ความร่วมมือหรือรายที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดผลข้างเคียง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคร่วมอื่นๆ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลการกรยา ผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเวชร่วม เป็นต้น แต่พบว่าการสื่อสารดังกล่าวไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากเหตุปัจจัยหลายอย่าง เช่น ผู้ป่วยไม่มีโทรศัพท์ หรือมีการเปลี่ยนแปลงหมายเลขโทรศัพท์แล้วไม่ได้แจ้งเกสซ์กร ผู้ป่วยไม่สะดวกกับโทรศัพท์เนื่องจากหลายสาเหตุ ทำให้ติดตามข้อมูลไม่ได้และข้อมูลไม่สมบูรณ์ ในช่วงหลังจากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด - ๑๙ ซาลงแล้ว นโยบายการควบคุมกำกับดูแลจัดการโรคโควิด - ๑๙ ชัดเจนขึ้น ผู้ป่วยสามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ตามปกติและปรับตัวเรื่องนโยบายการรับยาที่เหมาะสมมากขึ้น แต่ยังคงพบปัญหาเชิงระบบเรื่องการตกค้างการจัดส่งยาต้านไวรัสเออาร์วีของส่วนกลางมายังโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยาและทบทวนแนวทางการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้น้ำต้านไวรัสเออาร์วีในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด - ๑๙ ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี สำหรับเป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการทบทวนแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมในการใช้น้ำต้านไวรัสเออาร์วี และศึกษาปัญหาจากการใช้น้ำต้านไวรัสเออาร์วีในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด - ๑๙ ครั้งนี้ พบปัญหาหลักที่มีผลต่อการใช้น้ำเกิดจากระบบการขนส่งและการสื่อสารเป็นหลัก และปัญหาดังเดิมจากข้อจำกัดของตัวผู้ป่วยเองที่ยังคงต้องศึกษาอย่างละเอียดเชิงลึกเป็นรายบุคคลตามลักษณะของปัญหาที่แตกต่างกัน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

จากข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ใช้น้ำต้านไวรัสเออาร์วี ในโรงพยาบาลนาตาลต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ข้อจำกัดของการติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้น้ำต้านไวรัสเออาร์วี และการประเมินผลการรักษาจากการรับประทานน้ำต้านไวรัสเออาร์วีของผู้ป่วย

๒. การศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยบางส่วนเป็นแบบทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและเป็นข้อมูลจากการบันทึกการสัมภาษณ์ซึ่งอาจเป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและสมบูรณ์ทั้งหมดอาจมีการปกปิดหรือให้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน เช่น การลืมกินยา การกินยาไม่ตรงเวลา การหยุดกินยาเอง พฤติกรรมเสี่ยงหรือปัญหาอื่น ๆ ซึ่งส่งผลกับการรักษา

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ปัญหาการเข้าถึงยาและการรักษาของผู้ป่วย

๒. ปัญหาเชิงระบบในการจัดการด้านการขนส่งยาต้านไวรัสในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด - ๑๙

๙. ข้อเสนอแนะ

การศึกษาแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่ใช้น้ำต้านไวรัสเออาร์วีในครั้งต่อไปควรศึกษาเชิงลึกเป็นรายบุคคลเพื่อค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาคือเฉพาะรายอย่างเหมาะสมต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

อยู่ในระหว่างดำเนินการขอเผยแพร่ผลงาน

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน(ระบุร้อยละ)

ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

- นางกัณทิมา เรืองแสน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางกัณทิมา เรืองแสน)

(ตำแหน่ง) เกษีชรชำนาญการ

(วันที่) ๒๕/พฤศจิกายน/๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางกัณทิมา เรืองแสน	

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายเกรียงศักดิ์ กิจเพิ่มเกียรติ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาตาล

(วันที่) ๒๕/พฤศจิกายน/๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายธีระพงษ์ แก้วภมร)

(ตำแหน่ง) แพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่)

/ ๑.๓.๖๗ / ๒๕๖๗

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ ด้านเภสัชกรรมคลินิก)

๑. เรื่อง การพัฒนาระบบบริหารเภสัชกรรมในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

ด้วยประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และในผู้สูงอายุก็มักจะพบปัญหาโรคภัยไข้เจ็บจากสภาวะความเสื่อมถอยของร่างกายและโรคทั่วไปที่สามารถเกิดขึ้นได้ ในหลายครั้งที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการรักษาและใช้ยาบำบัดโรคหลายขนาน ซึ่งส่งผลทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction) การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายจากการใช้ยาได้ และอาจมีหลายปัจจัยที่สัมพันธ์กัน เช่น สภาพร่างกาย อายุ การมองเห็น การได้ยิน ความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ จำนวนรายการยาที่ได้รับ การรับการรักษาด้วยยาหลายแห่ง การขาดผู้ดูแลใกล้ชิด เป็นต้น และเป็นบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบหลักของเภสัชกรที่ต้องค้นหาปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุแต่ละรายเพื่อหาวิธีแก้ไข และแนวทางป้องกันปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุรวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อลดการการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ ป้องกันและลดการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากการใช้ยาและส่งผลดีต่อการรักษา

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. ความครอบคลุมของเป้าหมายในการดำเนินงาน กลุ่มผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ควรขยายให้ครอบคลุมพื้นที่เพื่อเชื่อมโยงกันให้เห็นภาพในขนาดใหญ่ขึ้น

๒. ระบบการทำงานที่เป็นทีม การสื่อสารและส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยระหว่างสหสาขาวิชาชีพเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำได้ข้อมูลที่ต้องการ เป็นการส่งเสริมซึ่งกันและกัน รวมทั้งข้อมูลจากผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุเองซึ่งพบว่ายังมีการปกปิดหรือให้ข้อมูลที่บิดเบือน ซึ่งต้องอาศัยเวลาและเพิ่มความรู้ความเข้าใจเฉพาะราย

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ต่อผู้ป่วย

๑. ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเฝ้าระวังการใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม

๒. ผู้สูงอายุที่พบปัญหาจากการใช้ยาหรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม

ประโยชน์ต่อโรงพยาบาล

ลดความรุนแรงของปัญหาและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

ประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์

มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันค้นหาและแก้ไขปัญหาเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุ

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุได้รับการประเมินติดตามการใช้ยาทุกราย

๒. ผู้สูงอายุที่พบปัญหาการใช้ยาได้รับการแก้ไขปัญหอย่างเหมาะสมทุกราย

(ลงชื่อ)

(นางกัณทิมา เรืองแสน)

(ตำแหน่ง) เภสัชกร ชำนาญการ

วันที่ ๒๕/พฤศจิกายน/๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน